Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua **19ª 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 19ª edizione del Rapporto Sanità è stata realizzata da C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), già Consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.).
La pubblicazione e la diffusione del Rapporto sono rese possibili dal supporto non condizionato di un *pool* di Aziende **(AbbVie S.r.l., Amgen S.r.l., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Galapagos Biopharma Italy S.r.l., Medtronic Italia S.p.A., Menarini Ricerche S.p.A., Nestle' Italiana S.p.A., Sanofi S.r.l., Takeda Italia S.p.A., W. L. Gore & Associati S.r.l.)** che si dimostrano sensibili all'importanza di finanziare la conoscenza utile al dibattito di politica sanitaria e a quella di sviluppare *partnership* fra settore produttivo e ricerca**.**

Il Rapporto è strutturato in 4 parti: la prima parte ospita un'analisi economico-statistica del contesto in cui muove la Sanità, facendo il punto su finanziamento e spesa, nonché sulle *performance* del sistema (efficienza, equità); seguono analisi specifiche per singola area assistenziale: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica e dispositivi medici, ambulatoriale di base, domiciliare, provvidenze economiche in denaro per la non-autosufficienza; la terza parte è dedicata ad un focus sull'impatto economico-industriale del comparto sanitario; chiude una sintesi dei risultati di alcuni lavori promossi da C.R.E.A. Sanità su alcune patologie.
Ciascun capitolo è dotato di una sintesi in lingua inglese e da una sezione di *key indicators*. Alla fine delle monografie è stato, infine, realizzato un riepilogo regionale dei principali indicatori che descrivono il sistema sanitario.

Il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), già consorzio promosso nel 2013 dall'Università di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multi-disciplinari nel settore sanitario, finalizzato all'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione.
Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità sviluppa ricerche nel campo dell'economia e del *management* sanitario, sviluppa banche dati, offre formazione e supporto a enti pubblici e privati, elabora valutazioni di HTA e di farmacoeconomia, oltre a servizi di consulenza e organizzativi.

*The **Health Report**, now in its **19th edition**, is a project launched in 2003 by researchers of University of Roma Tor Vergata with the aim of disseminating the research activities in the fields of health economics, policies and management, and providing useful information on the current performance and future outlook of the Italian health system, encouraging a debate on the issue among experts and members of the public, professionals and the business world. In order to support it, evaluations about performance of healthcare system and of their future perspectives are carried out, by fueling a debate between stakeholders of the system, citiziens, professionals and industry included. The 19th edition of health care report has been carried out by C.R.E.A. Sanità (Center for the healthcare applied economic research), before* Consortium promoted by the University of Rome Tor Vergata and the Italian Federation of General Pratictioner (F.I.M.M.G.).
Editing and publication of the health Report has been possible thanks to the unconditional support of: **AbbVie S.r.l., Amgen S.r.l., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Galapagos Biopharma Italy S.r.l., Medtronic Italia S.p.A., Menarini Ricerche S.p.A., Nestle' Italiana S.p.A., Sanofi S.r.l., Takeda Italia S.p.A., W. L. Gore & Associati S.r.l.** *sensibles to the importance to finance the knowledge helpful for health policies debat and to develop partnership between productive sector and research.*

The Report is structured in 4 parts: the first opens with an economic and statistical analysis of the Health context, followed by the point on funding and system expenditure; clode an assessment of the system performance (efficiency and equity); the second part contains analysis for each health care sectors: prevention, hospital care, residential care, specialistic care, pharmaceuticals care and medical device, ambulatory (family) care, home care, and cash benefit; the third part carry out an analysis of the economic and industrial impact on the Health care system; the last part expects a review of the main results from work promoted by C.R.E.A. Sanità .
*All chapters foresee an **english synthesis** and a section of **key indicators. A regional synopsis** of main indicators is reported at the end of the Report.*

*The **Center for economic research applied in healthcare (C.R.E.A. Sanità)**, before consortium established in 2013 by Tor Vergata University of Rome and the Italian Federation of General Practitioners (F.I.M.M.G.), aims at becoming a focus for multi-disciplinary skills to develop analyses, studies and training projects targeting the health and social care professions.*
The C.R.E.A. research team, carries out researche in the fields of economics and health management, develops databases, provides training and support to public and private sector entities, develops HTA and pharmacoeconomics assessments, and organizational and consulting services.

ISSN 2035-8660
ISBN 978-889907871-3

2023

CREA Sanità

19° Rapporto Sanità

CREA Sanità

19° Rapporto Sanità

Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

19th Health Report

The (uncertain) future of the NHS, between macroeconomic compatibility and the urgency of reprogramming

A cura di / *Edited by*:
Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena

DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA

CREA Sanità

19° Rapporto Sanità

Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

19th Health Report

The (uncertain) future of the NHS, between macroeconomic compatibility and the urgency of reprogramming

A cura di / *Edited by*:
Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena

ISBN 978-88-99078-71-3

© 2023 C.R.E.A. Sanità
SEDE LEGALE
Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2023
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

Presentation

PRESENTAZIONE

Siamo lieti di presentare la 19ª edizione del Rapporto Sanità elaborato dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

Quest'anno il Rapporto si concentra e si interroga sull'urgenza di definire strategie atte a garantire un futuro al SSN, anche alla luce della perdurante carenza di risorse correnti.

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

Nell'*executive summary* sono stati sviluppati ed analizzati i vincoli in termini di macro-compatibilità, nonché avanzate proposte di azioni che è urgente programmare in una ottica di sostenibilità del Sistema.

Desideriamo ringraziare per il contributo di idee e competenze fornito per la realizzazione del Rapporto: il comitato scientifico di C.R.E.A. Sanità formato da R. Balduzzi, P. Bordon, R. Crialesi, P. Derrico, C. Fassari, T. Frittelli, F. Gabbrielli, A. Gaudioso, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro come anche il tavolo di esperti coinvolto nel 19° Rapporto composto da: T. Aceti, P. Bordon, M. Bosio, S. Brusaferro, M. Capalbo, G. Carpani, A. Cavaliere, R. Crialesi R. Coletti, F. Degrassi, C. Dotti, T. Frittelli, F. Gabbrielli, F. Gellona, G. Giuliano, A. Iachino, S. Lorusso, M. Marchetti, D. Mantoan, F. Mazzotti, G. Migliore, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, M. Ritrovato, C. Scarcella, T. Schael, M. Tidore, G. Scroccaro, A. Urbani.

C.R.E.A. Sanità ringrazia, per i loro contributi al volume, di cui ci onoriamo: AM. Alborghetti, F. Anelli, G. Barbarini, N. Buzzi, S. Capurso, D. Cepiku, C. Collicelli, M. Corso, I. Cristino, A. D'Annunzio, P. Derrico, D. De Cesare, V. Di Luca, M. Di Martino, E. Di Virgilio, E. Frontoni, P. Gasbarri, L. Grosso, E. Lettieri, P. Locatelli, A. Lucchini, E. Monti, C. Masella, A. Malara, M. Mastrodascio, P. Misericordia, F. Nava, M. Nonis, M. Olive, G. Palozzi, F. Pietrantonio, M. Ritrovato, F. Rosiello, C. Sgarbossa, DL. Vetrano, A. Vinci.

La realizzazione del Rapporto è resa possibile dalla partnership fra C.R.E.A. Sanità e alcune Aziende particolarmente sensibili alla importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie: AbbVie S.r.l., Amgen S.r.l., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Galapagos Biopharma Italy S.r.l., Medtronic Italia S.p.A., Menarini Ricerche S.p.A., Nestle' Italiana S.p.A., Sanofi S.r.l., Takeda Italia S.p.A., W. L. Gore & Associati S.r.l.

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

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

Attualmente, oltre l'attività di ricerca, svolge anche attività formativa, in convenzione con il Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e supporta vari Enti pubblici (fra cui il Ministero della Salute) e Aziende private del settore sanitario.

Con il supporto incondizionato di:

PRESENTATION

We are glad to present the 19th Health Report drawn up by the Centre for Applied Health Economics (C.R.E.A. Sanità).

This year's Report focuses on the urgency of defining strategies on National Health Services (NHS) future prospects, also in light of continuing shortage of current resources.

The structure of the Report remains the same as it has been over the years (please refer to the Reading Guide below).

The executive summary analyzes the constraints in terms of macro-compatibility as well as proposals for actions that are urgently planned with a view to the sustainability of the System.

We would like to thank for the contribution of ideas and skills provided for drafting the Report: the scientific committee of C.R.E.A. Sanità made up of R. Balduzzi, P. Bordon, R. Crialesi, P. Derrico, C. Fassari, T. Frittelli, F. Gabbrielli, A. Gaudioso, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro as well as the other experts we have involved in the discussion on the Health Report development, composed of T. Aceti, P. Bordon, M. Bosio, S. Brusaferro, M. Capalbo, G. Carpani, A. Cavaliere, R. Crialesi R. Coletti, F. Degrassi, C. Dotti, T. Frittelli, F. Gabbrielli, F. Gellona, G. Giuliano, A. Iachino, S. Lorusso, M. Marchetti, D. Mantoan, F. Mazzotti, G. Migliore, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, M. Ritrovato, C. Scarcella, T. Schael, M. Tidore, G. Scroccaro, A. Urbani.

We would also like to thank colleagues from other Research Centres and Institutions for their contributions to the Report: AM. Alborghetti, F. Anelli, G. Barbarini, N. Buzzi, S. Capurso, D. Cepiku, C. Collicelli, M. Corso, I. Cristino, A. D'Annunzio, P. Derrico, D. De Cesare, V. Di Luca, M. Di Martino, E. Di Virgilio, E. Frontoni, P. Gasbarri, L. Grosso, E. Lettieri, P. Locatelli, A. Lucchini, E. Monti, C. Masella, A. Malara, M. Mastrodascio, P. Misericordia, F. Nava, M. Nonis, M. Olive, G. Palozzi, F. Pietrantonio, M. Ritrovato, F. Rosiello, C. Sgarbossa, DL. Vetrano, A. Vinci.

The drafting of the Report is made possible by the partnership between C.R.E.A. Sanità and a number of companies that are particularly sensitive to the importance of research in supporting the debate on health policies: AbbVie S.r.l., Amgen S.r.l., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Galapagos Biopharma Italy S.r.l., Medtronic Italia S.p.A., Menarini Ricerche S.p.A., Nestle' Italiana S.p.A., Sanofi S.r.l., Takeda Italia S.p.A., W. L. Gore & Associati S.r.l.

C.R.E.A. Sanità was established in 2013 as a Consortium promoted by the Rome University Tor Vergata and the Italian Federation of General Practitioners (F.I.M.M.G.). It has followed up the research activity developed since the 1990s by a multidisciplinary team of researchers, who developed a holistic approach characterised by the rigorous use of quantitative analyses and the involvement of all stakeholders in the health system, considering the complexity and multi-dimensional nature of health systems, as well as the strong ethical content that characterises health policies.

C.R.E.A. Sanità is recognized as a Research Centre by Eurostat, Istat and the Ministry of Health and is composed of economists, epidemiologists, biomedical engineers, lawyers and statisticians, mostly working at the Rome University Tor Vergata.

Besides research activities, it currently carries out also training activities, in agreement with the Department of Economics and Finance of the Rome University Tor Vergata. It also supports various public bodies (including the Ministry of Health), and private companies in the health sector.

With the unconditional support of:

19° Rapporto Sanità
Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

A cura di
FEDERICO SPANDONARO, DANIELA D'ANGELA, BARBARA POLISTENA

Coordinamento scientifico ed editoriale
BARBARA POLISTENA

Autori

ALBORGHETTI ANNA MARIA
Avvocato, Presidente emerito Camera Penale di Padova

ANELLI FILIPPO
Medico. Presidente FNOMCEO

BARBARINI GIORGIO
Specialista in malattie infettive e tropicali e in gastroenterologia.
Presidente Centro studi ricerche consumi e dipendenze (CeRCo)

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

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

CAPURSO SEBASTIANO
Specialista in cardiologia.
Direttore medico di RSA, Presidente nazionale ANASTE

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

COLLICELLI CARLA
Sociologa del *welfare* e della salute, già Vice Direttore generale della Fondazione Censis, *Associate Researcher* presso CNR – CID *Ethics*, *Senior Expert* ASviS per le relazioni istituzionali e per l'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU, docente in Sapienza di Comunicazione Scientifica e Biomedica e membro della Consulta scientifica del Cortile dei Gentili della Pontificia Accademia delle Scienze

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

CRISTIANO ILARIA
Ingegnere ConsulHTA srl

D'ANGELA DANIELA
Ingegnere biomedico. *Master* in *Management and Clinical Engineering* ed ingegneria clinica
Presidente del Consiglio di Amministrazione e Direttore Ricerca C.R.E.A. Sanità.
Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma Tor Vergata

D'ANGELA CLAUDIA
Economista. *Master* in Economia e *Management* della Sanità.
Collaboratrice C.R.E.A. Sanità

D'ANNUNZIO ALBERTO
Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi dell'Aquila

D'ERRICO MARGHERITA
Biologa. *Master* in *Healthcare Policy, Innovation and Management*.
Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

DERRICO PIETRO
Ingegnere
Gia Presidente SIHTA e AIIC.
Amministratore Unico ConsulHTA S.r.l.

DE CESARE DEBORAH
Direttrice Osservatorio Sanità Digitale e Ricercatrice Senior, Osservatorio *Life Science Innovation* Politecnico di Milano

DI LUCA VINCENZO
Ingegnere Medico.
Master in Economia e *Management* della Sanità

DI MARTINO MARCO
Dottorando di ricerca in *Management* presso l'Università degli studi di Roma Tor Vergata, con focus di ricerca nel settore del *Long Term Care* e nella riorganizzazione dei processi di erogazione dell'assistenza sanitaria

DI VIRGILIO EMIDIO
Economista Sanitario, attualmente Direttore Amministrativo di ARES 118. Principali esperienze: Age.Na.s, Regione Lazio, ASL di Latina, ATS Sardegna, ASL Frosinone, Azienda Ospedaliera San Giovanni. È stato componente dell'OIV del Policlinico Tor Vergata di Roma attualmente componente OIV Istituto Zooprofilattico di Sassari

FRONTONI EMANUELE
Professore ordinario di Informatica all'Università di Macerata e co-director del VRAI *Vision Robotics & Artificial Intelligence Lab*.
Svolge la sua attività di ricerca nel settore dell'intelligen-

za artificiale e della visione artificiale, dell'analisi del comportamento umano, della realtà aumentata e degli spazi sensibili, dell'intelligenza artificiale applicata alla salute dell'uomo. È un esperto per la Commissione Europea nelle valutazioni di progetti H2020, *Horizon Europe*, IPCEI CIS e MSCA ed è attualmente coinvolto in vari progetti EU in corso (e.g. H2020 - DWC, INCREASE, ULTIMATE e sub-call ROSIN; MSCA - TRUST)

GASBARRI PIERPAOLO
Economista. Esperto di efficientamento digitale delle imprese. Consulente informatico Anaste

GIORDANI CRISTINA
Economista. *Master* in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari.
Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute. Collaboratore C.R.E.A. Sanità

GROSSO LEOPOLDO
Psicologo, psicoterapeuta. Presidente onorario Gruppo Abele, Torino

LETTIERI EMANUELE
Responsabile Scientifico, Osservatori Sanità Digitale & *Life Science Innovation*
Professore Ordinario di *Health & Social Care* presso il Politecnico di Milano

LOCATELLI PAOLO
Responsabile Scientifico Osservatorio Sanità Digitale Politecnico di Milano

LUCCHINI ALFIO
Psichiatra, specialista in psicologia medica e psicoterapeuta. Direttore Centro studi ricerche consumi e dipendenze (CeRCo)

MONTI ELENA
Responsabile organizzativa Centro studi ricerche consumi e dipendenze (CeRCo) e FederSerD

MASELLA CRISTINA
Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale.
Professore Ordinario di Economia Aziendale presso il Politecnico di Milano

MALARA ALBA
Geriatra. Direttore sanitario di strutture residenziali, Presidente Fondazione ANASTE Humanitas. Consigliere nazionale SIGG

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

MISERICORDIA PAOLO
Medico di Medicina Generale.
Responsabile del Centro Studi FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale). Responsabile Area ICT di FIMMG

NAVA FELICE
Farmacologo e specialista in neuroscienze.
Direttore Area penale e dipendenze ULSS Padova. Direttore comitato scientifico nazionale di FederSerD

NONIS MARINO
Medico Igienista, attualmente Dirigente Medico Referente SIO, INMI-IRCCS "L. Spallanzani", Roma. Principali esperienze: Direttore Sanitario degli Ospedali Fatebenefratelli, Isola Tiberina e del Cristo Re (Roma); Direttore Generale IFO-IRCCS (Roma), Commissario Straordinario ASL Roma G (Tivoli). Autore di diversi manuali e pubblicazioni in tema di *Management* Sanitario (soprattutto SDO & DRG)

OLIVE MATTIA
Ricercatore Osservatorio Sanità Digitale Politecnico di Milano

PALOZZI GABRIELE
Dottore di ricerca in *Management*. Docente presso l'Università degli studi di Roma Tor Vergata e l'Università Telematica San Raffaele.
Esperto presso l'Unità di missione PNRR - Ministero della Salute. Funzionario presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze

PIETRANTONIO FILOMENA
Direttore medico U.O.C. Medicina intera Ospedale dei Castelli, ASL Roma 6.
Responsabile Centro Antares Ospedale dei Castelli

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

POLISTENA BARBARA
Statistica, *PhD.* Master in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari. *Master* in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.
Componente del Consiglio di Amministrazione e Direttore Scientifico C.R.E.A. Sanità.
Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

RITROVATO MATTEO
Ingegnere, PhD
Segretario CTS SIHTA

ROSIELLO FRANCESCO
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie infettive, Sapienza Università di Roma

SGARBOSSA CHIARA
Direttrice Osservatori Sanità Digitale & *Life Science Innovation*, Politecnico di Milano

SPANDONARO FEDERICO
Economista. Docente presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata.
Presidente del Comitato scientifico C.R.E.A. Sanità

VETRANO DAVIDE LIBORIO
Medico geriatra ed epidemiologo, Phd. *Postdoctoral* fellow presso l'*Aging Research Center* del *Karolinska Institutet* di Stoccolma, Svezia. Consulente scientifico per Italia Longeva, Rete nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva

VINCI ANTONIO
Dirigente medico U.O.C. Direzione sanitaria Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita, ASL Roma 1

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

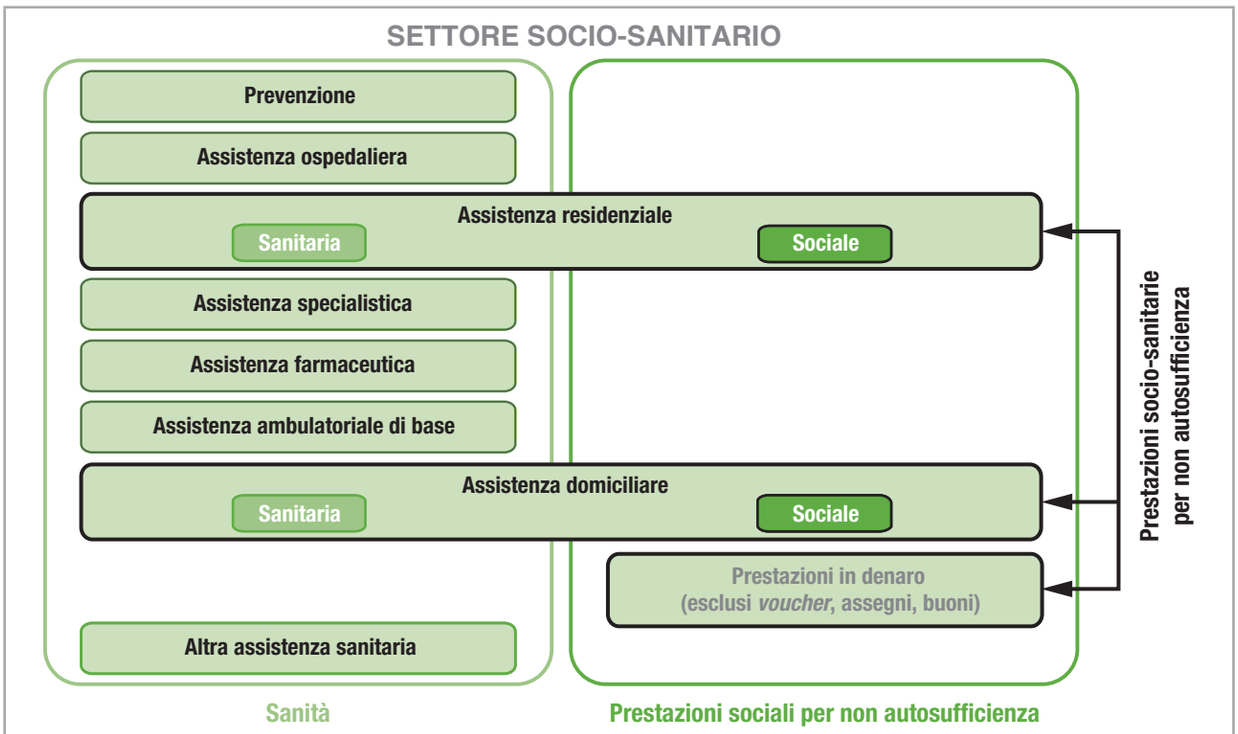
La 19ª edizione del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità mantiene la struttura consolidatasi negli ultimi anni: rimandando alla lettura anche delle "guide" pubblicate negli ultimi anni, ricordiamo qui solo alcuni aspetti essenziali.

L'ambito

Il *focus* resta il settore sanitario "allargato", intendendo in tal modo la Sanità stricto sensu e quella parte di prestazioni sociali erogate a fronte di bisogni determinati dagli esiti di patologie che conducono alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Si tratta in larga misura di prestazioni riconducibili alla cosiddetta LTC *(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".

Si noti che, in Italia, il settore sanitario è caratterizzato da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, con una limitata quota di prestazioni in denaro erogate dalle ASL, per lo più sotto forma di *voucher* (regionalmente denominati anche "assegni di cura" e "buoni socio-sanitari"); le prestazioni per la LTC, se escludiamo i *voucher* erogati dai Comuni, sono invece in larga misura erogazioni in denaro senza un vincolo di destinazione.

Figura A. La composizione del settore socio-sanitario



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

La struttura

Il 19° Rapporto Sanità mantiene la strutturazione in 4 parti.

Nella prima si fornisce un inquadramento del contesto in cui si muove il settore socio-sanitario italiano: gli aspetti socio-economici e demografici, il finanziamento pubblico, la spesa e le misure di *Performance*. In questa annualità il contesto si amplia con una sezione specificatamente dedicata agli elementi organizzativi che risultano trasversali rispetto alle diverse aree assistenziali: reti, digitalizzazione etc.

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

La terza parte è destinata alla analisi degli impatti industriali della Sanità.

La quarta parte ospita attività annuali e *partnership* promosse da C.R.E.A. Sanità.

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

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

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

Il Rapporto, infine, si chiude con un riepilogo regionale, funzionale a permettere una (ri)lettura complessiva e trasversale delle evidenze proposte, sia statiche che dinamiche (*trend*), sintetizzate per ogni singola Regione.

Il coordinatore scientifico
Barbara Polistena

Indice/*Index*

Presentazione 3
Presentation

Introduzione
Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione 17
The (uncertain) future of the NHS, between macroeconomic compatibility and the urgency of reprogramming

Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico 47
Chapter 1 - The socio-demographic context

Capitolo 1a - Il contesto socio-demografico 51
Chapter 1a - The socio-demographic context
Carrieri C.
English Summary 72

Capitolo 1b - Covid-19 e mortalità evitabile: il primo anno della pandemia 74
Chapter 1b - Covid-19 and avoidable mortality: the first year of the pandemic
Buzzi N.
English Summary 86
Key Indicators 87

Capitolo 2 - Il finanziamento: livello e risanamento 93
Chapter 2 - Funding: level and recovery
Ploner ME.
English Summary 116
Key Indicators 117

Capitolo 3 - La spesa 121
Chapter 3 - Health expenditure

Capitolo 3a - L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e nazionali 125
Chapter 3a - The evolution of health expenditure: international and national comparisons
Ploner ME., Polistena B.
English Summary 143

Capitolo 3b - Il personale del SSN 145
Chapter 3b - Human resources and National Health Service
Di Luca V.
English Summary 152

Capitolo 3c - L'*appealing* della professione sanitaria: evidenze da una *survey* somministrata ai medici 154
Chapter 3c - The appeal of the healthcare profession: evidence from a survey administered to doctors
Anelli F., d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 163

Capitolo 3d - L'evoluzione del personale infermieristico 165
Chapter 3d - The evolution of the nursing staff
A cura di FNOPI
English Summary 169
Key Indicators 170

Capitolo 4 - Organizzazioni e reti trasversali 175
Chapter 4 - Organizations and networks

Capitolo 4a - Le reti nella tutela della salute tra spontaneità e prescrizione 179
Chapter 4a - Managing healthcare collaboratively: specificities of mandated networks
Cepiku D., Mastrodascio M.
English Summary 186

Capitolo 4b - L'importanza dell'aggiornamento dei flussi informativi SDO (e non solo) e del sistema di classificazione delle Diagnosi (ICD-10) per il Servizio Sanitario Nazionale 187
Chapter 4b - The importance of updating of the medical coding of the hospital discharge record (SDO) and other health informative flows (included the introduction of ICD-10-WHO) for the Italian NHS
Nonis M., D'Annunzio A., Di Virgilio E.
English Summary 202

Capitolo 4c - Prospettive di miglioramento delle procedure di *public procurement* in Italia: una analisi introduttiva 203
Chapter 4c - Improvement perspectives for public procurement in Italy: an introductory analysis
Palozzi G., Di Martino M.
English Summary 221

Capitolo 4d - Modelli di gestione dell'Intelligenza Artificiale nella sanità: verso una assistenza personalizzata ed efficace 222
Chapter 4d - Artificial Intelligence management models in healthcare: towards personalized and effective assistance
Frontoni E.
English Summary 228

Capitolo 4e - Lo stato dell'arte della Sanità Digitale in Italia: i principali risultati di ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano 230
Chapter 4e - The state of the art of Digital Health in Italy: the main results of research carried out by the Digital Health Observatory of the Politecnico di Milano
Corso M., De Cesare D., Lettieri E., Locatelli M., Masella C., Olive M., Sgarbossa C.
English Summary 237

Capitolo 5 - Indicatori di *Performance* 239
Chapter 5 - Performance evaluation

Capitolo 5a - Impoverimento, catastroficità e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario 243
Chapter 5a - Impoverishment, catastrophism and economic hardship due to family health causes
d'Angela D., Spandonaro F.
English Summary 259

Capitolo 5b - Monitoraggio dell'Autonomia Differenziata in sanità "Le *Performance* Regionali" 261
Chapter 5b - Monitoring the Effects of Differentiated Autonomy in Healthcare
d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F., Expert Panel XI ed.
English Summary 266

Capitolo 5c - Le *Performance* Regionali 267
Chapter 5c - Measurement of healthcare regional Performance
d'Angela D., d'Angela C., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 280
Key Indicators..... 281

Capitolo 6 - Prevenzione 285
Chapter 6 - Prevention

Capitolo 6a - Prevenzione:
un approfondimento sulla struttura e il livello di spesa nell'Unione Europea e in Italia 289
Chapter 6a - Prevention:
an in-depth analysis of the structure and level of expenditure in the European Union and in Italy
Giordani C.
English Summary 315

Capitolo 6b - Salute e ambiente. L'approccio *One Health* 317
Chapter 6b - Health and environment. The One Health Approach
Collicelli C.
English Summary 326

Capitolo 6c - Vaccini: dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
alla valutazione dei livelli regionali di consumo e di spesa 327
Chapter 6c - Vaccines: from the National Plan for Vaccine Prevention to the assessment or regional consumption and expenditure levels
Spandonaro F., Polistena B.
English Summary 345
Key Indicators 347

Capitolo 7 - L'Assistenza Ospedaliera 355
Chapter 7 - Hospital care

Capitolo 7a - L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera 359
Chapter 7a - The evolution of hospital care
Carrieri C., d'Angela D., Spandonaro F.
English Summary 374

Capitolo 7b - Cardiopatia Ischemica Cronica:
l'impatto economico e organizzativo sulle strutture ospedaliere 375
Chapter 7b - Chronic Ischemic Heart Disease: the economic and organizational impact on hospital structures
Pietrantonio F., Carrieri C., Francesco Rosiello F., Spandonaro F., Vinci A.
English Summary 383
Key Indicators 384

Capitolo 8 - Assistenza residenziale 389
Chapter 8 - Residential care
Capurso S., Malara A., Gasbarri P., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 400
Key Indicators 402

Capitolo 9 - Assistenza specialistica ambulatoriale 407
Chapter 9 - Specialist outpatient care
d'Errico M.
English Summary 425
Key Indicators 426

Capitolo 10 - Assistenza farmaceutica e dispositivi medici 431
Chapter 10 - Pharmaceutical care and medical devices

Capitolo 10a - Assistenza farmaceutica: spesa e *governance* 435
Chapter 10a - Pharmaceutical care: axpenditure and governance
Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 447

Capitolo 10b - La Spesa per i Dispositivi Medici 448
Chapter 10b - Medical Device expenditure
d'Angela D., F. Spandonaro F.
English Summary 458

Capitolo 10c - Dalla programmazione all'innovazione: verso una nuova *governance* dei Dispositivi Medici 459
Chapter 10c - From programming to innovation: towards a new governance of Medical Devices
Ritrovato M., Cristiano I., Derrico P.
English Summary 471
Key Indicators 472

Capitolo 11 - Assistenza primaria 477
Chapter 11 - Primary care
Misericordia P.
English Summary 488
Key Indicators 489

Capitolo 12 - Assistenza domiciliare 495
Chapter 12 - Home care
Vetrano DL.
English Summary 504
Key Indicators 505

Capitolo 13 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri 507
Chapter 13 - Cash benefits and allowances
Ploner ME.
English Summary 527
Key Indicators 528

Capitolo 14 - L'industria dei beni sanitari: evoluzione e prospettive per la crescita del Paese 535
Chapter 14 - The healthcare industry: evolution and perspectives
d'Angela C., d'Angela D.

English Summary 546
Key Indicators 547

Capitolo 15 - Osservatori permanenti 551
Chapter 15 - Permanent Observatories

Capitolo 15a - Impatto socio-sanitario ed economico delle dipendenze in Italia 555
Chapter 15a - Socio-health and economic impact of addictions in Italy
d'Angela D., Lucchini A., Alborghetti A.M., Barbarini G., Carrieri C., d'Angela C., Grosso L., Monti E., Nava F., Spandonaro F.

Capitolo 15b - VII Rapporto OSSFOR 561
Chapter 15b - VII OSSFOR Report

Riepilogo regionale..... 569
Regional synopsys

Introduzione

Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

The (uncertain) future of the NHS, between macroeconomic compatibility and the urgency of reprogramming

Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

Il Rapporto C.R.E.A. Sanità, sin dal 2003, monitora lo sviluppo delle politiche sanitarie nazionali, elaborando riflessioni basate su dati quantitativi disponibili; con il passare degli anni, il Rapporto ha potuto descrivere diverse stagioni dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): senza pretesa di esaustività, i primi Rapporti hanno visto muovere i primi passi del Federalismo, i successivi hanno analizzato la stagione dei Piani di Rientro e dei tagli lineari, passando poi per la celebrazione dei primi 40 anni del Servizio e l'inaspettato impatto della pandemia; sino alla fase attuale, in cui il dibattito di politica sanitaria sembra concentrarsi e interrogarsi sull'urgenza di definire strategie atte a garantire un futuro al SSN.

Come già argomentato nei Rapporti degli scorsi anni, la necessità di un ammodernamento del Servizio è probabilmente ineluttabile: per quanto pleonastico, vale la pena ricordare che se dieci anni fa, in Italia, si contava un anziano ogni 4,1 giovani, oggi sono 3,3; che eravamo il Paese della "pletora medica" e gli infermieri erano considerati "personale paramedico"; che non era ancora iniziata la stagione dei farmaci biotecnologici (solo per fare un esempio della trasformazione delle opportunità terapeutiche); che, principalmente, non c'era, e neppure si prevedeva, la rivoluzione digitale innescata da Internet. In altri termini, il SSN è stato pensato e progettato per un "altro mondo": oggi deve essere calato in una Società profondamente diversa, e questo richiede visione e volontà di cambiare.

Delle ragioni che determinarono la volontà di implementare un SSN universalistico e globale, rimangono inalterate, forse, solo quelle più deteriori: in particolare l'esistenza di disparità di tutela fra le Regioni e fra le diverse aree interne alle stesse; disparità che si sono forse ridotte un minimo dopo l'avvento del Federalismo (come argomentato nei precedenti Rapporti e con il buona pace dei sostenitori della tesi che la disgregazione del Servizio sia da imputare al Federalismo), ma che rimangono inaccettabili e rappresentano la principale sconfitta del disegno originario della L. n. 833/1978.

Che qualcosa "non vada" nel SSN si è, però, reso drammaticamente evidente solo negli ultimi anni: riteniamo il punto di "svolta" da cogliere sia quello testimoniato dalla crescente disaffezione per il Servizio dei suoi principali *stakeholder*: i cittadini/pazienti e i professionisti sanitari.

La disaffezione dei primi è testimoniata dalla continua crescita della spesa privata sia *out of pocket* che intermediata (a testimonianza quest'ultima di un bisogno di ulteriore copertura), la cui eziologia (come testimoniato dalle risposte alla *survey* condotta da C.R.E.A. Sanità nel 2021) si conferma essere principalmente legata al persistere di inaccettabili liste di attesa per le prestazioni non urgenti; a conferma di ciò si osserva una spesa sanitaria privata che nell'anno 2022 ha raggiunto i € 40,1 mld. in crescita dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

Fa parte dei segnali di disaffezione anche la crescente preferenza dei pazienti per il ricorso ai servizi (all'interno del SSN) delle strutture private accreditate, che potremmo presumibilmente attribuire alla percezione di una organizzazione dell'assistenza più rispettosa delle aspettative dei cittadini (non tanto della qualità delle prestazioni, quanto del *confort*, del rispetti del tempo, etc.): a riprova di ciò la quota di ricoveri in strutture accreditate sul totale è passato dal 24,8% (2017) al 27,1% dell'anno 2022; per gli interventi chirurgici si passa dal 33,4% (2017) al 35,8% dell'anno 2022; per inciso, stupisce che, per nostra conoscenza, in nessun documento di indirizzo, neppure in quelli dedicati alla umanizzazione delle cure,

si faccia mai riferimento al principio del rispetto della "salvaguardia del tempo" dei cittadini, che passa per la capacità di organizzare i servizi senza provocare attese inutili e/o imporre complessità burocratiche superabili; si potrebbe legare a questa "disattenzione", anche la constatazione che i cittadini in modo crescente preferiscono pagarsi di tasca propria farmaci rimborsabili ("classe A") piuttosto che andare a farseli prescrivere (malgrado si sia riusciti finalmente a passare alla ricetta elettronica): negli ultimi 5 anni la spesa sostenuta privatamente per farmaci rimborsabili è cresciuta del +45,7%, arrivando ad un valore di € 1,9 mld. pari all'8,1% della spesa farmaceutica pubblica effettivamente erogata.

In questa (parziale) lista delle potenziali ragioni di disaffezione, va sicuramente aggiunta la rinuncia del SSN a tutelare in modo organizzato la non autosufficienza, malgrado sia certamente la primaria ragione di bisogno in una popolazione crescentemente anziana, cronica, e caratterizzata da una sempre maggiore frammentazione delle strutture familiari; a fronte della rivoluzione demografica (e quindi epidemiologica) intervenuta, la Globalità prevista nei principi del SSN, non può più essere declinata nel perimetro "prevenzione-riabilitazione", dovendosi oggi estendere anche alle fasi della "non autosufficienza/fragilità" e del "fine vita". Va preso atto che di fronte al bisogno, come è ovvio, la Società si è organizzata alternativamente, ricorrendo alle badanti e, in parte, all'assistenza informale; questo spiega, almeno in parte, l'affezione dei cittadini italiani verso i benefici in denaro (pensioni in primis), che nel caso analizzato vede l'esempio più eclatante nelle Indennità di Accompagnamento erogate dall'INPS: € 14,5 mld. che presumibilmente rappresentano una parte rilevante delle risorse destinate a fronteggiare la non autosufficienza, ma che perpetuano anche il confinamento della "partita" nel mondo "opaco" del mercato non regolato, quand'anche non "nero", delle badanti; secondo le nostre stime un "mercato" che vale € 7,7 mld. di cui il 52,9% per badanti "regolari" e 47,1% "in nero"; con una quota residua di risorse pari a € 4,5 mld. presumibilmente destinate all'assistenza informale familiare e/o all'acquisizione di beni e presidi non rimborsati dal sistema pubblico di tutela socio-sanitaria.

La deflagrazione della "malattia" del SSN è, però, resa evidente dalla recente emersione della disaffezione dei professionisti sanitari. Per la prima volta nella storia del SSN, non appare più generalizzato il desiderio dei professionisti di essere parte organica del SSN: molti giovani preferiscono andare all'estero o lavorare a "gettone", essendo sempre meno disposti ad accettare le condizioni di lavoro attuali, in particolare quelle legate alle posizioni più "disagiate"; quel che è peggio, almeno nel caso degli infermieri, è la constatazione di una forte carenza di vocazioni, che risultano essere su livelli molto inferiori rispetto agli altri Paesi. Riteniamo si tratti di una partita strategica per la sopravvivenza di un SSN universalistico: i professionisti sono e rimangono l'*asset* fondamentale del sistema di tutela della salute. È necessario prendere atto che la "malattia" è "diffusa": la *survey* condotta da C.R.E.A. Sanità in collaborazione con FNOMCeO ci restituisce con chiarezza il fatto che le retribuzioni sono ormai percepite come significativamente inferiori alle attese (con una "moda" statistica intorno al +30%); ma che dietro gli "abbandoni" ci sono anche una crescente carenza di stimoli professionali e una organizzazione del lavoro penalizzante. Non è banale apprezzare che questa percezione è sostanzialmente trasversale rispetto alla appartenenza dei professionisti alle strutture pubbliche o private accreditate, dimostrando che è di fatto un problema "di sistema". Sebbene la *survey* sia stata condotta sui medici, le note precedenti è ragionevole pensare che valgano, a maggior ragione, nel caso degli infermieri, considerando che la retribuzione dei medici (pur depauperatasi nel tempo), in termini relativi rimane almeno superiore alla media italiana, mentre quella degli infermieri è inferiore sia a livello nazionale che, a maggior ragione, nei confronti internazionali.

Le note che precedono sembrano confermare come la *governance* del SSN abbia accumulato un colpevole ritardo nella percezione degli impatti delle trasformazioni in atto nelle Società italiana, tanto che oggi alcune partite (quale quella degli organici) appaiono di difficilissima soluzione almeno nel medio periodo: in altri termini, per molto tempo si è fatta

programmazione, in larga misura condizionata (o forse bisognerebbe dire "schiacciata") dalle esigenze di risanamento finanziario, perdendo di vista l'importanza di costruire una *vision* sull'evoluzione del sistema (tema, peraltro, già anticipato nelle scorse edizioni del Rapporto).

A questa carenza di *vision*, riteniamo si debba ascrivere il fatto che il dibattito sulle modalità di difesa/salvaguardia del SSN rischi di avvitarsi sul (solo) tema dell'adeguatezza delle risorse: tema di fatto ricorrente e, in alcuni casi, condito da ulteriori "diagnosi di patologia" che, di volta in volta, accusano della disgregazione del SSN il Federalismo oppure una sua presunta "strisciante privatizzazione".

Posizioni, quelle citate, che non sembrano tenere conto dei dati e che confondono i nessi causali dei fenomeni: nel primo caso, quello del Federalismo, sono i numeri che ci dicono che nei 21 Servizi Sanitari Regionali i livelli di tutela regionali non sono più distanti di quanto fossero prima del Federalismo; nel secondo, quello della privatizzazione, sembra ignorare che i cittadini con i loro comportamenti esprimono preferenza razionali (nel senso economico del termine) e che, quindi, la cosiddetta "privatizzazione" non può essere contrastata "eliminando" le alternative ai servizi pubblici, ma interrogandosi sul perché il settore pubblico è crescentemente incapace di "competere" in termini di soddisfazione della attese dei cittadini.

Una risposta "facile" all'ultimo quesito è, certamente, quella che ne attribuisce la responsabilità al sottofinanziamento del SSN: tesi certamente insoddisfacente, come si rende evidente considerando che il sottofinanziamento riguarda evidentemente anche le strutture private accreditate.

Si conferma, quindi, una carenza di *vision* complessiva sull'evoluzione del sistema, ragione per cui non ci si può sottrarre all'analisi delle questioni strategiche ai fini del mantenimento di un approccio solidaristico al tema della tutela della salute: iniziando, in ordine logico e non di importanza, dai vincoli, ovvero dalle compatibilità macro del sistema, per poter poi elencare (in termini propositivi) le opportunità, ovvero le aree di programmazione che richiederebbero un più urgente intervento.

I vincoli (le macro-compatibilità)

Il Rapporto C.R.E.A. da molti anni "denuncia" la sostanziale falsità della tesi, che pure è stata per molti anni prevalente, di una generalizzata inefficienza del SSN; tesi che è stata utilizzata a giustificazione di quasi due decenni di "tagli lineari".

Infatti, la spesa sanitaria italiana è storicamente inferiore a quella dei Paesi con cui siamo usi confrontarci, e neppure si ricordano fasi prolungate di crescita "fuori controllo": peraltro a fronte di esiti complessivi di salute, forse a volte sovrastimati, ma certamente non inferiori alla media degli altri Paesi.

Il vero elemento discriminante rimane proprio il tasso di crescita della spesa totale: limitando l'osservazione all'ultimo quarto di secolo, appare evidente come essa sia cresciuta in Italia del +2,6% medio annuo, mentre nei Paesi che definiamo EU-Ante 1995[1] è, in media, cresciuta di +3,8%; pertanto la nostra crescita è stata mediamente inferiore di 1,2 punti percentuali (p.p.).

L'esito di questa prolungata minore crescita è stato quello di portare la differenza di spesa totale pro-capite per la Sanità, fra l'Italia e gli altri Paesi EU-Ante 1995, dal -21,1% al -39,2% con un aumento, pertanto, del *gap* di 18,1 p.p..

Limitandoci alla quota di spesa pubblica, le cose vanno ancora peggio: quella italiana è cresciuta del +2,8% medio annuo, mentre quella dei Paesi EU-Ante 1995 è stata di +4,2% medio annuo, pertanto la nostra crescita è stata mediamente inferiore di 1,3 p.p., portando la differenza pro-capite dal -25,4% al -43,9% con un aumento, pertanto, del *gap* di 18,5 p.p..

Appare anche evidente che si tratta di differenze

[1] Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

di risorse effettivamente destinabili ai cittadini che non si giustificano con i differenti poteri di acquisto: i valori di spesa in €-PPP (*Parity Purchasing Power*) elaborati da OECD rimangono comunque significativamente difformi; e neppure appare scontato che i confronti in €-PPP siano più corretti: infatti, i mercati sanitari sono tutt'altro che "protetti": i beni sanitari, farmaci, dispositivi medici (DM), etc., hanno mercati mondiali e prezzi scarsamente discriminabili; in altri termini, questo implica che il prezzo domestico non potrà discostarsi di molto da quello praticato negli altri Paesi. Anche l'altra voce rilevante di spesa, quella per il personale, non può più essere considerata "protetta" nel mercato domestico; si tratta di una risorsa sempre più scarsa che si offre sui mercati (del lavoro) mondiali e, in primis, europei, grazie ai diritti di libera circolazione fra Stati membri garantiti nell'Unione Europea.

Quanto argomentato sembra, quindi, far naturalmente propendere per la tesi del sottofinanziamento: e così è se assumiamo la spesa media dei Paesi EU-Ante 1995 come *proxy* delle aspettative dei cittadini italiani in tema di assistenza sanitaria.

Un sottofinanziamento rispetto alle aspettative non implica, però, un sottofinanziamento rispetto alle "possibilità" del Paese.

Spostando il punto di vista è, infatti, doveroso osservare che la spesa sanitaria del Paese, anche se è cresciuta meno che negli altri Paesi, è cresciuta più del PIL: nel periodo in considerazione la spesa sanitaria pubblica è cresciuta di 0,9 p.p. più del PIL: di conseguenza l'incidenza è aumentata di 1,2 p.p..

Negli altri Paesi EU-Ante 1995, per confronto, la crescita della spesa sanitaria è stata maggiore di quella del PIL di +1,3 p.p. e l'incidenza è aumentata di 2,9 p.p..

Va da sé che se il PIL dell'Italia fosse cresciuto allo stesso ritmo (medio) degli altri Paesi considerati, anche a parità di differenziali, la nostra spesa sanitaria sarebbe potuta crescere molto di più.

In altri termini, la ragione della non crescita della spesa sanitaria (e, per la parte pubblica del finanziamento) va ricercata in primo luogo nella stagnazione del nostro PIL, e solo logicamente dopo, nella eventuale mancanza di volontà politica (che, peraltro, sarebbe comune a tutti i Governi sin qui sperimentati, di varia estrazione e "colore"). Ad abundantiam, va anche considerato che il nostro PIL è "disponibile", per il finanziamento del *Welfare* e delle altre funzioni, in misura minore che negli altri Paesi, in ragione del nostro maggiore debito pubblico e del conseguente maggiore onere sostenuto per gli interessi: questi ultimi "pesano" per il 4,3% sul nostro PIL contro una media dell'1,8% negli altri Paesi EU-Ante 1995.

Va anche aggiunto che il modo economicamente "corretto" di guardare alle possibilità di finanziamento del SSN è quello di confrontarsi con la relazione statistica che lega spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite: relazione che evidenzia una chiara correlazione positiva (la Sanità si comporta come un bene di lusso e quindi sua quota nei consumi aumenta al crescere del reddito disponibile). Sulla base di tale relazione considerando il nostro PIL "netto" (degli interessi), il punto di "neutralità" per la spesa sanitaria risulta pari a € 3.150 pro-capite, ovvero il +8,2% in più di quella attuale; in termini di incidenza sul PIL, tale livello di spesa risulta pari al +9,7% e, quindi, assumendo (cosa discutibile) che la spesa sanitaria privata sia una variabile indipendente e rimanga pari ai livelli sul PIL attuali, ovvero che non si riduca al crescere di quella pubblica, la spesa sanitaria pubblica dovrebbe aumentare sino a raggiungere il +7,2% del PIL (nominale).

Per inciso, tale valore appare sovrapponibile a quello ipotizzato nella recente iniziativa legislativa promossa dalla Regione Emilia Romagna (Delib. n. 1368 del 31.7.2023, Proposta di legge di iniziativa regionale concernente "Sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2023"), poi ripresa anche dalla Regione Puglia con la DGR n. 1248 del 7.9.2023.

Il ragionamento enucleato implica una potenziale possibilità di rifinanziamento del SSN intorno a € 15,0 mld.: una cifra che potrebbe al limite essere perseguibile in un periodo medio lungo. Ma che, in primo luogo, va considerato lascerebbe la nostra spesa sanitaria del -34,3% inferiore a quella media dei Paesi EU-Ante 1995. In secondo luogo, va aggiunto che l'incremento sarebbe vano se poi la crescita italiana rimanesse inferiore a quella degli altri Paesi europei,

perché continueremmo ad accumulare un *gap* negativo di spesa e, quindi, il "recupero" sarebbe solo transitorio.

Posto che ci sia una volontà politica per perseguire un siffatto rifinanziamento, il passo successivo diventa quello della individuazione della fonte a cui attingere per le risorse. Da questo punto di vista, va notato che nella composizione del bilancio pubblico, il *gap* rispetto agli altri Paesi EU Ante 95 della Sanità è pari al -2,9 p.p., ed è inferiore a quello dell'Istruzione -3,5 p.p.; la somma dei due differenziali negativi trova compensazione quasi perfetta in una quota di maggiore allocazione sul capitolo che contiene gli interessi e su quello della protezione sociale (+6,0 p.p.).

Di fatto, quindi, l'unico grado di libertà in mano al Governo (oltre aumentare la tassazione, peraltro già elevatissima) appare essere quello relativo allo spostamento di una parte del maggior onere per la Protezione Sociale a favore della Sanità: a proposito di questa potenziale (ri)allocazione (prescindendo dai diritti acquisiti dei percettori di prestazioni di Protezioni Sociali), va detto che privilegiare la Sanità sull'Istruzione è scelta non ovvia, essendo la seconda un investimento imprescindibile nella speranza di ricreare condizioni di crescita del Paese, pari a quelle degli altri *partner* europei (ricordiamo che, come già detto, non cresciamo, ed abbiamo anche i livelli di istruzione peggiori in EU: 20,3% di laureati a fronte di una media europea del 24,3%) .

Anche assumendo che il legislatore propenda per una riallocazione di risorse verso la Sanità, rimane il non banale problema di convincere i cittadini della ragionevolezza di politiche tese a spostare i benefici da un settore ad un altro, sostanzialmente a parità di saldo. A ben vedere si tratterebbe di trasformare erogazioni in denaro (tipiche del settore "previdenziale") in erogazioni in natura (servizi) tipici della Sanità; trasferimento che, evidentemente, impatterebbe in larga misura sulla popolazione anziana, che è quella che, insieme, beneficia della protezione sociale e dei servizi sanitari.

Una riallocazione imposta avrebbe, a nostro parere, ben poche *chance* di essere "digerita" dalla maggioranza della popolazione, che ha più volte dimostrato (vedi scioperi per i tagli pensionistici, ma anche il crescente ricorso ai servizi a pagamento in Sanità) di preferire largamente le prestazioni in denaro su quelle di servizi.

Perché questo "sentimento" possa cambiare, è necessario che i cittadini trovino un vantaggio reale nel cedere allo Stato (o, se vogliamo, alle Regioni) denaro contante in cambio di una promessa di soddisfazione dei propri bisogni.

A titolo di esempio, possiamo citare l'auspicabile ricongiungimento delle indennità di accompagnamento nell'alveo del finanziamento della Sanità, o, meglio di un (altrettanto auspicabile) nuovo Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN). Considerando che le indennità presumibilmente vengono in larga misura utilizzate per pagare (in "nero" o ufficialmente) le badanti, per chiedere ai cittadini di rinunciarci volontariamente, magari inizialmente solo in parte, è necessario che il SSSN sia in grado di offrire una assistenza domiciliare continuativa di migliore qualità e a prezzi più convenienti di quelli praticati attualmente sul mercato; si consideri che trattandosi per lo più di persone con le quali il cittadino deve iniziare una convivenza, offrire una assistenza di maggiore qualità richiede, come elemento forse maggiormente discriminante, anche di lasciare la libertà al cittadino di scegliersi la persona che "si metterà in casa".

Le strategie sinteticamente esemplificate sono, evidentemente, di non facile realizzazione, almeno stante le attuali regole in cui si muove il nostro settore pubblico. D'altra parte, imporre cambiamenti di *welfare* ai cittadini sarebbe una politica difficilmente efficace, quand'anche perseguibile.

In sintesi, almeno nel medio periodo, pensare di risolvere i problemi della Sanità con un maggiore finanziamento, si scontra (stavolta in ordine di rilievo) prima di tutto con l'insufficiente crescita del Paese e, in secondo luogo, con le preferenze dei cittadini.

A fronte di questo dato di fatto, le alternative praticabili per garantire la sostenibilità del SSN rimangono in sostanza tre:

1) un rifinanziamento generato da una crescita (e/o anche una effettiva emersione dell'economia sommersa), nella misura in cui dovesse diventare maggiore di quella media EU

2) il passaggio a forme di universalismo selettivo
3) un efficientamento ulteriore, ottenuto non con ulteriori tagli, bensì modificando i servizi.

Sul primo punto le politiche sanitarie possono dare un contributo, sebbene la "non crescita" italiana abbia una eziologia complessa che, certamente, travalica gli aspetti sanitari. Quello che potrebbe fare è coordinarsi (ma stavolta davvero…) con le politiche industriali: certamente il contenzioso in essere con le industrie dei Dispositivi medici per i *payback*, come anche i continui rimaneggiamenti ai tetti farmaceutici, peraltro dimostratasi incapaci a riportare gli sforamenti su livelli fisiologici (come argomenteremo nel seguito), non depongono per una reale capacità di governare congiuntamente l'aspetto assistenziale e quello industriale.

Sul secondo punto va osservato che, come anticipato, l'universalismo selettivo è già in atto: la crescita della spesa *out of pocket* ne è la dimostrazione evidente.

Almeno nel breve periodo, i presupposti (in primis di finanziamento) per ridurre la spesa privata sembrano del tutto assenti. Almeno, e riteniamo sarebbe il primo mandato di un SSN universalistico, la spesa privata andrebbe governata per evitare derive in senso non equitativo.

In sintesi, l'universalismo selettivo è già in atto e il vero problema è che lo è in forma anarchica: un intervento che metta ordine nella materia, riconoscendo i vantaggi dell'integrazione e il valore della Sussidiarietà sarebbe opportuno, ma richiede prima di tutto un confronto che permetta di superare alcune posizione preconcette, e che sia capace di coordinare le attività dei diversi attori del sistema sanitario, senza cadere nella tentazione di imporre modelli che non tengono conto delle preferenze dei cittadini/pazienti: questo approccio implica declinare la Sussidiarietà evitando di interpretarla, o meglio confonderla, con una forma di subordinazione del privato al pubblico; mentre il primato del pubblico nella regolazione del mercato è questione indiscutibile e irrinunciabile (e riteniamo rappresenti la vera essenza di un sistema definibile "pubblico"), traslarlo nella produzione e nella intermediazione dei bisogni non soddisfatti dal SSN è tutt'altro che aspetto ovvio, anzi rischia di scontrarsi con il valore delle libere scelte della popolazione.

Un secondo aspetto non procrastinabile è quello dell'integrazione fra circuito pubblico e privato di erogazione dei servizi, e anche di intermediazione delle coperture: prima di poter formulare proposte operative, appare però necessario trovare democraticamente una condivisione sui principi che regolano oggi i rapporti fra questi due segmenti: senza pretesa di esaustività, sono sul tavolo il tema della declinazione del principio di sussidiarietà (in primo luogo al fine di superare l'empasse determinatasi in tema di natura integrativa/sostitutiva delle prestazioni); ma anche quello della meritorietà degli oneri derivanti dagli sgravi fiscali, e anche la necessità di ripensare le condizioni di accesso al mercato e "competizione" (regolata) fra erogatori pubblici, accreditati e non accreditati.

Infine, stante la speranza, ma la non certezza, di poter rifinanziare il SSN con la crescita, nonché le difficoltà di trovare una intesa sul governo della domanda e quindi sulla prioritarizzazione dei bisogni soddisfatti, il tema dell'efficientamento non può essere definitivamente "messo in soffitta", malgrado siano ormai largamente sconfessate le posizioni che negli anni hanno sbandierato la rimozione degli "enormi sprechi" del sistema come soluzione "facile" alle difficoltà del SSN.

La storia delle politiche sanitarie degli ultimi 20 (almeno) anni dimostra, però, che oggi l'efficientamento non può più essere declinato in termini di riduzione dei costi a organizzazione data.

Piuttosto l'efficientamento dovrebbe passare per una reingegnerizzazione dei servizi, avendo il coraggio di ripensare completamente le modalità di risposta ai bisogni. A titolo di esempio, la crescita dell'offerta territoriale (Case e Ospedali di Comunità, Assistenza domiciliare etc.) potrebbe far pensare che l'obiettivo sia quello di aumentare il numero di prestazioni erogate sul territorio per soddisfare la richiesta inevasa dei cittadini; ma questo richiederebbe risorse aggiuntive, in primo luogo umane, per popolare questi servizi: la realtà è che il SSN opera in una situazione di carenza di risorse, per cui l'obiettivo non può essere aumentare o, al più, riconvertire

l'offerta, quanto quello di modificarne l'azione, rendendola più efficiente; in altri termini, essere capaci di tutelare la salute con un minor ricorso all'erogazione di "prestazioni" (in senso lato).

Le opportunità (le azioni che è urgente programmare)

Nel paragrafo precedente si è argomentato delle principali macro-compatibilità che, sulla base delle analisi contenute nel Rapporto, si ritiene non possano essere eluse: l'esplicitazione dei *driver* delle trasformazioni in corso e dei vincoli esistenti è, infatti, propedeutico rispetto alla definizione di obiettivi perseguibili.

Per evitare che l'attuale deriva del SSN porti al suo collasso, appare urgente assumere un impegno collettivo per cercare di trasformare le analisi in proposte e azioni di riforma. In questa ottica, a seguire si elencheranno, senza un reale ordine di priorità, alcuni interventi che si ritiene possano essere utili al fine di perseguire un adeguamento del SSN alle nuove esigenze della Società italiana.

I. La prima linea di azione che emerge dal Rapporto C.R.E.A. 2023 riguarda, come anticipato nel precedente paragrafo, l'esigenza di pensare ad una efficace reingegnerizzazione dei servizi, anche sfruttando le nuove opportunità date dalle tecnologie "digitali"; per supportare la programmazione il SSN si è storicamente dotato di "tavoli" e/o "progetti" dedicati all'aggiornamento delle modalità di erogazione delle attività cliniche: per quanto argomentato nel precedente paragrafo, sarebbe, però, opportuno spostare l'attenzione dal governo dell'offerta a quello del governo della domanda, o meglio alla riconciliazione delle aspettative dei cittadini con le capacità di risposta dei servizi. Il SSN deve superare un approccio concentrato sulla mera organizzazione dell'offerta clinica, mirando piuttosto a ripensarla in termini di integrazione con la presa in carico dei bisogni sociali e, più in generale, di adeguamento alla trasformazione dei bisogni, delle aspettative e dei comportamenti di consumo legate all'evoluzione tecnologica. Per orientare le future azioni del SSN, evitando la frammentazione degli interventi, sarebbe opportuno che venisse prodotto un documento di indirizzo strategico finalizzato a ridefinire prospetticamente i bisogni della popolazione e a riconciliarli con le capacità di risposta del SSN.

II. Un aspetto strategico, sempre legato al punto precedente, ci sembra sia quello del potenziamento dei processi di comunicazione e collaborazione all'interno del SSN. Il potenziamento del cosiddetto territorio è una sfida che, come anticipato, non si può vincere aumentando semplicemente l'offerta. E neppure riorientando le risorse dall'ospedale al territorio: il mito della deospedalizzazione sembra miope, visto che già siamo il Paese in Europa, Olanda esclusa, con il minor tasso di ospedalizzazione (già oggi il nostro tasso di ospedalizzazione in acuzie è del -35,3 inferiore a quello, ad esempio, della Francia e del -56,2% rispetto alla Germania); di fatto anche l'ospedale è sempre più un erogatore di prestazioni diagnostiche e cliniche ambulatoriali (per dare una misura quantitativa del fenomeno osserviamo che il rapporto fra i ricavi derivanti dai ricoveri e quelli delle altre attività nelle aziende ospedaliere pubbliche si è ridotto da 5,6 nel 2011 a 2,9 nel 2021). Ci sembra evidente che la sfida non si vince "spostando" alcune prestazioni da un "luogo" ad un altro, quanto capendo come si possa tutelare la salute della popolazione erogando meno prestazioni: tema che nel dibattito di politica sanitaria è stato riassunto con l'idea del superamento delle logiche da "prestazionificio". Purtroppo, sino ad oggi, la "difesa" del SSN dalla pressione della domanda è rimasta in buona misura confinata alla perdente opzione di fare filtro mediante le liste di attesa, che rimangono una soluzione iniqua e invisa ai cittadini. Per una vera razionalizzazione del sistema andrebbe, invece, potenziata la prevenzione e, dove non sia possibile, l'attenzione ad evitare le duplicazioni inutile di prestazioni. Su questo ultimo punto, vale la pena di notare che la prossimità, caposaldo della recente riforma del territorio, sebbene rappresenti un valore in termi-

ni di umanizzazione delle cure, non garantisce di per sé uno snellimento dei percorsi: al più (ed è tutto da dimostrare) un soddisfacimento dei bisogni con minori costi unitari, peraltro da valutare quanto compensati dall'allargamento della platea dei soggetti presi in carico. Piuttosto, per far "fare la differenza" alla prevenzione (ivi compresa la promozione della corretta aderenza alle terapie) si richiede che essa diventi una rivoluzione culturale, ovvero che si generi una convinta adesione della popolazione sulla opportunità di adottare stili di vita "salutari": non è un risultato che può essere raggiunto senza un adeguato investimento, ma non tanto in offerta, quanto in azioni capaci di instaurare un rapporto fiduciario fra i cittadini e il SSN (in primis con i professionisti sanitari), sfruttando anche la mediazione dei riferimenti culturali della popolazione: si tratta di azioni che attengono alla sfera del governo della domanda, che può essere realizzato solo attivando e incentivando l'uso di nuovi canali di comunicazione continua con i cittadini; ad esempio, per essere efficace, la prevenzione primaria richiede un allargamento dell'attenzione del SSN verso il mondo del ben-essere (alimentazione, sport, etc.), prevedendone una integrazione con le problematiche sanitarie. Dove, poi, non si possa evitare di arrivare alla necessità di interventi clinici, è necessario operare per lo snellimento dei processi di presa in carico: lo sdoppiamento (territorio e ospedale) dei luoghi di erogazione, per quanto programmabile sulla carta sulla base di una "teorica" divisione delle prestazioni di I e II livello, rischia solo di generare ulteriori "ping-pong" e quindi una duplicazione di interventi; lo snellimento del carico di lavoro richiede, piuttosto, che sia incentivata una presa in carico multidisciplinare, sviluppando livelli di collaborazione e integrazione fra professionisti le cui modalità per ora non sono state affatto prese in considerazione adeguatamente.

III. Il reiterato riferimento alla capacità del SSN di dare "risposta alla cronicità", sempre presente nelle scelte programmatorie del SSN, appare congiunturalmente ineccepibile, ma debole strategicamente; indubbiamente la cronicità è la cifra sanitaria dell'invecchiamento in corso: ma è essenzialmente collegata alle fasce anziane della popolazione (sebbene siano molti i cronici "giovani", la cronicità a cui ci si riferisce è essenzialmente quella che si accompagna ad una progressiva fragilità); le fasce anziane sono, però, quelle che ancora si possono ritrovare con le modalità attuali di erogazione dei servizi; una *vision* che guardi al futuro del SSN deve, invece, già iniziare a occuparsi dei "futuri cronici", iniziando a ripensare le modalità della medicina di iniziativa, adattandola ai bisogni e ai comportamenti dei "*millenials*": una popolazione nativa digitale, che comunica quasi esclusivamente attraverso gli strumenti digitali, che compra praticamente tutto a distanza, valuta i servizi mediante le informazioni reperite in rete, etc.; una popolazione più disposta verso alcune innovazioni quali l'Intelligenza Artificiale, ma forse anche meno critica nella analisi delle evidenze scientifiche. In altri termini, la digitalizzazione dei rapporti sociali, volente o nolente, è un'altra partita che il SSN deve governare, potendone peraltro trarre vantaggi non indifferenti per snellire i processi ed efficientarsi senza abbassare ancora la qualità dei servizi. Di fatto, ancora oggi l'attenzione alla digitalizzazione dei servizi i Sanità sembra, invece, orientata al mero utilizzo dell'ICT per rendere più efficienti (e solo qualche volta efficaci) i servizi: manca ancora un salto di qualità che ripensi come trasformare il settore dei servizi sanitari, così come è avvenuto in altri campi, come ad esempio quello del commercio.

IV. Come argomentato nel paragrafo precedente, sul SSN pesa un evidente aumento dell'iniquità, testimoniato dalla crescita dei casi di disagio economico (impoverimento e rinuncia alle cure per motivi economici) (+0,4 punti percentuali di incidenza nel periodo 2015-2021), come anche la continua crescita dei consumi sanitari nel paniere delle famiglie meno abbienti (5,9% dei consumi totali vs 5,7% dei "più ricchi"). Ai fini del governo della spesa privata, le questioni aperte sono molteplici: senza pretesa di esaustività, citiamo la totale non integrazione del "circuito" di erogazione privato con quello pubblico, a volte alimentata dal

pregiudizio per cui tutto ciò che è privato è anche non etico in quanto rispondente a esigenze di massimizzazione del profitto; tesi che potrebbe avere un fondamento in un mercato non regolato, o non sufficientemente regolato, ma che si scontra con la natura dei mercati sanitari europei, nei quali anche la massimizzazione del profitto aziendale è perimetrata dalle regolamentazioni pubbliche. Ovviamente, evitando di cadere nell'ulteriore pregiudizio della incapacità pubblica di regolare efficacemente il mercato, può invece essere analizzato il rischio opposto, ovvero che l'intervento pubblico distorca il mercato, non premiando le strutture più efficienti: l'incapacità del SSN di aggiornare nomenclatori e tariffe in modo ragionevole e tempestivo, nonché di modularle sulle caratteristiche degli erogatori, può esserne una almeno parziale esempio. Distorsioni che possono crearsi anche creando barriere all'entrata: la logica dell'accreditamento è stata largamente aggirata con i cosiddetti accordi contrattuali, e oggi assistiamo al fatto che le entrate e uscite delle aziende dai mercati sanitari accreditati siano praticamente nulle, confermando che l'attuale regolamentazione genera evidenti barriere all'ingresso che andrebbero rimosse.

V. Sempre in tema di "sanità privata", appare distorsivo il mantenimento di categorie che non trovano riscontro in "natura", quale la forzata distinzione fra "prestazioni integrative" e "sostitutive", che spesso viene utilizzata per stigmatizzare la crescita dei Fondi Sanitari; va ricordato che le prestazioni "integrative" per essere tali si vorrebbero escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e, quindi, ai sensi del DPCM del 12.1.2017 che ha aggiornato il DPCM del 29.11.2001, vi possono essere ricomprese la medicina estetica, la circoncisione rituale, le prestazioni inappropriate e, con un po' di sforzo, possiamo aggiungerci alcune prestazioni odontoiatriche e l'assistenza (in teoria non sanitaria) agli anziani non auto-sufficienti. Non a caso queste ultime furono prese a riferimento per definire i requisiti per la concessione di maggiori benefici fiscali (D.M. del 31.3.2008, D.M. del 27.10.2009). A parte l'"inconsistenza" (o, se vogliamo, la non meritorietà) del pacchetto di prestazioni descritto come "integrativo", va notato che considerare (ad esempio) una prestazione diagnostica come "sostitutiva", in quanto prevista nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, appare incoerente con l'osservazione che, se quella prestazione è "non urgente", non risulta di fatto soggetta a limiti di attesa, e non è neppure garantita l'erogazione in prossimità della residenza. Ci sembra che la possibilità di avere la prestazione in tempi percepiti come ragionevoli e nel luogo prescelto, siano elementi di per sé sufficienti e ragionevoli per definire una "integrazione" del servizio pubblico: non riconoscerla come una integrazione di fatto dei servizi pubblici appare un negare la realtà. Qualora non si "amino" le forme di sussidiarietà, si dovrebbe spingere per aumentare la capacità di risposta pubblica, e non cercare surrettiziamente di limitarne le alternative, che è una strategia che provocherebbe solo danni ai cittadini.

VI. Altro argomento ricorrente in questo ambito, che meriterebbe una maggiore e approfondita analisi, è quello della presunta iniquità degli sgravi fiscali concessi ai consumi sanitari. In carenza di dati certi sulle dimensioni del problema, un elemento appare però evidente: se la detraibilità delle spese sanitarie può essere sulla carta considerata iniqua, nella misura in cui premia i maggiori consumi, ragionevolmente attribuibili alle famiglie più abbienti, gli sgravi legati ai premi versati a Fondi collettivi, essendo oggi appannaggio fondamentalmente del ceto medio e di larga parte del lavoro dipendente, appaiono tutt'altro che iniqui; anzi, si possono ritenere una (parziale) compensazione del fatto che si tratta delle uniche fasce della popolazione a cui è, di fatto, impedito evadere. Considerando, poi, anche che alla luce delle dichiarazioni dei redditi, che i soggetti sui cui pesano gli oneri della redistribuzione solidaristica rimangono una esigua minoranza (secondo l'Osservatorio dedicato a entrate fiscali e finanziamento del sistema di protezione sociale poco più di 5 milioni di versanti (8,3% della popolazione) con redditi superiori ai € 35.000 nella sostanza,

sostengono il peso del finanziamento del nostro *welfare*), andrebbe recuperato nelle azioni di governo il tema del rapporto fra SSN e fisco: è un tema che rimane centrale, nella misura in cui i sistemi di *welfare* universalistico richiedono sistemi fiscali efficienti, in assenza dei quali si generano inaccettabili sperequazioni.

VII. Ancora in relazione all'aspetto della crescita della spesa privata, va citata anche l'esigenza di rivedere i criteri di Riparto: pur essendo stato oggetto di numerose rivisitazioni, questi sono da alcuni anni sostanzialmente "congelati", a parte il recente intervento per inserire nell'algoritmo, dal 2023, il parametro della "deprivazione", una modifica che, a ben vedere, pur avendo drenato risorse dalla ripartizione Centro settentrionale a quella meridionale, ha spostato relativamente poco nell'allocazione delle risorse; l'equità del criterio di riparto è, però, oggi messa in discussione, e in modo quantitativamente molto più rilevante, dall'incidenza della spesa privata per prestazioni che di fatto ricadono fra quelle garantite dal SSN: si tratta di spese sostenute direttamente dai cittadini, spontaneamente o per effetto delle politiche regionali di compartecipazione, che praticamente riducono l'onere sostenuto dai Servizi Sanitari Regionali (SSR), e lo fanno in modo decisamente difforme, avvantaggiando alcuni SSR più di altri. A titolo esemplificativo, la spesa per farmaci di "classe A" sostenuta direttamente dai cittadini riduce l'onere farmaceutico della Regione Valle d'Aosta di € 81,1 pro-capite, mentre all'altro estremo riduce di solo € 9,2 l'onere sostenuto dalla Basilicata. Analogamente, i *ticket* per ricetta sulla spesa farmaceutica riducono di € 13,1 pro-capite l'onere farmaceutico della Campania e di nulla quello del Friuli Venezia Giulia e delle Marche. I due esempi portati propongono un quesito di fondo: è corretto che in un sistema solidaristico le Regioni con una popolazione più abbiente si avvantaggino (e quindi in teoria possano dare più servizi) per effetto della maggiore propensione a consumare di "tasca propria" dei propri residenti? Analogamente, considerando che il finanziamento centrale per l'erogazione de LEA è frutto della stima del Fabbisogno Nazionale *Standard* al netto, per norma, di una quota di entrate regionali (le cosiddette "entrate cristallizzate", peraltro definite illo tempore…), il fatto che il finanziamento effettivo per l'erogazione dei LEA (peraltro non garantiti pienamente da tutte le Regioni ai sensi del monitoraggio del cosiddetto "sistema di Garanzia") sia invece integrato per il 5,3% dalle altre entrate proprie regionali, di cui una parte sono compartecipazioni, può ritenersi corretto da un punto di vista equitativo? Riteniamo che la risposta debba essere negativa, anche in considerazione del fatto che nessuna Regione riesce a erogare i LEA con i soli fondi erogati sulla base del FSN: le entrate proprie si sono di fatto trasformate in imposte per il finanziamento della Sanità, con il difetto di essere una fonte di entrata che garantisce un gettito regionale difforme, anche in ragione delle diverse incidenze di residenti esenti.

VIII. Un quarto aspetto che richiede un confronto e la formulazione di proposte operative è quello delle regole che caratterizzano l'operatività delle aziende pubbliche: l'esperienza pandemica ha dimostrato come la rapidità di azione e, quindi, l'efficienza del sistema, dipenda fortemente dalle "regole del gioco", costringendo le aziende del SSN ad operare in deroga ai principi che le caratterizzano; la presentazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stata accompagnata da una reiterata affermazione della necessità di "riformare" alcune procedure: purtroppo di tutto questo non sembra esserci ancora evidenza significativa; in particolare gli approvvigionamenti e la gestione delle risorse umane sono le aree strategiche che richiedono un più radicale adeguamento delle "regole": da una parte per contenere i rischi di "amministrazione difensiva", e dall'altra per evitare di trovarsi nell'impossibilità di poter reclutare il personale necessario per le posizioni "scoperte"; a fronte dell'importanza del tema, già richiamato nelle precedenti edizioni del Rapporto, e non essendosi ancora registrata l'identificazione di soluzioni dirimenti, probabilmente anche a causa dei vincoli derivanti dalla natura

delle Aziende Pubbliche, riteniamo sia divenuto ineludibile mettere in discussione anche il tema della natura delle Aziende Sanitare pubbliche, eventualmente ripensandola in una logica di efficientamento operativo.

IX. Le risorse umane, in questo momento, sono certamente l'aspetto più critico per il SSN; per quanto concerne i medici, più che un problema di numero, esiste un tema di identificazione degli incentivi atti a poter raccogliere la sfida della copertura delle posizioni meno appetite e, ovviamente, a questo aspetto si lega il fatto che non è più procrastinabile l'adeguamento delle retribuzioni; per gli infermieri il tema delle retribuzioni è davvero in cima all'agenda, insieme ad un serio problema di carenza; infine, poco o nulla è noto della consistenza dell'offerta di Assistenti alle Cure (in primis gli OSS) che, paradossalmente, non sono sinora entrati nel dibattito sugli organici, pur essendo le figure professionali naturalmente vocate all'assistenza dei non autosufficienti; secondo le analisi del Rapporto, anche per queste figure l'Italia, a meno di voler assimilare ad una figura professionale l'esercito di badanti (non professionali) che hanno attualmente in carico gli anziani italiani fragili, è mal posizionata in Europa con 86,4 assistenti per 1.000 abitanti *over* 75, contro 114,6 della Spagna, 175,8 della Francia e 211,1 del Regno Unito; infine, va considerato che qualsiasi decisione (a parte i vincoli economici per l'adeguamento delle retribuzioni) richiede i primo luogo che siano definiti i fabbisogni; da questo ultimo punto di vista è urgente che si ridiscutano i criteri con cui si valutano tali fabbisogni: ad esempio, stupisce che, nel dibattito in corso, siano ancora in uso parametri quali il rapporto infermieri per medico, criterio ormai del tutto incompatibile con l'autonomia professionale degli infermieri (escludendo forse alcune posizioni tipicamente ospedaliere); gli infermieri oggi operano, ad esempio, nel territorio senza una presenza del medico (basti pensare agli infermieri di famiglia) e quindi avrebbe semmai molto più senso declinare il fabbisogno di OSS/Assistenti in termini relativi agli infermieri per programmare le risorse necessarie per far fronte alle prese in carico domiciliari.

X. Tema ormai centrale nel dibattito in corso è quello dello sviluppo delle logiche di *Health Technology Assessment* nelle funzioni di programmazione del SSN; Appare evidente che una adozione delle tecnologie basata su decisioni prese in base a trasparenti e razionali criteri di valutazione è certamente un obiettivo da perseguire. Il dibattito in corso sembra, però, carente da almeno due punti di vista. Il primo discende dal fatto che l'HTA è un *assessment* a supporto di una decisione che rimane politica, e che deve basarsi su una declinazione finale del "valore" delle tecnologie valutate (*appraisal*): il tema è che l'esplicitazione degli attributi del valore, almeno di quelli presi in considerazione dai *decision maker*, in Italia rimangono opachi. Sinora il sistema ha garantito un accesso quasi totale alle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, etc.), così che l'impatto del "tema valore" è rimasto in secondo piano; la crescente scarsità di risorse, nel momento in cui determinerà eventuali necessità di prioritarizzazione, rischia di far divenire il tema "sensibile". Esempi che pronosticano ciò sono già evidenti: riferendosi al mondo del farmaco, dove i criteri di valutazione sono consolidati da più tempo, possiamo notare che tanto i farmaci a cui è stata riconosciuta l'innovatività, quanto i farmaci orfani, registrano tempi di accesso più lunghi rispetto alla media: in altri termini, farmaci a cui è stato riconosciuto un "particolare valore", finiscono poi per essere penalizzati nell'accesso, presumibilmente a causa dei loro prezzi più alti (peraltro logicamente legati al valore, almeno sposando l'approccio del *value based pricing*): quello che si appalesa sembra un cortocircuito del sistema di HTA, che meriterebbe una approfondita riflessione. A proposito di accesso al mercato, un tema che si sta affacciando nel dibattito di politica sanitaria, meritando un approfondimento, è anche quello dei schemi di *early access* per categorie di farmaci che si ritengono di particolare rilievo sociale, come può essere il caso di quelli innovativi e/o orfani: il Rapporto, analizzando le esperienze internazionali, e in particolare quelle di Francia e Germania, evidenzia

come per velocizzare l'accesso al mercato una opportunità rilevante è quella di posticipare la negoziazione: una opzione che, però, richiede di risolvere il *trade off* fra "velocita" e "rischi finanziari", nonché il rischio di un "indebolimento del potere negoziale pubblico"; le esperienze internazionali sembrano suggerire che, con adeguati meccanismi di *payback* (basato sul differenziale fra prezzo libero di accesso e prezzo successivamente negoziato) e l'istituzione di processi di arbitrato, i rischi possono essere mitigati con vantaggi sia per i pazienti, che per le aziende produttrici. L'esempio degli *early access* indica che, nelle logiche di valore, andrebbe anche discusso se non debbano, o almeno possano, essere inseriti elementi che riguardano l'"altra faccia della medaglia", ovvero il contributo dell'industria medicale (in senso lato) alla crescita del Paese. Di fatto, la *governance* del settore sembra arrivata al punto in cui è richiesto un ripensamento. A livello farmaceutico, la logica dei tetti e conseguenti *payback* si scontra con il fatto che, malgrado ogni anno si aumenti il tetto (e si spostino risorse da quello della farmaceutica convenzionata a quello degli acquisti delle strutture pubbliche), lo sforamento non si abbassa (era di € 1,8 mld. nel 2015 e il Rapporto stima sarà di € 1,9 mld. nel 2022). Considerando altresì che il tetto della convenzionata è sinora rispettato solo grazie agli acquisti privati dei cittadini per i farmaci "classe A", senza i quali tutte le Regioni sforerebbero. Di fatto, da sistema di disincentivo alle politiche di pressione commerciale, il *payback* è diventato uno sconto ex post al SSN, attualmente pari al 7,0%, che per le Regioni è una ulteriore significativa fonte di entrata. Per questo stesso motivo, le Regioni non vogliono e non possono rinunciare al *payback,* ivi incluso quello fissato per i dispositivi medici. Anche in questo caso le norme hanno in parte "disinnescato" l'impatto del *payback*, dimezzando l'onere per le imprese relativamente agli anni 2015-2018. Si è trattato di una norma tampone che non ha, però, affrontato alla base la questione: in primo luogo una compiuta valutazione della spesa ritenuta appropriata per il settore. Il Rapporto evidenzia come il tetto si basi su un monitoraggio della spesa per dispositivi medici largamente incompleto: secondo le stime elaborate, la spesa per DM monitorata non raggiunge l'80% dell'onere realmente sostenuto, generando distorsioni di mercato (fra diverse categorie di DM). Ma il sistema di monitoraggio dei DM introduce anche una distorsione a livello regionale, nella misura in cui nel calcolo della spesa non vengono considerati gli oneri per i DM utilizzati dalle strutture private accreditate, che rimangono sepolti nella spesa ospedaliera in convenzione, che incide in modo fortemente difforme nelle diverse Regioni.

Riflessioni finali

Il SSN rappresenta con assoluta certezza una conquista di civiltà e un punto qualificante del sistema di *welfare* italiano basato sulla solidarietà: va sempre ricordato che il *welfare* è il principale (e più "sano") elemento di coesione nazionale.

Ma il SSN è stato progettato per una Società che non esiste più: le rivoluzioni demografiche, sociali e tecnologiche intervenute (almeno) negli ultimi 30 anni hanno radicalmente cambiato bisogni, aspettative e comportamenti.

Difendere il SSN, e principalmente dargli un futuro, non può quindi essere perseguito con un arroccamento a difesa dell'esistente: il SSN deve cambiare per adeguarsi ad una nuova Società, con le nuove opportunità che si sono generate e le corrispondenti complessità.

Un'azione efficace deve anche essere pragmatica e questo implica riconoscere i vincoli alle azioni possibili.

Il Rapporto 2023 ha cercato di esplicitare questi vincoli, almeno i principali, che sono da ricondursi alla stagnazione prolungata dell'economia italiana. Una scarsità di fatto di risorse che genera a cascata il vincolo di riconoscere l'esistenza di un doppio canale (pubblico e privato) nel soddisfacimento dei bisogni della popolazione, e quello dell'esigenza di ripensare le modalità di efficientamento dei servizi.

L'urgenza di intervenire proviene dalla constata-

zione di una deriva del SSN, che potrebbe portare al suo collasso in tempi non lunghissimi: si tratta di un rischio sociale a fronte del quale appare urgente assumere un impegno collettivo per cercare di trasformare le analisi in proposte e azioni di riforma.

In questa ottica, il Rapporto ha provato ad elencare alcuni interventi che si ritiene dovrebbero essere considerati prioritari al fine di adeguare il SSN alle nuove esigenze della Società italiana.

Evidentemente il loro perseguimento richiede si determini una volontà politica in tal senso; va osservato che trattandosi di aspetti che non riguardano solo modifiche "tecniche", ma che toccano in profondità i principi fondanti del sistema di protezione sociale, non basta la promozione di tavoli tecnici: è arrivato, piuttosto, il momento di tornare ad una fase "costituente", come quella che nel 1978 ha permesso la nascita del SSN.

The (uncertain) future of the NHS, between macroeconomic compatibility and the urgency of reprogramming

Since 2003 the Report by C.R.E.A. Sanità has been monitoring the development of national health policies, by drawing up considerations based on the quantitative data available. Over the years, the Report has been able to describe various phases in the evolution of the National Health Service (NHS). Without claiming to be exhaustive, the first Reports witnessed the first steps of federalism and devolution, while the subsequent ones analysed the period of deficit recovery plans and linear cuts. Later they focused on the celebration of the 40th anniversary of the National Health Service and the unexpected impact of the pandemic, up to the current phase, in which the health policy debate seems to focus on the urgency of defining strategies to ensure a future for the NHS.

As already argued in last years' Reports, the need to modernise the National Health Service is probably inescapable. Although pleonastic, it is worth remembering that while ten years ago in Italy there was one elderly person for every 4.1 young people, today there are 3.3. It is also worth remembering that Italy was the country of the "medical plethora" and nurses were considered "paramedical staff". The era of biotechnological drugs had not yet begun (just to give an example of the transformation of therapeutic opportunities) and, above all, the digital revolution triggered by the Internet was not there, nor was it foreseen. In other words, the NHS was conceived and designed for a "different world", while today it has to be nestled in a profoundly different society, and this requires vision and the will to change.

Considering the reasons that determined the desire to implement a comprehensive and universalistic NHS, only the worst and most detrimental ones probably remain unchanged: in particular, the existence of disparities in protection between the Regions and between the different areas within them. These disparities have probably narrowed a little bit since the advent of federalism and devolution (as argued in previous Reports and with all due respect to those who believe that the disintegration of the National Health Service is to be blamed on federalism and devolution), but they remain unacceptable and are the main failure of the original design of Law No. 833/1978.

That something is "wrong" with the NHS, however, has become tragically evident only in recent years. We believe that the "turning point" is the main stakeholders' growing disaffection with the National Health Service, including citizens/patients and healthcare professionals.

Citizens' and patients' disaffection with the NHS is proved by the continuous growth of private spending - both the out-of-pocket spending and the one through health funds and insurance (which shows the need for further coverage). The reason for this disaffection (as demonstrated by the answers to the survey conducted by C.R.E.A. Sanità in 2021) is mainly related to the persistence of unacceptable waiting lists for non-urgent services. This is confirmed by the fact that in 2022 the private healthcare spending rose to € 40.1 billion, growing by a 0.6% yearly average over the last five years.

The signs of disaffection also include the patients' growing preference for the services of accredited private facilities working under a special agreement with the NHS, which we could presumably attribute to the perception of an organisation of care that is more respectful of citizens' expectations (not so much of the quality of services, but of comfort, respect for time, etc.). This is demonstrated by the fact that the share of admissions to accredited facilities out of the total rose from 24.8% in 2017 to 27.1%

in 2022; for surgeries, it rose from 33.4% in 2017 to 35.8% in 2022. Incidentally, it is surprising that, to our knowledge, in no policy document, not even in those dedicated to the humanisation of care, is reference ever made to the principle of respect for "citizens' 'time", which is based on the ability to organise services without causing unnecessary waiting and/or impose surmountable bureaucratic complexities. We could also relate this "inattention" to the fact that citizens increasingly prefer to pay for reimbursable drugs ("class A") out of their own pockets rather than have them prescribed (despite the fact that we have finally succeeded in switching to electronic prescriptions). Over the last five years, private spending on reimbursable drugs has risen by 45.7%, reaching a value of € 1.9 billion (+8.1%) of the public pharmaceutical expenditure currently supplied.

To this (partial) list of potential reasons for disaffection, we must certainly add the NHS renunciation to protect non-self-sufficient people in an organised manner, despite the fact that it is certainly the primary need for a population that is increasingly elderly, chronically ill, and characterised by an ever greater fragmentation of family structures. Faced with the demographic (and hence epidemiological) revolution that has taken place, the comprehensiveness envisaged in the NHS principles can no longer be expressed within the "prevention-rehabilitation" perimeter, but must now also be extended to the "non-self-sufficiency/frailty" and "end-of-life" phases. It should be noted that, faced with a need, Society has obviously organized itself in an alternative way, resorting to caregivers and, in part, to informal care. This explains - at least in part - Italian citizens' affection for cash benefits (pensions, at first) which, in the case analysed, sees the most striking example in the attendance allowances paid by INPS (the National Institute for Social Security): € 14.5 billion, which presumably are a significant part of the resources allocated to cope with non-self-sufficiency, but also perpetuate the recourse to the "opaque" - if not irregular - world of the unregulated market of caregivers. According to our estimates, it is a "market" worth € 7.7 billion, 52.9% of which for "regular" caregivers and 47.1% for "irregular" ones, with a residual share of resources (€ 4.5 billion) presumably destined for family informal care and/or the acquisition of goods and devices that are not reimbursed by the public health and social protection system.

The outbreak of the NHS "disease" is, however, made evident by the recent emergence of disaffection among health professionals. For the first time in the history of the NHS, the professionals' desire to be an organic part of the NHS no longer appears to be generalised. Many young people prefer to go abroad or not to work on a continuous basis for hospitals with open-ended contracts, but only for cooperatives that call them when the need arises and pay them for the shifts they carry out (payment for service so-called "lavoro a gettone"), as they are ever less willing to accept the current working conditions, especially those related to the more "uncomfortable" positions. What is worse, at least in the case of nursing professionals, is the fact that there is a strong lack of vocations, which are on a much lower level than in other countries. We believe that this is a strategic issue for the survival of a universalistic NHS: professionals are and remain the fundamental asset of the health protection system. We need to take note that the "disease" is "widespread": the survey conducted by C.R.E.A. Sanità, in collaboration with FNOMCeO, clearly shows that salaries are now perceived as being significantly lower than expected (with a statistical "mode" of around +30%). It also shows, however, that behind the reasons for "people giving up the profession" there is also a growing lack of professional motivation and a penalising organisation of work. It is not trivial to consider that this professionals' perception is substantially cross-sectional to public or private accredited structures, showing that it is in fact a "systemic" problem. Although the survey was conducted on doctors, it can be reasonably assumed that the aforementioned considerations apply, even more, to nursing professionals, considering that doctors' pay (although reduced over time), in relative terms remains at least higher than the Italian average pay, while that of the nursing professionals is lower both nationally and, all the more so, internationally.

The above considerations seem to confirm that

the NHS governance has been culpably late in perceiving the impact of the transformations taking place in the Italian society, so much so that some issues (such as the staffing levels) currently appear to be extremely difficult to solve, at least in the medium term. In other words, for a long-time planning has been carried out, largely influenced (or perhaps we should say "pressurized") by the financial recovery requirements, losing sight of the importance of defining a vision for the NHS evolution (a topic already anticipated also in previous Reports).

We believe that this lack of vision is the reason why the debate on the methods for defending/protecting the NHS runs the risk of becoming obsessed with the (sole) issue of the adequacy of resources. It is a recurring theme and, in some cases, topped off with further diagnoses of diseases that, from time to time, blame the NHS disintegration on federalism and devolution or on its alleged "creeping privatisation".

The above stated stances do not seem to take data into account and confuse the causal links between phenomena. In the first case, namely federalism and devolution, the numbers tell us that, in the 21 Regional Health Services, the levels of protection are no further apart than they were before federalism and devolution. In the second case, namely privatisation, these stances seem to ignore the fact that - with their behaviour – citizens express rational preferences (in the economic sense of the term) and, therefore, the so-called "privatisation" cannot be countered by "eliminating" alternatives to public services, but by reflecting on the reason why the public sector is increasingly unable to "compete" in terms of meeting citizens' expectations.

An "easy" answer to the last question is obviously the one that sees the reason for it in the underfunding of the NHS. It is certainly an unsatisfactory explanation, as is evident when considering that the underfunding evidently concerns also accredited private facilities.

This therefore confirms a lack of overall vision on the evolution of the system, which is the reason why we cannot avoid analysing the strategic issues for the purposes of maintaining a solidarity-based approach to the issue of health protection. Starting - in logical order and not in terms of importance - with the constraints, or rather the macro compatibilities of the system, in view of then listing the opportunities (in proactive terms), i.e. the programming areas that would require more urgent intervention.

Constraints (macro-compatibilities)

For many years the C.R.E.A. Report has been "denouncing"' the substantial falseness of the theory, which has prevailed for many years, of a generalised inefficiency of the NHS. This is a theory that has been used to justify almost two decades of "linear cuts".

In fact, Italian health spending has traditionally been lower than that of the countries with which we are used to comparing ourselves. We cannot even recall prolonged phases of "out-of-control" growth: moreover, faced with overall health outcomes, probably sometimes overestimated, but certainly not lower than the average of other countries.

The real discriminating element remains exactly the growth rate of total expenditure. When limiting the analysis to the last quarter of the century, it appears evident that it has grown in Italy by a 2.6% on average per year, while in the countries that we define as pre-1995 EU countries[1] it has, on average, grown by 3.8%. Italy's growth has therefore been, on average, 1.2 percentual points lower.

The outcome of this prolonged lower growth has been to bring the difference in total per-capita expenditure on health, between Italy and the other pre-1995 EU countries, from 21.1% to 39.2%, with an increase of the gap by 18.1 percentual point.

Limiting our analysis to the share of public expenditure, the situation is even worse: Italy's public

[1] *Reference is made to the countries that signed the Corfu Treaty in 1994, which came into force on 1 January 1995. In particular, the countries that took part in that Treaty were Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, Spain, Sweden and the United Kingdom.*

expenditure has grown by a 2.8% average per year, while that of the pre-1995 EU countries has grown by a 4.2% average per year. Italy's growth has therefore been 1.3% lower on average, thus bringing the per-capita difference from -25.4% to -43.9%, with an increase of the gap by 18.5 percentual points.

It also appears evident that these are differences in resources that can actually be allocated to citizens, which cannot be justified by the different purchasing powers. The spending values in €-PPP (Parity Purchasing Power) calculated by the OECD are still significantly different. Nor does it seem obvious that comparisons in €-PPP are more correct. In fact, health markets are anything but "'protected": health goods, drugs, medical devices (MDs), etc. have world markets and prices that are scarcely discriminable. In other words, this implies that the domestic price cannot deviate much from the one charged in other countries. Even the other major spending item, namely staff, can no longer be deemed "protected" in the domestic market. It is an increasingly scarce resource that is supplied on world (labour) markets and - first and foremost - on European ones, thanks to the rights of free movement between Member States guaranteed in the European Union.

The considerations made above seem therefore to naturally lead us to support the theory of underfunding. This is the case if we assume the average spending of the pre-1995 EU Member States as a proxy for the Italian citizens' expectations in terms of healthcare.

Underfunding with respect to expectations, however, does not imply underfunding with respect to the country's "possibilities".

When shifting the viewpoint, it is - in fact - right to note that the country's health spending, although grown less than in the other countries, has grown more than the Gross Domestic Product (GDP). In the period under consideration, public health expenditure has grown by 0.9% more than the GDP: its incidence has therefore increased by 1.2 percentual points. In the other pre-1995 EU countries, by comparison, the growth of health expenditure has been 1.3% greater than that of GDP and its incidence has increased by 2.9 percentual points.

It goes without saying that if Italy's GDP had grown at the same (average) rate as the other countries considered, even with the same differentials, Italy's health expenditure could have grown much more.

In other words, the reason for the non-growth of health expenditure (and, of public financing) is to be found firstly in the stagnation of Italy's GDP, and only logically afterwards, in the possible lack of political will (which, moreover, is common to all the governments we had so far, regardless of their different political complexion). It should also be considered that Italy's GDP is "available" - for financing welfare and other sectors - to a lesser extent than in other countries, due to our higher public debt and the related greater burden borne for its service, which account for 4.3% of our GDP as against an average of 1.8% in the other pre-1995 EU countries.

It should also be added that the economically "correct" way of looking at the possibilities of financing the NHS is to consider the statistical correlation between per-capita health expenditure and per capita GDP. It is a clear positive correlation (health behaves like luxury goods and therefore its share in consumption increases as disposable income rises). Based on this correlation, considering our "net" GDP (net of interest), the "neutrality" point for healthcare spending is € 3.150 per-capita, i.e. 10% more than the current level. In terms of incidence on the GDP, this level of expenditure is equal to 7.2%. Therefore, assuming (which is debatable) that private health expenditure is an independent variable and remains equal to the current levels on the GDP, i.e. that it does not decrease as public expenditure increases, public health expenditure should increase by 8.2% to reach 7.6% of the (nominal) GDP.

Incidentally, this value appears to be similar to the one hypothesised in the recent legislative initiative promoted by the Emilia Romagna Region (Resolution No. 1368 of 31 July 2023, Proposal for a Regional Law concerning "Financial support to the national healthcare system starting from the year 2023"), later taken up also by the Puglia Region with Regional Council Decree (DGR) No. 1248 of 7 September 2023.

This reasoning implies a potential possibility of refinancing the NHS to the tune of € 15 billion. It is a figure that might at most be feasible in the medium to long term, which - however - would first leave our health expenditure 34.3% lower than the average of the pre-!995 EU countries. Secondly, it should be added that the increase would be vain if Italian growth then remained lower than that of the other European countries, because we would continue to widen a negative expenditure gap and, therefore, its bridging and "recovery" would only be temporary.

Even assuming that there is the political will to pursue such a refinancing, the next step is to identify the source of resources. From this viewpoint, it should be noted that in the composition of the public budget, the Health gap with the other pre-1995 EU countries is equal to -2.9%, and is narrower than the one in the Education sector (-3.5 %). The sum of the two negative differentials is almost perfectly offset by a greater allocation to the chapter containing interest and to that of social protection (+6%).

In fact, the only leeway the government has (apart from increasing taxation, which is already very high) therefore appears to be that of shifting part of the increased burden for Social Protection to Health. With specific reference to this potential (re)allocation (regardless of the rights acquired by the beneficiaries of Social Protection benefits), it should be said that favouring Healthcare over Education is not an obvious choice. The reason lies in the fact that Education is an essential investment in the hope of recreating the same conditions of growth in the country as those of the other European partners (it should be noted that, as already mentioned, Italy does not grow, and also has the worst education levels in the EU: 20.3% of graduates as against a 24.3% European average).

Even assuming that the lawmaker favours a reallocation of resources to healthcare, there is still the non-trivial problem of convincing citizens of the reasonableness of policies aimed at shifting benefits from one sector to another, substantially with the same balance. On closer inspection, it would be a matter of turning cash disbursements (typical of the "social security" sector) into benefits in kind (services) typical of the healthcare sector. This transfer would clearly have a large impact on the elderly population, who is the one that, together, benefits from social protection and healthcare services.

In our opinion, an imposed reallocation would have little chance of being "swallowed" by the majority of the population, who has repeatedly demonstrated that it largely prefers cash benefits over services (see the strikes over pension cuts, but also the increasing recourse to paid services in the healthcare sector).

For this "sentiment" to change, citizens need to find a real advantage in giving the State (or, if you like, the Regions) cash in exchange for a promise of satisfaction of their needs.

By way of example, we can mention the desirable inclusion of attendance allowances within the financing of the Health Service, or rather within an (equally desirable) new National Social Health Service (SSSN). Considering that the allowances are presumably largely used to pay (either "cash in hand" or officially) caregivers, in view of asking citizens to give them up voluntarily, perhaps initially only in part, the SSSN needs to be able to provide better quality and more affordable continuous home care than is currently available on the market. It should be borne in mind that, since most of these caregivers are people with whom citizens have to start living together, the fact of providing better quality care also requires – probably as the most discriminating factor - to let citizens free to choose the persons they will "put in their homes".

The strategies briefly outlined are obviously not easy to implement, at least considering the current rules under which our public sector operates. On the other hand, imposing welfare changes on citizens would hardly be an effective policy, even if it were feasible.

In short, at least in the medium term, thinking of solving the Health problems with increased funding, clashes (this time in order of importance) firstly with the country's insufficient growth and, secondly, with citizens' preferences.

Considering the above, the viable alternatives for ensuring the sustainability of the NHS remain basically three:

1) *growth-generated refinancing (and/or also an actual regularisation of the shadow economy), should it become greater than the EU average;*
2) *a shift to selective forms of universalism;*
3) *further efficiency gains, achieved not with further cuts, but by changing services.*

On the first point, health policies can provide a contribution, although the Italian "non-growth" has a complex set of reasons that certainly go beyond health aspects. What could be done is to achieve coordination with industrial policies (but this time really...). The ongoing disputes with the medical device industries over paybacks, as well as the constant changes to pharmaceutical ceilings, which have proved unable to bring the overruns back to physiological levels (as we shall argue below), do not certainly point to a real ability to govern the care and industrial aspects jointly.

On the second point, it should be noted that, as anticipated, selective universalism is already in place: the growth of out-of-pocket spending is a clear demonstration of this.

At least in the short term, the prerequisites (first and foremost in terms of financing) for reducing private expenditure seem to be completely absent. At least - and we believe it would be the first mandate of a universalistic NHS - private expenditure should be governed in order to avoid drifts in a non-equitable sense.

In short, selective universalism is already in place, and the real problem lies in fact that it has an anarchic form. An intervention that would bring order to the matter, recognising the advantages of integration and the value of Subsidiarity, would be appropriate. It requires, however - first of all – an exchange of views that would make it possible to overcome some preconceived ideas, and be able to coordinate the activities of the various players in the healthcare system, without falling into the temptation of imposing models that do not take the preferences of citizens/patients into account. This approach implies implementing Subsidiarity, by avoiding interpreting it, or rather confusing it, with a form of subordination of the private to the public sector. While the primacy of the public sector in regulating the market is an unquestionable and essential issue (and we believe it is the true essence of a system that can be defined as "public"), transferring it into the production and intermediation of needs not satisfied by the NHS is anything but obvious. Quite the reverse. Indeed, it risks clashing with the value of the population's free choices.

A second aspect that cannot be postponed is the integration between the public and private provision of service, and also of the intermediation of coverages. Before being able to put forward operational proposals, however, it appears necessary to agree democratically on the principles that currently govern relations between these two segments. Without claiming to be exhaustive, two issues are on the table. Firstly the way to implement the principle of subsidiarity (first and foremost to overcome the stalemate that has been reached on the subject of the supplementary/substitutive nature of services). Secondly the meritorious nature of the charges deriving from tax relief, and also the need to rethink the conditions of market access and (regulated) "competition" between public, accredited and non-accredited facilities and providers.

Finally, considering the hope, but not the certainty, of being able to refinance the NHS with growth, as well as the difficulties in finding an agreement on the governance of demand - and hence on the prioritisation of the needs met - the issue of efficiency cannot be definitively "put aside", although the stances, which - over the years - have extolled the removal of the system's "huge waste of resources" as an "easy" solution to the NHS difficulties, have been largely disavowed.

The healthcare policies implemented (at least) over the last 20 years shows, however, that today efficiency can no longer be considered in terms of cost reduction of a given organisation.

Efficiency should rather be based on a re-engineering of services, having the courage to fully rethink the ways to meet needs. For example, the growth of the territorial facilities' supply (Community Homes and Hospitals, Home Care, etc.) might suggest that the aim is to increase the number of services

provided on the territory to meet the citizens' unmet demands and needs. This, however, would require additional resources, primarily human resources, to populate these services. The reality is that the NHS operates in a situation of shortage of resources and therefore the objective cannot be to increase or, at most, to reconvert supply, but rather to change its action, making it more efficient. In other words, to be able to protect health with less recourse to the supply of "services" (in the broad sense).

Opportunities (the actions that need to be urgently planned)

The previous paragraph addressed the main macro-compatibilities which, based on the analyses contained in the Report, we believe cannot be eluded. Clarifying the drivers of the transformations underway and of the existing constraints is, in fact, preparatory and conducive to the definition of pursuable objectives.

In view of preventing the current drift of the NHS from leading to its collapse, it appears urgent to take on a collective commitment to try to turn analyses into reform proposals and actions. Bearing this in mind, the following is a list - in no real order of priority - of a number of interventions that we believe could be useful in pursuing an adaptation of the NHS to the new needs of the Italian society.

I. As anticipated in the previous paragraph, the first action line emerging from the 2023 C.R.E.A. Report concerns the need to think about an effective re-engineering of services, by also exploiting the new opportunities provided by "digital" technologies. In order to support planning, the NHS has traditionally endowed itself with "working groups" and/or "projects" dedicated to updating the methods of carrying out clinical activities. As argued in the previous paragraph, however, it would be appropriate to shift the focus from the governance of supply to the governance of demand, or rather to reconcile citizens' expectations with the Services' response abilities. The NHS needs to overcome the approach focused on the mere organisation of clinical supply, aiming instead at rethinking it in terms of integration with the taking charge of social needs and, more generally, of adaptation to the changing needs, expectations and consumer behaviour linked to technological evolution. In order to guide the NHS future actions, by avoiding the fragmentation of interventions, it would be advisable to draft a strategic policy document, aimed at redefining the population's needs prospectively and reconciling them with the NHS response abilities.

II. A strategic aspect, again linked to the previous point, seems to be that of strengthening the processes of communication and collaboration within the NHS. Strengthening the so-called territorial facilities is a challenge that, as anticipated, cannot be met by simply increasing supply. Nor by redirecting resources from hospitals to territorial facilities: the myth of de-hospitalisation seems short-sighted, given that Italy is already the country in Europe, excluding the Netherlands, with the lowest rate of hospitalisation (Italy's acute hospitalisation rate is already 35.3% lower than that of France and 56.2% lower than that of Germany). Hospitals are actually ever more providers of outpatient diagnostic and clinical services (just to give a quantitative measure of the phenomenon, we note that the ratio of revenues from admissions to those from other activities in public hospitals fell from 5.6 in 2011 to 2.9 in 2021). It seems clear to us that the challenge is not faced by "moving" some services from one "setting" to another, but rather by understanding how the population's health can be protected by providing fewer services. This is an issue that - in the health policy debate - has been summarised with the idea of overcoming the logic of the "service mill leading to the commodification of healthcare". Unfortunately, to date, the "defence" of the NHS against the pressure of demand has remained largely confined to the losing option of filtering by means of waiting lists, which remain an inequitable solution that is not appreciated by citizens. For a true rationalisation of the system, instead, prevention should be strengthened and, where this is not possible,

attention should be paid to avoiding unnecessary duplication of services. On this last point, it is worth noting that proximity, the cornerstone of the recent territorial reform, although being a value in terms of the humanisation of care, does not in itself guarantee a streamlining of pathways. It is at most (and this is all to prove) meeting needs with lower unit costs, and it must also be assessed to what extent it will be offset by the enlargement of the number of people of whom care is taken. For prevention (including the promotion of proper adherence to treatments) to "make a difference", it must rather become a cultural revolution, i.e. it must generate population's convinced adherence to the advisability of adopting "healthy" lifestyle. This is a result that cannot be achieved without adequate investment, not so much in supply as in actions capable of establishing a relationship of trust between citizens and the NHS (first and foremost with health professionals), by also exploiting the mediation of the population's cultural references. These are actions that pertain to the sphere of governance of demand, which can only be achieved by activating and incentivising the use of new channels of continuous communication with citizens. For example, in order to be effective, primary prevention requires a broadening of the NHS focus on the world of wellbeing (diet, sport, etc.), envisaging its integration with health issues. Where clinical interventions cannot be avoided, it is necessary to work for streamlining the processes for taking charge of people. The splitting of the places of supply (territorial facilities and hospitals) - however programmable on paper, on the basis of a "theoretical' division of Level I and Level II services, only risks generating further "ping-pong" effects and hence a duplication of interventions. Streamlining the workload rather requires that a multidisciplinary process of taking charge be incentivised, by developing levels of collaboration and integration between professionals, the modalities of which have not been adequately taken into account so far.

III. The reiterated reference to the NHS ability to provide "responses to chronicity", which is always present in the NHS planning choices, appears cyclically unexceptionable, but strategically weak. There is no doubt that chronicity is the health characteristic of the ageing process underway, but it is essentially related to the elderly segments of the population (although there are many "young" chronic patients, the chronicity to which reference is made is essentially the one which is accompanied by progressive frailty). The elderly segments, however, are those that can still be found with the current modes of service provision, while a vision that looks to the future of the NHS must already begin to deal with the "future chronic patients"', starting to rethink the modes of initiative medicine, adapting it to the needs and behaviour of the "millennials". They are a digital native population, who communicates almost exclusively through digital tools; buys practically everything remotely; evaluates services through information found on the web, etc. It is a population more inclined to accept some innovations such as Artificial Intelligence, but probably also less critical in analysing scientific evidence. In other words, the digitalisation of social relations - whether we like it or not - is another issue that the NHS has to govern, and of which advantage can be taken to streamline processes and become more efficient without lowering the quality of its services. As a matter of fact, the focus on the digitalisation of health services still seems to be instead oriented to the mere use of ICT to make services more efficient (and only sometimes effective). There is still no qualitative leap forward that can rethink how to transform the health services sector, as happened in other fields, such as trade.

IV. As argued in the previous paragraph, the NHS is negatively affected by an evident increase in inequality. This is demonstrated by the increasing number of cases of economic hardship (impoverishment and renunciation of care for economic reasons) (+0.4 percentual points of incidence in the 2015-2021 period), as well as the continuous growth of healthcare consumption in the basket of the least well-off households (5.9% of total consumption vs. 5.7% of the "richest" people).

For the purposes of governing private spending, there are many open questions. Without any claim to be exhaustive, let us mention the total lack of integration between the private and the public supply, at times fuelled by the preconceived idea according to which everything is private is also unethical insofar as it responds to the need to maximise profit. This idea could have a basis in an unregulated, or insufficiently regulated, market but clashes with the nature of European healthcare markets, in which even the maximisation of corporate profit is bounded by public regulations. Obviously, while avoiding falling into the further preconceived idea of the public inability to regulate the market effectively, the opposite risk can instead be analysed, i.e. that public intervention distorts the market by not rewarding the most efficient facilities. The inability of the NHS to update pricing nomenclature, fees and tariffs in a reasonable and timely manner, as well as to modulate them on the providers' characteristics, may at least be a partial example of this. Distortions can be created by also putting barriers to entry: the logic of accreditation has largely been circumvented with so-called contractual agreements. Today we are witnessing that the entries and exits of companies from the accredited healthcare markets are practically nil, thus confirming that the current regulations generate obvious barriers to entry that should be removed.

V. *Again on the subject of "private healthcare", it appears distorting to maintain categories that are not reflected in "nature", such as the forced and far-fetched distinction between "supplementary" and "substitute" services, which is often used to stigmatise the growth of healthcare Funds. It should be recalled that, in order to be such, "supplementary" services are supposed to be excluded from the Essential Levels of Care (LEA). Therefore, pursuant to the Prime Minister's Decree of 12 January 2017, they can include aesthetic medicine, ritual circumcision, inappropriate services and - in a far-fetched way - some dental services and assistance (in theory not strictly pertaining to health) provided to the non-self-sufficient elderly people. It is no mere coincidence that the latter were taken as a reference to define the requirements for granting higher tax benefits (MD 31.3.2008, MD 27.10.2009). Apart from the "inconsistency" (or, if you like, the non-meritorious nature) of the package of services above described as "supplementary", it should be noted that considering (for example) a diagnostic service - already in the nomenclature of outpatient specialist services - as "substitutive" appears inconsistent with the idea that, if that service is "non-urgent", it is not in fact subject to waiting limits, nor is its provision near the residence guaranteed. It seems to us that the possibility of having the service provided in a timeframe perceived as reasonable, and at the chosen location, are in themselves sufficient and reasonable factors to define an "integration" of the public service. The fact of not recognising it as an actual integration of public services appears to be a denial of reality. If we do not "like" forms of subsidiarity, we should push for increasing the public response ability, and not surreptitiously try to limit its alternatives, which is a strategy that would only cause harm to citizens.*

VI. *Another recurring issue in this area, which would deserve to be analysed more in-depth, is the alleged unfairness of the tax relief granted to healthcare consumption. In the absence of certain data on the magnitude of the problem, however, something seems to be clear: while the deductibility of health expenses can be deemed unfair on paper, insofar as it rewards consumption reasonably attributable to wealthier families, the tax relief related to the premiums paid to collective funds – which are basically the prerogative of the middle class and of a large part of employees - appear anything but unfair. Quite the reverse: indeed, they can be considered (partial) compensation for the fact that these are the only segments of population that are actually prevented from evading taxes. Also considering that, based on tax returns, those on whom the burden of solidarity-based redistribution falls are still a tiny minority (according to the Observatory dedicated to tax*

revenues and the financing of the social protection system, just over 5 million contributors (8.3% of the population) with incomes over € 35.000 bear - in essence - the burden of financing our welfare system), the issue of the relationship between the NHS and taxation should be tackled again in government actions. It is an issue that remains central, insofar as universalistic welfare systems require efficient tax systems, in the absence of which unacceptable inequalities are created.

VII. Again in relation to the growth of private expenditure, the need to revise the allocation criteria should also be mentioned. Although having been the subject of numerous revisions over the years, these criteria have been substantially "frozen" for a number of years, apart from the recent intervention to include in the algorithm, as from 2023, the parameter of "deprivation". It is a change that, on closer inspection, although having drained resources from Central-Northern to Southern Italy, has relatively had little impact on the allocation of resources. The fairness of the allocation criterion, however, is currently called into question - and in a quantitatively much more relevant manner - by the incidence of private spending on services that in fact fall within those guaranteed by the NHS. These are expenses borne directly by citizens, either spontaneously or as a result of regional cost-sharing policies, which practically reduce the burden borne by the Regional Health Services (SSRs), and do so in a decidedly uneven manner, benefiting some SSRs more than others. By way of example, spending on "class A" drugs borne directly by citizens reduces the pharmaceutical burden of the Valle d'Aosta Region by € 81.1 per-capita, while at the other extreme it reduces the burden borne by the Basilicata Region by only € 9.2 per-capita. Similarly, copayments on pharmaceutical expenditure reduce the pharmaceutical burden of the Campania Region by € 13.1 per-capita and not that of the Friuli Venezia Giulia and Marche Regions. The two examples given lead to a fundamental question: is it fair that in a solidarity-based system the Regions with a more affluent population should benefit (and thus theoretically be able to provide more services) as a result of their residents' greater propensity to pay for health consumption out of "their own pocket"? Likewise, considering that centralized funding for the provision of LEAs is the result of the estimate of the National Standard Requirements - net, as a rule, of a share of regional revenues (the so-called "crystallized revenues", indeed also defined at the time) - can the fact that the actual financing for the provision of the Essential Levels of Care (which, moreover, are not fully guaranteed by all Regions, pursuant to the monitoring of the so-called "Guarantee System") is instead 5.3% supplemented by other regional own revenues, part of which are cost-sharing, be considered fair from an equity viewpoint? We believe that the answer should be negative, also considering the fact that no Region succeeds in providing the LEAs only with the funds provided on the basis of the National Health Fund (FSN). Own revenues have actually been turned into taxes for financing healthcare, with the defect of being a source of revenue that ensures uneven regional revenues, also due to the different impact of residents' exemptions.

VIII. A eighth aspect that requires discussion and the submission of operational proposals is that of the rules which characterize public enterprises' operations. The pandemic experience has shown that the speed of action - and hence the efficiency of the system - depends heavily on the "rules of the game", forcing the NHS agencies to operate in derogation from the principles that characterise them. The submission of the National Recovery and Resilience Plan was accompanied by a repeated reaffirmation of the need to "reform" some procedures. Unfortunately, there does not yet seem to be any significant evidence of this. In particular, procurement and human resources management are the strategic areas that require a more radical adjustment of the "rules", on the one hand to curb the risks of "defensive administration" and, on the other, to avoid being unable to recruit the staff required for "vacant" positions.

Considering the importance of this issue, already referred to in previous Reports, and the fact that no decisive solutions have been identified yet - probably also due to the constraints arising from the nature of public agencies - we believe it has become unavoidable to also call into question the nature of public health agencies, possibly rethinking it in a logic of operational efficiency.

IX. *At this time, human resources are certainly the most problematic aspect for the NHS. As far as doctors are concerned, rather than a problem of numbers, there is the issue of identifying the incentives enabling us to face the challenge of filling the less attractive positions. Obviously linked to this aspect is the fact that salary adjustments cannot be postponed any longer. With specific reference to the nursing profession, the salary issue is really at the top of the agenda, together with a severe problem of shortages. Lastly, little or nothing is known about the supply of Care Assistants (first and foremost care and social workers - OSS) who, paradoxically, have not so far been included in the debate on staffing levels, even though they are the professionals naturally suited to caring for the non-self-sufficient people. According to the Report, unless we want to equate the "army" of (non-registered) carers currently taking charge of frail Italian elderly people to professional figures, also for these figures Italy is poorly positioned in Europe with 86.4 assistants per 1,000 inhabitants aged over 75, compared to 114.6 in Spain, 175.8 in France and 211.1 in the United Kingdom. Finally, it should be borne in mind that any decision (apart from the economic constraints for adjusting salaries) requires - first of all - that needs be defined. From this last viewpoint, it is urgent that the criteria - by which these needs are assessed - be reconsidered. For example, it is surprising that, in the debate underway, parameters such as the ratio of nurses to physicians are still in use. This criterion is now fully incompatible with the professional autonomy of nursing professionals (probably excluding some typically hospital-based positions). Today nursing professionals operate, for example, in territorial facilities without the presence of a physician (just think of family nurses) and it would therefore make much more sense, if anything, to express the need for OSS/Assistants in terms of nursing professionals in order to plan the resources needed to cope with home care.*

X. *A central issue in the current debate is the development of the logics of Health Technology Assessment (HTA) in the planning functions of the NHS. It seems clear that the adoption of technologies relying on decisions taken on the basis of transparent and rational assessment criteria is certainly an objective to be pursued. The current debate, however, seems to be lacking from at least two viewpoints. The first stems from the fact that HTA is an assessment in support of decisions, and the lasts remain political, and needs to be based on a final appraisal of the "value" of the technologies assessed. The issue lies in the fact that the explanation of the attributes of value, at least of those taken into consideration by decision makers, remain opaque in Italy. The system has so far ensured almost full access to health technologies (drugs, medical devices, etc.), so that the impact of the "value issue" has remained in the background. The growing scarcity of resources - when it will determine any needs for prioritisation - risks making the theme "sensitive". Examples predicting this are already evident: referring to the world of pharmaceuticals, where the evaluation criteria have long been established, we can see that both drugs that have been recognised as innovative and orphan drugs have longer access times than the average. In other words, drugs that have been recognised as having a "particular value" end up being penalised in terms of access, presumably because of their higher prices (moreover, logically linked to value, at least by following the value-based pricing approach). This appears to be a short circuit in the HTA system, which would deserve an in-depth analysis. On the subject of market access, a topic that is emerging in the health policy debate and would deserve an in-depth study, is also the early access schemes for classes of drugs that are considered to be of particular social importance, as may be the case*

for innovative and/or orphan drugs. While analysing international experiences, particularly those of France and Germany, the Report highlights that, in order to speed up market access, a relevant opportunity is to postpone negotiation. It is an option that, however, requires solving the trade-off between "speed" and "financial risks", as well as the risk of "weakening the public bargaining power". International experiences seem to suggest that, with adequate payback mechanisms (based on the differential between the free access price and the price subsequently negotiated) and the establishment of arbitration procedures, the risks can be mitigated with advantages for both patients and manufacturers. The example of early access schemes indicates that, in the value logics, we should also discuss whether aspects concerning the "other side of the coin" should, or at least can, be included, i.e. the contribution of the medical industry (in a broad sense) to the country's growth. In fact, the governance of the sector seems to have reached the point in which a rethinking is required. At the pharmaceutical level, the logic of ceilings and consequent payback clashes with the fact that - although every year the ceiling is increased (and budgets are shifted from drugs delivered by territorial pharmacies (the so-called farmaceutica convenzionata) to the purchases by public facilities) - the overrun does not decrease (it was € 1.8 billion in 2015 and the Report estimates it will be € 1.9 billion in 2022). It should also be considered that the ceiling for the so-called farmaceutica convenzionata is so far met only thanks to private purchases by citizens for "class A" drugs, without which all Regions would go over the threshold. In fact, instead of being a disincentive system for commercial pressure policies, the payback has become an ex post discount to the NHS, currently equal to 7%, which for the Regions is a further significant source of revenue. For this same reason, the Regions do not want and cannot give up the payback, including the one set for medical devices. In this case, too, the rules partly "defused" the impact of the payback by halving the burden on companies for the years 2015-2018. This was a buffer rule, which - however - did not address the underlying issue: first and foremost, a thorough assessment of the expenditure deemed appropriate for the sector. The Report underlines that the ceiling is based on a largely incomplete monitoring of expenditure for medical devices: according to the estimates provided, the MD expenditure monitored does not reach 80% of the charges actually incurred, thus generating market distortions (between different categories of MDs). The MD monitoring system, however, also introduces a distortion at the regional level, insofar as the charges for the MDs used by accredited private facilities are not taken into account in the calculation of the expenditure. Said charges remain "buried" in the hospital expenditure of the facilities working under a special agreement with the NHS, which affects the different Regions in a highly differentiated manner.

Final considerations

The NHS is certainly a conquest of civilisation and a significant pillar of the Italian welfare system based on solidarity: it should always be recalled that welfare is the main (and the "healthiest") factor of national cohesion.

The NHS, however, was designed for a society that no longer exists: the demographic, social and technological revolutions occurred (at least) over the last 30 years have radically changed needs, expectations and behaviours.

The goal of protecting the NHS, and above all giving it a future, cannot therefore be pursued by becoming entrenched in the defence of the existing system: the NHS must change to adapt to a new society, with the new opportunities that have arisen and the corresponding complexities.

Effective action must also be pragmatic, and this implies recognising the constraints on possible actions.

The 2023 Report has tried to explain these constraints, at least the main ones, which can be traced back to the prolonged stagnation of the Italian econ-

omy. An actual scarcity of resources that generates, in turn, the constraint of recognising the existence of a dual channel (both public and private) in meeting the population's needs, and the constraint of facing the need to rethink the ways in which services are made efficient.

The urgency to intervene stems from the observation of a drift in the NHS, which could lead to its collapse in the not too long term. This is a social risk, in the face of which it seems urgent to take on a collective commitment to try to turn analyses into proposals and actions for reform.

Bearing this in mind, the Report has tried to list a number of interventions that should be deemed priorities in view of adapting the NHS to the new needs of the Italian society.

Their pursuit obviously requires a political will to this end. It should be noted that since these are aspects that do not merely concern "technical" changes, but deeply affect the founding principles of the social protection system, the promotion of technical working groups is not enough. The time has rather come to go back to a "constituent" phase, like the one that led to the birth of the NHS in 1978.

Capitolo 1

Il contesto socio-demografico

The socio-demographic context

1a. Il contesto socio-demografico
English Summary

1b. Covid-19 e mortalità evitabile: il primo anno della pandemia
English Summary
Key Indicators

CAPITOLO 1
Il contesto socio-demografico

Il capitolo 1, è dedicato alla descrizione del contesto in cui si muove la Sanità, ed ospita 2 distinti contributi.

Il primo (Capitolo 1a) analizza (e confronta a livello EU) i principali riferimenti demografici, la prevalenza di cronicità nella popolazione, i relativi livelli di istruzione e partecipazione al mercato del lavoro, nonché i livelli di reddito del Paese.

Il secondo (Capitolo 1b) sintetizza i risultati del monitoraggio della mortalità evitabile in Italia, condotto dal Centro Studi Nebo, sulla base della classificazione OECD-Eurostat delle cause di mortalità evitabili. Quest'anno nello specifico, nell'analisi è stato inserito un focus sulla mortalità attribuita a Covid-19.

CHAPTER 1
The socio-demographic context

Chapter 1 is devoted to a description of the context in which Healthcare is operated, and includes 2 separate contributions.

The first (Chapter 1a) analyses (and compares at the EU level) the main demographic trends and benchmarks; prevalence of chronicity in the population; related levels of education levels and labour market participation, as well as income levels in the country.

The second (Chapter 1b) summarizes the results of the monitoring of avoidable mortality in Italy, conducted by the Nebo Study Center, based on the OECD-Eurostat classification of avoidable causes of death. This year, in particular, the analysis also focuses on mortality due to Covid-19.

CAPITOLO 1a
Il contesto socio-demografico

Carrieri C.[1]

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

Il contributo si concentra sugli ultimi dieci anni, per valutare il processo di cambiamento del contesto socio-demografico che è in atto. Simmetricamente, è stata effettuata un'analisi previsionale per evidenziare le ulteriori modifiche attese fra dieci anni (2022-2032).

1a.1. La demografia

Da un punto di vista demografico, rileva il continuo calo della natalità e il contestuale aumento della mortalità, come anche il fatto che il saldo naturale della popolazione è negativo. Al calo della popolazione si aggiunge che l'aumento della speranza di vita, anche dovuto al "cronicizzarsi" di alcune patologie (tumori, etc.), insieme alla denatalità, hanno generato un rapido aumento dell'incidenza degli anziani: con il processo di invecchiamento della popolazione si sta generando uno squilibrio intergenerazionale.

Nello specifico, secondo i dati Eurostat, nel 2022, l'età media della popolazione in Europa (EU-27[2]) è risultata pari a 44,4 anni, in aumento rispetto al 2012 (41,9 anni) di 2,5 anni. L'Italia risulta il Paese più "vecchio" d'Europa, discostandosi dalla media europea di +3,6 anni: nello specifico dai Paesi dell'EU-Ante 1995[3] di + 3,3 anni, dai Paesi dell'EU-Post 1995[4] di +5,3 anni, dalla Francia di + 5,8 anni, dalla Spagna di +2,9 anni e dalla Germania di +2,2 anni (Figura 1a.1.).

Secondo i dati Istat, nel 2022, l'età media della popolazione italiana è pari a 46,2 anni, essendo aumentata nell'ultimo decennio di +2,4 anni. Il Centro è la ripartizione geografica del Paese con l'età media più alta (46,8 anni), seguono Nord-Ovest con 46,7 anni, Nord-Est con 46,5 anni e Sud e Isole con 45,3 anni. Rispetto al 2012 si registra un aumento dell'età media in tutte le ripartizioni, ma più "veloce" nel Sud (+3,1 anni). La Liguria risulta la Regione più "vecchia" con 49,4 anni, la P.A. di Bolzano la più giovane (43,3 anni) (Figura 1a.2.).

In prospettiva, nel decennio 2022-2032 è attesa una crescita media della popolazione europea pari all'1,3%. Tra i principali Paesi EU, l'Italia risulta essere l'unico a registrare una riduzione della popolazione totale, pari al -0,5%.

Secondo l'Istat, nel 2032 l'età media italiana si attesterà a 48,2 anni con un incremento di +2,0 anni rispetto al 2022. Le Regioni del Mezzogiorno registreranno l'incremento più alto rispetto a quelle del Nord: rispettivamente +2,7 anni verso +1,6 anni.

---

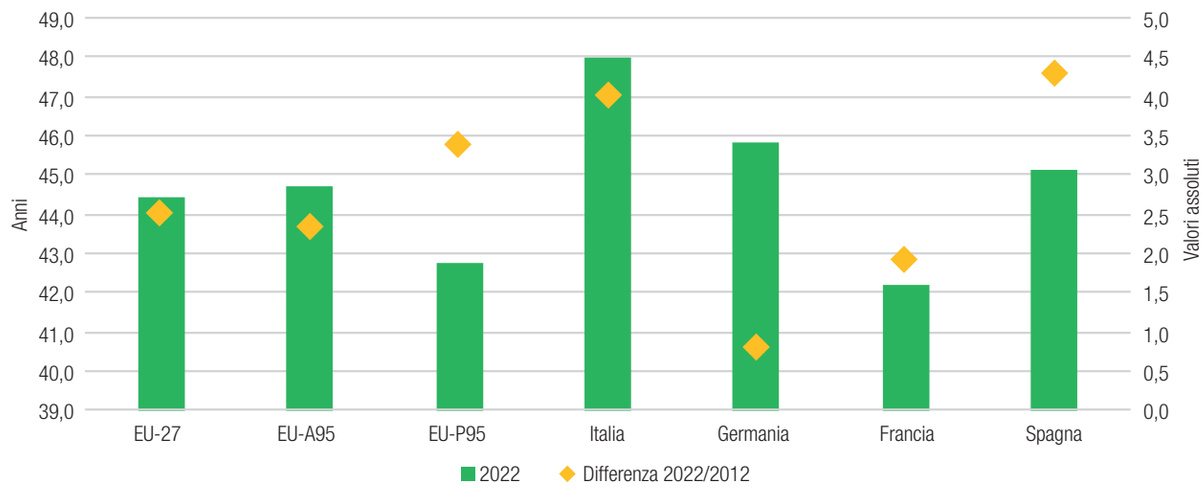
[1] Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

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

[3] Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna e Svezia

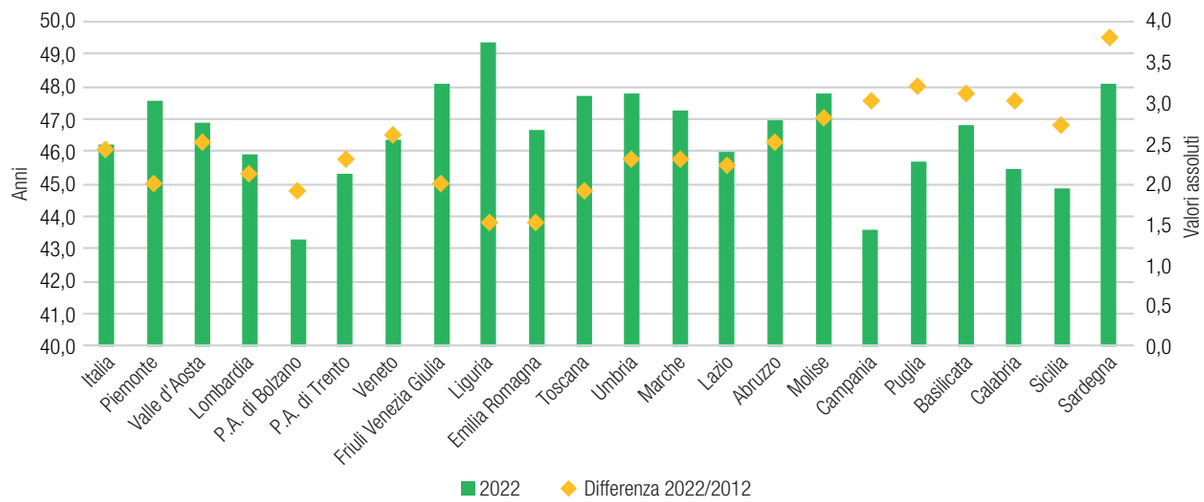
[4] Paesi dell'Europa che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

Figura 1a.1. Età media della popolazione in Europa



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

Figura 1a.2. Età media della popolazione in Italia

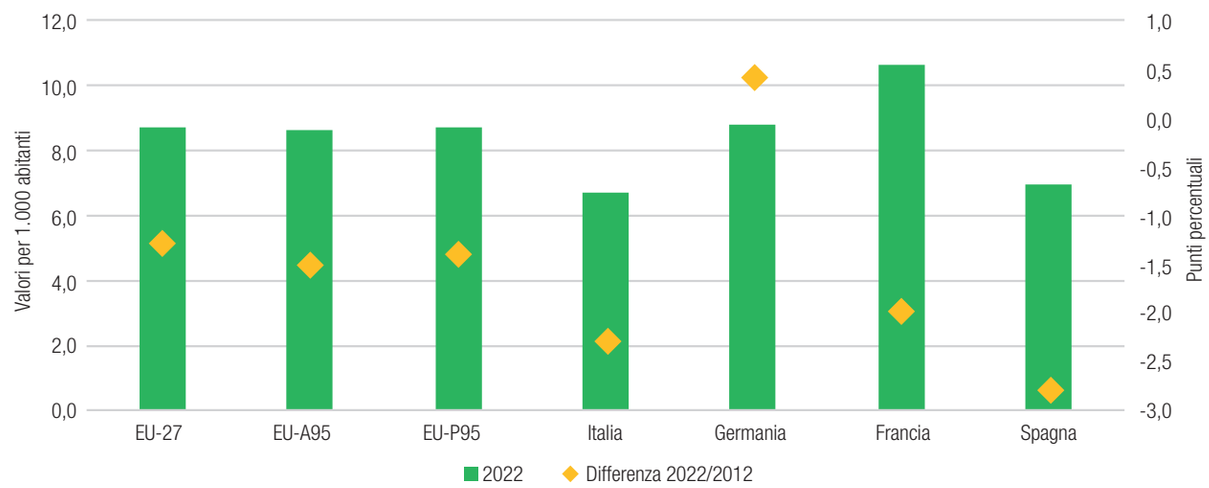


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne il tasso di natalità, in europea è in media pari a 8,7 per 1.000 abitanti (2022), in riduzione rispetto al 2012 (10,0 per 1.000 abitanti). Il *trend* del calo delle nascite è comune a tutta Europa, ad eccezione di Germania e Ungheria, che registrano un aumento pari rispettivamente al +0,4 e +0,2 punti percentuali (p.p.).

Il tasso di natalità italiano si attesta a 6,7 per 1.000 abitanti, in calo rispetto a dieci anni fa di -2,3 p.p.. L'Italia registra il tasso di natalità più basso in Europa: per confronto, il tasso nei Paesi EU-Ante 1995 è di 8,6 per 1.000 abitanti, nei Paesi EU-Post 1995 di 8,7, in Francia di 10,6, in Germania dell'8,8 e in Spagna del 6,9 (Figura 1a.3.).

Figura 1a.3. Tasso di natalità in Europa

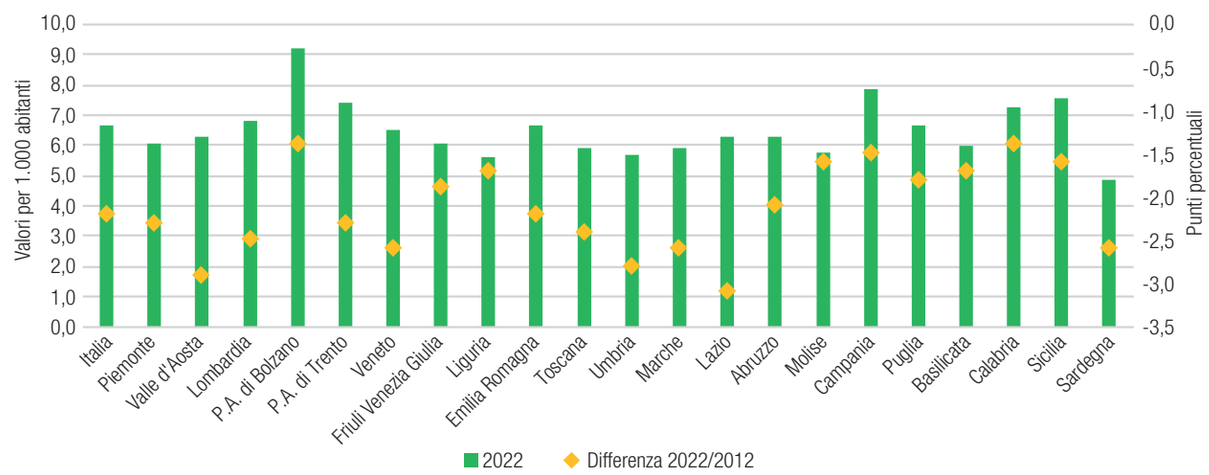


Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale, il Mezzogiorno registra un tasso di natalità più alto rispetto alle altre ripartizioni geografiche (7,1 per 1.000 abitanti), seguono Nord-Est (6,7), Nord-Ovest (6,5) e Centro (6,1). Rispetto al 2012 si registra una riduzione della natalità in tutte le ripartizioni, in particolare nel Centro (-2,8 p.p.). Nella P.A. di Bolzano si registra il tasso di natalità più alto e pari a 9,2 ogni 1.000 abitanti, la Sardegna con quello più basso (4,9 ogni 1.000 abitanti) (Figura 1a.4.).

Secondo le previsioni Eurostat, tra dieci anni, il tasso di natalità italiano sarà pari a 6,9 per 1.000 abitanti. A fronte di una previsione in riduzione del tasso di natalità medio europeo di -0,1 p.p., in Italia si prevede un aumento del +0,2 p.p. rispetto al 2022. Anche in Spagna si registrerà un aumento del tasso di natalità pari al +0,4 p.p.; di contro in Francia e Germania si registrerà una riduzione, rispettivamente di -0,1 p.p..

Figura 1a.4. Tasso di natalità in Italia



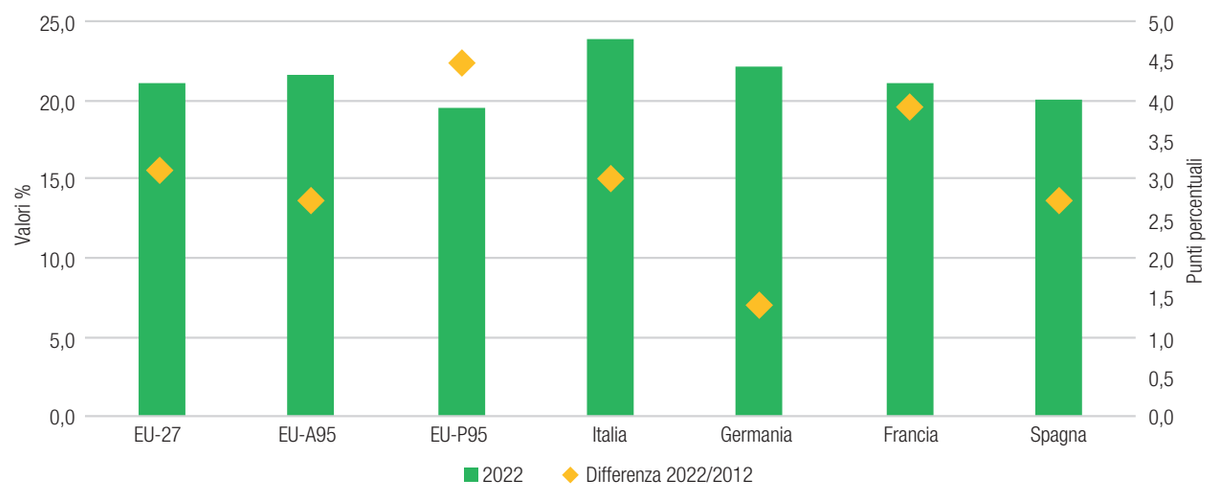
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale, secondo l'Istat, si prevede un generale aumento del tasso di natalità nel Nord, pari al +0,6 p.p. ed una netta contrazione in quelle del Sud, pari al -0,5 p.p..

Sul versante "opposto" della piramide demografica, in Europa si osserva che la quota di popolazione *over* 65 anni, tra il 2012 ed il 2022, ha registrato un aumento di +3,1 p.p., passando dal 18,0% del 2012 al 21,1% del 2022.

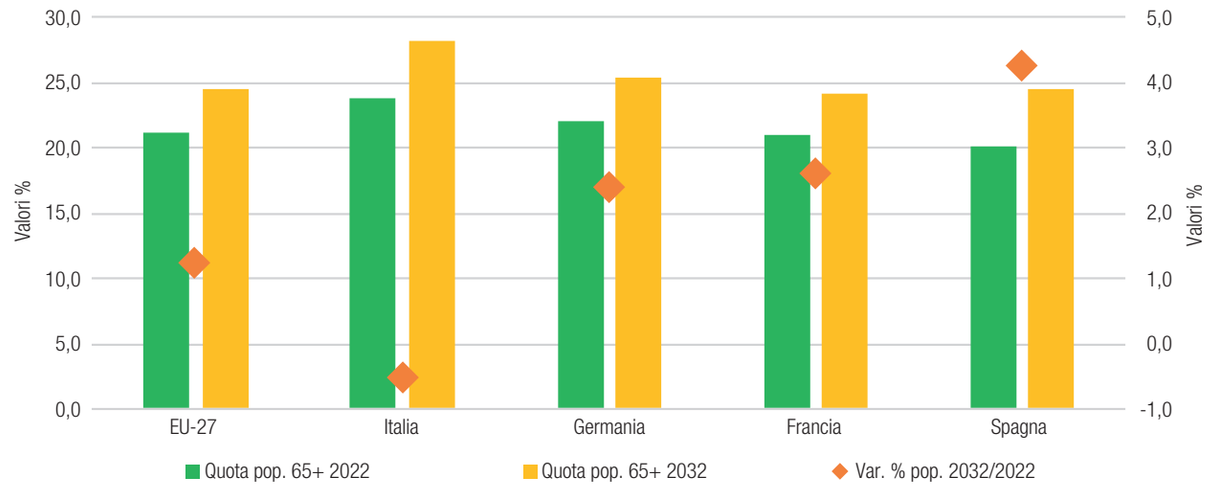
Il *trend* è simile in tutte le nazioni, ma l'Italia è quella con la quota di *over* 65 anni più alta: pari al 23,8%. L'Italia si discosta dalla Spagna di +3,7 p.p., dalla Francia di +2,8 p.p. e dalla Germania di +1,7 p.p.. Da notare che la crescita della quota di popolazione *over* 65 anni, nei dieci anni analizzati, in Francia e nei Paesi EU-Post 1995 è stata maggiore rispetto a quella registrata in Italia: rispettivamente +3,9, +4,5 e +3,0 p.p. (Figura 1a.5.).

Figura 1a.5. Quota popolazione *over* 65 anni in Europa



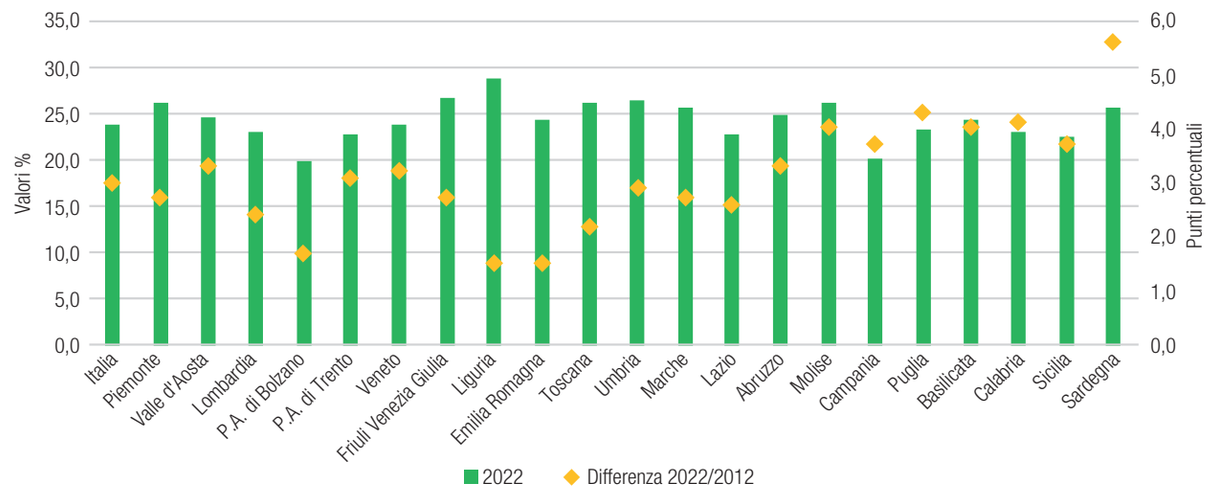
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1a.6. Confronto popolazione *over* 65 anni in Europa



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

Figura 1a.7. Quota popolazione *over* 65 anni in Italia



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

Il progressivo invecchiamento della popolazione (Figura 1a.6.) farà registrare, nel 2032, un'incidenza degli *over* 65 sulla popolazione totale pari al 24,4%, in crescita di ulteriori +3,3 p.p. rispetto al 2022. In Italia si registrerà un incremento di tale incidenza superiore alla media europea: si passerà dal 23,8% al 28,2%. Un pari incremento si registrerà in Spagna, sebbene l'incidenza degli *over* 65 sulla popolazione totale rimanga inferiore a quella italiana (20,1% vs 23,8% nel 2022).

A livello regionale, la quota di popolazione *over* 65 anni risulta in aumento in tutte le Regioni, soprattutto in quelle del Nord-Ovest, nelle quali si registra attualmente una quota di popolazione anziana pari al 25,6%, cui segue il Centro con il 24,5%, Nord-Est con il 24,1% e il Sud con il 22,6%. Nel decennio considerato, il Sud ha registrato l'incremento più alto, pari a +4,0 p.p. (18,6% nel 2012 e 22,6% nel 2022). La Liguria è la Regione con la quota di ultrasessantacinquenni più alta, pari al 28,9%, la P.A. di Bolzano con quella più bassa (20,0%) (Figura 1a.7.).

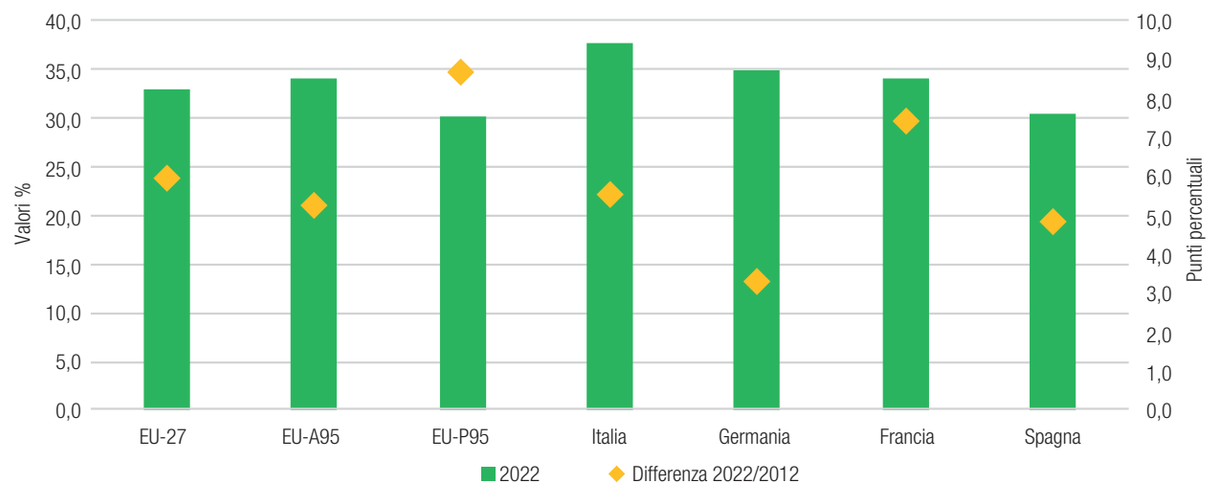
Secondo l'Istat, la quota di popolazione *over* 65 anni crescerà in tutte le Regioni, soprattutto in quelle del Sud: +5,4 p.p. vs +3,8 p.p. del Nord.

L'indice di dipendenza degli anziani[5] in Europa è risultato pari al 33,0% (2022), in aumento rispetto al 2012 (27,1%) di +5,9 p.p.. L'Italia registra il valore dell'indicatore più alto in Europa, pari al 37,5% ed in aumento rispetto a dieci anni fa di +5,5 p.p. (Figura 1a.8.). Il valore italiano si discosta da quello dei Paesi EU-Ante 1995 di +3,6 p.p., dai Paesi EU-Post 1995 di +7,2 p.p., dalla Spagna di +7,0, dalla Francia di +3,4 e dalla Germania di +2,8. Tra il 2022 ed il 2012 nei Paesi EU-Post 1995 e in Francia si è registrato un aumento dell'indice di dipendenza anziani maggiore rispetto all'Italia: rispettivamente +8,6, +7,4 e +5,9 p.p..

A livello regionale si conferma l'aumento dell'indicatore in tutte le Regioni, in particolare in quelle del Sud, che registrano un aumento tra il 2012 ed il 2022 di +7,1 p.p., passando dal 28,0% al 35,1%. Nelle Regioni del Nord l'aumento è stato più contenuto, ma comunque importante, pari a +4,4 p.p., passando dal 34,6% del 2012 al 39,0% del 2022. La Regione che registra l'indice di dipendenza anziani più alto è la Liguria (47,8%), la Campania il più basso (30,6%) (Figura 1a.9.).

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

Figura 1a.8. Indice di dipendenza anziani in Europa

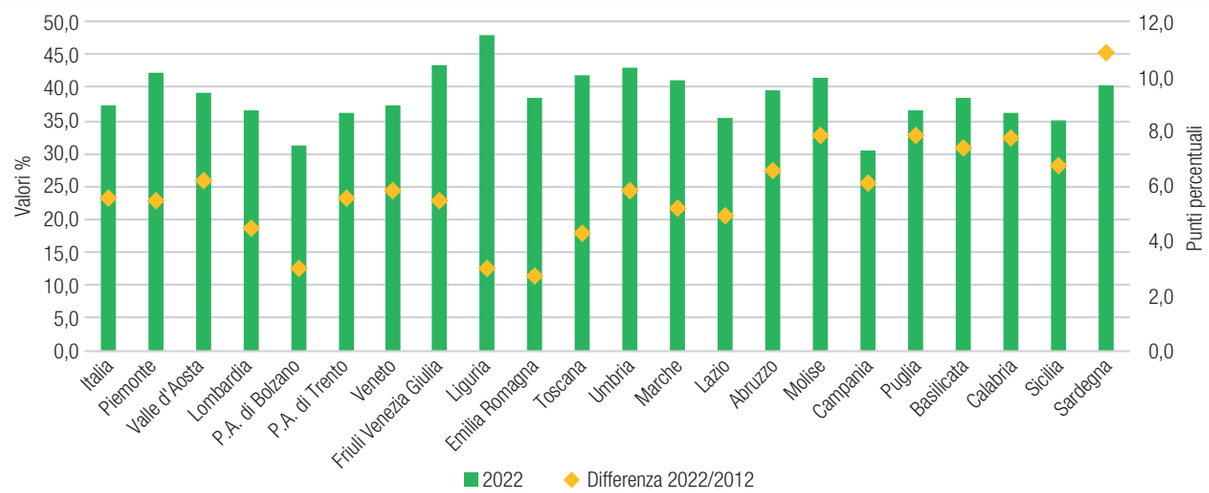


Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

In ottica previsionale si prevede un ulteriore aumento del "peso" degli *over* 65 sulla popolazione attiva: nel 2032 è previsto un incremento dell'indice dipendenza anziani medio europeo di +6,6 p.p., che passerà dal 33,0% del 2022 al 39,6% del 2032. L'Italia vedrà aumentare l'indice dal 37,5% del 2022 al 46,2% del 2032 (+8,7 p.p.). In Spagna l'aumento sarà pari a +7,8 p.p., in Germania di +7,6 e in Francia di +6,3.

Secondo l'Istat, le Regioni del Sud registreranno un maggiore aumento dell'indice: +11 p.p. vs +7 p.p. nel Nord.

Figura 1a.9. Indice di dipendenza anziani in Italia



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

Cronicità

Secondo l'WHO *(World Health Organization)* il 74% dei decessi annui a livello globale è causato da malattie croniche; a ciò va aggiunto che, prima di incorrere nel decesso, sono diversi gli anni durante i quali i malati cronici sperimentano una più bassa qualità della vita, dovuta alla limitazione delle loro abilità di condurre una vita "piena", a causa di complicanze, disabilità, fragilità e comorbidità.

In Italia, secondo l'Istat, nel 2022 le persone con una malattia cronica rappresentano il 59,3% della popolazione 60-64 anni, il 72,8% di quella 65-74 anni e l'86,0% degli *over* 75 anni.

Secondo i dati della sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità), in Italia, nel 2022, i cronici sono pari al 18,5%, della popolazione totale, in aumento rispetto al 2012 di +0,5 p.p., quando rappresentavano il 18,0% della popolazione. Rispetto al 2012, la prevalenza di persone con almeno una diagnosi di patologia cronica aumenta in generale, ma soprattutto al Nord (+2,9 p.p.), mentre nel Sud diminuisce (-1,2 p.p.) (Figura 1a.10.).

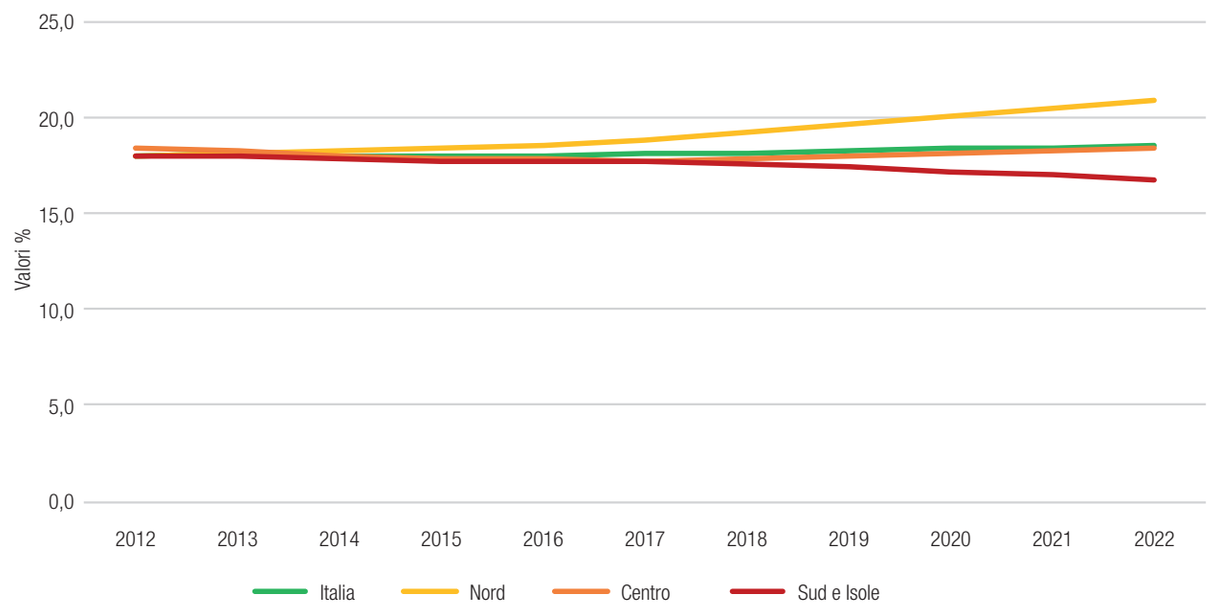
Si consideri che le persone affette da più di una patologia cronica, nel 2022, rappresentano il 4,3% della popolazione: anche questo dato è in aumento rispetto al 2012 di +0,5 p.p. (PASSI).

Si conferma non esserci un chiaro gradiente geografico: la Sardegna è la Regione che registra la più alta quota di popolazione affetta da comorbidità croniche, pari al 6,8%; la Puglia è la Regione con la quota più bassa (2,0%).

Rispetto al 2012, la prevalenza di multi-cronicità aumenta in generale, ma soprattutto nel Nord (+1,2 p.p.); nel Sud diminuisce (-0,5 p.p.) (Figura 1a.11.).

La cronicità non è un fenomeno circoscritto alla popolazione anziana: fra le persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni, quelle che convivono con almeno una patologia cronica[6], sono pari al 18,5%, in aumento rispetto al 2012 di +0,5 p.p..

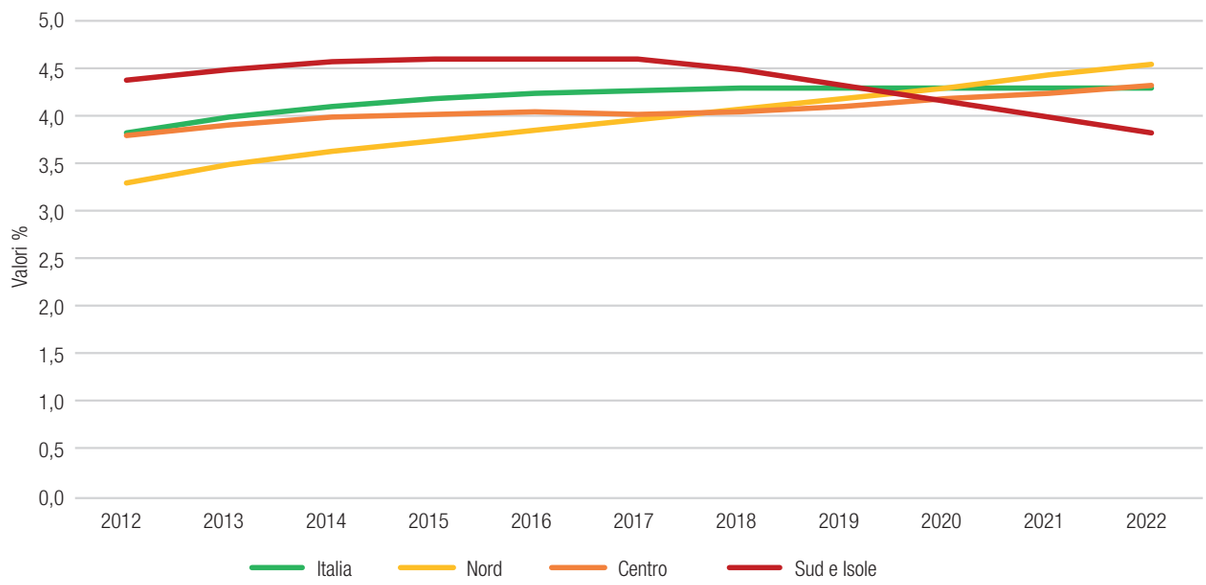
Figura 1a.10. Persone 18-69 anni con almeno una patologia cronica in Italia



Fonte: elaborazione su dati Passi, ISS - © C.R.E.A. Sanità

[6] Le patologie croniche indagate sono: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumore (compresi leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato, cirrosi

Figura 1a.11. Persone 18-69 anni con almeno due patologie croniche in Italia



Fonte: elaborazione su dati Passi, ISS - © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale la multi-cronicità ha prevalenza elevata in Regioni appartenenti a tutte le ripartizioni: ad esempio in Sardegna (26,0%), ma anche in Friuli Venezia Giulia (22,3%) e nel Lazio (20,6%).

Secondo i dati PASSI, nel 2022, si registrano più alta 7.268.143 persone con almeno una malattia cronica nella fascia 18-69 anni e 8.290.328 di persone con almeno una malattia cronica nella fascia *over* 65 anni, pari al 59,0% della popolazione *over* 65 anni. Nel periodo 2016-2019 si è registrata una crescita dell'incidenza dei cronici *over* 65 anni di +1,0 punto percentuale, che passa dal 60,5% del 2016 al 61,5% del 2019. L'arrivo della pandemia ha comportato una riduzione di tale incidenza di -2,5 p.p. (2019-2022), alla luce del contestuale incremento di incidenza dei decessi che hanno colpito soprattutto gli *over* 65: si è passati dal 4,1% dei decessi del 2016 degli *over* 65 al 4,8% nel 2020 e al 4,5% nel 2021.

Nell'ipotesi in cui l'incidenza dei cronici negli *over* 65 rimanga invariata nei prossimi dieci anni, nel 2032 si attendono 9.619.260 cronici *over* 65; nello scenario alternativo di un *trend* di crescita allineato a quello registrato nel periodo 2016-2019, nel 2032 ci si attende possano esserci 10.157.286 di cronici (62,3% degli *over* 65).

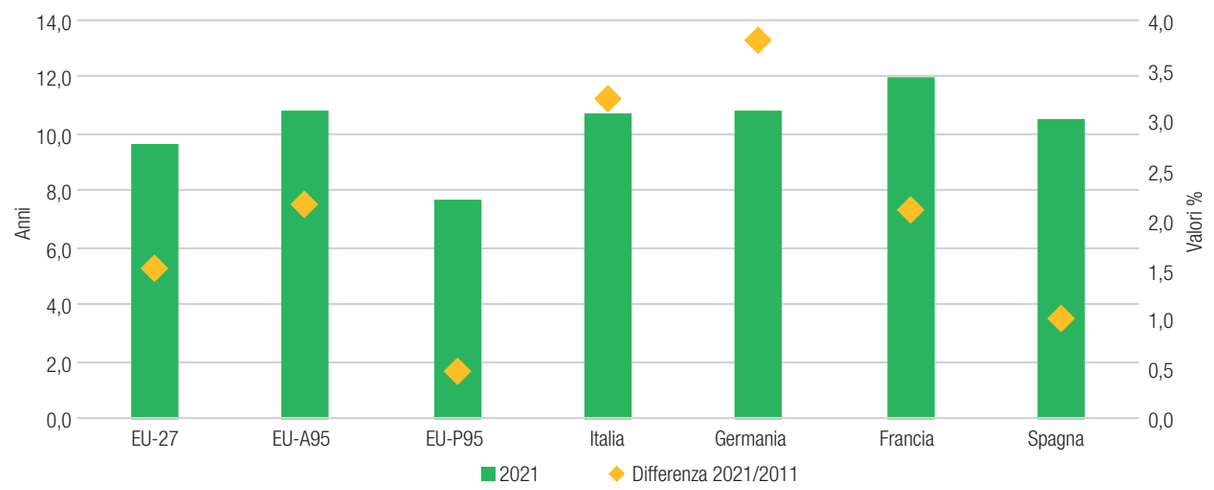
Alla luce della sempre più frequente disponibilità dei trattamenti terapeutici capaci di "cronicizzare" le patologie (tumori, etc.), alla fascia di popolazione suddetta occorre affiancare i cronici "giovani": nel periodo 2012-2016 l'incidenza dei cronici nella fascia di età 18-69 anni è rimasta costante, mentre nel quinquennio successivo è cresciuta di +0,5 p.p..

Nell'ipotesi in cui l'incidenza dei cronici nella fascia 18-69 anni rimanga invariata, nel 2032, si attendono 7.062.894 cronici "giovani"; nello scenario alternativo, che assume un *trend* di crescita allineato a quello registrato nel periodo 2016-2022, nel 2032 ci si attende possano esserci 7.379.770 di cronici (19,3% nella fascia 18-69 anni).

Considerando che le cronicità implicano le forme di esenzione dalle compartecipazioni, i *trend* descritti implicano la necessità di una revisione delle azioni programmatiche e anche del finanziamento della Sanità.

Invecchiamento, cronicità e *longevity* sono fenomeni strettamente collegati: garantire una longevità in "buona salute" è oggi un obiettivo essenziale per tutti i sistemi sanitari.

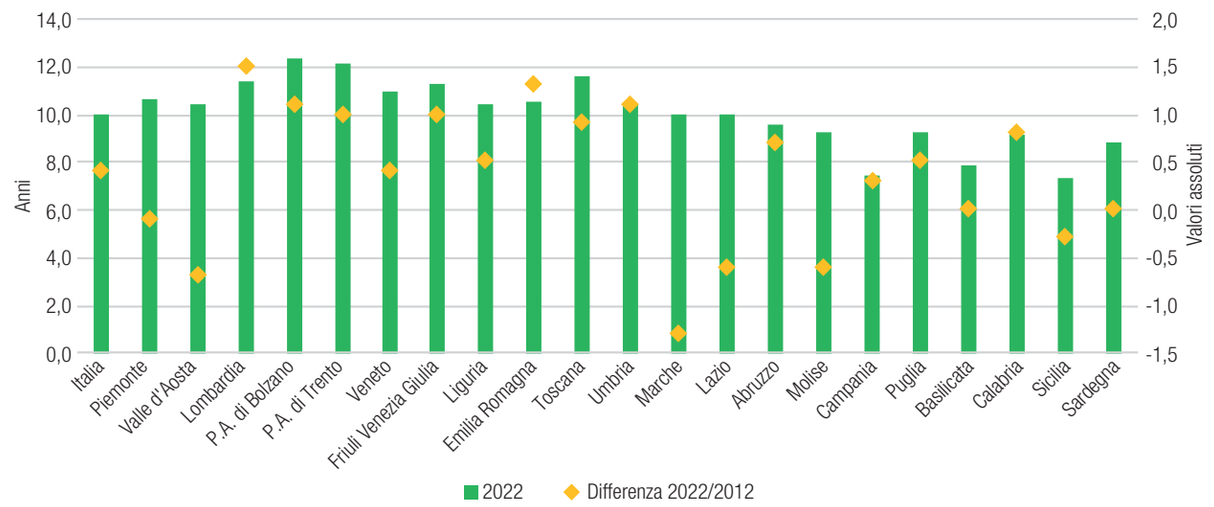
Figura 1a.12. Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni in Europa



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

Considerando l'aspettativa di vita in buona salute[7], in Europa, nel 2021 (ultimo anno disponibile), le persone di 65 anni, si aspettano di vivere, in media, 9,7 anni in assenza da disabilità; il dato risulta in aumento di +1,5 p.p. nell'ultimo decennio. Secondo i dati Eurostat, in Italia, le persone di 65 anni si aspettano di vivere prive di disabilità per ulteriori 10,7 anni, valore in aumento rispetto al 2011 di +3,2 p.p. e superiore alla media europea di un anno. Il dato italiano è allineato con quello tedesco e spagnolo (rispettivamente 10,8 e 10,5 anni), ma inferiore rispetto a quello francese (12,0 anni) (Figura 1a.12.).

Figura 1a.13. Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni in Italia



Fonte: elaborazione su dati BES, Istat - © C.R.E.A. Sanità

[7] Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono

Secondo i dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) di Istat, in Italia, nel 2022, ci si aspetta di vivere senza limitazioni a 65 anni per 10,0 anni, dato in aumento rispetto al 2012 di +0,4 anni. Il dato risulta in crescita in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Centro, dove si registra una riduzione del -0,1 anni, passando da 10,6 anni nel 2012 a 10,5 anni nel 2022. Nel Nord si registra un'aspettativa di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni maggiore di +2,7 anni rispetto al Sud: rispettivamente 11,0 anni vs 8,3 anni. A livello regionale, la P.A. di Bolzano registra il dato più alto, pari a 12,4 anni, la Sicilia il più basso, pari a 7,3 anni (Figura 1a.13.).

Struttura familiare

In Europa, negli ultimi dieci anni, si è assistito ad un aumento del numero di famiglie, cresciute di oltre 13 milioni: il fenomeno deriva da una riduzione della dimensione delle stesse, legato in particolare all'aumento delle famiglie unipersonali.

In Europa, nel 2022, le persone sole rappresentano il 34,8% delle famiglie, in aumento rispetto al 2012 di 3,3 p.p. (31,5%). Nei Paesi EU-Ante 1995 le persone sole rappresentano il 36,5%, in quelli EU-Post 1995 il 27,1%. Rispetto ai principali Paesi europei, la quota di persone sole italiana è inferiore a quella di Germania (40,8%) e Francia (38,4%) e superiore rispetto alla Spagna (26,9%) (Figura 1a.14.).

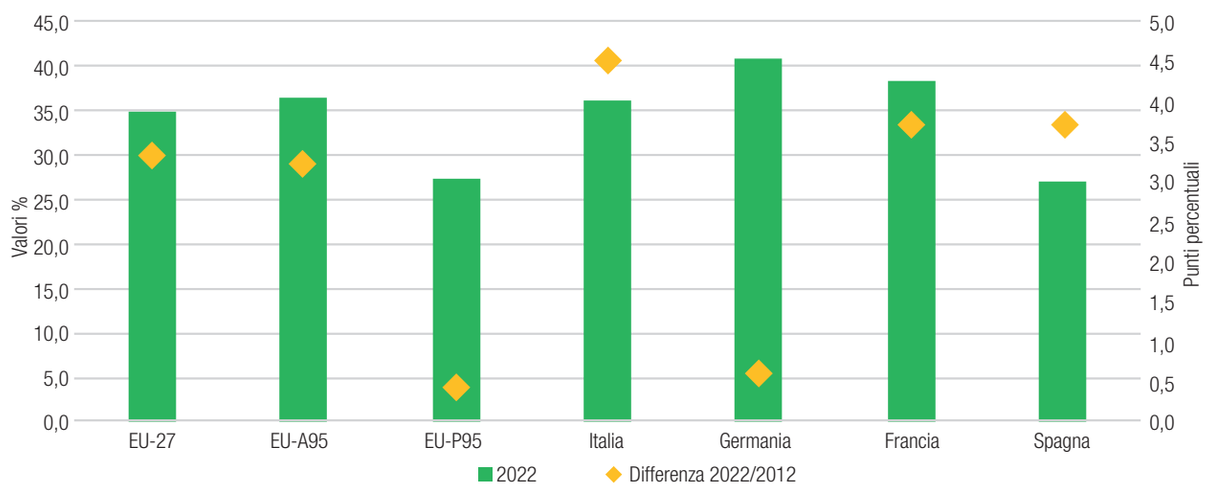
In Italia, nel 2022, le persone sole rappresentano più di un terzo del totale delle famiglie italiane (33,1%), contro il 30,1% del 2012, +3,0 p. p. (Figura 1a.15.).

La tendenza è comune a tutte le Regioni: l'entità del fenomeno raggiunge il suo valore massimo in Liguria, dove si passa dal 39,6% di famiglie monocomponente nel 2012, al 41,3% nel 2022; in Campania si registra il valore minimo, ma comunque in aumento: dal 24,3% al 27,6%. Fa eccezione l'Umbria, per la quale si registra una riduzione di -0,2 p.p..

A livello di ripartizioni, il Centro è la ripartizione con la più alta incidenza di persone sole (35,0%), segue il Nord (34,1%) e quindi il Sud (30,5%).

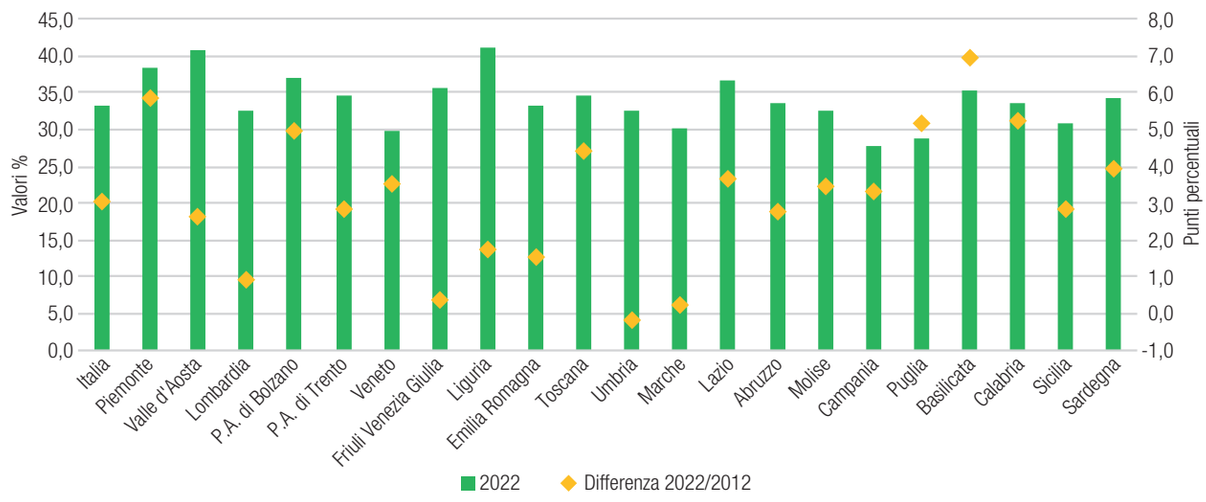
In ottica previsionale, nel 2032, si prevede che le persone sole aumenteranno ulteriormente rispetto al 2022, passando da 8.373.553 di persone a 9.062.264 (+0,8% medio annuo). Il *trend* riguarderà tutte le Regioni, in particolare quelle del Nord, dove si registrerà un aumento delle persone sole del +0,9% medio annuo nel periodo considerato; segue il Centro (+0,7% medio annuo) e il Sud (+0,6% medio annuo).

Figura 1a.14. Persone sole in Europa



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

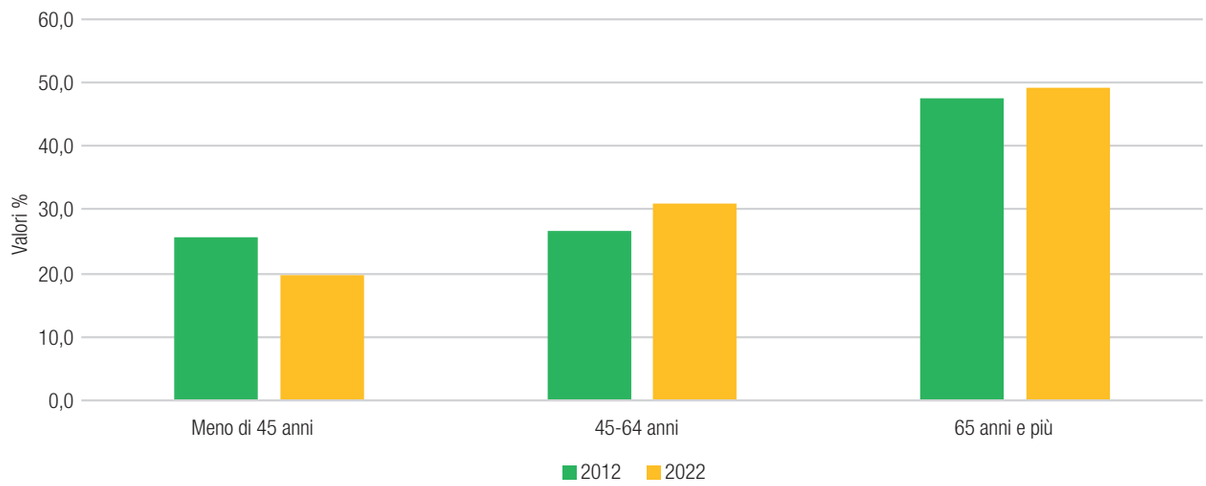
Figura 1a.15. Quota famiglie unipersonali



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

Analizzando il dato per età, nel 2012 le persone sole *under* 45 anni rappresentavano il 25,8% delle persone sole, nel 2022 rappresentano il 19,7%, (-6,1 p.p.). Ad aumentare sono le persone sole di età compresa tra 45-64 anni, che passano dal 26,6% del 2012 al 31,0% del 2022 (+4,0 p.p.) e le persone *over* 65 anni, passando dal 47,6% del 2012 al 49,3% del 2022 (+1,7 p.p.) (Figura 1a.16.).

Figura 1a.16. Persone sole per fasce di età in Italia



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

1a.2. Caratteristiche socio-economiche

Istruzione

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

Nel 2022, l'indicatore è sotto la media dei Paesi EU-Ante 1995 di -15,4 p.p. e di -12,5 p.p. da quella dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 1a.17.). Con il 20,3% di laureati, l'Italia presenta una differenza di -21,3 p.p. rispetto alla Francia, -20,8 p.p. rispetto alla Spagna e -12,0 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 +13,6 p.p. dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 e di +29,6 p.p. da quella dei Paesi EU-Post 1995.

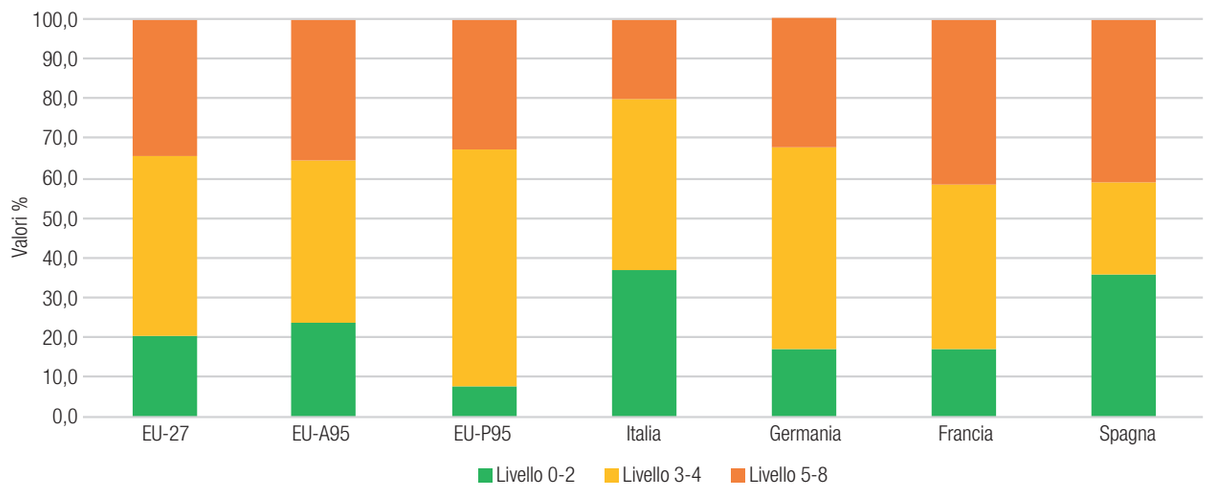
Il livello medio di istruzione della popolazione italiana è comunque in continuo aumento: tra il 2012 e il 2022, aumenta la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari (+4,5 p.p. nell'ultimo decennio) e, conseguentemente, si riduce quella relativa alle persone ferme al primo ciclo di istruzione (-5,8 p.p.).

La situazione appare particolarmente critica nel Sud, con una quota di popolazione che è in possesso del titolo universitario inferiore alla media nazionale di -3,1 p.p. e con una quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione superiore alla media nazionale di +7,2 p.p..

Il livello di scolarizzazione è, comunque, in miglioramento anche nel Sud: il conseguimento di una istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello), passa dal 13,9% del 2012 al 17,2% del 2021 (+3,3 p.p.) e di conseguenza si riduce la quota di popolazione che conclude solo il primo ciclo di istruzione, passando dal 40,9% del 2012 al 44,2% del 2022 (-4,8 p.p.).

Il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (26,7%), valore in aumento nell'ultimo decennio di +6,3 p.p.; la Sicilia, invece, registra la quota più bassa (15,2% nel 2022), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2012 di +2,2 p.p. (13,0%) (Figura 1a.18.). Simmetricamente, per la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione, la Sicilia è la Regione con la quota più alta (47,6%), valore in riduzione di -4,1 p.p. nel periodo considerato; il Lazio registra la quota più bassa (27,9% nel 2022) ed in miglioramento rispetto al 2012 di -4,5 p.p..

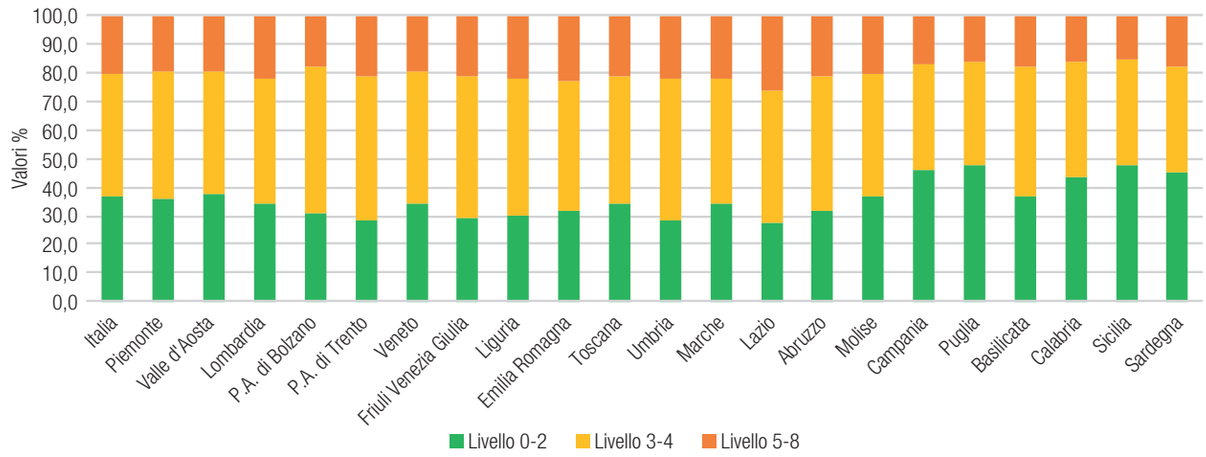
Figura 1a.17. Composizione della popolazione 15-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2022



(*) livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8: Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

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

Figura 1a.18. Composizione della popolazione 25-64 anni per titolo di studio in Italia (*). Anno 2022



(*) livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8: Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

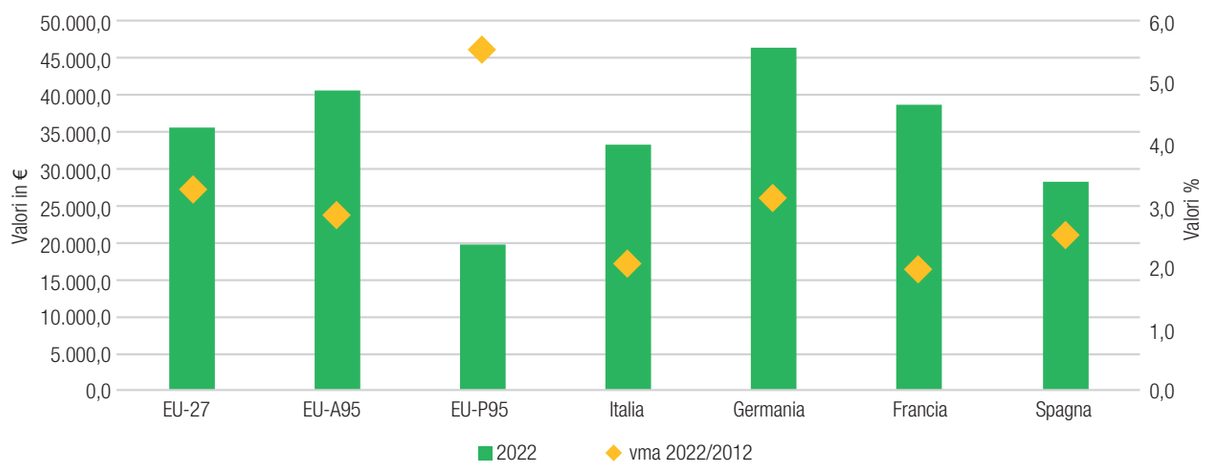
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Produzione e reddito

Nel 2022, il PIL pro-capite italiano risulta inferiore alla media europea di € 2.410 (€ 33.020 vs € 35.430), posizionandosi in undicesima posizione: in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di - € 7.478, risultando invece superiore di € 13.427 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 1a.19.).

Nella comparazione con i principali Paesi europei, il PIL pro-capite italiano risulta essere inferiore a quello tedesco di € 13.240 (-28,6%) e a quello francese di € 5.530 (-14,3%), ma maggiore rispetto a quello spagnolo di € 4.740 (+16,8%). Va anche considerato che gli interessi sul debito rappresentano il 6,4 del PIL dell'Italia contro il 3,4% della Spagna, lo 0,9% della Francia e il 0,2 della Germania: di conseguenza il *gap* di PIL fra l'Italia e gli altri Paesi è ancora maggiore.

Figura 1a.19. PIL pro-capite in Europa



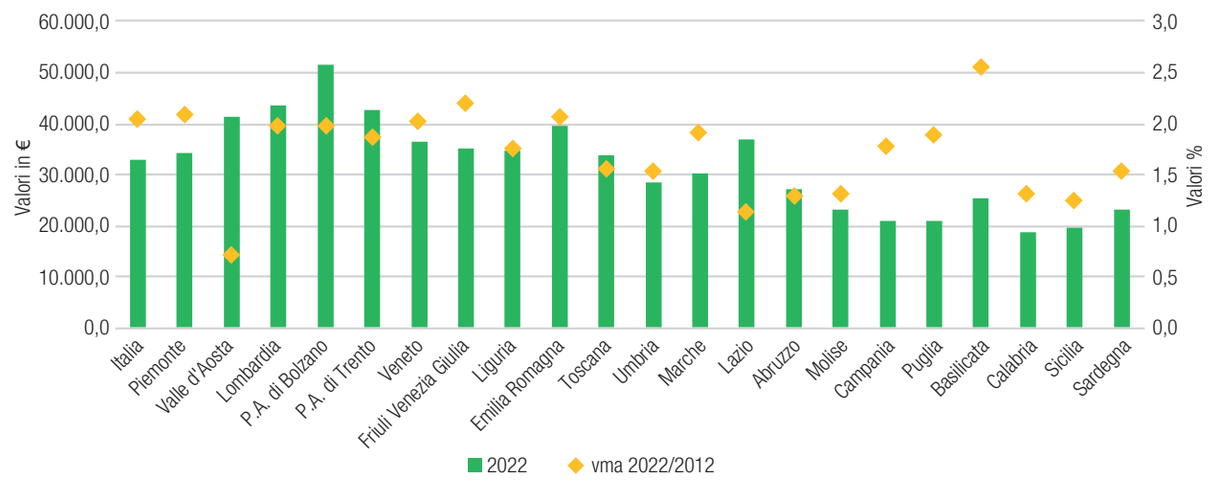
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Nel decennio 2012-2022 l'Italia è il Paese europeo (a meno della Grecia) che ha registrato la minore crescita del PIL pro-capite: essa è stata pari al +2,0% medio annuo, verso il +2,8% medio annuo dei Paesi EU-Ante 1995 e il +5,5% di quelli EU-Post 1995.

Secondo i dati Istat, il PIL pro-capite è in aumento in tutte le Regioni, con l'aumento massimo che si registra in Basilicata (+2,5% medio annuo), quello minimo in Valle d'Aosta (+0,7% medio annuo).

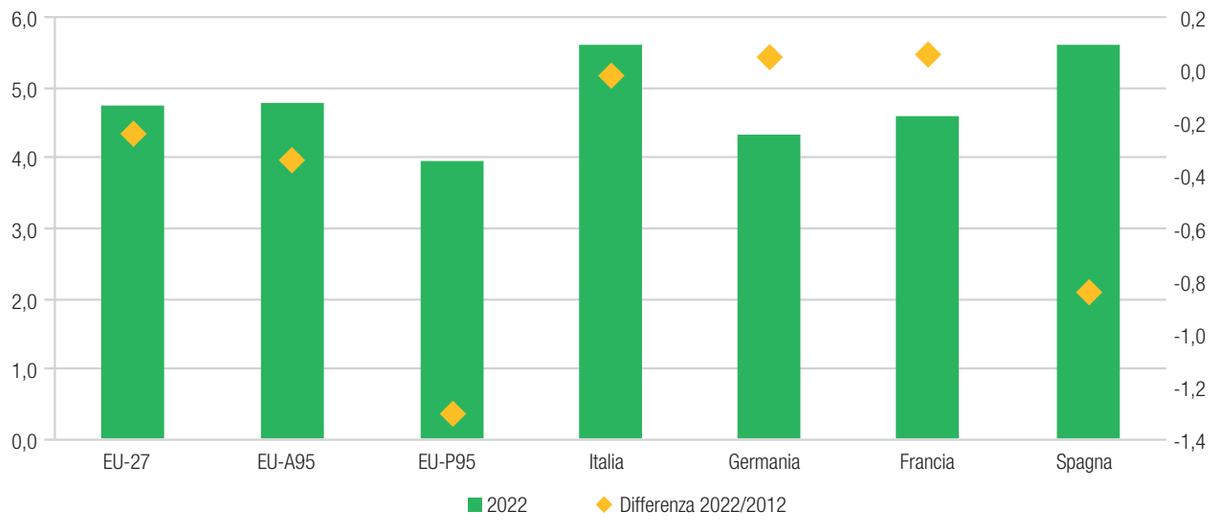
Tutte le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite superiore a € 34.000, mentre tutte quelle del Sud sono sotto la soglia dei € 24.000, ad eccezione dell'Abruzzo (€ 27.362). Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 51.585), quello minimo in Calabria (€ 18.876), con uno scarto del 273,3% (Figura 1a.20.).

Figura 1a.20. PIL pro-capite in Italia



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

Figura 1a.21. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Europa

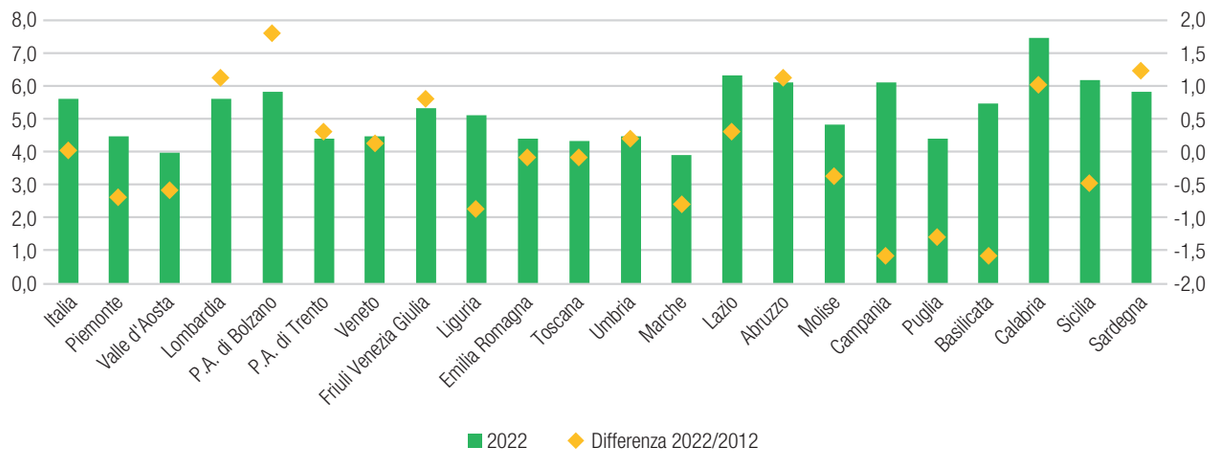


Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

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 2022, secondo i dati Eurostat, è pari in Italia a 5,6 (Figura 1a.21.), dato invariato rispetto al 2012 (5,6). Rispetto alla media europea, l'Italia registra una maggiore disparità nella distribuzione del reddito (il rapporto è in media pari a 4,7 in Europa): per confronto, il rapporto in Germania è al 4,4, in Francia al 4,6 e in Spagna al 5,6 come in Italia.

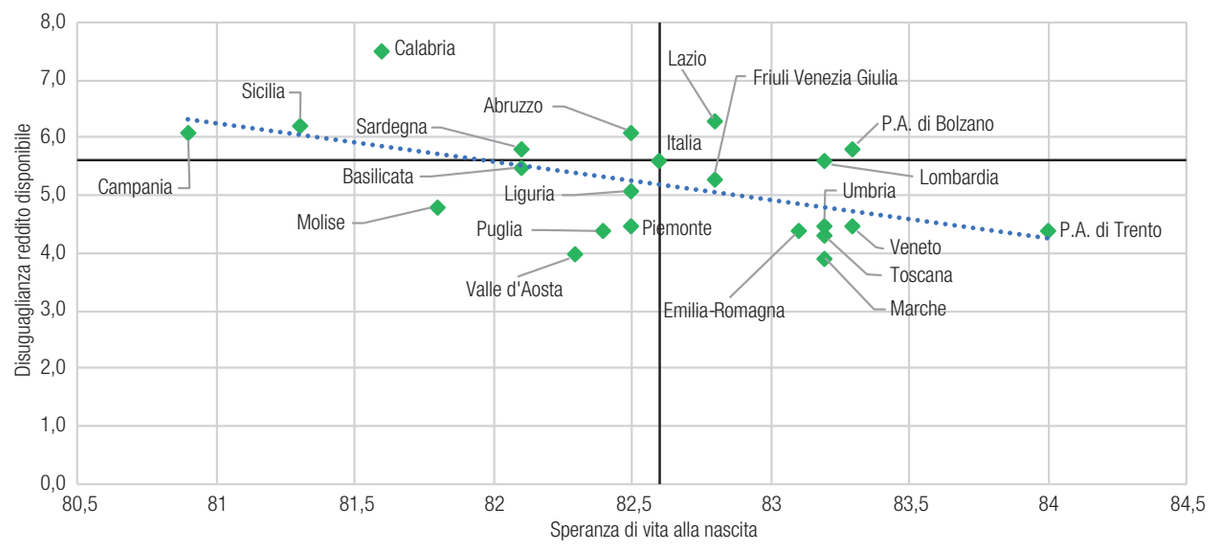
A livello nazionale, nel 2022, nel Nord la disuguaglianza del reddito risulta più bassa (5,0), mentre è massima nel Mezzogiorno (6,0). A livello regionale la disuguaglianza maggiore si registra in Calabria (7,9), la più bassa nelle Marche (3,9) (Figura 1a.22.).

Figura 1a.22. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Italia



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

Figura 1a.23. Speranza di vita alla nascita vs disuguaglianza del reddito disponibile in Italia. Anno 2022



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

Ai fini delle analisi di politica sanitaria, va segnalato la correlazione negativa tra la speranza di vita alla nascita e la disuguaglianza del reddito disponibile (Figura 1a.23.).

Il mercato del lavoro

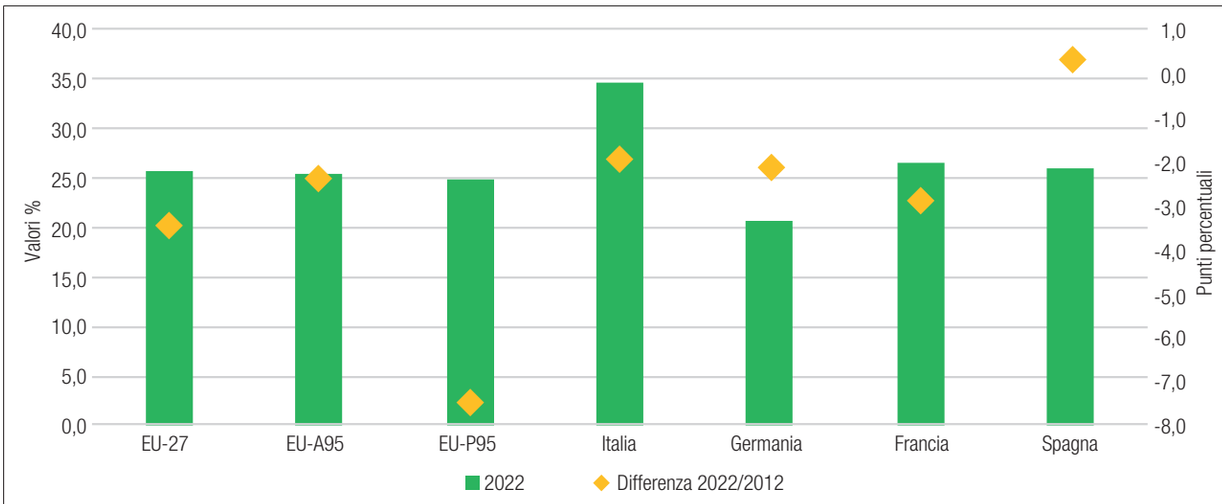
In Europa, nel 2022, gli inattivi, ovvero le persone che non si offrono sul mercato del lavoro sono in media il 25,5%, in riduzione rispetto al 2012 di -3,5 p.p. (29,0%): nei Paesi EU-Ante 1995 il tasso di inattività è pari al 25,2% e nei Paesi EU-Post 1995 è pari al 24,7%; in Italia gli inattivi si attestano al 34,5%, il valore più alto registrato tra i Paesi europei: +9,0 p.p. rispetto alla media EU, +13,9 p.p. rispetto alla Germania, +8,5 p.p. rispetto alla Spagna e 8,1 alla Francia. Nell'ultimo decennio si riscontra una riduzione del tasso di inattività in Italia di 2,0 p.p. (Figura 1a.24.), *trend* comune a tutti i Paesi europei analizzati, fatta eccezione per la Spagna (+0,3 p.p.).

A livello nazionale, la propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro è più alta al Nord rispetto al Sud, con un *gap* di oltre 17,2 p.p. (28,2% di inattivi nel Nord vs 45,4% nel Sud). Tutte le Regioni del Sud registrano un tasso di inattività superiore al 40% (ad accezione di Molise, Sardegna e Abruzzo, con un tasso di inattività pari al 38,5%, 37,8% e 35,3% rispettivamente) e con evidenti differenze regionali: si passa dal 35,3% dell'Abruzzo al 48,9% della Calabria; al Nord il valore massimo si attesta in corrispondenza del 29,2% del Veneto.

Dal confronto regionale emerge che il minor tasso di inattività si registra nella P.A. di Bolzano (24,2%), che si discosta dal dato nazionale di -10,3 p.p.; il valore più elevato si registra in Calabria, che si avvicina al +50,0% della popolazione. Rispetto al 2012 si registra comunque una riduzione dell'indicatore in tutte le Regioni (Figura 1a.25.).

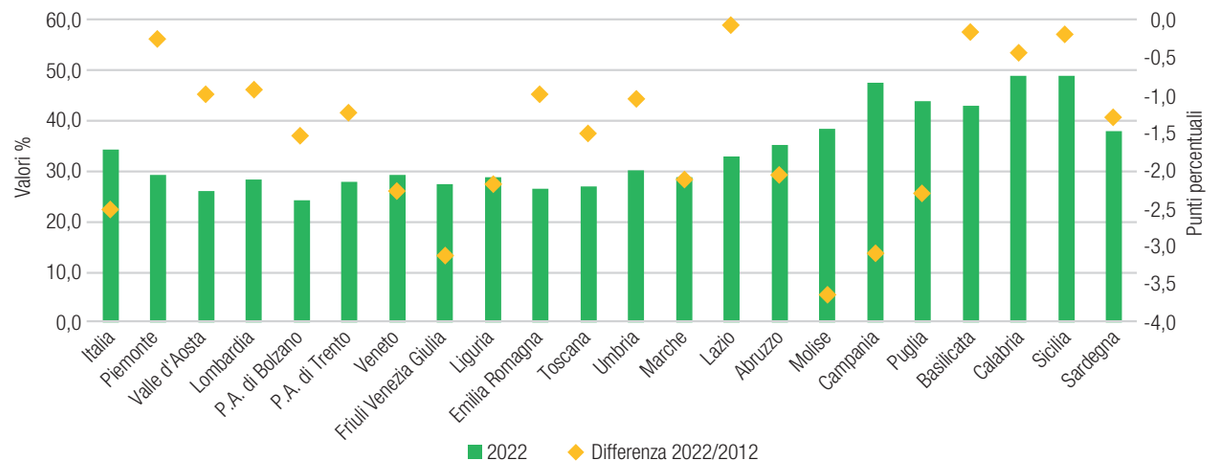
Il tasso di occupazione, nel 2022, per la popolazione europea nella fascia 15-64 anni, si attesta al 69,8% (dato in aumento nell'ultimo decennio di +7,2 p.p.); l'Italia è al 60,1%, che risulta il dato più basso fra tutti i Paesi europei (Figura 1a.26.); il *gap* è rilevante sia rispetto alla media europea (69,8%), che ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (69,6%) e verso quelli dell'EU-Post 1995 (72,6%), con scarti rispettivamente di -9,7, -9,5 e -12,5 p.p.. Il tasso di occupazione è comunque in aumento rispetto al 2012, di +4,0 p.p..

Figura 1a.24. Tasso di inattività 15-64 anni in Europa



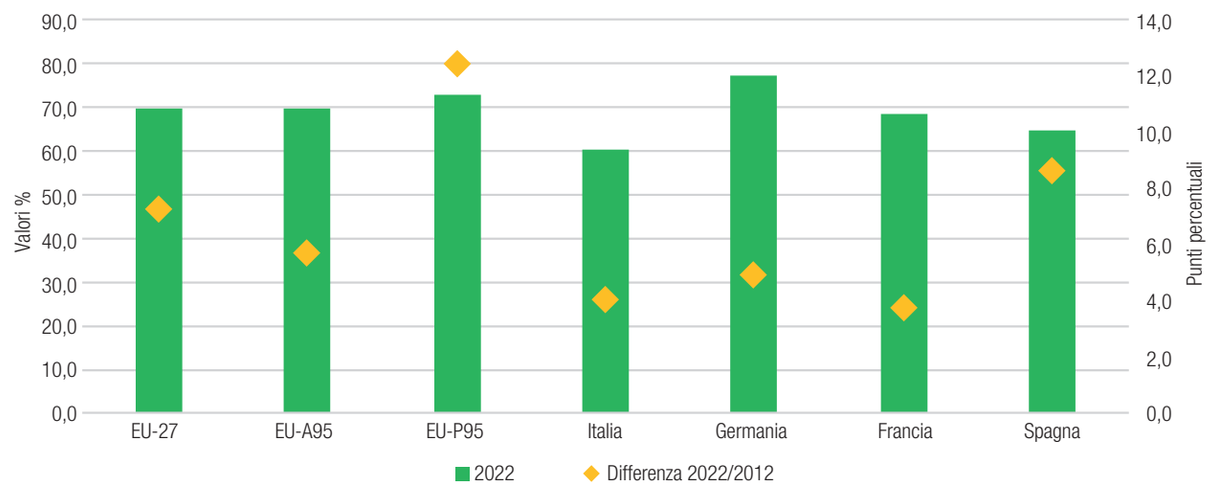
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1a.25. Tasso di inattività 15-64 anni in Italia



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

Figura 1a.26. Tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 anni in Europa



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

Ricordiamo che l'obiettivo fissato dall'Unione Europea per il 2020 era di avere una popolazione occupata tra i 15 e 64 anni pari al 75,0%, obiettivo non raggiunto né a livello europeo né nazionale.

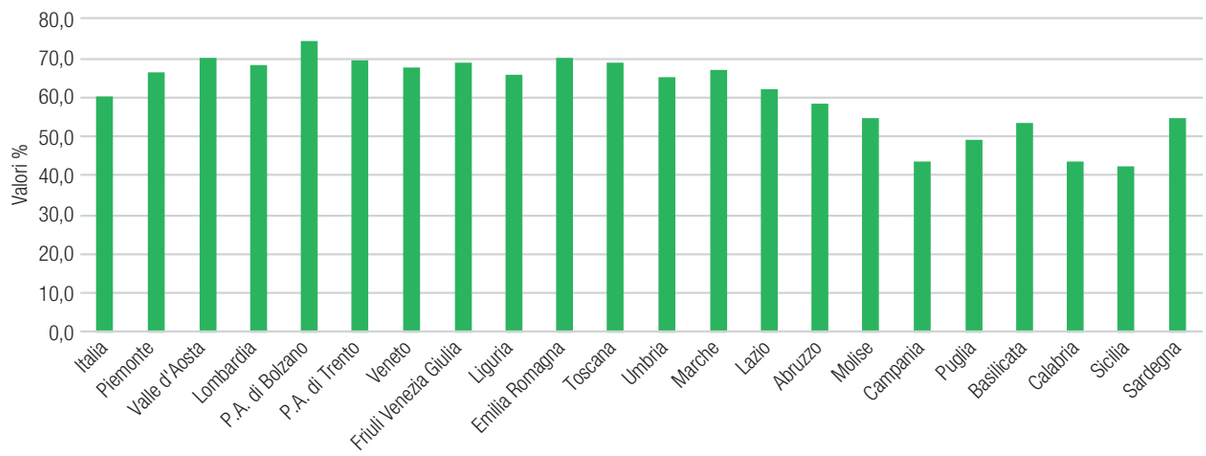
A livello nazionale, nel Sud si registra un tasso di occupazione pari al 46,7%, mentre al Nord è pari al 68,1%, con una differenza media di 21,5 p.p.. Tra il 2022 ed il 2012 si registra un aumento del tasso di occupazione a livello nazionale di +4,1 p.p. (Figura 1a.27.), miglioramento che si registra anche a livello di ripartizioni geografiche: +3,7 al Nord, +4,2 al Centro e +3,6 p.p. al Sud.

Il tasso di disoccupazione medio europeo, nel 2022, si attesta al 6,2%, in riduzione rispetto al 2012 di -4,9 p.p.. In Italia la disoccupazione è pari all'8,1%, in riduzione nel decennio di -2,8 p.p. Per confronto, il dato italiano si discosta dalla media europea di +1,9 p.p., dai Paesi EU-Ante 1995 di +1,2 p.p. e da quelli EU-Post 1995 di +4,7 p.p.. Rispetto a Germania e Francia, il tasso di disoccupazione italia-

no è più alto di +5,0 e +0,8 p.p. rispettivamente e più basso di quello spagnolo di -4,8 p.p. (Figura 1a.28.). In Europa, nel periodo considerato, si riscontra una riduzione generalizzata del tasso di disoccupazione.

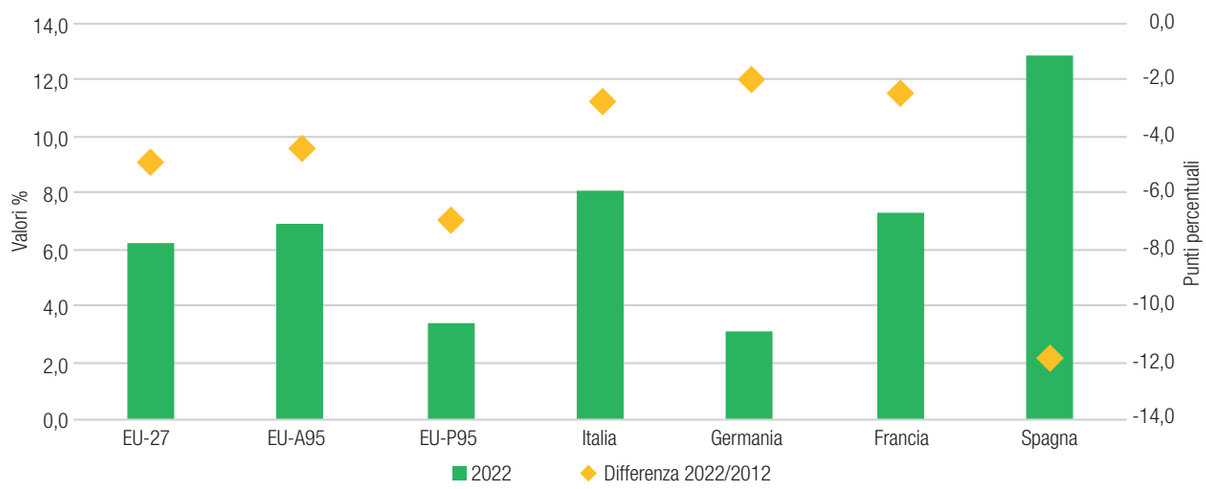
A livello nazionale, nel 2022, secondo i dati Istat, il tasso di disoccupazione è pari all'8,1%; nel Sud Italia si attesta al 14,3%, mentre nel Nord è pari al 5,1%, con una differenza media di 9,2 p.p. Tra il 2022 ed il 2012 si è registrata una riduzione di -2,8 p.p. (Figura 1a.29.), ed analogamente a livello di ripartizioni geografiche: -2,5 al Nord, -2,7 al Centro e -3,1 p.p. al Sud.

Figura 1a.27. Tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 in Italia. Anno 2022



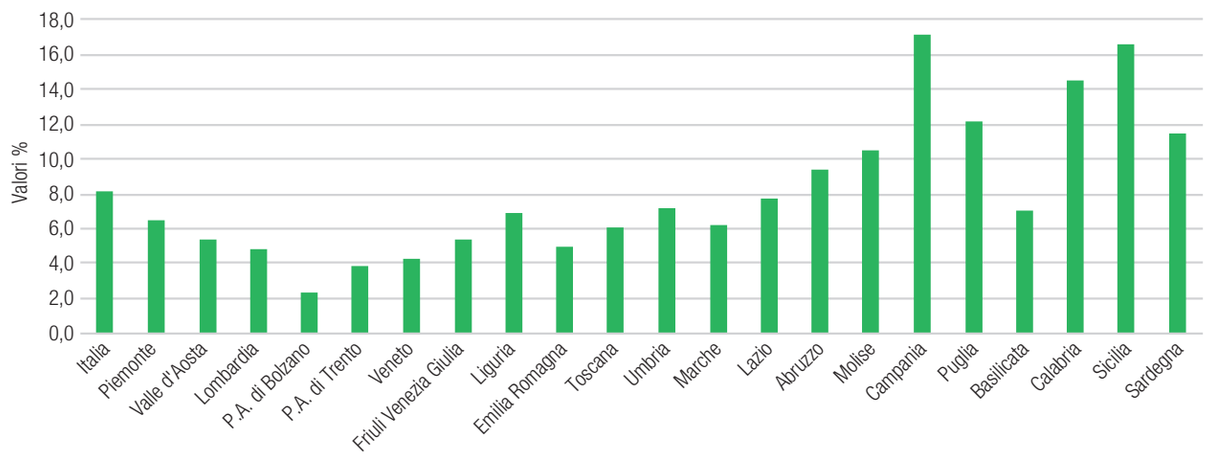
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1a.28. Tasso di disoccupazione della popolazione in età 15-74 in Europa



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

Figura 1a.29. Tasso di disoccupazione della popolazione in età 15-74 in Italia. Anno 2022



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

1a.3. Riflessioni finali

La demografia italiana si conferma "critica", essendo il Paese caratterizzato da una popolazione soggetta ad un processo particolarmente rapido di invecchiamento, dovuto tanto alla denatalità, quanto all'allungamento dell'aspettativa di vita.

Ne discende un rapido aumento dell'età media della popolazione, dell'incidenza degli ultrasessantacinquenni sulla popolazione totale, e anche del tasso di cronicità.

Anche le previsioni per il prossimo decennio confermano le criticità: l'Italia risulterà essere l'unico Paese europeo che registrerà una riduzione della popolazione totale. È, inoltre, previsto un ulteriore aumento dell'età media italiana, che si attesterà a 50,6 anni. A livello regionale, il Centro è la ripartizione geografica del Paese con l'età media della popolazione più alta e il Sud invecchierà più rapidamente rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

L'Italia già registra la quota di *over* 65 anni più alta d'Europa, pari al 23,8%. Il progressivo invecchiamento della popolazione farà registrare, nel 2032, in Italia, un'incidenza degli *over* 65 sulla popolazione totale pari al 28,2%, registrando un ulteriore incremento di +4,4 p.p..

A livello regionale si osserva come la quota di popolazione *over* 65 anni risulti in aumento soprattutto in quelle del Nord-Ovest, nelle quali si registra una quota di popolazione anziana pari al 25,6%; seguono il Centro con il 24,5%, Nord-Est con il 24,1% e il Sud con il 22,6%.

L'Italia registra l'indice di dipendenza anziani più alto in Europa, pari al 37,5% ed in aumento rispetto a dieci anni fa di +5,5 p.p.. A livello nazionale, si conferma il *trend* in aumento dell'indice di dipendenza anziani in tutte le Regioni, in particolare in quelle del Sud, che registrano un aumento tra il 2012 ed il 2022 di +7,1 p.p., passando dal 28,0% al 35,1%. Nelle Regioni del Nord l'aumento è stato più contenuto ma comunque importante, pari a +4,4 p.p., passando dal 34,6% del 2012 al 39,0% del 2022.

In associazione all'invecchiamento della popolazione, cresce la prevalenza di cronicità: i dati della sorveglianza PASSI dell'ISS ci ritornano che, nel 2022, il 18,5% delle persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni, convive con almeno una patologia cronica, in aumento rispetto al 2012 di +0,5 p.p..

Fra gli *over* 65, nell'ultimo decennio, si è registrata una crescita dell'incidenza dei cronici di +1,0 punto percentuale, passando dal 60,5% del 2016 al 61,5% del 2019. Da notare che la pandemia ha comportato una riduzione di tale incidenza di -2,5 p.p. (2019-2022), per effetto dell'incremento dei decessi soprattutto fra gli *over* 65.

La prevalenza di cronicità è in aumento soprat-

tutto nel Nord (+2,9 p.p.), mentre nel Sud diminuisce (-1,2 p.p.).

Secondo i dati del BES (Benessere Equo e Sostenibile) di Istat, in Italia, nel 2022, ci si aspetta di vivere senza limitazioni a 65 anni per 10,0 anni, dato allineato con le media europea, ma con un forte differenziale fra le Regioni: +2,7 anni nel Nord rispetto al Sud, rispettivamente 11,0 anni vs 8,3 anni, dato in aumento rispetto al 2012 del +0,4% medio annuo, quando gli anni erano pari a 9,6. Il dato risulta in crescita, nel periodo considerato, in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Centro, dove si registra una riduzione del -0,1% medio annuo, passando da 10,6 anni nel 2012 a 10,5 anni nel 2022. Si consideri, però, che in Italia si registra anche l'aspettativa di vita alla nascita maggiore in Europa (+2,3 anni): quindi, a parità di vita in buona salute, l'Italia non è riuscita a trasformare tutto l'invecchiamento ottenuto in una "sana" longevità.

Sulle condizioni di salute della popolazione incide anche la minore istruzione media dei cittadini italiani verso quelli europei (laureati europei 34,3% vs laureati italiani 20,3%), e anche alla continua crescita delle famiglie di anziani soli (49,3%).

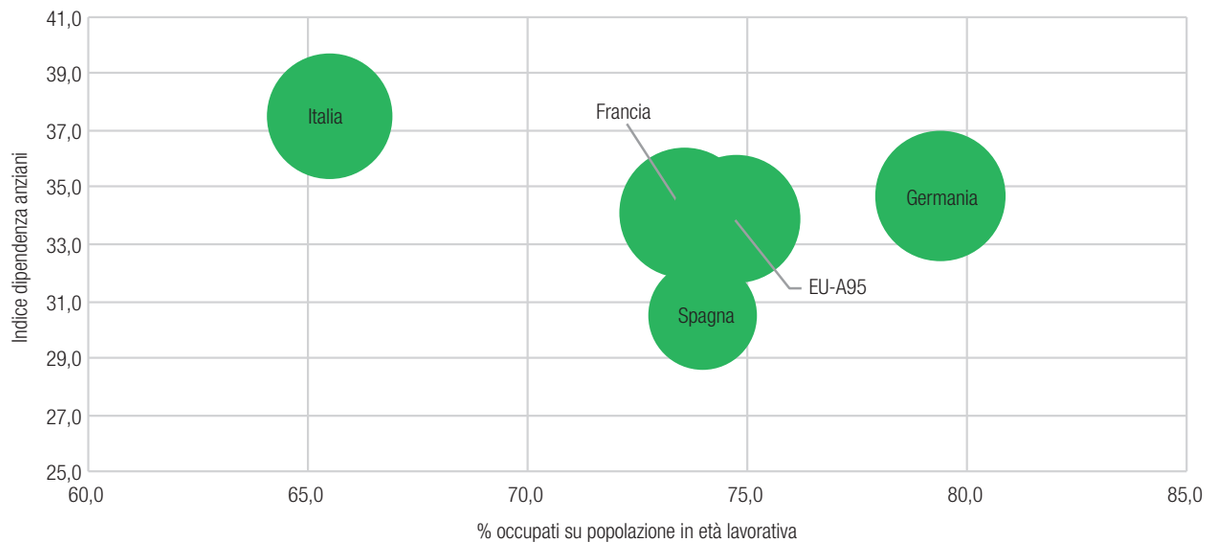
Passando ad analizzare la componente produzione e reddito, il PIL pro-capite italiano è inferiore alla media europea del -6,8%; di fatto, considerando che una parte del PIL è assorbita dagli interessi sul debito pubblico, il *gap* si allarga al -10,8%.

L'Italia è il Paese europeo (dopo la Grecia) che ha registrato la minore crescita del PIL pro-capite tra il 2012 ed il 2022: pari al +2,0% medio annuo, verso il +2,8% dei Paesi EU-Ante 1995 e il +5,5% di quelli EU-Post 1995.

Risulta altresì evidente come il Paese soffre di una distribuzione iniqua del reddito (5,6) che si associa anche a livello regionale con il *gap* nella aspettativa di vita.

Infine, rimane rilevante il numero di inattivi nel Paese, pari al 34,5%, che è il valore più alto registrato tra i Paesi europei. A livello nazionale la propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro è decisamente più alta nel Nord rispetto al Sud, con un *gap* di oltre 17,2 p.p..

Figura 1a.30. Indice dipendenza anziani vs quota di occupati (dimensioni delle bolle proporzionali al PIL per occupato). Anno 2022



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

In conclusione, l'Italia da un punto di vista demografico sta subendo un processo di invecchiamento che però non si trasla in una pari longevità in buona salute. La cronicità è un fenomeno diffuso: i dati previsionali ci dicono che ci saranno sempre più cronici, anche nella popolazione *under* 65 anni. E, allo stesso tempo, la modifica delle strutture familiari, in particolare la crescita delle famiglie di anziani soli, rende questi ultimi socialmente sempre più fragili.

Appare evidente che in presenza di un rapido invecchiamento della popolazione, con un tasso di dipendenza degli anziani già molto elevato, la sostenibilità del sistema di *Welfare* rimane tanto legata alla capacità di innescare una fase di crescita del PIL, quanto a quella di aumentare la produttività.

La figura 1a.30. evidenzia il posizionamento dell'Italia in termini di indice di dipendenza, quota di occupati e PIL per occupato.

Gli obiettivi ricordati, peraltro, richiedono la formulazione di politiche industriali mirate a sviluppare i settori maggiormente produttivi: rimandando al capitolo 14 per gli approfondimenti, si ricorda qui il contributo che può dare il settore delle cosiddette *life sciences*: il valore aggiunto per addetto dell'industria farmaceutica, per esempio, è 2,5 volte maggiore rispetto alla media dell'industria manifatturiera.

Riferimenti bibliografici

WHO, 2022. "Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them"

BES (Benessere equo e sostenibile) (anni vari), tavole statistiche

Eurostat (anni vari). https://ec.europa.eu/eurostat/data/database

Istituto Superiore Sanità. Indagine Passi (Progressi delle Azienda Sanitarie per la Salute in Italia)

Istat (anni vari). Database demografico

Istat (anni vari). Tavole statistiche varie, www.istat.it

ENGLISH SUMMARY

The socio-demographic context

Italy's demography is confirmed to be a "problem," as the country is characterized by a population subject to a particularly fast aging process, due both to the drop in the birth rate and the lengthening of life expectancy.

The result is a fast increase in the population's average age, in the incidence of the people aged over 65 in the total population, and also in the rate of chronic diseases.

Also the forecasts for the next decade confirm the problematic issues. Italy will be the only European country recording a reduction in the total population, along with a further increase in Italians' average age, which will stand at 50.6 years. From the regional viewpoint, Central Italy is the area with the highest average age, but the aging of population will be quicker in the South than in the other geographical areas.

Italy already has the highest share of over-65s in Europe, equal to 23.8 percent. The gradual aging of the population will make the over-65s account for 28.2 percent of the total population in Italy in 2032, thus recording a further 4.4% increase.

At the regional level, it can be seen that the share of the over-65s is increasing especially in the Northwest regions, in which the elderly population accounts for 25.6 percent, followed by Central Italy (24.5 percent), the Northeast regions (24.1 percent) and the South (22.6 percent).

As a result, Italy has the highest old-age dependency ratio in Europe, equal to 37.5 percent, up by 5.5 percent compared to 10 years ago. At the national level, the rising trend of the old-age dependency ratio is confirmed in all Regions.

Along with the aging of population, the prevalence of chronic diseases is growing: data from the PASSI surveillance system of the Higher Institute of Health (ISS) shows that, in 2022, 18.5 percent of people aged between 18 and 69 years was living with at least one chronic disease, up by 0.5 percent compared to 2012.

Among the over-65s, there has been a 1 percent growth in the incidence of chronically ill people over the past decade. It should be noted that the pandemic resulted in a decrease in this incidence by 2.5 percent (2019-2022), due to the increase in deaths occurring mainly among the over-65s.

The prevalence of chronic diseases is increasing especially in the North (+2.9 percent), while it is decreasing in the South (-1.2 percent).

According to ISTAT's data related to BES (Benessere Equo e Sostenibile) (Fair and Sustainable Welfare), in Italy, in 2022, we expected to live without physical limitations at age 65 for 10 years, a figure in line with the European average, but with a significant differential between Regions: +2.7 years in the North compared to the South, respectively 11 years vs. 8.3 years. The figure is increasing in all geographical areas, with the exception of Central Italy, where there is a 0.1 average decrease per year. We should consider, however, that Italy also has the highest life expectancy at birth in Europe (+2.3 years): Italy has therefore not managed to turn all the aging it has achieved into "healthy" longevity.

The population's health conditions are also affected by the lower average education level of Italian citizens compared to those in Europe (European graduates account for 34.3% as against 20.3% of Italian graduates), as well as by the continued growth of older single person households (49.3%).

While analysing the production and income components, we see that Italy's GDP per-capita is 6.8% lower than the European average. Considering, however, that part of the GDP is used for the public debt

service, the gap widens to -10.8%.

Italy was the European country (after Greece) with the lowest per capita GDP growth between 2012 and 2022, amounting to 2 percent on average per year, compared to 2.8 percent in the pre-1995 EU countries and 5.5 percent in the post-1995 EU countries.

It is also evident that Italy suffers from a more unequal income distribution than the European average; the impact of inequality is evident at the regional level, where it is negatively correlated with life expectancy.

Finally, the number of inactive people in the country remains significant at 34.5 percent, which is the highest value recorded among European countries. At the national level, the propensity to offer oneself in the labour market is significantly higher in the North than in the South, with a gap of over 17.2 percent.

In conclusion, from a demographic viewpoint, Italy is undergoing an aging process that, however, does not turn into longevity in good health. Chronic diseases are a widespread phenomenon: forecasts tell us that there will be an increasing number of chronically ill people, even in the under-65 population segment. At the same time, changing family structures - especially the increase in lonely elderly people - make them ever more socially fragile.

It seems clear that, faced with a fast-aging population and with an already very high old-age dependency ratio, the sustainability of the welfare system remains as much linked to the ability to trigger GDP growth as to the ability to increase productivity.

Moreover, the objectives mentioned call for the definition of industrial policies designed to develop the most productive sectors. While referring to Chapter 14 for more details, we should recall the contribution that the so-called life sciences sector can provide: for example, the value-added per employee in the pharmaceutical industry is 2.5 times higher than the average in the manufacturing sector.

CAPITOLO 1b
Covid-19 e mortalità evitabile: il primo anno della pandemia

Buzzi N.[1]

1b.1. Premessa

«Lo studio della mortalità evitabile rappresenta un'utile risorsa che concorre alla valutazione delle politiche sanitarie adottate perché individua la quota di mortalità contrastabile con misure di prevenzione primaria, diagnosi precoci, trattamenti efficaci e altri interventi di sanità pubblica.

In estrema sintesi, si tratta di un indicatore che contribuisce a misurare le ricadute di strategie indirizzate essenzialmente su due fronti: uno prevalentemente orientato ai temi dell'informazione e dell'educazione sanitaria della popolazione, l'altro più legato agli ambiti dell'organizzazione e della programmazione sanitaria.»

Questo incipit introduceva il capitolo sulla mortalità evitabile del Rapporto CREA Sanità 2022, dove veniva fornito sia il quadro nazionale che il dettaglio regionale relativamente ai decessi avvenuti nel decennio 2010-2019 nella popolazione fino a 74 anni per le cosiddette "cause evitabili"[2].

Nell'aprile 2023 l'Istat ha reso disponibili i dati sui decessi per causa relativi all'anno 2020, acquisiti nella Banca Dati del Progetto MEV(i) del Centro Studi Nebo, grazie ai quali è possibile misurare la dimensione della mortalità attribuita a Covid-19 e confrontare la restante mortalità per causa con quella degli anni precedenti.

L'ultima versione dell'elenco delle cause di morte evitabili pubblicato da OECD ed Eurostat include Covid-19 tra le cause di morte evitabile grazie alla vaccinazione e ad altri interventi di prevenzione.

Nella Banca Dati MEV(i), tuttavia, i decessi per Covid-19 sono per il momento classificati come categoria a sé: la dimensione del fenomeno e l'elevata variabilità territoriale non renderebbero possibile un confronto pre-post pandemia se non, appunto, scorporando la quota di mortalità attribuita a Covid-19 (peraltro nel 2020 non ancora prevenibile, essendo antecedente all'introduzione della vaccinazione e alla relativa diffusione su scala nazionale).

Lo storico della mortalità per causa integrato con i dati 2020 è in ogni caso di difficile lettura per diverse ragioni, tra cui:

- molte cause di morte per le quali è stato storicamente osservato un andamento omogeneo (crescente, decrescente o stabile) presentano in ogni caso una naturale variabilità tra gli anni correlata a numerosi fattori; questo significa che, di fatto, non si può avere una esatta cognizione di quello che sarebbe stata la mortalità 2020 in assenza della pandemia ma, al più, possono essere condotte simulazioni entro le quali individuare lo scenario di previsione più probabile
- lo stato di salute è condizionato da molte determinanti (demografiche, sociali, economiche, territoriali, ambientali e così via) difficilmente quantificabili in termini di impatto, a maggior ragione se calate in un quadro complesso quale quello della pandemia, che ha obbligato a misure straordinarie in termini organizzativi, con conseguenti ricadute sia sui servizi (sanitari e non solo) che sul comporta-

[1] Nebo Ricerche PA

[2] Definibili come cause di morte prevenibili, cioè contrastabili con interventi di prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, eccetera) finalizzati dunque a ridurre malattie o infortuni, oppure trattabili, cioè riducibili grazie a diagnosi precoci, terapie adeguate e altra assistenza sanitaria laddove non sia stato possibile contrastare l'insorgenza della malattia

mento dei cittadini

- parte della mortalità 2020 pur non essendo direttamente imputabile al Covid-19 può ritenersi comunque correlata all'epidemia, soprattutto nel caso di eventi acuti nei soggetti più fragili per i quali non sia stato possibile accedere tempestivamente all'assistenza ospedaliera, alle terapie farmacologiche, agli interventi chirurgici
- il ritardo nelle diagnosi e un inadeguato trattamento delle malattie croniche possono comportare aumenti della mortalità prevenibile con tali misure, aumenti che tuttavia saranno presumibilmente diluiti negli anni a venire a seconda delle differenti caratteristiche medico-cliniche, dei servizi sanitari prestati, delle soglie di sopravvivenza, e così via, delle diverse patologie interessate
- di contro, disposizioni come il *"lockdown"* hanno avuto riflessi positivi visibili nell'immediato, ad esempio sugli incidenti stradali per via delle limitazioni sulla circolazione; si tratta però di ricadute legate a specifiche misure adottate in emergenza e successivamente sospese
- le modifiche negli stili di vita e di lavoro imposte dalla pandemia sono state in parte stabilmente acquisite (come nel caso, ad esempio, dello *"smart working"*), contribuendo in misura non quantificabile alla discontinuità che a partire dal 2020 condizionerà i dati sulla mortalità e sullo stato di salute in genere.

1b.2. Sintesi nazionale

In termini assoluti, la casistica che deriva dalle schede di morte dell'anno 2020 analizzate comprende quasi 743.000 decessi[3], dei quali 78.400 attribuiti a Covid-19.

Utilizzando la soglia dei 74 anni (età massima generalmente adottata per le analisi sulla mortalità evitabile) si può vedere che il 76,4% del totale dei decessi riguarda persone di 75 anni o più sia utilizzando il totale al netto della mortalità per Covid-19 che il totale generale, visto che la stessa casistica dei decessi per Covid-19 riguarda per il 76,6% deceduti ultra 75enni.

Dei quasi 157.000 morti prima del compimento del 75° anno di età poco meno di 99.000 sono attribuibili a cause evitabili, dei quali 44.000 per tumori maligni e oltre 25.000 per malattie del sistema circolatorio (Tabella 1b.1.).

Tabella1b.1. Decessi per causa ed età. Valori assoluti in migliaia. Anno 2020

Cause di morte	decessi < 75 anni	di cui evitabili	decessi > 74 anni	Totale
Tumori maligni	70,0	44,0	97,5	167,5
Malattie del sistema circolatorio	31,8	25,6	194,4	226,3
Malattie dell'apparato respiratorio	8,3	5,9	48,7	56,9
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	7,3	5,2	26,2	33,5
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	6,6	0,6	26,5	33,1
Segni, sintomi e stati morbosi mal definiti	5,1	-	19,7	24,8
Altre cause	27,7	17,5	94,7	122,4
Totale escl. Covid-19	156,7	98,8	507,7	664,4
Covid-19	18,4	-	60,0	78,4
Totale decessi per tutte le cause	175,1	98,8	567,7	742,8

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

[3] La Banca Dati MEV(i) (che ospita i dati di mortalità italiana a partire dal 2009 per Provincia, età, sesso e causa di morte) esclude i decessi di residenti all'estero e quelli senza indicazione dell'età, per il 2020 pari a circa 3.500 casi

Leggendo i dati assoluti del 2020 e degli anni precedenti si possono osservare, per le singole componenti della mortalità prima dei 75 anni, andamenti disomogenei (Figura 1b.1.).

In particolare, per quanto riguarda le cause di morte prevenibili con prevenzione primaria:

- i decessi per cause correlate a fumo, alcol ed errati stili di vita in lieve decremento dal 2015 al 2019 tornano nel 2020 ai valori del 2017 (49.000 casi)
- le morti per incidenti e suicidi, in calo negli ultimi anni, si attestano su un valore sensibilmente inferiore a quello degli anni precedenti (7.600 casi nel 2020 contro i quasi 8.300 del 2019)
- le cause di morte evitabili con vaccinazioni e altri interventi di sanità pubblica proseguono il trend discendente già rilevato in precedenza (dai 3.300 del 2015 ai 2.300 del 2020).

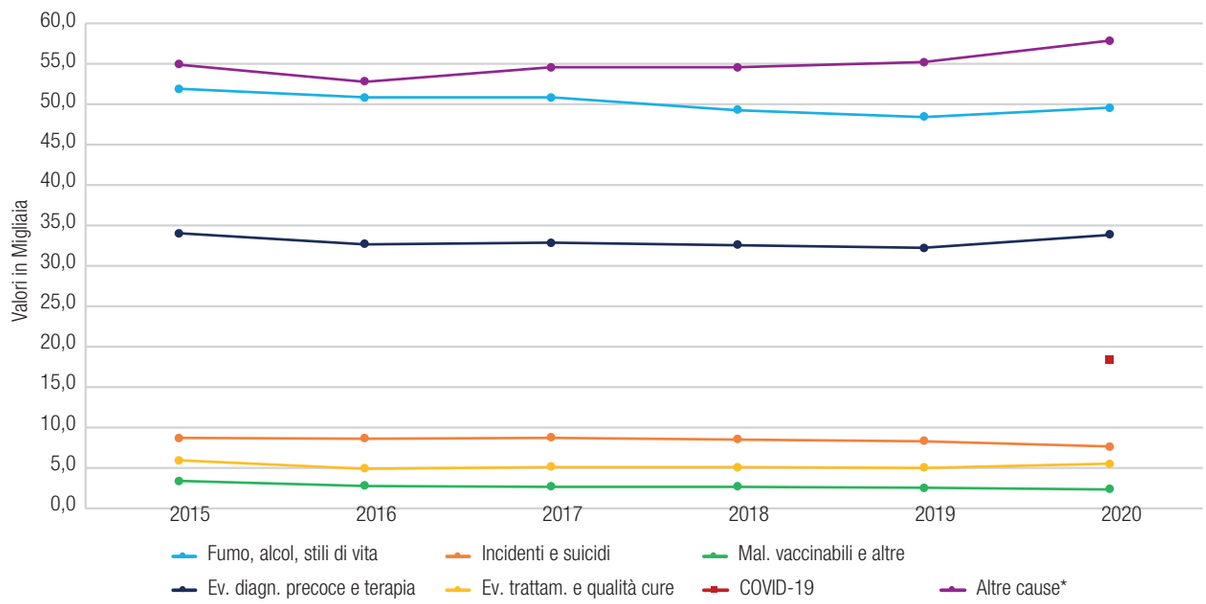
Riguardo invece alle cause di morte trattabili:

- per i decessi legati a cause evitabili con diagnosi precoce e terapia si nota un aumento nel 2020 a fronte di un andamento sostanzialmente stabile nel quinquennio precedente (quasi 34.000 decessi contro i 32-33.000 degli anni precedenti)
- ancora più netto, in termini relativi, appare l'aumento nel 2020 rispetto al 2019 delle cause evitabili con trattamenti e migliori qualità delle cure (5.500 vs 5.000).

In ultimo, oltre alle 18.400 morti per Covid-19 si aggiungono quelle dovute a cause non annoverabili tra quelle evitabili, per le quali si registra un incremento nel 2020 rispetto al triennio precedente (58.000 contro 55.000 circa).

A proposito di quest'ultimo aumento è interessante notare come, ad esempio, oltre 800 dei 3.100 decessi in più rilevati nel 2020 siano relativi a malattie del sistema respiratorio (escluse le evitabili) e che ulteriori 600 casi afferiscano al gruppo "Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti", lasciando ipotizzare che fra questi possano nascondersi morti per Covid-19 non classificate come tali o comunque legate direttamente o indirettamente alla pandemia (Figura 1b.1.).

Figura 1b.1. Mortalità evitabile, mortalità per Covid-19 e altra mortalità 0-74 anni



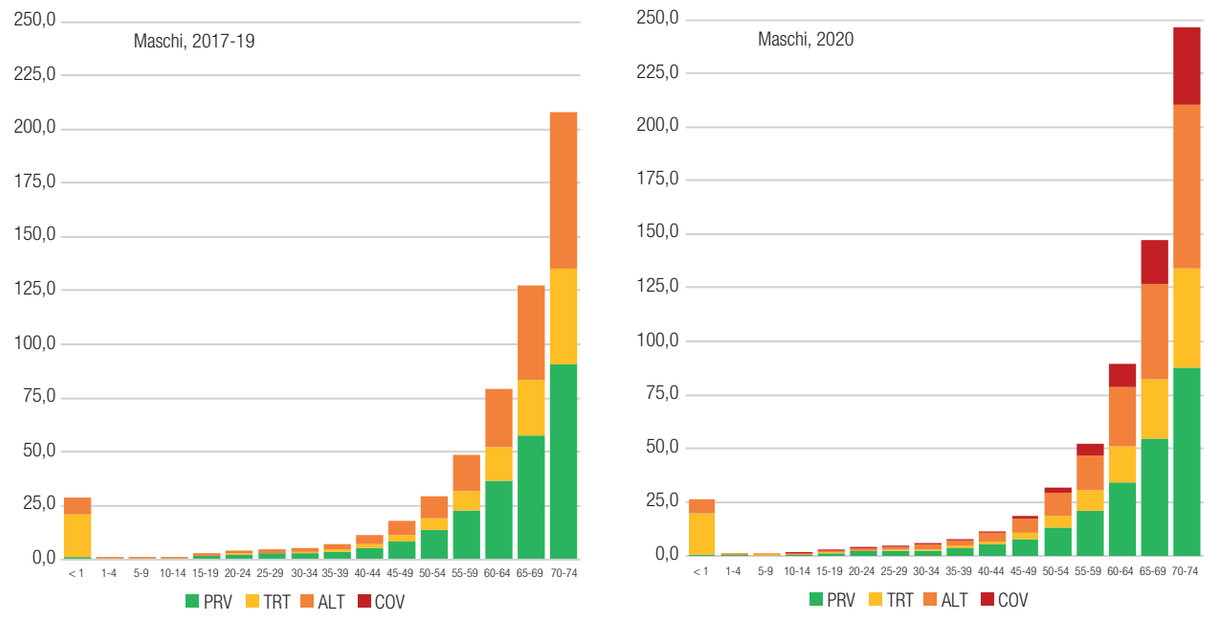
* Cause di morte escluse evitabili e Covid-19.

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Un ulteriore approfondimento per grandi classi di età mostra tuttavia come l'aumento della mortalità sia concentrato nell'ultima decade della fascia di età considerata (0-74 anni); fra i decessi avvenuti nella popolazione da 65 a 74 anni infatti:

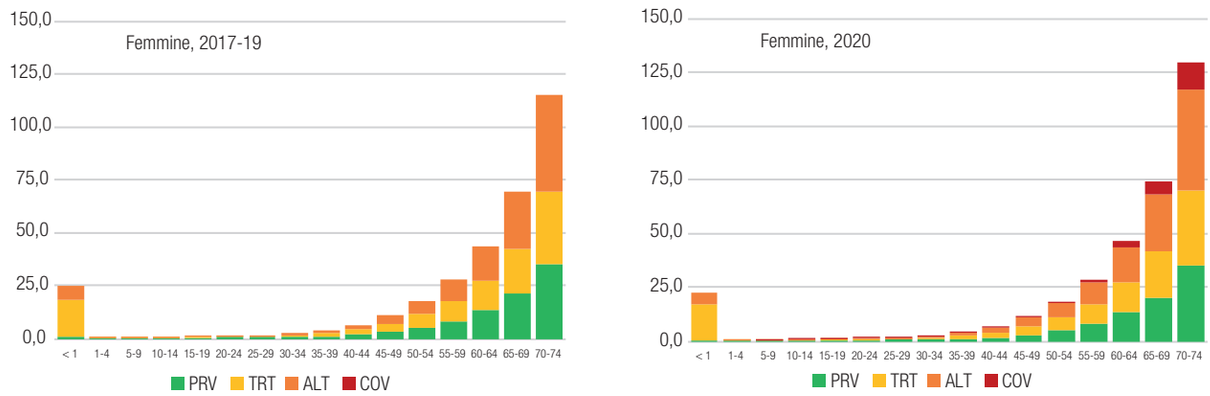
- si contano 12.400 morti per Covid-19, oltre il doppio di quelli registrati in tutta la popolazione fino ai 64 anni

Figura 1b.2. Mortalità evitabile, mortalità per Covid-19 e altra mortalità 0-74 anni. Tassi specifici per 10.000. Maschi



Legenda: cause di morte PRV prevenibili, TRT trattabili, COV Covid-19, ALT altre (escluse precedenti).
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 1b.3. Mortalità evitabile, mortalità per Covid-19 e altra mortalità 0-74 anni. Tassi specifici per 10.000. Femmine



Legenda: cause di morte PRV prevenibili, TRT trattabili, COV Covid-19, ALT altre (escluse precedenti).
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

- escluso Covid-19, si registrano circa 3.700 decessi in più rispetto alla media 2017-2019 (mentre resta sostanzialmente stabile il numero di morti prima dei 65 anni)
- di questi ultimi, oltre 1.000 sono relativi a malattie del sistema circolatorio e un quarto sono classificati come polmoniti e pneumopatie interstiziali, cui seguono, fra le principali cause, alcune malattie del sistema nervoso (morbo di Parkinson, parkinsonismo secondario, malattia di Alzheimer) e il diabete.

Nei paragrafi che seguono viene approfondita la disaggregazione per età e sesso con riferimento alle principali componenti della mortalità (evitabile, per Covid-19 e per altre cause) in termini di tassi specifici e tassi standardizzati, che consentono di disegnare le curve di mortalità dalla nascita ai 74 anni e l'andamento nel tempo, avendo avuto cura di confrontare il 2020 con il triennio precedente e, per quanto possibile, il biennio successivo.

1b.3. Tassi specifici

Il differente impatto per età e sesso è evidenziato negli istogrammi delle figure 1b.2. e 1b.3., che riportano distintamente per maschi e femmine i tassi specifici per classi di età fino ai 74 anni calcolati per l'anno 2020 e confrontati con la media del precedente triennio 2017-2019.

Al netto della mortalità attribuita a Covid-19 i tassi specifici per mortalità evitabile sono rimasti pressoché invariati (salvo variazioni di trascurabile entità) a fronte di lievi aumenti registrati tra i maschi ultra-65enni per la mortalità per altre cause (escluse evitabili e Covid-19).

I dati confermano fenomeni in accordo con le precedenti analisi:

- maggiore mortalità maschile rispetto a quella femminile per cause prevenibili, la prima complessivamente pari a circa due volte e mezza la seconda; il rapporto fra i tassi maschili e femminili, tuttavia, raggiunge valori tra 3,3 e 4,4 nelle età 20-34 anni
- una quota di mortalità per cause trattabili di analoga entità fra i due sessi, sia pure, anche in questo caso, nel complesso più elevata per i maschi e, osservando le classi di età, soprattutto fra i giovani adulti e gli anziani
- la mortalità per altre cause, escludendo i decessi per Covid-19, risulta tra i maschi del 50% maggiore che nelle femmine, eccesso che si riscontra quasi ovunque scorrendo le singole classi di età.

La mortalità per Covid-19 si concentra per oltre l'80% tra gli ultra55enni, con un rapporto maschi/femmine mediamente pari a 2,7, che per le singole fasce di età varia tra la parità nelle classi più giovani fino a raggiungere e superare 3 nelle classi 55-69 anni.

1b.4. Tassi standardizzati

Per un più accurato confronto tra età e sesso, dovendo tener conto della struttura per età della popolazione e della sua evoluzione nel corso degli anni, sono stati calcolati i tassi standardizzati di mortalità totale e per grandi classi di età: bambini e ragazzi (0-14 anni), adulti (15-64 anni), anziani (65-74 anni).

Gli indicatori elaborati sono riassunti nelle figure 1b.4.-1b.7., dove oltre alla mortalità 2017-2020 disaggregata fra evitabile (prevenibile e trattabile), per Covid-19 e per altre cause è riportata la mortalità generale 2021-2022.

Per una corretta lettura dei grafici si sottolinea che:

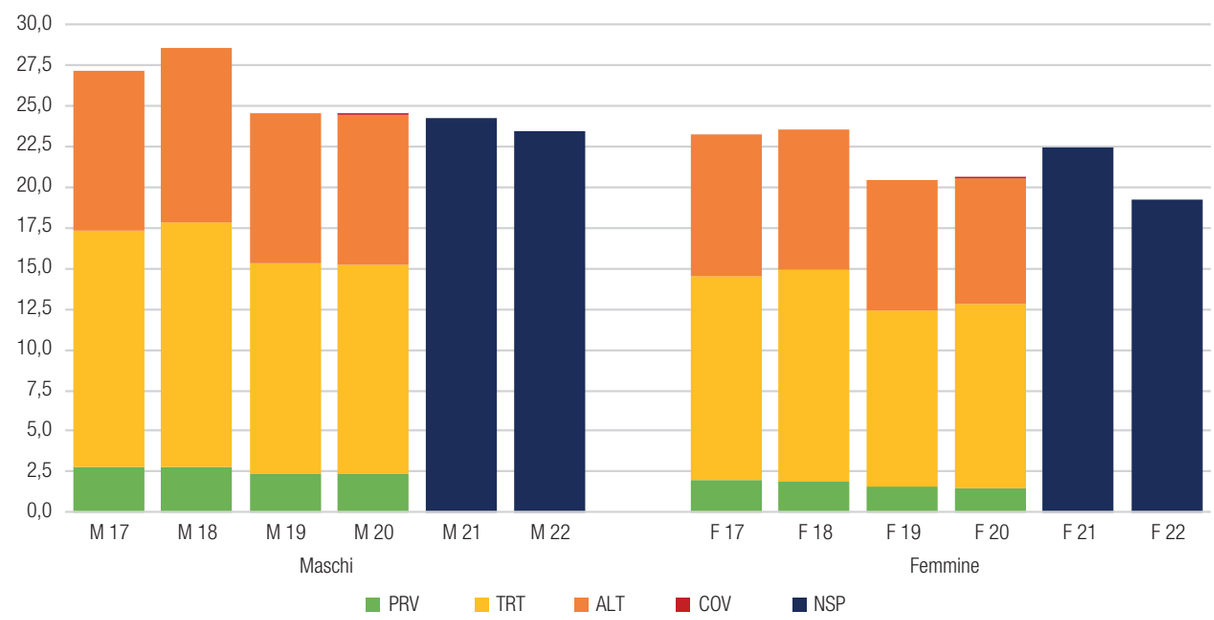
- non sono ancora disponibili le statistiche dei decessi per causa relativi agli anni 2021 e 2022, pertanto non è possibile disaggregare la mortalità di quest'ultimo biennio tra cause evitabili e altre cause
- i dati 2021 e 2022 sono di fonte anagrafica, mentre quelli fino al 2020 derivano dall'indagine Istat sui decessi e sulle cause di morte
- gli ordini di grandezza dei quattro grafici sono sensibilmente differenti, come evidente dalla scala utilizzata per il totale e le tre fasce di età.

I tassi standardizzati[4] mostrano che:

- tra i giovanissimi (Figura 1b.4.) la mortalità 2020 è pressoché sovrapponibile a quella 2019, sia nel complesso che per le componenti considerate, con un impatto del Covid-19 piuttosto contenuto, non superiore a un tasso di 0,05 per 100.000 abitanti su quello totale pari a 20-25
- tra i morti prima dei 15 anni si può inoltre notare, per il complesso delle cause, una decrescita del tasso nell'ultimo biennio nel caso dei maschi, mentre per le femmine il grafico evidenzia un aumento per il 2021 e una successiva contrazione nel 2022 che riporta l'indicatore su valori inferiori sia al 2020 che al 2019; le variazioni in questa fascia di età (si veda l'analoga tra i maschi nel 2018 rispetto al 2017) possono risentire della contenuta numerosità degli eventi (nel 2022 quasi 1.100 per i bambini fino a 4 anni cui si aggiungono meno di 400 decessi tra i 5 e i 14 anni)
- nella popolazione maschile adulta (Figura 1b.5.) la mortalità 2020 presenta una diminuzione della mortalità prevenibile (da 95,5 a 92,2 per 100.000) a fronte di un aumento di quella trattabile (da 36,8 a 38,5 per 100.000) e una crescita ancora maggiore (da 70,5 a 74,1 per 100.000) per le restanti cause esclusa Covid-19, che da sola è quantificata in 21,3 decessi per 100.000
- tra le femmine di 15-64 anni le componenti della mortalità evitabile del 2020 sono pressoché sovrapponibili a quelle del 2019 così come la mortalità per le restanti cause (variazioni inferiori allo 0,5 per 100.000); il tasso dei decessi per Covid-19 è pari a 6,9 per 100.000
- nel 2021 la mortalità generale nella popolazione 15-64 anni presenta valori prossimi a quella totale 2020, ma sia tra i maschi che nelle femmine torna a diminuire nel 2022
- nella popolazione anziana sia maschile che femminile (Figura 1b.6.) l'andamento decrescente della mortalità prevenibile osservato dal 2017 al 2019 segna nel 2020 una battuta di arresto, attestandosi tuttavia su valori del tutto analoghi a quelli dell'anno precedente
- tra i 65-74enni aumenta sensibilmente la mortalità per cause trattabili che, in diminuzione nel triennio precedente, torna nel 2020 su valori pari o superiori a quelli registrati nel 2017
- in quest'ultima fascia di età, come già ricordato, l'impatto della mortalità per Covid-19 è elevato, pari a 277 nei maschi e a 92 nelle femmine
- nel biennio 2021-2022 i tassi per le età da 65 a 74 anni decrescono nei maschi mentre nelle femmine (così come per la precedente fascia di età) il 2021 è segnato da un lieve aumento e il 2022 da una flessione
- data la numerosità degli eventi fra gli ultra-65enni rispetto alle precedenti età, l'andamento dei tassi calcolati per l'intera popolazione 0-74 anni (Figura 1b.7.) risulta pressoché sovrapponibile a quello dell'ultima decade di età, appena sopra commentato.

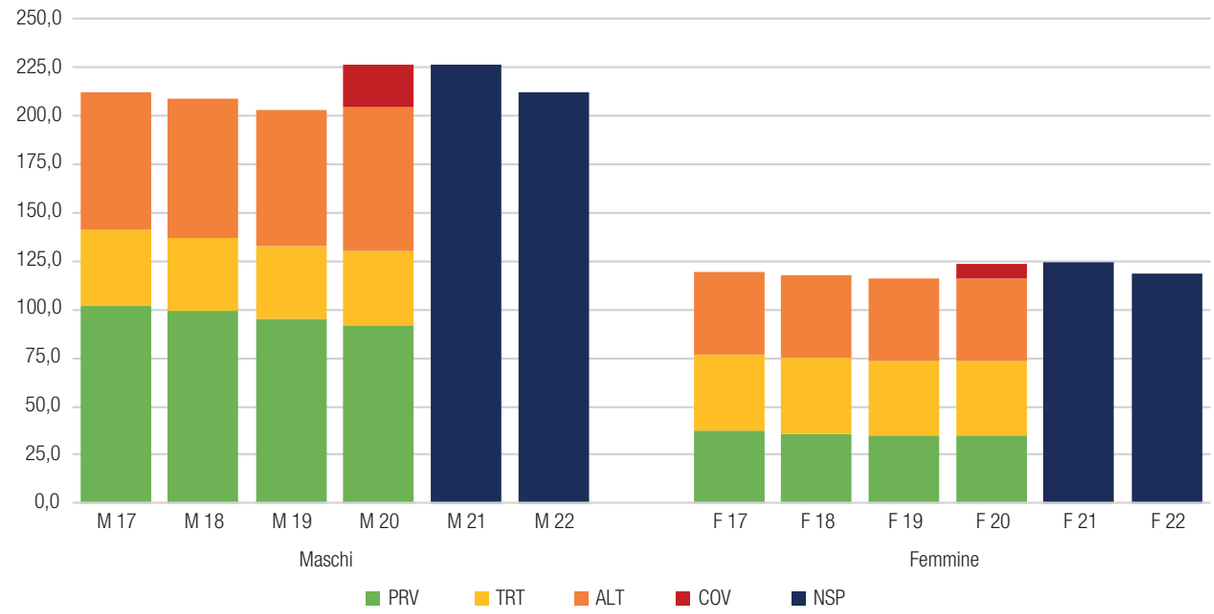
[4] I tassi standardizzati del presente lavoro sono calcolati utilizzando la c.d. popolazione standard europea, secondo l'ultimo aggiornamento Eurostat (2013)

Figura 1b.4. Mortalità evitabile, mortalità per Covid-19 e altra mortalità per sesso. Età 0-14 anni. Tassi standardizzati per 100.000. Anni 2017-2022



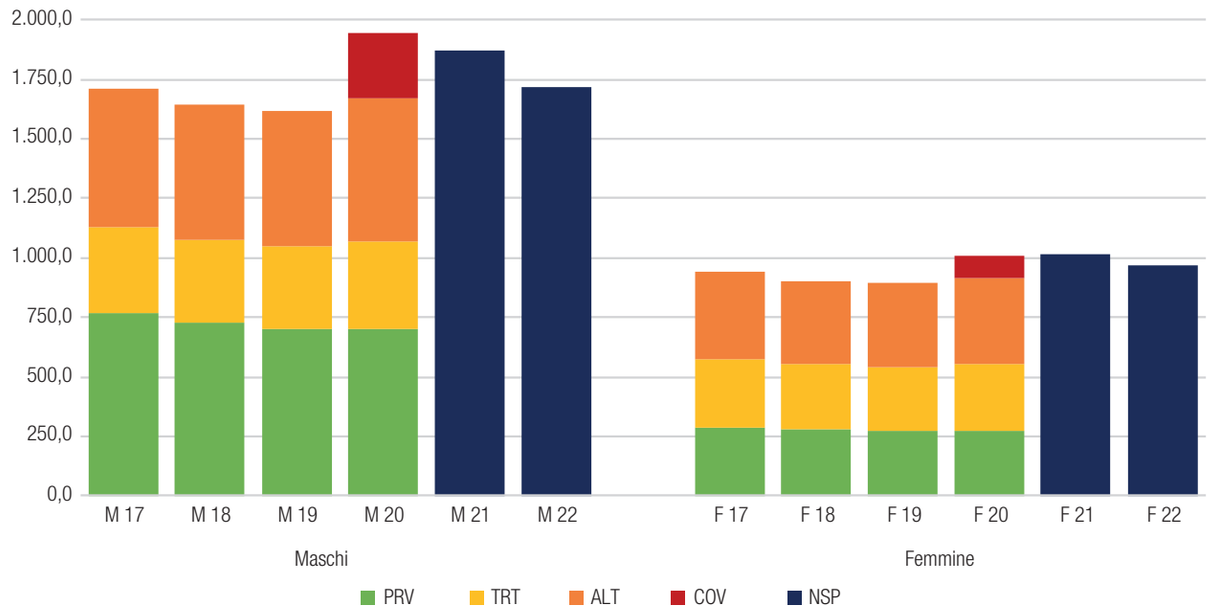
Legenda: cause di morte PRV prevenibili, TRT trattabili, COV Covid-19, ALT altre (escluse precedenti), NSP non specificate (anni 2021-2022).
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 1b.5. Mortalità evitabile, mortalità per Covid-19 e altra mortalità per sesso – Età 15-64 anni. Tassi standardizzati per 100.000. Anni 2017-2022



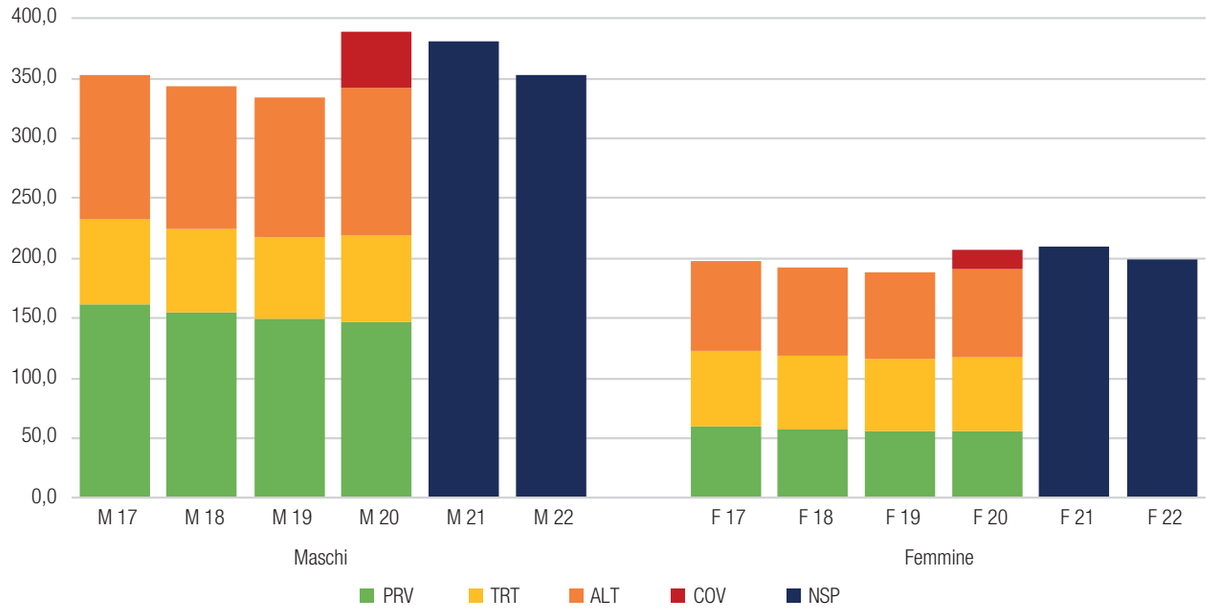
Legenda: cause di morte PRV prevenibili, TRT trattabili, COV Covid-19, ALT altre (escluse precedenti), NSP non specificate (anni 2021-2022).
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 1b.6. Mortalità evitabile, mortalità per Covid-19 e altra mortalità per sesso. Età 65-74 anni. Tassi standardizzati per 100.000. Anni 2017-2022



Legenda: cause di morte PRV prevenibili, TRT trattabili, COV Covid-19, ALT altre (escluse precedenti), NSP non specificate (anni 2021-2022).
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 1b.7. Mortalità evitabile, mortalità per Covid-19 e altra mortalità per sesso. Tutte le età (0-74 anni). Tassi standardizzati per 100.000. Anni 2017-2022



Legenda: cause di morte PRV prevenibili, TRT trattabili, COV Covid-19, ALT altre (escluse precedenti), NSP non specificate (anni 2021-2022).
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

1b.5. Andamento territoriale

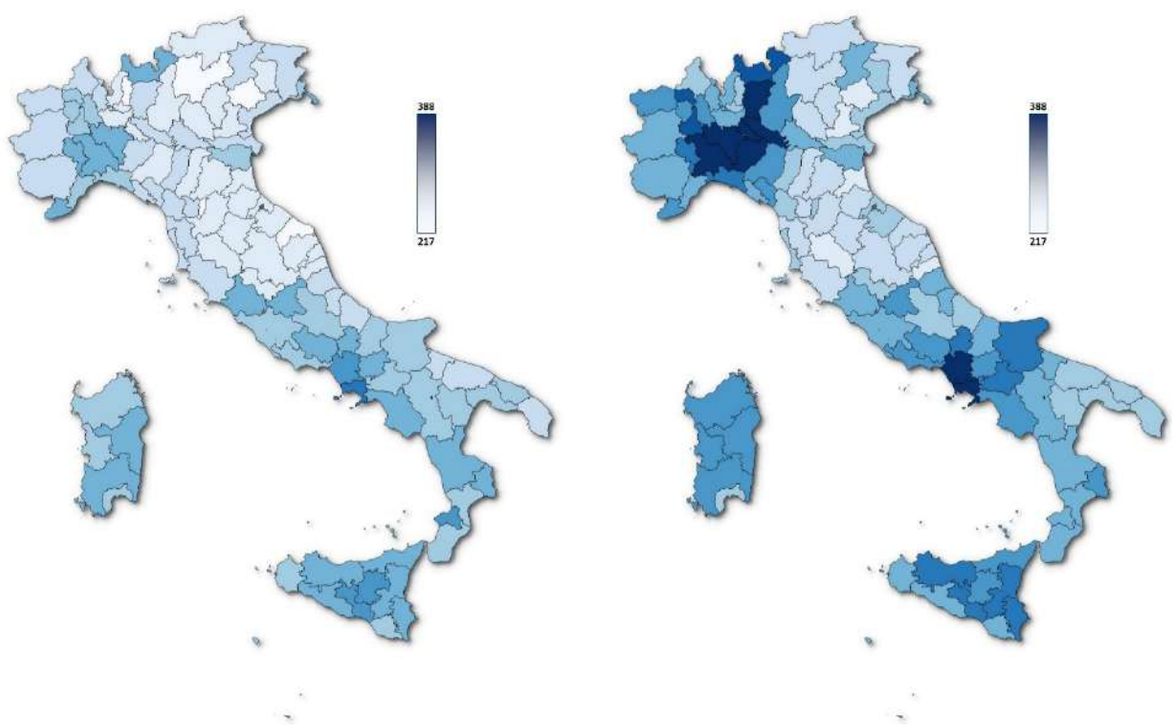
I dati fin qui presentati si riferiscono allo scenario nazionale, che rappresenta una sintesi di realtà locali tra loro storicamente differenti e peraltro colpite in modo sensibilmente diverso dalla pandemia di Covid-19.

Allo scopo di evidenziare come gli andamenti territoriali della mortalità 0-74 anni siano cambiati sono stati disegnati i cartogrammi provinciali relativi ai decessi 2019 e 2020 per cause evitabili, per Covid-19 e per altre cause, oltre che per il totale delle cause, in termini di tassi standardizzati per 100.000 abitanti.

Per la mortalità generale prima dei 75 anni di età (Figura 1b.8.) si nota che:

- nel 2019 i tassi provinciali variano da valori appena inferiori a 220 (Province di Lecco, Prato, Trento, Ancona, Treviso) a valori di poco superiori a 300 (Province di Vibo Valentia, Enna, Caltanissetta) fino al 319 e al 334 registrati nei territori, rispettivamente, di Caserta e Napoli
- nel 2020 i tassi più contenuti si attestano intorno a 230 (Province di Ascoli Piceno, Treviso, Padova) mentre i tassi più elevati superano il valore di 360 per 100.000 (Province di Caserta, Piacenza, Alessandria, Lodi, Pavia) fino a raggiungere un indice provinciale di 382 decessi per 100.000 a Cremona e Bergamo e di 388 a Napoli.

Figura 1b.8. Mortalità 0-74 anni per Provincia per tutte le cause. Tassi standardizzati per 100.000. Anno 2019 (sx) e 2020 (dx)

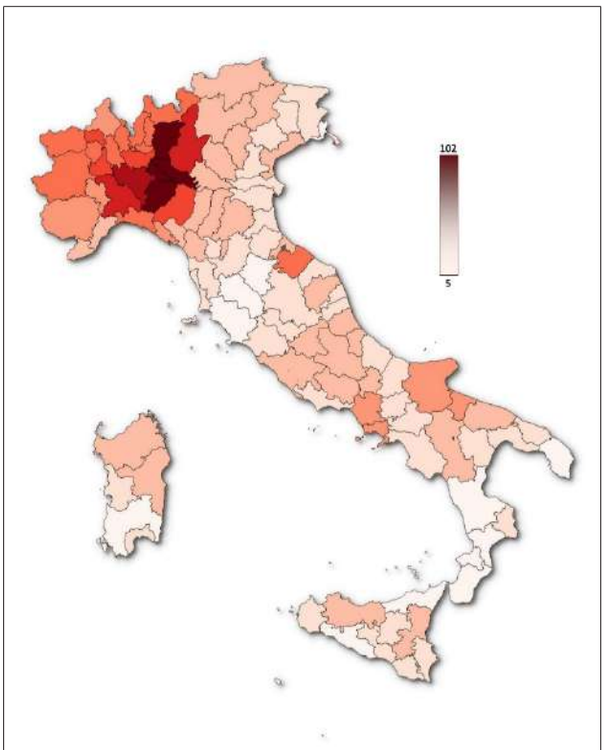


Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Parte della variazione del cartogramma dal 2019 al 2020 è giustificata dalla mortalità per Covid-19 (Figura 1b.9.):

- i tassi standardizzati relativi a questi decessi raggiungono la soglia di 70 per 100.000 abitanti nella Provincia di Pavia, e superano il valore di 90 nelle aree di Cremona, Piacenza e Bergamo, fino al 102 registrato in Provincia di Lodi
- di contro, le Province di Siena, Lecce, Catanzaro, Gorizia, Reggio Calabria e Arezzo fanno registrare i valori minimi (tra il 5 e l'8 per 100.000)
- i territori di Napoli e, a seguire, di Caserta restano fra quelli caratterizzati da una elevata mortalità generale, essendo comunque interessati da una mortalità standardizzata per Covid-19 quantificabile nell'ordine in 39 e 30 per 100.000, valore quest'ultimo sovrapponibile a quello medio nazionale.

Figura 1b.9. Mortalità 0-74 anni per Provincia per Covid-19. Tassi standardizzati per 100.000. Anno 2020



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

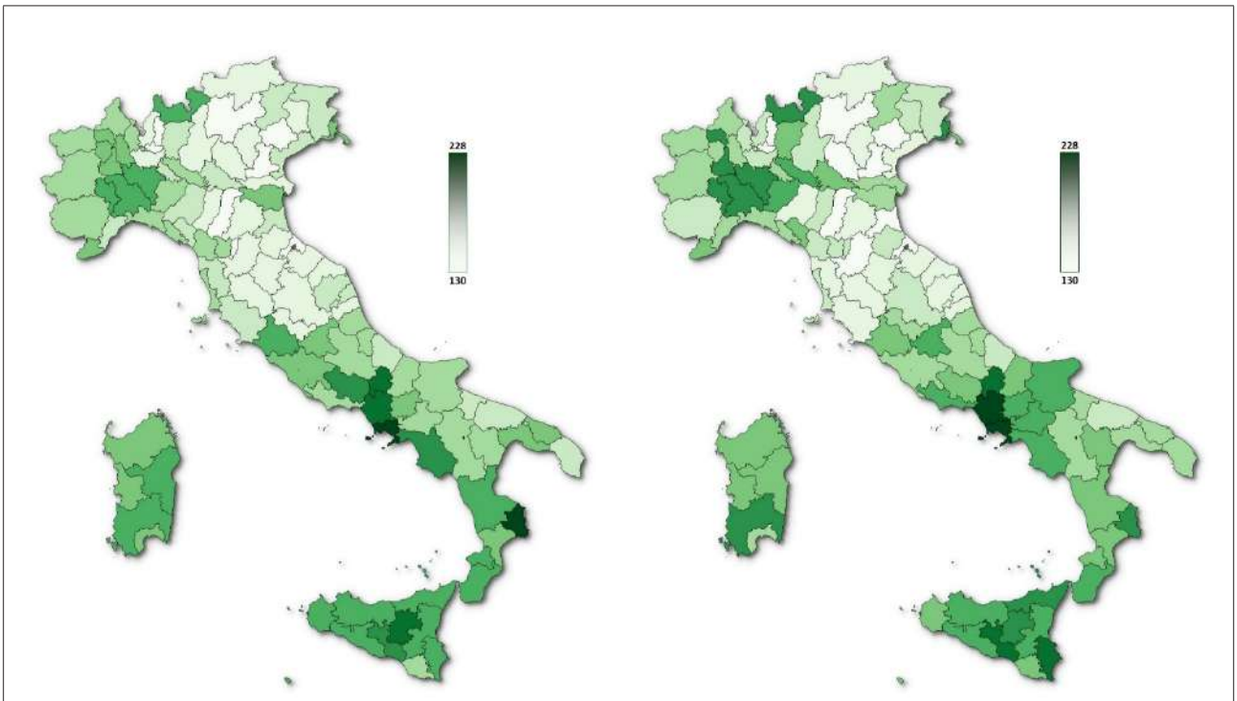
L'analisi delle sole cause di morte evitabile (sia prevenibili che trattabili) consente di notare come dal 2019 al 2020 l'andamento geografico sia rimasto tendenzialmente immutato (Figura 1b.10.):

- la mortalità evitabile più elevata si rileva nelle Province di Napoli, Caserta e Isernia; i tassi standardizzati calcolati per l'anno 2019 sono pari rispettivamente a 214, 204 e 201 contro quelli registrati nel 2020 pari a (sempre nell'ordine) 228, 213 e 209
- sul versante opposto, Treviso, Trento, Padova, Lecco, Modena, Rimini si confermano le Province con mortalità evitabile più bassa, con tassi che in questi territori restano nel 2020 pressoché invariati se non in diminuzione rispetto al 2019 (130-137 per 100.000 abitanti)
- è da sottolineare, tuttavia, un sensibile aumento della mortalità evitabile nelle Province maggiormente colpite, in termini di decessi, dalla pandemia
- nei territori di Lodi, Bergamo, Piacenza e Cremona i tassi di mortalità evitabile si attestano nel 2019 tra 154 e 168 per 100.000 (e dunque prossimi o inferiori alla media nazionale, pari a 165)
- per le stesse aree provinciali nel 2020 si registrano indici compresi tra 170 e 187, a fronte di una media nazionale quasi invariata (166).

Per quanto riguarda l'ultima componente della mortalità 0-74 anni, cioè quella dovuta ad altre cause oltre le evitabili e Covid-19 (Figura 1b.11.), la variazione territoriale dal 2019 al 2020 appare meno omogenea:

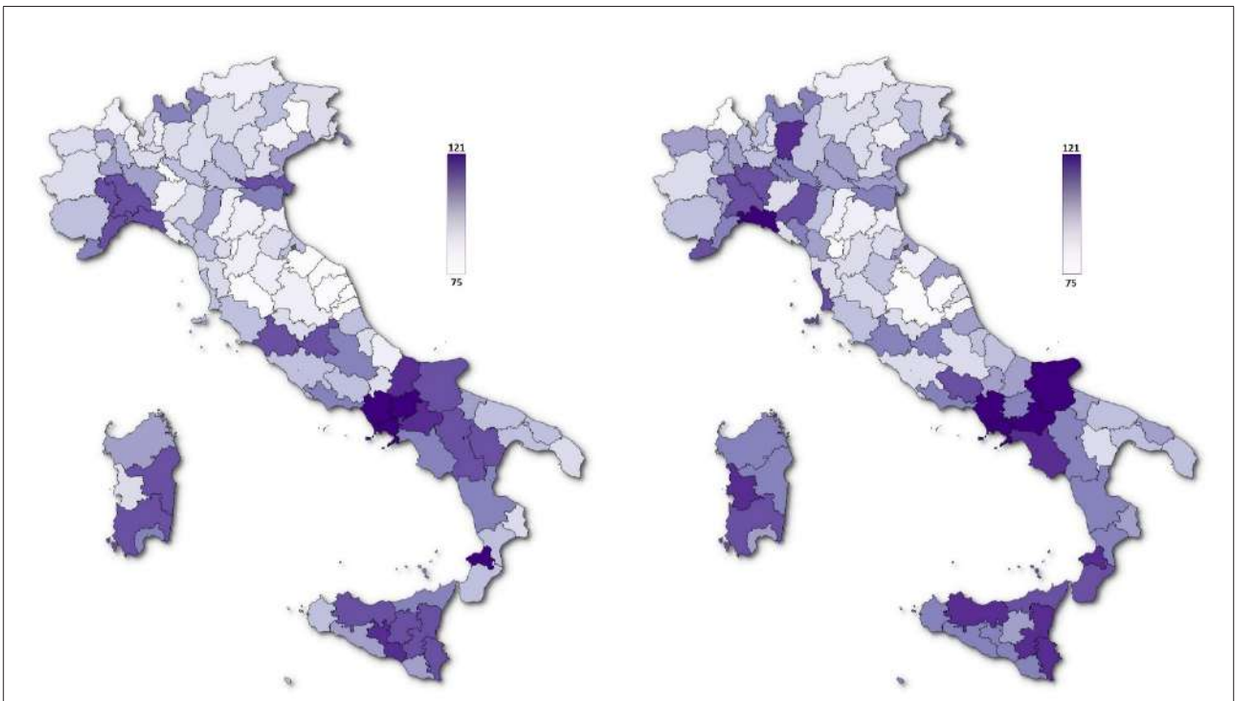
- nel 2020 il tasso standardizzato della Provincia di Napoli resta invariato a 121 per 100.000 abitanti, il più alto per entrambi gli anni, seguito da Caserta e Avellino, con indici pari a 120 e 119, superiori di alcune unità rispetto a quelli calcolati per il 2019
- le variazioni più elevate in termini di aumento dei tassi visibili sul cartogramma si notano nelle Province di Oristano (da 88 a 113 per 100.000), Lodi (da 78 a 102), Bergamo (da 89 a 111) e Parma (da 88 a 108)
- di contro, i territori dove la mortalità per queste cause subisce le maggiori diminuzioni sono quelli di Matera (da 107 a 90), L'Aquila (da 101 a 97), Campobasso (da 111 a 97) e Benevento (da 116 a 101).

Figura 1b.10. Mortalità 0-74 anni per Provincia per cause evitabili. Tassi standardizzati per 100.000 - Anni 2019 (sx) e 2020 (dx)



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 1b.11. Mortalità 0-74 anni per Provincia per altre cause (escluse evitabili e Covid-19). Tassi standardizzati per 100.000 - Anni 2019 (sx) e 2020 (dx)



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

1b.6. Riflessioni finali

Come già ricordato, la mortalità evitabile è condizionata prevalentemente da fattori di respiro pluriennale; non stupisce, in questo senso, che questo fenomeno segua nel 2020:

- un andamento geografico non dissimile da quello già noto, con valori minimi nel centro Italia e in alcune aree del nord-est e valori massimi nel meridione
- un andamento temporale tendenzialmente in linea con quello registrato negli anni precedenti, attestandosi su valori standardizzati nel complesso analoghi a quelli degli anni 2017-2019.

Più in generale, la lettura degli indicatori di mortalità permette di evidenziare la soluzione di continuità avvenuta tra il 2019 e il 2020 e quantificare l'entità dei decessi nel primo anno della pandemia con causa di morte esplicitamente qualificata come Covid-19.

I dati attualmente disponibili (decessi per causa fino al 2020, mortalità generale per gli anni 2021 e 2022) non consentono ancora di valutare le reali dimensioni dell'impatto che questo fenomeno straordinario ha avuto sulla salute degli italiani, rimandando approfondimenti più significativi al momento della disponibilità di un congruo periodo di osservazione post-pandemia.

Va infatti considerato che il quadro della mortalità per causa 2021[5] sarà condizionato sia dalla incisiva ondata pandemica dell'inverno 2020-2021 sia dalla campagna vaccinale avviata alla fine di quell'inverno e realizzata coinvolgendo via via specifiche categorie di lavoratori, soggetti fragili, anziani, fino alla copertura della popolazione e proseguita con successivi richiami dalla seconda metà del 2021, il tutto calato in contesti sociali, economici, organizzativi, e così via, che nel 2021 (e negli anni successivi) sono ulteriormente cambiati rispetto al 2020 e comunque profondamente differenti dal periodo pre-pandemico.

Riferimenti bibliografici

OECD/Eurostat (2022). "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death"
Eurostat (anni vari)
Istat (anni vari)
XVIII Rapporto Sanità
www.mortalitaevitabile.it

[5] I dati 2021 saranno presumibilmente resi disponibili dall'Istat nei primi mesi del 2024

ENGLISH SUMMARY

Covid-19 and avoidable mortality: the first year of the pandemic

The Nebo Reasearch Center acquired the 2020 mortality data by cause, gender, age and province and processed the main indicators envisaged by the MEV(i) Project according to the already established methodology.

The OECD-Eurostat coding of preventable causes of death sees Covid-19 included in the list of preventable causes of death that could be prevented with primary prevention interventions. In the MEV(i) database, however, it was preferred to classify it as a cause in its own right, so as to measure its relative magnitude and compare the remaining preventable and not preventable 0-74 mortality with that of the previous years.

The analysis carried out, however, shows significant difficulties in interpreting historical and spatial trends for many reasons. These include the physiological variability of mortality by cause (which does not enable us to quantify the phenomenon in the absence of the pandemic); the impact that this extraordinary event has had on the multiple determinants that, in turn, affect health conditions; and the number of deaths not explicitly attributed to Covid-19 that may nevertheless be related to the epidemic.

Excluding the latter, the calculated indices make it possible to note that in 2020 the avoidable mortality (quantifiable at about 99,000 deaths out of the 157,000 that occurred before the age of 75) did not appear to have changed significantly, overall, compared to the previous years while there was a significant increase in the 0-74 mortality for the remaining causes.

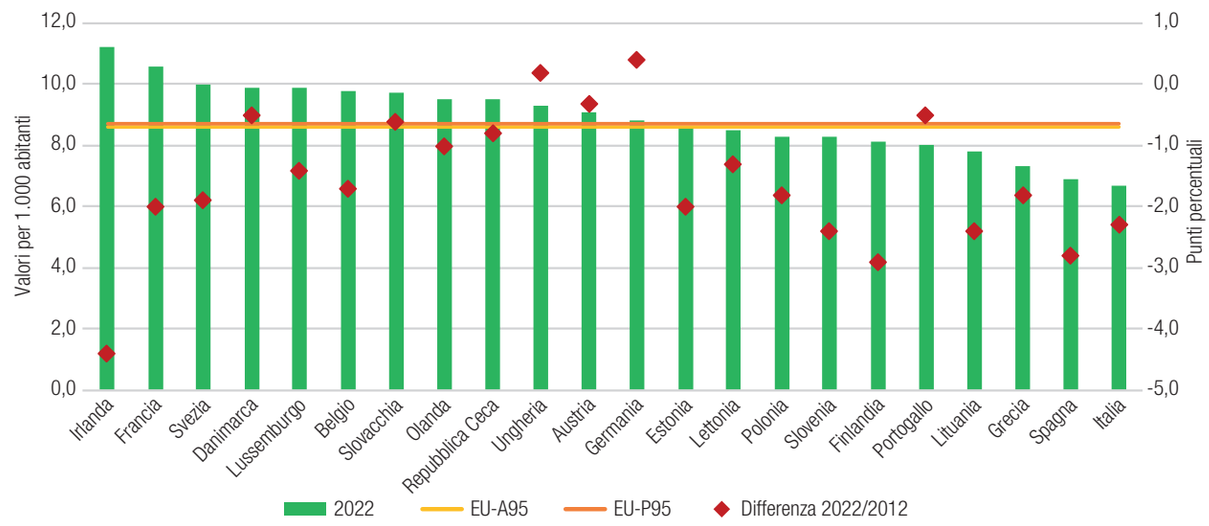
Among the latter, the increase in deaths from respiratory diseases (excluding preventable ones), and from ill-defined symptoms, signs, and morbid states, suggest they may hide deaths from Covid-19 not classified as such or indirectly related to the pandemic.

It should be emphasized, however, that the increase in the 0-74 mortality rate is mostly concentrated in the last decade of this large age group, both in terms of deaths from Covid-19 and from other causes.

A preliminary comparison with the general 0-74 mortality rate after 2020 shows that in 2021 it was almost unchanged as against the previous year, and decreased in 2022, especially for males.

To assess the impact that Covid-19 had on Italians' health, however, it will be necessary to have data on deaths by cause related to a reasonable post-pandemic period.

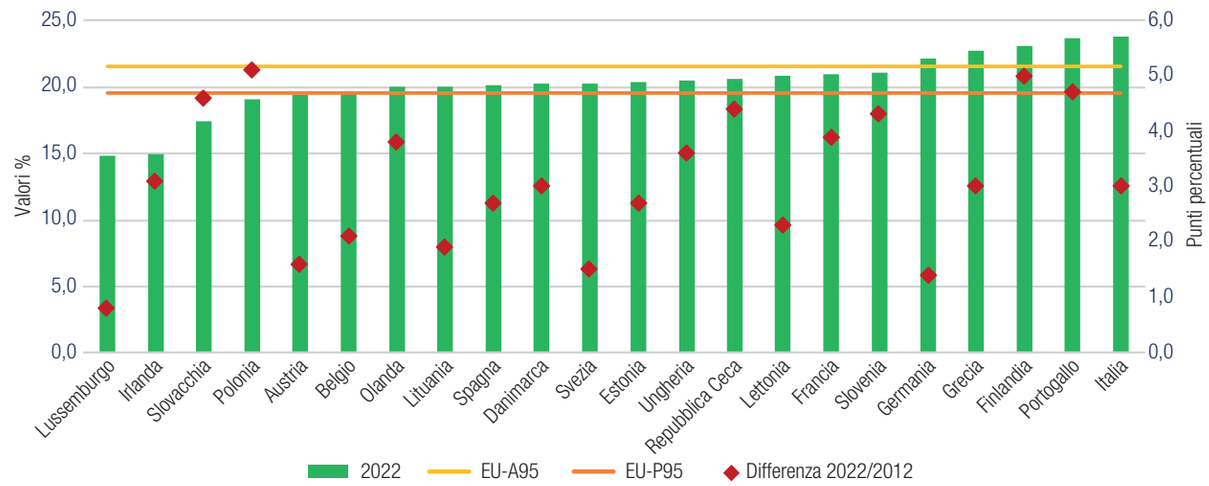
KI 1.1. Tasso di natalità in Europa



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

Nel 2022, l'Italia registra il tasso di natalità più basso in Europa (6,7 nati ogni 1.000 abitanti), in diminuzione di -2,3 p.p. nell'ultimo decennio; il tasso di natalità più alto si registra in Irlanda (11,2), anche se in riduzione nel periodo considerato di -4,4 p.p..
In tutti i Paesi europei si registra un decremento della natalità, con l'eccezione della Germania e dell'Ungheria (rispettivamente +0,4 e +0,2 nati ogni 1.000 abitanti nel periodo).

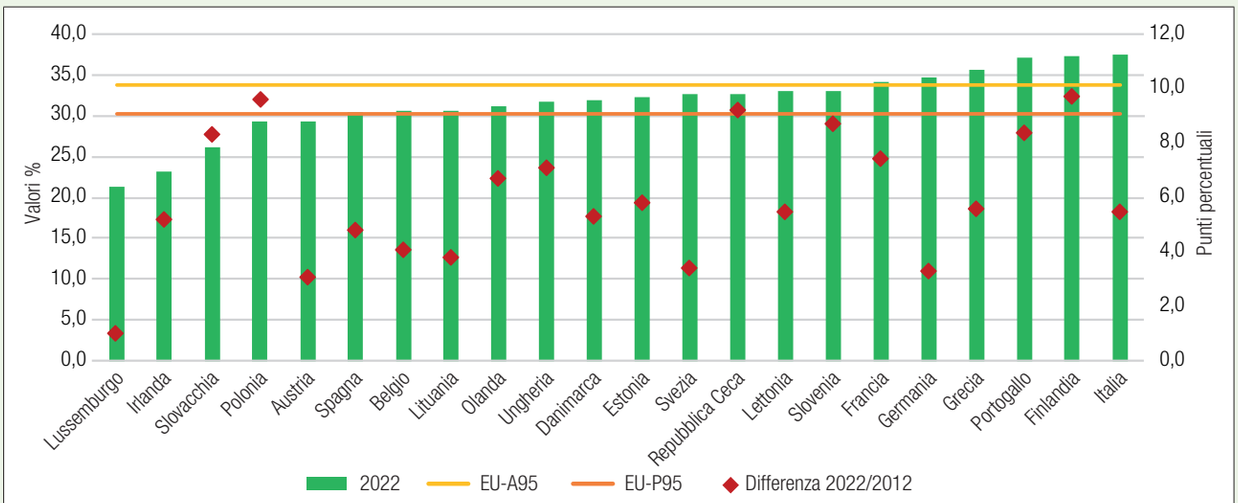
KI 1.2. Quota popolazione *over* 65 anni in Europa



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

Nel 2022, l'Italia è il Paese europeo con la quota di over 65 anni più alta (23,8%), in aumento dal 2012 di +3,1 p.p..
Il Paese con la quote minore di anziani è il Lussemburgo (14,8%), in aumento di +0,8 p.p. nel decennio.
L'indicatore è in crescita in tutte le nazioni europee, con la crescita maggiore che si registra in Finlandia (+5,0 p.p.), quella minore in Lussemburgo (+0,8 p.p.).

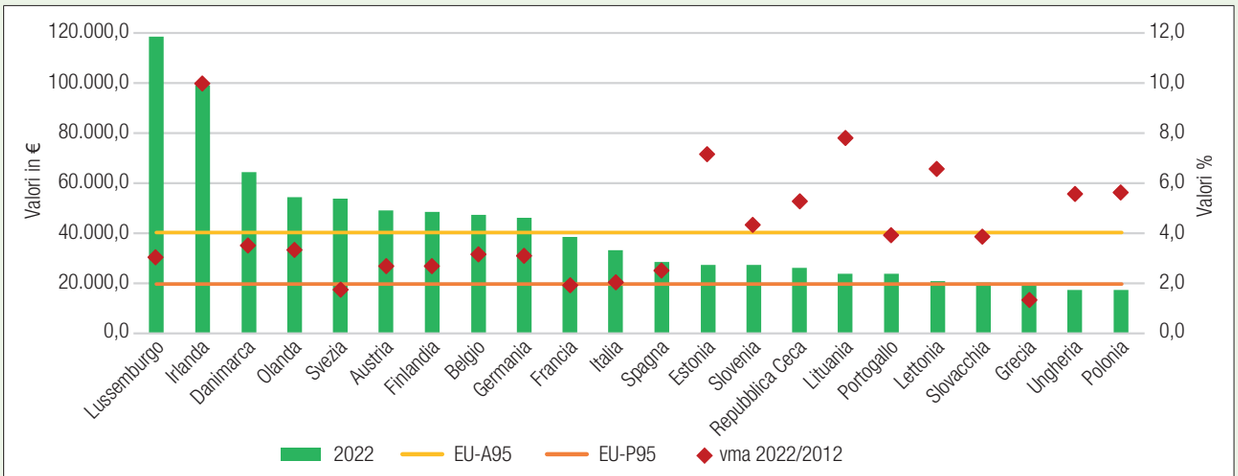
KI 1.3. Indice di dipendenza anziani in Europa



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

L'indice di dipendenza degli anziani, in Europa, è risultato pari al 33,0% (2022), in aumento rispetto al 2012 (27,1%) di +5,9 p.p..
Il Lussemburgo è il Paese che registra il tasso di dipendenza anziani più basso (21,3%) ed in aumento nell'ultimo decennio di +1,0 p.p..
L'indicatore è in crescita in tutti i Paesi analizzati, con la crescita maggiore in Finlandia (+9,7 p.p.) e quella minore in Lussemburgo (+1,0 p.p.).

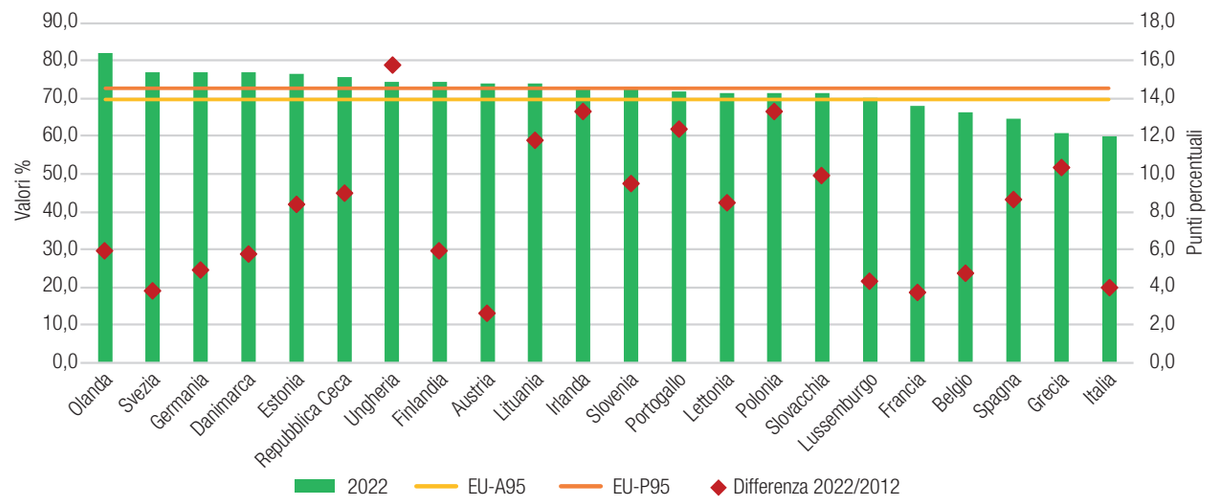
KI 1.4. PIL pro-capite in europa



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

Nel 2022, il PIL pro-capite italiano risulta inferiore alla media europea del -6,8% (€ 2.410), posizionandosi in undicesima posizione.
In particolare, risuta inferiore a quello medio dell'EU-Ante 1995 del -18,5%, risultando invece superiore a quello dei Paesi EU-Post 1995 del 68,5%.
Nell'ultimo decennio, l'Italia è il Paese europeo (a meno della Grecia) che ha registrato la crescita minore del PIL pro-capite: +2,0% medio annuo verso il +2,8% medio annuo dei Paesi EU-Ante 1995 e il +5,5% di quelli EU-Post 1995.

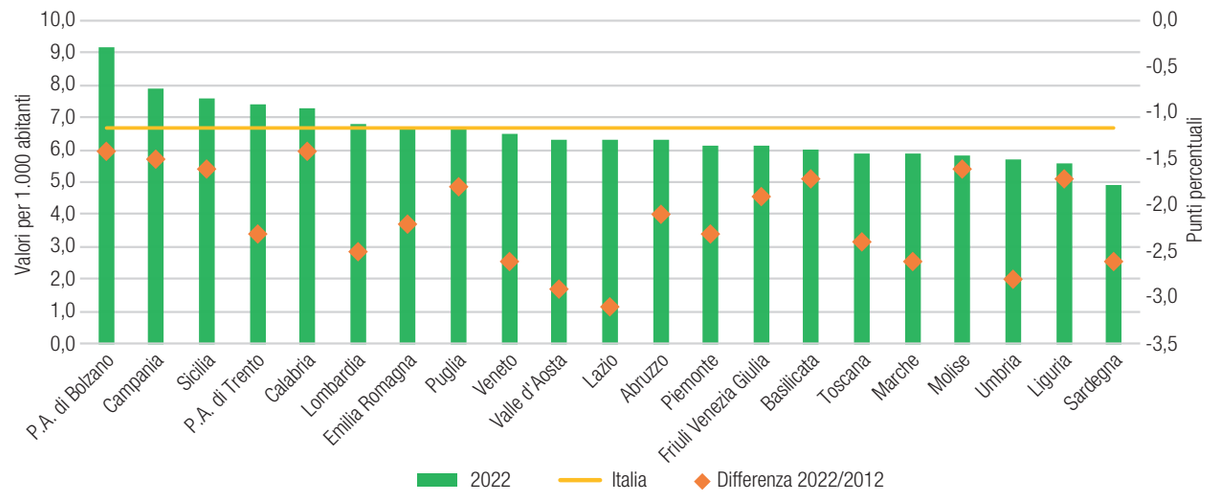
KI 1.5. Tasso di occupazione in Europa



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

Nel 2022 l'Italia è il Pese europeo che registra il tasso di occupazione più basso (60,1%), in aumento nell'ultimo decennio di +4,0 p.p..
L'Olanda registra il tasso di occupazione più alto (81,8%) in aumento nell'ulltimo decennio di +5,9 p.p..
L'indicatore risulta in crescita in tutti i Paesi presi in analisi, con l'incremento maggiore registrato in Ungheria (+15,8 p.p.), quello minore in Austria (+2,6 p.p.).

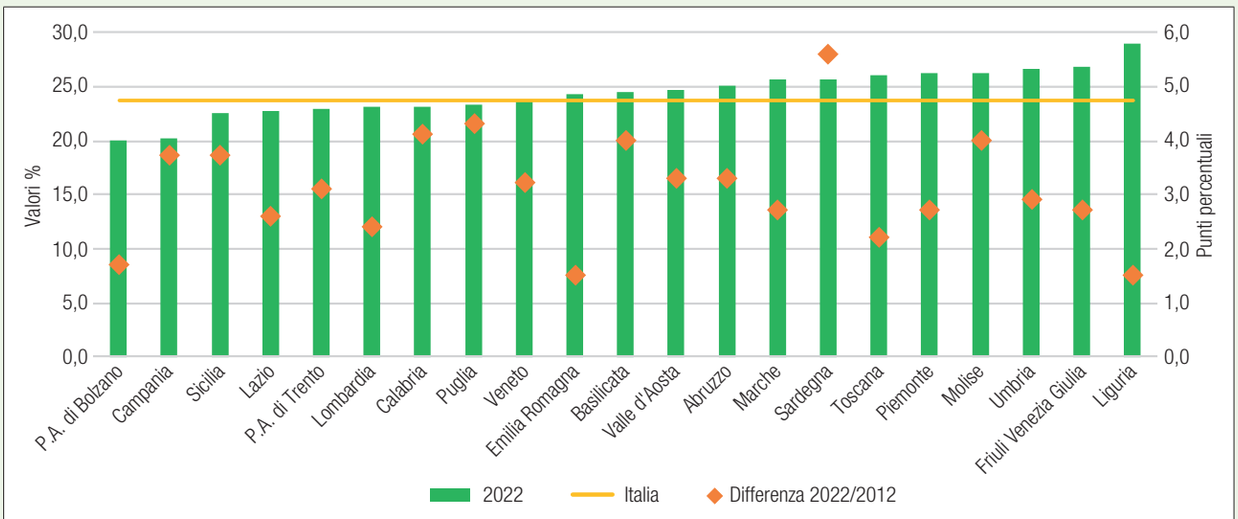
KI 1.6. Tasso di natalità



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

Nel 2022, in Italia, il tasso di natalità è pari a 6,7 nati ogni 1.000 abitanti; il dato è in riduzione nell'ultimo decennio (-2,3 bambini nati ogni 1.000 abitanti).
La riduzione è comune a tutte le Regioni italiane: il Lazio registra quella più alta (-3,1 nati ogni 1.000 abitanti), la Calabria e la P.A. di Bolzano la più bassa (-0,4 rispettivamente).
La Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (9,2 nati ogni 1.000 abitanti), la Sardegna il più basso (4,9), con una riduzione di -2,6 nati nell'ultimo decennio.

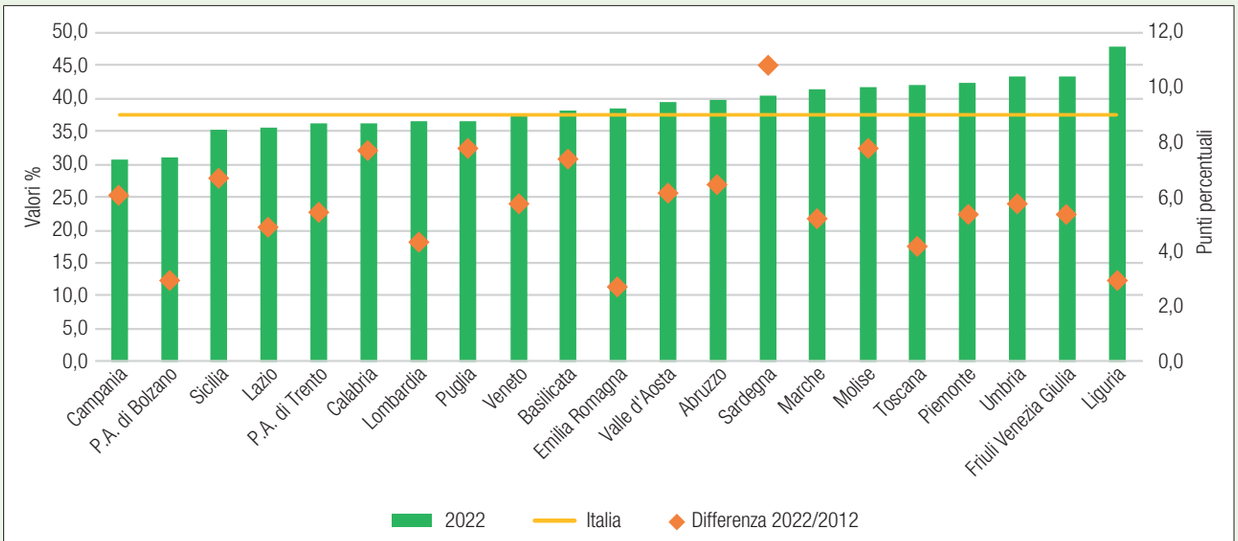
KI 1.7. Quota di popolazione anziana



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

Nel 2022, in Italia, la quota di popolazione *over* 65 anni è pari al 23,8%, in aumento nell'ultimo decennio di +3,0 p.p..
A livello regionale, nell'ultimo decennio, la quota di popolazione *over* 65 anni risulta in aumento in tutte le Regioni, soprattutto in quelle del Nord-Ovest, nelle quali si registra attualmente una quota di popolazione anziana pari al 25,6%, cui segue il Centro con il 24,5%, Nord-Est con il 24,1% e il Sud con il 22,6%.
Si noti che il Sud ha registrato l'incremento più alto, pari a +4,0 p.p.
La Liguria è la Regione con la quota di ultrasessantacinquenni più alta, pari al 28,9%, la P.A. di Bolzano con quella più bassa (20,0%).

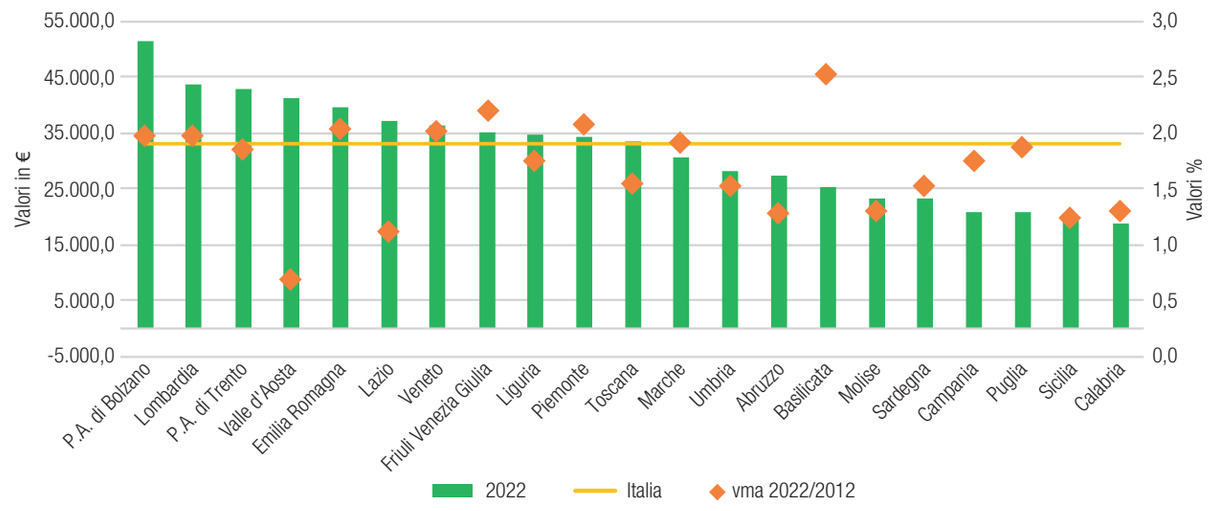
KI 1.8. Indice di dipendenza anziani



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

Nel 2022, in Italia, l'indice di dipendenza anziani è pari al 37,5%, in aumento nell'ultimo decennio di +5,5 p.p..
A livello regionale si conferma l'aumento dell'indicatore in tutte le Regioni, in particolare in quelle del Sud, che registrano un aumento nell'ultimo decennio di +7,1 p.p., passando dal 28,0% al 35,1%. Nelle Regioni del Nord l'aumento è stato più contenuto, ma comunque importante, pari a +4,4 p.p., passando dal 34,6% del 2012 al 39,0% del 2022. La Regione che registra l'indice di dipendenza anziani più alto è la Liguria (47,8%), la Campania il più basso (30,6%).

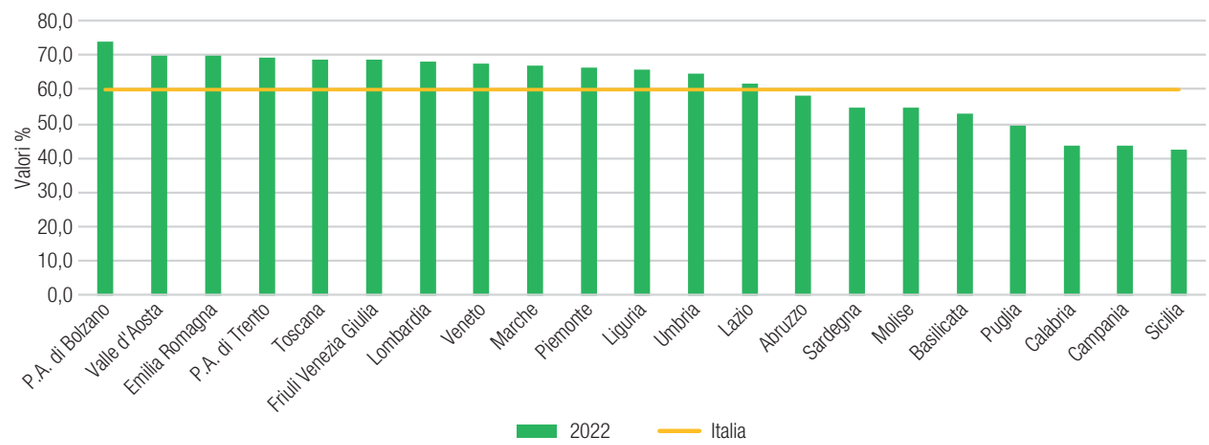
KI 1.9. PIL pro-capite



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

In Italia, nel 2022, il PIL pro-capite si attesta a € 33.020, in aumento nell'ultimo decennio del +2,0% medio annuo, quando era pari a € 26.997 pro-capite.
Il PIL pro-capite è in aumento in tutte le Regioni, con l'aumento massimo che si registra in Basilicata (+2,5% medio annuo), quello minimo in Valle d'Aosta (+0,7% medio annuo).
Tutte le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite superiore a € 34.000, mentre tutte quelle del Sud sono sotto la soglia dei € 24.000, ad eccezione dell'Abruzzo (€ 27.362). Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 51.585), quello minimo in Calabria (€ 18.876), con uno scarto del 273,3%.

KI 1.10. Tasso di occupazione



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

In Italia, nel 2022, il tasso di disoccupazione nella fascia 15-64 anni si attesta al 60,1%, in aumento nell'ultimo decennio di +4,0 p.p., quando era pari al 56,1%.
A livello regionale, nel Sud si registra un tasso di occupazione pari al 46,7%, mentre al Nord è pari al 68,1%, con una differenza media di 21,5 p.p.. Nell'ultimo decennio si registra un aumento del tasso di occupazione a livello nazionale di +4,1 p.p., miglioramento che si registra anche a livello di ripartizioni geografiche: +3,7 al Nord, +4,2 al Centro e +3,6 p.p. al Sud.
La Regione che registra il tasso di occupazione più alto è la P.A. di Bolzano (74,1%), il più basso la Sicilia (42,6%).

Capitolo 2

Il finanziamento: livello e risanamento

Funding: level and recovery

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 2
Il finanziamento: livello e risanamento

Ploner ME.[1]

2.1. Il finanziamento della spesa sanitaria: il contesto internazionale

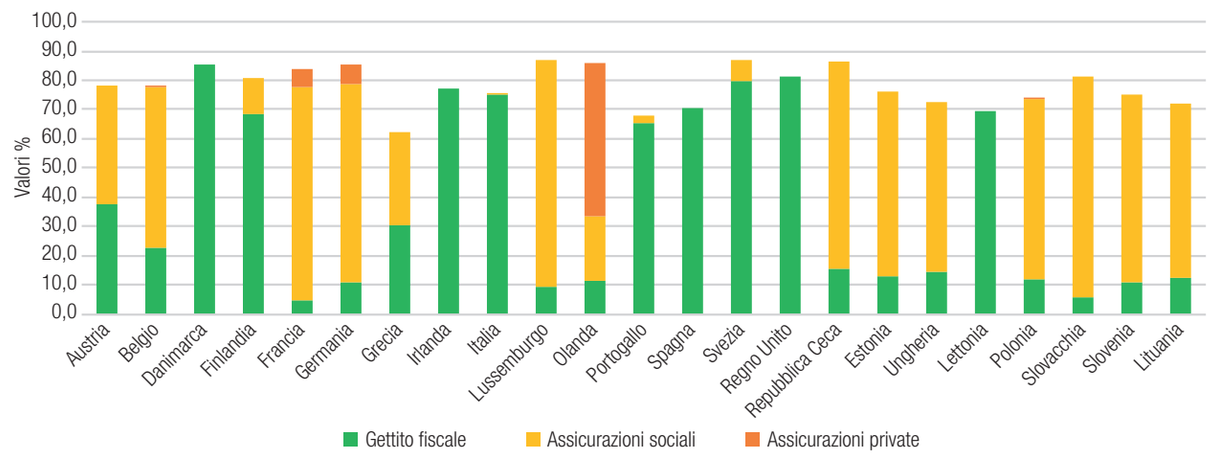
In tema di finanziamento dei sistemi sanitari, la componente pubblica e assicurativa obbligatoria è largamente predominante in tutti i Paesi europei (Eurostat)[2].

Nel finanziamento (pubblico) della spesa sanitaria, Eurostat distingue sostanzialmente due canali: il gettito fiscale e gli schemi assicurativi sanitari obbligatori, distinguendo fra questi ultimi quelli "sociali" o privati.

I Paesi europei si possono suddividere in due distinti gruppi (Figura 2.1.). Il primo gruppo è composto da quelli che finanziano l'assistenza sanitaria principalmente attraverso i contributi sociali e le assicurazioni private obbligatorie (Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Olanda, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria). Il secondo gruppo è composto da quei Paesi in cui l'assistenza sanitaria è finanziata, invece, soprattutto attraverso la fiscalità generale (Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia). In Austria e Grecia le due cennate fonti di finanziamento tendono ad avere un peso tendenzialmente equivalente.

Come anticipato, con riferimento al 2021, possiamo osservare che la componente pubblica (ovvero derivante dalla fiscalità generale) e assicurativa obbligatoria è molto elevata e superiore al 62,0% in tutti i Paesi considerati.

Figura 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente secondo la fonte di finanziamento. Anno 2021

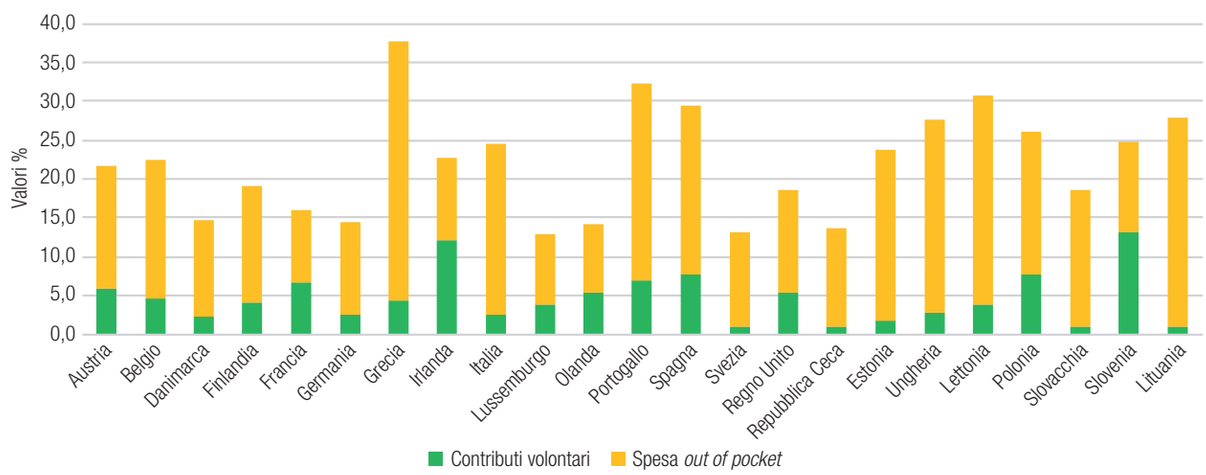


Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

[1] C.R.E.A. Sanità

[2] Alla data in cui si scrive Eurostat non ha ancora pubblicato i dati relativi al 2022. Le analisi che sono state condotte impiegando come fonte dei dati Eurostat si riferiscono, pertanto, al 2021

Figura 2.2. Finanziamento privato della spesa sanitaria corrente secondo la fonte di finanziamento. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

L'Italia ha una quota di finanziamento pubblico pari al 75,5%, che implica un dato relativamente elevato (21,9%) di spesa privata *out of pocket*; in Italia si mantiene marginale il ruolo delle assicurazioni: i premi assicurativi obbligatori (classificati come parte del finanziamento pubblico) raggiungono lo 0,2%; la quota intermediata della spesa privata (premi assicurativi volontari) è al 2,6% (Figura 2.2.).

Va osservato che l'Italia, pur avendo un sistema sanitario pubblico di stampo universalistico, nel 2022, secondo i dati pubblicati da OECD, registra una quota di finanziamento pubblico pari al 75,9%[3] che risulta fra le più basse in Europa (Figura 2.3.).

Complessivamente, in Europa, nel 2022, il settore pubblico fa fronte, in media, all'81,3% della spesa sanitaria corrente: suddividendo i Paesi europei in 2 aree (sostanzialmente geografiche), quella dei Paesi EU-Ante 1995[4] e quelli EU-post 1995[5], osserviamo che nei primi il settore pubblico fa fronte, in media, all'82,1% della spesa sanitaria corrente; tale quota è in media aumentata, anche negli anni di massima crisi, ad eccezione di una lieve flessione tra il 2011 ed il 2013 (Figura 2.4.): oltre che in riduzione di -0,4 punti p.p. nell'ultimo anno. Peggio dell'Italia hanno fatto solamente Grecia, Portogallo e Spagna, dove la copertura pubblica della spesa sanitaria si è fermata rispettivamente al 59,2%, 63,4% e 70,4%.

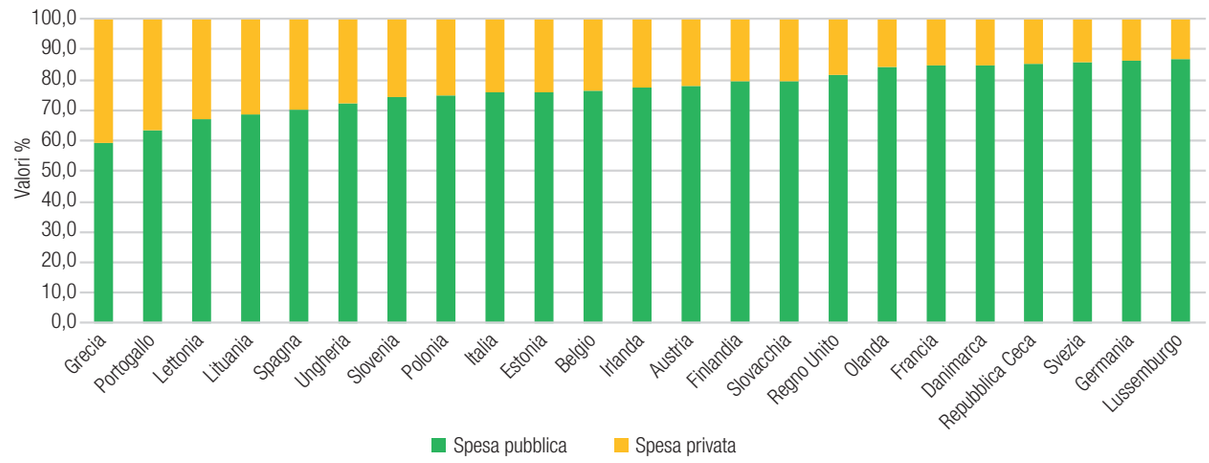
All'estremo opposto si posiziona il Lussemburgo dove il finanziamento pubblico della spesa sanitaria sfiora l'87,0%, seguito dalla Germania con l'86,5%.

[3] Si noti che la quota di copertura pubblica del finanziamento per il 2021 è la medesima (75,5%) sia utilizzando come fonte dei dati OECD che Eurostat

[4] Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia (EU-Ante 1995)

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

Figura 2.3. Composizione del finanziamento della spesa sanitaria corrente. Anno 2022



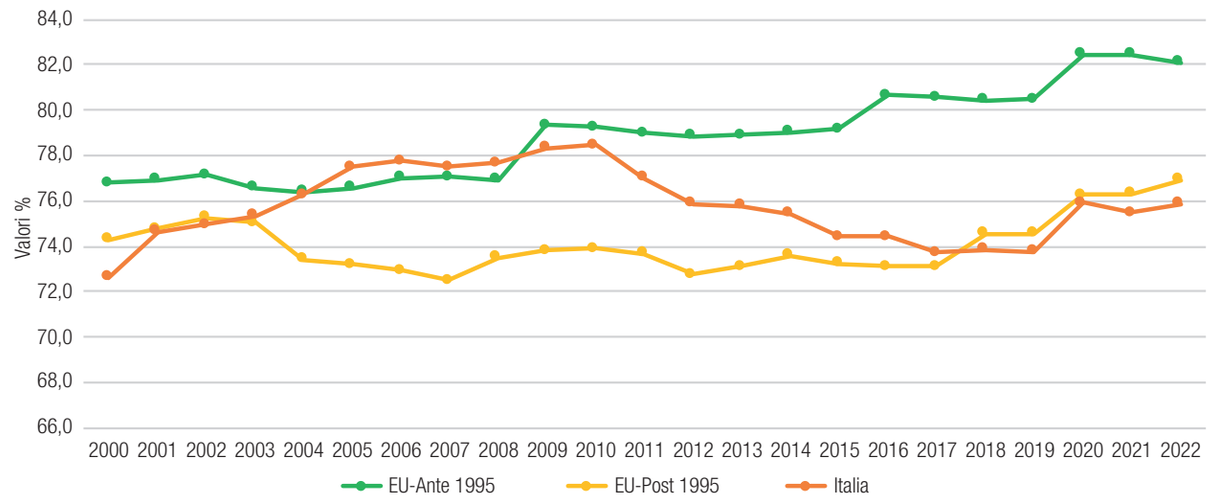
Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Per i restanti Paesi EU (EU-Post 1995), la quota pubblica di finanziamento della spesa sanitaria è in media pari al 76,9%. Si passa dal 66,9% della Lettonia, all'85,3% della Repubblica Ceca. Oltre alla Repubblica Ceca, anche la Slovacchia e l'Estonia hanno una quota di copertura pubblica della spesa sanitaria superiore a quella dell'Italia.

In pratica, l'Italia si posiziona a -6,3 p.p. sotto la media dei Paesi EU-Ante 1995 e a -1,1 p.p. sotto la media dei Paesi EU-Post 1995.

Il *gap* di copertura pubblica fra le due "aree" era di 2,5 p.p. nel 2000 e si è allargato sino a 5,2 p.p. nel 2022.

Figura 2.4. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

2.2. Il finanziamento della Sanità in Italia

La *governance* italiana del processo di finanziamento della Sanità prevede che lo Stato concordi[6] con le Regioni i fabbisogni sanitari per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), frutto della valutazione dei bisogni di prestazioni e dei loro costi *standard* di erogazione, garantito a tutte le Regioni; a seguire il federalismo prevede autonomia finanziaria di entrata e di spesa delle Regioni.

Il livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (FSN) dovrebbe garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza; la sua quantificazione avviene, in ciascun anno, partendo sia dall'analisi del quadro macroeconomico complessivo che dalla considerazione dei vincoli di finanza pubblica.

Ad oggi, il FSN concordato è coperto da:

1. fiscalità generale delle Regioni: in pratica la componente derivante dal gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) destinata alla Sanità, e l'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, IRPEF
2. fiscalità generale dello Stato: in pratica la compartecipazione regionale all'imposta sul valore aggiunto (IVA), destinata alle Regioni a statuto ordinario, le accise sui carburanti e la quota del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) destinata alla Regione Sicilia che finanzia la quota di spesa sanitaria che non è a carico del bilancio regionale[7]
3. entrate proprie convenzionali delle Aziende sanitarie (cosiddette entrate cristallizzate): in pratica rappresentate da *ticket* e altre prestazioni rese soprattutto ai privati, quantificate secondo un importo predefinito e cristallizzato in seguito all'intesa Stato/Regioni del 2001
4. compartecipazione delle Regioni a statuto speciale: nello specifico, Friuli Venezia Giulia, PP. AA. di Trento e di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta provvedono autonomamente al finanziamento del rispettivo fabbisogno; per la Regione Sicilia, l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario.

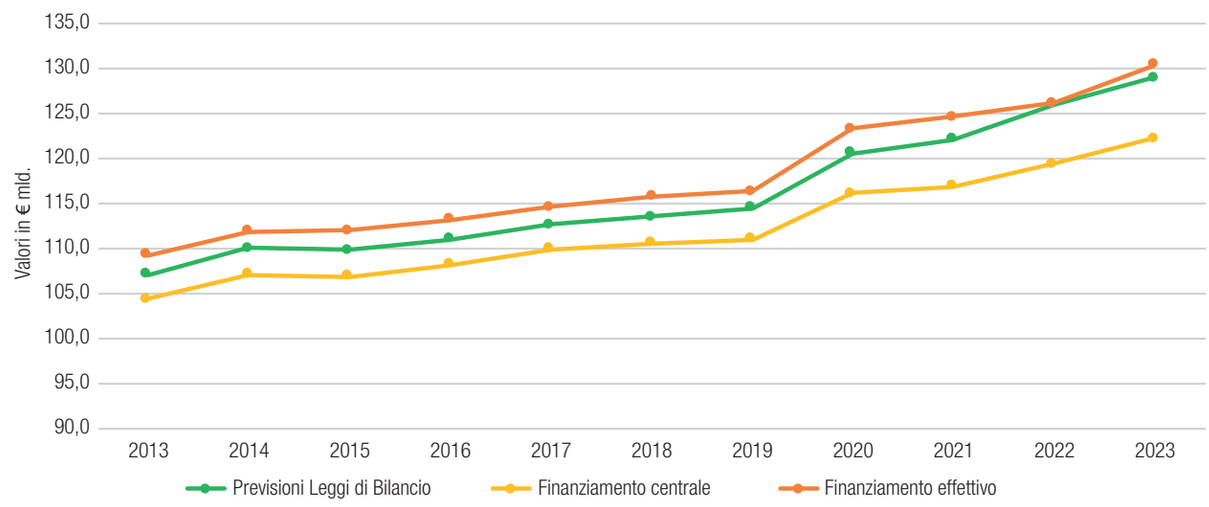
Il livello del FSNd cui concorre lo Stato, è aumentato nel periodo 2013-2023 di € 21,9 mld. corrispondente ad un incremento annuo pari a circa € 2,2 mld.. Nel periodo pre-pandemico (2013-2019) l'incremento è stato del 7,0% (+1,1% medio annuo), in quello pandemico (2019-2021) ha raggiunto il 6,6% (+3,3% medio annuo) per poi attestarsi nel periodo 2021-2023 al 5,6% (+2,8% medio annuo). Il cambio di passo osservabile tra i periodi 2013-2019 e i successivi (2019-2021 e 2021-2023) è stato determinato dai maggiori stanziamenti finalizzati al contrasto della crisi pandemica: il livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è passato nel periodo pandemico da € 114,5 mld. a € 122,1 mld..

Va sottolineato come le citate risorse finalizzate al contenimento dell'epidemia stanziate per il 2020 e il 2021, siano state di fatto incorporate nel finanziamento corrente: infatti, con la Legge di Bilancio 2022, il legislatore ha assunto come base per la determinazione del livello del finanziamento degli anni successivi i livelli "pattuiti" nel 2020 e nel 2021, comprensivi delle maggiori risorse destinate al contenimento della diffusione del Covid-19 (per maggiori approfondimenti si rimanda alla lettura delle precedenti edizioni del Rapporto) (Figura 2.5.).

[6] Patto per la Salute 2010-2012; Patto per la Salute 2014-2016 e Patto per la Salute 2019-2021

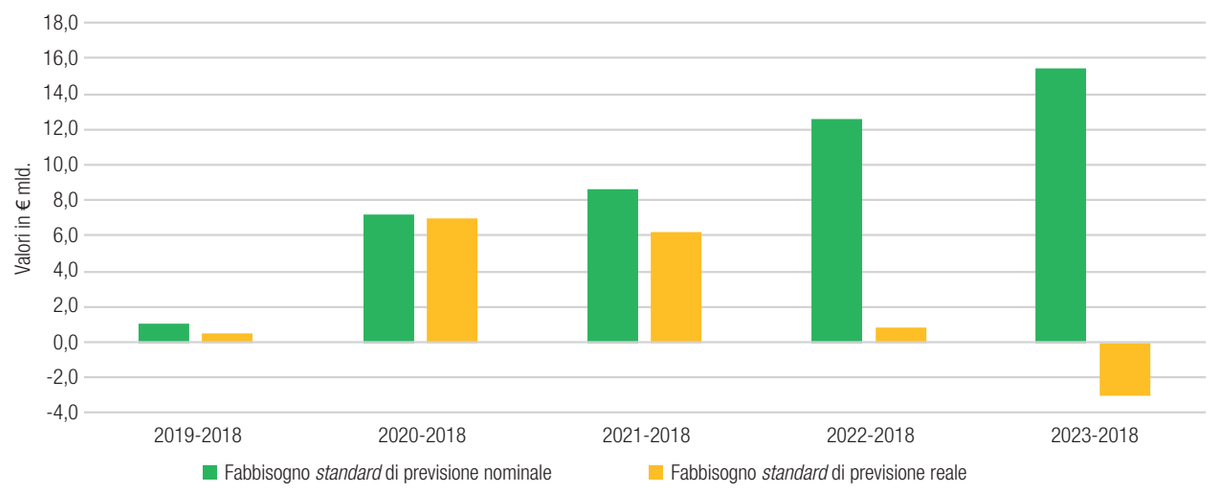
[7] Una quota del FSN (cap. 2700 MEF) è destinata alla Regione Sicilia, mentre il resto finanzia complessivamente anche altre spese sanitarie vincolate a obiettivi predeterminati; il FSN accoglie gli stanziamenti di ulteriori finalità sanitarie come, oltre agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, con risorse consolidate annue di circa € 1,5 mld., il finanziamento degli IZS e la quota parte della sanità penitenziaria, ecc., nonché i trattamenti economici a carico dello Stato destinati ai medici specializzandi

Figura 2.5. *Trend* del processo di finanziamento del SSN



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, Ragioneria Generale dello Stato, Conti Economici delle Aziende Sanitarie, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.6. Fabbisogno *standard* nominale e reale



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio e Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Facendo riferimento all'ultimo quinquennio (2018-2023), è possibile osservare come il FSN nominale sia cresciuto di € 15,5 mld.; in termini reali, invece, non solo non si è verificata una crescita ma una flessione di circa € 3,0 mld. (Figura 2.6.).

Qualora nell'analisi facessimo riferimento alle risorse che sono oggetto di riparto, ovvero al fabbisogno sanitario indistinto corretto con i saldi di mobilità e alle quote vincolate per Regioni e Province Autonome, al netto delle entrate cristallizzate otteniamo quello che convenzionalmente possiamo definire "finanziamento centrale".

Il "finanziamento centrale", tra il 2013 ed il 2023 fa rilevare un aumento di € 17,9 mld. ossia di circa € 1,6 mld. all'anno, ma con *trend* difformi tra il periodo pre-pandemico 2013-2019, quello pandemico (2019-2021) e quello post-pandemico (2021-2023) (Figura 2.5.).

In particolare, tra il 2013 e il 2019 il livello del "finanziamento centrale" è aumentato di € 6,6 mld. os-

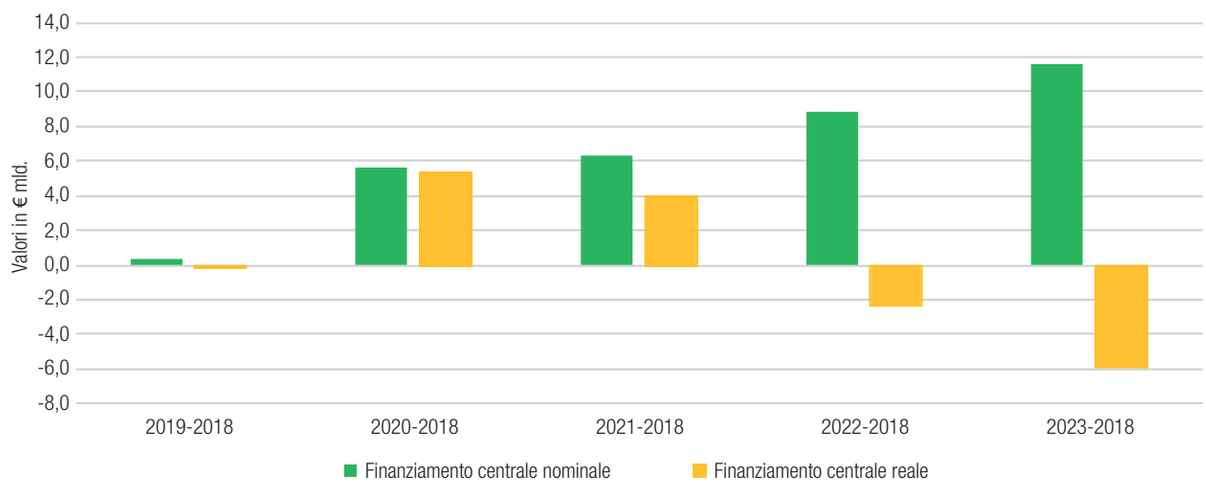
sia dell'1,0% medio annuo; il tasso di crescita sale al 2,6% medio annuo nel periodo 2019-2021 essendo il finanziamento centrale aumentato di € 5,9 mld.. Nel periodo 2021-2023 si assiste ad un incremento pari al 2,2% medio annuo: il "finanziamento centrale" passa da € 116,8 mld. del 2021 a € 122,2 mld. del 2023.

Si osservi che, tra il 2018 e il 2023, il livello del finanziamento centrale del SSN è aumentato in termini nominali di € 11,7 mld., ma in termini reali equivale ad una flessione pari a € 5,9 mld. (Figura 2.7.).

Aggiungendo al "finanziamento centrale" le entrate proprie delle Aziende Sanitarie[8] (di cui quelle cristallizzate rappresentano una quota), si ricava quello che la Ragioneria Generale dello Stato[9] definisce il "finanziamento effettivo" del SSN. Nel 2023 si stima si tratti di € 130,3 mld. in aumento di € 21,1 mld. nel decennio (pari ad un incremento annuo di € 2,1 mld.). La crescita del finanziamento effettivo è stata del 6,5% tra il 2013 e il 2019 (+1,0% medio annuo), è salita al 7,2% (+3,5% medio annuo) nel periodo 2019-2021 ed è scesa al 4,6% (+2,3% medio annuo) nel periodo 2021-2023 (Figura 2.5.).

Infine, l'incremento del finanziamento effettivo nominale nel periodo 2018-2023 è stato pari a € 14,6 mld. che si traducono, in termini reali, in una decrescita di € 4,1 mld. (Figura 2.8.).

Figura 2.7. Finanziamento centrale nominale e reale

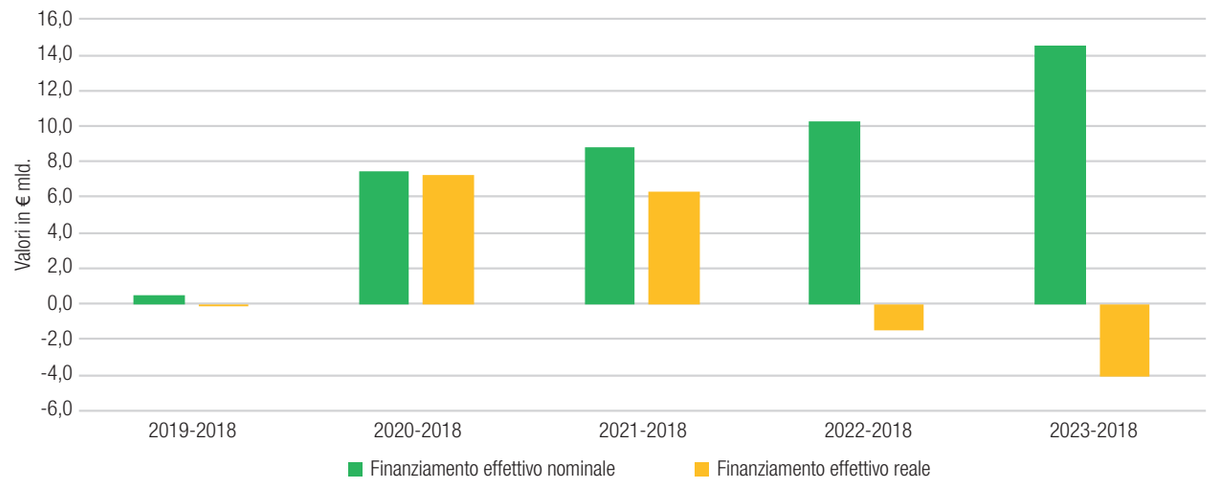


Fonte: elaborazione su Delibere CIPE e Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

[8] Le entrate proprie delle Aziende Sanitarie del SSN sono identificate dai seguenti codici dei Conti Economici: "AA0070","AA0090","AA0100","AA0120","AA0130","AA0150","AA0160","AA0170","AA0190","AA0200","AA0210","AA0220","AA0230","AA0260","AA0280","AA0290","AA0300","AA0310","AA0440","AA0480","AA0580","AA0590","AA0660","AA0710","AA0720","AA0760","AA0780","AA0790","AA0810","AA0820","AA0830",AA0850","AA0860","AA0870","AA0930","AA0950","AA0960","AA0970","AA1070","AA1080","AA1090","AA0350","AA0360","AA0370","AA0380","AA0390","AA0400","AA0410","AA0420","AA0430","CA0020","CA0030","CA0040","CA0060","CA0070",CA0080","CA0090","CA0100". In particolare, rientrano nelle entrate proprie i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate riscosse dagli Enti del SSN (come ticket e ricavi per attività di intramoenia) e i trasferimenti da soggetti privati

[9] Ragioneria Generale dello Stato, rapporto "Il monitoraggio della spesa sanitaria", vari anni

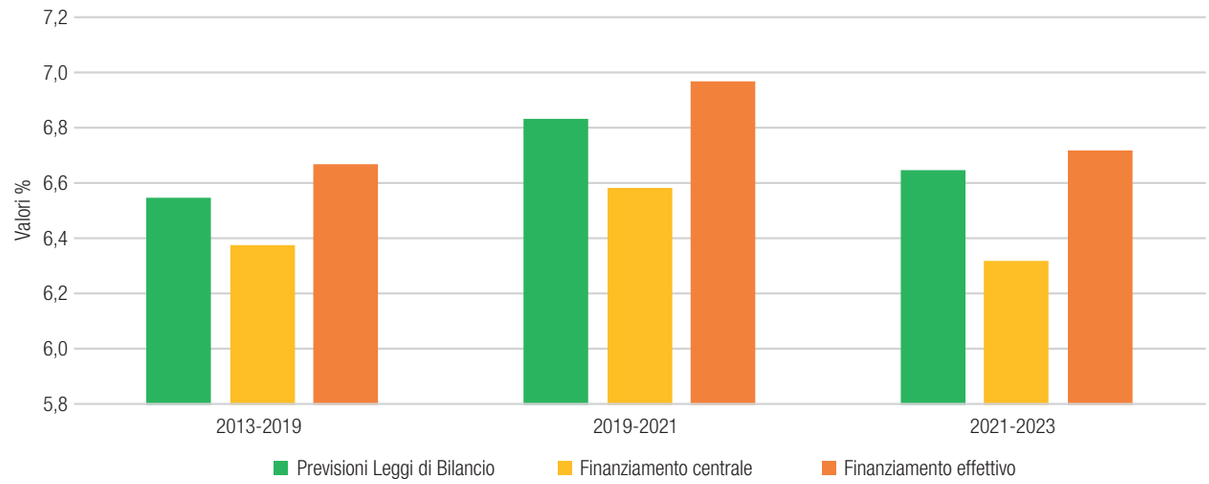
Figura 2.8. Finanziamento effettivo nominale e reale



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

In termini di incidenza sul Prodotto Interno Lordo (PIL), secondo le previsioni contenute nelle Leggi di Bilancio, il Fabbisogno Sanitario Nazionale *standard* avrebbe dovuto assorbire in media il 6,6% del PIL nel periodo 2013-2019, il 6,8% nel 2019-2021 e scendere al 6,6% nel 2021-2023. Nel periodo 2013-2019, le risorse che sono state oggetto di riparto hanno rappresentato in media il 6,4% del PIL, valore che sale al 6,6% nel periodo della pandemia (2019-2021), per poi scendere al 6,3% nel periodo post-pandemico[10]. Grazie alle entrate proprie degli Enti del SSN, il finanziamento effettivo, ha assorbito in media il 6,7% del PIL tra il 2013 e il 2019, il 7,0% durante l'emergenza sanitaria (2019-2021) per poi riassestarsi sul valore pre-pandemico nel periodo 2021-2023 (Figura 2.9.).

Figura 2.9. Incidenza del finanziamento del SSN sul PIL

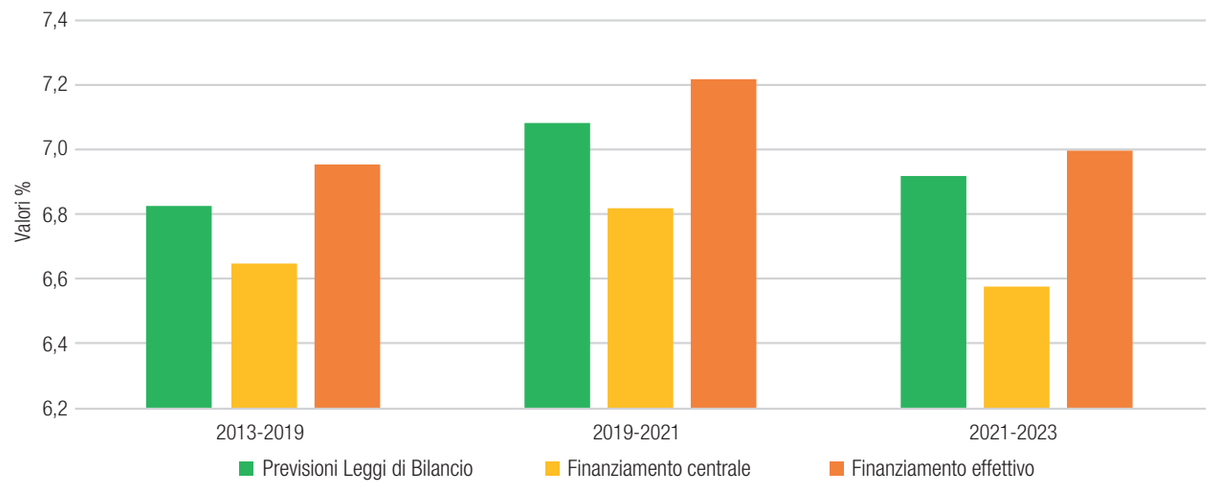


Fonte: elaborazione su dati Leggi di Bilancio, Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

[10] Il valore del PIL per il 2023 è stato stimando aggiungendo al valore del 2022 l'incremento dello 0,7% stimato dall'Istat per il 2023

Considerando il PIL al netto degli interessi passivi, nel periodo 2013-2019 il Fabbisogno Sanitario Nazionale *standard* previsto del SSN ha assorbito mediamente il 6,8% del PIL, il 7,1% tra il 2019 e il 2021e il 6,9% nel 2021-2023. L'incidenza del finanziamento centrale è stata, invece, del 6,6% nel 2013-2019, del 6,8% nel 2019-2021 e del 6,6% nel periodo immediatamente successivo alla pandemia. Infine, la considerazione nell'analisi delle entrate proprie delle Aziende Sanitarie determina un aumento dell'incidenza sul PIL nettato degli interessi rispetto al finanziamento centrale di 0,4 p.p. in tutti i periodi presi in considerazione (Figura 2.10.).

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



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

2.3. Il processo di formazione del finanziamento effettivo

Il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni ex-lege destinate alla copertura della spesa sanitaria, come sopra cennato, è alimentato dall'IRAP, dall'IPERF, dall'IVA e dalle accise nonché dalle entrate proprie convenzionali delle Aziende Sanitarie.

Facendo riferimento al quinquennio 2017-2022, l'IRAP ha riportato una variazione media annua positiva pari all'1,5%; il gettito introitato dall'IRPEF è, invece, cresciuto dell'1,3% medio annuo, mentre le entrate derivanti dall'IVA sono aumentate del 2,2% medio annuo[11]. Le entrate proprie convenzionali, essendo "cristallizzate", sono rimaste invariate.

Nel 2022, il fabbisogno sanitario nazionale (nella sua quota indistinta[12] e vincolata)[13] è stato fissato a circa € 121,3 mld.[14], in aumento del 2,1% sull'anno precedente e del 2,7% sul 2020 (Tabella 2.1.).

[11] La percentuale di compartecipazione all'IVA varia annualmente in ragione del fabbisogno necessario a coprire la quota di spesa sanitaria corrente non coperta dal gettito di IRAP, Addizionale IRPEF, ticket sanitari. Ad esempio, per il 2019 è stata fissata al 64,27% e per il 2020 al 70,14%

[12] Si fa riferimento alla quota indistinta post mobilità

[13] Si fa riferimento al FSN del 2022 poiché è l'ultimo anno per il quale si dispone dei dati necessari per la determinazione delle risorse effettivamente a disposizione degli Enti del SSN

[14] Il FSN è stato stimato sommando la quota indistinta post mobilità e la quota vincolata e programmata per Regioni e PP.AA. Si tenga, in ogni caso presente che, per quanto riguarda l'assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per il 2022, dell'importo iniziale pari a € 1,5 mld., è stato ripartito tra le Regioni circa € 819,4 mln.

Tabella 2.1. Fabbisogno sanitario nazionale: riparto 2022

Regioni	Riparto 2022 (€ mln.)	Var. media annua (%) 2017/2022
Italia	121.280,8	1,6
Piemonte	9.005,8	1,8
Valle d'Aosta	249,7	2,2
Lombardia	20.837,0	1,8
P.A. di Bolzano	1.084,5	3,4
P.A. di Trento	1.108,0	3,0
Veneto	10.292,4	2,2
Liguria	3.210,3	0,7
Emilia Romagna	9.584,2	2,0
Toscana	7.789,6	1,5
Umbria	1.810,4	1,0
Marche	3.108,7	2,0
Lazio	11.594,2	2,0
Abruzzo	2.585,8	1,5
Molise	651,8	0,6
Campania	11.097,3	1,6
Puglia	7.967,0	1,9
Basilicata	1.070,0	0,0
Calabria	3.806,9	2,9
Sicilia	9.654,1	1,3
Sardegna	3.250,3	2,0

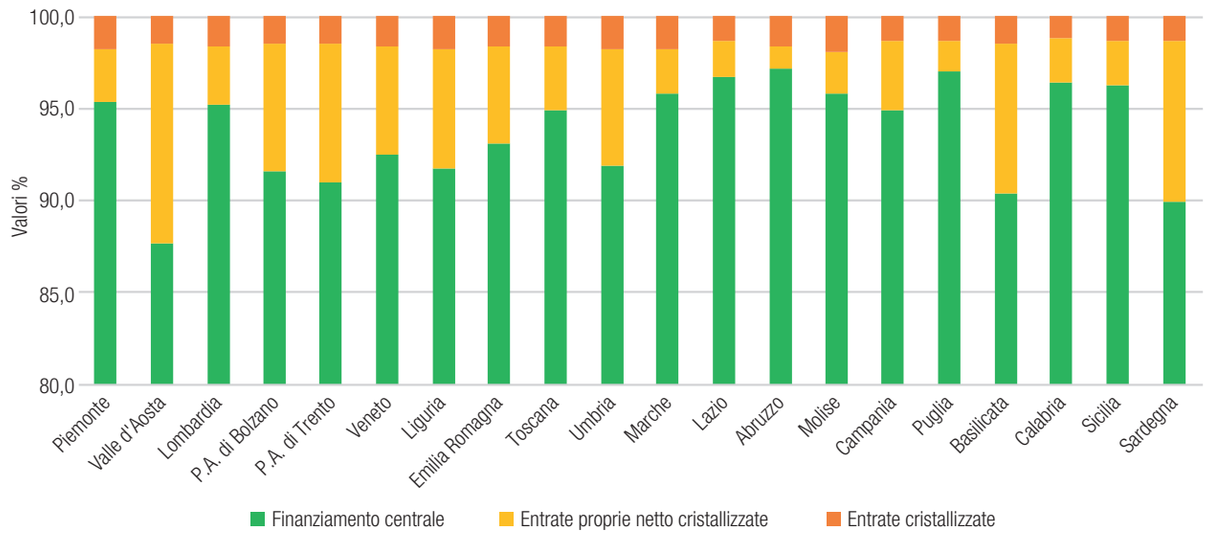
Fonte: stima su delibere di riparto 2022 e 2017 - © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale, nel quinquennio, il livello del FSN è cresciuto maggiormente nel complesso delle Regioni centrali e meridionali rispetto a quelle settentrionali (Centro e Sud +1,7% medio annuo entrambi vs +1,5% medio annuo Nord). A livello regionale, nel medesimo periodo, le due Province Autonome di Trento e Bolzano e la Calabria sono state le Regioni in cui la quota di finanziamento del fabbisogno sanitario è cresciuta maggiormente: rispettivamente +3,0%, +3,4% e +2,9% medio annuo; all'opposto si sono posizionate la Basilicata (stabile nel periodo) e il Molise (+0,6% medio).

La non considerazione delle "entrate cristallizzate" porta a stimare per il 2022 un finanziamento centrale pari a € 119,3 mld. in crescita del 2,1% sull'anno precedente e dell'1,7% medio annuo nel quinquennio 2017-2022.

Aggiungendo al "finanziamento centrale" le entrate proprie delle Aziende Sanitarie (di cui quelle cristallizzate rappresentano una quota pari a circa il 29,5%), si ricava la stima del "finanziamento effettivo" del SSN: € 126,0 mld., in aumento dell'1,2% sul 2021 e del 14,6% rispetto al 2012 (+1,4% medio annuo).

Figura 2.11. Stima composizione "finanziamento effettivo". Anno 2022



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022 il "finanziamento effettivo" è, quindi, stato coperto per il 94,7% dalle risorse ripartite, per il 3,8% dalle entrate proprie delle Aziende Sanitarie (al netto di quelle cristallizzate) e per il residuale (1,6%) dalle cosiddette entrate cristallizzate.

Nella composizione delle risorse effettive che le Regioni hanno a disposizione per assicurare l'erogazione dei LEA, si evidenzia un gradiente tra Regioni del Nord e Regioni della ripartizione centro-meridionale, frutto dei criteri di riparto delle risorse che dipendono dall'età della popolazione residente nelle varie Regioni; nelle Regioni settentrionali il "finanziamento centrale" (o ripartito) rappresenta mediamente il 93,8%; in quelle centrali raggiunge il 95,6% e in quelle meridionali arriva al il 95,4%.

In modo complementare le entrate proprie regionali (al netto di quelle cristallizzate) incidono mediamente per il 4,5% sul "finanziamento effettivo" nel Nord, per il 2,8% nelle Regioni centrali e per il 3,3% in quelle meridionali (Figura 2.11.).

Le entrate proprie (comprensive di quelle cosiddette cristallizzate") sono in aumento di 1,3 p.p. rispetto al 2017 e raggiungono la loro incidenza massima nelle Regioni settentrionali (6,2%, in aumento di 1,2 p.p. sul 2017); rappresentano il 4,4% nelle Regioni centrali e il 4,6% in quelle meridionali rispettivamente in crescita di +0,3 e +1,9 p.p. nel periodo 2017-2022.

Tabella 2.2. Incidenza delle entrate proprie e delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa

Regioni	Entrate proprie su "finanziamento effettivo" (%)	*Ticket* su "finanziamento effettivo" (%)	*Ticket* su entrate proprie (%)
Italia	5,3	0,8	15,6
Piemonte	4,6	0,9	20,2
Valle d'Aosta	12,3	2,5	20,2
Lombardia	4,8	0,7	15,2
P.A. di Bolzano	8,4	1,8	21,7
P.A. di Trento	9,0	1,6	17,6
Veneto	7,5	1,2	16,3
Liguria	8,3	0,9	11,2
Emilia Romagna	6,9	1,4	20,4
Toscana	5,1	1,3	24,9
Umbria	8,2	1,3	16,0
Marche	4,2	1,0	22,9
Lazio	3,3	0,6	16,7
Abruzzo	2,8	1,0	36,3
Molise	4,2	0,8	18,5
Campania	5,2	0,4	7,6
Puglia	2,9	0,5	16,9
Basilicata	9,6	0,8	8,2
Calabria	3,7	0,4	11,3
Sicilia	3,8	0,3	7,5
Sardegna	10,0	0,6	5,6

Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Tra le entrate proprie figurano le compartecipazioni dei cittadini alla spesa: i *ticket* sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali usufruite in strutture pubbliche, quelli di pronto soccorso e altri riferiti a prestazioni minori[15]. Nel complesso risultano pari allo 0,8% (+0,1. p.p. rispetto al 2017) del "finanziamento effettivo" e al 15,6% delle entrate proprie (in flessione di 2,2 p.p. rispetto al 2017). Nel 2022, i *ticket* nelle Regioni settentrionali risultano pari all'1,1% del "finanziamento effettivo", in quelle centrali allo 0,9% e in quelle meridionali allo 0,5% (in aumento rispettivamente di 0,2 p.p. nelle prime e di 0,1 p.p. nelle seconde e nelle terze rispetto al 2017).

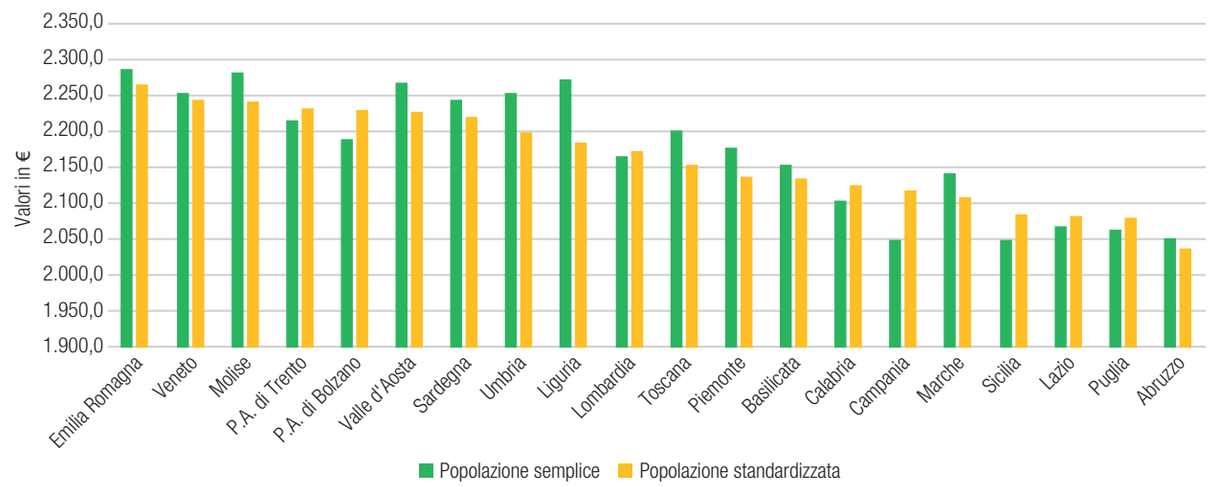
Nel 2022, le compartecipazioni (Tabella 2.2.) sono pari al 20,4% delle entrate proprie delle Regioni del Centro (+0,6 p.p. rispetto al 2017), il 17,0% di quelle del Nord (-1,2 p.p.) e il 9,9% in quelle del Sud (-4,7 p.p.).

In termini pro-capite, il "finanziamento effettivo" medio è stato nel 2022 pari a € 2.135,0 con un incremento dell'1,5% rispetto al 2021 e del 2,5% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato (Emilia Romagna), e quella con il finanziamento minore (Sicilia), lo scarto in termini assoluti è pari a € 236,6, pari all'11,5%. Escludendo dall'analisi le Regioni a Statuto Speciale, la differenza tra la Regione con finanziamento pro-capite più elevato (Emilia Romagna) e quella con finanziamento più basso (Campania) si riduce a € 236,0 ovvero all'11,5%.

Utilizzando la popolazione standardizzata[16], il *gap* tra la Regione con "finanziamento effettivo" pro-capite maggiore e quella con finanziamento minore scende a € 228,1 ovvero all'11,2% (Figura 2.12.).

Figura 2.12. Stima "finanziamento effettivo" pro-capite

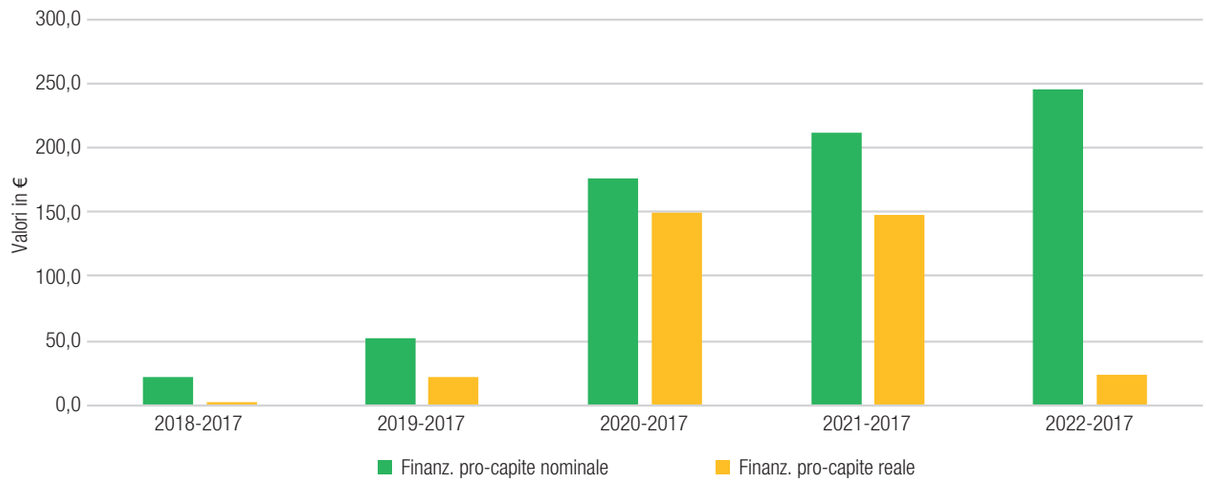


Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2023- © C.R.E.A. Sanità

[15] Si fa riferimento ai seguenti codici dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie: AA0950; AA0960 e AA0970. In particolare, la voce AA0970 si riferisce ai ticket per l'accesso a prestazioni non ricomprese nelle voci precedenti

[16] Alla popolazione è stata applicata la medesima distribuzione regionale del FSN che si ricava dalla delibera CIPE

Figura 2.13. "Finanziamento effettivo" pro-capite nominale e reale

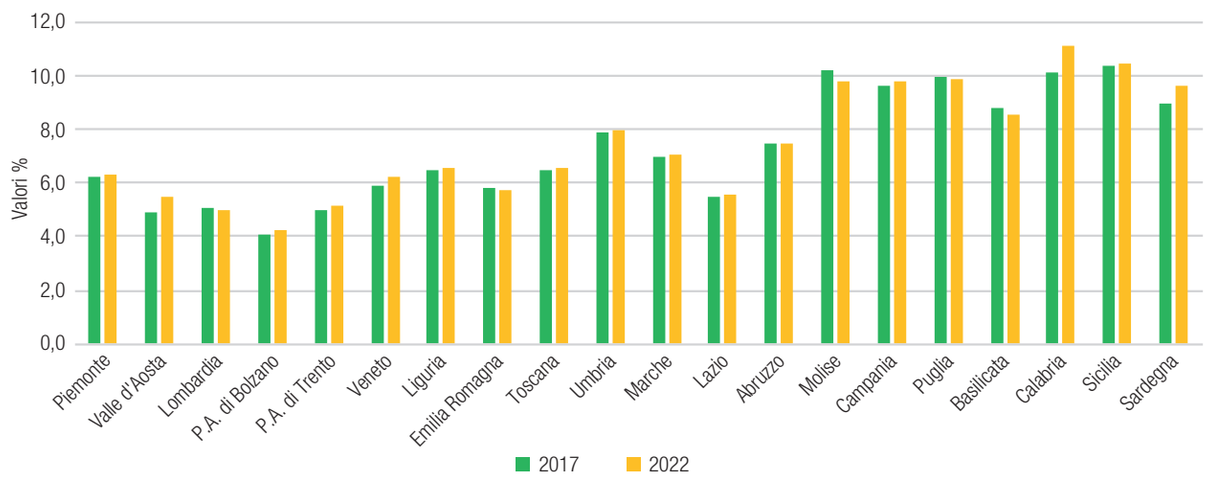


Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2017 ed il 2022 il "finanziamento effettivo" pro-capite è cresciuto di € 244,2 (+2,5% medio annuo) in termini nominali: l'incremento in termini reali si riduce a € 24,3 (+0,3% medio annuo) (Figura 2.13.).

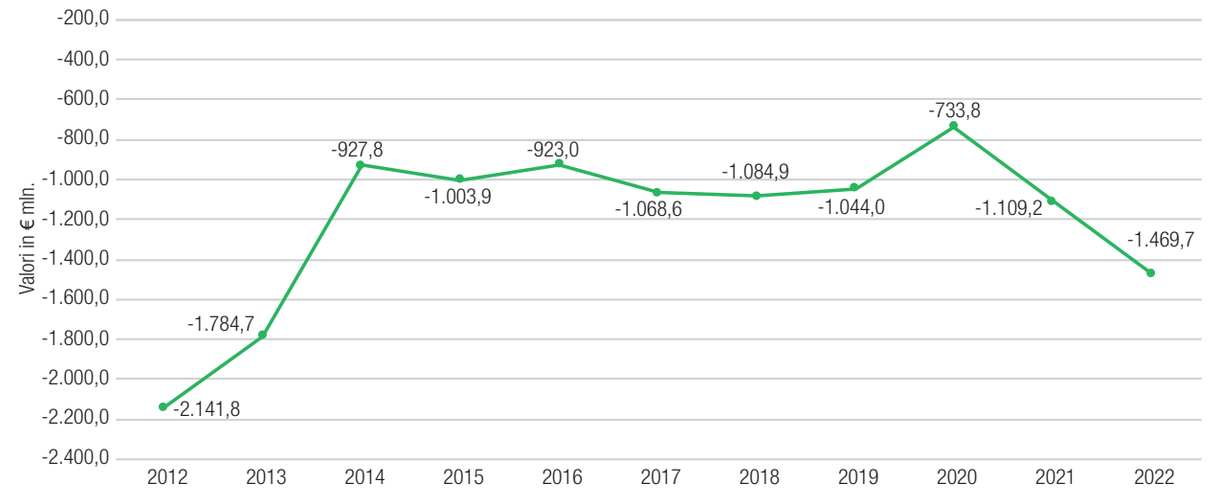
Il rapporto tra finanziamento effettivo e PIL ammonta nel 2022 al 6,6% invariato rispetto al 2017, con un evidente gradiente Nord-Sud: in particolare, le risorse destinate alla tutela della salute nelle Regioni del Sud rappresentano il 9,8% del PIL locale, in crescita rispetto al 2017 (+0,2 p.p.); nelle Regioni del Nord, invece, le risorse destinate alla Sanità rappresentano il 5,5% del PIL locale, in riduzione di 0,1 p.p. rispetto al 2017 (Figura 2.14.).

Figura 2.14. Incidenza "finanziamento effettivo" regionale su PIL



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della Salute e Istat 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.15. Risultati di esercizio



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato 2023 - © C.R.E.A. Sanità

2.4. I risultati di esercizio

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

Secondo questa impostazione, nel 2022, a livello nazionale si registra un risultato di esercizio negativo pari a € 1,5 mld., in aumento del 32,5% sul 2021 e del 37,5% rispetto al 2017 (variazione media annua pari al 6,6%) (Figura 2.15.).

In termini pro-capite, il disavanzo, nel quinquennio analizzato (2017-2022), è aumentato sia nelle Regioni del Nord (+ 9,9% medio annuo passando da € 19,3 pro-capite del 2017 a € 30,9 pro-capite del 2022), che in quelle del Centro (+17,2% medio annuo, passando da € 11,3 a € 24,9); nelle Regioni della ripartizione meridionale, di contro, è diminuito del 2,8% medio annuo essendo passato da € 19,2 a € 16,7 pro-capite.

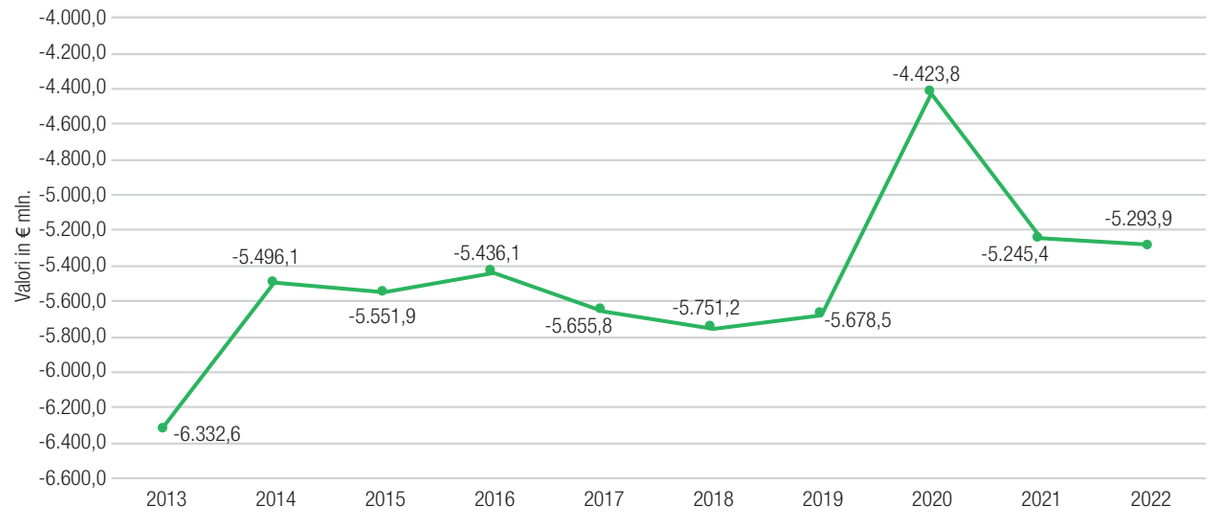
Nel 2022 le Regioni con un risultato di gestione negativo sono state quindici vs le dodici del 2017 (Tabella 2.3.).

Tabella 2.3. Risultati di esercizio pro-capite

Regioni	Pro-capite 2017 (€)	Pro-capite 2022 (€)
Italia	-17,6	-24,9
Piemonte	0,5	-4,9
Valle d'Aosta	-171,8	-299,9
Lombardia	0,5	0,0
P.A. di Bolzano	-510,2	-558,4
P.A. di Trento	-364,7	-449,8
Veneto	10,6	1,5
Friuli Venezia Giulia	-42,7	-74,9
Liguria	-35,8	-43,1
Emilia Romagna	0,1	-22,6
Toscana	-25,1	-20,8
Umbria	3,1	0,9
Marche	0,6	-
Lazio	-7,7	-37,9
Abruzzo	-31,8	-0,1
Molise	-112,9	-148,9
Campania	2,2	1,4
Puglia	0,9	-37,9
Basilicata	7,8	-18,3
Calabria	-51,7	128,6
Sicilia	-0,0	-51,3
Sardegna	-145,3	-80,8

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

Figura 2.16. Risultati di esercizio al netto delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2023- © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.4. Risultati di esercizio pro-capite al netto delle compartecipazioni

Regioni	2017 (€)	2022 (€)
Italia	- 93,3	-89,7
Piemonte	-61,4	-61,1
Valle d'Aosta	-272,8	-373,1
Lombardia	-85,5	-67,8
P.A. di Bolzano	-572,6	-615,4
P.A. di Trento	-440,7	-517,4
Veneto	-75,0	-64,6
Friuli Venezia Giulia	-108,9	-133,0
Liguria	-102,4	-91,9
Emilia Romagna	-68,9	-85,8
Toscana	-92,9	-75,7
Umbria	-59,8	-58,6
Marche	-54,7	-52,6
Lazio	-84,6	-106,8
Abruzzo	-96,3	-56,3
Molise	-181,4	-214,9
Campania	-91,6	-81,5
Puglia	-70,3	-97,9
Basilicata	-66,2	-83,4
Calabria	-112,4	72,7
Sicilia	-79,5	-121,5
Sardegna	-206,3	-141,4

Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In assenza delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa, il deficit ammonterebbe a circa € 5,3 mld., in aumento dello 0,9% rispetto all'anno precedente e in diminuzione del 6,4% rispetto al 2017 (Figura 2.16.).

Senza compartecipazioni si stima che solo la Calabria sarebbe in equilibrio finanziario (Tabella 2.4.).

2.5. Le prospettive del finanziamento del SSN

I criteri di riparto: evoluzione

Il finanziamento regionale si basa sul sistema di riparto descritto nel D. Lgs. n. 68/2011, in vigore fino al 2022, che prevedeva l'individuazione di tre Regioni *benchmark,* da parte della Conferenza Stato-Regioni, tra le cinque indicate dal Ministro della Salute in quanto più efficienti e adempienti alle garanzie di erogazione dei LEA. Sulla base della spesa sostenuta in queste Regioni, viene determinato il costo *standard* per ciascun macro livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera) utilizzando il criterio della "media pro-capite pesata del costo registrato dalle Regioni di riferimento". Il costo *standard* delle Regioni *benchmark* viene applicato alla popolazione pesata delle singole Regioni per ottene-

re così il fabbisogno *standard*; infine, la quota da destinare alla singola Regione è data dal rapporto tra il fabbisogno della Regione stessa ed il fabbisogno nazionale *standard* (ovvero la somma dei fabbisogni regionali). La quota finale, in realtà, dipende unicamente dall'anzianità della popolazione residente nella Regione rapportata a quella delle altre Regioni.

Con il D.M. n. 61/2022 è stata operata una revisione dei suddetti criteri di riparto: in particolare, a partire dall'anno 2023, il 98,5% delle risorse da ripartire è distribuito sulla base della popolazione e della frequenza dei consumi per età, mentre uno 0,75% è assegnato in base al tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e il residuale 0,75% in base al dato complessivo che risulta dagli indicatori che "definiscono particolari situazioni territoriali".

La modifica del criterio è stata dettata dalla necessità di non ancorare unicamente all'anzianità delle popolazioni regionali l'assegnazione delle risorse, in quanto altri fattori (quali incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione; tasso di disoccupazione della popolazione) possono influire sullo stato di salute dei cittadini. Ne consegue che dall'applicazione del nuovo criterio dovrebbero essere attribuite maggior risorse alle Regioni caratterizzate da un maggior livello di disagio sociale.

Tabella 2.5. Criteri di riparto a confronto

Regioni	FSN pro-capite 2022 (€)	Diff. media nazionale (%) 2022	FSN pro-capite 2023 (€)	Diff. media nazionale (%) 2023	Scarto 2023-2022
Piemonte	2.066,4	1,9	2.086,8	1,7	-0,2
Valle d'Aosta	2.065,1	1,8	2.060,9	0,5	-1,4
Lombardia	2.021,7	-0,3	2.028,7	-1,1	-0,8
P.A. di Bolzano	1.991,5	-1,8	1.973,0	-3,8	-2,0
P.A. di Trento	2.013,1	-0,7	2.014,7	-1,8	-1,1
Veneto	2.038,1	0,5	2.046,5	-0,2	-0,7
Friuli Venezia Giulia	2.078,2	2,5	2.091,4	1,9	-0,5
Liguria	2.109,8	4,0	2.130,2	3,8	-0,2
Emilia Romagna	2.045,8	0,9	2.049,1	-0,1	-1,0
Toscana	2.072,6	2,2	2.083,7	1,6	-0,6
Umbria	2.077,2	2,4	2.092,8	2,0	-0,4
Marche	2.058,7	1,5	2.077,6	1,3	-0,2
Lazio	2.014,9	-0,7	2.033,9	-0,9	-0,2
Abruzzo	2.042,2	0,7	2.073,5	1,1	0,4
Molise	2.064,3	1,8	2.104,8	2,6	0,8
Campania	1.964,1	-3,2	2.011,9	-1,9	1,2
Puglia	2.012,6	-0,8	2.058,6	0,3	1,1
Basilicata	2.044,2	0,8	2.074,6	1,1	0,3
Calabria	2.008,2	-1,0	2.056,5	0,2	1,2
Sicilia	1.992,8	-1,7	2.045,0	-0,3	1,4
Sardegna	2.050,2	1,1	2.102,0	2,5	1,4

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, D. Lgs. n. 68/2011 Decreto del Ministro della Salute n. 61/2022,2023 - © C.R.E.A. Sanità

Volendo procedere ad un confronto tra le due metodologie, è stata considerata la distribuzione regionale pro-capite del FSN del 2022 e del 2023 ed è stato osservato lo scarto percentuale di ciascuna Regione rispetto alla quota capitaria media nazionale. La lettura della tabella 2.5. evidenzia che, in linea generale, tra il 2022 e il 2023 lo scarto tra il finanziamento pro-capite delle Regioni centro-settentrionali e il valore medio nazionale tende a diminuire; all'opposto, quello tra le Regioni meridionali e il valore medio nazionale aumenta.

In particolare, tra le Regioni centro-settentrionali, Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche presentano nel 2022 un *gap* positivo nei confronti della quota capitaria media nazionale: tale *gap* nel 2023 si riduce ed in alcune Regioni (Veneto ed Emilia Romagna) inverte il segno. Lombardia, le PP. AA. di Trento e Bolzano e Lazio che già nel 2022 "sopportavano" un differenziale negativo nei confronti del dato medio nazionale, nel 2023 vedono l'acuirsi dello scarto. Tra le Regioni meridionali, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sardegna nel 2022 hanno un differenziale positivo rispetto al dato medio nazionale: differenziale che si incrementa applicando la metodologia di riparto prevista a partire dal 2023. Campania e Sicilia, invece, nel 2023 riducono il *gap* negativo palesato nel 2022 e Puglia e Calabria invertono il segno dello scarto (da negativo a positivo).

Appare, pertanto, evidente come la nuova metodologia di riparto tenda a "drenare" risorse dalla ripartizione centro-settentrionale a vantaggio di quella meridionale.

Il finanziamento nei documenti di finanza pubblica

Prendendo atto della correlazione positiva fra spesa sanitaria e PIL registrata in Europa (fenomeno peraltro generale), l'Italia per essere allineata, in termini macroeconomici, al rapporto statisticamente atteso (considerando l'indisponibilità delle risorse destinate agli oneri del debito pubblico), dovrebbe oggi attestarsi su una incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL del 10,0%, (inferiore a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 di 1,5 p.p.) ovvero su una spesa pro-capite pari a € 3.150,0, per coprire la quale sarebbe stato necessario un finanziamento di circa € 185,9 mld..

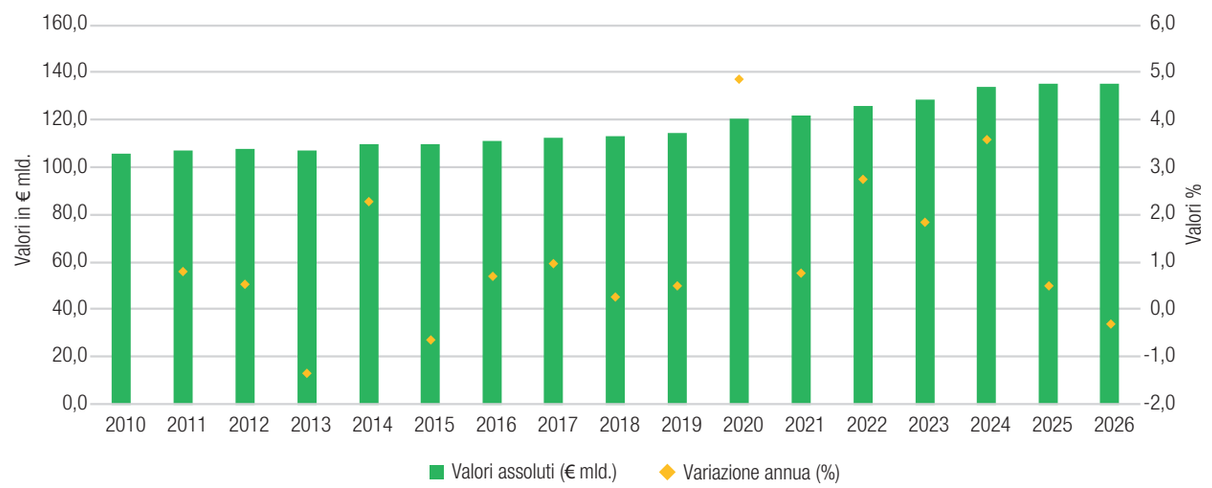
Qualora si considerasse come "disponibile" l'intero PIL, l'incidenza sarebbe del 9,7%, con una spesa sanitaria totale pro-capite pari a circa € 3.209,5, superiore del 10,2% rispetto a quella effettivamente sostenuta. Ciò avrebbe comportato un finanziamento di circa € 189,5 mld. e un'incidenza sul PIL inferiore di 1,6 p.p. rispetto a quello medio dei Paesi EU-Ante 1995.

Supponendo, in maniera del tutto prudenziale, che la spesa sanitaria privata pro-capite rimanga costante, per avere una spesa sanitaria totale allineata alle aspettative, la spesa pubblica pro-capite dovrebbe salire a € 2.434,0 e il livello del finanziamento dovrebbe arrivare a € 143,7 mld., con un'incidenza sul PIL del 7,4%. Ripetendo l'analisi senza la considerazione degli interessi passivi sul debito pubblico, la spesa pubblica pro-capite dovrebbe raggiungere quota € 2.389,4 e il livello del finanziamento si dovrebbe assestare a € 141,0 mld. con un'incidenza sul PIL del 7,2%.

Si noti che, a tal proposito, la Regione Emilia Romagna ha avanzato una proposta di legge che prevede di impegnare il Governo ad incrementare il finanziamento del SSN, per ciascun anno dal 2023 al 2027, dello 0,21% del PIL fino ad arrivare ad un finanziamento che incida per il 7,5% sul PIL: tale incidenza sarebbe in effetti sovrapponibile a quella "attesa" secondo la relazione sopra descritta, ma senza considera l'onere degli interessi sul debito.

Nella Legge di Bilancio del 2024, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è incrementato di € 3,0 mld. per l'anno 2024, € 4,0 mld. per il 2025 e € 4,2 mld. annui a decorrere dall'anno 2026. Ne consegue che per il 2024 si tratta di un incremento pari a € 5,2 mld. ovvero del 4,1% rispetto al 2023 (Figura 2.17.).

Figura 2.17. Evoluzione del fabbisogno sanitario nazionale *standard*



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, 2023- © C.R.E.A. Sanità

In valore assoluto, pertanto, è ben evidente l'incremento previsto del Fabbisogno Sanitario Nazionale *standard* per il 2024. Tuttavia, la cennata Legge prevede anche una serie di misure per la sanità che sono a valere sul fabbisogno sanitario nazionale ovvero sono disposizioni di spesa che non prevedono risorse aggiuntive (Tabella 2.6.). Nel 2024, le richiamate misure assorbiranno oltre € 2,9 mld. (ovvero la quasi totalità dell'incremento previsto del FSN) per la loro copertura; nello specifico, l'82,3% è imputabile al rinnovo contrattuale del personale dipendente e convenzionato[17], il 13,8% all'abbattimento delle liste di attesa, l'1,8% alle modifiche riguardanti la modalità di distribuzione dei medicinali, l'1,7% all'aggiornamento dei LEA e lo 0,3% ad altre misure (potenziamento personale dell'assistenza territoriale, cure palliative e terapia del dolore, obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale).

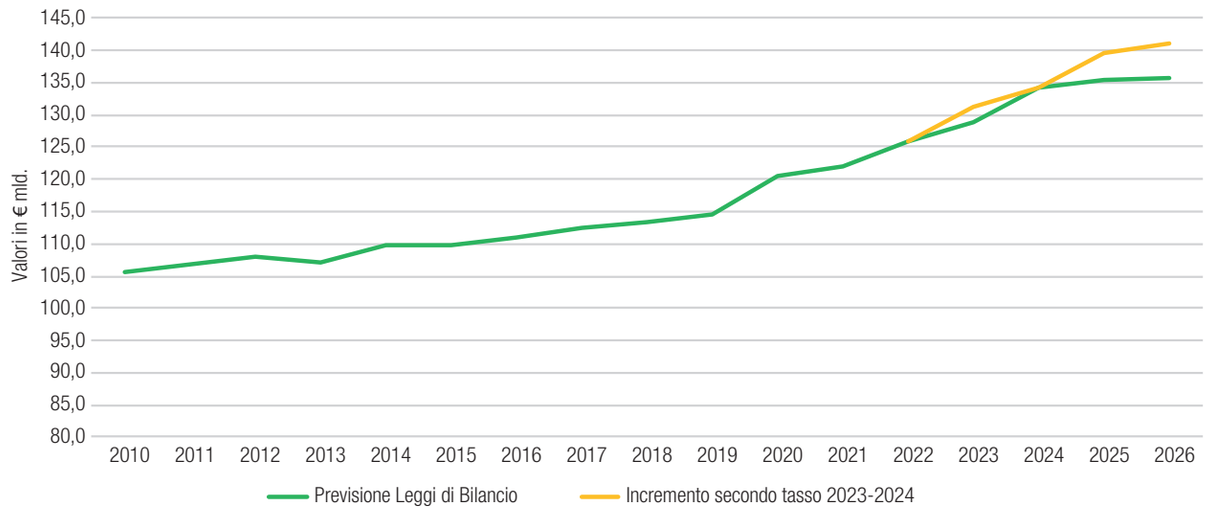
Tabella 2.6. Misure per la Sanità previste nella Legge di Bilancio 2024

Misura	2024		2025		2026	
	€ (mln.)	Comp. %	€ mln.	Comp. %	€ mln.	Comp.%
Rinnovo contratto personale sanitario	2.400,0	82,3	2.400,0	62,7	2.400,0	58,3
Modifiche modalità distribuz. medicinali	53,0	1,8	77,0	2,0	77,0	1,9
Abbattimento liste attesa	403,0	13,8	648,0	16,9	770,0	18,7
Aggiornamento LEA	50,0	1,7	200,0	5,2	200,0	4,9
Ulteriori misure	10,0	0,3	500,0	13,1	670,0	16,3
Totale	2.916,0	100,0	3.825,0	100,0	4.117,0	100,0

Fonte: elaborazione su Legge di Bilancio 2024, 2023- © C.R.E.A. Sanità

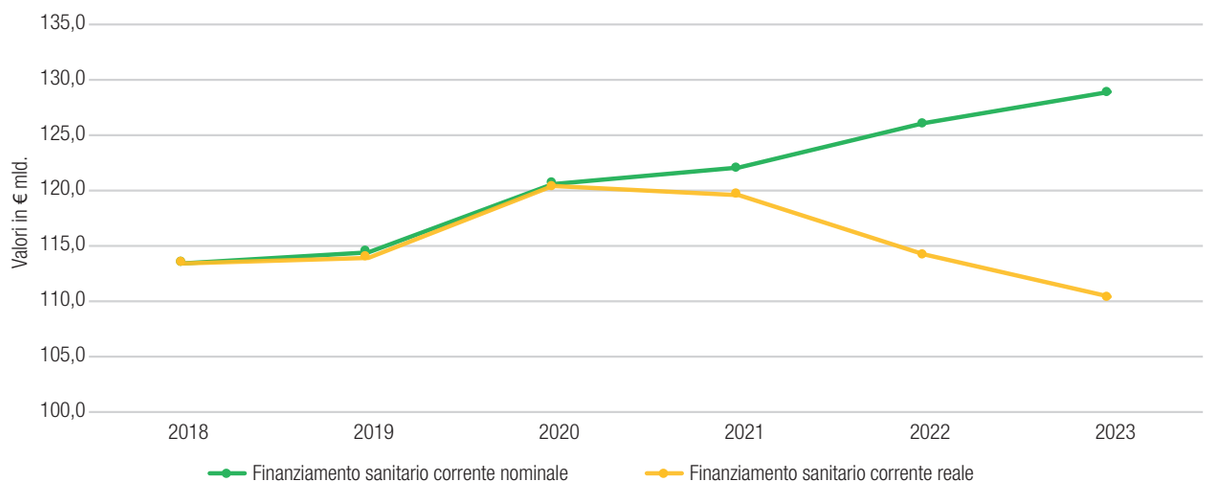
[17] Appare doveroso sottolineare che nella Legge di Bilancio 2024 si parla di rinnovo dei contratti ma non è fatta alcuna menzione riguardo l'onere. Per la determinazione del costo complessivo connesso ai rinnovi contrattuali si rimanda alla lettura del Capitolo 3b

Figura 2.18. *Trend* del finanziamento del SSN



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.19. *Trend* finanziamento nominale e reale del SSN



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio e Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Qualora, dal 2024 applicassimo alla spesa pubblica pro-capite un tasso di crescita annuo del 4,1% (coincidente con quello della crescita del livello del finanziamento nel periodo 2023-2024), il distacco nei confronti dei Paesi EU-Ante 1995 sarebbe, comunque, destinato ad aumentare: infatti, a livello europeo, la crescita media annua risulta pari al 4,2% medio annuo: il differenziale negativo nei confronti dei Paesi del blocco EU-Ante 1995 potrebbe superare il 44,0% nel 2026.

Inoltre, il Disegno di Legge di Bilancio per il triennio 2024-2026, dopo l'incremento di circa € 5,2 mld. del FSN tra il 2023 e il 2024, per il 2025 torna a crescere al tasso pre-pandemico e nel 2026 tende a stabilizzarsi sul livello dell'anno precedente: la curva della crescita, se le previsioni non verranno riviste, tenderà quindi ad appiattirsi, accelerando la crescita del *gap* rispetto ai Paesi EU-Ante 1995.

In definitiva, seppure sembrerebbe che in termini macro-economici l'Italia potrebbe destinare alla Sanità maggiori risorse di quelle effettivamente stanziate, l'incremento non sarebbe sufficiente a rallentare la crescita del *gap* tra Italia e restanti Paesi EU-Ante 1995. Oltretutto, si conferma che il livello di finanziamento in termini reali rimane in progressiva riduzione.

2.6. Gli investimenti in Sanità: lo stato avanzamento lavori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

L'impianto "originario" del PNRR ha previsto, tra il 2022 e il 2026, la realizzazione e la messa a regime di 1.350 CdC (Case della Comunità), 600 COT (Centrali Operative Territoriali) e 400 OdC (Ospedali della Comunità), per un investimento complessivo di € 5,3 mld..

Si noti che l'Italia il 27.7.2023 ha inviato alla Commissione Europea una proposta di rimodulazione del PNRR. Con specifico riferimento alla Missione Salute, la rimodulazione riguarda il numero di opere edilizie. Alla fine del mese di novembre 2023, la Commissione Europea ha espresso parere favorevole circa le richieste di rimodulazione avanzate dall'Italia. In particolare, le CdC passano da 1.350 a 1.038 (una riduzione di 312 opere), le COT da 600 a 480 e gli OdC da 400 a 307 (Tabella 2.7.).

La richiesta di rimodulazione dei *target* è stata motivata da una molteplicità di fattori: rialzo dei prezzi delle materie prime ed energetiche, ritardi nell'affidamento dei lavori contrattualizzati, criticità nelle catene di approvvigionamento delle materie prime, aumento dei costi di costruzione che avrebbero comportato, a parità di finanziamenti, un minor numero di strutture realizzabili, etc..

Tabella 2.7. PNRR: modifiche opere edilizie

Opere edilizie	Previsione PNRR (valore assoluto)	Rimodulazione (valore assoluto)	Differenza (valore assoluto)
CdC	1.350	1.038,0	312,0
COT	600,0	480,0	120,0
OdC	400,0	307,0	93,0

Fonte: Revisione PNRR, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

In aggiunta, le rimodulazioni dei *target* riguarderebbero principalmente gli edifici di nuova costruzione. A tal proposito, l'analisi dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS)[18], che ciascuna Regione ha stipulato con il Ministero della Salute, evidenzia il numero di strutture che devono essere realizzate e/o riconvertite e i relativi finanziamenti. Riguardo quest'ultimo aspetto si consideri che nei CIS alcune Regioni hanno indicato finanziamenti integrativi, oltre quelli assegnati in sede di riparto delle risorse del PNRR, a valere sui bilanci regionali per il raggiungimento dei *target* loro assegnati.

Dall'analisi dei CIS emerge che andranno messe a regime 1.430 CdC, di cui 1.121 si insedieranno in edifici preesistenti e 309 saranno realizzate ex novo. Inoltre, si consideri che per il raggiungimento di tali *target* sono stati stanziati circa € 2,2 mld., di cui il 70,0% è destinato alle ristrutturazioni e il rimanente 30,0% è impiegato per nuovi edifici. L'applicazione dei nuovi *target* europei determina, quindi, un "azzeramento" della realizzazione dei nuovi edifici e di una piccola parte di quelli che necessitano di una riconversione: ciò significa un "finanziamento aggiuntivo" di oltre € 653,0 mln. per la riconversione degli edifici (Tabella 2.8.).

[18] I CIS sono strumenti di programmazione negoziata volti ad accelerare la realizzazione di progetti strategici di rilievo nazionale, interregionale e regionale tra loro funzionalmente connessi, che richiedono un approccio integrato

Tabella 2.8. CdC: *target* PNRR, *target* CIS e finanziamento

CdC	Valore assoluto	di cui da riconvertire (%)	di cui da edificare (%)	Finanz. (€ mln.)	di cui ristrutt. (%)	di cui edificare (%)
Previsione PNRR	1.350,0			2.000,0		
CIS	1.430,0	78,4	21,6	2.179,8	70,0	30,0
CIS rimodulazione PNRR	1.118,0	100,0	0,0	2.179,8	100,0	0,0

Fonte: Revisione PNRR e CIS, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

La lettura dei CIS ha anche segnalato che le COT che le Regioni dovranno realizzare ammontano a 611, ovvero 11 in più rispetto al *target* europeo originario. In particolare, i CIS prevedono che 448 COT verranno insediate in spazi già esistenti e 163 saranno di nuova realizzazione. In particolare, per la realizzazione dei *target* previsti nei CIS sono stati stanziati circa € 116,0 mln. di cui l'89,5% assegnati con la ripartizione dei fondi del PNRR e il rimanente 10,5% a carico dei bilanci regionali. Con la rimodulazione dei *target* europei, le COT che saranno di nuova realizzazione scenderanno a 43; le 120 COT "eliminate" si stima possano generare un finanziamento addizionale per le "rimanenti" COT pari a circa € 24,0 mln.[19] (Tabella 2.9.).

Gli OdC, dati come *target* nel PNRR "originario", come sopra evidenziato, ammontavano a 400, mentre il censimento dei CIS ne rileva 435; di questi 308 dovrebbero trovare collocazione in spazi all'uopo riconvertiti e 127 dovrebbero essere identificati in nuove strutture. Per il raggiungimento di tali obiettivi sono stati complessivamente stanziati circa € 1.127,0 mln., di cui l'89,6% derivante dall'assegnazione dei fondi del PNRR e il residuale 10,4% da fondi stanziati dalle Regioni. Si noti che la rimodulazione dei *target* europei, che prevede il "taglio" di 93 OdC, andrà ad incidere unicamente sugli OdC che dovranno essere realizzati ex novo, ossia gli OdC di nuova costruzione scenderanno a 34. Dalla "soppressione" dei 93 OdC si stima si possano essere destinati ai rimanenti investimenti in OdC € 336,9 mln.[20] (Tabella 2.10.).

Si stima che nel loro complesso le opere edilizie espunte dalla rimodulazione del PNRR determinino un "risparmio" di circa € 1,0 mld.: tali risorse sono necessarie per la realizzazione delle rimanenti opere previste dal PNRR. Tale somma sarà, in ogni caso, "recuperata" utilizzando le risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. n. 67/1988) non spese dalle Regioni, in quanto la realizzazione delle opere edilizie che non trovano più copertura nei fondi del PNRR dovranno comunque essere realizzate dalle Regioni ricorrendo ai cennati programmi.

Tabella 2.9. COT: *target* PNRR, *target* CIS e finanziamento

COT	Valore assoluto	di cui da riconvertire (%)	di cui da edificare (%)	Finanz. (€ mln.)	di cui ristrutt. (%)	di cui edificare (%)
Previsione PNRR	600,0			103,8		
CIS	611,0	73,3	26,7	116,1	74,2	25,8
CIS rimodulazione PNRR	491,0	91,2	8,8	116,1	93,2	6,8

Fonte: Revisione PNRR e CIS, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

[19] La stima è stata condotta stimando il costo medio nazionale di realizzazione di una nuova COT; in particolare, tale costo è dato dal rapporto tra le somme stanziate per la realizzazione di nuove COT e il numero di COT da realizzare ex novo

[20] La stima è stata condotta stimando il costo medio nazionale di realizzazione di un nuovo OdC; in particolare, tale costo è dato dal rapporto tra le somme stanziate per la realizzazione di nuovi OdC e il numero di OdC da realizzare ex novo

Tabella 2.10. OdC: *target* PNRR, *target* CIS e finanziamento

COT	Valore assoluto	di cui da riconvertire (%)	di cui da edificare (%)	Finanz. (€ mln.)	di cui ristrutt. (%)	di cui edificare (%)
Previsione PNRR	400,0			1.037,6		
CIS	435,0	70,8	29,2	1.127,3	59,2	40,8
CIS rimodulazione PNRR	342,0	90,1	9,9	1.127,3	89,1	10,9

Fonte: Revisione PNRR e CIS, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

2.7. Riflessioni finali

Il settore pubblico rimane la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi Europei.

Per quanto concerne l'Italia, a partire dal 2011, la quota pubblica della spesa è diminuita fino al 2019 per poi iniziare nuovamente ad aumentare a partire dal 2020 (+0,4 p.p. nell'ultimo anno). In particolare, l'Italia nel 2022 registra una quota di finanziamento pubblico pari al 75,6%, che risulta fra le più basse fra i Paesi EU-Ante 1995.

Seguendo l'evoluzione del livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, è possibile osservare come nell'ultimo decennio sia aumentato in media di € 2,2 mld. all'anno. Nel periodo pre-pandemico (2013-2019) l'incremento è stato del 7,0% (+1,1% medio annuo), in quello pandemico (2019-2021) ha raggiunto il 6,6% (+3,3% medio annuo) per poi assestarsi nel periodo 2021-2023 al 5,6% (+2,8% medio annuo). Il cambio di passo osservabile tra i periodi 2013-2019 e i successivi (2019-2021 e 2021-2023) è stato determinato dai maggiori stanziamenti finalizzati al contrasto della crisi pandemica: il livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è passato nel periodo pandemico da € 114,5 mld. a € 122,1 mld..

Facendo riferimento all'ultimo quinquennio (2018-2023), il fabbisogno *standard* nominale è aumentato di € 15,5 mld.; in termini reali, invece, si è verificata una flessione di circa € 3,0 mld..

Nel 2022, prosegue, altresì, la ripresa e l'incremento dei deficit: +32,5% rispetto al 2021 e +6,6% medio annuo nel periodo 2017-2022, pur rimanendo in percentuale una parte limitata del finanziamento complessivo. Senza le compartecipazioni, peraltro, il deficit complessivo ammonterebbe a circa € 5,3 mld., in aumento dello 0,9% rispetto all'anno precedente.

Infine, appare doveroso accennare come la rimodulazione del PNRR abbia nei fatti "sacrificato" gran parte degli investimenti in nuove strutture edilizie liberando circa € 1,0 mld. da destinare esclusivamente alla riconversione di edifici preesistenti.

La rimodulazione del PNRR ha confermato, di fatto, i dubbi preesistenti e cioè che le risorse concesse per il SSN non sono sufficienti a coprire tutti i progetti inizialmente messi in campo.

Riferimenti bibliografici

Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica – CIPE (anni vari), Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario.

Ragioneria Generale dello Stato (anni vari). "Il Monitoraggio della spesa sanitaria"

Istat (anni vari). Tavole statistiche varie, www.istat.it

Ministero della Salute (anni vari). Modello di rilevazione del Conto Economico.

ENGLISH SUMMARY

Funding: level and recovery

The public sector is the main source of financing for health expenditure in all the EU Member States. In the countries of the pre-1995 EU area, it accounts - on average - for 82.1% of current health expenditure and is generally increasing in all countries, although a 0.4% reduction was recorded last year. For the remaining EU countries (post-1995 EU), the public financing share of health expenditure is on average 76.9%.

Italy is an exception, considering that since 2011 the public financing share has been progressively decreasing: the public coverage gap is 6.3 percent below the average of the pre-1995 EU countries and 1.1 percent below the average of the post-1995 EU countries.

At the national level, the standard healthcare requirement to which the State contributes increased - in the 2013-2019 period - by 1.1% on average per year. In the 2019-2021 period, it increased by 3.3% on average per year, and then settled at 2.8 percent in the 2021-2023 period.

In terms of actual financing, the increase between 2013 and 2023 was 1,0% on average per year, up by 3.5% in the 2019-2021 period, and by 2.3% in the 2021-2023 period.

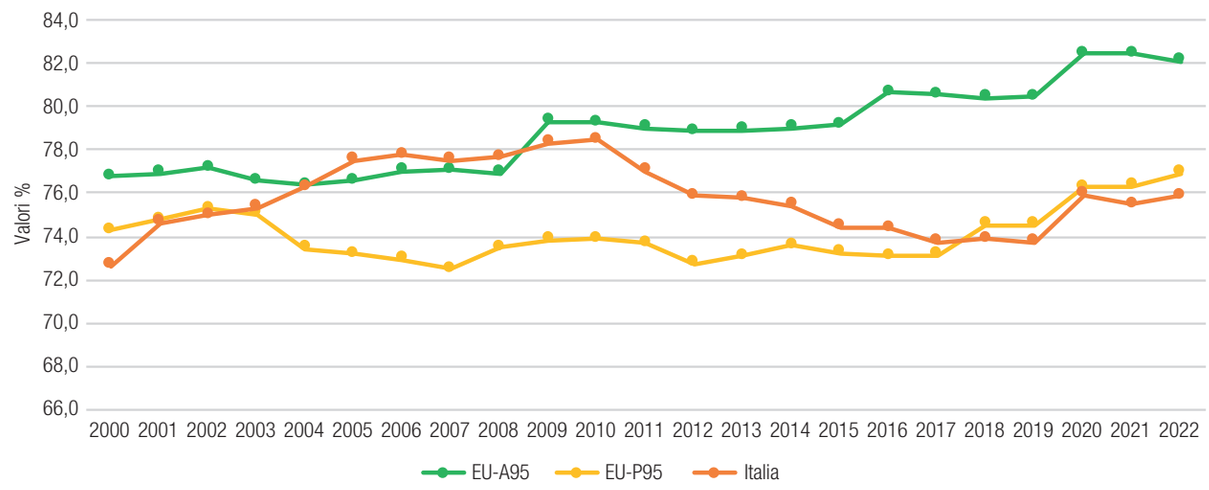
In 2022, 94.7 percent of "actual financing" was covered by allocated resources, and 5.3% by the healthcare agencies' own revenues, of which 1.6% were the so-called "crystallised" ones.

Own revenues include citizens' cost-sharing. Co-payments on specialist outpatient services provided in public facilities, emergency room ones and others referring to minor services, together amounted to 0.8% of the "actual financing" (up by 0.1 percent compared to 2017), and to 15.6% of own revenues (down by 2.2 percent compared to 2017).

In per-capita terms, against a regional average funding of € 2,135, we saw a fluctuation of € 236.6 (11.5%).between the Region with the highest and the Region with the lowest value.

Considering the statistical correlation recorded at a European level between health expenditure and GDP, in view of bringing the Italian figure into line with European behaviour, the expenditure should settle at a 9.7% incidence on GDP, which is 1.8% lower than the average of the pre-1995 EU countries. Assuming, in a fully conservative manner, that private health expenditure per-capita remains constant, the financing should rise to € 148 billion, with a 7.6% incidence on GDP.

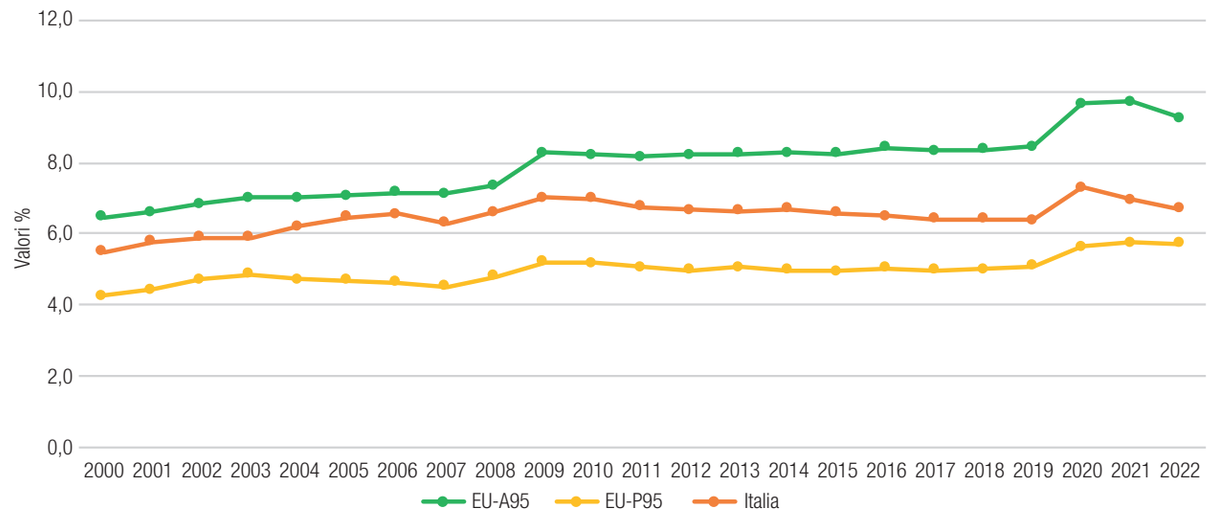
KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023- © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, nei Paesi EU-Ante 1995, il settore pubblico fa fronte, in media, all'82,1% della spesa sanitaria corrente, in quelli EU-Post al 76,9%; in Italia il valore è al 75,9%. Nei Paesi EU-Ante 1995 la quota di finanziamento pubblico è aumentata anche negli anni di massima crisi, ad eccezione di una lieve flessione tra il 2011 ed il 2013; in quelli EU-Post 1995 ha evidenziato un *trend* oscillante fino al 2017, anno dopo il quale ha cominciato a crescere. Fa eccezione l'Italia, dove la quota pubblica, dal 2011 al 2019, si è contratta, crescendo nuovamente nel 2020 per, poi, cedere circa mezzo p.p. nel 2021 e tornare nel 2022 sul medesimo livello del 2020 (75,9%). Il *gap* di finanziamento fra i Paesi EU-Ante 1995 e l'Italia era di 4,1 p.p. nel 2000 e si è allargato sino a 6,3 p.p. nel 2022. Il differenziale tra l'Italia e i Paesi EU-Post 1995 ammontava a 1,1 p.p. nel 2000 ed è salito a 1,6 p.p. nel 2022.

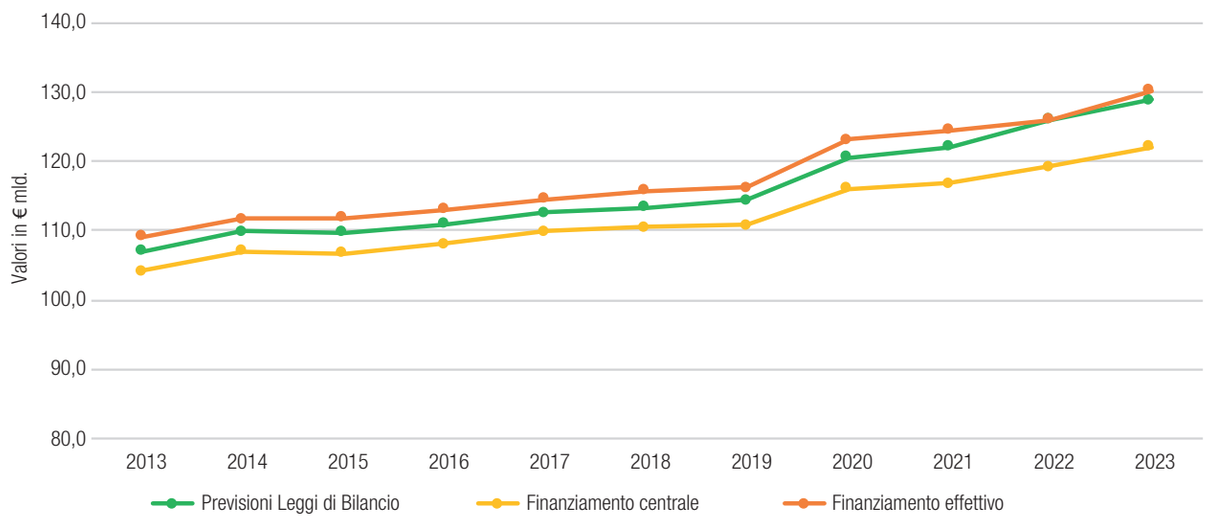
KI 2.2. Incidenza del finanziamento pubblico sul PIL



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023- © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, il finanziamento pubblico della sanità in Italia assorbe il 6,7% del PIL nazionale contro una media dei Paesi EU-Ante 1995 pari al 9,3% e una media dei Paesi EU-Post 1995 pari al 5,7%. Rispetto al 2000, in Italia l'incidenza è aumentata di 1,2 p.p., mentre nei Paesi EU-Ante 1995 è in media aumentata di 2,8 p.p. e in quelli EU-Post 1995 di 1,5 p.p.. Il differenziale di incidenza Italia vs i Paesi EU-Ante 1995 è aumentato da 1,0 p.p. nel 2000 a 2,6 p.p. nel 2022, mentre il *gap* positivo nei confronti dei Paesi EU-Post 1995 si è ridotto da 1,2 p.p. del 2000 a 1,0 p.p. nel 2022.

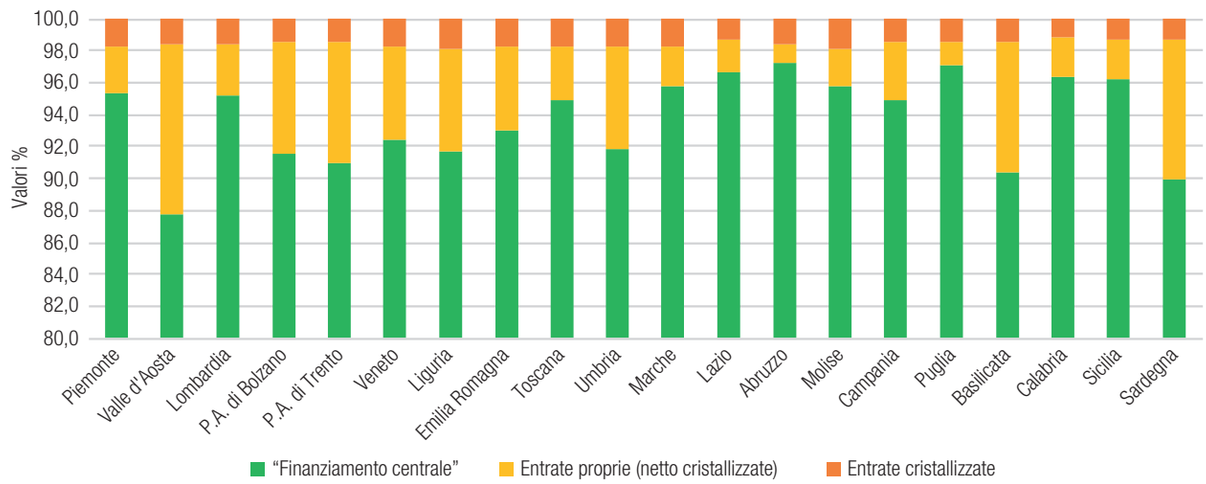
KI 2.3. *Trend* del processo di finanziamento del SSN



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, Ragioneria Generale dello Stato, Conti Economici delle Aziende Sanitarie, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022 il fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è stato pari a € 126,0. Il "finanziamento effettivo" si stima si attesti anch'esso a € 126,0 mld.. Nell'ultimo decennio il fabbisogno sanitario nazionale *standard* si è incrementato del +1,9% medio annuo. Il "finanziamento centrale", è cresciuto del +1,6% medio annuo, mentre il "finanziamento effettivo" si stima del +1,8%.

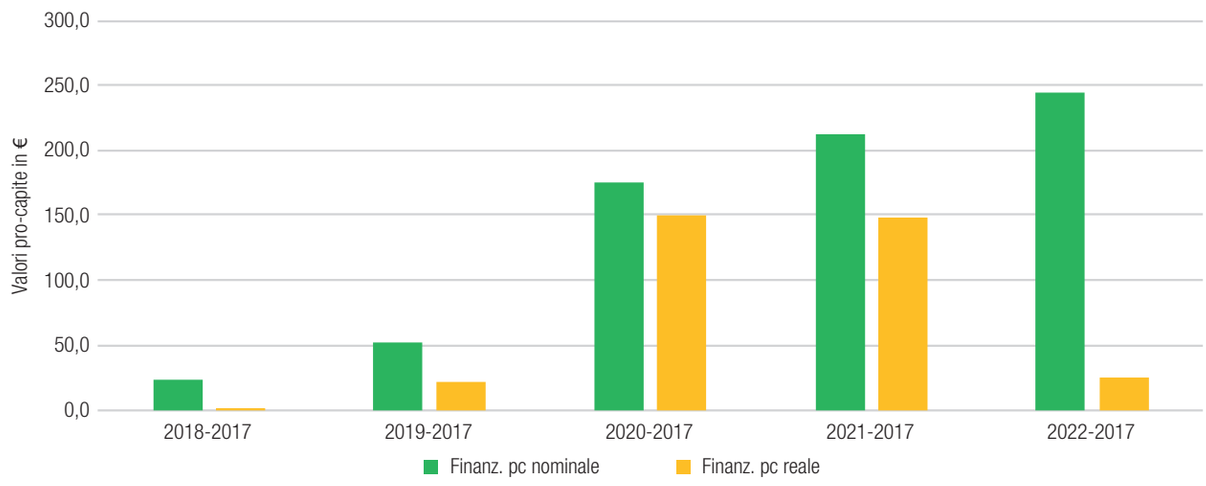
KI 2.4. Composizione finanziamento "effettivo". Anno 2022



Fonte: elaborazine su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, il "finanziamento effettivo" è stato coperto per il 94,7% dalle risorse ripartite e per il 5,3% dalle entrate proprie delle Aziende Sanitarie, di cui l'1,6% attribuibile alle cosiddette entrate cristallizzate. Nelle Regioni settentrionali il le risorse ripartite rappresentano mediamente il 93,8%; in quelle centrali raggiunge il 95,6% e in quelle meridionali arriva al il 95,4%. In modo complementare le entrate proprie regionali (al netto di quelle cristallizzate) incidono mediamente per il 4,5% sul "finanziamento effettivo" nel Nord, per il 2,8% nelle Regioni centrali e per il 3,3% in quelle meridionali.

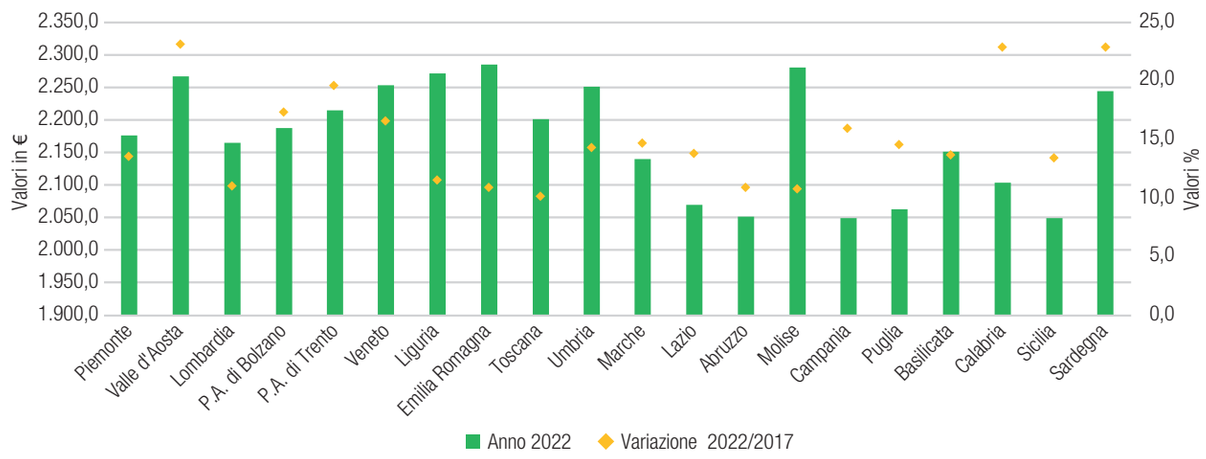
KI 2.5. Finanziamento "effettivo" pro-capite nominale e reale



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

Nell'ultimo quinquennio il finanziamento "effettivo" pro-capite nominale della Sanità è cresciuto di € 244,2 (+2,5% medio annuo). In termini reali (deflazionando con il valore del FOI), la variazione risulta pari a € 24,3 (+0,3% medio annuo).

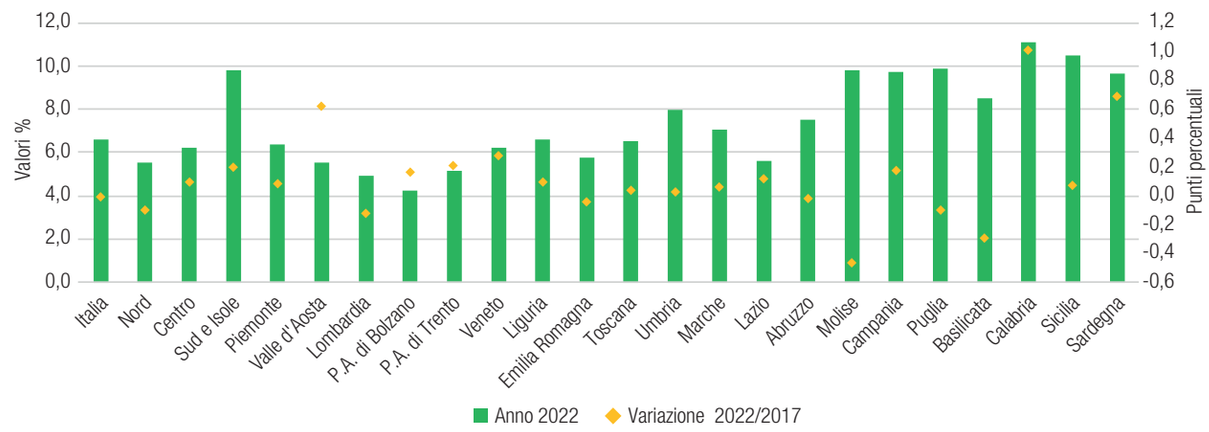
KI 2.6. Finanziamento "effettivo" pro-capite



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

Nel 2022, il finanziamento "effettivo" pro-capite medio nazionale è stato di € 2.135,0, in crescita dell'1,5% rispetto all'anno precedente e del 2,5% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato (Emilia Romagna), e quella con il finanziamento minore (Sicilia), lo scarto in termini assoluti è pari a € 236,6, pari all'11,5%. Nell'ultimo quinquennio le Regioni che hanno registrato il maggiore aumento del finanziamento sono state la Valle d'Aosta, Calabria e Sardegna (+4,2% medio annuo); all'estremo opposto la Toscana con un incremento pari al +2,0% medio annuo.

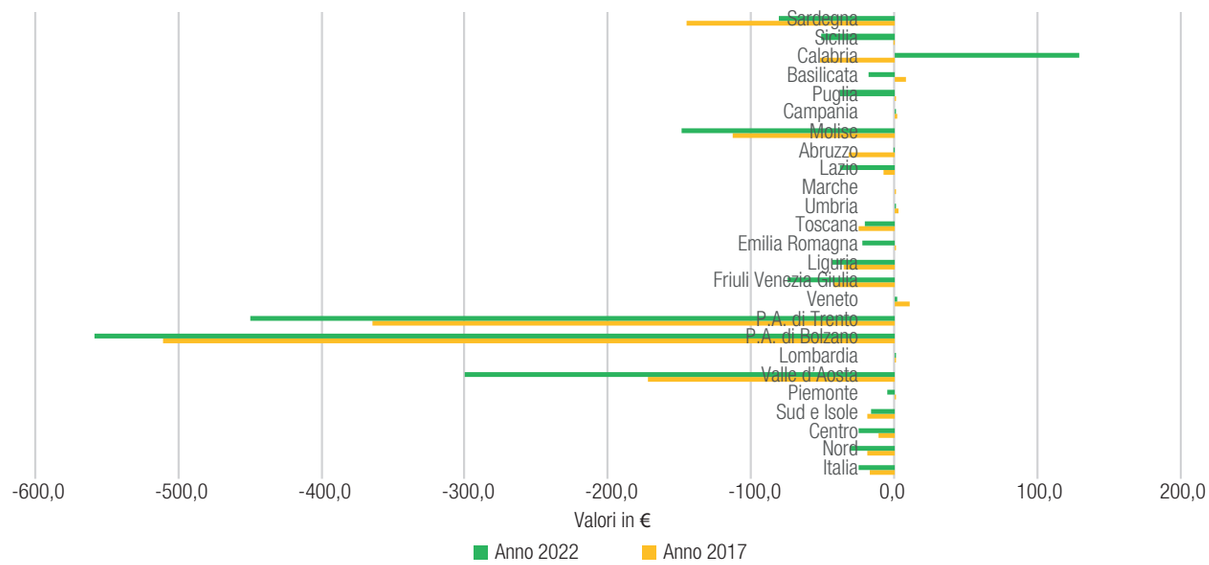
KI 2.7. Finanziamento regionale su PIL



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

Nel 2022, l'incidenza media nazionale del finanziamento "effettivo" sul PIL è pari al 6,6%, sostanzialmente stabile nell'ultimo quinquennio. Nel meridione l'incidenza è in media pari al 9,8% del PIL , +0,2 punti percentuali nell'ultimo quinquennio; nelle Regioni del Nord al 5,5% (-0,1 punti percentuali); in quelle centrali al 6,2% (+0,1 punti percentuali). La Regione con la massima incidenza sul PIL è la Calabria con l'11,1% (+1,0 punti percentuali nel quinquennio); quella con l'incidenza minore è la P.A. di Bolzano con il 4,2% (+0,2 punti percentuali).

KI 2.8. Risultato di esercizio pro-capite



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

Nel 2022, quindici Regioni registrano un risultato di gestione negativo. In termini pro-capite, il disavanzo nell'ultimo quinquennio è aumentato di € 7,3 (ovvero del 41,2%). Nelle Regioni del Nord il deficit pro-capite è pari € 30,9 in aumento del 60,4% nell'ultimo quinquennio; nelle Regioni del Centro a € 24,9 (+121,1%); infine, nelle Regioni del Meridione risulta pari a € 16,7 pro-capite (in riduzione del 13,1%).

Capitolo 3

La spesa
Health expenditure

3a. L'evoluzione della spesa:
confronti internazionali e nazionali
English Summary

3b. Il personale del SSN
English Summary

3c. L'*appealing* della professione sanitaria:
evidenze da una *survey* somministrata ai medici
English Summary

3d. L'evoluzione del personale infermieristico
English Summary
Key Indicators

CAPITOLO 3
La spesa

Il capitolo 3 affronta il tema della spesa sanitaria effettuando, come di consueto, un confronto dei livelli e della dinamica della spesa sanitaria nazionale con quella degli altri Paesi europei. Della spesa viene, inoltre, analizzata la composizione; infine, si stima il valore complessivo della spesa socio-sanitaria (Capitolo 3a).

Il capitolo comprende poi una analisi (Capitolo 3b) dedicata all'evoluzione delle dotazioni organiche del Servizio Sanitario Nazionale italiano, anche alla luce delle evidenze disponibili per gli altri Paesi europei.

Il capitolo 3c ospita i risultati di una *survey* promossa da FNOMCeO e C.R.E.A. Sanità, finalizzata a indagare le percezioni dei medici relativamente alle prospettive e all'appealing della professione.

Il capitolo 3d, infine, offre una analisi dell'evoluzione del personale infermieristico.

CHAPTER 3
Health expenditure

Chapter 3 deals with the issue of health expenditure by making - as usual - a comparison between the levels and trends of national health expenditure and those of other European countries. The composition of expenditure is also analysed. The total value of social-health expenditure is finally estimated (Chapter 3a).

The Chapter also includes an analysis (Chapter 3b) devoted to the evolution of staffing levels in the Italian National Health Service (NHS), also in light of the evidence available for other European countries.

Chapter 3c shows the results of a survey sponsored by FNOMCeO and C.R.E.A. Sanità, designed to investigate physicians' perceptions regarding the prospects and attractiveness of the medical profession.

Chapter 3d offers an overview of the evolution of nursing staff.

CAPITOLO 3a
L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e nazionali

Ploner ME.[1], Polistena B.[2]

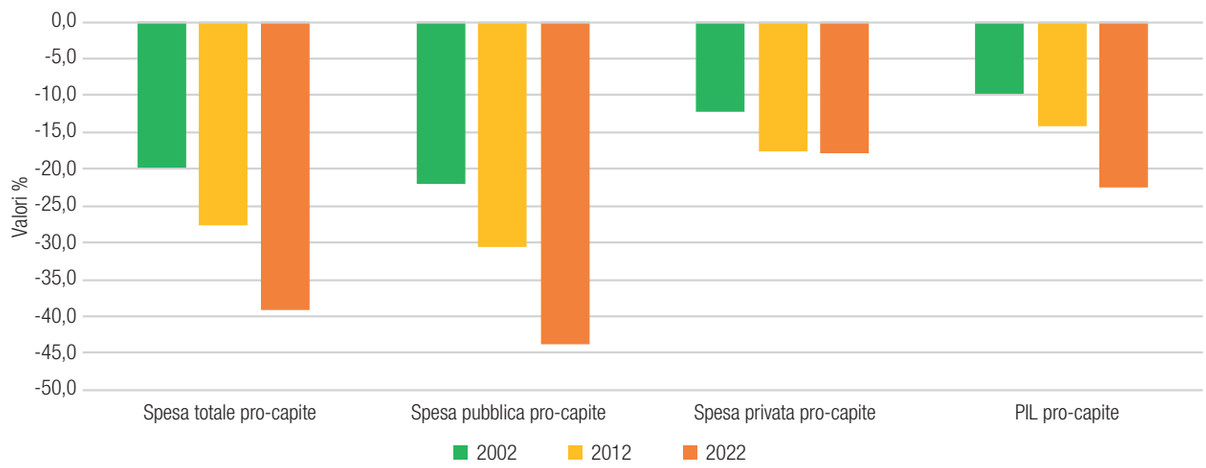
3a.1. Il contesto internazionale

Nel 2022, la spesa sanitaria corrente italiana (pubblica e privata) è risultata di € 171,9 mld., pari a € 2.911,5 pro-capite: secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), il livello è inferiore del 39,2% rispetto alla media (€ 4.792,1) dei (rimanenti) Paesi entrati nella Unione Europea prima del 1995[3] (EU-Ante 1995) (Figura 3a.1.) e superiore del 98,3% rispetto alla media (€ 1.468,3) dei Paesi entrati nella Unione Europea dopo il 1995[4] (EU-Post 1995).

Il *gap* (negativo) rispetto a EU-Ante 1995 si è ulteriormente allargato di 0,6 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2021, così che, rispetto al 2000, la forbice si è incrementata di 18,1 p.p..

Rispetto a EU-Post 1995, il *gap* (positivo) si riduce: nel 2022 la nostra spesa è maggiore del 98,3%, ma rispetto al 2000 il "vantaggio" si è ridotto di 355,9 p.p., di cui 18,5 p.p. nell'ultimo anno.

Figura 3a.1. *Gap* (Italia vs EU-Ante 1995) della spesa sanitaria corrente e del PIL



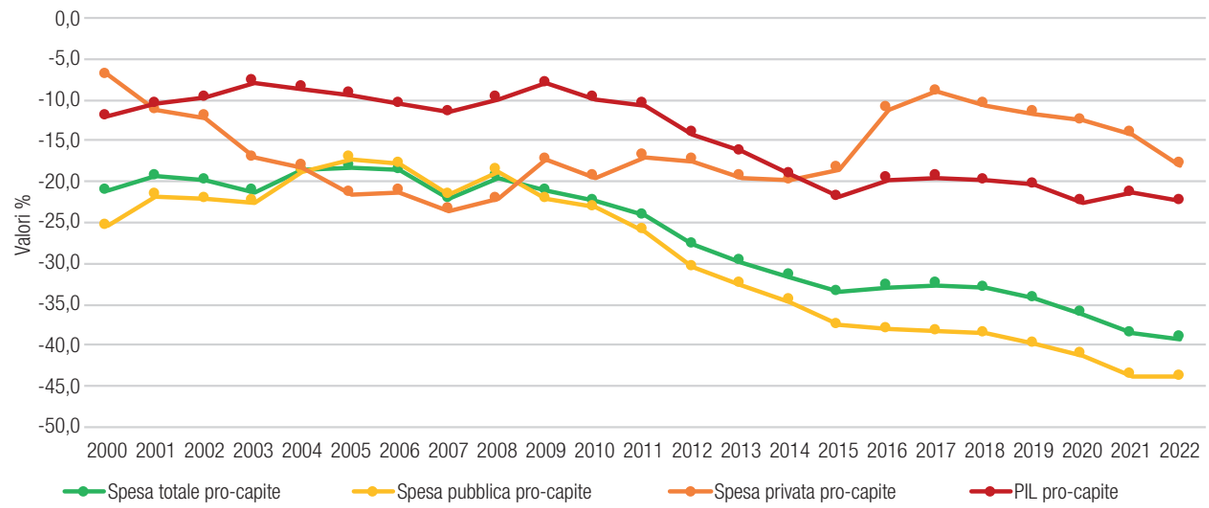
Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

[1] C.R.E.A. Sanità
[2] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[3] Si fa riferimento a: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia
[4] Si fa riferimento a: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. Si tenga presente che nell'analisi non sono stati considerati i seguenti Paesi: Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania in quanto non sono disponibili i dati relativi all'intero arco temporale analizzato

Nell'ultimo anno, la spesa sanitaria pro-capite del nostro Paese è cresciuta del +2,6%, contro una media del +3,7% degli altri Paesi EU-Ante 1995; tra il 2000 ed il 2022, la crescita media annua italiana è stata pari al +2,6%, -1,2 p.p. per anno in meno della media (+3,8%) degli altri Paesi EU-Ante 1995 (Figura 3a.2.). La crescita della spesa totale pro-capite nei Paesi EU-Post 1995 è stata significativamente maggiore, pari al 12,2% nell'ultimo anno, con un incremento medio annuo tra il 2000 e il 2022 del 7,5%, 4,9 p.p. per anno superiore a quello italiano. (Figura 3a.3.).

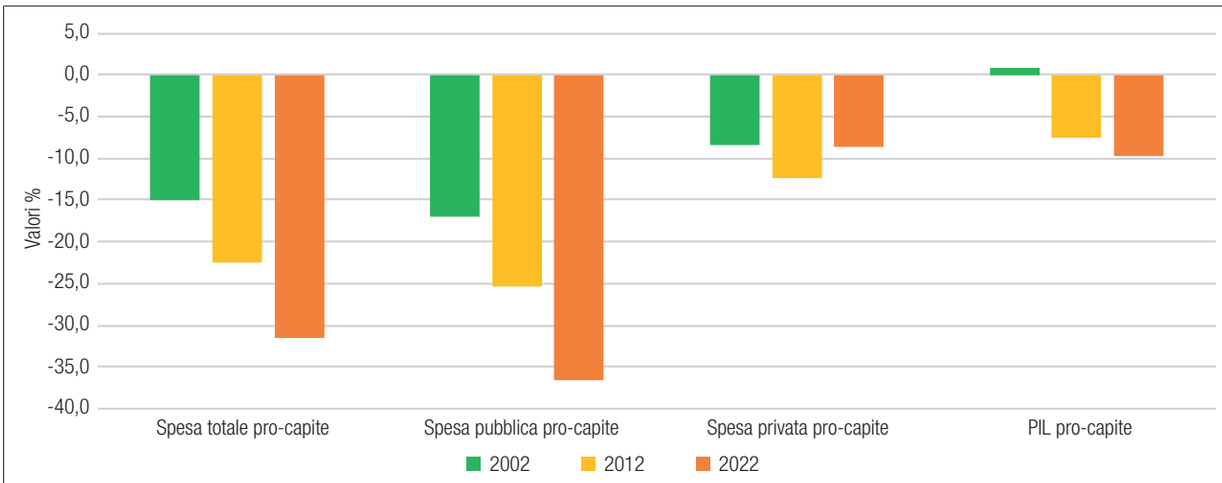
Adottando per i confronti la spesa pro-capite in €-PPP (*Purchasing Power Parity*) i risultati non cambiano significativamente: lo scarto negativo tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 tra il 2000 ed il 2022 risulta cresciuto di 19,3 p.p. (sebbene nell'ultimo anno abbia presentato una riduzione pari a 0,4 p.p.), passando dal -12,1% del 2000 al -31,5% del 2022 (Figura 3a.4.).

Figura 3a.2. *Trend* del *gap* Italia vs EU-Ante 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite



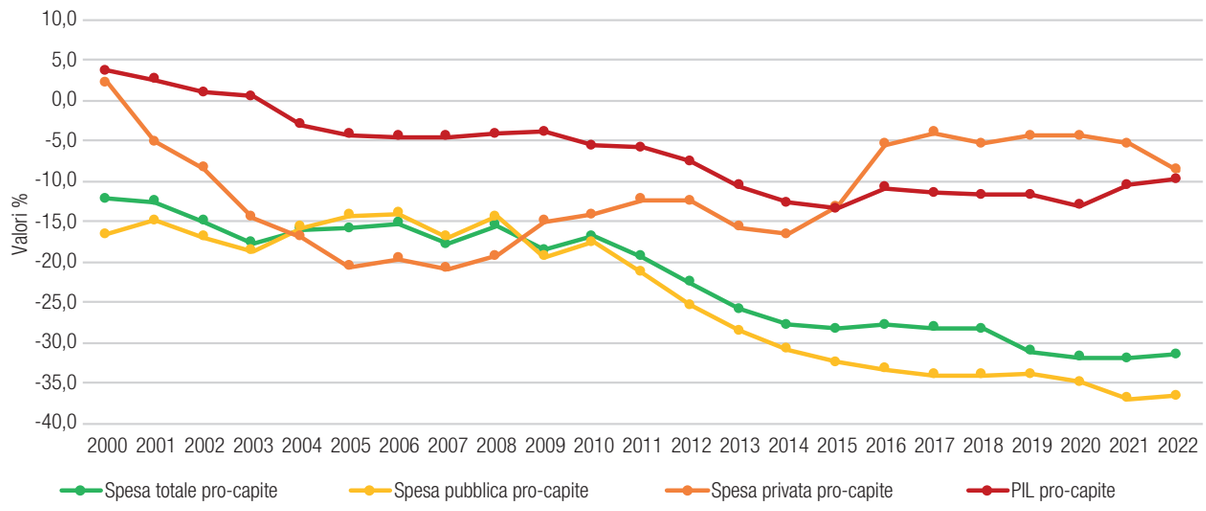
Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.3. *Gap* (Italia vs EU-Ante 1995) della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite espressi in €-PPP



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.4. *Trend* del *gap* Italia vs EU-Ante 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite espressi in €-PPP



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Analogamente, i confronti in €-PPP rispetto ai Paesi EU-Post 1995, fanno registrare una spesa maggiore del +32,8% nel 2022, ma con una flessione di 5,4 p.p. sul 2021 e di oltre 146,0 p.p. rispetto al 2000.

Si conferma, altresì, che il *gap* nella spesa sanitaria si allarga più velocemente di quello che si determina nel Prodotto Interno Lordo (PIL): quest'ultimo, in Italia, in termini pro-capite, ha registrato una crescita media annua dell'1,9%, verso il 2,5% medio annuo nei Paesi EU-Ante 1995.

In altri termini, il nostro PIL è ormai minore del 22,5% rispetto ai Paesi di confronto, *gap* in crescita di 1,1 p.p. sull'anno precedente e di 10,4 p.p. rispetto al 2000. Si conferma anche per il PIL che le analisi in €-PPP danno risultati dello stesso segno: la forbice tra l'Italia e i restanti Paesi EU-Ante 1995 risulta pari al -9,7% nel 2022, valore in ogni caso in crescita rispetto al 2000 (+13,4 p.p. essendo nel 2000 a vantaggio dell'Italia), ma in diminuzione rispetto al 2021 (-0,8 p.p.).

Rispetto ai Paesi dell'area EU-Post 1995, il *gap* in termini di PIL pro-capite nel 2022, sebbene sia a vantaggio dell'Italia (+ 67,2%), risulta in flessione di 10,3 p.p. rispetto all'anno precedente e di oltre 251,0 p.p. se il raffronto avviene rispetto al 2000. In €-PPP, nel 2022, il "vantaggio" dell'Italia verso i Paesi EU-Post 1995 è del +20,3%: vantaggio che, tuttavia, si conferma in progressivo esaurimento (ammontava al +21,3% nel 2021 e al +132,4% nel 2000).

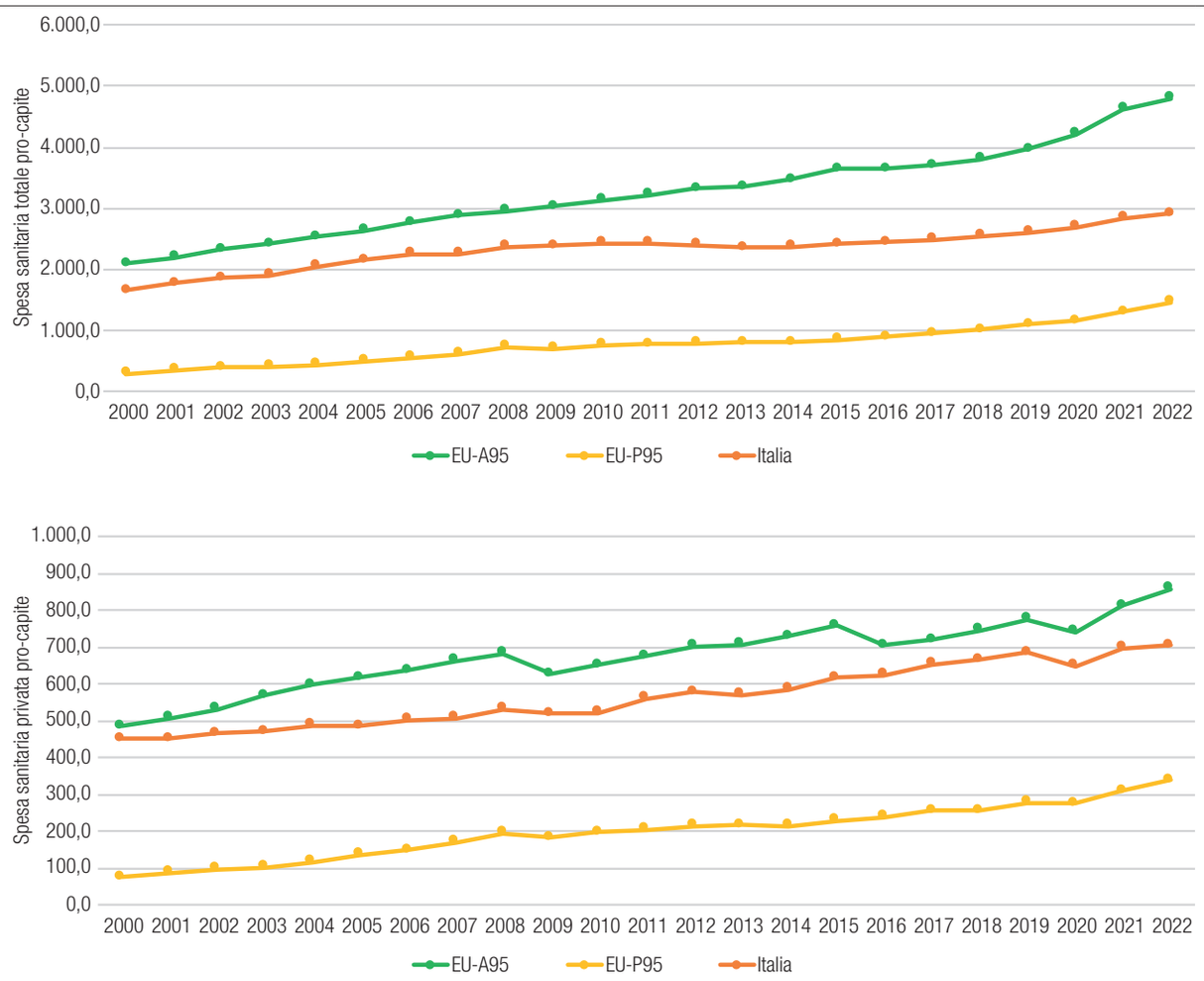
I *gap* di spesa sanitaria evidenziati (come più volte ricordato nelle precedenti edizioni del Rapporto), sono in larga misura condizionati dagli andamenti della componente pubblica di spesa.

Infatti, il divario tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995, in termini di spesa sanitaria pubblica, ha ormai raggiunto il -43,9% (tendenzialmente stabile sull'anno precedente); la crescita dello scarto, tra il 2000 ed il 2022, è stata di 18,5 p.p.. Il dato si conferma in €-PPP: il *gap* è passato dal –16,5% del 2000, al –36,5% a fine 2022, con una lieve riduzione nell'ultimo anno (-0,4 p.p.).

Allargando il confronto ai Paesi EU-Post 1995, emerge come, anche per quanto concerne la spesa pubblica, il *gap* a favore dell'Italia si stia progressivamente assottigliando: nello specifico, si osserva una riduzione di 346,4 p.p., dal +441,9% del 2000 al +95,5% nel 2022. In €-PPP, lo scarto tra Italia e Paesi EU-Post 1995 si è ridotto di oltre cinque volte rispetto al 2000: dal +172,0% al +31,6% nel 2022.

Per quanto concerne la componente privata della spesa sanitaria, il *gap* fra Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è notevolmente inferiore: -18,0%.

Figura 3a.5. Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite, Italia vs EU-Ante 1995



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Anche il *gap* della spesa privata è cresciuto nel periodo 2000-2007 (in larga misura per effetto dell'abolizione dei *ticket* nel 2001), per poi avere un andamento oscillante fino al 2017, anno dopo il quale ha cominciato a crescere nuovamente: nell'ultimo anno lo scarto tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è aumentato di 3,8 p.p..

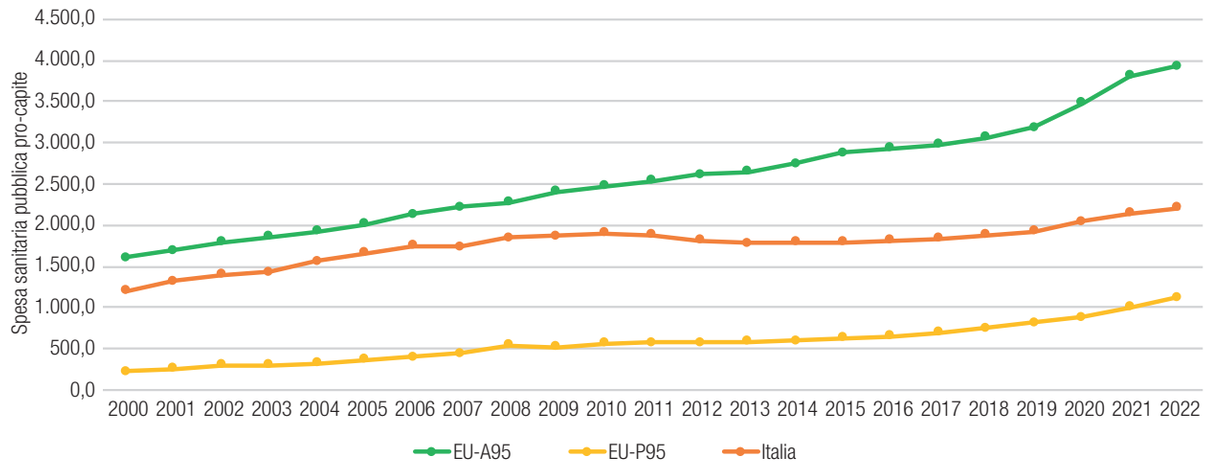
Anche in €-PPP, la spesa privata in Italia risulta sostanzialmente inferiore a quella degli altri Paesi EU-Ante 1995, risultando nel 2022 minore del -8,7%, valore in crescita di 3,3 p.p. rispetto all'anno precedente.

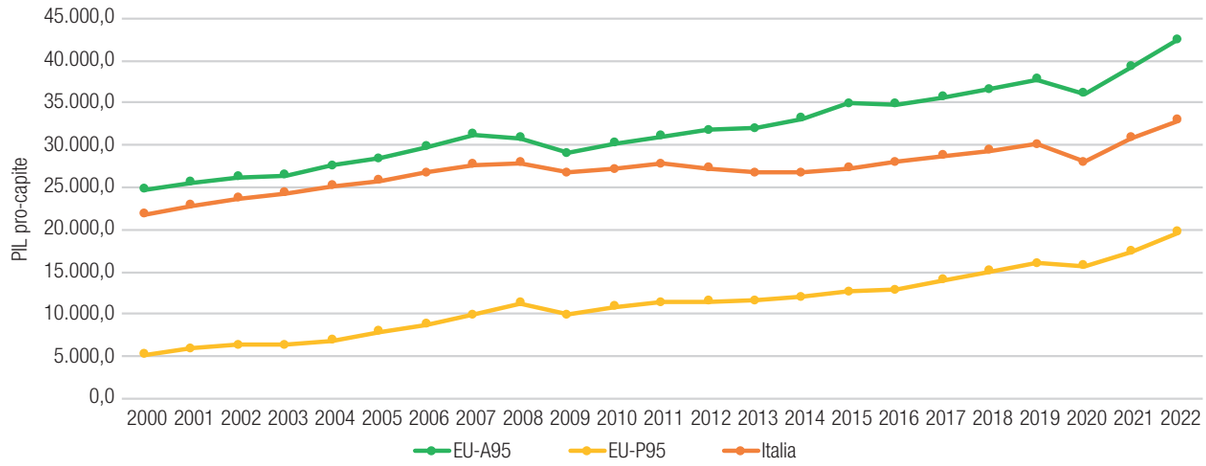
Come segnalato nel capitolo dedicato all'analisi del finanziamento, l'onere lasciato a carico delle famiglie per l'assistenza sanitaria è in Italia tendenzialmente maggiore che negli altri Paesi, e palesa a partire dal 2017 una tendenza ad un progressivo inasprimento.

In linea generale, tra il 2000 e il 2014 il *gap* (negativo) in termini di spesa privata tra Italia e Paesi EU-Ante 1995 è stato maggiore del *gap* rilevabile in termini di PIL pro-capite: un differenziale che appare compatibile con l'esistenza di una "ampia" copertura da parte del SSN.

A partire dal 2015 il differenziale, però, si inverte: lo scarto in termini di spesa privata comincia ad essere inferiore a quello del PIL pro-capite.

Sebbene attualmente, il differenziale di spesa privata italiana sia approssimativamente pari a quello del PIL, dopo il 2014/2015 le famiglie italiane hanno





mostrato una propensione, o forse si dovrebbe dira la necessità, a spendere privatamente per la Sanità maggiore che negli altri Paesi EU-Ante 1995.

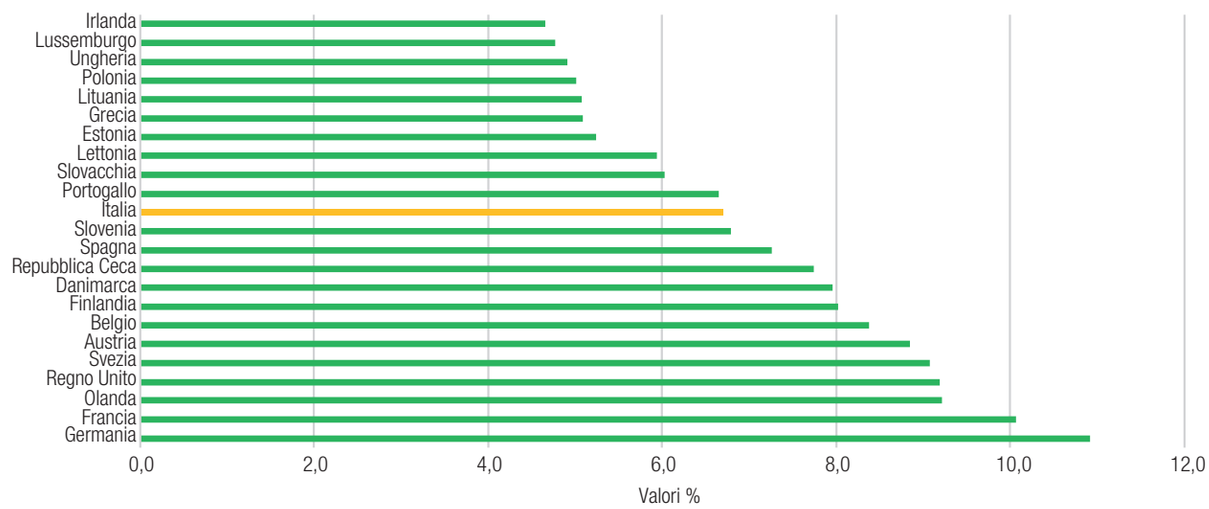
In sintesi, dai confronti dell'Italia con gli altri Paesi EU emerge che nel 2022:

- la spesa sanitaria italiana perde ancora terreno rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 e si assottiglia il "vantaggio" rispetto a quelli EU-Post 1995
- in termini di spesa pubblica, la forbice che si è generata nel tempo verso i Paesi EU-Ante 1995è ancora maggiore, come anche la perdita del "vantaggio" rispetto ai Paesi EU-Post 1995
- i livelli di spesa privata italiana, dopo il 2014/2015, sembrano indicare che il SSN, pur globale e universalistico, non riesce a fornire una tutela maggiore di quella in media offerta dagli altri sistemi EU
- il *trend* di crescita della spesa corrente in Italia, malgrado sia stato più dinamico di quello del PIL, è risultato mediamente inferiore sia a quella dei Paesi EU-Ante 1995, che a quella dei Paesi EU-Post 1995.

Nel complesso, dal 2008 è apprezzabile una tendenza al "distacco" dell'Italia dai livelli di spesa sanitaria dei Paesi EU-Ante 1995 ed un contestuale "progressivo avvicinamento" ai valori dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 3a.5.); tendenza che si è confermata nell'ultimo anno, avendo l'Italia fatto registra-

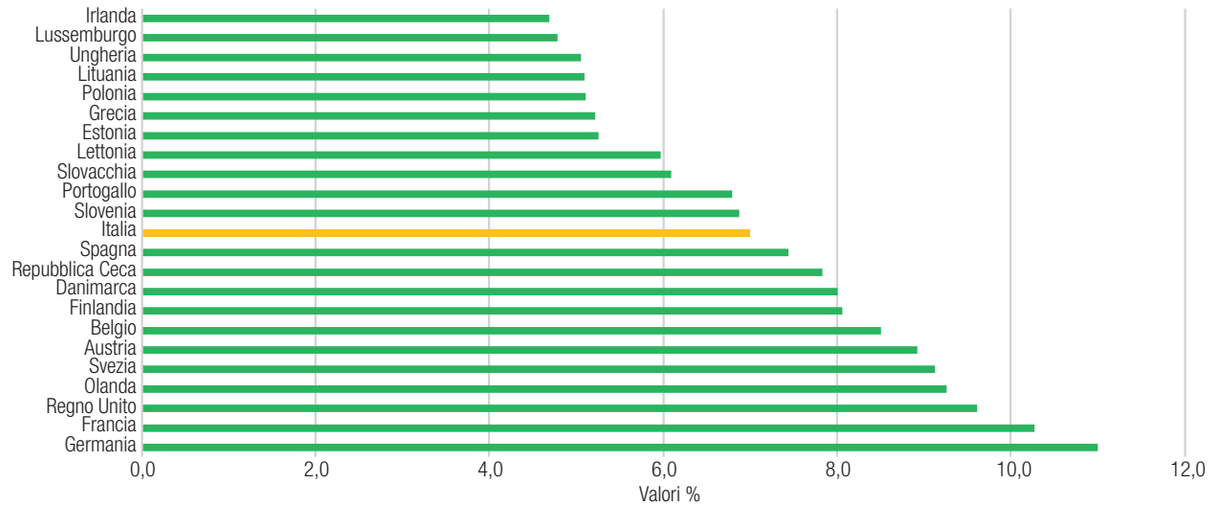
re un tasso di crescita della spesa sanitaria totale pro-capite inferiore rispetto a quello degli altri Paesi europei (+2,6% Italia vs +3,7% Pesi EU-Ante 1995 e +12,2% dei Paesi EU-Post 1995) e anche una crescita del PIL pro-capite più contenuta (+7,0% Italia vs +8,4% EU-Ante 1995 e +13,6% EU-Post 1995). Da evidenziare, in ogni caso, come nell'ultimo anno la minor crescita della spesa sanitaria totale dell'Italia rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 sia da attribuire sostanzialmente all'allargamento del differenziale sul fonte della spesa privata piuttosto che su quello della spesa pubblica da cui si potrebbe desumere una difficoltà delle famiglie a sostenere alcune spese (cfr. Capitolo 5a). Sulla spesa sanitaria privata, tuttavia, va espressa una nota di cautela, in quanto, a partire dal 2012, si evidenzia un disallineamento tra la spesa sanitaria delle famiglie utilizzata da OECD e quella indicata nella contabilità nazionale dell'Istat che, per il 2022, risulta inferiore di circa € 1,4 mld..

Figura 3a.6. Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL



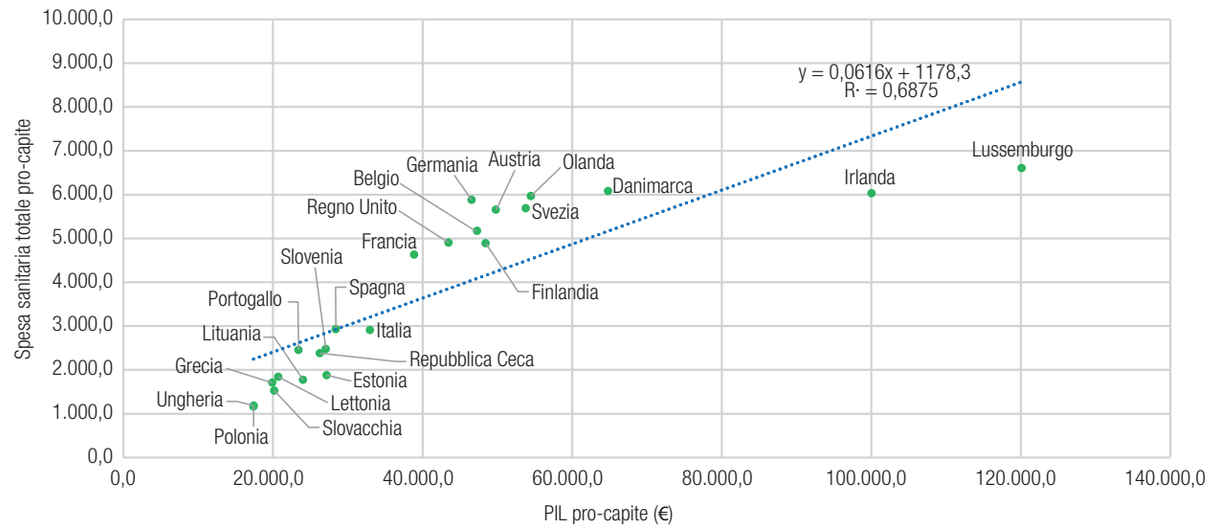
Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.7. Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL al netto degli interessi sul debito



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.8. Spesa sanitaria totale vs PIL (valori pro-capite)



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, in Europa si attesta, nel 2022, all'8,7%. Nei Paesi EU-Ante 1995, l'incidenza arriva al 9,3% e nei Paesi EU-Post 1995 al 5,7% con un *gap* di 3,6 p.p.. L'Italia ha destinato alla spesa sanitaria pubblica il 6,7% del proprio PIL: 2,6 p.p. in meno rispetto agli altri Paesi del blocco dell'area EU-Ante 1995; solamente Grecia, Irlanda e Lussemburgo hanno registrato quote inferiori. Le incidenze più alte sono state, invece, quelle della Germania (10,9%), della Francia (10,1%), dell'Olanda e del Regno Unito (entrambe 9,2%) (Figura 3a.6.).

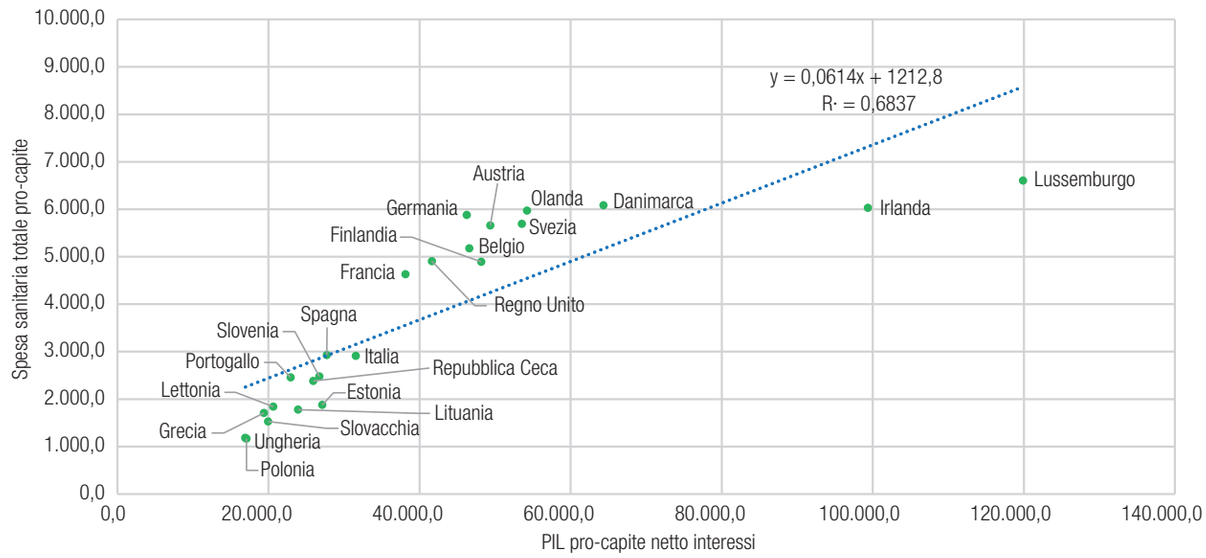
Depurando il PIL della spesa per interessi sul debito pubblico, se ne ricava che le risorse destinate alla sanità pubblica in Europa aumentano di 0,2 p.p. così come nei Paesi EU-Ante 1995: si distingue l'Italia con un incremento pari a 0,3 p.p.. L'incremento nei Paesi EU-Post 1995, invece, si ferma a +0,1 p.p. (Figura 3a.7.).

La correlazione esistente tra spesa sanitaria e PIL (entrambe espresse in valori pro-capite), sembrerebbe suggerire che l'Italia ha una spesa tendenzialmente sottodimensionata rispetto alle aspettative, ovvero rispetto alle risorse che ha disponibili: la lettura della figura 3a.8. indica che l'Italia in corrispondenza del proprio livello di PIL pro-capite potrebbe "permettersi" una spesa sanitaria pro-capite superiore a quella effettivamente sostenuta del 10,2%. Ma la lettura della figura, sembra anche indicare, come sopra cennato, che l'Italia tende ad essere molto più vicina ai Paesi del blocco EU-Post 1995 che non a quelli equiparabili per livello di sviluppo economico del blocco EU-Ante 1995.

Le medesime osservazioni possono essere tratte nel caso in cui nel confronto tra spesa pubblica e PIL non considerassimo gli interessi sul debito pubblico: difatti, la lettura della figura 3a.9. indica che l'Italia in corrispondenza del proprio livello di PIL pro-capite potrebbe "permettersi" una spesa sanitaria pro-capite superiore a quella effettivamente sostenuta del 8,2%.

L'allocazione delle risorse pubbliche (considerando la spesa delle Amministrazioni Pubbliche per funzioni relativa all'anno 2021, ultimo anno per il quale si dispone del dato), sulle diverse funzioni evidenzia, per Italia, come la "Salute" rappresenti il 13,7% della spesa pubblica totale a fronte del 16,6% medio dei Paesi EU-Ante 1995: una differenza pari a 2,9 p.p. (Figura 3a.10.).

Figura 3a.9. Spesa sanitaria vs PIL pro-capite al netto interessi sul debito



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

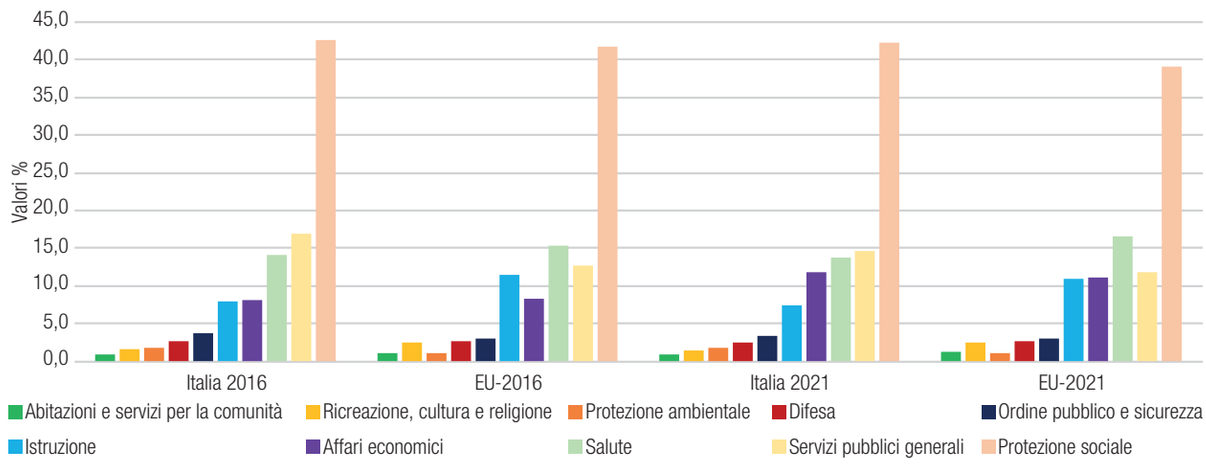
Analogamente, una differenza non trascurabile in negativo è osservabile con riferimento alla funzione "Istruzione", che pesa per il 7,4% in Italia vs il 10,9% nei Paesi EU-Ante 1995.

Di contro, per la funzione "Protezione sociale" l'Italia spende più della media dei Paesi EU-Ante 1995: +3,1 p.p..

Analogamente la funzione "Servizi pubblici generali", comprendendo l'onere del debito pubblico, assorbe una quota maggiore (+2,9 p.p.) delle risorse.

Il confronto con i Paesi EU-Ante 1995 dimostra che Sanità e Istruzione soffrono in Italia di una minore attribuzione (relativa) di risorse, per un totale di 6,4 p.p.; tale differenza viene praticamente compensata per 2,9 p.p. dall'onere per gli interessi sul debito, e per 3,1 p.p. dagli oneri della protezione sociale.

Figura 3a.10. Spesa pubblica per funzioni



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

3a.2. La spesa sanitaria nelle Regioni

L'analisi dei *trend* di spesa regionali è stata condotta riferendosi ai dati pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (Rapporto "Il monitoraggio della spesa sanitaria") e a quelli dell'Istat (Consumi delle famiglie), che differiscono rispetto a quelli OECD utilizzati nei paragrafi precedenti. Appare doveroso premettere che alla data in cui si scrive non sono ancora stati resi noti dalla Ragioneria Generale dello Stato i dati di spesa relativi al 2022: si è, pertanto, proceduto ad una stima sulla base dei dati del II trimestre dei Conti Economici degli Enti del SSN.

Con il caveat espresso, nel 2022, la spesa sanitaria italiana, pubblica e privata, risulterebbe attestarsi a € 169,1 mld., ovvero € 2.863,9 pro-capite, in aumento del 2,9% (+€ 80,8 pro-capite) rispetto al 2021. Per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, secondo le nostre stime[5], essa dovrebbe avere raggiunto € 128,9 mld., con una crescita dell'1,8% rispetto all'anno precedente, 0,6 p.p. in meno rispetto alla variazione media annua del quinquennio precedente (+2,4% medio annuo tra il 2017-2022).

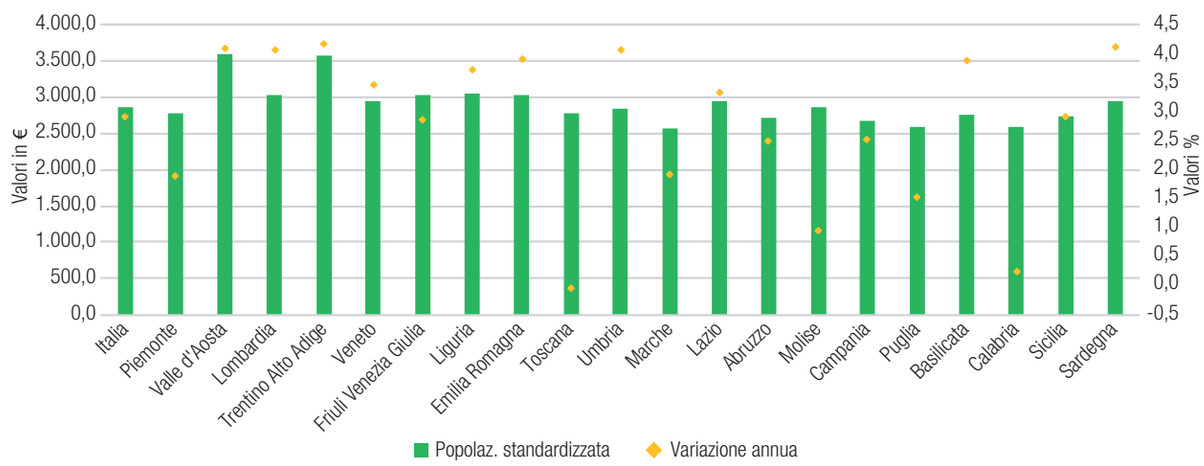
Per quanto concerne il dato pro-capite, esso risulta pari a € 2.183,9 (in aumento del 2,2% rispetto al 2021 e del 2,9% medio annuo nel quinquennio 2017-2022) (Figura 3a.11.).

Nell'ultimo decennio, la spesa pubblica pro-capite è aumentata del +19,0% in termini nominali (variazione media annua pari al +1,8%), che in termini reali[6] equivale ad una variazione media annua del +0,4% (ovvero € 68,6 pro-capite).

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata (fonte Istat), che comprende i consumi delle famiglie e le polizze assicurative individuali e collettive assicurative, essa ammonta, nel 2022, a € 40,1 mld., anch'essa in crescita rispetto al 2021 del 5,0%.

In termini pro-capite, risulta pari a € 680,0, in aumento di € 34,8 (+5,4%) rispetto all'anno precedente (era aumentata di € 42,0 nell'anno precedente).

Figura 3a.11. Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata



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

[5] Non essendo nota all'epoca in cui si scrive

[6] Il valore nominale è stato deflazionato impiegando il valore generale del FOI (indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati)

A livello regionale, la spesa pro-capite complessiva (pubblica e privata) registra valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 3.662,1 e € 3.530,1); all'estremo opposto si collocano Puglia (€ 2.538,8) e Campania (€ 2.599,8). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,44 volte ovvero € 1.123,3; anche escludendo le Regioni a Statuto Speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 598,3 (1,24 volte).

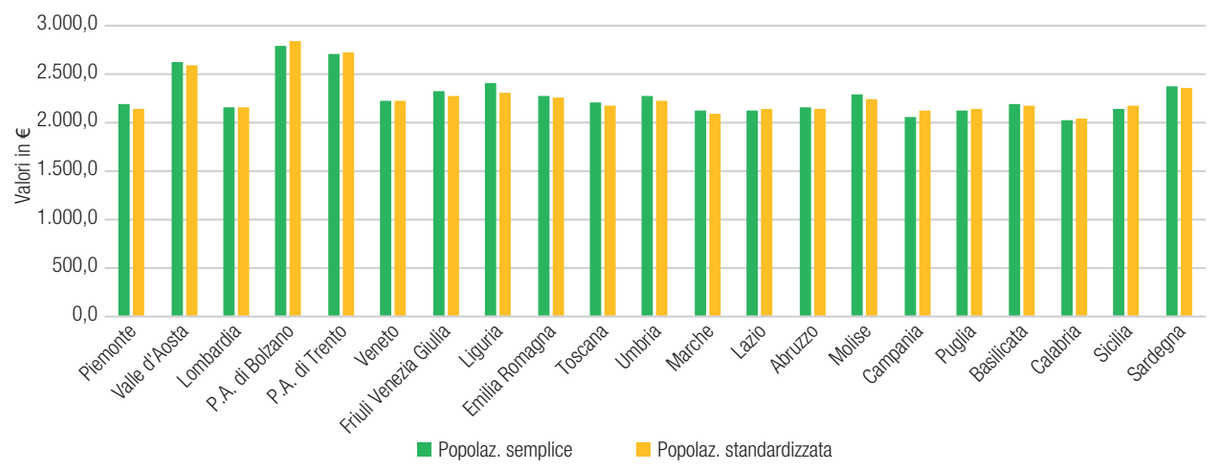
Ad analoghe conclusioni si arriva osservando i dati di spesa standardizzati utilizzando i pesi contenuti nelle delibere CIPE di riparto del finanziamento: i valori massimi di spesa si registrano in Valle d'Aosta (€ 3.596,6) e Trentino Alto Adige (€ 3.575,7), con all'estremo opposto le Marche (€ 2.561,9) e la Puglia (€ 2.595,3). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima rimane 1,4 volte, come anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza scende al 1,2 volte (Figura 3a.11.).

Nell'ultimo anno la spesa pro-capite è aumentata in tutte le Regioni ad eccezione di Molise e Sardegna, nelle quali ha evidenziato una variazione di segno negativo rispettivamente pari a -3,7% e -2,8%; quelle in cui è cresciuta maggiormente sono il Veneto (+5,9%) e la Valle d'Aosta (+4,8%); quelle, invece, in cui l'incremento è stato più contenuto sono state la Puglia (+0,4%) e il Friuli Venezia Giulia (+0,7%).

Per quanto concerne la spesa pubblica[7], essa risulta massima nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 2.797,5 e € 2.703,8 pro-capite), seguite dalla Valle d'Aosta (€ 2.632,2) e dalla Liguria (€ 2.400,5); all'estremo opposto si collocano Calabria (€ 2.020,6) e Campania (€ 2.059,4).

La differenza tra la Regione con spesa pubblica massima e minima è pari a 1,38 volte, ovvero € 777,0 pro-capite; escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza si riduce di 19,6 p.p. risultando pari al 1,19 volte (€ 380,0 pro-capite). Utilizzando nel confronto la spesa standardizzata[8], lo scarto tra la Regione con spesa pro-capite standardizzata massima (P.A. Bolzano € 2.849,1) e quella minima (Calabria € 2.040,7) sale al 1,40 volte (€ 808,4). Non considerando le Regioni a Statuto Speciale, si riduce a 1,13 volte ovvero a € 266,9 pro-capite (Figura 3a.12.).

Figura 3a.12. Spesa sanitaria pubblica pro-capite. Anno 2022



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

[7] La spesa considerata è quella che si ricava dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie

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

In particolare, a fronte di una crescita media annua della spesa pubblica del 3,2% tra il 2017 e il 2021, l'incremento nell'ultimo anno è stato pari al 2,2%. Nel complesso delle Regioni settentrionali la crescita nell'ultimo anno è stata in linea con quella verificatasi nel periodo precedente (3,1% in entrambi i periodi); nelle Regioni centrali l'incremento dell'ultimo anno ha raggiunto l'1,7% ovvero 1,4 p.p. in meno rispetto alla variazione media annua osservata tra il 2017 e il 2021; nelle Regioni meridionali, infine, la spesa sanitaria pubblica pro-capite nell'ultimo anno ha registrato un incremento dell'1,1%, in riduzione di 2,3 p.p. rispetto alla variazione media annua osservata nel periodo 2017-2021 (Tabella 3a.1.).

Tabella 3a.1. Spesa sanitaria pubblica regionale pro-capite. Variazioni annue

Regioni	2017/2012	2021/2017	2022/2021
Italia	0,6	3,2	2,2
Piemonte	0,1	3,3	0,7
Valle d'Aosta	-2,1	5,1	4,5
Lombardia	0,8	2,6	3,4
P.A. di Bolzano	1,0	4,2	-0,3
P.A. di Trento	0,1	2,5	9,6
Veneto	1,1	3,7	3,8
Friuli Venezia Giulia	-0,3	3,2	2,7
Liguria	0,7	2,8	3,8
Emilia Romagna	0,3	3,0	3,4
Toscana	0,8	3,3	-0,2
Umbria	0,6	3,5	4,5
Marche	1,0	2,8	1,2
Lazio	-1,0	3,0	2,8
Abruzzo	0,7	2,6	1,4
Molise	0,3	3,5	-1,2
Campania	0,8	3,5	0,6
Puglia	1,2	3,5	1,1
Basilicata	1,0	2,8	3,0
Calabria	0,6	2,3	-2,2
Sicilia	1,2	3,5	1,9
Sardegna	0,0	3,9	3,2

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato 2022 - @ C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, in Italia è cresciuta rispetto all'anno precedente, del 5,4% e dell'11,7% medio annuo dal 2016.

A livello regionale, i valori massimi pro-capite si rilevano in Valle d'Aosta (€ 1.029,9) e Lombardia (€ 868,1), con all'estremo opposto la Puglia (€ 453,9).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa supera l'1,26 volte (€ 576,0), valore in crescita rispetto all'anno precedente quando la differenza era pari a € 385,4.

Utilizzando la stessa standardizzazione utilizzata per la spesa pubblica, si passa da € 735,6 pro-capite della Valle d'Aosta a € 423,5 delle Campania con una differenza pari a € 312,0 (1,21 volte).

Nell'ultimo anno si è assistito ad una crescita della spesa sanitaria privata in tutte le Regioni con valori che vanno dal 4,9% in Sicilia al 5,8% in Molise.

Si noti che il 76,3% della spesa sanitaria totale pro-capite è pubblica e il 23,7% da quella privata. È, altresì, possibile apprezzare *trend* difformi tra le varie ripartizioni: la quota pubblica si attesta al 74,1% nelle Regioni del Nord, sale al 75,8% in quelle del Centro e tocca il suo valore massimo in quelle del Sud raggiungendo circa l'80,0%.

3a.3. La composizione della spesa sanitaria pubblica

Di seguito si procede ad una analisi delle componenti di spesa pubblica.

La spesa sanitaria pubblica convenzionata

Per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, nel 2021 (ultimo anno disponibile), il 32,9% è spesa cosiddetta convenzionata, ovvero per il rimborso delle erogazioni effettuate da strutture private accreditate e professionisti convenzionati.

Nell'ultimo quinquennio (2016-2021) l'incidenza della spesa convenzionata ha riportato una flessione, passando dal 35,5% del 2016 al 32,9% del 2021; in particolare, l'incidenza è diminuita in tutte le Regioni ad eccezione di Lombardia (+3,1%), Veneto (+1,3%) ed Emilia Romagna (+3,6%). Va, peraltro, evidenziato che la riduzione ha presentato intensità

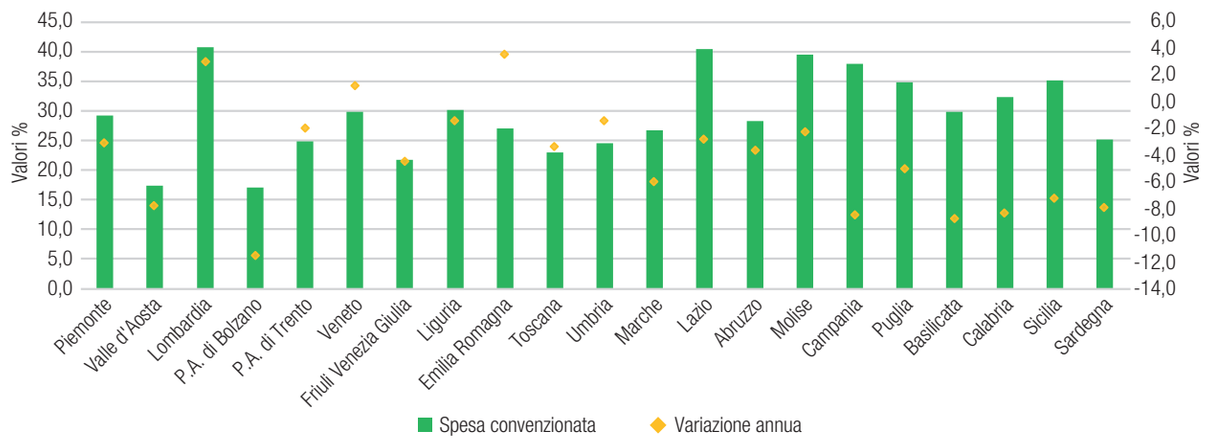
difformi: la spesa convenzionata è diminuita di oltre 11,0 p.p. nella P.A. di Bolzano, di quasi 9,0 p.p. in Campania, Basilicata e Calabria, mentre la contrazione verificatasi nella P.A. di Trento, in Liguria e Umbria è stata inferiore ai 2,0 p.p. (rispettivamente -1,9, -1,4 e -1,4 p.p.).

La spesa convenzionata, in generale, continua ad avere un peso maggiore nelle Regioni meridionali (34,3%, -6,9 p.p. rispetto al 2016) rispetto a quelle del Nord (32,4%, +0,7 p.p. rispetto 2016) e del Centro (32,0%, -3,3 p.p. rispetto al 2016) (Figura 3a.13.).

A livello di singole voci, la figura 3a.14 mostra i diversi *trend* nel periodo 2012-2022.

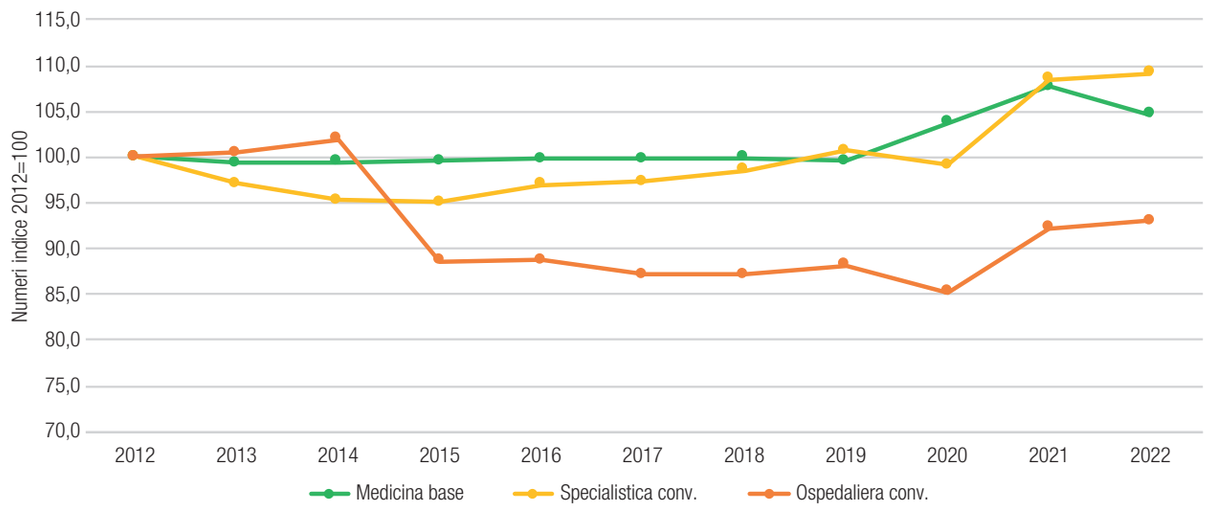
La spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica convenzionata presenta un andamento decrescente: a partire dal 2016 e fino al 2019 palesa un *trend* in crescita che si interrompe nel 2020 (l'anno dello "scoppio" della crisi pandemica); nell'ultimo biennio, invece, ha ripreso a crescere.

Figura 3a.13. Incidenza spesa sanitaria pubblica convenzionata



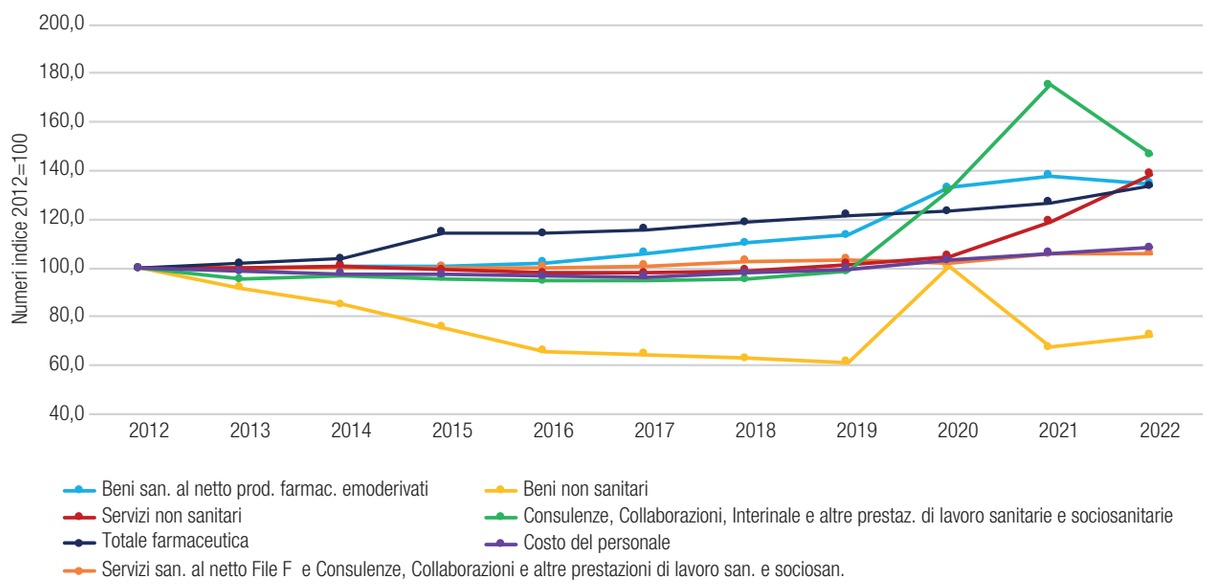
Fonte: elaborazione su dati Istat 2023- © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.14. *Trend* spesa sanitaria pubblica convenzionata



Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

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



Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2023-@ C.R.E.A. Sanità

Sul fronte dell'ospedaliera convenzionata, nel periodo preso in esame, è possibile mettere in rilievo *trend* piuttosto difformi: difatti, tale aggregato di spesa cresce tra il 2012 e il 2014, diminuisce sensibilmente a partire dal 2015 e presenta oscillazioni marginali fino al 2019. Nell'anno della pandemia, al pari della specialistica convenzionata, presenta una battuta d'arresto e nell'ultimo biennio torna a crescere. Si noti che la crescita dell'ultimo periodo non è stata sufficiente per riportare la spesa ospedaliera convenzionata sui livelli raggiunti nei primi anni del decennio analizzato.

Di contro la spesa per la medicina di base è stata sostanzialmente stabile tra il 2012 e il 2019; nel 2020 e nel 2021 evidenzia una ripresa per poi diminuire nuovamente nell'ultimo anno.

3a.4. La spesa sanitaria pubblica diretta

Sempre utilizzando numeri indice a base 2012=100, la figura 3a.15, descrive i *trend* delle singole voci di spesa pubblica diretta.

Tra il 2020 e il 2022 risulta particolarmente dinamica la spesa per l'acquisto di servizi non sanitari e quella per la farmaceutica.

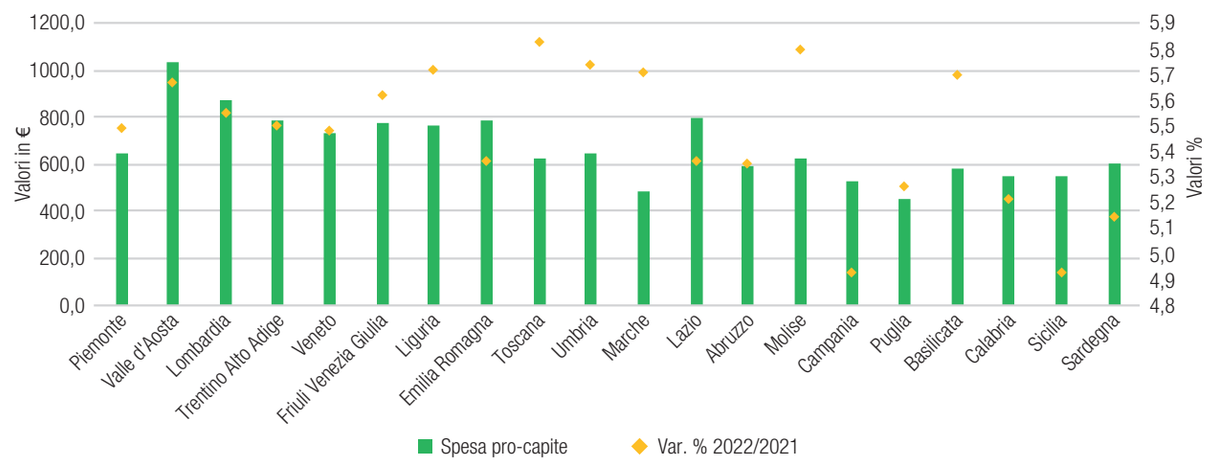
Anche la crescita della spesa per il personale risulta apprezzabile.

Nell'ultimo triennio è aumentata anche la spesa per l'acquisto di servizi sanitari, al netto della spesa per il File F e le consulenze. La spesa per l'acquisto di beni non sanitari, dopo essersi contratta tra il 2020 e il 2021, nell'ultimo anno ha evidenziato una ripresa. Infine, la spesa per l'acquisto di beni sanitari al netto di quella per prodotti farmaceutici ed emoderivati così come quella per le consulenze, dopo aver sperimentato un cospicuo incremento nel periodo 2020-2021, nell'ultimo anno è diminuita.

3a.5. La composizione della spesa sanitaria privata

Per quanto concerne la spesa privata, rimandando al 15° Rapporto Sanità (Capitolo 3a) per i dettagli metodologici, ci limitiamo ad osservare che nel 2022 la spesa OOP (€ 36,0 mld.) rappresenterebbe l'89,6% del totale della spesa privata; quella intermediata (€ 4,2 mld.) il restante 10,4% (in aumento di 0,5 p.p. rispetto all'anno precedente).

Figura 3a.16. Spesa sanitaria privata pro-capite e variazioni



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA - © C.R.E.A. Sanità

Si ricorda che, partendo dai dati Istat, si è provveduto a "nettare" la spesa *out of pocket* (OOP) dei rimborsi previsti nel caso di coperture assicurative "indirette"[9], che fanno parte della spesa intermediata.

Nell'ultimo anno considerato, in tutte le Regioni, si è registrato un incremento della spesa privata intorno al 5,0% (Figura 3a.16.).

Dalla figura 3a.17. è possibile apprezzare come il peso della intermediata, dal 2016 sia andato lentamente crescendo (+2,2 p.p. dal 2016 al 2022).

La spesa intermediata è, a sua volta, composta (anno 2022) per il 76,5% da polizze collettive (€ 3,2 mld.), in crescita del +5,0% rispetto al 2021e del +1,7% rispetto al 2016; per il restante 23,5% (€ 737,8 mln.) da polizze individuali (+33,4% rispetto al 2021 e dell'11,4% rispetto al 2016); rispettivamente +4,1 p.p e +5,4 p.p. in confronto al 2016. All'interno della spesa intermediata il peso delle polizze individuali sta quindi aumentando.

Tale crescita induce a pensare che sia in aumento la propensione degli italiani ad assicurarsi; tale scelta potrebbe derivare da una percezione di non adeguata tutela da parte del SSN.

Analizzando la composizione per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 17,1% della spesa privata nel Nord-Ovest, il 10,6% nel Nord-Est, il 10,1% nel Centro e solo il 2,6% nel Sud (Figura 3a.18.).

Nel 2022 il Trentino Alto Adige e Lombardia sono le Regioni con la quota più alta di spesa privata intermediata, rispettivamente pari al 21,0% e al 19,7%. La Sicilia risulta, di contro, essere la Regione con la quota minore di spesa intermediata, pari all'1,0%.

Nello specifico Trentino Alto Adige e Lombardia sono le Regioni con la quota maggiore di polizze collettive (rispettivamente 16,1% e 15,0% del totale spesa sanitaria privata) mentre la Sicilia quella con la quota minore (0,8%).

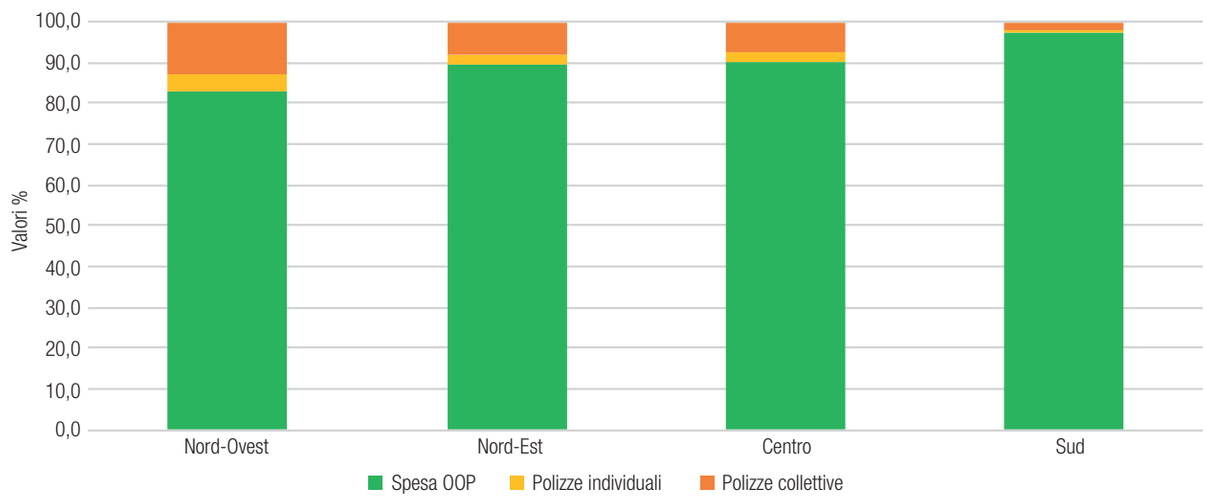
Per quel che concerne le polizze individuali, Trentino Alto Adige e Lombardia rimangono le Regioni con la quota maggiore rispetto alla spesa sanitaria totale (rispettivamente 4,9% e 4,6%); la Sicilia, la Calabria, la Campania, la Basilicata e le Marche quelle con la quota minore (inferiore allo 0,4%).

[9] Prudenzialmente si è ipotizzato che vengano gestiti in indiretta due terzi (in valore) delle coperture assicurative individuali, e la metà di quelle collettive

Figura 3a.17. Composizione della spesa sanitaria privata

Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.18. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

3a.6. La spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità

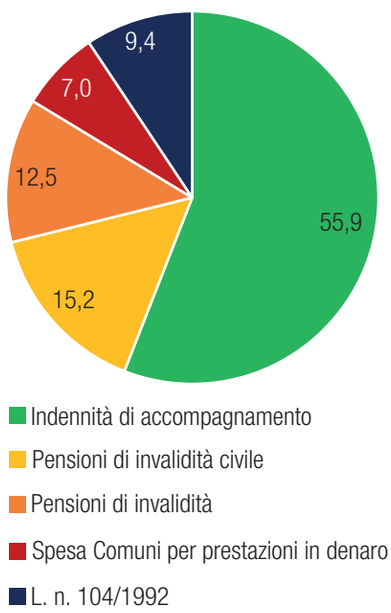
Rimandando per gli approfondimenti al Capitolo 12, annoveriamo fra le spese sociali per la non autosufficienza e la disabilità, varie indennità in denaro.

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, esse ammontano per il 2022 a circa € 21,7 mld..

Se ad esse aggiungiamo le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (di-

sabili e anziani), pari a € 1,2 mld.[10], e la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato (€ 2.432,4 mln.), si arriva ad un totale pari a € 26,0 mld. (Figura 3a.19.).

Figura 3a.19. Composizione spesa sociale per prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Valori %. Anno 2022



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

Per completare il quadro sulla spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità, ai citati benefici erogati in moneta, vanno aggiunti gli oneri relativi alle prestazioni in natura offerte dai Comuni (pari a € 622,2 mln.).

In definitiva, si stima che il complessivo onere pubblico per l'assistenza di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili) possa avere raggiunto nel 2022 i € 26,6 mld., di cui l'1,8% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,5% da quella integrata con servizi sanitari, entrambe di competenza comunale, ed il restante 97,7% riferibile al complesso delle indennità monetarie citate.

Sul versante della spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani, registriamo che, sulla base dei dati forniti dall'INPS (si veda per gli approfondimenti il Capitolo 12), si stimano, nel 2022, € 1,8 mld. di spesa *out of pocket* per badanti (Tabella 3a.2.).

Complessivamente, la spesa totale per la LTC tra il 2021 e il 2022 ha riportato una variazione negativa di circa lo 0,7%.

Infine, si noti che nelle stime non è stato considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da *caregiver* familiari: limitandoci ai soggetti non autosufficienti titolati a ricevere la indennità di accompagnamento, si stima, per il 2022, un valore di circa € 4,5 mld..

In definitiva, stimiamo che la spesa sostenuta per la LTC di tipo sociale, in Italia, sia pari a € 28,5 mld. per il 2022, pari all'1,5% del PIL.

Tabella 3a.2. Spesa totale per LTC. Anno 2022

Funzioni di spesa	€ mld.	Composizione (%)	Var. % 2022/2021
Spesa totale	28,5	100,0	-0,7
di cui pubblica per prestazioni in natura	0,6	2,2	-8,5
di cui pubblica per prestazioni in denaro	26,0	91,4	4,4
di cui privata per badanti	1,8	6,5	-41,9[11]

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

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

[11] L'elevata oscillazione sull'anno precedente è attribuibile al fatto che nella stima corrente è stato considerato anche il sommerso, ovvero i compensi erogati alle badanti "irregolari". Per maggiori approfondimenti si rimanda alla lettura del Capitolo dedicato alle prestazioni monetarie

3a.7. La spesa socio-sanitaria

Definendo "spesa socio-sanitaria" quella riferita al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non autosufficienti, nel 2022, si stima un onere pari a € 197,8 mld., ovvero € 3.351,0 per residente. Essa risulta essere composta per l'85,5% dalla spesa sanitaria e il restante 14,5% dalle prestazioni di LTC.

Tabella 3a.3. Spesa socio-sanitaria.

Funzioni di spesa	Valori assoluti (€ mld.)	Composizione (%)	Var. % 2022/2021
Spesa socio-sanitaria totale	197,8	100,0	2,2
di cui pubblica	155,8	78,8	2,4
Sanitaria	128,9	65,2	1,8
Sociale	26,9	13,6	5,2
di cui privata	41,9	21,2	1,3
Sanitaria	40,1	20,3	4,7
Sociale	1,8	0,9	-40,3

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

Tabella 3a.4. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL

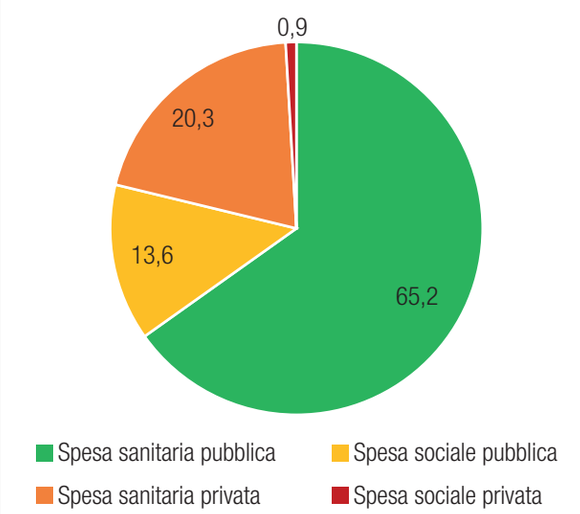
Funzioni di spesa	2016	2021	2022
Spesa socio-sanitaria totale	10,1	10,9	10,4
di cui spesa sanitaria pubblica	6,8	7,1	6,8
di cui spesa sanitaria privata	2,2	2,2	2,1
di cui LTC pubblica	1,0	1,4	1,4
di cui LTC privata	0,2	0,2	0,1

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

La copertura pubblica è del 65,2% per la parte Sanitaria e del 13,6% per quella Sociale (Tabella 3a.3. e Figura 3a.20.).

La spesa socio-sanitaria rappresenta, nel 2022, il 10,4% del PIL (-0,5 p.p. rispetto all'anno precedente), di cui il 6,8% imputabile alla spesa sanitaria pubblica (-0,3 p.p. sul 2021), il 2,1% a quella privata (-0,1 sull'anno precedente), l'1,4% ai servizi della LTC sociale pubblica (stabile sul 2021) ed il residuale 0,1% alla spesa privata per badanti (-0,1 p.p. rispetto al 2021) (Tabella 3a.4.).

Figura 3a.20. Composizione della spesa socio-sanitaria. Valori %. Anno 2022



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

3a.8. Riflessioni finali

Nel 2022, la spesa sanitaria e sociale (sia pubblica che privata) per la salute e per la LTC, complessivamente, ammontano a € 197,8 mld. (€ 3.351,0 pro-capite), pari al 10,4% del PIL (-0,5 p. p. rispetto al 2021). Tale spesa risulta essere composta per il 65,2% dalla spesa sanitaria pubblica e per il 20,3% dalla spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie; per l'85,5% si tratta di spesa sanitaria e il restante 14,5% di prestazioni sociali legate alla LTC.

La spesa sanitaria totale italiana rimane significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (-39,2%).

Anche i tassi di crescita italiani rimangono inferiori a quelli medi EU, generando un progressivo distacco dell'Italia dai livelli di spesa dei Paesi EU-An-

te 1995. Anche nell'ultimo anno, l'Italia ha registrato una crescita della spesa sanitaria totale inferiore rispetto a quella media degli altri Paesi europei di riferimento (+ 2,6% Italia vs + 3,7% Pesi EU-Ante 1995), sebbene maggiore della crescita del PIL.

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

La spesa italiana è "sottodimensionata" rispetto alle risorse disponibili: in corrispondenza del livello di PIL italiano, ci si aspetterebbe una spesa maggiore del 10,2% (8,2% nel caso si "netti" il PIL degli oneri del debito). Di fatto, in termini di incidenza della spesa sanitaria sul PIL, l'Italia si avvicina ai Paesi del blocco EU-Post 1995 più di quanto non faccia con quelli (EU-Ante 1995) equiparabili per livello di sviluppo economico .

A livello regionale, persiste una rilevante differenza nella spesa sanitaria pro-capite: la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,44 volte ovvero € 1.123,3; anche escludendo le Regioni a Statuto Speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 598,3 (ovvero di 1,2 volte).

La differenza è in larga misura ascrivibile alla componente privata: si consideri che la differenza tra la Regione con spesa privata massima e quella con spesa minima è di 1,27 volte (€ 576,0).

Un ulteriore disparità regionale è quella generata dalla struttura della spesa privata: a fronte di una quota media di spesa privata intermediata pari al 10,4%, il Trentino Alto Adige è la Regione con la quota più alta di spesa privata intermediata, (21,0%), mentre la Sicilia risulta, di contro, essere la Regione con la quota minore di spesa intermediata (<1,0%).

Riferimenti bibliografici

ANIA, Premi Danni. http://www.ania.it/it/pubblicazioni/

Istat (anni vari). Tavole statistiche varie, www.istat.it

Ministero della Salute, Fondi Sanitari Integrativi

Ministero della Salute (anni vari). "Modello di rilevazione del Conto Economico"

OECD (2016). Health Data Statistics

SDA Bocconi, (anni vari). Osservatorio sui consumi privati in Sanit*à*

ENGLISH SUMMARY

The evolution of health expenditure: international and national comparisons

In continuity with previous Reports, Chapter 3a analyses the main healthcare expenditure trends. It also analyses the composition of both public and private expenditure. It finally broadens the scope of analysis to include social expenditure on non-self-sufficiency and disability.

The comparison of expenditure trends at a European level provides a picture of Italy characterised by a health expenditure that is losing ground with respect to the pre-1995 EU countries and is seeing its "advantage" with respect to the post-1995 EU countries dwindle. Moreover, there is further widening of the gap generated over time with the pre-1995 EU countries in terms of public expenditure, for which the loss of the "advantage" with respect to the post-1995 EU countries is even greater. As far as private expenditure is concerned, after 2014/2015 it seems that the National Health Service (NHS), although comprehensive and universalistic, is not able to provide greater protection than the one provided on average by the other EU systems.

The trends of current expenditure growth in Italy, although more dynamic than the GDP ones, are on average lower than those of both the pre-1995 and the post-1995 EU countries. In terms of expenditure as a percentage of GDP, Italy's per-capita health expenditure is lower than the potentially expected 10.2%. This figure is down to 8.2% if we consider GDP net of public debt charges.

In terms of allocation of public resources, Healthcare and Education suffer in Italy from a lower (relative) allocation of resources, for a total of 6.4 percent. 2.9 percent of this difference is practically offset by the interest on debt, and 3.1 percent by the social protection charges.

At the regional level, the total per-capita (public and private) health expenditure shows a difference between the Region with the highest and the Region with the lowest expenditure equal to 1.44 times, equivalent to € 1,123.3 (1.24 times excluding the Regions with a Special Administrative Status). In terms of public expenditure, the difference between the Region with the highest and the Region with the lowest public expenditure is 1.38 times (1.19 excluding the Regions with a Special Administrative Status). The differentials between Regions are greater for private expenditure (1.26 times, 1.21 excluding the Regions with a Special Administrative Status), a value that is increasing compared to the previous year.

The public share of expenditure therefore varies between 74.1% in the Northern Regions, 75.8% in Central Italy's Regions and 80% in the South.

In terms of use, 32.9% is the so-called "spesa convenzionata", i.e. for the reimbursement of payments made by accredited private facilities and professionals working under a special agreement with the NHS. In the last five-year period (2016-2021), the incidence of this expenditure declined. In general terms, this expenditure continues to have a greater weight in Southern Regions than in 2016.

With regard to "direct" expenditure, between 2020 and 2022, the expenditure on the purchase of non-health services and on pharmaceuticals was particularly dynamic, but growth in expenditure on staff was also significant.

As regards private expenditure, out of pocket (OOP) expenditure accounts for 89.6%, and the so-called spesa intermediata (i.e. through health funds and insurance) for the remaining 10.4%, of which 76.5% is attributable to collective insurance policies (which are growing) and the rest to individual ones.

This growth leads us to think that the propensity

of Italians to take out insurance is increasing. This choice may result from a perception of being inadequately protected by the National Health Service. Analysing, however, the composition by geographical breakdown, it can be seen that the component known as spesa intermediata accounts for 17.1% of private expenditure in the North-West of Italy, for 10.6% in the North-East, for 10.1% in Central Italy and only 2.6% in the South.

Finally, defining "social-health expenditure" as the one referring to the total expenditure borne for healthcare and support to persons in fragile conditions, typically the elderly and the disabled people, who are mostly non-self-sufficient, in 2022 the cost was estimated at € 197.8 billion (€ 3,351 per-resident citizen). It was made up of 85.5% for health expenditure and the remaining 14.5% for LTC services.

The public coverage is equal to 65.2% for the healthcare component and to 13.6% for the social one.

In 2022 social-health expenditure accounted for 10.4% of GDP (-0.5 percent compared to the previous year), of which 6.8% was attributable to public health expenditure; 2.1% to private expenditure; 1.4% to public social LTC services and the remaining 0.1% to private expenditure on caregivers.

CAPITOLO 3b
Il personale del SSN

Di Luca V.[1]

3b.1. Introduzione

La forza lavoro sanitaria rappresenta una componente fondamentale del sistema sanitario italiano, contribuendo a garantire l'erogazione di servizi medici e assistenziali di qualità ai cittadini. Negli ultimi anni, sia a livello nazionale che internazionale, si è assistito a crescenti dibattiti sulla necessità di investire nella formazione, nel reclutamento e nella ritenzione del personale sanitario al fine di rispondere in modo efficace alle sfide demografiche, epidemiologiche e tecnologiche. Proprio quest'ultimo punto porta un ulteriore elemento di complessità; infatti, le continue innovazioni tecnologiche e scientifiche hanno un impatto diretto sulle competenze e sulle modalità di lavoro del personale sanitario. L'adozione di strumenti digitali, come la Telemedicina e i sistemi informativi sanitari, richiede nuove competenze e una formazione continua, al fine di garantire la sicurezza del paziente e l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

La forza lavoro sanitaria in Italia rappresenta un elemento chiave per garantire la salute e il benessere della popolazione. Le sfide e le opportunità legate alla sua gestione e formazione richiedono una visione strategica e integrata, che tenga conto delle esigenze del sistema sanitario, delle aspettative dei professionisti e dei bisogni di salute della popolazione. Solo attraverso un approccio olistico e basato sull'evidenza sarà possibile garantire un sistema sanitario resiliente, equo e di alta qualità.

3b.2. I rinnovi contrattuali

Il Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze certifica che nel 2021 la retribuzione media del comparto sanità è stata pari a € 42.400,00, in aumento del 9,0% rispetto alla retribuzione media del 2012, che valeva € 38.900,00. Andando a guardare nel dettaglio, nel medesimo arco temporale, per i medici l'aumento di retribuzione medio è stato del 16,8% (passando da € 73.845,0 a € 86.257,0), mentre per gli infermieri l'aumento è stato solo del 4,0% (da € 32.636,0 a € 33.940,0).

Nel 2022 la spesa per i redditi da lavoro dipendente nel settore sanitario è stata pari a € 40,4 mld., in aumento del 5,7% rispetto al 2021. Tale crescita è legata principalmente agli oneri, inclusivi di arretrati, dovuti al rinnovo contrattuale del personale non dirigente per il triennio 2019-2021. Per il 2023, secondo le previsioni del DEF 2023, per i redditi da lavoro dipendente si evidenzia un livello di spesa pari a € 42,2 mld., equivalente a una crescita del 4,5% rispetto al 2022. Tale aumento è influenzato dall'ipotesi di perfezionamento del rinnovo contrattuale del personale dirigente degli enti del SSN per il triennio 2019-2021.

Per il 2024, per quanto concerne il pubblico impiego, vengono stanziate le risorse per i rinnovi contrattuali del personale delle amministrazioni statali, con particolare attenzione ai lavoratori del settore sanitario, per i quali è inoltre previsto un incremento della tariffa oraria potenziata per il triennio 2024-2026. La Legge di Bilancio 2024, tramite gli articoli 10 e 42, indirizza infatti somme specifiche al perso-

[1] Ingegnere Medico

nale del SSN: viene incrementato il livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale per un importo di € 3 mld. nel 2024, dove parte di queste risorse sono destinate al rinnovo dei contratti del personale di comparto - € 2,5 mld. - e all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e per il personale operante nelle aziende e negli enti del Servizio Sanitario Nazionale (€ 280 mil.).

In riferimento a quest'ultimo punto, l'articolo 42, al fine di fronteggiare la carenza di personale sanitario nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), di ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, estende fino al 31.12.2026 la facoltà di ricorrere agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico prevista, per l'anno 2023, dall'articolo 11, comma 1, del D. L. n. 34/2023 (pari a € 100 orari lordi onnicomprensivi); contestualmente, dispone che tale incremento riguardi, dal 2024 al 2026, tutte le prestazioni aggiuntive svolte. Per le medesime finalità è prevista l'applicazione fino al 31.12.2026 delle disposizioni richiamate anche alle prestazioni aggiuntive svolte dal personale sanitario operante nelle citate Aziende ed Enti del SSN. Viene poi stabilito che l'aumento della tariffa possa arrivare fino a € 60 lordi onnicomprensivi (invece degli € 50 previsti dal D. L. n. 34/2023).

Per le finalità dell'articolo 42 sopra indicate è autorizzata, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 la spesa di € 200 mil. per il personale medico e di € 80 mil. per il personale sanitario del comparto.

3b.3. Focus sul personale

Nei capitoli dedicati al personale del SSN dei precedenti Rapporti C.R.E.A. Sanità si è scelta la strada, pragmatica, di confrontare i numeri ufficiali relativi a medici ed infermieri italiani, impiegati nel pubblico e nel privato, con quelli dei principali Paesi dell'Europa occidentale, quali ad esempio Germania, Francia, Spagna e Regno Unito. In questa edizione del Rapporto si approfondisce l'analisi, anche alla luce del fatto che la determinazione del *gap* di personale rispetto alla media europea va interpretata con cautela, dovendosi tener conto di diversi fattori tra cui, in primis, la diversa articolazione dei servizi sanitari nazionali.

In primis, osserviamo che, nonostante un livello di spesa sanitaria relativamente basso se confrontato con quello dei Paesi limitrofi, gli esiti di salute in Italia sono in generale considerati buoni, indicando che il SSN è un sistema sostanzialmente efficiente, anche se il risultato è probabilmente stato ottenuto a scapito delle sue risorse umane.

A riprova dell'ultima affermazione, lo stipendio attuale dei medici, a parità di potere d'acquisto, in Germania e Regno Unito è rispettivamente del 79% e del 40% più alto rispetto a quello italiano. Stesso discorso per gli infermieri, con differenze retributive più contenute ma comunque significative: sempre a parità di potere d'acquisto, gli stipendi annuali in Germania, Svizzera e Regno Unito sono rispettivamente del 56%, 46,2% e 20,0% superiori a quelli italiani (OECD, 2022).

Inoltre, va considerato che è la fascia di popolazione *over 75* quella che ha maggior bisogno di assistenza sanitaria.

Analizzando l'evoluzione della dotazione organica dal 2003 all'ultimo dato disponibile, possiamo registrare come, in termini assoluti, sia aumentata: dai 208.093 medici del 2003 ai 230.621 del 2012 per arrivare alle 242.721 unità nel 2021; analogamente per gli infermieri, che passano da 300.364 a 367.378 unità (+22,3%).

Confrontando l'evoluzione della dotazione con quella della popolazione (Tabella 3b.1.), assistiamo ad un aumento dell'indicatore numero di medici ed infermieri per 1.000 abitanti: nel periodo considerato da 3,64 a 4,11 medici su 1.000 abitanti (+13,0%) e da 5,25 a 6,22 infermieri su 1.000 abitanti (+18,5%).

Se, però, si rapporta la dotazione alla popolazione *over 75,* che è cresciuta nel periodo del 42,6%, registriamo che l'indicatore passa da 42,3 medici per 1.000 abitanti *over 75* del 2003 ai 34,6 del 2021 (37,1 nel 2012).

Qualora si considerasse "adeguata" la dotazione iniziale, si evidenzierebbe un *gap* di 54.018 unità di personale medico rispetto al 2003, o di 18.019 unità rispetto al 2012.

Tabella 3b.1. Numero di medici e infermieri in Italia

	Medici			Infermieri		
Anno	Totale [unità]	Su popolazione totale [ogni 1.000 ab]	Su popolazione *over* 75 [ogni 1.000 ab]	Totale [unità]	Su popolazione totale [ogni 1.000 ab]	Su popolazione *over* 75 [ogni 1.000 ab]
2003	208.093	3,64	42,25	300.364	5,25	60,98
2012	230.621	3,84	37,12	304.196	5,06	48,96
2021	242.721	4,11	34,55	367.378	6,22	52,30
Variazione % 2012-2003	+10,83	+5,44	-12,14	+1,28	-3,64	-19,71
Variazione % 2021-2012	+5,25	+7,16	-6,91	+20,77	+22,97	+6,81
Variazione % 2021-2003	+16,64	+13,00	-18,21	+22,31	+18,49	-14,24

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

Tabella 3b.2. Medici (di medicina generale e specialistica) *gap* al 2026

Saldo medicina specialistica (medici formati - pensionamenti - estero)	Saldo medicina generale (medici formati - pensionamenti)	*Gap* rispetto al 2003	Saldo netto	Numero di ulteriori ingressi/anno per colmare il *gap*
+12.061	-3.632	-54.018	-45.589	+11.398

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

Gli infermieri erano 61,0 ogni 1.000 abitanti *over 75* nel 2003 e arrivano a 52,3 nel 2021 (il minimo è stato toccato nel 2012, con 49,0). Nuovamente, anche assumendo come "adeguate" le dotazioni del 2003, mancherebbero ormai 60.950 infermieri.

È necessario considerare che i professionisti escono dal sistema, nella maggior parte dei casi, per andare all'estero o in pensione; vanno anche considerati i movimenti interni quali quelli medici che passano dal pubblico al privato (circa 3.000 all'anno); le entrate nel sistema, invece, dipendono dal numero di posti messi a bando (sebbene si osservi una scarsa partecipazione a determinati concorsi, quali quelli per l'emergenza-urgenza) e dagli incentivi posti in essere (con particolare riferimento agli infermieri si veda il precedente rapporto in cui si sottolineava come la professione non avesse più un così grande *appeal* tra i giovani).

Secondo i dati OECD, sono poco meno di 13.000 i medici formati in Italia che operano all'estero, con un flusso che tra il 2019 e il 2021 si è collocato al di sopra delle 1.100 unità annue. Per quanto riguarda i pensionamenti, si stima che siano circa 4.950 gli specialisti ambulatoriali e 27.350 i dirigenti medici (totale 32.300) che andranno in pensione entro il 2026. Per la medicina generale, invece, ci troviamo nella porzione più critica della gobba pensionistica, che genererà 13.780 uscite entro il 2025, non compensate dai 10.148 ingressi stimati, evidenziando un deficit di 3.632 unità (OECD). Considerando un tasso di successo negli studi pari al 95%, si ritiene che nel 2026 il numero di nuovi specialisti pronti ad entrare nel sistema, formati dal 2018 al 2026, sarà pari a 49.710 (il 75% dei quali, 37.282, quelli stimati da Age.Na.s nel SSN); considerando le 32.300 uscite per pensionamenti e le circa 1.000 unità l'anno di personale che scelgono di emigrare (con il caveat che siano tutti allocati sulla medicina specialistica), notiamo come nel 2026 ci saranno circa 14.000 specialisti in più (Tabella 3b.2.), un numero che però rimane insufficiente per colmare l'attuale squilibrio, stimabile nel range 18.019 - 54.018 unità di personale, a seconda se si prende come anno di riferimento il 2012 o il 2003. Nel 2026, quindi, i fabbisogni reali

di personale medico, considerando l'anzianità della popolazione, potrebbero andare da un minimo di 7.241 unità ad un massimo di 43.240.

Per quanto riguarda gli infermieri, i ragionamenti che è possibile fare sono analoghi. Per tali professionisti il problema è sicuramente numerico, con alla base però forti carenze motivazionali. Se infatti ai test di ingresso della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'A.A. 2023-2024 si sono presentati più di 80.000 candidati per 19.544 posti messi a bando, per Infermieristica si sono presentati solo 22.957 candidati per 20.059 posti, con un rapporto domande/posti pari a 1,1. In quest'ultimo caso appare significativo il paragone con il dato dello scorso anno, quando sono stati 25.539 gli aspiranti infermieri per 19.375 posti messi a bando, con un rapporto domande/posti pari a 1,3.

Inoltre, una volta intrapreso il percorso di studi, il tasso di successo stimato per i candidati infermieri è minore che per i medici, valutabile pari al 75% (Age. Na.s., 2023).

Nella ricerca della mancanza di attrazione della professione, possiamo ricordare che gli stipendi dei medici italiani, a parità di potere d'acquisto, pur essendo spesso inferiori a quelli dei colleghi di molti Paesi dell'Europa occidentale, sono comunque pari a 2,9 volte il salario medio, per gli infermieri il salario non si discosta da quello medio nazionale. Inoltre, essendo lo stipendio medio di un infermiere italiano inferiore del 19% (€ 35.300 PPP vs € 28.400 PPP) rispetto allo stipendio medio, a parità di potere d'acquisto, di quello di 20 nazioni europee prese come riferimento, sarà difficile attrarre personale dall'estero o, almeno, dalla EU.

Si ricorda a tal proposito che il D. L. n. 34/2023 si muove proprio nella direzione di attrarre dall'estero consentendo, fino al 31.12.2025, il riconoscimento in deroga delle qualifiche professionali conseguite all'estero e riconoscendo ai professionisti la possibilità di esercitare in modo temporaneo presso strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, private o private accreditate.

In aggiunta, va sottolineato il rischio di guardare al personale formato fuori Italia ma di non riuscire a trattenere il personale infermieristico che ogni anno sceglie di andare a lavorare all'estero: dal 2000 al 2018 l'emigrazione è andata via via aumentando soprattutto negli anni subito successivi al blocco dei contratti e ai primi blocchi del *turn-over*. Nel 2021, ad esempio, sono emigrati circa 3.800 infermieri (erano arrivati a 6.000 negli anni precedenti).

Tenendo conto dei tassi di uscita annui, e considerando i 21.050 pensionamenti previsti nel quinquennio 2022-2027, possiamo stimare che nel 2027 ci saranno 21.710 infermieri disponibili in più rispetto a quelli attuali, a fronte di un *gap* che, usando come riferimento il 2003, sarebbe di 60.950 unità (Tabella 3b.3.). Senza, poi, considerare che tra 4 anni la fascia di popolazione *over* 75 sarà ulteriormente aumentata e richiederà risorse e quindi dotazioni aggiuntive.

Come anticipato, l'Italia è una nazione che invecchia e l'epidemia di oggi è quella della non autosufficienza, dove i bisogni sono a cavallo tra i bisogni sociali ed i bisogni sanitari.

Tabella 3b.3. Infermieri al 2027 e *gap* da colmare rispetto al 2003

Saldo infermieri (infermieri formati - pensionamenti - estero)	*Gap* rispetto al 2003	Saldo netto	Numero di ulteriori ingressi/anno per colmare il *gap*
+21.710	-60.950	-39.240	+7.848

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

Tabella 3b.4. Numero di assistenti alle cure disponibili nel 2011 e nel 2021 e numero di assistenti alle cure disponibili per la popolazione *over* 65 e *over* 75 nel 2021

	Assistenti alle cure, 2011 [unità]	Assistenti alle cure, 2021 [unità]	Aumento % 2021-2011	Assistenti alle cure su popolazione *over* 65 2021 [ogni 1.000 ab]	Assistenti alle cure su popolazione *over* 75 2021 [ogni 1.000 ab]
Germania	443.000	669.000	+51,01	35,85	70,32
Spagna	467.533	542.733	+16,08	96,42	114,62
Francia	--	1.094.525	--	52,98	175,82
Italia	411.235	619.357	+50,61	44,56	86,44
Olanda	312.000	250.000	-19,87	69,42	192,31
Regno Unito	943.886	1.243.860	+31,78	96,42	211,11

Fonte: elaborazione su dati Eurostat per Francia (2019) e OECD.Stat - © C.R.E.A. Sanità

Quando si parla di personale dedicato alle cure, infine, raramente si fa riferimento ai cosiddetti assistenti alle cure: figure che hanno un *background* di conoscenze atto a supportare attivamente il paziente cronico, garantendo l'aderenza terapeutica. Gli assistenti alle cure, a livello internazionale solitamente sotto la supervisione di un infermiere, forniscono assistenza diretta alla persona in diversi contesti sanitari, quali ospedali, cliniche e strutture di assistenza residenziale, sotto la diretta supervisione di medici e infermieri (c.d. *Healthcare assistants in institutions*, ISCO-08 5321 – *Definitions, Sources and Methods*, OECD Health Statistics, 2023). A tali figure si affiancano gli assistenti domiciliari (c.d. *Home-based personal care workers*, ISCO-08 5322 – *Definitions, Sources and Methods*, OECD Health Statistics, 2023) che, in altri termini, sono gli addetti all'assistenza personale a domicilio: forniscono assistenza personale di routine e supporto nelle attività della vita quotidiana a persone che ne hanno bisogno a causa degli effetti dell'invecchiamento, di malattie, lesioni o altre condizioni fisiche o mentali, in case private e in altri contesti residenziali indipendenti.

Nel 2021, secondo l'OECD, l'Italia poteva contare su 619.357 assistenti alle cure. Tale valore è relativo all'unione delle due categorie sopra menzionate, include quindi il personale che presta servizio in contesto domiciliare e sanitario, come ad esempio gli Operatori Socio Sanitari (OSS), mentre esclude il personale infermieristico. Il suddetto personale è in aumento del 50% rispetto al primo dato ufficiale registrato, riferito al 2011 (411.235 unità). In termini assoluti, nel 2021, hanno più risorse dell'Italia solo Regno Unito (1.243.960), Francia (1.094.525) e Germania (669.000), ma facendo riferimento alla popolazione *over* 65 e *over* 75, l'Italia si colloca peggio anche di Spagna e Olanda (Tabella 3b.4.).

Italia e Germania sono le nazioni con il minor numero di assistenti alle cure rapportati alla popolazione anziana, ma sono anche quelle che ne hanno registrato una crescita superiore al 50% in 10 anni, rispettivamente pari al 50,6% ed al 51,1%. L'Olanda ha invece visto una diminuzione degli Assistenti, probabilmente per una diversa allocazione di ruoli e risorse all'interno del proprio sistema sanitario; Spagna e Regno Unito sono comunque cresciute, ma con un tasso meno elevato (Figura 3b.1.).

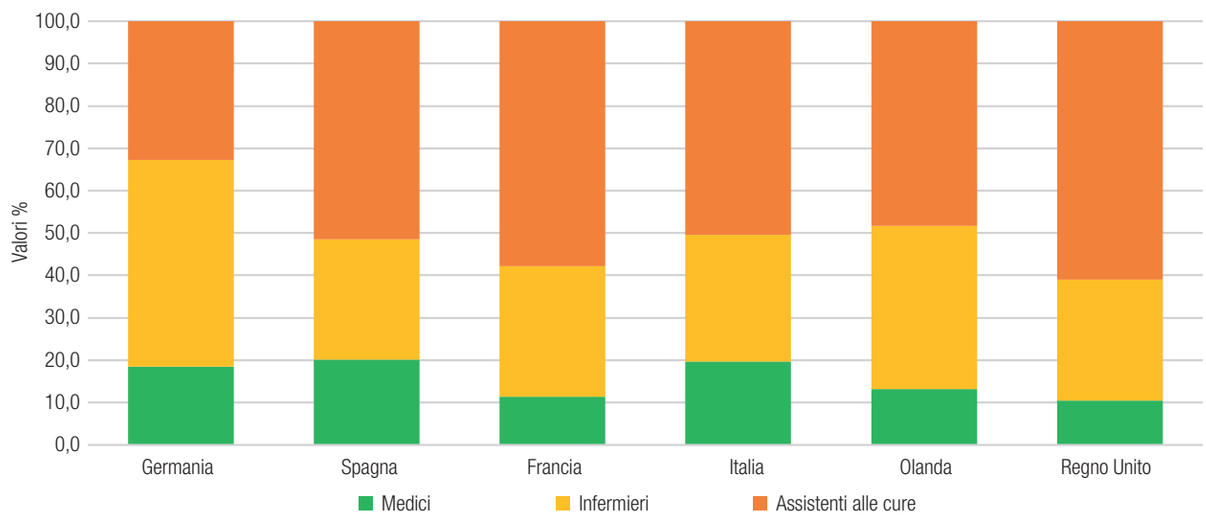
Le interpretazioni possono essere molteplici. Sicuramente nell'ultimo decennio si è assistito ad un incremento della fascia di popolazione più anziana e ad una maggiore richiesta di prestazioni socio-sanitarie: sistemi sanitari come quello italiano, dato che hanno visto crescere con un tasso più basso il numero di medici (+4,8% in 10 anni) ed infermieri (+18,9% in 10 anni) rispetto al numero di assistenti alle cure (+50,6% in 10 anni), hanno probabilmente riversato la ricerca di una risposta ad alcuni bisogni di salute proprio su queste ultime figure professionali, sia nel contesto sanitario che domiciliare.

Per riassumere (Tabella 3b.5.), qualora si volesse

colmare il *gap* riferito alla popolazione *over* 75 rispetto alla media dei Paesi europei presi come riferimento (297,35 unità ogni 1.000 abitanti *over 75* abitanti), all'Italia mancherebbero 901.033 unità di personale dedicato alle cure (medici, infermieri e assistenti alle cure); sarebbero 243.812 unità se il confronto fosse sulla popolazione *over* 65. Per rendersi conto della portata di tali carenze è sufficiente guardare il dato assoluto di Francia e Regno Unito, che contano rispettivamente 1.891.731 e 2.042.058 unità di personale dedicato alle cure, contro il dato italiano che è fermo alle 1.229.456 unità (rispettivamente -35% e -39%).

Si noti che il numero di assistenti alle cure per infermiere è allineato con quello medio europeo, a riprova che è in generale tutta la componente non medica in sofferenza, anche se saranno necessarie future considerazioni per comprendere appieno quale potrebbe essere il rapporto ottimale per bilanciare la spesa per il personale con il soddisfacimento degli esiti di salute della popolazione.

Figura 3b.1. Distribuzione di medici, infermieri ed assistenti alle cure per nazione



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

Tabella 3b.5. Numero totale di medici, infermieri e assistenti alle cure disponibili per la popolazione *over* 65 e *over* 75 nel 2021

	Medici [unità]	Infermieri [unità]	Assistenti alle cure [unità]	Totale [unità]	Totale su popolazione *over* 65 [ogni 1.000 ab.]	Totale su popolazione *over* 75 [ogni 1.000 ab.]	Rapporto assistenti su infermieri
Germania	376.852	1.001.000	669.000	2.046.852	109,69	215,16	0,67
Spagna	212.735	300.567	542.733	1.056.035	109,09	223,03	1,81
Francia	215.722	581.484	1.094.525	1.891.731	91,49	303,60	1,88
Italia	242.721	367.378	619.357	1.229.456	88,45	171,59	1,69
Olanda	68.363	199.506	250.000	517.869	143,81	398,36	1,25
Regno Unito	213.839	584.359	1.243.860	2.042.058	158,30	346,58	2,13

Fonte: elaborazione su dati Eurostat per Francia (2019) e OECD.Stat per gli altri Paesi (2021) - © C.R.E.A. Sanità

3b.4. Riflessioni finali

Con riguardo al necessario potenziamento delle risorse umane, la difficoltà di reperire il personale e la perdita di attrattività del SSN stanno diventando un'emergenza, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri e alcune categorie di medici, da affrontare con una adeguata programmazione del personale, l'incremento dell'offerta formativa e l'adozione di misure volte a restituire attrattività al lavoro nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico.

In linea con i precedenti Rapporti, pur modificando il punto di vista, ovvero abbandonando il mero confronto con le dotazioni degli altri Paesi, e considerando invece il depauperamento degli organici rispetto ai bisogni della popolazione, determinatosi nel tempo in Italia, si conferma che nei prossimi 5 anni si dovrà fronteggiare una carenza di 43.240 medici e di 39.240 infermieri. Il fatto che rispetto al modello di confronto utilizzato nei precedenti Rapporti la carenza di infermieri non sia preponderante su quella dei medici, induce a pensare che nel 2003, preso come riferimento, ci fosse già una significativa carenza di infermieri.

A questo si aggiunga la carenza di cosiddetti "assistenti alle cure", figure essenziali sia in contesto residenziale che domiciliare. Si tratta di una figura strategica nell'assistenza alle non auto-sufficienze, tipicamente coordinata dagli infermieri. Anche perché, trascorrendo molto tempo al fianco della persona assistita, sono da considerarsi i destinatari principali dei percorsi di alfabetizzazione digitale volti ad incentivare il ricorso a strumenti di cura digitale e di Telemedicina.

Riferimenti bibliografici

Audizione della Corte dei Conti sulla Nota di Aggiornamento al DEF 2023, Ottobre 2023

Approfondimenti Age.Na.s. (2023). "Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale"

Documento Programmatico di Bilancio 2024 – Ministero dell'Economia e delle Finanze. 16 Ottobre 2023

Legge di Bilancio 2024, A.S. n. 926 Annesso – Dossier XIX Legislatura. 6 Novembre 2023

Mastrillo A., Dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti nell'A.A. 2023-2024

OECD (2022). Health at a Glance

MEF Ragioneria generale dello Stato (2023). "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario". Rapporto n.24

Age.Na.s. (2023). "Rapporto sui Medici di Medicina Generale"

55-esimo congresso nazionale Sumai (2023). "Specialistica ambulatoriale. Quale futuro: pubblico o privato?

ENGLISH SUMMARY

Human resources and National Health Service

The health workforce in Italy is a key factor in ensuring the population's health and well-being. The challenges and opportunities related to its management and training require a strategic and integrated vision that takes into account the needs of the health system, the professionals' expectations and the population's health needs.

Two new aspects have been introduced this year's Report. The decline in the number of physicians and nurses has been considered as a function of time, rather than in comparison with their number in other countries such as France, Germany, the United Kingdom and Spain. Furthermore, a third category of staff has been taken into account, in addition to the two main ones just mentioned, namely that of care assistants (the so-called assistenti alle cure). The latter are professionals who work in both healthcare and home settings, and are fundamental in providing care to non-self-sufficient people.

The Italian healthcare system is generally deemed efficient because, despite a lower level of health expenditure than neighbouring countries, it ensures health outcomes that are considered good. Much of the efficiency, especially in terms of expenditure, however, stems from the fact that the physicians' current salaries, at purchasing power parity (PPP), are respectively 79 percent and 40 percent higher in Germany and the United Kingdom than in Italy. The same holds true for the nursing staff, with smaller but still significant differences in salaries: again on a purchasing power parity basis, annual salaries in Germany, Switzerland, and the United Kingdom are respectively 56%, 46%, and 20% higher than in Italy.

In line with the previous Reports, even changing benchmarks, a shortage of current staffing levels is confirmed. The estimate is based on the consideration that it is the over 75 segment of population that has the greatest need for healthcare and that this segment also grew by 42 percent in the period from 2003 to 2021. It would therefore be misleading to look at the numbers in absolute terms. Instead, when comparing the evolution of the number of physicians and nursing staff with that of the population aged over 75, we see that the indicator "number of physicians per 1,000 citizens aged over 75" fell from 42.3 to 34.6 (equivalent to a gap of 54,018) and the indicator "number of nurses per 1,000 citizens aged over 75" fell from 61 to 52.3 (equivalent to a gap of 60,950). These figures must also be supplemented with the net number of retirements (46,080 for physicians and 21,050 for the nursing staff), emigration abroad, and expected entries into the healthcare system (59,858 physicians and 61,760 nurses).

A major unattractiveness of the nursing profession is also reported. More than 80,000 candidates took the entrance exams to the School of Medicine and Surgery for the academic year 2023-2024 for a total of 19,544 places available, with an application-to-available place ratio of more than 4. Only 22,957 candidates took the entrance exams to the Nursing School for 20,059 places available, with an application-to-available place ratio of 1.1. While analysing the reasons, we see that salary certainly plays an important role. Italian physicians' salaries, at purchasing power parity, although often lower than those of their colleagues in many Western European countries, are anyway 2.9 times the average Italian salary, whereas the salaries of the nursing staff do not differ from the national average. Decree Law No. 34/2023 is designed to attract staff from abroad by allowing, until 31 December 2025, the recognition -by way of exception - of professional qualifications obtained abroad, and the possibility for professionals to practice on a temporary basis in public, private or accredited private health or social care facilities. Once again, however, considering that the aver-

age salary of an Italian nurse is 19 percent lower (€ 35,300 PPP vs € 28,400 PPP) than the average salary PPP in 20 European countries taken as a reference, it will be difficult to attract staff from abroad or, at least, from the EU.

As said above, Italy is an aging country and today's epidemic is non-self-sufficiency, where needs straddle social needs and health needs. When we talk about care staff, we rarely refer to the so-called care assistants, who have a background of knowledge to proactively support chronic patients, by ensuring treatment adherence. Care assistants - internationally working usually under the supervision of a nurse - provide direct support to the person in various healthcare settings, such as hospitals, clinics, residential care facilities or at home. According to the OECD, in 2021 Italy could rely on 619,357 care assistants. That staffing level was up by 50 percent compared to the first official data reported in 2011 (411,235). In absolute terms, in 2021 only the United Kingdom (1,243,960), France (1,094,525) and Germany (669,000) had more resources than Italy. When referring to the over 65 and over 75 segment of population, however, Italy ranks worse even than Spain and the Netherlands.

Therefore, considering the overall health workforce, if we were to bridge the gap relating to the over 75 segment of population compared to the average of the EU countries taken as a reference (297.35 units per 1,000 inhabitants aged over 75), Italy would lack 901,033 units of healthcare staff (physicians, nurses and care assistants). It would lack 243,812 units if the comparison were drawn for the over 65 segment of population.

Hence, with specific reference to the necessary enhancement of human resources, the difficulty of finding staff and the loss of attractiveness of the NHS are becoming an emergency to be addressed with adequate staff planning, increased training supply and the adoption of measures designed to restore the attractiveness of working for the NHS in terms of social and economic recognition.

CAPITOLO 3c
L'*appealing* della professione sanitaria: evidenze da una *survey* somministrata ai medici[1]

Anelli F.[2], d'Angela D.[3], Polistena B.[3], Spandonaro F.[4]

3c.1. Premessa

Come argomentato ampiamente nel 18° Rapporto Sanità (2022) la questione delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è assolutamente strategica per la salvaguardia dello stesso.

Gran parte del dibattito che si è sviluppato nell'ultimo anno si è concentrato sul tema della carenza del personale, sulla cui quantificazione è stato ampiamente argomentato sempre nella 18° edizione del Rapporto Sanità; tema peraltro ripreso nel capitolo 3b del presente Rapporto.

Non di meno, già l'anno scorso fu anche sottolineato come la questione non sia affatto circoscrivibile ad una mera questione di organico, per quanto importante.

In primo luogo, risulta del tutto evidente che non basta una politica di acquisizione di nuove risorse umane, trattandosi di un punto di arrivo che richiede di essere preceduto da una riforma delle attuali normative che regolano i rapporti di lavoro nel SSN.

A titolo di esempio, possiamo brevemente riprendere alcune delle evidenze emerse l'anno scorso dalla *survey* condotta in collaborazione con Federsanità ANCI. In quella occasione i Direttori Generali (DG) di azienda sanitaria intervistati, avevano sottolineato l'importanza di mantenere le procedure di acquisizione del personale semplificate utilizzate nel periodo pandemico, porre vincoli normativi alla acquisizione di personale proveniente dalle strutture pubbliche da parte delle strutture private accreditate (onde evitare carenze nel SSN), definire *standard* per la definizione delle dotazioni organiche, poter acquisire i medici già al primo anno di specializzazione ed eliminare alcuni vincoli alle progressioni di carriera.

In particolare, i DG segnalarono come ritenessero necessario introdurre incentivi per sostenere le politiche di ricollocazione del personale sanitario (ad esempio promuovendo la mobilità volontaria dalle aziende ospedaliere a quelle territoriali), per favorire la mobilità temporanea e/o anche il gemellaggio/rotazione dalle aree più "attrattive" a quelle meno "attrattive", e per attrarre medici per le posizioni scarsamente appetite, come nel caso dell'emergenza/urgenza.

In altri termini, prima di poter acquisire le risorse necessarie, è necessario porre le basi per far tornare appetibile la professione sanitaria: tema non dimenticato nel dibattito, ma probabilmente affrontato con il retropensiero della carenza di risorse per garantire una adeguata incentivazione.

D'altra parte, come ampiamento argomentato nella precedente edizione del Rapporto (per approfondimenti cfr. Capitolo 3a del 18° Rapporto Sanità) se in Italia volessimo adeguare il numero di professionisti (in rapporto alla popolazione) allo *standard* medio dei principali Paesi europei e, anche, adeguare le retribuzioni, dovremmo riallineare la spesa sanitaria a quella degli altri Paesi EU.

Leggendo il dato in altri termini, a conferma dell'esistenza di condizioni non attrattive per i pro-

[1] *Survey* in collaborazione tra C.R.E.A. Sanità e FNOMCeO
[2] Presidente FNOMCeO
[3] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[4] Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

fessionisti sanitari, la più volte ricordata resilienza economica del SSN italiano si regge, in larga misura, sulle "spalle" dei professionisti, essendo frutto di un evidente *gap* di numero e trattamento delle risorse umane.

Per quanto precede, si è ritenuto opportuno affrontare il tema dando voce direttamente ai professionisti sanitari: in collaborazione con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) è stata realizzata una *survey*, finalizzata ad indagare le aspettative dei medici in tema di appetibilità (o meno) della professione in Italia.

3c.2. I risultati della *survey*

Il questionario è stato predisposto privilegiando la sintesi e la semplicità delle domande, mirando a elicitare le percezioni dei medici: nell'allegato 1 è riportato il questionario completo.

L'indagine realizzata con il ricorso alla tecnica CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*), mediante il *software* Qualtrics, è stata distribuita da FNOMCeO, mediante i diversi ordini.

Hanno partecipato alla *survey* 891 soggetti di cui il 53,6% operanti nel Nord-Ovest, il 22,2% nel Nord-Est, il 7,0% nel Centro Italia e il rimanente 17,2% nel Sud (Figura 3c.1.).

Il 38,8% dei rispondenti ha una età compresa tra i 61 e i 70 anni, il 18,9% tra i 51 e i 60, il 15,0% tra i 31 e i 40, il 14,3% tra i 41 e i 50, il 10,4% ha oltre 70 anni e il rimanente 2,6% meno di 30 (Figura 3c.2.).

Inoltre, il 27,8% dei rispondenti è in servizio da un numero di anni compreso tra 31 e 40, il 19,4% da 41-50, il 17,9% da meno di 10 anni, il 17,3 da 10-20 anni e il 17,2% da 21-30 anni (Figura 3c.3.).

L'82,7% dei partecipanti alla *survey* è attualmente occupato mentre il restante 17,3% non lo è.

Nello specifico, tra gli occupati, il 38,8% lavora in una struttura ospedaliera pubblica, il 24,7% sono Medici di Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS), il 14,8% in una struttura ambulatoriale privata non convenzionata, il 10,3% In una struttura ambulatoriale privata convenzionata col SSN, il 9,0% in una struttura ospedaliera privata convenzionata col SSN, il 7,1% in una struttura ambulatoriale pubblica e il restante 1,4% in una struttura ospedaliera privata. Da specificare che alcuni professionisti lavorano contemporaneamente in più di una struttura (Figura 3c.4.).

Figura 3c.1. Distribuzione dei rispondenti per ripartizione geografica. Valori %

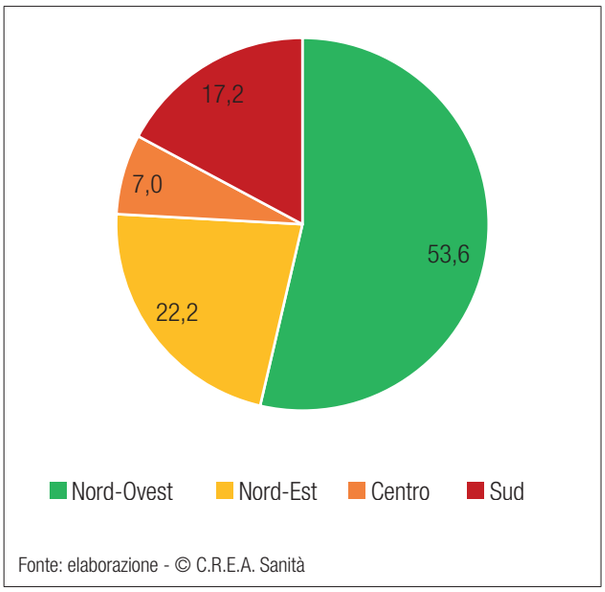


Figura 3c.2. Distribuzione dei rispondenti per classi di età. Valori %

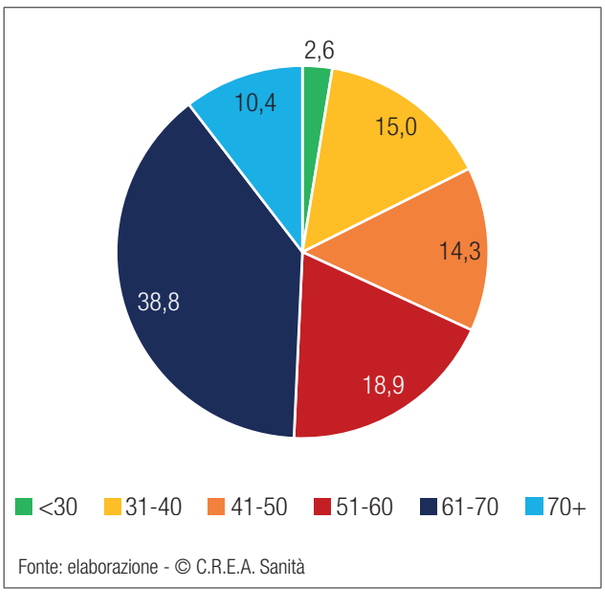
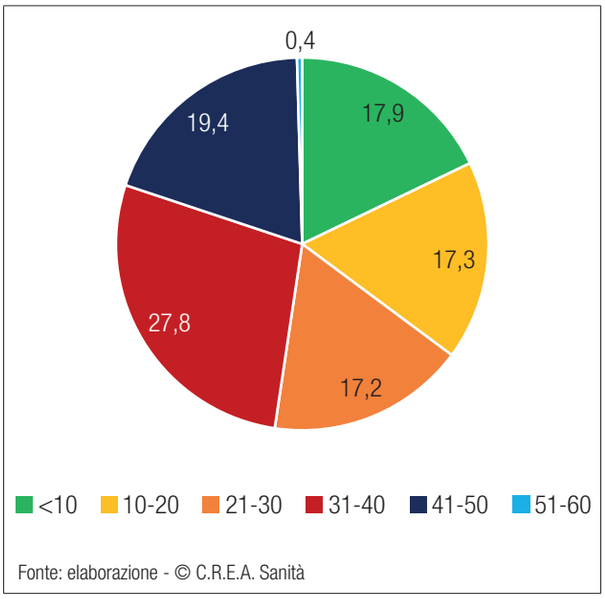


Figura 3c.3. Anzianità di servizio. Valori %



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

Solo il 7,7% degli occupati lavorano in una struttura dislocata in una zona ritenuta disagiata.

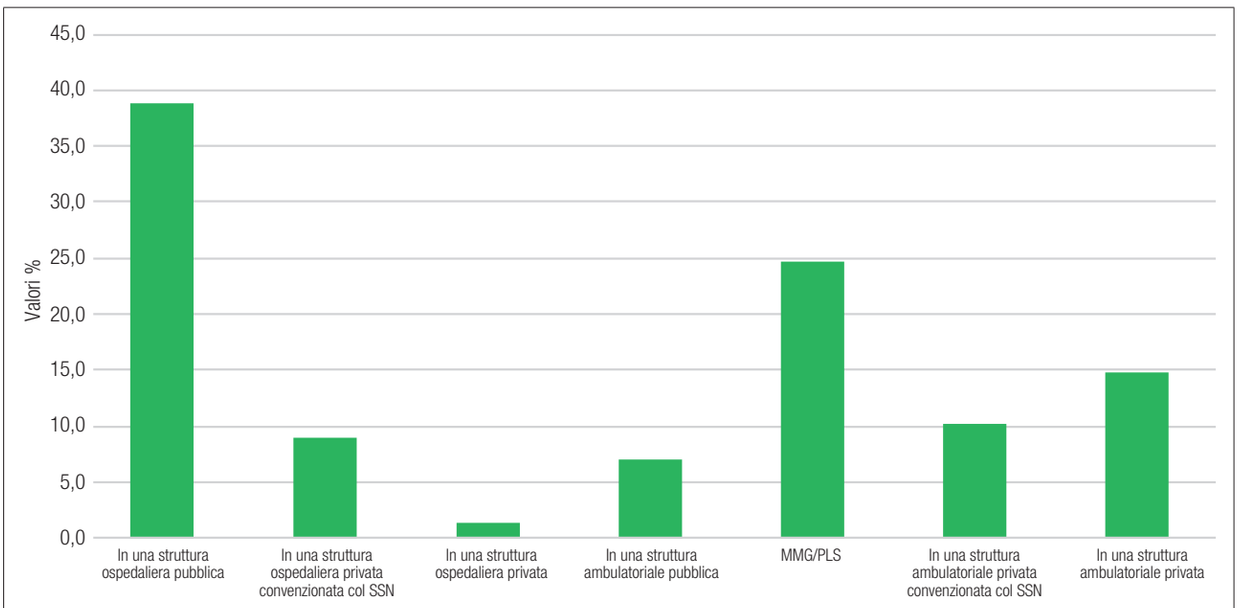
Nella figura 3c.5. è possibile apprezzare la tipologia di contratto degli occupati; in particolare il 76,5% hanno un contratto a tempo indeterminato (dipendente o da convenzione), il 10,2% un contratto a tempo determinato ed il restante 13,3% sono impiegati "a gettone".

Inoltre, l'80,6% dei rispondenti lavora *full time* ed il restante 19,4% *part time*.

Passando dalla descrizione del campione intervistato ai pareri espressi dai rispondenti, osserviamo che la netta maggioranza (57,3%) ritiene che il rapporto di lavoro più corretto per i medici sia quello di dipendenza, il 30,5% la consulenza/convenzione non esclusiva e il 12,2% la consulenza/convenzione non esclusiva.

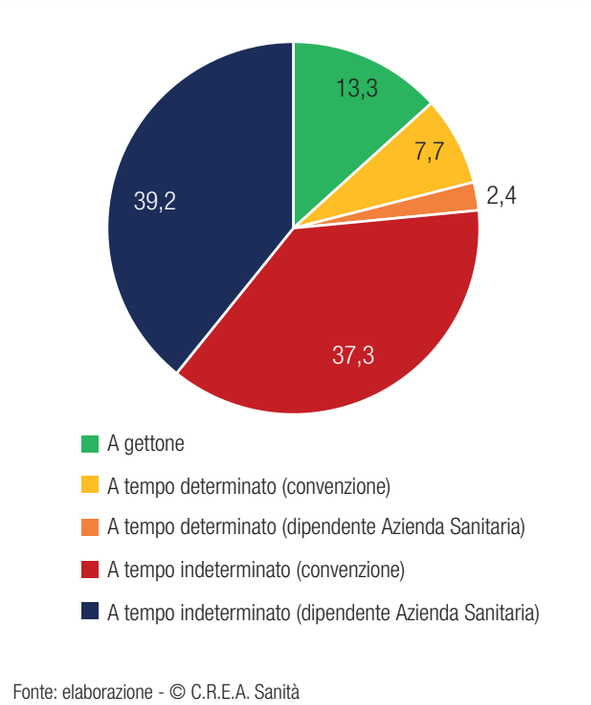
Nello specifico il 57,8% dei MMG/PLS ritiene che il rapporto di lavoro più corretto sia quello di convenzione/consulenza esclusiva vs il 42,2% degli appartenenti ad altre professioni; oltre il 73% dei medici non convenzionati prediligono la consulenza convenzione non esclusiva o il rapporto di dipendenza (vs meno del 27% dei MMG/PLS).

Figura 3c.4. Struttura di impiego



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

Figura 3c.5. Tipologia di contratto. Valori %



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

L'87,0% del personale partecipante alla *survey* riscontra una carenza di personale nel proprio settore.

Come illustrato dalla figura 3c.6. la percezione di carenza di personale è ancora maggiore tra i professionisti operanti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private convenzionate dove oltre il 90% dei rispondenti lamentano una carenza di personale.

Nelle strutture ambulatoriali, pubbliche, tra i MMG e nelle strutture ambulatoriali convenzionate, la carenza di personale viene lamentata rispettivamente dal 96,2% e dall'87,4% e dell'85,5% dei rispondenti.

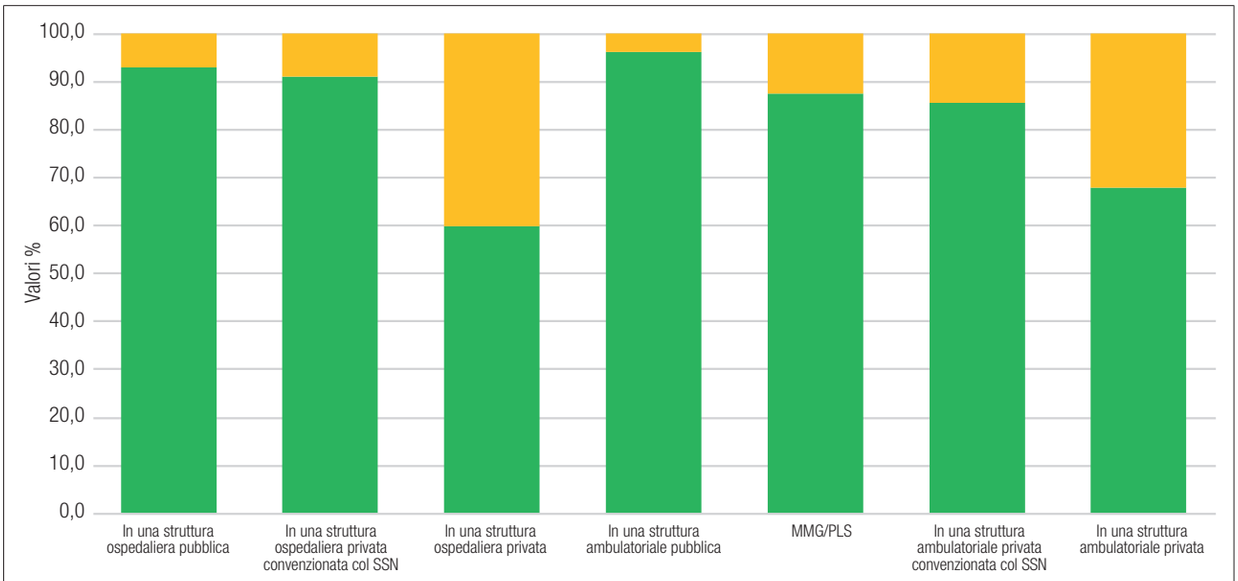
Infine, nelle strutture ambulatoriali private e ospedaliere private la carenza di personale è sentita rispettivamente dal 67,9% e dal 60,0% degli operanti nelle rispettive strutture.

Fra i rispondenti alla *survey*, il 39,2% è abbastanza soddisfatto della propria condizione professionale, il 27,0% poco, il 18,2% molto, il 13,4% per niente e il 2,2% moltissimo.

Nella figura 3c.7. è possibile apprezzare le differenze di soddisfazione legate al luogo di lavoro.

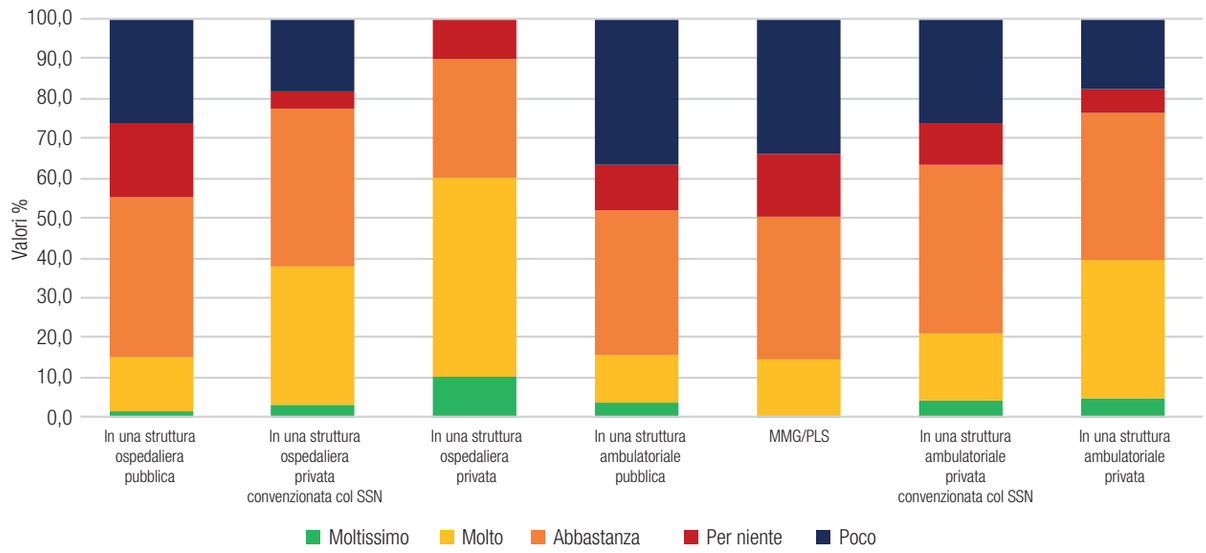
Oltre la metà (53,7%) dei rispondenti alla *survey* al momento occupati hanno dichiarato di non aver mai pensato di cambiare posto di lavoro, il 5,0% lo sta cambiando e il 41,2% ci sta pensando.

Figura 3c.6. Percezione di carenza di personale



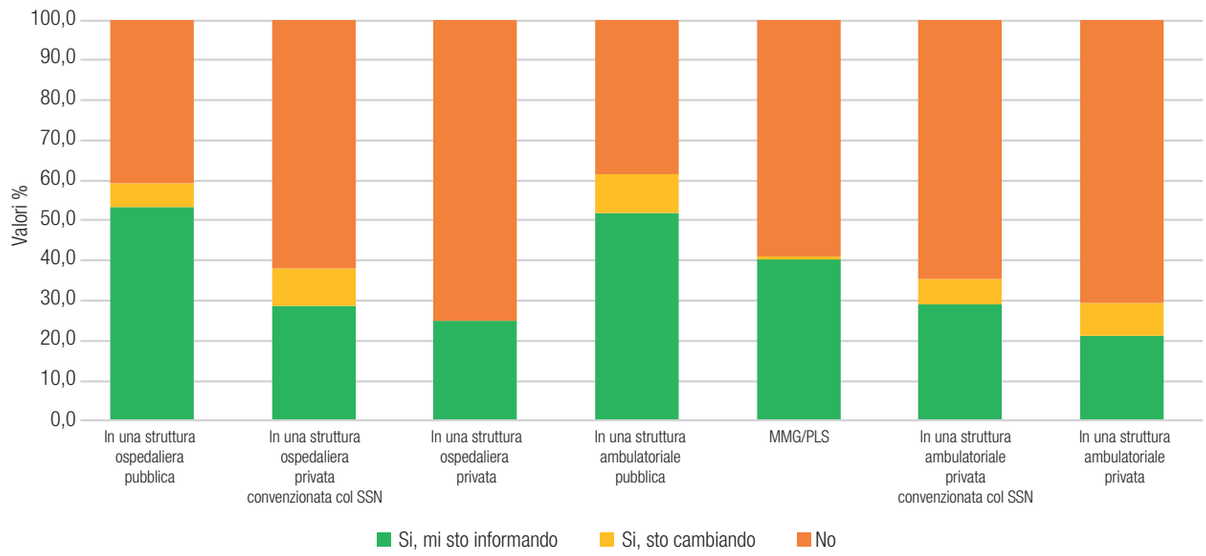
Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3c.7. Soddisfazione della condizione professionale



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

Figura 3c.8. Volontà di trasferimento



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

Dalla figura 3c.8. emerge come il desiderio di cambiare posto di lavoro sia più sentito da chi lavora in una struttura ospedaliera, sia essa pubblica o privata: il 60% circa di chi lavora in ospedale sta cambiando o pensando di cambiare lavoro.

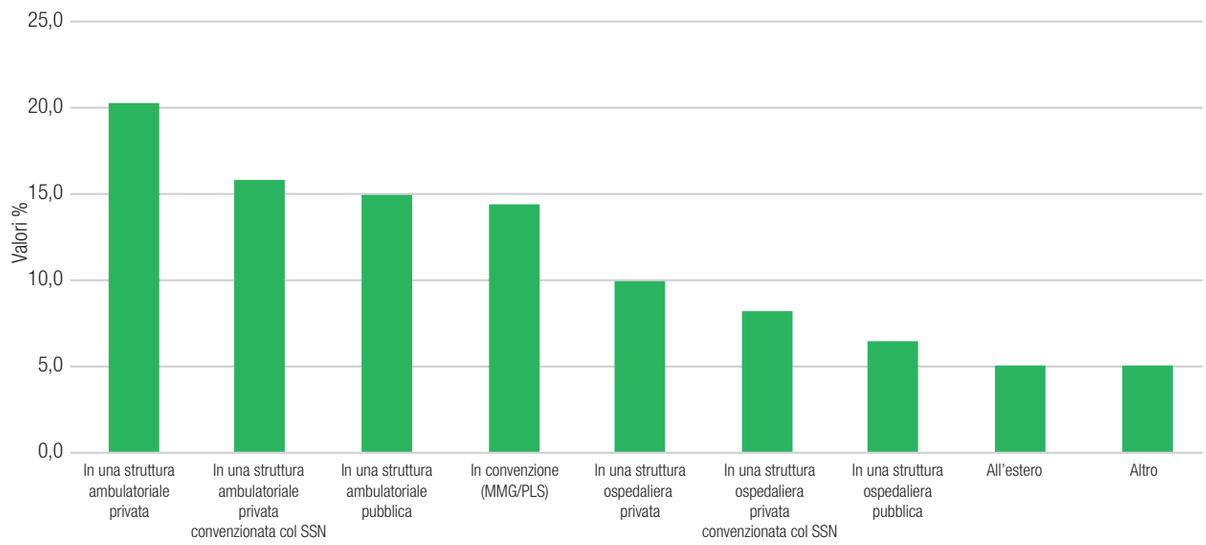
Tra quelli che stanno pensando di cambiare lavoro circa il 20% vorrebbe andare all'estero, il 15,0% in una struttura ospedaliera privata, il 14,4% in una pubblica, il 10,0% in una struttura ambulatoriale pubblica, l'8,2% in una struttura ospedaliera privata convenzionata col SSN, il 6,5% in una struttura ambulatoriale privata convenzionata col SSN, il 5,0% in

una struttura ospedaliera privata, sempre il 5,0% in una struttura ambulatoriale pubblica in convenzione (MMG/PLS) e il restante 15,8% in altri luoghi (Figura 3c.9.).

A volersi trasferire in una struttura ospedaliera e ambulatoriale privata sono prevalentemente (rispettivamente 64,7% e 56,9%) i medici con esperienza lavorativa (età compresa tra i 51 e i 70 anni).

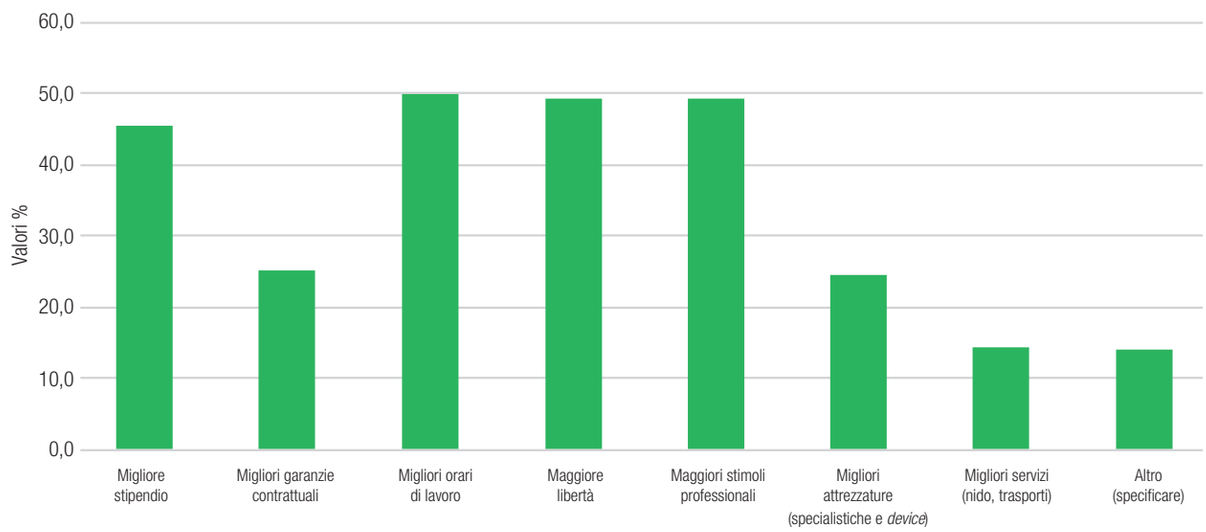
Viceversa, a volersi trasferire in una struttura ospedaliera o ambulatoriale pubblica sono prevalentemente i medici con meno di 50 anni (rispettivamente 67,3% e 61,8%) ma anche quelli operanti in una struttura ospedaliera convenzionata.

Figura 3c.9. Struttura in cui ci si vorrebbe trasferire



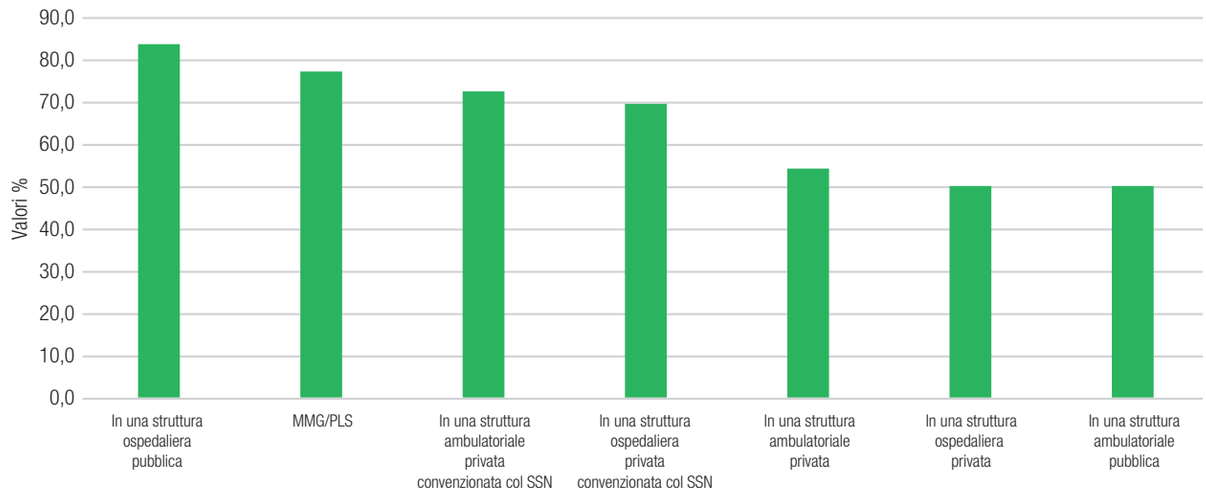
Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3c.10. Motivi per cambiare lavoro



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

Figura 3c.11. Non soddisfazione per la retribuzione percepita



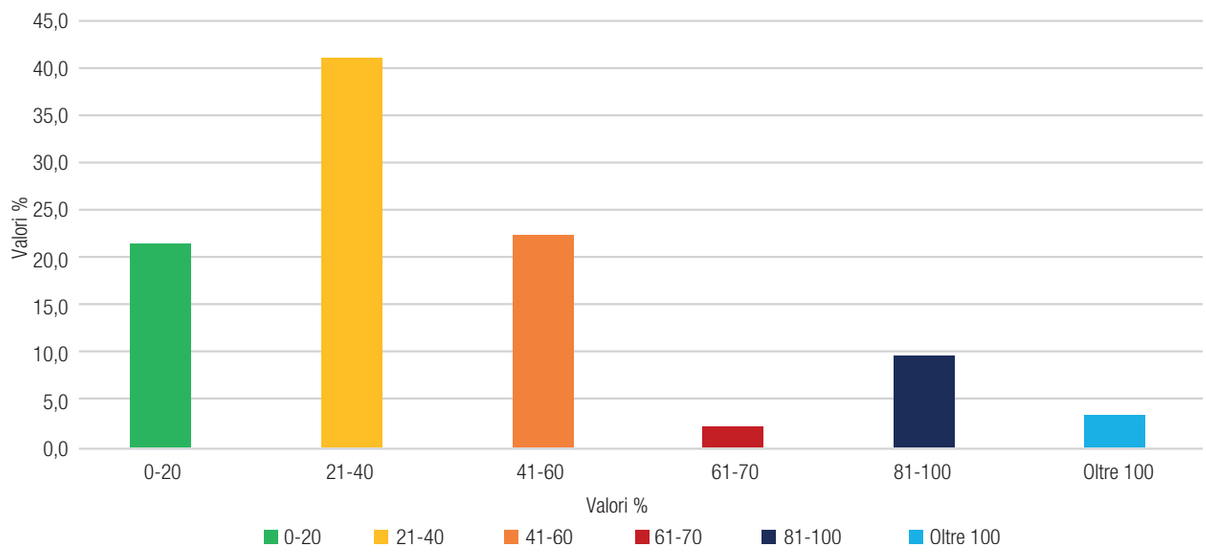
Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

Coloro che vogliono trasferirsi all'estero si bipartiscono equamente tra gli *over* e gli *under* 50.

I motivi alla base del desiderio di voler cambiare lavoro (per quasi il 50% di coloro che hanno desiderio di cambiarlo) sono da ricercarsi nella ricerca di migliori orari di lavoro, maggiore libertà e maggiori stimoli professionali, seguita da presso dalla ricerca di una maggiore retribuzione (Figura 3c.10.).

Secondo il 75,2% dei rispondenti la retribuzione percepita non è adeguata al carico di lavoro richiesto.

Figura 3c.12. Aumento auspicabile retribuzione



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

L'inadeguatezza della retribuzione è sentita maggiormente da chi lavora nel pubblico, siano essi ospedali o ambulatori; oltre il 77% dei rispondenti operanti in tali strutture si ritiene insoddisfatta. Allo stesso modo, circa il 70% degli operanti nel settore convenzionato si ritiene insoddisfatto della retribuzione, mentre i rispondenti operanti nelle strutture private si ripartiscono pressoché in egual modo tra soddisfatti e non (Figura 3c.11.).

Fra coloro che valutano la loro retribuzione inadeguata, il 41,0% ritiene che andrebbe aumentata di una quota compresa tra il 21 e il 40%, il 22,4% del 41-61%, il 21,5% dello 0-20%, il 9,6% dell'81-100%, il 3,4% di oltre il 100% e il 2,2% del 61-70% (Figura 3c.12.).

Infine, il 57,4% dei rispondenti consiglierebbe il proprio lavoro ad un giovane in procinto di scegliere il percorso di studi in medicina e chirurgia.

Il 42,6% di coloro che non lo consiglierebbe adduce come principale motivazione la pesantezza degli orari di lavoro (definiti "massacranti") e le retribuzioni troppo basse, con una conseguente qualità della vita non soddisfacente.

3c.3. Riflessioni finali

Promuovendo la *survey* i cui risultati sono descritti nel paragrafo precedente, era lecito aspettarsi un risultato in linea con quello restituito dai rispondenti: ovvero quello di una professione animata da una forte spinta vocazionale ("malgrado tutto" quasi il 60% dei medici rispondenti consiglierebbe la professione ad un giovane), ma "appesantita" dalla percezione di lavorare in un contesto non favorevole e che non riconosce la propria professionalità.

Il valore aggiunto della *survey*, ci sembra sia quello di avere dato voce direttamente ad un campione numericamente significativo dei medici di cui tanto si parla.

Pur consci della possibilità di una qualche distorsione dei risultati, nella misura in cui potrebbero avere sentito un maggiore interesse a partecipare alla *survey* i medici che volevano dare voce al proprio disappunto, il responso appare inequivocabile: oltre il 40% dei rispondenti non è soddisfatto della propria situazione professionale.

Certamente pesa lo *stress* legato alla percezione di lavorare in situazioni caratterizzate da carenza di organico: l'87% dei rispondenti riscontra una carenza di personale, percentuale che supera il 90% nei contesti ospedalieri pubblici. Appare interessante sottolineare che questa valutazione è comune anche ai professionisti che lavorano in strutture convenzionate; solo nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali private (non convenzionate) sembra essere meno pressante la carenza di personale.

Questa percezione si trasla direttamente nel livello di soddisfazione per la propria posizione professionale: se la quota degli "scontenti" è maggiore nelle strutture pubbliche, anche in quelle private convenzionate i livelli sono simili; nuovamente, la situazione appare migliore solo nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali private non convenzionate.

L'insoddisfazione generalizzata si tramuta in un atteggiamento proattivo: oltre il 40% dei rispondenti sta valutando di cambiare lavoro e il 5% lo sta già facendo; percentuale che arriva al 60% per chi è occupato in una struttura ospedaliera pubblica.

Il 20% dei rispondenti sta valutando di spostarsi all'estero, a riprova della non appetibilità della professione in Italia; fra chi rimane, la volontà di spostamento da pubblico a privato sembra essere compensata da quella di spostamento da privato a pubblico, segno di una generalizzata non soddisfazione per le condizioni professionali.

La carenza di personale si riverbera nella ricerca di orari di lavoro più accettabili per quasi il 50% dei rispondenti; anche la ricerca di maggiori stimoli professionali risulta una importante motivazione al cambiamento, senza però dimenticare la ricerca di un adeguamento della retribuzione, che è un motivo di cambiamento per il 45% dei rispondenti.

Oltre il 75% dei medici ritiene che la retribuzione non sia più ragionevolmente commisurata ai carichi di lavoro: è interessante registrare che, se nel pubblico la percentuale di concordanti con questa affermazione sale al 77%, non è molto lontana nel privato convenzionato (circa il 72%), oltre 20 punti percentuali in più rispetto alle "posizioni" degli occupati in

strutture private non convenzionate.

La *survey* ha cercato di stimare quali fossero le reali aspettative dei professionisti in tal senso: le risposte si concentrano in una richiesta di aumento della retribuzione posizionata nella fascia +20-40%, con un altro 20% di rispondenti che si aspetterebbe un aumento ancora maggiore (+40-60%) e simmetricamente un 20% posizionato nella fascia +0-20%.

In sintesi, se mai ce ne fosse stato bisogno, la *survey* ha confermato l'esistenza di un diffuso malessere fra i medici, che nasce dalla valutazione di una generalizzata carenza di personale, che si traduce in un rilevante *stress* lavorativo non compensato da adeguate retribuzioni. La percezione del malessere è maggiore fra i professionisti delle strutture pubbliche, ma i livelli sono molto simili nelle strutture private convenzionate, dimostrando che il problema è in generale legato alle condizioni che si sono create nel SSN.

L'attesa di una riqualificazione delle retribuzioni è centrale: i rispondenti appaiono in qualche modo "ragionevoli", con una moda statistica posizionata sull'aspettativa di un recupero di retribuzione posizionato intorno al 30%: cifra che però, se pensata come un incremento generalizzato, diventa un obiettivo irraggiungibile se rapportato agli incrementi di risorse attualmente disponibili per il settore sanitario.

A riprova del fatto che l'adeguamento dell'organico è un punto di arrivo e non di partenza, seguendo le dichiarazioni dei medici rispondenti alla *survey*, possiamo attenderci per il futuro una situazione "perturbata" con quote significative di professionisti che, in ragione della loro insoddisfazione, intendono spostarsi dal settore pubblico a quello privato e viceversa, ma anche con un significativo 20% di professionisti (percentuale tanto più significativa considerando che il campione intervistato ha una età media avanzata) che è attirato dall'ipotesi di trasferirsi all'estero.

In conclusione, appare confermato che la sopravvivenza del SSN è strettamente legata alla capacità di riformare complessivamente le politiche di gestione delle risorse umane, prevedendo incentivi anche monetari, ma certamente un ripensamento complessivo della normativa che regola la possibilità di distribuzione degli incentivi e le condizioni di lavoro.

Riferimenti bibliografici

18° Rapporto Sanità. Anno 2022

ENGLISH SUMMARY

The appeal of the healthcare profession: evidence from a survey administered to doctors

The issue of human resources in the National Health Service (NHS) is absolutely strategic to protecting it. Much of the debate that has developed over the last year has focused on the issue of staff shortages.

For this reason, it was deemed appropriate to tackle the issue by giving voice directly to health professionals. A study was carried out in collaboration with the National Federation of the Associations of Surgeons and Dentists (FNOMCeO), designed to analyse physicians' expectations regarding the attractiveness (or not) of the profession in Italy.

A total of 891 subjects participated in the survey conducted using the CAPI (Computer Assisted Personal Interview) method.

As might be expected, the profession is driven by a strong sense of mission ("in spite of everything," nearly 60 percent of the physicians interviewed would recommend the profession to a young person), but "burdened" by the perception of working in an unfavourable environment that does not recognize physicians' professionalism.

With the caveats related to the fact that some distortions in results may be due to the fact that physicians who wanted to voice their disappointment may have felt a greater interest in participating in the survey, the outcome appears unequivocal: more than 40 percent of respondents are dissatisfied with their professional situation.

A factor that certainly weighs heavily is the stress related to the perception of working in situations characterized by understaffing, as reported by almost all respondents and, in particular, by those working in public hospitals. It seems interesting to note that this assessment is also common and widespread among professionals working in facilities operating under the National Health Service. Only in private inpatient and outpatient facilities (not working under the National Health Service) does understaffing seem to be less pressing.

This perception directly affects the level of satisfaction with physicians' professional position: while the share of "dissatisfied" is higher in public facilities, the levels are similar also in private facilities working under the National Health Service. Again, the situation appears to be better only in private inpatient and outpatient facilities not working under the National Health Service.

Generalized dissatisfaction turns into a proactive attitude, with a significant proportion of professionals considering changing job and a not insignificant share already doing so (most of them, again, among those employed in public hospitals).

Many of the respondents are considering moving abroad, thus showing the unattractiveness of the profession in Italy. Among those who decide to remain, the willingness to move from public to private facilities seems to be offset by the willingness to move from private to public facilities, which is a sign of generalized dissatisfaction with professional conditions.

Staff shortages are reflected in the search for more acceptable working hours and greater professional motivation, as well as the search for pay adjustments, which is a reason for change for 45 percent of respondents.

More than 75% of physicians believe that pay is no longer reasonably commensurate with workloads. It is interesting to note that while in the public sector the percentage of physicians agreeing with this statement rises to 77%, it is not so different in the private facilities working under the National Health Service.

The survey tried to estimate what the real expectations of professionals are in this regard: the answers point to a request for increasing pay in a range

between 20 and 40%.

In conclusion, it seems to be confirmed that the survival of the NHS is closely linked to the ability to reform the policies for managing human resources, by providing incentives, including monetary ones, as well fully rethinking the regulations that govern the possibility of distributing incentives and the working conditions.

CAPITOLO 3d
L'evoluzione del personale infermieristico

a cura di FNOPI

3d.1. Introduzione

I recenti cambiamenti sociodemografici della popolazione italiana evidenziano una società sempre più anziana (Istat, 2023), affetta da patologie croniche, talvolta compresenti nello stesso soggetto (Istat, 2021a). Inoltre, anche il cambiamento nella composizione famigliare, caratterizzato dall'aumento dei nuclei famigliari con un unico componente (Istat, 2021b) e l'aumento del divario sociale, impongono ragionamenti per lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che possano rispondano ai nuovi bisogni assistenziali.

Parallelamente si assiste a una dinamica evolutiva del personale infermieristico contraddistinta, tra le altre, da un aumento costante dell'età media (C.R.E.A. Sanità, 2021), da fenomeni di abbandono (Sasso L. et al., 2019) e, più generale, dalla mancanza di un adeguato numero di professionisti lavorativamente attivi (OASI *Report*, 2022).

Tale contesto è aggravato anche da una scarsa attrattività della professione infermieristica (Mastrillo A. et al., 2023) che oramai necessita l'adozione di azioni di riforma e rilancio dell'immagine professionale nonché di ristrutturazione e riconoscimento del ruolo agito nelle strutture sanitarie e sociosanitarie. In particolare, è improcrastinabile attuare investimenti sul personale infermieristico andando a definire: (i) nuove risorse per il sistema nella sua complessità; (ii) nuovi percorsi di carriera nell'ambito clinico assistenziale e (iii) una concreta valorizzazione economica della professione, coerente con il rafforzamento delle competenze acquisite durante lo sviluppo di carriera.

L'emergenza generata dalla pandemia Covid-19 ha evidenziato come il tradizionale modello organizzativo risulti ormai inefficace nel rispondere alle esigenze di salute della popolazione (Tahn HM. 2020; Assefa Y. et al. 2021).

Alla luce di queste considerazioni si può comprendere come sia necessario uno sviluppo della professione infermieristica, dei relativi profili di competenza, dei ruoli agiti nelle diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie e dei relativi percorsi formativi universitari, con sviluppo delle aree di competenza specialistica quali, ad esempio, l'introduzione di nuovi modelli assistenziali e ruoli infermieristici, in particolare quello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (WHO, 2000), con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini a livello territoriale e a domicilio. Altro elemento caratterizzante l'evoluzione dei modelli organizzativi prevede e contempla anche la naturale evoluzione delle figure di supporto all'assistenza che possano accompagnare e stimolare questo cambiamento.

3d.2. Evoluzione della professione infermieristica

Nel prossimo futuro si dovranno sviluppare le competenze agite dalla professione infermieristica per una migliore qualità dell'assistenza, determinando così il passaggio da una logica prestazionale verso una presa in carico dell'assistito e del più generale "sistema assistenza". Come anticipato, lo sviluppo di competenze avanzate gestionali e cliniche, in ogni ambito, potrà influenzare significativamente l'identità e il senso di appartenenza alla comunità professionale, anche intervenendo sulla retribuzione economica di risultato.

Per raggiungere tali obiettivi, è necessario agire su alcuni fondamentali cardini del sistema professionale e organizzativo allo scopo di progettare una

nuova dimensione del professionista infermiere sia in senso verticale (linea gerarchica/asse del *management*) che orizzontale (sviluppo dei ruoli professionali/asse della clinica) (Pitacco G. et al. 2003) superando le logiche prestazionali/esecutive, a favore dell'applicazione di modelli organizzativi a sostegno della presa in carico della persona assistita e dei loro *caregiver*.

- In senso orizzontale/asse della clinica, sarà necessario perseguire l'allineamento tra domanda e offerta di competenze specialistiche acquisibili con livelli formativi differenziati (aziendali, regionali, universitari) per essere in grado di gestire determinati processi assistenziali legati a particolari tipologie di utenti. Questi professionisti saranno in grado di rispondere ai bisogni assistenziali derivanti dalle mutate condizioni di salute della popolazione e dei loro bisogni più complessi. Si citano come esempio gli infermieri specialisti in stomaterapia, *wound care*, gestione *device picc team*, *pain nurse*, rischio infettivo, di famiglia e di comunità, etc.. In questo scenario, diviene strategico un riorientamento verso un approfondimento di conoscenze e competenze per specifiche aree cliniche dell'attuale laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (FNOPI, 2023), orientata nel tempo a uno sviluppo prevalentemente finalizzato a conoscenze e competenze trasversali di ricerca, di management e pedagogiche.
  È del tutto evidente come il contesto organizzativo e la possibilità di adottare modelli assistenziali qualitativamente avanzati sono fortemente influenzati dalla consistenza degli *staff* assistenziali. Oggi i dati relativi al personale di assistenza infermieristica, che correlano esiti (*outcome*) delle persone assistite, numero e qualità dei professionisti (*staffing*) a indicatori di sicurezza e qualità delle cure, sono macro-indicatori già disponibili in letteratura (Sasso L. et al. 2017) e consentono di orientare le scelte su questo tema. A tal proposito, riteniamo sia fondamentale l'abbandono della logica del minutaggio assistenziale, adottando invece la logica del rapporto n. infermieri/n. pazienti.
- In senso verticale/asse del *management*. La dirigenza infermieristica dovrà essere compresa nella direzione strategica aziendale (previa modifica della L. n. 502/1992), occupando ruoli di pari livello gerarchico con il *management* direzionale (Del. Leg.va Regione Emilia Romagna n. 31 del 23/11/2021 modifiche all'art. 3 della L.R. n. 29/2004 – norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale) individuando con chiarezza la funzione gestionale in capo al dirigente infermiere che, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, potrà definire metodi e strumenti per il governo della complessità organizzativa e assistenziale sviluppando modelli innovativi per l'erogazione di un'assistenza di qualità.

3d.3. Metamodello organizzativo per l'assistenza infermieristica

Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte, da un lato, all'aumento del peso della cronicità e, dall'altro, alla progressiva riduzione dell'organico di alcune specializzazioni mediche (Age.Na.s., 2022), risulta essere il superamento dei tabù che in Italia sono ancora associati ai concetti di *skill mix* e *task shifting* (WHO, 2007). Si tratta infatti di valorizzare le professioni sanitarie agendo su un ripensamento delle competenze necessarie (*skill mix*) e su un cambio di ruoli in sostituzione (*task shifting*) o in affiancamento (*task evolution*) alle altre professioni sanitarie. Se questo avviene all'interno di un percorso di cura pianificato, adeguatamente monitorato e supportato dalle tecnologie digitali, i benefici si espliciteranno nel miglioramento della qualità della presa in carico.

Oggi il modello *skill mix/task evolution* vede coinvolti non solo medici e infermieri come inizialmente accaduto (Martínez-González NA. et al. 2015; Gading EA. et al. 2022), ma anche gli operatori socio-sanitari o i *caregiver* che possono essere affiancati agli infermieri, in particolare nelle attività do-

miciliari. Questo cambiamento di ruoli e responsabilità, se ben progettato, potrebbe restituire il "senso di valore" che sembra essere oggi un elemento fondamentale per superare, o almeno contrastare, il cosiddetto fenomeno della *great resignation* (Nowell L., 2002) di molti operatori sanitari. Le politiche sanitarie dovrebbero essere ripensate al fine di comprendere azioni di miglioramento e di snellimento dei percorsi sanitari e sociali, in particolare il cittadino dovrebbe essere guidato nell'utilizzo dei servizi e accompagnato all'interno dei percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali.

La normativa dovrebbe tendere soprattutto al cambio del paradigma medicocentrico del nostro SSN basato soprattutto sulla cura di patologie, con estreme suddivisioni per specializzazioni, traslando verso un sistema guidato anche da laureati delle altre professioni sanitarie, con dei veri e propri progetti di salute globale dell'individuo.

Sono maturi i tempi per una nuova stratificazione della professione infermieristica che, oltre alla figura del coordinatore e dell'infermiere generalista prevede la funzione dell'infermiere specialista: professionista responsabile dell'assistenza infermieristica nell'ambito di riferimento. Cura la pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e assicura un servizio assistenziale di alto livello con competenza specifica e autonomia professionale. Inoltre, assicura un appropriato utilizzo di materiali, strumenti e risorse a disposizione, nel rispetto delle direttive ricevute, delle procedure e degli standard qualitativi aziendali. È referente specifico degli infermieri generalisti e degli assistenti infermieristici per l'inquadramento delle esigenze e per i programmi di assistenza individuali, con particolare riferimento alle casistiche di maggiore complessità.

Anche al fine di alleviare il carico lavorativo su determinate figure professionali, il processo di riforma normativa in corso dovrebbe tendere a un ampliamento delle competenze degli infermieri professionisti, in particolare prevedendo delle attività di prescrizione dei presidi base e di *follow-up* unitamente al possesso di specifiche competenze digitali.

L'introduzione di sistemi tecnologici può aggiunge valore all'assistenza se consente l'erogazione di nuovi servizi, più sostenibili, più personalizzati, capaci di rilevare i bisogni di salute. L'introduzione di soluzioni di Sanità Digitale consentirebbe di:

- coprogettare i modelli di presa in carico**,** in una logica nella quale gli sviluppatori comprendono meglio le esigenze di utilizzatori e pazienti, i professionisti sanitari sfruttano più facilmente le opportunità che la tecnologia può aprire, le persone assistite manifestano le attese principali e le organizzazioni possono comprendere i ragionevoli limiti di servizio
- semplificare i percorsi rivolti al paziente e migliorare l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza. La revisione dei processi deve porre al centro sia la persona assistita e le sue esigenze, sia la sostenibilità del sistema sanitario. Ciò richiede uno sviluppo e una rivisitazione dei ruoli unita all'aggiornamento delle competenze; tali processi di *shifting* di competenze e responsabilità vanno individuati, accompagnati e governati. Uno degli obiettivi di ridisegno dei processi è rappresentato dall'adozione di soluzioni tecniche e organizzative capaci di assicurare un modello attivo di *Transitional Care*
- partecipare in forma attiva da parte del cittadino che si rivolge ai servizi sanitari, o da parte del *caregiver* al processo di cura è un elemento centrale; la sua consapevolezza rappresenta un'opportunità poiché influisce sugli esiti di cura migliorando al contempo la sua percezione del servizio ricevuto.

3d.4. Evoluzione delle figure di supporto

L'importante transizione in atto (epidemiologica, organizzativa e di evoluzione delle competenze dei professionisti) deve necessariamente riguardare anche il personale di supporto all'assistenza infermieristica.

Tale evoluzione deve riguardare:

- il governo degli operatori di supporto, siano essi con formazione complementare o meno, attraverso una ulteriore previsione normativa a integrazione della L. n. 3/2018 per l'istituzione

all'interno degli Ordini delle professioni infermieristiche di un albo speciale per il personale di aiuto e supporto all'attività dell'infermiere per la verifica, il controllo deontologico e la tutela dell'attività svolta a beneficio del cittadino
- la formazione complementare per lo sviluppo di nuove e maggiori competenze da agire in autonomia o su indicazione dell'infermiere sulla base della pianificazione fatta.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS (2022). Il personale del Servizio Sanitario Nazionale

Assefa Y, Gilks CF, Van De Pas R, Reid S, Gete DG, Van Damme W. (2021). "Reimagining global health systems for the 21st century: Lessons from the COVID-19 pandemic". Vol. 6, BMJ Global Health. BMJ Publishing Group; 2021

Rapporto C.R.E.A. Sanità (2021). "Il futuro del SSN: vision tecnocratiche e aspettative della popolazione"

Deliberazione legislativa Regione Emilia Romagna n. 31 del 23 novembre 2021 modifiche all'art. 3 della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 (norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale)

Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)(2023). Consensus Conference – Documento di Consenso

Gading EA , Ian W (2022). "Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review". Int J Nurs Pract. 2022 Oct;28(5):e13046. doi: 10.1111/ ijn.13046. Epub

Istat (2019, 2021) (a). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia

Istat (2021) (b). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie

Istat. Indicatori Demografici Bilancio demografico nazionale

Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. (2015). "The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. Resour Health". Jul 7:13: 55.doi: 10.1186/s12960-015-0049-8

Mastrillo A, Bevacqua L, Cenerelli E. (2023). "Professioni sanitarie: ecco il Report 2023-2024 con la programmazione dei posti e i dati su tutti i corsi di laurea". Sole 24ore – Sanità

Nowell L.(2022). "Helping nurses shift from the great resignation to the great reimagination". J Adv Nurs. 2022 Oct;78(10):e115-e117. doi: 10.1111/ jan.15403. Epub

OASI Report 2022

Pitacco G, Silvestro A. (2023). "Un modello di analisi della complessità assistenziale". I Quaderni Ipasvi

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". J Nurs Manag. 2019 Jul;27(5):946-954. doi: 10.1111/ jonm.12745.Epub

Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A, Spandonaro F, Icardi G, Watson R, Sermeus W. (2017). "The general results of the RN4CAST survey in Italy". J Adv Nurs. 2017 Sep;73(9):2028- 2030. doi: 10.1111/jan.13066. Epub

Tahan HM. (2020). "Essential Case Management Practices Amidst the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Crisis: Part 1: Tele-Case Management, Surge Capacity, Discharge Planning, and Transitions of Care". Prof Case Manag.25(5):248–66

World Health Organization (WHO), PEPFAR & UNAIDS (2007). "Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines". Geneva: WHO

World Health Organization (WHO) (2000). Regional Office for Europe. "The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum". World Health Organization. Regional Office for Europe

ENGLISH SUMMARY

The evolution of the nursing staff

The Chapter deals with some aspects deemed fundamental for the development of the nursing profession, for the related skill profiles, and the roles played in health and social-health facilities, as well as the related university educational paths.

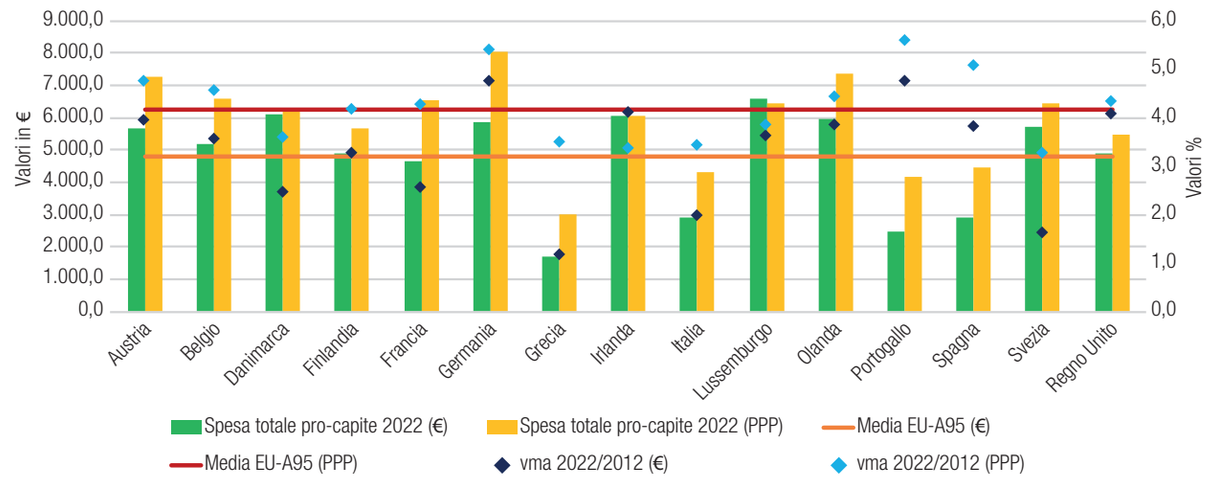
For the purpose of providing better quality of care, in particular, it is deemed essential to take action to shift from a benefit and performance logic to taking charge of patients' care and of the more general "care system": in other words, benefit and performance/executive logics need to be overcome, in favour of the implementation of organizational models supporting the logic of taking charge of patients and their caregivers.

For nurses (from the clinical viewpoint), it will be essential to match supply and demand of specialist skills that can be acquired through differentiated levels of training (at corporate, regional, and university levels). Moreover, from the managerial viewpoint, it will be crucial to ensure that nursing management is included in corporate strategic direction, with roles hierarchically equal to the executive management.

The Chapter recalls that the time is ripe for a new stratification of the nursing profession that, besides the job profiles of coordinator and generalist nurse, also envisages the specialist nurse, i.e. the professional responsible for nursing care in the relevant area. Furthermore, also in view of alleviating the workload on some professionals, the current regulatory reform process should tend to broaden the registered nurses' competence and skills, in particular by providing for basic prescription and follow-up activities, together with the possession of specific digital skills.

Finally, the transition underway also needs to apply to the nursing support staff. This needs to be done, in particular, through a new governance of support workers, whether they have complementary training or not, by means of an additional regulatory provision to complement Law No. 3/2018 for the establishment - within the Associations of the Nursing Profession - of a special register for the nursing support staff for the check, ethics compliance and protection of the activity carried out for citizens' benefit, and by also promoting complementary training for the development of new and enhanced skills to be used autonomously and independently or upon nurses' instructions.

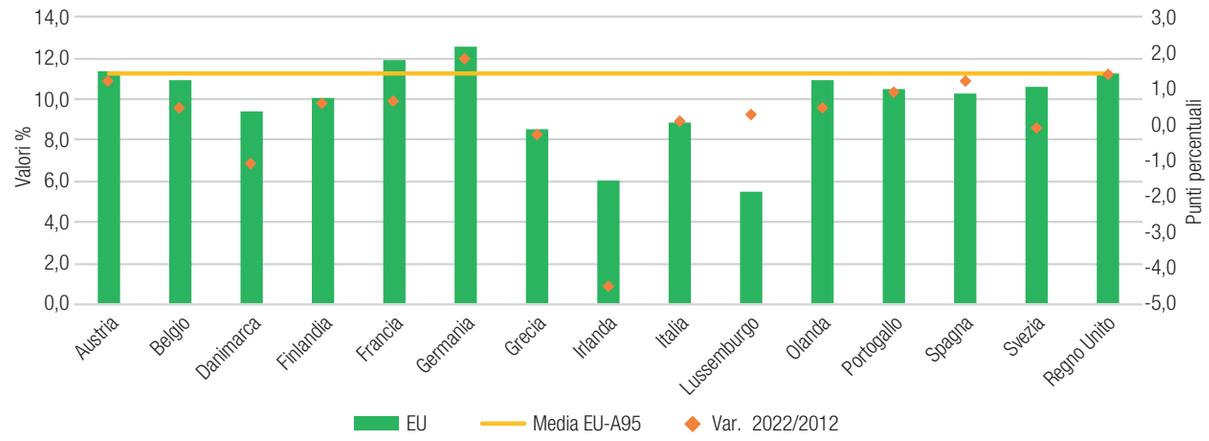
KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, la spesa sanitaria totale pro-capite (secondo i dari OCDE) , si attesta a € 2.911,5 (+2,6% sull'anno precedente), mentre risulta pari a € 4.792,1 (+3,7% sull'anno precedente) nei rimanenti Paesi EU-Ante 1995. Nell'ultimo decennio i Paesi EU-Ante 1995 hanno registrato una crescita media annua della spesa totale sanitaria del 3,8% medio annuo, l'Italia del +2,0%, portando il *gap* al -39,2% (+11,5 punti percentuali nell'ultimo decennio). Esprimendo la spesa in Parità di Potere di Acqusto (€-PPP) si conferma uno scarto pari al -31,5%.

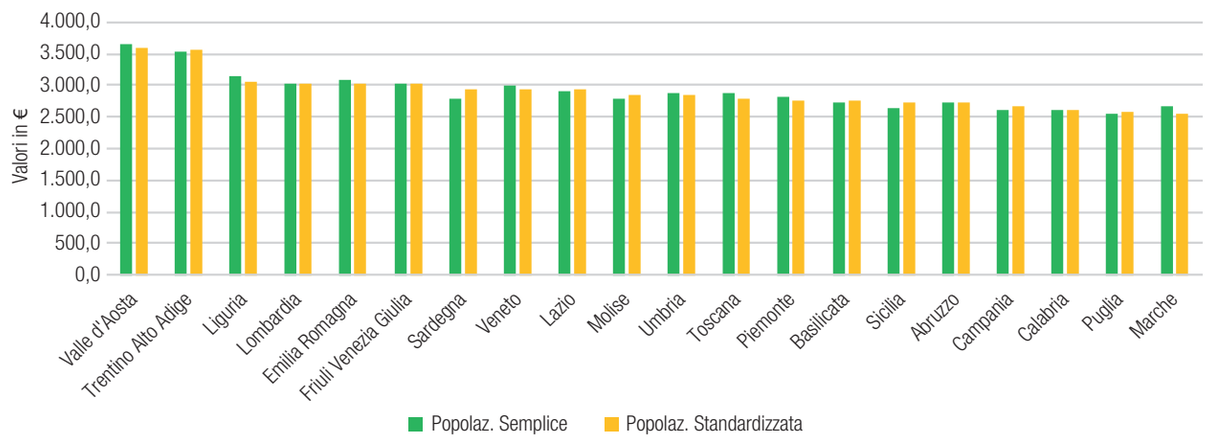
KI 3.2. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è pari all'8,8%, -0,5 p.p. rispetto all'ultimo anno e -2,5 rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (11,3%). Nell'ultimo decennio nei Paesi EU-Ante 1995 l'incidenza è in media aumentata di 0,8 p.p., mentre in Italia è rimasta tendenzialmente stabile.

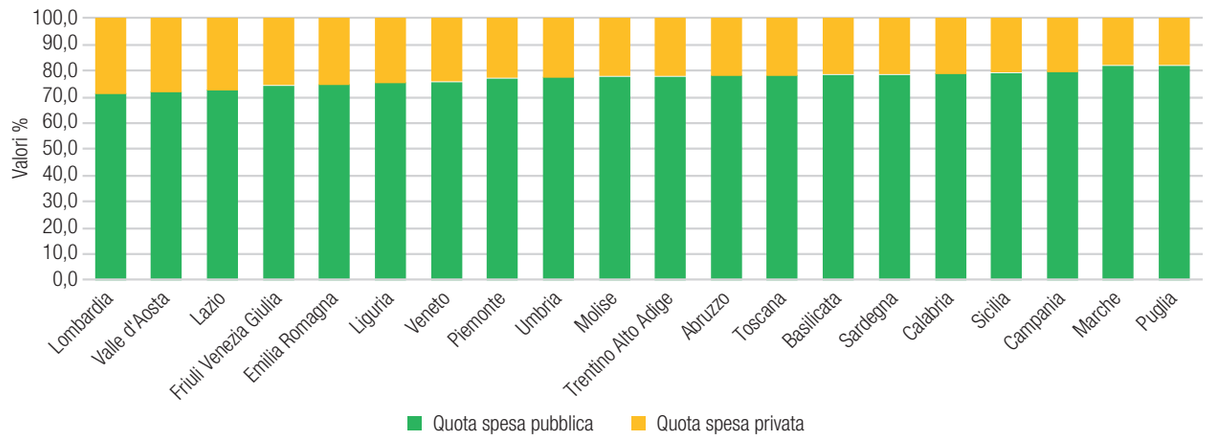
KI 3.3. Spesa sanitaria totale regionale pro-capite. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istat, ANIA, Ministero della Salute 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa sanitaria italiana (secondi i dati Istat) risulta pari a € 2.863,9 pro-capite , in aumento del 2,9% rispetto all'anno precedente e dell'8,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, i valori massimi si registrano in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente pari a € 3.662,1 e € 3.530,1); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.599,8) e Puglia (€ 2.538,8). La differenza tra la Regione con la spesa massima e quella con la spesa minima è del 44,2% ovvero € 1.123,3. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima scende al 40,4%.

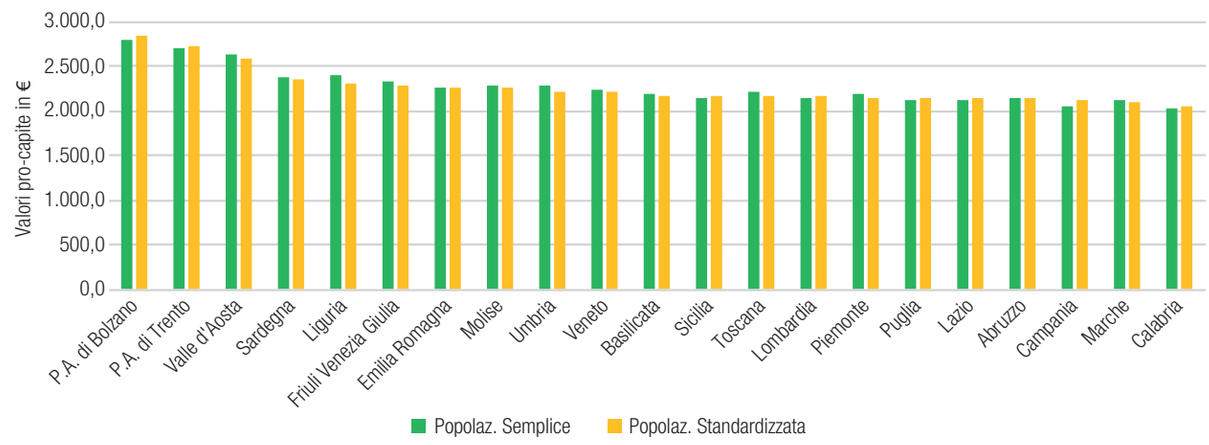
KI 3.4. Composizione della spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istat, ANIA, Ministero della Salute 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa sanitaria totale italiana è per il 76,3% spesa pubblica (-0,5 p.p. rispetto all'anno precedente e +1,3 p.p. rispetto al 2017) e il restante 23,7% privata (+0,5 p.p. rispetto anno precedente e -1,3 p.p. rispetto al 2017). La composizione della spesa a livello regionale è variabile, in larga misura per effetto della componente privata della spesa. Nel 2022, in Lombardia la spesa privata rappresenta il 28,7% della spesa sanitaria totale; all'estremo opposto si colloca la Puglia dove la componente privata si ferma al 17,9%.

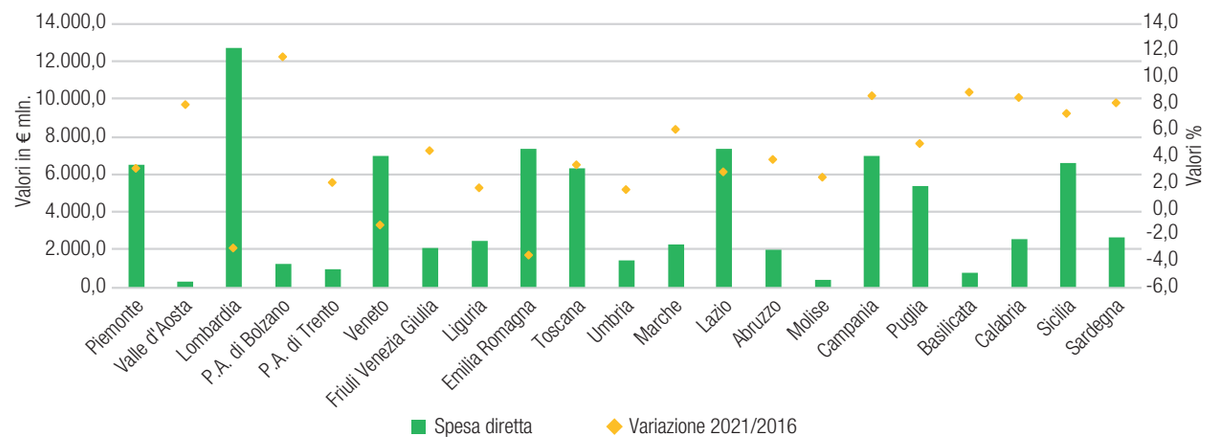
KI 3.5. Spesa sanitaria pubblica regionale pro-capite. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica risulta pari a € 2.183,9 pro-capite , in aumento del 2,2% rispetto all'anno precedente e del 2,9% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, i valori massimi si registrano nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 2.797,5 e € 2.703,8), seguite dalla Valle d'Aosta (€ 2.632,2) e dalla Liguria (€ 2.400,5); all'estremo opposto si collocano Calabria (€ 2.020,6) e Campania (€ 2.059,4). La differenza tra la Regione con la spesa massima e quella con la spesa minima è pari a 1,38 volte ovvero € 777,0 pro-capite. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima sale a 1,4 volte.

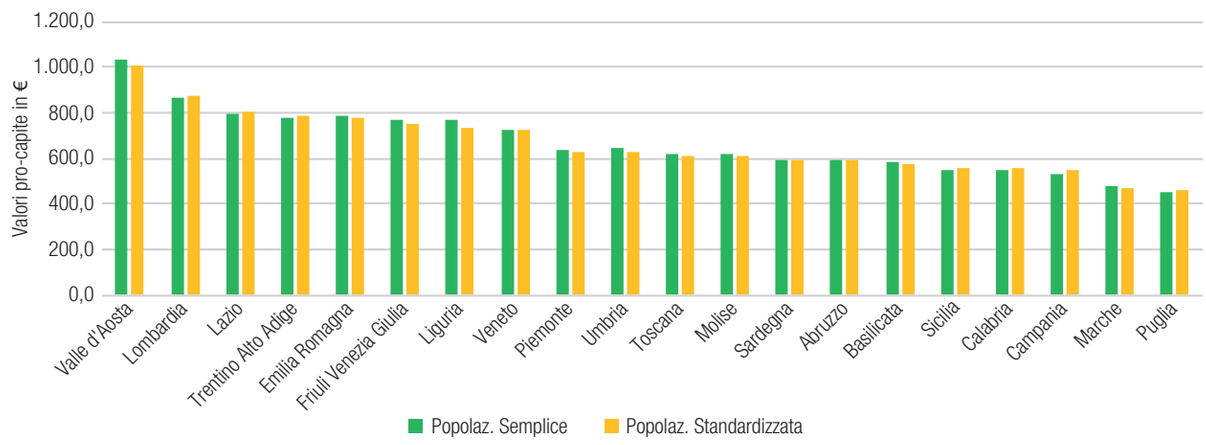
KI 3.6. Spesa sanitaria pubblica regionale diretta. Anno 2021



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

Nel 2021 la spesa sanitaria pubblica è composta per il 68,0% (+0,8 p.p. nell'ultimo anno e +2,6 p.p. nell'ultimo quinquennio) da spesa diretta e il restante 32,0% da spesa in convenzionata. La diretta incide maggiormente nelle Regioni del Centro e del Nord (67,6%, -0,7 p.p. nel quinquennio), rispetto a quelle del Sud (65,7%, +6,9 p.p.). L'incidenza della spesa convenzionata è aumentata maggiormente in Emilia Romagna (+3,6 p.p. nell'ultimo quinquennio) e diminuita maggiormente in Basilicata (-8,7 p.p. nel quinquennio).

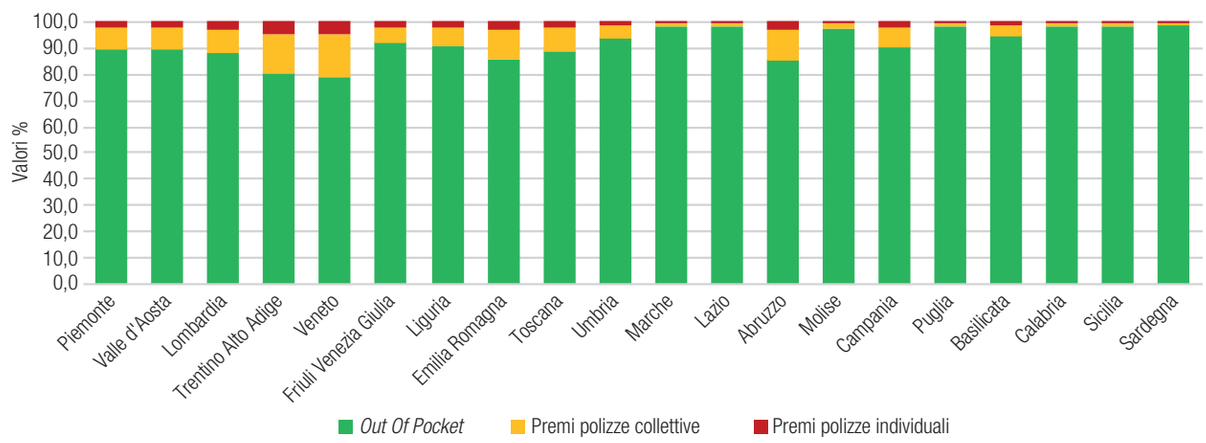
KI 3.7. Spesa sanitaria privata regionale pro-capite. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istat, ANIA, Ministero della Salute 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa privata italiana (secondi i dati Istat) risulta pari a € 680,0 pro-capite, in aumento del 5,4% rispetto all'anno precedente e dell'1,7% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, i valori massimi si registrano in Valle d'Aosta (€ 1.029,9) e Lombardia (€ 868,1); all'estremo opposto si colloca la Puglia (€ 453,9). La differenza tra la Regione con la spesa massima e quella con la spesa minima supera le 1,26 volte ovvero € 576,0. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima scende alle 1,21 volte ovvero a € 312,0.

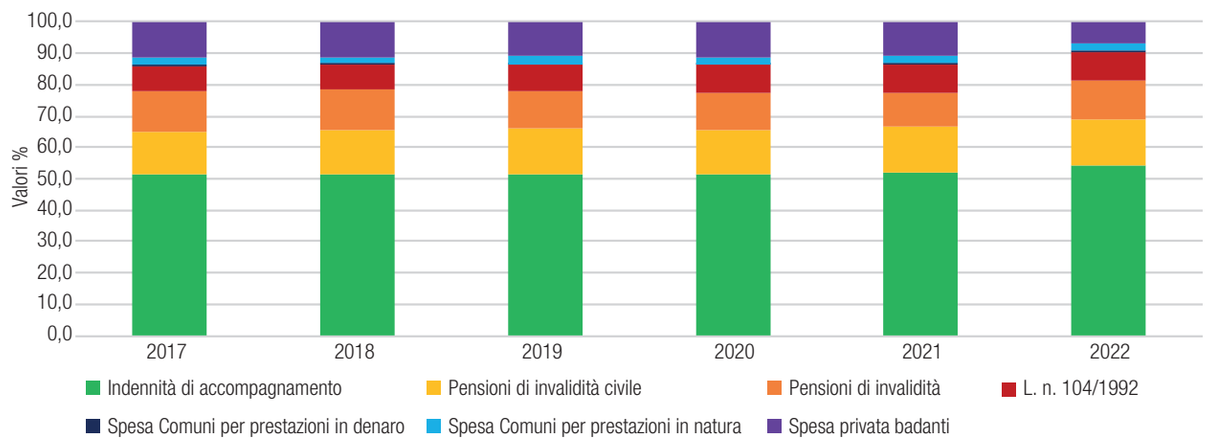
KI 3.8. Composizione della spesa sanitaria privata. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Istat, ANIA, Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, la spesa privata è composta per l'89,6% da spesa *out of pocket* (OOP), ed il restante 10,4% da spesa intermediata, di cui l'8,0% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 2,4% alle polizze individuali. La spesa OOP è cresciuta del 4,5% rispetto all'anno precedente e dell'1,3% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Il peso della intermediata, dal 2016, è andato lentamente crescendo (+2,2 p.p.). Nello specifico le polizze collettive sono in crescita del +5,0% rispetto all'anno precedente e del +1,7% nell'ultimo quinquennio mentre le polizze individuali sono cresciute del +33,4% rispetto all'anno precedente e del'11,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 10,9% della spesa privata nel Nord, il 9,3% nel Centro e il 2,5% nel Sud e Isole. Umbria, Marche, Basilicata, Calabria e Sicilia risultano essere le Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, con valori che superano il 98,0%. Trentino Alto Adige e Veneto risultano, invece, quelle con la quota maggiore di spesa privata intermediata che supera il 19% della spesa privata totale.

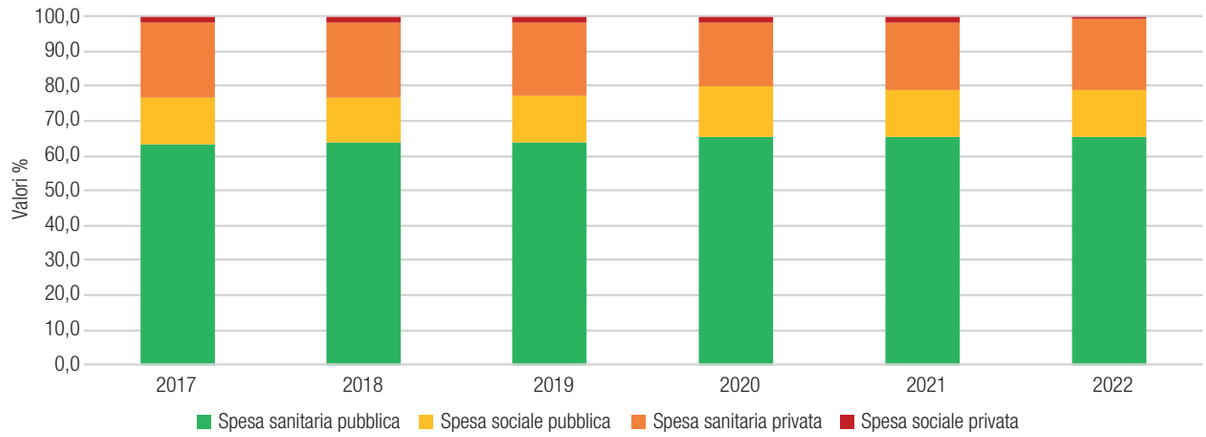
KI 3.9. Spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità



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

Nel 2022, per le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile, le pensioni di invalidità, i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 e le prestazioni in denaro di competenza comunale sono stati spesi circa € 24,3 mld. (-2,1% rispetto all'anno precedente, +1,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio). I Comuni hanno erogato prestazioni in natura a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani) per una spesa complessiva di € 622,2 mln. (sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente e in riduzione dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio). Se si sommano € 1,8 mld. di spesa OOP per badanti si ottiene una spesa sociale di circa 26,6 mld. totali che, per il 54,4% (+2,5 p.p. rispetto all'anno precedente e +3,0 p.p. nell'ultimo quinquennio), afferiscono alle indennità di accompagnamento; per il 14,8% alle pensioni di invalidità civile (+0,1 p.p. sull'anno precedente e +1,2 p.p. nel quinquennio); per il 12,2% alla spesa per le pensioni di invalidità (+1,0 p.p. sull'anno precedente e -1,0 p.p. nel quinquennio); per il 9,1% alla spesa per i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 (+0,1 p.p. sull'anno precedente e +1,4 p.p. nel quinquennio); per lo 0,4% alla spesa dei Comuni per prestazioni monetarie (tendenzialmente stabile nei periodi analizzati); per il 2,3% alla spesa dei Comuni per prestazioni in natura (+0,1 p.p. rispetto al 2021 e -0,1 p.p. nel quinquennio) e per il rimanente 6,9% alla spesa delle famiglie per le badanti (-3,9 p.p. sul 2021 e -4,6 p.p. sul 2017).

KI 3.10. Spesa socio-sanitaria



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

Nel 2022, la spesa socio-sanitaria totale (sanitaria e sociale per le non autosufficienze e le disabilità), in Italia, ammonta a € 197,8 mld. (+2,2% rispetto all'anno precedente, +2,1% medio annuo nell'ultimo quinquennio), pari a € 3.351,0 per residente. Per l'85,5% è spesa sanitaria e il restante 14,5% per prestazioni sociali. La quota pubblica è del 65,2% per la parte sanitaria e del 13,6% per quella sociale. La spesa sanitaria pubblica è diminuita di 0,2 p.p. nell'ultimo anno, mentre la spesa sociale pubblica è aumentata di +0,4 p.p.. La spesa sanitaria privata è aumentata di 0,5 p.p., mentre la spesa sociale privata si è ridotta di -0,7 p.p..

Capitolo 4

Organizzazioni e reti trasversali

Organizations and networks

4a. Le reti nella tutela della salute tra spontaneità e prescrizione
English Summary

4b. L'importanza dell'aggiornamento dei flussi informativi SDO (e non solo) e del sistema di classificazione delle Diagnosi (ICD-10) per il Servizio Sanitario Nazionale
English Summary

4c. Prospettive di miglioramento delle procedure di *public procurement* in Italia: una analisi introduttiva
English Summary

4d. Modelli di gestione dell'Intelligenza Artificiale nella sanità: verso una assistenza personalizzata ed efficace
English Summary

4e. Lo stato dell'arte della Sanità Digitale in Italia: i principali risultati di ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano
English Summary

CAPITOLO 4
Organizzazioni e reti trasversali

Il Rapporto ha una struttura consolidatasi negli anni, descritta in dettaglio nella "Guida alla lettura", che prevede prima l'analisi dei macro temi sanitari (finanziamento, spesa, esiti, etc.) e poi una disanima del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) svolta per segmento assistenziale: dalla prevenzione all'attività di ricovero, a quella ambulatoriale, sino a quella domiciliare.

Con il passare degli anni si è reso sempre più evidente come alcune tematiche rilevanti per il sistema sanitario risultino, però, trasversali rispetto alla struttura così delineata: la tematica dei flussi informativi, ma anche la digitalizzazione, ne sono esempi lampanti. Inoltre, va rimarcato che la struttura organizzativa dei servizi sanitari è sempre meno gerarchica, e sempre più orientata a trasformarsi in una rete, tanto per gli aspetti clinici che per quelli di supporto: una trasformazione in atto da diversi anni, peraltro coerente con gli elevati gradi di complessità del settore sanitario.

Il capitolo 4 è, quindi, un nuovo inserimento nell'indice del Rapporto, dedicato agli aspetti organizzativi che risultano trasversali rispetto alle aree assistenziali.

Contiene cinque contributi: il primo (Capitolo 4a) affronta il tema delle reti in senso generale e teorico, affrontando un tema essenziale, ovvero quello del funzionamento delle reti nate in modo prescrittivo, come è frequente in campo sanitario; capire punti di forza e debolezza di questa specifica forma organizzativa è elemento essenziale per il loro governo; il secondo contributo (Capitolo 4b) è dedicato ai flussi informativi, o meglio alla esigenza di loro aggiornamento e adeguamento, con un focus specifico sulle classificazioni dei ricoveri e delle procedure, che si evidenzia come siano un elemento essenziale ai fini dell'analisi delle attività erogate dal SSN; il terzo contributo (Capitolo 4c) si concentra sulle esigenze di riforma delle regole operative delle Aziende sanitarie pubbliche, con un focus specifico sulla funzione di *procurement*: dopo "la gestione in deroga" che ha caratterizzato la funzione durante la pandemia, appare ineludibile interrogarsi sulla capacità del SSN di efficientare questa attività; il quarto e il quinto contributo sono dedicati alla trasformazione digitale in atto nella Sanità; il quarto (Capitolo 4d) affronta nello specifico il tema delle sfide e delle opportunità legate alla Intelligenza Artificiale: si tratta di uno strumento che può rivoluzionare le modalità operative del SSN, ma che dobbiamo essere in grado di governare; il quinto (Capitolo 4e) riassume, infine, l'aggiornamento del monitoraggio effettuato dal Politecnico di Milano nell'ambito dell'Osservatorio Sanità Digitale, che da molti anni analizza lo sviluppo della digitalizzazione all'interno del SSN.

CHAPTER 4
Organizations and networks

The Report has a structure that has been developed over the years, described in detail in the "Reading Guide," which includes first an analysis of macro health issues (financing, health expenditure, outcomes, etc.) and then an analysis of the National Health Service (NHS) carried out by care segment, ranging from prevention to inpatient, outpatient and home care.

Over the years, it has become increasingly evident that some issues relevant to the healthcare system are, however, cross-sectional to the structure outlined: the issue of information flows, but also digitalization, are cases in point. It should also be noted that the organizational structure of health services is becoming ever less hierarchical, and increasingly oriented towards becoming a network, both for clinical and support aspects: a transformation that has been underway for several years, and is also consistent with the high complexity of the health sector.

Chapter 4 is therefore a new development of the Report, devoted to organizational aspects that cut across care areas.

It includes five contributions: the first (Chapter 4a) deals with the topic of networks in a general and theoretical sense, by addressing an essential issue, namely the functioning of networks created in a prescriptive way, as is common in the health sector. Understanding the strengths and weaknesses of this specific organizational form is essential for its governance. The second contribution (Chapter 4b) is devoted to information flows, or rather to the need for their updating and adjustment, focusing specifically on the classifications of hospitalizations and procedures, which prove to be essential for the purposes of analysing the services provided by the NHS. The third contribution (Chapter 4c) focuses on the needs for reforming the public health agencies' operating rules , focusing specifically on procurement: after the "management by derogation" that characterized it during the pandemic, it seems unavoidable to reflect upon the ability of the NHS to make this activity more efficient. The fourth and fifth contributions are devoted to the digital transformation taking place in Healthcare. The fourth (Chapter 4d) specifically addresses the challenges and opportunities related to Artificial Intelligence: it is a tool that can revolutionize the way the NHS operates, but that we must be able to govern. The fifth (Chapter 4e) finally summarizes the monitoring update carried out by the Milan's Politecnico as part of the Digital Health Observatory, which has been analysing the development of digitalization within the NHS for many years.

CAPITOLO 4a
Le reti nella tutela della salute tra spontaneità e prescrizione

Cepiku D.[1], Mastrodascio M.[2]

4a.1. Le reti: definizione e criticità

Negli ultimi tre decenni si è assistito alla diffusione di *network* finalizzati al perseguimento dell'interesse generale, spesso formati da attori pubblici e privati. Elementi quali l'affermazione della società della conoscenza, l'evoluzione del ruolo dello Stato verso interventi sempre meno diretti e una crescente interdipendenza tra i principali attori sociali, rendono le reti una soluzione funzionale per fare fronte a problemi complessi difficilmente risolvibili con tradizionali modelli di intervento *top-down* basati sulla centralità dell'operatore pubblico o da logiche di libero mercato.

Nelle reti, le organizzazioni *partner* sono collegate da forme di interdipendenza in cui una unità non è formalmente subordinata all'altra (O'Toole, 1997). Si tratta di un insieme di relazioni sociali stabili che nascono attorno a problemi, programmi e politiche pubbliche e prendono forma come risultato dell'interazione tra gli attori (Kickert et al., 1997; Meneguzzo e Cepiku, 2008). Ciò che qualifica le reti è la presenza di una pluralità di soggetti autonomi, ognuno dotato di un proprio soggetto economico; l'interdipendenza tra i nodi, l'organizzazione delle interdipendenze, che genera valore di sistema e che deve essere distribuito equamente tra i nodi (Longo, 2007). Risulta, infatti, determinante l'equità percepita dai singoli nodi, alla luce dei rapporti di forza socio-economici esistenti, al fine di garantire il perdurare nel tempo della rete (Del Vecchio, 2001).

L'interdipendenza nasce quando nessun attore, pubblico o privato dispone della piena conoscenza, delle informazioni o del potere necessario per risolvere un problema complesso, dinamico e multisfaccettato. L'interdipendenza è un dato di fatto e non una scelta. Sebbene si possa essere consapevoli o meno delle interdipendenze che, se non organizzate, sono in grado di distruggere valore (Longo, 2007).

Altre caratteristiche fondamentali delle reti sono la presenza di interazioni continue attraverso le quali si condividono risorse e si negoziano obiettivi condivisi. Queste interazioni sono basate sulla fiducia, più che sull'autorità gerarchica, e sono governate da regole condivise.

Rispetto alle organizzazioni tradizionali, le reti sono contraddistinte da alcune criticità quali: diversi livelli di motivazione e impegno dei *partner* nel perseguire gli obiettivi del *network*; differenti prospettive degli attori coinvolti con riferimento a problemi, soluzioni desiderate o soluzioni ritenute migliori per risolvere il problema; scontri tra culture organizzative diverse; perdita di autonomia, fatica di coordinamento e impegno di tempo e di costi; mancanza di incentivi a cooperare e conseguenti blocchi all'azione collettiva, ridotto livello di *accountability* da parte dei partecipanti; scarsi riconoscimenti per il ruolo svolto nella rete in confronto a quello all'interno delle singole organizzazioni; assenza di attori importanti; iniqua distribuzione delle risorse ed infine, un'errata *task-integration* (Kickert et al., 1997; Provan e Milward, 2001; Mandell e Keast, 2008). Le reti perdurano se i nodi distribuiscono equamente il valore aggiunto generato dalla rete, garantendo ai singoli nodi una sostanziale equità percepita tra contributi e ricompense scambiate con la rete (Del Vecchio, 2001).

[1] Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[2] LUMSA - Roma

Più specificamente, in letteratura sono stati identificati tre tipi di tensioni intrinseche alle reti: (i) efficienza vs inclusione; (ii) legittimità interna vs legittimità esterna; (iii) flessibilità vs stabilità (Provan e Kenis, 2007).

Queste criticità e tensioni rendono evidente che anche le reti, come il mercato e la gerarchia, possono fallire. Tuttavia, molti problemi complessi possono essere affrontati e risolti in maniera soddisfacente solo attraverso la forma reticolare. Pertanto, buona parte degli aspetti critici delle reti, possono essere risolti attraverso un efficace sistema di *network management* (Turrini et al., 2010; Cepiku, 2017).

4a.2. Le reti: definizione e criticità

Come in altre parti del settore pubblico, le reti sono emerse prevalentemente come tentativo di correggere le logiche competitive e la frammentazione introdotte con il *New Public Management*. La diffusione dell'organizzazione reticolare in sanità è stata incentivata non solo dall'introduzione di strumenti operativi, ma anche dal legislatore (D. Lgs. n. 502/1992, D. Lgs. n. 517/1993, D. Lgs. n. 299/1999, riforma del titolo V della Costituzione, Accordo Stato-Regioni del 2001 e Intesa Stato-Regioni del 2005, il D. M. n. 70 del 2015). La cooperazione in rete per le aziende sanitarie è un'opzione strategica per razionalizzare una spesa sanitaria sempre crescente, per ristrutturare l'offerta di servizi sanitari sul territorio spesso inadeguata alla domanda, per erogare servizi omogenei in tutto il territorio e per rispondere al *continuum of care* (Cuccurullo e Pennarola, 2017; Cepiku, Ferrari e Greco, 2006).

Molte Regioni italiane hanno intrapreso percorsi di riconfigurazione dell'offerta ospedaliera secondo logiche di rete (Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Marche, Veneto, Lazio, Sardegna, Liguria, Umbria). Da una ricerca condotta nel 2005, alcune regioni (Emilia Romagna, Marche e Sardegna) hanno optato per un modello di rete del tipo "*hub and spokes*", che prevede una struttura altamente specializzata al centro della rete (*hub*) ed una serie di strutture satelliti (*spokes*) collegate a quella centrale per i casi clinici più complessi. Altre due regioni non avevano specificato il modello di rete da adottare (Toscana con le Aree Vaste e Liguria con le Aree Ottimali). Il resto delle regioni prevedeva una classificazione degli ospedali in base alla complessità dell'assistenza erogata, che implica una logica di rete nella gestione dei pazienti[3].

A seguito del Decreto Ministeriale n. 70 del 2015[4], anche nei contesti nei quali le reti sanitarie risultano da tempo costituite, spesso per volontà dei professionisti, è stato necessario disciplinare tali iniziative per consentirne uno sviluppo ed un potenziamento a livello regionale. Diversamente, nelle realtà in cui non si è assistito ad uno sviluppo delle reti per iniziativa dei professionisti, al regolatore regionale è stato richiesto di guidarne la costituzione[5].

Il Ministero ha promosso nel corso degli anni la costituzione di reti strutturate tra gli IRCCS al fine di mettere a fattor comune le risorse in termini di competenze scientifiche cliniche, sperimentali e biotecnologiche, di tecnologie avanzate, e di ottimizzarne l'impiego, rafforzando la posizione italiana in Europa

[3] Si veda il rapporto OASI 2005

[4] Il D.M. chiede di "articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia […]; adottare il modello denominato *hub and spoke*, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica"

[5] Si veda: https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3986-reti-sanitarie-fra-volontarismo-e-prescrizione.html

in termini di ricerca e cura nei diversi ambiti tematici[6].

Le "Linee guida per la revisione delle Reti cliniche – Le Reti Tempo – Dipendenti" definiscono molti aspetti di *governance* e gestione delle reti (cardiologica per l'emergenza, neonatologica e dei punti nascita, ictus e trauma severo, e oncologiche). Emerge chiaramente che si tratta di reti obbligatorie (le cosiddette *mandated networks*) che, diversamente dalle reti spontanee, sono promosse da istituti sovraordinati. Il principale rischio, come si dirà fra poco, è che, sebbene ci sia interdipendenza, mancano gli incentivi e le condizioni affinché si inneschi un atteggiamento di reale collaborazione inter-organizzativa. Nelle reti obbligatorie coesistono, in un fragile equilibrio, relazioni verticali (fra regolatore / *meta-governor* e singolo *partner* della rete) e relazioni orizzontali (fra *partner*).

4a.3. La gestione, la *leadership* e la *governance* delle reti

Il sistema di governo della rete include la gestione dei processi (*process management*) e la progettazione istituzionale (*institutional design*). La gestione dei processi comprende (Kickert et al., 1997): l'attivazione selettiva dei partner necessari per affrontare un determinato problema; la definizione delle regole dell'interazione al fine di evitare comportamenti di *free riding* e l'uscita prematura dei partner dalla rete; il brokeraggio, la facilitazione dell'interazione, attraverso attività di natura procedurale come la definizione di luoghi e tempi di incontro condivisi, l'elaborazione di note e minute e il monitoraggio costante della qualità del dialogo, la mediazione e arbitraggio quando sorgono conflitti o il processo di interazione si trova in un'impasse.

Definire l'assetto organizzativo di un network significa, invece, identificare l'organizzazione leader, influenzare la politica formale (divisione delle risorse e posizioni degli attori), definire le regole di entrata nella rete e, dunque, la dimensione della stessa, influenzare i valori, le regole e le percezioni (campagne di comunicazione di massa, *social engineering*, processi di apprendimento collettivo). Per organizzare le interdipendenze è necessario che tutti i nodi cedano alla rete alcune prerogative di governo individuali che avviene se vi è capacità di leggere il vantaggio della rete e se vi è fiducia che anche gli altri nodi cedano parzialmente alcune prerogative di governo (Borgonovi, 2002).

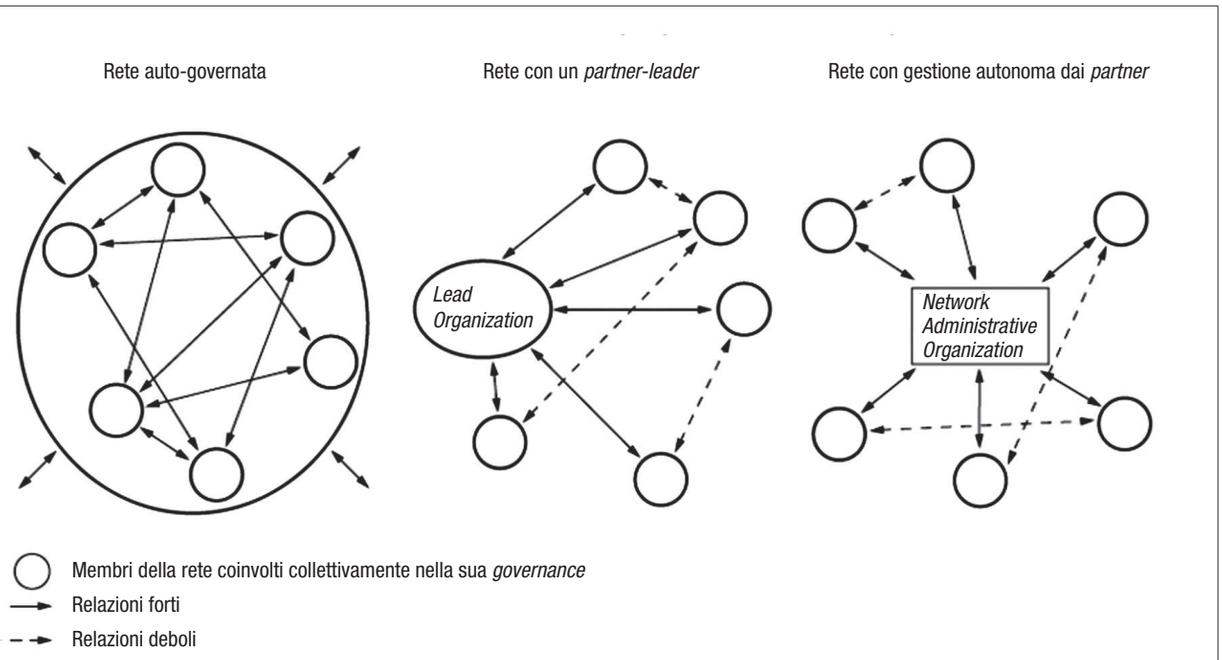
In letteratura sono stati identificati tre idealtipi, ciascuno posizionato differentemente nel *trade-off* efficienza-democrazia e più o meno adatto a seconda delle caratteristiche della rete (dimensione, eterogeneità, livello di fiducia, ecc.) e del contesto (Figura 4a.1.).

Per molto tempo è persistita la posizione che associava il concetto di rete all'assenza di un *leader* (Lipnack e Stamps, 1994). Una *leadership* forte all'interno di un *network* si rivela invece elemento necessario al fine di allineare l'interesse delle singole aziende *partner* a quello della rete. La *leadership* nelle/delle reti, detta anche *leadership* integrativa, è stata definita come un processo di «*allineamento di condizioni iniziali, processi, strutture, governance, rischi e vincoli, risultati e responsabilità al fine di creare valore pubblico*» (Bryson et al., 2006). Allo stesso modo, Huxham e Vangen (2000) si concentrano sui processi volti a «*costruire la fiducia e la comprensione reciproca e la negoziazione di obiettivi comuni*».

[6] Attualmente operano 6 Reti:
- Alleanza Contro il Cancro - ACC
- Rete delle Neuroscienze e della Riabilitazione - RIN
- Rete Cardiologica - Associazione per lo Studio delle Malattie Cardiovascolari
- Rete Italiana salute Dell'Età evolutivA - IDEA
- Associazione Rete Aging
- Rete Apparato Muscolo Scheletrico – RAMS

Si veda: https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=5533&area=Ricerca%20sanitaria&menu=reti

Figura 4a.1. Idealtipi di assetto istituzionale di una rete



Fonte: ns. adattamento da Provan e Kenis 2008

In generale, un partecipante che accetti la realtà di interdipendenza, e che cerchi di comprendere e gestire questo concetto, potrebbe essere un manager del *network* molto efficace (Teisman e Klijn, 1997). «*Di solito si tratta di una persona che detiene una posizione amministrativa in un'agenzia chiave, il quale, se necessario, può comandare modeste risorse di staff professionale, e che detiene il controllo sulle potenziali risorse, e di comunicazione, ed ha il rispetto tecnico o professionale degli altri membri*» (Agranoff, 2003). All'interno dei *networks*, chi ha le competenze per attrarre in modo selettivo potenziali partner è in grado anche di aumentare la propria influenza sul processo di definizione delle politiche. Questo processo può generare situazioni in cui un attore con una quantità relativamente piccola di risorse esercita un'influenza maggiore rispetto ad un altro attore che detiene una quantità maggiore di risorse, ma a cui mancano le competenze necessarie. In altre parole, si potrebbe individuare una correlazione inversa tra l'ammontare di risorse possedute da un manager e la sua capacità di esercitare influenza qualora lo stesso risultasse carente delle necessarie competenze essenziali.

Di conseguenza, un *manager* intelligente capirà che avere a che fare con la struttura di rete gli fornirà uno strumento molto potente attraverso cui aumentare la propria influenza nel processo decisionale inter-organizzativo (Teisman e Klijn, 1997).

4a.4. La valutazione delle *Performance* delle reti

La misurazione e comunicazione delle *Performance* costituiscono un presupposto necessario affinché si instauri, in un tempo relativamente breve, un adeguato livello di fiducia tra i *partner*. Le *Performance* a ogni livello (macro, meso e micro) fanno riferimento a *stakeholder* specifici e sono identificabili a partire da criteri diversi (Provan, Milward, 2001). Tuttavia, sono al contempo presenti elementi che rendono le *Performance* dei tre livelli interdipendenti tra di loro.

Tabella 4a.1. Modello teorico di valutazione delle *Performance* dei *network* di interesse generale

Livello di analisi	Categorie principali di *stakeholder*	Finalità perseguite attraverso il *Network*	Dimensioni di performance misurate
Macro Impatto sulla comunità di riferimento	Associazioni e gruppi di *advocacy* di utenti / pazienti, vertice politico, opinione pubblica, ecc.	Vantaggio comparato della formula di rete	Efficacia clinica e strategica, costo per la comunità e impatto sul suo benessere generale, impatto sul K sociale, ecc.
Meso *Network*	Organi di direzione del *network* ed altri livelli di governo, aziende *partner*	Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del *network*	Efficacia strategica e operativa, efficienza del *network management*. N. di partner e di servizi, intensità delle relazioni, impegno membri, integrazione / duplicazioni / coordinamento
Micro Azienda *partner*	Organi direzionali dell'azienda, personale stesso dell'azienda, gruppi specifici di utenti, ecc.	Convenienza per la singola azienda a (continuare a) far parte del *network*	Legittimazione sociale e competitività dell'azienda *partner*, capacità di acquisire risorse aggiuntive, costo e qualità dei servizi, ecc.

Fonte: Cepiku, D'Adamo, Conte 2010

La valutazione delle performance della rete a livello macro mira a evidenziare il vantaggio comparato di questa formula istituzionale rispetto a altre possibili per definire le medesime politiche ed erogare gli stessi servizi. A tale livello dovrebbe operare un sistema per la misurazione dell'impatto del *network* sulla società in generale. Questo sistema di misurazione può essere collocato presso una delle aziende *partner*, a livello sovraordinato negli organi direzionali del *network* stesso oppure presso un ente sovraordinato finanziatore o regolatore. Le dimensioni di performance al centro dell'attenzione comprendono efficienza, efficacia, qualità, impatto sul capitale sociale, benessere, ecc.

A livello meso, la misurazione delle performance attiene perlopiù alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi del network e ha delle implicazioni sulle logiche di *network management* adottate.

Infine, a livello micro, il manager di ogni azienda partner valuta la convenienza per la propria istituzione a continuare a far parte del *network*. Coerentemente, il sistema di *Performance management* si colloca in *staff* al vertice dell'azienda *partner* e si relaziona con *stakeholder* quali gli organi direzionali dell'azienda, il personale stesso dell'azienda, gruppi specifici di utenti, ecc. (Tabella 4a.1.).

4a.5. Specificità delle reti obbligatorie

Le reti obbligatorie (*mandated networks*) sono una tipologia di rete stabilita tramite una norma, che ne definisce la finalità, le aree di competenza, la composizione, la dimensione, e/o le procedure formali che ne definiscono l'assetto istituzionale e la gestione (Krogh, 2022). Sono dunque caratterizzate dall'esercizio di un mandato da un ente sovraordinato (ministero, regione) che obbliga le aziende a partecipare alla rete e ne disciplina alcuni aspetti chiave (Popp e Casebeer, 2015).

La principale criticità riguarda la motivazione dei partner nella rete, che spesso diventa luogo di partecipazione e interazione anche intensa ma poco produttiva (Rodríguez, 2007). La causa principale è l'aspettativa che la collaborazione avverrà in quanto prescritta dall'alto assieme alla scarsa attenzione alle condizioni interne ed esterne necessarie per il buon funzionamento delle reti. Questo divario tra le aspettative dell'istituzione sovraordinata (ministero o regione) che ha il mandato di creare la rete e la sua progettazione e gestione può portare a sostenere dei costi in assenza di benefici.

Un aspetto fondamentale delle reti obbligatorie è la capacità collaborativa che, a sua volta, dipende dalle strategie di intervento dei *policy maker* (detti anche meta-governatori della rete), dalla identificazione di obiettivi chiari e condivisi nonché coerenti con i meccanismi di progettazione e gestione delle reti (Gjaltema et al., 2020).

L'intervento dei meta-governatori si avvale di strumenti di "guida a distanza" quali l'uso dell'informa-

zione (comunicazione, costruzione di una narrativa e framing) e di incentivi / disincentivi economico-finanziari. Il grado di "interferenza" del meta-governatore può variare ma è sempre presente nei *network* obbligatori.

Un altro elemento di rischio è quindi l'effetto di incentivi e obblighi esterni, mentre nelle reti spontanee una forte consapevolezza dell'interdipendenza da parte dei *partner* ed elevati livelli di fiducia agiscono da leve di motivazione interna e riducono i comportamenti opportunistici. Le reti spontanee sono libere di definire i propri obiettivi e assetti istituzionali, inclusa la scelta dei membri della rete. D'altro canto, le reti obbligatorie possono beneficiare di una maggiore legittimazione e credibilità esterna nonché di meccanismi di coordinamento migliori forniti dall'ente mandante.

Sono queste differenze a definire i *network* obbligatori più che l'istituzione formale tramite un decreto o altro atto normativo.

La letteratura empirica sui *mandated networks* è scarsa e ci sono poche evidenze su aspetti come l'accettazione degli obiettivi imposti alla rete da parte di chi ne fa parte e sui comportamenti dei componenti delle reti in seguito a incentivi finanziari o sanzioni volti a rendere evidenti le interdipendenze. La collaborazione potrebbe diventare una fine anziché un mezzo per migliorare la qualità dei servizi e delle politiche sanitarie.

4a.6. Riflessioni finali

Una questione fondamentale è come far fronte alla potenziale mancanza di motivazione intrinseca e fiducia nelle reti obbligatorie. Tra le strategie identificate in letteratura ci sono (Segato e Raab, 2019; González et al. 2020; Elston et al. 2023): chiari obiettivi, attenzione al *network management* e valutazione delle *Performance* collegata agli incentivi erogati.

Il primo elemento richiama l'importanza della chiarezza e della condivisione degli obiettivi della rete tra membri della stessa e *policy maker* nonché l'allineamento con gli obiettivi dei *partner* e delle politiche sovraordinate. Una proliferazione di finalità perseguite attraverso le reti può creare ambiguità strategica e dar luogo a comportamenti opportunistici.

Altro elemento importante è la disponibilità di risorse e competenze adeguate per il *network management*: le politiche sovraordinate non dovrebbero limitarsi a creare formalmente le reti, ma devono riconoscere esplicitamente la funzione di *network management*. Ad esempio, è fondamentale prevedere dei fondi destinati alla progettazione, gestione e sviluppo della rete e tali finanziamenti devono essere programmati e stabili nel tempo. Infine, nell'indicazione di un determinato assetto istituzionale della rete, occorre tener conto del contesto specifico ma anche di reti o altre forme di collaborazione spontanea esistenti prima dell'introduzione delle reti obbligatorie.

Infine, occorre prevedere dei sistemi di valutazione delle performance della rete multi-livello e multi-s*takeholder*, a cui collegare il sistema degli incentivi.

Riferimenti bibliografici

Agranoff R. (2003). Leveraging Networks: A Guide for Public Managers Working Across Organizations. IBM Endowment for The Business of Government: Arlington, Va

Borgonovi E. (2002). Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano

Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Stone, M. M. (2006). The design and implementation of Cross-Sector collaborations: Propositions from the literature. Public administration review, 66, 44-55

Cepiku D., Meneguzzo M. (2004), "Public sector networks: What can we learn from different approaches?", in S.P. Osborne, G. Jenei, K. Mc Laughlin, K. Mike, "Challenges of public management reforms. Theoretical perspectives and recommendations", Budapest University, pp. 103-133

Cepiku, D. (2017). "Collaborative governance". The Routledge handbook of global public policy and administration. New York: Routledge (Routledge international handbooks)

Cepiku, D., Conte, A., & D'Adamo, A. (2010). "La valutazione multi-livello delle performance dei

network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità". Mecosan, (75), 23

Cepiku D., Ferrari D., Greco A. (2006). "Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie". Mecosan, 15(57), pp. 17-36

Cuccurullo, C., & Pennarola, G. (2017). "Strategia e performance nelle aziende ospedaliere: analisi, pianificazione e valutazione". EGEA

Del Vecchio, M. (2001). "Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche: economicità, controllo e valutazione dei risultati". Egea

Del Vecchio M. (2003). "Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica", in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003, Egea, Milano

Elston, T., Bel, G., Wang, H., (2023). "If it ain't broke, don't fix it: When (and why) independent service delivery is preferable to collaborative public management". Blavatnik Sch. Work. Pap. 44

Gjaltema, J., Biesbroek, R., Termeer, K., (2020). "From government to governance…to metagovernance: a systematic literature review". Public Manag. Rev. 22, 1760–1780.

González, Á., Ehren, M., Montecinos, C., (2020). "Leading mandated network formation in Chile's new 8 public education system". Sch. Leadersh. Manag. 0, 1–19

Huxham, C., & Vangen, S. (2000). "Ambiguity, complexity and dynamics in the membership of collaboration". Human relations, 53(6), 771-806

Kickert W.J.M., Klijn E.H., Koppenjan J.F.M. (1997), Managing Complex Networks, "Strategies for the Public Sector". Sage, London

Teisman, G., & Klijn, E. H. (1997). "Strategies and games in networks". Managing complex networks, 98-118

Krogh, A.H., (2022). "Facilitating collaboration in publicly mandated governance networks". Public Manag. Rev. 24, 631–653

Lipnack, J., & Stamps, J. (1994). "The age of the network: Organizing principles for the 21st century". Jeffrey Stamps

Longo F. (2005). "Governance dei network di pubblico interesse". Egea, Milano

Mandell, M.P., Keast, R., (2008). "Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks". Public Management Review 10, 715–731

Mastrodascio, M., Cepiku, D., & Giordano, F. (2022). "Leadership and Performance in Public Sector" 2. Networks Palgrave Macmillan

Meneguzzo M., Cepiku D. (a cura di) (2008). "Network pubblici: Strategia, struttura e governance". McGraw Hill, Milano

O'Toole L.J. (1997). "Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Ad- ministration". Public Administration Review, 57

Popp, J.K., Casebeer, A., (2015). "Be careful what you ask for: things policy-makers should know before mandating networks". Healthcare Management Forum 28, 230–235

Provan K.G., Milward H.B. (2001). "Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks". Public Administration Review, 61/4

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). "Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness". Journal of public administration research and theory, 18(2), 229-252

Rodríguez, C., Langley, A., Béland, F., Denis, J.-L., (2007). "Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network". Adm. Soc. 39, 150–193

Segato, F., Raab, J., (2019). "Mandated network formation". Int. J. Public Sect. Manag. 32, 191–206

Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., Nasi, G., 2010. "Networking literature about determinants of network effectiveness". Public Adm. 88, 528–550

ENGLISH SUMMARY

Managing healthcare collaboratively: specificities of mandated networks

Wicked problems, among which healthcare can be included, have brought about the proliferation of collaborative governance arrangements such as networks. These are defined as more or less stable patterns of social relations between interdependent actors, which take shape around policy problems and / or programmes. The chapter highlights the main causes of failure of this governance form and summarizes institutional design and game management strategies to ensure high network Performance. Finally, mandated networks are analysed. These can be considered a sub-set of networks established through a legal statute or decree, which defines some of the key features of the network, including its purpose and tasks, eligible and/or mandatory members, and the formal procedures and decision-making structures. The literature has highlighted, among others, the risk of unproductive engagement from members. It is therefore important to provide adequate management resource availability to the network, recognizing the inherent political nature of mandated networks, clarifying the network aims and expected Performances.

CAPITOLO 4b
L'importanza dell'aggiornamento dei flussi informativi SDO (e non solo) e del sistema di classificazione delle Diagnosi (ICD-10) per il Servizio Sanitario Nazionale

Nonis M.[1], D'Annunzio A.[2], Di Virgilio E.[3]

Il capitolo 6a del 18° Rapporto C.R.E.A. Sanità 2022 (Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi), era intitolato "Assistenza ospedaliera: evoluzione e aggiornamento del flusso informativo SDO & delle tariffe massime DRG": in quel contributo, attraverso una corposa tabella con "I principali provvedimenti di carattere nazionale riguardanti la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed il Sistema dei *Diagnosis Related Groups* (DRGs) per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri (Italia, 1991-2021)" veniva delineato il percorso e il contesto generale che ha generato i diversi provvedimenti per l'implementazione ed uso di SDO & DRG, per il pagamento a prestazione dei ricoveri ospedalieri. Si descriveva, nello specifico e più tecnico, quali fossero state le caratteristiche (e in parte gli esiti) della "via italiana ai DRG", anche con un cenno ad altre esperienze d'uso di sistemi DRG (o DRG-*like*) in altri Paesi dell'area OCSE, per la valutazione e remunerazione della produzione ospedaliera. Dopo alcune considerazioni sull'effetto del ciclone pandemico sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si fornivano cenni sul Progetto It.DRG e conclusioni sui flussi informativi del SSN e sulla necessità di aggiornamento degli strumenti di classificazione, a partire dalla codifica delle diagnosi e delle procedure, attualmente contenute nel Manuale ICD-9-CM edito dal Ministero della Salute nel 2008, traduzione della versione statunitense (risalente a 2 anni prima).

L'ultimo riferimento normativo dell'elenco era costituito dalla Legge (L.) n. 234/2021, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (GU Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49), in cui, all'art.1, il Comma 280 (Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera), recita:

«280. Al fine di aggiornare le valutazioni inerenti all'appropriatezza e al sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, entro il 30 giugno 2023, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio Sanitario Nazionale, congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera».

Le predette tariffe massime, come aggiornate con il decreto di cui al primo periodo, costituiscono limite tariffario invalicabile per le prestazioni rese a carico del Servizio sanitario nazionale e sono aggiornate ogni due anni con la medesima procedura di cui al primo periodo.

La riflessione di quest'anno parte proprio da qui. Se l'anno scorso si era presentata una sintesi "retrospettiva" di una storia ultratrentennale, il presente contributo, inizia dal comma 280 della L. n. 234/2021 testé citato, per alzare lo sguardo in modo prospet-

[1] Dirigente Medico, Referente SIO, INMI-IRCCS "L. Spallanzani", Roma
[2] Medico in Formaz. Special. in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi dell'Aquila
[3] Direttore Amministrativo Aziendale, ARES 118 Lazio, Roma

tico, sulle questioni ancora aperte che riguardano i flussi informativi del SSN, a partire da quello della SDO, ma non solo.

A ottobre dello scorso anno è stato pubblicato l'articolo di M. Nonis, E. Di Virgilio, A. D'Annunzio: "Riflessioni e considerazioni sull'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera entro il 30 giugno 2023" (Organizzazione Sanitaria 3/2022, pp. 3-18), in cui viene posta l'attenzione ed espresse preoccupazioni sul tema "spinoso" dell'aggiornamento delle tariffe di ricovero (DRG), soprattutto per la scadenza fissata per legge al 30 giugno 2023 e sull'urgenza dell'aggiornamento dei sistemi di classificazione della SDO (con particolare riferimento a quello relativo alla codifica degli item che descrivono le diagnosi). La questione non riguarda il solo ambito ospedaliero, ma la corretta descrizione della nosologia (e cause di morte) trattate dai flussi informativi dell'intero SSN, passando dall'attuale ICD-9-CM all'ICD-10. Vengono esposte considerazioni riguardo al passaggio alla decima versione (ICD-10) della Classificazione Internazionale delle Malattie e Cause di Morte, (strumento "ufficiale" adottato ed aggiornato dall'OMS) che qui vengono riprese.

4b.1. Importanza dell'adozione della ICD-10 per la codifica delle diagnosi in SDO

Quali sono i sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella SDO, per i quali il comma 280 della L. n. 280/2021 prevede l'aggiornamento entro giugno 2023? A partire dal D.M. n. 380 del 2000 non v'è dubbio che si tratti di quanto contenuto nel Manuale dell'ICD-9-CM pubblicato dall'IPZS (traduzione italiana della versione statunitense).

Dal momento in cui l'Italia ha implementato il nuovo meccanismo di rimborso delle prestazioni per DRG, ad oggi (1995-2022), si sono avute solo 3 edizioni italiane:

I. volume con copertina BLU, edita dall'IPZS nel 2000, sulla versione ICD-9-CM statunitense relativa all'anno fiscale 1997 (corrispondente alla versione 14 dei DRG)
II. volume con copertina ARANCIONE, edita dall'IPZS nel 2005, sulla versione ICD-9-CM statunitense relativa all'anno fiscale 2002 (corrispondente alla versione 19 dei DRG)
III. volume con copertina ROSSA, edita dall'IPZS nel 2008, sulla versione ICD-9-CM statunitense relativa all'anno fiscale 2007 (corrispondente alla versione 24 dei DRG), in vigore tutt'oggi (2023).

Per quanto riguarda il sistema DRG, invece, dopo l'introduzione avvenuta con la versione HCFA-10, si sono succedute le versioni CMS-19 (2006) e CMS-24 (2009). Tale criticità si rende maggiormente evidente se si considera che negli USA l'aggiornamento è sempre stato annuale sia per le versioni dei DRG, che per le edizioni dell'ICD-9-CM, per cui nel 2023 in USA siamo alla versione 40ma dei DRG e alla corrispondente edizione dell'ICD-10-CM (introdotta a partire dal 2015).

Anche se non dettagliato nella norma, le indicazioni tecniche specifiche sulle scelte operative del SSN (Ministero della Salute) sono quelle del Progetto It.DRG e sono state descritte nella monografia (alla cui redazione ha partecipato attivamente Marino Nonis): Rapporto Isistan n. 12/18, 2018.

Poiché «la classificazione ICD-10 rappresenta lo *standard* per la codifica della morbosità (con eventuali modificazioni cliniche nazionali) e della mortalità da parte dei Paesi che la adottano e la implementano. La versione in italiano predisposta dall'allora Ministero della Sanità nel 2000 ha subito negli anni numerosi modifiche da parte dell'OMS ed è stato necessario predisporre una nuova versione in italiano aggiornata, che potesse essere la base della modifica clinica sperimentale messa a punto nel Progetto It.DRG. La diversa struttura e il differente livello di dettaglio di ICD-9-CM e di ICD-10-OMS ha comportato un lavoro impegnativo per sviluppare la prima versione sperimentale di ICD-10-IM» (Rapporto Istisan, p. 14).

Di seguito una sintesi della prima parte del "Capitolo 2. messa a punto della modifica clinica italiana di ICD-10 ai fini della classificazione delle diagnosi di Lucilla Frattura, Carlo Zavaroni e Vincenzo Della Mea (ibidem pp. 27-65)".

4b.2. Classificazioni internazionali delle malattie (ICD) e Progetto It.DRG

Per comprendere appieno la valenza del lavoro effettuato nella fase sperimentale del Progetto It. DRG a proposito della nuova classificazione delle condizioni patologiche e della nuova classificazione degli interventi è necessario fare alcuni chiarimenti preliminari:

- la classificazione ICD-9-CM versione 2007 (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008), attualmente in uso in Italia per la codifica delle condizioni patologiche e degli interventi nella Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e per l'attribuzione dei ricoveri per acuti secondo i criteri della CMS-DRG v.24, non è una classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ma è la versione 2007 di una classificazione statunitense
- lale versione riunisce due classificazioni diverse, una delle condizioni patologiche e una degli interventi. Quella delle condizioni patologiche è una modifica clinica della nona revisione di ICD predisposta dall'OMS nel 1975. È pertanto una modifica statunitense di ICD-9-OMS. ICD-9-CM contiene anche la classificazione statunitense degli interventi (che con l'introduzione di ICD-10-CM si chiamerà *Procedure Classification System - PCS*)
- il fatto che gli Stati Uniti chiamino con un termine OMS sia la propria classificazione delle condizioni patologiche (ICD-9-CM; ICD-10-CM) sia quella degli interventi e delle procedure (ICD-9-CM; ICD-10-PCS) fa sì che si sia creato un equivoco sulla classificazione attualmente in uso in Italia. Delle due classificazioni facenti parti di ICD-9-CM, solo quella delle condizioni patologiche ha a che fare con una classificazione dell'OMS, ovvero con la nona revisione di ICD, mentre la classificazione degli interventi, pur chiamata ICD-9-CM, non è una classificazione dell'OMS, ma statunitense
- per la classificazione delle condizioni patologiche, l'Italia sta quindi usando da oltre due decenni (considerando anche la versione 2002 di ICD-9-CM) una versione statunitense di una classificazione OMS il cui impianto è stato superato nel 1989 dalla decima revisione di ICD. In sostanza, l'Italia ha provveduto a tradurre e ad adottare come *standard* di codifica delle informazioni sanitarie una classificazione statunitense, che tuttavia non ha aggiornato negli anni di pari passo con gli aggiornamenti che gli Stati Uniti hanno comunque fatto, prima di passare a ICD-10-CM nel 2015.

Le modifiche cliniche nazionali della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-OMS) sono ammesse dall'OMS per determinate necessità di un Paese. In generale costituiscono espansioni della classificazione OMS mediante l'introduzione di nuovi codici a un livello gerarchico di dettaglio, per poter classificare separatamente entità nosologiche particolari. Autorizzate dall'OMS, le modifiche cliniche nazionali di uno *standard* internazionale dovrebbero rispettare integralmente l'albero gerarchico OMS per consentire un coerente confronto internazionale. Per questo motivo a livello nazionale non è ammessa l'introduzione di nuove categorie a tre caratteri, né l'eliminazione di qualsiasi categoria (a tre o quattro caratteri) presente nella classificazione OMS.

Nelle modifiche cliniche nazionali l'obiettivo perseguito dalle espansioni dei codici OMS riguarda per lo più l'utilizzo delle stesse nel finanziamento dei servizi (in particolare, rimborso dei ricoveri ospedalieri), il rilevamento di dati epidemiologici relativi a condizioni patologiche di importanza regionale e l'adeguamento tempestivo allo stato dell'arte. Nel primo caso alcuni concetti OMS vengono disarticolati per il diverso assorbimento di risorse che una stessa condizione patologica può comportare a seconda della sede interessata, dell'eziologia, delle condizioni cliniche (decorso, complicanze, ecc.) o di altri fattori pertinenti.

4b.3. Messa a punto della modifica clinica italiana di ICD-10-OMS

Nella fase sperimentale del Progetto It.DRG, è stato impostato un processo metodologico per definire una prima modifica clinica italiana sperimentale di ICD-10-OMS, adatta a superare il sistema CMS-DRG v.24, analogamente a quanto fatto in altri Paesi. Nell'ambito di questo lavoro, effettuato tra marzo 2013 e dicembre 2017, la modifica italiana sperimentale di ICD-10 è stata denominata ICD-10-IM (*Italian Modification*), in analogia con quanto hanno fatto altri Paesi (per esempio la Germania, definendo la *German Modification*, abbreviata in ICD-10-GM; l'Australia, definendo la *Australian Modification*, abbreviata in ICD-10-AM; gli Stati Uniti d'America, definendo la *Clinical Modification*, abbreviata in ICD-10-CM; il Canada, definendo la *Canadian modification*, abbreviata in ICD-10-CA).

ICD-10-IM classifica le sole condizioni patologiche che nel sistema vigente dei DRG sono codificate con ICD-9-CM e va considerata una classificazione a sé stante distinta, da quella delle procedure messa a punto in quel periodo di tempo nell'ambito della medesima fase progettuale (Classificazione Italiana delle Procedure e degli Interventi, abbreviata con CIPI).

ICD-10-OMS è stata approvata nel 1989 dalla Conferenza Internazionale per la decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ed è stata adottata dalla 43^ Assemblea Mondiale della Sanità. È giunta alla quinta edizione (2016). In Italia non è attualmente implementata come *standard* per la codifica della morbosità (NdR: è proprio questo il punto!)

Nel dettaglio (Figura 4b.1.), il processo di adattamento di ICD-10-OMS che è stato messo in atto nella fase sperimentale del Progetto It.DRG ha tenuto conto di una serie di vincoli (…). In particolare, dovendo utilizzare l'adattamento italiano di ICD-10-OMS nella nuova classificazione dei ricoveri, denominata Classificazione It.DRG, si è tenuto conto del fatto che ogni codice di patologia, quando presente in Diagnosi Principale nella SDO, può determinare una e una sola MDC *(Major Diagnostic Category*). Questo ha richiesto di verificare il rispetto del criterio di mutua esclusività di ogni diagnosi principale codificata sia all'interno della stessa MDC, sia tra tutte le MDC. Nel caso di mancato rispetto sono stati modificati i codici ICD-10-OMS interessati.

In sintesi, la modifica italiana di ICD-10-OMS doveva essere differente da quella di altri Paesi (per esempio, contenendo la numerosità delle modifiche), capace di comprendere e migliorare l'attuale classificazione delle condizioni patologiche e semplificarne l'uso da parte degli operatori sanitari. Il lavoro da fare non poteva che passare attraverso la revisione di ICD-10-OMS, operando prima una fine transcodifica da ICD-9-CM (totale codici = 12.435) a ICD-10-OMS (totale codici = 16.746 o 15.106 senza le corrispondenze con la classificazione E), tenuto conto che l'ICD-10-OMS possiede 4.311 codici in più (32,5%) di ICD-9-CM o, senza la classificazione E, 2.671 codici in più (21,5%) di ICD-9-CM; in secondo luogo operando una vera e propria modifica clinica mirata anche alle necessità di utilizzo della classificazione nei nuovi DRG italiani, per arrivare a una versione italiana di ICD-10.

In sostanza, da una classificazione statunitense a due italiane: ICD-9-CM versione 2007 viene sostituita da due diverse classificazioni messe a punto nella fase sperimentale del Progetto It.DRG (Figura 4b.2.).

- ICD-10-IM 2017 è la prima versione della modifica clinica sperimentale di ICD-10-OMS 2014. La versione definitiva della modifica clinica di ICD deve essere concordata con l'OMS, che detiene il c*opyright* della classificazione
- CIPI 2017 è la prima versione della Classificazione Italiana delle Procedure e degli Interventi e continua ad utilizzare lo strumento "3° volume dell'ICD-9-CM" (per la classificazione degli interventi e procedure) di derivazione statunitense, attualmente in uso in Italia.

È per questo motivo che si ritiene essenziale adottare ICD-10 quale *standard* di codifica delle diagnosi e cause di morte da subito nel SSN e formare gli operatori di conseguenza.

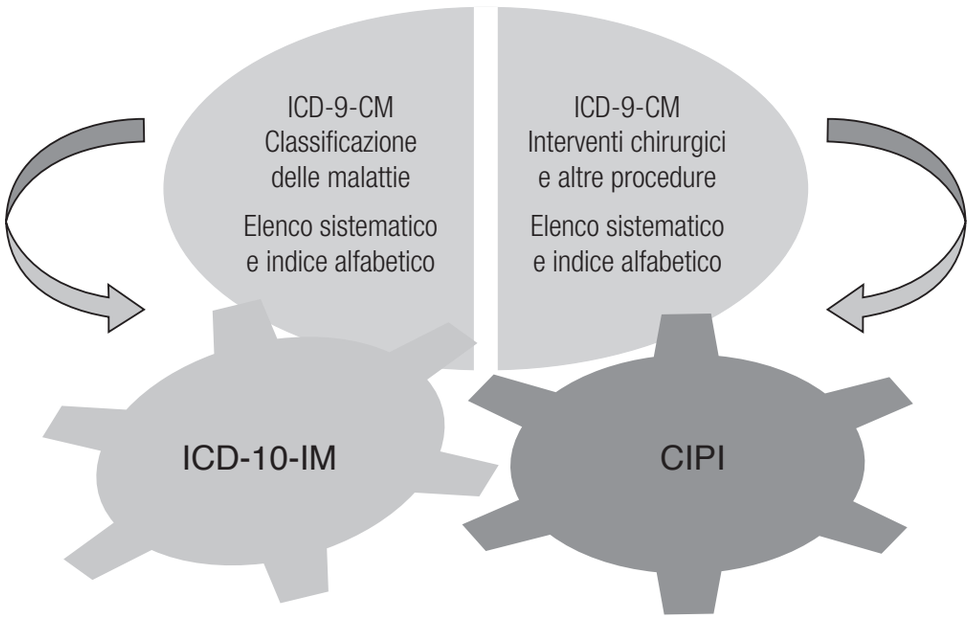
Per CIPI, il problema è, relativamente, più semplice (vedasi il cap. 3 del Rapporto Istisan).

Figura 4b.1. Differenze strutturali tra ICD-9-CM 2007 parte diagnosi e ICD-10-IM 2017

ICD-9-CM, versione 2007, parte diagnosi	ICD-10-IM, versione 31.12.2017
17 CAPITOLI ↳ CODICI A MAGGIOR LIVELLO DI SPECIFICAZIONE **N =11.481** **2 CAPITOLI SUPPLEMENTARI (E, V)** ↳ CODICI V UTILIZZATI: **N = 954**	**22 CAPITOLI** (senza capitoli supplementari) ↳ CODICI A MAGGIOR LIVELLO DI SPECIFICAZIONE **N = 16.746** **di cui** **- 650 codici Z in parte corrispondenti ai codici V** **- 1.370 codici da V a Y in parte corrispondenti ai codici E** Da cui un totale di 15.106 codici (escludendo quelli corrispondenti alla classificazione supplementare E)

Fonte: elaborazione propria

Figura 4b.2. Da una classificazione statunitense a due italiane



Fonte: elaborazione propria

4b.4. Caratteristiche generali di ICD-10-OMS presenti in ICD-10-IM

La versione di ICD-10-OMS su cui si basa la modifica clinica italiana sperimentale messa a punto nel Progetto It.DRG è quella che include la traduzione di tutti gli aggiornamenti internazionali dal 1996 al 2014, predisposta dal Centro Collaboratore Italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle classificazioni internazionali (CCIOMS).

Tale versione, definita nel testo con la sigla ICD-10-OMS, è stata realizzata mantenendo come base la traduzione pubblicata nel 2000 a cura dell'allora Ministero della Sanità, e comprensiva degli aggiornamenti internazionali fino al 1996. Sul Portale italiano delle classificazioni sanitarie (www.reteclassificazioni.it) questa versione in italiano (e in inglese) è definita ICD-10-OMS 2014 ed è navigabile gratuitamente da parte di utenti del Portale facenti parte del Progetto It.DRG, autorizzati dal CCIOMS.

ICD-10-OMS si presenta in tre volumi.

- Volume 1. Elenco sistematico. Contiene il Rapporto della Conferenza Internazionale per la decima revisione, la classificazione a livello di tre e quattro caratteri, la classificazione della morfologia dei tumori, gli elenchi speciali per la tabulazione dei dati di mortalità e di morbosità, le definizioni e le disposizioni sulla nomenclatura. Nella messa a punto di ICD-10-IM è stato usato solo l'Elenco delle inclusioni e delle sottocategorie a quattro caratteri.
- Volume 2. Manuale di istruzioni. Raccoglie informazioni su certificazione e classificazione, precedentemente incluse nel Volume 1, e molti nuovi materiali sull'uso del Volume 1, sulla tabulazione dei dati e sulla programmazione dell'uso di ICD, aspetti ritenuti carenti nelle precedenti versioni. Sono inoltre riportati cenni storici, precedentemente presentati nell'introduzione al Volume 1. Nella messa a punto di ICD-10-IM è stata utilizzata solo la parte illustrativa della classificazione e alcune indicazioni per la codifica della morbosità.
- Volume 3. Indice alfabetico. Contiene l'indice vero e proprio con un'introduzione al volume. Nella messa a punto di ICD-10-IM, questo volume è stato consultato in particolare per costruire le cosiddette stringhe daga-asterisco.

La classificazione è divisa in 22 capitoli.

Il primo carattere del codice ICD-10-OMS è una lettera. A ogni lettera è associato un particolare capitolo, con alcune eccezioni:

- la lettera D è usata nel Capitolo II, Tumori, e nel Capitolo III, Malattie del sangue e degli organi emopoietici e alcuni disturbi del sistema immunitario;
- la lettera H è utilizzata nel Capitolo VII, Malattie dell'occhio e degli annessi oculari, e nel Capitolo VIII, Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide;
- quattro capitoli (I, II, XIX e XX) usano più di una lettera come primo carattere dei rispettivi codici.

Ciascun capitolo contiene un numero di categorie a tre caratteri sufficiente a rappresentare il proprio contenuto. I Capitoli I-XVII si riferiscono a malattie e altre condizioni patologiche, il Capitolo XIX classifica traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne. Il Capitolo XVIII tratta di sintomi, segni e reperti anormali, clinici e di laboratorio. Il Capitolo XX, Cause esterne di morbosità e mortalità, era tradizionalmente usato per classificare cause di traumatismi e avvelenamenti, ma dalla nona revisione si riferisce anche a cause esterne di malattie e di altre condizioni patologiche. Infine, il Capitolo XXI, Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari, codifica informazioni che spiegano i motivi di ricorso ai servizi sanitari di persone senza malattie in atto, o le circostanze per le quali il paziente sta ricevendo assistenza sanitaria in quel particolare momento, o, ancora, informazioni che hanno una qualche rilevanza sull'assistenza sanitaria di una data persona. Il Capitolo XXII contiene codici per scopi speciali.

I capitoli sono suddivisi in blocchi omogenei di categorie a tre caratteri. Nel Capitolo I, i titoli dei blocchi riflettono due assi di classificazione: modalità di trasmissione e raggruppamento degli organismi infettanti. Nel Capitolo II il primo asse è il comportamento del tumore e, all'interno del comportamento, l'asse è principalmente per sede, anche se alcune categorie a tre caratteri si riferiscono a rilevanti tipi morfologici (es. leucemie, linfomi, melanomi, mesoteliomi). L'insieme delle categorie a cui si riferisce un singolo blocco è indicato tra parentesi dopo il titolo. All'interno di ciascun blocco, alcune categorie a tre caratteri classificano singole condizioni patologiche per il fatto che sono molto frequenti, gravi o suscettibili di interventi di sanità pubblica, mentre altre categorie si riferiscono a gruppi di malattie con alcune caratteristiche comuni. Sono, inoltre, di solito presenti categorie per classificare "altre" condizioni patologiche diverse tra loro, ma più rare, e condizioni patologiche "non specificate".

Sottocategorie a quattro caratteri: sebbene non sia obbligatorio utilizzarle per fornire dati a livello internazionale, la maggior parte delle categorie a tre caratteri è suddivisa fino a dieci sottocategorie, tramite l'aggiunta di un quarto carattere numerico situato dopo il punto decimale. Se la categoria a tre

caratteri riguarda una sola malattia, le sottocategorie a quattro caratteri servono per identificare differenti sedi anatomiche o varianti. Se la categoria a tre caratteri si riferisce a un gruppo di malattie, le sottocategorie identificano singole malattie. Il quarto carattere "8" è generalmente utilizzato per "altre" condizioni patologiche appartenenti alla categoria a tre caratteri, mentre il "9" è principalmente usato per fornire lo stesso significato del titolo della categoria a tre caratteri, senza aggiungere ulteriori informazioni. Quando le stesse suddivisioni a quattro caratteri riguardano un gruppo di categorie a tre caratteri, esse sono riportate una sola volta all'inizio di tale gruppo (per esempio, le categorie O03-O06, relative a diversi tipi d'aborto, hanno quarti caratteri comuni riguardanti le complicanze associate).

Il quinto carattere e il successivo sono in genere sotto-classificazioni su un asse diverso da quello del quarto carattere. Si trovano in:

- Capitolo XIII (suddivisioni per sede)
- Capitolo XIX (suddivisioni per indicare fratture aperte e chiuse, traumi intracranici, intratoracici, intraddominali con e senza ferita aperta);
- Capitolo XX (precedenti suddivisioni utilizzate per indicare il tipo di attività svolta al momento dell'evento sono ora diventate informazioni aggiuntive opzionali che vengono registrate in un campo separato);
- Capitolo XXII, i codici "U" (NB: i codici da U00 a U85 nella versione 2014 devono essere utilizzati dall'OMS per l'assegnazione provvisoria di nuove malattie di dubbia eziologia. Non sono stati considerati per la costruzione di ICD-10-IM).

Il Capitolo 2 del Rapporto Istisan prosegue poi con la descrizione analitica del certosino lavoro del CCIOMS per l'implementazione dell'ICD-10-IM, realizzata alla data di pubblicazione dell'ISS (ottobre 2018).

Il lavoro "istituzionale" e di progetto di CCIOMS è comunque proseguito e la pagina https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=-news_dettaglio&id=110, consultata in data 23 settembre 2022 e riprodotta nella figura 4b.3., aggiornata al 24 gennaio 2022, certifica che risultano disponibili in italiano la versione 2016 di ICD-10 e gli ultimi aggiornamenti con anni di implementazione 2017 e 2019. Alla documentazione "scaricabile" dal sito si rimanda per ogni ulteriore approfondimento sulla traduzione italiana di ICD-10-OMS.

Figura 4b.3. *Screenshot* della pagina su ICD-10 del Portale Italiano Classificazioni Sanitarie

Portale Italiano delle Classificazioni Sanitarie

Home / News / Dettaglio news

24 Gennaio 2022

ICD-1O: nuova versione con aggiornamenti

Sono disponibili in italiano la versione 2016 di ICD-10 e gli ultimi aggiornamenti con anni di implementazione 2017 e 2019.

Il lavoro di traduzione dei tre volumi di ICD-1O e degli aggiornamenti, nonché la predisposizione della versione online dell'elenco delle inclusioni e delle categorie a quattro caratteri (parte del volume 1), è stato realizzato dal team del Centro collaboratore dell'OMS per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali coordinato da Lucilla Frattura.

Fonte: https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=news_dettaglio&id=110

Nel sito sono poi presenti gli aggiornamenti per la codifica dell'infezione da SARS-CoV-2 (Covid-19): CCIOMS con il Ministero della Salute ha provveduto anche all'aggiornamento di ICD-9-CM con il D.M. del 28 ottobre 2020.

Come sottolineato da Frattura e coll. nel Capitolo 2 del Rapporto Istisan, il passaggio da ICD-9-CM a ICD-10 rappresenta (finalmente!) un punto di svolta epocale nei sistemi informativi sanitari del SSN, a partire dal flusso SDO. Una volta implementato e divenuto "lingua ufficiale" per la codifica delle diagnosi, ICD-10 permetterà all'Italia di tornare a dialogare ed essere meglio integrata (in termini di interoperabilità) con i sistemi degli altri Paesi dell'Unione Europea, dell'OMS e dell'OECD.

Si pensi soltanto alla migliore "comprensibilità" di una diagnosi se espressa in ICD-10, lingua ufficiale dell'OMS, ovvero dell'intero pianeta (peraltro già alle prese con la nuova ICD-11). Anche se il flusso SDO è senz'altro il più rilevante del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), non è il solo flusso che contempla l'uso di diagnosi codificate per la descrizione della nosologia del paziente. Nel prossimo paragrafo, si è inteso offrire una panoramica di altri ambiti di uso di sistemi di codifica di diagnosi che parimenti e logicamente dovranno adottare l'ICD-10.

Corollario, anzi constatazione evidente, che qui viene anticipata (e che verrà ripresa nelle conclusioni) è che pressocché tutti i professionisti del SSN (anche al di fuori dell'ambito ospedaliero), dovranno conoscere o almeno essere in grado di gestire strumenti informativi che contemplino (quando si tratta di definire una diagnosi o una condizione che richieda il ricorso ai servizi sanitari), l'uso di sistemi di classificazione come l'ICD-10.

Se questo è (come è), una competenza specifica è certamente indispensabile nel bagaglio delle conoscenze dei professionisti del SSN (medici e delle professioni sanitarie). A questo proposito, risulta evidente il bisogno formativo da soddisfare tempestivamente per gli attuali addetti e la necessità di includere organicamente queste tematiche nel cursus studiorum dei futuri professionisti. L'impegno richiesto alle università e più in generale ai provider ECM è notevole e prioritario per lo specifico aggiornamento professionale e per una diffusa conoscenza ed "alfabetizzazione" dell'ICD-10.

4b.5. Altri usi del sistema di classificazione ICD-10 al di fuori della SDO

La Tabella 4b.1.: riassume gli ambiti, al di fuori del flusso informativo SDO, in cui è già presente (o auspicabile), l'utilizzo di un sistema di codifica delle diagnosi (o cause di morte). Descrivendo le colonne partendo da sinistra verso destra, in prima colonna abbiamo l'ambito (ovvero il flusso informativo), in seconda i riferimenti normativi (fonte) ed in terza un commento (breve nota indicativa), a cui segue una sintetica trattazione dei punti, secondo l'ordine indicato in prima colonna.

Del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che rientra a pieno titolo tra gli strumenti informativi che possono (e debbono) utilizzare sistemi di codifica delle diagnosi, quali l'ICD-10, si tratterà più diffusamente nel successivo paragrafo.

Scheda di morte Istat

Come previsto dall'art. 1, comma 6, del Regolamento di Polizia Mortuaria, la denuncia della causa di morte deve essere fatta su apposita scheda di morte, stabilita dal Ministero della Salute e d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica. Nella Parte A della scheda di morte vanno riportate le cause di morte e si riporta la definizione «ossia tutte le malattie o i traumatismi che abbiano direttamente determinato la morte o che abbiano contribuito ad essa e le circostanze dell'accidente o della violenza che abbiano provocato tali traumatismi (ICD-10-OMS)». La scheda, che deve essere compilata dal medico che ha constatato il decesso e dal medico necroscopo non prevede codifiche di sorta, ma Istat pubblica i propri *report* utilizzando la classificazione ICD-10-OMS.

D'altra parte, le statistiche annuali sulle cause di morte rappresentano la principale fonte delle informazioni epidemiologiche del Paese e vanno inquadrate nel più ampio panorama statistico europeo. Nell'allegato al Regolamento (CE) N. 328/2011 per

l'elaborazione delle statistiche europee delle cause di decesso, che elenca le variabili da trasmettere alla Commissione (Eurostat) da parte di ciascuno Stato membro, figura ovviamente la causa di morte, da esprimere secondo i 4 caratteri dell'ICD. All'art. 5 dello stesso Regolamento si specifica che gli Stati trasmettono alla Commissione «anche altre informazioni pertinenti, in particolare sulle differenze nazionali per quanto riguarda le definizioni, la copertura dei dati, la revisione e gli aggiornamenti della classificazione internazionale delle malattie (ICD) utilizzati e i sistemi di codifica automatica, nonché informazioni sulla selezione e sulla modificazione della causa iniziale del decesso».

Di fatto, in Italia attualmente abbiamo un sistema di codifica "misto" o meglio "parallelo". Negli ospedali, la scheda di morte viene compilata dai medesimi medici che compilano la SDO che codificano in ICD-9-CM. Al di fuori dell'ospedale, i medici che constatano il decesso ed i medici "necroscopi" delle ASL non sono tenuti a codificare. È Istat che provvede comunque a tradurre (o transcodificare) le informazioni in codici ICD-10-OMS che poi compaiono nelle statistiche pubblicate dall'Istituto e diffuse anche a livello internazionale.

Sarebbe più che opportuno che la circostanza dell'aggiornamento delle classificazioni utilizzate in SDO, portasse alla diffusione ed uso capillare dell'ICD-10-OMS anche per chi sia tenuto a compilare la Scheda di Morte.

Livelli essenziali di Assistenza (LEA)

I LEA, ovvero le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), sono stati ridefiniti ed aggiornati con il DPCM del 12 gennaio 2017. Il provvedimento contempla ovviamente il flusso informativo SDO/DRG nell'ambito dell'assistenza ospedaliera (e quindi si utilizza oggi l'ICD-9-CM e si dovrà utilizzare ICD-10). Il DPCM ridefinisce e aggiorna anche gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal *ticket* (allegati 7 e 8, rispettivamente). Nel primo caso le malattie rare sono definite da codice alfanumerico di esenzione in cui il secondo carattere è costituito da una lettera che indica il settore della classificazione ICD-9-CM cui la malattia o il gruppo di malattie appartengono (così come stabilito nell'Allegato 1 al D.M. n. 279/2001); per le malattie croniche invece è riportata una vera e propria tabella di corrispondenza tra codice ICD-9-CM della patologia e rispettivo codice di esenzione della stessa.

Sarebbe forse necessario che anche per questi adempimenti e più in generale nelle definizioni di diagnosi e altri problemi correlati alla salute, si stabilisca un sistema di codifica delle diagnosi, che non può che essere quello internazionalmente accettato, ovvero l'ICD-10-OMS.

Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)

Il sistema di segnalazione delle malattie infettive è stato di recente rivisto con D.M. del Ministero della Salute del 7 marzo 2022. Nell'allegato A, "Elenco delle malattie infettive sottoposte a sorveglianza", le malattie sono riportate secondo il codice identificativo della classificazione ICD-9-CM. Per inciso, larga parte delle segnalazioni di malattie infettive non riguardano pazienti ricoverati e anche questo è un flusso informativo (extra-SDO) che dovrà aggiornare il sistema di codifica.

Linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali

La legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017) ha rappresentato un punto di svolta in tema di responsabilità medica, individuando nelle linee guida o, dove assenti, nelle buone pratiche clinico-assistenziali il riferimento per gli operatori sanitari in merito all'esecuzione delle proprie prestazioni. All'art. 5, comma 3, si legge che "l'Istituto Superiore di Sanità pubblica sul proprio sito *internet* le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto". Effettivamente al sito internet dell'ISS (https://snlg.iss.it/) è disponibile il "Manuale Metodologico ISS". Alle pagi-

ne 33 e seguenti dello stesso (versione 1.3.2, aprile 2019), nel paragrafo 4.1, è trattato il tema della "definizione dei quesiti clinici", indicando la necessità, per ogni linea guida, di definire la popolazione *target* della raccomandazione, ovvero il gruppo di individui con caratteristiche comuni. Nel documento, tuttavia, non si fa alcuna menzione all'uso di strumenti di classificazione e codifica delle malattie e degli interventi.

Ci sembra invece un tema da considerare e anzi, si ritiene che la corretta codifica di diagnosi e prestazioni (anche qui, attraverso l'identificazione di idonei codici ICD-10 e/o CIPI) non possa che contribuire ad una maggior chiarezza, tracciabilità e condivisione delle linee guida prodotte e da produrre.

Tabella 4b.1. Ambiti di utilizzo (EXTRA-SDO) del sistema di classificazione ICD-10

Ambito	Fonte	Commento
Scheda di morte ISTAT	**DPR n. 285 del 1990** Regolamento di Polizia Mortuaria *G.U. 12 ottobre 1990, n.239.*	Come riportato nella "Brochure per la compilazione della scheda di morte", nella Parte A della scheda di morte vanno riportate le cause di morte, ossia "tutte le malattie o i traumatismi che abbiano direttamente determinato la morte o che abbiano contribuito ad essa e le circostanze dell'accidente o della violenza che abbiano provocato tali traumatismi (ICD-10-OMS)".
	Regolamento (Ce) N. 1338/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio (del 16 dicembre 2008)	Regolamento relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro. Nell'allegato III (cause di decesso) viene prescritto che la serie di dati relativa alle cause di decesso sia codificata secondo la ICD.
	Regolamento (Ce) N. 328/2011 del Parlamento Europeo e del Consiglio (del 5 aprile 2011)	Attuazione del Regolamento precedente (per quanto riguarda le statistiche sulle cause di morte). Nell'allegato si specifica che la causa iniziale del decesso (tra le variabili che gli Stati membri trasmettono alla Commissione Eurostat) deve essere codificata utilizzando le 4 cifre della classificazione ICD.
Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)	**Decreto 7 marzo 2022 - Ministero della Salute** Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL). *G.U. 7 aprile 2022, n.82.*	Nell'allegato A, "Elenco delle malattie infettive sottoposte a sorveglianza", le malattie sono riportate con la codifica ICD-9-CM.
Linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali (Legge Gelli)	**L. 8 marzo 2017, n. 24** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. *G.U. 17 marzo 2017, n.64.*	All'articolo 5, comma 3, si prevede che l'Istituto Superiore di Sanità pubblichi sul proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, **previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto.** Al sito internet https://snlg.iss.it/ è disponibile il "*Manuale Metodologico ISS*", dove tuttavia non si fa alcuna menzione circa la codifica di diagnosi e/o interventi & procedure
Uso del farmaco	**Rapporto Nazionale sull'uso dei Farmaci in Italia (2021)** Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed)	Nel documento si fa riferimento alla codifica di diagnosi in ICD almeno in due punti:: - nella Sezione 4 (riguardo ai registri di monitoraggio dei farmaci) dove il numero dei pazienti arruolati è riportato per gruppi codificati con le categorie di ICD-11. - nell'Appendice 2, paragrafo 6, nelle note metodologiche relative ai dati sulla prescrizione dei medicinali da parte dei MMG, la classificazione utilizzata è l'ICD-9-CM.

Uso del farmaco

L'utilizzo della classificazione ICD interessa anche il campo della farmacologia. In particolare, può essere utile per definire le indicazioni di utilizzo delle varie classi farmacologiche. Nell'ultimo Rapporto Nazionale sull'uso dei Farmaci in Italia (2021), redatto dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed), si fa riferimento all'ICD in due distinte sezioni:

- nella Sezione 4, in merito ai registri di monitoraggio dei farmaci, compare la tabella 4.1.4, che riporta il numero dei pazienti arruolati suddiviso per categoria ICD-11 (!)
- in Appendice 2, paragrafo 6, sono invece riportate le note metodologiche relative ai dati sulla prescrizione dei medicinali nella Medicina Generale: qui le malattie e le condizioni patologiche considerate sono indicate secondo la classificazione ICD-9-CM.

Come evidenziato dagli stessi autori del Rapporto, un importante cambiamento di orientamento si registra in merito alle Note AIFA, che diventano note "per patologia" e non più per singolo farmaco. Tali indicazioni terapeutiche comunque non sono ancora codificate attraverso alcuna versione di ICD e sarebbe senz'altro utile interrogarsi sul tema e fornire indicazioni coerenti con i sistemi informativi sanitari in uso e da utilizzare.

Postilla – Telemedicina

Al termine di questa breve carrellata di possibili ambiti di utilizzo "extra-SDO" della classificazione ICD-10, sembra opportuna un postilla: le linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina, approvate dall'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità il 10 luglio 2021, trattano anche il tema della remunerazione e valutazione economica dei servizi di Telemedicina, utilizzando, come punto di partenza, i tariffari nazionali e regionali, con riferimento al nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali e a quello ICD-9-CM.

4b.6. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

In un articolo del 2022 sulla Rivista Italiana di *Public Management* ("Un esempio di *governance* condivisa: il Sistema Informativo Sanitario"), Giuseppe Beato definisce il caso del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) quale "anomalia di sistema", nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), nato dall'intesa Stato Conferenza delle Regioni e PP.AA. di dicembre 2003: «…la collocazione di un'analisi del FSE, all'interno della descrizione delle molteplici funzionalità del NSIS, si presta di per sé a un confronto illuminante sulla diversità dei risultati possibili nella realizzazione di sistema informativo pubblico condiviso: la diversa dinamica della progettazione, dello start up e della sua realizzazione, determinati dal tipo di cornice regolatoria e dall'assetto delle relazioni fra istituzioni della Repubblica, producono esiti finali completamente difformi».

Beato prosegue, illustrando come il FSE individuale (obiettivo del "mattone n. 9": Realizzazione del *Patient File*) venne introdotto quale strumento atto a contenere «l'insieme dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio sanitario, generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito» e a rappresentare la sua storia clinica, a beneficio dell'interessato e di qualsivoglia intervento sanitario che lo avesse riguardato (caratteristiche di base, patologie croniche, malattie, interventi chirurgici, farmaci utilizzati, referti clinici e ambulatoriali). Esso avrebbe dovuto costituire elemento decisivo per orientare efficacemente il lavoro dei professionisti sanitari e consentire un servizio più efficace ed efficiente, ma manifestò subito limiti evidenti e conclamati: un livello di utilizzo bassissimo (sia da parte dei cittadini che dei sanitari, come certificato sul sito del Ministero della Salute); la presenza di 21 portali predisposti separatamente da Regioni e PP.AA. e soprattutto il fatto che i portali non siano consultabili da cittadini residenti fuori dalla regione (i dati di ciascuno sono registrati solo nell'ambito degli eventi sanitari occorsi all'interno di un singolo ambito territoriale, regionale o provinciale che sia).

L'anomalia consistette nella partenza in ordine ri-

gorosamente sparso di ciascuna Regione (o PP.AA:), mentre la progettazione e la realizzazione di tutti gli altri 14 mattoni componenti del NSIS erano state demandate a una cabina di regia comune. Il Ministero della Salute emanò linee d'indirizzo (poi ratificate in Conferenza Stato-Regioni), a realizzazione dei progetti regionali già in corso. Il "vizio di fondo" iniziale (21 progetti e ambienti tecnologi separati) non era correggibile, tanto che nemmeno la riconduzione a legge dello Stato delle prescrizioni sul FSE nel 2012 fu utile (D. L. n. 179, convertito nella L. n. 221). Il FSE continuava ad essere un progetto (anzi, 21 progetti) regionale. Furono predisposte altre linee guida (marzo 2014), da parte di un soggetto assolutamente "nuovo", cioè l'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID). Seguirono un DPCM nel 2016 e la circolare AGID n. 4 del 1 agosto 2017, ma i 21 sistemi regionali rimasero inalterati, "babelizzando" il sistema. Estremo tentativo, la legge di bilancio 2017, che creò l'Infrastruttura Nazionale dell'Interoperabilità con il compito di "far comunicare" fra loro sistemi informatici e i portali nati separatamente l'uno dall'altro (le altre componenti del NSIS non ne hanno bisogno perché tutte le Regioni e i ministeri interessati operano in un unico ambiente tecnologico). La necessità di completo ripensamento (e rifondazione) del FSE è contenuta proprio nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): nell'ambito della Missione 6, Componente 2 si dedica una parte consistente dei finanziamenti (circa € 1 miliardo e 380 milioni), al "potenziamento del FSE", denari che si aggiungono ai molti spesi in precedenza (e che, evidentemente, non hanno centrato l'obiettivo). L'anomalia FSE è stata tale sinora proprio perché la *governance* del progetto è stata condotta in modo non coordinato dai soggetti statali e territoriali coinvolti, in deroga al principio cardine di coordinamento comune e condiviso.

Sulla scorta di quanto previsto dal PNRR, con D.M. del Ministero della Salute del 20 maggio 2022, sono state adottate le linee guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico ed avviato un processo di implementazione la cui tappa più recente è costituita dal D.M. del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 (attuativo delle disposizioni di cui al comma 7 dell'art. 12 del Decreto Legge n. 179/2012). Il nuovo D.M., all'art.2, «individua i contenuti del FSE, nonché i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE».

È significativo che in tutti i riferimenti normativi/tecnici sia stato sempre disposto di utilizzare il sistema di codifica ICD-9-CM negli ambiti di diagnosi, intervento e quesito diagnostico (es. Disciplinare Tecnico allegato al DPCM n. 178/2015[4], come anche nel paragrafo 4.1.2 delle Linee Guida 2022, dove tuttavia si specifica che ai dizionari di codifica riportati, tra cui ICD-9-CM, potranno aggiungersene altri "che saranno identificati e adottati come standard di livello nazionale").Una scelta, quella di riferirsi ad ICD-9-CM, senza alcun riferimento ad un possibile utilizzo di ICD-10, forse frutto della presa d'atto dello stato dell'arte italiano che, sembra confermata anche dall'ultimo D.M. del 7 settembre 2023. Si veda in particolare l'Allegato A, dove l'unico rinvio esplicito alla ICD-9-CM compare nella scheda sui contenuti del referto di radiologia e nella scheda sui contenuti del referto di specialistica ambulatoriale (come "codice quesito diagnostico"), nonché nella scheda sui contenuti della lettera di dimissione ("identificativo diagnosi d'ingresso" e "identificativo diagnosi di dimissione"). Da un esame più approfondito, consultando le "specifiche HL7 CDA R2 del Profilo Sanitario Sintetico v.1.3" (2019) presenti sul sito https://www.fascicolosanitario.gov.it/standard-documentali, si evince che anche nel Profilo Sanitario Sintetico, "il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG/PLS che riassume la storia clinica

[4] Si noti come sia stato specificato che "le procedure necessarie ad implementare i suddetti sistemi di codifica, sia in termini di formazione all'utilizzo da parte del personale che di predisposizione dei sistemi informativi, devono essere espletate dalle Regioni e dalle Province Autonome, secondo le forme e le modalità ritenute più idonee."

dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta" (ex art. 4 DM 2023) è previsto l'utilizzo della ICD-9-CM per descrivere condizioni quali allergie, intolleranze, presenza di protesi o impianti e "Problemi"[5], tra cui patologie croniche, organi mancanti (sezione per la quale è previsto anche l'utilizzo dell'ICD-10, in alternativa alla ICD-9-CM), trapianti effettuati e malformazioni, ma anche trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (nonché le diverse vaccinazioni somministrate).

D'altra parte, l'utilizzo di un sistema di codifica non sembra essere l'elemento centrale nella definizione (e progettazione della struttura) del FSE, se si considera che in tutte le schede citate, la compilazione mediante vocabolario ICD-9-CM, risulta sempre opzionale, facente parte di un dettaglio di ciascuna sezione, atta a rappresentare (in modo più o meno esplicito) le informazioni già riferite nel blocco narrativo: un addendum facoltativo insomma, che difficilmente si realizzerà nella pratica quotidiana degli operatori, alle prese con incombenze burocratiche che ne limiteranno l'uso, tanto più se previsto come accessorio già dal decisore.

La definitiva implementazione del FSE sembra essere ancora lontana nel nostro Paese, anche a causa della costitutiva disomogeneità nell'utilizzo di questo strumento sul territorio nazionale a cui si è accennato in precedenza (definendolo "il vizio di fondo" del FSE), ma la transizione da ICD-9-CM a ICD-10 (e CIPI), dovrà riguardare necessariamente anche le informazioni contenute nel FSE stesso. Il che allarga oltremodo la platea degli uffici e degli operatori chiamati a conoscere ed utilizzare ICD-10, anche nei contesti più generali, cui si è fatto cenno al paragrafo 2, che vanno ad aggiungersi alla questione principale che rimane la SDO (e l'Assistenza Ospedaliera), con l'aggravante che il termine prescritto dalla Finanziaria Draghi per il 30 giugno 2023 sia trascorso pressoché sotto silenzio.

Da quanto sinteticamente descritto sinora, i temi dell'aggiornamento dei sistemi di classificazione e dell'uso diffuso di linguaggi di codifica sanitaria (in primis ICD-10 per le diagnosi), esulano dalla trattazione puramente tecnica e per gli addetti ai lavori e dovrebbero entrare a pieno titolo nell'agenda di programma del SSN.

4b.7. Necessità di una riflessione organica su Flussi Informativi Sanitari e sistemi di Classificazione e Codifica dopo la Pandemia ed alla luce del PNRR. Un nuovo progetto Mattoni?

Il caso del Progetto Mattoni del NSIS, è emblematico dell'importanza di un sistema di *governance* condivisa e coordinata tra il soggetto statale e le realtà territoriali per il raggiungimento degli obiettivi cruciali per il nostro SSN. Vale la pena di ripercorrere brevemente quella stagione in cui a seguito della L.C. n. 3/2001 (Riforma del Titolo V), comparve un soggetto "forte" nella produzione delle regole del NSIS: la Conferenza Stato-Regioni (CSR).

Il nome semplificato e l'acronimo sta per "Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano". Istituita nel 1988 e quindi regolata in conformità all'evoluzione in senso regionale dell'ordinamento della Repubblica, promosse la riforma strutturale del Sistema Informativo Sanitario (SIS) attraverso un accordo fra Ministro della Sanità e le Regioni del febbraio 2001, in cui venne istituito un presidio permanente «con funzioni di indirizzo, governo, monitoraggio e controllo dello sviluppo e avvio del Nuovo SIS, cioè il NSIS».

Si trattava di una cabina di regia composta in numero paritetico da rappresentanti del Ministero della Salute e delle Regioni. È questa la sede dove si è realizzata da più di vent'anni la capacità di "leale colla-

[5] Ovvero "i problemi clinici, i sospetti diagnostici e le diagnosi certe, i sintomi attuali o passati, le liste delle malattie pregresse e gli organi mancanti che il medico titolare dei dati del paziente, fra tutti i problemi presenti nella cartella informatizzata, ritiene significativi per riassumere la storia clinica e la condizione attuale dell'assistito", dal paragrafo 4.6 delle "Specifiche HL7 CDA R2 del Profilo Sanitario Sintetico v.1.3"

borazione" fra istituzioni centrali e regioni. Il modello concettuale predisposto nel 2002 dal Ministero della Sanità acquistò forza propulsiva e adesione comune allorché la CSR nella seduta del 10 dicembre 2003 (Repertorio Atti n. 1895/2003), conferì alla Regione Veneto, il ruolo di capofila, un progetto per la costruzione di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il SSN denominato "Mattoni del SSN", così definiti (ogni "mattone" era costituito da più soggetti con una Regione capofila):

1. Classificazione delle strutture
2. Classificazione delle prestazioni ambulatoriali
3. Evoluzione del sistema DRG nazionale
4. Ospedali di Riferimento
5. *Standard* minimi di quantità di prestazioni
6. Tempi di attesa
7. Misura dell'appropriatezza
8. Misura dell'*Outcome*
9. Realizzazione del *Patient File*
10. Prestazioni farmaceutiche
11. Pronto soccorso e sistema 118
12. Assistenza residenziale e semiresidenziale
13. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
14. Misura dei costi del SSN
15. Assistenza sanitaria collettiva.

Come efficacemente ripercorso e illustrato da Beato, il modello concettuale del Progetto Mattoni e lo sviluppo del NSIS hanno consentito di "desumere buone regole di *governance*, da applicare a tutti i progetti informatici condivisi fra istituzioni diverse della Repubblica". La presenza di più amministrazioni in ambito di attribuzioni istituzionali comuni (è il caso appunto del NSIS dopo la rivisitazione dell'articolo 117 Cost.), non significa confusione e paralisi, se esistono un progetto e un luogo di decisione condivisi, quali la CSR. Il modello può tradursi in elemento di stabilità politica per la gestione di programmi strategici pluriennali (come l'ideazione, la progettazione, la realizzazione e la gestione del NSIS). Gli ambienti tecnologici ed i sistemi informatici vanno coordinati da cabine di regia unitarie, che siano perciò rappresentative delle diverse istanze, conoscenze e sensibilità in campo. Ed infine la gestione del sistema informativo deve essere condivisa fra tutti i soggetti pubblici coinvolti in maniera estesa, ma, una volta definita, da tutti osservata (senza procedere in ordine sparso).Il "combinato-disposto" delle diverse questioni trattate (anche attraverso il richiamo, da ultimo, alla nascita del NSIS), suggerisce che l'implementazione del passaggio da ICD-9-CM a ICD-10 per la codifica delle diagnosi a partire dal flusso SDO (e non solo) possa rappresentare (finalmente!) un punto di svolta epocale nei sistemi informativi sanitari del SSN. Una volta implementato e divenuto "lingua ufficiale" per la codifica delle diagnosi, ICD-10 permetterà all'Italia di tornare a dialogare ed essere meglio integrata (in termini di interoperabilità) con i sistemi degli altri Paesi dell'Unione Europea, dell'OMS e dell'OECD. Si pensi soltanto alla migliore comprensibilità di una diagnosi se espressa in ICD-10, lingua ufficiale dell'OMS, ovvero dell'intero pianeta (peraltro già alle prese con la nuova ICD-11). Anche se il flusso SDO è senz'altro il più rilevante del NSIS, non è il solo flusso che contempli l'uso di diagnosi codificate per la descrizione della nosologia del paziente. Nel secondo paragrafo si sono identificati numerosi altri ambiti (a partire dalla rilevazione delle cause di morte attraverso la scheda Istat), e anche l'implementazione del FSE può rappresentare un importante tassello di organica rivisitazione del NSIS. In questo senso l'adozione e l'aggiornamento dei sistemi di classificazione e codifica può diventare elemento unificante per affrontare la "deriva della babelizzazione", che ha costretto l'Italia all'incomunicabilità interna ed internazionale. Un nuovo Progetto Mattoni (o un radicale tagliando a quello del 2003), potrebbe costituire il contesto di riferimento per un effettivo rilancio del SSN e del NSIS.

Riferimenti bibliografici

Arcangeli, L., Lorenzoni, L. (2012). "Sulla necessità di gestire un sistema di remunerazione a prestazione: nuovi soggetti e ruoli in Australia e Inghilterra". Politiche Sanitarie,13(3):181-3

Arcangeli A, Banchelli F, Bertinato L, Carle F, Del Favero A, Frattura L, Lispi L, Marchetti C, Merlino L, Nonis M, Palinuro A, Verdini E, Zavaroni C. (2018). "Il Progetto It.DRG: stato dell'arte. Rapporto Isti-

san 18/12 pp. 165 + iii

Beato G (2022). "Un esempio di governance condivisa: il Sistema Informativo Sanitario". Riv. It. *Public Management*, Vol. 5, n.1, 2022, pp. 134-150

Frattura L. (2017). "Nota introduttiva all'edizione italiana". In: Frattura L, Bassi G, Della Mea V, Morassutto C, Munari F, Simoncello A, Talin F, Terreni S, Tomainu I, Tonel P, Zavaroni C. Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. Quinta edizione, 2016. Volume 1 Elenco sistematico; Volume 2 Manuale di istruzioni; Volume 3 Indice alfabetico. Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle classificazioni internazionali, Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e Area delle Classificazioni, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isontina. Palmanova: OGV Officine Grafiche Visentin; 2017, p. III-IX

Nonis, M., (2012). "Vent'anni di D.R.G. in Europa: letture e riflessioni". Tendenze Nuove, 3:220-235 (doi: 10.1450/37106)

Nonis, M., (2015). "A proposito degli IT-D.R.G.". Riflessioni sull'architettura istituzionale dei flussi informativi ospedalieri e sanitari. Mondo Sanitario, 1(2):1-6

Nonis M, Palinuro A (2019); "Al dunque": che ne è delle tariffe delle prestazioni del SSN? Riflessioni e considerazioni sul periodo 1978-2019, Organizzazione Sanitaria 3-2019, pp. 3-15

Nonis M (2021). "Considerazioni e riflessioni su PNRR e Organizzazione Sanitaria". Quaderni di Organizzazione Sanitaria n. 2, 2021 (www.frgeditore.it), 72 pp

Nonis M (2022) Capitolo 6a – "Assistenza ospedaliera: evoluzione e aggiornamento del flusso informativo SDO & delle tariffe massime DRG (pp. 283-297)".Rapporto C.R.E.A. Sanità (2022) 18° Rapporto Sanità

Nonis M, Di Virgilio E, D'Annunzio A (2022). "Riflessioni e considerazioni sull'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera entro il 30 giugno 2023". Organizzazione Sanitaria 3/2022, pp. 3-18

Nonis M (2023). "Capitolo 6: Finanziamento degli ospedali per DRG/ROD dall'introduzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) alla legge 234 del 2021", pp. 139-153 in ASIQUAS (Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale), Quaderno n. 45 di Quotidiano sanità: "L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro".

Taroni, F. (1996). "D.R.G./ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali". Roma: Il Pensiero

ENGLISH SUMMARY

The importance of updating of the medical coding of the hospital discharge record (SDO) and other health informative flows (included the introduction of ICD-10-WHO) for the Italian NHS

Considering that the deadline for updating DRG rates and SDO-related classification systems expired on 30 June 2023 (pursuant to Article 1, paragraph 280, of Law No. 234 /2021, namely the "Draghi Government Finance Bill"), several issues are addressed (by also making reference, most recently, to the birth of the New Health Information System(NHIS) with the so-called Progetto Mattoni), indicating how the implementation of the transition from the current ICD-9-CM to ICD-10 (illustrated in brief) for coding diagnoses based on the SDO flow (and also on other factors), may be a momentous turning point in the health information systems and flows of the NHS. The coding of diagnoses in ICD-10 would enable Italy to resume the dialogue and be better integrated (in terms of interoperability) with the systems of other EU, WHO and OECD countries.

Although the Hospital Discharge Record (SDO) is undoubtedly the most relevant hospital care information flow, it is not the only one that envisages the use of coded diagnoses for describing patient nosology. Many other areas are identified (starting with the detection of death causes through the ISTAT form), and also the implementation of the Electronic Health Record (EHR) could be an important piece of systematic revision of the New Health Information System (NHIS).

In this regard, the adoption and updating of classification and coding systems can become a unifying element in addressing the "drift of babelization," which forced Italy into domestic and international incommunicability. A new Progetto Mattoni (or a radical "overhaul" of the 2003 one) could finally provide the reference framework for an actual relaunch of the NHS and the NHIS.

CAPITOLO 4c
Prospettive di miglioramento delle procedure di *public procurement* in Italia: una analisi introduttiva

Palozzi G.[1], Di Martino M.[2]

4c.1. Introduzione

Ogni anno oltre il 14% del Prodotto Interno Lordo (PIL) dell'Unione Europea (circa € 2.000 mld.) è impegnato per l'acquisto di forniture, servizi e lavori da parte della Pubblica Amministrazione (PA). Sino all'introduzione del Nuovo Codice degli Appalti[3], le Direttive 24/2014/UE "sugli appalti pubblici" e 23/2014/UE "sull'aggiudicazione dei contratti di concessione" hanno costituito la regolamentazione disciplinante l'attività di approvvigionamento della PA, per gli importi che superano determinati valori soglia. "Acquisti più efficienti" da un lato, ed i "migliori risultati sanitari" dall'altro, sono stati i principali obiettivi perseguiti nel corso degli anni dal sistema di *public procurement* promosso a livello comunitario, attraverso la selezione dell'offerta economicamente più vantaggiosa ed il ricorso all'utilizzo di appropriati indicatori (Kastanioti, 2013; Mudyarabikwa, 2016).

Con l'avvento della pandemia da Covid-19, e le problematiche riscontrate dalle Stazioni Appaltanti nel reperimento dei dispositivi di protezione individuale, dei *kit* di analisi, dei vaccini, si è evidenziata negli Stati Membri una generale diffusa "incomprensione normativa" (McEvoy, 2020). La Commissione Europea, per supportare i procedimenti di *procurement* a livello nazionale e locale, ha pubblicato linee guida per evidenziare le flessibilità contenute nelle Direttive sugli appalti, con lo scopo di favorire i possibili snellimenti delle procedure e l'abbattimento dei tempi di approvvigionamento (Commissione Europea, 2020, 2020a, 2020b). Nonostante ciò, le carenze di dispositivi di protezione individuale (Bramstedt, 2020; Halloran, 2021) e l'aggravamento della diffusione della crisi pandemica, ha generato un senso di urgenza nel promuovere nuovi approcci agli acquisti pubblici (Anderson, 2020; Forman, 2020). Elemento che, a sua volta, ha favorito il verificarsi di potenziali comportamenti opportunistici, agevolati altresì da un generale contesto di incertezza (McKee, 2020; Garcia-Atlès, 2023).

A fronte di tali fenomeni distorsivi della buona prassi di acquisto pubblico, seppur in periodo emergenziale, la Commissione ha promosso attività di ricerca sulle opportunità e le sfide degli appalti pubblici nel settore sanitario (*Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health*). Contributi elaborati in risposta alle richieste della Commissione (Garcia-Atlès, 2023) presentano tre grandi categorie di sfide/opportunità peculiari per il *procurement* sanitario:

- le complessità legate alla natura della transazione, soprattutto nei casi di frequente rinnovo dei contratti a fornitori diversi
- lo squilibrio di potere tra l'acquirente ed il fornitore, che genera tendenzialmente un innalzamento del prezzo praticato
- il contributo degli appalti pubblici al raggiungimento degli obiettivi dei *policy makers*, che spinge all'adozione di politiche di procurement che vanno al di là dei meri obiettivi sanitari.

All'interno del suddetto panorama europeo, l'Italia non costituisce eccezione e si distingue per alcune sue peculiarità. L'universalità del Servizio Sanitario

[1] Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[2] Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[3] Introdotto con il D. Lgs. n. 36/2023 i cui effetti hanno impatto sulle procedure avviate a partire dal 1 luglio 2023

Nazionale (Spano, 2018) tende ad incrementare una maggiore necessità di *procurement* sanitario pubblico, rispetto a quello privato. Di conseguenza, la pressione della spesa pubblica sugli acquisti ha condotto le politiche dei diversi Governi, negli anni, a concentrarsi sulla promozione della lotta alla corruzione e su processi di razionalizzazione della spesa. È in tal senso che va letto l'avvio del processo di centralizzazione degli acquisti. L'innovazione dei processi di *procurement* non è tuttavia entrata ancora a far parte della cultura organizzativa, così come l'adozione delle logiche *value for money*, seppur previste nella Direttiva Appalti e nel Codice dei Contratti Pubblici (Patrucco, 2016). Inoltre, il fenomeno della burocrazia difensiva[4] (Bottino, 2020), è percepito dai Responsabili Unici del Procedimento (RUP) come elemento caratterizzante sia le decisioni di acquisto delle Stazioni Appaltanti che quelle delle singole aziende sanitarie, per una quota che oscilla tra il 30-50% delle procedure (Battini, 2020) all'interno di una programmazione temporale di breve periodo (Meehan, 2016). Il perseguimento di logiche di approvvigionamento *just in time*, l'omogenizzazione dei costi, la riduzione della spesa hanno contribuito a consolidare un sistema degli acquisti che ha esposto maggiormente il SSN agli effetti arrecati dagli *shock* esogeni, che alterano repentinamente la domanda generando un'accelerazione degli ordinativi lungo la catena di approvvigionamento (cosiddetto effetto "frusta") determinando l'insorgere di "colli di bottiglia", come registrato in pandemia (Cusumano, 2021).

Emerge, pertanto, come il *procurement* sanitario in Italia, già all'interno di un processo di trasformazione sospinto dalle politiche nazionali e comunitarie, improvvisamente stressato dalle richieste emergenziali, abbia registrato il sorgere sia di nuove criticità che di tentativi regolatori (sperabilmente innovativi), che hanno aperto nuovi interrogativi su quali siano le attuali prospettive evolutive e di miglioramento degli acquisti in sanità.

4c.2. Il Sistema di *Procurement* sanitario italiano

In questa sede è rilevante comprendere più approfonditamente il sistema di acquisti, tracciandone un quadro aggiornato lungo tre principali direttrici di indagine: la struttura, il funzionamento, l'impatto della pandemia da Covid-19.

4c.2.1. La Struttura

Recenti analisi sulla struttura di *procurement* sanitario in Italia riportano di molteplici soluzioni operative ed istituzionali, a conferma di un quadro generale eterogeneo ancora distante da un auspicato disegno armonico (Cusumano, 2022). Il perseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa, mediante centralizzazione degli acquisti, ha comportato la formulazione di un quadro normativo frastagliato che ha prodotto un sistema di controlli procedurali soffocante ogni tentativo di innovazione negli appalti (Meehan, 2016; Vecchi, 2020). Se con il Codice Unico dei Contratti (D. Lgs. n. 163/06) si sono iniziate a registrare le prime esperienze di centralizzazione, con la L. n. 106/2011 ed il Codice dei Contratti Pubblici D. Lgs. n. 50/2016 si sono disciplinati alcuni elementi fondanti l'attuale sistema di *procurement* (Brusoni, 2007; Cusumano, 2017):

- l'istituzionalizzazione dei soggetti deputati alla gestione accentrata degli acquisti
- la definizione delle categorie merceologiche obbligatorie
- l'obbligo di utilizzo delle piattaforme telematiche per le procedure di affidamento

[4] Definita come «situazione del pubblico funzionario che decide di astenersi dall'assumere decisioni, potenzialmente anche utili per il perseguimento dell'interesse pubblico, preferendo soluzioni meno impegnative in quanto appiattite su prassi consolidate e anelastiche, per il timore di esporsi a possibili addebiti penali (la cd. "paura della firma")». Corte cost., sentenza n. 8 del 2022, punto n. 2.4. del Considerato in diritto

Tabella 4c.1. Sintesi degli assetti istituzionali ed operativi

Regione	Categorie DPCM		Categorie extra DPCM	
	Modello Istituzionale	Modello Organizzativo	Modello Istituzionale	Modello Organizzativo
Piemonte	In House	Ibrido	In House --> ASR/In House	Ibrido
Valle d'Aosta	In House	Ibrido	ASR	AU
Liguria	ASR --> DR	Ibrido	ASR --> In House	Ibrido
Lombardia	In House	Ibrido	In House	Ibrido
P.A. di Trento	ASP	AU	ASP	AU
P.A. di Bolzano	ASP	AU	ASP	AU
Veneto	ASR	Ibrido	ASR	Ibrido
Friuli Venezia Giulia	ASR	PU	ASR	PU
Emilia-Romagna	In House	Ibrido	In House	Ibrido
Toscana	ASR	PU	ASR	PU
Umbria	ASR --> In House	PU	ASR --> In House	PU
Marche	DR	Ibrido	ASR --> DR	AU --> Ibrido
Lazio	DR	Ibrido	DR --> ASR	Ibrido
Abruzzo	In House	Ibrido	In House	Ibrido
Molise	DR	Ibrido	In House	Ibrido
Campania	In House	Ibrido	In House	Ibrido
Puglia	In House	Ibrido	In House --> ASR (?)	Ibrido
Basilicata	DR	Ibrido	DR	Ibrido
Calabria	DR	Ibrido	DR --> ASR (?)	Ibrido
Sicilia	DR	Ibrido	DR	Ibrido
Sardegna	DR	Ibrido	ASR	AU --> Ibrido

Legenda ASP = Azienda Sanitaria Provinciale, ASR = Azienda Sanitaria Regionale, AU = Azienda Unica, DR = Dipartimento regionale, PU = Provveditorato Unico
Fonte: rielaborazione da Cusumano, 2022

- l'ampliamento della portata di utilizzo delle procedure sotto-soglia comunitarie
- il rafforzamento del ruolo di ANAC
- la disciplina delle forme di partenariato pubblico-privato (PPP).

A livello nazionale, la struttura di *procurement* può definirsi consolidata su tre livelli:

1) Consip
2) Centrali di acquisto regionali[5]
3) Autorità sanitarie locali.

Le scelte operate dalle Regioni all'interno dei propri Sistemi Sanitari Regionali (SSR) consentono di classificare quattro modelli istituzionali di *procurement* (Raudla, 2015; Cusumano, 2020):

- centrali acquisti all'interno dell'Ente Regione (è il caso della Basilicata, Calabria, Lazio, Sicilia)
- centrale acquisti come ente del SSR (è il caso di Azienda Zero in Veneto, ARCS in Friuli-Venezia Giulia, Alisa in Liguria, ESTAR in Toscana, Umbria Salute e Servizi in Umbria)
- centrale acquisti come soggetto autonomo

[5] È importante ricordare che non tutte le centrali ed i soggetti aggregatori operano esclusivamente in sanità

specializzato (è il caso di So.Re.Sa. in Campania)
- centrale acquisti come funzione di una società *in house* regionale, solitamente società di *Information Technology* (IT) (è il caso di ARIC Spa in Abruzzo, Aria Spa in Lombardia, InnovaPuglia Spa in Puglia, INVA Spa in Valle d'Aosta)[6].

In tema, invece, di modelli organizzativi adottati dalle Regioni (Marsilio, 2016) l'ultimo quinquennio non ha comportato cambiamenti significativi confermando la sussistenza di 3 modelli:

1) provveditorato unico (PU), dove la funzione acquisti è centralizzata a livello regionale
2) azienda unica (AU), tramite la cui costituzione la funzione acquisti viene centralizza a livello provinciale o regionale
3) modello ibrido, in cui la funzione acquisti è duplicata per cui la centrale di committenza opera principalmente nella selezione del fornitore e nello svolgimento della procedura di gara mentre le aziende sanitarie svolgono le loro funzioni acquisti in maniera inalterata.

Di seguito la tabella 4c.1. tratta da Cusumano (2022), riporta nel dettaglio la struttura istituzionale ed organizzativa dei sistemi regionali di acquisti centralizzati in sanità, tenendo conto degli acquisti entro ed extra DPCM[7], dove i modelli istituzionali vengono elencati secondo la seguente nomenclatura:

- Dipartimento regionale (DR)*:* la centrale di committenza è istituita come unità operativa dell'amministrazione del governo regionale
- Azienda Sanitaria Regionale (ASR) o Provinciale (ASP)*:* la centrale di committenza è istituita come un'azienda sanitaria regionale
- *In House:* la centrale di committenza è costituita come una società di proprietà regionale o come un'agenzia, al di fuori dei confini istituzionali del sistema sanitario regionale.

4c.2.2. Funzionamento

Le indagini in tema di funzionamento del sistema di acquisti rilevano una considerevole complessità del fenomeno, in conseguenza alle molteplici procedure a livello nazionale e regionale nonché alla gestione dei contratti a livello locale (Vecchi, 2019). Sulla base delle rilevazioni di Cusumano (2022), è interessante richiamare l'interpretazione dei dati per il periodo 2013-2021 inerenti al fenomeno della centralizzazione a partire dagli acquisti di beni e servizi da parte: i) di aziende e centrali regionali/soggetti aggregatori, ii) del Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19, iii) Consip. A livello aggregato, dal 2013, la centralizzazione sembra avere raggiunto circa il 60% del totale degli acquisti, concentrandosi essenzialmente sull'acquisto di farmaci e vaccini (Cusumano, 2021). Tale percentuale evidenzia una coesistenza tra gare centralizzate e aziendali dovuta ai seguenti fattori:

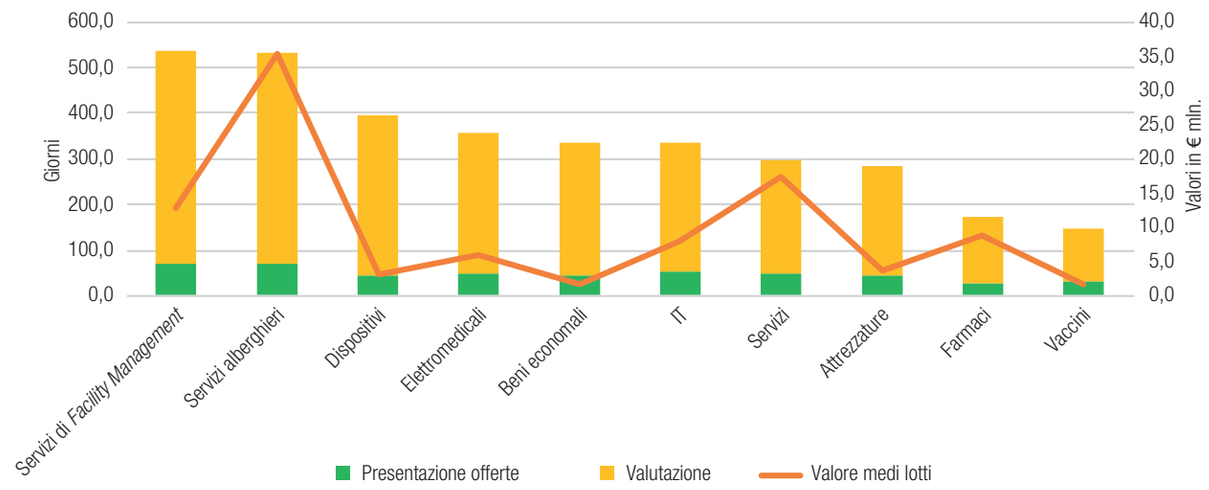
- garantire l'approvvigionamento in assenza di iniziative centralizzate
- vincoli di natura organizzativa e culturale o di specificità di tipo clinico
- accresciuta capacità dei provveditorati aziendali di processare più gare, essendo stati sgravati dalla gestione delle procedure oggetto di iniziative centralizzate.

Tali fattori incoraggiano un livello di decentramento "fisiologico" per garantire più flessibilità nelle scelte di acquisto e supportano un ripensamento di alcuni obblighi inerenti alla centralizzazione, ai fini dell'innovazione. Inoltre, le forme di PPP, sono ancora poco diffuse e vengono concepite culturalmente come fattispecie residuali, mirate ad aggirare i limiti del sistema degli appalti pubblici (MASAN 2023; WHO 2023).

[6] Si sottolinea che nell'ultimo quinquennio si sono rilevati tre ulteriori fattori di aggiornamento ad integrazione della suddetta classificazione, come la riforma complessiva del SSR in Lombardia, Marche e Sardegna, l'istituzione dell'"Azienda Zero" in Piemonte, Lazio e Calabria (con proposta di istituzione in Puglia) ed infine la riforma degli assetti del soggetto aggregatore in Liguria ed Umbria

[7] I Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 dicembre 2015 e 11 luglio 2018 hanno individuato le categorie merceologiche di beni e servizi per l'impiego delle procedure promosse dai soggetti aggregatori e la relativa soglia di obbligatorietà

Figura 4c.1. Durata media delle procedure e valori dei lotti per merceologia



Fonte: rielaborazione da MASAN 2020

All'interno di questo contesto, il rapporto tra centrali di acquisto ed aziende sanitarie è rilevato come critico. Le cause sono attribuibili alla natura *top-down* dell'introduzione del processo di centralizzazione ed alla carenza di controllo strategico sui processi aziendali investiti dalla centralizzazione. La criticità dei rapporti tra i principali soggetti della *governance* si riverbera sulla complessità dell'asseverazione del fabbisogno che richiede un forte coordinamento tra le centrali e le aziende sanitarie, fondamentale per determinare non solo il "cosa" acquistare ma anche quale sia il livello istituzionale d'acquisto più appropriato (Cusumano, 2021).

In tema di tempi di aggiudicazione, ed alla loro correlazione con le procedure di acquisto, l'osservatorio MASAN (2020) ha rilevato come le centrali di committenza impiegano oltre 320 giorni in media, per aggiudicare un contratto. Questo lasso di tempo si riferisce al periodo intercorso tra la pubblicazione del bando e l'avviso di aggiudicazione. Il 50% delle gare ha una durata compresa tra 167 e 442 giorni; la durata varia notevolmente a seconda delle merceologie dove per le gare inerenti i servizi di *facility management* ed alberghieri necessitano in media oltre 500 giorni, per l'acquisto di farmaci e vaccini meno di 200.

La durata della procedura risulta correlata all'oggetto di acquisto e, in secondo ordine, alla dimensione del lotto. Come mostra la figura 4c.1., le categorie merceologiche che richiedono tempi più lunghi sono quelle con un valore medio dei lotti più elevato. Le principali cause del fenomeno sembrano essere di tre tipologie:

- Istituzionali: i tempi di approvvigionamento vengono dilatati a causa della complessità normativa, eccessivamente prescrittiva, dall'incerta interpretazione e che favorisce l'uso del ricorso amministrativo
- Strategiche; la carenza di programmazione regionale ed aziendale sposta la ricomposizione degli interessi confliggenti a livello di collegio tecnico, con complicata espressione del fabbisogno
- Organizzative: possibile conflittualità tra i livelli istituzionali partecipanti all'acquisto, difficoltà di selezione e gestione dei membri del gruppo di lavoro, insufficiente livello di *commitment*.

Occorre ricordare, inoltre, che tempi di aggiudicazione elevati generano un maggior ricorso alle proroghe contrattuali (spesso includenti maggiori costi di acquisto), differiscono nel tempo i benefici relativi al nuovo acquisto, incentivando un ricorso eccessivo alle procedure sotto-soglia.

È in tal senso che negli ultimi anni le procedure

sotto-soglia comunitaria si sono affermate all'interno delle aziende sanitarie italiane, soprattutto con la finalità di determinare maggiori gradi di autonomia degli approvvigionamenti a livello di singola azienda. Oltre al contrasto dei tempi di aggiudicazione, tali procedure, hanno trovato una maggiore apertura sia all'interno degli interventi normativi susseguitisi nel corso degli anni e sia nelle scelte regionali in tema di modelli istituzionali di acquisto e di margini di libertà concessi alle singole aziende (Vecchi, 2019). L'analisi dei dati mostra, infatti, un crescente ricorso alle procedure sotto-soglia con tassi di crescita costanti in tutte le Regioni che risentono dell'intensificarsi dei processi di centralizzazione. Il valore degli acquisti che sfugge alla centralizzazione, ed alle procedure aperte o ristrette, è pari a circa il *20%*, confermando un elevato margine di azione alle Aziende, spesso legato alle richieste di maggiore personalizzazione degli acquisti oltre che a quelle in urgenza da parte dei clinici.

All'interno del quadro procedurale è significativa l'analisi sui ricorsi amministrativi. Come è evidente, laddove vi è una maggiore consistenza economica della procedura di gara si riscontra un aumento della propensione al ricorso da parte degli operatori economici. I costi sostenuti dal soggetto ricorrente trovano giustificazione dai maggiori volumi del fatturato potenziale "aggredibile", in caso di esito positivo, seppur la percentuale dei ricorsi vinti da parte delle centrali di acquisto rimane molto alta (Vecchi, 2019). Il punto nodale è che i tassi elevati di ricorso creano costi per il sistema, sia per la gestione dei procedimenti in sé, sia per i ritardi che causano nell'esecuzione dei nuovi contratti.

Le risorse di personale disponibili nella funzione di *procurement* sono poi considerate esigue e prive delle competenze necessarie, di fronte a *trend* evolutivi che presentano sfide sempre più multidisciplinari. Si pongono pertanto degli interrogativi, anche di fronte all'attuazione del PNRR, di effettiva rispondenza della centralizzazione e dei suoi interpreti rispetto alle finalità e agli obiettivi definiti. La dotazione di personale delle centrali, a meno di misure straordinarie di reclutamento, impone di operare scelte chiare sul ruolo affidato a questi soggetti specie se si vuole considerare il processo di acquisto di rilevanza strategica (Cusumano, 2022).

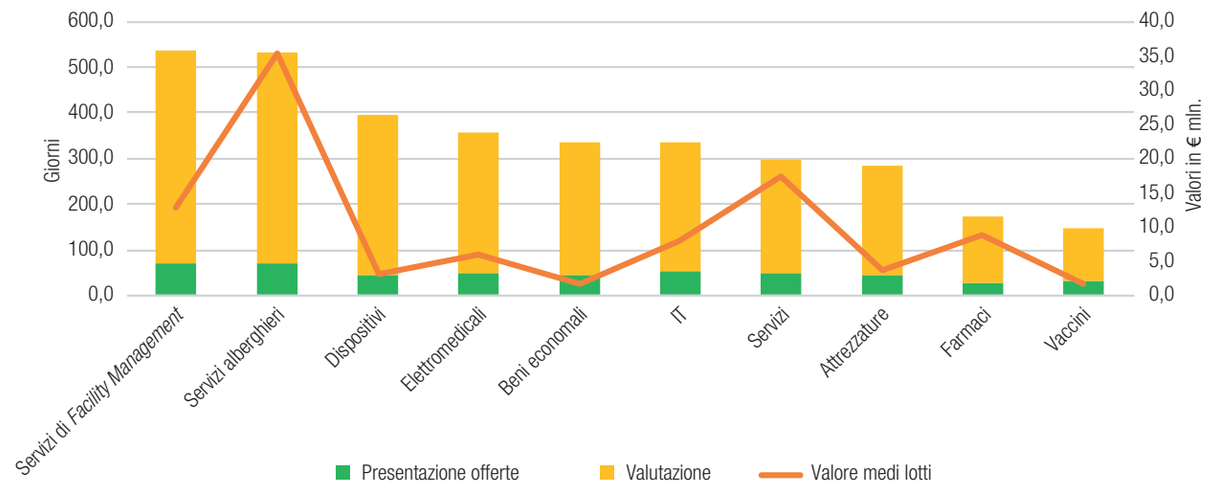
4c.2.3. L'impatto della pandemia da Covid-19

L'esplosione del fabbisogno di alcuni beni divenuti improvvisamente essenziali in pandemia, non disponibili nei volumi necessari, ha rilanciato il superamento dell'ottica "puramente amministrativa" del processo di approvvigionamento (Patrucco, 2016) che per troppo tempo è rimasto scevro di approcci strategico manageriali, di prospettive includenti gli *stakeholders* e di logiche *value for money* (Klasa, 2018). In emergenza, si è assistito ad uno snellimento delle procedure di acquisto ed una maggiore collaborazione tra i livelli istituzionali che non sembra esser stato confermato nel post-pandemia. Si riscontra, nuovamente, una tendenza positiva verso una maggiore concorrenza tra i soggetti preposti all'acquisto, ma con ripercussioni in termini di maggiori inefficienze ed innalzamento dei prezzi per i beni scarsi (Cusumano, 2021). Le autorità regionali sembrano agire in maniera sempre più indipendente, hanno preso l'iniziativa di acquistare beni e servizi critici all'interno dei quadri di *governance* esistenti, stabiliti prima dell'epidemia o di sviluppare nuovi approcci.

La figura 4c.2., riferita al periodo pandemico, mostra che meno della metà delle Regioni italiane ha proceduto ad acquisti centralizzati, preferendo acquisti gestiti a livello aziendale.

Tuttavia, all'interno di questo contesto si è altresì rilevato come, in piena emergenza, la necessità di decisioni urgenti ha spinto alcuni *manager* pubblici a prendere decisioni coraggiose, ad accelerare le procedure e a stabilire un dialogo con il mercato in modo innovativo. Proprio il dialogo con il mercato resta uno degli elementi su cui porre attenzione; l'epidemia ha infatti evidenziato la crucialità per le autorità appaltanti di individuare fornitori affidabili e proattivi. Questo potrebbe aprire la strada alla creazione di soluzioni di *vendor rating*, che in passato non sono mai state adottate a causa dell'approccio formalistico predominante e del timore di controversie legali (Vecchi, 2020).

Figura 4c.2. Acquisti Covid-19; importo bandito da centrali di committenza ed aziende sanitarie regionali sul totale regionale per acquisti superiori a € 40.000. Anno 2020



Fonte: rielaborazione da Cusumano, 2021

4c.3. Obiettivi della Ricerca

Le considerazioni effettuate nei precedenti paragrafi qualificano il sistema di acquisti sanitari in Italia non sempre capace di incontrare i fabbisogni funzionali e di cura che insistono sull'attività di *procurement*. Ciò si manifesta nei ritardi delle forniture, e in acquisti talvolta inadeguati (per tipologia o qualità) rispetto alle reali necessità clinico-assistenziali, la cui rilevazione è propedeutica all'avvio delle procedure di approvvigionamento.

Dalla ricognizione della letteratura e dagli osservatori di riferimento, si rileva come tali inefficienze siano imputabili tanto al fenomeno della burocrazia difensiva, spesso causato da una regolamentazione abbondante e complessa, quanto ad un mancato allineamento tra il rilevamento del fabbisogno assistenziale, il governo delle prassi di acquisto e le competenze di *procurement*.

Tanto premesso, nel rispetto delle analisi e delle valutazioni fornite nel precedente paragrafo, possiamo affermare, sintetizzandole, che le macro-aree di analisi in cui indagare le potenziali inefficienze del processo di acquisto della Sanità, possono essere rappresentate dalle seguenti:

- Regolamentazione
- *Governance*
- Cultura
- Innovazione.

Partendo da tale classificazione, obiettivo del presente lavoro di ricerca è quello di indagare quali sono le attuali inefficienze del sistema di approvvigionamento sanitario in Italia, e quali possono essere le potenziali soluzioni finalizzate al suo miglioramento.

4c.4. Metodologia

Per rispondere all'obiettivo di ricerca, la presente indagine è stata condotta attraverso un caso di studio pilota (Yin, 2014) di tipo qualitativo (Patton, 2002), esplorativo (Scapens, 1990), basato sulle interviste a 12 esperti in materia di *public procurement* afferenti a 5 organizzazioni sanitarie italiane dislocate uniformemente sul territorio nazionale. Gli esperti, dirigenti apicali direttamente coinvolti nelle attività di approvvigionamento svolte dalle aziende di appartenenza, sono considerabili "*key-informants*" ai fini della presente indagine (Yin, 2017), in quanto in possesso di informazioni e conoscenze ritenute "chiave" per gli obiettivi della ricerca non comunemente riscontrabili dalla prassi e dalla letteratura di riferimento in ma-

teria.

Di seguito in tabella 4c.2., si riportano nomi delle organizzazioni sanitarie intervistate e ruoli degli intervistati.

L'intervista ad ogni organizzazione è stata basata su un protocollo di domande (Allegato 1), finalizzate ad indagare le 4 macro-aree rilevate come "critiche" in letteratura per i processi di acquisto. Il protocollo è stato anticipato ad ognuna delle organizzazioni tra i 3 ed i 5 giorni prima dell'intervista in modo da far conoscere agli interlocutori i temi trattati.

Ogni intervista ha avuto una durata di circa 60 minuti, è stata audio registrata, dopo aver ricevuto adeguato consenso, ed è stata trascritte testualmente. Alcune delle organizzazioni hanno anche restituito una risposta scritta per ognuna delle domande poste.

4c.5. Risultati

Di seguito si riportano, per ciascuna macro-area d'indagine, i contributi forniti dai "*key informants*" partecipanti alla ricerca.

4c.5.1. Regolamentazione

Le organizzazioni di affiliazione dei soggetti intervistati, laddove esercitanti la funzione di Stazione Appaltante, selezionano le modalità di esecuzione degli acquisti in aderenza della normativa di riferimento, secondo il seguente schema:

- adesione alle convenzioni in essere attive in Consip
- adesione alle iniziative in corso presso la centrale acquisti regionale
- instradamento della gara aggregata
- procedura aperta e, per alcune categorie di prodotti, accordo quadro con accreditamento
- procedura negoziata ed affidamento diretto
- ordini diretti di acquisto.

Le modalità di acquisto sono ordinate dal massimo al minimo livello di centralizzazione e la scelta di una specifica modalità avviene solo in caso di impossibilità dell'espletamento della modalità precedente. Anche il processo di acquisto si svolge in ottemperanza delle previsioni normative e si compone principalmente dei seguenti elementi (Figura 4c.3.):

- raccolta del fabbisogno di acquisto dai centri di responsabilità aziendali, adozione del programma triennale dei lavori e degli acquisti di beni e servizi;

Tabella 4c.2. Organizzazioni sanitarie e ruoli degli intervistati

Organizzazione	Ruoli
Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), Friuli Venezia Giulia	• Direttore Generale, • Dirigente Responsabile della SC Acquisizione Beni e Servizi, • Dirigente SC Acquisizione Beni e Servizi
Azienda Sanitaria Locale (ASL), Latina	• Direttore Amministrativo, • Direttore Sostituto della UOC Gestione Contratti di Servizi e Logistica, • Responsabile U.O.S. Acquisizione Beni Sanitari e Servizi Economali
Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza	• Direttore Amministrativo, • Direttore del Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali, • Direttore Generale di ATS Brianza
Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Bologna	• Direttore Generale
Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia	• Direttore di Dipartimento, • Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie

Fonte: Elaborazione degli Autori

Figura 4c.3. *Workflow* del processo di acquisto

Fonte: Elaborazione degli Autori

- instradamento della procedura di gara aggregata o, in alternativa, di gara aperta (in assenza di convenzione)
- selezione ed aggiudicazione
- assegnazione dell'esecuzione del contratto ad una o più Unità Operative Complesse (UOC) che vigila sulla corretta esecuzione dei servizi e che coordina la rete dei Direttori dell'Esecuzione del Contratto (DEC).

L'impatto della pandemia da Covid-19 ha comportato un significativo cambiamento al suddetto processo di acquisto. Alcune Stazioni Appaltanti, infatti, hanno preferito il ricorso alla procedura di affidamento diretto (con previa acquisizione di almeno 5 preventivi di spesa ove esistenti almeno 5 operatori economici specializzati nel settore) ed alla procedura negoziata (senza previa pubblicazione del bando di gara per motivi di urgenza). Altre, invece, non hanno modificato la loro operatività in quanto, essendo afferenti ad un territorio gravemente colpito dall'epidemia, hanno ottenuto forniture di beni e Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) direttamente dal Commissario Straordinario all'Emergenza, con necessità residuale di ricorso ad acquisti autonomi di natura residuale. Nel loro insieme, gli interventi normativi emergenziali sono stati considerati opportuni; hanno consentito acquisti tempestivi e coerenti con il fabbisogno salvo alcuni casi isolati a fronte dei quali è stata intrapresa azione legale. Tuttavia, alcuni degli intervistati hanno osservato come le procedure semplificate in deroga alla normativa di riferimento possono esporre a rischi la sana gestione degli acquisti e che, pertanto, tali procedure sono da considerarsi come soluzioni per contesti eccezionali, non replicabili in regime di ordinaria operatività.

In tema di valutazione della normativa sugli acquisti, sono stati riscontrati, seppur con alcuni distinguo, i seguenti elementi di sofferenza:

- il ruolo di ANAC, a volte ritenuto eccessivamente vincolante, in particolare in tema di definizione dei soggetti componenti i tavoli tecnici
- la verifica degli operatori economici partecipanti ai bandi di gara, in capo alle Stazioni Appaltanti
- l'estrema volatilità della normativa, oggetto di interventi legislativi ripetuti nel tempo anche al di fuori del Codice degli Appalti, con necessità di integrazione ed interpretazione generativa di confusione e incertezza
- una produzione normativa per eccezione anziché per regola, con conseguente innalzamento dei conflitti normativi nonché di una formazione prevalentemente amministrativa e giurisprudenziale del personale interno al *procurement*.

Tuttavia, l'impianto normativo, nel suo insieme, è giudicato appropriato ed efficace; gli intervistati non lo ritengono causa fondativa delle criticità del sistema di *procurement*.

In relazione al Nuovo Codice degli Appalti (su cui il giudizio è ancora sospeso in quanto ancora considerato materia di studio) gli intervistati rilevano che alcune sue direttrici sono coerenti con i cambiamenti auspicabili della regolamentazione. In particolare, ci si riferisce alla maggiore apertura al mercato, alla semplificazione procedurale, al perseguimento dei principi del risultato, della fiducia e del miglior rapporto qualità-prezzo, alla digitalizzazione del processo in ottica di interoperabilità delle diverse piattaforme digitali coinvolte. Sono, invece, rilevati come fattori di incertezza l'applicazione del periodo tran-

sitorio[8] e la maggiore apertura sul principio di rotazione.

Per quanto riguarda le potenziali modifiche all'attuale regolamentazione, viene auspicata la possibilità di avere un'unica normativa di riferimento, armonizzata, che preveda un percorso di formazione obbligatorio nella fase di entrata in vigore di nuove disposizioni. Si ritiene essenziale la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti e l'interoperabilità tra le diverse piattaforme coinvolte nel processo di acquisto, di cui si augura la previsione del monitoraggio del *workflow* operativo ai fini del rispetto del cronoprogramma. Si sollecita la verifica obbligatoria e preliminare in carico ad ANAC, dei requisiti degli operatori economici, vincolante ai fini della partecipazione al bando di gara. Si raccomanda la previsione di valutazioni di costo-efficacia che prevedano l'utilizzo dell'HTA obbligatorio almeno per alcune tipologie di acquisti. Si consigliano infine interventi normativi che assicurino maggiori rassicurazioni all'operatività dei funzionari pubblici coinvolti nel processo di acquisto e politiche incentivanti una cultura manageriale strategica nella gestione del *procurement*, di lungo-medio periodo, che consenta un dialogo maggiormente proficuo e collaborativo in ottica multidisciplinare.

4c.5.2. *Governance*

Gli intervistati presentano il *network* dei soggetti coinvolti nel processo di acquisto, all'interno della propria Regione di appartenenza, secondo la logica di procedura. Le richieste di approvvigionamento e, soprattutto, la rilevazione del fabbisogno, avviene in un ordine *bottom up* e vede coinvolti nell'ordine i seguenti soggetti:

1. le ASL
2. le Stazioni Appaltanti di riferimento che, in alcuni casi, procedono all'asseverazione del fabbisogno avvalendosi della collaborazione di UOC afferenti al SSR tramite la costituzione di spazi dedicati come i "tavoli multidisciplinari" (o tavoli della spesa)
3. La Regione, che valida il valore economico a base della procedura di gara regionale o nazionale.

All'interno delle procedure, vengono individuate inoltre le figure dei RUP e dei Responsabili di Fase ai fini dell'espressione del capitolato, l'affidamento e l'esecuzione del contratto.

Asseverato il fabbisogno, la selezione della procedura di acquisto avviene in aderenza al modello di acquisto centralizzato, per cui le modalità di acquisto residuali (ordini diretti, forme di partenariato pubblico-privato) vengono impiegate laddove non si riesce a garantire altrimenti la soddisfazione del fabbisogno. A fronte del sistema di acquisti centralizzati, il livello di soddisfazione della fornitura è prevalentemente giudicato sufficiente rispetto al fabbisogno, sia se l'iter procedurale è avvenuto tramite Consip/MEPA e sia tramite le Centrali di acquisto regionali. In alcune circostanze, tuttavia, i tempi di approvvigionamento hanno comportato un livello di soddisfazione della fornitura non desiderabile.

È stato lamentato come la rilevazione del fabbisogno non avviene sempre in maniera appropriata; la prassi riscontra che alcuni professionisti sanitari promuovono una comunicazione dei fabbisogni su base individualistica anziché sistemica, prevaricando le logiche strategiche delle unità di appartenenza e richiedendo ulteriori livelli di coordinamento ai fini di una corretta gestione degli acquisti.

In verso diametralmente opposto, nelle politiche di acquisto e di indirizzo regionale, la pianificazione e la formulazione dei *budget* avvengono secondo una logica completamente *top-down*; ciò fa emer-

[8] L'art. 225 del Nuovo Codice degli Appalti, avente efficacia a partire dal 1 luglio 2023, dispone un periodo transitorio, fino al 31 dicembre 2023, che prevede l'estensione della vigenza di alcune norme già in essere (D. Lgs. n. 50/2016 e dei decreti semplificazioni D. L. n. 76/2020 e semplificazioni bis D. L. n. 77/2021) posticipando la reale entrata in vigore delle nuove norme al semplificazioni bis D. L. n. 77/2021) posticipando la reale entrata in vigore delle nuove norme al 2024

gere una tensione tra il fabbisogno rilevato e la capacità di approvvigionamento in carico alle Stazioni Appaltanti.

4c.5.3. Cultura

L'indagine rileva, da parte di tutti gli intervistati, la considerazione della funzione acquisti come un asset strategico per l'Azienda. La pandemia da Covid-19 è stata considerata un *booster* di questo avanzamento culturale. Alcuni intervistati sottolineano, addirittura, come l'elemento della strategicità non sia più da perseguire solo a livello di *procurement*, ma anche a livello individuale, nella cultura del lavoro di ogni singolo *manager* chiamato ad un obiettivo comune. In merito, è stato portato ad esempio la sfida sulla logistica, quale *driver* per il conseguimento di ulteriori economie di scala su tutta la filiera aziendale, mediante la centralizzazione gestionale delle scorte di materiale sanitario nello spazio giuridico di un singolo soggetto aggregatore che provvede alla fornitura di tutti gli altri soggetti aderenti. Tale processo, si noti, non può prescindere dalla cultura strategica dei singoli *manager* interessati, chiamati ad uno sforzo collaborativo e di dialogo tra diversi soggetti istituzionali, alla formazione del personale e ad un elevato senso di *commitment*.

Operare secondo logiche di *management* strategico implica, a detta degli intervistati, il superamento di logiche di urgenza e di breve termine e l'adozione di un'ottica temporale di medio-lungo periodo, cogliendo le opportunità di azioni strategiche anche non promosse a livello centrale e nazionale. Di contro, nonostante questi avanzamenti culturali siano sempre più marcati, si registra che una parte del *management* clinico consideri il processo di acquisto un mero "atto amministrativo".

È stato poi constatato come gli intervistati ritengano di operare con una dotazione insufficiente di personale e, soprattutto, di competenze, rispetto ai compiti assegnati. Si considera fondamentale lo sviluppo di ulteriori *skills* in ottica multidisciplinare, a partire dal personale già in dotazione, visto l'evoluzione del settore verso indirizzi ad alto contenuto digitale, manageriale e sanitario. Si ritiene necessario investire nella capacità di dialogo e di ascolto con i professionisti sanitari, nella capacità di gestire e monitorare i punti di snodo del processo di acquisti (a tal proposito è stata indicata l'importanza del potersi dotare di un ingegnere gestionale a fini della gestione dei processi in ottica di *project management*) e di governare i rapporti in essere con gli operatori privati per tutta la durata del contratto.

4c.5.4. Innovazione

In merito alla innovazione del processo di acquisto, le forme di PPP sono riconosciute ad alto potenziale, in quanto capaci di un significativo miglioramento della *performance*. Alcuni considerano la collaborazione pubblico-privato come leva per un vero e proprio cambio di paradigma culturale; il soggetto privato non più come "fornitore" ma come "collaboratore" del soggetto pubblico fin dalla fase di progettazione e ideazione dei servizi. A detta degli intervistati, il ricorso ai PPP consente alle organizzazioni sanitarie di concentrarsi sulle prestazioni *core* e ridurre l'impegno in quelle attività in cui si ritiene di potersi ricollocare in una posizione di monitoraggio e controllo. Inoltre, i PPP sono considerati anche uno strumento di abbattimento dei tempi di approvvigionamento di beni, servizi e lavori in tutti quei casi in cui, il soggetto pubblico, non riesce ad arrivare alla fornitura con tempestività e con adeguate risorse finanziarie.

Nonostante una valutazione molto positiva i PPP risultano essere, ad ogni modo, una modalità di scarso utilizzo. Coloro che vi ricorrono, sottolineano come la sfida centrale sia la gestione del rapporto col privato, data la divergenza di interessi con il soggetto pubblico. Interessi, che devono necessariamente essere raccordati ai fini di una vicendevole proficua collaborazione. Le Stazioni Appaltanti hanno registrato infatti casi di presentazione di progetti di PPP che, una volta sottoposti a valutazione, hanno evidenziato come il soggetto pubblico difficilmente avrebbe conseguito un chiaro beneficio.

In tema di esperienze di successo, alcune Stazioni Appaltanti riportano di ricorrere a forme di PPP

per il conseguimento di obiettivi di riqualificazione e manutenzione energetica di immobili delle aziende sanitarie, per la realizzazione di lavori inerenti a strutture sanitarie con casi di affidamento della gestione, per la realizzazione di una struttura di radiologia di primo livello con fornitura di strumentazione e personale qualificato, per l'erogazione di cure complesse per malattie neuromuscolari (dove il soggetto privato supporta l'azienda sanitaria nella fornitura di *expertise* e *know how* consolidato). Diversamente, coloro che non ricorrono a forme di PPP motivano tale scelta sulla base della preferenza verso altre strategie di *procurement*, più consolidate in azienda, e sull'assenza *in house* delle competenze necessarie per perfezionare proficuamente contratti di PPP e condurne la gestione nel tempo.

Tutti gli intervistati sostengono il bisogno di effettuare la valutazione degli acquisti in termini di *outcome* potenziali acquisibili, nonostante ritengano questo approccio ancora estraneo alla cultura di una parte del *management* aziendale. A tal proposito, sono stati raccolte due suggestioni ritenute particolarmente significative: i) un maggior ricorso all'HTA in fase di valutazione ed asseverazione del fabbisogno; ii) forme di PPP secondo il principio degli *outcome* potenziali acquisibili (*Pay for Perfomance*).

Alcune Stazioni Appaltanti hanno cercato di fare un passo avanti verso questa direzione, dotandosi di alcuni indicatori di *performance* in sede di analisi degli acquisti, tramite la concertazione con alcune unità di ingegneria clinica e dipartimenti ospedalieri.

Alcuni intervistati segnalano, inoltre, come sia rilevante prendere in esame il concetto di maturazione di un'organizzazione. Un'organizzazione è da considerarsi matura quanto più ha consapevolezza del valore delle valutazioni in termini di *outcome* potenziali, del ricorso alle unità di HTA, delle opportunità offerte dalle forme di PPP, e tende verso la loro concreta applicazione. Viene fatto notare che, per conseguire tale obiettivo, l'organizzazione dovrà anzitutto consolidare un'affermata capacità nella gestione procedurale ordinaria, degli acquisti centralizzati, a fronte della quale la Direzione potrà impegnarsi più proficuamente verso un'ottica strategica qualitativa di medio-lungo periodo.

4c.6. Discussione

I risultati del presente lavoro consentono una risposta esaustiva agli obiettivi di ricerca formulati, rilevando alcuni aspetti chiave in merito alle potenziali inefficienze dei processi di *procurement* comunemente riscontrati nella prassi operativa emersa nelle interviste. Il lavoro di indagine qualitativa, svoltosi in virtù delle esperienze dei 12 esperti opportunamente consultati, ha permesso di identificare le motivazioni alla base delle principali inerzie del sistema di acquisti della sanità pubblica, causa a loro volta del fenomeno della burocrazia difensiva (Girardi, 2022) e della conseguente dilatazione dei tempi di approvvigionamento (MASAN 2020).

Di seguito, riportiamo alcune riflessioni in riferimento alle 4 macro-aree analizzate nel presente lavoro.

In discontinuità con la letteratura di riferimento (McEvoy, 2020; Cusumano, 2020; MASAN 2020), la nostra indagine ha rilevato che la regolamentazione non viene percepita come il principale problema a cui attribuire le inefficienze degli acquisti. La principale criticità afferente alla sfera normativa sembra essere imputabile alla sua commistione con altre fonti (e.g. leggi, decreti legislativi, decreti ministeriali, regolamenti, linee guida e circolari), la cui continua evoluzione, in risposta alle contingenze ambientali, rende "instabile" l'interpretabilità e l'applicabilità della legislazione principale in materia di *procurement*. Paradossalmente, dalle interviste, non si rileva un fabbisogno di aggiornamento regolatorio, quanto piuttosto una sua stabilizzazione e consolidamento (Battaini, 2020). L'unico vero vulnus riscontrabile a livello normativo è riconducibile ad una quasi totale assenza di forme di tutela dei rischi in capo al soggetto decisore, in una procedura di acquisto che tenda a calmierare la sua responsabilità amministrativa, spesso vera causa di inerzia da burocratizzazione dei processi (Bottino, 2020). A tal proposito si percepisce che forme di assicurazione obbligatoria sui rischi in capo ai responsabili di procedimento possano favorire un più rapido esperimento dei processi (Rapporto Colao, 2020). Sul tema, infatti, il ridimensionamento dell'abuso di ufficio in epoca Co-

vid-19 (D. L. n. 76/2020) sembrava aver iniziato un fiducioso percorso di riduzione dei carichi di responsabilità (Girardi, 2022).

Inoltre, si rileva come l'ANAC potrebbe avere una funzione cruciale nel ruolo di validatore accentrato dei potenziali fornitori nella Pubblica Amministrazione, mediante sistemi di monitoraggio e controllo ex-ante dei parametri economico-tecnici e di onorabilità (ANAC, 2023). Ciò sgraverebbe non poco i responsabili di procedimento dagli oneri di gestione e dal sovraccarico di responsabilità del processo valutativo che, a loro volta, generano una dilatazione dei tempi di esperimento delle procedure di acquisto, aggravati dai ricorsi di fornitori che non vengono selezionati sulla base dell'arbitrio personale di un RUP (Vecchi, 2019).

L'aspetto della responsabilità, come immaginabile, è decisamente il collante tra i diversi macro-temi trattati dall'indagine. Fa riflettere il fatto che tutti gli intervistati riportano come nelle proprie aziende di appartenenza si prediligano forme di acquisto accentrate, magari in Consip, relegando a gare proprie (o ad affidamenti diretti sotto-soglia) la parte residuale dei propri acquisiti (Cusumano, 2022). Sembra che l'aderenza al protocollo tranquillizzi il soggetto acquirente, con il risultato di stimolare una cultura organizzativa più burocratizzata, disincentivante l'innovazione (Cassese, 2019). Inoltre, un processo di acquisto accentrato (considerato la panacea ai fini dell'efficienza della spesa e baluardo della *spendig review*) rischia di non cogliere appieno tutti i fabbisogni a cui una fornitura sanitaria dovrebbe rispondere in termini di efficacia clinica centrata sul paziente (Siciliani, 2021).

Ecco, dunque, che il tema della responsabilità si trasla sul piano della *governance* del processo di acquisto. Tutti gli intervistati sottolineano come la rilevazione dei fabbisogni sia demandata, chiaramente, ad un percorso *bottom-up* mediante cui i clinici manifestano le proprie necessità. A ciò si contrappone un processo decisionale di tipo top-down che, su base di ruoli e responsabilità fissati per norma, rielabora le esigenze operative ricevute rispondendovi attraverso la funzione acquisti (France, 2005; IMS 2016; Cusumano, 2022).

L'indagine conferma, in questo passaggio, come si possono creare potenziali disallineamenti tra forniture effettive e fabbisogni reali, rendendo alcuni percorsi di *procurement* potenzialmente inefficaci. Nel merito, infatti, tutti i rispondenti concordano che strutture intermedie in grado di tradurre i fabbisogni clinici individualistici in informazioni utili alla funzione di *procurement* centralizzata, sarebbero fortemente consigliate (Johnsons, 1999).

Tutti gli intervistati rilevano la strategicità della funzione acquisti per la propria azienda, ma ritengono che non tutti gli attori coinvolti in questo processo abbiano la percezione dell'importanza del proprio ruolo nella creazione di valore (economico e sanitario) da parte dell'intera organizzazione, e di quanto la mansione amministrativa abbia degli effetti reali più rilevanti del mero adempimento esperito (Busse, 2007; Klasa, 2018).

In tal senso, la cultura aziendale sembra essere cruciale. Gli esperti concordano, infatti, che per gestire la complessità dei processi di acquisto sia necessario un ampliamento trasversale delle competenze, mediante un irrobustimento complessivo delle conoscenze in materia giuridica, economica e tecnica nonché ai fini della rilevazione dei fabbisogni clinici, a cui rispondere mediante acquisti sostenibili ed innovativi. In tal senso, *team* multidisciplinari di lavoro sarebbero auspicabili come supporto dei RUP (Carr, 1997; Siciliani, 2021). Addirittura, c'è chi tra gli intervistati inserirebbe anche una figura di *project manager* di *procurement*, con il ruolo di coordinare i soggetti responsabili delle singole attività delle procedure di acquisto nel modo più efficiente e tempestivo possibile (Edquist, 2015; OECD, 2019).

L'aspetto culturale, nondimeno, rappresenta per tutti gli intervistati l'unico effettivo strumento per cogliere opportunità innovative di approvvigionamento. Al contrario di quanto rilevato in letteratura da Cusumano (2022) e dall'osservatorio MASAN, (2023), l'indagine sottolinea come il ricorso a forme d'acquisto innovative sia maggiore nelle organizzazioni performanti, aperte al cambiamento. Dalle interviste è emerso infatti che, il grado di maturità di una organizzazione, è tanto più elevato quanto maggiore è il ricorso a forme di approvvigionamento inconsuete, fuori dagli *standard*. Ecco che, sorprendentemente, strumenti di gestione delle forniture mediante forme

di partenariato pubblico-privato, sembrano essere ben accolte da tutti gli esperti consultati, in quanto considerate più tempestive nel rispondere ai bisogni sanitari e spesso più sostenibili anche dal punto di vista dell'*effort* finanziario (MASAN, 2023; WHO, 2023). Certo è che il disallineamento d'interessi tra *player* pubblico (valore sociale) e privato (profitto) rende queste forme di acquisto ancora poco sviluppate e, comunque, potenzialmente rischiose. In tal senso l'esperienza del PNRR fornirà notevoli indicazioni sulla proficuità dei PPP anche negli investimenti infrastrutturali, attraverso le esperienze della Piattaforma Nazionale di Telemedicina e del Polo Strategico Nazionale (ANAC, 2023).

In termini di innovazione l'indagine ha, da un lato, confermato un modesto utilizzo di strumenti di PPP nella funzione acquisti e, dall'altro, rilevato una carenza di strumenti di misurazione degli *outcome* delle procedure di acquisto in grado di cogliere, attraverso un sistema di indicatori di *performance*, gli *achievement* e gli insuccessi del processo di approvvigionamento. Tale secondo aspetto, se migliorato, avrebbe le potenzialità di supportare il *management* aziendale verso un continuo miglioramento, coerente sia con l'assetto strategico che con i reali bisogni della comunità socio-assistenziale di riferimento (OECD, 2019; Meridiano Sanità, 2022). In tal senso, l'utilizzo di forme di HTA ospedaliero in grado di valutare ex-ante l'impatto complessivo, in termini clinici, economici ed organizzativi di un acquisto sanitario (Palozzi, 2018), potrebbe essere auspicabile.

Da ultimo, vale la pena effettuare una riflessione sull'impatto del Covid-19 sulle procedure di acquisto effettuate nel periodo emergenziale. È chiaro che l'emergenza ha richiesto una velocizzazione dei processi di acquisto in risposta alle necessità sanitarie (Anderson, 2020; Forman, 2020). Tuttavia, gli intervistati, hanno segnalato che le loro procedure di acquisto non hanno subito degli stravolgimenti e che il ricorso agli acquisti in deroga alla normativa ordinaria, è stato circoscritto allo stretto necessario, garantendo comunque un minimo livello di concorrenza sul mercato. Sembra come se, anche in assenza specifici dettami normativi, tutti gli intervistati abbiano confermato che nelle loro organizzazioni si sia cercato, quando possibile, di operare in uniformità alle prassi (Vecchi, 2020; Cusumano, 2022).

Tabella 4c.3. Risultati della Ricerca

Aree di indagine	Criticità	Possibili Soluzioni
Regolamentazione	Normativa frastagliata, soggetta a frequenti integrazioni, con instabile interpretabilità Sovraccarico di attività per le Stazioni Appaltanti e dilatazione dei tempi	Stabilizzazione e consolidamento della normativa Tutele assicurative ai responsabili del *procurement* ANAC soggetto responsabile alla verifica ex-ante degli operatori economici
Governance	Disallineamento strategico tra rilevazione dei fabbisogni e procedure di acquisto	Individuazione di strutture intermedie che possano concertare la rilevazione del fabbisogno con il processo decisionale Migliorare il coordinamento e l'asseverazione del fabbisogno
Cultura	Funzione acquisti non ancora pienamente riconosciuta come strategica Mancanze di competenze multidisciplinari e trasversali Eccesso prudenziale nel ricorso a procedure meno standardizzate	Tempestiva riorganizzazione e formazione del personale rispetto a shock normativi o nuovi fabbisogni Introduzione di figure professionali specifiche incaricate al monitoraggio continuo delle procedure di acquisto Incentivazione all'adozione e condivisione di logiche strategiche di medio lungo periodo
Innovazione	Modesto ricorso a strumenti di PPP Carenza di strumenti di misurazione degli *outcome* delle procedure di acquisto	Ripristino di unità HTA per valutazione ex-ante di *outcome* potenziali Implementazione di strumenti di misurazione della performance per la funzione acquisti

Fonte: Elaborazione degli Autori

A specifica domanda, se l'esperienza degli acquisti durante il contesto emergenziale, con le annesse riduzioni dei tempi di approvvigionamento fosse replicabile ad oggi, ci è stato risposto negativamente. Gli intervistati sottolineano come le procedure in deroga, possono considerarsi "appropriate" solo in periodo emergenziale, se utilizzate in regime ordinario comportano il rischio di compromissione del principio della concorrenza.

Riportiamo di seguito, in tabella 4c.3., la sintesi dei risultati della ricerca.

4c.7. Riflessioni finali

La presente indagine esplorativa è stata finalizzata a rilevare le percezioni degli operatori di settore in riferimento alle potenziali criticità ed ai margini di miglioramento del sistema di acquisti pubblici sanitari in Italia.

In estrema sintesi, lo studio ha rilevato che le inefficienze degli acquisti in ambito sanitario non sono da rintracciarsi esclusivamente nella complessità della regolamentazione degli appalti, quanto piuttosto nella sua ingerenza con altre normative che ne rendono particolarmente complessa e soggettiva una interpretazione organica. Molti degli insuccessi delle procedure di acquisto nel cogliere tempestivamente i reali fabbisogni clinici, e la loro trasformazione in necessità operative d'acquisto, sono imputabili ad un sovraccarico di responsabilità in capo ai responsabili di funzione che, in eccesso di burocrazia, comportano un rallentamento complessivo dell'approvvigionamento. È quindi chiaro, che, indipendentemente dall'assetto normativo sugli appalti, sia auspicabile e non più procrastinabile, un intervento proteso a calmierare le responsabilità dei funzionari pubblici coinvolti nelle procedure di acquisto al fine di snellire l'intero procedimento amministrativo con evidenti positive ripercussioni per l'intero sistema sanitario.

Per le stesse ragioni, percorsi di formazione ed aggiornamento continuo del personale pubblico coinvolto nel *procurement* sono necessari per consentire all'operatore economico scelte più consapevoli, strutturate e difendibili di fronte ai terzi.

Da ultimo, sembra evidente, che i cambiamenti economici e gli *shock* demografici ed emergenziali hanno già "ibridato" il sistema sanitario pubblico verso una compartecipazione dei servizi con operatori economici privati. Coerentemente, il sistema degli acquisti dovrebbe essere maggiormente preparato e predisposto a cogliere le opportunità di PPP che il mercato presenta. Sempre considerando come "bussola" una logica d'impiego delle risorse appropriato rispetto ai fabbisogni sanitari della popolazione, l'auspicio concreto sarebbe quello di stimolare l'accesso a forme di approvvigionamento e di spesa che siano effettivamente commisurate sui risultati ottenuti a livello sistemico.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Nazionale Anticorruzione - ANAC, (2023) "Relazione Annuale 2022". Roma, Giugno 2023

Anderson, M., Mckee, M., & Mossialos, E. (2020). "Covid-19 exposes weaknesses in European response to outbreaks". *Bmj*, *368*

Battini, S., & Decarolis, F. (2020). "Indagine sull'amministrazione difensiva". *Rivista italiana di Public management*, *3*(2), 342-363

Bottino, G. (2020). "La burocrazia «difensiva» e le responsabilità degli amministratori e dei dipendenti pubblici". *Analisi Giuridica dell'Economia*, *19* (1), 117-146.

Bramstedt, K. A. (2020). "COVID-19 and the Death of Italy's Physicians". *Progress in Transplantation*, *30*(3), 290-291.

Brusoni, M., & Marsilio, M. (2007). "La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali". In *Rapporto oasi 2007* (pp. 373-408). Egea.

Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). "Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends". *HealthcarePapers*, *8*, 62-76.

Carr, A. S., & Smeltzer, L. R. (1997). "An empirically based operational definition of strategic purchasing". *European Journal of Purchasing & Supply*

Management, *3* (4), 199-207.

Cassese, S. (2019). "Che cosa resta dell'amministrazione pubblica?". In *«Riv. Trim. Dir. Pubbl.»,* 1, pp. 1 ss.

Commissione Europea, (2020). "Communication from the Commission Guidance from the European Commission on using the public procurement framework in the emergency situation related to the COVID-19 crisis 2020/C" 108 I/01 2020.

Commissione Europea, (2020a). "Guidance on public procurement" 2020.

Commissione Europea, (2020b). "Healthcare public procurement in the EU" (Heading 1.2.1.2 of the AWP 2020) 2020.

Corte Costituzionale (2022). Sentenza n. 8 del 2022, punto n. 2.4. del *Considerato in diritto.*

Cusumano, N., Amatucci, F., Longo, F., Brusoni, M., Vecchi, V., Callea, G. (2017). "La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance, in Rapporto" OASI 2017, Egea.

Cusumano, N., Vecchi, V., Amatucci, F., Brusoni, M., Callea, G., & Longo, F. (2020). "Evoluzioni e impatti della centralizzazione degli acquisti nel SSN: proposte per il miglioramento dei sistemi regionali". In *Rapporto Oasi 2020* (pp. 565-590). Egea.

Cusumano, N., Vecchi, V., Callea, G., Amatucci, F., Brusoni, M., & Longo, F. (2021). "Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive". In *Rapporto Oasi 2021* (pp. 671-695). Egea.

Cusumano, N., Vecchi, V., Brusoni, M., Callea, G., Amatucci, F., & Longo, F. (2022). "Procurement sanitario: aggiornamento sullo stato della centralizzazione degli acquisti e tendenze emergenti nell'attuazione del PNRR". In *Rapporto Oasi 2022* (pp. 727-753). Egea.

Edquist, C., Vonortas, N., S., Zabala-Iturriagagoitia, J. M., Edler, J., (2015). "Public Procurement for Innovation, Cheltenham, UK". *Edward Elgar Publishing*.

Forman, R., Atun, R., McKee, M., & Mossialos, E. (2020). 12 "Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic". *Health Policy*, *124*(6), 577-580.

France, G., Taroni, F., & Donatini, A. (2005). "The Italian health-care system". *Health Economics*, *14*(1), 187–202.

García-Altés, A., McKee, M., Siciliani, L., Barros, P. P., Lehtonen, L., Rogers, H., ... & De Maeseneer, J. (2023). "Understanding public procurement within the health sector: a priority in a post-COVID-19 world". *Health Economics, Policy and Law*, *18*(2), 172-185.

Girardi, M. C. (2022). "Le fonti della crisi: prospettive di diritto comparato". *GRUPPO DI PISA*, (3).

Halloran, D. (2021). "Procurement during a public health crisis: the role of the European Union". *Irish Studies in International Affairs*, *32*(1), 67-81.

IMS Institute for Healthcare Informatics (2016), "Delivering on the Potential of Biosimilar Medicines: The Role of Functioning Competitive Markets", March, Parsippany, United States. Disponibile al link https://dokumen.tips.

Johnsons, P. F. (1999). "The pattern of evolution in public sector purchasing consortia". *International Journal of Logistics Research and Applications*, *2*, 57–73.

Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapetaneas, N., & Polyzos, N. (2013). "Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis". *Health policy*, *109*(1), 7-13.

Klasa, K., Greer, S. L., & van Ginneken, E. (2018). "Strategic purchasing in practice: Comparing ten European countries". *Health Policy*, *122*(5), 457–472.

Marsilio, M., Amatucci, F. M., & Callea, G. (2016). "La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa". In *Rapporto Oasi 2016* (pp. 577-611). Egea.

MASAN, Osservatorio (2020). "I tempi di gestione dei processi di approvvigionamento centralizzato". *Quaderno 02/2020*, SDA Bocconi, Milano.

MASAN, Osservatorio (2023). Partnership in Sanità: "Why? What? How?". SDA Bocconi, Maggio 2023, Milano.

McEvoy, E., & Ferri, D. (2020). "The role of the joint procurement agreement during the COVID-19 Pan-

demic: Assessing Its usefulness and discussing its potential to support a european health union". *European Journal of Risk Regulation*, *11*(4), 851-863.

McKee, M. (2020). "England's PPE procurement failures must never happen again". *Bmj*, *370*.

Meehan, J., Ludbrook, M. N., & Mason, C. J. (2016). "Collaborative public procurement: Institutional explanations of legitimised resistance". *Journal of Purchasing and Supply Management*, *22*(3), 160-170.

Meridiano Sanità, Rapporto (2022). The European House-Ambrosetti S.p.A.

Mudyarabikwa, O., & Regmi, K. (2016). "Public-private partnerships and efficiency in public procurement of primary healthcare infrastructure: a qualitative research in the NHS UK". *Journal of Public Health*, *24*, 91-100.

OECD (2019), "Reforming Public Procurement: Progress in Implementing the 2015 OECD Recommendation, OECD Public Governance Reviews". *OECD Publishing*, Paris.

Palozzi, G., Brunelli, S., & Falivena, C. (2018). "Higher sustainability and lower opportunistic behaviour in healthcare: A new framework for performing hospital-based health technology assessment". *Sustainability*, *10*(10), 3550.

Patrucco, A. S., Luzzini, D., & Ronchi, S. (2016). "Evaluating the effectiveness of public procurement performance management systems in local governments". *Local Government Studies*, *42*(5), 739-761.

Patton, M. Q. (2002). "Qualitative Evaluation and Research Method". SAGE Publication Inc.

Rapporto Colao (2020). Iniziative per il rilancio "Italia 2020-2022". Rapporto per il Presidente del Consiglio dei Ministri. Giugno 2020. Disponibile al link https://www.governo.it.

Raudla, R., Douglas, J. W., Randma-Liiv, T., & Savi, R. (2015). "The impact of fiscal crisis on decision-making processes in European governments: Dynamics of a centralization cascade". *Public Administration Review*, *75*(6), 842-852.

Scapens, R. W. (1990). "Researching management accounting practice: the role of case study methods". *The British Accounting Review*, *22*(3), 259-281.

Siciliani, L., McKee, M., García-Altés, A., De Maeseneer, J., Gruson, D., Kringos, D. S., ... & Zaletel, J. (2021). "Public procurement in healthcare systems; Opinion of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)", *European Union,* 2021.

Vecchi, V., Amatucci, F. M., Callea, G., Cusumano, N., & Longo, F. (2019). "Gli effetti della centralizzazione degli acquisti: prime evidenze empiriche". In *Rapporto OASI 2019* (pp. 577-611). Egea.

Vecchi, V., Cusumano, N., & Boyer, E. J. (2020). "Medical supply acquisition in Italy and the United States in the era of COVID-19: the case for strategic procurement and public–private partnerships". *The American Review of Public Administration*, *50*(6-7), 642-649.

WHO, (2023). "Public–private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe". Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*; 2023.

Yin, R. K. (2017). "Case Study Research and Applications: Design and Methods". Thousand Oaks: *Sage Publications.*

Ringraziamenti

Si ringraziano:

- L'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) del Friuli Venezia Giulia, nelle persone di: Dr. Joseph Polimeni, Direttore Generale; Dr.ssa Elena Pitton, Dirigente Responsabile della SC Acquisizione Beni e Servizi; Dr.ssa Barbara Bergamasco, Dirigente SC Acquisizione Beni e Servizi.
- L'Azienda Sanitaria Locale di Latina (ASL), nelle persone di: Dr.ssa Sabrina Cenciarelli, Direttore Amministrativo; Dr.ssa Carmela Docimo, Direttore Sostituto della UOC Gestione Contratti di Servizi e Logistica; Dr.ssa Simona Contenta, Responsabile U.O.S. Acquisizione Beni Sanitari e Servizi Economali.
- L'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza, nelle persone di: Dr. Carmelo Scarcella, Direttore Generale; Dr.ssa Teresa Foini,

Direttore Amministrativo; Dr.ssa Raffaella Clelia Borra, Direttore del Dipartimento Amministrativo di Controllo e degli Affari Generali e Legali.

- L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (AUSL), nella persona del Dr. Paolo Bordon, Direttore Generale.
- Il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, nelle persone di: Dr. Vito Montanaro, Direttore di Dipartimento, la Dr.ssa Concetta Ladalardo, Dirigente della Sezione, Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie.

Allegato 1

Aree di indagine	Domande
Regolamentazione	Può definire quali sono le principali modalità di esecuzione degli acquisti (ad es. appalti specifici, ordini di acquisto, centrale unica di committenza/Consip, affidamento diretto, procedura negoziata, MEPA, etc…) presso la vs struttura?
	Può sinteticamente descrivere il processo di acquisto nella vs struttura?
	Può definire come il processo standard di acquisto è stato modificato in fase emergenziale Covid-19?
	Può definire se l'attuale normativa di *procurement* pubblico limiti, in qualche modo, efficacia ed efficienza delle procedure di acquisto?
	Se dovesse promuovere una modifica all'attuale regolamentazione sul *procurement* pubblico, cosa proporrebbe?
Governance	Quali sono gli attori che influiscono sui processi di acquisto? Sono tutti, a suo avviso, in grado di cogliere le effettive necessità cliniche del richiedente la fornitura?
	Può definire qual è il processo mediante cui si palesa il fabbisogno di approvvigionamento? È un processo *bottom-up* (struttura-ASL-Regione/CONSIP)?
	Qual è il criterio secondo si preferisce effettuare un acquisto autonomamente (ove normativamente possibile) in luogo al ricorso alle centrali uniche di committenza regionali/CONSIP?
	In genere, vista la sua esperienza, le procedure di acquisto gestite tramite piattaforma CONSIP sono sempre in grado di rispondere con precisione al vs fabbisogno?
Cultura	Nella sua azienda, la funzione acquisti viene considerata una funzione strategica, oppure è considerata un adempimento amministrativo a supporto dell'operatività?
	Trova che il personale che si occupa della gestione degli acquisti sia adeguatamente formato per poter supportare l'amministrazione alla scelta della migliore alternativa procedurale di acquisto?
	Nella sua azienda, la pianificazione degli acquisti è riferibile ad un arco temporale di lungo periodo, in coerenza con il piano strategico? Oppure l'enfasi sugli acquisti è prevalentemente di breve periodo?
Innovazione	A suo avviso, forme di partenariato pubblico-privato potrebbero incrementare l'efficienza e l'efficacia della funzione *procurement*?
	Nella sua azienda, quali sono le forme di partenariato pubblico-privato maggiormente utilizzate? Le considera esperienze di successo o presentano elementi da modificare?
	Nella analisi delle forniture, pensa che forme di valutazione degli acquisti basate sugli *outcome* potenziali (in luogo di stime economico-tecniche), possano essere proficuamente utilizzabili?

ENGLISH SUMMARY

Improvement perspectives for public procurement in Italy: an introductory analysis

Towards defending market competition and fighting corruption phenomena, European Countries have adopted common rules for public procurement, based on centralized purchasing models. These approaches, however, are often considered as low efficient in terms of long supply times and lack of correspondence between clinical needs and services and/or goods actually purchased.

Scholars commonly attribute these inefficiencies to various elements, such as defensive bureaucracy, governance of purchasing processes, lack of skills requested for procurement activities. These critical issues can be ascribed to 4 areas: Regulation, Governance, Culture, Innovation.

Thus, this qualitative inquiry investigates what are considered main inefficiencies of healthcare public procurement in Italy and their potential solutions, according to interviews with 12 experts in public procurement belonging to 5 organizations.

Findings show that main causes of purchasing inefficiencies relate: i) overproduction of ordinary regulation, which alters procurement legislation by making difficult its interpretation and application; ii) responsibility overload for procurement managers; iii) mismatching between clinical needs of single healthcare organization and centralized purchasing practices.

Solutions to these inefficiencies could be found by: a) policy interventions towards limiting responsibilities of public servants involved in tender management (e.g. mandatory insurances, role of the Italian national anti-corruption Authority for a centralized evaluation of vendors' reliability); b) training and update courses for personnel involved in purchasing processes; c) multidisciplinary approaches for assessment of procurement needs and expected outcomes from purchases.

Lastly, research reveals that innovative purchasing strategies, such as public-private partnerships, and payments of supplies based on pay for performance approaches would be desirable towards improvements of public procurement in healthcare.

CAPITOLO 4d
Modelli di gestione dell'Intelligenza Artificiale nella sanità: verso una assistenza personalizzata ed efficace

Frontoni E.[1]

4d.1. Introduzione

L'intelligenza artificiale (AI) sta rivoluzionando il campo della sanità, supportando e facilitando le attività di diagnosi e cura da parte dei professionisti sanitari. In questo capitolo, esploreremo i principali scenari applicativi da un punto di vista tecnologico e discuteremo della necessità di nuovi modelli di gestione a supporto di una *governance* dell'AI per la salute dell'uomo, con particolare riferimento allo scenario nazionale.

Mentre il mondo attorno a noi muta rapidamente, l'invecchiamento delle popolazioni e le crisi sanitarie pubbliche aumentano il carico di lavoro dei prestatori di servizi sanitari, compromettendo la sicurezza del paziente e incidendo negativamente sulla loro soddisfazione. Esiste un potenziale inesplorato per la tecnologia moderna nell'innovare il sistema sanitario, migliorando produttività, efficienza delle cure e soddisfazione del paziente. L'AI è una tecnologia che offre una concreta opportunità alle organizzazioni mediche per erogare cure di migliore qualità, ma apre la discussione in molti ambiti del processo che porterà alla sua applicabilità su larga scala.

Di seguito rifletteremo sulle tante potenzialità applicative e tecnologiche, evidenziando una necessità di *governance* pubblica del mondo dell'AI, sia in riferimento ai modelli di gestione, che rispetto alle questioni etiche ed alle competenze presenti negli spazi della salute.

4d.2. L'Intelligenza Artificiale e la Salute dell'Uomo: i *trend* applicativi

L'IA viene utilizzata, o è in fase di sperimentazione, per diversi scopi nel settore sanitario e della ricerca, tra cui la gestione delle patologie croniche, la rilevazione delle malattie, la fornitura di servizi sanitari e la scoperta di nuovi farmaci. Questa nuova tecnologia del digitale permette ai medici e ad altri professionisti del settore non solo di automatizzare i propri compiti routinari, ma anche di avere un supporto nelle loro decisioni, affrontare più rapidamente problemi clinici complessi o migliorare la conoscenza del paziente.

- Miglioramento delle decisioni cliniche - Attraverso l'uso dell'AI, i sistemi diventano più accurati grazie alla loro capacità di comprendere i dati di addestramento, consentendo così di ottenere approfondimenti senza precedenti su variabilità del trattamento, diagnostica e risultati dei pazienti.
- Un supporto al dialogo medico-paziente - I *chatbot*, servizi alimentati da IA e metodi di processamento del linguaggio naturale (*Natural Language Processing* - NLP), consentono ai pazienti di porre domande relative alla loro salute o guidarli nel gestire il problema con un supporto per gli operatori sanitari nella produzione di risposte e indicazioni, riducendo il carico su esperti sanitari e permettendogli di concentrarsi su altri casi cruciali. La rapida evoluzione degli *Large Language Model* (LLM) in questo ambito ci permette oggi di

[1] Professore ordinario di Informatica all'Università di Macerata e *co-director* del VRAI *Vision Robotics & Artificial Intelligence Lab*

utilizzare sistemi evoluti di supporto al dialogo con una qualità ed empatia non presenti nello stato dell'arte solo un anno fa.

- Chirurgie robotiche abilitate dall'AI - L'AI e i *robot* collaborativi hanno rivoluzionato le procedure chirurgiche, fornendo assistenza durante interventi che richiedono velocità, precisione, controllo e flessibilità. La modellazione 3D a supporto della diagnosi per immagini sta permettendo una migliore pianificazione degli interventi e nuovi metodi di formazione del personale sanitario.
- Predizione delle malattie o delle complicanze - Tecniche di IA vengono utilizzate per predire malattie croniche basandosi sui dati degli *Electronic Health Record* (EHR) del paziente disponibili, promuovendo un intervento precoce e un processo decisionale più rapido. Ad esempio nella diabetologia italiana sono in fase di sviluppo approcci di predizione delle complicanze che dimostrano livelli di accuratezza altissimi, con un impatto sulla qualità e nella personalizzazione delle cure senza precedenti.
- Monitoraggio della Salute attraverso *Wearable* Abilitati dall'IA - I dispositivi indossabili, potenziati dall'IA, possono essere strumenti efficaci per fornire istruzioni virtuali ai pazienti e collegarli, se necessario, a esperti sanitari in tempo reale. I dati provenienti da questi dispositivi sono anche utilizzati per dare f*eedback* in tempo reale volti a migliorare le abitudini dell'utente all'interno di una visione di prevenzione.
- Analisi Automatica per Immagini Radiografiche - Grazie a *big data* e tecnologie di *deep learning*, si possono estrarre informazioni utili da immagini complesse, come quelle derivanti da TAC e RMN. Classificare e segmentare immagini sono delle prerogative tipiche dei sistemi di visione artificiale e costituiscono un utile supporto alla diagnosi per immagini, ormai ampiamente sperimentato e utilizzato in tanti settori specifici.
- Riduzione del Carico di Utilizzo degli EHR - Gli EHR hanno giocato un ruolo cardine nell'evoluzione digitale della sanità. Tuttavia, con l'IA, è possibile creare interfacce più intuitive e automatizzare alcuni compiti routinari che richiedono molto tempo agli utenti. Si pensi ad esempio alla codifica dei problemi, alle annotazioni vocali o a metodi di completamento automatico o di miglioramento della qualità dei dati raccolti con il supporto di approcci di *machine learning*.
- Ricerca e Sviluppo dei Farmaci - L'IA sta rivoluzionando anche la ricerca e lo sviluppo dei farmaci. Può essere utilizzata per analizzare grandi *set* di dati genetici e clinici per identificare nuovi *target* farmacologici, prevedere la risposta al trattamento e individuare potenziali effetti collaterali. Gli algoritmi possono anche assistere nella progettazione di nuovi farmaci, ad esempio prevedendo la struttura e le proprietà dei composti chimici. Ciò può accelerare il processo di scoperta dei farmaci e aumentare la probabilità di successo.

Questi sono solo alcuni dei modi in cui l'IA sta trasformando il settore sanitario e sono moltissimi i campi della salute e del benessere dell'uomo che saranno sempre più supportati da algoritmi, all'interno di una virtuosa collaborazione uomo-macchina.

4d.3. L'Intelligenza Artificiale e la Salute dell'Uomo: i *trend* tecnologici

Anche dal punto di vista tecnologico sono in corso dei rapidi mutamenti che ci permettono di guardare con fiducia all'applicazione dell'AI anche in settori dove questo non era prevedibile fino a pochi mesi fa. I limiti che stanno per essere rapidamente superati nello scenario della ricerca e dell'innovazione tecnologica del settore sono soprattutto legati a quegli scenari in cui c'è poca disponibilità di dati o in cui l'aggregazione degli stessi costituisce un ostacolo a volte insuperabile.

- L'AI per la generazione di *dataset* sintetici - La creazione di *dataset* sintetici è un ambito promettente dell'IA nel settore sanitario. Le sfide

associate ai dati clinici, come la *privacy* e la conformità alle normative, spesso ostacolano la ricerca e lo sviluppo. Generare dati sintetici, che mantengono le caratteristiche statistiche dei dati originali senza compromettere la privacy del paziente, potrebbe essere una soluzione. L'AI può creare dati sintetici utilizzando tecniche di apprendimento profondo tipiche del nuovo mondo dell'AI Generativa che apprendono le distribuzioni dei dati reali e generano nuovi dati che condividono proprietà statistiche simili. Questi dati possono essere utilizzati per addestrare modelli di AI senza accedere a dati sensibili dei pazienti.

- Il *Federated Learning* (FL) a supporto dell'utilizzo di dati decentralizzati - Questo approccio sta emergendo come una tecnologia chiave nel settore sanitario, offrendo una nuova prospettiva su come i dati possono essere utilizzati per sviluppare modelli di AI efficaci, senza compromettere la *privacy* e la sicurezza dei dati del paziente. Nella sanità, il FL è applicato per migliorare i modelli predittivi e gli algoritmi di decisione supportati dall'AI, consentendo l'apprendimento condiviso da dati distribuiti su diverse istituzioni, senza la necessità di centralizzare le informazioni.
- Interpretabilità e Spiegabilità - La trasparenza nell'IA in Sanità si basa su due pilastri: interpretabilità e spiegabilità. Mentre la prima si focalizza sulla capacità di comprendere e fidarsi dei processi decisionali della macchina, la seconda si occupa di rendere chiari e comprensibili i risultati ottenuti ai clinici e ai pazienti. Recentemente, metodologie come LIME (*Local Interpretable Model-agnostic Explanations*) e SHAP (*SHapley Additive ex Planations*) sono diventate popolari per la loro capacità di fornire spiegazioni locali per le previsioni di un modello, illustrando come ciascuna variabile influenzi specifiche decisioni dell'AI. Dal punto di vista visuale, la generazione di mappe di calore e diagrammi di attenzione ha guadagnato attenzione con nuovi metodi molti efficaci per gli obiettivi citati in precedenza. Queste tecniche visualizzano quali aree di un'immagine, ad esempio, sono state rilevanti per la decisione di un modello, aiutando i clinici a comprendere la base delle predizioni dell'AI e ad accertare la correttezza dei risultati.

Anche in questo caso il nostro elenco non è esaustivo, ma vuole evidenziare una continua ricerca nel settore che guarda alle sfide ancora aperte nel settore della salute come uno degli ambiti di maggiore interesse della comunità internazionale dell'AI.

4d.4. L'Intelligenza Artificiale e la Salute dell'Uomo: gli aspetti etici

Per garantire che l'utilizzo dei metodi di AI nel settore sanitario sia conforme agli *standard* etici, è necessario implementare procedure di verifica robuste. Qui di seguito descriviamo alcune delle considerazioni chiave che debbono necessariamente divenire parte integrante di tutti gli approcci applicativi e tecnologici sopra descritti.

- Trasparenza - La trasparenza è fondamentale quando si utilizzano metodi di *Machine Learning* (ML) nel settore sanitario. Questo significa che gli algoritmi utilizzati devono essere spiegati in modo che i pazienti, i professionisti sanitari e altre parti interessate possano capire come vengono prese le decisioni. Questo può includere la spiegazione delle caratteristiche che l'algoritmo considera, come queste influenzano le decisioni e quali misure sono state prese per minimizzare eventuali *bias*.
- Rispetto della *Privacy* - Quando si utilizzano dati sanitari per l'apprendimento automatico, è essenziale che vengano rispettati i diritti alla *privacy* dei pazienti. Questo significa che tutte le informazioni identificabili devono essere adeguatamente anonimizzate prima di essere utilizzate e che le procedure di sicurezza dei dati siano all'avanguardia per prevenire eventuali violazioni dei dati.
- Equità - Gli algoritmi di ML devono essere progettati e testati per assicurarsi che non favori-

scano o penalizzino in modo ingiusto determinati gruppi. Questo richiede l'uso di tecniche di *auditing* dell'algoritmo per rilevare e correggere eventuali *bias* nelle decisioni.

- Responsabilità - Deve essere chiara la responsabilità per le decisioni prese da un algoritmo. Questo include il diritto di ricontrollare e contestare le decisioni prese dall'AI. Inoltre, dovrebbero esistere chiare linee di responsabilità per la manutenzione e l'aggiornamento degli algoritmi, nonché per l'individuazione e la risoluzione di eventuali problemi. Per garantire la conformità etica, può essere utile avere un organo di revisione etica che supervisioni l'uso della ML nel settore sanitario. Questo organo può essere incaricato di esaminare e approvare i nuovi algoritmi prima che vengano implementati, di eseguire controlli periodici per garantire la conformità e di affrontare eventuali preoccupazioni o reclami etici.

Garantire la conformità etica nell'uso dei metodi di ML nel settore sanitario è un compito complesso che richiede un approccio olistico e una costante vigilanza. Tuttavia, con le giuste politiche e procedure in atto, è possibile utilizzare questi potenti strumenti in modo sicuro e nel pieno rispetto delle nuove norme e certificazioni che arriveranno velocemente a regolamentare il settore a partire dell'AI Act e delle Linee Guida della Commissione Europea.

4d.5. La necessità di una piattaforma di *governance* nazionale dell'AI

Oggi lo scenario nazionale, facendo riferimento a tutti gli ambiti discussi sin qui, è ancora molto frammentato e poco organizzato. Esiste un primo tentativo di Age.Na.s. di guidare la sperimentazione di una piattaforma di *governance* dell'AI in sanità e vedremo i primi risultati durante il prossimo anno. Tuttavia, la complessità degli algoritmi e la sensibilità dei dati sanitari sottolineano l'importanza di instaurare un sistema di *governance* adeguato. Questo sistema dovrebbe assicurare non solo l'efficacia degli algoritmi in termini clinici e tecnici, ma anche la loro conformità alle normative vigenti e, soprattutto, la loro etica, evitando *bias* e discriminazioni.

Quali saranno i principali aspetti necessari ad una azione di *governance* digitale di tanti degli aspetti discussi? E quali passaggi dovrà fare un algoritmo di AI prima del suo utilizzo? Molto può essere mutuato dalla storia delle certificazioni di dispositivi e *software*, ma analizziamo nel dettaglio passaggi e i metodi necessari, a nostro avviso, per una accelerazione ordinata dell'applicazione massiva dei metodi di AI in sanità.

- Una moderna applicazioni di metodi di *Data Governance* - Un aspetto fondamentale di una piattaforma di *governance* riguarda la gestione dei dati. È di fondamentale importanza assicurare l'accuratezza e l'alta qualità dei dati raccolti, al fine di migliorare ed ottimizzare il processo decisionale. La piattaforma deve essere in grado di gestire diversi tipi di dati e di trattarli in modi diversi per i diversi casi d'uso. Per garantire la qualità e l'accuratezza dei dati, è necessario implementare robusti processi di *Data Governance* e *Data Quality Management*. La piattaforma deve essere anche in grado di garantire la sicurezza dei dati, la protezione dei dati personali e l'aderenza al GDPR. Questo include la validazione e la verifica di misure di sicurezza fisica e digitale, nonché di processi per garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati.
- Un approccio di monitoraggio e verifica delle fasi di implementazione degli algoritmi di AI - Nella prima fase, focalizzata sulla creazione e addestramento dell'algoritmo, emerge l'importanza fondamentale della raccolta dati. Dall'inizio, è imperativo che l'attenzione sia posta su dati che siano non solo abbondanti ma, soprattutto, rappresentativi e privi di *bias*, al fine di sviluppare algoritmi che siano giusti e equi. L'addestramento, quindi, non è semplicemente un processo tecnico, ma un impegno verso l'equità e l'accuratezza, assicurando che le previsioni dell'algoritmo si basino su fondamenta solide e rappresentative. Avanzando verso la seconda fase, ossia la validazione

dell'algoritmo, occorrono lenti diverse: quella tecnica, che ne verifica il corretto funzionamento, e quella clinica, che ne valuta l'utilità e l'accuratezza nel contesto medico. L'applicazione dell'algoritmo in casi di sperimentazione e il suo monitoraggio rappresentano la terza fase, dove il nuovo metodo di AI, ormai validato, si trova ad essere testato nella realtà clinica. La convalida prospettica assicura che le sue previsioni siano precise e affidabili, mentre un monitoraggio costante permette di verificare che la sua applicazione sia coerente e efficace in scenari e popolazioni diverse. La quarta fase, centrata sulla revisione e l'ottimizzazione continua, evidenzia l'importanza della plasticità e dell'adattamento. Gli algoritmi, infatti, non sono entità statiche, ma dinamiche, che necessitano di continue verifiche e ottimizzazioni per rimanere pertinenti e accurate nel tempo.

- Un archivio di *dataset* e algoritmi - In questo processo, ogni volta che un algoritmo ed il suo relativo *dataset* sarà portato verso la sperimentazione o sarà migliorato e ottimizzato, occorrerà mantenere una foto dei dati che lo hanno addestrato e dell'algoritmo, anche ai fini di profili di responsabilità e per avere un archivio di tutti i metodi ed i *dataset* realizzate da aziende, centri di ricerca, attori pubblici e privati.
- Collaborazione pubblico privata - Uno degli aspetti cruciali di una *governance* nazionale del settore sarà la collaborazione e il partenariato con varie organizzazioni, sia nel settore sanitario che nel settore tecnologico. Questo può includere ospedali, università, società di tecnologia sanitaria, e altri *stakeholde*r rilevanti. Queste collaborazioni possono portare a una migliore comprensione dei bisogni del settore sanitario, un accesso più facile ai dati e alle risorse, e l'opportunità di condividere le migliori pratiche e le lezioni apprese. La *governance* di questi processi non potrà che essere condivisa dentro un nuovo modello collaborativo e non competitivo.
- Adattabilità e Scalabilità - Data la natura in continua evoluzione sia del settore sanitario che del settore tecnologico, è importante che la piattaforma di AI sia progettata con un elevato grado di adattabilità e scalabilità. Questo significa che la piattaforma di *governance* dovrà essere in grado di adattarsi alle esigenze in continua evoluzione degli utenti, così come alle nuove scoperte e ai progressi tecnologici. Inoltre, la piattaforma dovrebbe essere progettata in modo da poter essere facilmente scalata per gestire un maggior volume di dati o un numero maggiore di algoritmi di AI e di utenti.
- Monitoraggio e Valutazione - Sarà necessario progettare e implementare un sistema di monitoraggio e valutazione per misurare l'efficacia della piattaforma e del sistema di *governance* nel suo complesso. Questo include la raccolta e l'analisi di dati sulle prestazioni di algoritmi di AI in ambito sanitario, il loro utilizzo da parte del personale sanitario e dei pazienti e l'impatto della piattaforma sulle cure sanitarie. Questi dati saranno utilizzati per identificare eventuali problemi, apportare migliorie e dimostrare l'efficacia e il valore di questa rivoluzione verso una collaborazione efficace tra uomo e AI.

Questi punti essenziali messi in evidenza ci permetteranno di dare un metodo a tutti gli attori di questi processi innovativi, dentro un connubio tra rapidità di evoluzione del settore e la necessaria attenzione alla tutela dei diritti di pazienti ed operatori.

4d.6. Riflessioni finali

L'AI in sanità rappresenta una frontiera densa di opportunità ma, per navigare in questo territorio con sicurezza ed efficacia, una *governance* solida è non solo necessaria, ma imprescindibile. L'attenzione alla creazione, validazione, applicazione e revisione continua degli algoritmi assicurerà che l'IA non solo supporti ma elevi la qualità dell'assistenza sanitaria, salvaguardando al contempo i diritti e la sicurezza dei pazienti e dei professionisti coinvolti. La strada

verso un futuro in cui l'AI è integrata con successo nella sanità passa attraverso un impegno collettivo verso standard etici, pratiche trasparenti e una *governance* rigorosa. Abbiamo molto ancora da fare verso questa direzione.

Riferimenti bibliografici

Aggarwal, A., Tam, C. C., Wu, D., Li, X., & Qiao, S. (2023). "Artificial Intelligence–Based Chatbots for Promoting Health Behavioral Changes: Systematic Review". Journal of Medical Internet Research, 25, e40789.

Albahri, A. S., Duhaim, A. M., Fadhel, M. A., Alnoor, A., Baqer, N. S., Alzubaidi, L., ... & Deveci, M. (2023). "A systematic review of trustworthy and explainable artificial intelligence in healthcare: Assessment of quality, bias risk, and data fusion". Information Fusion.

Apell, P., & Eriksson, H. (2023). "Artificial intelligence (AI) healthcare technology innovations: the current state and challenges from a life science industry perspective". Technology Analysis & Strategic Management, 35(2), 179-193.

Jungwirth, D., & Haluza, D. (2023). "Artificial intelligence and public health: an exploratory study". International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(5), 4541.

Meenigea, N., & Kolla, V. R. K. (2023). "Exploring the Current Landscape of Artificial Intelligence in Healthcare". International Journal of Sustainable Development in Computing Science, 1(1)

Qiu, J., Li, L., Sun, J., Peng, J., Shi, P., Zhang, R., ... & Lo, B. (2023). "Large ai models in health informatics: Applications, challenges, and the future". IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics.

Sharma, A., Lin, I. W., Miner, A. S., Atkins, D. C., & Althoff, T. (2023). "Human-AI collaboration enables more empathic conversations in text-based peer-to-peer mental health support". Nature Machine Intelligence, 5(1), 46-57.

TSIMA, K. (2023). "The reproducibility issues that haunt health-care AI". Nature, 613.

ENGLISH SUMMARY

Artificial Intelligence management models in healthcare: towards personalized and effective assistance

The seamless integration of Artificial Intelligence (AI) in healthcare stays on a pivotal blend of technology and ethics, profoundly transforming diagnosis and care management, especially in the scenarios of escalating healthcare crises and aging populations. This chapter presents the multifaceted panorama of AI applications in healthcare, the ensuing technological trends, and the indispensable requisites for ethical governance, with a keen focus on the Italian national scenarios.

Within the expansive horizon of healthcare, AI establishes itself as a technologically advanced ally, assisting in chronic disease management, disease detection, healthcare service provision, and novel drug discoveries. Physicians and healthcare professionals thereby find not only an automation tool for routine tasks but also a sophisticated support system that aids in decision-making, tackling complex clinical issues, and enriching patient knowledge and understanding swiftly. Furthermore, its capability to optimize clinical decisions by enhancing the accuracy of systems through the understanding of training data fosters unprecedented insights into treatment variability, diagnostics, and patient outcomes.

Envisage a scenario where AI augments physician-patient dialogue through chatbots powered by Natural Language Processing (NLP) technology. This not only aids patients in addressing health-related inquiries but also assists healthcare providers in generating responses and directions, thereby alleviating the burden on healthcare experts and enabling them to concentrate on more critical cases. Moreover, the recent advancements in language model evolution have remarkably enriched dialogue systems in terms of quality and empathy, aspects that were nascent just a year ago.

The symbiosis of AI and robotics has redefined surgical procedures by providing assistance during surgeries that demand agility, precision, control, and flexibility. The advent of 3D modeling, supporting diagnostic imaging, facilitates better planning of interventions and innovative methods for healthcare personnel training. Furthermore, AI techniques predict chronic diseases based on available patient Electronic Health Records (EHR), endorsing timely intervention and swifter decision-making processes. To illustrate, the Italian diabetology sector is pioneering predictive approaches for complications, demonstrating unparalleled accuracy levels, and significantly impacting the quality and personalization of care.

Through wearable devices enabled by AI, health monitoring has evolved into a mechanism that provides virtual instructions to patients and connects them, if necessary, with healthcare experts in real-time. Such devices not only provide real-time feedback to enhance user habits within a preventative vision but also delineate a new paradigm for comprehensive healthcare provision.

Concurrently, the automatic analysis of radiographic images, leveraging big data and deep learning technologies, is enabling the extraction of valuable information from complex images, like those from CT scans and MRIs. Categorizing and segmenting images, a typical prerogative of artificial vision systems, now provides a valuable support for image diagnosis, widely tested and utilized across various specific sectors.

The intertwining of AI and healthcare isn't merely about algorithm-driven decisions and technology-fueled advancements; it's intricately entwined with ethical imperatives. Ensuring that AI methods employed in healthcare conform to ethical standards necessitates the establishment of robust veri-

fication procedures. Here, transparency becomes paramount, implying that utilized algorithms must be elucidated so that patients, healthcare professionals, and stakeholders comprehend how decisions are derived, encompassing the explanation of considered features, their impact on decisions, and the steps taken to minimize any biases.

Simultaneously, privacy adherence is imperative. When healthcare data is utilized for machine learning, patients' privacy rights must be undoubtedly respected, which involves thorough anonymization of all identifiable information prior to its use and that data security procedures are stringently upheld to avert any data breaches.

Equity and responsibility also occupy a central position in the ethical deployment of AI in healthcare. Algorithms must be devised and tested to ensure they neither unfairly favor nor penalize specific groups. This entails employing algorithm auditing techniques to detect and rectify any biases in decisions.

AI stands as a confluence of technological advancements and ethical deliberations in healthcare, heralding an era where its application is not merely experimental but instrumental, catalyzing enhanced patient care, efficient healthcare management, and advancing medical research, within an ethically bound and transparent framework. This evolutionary journey of AI in healthcare, while spectacular, mandates a meticulous, ethically embedded, and governance-rich path to ensure its contributions are maximally realized while safeguarding fundamental ethical and moral principles.

CAPITOLO 4e
Lo stato dell'arte della Sanità Digitale in Italia: i principali risultati di ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano

Corso M.[1], De Cesare D.[1], Lettieri E.[1], Locatelli M.[1], Masella C.[1], Olive M.[1], Sgarbossa C.[1]

Il processo di trasformazione del nostro sistema sanitario è a un momento di svolta. A più di due anni dall'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sono ormai numerosi gli interventi tecnologici e normativi che stanno finalmente indirizzando quel cambiamento imprescindibile per costruire la Sanità italiana del futuro. Una trasformazione in cui l'innovazione digitale sta giocando (e giocherà sempre più) un ruolo cruciale.

In questo processo di rapida trasformazione, la ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale si pone l'obiettivo di fotografare annualmente lo status quo della sanità digitale in Italia, attraverso metodologie quali-quantitative che coinvolgono i principali attori che a più livelli operano nella sanità digitale in Italia.

I dati presentati nel presente capitolo derivano principalmente dall'erogazione di 7 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 88 risposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)
- Medici di Medicina Generale, con 351 risposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)
- medici specialisti, con 1.179 risposte, in collaborazione con PKE, 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 2.966 risposte, in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)
- pazienti cronici o con gravi problemi di salute e *caregiver*, con 349 risposte, in collaborazione con Alleanza Malattie Rare (AMR), Associazione Italiana Scompensati Cardiaci (AISC), Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare (APMARR), Associazione Italiana Diabetici (FAND), FederASMA e Onconauti
- cittadini italiani, intervistati da *Doxa Pharma tramite l'Omnibus Doxa* (metodologia CATI): sono stati coinvolti 1.000 cittadini di oltre 18 anni, statisticamente rappresentativi della popolazione italiana con riferimento ad alcune variabili (sesso, classi di età, distribuzione geografica, livello di istruzione e attività lavorativa).

Di seguito sono presentate alcune delle principali evidenze raccolte nell'ambito della ricerca 2022-2023 dell'Osservatorio.

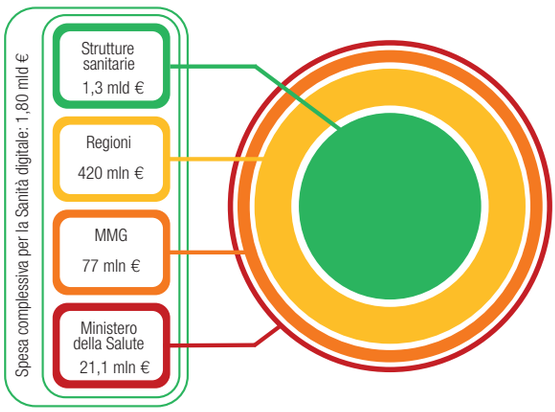
4e.1. La spesa per la Sanità Digitale e gli ambiti di investimento prioritari

La digitalizzazione del Sistema Sanitario prosegue, ma il tanto atteso cambio di passo che la Missione 6 Salute del PNRR avrebbe dovuto imprimere agli investimenti in Sanità digitale non è ancora tan-

[1] Politecnico di Milano

gibile. Nel 2022 la spesa è stata pari a € 1,8 mld. (1,4% della spesa sanitaria pubblica, corrispondente a circa € 31 per abitante), con un aumento del 7% rispetto al 2021 (Figura 4e.1.).

Figura 4e.1. La spesa per la Sanità digitale nel 2022

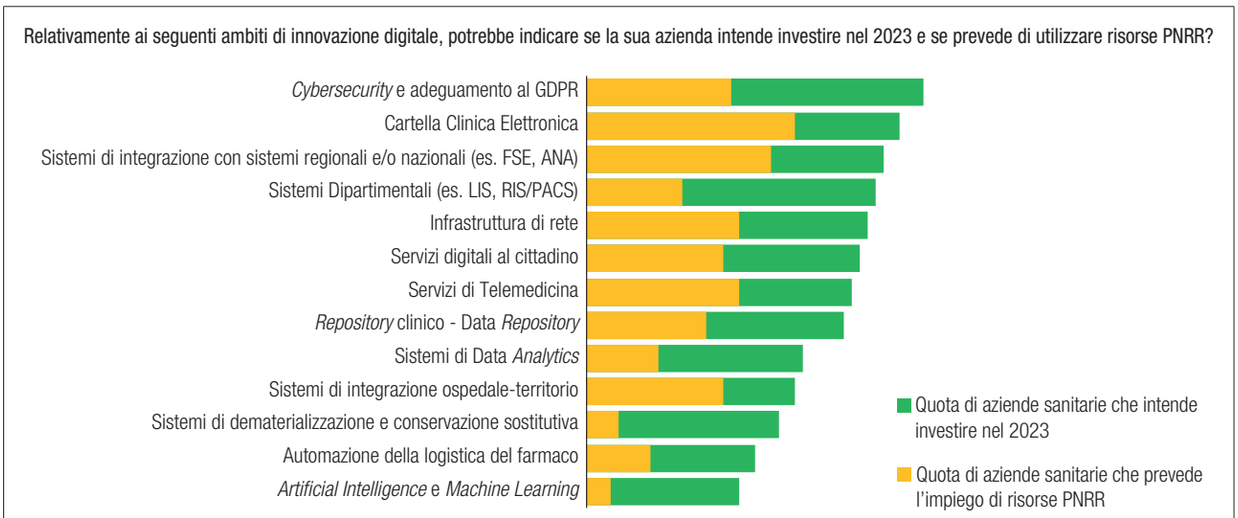


Fonte: Osservatorio Sanità Digitale. Stima su dati 2022

L'utilizzo delle risorse legate al PNRR si sta rivelando una sfida dall'esito tutt'altro che scontato. La difficoltà di comprendere come "mettere a terra" questa opportunità è tra gli ostacoli più rilevanti allo sviluppo della Sanità digitale secondo i principali decisori delle strutture sanitarie (49%), insieme alle limitate risorse economiche (58%).

Nonostante il clima di incertezza, la maggior parte delle strutture sanitarie ha identificato gli ambiti prioritari su cui investire nel 2023, anche grazie all'utilizzo delle tanto attese risorse del PNRR (Figura 4e.2.). Si tratta di ambiti ritenuti ormai imprescindibili per attuare la trasformazione digitale – come la Cartella Clinica Elettronica (CCE), le soluzioni di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali (es. Fascicolo Sanitario Elettronico), i servizi digitali al cittadino e i servizi di Telemedicina – e che consentono di colmare gli attuali *gap* a livello di tecnologie abilitanti – con investimenti in *cybersecurity*, nell'evoluzione dei sistemi dipartimentali e nelle infrastrutture di rete.

Figura 4e.2. I principali ambiti di investimento per le strutture sanitarie nel 2023



Campione: 72 strutture sanitarie (Direzioni Strategiche e CIO

Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

4e.2. Il digitale a supporto del paziente nel suo domicilio

Pur a fronte dei ritardi accumulati, la domanda di Sanità digitale nel nostro Paese appare sempre più forte: le tecnologie digitali stanno assumendo un ruolo sempre più pervasivo nella vita di tutte le persone e, di conseguenza, aumenta la richiesta di nuovi prodotti e servizi basati sul digitale anche in ambito salute. Inoltre, il panorama delle tecnologie per l'assistenza alla persona nell'ambiente domestico, che consentirebbero di rendere la casa il "primo luogo di cura", si sta ampliando sempre di più e mira a rispondere a varie esigenze: dalle *App* per la salute e i *wearable* che consentono di rilevare a domicilio i dati clinici dei pazienti, alla domotica assistiva, che permette di supportare la popolazione più anziana o fragile.

Se alcune delle tecnologie a supporto del paziente a domicilio sono già abbastanza diffuse, come le *App* per la salute (utilizzate dal 38% dei pazienti) o i dispositivi indossabili per monitorare i parametri clinici (29%), quelle più innovative destano la curiosità dei pazienti. Tra queste troviamo le tecnologie di realtà virtuale o aumentata (di interesse per il 49% dei pazienti) e gli assistenti vocali (47%) che consentono di ricevere informazioni e supporto in ambito salute (es. per ricordarsi di prendere un farmaco). Si tratta di un mercato che, sebbene ancora in una fase di sviluppo, appare di grande potenzialità e interesse, come dimostrato dalla numerosità di *startup* a livello internazionale e di progetti europei attivi su questo tema.

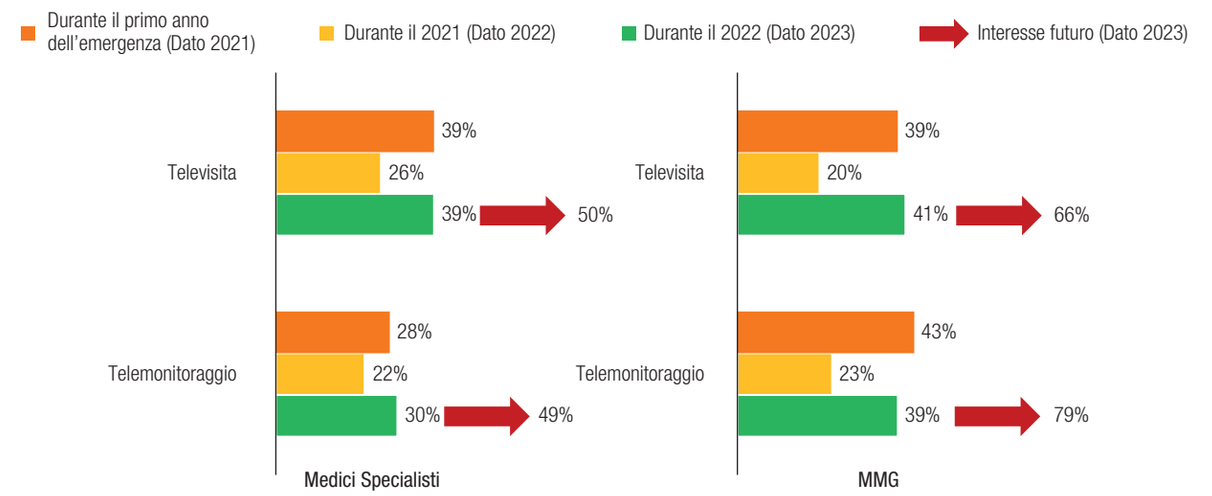
La maggior parte delle *startup* si focalizza su soluzioni più generaliste e indirizzate all'intera popolazione, con l'obiettivo di migliorare la prevenzione e gli stili di vita. I progetti europei, invece, mirano in molti casi a sviluppare soluzioni per rispondere a bisogni specifici per determinate patologie o fasce d'età, come per gli anziani, in quest'ultimo caso anche attraverso tecnologie di robotica e sensoristica ambientale.

4e.3. Dalla comunicazione medico-paziente alla Telemedicina

I pazienti vedono nel digitale un alleato anche per migliorare la relazione e la comunicazione con i diversi attori che intervengono nel percorso di cura, in primis con i professionisti sanitari. Risulta consolidato il ruolo di strumenti digitali "tradizionali" e non specifici per la Sanità, come l'*e-mail* e le *App* di messaggistica istantanea (es. *WhatsApp*), utilizzati dalla maggior parte dei professionisti sanitari e dei pazienti, in linea con lo scorso anno. Tuttavia, le *App* o le piattaforme di comunicazione dedicate all'uso sanitario sono considerate sempre di più un'alternativa valida dai professionisti sanitari (33% dei medici specialisti, 38% dei Medici di Medicina Generale (MMG), e 40% degli infermieri). Per oltre il 60% dei professionisti questi sono tra gli strumenti di maggiore interesse per il futuro: la possibilità di gestire su un unico strumento più funzionalità utili per la gestione dei pazienti (es. prenotazione della visita, scambio di dati e informazioni, invio di comunicazioni massive) e nel rispetto della *privacy* è tra i benefici maggiormente riconosciuti. Inoltre, tali strumenti permettono di separare i canali di comunicazione personali da quelli professionali, evitando l'utilizzo inappropriato ad oggi associato alle *App* "generaliste" di messaggistica istantanea.

Quando ci spostiamo dalla "semplice" comunicazione tra paziente e professionista sanitario alla vera e propria cura del paziente, è ancora più importante fare attenzione a questa distinzione. Entriamo, infatti, nell'ambito più specifico dei servizi di Telemedicina che, dopo la flessione riscontrata nel periodo successivo all'emergenza sanitaria, stanno vivendo una nuova ripresa. Il 39% dei medici specialisti e il 41% dei MMG afferma di aver utilizzato servizi di Televisita e rispettivamente il 30% e il 39% ha fatto ricorso al Telemonitoraggio (Figura 4e.3.).

Figura 4e.3. L'utilizzo e l'interesse verso i principali servizi di Telemedicina da parte dei professionisti sanitari



Campione: 2356 specialisti e 206 (MMG (dato 2021) e 302 MMG (dato 2022), 1.179 medici specialisti e 351 MMG (dato 2023)

Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

Nonostante sia importante utilizzare piattaforme dedicate per l'erogazione di questi servizi, solo il 39% dei medici dichiara di averlo fatto nell'ultimo anno: questo non è ancora sufficiente per coglierne appieno le potenzialità ed espone a potenziali rischi, legati, ad esempio, alla sicurezza e alla *privacy* dei dati scambiati. Lo sviluppo di piattaforme di Telemedicina a livello regionale e nazionale previsto dal PNRR consentirà, auspicabilmente, di diffondere ulteriormente tali servizi. La tecnologia, però, da sola non basta per favorire l'adozione di queste soluzioni. Occorre, infatti, implementare una strategia organica che tenga conto delle variabili tecnologiche e organizzative che concorrono ad abilitare un'effettiva integrazione della Telemedicina nei processi di cura e assistenza.

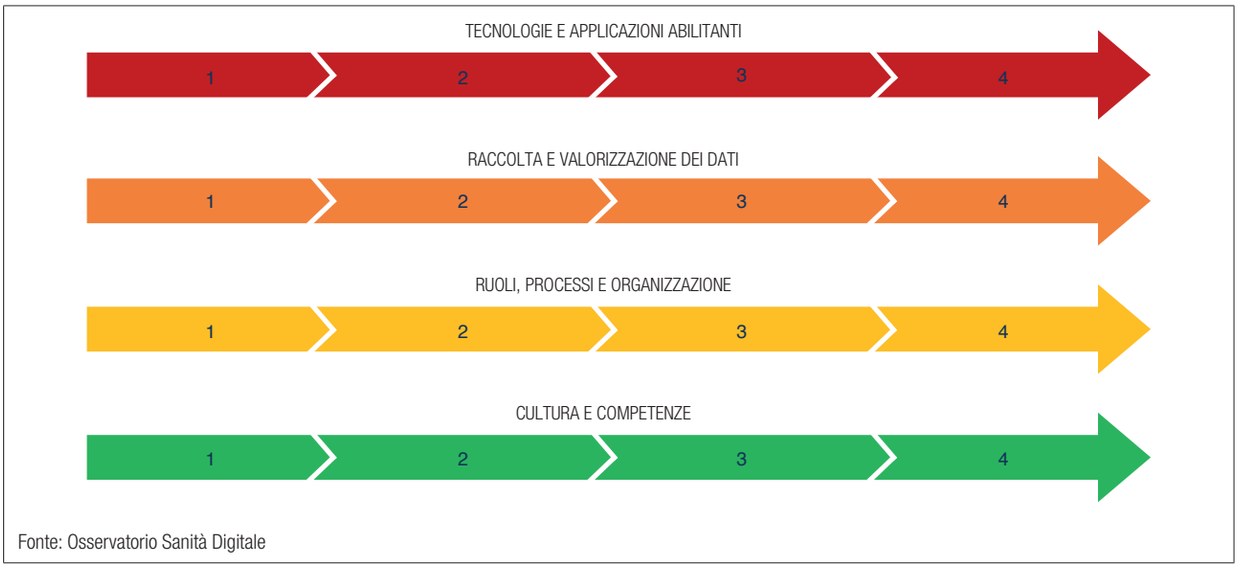
4e.4. Il modello di maturità dei servizi di Telemedicina

Proprio nell'ottica di un approccio integrato nei confronti della Telemedicina, l'Osservatorio ha elaborato un modello di maturità per i servizi di Telemedicina che, oltre a essere uno strumento per mappare il livello di sviluppo di specifici servizi, fornisce una chiave di lettura utile a identificare le aree di intervento necessarie a dare impulso a questa innovazione in Italia.

Il modello si compone di quattro macro-ambiti (Figura 4e.4.), che devono essere sviluppati in modo coerente tra di loro e che, allo stato attuale, mostrano ancora diversi *gap* rispetto a uno sviluppo maturo dei servizi di Telemedicina:

- tecnologie e applicazioni abilitanti: il 40% delle strutture sanitarie che offre servizi di Telemedicina lo fa attraverso diverse piattaforme non integrate tra loro
- raccolta e valorizzazione dei dati: solo nel 30% dei casi tali piattaforme sono integrate con altri sistemi aziendali (es. Cartella Clinica Elettronica, sistemi dipartimentali, ecc.), limitando la possibilità di accedere a diversi dati e documenti del paziente e di valorizzarli
- ruoli, processi e organizzazione: solo il 24% dei medici specialisti che hanno utilizzato servizi di Telemedicina dichiara che sono stati definiti in modo esplicito procedure e processi per la gestione di tali servizi
- cultura e competenze: emerge un buon livello di presidio delle competenze di base di utilizzo degli strumenti digitali (es. utilizzo di PC,

Figura 4e.4. Il modello di maturità dei servizi di Telemedicina



Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

smartphone, capacità di svolgere videochiamate ecc.), mentre si rilevano ancora gap rispetto ad alcune *soft skill*, tra cui la capacità di comunicare da remoto con il paziente (competenza presidiata in modo soddisfacente dal 50% dei medici specialisti, 54% dei MMG e 32% degli infermieri). È questa la dimensione su cui la maggior parte delle strutture sanitarie (65%) ritiene prioritario intervenire per promuovere maggiormente l'utilizzo della Telemedicina.

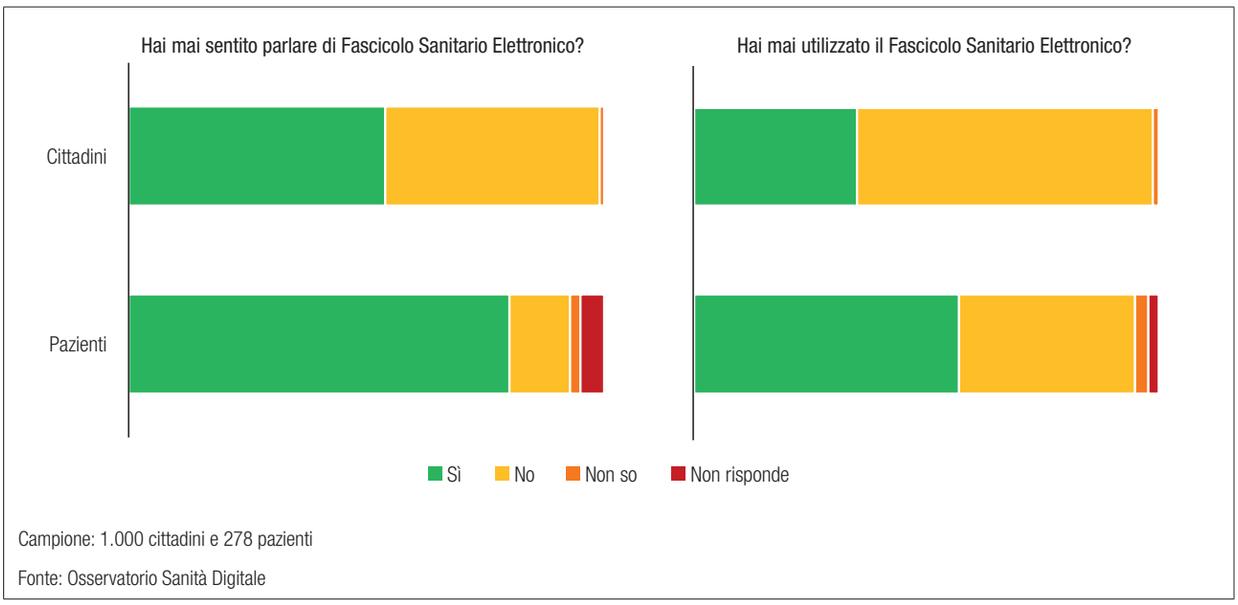
4e.5. Gli strumenti per la raccolta dei dati in sanità

Per un utilizzo efficace delle piattaforme di Telemedicina, i professionisti sanitari dovranno poter accedere facilmente a dati e documenti digitali del paziente. Questo sarà possibile anche grazie ai ruoli di integrazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina e del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, previsti nell'ambito del PNRR3. Il nuovo FSE dovrà rappresentare, inoltre, il punto unico di accesso ai servizi di Sanità digitale per i cittadini, semplificando e uniformando a livello nazionale l'accesso alle cure.

Nell'attesa che il FSE 2.0 sia realizzato, non dobbiamo dimenticare che ad oggi il Fascicolo è presente in tutte le Regioni e che i cittadini possono già ora accedervi. Se nella ricerca 2022 avevamo visto un aumento molto rilevante di utilizzo del FSE da parte dei cittadini, nell'ultimo anno si rileva una sostanziale "frenata" alla sua diffusione (Figura 4e.5.). Il 35% dei cittadini ha fatto almeno un accesso al FSE (vs 33% rilevato nel 2022) e la maggior parte di loro (53%) afferma di averlo usato solo per le funzionalità legate all'emergenza Covid-19 (es. consultazione del *Green Pass*, dei certificati vaccinali). Si presenta dunque il rischio che, essendosi affievolita l'impellente necessità di utilizzare tali servizi per l'emergenza, questo strumento non guadagni ulteriore popolarità.

Anche per i pazienti italiani si riscontra una situazione di stabilità rispetto a quanto rilevato lo scorso anno, sebbene ci si attesti, come atteso, su livelli di utilizzo più elevati rispetto a quelli relativi all'intera popolazione: in questo caso il 57% dei pazienti afferma di averlo utilizzato (vs il 54% del 2022). Tra le funzionalità più utilizzate ad oggi ci sono l'accesso ai referti e alle ricette elettroniche – vista la maggiore offerta di questi servizi negli attuali FSE – mentre tra i servizi più interessanti per il futuro ci sono la possibilità di visualizzare l'andamento dei propri parametri clinici (67%) e di consultare informazioni specifiche sulla propria patologia (65%).

Figura 4e.5. La conoscenza e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico tra cittadini e pazienti italiani



Campione: 1.000 cittadini e 278 pazienti

Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

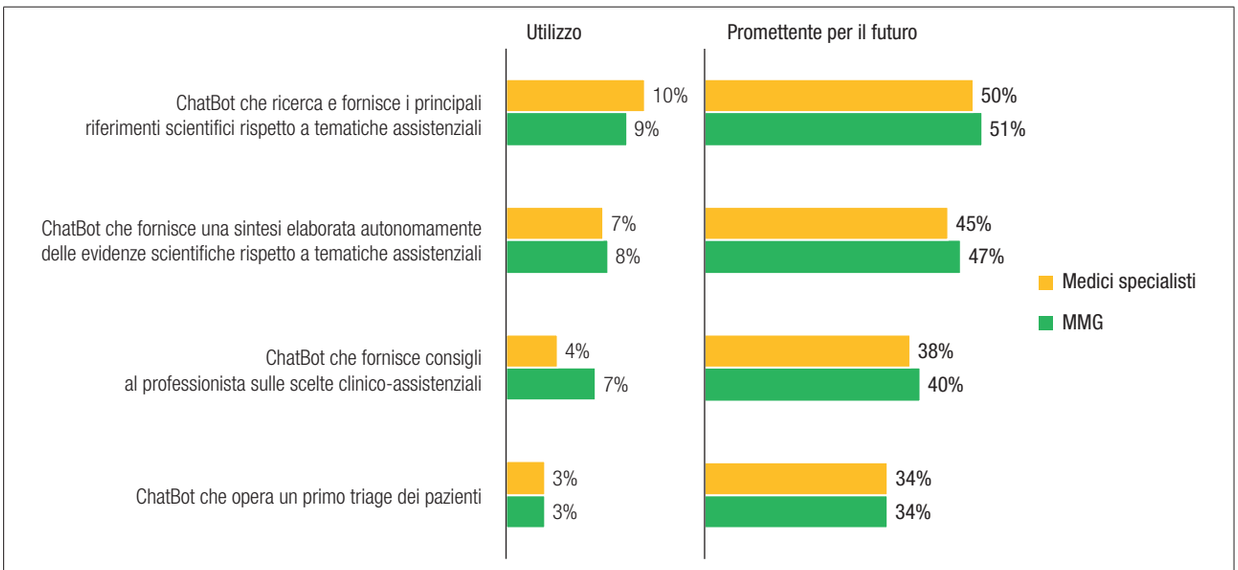
L'utilità percepita del FSE nella sua configurazione attuale è ancora troppo limitata da parte dei vari attori, soprattutto per via della modesta quantità di informazioni e documenti in esso contenuti. Ad oggi la piena "alimentazione" dei fascicoli fatica ancora a consolidarsi, scontando l'eterogeneità e a volte la mancanza di soluzioni a livello di singola struttura sanitaria che producano dati o documenti digitali (es. sistemi dipartimentali) o raccolgano e gestiscano le informazioni complessive del percorso clinico del paziente, come la CCE. Lo sviluppo della Cartella Clinica Elettronica si conferma una priorità per le strutture sanitarie (il 75% ritiene questo ambito molto rilevante). Ad oggi, il 42% delle strutture afferma di avere una CCE attiva in tutti i reparti, mentre nel 23% dei casi la CCE è attiva solo parzialmente. Coerentemente con questo dato, solo la metà dei medici specialisti utilizza una CCE. Le funzionalità più diffuse sono quelle per l'anamnesi e l'inquadramento clinico e per la gestione e la visualizzazione delle informazioni di riepilogo sul paziente, mentre sono ancora poco diffuse quelle più avanzate, legate al supporto decisionale.

4e.6. Gli strumenti per la valorizzazione dei dati: Intelligenza Artificiale e *"Generative AI"*

Le soluzioni di supporto alle decisioni cliniche più evolute prevedono l'utilizzo di strumenti di Intelligenza Artificiale (AI) in grado di analizzare grandi mole di dati e di personalizzare la cura al paziente. Tra le applicazioni di AI ad oggi più diffuse ci sono le soluzioni che consentono di analizzare immagini e segnali per fini diagnostici o di trattamento: circa un terzo delle strutture sanitarie afferma di aver avviato prime sperimentazioni in questa direzione. Si tratta delle applicazioni ad oggi più utilizzate dai medici specialisti e considerate come più promettenti per il futuro (60%).

Negli ultimi mesi hanno suscitato un forte dibattito le soluzioni di *Generative AI* e, in particolare, i *Chatbot* basati su AI e progettati per rispondere a quesiti emulando la conversazione umana (es. ChatGPT, Med-PaLM). Si tratta di soluzioni che potrebbero rappresentare una grande opportunità anche nel settore sanitario, ma su cui non mancano preoccupazioni, soprattutto dal punto di vista etico e legale. Ad oggi solo 1 medico su 10 ha utilizzato *Chatbot* basati su AI per cercare riferimenti scientifici rispetto

Figura 4e.6. L'utilizzo dei *chatbot* da parte dei medici italiani



Campione: 597 medici specialisti e 351 MMG

Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

a una determinata patologia, applicazione che per circa la metà dei medici è promettente per il futuro (Figura 4e.6.).

Da parte dei professionisti emerge preoccupazione sul possibile utilizzo inappropriato di tali strumenti da parte dei cittadini/pazienti e si ritiene maggiormente opportuno che questi siano utilizzati come un supporto alle decisioni e dell'attività del professionista sanitario. Non emerge, invece, preoccupazione sul fatto che l'AI possa sostituire, anche in parte, il lavoro del medico.

4e.7. Sanità digitale: vietato fermarsi!

La prospettiva della Sanità digitale del futuro è dunque sempre più concreta e le risorse del PNRR, se utilizzate in modo appropriato, potranno imprimere quell'accelerazione che attendiamo da molti anni. Siamo oggi in una fase cruciale, in attesa che molti degli investimenti previsti vengano concretamente attuati e che siano recepiti i decreti attuativi che si sono susseguiti negli ultimi mesi.

Occorre vivere questo momento con estrema determinazione, in modo da non fermare né rallentare i progetti in atto e nel frattempo preparare il terreno, in termine di *mindset*, competenze e professionalità, per garantire che i vari attori del sistema sanitario siano pronti per accogliere e guidare questa storica trasformazione. In questo momento, è vietato fermarsi!

ENGLISH SUMMARY

The state of the art of Digital Health in Italy: the main results of research carried out by the Digital Health Observatory of the Politecnico di Milano

Also thanks to the National Recovery and Resilience Plan (NRRP), the digital transformation of the Italian healthcare system has reached a turning point. Two years after the plan was adopted, Italian healthcare is experiencing significant changes, with regulatory interventions and investment aimed at redesigning the healthcare of the future.

Through its applied research, the Digital Health Observatory of the Politecnico di Milano provides an annual snapshot of the development of digital healthcare in Italy.

In 2022 spending on Digital Health reached € 1.8 billion, corresponding to 1.4 percent of public health spending. Despite the 7 percent increase over 2021, the actual use of the NRRP resources remains a challenge, with uncertainties about how to seize this opportunity.

Healthcare facilities, however, have identified priority areas for investment in 2023, such as the Electronic Medical Record (EMR); integration with regional and national systems; digital services for citizens; and Telemedicine.

After a downturn in the post-health emergency period, Telemedicine is experiencing a new upswing, returning to levels of use of Televisit and Telemonitoring services by physicians comparable to the pandemic peak.

The Observatory has developed a maturity model for Telemedicine services, identifying four macro-areas: enabling technologies and applications; data collection and enhancement; roles, processes and organization; culture and skills.

The Electronic Health Record (EHR) 2.0 is still underutilized, with many citizens using it only for Covid emergency-related functionalities.

The prospects of the Digital Healthcare of the Future are therefore increasingly concrete, and the NRRP resources, if used appropriately, will be able to speed up the pace of this long overdue development. Now we cannot stop the process!

Capitolo 5

Indicatori di *Performance*

Performance evaluation

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

English Summary

5b. Monitoraggio dell'Autonomia Differenziata in sanità

English Summary

5c. Le *Performance* Regionali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 5
La valutazione delle *Performance*

Il capitolo dedicato alle misure di *Performance* ospita 3 contributi: il primo dedicato all'Equità, il secondo ad una proposta di monitoraggio dei possibili effetti della introduzione della Autonomia Differenziata in Sanità, il terzo alla misura dei livelli di tutela della salute offerti dai diversi Sistemi Sanitari Regionali (SSR).

Il capitolo 5a, in continuità con i precedenti Rapporti, analizza l'impatto dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie, nonché la sua struttura; si concentra, inoltre, su alcuni indicatori di equità derivati dal *burden approach*: la quota di famiglie impoverite a causa di spese sanitarie, la quota di famiglie soggette a spese sanitarie "catastrofiche" (eccessivamente elevate), la quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari, l'indice di distribuzione.

Il Capitolo 5b contiene una proposta operativa finalizzata a monitorare gli effetti della Autonomia Differenziata in Sanità monitorando la dinamica della *Performance* mediante un set di indicatori appositamente definiti.

Il Capitolo 5c sintetizza i risultati della 11° edizione del progetto "*Performance* Regionali" di C.R.E.A. Sanità: si tratta di un progetto teso a misurare (in modo multi-professionale e multi-dimensionale) la capacità di tutela della salute nelle diverse Regioni, mediante un approccio metodologico originale sviluppato da C.R.E.A. Sanità, avvalendosi di un *Panel* di oltre 100 esperti in rappresentanza di varie categorie di *stakeholder*: pazienti, professioni sanitarie, management aziendale, istituzioni e industria.

CHAPTER 5
Performance evaluation

The Chapter devoted to Performance measures includes 3 contributions: the first dedicated to Equity; the second to a proposal for monitoring the possible effects of introducing Differentiated Autonomy in Healthcare, and the third to the measurement of the levels of health protection provided by the various Regional Health Systems (RHS).

Following up the previous Reports, Chapter 5a analyses the impact of health consumption on household budgets, as well as its structure. It also focuses on some equity indicators derived from the burden approach: the share of households impoverished due to health expenses; the share of households subject to "catastrophic" (excessively high) health expenses; the share of households experiencing economic hardship due to health consumption, and the distribution index.

Chapter 5b contains an operational proposal designed to monitor the effects of Differentiated Autonomy in Healthcare by monitoring the Performance trends using a specially defined set of indicators.

Chapter 5c summarizes the results of the 11th C.R.E.A. Sanità's "Regional Performance" project. This is a project designed to measure (in a multi-professional and multi-dimensional way) the ability of health protection in the various Regions, through an original methodological approach developed by C.R.E.A. Sanità, using a Panel of more than 100 experts representing various categories of stakeholders, namely patients, health professionals, corporate management, institutions and industry.

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

d'Angela D.[1], Spandonaro F.[2]

5a.1. Premessa

Il presente contributo si pone l'obiettivo di analizzare i consumi sanitari sostenuti direttamente dalle famiglie; verranno analizzate le ultime evidenze disponibili, relative al 2021, hanno ancora caratterizzato dalla pandemia di Covid-19, nonché la loro dinamica nel breve e medio periodo (2021/2019 e 2021/2015), mettendoli in relazione anche con l'andamento dei consumi totali (non sanitari) delle famiglie.

L'analisi della spesa privata è finalizzata anche a fornire indicazioni sull'effettiva tutela offerta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia, e della sua tenuta nel tempo: in particolare, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stato determinato l'Indice di distribuzione, l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari, quella della catastroficità (intesa come "eccesso di incidenza" della spesa sanitaria sui bilanci familiari), quella delle "nuove" rinunce al consumo ed, infine, quella del disagio economico causato dalle spese sanitarie; inoltre, è stata effettuata una analisi (statica e dinamica) dell'incidenza del consumo per Istruzione, Trasporti e Salute sui consumi delle famiglie, al variare del livello di istruzione.

Propedeuticamente va ricordato che i consumi sanitari *out of pocket* (OOP) delle famiglie rilevati dall'Istat non rilevano con precisione l'effetto della quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) erogate in forma cosiddetta "indiretta", ovvero quella parte dei consumi che di fatto gode di un successivo rimborso delle spese effettuate: questo si traduce in una sovrastima della spesa nella misura in cui i premi assicurativi vengono già considerati. Analogamente, andrebbe inoltre tenuto presente che parte delle spese sanitarie sono di fatto fiscalmente deducibili.

Tutte le analisi sono state effettuate partendo dai microdati dell'indagine campionaria Istat sulla "Spesa delle famiglie", disaggregandole in base al quintile di consumo delle famiglie, alla Regione di residenza e alla tipologia di famiglia.

5a.2 La spesa sanitaria delle famiglie

Nel 2021, il 75,9% delle famiglie italiane ha sostenuto spese per consumi sanitari: la quota è in aumento di 1,7 punti percentuali (p.p.) rispetto all'anno precedente (74,2%). Come riportato nella precedente edizione del Rapporto Sanità, in corrispondenza del primo anno della pandemia, e quindi dell'accesso limitato alle strutture, si è assistito ad una riduzione della quota di famiglie che hanno speso di tasca propria per consumi sanitari: nel 2021 si è registrata una ripresa dei consumi sebbene non ancora sino ai livelli pre-pandemici: 77,8% nel 2019, 77,6% nel 2018.

La ripartizione del Mezzogiorno, con il 77,3%, è quella con la maggiore quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, seguito dal Centro con il 77,2%, dal Nord-Est e dal Nord-Ovest con il 74,3%.

In particolare, si è osservata un'inversione di posizione tra il Centro ed il Mezzogiorno.

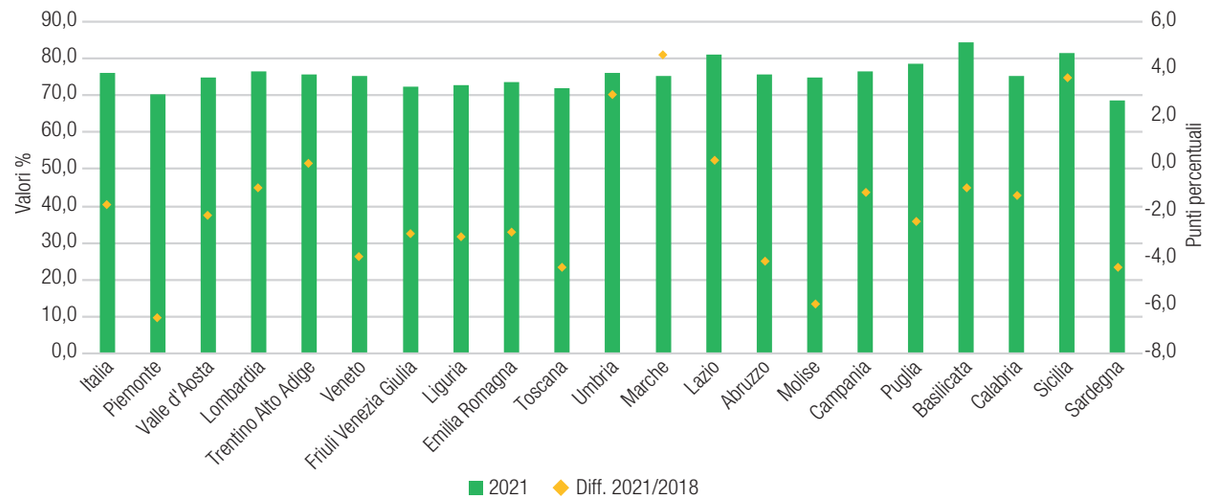
[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[2] Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

A livello regionale, Basilicata, Sicilia, Lazio, Puglia, e Campania registrano la quota maggiore di famiglie che sostengono spese sanitarie (ultimo quartile della distribuzione): 84,3%, 81,2%, 81,1%, 78,5% e 76,6% rispettivamente; Sardegna, Piemonte, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Liguria la più bassa: 68,5%, 70,4%, 71,9%, 72,1% e 72,9% rispettivamente (Figura 5a.1.)

Nelle famiglie dei due quintili di consumo più alti la quota di quelle che ricorrono a spese sanitarie private supera l'80% (82,4% e 85,2% rispettivamente); tra quelle meno abbienti (primo quintile di consumo) vi ricorre il 59,5% (Figura 5a.2.).

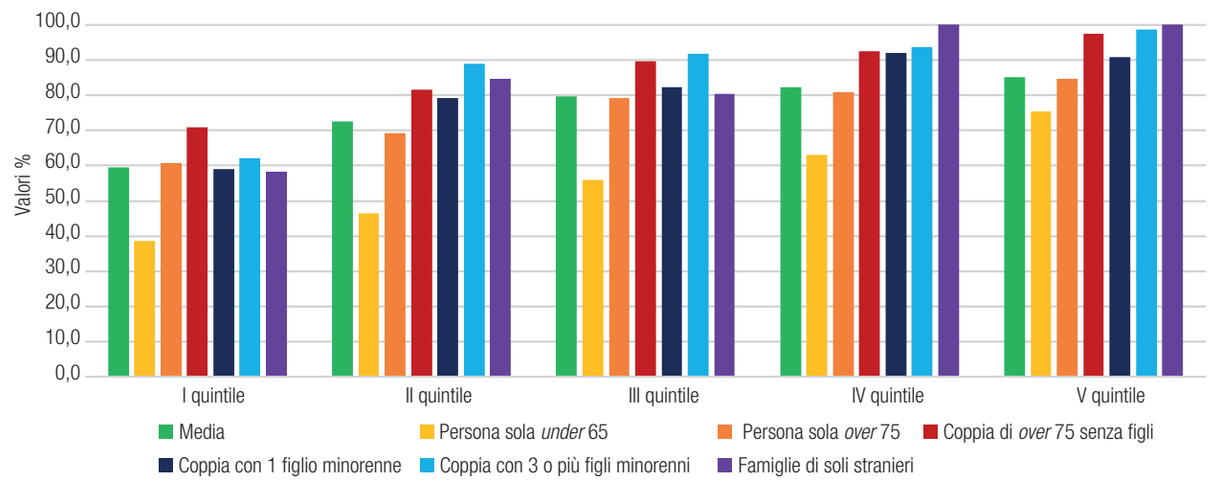
Il livello di ricorso maggiore si riscontra soprattutto da parte delle coppie anziane (*over* 75) senza figli (84,6%) e delle famiglie con tre o più figli minorenni (81,3%).

Figura 5a.1. Quota di famiglie che sostengono spese per consumi sanitari



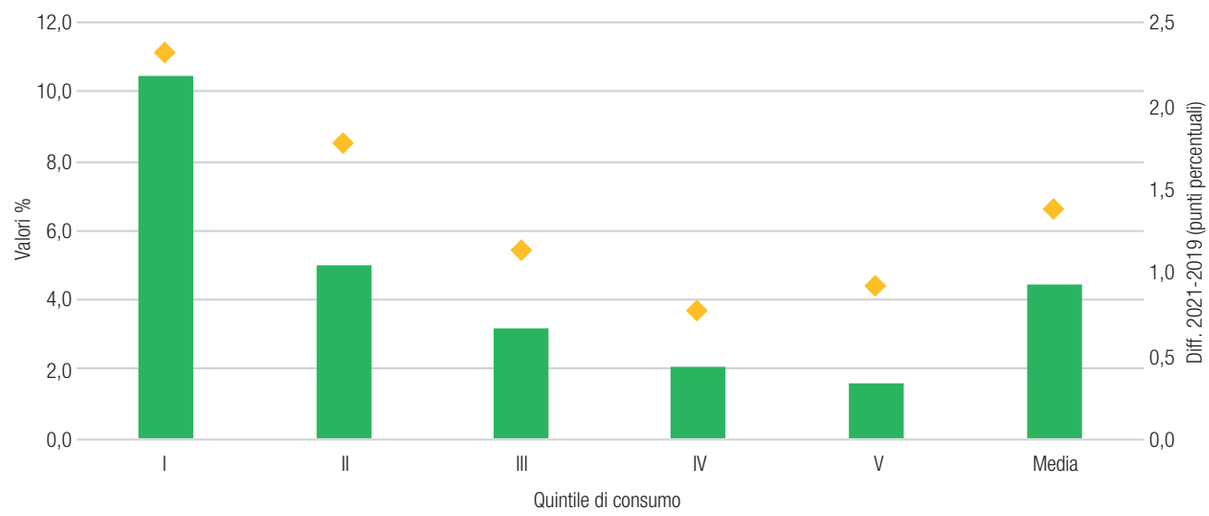
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5a.2. Quota di famiglie che sostengono spese per consumi sanitari, per tipo di famiglia e quintile di consumo. Anno 2021



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

Figura 5a.3. "Rinunce" alla spesa per consumi sanitari. Anno 2021



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

Nel 2021, 3,9 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 1,16 milioni non le hanno in effetti affatto sostenute: convenzionalmente (e prudenzialmente) identifichiamo queste famiglie come casi di "nuove rinunce" alle spese sanitarie.

Il fenomeno delle "rinunce" continua a crescere, coinvolgendo il 4,5% delle famiglie: +1,4 punti percentuali di incidenza rispetto all'anno 2019 (3,1%).

In particolare, colpisce le famiglie meno abbienti: il 10,5% delle famiglie del I quintile, il 5,0% di quelle del II, il 3,2% di quelle del III, il 2,1% e 1,6% di quelle rispettivamente del IV e V quintile. (Figura 5a.3.).

Rispetto all'anno pre-pandemico l'aumento dell'incidenza ha interessato soprattutto le famiglie meno abbienti: +2,3 nel I quintile di consumo e +1,8 p.p. nel II.

Per quanto concerne la spesa sanitaria, per le famiglie italiane risulta pari a € 1.289,7 medi annui, in aumento del +9,0% rispetto al 2020, riassestandosi quasi ai livelli del 2019 (+0,5% rispetto al 2019).

I consumi sanitari rappresentano l'ottava voce di spesa per le famiglie, come nel 2019.

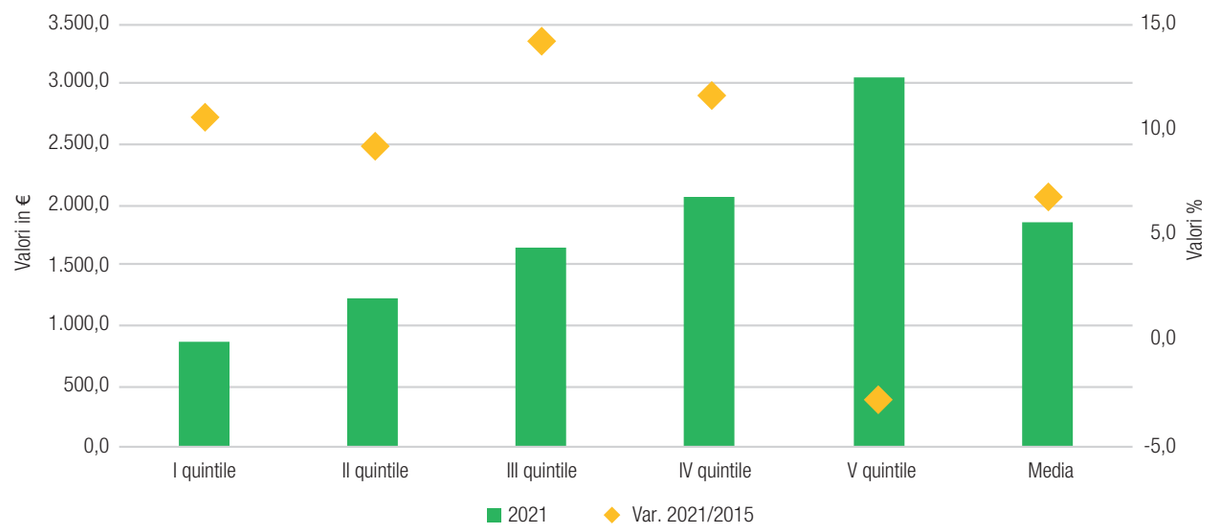
Si consideri che la spesa totale delle famiglie (2021) è stata in media pari a 29.238,2, +4,7% rispetto al 2020: in termini reali la crescita è stata pari al +2,8%. Nonostante i segnali di ripresa i livelli di consumo nel 2021 sono inferiori del -4,3% rispetto a quelli registrati prima dell'arrivo della pandemia (2019). Il valore di spesa oscilla da un valore minimo pari a € 23.810,1 per i residenti nel Mezzogiorno (+3,6% rispetto al 2020, ancora inferiore dell'4,4% rispetto al 2019) ed uno massimo pari a € 30.290,6 di quelle residenti nel Nord-Ovest del Paese (+6,9% rispetto al 2020, ancora inferiore dell'1,1% rispetto al 2019). Il "recupero" dei livelli di consumo post-pandemia sembra quindi, essere stato più rapido nelle Regioni del Nord.

In termini di composizione, non si registrano variazioni significative rispetto all'anno precedente: oltre il 90% della spesa totale per consumi si concentra in sole quattro voci: "Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili" (38,4%), "Affitti figurativi" (25,2%), "Prodotti alimentari e bevande analcoliche" (20,1%) e "Trasporti" (9,3%).

L'incidenza dei consumi sanitari sul totale è, quindi, aumentata di 0,2 p.p. rispetto ai due anni precedenti, attestandosi al 4,8%.

Per il 2022, di cui si dispone solo del dato aggregato fornito dall'Istat, si rileva una ulteriore crescita dei consumi totali del +8,7% (incremento inferiore all'inflazione, risultata pari all'8,9%), mentre sembrerebbe più contenuta la crescita di quelli sanitari (+4,5%), implicando una riduzione dell'incidenza.

Figura 5a.4. Spesa "effettiva" delle famiglie per consumi sanitari



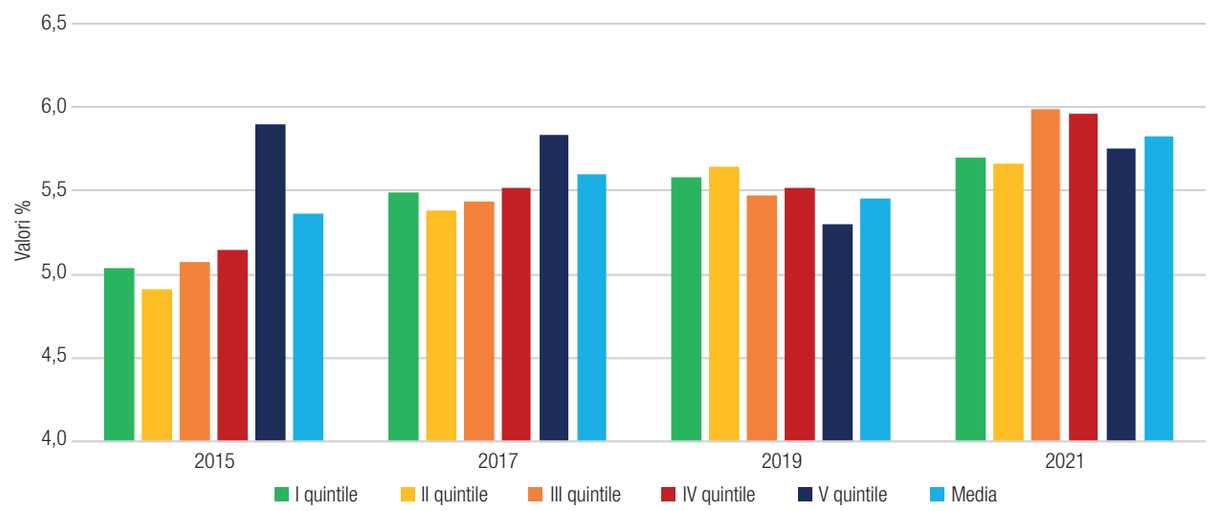
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2015-2021 si è registrato un aumento dell'incidenza dal 4,5% al 4,8%, che ha interessato soprattutto le Regioni del Mezzogiorno (+0,8 p.p. nel periodo), poi quelle del Centro (+0,4 p.p.). Nel Nord l'incidenza è rimasta pressoché invariata nel periodo considerato.

La spesa sanitaria media delle sole famiglie che la sostengono ("effettiva") ammonta a € 1.850,2 annui, in aumento del +6,4% rispetto all'anno precedente e del +2,5% rispetto al 2019 (Figura 5a.3.).

Nel periodo 2015-2021 si è registrata una crescita complessiva pari al 6,8%: massima e pari al 14,1% per le famiglie del III quintile, mentre è in riduzione (-2,8%) per quelle dell'ultimo quintile (Figura 5a.4.).

Figura 5a.5. Incidenza sulla spesa per consumi della spesa "effettiva" sanitaria



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

La spesa media annua familiare "effettiva" per consumi sanitari risulta massima nel Nord-Ovest (€ 2.053,9; +2,4%) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.569,0; +7,9% rispetto all'anno precedente e +1,9% rispetto al 2019).

In termini di incidenza sul totale dei consumi, la spesa "effettiva" è pari al 5,8%, con un incremento di +0,1 p.p. rispetto all'anno precedente e di +0,3 rispetto al 2019 (Figura 5a.5.).

Si osservi che, l'incidenza massima, pari al 6,0%, si riscontra nei quintili centrali (III e IV), quella minima, pari al 5,7%, nelle famiglie meno abbienti (I e II quintile).

Nell'ultimo quinquennio (2015-2021) l'incidenza media della spesa "effettiva" per consumi sanitari sul totale è aumentata di +0,4 p.p. e si sono notevolmente ridotte le differenze di incidenza tra i meno abbienti e i più abbienti: si è passati da un *gap* pari a 1,21 volte del 2015 (5,9% nel I vs 5,0% nel V) a uno pari a 1,01 nel 2021 (5,8% nel I vs 5,7% nel V).

Per quanto concerne il rapporto fra consumi sanitari e tipologia di famiglia, si osserva come gli anziani (*over* 75 anni) soli registrino una spesa sanitaria media annua pari a € 720,0, più alta del 52,7% rispetto a quella dei *single* con meno di 65 anni (€ 471,5).

Il *gap* aumenta quando si passa a due componenti: una coppia di anziani *over* 75 sostiene una spesa sanitaria media annua pari a € 2.249,0, circa tre volte superiore rispetto a quella sostenuta da una coppia con entrambi i componenti con meno di 65 anni.

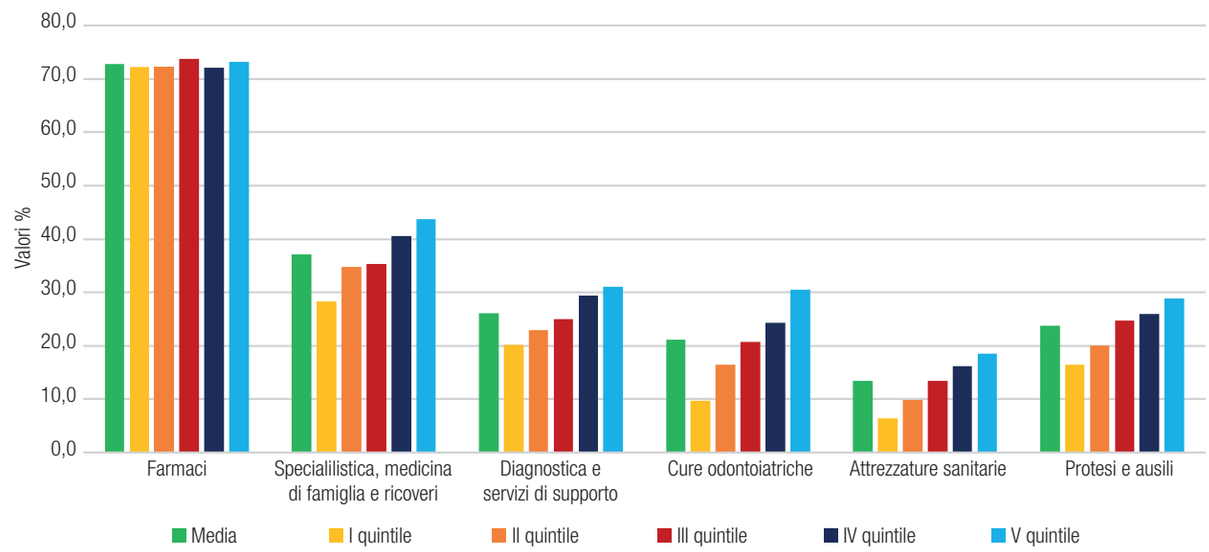
Per le famiglie con figli minorenni il livello di spesa sanitaria aumenta del 30% passando da uno a tre figli, raggiungendo per quest'ultima tipologia di famiglia un valore medio annuo di € 2.388,4.

5a.3. Il profilo di consumo sanitario delle famiglie

Analizzando il profilo dei consumi sanitari delle famiglie, possiamo osservare come, nel 2021, il 72,7% di quelle che effettuano spese sanitarie acquisti farmaci, il 37,1% prestazioni specialistiche e/o di ricovero, il 26,2% prestazioni diagnostiche, il 23,7% protesi e ausili, il 21,2% cure odontoiatriche, l'8,7% diagnostica ed il 13,4% attrezzature sanitarie.

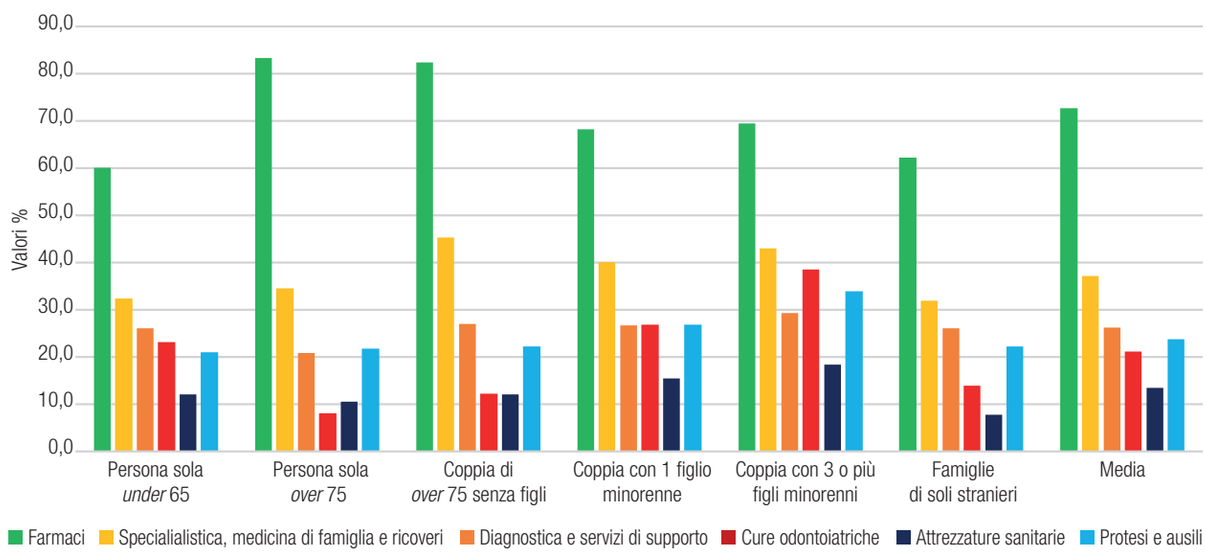
La quota di famiglie che ricorre a tali spese, per tipologia, è rimasta invariata rispetto all'anno precedente, confermando anche per il 2021 l'onere significativo alle famiglie per procurarsi dispositivi di protezione.

Figura 5a.6. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2021



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

Figura 5a.7. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, per tipologia di famiglia. Anno 2021



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

A livello di ripartizione geografica, si osserva che nel Mezzogiorno la quota di famiglie che spende per farmaci arriva all'80,4%; nel Centro invece è maggiore la quota di famiglie che spendono per visite specialistiche e ricovero, e diagnostica (39,8% e 31,9% rispettivamente); la maggior quota di famiglie che ricorrono alle spese odontoiatriche si registra invece nel Nord-Est, ed è pari al 27,4%; nel Mezzogiorno e nel Nord-Est il 24,4% e 24,0%, rispettivamente, delle famiglie spende per protesi e ausili.

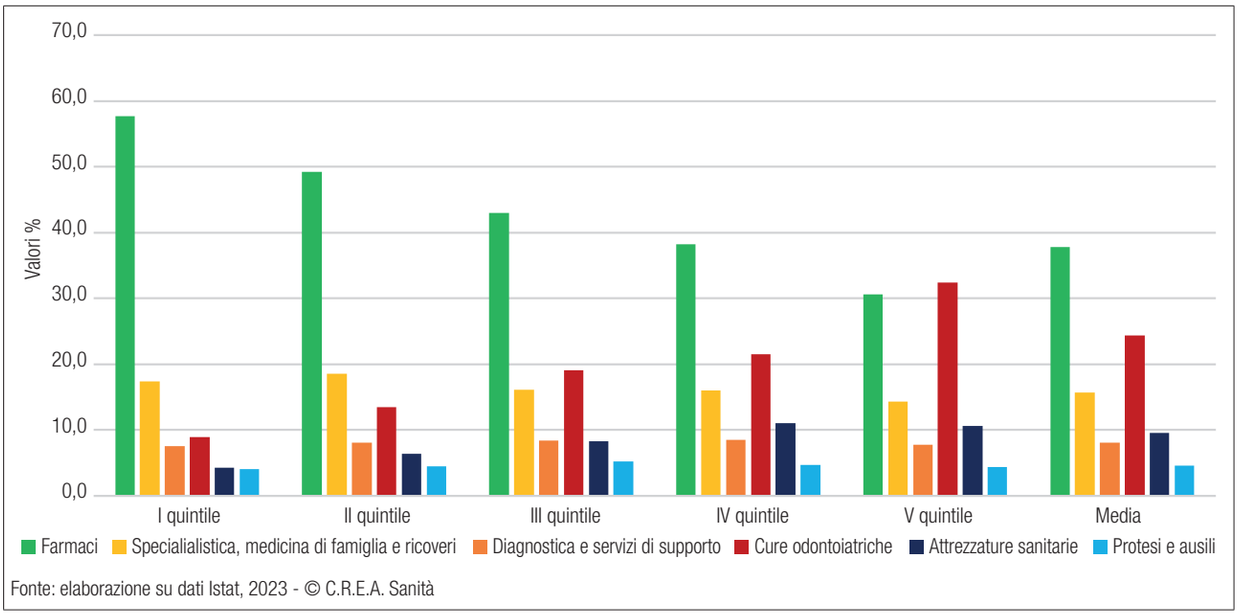
La quota di famiglie che spendono per farmaci non varia in modo significativo fra i quintili di consumo; di contro, quella delle famiglie che spendono per il dentista, la specialistica e la diagnostica, cresce con la disponibilità economica: per il dentista si passa dal 9,7% delle famiglie del I quintile al 30,5% di quelle del V; per le attrezzature sanitarie dal 6,5% (I quintile) al 18,5% (V quintile), per la diagnostica dal 20,2% al 31,0% (Figura 5a.6.).

Analizzando la tipologia di consumi al variare della tipologia di famiglia, pur rimanendo il *ranking* sostanzialmente immutato, si osserva come oltre l'80% degli anziani (soli o in coppia) che spendono per la Sanità, acquista farmaci; oltre il 40% delle famiglie con coppie di anziani o con figli, acquista privatamente prestazioni di specialistica e di diagnostica; il ricorso alle cure odontoiatriche è una prerogativa soprattutto dei giovani (soli o famiglie con figli) (Figura 5a.7.).

In termini di spesa, i farmaci rappresentano l'onere maggiore, pari al 37,8% del totale della spesa sanitaria privata, (42,2% nel 2019); seguono le cure odontoiatriche con il 24,4% (21,4% nel 2019); le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri con il 15,6% (15,1% nel 2019); le attrezzature terapeutiche con il 9,5% (9,7% nel 2019); l'acquisto di presidi e ausili con il 4,6% (3,3% nel 2019). Rispetto all'anno pre-pandemico si è registrato un aumento dell'onere relativo alla spesa per esami specialistici, cure odontoiatriche e protesi e ausili; si è invece ridotto di 4,4 p.p. quello per i farmaci (Figura 5a.8.).

Prendendo in considerazione l'aspetto geografico (Figura 5a.9.), la spesa farmaceutica incide maggiormente nel Mezzogiorno (47,1%, in riduzione di 1,0 p.p. rispetto al 2019), quella per il dentista nel Nord-Ovest (29,4%), quella per le visite di controllo nel Centro (17,3%) e quella per le indagini diagnostiche ancora nel Centro (10,1%).

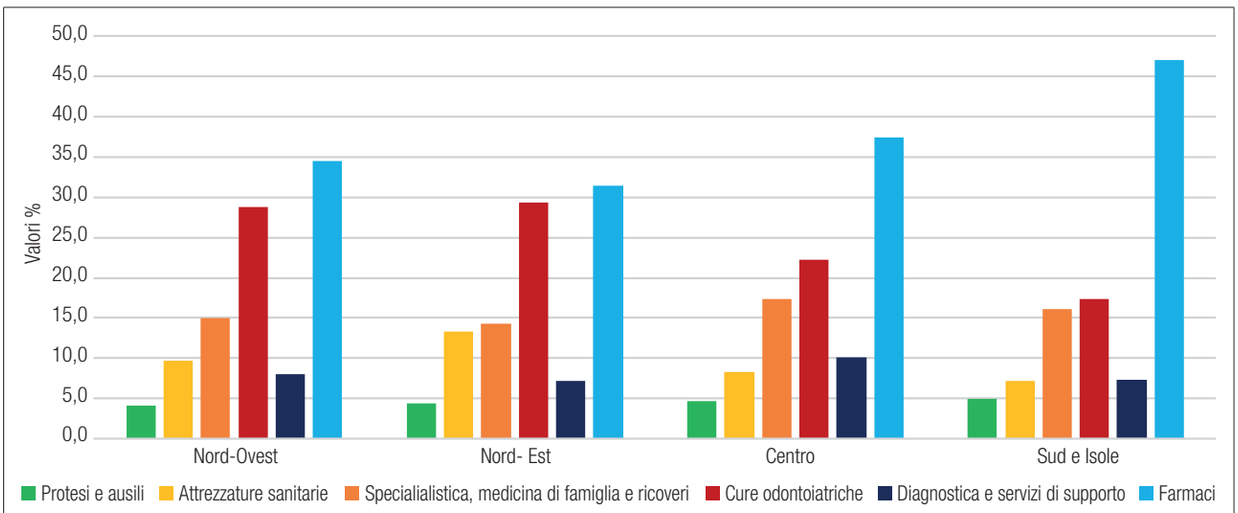
Figura 5a.8. Composizione della spesa media annua "effettiva" delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2021



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

Analizzando l'onore delle diverse voci a seconda della tipologia di famiglia, si osserva che farmaci e specialistica rappresentano oltre il 60% della spesa sanitaria degli anziani (sia soli che in coppia); nelle famiglie con figli e nelle persone sole *under* 65 anni oltre il 60% dell'onere è destinato ai farmaci e al dentista (Figura 5a.10.).

Figura 5a.9. Composizione della spesa media annua "effettiva" delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2021



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

In definitiva, si conferma come i farmaci rappresentino l'onere maggiore, sebbene in riduzione

rispetto al 2019, seguito dalla specialistica per gli anziani e dalle cure odontoiatriche per le coppie con figli o le famiglie monocomponente con meno di 65 anni. Sulle restanti voci non si riscontrano sostanziali differenze in termini di "contributo" all'onere sostenuto dalle famiglie.

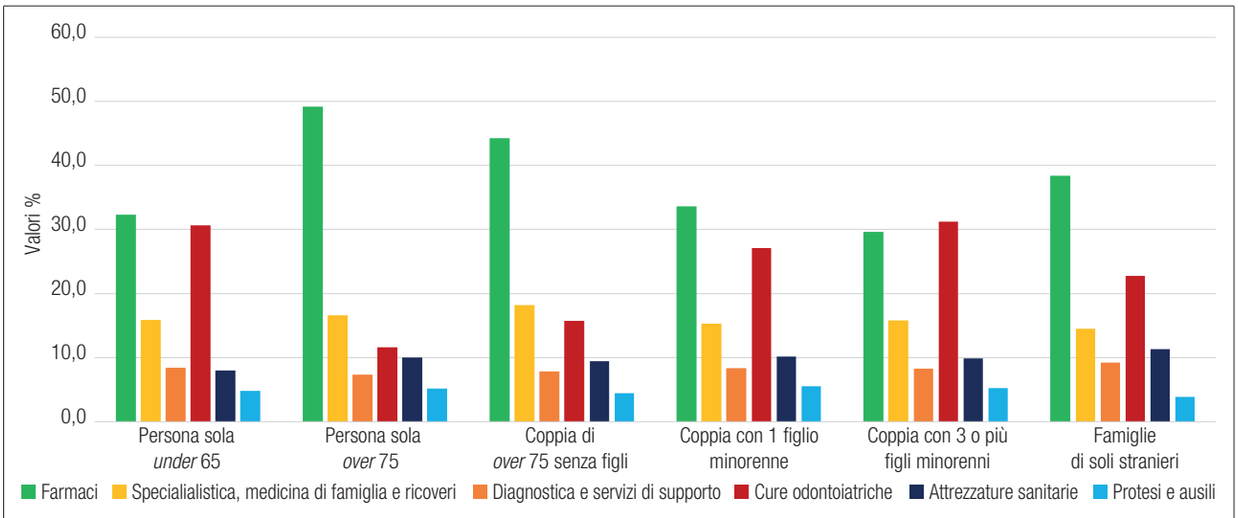
Al fine di meglio comprendere il comportamento di consumo sanitario, anche alla luce del livello di protezione verso i rischi di salute che dovrebbe essere garantito in Italia, è stata effettuata una analisi comparativa dell'incidenza dei consumi per Istruzione, Sanità e Trasporti sui consumi totali delle famiglie; l'analisi è stata disaggregata per livello di istruzione, così da tenere conto di come esso agisce sui comportamenti, tenendo conto che può anche essere considerato come *proxy* dei livelli di reddito.

Nel 2021, l'incidenza delle spese per i Trasporti e l'Istruzione aumenta con l'aumentare del livello di istruzione; di contro, per i consumi sanitari il *trend* è opposto: la quota destinata a tali spese si riduce all'aumentare del livello di istruzione, contrariamente alle aspettative.

L'analisi estesa al periodo 2015-2021 ci fa constatare che, mentre per i settori Istruzione e Trasporti le incidenze sui consumi totali sono rimaste pressoché invariate, o si sono ridotte, per tutti i livelli di istruzione, per il settore Salute l'incidenza è aumentata per tutti i livelli di istruzione, ma in maggior misura sui meno istruiti.

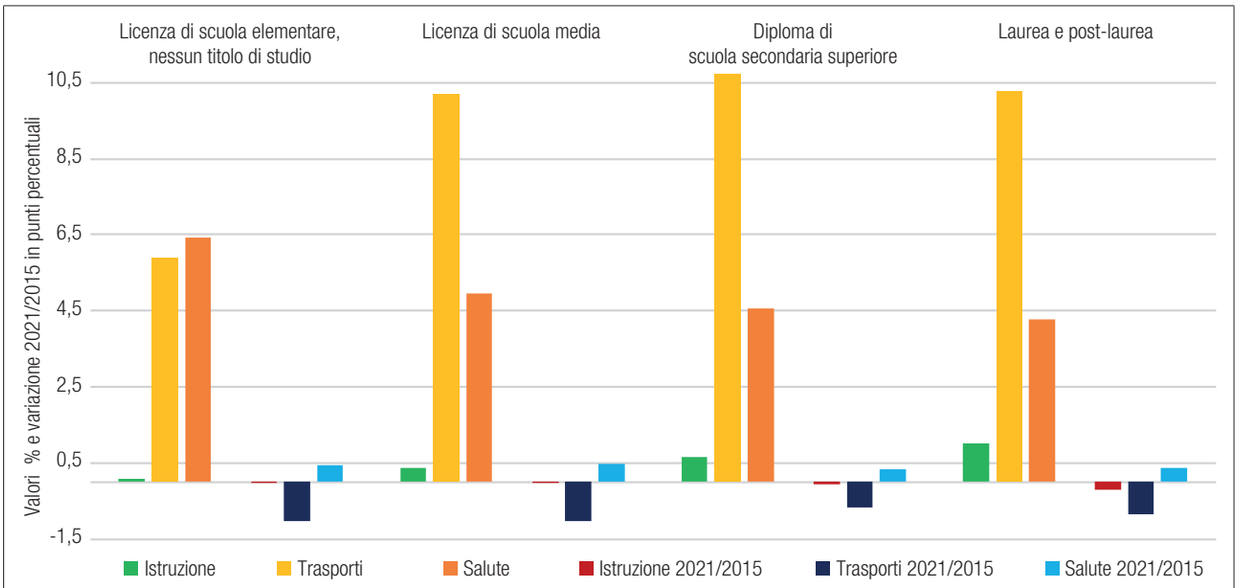
In prima approssimazione, quindi, sembra si possa sostenere che spendere privatamente per la Sanità è un "onere maggiormente necessario" per le fasce meno abbienti, di quanto non lo sia per altri settori meritori, quali Istruzione e Trasporti; in definitiva, non sembra si riesca ad intravedere una maggiore protezione per i meno abbienti: di fatto, l'incidenza del consumo sanitario risulta, infatti, correlata negativamente con il livello di istruzione e, quindi, presumibilmente neppure con il livello di reddito, incidendo maggiormente sui più deboli.

Figura 5a.10. Composizione della spesa media annua "effettiva" delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia di bene e di famiglia. Anno 2021



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

Figura 5a.11. Quota di consumi per Istruzione, Trasporti e Salute, per titolo di studio. Anno 2021



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

5a.4. L'equità dei SSR

I *gap* di spesa per quintile

Al fine di analizzare la capacità "protettiva" dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stato elaborato l'indicatore che, nei precedenti Rapporti, abbiamo convenzionalmente definito "indicatore di distribuzione": compara le differenze di spesa per i consumi totali e per quelli sanitari (questi ultimi anche per singola voce), fra le famiglie appartenenti ai quintili estremi di consumo.

In una logica solidaristica, l'attesa sarebbe che, per effetto della garanzia di accesso che i SSR dovrebbero garantire alle famiglie meno "abbienti", il *gap* registrato per la spesa sanitaria sia superiore a quello registrato per il totale dei consumi, generando un "indicatore di distribuzione" positivo.

Nel 2021, la spesa sanitaria pro-capite delle famiglie più abbienti risulta pari a 6,8 volte quella delle meno "abbienti". A livello di ripartizione si passa da un *gap* massimo di 9,7 del Nord-Est, ad uno minimo pari a 5,6 del Mezzogiorno. Per quanto concerne la spesa totale per i consumi delle famiglie più abbienti, essa risulta pari a 4,9 volte quella delle meno "abbienti". A livello di ripartizione si passa da un *gap* massimo di 4,9 del Nord-Ovest, ad uno minimo pari a 1,4 del Mezzogiorno.

L'"indicatore di distribuzione", di conseguenza, vale 1,9 (2,2 nel 2019) a livello nazionale: risulta massimo nel Nord-Est (4,9) e minimo nel Mezzogiorno (0,9). A livello regionale, i valori più alti si registrano in Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Liguria (9,2, 5,8 e 4,6 rispettivamente), i più bassi in Puglia, Basilicata, Molise e Calabria (-1,4, 0,5, 0,6 e 0,8). In varie Regioni meridionali, quindi, l'indicatore assume valori prossimi allo zero, indicando che in tali realtà non si innescano gli effetti solidaristici auspicati. Addirittura, in un caso l'indicatore risulta negativo, indicando un ridotto livello di protezione dei meno abbienti.

Rispetto all'anno pre-pandemico (2019) si è registrato un peggioramento del livello di redistribuzione per Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Puglia e Calabria; di contro, un importante miglioramento si è, invece, verificato in Emilia Roma-

gna, Trentino Alto Adige, Umbria, Lazio e Campania.

Nella figura 5a.11. si analizza congiuntamente l'indicatore di distribuzione (riportato sull'asse delle ascisse) e la quota di rinunce alla spesa per consumi sanitari (asse delle ordinate): l'area della bolla indica l'incidenza dei consumi sanitari su quelli totali registrata per le famiglie del primo quintile (meno "abbienti").

Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Liguria risultano caratterizzate da bassa incidenza dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie meno "abbienti", bassi livelli di "rinunce" e un valore positivo dell'indicatore di distribuzione (in particolare l'Emilia Romagna), indicatori di un elevato livello di protezione dei meno "abbienti"; di contro quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno presentano una incidenza alta dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie meno "abbienti", con livelli medio-alti di "rinunce" e un indicatore di distribuzione addirittura negativo nel caso della Puglia, e prossimo allo 0 per Basilicata, Molise e Calabria: si evidenzia, quindi, come la capacità redistributiva di questi SSR sia insufficiente.

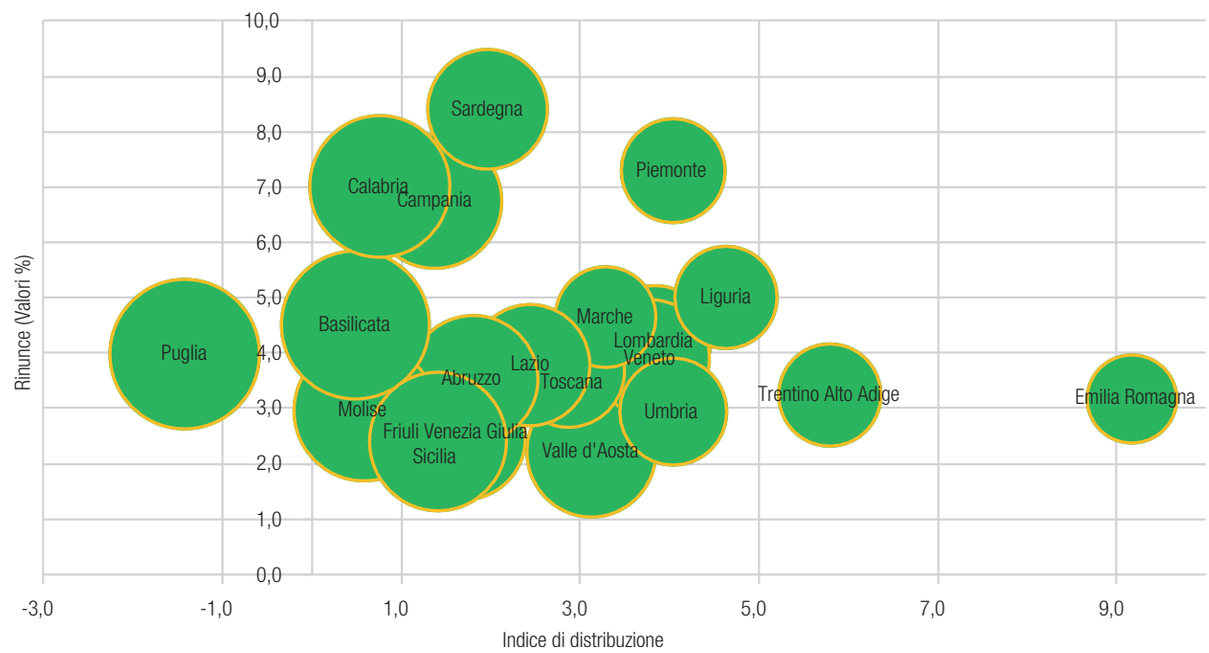
Campania, Calabria e Sardegna sono caratterizzate da una incidenza medio-alta dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie meno "abbienti", e da più alti livelli di "rinunce", oltre ad indicatore di distribuzione prossimo allo zero: possiamo quindi concludere come, anche in questo caso, si evidenzi una capacità redistributiva insufficiente.

Marche, Lombardia e Veneto, sebbene con una quota intermedia di rinunce, presentano un effetto redistributivo importante a tutela dei meno "abbienti" (Figura 5a.12.).

Si può sintetizzare affermando che la risposta equitativa dei SSR è in deterioramento rispetto all'anno pre-pandemico (2019), oltre a rimanere molto difforme tra le Regioni; aumenta, inoltre, il divario tra Nord e Mezzogiorno: in quest'ultima ripartizione si osserva come i consumi sanitari delle classi meno "abbienti" rimangano più alti, in termini relativi, rispetto a quelli delle classi più "abbienti", evidenziando così un chiaro problema di tipo equitativo.

L'indicatore di distribuzione determinato per singola tipologia di famiglia fa, in particolare, emergere una insufficiente capacità redistributiva per le famiglie con 3 o più figli (-0,1).

Figura 5a.12. Indicatore di distribuzione, "rinunce", e incidenza dei consumi sanitari dei meno "abbienti". Anno 2021



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

La *"fairness"* dei SSR

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, sono stati costruiti l'indice di impoverimento, di "catastroficità" e di disagio economico (per cause sanitarie), al fine di valutare la capacità del sistema pubblico di tutelare i cittadini dagli oneri economici della malattia.

Per quanto concerne il fenomeno dell'impoverimento per spese sanitarie, utilizzando le soglie di povertà relativa dell'Istat, esso risulta colpire l'1,6% (423.041) dei nuclei familiari (il 2,2% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie). Dopo la riduzione registrata nel 2020, dovuta ai minori consumi durante la pandemia, il fenomeno è ripreso ad aumentare raggiungendo un livello superiore a quello del 2019. Nel periodo 2015-2021 l'incidenza del fenomeno è cresciuta di 0,2 p.p. (di 0,4 p.p. considerando le solo famiglie che sostengono consumi sanitari).

Va, altresì, osservato che il peggioramento dell'indicatore è ridotto dal contestuale aumento delle rinunce al consumo sanitario.

Le famiglie impoverite a causa dei consumi sanitari destinano a questi ultimi il 13,3% dei loro consumi totali.

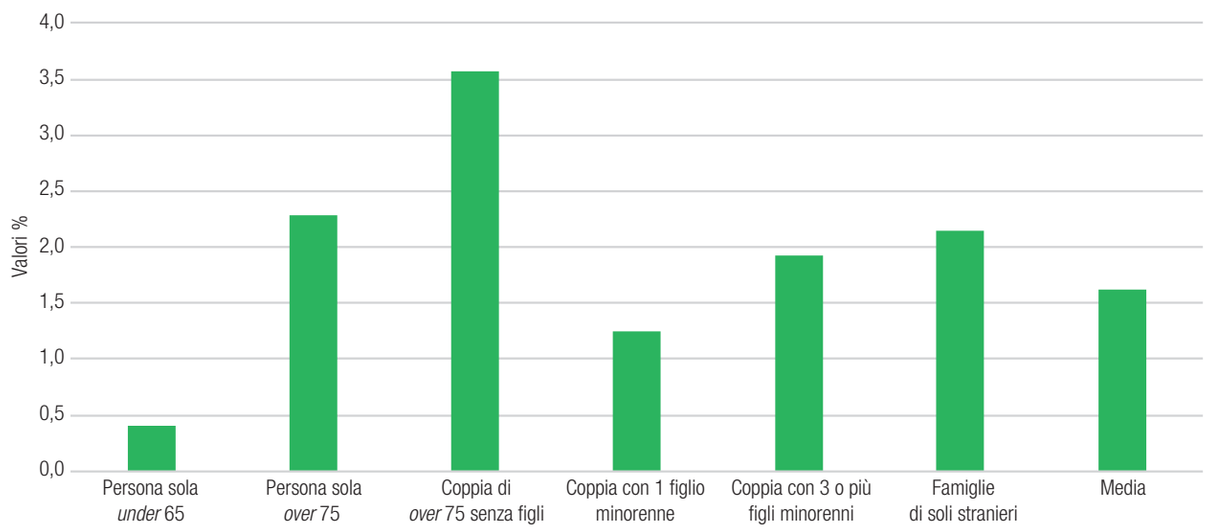
In termini geografici, le famiglie residenti nel Mezzogiorno sono le più colpite: l'incidenza risulta essere del 3,2% (0,1 p.p. in più rispetto al 2019), contro l'1,2% di quelle del Centro (+0,3 p.p. rispetto al 2019), lo 0,6% di quelle del Nord-Est (-0,1 p.p. rispetto al 2019) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (-0,1 p.p. rispetto al 2019). Considerando le sole famiglie che sostengono spese sanitarie l'impatto nel Mezzogiorno è il triplo di quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

Nel periodo 2015-2021 l'incidenza del fenomeno è aumentata di 0,4 p.p. rispettivamente nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno, di 0,1 p.p. nel Centro ed è rimasto invariato nel Nord-Est.

Basilicata, Puglia e Campania risultano essere le Regioni con l'incidenza maggiore del fenomeno: rispettivamente pari al 5,2%, 4,2% e 3,5% delle famiglie residenti; Emilia Romagna, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia invece quelle con la minore incidenza: 0,5%, 0,5% e 0,6% rispettivamente.

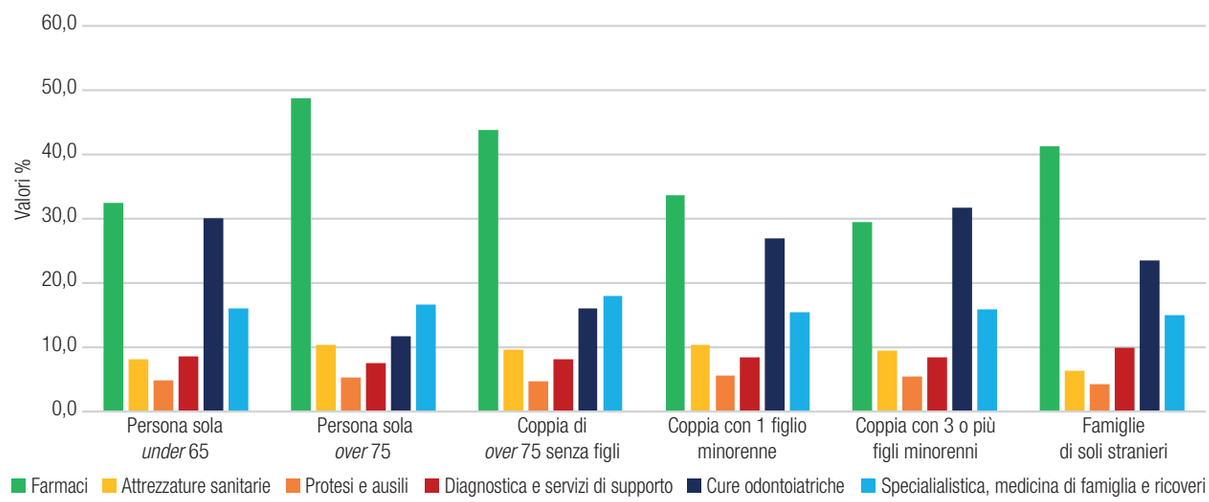
L'impoverimento coinvolge esclusivamente le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 14,6% (1,9 p.p. in più rispetto al 2019) di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari e lo 0,6% di quelle del II (0,1 p.p. in meno rispetto al 2019).

Figura 5a.13. Quota famiglie impoverite, per tipologia di famiglia. Anno 2021



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

Figura 5a.14. Composizione consumi sanitari famiglie impoverite, per tipologia di famiglia. Anno 2021



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

Inoltre, l'impoverimento (Figura 5a.13.) interessa soprattutto le coppie di anziani *over* 75 (3,6%), gli anziani soli (2,3%) e le famiglie di stranieri (2,2%).

Il valore massimo si raggiunge nel Mezzogiorno, dove il 4,2% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo nel Nord-Ovest, con lo 0,9%.

Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destinino ai farmaci e alle cure odontoiatriche una quota superiore a quella media (41,1% e 27,3% rispettivamente), rimanendo in linea con la media nazionale per le altre voci: visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (16,1%), diagnostica (6,1%) e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (5,8% e 3,3% rispettivamente). Rispetto all'anno pre-pandemico si è ridotto il contributo delle ultime due voci, ed è aumentato quello per il dentista di 6 p.p.(Figura 5a.14.).

In sintesi, il fenomeno dell'impoverimento, dopo la riduzione registrata nel primo anno della pandemia è ripreso ad aumentare superando il livello raggiunto prima della pandemia. I più colpiti dal fenomeno sono i residenti nel Sud del Paese, i più "fragili", ovvero le famiglie dei primi quintili di consumo, e gli *over* 75 anni (famiglia monocomponente o coppia), e le famiglie di soli stranieri. I farmaci per gli anziani, ma soprattutto il dentista per le famiglie con figli, continuano ad essere la causa primaria di impoverimento.

Per tenere conto del *bias* nell'impoverimento generato dalle rinunce, è stato costruito l'indicatore di "disagio economico dovuto a consumi sanitari delle famiglie": esso somma il fenomeno dell'impoverimento dovuto alle spese sanitarie, alle "rinunce" per motivi economici a tali tipologie di spese.

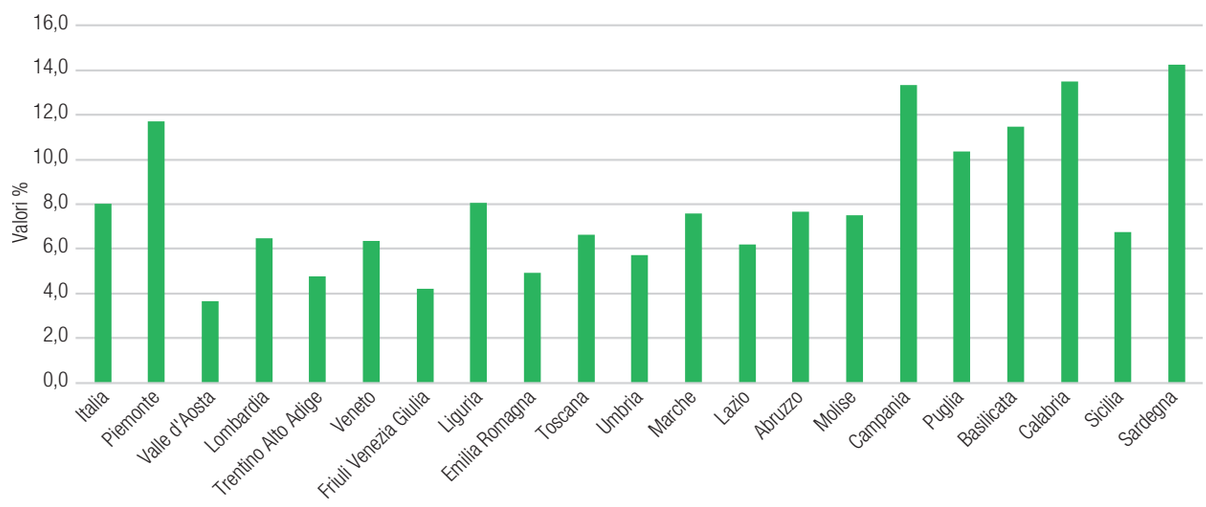
Secondo questo indicatore, nel 2021, il 6,1% del totale dei nuclei (oltre 1,58 milioni di famiglie) registrano un disagio economico legato alle spese sanitarie (Figura 5a.15.); il fenomeno è in crescita di +0,9 p.p. rispetto all'anno precedente e di +1,5 p.p. rispetto al 2019.

Nel periodo 2015-2021 si registrata un aumento complessivo dell'incidenza del fenomeno di +0,4 p.p..

Va ricordato che l'indicatore, per ragioni prudenziali, non considera volutamente le rinunce parziali e non coglie i casi di rinunce "ripetute", ovvero chi non sostiene negli anni alcuna spesa per consumi sanitari.

L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,2% a fronte dell'8,1% dell'anno precedente e dell'8,0% del 2019); segue il Centro (5,0% a fronte del 4,0% del 2020 e del 3,8% del 2019) e il Nord-Ovest con 5,9% ed il Nord-Est con il 4,0% (a fronte del 3,8% e 2,5% rispettivamente del 2019).

Figura 5a.15. Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2021



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

Sardegna, Calabria e Campania risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari: rispettivamente il 14,3%, il 13,5% e il 13,3%; all'estremo opposto troviamo Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna con rispettivamente il 4,2%, 4,8% e 4,9% di famiglie affette.

Il disagio economico colpisce tutti i quintili di consumo, sebbene incida maggiormente (18,1%) nel I quintile, quindi del 5,4% fra quelle del II, del 3,3% fra quelle del III, dello 2,1% fra quelle del IV e dell'1,6% fra quelle del V.

Analizzando il fenomeno per tipologia di famiglie, si osserva come il livello di disagio è simile per tutte le tipologie,

Si conferma, quindi, che sommando impoverimenti e rinunce, il nostro SSN continua a segnare peggioramenti di tipo equitativo, nel medio e nel lungo periodo, con una costante crescita dei nuclei soggetti a disagi relativamente ai consumi sanitari.

Infine, si sono considerate le spese sanitarie che incidono per oltre il 40% della *Capacity To Pay* (calcolata come i consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza, identificate con la soglia di povertà assoluta dell'Istat) delle famiglie, che sono definite spese "catastrofiche".

Il fenomeno, dopo la riduzione del 2020, ha ripreso ad aumentare interessando il 2,8% delle famiglie residenti (+0,4 p.p. rispetto al 2019), ovvero il 3,7% di quelle che sostengono consumi sanitari): le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 731.489 (circa 100.000 nuclei in più rispetto al 2019).

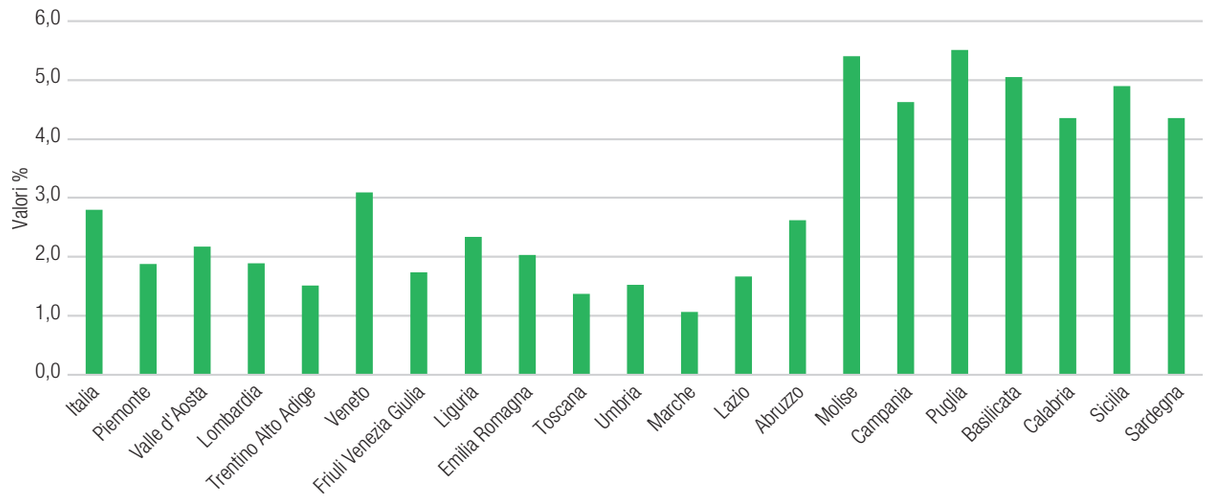
Nel periodo 2015-2021 si è registrato un aumento complessivo dell'incidenza delle famiglie soggette a spese "catastrofiche" di 0,1 p.p..

Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione più colpita, con il 4,7% delle famiglie, in aumento di +1,0 p.p. nell'ultimo anno; segue il Nord-Est con 2,4% (+0,5 p.p.), il Nord-Ovest con l'1,9% (+0,1 p.p.) ed il Centro con l'1,5% (-0,2 p.p.).

Nel Nord-Ovest e nel Nord-Est si è registrato un aumento di rispettivamente di +0,8 e +0,4 p.p., nel Mezzogiorno si è invece ridotto di -0,8 p.p..

Le Regioni più colpite dal fenomeno sono Puglia, Molise e Basilicata (5,5%, 5,4% e 5,0% rispettivamente); Marche, Toscana e Umbria solo le meno colpite: con rispettivamente l'1,1%, l'1,4% e 1,5% delle famiglie (Figura 5a.16.).

Figura 5a.16. Quota famiglie soggette a spese "catastrofiche". Anno 2021



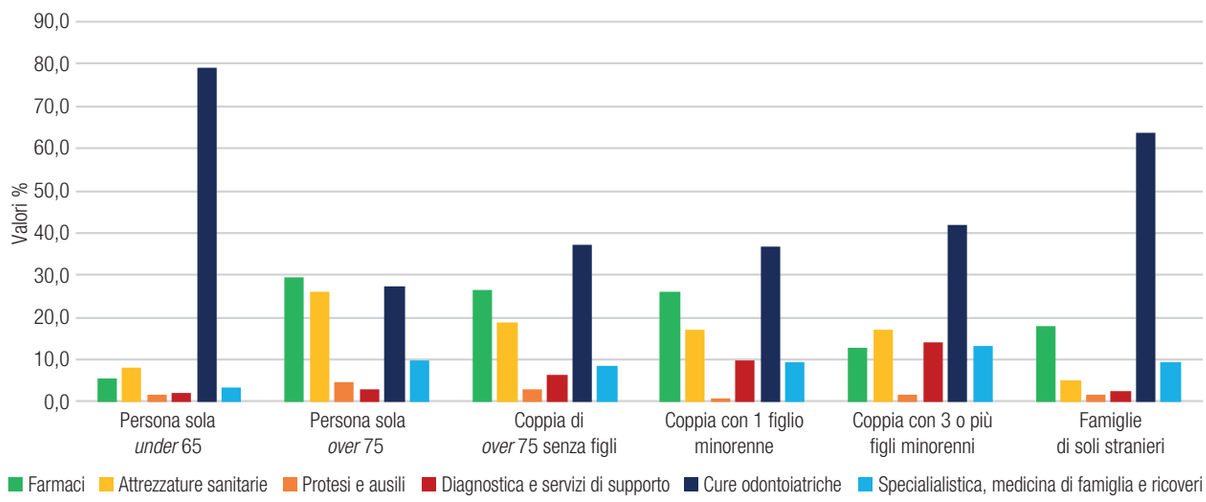
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Le famiglie che sostengono spese "catastrofiche" sono presenti in tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (13,5%) nel I quintile; sono il 2,2% di quelle del II, l'1,9% di quelle del III, l'1,7% di quelle del IV e l'1,8% di quelle del V.

Analizzando il fenomeno per tipologia di famiglie, si osserva come le più esposte alle spese "catastrofiche" sono quelle degli anziani *over* 75 (soli o in coppia) e le coppie con tre o più figli minorenni: l'incidenza risulta rispettivamente del 5,8%, 4,4% e 4,0%; anche il 4,5% delle famiglie di soli stranieri sono soggetti a spese sanitarie "catastrofiche".

Le famiglie soggette a spese "catastrofiche" destinano oltre la metà (54,1%) dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, il 15,0% ai farmaci e il 10,8% all'assistenza specialistica e alla diagnostica (Figura 5a.17.).

Figura 5a.17. Composizione consumi sanitari delle famiglie soggette a spese "catastrofiche", per tipologia di famiglia. Anno 2021



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

In sintesi, il fenomeno delle spese "catastrofiche", come quello dell'impoverimento, è ripreso ad aumentare dopo il calo registrato nel primo anno della pandemia, registrando un valore superiore al 2019 e al 2015; la crescita è stata più netta nel Nord, anche se il Mezzogiorno resta la ripartizione più colpita dal fenomeno; le spese per il dentista rimangono la principale destinazione delle spese "catastrofiche".

5a.5. Riflessioni finali

Nel 2021, si è registrata una ripresa dei consumi totali delle famiglie (+4,7%), ed una crescita della spesa sanitaria di entità quasi doppia (+9,0%): l'incidenza della spesa per consumi sanitari ha, quindi, raggiunto il 4,8% del totale.

Tale incidenza è generalmente maggiore nel Mezzogiorno.

Il dato aggregato reso disponibile dall'Istat relativamente al 2022 indica l'attesa di un ulteriore incremento dei consumi totali delle famiglie in valori correnti che, però, alla luce dell'elevata inflazione, lascia il livello di consumo in termini reali sostanzialmente invariato.

Anche la quota di famiglie che ha acquistato beni e servizi sanitari è tornata ad aumentare dopo la riduzione dovuta alla pandemia nel 2020, rimanendo però inferiore al livello del 2019.

La quota di spesa destinata ai consumi sanitari risulta positivamente correlata ai consumi totali e, quindi, presumibilmente anche alle disponibilità delle famiglie; ma aumenta l'incidenza delle spese destinate alla Sanità da parte delle famiglie del primo quintile di consumo.

Peraltro, mentre per Istruzione e Trasporti l'incidenza risulta correlata ai livelli di istruzione, questo non avviene per la Sanità: in prima approssimazione, sembra si possa sostenere che le famiglie abbiano maggiore necessità di spendere privatamente per la Sanità, rispetto ad altri settori meritori, quale l'istruzione, o non (più di tanto) comprimibili, quali i Trasporti; di fatto, non sembra si riesca ad intravedere una maggiore protezione per i meno abbienti rispetto agli oneri per la salute.

Dall'analisi dei consumi si conferma come la quota di famiglie che ricorre a spese per specialistica e per il dentista aumenta con la loro disponibilità economica. Farmaci e specialistica rappresentano oltre il 60% dell'onere per gli anziani (soli o in coppia), mentre per le famiglie con figli è la spesa per le cure odontoiatriche la seconda voce dopo i farmaci, seguita dalla specialistica.

La spesa media effettiva familiare per consumi sanitari, ovvero quella calcolata sui soli nuclei che la sostengono, ammonta a € 1.850,2, in aumento del +6,4% rispetto all'anno precedente e del +2,5% rispetto al 2019.

Nel periodo 2015-2021 si è registrata una crescita complessiva pari al 6,8%: massima e pari al 14,1% per le famiglie del III quintile e minima (riduzione), pari a -2,8% per quelle dell'ultimo quintile. A questo fenomeno si associa un aumento di incidenza delle "rinunce" alle spese per consumi sanitari, che ha interessato tutti ma in particolare i meno abbienti.

Nel 2021 il fenomeno dell'impoverimento per spese sanitarie private ha colpito 423.041 nuclei familiari, ovvero l'1,6% di tutte le famiglie. Dopo la riduzione registrata nel 2020, il fenomeno è ripreso ad aumentare raggiungendo un livello superiore a quello del 2019. Nel periodo 2015-2021 l'incidenza del fenomeno è crescita di 0,2 punti percentuali e continua ad interessare soprattutto il Sud del Paese.

L'impoverimento interessa soprattutto le coppie di anziani *over* 75 (3,6%), gli anziani soli (2,3%) e le famiglie di stranieri.

Sommando le rinunce alla spesa e l'impoverimento, è possibile apprezzare come l'incidenza dei nuclei familiari soggetti ad un disagio economico causato dai consumi sanitari sia aumentata di 0,6 p.p. nell'ultimo anno, rappresentando il 6,1% delle famiglie; il dato è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,0%).

Nel periodo 2015-2021 si è registrato un aumento complessivo dell'incidenza del fenomeno di +0,4 p.p.

Anche il fenomeno della "catastroficità" è ripreso ad aumentare, interessando il 2,8% delle famiglie residenti; colpisce maggiormente il Mezzogiorno anche se nel periodo 2015-2021 è particolarmente

aumentata l'incidenza nel Nord.

Anche per questo fenomeno, oltre agli stranieri, i più "fragili" risultano essere gli anziani e le famiglie con figli.

In sintesi, la pandemia ha sicuramente comportato un ulteriore peggioramento degli aspetti equitativi del SSN, muovendo da uno scenario già critico: nel periodo 2015-2021 si registra un peggioramento di tutti gli indicatori di equità; durante la pandemia sembrava che il divario Nord-Sud si fosse ridotto, ma gli ultimi dati sembrano, invece, indicare un inasprimento dello stesso.

Le fasce più colpite risultano essere gli anziani (soli o in coppia) e le famiglie con tre o più figli.

Le spese per cure dentistiche e la specialistica rappresentano le maggiori cause di iniquità.

La crescita delle disuguaglianze condiziona fortemente la capacità di accesso e quindi di tutela della propria Salute, confermando l'idea che politiche equitative efficaci devono essere ritagliate sulle specificità dei settori di intervento, oltre che dei bisogni e dei comportamenti degli individui.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari). "Rapporto Sanità"
Istat (anni vari). Indagine "Spesa delle famiglie"
Istat (2023). "Report Spesa delle famiglie"

ENGLISH SUMMARY

Impoverishment, catastrophism and economic hardship due to family health causes

The Chapter first analyses the Italian households' health consumption behaviour, by also drawing a comparison between health behaviours and education and transportation behaviours.

Secondly, it focuses on assessing the levels of actual protection provided by the NHS with regard to the economic risks arising from illness. In continuity with the previous Reports, the incidence of impoverishment caused by health consumption expenses; of the economic distress caused by the "combined effect" of impoverishment and healthcare renunciation; and of "catastrophic" health expenditure (understood as the "excess" of the incidence of health expenditure on households' budgets) was determined. Furthermore, by means of a distribution indicator, introduced for the first time in the 17th Report, and developed by comparing the differentials in health and total expenditure between the "better-off" and "less well-off" households, the "direction" of changes in the levels of protection of the less well-off segments of the population was analysed.

The analyses made showed that in 2021 there was both a recovery in total household consumption (+4.7 percent) and a growth in health spending of almost twice as much (+9 percent).

The average yearly "actual" spending on health consumption (i.e. calculated on the households that incur it), is equal to 5.8% of total consumption, up by 0.1% over the previous year and by 0.3 over 2019. The highest incidence (6%) is found in the middle quintiles (III and IV), and the lowest one (5.7%) in "less affluent" households (I and II quintiles).

Over the past five years, there was a 0.4%. increase in the average incidence of "actual" spending on health consumption as a percentage of the total, and the differences between the least and the most affluent people narrowed considerably, from a gap of 1.21 times in 2015, to one of 1.01 in 2021.

The aggregate data made available by the Italian National Institute of Statistics (Istat) for 2022 shows that a further increase in total household consumption (+8.7 percent) in current values is expected, which, however, considering the high inflation rate, leaves the level of consumption in real terms essentially unchanged.

Moreover, while for Education and Transportation the incidence seems to be correlated with education levels, this is not the case for Health: to a first approximation, it can be argued that households have a greater need to spend privately on Health, than on other areas, such as education, or on areas in which spending cannot be (significantly) reduced, such as Transportation. In fact, we cannot see greater protection for the less affluent people with respect to health charges.

The analysis of consumption confirms that the share of households spending on specialist and dental care increases based on their financial means. Medication and specialist care account for more than 60 percent of the burden for the elderly people (living alone or in couple), while for families with children, spending on dental care is the second item after medication, followed by specialist care.

As a result of health consumption, in 2021 the impoverishment due to private healthcare expenses affected 423,041 households (1.6 percent of all households). After decreasing in 2020, the phenomenon started to increase again, reaching a higher level than in 2019.

Impoverishment mainly affects elderly couples over 75, the elderly people living alone, and foreigners' households.

Adding up care renunciation and impoverishment, we can see that the incidence of households

subject to economic hardship caused by health consumption increased by 0.6 per cent in the past year, affecting 6.1 percent of households. This figure is significantly higher in the South of Italy (8 percent).

There was an overall 0.4% increase in the incidence of the phenomenon in the 2015-2021 period.

The phenomenon of "catastrophic health spending" has also started to increase again, affecting 2.8% of resident households. It mostly affects the South, although the incidence in the North increased particularly in the 2015-2021 period.

Again for this phenomenon, besides foreigners, the most "fragile" people are the elderly and families with children.

In summary, the pandemic has certainly further worsened the equity aspects of the NHS, starting from an already problematic scenario: in the 2015-2021 period there was a worsening of all equity indicators. During the pandemic it seemed that the North-South gap had narrowed, but the latest data seems, instead, to indicate a widening of this gap.

The most affected groups seem to be the elderly people (living alone or in couple) and families with three or more children.

Expenses for dental and specialist care are the greatest causes of inequity.

The growth of inequality strongly affects the ability to have access to care and hence protect one's own health, thus confirming the idea that effective equitable policies need to be tailored to the specific characteristics of the intervention areas, as well as individuals' needs and behaviours.

CAPITOLO 5b
Monitoraggio dell'Autonomia Differenziata in sanità

d'Angela D.[1], Polistena B.[1], Spandonaro F.[2], Expert Panel XI ed.

5b.1. Contesto normativo

Con la riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001), la Repubblica ha adottato un assetto federalista, la cui più compiuta applicazione si può affermare sia sinora stata quella in campo sanitario.

Nel disegno costituzionale riformato, una particolare rilevanza viene assunta dalla modifica dei criteri di solidarietà che regolano i rapporti fra Regioni.

Anche l'affermazione precedente trova una compiuta dimostrazione proprio in campo sanitario. Infatti, sin dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (L. n. 833/1978), la riduzione delle disparità territoriali è stato obiettivo prioritario delle politiche sanitarie; obiettivo normativamente confermato e rafforzato dalla definizione dei cosiddetti "Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza" (LEUA, D. Lgs. n. 502/92), che dovevano essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Il perseguimento dell'obiettivo è stato supportato da una politica di finanziamento basata, seppure con alterne vicende relativamente ad alcuni aspetti "tecnici", sulla determinazione del bisogno sanitario: una strategia di finanziamento, quindi, che scinde completamente le risorse disponibili, da quelle regionalmente garantite, essendo quest'ultime legate ai soli specifici "bisogni" della popolazione regionale.

L'assetto del finanziamento non è cambiato neppure dopo la "perdita" dell'uniformità nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, DPCM 29.1.2001), mantenendo il principio di ripartire l'ammontare di risorse definito a priori in base a istanze macro-economiche e politiche unicamente in base ai bisogni sanitari della popolazione. In altri termini, le risorse che si possono rendere disponibili per il SSN sono decise a priori, in base alla congiuntura economica e alla garanzia di erogazione dei LEA, e vengono poi ripartite fra le Regioni in base ai relativi "bisogni". Un assetto che intrinsecamente implica che eventuali maggiori disponibilità (e simmetricamente eventuali minori disponibilità) a livello nazionale automaticamente si trasformino in un beneficio (simmetricamente "sacrificio") distribuito su tutte le Regioni.

A ben vedere, il meccanismo che lega le disponibilità delle Regioni (al netto delle risorse proprie regionali destinabili ai cosiddetti extra-LEA) all'evoluzione economica e politica nazionale, rimane "in piedi" anche dopo la riforma costituzionale.

Infatti, malgrado l'art. 119 del "nuovo" titolo V della Costituzione, esplicitamente affermi che la perequazione regionale per i territori con minore capacità fiscale per abitante, sia limitata a garantire la possibilità per le «*…Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite…*», ovvero esprima una "garanzia" di finanziamento regionale che si "ferma" a quanto necessario per erogare i LEA (nel frattempo oggetto del DPCM 29.1.2001), il meccanismo perequativo contenuto nel coevo D. Lgs. n. 56/2000, continuava a prevedere un riparto proporzionale ai bisogni, annullando (a meno di una quota pari al 10%) gli effetti delle differenti capacità fiscali.

In altri termini, per molto tempo il livello del finanziamento è rimasto "esogeno", e quindi anche le eventuali variazioni del livello di finanziamento regio-

[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

nale: ne segue che tutte le Regioni ancora beneficiano (o soffrono) di aumenti (o riduzioni) del livello complessivo delle risorse destinate alla Sanità; le "posizioni relative" regionali, almeno in via teorica, non si modificano (al netto del 10% sopra citato): anzi, sempre l'art. 119 del Titolo V, prevede la possibilità che il livello centrale destini "risorse aggiuntive" per «*… rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona …*».

Volendo sintetizzare, la normativa, in tal modo, è rimasta fedele al principio originario, ovvero quello di ridurre prioritariamente le disparità esistenti. È necessario attendere la L. n. 42/2009, per vedere sancita la volontà di superare questo approccio, riportando il meccanismo di finanziamento nell'alveo di una lettura "letterale" dell'art. 119 citato; in conseguenza di ciò, a seguire si è generata l'esigenza di definire i costi *standard* dei LEA (a cui dà, in qualche modo, una risposta, per quanto opinabile il D. Lgs. n. 68/2011; Spandonaro, in Quotidiano sanità 2010); con questa "formula" si intende individuare i livelli minimi di finanziamento da garantire alle singole Regioni, affinché possano onorare "le funzioni pubbliche loro attribuite…" come previsto dall'art. 119.

Va da sé che, in questo modo, sia "saltato" il legame esistente fra livello delle disponibilità a livello nazionale e livello di finanziamento delle singole Regioni. Solo quanto necessario per coprire il costo (efficiente) atteso per l'erogazione dei LEA rimane certamente garantito per ogni Regione.

Ovviamente, è possibile che a fronte di una congiuntura economica (e una volontà politica) favorevole, siano rivisti in senso espansivo i LEA, ma va da sé che non si tratta di una opzione automatica: e anzi, si tratta di una opzione "complessa", in quanto ogni aumento dei LEA implica in prospettiva un aumento della perequazione e, quindi, anche interessi regionali confliggenti. In definitiva, si riduce, o forse si annulla, la funzione "redistributiva" del sistema di finanziamento/riparto, che rimane limitata all'eventuale disponibilità di "risorse aggiuntive" centrali, ex art. 119, destinate a «*… rimuovere gli squilibri economici e sociali …*».

In questo contesto di ripensamento del ruolo del finanziamento/riparto, come sino a quel momento interpretato, ai fini della "riduzione delle disparità territoriali", si inserisce da ultimo il dibattito politico innestatosi sul tema del riconoscimento di "forme e condizioni particolari di autonomia per le Regioni", note anche come forme di "autonomia differenziata".

Si tratta di una opzione esplicitamente prevista dall'art. 116, terzo comma, della Costituzione: il recente disegno di legge "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione" ha chiarito come essa possa/debba realizzarsi rispettando un doppio passaggio normativo e con l'obiettivo di fondo di non creare nocumento alle Regioni economicamente e organizzativamente più deboli: anzi, l'aspettativa del legislatore è che la maggiore autonomia riconoscibile ad alcune Regioni rappresenti un «… traino …» anche per le altre.

Le condizioni per l'autonomia differenziata, in estrema sintesi, appaiono essere due: la definizione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) e la stima dei costi delle "ulteriori" funzioni attribuite alle Regioni richiedenti.

L'individuazione dei LEP risulta essenziale, nella misura in cui il loro rispetto è la condizione prima per poter ambire a forme di autonomia differenziata; come argomentato, la loro valorizzazione, mediante i costi *standard*, definisce altresì l'ammontare di risorse che devono continuare a essere garantite alle singole Regioni.

L'individuazione dei LEP è operazione complessa, come ha dimostrato la lunga gestazione in campo sanitario, e anche le difficoltà incontrate nella gestione degli aggiornamenti dei LEA: ciò non di meno, limitandoci alla Sanità, seppure con alcune criticità legate alla definizione dei costi *standard* (Spandonaro, in Quotidiano sanità 2010), la questione appare ormai "risolta".

Altrettanto complessa è la questione del costo delle ulteriori funzioni attribuite alle Regioni, al fine del relativo trasferimento dal livello centrale a quello regionale: la stima dei costi *standard* si è infatti dimostrata complessa già per i LEA e dovrà essere sviluppata per molti altri settori di intervento; inoltre, incombe sul trasferimento il rischio della perdita di

alcune economie di scala: o meglio, le stime sono rese complesse dalla difficoltà di pesare la compensazione fra diseconomie di scala ed economie di "specializzazione" generate, queste ultime, grazie ad una presunta maggiore efficienza regionale.

Anche per questo aspetto, in campo sanitario l'impatto dell'autonomia differenziata appare modesto, almeno se ci limitiamo a considerare le bozze delle richieste regionali; infatti, le richieste di maggiore autonomia sono in larga misura legate alla possibilità di legiferare con maggiore autonomia su temi organizzativi, relativamente al personale, alle compartecipazioni, alla definizione dei tetti e di alcuni aspetti della politica farmaceutica, così come delle forme di sanità integrativa; almeno ad una prima analisi, non sembrano quindi esserci funzioni che prevederanno significativi trasferimenti di risorse dal livello centrale a quello regionale.

In campo sanitario, il punto di maggiore interesse, e potenziale impatto, dell'autonomia differenziata è quello relativo agli effetti sul livello di efficacia/efficienza complessivo del servizio sanitario: in altri termini, sulla capacità di innescare un processo virtuoso (il "traino" richiamato nel disegno di legge), evitando il rischio della generazione di forme di competizione "non voluta" fra le Regioni.

Un "rischio" che evidentemente non si può a priori logicamente escludere, almeno per alcune richieste di "autonomia": si pensi al caso delle politiche retributive del personale dove, in presenza di una evidente carenza di offerta (per gli infermieri e per alcune specializzazioni e posizioni fra i medici), le Regioni con maggiori risorse potrebbero attirare le risorse migliori, generando un effetto spiazzamento per le altre.

Quanto precede induce a ritenere opportuno implementare un sistema di monitoraggio degli effetti (prospettici) della autonomia differenziata.

In altri termini, la migliore garanzia di uno sviluppo equilibrato della opzione prevista dall'art. 116 della Costituzione, rimane la misurazione continua e sistematica dei suoi effetti prodotti.

5b.2. Proposta per misurare degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità

Il sistema di misurazione della *Performance* del livello di tutela della salute a livello regionale, sviluppato sin dal 2012 da C.R.E.A. Sanità, rappresenta un esempio operativo di monitoraggio, da cui è possibile prendere spunto per implementare un sistema di monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata.

Ricordiamo che il sistema di valutazione delle *Performance* prevede, la costituzione di un *Expert Panel multistakeholder* (Istituzioni, *Management* Aziendale, Professioni sanitarie, Utenti e Industria medicale), attualmente composto da oltre 100 componenti.

L'indice unico di *Performance* viene determinato sulla base della metodologia sviluppata da C.R.E.A. Sanità, che assegna un ruolo centrale al *Panel*, chiamato a:

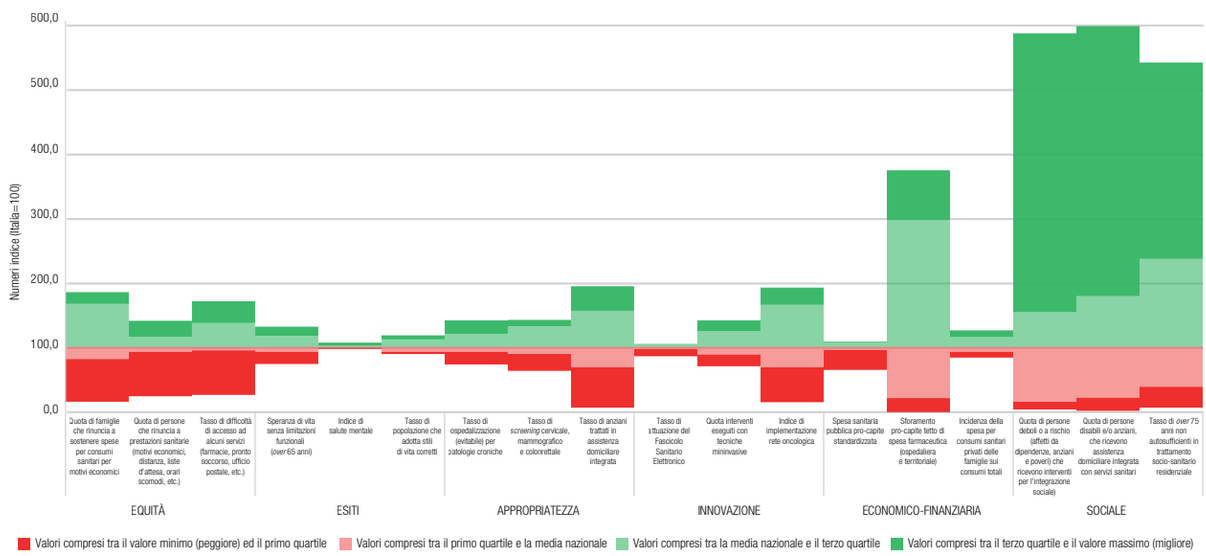
- individuare le aree "qualificanti" nella valutazione dei servizi socio-sanitari
- individuare le Dimensioni di *Performance* (ad oggi Equità, Esiti, Appropriatezza, Innovazione, Esiti e Sociale)
- individuare gli indicatori che le rappresentano
- esprimere (mediante un processo di elicitazione) le proprie preferenze (ovvero i "pesi" attribuiti ai singoli indicatori e Dimensioni di valutazione, nonché le possibilità di "scambio" fra di essi).

Nella progettualità 2023, il *Panel multistakeholder* si è, inoltre, interrogato su come il sistema di misurazione della *Performance* potesse essere opportunamente utilizzato per svolgere un ruolo di supporto nel monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata.

Tre necessità sono emerse come specificamente rilevanti:

1) effettuare una analisi dinamica delle *Performance*
2) allargare a nuove aree il sistema di misurazione
3) implementare per tempo adeguati sistemi informativi.

Figura 5b.1. *Performance*



Fonte: elaborazione – © C.R.E.A. Sanità

Sul primo punto, osserviamo come il progetto "Le *Performance* Regionali" abbia negli anni dimostrato come la *Performance* sia una "categoria" multidimensionale, multi-prospettiva e dinamica.

Questo implica che, di anno in anno, gli indicatori sottostanti la misura della *Performance* possono cambiare.

Di fatto, ai fini del monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata in Sanità, l'elemento chiave (in ossequio al vigente disegno federalista) è la verifica che non si generino arretramenti regionali (almeno rispetto ai LEA, ma si ritiene più in generale anche rispetto alla *Performance* complessiva), ovvero che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa.

Questa esigenza richiede di operare il monitoraggio osservando le variazioni di un nucleo di indicatori "permanenti", onde consentire l'apprezzamento delle dinamiche in essere.

Ai fini della sintesi della valutazione, la proposta è quella di elaborare tre indicatori:

- il primo, basato sulle variazioni dell'"area" delle *Performance* peggiori regionali
- il secondo, sul numero di miglioramenti o peggioramenti di tali *Performance*
- ed il terzo, sulla diversa dinamica registrata dagli indicatori nelle Regioni a cui sarà stata riconosciuta un'autonomia differenziata in Sanità, rispetto alle restanti.

Nel primo caso l'aspettativa è che, coerentemente con la logica del rispetto dei LEA e del miglioramento complessivo della *Performance* (effetto "traino") l'area generata (area rossa nel grafico seguente) fra il valore medio nazionale e i risultati peggiori regionali (ovvero il risultato delle Regioni posizionate in corrispondenza del valore minimo o primo quartile della distribuzione) diminuisca negli anni (ovvero crescano i livelli minimi di *Performance* regionali sui singoli indicatori). In particolare, la dinamica dell'area rossa negli anni verrà determinata considerando come base il valore medio nazionale dell'anno "zero".

In modo complementare, è possibile "contare" i casi di "peggioramento", sempre nell'ottica di monitorare che non ci siano Regioni che perdono "contatto" con un auspicato processo di evoluzione (in senso positivo) dei servizi.

Passando alla seconda necessità evidenziata, avendo già citato la multidimensionalità della *Performance*, si ritiene che utilizzando i processi di elicitazione delle preferenze sviluppati nell'ambito del progetto "Le *Performance* Regionali", sia possibile

raffinare ulteriormente l'indicatore, elaborando una "area standardizzata" in base ai pesi attribuiti alle diverse Dimensioni o ai diversi indicatori prescelti.

Aggiungiamo che il *Panel* ha ritenuto che alcune aree specifiche di monitoraggio meritino di essere prese in considerazione; nello specifico:

- assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera
- equità di accesso alle cure
- livello di integrazione socio-sanitaria
- sistemi di prevenzione (adozione stili di vita corretti, screening etc.)
- digitalizzazione dei servizi assistenziali
- accesso alle tecnologie innovative
- assistenza domiciliare
- efficientamento dei processi gestionali.

Infine, la terza necessità emersa dal *Panel*, richiede un adeguato investimento per migliorare i sistemi informativi: infatti, spesso i sistemi di monitoraggio adottati nell'ambito del SSN sono stati costruiti (anche) sulla base della disponibilità dei flussi informativi che, peraltro, sono stati originariamente sviluppati per altre necessità, per lo più di tipo amministrativo.

L'importanza di monitorare il rispetto dei LEA, anche attraverso una estensione degli attuali sistemi istituzionali (NSG etc.) alle altre aree identificate, e degli effetti della autonomia differenziata richiede, invece, un investimento per sviluppare nuovi e adeguati sistemi informativi, in particolare a copertura di alcune aree che rimangono ampiamente carenti: senza pretesa di esaustività, il digitale, il socio-sanitario, la comunicazione tra professionisti e tra professionisti e pazienti/*caregiver*.

Nello specifico si richiama la necessità di poter elaborare nuovi indicatori per:

- la mobilità passiva, distinta per forma assistenziale (ospedaliera ed ambulatoriale), con focus su cronici/fragili e bassa complessità (anziani, malati rari etc.)
- il disagio economico per le spese sanitarie private, esteso anche alla componente non diretta (viaggi per raggiungere la struttura, alloggio, vitto etc.)
- le liste d'attesa
- la diffusione della medicina digitale e la digitalizzazione dei servizi, normalizzata rispetto al bisogno
- la *customer satisfaction*, espressa in termini di qualità percepita dagli utenti per le prestazioni erogate
- la efficienza/efficacia del Servizio Emergenza-Urgenza Territoriale (118)
- la formazione del personale, in particolare extra-ospedaliero
- l'integrazione socio-sanitaria.

I tre indicatori proposti per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, auspicabilmente integrato con indicatori ritenuti qualificanti (prima citati), ma di cui non si dispone ad oggi di flussi informativi esaustivi, potrebbero così rappresentare un supporto alla programmazione socio-sanitaria, attraverso l'indicazione non solo del "verso" degli effetti ma anche degli eventuali ambiti di azione, nei diversi "livelli" (nazionale, regionale e locale).

Riferimenti bibliografici

L. n. 833/1978
D. Lgs. n. 502/92
DPCM 29.1.2001
D. Lgs. n. 56/2000
D. Lgs. n. 68/2011

ENGLISH SUMMARY

Monitoring the Effects of Differentiated Autonomy in Healthcare

As part of C.R.E.A. Sanità's Regional Performance project, the multistakeholder panel supporting the study deemed it appropriate to consider whether the methodology, developed for performance monitoring, could also be used to support the monitoring of any effects of Differentiated Autonomy.

Three relevant needs emerged from the analysis conducted in this regard:

1) *to carry out a dynamic analysis of Performance*
2) *to expand the measurement system to new areas*
3) *to implement appropriate information systems in good time.*

Starting from the consideration that the lawmaker expects that the greater autonomy that can be granted to some Regions will be a "...driving force ..." for the others as well, thus implying that the process avoids achieving an autonomy that is more competitive than cooperative, the Panel suggests to monitor - over time - a core set of indicators suitable to enable us to assess the regional trends and dynamics in place.

Three indicators have specifically been proposed: the first is based on the changes in the "area" of the worst regional Performance, which is expected to decrease following the adoption of "differentiated autonomy"; the second is based on the number of improvements or worsening of such Performance; and the third is based on the different trends and dynamics recorded by the indicators in the Regions that will be granted differentiated autonomy in Healthcare, compared to the other ones.

The proposal put forward for monitoring the effects of differentiated autonomy in Healthcare - hopefully supplemented with other indicators deemed qualifying and relevant, for which adequate information flows are not available to date – is designed to support planning, by providing an indication not only of the "direction" of the effects possibly caused by financial autonomy, but also of their quantification.

CAPITOLO 5c
Le *Performance* Regionali

d'Angela D.[1], d'Angela C.[2], Carrieri C.[1], Polistena B.[1], Spandonaro F.[3]

5c.1. Introduzione

La XI annualità del progetto "*Performance* Regionali" 2023 si pone l'obiettivo di fornire una valutazione del livello di tutela di cui dispongono i cittadini, grazie all'assistenza sanitaria e sociale erogata nelle diverse Regioni.

La valutazione vuole rappresentare una occasione di riflessione sulle opportunità di tutela, in primis della salute, ma anche socio-sanitaria, della popolazione residente nelle diverse Regioni italiane: tutela che si concretizza grazie agli effetti generati da una congerie di fattori, quali i servizi pubblici disponibili, il contesto ambientale, quello socio-economico, etc..

In altri termini, la tutela si realizza non solo garantendo l'erogazione pubblica di beni e servizi sanitari, bensì promuovendo, senza pretesa di esaustività, forme di prevenzione nella sua accezione più ampia, che comprende gli stili di vita adottati dai cittadini, promozione della salubrità ambientale, contrasto alla deprivazione socio-economica (che, oltre il resto mina le capacità di auto-produzione di Salute), mitigazione dei divari socio-economici, etc.; la tutela sanitaria di fatto comprende il Sociale e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, ancora, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori.

In sintesi, la tutela socio-sanitaria, di fatto, rappresenta l'*outcome* del combinato disposto dei servizi erogati dal settore pubblico, quelli erogati dal settore privato, nonché delle attitudini dei cittadini, sia in termini di scelta di ricorrere a particolari tipologie di consumi privati, sia in termini di adozione di, più o meno, sani stili di vita.

Ne discende che il concetto di *Performance* utilizzato nella ricerca è intrinsecamente multidimensionale.

La ricerca, inoltre, adotta una logica multi-prospettica: l'assunzione, peraltro confermata dai risultati delle precedenti edizioni della progettualità, è che "diverse" categorie di *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari siano, di fatto, portatori di aspettative non completamente sovrapponibili in tema di tutela e, quindi, valutino in modo differente le *Performance* di sistema.

Per realizzare una sintesi delle diverse Dimensioni e degli effetti delle diverse Prospettive, è stata sviluppata una metodologia "democratica" per la loro composizione, tenendo esplicitamente conto dei diversi "pesi" che gli *stakeholder* possono attribuire alle diverse "Dimensioni".

Da ultimo, ricordiamo che il concetto tutela, assumendo un approccio olistico di Salute e Inclusione, è da considerarsi intrinsecamente dinamico, essendo legato alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico: ne segue che anche la misura della *Performance*, in quanto valutazione di livelli di tutela conseguiti o conseguibili, non può che essere dinamica ed evolutiva.

Come anticipato, l'approccio utilizzato per giungere ad un indice regionale di *Performance*, in continuità con le edizioni precedenti, è il frutto dello sviluppo di una metodo- logia originale di valutazione,

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

proposto originariamente, nel 2012, dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità); la metodologia si basa sul supporto offerto da un qualificato *Panel* di esperti, che è, di fatto, il "motore" dei processi di affinamento annuale dell'approccio.

Al *Panel* è affidato il compito di individuare annualmente le Dimensioni rilevanti di *Performance* e, a seguire, gli indicatori ritenuti rappresentativi delle stesse; l'esito, come si è palesato nelle diverse annualità del progetto di ricerca, è condizionato dalle "priorità" nelle politiche di tutela maturate nel periodo.

Il *Panel*, inoltre, è il campione su cui si applica un processo di elicitazione delle preferenze, con i quali risultati viene alimentato il processo di composizione delle Prospettive e delle Dimensioni finalizzato alla elaborazione di un indice sintetico di valutazione.

Alla XI annualità del progetto hanno contribuito 105 esperti, in qualità di componenti del *Panel*, 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: 5 nazionali e 8 regionali e 4 locali
- 10 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 9 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 35 rappresentanti delle Professioni sanitarie: tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche.
- 33 componenti del *Management* di aziende sanitarie: 29 Direttori Generali di aziende sanitarie, 5 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 Presidente di fondazione sicurezza in Sanità
- 9 rappresentanti dell'Industria: 8 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria.

L'approccio metodologico adottato, operativamente, ha previsto cinque fasi:

- individuazione delle aree di valutazione *della Performance*
- individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- individuazione di un set di indicatori di *Performance*
- elicitazione del "valore" che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitazione del "valore relativo" attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori.

Per "valore relativo" si intende la disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*.

Le evidenze sinora generate dal progetto sono molteplici; fra quelle che riteniamo più originali e rilevanti, citiamo:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della misura della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*
- l'esistenza di una dinamica legata all'evoluzione del contesto politico e culturale, e quindi alle tendenze delle politiche sanitarie e sociali, che si estrinseca nella modificazione dei "pesi" di composizione delle diverse Dimensioni di cui è composta la *Performance*
- l'esistenza di una correlazione fra la misura di *Performance* ed il contesto locale professionale dei membri del *Panel*.

Infine, si osservi che, alla luce della consapevolezza della relazione inscindibile tra sanità e sociale, ma anche del ruolo che spetta agli Enti Locali (in primis i Comuni) nell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), si è ritenuto opportuno conservare, anche in questa annualità, la *Dimensione* di valutazione del "Sociale", sebbene si riscontrino significativi limiti in termini di disponibilità di flussi informativi.

Inoltre, quest'anno il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha introdotto una ulteriore fase di valutazione, proponendo al *Panel* un elenco di aree di valutazione (16), con la richiesta di esprimere per ognuna di esse un livello di gradimento/importanza (in una scala 0-10). Per le aree ritenute più significative, sono stati poi preselezionati 37 indicatori, attribuibili alle sei Dimensioni predeterminate di valutazione: Ap-

propriatezza, Economico-Finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione, e Sociale. Successivamente, in presenza di più indicatori rappresentativi della stessa area, è stato proposto al *Panel* di scegliere quelli ritenuti più "qualificanti" (sottogruppo di 30 indicatori).

Operativamente, la selezione delle aree di valutazione è avvenuta utilizzando un processo di *consensus,* adottando il metodo *Delphi*, a cui sono stati invitati a partecipare tutti i componenti del *Panel*.

A seguire, durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi a Roma il 18.5.2023, i membri del *Panel* hanno provveduto a scegliere, per votazione, gli indicatori rappresentativi delle dimensioni prescelte.

Successivamente, il *Panel* si è concentrato sull'analisi dell'evoluzione del quadro normativo generale del SSN e sulle modifiche a medio termine da apportare al sistema di misurazione della *Performance*. Nello specifico, alla luce della possibilità che si inauguri il processo di riconoscimento della cosiddetta "autonomia differenziata) per alcune Regioni, si è ritenuto necessario prepararsi a monitorarne gli effetti.

Si è, altresì, confermata l'importanza di considerare che il sistema è entrato in una fase di transizione, che è atteso porterà ad una significativa evoluzione organizzativa: per la sua valutazione il *Panel* sottolinea che è necessario un aggiornamento dei flussi informativi esistenti.

Il *report,* dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro adottata, esplicita il processo seguito, e quindi i risultati della *consensus* sulle aree di valutazione e sulla selezione degli indicatori; si passa poi ad analizzare l'esito dell'elicitazione delle preferenze del *Panel*, ovvero della generazione delle funzioni di valore degli indicatori, nonché del loro "valore relativo".

Si presentano, a seguire, i risultati, e quindi il *ranking* regionale, analizzato sia nel complesso che per singola Categoria di *stakeholder*; in aggiunta, si analizza, la dinamica del contributo alla *Performance* tanto delle diverse Dimensioni, quanto dei singoli indicatori; conclude il *Report*, una riflessione sugli sviluppi auspicabili nei sistemi di monitoraggio dei LEA, della valutazione della *Performance*, e sul suo contributo alle politiche sanitarie e sociali.

5c.2. La valutazione della *Performance*: il contributo dell'*Expert Panel*

La XI edizione del Progetto *Performance* Regionali si è sviluppata in un contesto di potenziale cambiamento della Società italiana, innescato dall'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nonché da decreti quali, ad esempio il cosiddetto "D.M. 71" che, in campo sanitario, ha previsto una radicale riorganizzazione dell'assistenza extra-ospedaliera.

Inoltre, è stato recentemente presentato un disegno di legge sull'Autonomia Differenziata, ai sensi delle previsioni dell'Art. 116 del titolo V della Costituzione, che impatterà anche sull'ambito sanitario.

Il *Panel* si è interrogato sull'adeguatezza o meno dell'attuale sistema di monitoraggio dei LEA, al fine della concessione del "nulla osta" alle Regioni che dovessero richiedere forme di autonomia ulteriore (sui tetti di spesa, sui ticket, sulle politiche del personale etc.). In particolare, il *Panel* si è interrogato sulle eventuali necessità di integrazione del sistema di Garanzia, ovvero sui possibili indicatori da introdurre per monitorare l'impatto dell'Autonomia Differenziata in Sanità.

Il *Panel* ha elaborato diversi suggerimenti e proposte che vengono di seguito riassunte. In merito al monitoraggio dei LEA è emersa l'esigenza di integrare il sistema di monitoraggio con indicatori di esiti di salute, espressi in termini di mortalità per patologie cardiovascolari e oncologiche, nonché di disabilità, stato nutrizionale e salute mentale. Il monitoraggio dovrebbe essere esteso al consumo dei farmaci, ed in particolare ad altre categorie oltre agli antibiotici (già monitorato); sarebbe opportuna l'introduzione di un indicatore sull'emergenza urgenza territoriale, quale potrebbe essere il "tempo di arrivo dei mezzi di soccorso sui codici rossi"; è emersa, soprattutto da parte dei rappresentanti delle Istituzioni sociali, l'esigenza di inserire indicatori sull'integrazione socio-sanitaria; i rappresentanti degli Utenti hanno, invece, stressato l'esigenza dell'inserimento di un indicatore di *customer satisfaction*. Ulteriore ambito che sarebbe auspicabile introdurre nel monitoraggio dei LEA è la digitalizzazione dei servizi, anche in termini

di ricorso alla Televisita per il *follow up* di pazienti cronici e/o malati rari.

In merito al monitoraggio dell'impatto dell'autonomia differenziata in sanità, tutti i partecipanti, ed in particolare dagli Utenti, è stato condiviso che l'equità di accesso alle cure rappresenti assolutamente una priorità e quindi un aspetto da monitorare. In particolare, il *Panel* propone che il suo monitoraggio debba riguardare: la mobilità passiva, sia ospedaliera che ambulatoriale, con un focus particolare sulla bassa e media complessità, e per trattamento e *follow up* dei pazienti cronici e dei malati rari; le liste d'attesa, distintamente per attività di prevenzione, diagnosi, terapia e *follow up*; l'esistenza di percorsi formalizzati (PDTA – Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali) che contengano informazioni sui luoghi di cura in Regione. Il *Panel* ritiene altresì auspicabile il monitoraggio degli Esiti di salute e della qualità di vita, espressi in termini di mortalità per patologie cardiovascolari e oncologiche, nonché di disabilità, stato nutrizionale e salute mentale.

In tema di equità, il *Panel* ritiene necessario un monitoraggio dell'impatto economico delle spese sanitarie sui bilanci delle famiglie. Sarebbe ritenuto auspicabile integrare il monitoraggio dei consumi sanitari con i costi diretti non sanitari, sostenuti da pazienti e *caregiver* per andarsi a curare in strutture private non accreditate o in altre Regioni (spese per viaggi, vitto, alloggio etc.), aggiornando l'indicatore sul "disagio" e considerando anche le citate voci di spesa.

Altro aspetto degno di maggiore monitoraggio ai fini del sistema di Garanzia è ritenuta la presenza di personale qualificato e costantemente aggiornato in aree quali emergenza-urgenza, anestesia e rianimazione, etc.: la quota di posti messi a bando non assegnati e/o le ore di formazione medie annue effettuate dai singoli professionisti sono indicatori proposti per tale fine.

Il *Panel* ritiene, infine, che in futuro debba essere potenziata la formazione, non solo a livello universitario, delle figure assunte nelle strutture extra-ospedaliere, nonché al domicilio del paziente. Un utile indicatore potrebbe essere quello del numero di pazienti presi in carico al domicilio da personale specificatamente formato, rispetto al numero di pazienti presi in carico al domicilio da personale senza specifica formazione.

In definitiva, a parere del *Panel*, nei prossimi anni la valutazione dei LEA non potrà prescindere dal monitoraggio delle nuove aree descritte; la valorizzazione dei relativi indicatori richiede, peraltro, l'aggiornamento dei flussi informativi attuali, e l'introduzione di alcuni nuovi: ad esempio relativi all'attività delle Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Aggregazioni Funzionali Territoriali etc..

5c.3. Risultati

La valutazione delle opportunità di tutela socio-sanitaria nelle diverse Regioni è stata effettuata su un *set* di 18 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati con una consensus sviluppata "a distanza" fra i membri del *Panel* di esperti, in funzione della loro rilevanza e attendibilità.

Come anticipato, in questa annualità del progetto è stata introdotta quale nuova Dimensione di valutazione quella Sociale.

Ricordiamo, altresì, che alla determinazione degli indicatori selezionati si è giunti attraverso una *consensus* effettuata su un *set* iniziale di 39 indicatori, preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di analisi a livello regionale.

Nella Tabella 5c.1. sono riportati i 18 indicatori finali selezionati.

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatezza, Equità e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: 24,9%, 22,6% e 15,6% rispettivamente; segue la Dimensione Esiti (13,9%); le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione, contribuiscono rispettivamente per il 12,1% ed l'11,5%.

Tabella 5c.1. Dimensioni e Indicatori di *Performance*

DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Equità	1	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
	2	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)
	3	Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)
Esiti	4	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over* 65 anni)
	5	Indice di salute mentale
	6	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
Appropriatezza	7	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
	8	Tasso di screening cervicale, mammografico e colonrettale
	9	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
Innovazione	10	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
	11	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	12	Indice di implementazione rete oncologica
Economico-Finanziaria	13	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	14	Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (acquisti diretti e convenzionata)
	15	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
Sociale	16	Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale)
	17	Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
	18	Tasso di *over* 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del "peso" associato alla Dimensione Esiti (-8,2 punti percentuali); si riduce anche il peso delle Dimensioni Sociale (-2,4 punti percentuali), Innovazione (-1,6 punti percentuali) ed Economico-Finanziaria (-0,4 punti percentuali); aumentano, in modo complementare, il contributo di Appropriatezza ed Equità (+7,2 e +5,5 punti percentuali rispettivamente).

La dinamica dei "pesi", in particolare l'incremento di Appropriatezza ed Equità, sembra poter essere messa in relazione con il disegno di ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) formulato a seguito degli stanziamenti di risorse per investimenti derivanti dal PNRR; ed anche all'importanza dell'innovazione organizzativa e tecnologica (digitalizzazione etc.).

Analizzando i risultati per categoria (Figura 5c.1.), nel caso degli Utenti le Dimensioni Equità, Appropriatezza, Sociale ed Esiti contribuiscono per l'80%

alla misura della *Performance* (29,5%, 20,3%, 16,9% e 13,4% rispettivamente); seguono le Dimensioni Economico-Finanziaria con il 12,1% e, da ultimo, quella dell'Innovazione (7,8%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni sono in "testa" le Dimensioni Sociale, Esiti, Equità ed Appropriatezza, che contribuiscono per quasi l'80% alla *Performance* (20,8%, 20,0%, 19,7% e 17,8% rispettivamente); segue l'Innovazione con il 15,4% e l'Economico-Finanziaria con il 6,3%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Appropriatezza, Equità, Esiti e Sociale contribuiscono per oltre l'80% alla *Performance* (32,3%, 23,4%, 14,8% e 14,5% rispettivamente); segue la Dimensione Economico-Finanziaria con il 9,0% e l'Innovazione con il 6,0%.

Per il *Management* Aziendale, l'Appropriatezza, il Sociale, l'Economico-Finanziaria ed Equità contribuiscono per il 75% alla *Performance* (21,2%, 18,9%, 17,6% e 17,3% rispettivamente), seguono gli Esiti con il 13,0% e l'Innovazione con il 12,0%.

Infine, per l'Industria Medicale, sono le Dimensioni dell'Appropriatezza, dell'Equità, dell'Innovazione e dell'Economico-Finanziaria quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (33,0%, 20,4%, 16,1% e 15,3% rispettivamente), seguite dagli Esiti (8,2%) e dal Sociale (7,0%).

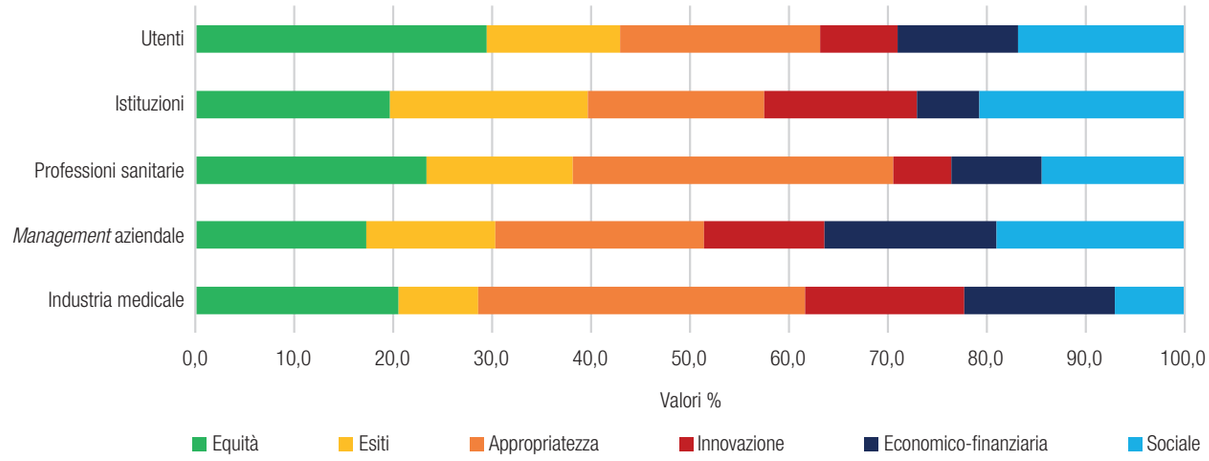
Analizzando la dinamica dei "pesi" per categoria (Figura 5c.2.), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia diminuito il "peso" dell'Innovazione, degli Esiti e del Sociale (-5,9, 2,9 e 2,6 punti percentuali rispettivamente); sono cresciuti il peso dell'Appropriatezza (+6,2 punti percentuali), della Dimensione Economico-Finanziaria (+3,5 punti percentuali) e dell'Equità (+1,7 punti percentuali).

Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso delle Dimensioni Esiti e della Appropriatezza (-13,3 e -8,0 punti percentuali rispettivamente) ed è invece aumentato fortemente quello del Sociale (+10,9 punti percentuali).

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie è notevolmente diminuito il peso delle Dimensioni Innovazione e Sociale (-15,5 e 13,4 punti percentuali rispettivamente); si riduce, in misura più contenuta, il peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-8,3 punti percentuali). Aumenta, invece, notevolmente il peso delle Dimensioni Appropriatezza ed Equità (+19,8 e +16,8 punti percentuali rispettivamente).

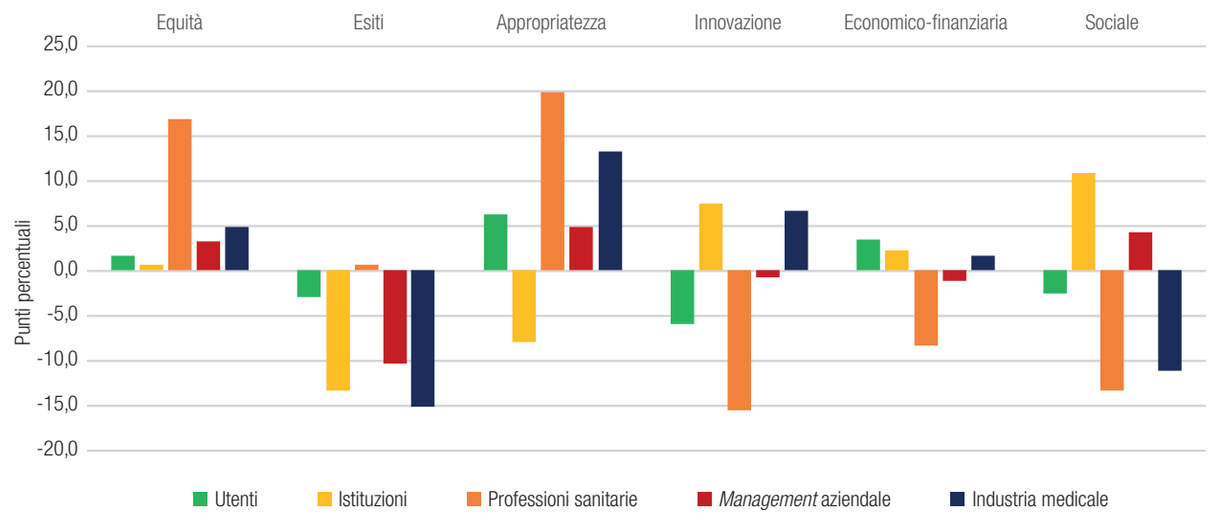
Per il *Management* Aziendale si è ridotto notevolmente il peso delle Dimensioni Esiti (-10,3 punti percentuali) e quello delle Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione (-1,2 e -0,8 punti percentuali). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento, ma contenuto: Appropriatezza (+4,9 punti percentuali), Sociale (+4,3 punti percentuali) ed Equità (+3,3 punti percentuali).

Figura 5c.1. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* per categoria



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5c.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance* XI vs X edizione



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Infine, per l'Industria Medicale si sono ridotti notevolmente i pesi delle Dimensioni Esiti e Sociale (-15,1 e -11,2 punti percentuali rispettivamente); è anche aumentato notevolmente il peso dell'Appropriatezza (+13,3 punti percentuali) e, in misura minore, quello di Innovazione (+6,6 punti percentuali), Equità (+4,9 punti percentuali) ed Economico-Finanziaria (+1,6 punti percentuali).

5c.4. Le *Performance* regionali

L'indice complessivo di *Performance* (Figura 5c.3.) che si determina in questa XI edizione (2023) della progettualità, oscilla da un massimo del 59% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 30%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Regione Calabria.

Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che dalle valutazioni del *Panel* si evince l'attesa che si registri un ulteriore miglioramento dei livelli di tutela.

Il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range,* rimane decisamente rilevante; inoltre, si sottolinea come, in base alle aspettative espresse dai diversi *stakeholder*, un terzo delle Regioni non supera un livello pari al 35% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: tre Regioni (Veneto, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano), tutte del Nord-Est, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 59%, 55% e 52%).

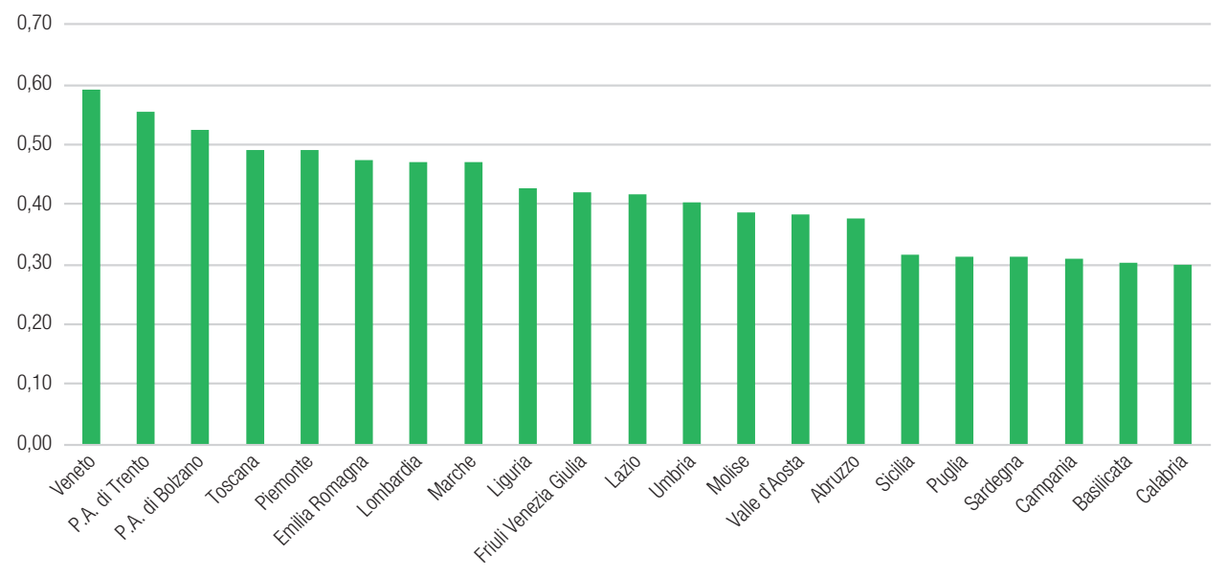
Nel secondo gruppo, troviamo cinque Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 49% ed il 47%: Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia e Marche.

Nel terzo gruppo si attestano Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta ed Abruzzo, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 37-43%.

Infine, 6 Regioni, Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria, con livelli di *Performance* inferiori al 35%.

Nel miglior risultato del Veneto, della P.A. di Trento e della P.A. di Bolzano, incide significativamente la Dimensione Sociale; che peraltro ha penalizzato ulteriormente la Calabria, che rimane ultima e non evidenzia segni di recupero significativi.

Figura 5c.3. Indice di *Performance*



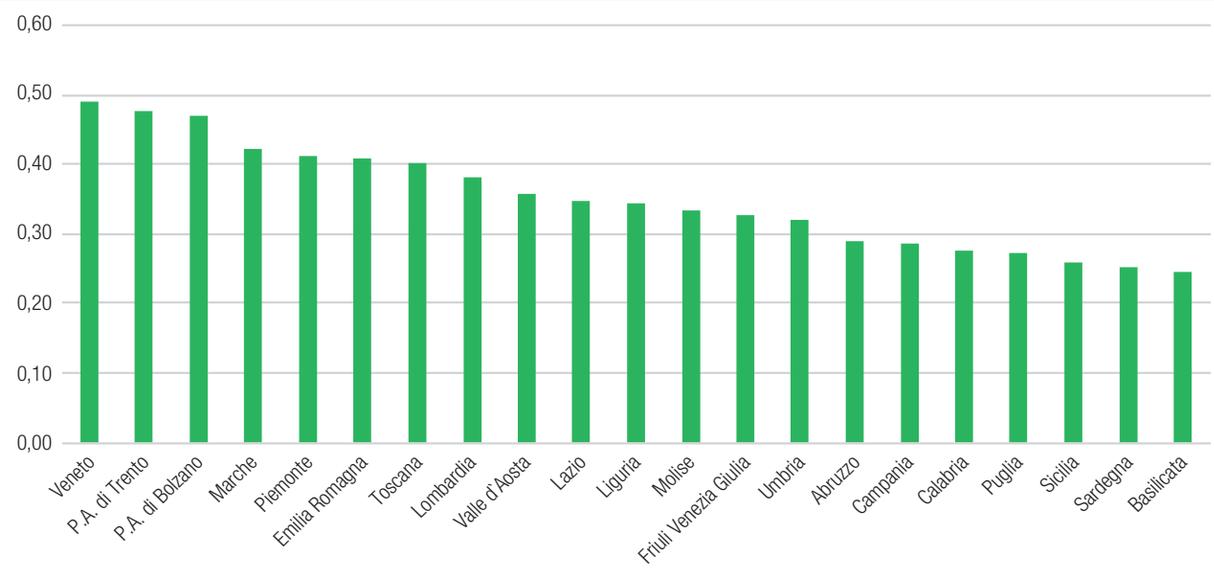
Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti (Figura 5c.4.) il Veneto, con il 49%, mantiene (dal 2022) la prima posizione, però registrando un livello di *Performance* peggiore rispetto a quello registrato nel *ranking* "generale".

Seguono sempre le P.A. di Trento e Bolzano, e si osserva un miglioramento della posizione delle Marche (con un indice di *Performance* rispettivamente pari al 47%, 47% e 42%); la Basilicata occupa l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 25% di quella massima.

Figura 5c.4. Indice di *Performance*. Categoria Utenti



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Rispetto al *ranking* "generale", per gli Utenti le prime tre posizioni restano, quindi, invariate; la Toscana perde tre posizioni diventando settima, a scapito delle Marche; quest'ultima migliora di quattro posizioni, passando da ottava a quarta; all'estremo opposto abbiamo la Calabria che recupera quattro posizioni occupando il diciassettesimo posto e la Campania che ne recupera tre, passando al sedicesimo posto, senza però abbandonare "l'area critica".

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 5c.5.), la misura di *Performance* varia dal 66% del Veneto al 29% della Calabria: aumenta quindi la forbice fra gli estremi; la P.A di Bolzano registra una *Performance* pari al 62%, molto vicina a quella registrata dal Veneto; seguono P.A. di Trento (57%), Emilia Romagna (48%), Lombardia (47%), Toscana (46%) e Abruzzo (46%), con livelli di *Performance* pressocché simili. Nelle ultime posizioni sette Regioni si attestano su livelli di *Performance* compresi tra 33% ed il 29%: Sicilia, Valle d'Aosta, Sardegna, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria.

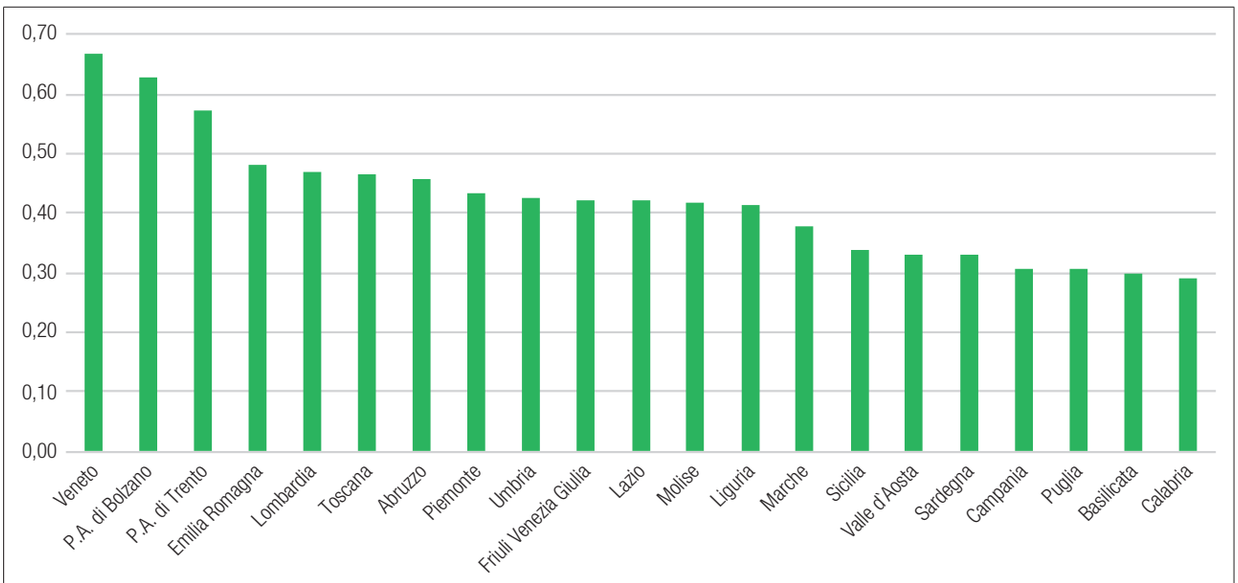
Rispetto al *ranking* generale, la P.A. di Bolzano passa in seconda posizione a scapito della P.A. di Trento e l'Emilia Romagna guadagna due posizioni, passando dal sesto posto al quarto. Nell'ultima posizione troviamo la Calabria, confermando la classifica generale e la Puglia perde due posizioni, passando dal diciassettesimo posto al terz'ultimo.

Categoria Professioni sanitarie

Per le Professioni Sanitarie (Figura 5c.6.) il livello di *Performance* è mediamente minore: si passa dal 56% del Veneto al 30% della Calabria; Veneto, P.A. di Trento, Piemonte e Marche, con un livello di *Performance* compreso tra il 56% e il 50%, occupano le prime quattro posizioni; seguono Toscana, Emilia Romagna e Marche, che registrano lo stesso livello di *Performance* (48% rispettivamente). Abruzzo, Sardegna, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia e Calabria occupano le ultime sette posizioni, con un indice di *Performance* sempre inferiore al 35%.

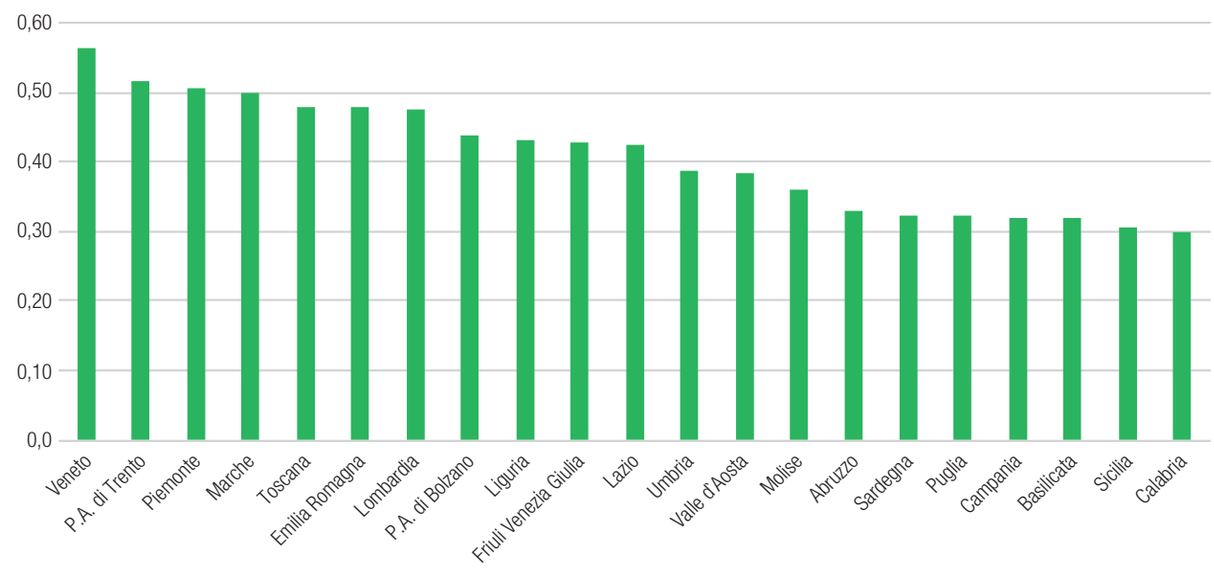
Rispetto al *ranking* generale, il Veneto conferma la prima posizione; il Piemonte passa dal quinto al terzo posto, a scapito della P.A. di Bolzano che diventa ottava. La Calabria si conferma all'ultimo posto e la Sicilia perde quattro posizioni passando al penultimo posto.

Figura 5c.5. Indice di *Performance*. Categoria Istituzioni



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5c.6. Indice di *Performance*. Categoria Professioni Sanitarie

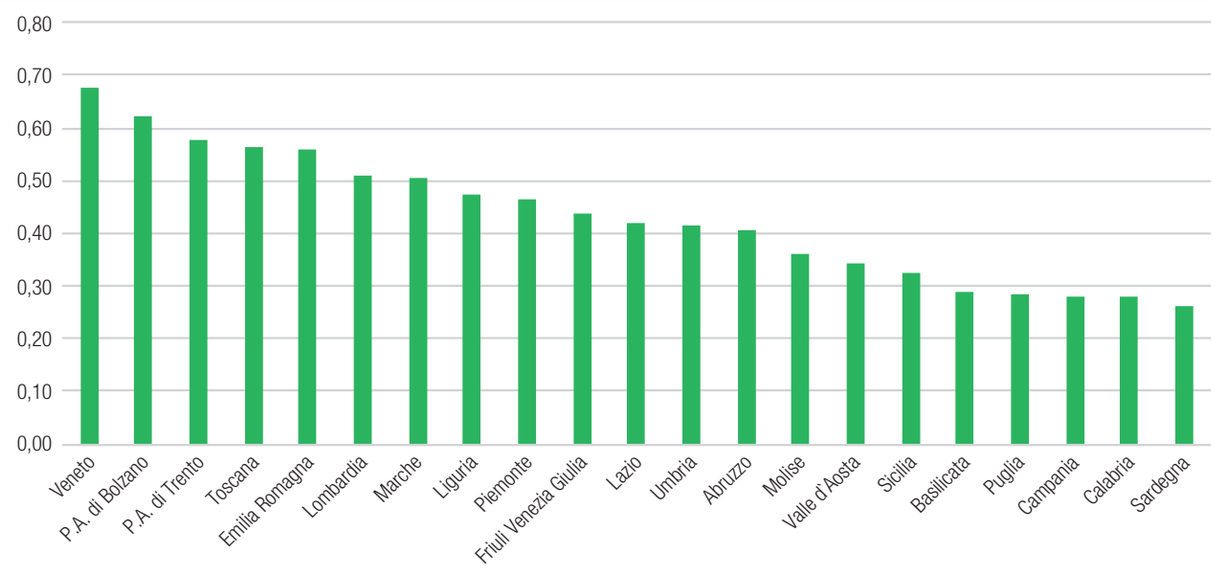


Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Categoria *Management* aziendale

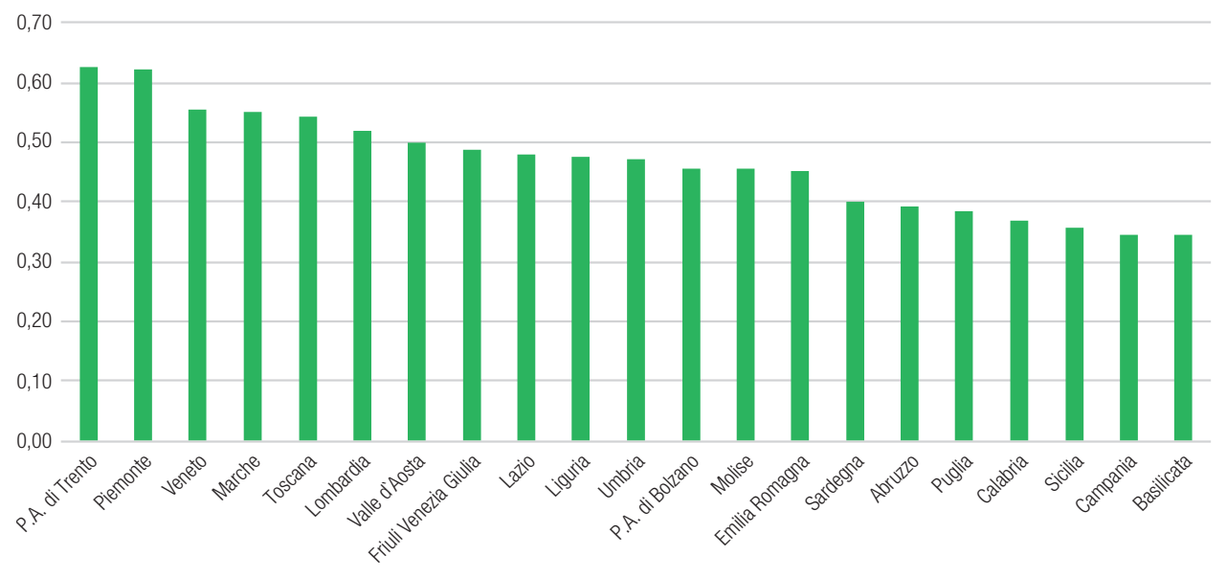
Per la Categoria *Management* Aziendale (Figura 5c.7.) la forbice tra la Regione più performante e quella meno è più ampia rispetto al *ranking* "generale": si passa da un valore massimo del 68% del Veneto ad uno minimo del 26% della Sardegna. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* maggiore di quello raggiunto negli altri *ranking*; seguono P.A. di Bolzano e P.A. di Trento con una *Performance* pari rispettivamente al 63% e 58%. All'estremo opposto troviamo Sardegna, Calabria e Campania che occupano le ultime tre posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 30%.

Figura 5c.7. Indice di *Performance*. Categoria *Management* aziendale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5c.8. Indice di *Performance*. Categoria Industria medicale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

In questo *ranking* il Veneto conferma la prima posizione; la P.A. di Trento perde una posizione rispetto al *ranking* "generale", dal secondo al terzo, invertendosi con la P.A. di Bolzano, che passa da terza a seconda. All'estremo opposto si posiziona la Sardegna, che occupa l'ultima posizione, perdendo tre posizioni rispetto al *ranking* generale e la Basilicata che, invece, recupera tre posizioni, passando dal penultimo posto al diciassettesimo.

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria Medicale (Figura 5c.8.) la misura di *Performance* varia dal 62% del Piemonte e della P.A. di Trento al 34% della Basilicata e della Campania. Veneto, Marche, Toscana e Lombardia seguono il Piemonte e la P.A. di Trento con un livello di *Performance* che varia tra il 55% e il 52%. Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia, Campania e Basilicata che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 39% e il 34%.

Rispetto al *ranking* "generale", il Piemonte "conquista" la prima posizione, a scapito del Veneto, che diventa terza. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria guadagna tre posizioni, diventando quart'ultima, a scapito della Basilicata che finisce in ultima posizione.

5c.5. Riflessioni finali

L'XI edizione dello studio sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità, in continuità con gli anni precedenti, intende fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, promuovendo miglioramenti nelle opportunità di tutela della Salute offerte nei diversi luoghi di residenza.

Riassumendo le principali evidenze emerse dalle analisi 2023, possiamo in primo luogo osservare come il diverso contributo attribuito alle Dimensioni di *Performance* fornisca spunti per valutare la rispondenza delle politiche in atto rispetto alle aspettative dei vari portatori di interesse. In questa annualità, aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatezza, Equità e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: 24,9%, 22,6% e 15,6% rispettivamente; segue la Dimensione Esiti (13,9%); le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione, contribuiscono rispettivamente per il 12,1% ed l'11,5%.

In particolare, rispetto allo scorso anno, si è registrato un aumento del peso delle Dimensioni Ap-

propriatezza ed Equità, a fronte di una riduzione di quello degli Esiti: fenomeno interpretabile come una necessità di garantire prioritariamente le prime due per poter, di conseguenza, "tutelare" la salute dei cittadini. Per gli Utenti è inoltre aumentato anche il peso attribuito alla Dimensione economica, fenomeno attribuibile all'aumento dell'onere della spesa sanitaria (e per i servizi sociali) sulle famiglie. Complessivamente registriamo come i rappresentanti delle Istituzioni e del *Management* Aziendale siano mediamente più "soddisfatti" dei livelli di risultato raggiunti nelle Regioni "migliori": aspetto che interpretiamo come una consapevolezza di aver fatto il massimo possibile con le risorse disponibili; gli Utenti e le Professioni Sanitarie sono, di contro, più critici: per quantificare la distanza della realtà dalle aspettative di tali categorie, possiamo osservare come la situazione media attuale sia valutata ad un livello di *Performance* intorno al 50% di quella massima/ ottimale ottenibile.

Concentrando l'attenzione sulle diverse *Performance* regionali, osserviamo che per gli Utenti e le Professioni Sanitarie il Veneto e la P.A. di Trento sono le realtà dove i cittadini si ritiene abbiano le maggiori opportunità di tutela socio-sanitaria; seguono la P.A. di Bolzano e le Marche; per i rappresentanti delle Istituzioni e del *Management* Aziendale dopo il Veneto si posiziona la P.A. di Bolzano (comunque seguita dalla P.A. di Trento, e poi Emilia Romagna, Lombardia e Toscana); per le Professioni sanitarie dopo il Veneto si posizionano P.A. Trento, Piemonte, Marche, Toscana, Emilia Romagna e Lombardia; per i rappresentanti dell'Industria Medicale le maggiori opportunità di tutela si concentrano nella P.A. di Trento e, a seguire, in Piemonte, Veneto, Marche e Toscana.

Le preferenze espresse dal *Panel,* quest'anno, sembrano essere state indirizzate dalla esigenza di considerare l'evoluzione del SSN che si aspetta per effetto dell'implementazione del D.M. 77, nonché dagli effetti degli investimenti che si realizzeranno con i fondi disponibili per la missione 6 del PNRR.

L'attenzione verso i nuovi assetti del SSN, si coglie sia nella scelta delle aree ritenute prioritarie ai fini della valutazione, sia nella selezione degli indicatori relativi: ad esempio, l'attenzione si sposta sulle politiche per il "territorio", ad esempio nell'area dei servizi ex- tra-ospedalieri e dell'assistenza domiciliare; così come gli indicatori prescelti si concentrano sulla presa in carico dei cronici e dei fragili (anziani), che dovrebbero essere i primi beneficiari di un rafforzamento dell'assistenza primaria.

Non di meno, si conferma l'attenzione verso la prevenzione, espressa in termini anche di adozione di corretti stili di vita (alimentazione adeguata, svolgimento attività fisica, etc.).

Un altro aspetto che aumenta di rilevanza è quello dell'impatto della Sanità sui bilanci delle famiglie, e quindi di possibilità di rinuncia alle cure.

In tema di Equità, in generale, si conferma come il valore attribuito agli indicatori descriva un atteggiamento di "stigma" verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità. Per la Dimensione Esiti, si conferma l'importanza dell'indicatore "qualità di vita": alla speranza di vita senza limitazioni funzionali, è stato affiancato uno nuovo indicatore sul livello di salute mentale, oltre a quello, confermato rispetto alla precedente edizione, relativo all'adozione di stili di vita corretti.

Per gli indicatori relativi alla presa in carico extra-ospedaliera dei cronici che, come anticipato, hanno ricevuto una particolare attenzione, dobbiamo sottolineare che, secondo il *Panel,* non si raggiungono valori di *Performance* "soddisfacenti" neppure nelle Regioni con i "migliori" risultati: in particolare, nella gestione domiciliare degli anziani; di contro, nell'adesione agli *screening* il livello di *Performance* è ritenuto quasi ottimale anche in corrispondenza dei valori "peggiori" registrati a livello nazionale.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di "valore" appaiono crescere proporzionalmente al migliorare delle determinazioni degli indicatori, sebbene per gli indicatori riferiti alla chirurgia e alla struttura organizzativa, si rileva l'aspettativa di ottenere ulteriori significativi miglioramenti.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria si può osservare la tendenza a ritenere la spesa non sia più significativamente comprimibile: il ridursi dell'onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata), comporterebbe infatti un contributo positivo in termini di *Performance*, ma contenuto, se non nullo, scendendo al di sotto di un valore soglia; per l'indicatore sull'incidenza dei consumi privati emerge come gli Utenti ritengano si tratti di consumo

insopprimibile.

Per la Dimensione Sociale si conferma una funzione di valore sostanzialmente lineare, e una *Performance* generalmente insufficiente: il *Panel* esprime una non piena soddisfazione anche nel caso delle Regioni che si posizionano sui valori "migliori" nazionali; peraltro, ritiene che anche la *Performance* delle Regioni che si posizionano sui valori "peggiori" nazionali, fornisca un contributo positivo alla tutela socio-sanitaria.

Si sottolinea la particolare l'importanza data dagli Utenti alla Dimensione Sociale.

Un aspetto critico, fortemente stigmatizzato dal *Panel*, si evidenzia considerando che le aree di valutazione della *Performance* ritenute più rappresentative sono state l'Assistenza extra-ospedaliera, l'Equità di accesso alle cure, il Livello di integrazione socio-sanitaria, la Comunicazione sanitaria, i Sistemi di prevenzione, la Digitalizzazione dei servizi assistenziali, l'Accesso alle tecnologie innovative, l'Assistenza domiciliare e l'Efficientamento dei processi gestionali: emerge, infatti, con evidenza, come i flussi informativi attuali non consentano di costruire indicatori adeguati per molte di queste aree, in particolare, per quelle della comunicazione e digitalizzazione, ma anche per l'area dell'integrazione socio-sanitaria.

In conclusione, riportiamo alcune azioni che il *Panel* ritiene urgenti al fine di disporre lo strumento completo per la misurazione del livello di tutela socio-sanitaria:

- integrare il monitoraggio dei LEA con quello delle aree relative a mobilità passiva, mortalità per patologie oncologiche e cardiovascolari, esiti in termini di anni in assenza di disabilità, prestazioni socio-sanitarie
- colmare i *gap* informativi su alcune aree ritenute strategiche, anche ai fini del monitoraggio futuro del sistema, quali:
- mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali, distinta per prevenzione, diagnosi, terapia e *follow up*
- *customer satisfaction*
- formazione degli operatori sanitari;
- stato nutrizionale
- monitoraggio di utilizzo di farmaci (anche a brevetto scaduto)
- incidenza dei consumi sanitari sui consumi totali, estendendo il consumo anche alle voci viaggi, vitto, alloggio (pazienti e *caregiver*)
- tasso di accesso dei cronici/fragili a Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali
- implementazione reti di professionisti (MMG/PLS etc.)
- ricorso a prestazioni di medicina digitale per il *follow-up* di cronici, malati rari
- ricorso a soluzioni di medicina digitale per la comunicazione tra professionisti (teleconsulto etc.).

L'aggiornamento e l'integrazione dei flussi esistenti, si rende, in particolare, necessaria per monitorare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari.

Nella progettualità 2023, il *Panel multistakeholder* si è, anche interrogato su come il sistema di misurazione della *Performance* implementato potesse essere utilmente utilizzato per svolgere in prospettiva un ruolo di supporto nel monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità.

Nell'ottica che l'elemento chiave, ai fini del monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata, sia rappresentato dall'aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa, è stato quindi proposto di estendere il sistema di misurazione della *Performance*: nello specifico affiancando alla metodologia "storica", l'osservazione delle variazioni di un nucleo di indicatori "permanenti", costanti nel tempo, che permetta l'apprezzamento delle dinamiche regionali in essere.

Nelle prossime edizioni della ricerca si intende, quindi, introdurre tre nuovi indicatori per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, i cui dettagli unitamente alla metodologia, sono riportati nel capitolo 5b.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari). "Rapporto Sanità"

C.R.E.A. Sanità (anni vari). "Le *Performance* Regionali"

ENGLISH SUMMARY

Measurement of healthcare regional Performance

The chapter reports the results of the eleventh year of application of an original methodology developed by the research team of C.R.E.A. Sanità, with the aim of measuring the regional Performance in terms of health protection. The methodology adopts a multidimensional definition of the Performance and guarantees the democratic participation of the different stakeholders of the health system, by means of a transparent methodology for eliciting and weighing up preferences. The development of the methodology was inspired by decision analysis techniques; the maximum efforts has been used to guarantees transparency in the preferences elicitation. The experiment involved a group of 107 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Patients", "Health Professions", "Medical Industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) Dimensions of Performance were: Outcomes, Appropriateness, Economic and Financial aspects, Equity, Innovation and Social.

2023 results show that three Regions, all in the North-East, seem to have overall levels of protection significantly better than the others: Veneto, P.A. of Trento and P.A. of Bolzano exceed the threshold of 50% (59%, 55% and 52% respectively). Then we have five regions, with performance index levels between 47% and 49%: Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia and Marche. Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta and Abruzzo, with fairly homogeneous but lower performance levels, in the range of 37-43%. Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria have a performance index levels lower than 32%.

Veneto ranks first for "Patients", "Institutions", "Healthcare Professionals", "Management", second for "Industry" (Piemonte first). On the opposite side of the scale, Calabria ranks last for "Institutions", "Health Care Professionals", Basilicata for "User" and "Industry""; Sardegna for "Management". "Appropriateness", "Equity" and "Social" contribute about 60% to Performance, in a fairly equidistributed way: 24.9%, 22.6% and 15.6% respectively; followed by the "Outcomes" Dimension (13.9%); Economic-financial and Innovation contribute for 12.1% and 11.5% respectively.

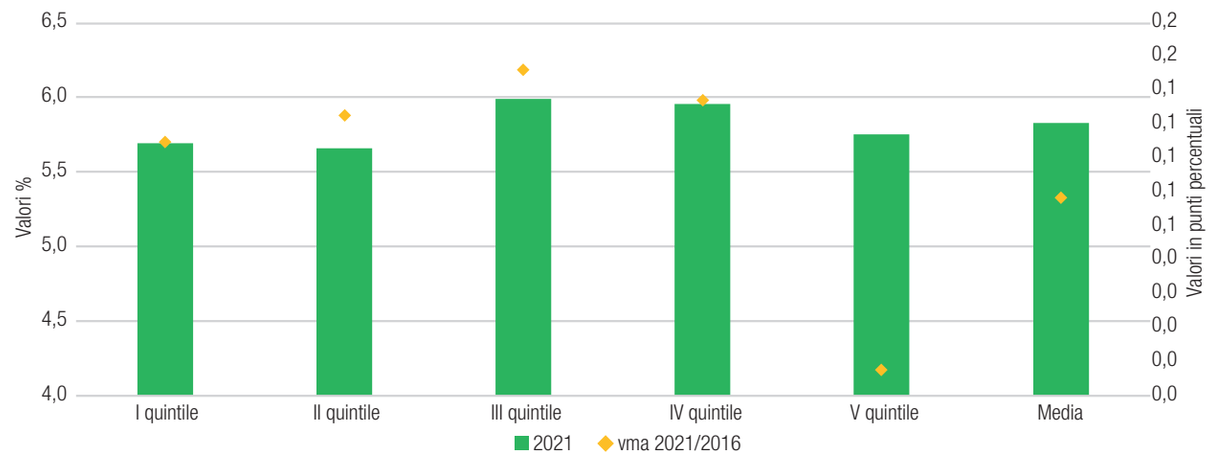
Compared to the previous edition, in 2023 we observe a significant reduction in the contribution to Performance of the Outcomes Dimension (-8.2 percentage points); also Social, Innovation and Economic and Financial Dimensions decreased their "importance" (-2.4, -1.6 and -0,4 percentage points respectively); on the other hand, the contribution of Appropriateness and Equity increased significantly (+7.2 and +5.5 percentage points respectively). Adopting different (stakeholders) perspectives, "Outcomes" and "Equity" confirm to be the most important dimensions; but, from the "Medical Industry" stakeholder perspective, "Outcomes" and "Economic and Financial" are more important.

KI 5.1. Quota famiglie che sostengono spese per consumi sanitari

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

Nel 2021, in Italia, il 75,9% delle famiglie hanno sostenuto spese per consumi sanitari, con una riduzione di -1,9 p.p. sull'anno precedente e di -0,3 p.p. medi annui nel periodo 2015-2021. La quota di famiglie che sostengono spese sanitarie è maggiore nel Mezzogiorno (77,3%), segue il Centro con il 77,2% ed il Nord con il 74,3%. L'incidenza minima si osserva in Sardegna (68,5%); quella massima, in Basilicata (84,3%). Nell'ultimo quinquennio il maggior incremento si è registrato nelle Marche (+17,3 punti percentuali), la maggiore riduzione in Puglia (-10,3 p.p.).

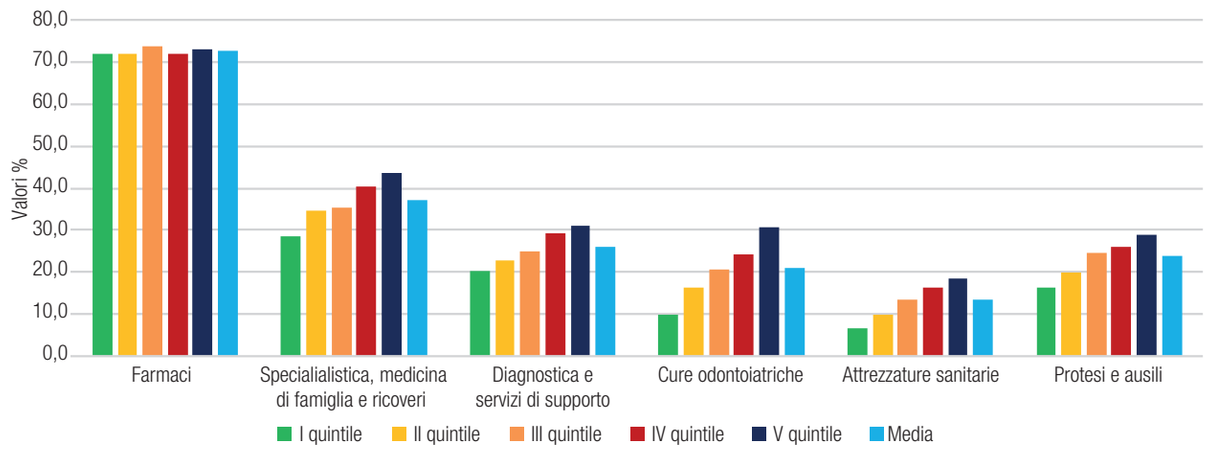
KI 5.2. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo



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

Nel 2021, la "spesa effettiva" per consumi sanitari (riferita quindi alle famiglie che la sostengono) è pari al 5,8% dei consumi totali. Passa da un valore minimo, pari al 5,7%, per le famiglie appartenenti ai primi due quintili di consumo, ad un massimo, pari al 6,0%, per quelle appartenenti al terzo e quarto quintile di consumo. Nell'ultimo quinquennio l'incidenza è aumentata di 0,5 p.p.. L'incremento ha interessato tutti i quintili, ed in particolare le famiglie del III quintile (+0,9 p.p.), ed a seguire quelle del II e IV quintile (+0,8 p.p.), e quelle del I (+0,7 p.p.).

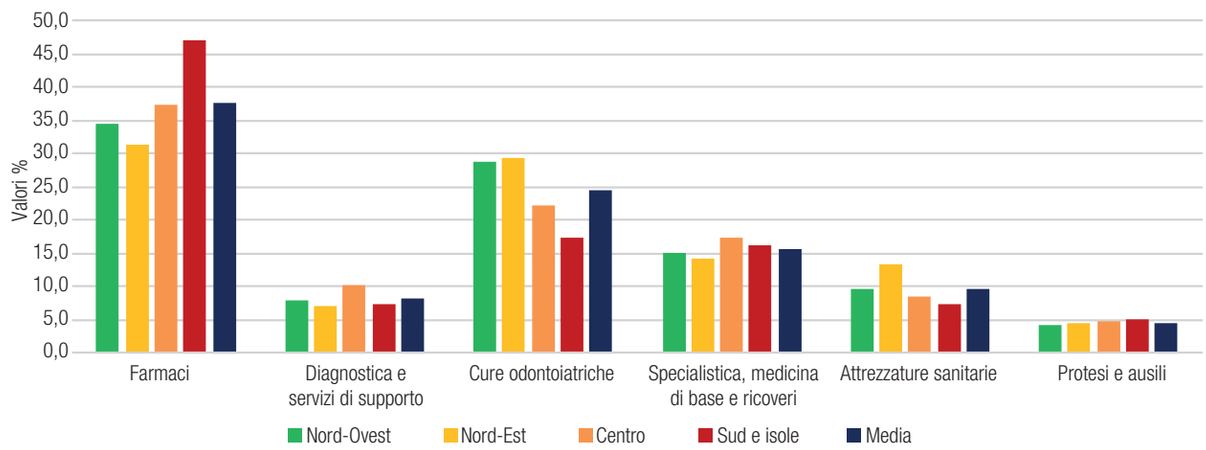
KI 5.3. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2021



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

Nel 2021, in Italia, il 72,7% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 37,1% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 26,2% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 23,7% per protesi e ausili, il 21,1% spende per il dentista ed il 13,4% per attrezzature sanitarie. Per i farmaci si passa dal 73,8% delle famiglie del I quintile al 72,1% di quelle del IV. Per le visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri dal 28,4% di quelle del I quintile al 43,7% di quelle del V. Per la diagnostica e i servizi ausiliari dal 20,2% di quelle del I al 31,0% di quelle del V. Per le Protesi e ausili dal 16,4% di quelle del I al 28,9% di quelle del V. Per le cure odontoiatriche dal 9,7% di quelle del I quintile, al 30,5% di quelle del V. Per le attrezzature sanitarie dal 6,5% delle famiglie del I quintile, al 18,5% di quelle del V.

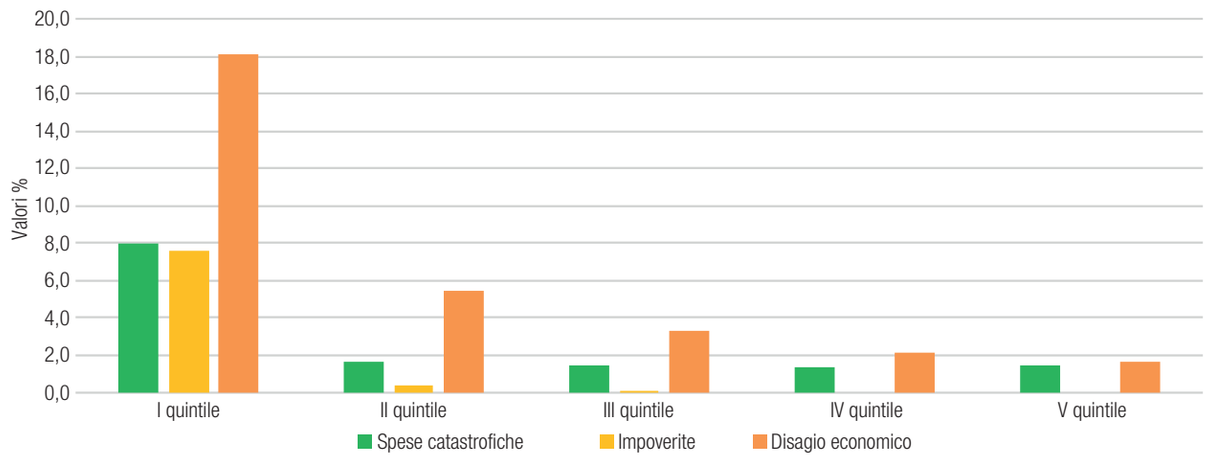
KI 5.4. Composizione della spesa per consumi sanitari, per tipologia di spesa e ripartizione geografica. Anno 2021



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

Nel 2021, le famiglie italiane che sostengono spese per consumi sanitari destinano in media il 37,8% di queste ai farmaci, il 24,4% alle cure odontoiatriche, il 15,6% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 9,5% alle attrezzature sanitarie, l'8,1% alle diagnostica e ai servizi ausiliari e il 4,6% a protesi e ausili. Le famiglie residenti nel Sud destinano il 47,1% delle loro spese sanitarie ai farmaci (+9,3 p.p. rispetto alla media nazionale), il 17,3% alle cure odontoiatriche (-7,1 p.p.), il 16,1% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri (+0,5 p.p.), il 7,3% alla diagnostica e ai servizi ausiliari (-0,8 p.p), il 7,2% alle attrezzature sanitarie (-2,3 p.p.) e il 5,0% a protesi e ausili (+0,4 p.p.). Le famiglie residenti nel Nord-Ovest destinano il 34,5% delle loro spese sanitarie ai farmaci (-3,3 p.p. rispetto alla media nazionale), il 28,7% alle cure odontoiatriche (+4,3 p.p.), il 14,9% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri (-0,7 p.p.), l'8,0% alla diagnostica e ai servizi ausiliari (-0,1 p.p.), il 9,7% alle attrezzature sanitarie (+0,2 p.p.) e il 4,1% a protesi e ausili (-0,5 p.p.). Le famiglie residenti nel Nord-Est destinano il 31,5% delle loro spese sanitarie ai farmaci (-6,3 p.p. rispetto alla media nazionale), il 29,4% alle cure odontoiatriche (+5,0 p.p.), il 14,3% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri (-1,3 p.p.), il 7,2% alla diagnostica e ai servizi ausiliari (-0,9 p.p.), il 13,3% alle attrezzature sanitarie (+3,8 p.p.) e il 4,3% a protesi e ausili (-0,3 p.p.). Le famiglie residenti nel Centro destinano il 37,4% delle loro spese sanitarie ai farmaci (-0,4 p.p. rispetto alla media nazionale), il 22,3% alle cure odontoiatriche (-2,1 p.p.), il 17,3% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri (+1,7 p.p.), il 10,1% alla diagnostica e ai servizi ausiliari (+2,0 p.p.), l'8,3% alle attrezzature sanitarie (-1,2 p.p.) e il 4,7% a protesi e ausili (+0,1 p.p.).

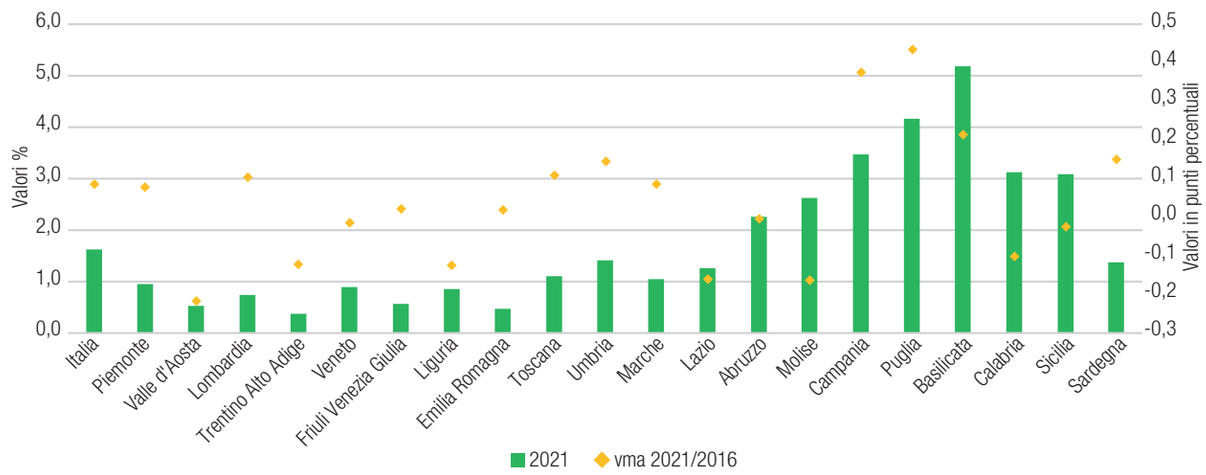
KI 5.5. Incidenza di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari catastrofici, per quintile di consumo. Anno 2021



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

Nel 2021, risultano impoverite per le spese sanitari 423.041 nuclei familiari (pari all'1,6%). L'incidenza delle famiglie impoverite è aumentata di 0,4 p.p. nell'ultimo quinquennio. Le famiglie impoverite sono il 7,6% di quelle del I quintile, lo 0,4% di quelle del II e lo 0,1% di quelle del terzo. Sono soggette a spese catastrofiche (consumi sanitari di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*) 731.489 nuclei (pari al 3,7%). L'incidenza del numero di famiglie soggette a spese catastrofiche è aumentata di 0,1 p.p. nell'ultimo quinquennio. Ne sono affette l'8,0% delle famiglie del I quintile, l'1,6% di quelle del II, l'1,5% di quelle del III e del V, l'1,4% di quelle del IV. Risultano colpite dal disagio economico per consumi sanitari (impoverimento o rinuncia ai consumi sanitari per motivi economici) 1,58 milioni di famiglie (pari al 6,1%). L'incidenza è aumentata di 0,6 p.p. nell'ultimo quinquennio. Ne sono colpite il 18,1% delle famiglie del I quintile, il 5,4% di quelle del II, il 3,3% di quelle del III, il 2,1% di quelle del IV e l'1,6% di quelle dell'ultimo.

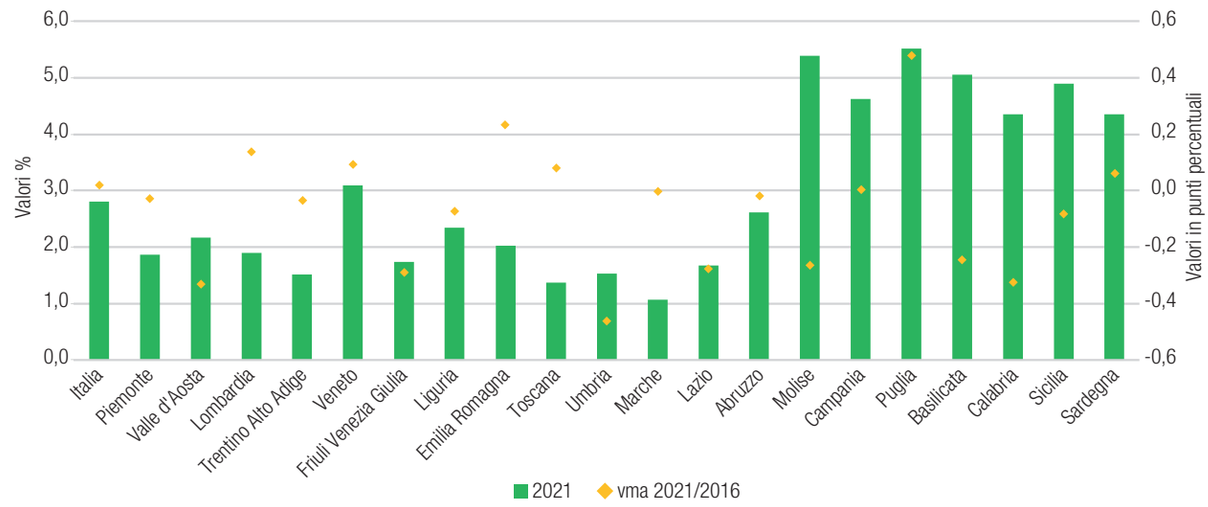
KI 5.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari



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

Nel 2021, il fenomeno dell'impoverimento colpisce soprattutto le Regioni del Sud (3,2% delle famiglie), poi quelle del Centro (1,2% delle famiglie), del Nord-Ovest (0,8% delle famiglie) e del Nord-Est (0,6% delle famiglie). Basilicata (5,2% delle famiglie) e Puglia (4,2% delle famiglie) sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite; le PP.AA. di Trento e Bolzano (0,4% delle famiglie), Valle d'Aosta (0,5% delle famiglie) ed Emilia Romagna (0,5% delle famiglie) sono quelle meno colpite. Nell'ultimo quinquennio l'incidenza dell'impoverimento è cresciuta di +0,4 p.p. nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno, segue il Centro (+0,1 p.p.), mentre nella ripartizione del Nord-Est l'incidenza è rimasta invariata. Nello stesso periodo la riduzione massima di incidenza del fenomeno ha interessato il Molise (-0,8 p.p.), il Lazio (-0,8 p.p.), il Trentino Alto Adige (-0,6 p.p.) e la Liguria (-0,6 p.p.); in Puglia e Campania l'incremento massimo, rispettivamente di +2,2 e +1,9 p.p..

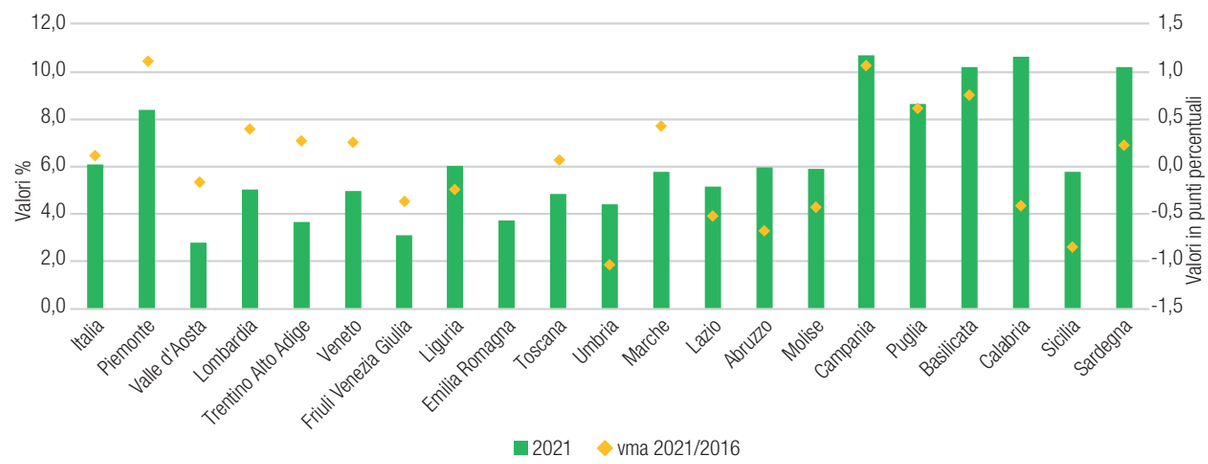
KI 5.7. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari



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

Nel 2021, il fenomeno delle spese sanitarie catastrofiche (consumi di entità superiore al 40% della *capacity to pay*), colpisce soprattutto le Regioni del Sud (4,7% delle famiglie), poi quelle del Nord-Est (2,4% delle famiglie), del Nord-Ovest (1,9% delle famiglie) e del Centro (1,5% delle famiglie). Le Regioni più colpite del fenomeno risultano essere Puglia (5,5% delle famiglie), Molise (5,4% delle famiglie) e Basilicata (5,0% delle famiglie); Marche (1,1% delle famiglie), Toscana (1,4% delle famiglie) e Umbria (1,5% delle famiglie) sono le meno colpite. Nell'ultimo quinquennio l'incidenza del fenomeno è cresciuta nel Nord-Ovest (+0,8 p.p.), nel Nord (+0,4 p.p.), mentre nel Mezzogiorno si è ridotta (-0,8 p.p.). La Puglia è risultata essere la Regione con il maggiore incremento del fenomeno (+2,4 p.p.); l'Umbria quella con la maggiore riduzione (-2,3 p.p.).

KI 5.8. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



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

Nel 2021, secondo l' indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie (che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari per motivi economici), 1,58 milioni di nuclei familiari, pari al 6,1% delle famiglie, si trovano in condizioni di disagio. L'incidenza del fenomeno è aumentata di 0,6 p.p. nell'ultimo quinquennio. L'incidenza del fenomeno è superiore nel Sud del Paese (8,2%), segue il Centro (5,0%), il Nord-Ovest (5,9%) ed il Nord-Est (4,0%). Campania (10,7%), Calabria (10,6%) e Sardegna (10,2%) risultano essere le Regioni con la maggior incidenza; Valle d'Aosta (2,8%), Friuli Venezia Giulia (3,1%), Trentino Alto Adige (3,7%) ed Emilia Romagna (3,7%) risultano essere le meno colpite. Nell'ultimo quinquennio l'incidenza del fenomeno ha riguardato soprattutto le Regioni del Mezzogiorno (+0,6 p.p.), poi il Nord-Ovest (+0,3 p.p.) ed il Centro (+0,1 p.p.). La Sicilia ha registrato la maggiore riduzione del periodo (-4,2 p.p.); il Piemonte il maggiore incremento (+5,3 p.p.).

Capitolo 6

Prevenzione

Prevention

6a. Prevenzione: un approfondimento sulla struttura e il livello di spesa nell'Unione Europea e in Italia

English Summary

6b. Salute e ambiente. L'approccio *One Health*

English Summary

6c. Vaccini: dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale alla valutazione dei livelli regionali di consumo e di spesa

English Summary
Key Indicators

CAPITOLO 6
Prevenzione

Il capitolo 6 è dedicato alla prevenzione in Sanità, tema che viene affrontato da diverse prospettive in due contributi.

Il primo contributo (Capitolo 6a) affronta il tema della spesa sanitaria per la *"preventive care"*, sia in ambito internazionale che in quello nazionale. In particolare, viene effettuato un approfondimento sia sulla struttura che sul livello osservato di spesa, evidenziando il trend e la variabilità tra i Paesi EU come tra le Regioni italiane. Viene evidenziata la crucialità di una costante e dettagliata attività di monitoraggio dei costi rilevati, rimarcando la necessità di affiancare al dato economico quello relativo alla qualità delle prestazioni erogate.

Il secondo contributo (Capitolo 6b) si occupa del rapporto tra salute e ambiente. Vengono riportati, in sintesi, i dati più importanti, nazionali ed internazionali, relativi all'impatto sulla salute del riscaldamento globale, della crisi climatica e della perdita di biodiversità. Per poi dare conto delle raccomandazioni, proposte e atti normativi dedicati ai temi *One Health* e "Salute in tutte le politiche" prodotti negli ultimi anni.

Il terzo contributo (Capitolo 6c) analizza gli ultimi dati (2022) resisi disponibili sulla spesa per vaccini, elaborando inoltre una prima stima dei costi non farmaceutici dei programmi di immunizzazione in Italia, comparando i risultati con i dati internazionali raccolti da OECD.

CHAPTER 6
Prevention

Chapter 6 is devoted to prevention in healthcare, a topic that is analysed from different perspectives in two contributions.

The first contribution (Chapter 6a) addresses the issue of health spending on "preventive care", both nationally and internationally. In particular, an in-depth analysis is made of both the structure and the level of spending, highlighting the trend and variability among EU countries as well as among Italian Regions. The crucial importance of an ongoing and accurate monitoring of the costs borne is highlighted, emphasizing the need to consider economic data alongside the data related to the quality of the services provided.

The second contribution (Chapter 6b) deals with the relationship between health and the environment. The most important national and international data on the health impact of global warming, climate crisis and biodiversity loss are reported. Account is also given of the recommendations, proposals and regulations dedicated to the topics "One Health" and "Health mainstreamed in All Policies" drafted in recent years.

The third contribution (Chapter 6c) analyses the latest data (2022) made available on vaccine spending, also elaborating an initial estimate of the non-pharmaceutical costs of immunization programs in Italy, comparing the results with international data collected by OECD.

CAPITOLO 6a
Prevenzione: un approfondimento sulla struttura e il livello di spesa nell'Unione Europea e in Italia

Giordani C.[1]

6a.1. Introduzione

La prevenzione e le politiche di Sanità pubblica sono componenti fondamentali di ciascun sistema sanitario, soprattutto all'aumentare della quota di popolazione affetta da patologie croniche non trasmissibili (*Organization for Economic Co-operation and Development* - OECD, 2017).

Gli interventi di prevenzione, siano essi individuali o collettivi, mirano a migliorare lo stato di salute e a mantenere basso il rischio di malattie, disturbi o condizioni, prevenendone l'insorgenza attraverso programmi di informazione, sorveglianza, immunizzazione o *screening*.

Negli ultimi decenni, ci sono state diverse storie di successo in tema di salute pubblica, con l'aumento della copertura delle popolazioni in termini di immunizzazione e *screening*, nonché risultati importanti nella riduzione degli incidenti e nell'abbassamento dei tassi di abitudine al fumo e di consumo di alcol, ottenuti attraverso specifiche misure di politica sanitaria. Permangono, però, sfide importanti: ad esempio, i tassi di obesità, se non controllati, rischiano di far esplodere malattie e condizioni correlate. Inoltre, la minaccia delle malattie infettive, conosciute o nuove, richiede a ciascun sistema sanitario di essere vigile e reattivo (OECD, 2017).

Con riferimento alle iniziative e ai documenti adottati in ambito internazionale, solo a titolo di esempio, ricordiamo l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile dell'ONU (Organizzazione Nazioni Unite), siglata da tutti i Paesi del mondo, che tra i suoi 17 obiettivi prevede, tra l'altro, di "assicurare una vita in salute e promuovere il benessere per tutti e a tutte le età".

A livello europeo, il 26.3.2021 è entrato in vigore, con la pubblicazione del Regolamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo e del Consiglio, il programma "*EU4Health*", programma d'azione dell'Unione Europea (EU – *European Union*) in materia di salute per il periodo 2021-2027: si tratta del più ampio programma mai realizzato dall'EU in ambito sanitario in termini di risorse finanziarie (con una dotazione pari a € 5,1 mld.) e rappresenta la risposta dell'EU alla pandemia da Covid-19. Il programma, volto a garantire un livello elevato di protezione della salute umana in tutte le politiche e le attività dell'Unione, in linea con l'approccio "*One Health*", è il principale strumento di finanziamento per le iniziative in materia di salute, secondo quattro macro "linee di attività": prevenzione delle malattie, preparazione alla crisi, sistemi sanitari e personale sanitario, digitale. In aggiunta a queste macro linee, il programma prevede il controllo del cancro come iniziativa primaria e trasversale.

Si ricorda, poi, che le riforme e gli investimenti proposti con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'area "Salute" (Missione 6) hanno due obiettivi principali: potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina.

In ambito nazionale, tra gli ultimi documenti ap-

[1] Economista. L'autore scrive a titolo personale e non per conto dell'Ente di appartenenza

provati, che si pone anche come strumento per l'attuazione della citata Agenda 2030, si ricorda il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025. Esso è caratterizzato da un sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", contestualizzando nei macro obiettivi programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute. L'elemento strategico del Piano sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un "approccio" di promozione della salute, rendendo trasversale a tutti i macro obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa (Ministero della Salute, ISS, siti *web*).

Vale, infine, la pena di ricordare anche il recente Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, che integra il PNP appena ricordato e costituisce il documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di Sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale (Ministero della Salute, sito *web*).

Per mantenere gli *standard* qualitativi dei sistemi sanitari e garantirne la sostenibilità, è cruciale una costante e dettagliata attività di monitoraggio dei costi rilevati e della qualità delle prestazioni erogate: avere risorse sufficienti è fondamentale per la resilienza dei sistemi sanitari, anche se maggiori risorse non necessariamente garantiscono migliori esiti di salute (Ministero dell'Economia e delle Finanze - MEF).

La spesa sanitaria può essere osservata in diverse dimensioni; tra queste, ci sono le funzioni di assistenza sanitaria: nel capitolo, senza pretesa alcuna di esaustività e con alcuni caveat nell'utilizzo dei dati, si intende effettuare un focus sulla struttura e sul livello della spesa sanitaria per la funzione "prevenzione", sia nel contesto dell'EU che in quello del territorio italiano, con confronti a livello regionale.

6a.2. La spesa sanitaria per la prevenzione in Europa

La fonte dei dati internazionali utilizzata nel presente paragrafo è il database OECD.Stat (integrato in alcuni punti con i dati Eurostat), con l'avvertenza – evidenziata dalla stessa OECD – di utilizzare tali dati con cautela: persistono, infatti, limitazioni nella capacità dei diversi Paesi di identificare e rendicontare le diverse voci associate alla spesa sanitaria per la prevenzione, con conseguente impatto sulla reale confrontabilità dei dati.

Per la rilevazione dei dati relativi alla spesa sanitaria, tutti i Paesi dell'Unione Europea hanno adottato la metodologia del *System of Health Account* (SHA), il Sistema internazionale di conti della sanità che misura i flussi finanziari relativi al consumo di beni e servizi sanitari, rappresentando la spesa corrente in maniera molto analitica e fornendo così un utile quadro informativo sul funzionamento dei diversi sistemi sanitari, consentendo analisi e confronti tra Paesi.

Dal punto di vista normativo, a livello europeo si fa riferimento al Regolamento EU n. 359/2015, entrato in vigore nel 2016, che attua il Regolamento CE n. 1.338/2008 sulle statistiche comunitarie in tema di Sanità pubblica, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ed è in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti (SEC 2010).

La spesa sanitaria corrente viene osservata in diverse dimensioni; di seguito si fa riferimento alla spesa per funzione di assistenza (tra cui la prevenzione) e per regime di finanziamento (pubblico e privato).

Le funzioni di assistenza in cui si divide la spesa sanitaria secondo lo SHA sono:

- HC.1- Cura (servizi di assistenza sanitaria per ridurre la gravità di una malattia o di un infortunio, alleviarne i sintomi o proteggere da aggravamenti o complicazioni che possano minacciare la vita o le normali funzioni)
- HC.2 - Riabilitazione (servizi necessari a stabilizzare, migliorare o ripristinare funzioni e strut-

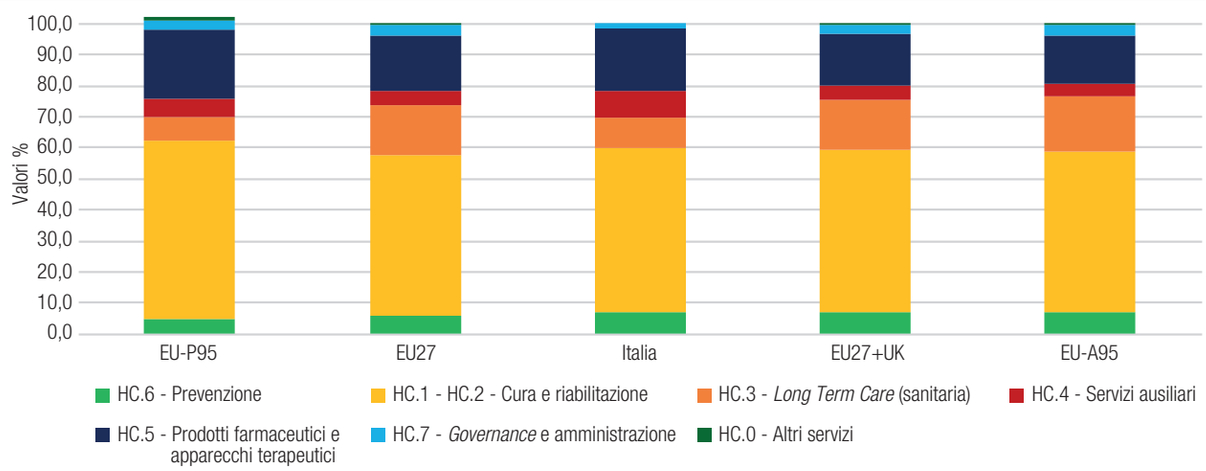
ture deteriorate dell'organismo, a compensare mancanza o perdita di funzioni dell'organismo, a migliorare l'attività e la partecipazione della persona e a prevenire disturbi, rischi e complicazioni mediche)

- HC.3 - *Long Term Care* (LTC - con riferimento all'assistenza sanitaria, con l'obiettivo principale di alleviare il dolore e le sofferenze e di ridurre o gestire il deterioramento del quadro clinico nei pazienti con un grado di dipendenza a lungo termine)
- HC.4 - Servizi ausiliari, non specificati per funzione (es. servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza, che il paziente consuma direttamente e che non fanno parte di un pacchetto di servizi di assistenza)
- HC.5 - Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (utilizzati per la diagnosi, la cura, il trattamento o l'attenuazione della malattia, inclusi le ricette e i farmaci da banco) e apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli (compresi i dispositivi ortottici finalizzati a fornire sostegno al corpo umano o a correggerne le deformazioni e/o le alterazioni, gli apparecchi ortopedici, le protesi o le estensioni artificiali che sostituiscono parti del corpo mancanti e altri dispositivi protesici, etc.)
- HC.6 - Prevenzione (qualsiasi misura destinata a evitare o a ridurre il numero o la gravità degli infortuni o delle malattie e delle loro conseguenze o complicazioni)
- HC.7 - *Governance* e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (servizi che si concentrano sul sistema sanitario in sé piuttosto che sull'assistenza sanitaria diretta, che dirigono e sostengono il funzionamento del sistema sanitario e sono considerati collettivi)
- HC.0 - Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove.

Considerando la spesa sanitaria totale (comprendendo, dunque, sia la componente pubblica che quella privata), la figura 6a.1. mostra la sua composizione per funzioni di assistenza in Italia e, mediamente, in Europa, con riferimento al 2021.

In Italia alla prevenzione viene destinato il 6,8% della spesa sanitaria totale, mentre oltre la metà (52,9%) è attribuibile ai servizi di cura e riabilitazione e il 20,0% a prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici; seguono le altre funzioni di spesa: 9,9% per la LTC (con riferimento all'assistenza sanitaria), 8,7% per servizi ausiliari e un residuale 1,7% per la *governance* e amministrazione del sistema sanitario.

Figura 6a.1. Spesa sanitaria totale per funzioni di assistenza. Europa, anno 2021



EU-P95: Paesi entrati in EU dopo il 1995; EU-A95: Paesi entrati in EU entro il 1995 (esclusa l'Italia).

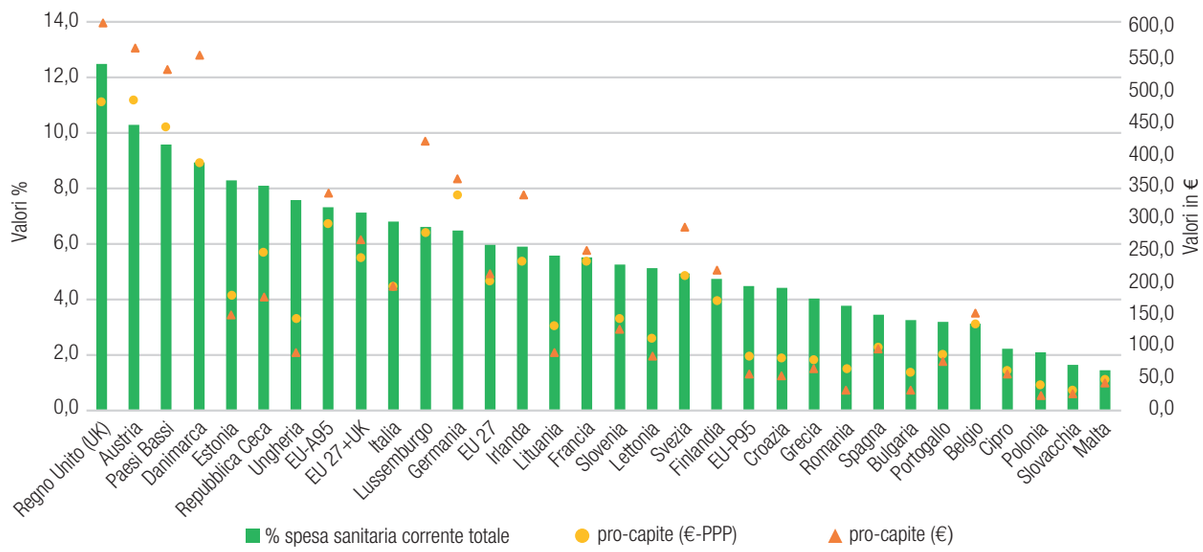
Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Nel confronto con i Paesi europei, si evince come, nel 2021, la quota nazionale di spesa totale destinata alla prevenzione sia superiore alla media EU27[2] (6,0%) e alla media (4,5%) dei Paesi entrati nell'Unione Europea dopo il 1995 (EU-Post 1995)[3], ma inferiore alla media (7,1%) dei Paesi EU27 più il Regno Unito[4] (EU27+UK) e alla media (7,3%) degli altri Paesi entrati nell'Unione Europea entro il 1995 (EU-Ante 1995)[5].

Nel confronto appare, peraltro, evidente, come la quota di spesa sanitaria totale destinata alla LTC nel nostro Paese (9,9%) sia inferiore a tutte le medie europee prese in considerazione, tranne quella dei Paesi EU-Post 1995 (7,2%). Di contro, le quote italiane destinate a cura e riabilitazione (52,9%) e a prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici (20,0%) sono maggiori delle medie europee, tranne che quella dei Paesi EU-Post 1995.

Considerando, in dettaglio, la quota di spesa sanitaria totale destinata alla prevenzione nei singoli Paesi EU27+UK (Figura 6a.2.), nel 2021 l'Italia (con il 6,8%) è ottava dopo Regno Unito (12,5%), Austria (10,3%), Paesi Bassi (9,6%), Danimarca (8,9%), Estonia (8,3%), Repubblica Ceca (8,1%) e Ungheria (7,6%); la quota registrata dal nostro Paese, come già evidenziato, è inferiore anche alla media EU27+UK (7,1%) e EU-Ante 1995 (7,3%). All'estremo inferiore Malta (1,4%), seguita dalla Slovacchia (1,6%).

Figura 6a.2. Spesa sanitaria totale per la prevenzione. Europa, anno 2021



Per la popolazione di Cipro e Malta si utilizza la fonte Eurostat. EU-P95: Paesi entrati in EU dopo il 1995; EU-A95: Paesi entrati in EU entro il 1995 (esclusa l'Italia). PPP: *purchasing power parity* (parità di potere d'acquisto). Per Malta: anno 2020 (pubblica).

Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ed Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

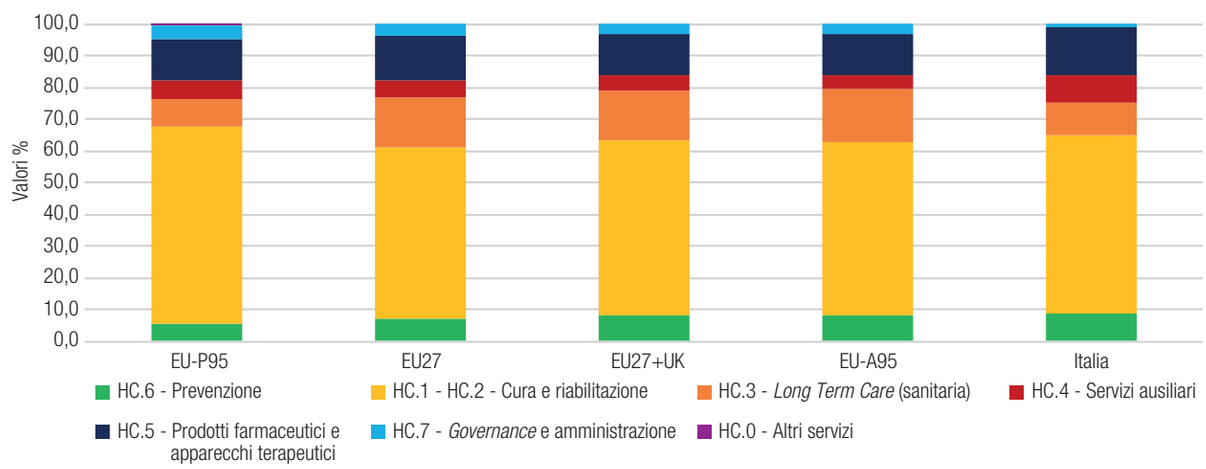
[2] Paesi che appartengono all'EU nel momento in cui si scrive

[3] Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Lituania, Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta, Romania

[4] Uscito dall'UE il 31 gennaio 2020; qui considerato per continuità con le analisi degli anni precedenti

[5] Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito

Figura 6a.3. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza. Europa, anno 2021



EU-P95: Paesi entrati in EU dopo il 1995; EU-A95: Paesi entrati in EU entro il 1995 (esclusa l'Italia).

Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

La spesa pro-capite in termini di €-PPP (parità potere di acquisto), descrive un *ranking* differente: l'Italia con € 190,2 scende all'undicesimo posto, dopo Austria (€ 481,4), Regno Unito (€ 478,6), Paesi Bassi (€ 441,3), Danimarca (€ 385,8), Germania (€ 332,6), Lussemburgo (€ 275,0), Repubblica Ceca (€ 243,1), Francia (€ 230,8), Irlanda (€ 228,9) e Svezia (206,9). Nella figura 6a.2. anche il valore della spesa pro-capite in €, non "aggiustata" in PPP: nel nostro Paese essa è pari a € 193,3.

Passando all'analisi della sola componente pubblica della spesa sanitaria, la figura 6a.3. mostra la sua composizione per funzioni di assistenza (così come prima definite).

Nel nostro Paese, alla prevenzione viene destinato l'8,4% della spesa sanitaria pubblica, mentre oltre la metà (56,8%) è attribuibile ai servizi di cura e riabilitazione e il 14,9% a prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici; seguono le altre funzioni: 9,8% per la LTC, 9,1% per servizi ausiliari e un residuale 1,0% per la *governance* e amministrazione del sistema sanitario.

Confrontando la quota italiana di spesa sanitaria pubblica per la prevenzione con quella registrata nel resto dell'Europa, si evince come, nel 2021, essa risulti superiore a tutte le medie europee definite ed illustrate in precedenza (EU-Post 1995: 5,2%; EU27: 6,8%; EU27+UK: 8,1%; EU-Ante 1995: 8,2%). Risulta superiore alle medie europee calcolate anche la quota di spesa sanitaria pubblica per prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici.

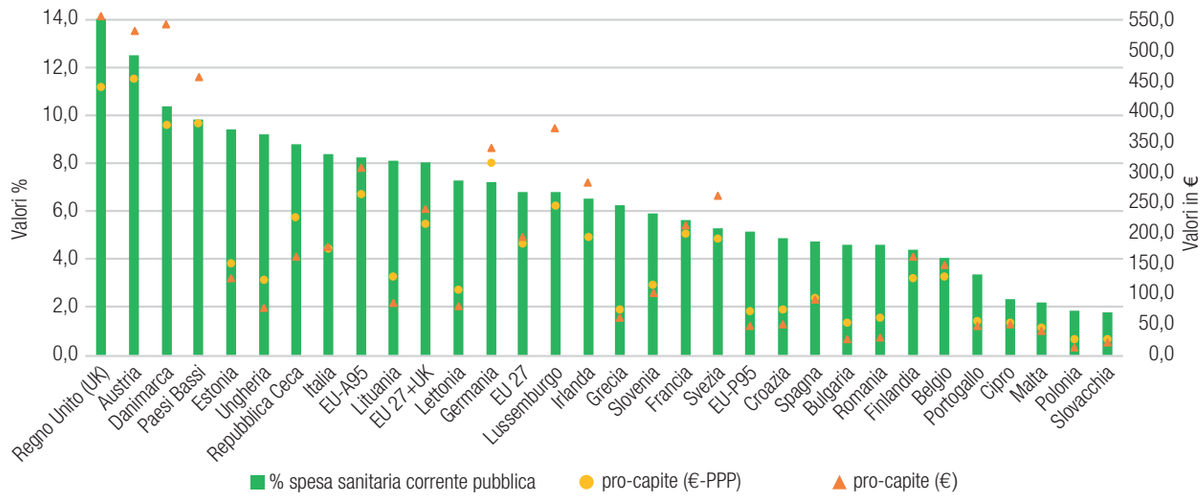
Dal confronto si evidenzia, inoltre, come la quota di spesa sanitaria pubblica destinata alla LTC nel nostro Paese (9,8%) sia inferiore a tutte le medie europee prese in considerazione, tranne che rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995 (8,9%). Di contro, la quota italiana destinata a servizi di cura e riabilitazione (56,8%) è maggiore delle medie europee, tranne che di quella dei Paesi EU-Post 1995 (62,3%).

Considerando, in dettaglio, la quota di spesa sanitaria pubblica destinata alla prevenzione nei singoli Paesi EU27+UK (Figura 6a.4.), nel 2021 l'Italia (8,4%) è ottava dopo Regno Unito (14,1%), Austria (12,6%), Danimarca (10,4%), Paesi Bassi (9,8%), Estonia (9,4%), Ungheria (9,2%) e Repubblica Ceca (8,8%); come già evidenziato, la quota registrata dal nostro Paese è superiore a tutte le medie europee calcolate. All'estremo inferiore si trovano Slovacchia (1,8%) e Polonia (1,9%).

Considerando la spesa pro-capite, in termini di €-PPP, il *ranking* si modifica: l'Italia, con € 177,1, scende all'undicesimo posto, dopo Austria (€ 459,0), Regno Unito (€ 447,3), Paesi Bassi (€ 385,0), Danimarca (€ 383,9), Germania (€ 319,2), Lussemburgo (€

247,5), Repubblica Ceca (€ 227,3), Francia (€ 200,8), Irlanda (€ 196,0) e Svezia (192,2). La figura 6a.4. mostra anche i valori pro-capite in €, non "aggiustati" in PPP (per l'Italia, € 180,0).

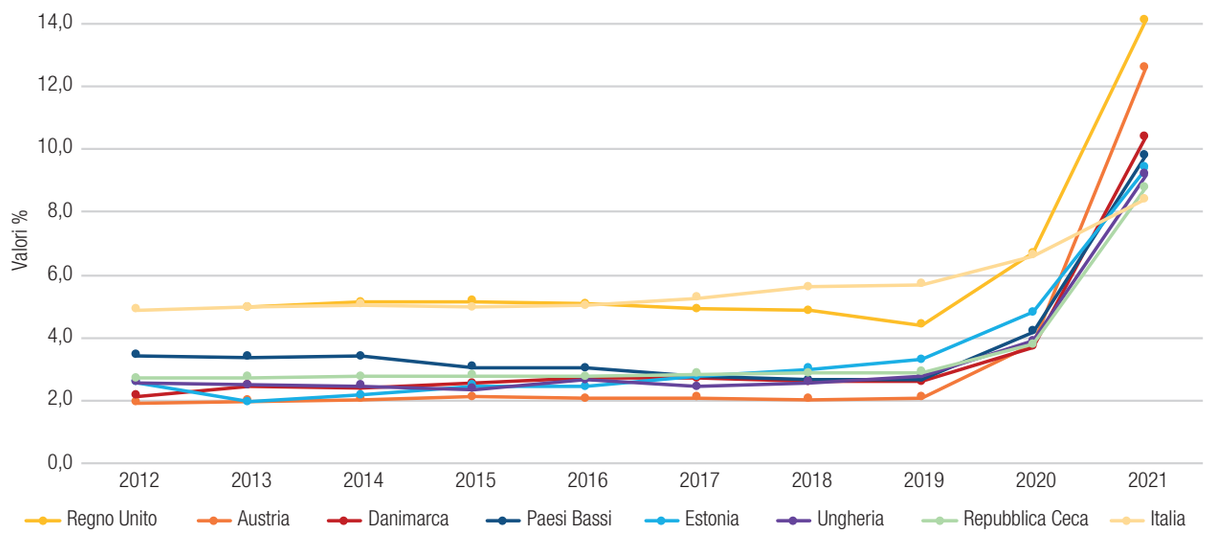
Figura 6a.4. Spesa sanitaria pubblica per la prevenzione. Europa, anno 2021



Per la popolazione di Cipro e Malta si utilizza la fonte Eurostat. EU-P95: Paesi entrati in EU dopo il 1995; EU-A95: Paesi entrati in EU entro il 1995 (esclusa l'Italia). PPP: *purchasing power parity* (parità di potere d'acquisto). Per Malta: anno 2020.

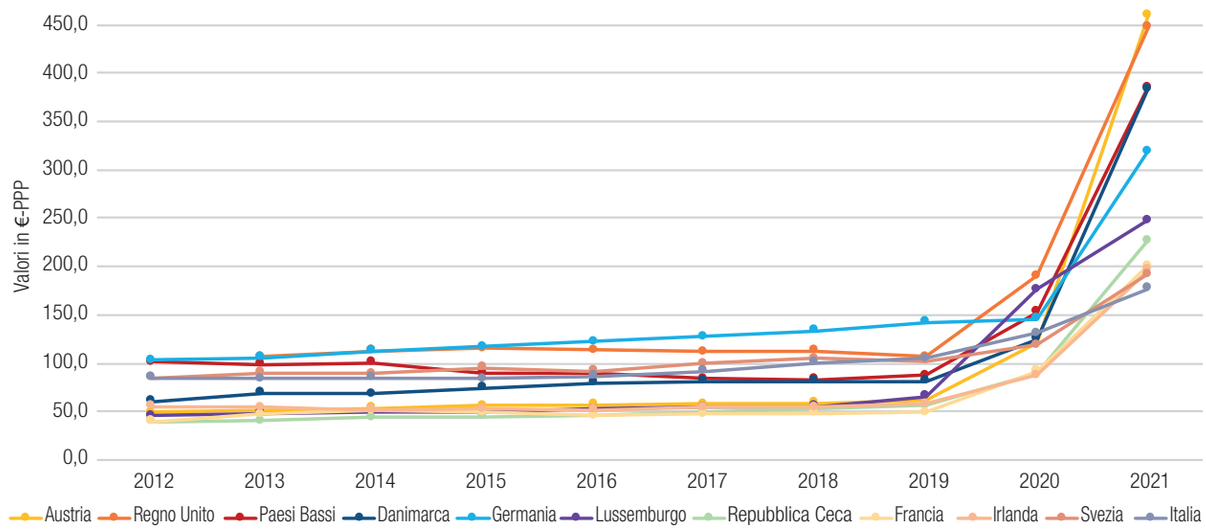
Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ed Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6a.5. *Trend* della quota di spesa sanitaria pubblica dedicata alla prevenzione in alcuni Paesi EU



Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6a.6. *Trend* della spesa sanitaria pubblica per prevenzione, pro-capite, in alcuni Paesi EU



Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

La figura 6a.5. e la figura 6a.6., rispettivamente per la quota di spesa pubblica sanitaria dedicata alla prevenzione e per l'importo pro-capite (€-PPP), mostrano come i Paesi che si trovano, nel r*anking*, al di sopra dell'Italia, comprendendo quest'ultima, hanno fatto registrare un evidente aumento nell'anno 2021 rispetto al 2020 e ancor di più rispetto al 2019; si tratta di un risultato atteso, alla luce della emergenza sanitaria causata dalla pandemia mondiale di Covid-19. Se da una parte alcune attività di prevenzione, in questo periodo emergenziale, hanno infatti subìto un rallentamento (vedi i programmi di *screening* oncologici), dall'altra c'è stato un aumento dell'attività vaccinale.

A titolo di esempio, in Italia la quota di spesa pubblica destinata alla prevenzione nel 2021 è cresciuta di 1,8 punti percentuali rispetto al 2020 (da 6,6% a 8,4%), mentre negli altri Paesi si passa dal +8,8 in Austria al +7,4 nel Regno Unito e al +6,7 in Danimarca; rispetto al 2019, in Italia la quota è cresciuta di 2,7 punti (da 5,7% a 8,4%), con +10,5 in Austria, +9,7 nel Regno Unito e +7,8 in Danimarca. Si noti come, tuttavia, nel periodo pre-pandemico, in particolare dal 2017 al 2019, la quota di spesa pubblica per prevenzione in Italia risulta la più alta tra tutti i Paesi considerati in questa analisi (ossia tra i Paesi in cui la quota è maggiore di quella italiana nel 2021).

Se si prende in esame, invece, la spesa pro-capite (in €-PPP), considerando l'Italia e i 10 Paesi EU+UK che hanno una spesa maggiore nel 2021, nel nostro Paese si osserva un aumento del 35,4% rispetto al 2020, il più basso osservato tra i Paesi osservati (l'incremento maggiore in Austria, che è passata da €-PPP 120,3 a €-PPP 459,0, registrando un +281,5%). Nel periodo pre-pandemico, nel triennio 2017-2019 la spesa pro-capite italiana risulta, nel *ranking* degli stessi 11 Paesi considerati, quarta nei primi due anni (dopo Regno Unito, Germania e Svezia) e terza nel 2019.

Nella tabella 6a.1. si riporta il dettaglio dei valori per ciascun Paese EU27+UK, più le medie europee, per il triennio 2019-2021.

Tabella 6a.1. *Trend* della spesa sanitaria pubblica per prevenzione in EU27+UK

Paesi UE	Quota spesa per prevenzione su spesa sanitaria pubblica (%)				Spesa pubblica prevenzione pro-capite (€-PPP)			
	2019	2020	2021	Var. p.p. 2021/2020	2019	2020	2021	Var. % 2021/2020
EU27+UK	3,3	4,2	8,1	3,9	76,6	105,9	218,9	106,7
EU27	3,0	3,7	6,8	3,1	72,1	93,3	184,5	97,7
EU-A95	3,1	4,1	8,2	4,1	86,2	122,7	268,5	118,8
EU-P95	2,3	2,8	5,2	2,4	27,8	34,5	72,8	111,0
Austria	2,1	3,8	12,6	8,8	61,2	120,3	459,0	281,5
Belgio	2,1	2,7	4,0	1,3	60,6	81,5	130,5	60,1
Repubblica Ceca	2,9	3,8	8,8	5,0	56,2	89,9	227,3	152,8
Danimarca	2,6	3,7	10,4	6,7	81,1	124,8	383,9	207,6
Estonia	3,3	4,8	9,4	4,6	42,6	71,6	152,9	113,5
Finlandia	3,2	5,6	4,4	-1,2	77,8	144,2	126,0	-12,6
Francia	1,6	2,8	5,6	2,8	49,2	91,7	200,8	119,0
Germania	3,7	3,6	7,2	3,6	142,4	146,2	319,2	118,3
Grecia	1,9	2,7	6,3	3,6	18,9	28,5	73,1	156,5
Ungheria	2,8	3,9	9,2	5,3	28,6	46,2	125,0	170,6
Irlanda	2,2	3,1	6,5	3,4	57,9	87,2	196,0	124,8
Italia	5,7	6,6	8,4	1,8	105,4	130,8	177,1	35,4
Lettonia	3,9	4,7	7,3	2,6	33,7	46,5	106,8	129,7
Lituania	4,1	5,6	8,1	2,5	51,9	78,8	128,5	63,1
Lussemburgo	2,0	5,3	6,8	1,5	65,8	176,7	247,5	40,1
Paesi Bassi	2,7	4,2	9,8	5,6	87,3	152,7	385,0	152,1
Polonia	1,8	1,6	1,9	0,3	20,6	18,6	23,6	26,9
Portogallo	1,2	1,3	3,3	2,0	16,1	19,8	55,6	180,8
Slovacchia	0,8	1,0	1,8	0,8	9,3	12,6	24,6	95,2
Slovenia	2,8	3,2	5,9	2,7	45,8	56,2	115,9	106,2
Spagna	3,0	4,0	4,8	0,8	53,2	75,0	94,6	26,1
Svezia	3,1	3,5	5,3	1,8	102,4	119,0	192,2	61,5
Regno Unito (UK)	4,4	6,7	14,1	7,4	106,9	190,0	447,3	135,4
Bulgaria	4,4	4,1	4,6	0,5	33,8	38,0	51,4	35,3
Croazia	3,3	3,3	4,9	1,6	37,0	40,5	74,4	83,7
Cipro	1,1	1,8	2,3	0,5	11,5	29,0	53,8	85,5
Malta	2,5	2,2	2,2*	0,0	46,6	44,4	44,2*	-0,5
Romania	1,9	2,4	4,6	2,2	20,0	20,1**	59,7	197,0

*Per il 2021, per Malta si considera la spesa del 2020 (con popolazione 2021).
**Per il 2020, per la Romania si considera la spesa del 2019 (con popolazione 2020).
Per Cipro e Malta, la popolazione ha fonte Eurostat. EU-P95: Paesi entrati in EU dopo il 1995; EU-A95: Paesi entrati in EU entro il 1995 (esclusa l'Italia). PPP: *purchasing power parity* (parità di potere d'acquisto).

Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ed Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne le fonti di finanziamento della spesa per prevenzione, secondo lo schema SHA 2011 (aggiornato al 2017), si possono distinguere la quota attribuibile alla "pubblica amministrazione", quella riferibile alle "assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria", la "spesa diretta delle

famiglie" e la "spesa sostenuta da regimi di finanziamento volontari", dove le prime due sono classificate come spesa pubblica e le altre due come spesa privata.

Dalla figura 6a.7. si evince come, nel 2021, in tutti i Paesi europei la spesa sanitaria destinata alla prevenzione sia finanziata prevalentemente dal "sistema pubblico".

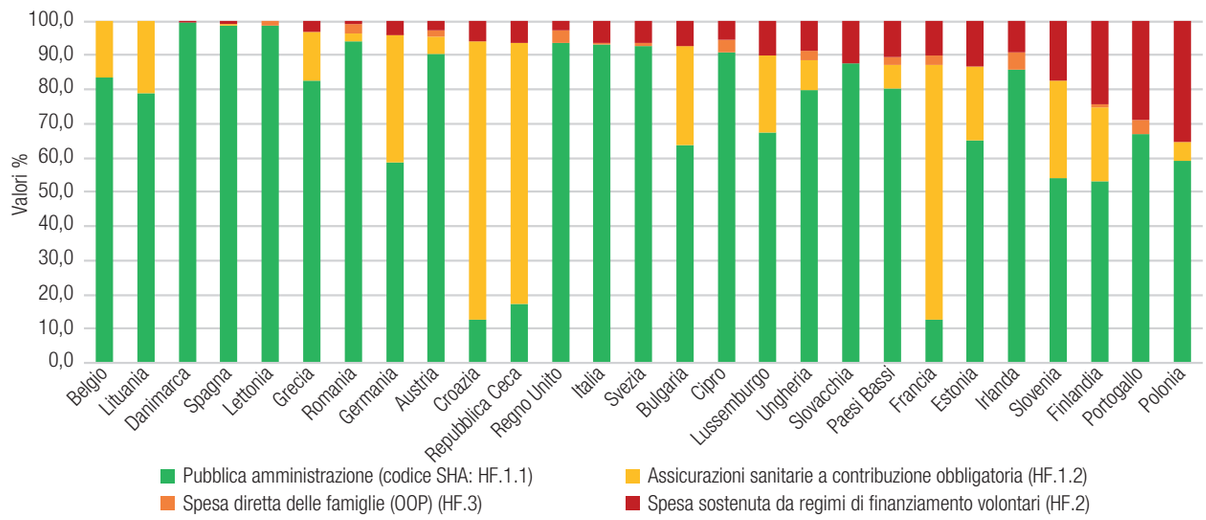
In particolare, è finanziata quasi completamente (oltre il 98%) dalla pubblica amministrazione in Danimarca (99,5%), Spagna (98,9%) e Lettonia (98,5%); si attestano, comunque, al di sopra del 90% anche Romania, Austria, Regno Unito, Italia (93,1%), Svezia e Cipro. Scendono ad una quota inferiore al 20% Paesi come Francia (12,8%), Croazia (12,5%) e Repubblica Ceca (17,1%), dove prevale invece il finanziamento tramite assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (rispettivamente, 74,2%, 81,6% e 76,4%). Si segnala un importante aumento, rispetto al 2020, della spesa finanziata da contributi sociali/assicurazioni obbligatorie in Francia (€ 12.537 mln. nel 2021, contro € 4.137 mln. nel 2020 e € 1.684 mln. nel 2019), Repubblica Ceca, Polonia, Croazia e, in misura inferiore, Germania.

La quota finanziata con spesa diretta delle famiglie (OOP) non assume un ruolo significativo nel sistema di finanziamento della prevenzione in nessuno dei Paesi considerati, stando ai dati disponibili, da considerare sempre con cautela; tale quota supera il 3% solo in Irlanda (5,3%), Portogallo (4,4%), Regno Unito (4,1%) e Cipro (3,6%); si attestano al 3% Francia e Ungheria. L'Italia si ferma allo 0,6%. Infine, le quote più rilevanti di spesa sostenuta da regimi di finanziamento volontari si osservano in Polonia (35,1%), Portogallo (28,9%) e Finlandia (24,3%).

In termini di utilizzo, la spesa per prevenzione (*preventive care*), focus del presente capitolo, viene disaggregata e suddivisa in base ai seguenti sotto-livelli (secondo lo SHA):

- HC.6.1: informazione, educazione sanitaria e *counselling*: riguarda la prevenzione primaria e secondaria, comprendendo, ad esempio, informazione circa le conseguenze del fumo di sigaretta, del consumo di sale, della dieta o dell'attività fisica; avvertenze per le donne in stato di gravidanza circa l'abuso di droghe e di alcol; informazione sull'importanza dell'uso del casco e delle cinture di sicurezza; informazione sui programmi di vaccinazione e di *screening.*

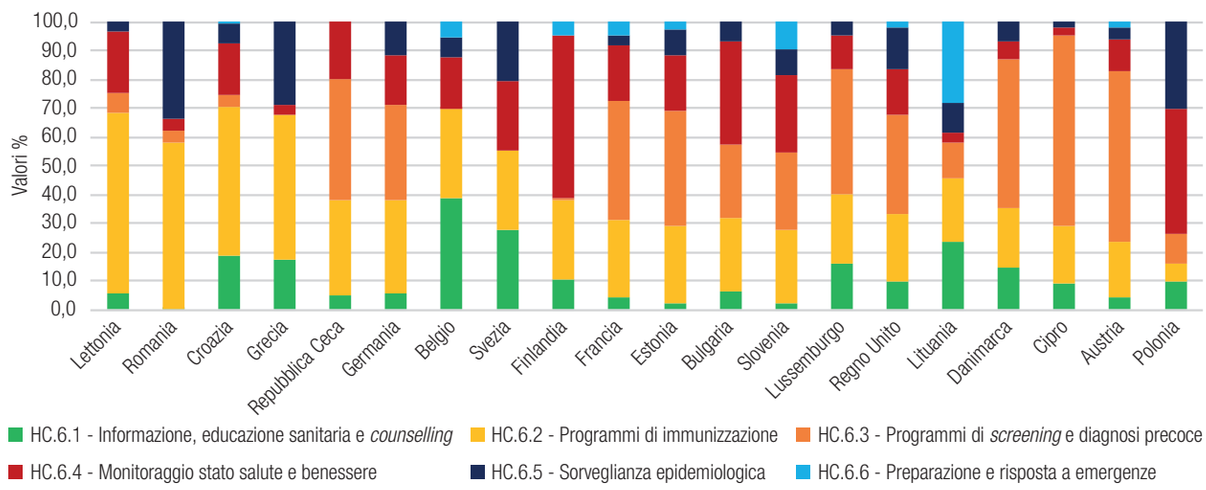
Figura 6a.7. Spesa sanitaria totale per prevenzione, per sistema di finanziamento. Europa, anno 2021



Non sono disponibili i dati per Malta.

Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6a.8. Spesa sanitaria totale per la prevenzione, composizione per sotto-livelli in alcuni Paesi europei. Anno 2021



Per Grecia e Svezia non è disponibile il dato relativo ai programmi di *screening*, mentre per Repubblica Ceca e Finlandia non è disponibile quello per la sorveglianza epidemiologica e i programmi di controllo di fattori di rischio e malattie. I dati relativi alla spesa per programmi di preparazione e risposta alle emergenze sono forniti per 9 Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

- HC.6.2: programmi di immunizzazione: si riferisce alla prevenzione primaria delle malattie, attraverso l'uso di prodotti farmaceutici, come i vaccini
- HC.6.3: programmi di *screening* e diagnosi precoce: riguarda la diagnosi precoce, prima della manifestazione dei sintomi, di specifiche malattie quali cancro al seno, alla cervice uterina, HIV/AIDS; comprende gli *screening*, i test diagnostici e le visite mediche
- HC.6.4: monitoraggio dello stato di salute e benessere: si riferisce al monitoraggio delle condizioni di salute, ad es. in particolari gruppi di popolazione (quali le donne in stato di gravidanza o i bambini) o in specifici ambiti, come i *check-up* dentali, non riferiti ad una specifica patologia
- HC.6.5: sorveglianza epidemiologica e programmi di controllo di fattori di rischio e malattie: comprende sorveglianza di epidemie e modelli di malattie trasmissibili e non trasmissibili, esposizione ad agenti atmosferici dannosi per la salute, così come lo studio di risposte appropriate a tali fenomeni
- HC.6.6: programmi di preparazione e risposta alle emergenze.

Vale la pena evidenziare come nel database OECD, in qualche caso, alcune delle componenti della spesa sanitaria per prevenzione non vengano rilevate o non vengano collocate esattamente nel sotto-livello previsto, e questo porta a sottostimare/sovrastimare la spesa (e le sotto-categorie), inficiando il corretto confronto tra Paesi. Per l'Italia, ad esempio, è rilevato solo il dato relativo alla funzione principale "*preventive care*" ma non quello dei sotto-livelli di cui si compone. La figura 6a.8. illustra i dati che risultano disponibili, per l'anno 2021.

Si osserva come, tra i 20 Paesi di cui si dispone del dato, Lettonia (62,5%), Romania (58,3%), Croazia (51,9%), Grecia (50,5%) e Svezia (27,9%) siano quelli che destinano ai programmi di immunizzazione la quota prevalente della loro spesa totale per prevenzione. Nel Belgio prevale, invece, la quota di spesa destinata a informazione, educazione sanitaria e *counselling* (39,0%), mentre Finlandia, Bulgaria e Polonia destinano la quota più alta di spesa nel monitoraggio dello stato di salute e benessere. In tutti gli altri Paesi (ad eccezione della Lituania) prevale la quota di spesa impiegata in programmi di *screening* e diagnosi precoce. Questi dati vanno letti tenendo presente i caveat espressi sulla loro qualità e confrontabilità.

6a.3. La spesa sanitaria per la prevenzione in Italia

Per l'analisi a livello nazionale, oltre a far riferimento ai dati OECD osservati nel paragrafo precedente per il confronto tra Italia e Paesi EU, in questo paragrafo si utilizzano i dati economici relativi ai costi dei livelli di assistenza (LA) del SSN, rilevati attraverso la compilazione del modello LA (flusso istituito dal D.M. del 16.2.2001, e revisionato dal Decreto del Ministero della Salute del 24.5.2019) da parte degli Enti del SSN[6] e pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) sul proprio sito *web*[7]. Anche in questo caso, l'indicazione è quella di utilizzare tali dati con estrema cautela, in considerazione delle criticità relative alla loro completezza e qualità (nonché alla classificazione delle diverse voci di spesa[8]).

In particolare, di seguito viene presentata una analisi della spesa del SSN destinata alla prevenzione a livello regionale, intesa come costo del relativo livello di assistenza: i dati sono estratti dal citato modello LA, il quale fornisce una riclassificazione dei costi del modello CE (Conto Economico) per funzione assistenziale, rendendo disponibili informazioni che consentono di valutare la destinazione funzionale dei costi del SSN e mostrano le attività, i servizi e le prestazioni che il SSN eroga ai cittadini in condizioni di uniformità e appropriatezza.

Osserviamo propedeuticamente che il modello LA articola le tre macro-aree di attività dei LEA (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) nei singoli sub-livelli di assistenza, con il dettaglio utile per il confronto tra i costi sostenuti e il livello dei servizi erogati.

Nella tabella 6a.2. viene elencato il dettaglio dei sub-livelli assistenziali relativi al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", così come rilevati nel modello LA (dalla revisione del 2019) e corrispondenti al DPCM LEA del 12.1.2017[9].

La "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita; esso si articola in diverse aree di intervento (sub-livelli di assistenza) che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute. Sono esclusi gli interventi di prevenzione individuale (fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione, come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini, gli *screening* oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione, e il *counselling* individuale per la promozione di stili di vita salutari). Sono escluse, altresì, le prestazioni che, pur costituendo un compito istituzionale delle strutture sanitarie, sono erogate con oneri a totale carico del richiedente e risultano pertanto escluse dai LEA. Sono, invece, incluse le prestazioni poste solo parzialmente a carico del richiedente, in base a disposizioni nazionali o comunitarie e alle relative norme regionali attuative.

[6] Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in Fondazioni, Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, come anche Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano per le spese direttamente gestite e per il riepilogativo nazionale (codice 999)

[7] https://bdap-opendata.rgs.mef.gov.it/catalog

[8] Sia a causa delle diverse realtà regionali che della difficoltà, in alcuni casi, di allocare correttamente le spese (es. allocazione delle spese per il personale che è impiegato in attività diverse)

[9] Si noti che nel DPCM LEA la voce relativa all'attività ex lege 210/1992 è ricompresa nelle "Attività medico legali per finalità pubbliche"

Tabella 6a.2. Sub-livelli di assistenza del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" ex Modello LA (D.M. del 24.5.2019)

LEA	Codice	Note (da linee guida per la compilazione e DPCM LEA)
"Prevenzione collettiva e sanità pubblica"	19999	
1. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	1A100	Comprende ad es. la gestione del sistema di segnalazione e notifica di malattia infettiva e diffusiva e dei focolai epidemici; la sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive; la comunicazione e diffusione dei risultati sull'andamento delle malattie infettive/diffusive; i programmi di educazione sanitaria; l'attività di informazione ai viaggiatori sui rischi infettivi presenti nelle varie aree del pianeta; la predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva, etc. Vi rientrano, poi, i costi per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate alla popolazione a rischio (sono compresi i costi dei servizi di vaccinazione e i costi dei vaccini; non sono compresi i costi delle prestazioni dei MMG e PLS erogate nell'ambito delle campagne vaccinali).
• Vaccinazioni	1A110	
• Altri interventi per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie	1A120	
2. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	1B100	Dal DPCM LEA: es. tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico e delle acque di balneazione; tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni; promozione sicurezza stradale; tutela condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo; tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali, etc. I programmi inclusi in questa area di intervento e le relative prestazioni sono erogati in forma integrata tra sistema sanitario e agenzie per la protezione ambientale.
3. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	1C100	Comprende ad es. sorveglianza epidemiologica e prevenzione dei rischi e dei danni correlati al lavoro; promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; prevenzione delle malattie lavoro correlate, etc. È compresa l'attività del medico competente per la sorveglianza sanitaria in favore dei dipendenti dell'azienda di appartenenza.
4. Salute animale e igiene urbana veterinaria	1D100	Comprende i costi per l'igiene degli alimenti di origine animale. Dal DPCM LEA: es. sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali; controllo sulla riproduzione animale; controllo sul benessere degli animali da reddito; lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione; sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali; sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza; sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi; soccorso degli animali a seguito di incidente stradale, etc.
5. Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori	1E100	Dal DPCM LEA: es. sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina, sugli stabilimenti registrati, sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti e OGM negli alimenti, su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari, su acque potabili, su Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari; gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze, etc.
6. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	1F100	
• *Screening* oncologici	1F110	Sono compresi i programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN e dei PSR: inclusi i costi sostenuti per l'organizzazione dei programmi, per lo sviluppo diretto delle attività (beni, personale, etc.) e per l'acquisto di servizi da terzi soggetti erogatori. Non sono considerate le prestazioni di diagnosi precoce di tumori erogate a fronte di (ex) ricetta rossa (rientrano nella specialistica ambulatoriale.
o Programmi organizzati svolti in apposita Unità operativa/Centro di costo	1F111	Include i costi delle fasi del processo di screening svolte direttamente dal Dipartimento di sanità pubblica (di norma, pianificazione, gestione delle chiamate, valutazione del processo).
o Programmi organizzati svolti in ambito consultoriale/ambulatoriale territoriale	1F112	
o Programmi organizzati svolti in ambito ospedaliero	1F113	Nel caso in cui l'attività di laboratorio sia svolta in ambito diverso da quello in cui avviene il prelievo, la struttura che effettua il prelievo deve rilevare solo il costo del personale e dei materiali usati, mentre il laboratorio deve rilevare il costo dell'elaborazione del campione prelevato.
• Altre attività di Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e prevenzione nutrizionale	1F120	Attività non correlate allo screening di cui alla lettera F dell'allegato 1 al DPCM LEA (es. sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione; campagne informative per il contrasto al tabagismo e al consumo a rischio di alcol; programmi per incrementare la pratica dell'attività fisica e l'adozione di corrette abitudini alimentari nella popolazione generale e in gruppi a rischio; formazione del personale sanitario su attività di promozione e sostegno dell'allattamento al seno; campagne informative per la conoscenza dei rischi da dipendenze, etc.)
o Altre attività svolte in ambito extraospedaliero	1F121	
o Altre attività svolte in ambito ospedaliero	1F122	Sono esclusi i costi per gli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie (rilevati nel LEA assistenza ospedaliera).

7. Attività medico legali per finalità pubbliche	1G100	Dal DPCM LEA: accertamenti e attività certificativa medico legale nell'ambito della disabilità; pareri medico-legali su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti; attività di medicina necroscopica e di formazione e informazione. Sono comprese le certificazioni sanitarie ai dipendenti pubblici assenti per motivi di salute, ancorché non rientranti nei LEA secondo la Corte costituzionale (non rientrano nei LEA le certificazioni mediche non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, ma in ogni caso devono essere contabilizzati i relativi costi).
8. Contributo Legge 210/92	1H100	Comprende sia gli indennizzi riconosciuti ai sensi della L. 210/1992 (indennizzo ai soggetti danneggiati in modo irreversibile da vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati infetti), sia i costi di gestione amministrativa delle pratiche (nel DPCM LEA, questa attività è compresa nel punto 7).

Per maggiori dettagli sul contenuto delle voci, si rimanda all'allegato 1 del DPCM LEA 12.01.2017.

Fonte: Ministero della Salute (2019), D.M. del 24.05.2019, "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale" – Allegato "Linee guida per la compilazione del modello LA".

Con riferimento alla natura dei costi, essi vengono rilevati in base alle seguenti macro-voci economiche:

- consumi (suddivisi in sanitari e non sanitari)
- prestazioni sanitarie
- servizi (suddivisi in sanitari e non sanitari)
- personale (differenziando ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo)
- oneri finanziari
- ammortamenti
- sopravvenienze e insussistenze
- altri costi.

Le analisi che seguono sono state effettuate sui dati dei modelli LA pubblicati per gli anni 2019-2021[10]. Appare, però, opportuno evidenziare ancora la necessità di cautela nell'effettuare confronti regionali, visto il grado di disomogeneità nella rilevazione dei dati (che viene sottolineato anche da Age.Na.s. nei suoi documenti di monitoraggio della spesa sanitaria[11]).

Con i caveat descritti, la spesa sanitaria complessiva in attività di prevenzione nel nostro Paese[12], nel 2021, ammonterebbe a € 7,19 mld. (€ 6,25 mld. nel 2020 e € 5,55 mld. nel 2019), pari a € 121,4 pro-capite (rispettivamente, € 104,7 nel 2020 e € 92,9 nel 2019).

Tale spesa rappresenta il:

- 5,2% della spesa pubblica complessiva sostenuta per i tre livelli di assistenza (rispettivamente, 4,8% e 4,3% nei due anni precedenti)
- 6,2% del Fondo sanitario nazionale – FSN (5,5% nel 2020, 5,0% nel 2019)[13].

Il dato non è confrontabile con quello di fonte OECD, esplicitato nel paragrafo precedente, per effetto della diversa classificazione delle attività considerate: ad esempio, nel sistema di rilevazione italiano (LA) vengono incluse voci come "Salute animale e igiene urbana veterinaria", "Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati" o ancora "Attività medico legali per finalità pubbliche" che in altri Paesi potrebbero essere ricomprese in altri capitoli di spesa (es. agricoltura e ambiente, o anche assistenza primaria per alcune attività di prevenzione legate alle vaccinazioni).

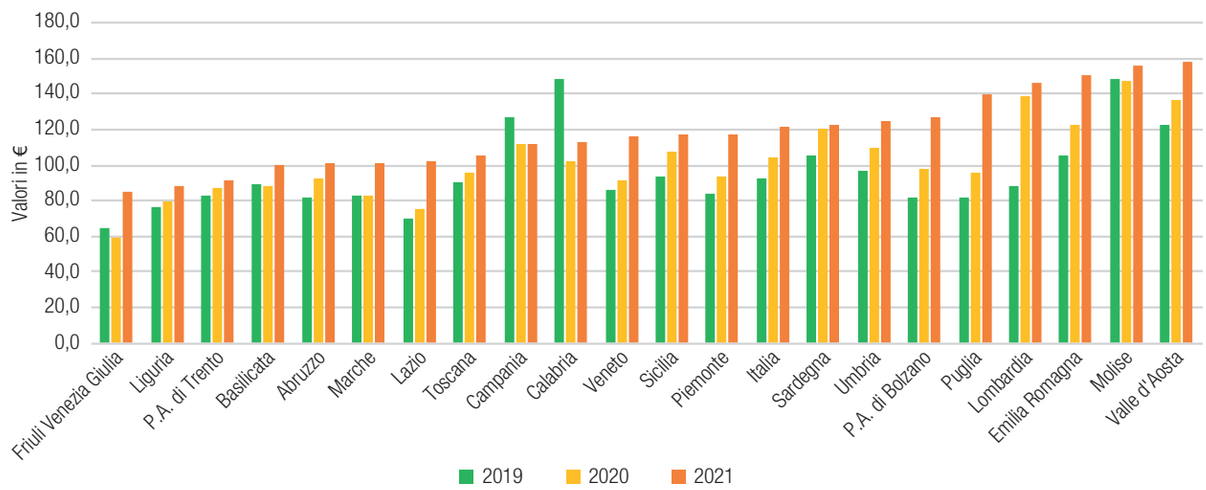
[10] Non si effettuano confronti con gli anni precedenti in quanto lo schema di rilevazione è stato modificato a partire dal 2019

[11] Age.Na.s. (2015), Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, 2008-2015, su https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2015/andamento_spesa_2015.pdf

[12] Si consideri che per la Calabria non è disponibile il dato riepilogativo (codice 999), per cui sono stati sommati i dati provenienti dalle singole Aziende che li hanno inviati e disponibili *online*

[13] FSN quota indistinta, come da Delibere CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica) su: https://ricerca-delibere.programmazioneeconomica.gov.it/?q=

Figura 6a.9. *Trend* regionale della spesa pro-capite per il LEA "prevenzione collettiva e sanità pubblica"



Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021, su https://www.mef.gov.it/, e Istat (popolazione), ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Analizzando la spesa italiana per prevenzione in termini pro-capite (Figura 6a.9.), nel 2021 essa ha registrato un aumento del 15,9% rispetto al 2020 (passando da € 104,7 a € 121,4) e del 30,7% rispetto al 2019 (anno prepandemico, quando la spesa pro-capite era pari a € 92,9). I dati confermano, quindi, il forte aumento della spesa in prevenzione causato, come più volte evidenziato, dall'emergenza sanitaria per Covid-19 (soprattutto in termini di vaccinazione, come si vedrà meglio nel prosieguo). A livello regionale, si osserva una elevata variabilità: sempre nel 2021, si passa da € 84,6 pro-capite in Friuli Venezia Giulia a € 157,9 in Valle d'Aosta; sopra la media nazionale anche Sardegna (€ 122,3), Umbria (€ 124,9), P.A. di Bolzano (€ 126,4), Puglia (€ 139,6), Lombardia (€ 146,1), Emilia Romagna (€ 150,6) e Molise (€ 155,7).

Considerando il *trend* del triennio 2019-2021, nel 2021 si è registrato un aumento in tutte le Regioni, rispetto all'anno precedente (anche se di diversa entità: spiccano il +45,5% della Puglia e il +42,2% del Friuli Venezia Giulia, mentre, ad esempio, la Campania registra un +0,3% e la Sardegna +2,0%), così come rispetto al 2019, tranne che in Campania (-11,5%) e in Calabria (-23,7%)[14]. Nel 2020, rispetto al 2019, si osserva una crescita della spesa pro-capite per attività di prevenzione nella maggior parte delle Regioni (tranne che in Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Marche, Campania, Calabria e Molise).

Nella tabella 6a.3. viene esemplificata e sintetizzata, in valore assoluto, la spesa per prevenzione in Italia nel 2021, nelle sue macro-voci economiche per ciascun sub-livello di assistenza.

Nella figura 6a.10. viene rappresentata la composizione della spesa per prevenzione, a livello nazionale, per sub-livelli di assistenza[15].

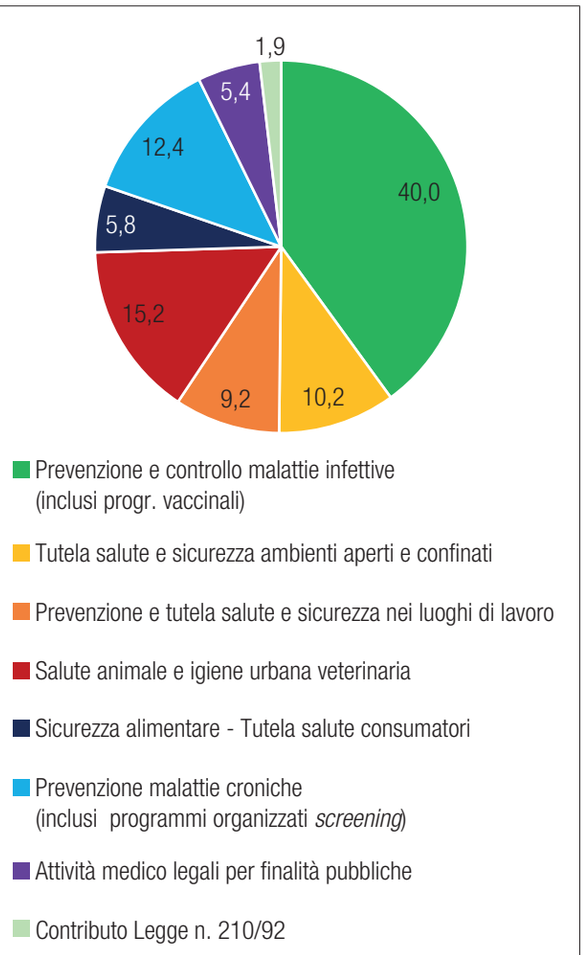
[14] Si tenga conto che per la Calabria non sono disponibili i dati riepilogativi consolidati forniti dalla Regione (codice 999) e la Campania mostra un andamento anomalo (che può dipendere dalla non completezza/correttezza dei dati)

[15] In questa figura e in tutte le altre che illustrano la composizione percentuale, il totale dei valori evidenziati può non fare esattamente 100,0% a causa delle approssimazioni

Tabella 6a.3. Spesa (€) per il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per sub-livelli di assistenza e macro-voci economiche. Italia, anno 2021

Sub-livelli di assistenza/ macro-voci economiche	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari	Servizi non sanitari	Personale Sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Oneri finanziari, ammortamenti, sopravvenienze e insussistenze	Altri costi	Totale
Totale LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"	992.005.033,7	35.267.915,0	341.678.035,7	1.386.218.595,0	852.687.572,5	2.512.838.728,3	34.240.564,9	210.221.955,4	396.810.980,5	171.289.051,3	255.500.957,9	7.188.759.390,2
Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali	864.304.485,1	13.784.324,5	114.022.251,4	497.838.500,6	360.732.711,5	704.198.432,0	5.408.450,1	62.982.664,3	111.822.343,5	50.282.337,6	89.519.225,8	2.874.895.726,5
di cui vaccinazioni	611.035.974,1	8.890.810,3	65.819.423,4	279.039.392,2	199.477.547,6	397.697.885,6	2.827.554,6	34.006.945,6	55.493.184,9	22.951.283,3	43.065.603,0	1.720.305.604,6
Tutela della salute e sicurezza degli ambienti aperti e confinati	17.187.865,2	2.987.063,2	7.632.763,3	369.953.271,8	51.896.804,1	188.898.491,7	2.024.808,7	18.205.393,5	33.540.504,6	14.145.661,7	26.107.730,8	732.580.358,5
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	10.851.445,3	3.240.476,6	15.108.452,8	90.178.543,3	83.033.476,6	309.874.159,3	20.054.693,5	31.606.124,3	46.852.918,4	20.927.372,8	27.413.283,0	659.140.945,8
Salute animale e igiene urbana veterinaria	17.900.228,5	5.075.460,1	51.212.613,6	100.862.039,1	139.978.980,8	601.588.508,9	2.452.959,4	35.560.376,5	65.660.305,7	28.119.975,7	41.899.840,4	1.090.311.288,6
Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori	5.342.112,4	1.821.024,4	11.227.546,5	25.129.160,1	46.543.588,3	240.866.924,8	1.428.333,2	12.525.619,6	29.177.440,5	19.444.747,2	20.425.263,8	413.931.760,8
Sorveglianza e prevenzione malattie croniche, inclusi promozione di stili di vita sani e programmi organizzati di *screening*; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	67.947.246,2	6.487.075,0	106.965.234,9	132.882.563,8	127.522.048,7	308.928.956,7	2.000.919,7	34.538.426,1	46.378.993,1	27.368.205,2	33.683.615,2	894.703.284,5
di cui *screening* oncologici	47.324.146,3	2.533.033,3	53.417.390,4	55.121.901,4	57.671.245,7	171.998.894,9	1.009.960,9	17.044.073,6	22.461.034,5	16.174.452,6	12.522.114,5	457.278.248,0
Attività medico legali per finalità pubbliche	8.470.912,9	1.866.786,2	35.508.514,8	37.564.842,9	42.574.815,4	158.106.154,0	858.839,2	14.758.081,7	63.108.506,0	10.885.642,9	16.049.765,5	389.752.861,3
Contributo Legge 210/92	738,2	5.705,1	658,3	131.809.673,5	405.147,2	377.100,9	11.561,2	45.269,6	269.968,7	115.108,2	402.233,6	133.443.164,3

Figura 6a.10. Composizione della spesa per il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per sub-livelli di assistenza. Valori %. Italia, anno 2021



Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anno 2021, su https://www.mef.gov.it/, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, prevalgono i costi per le attività di "sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali"(40,0%), seguiti da quelli per "salute animale e igiene urbana veterinaria" (15,2%), per "sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening,* e sorveglianza e prevenzione nutrizionale" (12,4%), per "tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati" (10,2%)[16] e "sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" (9,2%).

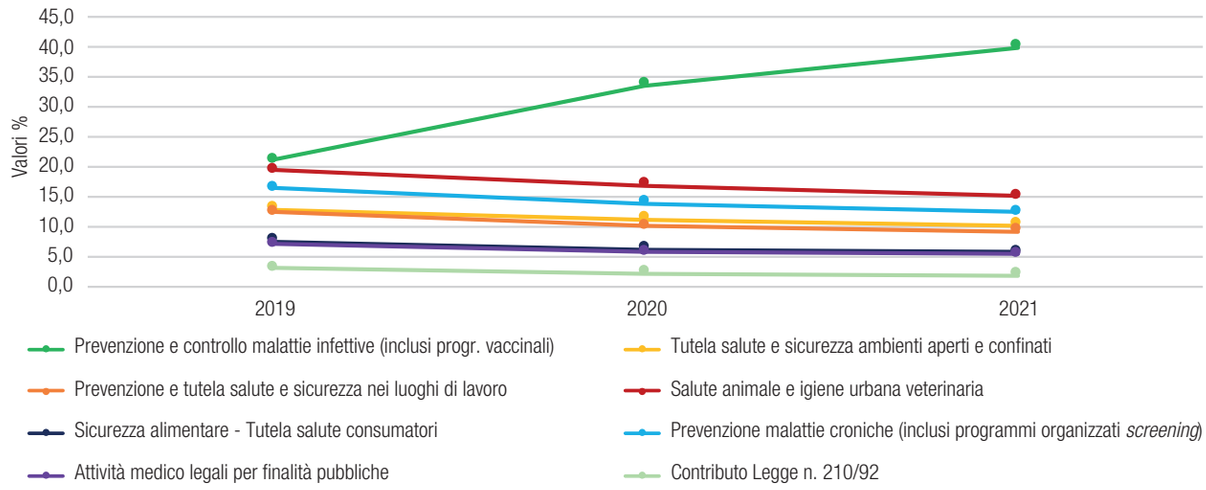
Nel 2020 e nel 2021 è significativamente aumentata la quota della spesa per "sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali" (rispettivamente, +12,6 e +6,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente), mentre per tutte le altre voci si è registrato un calo, anche se nella maggior parte dei casi contenuto. Si tratta di un risultato atteso, alla luce del fatto che il 2020 e il 2021 sono stati i due anni più interessati dalla pandemia di Covid-19, evento che ha spinto alla crescita dell'attività di vaccinazione (Figura 6a.11.).

L'analisi della spesa pro-capite per prevenzione, considerata nella sua composizione per sub-livelli di assistenza (Figura 6a.12.), evidenzia come degli € 121,4 spesi a livello nazionale nel 2021, quelli destinati alle attività di "prevenzione e controllo delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali", ammontino a € 48,5 (+37,3% rispetto al 2020 e ben +147,2% rispetto al 2019); si spendono poi € 18,4 pro-capite per la "salute animale e igiene urbana veterinaria"[17] (+3,5% rispetto al 2020 e +2,4% rispetto al 2019), € 15,1 per la "prevenzione delle malattie croniche, inclusi i programmi organizzati di *screening"* (+3,6% rispetto al 2020 e -0,5% rispetto al 2019), € 12,4 per la "tutela salute e sicurezza degli ambienti aperti e confinati" (+5,6% e +2,6%, rispettivamente verso il 2020 e il 2019), € 11,1 per la "prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" (+5,3% e -3,3%). Infine, € 7,0 pro-capite si spendono per la "sicurezza alimentare", € 6,6 per le "attività medico legali" e € 2,3 come "contributo Legge n. 210/1992" (indennizzi).

[16] Nel capitolo i nomi dei sub-livelli di assistenza sono stati a volte abbreviati per motivi di spazio; per i nomi completi, vedere la tabella 6a.3.

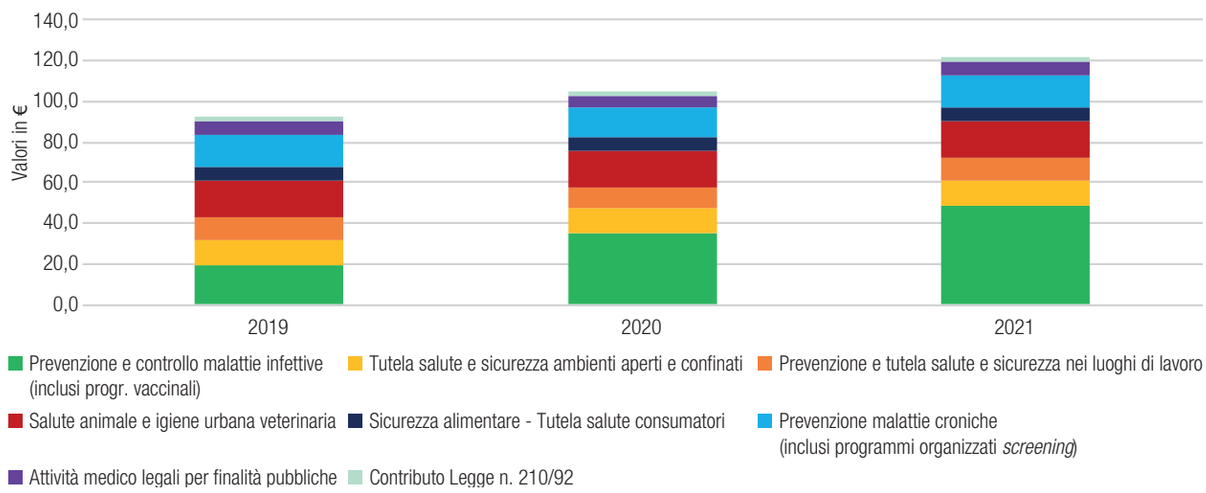
[17] Si evidenzia come, invero, tali attività non siano dipendenti dalla numerosità della popolazione quanto dal numero di allevamenti e produzioni zootecniche, dalla presenza di impianti di macellazione, etc., come evidenziato da Carlo Signorelli et al. (2016)

Figura 6a.11. *Trend* della quota di spesa per il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per sub-livelli di assistenza. Italia



Fonte: Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021, su https://www.mef.gov.it/, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6a.12. *Trend* della spesa pro-capite per il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per sub-livelli di assistenza. Italia

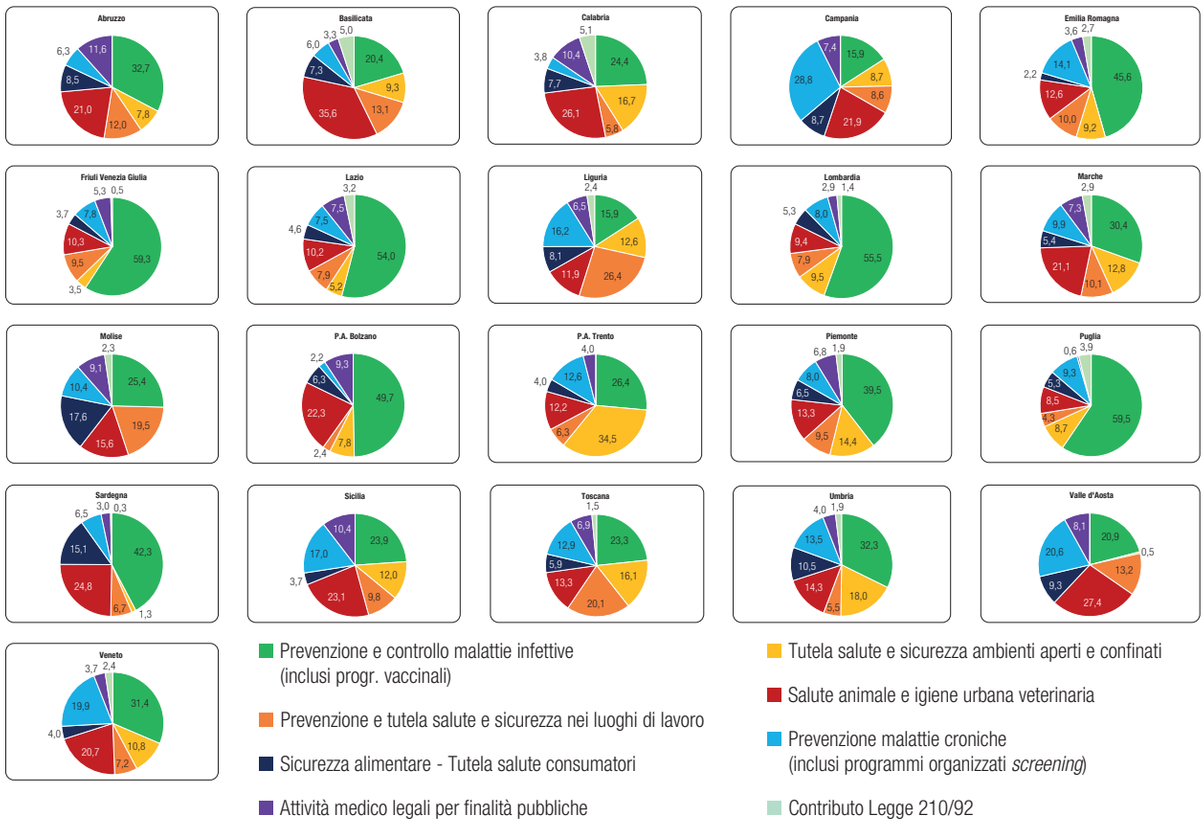


Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021, su https://www.mef.gov.it/, e Istat (popolazione), ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale (Figura 6a.13.) si riscontra una certa eterogeneità nelle politiche di allocazione dei costi tra i sub-livelli di assistenza; in estrema sintesi, per il 2021 si rileva che:

- le Regioni che, in proporzione, spendono la quota maggiore della spesa in prevenzione per le attività di "prevenzione e controllo delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali" sono 16; di queste, spendono oltre il 50% della spesa per questa attività: Friuli Venezia Giulia (59,3%), Lazio (54,0%), Lombardia (55,5%) e Puglia (59,5%)
- Campania (28,8%), Valle d'Aosta (20,6%), Veneto (19,9%), Sicilia (17,0%) e Liguria (16,2%) registrano una quota superiore al 15,0% per le attività di "prevenzione delle malattie croniche, inclusi i programmi organizzati di *screening*"

Figura 6a.13. Composizione della spesa per il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per sub-livelli di assistenza. Regioni italiane, anno 2021



Per la Calabria non è disponibile il dato consolidato regionale (codice 999); sono stati sommati i dati dei singoli Enti disponibili.

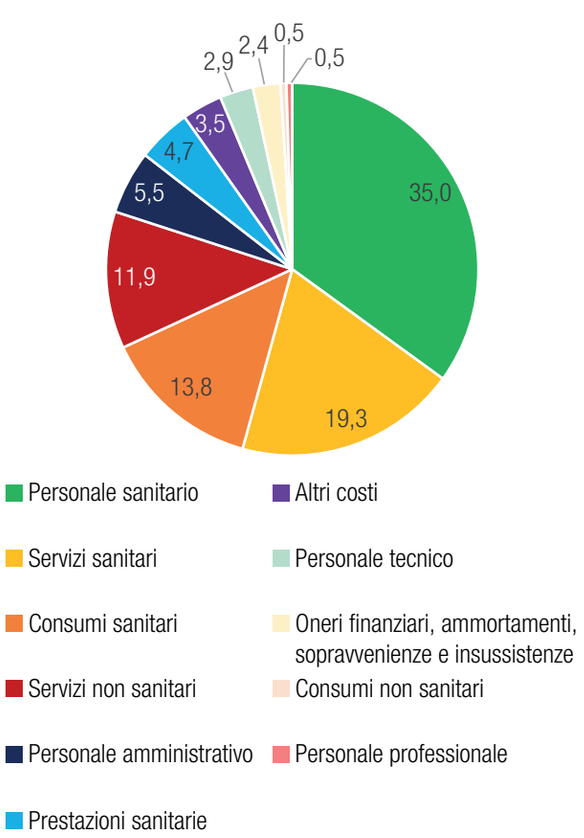
Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anno 2021, su https://www.mef.gov.it/, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

- considerando, invece, le quote di spesa destinata alle attività per "salute animale e igiene urbana veterinaria", le più alte (superiori al 25,0%) si registrano in Basilicata (35,6%), Valle d'Aosta (27,4%) e Calabria (26,1%)
- la P.A. di Trento registra una quota (34,5%) di risorse per la "tutela salute e sicurezza degli ambienti aperti e confinati" nettamente superiore a quella di tutte le altre Regioni
- Liguria (26,4%) e Toscana (20,1%) comunicano una quota di spesa per la "prevenzione e tutela salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" superiore a quella delle altre Regioni
- con riferimento, invece, alla spesa per la "sicurezza alimentare", spiccano tra tutte le quote ad essa destinata in Molise (17,6%) e in Sardegna (15,1%).

Con riferimento alla composizione della spesa per macro-voci economiche, la figura 6a.14. mostra come in Italia, nel 2021, il 35,0% dei costi sostenuti sia imputabile al personale sanitario; a seguire, il 19,3% interessa i servizi sanitari, il 13,8% i consumi sanitari, l'11,9% i servizi non sanitari, il 5,5% il personale amministrativo, il 4,7% le prestazioni sanitarie, il 2,9% il personale tecnico e il restante 6,9% le altre voci (residuali).

Analizzando nel dettaglio il sub-livello "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali": il 30,1% del costo riguarda i consumi sanitari, il 24,5% il personale sanitario, il 17,3% i servizi sanitari e il 12,5% quelli non sanitari; seguono le altre voci.

Figura 6a.14. Composizione della spesa per il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per macro-voci economiche. Valori %. Italia, anno 2021



Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anno 2021, su https://www.mef.gov.it/, ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Per la spesa in prevenzione pro-capite per macro-voce economica[18] (Figura 6a.15.), si spendono:

- € 42,4 pro-capite per il personale sanitario (+12,0% rispetto al 2020 e +18,5% rispetto al 2019): oltre la metà di tale importo viene speso per l'attività di "prevenzione delle malattie infettive" (28,0%) e per garantire il sub-livello di assistenza "salute animale" (23,9%); il 12,3% per le attività di "prevenzione delle malattie croniche" e un ulteriore 12,3% per la "sicurezza nei luoghi di lavoro"
- € 23,4 per servizi sanitari (+9,2% rispetto al 2020 e +52,8% rispetto al 2019): il 35,9% viene speso per l'attività di "prevenzione delle malattie infettive" e il 26,7% per la "sicurezza degli ambienti aperti e confinati"; il 9,6% per la "prevenzione delle malattie croniche"
- € 16,7 per consumi sanitari (+18,4% rispetto al 2020 e +47,3% rispetto al 2019)
- € 14,4 per servizi non sanitari (+40,8% rispetto al 2020 e +89,7% rispetto al 2019).

La tabella 6a.4. mostra il *trend* della spesa per prevenzione pro-capite nelle Regioni per il triennio 2019-2021, con un focus sui costi delle vaccinazioni e degli *screening* oncologici.

A livello regionale, si evidenzia una elevata variabilità: nel 2021 si passa da una spesa per prevenzione pro-capite di € 84,6 in Friuli Venezia Giulia ad una pari a € 157,9 in Valle d'Aosta; sopra la media nazionale anche Sardegna (€ 122,3), Umbria (€ 124,9), P.A. di Bolzano (€ 126,4), Puglia (€ 139,6), Lombardia (€ 146,1), Emilia Romagna (€ 150,6) e Molise (€ 155,7).

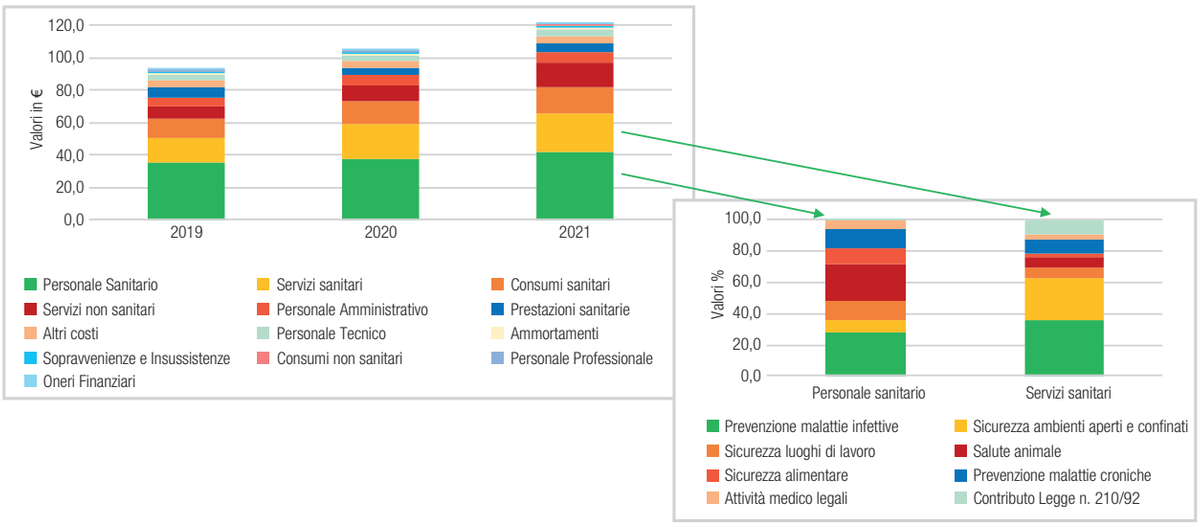
Confrontando i valori con l'anno precedente, si registra un aumento in tutte le Regioni, anche se di diversa entità: spiccano il +45,5% della Puglia e il +42,2% del Friuli Venezia Giulia. La spesa pro-capite lombarda aumenta del 5,3%, ma rispetto al 2019 l'aumento è pari al 65,6%.

Per l'attività di vaccinazione[19], in Italia nel 2021 si spendono € 29,0 pro-capite (+66,8% rispetto al 2020, con punte che superano il +100% in Lombardia e Piemonte, e +75,3% rispetto al 2019).

[18] Per la spesa pro-capite sono state considerate le singole macro-voci economiche, come previste dal modello LA (in altri punti del capitolo alcune voci residuali vengono accorpate)

[19] Nello schema LA ci si riferisce ai costi per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate alla popolazione a rischio: sono compresi i costi dei servizi di vaccinazione e i costi dei vaccini; non sono compresi i costi delle prestazioni dei MMG e PLS erogate nell'ambito delle campagne vaccinali

Figura 6a.15. Trend della spesa pro-capite per il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per macro-voci economiche. Italia



Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021, su https://www.mef.gov.it/, e Istat (popolazione), ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Escludendo l'attività di vaccinazione contro il Covid-19 esplosa negli anni della pandemia, con riferimento alle vaccinazioni di routine si consideri che l'emergenza sanitaria ha avuto un impatto fortemente negativo sullo svolgimento di tale attività, come si evince dalla riduzione delle coperture vaccinali di routine nell'anno 2020. L'anno 2021 ha mostrato un generale miglioramento delle coperture, per gran parte delle vaccinazioni raccomandate nei primi anni di età; tuttavia, le coperture per polio e per morbillo, a 24 mesi, non raggiungono il valore del 95%. Anche le coperture relative alla vaccinazione HPV, pur migliorate, rimangono al di sotto dei target previsti (vedi anche il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2023-2025, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023).

Per quanto concerne gli *screening* dei tumori[20], nel 2020 la pandemia ne ha provocato una significativa riduzione rispetto al 2019, per un totale di circa 2,5 milioni di esami effettuati in meno per i tre tumori (cervice uterina, mammella e colon-retto), secondo le rilevazioni dell'Osservatorio Nazionale Screening. Nel 2021 si registra una ripresa, pur senza raggiungere ancora i valori pre-pandemia. Di conseguenza, riferendosi ai costi sostenuti dal SSN per tale attività, nel 2021 in Italia si spendono € 7,7 pro-capite (erano € 7,2 nel 2019 e € 7,3 nel 2020): in 7 Regioni (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Piemonte, Sardegna e Toscana) si registra un calo rispetto all'anno precedente, rimanendo comunque anche al di sotto dei valori del 2019 (tranne la Sardegna). I valori del 2021 sono in calo rispetto a quelli pre-pandemici (2019) in 12 Regioni.

[20] Sono compresi i programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN e dei PSR: sono inclusi i costi sostenuti per l'organizzazione dei programmi, per lo sviluppo diretto delle attività (beni, personale, etc.) e per l'acquisto di servizi da terzi soggetti erogatori; non sono considerate le prestazioni di diagnosi precoce di tumori erogate a fronte di (ex) ricetta rossa (rientrando nella specialistica ambulatoriale)

Tabella 6a.4. *Trend* della spesa per prevenzione pro-capite nelle Regioni: focus su spesa per vaccinazioni e per *screening* oncologici

Regioni/P.A.	Spesa prevenzione € pro-capite					Spesa prevenzione: vaccinazioni € pro-capite					Spesa prevenzione: screening oncologici € pro-capite				
	2019	2020	2021	Var.% 21/20	Var.% 21/19	2019	2020	2021	Var.% 21/20	Var.% 21/19	2019	2020	2021	Var.% 21/20	Var.% 21/19
Italia	92,9	104,7	121,4	15,9	30,7	16,6	17,4	29,0	66,8	75,3	7,2	7,3	7,7	5,7	7,4
Abruzzo	82,1	92,4	100,7	8,9	22,6	17,9	21,0	27,0	28,9	51,2	5,2	8,3	4,5	-46,6	-14,4
Basilicata	89,3	88,5	99,6	12,5	11,5	12,7	12,6	14,6	16,0	14,9	4,9	3,5	4,9	38,9	-1,2
Calabria	148,7	102,0	113,5	11,3	-23,7	20,3	22,2	24,6	10,7	21,4	2,4	2,3	2,4	6,2	2,7
Campania	126,8	111,9	112,3	0,3	-11,5	14,0	15,0	14,9	-1,1	5,8	6,3	4,9	6,3	28,3	-0,8
Emilia Romagna	105,6	122,6	150,6	22,9	42,6	21,4	20,1	36,8	83,0	71,6	9,4	9,2	13,1	42,2	40,0
Friuli Venezia Giulia	64,5	59,5	84,6	42,2	31,3	23,1	21,9	35,5	61,9	53,7	6,8	6,0	5,1	-16,4	-25,3
Lazio	69,6	75,2	102,7	36,6	47,6	18,1	19,0	30,2	59,0	67,6	5,4	5,3	4,0	-24,6	-25,8
Liguria	77,0	80,1	88,2	10,2	14,6	9,3	6,5	7,0	8,3	-24,1	4,3	3,7	3,4	-8,6	-21,8
Lombardia	88,2	138,7	146,1	5,3	65,6	14,9	16,5	40,9	147,6	174,9	5,5	4,4	5,7	30,4	5,1
Marche	82,9	82,5	101,6	23,1	22,6	16,5	17,4	28,2	62,0	71,2	4,8	5,1	8,9	73,7	83,2
Molise	148,2	147,2	155,7	5,8	5,0	31,0	33,7	39,5	17,4	27,6	10,6	10,6	11,5	8,4	8,3
P.A. di Bolzano	81,9	97,8	126,4	29,3	54,4	25,4	28,4	49,8	75,2	96,3	-	0,4	1,2	220,2	-
P.A. di Trento	83,1	86,9	91,6	5,4	10,2	14,7	13,6	12,8	-6,0	-13,2	10,6	6,1	9,6	56,7	-9,4
Piemonte	83,5	93,3	117,8	26,2	41,1	8,3	9,3	21,7	132,4	162,8	7,2	10,9	6,2	-42,7	-13,6
Puglia	81,7	96,0	139,6	45,5	70,9	18,6	19,8	36,7	85,1	97,5	11,0	10,1	10,7	6,4	-2,3
Sardegna	105,6	120,0	122,3	2,0	15,9	35,8	39,5	51,2	29,8	43,1	2,5	3,2	2,8	-12,4	15,3
Sicilia	94,1	108,0	116,9	8,2	24,2	16,0	18,2	21,8	20,0	36,1	10,0	7,7	9,6	23,7	-4,5
Toscana	90,8	95,4	105,4	10,5	16,1	12,1	11,6	18,8	61,9	55,1	9,4	10,3	5,2	-50,0	-44,9
Umbria	97,2	109,8	124,9	13,7	28,5	13,9	14,1	20,4	44,8	46,6	10,9	10,8	11,7	7,9	7,3
Valle d'Aosta	123,0	136,3	157,9	15,8	28,4	11,7	13,1	24,3	85,3	107,3	7,9	7,4	7,7	3,4	-2,4
Veneto	85,6	91,5	116,5	27,2	36,0	18,4	18,2	30,5	67,5	66,1	9,7	14,2	17,9	26,2	83,7

Fonte: elaborazione su dati MEF, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021, su https://www.mef.gov.it/, e Istat (popolazione), ultimo accesso ottobre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

6a.4. Riflessioni finali

La pandemia ha messo il sistema di prevenzione in Italia sotto forte pressione da tutti i punti di vista, sottolineando l'urgenza di intervenire per il suo rafforzamento. A livello internazionale, nel suo recente *Report* "*Health a Glance* 2023", l'OECD ha evidenziato alcuni dati, relativi all'anno 2021:

- *speranza di vita*: l'Italia è al nono posto della classifica (era terza nella precedente edizione) con una media di 82,7 anni, insieme al Lussemburgo e con una media OECD di 80,3 anni; una speranza di vita maggiore di quella italiana la registrano Giappone (84,5), Svizzera (83,9), Corea (83,6), Australia e Spagna (83,3), Norvegia e Islanda (83,2), Svezia (83,1)
- *mortalità evitabile*: l'Italia si colloca al settimo posto con un tasso (riferito al 2016/2017), standardizzato per età, di 146 morti per 100.000 abitanti, molto al di sotto della media OECD pari a 237
- *patologie croniche*: con riferimento al diabete, il tasso di prevalenza per gli adulti, standardizzato per età, è pari nel nostro Paese al 6,4%, contro una media OECD del 7,0%; ma, tra i Paesi dell'Unione Europea, registrano una prevalenza inferiore Irlanda (3,0%), Belgio (3,6%), Paesi Bassi (4,5%), Austria (4,6%), Svezia (5,0%), Danimarca (5,3%), Lituania,

Slovacchia e Slovenia (5,8%), Lettonia e Lussemburgo (5,9%)

- *screening mammografico e fattori di rischio* quali fumo, alcol, obesità e inquinamento atmosferico: nella tabella 6a.5. vengono riportati, insieme alla media per l'OECD, i valori per i 22 Paesi EU, più il Regno Unito, di cui si dispone dei dati.

Con riferimento al fumo, l'OMS stima che il fumo di tabacco uccide, nel mondo, 8 milioni di persone ogni anno. Secondo i dati OECD, nel 2021 l'Italia registra il 19,1% di fumatori giornalieri tra gli *over*15, contro una media OECD del 16,0%. In EU, una quota peggiore si osserva in 8 Paesi (Lussemburgo, Spagna, Austria, Slovacchia, Lettonia, Grecia, Ungheria, Francia). La quota più bassa in Svezia (9,7%).

Sempre nel suo recente *Report*, OECD ricorda come l'abuso di alcol sia una delle principali cause di decessi e disabilità nel mondo, specialmente tra le persone in età lavorativa. Facendo riferimento ai dati di vendita, in Italia si registrano 7,7 litri di alcol consumati pro-capite dagli *over*15 (dati riferiti al 2019), contro una media OECD di 8,6; in EU, una quantità inferiore si osserva solo in Grecia e Svezia. Il numero maggiore di litri pro-capite in Lettonia (12,2) e Lituania (12,1).

Tabella 6a.5. Indicatori su fattori di rischio per la salute e *screening*. Area OECD e Paesi EU, anno 2021

Paesi	Fumo (% fumatori giornalieri nella popolazione 15+)	Alcol (litri consumati pro-capite da popolazione 15+)	Obesità (% popolazione 15+ con Body Mass Index - BMI>=30)	Inquinamento atmosferico – 2019 (decessi per 100.000 abitanti)	*Screening* mammografico negli ultimi 2 anni (% donne 50-69 anni)
OECD	16,0	8,6	19,5	28,9	55,1
Austria	20,6[2]	11,1	16,6[2]	26,7	40,1
Belgio	15,4[2]	9,2[2]	15,9 (21,2*)[2]	30,3	56,1[1]
Repubblica Ceca	17,6	11,6	19,3[2]	58,5	58,3
Danimarca	13,9	10,4	18,5	22,5	83,0
Estonia	17,9[1]	11,1	21,0[1]	12,0	58,7
Finlandia	12,0[1]	8,1	23,0 (26,8*)[1]	7,0	82,2
Francia	25,3	10,5	14,4 (15,6*)[2]	20,3	46,9
Germania	14,6	10,6[2]	16,7	32,4	47,5
Grecia	24,9[2]	6,3[2]	16,4[2]	54,6	65,7[2]
Ungheria	24,9[2]	10,4	23,9 (33,2*)[2]	71,7	29,8
Irlanda	16,0	9,5	21,0 (23,0*)[1]	11,0	62,4
Italia	19,1	7,7[2]	12,0	40,8	55,9
Lettonia	22,6[2]	12,2	23,9*[1]	58,6	30,8
Lituania	18,9[2]	12,1	18,3[2]	45,7	45,5
Lussemburgo	19,2	11,0[2]	16,5[2]	14,8	53,8
Paesi Bassi	14,7	8,1	13,9	26,7	72,7
Polonia	17,1[2]	11,0	18,5[2]	73,3	33,2
Portogallo	14,2[2]	10,4[2]	16,9[2]	20,4	80,2[2]
Slovacchia	21,0[2]	9,6	19,4[2]	63,6	25,5
Slovenia	17,4[2]	10,6	19,4[2]	39,6	77,2
Spagna	19,8[1]	10,5	14,9[1]	19,0	73,8[1]
Svezia	9,7	7,6	15,3	6,5	80,0
Regno Unito	12,7	10,0	25,9 (28*)	21,4	64,2

Non sono disponibili i dati per Romania, Malta, Cipro, Croazia e Bulgaria.
Per l'obesità, i dati sono auto-riferiti, tranne quelli contrassegnati con * (dati misurati).
[1] dati 2020/22. [2] dati 2019. [3] dati 2017/18.

Fonte: OECD (2023), *"Health at a Glance 2023: OECD Indicators"*, OECD *Publishing*, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

Per quanto riguarda l'obesità, uno dei principali fattori di rischio per diverse malattie croniche (inclusi diabete, malattie cardiovascolari e tumori), la prevalenza tra gli *over*15 in Italia è pari al 12% (quota più bassa tra i Paesi EU di cui viene presentato il dato), contro una media OECD del 19,5%.

L'inquinamento atmosferico non è solo una grave minaccia ambientale, ma causa anche una vasta gamma di esiti negativi per la salute. Le proiezioni OECD stimano che l'inquinamento atmosferico ambientale (esterno) possa causare 6-9 milioni di morti premature all'anno, in tutto il mondo, entro il 2060. Nella tabella 6a.5. si può osservare come, nel 2019, nel nostro Paese ci siano stati 40,8 decessi per 100.000 abitanti a causa dell'inquinamento atmosferico, un tasso ben più alto del 28,9 per 100.000 registrato mediamente nell'area OECD; in EU, un dato peggiore si osserva solo in Lituania, Grecia, Repubblica Ceca, Lettonia, Slovacchia, Ungheria, Polonia.

Infine, con riferimento alle attività di prevenzione, si prende in esame l'attività di *screening* mammografico, per la diagnosi precoce del tumore della mammella (tumore con la più alta incidenza tra le donne in tutti i Paesi OECD), effettuata attraverso programmi organizzati: la media OECD è pari al 55,1% di donne in età *target* (50-69 anni) sottoposte all'esame, mentre la copertura in Italia è pari al 55,9% (la Danimarca raggiunge l'83,0% e la Finlandia l'82,2%).

Per quanto concerne la spesa, sempre secondo il citato *Report* OECD, la crescita media annuale della spesa sanitaria per prevenzione (in termini reali), nell'area OECD, è stata pari al 2,3% nel periodo 2015-2019, contro il 49,5% degli anni 2019-2021.

Si evidenzia come i fenomeni sopra illustrati siano stati fortemente influenzati dall'annualità presa in considerazione: in Europa e nel mondo, la pandemia di Covid-19 ha infatti avuto, come noto e come già ricordato nei paragrafi precedenti, un drammatico impatto sulla vita delle persone, portando nel 2021 a una riduzione di oltre un anno della speranza di vita nell'EU rispetto al livello pre-pandemia, ossia il calo più marcato ad aver interessato la maggior parte dei Paesi dell'EU dalla seconda guerra mondiale.

Da un lato, la pandemia ha provocato interruzioni nella prestazione di cure primarie, nella continuità assistenziale per le persone con patologie croniche, nell'esecuzione di chirurgia elettiva (non urgente) e nei programmi di s*creening* e trattamento dei tumori, specialmente nel primo periodo; per fare un esempio, in tutta l'area OECD il tasso di *screening* mammografico è diminuito di 5 punti percentuali nel 2021, rispetto al 2019. Dall'altro lato, dal 2020 la maggior parte dei Paesi EU ha aumentato la propria spesa per la prevenzione, almeno temporaneamente, per finanziare *test*, tracciamento, sorveglianza e campagne di sensibilizzazione dei cittadini in relazione alla pandemia; nel 2021 sono, tra l'altro, state stanziate ingenti risorse per realizzare campagne di vaccinazione contro il Covid-19 (OECD/*European Union*, 2022).

Con riferimento alla spesa sanitaria destinata alla prevenzione, focus del presente capitolo, stando ai dati forniti da OECD per il 2021, in tutti i Paesi dell'Unione Europea essa viene finanziata prevalentemente dal sistema pubblico.

In particolare, per le attività di prevenzione l'Italia spenderebbe una quota delle risorse pubbliche per la Sanità maggiore della media europea, posizionandosi in ottava posizione (considerando i Paesi EU27 più il Regno Unito). Il risultato è, però, "condizionato" dal basso livello di spesa sanitaria pubblica italiana: infatti, considerando la spesa pro-capite (in termini di € in parità di potere di acquisto), il *ranking* italiano cambia: l'Italia diventa undicesima dopo Austria, Regno Unito, Paesi Bassi, Danimarca, Germania, Lussemburgo, Repubblica Ceca, Francia, Irlanda e Svezia.

Per il 2021, ancor più che per il 2020, i dati mostrano, come era lecito aspettarsi, un netto aumento, rispetto all'anno precedente, sia della quota di spesa pubblica destinata alla prevenzione (quasi +2 punti percentuali, a fronte di un incremento di +3,9 punti nei Paesi EU27+UK) che dell'ammontare di spesa pro-capite (+35,4%, con un +106,7% in EU27+UK). La ragione dell'aumento è, come detto, da ricercarsi nell'attività emergenziale sostenuta nel periodo della pandemia di Covid-19 (con particolare riferimento all'attività di vaccinazione, come confermano i dati).

Con riferimento ai dati di fonte nazionale (modelli LA), nel 2021 nel nostro Paese il costo sostenuto

per garantire il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" ammonterebbe a € 7,19 mld. (€ 121,4 pro-capite, +15,9% rispetto al 2020 e +30,7% rispetto al 2019), pari al 5,2% (4,8% nel 2020) della spesa pubblica complessiva sostenuta per i tre livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera).

A livello regionale, si evidenzia una elevata variabilità nella spesa: a livello pro-capite, si passa da € 84,6 del Friuli Venezia Giulia a € 157,9 della Valle d'Aosta.

Confrontando i valori pro-capite con quelli dell'anno precedente, nel 2021 si registra un aumento in tutte le Regioni, anche se di diversa entità: spiccano il +45,5% della Puglia e il +42,2% del Friuli Venezia Giulia, mentre, ad esempio, la Campania registra un +0,3% e la Sardegna +2,0%. La spesa pro-capite lombarda aumenta del 5,3%, ma rispetto al 2019 l'aumento è pari al 65,6%.

In termini di utilizzazione delle risorse destinate alla prevenzione, in Italia, nel 2021, prevalgono i costi per le attività di "sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali" (che assorbono il 40,0%, sempre considerando però che si tratta di un anno pandemico), seguiti da quelli per "salute animale e igiene urbana veterinaria", per "sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche" (inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*) e nutrizionale e "tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati".

A livello regionale, per le attività di "sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali", spendono una quota superiore al 50% della spesa in prevenzione il Friuli Venezia Giulia, il Lazio, la Lombardia e la Puglia. Le Regioni Campania, Valle d'Aosta, Veneto, Sicilia e Liguria registrano, invece, le quote più alte per le "attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*".

La spesa per prevenzione per il 35,0% è attribuibile al personale sanitario, per un ulteriore 5,5% al personale amministrativo e per il 2,9% a quello tecnico; i consumi sanitari si attestano al 13,8% della spesa.

Infine, l'approfondimento sulla spesa per prevenzione dedicata alle vaccinazioni restituisce che in Italia, nel 2021, si spendono € 29,0 pro-capite (+66,8% rispetto al 2020, con punte che superano il +100% in Lombardia e Piemonte, e +75,3% rispetto al 2019).

Riferendosi, invece, al costo per l'attività degli *screening* oncologici, si spendono € 7,7 pro-capite (erano € 7,2 nel 2019 e € 7,3 nel 2020): in 7 Regioni (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Piemonte, Sardegna e Toscana) si registra un calo rispetto all'anno precedente, rimanendo comunque anche al di sotto dei valori del 2019 (tranne la Sardegna). I valori del 2021 sono in calo rispetto a quelli pre-pandemici (2019) in 12 Regioni.

L'elevata variabilità registrata a livello regionale, nonostante le necessarie cautele dovute alle limitazioni descritte nelle fonti dei dati, dimostra come resti cruciale garantire una costante e dettagliata attività di monitoraggio dei costi rilevati; sarebbe, altresì, opportuno affiancare al dato economico quello relativo alla qualità delle prestazioni erogate.

In tutti i documenti adottati a livello nazionale e internazionale, si evidenzia fortemente l'esigenza di continuare ad investire in strategie di prevenzione, dalle quali non si può prescindere, anche a tutela della sostenibilità del sistema sanitario, specie in considerazione delle criticità causate dall'emergenza pandemica negli ultimi anni, che hanno messo a dura prova l'intero sistema, anche se i segnali di ripresa non mancano.

Da questo punto di vista, però, i dati esposti relativi alla comparazione della spesa per prevenzione in ambito europeo per il 2021, pur influenzati dal periodo pandemico, dimostrano che l'Italia deve recuperare, almeno rispetto ad alcuni Paesi, un *gap* negativo anche su questo versante, per non minare i livelli di salute della popolazione italiana ma anche la sostenibilità prospettiva del SSN.

Riferimenti bibliografici e sitografici

Age.Na.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) (2015), "Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, 2008-2015", su https://www.

agenas.gov.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2015/andamento_spesa_2015.pdf

Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), Monitoraggio e valutazione: dati economici SSN - sito web: https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/monitoraggio-della-spesa-sanitaria

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), sito web www.aifa.gov.it, ultimo accesso ottobre 2023

Atella V. et al. (2014), "La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN", Quaderni della Fondazione Farmafactoring, n.5.

C.R.E.A. Sanità (2019), "Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità (?)", 15° Rapporto Sanità, Locorotondo Editore, dicembre 2019, ISBN 978-88-99078-33-1, www.creasanita.it

C.R.E.A. Sanità (2021), "Il futuro del SSN: vision tecnocratiche e aspettative della popolazione", 17° Rapporto Sanità, Locorotondo Editore, dicembre 2021, ISBN 978-88-99078-48-5, www.creasanita.it

C.R.E.A. Sanità (2022), "Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi", 18° Rapporto Sanità, Locorotondo Editore, dicembre 2022, ISBN 978-88-99078-64-5, www.creasanita.it

Cergas-Bocconi (2021), "Rapporto OASI 2021", Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, ISBN/EAN: 9788823851825, https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2021

Cergas-Bocconi (2022), "Rapporto OASI 2022", Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, ISBN/EAN: 9788823851924, https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2022

Commissione europea, "State of Health in the EU Italia Profilo della Sanità 2021", https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_it_italy.pdf

Commissione europea, sito web: https://commission.europa.eu/index_it, ultimo accesso ottobre 2023

Eurostat (2023), "Preventive health care expenditure statistics", Statistics explained, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

Eurostat, sito web: https://ec.europa.eu/eurostat, ultimo accesso ottobre 2023

Fondazione GIMBE (2022), "5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale", https://www.gimbe.org/pagine/1235/it/rapporto-gimbe

Gmeinder, M., Morgan D. and Mueller M. (2017), "How much do OECD countries spend on prevention?", OECD Health Working Papers, No. 101, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/f19e803c-en

https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_it_italy.pdf

Istat (2017), "Il sistema dei conti per la sanità in Italia" – anni 2012-2016, su www.istat.it

Istat, sito web: https://www.istat.it/it/, ultimo accesso ottobre 2023

Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Epicentro (portale di epidemiologia per la sanità pubblica), https://www.epicentro.iss.it/, ultimo accesso ottobre 2023

Istituto Superiore di Sanità (ISS), sito web: https://www.iss.it/, ultimo accesso ottobre 2023

Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021, https://www.mef.gov.it, ultimo accesso ottobre 2023

Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2022), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 9,

https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/

Ministero della Salute – Trovanorme, atti normativi vari, sito web, https://www.trovanorme.salute.gov.it/

Ministero della Salute (2019), DM 24.05.2019, "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale"

Ministero della Salute (2023), "Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Metodologia e risultati dell'anno 2021", https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3329

Ministero della Salute, sito web: www.salute.gov.it, ultimo accesso ottobre 2023

Nazioni Unite, Centro Regionale di Informazione, sito web: https://unric.org/it/

OECD (2023), "Health at a Glance 2023: OECD Indicators", OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.

OECD.Stat, Database, sito web: https://stats.oecd.org/, aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso ottobre 2023

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Italia: Profilo della sanità 2021, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/92056604-it

OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/507433b0-en, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022_healthatglance_rep_en_0.pdf

OECD/Eurostat/WHO (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en

Organizzazione Mondiale della Sanità – Regione Europea (OMS Europa) (2014), "European Vaccine Action Plan 2015–2020", 18 settembre 2014, https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020-2014

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2020), "Immunization Agenda 2030: A Global Strategy To Leave No One Behind", 1 aprile 2020, https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind

Organizzazione Mondiale della Sanita (OMS), sito web https://www.who.int/, ultimo accesso ottobre 2023

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (2016), "Rapporto Osservasalute 2015 - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane", https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2015

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (2023), "Rapporto Osservasalute 2022 - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane", ISBN 979-12-810-4811-9, https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022

Pammolli F., Salerno N.C. (2004), "Gli andamenti della spesa sanitaria: l'Italia in una sintetica comparazione internazionale", Quaderni CERM 1/2004, Fondazione CERM, ISBN 978-88-3289-001-3, su www.cermlab.it

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (2020), Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025, Rep. Atti n. 127/CSR del 6 agosto 2020

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (2023), Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante «Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025» e sul documento recante «Calendario nazionale vaccinale», Rep. atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica, Archivio delle Delibere CIPE (anni vari), https://ricerca-delibere.programmazioneeconomica.gov.it/?q=, ultimo accesso ottobre 2023

Signorelli C., Odone A., Bianco D., Di Vivo N., Bevere F. (2016), "La spesa per la prevenzione in Italia (2006-2013): analisi descrittiva, trend regionali e confronti internazionali", Epidemiologia&Prevenzione, https://epiprev.it/3422

The European House - Ambrosetti (2022), "XVII Rapporto Meridiano Sanità", su https://acadmin.ambrosetti.eu/dompdf/crea_wmark.php?doc=L2F0dGFjaG1lbnRzL3BkZi9yYXBwb3J0by1tZXJpZGlhbm8tc2FuaXRhLTE3LTIwMjItMjAyMjExMTAxNi5wZGY%3D&id=16841&muid=corporate

ENGLISH SUMMARY

Prevention: an in-depth analysis of the structure and level of expenditure in the European Union and in Italy

Prevention and public health policies are key components of any healthcare system, especially as the share of population with chronic non-communicable diseases rises. Preventive health care interventions, whether individual or collective, aim to improve health conditions and keep the risk of diseases and disorders low by preventing their onset through information, surveillance, immunization or screening programs.

In view of maintaining the quality standards of health systems and ensure their sustainability, ongoing and accurate monitoring of the costs incurred and the quality of services delivered is crucial. Having sufficient resources is critical to the resilience of health systems, although more resources do not necessarily ensure better health outcomes. Chapter 6a focuses on the structure and level of health expenditure on preventive health care activities in the EU and in Italy.

According to the 2021 data provided by OECD - to be used with caution because of limitations in the ability of the various countries to identify and report on the different expenditure items, with consequent impact on their real comparability - in all EU countries expenditure on preventive care is mainly financed by the public system. Italy spends a greater share of public resources on healthcare than the European average, although the result is "affected" by Italy's low level of public health expenditure: in fact, Italy ranks eleventh in per-capita terms.

For 2021, even more than for 2020, the data for Italy shows a sharp increase, compared to the previous year, in both the share of public expenditure allocated to prevention (up by almost 2 percent, with a 3.9% increase recorded in the EU27+UK) and of per-capita expenditure (up by 35.4 per cent, with a 106.7% increase in the EU27+UK). The reason for this lies in the emergency activity carried out during the Covid-19 pandemic (with specific reference to the vaccination activity).

With reference to the specific data for the Italian territory (source: "Levels of Care" models - LA, published by the Italian Ministry of Economy and Finance), in 2021 the cost borne for "collective prevention and public health" activities amounted to € 7.19 billion (€ 121.4 per-capita, up by 15.9 percent compared to 2020 and by 30.7 per cent compared to 2019). High variability is evident among Italian Regions: on a per-capita basis, it ranges from € 84.6 in Friuli Venezia Giulia to € 157.9 in Valle d'Aosta.

In terms of use of the resources allocated to preventive care, the costs for "surveillance, prevention and control of infectious and parasitic diseases, including immunization programs" prevail, followed by those for "animal health and urban veterinary hygiene"; for "surveillance and prevention of chronic diseases (including the promotion of healthy lifestyles and organized screening programs) and nutritional surveillance and prevention", as well as "health and safety protection of open and confined environments."

From a different perspective, 35 percent of expenditure on preventive care is for healthcare staff; an additional 5.5 percent for administrative staff and 2.9 percent to technical staff. Health consumption accounts for 13.8 percent of spending.

The high variability recorded at the regional level, despite the necessary caution to be used due to limitations in data sources, demonstrates how crucial it still is to ensure ongoing and accurate monitoring of the costs borne. It would also be appropriate to consider the economic data alongside the data relating to the quality of the services provided.

In all the documents adopted at the national and international levels, the need to keep on investing in prevention strategies is highlighted. This cannot be disregarded, also in view of ensuring the sustainability of the health system, especially considering the problems caused by the pandemic emergency in

recent years, which have put the whole system to a hard test, although there are signs of recovery.

From this viewpoint, however, the comparison of 2021 data in the European context, although influenced by the pandemic period, shows that, at least compared to some countries, Italy needs to bridge a negative gap even on this side, so as not to undermine the health levels of the Italian population, but also the prospective sustainability of the Italian NHS.

CAPITOLO 6b
Salute e ambiente. L'approccio *One Health*

Collicelli C.[1]

Il rapporto tra salute e ambiente è al centro di crescenti attenzioni, e le questioni ambientali hanno guadagnato un'importanza fino ad oggi inedita nel novero delle criticità a livello sociale e sanitario. Ciò è avvenuto a causa di due fenomeni particolarmente rilevanti: l'accelerazione subita dai processi di inquinamento e surriscaldamento del pianeta, con la conseguenza dell'aggravamento della crisi climatica, il primo, e l'esplosione della pandemia da Covid-19, un'epidemia la cui gravità è paragonabile solo ad alcuni eventi del passato per lo più dimenticati dall'opinione pubblica, il secondo.

In questo contesto si è fatta strada una nuova consapevolezza rispetto all'importanza degli obiettivi della sostenibilità ambientale e della tutela dell'eco-sistema planetario, ed alla necessità di contrastare i danni sociali e sanitari derivanti da un antropocentrismo fuori misura e da un modello di sviluppo basato sullo sfruttamento crescente delle risorse naturali e sulla rottura degli equilibri di biodiversità. Come peraltro segnalato da tempo dalla comunità scientifica e come definito nel dettaglio dall'Agenda dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) per lo Sviluppo Sostenibile al 2030, sottoscritta da 195 Paesi nel 2015.

Diventa quindi oggi molto importante considerare, rispetto alle sfide ed alle prospettive della sanità italiana e mondiale, anche e soprattutto la questione del rapporto tra salute ed ambiente, sia per quanto riguarda l'andamento e le prospettive del fenomeno - dedicando quindi la dovuta attenzione ai dati statistici che monitorano quantità e qualità dei rischi ambientali, specie quelli rilevanti per il settore -; sia rispetto alle più recenti proposte di ridefinizione degli obiettivi di riforma e sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel senso della *One Health*. E ciò in un'ottica che operi sia nel senso della mitigazione degli impatti negativi registrati fino ad oggi e prevedibili nell'immediato futuro, sia in quello della preparazione rispetto alle future ulteriori possibili sfide, sia soprattutto per quanto riguarda la necessità di ridefinire politiche, servizi e strutture del sistema della salute.

In questo capitolo vengono riportati in sintesi i dati più importanti, nazionali ed internazionali, relativi all'impatto sulla salute del riscaldamento globale, della crisi climatica e della perdita di biodiversità. Per poi dare conto delle raccomandazioni, proposte e atti normativi dedicati ai temi *One Health* e "Salute in tutte le politiche" prodotti negli ultimi anni, con particolare attenzione per il *Global One Health Joint Plan of Action,* lanciato dal Sistema ONU per il periodo 2022-2026, nonché per le modifiche introdotte nel 2022 alla Costituzione italiana, agli articoli 9 e 41, che hanno inserito l'ambiente, la biodiversità, gli ecosistemi e l'interesse delle future generazioni tra i principi fondamentali da tutelare (art. 9), e la salute e l'ambiente tra i vincoli dell'iniziativa economica privata (art. 41).

6b.1. Salute olistica e interconnessioni eco-sistemiche

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato una sorta di spartiacque per la sanità nel mondo. In Italia,

[1] CNR Cid-Ethics, ASviS, Sapienza

in particolare, ha accentuato e/o messo in evidenza, da un lato, i tanti problemi strutturali e funzionali della Sanità italiana preesistenti alla pandemia, ed ha attirato l'attenzione, da un altro lato, sui rischi insiti in un approccio che non tiene conto del contesto di vita della specie umana e dei problemi derivanti dall'impatto del modello di sviluppo vigente sull'ambiente, sul clima, sulla produzione agricola e sulla salute umana.

Contemporaneamente, l'aggravarsi della crisi climatica ed il succedersi sempre più frequente e costante di eventi ambientali catastrofici, come gli incendi, le alluvioni, le frane e lo scioglimento dei ghiacciai, hanno reso evidente agli occhi dell'intera collettività quanto preannunciato dalla comunità scientifica sin dai tempi del primo rapporto del *Club* di Roma nel 1972.

Anche la segnalazione da parte della comunità scientifica della necessità di adottare un approccio olistico alla salute ed al benessere ha una lunga storia, e compare a livello ufficiale nel dibattito nel 1978, quando ad Alma Ata viene coniato per la prima volta da parte della Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) il principio della "Salute in tutte le politiche". Una salute definita già nel 1948 come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia o infermità", e meglio chiarita nel 1978 come diritto fondamentale da promuovere e salvaguardare rispetto all'ordine economico internazionale, alla collaborazione tra nazioni, territori e comunità, nonché attraverso un'assistenza primaria volta ad agire anche sulle condizioni di contesto ambientali, economiche e sociali, sulla cultura e la alfabetizzazione sanitaria, e su tutti i settori in qualche modo collegati, dall'agricoltura, all'industria, alle comunicazioni. A quella dichiarazione hanno fatto seguito, negli anni seguenti, numerosi studi sulla salute come processo sistemico, che include cioè il benessere della natura e del mondo animale; un "sistema psico-somato-ambientale", secondo la formulazione coniata dal Censis alla fine degli anni 80.

Il termine di *One Health* viene introdotto da parte della *Wild Conservation Society* nel 2004, e ripreso poi da parte di OMS, FAO e WOAH nel 2010, ma per molti anni utilizzato quasi esclusivamente in relazione alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti ed all'antibiotico resistenza, temi importanti ma non esaustivi della problematica e spesso relegati in un ambito fortemente specialistico.

L'anno cruciale per una presa di consapevolezza più ampia sulla *One Health* è il 2015, quando viene varata l'Agenda ONU al 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (cfr. nota 2), che pone all'attenzione generale, attraverso 17 macro obiettivi e numerosi *target* e indicatori specifici, il tema del rapporto tra sviluppo, ambiente, economia e democrazia, e - per quanto riguarda la salute - l'importanza dei determinanti relativi a tutti gli ambiti della vita collettiva (scuola, formazione, lavoro, economia, stili di vita, ambiente, energia, conflitti e cooperazione, ecc.) e la necessità di adottare un approccio olistico, circolare, sostenibile ed interrelato. Nello stesso anno, peraltro, Papa Francesco rilasciava l'Enciclica "Laudato si'", che pone anch'essa in termini nuovi e profetici la questione del rapporto tra umanità e pianeta.

6b.2. Lo stato dell'arte del rapporto tra salute e questioni ambientali

La questione climatica ed il suo impatto sulla salute umana costituiscono quindi temi noti da tempo agli studiosi e sottoposti a ricerche ed analisi da molti anni, ma è solamente da qualche anno a questa parte che se ne è diffusa la consapevolezza ad ampio raggio.

Una consapevolezza che ha portato una fetta ampia della popolazione a comprendere che inquinamento, riscaldamento globale e perdita di biodiversità sono fenomeni di lunga data, apparsi sulla scena in concomitanza con lo sviluppo industriale e urbano degli ultimi due secoli, ma che da qualche decennio, e specie negli ultimi anni, hanno iniziato ad espandersi a ritmi preoccupanti, con amplificazione progressiva del loro impatto sulla salute umana. Per quanto riguarda l'accelerazione del fenomeno, ad esempio nell'ambito di un progetto lanciato dalla rivista Lancet, si è calcolato che nell'ultimo ventennio l'esposizione ai rischi climatici ed ambientali è au-

mentata esponenzialmente rispetto ai secoli precedenti, nel corso dei quali la situazione era da questo punto di vista prevalentemente stazionaria (Figure 6b.1., 6b.2.).

Per ciò che attiene l'impatto sulla salute umana, questo viene unanimemente ricondotto a 3 categorie principali:

- impatti diretti che agiscono immediatamente
- impatti indiretti derivanti da modificazioni degli ecosistemi
- impatti indiretti riconducibili a cambiamenti nei sistemi socio-economici.

Tra i dati disponibili più importanti spiccano quelli che cercano di stimare l'impatto dei diversi fattori ambientali sulla mortalità. Già nel 2015 OMS e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) segnalavano in un apposito rapporto che 9 cittadini su 10 vivono nel mondo in un ambiente inquinato, e che era possibile stimare in 7 milioni i decessi prematuri per inquinamento nel mondo in un anno, e in 600 mila quelli in Europa. Si riportava inoltre una stima relativa all'Italia di più di 32 mila decessi prematuri e di più di 47 mila anni di vita persi per la medesima causa.

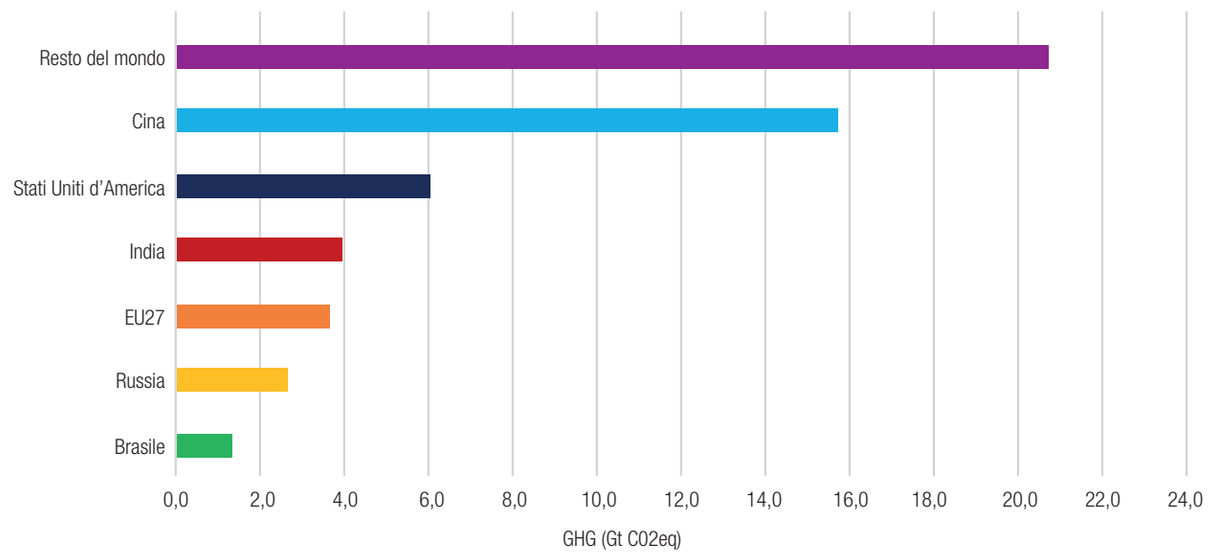
Il recente Rapporto *Health at a Glance di OCSE e EU* del 2022, a sua volta, riporta una stima secondo la quale nel 2019 l'inquinamento atmosferico avrebbe prodotto 83 morti premature su 100 mila abitanti in Italia, e valori variabili tra i 40 ed i 150 negli altri Paesi.

Il rapporto statistico dell'OMS sugli indicatori di misurazione dell'andamento degli obiettivi dell'Agenda ONU - i cosiddetti SDGs o obiettivi di sviluppo sostenibile - sempre del 2022, riporta una stima di circa 7 milioni di morti per inquinamento nel 2016 e di 3,8 milioni di morti per inquinamento *indoor* (interno agli edifici).

Secondo il Rapporto sulla qualità dell'aria al 2023 dell'Università di Chicago, l'impatto sulla speranza di vita dell'inquinamento atmosferico è superiore a quello del fumo di tabacco e costituisce il rischio maggiore per la vita umana tra quelli esterni all'organismo.

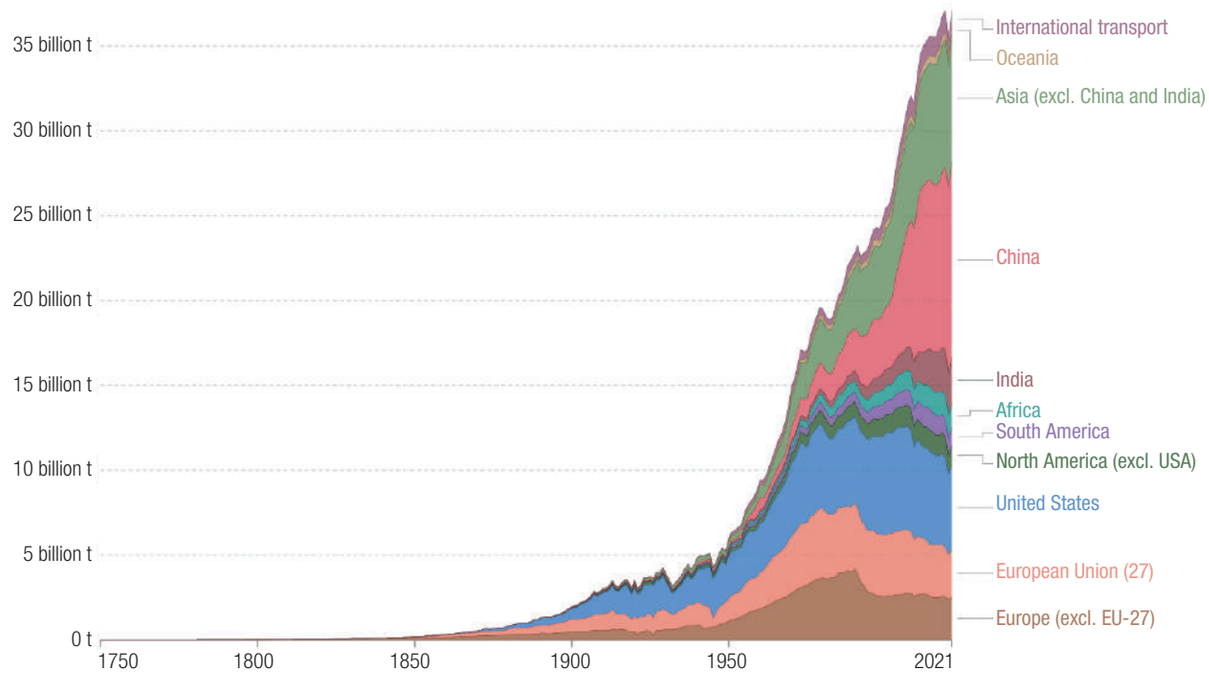
Per quanto riguarda i dati sull'impatto sulla salute degli eventi climatici avversi, quelli cioè che costituiscono la costellazione dei fenomeni ascrivibili alla cosiddetta crisi climatica, secondo l'*Italian Institute for Planetary Health* ed il suo Rapporto di luglio 2022, che si rifà in larga parte ai dati dell'IPCC (*Intergovernmental Panel on Climate Change*), le malattie sensibili al clima riguardano circa il 70% dei decessi globali.

Figura 6b.1. Emissioni pro-capite di GHG per area geografica. Anno 2022



Fonte: EDGAR - *The Emissions Database for Global Atmospheric Research*

Figura 6b.2. Emissioni fossili di CO2 , regioni del mondo, anni 1750-2021



Fonte: *Global Carbon Budget* (2022)

Particolarmente grave è la situazione relativa agli incendi boschivi (nel 2021, 49 incendi su 100 ettari in Italia, il numero più alto d'Europa) ed al caldo estremo (nel 2020 + 1,54° rispetto alla media 1961-1990). A questo proposito il Rapporto dell'ottobre 2022 a cura del Consiglio Superiore di Sanità documenta come le ondate di calore e la siccità esacerbino condizioni patologiche preesistenti (cardio-vascolari, respiratorie, diabete, renali e mentali), e riporta un dato, calcolato sull'anno 2015, secondo il quale almeno il 2-3% dei decessi totali in Italia sarebbe attribuibile all'eccesso di calore.

Ancora, il Rapporto *European State of the Climate* del *Copernicus Climate Change Service,* presentato ufficialmente nel mese di aprile 2023, ipotizza la perdita di 20 mila vite umane nella sola estate 2022. Il che è confermato da uno studio a cura dell'Istituto di Barcellona per la salute globale (*ISGlobal*) in collaborazione con l'Istituto nazionale di salute francese (*Inserm*), secondo il quale l'Italia è stato il paese più colpito, con 295 decessi dovuti al caldo per milione di abitanti, ben al di sopra della media europea, stimata in 114 decessi per milione. L'analisi segnala anche una maggiore vulnerabilità della componente femminile della popolazione.

A ciò si aggiunga, da un punto di vista delle categorie sociali di riferimento, che a livello mondiale si stima che entro il 2050 i cambiamenti climatici provocheranno tra 200 e 250 milioni di migranti.

Ancora, per quanto riguarda le differenze territoriali, secondo dati dell'Agenzia europea dell'ambiente, tra le 10 città più inquinate d'Europa si annoverano 2 città italiane della pianura padana: Cremona e Padova. Il che rimanda alle caratteristiche geo-morfologiche ma soprattutto economiche della regione padana.

E desta particolare allarme il messaggio lanciato da Unicef a settembre 2023, secondo cui più dell'80% dei bambini di Europa ed Asia subiscono pesanti condizionamenti a causa dell'inquinamento atmosferico.

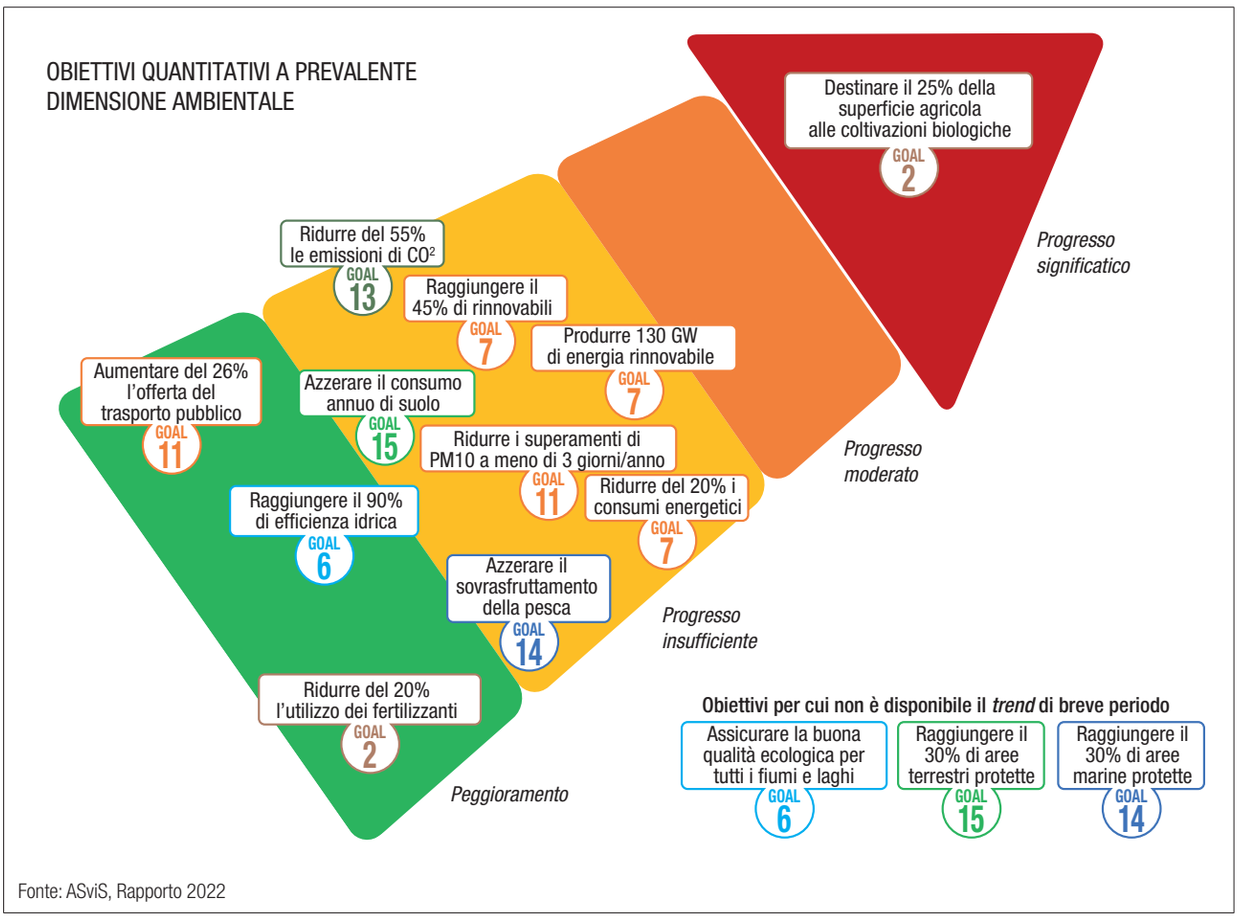
Un importante ambito di rischio collegato all' in-

quinamento ed alla crisi climatica, ma anche alla distruzione delle foreste e degli ambienti di vita animali, è quello della perdita di biodiversità, cui si riconducono i fenomeni del cosiddetto "salto di specie" da parte di virus e di altri micro organismi verso la specie umana. Come ben chiarito nel già citato Rapporto del Consiglio Superiore di Sanità dell'ottobre 2022 (cfr. nota 13), infatti, le malattie infettive trasmesse dagli animali (virus, parassiti o prioni) sono influenzate dai cambiamenti climatici, ed è questo il motivo per cui stiamo assistendo alla riemersione di patologie date per scomparse, come le encefalopatie da zecca, la Dengue ed altre malattie tropicali. Più in generale i dati ci dicono che più del 60% delle patologie infettive sono di origine animale, e di queste il 70% sono originate dagli ambienti selvaggi. Tema ben presente negli studi di ambito virologico, e rispetto al quale la recente pandemia ha mostrato con sufficiente chiarezza quali e quanti siano gli elementi di pericolosità per la salute umana derivanti dalla perdita di biodiversità.

Citiamo infine il dato secondo il quale il cibo non sano, prodotto cioè in forma intensiva, con uso di prodotti chimici dannosi o in condizioni igieniche precarie, provocherebbe 600 milioni di eventi clinici e più di 400 mila morti in un anno nel mondo.

Una utile sintesi dello stato dell'arte è quella prodotta e pubblicata dall'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS) nel suo Rapporto annuale, di cui riportiamo qui di seguito un grafico riassuntivo relativo all'area ambientale degli obiettivi al 2022 (Figura 6b.3.).

Figura 6b.3. Obiettivi dell'Agenda ONU a prevalente dimensione ambientale: andamento in Italia secondo il Rapporto ASviS al 2022



Fonte: ASviS, Rapporto 2022

6b.3. Gli accordi internazionali e le proposte a livello globale

Molti sono stati nel periodo più recente gli studi, i documenti ed gli accordi prodotti a livello internazionale sul tema dei rischi ambientali per la salute, a partire dal Summit per la terra di Rio de Janeiro del 1992 e dalla ventunesima Conferenza di Parigi del 2016, passando per le varie Cop, da quella di Berlino del 1995 all'ultima, quella di Sharm el-Sheikh del 2022. Ma i risultati raggiunti sono decisamente scarsi rispetto a quanto ci si sarebbe aspettati viste le dimensioni del problema.

Rispetto al tema della salute in relazione alla crisi climatica ed ambientale, è nel 2010 che l'approccio *One Health* viene adottato congiuntamente da OMS, Organizzazione ONU per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO) e Organizzazione mondiale per la salute animale (WOAH), ma esso viene utilizzato, come dicevamo, quasi esclusivamente in relazione alle zoonosi ed alle problematiche alimentari ed agricole.

Una svolta significativa si registra nel 2015 con l'Agenda dell'ONU, e in Italia con la nascita della Alleanza per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS), e poi nel 2021 con i lavori del *One Health High Level Expert Panel* (OHHLEP) in sede OMS, e nel 2022 con il lancio del Programma ambientale dell'ONU e della "*Global One Health Joint Plan of Action"* di OMS, FAO e WOAH.

La definizione di *One Health* coniata da OHHLEP è la seguente:

"*One Health* è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio *One Health* spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile".

Le azioni proposte in attuazione delle dichiarazioni generali riguardano in modo particolare il monitoraggio della situazione, attraverso lo strumento denominato JEE (*Joint External Evaluation),* da mettere a disposizione di tutti i Paesi per le proprie politiche, e da porre alla base dei cosiddetti *National Bridging Workshops* (NBW) come stimolo alla programmazione territoriale e nazionale.

A fronte di quanto intrapreso in termini di revisione e indirizzo a livello internazionale, la comunità scientifica ha ripetutamente avanzato e continua ad avanzare diverse critiche, che riguardano soprattutto la lentezza con la quale si procede, la indisponibilità di alcuni Paesi, soprattutto nel mondo meno sviluppato, a collaborare agli interventi necessari, e l'impegno finanziario e strategico troppo debole, specie per quanto riguarda il rafforzamento della assistenza sanitaria primaria (PHC).

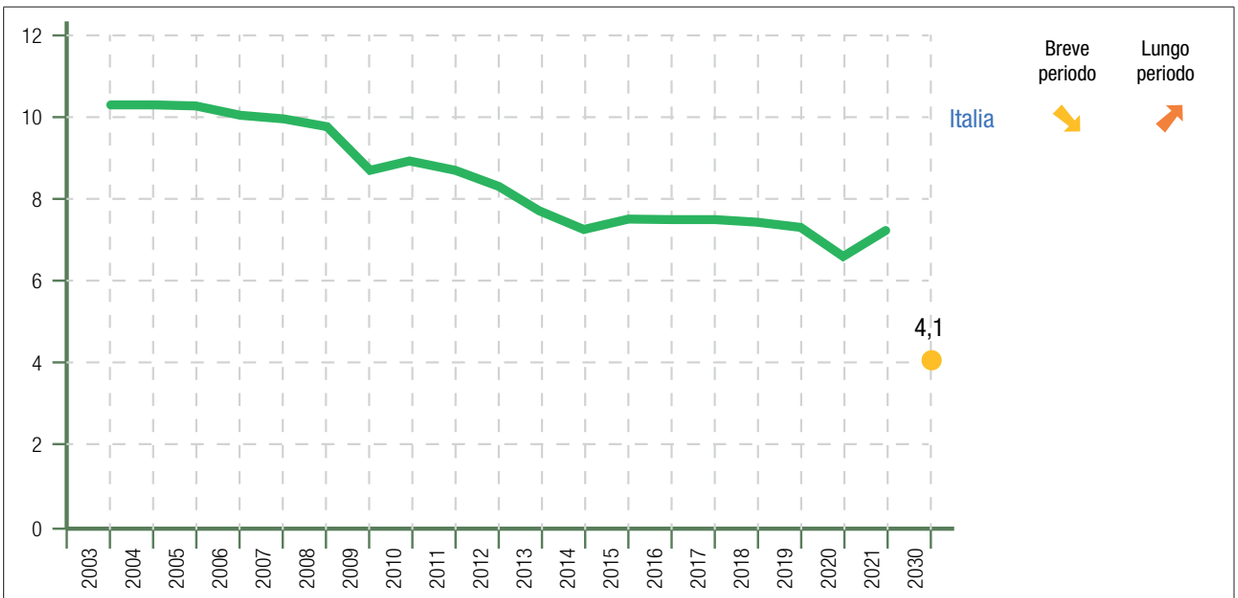
È infine importante ricordare che esiste a tutt'oggi una quota di popolazione che non riconosce la questione climatica e ambientale come questione reale e importante. Come documentato per l'Europa, ad esempio, dalla *European Social Survey* condotta *n*egli ultimi 20 anni attraverso 10 indagini campionarie in 33 Paesi e circa 74 mila intervistati. Se ne deduce che la platea dei cosiddetti "negazionisti" è composta dal 2% della popolazione europea che non crede che il cambiamento climatico sia in corso, e dall'8% che crede che vi sia un cambiamento climatico ma per cause naturali e non umane.

Un impulso alla risoluzione dei problemi è atteso dai risultati della Conferenza dei Ministri europei della Salute che si è tenuta a Budapest da 5 al 7 luglio 2023, ed il cui documento preparatorio parte proprio dalla constatazione della presenza di una "triplice crisi" causata "dall'intreccio tra cambiamento climatico, inquinamento ambientale e perdita di biodiversità".

6b.4. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e la situazione italiana

Per quanto riguarda l'Italia, le indagini condotte sulla popolazione negli ultimi anni registrano una crescita della consapevolezza rispetto alla crisi climatica ed al suo impatto sulla salute.

Figura 6b.4. Emissioni di CO2 e altri gas climalteranti, Italia, anni 2003-2021, tonn di CO2 equivalente pro-capite



Fonte: ASviS, Rapporto 2022

Particolarmente importante in questo quadro è stato l'appello lanciato con una Lettera aperta ai media italiani da un gruppo di circa 100 esperti e scienziati di diverse discipline, "accomunati dalle finalità di protezione degli ecosistemi, dell'ambiente in cui viviamo, della salute umana e degli organismi viventi": *Minds for One Health*. L'appello si sofferma in particolare sulla necessità di accelerare il passaggio alle energie alternative (solare, eolico, geotermico, ecc.), adottare un Piano emergenziale straordinario di misure per il risparmio energetico ed accelerare il passaggio a forme di mobilità urbana a zero domanda di energia (bicicletta e pedonalità).

Secondo l'ASviS ed il suo bilancio a 7 anni dal varo dell'Agenda ONU, la pandemia ha prodotto una battuta d'arresto nel processo di miglioramento costante, benché molto lento, del periodo precedente rispetto all'Obiettivo 3 (Salute e benessere per tutti). E per quanto riguarda l'andamento della riduzione delle emissioni di CO" e degli altri gas climalteranti si rileva come, nonostante l'adozione nel 2016 di una norma su *One Health* (legge 28 giugno 2016 n. 32) nella sua accezione di "*Planetary Health"* e in collegamento con il Sistema nazionale di protezione ambientale (SNPA), il *trend* registra nel 2021 un'inversione di tendenza (Figura 6b.4.).

A seguito della pandemia, è poi con la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che l'Italia ha cercato di recuperare il ritardo accumulato, intervenendo principalmente su due aspetti importanti, la transizione tecnologica e quella ecologica. Rispetto a questo ultimo aspetto, in particolare, il Piano prevede lo sviluppo della dimensione territoriale e preventiva della sanità attraverso la creazione di nuovi spazi e servizi dedicati, il rafforzamento della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria, la riorganizzazione degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e l'introduzione di un Sistema Nazionale di Prevenzione Salute (SNPS).

Passo importante per il miglioramento della situazione si è avuto a febbraio 2022 con la modifica degli articoli 9 e 41 della Costituzione che, come dicevamo, hanno inserito l'ambiente, la biodiversità, gli ecosistemi e l'interesse delle future generazioni tra i principi fondamentali da tutelare (art. 9), e la salute e l'ambiente tra i vincoli dell'iniziativa economica privata (art. 41).

Il contributo che ASviS fornisce attraverso i suoi gruppi di lavoro, ed in particolare quello dedicato

all'Obiettivo 3, punta a stimolare la riflessione sulla necessità di affrontare, anche e soprattutto sulla base della modifica costituzionale, una vera e propria ricostruzione in senso sostenibile del nostro stato sociale e della nostra Sanità, sulla base della connessione con gli altri obiettivi ed in particolare con quelli legati all'istruzione ed educazione, alla tutela delle realtà più disagiate, al rispetto delle differenze di genere ed all'alimentazione, alla ricerca scientifica ed alla tutela ambientale. E in questo senso ASviS ha lanciato già nel 2018 un Decalogo sulla Salute, che elenca in 10 punti gli obiettivi e le azioni prioritarie del settore (dalla prevenzione all'informazione sanitaria, alla continuità assistenziale, all'appropriatezza, alla collaborazione tra pubblico e privato, all'integrazione tra sociale e sanitario, al rafforzamento della ricerca biomedica, all'equità), sottoposto nel luglio 2019 alle autorità competenti nell'ambito della Maratona del Ministero della Salute per la definizione del nuovo Patto per la salute. Nel 2020, poco dopo lo scoppio della pandemia, è stato prodotto un *Position Paper* dal titolo "Salute e non solo Sanità, Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile". E nel 2022 è stato pubblicato il Quaderno "Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da Covid-19".

Nel contesto delle proposte avanzate, particolare rilievo detengono quelle relative alla riorganizzazione della vita sociale e delle città. Proposte sostenute da diverse istituzioni ed associazioni, e che vanno nella direzione di una revisione dei modelli di pianificazione urbana in un'ottica di salute pubblica, con particolare attenzione per il rispetto delle aree verdi, per i trasporti, per l'igiene, per i tempi di lavoro e di vita, per gli ambienti lavorativi e formativi. Il che dovrebbe avvenire grazie ad una collaborazione di tipo nuovo tra autorità sanitarie, autorità preposte alla gestione urbana del territorio, del lavoro e della formazione scolastica ed universitaria, soggetti del terzo settore e soggetti privati.

Riferimenti bibliografici

ASviS (2020). "Salute non solo sanità, come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile". Position paper

ASviS (2022). "L'Italia e gli obiettivi di sviluppo sostenibile". Rapporto ASviS

Ballester J. et alii (2023). "Heat-related mortality in Europe during the summer of 2022". Nature Medicine 29 1857-1866

Banchieri G. e Franceschetti L. (2023). "L'approccio "One Health" e le policy per la sua gestione". ASIQUAS

Capua I. (2019). "Salute circolare, una rivoluzione necessaria". Edizioni Egea

Censis (1989). "La domanda di salute in Italia". Ed. FrancoAngeli

Censis (1989). "Salute e futuro della sanità in Italia". Centro Studi del Ministero della Sanità

Club di Roma (1972). "I limiti dello Sviluppo"

Copernicus UE (2022). "European State of the Climate. ESOTC

Epic Chicago (2023). "Air quality life Index"

European Social Survey (2022)

IPCC (2022). "Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability"

Italian Institute for Planetary Health (2022). "Il cambiamento climatico in Italia: l'impatto sulla salute umana e I processi di adattamento"

Messere A. (2022). "Il ruolo del clima e dell'ambiente sulla salute". ASviS, Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici, una nuova consapevolezza dopo la pandemia, Quaderno n. 6

Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità (2022), Sezione I. "Politica dei co-benefici sanitari della mitigazione del cambiamento climatico"

Oecd EU (2022). Health at a Glance: State of health in the EU cycle

OHHLEP (2021). Annual Report

OMS (1978). "Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria"

ONU (2015). Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile

Traore T. et al. (2023). "How prepared is the world? Identifying weaknesses in existing assessment frameworks for global health security throw a One Health approach". The Lancet, volume 401, issue 10377, February 23

Unicef (2023). Breathless beginnings: the alarming impact of air pollution on children in Europe and Central Asia, Policy Brief 5.9.23

WHO, OECD (2015). "European Environment and He¬alth Process"

WHO (2022). "World Health Statistics, Monitoring health for the SDGs"

ENGLISH SUMMARY

Health and environment. The One Health Approach

The acceleration undergone by the pollution and global warming processes and the outbreak of the Covid-19 pandemic have led to widespread awareness of the risks to health and health systems from environmental causes. The goals of environmental, economic, social and institutional sustainability, which are at the core of the UN Agency for Sustainable Development, are now the focus of reflections and proposals in the field of health policies and of the policies for governing the ecological and technological transitions. One Health and Mainstreaming Health in All Policies are the specific references of the actions carried out at the international and national levels to accelerate the process for countering the climate and environmental crisis and its social and health consequences.

CAPITOLO 6c
Vaccini: dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale alla valutazione dei livelli regionali di consumo e di spesa

Spandonaro F.[1] Polistena B.[1]

6c.1. Il contesto

I programmi di vaccinazione rappresentano una delle attività *core* della Sanità Pubblica: malgrado il contrasto alla pandemia di Covid-19 ne abbia ribadito l'importanza e la complessità gestionale, nonché l'efficacia, la immunizzazione mediante le vaccinazioni di *routine* rimane sotto le soglie raccomandate a livello internazionale (95%).

Il *trend* è stato crescente sino al 2013, poi si è invertito, sebbene la Legge (L.) che ha previsto alcuni obblighi vaccinali per i minori di 18 anni (L. n. 119/2017) avesse portato un miglioramento rispetto all'anno precedente: con l'arrivo della pandemia di Covid-19 le coperture sono, però, di nuovo calate e il recupero è rimasto incompleto (in base agli ultimi dati disponibili).

Nel 2021 si è registrato un primo generale incremento dopo la caduta del 2020, ma le coperture per polio e per morbillo (si noti che quest'ultimo, secondo l'OMS, continua ad essere endemico in 14 Paesi della Regione europea, fra cui l'Italia) non raggiungono la soglia prevista, come anche quelle per la vaccinazione HPV.

Alla luce dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che garantiscono la gratuità delle vaccinazioni per i soggetti a rischio di tutte le età previste, è auspicabile che in futuro si possano recuperare *performance* migliori.

Rinviando al Capitolo 5 del 18° Rapporto Sanità per maggiori approfondimenti sulle strategie vaccinali, nel presente contributo si analizzano le novità intervenute nel 2022/2023 e, da un punto di vista quantitativo, si aggiornano le analisi sul consumo e la spesa per vaccini; inoltre, per la prima volta, per quanto di nostra conoscenza, si tenta di estendere la stima del costo, da quello relativo ai vaccini a quello generale dei programmi di vaccinazione (che include quindi anche gli oneri per il personale e gli altri servizi erogati): a tal fine, si utilizzano le informazioni relative alla "contabilità analitica" delle aziende sanitarie (flusso "costi dei livelli di assistenza del SSN", rilevati attraverso la compilazione del modello LA di cui al D.M. del 16.2.2001 e D.M. del 24.5.2019), pubblicate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ("Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021).

6c.2. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 ed il nuovo Calendario vaccinale

Con Intesa espressa dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 2.8.2023 (Rep. atti n. 193/CSR) è stato approvato il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-2025) e il nuovo Calendario Nazionale Vaccinale. Il PNPV è il documento di riferimento nazionale per le politiche di immunizzazione; il Calendario descrive le modalità di implementazione, descrivendo gli appuntamenti vaccinali della popolazione durante tutto l'arco della vita, dalla nascita all'età avanzata.

Il PNPV 2023-2025 aggiorna e integra il PNPV 2017-2019, già incluso nel DPCM 12.1.2017 di ag-

[1] Università di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

giornamento dei LEA, la cui validità, in considerazione delle condizioni eccezionali provocate dalla pandemia di Covid-19, era stata prorogata al 31.12.2021 (con deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 25.3.2021).

Dal punto di vista delle coperture economiche, propedeuticamente va osservato che l'"Intesa" prende atto della conferma della disponibilità del finanziamento annuo di € 186 mln. previsto dalla L. n. 232/2016, riferito alla copertura degli oneri per i nuovi vaccini inclusi nel PNPV 2017-2019 (con copertura ottimale): somma rimasta "congelata" nel tempo, per la quale non è stata prodotta una rivalutazione alla luce delle modifiche intervenute nei consumi e nei prezzi dei vaccini, come anche degli ulteriori inserimenti nel calendario vaccinale.

Si legge nelle norme, inoltre, come l'attuazione dell'"Intesa" debba avvenire «… senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica …», ma di come l'"Intesa" prenda atto «… dell'impegno ad attivare il monitoraggio dell'implementazione del PNPV ed a finanziare attraverso risorse aggiuntive gli eventuali maggiori costi sostenuti a partire dall'anno 2023 per effetto dell'ampliamento dell'offerta vaccinale e delle azioni necessarie per assicurare la copertura vaccinale a tutti i soggetti a rischio …»; in altri termini, la rivalutazione degli oneri derivanti dagli sviluppi dell'attività vaccinale sembra sia stata rimandata, a seguito di una verifica dei risultati effettivamente conseguiti a partire dall'anno corrente. Va da sé che questo implica la necessità di un monitoraggio delle coperture realizzate a livello regionale e dei relativi oneri: operazione non banale e che evidentemente si potrà svolgere compiutamente solo a conclusione della prima annualità "piena", ovvero il 2024; C.R.E.A. Sanità, mediante il modello sviluppato per la valutazione dei livelli regionali di spesa e consumo per le vaccinazioni (si veda per i dettagli il Capitolo 5 del 18° Rapporto Sanità), procederà autonomamente a monitorare tali andamenti.

Per completare gli aspetti economici, si ricorda che alla ripartizione del finanziamento degli eventuali maggiori costi vaccinali, peraltro incluso nel riparto del finanziamento indistinto, accedono tutte le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che riguardano il concorso delle autonomie speciali al finanziamento sanitario corrente.

Nel merito delle indicazioni del Piano 2023-2025, gli estensori segnalano come esso vada ad integrare il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, e che la sua formulazione ha preso spunto da alcuni documenti internazionali, ed in particolare:

- Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (EVAP)
- Agenda dell'OMS sull'immunizzazione 2030
- Agenda Europea dell'OMS sull'immunizzazione 2030.

In particolare, rileva ricordare che l'EVAP ha previsto che per raggiungere gli obiettivi prefissati:

- tutti i Paesi riconoscano le vaccinazioni come una priorità
- gli individui comprendano il valore dei servizi di immunizzazione e dei vaccini e richiedano attivamente le vaccinazioni
- i benefici della vaccinazione siano equamente estesi a tutta la popolazione attraverso strategie mirate e innovative
- sistemi di immunizzazione forti siano parte integrante di sistemi sanitari efficienti
- i programmi di immunizzazione abbiano accesso sostenibile a un finanziamento stabile e a vaccini di elevata qualità.

L'EVAP indica, altresì, le azioni che i singoli Stati Membri dovrebbero intraprendere per raggiungere i sopracitati obiettivi: fra gli altri ricordiamo il rivedere, predisporre o aggiornare il piano nazionale delle vaccinazioni, stimarne il costo individuando e allocando a copertura fonti di risorse affidabili e stabili, ed anche attivare meccanismi di monitoraggio e valutazione per controllare l'attuazione e l'efficacia del piano stesso.

Un aspetto degno di nota è che il PNPV affronta anche l'aspetto etico legato alle vaccinazioni, richiamando le raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica, il quale segnala la necessità di promuovere:

- campagne di promozione e informazione su vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a carattere nazionale, implementate rapidamen-

te, basate su una consolidata documentazione scientifica, comprendenti una comunicazione efficace sui media, *social* e siti *internet*, e un'accurata informazione a livello individuale, scritta e verbale, al fine di rendere consapevole il cittadino sia delle strategie in atto sia dei benefici attesi a fronte dei rischi possibili
- progetti formativi specifici per ciascuna vaccinazione e campagne d'informazione e aggiornamento per tutti gli operatori sanitari, i medici curanti, i pediatri di famiglia, nonché gli operatori scolastici
- l'impegno delle istituzioni sanitarie a organizzare centri specializzati dedicati specificatamente alle vaccinazioni dei soggetti maggiormente a rischio
- l'analisi del contesto regionale al fine di introdurre le modalità organizzative più efficaci, anche con l'obiettivo primario di superare le differenze attualmente presenti nei diversi contesti regionali italiani, nel rispetto dei principi costituzionali
- l'impegno, in particolar modo per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, a fornire un'adeguata consulenza sull'offerta vaccinale ai propri assistiti, evidenziando come i vaccini costituiscano uno dei trattamenti più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo
- il monitoraggio continuo dell'omessa vaccinazione (per dimenticanza o per ragioni mediche, ideologiche, religiose, psicologiche) allo scopo di identificare coloro che necessitano di essere incoraggiati verso un percorso vaccinale (*compliance*), e di evidenziare eventuali insufficienze nella copertura vaccinale, specialmente con riguardo ai bambini.

Come appare dai punti elencati, il Comitato Nazionale di Bioetica sottolinea la necessità di prevedere nelle strategie di immunizzazione una adeguata e corretta informazione della popolazione in campo vaccinale.

Il Piano individua alcune aree prioritarie di intervento; in particolare:
- le disomogeneità tra le procedure e l'offerta vaccinale tra le Regioni
- il recupero dei valori *target* delle coperture vaccinali, anch'essi afflitti da una disomogeneità tra le Regioni, in particolare relativamente all'offerta vaccinale per gli adolescenti e gli adulti, che hanno subito un maggiore impatto a causa della pandemia di Covid-19
- le difformità nell'organizzazione e gestione del processo vaccinale, inclusa la registrazione delle vaccinazioni effettuate sul territorio nazionale, in quanto in assenza di *standard* definiti sull'organizzazione e la gestione dei servizi vaccinali, sorgono problemi di equità nell'accesso alla vaccinazione e di efficienza, considerando che in assenza di sistemi informativi standardizzati, si possono verificare criticità e divergenze nella stima delle coperture vaccinali le difficoltà logistiche e organizzative da parte delle amministrazioni sanitarie locali per garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale
- la revisione e aggiornamento dei LEA per permettere l'inclusione degli aggiornamenti del calendario vaccinale e dei relativi indicatori di copertura nei LEA
- il completamento del percorso di valutazione previsto sull'obbligatorietà delle vaccinazioni
- lo sviluppo di un processo decisionale standardizzato per l'inserimento delle nuove vaccinazioni nel calendario e dei relativi finanziamenti dedicati alla produzione di analisi indipendenti di costo-efficacia e di HTA a supporto della valutazione di nuove indicazioni nel calendario vaccinale da parte del Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG) e del Ministero della Salute.

Alla luce di quanto sopra, il PNPV 2023-2025 adotta come suoi obiettivi specifici:
- mantenere lo status *polio-free*
- raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia
- rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
- raggiungere e mantenere le coperture vaccinali *target* rafforzando *governance*, reti e per-

corsi di prevenzione vaccinale
- promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
- ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
- completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
- migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
- rafforzare la comunicazione in campo vaccinale
- promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

Ulteriori elementi che sembra opportuno sottolineare in relazione al PNPV 2023-2025, sono l'enfasi sulla comunicazione, quella sulla promozione dell'immunizzazione nei soggetti a rischio e la "separazione" del Calendario vaccinale.

Sul primo punto, la cui importanza, anche etica, come anticipato, è stata richiamata dal Comitato Nazionale di Bioetica, il Piano non ne individua operativamente le modalità e responsabilità, limitandosi, di fatto, ad elencare alcuni principi, considerazioni e azioni strategiche che dovrebbero orientare le iniziative di comunicazione in ambito vaccinale; in particolare il Piano segnala la necessità di:
- introdurre sistemi di monitoraggio dei determinanti dell'esitazione vaccinale
- implementare attività di promozione e comunicazione multicanale delle vaccinazioni e garantire che siano in atto meccanismi comunicativi per rispondere ai dubbi della popolazione generale ed alle informazioni inesatte o false circolanti, anche attraverso l'utilizzo dei *social* media e delle nuove tecnologie dei media
- garantire una risposta coerente, tempestiva, trasparente e affidabile in relazione ad eventi avversi vaccino correlati a livello nazionale, regionale e locale
- formare gli operatori sanitari sulla comunicazione in ambito vaccinale al fine di massimizzare il ruolo che svolgono nell'affrontare l'esitazione vaccinale
- rafforzare il tema della vaccinologia nella formazione universitaria e post-universitaria e fornire opportunità di formazione continua per gli operatori sanitari
- creare alleanze al livello internazionale, nazionale e regionale per ottimizzare gli sforzi, le risorse, i materiali e le competenze di *advocacy* e favorire il *community engagement* (inclusi educatori, *leader* religiosi, media tradizionali e *social* media, mediatori sanitari, "*immunization champions*", associazioni e Società professionali nazionali, istituzioni accademiche e organizzazioni della Società civile, decisori politici)
- sviluppare piani di comunicazione e includere sistemi di monitoraggio dell'opinione pubblica prima e dopo l'introduzione di un nuovo vaccino.

Sul secondo punto, il Piano afferma che sarebbe opportuno che nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) dei pazienti affetti da patologie croniche, quali diabete, scompenso cardiaco, insufficienza renale, etc., venissero inserite le attività di vaccinazione come previsto dal Calendario vaccinale.

Operativamente, suggerisce che i soggetti in *follow-up* ambulatoriale per patologia, o che accedano all'ospedale in regime di ricovero, siano invitati alla vaccinazione; a tal fine, il Piano segnala l'esigenza di un'azione di sensibilizzazione, formazione e coinvolgimento degli specialisti clinici, finalizzata a valorizzare il ruolo fondamentale nel *counselling* specifico nelle condizioni diagnostico-terapeutiche complesse. In altri termini, il Piano raccomanda di coinvolgere nella promozione della vaccinazione anche gli specialisti, sia negli ospedali che nel territorio.

Il terzo punto riguarda la pubblicazione separata del Calendario vaccinale: facendo seguito ad una indicazione del NITAG, è stato ritenuto opportuno procedere alla sua separazione dal Piano, al fine di permetterne un percorso distinto, determinato nei tempi e nei contenuti dalle esigenze via via emer-

genti (adeguamento alla situazione epidemiologica, introduzione di nuovi prodotti vaccinali, indicazioni fornite dalle competenti autorità, etc.). Quindi, il Calendario vaccinale è da ora approvato e pubblicato separatamente, e l'aggiornamento sarà periodico in base allo sviluppo delle evidenze scientifiche.

A proposito del Calendario, viene ricordato che chi non si vaccina al momento della chiamata mantiene il diritto alla gratuità: questa è forse la segnalazione di maggiore impatto ai fini del raggiungimento dei *target*, ma anche dal punto di vista del diritto all'accesso all'immunizzazione.

Per quanto concerne le nuove vaccinazioni introdotte e i relativi obiettivi di copertura, non sono numerose.

In particolare, per l'antinfluenzale, rimandando alla Circolare ministeriale per la stagione 23/24, il Calendario prevede la vaccinazione a partire dai 60 anni, ed anche per i bambini (7-17 anni); viene introdotta la vaccinazione con vaccino quadrivalente adiuvato e quello ad alto dosaggio a partire dai 65 anni.

Inoltre, per lo pneumococco viene rimossa la modalità di vaccinazione sequenziale con il vaccino polisaccaridico coniugato adsorbito.

Va, infine, sottolineato che tutte le vaccinazioni raccomandate per età, per condizioni patologiche, per determinati comportamenti o condizioni, sono intese ad offerta attiva e gratuita; quelle raccomandate per i soggetti a rischio per esposizione professionale con oneri a carico del datore di lavoro, o secondo quanto previsto dalla vigente normativa; quelle per i viaggiatori, tranne quelle incluse nel Calendario vaccinale, a carico del soggetto.

6c.3. La spesa per programmi di vaccinazione

L'OECD pubblica il dato relativo alla spesa per programmi di immunizzazione relativi ad alcuni Paesi: sebbene i dati vadano comparati con molta prudenza, a causa delle diverse classificazioni adottate a livello internazionale per le attività di immunizzazione, è possibile apprezzare (limitando il confronto ai Paesi europei di cui si dispone del dato) forti differenze e, di contro, la regolarità dell'incremento esponenziale registratosi nel 2020 e 2021 per effetto dei costi delle vaccinazioni effettuate per contrastare la pandemia di Covid-19.

Tabella 6c.1. Spesa pubblica per programmi vaccinali. Valori pro-capite in €-PPPs

Paese	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Austria	..	..	..	12,2	14,2	16,4	94,8
Belgio	0,7	0,8	2,5	2,4	3,0	3,0	40,3
Finlandia	2,8	3,6	3,7	4,8	4,4	16,0	45,3
Francia	9,7	5,5	5,5	7,1	7,0	7,2	59,1
Germania	17,5	17,1	18,0	19,7	24,5	29,8	108,8
Grecia	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	38,2
Variazioni (Valori %)							
Austria					16,0	15,5	477,9
Belgio		20,1	192,0	-1,5	22,2	2,1	1234,5
Finlandia		30,0	1,9	32,6	-10,1	266,2	184,2
Francia		-43,2	0,9	27,5	-0,9	2,6	721,0
Germania		-2,4	5,6	9,2	24,6	21,5	265,2
Grecia		0,7	-1,2	2,1	-0,9	-0,3	2705,3

Fonte: elaborazione su dati OECD, https://stats.oecd.org/, ultimo accesso dicembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 6c.2. Finanziamento indistinto del SSN e quote destinate alla "Prevenzione"

Regioni	Finanziamento indistinto (ante-mobilità) (€)	Quota del finanziamento indistinto destinata alla prevenzione (€)	Finanziamento indistinto (ante-mobilità) (€)	Quota del finanziamento indistinto destinata alla prevenzione (€)	Finanziamento indistinto (ante-mobilità) (€)	Quota del finanziamento indistinto destinata alla prevenzione (€)
	2020		2021		2022	
Italia	113.257.674.550	5.636.635.698	116.295.577.651	5.328.552.180	119.724.161.744	5.442.125.809
Piemonte	8.345.429.776	406.704.849	8.561.559.128	385.338.659	8.795.343.358	392.919.253
Valle d'Aosta	238.107.997	11.734.124	246.275.916	11.172.830	254.754.220	11.401.988
Lombardia	18.856.319.278	939.494.619	19.535.439.958	895.874.853	20.101.465.005	916.947.464
P.A. di Bolzano	972.698.062	49.609.937	1.018.180.394	47.566.877	1.060.686.112	49.115.935
P.A. di Trento	1.009.343.311	50.531.610	1.060.119.591	48.724.039	1.088.996.307	49.800.293
Veneto	9.225.741.398	458.127.770	9.542.262.384	435.933.033	9.880.160.623	447.409.136
Friuli Venezia Giulia	2.338.787.020	113.446.461	2.404.739.326	107.822.957	2.482.666.468	110.445.539
Liguria	3.037.687.483	144.717.788	3.085.356.419	136.351.913	3.184.223.028	139.637.488
Emilia Romagna	8.456.076.438	416.370.694	8.793.463.287	398.916.085	9.053.491.294	407.880.032
Toscana	7.137.074.809	348.194.949	7.324.821.638	330.035.347	7.592.495.401	339.410.380
Umbria	1.688.950.530	82.340.174	1.728.926.783	77.776.224	1.783.921.415	79.549.009
Marche	2.902.941.268	142.400.430	2.984.401.496	135.189.636	3.061.539.962	137.694.312
Lazio	10.959.094.857	549.084.424	11.160.477.489	514.159.565	11.514.885.246	526.387.347
Abruzzo	2.479.683.090	122.470.446	2.538.851.542	115.622.997	2.605.787.537	117.711.031
Molise	580.845.107	28.535.440	592.315.108	26.857.020	603.094.135	27.047.081
Campania	10.526.090.915	542.034.500	10.808.558.599	509.988.437	11.046.645.613	516.339.990
Puglia	7.493.256.468	376.301.200	7.641.472.178	353.143.022	7.895.417.298	361.354.896
Basilicata	1.058.522.217	52.563.427	1.081.829.205	49.431.206	1.106.267.944	50.085.497
Calabria	3.609.724.026	181.856.260	3.650.559.164	169.190.623	3.726.070.854	170.906.586
Sicilia	9.234.616.064	466.993.038	9.364.206.636	435.445.482	9.631.722.360	443.962.775
Sardegna	3.106.684.434	153.123.558	3.171.761.408	144.011.375	3.254.527.564	146.119.777

Fonte: Atti Conferenza Stato-Regioni

Le differenze di spesa pro-capite, fra i Paesi di cui si dispone del dato, nel 2019 (ultimo anno pre-pandemico) superano le 8 volte. Nel 2020 si registra un primo aumento generalizzato che poi "esplode" nel 2021, amplificando ulteriormente le disparità fra i Paesi (Tabella 6c.1.).

Per quanto concerne l'Italia, sebbene il dato non sia fornito da OECD, bensì sia frutto di una estrapolazione dai flussi dei costi per funzione assistenziale delle Aziende Sanitarie, le cui elaborazioni sono descritte nel seguito, possiamo (ribadendo le cautele sulla comparabilità delle fonti), evidenziare come la spesa sia pari a circa € 30 pro-capite, significativamente inferiore a quella registrata negli altri Paesi considerati, sebbene è presumibile non comprenda il costo dei vaccini per il Covid-19.

6c.4. Il finanziamento delle attività vaccinali in Italia

Come anticipato, le attività vaccinali ricomprese nei LEA vengono finanziate, in generale, con fondi compresi nel capitolo della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"; in tale capitolo sono ricomprese

numerose attività, fra cui la "Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali", che contiene al suo interno le vaccinazioni.Si noti che i vaccini, essendo ricompresi nel LEA "Prevenzione" non concorrono alla composizione dell'onere soggetto al tetto della spesa farmaceutica (ricompresa nel LEA della "Distrettuale"); inoltre, ricordiamo che il capitolo comprende gli oneri anche di tutte le altre attività connesse con l'immunizzazione (la somministrazione ma anche, più in generale, l'attività dei Dipartimenti di prevenzione attribuibile alle vaccinazioni, la gestione delle anagrafi vaccinali, etc.).

Rimandando per gli opportuni approfondimenti sul finanziamento e sul riparto al Capitolo 2, e al Capitolo 5 del 18° Rapporto Sanità per gli aspetti specifici legati al riparto dei fondi per i vaccini, ci limitiamo a ricordare che, in sede di riparto, alla "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" dovrebbe essere vincolato, in via di principio, il 5% del Fabbisogno *Standard* Nazionale (FSN).Si noti che i vaccini, essendo ricompresi nel LEA "Prevenzione" non concorrono alla composizione dell'onere soggetto al tetto della spesa farmaceutica (ricompresa nel LEA della "Distrettuale"); inoltre, ricordiamo che il capitolo comprende gli oneri anche di tutte le altre attività connesse con l'immunizzazione (la somministrazione ma anche, più in generale, l'attività dei Dipartimenti di prevenzione attribuibile alle vaccinazioni, la gestione delle anagrafi vaccinali, etc.).

Tabella 6c.3. Finanziamento indistinto quale concorso per il rimborso delle spese per acquisto nuovi vaccini PNPV 2017-2019*

Regione	Finanziamento (€)	quota di accesso (%)	Finanziamento (€)	quota di accesso (%)	Finanziamento (€)	quota di accesso (%)
Italia	186.000.000	100,00	186.000.000	100,0	186.000.000	100,00
Piemonte	13.698.488	7,36	13.712.977	7,37	13.672.968	7,35
Valle d'Aosta	390.684	0,21	393.345	0,21	392.594	0,21
Lombardia	30.958.261	16,64	31.210.555	16,78	31.218.878	16,78
P.A. di Bolzano	1.596.261	0,86	1.618.676	0,87	1.632.953	0,88
P.A. di Trento	1.655.831	0,89	1.688.485	0,91	1.686.866	0,91
Veneto	15.143.779	8,14	15.245.023	8,20	15.310.442	8,23
Friuli Venezia Giulia	3.839.846	2,06	3.856.926	2,07	3.862.321	2,08
Liguria	4.986.232	2,68	4.957.484	2,67	4.958.739	2,67
Emilia Romagna	13.871.741	7,46	14.036.934	7,55	14.023.409	7,54
Toscana	11.716.167	6,30	11.733.627	6,31	11.796.796	6,34
Umbria	2.771.450	1,49	2.766.452	1,49	2.770.599	1,49
Marche	4.767.823	2,56	4.784.530	2,57	4.770.414	2,56
Lazio	18.001.762	9,68	17.845.033	9,59	17.901.179	9,62
Abruzzo	4.073.033	2,19	4.067.472	2,19	4.056.940	2,18
Molise	954.542	0,51	951.275	0,51	939.566	0,51
Campania	17.301.380	9,30	17.244.623	9,27	17.134.802	9,21
Puglia	12.316.462	6,62	12.238.325	6,58	12.286.148	6,61
Basilicata	1.737.938	0,93	1.729.585	0,93	1.718.643	0,92
Calabria	5.934.353	3,19	5.847.431	3,14	5.797.229	3,12
Sicilia	15.180.243	8,16	14.984.932	8,06	14.997.012	8,06
Sardegna	5.103.722	2,74	5.086.310	2,73	5.071.502	2,73

Fonte: Atti Conferenza Stato-Regioni

Rimandando per gli opportuni approfondimenti sul finanziamento e sul riparto al Capitolo 2, e al Capitolo 5 del 18° Rapporto Sanità per gli aspetti specifici legati al riparto dei fondi per i vaccini, ci limitiamo a ricordare che, in sede di riparto, alla "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" dovrebbe essere vincolato, in via di principio, il 5% del Fabbisogno *Standard* Nazionale (FSN).

Aggiornando e integrando i dati elaborati nel 18° Rapporto Sanità, per il 2020, a fronte dei € 113,3 mld. del cosiddetto "finanziamento indistinto" ripartito alle Regioni, alla "Prevenzione" sono stati assegnati € 5,6 mld. (5,0%); nel 2021 il finanziamento sale a € 116,3 mld. (+2,7%) e alla prevenzione sono attribuiti € 5,3 mld. (-5,5%), pari al 4,6%; nel 2022 il finanziamento sale a € 119,7 mld. (+2,9%) e la prevenzione a € 5,4 mld. (+2,1%), pari al 4,5% (Tabella 6c.2.).

Nel finanziamento indistinto destinato alla "Prevenzione", sono ricompresi i € 186 mln. di cui al PNPV 2017-2019, ripartiti con le stesse quote di accesso (Tabella 3c.3.).

La determinazione di tale fabbisogno, finalizzato all'acquisto dei nuovi vaccini introdotti dal PNPV 2017-2019 (a regime, considerando le coperture vaccinali ottimali), risulta negli atti parlamentari[2] a supporto della stesura del DPCM sui nuovi LEA, in cui viene riportato il processo di valutazione con cui si è poi addivenuti alla stima: in sintesi, a fronte di una stima di fabbisogno di € 303,3 mln., sono stati valutati in € 87,1 mln. gli oneri già sostenuti dalle Regioni e in € 30,0 mln. i risparmi generati dalle "maggiori" vaccinazioni.

Le somma ripartita equivale a poco più di € 3 pro-capite, con una differenza di circa il 10% (€ 0,3) fra le Regioni "estreme".

6c.5. Il consumo e la spesa per vaccini

Il consumo

Per quanto concerne il consumo di vaccini, si analizzano di seguito i dati di fonte OsMed (AIFA) relativi agli ultimi tre anni disponibili (2020-2022): il 2020 e il 2021 sono anni condizionati dalla pandemia, che ha tendenzialmente ridotto le vaccinazioni di *routine*, tranne l'antinfluenzale; si consideri, inoltre, che nelle rilevazioni non sono compresi i vaccini per il Covid-19.

Nel 2020 il consumo è stato pari a 26.024.070 DDD (Defined Daily Dose, dose definita giornaliera), di cui 4.069.793 per i "vaccini obbligatori" ex L. n. 119/2017 (15,6%) e 21.954.277 per gli altri (84,4%).

Nel 2021, si è registrata una ripresa: il consumo è stato pari a 27.773.039 DDD (+6,7% rispetto al 2020, +7,3% in DDD/1000 ab. die), di cui il 14,9% (4.146.537, +1,9%) per i "vaccini obbligatori" e l'85,1% (23.626.502, +7,6%) per gli altri.

Nel 2022 si è registrato un consumo totale di vaccini in riduzione, pari a 25.068.680 DDD (-9,0% rispetto al 2021, 9,6% in DDD/1000 ab. die), di cui il 14,9% (4.256.625, +2,7%) per i "vaccini obbligatori" e l'85,1% (20.812.055, -17,0%) per gli altri.

A livello regionale (Tabella 6c.4.), nel 2020, si passa da 0,90 DDD/1000 ab. die in Lombardia e P.A. di Bolzano a 1,51 in Toscana, con una differenza di 1,7 volte; nel 2021 si va da un minimo di 1,01 DDD/1000 ab. die registrate in Piemonte a un massimo di 1,68 osservato in Friuli Venezia Giulia (differenza di 1,7 volte); nel 2022, si va da un minimo di 0,91 DDD/1000 ab. die registrate in Sardegna a un massimo di 1,42 osservate nella P.A. di Trento (differenza di 1,6 volte).

Con riferimento alle variazioni del consumo (DDD/1000 ab. die), tra 2020 e il 2021, si registra ad un estremo l'aumento del +15,1% della Toscana e, all'altro, la riduzione del -45,3% del Molise. Fra il 2021 e il 2022, si registra ad un estremo l'aumento del +10,5% dell'Umbria e, all'altro, la diminuzione del -27,7% del Friuli Venezia Giulia.

Per quanto concerne le singole vaccinazioni, nel 2021 diminuiscono gran parte delle vaccinazioni di *routine*, con l'eccezione di quella per il papilloma vi-

[2] Camera dei Deputati – XVII Legislatura (2016); Relazione tecnica Ministero della Salute (2016)

rus (+22,5%), per l'influenza (+14,3%) e per il rotavirus (+10,8).

Nel 2022, si raddoppia il consumo per l'herpes zoster (+97,3%), segue quello per le epatiti (+27,2%), mantiene l'incremento quello per il papilloma virus (+21,1%), mentre ritorna sui livelli del 2020 il consumo di antinfluenzali (-14,9%).

La spesa

La spesa per vaccini, secondo il monitoraggio OsMed, è più che raddoppiata dal 2014 al 2022, passando da € 4,80 a € 10,80 pro-capite.

Nel 2022 si conferma un incremento della spesa per i vaccini, come già osservato nel 2021.

Per i tre anni analizzati (2020-2022), osserviamo come nel 2020 la spesa sia stata pari a € 548,5 mln., di cui € 104,8 mln. per i "vaccini obbligatori" ex L. n. 119/2017 (19,1%) e € 443,8 mln. per gli altri (80,9%).

Nel 2021, la spesa è stata pari a € 621,9 mln. (+13,4% rispetto al 2020, +14,0% in valori pro-capite), di cui il 16,7% (€ 104,1, -0,7%) per i "vaccini obbligatori" e l'83,3% (€ 517,8 mln., +16,7%) per gli altri.

Tabella 6c.4. Consumo di vaccini

	2020		2021			2022		
Regioni	DDD	DDD/ 1.000 ab. die	DDD	DDD/ 1.000 ab. die	Var. % 2021/2020	DDD	DDD/ 1.000 ab. die	Var. % 2022/2021
Italia	26.024.070	1,20	27.773.039	1,28	7,3	25.068.680	1,16	-9,6
Piemonte	1.615.257	1,11	1.578.622	1,01	-1,6	1.624.290	1,05	3,1
Valle d'Aosta	46.925	1,43	49.893	1,10	7,0	42.951	0,95	-13,7
Lombardia	3.293.087	1,18	4.456.988	1,23	35,9	4.418.577	1,22	-0,7
P.A. di Bolzano	175.844	1,03	212.966	1,09	21,1	213.824	1,10	0,6
P.A. di Trento	267.330	1,03	263.698	1,33	-1,0	279.774	1,42	6,2
Veneto	2.352.318	0,90	2.300.236	1,30	-1,9	2.103.676	1,19	-8,3
Friuli Venezia Giulia	527.616	0,90	734.578	1,68	39,9	529.286	1,21	-27,7
Liguria	688.035	1,35	751.629	1,36	9,8	633.019	1,15	-15,5
Emilia Romagna	2.225.396	1,32	2.439.659	1,51	10,1	2.120.583	1,31	-12,9
Toscana	2.028.762	1,20	1.715.829	1,28	-15,1	1.705.106	1,28	-0,2
Umbria	411.609	1,24	402.222	1,28	-1,6	442.944	1,41	10,5
Marche	692.923	1,37	683.809	1,26	-0,5	599.647	1,10	-12,0
Lazio	3.044.445	1,51	2.710.334	1,30	-10,7	2.253.076	1,08	-16,8
Abruzzo	472.590	1,30	551.506	1,18	17,5	509.817	1,09	-7,4
Molise	109.088	1,26	156.286	1,46	45,3	144.260	1,35	-7,4
Campania	2.465.050	1,45	2.534.255	1,23	3,6	2.173.470	1,06	-14,2
Puglia	2.006.910	1,01	2.249.874	1,57	12,5	1.793.034	1,25	-20,2
Basilicata	185.036	1,00	238.420	1,20	30,3	239.360	1,21	0,8
Calabria	764.362	1,19	815.434	1,20	7,8	741.936	1,10	-8,9
Sicilia	2.104.643	1,39	2.282.548	1,29	8,9	1.972.490	1,12	-13,6
Sardegna	546.844	0,92	644.253	1,11	18,7	527.560	0,91	-18,0

Per il calcolo dei valori per 1.000 abitanti si è utilizzata la popolazione media dell'anno di riferimento (fonte: Istat)

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso dicembre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022 si è registrato un ulteriore incremento di spesa risultata pari a € 636,9 mln. (+2,4% rispetto al 2021, +2,6% in valori pro-capite), di cui il 16,2% (€ 103,2 mln., -0,9%) per i "vaccini obbligatori" e l'83,8% (€ 533,7 mln., +3,1%) per gli altri.

La spesa per vaccini risulta quindi pari allo 0,5% del finanziamento indistinto e al 9,7% di quella per la prevenzione nel 2020; nel 2021, rimane stabile l'incidenza sul finanziamento mentre sale all'11,7% su quella per la prevenzione; nel 2022 i dati di incidenza non si modificano rispetto al 2021.

A livello regionale (Tabella 6c.5.), nel 2020 si passa da € 6,21 pro-capite in Valle d'Aosta a € 11,14 nel Lazio, con una differenza di 1,8 volte; nel 2021 si va da un minimo di € 7,54 pro-capite in Piemonte a € 12,53 in Emilia Romagna (differenza di 1,7 volte); nel 2022, si va da un minimo di € 8,22 pro-capite in Valle d'Aosta a un massimo di € 14,97 nella P.A. di Trento (differenza di 1,8 volte).

Con riferimento alle variazioni della spesa pro-capite, tra il 2020 e il 2021, si registra ad un estremo l'aumento del +44,4% del Friuli Venezia Giulia e, all'altro, la riduzione del -8,6 % della Toscana. Fra il 2021 e il 2022, si registra ad un estremo l'aumento del +37,0% del Piemonte e, all'altro, la diminuzione del -12,3% del Lazio.

Tabella 6c.5. Spesa per vaccini

Regioni	2020		2021			2022		
	(€)	(€) pro-capite	(€)	(€) pro-capite	Var. % 2021/2020	(€)	(€) pro-capite	Var. % 2022/2021
Italia	548.547.077	9,23	621.885.840	10,52	14,0	636.931.026	10,79	2,6
Piemonte	31.080.002	7,24	32.177.669	7,54	4,2	43.997.849	10,34	37,0
Valle d'Aosta	785.436	6,31	1.079.801	8,73	38,4	1.014.392	8,22	-5,8
Lombardia	86.401.795	8,64	103.327.747	10,37	20,1	112.105.560	11,27	8,7
P.A. di Bolzano	4.735.591	8,87	5.365.987	10,05	13,3	6.221.791	11,68	16,2
P.A. di Trento	6.011.948	11,06	6.306.113	11,64	5,3	8.096.203	14,97	28,5
Veneto	50.075.814	10,27	53.998.537	11,11	8,2	69.342.887	14,30	28,7
Friuli Venezia Giulia	10.415.199	8,65	14.971.454	12,50	44,4	13.498.178	11,30	-9,6
Liguria	12.557.001	8,25	14.754.151	9,75	18,1	17.185.152	11,39	16,8
Emilia Romagna	41.864.456	9,40	55.529.914,99	12,53	33,2	54.077.962,32	12,22	-2,5
Toscana	37.410.468	10,13	34.045.329	9,26	-8,6	37.829.753	10,33	11,6
Umbria	7.271.057	8,38	9.235.762	10,71	27,9	8.824.108	10,27	-4,1
Marche	12.761.584	8,48	14.208.722	9,52	12,3	13.647.161	9,18	-3,6
Lazio	63.996.740	11,14	61.606.658	10,77	-3,4	53.944.361	9,44	-12,3
Abruzzo	10.243.610	7,96	12.629.056	9,88	24,2	11.730.014	9,19	-6,9
Molise	2.358.779	7,93	3.291.736	11,23	41,5	3.176.844	10,87	-3,1
Campania	50.503.252	8,91	58.963.143	10,48	17,7	52.206.340	9,28	-11,5
Puglia	42.406.201	10,75	46.779.422	11,91	10,7	42.262.704	10,77	-9,5
Basilicata	4.195.413	7,64	5.015.200	9,23	20,9	6.086.297	11,25	21,8
Calabria	15.550.535	8,28	18.996.345	10,22	23,4	18.481.676	9,96	-2,6
Sicilia	47.159.289	9,71	56.580.740,91	11,71	20,5	50.091.135,47	10,36	-11,5
Sardegna	10.762.906	6,72	13.022.354	8,20	21,9	13.110.658	8,26	0,8

Per il calcolo dei valori pro-capite si è utilizzata la popolazione media dell'anno di riferimento (fonte: Istat)

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso dicembre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

La spesa per tipologia di vaccinazione nel 2021 vede il raddoppio di quella per gli antinfluenzali (+98,4%), segue l'incremento del +22,2% di quella per il papilloma virus, del +14,9% per l'herpes zoster e del +14,3% per il morbillo.

Nel 2022, più che triplica la spesa per l'herpes zoster (+356,3%), aumenta del +32,1% la spesa per gli epatitici e del +21,2% quella per il papilloma virus.

Il costo per DDD

Nel 2020 il costo medio per DDD risulta pari a € 21,08, con un valore massimo regionale di € 26,93 nella P.A. di Bolzano e quello minimo registrato in Valle d'Aosta (€ 16,74), con una differenza fra le Regioni agli estremi di 1,6 volte.

Nel 2021 il costo medio è cresciuto del +6,2% (€ 22,39), con il valore massimo nella P.A. di Bolzano (€ 25,20) e quello minimo registrato in Liguria (€ 19,63); la differenza fra le Regioni agli estremi scende a 1,3 volte.

Il 2022 segna un'ulteriore crescita del +13,5%, (€ 25,41), con il valore massimo registrato nel Veneto (€ 32,96) e quello minimo registrato in Umbria (€ 19,92); la differenza fra le Regioni agli estremi rimane di 1,3 volte.

Tabella 6c.6. Costo per DDD vaccini

Regioni	2020	2021		2022	
	(€)	(€)	Var. % 2021/2020	(€)	Var. % 2022/2021
Italia	21,08	22,39	6,2	25,41	13,5
Piemonte	19,24	20,38	5,9	27,09	32,9
Valle d'Aosta	16,74	21,64	29,3	23,62	9,1
Lombardia	26,24	23,18	-11,6	25,37	9,4
P.A. di Bolzano	26,93	25,20	-6,4	29,10	15,5
P.A. di Trento	22,49	23,91	6,3	28,94	21,0
Veneto	21,29	23,48	10,3	32,96	40,4
Friuli Venezia Giulia	19,74	20,38	3,2	25,50	25,1
Liguria	18,25	19,63	7,6	27,15	38,3
Emilia Romagna	18,81	22,76	21,0	25,50	12,0
Toscana	18,44	19,84	7,6	22,19	11,8
Umbria	17,66	22,96	30,0	19,92	-13,2
Marche	18,42	20,78	12,8	22,76	9,5
Lazio	21,02	22,73	8,1	23,94	5,3
Abruzzo	21,68	22,90	5,6	23,01	0,5
Molise	21,62	21,06	-2,6	22,02	4,6
Campania	20,49	23,27	13,6	24,02	3,2
Puglia	21,13	20,79	-1,6	23,57	13,4
Basilicata	22,67	21,04	-7,2	25,43	20,9
Calabria	20,34	23,30	14,5	24,91	6,9
Sicilia	22,41	24,79	10,6	25,39	2,4
Sardegna	19,68	20,21	2,7	24,85	22,9

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso dicembre 2023 – © C.R.E.A. Sanità

Ovviamente il costo medio per DDD, oltre che dai prezzi di aggiudicazione, dipende del *mix* di vaccini acquistati, che è molto variabile fra le Regioni (Tabella 6c.6.).

Nel 2020, il costo medio per DDD risulta massimo per quelli per il papillomavirus (€ 69,43), seguiti da quelli per l'herpes zoster (€ 61,18), i meningococcici (€ 48,92) e i pneumococcici (€ 44,82).

Nel 2021, il costo medio massimo diventa quello dei vaccini per l'herpes zoster (€ 70,29, +14,29% sull'anno precedente), mentre quelli per il papilloma virus rimangono stabili (€ 69,26, -0,2%), come approssimativamente anche i meningococcici (€ 47,97, -2,0%) e i pneumococcici (€ 43,76, -2,4%).

Nel 2022, raddoppia il costo medio per DDD dei vaccini per l'herpes zoster (€ 162,51, +131,2% rispetto all'anno precedente), rimangono stabili quelli per il papilloma virus (€ 69,31, +0,1%), si riducono i meningococcici (€ 46,40, -3,3%) e i pneumococcici (€ 42,28, -3,4%).

6c.6. La spesa per i programmi vaccinali

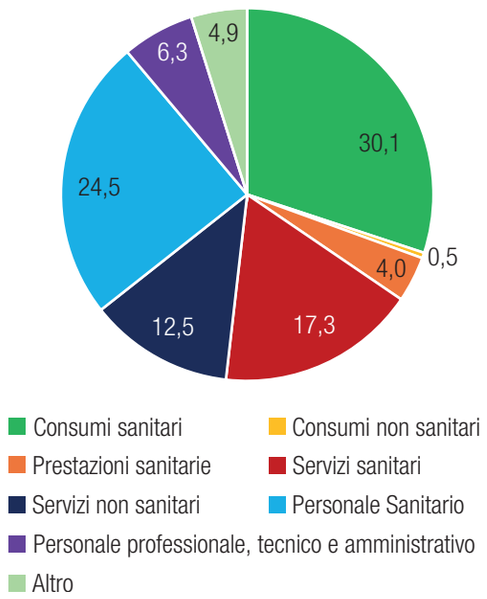
Il Ministero dell'Economia e delle Finanza pubblica tra i suoi *open data* i costi sostenuti dalle aziende sanitarie ("Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN"), classificati per livelli di assistenza (funzioni) e macro voci economiche: il dato è ricavato dal flusso curato dal Ministero della Salute "costi dei livelli di assistenza del SSN", raccolto con il modello LA (D.M. 16.2.2001 e D.M. 24.5.2019).

Tabella 6c.7. Costi del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica (€)

Sub-livelli di assistenza	Totale	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari	Servizi non sanitari	Personale Sanitario	Pers.le professi., tecn. e amministr.vo	Altro
2020									
Totale	6.247.298.711	843.763.287	34.626.643	246.998.573	1.277.644.706	609.796.136	2.258.866.077	572.180.438	403.422.851
Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali	2.107.635.437	715.944.601	7.798.381	35.030.793	421.287.621	169.470.171	505.455.293	113.707.444	138.941.133
di cui vaccinazioni	1.038.678.872	566.744.696	3.268.541	15.414.162	51.877.756	64.612.610	253.887.571	47.138.530	35.735.007
2021									
Totale	7.188.759.390	992.005.034	35.267.915	341.678.036	1.386.218.595	852.687.572	2.512.838.728	641.273.501	426.790.009
Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali	2.874.895.726	864.304.485	13.784.325	114.022.251	497.838.501	360.732.711	704.198.432	180.213.458	139.801.563
di cui vaccinazioni	1.720.305.605	611.035.974	8.890.810	65.819.423	279.039.392	199.477.548	397.697.886	92.327.685	66.016.886

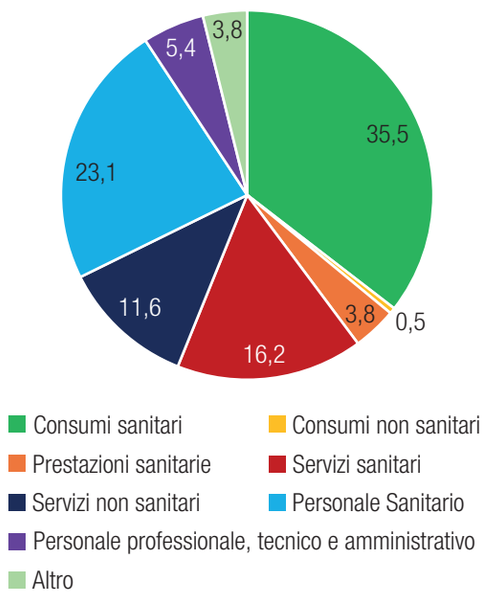
Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN"

Figura 6c.1. Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali: composizione costo. Valori %. Anno 2021



Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN" – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6c.2. Vaccinazioni: composizione costo. Valori %. Anno 2021



Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN" – © C.R.E.A. Sanità

Propedeuticamente alle analisi, va osservato che i dati sono il frutto di un esercizio di contabilità analitica condotto dalle Regioni secondo le indicazioni ministeriali: i dati rappresentano quindi stime di costo e vanno presi con cautela, specialmente nell'effettuazione di confronti regionali.

Con il caveat espresso, questa fonte permette di apprezzare come, nel 2020, al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" le aziende sanitare attribuiscono un costo di € 6,2 mld.: il 10,2% in più del finanziamento indistinto ripartito fra le Regioni. Nel 2021, il costo aumenta a € 7,2 mld. (+15,1%), rappresentando il 34,9% in più del riparto: valori spiegabili anche con l'impatto della pandemia sulla voce "Prevenzione" e in particolare sulle vaccinazioni (Tabella 6c.7.).

A riprova di ciò, il sub-livello "Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali", ammonta a € 2,1 mld. nel 2020 e a € 2,9 mld. nel 2021, con un incremento nell'ultimo anno disponibile del 36,4%; all'interno del sub-livello troviamo le vaccinazioni (da non confondersi con i vaccini!) il cui onere è valutato in € 1,0 mld. nel 2020 e € 1,7 mld. nel 2021, con un incremento del 65,6%.

Il sub-livello "Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali" rappresenta il 33,7% della voce "Prevenzione" nel 2020 e il 40% nel 2021; le vaccinazioni rispettivamente il 16,6% e il 23,9% (Figura 6c.1.).La composizione dei costi sostenuti per il sub-livello vede predominante la voce dei consumi sanitari, seguita dal personale e dai servizi sanitari e non sanitari.

Nello specifico delle vaccinazioni, nella composizione cresce ulteriormente la voce dei consumi sanitari, contenente il costo dei vaccini, che supera il 35% (Figura 6c.2.).

A livello regionale, si osserva come l'incidenza della spesa per le vaccinazioni sul LEA "Prevenzione" è massima in Friuli Venezia Giulia, risultando pari al 36,8% nel 2020 e al 41,9% nel 2021; all'altro estremo troviamo la Liguria con l'8,1% nel 2020, che si riduce all'8,0% nel 2021 (Tabella 6c.8.).

In termini pro-capite la spesa per vaccinazioni risulta pari a € 17,4 nel 2020 e a € 29,0 nel 2021: la spesa massima si registra in Sardegna (€ 39,5 nel 2020 e € 51,2 nel 2021), quella minima in Liguria (€ 6,5 nel 2020 e € 7,0 nel 2021), con un differenziale che nei due anni sale da 6,1 volte a 7,3 (differenze molto elevate che possono nascondere l'utilizzo di criteri differenti di attribuzione dei costi).

La figura 6c.3. mostra i tassi di variazione regionali della spesa per vaccinazioni: fra il 2020 e il 2021 la spesa diminuisce solo in due Regioni, la P.A. di Trento e la Campania; in tutte le altre aumenta, seppure in modo variabile: la massima crescita si registra in Lombardia e Piemonte, che sono Regioni fortemente colpite dal Covid-19.

6c.7. Il modello C.R.E.A. Sanità

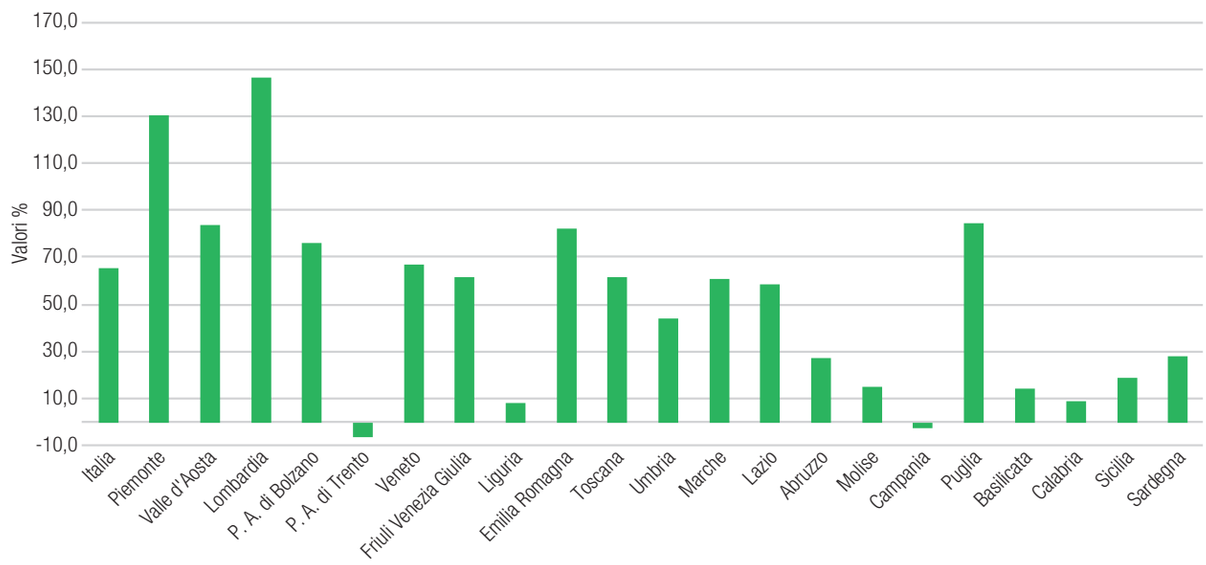
C.R.E.A. Sanità ha sviluppato un modello (si rimanda per i dettagli al Capitolo 5 del 18° Rapporto Sanità) che ha come obiettivo principale quello di valutare i livelli regionali di consumo e di spesa, sulla base del confronto con quelli attesi sulla base di un "perfetto allineamento" alle coperture vaccinali previste dai PNPV.

Tabella 6c.8. Spesa per prevenzione

Regioni	2020			2021		
	Spesa per attività di prevenzione e sanità pubblica (€)	Spesa per vaccinazioni (€)	Quota spesa per vaccinazioni %	Spesa per attività di prevenzione e sanità pubblica (€)	Spesa per vaccinazioni (€)	Quota spesa per vaccinazioni %
Italia	6.247.298.711	1.038.678.872	16,6	7.188.759.390	1.720.305.605	23,9
Piemonte	402.195.025	40.253.388	10,0	503.406.098	92.754.319	18,4
Valle d'Aosta	17.047.709	1.637.222	9,6	19.598.913	3.010.798	15,4
Lombardia	1.390.885.312	165.756.487	11,9	1.458.351.135	408.478.828	28,0
P.A. di Bolzano	52.074.232	15.134.812	29,1	67.619.712	26.636.153	39,4
P.A. di Trento	47.420.823	7.402.380	15,6	49.676.396	6.914.889	13,9
Veneto	446.619.490	88.944.944	19,9	567.188.989	148.724.251	26,2
Friuli Venezia Giulia	71.787.464	26.444.501	36,8	101.697.211	42.650.850	41,9
Liguria	122.074.169	9.912.022	8,1	133.952.607	10.694.972	8,0
Emilia Romagna	547.360.640	89.730.512	16,4	668.657.616	163.298.305	24,4
Toscana	352.134.978	42.833.492	12,2	389.231.926	69.365.211	17,8
Umbria	95.547.881	12.272.574	12,8	108.082.601	17.671.729	16,4
Marche	124.848.301	26.311.366	21,1	152.188.036	42.219.345	27,7
Lazio	432.931.618	109.468.005	25,3	588.697.866	173.326.204	29,4
Abruzzo	119.584.201	27.110.028	22,7	128.955.919	34.594.831	26,8
Molise	44.233.968	10.122.754	22,9	45.809.235	11.639.217	25,4
Campania	639.238.706	85.809.736	13,4	631.475.631	83.581.342	13,2
Puglia	379.349.248	78.313.210	20,6	549.301.405	144.238.986	26,3
Basilicata	48.964.373	6.968.058	14,2	54.297.001	7.961.609	14,7
Calabria	193.170.440	42.112.657	21,8	211.113.916	45.793.404	21,7
Sicilia	526.515.137	88.531.885	16,8	564.975.474	105.296.064	18,6
<Sardegna	193.314.996	63.608.841	32,9	194.481.702	81.454.297	41,9

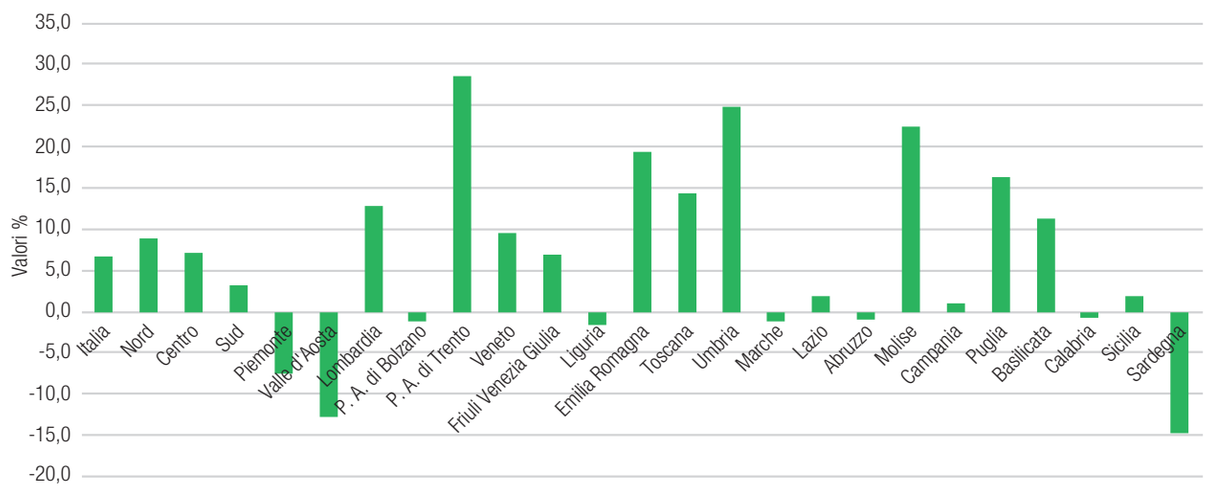
Fonte: elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN" – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6c.3. Variazioni 2021/2020 della spesa per vaccinazioni



Fonte: elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN" – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6c.4. Vaccini: scarto dosi/DDD vs ottimale



Fonte. elaborazione propria – © C.R.E.A. Sanità

Per il calcolo del "consumo ottimale" si fa riferimento al *target* previsto nel PNPV 2017/2019, applicati alla popolazione del 2022.

La figura 6c.4. descrive i risultati della simulazione effettuata con il modello: per una corretta interpretazione del grafico si deve tenere conto che il modello non tiene ancora conto delle dosi da somministrare alla popolazione a rischio, che pure si può presupporre siano rilevanti.

Pur ricordando i limiti del modello e la natura di mera simulazione "teorica" dell'esercizio svolto, le dosi erogate nel 2022 risulterebbero superiori del 6% a quelle necessarie per le vaccinazioni da effettuarsi alle età *target*. Tale scarto appare difficile possa co-

prire il consumo ottimale per la immunizzazione dei soggetti a rischio: in altri termini, il consumo attuale sembra allinearsi al fabbisogno per la sola immunizzazione delle coorti del calendario, non coprendo i soggetti a rischio e le coorti rimaste escluse dalle vaccinazioni (in quanto hanno superato l'età *target* nel momento dell'inserimento della raccomandazione nel PNPV), che pure vanno recuperate (come alcune Regioni stanno facendo).

La principale utilità del modello è, però, quella di permettere confronti quantitativi a livello regionale, basati sul rapporto fra consumi effettivi e ottimali.

Da questo punto di vista si evince (Figura 6c.4.) che Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Marche Abruzzo e Sardegna potrebbero esprimere consumi sotto la mera copertura delle coorti in calendario; di contro, esempi positivi sembrano essere la P.A. di Trento e l'Umbria, che hanno consumi maggiori del 25/30%.

6c.8. Riflessioni finali

Il contributo ha analizzato il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025, illustrandone la filosofia e le novità. Sebbene siano limitate le nuove vaccinazioni introdotte e le modifiche negli obiettivi di copertura (che riguardano essenzialmente la vaccinazione antinfluenzale e quella pneumococcica), l'elemento qualificante sembra essere quello del mantenimento della gratuità per chi non si vaccina alla (prima) chiamata: questa è forse la segnalazione di maggiore importanza al fine del raggiungimento delle coperture auspicate.

A livello internazionale si conferma che la spesa per i programmi di immunizzazione (nei Paesi per i quali è disponibile il dato) è molto variabile; le rilevazioni relative al 2020 e al 2021 mostrano comunque una crescita esponenziale della spesa, attribuibile al contrasto del Covid-19.

A livello nazionale si osserva che, nei tre anni considerati, alla "Prevenzione" è stata assegnata una quota del finanziamento indistinto compresa nel *range* 4,5-5,0%.

Le vaccinazioni, ivi compresi i vaccini, vengono finanziati all'interno del LEA "Prevenzione": i vaccini, quindi, non concorrono a formare la spesa farmaceutica soggetta al tetto..

Per quanto concerne i vaccini, nel 2021 si è registrata una ripresa (+6,7% rispetto al 2020, +7,3% in DDD/1000 ab. Die), mentre nel 2022 si osserva una riduzione significativa delle DDD (-9,0% rispetto al 2021, -9,6% in DDD/1000 ab. die), con una forte variabilità regionale.

Nel 2021 erano però diminuite gran parte delle vaccinazioni di *routine*, con l'eccezione di quella per il papilloma virus (+22,5%), per l'influenza (+14,3%) e per il rotavirus (+10,8).

Nel 2022, si raddoppia il consumo per l'herpes zoster (+97,3%), segue quello per le epatiti (+27,2%), mantiene l'incremento quello per il papilloma virus (21,1%), mentre si riduce radicalmente, tornando sui livelli del 2020, il consumo di antinfluenzali (-14,9%).

Per quanto concerne la spesa, secondo il monitoraggio Osmed, è più che raddoppiata dal 2014 al 2022.

Nel 2022 si conferma un incremento della spesa per i vaccini, come già osservato nel 2021, con una variazione del 2,8%.

La spesa per vaccini risulta pari allo 0,5% del finanziamento indistinto e al l'9,7% di quella per la prevenzione nel 2020; nel 2021, rimane stabile l'incidenza sul finanziamento mentre sale all'11,7% quella sulla spesa per la prevenzione; nel 2022 i dati di incidenza non si modificano rispetto al 2021.

A livello regionale, nel 2022, si va da un minimo di € 8,22 di spesa pro-capite in Valle d'Aosta a un massimo di € 14,97 nella P.A. di Trento (differenza di 1,8 volte).

La spesa per tipologia di vaccinazione nel 2021 vede il raddoppio di quella per gli antinfluenzali (+98,4%), segue l'incremento del +22,2% di quella per il papilloma virus, del +14,9 per l'herpes zoster e del +14,3 per il morbillo.

Nel 2022, più che triplica la spesa per l'herpes zoster (+356,3%), aumenta del +32,1% la spesa per gli epatitici e del +21,2% quella per il papilloma virus.

In conseguenza dei *trend* descritti, anche il costo medio per DDD risulta in crescita: pari a € 21,08 nel 2020, con un valore massimo regionale di € 26,93 nella P.A. di Bolzano e quello minimo registrato in

Valle d'Aosta (€ 16,74), nel 2022 arriva a € 25,41 (+13,5%), con il valore massimo registrato nel Veneto (€ 32,96) e quello minimo registrato in Umbria (€ 19,92).

Ovviamente il costo medio per DDD, oltre che dai prezzi di aggiudicazione, dipende del *mix* di vaccini acquistati, che è molto variabile fra le Regioni.

Nel 2021, il costo medio massimo per DDD è quello dei vaccini per l'herpes zoster (€ 70,29, +14,29% sull'anno precedente), seguiti da quelli per il papilloma virus (€ 69,26, -0,2%), dai meningococcici (€ 47,97, -2,0%) e dai pneumococcici (€ 43,76, -2,4%).

Nel 2022, raddoppia il costo medio per DDD dei vaccini per l'herpes zoster (€ 162,51, +131,2% rispetto all'anno precedente), rimangono stabili quelli per il papilloma virus (€ 69,31, +0,1%), si riducono i meningococcici (€ 46,40, -3,3%) e i pneumococcici (€ 42,28, -3,4%).

I dati pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze permettono anche di apprezzare gli altri costi (oltre i vaccini) dei programmi di vaccinazione.

Nel 2020, al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" le aziende sanitare attribuiscono un costo di € 6,2 mld.: il 10,2% in più del finanziamento indistinto ripartito fra le Regioni. Nel 2021, il costo aumenta a € 7,2 mld. (+15,1%), rappresentando il 34,9% in più del riparto: valori spiegabili anche con l'impatto della pandemia sulla voce e in particolare sulle vaccinazioni.

A riprova di ciò, il sub-livello "Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali" ammonta a € 2,1 mld. nel 2020 e a € 2,9 mld. nel 2021, con un incremento nell'ultimo anno disponibile del 36,4%; all'interno del sub-livello troviamo le vaccinazioni (da non confondersi con i vaccini!) il cui onere è valutato in € 1,0 mld. nel 2020 e € 1,7 mld. nel 2021, con un incremento del 65,6%.

La composizione dei costi sostenuti per le vaccinazioni vede predominante la voce dei consumi sanitari (che contiene i vaccini) e supera il 35%, seguita dal personale e dai servizi sanitari e non sanitari.

A livello regionale, l'incidenza della spesa per le vaccinazioni sul LEA "Prevenzione" è massima in Friuli Venezia Giulia, risultando pari al 36,8% nel 2020 e al 41,9% nel 2021; all'altro estremo troviamo la Liguria con l'8,1% nel 2020, che si riduce all'8% nel 2021.

In termini pro-capite, la spesa per vaccinazioni risulta pari a € 17,4 nel 2020 e a € 29,0 nel 2021: la spesa massima si registra in Sardegna (€ 39,5 nel 2020 e € 51,2 nel 2021), quella minima in Liguria (€ 6,5 nel 2020 e € 7,0 nel 2021), con un differenziale che nei due anni sale da 6,1 volte a 7,3 (differenze molto elevate che possono nascondere l'utilizzo di criteri differenti di attribuzione dei costi).

Pur con la cautela necessaria, dovuta alle diverse fonti dei dati utilizzate, è possibile stimare che nel 2019 incidessero per il 54,6% sul costo dei programmi vaccinali. Mantenendo ferma questa percentuale nel 2021 dovremmo stimare una spesa per vaccinazioni di € 1,2 mln.: rimane da valutare se lo scarto di € 0,5 mld. sia da attribuire ad una parziale considerazione di vaccini per il Covid-19, o a reali incrementi delle voci "non farmaceutiche" di costo per le vaccinazioni.

Infine, con il modello sviluppato da C.R.E.A. Sanità, il contributo stima che i consumi attuali siano del 6% superiori a quelli necessari per le vaccinazioni da effettuarsi alle età *target*: uno scarto che si ritiene insufficiente a coprire il consumo ottimale per la copertura dei soggetti a rischio, e tanto meno le coorti rimaste escluse dalle vaccinazioni (in quanto hanno superato l'età *target* nel momento dell'inserimento della raccomandazione nel PNPV), che pure vanno recuperate.

Questo risultato conferma la necessità di investire per aumentare la diffusione e l'efficacia dei programmi nazionali di immunizzazione.

Riferimenti bibliografici

AIFA, OsMed interattivo – ultimo accesso Dicembre 2023. https://www.aifa.gov.it/osmed-interattivo

AIFA (VV.AA.) - Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) (2019). "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2019", Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-o-

smed-2019
C.R.E.A. Sanità (2021). "Il futuro del SSN: vision tecnocratiche e aspettative della popolazione", 17° Rapporto Sanità, Locorotondo Editore, dicembre 2021, ISBN 978-88-99078-48-5, www.creasanita.it
Camera dei Deputati – XVII Legislatura (2016). "Verifica delle quantificazioni – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 358), n. 458, 6 dicembre 2016, https://www.camera.it/
Istat (Istituto Nazionale di Statistica), sito web, https://www.istat.it/it/
Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021, su https://www.mef.gov.it/
Ministero della Salute (2016). Relazione tecnica sulla valutazione di impatto economico-finanziario del DPCM di aggiornamento dei LEA, http://documenti.camera.it/apps/nuovosito/attigoverno/Schedalavori/getTesto.ashx?file=0358_F001.pdf&leg=XVII
Ministero della Salute (2017a). "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale", Circolare del 9.3.2017, https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=58583&parte=1%20&serie=null

ENGLISH SUMMARY

Vaccines: from the National Plan for Vaccine Prevention to the assessment or regional consumption and expenditure levels

Vaccination programmes are one of the core activities of public health: although the fight against the Covid-19 pandemic has reaffirmed their importance and management complexity, as well as their efficacy, immunisation through routine vaccinations remains below the internationally recommended thresholds (95%).

Given the new Essential Levels of Care (LEA), which ensure free vaccinations for at-risk individuals of all the ages envisaged, it is to be hoped that better results could be achieved in the future.

Considering the above, the Chapter analyses the new developments in the vaccination sector in 2022/2023. Firstly, the publication of the 2023-2025 National Plan for Vaccine Prevention (PNPV); secondly, the new developments relating to vaccine consumption and expenditure. Furthermore, for the first time, to the best of our knowledge, an attempt is made to extend the cost estimate from the one relating to vaccines to the general cost of vaccination programmes (which therefore also includes the charges for staff and the other services provided).

As far as the PNPV is concerned, it should be said that there are not many new developments in terms of vaccinations introduced, and the related coverage targets.

We should rather note the commitment to ensure that all vaccinations recommended for age, pathological conditions, specific behaviours or conditions, are actively provided (proactively involving all specialists who treat chronic patients in the promotion of immunisation), and free of charge (even in the event of non-response to the first call).

With regard to the quantitative aspects, we should note that in 2022 the funding for prevention increased by 2.1 percent compared to the previous year, amounting to € 5.4 billion, i.e. 4.5 percent of the general funding allocated to the Regions (the so-called finanziamento indistinto).

On the expenditure side, in 2022 there was a reduction in total vaccine consumption (-9.6% in DDD/1000 inhabitants per day), of which 14.9% for the "mandatory vaccines" and 85.1% for the others. The regional variability is still high, with a 1.6-fold difference for the Regions at the extremes.

In 2022 the consumption for herpes zoster vaccines doubled (+97.3%), followed by the one for hepatitis vaccines (+27.2%). The increase for papilloma virus vaccines (+21.1%) continued, while the consumption for influenza vaccines went back to the 2020 levels (-14.9%).

According to the OsMed monitoring, the expenditure on vaccines more than doubled from 2014 to 2022, rising from € 4.80 to € 10.80 per-capita.

In 2022 there was a 2.4% increase in expenditure on vaccines, thus bringing the burden to € 636.9 million, of which 16.2 percent for "mandatory vaccines" and 83.8 percent for the others.

The expenditure on vaccines therefore amounted to 0.5 percent of the so-called finanziamento indistinto and to 11.7 percent of the funding for prevention.

At the regional level, in 2020 it went from € 8.22 per-capita in the Valle d'Aosta Region to a maximum of € 14.97 in the Autonomous Province of Trento (a difference of 1.8 times).

Expenditure by type of vaccination in 2022 saw the expenditure on herpes zoster vaccines more than triple (+356.3%), and the one on hepatitis vaccines increase by 32.1 percent. The expenditure on papilloma virus vaccines increased by 21.2 percent.

By using a model specially developed by C.R.E.A. Sanità, it is estimated that the vaccine doses administered in 2022 would be only 6 percent higher than those needed for vaccinations to be made at the target ages. This discrepancy seems unlikely to cover the optimal consumption for subjects at risk. In other words, current consumption seems to be in line with the needs for immunisation of scheduled cohorts only, not covering subjects at risk and cohorts excluded from vaccinations (because they

exceeded the target age when the recommendation was included in the PNPV), which should anyway be recovered (as some Regions are doing).

The main usefulness of the model, however, is to enable us to draw quantitative comparisons at regional level, based on the ratio between actual and optimal consumption.

From this viewpoint, we can infer that Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Marche, Abruzzo and Sardegna could record consumption levels below the mere coverage of the scheduled cohorts. On the other hand, the Autonomous Province of Trento and the Umbria Region, which have 25/30% higher consumption levels, seem to be positive examples.

2022 also marked a further growth in the average cost per DDD, equal to +13.5 percent (€ 25.41), with the highest value recorded in Veneto (€ 32.96) and the lowest one in Umbria (€ 19.92). The difference between the Regions at the extremes is 1.3 times.

The average cost per DDD obviously depends not only on the contract price, but also on the mix of vaccines purchased, which is very variable among the Regions.

In 2022 the average cost per DDD of herpes zoster vaccines doubled (€ 162.51, up by 131.2 percent compared to the previous year) and the one for papilloma virus vaccines remained stable (€ 69.31, up by 0.1 percent). The average cost per DDD of meningococcal vaccines (€ 46.40, down by 3.3 percent) and pneumococcal vaccines (€ 42.28, down by 3.4 percent) decreased.

Turning to the overall cost of vaccination programmes, in 2021 companies attributed to the LEA "Collective Prevention and Public Health" a cost of € 7.2 billion (+15.1 percent compared to 2020), which was 34.9% higher than the finanziamento indistinto allocated. This value can also be explained by the impact of the pandemic on the item and on vaccinations, in particular.

The sub-item "Surveillance, Prevention and Control of Infectious and Parasitic Diseases, including Vaccination Programmes" amounted to € 2.9 billion in 2021, with a 36.4% increase in the last year for which data is available. Within the sub-item, we find vaccinations (not to be confused with vaccines!) the cost of which was estimated at € 1.7 billion in 2021, up by 65.6 percent.

The sub-item "Surveillance, Prevention and Control of Infectious and Parasitic Diseases, including Vaccination Programmes" therefore accounted for 40 percent of the item "Prevention" in 2021, and for 23.9 percent of vaccinations.

Even with the necessary caution due to the use of data from different sources, we can estimate that in 2019 vaccines accounted for 54.6 percent of the cost of vaccination programmes. Assuming that said percentage remained constant in 2021, we should estimate a total expenditure on vaccinations equal to € 1.2 million. Considering that it was equal to 1.7 billion, it remains to be assessed whether the gap of € 0.5 billion is to be attributed to a partial consideration of Covid-19 vaccines, or to real increases in the "non-pharmaceutical" cost items for vaccinations, possibly due to the strengthening of services as a result of the pandemic.

At the regional level, we can note that the incidence of expenditure for vaccinations on the "Prevention" LEA is the highest in Friuli Venezia Giulia (41.9%) and the lowest in Liguria (8%).

In per-capita terms, the expenditure on vaccinations is equal to € 29. The highest expenditure was recorded in Sardegna (€ 51.2 in 2021) and the lowest one in Liguria (€ 7 in 2021), with a 7.3-fold differential that may be explained with the use of different criteria for cost allocation.

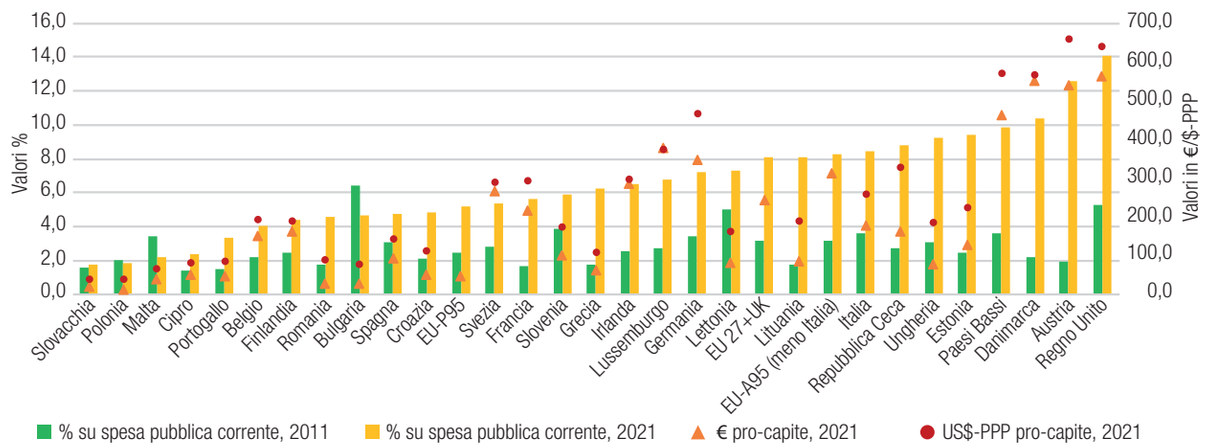
Even at the international level (limiting the comparison to the European countries for which data is available), we can see great differences and, on the other hand, a regular exponential increase recorded in 2020 and 2021 as a result of the cost of vaccinations due to the Covid-19 pandemic.

In 2019 (the last pre-pandemic year), the differences in per-capita expenditure, among the countries for which data is available, were 8 times greater. In 2020 there was a first generalised increase, which later "sky-rocketed" in 2021, thus further widening the disparities among countries.

As far as Italy is concerned, although the data is not provided by the OECD, and (reiterating the caution needed with reference to the comparability of sources), we can highlight that the per-capita expenditure is about € 30, significantly lower than the one recorded in the other countries considered, although it presumably does not account for Covid vaccines.

This result reaffirms the need to invest in view of further spreading the national immunisation programmes and increasing their efficacy.

KI 6.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa

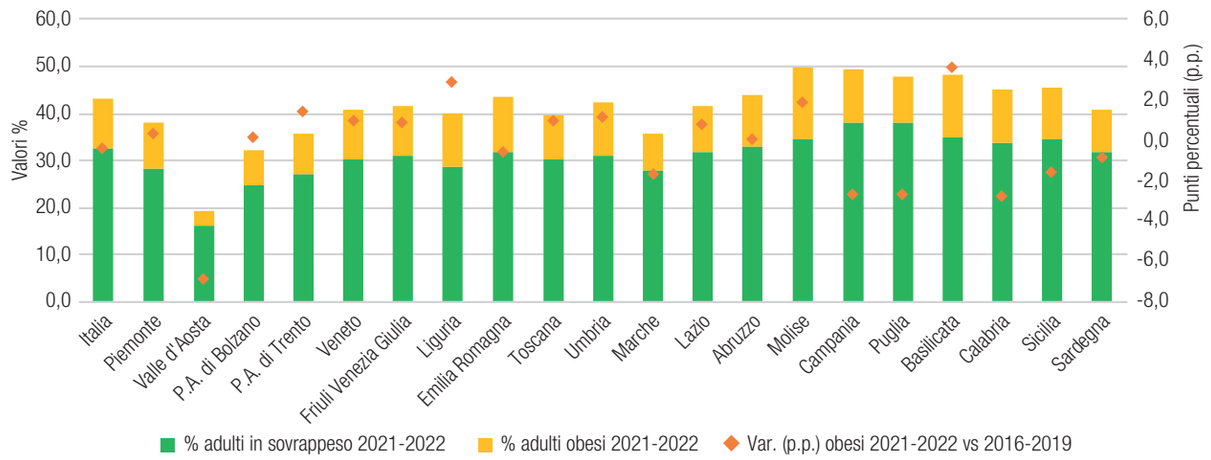


Il dato 2021 per Malta non è disponibile (si fa riferimento al dato 2020). Per le definizioni e ulteriori specifiche, vedi 'Nota KI 6.1.'.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat (aggiornamento luglio 2023, ultimo accesso settembre 2023) e Banca d'Italia (https://tassidicambio.bancaditalia.it/, ultimo accesso settembre 2023) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, l'Italia registra una quota di spesa corrente pubblica destinata alla prevenzione dell'8,4% (6,6% nel 2020), mentre la media EU27+Regno Unito (UK) è pari all'8,1%. A livello europeo, l'Italia si posiziona dopo Repubblica Ceca (8,8%), Ungheria (9,2%), Estonia (9,4%), Paesi Bassi (9,8%), Danimarca (10,4%) e Austria (12,6%). L'UK si attesta al 14,1%. Rispetto al 2011, tutti i Paesi EU+UK registrano un aumento della quota, tranne Polonia (-0,2 punti percentuali), Malta (-1,3) e Bulgaria (-1,8). L'incremento maggiore (+10,6 punti percentuali) si registra in Austria, mentre l'aumento nel nostro Paese è stato di +4,8 punti percentuali. In termini di spesa pro-capite (€) per programmi di prevenzione, nel 2021 l'Italia è decima tra i Paesi EU27+ UK con € 180,0, in crescita rispetto ai € 134,1 del 2020: la Germania raggiunge una spesa pro-capite di € 346,5, la Danimarca arriva a € 552,4, seguita dal Regno Unito con € 566,1. Considerando il dato di spesa pro-capite in parità di potere di acquisto (US$-PPP), l'Italia è undicesima ($-PPP 256,4); l'Austria è il Paese che, secondo l'OECD, spenderebbe di più ($-PPP 658,6), la Polonia quello con la spesa più bassa ($-PPP 34,3). Si tenga presente che nel 2021 sono state stanziate ingenti risorse supplementari per la realizzazione di campagne di vaccinazione contro il Covid-19.

KI 6.2. Eccesso ponderale tra gli adulti (18-69 anni)

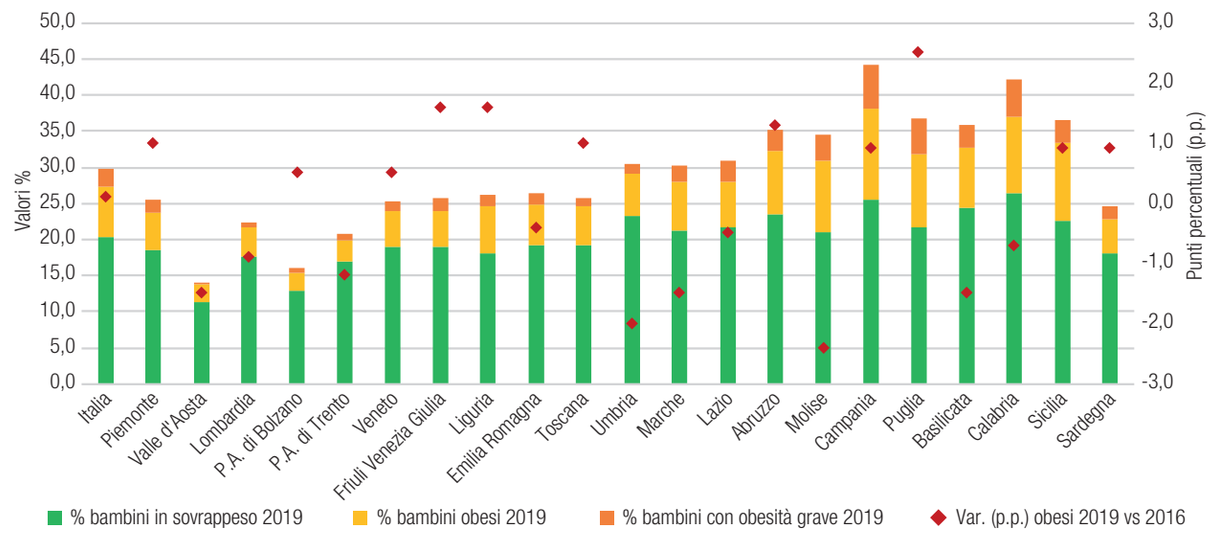


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2021-2022 non è disponibile. Per le definizioni, vedi 'Nota KI 6.2.'.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità, indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) su https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2021-2022 l'eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) tra gli adulti (18-69 anni) è crescente dal Nord al Sud Italia: la Sardegna è l'unica Regione del Mezzogiorno con un risultato (41,0% della popolazione) migliore della media nazionale (43,0%), mentre l'Emilia Romagna (43,4%) è l'unica Regione del Centro-Nord con una quota peggiore. Considerando la sola obesità: tra le Regioni del Mezzogiorno, solo Puglia (9,8%) e Sardegna (9,3%) si trovano al di sotto della media nazionale (10,4%). Nel Centro-Nord, il Veneto è in linea con il dato Italia, mentre Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna e Umbria registrano una quota di obesi superiore. Il dato migliore (3,0%) si registra in Valle d'Aosta; il peggiore (15,3%) in Molise. Rispetto alla precedente rilevazione 2016-2019, la quota nazionale di obesi scende di 0,4 p.p.: un miglioramento si registra in 8 Regioni (3 al Centro-Nord e 5 nel Mezzogiorno); il peggioramento più evidente è quello della Basilicata (+3,6 p.p.).

KI 6.3. Eccesso ponderale tra i bambini (8-9 anni)

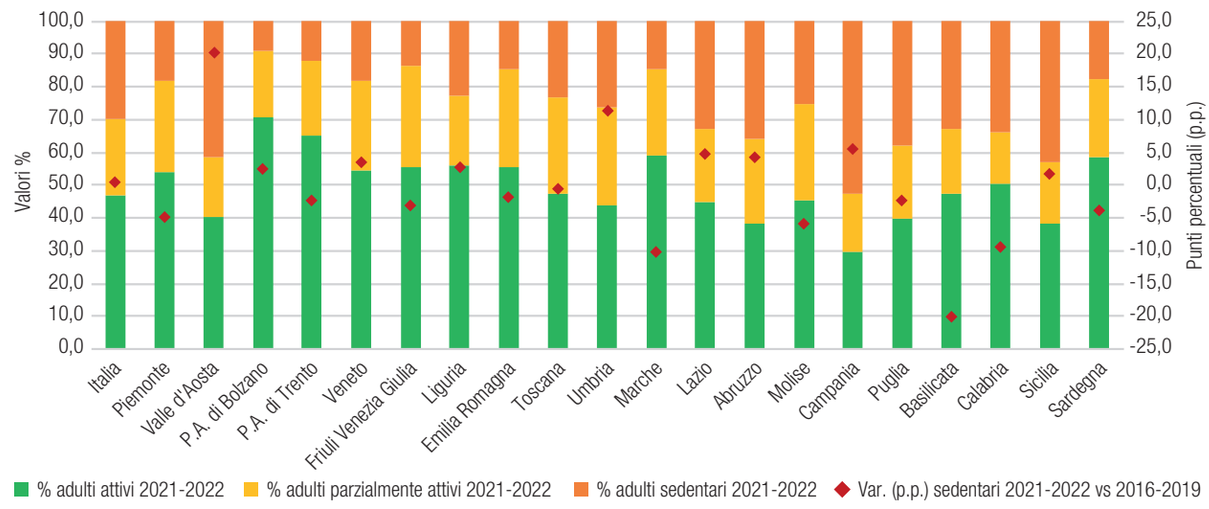


Prevalenze calcolate utilizzando i *cut-off* IOTF (*International Obesity Task Force*).

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - OKkio alla Salute, http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute, aggiornamento 10.11.2020, ultimo accesso settembre 2023

Nel 2019 (ultimo dato ISS disponibile), in Italia 3 bambini (8-9 anni di età) su 10 presentavano un eccesso ponderale: il 20,4% era in sovrappeso e il 9,4% obeso (di cui il 2,4% in forma grave). A fronte di una prevalenza nazionale di eccesso ponderale del 29,8% (nel 2016 era 30,6%), si passa dal 14,0% della Valle d'Aosta al 44,2% della Campania. Si evidenzia un gradiente geografico Nord-Sud: solo la Sardegna, nel meridione, risulta virtuosa (quinto miglior risultato nazionale).
Se si considera la sola obesità, il valore nazionale è pari al 9,4% (9,3% nel 2016), con tutte le Regioni meridionali (tranne la Sardegna) al di sopra. La Campania registra la quota maggiore di bambini obesi: 18,8% (di cui 6,2% gravi) contro il 2,7% della Valle d'Aosta. Rispetto al 2016, il valore Italia risulta stabile (+0,1 p.p.), mentre 11 Regioni registrano un peggioramento. Si segnala l'aumento di +2,5 punti percentuali osservato in Puglia (dal 12,6% al 15,1%).

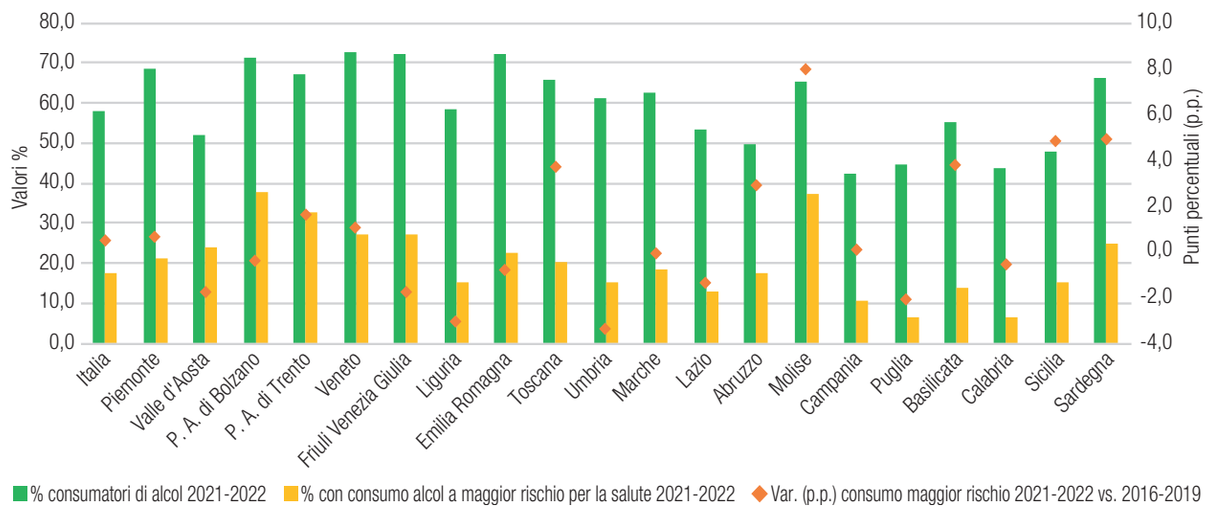
KI 6.4. Attività fisica praticata dagli adulti (18-69 anni)



La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2021-2022 non è disponibile. Per le definizioni, vedi 'Nota KI 6.4.'.
Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità, indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) su https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

In base alle attuali indicazioni OMS, nel biennio 2021-2022 il 46,7% degli adulti italiani (18-69 anni) si può classificare come "fisicamente attivo", il 23,7% "parzialmente attivo" e il 29,6% "sedentario". Nel 2022 la quota di sedentari a livello nazionale arriva al 28,4%, rispetto al 30,4% del 2019. Con riferimento ai sedentari, la più alta prevalenza si osserva nel Mezzogiorno (ad eccezione di Sardegna e Molise), nel Lazio e in Valle d'Aosta; agli estremi si trovano il 9,0% della P.A. di Bolzano e il 52,4% della Campania. Rispetto al periodo 2016-2019, si assiste ad un miglioramento in 6 Regioni del Centro-Nord e in 5 del Mezzogiorno; l'aumento più evidente della quota di sedentari si segnala in Valle d'Aosta: +20,2 p.p. (da 21,3% al 41,5%).

KI 6.5. Consumo di alcol e consumo "a maggior rischio" tra gli adulti (18-69 anni)

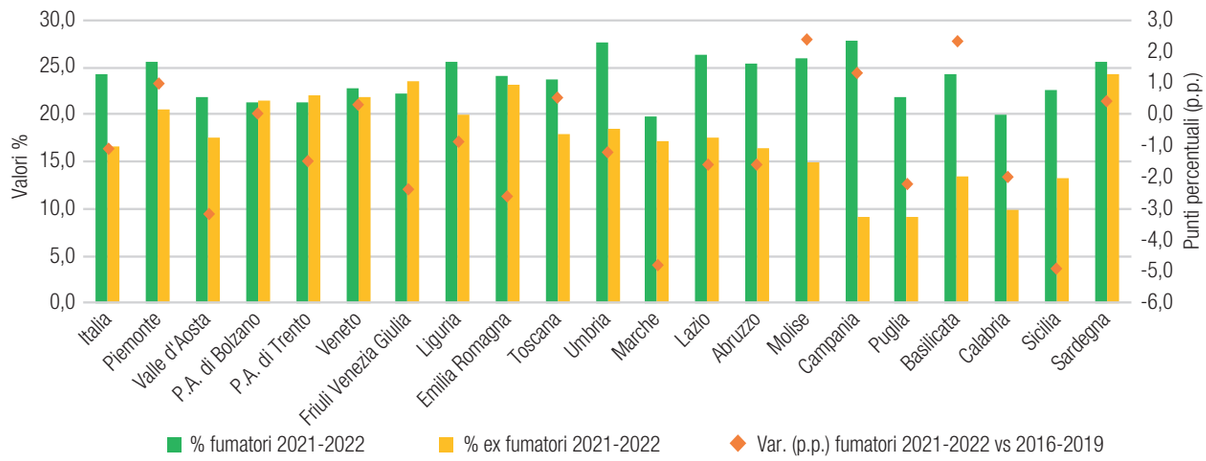


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2021-2022 non è disponibile. Per le definizioni, vedi 'Nota KI 6.5.'.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) su https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2021-2022 il 57,9% degli adulti (18-69 anni) italiani ha consumato bevande alcoliche. La prevalenza maggiore si osserva nelle Regioni centro-settentrionali, con qualche eccezione (es. Molise con il 65,3% e Sardegna con il 66,2%). Si passa dal 42,2% in Campania al 72,6% in Veneto (72,5% in Emilia Romagna). La quota di adulti con un consumo di alcol "a maggior rischio per la salute" si attesta, a livello nazionale, al 17,3%; la prevalenza è maggiore nel Centro-Nord; supera il 30,0% nella P.A. di Bolzano (37,6%), P.A di Trento (32,8%) e in Molise (37,2%). Abruzzo, Molise e Sardegna sono le uniche Regioni meridionali che registrano un valore peggiore della media. Il consumo di alcol "a maggior rischio", rispetto alla precedente rilevazione (2016-2019), è in peggioramento a livello nazionale (dal 16,8% al 17,3%) e in 10 Regioni; si evidenziano la crescita di +8,0 punti percentuali in Molise e la diminuzione di -3,4 punti in Umbria.

KI 6.6. Abitudine al fumo di sigarette tra gli adulti (18-69 anni)

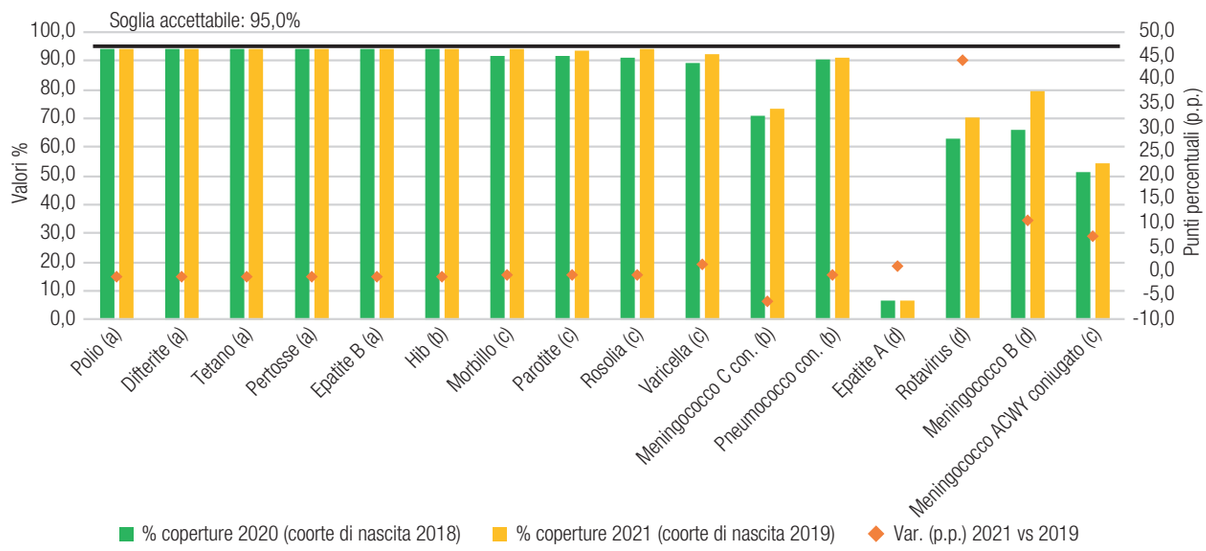


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2021-2022 non è disponibile.
Per le definizioni, vedi 'Nota KI 6.6.'.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) su https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2021-2022 il 24,2% degli adulti (18-69 anni) italiani si dichiara fumatore. La quota supera il 27,0% in Umbria (27,6%) e Campania (27,8%), ma anche in Piemonte, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise e Sardegna la prevalenza resta più elevata della media; nelle Marche si registra la quota più bassa di fumatori (19,8%), con la Calabria al 19,9%. Nel biennio 2021-2022, la quota di ex fumatori in Italia si attesta al 16,7%, con una prevalenza maggiore soprattutto nelle Regioni settentrionali (ma la quota più alta si osserva in Sardegna: 24,3%), mentre la quota più bassa si osserva in Puglia e Campania (9,2%). Rispetto al 2016-2019, cala la quota di fumatori in Italia (-1,1 punti percentuali) e nella maggior parte delle Regioni (in particolare in Sicilia e nelle Marche: -4,9 e -4,8 p.p. rispettivamente); il dato peggiora (lievemente, in alcuni casi) in Piemonte (+1,0 punto percentuale), Veneto (+0,3), Toscana (+0,5), Molise (+2,4), Campania (+1,3), Basilicata (+2,3) e Sardegna (+0,4). Stabile la P.A. di Bolzano.

KI 6.7. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 24 mesi per singolo antigene in Italia

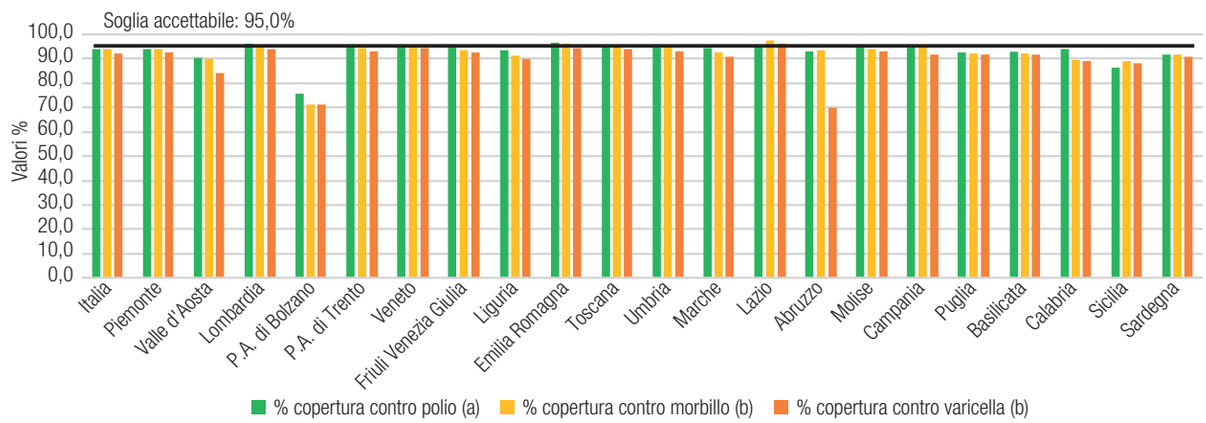


(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età
(c) 1a dose entro 24 mesi (d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la soglia minima accettabile di copertura vaccinale per ottenere l'immunità di gregge è pari al 95%.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 27.9.2022 - www.salute.gov.it, ultimo accesso settembre 2023) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021 (ultimo dato disponibile), in Italia la copertura vaccinale a 24 mesi (bambini nati nel 2019) per la polio (dato usato come *proxy* per le vaccinazioni dell'esavalente) è pari al 94,0%, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente e al di sotto della soglia minima accettabile. Aumenta invece la copertura con la prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 93,9% nel 2021, con +2,1 p.p. rispetto al 2020 ma senza raggiungere il 94,5% del 2019 né tantomeno la soglia. Aumenta anche la copertura contro la varicella, che a livello nazionale nel 2021 raggiunge il 92,1%, registrando un aumento di 2,7 p.p. rispetto al 2020 e di 1,6 p.p. rispetto al 2019, rimanendo comunque al di sotto del 95,0%. Rispetto al 2020, nel 2021 migliorano anche le coperture contro meningococco C coniugato, pneumococco coniugato, rotavirus, meningococco B e meningococco ACWY coniugato, pur mantenendosi ad un livello piuttosto inferiore rispetto alle altre.

KI 6.8. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, morbillo e varicella. Anno 2021 (coorte di nascita 2019)

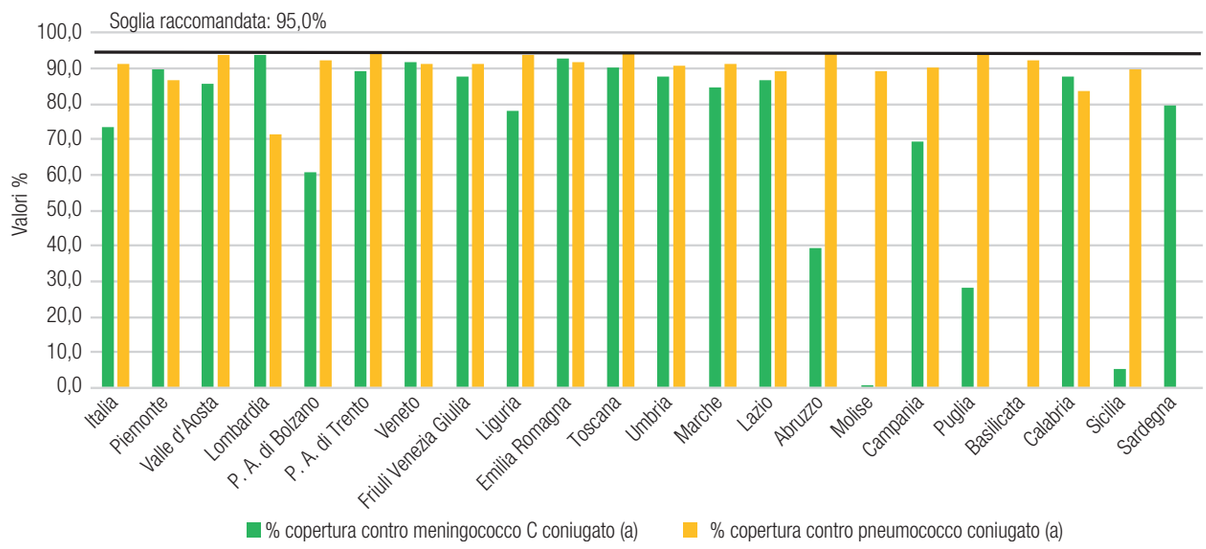


(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) 1a dose entro 24 mesi
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la soglia minima accettabile di copertura vaccinale per ottenere l'immunità di gregge è pari al 95%.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 27.09.2022 - www.salute.gov.it, ultimo accesso settembre 2023) - © C.R.E.A. Sanità

La copertura vaccinale contro la polio, usata come *proxy* per il vaccino esavalente, nel 2021 (ultimo dato disponibile) per i bambini a 24 mesi si attesta, in Italia, al 94,0%, stabile rispetto al 2020. La copertura non raggiunge il 95,0% in 12 Regioni, equamente distribuite sul territorio. Tra queste, solo Piemonte, P.A. di Trento, Marche e Basilicata superano comunque il 94,0% (con la Calabria al 93,98%). Il dato è in calo (in alcuni casi lievemente o sostanzialmente stabile) in 10 Regioni (5 del Centro-Nord e 5 del Mezzogiorno). La copertura con prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 93,9% a livello nazionale (+2,1 p.p. rispetto al 2020), va dal 71,1% nella P.A. di Bolzano al 97,6% nel Lazio (unica Regione, insieme a Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria, a raggiungere e superare il 95,0%). Il dato è in ripresa in 14 Regioni, equamente distribuite sul territorio. In molte Regioni nel 2021 aumenta la copertura contro la varicella (92,1% in Italia, +2,7 p.p. vs 2020): si va dal 70,0% in Abruzzo al 96,2% nel Lazio (unica Regione a raggiungere il 95%).

KI 6.9. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato. Anno 2021 (coorte di nascita 2019)

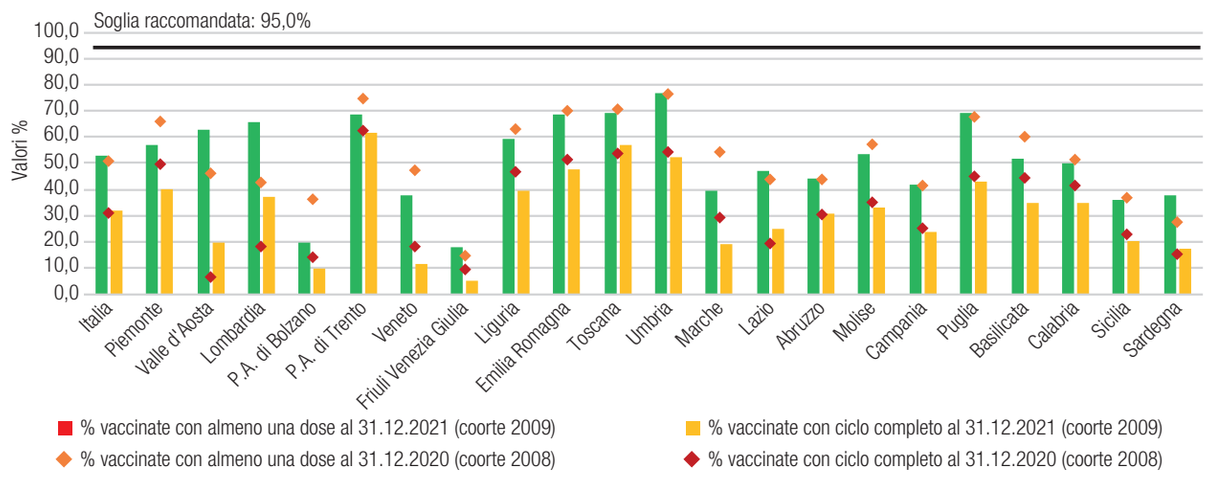


(a) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età
Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale vigente raccomanda il raggiungimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati e per la vaccinazione antimeningococcica C entro i 2 anni di età.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 27.9.2022 - www.salute.gov.it, ultimo accesso settembre 2023) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021 (ultimo dato disponibile) la copertura vaccinale anti-pneumococcica nazionale a 24 mesi (bambini nati nel 2019) aumenta di 0,7 punti percentuali: 90,6% nel 2020 vs 91,3% nel 2021; aumenta maggiormente quella contro il meningococco C (+2,4 punti percentuali: 71,0% nel 2020 vs 73,4% nel 2021).
Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% né per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato (tolto lo 0,0% della Basilicata, si va dallo 0,2% del Molise al 93,8% della Lombardia) né per quella contro lo pneumococco coniugato (la forbice va dal 71,7% della P.A. di Bolzano al 94,5% di Umbria, Molise e Veneto).

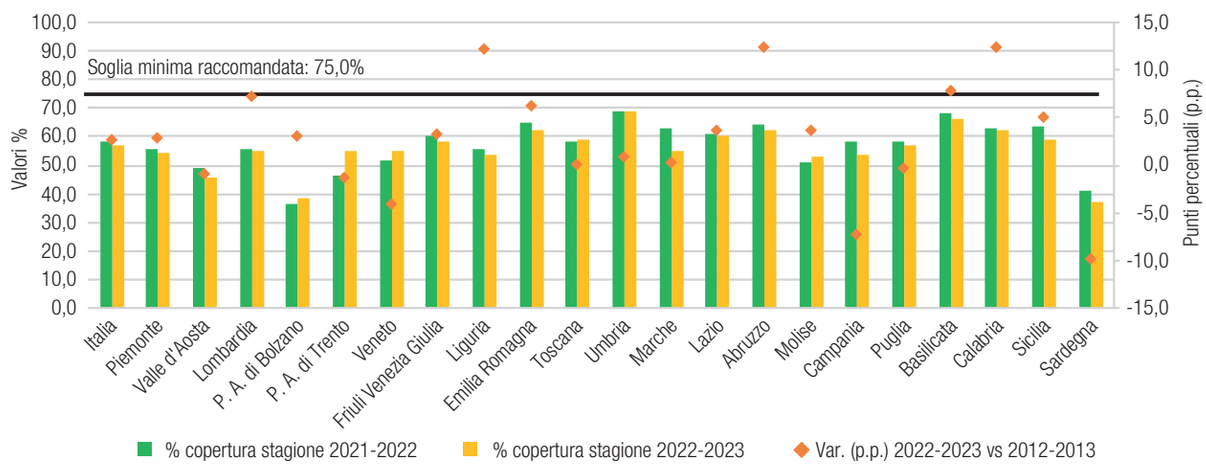
KI 6.10. Coperture vaccinali contro il Papilloma Virus Umano (HPV): femmine



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento ottobre 2022 - www.salute.gov.it, ultimo accesso settembre 2023) - © C.R.E.A. Sanità

Al 31.12.2021 (ultimo dato disponibile), in Italia la copertura vaccinale contro l'HPV per il *target* primario (ragazze di 11 anni compiuti-coorte 2009) raggiunge il 53,0% per la prima dose, con un aumento di circa 3 punti percentuali rispetto alla rilevazione del 2020 sulla stessa fascia di età, e si attesta al 32,2% per il ciclo completo (+1,9 p.p.). Nonostante il miglioramento registrato, la copertura nelle ragazze resta al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita) in tutto il territorio nazionale, con una forte variabilità regionale: nel 2021, per la coorte 2009 le coperture con almeno la prima dose vanno dal 18,2% osservato in Friuli Venezia Giulia al 76,7% dell'Umbria. Per le coperture con ciclo completo, il valore minore si registra sempre in Friuli (5,2%), il maggiore nella P.A. di Trento (61,7%).

KI 6.11. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più)

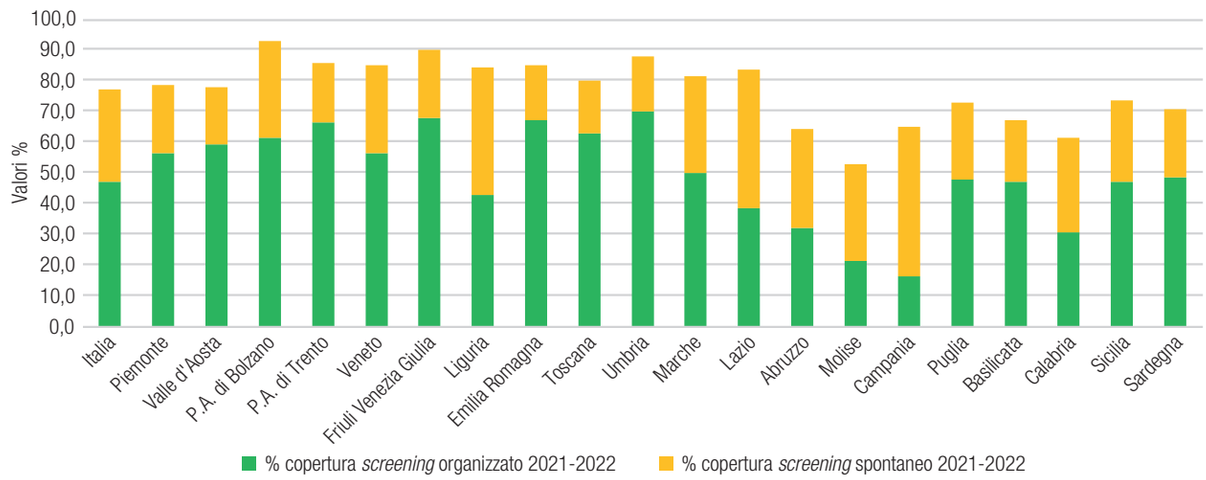


Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Consiglio Europeo, l'obiettivo minimo di copertura è pari al 75% e quello ottimale al 95%, così come confermato nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 20.07.2023, ultimo accesso settembre 2023 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nella stagione 2022-2023 prosegue il *trend* di diminuzione della copertura vaccinale contro l'influenza stagionale tra gli anziani (65 anni e più): -1,4 p.p. rispetto alla stagione precedente (si passa dal 58,1% al 56,7%), dopo il calo di 7,2 p.p. registrato nella stagione 2021-2022. Si rimane quindi lontani dalla soglia minima raccomandata del 75%. Tra le Regioni si osserva una forte variabilità: nella stagione 2022-2023 si va dal 37,3% della Sardegna (- 3,9 p.p. rispetto alla stagione precedente) al 68,7% dell'Umbria (in linea con la stagione 2021-2022). Rispetto alla stagione 2012-2013, la copertura a livello nazionale è aumentata di 2,5 p.p.; sono 6 le Regioni in calo: Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Veneto, Campania, Puglia e Sardegna (in cui si osserva la diminuzione maggiore: -10,0 p.p.). L'aumento più consistente in Calabria (+12,3 p.p.), Abruzzo (+12,2 p.p.) e Liguria (+12,1 p.p.).

KI 6.12. *Screening* cervicale (pap-test o HPV test): copertura donne di età 25-64 anni

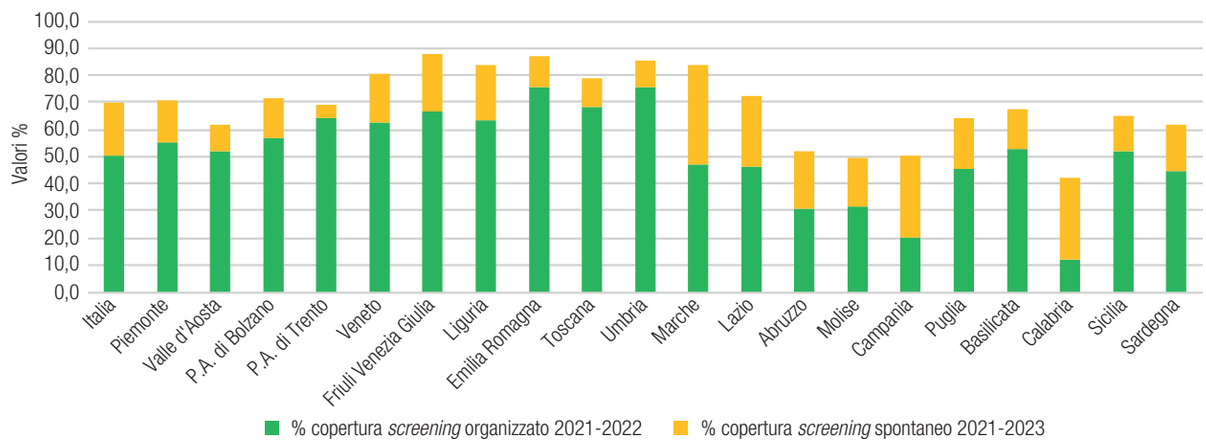


Il dato per la Lombardia non è disponibile. Vedi 'Nota KI 6.12. - KI 6.13. - KI 6.14.'.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale, ultimo accesso settembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2021-2022, in Italia il 77,7% (in calo rispetto al 79,9% nel 2016-2019) delle donne fra i 25 e i 64 anni si è sottoposto allo *screening* cervicale (Pap-test o Hpv test): il 46,7% (in diminuzione di 2 p.p. rispetto al 48,7% nel 2016-2019) lo ha eseguito all'interno di un programma organizzato e il 30,6% (quota stabile) per iniziativa personale. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: la copertura totale va dal 93,2% della P.A. di Bolzano, al 53,5% del Molise; le Regioni del Mezzogiorno registrano un valore peggiore di quello nazionale. Quasi ovunque prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati (tranne che in Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Calabria). Nel 2020 la copertura dello *screening* cervicale (come per gli altri *screening* oncologici) ha subìto una significativa riduzione, che però non è rientrata nel biennio successivo: nel 2022 i valori, infatti, sono sovrapponibili a quelli del 2020, rimanendo ancora lontani da quelli pre-pandemia.

KI 6.13. *Screening* mammografico: copertura donne di età 50-69 anni

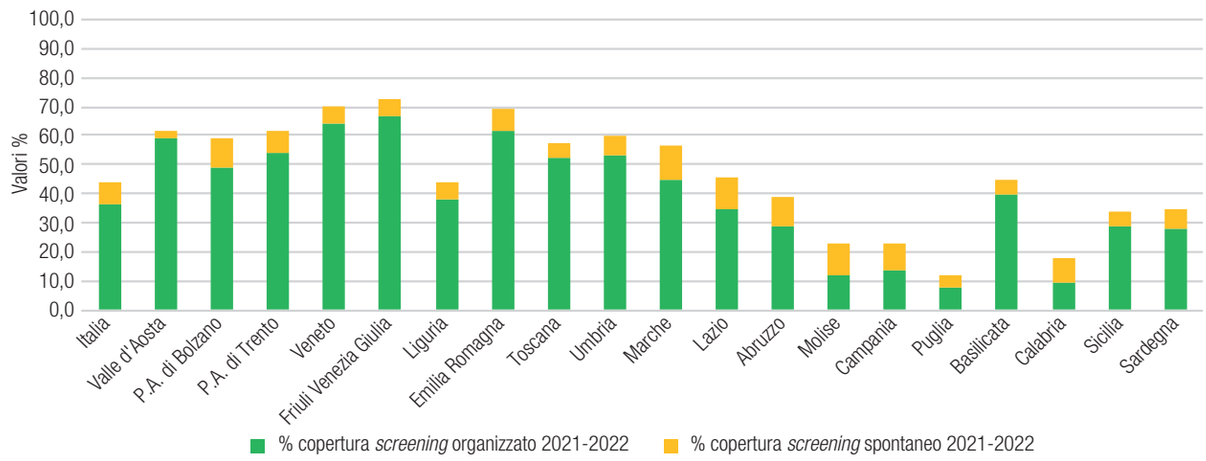


Il dato per la Lombardia non è disponibile. Vedi 'Nota KI 6.12. - KI 6.13. - KI 6.14.'.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico, ultimo accesso settembre 2023- © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2021-2022, in Italia, il 70,4% (quota in calo rispetto al 74,8% registrato nel periodo 2016-2019) delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposto allo *screening* mammografico per la diagnosi precoce del tumore alla mammella: il 50,5% (inferiore rispetto al 55,3% nel 2016-109) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 19,5% (19,1% nel 2016-2019) a quella degli esami spontanei. Nella copertura totale rilevata si registra una difformità sul territorio a sfavore del Meridione: si va dall'87,8% in Friuli Venezia Giulia al 42,5% in Calabria. Le Regioni con una copertura al di sotto della media nazionale, oltre quelle del Mezzogiorno, sono la Valle d'Aosta e la P.A. di Trento. Ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati rispetto agli esami spontanei, tranne che in Calabria e Campania. Nel 2022 ancora non vengono raggiunti i valori di copertura del periodo pre-pandemico, ma si registra un segnale di ripresa rispetto al 2021.

KI 6.14. *Screening* colorettale: copertura persone di età 50-69 anni



Il dato non è disponibile per Piemonte e Lombardia. Tempi e modi raccomandati: ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni. Vedi 'Nota KI 6.12. - KI 6.13. - KI 6.14.'.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningColorettale, ultimo accesso settembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2021-2022, in Italia, il 44,9% (in calo rispetto al 47,6% nella rilevazione 2016-2019) degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, nei tempi e modi raccomandati: il 36,8% (39,6% nel 2016-2019) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 7,4% (stabile rispetto al 2016-2019) a quella degli esami spontanei. Nelle Regioni meridionali la quota di persone che si sottopone allo *screening* è inferiore al 26%, valore che raddoppia al Centro fino a raggiungere il 67% al Nord. La copertura totale rilevata va dal 72,8% del Friuli Venezia Giulia al 12,3% della Puglia; le Regioni del Mezzogiorno (tranne la Basilicata con il 46,0%) registrano un valore peggiore di quello nazionale, insieme alla Liguria. Ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati. Dal 2010 la copertura totale è andata aumentando in tutto il Paese. Nel 2020 la copertura dello *screening* colorettale (come per gli altri *screening* oncologici) ha subìto una significativa riduzione, non recuperata (ma con segnali di ripresa) nel biennio successivo.

NOTE *KEY INDICATORS*

NOTA KI 6.1.

EU-A95 (meno Italia): Paesi - esclusa Italia - dell'Unione Europea (EU) entro il 1995 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia).

EU-P95: Paesi entrati in EU dopo il 1995 (Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Ungheria, Bulgaria, Romania, Cipro, Malta, Croazia).

EU27+UK: Paesi EU al settembre 2023, più il Regno Unito (uscito da EU il 31/01/2020, qui considerato per continuità).

I dati possono risultare non totalmente comparabili a causa di eventuali differenze nel metodo di rilevazione tra alcuni Paesi e di discontinuità (*break*) nella serie per alcuni anni. Ove il dato di un anno è mancante, si usa quello del primo anno più vicino disponibile; in alcuni casi sono presenti delle stime.

I dati possono differire rispetto a quelli pubblicati nella scorsa edizione del Rapporto Sanità a causa del consolidamento successivo. Per i dettagli v. Oecd.stat.

NOTA KI 6.2.

Sovrappeso: indice di massa corporea (IMC) compreso fra 25 e 29,9.

Obesità: IMC ≥ 30.

NOTA KI 6.4.

I dati si riferiscono alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 2020 attualmente in vigore:

"Attivi": almeno 150 minuti settimanali di attività fisica, moderata o intensa, o lavoro regolare (continuativo nel tempo) che richiede uno sforzo fisico notevole.

"Parzialmente attivi": praticano attività fisica moderata o intensa nel tempo libero (fino a 149 minuti settimanali) senza raggiungere i livelli raccomandati e non svolgono un lavoro regolare che richiede uno sforzo fisico notevole, oppure non praticano attività fisica nel tempo libero ma svolgono un lavoro regolare che richiede uno sforzo fisico moderato.

"Sedentari": non praticano attività fisica nel tempo libero e non lavorano, o svolgono un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico (moderato o pesante) non è continuativo.

NOTA KI 6.5.

"Consumo di alcol": condizione di una persona che ha consumato bevande alcoliche almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

"Consumo di alcol a maggior rischio": intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 Unità Alcoliche – UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) o almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) o un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

NOTA KI 6.6.

"Fumatori": adulti (18-69 anni) che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

"Ex fumatori": adulti che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatori al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

NOTA KI 6.12. – KI 6.13. – KI 6.14.

La copertura totale come somma delle coperture per *screening* organizzato (offerto gratuitamente dalla ASL) e per *screening* spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata rispetto al totale rilevato, a causa dei "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame.

Capitolo 7

L'Assistenza Ospedaliera

Hospital care

7a. L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera
English Summary

7b. Cardiopatia Ischemica Cronica:
l'impatto economico e organizzativo sulle strutture ospedaliere

English Summary
Key Indicators

CAPITOLO 7
L'Assistenza Ospedaliera

Il capitolo dedicato all'Assistenza Ospedaliera contiene due contributi.

Il primo (Capitolo 7a) elabora i principali *trend* dell'attività ospedaliera, sia in acuzie, che riabilitativa e in lungodegenza, focalizzandosi a seguire sulla relazione tra il ricorso all'ospedalizzazione e le caratteristiche anagrafiche e di morbilità dei pazienti.

Il secondo (Capitolo 7b), proseguendo nello sforzo di descrivere le caratteristiche dei soggetti ospedalizzati, focalizza l'analisi sui pazienti ricoverati con cardiopatia ischemica cronica, analizzando il diverso impatto clinico ed economico sui reparti di Cardiologia, Geriatria e Medicina Interna.

CHAPTER 7
Hospital care

The Chapter on Hospital Care includes two contributions.

The first (Chapter 7a) elaborates on the main trends in hospital activity, both in acute care, and rehabilitation and long-term care, focusing on the relationship between recourse to hospitalization and patients' demographic and morbidity characteristics.

While continuing to describe the inpatients' characteristics, the second (Chapter 7b) focuses on inpatients with chronic ischemic heart disease, analysing the different clinical and economic impact on Cardiology, Geriatrics and Internal Medicine Departments

CAPITOLO 7a
L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera

Carrieri C.[1], d'Angela D.[1], Spandonaro F.[1]

Il capitolo è dedicato all'evoluzione dell'attività di ricovero in Italia; sviluppa, altresì, un confronto con quella negli altri Paesi europei e analizza le differenze quantitative nell'assistenza prestata nelle diverse regioni.

Quest'anno si è anche sviluppato un focus sulla composizione dei ricoveri per categoria diagnostica maggiore (MDC), con una attenzione particolare al tasso di ospedalizzazione, alla degenza media e al numero medio di diagnosi.

Infine, viene analizzata l'attività ospedaliera in termini di rapporto fra attività di ricovero e attività specialistica ambulatoriale, onde apprezzare la variazione nel tempo del "*mix* erogativo" e, indirettamente, il contributo dell'ospedale alle attività specialistiche ambulatoriali (almeno in parte) decentrabili sul territorio.

7a.1. Il ricorso al ricovero: confronti internazionali

Nel 2021 (ultimo dato disponibile), l'Italia è il Paese europeo, dopo l'Olanda, a registrare il minor ricorso all'ospedalizzazione per acuzie (OECD, 2023): il tasso di ospedalizzazione italiano è pari a 88,1 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti (Figura 7a.1.) ed è seguito da quello di Portogallo, Regno Unito e Spagna, rispettivamente con 102,7, 103,8, 103,9; i tassi di Lussemburgo e Lettonia superano il valore italiano di oltre il 30%, e si attestano a più del doppio quelli di Germania (201,2) e Austria (193,1).

Tutti i Paesi europei analizzati, nel decennio 2011-2021, hanno registrato un decremento del tasso di ospedalizzazione in acuzie, ad eccezione dell'Irlanda (+0,2% medio annuo); l'Italia, in particolare, nel decennio ha registrato una riduzione pari a -40,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti, cinque volte più di Spagna (-6,3) e Portogallo (-5,6).

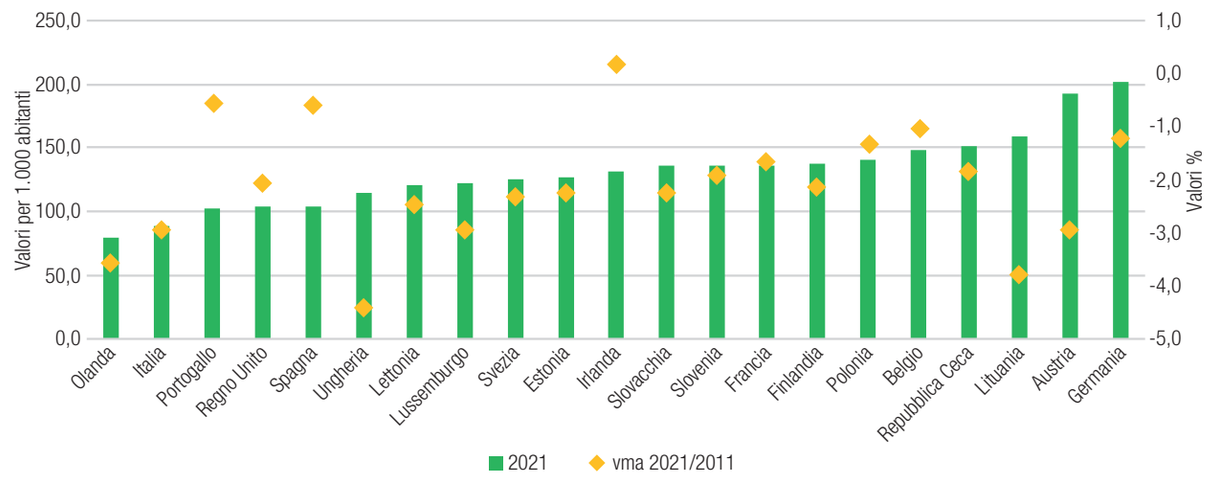
La degenza media italiana (Figura 7a.2.) è, di contro, più elevata rispetto alla media degli altri Paesi Europei: nel 2021, 7,4 giornate (gg.), con i valori minimi registrati in Olanda (5,2 gg.), in Svezia (5,4 gg.) e Francia (5,6 gg.), e quelli massimi in Portogallo (9,2 gg.) e in Germania (7,4 gg.).

Il dato italiano sembra coerente sia con l'osservazione di un minor tasso di ricovero, che suggerisce una maggiore selezione dei pazienti, nel senso di una attitudine a privilegiare l'accesso dei pazienti più severi, sia con la constatazione della demografia italiana caratterizzata da una popolazione più vecchia.

Va però notato che, con i necessari caveat legati alle diverse classificazioni dei ricoveri a livello internazionale, l'Olanda registra contemporaneamente il minor ricorso al ricovero e anche la minore degenza media.

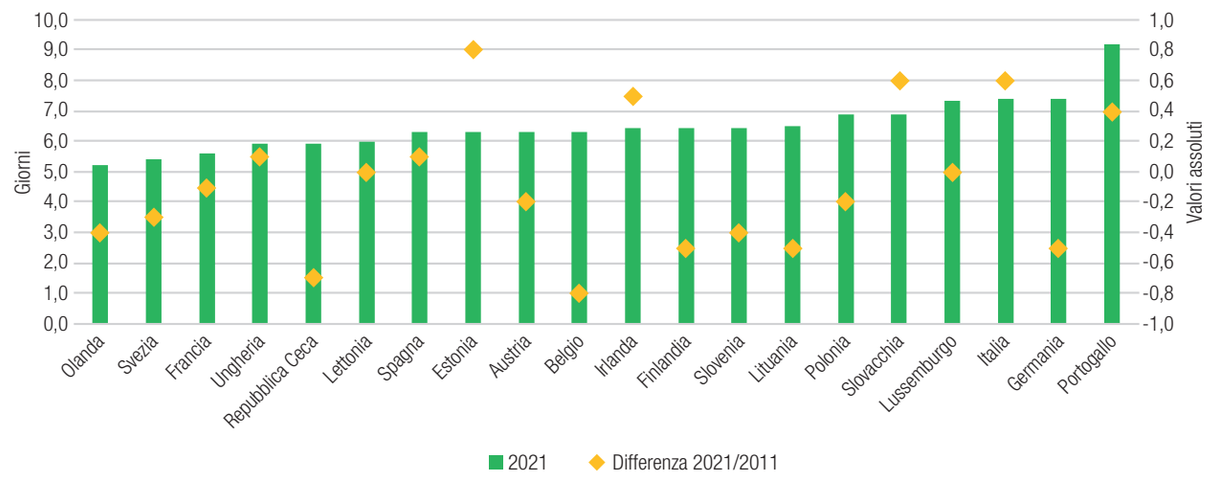
[1] Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.1. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie in Europa



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.2. Degenza media ordinaria in acuzie in Europa



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

7a.2. Il ricorso al ricovero in Italia: i principali *trends*

Nel 2022, in Italia si contano 5.414.333 ricoveri ordinari in acuzie, con una riduzione del -20,9% rispetto al 2012.

Seguono quantitativamente quelli diurni in acuzie, che sono 1.588.816, con una riduzione del -37,5%.

In riabilitazione si contano 262.752 ricoveri ordinari (con una riduzione del -16,0% rispetto al 2012) e 24.177 diurni (in riduzione del -47,0% rispetto al 2012).

Infine, i ricoveri in lungodegenza sono 69.101, con una riduzione del -36,5% rispetto al 2012.

Complessivamente, nel 2022, i ricoveri ordinari in acuzie pesano per il 73,6%, quelli in acuzie diurni

per il 21,6%, quelli in riabilitazione in regime ordinario per il 3,6%, quelli in riabilitazione in regime diurno per lo 0,3% e quelli in lungodegenza per lo 0,9% (Figura 7a.3.).

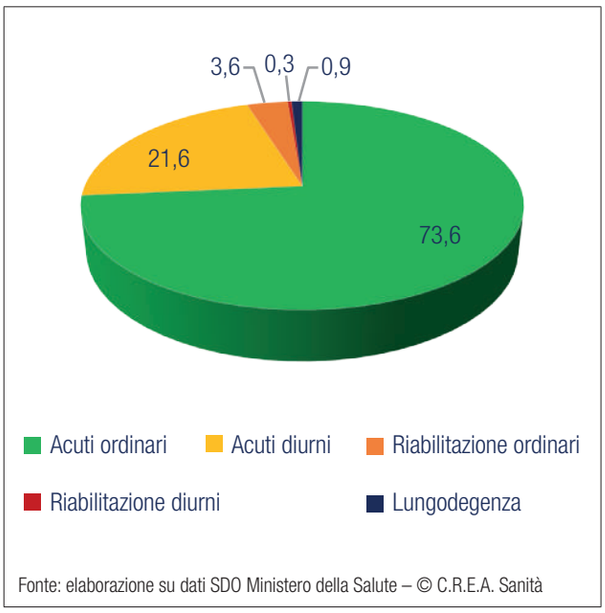
Si registra un ricovero ordinario in riabilitazione ogni 20,6 in acuzie (21,9 nel 2012) ed uno in lungodegenza ogni 78,4 in acuzie (62,8 nel 2012) e 3,8 in riabilitazione (2,9 nel 2012).

A livello regionale (Figura 7a.4.), i ricoveri ordinari in acuzie pesano dall'89,0% della Puglia, al 64,5% della P.A. di Trento; i ricoveri diurni in acuzie variano fra il 30,3% della Sardegna, al 7,2% della Puglia; in riabilitazione, per i ricoveri ordinari si passa dal 7,4% della P.A. di Trento, allo 0,4% del Friuli Venezia Giulia e per quelli diurni dallo 0,6% del Lazio, allo 0,002% del Friuli Venezia Giulia; infine, in lungodegenza, si va dal 3,6% dell'Emilia Romagna, allo 0,1% del Molise.

Il tasso di ospedalizzazione in acuzie ordinari, a livello nazionale, nel 2022, risulta pari a 90,9 ricoveri per 1.000 abitanti, un valore superiore a quello indicato nelle statistiche OECD per il 2021, in riduzione del -19,8% rispetto al 2012; quello in acuzie diurni è pari a 26,8 per 1.000 abitanti, in riduzione del -36,8% rispetto al 2012.

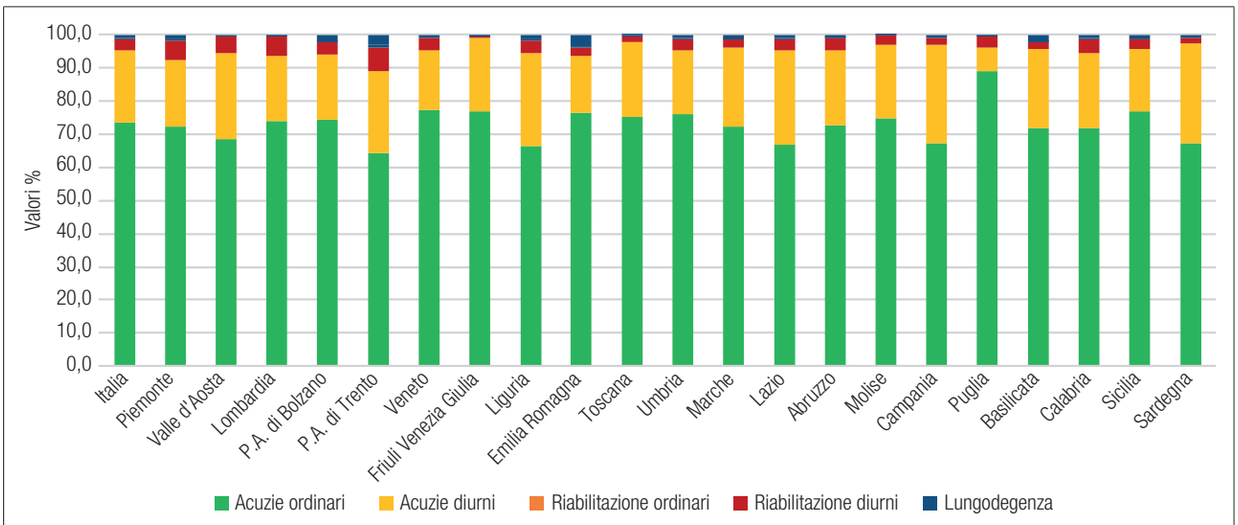
Il tasso, nel decennio considerato, si è ridotto, sia per i ricoveri ordinari che per quelli diurni: rispettivamente di -22,4 ricoveri ogni 1.000 abitanti e -15,6. Per la riabilitazione, il tasso di ospedalizzazione risulta in diminuzione sia per i ricoveri ordinari (-0,8 ricoveri per 1.000 abitanti) che per i ricoveri diurni (-0,4 ricoveri per 1.000 abitanti). Per la lungodegenza il tasso di ospedalizzazione si è ridotto di -0,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti (Figura 7a.5.).

Figura 7a.3. Composizione dei ricoveri ordinari per tipo. Valori %. Anno 2022



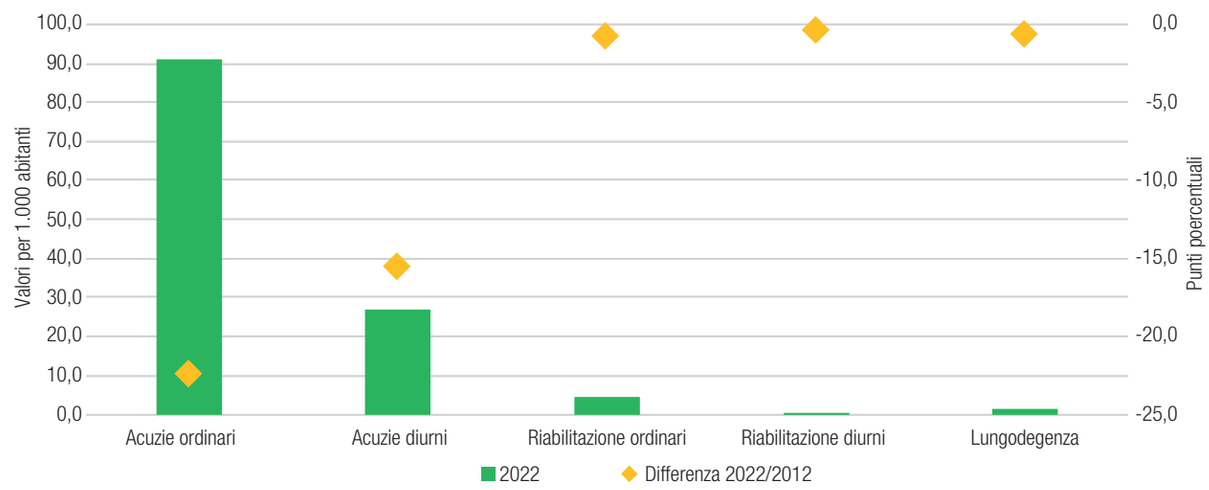
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.4. Composizione regionale dei ricoveri, per tipo e regime. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.5. Tasso di ospedalizzazione, per tipo e regime

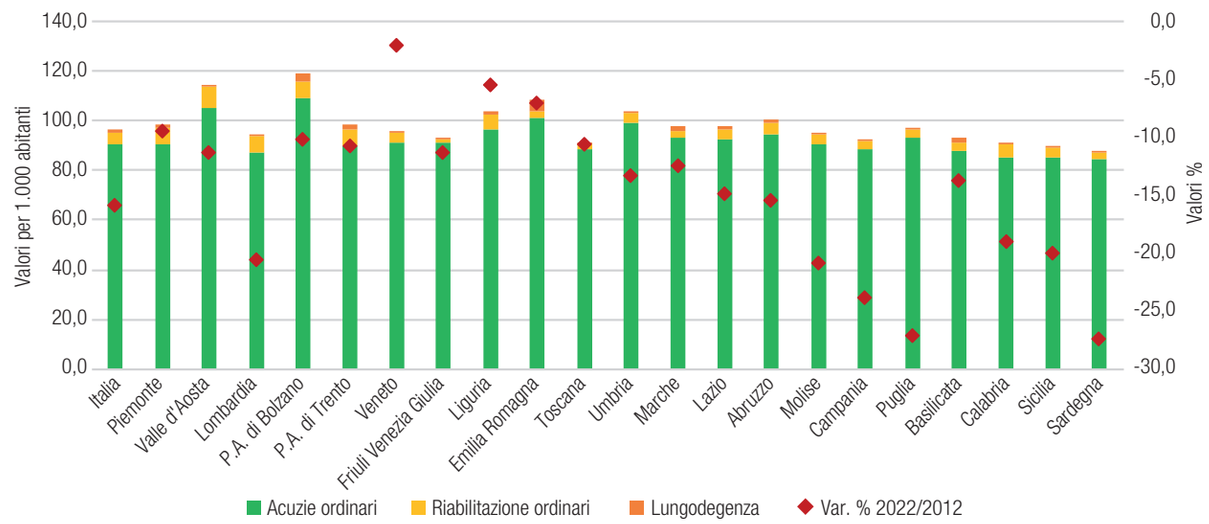


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale, la riduzione tra il 2012 ed il 2022 è comune a tutte le Regioni, sebbene con variazioni significative (Figura 7a.6.) e (Figura 7a.7.).

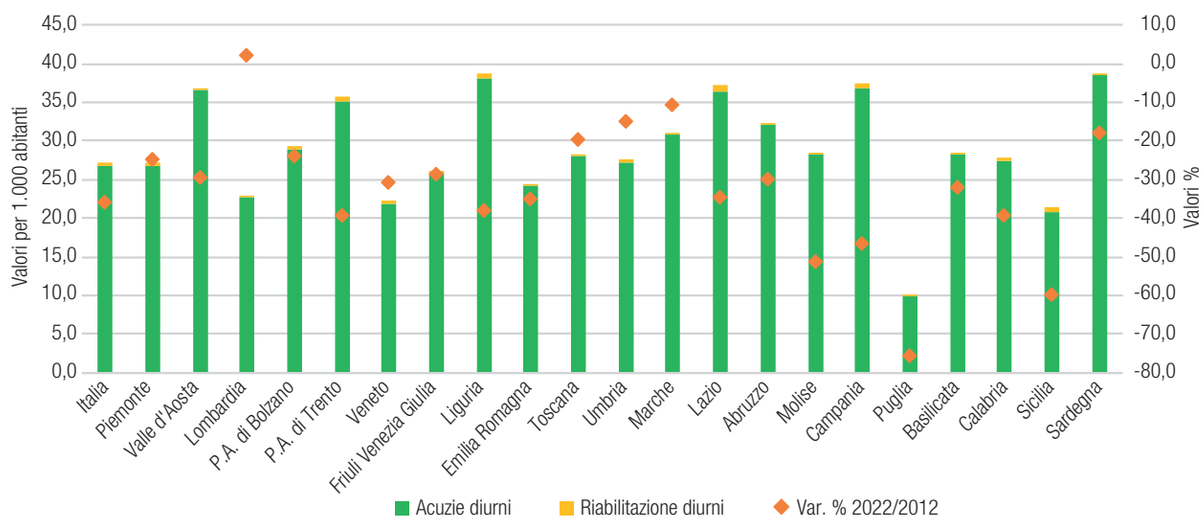
La riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie varia dal -28,5% della Sardegna, al -0,7% del Veneto; quello dei ricoveri diurni in acuzie dal -75,8% della Puglia, al +2,4% della Lombardia; per la riabilitazione, il tasso ordinario varia dal -42,1% del Friuli Venezia Giulia, al +40,9% della Sardegna, mentre per i ricoveri diurni varia dal -77,7% della Basilicata, al +16,6% della Calabria; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal -85,6% del Molise, al +665,9% della Valle d'Aosta.

Figura 7a.6. Tasso di ospedalizzazione standardizzato regionale in regime ordinario. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.7. Tasso di ospedalizzazione standardizzato regionale in regime diurno. Anno 2022

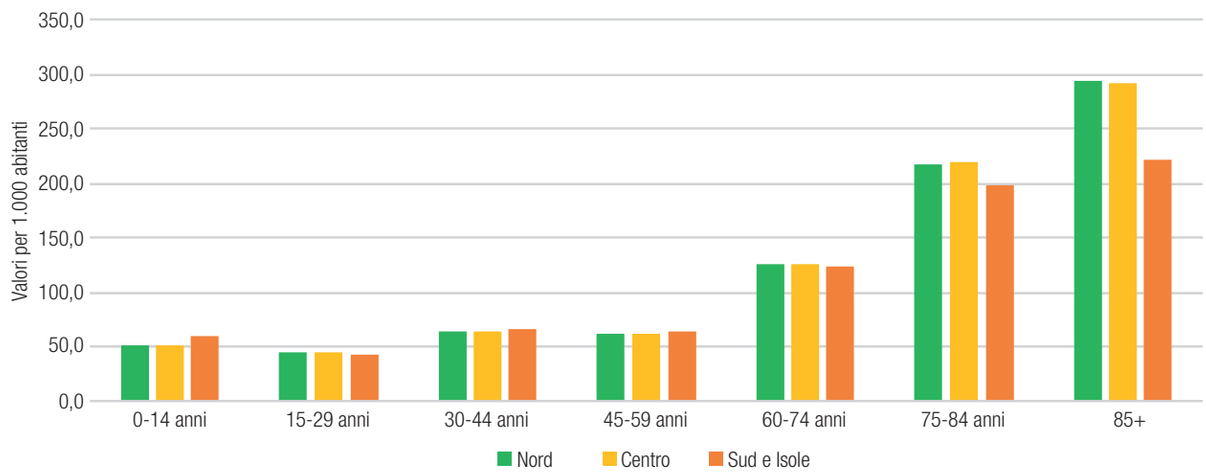


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie in regime ordinario aumenta esponenzialmente con l'età, soprattutto a partire dalla fascia 60-74 anni fino a quella *over* 85 (Figura 7a.8.). Le Regione del Sud registrano un tasso di ospedalizzazione inferiore a quelle del Nord, con differenze sostanziali nelle fasce 75-84 anni (-18,0 ricoveri) e *over* 85 (-73,3 ricoveri): se questo dato fosse interpretato come una maggiore propensione a tenere in famiglie gli anziani, dovrebbe implicare un uso inappropriato della risorsa ospedaliera nelle altre ripartizioni geografiche.

Per quanto concerne le giornate di degenza, in Italia, nel 2022, si contano 39.239.743 giornate di degenza ordinarie in acuzie, con una riduzione del -15,5% rispetto al 2012.

Figura 7a.8. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie in regime ordinario, per età e genere. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Gli accessi diurni in acuzie sono 4.220.136, con una riduzione del -40,3% rispetto al 2012.

In riabilitazione si contano 6.943.699 giornate di degenza ordinarie (con una riduzione del -15,4% rispetto al 2012) e 403.014 accessi diurni (in riduzione del -32,2% rispetto al 2012).

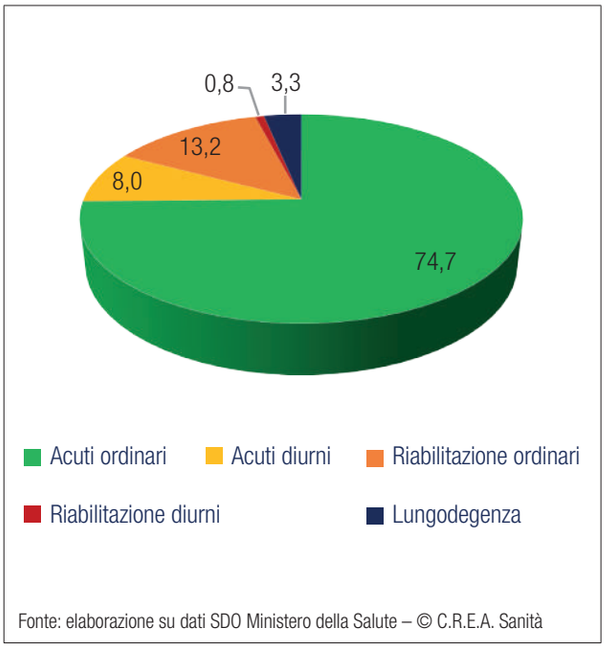
Infine, le giornate in lungodegenza sono 1.716.515, con una riduzione del -45,2% rispetto al 2012.

Complessivamente, nel 2022, le giornate di degenza in acuzie in regime ordinario pesano per il 74,7%, quelle in acuzie in regime diurno per l'8,0%, quelle in riabilitazione in regime ordinario per il 13,2% e quelle in regime diurno per lo 0,8%, quelle in lungodegenza per il 3,3% (Figura 7a.9.).

Si registra una giornata erogata in riabilitazione ogni 5,7 in acuzie (5,7 nel 2012); una in lungodegenza ogni 22,9 in acuzie (14,8 nel 2012) e 4,0 in riabilitazione (2,6 nel 2012).

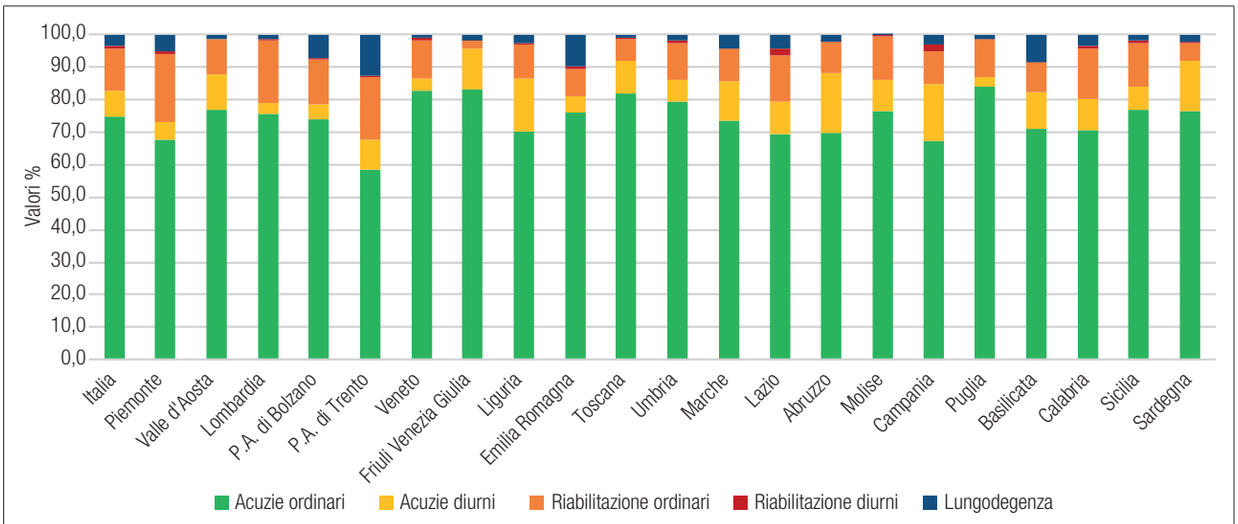
A livello regionale (Figura 7a.10.), le giornate di degenza ordinarie in acuzie pesano dall'83,9% della Puglia, al 58,6% della P.A. di Trento; le giornate di degenza in regime diurno in acuzie variano fra il 18,4% dell'Abruzzo, al 2,9% della Puglia; in riabilitazione, per le giornate in regime ordinario si passa dal 21,1% del Piemonte, al 2,6% del Friuli Venezia Giulia e per quelle in regime diurno dal 2,1% del Lazio, allo 0,004% dell'Abruzzo; infine, in lungodegenza, si va dal 12,7% della P.A. di Trento, allo 0,2% del Molise.

Figura 7a.9. Composizione delle giornate di degenza per tipo. Valori %. Anno 2022



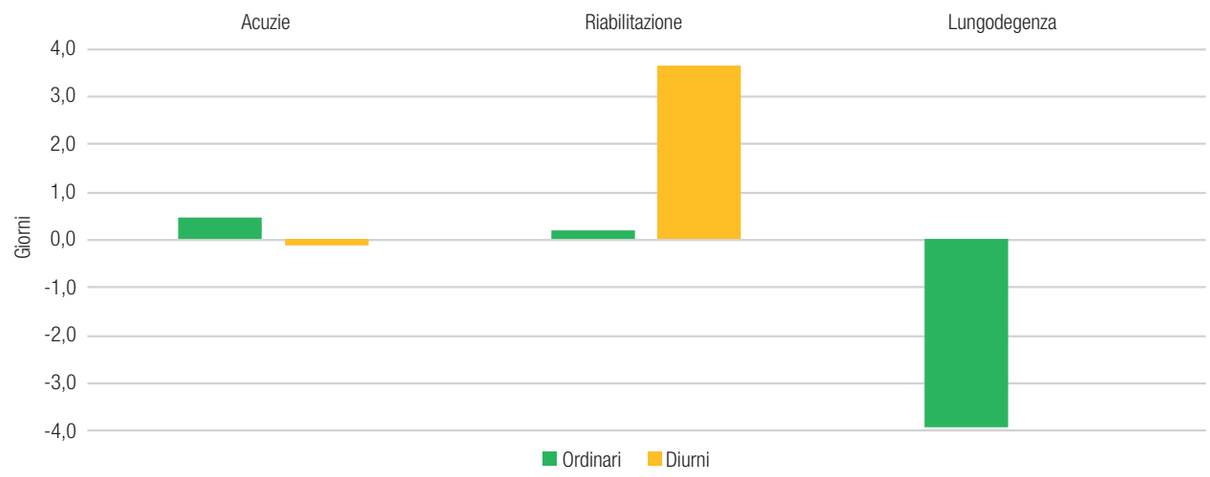
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.10. Composizione regionale delle giornate di degenza, per tipo e regime. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.11. Degenza e accessi medi, per tipo e regime. Differenze 2022/2012

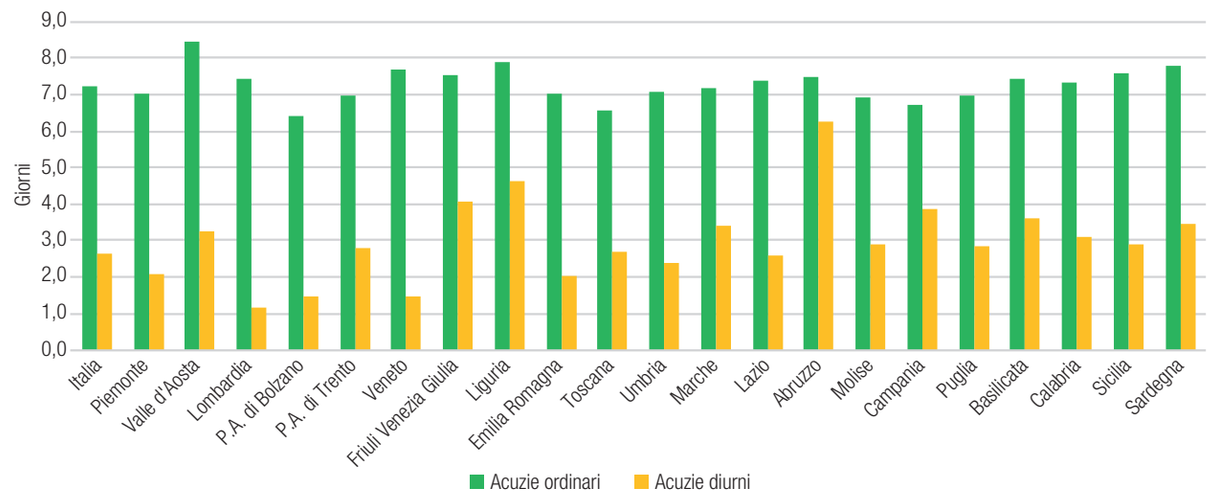


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la degenza media ordinaria in acuzie (Figura 7a.11.) è pari a 7,2 giornate, in aumento (+0,5 gg.) rispetto al 2012; quella in riabilitazione è pari a 26,4 giornate (+0,2 gg.) rispetto al 2012 e quella in lungodegenza a 24,8 giornate (-3,9 gg.); per quanto concerne gli accessi diurni medi, quelli in acuzie sono pari a 2,7, in riduzione di -0,1 gg. rispetto al 2012; in riabilitazione sono pari a 16,7 (+3,7 gg.).

A livello regionale la degenza media ordinaria in acuzie standardizzata per l'età varia fra il valore massimo della Valle d'Aosta (8,4 gg.), e quello minimo della P.A. di Bolzano (6,4 gg.); la Regione con la massima variazione positiva nel periodo 2022-2012 è l'Umbria (+17,8%), quella con la massima variazione negativa è la P.A. di Trento (-8,6%) (Figura 7a.12.).

Figura 7a.12. Degenza media standardizzata in acuzie. Anno 2022

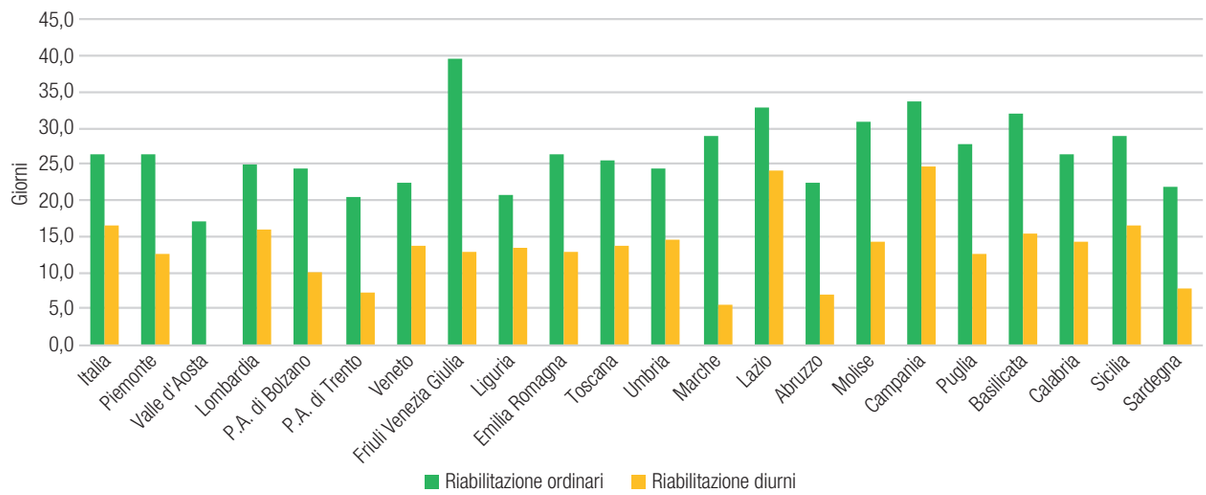


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Per gli accessi diurni standardizzati in acuzie si registra il valore massimo in Abruzzo (6,2 gg.) e minimo in Lombardia (1,2 gg.); in questo caso la Regione con la massima variazione nel periodo è l'Abruzzo (+103,0%), quella con la massima variazione negativa è l'Emilia Romagna (-58,5%).

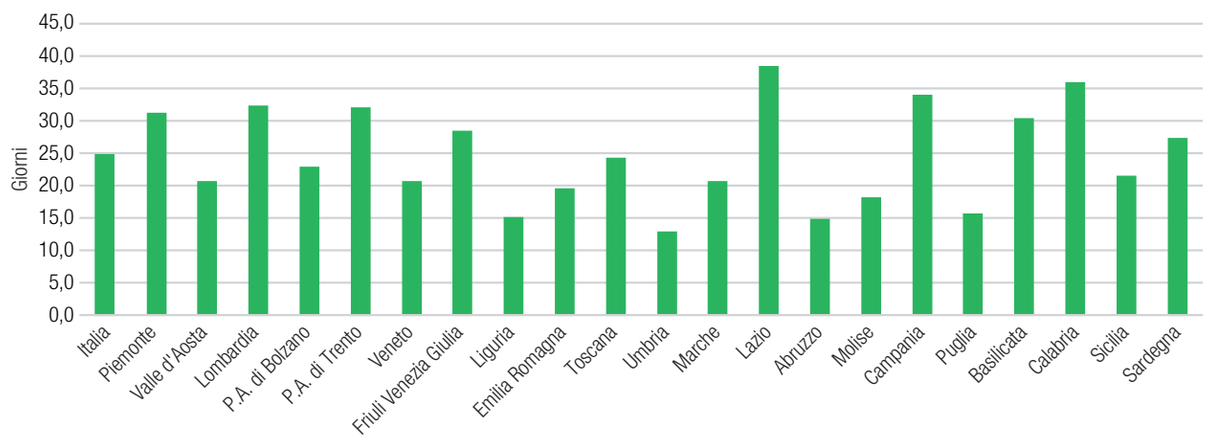
Per la riabilitazione, la degenza media ordinaria standardizzata massima si registra in Friuli Venezia Giulia (39,6 gg.) e minima in Valle d'Aosta (17,2 gg.), con la massima variazione positiva nel periodo in Puglia (+63,2%) e negativa in Valle d'Aosta (-23,8%); per gli accessi diurni il valore massimo si registra in Campania (24,8 gg.) e minimo in Valle d'Aosta (0,0 gg.), con la massima variazione positiva in Puglia (+155,4%) e negativa in Abruzzo (-74,8%) (Figura 7a.13.).

Figura 7a.13. Degenza media standardizzata in riabilitazione. Anno 2022



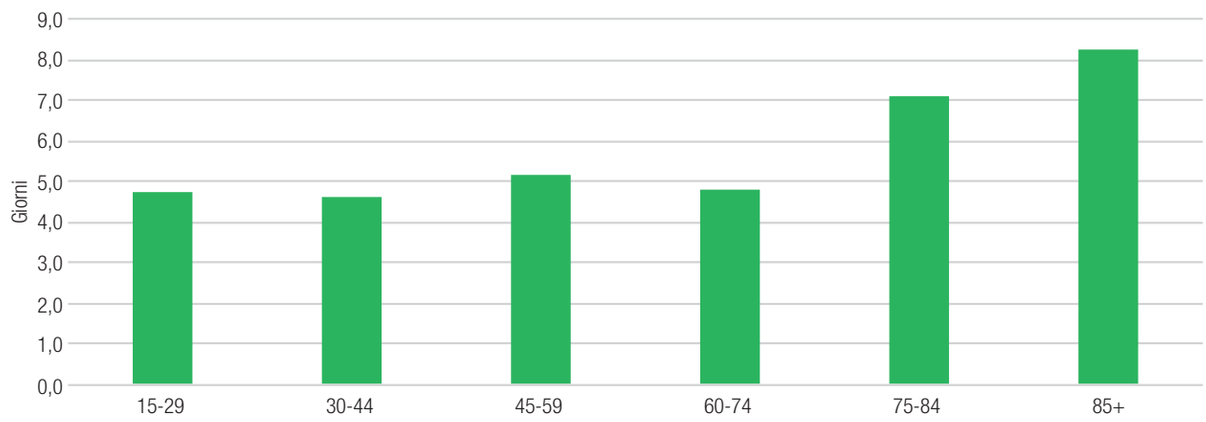
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.14. Degenza media standardizzata in lungodegenza. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.15. Degenza media ordinaria in acuzie, per età. Anno 2022



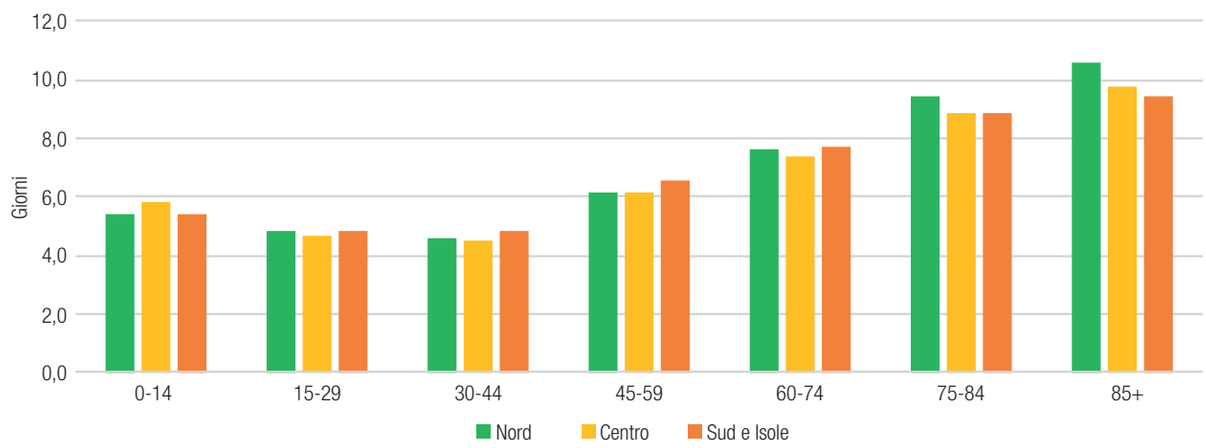
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

La degenza media standardizzata in lungodegenza è massima nel Lazio (38,5 gg.) e minima in Umbria (12,9 gg.), con la massima variazione positiva nel periodo in Calabria (+44,8%) e negativa in Umbria (-34,4%) (Figura 7a.14.).

La degenza media aumenta con l'età, ad eccezione che nelle fasce 45-59 anni e 60-74 anni, dove la degenza media si riduce (da 5,2 gg. a 4,8 gg.) (Figura 7a.15.).

A livello di ripartizioni geografiche, nel 2022, non si registrano rilevanti differenze nella degenza media per fascia di età, ad eccezione della fascia 30-74 anni, in cui la degenza media del Nord è superiore a quella del Sud; nelle fasce più anziane, la degenza media del Nord è superiore a quella del Sud: +0,5 gg. nella fascia 75-84 anni e +1,2 gg. nella fascia *over* 85 anni (Figura 7a.16.).

Figura 7a.16. Degenza media ordinaria in acuzie, per età e ripartizione geografica. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

7a.3. L'attività delle strutture pubbliche e private accreditate

Nel 2022, in Italia, i ricoveri in acuzie in regime ordinario vengono effettuati per il 72,9% in strutture pubbliche e per il 27,1% in strutture private accreditate. A livello regionale, la Basilicata è la Regione che registra la quota maggiore di ricoveri in strutture pubbliche (100,0%), il Lazio quella con la quota minore (48,0%) (Figura 7a.17.).

Nell'ultimo quinquennio (2017-2022) è aumentata la quota di ricoveri effettuati in strutture private accreditate di +2,3 p.p..

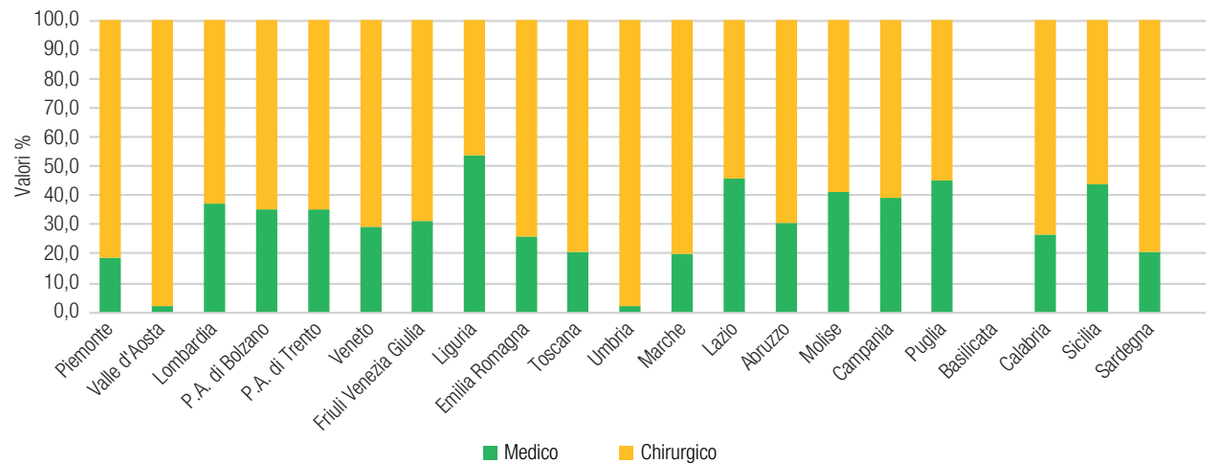
Analizzando i ricoveri ordinari per acuti per tipologia di DRGs, ossia medico o chirurgico, emerge come, nel 2022, il 42,7% siano chirurgici effettuati in strutture pubbliche, il 30,3% siano di tipo medico effettuati in strutture pubbliche, il 16,9% chirurgici effettuati in strutture private accreditate e, infine, il 10,2% siano di tipo medico effettuati in strutture private (Figura 7a.18.). Le Regioni con la maggiore quota di casistica di ricovero effettuata in strutture private, per i ricoveri non chirurgici, sono: Lazio (23,8%), Molise (17,7%), Puglia (16,3%), Lombardia (16,0%), Campania (14,6%) e Sicilia (12,1%).

Lazio, Lombardia, Molise, Campania e Puglia sono anche le Regioni con la maggiore casistica di ricoveri chirurgici effettuati in strutture private: rispettivamente 28,2%, 26,6%, 25,1%, 22,6% e 19,5% della casistica totale.

Focalizzando l'analisi solo sui ricoveri chirurgici emerge che, a livello nazionale, il 64,2% di questi vengono effettuati in strutture pubbliche e il restante 35,8% in strutture private, con importanti differenze regionali. La Basilicata registra la quota di ricoveri chirurgici effettuati in strutture pubbliche più alta (100,0%), il Lazio quella più bassa (42,6%) (Figura 7a.19.).

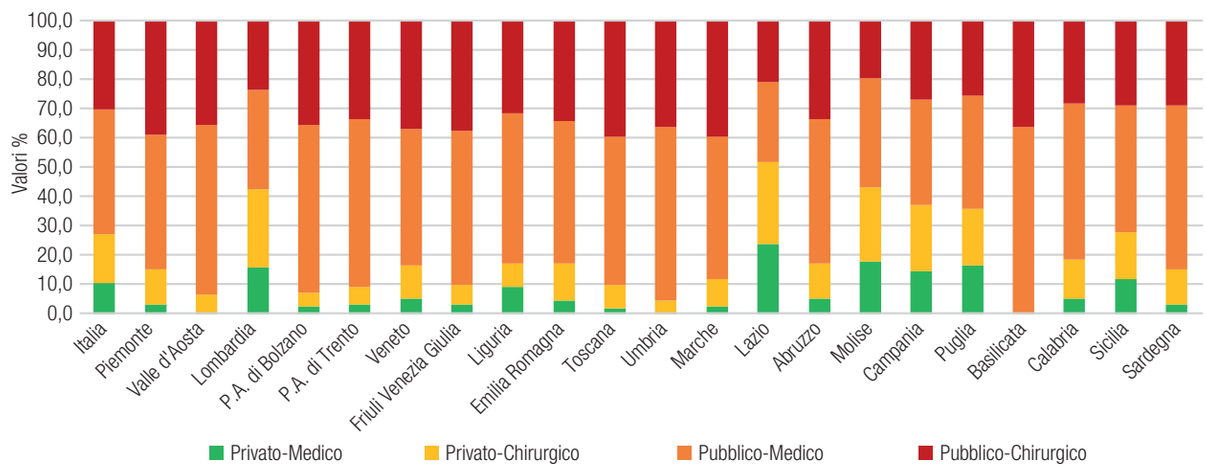
Nell'ultimo quinquennio, si è registrato un aumento della quota dei ricoveri chirurgici effettuati in strutture private accreditate di +2,4 p.p..

Figura 7a.17. Composizione ricoveri in acuzie in regime ordinario, per tipologia di struttura. Anno 2022



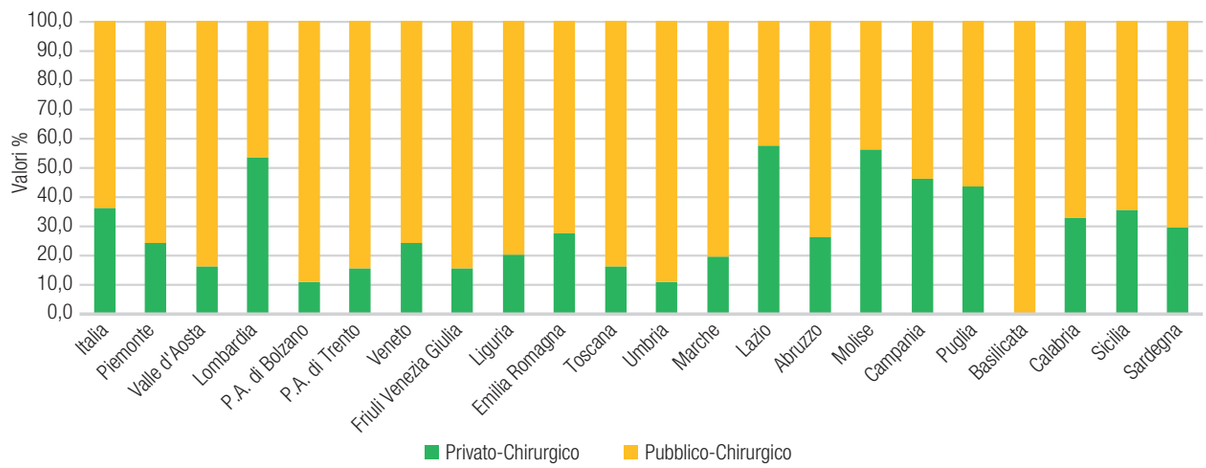
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.18. Composizione ricoveri in acuzie in regime ordinario, per tipologia di struttura e tipologia di ricovero. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7a.19. Composizione ricoveri acuti ordinari chirurgici, per tipologia di struttura. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

7a.4. Ricoveri e comorbilità: analisi per categoria di diagnosi (MDC)

Nel 2022, il 38,1% dei ricoveri è riferibile alla MDC "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo"; segue la MDC "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" e quella "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio", che rappresentano rispettivamente il 13,9%, 13,9% e 10,3% della casistica; seguono i ricoveri della MDC "Gravidanza, parto e puerperio" (8,5%), quella "Malattie e disturbi dell'apparato digerente" (8,5%), "Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie" (6,5%), "Malattie e disturbi del sistema nervoso" (6,3%) e "Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas" (4,6%).

Nell'ambito della generale riduzione dei ricoveri, aumentano in modo significativo solo le malattie dell'apparato respiratorio, che hanno registrato un incremento di +0,7 ricoveri ogni 10.000 abitanti; le riduzioni maggiori hanno interessato le "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (-38,6 ricoveri ogni 10.000 abitanti), la "Gravidanza, parto

e puerperio" (-36,1 ricoveri), le "Malattie e disturbi dell'apparato digerente" (-28,8 ricoveri) e le Malattie e disturbi del sistema nervoso" (-22,9 ricoveri).

Per valutare se la casistica dei pazienti ricoverati ha subito trasformazioni, oltre a quelle segnalate nel tasso di ospedalizzazione, per le quattro MDC maggiormente rappresentative (in termini di volumi di ricoveri), escludendo la MDC "Gravidanza, parto e puerperio", sono state elaborate le diagnosi secondarie registrate nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Prima di analizzare i risultati, appare opportuno ricordare che il numero medio di diagnosi riportate nelle SDO rimane basso, nello specifico pari a 2,6 nel 2022, e quindi certamente sfuggono all'analisi molte comorbilità.

Ospedalizzazione per l'MDC "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo"

I ricoveri della MDC con maggior casistica ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo"), nel 2022, fanno registrare una degenza media pari a 6,2 gg., minima nella fascia 0-14 anni (3,1 gg.) e massima nella fascia *over* 75 anni (9,2 gg.). Il dato medio risulta in diminuzione rispetto al 2012, e si riduce in tutte le fasce di età prese in analisi, soprattutto per quelle più "anziane": rispettivamente -0,6 gg. nelle fasce 60-74 anni e *over* 75; non i registrano differenze di genere significative (Tabella 7a.1.).

Il tasso di ospedalizzazione per età si riduce in tutte le classi di età, ma maggiormente nelle fasce più giovani: -23,7% nella fascia 0-14 anni, -23,8% nella fascia 15-59 anni, -17,7% nella fascia 60-74 anni e -12,6% nella fascia *over* 75 anni.

Prendendo in analisi il numero di diagnosi secondarie indicate nelle schede di dimissione ospedaliera, da leggere come "*proxy*" delle comorbilità del paziente, si osserva come questo aumenti con l'età del paziente. In particolare, nella specifica categoria diagnostica, si passa da una media di 1,3 diagnosi secondarie nella fascia 0-14 anni ad una di 2,0 negli *over* 75 anni.

Tabella 7a.1. Degenza media MDC "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo". Anno 2022

Totale	0-14	15-59	60-74	75+
Maschi+Femmine				
6,2	3,1	4,3	6,0	9,2
Maschi				
5,6	3,0	4,3	6,0	9,0
Femmine				
6,6	3,3	4,2	5,9	9,2

Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Ospedalizzazione per l'MDC "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio"

Per la categoria diagnostica "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio", nel 2022, si osserva una degenza media pari a 7,3 gg., minima nella fascia 15-59 anni (5,8 gg.) e massima nella fascia *over* 75 anni (8,1 gg.), in aumento rispetto al 2012 di +0,3 gg. (7,0 gg.) e aumenta soprattutto nelle fasce più "giovani": rispettivamente +1,2 e +0,6 gg. nelle fasce 0-14 anni e 15-59 anni (Tabella 7a.2.).

Il tasso di ospedalizzazione per età si riduce maggiormente nelle fasce anziane rispetto a quelle più giovani: -32,1% negli *over* 75 anni, -29,1% nella fascia 60-74 anni, -16,9% nella fascia 15-59 anni e -11,7% nella fascia 0-14 anni.

Tabella 7a.2. Degenza media MDC "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio". Anno 2022

Totale	0-14	15-59	60-74	75+
Maschi+Femmine				
7,3	8,0	5,8	6,8	8,1
Maschi				
7,1	8,3	6,0	6,8	7,9
Femmine				
7,6	7,7	5,5	7,0	8,4

Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Anche nei ricoveri associati alle patologie dell'apparato cardiocircolatorio, a fronte di un numero medio di 3,0 diagnosi secondarie indicate nelle SDO,

si registra un aumento dello stesso all'aumentare dell'età, con una *gap* maggiore di quello riscontrato per le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico: si passa da 2,2 diagnosi nella fascia 0-14 anni a 3,3 negli *over* 75 anni.

Ospedalizzazione per l'MDC "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio"

Per la categoria diagnostica "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio", nel 2022, si osserva una degenza media pari a 10,9 gg., minima nella fascia 0-14 anni (5,4 gg.) e massima nella fascia *over* 75 anni (11,7 gg.), in aumento rispetto al 2012 di +1,4 gg. (9,5 gg.) e aumenta soprattutto nelle fasce più "anziane": rispettivamente +1,2 nelle fasce 60-74 anni e *over* 75 anni (Tabella 7a.3.).

Il tasso di ospedalizzazione per età si riduce nelle fasce 0-14 anni e 60-74 anni, rispettivamente del -29,8% e -0,8% ed aumenta in quelle 15-59 anni e *over* 75 anni, rispettivamente del +4,4% e +9,3%.

Tabella 7a.3. Degenza media MDC "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio". Anno 2022

Totale	0-14	15-59	60-74	75+
Maschi+Femmine				
10,9	5,4	10,0	11,3	11,7
Maschi				
10,8	5,3	10,0	11,3	11,7
Femmine				
11,0	5,6	9,9	11,3	11,7

Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

In corrispondenza dei ricoveri associati alle patologie respiratorie si conferma l'aumento del numero di diagnosi secondarie riportate nelle SDO con l'aumentare dell'età, che raddoppia passando da 2,1 nella fascia a 4,0 negli *over* 75 anni.

Ospedalizzazione per l'MDC "Malattie e disturbi dell'apparato digerente"

Per la categoria diagnostica "Malattie e disturbi dell'apparato digerente", nel 2022, si osserva una degenza media pari a 7,1 gg., minima nella fascia 0-14 anni (4,6 gg.) e massima nella fascia *over* 75 anni (9,5 gg.), in aumento rispetto al 2012 di +0,2 gg. (6,9 gg.) e aumenta nelle fasce più "giovani" e si riduce per quelle più "anziane": +0,7 gg. nella fascia 0-14 anni, +0,1 gg. nella fascia 15-59 anni, -0,3 gg. nella fascia 60-74 anni e -0,1 gg. nella fascia *over* 75 anni (Tabella 7a.4.).

Il tasso di ospedalizzazione per età si riduce in tutte le fasce di età analizzate: -37,1% nella fascia 0-14 anni, -32,0% nella fascia over 75 anni, -31,4% nella fascia 60-74 anni e -25,7% nella fascia 15-59 anni.

Tabella 7a.4. Degenza media MDC "Malattie e disturbi dell'apparato digerente". Anno 2022

Totale	0-14	15-59	60-74	75+
Maschi+Femmine				
7,1	4,6	5,3	7,5	9,5
Maschi				
6,7	4,6	5,2	7,0	8,8
Femmine				
7,7	4,6	5,5	8,3	10,1

Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Anche per i ricoveri associati a patologie dell'apparato digerente, pur essendo più contenuto il numero medio di diagnosi secondarie indicate (2,4), questo aumenta con l'età fino a raddoppiare: si passa da 1,7 nella fascia 0-14 anni a 3,0 negli *over* 75 anni.

7a.5. Analisi dell'incidenza della spesa dell'attività di ricovero e dell'attività specialistica

Per l'analisi dell'incidenza della spesa dell'attività di ricovero e di quella specialistica, sono stati utilizzati i modelli CE "Modello di rilevazione del Conto economico", relativi agli anni 2011 e 2021 (ultimo anno disponibile) forniti dal Ministero della Salute e raccolti nella nuova banca dati NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario). Il modello riporta le voci del

conto economico delle Azienda unità sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli IRCCS, e delle Aziende ospedaliere universitarie.

La finalità dell'analisi è quella di verificare come e se è cambiato il "*mix* di tipologia assistenziale" fra attività di ricovero e attività specialistica nelle Aziende ospedaliere.

Nello specifico, sono stati presi in considerazione, per l'attività di ricovero, i ricavi rinvenienti dalla voce CE "A.4.A.1.1") Prestazioni di ricovero"; per l'attività specialistica quelli associati alle voci "A.4.A.1.2") Prestazioni di specialistica ambulatoriale" e "A.6.A") Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - "*Ticket* sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale" e "APA-PAC".

Nel 2021, i ricavi delle Aziende ospedaliere, associati all'attività di ricovero, ammontano a € 8.262.117.375 e quelli relativi all'attività specialistica, ammontano a € 2.860.406.453. Rapportando i ricavi dell'attività di ricovero su quelli dell'attività specialistica, si osserva un rapporto pari a 2,9. Nel 2011, tale rapporto era pari a 5,6.

La dinamica dei rapporti, registrata nel periodo considerato, è evidentemente indicativa di una modifica della tipologia di *setting* assistenziale: nell'attività dell'ospedale si è drasticamente ridotto in termini relativi il contributo dell'attività di ricovero, ed ha assunto maggiore peso quello della specialistica ambulatoriale.

Sebbene la specialistica ambulatoriale di II livello rimanga appropriatamente una attività ospedaliera, appare del tutto presumibile che una ampia parte della casistica trattata sia, però, di I livello, e quindi sia una attività che dovrebbe rientrare nei compiti del cosiddetto territorio: nei prossimi anni sarà interessante verificare se questa attività si ridurrà per effetto del potenziamento delle Case di Comunità, e anche quale sarà l'eventuale impatto sull'organizzazione dei presidi ospedalieri.

7a.6. Riflessioni finali

Il sistema ospedaliero italiano presenta caratteristiche peculiari: si conferma che siamo il Paese europeo che fa minor ricorso all'ospedalizzazione, dopo l'Olanda; di contro, registriamo una degenza media fra le più alte in Europa, dato coerente sia con l'osservazione di un minor tasso di ricovero, che suggerisce una maggiore selezione dei pazienti, nel senso di una attitudine a privilegiare l'accesso dei pazienti più severi, sia con la constatazione della demografia italiana caratterizzata da una popolazione più vecchia.

Nell'ultimo decennio (2022-2012), in Italia, si sono ridotti i ricoveri ordinari in acuzie del -20,9%; seguono quantitativamente quelli diurni in acuzie, con una riduzione del -37,5%; in riabilitazione i ricoveri ordinari si sono ridotti del -16,0% rispetto al 2012 e quelli diurni del -47,0%. Infine, i ricoveri in lungodegenza si sono ridotti del -36,5%.

Nel 2022, la degenza media ordinaria in acuzie è pari a 7,2 giornate, in aumento (+0,5 gg.) rispetto al 2012; quella in riabilitazione è pari a 26,4 giornate (+0,2 gg.) rispetto al 2012 e quella in lungodegenza a 24,8 giornate (-3,9 gg.); per quanto concerne gli accessi diurni medi, quelli in acuzie sono pari a 2,7, in riduzione di -0,1 gg. rispetto al 2012; in riabilitazione sono pari a 16,7 (+3,7 gg.). A livello regionale la degenza media ordinaria in acuzie standardizzata per età varia fra il valore massimo della Valle d'Aosta (8,4 gg.) e quello minimo della P.A. di Bolzano (6,4 gg.).

La degenza media, nel 2022, cresce con l'età per le fasce di popolazione adulta e anziana, ad eccezione delle fasce 45-59 anni e 60-74 anni, dove la degenza media si riduce (da 5,2 gg. a 4,8 gg.).

In termini di offerta, in Italia, circa un quarto (27,1%) dell'attività di ricovero (acuti ordinari) viene erogata da strutture private accreditate, con una importante variabilità a livello regionale: circa il 35% di tutti i ricoveri chirurgici viene effettuato in strutture private. Nell'ultimo quinquennio è cresciuto il ricorso alle strutture private accreditate per tale tipologia di ricoveri di 2,3 punti percentuali, e quasi esclusivamente per attività di tipo chirurgico; l'incidenza di tale casistica sul totale è aumentata di 2,4 punti percentuali.

Infine, si è voluto analizzare l'eventuale presenza di comorbidità nei pazienti che effettuano ricoveri in

acuzie in regime ordinario, attraverso l'individuazione di diagnosi secondarie registrate nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) per MDC (*Major Diagnostic Category*), con dettaglio per età e genere, nonché analizzarne la sua dinamica nell'ultimo decennio.

Nel 2022, il 72,4% dei ricoveri in acuzie in regime ordinario si concentra su otto categorie diagnostiche (MDC); in particolare, il 38,1% della casistica è associata a diagnosi di "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo", "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" e "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio".

Nell'ultimo decennio (2012-2022) si è ridotta la quota dei ricoveri per diagnosi relative a malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio e delle malattie dell'apparato digerente, rispettivamente di -0,7 e -0,9 punti percentuali; è invece aumentato quello delle malattie dell'apparato respiratorio e delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e tessuto connettivo, rispettivamente di +2,0 e +1,5 punti percentuali.

Sebbene con valori variabili, la degenza media e l'incidenza delle comorbilità aumentano con l'aumentare dell'età, comportando evidentemente un aggravio in termini di utilizzo di risorse, confermando la necessità di potenziare le attività di prevenzione primaria quali stili di vita corretti (alimentazione, attività fisica, contenuto consumo di alcol) etc., finalizzati a migliorare nel tempo le condizioni fisiche del paziente, riducendone le comorbilità.

Per l'analisi dell'incidenza della spesa dell'attività di ricovero e di quella specialistica, nel 2021, i ricavi delle Aziende ospedaliere, associati all'attività di ricovero, ammontano a € 8.262.117.375 e quelli relativi all'attività specialistica, ammontano a € 2.860.406.453. Rapportando i ricavi dell'attività di ricovero su quelli dell'attività specialistica, si osserva un rapporto pari a 2,9. Nel 2011, tale rapporto era pari a 5,6.

La dinamica dei rapporti, registrata nel periodo considerato, è evidentemente indicativa di una modifica della tipologia di *setting* assistenziale: nell'attività dell'ospedale si è drasticamente ridotto in termini relativi il contributo dell'attività di ricovero, ed ha assunto maggiore peso quello della specialistica ambulatoriale.

Sebbene la specialistica ambulatoriale di II livello rimanga appropriatamente una attività ospedaliera, appare del tutto presumibile che una ampia parte della casistica trattata sia, però, di I livello, e quindi sia una attività che dovrebbe rientrare nei compiti del cosiddetto territorio: nei prossimi anni sarà interessante verificare se questa attività si ridurrà per effetto del potenziamento delle Case di Comunità, e anche quale sarà l'eventuale impatto sull'organizzazione dei presidi ospedalieri.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari). "Rapporto Sanità"

Ministero della Salute (anni vari). "Schede di Dimissione Ospedaliera"

OECD (anni vari). https://stats.oecd.org/

ENGLISH SUMMARY

The evolution of hospital care

The chapter is devoted to the evolution of the hospitalization activity in Italy. It also draws a comparison with that in other European countries and analyses quantitative differences in the care provided in the different Regions.

This year we have also focused on the composition of hospitalizations by major diagnostic category (MDC), with special attention paid to the hospitalization rate, the average hospital stay and the average number of diagnoses.

The hospital activity is finally analysed in terms of ratio of inpatient to outpatient specialist care, in view of evaluating the change over time of the "service delivery mix" and, indirectly, the hospital's contribution to outpatient specialist activities, which can be decentralized (at least in part) to the territorial structures.

The Italian hospital system has specific characteristics. Italy is confirmed to be the European country that makes the least recourse to hospitalization (after the Netherlands). It conversely records an average hospital stay among the highest in Europe, which is consistent with both a lower hospitalization rate - which suggests that there is a greater selection of patients, in the sense of an attitude to give access priority to the most severe patients - and the Italian demography characterized by an older population.

In Italy, over the last decade (2022-2012), ordinary hospitalizations in acute care were reduced by 20.9%, quantitatively followed by day hospital admissions in acute care, with a reduction of 37.5 percent. In the rehabilitation segment, ordinary hospitalizations decreased by 16% compared to 2012 and day hospital admissions by 47%. Finally, long-term care admissions decreased by 36.5%.

Currently, 27.1 percent of inpatient activity (ordinary acute care) and 35.8 percent of surgical activity are provided by accredited private facilities, with significant regional differences. Over the last five years, the use of accredited private facilities has grown by 2.3 percent, concentrated on surgical activity.

The Lazio Region has the highest share of hospitalizations for the purpose of surgeries made in accredited private facilities (57.4 percent), while Basilicata has the lowest one (0 percent).

In 2022, the average ordinary hospital stay in acute care was 7.2 days, up by 0.5 days compared to 2012; in the rehabilitation segment it was 26.4 days (up by 0.2 days as against 2012) and in long-term care it was 24.8 days (down by 3.9 days). The average day hospital stays in acute care were 2.7, down by 0.1 days as against 2012; in the rehabilitation segment they were 16.7 (up by 3.7 days). At the Regional level, the average age-standardized ordinary hospitalization in acute care varied between the highest value in Valle d'Aosta (8.4 days) and the lowest one in the Autonomous Province of Bolzano (6.4 days).

In 2022, 72.4 percent of ordinary hospitalizations in acute care were concentrated on eight diagnostic categories (MDCs). In particular, 38.1 percent of cases was associated with diagnoses of "diseases and disorders of the musculoskeletal system and connective tissue," "diseases and disorders of the cardiovascular system," and "diseases and disorders of the respiratory system."

Over the last decade, the share of hospitalizations for diagnoses relating to diseases and disorders of the cardiovascular system and to diseases of the digestive system has decreased by 0.7 and -0.9 percent, respectively. On the contrary, the share of hospitalizations for diagnoses relating to diseases of the respiratory system and to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue has increased by 2 and 1.5 percent, respectively.

CAPITOLO 7b
Cardiopatia Ischemica Cronica: l'impatto economico e organizzativo sulle strutture ospedaliere

Pietrantonio F.[1], Carrieri C.[2], Francesco Rosiello F.[3], Spandonaro F.[4], Vinci A.[5]

7b.1. Introduzione

La cardiopatia ischemica cronica (CIC) è una delle più comuni patologie cardiovascolari, frequente causa di ricovero sopra i 65 anni, con significative differenze tra uomini e donne. Al tempo stesso è anche una importante comorbidità, che incide sulla durata del ricovero e sulla mortalità dei pazienti. Scopo del presente contributo è indagare l'impatto clinico ed economico della cardiopatia ischemica cronica sui ricoveri ospedalieri.

La CIC ha origine dalla compromissione della circolazione coronarica, in genere causata dalla formazione di placche aterosclerotiche nelle arterie coronarie. La progressiva ostruzione riduce il flusso sanguigno al miocardio, portando a un'ischemia cronica. Diversi fattori aumentano il rischio di sviluppare la CIC, tra cui l'ipertensione, il diabete mellito, la dislipidemia, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), il fumo e la predisposizione genetica. L'adozione di uno stile di vita sano, la gestione dei fattori di rischio e il monitoraggio regolare sono essenziali nella prevenzione della CIC.

Il trattamento della CIC mira a migliorare la perfusione miocardica, alleviare i sintomi e prevenire complicanze. Le opzioni terapeutiche includono la gestione dei fattori di rischio, la terapia farmacologica, procedure di rivascolarizzazione come l'angioplastica coronarica e interventi chirurgici come il *bypass* aorto-coronarico, nonché la riabilitazione cardiologica.

La prognosi della CIC dipende dalla gravità della malattia e dall'efficacia del trattamento. La gestione appropriata può migliorare la qualità della vita, ridurre il rischio di eventi cardiaci e prolungare la sopravvivenza. Tuttavia, la CIC richiede una sorveglianza a lungo termine e una gestione continua per prevenire il peggioramento della malattia.

Il costo vivo dell'ospedalizzazione per la cardiopatia ischemica cronica (CIC) può variare significativamente in base a diversi fattori, tra cui la regione geografica, la struttura ospedaliera, la gravità della condizione, la durata dell'ospedalizzazione e i trattamenti specifici somministrati al paziente.

La scelta di valutare l'impatto sulle ospedalizzazioni per malattie cardiovascolari è dovuta al fatto che esse rappresentano la maggiore causa di morbidità e mortalità a livello mondiale e sono patologie notoriamente prevenibili modificando lo stile di vita.

Il presente studio si focalizza sull'attività erogata in regime di ricovero ordinario nelle strutture per acuti: non si considera l'impatto sul sistema di emergenza-urgenza, ovvero sull'attività erogata in regime di Pronto Soccorso che non esita in un ricovero in reparto per acuti, né l'attività erogata in regime ambulatoriale, semiresidenziale o domiciliare.

Sono stati considerati solo tre Unità Operative: Medicina Interna, Cardiologia e Geriatria per valutare l'impatto delle comorbidità tipiche nei pazienti anziani che vengono preferenzialmente ricoverati in

[1] U.O.C. Medicina Interna Ospedale dei Castelli, ASL Roma 6, Roma
[2] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[3] Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma
[4] Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità
[5] U.O.C. Direzione Sanitaria Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita, ASL Roma 1

Medicina Interna e Geriatria e per meglio comprendere come si diversifica l'utenza nei tre reparti e se le differenze risultano significative tra maschi e femmine.

7b.2. Metodologia

Studio ecologico su banca dati amministrativa.

I dati riportati sono relativi alle strutture pubbliche e private, raccolti attraverso l'analisi del flusso informativo relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO). Tale flusso informativo è stato istituito con il decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Ad oggi, tale flusso prevede l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM, oltre che della codifica secondo i gruppi diagnostici (*Diagnosis Related Group*, DRG).

Le informazioni raccolte comprendono caratteristiche anagrafiche del paziente (fra cui età, sesso, residenza, livello di istruzione), caratteristiche del ricovero (istituto e disciplina di dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione, data di prenotazione, classe di priorità del ricovero) e caratteristiche cliniche (diagnosi principale, diagnosi concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche).

I dati sono stati estratti distinguendo fra diagnosi principale (la causa prima del ricovero) e diagnosi secondaria (presenza della patologia, che di per sé non è causa di ricovero, ma costituisce potenziale fonte di complessità clinica e/o organizzativa).

Dal flusso SDO sono stati estratti i dati relativi alle diagnosi di interesse cardiovascolare prodotti nei reparti di Medicina Interna, Cardiologia e Geriatria. Sono stati esclusi i dati relativi ad altri reparti, in quanto il focus dello studio è la valutazione del paziente complesso secondo la definizione adottata dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), ovvero una persona affetta da due o più malattie croniche, in cui ciascuna delle condizioni morbose presenti è in grado d'influenzare l'esito delle cure delle altre coesistenti, attraverso varie modalità: limitazione della speranza di vita, aumentata morbilità intercorrente, interazioni tra terapie farmacologiche, impossibilità del pieno impiego di cure adeguate per controindicazione.

La tipologia dei pazienti ricoverati in Medicina Interna, costituita da persone anziane, affette da multiple malattie croniche coesistenti nello stesso individuo, spesso riacutizzate e con fasi critiche d'instabilità clinica e con deficit funzionali di organo, fa sì che i casi della *real life* siano completamente esclusi dalle Linee Guida disegnate per le singole patologie, perché fuori dalle evidenze dei grandi *trial*.

7b.3. Dati sulle ospedalizzazioni

Nel 2019, i reparti di Medicina Interna, Cardiologia e Geriatria hanno generato 1.593.446 ricoveri di degenza ordinaria. Di questi, il 18,8% presentava diagnosi di CIC. (Figura 7b.1.)

Numero di ricoveri: La CIC rappresenta il 15% dei ricoveri nei reparti di Medicina Interna, il 19,4% in Geriatria, e il 25% in Cardiologia. Il maggior numero dei pazienti è in Medicina Interna (157.000), contro i 118.000 della Cardiologia e i 25.000 della Geriatria.

In Cardiologia le diagnosi di inclusione sono registrate come principale in quasi il 50% dei casi; in Medicina Interna e Geriatria nel 30%.

La frazione maggiore di ricoveri con tale patologia è stata osservata nei reparti di Cardiologia, ed a seguire in Geriatria; tuttavia, il volume maggiore si è avuto all'interno dei reparti di Medicina Interna (Tabella 7b.1.).

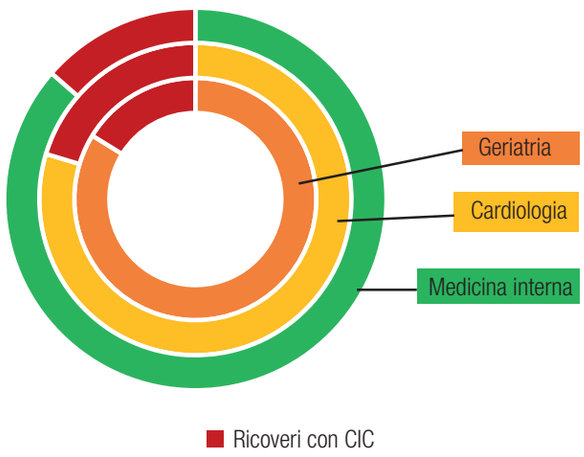
Degenza media: La degenza media per CIC è di poco superiore a quella media dei reparti: 10,5 giorni *versus* 10,0 in Medicina Interna, e 6,8 vs 5,9 in Cardiologia. La degenza media è stata superiore nei reparti di Geriatria e Medicina Interna.

È sistematicamente maggiore nei casi di ricovero con diagnosi di inclusione non come diagnosi principale (Tabella 7b.2.).

Età media: I pazienti con CIC sono più anziani rispetto alla media degli altri pazienti ricoverati. In

Medicina Interna i pazienti con CIC hanno in media 81 anni di età, a fronte di una media di reparto pari a 75; in Cardiologia 72 anni a fronte di una media di 69; in Geriatria 85 anni a fronte di una media di 84. (Tabella 7b.3.).

Figura 7b.1. Ricoveri per Cardiopatia Ischemica Cronica



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

Tabella 7b.1. Cardiopatia ischemica cronica. Numero ricoveri acuzie ordinari

Gruppo	Totale	Incidenza su ricoveri totali (%)
Reparti di medicina interna		
Totale	157.417	15,7
In diagnosi principale	45.680	4,6
No in diagnosi principale	111.737	11,1
Totale rep.to	1.003.315	
Reparti di cardiologia		
Totale	118.296	25,5
In diagnosi principale	56.443	12,2
No in diagnosi principale	61.853	13,3
Totale rep.to	463.504	
Reparti di geriatria		
Totale	24.523	19,4
In diagnosi principale	7.271	5,7
No in diagnosi principale	17.252	13,6
Totale rep.to	126.627	

Fonte: elaborazione su dati SDO 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 7b.2. Degenza

Gruppo	Giornate di degenza	Degenza media
Reparti di medicina interna		
Totale	1.647.065	10,5
In diagnosi principale	449.205	9,8
No in diagnosi principale	1.197.860	10,7
Totale rep.to	10.003.832	10,0
Reparti di cardiologia		
Totale	806.981	6,8
In diagnosi principale	334.730	5,9
No in diagnosi principale	472.251	7,6
Totale rep.to	2.718.764	5,9
Reparti di geriatria		
Totale	279.525	11,4
In diagnosi principale	78.469	10,8
No in diagnosi principale	201.056	11,7
Totale rep.to	1.404.724	11,1

Fonte: elaborazione su dati SDO 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 7b.3. Età media

Gruppo	Età media al ricovero
Reparti di medicina interna	
Totale	80,9
In diagnosi principale	81,8
No in diagnosi principale	80,5
Totale rep.to	74,7
Reparti di cardiologia	
Totale	71,7
In diagnosi principale	70,8
No in diagnosi principale	72,5
Totale rep.to	69,0
Reparti di geriatria	
Totale	85,3
In diagnosi principale	85,7
No in diagnosi principale	85,0
Totale rep.to	84,4

Fonte: elaborazione su dati SDO 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Comorbidità: I reparti di Medicina Interna e Geriatria presentano un andamento molto simile in cui la comorbidità più frequentemente riscontrata è rappresentata da "Insufficienza respiratoria acuta" (12,8% dei casi), seguita da "Fibrillazione atriale" (10,3%), "Polmoniti e Broncopolmoniti" (6,6%), "Insufficienza respiratoria acuta cronica" (4,7%), "BPCO riacutizzata" (3,4%), e "Insufficienza Renale Cronica" (2,9%).

Viceversa, i ricoveri in Cardiologia presentano un differente pattern di associazione: le comorbilità più frequentemente osservate sono "Fibrillazione atriale" (10,9%), "Insufficienza del cuore sinistro" (6,2%), "Aterosclerosi coronarica" (6,1%), "Ipertensione essenziale benigna" (6,0%), "Diabete" (5,3%).

7b.4. Impatto economico Costi diretti sanitari

La CIC genera un valore del ricovero medio allineato a quello medio dei reparti in Medicina Interna (€ 3.527 vs 3.505) e Geriatria (€ 3.640 vs 3.650); in Cardiologia il valore medio è superiore in livello e anche rispetto alla media di reparto (€ 5.760 vs 5.280) (Tabella 7b.4.).

Sul totale della produzione annuale generata dalla Medicina Interna, pari a € 3.516.982.171, la quota dovuta a ricoveri per CIC è pari al 15% (€ 555.264.058). Di questi, la gran parte è stata spesa per pazienti con CIC in diagnosi secondaria (€ 411.301.495). Anche in Geriatria risulta che, a fronte di una produzione totale pari a € 462.241.085, la quota relativa a pazienti con diagnosi principale di CIC risulta molto minore (5%) rispetto alla quota relativa ai pazienti con CIC in diagnosi secondaria (14,3%). In totale, la spesa per CIC è stata pari a € 89.282.223.

In Cardiologia invece, a fronte di una produzione totale pari a € 2.447.596.863, i pazienti con CIC in diagnosi principale e secondaria risultano invece più omogeneamente distribuiti (12,3% vs 15,5%), e la spesa cumulativa per CIC è stata di € 681.416.923.

Tabella 7b.4. Valore dei ricoveri

Gruppo	Valore (€)	Incidenza (%)	Valore medio ricovero (€)
Reparti di medicina interna			
Totale	555.264.058,0	15,8	3.527,3
In diagnosi principale	143.962.563,0	4,1	3.151,5
No in diagnosi principale	411.301.495,0	11,7	3.681,0
Totale rep.to	3.516.982.171,0		3.505,4
Reparti di cardiologia			
Totale	681.416.923,0	27,8	5.760,3
In diagnosi principale	301.869.561,0	12,3	5.348,2
No in diagnosi principale	379.547.362,0	15,5	6.136,3
Totale rep.to	2.447.596.863,0		5.280,6
Reparti di geriatria			
Totale	89.282.223,0	19,3	3.640,8
In diagnosi principale	23.340.960,0	5,0	3.210,1
No in diagnosi principale	65.941.263,0	14,3	3.822,2
Totale rep.to	462.241.085,0		3.650,4

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

Differenze di genere

La mortalità per cardiopatia ischemica (dati del AHA *Scientific Statement* 2016) dal 1979 al 2011 è stata maggiore nelle donne che negli uomini, confermando il dato che in Europa la prevalenza di malattie cardiovascolari è maggiore nelle donne (51%) rispetto agli uomini (42%). Tale evidenza è confermata anche in Italia con percentuali lievemente inferiori.

L'Infarto Miocardico Acuto (IMA) nella donna è la principale causa di morte (in tutto il mondo), peggiora la qualità di vita, determina un elevato grado di morbidità per scompenso cardiaco.

L'approccio clinico e strumentale è condizionato da studi su IMA e CIC su modello maschile che viene applicato indiscriminatamente anche al sesso femminile e non tiene conto delle differenze sesso/genere specifiche che condizionano in maniera importante fisiopatologia e presentazione clinica della patologia.

Nel nostro campione abbiamo evidenziato come nei Reparti di Cardiologia le donne *over* 65 con diagnosi CIC sono circa la metà degli uomini *over* 65 (27.893 vs 58.094), situazione che si non si rileva in Medicina e in Geriatria. In Medicina, le donne *over* 65 sono 70.256 e gli uomini 75.120; in Geriatria 12.893 donne e 11.420 uomini. Per quanto riguarda invece la popolazione *under* 65, le donne sono sempre meno degli uomini, la metà nei reparti di Medicina e Geriatria, e circa un quinto rispetto agli uomini in Cardiologia (Tabella 7b.5.)

Sembra quindi che le donne siano sottoposte in maniera minore a procedure di rivascolarizzazione che in genere determinano il ricovero in Cardiologia nonostante che la presenza di comorbidità nei due sessi sia simile. La causa potrebbe essere ricondotta a evidenze scientifiche e conseguentemente Linee Guida e Raccomandazioni, meglio codificate negli studi che hanno come campione prevalentemente soggetti di sesso maschile.

Indipendentemente da età e sesso lo Scompenso Cardiaco appare trattato prevalentemente e con frequenza doppia nei reparti di Medicina e Geriatria rispetto ai Reparti di Cardiologia.

In Cardiologia la durata della degenza delle donne degli *over* 65 è di un giorno maggiore e +1,5 nella categoria *under* 65 rispetto agli uomini con un costo di circa € 500 in più che non troviamo nei Reparti di Geriatria e di Medicina Interna in cui la degenza media degli *over* 65 non mostra significative differenze di genere.

7b.5. Impatto organizzativo sulle strutture sanitarie

Il progressivo invecchiamento della popolazione in Italia porta a prevedere un aumento dei volumi di attività correlati alle malattie cardiovascolari, sia in acuto sia in cronico. Tuttavia, negli ultimi anni, sono state adottate nel nostro Paese politiche sanitarie orientate al contrasto dei comportamenti individuali favorenti l'insorgenza della cardiopatia ischemica, quali il fumo di tabacco, la sedentarietà, il consumo di alcol, l'alimentazione sbilanciata. Tali elementi sono ancora presenti nel nostro Paese, con importanti divari Nord-Sud ed attuale impatto sulla popolazione giovanile. Inoltre, da parte degli operatori sanitari, si è assistito ad un progressivo miglioramento della qualità nella codifica delle diagnosi, con una maggiore accuratezza nell'attribuzione dei codici ICD-9-CM ed in una più attenta distinzione tra diagnosi clinica e causa di decesso.

Ad oggi, rispetto al periodo pre-pandemico, si è assistito ad una progressiva riduzione degli accessi con causa Infarto Miocardico Acuto, proseguendo una tendenza già avviata nel precedente decennio. Allo stesso modo si è assistito ad una diminuzione del numero di interventi di bypass aorto-coronarico, mentre la mortalità è rimasta invariata.

Viceversa, a riprova dello *shifting* verso una popolazione con maggior prevalenza di problematiche croniche, si sta assistendo ad una tendenza positiva di interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvola, ad esclusione del periodo pandemico (2020-2021), verosimilmente a causa della differente prioritizzazione delle risorse a disposizione delle singole strutture.

Tabella 7b.5. Differenze di genere

Reparti cardiologia - Diagnosi principale							
	Totale	Maschi			Femmine		
		Tot.	<=65	>65	Tot.	<=65	>65
Numero ricoveri	56.443	39.318	13.326	25.992	17.125	3.617	13.508
Valorizzazione ricoveri	301.869.561	221.300.664	76.700.473	144.600.191	80.568.897	18.337.969	62.230.928
Tariffa media	5.348,2	5.628,5	5.755,7	5.563,3	4.704,8	5.069,9	4.607,0
Giornate di degenza	334.730	218.182	63.269	154.913	116.548	19.279	97.269
Degenza media	5,9	5,5	4,7	6,0	6,8	5,3	7,2
Numero medio diagnosi	3,0	2,9	2,6	3,0	3,1	2,6	3,3
Reparti cardiologia - Diagnosi secondarie							
Numero ricoveri	61.853	44.501	12.399	32.102	17.352	2.967	14.385
Valorizzazione ricoveri	379.547.362	279.212.720	79.037.497	200.175.223	100.334.642	17.535.073	82.799.569
Tariffa media	6.136,3	6.274,3	6.374,5	6.235,6	5.782,3	5.910,0	5.756,0
Giornate di degenza	472.251	328.313	84.678	243.635	143.938	21.882	122.056
Degenza media	7,6	7,4	6,8	7,6	8,3	7,4	8,5
Numero medio diagnosi	4,1	4,1	3,8	4,2	4,2	3,8	4,3
Reparti geriatria - Diagnosi principale							
	Totale	Maschi			Femmine		
		Tot.	<=65	>65	Tot.	<=65	>65
Numero ricoveri	7.271	3.054	38	3.016	4.217	17	4.200
Valorizzazione ricoveri	23.340.960	9.930.304	140.933	9.789.371	13.410.656	71.125	13.339.531
Tariffa media	3.210,1	3.251,6	3.708,8	3.245,8	3.180,1	4.183,8	3.176,1
Giornate di degenza	78.469	32.749	327	32.422	45.720	174	45.546
Degenza media	10,8	10,7	8,6	10,8	10,8	10,2	10,8
Numero medio diagnosi	3,9	3,9	4,8	3,9	3,9	4,2	3,9
Reparti geriatria - Diagnosi secondarie							
Numero ricoveri	17.252	8.517	113	8.404	8.735	42	8.693
Valorizzazione ricoveri	65.941.263	32.606.182	477.108	32.129.074	33.335.081	148.856	33.186.225
Tariffa media	3.822,2	3.828,4	4.222,2	3.823,1	3.816,3	3.544,2	3.817,6
Giornate di degenza	201.056	97.570	1.095	96.475	103.486	356	103.130
Degenza media	11,7	11,5	9,7	11,5	11,8	8,5	11,9
Numero medio diagnosi	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,6	4,8
Reparti di medicina interna - Diagnosi principali							
	Totale	Maschi			Femmine		
		Tot.	<=65	>65	Tot.	<=65	>65
Numero ricoveri	45.609	21.490	2.025	19.465	24.119	905	23.214
Valorizzazione ricoveri	143.744.870	68.081.073	6.547.729	61.533.344	75.663.797	2.872.865	72.790.932
Tariffa media	3.151,7	3.168,0	3.233,4	3.161,2	3.137,1	3.174,4	3.135,6
Giornate di degenza	448.471	205.835	16.842	188.993	242.636	8.865	233.771
Degenza media	9,8	9,6	8,3	9,7	10,1	9,8	10,1
Numero medio diagnosi	3,8	3,8	3,6	3,8	3,8	3,8	3,8
Reparti di medicina interna - Diagnosi secondarie							
Numero ricoveri	111.690	62.382	6.727	55.655	49.308	2.266	47.042
Valorizzazione ricoveri	411.131.752	229.293.826	24.476.707	204.817.119	181.837.926	8.420.155	173.417.771
Tariffa media	3.681,0	3.675,6	3.638,6	3.680,1	3.687,8	3.715,9	3.686,4
Giornate di degenza	1.197.309	651.929	65.673	586.256	545.380	24.647	520.733
Degenza media	10,7	10,5	9,8	10,5	11,1	10,9	11,1
Numero medio diagnosi	4,6	4,6	4,4	4,7	4,6	4,6	4,6

Fonte: elaborazione su dati SDO 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'attuale forte prevalenza della patologia ischemica cronica nella popolazione italiana, dovuta, oltre che all'aumento assoluto dell'incidenza secondaria all'invecchiamento, anche ad un miglioramento delle capacità diagnostico-terapeutiche che permettono il superamento delle fasi di acuzie, comporta un impatto non indifferente sulle strutture sanitarie. Attualmente, oltre al volume di attività connesso al ricovero in reparti medici, è da non trascurare l'impatto sulle attività chirurgiche, con potenziale necessità di *upgrade* del *setting* di erogazione nei pazienti con cardiopatia ischemica cronica, oltre che potenziale insorgenza di difficoltà alla dimissione, a causa della necessità di ricovero in strutture di cure intermedie attrezzate per la gestione di pazienti complessi con necessità di una presa in carico integrata.

7b.6. Riflessioni finali

L'*identikit* del paziente con CIC che si ricovera in Medicina Interna è quello di un paziente con comorbidità, anziano (età media 80 anni) e con degenza media aumentata (10,5 gg) rispetto alla media dei Reparti di Medicina Interna, Geriatria e Cardiologia.

La Cardiopatia Ischemica Cronica rappresenta una patologia che si ricovera in maniera numericamente maggiore nei Reparti di Medicina Interna a confronto con i Reparti di Cardiologia e di Geriatria. La CIC genera un valore del ricovero medio allineato a quello medio dei reparti in Medicina Interna e Geriatria; in Cardiologia il valore medio è superiore in livello e anche rispetto alla media di reparto.

La CIC ha un impatto significativo sui reparti di Medicina Interna, Cardiologia e Geriatria, incidendo fra il 15 e il 25% in termini sia di numero di ricovero, sia di valore economico dell'attività. Il valore dei ricoveri ammonta a € 1,3 mld., di cui oltre il 40% (€ 555 mln.) nei reparti di Medicina Interna.

Nei Reparti di Cardiologia le donne *over* 65 con diagnosi CIC sono circa la metà degli uomini *over* 65, situazione che si non si rileva in Medicina e in Geriatria. Tale dato potrebbe suggerire che le Linee Guida esistenti risentano di studi effettuati prevalentemente su campioni maschili che determinano minori raccomandazioni in favore di procedure interventistiche sul sesso femminile.

I pazienti della Medicina Interna sono molto più anziani di quelli della Cardiologia, con una età media di oltre 80 anni, più vicina a quella della Geriatria (85 anni), cha ai i 72 anni della Cardiologia. Si tratta anche di pazienti tipicamente cronici e con molte comorbidità (insufficienza respiratoria e renale oltre che fibrillazione atriale) come quelli della Geriatria, mentre in Cardiologia prevalgono la Fibrillazione Atriale e gli esiti di eventi cardiovascolari acuti.

Riferimenti bibliografici

Boccardi V, Mecocci P. (2023). "Intermediate Care in Italy: Addressing the Challenges and Opportunities for Person-Tailored Care. Geriatrics (Basel) 30;8(3):59. doi: 10.3390/geriatrics8030059. PMID: 37367091; PMCID: PMC10297907

Age.na.s. (2020). "Piano Nazionale Esiti" https://www.istat.it/it/salute-e-sanita?dati

Iriwardhana C, Carrazana E, Liow K, Chen JJ. Racial (2023). "Ethnic Disparities in the Alzheimer's Disease Link with Cardio and Cerebrovascular Diseases, Based on Hawaii Medicare Data". J Alzheimers Dis Rep. 28;7(1):1103-1120. doi: 10.3233/ADR- 230003

Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, Lindley KJ, Vaccarino V, Wang TY, Watson KE, Wenger NK (2016). "American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation". 1;133(9):916-47

Melchiorre MG, Socci M, Quattrini S, Lamura G, D'Amen B. (2022). "Frail Older People Ageing in Place in Italy: Use of Health Services and Relationship with General Practitioner. Int J Environ Res Public Health". 25;19(15):9063. doi: 10.3390/

ijerph19159063
Nardi R, Fabbri T, Belmonte G, Leandri P, Mazzetti M, Pasquale A, Reta M, Rizzi C, Scanelli G, Iori I, Gussoni G, Pedace C, Mathieu G, Mazzone A (2009). "Medicina interna, paziente complesso, evidence based medicine e le non evidenze, Italian Journal of Medicine" vol. 3, 4. 4420doi:10.1016/j.
Wang R, Zhou C, Parry M. (2023). "Health locus of control and self-management behaviours among individuals with ischaemic heart disease: protocol for a scoping review". BMJ Open. 17;13(10):e075277

ENGLISH SUMMARY

Chronic Ischemic Heart Disease: the economic and organizational impact on hospital structures

Chronic ischemic cardiovascular disease (CICD) is one of the most common cardiovascular diseases, a frequent cause of hospitalization for people aged over 65, with significant differences between men and women. At the same time, it is also an important comorbidity, affecting the length of hospitalization and patients' mortality rate. The purpose of this contribution is to investigate the clinical and economic impact of chronic ischemic cardiovascular disease on hospital admissions.

Only Internal Medicine, Cardiology, and Geriatrics Departments have been considered to assess the impact of typical comorbidities in elderly patients and to better understand how users diversify across the three specialties and whether the differences are significant between males and females.

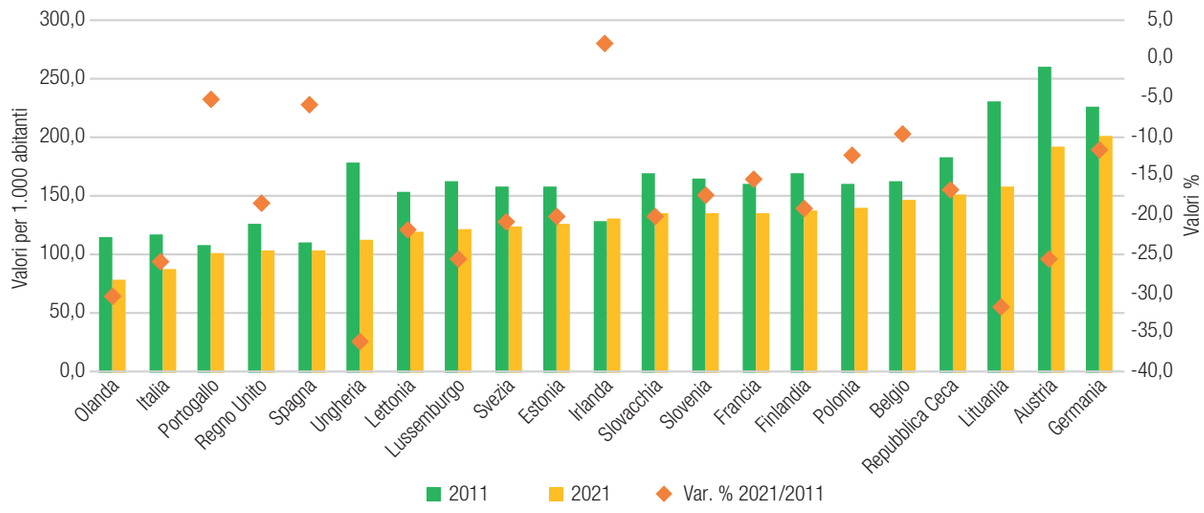
The profile of the patient with CICD who is hospitalized in the Internal Medicine Department is that of a patient with comorbidities, elderly (average age equal to 80 years) and with an increased average length of stay (10.5 days) compared to the average one in Internal Medicine, Geriatrics and Cardiology Departments. They are also typically chronic patients with many comorbidities (respiratory and renal failure, as well as atrial fibrillation) such as those in Geriatrics Departments (average age equal to 85 years), while in the Cardiology Departments (average age equal to 72 years) atrial fibrillation and outcomes of acute cardiovascular events predominate.

CICD is a condition that leads to more hospitalizations in Internal Medicine Departments than in Cardiology and Geriatrics Departments and generates an average hospitalization value in line with the average one in Internal Medicine and Geriatrics Departments. In Cardiology the average value level is higher also than the Department average.

The CICD accounts for 15-25% in terms of both the number of hospitalizations and the economic value of the activity. The value of hospitalizations amounts to € 1.3 billion, of which over 40 percent (€ 555 million) in Internal Medicine Departments.

In the Cardiology Departments, women over 65 diagnosed with CICD are approximately half of men over 65, a situation that is not found in Internal Medicine and Geriatrics Departments. This data could suggest that the existing Guidelines are affected by studies carried out mainly on males which lead to fewer recommendations for interventional procedures on females.

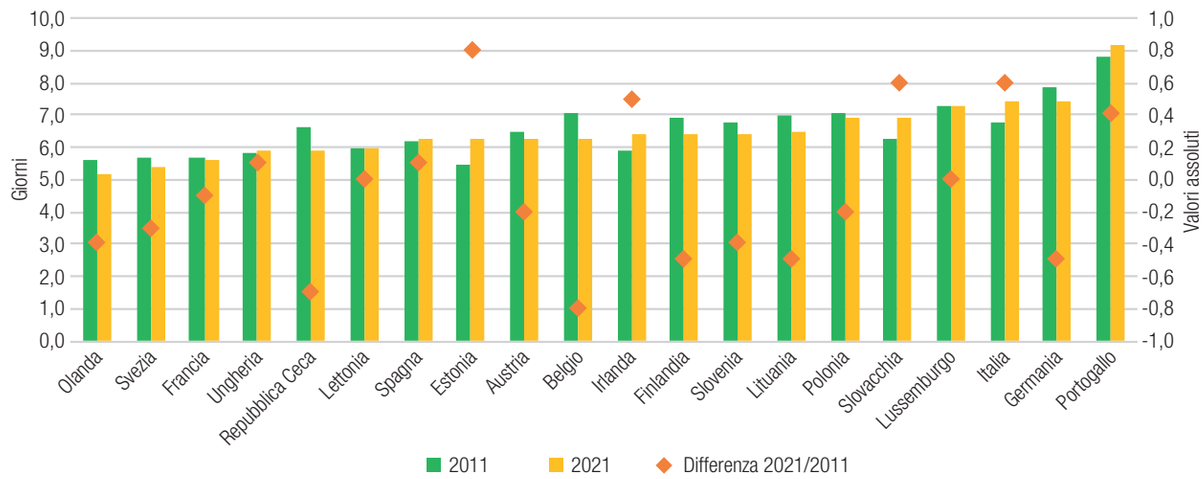
KI 7.1. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie in Europa



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, l'Italia è il Paese europeo, dopo l'Olanda, a registrare il minor ricorso all'ospedalizzazione per acuzie con 88,1 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti, a fronte di una media nei Paesi europei di cui si hanno i dati, di 132,3; seguono Portogallo, Regno Unito e Spagna, rispettivamente con 102,7, 103,8, 103,9. Nell'ultimo decennio, tutti i Paesi europei analizzati hanno registrato un decremento del tasso di ospedalizzazione in acuzie, ad eccezione dell'Irlanda (+0,2% medio annuo). L'Italia ha registrato una riduzione di -40,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti cinque volte maggiore rispetto a Spagna (-6,3) e Portogallo (-5,6).

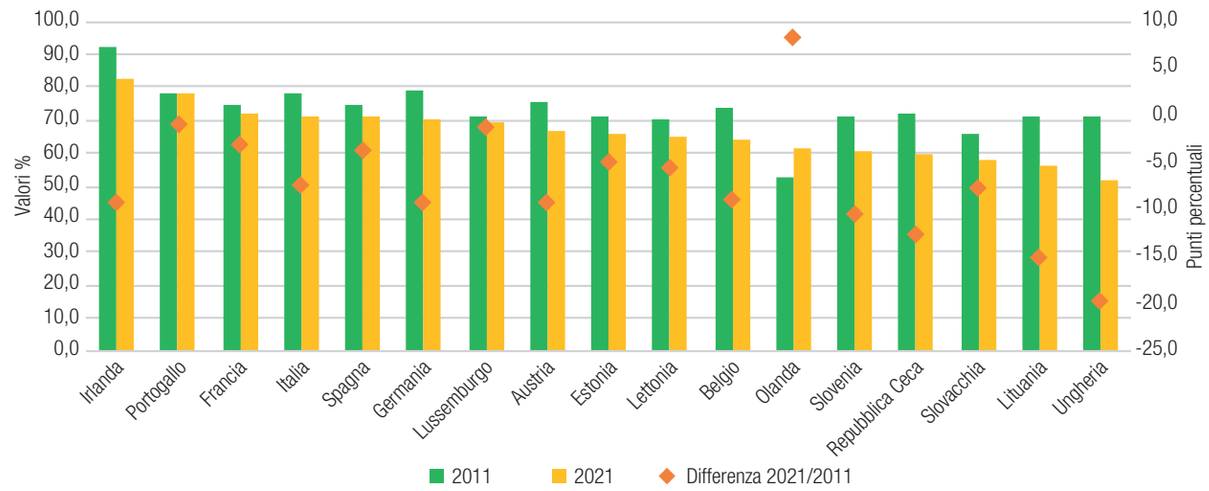
KI 7.2. Degenza media ordinaria in acuzie in Europa. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la degenza media ordinaria in acuzie italiana è pari a 7,4 gg., a fronte di una media nei Paesi eropei di cui si hanno i dati, di 6,6 gg.: la degenza media italiana risulta inferiore al solo Portogallo (9,2 gg.) fra i Paesi europei e uguale a quella della Germania (7,4 gg.); il Paese con la degenza media inferiore è l'Olanda (5,2 gg.). Nell'ultimo decennio la degenza media italiana è aumentata di 0,6 gg.; la maggiore riduzione della degenza media ordinaria in acuzie si registra in Repubblica Ceca, Finlandia (-0,7 gg.), e il maggior aumento in Estonia (+0,8 gg.).

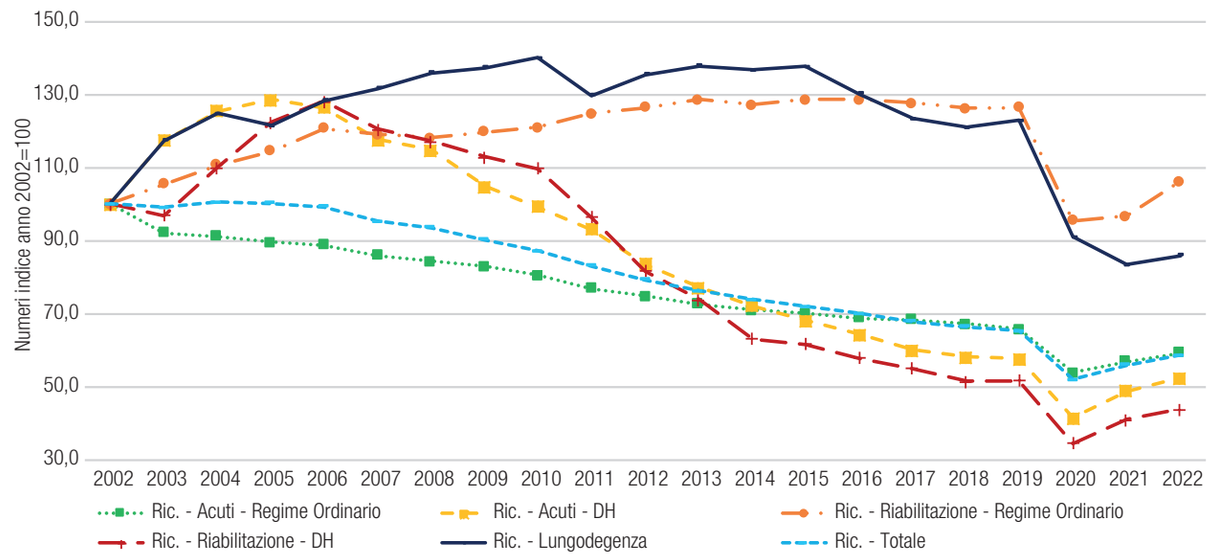
KI 7.3. Tasso di occupazione dei posti letto in acuzie in Europa



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia il tasso di occupazione dei posti letto in acuzie si attesta al 71,3% a fronte di una media nei Paesi eropei di cui si hanno i dati, del 69,1%. Irlanda (82,8%), Portogallo (77,8%) e Francia (71,9%) registrano i tassi di occupazione maggiori; l'Ungheria quello minore (51,5%). Nell'ultimo decennio si registra una riduzione generalizzata del tasso di occupazione dei posti letto in acuzie, ad eccezione dell'Olanda, che registra un aumento di +8,4 p.p.. In Italia la riduzione è pari a -7,2 p.p.; la riduzione maggiore si registra in Ungheria (-19,6 p.p.); quella minore in Francia (-0,8 p.p.)

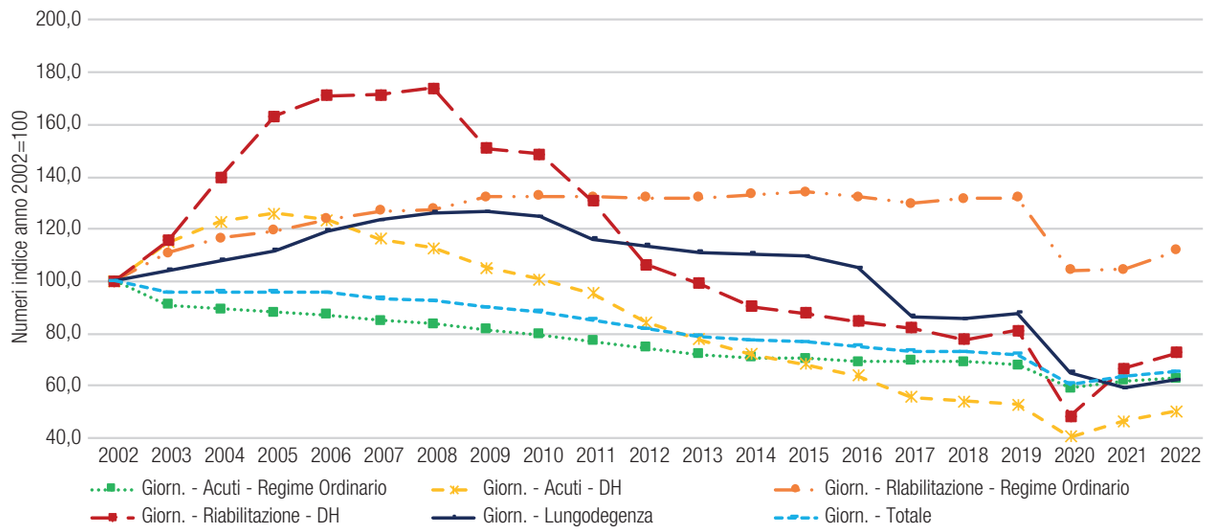
KI 7.4. *Trend* dei ricoveri ospedalieri in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, sono quasi 7,4 milioni i ricoveri ospedalieri, con una contrazione pari al -41,5% nell'ultimo ventennio (riduzione media annua del -3,1%). La riduzione ha coinvolto tutti i regimi, ad eccezione dei ricoveri in riabilitazione in regime ordinario, dove si registra un'aumento del +0,2% medio annuo; i ricoveri ordinari in acuzie sono diminuiti del -2,9% medio annuo ,gli accessi diurni in acuzie del -4,2% medio annuo, gli accessi in riabilitazione del -4,4% medio annuo e i ricoveri in lungodegenza del -1,4% medio annuo.

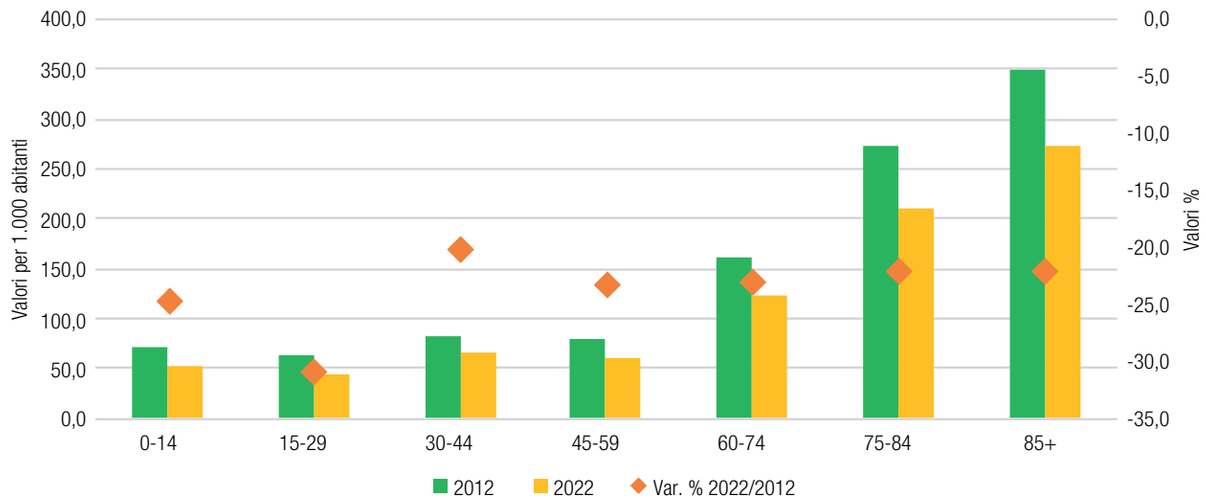
KI 7.5. *Trend* delle giornate di degenza in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, le giornate di degenza ospedaliere risultano 52,5 mil., in riduzione del -33,1% nell'ultimo ventennio (-2,3% medio annuo). Analizzando le giornate di degenza per regime, si registra una riduzione delle giornate in acuzie in regime ordinario (-2,4% medio annuo), degli accessi in acuzie (-4,4% medio annuo), degli accessi in riabilitazione (-2,3% medio annuo) e delle giornate in lungodegenza (-2,9% medio annuo). Fanno eccezione le giornate di degenza in riabilitazione in regime ordinario, che registrano un aumento pari al +0,3% medio annuo.

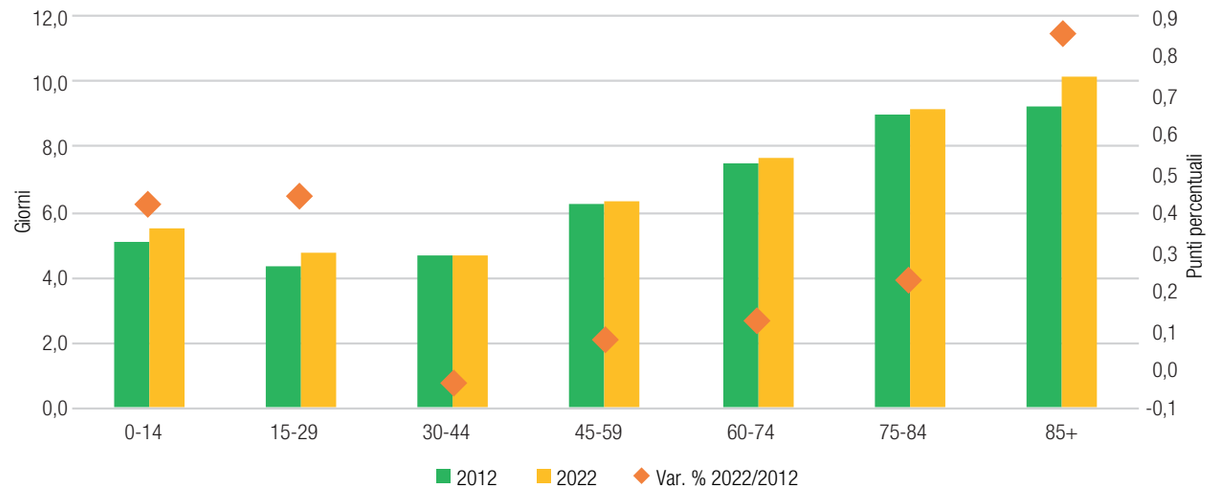
KI 7.6. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie è pari a 90,9 ricoveri per 1.000 abitanti, in riduzione nell'ultimo decennio del -19,4%. Il tasso registra il valore minimo nella fascia di popolazione 15-29 anni (44,2 per 1.000 abitanti) e quello massimo negli *over* 85 anni (272,6 ogni 1.000 abitanti). Nell'ultimo decennio, il tasso di ospedalizzazione ha registrato una riduzione in tutte le fasce di età, ed in particolare in quelle più giovani: -31,0% nella fascia 15-29 anni e -24,8% nella fascia 0-14 anni. Nelle fasce più anziane si registra una riduzione del -23,2% nella fascia 60-74 anni, -22,2% nella fascia 75-84 anni e -22,1% nella fascia *over* 85 anni.

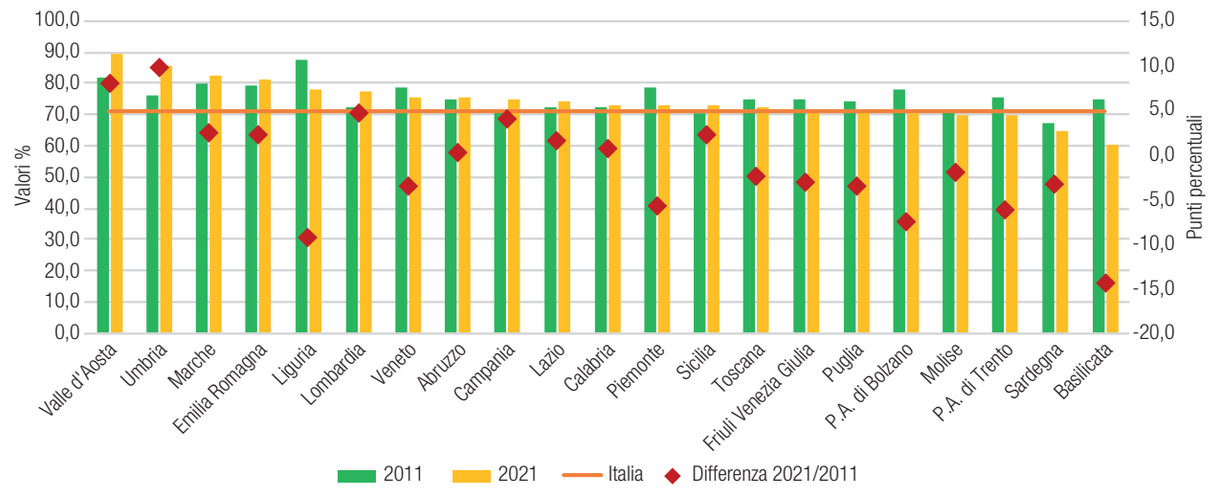
KI 7.7. Degenza media ordinaria in acuzie, per età



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia la degenza media ordinaria in acuzie è risultata pari a 7,2 giornate, in aumento nell'ultimo decennio di +0,5 gg.. La degenza media passa da 5,5 giornate nella fascia 0-14 anni a 10,1 in quella *over* 85 anni. Nel decennio considerato la degenza media è aumentata in tutte le fasce di età, ma in particolare (+0,9 gg.) nella fascia *over* 85 anni, seguita da quella degli *under* 30 (+0,4 gg.).

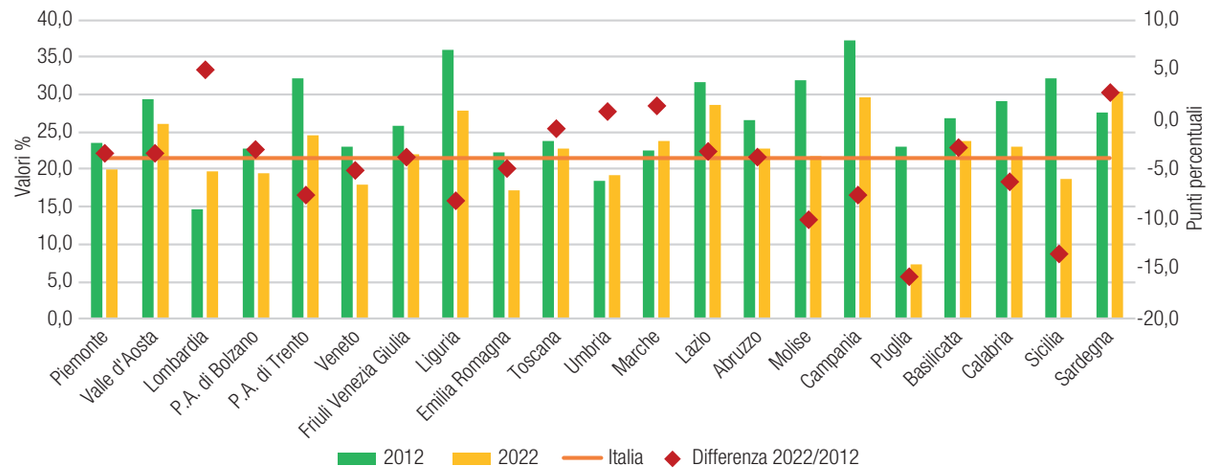
KI 7.8. Tasso di occupazione posti letto ordinari in acuzie



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, il tasso di occupazione dei letti ordinari in acuzie si attesta al 71,3%, con una riduzione di -3,3 p.p. nell'ultimo decennio. La Valle d'Aosta registra il tasso medio di occupazione dei letti più alto (89,8%) ed in aumento nell'ultimo decennio di +8,0 p.p.; la Basilicata registra il tasso più basso (60,3%), in riduzione di -14,4 p.p..

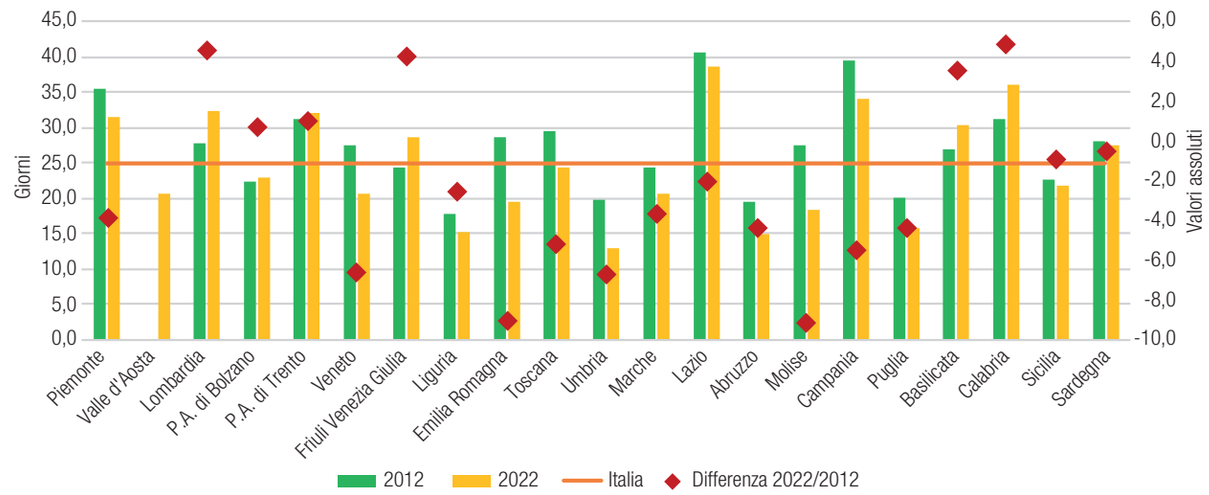
KI 7.9. Incidenza ricoveri diurni in acuzie



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, i ricoveri in acuzie in regime ordinario pesano per il 21,6% sui ricoveri totali, con una riduzione di -4,2 p.p. nell'ultimo decennio. A livello regionale, i ricoveri diurni in acuzie variano dal 30,3% della Sardegna al 7,2% della Puglia. In tutte le Regioni si registra una riduzione dei ricoveri diurni in acuzie nel periodo considerato, con la riduzione maggiore che si registra in Puglia (-15,7 p.p.) e quella minore in Toscana (-1,0 p.p.). Fanno eccezione Lombardia, Sardegna, Marche e Umbria, dove si registra un aumento della quota di ricoveri diurni in acuzie nell'ultimo decennio: rispettivamente +5,0 p.p., +2,6 p.p., +1,3 p.p. e +0,8 p.p..

KI 7.10. Degenza media standardizzata in lungodegenza



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, la degenza media in lungodegenza è pari a 24,8 gg., in riduzione di -5,0 gg. nell'ultimo decennio. A livello regionale, la degenza media in lungodegenza è massima nel Lazio (38,5 gg.) e minima in Umbria (12,9 gg.). Nel periodo considerato, l'aumento massimo si registra in Calabria (+4,8 gg.) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (+0,6 gg.); di contro, la riduzione massima si registra in Molise (-9,2 gg.) e quella minima in Sardegna (-0,6 gg.).

Capitolo 8

Assistenza residenziale

Residential care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 8
Assistenza residenziale

Capurso S.[1], Malara A.[2], Gasbarri P.[3], Polistena B.[4], Spandonaro F.[4]

8.1. Premessa

Il DPCM. 12.1.2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502", conferma la divisione in tre livelli delle garanzie di assistenza offerte dal SSN (Livelli essenziali di assistenza - LEA), come già individuati nel DPCM 29.11.2001; si afferma, infatti, che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla normativa (L. n. 833/78, D. Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni), i seguenti LEA:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera.

Per quanto concerne le strutture che prevedono una residenzializzazione, nel livello dell'assistenza ospedaliera troviamo, oltre all'attività in acuzie, quella di riabilitazione e la lungodegenza post acuzie.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, invece, si collocano, insieme all'assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale, l'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.

L'assistenza socio-sanitaria di tipo residenziale e semi-residenziale è garantita a diverse categorie di utenti, purché presentino condizioni cliniche tali da rientrare, previa valutazione di un medico, nelle seguenti tipologie:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fine vita
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

I dati su questo importante segmento assistenziale sono carenti, se si escludono alcune informazioni raccolte dall'Istat e dal Ministero della Salute, che peraltro riguardano solo il numero di assistiti e i posti letto nelle strutture, nonché i posti letto in *Hospice*.

ANASTE (Associazione Nazionale Strutture Territoriali per la Terza età) ha promosso un sondaggio fra le strutture aderenti, che ha avuto ad oggetto la raccolta di dati sui servizi e sull'utenza delle strutture residenziali associate nell'anno 2022. Per quanto concerne i dati relativi ai ricoveri, alle dimissioni e ai decessi, la rilevazione si è riferita all'anno 2019, onde evitare la distorsione derivante dall'impatto della pandemia di Covid-19.

C.R.E.A. Sanità, in collaborazione con ANASTE, ha ritenuto utile provvedere alla elaborazione dei dati, con la finalità di fornire una prima descrizione dell'assistenza prestata nelle strutture residenziali, seppure condizionata al campione di strutture rispondenti.

Pur trattandosi di un dato desunto da un campione non rappresentativo in termini strettamente statistici, la disponibilità delle informazioni ci è sembrata di particolare valore, data la scarsità di informazioni routinariamente disponibili su questo segmento assistenziale.

[1] Presidente ANASTE
[2] Presidente Fondazione ANASTE Humanitas
[3] Consulente informatico ANASTE
[4] Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

8.2. Risultati

Hanno risposto alla *survey* 68 strutture (il 45% delle strutture invitate) dislocate in 12 delle 19 Regioni italiane presso le quali sono presenti strutture associate. Le Regioni con il maggior numero di strutture rispondenti (Tabella 8.1.) sono state l'Emilia Romagna 18 (26,5%), la Calabria 13 (19,1%) e la Liguria 10 (14,7%).

Il 44,1% delle strutture partecipanti si colloca in zona urbana, il 42,6% in zona semi urbana ed il 10,3% lontano dal centro abitato (Tabella 8.2.).

Tabella 8.1. Strutture rispondenti per Regione. Composizione del campione

Regione	Valori %
Calabria	19,1
Campania	1,5
Emilia Romagna	26,5
Friuli Venezia Giulia	4,4
Lazio	5,9
Liguria	14,7
Lombardia	5,9
Marche	4,4
Piemonte	5,9
Sardegna	2,9
Toscana	5,9
Umbria	2,9

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

Tabella 8.2. Dislocazione delle strutture

Dislocazione	Valori %
In zona urbana /centro	44,1
In zona semi-urbana /periferia	42,6
Lontano dal centro abitato (distanza maggiore di 5 km)	10,3
Nessuna risposta	2,9

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

La maggioranza delle strutture che hanno partecipato all'indagine (Tabella 8.3.) si definisce una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per anziani (41,2%), seguono le Case protette e le Case di riposo (entrambi pari al 17,6% del totale delle strutture).

Tabella 8.3. Distribuzione delle strutture per tipologia

Tipologia struttura	Valori %
RSA anziani	41,9
Casa protetta	17,6
Casa di riposo	17,6
RSA medicalizzata	4,4
Centro di riabilitazione estensiva	1,5
Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA)	1,5
Altro	16,2

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

Inoltre, le strutture sono state classificate seguendo la seguente tassonomia legata al tipo di prestazioni erogate:

- Cure Residenziali Intensive - prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno
- Cure Residenziali Estensive - prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
- Cure Residenziali di Mantenimento - prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria
- Prestazioni erogate a persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

Seguendo la tassonomia descritta, il campione è composto per il 19,1% da strutture che erogano "Cure Residenziali di Mantenimento"; un ulteriore 13,2% alle prestazioni suddette aggiunge anche quelle per "persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria"; il 7,4% eroga cure "Residenziali Estensive"; il 16,2% eroga sia "Cure Residenziali di Mantenimento" che "Cure Residenziali Estensive"; l'11,8% eroga "Cure Residenziali Estensive" e "Cure Residenziali di Mantenimento"; l'8,8% eroga "Prestazioni erogate a persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria"; il 7,4% sia "Cure Residenziali Intensive" che "Cure Residenziali Estensive, nonché "Cure Residenziali di Mantenimento", e "Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria". Le restanti combinazioni assumono un peso residuale (Tabella 8.4.).

Come è facile osservare, la maggioranza delle strutture rispondenti eroga, nella stessa struttura, prestazioni con diversi gradi di intensità assistenziale; questo rende complesso il confronto tra le strutture: quanto segue deve, quindi, essere interpretato con cautela, come una prima fotografia della situazione in termini di assistenza residenziale.

Per quel che concerne il convenzionamento, in media le strutture hanno 41 posti letto accreditati (per un totale di 2.676 nelle strutture rispondenti) e 36,5 accreditati convenzionati con la Regione (2.482 in totale); 22 sono i posti letto autorizzati al funzionamento senza accreditamento (per un totale di 1.512 nelle strutture rispondenti).

Le strutture censite hanno in totale, al momento delle analisi, 4.585 posti letto (67 in media per struttura, minimo 12 e massimo 141), posizionati per il 61,6% nelle strutture del Nord, 24,8% in quelle del Centro e 13,6% al Sud.

Una parte della rilevazione ha riguardato caratteristiche delle strutture legate alla loro qualità organizzativa.

Ad esempio, la quasi totalità delle strutture (98,5%) dispone di istruzioni operative per la gestione delle emergenze-urgenze.

Tabella 8.4. Prestazioni erogate

Prestazioni	Valori %
Cure Residenziali di Mantenimento	19,1
Cure Residenziali di Mantenimento, Prestazioni erogate a persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria	13,2
Cure Residenziali Estensive	7,4
Cure Residenziali Estensive, Cure Residenziali di Mantenimento, Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.	16,2
Cure Residenziali Estensive, Cure Residenziali di Mantenimento, Prestazioni erogate a persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.	11,8
Cure Residenziali Estensive, Prestazioni erogate a persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.	1,5
Cure Residenziali Intensive	2,9
Cure Residenziali Intensive, Cure Residenziali di Mantenimento	2,9
Cure Residenziali Intensive, Cure Residenziali Estensive	1,5
Cure Residenziali Intensive, Cure Residenziali Estensive, Cure Residenziali di Mantenimento e Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.	7,4
Cure Residenziali Intensive, Cure Residenziali Estensive, Cure Residenziali di Mantenimento e Prestazioni erogate a persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.	4,4
Prestazioni erogate a persone autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.	8,8
Altro	2,9

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

Tabella 8.5. Scale di valutazione per definire la priorità di accesso

Scale	Valori %
RUG-VAOR	9,1
SVAMA	25,5
AGED	16,4
SOSIA	3,6
AGIR	0,0
Nessuno	10,9
Altro	34,5

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

Il 4,4% delle strutture fornisce anche assistenza domiciliare e/o di prossimità.

Il 79,4% delle strutture analizzate possiede istruzioni operative per la valutazione della Qualità di Vita percepita dagli utenti, nonché delle preferenze del residente e della famiglia.

L'81% delle strutture partecipanti all'indagine utilizza scale standardizzate per definire la priorità di accesso. Nello specifico, il 25,5% utilizza la scala SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'Anziano), il 16,4% la AGED, il 9,1% la RUG-VAOR e il 3,6% la SOSIA; il 10,9% non utilizza alcuna scala (Tabella 8.5.).

Il 44,1% delle strutture aderenti all'indagine utilizza una cartella sanitaria elettronica; un ulteriore 20,6% ha in programma di implementarla.

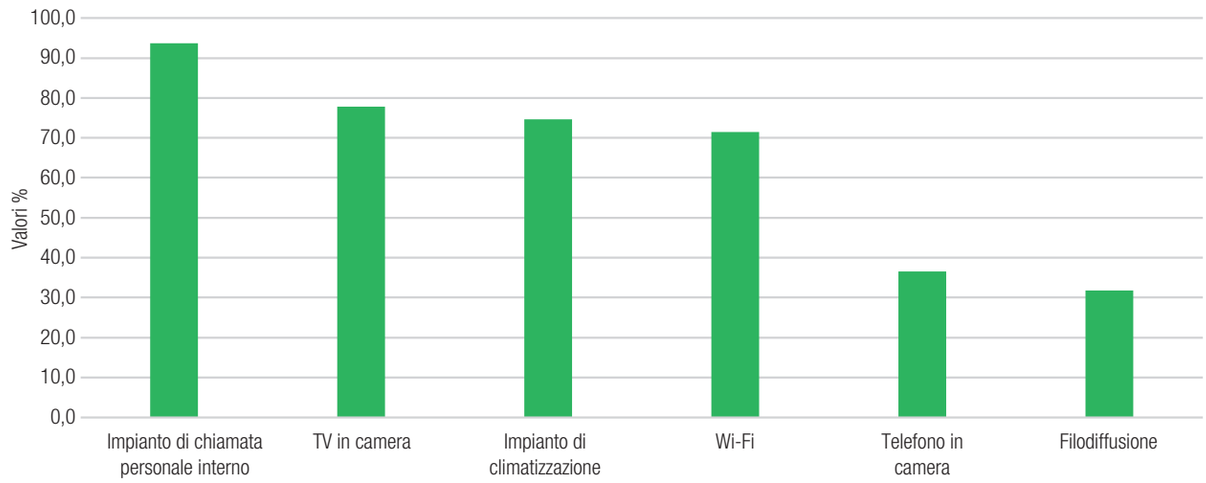
Il 77,9% delle strutture che hanno partecipato all'indagine utilizzano tecnologie digitali per le comunicazioni tra medici, infermieri e operatori inerenti all'attività professionale.

Tabella 8.6. Soluzioni digitali indicate come utili per il monitoraggio del paziente

	Valori %
Note e rapporti	4,4
Note e rapporti, Possibilità di integrare / condividere informazioni con altre parti interessate dell'assistenza del residente	4,4
Note e rapporti, Strumenti di supporto decisionale	1,5
Note e rapporti, Strumenti di supporto decisionale, Possibilità di integrare / condividere informazioni con altre parti interessate dell'assistenza del residente	7,4
Possibilità di integrare / condividere informazioni con altre parti interessate dell'assistenza del residente	32,4
Risposte guidate	5,9
Risposte guidate, Note e rapporti	1,5
Risposte guidate, Note e rapporti, Strumenti di supporto decisionale	1,5
Risposte guidate, Note e rapporti, Strumenti di supporto decisionale, Possibilità di integrare / condividere informazioni con altre parti interessate dell'assistenza del residente	2,9
Risposte guidate, Possibilità di integrare / condividere informazioni con altre parti interessate dell'assistenza del residente	4,4
Risposte guidate, Strumenti di supporto decisionale	1,5
Risposte guidate, Strumenti di supporto decisionale, Possibilità di integrare / condividere informazioni con altre parti interessate dell'assistenza del residente	5,9
Strumenti di supporto decisionale	1,5
Strumenti di supporto decisionale, Possibilità di integrare / condividere informazioni con altre parti interessate dell'assistenza del residente	7,4
Nessuna Risposta	17,6

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

Figura 8.1. Dotazioni delle camere



Nota: la struttura può avere più di un elemento in dotazione
Fonte: *survey* ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Nella tabella 8.6. vengono indicate quali, secondo l'opinione dei rispondenti, siano le soluzioni digitali utili per il processo di monitoraggio del paziente: di primario interesse appare la possibilità di integrare e allo stesso tempo condividere informazioni con le altre parti interessate all'assistenza dell'utente.

Per quanto concerne il *confort* alberghiero, il 95,2% delle strutture che hanno partecipato all'indagine, dispone di stanze dotate di impianto di chiamata del personale interno; il 79,1% del televisore; il 75,8% dell'impianto di climatizzazione; il 72,6% dell'impianto WI-FI; il 32,3% di un impianto di filodiffusione ed il 37,1% del telefono. Una camera può ovviamente avere in dotazione più di un elemento di *confort* fra quelli citati (Figura 8.1.).

Stratificando per ripartizione geografica, nel Nord sono il 76,9% delle strutture a disporre di TV in camera vs il 92,3% nel Centro e il 43,8% al Sud; il telefono in camera è disponibile nel 17,9% delle strutture del Nord, e in oltre il 54% di quelle del Centro e del Sud; l'impianto di chiamata personale interno è disponibile pressoché in tutte le strutture del Nord e del Centro e nel 62,5% di quelle del Sud; l'impianto di climatizzazione è presente in oltre l'81% delle strutture del Centro e del Sud e nel 59,0% in quelle del Nord; la filodiffusione nel 23,1% delle strutture del Nord nel 38,5% di quelle del Centro e nel 37,5% di quelle del Sud; infine il WI-FI è presente nel 64,1% delle strutture del Nord, nel 76,9% di quelle del Centro e nel 62,5% in quelle del Sud (Tabella 8.7.).

Inoltre, guardando ai servizi non sanitari offerti agli utenti, il 76,6% delle strutture offre ai propri assistiti servizi di manicure, pedicure e parrucchiere, il 9,4% solo pedicure e parrucchiere e il 14,0% solo del servizio di parrucchiere.

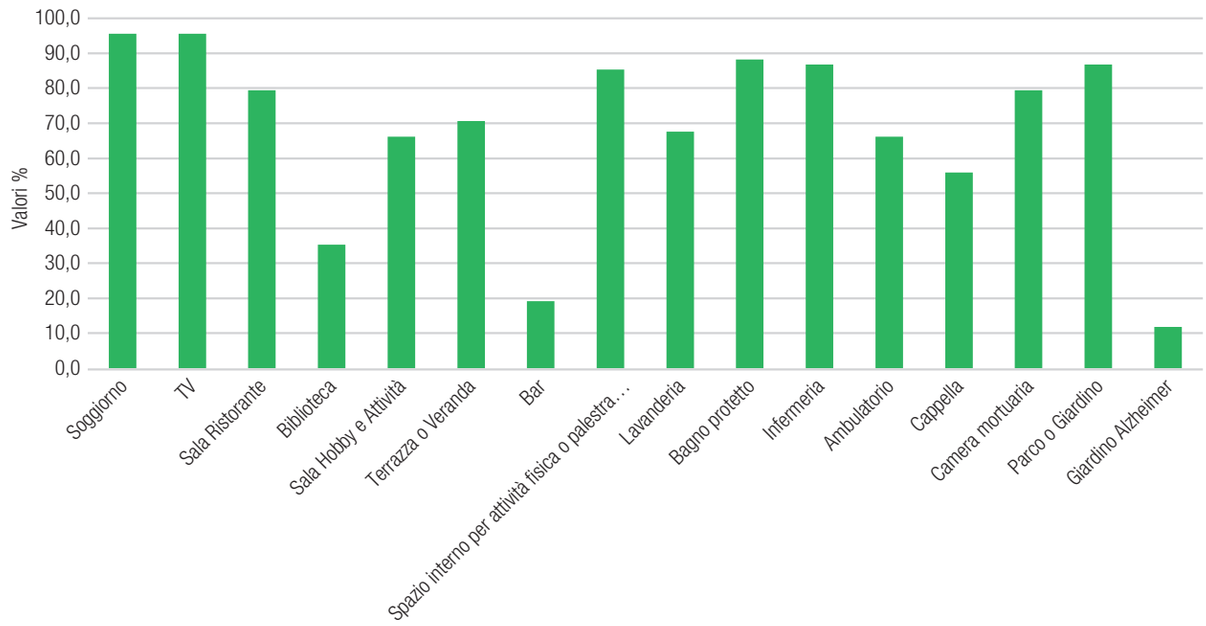
Quasi l'80% delle strutture dispone di un servizio di lavanderia e del servizio in camera; il 18,8% solo del servizio di lavanderia e l'1,6% solo del servizio in camera.

Tabella 8.7. Dotazioni delle camere per ripartizione geografica

Dotazione camere	Nord	Centro	Sud
TV in camera	76,9	92,3	43,8
Telefono in camera	17,9	53,8	56,3
Impianto di chiamata personale interno	92,3	100,0	62,5
Impianto di climatizzazione	59,0	84,6	81,3
Filodiffusione	23,1	38,5	37,5
Wi-Fi	64,1	76,9	62,5

Nota: la struttura può avere più di un elemento in dotazione
Fonte: *survey* ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.2. Aree comuni disponibili nelle strutture



Nota: la struttura può avere più di un elemento in dotazione
Fonte: *survey* ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 8.8. Dotazioni delle camere per ripartizione geografica

Aree comuni	Nord	Centro	Sud e Isole
Soggiorno	94,9	100,0	93,8
TV	94,9	100,0	93,8
Sala Ristorante	74,4	100,0	75,0
Biblioteca	28,2	69,2	25,0
Sala Hobby e Attività	66,7	84,6	50,0
Terrazza o Veranda	76,9	84,6	43,8
Bar	12,8	38,5	18,8
Spazio interno per attività fisica o palestra attrezzata	82,1	100,0	81,3
Lavanderia	69,2	69,2	62,5
Bagno protetto	87,2	92,3	87,5
Infermeria	89,7	100,0	68,8
Ambulatorio	64,1	69,2	68,8
Cappella	48,7	69,2	62,5
Camera mortuaria	74,4	92,3	81,3
Parco o Giardino	92,3	100,0	62,5
Giardino Alzheimer	10,3	23,1	6,3

Nota: la struttura può avere più di un elemento in dotazione
Fonte: *survey* ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

La quasi totalità delle strutture (oltre l'85%) dispone di un soggiorno, di tv in area comune, di bagno protetto, di infermeria, di uno spazio interno per attività fisica o una palestra attrezzata o anche giardino (Figura 8.2.); circa l'80% delle strutture dispone di una camera mortuaria; analogamente l'80% delle strutture dispone di una sala ristorante; il 70,6% dispone di terrazza o veranda; il 67,6% di una lavanderia; il 66,2% dispone di una sala hobby e attività, nonché di Ambulatori; ancora il 55,9% mette a disposizione dei residenti una cappella, il 35,3% una biblioteca il 19,1% un bar e l'11,8% un giardino espressamente dedicato ai malati di Alzheimer.

Nella tabella 8.8. è possibile apprezzare le differenze in termini di dotazioni comuni delle strutture tra ripartizioni.

Passando all'analisi delle caratteristiche dell'utenza, emerge come fra i ricoverati si riscontri nel 41,8% dei casi una diagnosi di demenza (in media 30 ospiti); nel 29,4% una cardiopatia ischemica cronica (in media 18 ospiti); nel 23,8% una malattia cerebrovascolare (in media 18 ospiti); nel 15,2% (in media 11 ospiti) il diabete; nel 14,0% infezioni del-

le vie respiratorie (in media 11,3 pazienti); seguono per incidenza la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (13,8%), l'anemia (11,4%) le frattura del femore (8,7%), l'insufficienza renale cronica (7,4%) lo scompenso cronico congestizio (7,0%) e il cancro (4,4% del totale) (Tabella 8.9.).

Analogamente, in media, il 2,5% degli utenti risulta in fase terminale (in media 1,4 per struttura).

Per quanto concerne il personale, nelle strutture analizzate sono, in media, presenti 20,0 OSS, pari a 0,286 per posto letto (p.l.) dichiarato dalle strutture analizzate); 6,2 infermieri (0,089 per p.l.); 3,7 ausiliari (0,053 per p.l.); 2,6 medici non specialisti (0,042 per p.l.); 0,5 geriatri (0,008 per p.l.); 2,2 medici specialisti in altre discipline (0,030 per p.l.); 1,7 fisioterapisti (0,025 per p.l.); 0,7 psicologi (0,010 per p.l.); 0,5 terapisti di riabilitazione (0,007 per p.l.); 0,3 terapisti occupazionali (0,004 per p.l.); 0,3 assistenti sociali (0,0005 per p.l.); 0,1 massoterapisti (0,001 per p.l.); 2 unità di personale amministrativo (0,029 per p.l.) (Tabella 8.10.).

Ovviamente sono predominanti le figure dedicate all'assistenza (OSS, infermieri etc.); per quanto concerne l'assistenza clinica, risulta una modesta presenza del geriatra, come anche appare abbastanza carente l'assistenza psicologica e sociale, con in media meno di uno psicologo e di un assistente sociale per struttura.

Con i caveat legati alla non rappresentatività del campione, possiamo osservare come i geriatri siano maggiormente presenti nel Sud del Paese (0,019 per p.l. nel Sud vs 0,007 nel Nord e nel Centro); analogamente per gli psicologi registriamo 0,025 per p.l. al Sud vs 0,011 nel Centro e 0,006 nel Nord; gli assistenti sociali sono 0,023 per p.l. al Sud vs valori inferiori a 0,005 nelle altre ripartizioni.

Per quel che concerne gli infermieri se ne registrano 0,11 per p.l. nel Centro e nel Sud e 0,076 nel Nord; analogamente per i terapisti occupazionali se ne registrano più nel Centro 0,011 vs valori inferiori a 0,003 per p.l. nelle altre ripartizioni; per i terapisti di riabilitazione, sono 0,014 per p.l. nel Centro, 0,011 nel Sud e 0,004 nel Nord. Gli OSS sono in media 0,272 per p.l. nel Centro, 0,294 nel Nord e 0,278 nel Sud.

Per le altre tipologie professionali indagate non si rilevano differenze significative tra le ripartizioni (Figura 8.3.).

In media il Medico di Medicina Generale è presente nelle strutture per 9,9 ore al giorno.

Dei pazienti ricoverati nell'anno 2019, ultimo anno pre-pandemico, in media 21,5 per struttura hanno avuto necessità di un accesso al Pronto Soccorso, pari ad una incidenza di 14,1 accessi al Pronto Soccorso per 100 ricoveri; analogamente, 15,0 per struttura sono stati ricoverati (9,6 per 100 ricoveri in struttura residenziale).

Tabella 8.9. Composizione ricoverati per patologie

Patologie	Media	Min.	Max	Composizione %
Demenza	29,9	0	236	41,8
Cardiopatia ischemica cronica	17,8	0	250	24,9
Malattie cerebrovascolari	17,6	0	160	23,8
Diabete	11	0	96	15,2
Infezioni vie respiratorie	11,3	0	150	14,0
BPCO	10	0	118	13,8
Altre patologie	11	0	72	13,4
Anemia	9,2	0	150	11,4
Frattura del femore	6,5	0	50	8,7
Insufficienza renale cronica	5,6	0	53	7,3
Scompenso cronico congestizio	5,5	0	90	7,0
Cancro	3,5	0	23	4,4

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

Tabella 8.10.Personale operante nelle strutture

Personale	Media	Min.	Max.	Per p.l.
OSS	20,0	3	112	0,286
Infermieri	6,2	0	28	0,089
Ausiliari	3,7	0	44	0,053
Medici non specialisti	2,6	0	100	0,042
Medici specialisti in altre discipline	2,2	0	100	0,030
Personale amministrativo	2,0	0	7	0,029
Fisioterapisti	1,7	0	6	0,025
Psicologi	0,7	0	3	0,010
Geriatri	0,6	0	2	0,008
Terapisti di riabilitazione	0,5	0	7	0,007
Terapisti occupazionali	0,3	0	4	0,004
Assistenti sociali	0,3	0	5	0,005
Massoterapisti	0,1	0	1	0,001

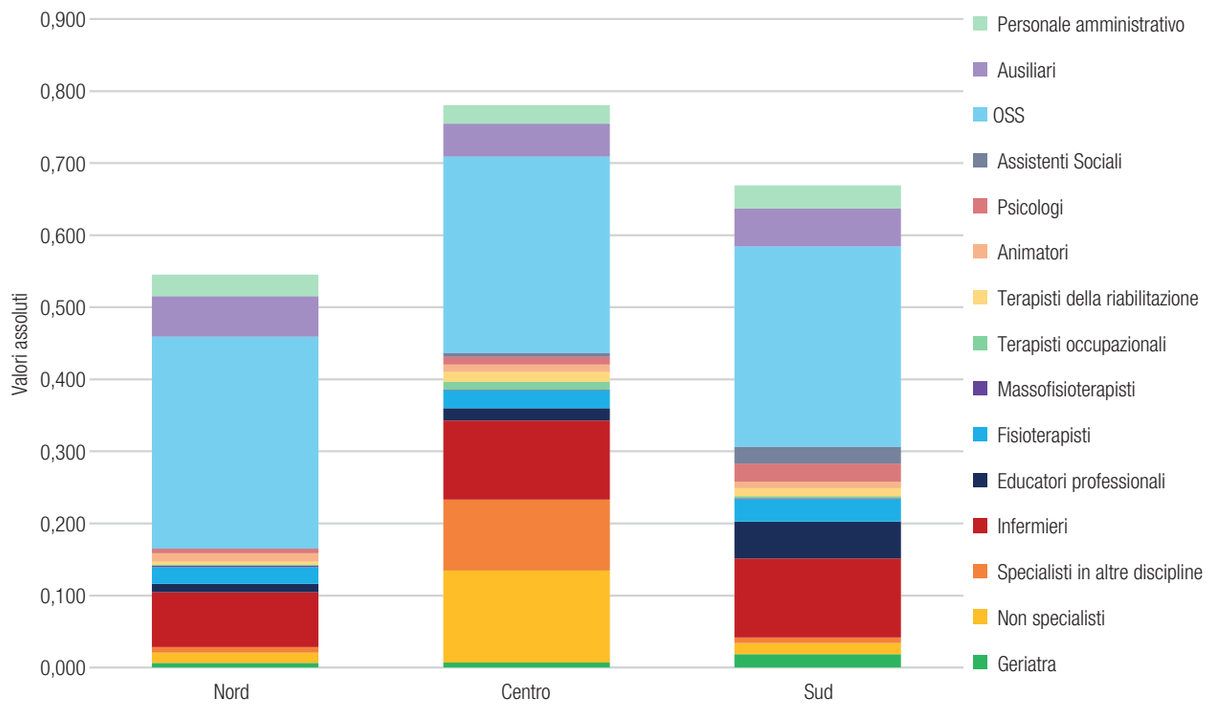
Fonte: *survey* ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019 il 9,4% dei ricoverati è deceduto, in media 14,3 per struttura; inoltre possiamo osservare che il 7,4% è stato dimesso a domicilio e il 2,3% in altro *setting* assistenziale.

Le strutture richiedono in media 55,1 prestazioni specialistiche ambulatoriali annue in convenzione (0,24 per ricoverato), di cui in media 29,7 vengono erogate in struttura (0,13 per ricoverato), 12,6 prestazioni specialistiche ambulatoriali private (0,06 per ricoverato) di cui in media 10,6 vengono erogate in struttura (0,05 per ricoverato).

La degenza media nelle strutture rispondenti è pari a poco meno di 6 mesi. Il tasso di occupazione dei posti letto supera l'83%. Sono in media 6 gli utenti in lista di attesa, nonostante ci siano in media 14 posti letto disponibili pari al 20,8% del totale: il dato non garantisce però l'incontro fra la domanda reale e l'offerta, in quanto non considera la dislocazione geografica dei posti letti che rimangono disponibili (Tabella 8.11.).

Figura 8.3. Personale per posto letto



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

Tabella 8.11. Tassi di utilizzo

	Media
Degenza media (giorni)	167,1
Tasso Utilizzo dei posti letto	83,3
Numero totale di posti letto occupati alla data di riferimento	55,7
Numero totale di posti letto disponibili alla data di riferimento	14,1
Numero di utenti in lista di attesa alla data di riferimento	5,7

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

8.3. Riflessioni finali

Pur trattandosi di un primo tentativo di analizzare dall'"interno" il mondo della residenzialità, l'elaborazione della *survey* fornisce utili indicazioni, anche per strutturare le eventuali future rilevazioni.

Come era lecito attendersi, sono numerose le tipologie di strutture che fanno parte del comparto della residenzialità: circa il 45% si definisce propriamente una RSA, mentre un 35% Casa di riposo o Casa protetta; segue un ulteriore 20% che comprende altre tipologie.

Ancor più variegata è la risposta assistenziale che viene offerta, la cui tassonomia si basa sulle tipologie di prestazione erogate: intensive, estensive, di mantenimento. La maggior parte delle strutture eroga prestazioni con diversi livelli di intensità, ma presumibilmente in percentuali diverse (non rilevate), rendendo difficili i confronti.

Anche le dimensioni delle strutture sono molto variabili: quelle rilevate vanno da 12 a 141 letti (media 67 di cui poco più del 60% accreditati dai SSR).

È interessante notare che quasi il 5% delle strutture fornisce anche assistenza domiciliare e/o di prossimità.

L'80% delle strutture utilizza istruzioni operative per la valutazione della Qualità di Vita percepita dagli utenti, nonché delle preferenze del residente e della famiglia, e usa scale standardizzate per definire la priorità di accesso.

Meno diffusa è la cartella elettronica, di cui dispone meno della metà delle strutture, sebbene un ulteriore 20% dichiara di essere in procinto di implementarla. Non di meno, sempre circa l'80% delle strutture utilizza tecnologie digitali per le comunicazioni tra medici, infermieri e altri operatori.

Il *confort* alberghiero, misurato dalle dotazioni nelle camere sembra omogeneo sul territorio: colpisce la scarsa presenza del telefono in camera nelle strutture del Nord, ma può essere legato all'ormai larga diffusione dei telefoni cellulari. Più o meno con le stesse percentuali, sono offerti servizi non sanitari, quali manicure, pedicure e parrucchiere, e/o i servizi di lavanderia e il servizio in camera.

L'utenza ospite delle residenze è tipicamente lungodegente: in media rimane nella struttura per quasi 180 giorni; è anche varia da un punto di vista clinico: fra le patologie più diffuse la demenza, seguita dalla cardiopatia ischemica cronica, altre malattie cerebrovascolare e le patologie polmonari.

Si trovano nelle residenze anche un numero di malati terminali, che si aggira sul 2,5% degli utenti ricoverati.

Per quanto concerne il personale, nelle strutture analizzate sono, in media, presenti 0,286 OSS per posto letto (p.l.), 0,089 infermieri per p.l. e 0,053 unità di personale ausiliario; 0,042 medici non specialisti per p.l., 0,008 geriatri e 0,030 altri specialisti; sono presenti anche psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti e massoterapisti, terapisti di riabilitazione e occupazionali oltre che unità di personale amministrativo.

Ovviamente sono predominanti le figure dedicate all'assistenza (OSS, infermieri etc.): si rilevano, peraltro, differenze fra gli organici medi in base alle ripartizioni dove sono dislocate le strutture, senza un chiaro gradiente geografico; l'eterogeneità del campione non permette però di effettuare valutazioni sulla congruità delle dotazioni organiche; certamente, per quanto concerne l'assistenza clinica, risulta una modesta presenza del geriatra, come anche appare abbastanza carente l'assistenza psicologica e sociale, dato che queste figure non sono presenti in tutte le strutture.

ENGLISH SUMMARY

Residential care

Residential and semi-residential socio-health care is provided to different categories of users, provided they have clinical conditions that, after evaluation by a physician, fall within the following types:

- *chronically ill dependent patients (including dementia)*
- *terminal patients at the end of life*
- *people with mental disorders*
- *children with psychiatric and neurodevelopmental disorders*
- *people with pathological addictions*
- *people with disabilities.*

Data on this important segment of care is very lacking. ANASTE (National Association of Territorial Facilities for Elderly People) conducted a survey among its member facilities, which was designed to collect data on the services and users of its member residential facilities in 2022. Data was processed with the aim of providing an initial description of the care provided in residential facilities. Although data was inferred from a not representative sample in strictly statistical terms, the information processed is of particular interest because it helps fill a gap in the routinely available information about this segment of care.

The survey involved 68 facilities located in 12 of the 19 Italian Regions.

The majority of facilities that participated in the survey define themselves as Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (Nursing Home) for elderly people, followed by Case protette (Sheltered Accomodation or Residential Homes) and Case di riposo (Assisted Living Accomodation). In terms of intensity of care, the majority of the responding facilities provide services with varying degrees of care intensity in the same facility, thus making the comparison between facilities complex.

At the time of analysis, the facilities surveyed had a total of 4,585 beds (67 on average per facility, minimum 12 and maximum 141), with an 83 percent occupancy rate.

With regard to organizational aspects, more than ¾ of the facilities participating in the survey use standardized scales to define access priority and digital technologies for communication between physicians, nurses and operators inherent to professional activity.

Comfort appears to be fairly uniform across the various facilities, as does the availability of non-health services offered to users, such as manicure, pedicure and hairdressing, laundry and room services.

Turning to the analysis of user characteristics, residential users are typically long-term care patients, who stay in the facility for almost 180 days on average. Users vary also from a clinical viewpoint: the most prevalent diseases include dementia, followed by chronic ischemic heart disease, other cerebrovascular diseases, and pulmonary diseases.

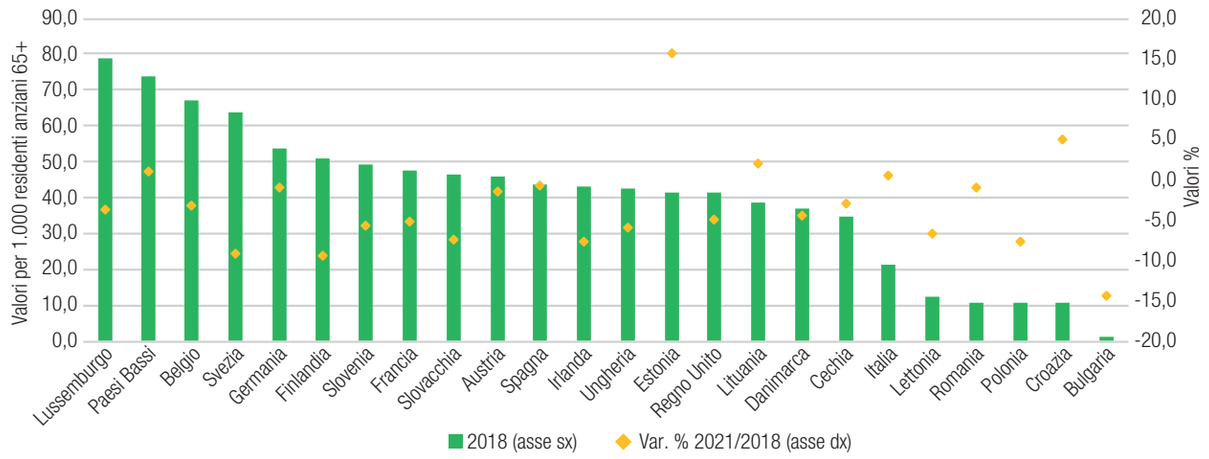
Considering the patients hospitalized in 2019 - the last pre-pandemic year - there were 14.1 admissions to the Emergency Department and 15 acute care admissions per 100 admissions to residential facilities. 9.4 percent of inpatients died, while 7.4 percent were discharged home, and 2.3 percent were discharged to other care settings.

In conclusion, there is considerable variability in size and supply among the responding facilities. It is interesting to note that nearly 5 percent of facilities also provide home and/or outpatient and proximity care.

It should be noted that, as far as staffing is concerned, caregivers (nurses, nursing aides (OSS), orderlies, etc.) are obviously predominant. There are,

however, differences between average staffing levels based on the Regions where the facilities are located, without a clear geographic gradient. The heterogeneity of the sample, however, does not enable us to make assessments on the adequacy of staffing levels. With specific reference to clinical care, there is certainly a modest presence of geriatricians, and also psychological and social care is quite lacking, considering that these professionals are not present in all facilities.

KI 8.1. Posti letto in strutture residenziali per *Long Term Care* in Europa

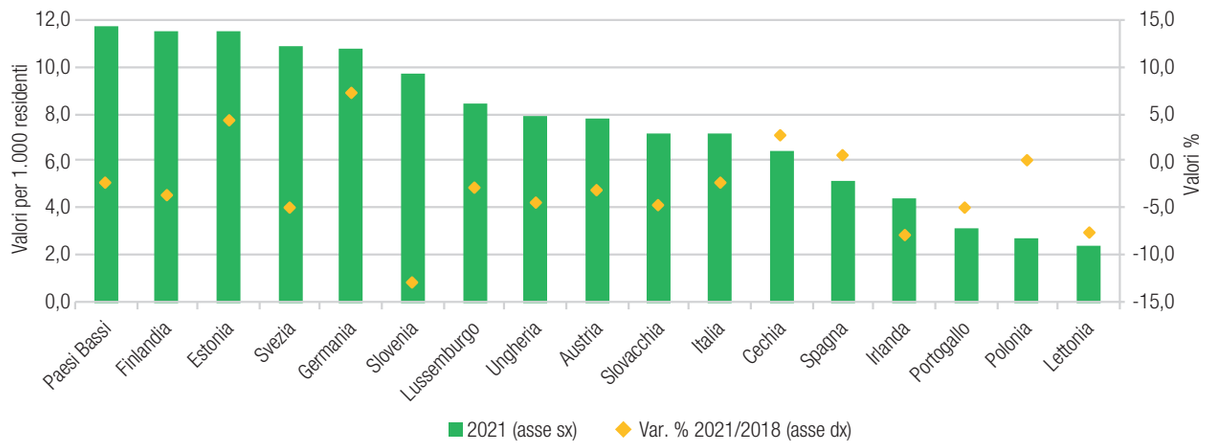


* Uscito da Unione Europea il 1° gennaio 2020.
Per Austria, Lettonia e Spagna: differenze nella metodologia di rilevazione. Per il 2018: Germania, valore 2017; per l'Italia si segnala una discontinuità nella serie. Per il 2021: Francia, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito, valori stimati; discontinuità nella serie per Danimarca e Paesi Bassi. Si considerano le strutture+H44 non ospedaliere che erogano un mix di servizi sanitari e sociali (con finanziamento pubblico o privato). Per maggiori info, https://stats.oecd.org.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento 3.7.2023, ultimo accesso novembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Europa, la maggiore disponibilità di posti letto nelle strutture residenziali che forniscono *long term care* si registra in Lussemburgo (78,9 per 1.000 residenti anziani), seguito da Paesi Bassi e Belgio (rispettivamente, 73,9 e 66,9 posti letto). Solo 3 Paesi registrano un incremento rispetto al 2018: a parte l'Italia, Paesi Bassi (+1,0%), Estonia (+15,6%), Lituania (+2,1%) e Croazia (+4,9%). I maggiori decrementi si sono registrati in Bulgaria (-14,3%), Finlandia (-9,3%) e Svezia (-9,1%). In Italia, i posti letto sono 21,3 per 1.000 residenti anziani (65 anni e più), in leggera crescita (+0,5%) rispetto al 2018, ma stabili rispetto al 2020. In Europa, tra i Paesi di cui si dispone del dato, solo Lettonia (12,4), Romania (10,9), Polonia, Croazia (10,7) e Bulgaria (1,2) hanno valori inferiori.

KI 8.2. Assistiti in strutture residenziali per *Long Term Care* in Europa

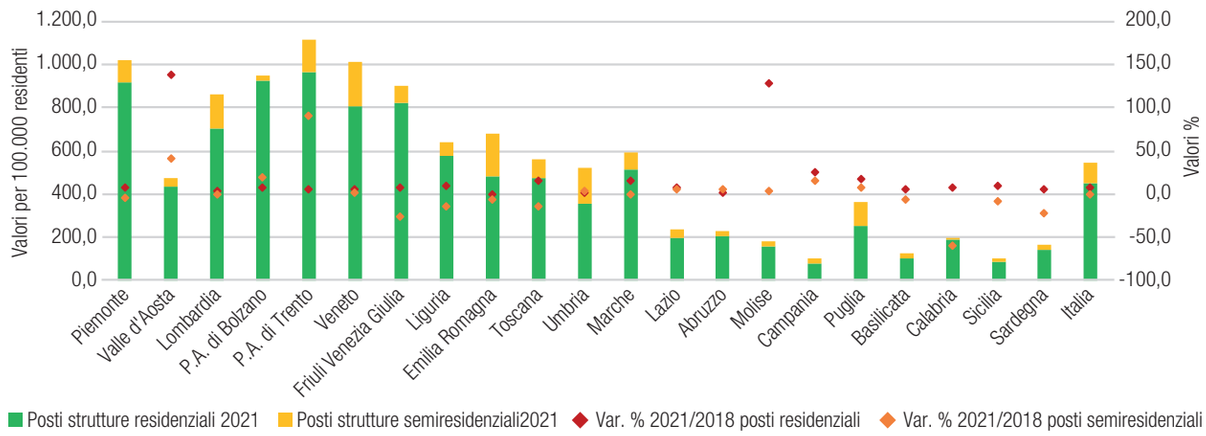


Per la Polonia: differenze di rilevazione. Per il 2021: stime per Cechia, Italia, Lussemburgo; valore 2020 per Olanda e Slovenia. Per il 2018: discontinuità nella serie per Italia, Lussemburgo e Slovacchia, stima per Cechia. Si considerano le strutture non ospedaliere che erogano un mix di servizi sanitari e sociali (con finanziamento pubblico o privato). Per maggiori info, https://stats.oecd.org.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento 3.7.2023, ultimo accesso novembre 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Europa, tra i Paesi di cui si dispone del dato, la quota maggiore di assistiti nelle strutture residenziali che erogano *long term care* lo registrano i Paesi Bassi (11,7 assistiti per 1.000 residenti); seguono la Finlandia e l'Estonia (11,5). Il valore più basso si osserva in Lettonia e Polonia (rispettivamente, 2,4 e 2,7 per 1.000 residenti). Rispetto al 2018, il massimo incremento (+7,2%) si registra in Germania; la massima diminuzione (-12,9%) in Slovenia.
In Italia, vengono assistite 7,2 persone ogni 1.000 residenti (- 2,3% rispetto al 2018).

KI 8.3. Posti in strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

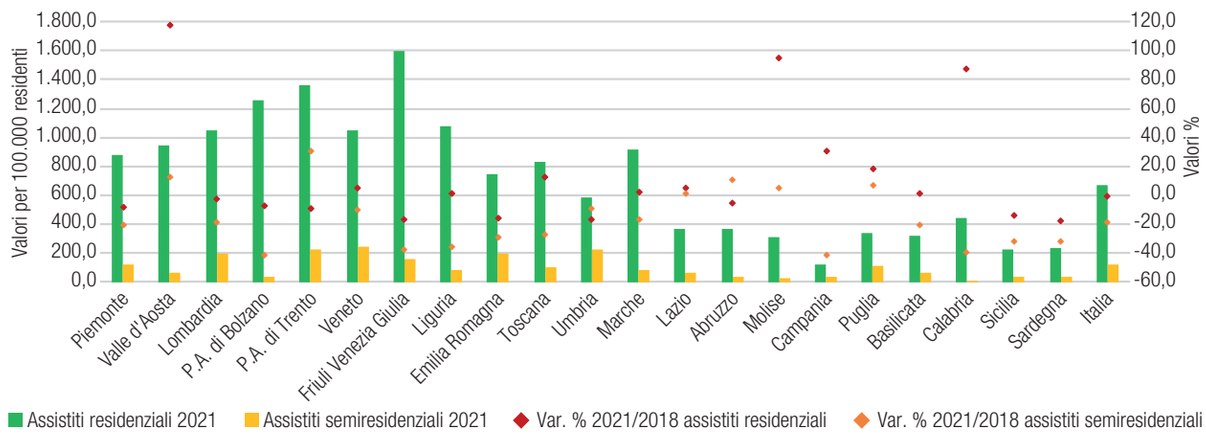


Strutture residenziali: es. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice*. Strutture semiresidenziali: es. Centri diurni psichiatrici. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978. Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, si registrano 265.776 posti (82,4% del totale) in strutture residenziali e 56.937 (17,6%) in quelle semiresidenziali, per un totale di 322.713 posti. Nelle strutture residenziali si registrano mediamente 450 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (76 posti letto per 100.000 residenti), il più alto nella P.A. di Trento (963 per 100.000). Nelle strutture semiresidenziali si registrano 96 posti per 100.000 residenti: il valore più basso in Calabria (4), il più alto in Veneto (205). Rispetto al 2018, nelle strutture residenziali si osserva un incremento dei posti in tutte le Regioni (lieve in alcuni casi). Il massimo aumento si registra in Valle d'Aosta (+138,3%, da 183 a 436 posti per 100.000 residenti). Nelle strutture semiresidenziali i posti crescono o restano stabili in 7 Regioni del Centro-Nord, ma anche in Abruzzo, Molise, Campania e Puglia; il massimo aumento nella P.A. di Trento (+90,9%), la massima diminuzione in Calabria (-59,9%).

KI 8.4 Assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

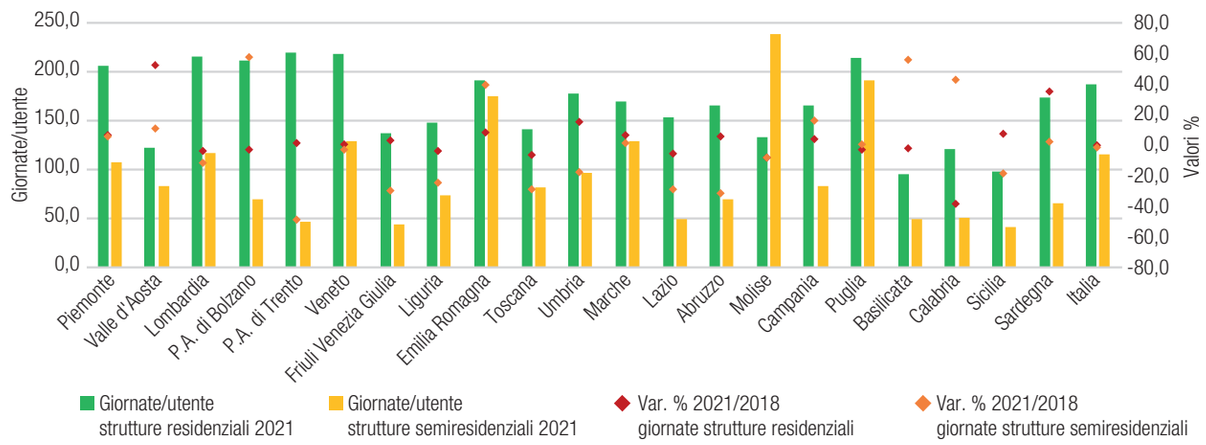


Strutture residenziali: es. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice*. Strutture semiresidenziali: es. Centri diurni psichiatrici. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978. Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia sono stati assistiti 396.865 utenti nelle strutture residenziali e 70.522 in quelle semiresidenziali. Nelle prime, la media è di 672 assistiti ogni 100.000 residenti, con un gradiente Nord-Sud: il valore più basso si osserva in Campania (125 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Friuli Venezia Giulia (1.599). Nelle strutture semiresidenziali sono 119 gli utenti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Calabria (11), il più alto in Veneto (241). Rispetto al 2018, gli assistiti nelle strutture residenziali sono stabili o in aumento in 11 Regioni: 6 del Centro-Nord e 5 del Sud). Il massimo incremento (+117,3%) si registra in Valle d'Aosta, il decremento più consistente in Sardegna (-17,9%). Gli assistiti nelle strutture semiresidenziali sono in aumento in 6 Regioni: 3 del Centro-Nord e 3 del Sud. Il massimo incremento (+29,8%) si registra nella P.A. di Trento, la massima diminuzione in P.A. di Bolzano e Campania (-42,0%).

KI 8.5. Giornate di assistenza erogate in strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

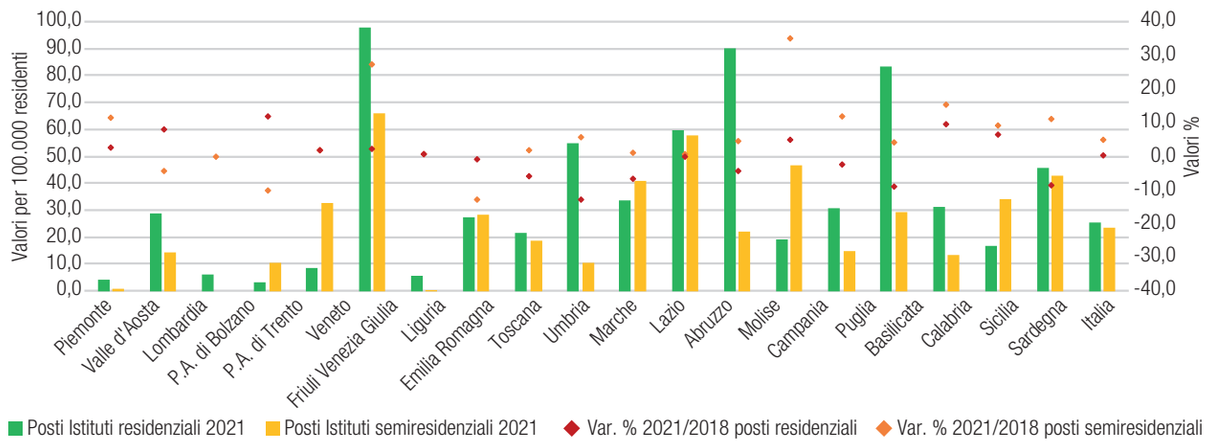


Strutture residenziali: es. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice*. Strutture semiresidenziali: es. Centri diurni psichiatrici. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L.n, 833/1978. Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, nelle strutture residenziali sono state erogate 187 giornate per utente (190 nel 2018), con una differenza regionale che va da 95 in Basilicata a 220 nella P.A. di Trento. Rispetto al 2018, le giornate/utente nelle strutture residenziali aumentano in 11 Regioni: 7 del Centro-Nord e 4 del Sud). Il massimo incremento (+51,9%) si registra in Valle d'Aosta, il decremento più consistente in Calabria (-39,5%). Le giornate per utente nelle strutture semiresidenziali sono circa 116 (118 nel 2018): si va da 41 in Sicilia a 239 in Molise. Rispetto al 2018, le giornate/utente diminuiscono in 12 Regioni: 8 del Centro-Nord, 4 del Sud Il maggior incremento nella P.A. di Bolzano (+56,4%), il massimo decremento (-49,7%) nella P.A. di Trento.

KI 8.6. Posti in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)

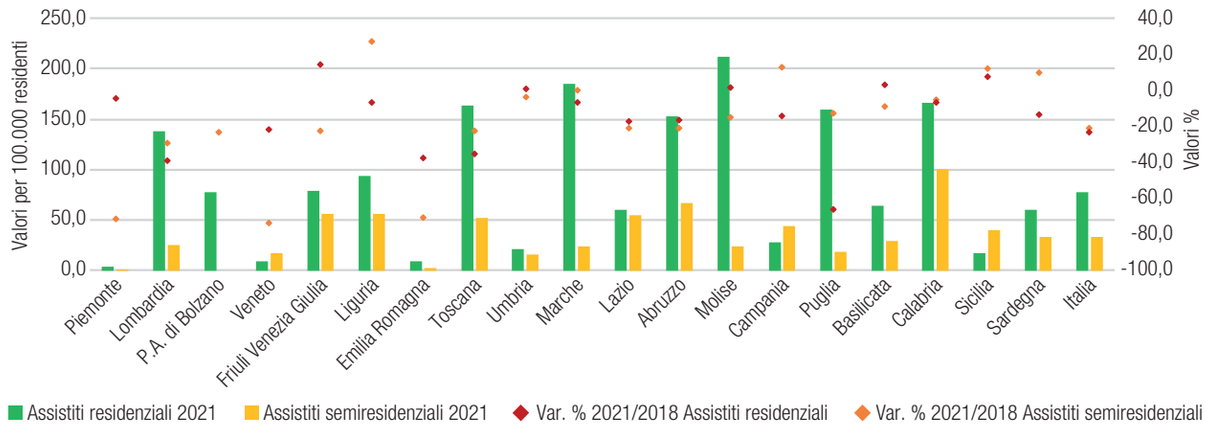


Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978. Per l'anno 2021 non sono stati rilevati dati per Valle d'Aosta e P.A. di Trento; per la P.A. di Bolzano non sono stati rilevati dati per Istituti semiresidenziali. Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato (nel totale Italia non è compresa la Valle d'Aosta).

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, sono presenti circa 49 posti in strutture riabilitative ogni 100.000 abitanti. Si registrano circa 25 posti per 100.000 residenti in Istituti o Centri di riabilitazione residenziali (+4,9% rispetto al 2018): il valore più basso si registra in Veneto (3), il più alto in Liguria (91). Negli Istituti semiresidenziali la dotazione media è di 23 posti per 100.000 residenti (-1,6% rispetto al 2017): il valore più basso si registra in Emilia Romagna (in media 0,3 per 100.000), il più alto in Liguria (circa 98). Rispetto al 2018, si osserva un aumento di posti negli Istituti residenziali in tutte le Regioni del Centro-Sud (tranne la Toscana, che registra un -13,1%), oltre a Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria ed Emilia Romagna; l'incremento massimo (+35,0%) si registra in Campania. Negli Istituti semiresidenziali, i posti aumentano in 9 Regioni (tutte del Nord tranne Campania, Calabria e Sicilia). L'aumento massimo (+12,0%) si registra in Veneto.

KI 8.7. Assistiti in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)

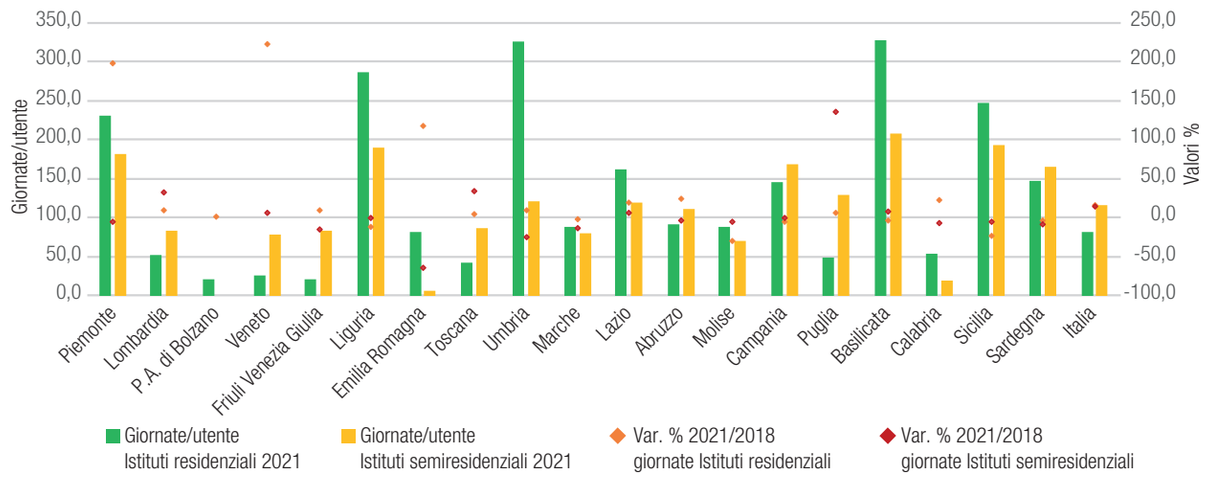


Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978. Per l'anno 2021 non sono stati rilevati dati per Valle d'Aosta e P.A. di Trento. Per la P.A. di Bolzano non sono stati rilevati dati per Istituti semiresidenziali. Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato (il totale Italia non comprende Valle d'Aosta e P.A. di Trento).

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, gli utenti assistiti negli Istituti o Centri di riabilitazione sono 64.330 (60.619 nel 2020): il 70,5% negli Istituti residenziali e il 29,5% in quelli semiresidenziali. Negli Istituti residenziali, a livello nazionale, si registrano 78 assistiti ogni 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Piemonte (circa 3), il più alto in Molise (213). Negli Istituti semiresidenziali, il dato nazionale è pari a circa 32 assistiti per 100.000 residenti: il valore più basso ancora in Piemonte (mediamente, 0,4 per 100.000), il più alto in Calabria (100). Rispetto al 2018, per gli assistiti negli Istituti residenziali si osserva a livello nazionale una diminuzione del 21,2%: la maggiore in Veneto (-73,4%), seguita da quella del Piemonte (-71,7%). In 4 Regioni (Liguria, Campania, Sicilia e Sardegna) si registra un aumento: quello massimo in Liguria (+27,5%). Per gli assistiti negli Istituti semiresidenziali si osserva una diminuzione media del -23,4%; in 5 Regioni si osserva un aumento, minimo in Umbria e Molise (rispettivamente, +1,2% e +1,7%) e massimo in Friuli Venezia Giulia (+14,5%).

KI 8.8. Giornate di assistenza erogate in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)

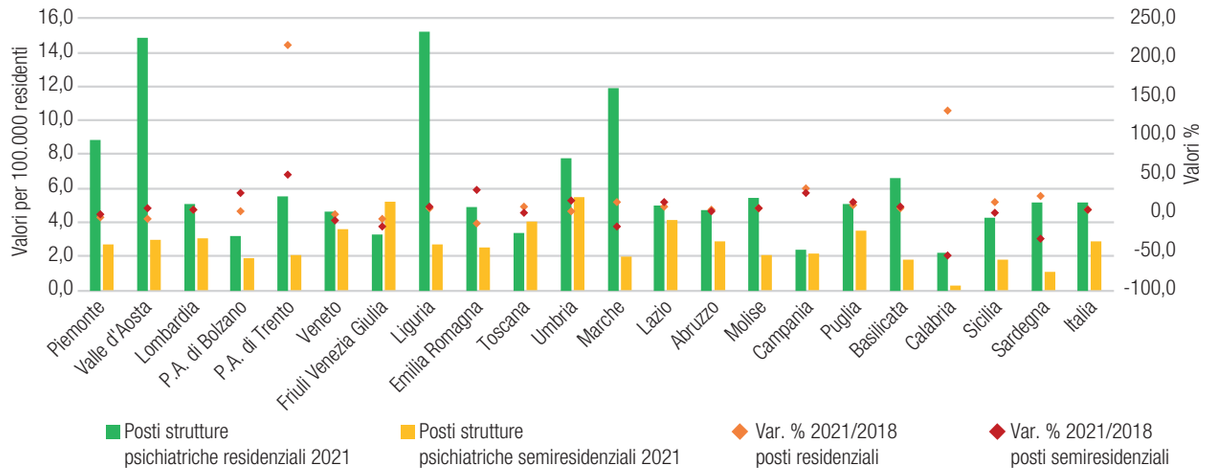


Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978. Per l'anno 2021 non sono stati rilevati dati per Valle d'Aosta e P.A. di Trento. Per la P.A. di Bolzano non sono stati rilevati dati per Istituti semiresidenziali. Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, negli Istituti e Centri di riabilitazione residenziali sono state erogate 82 giornate per utente (71 nel 2018), con una differenza regionale che va da 22 nella P.A. di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia a 327 in Basilicata (326 in Umbria). Rispetto al 2018, le giornate/utente negli Istituti residenziali registrano il massimo incremento (+221,3%) in Veneto e il decremento più consistente in Molise (-30,5%). Le giornate per utente negli Istituti semiresidenziali sono circa 116 (102 nel 2018): si va da 7 in Emilia Romagna a 208 in Basilicata. Rispetto al 2018, le giornate/utente registrano il maggior incremento (+134,2%) in Puglia e il massimo decremento (-64,6%) in Emilia Romagna.

KI 8.9. Posti in strutture psichiatriche (pubbliche e private accreditate)

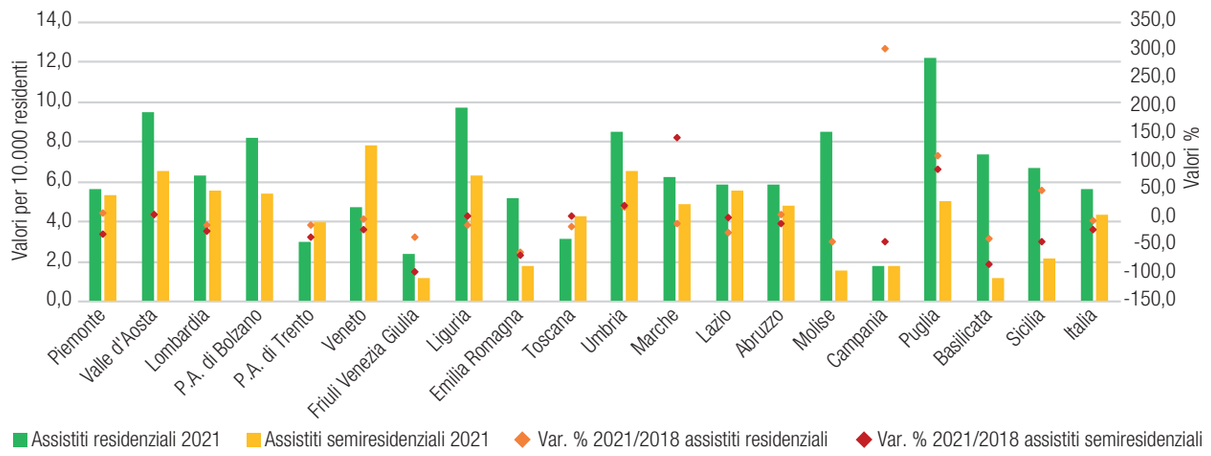


Dati raccolti con i Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie (D.M. del 5/12/2016) - STS24.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto salute mentale - Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, si registrano 26.180 posti (5,2 per 10.000 residenti, +1,6% rispetto al 2018) in strutture psichiatriche residenziali attive, con tassi che vanno da 2,2 per 10.000 residenti in Calabria a 15,2 in Liguria. Rispetto al 2018, in tutte le Regioni del Meridione si registra un aumento, così come in Lombardia, P.A. Trento, Liguria, Toscana, Marche e Lazio (il maggiore: +213,7% in P.A. di Trento, da 1,8 a 5,5 posti per 10.000); i posti calano soprattutto nel Centro-Nord: la diminuzione più consistente in Emilia Romagna (-15,9%). Nel 2021, i posti in strutture semiresidenziali sono pari a 14.541 (2,9 per 10.000 residenti, +0,8% rispetto al 2018). I tassi vanno da 0,3 per 10.000 residenti in Calabria a 5,5 in Umbria. Rispetto al 2018, in 12 Regioni, equamente distribuite, si registra un aumento, con il più alto (+46,0%) in P.A. di Trento.

KI 8.10. Assistiti presenti in strutture psichiatriche (pubbliche e private accreditate)



Strutture residenziali: CSM - Centri di Salute Mentale; SRP1: Struttura residenziale psichiatrica (SRP) per trattamenti terapeutico riabilitativi (TTR) a carattere intensivo; SRP2: SRP per TTR a carattere estensivo; SRP3 (a): SRP per interventi socio-riabilitativi (ISR) con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali); SRP3 (b): SRP per ISR con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali); SRP3 (c); SRP per ISR con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore. Strutture semiresidenziali: Centro diurno, CSM, Day Hospital territoriale, SRP3 (a)(b)(c). Non sono noti i dati relativi a: Sardegna e Calabria per il 2021; P.A. Bolzano e Sardegna per il 2018.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto salute mentale - Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Anni 2018 e 2021, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, gli utenti in cura presso strutture psichiatriche residenziali sono 27.813 (5,7 per 10.000 residenti, -2,1% rispetto al 2018), con tassi che vanno da 1,8 per 10.000 abitanti in Campania a 12,2 in Puglia. Rispetto al 2018, in quasi tutte le Regioni si registra una diminuzione (la più alta, apri al -48,5% in Liguria); l'aumento maggiore si registra in Campania (da 0,4 a 1,8 per 10.000 residenti). Gli assistiti in strutture psichiatriche semiresidenziali sono pari a 21.352 unità (4,3 per 10.000 residenti, --19,6% rispetto al 2018). I tassi vanno da 1,2 per 10.000 residenti in Friuli Venezia Giulia e Basilicata a 7,8 in Veneto. Rispetto al 2018, in 6 Regioni del Nord e 4 del Sud si registra una diminuzione (la più alta pari al -97,1% in Friuli Venezia Giulia).

Capitolo 9

Assistenza specialistica ambulatoriale

Specialist outpatient care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 9
Assistenza specialistica ambulatoriale

d'Errico M.[1]

9.1. Introduzione

Nel presente contributo si analizza in serie storica l'offerta, il consumo e i dati economici disponibili relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale. Inoltre, si effettua una analisi relativa al recente aggiornamento del Nomenclatore tariffario.

Il 2022 ha, infatti, marcato un cambiamento significativo nella *governance* della assistenza specialistica ambulatoriale erogata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN): con il Decreto Ministeriale (D.M.) del 23.6.2023 è stato, infatti, presentato il nuovo Nomenclatore tariffario, che aggiorna sia la lista di prestazioni che le tariffe del D.M. 2012 (D.M. del 18.10.2012), che a sua volta replicava la nomenclatura delle prestazioni proposta nel D.M. 1996 e riduceva, in via inizialmente provvisoria, le tariffe. Con il nuovo Nomenclatore è stata operata una riorganizzazione dell'offerta garantita dal SSN, con l'inserimento di nuove prestazioni e l'accorpamento di altre, oltre che con il relativo aggiornamento delle tariffe.

9.2. La rete di offerta per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Nel corso degli ultimi decenni, l'Italia ha assistito ad una rapida trasformazione demografica caratterizzata, principalmente, dall'invecchiamento progressivo della popolazione, dovuto tanto ad un incremento dell'aspettativa di vita che ad una riduzione della natalità.

Dal punto di vista delle politiche sanitarie, per contrastare l'attesa crescita dei costi assistenziali, la tendenza è stata quella di promuovere l'ottimizzazione dell'appropriatezza delle cure che, fra l'altro, ha portato ad una notevole riduzione dei posti letto per acuzie (e dei relativi ricoveri), accompagnata da una stagnazione nella crescita del personale sanitario (de Belvis et al., 2022).

Questo processo non è, però, stato controbilanciato da un parallelo rafforzamento della rete di assistenza sanitaria territoriale, che nei prossimi anni si troverà ad affrontare una popolazione sempre più anziana e una crescente prevalenza di patologie croniche.

In questo contesto è stato segnalato come anche la rete ambulatoriale territoriale risulti fortemente frammentata a livello regionale, incidendo negativamente sull'efficacia e qualità dell'assistenza sanitaria (Marotta & Ricci, 2021).

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha posto una forte enfasi sul concetto di "Case della Comunità" (CdC), con l'obbiettivo di attivare almeno 1.350 CdC tecnologicamente attrezzate per il 2026 (MinSan, 2022): tuttavia, sarà essenziale comprendere come questi nuovi poli verranno declinati all'interno della rete territoriale esistente, per poterne capire appieno le potenzialità e criticità e, quindi, il contributo all'erogazione della specialistica ambulatoriale.

Nel seguito, si analizza nello specifico la rete dedicata all'assistenza specialistica ambulatoriale.

Osserviamo che il numero di ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati è rimasto, nel periodo 2012–2022, sostanzialmente invariato, con variazioni percentuali della numerosità delle strutture che, a livello regionale, non superano il 3,0%.

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

A livello nazionale, nel 2021 si registrano in media 14,9 ambulatori e laboratori ogni 100.000 abitanti, di cui 6,0 pubblici e 8,9 privati accreditati.

Il maggior numero di ambulatori e laboratori pubblici ogni 100.000 abitanti si registra nelle Regioni del Centro Italia (7,9 strutture), seguite dal Sud e Isole (7,3 strutture) e Nord (6,3 strutture). Per quanto concerne le strutture private accreditate, il numero più elevato si rileva nelle Regioni del Sud e Isole (13,5 ambulatori e laboratori ogni 100.000 abitanti), seguite dal Centro (6,8 strutture) e dal Nord (4,2 strutture).

A livello regionale il numero minimo di strutture pubbliche per 100.000 abitanti si registra in Valle d'Aosta (1,6 strutture), e quello massimo in Liguria (17,9 strutture). Il minor numero di laboratori e ambulatori privati accreditati si osserva invece in Piemonte (1,9 strutture), mentre il massimo si registra in Sicilia (23,2 strutture).

Per i dati di dettaglio sulla numerosità delle strutture, si rimanda ai *Key Indicators* del capitolo, che li riportano in continuità con i dati esposti nelle precedenti edizioni del Rapporto.

Il dato della numerosità delle strutture per abitante offre una valutazione della congruità della rete di offerta che rischia di essere distorta, in ragione dei diversi livelli di efficienza delle strutture e della dispersione degli abitanti sul territorio.

Evidentemente, strutture con volumi di erogazione maggiori sono tendenzialmente più efficienti (e per lo più garanti di una maggiore qualità delle prestazioni), in ragione anche delle economie di scala che caratterizzano parte rilevante delle strutture produttive del settore: *in primis* i laboratori di analisi.

Per fornire qualche indicazione su questo tema, si può iniziare considerando i volumi medi di erogazione delle strutture e la relativa variazione del tempo.

Preliminarmente va osservato che le elaborazioni seguenti sono state condotte sulle serie storiche contenute nell'"Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2021"; l'Annuario riporta l'attività delle strutture classificate dal Ministero come "Ambulatori e Laboratori", ma anche di "Altri tipi di Strutture Territoriali": le prime risultano erogare in media oltre l'89,0% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale clinica e diagnostica e oltre il 95,0% delle prestazioni di laboratorio; gli "Altri tipi di strutture" rappresentano un insieme fortemente eterogeneo. Per tanto, sono state considerate esclusivamente le prestazioni e il numero di strutture relativi alla categoria "Ambulatorio e Laboratorio" valutando inoltre solo le prestazioni erogate a pazienti esterni.

Nell'ambito delle analisi effettuate, si specifica poi che il numero di strutture e di prestazioni considera una distinzione in base alla funzione assistenziale svolta da ciascuna struttura: clinica diagnostica, e di laboratorio. Pertanto, nel conteggio, una struttura che opera in due funzioni assistenziali differenti viene considerata come due entità distinte. Questa categorizzazione è stata implementata al fine di identificare e disaggregare le prestazioni offerte dalle strutture, consentendo un'analisi più dettagliata. Tale scelta è apparsa opportuna in virtù delle notevoli differenze nei volumi di attività tra le funzioni di laboratorio, diagnostica e clinica specialistica.

Infine, va ricordato che l'ultimo anno per cui sono disponibili i dati dell'Annuario è il 2021: per stimare il dato 2022, sia per il numero di strutture che delle prestazioni, si è applicato al dato del 2019 il tasso di variazione medio annuo del periodo 2012 – 2019, considerando che gli anni 2020 e 2021 sono da considerarsi anomali a causa della pandemia di Covid-19[2].

Con i caveat espressi, si può osservare come il 2022 registri un numero medio di prestazioni di clinica e diagnostica che rimane inferiore a quello del periodo pre-pandemico (2012-2019), pur in presenza di una sostanziale costanza del numero di strutture operanti: i volumi annui delle prestazioni erogate nel 2022 sono 216.232,0 mln., circa 11,3 mln. (-5,3%) in meno di quelle registrate in media tra il 2012 e il 2019.

Si tratta probabilmente di una scia del forte calo

[2] I volumi di prestazioni di laboratorio erogate dalla P.A. di Trento sono stati stimati applicando la variazione 2012-2017 al dato del 2017. Tale decisione è motivata dal fatto che i dati disponibili per il 2018 e il 2019 sembrano evidenziare un significativo discostamento dalla tendenza osservata negli ultimi 10 anni e sono stati pertanto considerati valori *outlier*

di prestazioni erogate registrato durante la pandemia; sebbene sia ipotizzabile che possa dipendere anche dall'eliminazione di una quota di prestazioni "non appropriate", (si rimanda al 18° Rapporto Sanità, capitolo 8), la riduzione implica un significativo ridimensionamento dell'attività delle strutture.

In generale, la rete di offerta ambulatoriale appare piuttosto frammentata, come si evince dalla figura 9.1., in cui si riporta il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale (clinica e diagnostica) erogate in media per struttura pubblica o privata accreditata[3].

In Italia, nel 2022, si stima che le strutture ambulatoriali eroghino in media 27.378 prestazioni annue di diagnostica e clinica, volume che risulta ridotto del -6,0% rispetto a quello pre-pandemia (2012-2019).

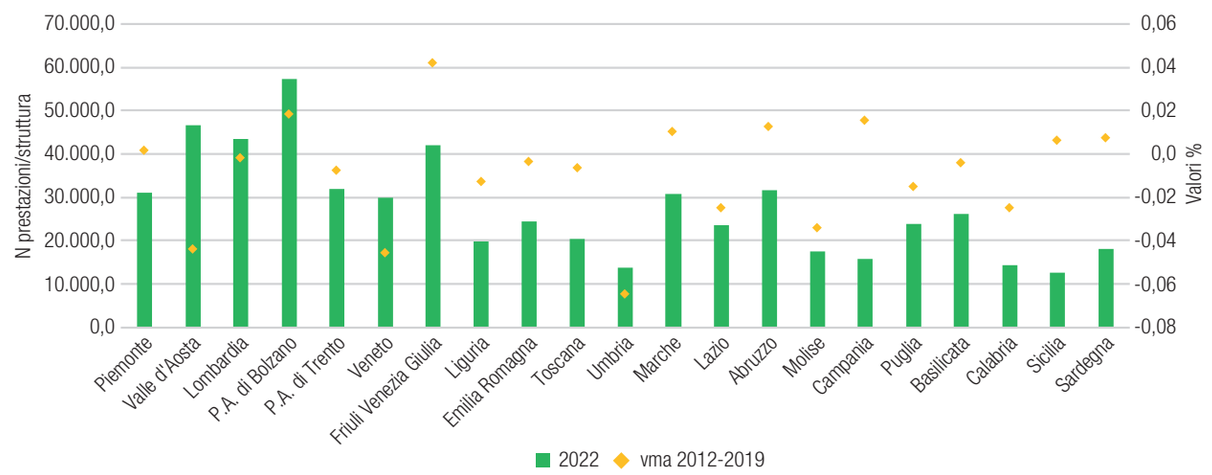
La Regione con il più alto numero di prestazioni medie per struttura erogatrice è la P.A. di Bolzano (57.220), seguita dalla Valle d'Aosta (46.733) e dalla Lombardia (43.459). La Regione che presenta il minor numero di prestazioni per struttura è la Sicilia (12.643 prestazioni), seguita da Umbria (13.682 prestazioni) e Calabria (14.443). La Regione con i massimi valori di erogazione per struttura offre un numero di prestazioni 4,5 volte superiore rispetto a quella con valori minimi.

In termini di dinamica, la Regione in cui si è registrato il maggior aumento nel numero di prestazioni di clinica e diagnostica per struttura erogatrice è il Friuli Venezia Giulia (14,6%), seguito da Marche (9,7%) e P.A. di Bolzano (7,8%). La riduzione più significativa dei volumi si rileva in Umbria (-41,0%), seguita da Valle d'Aosta (-30,4%) e Lazio (-19,5%).

Per quanto concerne l'erogazione di prestazioni di laboratorio, si registra nel 2022 un numero di prestazioni totali pari a 557.532,9 mln., rilevando una riduzione dei volumi erogati pari a 16,9 mln. (-3,0%) rispetto alla media del periodo pre-pandemico (2012–2019), insieme ad una riduzione media del 4,0% nel numero di strutture con funzione di laboratorio.

Anche per questa branca, i dati attualmente disponibili suggeriscono un'offerta ambulatoriale significativamente frammentata, descritta dalla figura 9.2., che riporta il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale (di laboratorio) erogate mediamente dalle strutture pubbliche o private accreditate.

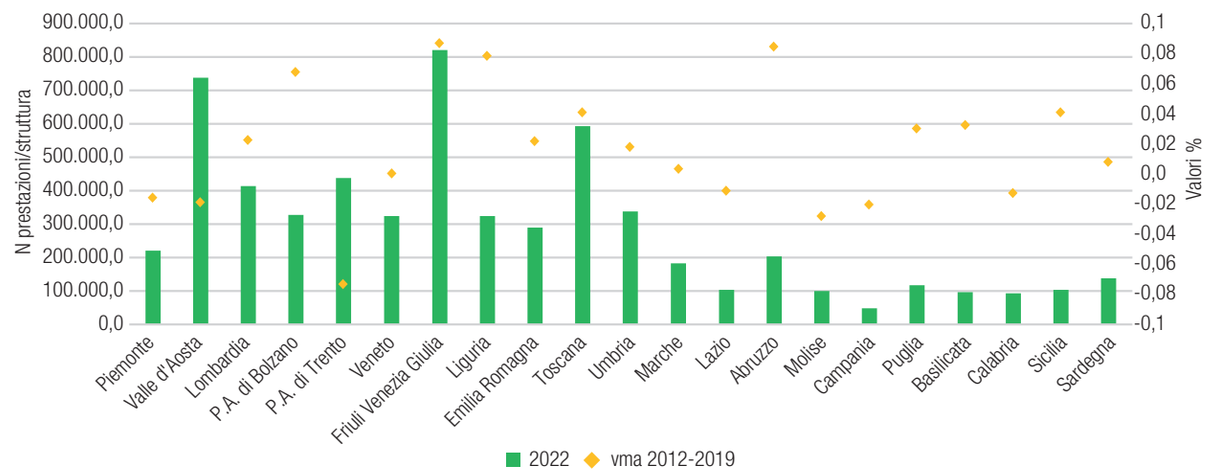
Figura 9.1. Prestazioni di clinica e diagnostica medie per struttura. Strutture pubbliche e private accreditate



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2012 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

[3] Il "numero di strutture" si riferisce alla funzione assistenziale: clinica, diagnostica, o di laboratorio. Una struttura che offre servizi sia clinici che diagnostici viene considerata due volte

Figura 9.2. Prestazioni di laboratorio medie per struttura. Strutture pubbliche e private accreditate



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2012 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia si stima un numero medio di prestazioni di laboratorio erogate annualmente pari a 286.741 per struttura erogatrice, ovvero un aumento dell'1,0% rispetto al dato pre-pandemia (2012-2019).

A livello regionale, il Friuli Venezia Giulia emerge come la Regione con la più elevata media di prestazioni per struttura (818.555), seguito dalla Valle d'Aosta (738.571) e dalla Toscana (591.776). Al contrario, la Campania riporta il minor numero di prestazioni per struttura (49.180), seguita da Calabria (93.709) e Basilicata (96.402).

Si osserva un differenziale di 769.375 prestazioni tra la Regione con il maggior numero di servizi per struttura (Friuli Venezia Giulia) e quella con il minor numero (Campania), riflettendo una riduzione del 94,0% rispetto alla Regione con la più alta erogazione.

In termini di dinamica, la Regione con l'aumento più significativo delle prestazioni per struttura è il Friuli Venezia Giulia (+30,2%), seguito dall'Abruzzo (+29,9%) e dalla P.A. di Bolzano (+22,9%). Le riduzioni più marcate si registrano in Molise (-22,1%), Calabria (-12,5%) e Campania (-11,9%).

Ricordando che la L. n.106/2021, volta a incentivare il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del SSN, stabilisce una soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e prestazioni specialistiche, appare evidente come la rete dei laboratori italiani rimanga fortemente frammentata: in alcune Regioni persino la media regionale non raggiunge i livelli minimi citati, dimostrando l'esistenza di una quota rilevante di strutture "sotto soglia".

L'interpretazione dei volumi medi di erogazione sin qui elaborati non tiene conto del *trade-off* fra prossimità (maggior numero di strutture per abitante) e le valutazioni di efficienza, che privilegiano la concentrazione dell'erogazione in un numero minore di strutture di maggiori dimensioni.

Volendosi concentrare sul tema della prossimità, il dato va almeno corretto considerando la distribuzione della popolazione sul territorio: in altri termini, nelle zone con minore densità abitativa, la ricerca di una adeguata prossimità può giustificare il fatto che le strutture siano di minore dimensione (e viceversa nei poli ad alta densità).

Per approfondire l'analisi, nel grafico a bolle riportato in figura 9.3. si riporta, per il 2022, la numerosità di ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati con funzione assistenziale di clinica e diagnostica per Km^2, mettendola in relazione con la densità abitativa.

Ovviamente si evidenzia una relazione positiva, con un numero crescente di strutture al crescere degli abitanti residenti. Il dato va però "qualificato", considerando in primo luogo il colore delle bolle (Figura 9.3.) che fornisce l'indicazione delle dimensioni

medie delle strutture (in termini di volumi di erogazione): le Regioni evidenziate in verde sono caratterizzate da un numero medio di prestazioni erogate per struttura che supera almeno del 25,0% la media nazionale (27.378 prestazioni per struttura); nelle Regioni indicate in giallo gli ambulatori di clinica e diagnostica erogano un numero di prestazioni che varia tra il 25,0% in più e il 25,0% in meno rispetto alla media nazionale, mentre nelle Regioni indicate in arancione il numero di prestazioni erogate per struttura è inferiore almeno del 25,0% rispetto alla media italiana.

Appare evidente come tutte le Regioni meridionali, oltre Liguria e Umbria, registrino una dimensione media delle strutture inferiore alla media nazionale, *proxy* di una maggiore frammentazione.

In secondo luogo, la dimensione delle bolle aggiunge una informazione sul livello di concentrazione dei residenti nelle aree più densamente popolate: il calcolo è stato elaborato considerando le aree definite dall'Istat come Polo, Polo intercomunale e Cintura.(Istat, 2020).

Maggiore, quindi, è la dimensione della bolla e maggiore giustificazione trova il fatto che si possa garantire una adeguata prossimità con un minor numero di strutture, di maggiori dimensioni.

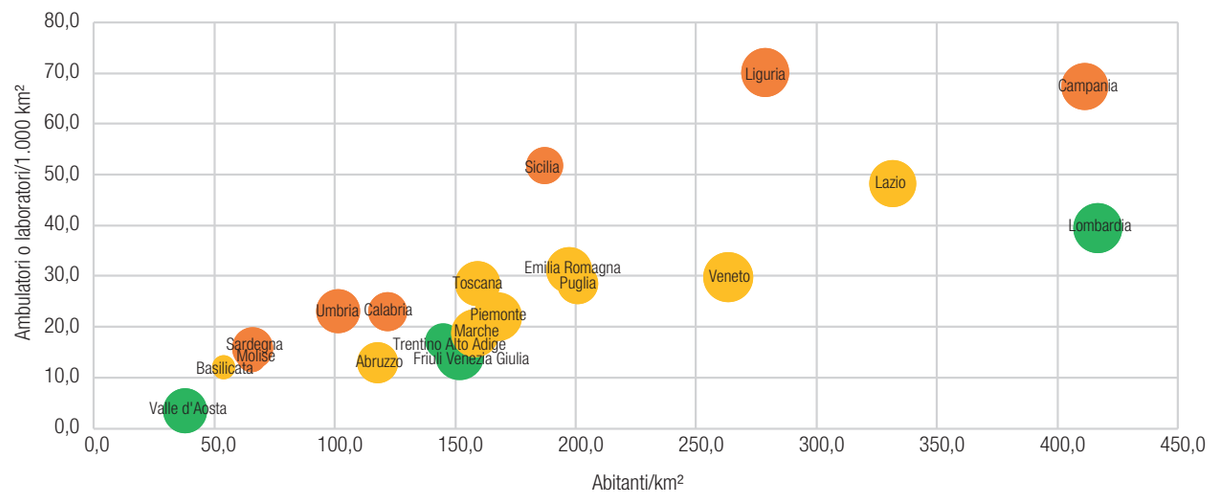
La Liguria è la Regione con il più alto numero strutture classificate come ambulatori con funzione di clinica e diagnostica per 1.000 km², con 170 strutture, seguita dalla Campania (67 strutture per 1.000 km²) e dalla Sicilia (52 strutture per 1.000 km²).

Osservando le altre Regioni, il 52,9% presenta un numero di strutture per 1.000 km² compreso tra le 20,0 e le 48,0, e il restante 57,1% un numero di strutture inferiore a 20,0.

A titolo di esempio, la Regione Sicilia è la terza Regione per numero di strutture, e risulta anche essere l'ottava per densità abitativa: la frammentazione è però in parte spiegabile con una scarsa concentrazione dei residenti nei "poli".

Il Friuli Venezia Giulia risulta invece essere la dodicesima Regioni per densità abitativa, ma la sedicesima per numero di strutture presenti, con 14 strutture ogni 1.000 km², valore sovrapponibile a quello osservato nella regione Piemonte: tuttavia il fatto che questa Regione sia tra le prime in termini di efficienza delle strutture e che l'88,0% della popolazione residente si concentri a livello del Polo cittadino, Polo intermedio e Cintura suggeriscono una rete di offerta in linea con le necessità degli assistiti.

Figura 9.3. Dimensionamento e prossimità dell'offerta di specialistica ambulatoriale (clinica e diagnostica). Anno 2022



* La grandezza delle bolle rappresenta la quota di residenti al Polo cittadino, Polo intermedio e Cintura

Fonte: elaborazione su dati Istat e del Ministero della Salute, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Un'altra eccezione alla tendenza "generale" è rappresentata dalla Regione Lombardia, che costituisce la prima Regione in Italia per densità abitativa (418 abitanti per km²), ed è quinta per numero di strutture per 1.000 km²; la dimensione media delle strutture è quindi con ogni probabilità maggiore della media nazionale, fenomeno almeno in parte giustificato (o meglio, favorito) dall'elevata concentrazione della popolazione in aree a forte densità abitativa.

Al contrario, il Lazio, malgrado una quota di abitanti residenti nelle zone ad alta densità abitativa pari all'83,4%, registra un elevato numero di strutture con un volume di erogazione poco sopra la media italiana.

La figura 9.4. replica l'analisi considerando esclusivamente le strutture con funzione di laboratorio.

In questo caso, oltre alle Regioni del Sud, anche il Lazio, le Marche e l'Abruzzo presentano una dimensione media delle strutture erogatrici inferiore rispetto alla media nazionale.

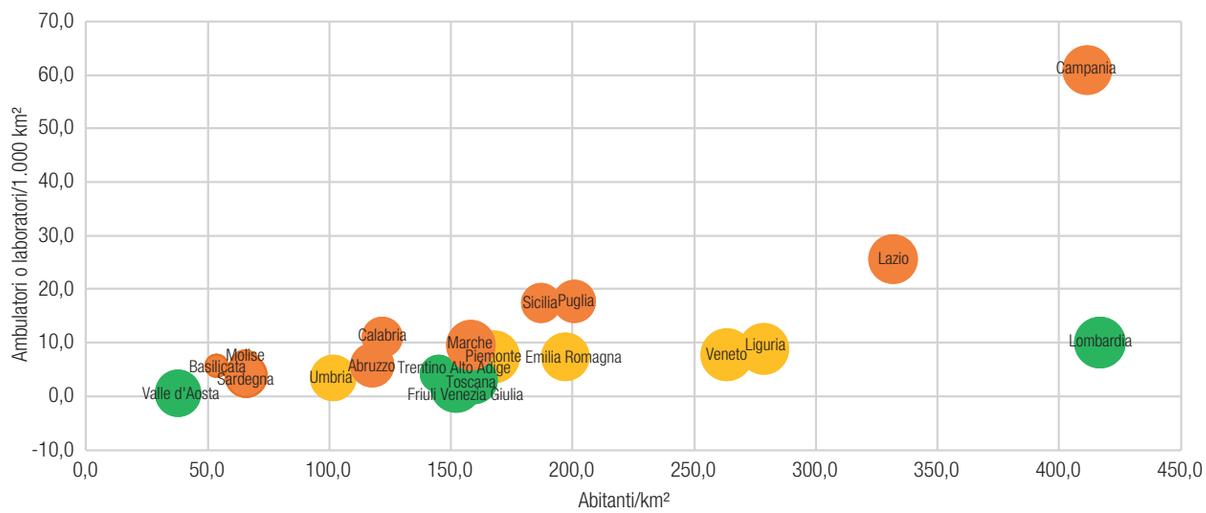
La Campania è la Regione con il più alto numero strutture classificate come erogatrici di prestazioni di laboratorio, con 61 strutture per 1.000 km², seguita dal Lazio (26 strutture per 1.000 km²) e dalla Puglia (18 strutture per 1.000 km²).

Il 23,5% delle restanti Regioni presentano un numero di strutture per 1.000 km² compreso tra le 10,0 e le 18,0, mentre oltre il 75,0% registra un numero inferiore alle 10,0 strutture per 1.000 km².

Come per le prestazioni di diagnostica e clinica emerge da un lato una proporzionalità diretta tra il numero di strutture e la densità abitativa delle singole Regioni; dall'altro, le Regioni con un numero di strutture inferiore rispetto alle "aspettative", considerando la densità abitativa, mostrano una concentrazione significativa della popolazione nei centri abitati.

Un caso peculiare è rappresentato dalla Campania, che, nonostante sia caratterizzata da una concentrazione urbana superiore all'82,0%, presenta oltre il doppio dei laboratori rispetto al Lazio, la seconda Regione per numero di strutture, risultando in qualche modo "fuori scala": non è certamente un caso che i laboratori in Campania risultano quelli con le dimensioni minori a livello nazionale, con una media che non raggiunge neppure il 25,0% della soglia minima ex L. n.106/2021.

Figura 9.4. Dimensionamento e prossimità dell'offerta di specialistica ambulatoriale (laboratorio). Anno 2022



* La grandezza delle bolle rappresenta la quota di residenti al Polo cittadino, Polo intermedio e Cintura

Fonte: elaborazione su dati Istat e del Ministero della Salute, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

9.3. L'andamento dei consumi

In riferimento ai volumi di prestazioni totali, non si evidenzia ancora un recupero completo della riduzione registrata nel periodo della pandemia.

Nel 2022, in Italia sono state erogate in termini pro-capite 3,7 prestazioni di clinica o diagnostica.

La Regione caratterizzata dai volumi pro-capite maggiori è la P.A. di Bolzano (6,5 prestazioni), seguita da Basilicata (5,8 prestazioni) e Liguria (4,8 prestazioni). La Campania risulta invece essere la Regione con i volumi di erogazione minori (2,7 prestazioni pro-capite), seguita dalla Calabria (2,8) e dall'Umbria (3,1). Tra la Regione a maggior erogazione e quella a minore si osserva un delta pari a 3,8 prestazioni, corrispondente ad una riduzione del 41,5% dei volumi nella Regione a maggior erogazione.

Rispetto ai volumi pro-capite erogati in media tra il 2012 e il 2019, solo il 20,0% delle Regioni ha registrato nel 2022 un incremento, che va da un minimo del +0,1% in Sardegna ad un massimo del + 2,1% in Sicilia. Il restante delle Regioni ha invece registrato una flessione negativa, con un valore che varia dal -0,1% nelle Marche al -4,7% in Veneto.

Per quanto concerne le prestazioni di laboratorio, i volumi pro-capite maggiori si osservano nella P.A. di Trento (12,2 prestazioni), Valle d'Aosta (11,8 prestazioni) e Umbria (11,1 prestazioni). I volumi di prestazioni pro-capite inferiori si registrano invece in Campania (7,5 prestazioni), seguita da Sardegna (7,9) e Lazio (8,0). La Regione con i massimi valori di erogazione pro-capite registra un numero di prestazioni 1,6 volte superiore rispetto a quella con valori minimi.

Confrontando il dato del 2022 con la media nel periodo pre-pandemico (2012–2019) si osserva un incremento in oltre il 47,0% delle Regioni, dallo 0,3% delle Marche al 4,4% della P.A. di Trento. Le altre Regioni presentano una riduzione dei volumi erogati rispetto alla media del 2012–2019, ma che non supera il -2,4% (in Piemonte).

Per un maggior dettaglio relativo all'analisi condotta sull'andamento dei consumi a livello regionale si rimanda al *Key Indicators* 9.2. e 9.3.

9.4. I dati economici

La compartecipazione (settore pubblico)

Nel 2022, secondo i Conti Economici delle Aziende Sanitarie forniti dal Ministero della Salute, la spesa dei cittadini per compartecipazione all'assistenza specialistica ambulatoriale erogata da strutture pubbliche è stata pari a € 1.009,3 mln. (€ 17,1 pro-capite), registrando una riduzione del 31,5% rispetto al gettito generato dalla compartecipazione nel periodo pre-pandemico (media 2012 – 2019).

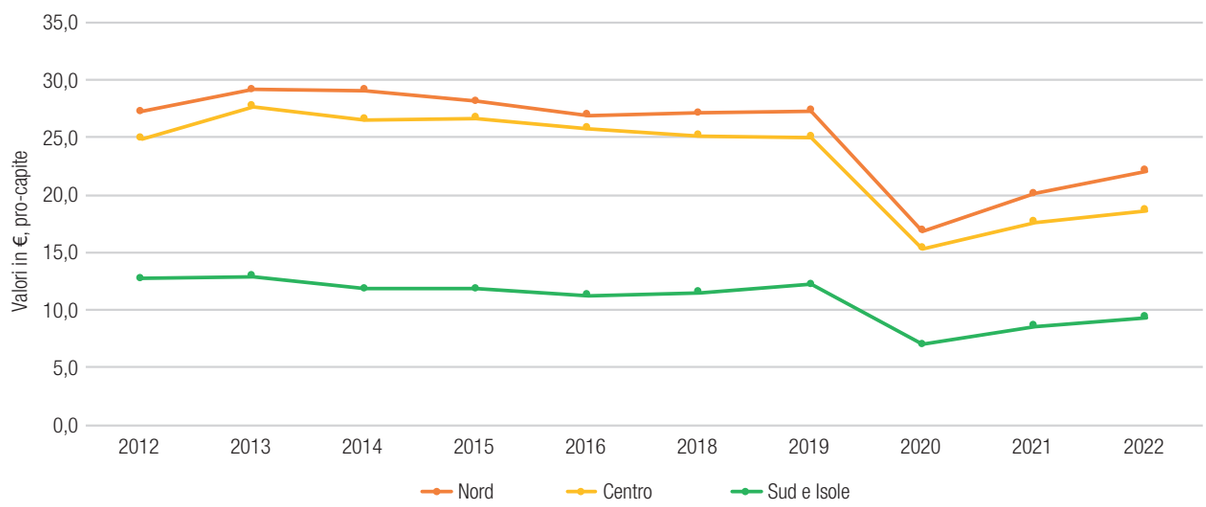
In particolare, il 59,9% del gettito totale associato alla compartecipazione per prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato generato nelle Regioni del Nord (€ 604,7 mln.), il 21,6% nelle Regioni del Centro (€ 218,5 mln.) e il 18,5% dal Sud e Isole (€ 186,1 mln.).

I valori medi di compartecipazione più alti, in termini pro-capite, si registrano al Nord (€ 22,1), con una riduzione del 25,6% rispetto alla media 2012 – 2019. Seguono le Regioni del Centro (€ 18,6), con un delta negativo del 38,5% nel 2022, e il Sud e isole (€ 9,3), con un differenziale del -28,1% rispetto ai valori di compartecipazione registrati prima della pandemia. Si osserva, altresì, il calo del gettito delle compartecipazioni durante la pandemia, dovuto alla mancata erogazione delle prestazioni nelle strutture pubbliche, e il successivo progressivo incremento, peraltro non sufficiente per un riallineamento con i valori osservati negli anni antecedenti la pandemia.

Nella figura 9.5. è riportato l'andamento della spesa pro-capite dei cittadini per la compartecipazione relativa a prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel periodo 2012–2022.

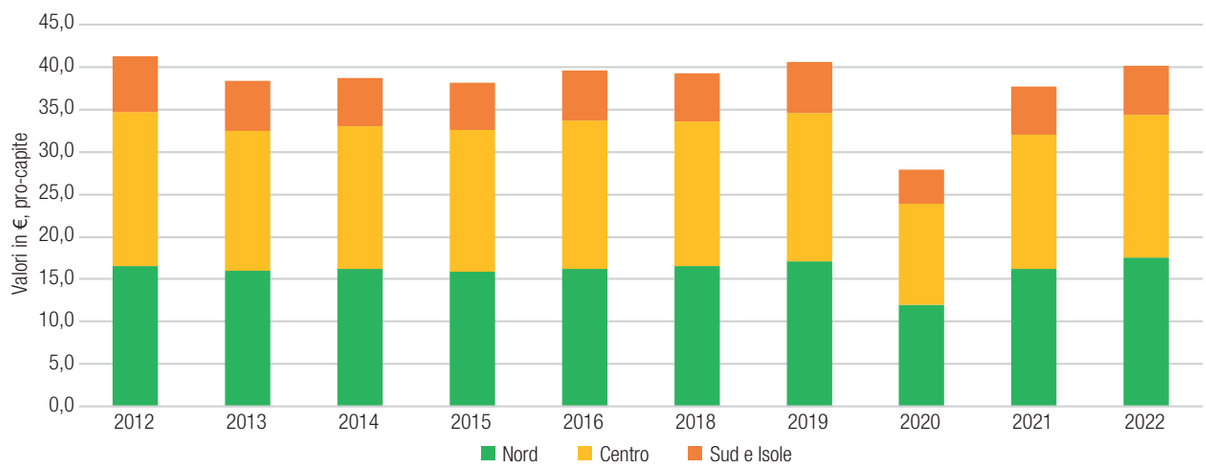
Appare anche evidente come la compartecipazione media pro-capite nel Sud sia nettamente inferiore, presumibilmente a causa di un maggior numero di esenzioni.

Figura 9.5. Compartecipazioni pro-capite alla spesa per la specialistica ambulatoriale erogata da strutture pubbliche



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2012 - 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9.6. Ricavi dell'attività in intramoenia



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2012 – 2022 - © C.R.E.A. Sanità

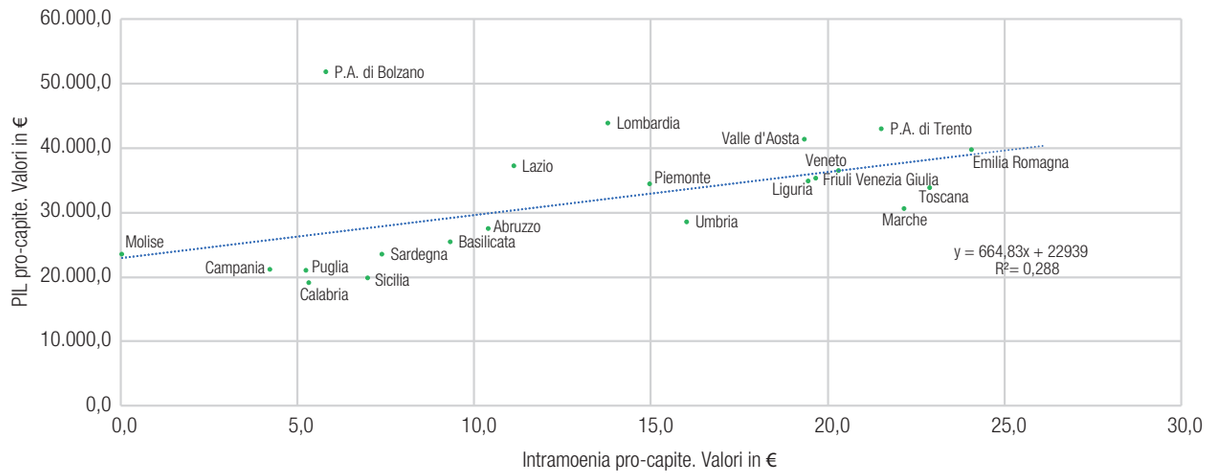
L'attività intramoenia (settore pubblico)

L'intramoenia consente ai pazienti di ricevere prestazioni sanitarie a pagamento nelle strutture pubbliche, erogate dai professionisti al di fuori dell'orario di servizio. Per questa modalità di assistenza, nel 2022 i ricavi a livello nazionale sono pari a € 794,0, con un allineamento dei ricavi generati con i valori pre-pandemici, registrando un incremento del 2,0% rispetto al valore medio del periodo 2012–2019 (Figura 9.6.).

In particolare, il 60,5% del gettito totale associato ai ricavi dell'intramoenia per prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato generato nelle Regioni del Nord (€ 480,3), il 24,8% nelle Regioni del Centro (€ 196,6 mln.) e il 14,7% dal Sud e Isole (€ 117,1 mln.).

Nel 2022, la spesa pro-capite sostenuta dai cittadini per le prestazioni in intramoenia è risultata essere pari a € 17,5 nelle Regioni del Nord, con un incremento del 7,0% rispetto alla media registrata nel periodo 2012–2019 (pre-pandemia). Nel Centro, i

Figura 9.7. Correlazione tra ricavi intramoenia e PIL. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute e dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

ricavi pro-capite sono risultati pari a € 16,8, con una riduzione dell'1,9% rispetto agli anni pre-pandemici. Infine, nel Sud e Isole, la spesa pro-capite si è attesta a € 5,9, con un lieve incremento (0,7%) rispetto ai ricavi registrati ante 2019.

Le Regioni a maggior Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite risultano essere quelle in cui i cittadini ricorrono maggiormente all'attività in intramoenia, confermando un'associazione positiva tra l'utilizzo di servizi sanitari in regime intramurario e la capacità di pagamento dei cittadini (Figura 9.7.).

Non di meno si registrano alcune eccezioni: la più eclatante è rappresentata dalla P.A. di Bolzano, che pur registrando il più alto PIL pro-capite a livello nazionale (€ 51.584,9) ha riportato una spesa pro-capite pari a soli € 5,7, un valore simile a quello di Calabria, Molise, Campania, e Puglia. Questo dato è probabilmente ascrivibile ad una maggior offerta sanitaria da parte del settore pubblico, che risulta in una risposta appropriata al bisogno sanitario della popolazione residente e previene un marcato reindirizzamento verso il settore privato.

9.5. Il nuovo Nomenclatore per la specialistica ambulatoriale

Come anticipato nell'introduzione al contributo, nei prossimi anni è atteso un rilevante impatto sul settore derivante dall'entrata in vigore, dal 1.1.2024, del nuovo Nomenclatore tariffario Nazionale per la specialistica ambulatoriale (D.M. del 23.6.2023).

Secondo la relazione di accompagnamento al citato D.M., l'aggiornamento è il risultato di proposte avanzate nel corso dell'ultimo decennio da parte delle Regioni, delle Società scientifiche e di vari Enti che operano nel contesto del SSN, a seguito di una negoziazione non priva di difficoltà tra il Governo e le Regioni: queste ultime hanno a più riprese espresso le loro perplessità in relazione all'adeguatezza delle risorse messe a disposizione.

Il nuovo Nomenclatore ha la finalità di aggiornare la lista delle procedure diagnostiche e terapeutiche elencate (e quindi comprese nei LEA) nel Nomenclatore e tariffario del 2012 e stabilito dal D.M. del 22.7.1996: si noti che di quelle, alcune nel 1996 erano considerate "sperimentali", e invece sono ormai parte quotidiana della pratica clinica, e altre sono ormai obsolete e quindi sono state eliminate.

La revisione del Nomenclatore, che nella sua nuova versione conta 2.108 prestazioni rispetto alle 1.702 comprese nella versione del 1996, comprende sia la revisione delle tariffe delle prestazioni già esistenti, che la valorizzazione di quelle nuove. Inoltre, per diverse sezioni del Nomenclatore, come nel

caso delle visite specialistiche e di alcune prestazioni relative diagnostica per immagini, sono state apportate modifiche alle definizioni preesistenti: ad esempio introducendo procedure specifiche, precisando la modalità di erogazione, o individuando l'esatto segmento corporeo coinvolto nell'esame. Ai codici identificativi di ogni prestazione sono state poi affiancate eventuali specifiche relative alle condizioni di erogabilità, con l'obbiettivo, secondo quanto indicato dal Ministero, di guidare il personale medico e promuovere una pratica clinica più efficace e appropriata nell'ambito dell'offerta del SSN.

Il metodo utilizzato per l'aggiornamento delle tariffe del nuovo Nomenclatore è stato misto: nel caso delle analisi di laboratorio, è stato tenuto conto di dati di costo rilevati; negli altri casi il Ministero si è basato su una analisi dei tariffari regionali vigenti; per le nuove prestazioni il Ministero ha dichiarato di essersi per lo più riferito alle tariffe di prestazioni simili, o alle indicazioni offerte dalle Società scientifiche.

Nello specifico, per le analisi di laboratorio, le prestazioni di genetica medica e medicina fisica e riabilitativa, le tariffe sono state valorizzate partendo da una rilevazione dei costi unitari forniti da una selezione di strutture, alcune grandi, e che dunque attuano importanti economie di scala, e altre più piccole, ma con un volume di erogazione comunque superiore alle 200.000 prestazioni annuali (essendo questo il limite minimo per l'accreditamento). Le tariffe adottate sono, quindi, il frutto di una doppia ponderazione (nella classe dimensionale e fra le classi) dei costi rilevati nelle strutture: da quello che è possibile evincere dalla relazione allegata alla norma, la tariffa è stata quindi posta pari a quella mediamente registrata nel campione considerato: una scelta che sembra in contrasto con la definizione delle tariffe nazionali quali tariffe massime (le Regioni possono remunerare maggiormente le prestazioni solo a carico dei loro bilanci); tra l'altro, in presenza di una struttura produttiva caratterizzata da rilevanti economie di scala, questa scelta implica una distorsione del mercato, a scapito delle strutture di dimensioni inferiori a quella media implicitamente adottata (per quanto certamente maggiori delle 200.000 erogazioni normativamente previste come limite minimo per l'accreditamento).

Inoltre, le tariffe per le prestazioni di genetica medica sono state valorizzate sulla base delle rilevazioni effettuate dalla Società Italiana di Genetica Umana (SIGU) nelle Regioni Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Liguria, con la successiva inclusione di una struttura operante nel Lazio e una in Sardegna.

Infine, per la determinazione delle tariffe per prestazioni di medicina fisica e riabilitativa è stata basata su diverse fonti, che comprendono principalmente indagini di Istituti di ricerca e Università, unitamente alle rilevazioni fornite dall'ASUR Area Vasta 3 (Macerata) della regione Marche.

Per le altre prestazioni, quali visite, diagnostica ecc., in assenza di dati puntuali di costo, le tariffe sono state valorizzate usando come *benchmark* i valori tariffari adottati in 9 Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania), elaborandone il relativo "valore centrale".

La scelta dell'indicatore statistico è dichiaratamente stata quella di considerare una "media" che (contenendo fra le altre la mediana) pesi meno i valori "estremi", e specialmente (con la media geometrica) quelli più "alti": si tratta, quindi, di un accorgimento deputato a "limitare" gli eventuali incrementi di tariffa.

La relazione riporta come, per le prestazioni caratterizzate da un basso grado di variabilità tra i tariffari regionali, sia stato poi utilizzato un algoritmo che in sostanza valuta la differenza di costo tra la tariffa stimata e la tariffa vigente; mentre, in caso di alta variabilità regionale, si sia ricorso alla collaborazione con le Società scientifiche. Di fatto, anche l'algoritmo citato appare molto "conservativo", nella misura in cui se la tariffa vigente è risultata maggiore del valore centrale, è stato fatto prevalere quest'ultimo; ove, al contrario, sia risultata inferiore, è stata riconosciuta solo una parte del maggior costo riconosciuto a livello regionale.

Confrontando il Nomenclatore del 1996 e il nuovo Nomenclatore definito dal DPCM del 12.1.2017, entrato in vigore con il D.M. del 23.6.2023 per la determinazione delle tariffe, emergono significative differenze qualitative, risultato del necessario ag-

giornamento dovuto al progresso nelle tecnologie mediche e terapie farmacologiche osservate negli ultimi decenni.

Ad esempio, il nuovo Nomenclatore delinea in modo chiaro tutte le prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita erogata dal SSN, ed introduce prestazioni come l'androterapia, il *gamma-* e *cyber-knife*, e la Tomografia Retinica (OCT). Il nuovo documento rivede inoltre l'elenco delle prestazioni di medicina genetica, associandole a patologie specifiche e introduce la consulenza genetica al fine di coadiuvare i pazienti nella comprensione dei test e le implicazioni cliniche.

Le visite specialistiche sono ora specificate per branca, pur mantenendo un costo uniforme, andando a distinguere la "prima visita" (€ 22,0) dalla "visita di controllo" (€ 16,2).

Varie prestazioni, come per esempio alcune procedure diagnostiche avanzate, sono dettagliate "con e senza" mezzo di contrasto (MDC) e disaggregate in base alle regioni anatomiche analizzate.

In generale, rispetto alla precedente versione del Nomenclatore si osserva una parziale corrispondenza tra prestazioni, sia in termini di nomenclatura che di tariffa, anche in seguito all'accorpamento o disaggregamento di alcune prestazioni, limitando dunque la possibilità di confrontare le due versioni di tariffe proposte.

Tuttavia, si propone di seguito a mero titolo d'esempio e senza pretesa di esaustività, una analisi che mette a confronto le tariffe di alcune prestazioni, selezionate sulla base delle procedure che hanno mantenuto una coerenza in termini di nomenclatura e descrizione rispetto al precedente Nomenclatore (Tabella 9.1.).

Come si può osservare, seppure per pochi confronti, si registra per le prestazioni di diagnostica e di laboratorio una variazione positiva delle tariffe che va dal 3,3% della spirometria semplice al 47,3% del prelievo di sangue venoso; benché in valore assoluto l'aumento della tariffa dei prelievi possa apparire modesto, esso va considerato nel contesto complessivo del numero totale di prelievi, sottolineando l'impatto sostanziale di tale incremento.

Si registra invece una riduzione di tariffa significativa sulle visite specialistiche.

Il potenziale risparmio associato alla riduzione della tariffa per le "visite di controllo", basandosi sul numero di prestazioni erogate nel 2022 secondo Age.Na.s. ("Portale Statistico Age.Na.s. - Specialistica Ambulatoriale," 2023), è quantificabile in € 120,0 mln..

Tabella 9.1. Confronti tra le tariffe del nuovo e precedente nomenclatore per la specialistica ambulatoriale

Codice	Prestazione	2012 (€)	2024 (€)	Var. %
91.49.2	Prelievo sangue venoso	2,58	3,80	47,3
89.7	Prima visita	-	22,00	-
-	Visita di controllo	20,66	16,20	-21,6
88.76.1	Ecografia dell'addome completo	60,43	61,20	1,3
95.03.3	Tomografia retinica (OCT) a luce coerente	-	35,60	-
92.01.1	Scintigrafia tiroidea	44,98	34,95	-22,3
89.37.1	Spirometria semplice	23,24	24,00	3,3
92.18.B(5)	Scintigrafia globale corporea con traccianti immunologici e recettoriali	251,57	288,20	14,6

Fonte: elaborazioni su Tariffari riferiti del D.M. del 18.10.2012 e al D.M. del 23.6.2023 © C.R.E.A. Sanità 2023

Peraltro in tema di visite vale la pena osservare che nella relazione tecnica allo schema di decreto si legge (tab. 7) che nelle Regioni *benchmark* l'importo medio per assistito per la "*prima visita*" è pari a € 40,87 e per la "visita di controllo" a € 43,05: la tariffa definitivamente approvata appare del tutto difforme, e "esageratamente" ridotta risultando pari, per la prima visita specialistica in generale, a € 22,0 e per quella di controllo in generale a € 16,20, con un "taglio", non spiegato, rispettivamente del -46,2% e -62,4%. Per inciso, neppure è possibile giustificare la riduzione con eventuali modifiche tecnologiche tali da farne ridurre significativamente il costo, trattandosi di visite che, per loro natura, non risentono significativamente di altri costi se non quelli dei professionisti. Inoltre, il livello della tariffa citata quale esempio, se confrontata le tariffe vigenti in alcune Regioni, e a maggior ragione con i prezzi di mercato, evidenzia anche un limite alla "validità esterna" degli aggiornamenti.

Ai fini della congruenza della tariffa per le visite, si può anche osservare che, assumendo come retribuzione media di un medico ospedaliero il valore di € 77.500,0 annui (OECD, 2022), è possibile stimare un costo di € 0,7 al minuto; assumendo (molto) prudenzialmente una incidenza complessiva degli altri costi (quali la segreteria, ecc.) e dei costi generali pari al 30,0%, risulta un costo al minuto di € 0,9, implicando che, ai fini del mantenimento dell'equilibrio finanziario, le visite dovrebbero svolgersi in un tempo massimo (per la visita di controllo) di 17,8 minuti, che diventano certamente meno di 15 minuti, considerando i tempi morti fra una visita e l'altra.

I ragionamenti che precedono sollevano interrogativi significativi relativamente all'appropriatezza della valorizzazione delle tariffe, nonché all'adeguatezza delle risorse allocate.

La questione centrale è se le tariffe proposte descrivano il reale assorbimento di risorse economiche delle prestazioni erogate nella pratica clinica italiana e se siano davvero sufficienti a garantire un servizio sanitario tempestivo e di qualità.

Per supportare le valutazioni, è stata effettuata un'analisi comparativa di alcune tariffe adottate in 5 Paesi europei: Italia, Spagna, Germania, Francia e Regno Unito. I risultati dell'analisi vanno interpretati con cautela, data la parziale congruenza tra i nomenclatori e la sostanziale contingenza delle tariffe alle economie dei Paesi inclusi nell'analisi.

In particolare, ricordiamo la mancata corrispondenza univoca tra i nomenclatori, che è risultata nell'impossibilità di reperire le tariffe per tutte le prestazioni e in tutti i Paesi considerati.

Inoltre, anche il "contenuto" reale delle prestazioni mediche come descritte dai nomenclatori può essere fortemente difforme nei singoli Paesi, anche in base alle diversità nelle pratiche cliniche.

Relativamente alla quota di *co-payment* o di *co-insurance* alla spesa sanitaria per le prestazioni specialistiche, in Italia la normativa corrente prevede una compartecipazione da parte dei cittadini pari alla tariffa della prestazione, con un tetto di € 36,1 per ricetta, salvo eventuali esenzioni (DPCM del 12/01/2017) ("*Ticket* ed esenzioni," 2021).

In Francia, si osserva una distinzione tra prestazioni eseguite con ricetta e non, per cui la quota a carico del cittadino è di € 1 oltre il 30,0% della spesa per la prestazione (*Respect du parcours*), che sale a un *co-insurance* del 70,0% nel caso in cui la visita sia stata effettuata senza ricetta (*Hors parcours*) ("Remboursement d'une consultation médicale", 2023).

In Germania, la normativa per la compartecipazione alla spesa per la specialistica ambulatoriale prevedeva fino a gennaio 2013 una tassa di servizio (*Praxisgebühr)* di € 10,0, introdotta con la riforma della GKV del 2004, da pagare in occasione del primo appuntamento con un medico specialista e ogni quadrimestre in caso di percorso terapeutico prolungato. Attualmente, il sistema sanitario tedesco non prevede un *ticket* per le prestazioni specialistiche ambulatoriali ("Praxisgebühr", 2023) .

Analogamente, in Spagna e nel Regno Unito non è al momento prevista alcuna compartecipazione da parte dei cittadini per le visite specialistiche ambulatoriali, mentre è prevista una quota di compartecipazione per cure dentali e farmaci sotto prescrizione (Anderson et al., 2022; Gli importi dei *ticket s*anitari nei paesi europei 2022; NHS, 2023).

La tabella 9.2. riporta le tariffe, al lordo di eventuali quote di compartecipazione, applicate nei 5

Paesi inclusi nell'analisi per le seguenti prestazioni: prelievo di sangue venoso e arterioso, elettrocardiogramma semplice e Holter, tomografia computerizzata (TC) dell'addome completo con e senza contrasto, tomografia retinica, prima visita specialistica e di controllo.

Le tariffe italiane sono state desunte dal nuovo Nomenclatore per la specialistica ambulatoriale. Per Francia e Germania si è proceduto alla consultazione dei *database online* resi disponibili dai rispettivi Ministeri, ovvero il sistema tedesco EMB (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab,* 2023) e il francese CCAM *en ligne (Classification Commune des Actes Medicaux).*("CCAM *en ligne*," 2023).

Per la Spagna non è stato possibile reperire un tariffario Nazionale ed è, pertanto, stato necessario ricorrere a due fonti distinte: un decreto della Comunità di Madrid del 2017 (*ORDEN 727/2017*),("ORDEN 727/2017, *Comunidad de Madrid*) e un recente tariffario messo a disposizione dagli Statuti Sociali dei Paesi Baschi (*Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud ORDEN 13/12/2021*) ("*Tarifas para facturación de servicios sanitarios y docentes de osakidetza para el año* 2022", 2021).

Infine, le tariffe vigenti nel Regno Unito sono state recuperate dal *National Tariff Payment System* (NTPS) *Workbook* messo a disposizione dal National Health Service (NHS),*("National tariff payment system documents, annexes and supporting documents," 2023*) e integrate sulla base di un tariffario elaborato da una *joint venture* di un pool di Università inglesi e NHS Trust (*Interactive Costing Tool (iCT) - Investigation and Intervention Tariff 2020/21* 2020).

Secondo quanto emerge dall'analisi comparativa, per l'elettrocardiogramma (ECG) l'Italia adotta una tariffa di € 11,6, dunque inferiore del 22,9% rispetto alla Francia (€ 14,3), del 29,3% rispetto alla Spagna (€ 15,0), del 96,1% se si considera la tariffa adottata in Germania (€ 22,8) e di oltre il 140,0% rispetto al Regno Unito. Per l'ECG Holter la discrepanza tariffaria è ancora più marcata, con valori negli altri Paesi europei che superano la tariffa italiana almeno del 24,3% (€ 77,0 in Francia) e fino al 182,5% (€ 175,0 in Spagna).

Al contrario, in Italia, alla tomografia computerizzata (TC) all'addome completo senza contrasto è associata una tariffa di € 158,0, mentre in Germania la medesima prestazione è erogata ad una tariffa di € 83,2 (-19,7%). In Francia il valore è notevolmente più basso, a € 25,3 (riduzione del 75,6% rispetto all'Italia), mentre nel Regno Unito questa prestazione è valorizzata con una tariffa pari a € 76,0, dunque con una riduzione di 26,7 punti percentuali rispetto all'Italia.

Tabella 9.2. Analisi comparativa delle tariffe vigenti in 5 Paesi europei per una selezione di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Descrizione	Italia (€)	Spagna (€)	Germania (€)	Francia (€)	Regno Unito (€)*
Elettrocardiogramma	11,6	15,0	22,8	14,3	32,1
Elettrocardiogramma Holter	62,0	175,0	-	77,0	139,9
TC addome completo senza contrasto	103,7	-	83,2	25,3	87,1
TC addome completo con contrasto	158,0	190,0	-	50,5	108,9
Tomografia retinica (OCT) a luce coerente	35,6	-	46,4	56,5	118,1
Prelievo di sangue venoso	3,8	4,0	-	-	-
Prelievo di sangue arterioso	7,0	-	5,6	-	-
Prima visita	22,0	115,0	-	-	155,9 – 438,0
Visita di controllo	16,2	71,0	-	28,0 - 58,0	66,5 – 180,0

*Tasso di conversione da £ a € = 1,15 (novembre 2023)

Fonte: elaborazione © C.R.E.A. Sanità 2023

Analogamente, per la TC addome completo con mezzo di contrasto, la tariffa in Italia è pari a € 158,0 mentre in Spagna viene applicata una tariffa di € 190,0, maggiore del +20,3%. In Francia e nel Regno Unito sono invece applicate tariffe più basse rispetto all'Italia, rispettivamente del 68,0% (€ 50,5) e del 39,9% (€ 95,0).

Per la tomografia retinica (OCT), la tariffa in Italia è pari a € 35,6, mentre in Germania viene applicata una tariffa di € 46,4 (+30,5%), in Francia di € 56,5 (+58,8%), e nel Regno unito di € 118,1 (aumento di oltre il 189,0%).

Il prelievo di sangue venoso è associato in Italia ad una tariffa pari a € 3,8 ed un valore simile si riscontra in Spagna (€ 4,0). Per il prelievo di sangue arterioso la tariffa in Italia è invece pari a € 7,0, a fronte di € 5,6 in Germania.

Particolarmente significativa è la differenza di valore delle tariffe per quanto concerne le visite specialistiche. In Italia, una prima visita è associata a una tariffa di € 22,0 indipendentemente dalla branca di afferenza dello specialista, mentre in Spagna si considera una tariffa di € 115,0, oltre 5 volte la tariffa italiana. Nel Regno Unito il valore della visita dipende dalla tipologia di specialista e va da un minimo di € 136,0 a un massimo di € 382,0.

Per la visita di controllo, in Italia è stata definita una tariffa pari a € 16,2, dunque una tariffa di oltre 4 volte inferiore rispetto alla valorizzazione adottata in Spagna (€ 71,0). Nel Regno Unito la tariffa associata alla visita di controllo dipende dalla tipologia di specialista e va da un minimo di € 58,0 a un massimo di € 157,0. Infine, in Francia si considerano tariffe diverse in base all'erogazione con ricetta, pari a € 28,0 (di cui viene rimborsato il 70,0%), o senza ricetta, pari a € 33,0 (di cui viene rimborsato il 30,0%) e in alcuni casi anche del tipo di specialista che effettua la visita, come nel caso della visita cardiologica, associata ad una tariffa di € 58,0.

Pur nella consapevolezza che il confronto effettuato rappresenta solo un primo tentativo di comparazione internazionale, certamente approssimativo, quanto rilevato suggerisce che in Italia si registri una tendenza alla sottostima dei costi realmente associati alle prestazioni cliniche degli specialisti e, di contro, una sovrastima dei costi associati alle diagnostiche di alta complessità. Un altro aspetto di interesse riguarda la differenziazione della tariffa sulla base della branca di afferenza del medico, adottata in Francia e Regno Unito, ma attualmente presente in Italia solo a livello formale.

9.6. Riflessioni finali

Il nuovo Nomenclatore e tariffario costituisce una revisione sostanziale della lista di prestazioni sanitarie offerte dal SSN, adeguando l'elenco di servizi e rivalutando le tariffe rispetto al precedente Tariffario del 2012.

Un elemento di particolare rilevanza è la significativa riduzione delle tariffe per le visite specialistiche, associata ad un risparmio stimato di € 120,0 mln., ma che suggerisce quantomeno una riflessione sul reale assorbimento di risorse economiche nelle prestazioni cliniche italiane e sulla garanzia di una assistenza sanitaria tempestiva e di qualità.

In particolare, confrontando alcune prestazioni a titolo di esempio con le tariffe applicate in altri Paesi, si rivela una generale propensione a sottovalutare i costi effettivamente connessi alle prestazioni cliniche specialistiche; al contrario, si osserva una sovrastima dei costi associati alle procedure diagnostiche ad alta complessità.

Un cambiamento che prenda in considerazione l'evoluzione delle necessità della popolazione assistita si ritiene necessario anche per quanto concerne la riorganizzazione stessa della rete per l'assistenza specialistica ambulatoriale, per esempio alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione.

Nel contesto del PNRR e dell'attenzione posta alle Case di Comunità, il presente contributo descrive una rete territoriale che rileva un numero sostanzialmente invariato di ambulatori e laboratori pubblici, ma che nel 2022 conferma la diminuzione delle prestazioni erogate, già osservata dal 2020, rispetto al periodo pre-pandemico.

Osservando più nel dettaglio le caratteristiche della rete di assistenza, si nota una relazione diretta tra il numero di strutture erogatrici e il numero di

residenti, con una maggiore frammentazione nella rete delle regioni del Sud, suggerita dalla presenza di strutture di dimensioni inferiori rispetto alla media nazionale. In termini di volumi di prestazioni totali, non si evidenzia ancora un completo recupero della riduzione registrata durante la pandemia.

Per quanto concerne la spesa per la specialistica ambulatoriale, si osserva un calo del 31,5% dei ricavi legati alle compartecipazioni per le prestazioni erogate da strutture pubbliche nel 2022, rispetto al periodo pre-pandemico. Nonostante un incremento graduale rispetto al drastico calo osservato tra il 2019 e il 2021, i valori rimangono al di sotto di quelli precedenti alla pandemia.

Interessante è invece il recupero riportato nel 2022 per i ricavi dell'attività in intramoenia, che addirittura supera le medie osservate precedentemente. Tale fenomeno potrebbe quantomeno indicare un parziale direzionamento della domanda assistenziale verso il settore privato.

Persiste una stretta connessione tra il PIL pro-capite e l'adozione di servizi intramoenia da parte dei cittadini, indicando rischi di iniquità e l'importanza per i cittadini di perseguire una diminuzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie.

Riferimenti bibliografici

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). United Kingdom - Health System Review. Retrieved from

Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. (2021)

Case della Comunità e presa in carico della persona. (2022). PNRR - Salute. Retrieved from https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5801&area=PNRR-Salute&menu=investimenti

CCAM en ligne. (2023). Retrieved from https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php

Einheitlicher Bewertungsmaßstab - EBM. (2023). Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmassstab-ebm

EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSSTAB (EBM). (2023). Retrieved from https://www.kbv.de/html/ebm.php

Giulio de Belvis, A., Meregaglia, M., Morsella, A., Adduci, A., Perilli, A., Cascini, F., ... Scarpetti, G. (2022). Italy: Health System Review. Health Syst Transit, 24(4), 1-236

Gli importi dei ticket sanitari nei paesi europei (2022). Retrieved from https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-Gli%20importi%20dei%20ticket%20sanitari%20in%20alcuni%20paesi%20Ue.pdf

Healthcare Resources : Remuneration of health professionals - specialists - salariedm income, US$ exchange rate. (2022). Retrieved from https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30025#

Interactive Costing Tool (iCT) - Investigation and Intervention Tariff 2020/21 (2020). Retrieved from https://www.leedsth.nhs.uk/assets/71432c14fa/NIHR-2020-Investigation-and-Intervention-Tariff-1-v2.2-1.pdf

LA GEOGRAFIA DELLE AREE INTERNE NEL 2020. (2020). Retrieved from https://www.istat.it/it/files//2022/07/FOCUS-AREE-INTERNE-2021.pdf

Marotta, A., & Ricci, A. (2021). Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Retrieved from

National tariff payment system documents, annexes and supporting documents. (2023). Retrieved from https://www.england.nhs.uk/publication/national-tariff-payment-system-documents-annexes-and-supporting-documents/

ORDEN 727/2017, de 7 de agosto, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid. (2017). Retrieved from http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=9930&eli=true#no-back-button

Portale Statistico AGENAS - Specialistica Ambulatoriale. (2023). Retrieved from https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=18

Praxisgebühr. (2023). Retrieved from https://www.aok-bv.de/lexikon/p/index_00170.html#:~:tex-

t=Die%20Praxisgeb%C3%BChr%20ist%20mittlerweile%20abgeschafft,Januar%202013%20nicht%20mehr%20erhoben.

Principali aggregati annuali di Contabilità Nazionale: Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (Coicop 3 cifre) e durata. (2022)

Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non) ? (2023). Retrieved from https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042

Remboursement d'une consultation médicale. (2023). Retrieved from https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1069

Tarifas para facturación de servicios sanitarios y docentes de osakidetza para el año 2022 (2021). Retrieved from https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_servic_para_empresas/es_def/adjuntos/Libro_de_Tarifas_2022_CAS.pdf

Ticket ed esenzioni. (2021). Retrieved from https://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4674&area=esenzioni&menu=vuoto#:~:text=Per%20le%20prestazioni%20di%20specialistica,per%20ricetta%20(fatti%20salvi%20gli

When you need to pay towards NHS care. (2023). Retrieved from https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/when-you-need-to-pay-towards-nhs-care/

Relazione tecnica allegata allo schema di decreto, trasmesso in data 14.4.2023 dal Capo di Gabinetto del Ministro della Salute al Direttore dell'Ufficio di coordinamento della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano

ENGLISH SUMMARY

Specialist outpatient care

The new Italian Nomenclator and Tariff Book for specialist outpatient care, which will come into force in January 2024, constitutes a substantial revision of the list of healthcare services offered by the Italian National Health Service (NHS), updating the list of services and re-evaluating the rates with respect to the previous 2012 Tariff Book. While a number of services did not really report a significant change, aside from the nomenclature, a marked reduction stands out in the rates for specialist visits.

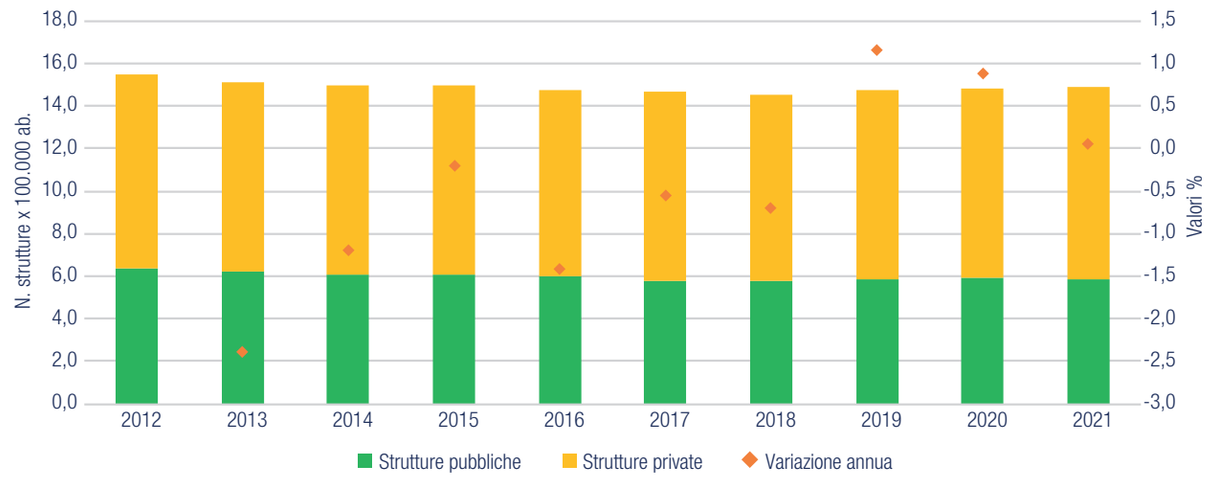
Comparing the new Italian tariffs for the outpatient sector with other European countries, it is possible to observe a general tendency to underestimate the costs actually associated with specialist clinical services, while instead the costs associated with highly complex diagnostic procedures seem overestimated. The latter category tends indeed to be associated with higher tariffs in Italy compared to its European neighbours.

In parallel with the update of the national Nomenclator, another change fundamental with regard to the outpatient specialist care assistance is surely the very reorganisation of the supply network in the territory, especially in light of the progressive ageing of the Italian population.

The present analysis highlights a substantially unchanged number of outpatient clinics and public laboratories as of 2022, and it confirmed the trend already observed since 2020 consisting in an overall decrease in the average number of services provided, compared to the pre-pandemic period. Moreover, we observed a marked fragmentation of the care supply network in the southern regions of Italy, suggested by the presence of smaller facilities than the national average.

With regard to the economic aspects of the Italian specialist outpatient care, despite a gradual increase from the drastic decline observed between 2019 and 2021, revenues from co-payments for services provided by public facilities remain below pre-pandemic levels. Interestingly, the revenues from intramoenia activity in 2022 even exceed the previously observed averages, suggesting at least a partial shift of care demand towards the private sector.

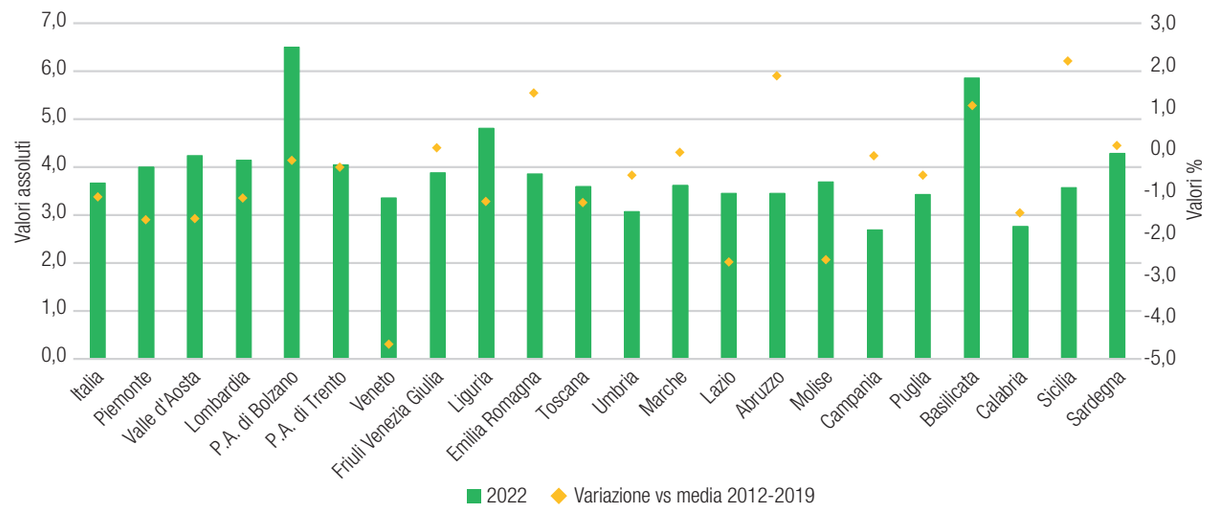
KI 9.1. Densità di ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati



Fonte: elaborazione su dati Annuario Statistico, anni 2012-2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, si contano 5,9 ambulatori o laboratori pubblici e 8,0 privati accreditati ogni 100.000 abitanti. Nel corso dell'ultimo decennio si osserva un lieve calo nel numero di strutture pubbliche, con una riduzione che dal 2013 è stata dello 0,9% medio annuo. Il numero di strutture private accreditate, nello stesso periodo, rimane sostanzialmente invariato.

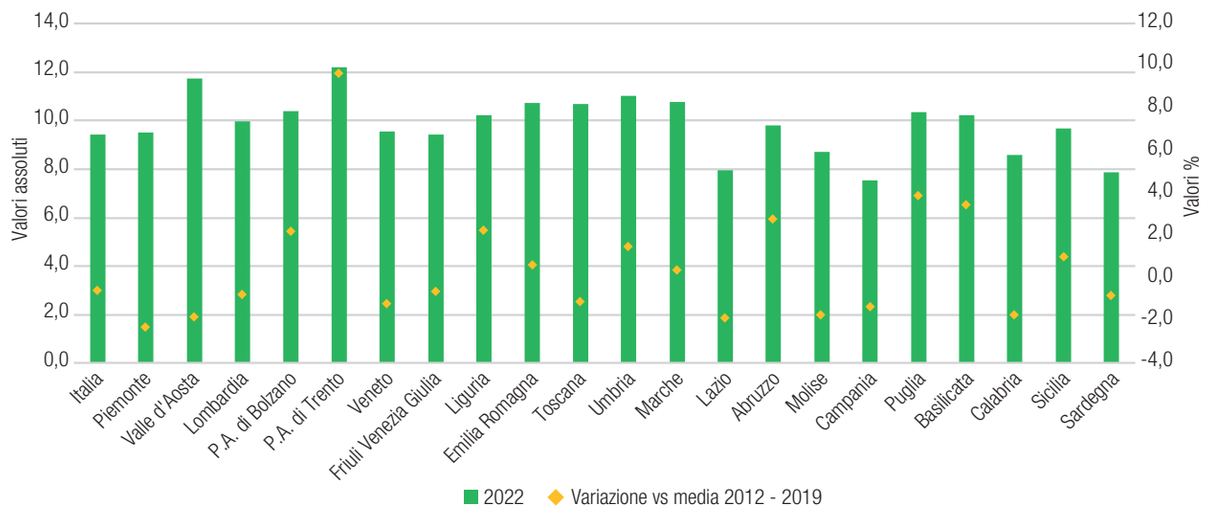
KI 9.2. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (diagnostica e clinica) pro-capite erogate dal SSN (popolazione standardizzata)



Fonte: elaborazione su dati Annuario Statistico, anni 2012-2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, In Italia, il SSN ha erogato 3,7 prestazioni di diagnostica e clinica per abitante (utilizzando la popolazione standardizzata impiegando i pesi previsti nelle Delibere di riparto del CIPE), registrando una riduzione dell'1,1% rispetto alla media (3,8) del periodo prepandemico (2012 - 2019). La Regione che presenta i valori più alti di consumo pro-capite risulta essere la P.A. di Bolzano con 6,5 prestazioni pro-capite, seguita dal Basilicata (5,8) e dalla Liguria (4,8). Le Regioni con minore consumo sono la Campania (2,7 prestazioni pro-capite), la Calabria (2,8) e l'Umbria (3,1). La differenza di consumo fra le Regioni ai due estremi è pari al 41,3%.Sicilia, Abruzzo, Emilia Romagna e Basilicata nel 2022 hanno erogato un numero pro-capite di prestazioni superiore al periodo pre-pandemico.

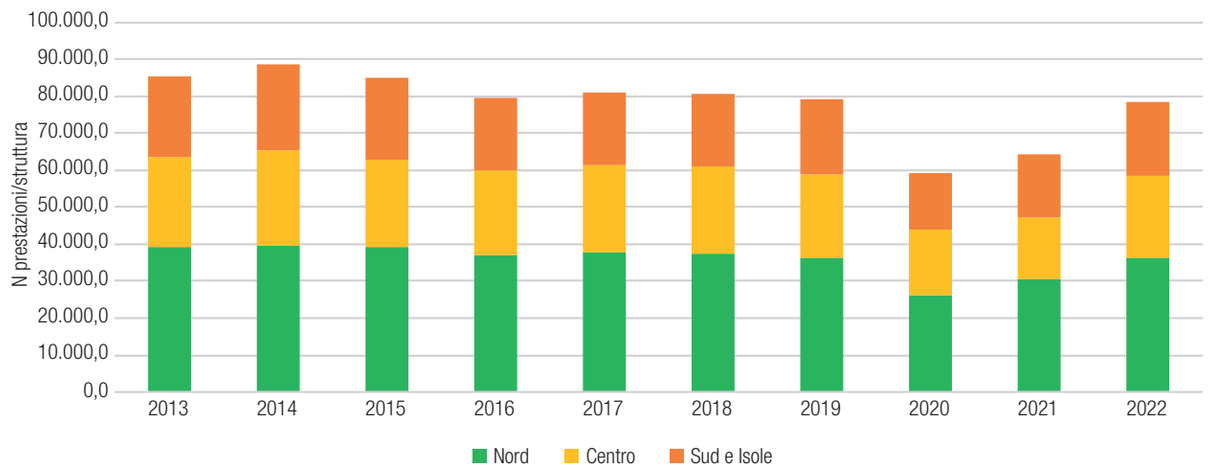
KI 9.3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale (di laboratorio) pro-capite erogate dal SSN (popolazione standardizzata)



Fonte: elaborazione su dati Annuario Statistico, anni 2012-2021 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne le prestazioni di laboratorio, nel 2022 il SSN ha erogato 9,4 prestazioni di specialistica ambulatoriale per abitante (utilizzando la popolazione standardizzata con i pesi previsti nelle Delibere di riparto del CIPE), valori inferiori dello 0,6% rispetto alla media (9,5) registrata nel periodo pre-pandemico (2012 - 2019). La Regione che presenta i valori più alti di consumo pro-capite risulta essere la P.A. di Trento con 12,2 prestazioni, seguita dalla Valle d'Aosta (11,8) e dall'Umbria (11,1). Le Regioni con minore consumo sono la Campania (7,5 prestazioni pro-capite), la Sardegna (7,9) e il Lazio (8,0). La Regione con i massimi valori di erogazione pro-capite registra un numero di prestazioni 1,6 volte superiore rispetto a quella con valori minimi. Quasi la metà delle Regioni nel 2022 hanno erogato un numero pro-capite di prestazioni superiore al periodo pre-pandemico, benché l'incremento non superi il 4,4% (nella P.A. di Trento).

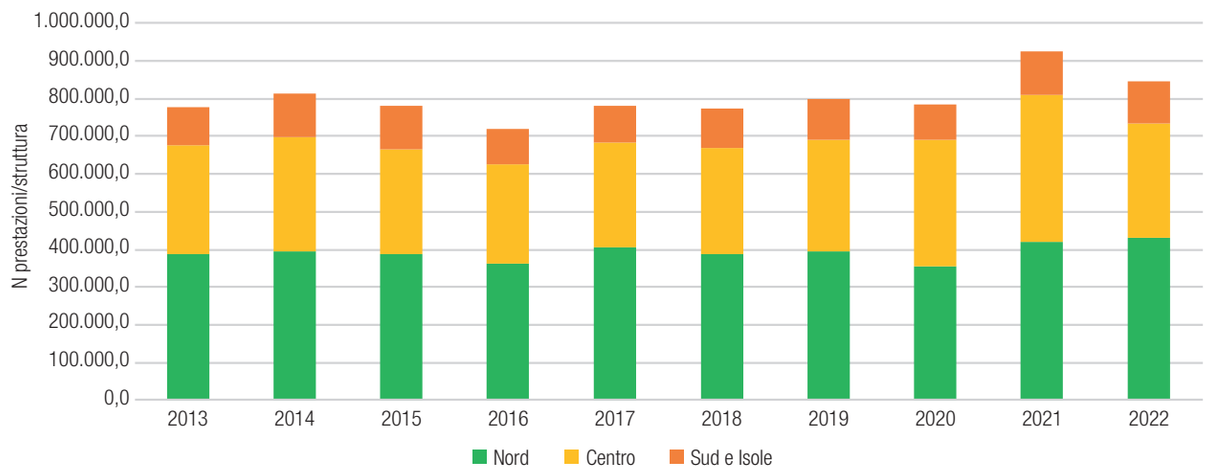
KI 9.4. Volumi di erogazione degli ambulatori di diagnostica e clinica



Fonte: elaborazione su dati Annuario Statistico, anni 2013-2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, il volume medio di prestazioni di diagnostica e clinica erogate dagli ambulatori specialistici a livello nazionale è pari a 23.738. Il maggior volume medio si registra nelle Regioni del Nord (36.291 prestazioni), seguite da quelle del Centro (22.106) e del Sud (19.986). Il valore rimane sostanzialmente costante dal 2016, con l'eccezione della riduzione registrata nel periodo pandemico.

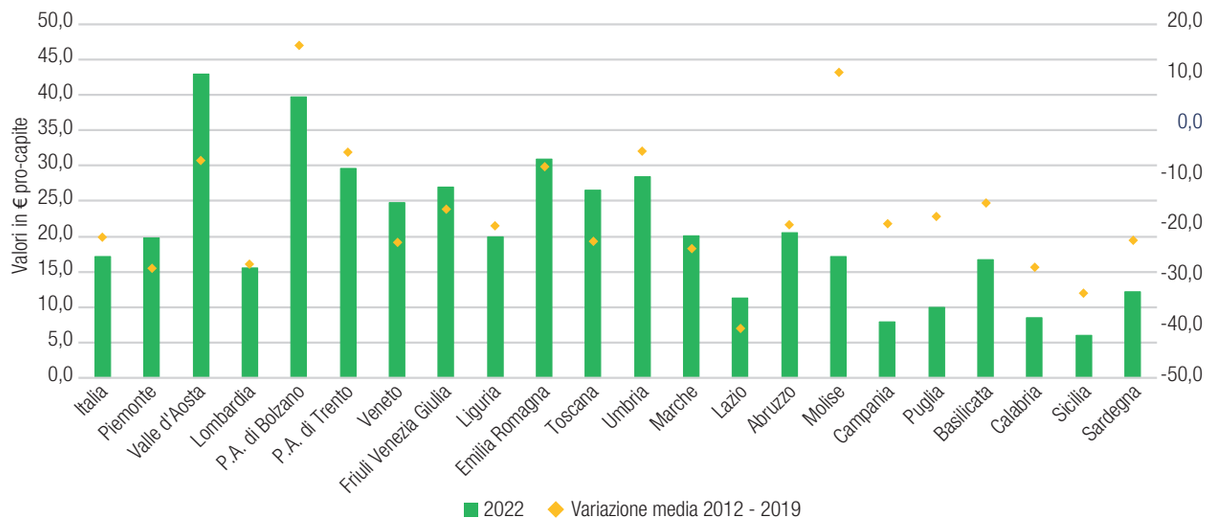
KI 9.5. Volumi di erogazione dei laboratori



Fonte: elaborazione su dati Annuario Statistico, anni 2013 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, il volume medio di analisi cliniche erogate dai laboratori a livello nazionale è pari a 159.543. Le Regioni del Nord riportare i volumi medi maggiori per struttura (431.964 analisi), seguite da quelle del Centro (303.419) e del Sud (111.985). I volumi di prestazioni di laboratorio erogati sono sostanzialmente stabili dal 2013 e non hanno registrato un decremento durante il periodo della pandemia, ed hanno anzi registrato valori maggiori nel 2021: dato con ogni probabilità ascrivibile al conteggio dei test diagnostici per il Covid-19.

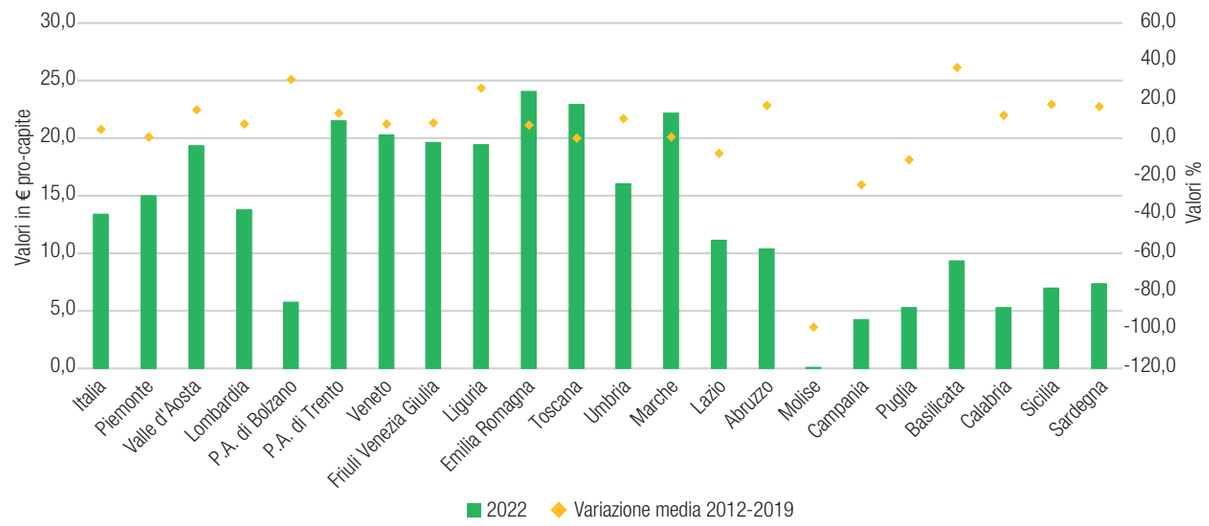
KI 9.6. Compartecipazione pro-capite dei cittadini alla spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche (popolazione standardizzata)



Fonte: elaborazione su dati Conti Economici delle ASL, anni 2012 - 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la compartecipazione dei cittadini alla spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche è stata pari a € 17,1 pro-capite (utilizzando la popolazione standardizzata con i pesi previsti nelle Delibere di riparto del CIPE). Il livello pro-capite di compartecipazione è significativamente minore nelle Regioni meridionali, presumibilmente per effetto di un maggior numero di esenzioni. Il valore massimo si registra in Valle d'Aosta (€ 43,7), seguita dalla P. A. di Bolzano (€ 39,0), e dalla Emilia Romagna (€ 31,1); i valori minori in Sicilia (€ 5,9) e Campania (€ 7,6). La differenza fra la Regione con il valore massimo e minimo è di € 37,8 (86,1%). Rispetto al valore medio registrato nel periodo pre-pandemico (2012 e il 2019), si osserva una riduzione dei livelli di compartecipazione in tutte le Regioni, a eccezione della P.A. di Bolzano e al Molise, con un picco negativo del -40,2% nel Lazio, seguito da Sicilia (-33,2%) e Piemonte (-28,2%).sono: Lombardia, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna. Le Regioni che registrano un maggiore avanzo sono invece P.A. di Bolzano e Emilia Romagna pari rispettivamente a € 49,7 e € 38,3.

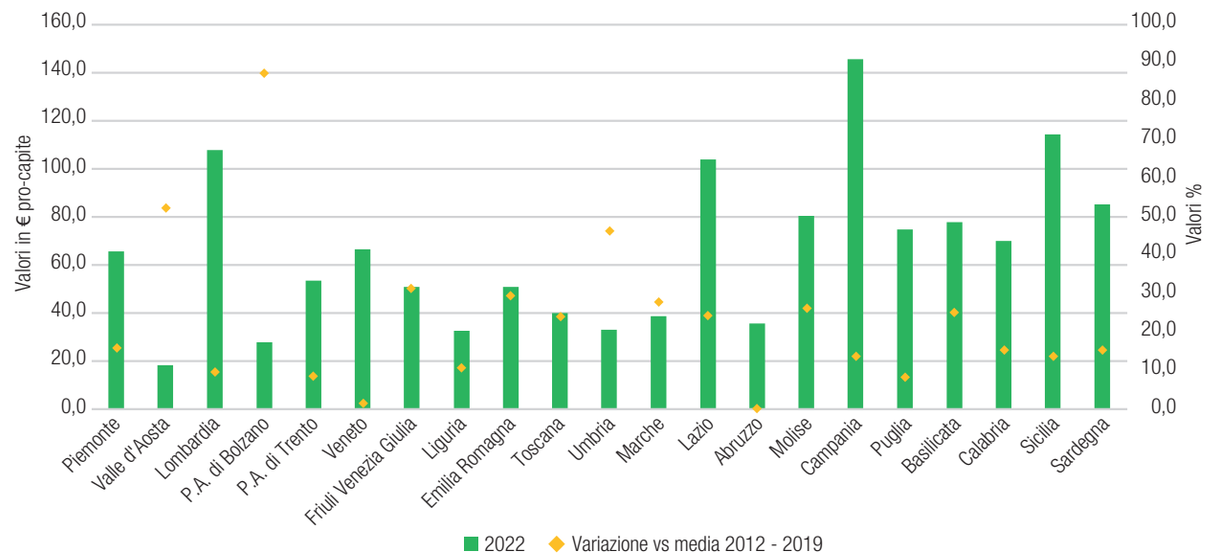
KI 9.7. Ricavi pro-capite delle strutture pubbliche per prestazioni erogate in intramoenia (popolazione standardizzata)



Fonte: elaborazione su dati Conti Economici delle ASL, anni 2012 - 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, i ricavi dell'attività intramoenia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nelle strutture pubbliche ammontano a € 794,0 mln (€ 13,5 pro-capite, utilizzando la popolazione standardizzata con i pesi previsti nelle Delibere di riparto del CIPE), con un aumento del 5,1% rispetto alla media registrata nel periodo 2012-2019. Il livello pro-capite di entrate per prestazioni erogate in intra-moenia è significativamente maggiore nelle Regioni settentrionali, presumibilmente in ragione di un reddito medio maggiore. La Regione che ha registrato i maggiori ricavi pro-capite per intramoenia è l'Emilia Romagna (€ 24,3), seguita dalla Toscana (€ 23,4) e dalle Marche (€ 22,5). La Regione con il minor ricavo pro-capite è il Molise (€ 0,03), seguita da Campania (€ 4,1) e Puglia (€ 5,2). La differenza fra i ricavi regionali pro-capite massimi e minimi è pari a € 24,0 (100,0%).I ricavi del 2022 rispetto alla media registrata nel periodo 2012-2019, sono maggiori in tutte le Regioni ad eccezione del Molise (-98,5%), Campania (-23,9%), Puglia (-10,9%) e Lazio (-7,6%). La Regione con il massimo aumento di ricavi nell'ultimo anno rispetto alla media del periodo 2012- 2019 è la Basilicata (37,2%), seguita dalla P.A. di Bolzano (30,9%) e Liguria (26,5%).

KI 9.8. Spesa pro-capite a carico del SSN per prestazioni erogate da privati (strutture extra-SSN e medici SUMAI)



Fonte: elaborazione su dati Conti Economici delle ASL, anni 2012 - 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, secondo quanto riportato nei Conti Economici (CE) delle Aziende Sanitarie, in Italia la spesa pro-capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per prestazioni erogate ai cittadini da privati (strutture private extra-SSN e medici SUMAI) risulta in media di € 65,4. La Campania presenta i valori di spesa maggiori (€ 145,7), seguita da Sicilia (€ 114,5) e Lombardia (€ 107,8). La Regione con la minor spesa pro-capite è la Valle d'Aosta (€ 18,5), seguita dalla P.A. di Bolzano (€ 27,7) e dalla Liguria (€ 32,5). La Regione con i massimi valori di spesa pro-capite registra valori di 7,9 volte superiore rispetto a quella con valori minimi. La spesa pro-capite per prestazioni erogate da privati nel 2022 rispetto alla media registrata nel periodo 2012-2019 è maggiore in tutte le Regioni. La Regione con il massimo aumento dei valori è la P.A. di Bolzano (87,6%), seguita dalla Valle d'Aosta (52,4%) e dall'Umbria (46,5%).

Capitolo 10

Assistenza farmaceutica e dispositivi medici
Pharmaceutical care and medical devices

10a. Assistenza farmaceutica: spesa e *governance*
English Summary

10b. La Spesa per i Dispositivi Medici
English Summary

10c. Dalla programmazione all'innovazione:
verso una nuova *governance* dei Dispositivi Medici
English Summary
Key Indicators

CAPITOLO 10
Assistenza farmaceutica e dispositivi medici

Il capitolo include tre contributi, dedicati agli aspetti di *governance* del settore farmaceutico e dei dispositivi medici, che è entrata in crisi a causa della crescita sempre più veloce dell'innovazione e del conseguente impatto economico sui bilanci sanitari.

Il primo (Capitolo 10a) fotografa l'evoluzione della spesa farmaceutica, evidenziando le principali criticità del settore a livello nazionale e regionale, con un focus sulle politiche di *early access* e quelle destinate alla gestione dei tetti e del relativo *payback*.

Il secondo (Capitolo 10b) analizza il settore dei dispositivi medici, anche in questo caso con un focus sulla gestione dei tetti di spesa, e delle carenze dell'attuale sistema di monitoraggio; propone, inoltre, alcuni indicatori ritenuti utili al monitoraggio e al *benchmarking* regionale della spesa per i DM.

Il terzo contributo (Capitolo 10c) offre una panoramica dei sistemi di *governance* dei *device* nei principali Paesi europei, per arrivare a formulare alcune proposte operative per definire la *governance* italiana.

CHAPTER 10
Pharmaceutical care and medical devices

The Chapter includes three contributions, dedicated to the governance aspects of the pharmaceutical and medical device sector, which has entered into crisis due to the accelerating growth of innovation and the resulting economic impact on healthcare budgets.

The first (Chapter 10a) takes a snapshot of the evolution of pharmaceutical expenditure, highlighting the main problematic issues in the sector at the national and regional levels, with a specific focus on early access policies and those designed to manage ceilings and caps, as well as the related payback.

The second (Chapter 10b) analyses the medical devices sector, again with a specific focus on the management of expenditure ceilings and caps, and of the shortcomings of the current monitoring system. It also suggests some indicators deemed useful for the regional monitoring and benchmarking of expenditure on medical devices (MD).

The third contribution (Chapter 10c) provides an overview of MD governance systems in the main European countries, leading to some operational proposals for defining Italian governance.

CAPITOLO 10a
Assistenza farmaceutica: spesa e *governance*

Polistena B.[1], Spandonaro F.[1]

10a.1. La spesa farmaceutica

Nel 2022 la spesa farmaceutica (pubblica e privata) ha raggiunto, in Italia, il valore di € 33,4 mld., in aumento del 6,1% rispetto al 2021; di questa il 70,3% è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Tabella 10a.1.).

Tabella 10a.1. Spesa farmaceutica in Italia, € mln.

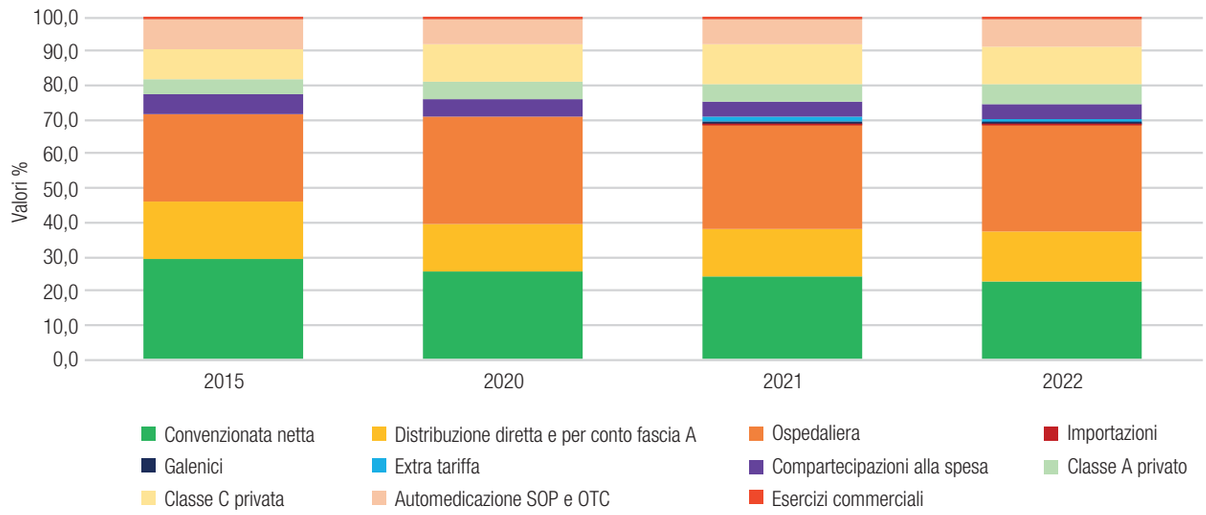
	2015	2020	2021	2022****
Convenzionata netta*	8.477,0	7.615,0	7.582,9	7.675,2
Distribuzione diretta e per conto fascia A	4.921,0	4.259,4	4.396,5	4.875,0
Ospedaliera	7.594,0	9.284,4	9.690,1	10.333,4
Importazioni			47,9	41,7
Galenici			42,4	30,8
Extra tariffa			526,7	560,5
Compartecipazioni dei cittadini alla spesa	1.540,0	1.487,0	1.481,6	1.500,9
Classe A privato	1.309,0	1.527,7	1.643,8	1.907,9
Classe C privata	2.642,0	3.269,1	3.466,4	3.523,1
Automedicazione SOP e OTC	2.429,0	2.133,7	2.336,9	2.660,9
Esercizi commerciali	301,0	249,7	286,9	326,3
Spesa pubblica	20.992,0	21.158,8	22.286,5	23.516,6
Payback	495,3***	2.132,0	1.068,47	1.301,6
Spesa pubblica effettiva (al netto del *payback*)	20.496,7	19.026,8	21.218,0	22.215,0
Spesa privata	8.221,0	8.667,2	9.215,60	9.919,10
Spesa totale	29.213,0	29.826,0	31.502,1	33.435,7
di cui Farmaci rimborsabili	22.301,0	22.686,5	11.979,4	24.791,5
Spesa totale al netto *payback*	28.717,7	27.694,0	30.433,6	32.134,1

*Convenzionata lorda-*ticket*- Sconto al SSN L.n. 662/96- Sconto Det. AIFA 30/12/05- Sconto Det. AIFA 09/02/07- Sconto Legge n. 135/12 (2,25% dal 15/08/12)-Rettifiche regionali- *payback* 1,83%
**si stima un rientro dal payback pari al 50% dello sforamento della spesa ospedaliera
*** stima annuale (Determina 1.406/2016: € 1,486 mld. da pagare per il triennio 2013-2015)
**** I dati non includono i valori di spesa per l'acquisto da parte della struttura commissariale dei vaccini anti Covid-19 paria a € 2.359,1 mln. e gli antivirali anticorpi monoclonali pari a € 664,2 mln.

Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

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

Figura 10a.1. Composizione della spesa farmaceutica totale



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nello specifico, la spesa farmaceutica pubblica si attesta a € 23,5 mld. e quella privata a € 9,9 mld. (29,7% della spesa farmaceutica totale).

Tra il 2015 e il 2022, la spesa pubblica si è incrementata del 12,0% (1,6% medio annuo), mentre quella privata del 20,7% (2,7% medio annuo) (Figura 10a.1.).

Adottando l'ottica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), possiamo stimare che il 77,3% (€ 25,8 mld.) della spesa farmaceutica sia compresa nei Livelli Essenziali: l'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di "classe A" rimborsabili dal SSN, come anche la compartecipazione dei cittadini, riducono complessivamente del 7,0% l'onere pubblico per l'erogazione dei LEA.

Di fatto, il costo effettivo per il SSN, per effetto del *payback,* risulta ancora inferiore a quello citato del 5,5% (€ 22,2 mln.), così che l'incidenza della spesa pubblica diviene pari al 66,4%.

La composizione della spesa pubblica vede la spesa convenzionata netta[2] essere pari a € 7.675,2 mln. (23,0% della spesa totale al loro del *payback*); la distribuzione diretta e per conto dei farmaci di fascia A[3] a € 4.875,0 mln. (14,6%); l'ospedaliera a € 10.333,4 mln. (30,9%).

Nello specifico la distribuzione diretta rappresenta il 51,6% del totale della spesa diretta e per conto di "classe A" e quella per conto il restante 48,4%.

A livello regionale, la spesa delle strutture pubbliche (ospedaliera più distribuzione diretta e per conto) incide sulla spesa farmaceutica totale in modo difforme: fra il 38,2% della Valle d'Aosta e il 52,3% dell'Emilia Romagna.

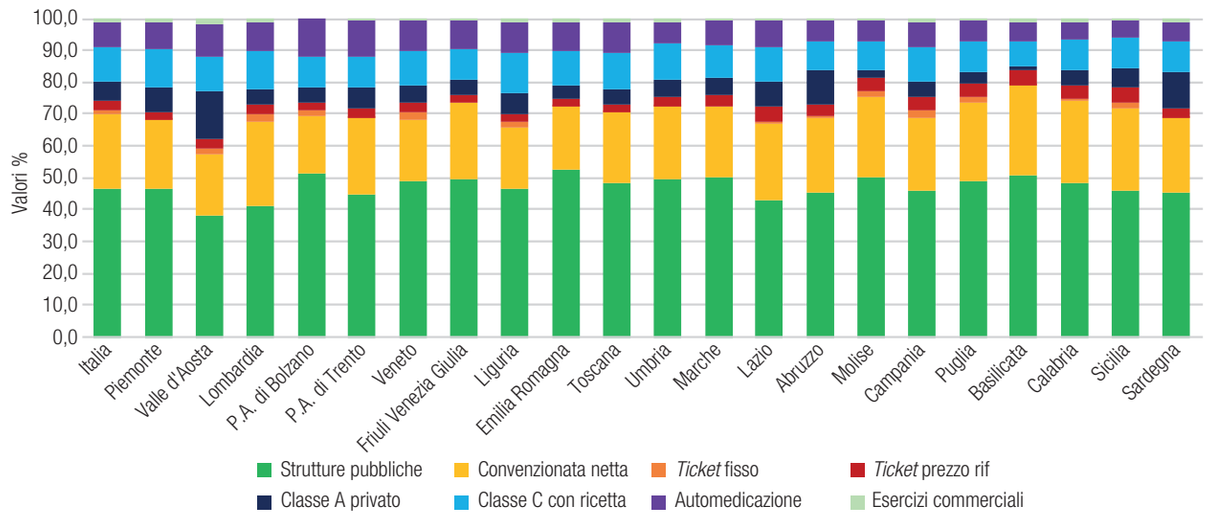
L'incidenza della spesa convenzionata netta (erogata dalle farmacie sul territorio), passa dal 18,0% nella P.A. di Bolzano al 28,5% in Basilicata.

In termini pro-capite, la spesa farmaceutica pubblica a livello nazionale risulta pari a € 387,7, con un incremento del 6,0% nell'ultimo anno e dell'1,7% medio annuo nel periodo 2015-2022.

[2] Trattasi della spesa al netto degli sconti versati dalle farmacie, del *payback* pari al 1,83% versato alle Regioni al lordo dei *ticket* regionali

[3] 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

Figura 10a.2. Composizione della spesa farmaceutica totale regionale. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa convenzionata netta ammonta a € 130,0 pro-capite, in aumento dell'1,6% nell'ultimo anno ma in riduzione rispetto al 2015 del -1,0% medio annuo.

La spesa ospedaliera è pari a € 175,1 pro-capite, in crescita del 7,0% nell'ultimo anno e del 4,9% medio annuo rispetto al 2015.

Quella della distribuzione diretta e per conto è pari a € 82,6 pro-capite e si è incrementata dell'11,3% nell'ultimo anno e dello 0,3% medio annuo rispetto al 2015.

Nella spesa sostenuta direttamente dalle famiglie, sono compresi i farmaci di "classe A" (quindi rimborsabili) acquistati direttamente dalle famiglie, per € 1,9 mld. (il 5,7% del totale della spesa totale); quelli di "classe C" con ricetta per € 3,5 mld. (10,5%); la spesa per i farmaci di automedicazione per € 2,7 mld. (8,0%); ed, infine, le compartecipazioni alla spesa dei cittadini pari a € 1,5 mld. (4,5%).

L'incidenza della spesa privata di "classe A" sulla spesa farmaceutica totale passa dall'1,7% in Basilicata al 15,2% della Valle d'Aosta; quella della "classe C" con ricetta dal 7,7% della Basilicata al 12,8% della Liguria; l'incidenza della spesa per l'automedicazione dal 5,7% della Sicilia all'11,7% della P.A. di Bolzano; le compartecipazioni dal 2,6% in Piemonte, P.A. di Trento e Toscana al 6,6% della Sicilia (Figura 10a.2.).

Analizzando il *trend* della spesa farmaceutica pubblica, fra il 2015 e il 2022 osserviamo una riduzione della quota della spesa convenzionata netta di -5,6 p.p., come anche di quella per distribuzione diretta e per conto di "classe A" (-2,0 p.p.), mentre cresce l'incidenza della spesa ospedaliera di +5,5 p.p..

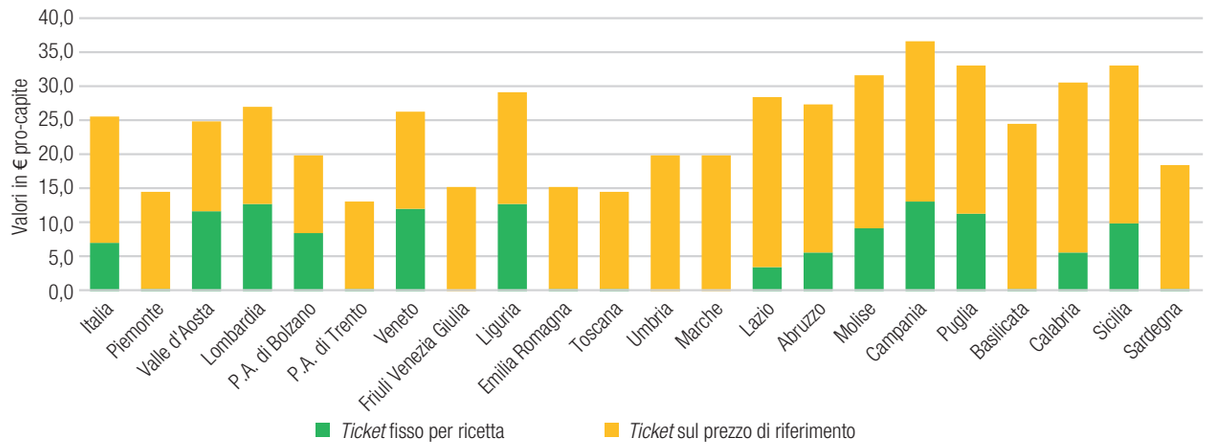
La spesa farmaceutica privata a livello nazionale risulta pari a € 168,0 pro-capite, in aumento dell'8,0% nell'ultimo anno e del 3,2% medio annuo dal 2015.

Il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie, a livello regionale, è difforme e non sempre risulta correlato ai livelli di reddito, come pure sarebbe lecito aspettarsi. Ad esempio, sebbene risulti tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore a quella meridionale.

La spesa per i farmaci di "classe C", nello specifico, ammonta a € 59,7 pro-capite in aumento del 2,0% nell'ultimo anno, e del 4,6% medio annuo rispetto al 2015.

La spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella sostenuta presso gli esercizi commerciali) risulta pari a € 50,6 pro-capite, in aumento del 14,2% nell'ultimo anno e dell'1,7% medio annuo rispetto al 2015.

Figura 10a.3. Compartecipazioni. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2022 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

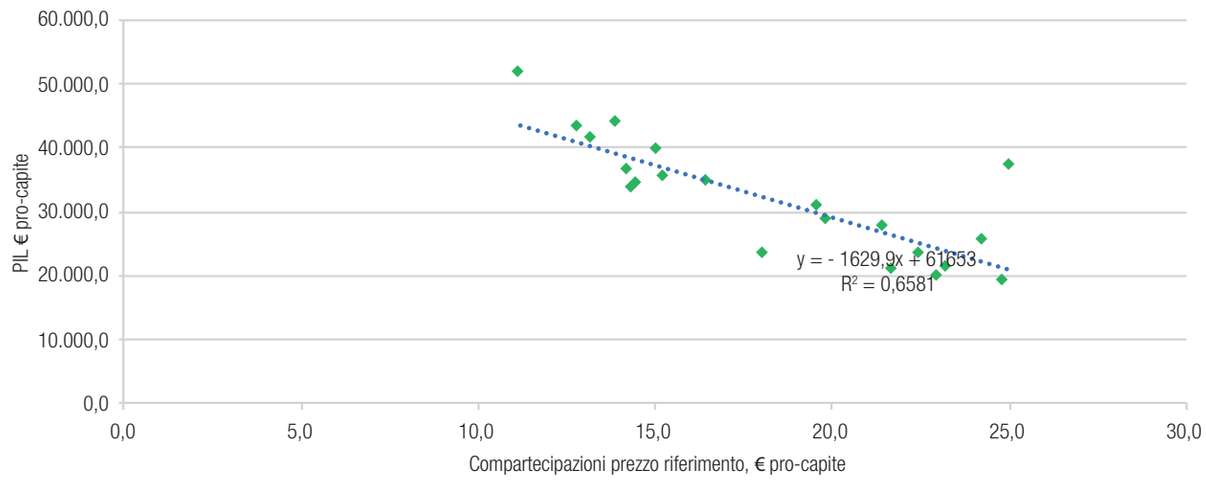
La spesa annua sostenuta privatamente per i farmaci di "classe A" è pari nel 2022 a € 32,3 pro-capite, in crescita del 16,5% nell'ultimo anno e del 4,6% medio annuo dal 2015.

Per quanto concerne la compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, essa è pari a € 25,4, in aumento dell'1,7% nell'ultimo anno e dello 0,1% medio annuo rispetto al 2015.

Per quanto concerne i *trend* della spesa privata, la quota delle compartecipazioni dei cittadini, nel periodo 2012-2022, si è ridotta di -0,7 p.p, l'Automedicazione di -0,2 p.p., mentre la spesa presso gli esercizi commerciali è rimasta pressoché invariata; di contro la quota di spesa per i farmaci di "classe A" acquistati privatamente è aumentata di +1,3 p.p. e quella della "classe C" di +1,7 p.p..

Le compartecipazioni sono attribuibili per il 72,2% al *ticket* sul prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti (€ 18,4 pro-capite) e per il restante 27,8% (€ 7,1 pro-capite) al *ticket* fisso per ricetta.

Figura 10a.4. Correlazione tra ticket su prezzo di riferimento e PIL pro-capite. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2022 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

A livello Regionale si osservano marcate differenze: in alcune Regioni il *ticket* pro-capite per ricetta è nullo (Friuli Venezia Giulia e Marche); in altre (Lombardia, Veneto, Liguria e Campania) supera i € 12 pro-capite.

Il *ticket* sul prezzo di riferimento invece, supera € 20 pro-capite in tutte le Regioni del Sud (ad esclusione della Sardegna che registra un valore di circa € 18 pro-capite) e nel Lazio (€ 25,0 pro-capite); di contro, non supera i € 15 pro-capite nelle Regioni del Nord (ad esclusione della Liguria che si attesta a € 16,5 pro-capite) (Figura 10a.3.).

Si conferma, quindi, una scarsa "fiducia" dei cittadini meridionali nei confronti dei farmaci equivalenti: la figura 10a.4. conferma la correlazione negativa (R^2=65,8%) tra il *ticket* sul prezzo di riferimento e il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite.

10a.2. La politica farmaceutica

I farmaci rappresentano un essenziale strumento di tutela della salute e sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto inclusi nei LEA. La finalità dell'assistenza farmaceutica è quella di garantire ai cittadini farmaci con il migliore profilo beneficio-rischio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata. Per ottenere questo risultato è necessaria una seria e complessa programmazione; a tal fine, sono stati progressivamente introdotti strumenti di monitoraggio e di *governance* della spesa, nonché di controllo sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci. A seguire si propongono alcuni approfondimenti su argomenti specifici.

10a.2.1. I farmaci a brevetto scaduto

Nel 2021, il consumo dei farmaci a brevetto scaduto è pari all'86,2% del totale (espresso in DDD), coprendo una quota del 71,6% della spesa.

All'interno della "classe", i farmaci equivalenti hanno generato il 21,9% della spesa farmaceutica di "classe A" (€ 118,8 pro-capite in aumento del 5,9% rispetto all'anno precedente). A livello Regionale, nel Nord la quota relativa ai farmaci equivalenti è pari al 39,2% del totale della spesa per farmaci a brevetto scaduto (comprensiva quindi anche degli *originator*), mentre nelle Regioni del Sud tale incidenza è pari al 22,1% e in quelle del Centro al 28,1%, confermando la minore penetrazione dei farmaci equivalenti nel meridione.

A livello di spesa farmaceutica convenzionata, si evidenzia come Campania, Calabria e Basilicata mostrino un minor ricorso agli equivalenti (19-20%), contrariamente alla PA di Trento e alla Lombardia per le quali si registrano i valori più alti (43-44%).

Per quanto concerne i farmaci biosimilari è possibile osservare un *trend* positivo di utilizzo per le specialità medicinali disponibili da un numero maggiore di anni, sebbene si stia allargando anche ai farmaci di più recente commercializzazione.

La spesa pro-capite per farmaci biotecnologici risulta pari a € 16,6, di cui il 43,7% relativi ai biosimilari, il 20,7% ai farmaci *originator* e il 35,6% per altro.

Persiste anche qui una ampia variabilità regionale; in particolare, Lombardia, Calabria, Molise e Abruzzo tendono a consumare una quota maggiore di originator, mentre Marche, Toscana, Piemonte, Basilicata, Veneto, Campania, Liguria e la PA di Trento sono le Regioni che presentano la maggior quota di consumo di biosimilari.

10a.2.2. I tetti alla spesa farmaceutica e il *payback*

Come è noto, con la L. n. 405/2001 è stato istituito il tetto della spesa territoriale farmaceutica per una quota pari al 13% della spesa sanitaria pubblica, successivamente, il tetto è stato suddiviso in due componenti e più volte rideterminato nei suoi valori di riferimento.

In considerazione del fatto che negli anni si è osservato come la spesa convenzionata non sfori il tetto previsto, mentre si è rilevato uno sforamento crescente di quello sulla diretta, la Legge di Bilancio 2021 aveva previsto un incremento del tetto per gli acquisti diretti, rideterminandolo dal 6,89% fissa-

to nel 2020, al 7,85%, e riducendo di conseguenza quello per la spesa convenzionata dal 7,96% al 7,00%, fermo restando il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali.

La citata Legge di Bilancio 2021, prevedeva, inoltre, 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 generando un incremento del tetto complessivo, dal 14,85% del 2021 al 15,5% del 2024.

Il tetto dell'8,0% (includendo lo 0,2% dei gas medicinali) era, però, previsto si applicasse alle sole aziende farmaceutiche che, tra il 2019 e il 2021, avessero pagato regolarmente i *payback* (vedi oltre) senza riserve[4].

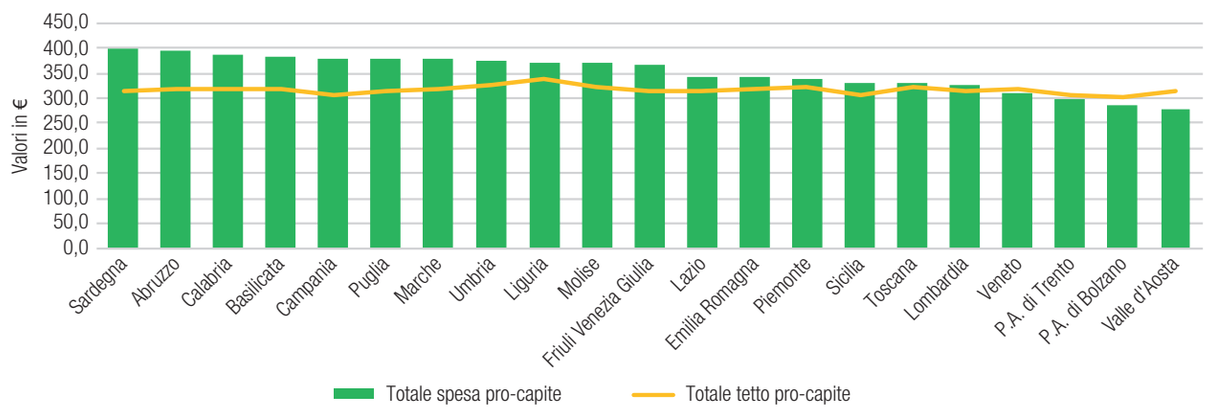
Per il 2022, il tetto effettivo per la diretta si dovrà, quindi, collocare in una posizione intermedia fra quello determinabile con i valore di riferimento del 2021 e quelli ("eventualmente") aumentati del 2022: in altri termini, adottando un tetto "variabile", calcolabile come media ponderata dei valori di riferimento adottati per la quota di aziende "complianti" e non.

Non essendo ancora noto quest'ultimo dato, ma presupponendo che quasi tutte le aziende possono essere annoverate fra quelle "complianti", nelle stime è stato utilizzato come riferimento l'8,0%, sebbene risulterà in qualche misura sovrastimato.

Con i caveat espressi, osserviamo che nel 2022 la spesa ospedaliera si è attestata al 9,9% del FSN, superando, quindi, il *target* definito a livello nazionale (almeno) dell'1,8%.

Nessuna Regione riesce a rispettare il tetto della spesa farmaceutica Ospedaliera; solo Valle d'Aosta e Lombardia si avvicinano al conseguimento del risultato (Figura 10a.4.): anche ipotizzando un unico tetto, scelta che peraltro implicherebbe il rivedere, unificandole, le regole di ripiano che sono difformi per le due poste (acquisti diretti e convenzionata) solo Valle d'Aosta, PP.AA. di Bolzano e Trento e il Veneto riuscirebbero a rispettare il tetto, compensando con l'avanzo della spesa territoriale lo sforamento di quella ospedaliera (Figura 10a.5.).

Figura 10a.5. Spesa farmaceutica* e tetto riunificato. Anno 2022

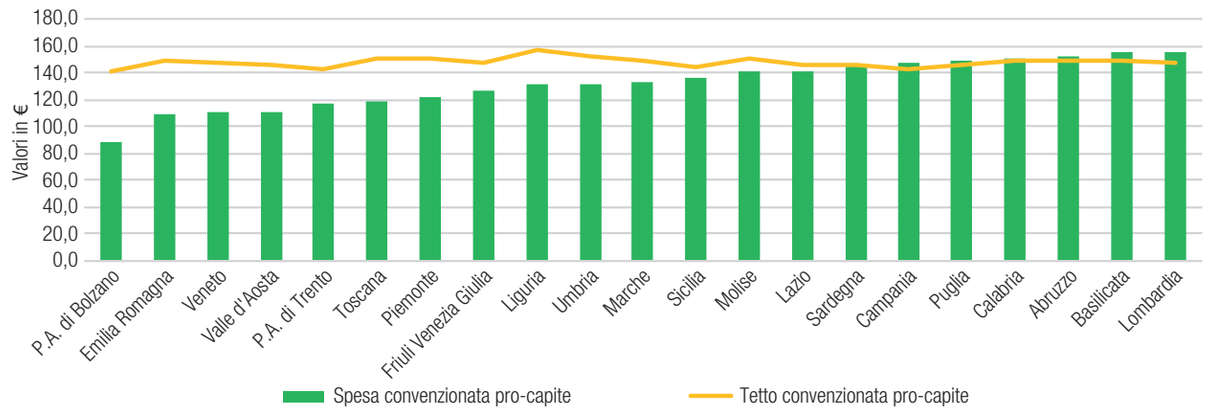


* Spesa al netto del *payback*

Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2022 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

[4] L. n. 234/2020 "esclusivamente in favore delle aziende farmaceutiche che hanno provveduto all'integrale pagamento dell'onere di ripiano per gli anni 2019 e 2020, senza riserva."

Figura 10a.6. Spesa farmaceutica* convenzionata pro-capite e tetto. Anno 2022



* Spesa al netto del *payback*
Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2022 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

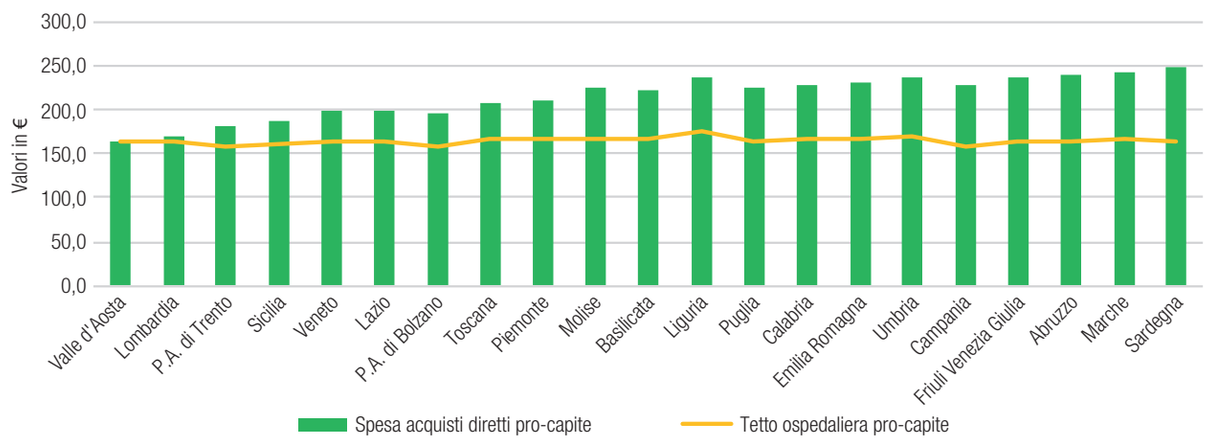
Sardegna, Umbria e Abruzzo sono le Regioni che registrano il maggiore sforamento del tetto (oltre € 65 pro-capite).

Di contro, per quanto concerne la spesa farmaceutica convenzionata, osserviamo che essa si è attestata al 6,43% del FSN sotto il *target* del 7,00% previsto: a livello nazionale, quindi, la spesa rimane inferiore al tetto di € 705,7 mln. (€ 11,9 pro-capite).

Alcune Regioni registrano una spesa significativamente minore del tetto: € 53,0 pro-capite in meno per la P.A. di Bolzano e € 41,0 per l'Emilia Romagna; in 6 Regioni si osserva, peraltro, uno sforamento del tetto, sebbene con valori al di sotto di € 8 pro-capite: Lombardia, Campania, Basilicata, Puglia e Calabria (Figura 10a.6.).

Per completezza, va considerato che il risultato è determinato dalla presenza di una quota significativa di spesa di "classe A" sostenuta privatamente delle famiglie: senza questo "contributo" della spesa privata, ancora nessuna Regione rispetterebbe il tetto, determinandosi uno sforamento di circa € 705,7 mln..

Figura 10a.7. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2022



* Spesa al netto del *payback*
Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2022 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne le prospettive per il 2023 e il 2024, ricordiamo che la Legge di Bilancio 2021, aveva previsto di portare il tetto sulla componente acquisti diretti all'8,15% per il 2023 (+0,15 punti percentuali rispetto all'anno precedente), e all'8,30% per il 2024 (ulteriori +0,15 punti percentuali rispetto all'anno precedente), mantenendo sempre ferme le indicazioni per la componente territoriale e dei gas: in pratica un incremento del tetto complessivo, che era previsto arrivasse al 15,35% nel 2023 e al 15,5% nel 2024.

Applicando i tetti di spesa rideterminati per l'anno 2023 ai dati di spesa ospedaliera 2022, e adottando una crescita del finanziamento del 2,2%, permarrebbe uno sforamento pari a € 2,2 mld.; se poi si applicasse all'anno 2023 lo stesso incremento di spesa registrato tra il 2021 e il 2022 (+8,2%), sarebbe di circa € 3,2 mld.; questa ultima previsione appare più ragionevole, constatando che i dati di monitoraggio relativi al periodo gennaio-giugno 2023 già evidenziano uno sforamento di € 2 mld.

Le misure messe in campo nel 2021 per rivedere la *governance* del settore non sembrano, quindi, siano state sufficienti a riportare lo sforamento (e quindi il *payback*) a valori "fisiologici".

In definitiva, il *payback*, nonostante l'introduzione, nel 2021, dei nuovi tetti di spesa, continuerebbe a crescere: dai € 1,1 mld. del 2021, ad un valore stimato di € 1,3 mld. per il 2022 (riportandosi sui valori del 2020), per poi rischiare di arrivare a € 1,6 mld. nel 2023.

In questo contesto si inserisce la Legge di Bilancio per il 2024, che ha ulteriormente incrementato il tetto degli acquisti diretti all'8,5% (inclusi i gas medicinali). Anche con il suddetto incremento del tetto, adottando l'ipotesi di un incremento del finanziamento di ulteriori 3 mld. e una (improbabile) costanza della spesa, permarrebbe uno sforamento pari a € 2,5 mld.; sforamento che potrebbe raggiungere i 3,6 mld. qualora la spesa si incrementasse ulteriormente dello stesso valore registrato nell'ultimo anno disponibile.

Da segnalare che la citata bozza della Legge di Bilancio 2024, all'articolo 44, prevede anche di voler «favorire gli assistiti nell'accesso al farmaco in termini di prossimità», nello specifico aumentando il grado di capillarità distributiva dei farmaci. Nello specifico la norma prevede si effettui una revisione del prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio con l'obiettivo di riclassificare una parte dei farmaci in esso contenuta in fascia A. Da questa indicazione ne potrebbe conseguire un maggiore utilizzo del canale di spesa convenzionata rispetto a quello di distribuzione diretta e per conto, che avrebbe impatti di differente ordine e grado (cittadini, farmacie, industrie etc.); ma tali impatti sarebbero anche estremamente difformi tra le diverse Regioni, in quanto queste ricorrono in modo differente alla distribuzione diretta e per conto.

In termini di spesa, o meglio di rapporto con il tetto previsto per la spesa farmaceutica, lo spostamento dai canali della distribuzione diretta e per conto a quello della convenzionata, redistribuirebbe gli oneri tra il tetto di spesa diretta che da anni risulta crescentemente incapiente, a quello della spesa convenzionata che è invece in avanzo, riducendo lo sforamento.

Tuttavia, non può neppure essere tralasciato il fatto che i prodotti di fascia A acquistati sul canale convenzionato hanno un prezzo ricavo-industria negoziato generalmente più alto di quello ottenibile tramite acquisto in gara (in modo specifico, per i prodotti a brevetto scaduto) e che nel prezzo al pubblico è anche integrato il margine per la filiera composta da grossisti e farmacie. Ne segue, quindi, che per scongiurare un aumento dei prezzi effettivamente praticati è presumibile che si dovrà innescare un processo di rinegoziazione degli stessi da parte di AIFA; inoltre, il costo del servizio di distribuzione andrà a erodere una parte del tetto, con il potenziale rischio che anche quello sulla convenzionata, che è attualmente a parziale carico delle Regioni, potrebbe essere sforato.

In definitiva, sembra che gli interventi sinora messi in atto non possano da soli risultare sufficienti a riportare la *governance* del settore in un contesto fisiologico di stabilità.

10a.3. Le procedure di *early access*

Nel dibattito sugli sviluppi delle politiche farmaceutiche, recentemente si registra una crescente attenzione agli *Early Access Programs* (EAP), anche a fronte di interessanti contributi scientifici (per tutti si veda Tarantola et al., 2023).

Il dibattito, però, a fronte dell'esistenza di una copiosa normativa italiana sul tema, non sembra chiaramente esplicitare quali siano le criticità che si vogliono superare.

Come è noto, l'Italia dispone di vari schemi di accesso precoce, in particolare la L. n. 648/1996, l'uso compassionevole, il Fondo nazionale AIFA (L. n. 326/2003), finalizzati a coprire varie tipologie di situazioni in cui l'accesso non può avvenire con le modalità "consuete". Essenzialmente (facendo torto alla complessità della materia per esigenze di sintesi), tali schemi permettono di dare accesso a farmaci per indicazioni "non previste" (*off label*), ovvero a farmaci che "di norma" non possono essere rimborsati. La normativa è articolata e, negli anni, si è sviluppata cercando di compensare le esigenze di accesso con i rischi di incentivare forme di "inappropriatezza": sarebbe, infatti, sempre utile ricordarsi di leggere la citata normativa insieme a norme quali la L. n. 94/1998 (cosiddetta "Legge Di Bella").

Un aspetto che potrebbe essere additato come possibile obiettivo di riforma, è quello di una unificazione delle normative, mediante l'emanazione di un "testo unico": sebbene avere una unica normativa potrebbe avere qualche vantaggio, va ricordato che la L. n. 648/1996 e la L. n. 326/2003 rispondo a "situazioni" diverse e non sovrapponibili: la prima regola "situazioni" che generano decisioni che hanno una valenza "generale", mentre la seconda gestisce i "casi particolari" (per "pazienti specifici"). L'altro elemento di differenza è la fonte di finanziamento: le aziende produttrici per l'uso compassionevole, i Fondi Sanitari Regionali per la L. n. 648/1996, il Fondo 5% AIFA per la L. n. 326/2003.

Indubbiamente, implicando un lavoro di valutazione, la ricerca di procedure che promuovano maggiore trasparenza e integrazione/coordinamento sarebbero auspicabili.

Non di meno, il dibattito sembra piuttosto alimentato da una diversa e non sovrapponibile esigenza, che sembra affine alle (relativamente) recenti rivisitazioni del tema sviluppatesi in Francia, che hanno portato all'emanazione del "Temporary Authorization Program" (ATU).

A ben vedere, l'oggetto della ATU è l'accesso non a farmaci per "situazioni particolari", bensì una modalità per "accelerare" i tempi di accesso per alcune classi di farmaci: nel caso francese per quelli con indicazioni per malattie gravi e/o rare.

In altri termini, alcuni Paesi in Europa stanno ragionando o hanno promosso schemi di EAP volti a ridurre i tempi di accesso al mercato, a fronte del fatto che per i farmaci "innovativi", o per lo meno quelli da cui si attendono benefici rilevanti, si deve affrontare un *trade-off* tra una più accurata valutazione delle evidenze cliniche ed un più rapido accesso al mercato.

Semplificando, si può constare come, pur con qualche sovrapposizione fra le tematiche, l'attenzione si stia spostando dall'esigenza di governare l'accesso a farmaci in deroga a quanto "deciso", alla volontà di accorciare i tempi di accesso per alcune classi di farmaci (e per estensione si potrebbe argomentare che il tema sia in generale quello di accorciare i tempi tecnici di accesso per "tutti" i farmaci). Di fatto, pur con diversità nazionali, il processo di negoziazione del prezzo e rimborso (P&R), dopo l'approvazione della terapia da parte della *European Medical Agency* (EMA), prevede un confronto tra aziende produttrici e istituzioni nazionali che, per quanto efficiente, richiede tempi tecnici che necessariamente rallentano l'accesso al mercato dei nuovi farmaci. Di conseguenza, si rallenta la possibilità per i pazienti di accedere alle terapie, a volte generando un ritardo nel trattamento con risvolti clinici ed economici.

Peraltro, l'Italia è ai primi posti in Europa per quanto riguarda il numero di farmaci resi disponibili ai pazienti, seconda solo a Germania e Danimarca, con 127 nuovi farmaci introdotti tra il 2017 e il 2020; scende al 14° posto della classifica europea se si considera il "tempo di disponibilità" medio, ovvero il tempo che intercorre tra l'autorizzazione all'immis-

sione in commercio e l'accesso alla lista di rimborso, con una media di 429 giorni (Newton et al., 2022).

L'Italia ha tempi medi di acceso in linea con i "vicini" europei, ma si potrebbe sicuramente auspicare una riduzione dello scarto di *performance* osservato tra il numero di farmaci disponibili e il tempo necessario per renderli fruibili ai pazienti: anche in considerazione che ai tempi descritti va aggiunto il tempo quello dell'accesso a livello regionale.

Il confronto dei tempi a livello europeo restituisce, però, l'evidenza che i tempi tecnici di negoziazione sono solo relativamente comprimibili: evidentemente un "buon *assessment*" richiede tempi ragionevoli per essere condotto; *performance* significativamente migliori si registrano solo dove non è prevista una negoziazione vincolante ai fini dell'accesso (o meglio al rimborso). Il caso più eclatante è quello della Germania, dove tutti i farmaci entrano inizialmente sul mercato ad un prezzo stabilito dal produttore: solo successivamente, quindi, e dopo avere acquisito una prima valutazione dei benefici, segue la negoziazione del prezzo, condotta utilizzando elementi di valutazione sostanzialmente clinici.

Analogamente, in Francia l'ATU sposta la negoziazione a tempi successivi all'accesso al mercato, sebbene solo per alcune categorie di farmaci, nello specifico quelli ritenuti innovativi.

Di fatto, in Italia, con l'introduzione delle Cnn, un accesso precoce esiste ma, a differenza dai Paesi analizzati, rimane "a carico" dei cittadini, anche nel caso l'acquisto avvenga da parte dei SSR: si tratta, infatti, di extra-LEA che comunque non sono a carico della fiscalità destinata al SSN.

Per quanto concerne il dibattito nazionale, quindi, se l'obiettivo è quello di accelerare i tempi di accesso nazionali "in generale" (che in Italia, comunque, ribadiamo che sono "medi"), la questione va in primis affrontata tenendola distinta dal riordino organico degli *early access* per le "situazioni speciali"; quindi, focalizzandosi sulle complessità insite nella rinuncia alla negoziazione preventiva, ovvero chiedendosi se sia possibile rivedere la normativa italiana ispirandosi, eventualmente, alle esperienze tedesca e francese.

Al di là degli aspetti culturali, certamente non irrilevanti, che probabilmente renderebbero complessa una riforma nazionale che vada nel senso di una "rinuncia" alla negoziazione preventiva, in termini "tecnici" l'elemento davvero discriminante appare essere quello dell'impatto sul "potere negoziale" di AIFA e delle aziende produttrici.

Per compensare l'impatto finanziario di un accesso inizialmente a prezzo definito liberamente dal produttore, l'ATU francese ha adottato un meccanismo di *payback*: quando la negoziazione si conclude, l'Azienda è chiamata a restituire i maggiori ricavi fatti, restituendo la differenza fra ricavi effettivi e ricalcolati al prezzo negoziato.

Si segnala che una analisi svolta da C.R.E.A. Sanità ha rilevato che anche in Germania, fra i potenziali sviluppi futuri del sistema, si annovera una possibile riduzione della fase di *free-pricing*, e anche in questo Paese si prevede l'introduzione di un meccanismo di *payback* dopo il sesto mese.

Se i problemi finanziari non sembrerebbero quindi insormontabili, rimane da discutere l'evidenza che, se il farmaco è sul mercato, va gestito l'eventuale disincentivo per l'Azienda ad adire alla negoziazione, e il rischio (a fronte di pazienti in trattamento) di non arrivare ad un accordo.

La prima questione non è nuova, essendo comune all'esperienza fatta in Italia prima con la L. n. 648/1996, e poi con l'inserimento automatico in Cnn: nell'ultimo caso la soluzione è stata quella di porre un limite alla possibilità di rimanere in Cnn senza depositare la domanda di negoziazione di P&R.

In definitiva, l'elemento più delicato rimane, probabilmente, quello del rischio di non "chiudere" l'accordo.

Anche in questo caso, l'esperienza internazionale offre una possibile risposta: un elemento caratterizzante del sistema tedesco è, per esempio, la presenza di una procedura di arbitrato qualora non si arrivi in un tempo predeterminato ad un accordo sul prezzo.

La questione davvero essenziale, in definitiva, è se sia possibile pensare anche in Italia ad un meccanismo di arbitrato (che, peraltro, l'esperienza tedesca indica essere di scarsissimo ricorso effettivo), eventualmente adattato al sistema nazionale, o se esista una alternativa all'arbitrato che possa però

evitare comportamenti opportunistici potenzialmente resi possibili dall'EAP.

In definitiva, gli schemi di *Early Access* finalizzati a ridurre i tempi di negoziazione sono in linea con le aspettative dei pazienti – ovvero l'accesso "immediato" alle terapie (almeno) innovative – e, in larga misura, con quelle dei produttori. D'altro canto, le autorità regolatorie devono considerare il rischio di un ridotto controllo sulla sostenibilità complessiva del sistema: un rischio che, tuttavia, le esperienze internazionali indicano possa essere fortemente mitigato dall'introduzione di procedure di *payback*, di cui peraltro l'Italia ha ormai abbondante esperienza.

Più complesso risulta contrastare i potenziali comportamenti "opportunistici": anche in questo caso può essere utile riferirsi alle esperienze internazionali, e specificatamente ai meccanismi di arbitrato, i quali sembrano limitare fortemente i rischi di perdita di potere negoziale da parte delle Istituzioni.

Quanto argomentato evidenzia da una parte l'importanza "umana" ed economica (anche industriale, ottica non trattata per esigenze di sintesi) dello sviluppo di strategie nazionali efficaci per ridurre il tempo di disponibilità dei farmaci, almeno quelli che possano potenzialmente ritenere innovativi: questo nonostante il processo di P&R italiano appaia relativamente rapido rispetto ai valori medi riportati dai Paesi europei; dall'altra, la possibilità di introdurre una regolamentazione che risulti efficiente, richiede la soluzione delle complessità legate alla sostenibilità economica, in particolare quelle legate alla ricerca di un equilibrio del potere negoziale all'interno del processo di P&R.

10a.4. Riflessioni finali

La spesa farmaceutica totale, nel 2022, sfiora € 33,5 mld. riprendendo la crescita che si era arrestata con la pandemia.

La spesa pubblica rappresenta circa il 70% della spesa farmaceutica totale e si è incrementata rispetto al 2015 dell'1,6% 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 € 9,9 mld., è però in aumento del 2,7% rispetto al 2020.

La spesa farmaceutica potenzialmente compresa nei LEA è pari a € 25,8 mld. (77,3% della spesa farmaceutica totale): l'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di "classe A" rimborsabili dal SSN, come anche la compartecipazione dei cittadini, riducono complessivamente del 7,0% l'onere pubblico per l'erogazione dei LEA.

La spesa pubblica effettiva è poi ulteriormente ridotta del 5,5% dal *payback*.

In termini di *governance* del settore, rileva il permanere di un rilevante *gap* di ricorso ai farmaci equivalenti nel meridione che, sebbene non comporti oneri per il SSN, meriterebbe un intervento mirato per una maggiore e corretta informazione dei cittadini.

Inoltre, l'evidente (e crescente) impatto del *payback,* spiega i continui rimaneggiamenti ai tetti di spesa; malgrado i quali, lo sforamento continua a crescere: da € 1,1 mld del 2021, si passa a € 2,6 mld. per il 2022, con la prospettiva di arrivare a € 3,2 mld. e € 3,6 mld. rispettivamente per il 2023 e il 2024.

In definitiva, il *payback*, nonostante l'introduzione, nel 2021, dei nuovi tetti di spesa è destinato a continuare a crescere: dai € 1,0 mld del 2021 si è portato ad un valore stimato di € 1,3 mld. per il 2022. Per il 2023 e il 2024 (anche dopo le ulteriori modifiche previste nella bozza di Legge di Bilancio 2024), si può stimare un ulteriore *payback* pari rispettivamente a € 1,6 mld. e € 1,8 mld.

Gli interventi messi in atto hanno probabilmente evitato una "deflagrazione" del *payback*, ma senza essere capaci di riportarlo in un alveo "fisiologico".

Va anche segnalato che la citata bozza della Legge di Bilancio 2024, prevede si effettui una revisione del prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio con l'obiettivo di riclassificare una parte dei farmaci in esso contenuta in fascia A, per promuovere la prossimità, aumentando il grado di capillarità distributiva dei farmaci. Lo spostamento, dai canali della distribuzione diretta e per conto a quello della convenzionata, redistribuirebbe gli oneri tra il tetto di spesa diretta che da anni risulta crescentemente incapiente, a quello della spesa convenzionata che è, invece, teoricamente in avanzo, riducendo

lo sforamento.

Tuttavia, non può neppure essere tralasciato il fatto che i prodotti di fascia A acquistati sul canale convenzionato hanno un prezzo ricavo-industria negoziato generalmente più alto di quello ottenibile tramite acquisto in gara (in modo specifico, per i prodotti a brevetto scaduto) e anche che nel prezzo al pubblico è integrato il margine per la filiera distributiva: per evitare un aumento dei prezzi effettivamente praticati sarà, quindi, presumibilmente necessario innescare un processo di rinegoziazione dei prezzi da parte di AIFA, certamente impegnativo.

Va altresì considerato che l'avanzo sinora registrato nella spesa convenzionata è, di fatto, solo "teorico", perché permesso da una rilevante quota di spesa sostenuta privatamente dalle famiglie per farmaci in "classe A": senza questo "contributo" dei cittadini, anche la spesa convenzionata sforerebbe il tetto di circa € 700 mln.

Infine, elemento di rilievo nel dibattito sulle politiche farmaceutiche è quello dei tempi di accesso al mercato: si è argomentato come, pur in presenza di tempi medi nazionali in media con quelli europei, sia crescente la spinta a trovare soluzioni atte a rendere più rapido l'accesso alle terapie, in vantaggio tanto dei pazienti, che delle aziende produttrici.

Un siffatto obiettivo, non limitato ai casi speciali già coperti dagli schemi di *Early Access* previsti dalla L. n. 648/1996, l'uso compassionevole, il Fondo nazionale AIFA ex L. n. 326/2003, trova un limite negli ineludibili tempi tecnici di negoziazione del prezzo e del rimborso (P&R).

Non appare quindi casuale che alcune esperienze europee in tema di *Early Access* finalizzati a ridurre i tempi di accesso prevedano la posticipazione della negoziazione: i altri termini un accesso immediato, rivisto ex post dopo la negoziazione.

A fronte di ciò, le autorità regolatorie devono considerare il rischio di un ridotto controllo sulla sostenibilità complessiva del sistema: un rischio che, tuttavia, le esperienze internazionali indicano possa essere fortemente mitigato dall'introduzione di procedure di *payback*, di cui peraltro l'Italia ha ormai abbondante esperienza.

Più complesso risulta contrastare i potenziali comportamenti "opportunistici" indotti dagli schemi di *Early Access*: anche in questo caso può essere utile riferirsi alle esperienze internazionali, e specificatamente ai meccanismi di arbitrato, i quali sembrano limitare fortemente i rischi di perdita di potere negoziale da parte delle Istituzioni.

L'esistenza di "soluzioni" praticate a livello internazionale dovrebbe far propendere per una rivisitazione del meccanismo di accesso attualmente regolato dall'inserimento in Cnn, mirando a coniugare politiche assistenziali e industriali, rendendo in primo luogo sempre più veloce l'accesso ai farmaci in favore dei pazienti e, in secondo, creando un ecosistema maggiormente attraente per l'industria.

Riferimenti bibliografici

AIFA (vari anni). Monitoraggio della spesa farmaceutica

AIFA (vari anni). "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali". L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale

Istat (anni vari), banche dati on line, www.istat.it

Newton et al., (2022). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2021 Survey

Tarantola et al., (2023). "Early access programs for medicines: comparative analysis among France, Italy, Spain, and UK and focus on the Italian case". Journal of Pharmaceutical Policy and Practice

ENGLISH SUMMARY

Pharmaceutical care: axpenditure and governance

In 2022 total pharmaceutical expenditure reached € 33.4 billion, up by 6.1 percent from 2021 after the pandemic standstill.

The burden of pharmaceutical expenditure is shared between the public sector (70.3 percent) and direct expenditure by households (29.7 percent).

It should be considered that 77.3 percent of pharmaceutical expenditure is included in the Essential Levels of Care: 7% is still borne by households as a result of their direct purchase of "class A" drugs reimbursable by the NHS, as well as of cost-sharing.

Another aspect which is worth noting is that the actual cost for the NHS is also reduced as a result of payback: the incidence of actual public expenditure is equal to 66.4%.

In terms of governance of the sector, the Chapter emphasizes the persistence of a significant gap in the demand for equivalent drugs in the North and the South of Italy. Although this does not impose a burden on the NHS, a targeted intervention would be appropriate for providing more accurate and correct information to citizens on the subject of equivalent drugs, so as to avoid that co-payment on the reference price, in fact, financially penalizes citizens in the South.

Another problematic factor of governance analysed is cap and payback management. The growing impact of payback is certainly behind the continuous changes of the expenditure ceilings, despite which - however - the overrun, as well as payback itself, continues to grow. Even with the further changes to the cap envisaged in the 2024 draft Budget Law, the payback can be estimated to reach € 1.8 billion.

There is therefore the urgent need to substantially revise the strategies put in place to make the public burden on pharmaceuticals sustainable.

The last aspect of governance analysed is that of early access policies. Although national average timeframes are in line with those in Europe, the drive to find solutions to make access to therapies faster, to the benefit of both patients and manufacturing companies, is growing both nationally and internationally.

The main international experiences of "generalized" early access schemes (such as the German one), or by drug classes (such as the French one), remove – at the root - the problem of the necessary formalities to be fulfilled for negotiation, by postponing it. The aforementioned international experiences suggest that the financial risks and the impact on negotiating power can be managed with payback mechanisms and the recourse to arbitration forms.

Although the approach of making access conditional upon the outcome of negotiation is well-established in Italy, the experiences of other countries suggest that revising the access mechanism currently regulated by the inclusion in the Cnn class may still be appropriate, aiming to combine care and industrial policies, firstly by making access to drugs increasingly faster, to patients' benefit, and secondly by creating a more attractive ecosystem for industry.

CAPITOLO 10b
La Spesa per i Dispositivi Medici

d'Angela D.[1], F. Spandonaro F.[2]

10b.1. Introduzione

Il settore dei Dispositivi Medici (DM), comprende una notevole varietà di beni che spaziano da quelli ad uso singolo (protesi, etc.), a quelli ad utilità pluriennale (apparecchiature, *software*, etc.), destinati dal fabbricante ad essere impiegati sull'uomo, da solo 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.

Alla luce del recente Regolamento EU 2017/745, che prevede, oltre all'estensione della definizione dei DM ai *software*, anche l'esecuzione di indagini cliniche per i DM ad alto rischio, si necessita di una rimodulazione della *governance* del settore.

I DM rappresentano un costo rilevante per il SSN, per il cui monitoraggio sono stati predisposti flussi informativi dedicati: in particolare, il cosiddetto Flusso Consumi, ha affiancato i dati desumibili dall'analisi dei costi rilevati nei Conto Economici (CE) delle Aziende Sanitarie.

Tali flussi sono oggi utilizzati anche per l'implementazione di meccanismi di controllo della spesa: in ragione delle limitate risorse economiche è, infatti, stato previsto un tetto di spesa, il cui sforamento deve essere in parte ripianato dalle aziende fornitrici.

Il controllo della spesa poggia specificatamente sulle voci dei CE: come si argomenterà, tale flusso rimane incompleto, in quanto rileva essenzialmente quelli ad uso singolo; non sono 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, il cui utilizzo nella pratica clinica, quali soluzioni di medicina digitale, *Digital Therapeutics* (DTx), etc., che saranno sempre più diffusi.

Il presente contributo, in continuità con quelli contenuti nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità, analizza le informazioni disponibili e tenta di ricostruire i costi effettivamente sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i DM; inoltre, fornisce analizza gli sforamenti dal tetto di spesa previsto dalla normativa (D. L. n. 95/12, L. n. 228/12 e D. L. n. 78/15).

Chiude il contributo una proposta di indicatori che potrebbero essere adottati per il monitoraggio della spesa dei DM, con una loro prima valorizzazione.

10b.2. La spesa per i DM

Come anticipato, nell'attesa che vada a regime il cosiddetto Flusso Consumi (istituito dal Ministero della Salute nel 2010, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), con la finalità di monito-

[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

rare la spesa per gli acquisti dei DM), il riferimento per la valutazione della spesa per DM e della valutazione del rispetto dei tetti di spesa (D.L. n. 95/12, L. n. 228/12 e D.L. n. 78/15), rimangono i CE delle aziende sanitarie.

Nel 2021, ultimo anno per cui è disponibile il dato del Flusso Consumi, si rileva una rilevante discrasia tra gli oneri registrati nella voce "Dispositivi Medici" del CE e quella rinveniente dal Flusso Consumi.

Occorre precisare che il dato dei due flussi non è, peraltro, perfettamente confrontabile: infatti, il Flusso Consumi contiene anche il costo delle apparecchiature (categoria CND "Z"), che attualmente somma un valore pari a € 84,3 mln. che non è considerato nei CE.

Il *gap* che, per quanto precede, è certamente sottostimato, risulta pari a € 1,7 mld: € 7,5 mld. nei CE (assumendo, peraltro, che tutti i beni sanitari siano DM) vs € 5,8 mld. nel Flusso Consumi.

La spiegazione sembra essere una alimentazione ancora parziale del Flusso Consumi; per inciso, il *gap* è crescente (era, infatti, pari a € 1,2 mld. nel 2019): un *trend* che sembra indicare come il Flusso non stia andando a regime come sperato.

Tornando ai CE, ricordiamo che sono una riclassificazione dei bilanci delle Aziende, di cui viene in particolare utilizzata la voce "BA0210 Dispositivi Medici".

In tale voce sono ricompresi gli oneri correnti sostenuti per l'acquisto di DM: non si considerano, quindi, gli oneri relativi ai DM a uso ripetuto.

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*.

Gli oneri relativi ai DM ad uso ripetuto (pluriennale), soggetti ad ammortamento, confluiscono nella sottovoce del modello di Conto Economico (CE) "B.11.B – Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali", senza però specifica evidenza, rendendo di fatto impossibile l'estrapolazione del dato di interesse.

Tale voce contiene il costo relativo agli ammortamenti per impianti e macchinari, attrezzature sanitarie e scientifiche, mobili e arredi, automezzi e altre immobilizzazioni materiali.

Inoltre, non trovano evidenza neppure i *software stand-alone* che, pur rientrando tra i DM: probabilmente gli oneri sono ricompresi nella voce relativa all'ammortamento delle immobilizzazioni.

Infine, ai fini della ricostruzione della spesa relativa dei DM, riteniamo dovrebbero essere considerati anche quelli utilizzati per l'assistenza protesica (protesi, ortesi ed ausili monouso e tecnologici), descritti negli elenchi allegati al DPCM del 12.1.2017: a questi fa riferimento la voce CE "B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica".

Un ulteriore elemento di complessità deriva dal fatto che i CE rilevano i soli costi delle Aziende sanitarie pubbliche: sempre ai fini della ricostruzione della spesa dei DM, nei CE sfuggono gli oneri relativi ai DM utilizzati dalle strutture private accreditate; per precisione, gli oneri del DM utilizzati nelle strutture private accreditate sono ricomprese nelle voci dei CE relative alla spesa per l'acquisto di prestazioni dal privato convenzionato.

La non considerazione della spesa per DM sostenuta nelle strutture private accreditate genera forti distorsioni a livello di confronto regionale, in ragione del fatto che il ricorso al convenzionamento è molto difforme nei diversi Servizi Sanitari Regionali (SSR).

Con i caveat espressi, e sempre assumendo che tutta la spesa registrata come "sanitaria" nei CE sia riferibile a DM, nel 2022 (ultimo dato disponibile consolidato regionale al momento in cui è stata effettuata l'analisi), dai flussi CE risulterebbe un valore di spesa nazionale per i DM pari a € 7,6 mld. (€ 128,9 pro-capite). In termini di dinamica temporale, rispetto al 2019 (anno pre-pandemico) si è registrata una crescita della spesa media pro-capite per DM del +19,9%.

Si consideri che la voce "Dispositivi Medici" (CE-BA0210) è la somma di tre componenti: in particolare, utilizzando l'anno 2021, l'ultimo per cui è disponibile la disaggregazione, il 66,3% è rappresentata da 'Dispositivi medici' (CE-BA0220), il 27,3% da "Dispositivi medico diagnostici in vitro" (IVD) (CE-BA0240),

ed il restante 6,4% da "Dispositivi impiantabili attivi" (CE-BA0230).

Rispetto all'anno pre-pandemico, com'era lecito aspettarsi, si è registrato un aumento di quello per i diagnostici in vitro (+5,2 punti percentuali), dovuto ai *test* diagnostici per Covid-19, una riduzione del contributo alla spesa delle due categorie "Dispositivi medici" (-3,7 punti percentuali) e "Dispositivi impiantabili attivi" (-1,5 punti percentuali) (Figura 10b.1.).

Nel complesso, il livello pro-capite di spesa risulta maggiore nella ripartizione del Nord-Est del Paese (€ 154,7), segue il Centro (€ 130,0) il Mezzogiorno (€ 121,6), ed il Nord- Ovest (€ 118,4).

A livello regionale si passa da un valore minimo pari a € 94,3 del Lazio, ad uno massimo, pari a € 188,3 del Friuli Venezia Giulia, a fronte di un valore mediano di € 144,4.

Come era lecito attendersi, si registra il valore più alto di spesa in Friuli Venezia Giulia, seguita dalla P.A. di Trento, realtà nella quale il ricorso al privato è decisamente inferiore alla media nazionale, mentre le Regioni con maggiore quota di erogazione presso strutture private accreditate (ad es. Lombardia, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia) registrano i valori di spesa più bassi.

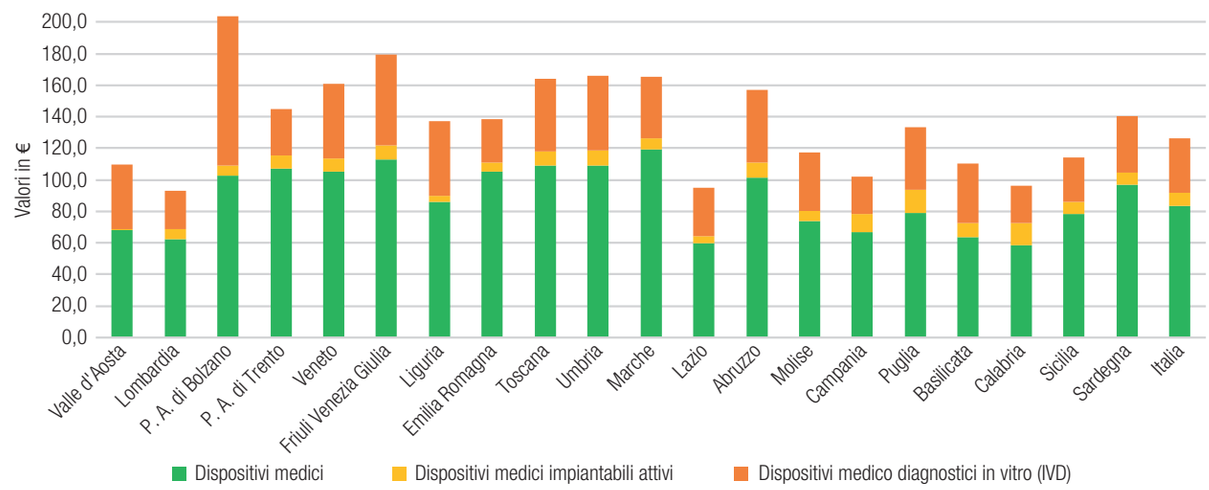
Dati i limiti sopra evidenziati, a seguire proveremo a ricostruire il complesso della spesa per DM: considerando anche la voce dei CE relativa all'assistenza protesica e i canoni relativi agli acquisti attraverso *leasing* e noleggio di beni sanitari, nel 2021 (ultimo anno di cui si dispone dei CE completi) la stima dell'onere per i DM sale a € 9,3 mld., ovvero € 156,9 pro-capite.

La spesa per gli acquisti dei beni sanitari compresi nella voce CE BA0210 incide per l'81,9%; segue l'assistenza protesica (CE BA0750) con il 9,4% ed i beni acquisiti mediante noleggio e leasing con l'8,7% (Figura 10b.2.).

A livello di ripartizioni geografiche, non si riscontrano importanti differenze in termini di livello di ricorso a forme di noleggio e/o *leasing*; risulta invece superiore alla media, di circa il 50%, la quota attribuibile all'assistenza protesica nelle Regioni del Mezzogiorno.

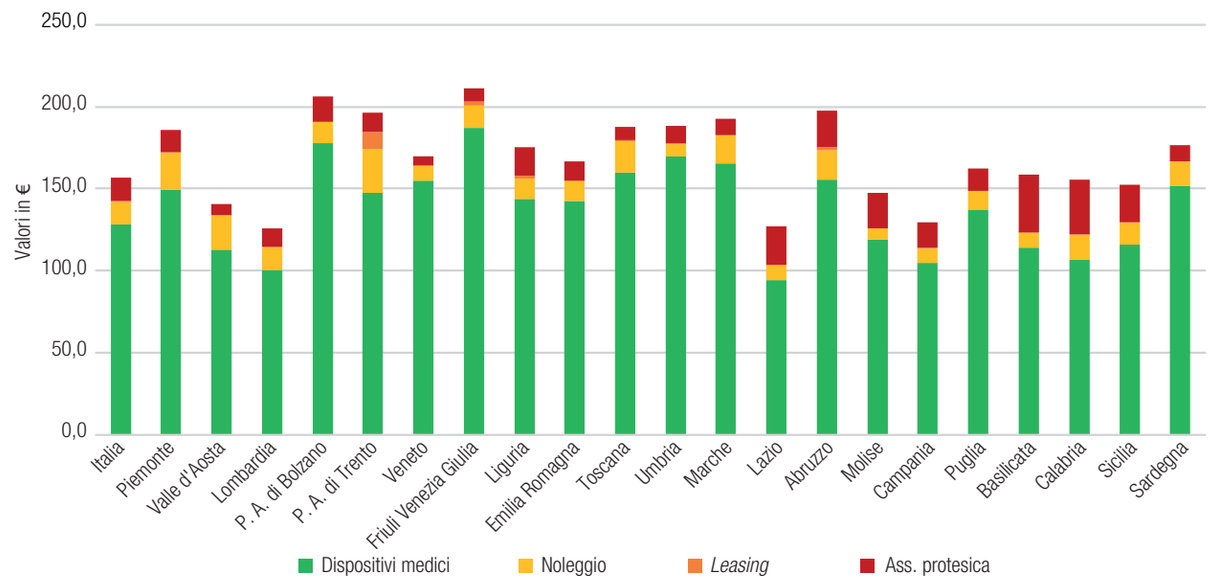
Volendo considerando anche il costo degli ammortamenti delle apparecchiature sanitarie ad uso pluriennale acquistate dalle strutture pubbliche, possiamo fare riferimento ad una *survey* condotta dal C.R.E.A. Sanità nel 2019, in base alla quale era stato stimato che circa il 30% della voce CE BA2580 "Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali" potrebbe essere attribuibile ai DM; adottando questa stima, l'onere complessivo per i DM salirebbe a € 10,0 mld..

Figura 10b.1. Composizione della spesa corrente per Dispositivi Medici acquistati dalle strutture pubbliche per tipologia. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Figura 10b.2. Composizione dell'onere corrente per i DM acquisiti dalle strutture pubbliche. Anno 2021



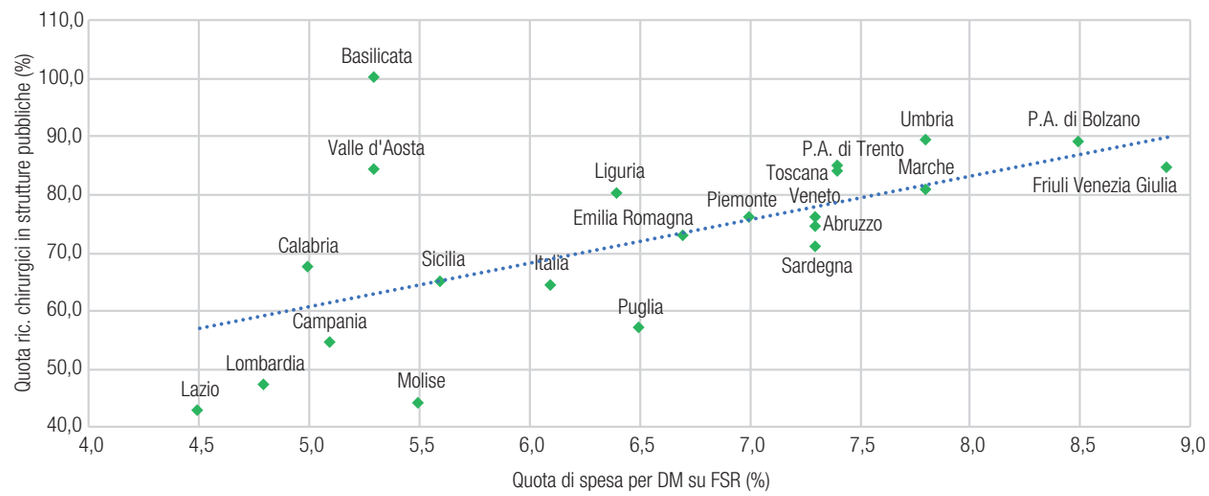
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Come più volte segnalato, sulla variabilità riscontrata a livello regionale incide la mancata rilevazione degli oneri relativi ai DM acquistati dalle strutture private per attività rese al SSN.

A conferma di quanto sopra, la voce "Dispositivi Medici" (CE-BA0210) risulta, ad esempio, positivamente correlata (0,60) con la quota di ricoveri chirurgici eseguiti nelle strutture pubbliche (Figura 10b.3.).

Per considerando anche il costo dei DM utilizzati all'interno della attività in convenzione erogata dalle strutture private accreditate, si può, in prima battuta, fare l'ipotesi che l'incidenza sul valore dei ricoveri sia la stessa che nel settore pubblico.

Figura 10b.3. Quota del FSR destinata alla spesa corrente per Dispositivi Medici vs quota ricoveri chirurgici in strutture pubbliche. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Ricordando che nel settore pubblico la spesa per DM come sopra ricostruita vale € 2.573,3 per ricovero ed € 6.197,4 per ricovero chirurgico, nonché che i ricoveri medici effettuati per il SSN dalle strutture private accreditate sono il 19,2% del totale e quelli chirurgici il 35,8% si arriverebbe ad una stima del costo annuo sostenuto dal SSN per i DM di € 15,7 mld., utilizzando come riferimento per la stima il costo per i soli ricoveri chirurgici, e pari a € 13,8 mld., considerando tutti i ricoveri (medici e chirurgici).

Considerando che la spesa media europea pro-capite per tecnologie medicali è pari a € 312,0 (comprensiva anche di imaging etc.), e che l'onere medio pro-capite stimato per l'Italia risulta in definitiva nel range € 232,6 – 264,3 (a seconda di quale stima per la parte privata accreditata si adotta), si arriva alla conclusione che la spesa media nazionale per DM risulta inferiore a quella media europea del 15-25%.

10b.3. Tetto e *payback*

Il D. L. n. 111/2011 ha fissato un tetto per la spesa per DM pari al 5,2% del fondo sanitario nazionale nel 2013; una successiva disposizione normativa (D. L. n. 135/2012) ha rimodulato il tetto nella misura del 4,9% per il 2013 e del 4,8% per il 2014. Infine, con il patto di stabilità 2015, il tetto è stato definitivamente fissato al 4,8% per il 2013 e al 4,4% dal 2014 in poi.

Il tetto, essendo espresso in percentuale del fabbisogno sanitario regionale, incide, quindi, in modo nominalmente identico in tutte le Regioni.

La declinazione regionale del tetto era originariamente finalizzata a perseguire un obiettivo di responsabilizzazione delle Regioni: in tale ottica, in caso di sforamento, l'importo eccedente era previsto rimanesse interamente a carico della Regione. Il meccanismo si è successivamente evoluto con l'introduzione di un *payback*, regolato sulla falsa riga di quello del comparto farmaceutico, con una copertura, sebbene parziale, dell'eventuale sforamento da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici, in quota variabile in base all'annualità di riferimento.

In pratica, in presenza di un superamento del tetto di spesa, esso è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40% nell'anno 2015, al 45% nell'anno 2016 e al 50% a decorrere dall'anno 2017. Ciascuna Azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario Regionale.

In considerazione dell'impatto regionale, il tetto di spesa per l'acquisizione dei dispositivi medici è oggetto di accordo in Conferenza Stato-Regioni, con aggiornamenti previsti con cadenza biennale.

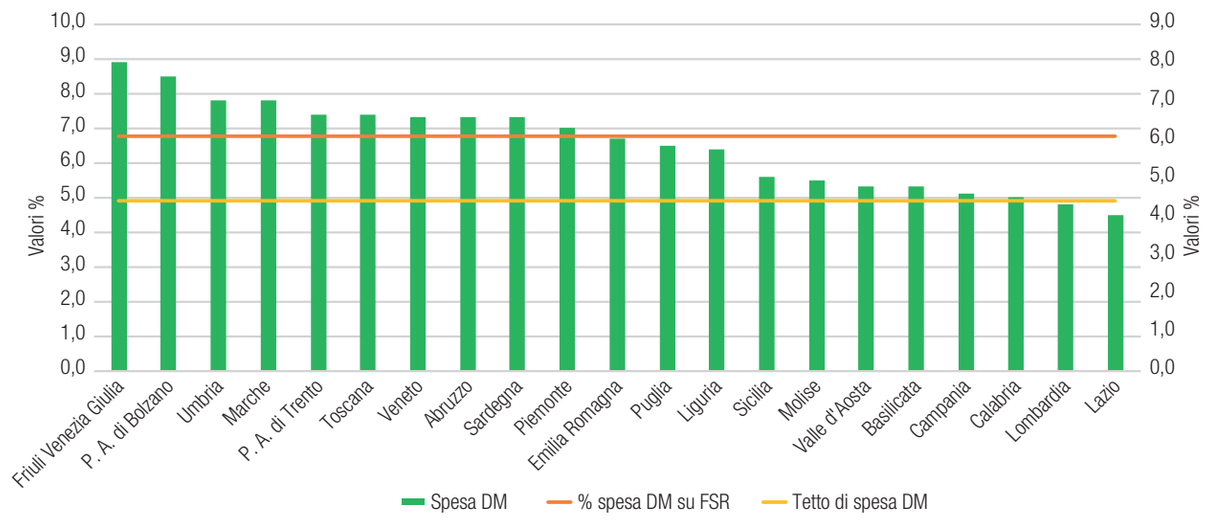
È necessario aspettare l'accordo Stato-Regioni n. 182/CSR del 7.11.2019, per vedere definiti, e per il solo anno 2019, i criteri di individuazione dei tetti di spesa regionali e le modalità procedurali di individuazione del superamento dei tetti di spesa regionali.

Solo nel settembre 2022 il Ministero della Salute ha certificato il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici a livello nazionale, relativamente agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018.

Lo scostamento totale per il quadriennio (calcolato sulla spesa monitorata dal Ministero che, dalle nostre stime rappresenta fra il 48,4 e il 55,0% della spesa totale per DM) è stato stimato in circa € 4,5 mld.; la cifra iniziale di € 1,0 mld. per il 2015, ha poi raggiunto la somma di € 1,3 mld nel 2018 (+22,5%). Solo due Regioni non avrebbero sforato il tetto di spesa (il Lazio e la Campania), mentre Toscana, Veneto e Puglia assorbirebbero il 40% dello scostamento totale. Lo scostamento rispetto ai tetti di spesa interessa per il 43% le Regioni del Nord-Italia, per il 36% quelle del Centro e per il 21% quelle del Mezzogiorno.

Da notare che, al fine di supportare le aziende fornitrici di DM nella restituzione alle Regioni degli importi del *payback*, in relazione a quanto disposto dall'articolo 9-ter, comma 9-bis, del D. L. n. 78/2015, convertito con modificazioni nella L. n. 125/2015, è stato anche istituito, nello stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, un fondo con dotazione pari a € 1.085 mln. per l'anno 2023, che riduce del 48% l'onore previsto a carico delle aziende fornitrici.

Figura 10b.4. Spesa DM e tetto. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e Ministero della Salute- © C.R.E.A. Sanità

Tale fondo è assegnato alle singole Regioni e Province Autonome (tabella A del Decreto Ministeriale n. 35/2023) in proporzione agli importi del *payback* complessivamente dovuti per gli anni 2015-2018.

Nel triennio 2019-2022, al lordo delle spese per DM dedicate alla pandemia, si è determinato uno sforamento complessivo del tetto pari a € 7,3 mld; da notare che la determinazione ufficiale del *payback*, e quindi la quota di ripiano a carico delle aziende fornitrici di DM, verranno però determinati al netto della spesa DM per il Covid-19.

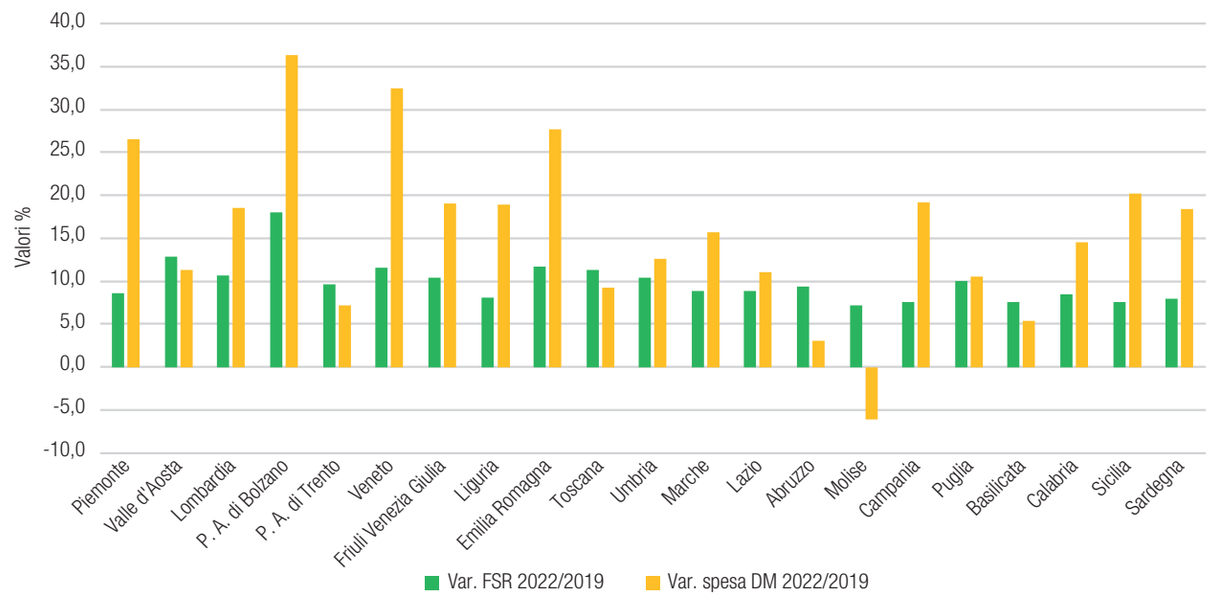
Anche nel 2022, nelle determinazioni regionali degli sforamenti del tetto, si conferma l'esistenza della distorsione dovuta alle differenti ripartizioni dell'attività fra strutture pubbliche e private accreditate (Figura 10b.4.): infatti, sono praticamente allineate al tetto di spesa solo Regioni con una maggiore presenza di strutture private accreditate, quali Lazio (incidenza sul FSR del 4,5%), Lombardia (4,8%) e Campania (5,1%); queste Regioni registrano, una quota di ricoveri chirurgici (acuti ordinari) effettuati in case di cura accreditate, rispettivamente del 57,4%, 53,1%, 45,8%.

Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Umbria, Marche, P.A. di Trento e Toscana, risulterebbero essere le Regioni con i maggiori sforamenti, con una quota di spesa pubblica per DM rispettivamente del 8,9%, 8,5%, 7,8%, 7,8%, 7,4% e 7,4% ma anche quelle con il più alto ricorso al ricovero in strutture pubbliche (84,4%, 89,0%, 89,1%, 80,7% e 83,9% rispettivamente).

Ricordiamo che, secondo le nostre stime, la spesa presa in considerazione per il monitoraggio del tetto di spesa dei DM (D. L. n. 95/12 e L. n. 228/12), da cui discende la determinazione del *payback* (operativo a partire dall'anno 2019) rappresenta il 75,7% della spesa effettiva per DM delle strutture pubbliche e fra il 48% e il 55% di quella comprensiva del costo dei DM utilizzati dalla strutture private accreditate; quota che rimane sovrastimata, in quanto non risulta ad oggi possibile quantificare gli oneri per le manutenzioni e neppure quelli per i *software* che sono DM.

Nonostante questo e anche la crescita del Fondo Sanitario Nazionale legata ai maggiori oneri derivanti dalla pandemia di Covid-19, si amplia comunque lo sforamento: infatti, a fronte di un incremento complessivo del Fondo Sanitario pari al 9,9% nel periodo 2019-2022, l'incremento della spesa per DM risulta essere stato del +18,9% (Figura 10b.5.).

Figura 10b.5. Spesa delle strutture pubbliche per acquisti di Dispositivi Medici ad uso singolo. Variazioni 2022/2019



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti, 2023 e 2020 - © C.R.E.A. Sanità

10b.4. Monitoraggio

Per supportare il monitoraggio della spesa per DM, in presenza delle carenze nei flussi sopra segnalate, a seguire si suggeriscono tre distinti indicatori utilizzabili per il *benchmarking* regionale, ed eventualmente associabili a una misura dei livelli di inefficienza regionale, ad esempio utilizzando gli scarti negativi dalla media o da un percentile ritenuto ragionevolmente efficiente.

Tali indicatori monitorano un livello di spesa che è pari ad oltre il 70% dell'onere per i DM:

1. spesa per DM consumabili (al netto di diagnostici in vitro) per ricovero chirurgico in strutture pubbliche
2. spesa per DM diagnostici in vitro per prestazione di laboratorio effettuata in strutture pubbliche
3. spesa per assistenza protesica pro-capite standardizzata.

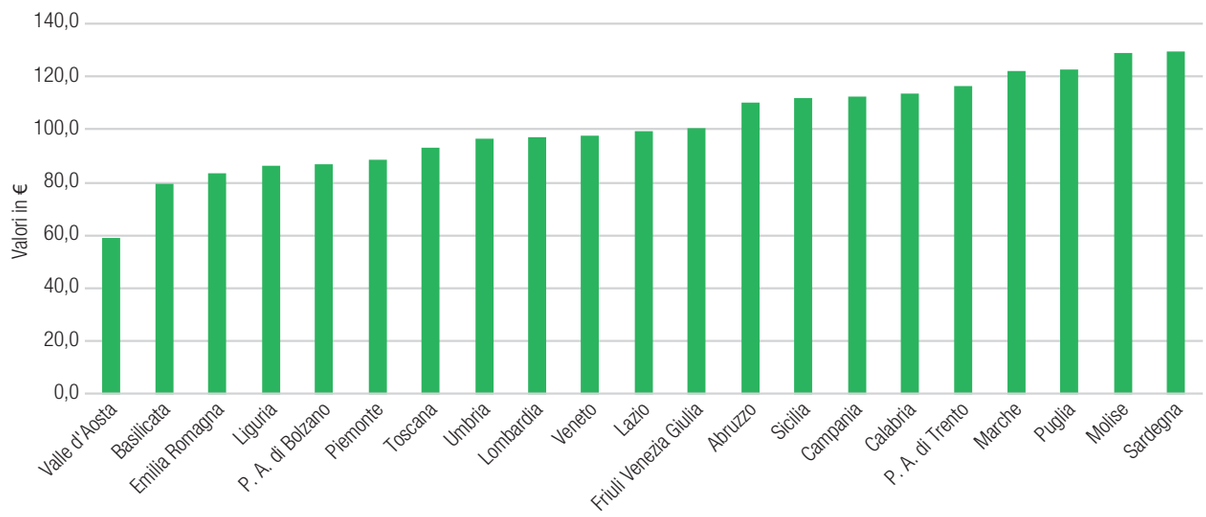
Nello specifico, la valorizzazione degli indicatori proposti può essere effettuata con la spesa rinveniente dai modelli CE, ma l'adozione del Flusso Consumi consentirebbe di ottenere un'analisi più puntuale.

Nello specifico, utilizzando il Flusso Consumi per quantificare l'indicatore 1, la rilevazione della spesa dei DM consumabili (numeratore) potrebbe essere limitata alle categorie CND "P", "C", "J" e "A", ed il denominatore potrebbe essere limitato ai ricoveri associati ai DRGs specifici che prevedono l'utilizzo di tali *devices*. Tale indicatore permetterebbe di correggere in larga misura il *bias* derivante dai diversi *mix* pubblico-privato di attività, permettendo un corretto *benchmarking* regionale.

Per esemplificare, considerando il dato di spesa rinveniente dai CE, nel 2022, si registra una spesa media per DM per ricovero chirurgico pari a € 3.352, con i valori regionali che si posizionano nel *range* € 58,8 - € 129,4 (Figura 10b.6.).

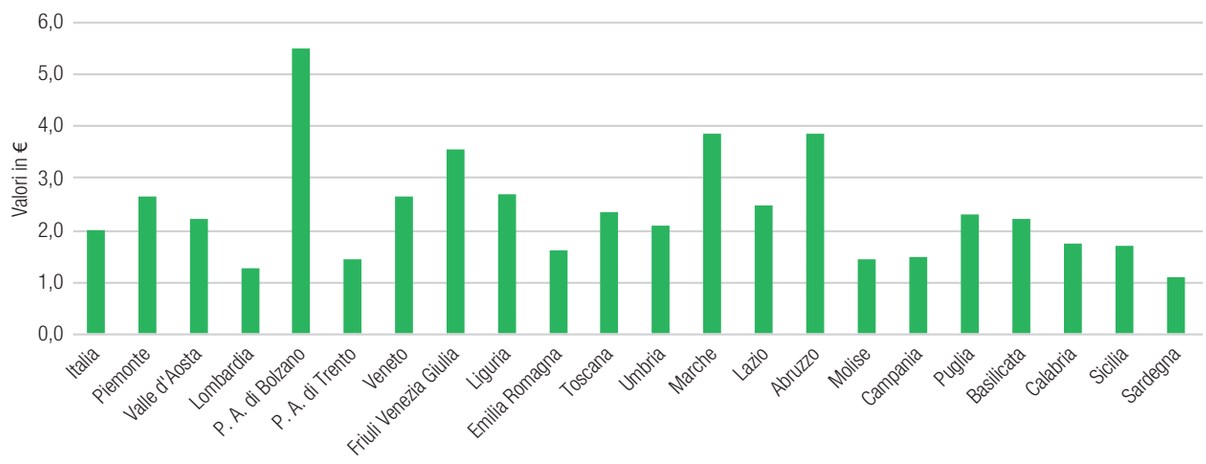
Per l'indicatore 2. si può considerare, per il numeratore, la voce specifica dei CE (BA022030) o della categoria "W" del flusso consumi, e per il denominatore il numero di prestazioni di specialistica di laboratorio erogate in strutture pubbliche.

Figura 10b.6. Spesa per DM per ricovero chirurgico (Italia=100). Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Figura 10b.7. Spesa media per Diagnostici in vitro per prestazione. Anno 2021



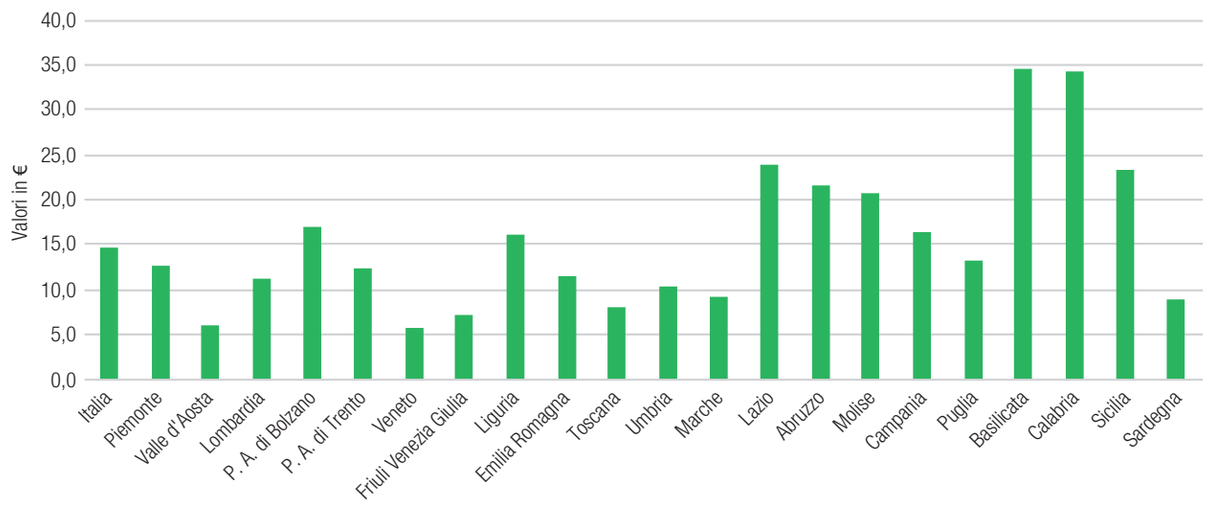
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Considerando il valore rinveniente dai CE (anno 2021, ultimo di cui si dispone di CE completo) ed il numero di prestazioni di laboratorio analisi erogate da ambulatori e laboratori pubblici (ad interni e ad esterni alle strutture), si registra una spesa media nazionale per DM di diagnostici in vitro pari a € 2,0, con i valori regionali che si posizionano nel *range* € 1,1- 5,5 (Figura 10b.7.).

Per il terzo indicatore si può considerare, per il numeratore, la voce specifica dei CE, e per denominatore la popolazione pesata per età, così da poter eliminare *bias* in fase di confronto tra le diverse realtà regionali. L'adozione del Flusso consumi consentirebbe eventualmente di integrare la spesa con quella associata ai DM usati non a livello ospedaliero, rapportandolo sempre alla popolazione standardizzata per età.

Adottando il dato rinveniente dai CE (anno 2021, ultimo di cui si dispone di CE completo), e la popolazione pesata (applicando i pesi della specialistica,

Figura 10b.8. Spesa media per assistenza protesica pro-capite. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Ministero Economia e Finanza - © C.R.E.A. Sanità

Delibera CIPE) si ottiene una spesa media pro-capite per assistenza specialistica pari a € 14,6, con i valori regionali che si posizionano nel *range* € 5,6 - 34,5 (Figura 10b.8.).

In un'ottica di *governance* complessiva dei DM, vale la pena di spostare l'attenzione dalla mera spesa corrente all'onere complessivamente associato ai DM, considerando quindi anche i DM inventariabili; si potrebbero, a tal fine, prevedere i seguenti indicatori:

1. costo di ammortamento pro-capite delle apparecchiature medicali, acquisite negli ultimi 8 anni; il dato sulla tempistica di acquisizione e quello di costo (ammortamento) sarebbero disponibili rispettivamente nel flusso Grandi apparecchiature e nel Flusso consumi; il costo per le apparecchiature sanitarie (CND "Z") rappresenta, nel 2019, il 6,2% del costo totale (per DM)
2. quota di costo della manutenzione sull'ammortamento delle apparecchiature medicali acquisite negli ultimi 8 anni.

In particolare, l'indicatore 1 potrebbe essere indicativo del livello di ammodernamento tecnologico delle strutture ed il suo valore rappresentare, limitatamente alle strutture private, un criterio di accreditamento delle strutture. Un valore basso dell'indicatore, e quindi di costo, è evidentemente indicativo di un parco macchine datato. Si potrebbero definire valori *benchmark* per ogni tipologia di struttura sanitaria e quantificare lo spostamento rispetto a questi.

L'indicatore 2, valorizzabile attraverso il costo rinveniente dal Flusso consumi e Flusso contratti, consentirebbe di monitorare anche lo "status" dell'apparecchiatura. La definizione di un valore *benchmark* consentirebbe quindi di definire la priorità di rinnovo delle apparecchiature.

10b.5. Riflessioni finali

La spesa per DM negli ultimi anni è cresciuta più delle risorse complessivamente destinato al Servizio Sanitario Nazionale (SSN); cresce quindi il *gap* rispetto al tetto di spesa previsto. I flussi ad oggi adottati per la rilevazione della spesa sostenuta dalle sole strutture pubbliche, e quindi per la determinazione del rispetto del tetto, consentono di monitorarne al più il 75% dell'onere relativo ai DM.

La parte carente tenderà, peraltro, ad aumentare sempre più, anche alla luce del sempre più frequente ricorso a "nuovi" DM quali ad esempio gli strumenti di medicina digitale (Telemedicina, *digital therapeutics* etc.) che sfuggono alle rilevazioni attuali.

Nello specifico, i flussi informativi ad oggi a regime (Conto Economico), presentano diversi elementi di criticità:

1. viene ignorato il *mix* di offerta pubblico-privato a livello regionale e questo distorce i risultati in favore delle Regioni che affidano al privato un maggior numero di procedure che richiedono l'utilizzo di dispositivi medici
2. non viene presa in considerazione la componente delle acquisizioni di dispositivi medici in noleggio e/o *leasing*
3. analogamente non viene considerata la spesa per prestazioni di assistenza protesica, con erogazione diretta e per conto
4. anche la mancanza di evidenza sugli ammortamenti delle attrezzature implica un evidente limite nelle analisi.

Indipendentemente dall'aspetto quantitativo, le carenze segnalate possono creare incentivi distorti, quale ad esempio quello a utilizzare forme di noleggio e *leasing*, non giustificate da ragioni di efficienza, quanto dalla potenziale "elusione" del tetto.

Anche la non considerazione delle manutenzioni potrebbe rappresentare un elemento distorsivo, incentivando un più lento turn over delle apparecchiature.

Infine, la mancanza di monitoraggio degli ammortamenti crea "iniquità" fra categorie di DM, essendo alcune di esse soggette al tetto e altre, in primis le grandi apparecchiature, di fatto escluse.

Date le carenze degli attuali flussi informativi, anche lo strumento del tetto, così come ad oggi regolato, sembra presentare limiti oggettivi che, nei fatti, ne vanificano concettualmente la cogenza. In particolare, il riferimento alla sola voce dei CE 'Dispositivi Medici' sembra un fattore critico e anche distorsivo, data l'assenza di valorizzazione dell'onere relativo ai DM utilizzati dalle strutture private accreditate.

Risulta quindi urgente il completamento del processo di messa a regime dei flussi esistenti.

Infine, sarebbe opportuno che il processo di monitoraggio si arricchisse di strumenti di analisi dell'efficienza della spesa regionale; in particolare, si possono proporre indicatori per il *benchmarking* e nuovi criteri per definire i valori di riferimento dei tetti regionali.

Riferimenti bibliografici

Corte dei Conti (2023). Rapporto di Coordinamento della finanza pubblica

Ministero della Salute, Linee guida modelli Conto Economico

Ministero dalla Salute, open data Flusso consumi

Ministero della Salute (anni 2019-2021). Conti economici

ENGLISH SUMMARY

Medical Device expenditure

Considering the item in the Profit and Loss Account (BA0210) to date adopted for institutional monitoring of public expenditure, and hence for determining the payback, in 2022 Italy's expenditure on Medical Devices (MDs) amounted to 7.3 billion (€ 126.9 per-capita). It can be broken down as follows: 66.3% for "Medical Devices" (CE-BA0220); 27.3% for "In Vitro Diagnostic Devices" (IVDs) (CE-BA0240); and the remaining 6.4% for "Active Implantable Devices" (CE-BA0230).

Compared with the pre-pandemic year, as might be expected, there was an increase in expenditure on in vitro diagnostic devices (+5.2%), due to diagnostic tests for Covid-19, and a symmetrical decrease in expenditure on the two categories "Medical Devices" (-3.7%) and "Active Implantable Devices" (-1.5%).

Significant differences are recorded at the regional level, ranging from a minimum value of € 94.3 in the Lazio Region to a maximum value of € 188.3 in Friuli Venezia Giulia, compared with an average value of € 144.4.

The high variability recorded stems from the fact that the Profit and Loss Account (CE) reports only the costs of public health structures, which means that it does not include the charges related to the MDs used by accredited private facilities, which are included in the CE items related to the expenditure for the purchase of services from private providers and facilities accredited with the NHS. The fact of disregarding this aspect leads to great distortions at the regional level, due to the fact that the recourse to these accredited private facilities is very different in the various Regional Health Services.

Furthermore, the CE item to date considered for monitoring expenditure does not include the expenditure borne for MDs related to prosthetic care; for those acquired through forms of leasing or rental; as well as depreciation related to assets intended for repeated use (equipment, etc.). Considering these items, the estimated charges for MDs rises to € 10 billion.

Considering also the cost of MDs used within the scope of the services provided by the accredited private facilities, working on the assumption that the incidence on the value of hospitalizations is the same as in the public sector, the estimated average per-capita expenditure on MDs ranges between € 232.6 and 264.3 (depending on which estimate is adopted for the accredited private facilities), and is 15-25% lower than the European average.

Regardless of the quantitative aspect, the reported shortcomings may create distorted incentives, such as the one to use forms of rental and leasing, not justified by reasons of efficiency, but rather by the potential "circumvention" of the expenditure ceiling.

The fact of disregarding maintenance could also be a distortion, as it encourages a slower equipment turnover.

The fact of not monitoring depreciation finally creates "inequities" among MD categories, with some being subject to the expenditure ceiling and others, primarily large equipment, actually excluded from it.

Given the shortcomings of current information flows, even the cap instrument, as regulated to date, seems to have objective limitations that, in practice, conceptually nullify its cogency. In particular, the reference made only to the CE item "Medical Devices" seems to be a problematic and even distorting factor, given the absence of valuation of the expenditure for the MDs used by accredited private facilities.

It would, therefore, be appropriate for the monitoring process to be supplemented with tools for analysing the efficiency of regional expenditure. In particular, benchmarking indicators and new criteria for defining the reference values of regional expenditure ceilings can be proposed.

CAPITOLO 10c
Dalla programmazione all'innovazione: verso una nuova *governance* dei Dispositivi Medici

Ritrovato M.[1], Cristiano I.[2], Derrico P.[3]

10c.1. La *governance* dei Dispositivi Medici: criticità e opportunità

Il crescere della spesa sanitaria rappresenta una delle sfide più significative affrontate dai sistemi sanitari in tutto il mondo, in particolar modo per quelli a carattere solidaristico e universalistico. Tra le cause di tale crescita è noto siano da annoverare i Dispositivi Medici (DM) (dagli impiantabili alle grandi tecnologie biomedicali). Sebbene questi svolgano un ruolo essenziale e insostituibile nella diagnosi, nel trattamento delle patologie e nella gestione delle condizioni di salute, l'aumento costante dei costi legati a questi prodotti, spesso determinato, in maniera collaterale, dalla loro costante innovazione, crea sempre maggiori difficoltà nel perseguire la sostenibilità economica dei sistemi sanitari e l'accesso universale all'assistenza.

Il problema della spesa sanitaria, in crescita da oltre un decennio in molti Paesi, è alimentato da diversi fattori, primo dei quali la combinazione tra invecchiamento della popolazione e aumento degli stati cronici di patologia (con conseguente maggiore richiesta di assistenza sanitaria). Ciò è stato determinato dal miglioramento e dall'ampliamento delle capacità di prevenzione, diagnosi e cura, spesso garantiti dalla disponibilità di nuovi strumenti e tecnologie, sempre più sofisticati e costosi.

In maniera quasi paradossale, dunque, la disponibilità di nuovi strumenti tecnologici ha determinato un incremento della domanda di salute e dei costi ad essa associati, quantomeno secondo una triplice modalità: l'aumento dei costi specifici di tecnologie innovative e complesse (dalle materie prime all'elaborazione di SW di sistema fino ai costi di certificazione secondo normative progressivamente più stringenti); la cronicizzazione di tante patologie, precedentemente non trattabili; infine, per una sorta di "domanda indotta" dovuta all'ampliarsi della gamma di prestazioni disponibili.

I tentativi sviluppati in diversi Paesi europei (Schwierz C., 2016) per il contenimento della spesa pubblica sanitaria, inizialmente come riposta alla crisi finanziaria del 2007, e successivamente protrattisi per fronteggiare il citato incremento delle spese sanitarie, spaziano dalla riduzione del rapporto spesa/Prodotto Interno Lordo (PIL) (assoluto o pro-capite) alla definizione di *budget*, globali o per settori specifici, più e o meno stringenti, alla ridefinizione della popolazione coperta (anche attraverso provvedimenti non esplicitamente a questo finalizzati, come l'aumento della contribuzione al costo della prestazione da parte del paziente) alla riduzione dei volumi di prestazioni (spesso attraverso meccanismi impliciti, come l'aumento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni), dalla definizione di prezzi di riferimento massimi per beni e servizi alla centralizzazione del *procurement*. Se l'obiettivo finanziario di tali iniziative è stato spesso raggiunto (quantomeno nel breve termine), purtroppo nella maggior parte dei casi ciò è avvenuto a discapito degli obiettivi di salute, determinando un peggioramento della qualità dei servizi offerti e/o un deterioramento delle condizioni di salute (Standhouders N. et al., 2019).

[1] Segretario CTS SIHTA
[2] ConsulHTA Srl
[3] Già Presidente SIHTA e AIIC, Amministratore Unico ConsulHTA Srl

Alcuni provvedimenti hanno inciso o addirittura avevano come primario obiettivo la riduzione della spesa per i DM. A tal riguardo anche in Italia sono state intraprese azioni volte a ridurre la spesa dei beni materiali consumati nella realizzazione delle prestazioni sanitarie: dalla ormai ventennale centralizzazione degli acquisti (a livello nazionale e regionale) alla successiva definizione dei tetti di spesa, prima sui farmaci e successivamente sui dispositivi medici, entrambi pressoché totalmente disattesi. A conferma di tale sostanziale inefficacia dell'imposizione di tetti di spesa, venivano successivamente e separatamente emanati dei provvedimenti che istituivano, per entrambi i settori, il meccanismo del *payback*. Le ragioni del mancato rispetto "preventivo" dei tetti di spesa sono diverse. Tuttavia si possono individuare alcuni fattori predisponenti, quali la mancata definizione dei volumi di prestazioni previste nell'ambito della programmazione sanitaria, volumi solo indirettamente e successivamente (se non tardivamente) monitorati nell'ambito della verifica degli indicatori sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); l'obsolescenza dell'attuale sistema DRG, che rende spesso i rimborsi poco correlati con le reali risorse consumate, venendo meno, in tal modo, alla finalità propria dei DRG; la mancata conoscenza puntuale della quota di spesa in DM nell'ambito delle diverse prestazioni.

Prima di approfondire alcuni aspetti del quadro così delineato, presentiamo una breve disamina dei modelli di *governance* dei DM e delle procedure attuate in due Paesi europei (Francia e Germania) che appaiono conseguire risultati nettamente migliori rispetto al nostro in termini di controllo della spesa e governo dell'innovazione dei DM a beneficio dei pazienti.

10c.2. Germania

Il sistema sanitario tedesco è un sistema mutualistico, basato sull'assicurazione sanitaria obbligatoria (SHI), con una copertura quasi universale. Tale sistema (Blumel M. et al., 2020) di assicurazione è costituito da 105 casse di malattia (che agiscono come pagatori terzi) che coprono circa l'87% della popolazione. I lavoratori autonomi e i dipendenti che superano una certa soglia di reddito possono scegliere di rimanere con la SHI o optare per un'assicurazione sanitaria privata (PHI) fornita da 42 compagnie di assicurazione. La PHI copre circa il 10% della popolazione, tra cui i funzionari pubblici; il resto (ad esempio, militari) è coperto da regimi speciali.

La SHI è finanziata principalmente attraverso contributi legati al reddito condivisi equamente tra datore di lavoro e dipendenti, raccolti in un fondo centrale e riassegnati alle casse di malattia in base alle esigenze sanitarie dei loro costituenti. La PHI è finanziata attraverso premi definiti dal rischio sanitario individuale all'ingresso ("sottoscrizione a vita").

La spesa sanitaria complessiva in Germania non viene gestita direttamente dal Ministero della Salute né dai singoli stati federali (cui altresì fa capo il finanziamento degli investimenti in opere strutturali e grandi tecnologie), ma dalle casse dei malati, enti autonomi di diritto pubblico, che raccolgono i contributi obbligatori (stabiliti per legge in percentuale del reddito) dei lavoratori e dei datori di lavoro e li utilizzano per finanziare le prestazioni sanitarie per i propri iscritti. Il Ministero della Salute ha il compito di definire le regole generali del sistema sanitario, di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, di promuovere la prevenzione e la ricerca, e di coordinare le politiche sanitarie con gli altri livelli di governo (federale, regionale e locale). Ad integrazione di quanto versato alle casse dei malati attraverso la SHI, il fondo sanitario tedesco viene incrementato attraverso un contributo derivante dalla tassazione generale e stabilito dal governo. Tale contributo varia ogni anno in base al fabbisogno finanziario del fondo e alla situazione economica generale, andando inoltre a coprire i bisogni sanitari della popolazione disoccupata e priva di assicurazione. Nel 2019, il contributo del fisco al fondo sanitario in Germania è stato di circa € 18,1 mld., pari al 4,4% delle entrate totali del fondo. Nel 2020, è aumentato di € 16,3 mld. per compensare la riduzione dei contributi dovuta alla crisi del Covid-19, arrivando ad una copertura del 15,7%. Si stima che nel 2021 il contributo del fisco aumenterà di altri € 10 mld..

Un sistema così "distribuito" di pagatori ed erogatori, è privo di un vero e proprio limite alla spesa per DM: gli unici limiti imposti sono la disponibilità della cassa di malattia (per la copertura delle prestazioni nella loro interezza e determinata sostanzialmente dal numero di iscritti alla cassa stessa e dalla percentuale di contribuzione stabilita per legge; esaurita tale disponibilità, gli assicurati sono chiamati, in gruppo o singolarmente, ad un contributo/premio aggiuntivo) e il binomio *budget*/tariffa DRG per l'ospedale.

Responsabile del governo della spesa in DM risulta essere il singolo ospedale, il quale, mentre può ovviamente acquisire qualsivoglia DM provvisto di marchio CE (a meno che non sia stato espressamente vietato, cfr *"reservation of prohibition"*, articolo 137c del *Social Security Code V),* deve garantire che il totale di costi, diretti e indiretti, correlati all'uso di un DM, nonché agli effetti economico-organizzativi, siano, per caso singolo o per insiemi di casi, minori o uguali della/e tariffa/e DRG per garantire il proprio equilibrio gestionale.

Così come avviene in Italia, i costi sostenuti dagli ospedali per l'acquisto e l'utilizzo dei DM e vengono remunerati nell'ambito del sistema DRG.

Come desumibile, in un sistema così definito non esiste alcun meccanismo legislativo di *payback* (nel caso in cui un DM costi di più di quanto garantito dalla tariffa è compito dell'ospedale mettere in campo le azioni necessarie per raggiungere l'equilibrio gestionale); per i DM innovativi (e presumibilmente più costosi) esistono cinque percorsi "codificati", di seguito riportati a solo titolo di citazione; l'aggiornamento delle tariffe DRG, comunicato annualmente e basato sui dati dei due anni precedenti, elaborati dall'INeK (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus* o Istituto per il sistema di remunerazione ospedaliera); la richiesta della procedura NUB (adeguamento tariffario temporaneo prima di eventualmente essere integrato in un DRG) , la procedura ZE (tariffa supplementare, che viene concordata direttamente tra ospedali e casse dei malati), la richiesta di un nuovo codice OPS (per la definizione di una procedura nuova rispetto a quelle *standard*, richieste che vengono presentate annualmente al DIMDI - Istituto Tedesco di Documentazione e Informazione Medica; *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*, oggi confluito nel BFARM, *Federal Institute for Drugs and Medical Devices*) e la riserva di proibizione (introduzione e rimborso di un DM senza la necessità di una valutazione preventiva purché i nuovi DM non violino i principi fondamentali di qualità ed economicità).

Il DIMDI/BFARM inoltre mantiene attivo un programma di (*Health Technology Assessment*) HTA, al cui interno sviluppa i processi di valutazione, elabora e pubblica i *report*. Tali *report* sono spesso relativi alle tecnologie oggetto di richieste NUB, ZE OPS o di aggiornamento del G-DRG.

10c.3. Francia

Il sistema sanitario francese è di tipo misto; è strutturalmente basato su un modello di assicurazione sanitaria sociale (modello Bismarck) ma condivide gli obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale (sistema Beveridge) riflessi nel modello del pagatore pubblico unico.

La regolamentazione del sistema sanitario è divisa tra lo Stato (Parlamento, Governo e Ministero della salute), l'assicurazione sanitaria (SHI) e, in misura minore, da enti locali (*départements*).

Esiste dunque un'assicurazione sanitaria pubblica obbligatoria (SHI) denominata *Assurance Maladie*, che, in vari regimi, copre attualmente quasi il 100% della popolazione residente, integrata da un'assicurazione sanitaria privata (CHI, *complementary health insurance*) sottoscritta dalla maggior parte della popolazione.

La SHI è composta da tre regimi principali assegnati alla popolazione a seconda della condizione occupazionale: il regime generale (*Caisse nationale d'assurance maladie*, CNAM) che copre circa l'88% della popolazione (tutti i lavoratori salariati e le loro famiglie ad eccezione di coloro i quali sono elegibili agli altri due regimi e coloro che vivono legalmente in Francia da più di tre mesi), il regime agricolo (*Mutualité sociale agricole*, MSA), che copre agricoltori, dipendenti agricoli e le loro famiglie e il regime

"speciale" per le libere professioni e per professioni specifiche (dedicato a funzionari pubblici nazionali, personale militare, dipendenti della compagnia ferroviaria nazionale, il clero, ecc).

Ciascuno dei tre principali sistemi assicurativi comprende un fondo nazionale di assicurazione sanitaria e fondi locali.

Per quanto riguarda le prestazioni e i servizi sanitari coperti dal SHI il paniere risulta piuttosto ampio: visite ambulatoriali, prestazioni diagnostiche, ricoveri in ospedali pubblici o privati, programmi di screening, vaccinazioni obbligatorie, dispositivi medici e protesi purché compresi nella lista dei prodotti rimborsabili, la *Liste des prestations et produits remboursables* (LPPR)[4].

L'inclusione nella LPPR determina la tariffa di rimborso e il prezzo massimo di vendita per il DM. Per comprendere in maniera adeguata quest'ultimo aspetto si fornirà una panoramica sulle modalità di rimborso e *princing* dei dispositivi medici in Francia.

In materia di prezzi e rimborsi per i dispositivi medici, le istituzioni pubbliche competenti sono l'HAS (*Haute Autorité de Santé*) che si occupa di valutazioni delle tecnologie sanitarie (HTA), il *Ministère des Solidarités et de la Santé* (Ministero della Solidarietà e della Salute) che decide sullo stato di rimborso e il CEPS (*Comité économique des produits de santé*), affiliato al Ministero della Solidarietà e della Salute, che negozia il rimborso e il prezzo dei DM presenti nella lista di rimborso LPPR.

L'UNCAM (*Union nationale des caisses d'assurance maladie*), federazione dei tre regimi assicurativi, è responsabile della negoziazione delle tariffe per le procedure mediche che includono DM e IVD.

Le politiche di rimborso e *pricing* variano a seconda che si tratti di DM per uso *outpatient* o *inpatient* (Vogler et al, 2022).

- Prezzo e Rimborso per dispositivi medici in uso *outpatient*

I DM utilizzati in ambito ambulatoriale vengono rimborsati o tramite LPPR o tramite procedure mediche.

Nel primo caso il DM viene inserito nella LPPR o perché assegnato a una "linea generica" (poiché, secondo quanto dichiarato dal produttore, offre le stesse caratteristiche di uno esistente e facente parte di quella "linea generica"), oppure, in mancanza di linea generica o se il produttore dichiara un miglioramento clinico del dispositivo rispetto a uno già esistente, a seguito di esito positivo di una valutazione HTA.

Quando il DM è oggetto di valutazione HTA, l'HAS indaga sul valore aggiunto del DM indicato dal fornitore eseguendo una valutazione clinico-tecnica alla quale si aggiunge, nel caso in cui si supponga che il DM possa avere un impatto economico considerevole, una valutazione economica.

Le valutazioni HAS, che forniscono informazioni su parametri quali il valore atteso, il valore aggiunto e – in caso di valutazioni economiche – sul rapporto incrementale costo-efficacia (ICER), il cui approfondimento esula dallo scopo di questa trattazione, hanno inoltre lo scopo di supportare le negoziazioni sui prezzi del CEPS con il fornitore.

In caso di successo delle negoziazioni sui prezzi, vengono fissati per il DM incluso nella LPPR, il prezzo di rimborso (*Tarif de responsabilité* / TR) coperto dall'assicurazione sanitaria sociale e il prezzo massimo di vendita.

Se non ritenuti idonei all'inserimento nella LPPR, i DM vengono rimborsati tramite procedure mediche.

Esistono diversi "elenchi" a cui attribuire la procedura (cfr. elenco delle procedure eseguite per fini di diagnosi, prevenzione, cura o riabilitazione, elenco delle procedure in cui sono coinvolti agenti biologici, elenco delle procedure cliniche per differenti opera-

[4] La LPPR è divisa in cinque sezioni:
» Sezione I: Medicina per cure domiciliari, ausili vitali, cibo e medicazioni
» Sezione II: Ortesi e protesi
» Sezione III: DM impiantabili, impianti e innesti di tessuti di origine umana
» Sezione IV: Ausili per portatori di handicap fisici
» Sezione V: DM invasivi utilizzati dal personale medico che non rientrano nella sezione III

tori sanitari) e le tariffe di remunerazione sono negoziate tra l'UNCAM e le rispettive associazioni degli operatori sanitari basandosi anche in questo caso sulle valutazioni dell'HAS.

- Prezzo e Rimborso per dispositivi medici in uso *inpatient*

La maggior parte dei dispositivi medici utilizzati in ambito ospedaliero viene remunerata nell'ambito del sistema DRG (denominati in Francia Groups *Homogènes de Séjours* /GHS).

Ci sono due eccezioni: la prima riguarda i dispositivi medici identificati come "ad alto rischio", i quali vengono sottoposti ad una valutazione clinico-tecnica da parte dell'HAS e in caso positivo vengono inseriti nella cosiddetta "*lista positiva intra-GHS"* e rimborsati tramite DRG.

Per i DM rimborsati tramite DRG la tariffa viene negoziata direttamente tra fornitore e ospedale sulla base delle necessità di approvvigionamento degli ospedali stessi.

Altro caso particolare sono i DM considerati costosi.

Per tali DM la remunerazione GHS potrebbe non essere sufficiente a coprire i costi pertanto è stato implementato un ulteriore schema di finanziamento, la cosiddetta "*liste en sus",* la quale viene finanziata dall'SHI al di fuori del sistema DRG sulla base del singolo prodotto.

L'inidoneità all'inclusione nella "*liste en sus*" è subordinata alla valutazione HTA, alla valutazione delle stime dei costi del DM e dell'esito positivo delle trattative sui prezzi con il CEPS e per tali DM i prezzi sono negoziati tra il CEPS e il fornitore.

Infine, occorre citare una procedura specifica che la Francia applica per favorire un rapido accesso al mercato ai DM innovativi: la *Forfait Innovation.*

Con tale meccanismo di finanziamento per l'innovazione i DM o le procedure considerate innovative possono essere temporaneamente finanziati dall'assicurazione sanitaria sociale attraverso un percorso eccezionale dedicato, denominato appunto "*forfait innovation*". Tale finanziamento copre il costo parziale o totale del DM o della procedura, nonché i costi della raccolta di dati aggiuntivi volti alla finalizzazione dello studio sul DM.

La legislazione francese sui dispositivi medici, sui prodotti farmaceutici e sul rimborso è codificata in una serie di norme che sono, per la maggior parte, incluse in due codici: il Codice della previdenza sociale (*Code de la Sécurité Sociale* - "CSS") e il Codice della sanità pubblica (*Codice della Santé Publique* - "CSP"), i quali sono soggetti a frequenti modifiche.

Ogni anno, a partire dalla fine degli anni '90, il Parlamento francese approva una legge sulla sicurezza sociale, spesso modificando la CSS, in cui definisce i parametri fiscali entro i quali viene richiesto ai fondi SHI di mantenere la spesa sanitaria attraverso una specifica Legge sul finanziamento di previdenza sociale (*Loi de financement de la sécurité sociale, LFSS*), che disciplina le fonti di spesa e di finanziamento di tutti gli aspetti della previdenza sociale francese (compresi sanità, pensioni e assegni familiari).

Nell'LFSS il parlamento fissa un obiettivo (tetto) di spesa sanitaria denominato ONDAM (*Obiettivo national de dépenses d'assurance maladie*). L'ONDAM è obiettivo annuale, con *target* distinti per i diversi settori sanitari (ambulatoriale, cure ospedaliere e a lungo termine) e obiettivi separati per l'assistenza ospedaliera pubblica e privata (Barroy H. et al, 2014).

Dal 1997 al 2003, vi è stata una spesa significativa in eccesso rispetto all'ONDAM. Per far fronte a questo problema, nel 2004 è stato creato un Comitato di allerta parlamentare (*Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie*) a cui è stato assegnato il compito di monitorare la spesa di SHI e di allertare il Parlamento qualora l'obiettivo dell'ONDAM rischi di essere superato di un certo importo.

Se il sistema supera il *budget* previsto di oltre l'1%, il Comitato di allerta può chiedere alla Direzione della previdenza sociale (l'organo di controllo di tutti i rami della previdenza sociale) di presentare un piano finanziario di salvataggio. Nel 2006 la spesa in eccesso ha raggiunto l'1% e nel 2007 è stata utilizzata per la prima volta la procedura di allerta, con l'attuazione di una serie di misure di riduzione dei costi nell'autunno del 2007. Di conseguenza, la spesa in

eccesso è stata più moderata nel 2008 e ulteriormente ridotta nel 2009. Dal 2010, gli obiettivi dell'ONDAM sono stati sempre ampiamente rispettati.

Il periodo di crisi sanitaria del 2020 e del 2021 ha interrotto questa tendenza, poiché la spesa sanitaria è stata fortemente mobilitata per far fronte alla pandemia di Covid-19.

Circa le modalità di costituzione dell'ONDAM, il modello proposto al Parlamento nel progetto LFSS per l'anno N è costruito sulla base di una previsione della spesa sanitaria per l'anno N-1, applicando a questa un "tasso di crescita tendenziale " della spesa e infine aggiungendo l'impatto di "nuove misure economiche " previste dal LFSS .

L'ONDAM (€ 244,1 mld. in LFSS per il 2023) e i suoi sotto-obiettivi coprono la spesa dell'assicurazione sanitaria per tutti i sistemi di previdenza sociale di base obbligatori (regime generale, lavoratori autonomi, regimi speciali, ecc.).

Strumenti di gestione di tale spesa sono stati progressivamente predisposti in ottica di contenimento del rischio di superamento dell'ONDAM.

Oltre al già citato comitato di allerta, le strutture sanitarie vengono rimborsate non solo sulla base del numero delle attività erogate (che pur rappresenta un parametro incidente sulla spesa SHI ma potrebbe non essere perfettamente conforme alle previsioni in quanto dipendente da fattori di tipo epidemico, dalle decisioni del personale medico) ma anche sul prezzo associato. Queste tariffe sono fissate all'inizio dell'anno in modo che i rimborsi richiesti dagli ospedali all'assicurazione sanitaria siano coerenti con l'obiettivo fissato dall'ONDAM (tenendo conto delle previsioni di crescita della loro attività). Se l'attività prevista è stata sottostimata, tali tariffe potranno essere ridotte nel corso dell'anno oppure non potranno essere applicati gli aumenti previsti.

Esistono poi alcuni pagamenti di fondi alle strutture sanitarie pubbliche che sono indipendenti dalla loro attività e hanno la natura di stanziamenti di bilancio (per il finanziamento di missioni di interesse generale come la ricerca, ad esempio). Una parte di questi stanziamenti viene "messa in riserva" all'inizio dell'anno e viene versata agli ospedali solo alla fine dell'anno se l'ONDAM sembra poter essere raggiunto o superato.

Accanto a queste misure vi sono poi quelle destinate farmaci e dispositivi medici.

Nello specifico per i DM, il CSS ha introdotto nel 2019, in ottica di adeguamento del mondo dei DM a quello dei farmaci, la cosiddetta clausola di salvaguardia.

Tale clausola si applica solo ai DM iscritti alla LPPR, distribuiti nelle strutture sanitarie e finanziati nell'ambito l'elenco *"list en sus"* e prevede che l'impresa operante nel settore dei DM diventi responsabile di tale contributo quando l'importo totale rimborsato dall'assicurazione sanitaria durante un anno solare per i dispositivi medici oggetto di copertura assicurativa, meno l'importo di determinati sconti (cfr. sconti pattuiti tra il CEPS e i fabbricanti durante le negoziazioni, sconti versati per prodotti o servizi che sono stati oggetto di un sostegno transitorio), è maggiore di un importo Z (*"montant Z"*), determinato dalla legge. Per il 2022 l'importo Z è fissato a € 2,15 mld. (€ 2,09 mld.per il 2021).

Dalla precedente disamina si evince come Paesi di analoga complessità dell'Italia, seppur con caratteristiche differenti, presentino una migliore capacità di governo dei DM, sia in termini di controllo della spesa (si pensi ad esempio alla determinazione dell'ONDAM francese e alle misure attuate per rispettarlo) che di rapidità di introduzione dei DM innovativi nei percorsi di cura (in Germania l'aggiornamento dei singoli DRG, l'adeguamento tariffario o creazione ex-novo- segue un iter di due anni).

Non si trascuri il ruolo che l'HTA riveste in entrambi i Paesi: per l'inserimento dei DM nell'elenco dei prodotti rimborsabili; per la valutazione dei dispositivi ad alto rischio (e conseguente determinazione della lista intra DRG) nonché di quelli "costosi" (per la costituzione della "*list en sus*") in Francia; per la valutazione delle tecnologie oggetto di richieste NUB, ZE e OPS o di aggiornamento del G-DRG in Germania.

La determinazione preventiva dei volumi delle prestazioni o della massima tariffa per le prestazioni rappresentano determinanti caratteristiche di efficienza dei paesi europei analizzati.

10c.4. La programmazione sanitaria

La programmazione sanitaria (nelle due componenti, strategica e operativa) è un processo strategico altamente complesso, il cui fine ultimo è garantire la fornitura di assistenza sanitaria a tutti i cittadini. Tale obiettivo, tuttavia, deve essere raggiunto rispettando diversi vincoli ed esigenze: perseguire un costante miglioramento della salute della popolazione, garantire l'accesso universale all'assistenza, ridurre le disparità e controllare i costi. Tale complessità richiede in primo luogo il coinvolgimento di tutti gli attori della filiera della salute, ai più svariati livelli, e se da un lato impone approcci sistematici nella conduzione delle varie attività che la supportano e la realizzano, dall'altro necessita di adattabilità e flessibilità per soddisfare le mutevoli necessità di salute della popolazione (ad esempio in risposta alle emergenze sanitarie, come la recente pandemia da Covid-19 ha clamorosamente dimostrato).

Le crescenti esigenze sanitarie, dovute alle richiamate dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali, ed economiche si scontrano con risorse sempre più limitate. In tale contesto si ritiene ormai indispensabile una pianificazione quanto mai accurata e soprattutto informata. Per far ciò occorre finalmente e definitivamente catalogare, rendere disponibili e facilmente accessibili agli agenti di tale programmazione tutta una serie di dati, tra cui informazioni demografiche, condizioni mediche, interventi terapeutici, esiti clinici e indicatori di salute pubblica. Tale *cluster* di dati è già in vario modo raccolto (ma non sempre reso fruibile) e nel suo complesso va sotto il nome di *Real World Data* (RWD). L'ampia definizione di RWD fornita dall'FDA recita: "i dati relativi allo stato di salute del paziente e/o alla fornitura di assistenza sanitaria raccolti regolarmente da una varietà di fonti" si traduce, nella pratica, nei dati di tipo osservazionale (raccolti in contesti non sperimentali), come ad esempio i dati provenienti dalle cartelle cliniche elettroniche (EHR), dalle attività amministrative (Schede di Dimissione Ospedaliera, fatturazione, etc.), dai registri di prodotti e malattie, etc.. A questi, come suggerito da alcuni autori, si devono aggiungere anche i dati derivanti dai *wearable*, dai *social media*, e, in generale, dalla pervasiva presenza di strumenti digitali in grado di raccogliere dati di interesse sanitario. L'adozione crescente di internet e di strumenti digitali ha fatto sì che gran parte di tali dati siano nativamente digitali, rendendo più semplice la loro produzione, catalogazione, archiviazione ed elaborazione, aumentando enormemente il potenziale per generare evidenze, passando così dai RWD alla *Real World Evidence* (RWE). Infatti, mentre la RWE è l'evidenza clinica, economica, organizzativa e sociale relativa all'uso e ai potenziali benefici o rischi di una tecnologia sanitaria, i RWD sono solo il punto di partenza: una volta raccolti i dati grezzi è necessario arrivare a una strutturazione di tutte le informazioni e giungere così alla RWE. La voluminosità e la complessità dei RWD richiedono infatti lo sviluppo di tecniche di elaborazione e analisi dei dati specifiche, spesso afferenti al dominio del *Machine/Deep Learning* e dell'Intelligenza Artificiale, ma certamente una produzione e raccolta di dati fatte seguendo *standard* internazionalmente riconosciuti permette una elaborazione più semplice e dal potenziale informativo superiore.

Una siffatta mole di dati e informazioni renderebbe certamente più affidabile la misura del pregresso consumo di risorse sanitarie nonché la stima del fabbisogno futuro di salute, permettendo di conseguenza una risposta più appropriata sia in termini di definizione e programmazione dei servizi resi che in termini di composizione del fondo sanitario. Tale processo analitico renderebbe altresì evidente l'eventuale incapienza del finanziamento stabilito a livello governativo per il FSN, così come la conseguente riduzione ex ante dei volumi di prestazioni erogabili.

L'implementazione e il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la piena copertura dell'NSIS (oggi all'85% delle prestazioni LEA erogate), assieme ad altre misure previste del PNRR, si auspica possano aprire la strada verso l'utilizzo virtuoso e prolifico dei dati in sanità. Tra i dati che certamente meriterebbero di essere inclusi nei sistemi di raccolta ed analisi finalizzati all'elaborazione del piano sanitario vi sono certamente quelli relativi ai DM. In virtù degli obblighi sulla vigilanza *post-market* derivanti dal Regolamento Europeo sui DM, i fabbri-

canti (ovvero i fornitori/distributori) mantengono già oggi sistemi informativi per la totale tracciabilità dei propri prodotti. Inoltre esistono metodi, strumenti e tecnologie in grado di tracciare i singoli prodotti lungo i processi di erogazione delle prestazioni e di cura. Non rappresenterebbe una complessità insormontabile quindi, né dal punto di vista tecnologico né sotto il profilo organizzativo, collegare questi diversi *dataset* ai già citati dati sanitari per espandere la "copertura" dei RWD disponibili ed utilizzarli per ulteriori finalità, quali ad esempio l'implementazione di processi di HTA dei DM, il governo dei *Managed Entry Scheme*, o, più banalmente, la capacità puntuale di misurare il costo mediamente attribuibile ai DM nell'ambito delle tariffe e dei DRG (Messori A. et al, 2019).

10c.5. Il ruolo dell'Osservatorio Nazionale dei Prezzi dei Dispositivi Medici

In attesa che tali strumenti possano vedere una implementazione funzionale, la *governance* dei DM si avvantaggerebbe certamente di attività di raccolta e analisi di dati che potrebbero essere sviluppate da un Osservatorio Nazionale dei Prezzi dei Dispositivi Medici (di seguito, per brevità, OP). In realtà, un OP è già previsto dal D. L. n. 78 del 19 giugno 2015, (convertito, con modificazioni, dalla L.n. 125 del 6 agosto 2015), ulteriormente definito nella sua composizione dal Decreto del Ministero della Salute del 23 gennaio 2023. Tuttavia, in tali provvedimenti, l'OP ha il limitato scopo di supportare e monitorare le stazioni appaltanti e verificare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti dall'Autorità nazionale anticorruzione o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). In altre parole, svolge, o dovrebbe svolgere (ad oggi lo stesso articolo 4 del citato D.M. Ministero della Salute del 23/01/23 sembra essere disatteso), un ruolo meramente informativo nei confronti dei centri di spesa per l'eventuale comunicazione, a questi ultimi, di non conformità tra i prezzi definiti nelle gare d'appalto e quelli di riferimento rilevati nel NSIS oppure dall'ANAC. Quest'ultima tuttavia, per determinare il prezzo di riferimento, svolge una mera analisi statistica dei prezzi di mercato rilevati nelle gare pubbliche d'appalto e su una lista molto limitata di DM (individuati dall'Age.Na.s. tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio Sanitario Nazionale) che, nell'ultima rilevazione disponibile sul sito ANAC (2016), ammonta a 39 prodotti (afferenti alle tipologie di bassa complessità tecnologica: siringhe, ovatta, cerotti) che, dall'ultimo "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'acquisto di DM - Anno 2019", pubblicato a febbraio 2021, cubano un valore complessivo inferiore all'1% della spesa totale in DM, dato confermato anche per il 2020.

Al contrario, il ruolo dell'OP sarebbe imprescindibile (a maggior ragione nelle more della piena disponibilità e accessibilità dei dati precedentemente descritti), andando ben oltre la semplice verifica/notifica di una non conformità rispetto al prezzo di riferimento rilevato, dato che quest'ultimo (ovvero una versione più "intelligente" e certamente estesa a una molto più completa gamma di prodotti rispetto all'attuale) è uno dei tasselli fondamentali per giungere ad una quantificazione puntuale delle risorse materiali necessarie all'erogazione di ciascuna prestazione (o almeno di quelle incluse, o che si intenterebbe includere, nei LEA). Tale quantificazione ha ovviamente come finalità ultima quella di informare, assieme alla più ampia valorizzazione economica dei processi di erogazione (analisi che include le risorse professionali ed organizzative e che dovrebbe essere svolta potendo contare sulla disponibilità di dati già trattata in precedenza), la definizione e l'aggiornamento di DRG e tariffe. La disponibilità così realizzata di valori più accurati e aggiornati di costo, assieme alla già citata stima del fabbisogno di salute della popolazione e conseguente stima dei volumi di prestazioni necessarie, concorrerebbe alla definizione del Fondo Sanitario Nazionale (più correttamente dell'estremo superiore del FSN).

Tale valore sarà successivamente, e necessariamente, oggetto di valutazione politica: è infatti responsabilità del Governo, sulla base di molteplici considerazioni, decidere se assicurarne l'intera co-

pertura finanziaria, conseguentemente garantendo (almeno sotto l'aspetto della disponibilità di risorse economiche attribuite alla Regioni) la realizzazione completa dei LEA ovvero, in virtù di ulteriori osservazioni (in primis la possibile carenza di risorse economiche da destinare al FSN), defalcare alcune prestazioni dell'elenco LEA oppure stabilire una riduzione del numero di prestazioni da erogare nell'anno (con conseguente aumento delle liste d'attesa o della spesa *out of pocket*). Al termine di tale processo, in maniera naturale e analitica, verrebbe determinato anche il costo totale dei DM funzionale alle prestazioni che si è stabilito di erogare ai pazienti, e non un generico tetto di spesa sui DM che, storicamente, si è sempre dimostrato totalmente scorrelato dal numero di prestazioni effettivamente erogate dalle strutture sanitarie pubbliche (a meno di non voler esplicitamente, e quasi integralmente, attribuire tale distorsione a comportamenti opportunistici se non propriamente dolosi).

In un sistema così costruito, infine, troverebbe utile applicazione un "Osservatorio Gare Dispositivi Medici" il cui compito non si dovrebbe limitare alla semplice raccolta e ridistribuzione delle informazioni riguardanti i diversi bandi di fornitura (alla stessa stregua dell'attuale "Osservatorio Prezzi") ma, al contrario, dovrebbe intervenire nella verifica della conformità dell'ennesima gara d'appalto rispetto sia al prezzo di riferimento (attività oggi attribuita all'OP ma senza una chiara possibilità di intervento) sia, soprattutto, ai volumi di prestazioni derivanti dalla programmazione sanitaria e stabiliti con il processo sopra descritto. In tal modo si scongiurerebbe all'origine qualsiasi "sforamento" del *budget* allocato ai DM, eliminando le stesse ipotesi di sussistenza del meccanismo di *payback* (come, banalmente, si fa in qualunque impresa allorquando l'autorizzazione a spendere dei vari CdC è abilitata soltanto se inscritta nel quadro generale di sostenibilità e compatibilità della spesa prevista dal Controllo di Gestione rispetto alle risorse effettivamente disponibili per investimenti e spesa corrente).

10c.6. *Health Technology Assessment*

L'introduzione di tecnologie particolarmente innovative può generare un impatto notevole sul sistema sanitario in termini di efficacia clinica, di assetti organizzativi e di spesa. Si ribadisce l'assoluta e impellente necessità di una piena operatività di strumenti e meccanismi di valutazione delle tecnologie in grado di determinare anticipatamente l'entità di tale impatto attraverso un'esplicita attività di valutazione e un'analisi sistematica, da condursi a tutti i livelli (nazionale/regionale/aziendale) ed in tutte le fasi del ciclo di vita di una tecnologia sanitaria. I risultati di tali attività rivestono una valenza programmatoria e gestionale di primaria importanza.

Affinché l'*Health Technology Assessment* (HTA) sia funzionale alla *governance* dei DM e alla programmazione degli investimenti (non solo delle grandi apparecchiature biomediche) occorre l'implementazione, seria ed efficace, di un ecosistema di HTA a livello nazionale, regionale ed aziendale, declinata attraverso un "sistema a rete" coordinato da un'Agenzia Nazionale e con il coinvolgimento di enti del territorio (cfr Nuclei Regionali, Unità ospedaliere e Centri collaborativi), come anche descritto integralmente nel *Position Paper SIHTA* del 2020 e nel recente Programma nazionale di HTA sui DM affidato ad Age.Na.s. e coordinato dal MdS.

Soltanto con un simile modello, inclusivo e non esclusivo, operativo e non astrattamente teorico, che coinvolga esperienze e professionisti distribuiti sul territorio nazionale (soprattutto nel *network* di autorevoli strutture sanitarie, ospedaliere ma anche territoriali nonché di Centri e Società di diritto privato ma di conclamata *expertise* nel settore) si potrebbe costituire quel motore organizzativo che permetterebbe alle reali innovazioni tecnologiche di essere rapidamente valutate, non subire rallentamenti e raggiungere così i pazienti, che restano il primo e grande obiettivo di tutti gli attori della filiera della salute.

Inoltre, anche alla luce dei nuovi regolamenti europei su DM e HTA, un sistema realmente funzionante potrebbe garantire, attraverso l'attuata collaborazione tra istituzioni, industria e professionisti, la

sinergia necessaria tra attività di HTA e iter regolatorio in grado di facilitare l'accesso al mercato e la diffusione nel SSN di quei DM maggiormente innovativi, sicuri ed efficaci. La stessa sinergia potrebbe, altresì, portare a meccanismi virtuosi di collaborazione, nell'ambito dello sviluppo di DM innovativi, tra SSN e Aziende per l'identificazione e la condivisione delle caratteristiche che sono di reale interesse per i destinatari ultimi di tali innovazioni (in primis cittadini, professionisti e servizi sanitari), potendo così, con un approccio di *Early HTA*, meglio indirizzare gli investimenti in R&D delle imprese e garantire un risultato già in linea con i principi della *Value Based HealthCare*.

10c.7. Riflessioni finali

I DM sono componenti fondamentali dell'assistenza sanitaria moderna e rivestono un ruolo cruciale nell'ambito delle cure e della salute dei pazienti. Questi strumenti, che spaziano dalla semplice siringa all'avanzata tecnologia utilizzata per la chirurgia robotica, hanno consentito negli anni di offrire cure più precise ed efficaci, migliorando la qualità della vita dei pazienti e la longevità dei cittadini tale rilevanza è altresì evidente anche osservando l'impatto economico che i DM determinano, non solo per il semplice acquisto ma per l'intero percorso di gestione. L'importanza del settore dei DM non riguarda solo l'aspetto clinico o economico, ma anche il progresso tecnologico e scientifico. Le aziende produttrici (in Italia rappresentate dal 95% di PMI) investono considerevoli risorse in ricerca e sviluppo, garantendo in tal modo le innovazioni utili al miglioramento delle condizioni di salute e allo sviluppo di un comparto industriale significativo per l'economia del Paese, in termini di mercato generato (circa € 17,3 mld.) che di occupazione (circa 120.000 lavoratori, molti dei quali altamente specializzati), senza considerare l'effetto volano che lo sviluppo di tecnologie innovative e *know-how* ultra-specialistico possono determinare su altri settori.

Le modalità con cui tale settore strategico è stato governato sono, evidentemente, non più adeguate alla complessità del mondo odierno. Occorre invece istituire modelli di *governance* che, per i DM, perseguano i seguenti quattro obiettivi prioritari:

- definisca i volumi da acquisire in funzione del numero e tipologia di prestazioni che il servizio sanitario intende erogare
- definisca il valore economico congruo dei DM rispetto alle tariffe DRG definite o da aggiornare e quindi all'incidenza percentuale sul costo complessivo della prestazione sanitaria
- in funzione della disponibilità del FSN iteri i procedimenti di determinazione dei volumi acquisiti (eventualmente riducendo numero o tipologia di prestazioni erogate) e costi dei DM
- favorisca l'introduzione dei DM realmente innovativi nella pratica clinica, adottando, in assenza di evidenze scientifiche robuste (ad ogni modo necessariamente congrue all'iter regolatorio MDR/IVDR, ma non sufficienti per l'HTAR) le necessarie procedure (ad es. prevedendo un percorso progressivo di RWD/RWE che confermi, o meno, i potenziali benefici intravisti nella attività di R&D e nell'iter regolatorio) per garantire l'accesso con adeguata rapidità ai pazienti che ne hanno bisogno.

Un modello di *governance* che raggiunga tali obiettivi non è da ritenersi una chimera, come dimostrano i sistemi adottati in Francia e Germania. Occorrerebbe semplicemente valutare, dunque, quali dei meccanismi analizzati possano essere opportunamente modificati per aumentare l'efficienza complessiva del sistema e, al contempo, garantire l'accesso dei cittadini alle innovazioni e l'adeguato riconoscimento economico ai produttori in caso di comprovata efficacia clinica e/o efficienza sistemica dei propri DM innovativi in una logica di HTA. Valga, quasi come monito, l'osservazione di un sistema, quello francese, in grado di misurare "*on-going*" uno sforamento dell'1%: questo implica la capacità di acquisire ed elaborare i dati quasi in "*real time*". Al contrario, a titolo esemplificativo, proprio nell'ambito

tetti di spesa e *payback* DM, in Italia sono stati consuntivati sforamenti che vanno dal 20,5% per il 2015 al 27,3% nel 2019[5]. Tali numeri indicano chiaramente due aspetti:

1. livello di accuratezza inaccettabile nella definizione dello stesso tetto di spesa
2. incapacità, o mancanza di volontà politica, di monitorare e conseguentemente intervenire per prevenire gli sforamenti.

La nuova *governance* italiana dei DM non potrà non includere costituzionalmente la realizzazione di processi e attività di valutazione delle tecnologie sanitarie: intatti, solo garantendo lo sviluppo e la piena operatività di un sistema di HTA, conformemente ai regolamenti europei in tema di DM, IVD e HTA, sarà possibile ottenere indicazioni corrette e pertinenti in merito alla definizione del valore dei DM, al loro adeguato riconoscimento in termini tariffari, nonché alla possibilità di ottimizzare le stesse attività di ricerca e sviluppo dei DM innovativi.

Riferimenti bibliografici

A. Messori, S. Trippoli, C. Marinai (2020). "The role of medical devices in influencing in-hospital sustainabil-ity: an analysis of expenditure in 2019 vs DRG reimbursement according to major medical specialties in a Region of middle Italy"., Expert Review of Medical Devices

ANAC Delibera n. 212 (2016). "Prezzi di ri¬ferimento dei dispositivi medici: siringhe, ovatta di cotone e ce-rotti". Fascicolo REG/UCS/03/2016

Art. 4 DM MdS del 23/01/23

Art. 17 Legge n. 111/2011, di conversione del D.L. 98/2011

Art. 9-ter D.Lgs n. 78/2015

Barroy H, Or Z, Kumar A, Bernstein D (2014). "Sustaining universal health coverage in France: A perpetual challenge. The World Bank". Document 91323:1–50

Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany (2020). "Health system review". Health Sy-stems in Transition pp.i–273

Centro studi di Confindustria Dispositivi Medici (2023)

Ministère De La Santé et de La Prevéntion (2022). "Clause de sauvegarde relative aux dépenses rem-boursées au titre de la prise en charge des produits inscrits sur la liste en sus"

Elaborazione su dati Federal Statistical Office of Germany al (2023)

Elaborazione su open data MdS, Dispositivi medici (2020). "Spesa rilevata per Azienda Sanitaria"

European Economy, Christoph Schwierz (2023). "Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union" ISSN 2443-8022

Federal Ministry of Health (2022). "The German healthcare"

Federal Statistical Office of Germany (2022). "Press release No"

Federazione Italiana Fornitori in Sanità – Confcommercio (2023). "Il payback sui dispositivi medici"

Food and Drug Administration (2017). "Use of Real-World Evidence to Support Regulatory Decision-Making for Medical Devices"

France Health System Review (2023). "European Observatory on Health Systems and Policies" WHO – Vol.25. N3

Ministero della Salute (2021). "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – 2019"

Niek Stadhouders, Florien Kruse, Marit Tanke, Xan¬der Koolman, Patrick Jeurissen (2019). "Effective healthca¬re cost-containment policies: A systematic review". Health Policy, Volume 123, Is-

[5] A fine novembre 2023 il TAR del Lazio ha dichiarato "rilevante e non manifestamente infondata" la questione di legittimità costituzionale, sollevata dai ricorrenti, in riferimento agli artt. 3, 23, 41 e 117 Cost.
Le motivazioni dell'ordinanza del TAR sembrano accogliere interamente le censure sollevate dalle aziende del settore, evidenziando in maniera molto puntuale le diverse distorsioni (volumi di spesa non predeterminati, modalità di calcolo non indicate puntualmente, riferimento al fatturato e non all'utile, ingiustificato sacrificio dell'iniziativa economica privata, retroattività, etc.) di un sistema definito dai giudici amministrativi "nel suo complesso irragionevole" e rimettendo al giudizio della Corte Costituzionale l'intera questione. Tale atto, da un lato sospende i pagamenti fino al pronunciamento della Corte Giudizio (atteso entro 12-18 mesi), dall'altro potrebbe già spingere il Governo e il Parlamento ad intervenire sulle norme riformando o abrogando la disciplina applicabile al payback, per sottrarsi a una pronuncia di illegittimità

sue 1
Ministero della Salute (2019). "Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS
Pathway of medical devices in France - Haute Auto¬ritè de Santè (HAS) (2021)
Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson. "Martin McKee Health policy responses to the financial crisis in Europe" Policy summary 5
Position Paper SIHTA (2020). "Per un Sistema Italiano di Health Technology Assessment (HTA)"
PPRI Medical Devices Brief: France 2022 - Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Windisch, Friederike (2022) – "PPRI Medical Devices Briefs Series". Ge¬sundheit - Österreich, Wien
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 : Examen des articles, Rapport n° 130 (2021-2022), tome II, déposé le 3 novembre 2021 – Senat – disponibile al https://www.senat.fr/rap/l21-130-2/l21-130-25.html
Proposta Tecnica Age.Na.s. (2023). "Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici 2023 – 2025"
WHO, Strategizing national health in the 21st century: a handbook
Relazione Corte dei Conti (2020)
Ministero della Salute "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici – 2019". Febbraio 2021
Niek Stadhouders, Florien Kruse, Marit Tanke, Xander Koolman, Patrick Jeurissen (2019). "Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review".Health Policy, Volume 123, Issue 1
Pagina web "Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS " https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?tema=Piani,%20 finanziamenti%20e%20monitoraggio%20del%20SSN&area=sistemaInformativo. Ultimo accesso 15/10/23
Pathway of medical devices in France - Haute Autoritè de Santè (HAS) – July 2021
Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, Martin McKee *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, POLICY SUMMARY 5
Position Paper SIHTA. "Per un Sistema Italiano di *Health Technology Assessment* (HTA)". 2020
PPRI Medical Devices Brief: France 2022 - Vogler, Sabine; Zimmermann, Nina; Windisch, Friederike (2022) - PPRI Medical Devices Briefs Series. Gesundheit - Österreich, Wien
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 : Examen des articles, Rapport n° 130 (2021-2022), tome II, déposé le 3 novembre 2021 – Senat – disponibile al https://www.senat.fr/rap/l21-130-2/l21-130-25.html
Proposta Tecnica Age.Na.s. (2023). "Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici 2023 – 2025"
WHO, *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*
Relazione Corte dei Conti 2020

ENGLISH SUMMARY

From programming to innovation: towards a new governance of Medical Devices

The governance of Medical Devices (MD) in Italy is closely linked to care innovation and clinical benefit on one hand, to appropriateness, sustainability and health expenditure on the other.

Although medical devices play an essential role in diagnosis, treatment and management of health conditions, the increase in costs related to these products creates greater concern for economic sustainability of healthcare systems.

Health expenditure increase is commonly linked to population aging and the growth in chronic pathologies with rising demand of more innovative and more expensive devices.

With the aim of ensuring sustainability of the national health system, Italy adopted some measures to reduce health expenditure such as the definition of expenditure target (ceilings) on drugs and medical devices.

The relevance of the medical device industry is not only related to clinical and economic aspects, but also to technological and scientific progress. Medical devices companies in Italy (represented by 95% of SMEs) invest high resources in R&D, guaranteeing useful innovations to improve health conditions.

Moreover, this industrial sector is significant for country's economy, in terms of production (approximately € 17.3 billion) and employment (approximately 120,000 employed).

On this basis, the way in which medical device industry has been governed until now is no longer conform to nowadays complexity.

It is necessary to define a new governance considering both innovation needs (for improved patient care) and expenditure control (for the healthcare system sustainability).

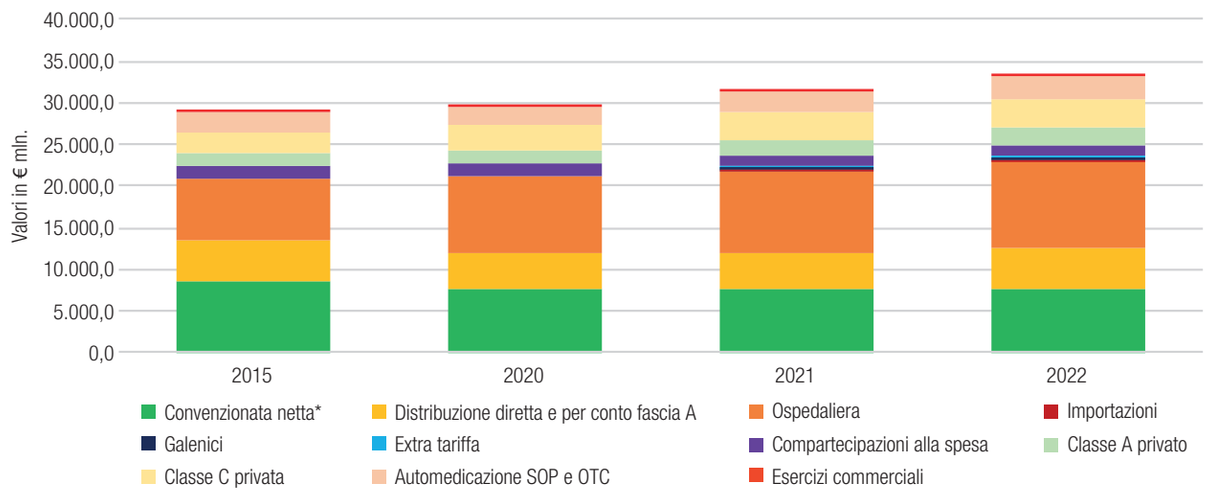
This objective can be reached through the combination of the following measures: efficient and realistic health expenditure planning, estimation of healthcare needs and supply volumes of MD (having data on real consumption of MD), implementation of price and tender observatories to guarantee a better control of overall expenditure.

Dealing with healthcare planning and expenditure ceilings it is reported a European benchmark.

It was investigated legislation and processes related to medical devices in France and Germany, which have a more efficient healthcare system in terms of health expenditure control and innovative MD introduction.

In the end, this new national medical device governance couldn't ignore Health Technology Assessment (HTA) activities; the development of an HTA system will be the crucial to define MD value thus posing the basis for a proper governance.

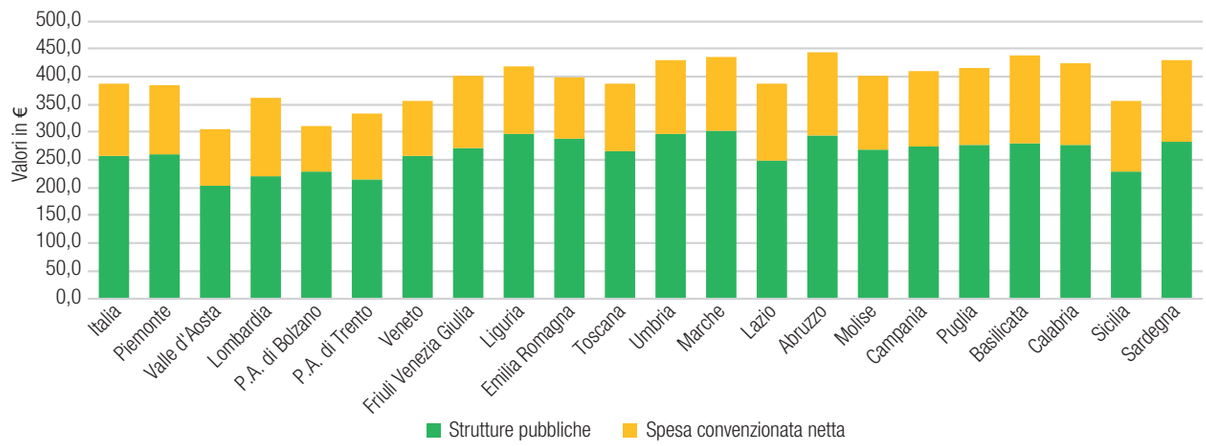
KI 10.1. Spesa farmaceutica



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia la spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) ha raggiunto il valore di € 33,4 mld., in aumento del 6,1% rispetto al 2021. Il 70,3% della spesa (€ 23,5 mld., in aumento del 12,0% nel periodo 2015-2022, 1,6% medio annuo) è sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La spesa sostenuta direttamente dalle famiglie ammonta a € 9,9 mld. ed è aumentata del 20,7% (2,7% medio annui) nello stesso periodo. La spesa rientrante nei LEA ammonterebbe a € 25,8 mld., quindi al 77,3% del totale: l'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di "classe A" rimborsabili dal SSN, come anche la compartecipazione dei cittadini, riducono del 7,0% l'onere pubblico per l'erogazione dei LEA. Il costo effettivo per il SSN, nel 2021, per effetto del *payback*, è stato inferiore a quello di spesa del 5,5%, riducendo la quota dell'onere sostenuto dal settore pubblico al 66,4%.

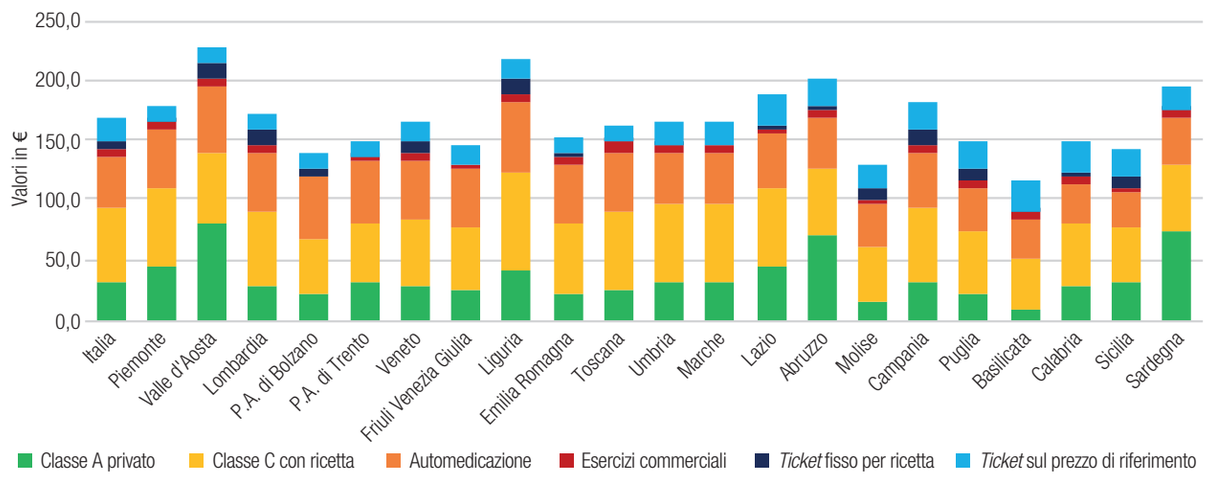
KI 10.2. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia la spesa farmaceutica pubblica pro-capite risulta pari a € 387,7. Il valore massimo si registra in Abruzzo (€ 443,2) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (€ 304,4) con un differenziale di 1,5 volte (€ 138,8). La spesa per i farmaci erogati dalle strutture pubbliche incide in media del 66,5%; l'incidenza massima si registra nella P.A. di Bolzano (74,9%) e quella minima in Lombardia (60,3%) con un differenziale di 1,5 volte (13,7 p.p.). La spesa, netta dalla compartecipazioni alla spesa dei cittadini, per i farmaci erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche, incide in media del 33,5%; l'incidenza massima si registra in Lombardia (39,7%) e quella minima nella P.A. di Bolzano (39,7%) con un differenziale di 1,9 volte (13,7 p.p.).

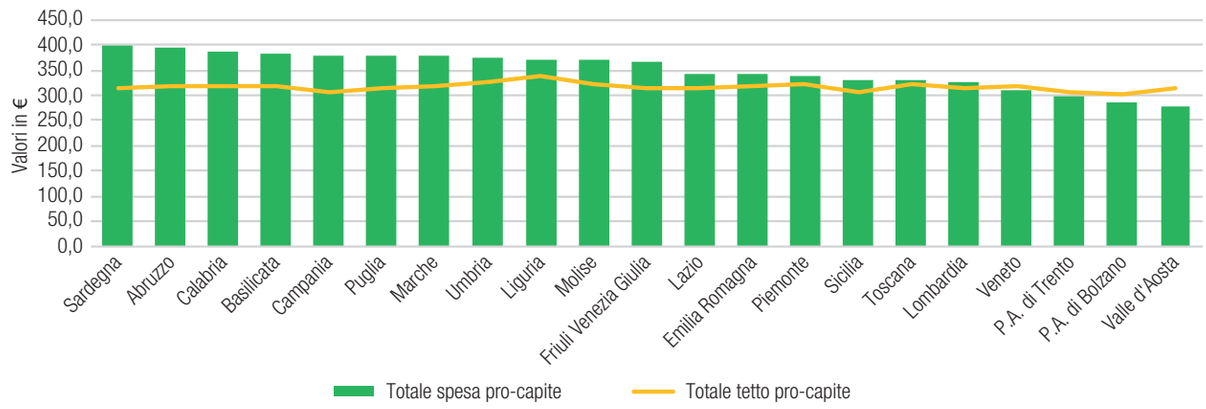
KI 10.3. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa farmaceutica privata pro-capite risulta pari a € 168,0. La spesa per le compartecipazioni incide in media del 15,1%; l'incidenza massima si registra in Molise (24,1%) e quella minima nel Molise (8,1%) con un differenziale di 16,0 p.p.; il valore minimo si registra in Campania (€ 8,0) e quello massimo in Campania (€ 36,4). Sempre, per quanto concerne la compartecipazione dei cittadini alla spesa, il 32,3% è attribuibile al *ticket* fisso per ricetta e il restante 72,2% al *ticket* sul prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti. La spesa per i farmaci di "classe C" incide in media del 35,5%; l'incidenza massima si registra in Umbria (40,1%) e quella minima in Valle d'Aosta (25,0%) con un differenziale di 15,2 p.p.; il valore massimo si registra in Liguria (€ 81,5) e quello minimo in Basilicata (€ 42,5). La spesa per i farmaci di "classe A" incide in media del 19,2%; l'incidenza massima si registra in Sardegna (37,6%) e quella minima in Basilicata (8,0%) con un differenziale di 29,5 p.p.; il valore massimo si registra nella Valle d'Aosta (€ 81,1) e quello minimo in Basilicata (€ 9,2). La spesa per i farmaci di automedicazione incide in media del 26,8%; l'incidenza massima si registra nella P.A. di Bolzano (38,1%) e quella minima in Sardegna (29,4%) con un differenziale di 18,7 p.p.; il valore massimo si registra nella Regione Liguria (€ 61,0) e quello minimo in Sicilia (€ 28,3).

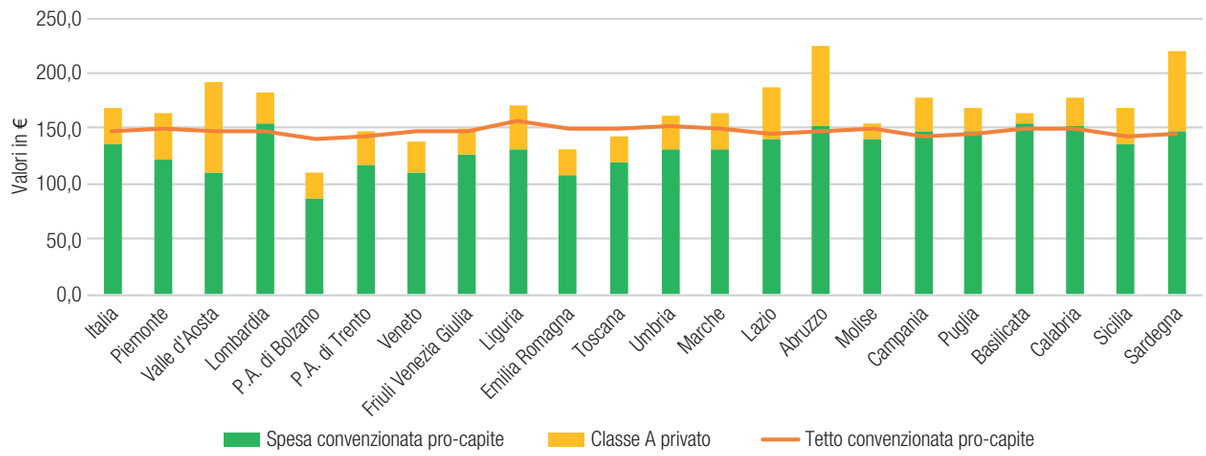
KI 10.4. Tetto e spesa farmaceutica delle strutture pubbliche. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2022 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, lo sforamento del tetto della spesa farmaceutica è pari a € 1,9 mld.. Nessuna Regione riesce a rispettare il tetto: solo Valle d'Aosta e Lombardia si avvicinano al conseguimento del risultato. Sardegna, Umbria e Abruzzo sono le Regioni che registrano il maggiore sforamento del tetto (oltre € 65 pro-capite). Si stima che il *payback* richiesto alla aziende produttrici sia di € 1,3 mld..

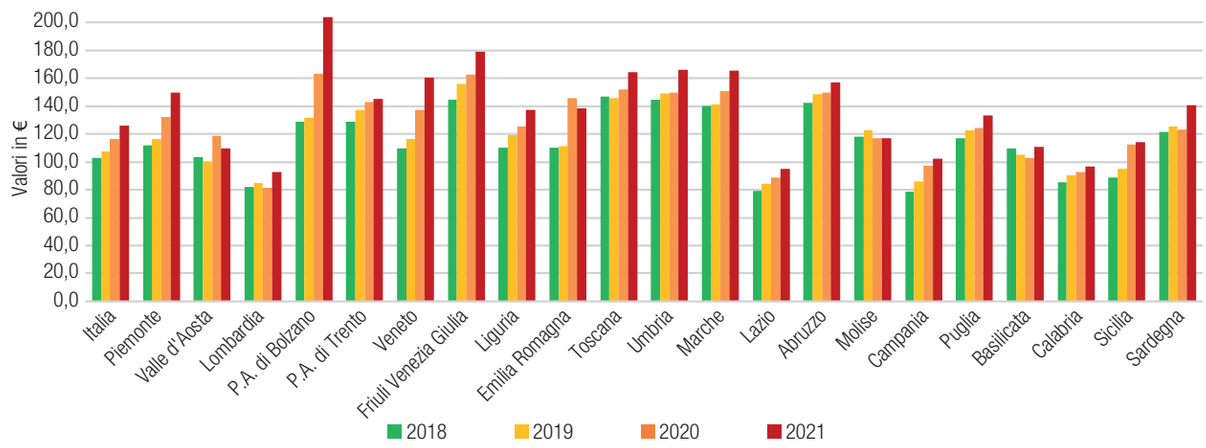
KI 10.5. Tetto e spesa farmaceutica convenzionata. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2022 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa farmaceutica convenzionata si è attestata al 6,43% del FSN, quindi sotto il *target* del 7,00% previsto: a livello nazionale la spesa rimane inferiore al tetto di € 705,7 mln. (€ 11,9 pro-capite). Alcune Regioni registrano una spesa significativamente minore del tetto: € 53,0 pro-capite in meno per la P.A. di Bolzano e € 41,0 per l'Emilia Romagna; in 6 Regioni si osserva, peraltro, uno sforamento del tetto, sebbene con valori al di sotto di € 8 pro-capite: Lombardia, Campania, Basilicata, Puglia e Calabria. Il rispetto del tetto è reso peraltro possibile da una quota significativa di spesa diretta dei cittadini per farmaci di "classe A": senza questo "contributo", solo P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Veneto e Toscana rispetterebbe il tetto, determinandosi nel complesso uno sforamento di circa € 705,7 mln..

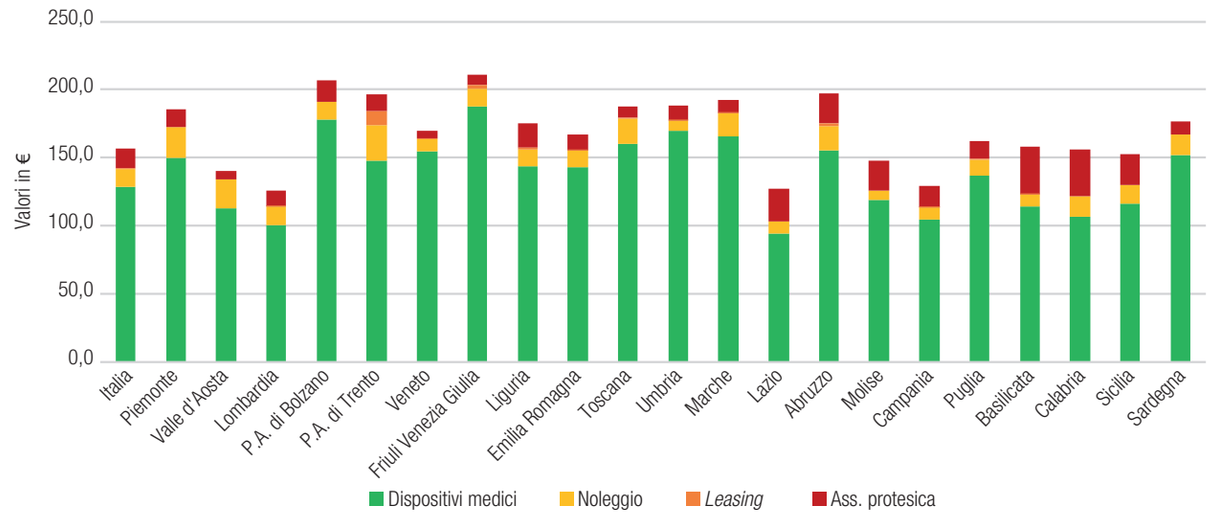
KI 10.6. Spesa pro-capite per Dispositivi Medici



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la spesa pro-capite delle strutture pubbliche per i Dispositivi Medici rilevata ufficialmente con i flussi del Ministero della Salute (CE-BA0210) risulta pari a € 126,2. Il livello di spesa oscilla da un valore massimo pari a € 203,9, riscontrato nella P.A. di Bolzano, ad uno minimo pari a € 92,9 della Lombardia. Rispetto al 2018 si è registrato un aumento complessivo della spesa pari al +22,6%. Il *trend* di crescita ha interessato tutte le Regioni, ad eccezione del Molise, che ha registrato una riduzione complessiva nel periodo del'-0,8%. L'incremento maggiore si è registrato nella P.A. di Bolzano (+58,3% nel periodo 2018-2021), il minore in Basilicata (+0,7%).

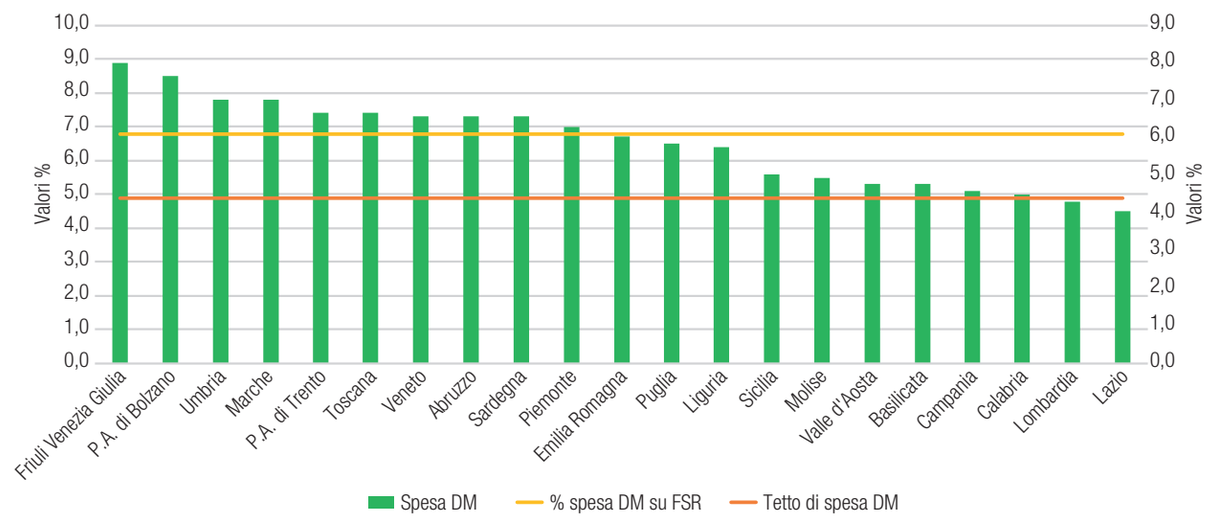
KI 10.7. Spesa pro-capite per Dispositivi Medici. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, nella composizione della spesa pro-capite delle strutture pubbliche per i Dispositivi Medici, il 66,3% è rappresentata da 'Dispositivi medici' (CE-BA0220), per il 27,3% da 'Dispositivi medico diagnostici in vitro' (IVD) (CE-BA0240), ed il restante 6,4% da 'Dispositivi impiantabili attivi' (CE-BA0230). Rispetto all'anno pre-pandemico (2019), com'era lecito aspettarsi per via dei test diagnostici per Covid, si è registrato un aumento della quota degli IVD (+5,2 p.p.), e una riduzione di quella relativa ai 'Dispositivi medici' (-3,7 p.p.) e 'Dispositivi impiantabili attivi' (-1,5 p.p.). La P.A. di Bolzano registra la spesa più alta, pari a € 203,7 pro-capite e la Lombardia quella più bassa, pari a € 92,9 pro-capite. Sommando anche la spesa per l'assistenza protesica (CE BA0750), gli acquisti attraverso *leasing* e noleggio dell'area sanitaria (CE-BA2050 e BA2020), nonché una stima dell'ammortamento delle apparecchiature (posto pari al 30% della voce CE BA2580), la valutazione della spesa delle strutture pubbliche sale a € 169,95 pro-capite. La spesa per gli acquisti dei beni sanitari incide per il 75,7%, l'assistenza protesica con l'8,7%, segue quella per i beni acquisiti mediante noleggio e leasing con l'8,1% e l'ammortamento con il 7,5%. A livello regionale l'onere oscilla da un valore massimo di € 230,6 del Friuli Venezia Giulia ad uno minimo di € 136,7 registrato in Lazio. A livello di ripartizioni geografiche, non si riscontrano importanti differenze in termini di ricorso a forme di noleggio e/o leasing; risulta invece superiore alla media, di circa il 50%, la quota attribuibile all'assistenza protesica nelle Regioni del Mezzogiorno.

KI 10.8. Incidenza della spesa per Dispositivi Medici sul FSR. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022 la spesa per Dispositivi Medici delle strutture pubbliche incide per il 6,1% sul Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), sforando di 1,7 p.p. il tetto di spesa previsto pari al 4,4% ex L. n. 135/2012. Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Umbria, Marche, P.A. di Trento e Toscana, risultano essere le Regioni con i maggiori sforamenti, con una quota di spesa pubblica per DM rispettivamente pari all'8,9%, 8,5%, 7,8%, 7,8%, 7,4% e 7,4% dei rispettivi FSR. All'estremo opposto troviamo Campania, Lazio e Lombardia che registrano livelli di spesa rispettivamente pari a 5,1%, 4,8% e 4,5% dei FSR.

Capitolo 11

Assistenza primaria

Primary care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 11
Il Medico di Medicina Generale a "quota oraria": analisi dell'attività di continuità assistenziale in un distretto marchigiano

Misericordia P.[1]

11.1. Introduzione

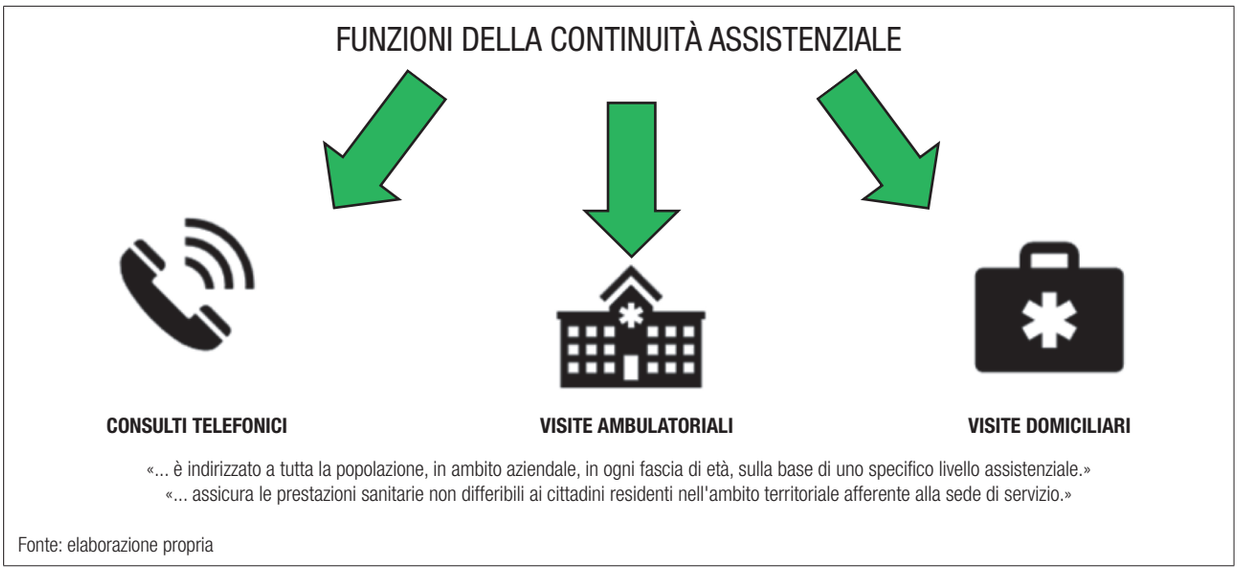
La "Continuità Assistenziale", nei nuovi contratti di lavoro chiamata "Attività a Quota Oraria del Ruolo Unico della Medicina Generale", rappresenta quella funzione che si occupa dell'assistenza medico generica nella fascia oraria notturna (20:00 – 08:00) di tutti i giorni della settimana e diurna (08:00 – 20:00) per i giorni festivi e prefestivi.

Le funzioni assistenziali del medico di Continuità Assistenziale si esplicano sostanzialmente attraverso tre modalità operative: il consulto telefonico, la visita ambulatoriale e la visita domiciliare.

L'attività domiciliare del Medico di Continuità assistenziale è sicuramente la più peculiare e caratteristica, in quanto rivolta ad una popolazione generalmente più fragile o con patologie che richiedono un intervento a domicilio, la cui gravità spesso si colloca al limite tra possibilità di gestione territoriale e necessità di accesso ad un secondo livello di cura (pronto soccorso/ospedale).

Il presente lavoro verte sull'analisi dell'attività domiciliare dei Medici di Continuità Assistenziale in un Distretto Sanitario marchigiano, svolta nell'anno solare 2021, il Distretto di San Benedetto del Tronto nella Provincia di Ascoli Piceno, nella prospettiva di raccogliere indicazioni, da una realtà sufficientemente paradigmatica per gran parte del territorio nazionale, su possibili nuove strategie assistenziali sul territorio per i periodi notturni e festivi.

Figura 11.1. Funzioni della continuità assistenziale



Fonte: elaborazione propria

[1] Responsabile del Centro studi FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

11.2. Metodo di lavoro

Sono stati estratti ed analizzati i referti medici dell'anno solare 2021 di tutte le sedi del Distretto di San Benedetto del Tronto, dal portale "Cure Primarie", risorsa online da anni utilizzata in questo Distretto per condividere informazioni tra territorio ed ospedale ed anche per registrare i dati relativi all'attività di Continuità Assistenziale (Figura 11.1.).

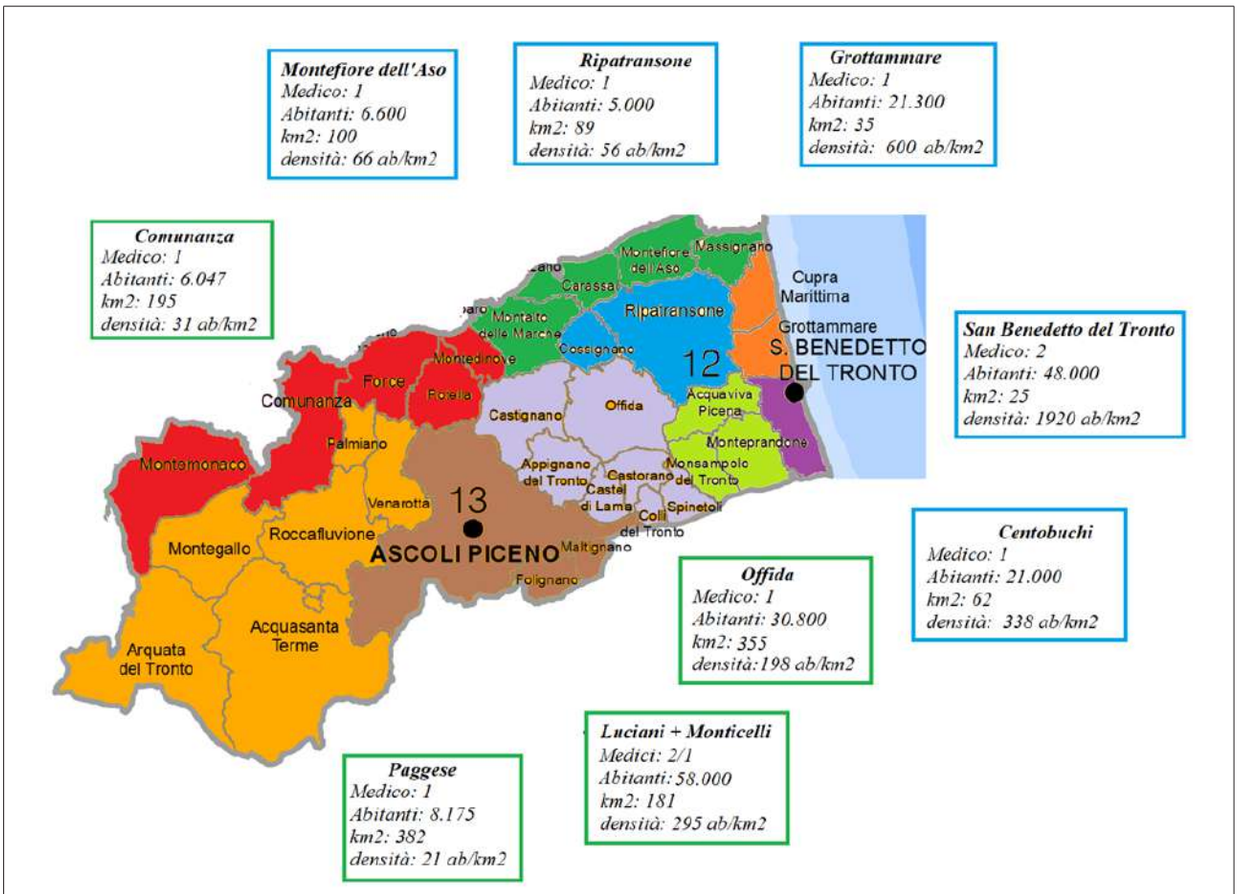
11.3. La gestione, la *leadership* e la *governance* delle reti

La Provincia di Ascoli Piceno conta circa 205.000 abitanti, equamente distribuiti fra due Distretti Sanitari: Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto: entrambi i Distretti dispongono della presenza di 6 medici di Continuità Assistenziale, operativi per ogni turno di lavoro, ripartiti su diverse postazioni territoriali (D.G.R. n. 735/2013).

Le postazioni di Continuità Assistenziale del Distretto di San Benedetto del Tronto sono (Figura 11.2.):

1) San Benedetto del Tronto: 2 medici per notte
2) Centobuchi: 1 medico (comuni: Monteprandone, Acquaviva, Monsampolo del Tronto)
3) Grottammare: 1 medico (comuni: Grottammare, Cupra Marittima)
4) Ripatransone: 1 medico (comuni: Ripatransone, Cossignano)

Figura 11.2. Postazioni della continuità assistenziale



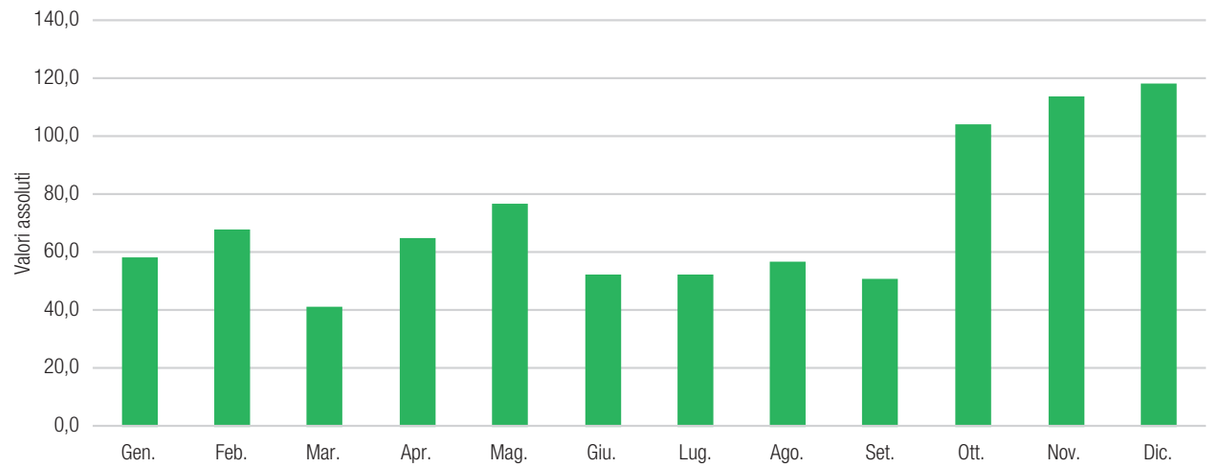
Fonte: elaborazione propria

5) Montefiore dell'Aso: 1 medico (comuni: Montefiore dell'Aso, Montalto delle Marche, Massignano, Carassai).

Sebbene la media distrettuale sia all'interno dei parametri fissati dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente (un medico ogni 5000 abitanti con una variabilità del 30%. Nella postazione i turni mensili sono garantiti da almeno 4 medici: il bacino di utenza della postazione deve aggirarsi pertanto intorno ai 20.000 abitanti), insistono delle differenze sostanziali fra bacino di utenza servito dalle diverse sedi in relazione anche all'estensione del territorio e della relativa densità abitativa, passando dai circa 6600 cittadini serviti da un medico dalla sede di Montefiore dell'Aso con un territorio di 100 km^2, ai 21.000 cittadini di Grottammare e Cupra Marittima racchiusi in un terzo del territorio (35 km^2).

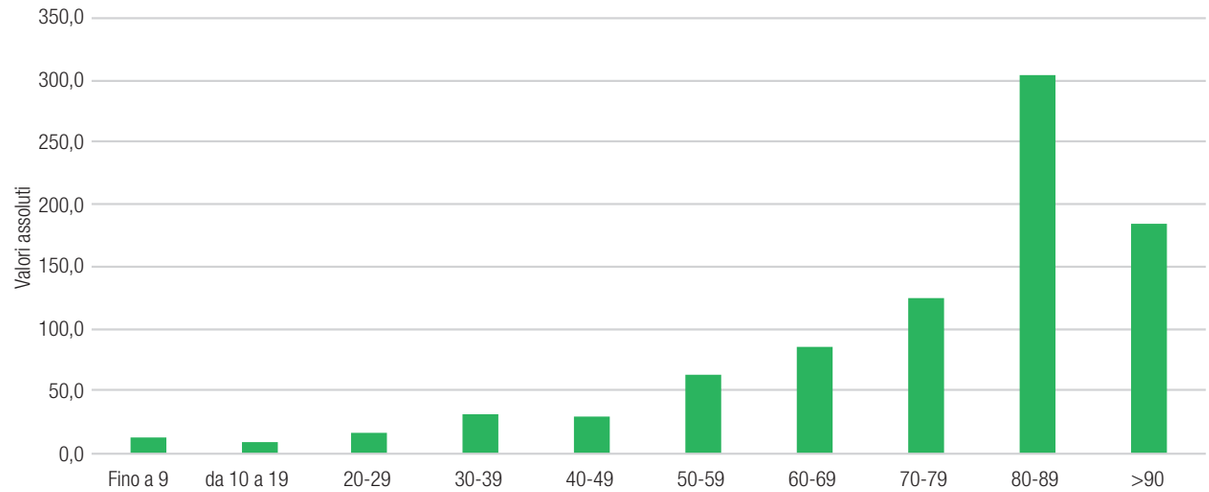
Nelle figure 11.3. e 11.4. viene descritta l'attività Domiciliare della Continuità Assistenziale nel Distretto di San Benedetto del Tronto dell'anno 2021.

Figura 11.3. Attività domiciliare per mese. Anno 2021



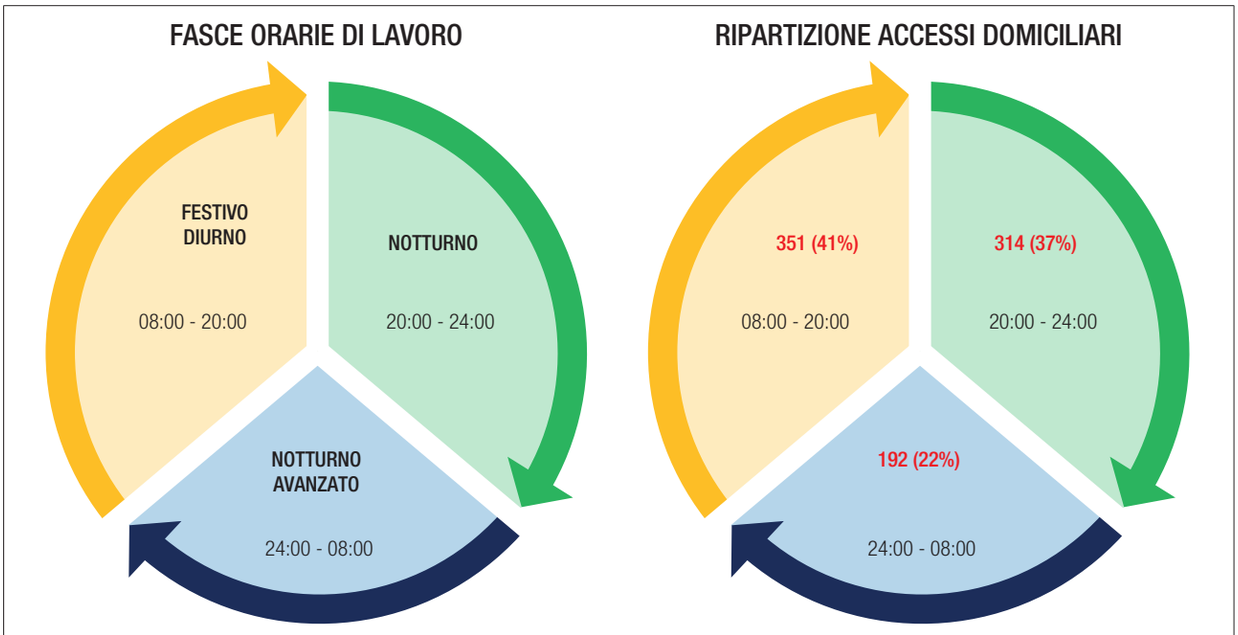
Fonte: elaborazione propria

Figura 11.4. Attività domiciliare per fascia di età. Anno 2021



Fonte: elaborazione propria

Figura 11.5. Fasce orarie e accessi domiciliari



Fonte: elaborazione propria

Il numero totale di accessi domiciliari registrati, all'interno del portale aziendale Cure Primarie, nelle sedi di Continuità Assistenziale del Distretto di San Benedetto è stato di 857 accessi nell'interno anno 2021.

Analizzando l'attività domiciliare per periodi si nota l'aumento del carico assistenziale maggiormente nei mesi invernali (Ottobre-Novembre-Dicembre). La tipologia di paziente che richiede un accesso domiciliare del medico di continuità assistenziale è ricompresa nelle fasce alte di età con netta prevalenza per gli *over* 70 e 80 che sono responsabili rispettivamente per il 71% e il 56% del totale accessi domiciliari (Figure 11.3. e Figure 11.4.).

L'Accordo Collettivo Nazionale vigente pone delle sfide sulle modalità organizzative della Continuità Assistenziale, andando a prevedere prioritariamente attività assistenziale nella prima parte della notte (fascia oraria 20:00 – 24:00) rispetto al notturno avanzato (24:00 – 08:00) (Figura 11.5.).

Il totale accessi domiciliari è stato ripartito in relazione a:

- Fascia Oraria Diurna (12h dalle ore 08:00 alle ore 20:00 del festivo e prefestivo)
- Fascia Oraria Notturna (4h dalle ore 20:00 alle ore 24:00, tutti i giorni)
- Fascia Oraria Notturna Avanzata (8h dalle ore 24:00 alle ore 08:00, tutti i giorni).

Il 40% di accessi domiciliari è stato registrato nella fascia diurna, i 37% nella prima parte della notte (dalle ore 20:00 alle ore 24:00) e il 22% circa nella fascia oraria notturna avanzata.

La fascia oraria definita "H16" del Festivo e Prefestivo (fascia oraria diurna + fascia oraria notturna) ha quindi assorbito quasi l'80% del totale accessi domiciliari dell'"H24" (Tabella 11.1.).

Andando a scomporre gli accessi domiciliari delle intere 12 ore notturne, dalle 20:00 alle 08:00, c'è un netto aumento del carico assistenziale nelle prime 4h ore della notte che coprono oltre il 60% degli accessi domiciliari (Tabella 11.2.).

Tabella 11.1. Ripartizione accessi domiciliari notturni per fascia oraria. Anno 2021

Ripartizione accessi domiciliari notturni per fascia oraria				
	Avanzato	Notturno	Totale accessi domiciliari nella notte	
Sedi	24:00-08:00	20:00 - 24:00	20:00 - 08:00	% notturno
Centobuchi	24,0	45,0	69,0	0,7
Grottammare	15,0	37,0	52,0	0,7
Montefiore dell'aso	21,0	38,0	59,0	0,6
Ripatransone	32,0	41,0	73,0	0,6
Sbt	100,0	153,0	253,0	0,6
Distretto Sbt	192,0	314,0	506,0	0,6

Fonte: elaborazione propria

Tabella 11.2. Scomposizione degli accessi domiciliari notturni per fascia oraria. Anno 2021

Sedi	Totale	No	Si	% Si	% No
Centobuchi	129,0	112,0	17,0	13,0	87,0
Grottammare	107,0	80,0	27,0	25,0	75,0
Montefiore dell'aso	130,0	119,0	11,0	8,0	92,0
Ripatransone	129,0	112,0	17,0	13,0	87,0
Sbt	362,0	312,0	50,0	14,0	86,0
Distretto Sbt	857,0	735,0	122,0	14,0	86,0

Fonte: elaborazione propria

11.4. La funzione di *gate-keeping* della Continuità Assistenziale: attivazione del 118

L'esito dell'accesso domiciliare del medico di Continuità Assistenziale può andare verso l'attivazione o meno del 118, andando quindi a configurare una funzione di "protezione" di risorse verso l'ospedale operato dai medici del territorio (Tabella 11.3.).

Il 118 è stato attivato nel 14% del totale accessi domiciliari.

Riguardo ai motivi di attivazione del 118 troviamo basse prevalenze di casi affetti da patologie di chiara pertinenza ospedaliera e maggiori frequenze per casi affetti da sintomatologia a più elevata eterogeneità come il "Dolore Addominale" che ha richiesto un accesso del 118 nel 17% dei casi.

L'attivazione del 118 è avvenuta nel 67% dei casi in pazienti *over* 80 e nel 74% nei pazienti *over* 70 (Figura 11.6.).

I motivi di accesso domiciliare per l'80% dei casi sono racchiusi in una casistica di venti tipologie come da tabella 11.4..

Constatazione di decesso a parte, è il Dolore Addominale il motivo di maggior accesso domiciliare seguito da vomito, dispnea, febbre, ipertensione.

Tra i 20 motivi di accesso domiciliare maggiormente rappresentativi, la "dispnea" è quella che richiesto un maggior numero di attivazioni del 118, pari al 38% del totale accessi per dispnea appunto, seguito dallo "stato soporoso".

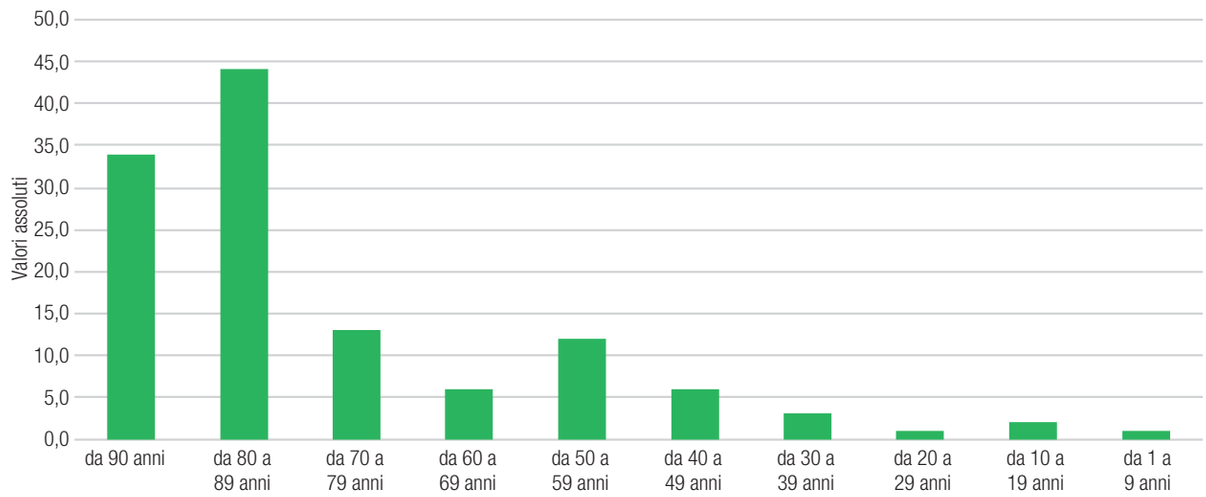
I successivi 60 motivi di accesso racchiudono invece il 20% del totale casi di accesso domiciliare da parte dei medici di Continuità Assistenziale nel Distretto di San Benedetto del Tronto nel 2021 (Tabella 11.5.).

Tabella 11.3. Motivazioni accessi domiciliari

			Attivazione del 118		
Motivo accesso domiciliare	Totale	% su tot.	No	Si	% Attivazione
Sepsi	2,0	0,2	0,0	2,0	100,0
Emottisi	1,0	0,1	0,0	1,0	100,0
Laringospasmo	1,0	0,1	0,0	1,0	100,0
Perdita di coscienza	1,0	0,1	0,0	1,0	100,0
Aritmia	6,0	0,7	2,0	4,0	67,0
Trauma cranico	3,0	0,4	1,0	2,0	67,0
Trauma (cranico)	10,0	1,2	5,0	5,0	50,0
Tachicardia	6,0	0,7	3,0	3,0	50,0
Anuria	4,0	0,5	2,0	2,0	50,0
Rettorragia	2,0	0,2	1,0	1,0	50,0
Disapnea	74,0	8,6	46,0	28,0	38,0
Stato soporoso	15,0	1,8	10,0	5,0	33,0
Edema arti inferiori	4,0	0,5	3,0	1,0	25,0
Dolore toracico	13,0	1,5	10,0	3,0	23,0
Desaturazione	31,0	3,6	24,0	7,0	23,0
Ipotensione	18,0	2,1	14,0	4,0	22,0
Alterazione neurologica	20,0	2,3	16,0	4,0	20,0
Malessere	10,0	1,2	8,0	2,0	20,0
Dolore arti inferiori	35,0	4,1	29,0	6,0	17,0
Dolore addominale	77,0	9,0	64,0	13,0	17,0
Epistassi e sanguinamenti	6,0	0,7	5,0	1,0	17,0
Tumefazione volto	6,0	0,7	5,0	1,0	17,0
Febbre (con o senza tosse)	52,0	6,1	45,0	7,0	13,0
Colica renale	19,0	2,2	17,0	2,0	11,0
Ferita lacero contusa	11,0	1,3	10,0	1,0	9,0
Tosse (senza febbre)	12,0	1,4	11,0	1,0	8,0
Ipertensione arteriosa	37,0	4,3	34,0	3,0	8,0
Vomito (con o senza dolore add)	76,0	8,9	70,0	6,0	8,0
Lipotimia	13,0	1,5	12,0	1,0	8,0
Disidratazione	14,0	1,6	13,0	1,0	7,0
Dolore lombare	14,0	1,6	13,0	1,0	7,0
Stato ansioso	14,0	1,6	13,0	1,0	7,0
Vertigini	26,0	3,0	25,0	1,0	4,0

Fonte: elaborazione propria

Figura 11.6. Attivazione del 118 per fasce di età



Fonte: elaborazione propria

Tabella 11.4. Prime 20 casistiche di richiesta accesso domiciliare

					Attivazione del 118		
%	ID	Motivo accessi domiciliari	Totale	% su tot	No	Si	% Attivazione
60	1	Constatazione di decesso	96,0	11,2	96,0	0,0	0,0
60	2	Dolore addominale	77,0	9,0	64,0	13,0	17,0
60	3	Vomito (con o senza dolore add)	76,0	8,9	70,0	6,0	8,0
60	4	Dispnea	74,0	8,6	46,0	28,0	38,0
60	5	Febbre (con o senza tosse)	52,0	6,1	45,0	7,0	13,0
60	6	Ipertensione arteriosa	37,0	4,3	34,0	3,0	8,0
60	7	Dolore arti inferiori	35,0	4,1	29,0	6,0	17,0
60	8	Desaturazione	31,0	3,6	24,0	7,0	23,0
60	9	Vertigini	26,0	3,0	25,0	1,0	4,0
60	10	Agitazione psicomotoria	25,0	2,9	25,0	0,0	0,0
70	11	Alterazione neurologica	20,0	2,3	16,0	4,0	20,0
70	12	Colica renale	19,0	2,2	17,0	2,0	11,0
70	13	Ipotensione	18,0	2,1	14,0	4,0	22,0
70	14	Stato soporoso	15,0	1,8	10,0	5,0	33,0
70	15	Disidratazione	14,0	1,6	13,0	1,0	7,0
80	16	Dolore lombare	14,0	1,6	13,0	1,0	7,0
80	17	Stato ansioso	14,0	1,6	13,0	1,0	7,0
80	18	Dolore toracico	13,0	1,5	10,0	3,0	23,0
80	19	Lipotimia	13,0	1,5	12,0	1,0	8,0
80	20	Tosse (senza febbre)	12,0	1,4	11,0	1,0	8,0

Fonte: elaborazione propria

Tabella 11.5. Successive 60 casistiche di richiesta accesso domiciliare

					Attivazione del 118		
%	ID	Motivo accessi domiciliari	Totale	% su tot	No	Si	% Attivazione
>80	21	Ferita lacero contusa	11	1,3	10	1	9,0
>80	24	Trauma (cranico)	10	1,2	5	5	50,0
>80	22	Malessere	10	1,2	8	2	20,0
>80	23	Oliguria	10	1,2	10	0	0,0
>80	25	Dolore arto superiore	9	1,1	9	0	0,0
>80	26	Infezione vie urinarie	7	0,8	7	0	0,0
>80	27	Aritmia	6	0,7	2	4	67,0
>80	31	Tachicardia	6	0,7	3	3	50,0
>80	28	Epitassi e sanguinamenti	6	0,7	5	1	17,0
>80	32	Tumefazione volto	6	0,7	5	1	17,0
>80	29	Otalgia	6	0,7	6	0	0,0
>80	30	Stato terminale	6	0,7	6	0	0,0
>80	33	Anuria	4	0,5	2	2	50,0
>80	36	Edema arti inferiori	4	0,5	3	1	25,0
>80	34	Cefalea	4	0,5	4	0	0,0
>80	35	Altro tipo di dolore	4	0,5	4	0	0,0
>80	45	Trauma cranico	3	0,4	1	2	67,0
>80	37	Aspirazione tracheobronchiale	3	0,4	3	0	0,0
>80	38	Atenia	3	0,4	3	0	0,0
>80	39	Dolore cervicale	3	0,4	3	0	0,0
>80	40	Dolore neurologico	3	0,4	3	0	0,0
>80	41	Ematuria	3	0,4	3	0	0,0
>80	42	Faringodinia	3	0,4	3	0	0,0
>80	43	Orticaria	3	0,4	3	0	0,0
>80	44	Scompenso cardiaco	3	0,4	3	0	0,0
>80	46	Tremori	3	0,4	3	0	0,0
>80	52	Sepsi	2	0,2	0	2	100,0
>80	51	Rettorragia	2	0,2	1	1	50,0
>80	47	Attacco di panico	2	0,2	2	0	0,0
>80	48	Iperglicemia	2	0,2	2	0	0,0
>80	49	Ipoglicemia	2	0,2	2	0	0,0
>80	50	Medicazione	2	0,2	2	0	0,0
>80	60	Emottisi	1	0,1	0	1	100,0
>80	66	Laringospasmo	1	0,1	0	1	100,0
>80	68	Perdita di coscienza	1	0,1	0	1	100,0
>80	53	Abuso di alcol	1	0,1	1	0	0,0

>80	54	Alterazione del ritmo	1	0,1	1	0	0,0
>80	55	Asma	1	0,1	1	0	0,0
>80	56	Diarrea	1	0,1	1	0	0,0
>80	57	Diminuzione del visus	1	0,1	1	0	0,0
>80	58	Disfagia	1	0,1	1	0	0,0
>80	59	Distacco port	1	0,1	1	0	0,0
>80	61	Herpes zoster	1	0,1	1	0	0,0
>80	62	Dolore dentario	1	0,1	1	0	0,0
>80	63	Infusione EV	1	0,1	1	0	0,0
>80	64	Insonnia	1	0,1	1	0	0,0
>80	65	Intossicazione	1	0,1	1	0	0,0
>80	67	Lesione da decubito	1	0,1	1	0	0,0
>80	69	Prurito	1	0,1	1	0	0,0
>80	70	Rash cutaneo	1	0,1	1	0	0,0
>80	71	Reazione allergica	1	0,1	1	0	0,0
>80	72	Rimozione punti sutura	1	0,1	1	0	0,0
>80	73	Sincope	1	0,1	1	0	0,0
>80	74	Problematiche del SNG	1	0,1	1	0	0,0
>80	75	Stipsi	1	0,1	1	0	0,0
>80	76	Terapia IM	1	0,1	1	0	0,0
>80	77	Ustione	1	0,1	1	0	0,0

Fonte: elaborazione propria

11.5. Riflessioni finali

L'attività domiciliare della Continuità Assistenziale, svolta dai medici del Distretto di San Benedetto del Tronto nell'anno 2021 ed estratta dal portale aziendale "Cure Primarie", è una funzione peculiare che si rivolge ad una popolazione prevalentemente anziana.

Il 78% delle visite domiciliari viene svolta tra l'orario diurno dei festivi e prefestivi e la prima parte della notte.

Rispetto alla fascia oraria notturna, quell'avanzata cioè dalle 24:00 alle 08:00 racchiude il 40% degli accessi a fronte del 60% accessi domiciliari svolti nella metà del tempo, cioè nelle prime quattro ore della notte.

I medici di Continuità Assistenziale del Distretto di San Benedetto del Tronto nel 2021 hanno gestito e trattato quasi l'85% delle situazioni per cui sono intervenuti attivando quindi il 118 nel 15% circa dei casi andando a svolgere quindi una importante funzione di filtro verso l'ospedale.

Queste osservazioni inducono a riflettere sulla opportunità di potenziare il Servizio di Continuità Assistenziale prestato dai Medici a "Quota Oraria" nelle fasce orarie diurne dei festivi/prefestivi e nella prima fascia oraria notturna, rispetto alla fascia oraria notturna avanzata (dalle ore 24.00 alle ore 8.00) in cui è certamente minore la richiesta di intervento.

ENGLISH SUMMARY

The "hourly" General Practitioner: analysis of the continuity of healthcare activity in a district of the Marche Region

"Continuity of Care" – defined in the new collective agreements as "Attività a Quota Oraria del Ruolo Unico della Medicina Generale" (Hourly-based Activity of General Practitioners) - is the function (basically carried out through three different modes of operation: telephone consultation, outpatient visit, and home visit) that deals with general medical care in the night-time slot (8 p.m. - 8 a.m.) of all weekdays and in the daytime (8 a.m. - 8 p.m.) of holidays and pre-holidays.

The Chapter analyses the home-based activity of Continuing Care Physicians in a Health District of the Marche Region, carried out in 2021, with the aim of gathering insights into possible new care strategies in the region for night and holiday periods.

The analysis was based on the 2021 medical reports from all the locations of the San Benedetto del Tronto District, extracted from the "Primary Care" portal.

Although the District's average is within the parameters set by the current National Collective Agreement (one physician per 5,000 inhabitants with a variability of 30 percent), in fact monthly shifts are ensured by at least 4 physicians, for a catchment area of approximately 20,000 inhabitants.

The total number of accesses to home care recorded - in the Primary Care portal - for the Continuing Care structures of the San Benedetto District was 857 in 2021.

The analysis of home care activity by periods shows the increase in care workload mostly in the winter months (October-December).

The type of patients requiring home care by continuing care physicians are typically those aged over 70 and 80, who account for 71 percent and 56 percent of total accesses to home care, respectively.

The analysis was conducted by breaking down accesses to home care into:

- *daytime (8:00 a.m. - 8:00 p.m. on holidays and pre-holidays)*
- *night-time (8:00 p.m. -12:00 p.m, every day)*
- *late night-time (12:00 p.m. - 8:00 a.m., every day).*

Forty percent of accesses to home care was recorded in the daytime slot, 37% in the night-time slot, and about 22% in the late night-time slot.

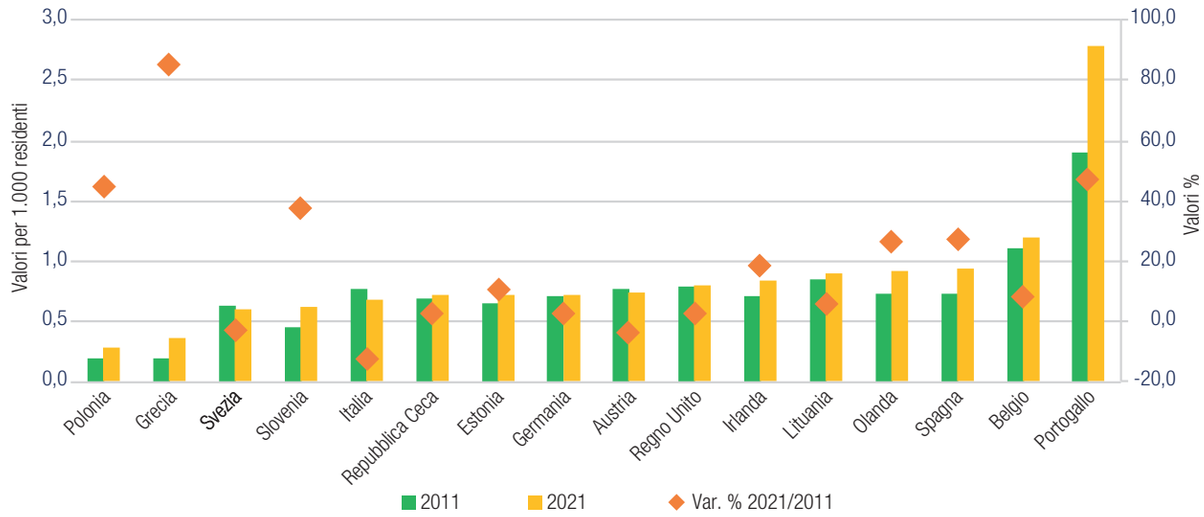
The time slot of holidays and pre-holidays defined as "H16" (daytime slot + night-time slot) accounted for nearly 80% of the total accesses to home care of the "H24" time slot. In the 12 night hours (8:00 p.m. -8:00 a.m.), the care workload in the first 4 night hours accounted for more than 60% of the accesses to home care.

The 118 toll-free national emergency telephone number was called in 14% of total accesses to home care, most frequently for patients with highly heterogenous symptoms such as "Abdominal Pain." It should be noted that the 118 was activated in 67% of cases for patients over 80 and in 74% of cases for patients over 70.

In conclusion, the Continuing Care physicians whose activity was analysed managed and treated almost 85% of the cases for which they were asked to intervene, while activating the 118 in the remaining 15% of cases: this, therefore, confirms the important filtering role they play vis-à-vis hospitals.

It should be noted that 78% of home visits are carried out between the daytime hours of holidays and pre-holidays and the early part of the night. In the late night hours 40% of accesses to home care occur compared to 60% in half the time in the first four hours of the night. This leads us to think about the advisability of enhancing the Service in the daytime hours of holidays/pre-holidays and in the early night-time slot, compared with the late night-time slot.

KI 11.1. *General practitioners* per residente. Europa

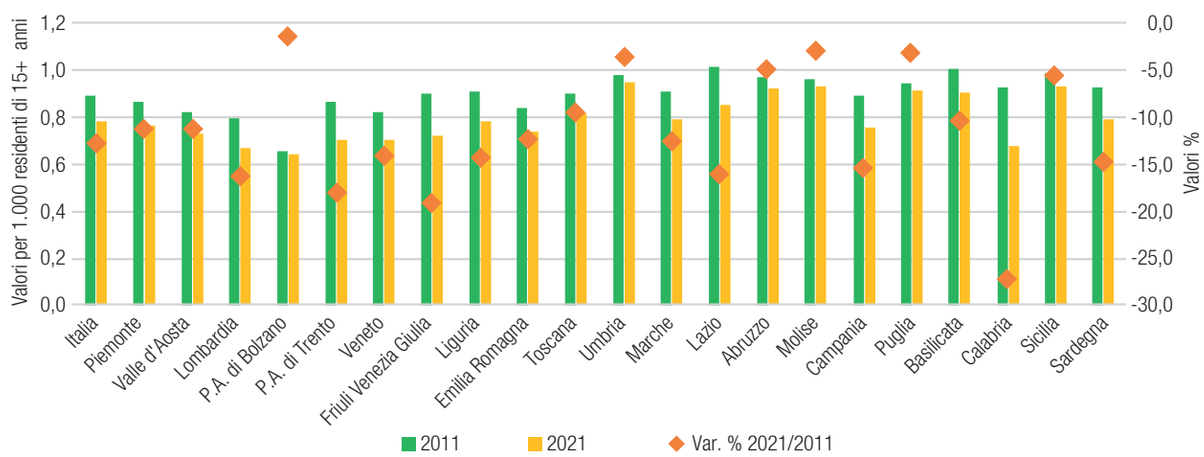


Per i dati mancanti, è stato considerato l'anno più vicino disponibile

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

Nel 2021, fra i Paesi europei il Portogallo è quello con la più alta densità di *general practitioniers* ogni 1.000 abitanti (2,8), seguita dal Belgio (1,2). All'estremo opposto troviamo la Polonia (0,3 medici ogni 1.000 abitanti), seguita da Grecia (0,4) e Svezia e Slovenia (rispettivamente 0,6); l'Italia ha 0,7 medici di medicina generale ogni 1.000 abitanti. Nell'ultimo decennio, il maggiore incremento lo ha registrato la Grecia (+85%); di contro, l'Italia registra la maggiore riduzione (-12,8%).

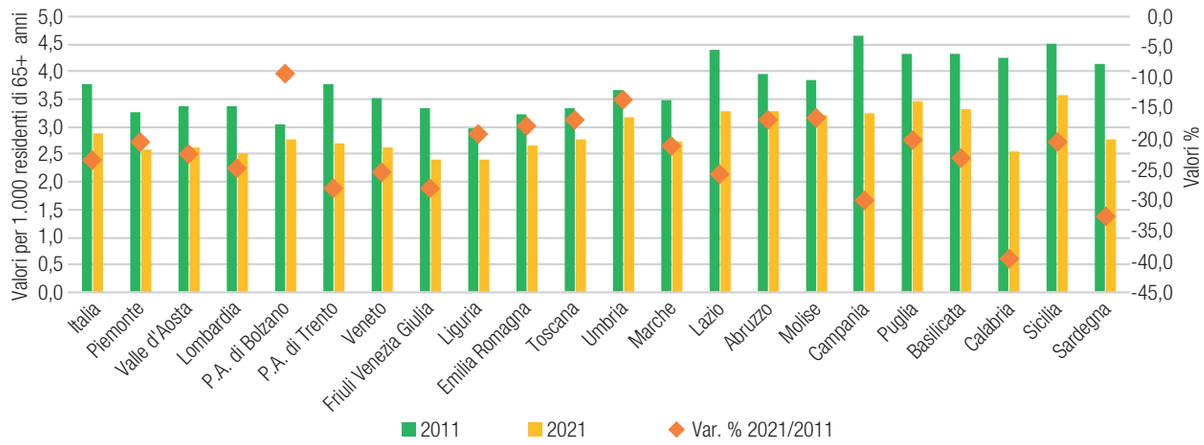
KI 11.2. Medici di Medicina Generale (MMG) per residente (in età non pediatrica)



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, sono 40.250 i medici di medicina generale (MMG) convenzionati con il SSN, pari a 0,8 per 1.000 residenti di età >= 15 anni; nell'ultimo decennio l'indicatore risulta in diminuzione del -12,8%. L'Umbria registra la densità maggiore (0,9 MMG per 1.000 residenti >= 15 anni), e la P.A. di Bolzano quella minore (0,6). Nel decennio considerato, in tutte le Regioni, si registra una diminuzione dell'indicatore: la riduzione maggiore si registra in Calabria (-27,3%), quella minore nella P.A. di Bolzano (-1,6%).

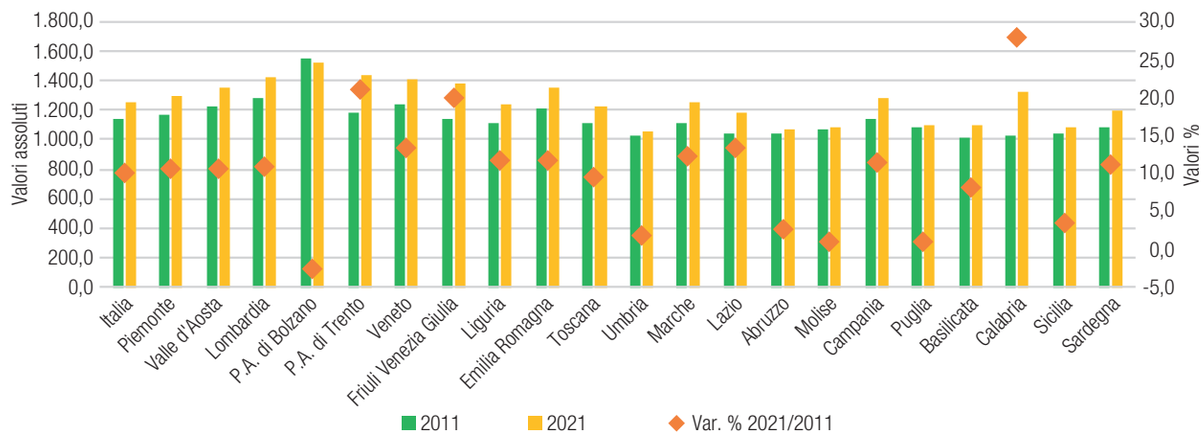
KI 11.3. MMG per residenti anziani



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, i MMG, risultano pari a 2,9 per 1.000 residenti di età >=65 anni; il dato è in diminuzione nell'ultimo decennio del -23,2%. La Sicilia è la Regione con la maggiore densità di MMG (3,6 per 1.000 residenti >=65 anni di età), Friuli Venezia Giulia e Liguria con quella minore (2,4 rispettivamente). Nel decennio considerato, il dato risulta in diminuzione in tutte le Regioni: la Calabria registra la maggiore riduzione (-39,6%), la P.A. di Bolzano quella più bassa (-9,1%).

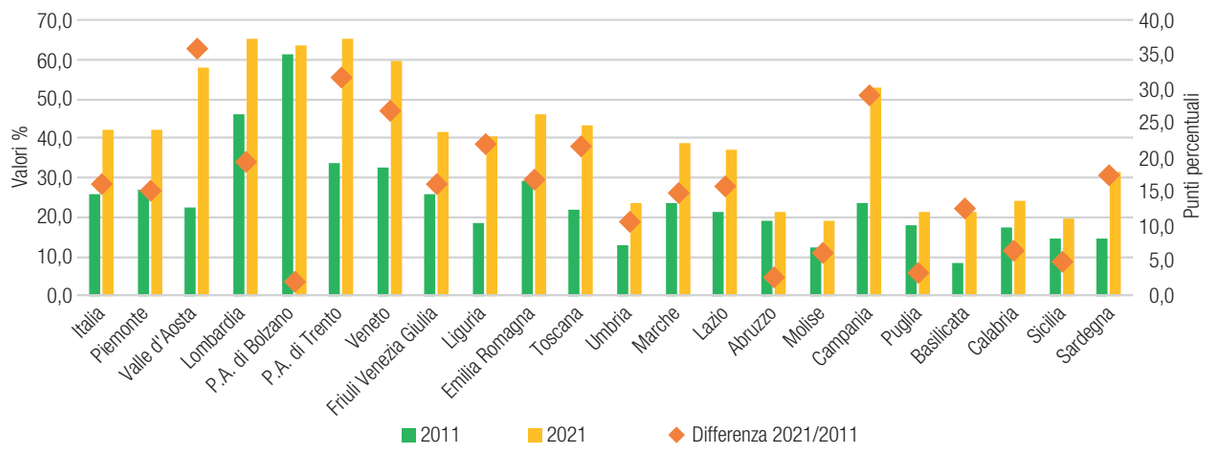
KI 11.4. MMG per numero medio di adulti presi in carico



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, i Medici di MMG hanno mediamente in carico 1.260 adulti, numero in aumento nell'ultimo decennio del +10,2%. La Regione in cui i MMG hanno il più alto numero medio di adulti presi in carico è la P.A. di Bolzano (1.519) e la minore l'Umbria (1.055). Nell'ultimo decennio, a livello regionale, si registra un aumento del numero medio di adulti presi in carico, con l'incremento maggiore registrato in Calabria (+28,1%) e quello minimo in Molise e Puglia (+1,2% rispettivamente). Fa eccezione la P.A. di Bolzano, che registra una riduzione del numero medio di adulti presi in carico dai MMG, pari al -2,4%.

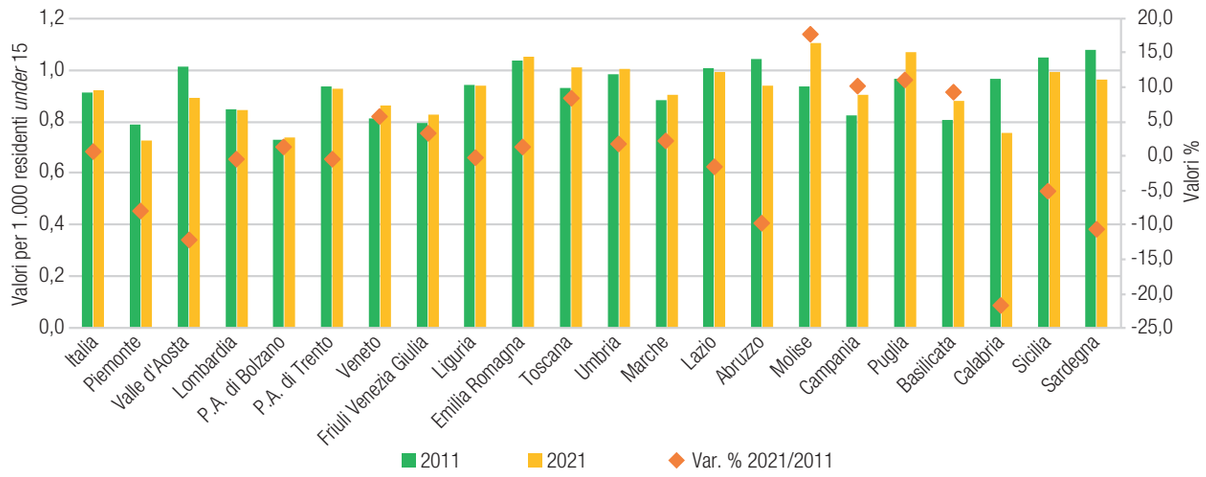
KI 11.5. MMG per classi di scelta con oltre 1.500 assistiti



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, la quota di MMG "massimalisti" (oltre 1.500 assistiti) è del 42,1%, in crescita nell'ultimo decennio di +16,3 p.p.. La Regione che registra la quota più alta di MMG massimalisti è la P.A. di Trento (65,5%), quella con la quota più bassa è il Molise (18,9%). Nell'ultimo decennio, a livello regionale, si registra un aumento della quota di MMG con oltre 1.500 assistiti, con l'incremento maggiore registrato nella Valle d'Aosta (+36,0 p.p.) e quello minimo in Abruzzo (+2,6 p.p.).

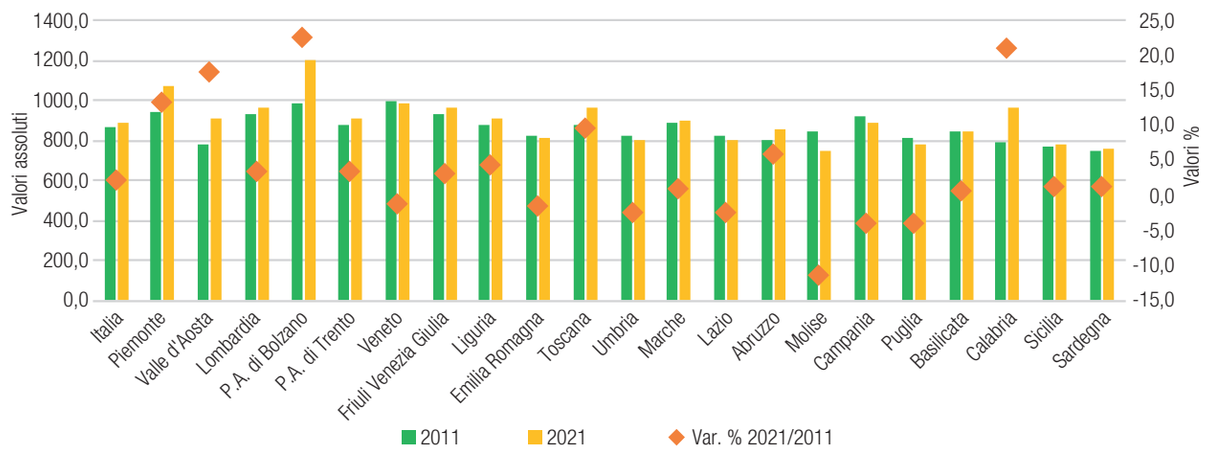
KI 11.6. Pediatri di Libera Scelta (PLS) per residenti in età pediatrica



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, i Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono 7.022, pari a 0,9 per 1.000 residenti di età <=14 anni. Nell'ultimo decennio si registra un incremento dell'indicatore del +0,6%. Il Molise ha la densità maggiore di PLS (1,1 per 1.000 residenti di età <=14 anni), e il Piemonte la più bassa (0,7). Nell'ultimo decennio, le dinamiche regionali risultano eterogenee: i maggiori incrementi si registrano in Molise (+17,7%), Puglia (+11,2%) e Campania (+10,1%); le maggiori riduzioni si registrano in Calabria (-21,6%), Valle d'Aosta (-12,1%) e Sardegna (-10,5%).

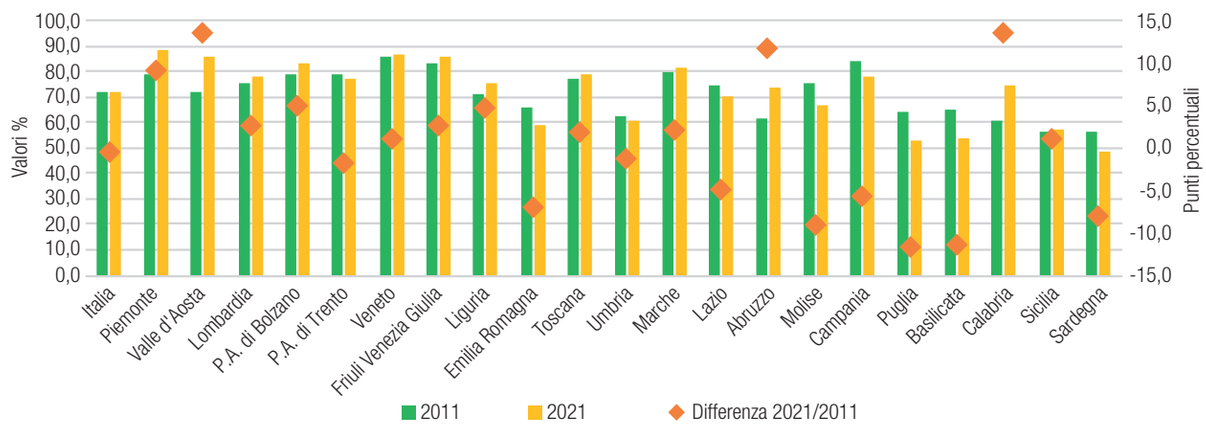
KI 11.7. PLS per numero medio di bambini presi in carico



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, i PLS mediamente prendono in carico 890 bambini, numero in aumento nell'ultimo decennio del +2,3%. La Regione con il più alto numero medio di bambini preso in carico per PLS è la P.A. di Bolzano (1.206 bambini) e la minore il Molise (745 bambini). Nell'ultimo decennio, a livello regionale, si registra un aumento del numero medio di bambini presi in carico, con l'incremento maggiore registrato nella P.A. di Bolzano (+22,6%) e quello minimo in Molise (+0,8%). Fanno eccezione Molise, Umbria e Veneto, che registrano una riduzione del numero medio di bambini presi in carico dai PLS, pari al -11,5%, -1,6% e -1,1% rispettivamente.

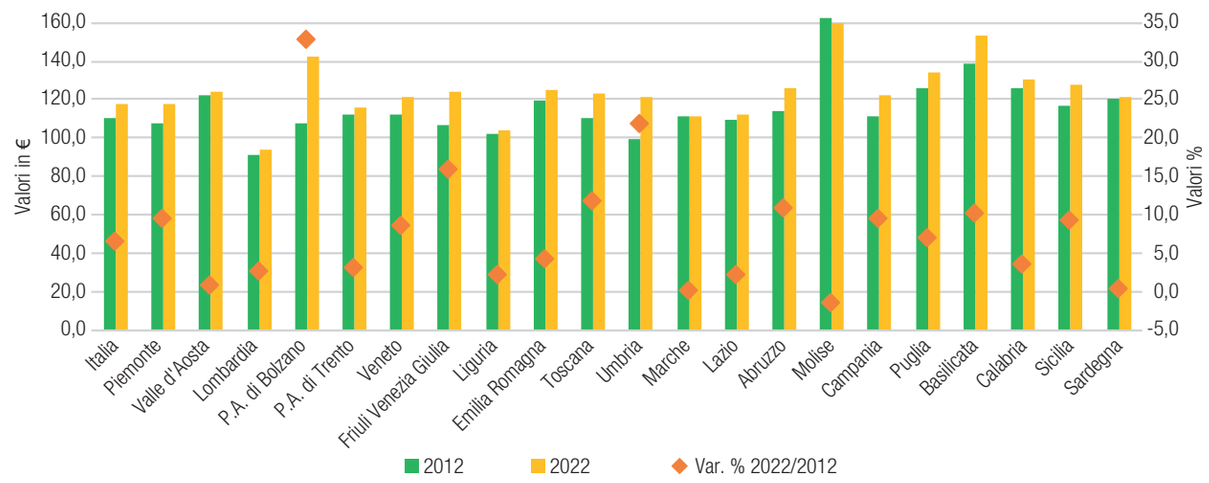
KI 11.8. PLS per classi di scelta con oltre 800 assistiti



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, la quota di Pediatri di Libera Scelta (PLS) "massimalisti" (oltre 800 assistiti) è del 71,7%, in riduzione nell'ultimo decennio di -0,6 p.p.. La Regione che registra la quota più alta di PLS massimalisti è il Piemonte (88,3%), quella con la quota più bassa è la Puglia (52,8%). Nell'ultimo decennio, a livello regionale, il dato è eterogeneo: si registra un aumento della quota di PLS con oltre 800 assistiti, con l'incremento maggiore registrato nella Valle d'Aosta (+13,5 p.p.) e quello minimo in Veneto e Sicilia (+1,0 p.p. rispettivamente); in altre realtà regionali il dato è in diminuzione nel periodo considerato, con la riduzione maggiore registrata in Puglia (-11,8 p.p.) e quella minore in Umbria (-1,3 p.p.).

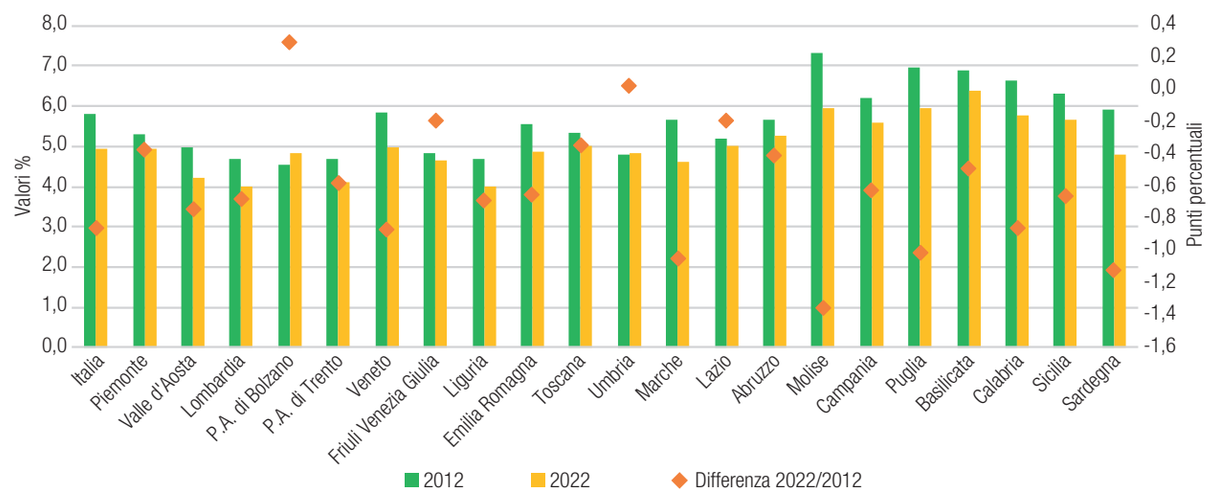
KI 11.9. Spesa pubblica pro-capite per medicina di base



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute (Conti Economici) e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa pubblica per la medicina di base (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118), risulta pari a € 6,9 mld., pari a € 117,9 per residente, +6,7% nell'ultimo decennio. La Lombardia ha la spesa pro-capite minore (€ 94,0), il Molise quella maggiore (€ 159,7). Nell'ultimo decennio solo il Molise vede ridursi la spesa per residente (-1,4%); l'incremento massimo si registra nella P.A. di Bolzano (+32,9%).

KI 11.10. Incidenza della spesa pubblica per medicina di base sulla spesa sanitaria



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute (Conti Economici) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa pubblica per la medicina di base (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118), incide per il 5,0% sulla spesa sanitaria pubblica totale; nell'ultimo decennio il valore è diminuito complessivamente di -0,9 p.p.. L'incidenza più alta si registra nelle Regioni meridionali, con il valore massimo (6,4%) in Basilicata; il valore minimo si registra in Lombardia e Liguria (4,0%). Nell'ultimo decennio, tutte le Regioni italiane hanno registrato un decremento dell'incidenza della spesa per la medicina di base sulla spesa sanitaria pubblica totale: quello massimo si determina in Molise (-1,4 p.p.), quello minimo in Friuli Venezia Giulia e Lazio (-0,2 p.p.); fanno eccezione la P.A. di Bolzano (+0,3 p.p.) e l'Umbria che non ha subito variazioni.

Capitolo 12

Assistenza Domiciliare

Home Care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 12
Assistenza Domiciliare

Vetrano DL. [1]

12.1. Il contesto

Mediante una cooperazione sinergica tra esperti del settore sanitario, enti sociali e reti familiari di supporto, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si pone lo scopo di potenziare e preservare l'indipendenza degli individui con esigenze assistenziali, minimizzando o posticipando la necessità di ricorrere a strutture residenziali specializzate. Questo approccio mette al centro l'ottimizzazione delle risorse e l'incremento del benessere dei pazienti, limitando l'uso di trattamenti ospedalieri, spesso onerosi e angoscianti. Alla base di questa metodologia assistenziale c'è il riconoscimento del valore della casa come fulcro delle cure, in linea con l'idea sempre più consolidata del "*aging at home*". L'aspirazione principale è quella di supportare la permanenza dell'individuo nel suo ambiente familiare e comunitario, assicurando, nello stesso tempo, cure di elevato *standard*. Questo comporta una fusione di servizi che spaziano dalle cure mediche all'assistenza infermieristica, dalla riabilitazione al supporto psicologico, e dall'intervento sociale alle terapie palliative. La forza di questa infrastruttura di *long term care* risiede nella sua abilità di offrire un'assistenza costante, promuovendo un passaggio armonico tra vari gradi e ambienti di cura. L'incarico dell'ADI viene assegnato al medico di medicina generale e l'ambito di riferimento principale è il centro socio-sanitario. L'avvio dell'ADI necessita di un'accurata analisi multidimensionale del paziente, culminando nella stesura di un Piano di Assistenza Personalizzato (PAI) che delinei gli obiettivi e i tempi di recupero, gli approcci terapeutici e la cadenza dei controlli. La valutazione del paziente e la prestazione del servizio sono idealmente coordinate da un gruppo di professionisti, che include il medico curante, l'infermiere, il fisioterapista, l'operatore sociale, specialisti ove necessario e lo psicologo.

12.2. Riforme in materia di cure domiciliari in Italia

In accordo alla legislazione vigente, l'ADI viene erogata dalle Aziende Sanitarie Locali in compartecipazione con i Comuni, secondo un modello di piena integrazione delle competenze come definito dalla Legge (L.) n. 360/1978. Nel corso degli anni, un'ampia reportistica ha documentato l'insufficiente erogazione di cure domiciliari sul territorio, sia in termini di volumi complessivi che di integrazione delle prestazioni socio-sanitarie, con una estrema eterogeneità regionale gestionale e prestazionale. Nel frattempo, pochissimi sono stati gli interventi legislativi in materia di ADI e nessuna riforma. Similmente a quanto osservato in altri settori, la recente pandemia da Covid-19 ha stimolato e accelerato la riforma di svariati ambiti del Sistema Sanitario Nazionale, tra questi le cure domiciliari. È conseguente alla pandemia, infatti, il finanziamento che ad oggi ha destinato la maggiore quantità di risorse finanziarie nel settore delle cure territoriali. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) stanzia complessivamente € 15,6 mld. per la Missione 6 Salute e la metà di tale finanziamento è destinato alla riorganizzazione delle cure territoriali. Si aggiungono a questi i € 0,5 mld. stanziati dal Piano Nazionale Complementare. I capisaldi della riforma prevista dal PNRR sono rap-

[1] *Associate Professor of Geriatric Research at the Aging Research Center, Karolinska Institutet*, Stoccolma, Svezia

presentati dalle strutture di prossimità, la casa come primo luogo di cura e la medicina di iniziativa. A livello metodologico, vengono identificati tre aspetti principali e imprescindibili per un corretto ed equo funzionamento della rete dell'assistenza territoriale: una adeguata stratificazione della popolazione per intensità di bisogni assistenziali eseguita tramite strumenti validati, la digitalizzazione e messa in rete dei processi di cura e la Telemedicina in tutte le sue declinazioni. La riforma delle cure territoriali prevista dal PNRR è delineata dal D.M. n. 77/2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", che fa seguito e compendia quanto già previsto dal D.M. n. 70/2015 in materia di *standard* ospedalieri. Nella riforma contenuta nel D.M. n. 77/2022, vengono definiti per la prima volta gli *standard* dell'assistenza territoriale che fungeranno da linee-guida destinate alle Regioni durante la fase di riorganizzazione delle reti territoriali. Si sottolinea come nella norma stessa venga stabilito un *target* di copertura del 10% della popolazione *over* 65, da prendere in carico presso il domicilio durante il corso dei prossimi anni. Il D.M. n. 77/2022 identifica inoltre la casa come *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale e viene proposta una chiara distinzione tra ADI e Cure Palliative Domiciliari, meglio declinabili nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e il bambino. Al D.M. n. 77/2022 fa seguito la legge delega per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (L. n. 33/2023), che verrà poi declinata nel dettaglio nell'ambito dei successivi Decreti Legislativi che dovranno essere approvati entro gennaio 2024. Si tratta di una legge delega fortemente stimolata da iniziative, pressioni e sensibilizzazioni della società civile (es. Patto per un nuovo *welfare* sulla non autosufficienza). Il documento recentemente ratificato, introduce il Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA), destinato a coordinare e sorvegliare l'offerta integrata di servizi e interventi nel campo. Specificatamente, la gestione delle risorse destinate ai cittadini non autosufficienti sarà organizzata in collaborazione tra diverse entità decisionali, includendo il governo centrale, le autorità regionali e locali. L'obiettivo dello SNAA è quello fornire soluzioni omogenee e personalizzate a chi vive situazioni di dipendenza. Con questo approccio, le azioni non saranno limitate o temporanee, ma risponderanno a situazioni di dipendenza prolungate, o addirittura permanenti, con servizi calibrati sulle effettive necessità. Si annuncia una revisione dei meccanismi di valutazione multidimensionale, passando da sei a due: uno di competenza nazionale e uno di competenza regionale. La componente regionale, guidata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale, non subirà cambiamenti rispetto a quella attuale; la componente nazionale integrerà le attuali metodologie di valutazione legate alle politiche centrali, optando per uno strumento più efficace per valutare le esigenze degli anziani. Nella legge deroga si sottolinea l'importanza dell'integrazione tra l'assistenza domiciliare sanitaria e quella fornita dai Comuni (ad oggi solo il 7% della popolazione anziana beneficia di un'assistenza realmente integrata). Il complesso processo di riforma verrà a declinarsi ulteriormente in indicazioni precise che scaturiranno dalla Legge Finanziaria del 2024 e da diversi Decreti Legge previsti nel 2024.

12.3. I numeri dell'ADI

I flussi informativi (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare; SIAD) riguardanti le prestazioni di cure domiciliari qui presentati, pervengono su base trimestrale al Ministero della Salute mediante il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), instituito in seguito all'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 febbraio 2011.

Dall'analisi dei flussi informativi ministeriali – come riportato negli anni precedenti – si osserva un progressivo incremento temporale nel numero di soggetti anziani riceventi cure domiciliari ed un parallelo incremento in termini relativi. L'analisi della serie storica qui presa in esame a partire dal 2014 (252.377 *over* 65; 209.781 *over* 75) evidenzia un *trend* in crescita fino al 2019 (398.633 *over* 65; 335.309 *over* 75), seguito da un appiattimento della curva nel 2020 (396.347 *over* 65; 328.382 *over* 75), verosimilmente generato dalle interruzioni e *gap* organizzativi verifi-

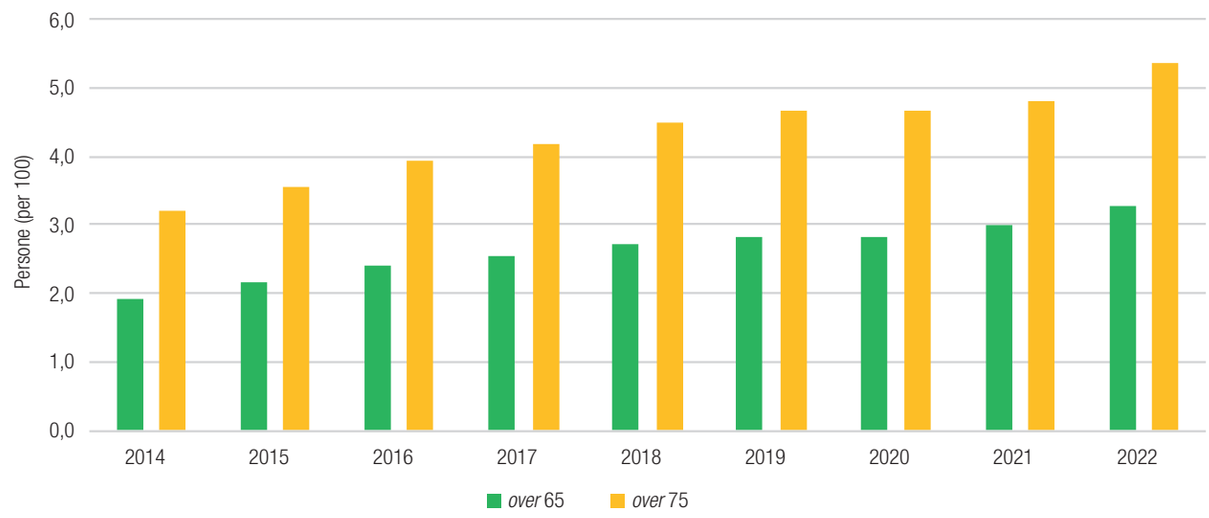
catisi durante la pandemia. A partire dal 2021 si osserva un nuovo *trend* in crescita, confermato anche nel 2022 quando si contavano 459.151 anziani *over* 65 destinatari di cure domiciliari, tra i quali 383.250 avevano un'età pari o uguale a 75 anni. Guardando alla percentuale degli anziani assistiti in ADI (Figura 12.1.), nel 2019 gli *over* 65 riceventi cure domiciliari erano il 2,83% della popolazione di riferimento e gli *over* 75 erano il 4,68%. Nel 2020, questi salivano rispettivamente al 2,84% e 4,67%. Nel 2022 veniva riportata una percentuale di *over* 65 assistiti in ADI pari al 3,27%, e una percentuale di *over* 75 pari al 5,36%.

Un altro modo di leggere il dato relativo all'erogazione di cure domiciliari è attraverso l'analisi delle Prese In Carico (PIC) registrate nel 2022, anno più recente a nostra disposizione. Si fa presente che lo stesso individuo può presentare durante l'anno più di una PIC, a riprova del fatto che sovente le cure domiciliari si esplicano con un carattere episodico o semi-episodico, potenzialmente ripetibile nel tempo. Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) restituisce la misura dell'intensità della PIC, e risulta dal rapporto tra il numero di giorni effettivi di assistenza (GEA) e il numero di giorni di cura (GdC). Il CIA varia da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana). Similmente al numero di assistiti, anche il numero di PIC ha subito un incremento durante il corso dell'ultimo decennio.

Nel 2022, in Italia si sono registrate complessivamente 1.653.278 PIC, rispetto a 1.209.545 del 2021, con 1.446.254 (87%) PIC verificatesi in favore di individui di età pari o superiore ai 65 anni (erano 1.006.446 nel 2021). Come mostrato nella figura 12.2., durante il 2022, 284.271 PIC tra gli *over* 65 presentavano il grado minimo di intensità assistenziale (CIA base), 255.429 presentavano un CIA 1, 263.831 un CIA 2, 36.573 un CIA 3 e 118.044 PIC un CIA 4. Si segnala infine un sensibile incremento del numero di visite domiciliari di carattere episodico (GdC 0), che ammontavano nel 2022 a 488.106. Come atteso, la distribuzione dell'intensità assistenziale variava notevolmente tra le varie Regioni, con una propensione da parte di alcune di esse ad un'ADI più a carattere episodico, o a maggiore intensità di frequenza da parte di altre.

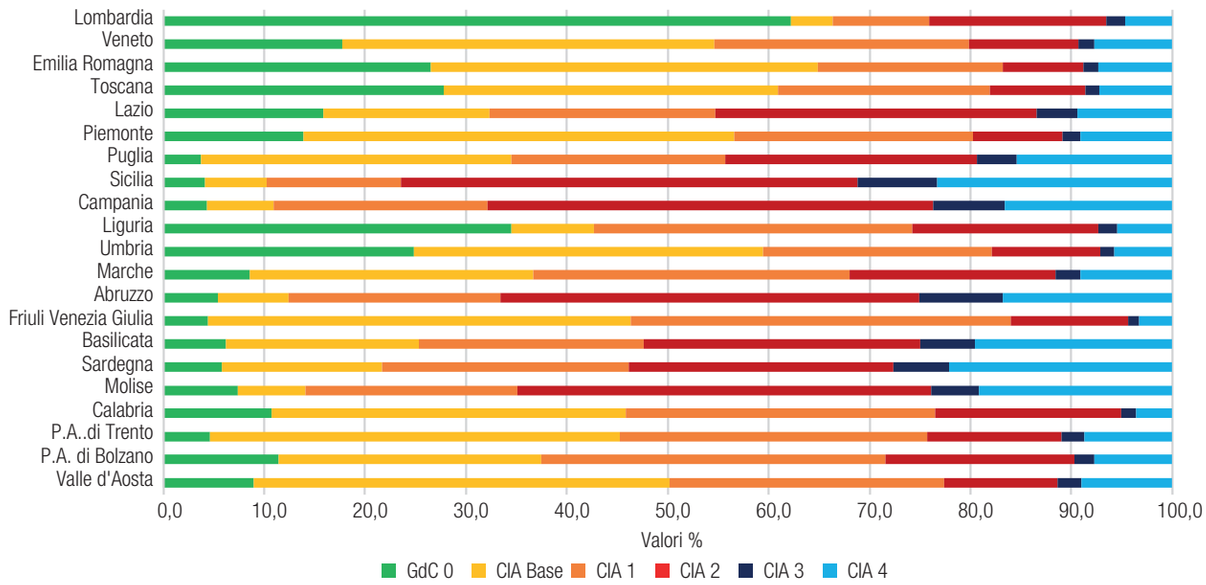
La figura 12.3. mette in luce una notevole disparità nell'erogazione dei servizi domiciliari tra le varie entità amministrative territoriali italiane, con discrepanze tra alcune aree che possono raggiungere una differenza decuplicata.

Figura 12.1. Anziani (per 100) assistiti in ADI



Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

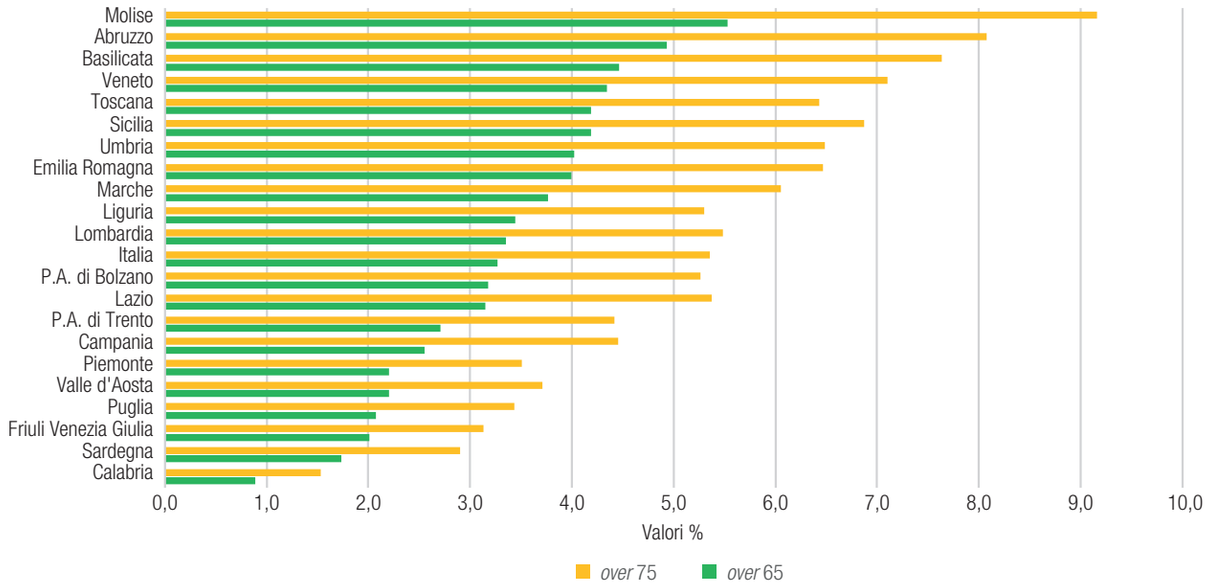
Figura 12.2. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) per livello di intensità assistenziale. Anno 2022



GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.
Elaborazione a cura di Italia Longeva e dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.
GdC 0: in questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono. CIA Base: tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

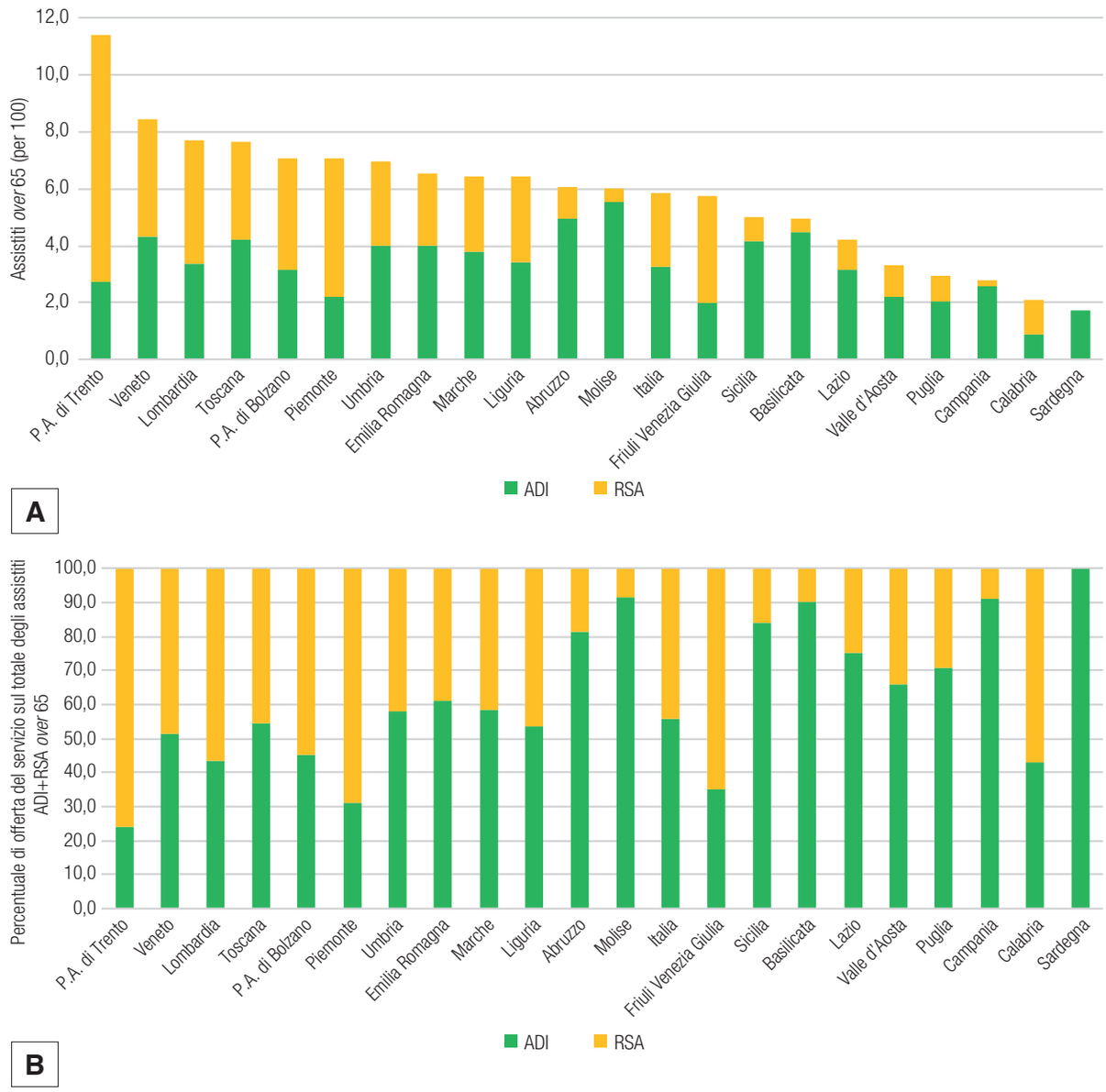
Fonte: Ministero della Salute (2023) - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - D.M. del 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2022

Figura 12.3. Anziani assistiti in ADI. Anno 2022



Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.4. Confronto Regionale tra la percentuale di anziani *over* 65 riceventi ADI e residenti in RSA in termini relativi (a) e sulla percentuale complessiva (ADI+RSA) degli stessi (b). Anno 2022



Nota: nel corso dello stesso anno, un individuo potrebbe usufruire sia di cure domiciliari che residenziali, contribuendo due volte alle stime riportate in figura. Per le Regioni Sardegna e Calabria il dato sull'ADI risulta non disponibile. Per la Provincia Autonoma di Bolzano il dato sulle RSA risulta non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, alcune delle Regioni con la prevalenza più elevata di anziani che accedono al supporto di ADI, in linea con il *trend* del 2020, sono il Molise (5,53% per gli *over* 65 e 9,16% per gli *over* 75), l'Abruzzo (4,94% e 8,08%), la Basilicata (4,47% e 7,63%), il Veneto (4,34% e 7,10%), la Toscana (4,19% e 6,43%), la Sicilia (4,19% e 6,87%) e l'Umbria (4,02% e 6,48%). D'altro canto, le percentuali più contenute sono state identificate in Valle d'Aosta (2,20% per la fascia *over* 65 e 3,70% per la fascia over 75), Puglia (2,07% e 3,44%), Friuli Venezia Giulia (2,01% e 3,13%), Sardegna (1,74% e 2,90%) e

Calabria (0,89% e 1,54%). Una novità rispetto agli anni precedenti è che, dal 2022, tutte le Regioni e Provincie Autonome hanno soddisfatto il debito informativo ministeriale.

La figura 12.4. relativa al 2022 mette a confronto la distribuzione regionale della popolazione anziana al di sopra dei 65 anni che risiede in strutture RSA con quella che beneficia di assistenza domiciliare. Analizzando la rappresentazione grafica, emergono variazioni regionali nell'orientamento tra cure residenziali e servizi domiciliari. Si evidenzia, ad esempio, come alcune aree, tra cui la P.A. di Trento, il Piemonte e il Friuli Venezia Giulia, tendano a privilegiare l'accoglienza degli anziani in ambienti residenziali. Al contrario, Regioni come la Lombardia e la P.A. di Bolzano mostrano un equilibrio tra il numero di anziani nelle RSA e quelli assistiti a domicilio. Vi sono poi aree geografiche in cui l'assistenza a domicilio è più diffusa, con una presenza ridotta nelle RSA. Queste includono la Sardegna, la Campania, la Puglia, il Lazio, la Basilicata, la Sicilia, il Molise e l'Abruzzo. La Figura 12.4. offre una prospettiva complementare, illustrando la ripartizione percentuale tra servizi ADI e RSA in relazione alla totalità dell'assistenza erogata in ciascuno dei due contesti.

12.4. Riflessioni finali

Nell'ambito dei servizi territoriali e più in generale in tema di cure integrate, l'ADI rappresenta uno snodo fondamentale per affrontare in maniera misurata e tempestiva il drastico invecchiamento del Paese e l'epidemia di multimorbilità e fragilità che ne consegue, ben documentata da recenti studi epidemiologici. Secondo stime basate su uno studio che prende in esame dati di medicina generale, nel 2019 in Italia vi erano 3,5 milioni di persone di età uguale o superiore ai 50 anni affette da fragilità di grado moderato-severo (Vetrano DL., 2023). Tra di essi, si potrebbe supporre che perlomeno coloro affetti da fragilità di grado severo, ovvero circa un milione di *over* 50, possano presentare dei bisogni assistenziali che richiedono cure domiciliari o residenziali. Di fatto, i volumi delle cure domiciliari erogate, come evidente dai dati presentati in questo capitolo, mostrano come solamente 460 mila (3,3%) individui *over* 65 nel 2022 hanno ricevuto delle cure presso il proprio domicilio. A questi si aggiungano i 362 mila (2,6%) individui *over* 65 che nello stesso anno hanno ricevuto cure residenziali presso RSA. L'analisi congiunta dei *trend* di fragilità e quelli di erogazione di ADI e cure residenziali condotta da Italia Longeva nel 2023 (Vetrano DL., 2023), ha evidenziato come ad una progressiva espansione della fragilità registrata nell'ultimo decennio, non sia conseguita una proporzionale espansione della *long-term care*, generando di fatto un costante *gap* tra bisogni assistenziali ed effettivo soddisfacimento di quei bisogni. Al contempo, questo stesso studio, ha mostrato come in accordo alle ultime osservazioni, vi sia una accelerazione nella crescita dei servizi di cure domiciliari e residenziali. Secondo quanto espresso nel PNRR, per i prossimi anni, il *target* di copertura ADI tra la popolazione anziana è del 10%, questo vuol dire che la riorganizzazione del settore dovrà procedere a passo spedito per soddisfare tale obiettivo, tanto più in considerazione delle enormi discrepanze interregionali, vero e proprio nervo scoperto dell'ADI. Come riportato precedentemente in questo capitolo, le Regioni che riportano tassi di copertura ADI maggiori del 4% sono Il Molise, l'Abruzzo, la Basilicata, il Veneto e la Toscana a pari merito con la Sicilia. Al contrario i tassi minori sono riportati dalle Regioni Valle d'Aosta, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Calabria. In generale si riscontra una maggiore aderenza rispetto agli anni passati delle Regioni al soddisfacimento del debito informativo inerente ai flussi ADI. Ciò che sicuramente differenzia l'ultimo biennio dai precedenti periodi – certamente stimolato dalla recente pandemia – è l'evidente impegno a riformare le cure domiciliari e più ampiamente le cure territoriali. La legge delega per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (L.n. 33/2023), che fa seguito al D.M. n. 77/2022, va proprio in questa direzione e introduce il Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA). Numerosi provvedimenti dovranno far seguito entro la fine del 2024 a questo primo tassello, al fine di rendere fattuale e chiarire nel dettaglio le linee guida che poi andranno rece-

pite a livello locale da Regioni e Provincie Autonome (Vetrano DL, 2017; Vetrano DL, 2018; Vetrano DL, 2019; Vetrano DL, 2020).

Riferimenti bibliografici

DPCM del 12-1-2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Sánchez-González, Diego; Rodríguez-Rodríguez, Vicente (2016). "Environmental Gerontology in Europe and Latin America. Policies and perspectives on environment and aging". New York: Springer Publishing Company. p. 284. ISBN 978-3-319-21418-4.

https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/06/22/144/sg/pdf

Istituzione del servizio sanitario nazionale (G.U. n. 360 del 28-12-1978)

PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001 (G.U. n. 90, 18.04.2001). "Accordo quadro tra il Ministro della Sanita', le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale"

Sánchez-González, Diego; Rodríguez-Rodríguez, Vicente (2016). "Environmental Gerontology in Europe and Latin America". Policies and perspectives on environment and aging. New York: Springer Publishing Company. p. 284. ISBN 978-3-319-21418-4

Vetrano DL (2017). "La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa". Italia Longeva

Vetrano DL (2018). L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche. Italia Longeva

Vetrano DL (2019). "La Continuità Assistenziale nella Long-Term Care in Italia: buone pratiche a confronto". Italia Longeva

Vetrano DL (2020). "Anno 2020 Stress-test della Long-term care: riflettori accesi su malattie croniche e fragilità". Italia Longeva

Vetrano DL (2022). "La Mappa della Fragilità in Italia: gradiente geografico e determinanti socio-demografici". Italia Longeva.

Vetrano DL (2023). "Trend di fragilità e long-term care in Italia". Italia Longeva

D.M. n. 77/2022. "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN"

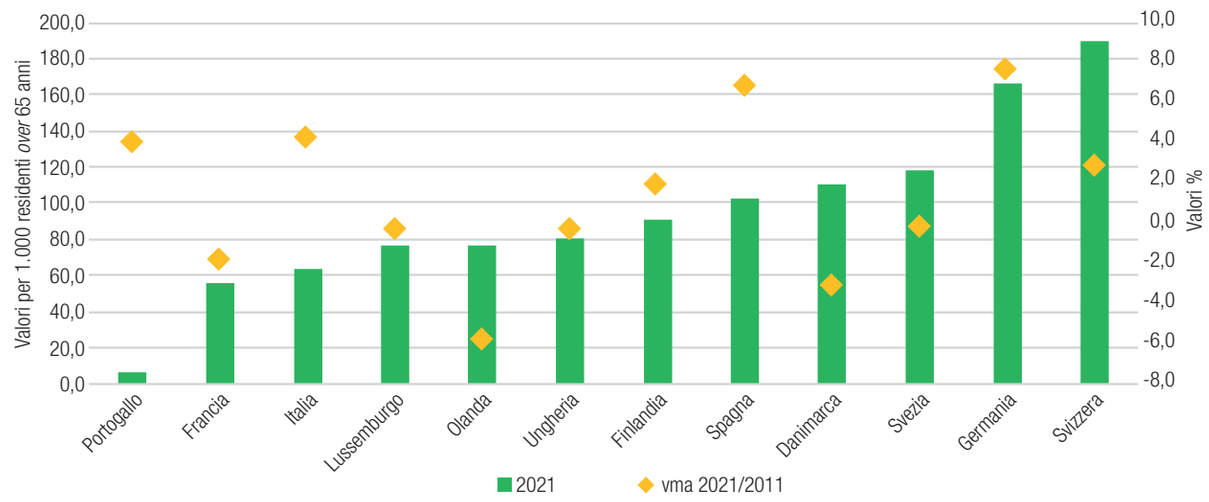
D.G.33/2023. "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"

ENGLISH SUMMARY

Home care

Through synergistic cooperation between health sector experts, social bodies and family support networks, integrated home care (ADI) aims to enhance and preserve the independence of individuals with care needs, minimizing or postponing the need for resort to specialized residential facilities. This approach focuses on the optimization of resources and the increase in patient well-being, limiting the use of hospital treatments, which are often burdensome and distressing. The basis of this care methodology is the recognition of the value of the home as the fulcrum of care, in line with the increasingly consolidated idea of "aging at home". In accordance with current legislation, ADI is provided by the Local Health Authorities in partnership with the Municipalities, according to a model of full integration of skills as defined by law n.360 of 28 December 1978. The recent Covid-19 pandemic has stimulated and accelerated the reform of various areas of the National Health System, including home care. In fact, the financing that has allocated the greatest amount of financial resources to the community care sector to date is a consequence of the pandemic. The National Recovery and Resilience Plan (PNRR) allocates a total of €15.6 billion to Mission 6 Health and half of this funding is intended for the reorganization of local care. The reform of territorial care envisaged by the PNRR is outlined by the Ministerial Decree. n. 77/2022, "Regulation on the definition of models and standards for the development of territorial assistance in the National Health Service". Ministerial Decree 77/2022 is followed by the enabling law for the reform of care for non-self-sufficient elderly people (n.33/2023), which will then be detailed in the subsequent Legislative Decrees which must be approved by January 2024. These are enabling laws strongly stimulated by initiatives, pressure and awareness-raising from civil society. The volumes of home care provided, as shown by the data presented in this chapter, show how only 460 thousand (3.3%) individuals over 65 in 2022 received care at their home. In 2022, some of the Regions with the highest prevalence of elderly people accessing ADI support, in line with the 2020 trend, are Molise (5.53% for the over 65s and 9.16% for the over 75s), Abruzzo (4.94% and 8.08%), Basilicata (4.47% and 7.63%), Veneto (4.34% and 7.10%), Toscana (4.19 % and 6.43%), Sicilia (4.19% and 6.87%) and Umbria (4.02% and 6.48%). On the other hand, the smallest percentages were identified in Valle d'Aosta (2.20% for the over 65 group and 3.70% for the over 75 group), Puglia (2.07% and 3.44%), Friuli Venezia Giulia (2.01% and 3.13%), Sardegna (1.74% and 2.90%) and Calabria (0.89% and 1.54%). It is therefore clear that there is not only a problem of the overall volume of services provided but also of profound inequalities existing between the different Italian regions. Numerous measures will have to follow the first step represented by law n.33/2023 by the end of 2024 in order to make the guidelines factual and clarify in detail the guidelines which will then be implemented at local level by the Regions and Autonomous Provinces.

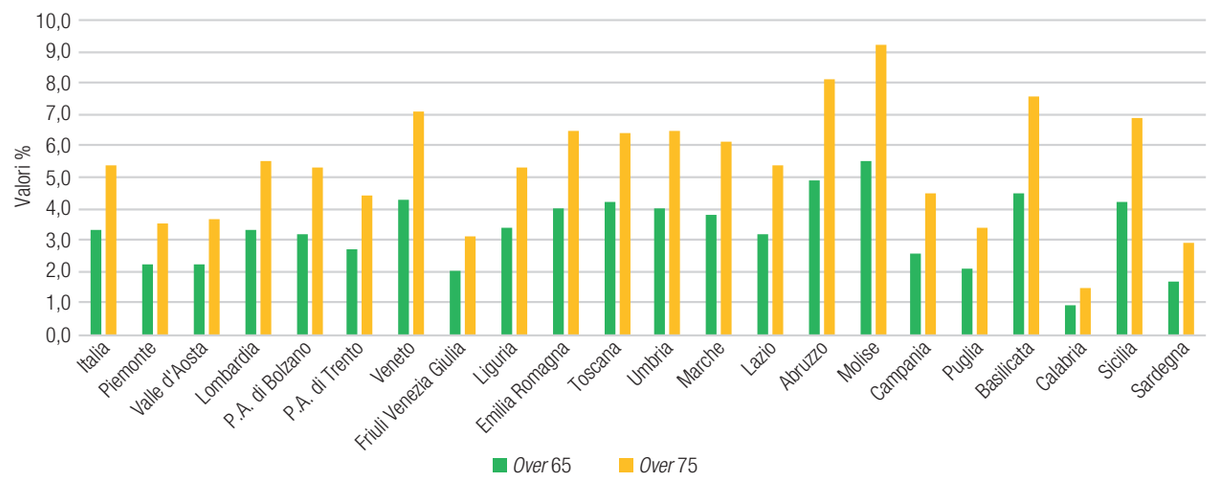
KI 12.1 Persone *over* 65 in assistenza domiciliare in Europa



Fonte: elaborazione su dati OECD *Health Data* - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Europa, in media 100,3 persone *over* 65 anni ogni 1.000 residenti della stessa fascia di età hanno beneficiato di assistenza domiciliare. Il tasso massimo si osserva in Svizzera (190,0) e il minimo in Portogallo (6,0); in Italia il tasso è di 63,0 persone, maggiore solo rispetto alla Francia (56,0) e al Portogallo (60,0). Nell'ultimo decennio si è registrato un aumento del tasso in quasi tutti i Paesi considerati, con l'incremento massimo in Germania (+7,7% medio annuo) e quello minimo in Finlandia (+2,0% medio annuo). L'Italia si attesta al +4,4% medio annuo. Fanno eccezione Olanda, Danimarca, Francia, Lussemburgo, Ungheria e Svezia, dove i valori si riducono, rispettivamente del -5,7% medio annuo, -3,1% medio annuo, -1,8% medio annuo, -0,3% medio annuo, -0,2% medio annuo e -0,2% medio annuo.

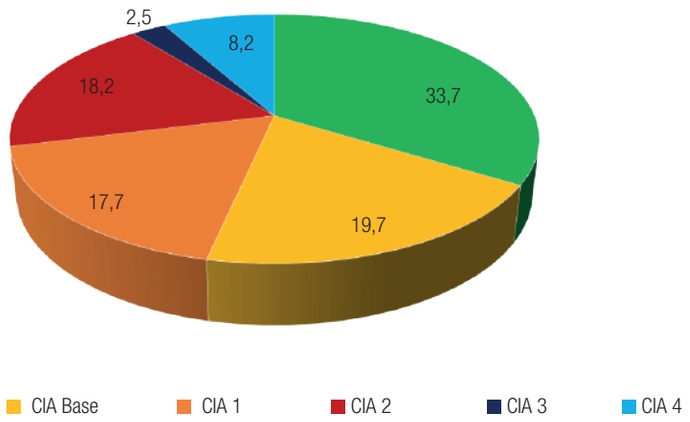
KI 12.2. Assistenza domiciliare integrata (ADI) per Regione: presa in carico anziani. Anno 2022



Fonte: elaborazione di Italia Longeva su dati Ministero della Salute 2023

Nel 2022, in Italia hanno beneficiato dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) 459.151 persone *over* 65, dei quali il 16,5% di età compresa tra i 65 e i 75 anni e il restante 83,5% *over* 75 anni. Nel periodo 2022/2014 le prese in carico in ADI sono aumentate di +2,1 p.p. per gli *over* 75 e di +1,4 p.p. per gli *over* 65 anni. A livello regionale, la maggiore copertura si registra in Molise (5,5% degli *over* 65 e 9,2% degli *over* 75) e quella minore in Calabria (0,9% tra gli *over* 65 e 1,5% tra gli *over* 75).

KI 12.3. Composizione assistenza domiciliare integrata (ADI) per complessità assistenziale. Valori %. Anno 2022

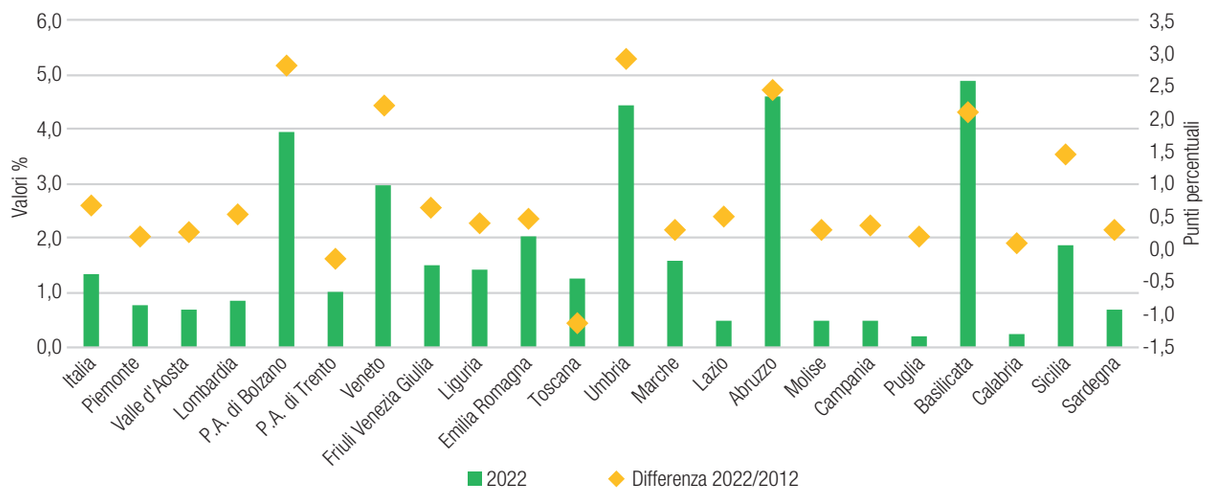


GdC 0 = giornate di prese in carico. In questo caso la data del primo e ultimo accesso coincidono
CIA base = Coefficiente di intensità assistenziale compresi tra 0 e 0,13 CIA 1 = Coefficiente di intensità assistenziale di I livello compreso tra 0,14 e 0,30
CIA 2 = Coefficiente di intensità assistenziale di II livello compreso tra 0,31 e 0,50 CIA 3 = Coefficiente di intensità assistenziale di III livello compreso tra 0,51 e 0,60
CIA 4 = Coefficiente di intensità assistenziale di IV livello compreso tra 0,61 e 1,00

Fonte: elaborazione di Italia Longeva su dati Ministero della Salute 2023

Nel 2022, delle 1.446.254 prese in carico in ADI, il 33,7% è attribuibile al GdC 0 (giornate di cura); a seguire, il 19,7% al CIA (coefficiente di intensità assistenziale) base, il 18,2% al CIA 2 (II livello), il 17,7% al CIA 1 (I livello), l'8,2% al CIA 4 (IV livello) e il 2,5% al CIA 3 (III livello). Nell'ultimo anno l'aumento maggiore si registra per le prese in carico GdC 0 (+237,5%) e quello minore per quelle CIA base (+9,3%).

KI 12.4. Residenti con dimissione ordinaria con attivazione di ADI. Anno 2022



Fonte: elaborazione di Italia Longeva su dati Ministero della Salute 2023

Nel 2022, viene presa in carico dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) l'1,3% della popolazione dimessa dagli ospedali al domicilio, dato in aumento nell'ultimo decennio di +0,6 p.p.. Nell'ultimo decennio, a livello regionale, aumenta la quota di prese in carico dall'ADI della popolazione dimessa dagli ospedali al domicilio: l'aumento maggiore si registra in Umbria (+2,9 p.p.), quello minimo in Calabria (+0,1 p.p.). Fanno eccezione Toscana e P.A. di Trento, che registrano, nel periodo considerato, una riduzione della presa in carico della popolazione dagli ospedali al domicilio: -1,1 e - 0,2 p.p. rispettivamente.

Capitolo 13

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

Cash benefits and allowances

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 13
Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.[1]

13.1. Premessa

Le prestazioni in denaro, pur non assenti, nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) giocano un ruolo essenzialmente marginale e circoscritto: assumono, infatti, principalmente la natura di *voucher*, (denominati regionalmente anche "assegno di cura" o "di assistenza"), ovvero provvidenze da spendersi per specifici servizi sanitari erogati da professionisti o strutture all'uopo accreditate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL); e l'ambito in cui sono più utilizzati e più diffusi è certamente quello dell'assistenza domiciliare (Istat, 2020).

Al contrario del comparto sanitario, in quello sociale, di cui il Rapporto si occupa della parte deputata alle forme di *Long Term Care* (LTC), gli interventi in denaro sono, invece, largamente prevalenti e si configurano non tanto come *voucher*, quanto come benefici/indennità.

Spesso non è previsto alcun vincolo all'utilizzo e, talvolta, neppure per l'accesso al diritto; analogamente, non trattandosi di erogazione di servizi "strictu sensu", non è prevista alcuna forma di accreditamento dei soggetti dai quali i beneficiari delle cennate provvidenze economiche acquistano i servizi: questo sancisce una netta soluzione di continuità rispetto all'approccio invalso nel SSN.

Molte delle provvidenze che possono essere considerate all'interno del disegno brevemente delineato sono gestite dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS): la struttura del *welfare* italiano prevede che, a fronte di disabilità (che spesso hanno una eziologia di tipo sanitario), che portino a *deficit* di capacità lavorativa o, comunque, di inclusione sociale, maturi un diritto all'integrazione del reddito, che si realizza con indennità o pensioni.

Nei prossimi paragrafi si sintetizzano i principali elementi quantitativi legati alle prestazioni in denaro riconducibili a condizioni di non autosufficienza o, comunque, di bisogno di lunga durata: in particolare, in continuità con le edizioni precedenti del Rapporto, ci si concentrerà sulle indennità di accompagnamento, sulle pensioni di invalidità e invalidità civile, e sugli oneri derivanti dalla Legge (L.) n. 104/1992.

13.2. Indennità di accompagnamento

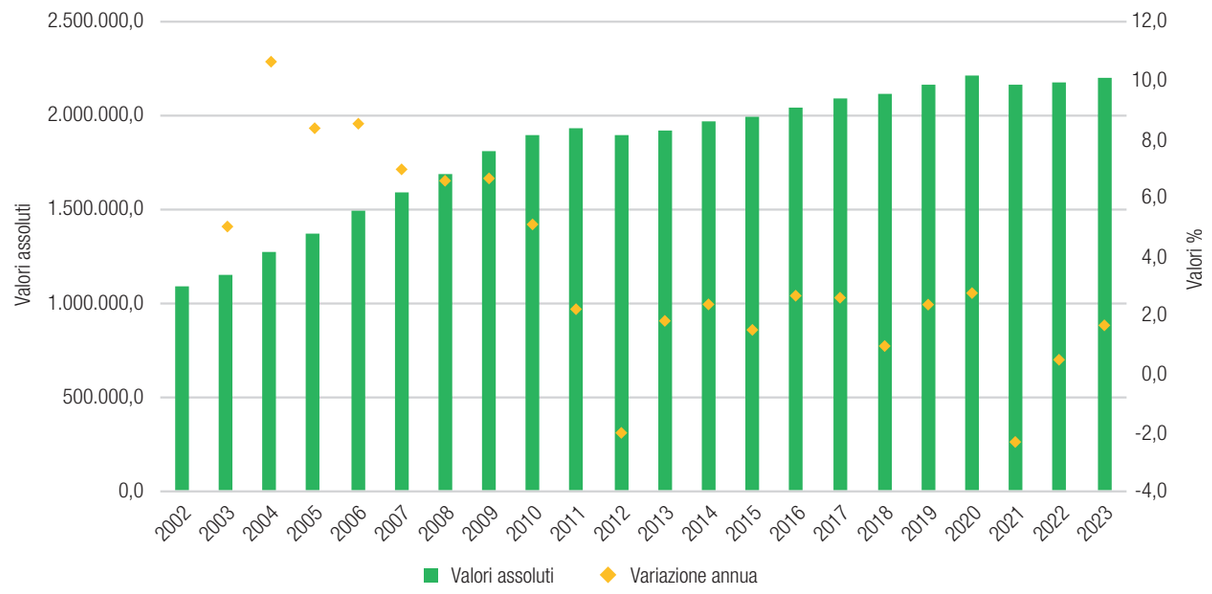
Rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per i dettagli, ricordiamo che l'INPS riconosce un'indennità di accompagnamento ai soggetti mutilati o invalidi totali che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero ai soggetti che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continuativa.

L'indennità di accompagnamento viene erogata al solo titolo della minorazione, ovvero indipendentemente dal reddito posseduto o da altri requisiti quali l'età. Sono, invece, esclusi dal diritto gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto (ovvero con retta a carico dello Stato o altro Ente) per un periodo superiore a 30 giorni e coloro che percepiscono indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Al 1/1/2023 risultano 2,2 milioni di beneficiari di indennità di accompagnamento: il dato ha presentato una crescita del 14,6% nel decennio 2013-2023 (+1,4% medio annuo) ed una dell'1,5% nell'ultimo anno (Figura 13.1.).

[1] C.R.E.A. Sanità

Figura 13.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento



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

L'incremento osservato è fondamentalmente derivante da fattori demografici, ovvero l'invecchiamento.

Infatti, a livello nazionale l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione *over* 65 (pari al 16,4%) è rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2019.

A livello regionale si passa dal 26,7% della Calabria (+0,3 p.p. nel periodo 2019-2023), seguita dalla Campania con il 23,8% e dalla Puglia con il 23,1% (rispettivamente +0,3 e +1,2 p.p.), all'11,4% di Piemonte e all'11,5% della Liguria (rispettivamente -0,6 p.p. e -1,0 p.p. nel periodo).

A livello regionale non è possibile apprezzare una omogeneità neppure standardizzando la popolazione rispetto all'età[2].

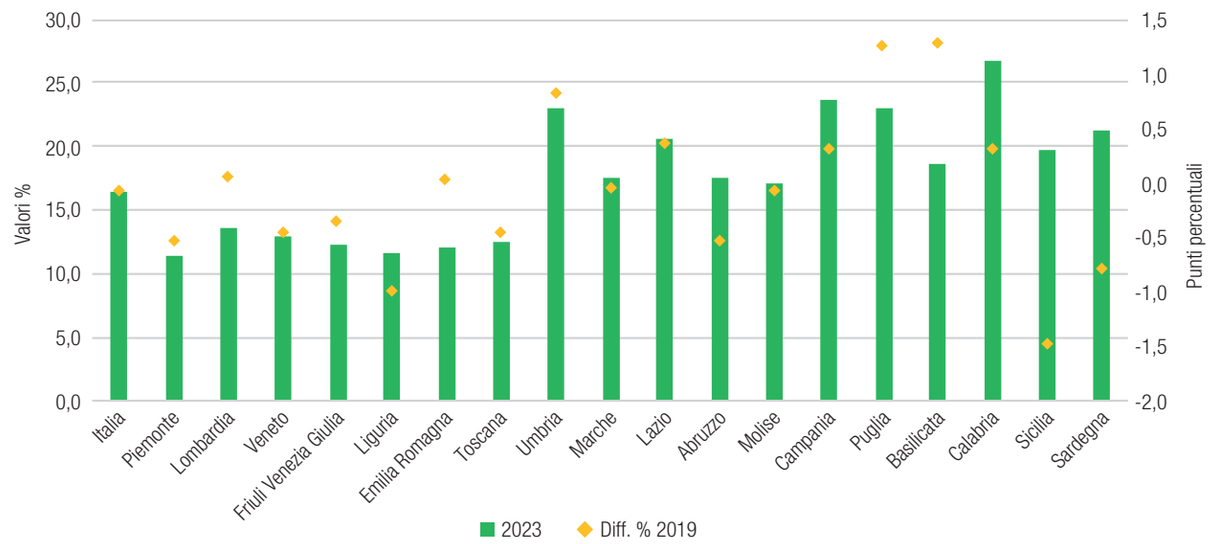
Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 12,2%) il tasso massimo si registra (13,7%) in Lombardia (stabile nel periodo); tra quelle centrali (con un tasso medio del 17,6%), invece, il valore massimo si registra in Umbria (+0,8 p.p. nel periodo) e quello minimo in Toscana (12,5%; -0,5 punti percentuali nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 22,0%) ai due estremi si posizionano la summenzionata Calabria ed il Molise con il 17,1% (-0,1 p.p.) (Figura 13.2.).

Il tasso medio dei beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione ultrasessantacinquenne delle Regioni settentrionali è diminuito di 0,3 p.p. rispetto al 2019, quello delle Regioni del Centro è aumentato di 0,1 p.p., mentre quello relativo alle Regioni meridionali ha mostrato una lieve flessione (-0,1 p.p.).

Per quanto riguarda la distribuzione per genere dei percettori di indennità di accompagnamento è possibile evidenziare come la distribuzione dei benefici sia concentrata sul genere femminile: a inizio 2023, il 60,8% dei beneficiari appartiene al genere femminile. Anche in questo caso, a livello nazionale, il fenomeno è, almeno in parte, collegato alla maggiore quota di donne anziane, che rappresentano il 56,2% della popolazione *over 65*.

[2] Non sono disponibili i dati relativi a Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige

Figura 13.2. Beneficiari indennità di accompagnamento: incidenza su popolazione *over* 65

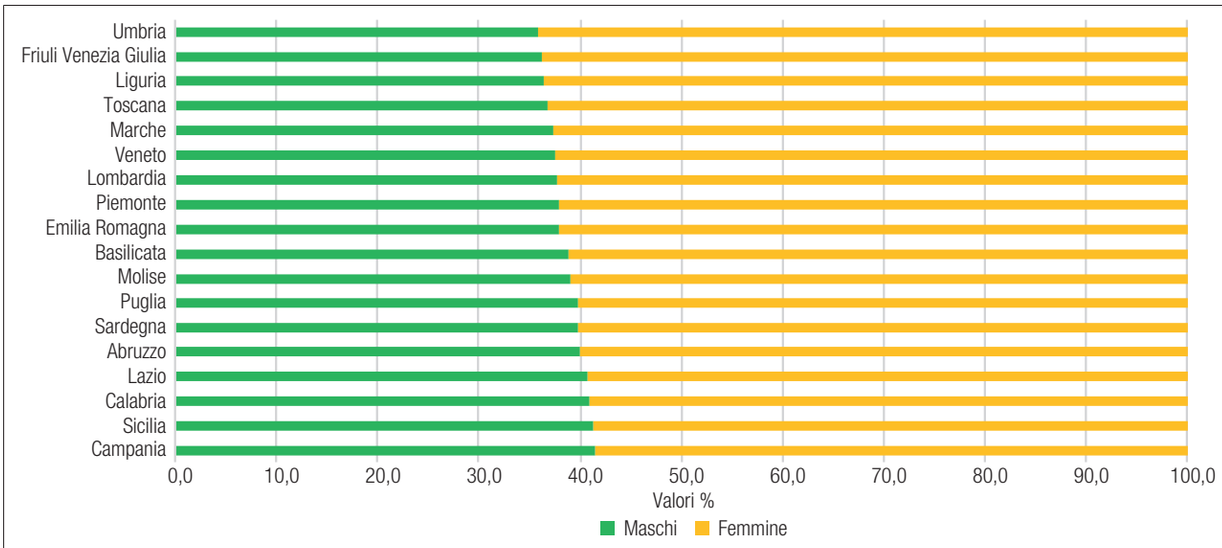


Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Si evidenzia, altresì, un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a donne è inferiore di quella mediamente registrata nelle Regioni della ripartizione Centro-Settentrionale (rispettivamente 62,4% Nord; 61,2% Centro e 59,4% Sud).

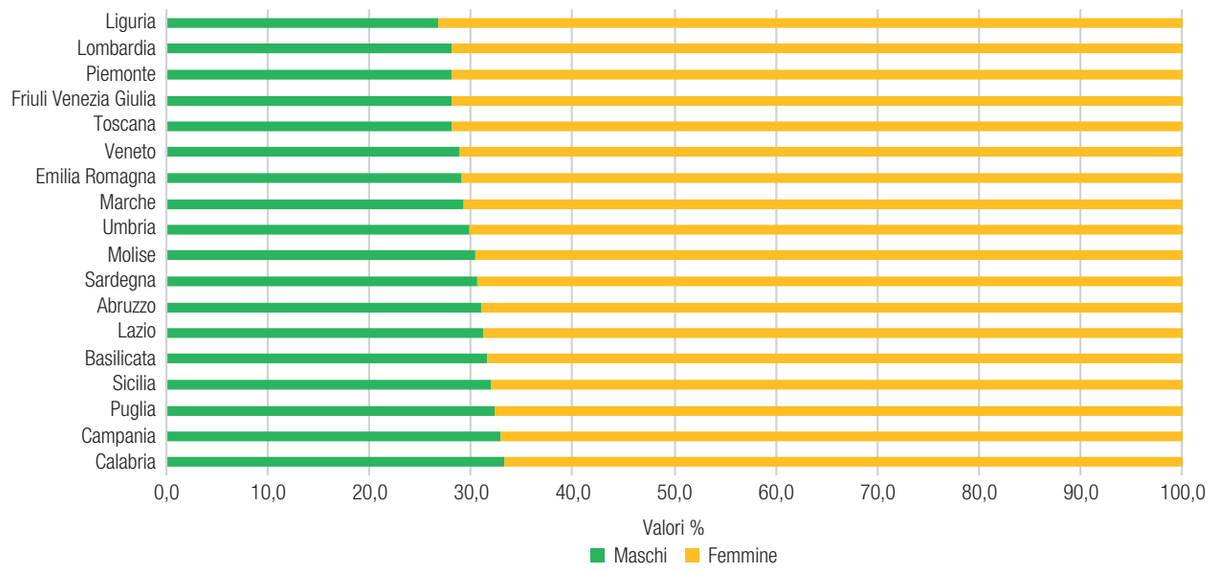
Tra le Regioni del Centro-Nord, l'Umbria riporta la quota minore di uomini beneficiari di indennità (35,8%); tra quelle meridionali, Campania (58,6%), Calabria (59,1%) e Sicilia (58,8%) sono, invece, le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie (Figura 13.3.).

Figura 13.3. Distribuzione beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Anno 2023



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

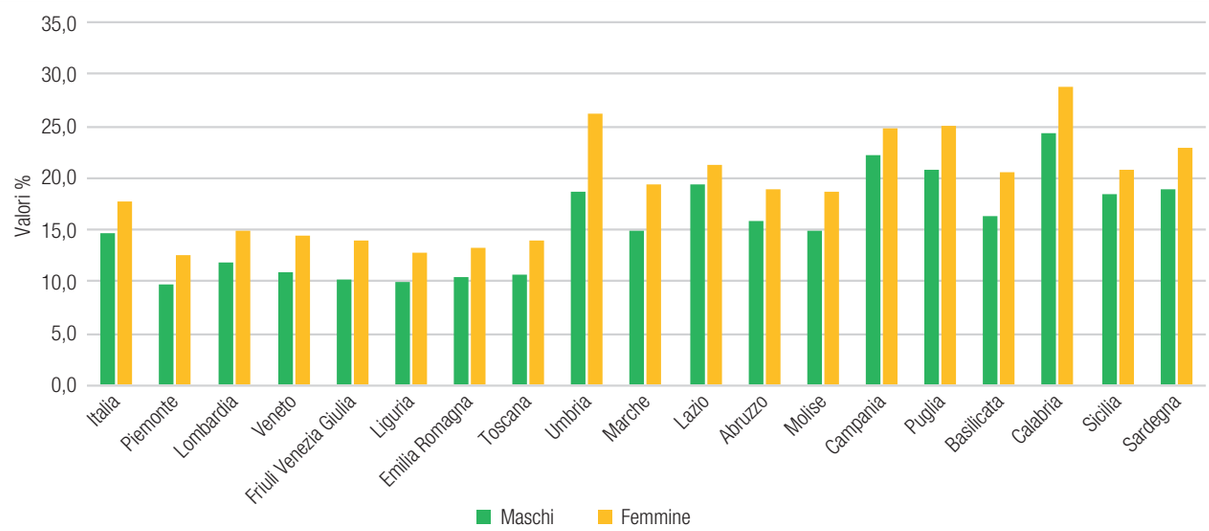
Figura 13.4. Distribuzione beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Anno 2023



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

Anche l'analisi della distribuzione regionale per genere con riferimento esclusivamente agli *over 65* conferma l'esistenza di un gradiente tra Regioni centro-settentrionali e meridionali: nelle Regioni del Nord il 71,7% dei percettori *over 65* del beneficio economico oggetto di analisi appartiene al genere femminile; il valore dell'indicatore si attesta la 70,0% nelle Regioni del Centro e si ferma al 67,8% in quelle del Sud (Figura 13.4.).

Figura 13.5. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere: incidenza su popolazione *over* 65. Anno 2023



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

Nel 2023, il 17,8% delle *over* 65 gode dell'indennità di accompagnamento a fronte del 14,7% del genere maschile.

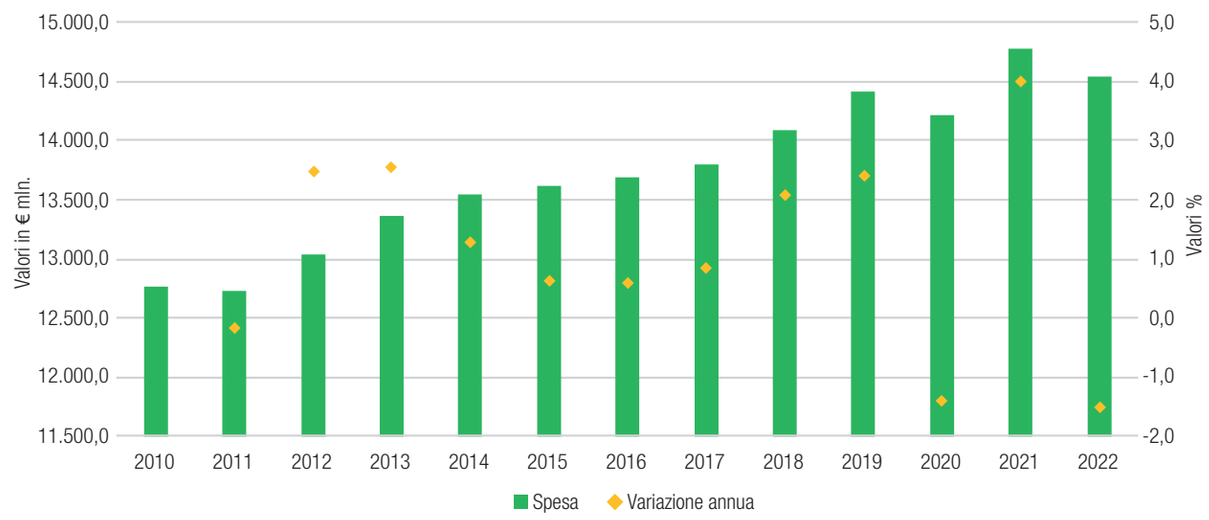
Nelle Regioni meridionali le donne che beneficiano dell'indennità sono il 23,4% della popolazione femminile *over 65*, a fronte del 13,5% del Nord e del 19,1% del Centro. (Figura 13.5.). A tal proposito, si consideri che solamente il 31,8% della popolazione femminile *over* 65 risiede al Sud contro il 47,4% delle Regioni del Nord: tale considerazione suggerisce l'esistenza di un *bias* a livello regionale nella concessione dei benefici.

In termini di spesa, nell'anno 2022, l'onere complessivo per le indennità è stato pari a € 14,5 mld., con una crescita di circa 1,5 mld. (ovvero dell'11,5%, corrispondente all'1,1% medio annuo) dal 2012; rispetto all'ultimo anno, invece, si è palesata una riduzione dell'1,6% (pari a € 229,0 mln.) (Figura 13.6.). Deflazionando con il valore generale del FOI[3], in termini reali si palesa una contrazione che ammonterebbe a € 366,7 mln. ovvero al -2,8% (-0,3% medio annuo).

In linea generale, facendo riferimento all'intero arco temporale analizzato, la spesa ha evidenziato un *trend* crescente: fanno eccezione il 2020 e il 2022. Queste "eccezioni" con buona probabilità possono essere il frutto dello sfalsamento temporale dei dati presentati: il valore pubblicato dei percettori del beneficio economico oggetto di analisi, infatti, fotografa la situazione al 1 gennaio di ogni anno, mentre il dato di spesa si riferisce alla spesa sostenuta dall'INPS nell'arco dell'intero anno, ossia a consuntivo. In aggiunta, si consideri che nel 2020 anche la diffusione pandemica da Covid-19 potrebbe aver influito a determinare una relazione inversa tra beneficiari e spesa (sono aumentati i primi ma è calata la seconda).

In definitiva, appare lecito poter affermare che il progressivo invecchiamento della popolazione determina una crescita della platea degli aventi diritto all'ottenimento del beneficio economico oggetto di analisi che, con il parallelo incremento delle indennità medie corrisposte, determina un aumento dell'onere complessivo a carico dell'INPS.

Figura 13.6. Indennità di accompagnamento: spesa annua



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

[3] Il FOI è l'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. 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

Tuttavia, tale beneficio economico presenta diverse incidenze regionali non spiegate completamente dalla demografia: differenze che potrebbero essere il frutto di scarse attività di prevenzione messe in atto soprattutto nelle Regioni meridionali, oppure potrebbero essere causate da diverse "politiche di accesso" all'ottenimento della provvidenza economica adottate nelle varie Regioni.

13.3. L'utilizzo dell'indennità di accompagnamento: una stima

L'indennità di accompagnamento, come sopra ricordato, viene rilasciata al solo riconoscimento di minorazioni fisiche o psichiche. In buona sostanza, si deve trattare di soggetti che necessitano di un'assistenza continuativa.

Trattandosi di una provvidenza economica erogata, come più volte ricordato, indipendentemente dal reddito del soggetto ricevente e non avendo alcun vincolo di destinazione, ci è apparso utile tentare di stimare come i percettori del beneficio economico oggetto di analisi impieghino le risorse ricevute a titolo di indennità.

In prima battuta, apparirebbe lecito ipotizzare che i beneficiari dell'indennità di accompagnamento utilizzino le indennità ricevute per assicurarsi l'assistenza continuativa di un *caregiver* (tipicamente una badante) oppure per compartecipare alla spesa della retta in strutture residenziali o ancora per compartecipare alla spesa per poter usufruire di prestazioni domiciliari di tipo socio-assistenziale offerte prevalentemente dai Comuni di residenza.

Secondo i dati diffusi dall'INPS nell'ambito dell'"Osservatorio sui Lavoratori Domestici", nel 2022, le badanti regolari nel nostro Paese sono state 429.426; si consideri, però, che l'Istat stima che le badanti regolari rappresentino solamente il 47,7% del totale; ne discende, che nel 2022, le badanti totali si può stimare siano 878.606, di cui il 52,3% (449.180) irregolari. Si supponga, inoltre, che ad ogni badante (tanto regolare che irregolare) corrisponda un beneficiario di indennità ovvero che vi sia un rapporto uno a uno: ne consegue che solamente il 40,4% dei percettori di indennità[4] si affida nell'espletamento delle proprie attività quotidiane alla collaborazione di una badante.

Nel medesimo Osservatorio, l'INPS pubblica anche, per il comparto delle badanti regolarizzate, le classi di importo della retribuzione annua[5], il numero di badanti per ciascuna classe di importo e i contributi versati dai datori di lavoro per ciascun gruppo: per questo comparto di badanti si arriva così a stimare una spesa annua complessiva di circa € 4,1 mld.. La spesa per le badanti irregolari è stata dedotta supponendo i medesimi livelli retributivi di quelle regolari e la stessa distribuzione per classe di importo ma al netto dei contributi versati dai datori di lavoro: in questo modo si giunge ad ipotizzare una spesa annua pari a circa € 3,6 mld.. L'intero settore delle badanti avrebbe avuto, pertanto, nel 2022 un costo complessivo pari a circa € 7,7 mld., di cui il 52,9% imputabile alla componente regolare e il residuale 47,1% a quella irregolare.

Rapportando il numero complessivo di badanti alla spesa totale annua del settore, si ottiene una retribuzione media annua per badante di circa € 8.785,0.

Se si considera che, nel 2022, l'indennità media annua di accompagnamento risulta di circa € 6.695,0[6], i relativi beneficiari per avere il supporto di una badante devono in media aggiungere € 2.090,4, che si traducono in una spesa complessiva annua pari a € 1,8 mld. a totale carico dei percettori dell'indennità e/o delle loro famiglie.

Secondo l'"Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati" dell'Istat, sono circa 342.000 i soggetti (*over* 65 e disabili) ospiti nelle residenze; supponendo, come cennato in premessa,

[4] Si ricorda che nel 2022 i percettori di indennità sono stati oltre 2,0 mln.

[5] Non tutte le badanti regolari sono *"full time"* ossia conviventi; molte hanno contratti di lavoro con orario variabile e, ovviamente, questo determina un'estrema variabilità delle retribuzioni annue corrisposte

[6] Valore ottenuto rapportando il numero totale di percettori di indennità alla spesa totale del beneficio economico

che siano beneficiari di indennità (il 15,7% del totale dei percettori) e che "investano" l'intero ammontare delle risorse ricevute per la compartecipazione alla spesa della retta nelle residenze, si stima una spesa annua pari a circa € 2,3 mld..

Infine, secondo i dati diffusi sempre dall'Istat all'interno della cennata indagine, sono 741.716 gli *over* 65 e disabili che usufruiscono dei servizi domiciliari socio-assistenziali offerti dai Comuni; supponendo che si tratti di percettori di indennità (il 34,1% del totale) e che destinino parte delle indennità ricevute alla compartecipazione alla spesa per i servizi ricevuti, se ne ricava una spesa annua approssimativamente pari a € 31,6 mln. (Tabella 13.1.).

Tabella 13.1. Stima dell'impiego dell'indennità di accompagnamento

Settore	Valori assoluti (€ mln.)	Composizione (%)
Badanti	7.718,4	53,1
di cui regolari	4.084,9	28,1
di cui irregolari	3.633,5	25,0
Compart. retta residenze	2.288,2	15,7
Compart. ass. dom. socio assist.	31,6	0,2
Ass. familiare/altro	4.503,8	31,0
Totale	14.542,0	100,0

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

Da quanto precede, è possibile ipotizzare che nel 2022, a fronte di € 14,5 mld. di indennità erogate, il 69,0% (€ 10,0 mld.) sia stato impiegato per "acquistare" servizi o da soggetti che svolgono la professione della badante o da strutture dedicate alla cura e al trattamento di soggetti invalidi. Il residuale 31,0% (€ 4,5 mld.) con buona probabilità rappresenta una forma di "compenso" per l'attività svolta dai cosiddetti *caregiver* informali, che spesso si identificano con la figura di un familiare.

La stima condotta, per quanto imprecisa (poiché non tutti i residenzializzati così come non tutti quelli che si affidano ad una badante sono necessariamente percettori di indennità), apre una serie di interrogativi. In primis, sarebbe auspicabile che venisse condotta una analisi della efficacia e efficienza relativa dell'assistenza informale rispetto a quella "formale", anche confrontando la efficacia/efficienza delle erogazioni di servizi verso quella di indennità monetarie; inoltre va ricordato che nel caso dell'indennità di accompagnamento il bisogno assistenziale costituisce il requisito principe necessario ad ottenere il succitato beneficio economico, non essendo prevista la valutazione di ulteriori parametri legati, ad esempio, all'età o al reddito, mentre il medesimo bisogno assistenziale non costituisce requisito sufficiente per poter accedere al sistema delle cure domiciliari: infatti, per poter beneficiare di un'assistenza continuativa a domicilio è necessario essere non autosufficienti, ma i criteri di individuazione del requisito impiegati nei diversi contesti regionali sono eterogenei e, sovente, le normative regionali demandano la determinazione di tali criteri a singoli Enti (ASL e/o Comuni) o a dispositivi normativi.

Sarebbe auspicabile, pertanto, addivenire ad una omogeneizzazione sul territorio nazionale dei criteri valutativi degli stati invalidanti per l'ottenimento di un'assistenza continuativa a domicilio; così come sarebbe altrettanto auspicabile che le regole di valutazione utilizzate dai diversi Enti per l'eleggibilità all'ottenimento sia dell'ADI che l'indennità di accompagnamento fossero le medesime. Il luogo di residenza non dovrebbe fare la differenza per l'ottenimento dei benefici sopra cennati.

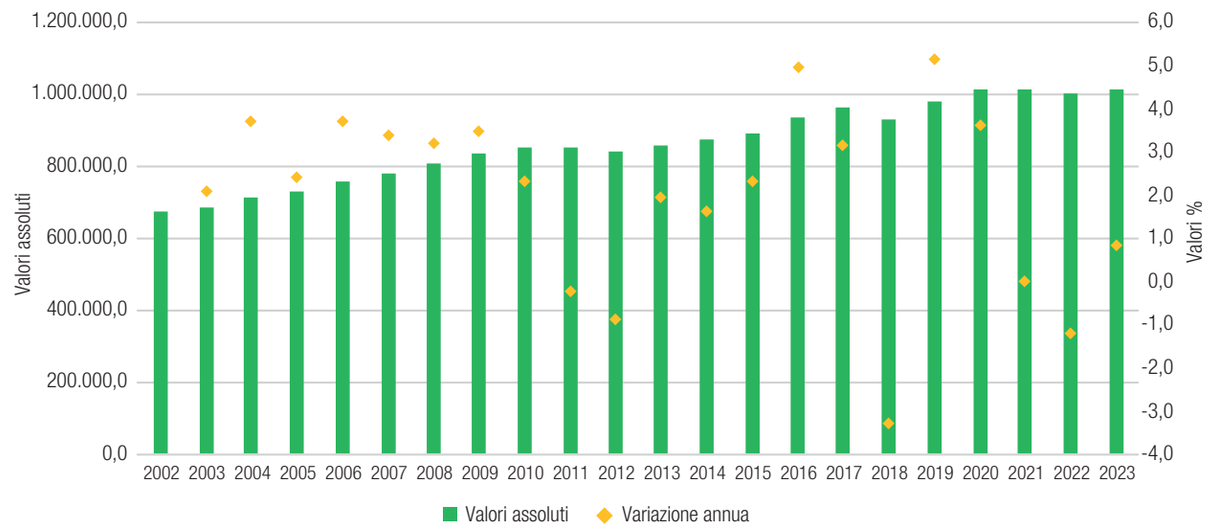
13.4. Pensioni di invalidità civile

Le pensioni di invalidità civile sono provvidenze economiche erogate dall'INPS ai mutilati ed invalidi civili con un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni nei cui confronti sia accertata una invalidità pari al 100%, in pratica una totale inabilità lavorativa.

Rimandiamo alle precedenti edizioni del Rapporto per una descrizione più approfondita, ricordiamo che il diritto alla pensione è condizionato al possesso di determinati limiti reddituali.

La prestazione è cumulabile con l'indennità di accompagnamento ed è altresì erogabile se l'invalido è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Figura 13.7. Beneficiari di pensione di invalidità civile



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023-@ C.R.E.A. Sanità

Ricordiamo che le pensioni di invalidità civile, al raggiungimento dell'età di pensionamento si trasformano in assegni sociali.

Al 1/1/2023 risultano circa 1,0 milioni di beneficiari di pensioni di invalidità civile. Tra il 2013 ed il 2023, il dato ha presentato una crescita del 17,8% (+1,7% medio annuo); la crescita nell'ultimo anno è stata pari allo 0,8% (Figura 13.7.).

L'incidenza dei beneficiari sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è pari al 2,8% a livello nazionale, in crescita di 0,2 p.p. rispetto al 2019.

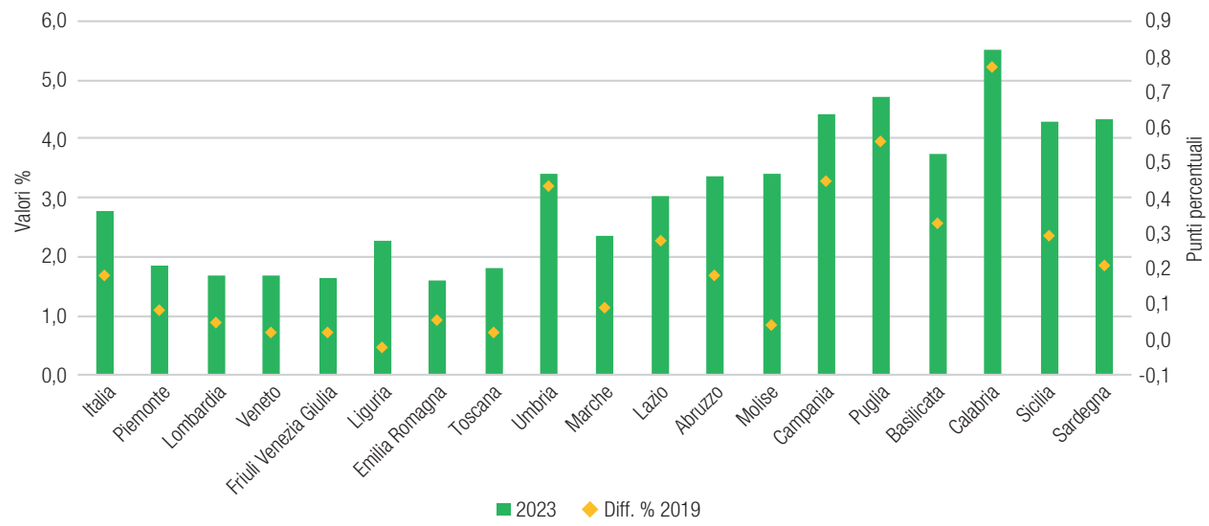
A livello regionale si passa dal 5,5% della Calabria (+0,8 p.p. nel periodo 2019-2023), seguita da Puglia (4,7%), Campania (4,4%) (rispettivamente +0,6 e +0,4 p.p.), all'1,6% di Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna (tendenzialmente stabili nel periodo di analisi).

Tra le Regioni settentrionali l'incidenza di beneficiari è massima in Liguria (2,3%) e minima nelle cennate Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (3,4%) e quello minore in Toscana (1,8%); nel meridione, invece, si passa dal dato citato della Calabria al 3,3% dell'Abruzzo (Figura 13.8.).

Dai dati sopra esposti risulta, pertanto, evidente che nelle Regioni della ripartizione settentrionale i tassi sono mediamente più bassi (1,6% stabile rispetto al 2019) rispetto a quelli delle rimanenti ripartizioni ed in particolar modo in confronto a quelli delle Regioni meridionali che hanno raggiunto nel 2023 il 4,4% con una crescita di 0,4 p.p. nell'arco temporale analizzato: il fenomeno può, almeno in parte, essere spiegato con il gradiente reddituale Nord-Sud che caratterizza l'Italia.

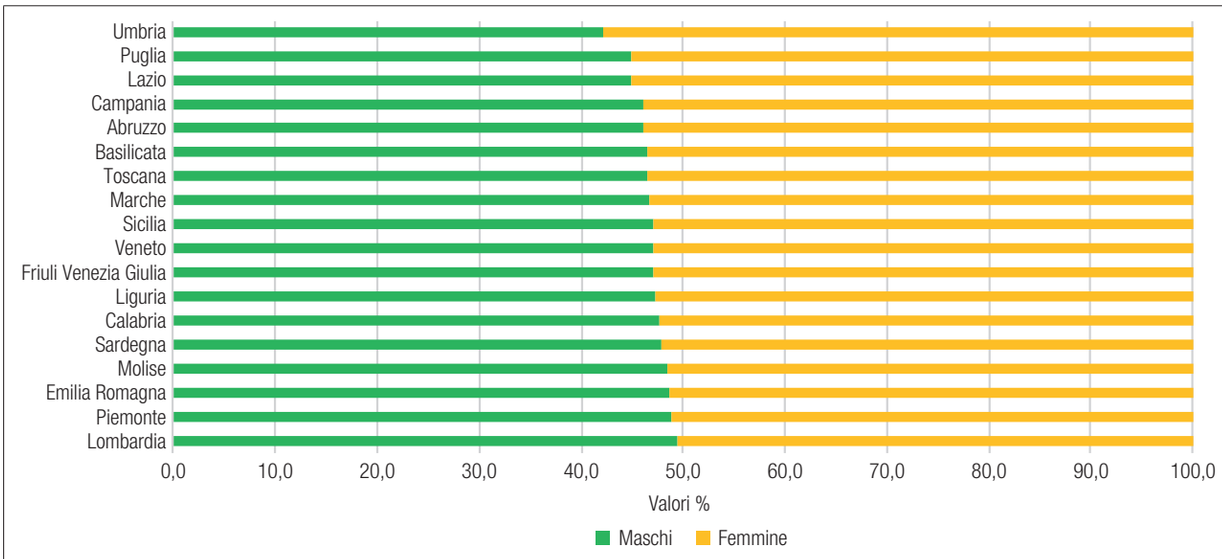
L'incidenza di donne che beneficiano di pensioni di invalidità è del 53,2%. Nel 2023, la quota di donne è stata massima in Umbria dove ha raggiunto il 57,8% e minima in Lombardia e Piemonte essendosi fermata rispettivamente al 50,6% e al 51,1% (Figura 13.9.). In ogni caso, sul fronte delle pensioni di invalidità civile, le differenze di genere, pur rimanendo evidenti in alcune Regioni centrali e meridionali, sono assai meno marcate rispetto a quanto registrato per le indennità di accompagnamento.

Figura 13.8. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità civile su popolazione 18-65



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

Figura 13.9. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere. Anno 2023

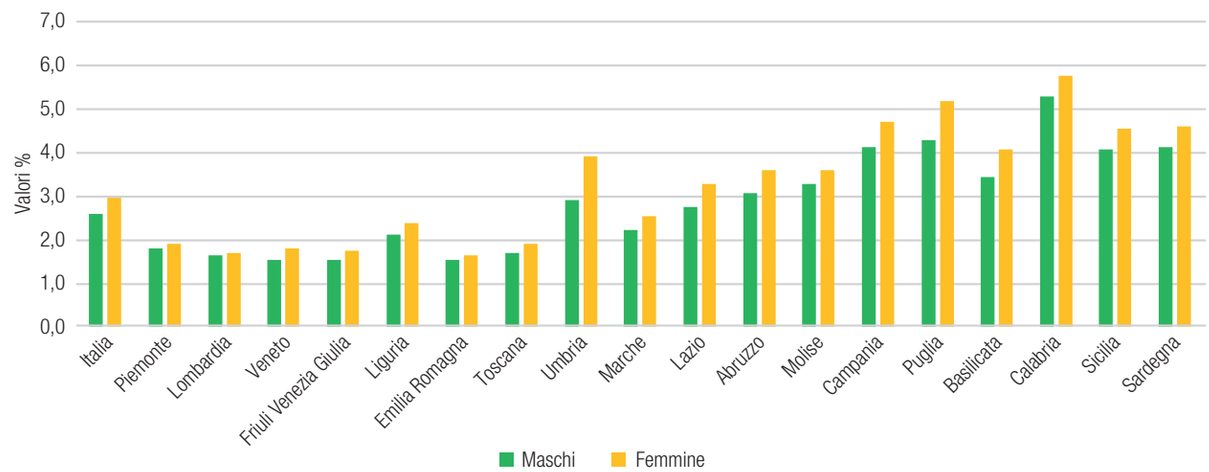


Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023-@ C.R.E.A. Sanità

Nel 2023, il 3,0% delle donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni riceve la pensione di invalidità civile contro il 2,6% dei coetanei maschi.

Le differenze osservabili nei tassi sono rilevanti: in particolare, per quanto riguarda il genere femminile che, nel 2023, vede il 4,7% delle donne residenti nel Sud beneficiare di una pensione di invalidità civile, contro il 2,8% del Centro e l'1,7% del Nord. Analoga considerazione può essere fatta anche con riferimento al genere maschile: 4,1% al Sud vs 2,3% del Centro e 1,6% del Nord (Figura 13.10.).

Figura 13.10. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2023

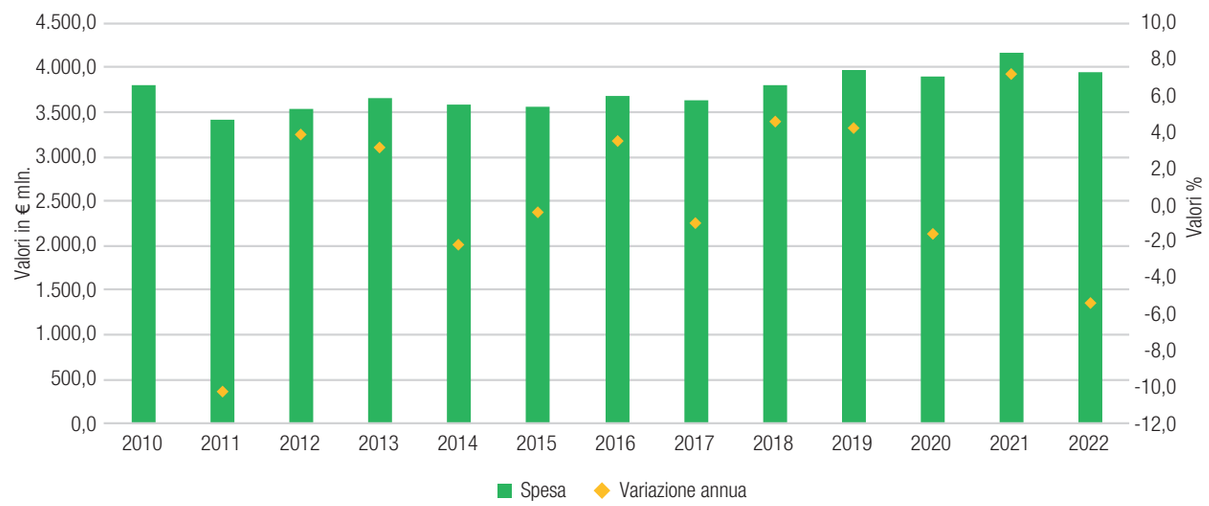


Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

In termini di spesa, l'onere complessivo, per le pensioni di invalidità civile, nel 2022, è stato di circa € 3,9 mld., valore in crescita dell'11,4% rispetto al 2012 (+€ 405,5 mln.) e in flessione del 5,4% in confronto all'anno precedente (-€ 226,0 mln.) (Figura 13.11.). In termini reali, invece, tra il 2012 e il 2022 si evidenzia una contrazione pari a € 100,7 mln. ovvero del -2,8% (-0,3% medio annuo).

La spesa, tuttavia, oltre ad essere influenzata dal numero dei percettori e dall'indennità media corrisposta (che tutti gli anni viene adeguata al tasso di inflazione), in alcuni anni è fortemente dipendente dallo "smaltimento" degli arretrati, come si evidenzia dalla variabilità dei tassi di variazione.

Figura 13.11. Pensioni di invalidità civile: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

In definitiva, pertanto, cresce in linea generale 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.

13.5. 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, le pensioni di invalidità della gestione IVS rappresentano una prestazione "*border line*" rispetto al perimetro di interesse del Rapporto Sanità, essendo fortemente caratterizzate da elementi di stampo prettamente previdenziale, sono integrazioni della pensione garantite in caso di impossibilità (o di possibilità ridotta) di generare reddito.

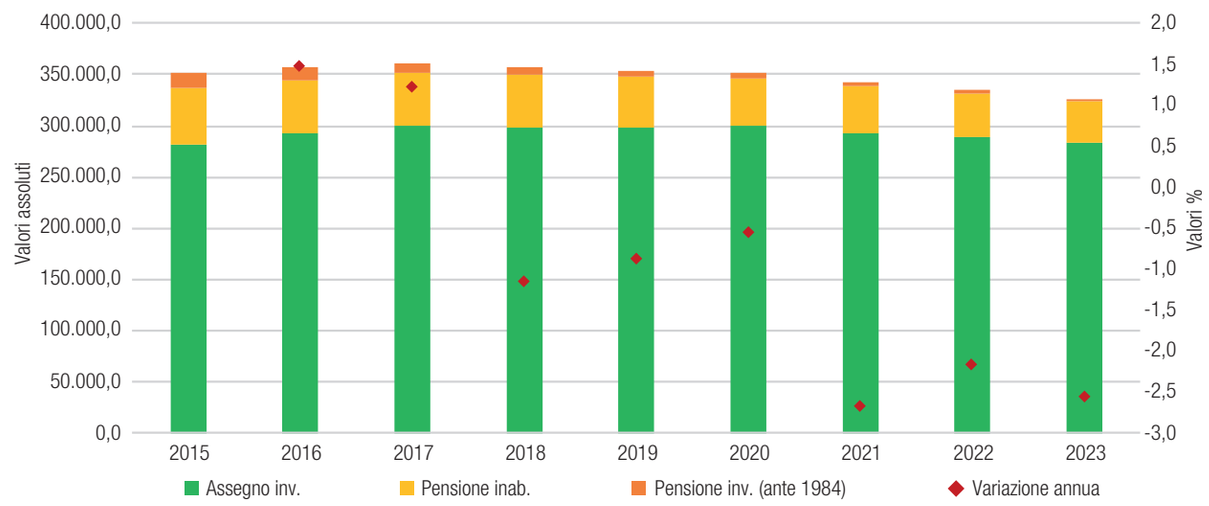
Per quanto precede, si è ritenuto di considerare i soli beneficiari di età inferiore a 65 anni, assumendo che per gli anziani si tratti di una prestazione strettamente previdenziale (la pensione, integrata per compensare gli anni di minore lavoro).

Al 1/1/2023 risultano circa 326.000 pensioni di invalidità (considerando sia gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984) erogate a beneficiari di età 18-65 anni.

Rispetto al 2019 la platea è diminuita di 27.618 pensioni (-7,8%).

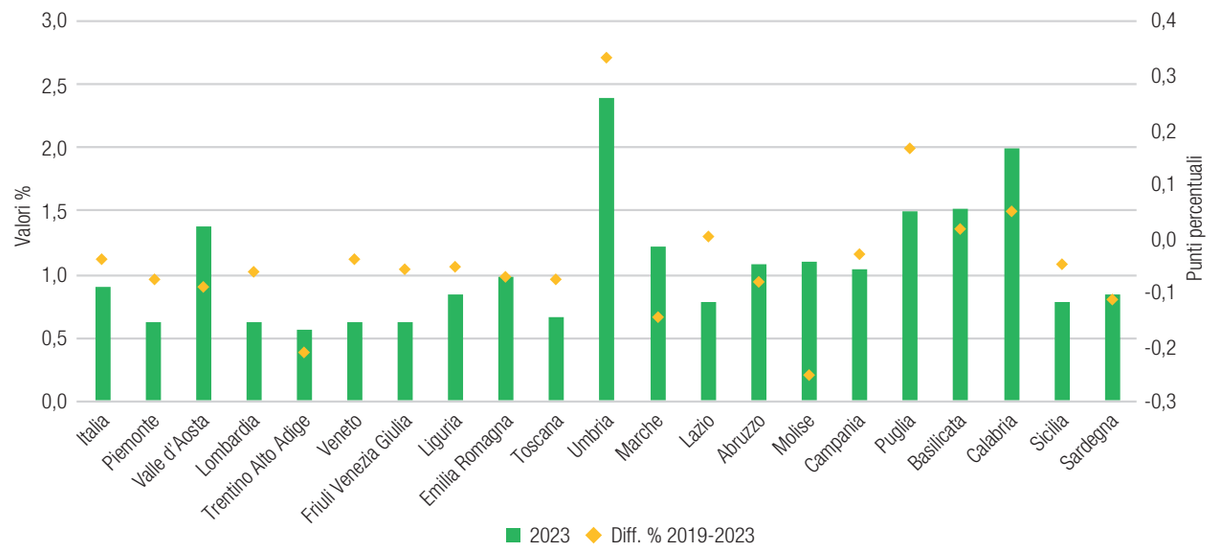
In particolare, il complesso delle pensioni di invalidità è costituito per l'86,9% dagli assegni di invalidità (2,5 p.p. in più rispetto al 2019), seguono le pensioni di inabilità con il 12,2% (-1,5 p.p. rispetto al 2019) e, infine le pensioni di invalidità ante 1984 con il residuale 0,8% (- 1,0 p.p. rispetto al 2019). Nell'ultimo anno, il complesso delle pensioni di invalidità ha riportato una variazione negativa del 2,6% (-1,9% assegni invalidità; -5,7% assegni inabilità e -21,6% pensione invalidità ante 1984) (Figura 13.12.).

Figura 13.12. Beneficiari di pensioni di invalidità



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

Figura 13.13. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità su popolazione 18-65



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione 18-65 è pari allo 0,9% a livello nazionale, stabile sul 2019.

A livello regionale si osserva una forte variabilità dell'incidenza dei beneficiari, sebbene senza un definito gradiente geografico: si passa dal 2,4% dell'Umbria (+0,3 p.p. rispetto al 2019) e dal 2,0% della Calabria (stabile nel periodo), al valore minimo di Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia dove il predetto tasso raggiunge lo 0,6% (in flessione di 0,2 p.p. in Trentino Alto Adige e di 0,1 p. p. in Piemonte, Lombardia e Friuli Venezia Giulia rispetto al 2019).

Tra le Regioni della ripartizione settentrionale, il tasso massimo si registra in Valle d'Aosta dove raggiunge l'1,4%, mentre quello minimo si riferisce al dato citato di Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia; nel Centro si va dal valore cennato dell'Umbria, allo 0,7% della Toscana; tra le Regioni meridionali, invece, si passa dal valore della Calabria (2,0%) allo 0,8% della Sicilia (Figura 13.13.).

I beneficiari di pensioni di invalidità di età compresa tra i 18 e i 65 anni sono prevalentemente uomini (65,8%): nelle Regioni settentrionali il 62,1% dei beneficiari delle pensioni di invalidità appartiene al genere maschile, in quelle centrali tale quota scende al 61,8%, mentre in quelle meridionali il valore dell'indicatore raggiunge il 70,7%. In particolare, tra le Regioni del Nord la quota di donne beneficiarie di pensioni di invalidità è massima in Emilia Romagna (40,5%) e minima in Valle d'Aosta (34,8%); tra quelle centrali, invece, il richiamato indicatore tocca il suo valore massimo nelle Marche (38,9%) e minimo in Toscana (37,4%); infine, tra quelle meridionali il valore massimo è stato riportato dalla Calabria (38,6%) e quello più basso dalla Sicilia (22,2%).

Il fatto che tale misura economica sia maggiormente "concentrata" sul genere maschile è coerente con i maggiori tassi di occupazione maschile (Figura 13.14.).

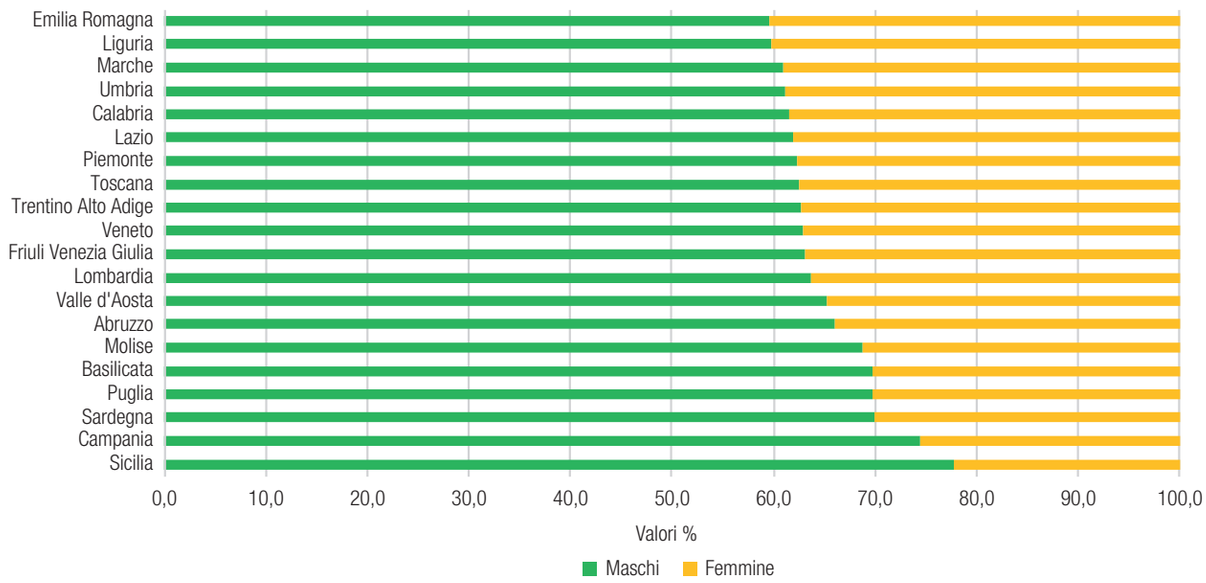
In termini di spesa, la proiezione all'anno 2023[7] dell'onere per le pensioni è pari a € 3,3 mld., con

[7] Si tratta della spesa che l'INPS presume di sostenere nell'anno sulla base delle pensioni in essere al 1° Gennaio 2022. Per maggiori approfondimenti si rimanda all'Osservatorio sulle Pensioni erogate dall'INPS

un decremento di € 253,0 mln. dal 2015 (-7,2%), ma in crescita del 2,4% nell'ultimo anno (Figura 13.15.). In termini reali nel periodo 2015-2023 la contrazione della spesa ha raggiunto € 526,7 mln. ovvero il -22,2% (-3,1% medio annuo).

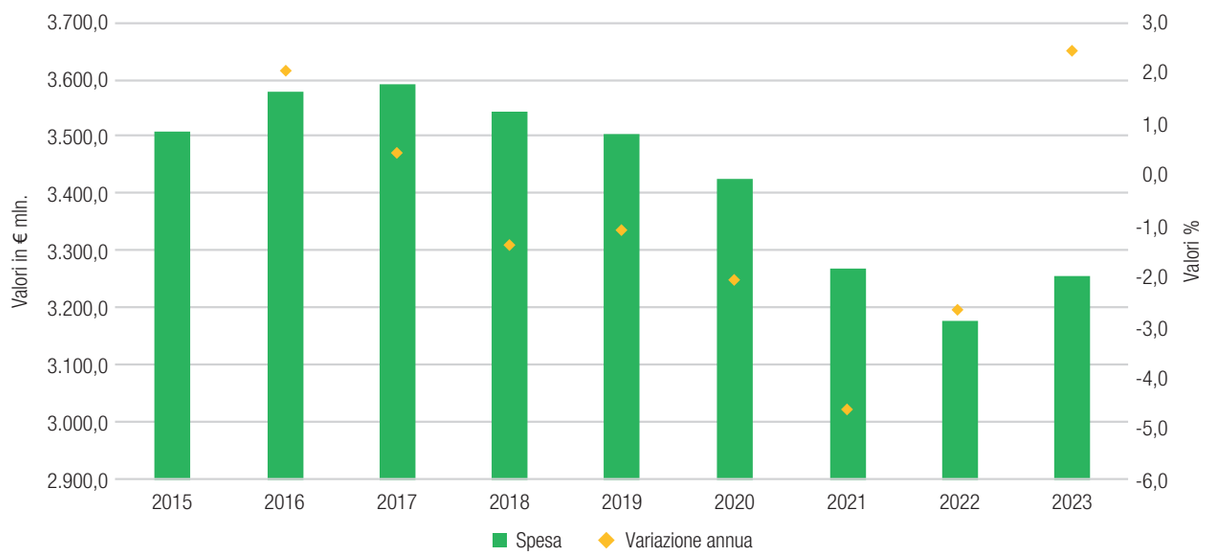
Anche in questo caso, l'andamento della spesa potrebbe essere influenzato nei diversi anni dalla liquidazione degli arretrati.

Figura 13.14. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità di 18-65 anni per genere. Anno 2023



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

Figura 13.15. Pensioni di invalidità: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2023 - @ C.R.E.A. Sanità

In definitiva, il numero dei percettori della pensione di invalidità è diminuito del 7,8% nel periodo 2019-2023 anche a causa del progressivo "esaurimento" delle pensioni di invalidità ante 1984. Sono, tuttavia, apprezzabili differenze di genere nel riconoscimento del beneficio legate in particolar modo alla diversa composizione del mercato del lavoro.

La L. n. 104/1992 ha sancito la facoltà delle persone disabili, e dei loro familiari, di poter usufruire di periodi di assenza retribuiti dal lavoro, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti, per esempio, per la maternità.

Rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per maggiori approfondimenti, ricordiamo che la finalità è quella di garantire il pieno rispetto della dignità umana ed i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella Società.

Nel 2021, sono 6,7 milioni i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico. Le giornate di permesso sono diminuite del 6,9% rispetto al 2011 e del 16,8% sull'anno precedente (+0,3% gli uomini e -10,9% le donne).

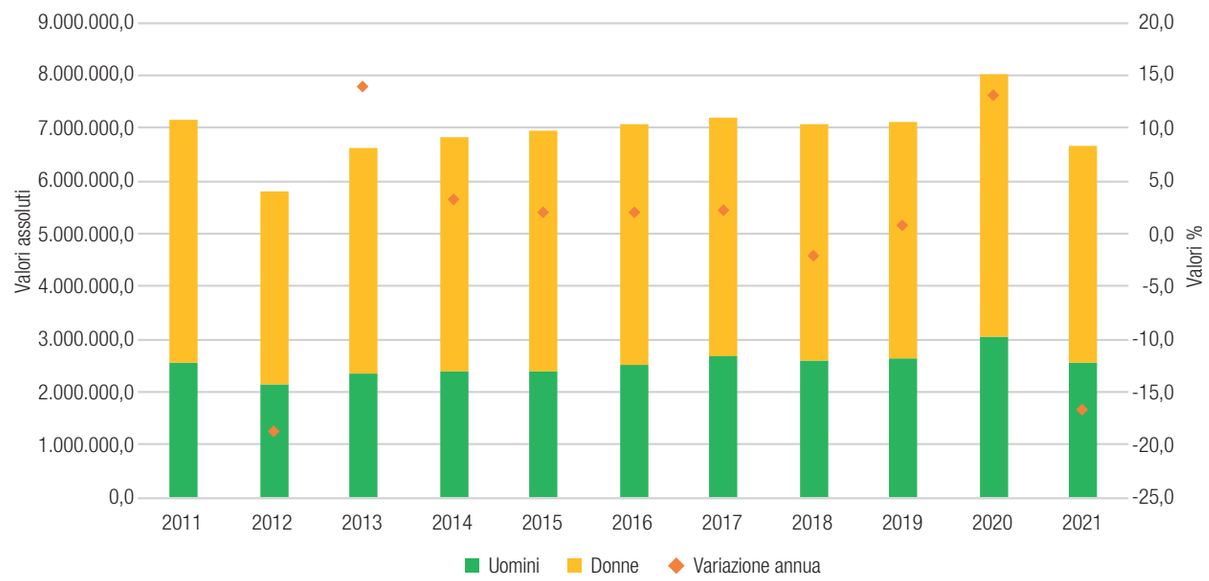
Ad usufruire maggiormente dei permessi, in tutti gli anni analizzati (2011-2020), sono state le donne (Figura 13.16.).

In termini percentuali, le donne dipendenti del settore pubblico usufruiscono di circa il 61,6% della totalità dei permessi; il dato è in diminuzione di 2,8 p.p. fra il 2011 e il 2021 (Figura 13.17.).

Considerando il rapporto tra lo stipendio annuale (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative annue (260 giorni), per ottenere una stima della retribuzione media giornaliera, e moltiplicando poi tale valore per il numero dei permessi, si può stimare che, nel settore pubblico, l'onere 2021, sia stato di € 725,4 mln.: valore in diminuzione del 2,8% in confronto al 2011 e del 16,5% rispetto all'anno precedente quando la spesa aveva raggiunto quota € 868,7 mln. (Figura 13.18.).

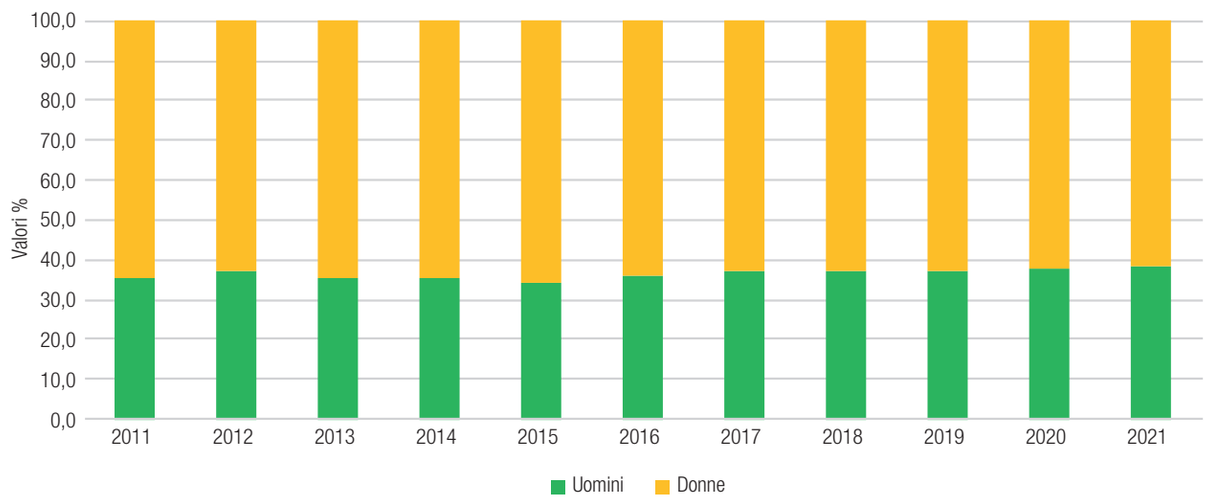
Appare doveroso sottolineare che il cospicuo decremento di spesa verificatosi nell'ultimo anno è una conseguenza diretta della drastica contrazione dei permessi goduti nel medesimo anno; si noti, altresì, che l'ammontare di permessi goduti e spesa non sono decresciuti della medesima percentuale: conseguenza del fatto che la retribuzione media giornaliera tra il 2020 e il 2021 ha avuto un incremento dello 0,4%.

Figura 13.16. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico



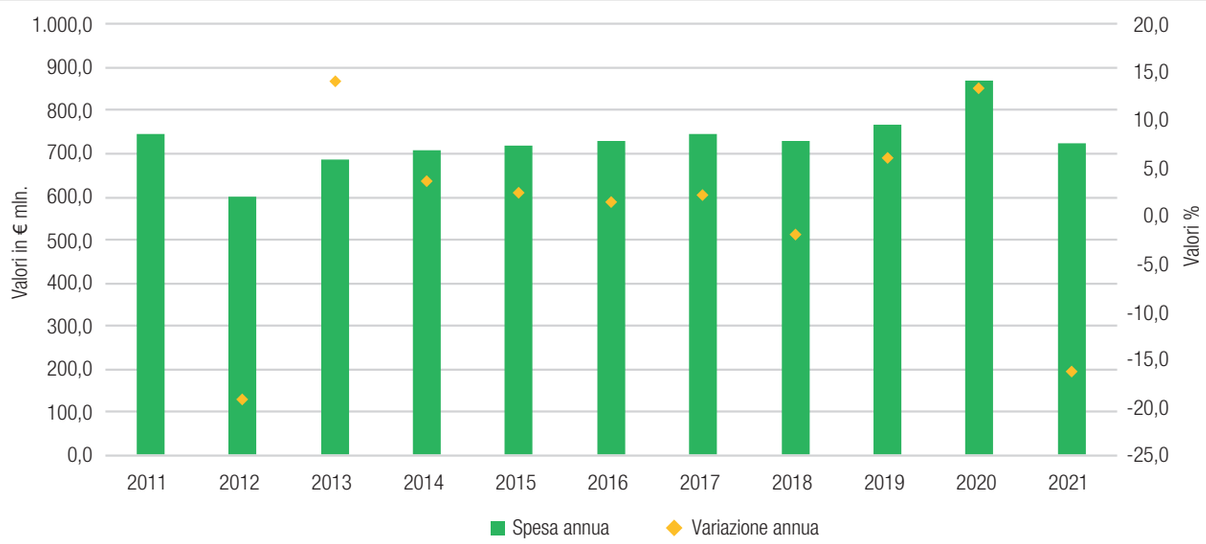
Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.17. Composizione permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.18. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno: settore pubblico



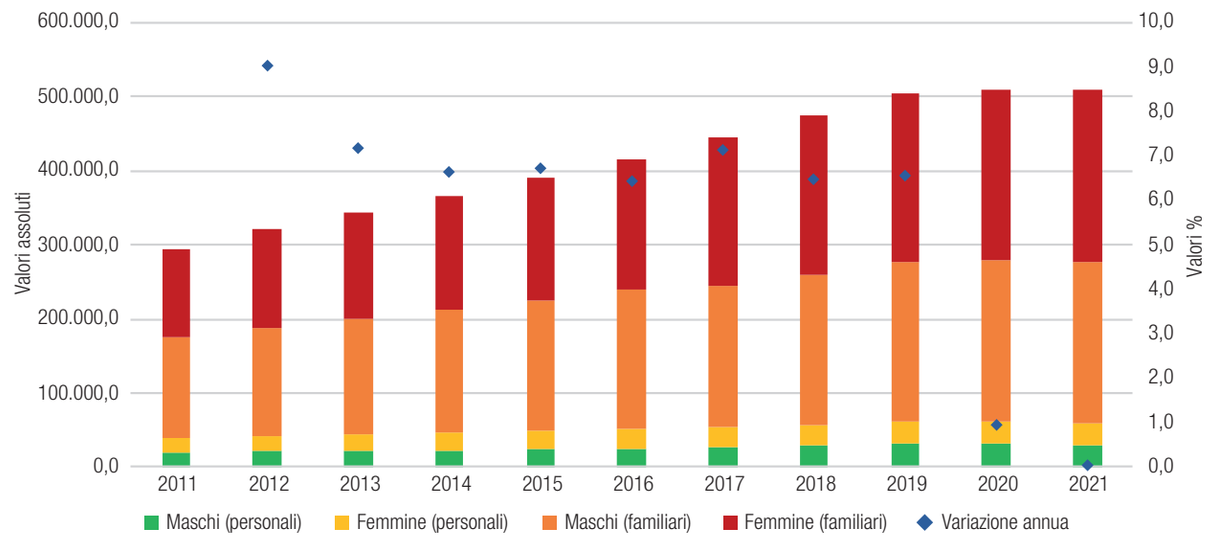
Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel settore privato, sempre nel 2021, risultano 510.434 beneficiari di permessi; rispetto al 2011 i beneficiari sono aumentati di 215.927 unità, ovvero del 73,3%; rispetto all'anno precedente sostanzialmente non si apprezzano variazioni.

Per il settore privato si può apprezzare che di questi beneficiari, oltre 450.348 (ovvero l'88,2%) usufruiscono del permesso per un familiare; solo 60.086 beneficiari ne usufruiscono a titolo personale.

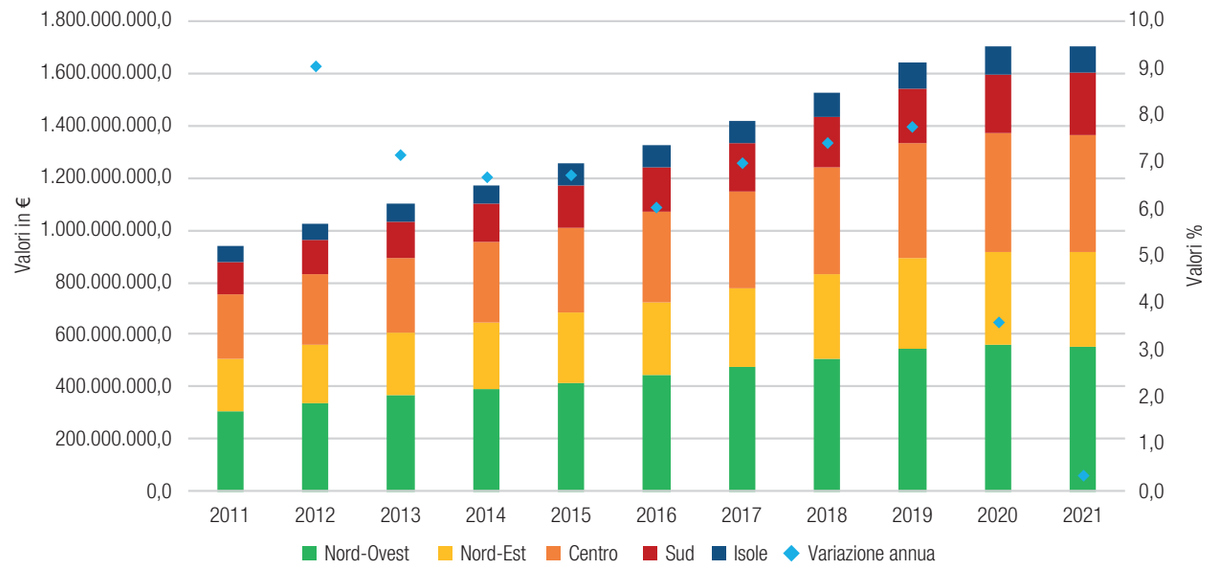
Coloro che usufruiscono di un permesso per un familiare a partire dal 2017 appartengono per lo più al genere femminile; di contro, sempre a partire dal 2017, i beneficiari a titolo personale, invece, sono lievemente di più maschi (Figura 13.19.).

Figura 13.19. Beneficiari permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato



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

Figura 13.20. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno e ripartizione: settore privato



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

Ipotizzando che ciascun beneficiario usufruisca in media di 3 permessi mensili, nel 2021, si stimano circa 18,4 milioni di giornate di permesso, tendenzialmente stabili sull'anno precedente (+0,03%).

Del totale dei permessi così stimati, 2,2 milioni circa sono permessi a titolo personale, mentre la gran parte dei permessi sono usufruiti da un familiare (circa 16,2 milioni).

Complessivamente, nel settore privato si stima, per il 2021, un onere annuo per i permessi di circa

€ 1,7 mld.[8], di cui circa € 201,0 mln. per permessi a titolo personale e € 1,5 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per circa € 556,0 mln. nel Nord-Ovest, € 361,9 mln. nel Nord-Est, € 447,1 mln. nel Centro e € 341,2 mln. nel meridione (Figura 13.20.). La spesa risulta cresciuta dello 0,3% rispetto al 2020 e di oltre l'80,0% se il confronto viene fatto rispetto al 2011.

In definitiva, l'onere complessivo ammonta nel 2021 a circa € 2,4 mld., di cui il 70,2% per retribuire i permessi del settore privato e il rimanente 29,8% per retribuire quelli del settore pubblico. Rispetto al 2011, la spesa è aumentata di € 0,7 mld. ovvero del 44,0% (+3,7% medio annuo); si è ridotta del 5,4% se il raffronto viene effettuato con l'anno precedente. Infine, deflazionando con il valore generale del FOI, la crescita in termini reali tra il 2011 e il 2021 è stata di € 503,6 mln. ovvero del 29,8% (+2,6% 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 disponibile[9]) € 24,2 mld., pari all'1,3% del PIL e al 19,1% della spesa sanitaria pubblica.

La parte maggiore, il 60,1%, è relativa alle indennità di accompagnamento, che annoveriamo fra gli strumenti di welfare posti a copertura di bisogni di non autosufficienza.

Seguono, con il 16,3%, le pensioni di invalidità civile e con il 13,5% le pensioni di invalidità IVS, considerando di queste i soli beneficiari sotto i 65 anni.

Infine, il restante 10,1% è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e alla disabilità.

Gli oneri per le indennità sono cresciuti in valore nominale di 1,5 mld. dal 2012 (+11,5% pari al +1,1% medio annuo); in termini reali, invece, si assiste ad una diminuzione pari a € 366,7 mln. ossia del -2,8% (-0,3% medio annuo). Anche la spesa nominale per le pensioni di invalidità civile nello stesso periodo è cresciuta dell'11,4% (+1,1% medio annuo), mentre in termini reali ha evidenziato una contrazione pari a € 100,7 mln. (-2,8% ossia -0,3% medio annuo). La spesa per le pensioni di invalidità, nel periodo 2015-2023, in termini nominale ha fa registrare un decremento di € 253,0 mln. (-7,2%), che in termini reali equivale a una flessione pari a € 526,7 mln. ovvero il -22,2% (-3,1% medio annuo). Infine, gli oneri connessi alla L. n. 104/1992 sono cresciuti nominalmente tra il 2011 e il 2021 del 44,0%, ossia del 3,7% medio annuo; deflazionando con il valore generale del FOI, la crescita si ferma a € 503,6 mln. ossia al +29,8% (+2,6% medio annuo).

Queste dinamiche sono il frutto dell'aumento dell'indennità medie corrisposte (che annualmente vengono adeguate al tasso di inflazione), e anche dell'aumento del numero medio dei beneficiari: aumento per buona parte determinato dai mutamenti demografici in atto, ossia dall'invecchiamento della popolazione.

Permangono differenze regionali nei tassi di prevalenza dei beneficiari, che non sempre trovano una giustificazione demografica.

Se aggiungiamo le provvidenze in denaro, alla spesa sanitaria e a quella per la LTC, analizzate nel Capitolo 3a, il *welfare* italiano destina 197,8 mld. pari al 10,4% del PIL.

Le provvidenze economiche rappresentano una significativa quota dell'onere complessivo, stimabile 13,1% del totale: l'integrazione delle prestazioni

[8] L'INPS annualmente pubblica un osservatorio statistico "Osservatorio sulle prestazioni a sostegno delle famiglia" nel quale riporta anche il numero di beneficiari annuali della L. 104/1992. Sulla base delle indicazioni riportate nella L. 104, abbiamo ipotizzato che ciascun beneficiario usufruisca di 3 permessi al mese. In questo modo abbiamo ottenuto una stima del numero complessivo di permessi goduti nell'anno; il numero di permessi così ottenuto è stato poi moltiplicato per la retribuzione media giornaliera del settore privato così come fornita dall'INPS

[9] Per le indennità di accompagnamento e per le pensioni di invalidità civile si fa riferimento al 2022, per le pensioni di invalidità al 2023 e per la L. n. 104/1992 al 2021

in denaro con quelle in natura è quindi un aspetto non secondario delle politiche di *welfare*, anche in considerazione del fatto che attualmente i requisiti di accesso e modulazione sono difformi e, apparentemente, rispondenti a logiche diverse.

Infine, secondo le nostre stime, è possibile ipotizzare che nel 2022, a fronte di € 14,5 mld. di indennità di accompagnamento erogate, almeno € 4,5 mld. siano state destinate all'assistenza informale. Peraltro, manca qualsiasi "contabilizzazione" di tale spesa: tutto ciò sembrerebbe suggerire la necessità di una più approfondita analisi dell'utilizzo delle indennità e una di una omogeneizzazione dei criteri di eleggibilità con quelli adottati nell'ambito dei servizi in natura erogati dal SSN.

Riferimenti bibliografici

INPS (anni vari). "Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia". Legge n. 104/1992, https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/famiglia/main.html

INPS (anni vari). "Osservatorio sulle pensioni, complesso delle pensioni vigenti". https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html

INPS (anni vari). "Osservatorio sulle pensioni, Prestazioni agli Invalidi Civili". https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html

INPS (anni vari). "Rendiconti generali". https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46306%3b46322%3b&lastMenu=46322&iMenu=12&p3=4

Legge n. 18/1980

ENGLISH SUMMARY

Cash benefits and allowances

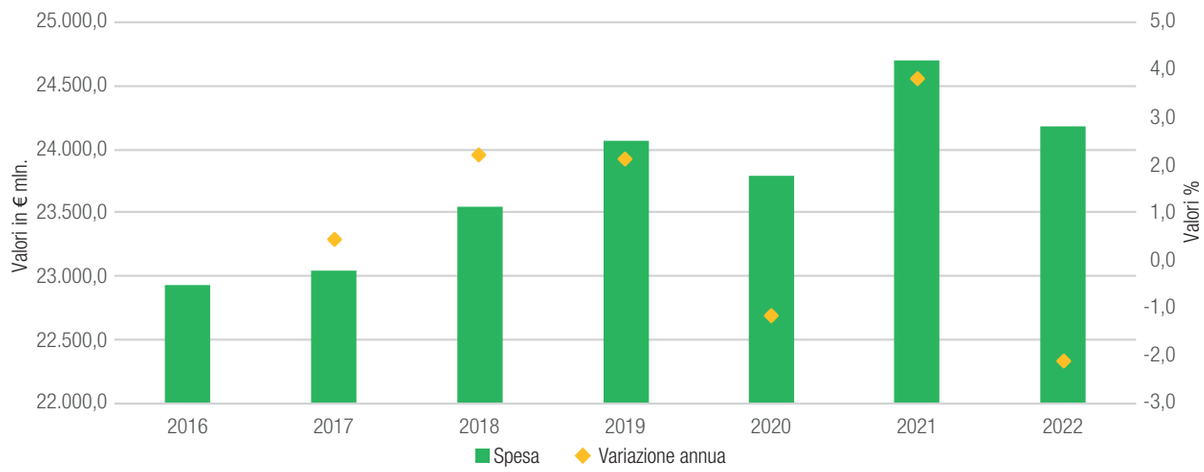
For cash benefits related to disbursements for situations of long-term non-self-sufficiency, which we identify as attendance allowances, legal disability pensions, disability pensions and paid leaves under Law No. 104/1992, in 2022 expenditure reached € 24.2 billion, broken down as follows: 60.1 percent for attendance allowances; 16.3 percent for legal disability pensions; 13.5 percent for disability pensions and the remaining 10.1 percent for paid leaves under Law No. 104/1992.

Charges for attendance allowances have grown in nominal value by € 1.5 billion over the past decade (+11.5 percent, equal to an average annual rate of +1.1%). In real terms, there has actually been a reduction of € 366.7 million, (-2.8%, equal to an average annual rate of -0.3%). Over the past decade, nominal expenditure on legal disability pensions have also grown by 11.4 percent (€ 405.5 million, equal to an annual average rate of +1.1%), while in real terms it has decreased by € 100.7 million (-2.8 percent, equal to an annual average rate of -0.3%). In the 2015-2023 period, expenditure on disability pensions has decreased in nominal terms by € 253 million (-7.2%), which in real terms is equivalent to a decrease of € 526.7 million (-22.2%, equal to an annual average rate of -3.1%). Finally, between 2011 and 2021, the charges related to Law No. 104/1992 grew by 44% in nominal terms (with a yearly average rate of 3.7%). In real terms, however, the growth stopped at € 503.6 million (+29.8%, equal to a yearly average rate of +2.6%).

In access criteria that remain totally different.

Finally, gender differences are evident in the provision of the economic benefits analysed. With regard to the attendance allowance, the distribution of benefits is more concentrated on females; the same applies to legal disability pensions. The recipients of disability pensions, instead, are mainly men, consistently with higher male employment rates.

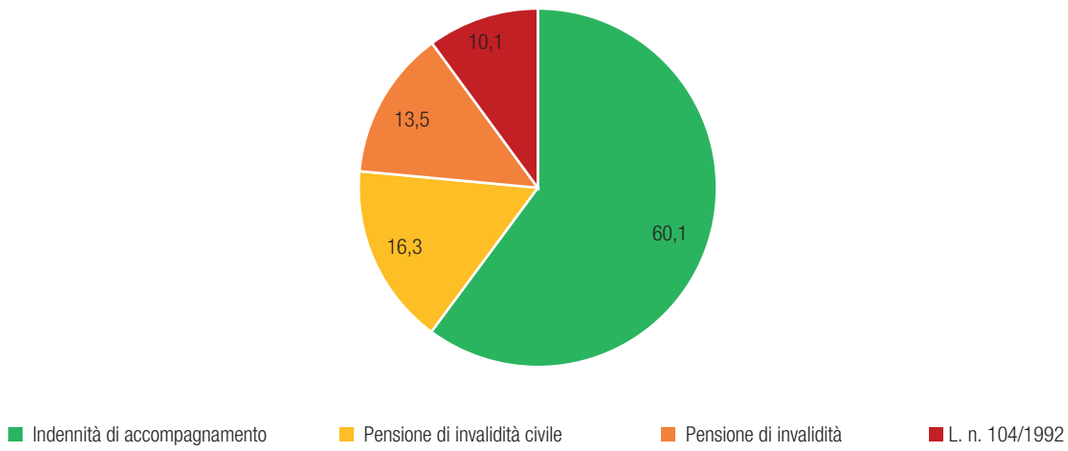
KI 13.1. Spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza



Fonte: elaborazione su dati INPS e Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, la spesa per le prestazioni in denaro destinate alla non autosufficienza ha raggiunto € 24,2 mld., pari a € 409,6 in termini pro-capite. La crescita è stata di circa 1,2 mld. (+5,4%) dal 2016, con una riduzione di € 0,5 mld. (-2,1%) nell'ultimo anno. In termini reali, nel periodo considerato, la variazione è stata pari a - € 1,6 mld. ovvero una contrazione del 7,0% (-1,2% medio annuo).

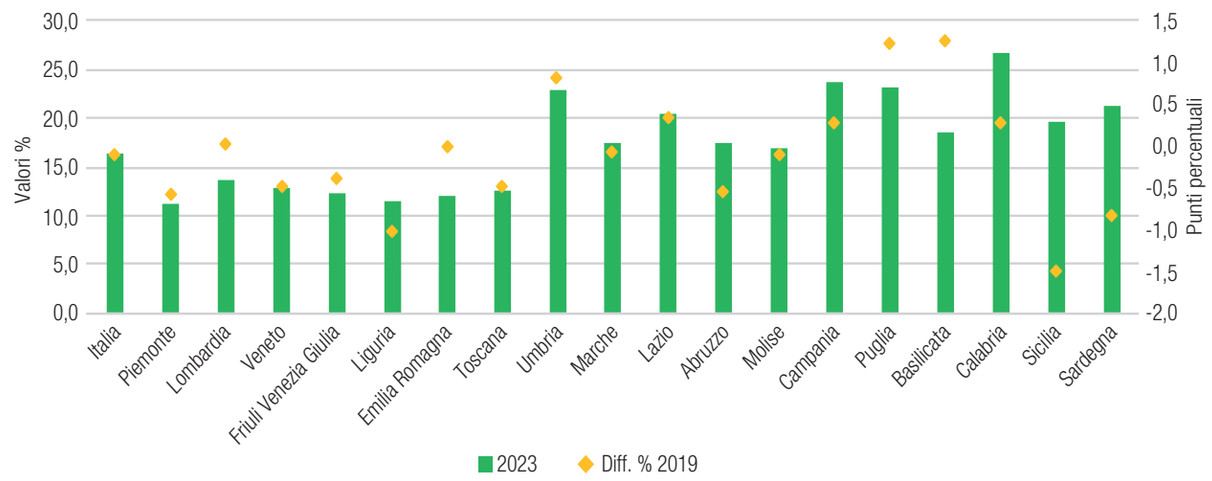
KI 13.2. Composizione spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza. Valori %. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS e Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, il 60,1% della spesa totale per le prestazioni in denaro destinate alla non autosufficienza è attribuibile alle indennità di accompagnamento (14,5 mld.), il 16,8% alle pensioni di invalidità civile (4,0 mld.), il 13,5% alle pensioni di invalidità (3,3 mld.) ed il rimanente 10,1% ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 (2,4 mld.).

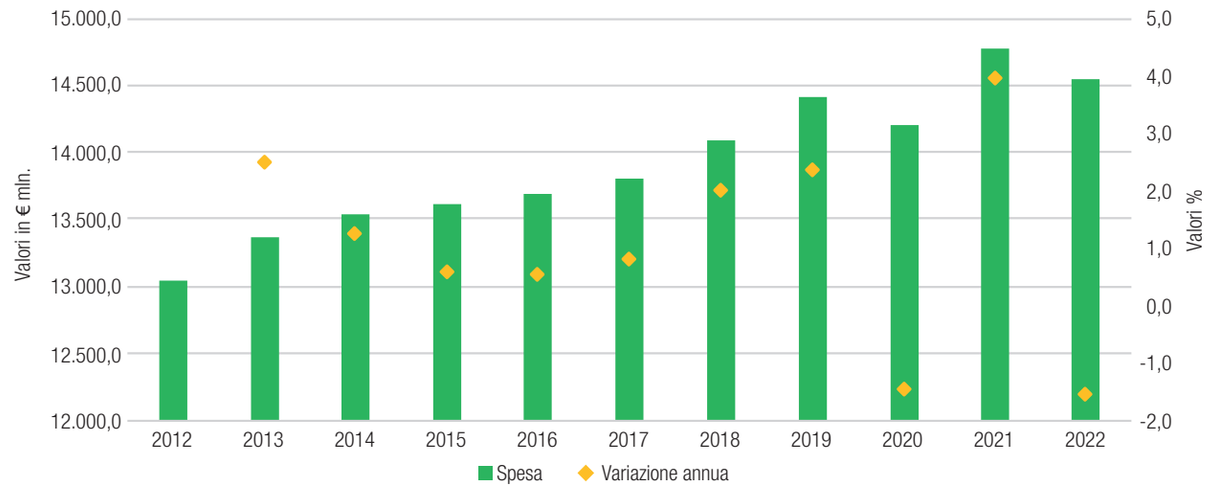
KI 13.3. Incidenza dei beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione *over* 65



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

Nel 2023, in Italia l'incidenza dei beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione *over* 65 è pari al 16,4%, in flessione di 0,1 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2019. Mediamente, nelle Regioni settentrionali l'incidenza dei beneficiari è pari al 12,2% (-0,3 p. p. rispetto al 2019), al 17,6% nel Centro (+0,1 p.p.) e al 22,0% nel Sud (-0,1 p.p.). A livello regionale si passa dal 26,7% della Calabria (+0,3 p.p. nel periodo 2019-2023), seguita dalla Campania con il 23,8% e dalla Puglia con il 23,1% (rispettivamente +0,3 e +1,2 p.p.), all'11,4% di Piemonte e all'11,5% della Liguria (rispettivamente -0,6 p.p. e -1,0 p.p. nel periodo).

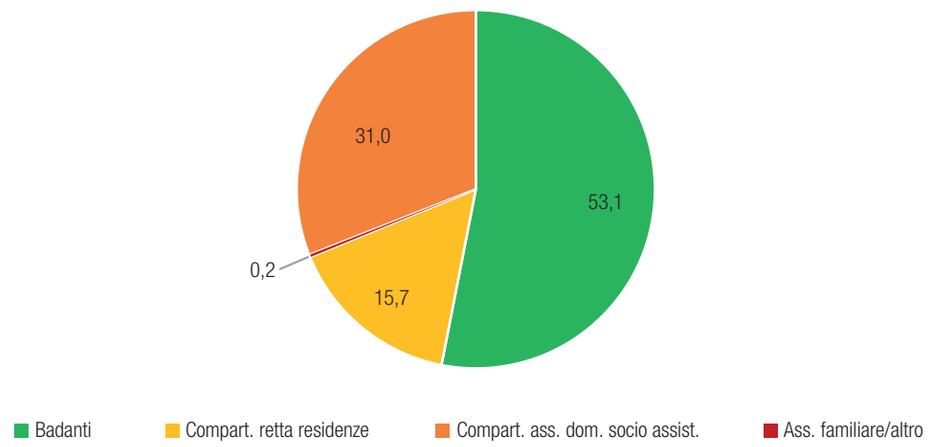
KI 13.4. Indennità di accompagnamento: spesa



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

Nel 2022, l'onere complessivo per le indennità di accompagnamento è stato pari a € 14,5 mld., con una crescita di circa 1,5 mld. (ovvero dell'11,5%, corrispondente all'1,1% medio annuo) nell'ultimo decennio; rispetto all'ultimo anno, invece, si è palesata una riduzione dell'1,6% (pari a € 229,0 mln.). In termini reali, nel periodo considerato, si palesa una contrazione che ammonta a € 366,7 mln. ovvero al -2,8% (-0,3% medio annuo).

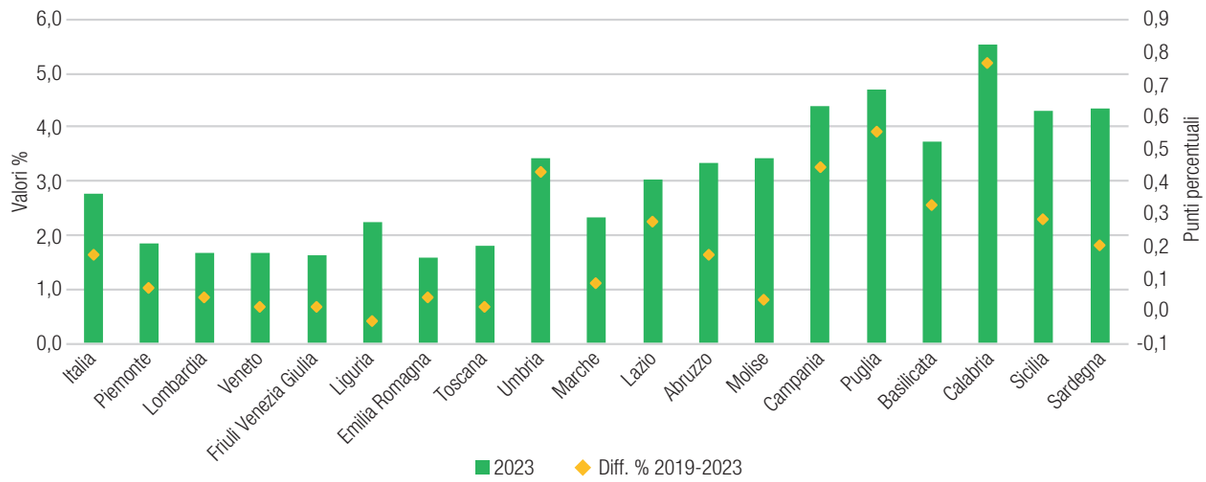
KI 13.5. Spesa indennità di accompagnamento: possibili impieghi. Valori %. Anno 2022



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

Nel 2022, si può stimare che le indennità di accompagnamento siano utilizzate per circa € 7,7 mld. (il 53,1%) per le retribuzioni delle badanti (di cui € 4,0 mld. ovvero il 28,1% per la componente regolare e € 3,6 mld. ovvero il 25,0%, per quella irregolare), € 2,3 mld. (il 15,7%) per compartecipare alla spesa della retta nelle residenze, € 31,6 mln. (lo 0,2%) per le misure di compartecipazione alla spesa per i servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale offerti dai Comuni; il residuale € 4,5 mld. potrebbe essere, quindi, destinato all'assistenza informale offerta dai *garegiver* familiari e non.

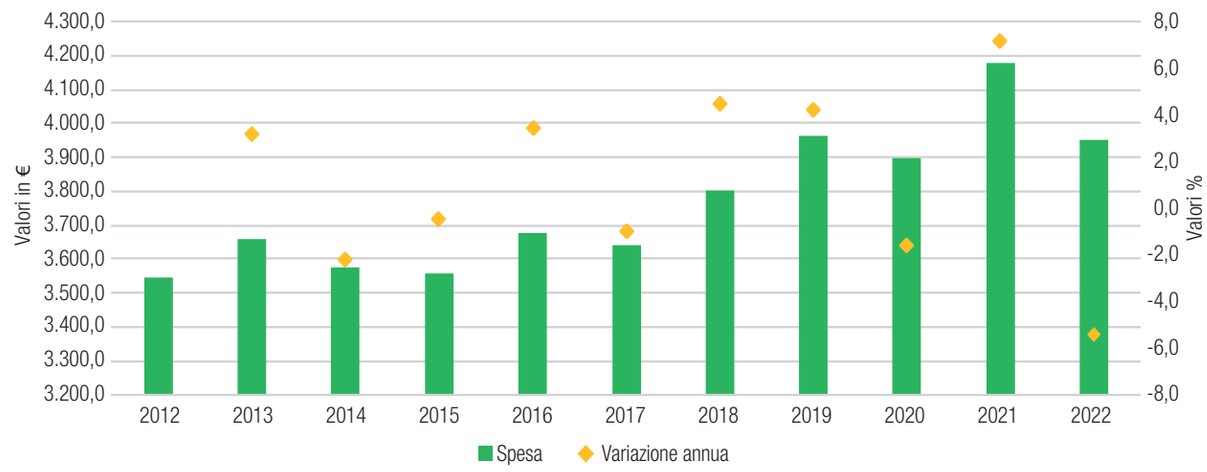
KI 13.6. Incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione 18-65 anni



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

Nel 2023, in Italia l'incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è pari al 5,6%; tra il 2019 e il 2023 si evidenzia un incremento di +0,2 p. p.. Nel periodo 2019-2023, nelle Regioni settentrionali non si apprezza alcuna variazione sostanziale; in quelle centrali, invece, la variazione è stata pari a +0,2 p.p. e nel Sud a +0,4 p.p.. A livello regionale si passa dal 5,5% della Calabria (+0,8 p.p. tra il 2019 e il 2023), all'1,6% di Friuli Venezia Giulia e Veneto (sostanzialmente stabili nel periodo di analisi).

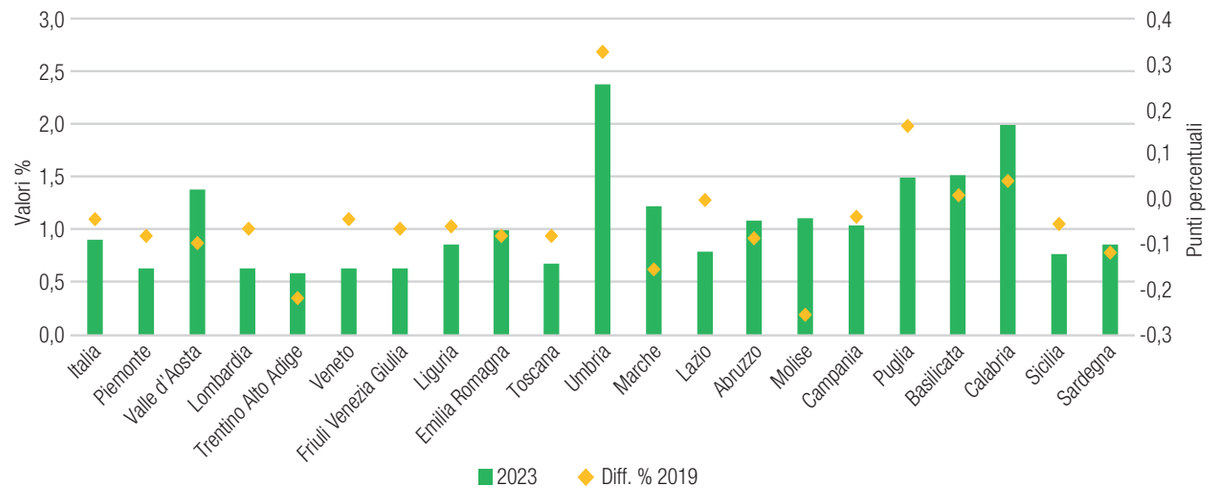
KI 13.7. Pensioni di invalidità civile: spesa



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

Nel 2022, l'onere complessivo per le pensioni di invalidità civile è stato di circa € 3,9 mld., valore in crescita dell'11,4% nell'ultimo decennio (+€ 405,5 mln. e +1,1% medio annuo) e in flessione del 5,4% in confronto all'anno precedente (- 226,0 mln.). In termini reali, invece, tra il 2012 e il 2022, si evidenzia una contrazione pari a € 100,7 mln. ovvero del -2,8% (-0,3% medio annuo).

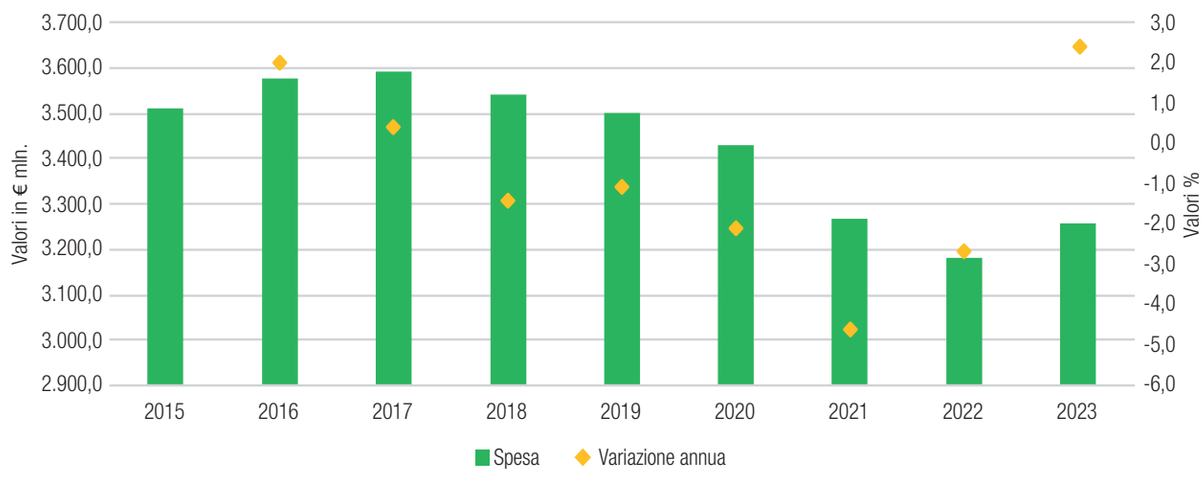
KI 13.8. Incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità sulla popolazione 18-65 anni



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

Nel 2023, in Italia l'incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità di età compresa tra 18 e 65 anni sulla popolazione della stessa fascia di età, è pari allo 0,9%, sostanzialmente stabile rispetto al 2019. La variazione dell'incidenza tra il 2019 e il 2023 è stata pari a -0,1 p.p. nel Nord, stabile nel Centro e nel Sud. A livello regionale si passa dal 2,4% (+0,3 p. p.) dell'Umbria, allo 0,6% di Piemonte (-0,1 p.p.), Lombardia (-0,1 p.p.), Trentino Alto Adige (-0,2 p.p.), Veneto (stabile nel periodo) e Friuli Venezia Giulia (-0,1 p.p.).

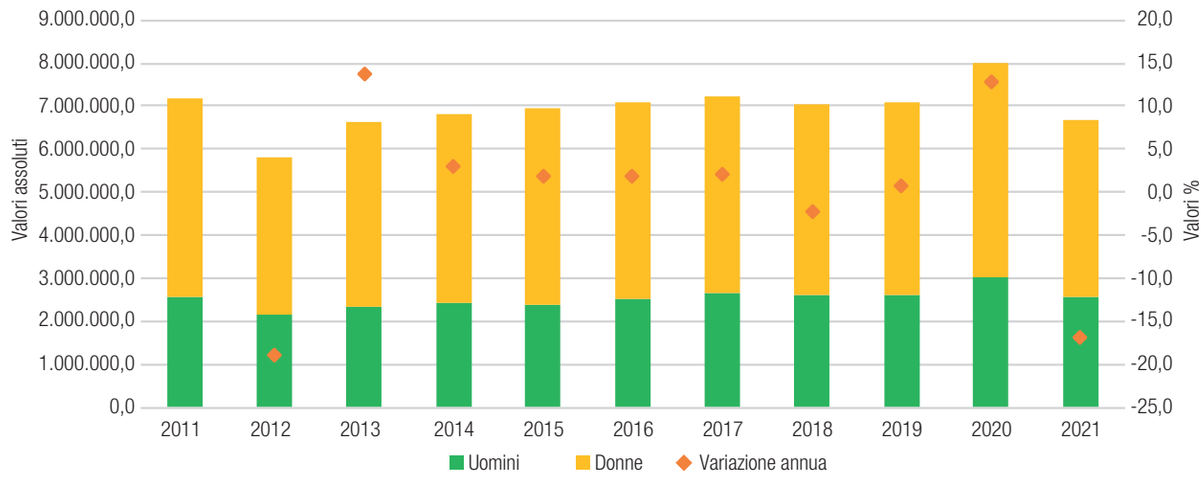
KI 13.9. Pensioni di invalidità: spesa



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

La proiezione all'anno 2023 dell'onere per le pensioni di invalidità è pari a € 3,3 mld., con un decremento del 7,2% (-0,9% medio annuo) pari a € 253,0 mln. dal 2015 (-7,2%), ma in crescita del 2,4% nell'ultimo anno. In termini reali, nel periodo 2015-2023, la contrazione della spesa ha raggiunto € 526,7 mln. ovvero il -22,2% (-3,1% medio annuo).

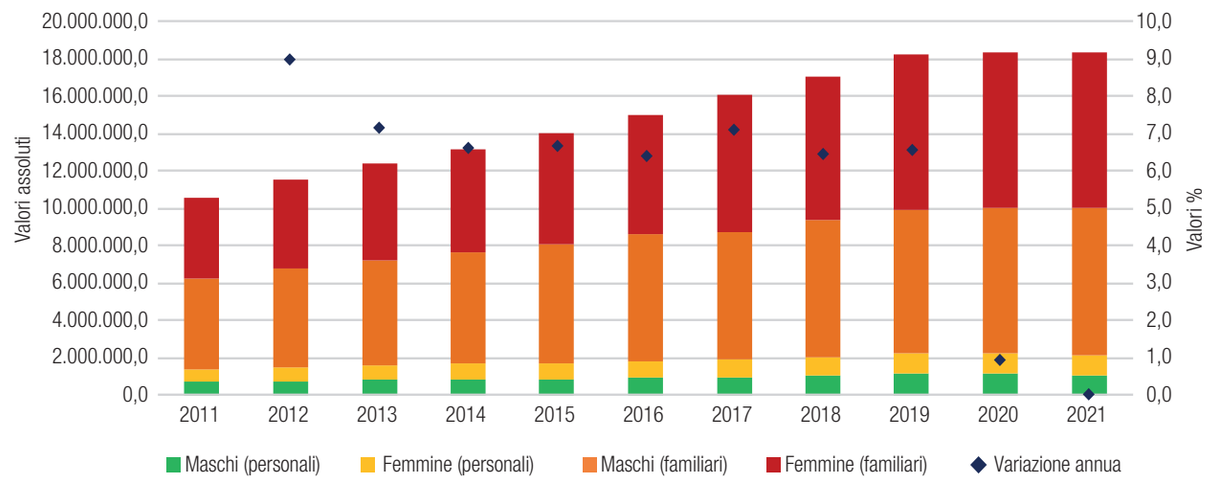
KI 13.10. Permessi per genere L. n. 104/1992 nel settore pubblico



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, sono 6,7 milioni i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico. Le giornate di permesso sono diminuite del 6,9% nell'ultimo decennio e del 16,8% sull'anno precedente (-15,8% gli uomini e -17,4% le donne). Ad usufruire maggiormente dei permessi sono state le donne, in tutti gli anni analizzati.

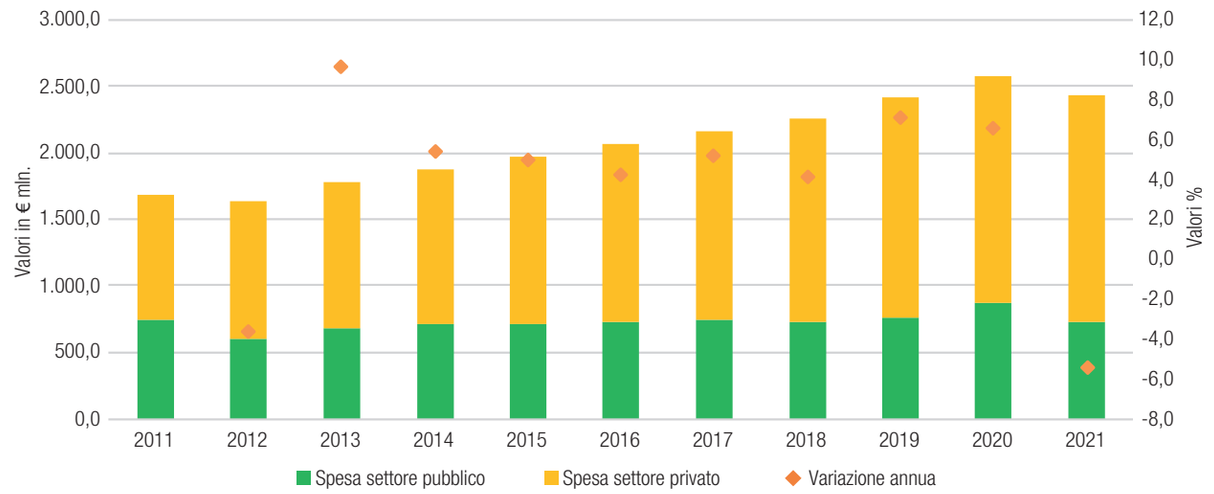
KI 13.11. Permessi L. n. 104/1992 nel settore privato per genere



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

Nel 2021, In Italia, risultano 18,4 milioni di permessi goduti nel settore privato; rispetto al 2011 i permessi sono aumentati di 7,8 milioni ovvero del 73,3%; rispetto all'anno precedente è possibile apprezzare una tendenziale stabilità. Oltre 8,0 milioni (il 45,7%) sono permessi goduti dal genere femminile per un familiare; il 42,6% sono permessi a sostegno di un familiare goduti dagli appartenenti al genere maschile. Il 5,9% sono permessi goduti dal genere maschile a titolo personale; il 5,8% sono quelli del genere femminile sempre a titolo personale.

KI 13.12. Permessi L. n. 104/1992: spesa



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e INPS, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, l'onere complessivo per i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992, è stato di circa € 2,4 mld. (€ 725,4 mln. per i dipendenti del settore pubblico e € 1,7 mld. per quelli del settore privato), in crescita del 44,0% nell'ultimo decennio (+€ 743,6 mln. e +3,7% medio annuo) e in flessione del 5,4% in confronto all'anno precedente (- 137,9 mln.). La crescita in termini reali tra il 2011 e il 2021 è stata di € 503,6 mln. ovvero del 29,8% (+2,6% medio annuo).

Capitolo 14

L'industria dei beni sanitari: evoluzione e prospettive per la crescita del Paese

The healthcare industry: evolution and perspectives

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 14
L'industria dei beni sanitari: evoluzione e prospettive per la crescita del Paese

d'Angela C.[1], d'Angela D.[2]

14.1. Produzione e dimensione dell'industria

L'industria che produce beni utilizzati direttamente e/o indirettamente per il settore sanitario ha un ruolo di primo piano per occupazione, valore aggiunto, investimenti, *export*, generando valore anche attraverso gli acquisti effettuati nell'indotto. In un'ottica di crescita del Paese, ormai indispensabile per poter garantire la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), non si può prescindere dal considerare quello che potrebbe essere il contributo dell'industria medicale.

Farmaci e Dispositivi Medici (DM) rappresentano i settori industriali tipici (ma non esclusivi) del comparto; ad esempio, va segnalata la crescente importanza delle soluzioni digitali e quindi il ruolo della Sanità nel comparto dell'*Information and Communication Technology* (ICT), ma anche le soluzioni di logistica specifica (es. armadi informatizzati per farmaci e DM, *robot* per immagazzinamento e stoccaggio terapie, etc.).

A parte la produzione legata ai servizi del SSN, il comparto dei farmaci e DM, in Italia, si stima valga, nel 2022, € 66,4 mld. in termini di produzione, ovvero il 3,4% del PIL (Farmindustria e Confindustria Dispositivi Medici).

Farmindustria, ha valutato che il valore aggiunto (direttoe indotto) indotto legato alla filiera della Salute superi in Italia il 10% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nazionale, risultando secondo solo al settore Alimentare e dell'Edilizia.

Il presente contributo affronta il tema concentrandosi sull'analisi quantitativa dei settori del farmaceutico e dei DM.

14.2. Il settore farmaceutico

Nel 2022, il mercato farmaceutico mondiale ha accelerato la sua crescita in termini di vendite (+15,1% rispetto all'anno precedente), raggiungendo i € 1.222,9 mld. (EFPIA, 2023); inoltre si stima (IQVIA) che nel 2027 il mercato mondiale dei farmaci arriverà a € 1.600 mld., con una crescita media annua compresa nel *range* +3-6%.

La crescita più rapida si registrerà nei cosiddetti Paesi emergenti (Europa orientale, Asia e America Latina) a un ritmo del +5-8% medio annuo.

A livello mondiale, l'America del Nord (USA e Canada) rappresenta il 52,3% del mercato dei farmaci; segue l'Europa con il 22,4%, la Cina con l'8,1%, il Giappone con il 4,9%; Africa, Asia (ad esclusione di Cina e Giappone) e Australia sommano un ulteriore 8,3% del mercato (EFPIA, 2023). Degno di nota è che, rispetto al 2021, il contributo di Cina, Giappone ed Europa al mercato mondiale è cresciuto rispettivamente di +1,3, +1,2 e +1,0 punti percentuali (p.p.); quello del Nord America ha invece registrato una riduzione di -3,2 p.p..

Produzione

Nel 2021 (ultimo anno disponibile), il 50% del valore della produzione europea (€ 324,0 mld.) si concentra in quattro Paesi: Svizzera (€ 59,8 mld.), Belgio (€ 43,3 mld.), Germania (€ 34,6 mld.) e Italia (€ 34,4

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

mld.).

In Italia la crescita è stata del +0,3% rispetto al 2020; il contributo del nostro Paese nella produzione farmaceutica europea si è comunque ridotto di -1,4 p.p. rispetto al 2012, rappresentandone nel 2021 il 10,6%.

Slovenia, Svizzera, Spagna, Polonia e Germania hanno registrato una crescita superiore all'Italia, rispettivamente pari a +33,6%, +12,5%, +7,5%, +7,3% e +6,9%.

Svezia, Portogallo e Austria hanno registrato invece una diminuzione del valore di produzione rispettivamente del -9,9%, -6,6% e -3,3% rispetto all'anno precedente.

Farmindustria, ha valutato che il valore aggiunto (direttoe indotto) indotto legato alla filiera della Salute superi in Italia il 10% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nazionale, risultando secondo solo al settore Alimentare e dell'Edilizia.

L'Italia, secondo quanto riportato da Farmindustria, è prima tra i grandi Paesi europei per presenza di industrie farmaceutiche a capitale statunitense, tedesco, francese, svizzero e giapponese. Inoltre, è un *hub* mondiale per la produzione di vaccini per quanto riguarda le imprese a capitale inglese.

In particolare, la produzione di farmaci di origine biologica ha un peso sul totale della produzione farmaceutica pari al 17,0%, superiore a Francia e Spagna (13,0% rispettivamente), con una crescita nell'ultimo quinquennio superiore ai grandi Paesi EU (+57% Italia vs +52% EU).

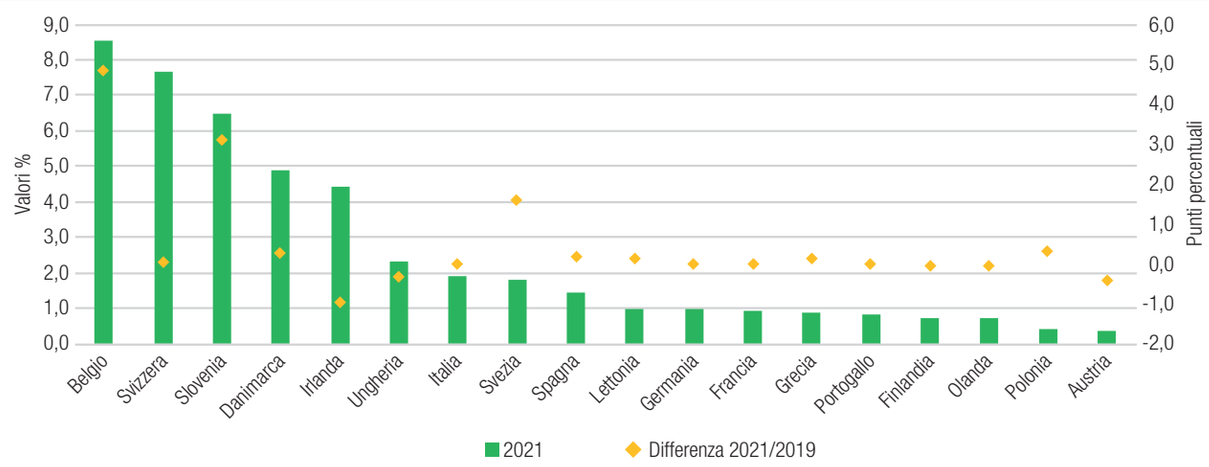
Estendendo il periodo di osservazione agli ultimi dieci anni, si osserva come il valore della produzione farmaceutica in Italia sia aumentato complessivamente del +33,8%, passando dai € 25,7 mld. del 2012 ai € 34,4 mld. del 2021.

In termini di contributo alla formazione del PIL, il valore della produzione farmaceutica ne rappresenta l'8,5% in Belgio ed il 7,7% in Svizzera; si attesta fra il 4 e il 7% in Irlanda, Danimarca e Slovenia; l'Italia si attesta all'1,9% (Figura 14.1.). L'incidenza della produzione farmaceutica sul PIL rispetto all'anno pre-pandemico (2019) è cresciuta maggiormente in Belgio (+4,9 p.p.), Danimarca (+4,4 p.p.) e Slovenia (+3,1 p.p.); in Austria, Ungheria e Olanda si è registrata una riduzione rispettivamente di -4,1, -0,3 e -0,1 p.p.; nei restanti Paesi l'incidenza è rimasta pressoché invariata.

Considerando l'ultimo decennio (2012-2022), la produzione farmaceutica in Italia (Figura 14.2.) è cresciuta più del PIL: rispettivamente del +3,1% medio annuo verso il +2,0%.

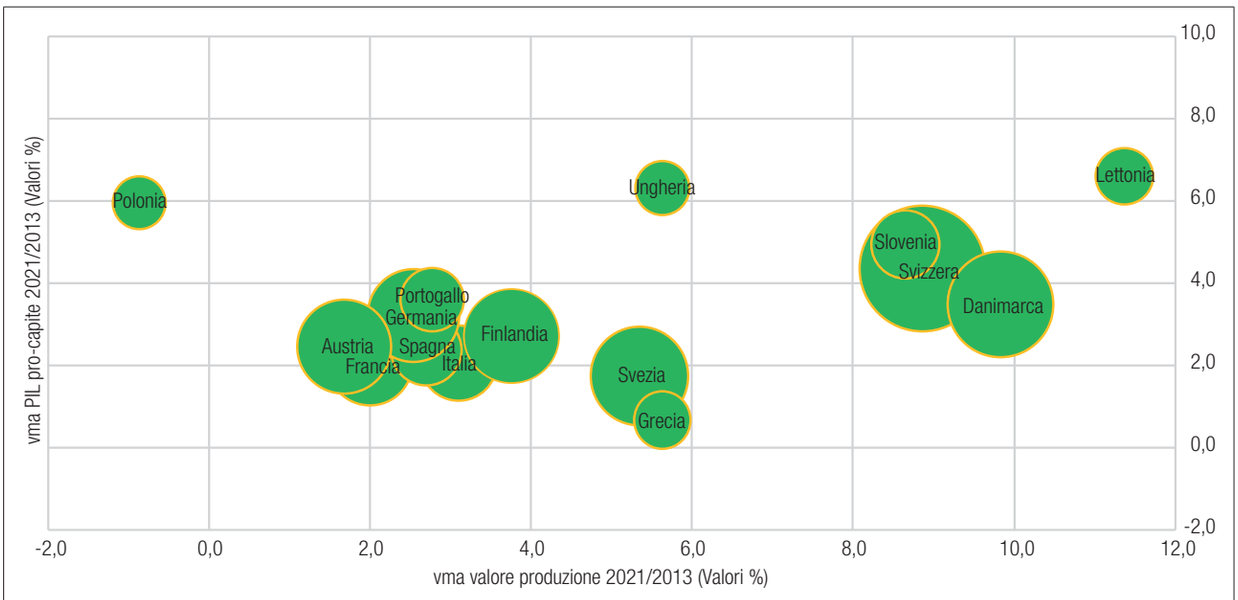
Solo Svezia, Danimarca e Svizzera hanno registrato, nello stesso periodo, una crescita del valore della produzione farmaceutica superiore al PIL, con un *gap* superiore rispetto a quello registrato in Italia.

Figura 14.1. Incidenza della produzione farmaceutica sul PIL in Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 14.2. Produzione farmaceutica e del PIL in Europa - Variazioni



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Interscambio estero

L'industria farmaceutica è un settore strategico per l'Europa: secondo i dati Eurostat, è il settore industriale con il saldo estero più alto rispetto a quello medio dei settori ad alta tecnologia.

Svizzera, Irlanda e Germania, nel 2021, con un saldo commerciale per i medicinali pari rispettivamente a + € 53,7 mld., + € 52,8 mld. e + € 32,9 mld., rappresentano le tre realtà europee con il miglior saldo della bilancia commerciale, sebbene l'Irlanda ne abbia registrato una riduzione negli ultimi anni (EFPIA 2023).

Nel biennio 2020-2021 il Belgio registra il maggiore miglioramento del saldo commerciale per i medicinali (+ € 12,2 mld.), seguita da Svizzera (+ € 6,4 mld.) e Germania (+ € 4,5 mld.).

La Germania è il Paese con maggiori esportazioni (€ 101,1 mld., +16,0%); segue la Svizzera con € 89,9 mld.. Per valore di importazioni continua a detenere il primato la Germania (€ 68,2 mld.) seguita dal Belgio (€ 62,1 mld.).

L'Italia è il nono Paese europeo per saldo (positivo) della bilancia commerciale (Figura 14.3.). Nel 2022 ha registrato un saldo positivo, (Farmindustria), pari a + € 9,1 mld. (+139,5% rispetto al 2019), generato per € 11,4 mld. dai medicinali e per € 1,0 mld. dai vaccini.

Il valore delle esportazioni totali (medicinali e vaccini) nel nostro Paese è aumentato del +42,8% rispetto al 2021, raggiungendo il valore di € 47,6 mld..

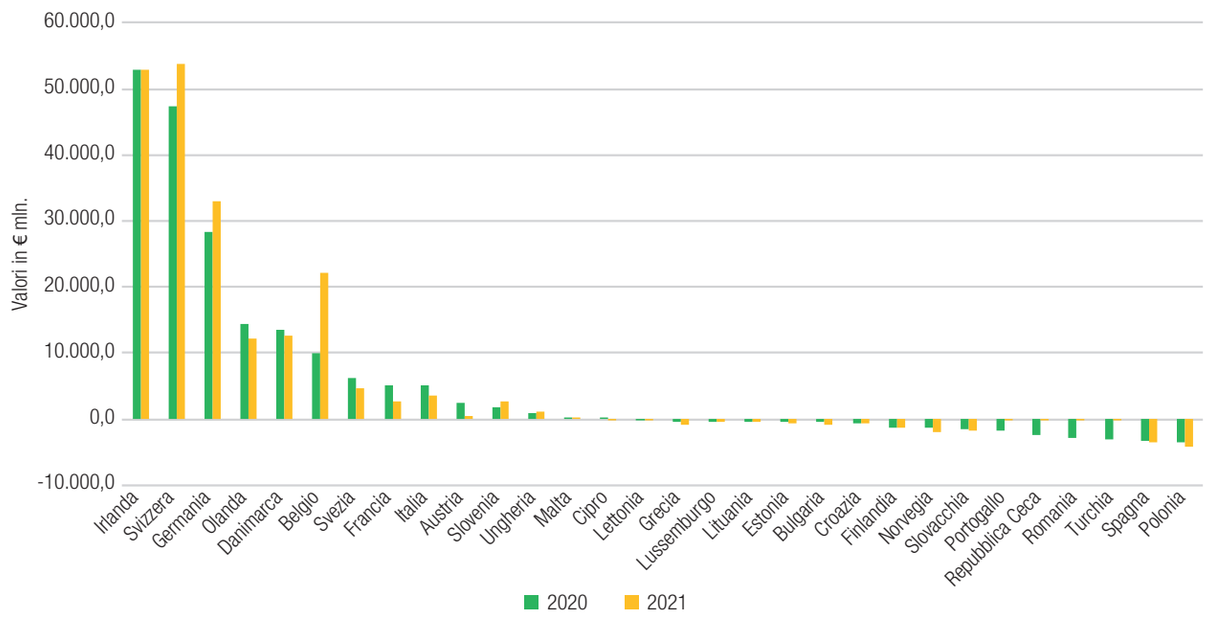
Nell'ultimo decennio il valore delle esportazioni in Italia è cresciuto più di quello medio europeo: +176% vs +141%; nello stesso periodo anche le importazioni totali sono cresciute, sebbene meno (+27%) raggiungendo € 38,5 mld..

In particolare, sono cresciute le importazioni dei medicinali, pari a € 28,9 mld. (+28,4%) sebbene in minor misura rispetto alle esportazioni.

Per i vaccini l'Italia è un *hub* internazionale di Ricerca e Sviluppo (R&S) e produzione: il settore ha contributo al miglioramento del saldo estero per € 4,3 mld. nel periodo 2012-2022.

L'incremento delle esportazioni per i vaccini è stato superiore a quello medio del settore: +46,9%, passando da € 2,6 mld. del 2021 ai € 3,8 mld. del 2022.

Figura 14.3. Bilancia commerciale industria farmaceutica in Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Considerando l'ultimo decennio, si è passati da un saldo negativo di – € 2,5 mld. del 2012 ad uno positivo, aumentando contestualmente il contributo del settore al saldo commerciale del settore manufatturiero: il farmaceutico rappresenta l'8,0% dell'*export* totale del settore manufatturiero, in crescita di 3,8 punti percentuali rispetto al 2012; anche il contributo sulle importazioni è cresciuto, sebbene in minor misura: si è passati dal 7,0% del 2012 al 7,9% del 2022.

Valore aggiunto, investimenti e indotto

Il valore aggiunto generato dal settore farmaceutico in Italia, nel 2022, è stato pari € 10,9 mld., pari a € 158,9 per 1.000 occupati: quest'ultimo valore è superiore del 30% rispetto a quello registrato in Germania e di 2,4 volte rispetto a quello medio del settore manufatturiero.

Gli investimenti in R&S dell'industria farmaceutica, in Italia, ammontano a € 1,9 mld, pari al 6,8% del totale degli investimenti e al 17,4% del valore aggiunto del settore: si tratta di una quota superiore a quelle registrate nel settore media-alta tecnologia (11,4%) e del settore manufatturiero (5,3%).

Nell'ultimo decennio gli investimenti in R&S hanno registrato una crescita complessiva del +58,3%, passando da € 1,2 mld. del 2012 a € 1,9 mld. del 2022.

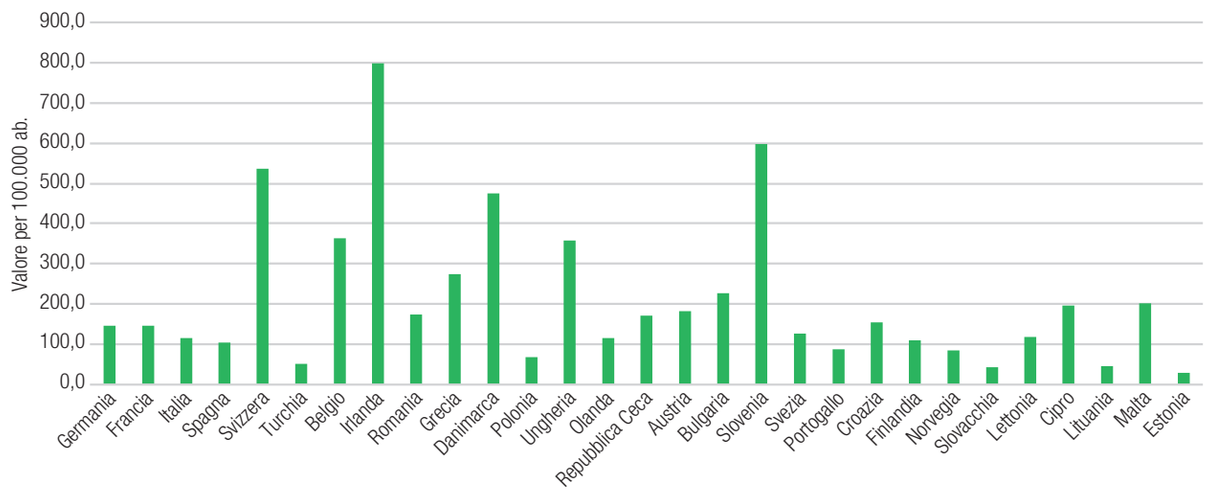
Anche il valore degli investimenti in R&S e produzione per addetto nel settore farmaceutico sono circa tre volte maggiori di quello del settore manifatturiero, con un *trend* di continua crescita nell'ultimo decennio (nel 2012 era pari a 2,5 volte).

Nel 2022, presso l'Ufficio Brevetti Europeo, sono state depositate circa 9.300 domande relative al settore farmaceutico, a cui se ne sommano circa 8.100 nel campo delle biotecnologie. Il rapporto tra brevetti concessi e domande di brevetto è di circa il 20%, sia nel settore farmaceutico che in quello biotecnologico.

Al di là dell'impatto diretto del settore specifico va considerato che la presenza dell'industria genera un indotto che contribuisce allo sviluppo economico dei territori dove le imprese operano.

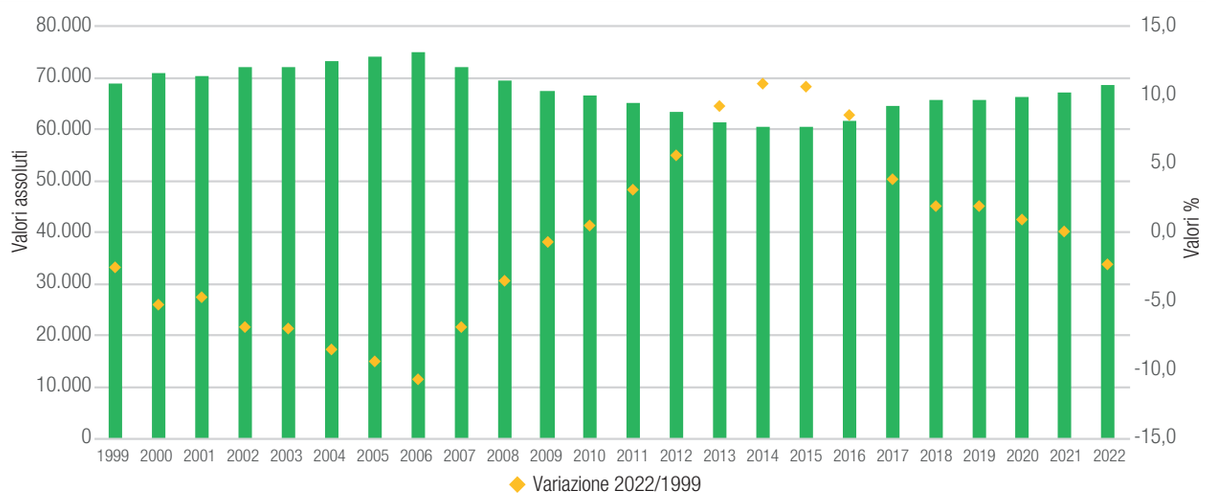
Per il settore farmaceutico, secondo quanto riportato da Farmindustria, l'indotto (fornitori e consumi) generato in termini di valore aggiunto a circa € 24,0 mld..

Figura 14.4. Tasso di occupazione industria farmaceutica in Europa. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 14.5. Occupati industria farmaceutica in Italia



Fonte: elaborazione su dati Farmindustria, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Sommando tale valore ai € 10,7 mld. di valore aggiunto "diretto", nel 2022 il settore genererebbe un valore aggiunto di circa € 34,0 mld..

In altri termini il moltiplicatore del valore aggiunto è stimabile nel 41,7%.

Occupazione

Il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in Europa è in crescita, avendo raggiunto nel 2021 (ultimo anno disponibile EFPIA 2023) le 859.607 unità.

La Germania risulta essere il Paese con il maggior numero di occupati nel settore (121.245), in aumento nell'ultimo decennio del +1,4% medio annuo, seguita da Francia (99.310 occupati e +0,9% medio annuo) e Italia (67.300 occupati e +1,0% medio annuo) (Figura 14.4.).

Rapportando il numero di occupati alla popolazione, l'Irlanda risulta essere il Paese con la maggiore

incidenza del settore, contandone 74,5 ogni 10.000 ab.; seguita dalla Svizzera che ne conta 54,2, e dalla Slovenia con 53,5; in Italia si contano 11,2 occupati ogni 10.000 abitanti (Figura 14.5.).

Nell'ultimo anno, 2022, secondo i dati Farmindustria il numero di occupati è continuato a crescere raggiungendo le 68.600 unità (+1,9% rispetto all'anno precedente), rappresentando l'1,6% degli occupati del settore manufatturiero e lo 0,3% degli occupati in Italia.

Nell'ultimo decennio si è registrata una crescita complessiva di occupati dell'+6,5%: durante il periodo considerato, ad eccezione del calo registrato in corrispondenza della crisi finanziaria, nel triennio 2012-2014, negli anni si è registrata una crescita continua. In termini di indotto, si stima siano stati generati 230.000 posti di lavoro, che sommati ai 68.000 dell'industria farmaceutica, indicano che per ogni posto di lavoro creato se ne generano 4,4.

14.3. I dispositivi medici

Le vendite dei DM hanno registrato una crescita a livello mondiale del +10,3% rispetto all'anno precedente, raggiungendo i € 606,6 mld. nel 2021 (*MedTech Europe,* 2023).

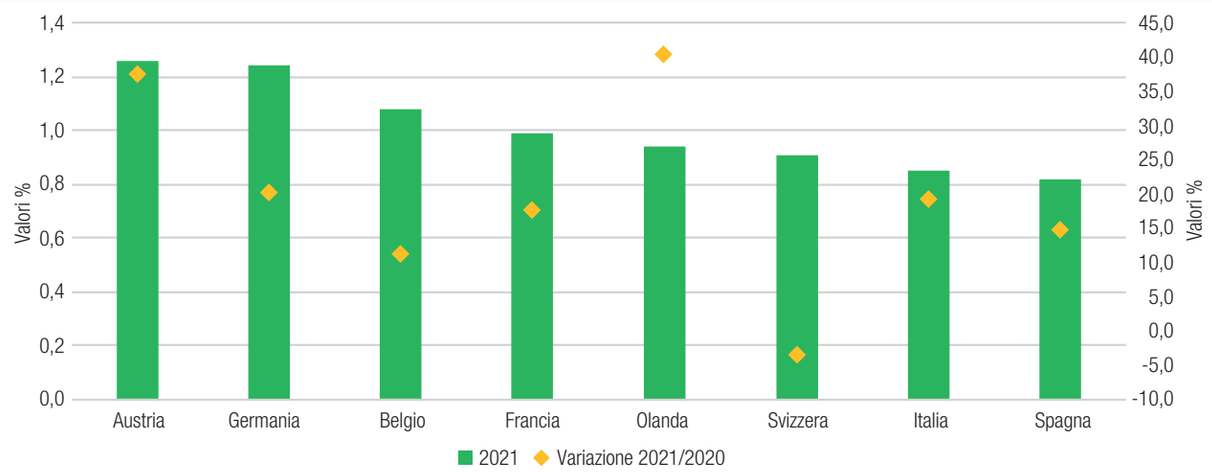
La suddivisione del mercato è rimasta pressoché invariata negli ultimi due anni: quello statunitense ne rappresenta il 46,6%, quello europeo il 26,4% (€ 160 mld.), quello cinese il 4,9%, quello giapponese il 5,6% (*MedTech Europe,* 2023).

In Italia, nel 2022, secondo i dati Confindustria DM, il settore dei DM genera un valore di mercato pari a € 17,3 mld., in crescita nell'ultimo anno del +6,8%, di cui € 11,6 sono destinati al mercato interno e € 5,7 a quello esterno.

Produzione

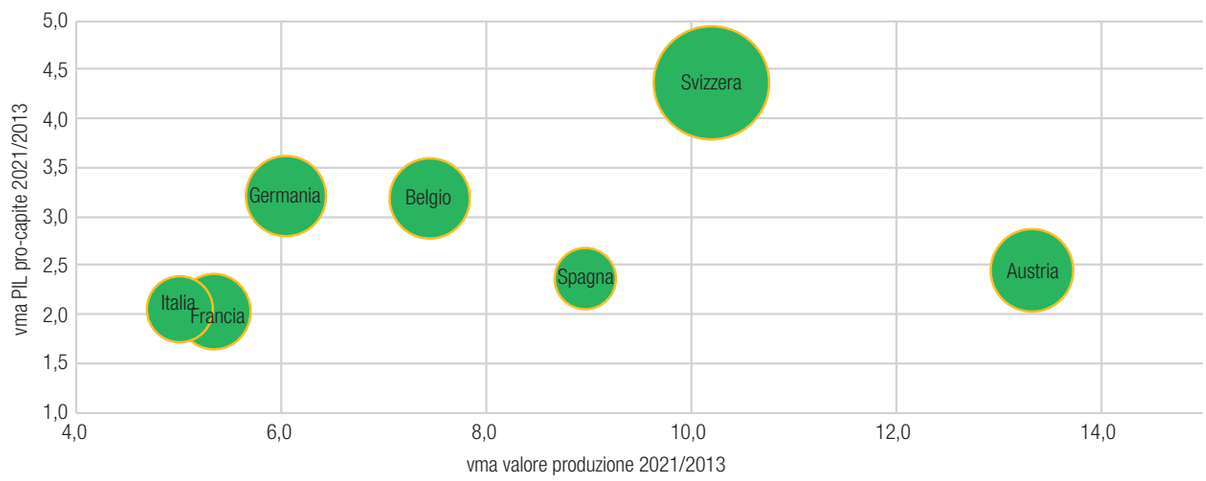
Il mercato europeo dei DM in Europa, nel 2022, ha un valore pari a € 160 mld., pari al 26,4% della produzione mondiale, con una diminuzione del -0,9% rispetto all'anno precedente; la produzione europea è seconda solo a quella USA che è pari al 46,6% del mercato mondiale. La Germania (€ 42,2 mld.), la Francia (€ 23,0 mld.), l'Inghilterra (€ 15,2 mld.), l'Italia (€ 14,1 mld.) e la Spagna (€ 8,6 mld.) sommano il 65,4% della produzione europea dei DM (26,4%, 14,4%, 3,9% e 5,7% rispettivamente).

Figura 14.6. Incidenza della produzione di dispositivi medici sul PIL in Europa



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 14.7. Produzione di dispositivi medici e PIL in Europa. Variazioni



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

La maggiore incidenza della produzione sul PIL, nel 2022, (Figura 14.6.) si registra in Olanda (1,2%), seguono la Germania e il Belgio con l'1,1%, quindi l'Austria (1,0%), la Francia (0,9%) e Svizzera, Spagna e Italia con lo 0,8%.

In Italia, il valore di produzione ammonta a € 6,3 mld., rappresentando lo 0,3% del PIL, con una riduzione del -4,4% nell'ultimo anno (Figura 14.7.).

L'Italia produce il 10% dei diagnostici in vitro (IVD) europei, preceduta solo dalla Germania (30,3%) e dalla Francia (12,6%).

Analogamente a quanto osservato nel settore farmaceutico, nel periodo 2013-2022, in tutti i principali Paesi europei si è registrata una crescita media annua del valore della produzione superiore a quella del PIL; in Italia, come in Francia, si è registrata una crescita media annua del valore di produzione dei DM del +5,0% a fronte di un aumento del PIL del +2,0%. La Spagna ha registrato il più alto gap di crescita tra valore della produzione e PIL: +9,0% vs +2,4%.

Interscambio estero

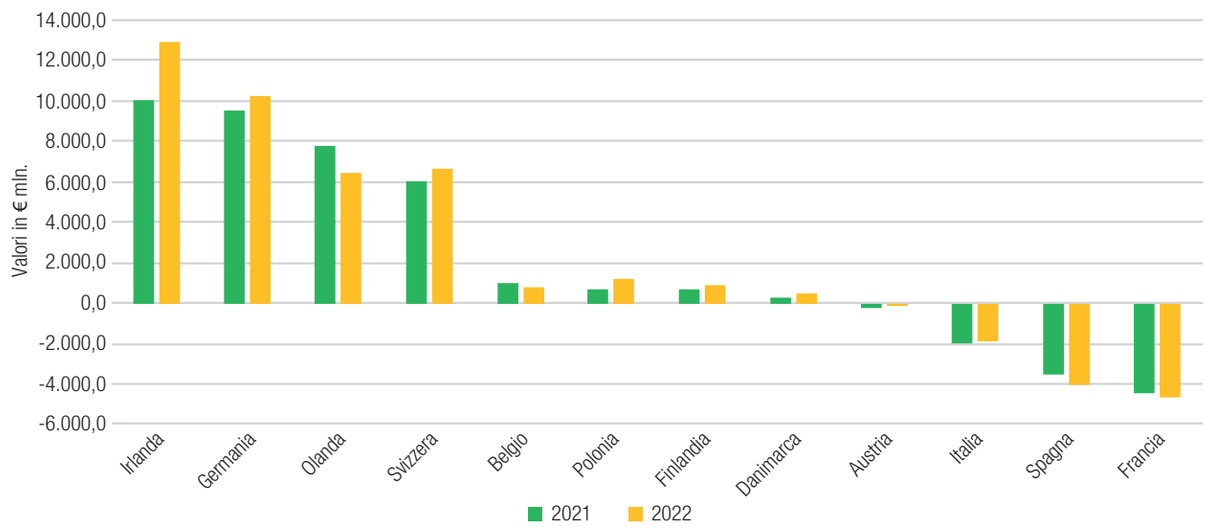
Nel settore dei DM, Germania e Olanda sono i Paesi europei con il maggiore interscambio estero (Figura 14.8.): la Germania, nel 2022, ha esportato per un valore pari a € 32,3 mld. (+4,2%) e l'Olanda per € 31,0 mld. (+12,2%); nello stesso anno le loro importazioni sono state pari rispettivamente a € 22,0 mld. (+2,2%) e € 24,6 mld. (+23,6) (*MedTech Europe*).

Nel biennio 2021-2022, il valore dell'*export* dei DM è aumentato soprattutto in Irlanda (€ +3,5 mld.) ed Olanda (€ +3,4 mld.). Anche l'Italia ha incrementato l'*export* dei DM (€ +0,5 mld., +7,7%). Nello stesso periodo le esportazioni per Italia sono cresciute del +13,9%.

Irlanda, Germania, Olanda e Svizzera risultano essere i Paesi con il migliore saldo della bilancia commerciale (rispettivamente € +12,9 mld., € +10,3 mld., € +6,6 mld.).

Francia, Spagna, Italia e Austria registrano invece saldi negativi della bilancia commerciale (rispettivamente € -4,6 mld., € -4,1 mld. e € -1,9 mld.).

Figura 14.8. Bilancia commerciale DM in Europa



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Investimenti in R&S e brevetti

Il tasso medio globale di investimento in R&S per le tecnologie medicali, che comprendono DM, IVD e tecnologie digitali (DTx), è stimato intorno all›8% (spesa in R&S in percentuale delle vendite). I prodotti hanno in genere un ciclo di vita di soli 18-24 mesi prima che diventi disponibile un prodotto migliorato (*Medtech Europe*).

L'Italia investe in R&S € 1,4 mld., pari al 22,2% del valore di produzione.

In Europa il settore genera un valore aggiunto pari a € 184,0 per 1.000 addetti.

In termini di brevetti, nel 2022, sono state depositate presso l'Ufficio europeo dei brevetti (UEB) oltre 15.600 domande di brevetto nel campo della tecnologia medica, con una crescita dell'+1,3% rispetto all'anno precedente. Il settore delle tecnologie medicali rappresenta l'8,1% del numero totale di applicazioni, occupando il secondo posto tra tutti i settori industriali in Europa. Il 42% di queste domande di brevetto è stato depositato da Paesi UEB (tra cui UE27, Regno Unito, Norvegia e Svizzera), il 37,0% dagli Stati Uniti e il restante 21,0% da altri Paesi. Negli ultimi due decenni il numero di depositi di EPO nel campo delle tecnologie medicali è quasi triplicato, con un rapporto tra brevetti concessi e domande di brevetto pari al 41,0%.

Occupazione

In Europa, nel 2022, si contano oltre 850.000 occupati nel settore dei DM. La Germania è il Paese con il maggiore numero di occupati (255.000 unità), seguita da Italia (118.837 unità), Francia (88.000 unità) e Svizzera (67.500 unità). I posti di lavoro creati dall'industria dei DM rappresentano circa lo 0,3% dell'occupazione totale in Europa e sono altamente produttivi per via dell'elevato valore aggiunto.

Per quanto riguarda l'incidenza degli occupati sulla popolazione, l'Irlanda è al primo posto in Europa, con 89 occupati ogni 10.000 abitanti, seguita da Svizzera e Austria (rispettivamente 77 e 32); l'Italia è sesta, con 20 occupati ogni 10.000 abitanti.

In Italia, nell'ultimo anno, secondo i dati riportati da Confindustria DM, si è registrato un aumento del numero di occupati del +5,6%, contando nel 2022 118.385 occupati.

14.4. Riflessioni finali

Nel capitolo sono stati analizzati i principali indicatori descrittivi dell'evoluzione dell'industria che produce beni utilizzati direttamente e/o indirettamente per il settore sanitario, con particolare attenzione

all'industria farmaceutica e dei dispositivi medici.

Il settore è strategico per l'Italia che rappresenta uno dei principali Paesi di produzione a livello mondiale: la quota di produzione italiana nel settore dei farmaci rappresenta il 10,6% di quella europea e quella dei DM l'8,8%.

A livello nazionale il valore di produzione dei due settori rappresenta il 3,4% del PIL.

Nell'ultimo decennio, la crescita della produzione farmaceutica è stata superiore di circa quattro volte al tasso di crescita del PIL, e quella dei DM di oltre 5: confermando l'importanza del settore *life sciences* anche per lo sviluppo economico del Paese.

A conferma di ciò, in Italia il settore farmaceutico presenta un valore aggiunto per addetto che è tre volte superiore a quello medio del settore manifatturiero (€ 714,3 per 1.000 occupati).

Nel settore dei DM, il valore del mercato per addetto risulta inferiore del farmaceutico ma significativa (€ 92,6 per 1.000 occupati)

Il mercato dei due settori è rilevante e si è incrementato in seguito alla pandemia da Covid-19: il valore del mercato farmaceutico nel 2022 ha raggiunto i € 49 mld., mentre quello dei DM si attesta a € 16,2 mld..

Per quanto concerne l'interscambio estero, si registra un saldo della bilancia commerciale positivo per il settore farmaceutico (+ € 9,1 mld.) e negativo per quello DM (- € 1,9 mld.).

In termini di occupati, l'Italia risulta il terzo Paese in Europa per le unità dell'industria farmaceutica (68.600 occupati nel 2022), registrando un aumento del +1,0% medio annuo negli ultimi dieci anni. Nel settore dei DM occupa la seconda posizione (118.800 unità).

L'Italia si distingue in particolare in alcuni segmenti, quale quello dei vaccini che, nell'ultimo decennio, ha significativamente contributo al saldo positivo della bilancia commerciale dei farmaci, e quello dei diagnostici in vitro, per il quale si detiene il 10% del mercato europeo.

I dati raccolti, e le evidenze disponibili sull'indotto che il settore crea, suggeriscono come l'industria delle *life sciences*, oltre a fornire i beni necessari per tutelare la salute dei cittadini, potrebbe rappresentare un volano strategico per la crescita del Paese: per raggiungere questo obiettivo, è però necessario che siano adottate e/o il potenziate politiche di incentivo finalizzate a favorire lo sviluppo del settore in aree tecnologiche con un valore di produzione per addetto superiore rispetto a quello attuale (che è circa pari alla metà di quello tedesco).

Riferimenti bibliografici

Confindustria Dispositivi Medici (anni vari). "Il settore in numeri"

Evaluate pharma world preview 2022 – outlook to 2028

Farmindustria (anni vari). " Indicatori farmaceutici regionali"

Istat, database i.stat

MedTechEurope report (anni vari)

Rapporto EFPIA (anni vari). "European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations"

ENGLISH SUMMARY

The healthcare industry: evolution and perspectives

The health industry sector is strategic in all developed countries; Italy is one of the main producing countries (accounting for 3.4 percent of GDP at the national level), holding a share of European markets that, in the pharmaceutical sector, is 10.6 percent and, in the MD sector, 8.8 percent.

Bearing witness to the importance of the life sciences sector for economic development, over the past decade the growth of pharmaceutical production has been more than four times the GDP growth rate, and that of MDs more than 5.

Confirming also the strategic nature of the sector, it should be noted that the pharmaceutical sector has a value added per employee that is three times the average one of the manufacturing sector (€ 714.3 per 1,000 employees). In the MD sector, the market value per employee is lower than in the pharmaceutical sector, but still significant (€ 92.6 per 1,000 employees).

The market of both sectors has increased as a result of the Covid-19 pandemic: the pharmaceutical market value in 2022 reached € 49 billion, while that of MDs stood at € 16.2 billion.

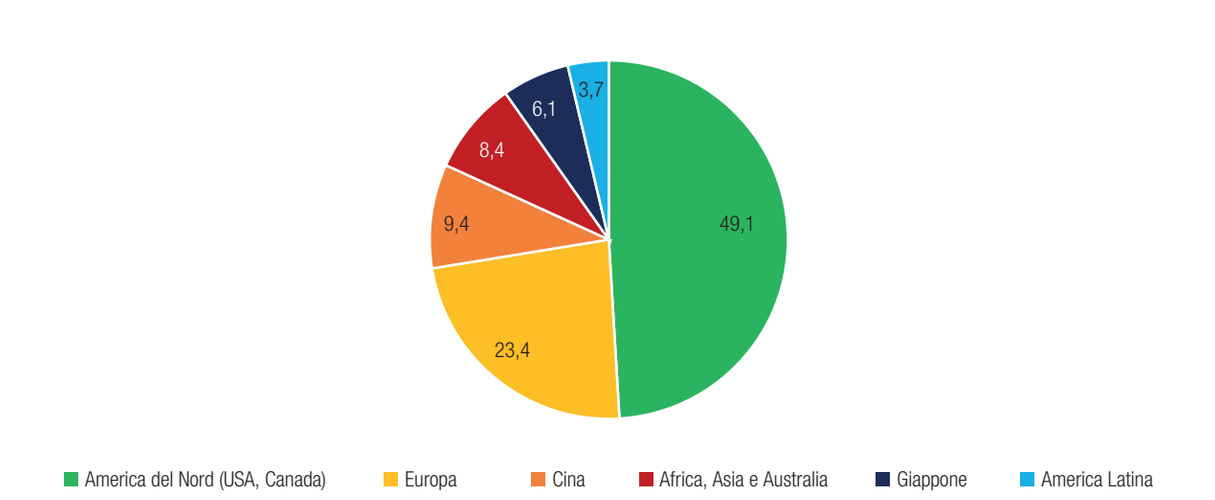
In terms of foreign trade, there is a positive trade balance for the pharmaceutical sector (+€ 9.1 billion) and a negative one for the MD sector (-€ 1.9 billion).

In terms of employment, Italy ranks third in Europe in terms of people employed in the pharmaceutical industry (68,600 employees in 2022), with an average 1% annual increase over the last ten years. In the MD sector, it ranks second in Europe with 118,800 employees.

Italy stands out in some production segments: vaccines, in particular, which, in the last decade, have significantly contributed to the positive balance of pharmaceutical trade; and in vitro diagnostics, for which it holds 10 percent of the European market.

The data collected, and the evidence available on the linked industries that the sector creates, suggest that the life sciences industry - besides providing the goods needed to protect citizens' health - could be a strategic driver for the country's growth. In view of achieving this goal, however, incentive policies designed to encourage the development of the sector in technological areas with a higher production value per employee than the current one (which is about half of that of Germany) need to be adopted and/or enhanced.

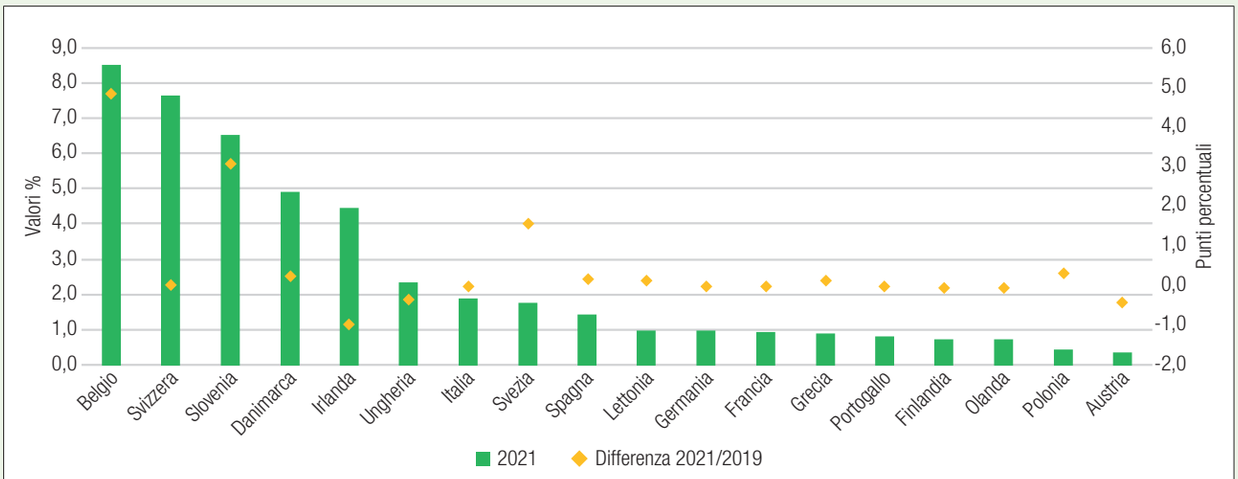
KI 14.1. Composizione mondiale del mercato. Valori %. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, il mercato mondiale farmaceutico, vale € 1.062,7 mld., quello Nord-americano (USA e Canada) ne rappresenta il 49,1%, segue l'Europa con il 23,4%, la Cina con il 9,4% ed il Giappone con il 6,1%. Africa, Asia, Australia ed America Latina rappresentano complessivamente il 12,1% del mercato mondiale.

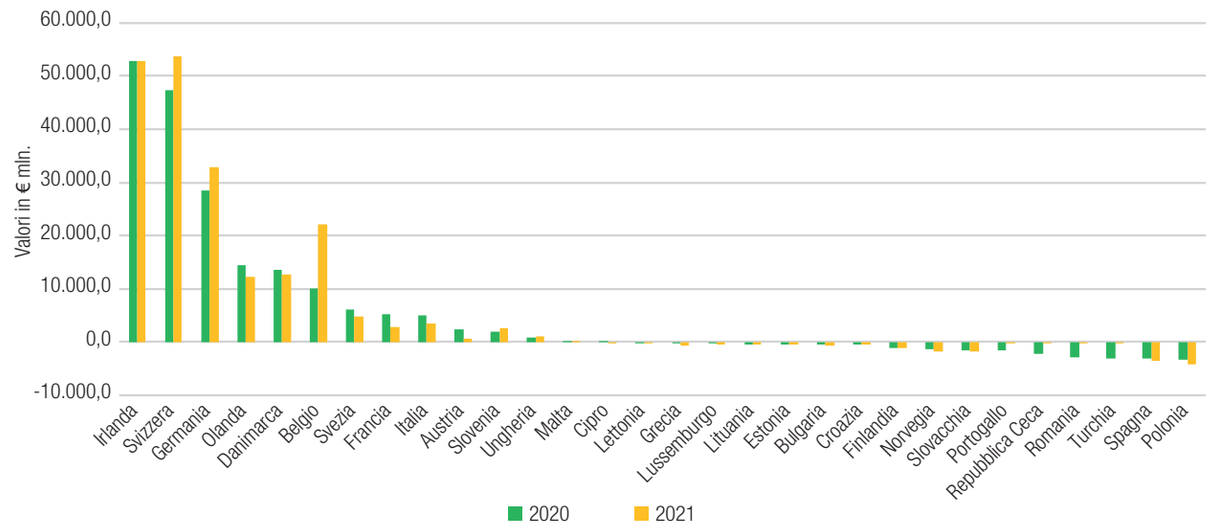
KI 14.2. Incidenza della produzione farmaceutica su PIL. Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, il valore della produzione farmaceutica in Europa rappresenta in media il 2,2% del PIL; il Belgio registra l'incidenza maggiore (8,5%), seguita dalla Svizzera (7,7%) e la Slovenia (6,5%); l'Italia si posiziona al settimo posto in Europa, con un incidenza dell'1,9%. Il Belgio è il Paese che registra l'incremento (2021-2019) del valore della produzione farmaceutica sul PIL con +4,9 punti percentuali (p.p.), seguita da Slovenia (+3,1 p.p.) e Svezia (+1,6 p.p.); si registra una riduzione dell'incidenza in Irlanda (-1,0 p.p.), Austria (-0,4 p.p.), Ungheria e Olanda (rispettivamente -0,3 e -0,1 p.p.).

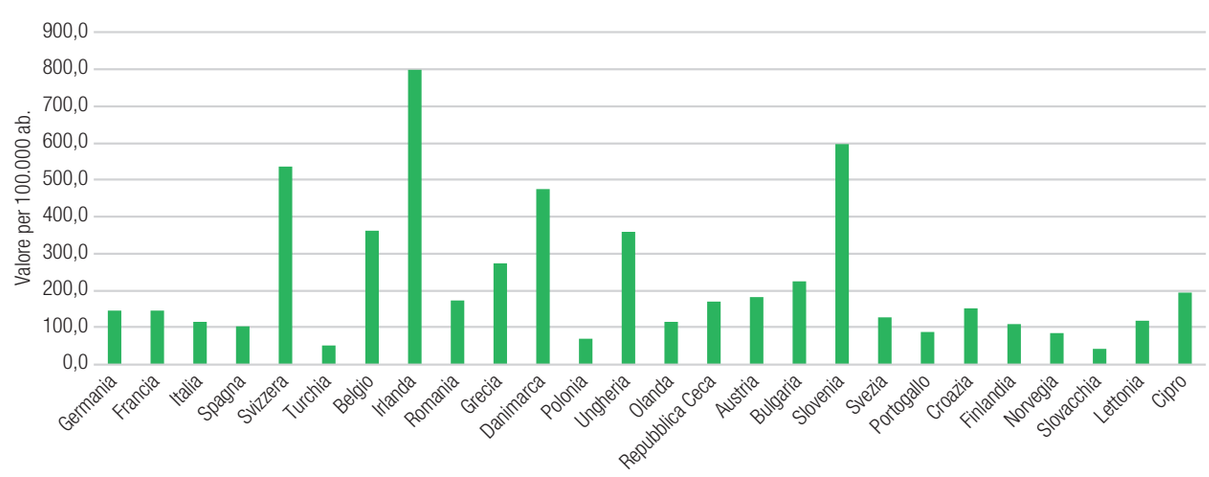
KI 14.3. Bilancia commerciale industria farmaceutica. Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la Svizzera è il Paese europeo che registra il saldo maggiormente positivo della bilancia commerciale farmaceutica (+€ 53,7 mld.), seguita dall'Irlanda (+ € 52,8 mld.) e dalla Germania con (€ +32,9 mld.). Rispetto all'anno precedente è il Belgio il Paese che ha registrato il maggiore incremento del saldo (+122,3%), seguito dalla Slovenia con +44,8% e da Malta (+29,1%). L'Italia, rappresenta il nono Paese europeo per saldo (positivo) della bilancia commerciale, con una diminuzione nell'ultimo anno del -30,8%, passando da un saldo di +€ 5,1 mld. a +€ 3,5 mld. nel 2021. Nel biennio 2020-2021 il Belgio registra il maggiore saldo commerciale positivo anche per la voce dei medicinali (+ € 12,2 mld.), seguita da Svizzera (+€ 6,4 mld.) e Germania (+€ € 4,5 mld.).

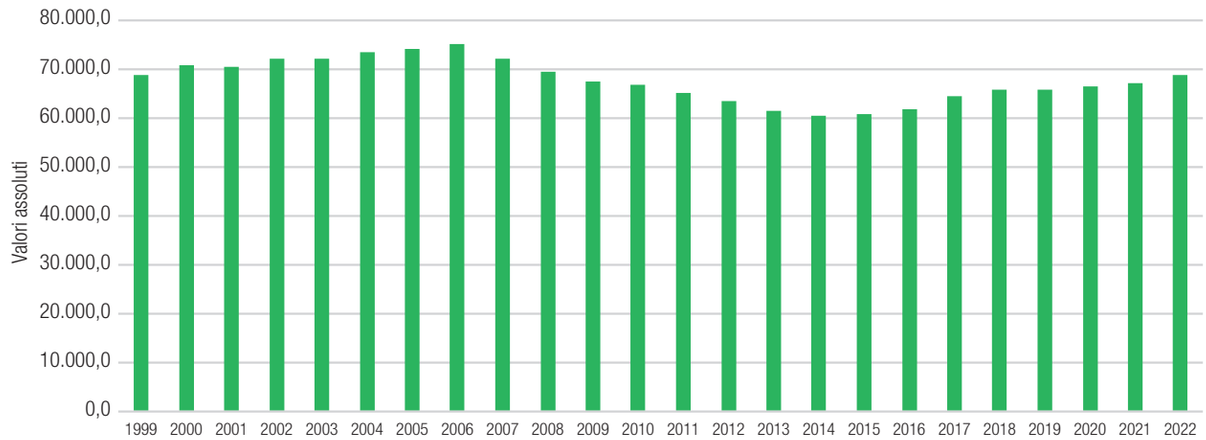
KI 14.4. Tasso di occupazione dell'industria farmaceutica in Europa. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la Germania risulta essere il Paese con il maggior numero di occupati nel settore (121.245), in aumento nell'ultimo decennio del +1,4% medio annuo, seguita da Francia (99.310 occupati e +0,9% medio annuo) e Italia (67.300 occupati e +1,0% medio annuo). Rapportando il numero di occupati alla popolazione, l'Irlanda risulta essere il Paese con la maggiore incidenza del settore, contandone 74,5 ogni 10.000 ab.; seguita dalla Svizzera che ne conta 54,2, e dalla Slovenia con 53,5; in Italia si contano 11,2 occupati ogni 10.000 ab..

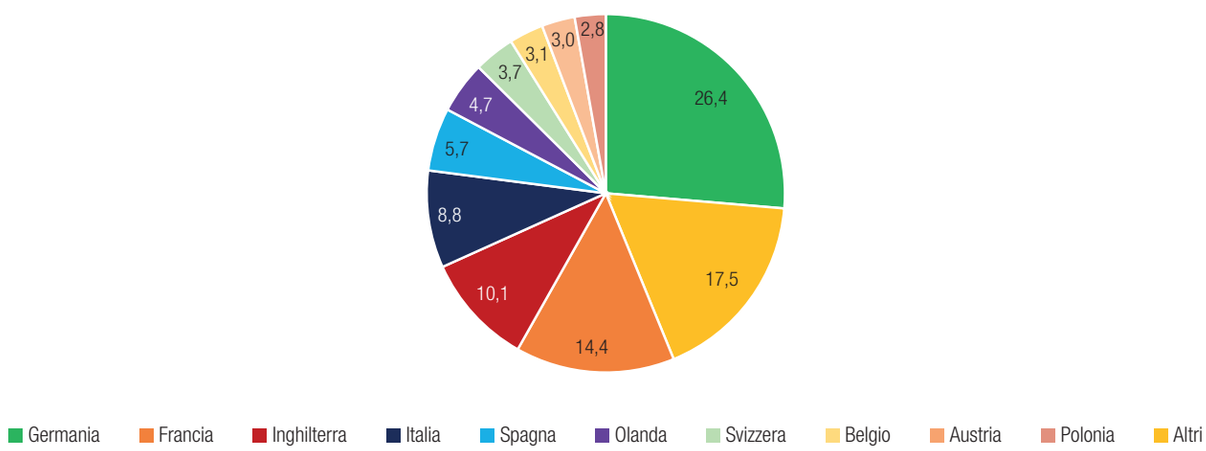
KI 14.5. Numero occupati industria farmaceutica. Italia



Fonte: elaborazione su dati Farmindustria, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, il numero di occupati dell'industria farmaceutica in Italia è pari a 68.600 unità (+1,9% rispetto all'anno precedente), rappresentando l'1,6% degli occupati del settore manufatturiero e lo 0,3% del totale. Nell'ultimo decennio si è registrata una crescita degli occupati del +8,0%.

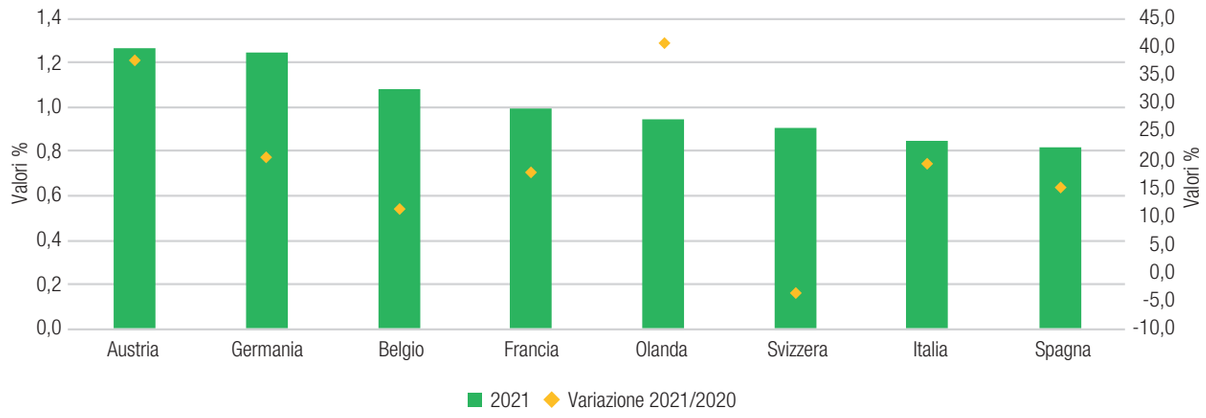
KI 14.6. Composizione del mercato europeo dei dispositivi medici. Valori %. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, il mercato europeo dei dispositivi medici risulta pari al 26,4% di quello mondiale, con un valore di € 160,0 mld., in diminuzione del -0,9% rispetto all'anno precedente. Il contributo maggiore è rappresentato dalla Germania con € 42,2 mld., segue la Francia con € 23,0 mld., l'Inghilterra con € 15,2 mld. e l'Italia con € 14,1 mld., che ne rappresentano rispettivamente il 26,4%, 14,4%, 3,9% e 5,7%.

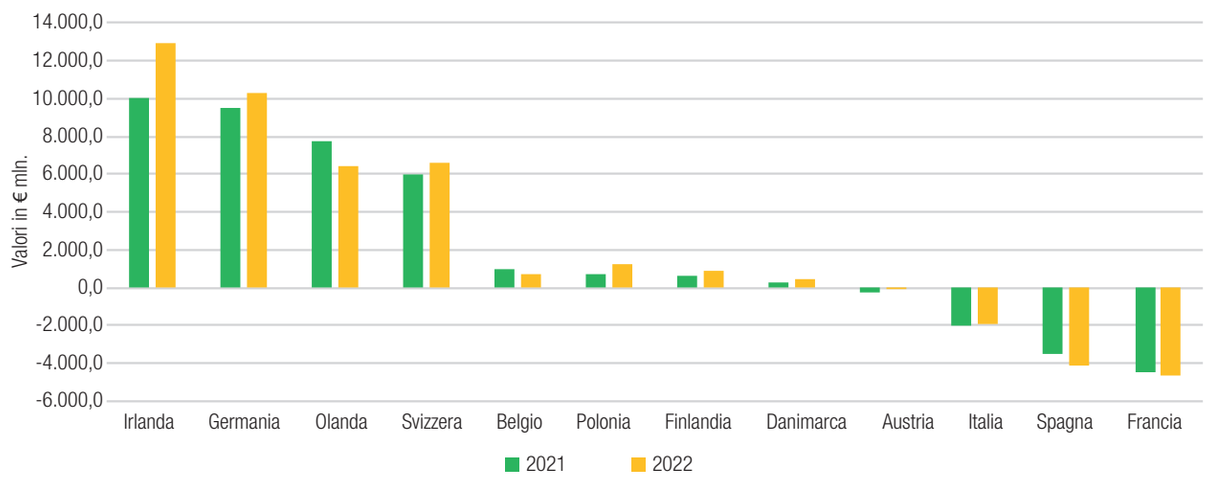
KI 14.7. Incidenza del mercato dei dispositivi medici su PIL in Europa



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la maggiore incidenza della produzione di dispositivi medici sul PIL, si registra in Olanda (1,2%), seguono la Germania e il Belgio con l'1,1%, quindi l'Austria (1,0%), la Francia (0,9%) e Svizzera, Spagna e Italia con lo 0,8%.

KI 14.8. Bilancia commerciale DM in Europa



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, Irlanda, Germania, Olanda e Svizzera risultano essere i Paesi con il migliore saldo della bilancia commerciale del settore dei DM: rispettivamente € +12,9 mld., € +10,3 mld., € +6,6 mld.. Francia, Spagna e Italia registrano invece saldi negativi (rispettivamente € -4,6 mld., € -4,1 mld. e € -1,9 mld.). Nel biennio 2021-2022, il saldo dell'interscambio ha registrato un miglioramento soprattutto in Polonia, Danimarca e Finlandia (+70,7%, +56,7% e +30,0%); è peggiorato invece in Olanda, Belgio ed Austria (-16,8%, -23,0% e -81,5%).

Capitolo 15

Osservatori permanenti

Permanent Observatories

15a. Impatto socio-sanitario ed economico delle dipendenze in Italia

15b. VII Rapporto OSSFOR

CAPITOLO 15
Osservatori permanenti

Il capitolo 15 fornisce una sintesi delle attività degli Osservatori a cui partecipa C.R.E.A. Sanità: nello specifico l'Osservatorio sull'Impatto Socio-sanitario ed Economico delle Dipendenze in Italia (OISED) e l'Osservatorio sui Farmaci Orfani (OSSFOR).

L'osservatorio OISED, è nato nel 2022 da una iniziativa congiunta di C.R.E.A. Sanità e di Ce.R.Co (Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze): è il primo centro studi e *think thank* interamente dedicato allo sviluppo di analisi a supporto della *governance* e la sostenibilità del settore per la cura delle dipendenze.

L'obiettivo che si pone OISED è quello di colmare le lacune esistenti nelle conoscenze e informazioni sul settore delle dipendenze, favorendo così il confronto tra Istituzioni e principali *stakeholder* del sistema di risposta alle dipendenze; l'Osservatorio alimenta una banca dati dedicata al tema delle dipendenze (OISED – DATA), da cui sviluppa indicatori a livello nazionale e regionale, rappresentativi delle dimensioni socio-sanitaria, economica e giudiziaria dell'assistenza alle dipendenze.

Nella *vision* di OISED, il sistema di gestione del fenomeno delle dipendenze patologiche all'interno Sistema Sanitario Nazionale ed in quelli Regionali, necessita di inglobare gli aspetti che generano un impatto in ambito giudiziario ed economico e, quindi, in ultima istanza, sulla Società.

A fronte degli importanti investimenti necessari per sostenere il sistema di assistenza e cura delle dipendenze, l'aspettativa dovrebbe essere quella di garantire una corretta presa in carico e, quindi, un trattamento appropriato dei pazienti, in modo da massimizzare il ritorno dell'investimento in termini di salute e sicurezza per la Società.

Nel 2022, prima annualità, OISED si è concentrato sull'analisi dei modelli organizzativi, sull'epidemiologia, oltre che sull'impatto giudiziario ed economico, con specifico riferimento alla dipendenza da stupefacenti e da alcol.

CHAPTER 15
Permanent Observatories

Chapter 15 summarizes the activities of the Observatories in which C.R.E.A. Sanità participates: specifically, the Observatory on the Socio-Health and Economic Impact of Addictions in Italy (OISED) and the Observatory on Orphan Drugs (OSSFOR).

The OISED Observatory was established in 2022, thanks to a joint initiative of C.R.E.A. Sanità and Ce.R. Co (Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze): it is the first research centre and think thank fully dedicated to developing analyses to support the governance and sustainability of the addiction treatment sector.

OISED's objective is to fill the existing gaps in knowledge and information on the addiction sector, thus fostering an exchange of views between institutions and the main stakeholders of the addiction response system. The Observatory feeds a database dedicated to the theme of addiction (OISED - DATA), from which it develops indicators at national and regional levels, representative of the socio-health, economic and judicial dimensions of addiction care.

In OISED's vision, the system to manage pathological addictions within the National and Regional Health Services needs to include the aspects that generate an impact in the judicial and economic spheres and, ultimately, on Society.

Considering the significant investment needed to support the addiction care and treatment system, expectations should be to ensure proper care and, therefore, appropriate treatment of patients, with a view to maximising the return on investment in terms of health and safety for Society.

In 2022, its first year of operation, OISED focused on the analysis of organisational models, epidemiology, as well as judicial and economic impact, with specific reference to drug and alcohol addiction.

The OSSFOR Observatory was established in 2016, thanks to a joint initiative of C.R.E.A. Sanità and the web journal Osservatorio Malattie Rare (O.Ma.R.), with the aim of supporting health policies concerning rare diseases (RDs) and, in particular, technologies specifically developed for them, such as orphan drugs (ODs).

OSSFOR's mission is to promote the definition of an effective and efficient governance of the sector, designed to ensuring both patients' access to therapies and the sustainability of the system.

OSSFOR develops research activities, systematising the information available in the field of epidemiology, economics, law and management of patients with rare diseases. It also promotes opportunities for meetings between institutions and the main stakeholders of the health and social system.

The 7th OSSFOR Report of 2023 is composed of 19 contributions that address the epidemiological perspective, as well as the perspective of access and research in the field of orphan drugs, and that of the expenditure borne by the NHS and governance.

The trends analysed in the sector have highlighted a situation that can be defined as "frozen". While recognising that improvements have been made in terms of new therapeutic opportunities reaching the market and in terms of access time, some problems persist in care responses and, in particular, in the reports of patients and their Associations. According to OSSFOR's evidence, the sector is in a transition phase, pending the effects of Law No. 175 and of the Tariff Decree at national level, as well as the completion at European level of the process to reform the regulatory framework for orphan drugs and paediatric medicines in the EU, for which the European Commission has deemed necessary to initiate a revision (Inception Impact Assessment - Revision of the EU legislation on medicines for children and rare diseases, 2020).

The need to monitor the implementation processes of the new governance is ultimately confirmed, while continuing to provide evidence to support proposals for correcting and improving the aspects of governance that may be subject to distortion risks and/or unable to meet the needs of patients and their families.

CAPITOLO 15a
Impatto socio-sanitario ed economico delle dipendenze in Italia

d'Angela D.[1], Lucchini A.[2], Alborghetti A.M.[3], Barbarini G.[2], Carrieri C.[1], d'Angela C.[4], Grosso L.[5], Monti E.[2], Nava F.[6], Spandonaro F.[7]

15a.1. Cos'è OISED

L'Osservatorio OISED (Osservatorio Impatto Socio-Economico delle Dipendenze), nato nel 2022 da una iniziativa congiunta del Centro di ricerca C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e di Ce.R.Co (Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze), è il primo Centro Studi e *think thank* interamente dedicato allo sviluppo di analisi a supporto della *governance* e la sostenibilità del settore per la cura delle dipendenze.

L'obiettivo che si pone OISED è quello di colmare le lacune esistenti nelle conoscenze e informazioni sul settore delle dipendenze, favorendo così il confronto tra Istituzioni e principali *stakeholder*; inoltre, si propone di alimentare costantemente una banca dati dedicata al tema delle dipendenze (OISED – DATA), contenente indicatori a livello nazionale e regionale, rappresentativi delle dimensioni socio-sanitaria, economica e giudiziaria dell'assistenza alle dipendenze.

Nella *vision* di OISED, il sistema di gestione del fenomeno delle dipendenze patologiche dovrebbe essere perfettamente integrato nel Sistema Sanitario Nazionale ed in quelli Regionali, inglobando l'impatto che si genera in ambito giudiziario ed economico e, in ultima istanza, sulla Società.

A fronte degli importanti investimenti necessari per sostenere il sistema di assistenza e cura delle dipendenze, l'aspettativa dovrebbe essere quella di garantire una corretta presa in carico e, quindi, un trattamento appropriato dei pazienti, in modo da massimizzare il ritorno dell'investimento in termini di salute e sicurezza per la Società.

La prima annualità dell'Osservatorio si è concentrata sull'analisi dei modelli organizzativi, sull'epidemiologia, sull'impatto giudiziario ed economico riferiti al fenomeno della dipendenza da stupefacenti e da alcol.

Per determinare il costo per la Società delle due forme di dipendenza, sono stati predisposti appositi modelli che, senza pretesa di rappresentare uno strumento previsivo, costituiscono uno strumento deputato a quantificare gli impatti delle politiche sanitarie, sociali e giudiziarie applicate al fenomeno delle dipendenze, permettendo di trarre indicazioni per la formulazione delle politiche di settore.

15a.2. Organizzazione dei servizi

La prima annualità del progetto ha permesso di confermare che il dimensionamento dell'offerta socio-sanitaria deputata alla presa in carico di soggetti con dipendenza da stupefacenti e/o alcol, presenta un'importante variabilità regionale: sia in termini di personale dedicato, che di tipologia di figure professionali presenti; per quanto concerne la dipendenza da stupefacenti, il Nord-Ovest risulta essere la realtà

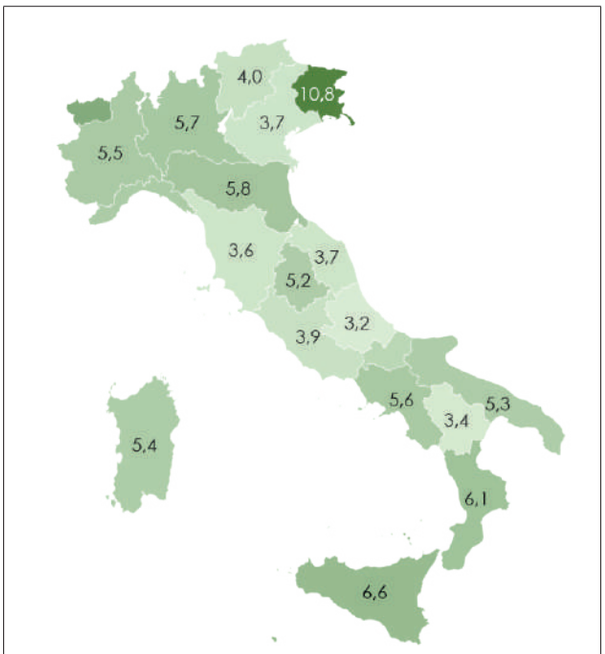
[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
[2] Ce.R.Co. Centro Studi e Ricerche – Consumi e Dipendenze
[3] Camera Penale di Padova
[4] C.R.E.A. Sanità
[5] Gruppo Abele, Torino
[6] Area penale e dipendenze ULSS Padova, FeDerSerD
[7] Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

con il maggior organico in rapporto alla popolazione, agli utenti presi in carico, nonché in termini di ricorso al ricovero ospedaliero; per quella da alcol è, invece, "in testa" il Nord-Est. Per entrambe le forme di dipendenza il minor tasso di personale e di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno del Paese.

Sebbene nel caso della dipendenza da alcol non si tratti di personale dedicato in modo esclusivo alla presa in carico degli utenti, il personale in rapporto agli utenti in carico per la dipendenza da stupefacenti è di circa il 30% inferiore a quello per la presa in carico delle dipendenze da alcol (rispettivamente 5 vs 6,4 8 ogni 100 utenti in carico) (Figura 15a.1).

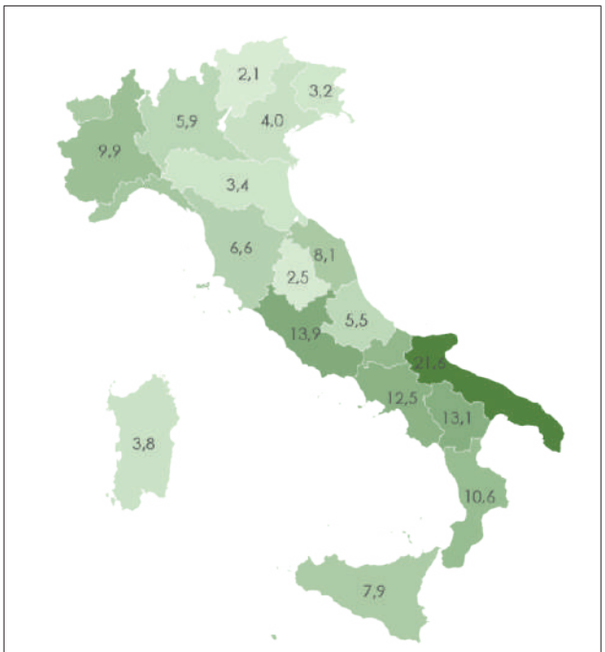
Riferendosi alla situazione rilevata nel 2015, negli ultimi anni si è registrata una riduzione del personale per utente nei SerD, in controtendenza con quanto registrato nel personale operante presso i servizi di alcologia: nei SerD si sono perse in media 0,5 unità di personale ogni 100 utenti in carico e nei servizi di alcologia, invece, se ne contano 0,4 in più (ogni 100 utenti) (Figura 15a.2.).

Figura 15a.1. Unità di personale nei SerD ogni 100 utenti con dipendenza da stupefacenti in carico



Fonte: elaborazione su dati OISED, 2023 - © OISED

Figura 15a.2. Unità di personali nei servizi di alcologia ogni 100 utenti con dipendenza da alcol in carico



Fonte: dati Rapporto OISED, 2023 - © OISED

La composizione per ruolo professionale è sovrapponibile per le due forme di dipendenza. Nel Mezzogiorno sono prevalenti le figure dell'infermiere e medico; nelle altre realtà assume un ruolo rilevante anche la figura dello psicologo.

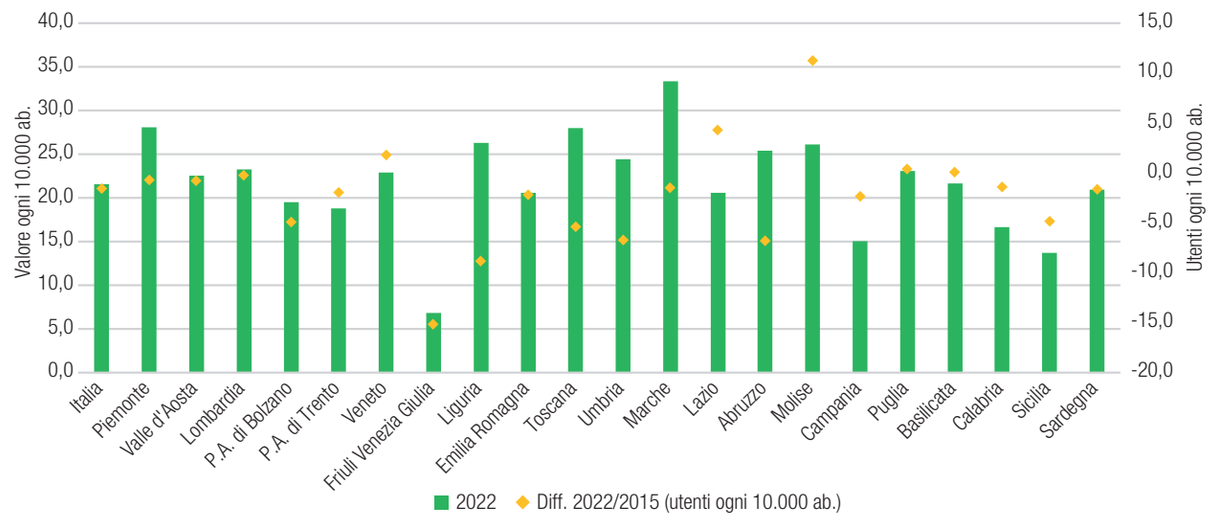
A livello regionale, in Toscana, Campania e Sardegna prevale la componente medica; in Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Umbria quella infermieristica; in P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta prevale la presenza dello psicologo.

Il tasso di presa in carico, in rapporto alla popolazione, degli utenti con dipendenza da stupefacenti, è circa il doppio di quella relativa alla dipendenza da alcol.

Per via della pandemia, nel 2020, si è registrato un calo delle prese in carico, sebbene già nel 2021 si registri una ripresa. Rispetto al 2015, si è comunque registrata una riduzione degli utenti in carico, che ha interessato soprattutto gli utenti con dipendenza da stupefacenti (-9,3% vs -7,4%).

Nel 2022, risultano prese in carico dai SerD 127.365 persone con dipendenza da sostanze stu-

Figura 15a.3. Tasso di presa in carico da parte del SerD e dinamica 2022/2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

pefacenti (-6,6%, ovvero -8.955 casi, rispetto all'anno pre-pandemico), pari a 21,6 ogni 10.000 abitanti; di questi il 13,6% sono nuovi casi. Considerando le sostanze stupefacenti come sostanze di abuso secondarie, tale casistica supera i 200 mila utenti.

Rispetto all'anno pre-pandemico (2019) la riduzione di utenti presi in carico è pari a 1,2 unità ogni 10.000 abitanti; rispetto all'ultimo anno, invece, si è registrato un incremento di tale numero: nel primo anno della pandemia (2020) la "prevalenza" aveva raggiunto un valore pari a 20,9 utenti ogni 10.000 abitanti.

Rapportando il dato alla popolazione, è possibile osservare come nel Nord-Ovest del Paese sia maggiore la prevalenza di persone con dipendenza da stupefacenti prese in carico, che si attesta a 24,9 soggetti ogni 100.000 ab.; segue il Centro con 24,8, il Nord-Est con 20,0 e il Mezzogiorno con 17,9 (Figura 15a.3.).

Altrettanto significativa è la variabilità a livello regionale, che passa da un valore massimo di 33,4 utenti ogni 100.000 ab. delle Marche ad uno minimo di 6,9 del Friuli Venezia Giulia.

Nel medio periodo registriamo una riduzione delle prese in carico del -9,3% (1,5 utenti in meno ogni 10.000 ab.) rispetto al 2015: la contrazione è stata massima nel Mezzogiorno (-2,3 utenti), seguita dal Nord-Est (-2,0 utenti) e dal Nord-Ovest (-1,2 utenti); nel Centro il livello di presa in carico è rimasto pressocché invariato (-0,3 utenti).

Per l'alcol il maggior tasso di presa in carico si riscontra nel Nord-Est; per i tossicodipendenti nel Nord-Ovest. La quota di nuovi utenti è maggiore nella dipendenza da alcol (oltre il 25%); nei tossicodipendenti sfiora il 15%.

Nel 2021, risultano assistite presso i Servizi di alcologia 63.490 persone con dipendenza[8]: dalla analisi della serie storiche sembrerebbe, però, potersi proporre una sottostima di circa 3.000 casi nell'ultima annualità, che porterebbe gli utenti in carico per tale forma di dipendenza, a circa 67.000 (+3,8% rispetto all'anno precedente), pari a 12,4 ogni 10.000 abitanti di età 16+, di cui il 26,0% per nuovi casi.

Rapportando il dato alla popolazione si osserva come la maggiore prevalenza di persone con dipendenza da alcol prese in carico dai Servizi di alco-

8 Relazione del Ministero della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge n.125 del 30.3.2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"

logia si riscontra nel Nord-Est del Paese, con 19,2 soggetti ogni 10.000 ab. 16+; seguono il Nord-Ovest ed il Centro con 13,2 e 12,5 rispettivamente, ed il Mezzogiorno con 7,9.

Si conferma un'importante variabilità a livello regionale: si passa da un valore massimo di 59,5 utenti ogni 10.000 ab. 16+ della P.A. di Bolzano ad uno minimo di 5,5 della Puglia.

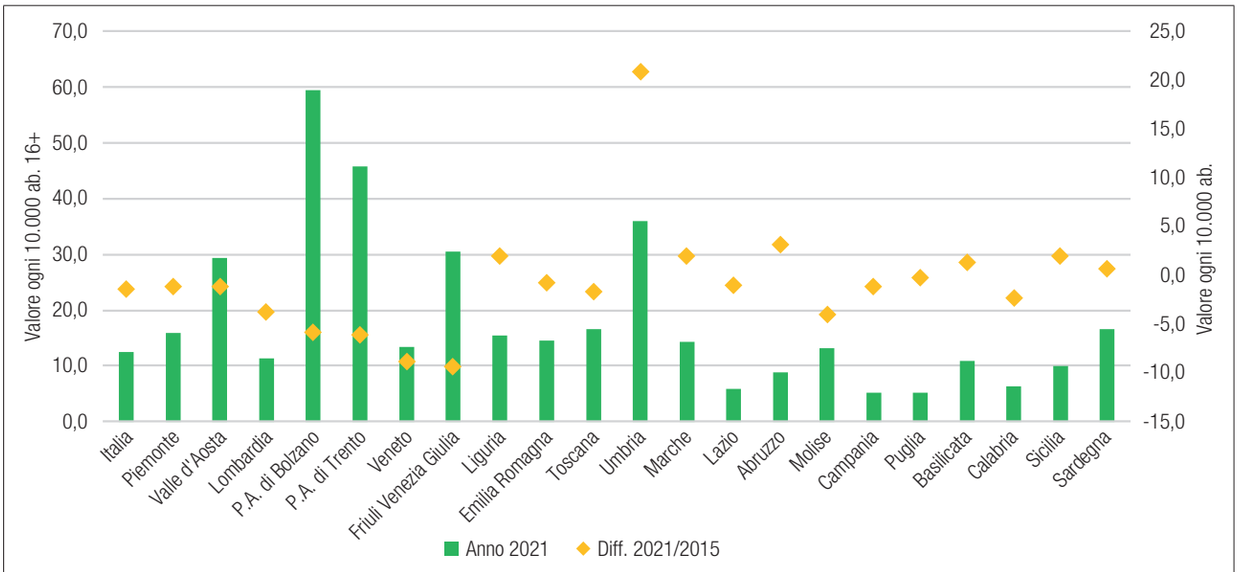
Si fa presente che il diverso livello di presa in carico tra le diverse realtà regionali può non essere indicativo in toto di un differente livello di presa in carico, poiché risente dei diversi modelli organizzativi in essere: in moltissime realtà il soggetto con dipendenza da alcol viene preso in carico nei SerD (Figura 15a.4.).

Rispetto al 2015 si è registrata una riduzione delle prese in carico del -7,4% (1,2 utenti in meno ogni 10.000 ab.): in particolare la contrazione ha interessato il Nord-Est (-4,5 utenti), ed il Nord-Ovest con -2,1 utenti; nel Centro e nel Mezzogiorno si è registrato invece un aumento di rispettivamente +0,7 e +0,1 utenti (ogni 10.000 ab.)

Passando alle attività, il ricorso all'ospedalizzazione per le patologie alcol-attribuibili è circa 2,5 maggiore a quello per le patologie droga-correlate: 69,1 vs 28,9 ogni 100.000 ab.; e quello per l'alcol in crescita rispetto al 2015. Il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza, in aumento del +32,1% nell'ultimo anno, registra un rapporto 1:4 tra chi ha fatto abuso di droghe e chi di alcol: 18,4 e 59,6 ogni 100.000 rispettivamente; analogamente a quanto osservato per l'ospedalizzazione, il tasso maggiore di accessi al Pronto soccorso per consumo di stupefacenti si concentra soprattutto nel Nord-Ovest del Paese, quello per alcol nel Nord-Est. Per entrambe le tipologie di utenti, il 60-70% degli accessi avvengono in seguito ad un trasporto da parte del 118 e in circa il 10% dei casi esitano in un ricovero ospedaliero.

Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei Ser.D. e l'utenza con dipendenza da stupefacenti in carico risulta essere bassa (35,2%) indicando l'assenza di *standard* omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Campania e Friuli Venezia Giulia, o Veneto e Valle d'Aosta, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 70%; analogamente, Calabria, P.A. di Trento e Basilicata, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l'80%.

Figura 15a.4. Tasso di presa in carico da parte dei servizi di alcologia e dinamica 2021/2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISEDdata

Anche nei servizi di alcologia si riscontra tale situazione: alcune Regioni, quali ad esempio Veneto ed Emilia Romagna e Basilicata, Piemonte e Molise, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 300%; analogamente, Puglia e Friuli Venezia Giulia, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi il 500%.

Pur tenendo conto di diversi modelli organizzativi questo dato appare significativo.

In termini di numero di prestazioni erogate per utente, si conferma l'importante variabilità regionale, sebbene la composizione delle diverse tipologie non vari molto. Per la dipendenza da stupefacenti, nel Mezzogiorno si osserva un maggior ricorso ai trattamenti farmacologici (oltre l'80% degli utenti), mentre nel Centro e nel Nord è significativo il ricorso a percorsi psicoterapeutici ed inserimenti in Comunità. Per la dipendenza da alcol solo un terzo ricorre a trattamenti farmacologici,

Entrambi i fenomeni hanno dei risvolti importanti anche in termini di contrasto da parte delle Forze dell'Ordine e giudiziario, generando costi per la gestione di illeciti amministrativi e dei reati commessi dai consumatori di sostanze, con i relativi processi e l'eventuale detenzione.

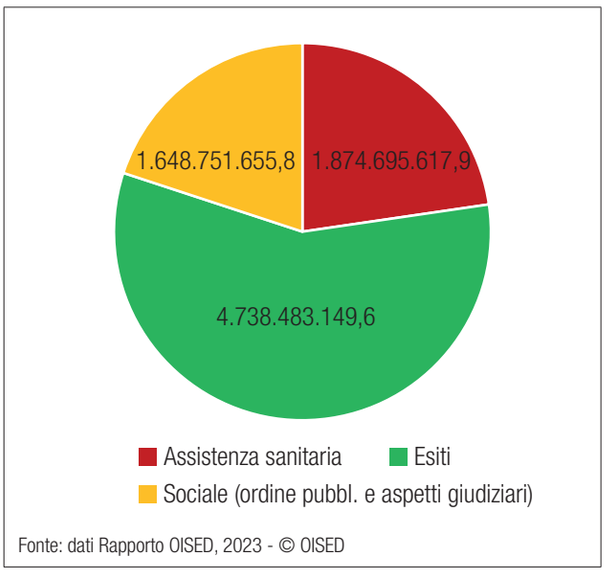
15a.3. Impatto economico

In termini economici, i fenomeni di dipendenza da stupefacenti e da alcol, generano un costo (diretto) annuo complessivo per il Paese pari a € 8,3 mld., di cui € 7,0 mld. il primo (considerando anche i poli-consumatori, e tanto il consumatore occasionale, quanto il tossicodipendente) e € 1,3 mld. il secondo (Figura 15a.5.).

Non consideriamo in questo ammontare i costi indiretti (perdite di produttività) e il valore delle sostanze stupefacenti che arriva a rappresentare circa € 15,5 mld. (1% del PIL italiano).

La gestione degli Esiti, intesa come trattamento delle patologie droga-correlate, rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella sociale (ordine pubblico e aspetti giudiziari) e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria di questi utenti.

Figura 15a.5. Composizione costo della dipendenza da stupefacenti e alcol. Valori in €. Anno 2021



Fonte: dati Rapporto OISED, 2023 - © OISED

Un tossicodipendente ha un costo (diretto) per il sistema Paese pari a circa tre volte quello di un soggetto con dipendenza da alcol. Rapportando il dato alla popolazione il rapporto tra i due fenomeno sale a oltre cinque: si passa da € 21,6 pro-capite per la dipendenza da alcol a € 118,4 per quella da stupefacenti.

Il modello stima che si possano mettere in atto azioni finalizzate a contenere gli "esiti del fenomeno", che comportano risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, incremento visite etc.) si stima potrebbero esserne risparmiati 4. Analogamente si stimano risparmi molto rilevanti ottenibili con gli effetti di una riduzione delle tempistiche dei processi penali e e/o l'inserimento in strutture riabilitative (alternative alla detenzione): potrebbero consentire un risparmio pari a € 59 mln. per ogni punto percentuale di riduzione dei casi "a rischio".

Per quanto concerne la dipendenza da alcol, considerando tanto i consumatori a rischio (8,6 milioni), quanto i consumatori con abuso di alcol (circa

670.000), eleggibili questi ultimi alla presa in carico da parte dei servizi, come anticipato si stima un costo (diretto) nazionale annuo per il Paese pari a € 1,3 mld..

Non sono considerati in questo ammontare i costi indiretti (perdite di produttività) e i costi per i trattamenti delle patologie riconducibili all'uso dell'alcol (trapianto di fegato, patologie oncologiche etc.), non essendo noti i tempi di esposizione al fattore di rischio, pur essendo consci della grande rilevanza economica di queste fattispecie, che fanno dell'alcolismo una rilevante patologia in termini di costi economici e perdita di vite.

Analogamente a quanto emerso per il fenomeno della tossicodipendenza, la gestione degli Esiti, in larga misura il trattamento delle patologie alcol-attribuibili quali cirrosi, steatosi alcolica, incidenti etc., rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella sociale (ordine pubblico e aspetti giudiziari) e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria (pubblica e del privato sociale) di questi soggetti.

Circa un terzo della popolazione carceraria è stato condannato per questioni droga-correlate, e per un terzo si tratta di popolazione straniera.

15a.4. Riflessioni finali

In sintesi, alla luce dell'elevato impatto del fenomeno delle dipendenze, a livello organizzativo, giudiziario ed economico, si ritiene auspicabile la definizione di:

- *standard* organizzativi finalizzati ad allineare l'offerta al fabbisogno "reale" (sviluppo e applicazione di indicazioni legislative)
- percorsi di presa in carico degli utenti (PDTA) trasversali tra servizi pubblici (ambulatoriali e ospedalieri), del privato sociale (servizi a bassa soglia, SMI, residenze e semiresidenze, comunità etc.) e carcere, finalizzati a:
  - o aumentare il numero di nuovi utenti in carico al fine di prevenire il verificarsi di "esiti" ed implicazioni a livello sociale (incidenti, denunce, etc.)
  - o garantire continuità nella presa in carico, in particolare per i detenuti stranieri una volta messi in libertà
  - o porre maggiore attenzione alle fasce di età giovanili
  - o garantire equità di trattamento.
- azioni finalizzare ad aumentare l'aderenza al trattamento, anche riducendo lo stigma, quali il potenziamento dell'approccio psicosociale, il ricorso ad approcci farmacologici sempre più personalizzati quali ad esempio, le formulazioni *long acting* che possono aumentare l'aderenza, etc..

Le azioni sopra elencate richiedono evidentemente investimenti di risorse economiche che, però, alla luce di quanto emerso dall'analisi, generano un ritorno per il Paese e, potenzialmente anche un risparmio.

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute (anni vari). Open data flusso informativo SIND

Ministero della Salute. Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge n.125 del 30.3.2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"

Ministero della Salute (anni vari). Flusso informativo SDO

Ministero della Salute (anni vari). Modelli LA

Presidenza del Consiglio dei ministri (anni vari). Relazione Dipartimento Politiche Antidroga

CAPITOLO 15b
VII Rapporto OSSFOR

Il Rapporto OSSFOR (Osservatorio Farmaci Orfani) ha la finalità di fornire un supporto alla comprensione delle dinamiche che caratterizzano il settore delle malattie rare e dei farmaci orfani, proponendo contributi originali capaci di leggerne i fenomeni da varie prospettive. Una specificità del Rapporto è rappresentata dall'impegno di elaborare dati quantitativi tesi a colmare le attuali carenze informative.

In particolare, il VII Rapporto 2023[1] raccoglie 19 contributi che possiamo raggruppare secondo quattro prospettive: le analisi epidemiologiche, l'accesso e la ricerca nel campo dei farmaci orfani, la spesa del SSN, gli aspetti di *governance*.

A seguire si riportano le principali evidenze contenute nei contributi, seguendo un percorso che si snoda attraversando le quattro aree citate.

Epidemiologia

Uno dei primi aspetti a cui si è dedicato OSSFOR, nell'intento di colmare le numerose carenze conoscitive che affliggono il settore delle malattie rare e dei farmaci orfani, è stato quello epidemiologico, ovvero della quantificazione, in termini di prevalenza, dei soggetti affetti da malattie rare e della valutazione degli oneri per loro sostenuti dal SSN. Allo stato, infatti, appare esserci una evidenza sul numero di soggetti esenti per malattia rara ma non dei malati rari nel loro complesso.

Ai fini della stima della prevalenza dei "malati rari", un elemento discriminante è quello del criterio di riconoscimento della "rarità" delle patologie, sulla determinazione del quale ancora non si è giunti ad una condivisione generale.

Per contribuire a fare chiarezza, OSSFOR ha realizzato una revisione sistematica della letteratura, da cui, tra i principali punti, è emerso come confrontando i dati di cinque diverse fonti - Orphanet, OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man), GARD (Genetic and Rare Disease information centre), DOID (Disease Ontology), NCI Thesaurus (National Cancer Institute Thesaurus) – sono state rilevate 6.370 malattie rare presenti in almeno tre dei suddetti *database*, ma anche 4.023 malattie che compaiono solo in alcuni; combinando le malattie elencate in questi registri (ed escludendo i duplicati), si otterrebbe un numero complessivo di oltre 10.300 patologie, numero che altri studi suggeriscono possa essere ancora sottostimato.

Tra gli studi identificati che affrontano la tematica, quelli che hanno considerato il maggior numero di malattie rare sembrano essere tutti legati al *database* di Orphanet, che adotta il criterio di definire patologie rare (e quindi da inserire nel *database*), quelle che colpiscono non più di 5 individui su 10.000, in linea con il Regolamento Europeo n. 141/2000 sui farmaci orfani: l'osservatorio, che si attesta come la fonte più completa per l'elaborazione di stime di prevalenza attendibili, nel suo più recente *report* sulla prevalenza e incidenza delle malattie rare riporta l'annotazione di 6.053 malattie rare.

Il dato, come anticipato, è condizionato dalla soglia di prevalenza adottata: i valori soglia utilizzati a livello internazionale non sono però univoci, portando a chiedersi le ragioni di questa "diversità di vedute".

Peraltro, l'analisi della letteratura sembra indicare come gli attuali valori soglia sulle malattie rare (tra

[1] Per approfondimenti si rimanda a http://www.osservatoriofarmaciorfani.it/category/pubblicazioni/

cui < 5 su 10.000 o < 1 su 2.500) non sembrino avere un fondamento scientifico solido e che senza un aggiornamento oltre che un approfondimento della metodologia alla base dei *threshold* considerati, si rischia di non cogliere appieno la problematicità delle malattie rare, svantaggiando le patologie ultra-rare, che certamente sono quelle che avrebbero bisogno di maggiore attenzione.

L'analisi della letteratura condotta da OSSFOR evidenzia come i criteri a cui agganciare la determinazione della soglia potrebbero, peraltro, essere molteplici; senza pretesa di esaustività citiamo (oltre la prevalenza ed eventualmente l'incidenza):

1. la complessità nel riconoscimento clinico della malattia e il conseguente ritardo diagnostico
2. la difficoltà nello svolgimento di trial clinici per dimostrare l'efficacia e la sicurezza delle nuove terapie per la patologia
3. Il livello di interesse delle case farmaceutiche in termini di innovazione e di profittabilità
4. la mancanza di studi scientifici che includano stime attendibili di prevalenza e incidenza.

Nei documenti di Orphanet si sottolinea, inoltre, l'impossibilità di elaborare un criterio di definizione di malattia rara svincolato da fattori demografici, ambientali, e sociali, che evidentemente costituiscono specificità uniche di ogni Paese.

Dalle analisi condotte si evidenzia, comunque, una tendenza a convergere sull'adozione di valori soglia desunti in relazione a quelli adottati delle agenzie regolatorie ai fini del riconoscimento degli incentivi ai farmaci orfani; la definizione di malattia rara, quindi, essenzialmente si fonda sull'osservazione di una mancata profittabilità delle terapie ad essa destinate.

Una scelta non esente da limiti: basti dire che la profittabilità è in realtà misurabile solo in seguito al *market access*.

Pur con i limiti legati alle problematicità descritte, OSSFOR si è impegnato ad analizzare le evidenze disponibili in tema di stima della prevalenza dei pazienti con malattia rara.

Recenti studi, avvalendosi di metodologie e fonti di dati distinte, hanno riportato valori di prevalenza compresi tra il 3,5% e il 5,9%, peraltro sostanzialmente in linea con la stima proposta nel 2019 da C.R. Ferreira (6,2%). L'analisi dei lavori ha, però, evidenziato una marcata eterogeneità relativamente al numero di malattie rare incluse in ciascuna delle analisi identificate dalla revisione. Una parte dell'eterogeneità riscontrata è certamente ascrivibile alle differenti definizioni di "rarità" adottate negli studi inclusi nella revisione. Malgrado ciò, nessuno studio considera più di 3.585 malattie rare, a fronte delle oltre 6.000 contenute in Orphanet.

Si tratta, in definitiva, di risultati certamente sottostimati, sebbene il *bias* sia di difficile valutazione, data la variabilità della prevalenza delle singole patologie, ed in particolare il fatto che un limitato numero di malattie rare, come dimostrato anche dalle analisi regionali presentate nelle scorse edizioni, è probabilmente responsabile di una gran parte dei casi prevalenti.

Malgrado la sottostima, appare condiviso che le MR siano in realtà relativamente comuni se considerate nel loro insieme, e in crescita per effetto dell'aumento demografico e del numero di malattie riconosciute grazie al miglioramento delle tecniche diagnostiche e delle terapie disponibili.

Farmaci orfani: accesso e ricerca

Passando alle terapie, ed iniziando dalla ricerca, si può osservare come le malattie rare contendano all'oncologia il primato in termini di numero di studi clinici avviati, tanto da rappresentare nel 2022 rispettivamente il 33% (verso il 40% dell'oncologia) del totale degli studi clinici iniziati; percentuali che hanno registrato una costante crescita nell'ultimo decennio. Per quanto riguarda, in particolare, il numero di soggetti arruolati annualmente negli studi sulle malattie rare, esso risulta stabile nell'ultimo decennio.

Per quanto concerne le terapie arrivate sul mercato, confrontando la disponibilità di Farmaci Orfani (FO) nei Paesi Europei (al 5.1.2023), lo studio W.A.I.T conferma che l'Italia occupa il secondo posto in Europa, con 50 prodotti disponibili (82% del totale dei prodotti approvati da EMA nel periodo considerato); si osserva anche un leggero miglioramento nel tempo del tasso di disponibilità

Il Paese con la più alta disponibilità di farmaci or-

fani (55) è la Germania, mentre Francia (48 prodotti disponibili) e Austria (47) mostrano livelli di disponibilità simili all'Italia.

Altri Paesi europei, come Grecia (34), Olanda (28) e Portogallo (28) si attestano invece su livelli significativamente inferiori.

Il differenziale tra Italia e Germania è principalmente dovuto ai prodotti approvati più recentemente (solo il 60% dei farmaci orfani approvati da EMA nel 2021 erano disponibili ad inizio 2023): in altri termini, ciò che fa la differenza appare essere il contesto regolatorio, che in alcuni Paesi, quali la Germania, permette una maggiore rapidità nell'accesso.

In effetti, l'Italia scende in graduatoria se si considerano i tempi di accesso: il tempo medio nazionale di inserimento nelle liste di rimborsabilità, pur inferiore alla media dei Paesi EU, è di circa 16 mesi, circa 5 volte maggiore che in Germania (3 mesi); tale periodo risulta anche in leggero aumento nel tempo, senza considerare che gli indicatori proposti (tasso e tempi di disponibilità) si riferiscono all'accesso a livello nazionale e non tengono conto delle possibili difformità e ulteriori ritardi del processo di immissione nelle liste dei farmaci rimborsabili a livello delle singole Regioni.

Un elemento degno di nota è che, in Italia, la disponibilità di farmaci orfani oncologici e non oncologici sia sostanzialmente comparabile, contrariamente alla media dei Paesi EU, in cui la disponibilità è significativamente maggiore per gli orfani oncologici.

In conclusione, l'Italia emerge dallo studio W.A.I.T. come uno dei Paesi che meglio garantiscono l'accesso ai farmaci orfani innovativi. Tuttavia, esistono ulteriori margini di miglioramento nell'accelerazione e lo snellimento dei processi per l'immissione nelle liste di rimborsabilità a livello nazionale e nelle singole Regioni.

Questa conclusione è confermata dal monitoraggio annuale OSSFOR sulle dinamiche dei processi autorizzativi per i FO.

Si conferma il tendenziale aumento del tempo che intercorre dalla designazione di FO all'ottenimento dell'autorizzazione EMA all'immissione in commercio, da 71 mesi (63 valore mediano nel periodo 2016/2020) a 73 mesi (61 valore mediano) nel 2021, imputabile alla crescente precocità della presentazione della richiesta di designazione. Si consideri che il tempo impiegato per presentare in AIFA l'istanza di negoziazione di prezzo e rimborso è in media circa 7 mesi (mediana 2 mesi).

La durata mediana del procedimento di negoziazione del prezzo e della rimborsabilità in AIFA (tra la data di sottomissione dell'istanza di P&R alla data di trasmissione in Gazzetta Ufficiale della determina di conclusione del procedimento), nel periodo 2012-2022 è di circa 13,5 mesi (15 mesi in media).

Si consideri che si passa da 20 mesi per i farmaci autorizzati da EMA nel periodo 2016/2020 (16 valore mediano), a 22 mesi (15 valore mediano) nel 2021.

Seppur con le cautele derivanti dalla bassa numerosità dei farmaci appartenenti alle singole categorie, è possibile osservare come per i farmaci oncologici il tempo medio di autorizzazione diminuisce tra il 2016-2020 e il 2021; analogamente, anche sul fronte dei farmaci "innovativi" la tempistica media autorizzativa palesa una riduzione tra il 2016-2020 e il 2021 passando da 14 a 13 mesi (valore mediano rispettivamente pari a 12 e 13). A proposito di innovatività, una analisi ad hoc condotta da OSSFOR ha permesso di evidenziare come, dalle analisi condotte sui giudizi di AIFA relativi all'"innovatività", sembra potersi constatare che il bisogno terapeutico e il valore terapeutico aggiunto siano criteri parimente considerati nel valutare i farmaci orfani: nel caso dei FO, l'azione selettiva del giudizio sulla qualità delle prove sembra essere rimandata alla valutazione del singolo caso da parte della CTS.

Comparando le valutazioni, sembra potersi, altresì, notare una tendenza a giudicare pienamente innovativi i trattamenti nelle indicazioni caratterizzate da un valore terapeutico aggiunto giudicato importante, e potenzialmente innovativi quelli caratterizzati da un valore terapeutico aggiunto giudicato moderato.

Tornando ai tempi del processo, essi risultano significativamente maggiori per i farmaci che vengono inseriti nell'elenco della L. n. 648/1996, mentre sono sostanzialmente sovrapponibili per quelli classificati in classe Cnn.

In generale, malgrado i tempi allineati con quelli

medi europei, solo il 15% dei farmaci analizzati ha avuto una durata del processo di autorizzazione nazionale inferiore ai 100 giorni previsti.

Ai fini dell'accesso, va inoltre considerato il tempo regionale, ovvero quello che trascorre dalla pubblicazione in GU alla prima movimentazione. Considerando i 99 farmaci orfani che hanno concluso la procedura di negoziazione in AIFA tra il 2016 e il 2022, e che hanno avuto almeno una movimentazione regionale successivamente alla conclusione del processo negoziale (farmaci di classe A, H o C), emerge che impiegano in media circa 8,5 mesi (mediana 5 mesi) per essere movimentati. Il tempo medio nazionale alla movimentazione tende a ridursi negli anni (da circa 407 giorni nel 2016, a circa 161 nel 2021). Stesso andamento decrescente si osserva per la variabilità, confermando quindi che la disponibilità regionale tende a diventare più rapida e omogenea.

Spesa e fatturati aziendali

Per i farmaci orfani, la spesa totale nel 2022 sostenuta dal SSN è stata pari a € 1,98 mld. (in rialzo del 29% rispetto al 2021) rappresentando circa il 6,0% della spesa farmaceutica a carico del SSN. I consumi invece, si attestano a 11,4 milioni di dosi (+35,7% rispetto all'anno precedente), pari allo 0,04% del consumo complessivo di farmaci.

Dal 2013 al 2022 il tasso di crescita annuale per la spesa dei farmaci orfani è stato circa il doppio rispetto a quello degli altri farmaci acquistati dalle strutture del SSN: in questo decennio la spesa per i farmaci orfani si è più che triplicata (+225%). L'aumento di spesa è accompagnato dall'aumento dei consumi, che nell'ultimo decennio si sono raddoppiati (+103%). Questo dimostra una disponibilità sempre maggiore di cure per i pazienti affetti da malattie rare.

Inoltre, una analisi condotta sui farmaci che hanno perso lo stato di orfano mostra che l'andamento della serie storica dei consumi mantiene il *trend* pre-scadenza, indipendentemente dal requisito, permettendo di affermare che la sua perdita non preclude la disponibilità di accesso per i pazienti.

Le Regioni a maggior spesa pro-capite sono l'Emilia Romagna e la P.A. di Bolzano con una spesa, rispettivamente, pari a € 41,2 e € 38,9 a fronte di una media nazionale di € 33,6; le Regioni a minor spesa (spiegabile con le minori dimensioni) sono Valle d'Aosta e Molise, con una spesa rispettivamente di € 14,1 e € 25,9. Sebbene si osservino queste differenze regionali, se si considerano le aree geografiche il consumo in termini di DDD per 1000 ab. die si attesta a 0,5 per Centro e Sud e Isole e 0,6 per il Nord, valori paragonabili alla media nazionale; anche la spesa pro-capite presenta valori simili tra Nord (€ 34,9), Centro (€ 33,4) e Sud e Isole (€ 31,9), che non si discostano molto dalla media nazionale pari a € 33,6 euro, mostrando quindi un comportamento omogeneo tra aree geografiche, indice che non vi sono forti disparità di accesso alle cure per i pazienti affetti da malattie rare.

Nel 2022, la spesa dei farmaci orfani di classe C è stata pari a € 15,5 mln., rappresentando l'1,3% della spesa complessiva per i farmaci orfani, in aumento del 7,6% rispetto allo scorso anno. Le Regioni del Nord mostrano valori più alti rispetto alle regioni del Centro e del Sud per tutti gli indicatori principali di consumo, spesa e spesa pro-capite.

Va osservato che i farmaci di fascia C sono considerati extra LEA e, come tali, posti a totale carico del cittadino. Tale regolamentazione si applica anche alle Malattie Rare, nonostante il Testo Unico faccia riferimento a tale tipologia di farmaci e questi vengano spesso utilizzati nel percorso terapeutico dei pazienti. Le Regioni, tuttavia, ne garantiscono comunque l'accesso gratuito, qualora lo specialista del Centro di riferimento regionale (o del presidio della rete regionale) ne abbia valutato l'efficacia e l'appropriatezza nel trattamento della malattia o nella prevenzione di ulteriori aggravamenti e lo abbia inserito nel piano terapeutico individuale del paziente. Analogo orientamento è seguito da alcune Regioni che permettono ai propri residenti, affetti da malattia rara, di accedere anche ai prodotti parafarmaceutici (integratori alimentari, creme etc.), solitamente a pagamento, qualora inseriti nel piano terapeutico e considerati, all'interno di esso, necessari ed insostituibili. Questa opzione non può però essere adottata dalle Regioni in Piano di Rientro (PdR), che ad oggi sono: Abruzzo, Molise, Lazio, Calabria, Campania,

Puglia e Sicilia. Sebbene una nota del Ministero della Salute abbia confermato l'impossibilità per le Regioni in PdR di erogare prestazioni extra LEA, è prevista, per la gestione di casi del tutto eccezionali, la possibilità di presentare un'istanza alla ASL per l'emanazione di un provvedimento ad hoc.

Al fine di verificare la effettiva variabilità dell'erogazione dei farmaci di fascia C e Cnn ai malati rari, è stata, quindi, effettuata un'analisi, chiedendo a tutte le Regioni un'estrazione dei dati inerenti le specialità medicinali, la spesa, il consumo e il codice di esenzione utilizzato per gli anni 2021 e 2022.

Hanno inviato i loro dati 16 Regioni, da cui risulta che, nel 2021, la spesa per farmaci di classe C e Cnn erogati ai pazienti affetti da malattia rara è stata di € 11,7 mln, pari allo 0,05% della spesa farmaceutica pubblica e allo 0,76% della spesa per farmaci orfani. Analogamente, nel 2022, il valore complessivo di questi farmaci è stato pari allo 0,06% della spesa farmaceutica pubblica e allo 0,7% della spesa per farmaci orfani. Il confronto tra le Regioni in Piano di Rientro e quelle non soggette non ha evidenziato particolari differenze, suggerendo come l'accesso al farmaco venga garantito su tutto il territorio nazionale. Non di meno il costo per confezione presenta differenze significative, con un valore di € 21,4 per le Regioni non in PdR e di € 5,7 nelle Regioni in PdR.

Infine, per quanto riguarda le caratteristiche delle aziende produttrici di farmaci orfani, circa l'81% delle aziende produce al più 2 farmaci orfani. Le prime 10 aziende produttrici di farmaci per malattie rare (18% del totale) coprono oltre il 70% della spesa complessiva per farmaci orfani (classi A e H); il fatturato SSN medio di tali aziende è di circa € 545 mln. annui, di cui in media € 145 mln. per soli farmaci orfani (27% del totale).

In generale, le aziende a maggior "prevalenza" di fatturato per farmaci orfani (aziende che potremmo anche dire "specializzate" in farmaci orfani) hanno un fatturato SSN complessivo mediamente più basso delle altre aziende operanti nel panorama italiano. Delle 53 aziende analizzate risulta un fatturato SSN medio pari a € 160 mln. annuo e un'incidenza media per farmaci orfani pari al 24%. Oltre la metà delle aziende (30; 57%) commercializza un solo farmaco orfano: tuttavia non emergono specifiche caratteristiche che differenziano tali aziende "mono-prodotto" dalle altre.

Governance

Nel Rapporto 2023, le numerose novità normative, intervenute o in corso di definizione, nel settore malattie rare / farmaci orfani, sono oggetto di analisi a vari livelli.

A livello europeo, preso atto degli effetti positivi del Regolamento (CE) n. 141/2000, rilevabile dalla crescita del numero medio di AIC annue concesse (3,7 nel 2000-2005, 7,8 nel 2006-2011 e 12,2 nel 2012-2017), che hanno reso disponibili nuove terapie con un impatto positivo sulla salute e sulla vita di 6,3 milioni di pazienti affetti da malattie rare, va osservato che permane la necessità di rispondere a bisogni ancora oggi non sufficientemente soddisfatti.

La Commissione Europea ha, quindi, ritenuto necessario avviare una revisione (*Inception Impact Assessment - Revision of the EU legislation on medicines for children and rare diseases, 2020)* del quadro normativo per i medicinali orfani e per i medicinali pediatrici nell'EU. Revisione, che rientra nella più ampia revisione della legislazione farmaceutica dell'EU avviata nell'ambito delle Strategia Farmaceutica Europea adottata dalla Commissione nel 2020 (A pharmaceutical strategy for Europe) al fine di creare un quadro normativo adatto al futuro e a sostenere l'industria nella promozione della ricerca e delle tecnologie per soddisfare le esigenze terapeutiche dei pazienti.

Nell'Aprile del 2023 la Commissione ha pubblicato una proposta di revisione della legislazione farmaceutica dell'EU che ha i seguenti obiettivi principali:

1. creare un mercato unico dei medicinali che garantisca a tutti i pazienti in tutta l'EU un accesso tempestivo e ad eque condizioni a medicinali sicuri, efficaci e a prezzi accessibili
2. continuare ad offrire condizioni attraenti e favorevoli all'innovazione per la ricerca, lo sviluppo e la produzione di medicinali in Europa
3. ridurre drasticamente gli oneri amministrativi accelerando le procedure grazie ad una significativa riduzione dei tempi di autorizzazione

dei medicinali, per farli arrivare più rapidamente ai pazienti
4. migliorare la disponibilità e garantire forniture stabili di medicinali ai pazienti, indipendentemente dal luogo in cui vivono nell'EU
5. affrontare la resistenza antimicrobica (AMR) e la presenza di farmaci nell'ambiente attraverso il cosiddetto approccio "*One Health*"
6. rendere i medicinali più sostenibili dal punto di vista ambientale.

Riguardo i farmaci orfani le modifiche proposte fanno parte del piano della Commissione per riequilibrare i regimi di incentivi spostando l'attenzione sulle aree con elevati bisogni medici insoddisfatti e promuovendo una concorrenza più rapida per farmaci generici e biosimilari. Altri cambiamenti importanti riguardano i nuovi poteri dell'Agenzia europea per i medicinali ("EMA") per quanto riguarda le designazioni orfane e le modifiche all'ambito dell'esclusiva di mercato per i medicinali orfani.

Evidentemente si tratta di modifiche che, insieme a quelle del Regolamento (EU) n. 2282/2021 relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie, sono in prospettiva destinate a impattare in modo rilevante sui pazienti e sui produttori: per questo motivo il Rapporto ne ospita i relativi punti di vista.

A livello nazionale, oltre al consueto capitolo dedicato alla normativa Europea e nazionale in tema di farmaci orfani e malattie rare, sono stati approfonditi due diversi provvedimenti: il Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR), strumento di programmazione e pianificazione centrale, valido per i prossimi tre anni e il Decreto sulle tariffe (23.6.2023) legato ai Livelli Essenziali di Assistenza del 12 gennaio 2017. I due approfondimenti sono stati accompagnati da una serie di interviste, con l'obiettivo di analizzare alcuni argomenti specifici in essi contenuti.

Per quanto riguarda l'aggiornamento del Piano Nazionale delle Malattie Rare (PNMR) 2022-2024, approvato nello scorso luglio dalla Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute, è suddiviso in diversi capitoli, ciascuno dei quali dedicato a un tema di rilevanza nell'ambito delle malattie rare: Prevenzione Primaria; Diagnosi; Percorsi assistenziali; Trattamenti farmacologici; Trattamenti non farmacologici; Ricerca; Formazione; Informazione; Registri e monitoraggio della Rete nazionale delle malattie rare. Per ogni capitolo, sono poi indicati gli strumenti e gli indicatori per valutare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi indicati dallo stesso.

Il Piano, al contrario del precedente, è dotato di un finanziamento specifico pari a € 50 mln.: € 25 mln. per il 2023 e i restanti 25 per il 2024.

Un altro approfondimento è stato dedicato al Decreto sulle tariffe pubblicato lo scorso 4 agosto nella Gazzetta Ufficiale il Decreto del Ministero della Salute recante "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", che recepisce l'aggiornamento dei LEA previsti dal DPCM del 2017. Il D.M. aggiorna le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, fermi rispettivamente al 1996 e al 1999, e definisce le tariffe per le nuove prestazioni introdotte con i LEA nel 2017, in modo che siano erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. L'entrata in vigore delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale è fissata per 1° gennaio 2024, mentre al 1° aprile 2024 per quanto concerne le tariffe dell'assistenza protesica.

Le malattie rare impongono al paziente e alle famiglie una convivenza complessa con la malattia e una ridefinizione della vita quotidiana e dei progetti per sé e per i propri familiari. Per questo motivo nella *governance* del settore un ruolo fondamentale lo hanno le Associazioni dei pazienti.

Tra marzo e maggio 2023 Osservatorio Malattie Rare OMaR, in collaborazione con Alleanza Malattie Rare, ha avviato una indagine con l'obiettivo di raccogliere informazioni utili ad individuare e misurare l'impatto delle diverse problematiche che affrontano le persone con malattie e tumori rari e i loro familiari/caregiver e, al tempo stesso, raccogliere dalle Associazioni di Pazienti delle indicazioni riguardo alle priorità da affrontare.

La *survey* è stata presentata ed indirizzata alle circa 430 associazioni di pazienti che compongono l'Alleanza Malattie Rare, più della metà delle 718 attualmente censite in Italia.

La *survey* ha confermato l'ormai nota difficoltà di accesso alle terapie che riguarda più di un paziente

su tre e che tocca non solo i farmaci orfani, ma anche i farmaci di Fascia C e quelli soggetti a carenze; inoltre ha confermato il problema del ritardo nella diagnosi, che solo per il 40,6% dei pazienti arriva entro 1 anni dall'insorgenza dei sintomi e che per più di uno su quattro arriva dopo più di 3 anni.

Fatta la diagnosi, le famiglie e i pazienti si trovano ad affrontare due altri grandi problemi che impattano fortemente sulla quotidianità: l'organizzazione dei servizi sul territorio e le difficoltà economiche, che vengono indicate dai rappresentanti delle associazioni di pazienti, dai pazienti stessi e dai *caregiver* come prioritaria area di azione. Per quanto riguarda il territorio, i bisogni possono essere suddivisi in due categorie: percorso sanitario e percorso assistenziale. Per quanto riguarda il primo quasi la metà delle associazioni indica come prioritario lo sviluppo di PDTA, che potrebbe anche essere uno degli strumenti per affrontare la mancanza di supporto psicologico (che è un problema per circa il 50% dei pazienti) e l'organizzazione della transizione delle cure dall'età pediatrica all'adulto (priorità per un terzo delle associazioni). Al secondo posto risulta il bisogno di una maggiore presenza e formazione dei medici, e in modo particolare della medicina di base. Per quanto concerne il percorso assistenziale, invece, è un problema spesso aggravato dalla difficoltà di riconoscimento dell'invalidità civile e/o dei benefici della Legge 104 e/ delle esenzioni.

Per quanto riguarda il territorio pesa anche la percezione che vi siano disparità regionali che sono sentite soprattutto nell'assistenza sociosanitaria, nell'assistenza medica e in quella domiciliare.

Le difficoltà economiche toccano, infine, più di una famiglia su 3; il problema deriva sia da una diminuzione del reddito personale o familiare, sia dalle maggiori spese che vengono affrontate (per supporto psicologico, per accedere a farmaci di fascia C, per fisioterapia, logopedia, assistenza domiciliare), sia per la difficoltà ad accedere alle agevolazioni economiche esistenti. In particolare, rileva che il 69% dei caregiver (che nel 71% dei casi è un genitore) deve lasciare o ridurre il lavoro, percentuale che scende al 38% nei pazienti, con due terzi che, però, segnalano difficoltà e limitazioni nel lavoro.

Una questione ritenuta assolutamente prioritaria è, quindi, il bisogno di riconoscimento della figura del caregiver familiare, affiancato dalla esplicita richiesta di aiuti economici alle famiglie.

Il ruolo e le attività delle Associazioni di pazienti che operano nell'area delle malattie rare sono stati oggetto anche dello studio *"Patient Voice"*, finalizzato a mappare le attività e le aspettative delle associazioni di pazienti in Italia. Lo studio, alla sua seconda edizione, ha coinvolto complessivamente 96 Associazioni di pazienti operanti su diverse aree patologiche, fra cui 34 associazioni di pazienti che afferiscono alle patologie rare che fanno parte dell'Alleanza Malattie Rare.

Dallo studio emerge una fotografia variegata delle attività svolte: fra quelle rivolte al paziente sono state censite campagne di *disease awareness*, attività informative, gruppi di sostegno, attività educative; fra le attività di *networking* fra le associazioni, in crescita la partecipazione alle attività scientifiche, in particolare *fundrasing* per ricerca scientifica, studi sulla qualità di vita, progetti editoriali. È risultata frequente anche la collaborazione con i centri ospedalieri, anche se è ancora limitata (1/4 delle associazioni) la presenza e le attività di supporto ai pazienti all'interno dei reparti.

Da sottolineare, infine, il ruolo crescente (anche se ancora marginale) di *advocacy* e collaborazione con le Istituzioni, attraverso la partecipazione a commissioni a livello nazionale e regionale e a tavoli locali per la definizione e ottimizzazione di percorsi/ PDTA per i pazienti.

Per quanto concerne la implementazione dei PDTA, che come argomentato è ritenuta elemento strategico dai paziento e dalle loro Associazioni ma anche un punto fondamentale trattato nel Piano Nazionale Malattie Rare, OSSFOR ha condotto una ricerca che ha permesso di apprezzare come ai fini del reperimento degli stessi si evidenzino varie criticità:

- mancanza di uniformità di terminologie per riferirsi ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
- assenza in alcune Regioni di una pagina web dedicata alla raccolta di tutti i PDTA regionali

- irreperibilità dei PDTA a livello pubblico in alcune Regioni, nonostante ci sia evidenza della loro esistenza (es. Basilicata, Friuli Venezia Giulia).

Tale complessità nel reperimento rappresenta un limite importante, in quanto dovrebbero essere invece fruibili, sia da parte dei pazienti che del personale sanitario che si trova a gestire un paziente affetto da malattia rara.

Dall'analisi del contenuto dei PDTA reperiti, inoltre, è emerso che:

- la maggior parte di essi esplicita l'esigenza della costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare
- circa la metà delle Regioni dichiara gli obiettivi dei PDTA
- la definizione della patologia viene esplicitata dalla totalità dei PDTA e la maggior parte di essi presenta anche dati epidemiologici
- tutti i PDTA reperiti descrivono il percorso sanitario e quasi tutti anche quello sociale
- nessun PDTA affronta gli aspetti economici, mentre poco meno della metà di essi riporta degli indicatori di monitoraggio
- la maggior parte dei PDTA ha coinvolto le associazioni dei pazienti
- pochi PDTA prevedono l'utilizzo della Telemedicina.

Dalle analisi condotte emerge l'utilità di promuovere la creazione di un *database* nazionale, consultabile pubblicamente, che contenga i PDTA prodotti a livello regionale; inoltre la pubblicazione di linee guida organizzative e protocolli diagnostici e terapeutici predisposti a livello nazionale, a cui le Regioni possono fare riferimento per la produzione dei PDTA territoriali; infine la diffusione dei PDTA a livello regionale, incoraggiando il coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, permettendo in tal modo l'individuazione precoce del paziente affetto da malattia rara e il successivo invio specialistico, come previsto dal PNMR 2023-2026.

In sintesi, in continuità con gli anni precedenti, sono stati analizzati i *trend* del settore che hanno evidenziato come la situazione sia congelata; pur riconoscendo i miglioramenti in tema di nuove opportunità terapeutiche che arrivano al mercato e dei tempi di accesso realizzatisi nel medio periodo, rimangono persistenti alcune criticità ben evidenziate nelle risposte assistenziali e, in particolare, nelle segnalazioni dei pazienti e delle loro Associazioni.

Peraltro, OSSFOR registra che siamo in una fase di transizione, in attesa che a livello nazionale si esplichino gli effetti della Legge n. 175 del 2021 e del Decreto Tariffe, e a livello europeo si completi l'iter di riforma del quadro normativo per i medicinali orfani e per i medicinali pediatrici nell'EU per il quale la Commissione Europea ha ritenuto necessario avviare una revisione *(Inception Impact Assessment - Revision of the EU legislation on medicines for children and rare diseases, 2020)*.

Come evidenziato nei contributi del Rapporto, si conferma la necessità di monitorare i processi di implementazione della nuova *governance*, producendo evidenze a supporto di proposte di correzione e miglioramento degli aspetti che si paventa possano essere soggetti a rischi distorsivi e/o non capaci di incontrare le esigenze dei pazienti e delle loro famiglie".

Riepilogo regionale

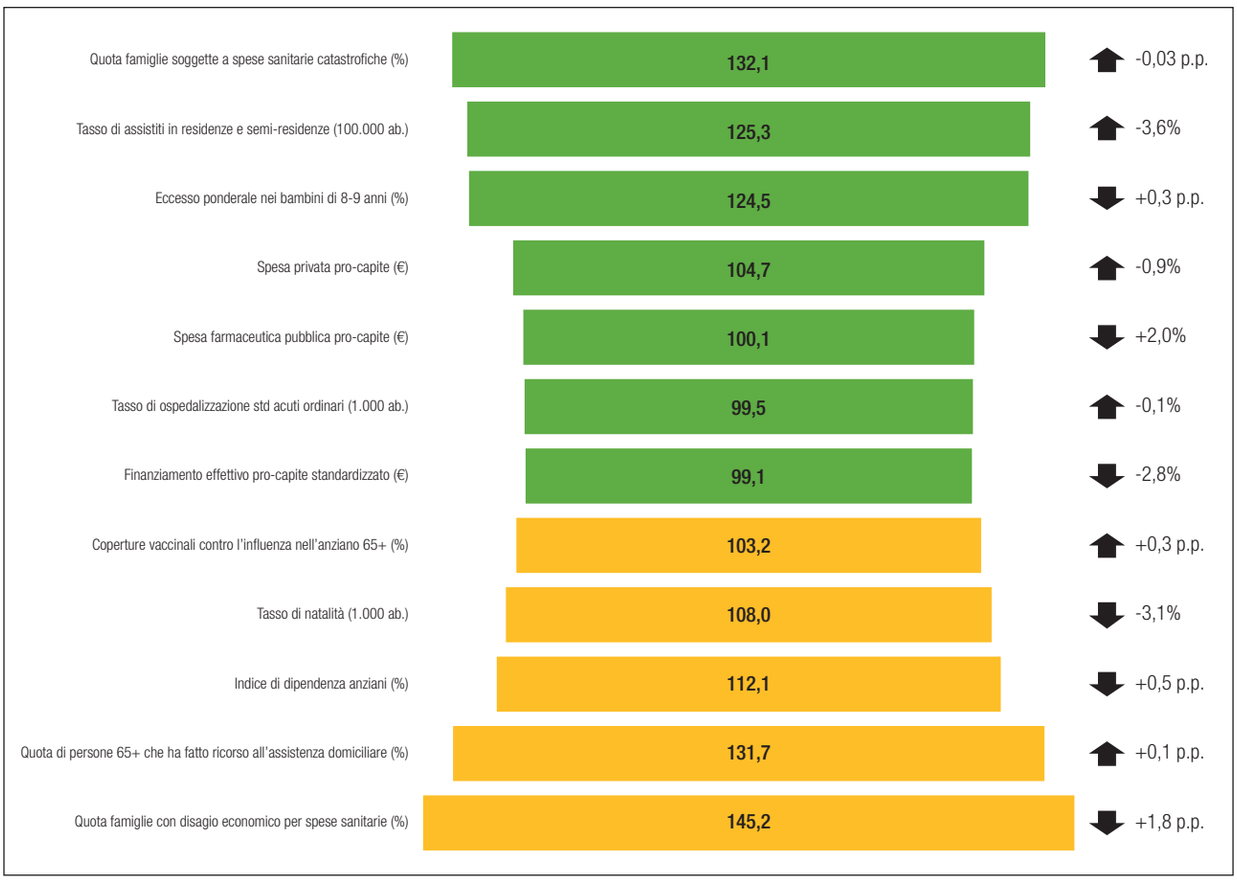
Regional synopsys

Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo il riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati 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 giallo 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**: Mortalità evitabile, prevenibile e trattabile (per 1.000 ab.)
Equità	**Ind. 1**: Quota famiglie impoverite (%) **Ind. 2**: Quota famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche (%) **Ind. 3**: Quota famiglie con disagio economico per spese sanitarie (%)
Prevenzione	**Ind. 1**: Coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano 65+ (%) **Ind. 2**: Eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni (%) **Ind. 3**: Fumatori adulti 18-69 anni (%)
Assistenza Ospedaliera ed extra-ospedaliera	**Ind. 1**: Tasso di ospedalizzazione std acuti ordinari (per 1.000 ab.) **Ind. 2**: Variazione assistiti in istituti o centri di riabilitazione accreditati nel periodo 2020/2017 (%) **Ind. 3**: Variazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pro-capite nel periodo 2021/2019 (%) **Ind. 4**: Quota di persone 75+ che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare (%)
Assistenza Farmaceutica	**Ind. 1**: Scostamento dal tetto della spesa farmaceutica totale pro-capite (€)

Piemonte



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

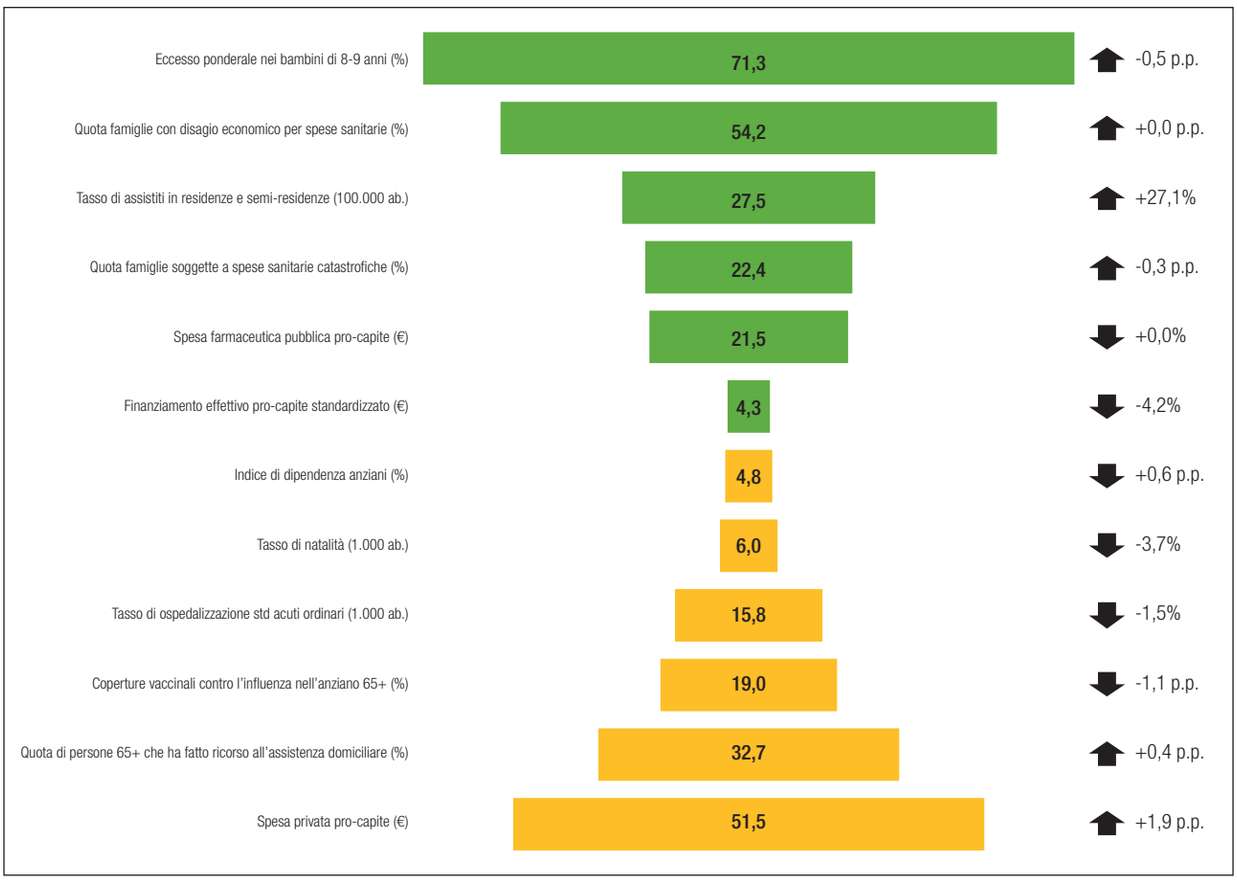
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Valle d'Aosta



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

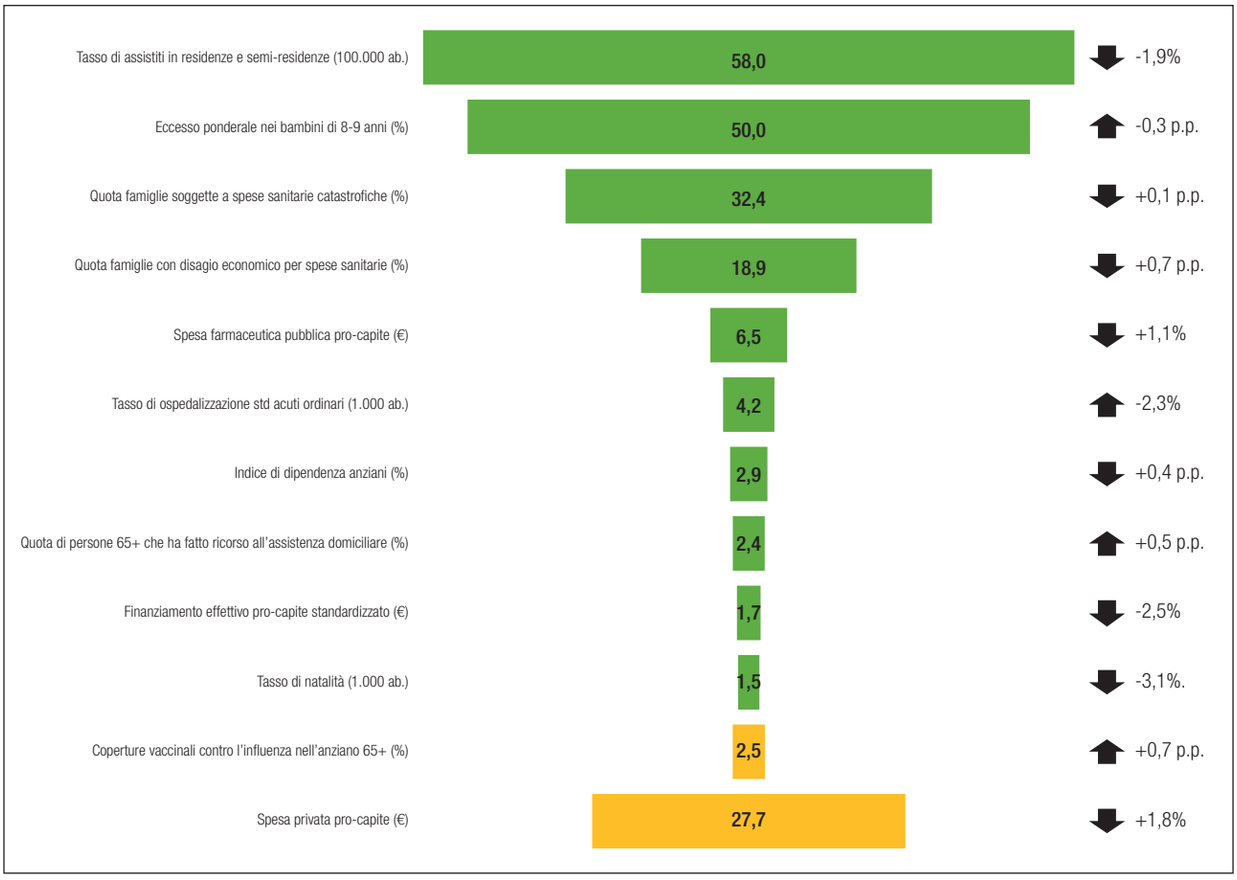
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Lombardia



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

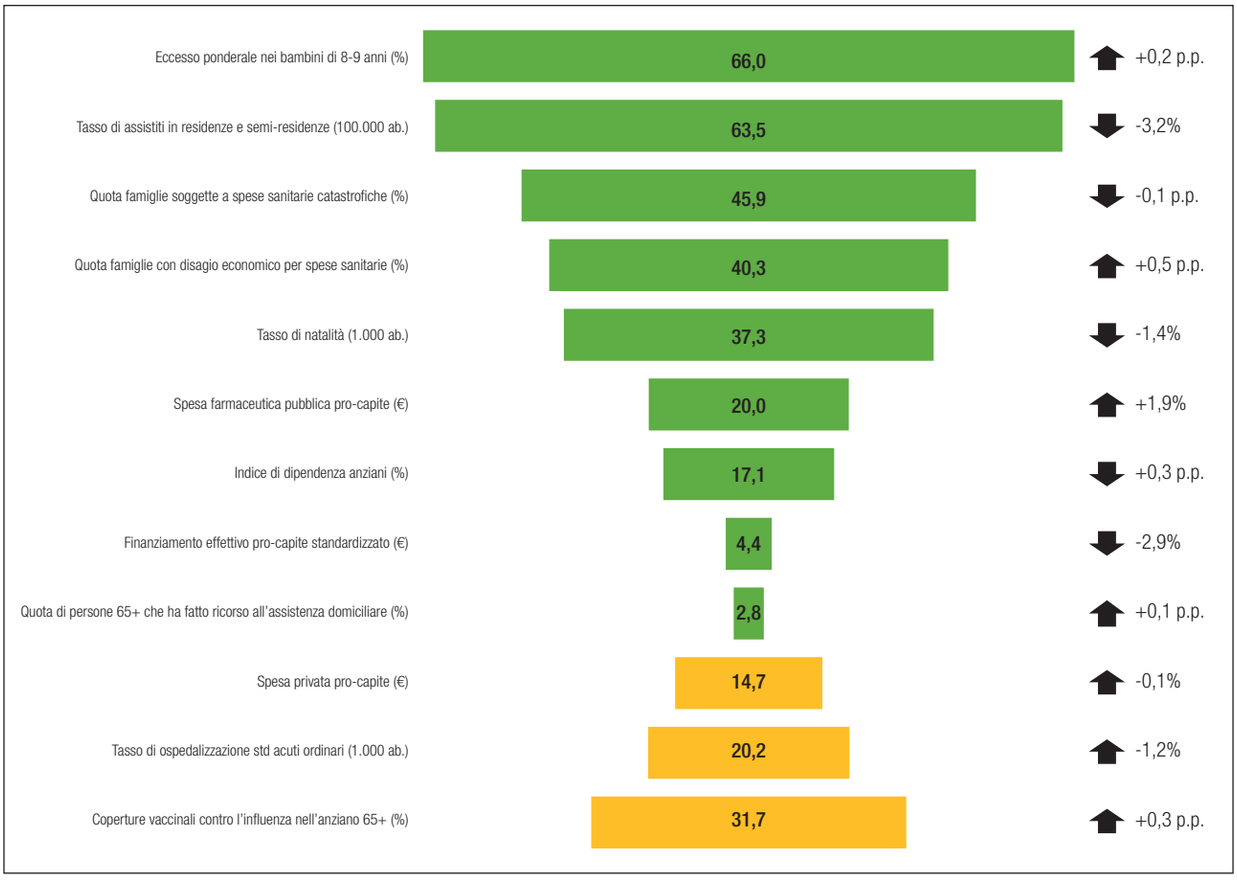
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Provincia Autonoma di Bolzano



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

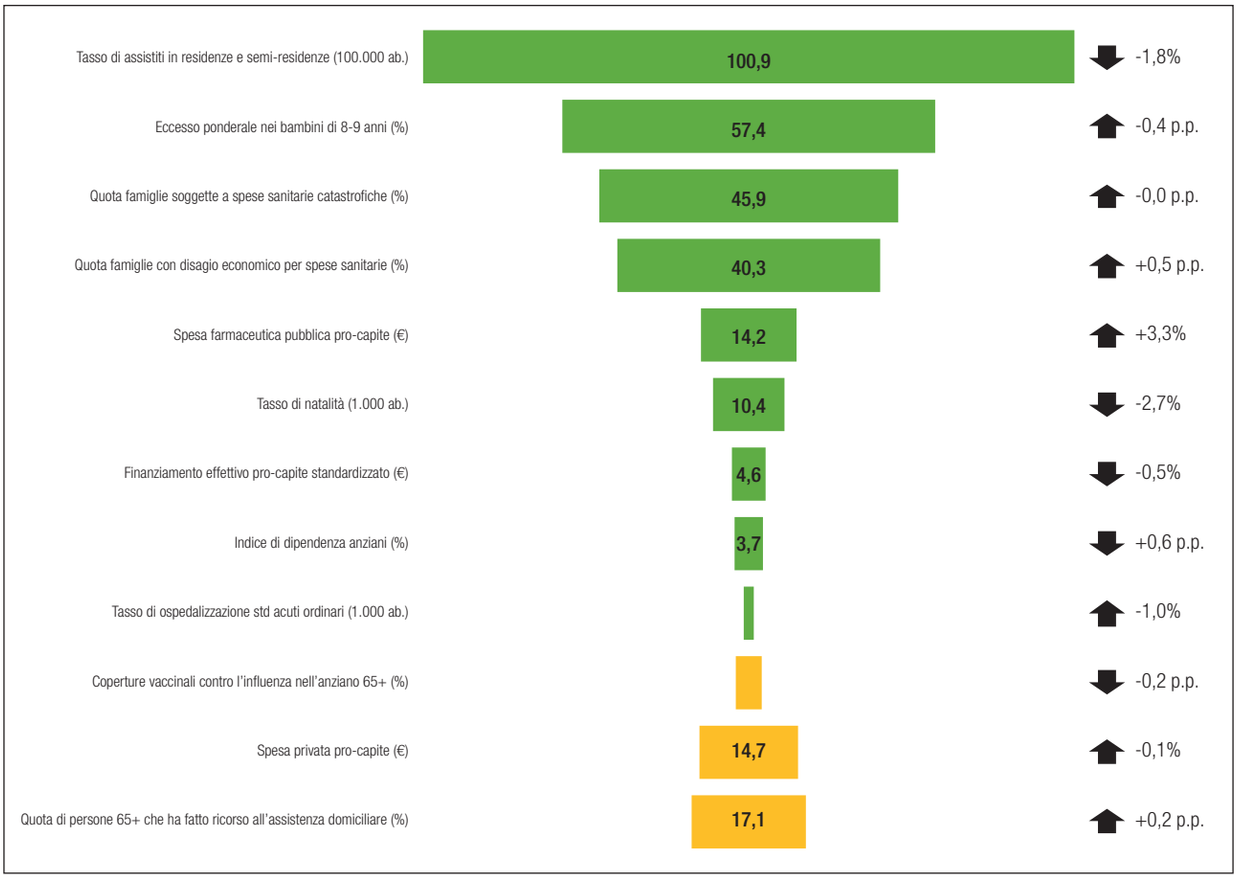
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Provincia Autonoma di Trento



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

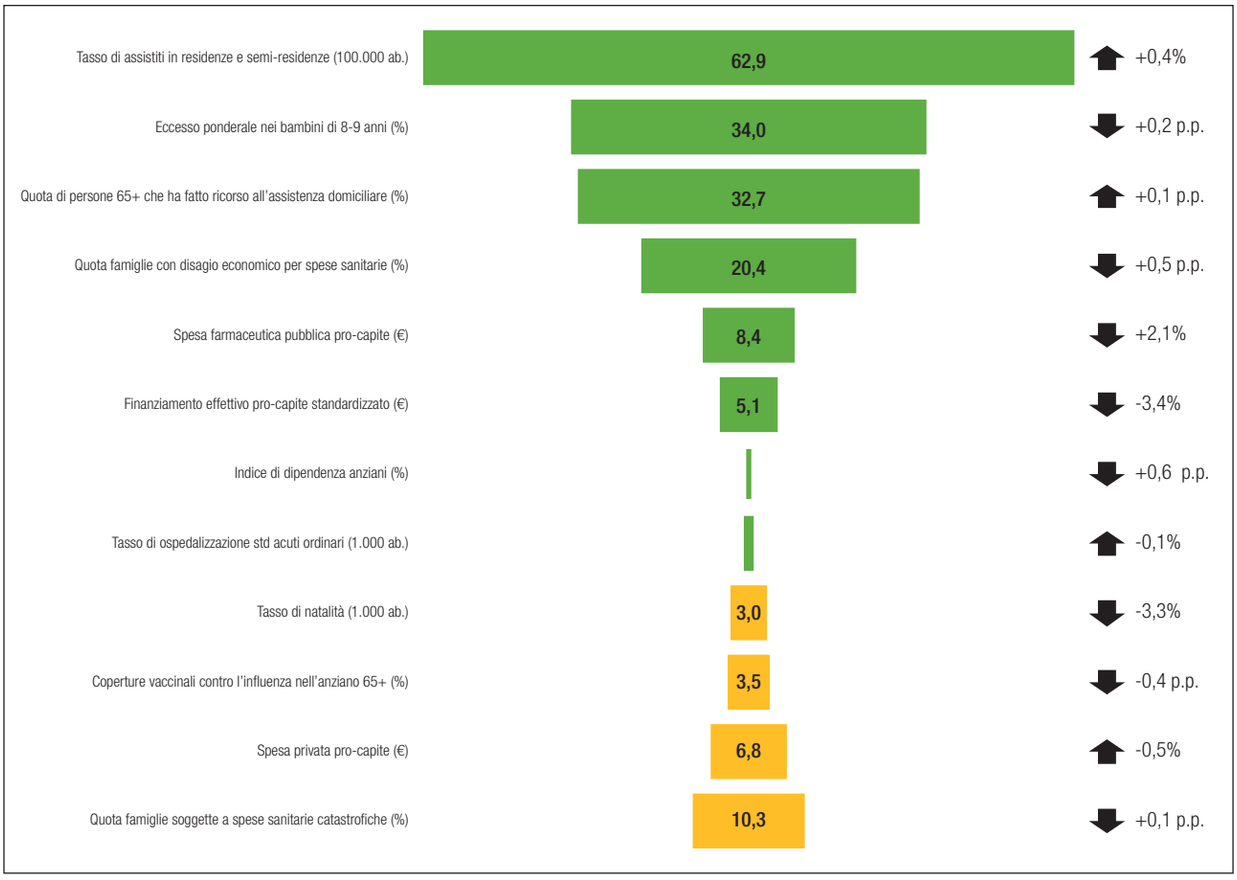
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Veneto



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

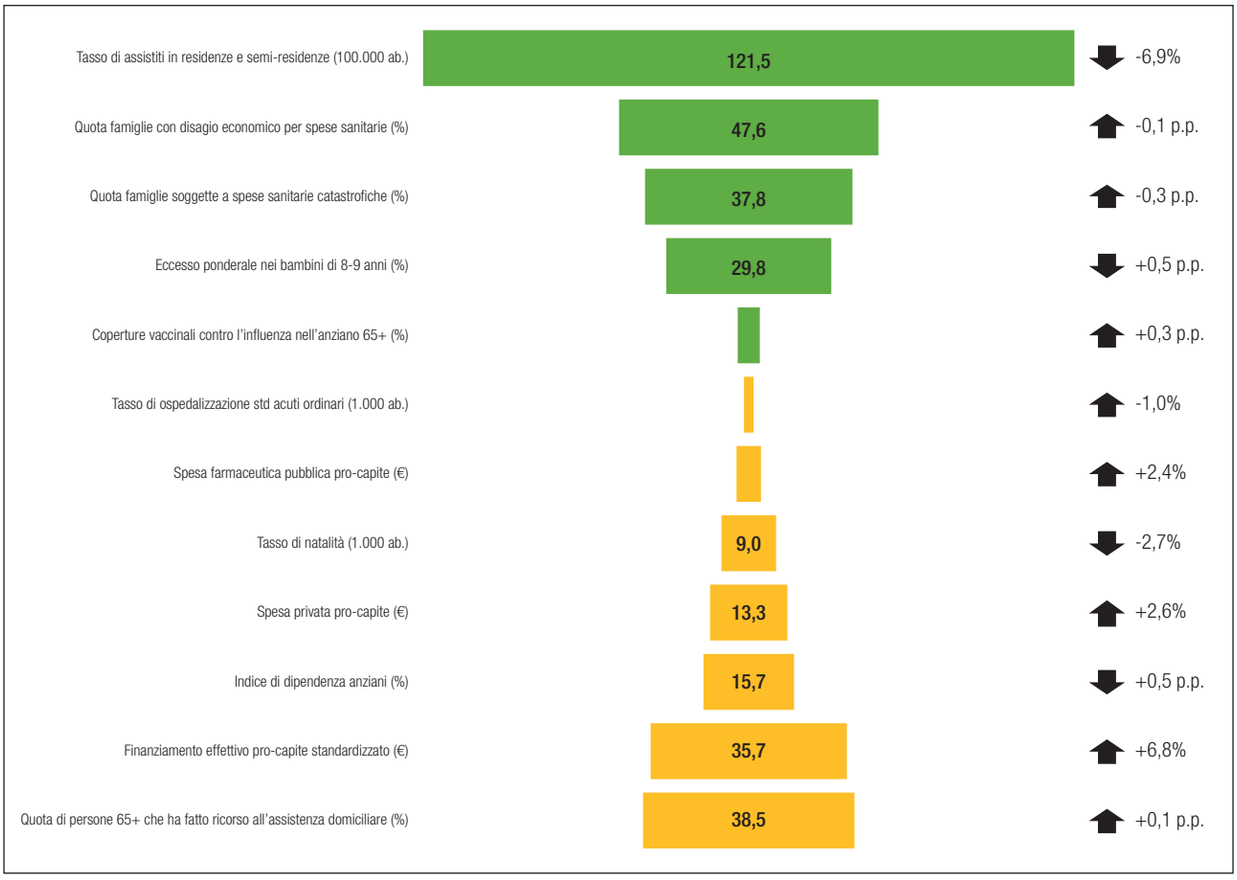
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Friuli Venezia Giulia



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

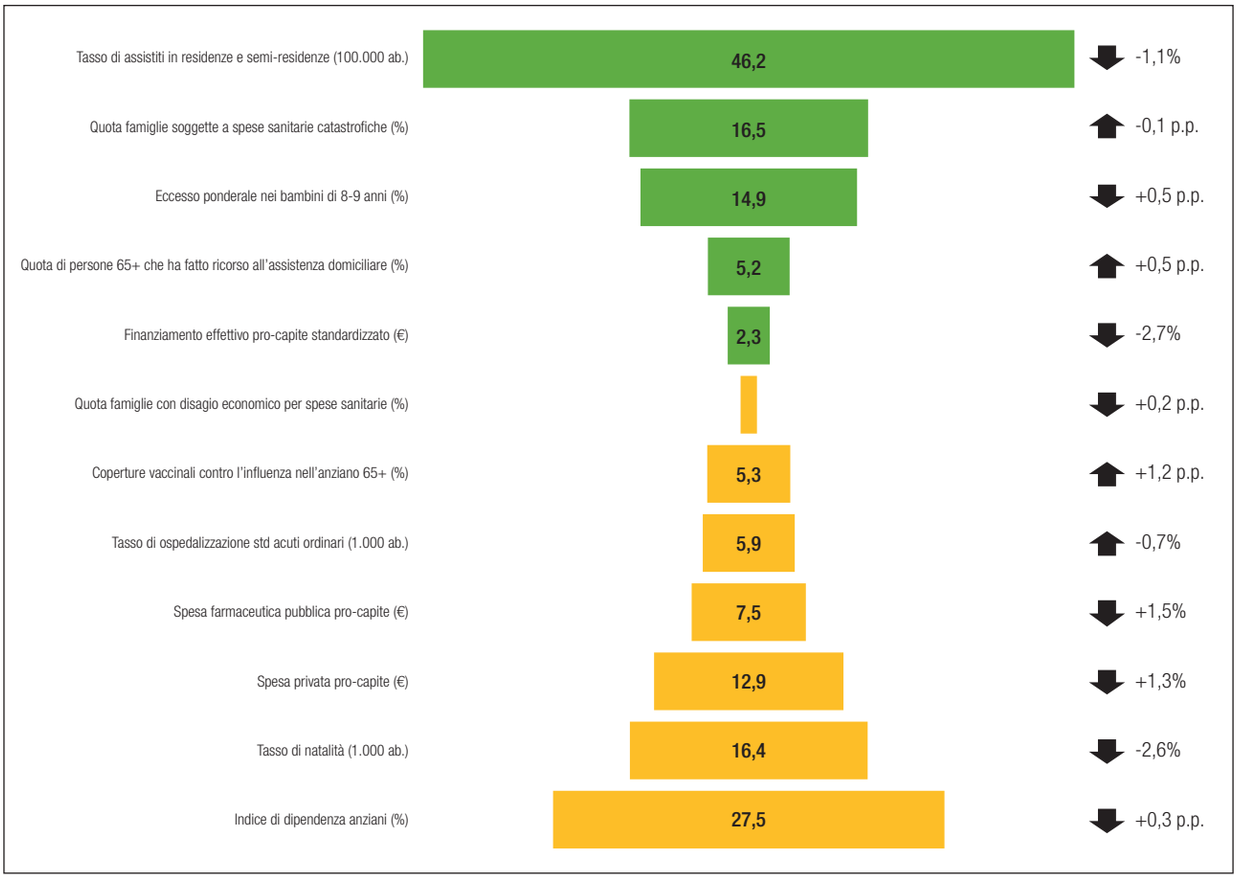
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Liguria



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

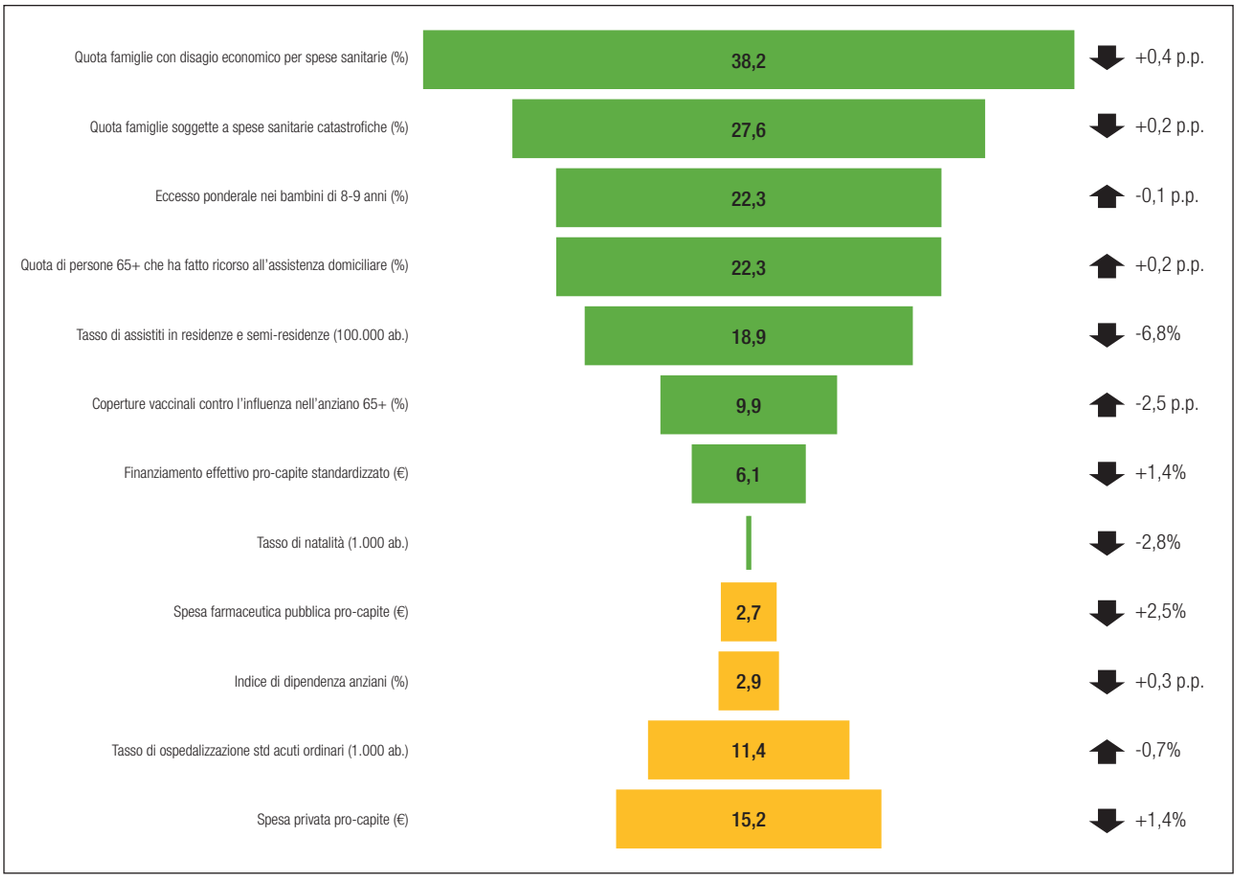
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Emilia Romagna



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

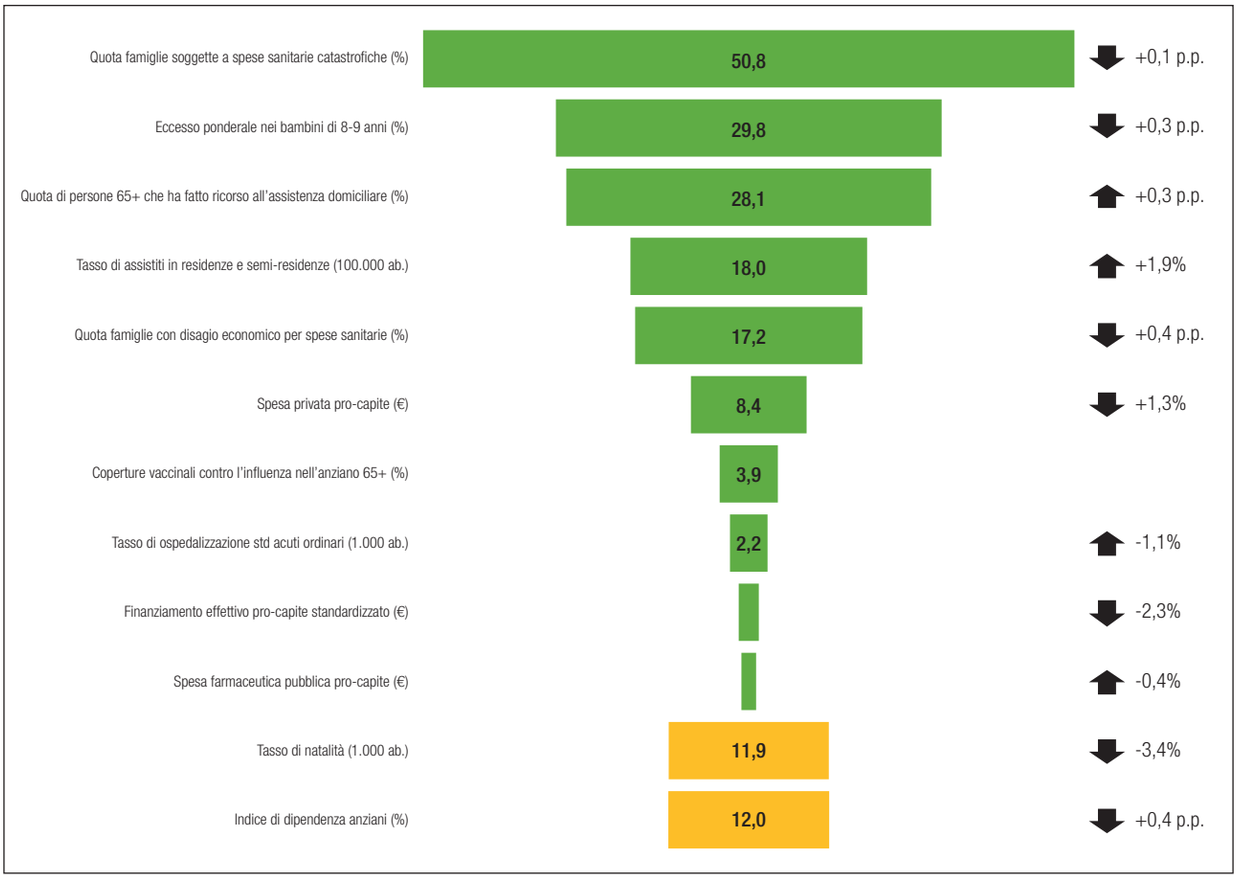
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Toscana



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

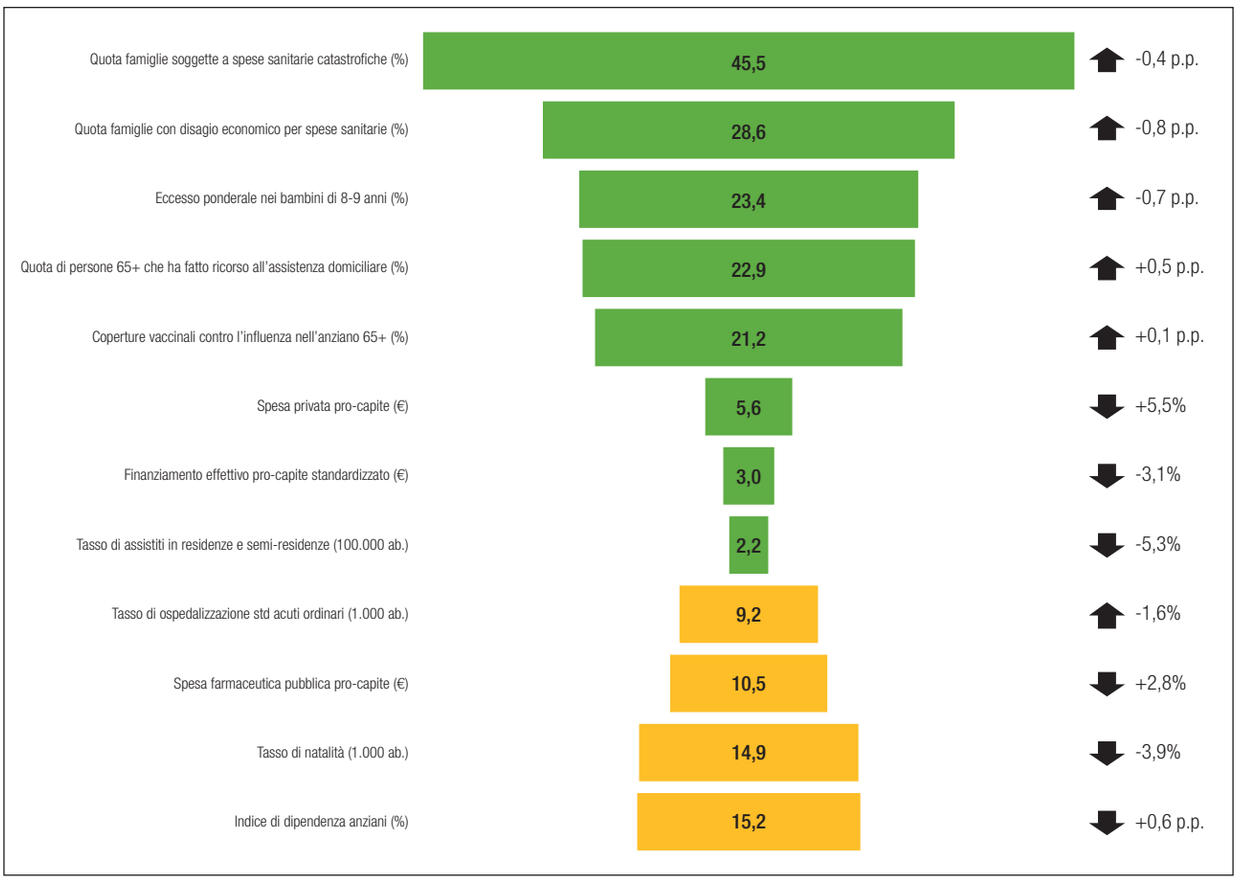
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Umbria



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

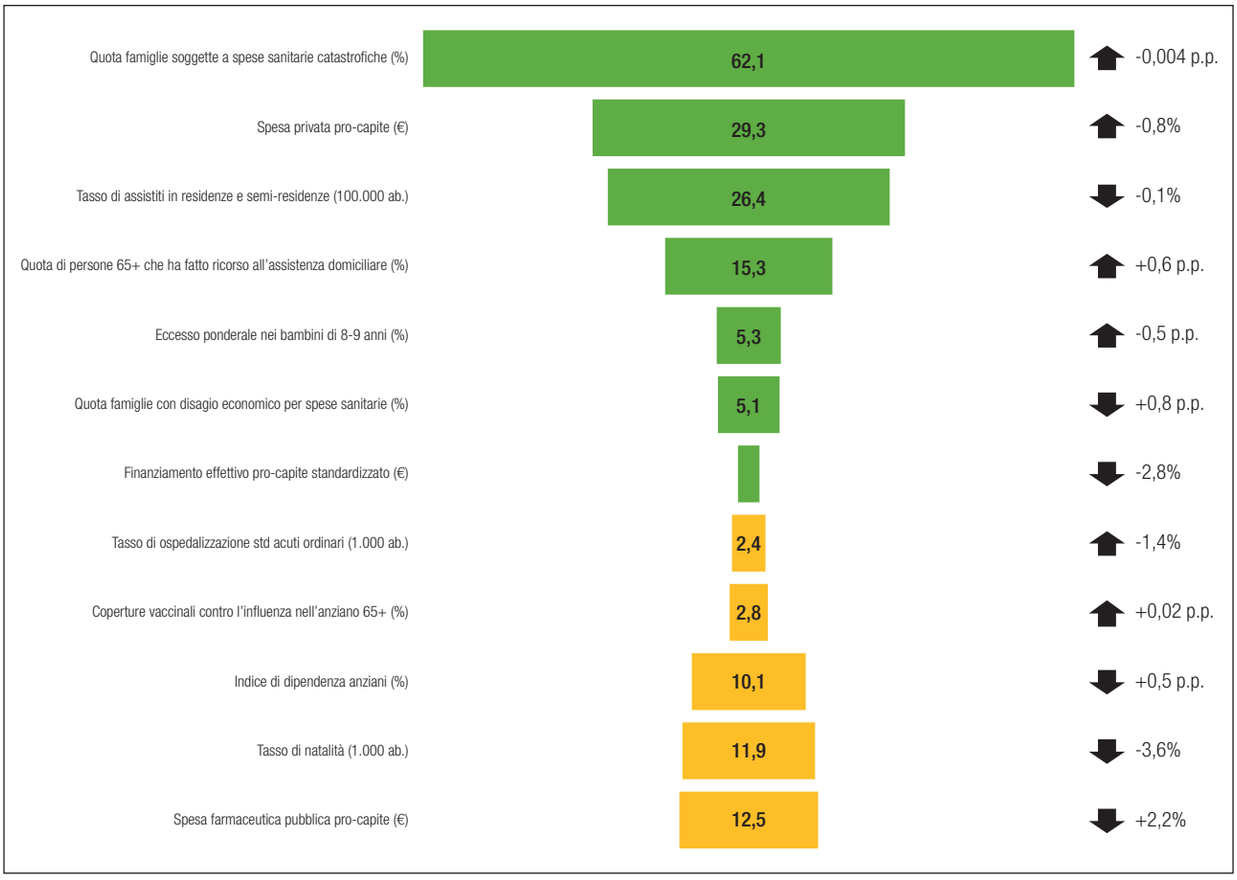
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Marche



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

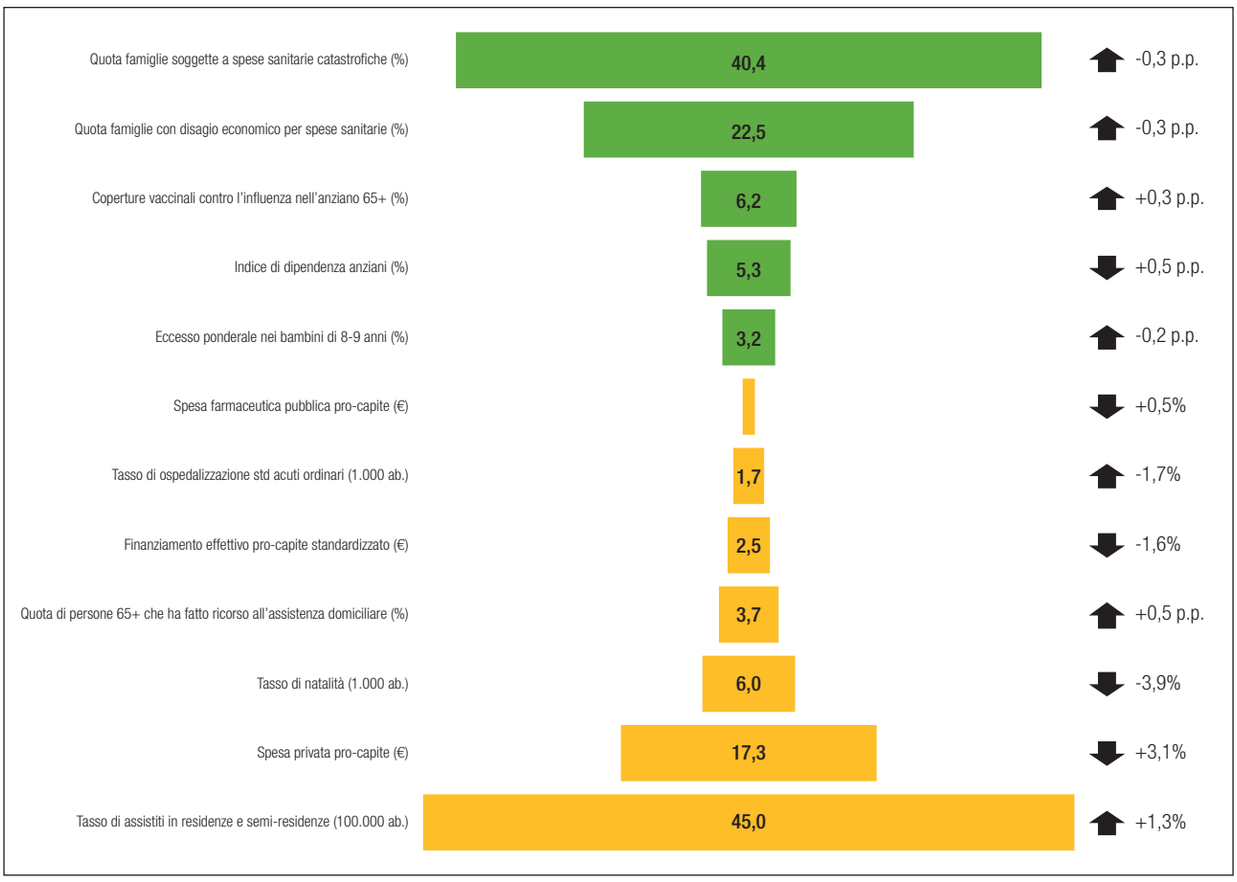
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Lazio



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

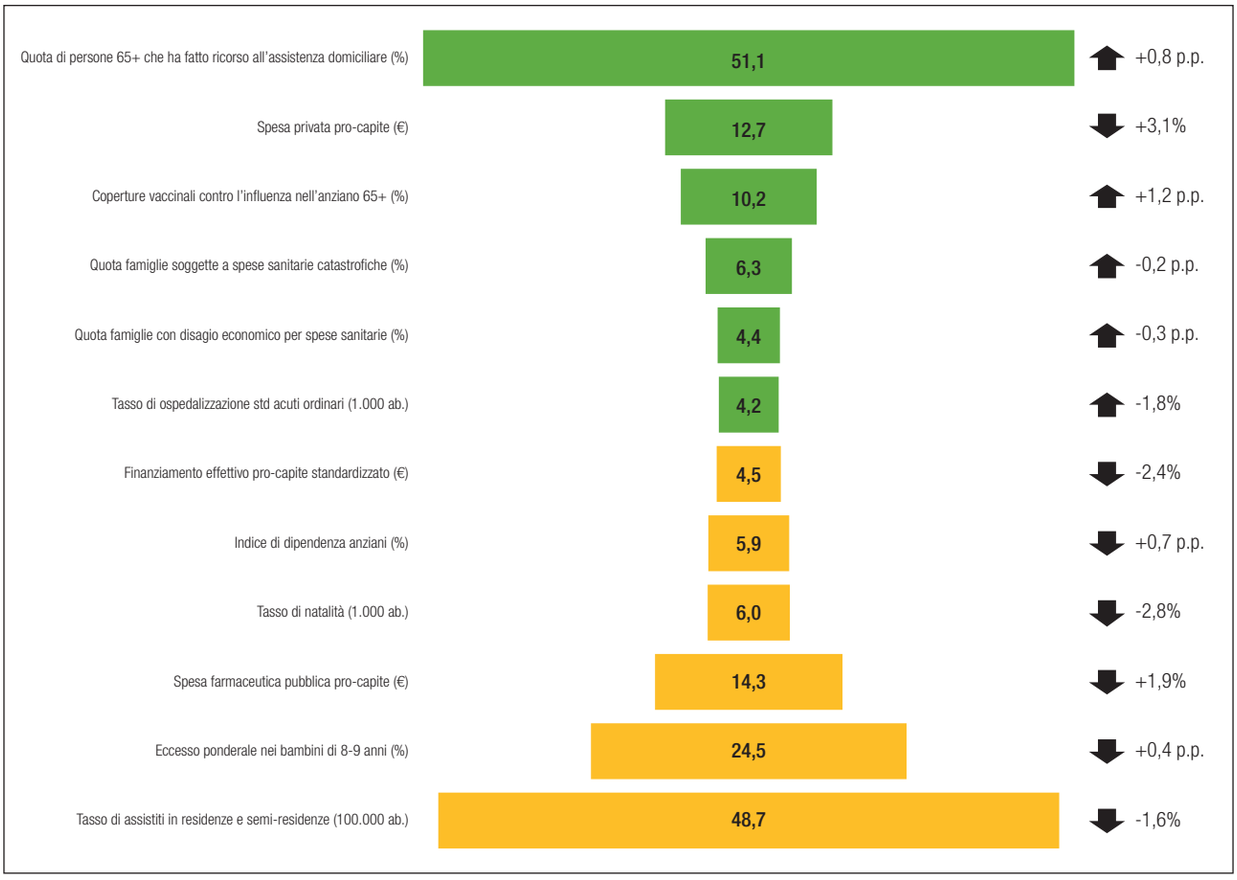
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Abruzzo



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

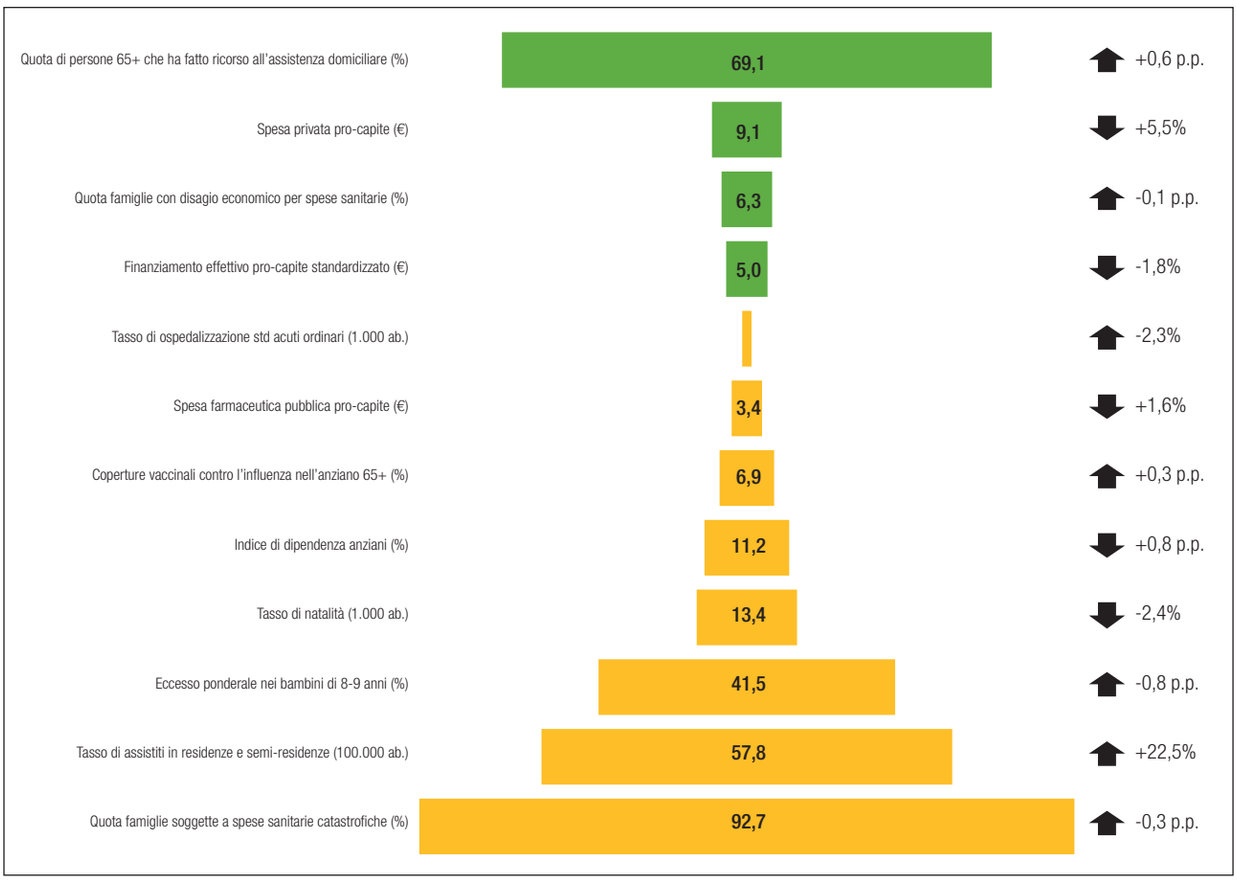
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Molise



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

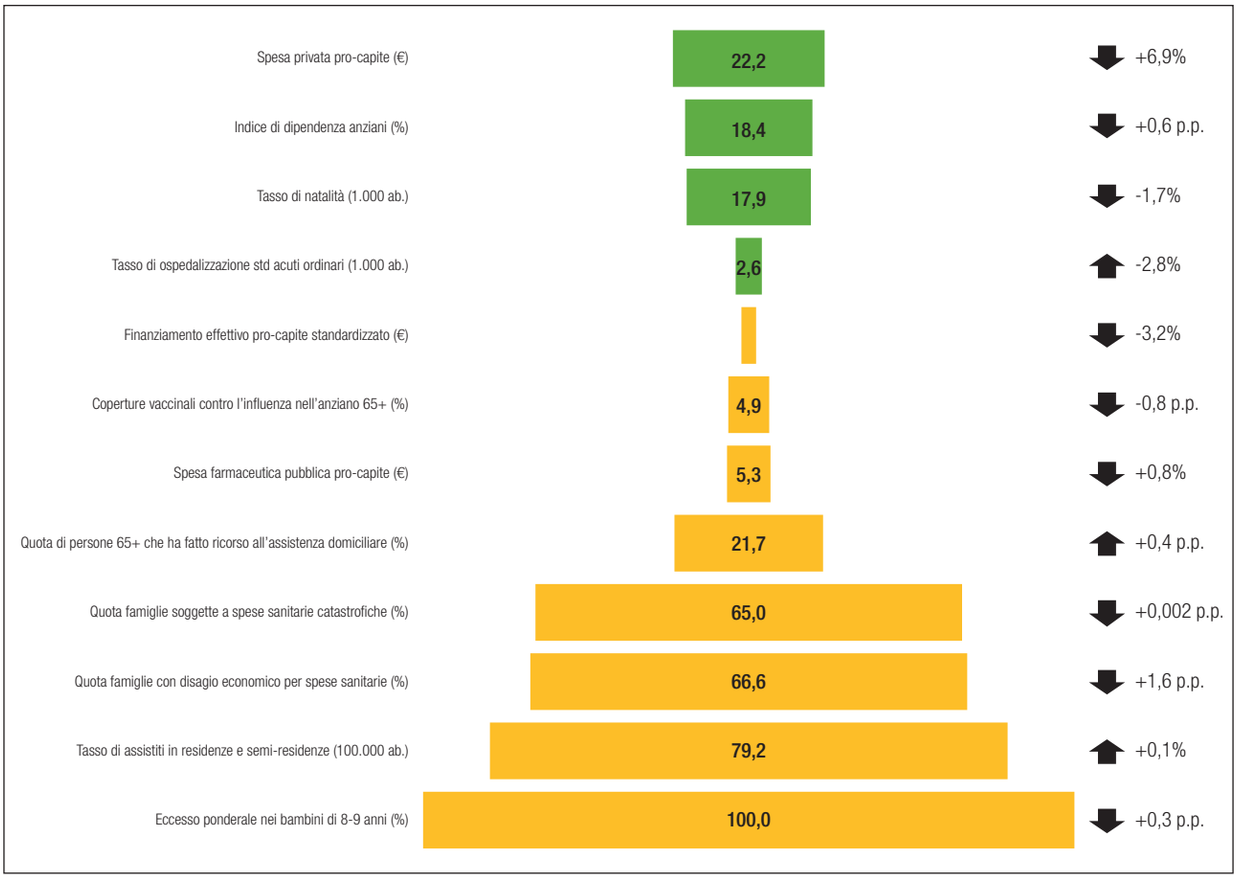
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Campania



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

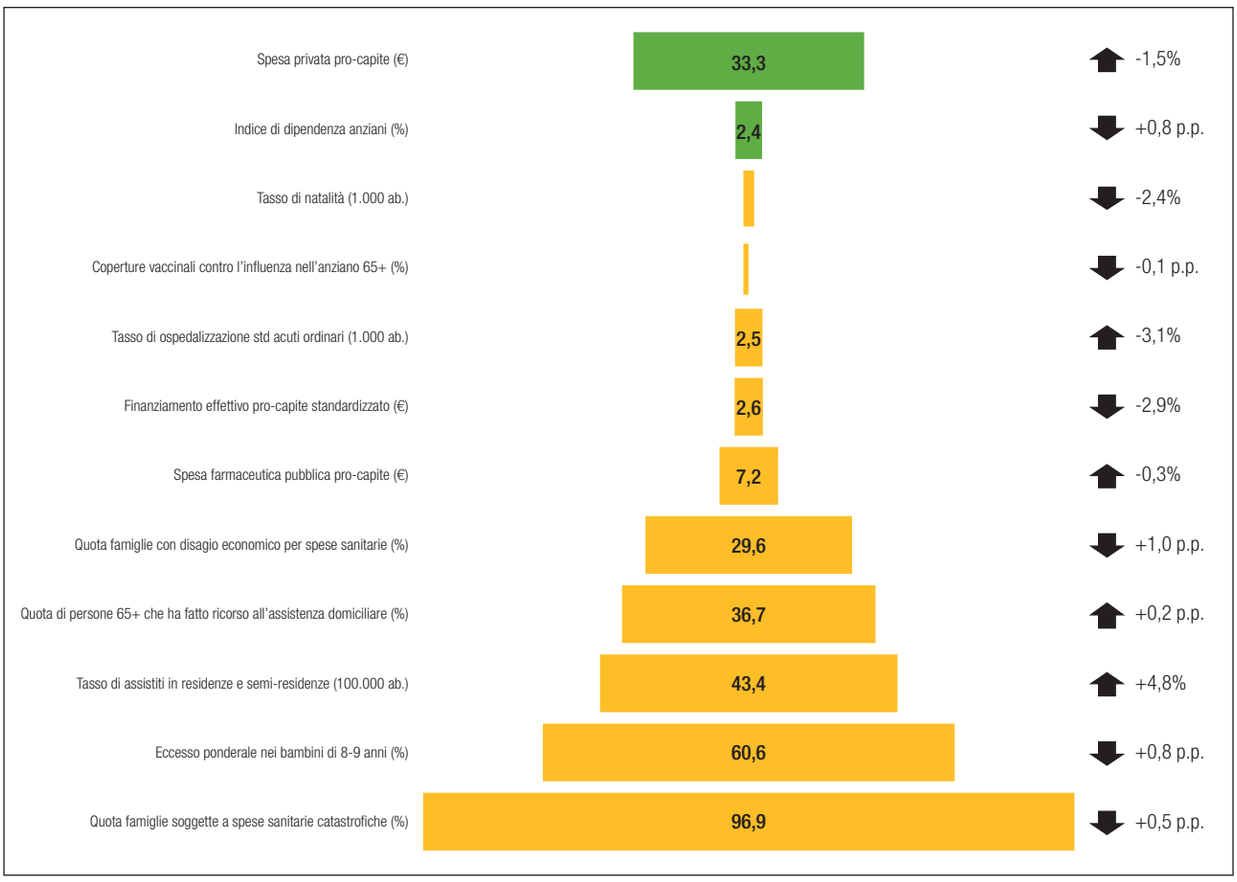
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Puglia



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

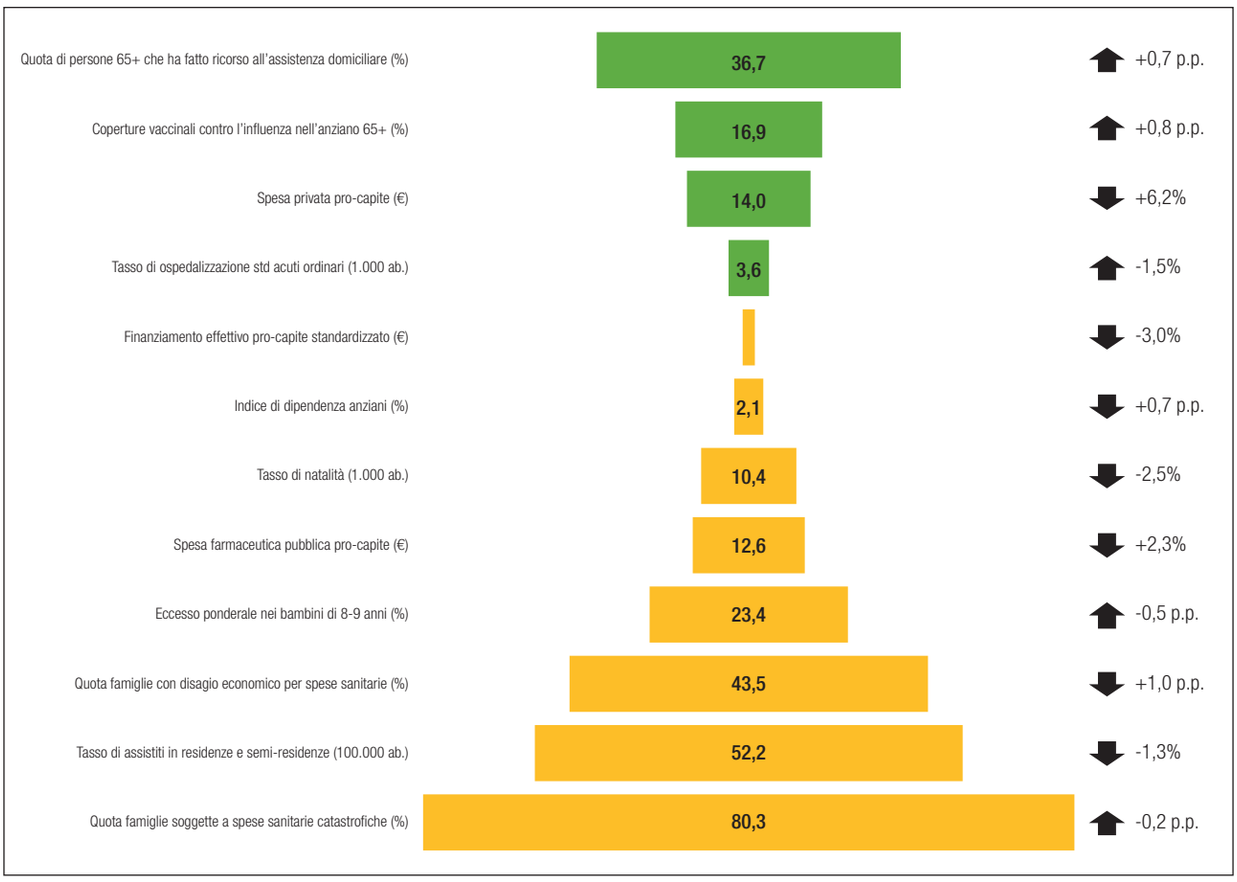
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Basilicata



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

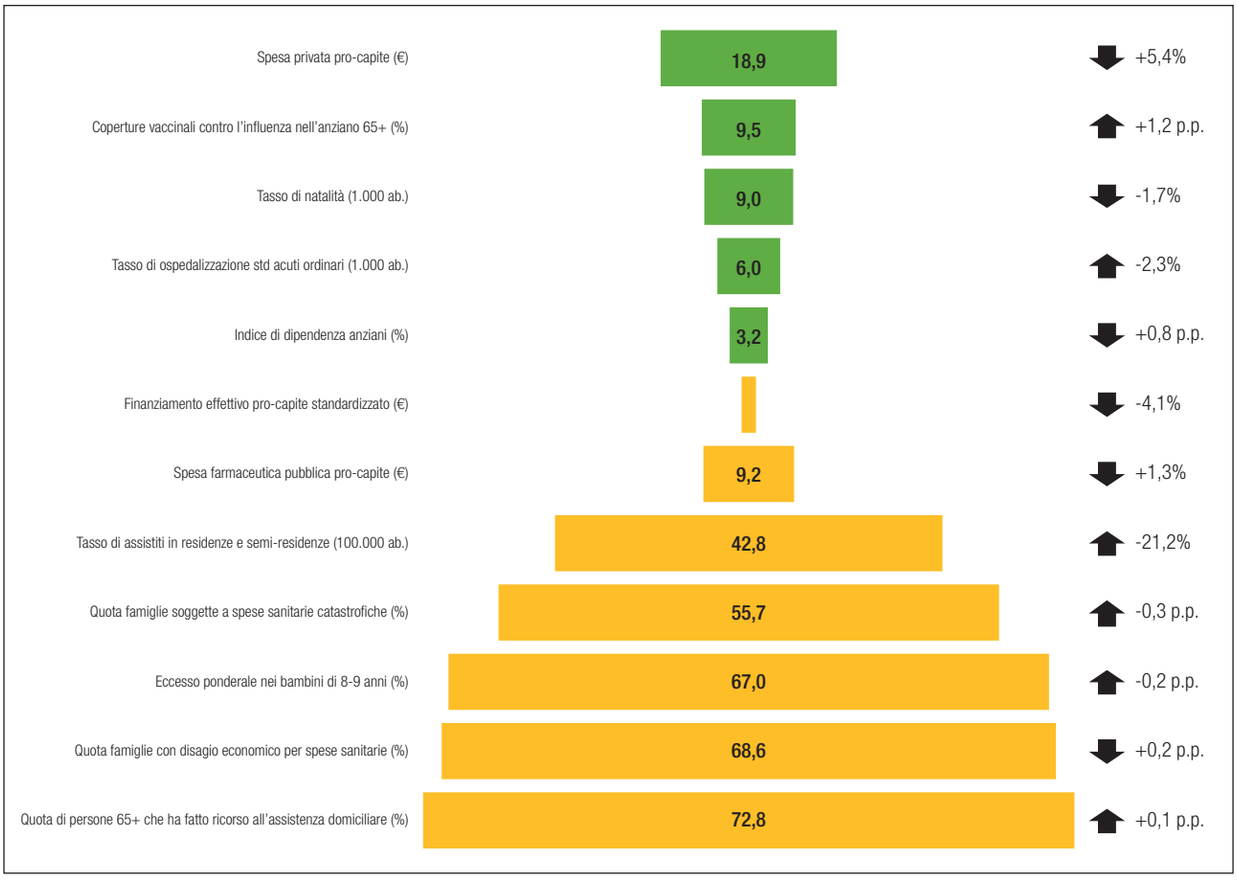
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Calabria



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

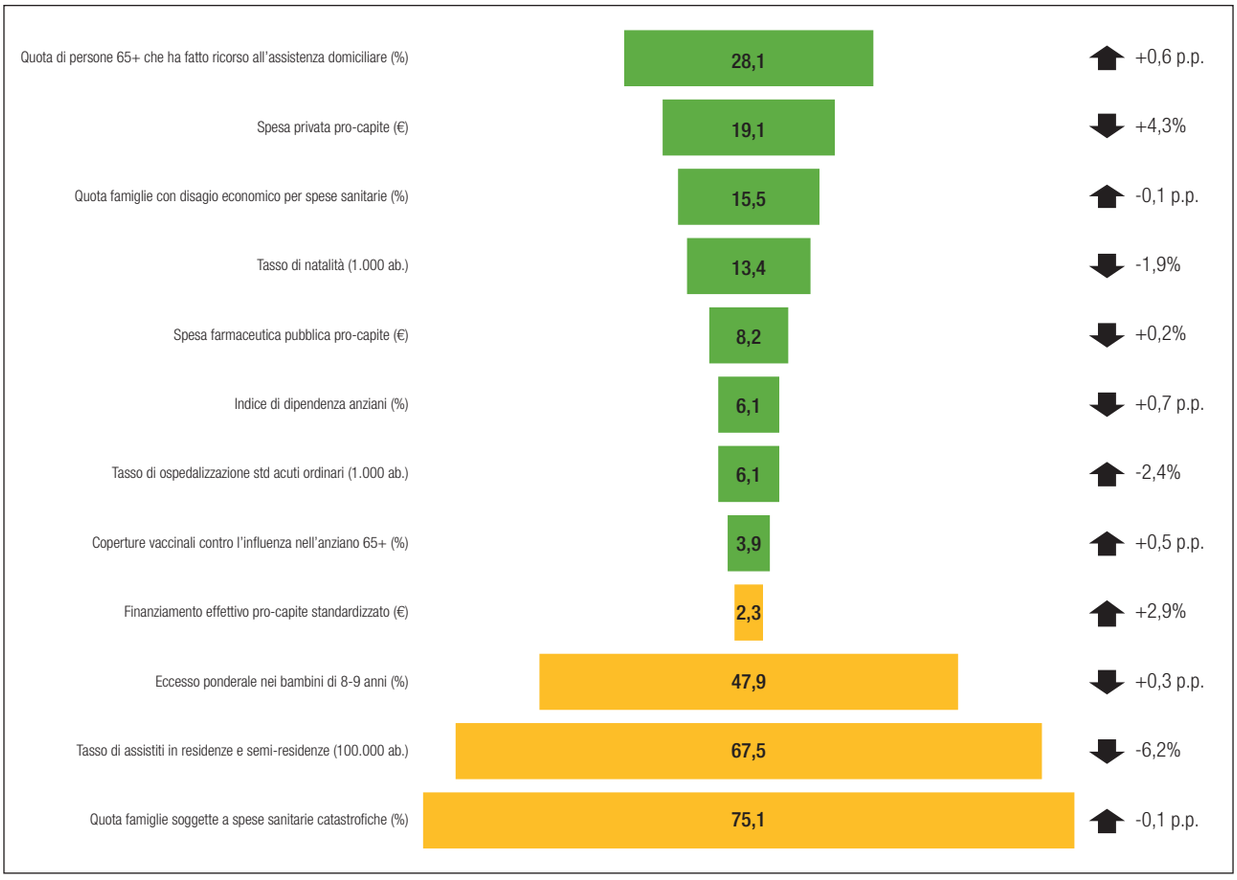
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Sicilia



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

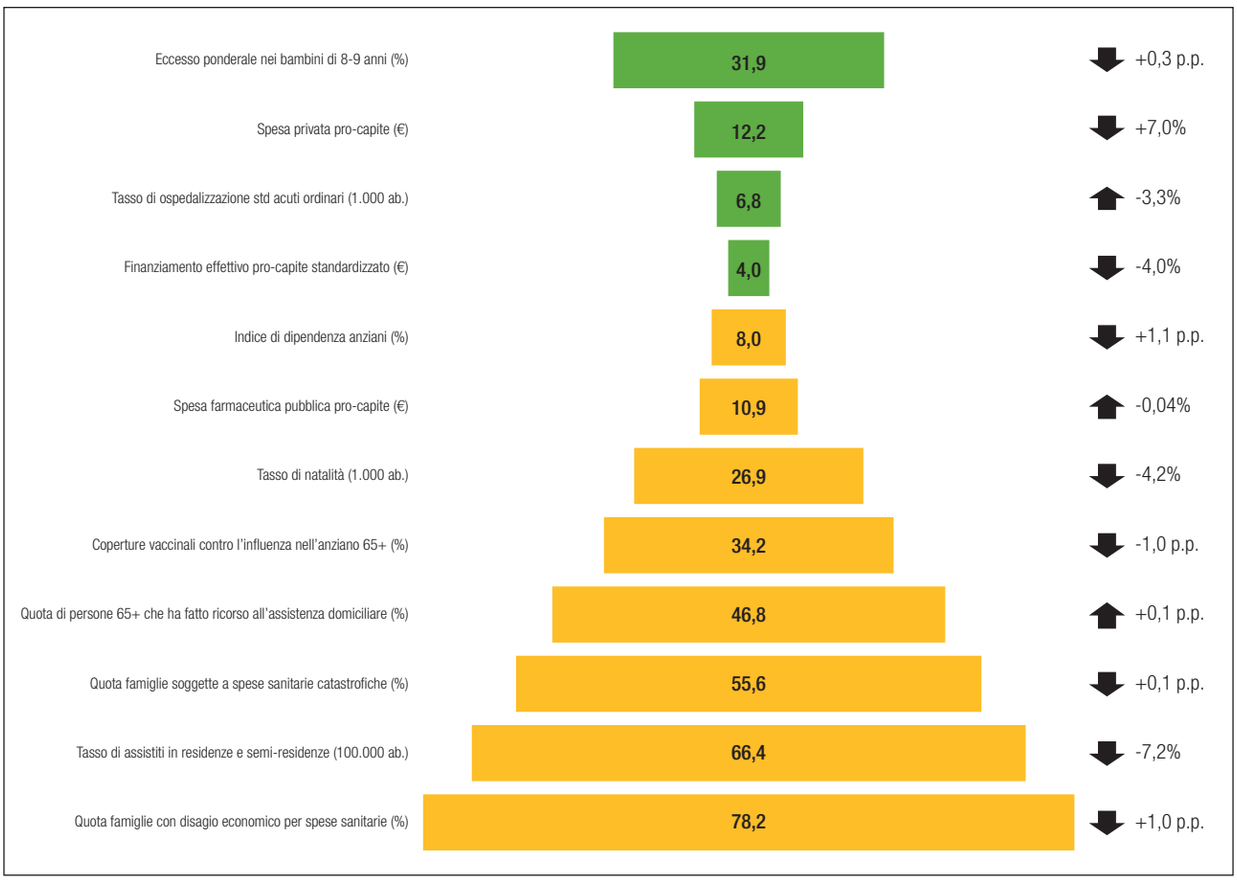
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).

Sardegna



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Valore espresso in punti percentuali)

Valore in miglioramento

Valore in peggioramento

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 giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Le frecce indicano se l'indicatore regionale, nel medio-periodo, risulta in miglioramento (freccia rivolta verso l'alto) o in peggioramento (freccia verso il basso). I valori accanto alla freccia indicano la variazione media annua (in punti percentuali per gli indicatori già espressi in %).