CREA Sanità

18° Rapporto Sanità

Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi

18th Health Report

Without reforms and growth, NHS on the brink of crisis

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

ISBN 978-88-99078-64-5

© 2022 C.R.E.A. Sanità
SEDE LEGALE
Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2022
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 18ª 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 sui lasciti della pandemia e sulle prospettive future del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), anche alla luce del PNRR e 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 tre *focus*, sul finanziamento e la sostenibilità, tema strategico alla luce del superamento della fase pandemica, sull'equità e la funzione del servizio pubblico, e sulle politiche di gestione delle risorse umane.

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 e A. Tanese come anche il tavolo di esperti composto da T. Aceti, F. Degrassi, P. Derrico, F. Gabbrielli, F. Mazzotti, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro, A. Tanese.

C.R.E.A. Sanità, ringrazia, per i loro contributi al volume, cui ci onoriamo: N. Buzzi, L. Colombo, M. Corso, P. D'Errico, E. Desideri, D. De Cesare, V. De Luca, J. Demurtas, T. Frittelli, E. Lettieri, P. Locatelli, C. Masella, P. Misericordia, M. Nonis, M. Olive, M. Ritrovato, P. Santurri, N. Silvestri, C. Sgarbossa, A. Vaona e D.L. Vetrano.

La realizzazione del Rapporto è resa possibile dalla *partnership* fra C.R.E.A. Sanità e alcune Aziende particolarmente sensibili all'importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie: Abbvie S.p.A., Amgen S.r.L., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Eli Lilly Italia S.p.A., Gilead Sciences S.r.L., Janssen-Cilag S.p.A., Lundbeck Italia S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Novartis Farma S.p.A., Sanofi S.p.A., Takeda Italia S.p.A., W.L. Gore & Associates 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" e l'Università telematica San Raffaele di Roma.

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", l'Università degli studi Roma Tre, l'Università telematica San Raffaele; supporta inoltre 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 18th Health Report drawn up by the Centre for Applied Health Economics (C.R.E.A. Sanità).

This year's Report focuses on the legacies of the pandemic and the National Health Services (NHS) future prospects, also in light of the National Recovery and Resilience Plan (NRRP) and the 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 focused on three topics, namely financing and sustainability, a strategic issue in view of overcoming the pandemic phase; equity and the role and function of the public service; human resources management policies.

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 and A. Tanese, as well as the other experts we have involved in the discussion on the Health Report development, composed of T. Aceti, F. Degrassi, P. Derrico, F. Gabbrielli, F. Mazzotti, P. Misericordia, G. Monchiero, C. Riccini, G. Scroccaro, and A. Tanese.

We would also like to thank colleagues from other Research Centres and Institutions for their contributions to the Report: N. Buzzi, L. Colombo, M. Corso, P. D'Errico, E. Desideri, D. De Cesare, V. De Luca, J. Demurtas, T. Frittelli, E. Lettieri, P. Locatelli, C. Masella, P. Misericordia, M. Nonis, M. Olive, M. Ritrovato, P. Santurri, N. Silvestri, C. Sgarbossa, A. Vaona and D.L. Vetrano.

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.p.A., Amgen S.r.L., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Eli Lilly Italia S.p.A., Gilead Sciences S.r.L., Janssen-Cilag S.p.A., Lundbeck Italia S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Novartis Farma S.p.A., Sanofi S.p.A., Takeda Italia S.p.A., W.L. Gore & Associates 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" and the Rome Telematic University "San Raffaele".

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", the Rome University "Roma Tre" and the Telematic University "San Raffaele". It also supports various public bodies (including the Ministry of Health), and private companies in the health sector.

With the unconditional support of:

18° Rapporto Sanità

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

Coordinamento scientifico
BARBARA POLISTENA

Autori

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

CAPPELLI CLAUDIO
Medico di Medicina Generale.
Centro Studi FIMMG.
Segretario Settore Continuità Assistenziale FIMMG Marche

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

CASSA RAFFAELE
Ricercatore socio-economico.
Responsabile modelli informatici ed elaborazioni statistiche

COLOMBO LUIGI
Architetto.
Action for Health Institute, Milano

CORSO MARIANO
Professore Ordinario di *"Leadership and Innovation"* al Politecnico di Milano è co-fondatore e membro del comitato scientifico degli Osservatori *Digital Innovation*. È responsabile scientifico di numerosi osservatori tra i quali "Sanità Digitale". Ha promosso e coordinato numerosi progetti di ricerca e consulenza per aziende e istituzioni pubbliche a livello nazionale e internazionale ed è autore di numerose pubblicazioni scientifiche di cui oltre 180 a livello internazionale.
Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

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

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"

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

DEMURTAS JACOPO
Dipartimento di Cure Primarie USL Sud Est Toscana, Grosseto.
Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, Capalbio

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.
Già Presidente AIIC – *Past President* SIHTA.
Responsabile Funzione Tecnologie ed Unità di Ricerca *Health Technology Assessment.*
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

DESIDERI ENRICO
Già Direttore Generale.
Presidente Fondazione innovazione e sicurezza in sanità

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

FRITTELLI TIZIANA
Direttore Generale Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.
Direttore Federsanità ANCI

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

LETTIERI EMANUELE
Professore Ordinario di *Innovation in Health & Social Care* al Politecnico di Milano e Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale e dell'Osservatorio *Life Science Innovation*. È Direttore del *Master Executive* in Gestione dell'Innovazione in Sanità (EMGIS) erogato da POLIMI *Graduate School of Management*. I suoi interessi di ricerca coprono la valutazione d'impatto dell'innovazione, la tra-

sformazione digitale, la sanità orientata al valore e il *foresight /future thinking* in sanità. È autore di oltre 150 pubblicazioni su questi temi.
Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

LOCATELLI PAOLO
Esperto di innovazione di processo e digitale in sanità, ambito in cui opera dal 2000 in progetti di ricerca ed innovazione a livello aziendale, regionale, nazionale ed europeo. Dal 2005 segue progetti di innovazione in Fondazione Politecnico di Milano, dove attualmente coordina il gruppo che si occupa di innovazione digitale. Partecipa dal 2008 all'Osservatorio Sanità Digitale della *School of Management* del Politecnico di Milano, di cui dal 2010 è uno dei responsabili scientifici. È co-direttore dell'*Executive Master* in Gestione dell'Innovazione in Sanità della POLIMI *Graduate School of Management*.
Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

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

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

NONIS MARINO
Dirigente Medico c/o UOC Controllo di Gestione.
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.
I.N.M.I. Lazzaro. SPALLANZANI - IRCCS

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

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.
Responsabile Servizio *Health Technology Assessment* IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

SANTURRI PAOLO
Ricercatore socio-economico

SILVESTRI NORBERTO
Medico igienista.
Action for Health Institute, Milano

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

SPANDONARO FEDERICO
Economista. Professore Straordinario presso l'Università Telematica San Raffaele.
Presidente del Comitato Scientifico C.R.E.A. Sanità

VAONA ALESSANDRO
Medico di Assistenza Primaria ad incarico orario.
AUSL 9 Scaligera Verona

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.

Attività amministrative e di segreteria

BONO MARTINA
Responsabile segreteria C.R.E.A. Sanità

FRATINI ADRIANA
Responsabile Amministrazione C.R.E.A. Sanità

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

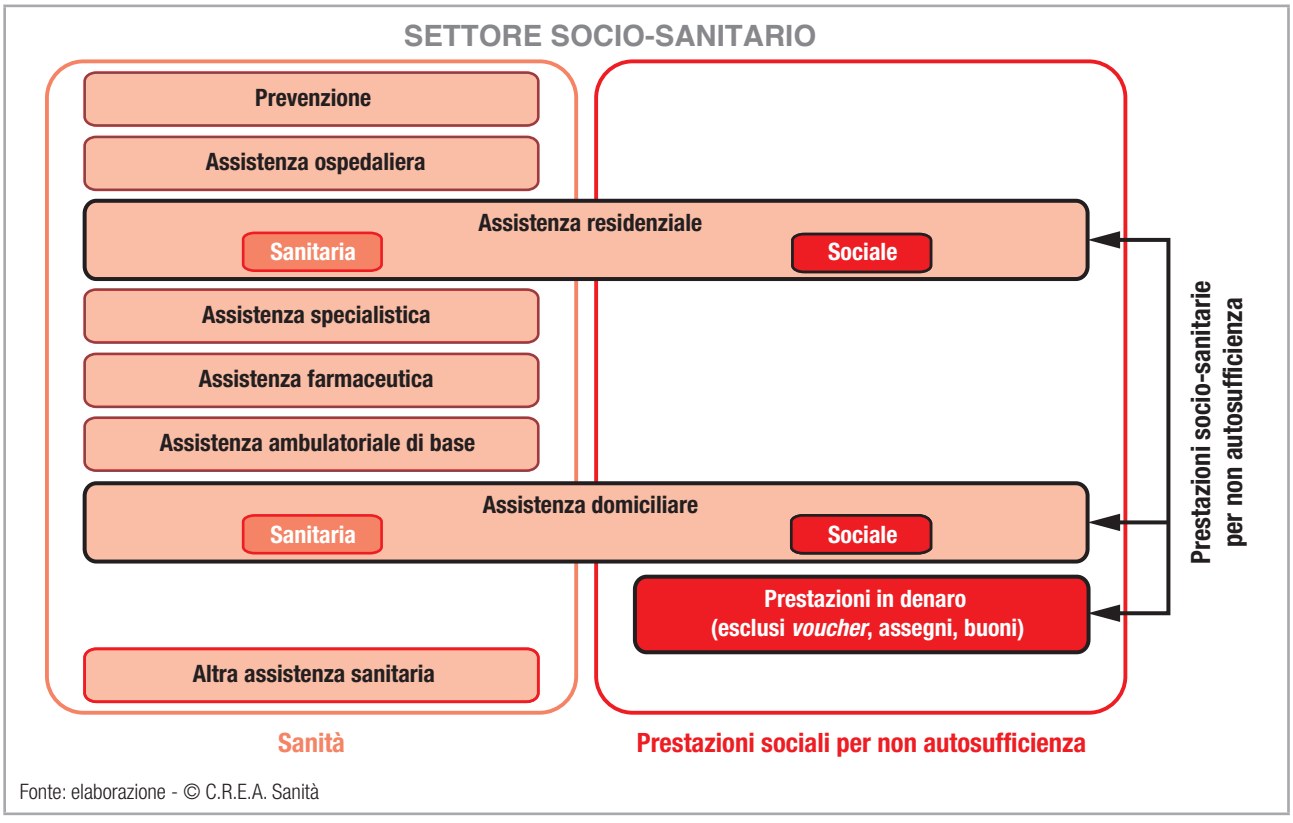
La 18ª edizione del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità mantiene la struttura consolidatasi negli ultimi anni: rimandando alla lettura anche delle "guide" pubblicate negli ultimi anni, ricordiamo qui solo alcuni aspetti essenziali.

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 18° 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 possibili misure di *Performance*.

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 economici della Sanità.

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

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

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

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 esteri, 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, sintetizzate per ogni singola Regione.

Il coordinatore scientifico
Barbara Polistena

Indice/*Index*

Presentazione 3
Presentation

Introduzione
Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi 17
Without reforms and growth, NHS on the brink of crisis

Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico 59
Chapter 1 - The socio-demographic context
Carrieri C.
English Summary 83
Key Indicators 85

Capitolo 2 - Il finanziamento: livello e risanamento 91
Chapter 2 - Founding: level of financing and recovery
Ploner ME.
English Summary 117
Key Indicators 119

Capitolo 3 - La spesa 123
Chapter 3 - Health expenditure

Capitolo 3a - L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e nazionali 127
Chapter 3a - Health expenditure evolution: international e national comparison
Ploner ME., Polistena B.
English Summary 143

Capitolo 3b - Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale Italiano 145
Chapter 3b - Human resources of National Health Service
Di Luca V.
English Summary 158

Capitolo 3c - Le politiche del personale: una *survey* sui Direttori Generali 159
Chapter 3c - Human resources policies: a survey for Medical Directors
Di Luca V., Frittelli T., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 167
Key Indicators 169

Capitolo 4 - La valutazione delle *Performance* 173
Chapter 4 - Performance evaluation

Capitolo 4a - Impoverimento, catastroficità e disagio economico per cause sanitarie delle famiglie nel primo anno di pandemia 177
Chapter 4a - Impoverishment, catastrophism and economic hardship due to family health causes in the first year of the pandemic
d'Angela D., Spandonaro F.
English Summary 191
Key Indicators 193

Capitolo 4b - *Performance* Regionali 197
Chapter 4b - Regional Performance evaluation
d'Angela D., d'Angela C., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 211
Key Indicators 213

Capitolo 4c - La mortalità evitabile 217
Chapter 4c - Avoidable mortality
Buzzi N.
English Summary 229

Capitolo 5 - Prevenzione: spesa per vaccini, un modello per ottimizzare il finanziamento regionale alla luce del Piano nazionale 231
Chapter 5 - Prevention: expenditure on vaccines, a model for optimising regional funding in the light of the National Plan
Giordani C., Spandonaro F.
English Summary 268
Key Indicators 270

Capitolo 6 - L'assistenza ospedaliera 279
Chapter 6 - Hospital care

Capitolo 6a - Assistenza ospedaliera: evoluzione e aggiornamento del flusso informativo SDO & delle tariffe massime DRG 283
Chapter 6a - Hospital care: evolution and updating of the SDO information flow & DRG maximum tariffs and rates
Nonis M.
English Summary 296

Capitolo 6b - L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera: le criticità emerse con l'emergenza COVID 298
Chapter 6b - The evolution of hospital care: the problems experienced with the COVID emergency
Carrieri C., d'Angela D., Spandonaro F.
English Summary 321

Capitolo 6c - Progettare un ospedale: cosa sapere, cosa prevedere, cosa decidere 322
Chapter 6c - Designing a hospital: what to know, what to predict, what to decide
Silvestri N., Colombo L.
English Summary 326
Key Indicators 327

Capitolo 7 - Assistenza residenziale e intermedia: gli Ospedali di Comunità 331
Chapter 7 - Residential care and community care services: the so-called Ospedali di Comunità
d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 341
Key Indicators 343

Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale 349
Chapter 8 - Specialistic Outpatient Care
d'Errico M.
English Summary 366
Key Indicators 367

Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica 371
Chapter 9 - Pharmaceutical care
Polistena B., Spandonaro F., d'Errico M.
English Summary 386
Key Indicators 388

Capitolo 10 - Assistenza primaria 393
Chapter 10 - Primary care

Capitolo 10a - Confronto tra i sistemi sanitari di cure primarie in Europa: il ruolo del Medico di Medicina Generale 397
Chapter 10a - Comparison of primary care health systems in Europe: the role of the General Practitioner
Demurtas J., Vaona A.
English Summary 407

Capitolo 10b - Medicina Generale: numeri e prospettive della professione 408
Chapter 10b - General Practitioners: data and prospects for the profession
Cappelli C., Misericordia P.
English Summary 415

Capitolo 10c - Le reti clinico-assitenziali per l'equità e la sostenibilità delle cure: un nuovo modello di gestione pro-attiva della cronicità e della fragilità - il raccordo strutturato fra le cure primarie e la rete specialistica 416
Chapter 10c - Clinical-care networks for the equity and sustainability of care: a new model of pro-active management of chronicity and frailty - The structured link between primary care and the specialist network
Desideri E.
English Summary 420

Capitolo 10d - Le farmacie dei servizi 421
Chapter 10d - Pharmacies of services
d'Errico M., Polistena B.
English Summary 426
Key Indicators 427

Capitolo 11 - Assistenza domiciliare 431
Chapter 11 - Home care
Vetrano DL.
English Summary 440
Key Indicators 441

Capitolo 12 - Provvidenze in denaro 443
Chapter 12 - Cash benefits and allowances
Ploner ME.
English Summary 461
Key Indicators 462

Capitolo 13 - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive 467
Chapter 13 - The healthcare industry: evolution and prospects
d'Angela D., Carrieri C.
English Summary 476
Key Indicators 478

Capitolo 14 - Sanità e E-Health 483
Chapter 14 - The Health Sector and E-Health

Capitolo 14a - La Sanità digitale in Italia e il ruolo del PNRR: le principali evidenze dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano 487
Chapter 14a - Digital Health in Italy and the role of Recovery Plan: the main findings of the Digital Health Observatory of the Politecnico di Milano
Corso M., De Cesare D., Lettieri E., Locatelli P., Masella C., Olive M., Sgarbossa C.
English Summary 495

Capitolo 14b - *Health Technology Assessment* e Telemedicina: elementi cardine del Servizio Sanitario Nazionale del futuro 496
Chapter 14b - Health Technology Assessment and Telemedicine: key elements of the National Health Service of the future
Derrico P., Ritrovato M.
English Summary 506

Capitolo 15 - Patologie 509
Chapter 15 - Pathologies

Capitolo 15a - I potenziali benefici di una strategia di *Early Access* per i farmaci oncologici innovativi in Italia 513
Chapter 15a - The potential benefits of an Early Access strategy for innovative oncology drugs in Italy
d'Errico M., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 518

Capitolo 15b - La gestione delle multi-cronicità: revisione sistematica delle indicazioni disponibili . 519
Chapter 15b - The management of multi-chronicity: systematic review of available indications
English Summary 522

Capitolo 16 - L'impatto del COVID sulla non autosufficienza degli anziani 523
Chapter 16 - The COVID impact on non-self-sufficient elderly people
Polistena B., Cassa R., Santurri P., Spandonaro F.
English Summary 535

Riepilogo regionale/*Regional synopsys* 537

Introduzione

Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi

Without reforms and growth, NHS on the brink of crisis

Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi

Il 2022 si propone per essere il primo anno "post-pandemico", malgrado la pandemia sembri tutt'altro che finita, almeno da un punto di vista epidemiologico: probabilmente, però, si sta endemizzando, almeno fino a prova contraria, ovvero a mutazioni di "segno" imprevisto dell'aggressività del virus.

Il concetto di "post-pandemico" è, quindi, da riferirsi alla fine dello stato di emergenza e, forse ancor di più, ad un osservabile desiderio di "normalità", ampiamente diffuso nella popolazione: appare evidente che, appena caduti gli obblighi di legge (mascherine e quant'altro), la gran parte delle persone ha rinunciato alle precauzioni adottate nel 2020 e nel 2021.

La "normalizzazione" riguarda anche le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno ricominciato a lavorare sui livelli pre-pandemici (sebbene i dati siano ancora molto parziali).

La "normalizzazione" citata, però, sembra portare con sé anche la rimozione di molte tematiche che, durante la pandemia, avevano scalato la piramide delle priorità nell'agenda politica: ad esempio, molto poco sembra essere rimasto della retorica sull'"eroismo" dei professionisti sanitari (che implicitamente lasciava intendere la volontà di un riconoscimento sociale della loro abnegazione); come anche della necessità di "recuperare" le prestazioni "saltate" durante la pandemia per attutire gli effetti nefasti di due anni in cui la prevenzione, primaria e secondaria, è "rimasta al palo"; sembra essersi in larga misura dissolta persino l'importanza sociale e economica della salute, su cui sembrava essersi formata una ampia consapevolezza nella popolazione e nella politica.

Quanto sopra si desume dal fatto che il dibattito sulla politica sanitaria è tornato a concentrarsi sui problemi che l'avevano occupato nel periodo pre-pandemico: senza pretesa di esaustività, ad esempio, il finanziamento, e quindi la sostenibilità in prospettiva del SSN, la rimozione del tetto sul personale (scelta ex post ritenuta da tutti scellerata, ma che si fa evidentemente fatica a superare), i tetti e relativi *payback* sui farmaci e sui dispositivi medici, etc..

Il fenomeno in atto può essere letto come un rapido ripiegamento del dibattito di politica sanitaria sui possibili aggiustamenti "interni" al sistema; come in periodo pre-pandemico, sembra che la Sanità non sia un "problema", anzi che il SSN rappresenti un ambito di successo delle politiche pubbliche, al più necessitante di qualche correzione tecnica di rotta: atteggiamento che, evidentemente, sconta una mancanza di "strategicità", limitandosi a interventi incrementali.

Va peraltro considerato che la "finestra" pandemica, avendo beneficiato della sospensione del Patto di stabilità, ha illuso i più che fosse iniziata una nuova era, senza più vincoli "esterni" per il SSN, ovvero senza vincoli economici al finanziamento in debito delle attività pubbliche; ora il Paese si "risveglia", trovandosi più indebitato di prima, nel mezzo di una congiuntura economica molto complessa (in primis per i contraccolpi della guerra in Ucraina) e con tutti i suoi problemi "strutturali" ancora irrisolti: primo fra tutti la incapacità di crescere al ritmo (almeno) degli altri Paesi europei.

Se, in generale, il Paese sembra ripiegarsi sulla gestione delle problematiche di breve periodo, fa eccezione il dibattito in corso sulla realizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che esula dal quadro descritto: trattandosi di una opportunità unica e, probabilmente, irripetibile, il Piano ha una valenza naturalmente strategica; non di meno, proprio a questo proposito cominciano ad emergere

interrogativi sul reale impatto del Piano, ad esempio, sulla sostenibilità futura del SSN.

Il 18° Rapporto Sanità, alla luce dei dati disponibili, si interroga, quindi, tanto sul lascito della pandemia, quanto (e principalmente) sul futuro del SSN (nelle sue articolazioni regionali); nel seguito ne viene offerta una lettura sulla base delle tematiche sviluppate nel Rapporto, privilegiando tre aspetti che sembrano cruciali: la sostenibilità del SSN, la riduzione delle sperequazioni e la gestione delle risorse umane.

La risposta alla pandemia

I dati disponibili (che, detto per inciso, essendo sempre più in ritardo, specialmente quelli istituzionali, impediscono di effettuare un monitoraggio dell'evoluzione del sistema sanitario, rimanendo al più utili per analizzare ex post gli accadimenti) confermano che l'anno 2021 è ancora caratterizzato da molte "anomalie quantitative", già registrate nel 2020, per lo più attribuibili all'impatto della pandemia.

Il "biennio pandemico" (2020-2021) è stato, nello specifico, caratterizzato da un crollo significativo dell'attività dei servizi sanitari regionali (SSR) e, insieme, da un parallelo incremento del personale e dei costi del servizio.

Solo l'ultimo trimestre 2021 sembra segnalare (almeno da quanto emerge dai flussi della specialistica ambulatoriale) l'avvenuta "normalizzazione", ovvero il ritorno sui livelli di attività pre-pandemica: se il *trend* si confermerà per il 2022, e si confermasse anche per i ricoveri (per i quali è stato appena diffuso il dato relativo all'anno 2020), come anticipato, quest'ultimo anno potrebbe effettivamente essere considerato il primo "post-pandemico".

Entrando più nello specifico, e considerando i flussi informativi più maturi, nello specifico le Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO (attività ospedaliera) e il flusso della specialistica ambulatoriale, è possibile quantificare la riduzione delle attività intervenuta.

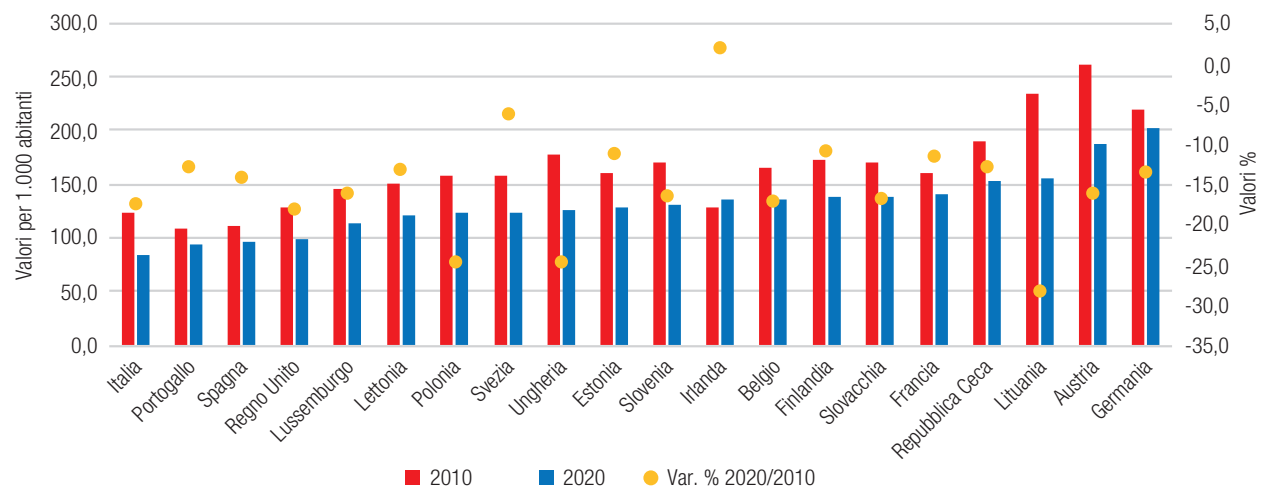
Per quanto concerne l'attività ospedaliera, non essendo ancora disponibile il dettaglio dell'attività di ricovero 2021, dobbiamo limitarci ad analizzare gli effetti della prima ondata pandemica; il dato relativo al 2020 è incontrovertibile: sebbene con il COVID si sia assistito ad una selezione dei ricoveri, per via della sospensione dell'attività in elezione, con conseguente incremento del peso medio del DRG (da 1,24 nel 2019 a 1,31 nel 2020) e della degenza media (+0,6 gg. rispetto al 2019), complessivamente l'attività ospedaliera si è ridotta significativamente; i ricoveri ordinari in acuzie si sono ridotti del –18,1%, ovvero ad un tasso 4,6 volte maggiore rispetto alla media annua del decennio precedente; analogamente si è registrata una riduzione delle giornate di degenza pari al –13,1% (acuzie in regime ordinario), 4,4 volte maggiore rispetto a quella del decennio 2010-2020.

Non si può non sottolineare come questa riduzione si innesti su tassi di ospedalizzazione bassissimi, che fanno dell'Italia il Paese europeo, di gran lunga, maggiormente "deospedalizzato" (Figura 1.).

Secondo i dati diffusi da Age.Na.S. e Istat, i ricoveri in regime ordinario connessi al COVID, sempre nel 2020, sono stati 286.530: al netto di questi, la riduzione dell'attività di ricovero non COVID sarebbe stata anche leggermente superiore (-18,2%).

Peraltro, parallelamente alla riduzione dell'attività di ricovero (e anche a quella ambulatoriale) il personale sanitario del SSN è aumentato del +3,0% rispetto al 2019, facendo intendere che lo *stress* delle strutture ospedaliere (e dei relativi professionisti) debba essere correttamente interpretato e circoscritto, riportandolo nell'ambito delle specifiche specialità che hanno retto l'impatto dei contagi; in particolare, i reparti di malattie infettive e tropicali, come anche le pneumologie, sembrano essere arrivate alla saturazione, con tassi di occupazione dei letti rispettivamente pari al 162,6% e 86,5%; già molto meno "sature" sono risultate le terapie intensive, almeno secondo i dati diffusi: d'altra parte, prima della pandemia erano occupate largamente sotto il 50%, avendo quindi (almeno sulla carta) ampi margini di "manovra".

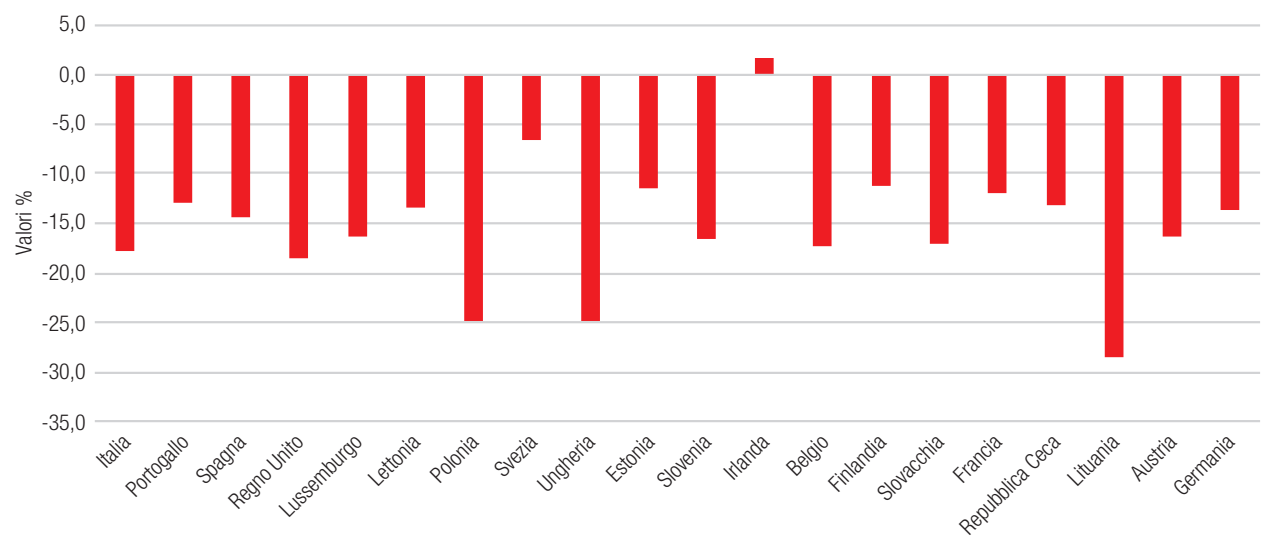
Figura 1. Tassi di ospedalizzazione ordinari in acuzie in Europa



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

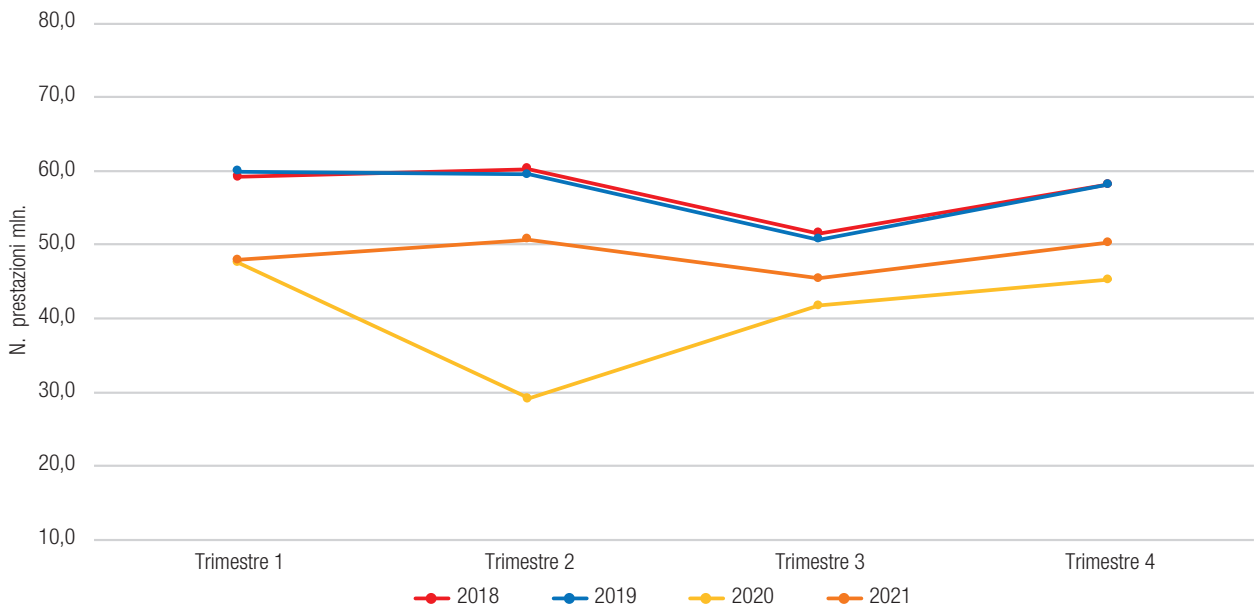
La lettura dello *stress* pandemico sulle strutture va letto anche sotto la lente di ingrandimento della variabilità regionale (Figura 2.): il tasso di ospedalizzazione ordinario si è ridotto da un minimo dell'Abruzzo (-14,6%) ad un massimo della Calabria (-27,1%); nel Nord si passa da una riduzione minima nella P.A. di Bolzano (-12,1%) ad una massima in Liguria (-19,5%); sul lato del personale, il Nord vede aumentare quello delle strutture di ricovero in misura maggiore rispetto al Sud (+2,3% e +0,1% rispettivamente).

Figura 2. Tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie regionale. Variazione 2020/2019



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

Figura 3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale, andamento trimestrale



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S., 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Quindi, mentre in tema di acquisizione del personale sembra evidenziarsi una qualche correlazione con la diffusione dei contagi, le riduzioni dei ricoveri, come anche i tassi di occupazione dei letti nei reparti più esposti, non sembrano affatto determinate dai "bisogni", quanto dalla "resilienza" dei servizi regionali, che si conferma molto variabile.

Una conferma delle diverse capacità di risposta arriva dall'andamento della specialistica ambulatoriale, per la quale l'Age.Na.S ha fornito i dati anche per il 2021.

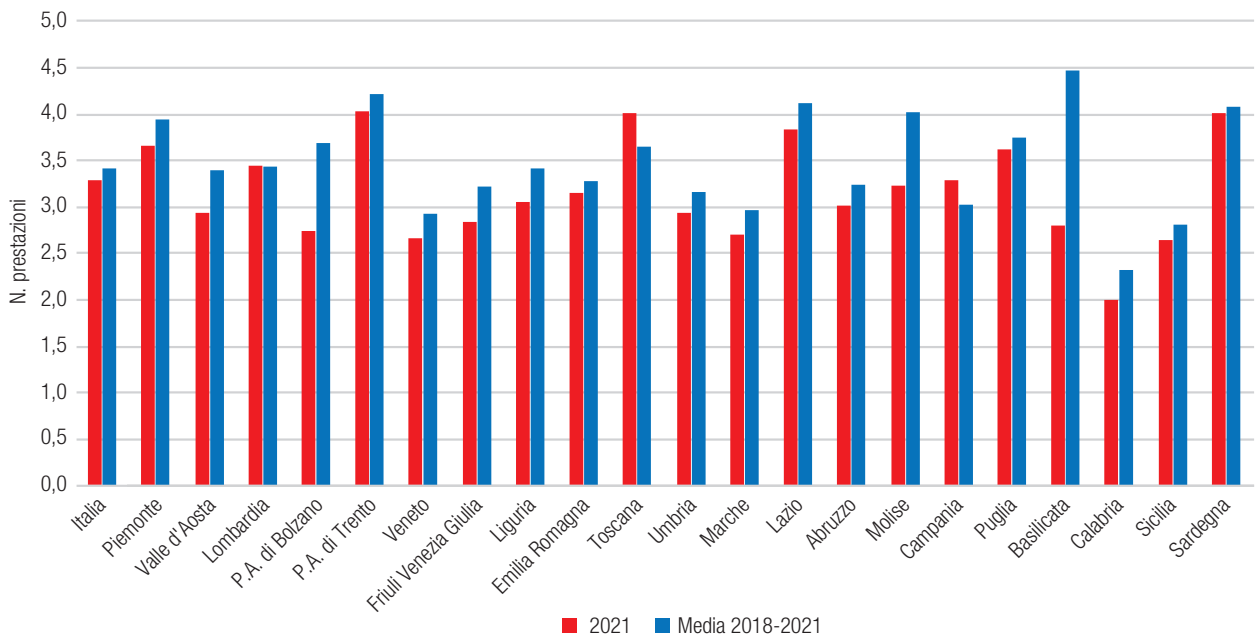
L'analisi dei *trend* trimestrali di erogazione delle prestazioni (Figura 3.) conferma il drastico calo, oltre il 50%, determinatosi in corrispondenza della prima ondata pandemica e del conseguente *lockdown*; spiegabile tanto con il blocco delle prestazioni non urgenti, quanto con il timore dei cittadini a recarsi in strutture sanitarie, percepite come luoghi a rischio di contagio.

Malgrado i fondi stanziati per il "recupero" delle prestazioni, nel 2021 i volumi crescono, ma senza raggiungere i livelli pre-pandemici (194,3 mln. di erogazioni, quindi ancora un volume inferiore di circa il 15% rispetto al biennio 2018-2019): solo nell'ultimo trimestre i volumi di erogazione tornano sui livelli pre-pandemici, lasciando prevedere un ritorno alla "normalità" nel 2022.

Nel 2021, solo Campania e Toscana superano i livelli pre-pandemici, configurando un reale "recupero" dell'attività "non svolta": in tutti gli altri casi, nuovamente con rilevanti variabilità regionali, l'"emorragia" pur fermandosi, non segna un reale "recupero" delle prestazioni "perse" (Figura 4.).

Si può, quindi, paventare il fallimento delle politiche di "recupero" dei volumi (risultato in parte scontato, come nel caso degli appuntamenti annuali per prestazioni di prevenzione primaria che, evidentemente, sono definitivamente "persi"); i dati dovrebbero, però, anche far riflettere sul fatto che si osserva una più marcata riduzione dei volumi nelle Regioni che, in condizioni normali, erogano un numero maggiore di prestazioni di specialistica ambulatoriale: il fenomeno sembra suggerire che, nell'insieme delle prestazioni "perse" a causa delle difficoltà affrontate dalle Regioni durante la pandemia, vi sia anche una significativa quota di prestazioni inappropriate che, come tali, non saranno più erogate, probabilmente, anche per effetto della risoluzione spontanea del bisogno percepito dal paziente.

Figura 4. Consumo medio pro-capite prestazioni specialistiche



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S. e Istat 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

La lettura delle risposte del SSN alla pandemia non sarebbe peraltro completa senza la considerazione degli effetti indiretti da essa provocati: qualcosa è stato scritto e fatto per contrastare il peggioramento dello stato di salute mentale della popolazione; del tutto negletta, invece, sembra essere la questione della perdita di autosufficienza dei grandi anziani, costretti per lunghi periodi in casa per effetto dei *lockdown*. Per provare, almeno in parte, a colmare questo *deficit* di conoscenza, C.R.E.A. Sanità ha promosso una sintetica rilevazione sugli anziani *over* 75.

Il dato restituito dalla indagine (che ha coinvolto circa 600 individui, rappresentativi della popolazione dei grandi anziani italiana) sembra significativo: sugli *over* 80 la pandemia (con i *lockdown*, etc.) ha impattato sulle capacità di socializzazione, con oltre il 60% degli intervistati che dichiara di uscire meno di quanto non facesse prima della pandemia.

L'impatto è stato più importante nelle Regioni meridionali e nei Comuni più piccoli: il dato, pur con le cautele interpretative del caso, sembra indicare come, ancora una volta, la risposta del sistema verso gli impatti della pandemia non sia stato omogeneo, confermando la debolezza della tutela nel meridione in generale e nelle aree disagiate in particolare.

Un elemento interessante, che necessiterà di ulteriori approfondimenti, è che circa i 2/3 degli anziani nella fascia 75-79 anni ancora si limitano nelle uscite per proteggersi dai rischi di contagio, malgrado registrino un peggioramento limitato dello stato di salute; gli *over* 80 risultano molto meno "ansiosi" ma, in compenso, registrano un peggioramento del proprio stato di salute in circa il 70% dei casi.

Il dato va letto anche alla luce del fatto che nei Centri di dimensioni inferiori i peggioramenti dello stato di salute risultano nettamente inferiori a quelle dei Centri di maggiori dimensioni: si potrebbe interpretare il dato legandolo alla maggiore possibilità nei piccoli Centri di vivere in modo più *soft* il *lockdown*.

Appare coerente con l'andamento registrato dalla pandemia, il fatto che nel Nord-Ovest si registrano più frequentemente peggioramenti rilevanti dello stato di salute.

Come anche appare coerente con quanto prima commentato, che la richiesta di aiuto a *caregiver* sia

concentrata negli *over* 80 (50% dei casi, contro il circa 10% della fascia 75-79) e che l'esigenza di aiuto sia aumentata specialmente nel Sud e Isole, dove la capacità di protezione degli anziani durante la pandemia, come abbiano visto, sembra essere stata inferiore.

Un quarto degli anziani che non necessitavano di aiuti "esterni", hanno iniziato ad averne durante la pandemia: percentuale che arriva al 40% per gli *over* 80.

Altra conferma di quanto era lecito attendersi, è che l'aiuto richiesto è principalmente quello di tipo "sociale" (attività di vita quotidiana): con percentuali omogenee sia per ripartizioni geografiche che per età.

Alla domanda sulla continuità assistenziale garantita dal SSN durante la pandemia, circa il 20% degli anziani rispondenti dichiara di non avere registrato peggioramenti, circa il 15% di non avere avuto alcun accesso ai monitoraggi e fra il 40% e il 50% di averli potuti fare ma con frequenza inferiore.

Sul tema della continuità, si conferma la peggiore *performance* del meridione (con tassi di mancato accesso che risultano dalle 3 alle 6 volte maggiori che nelle altre ripartizioni).

Peculiare è il dato che segnala come nei Comuni di maggiori dimensioni sia superiore alla media la quota dei ritardi di monitoraggio, ma minore quella dei casi di impossibilità di eseguire la prestazione: l'allungarsi dei periodi di *follow-up* potrebbe quindi aver permesso di contenere le barriere all'accesso dei pazienti alle prestazioni.

Infine, la pandemia ha comportato un aumento della spesa privata sanitaria per il 40% degli anziani, che raggiunge il 50% negli *over* 80 e, analogamente, ha determinato un aumento della spesa privata sociale del 30% degli anziani, che raggiunge il 50% degli *over* 80.

In defintiva, sebbene una quota di "peggioramento" sia connaturata all'invecchiamento intercorso nei due anni pandemici, sembra ragionevole riconoscere una accelerazione dei processi di declino dell'autosufficienza nei grandi anziani; i pochi dati raccolti fanno, quindi, emergere una epidemia all'interno della pandemia: quella dei grandi anziani che sembrano aver perso la autosufficienza, generando un rilevante "costo umano" e un futuro onere aggiuntivo per i SSR.

L'indagine fa emergere che la risposta alla pandemia è stata quanto meno parziale: mentre ci sono stati stanziamenti ad hoc per il recupero delle prestazioni "perse", non sembra essersi maturata una adeguata consapevolezza della necessità di concentrare risorse sul recupero della autosufficienza dei grandi anziani.

Il lascito della pandemia

Dovendo fare una sintesi, per quanto arbitraria, dei principali lasciti della pandemia, oltre alla riduzione delle attività di diagnosi e cura, potremmo segnalare la costituzione di una ampia e diffusa consapevolezza:

- dell'esistenza di un nesso causale salute-sviluppo economico
- del fatto che una spasmodica ricerca dell'efficienza tecnica rischia di mettere in ginocchio la resilienza del sistema, di fronte alle emergenze, ma anche, e più in generale, di fronte all'evoluzione tecnologica e dei bisogni
- del fatto che la "risorsa personale" è strategica per la qualità dei sistemi sanitari
- del fatto che le regole (giuridiche e istituzionali) all'interno delle quali agiscono le aziende sanitarie pubbliche non sono compatibili con la "resilienza", ovvero con una capacità di risposta reale e tempestiva ai bisogni della popolazione e alla loro evoluzione.

In prospettiva, la questione che vale la pena affrontare è cosa, di quello segnalato, sia rimasto, anche dopo la "normalizzazione", fra le priorità dell'agenda politica.

I primi due punti evocano la "giaculatoria" sulla imprescindibilità del ri-finanziamento del SSN, sul quale, durante la pandemia, sembrava essersi trovato un accordo plebiscitario.

Come il Rapporto Sanità, negli anni, ha più volte segnalato, i dati macro sulla spesa italiana non lasciano dubbi sul fatto che l'evocazione dell'esi-

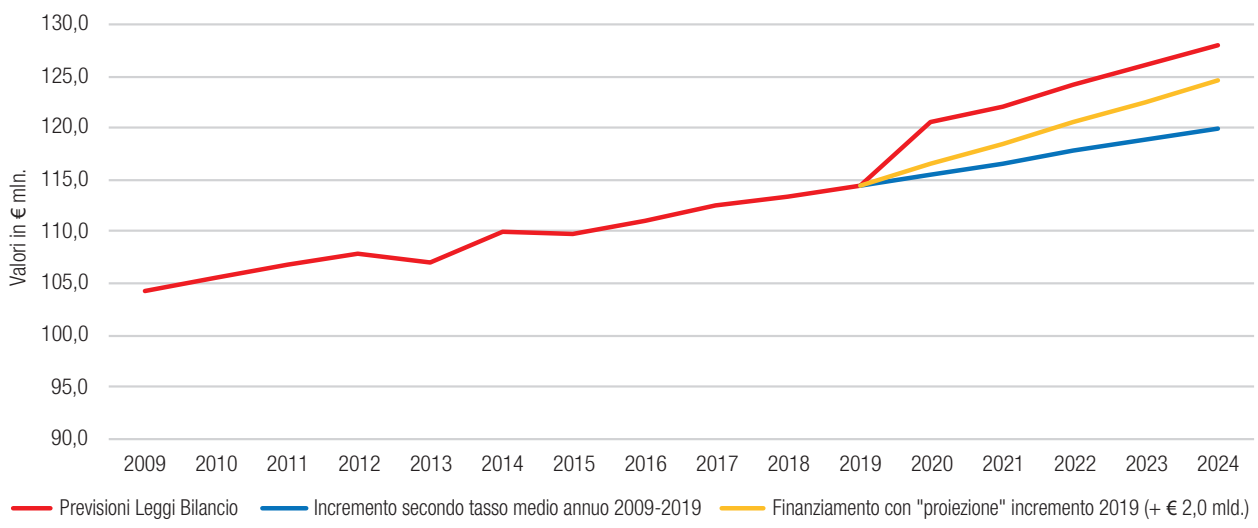
stenza di enormi quote di spreco recuperabile (che lasciano intendere un sovra-finanziamento del SSN) fosse basata su "evidenze deboli"; si dovrebbe almeno sperare che questa argomentazione sia definitivamente uscita dal dibattito, o almeno che in futuro venga ricondotta nell'ambito di una corretta contestualizzazione: quindi, o ad un ragionamento (micro) limitato alla fisiologica possibilità di un continuo miglioramento locale dell'organizzazione dei servizi o, spostandosi al livello macro, al dibattito, peraltro internazionale, sul rischio di eccessi di medicalizzazione, di medicina difensiva, etc..

Dobbiamo però aggiungere che i dati quantitativi non lasciano neppure dubbi sul fatto che la spesa italiana sia né più, né meno, che "coerente" con le risorse disponibili (rapporto sul PIL); come già segnalammo nel 17° Rapporto Sanità, parlare di sottofinanziamento è un mero *slogan*, finché non si definisce rispetto a quale livello di *welfare* (o se vogliamo servizio) la valutazione viene riferita. Se mai ci fosse stato bisogno di una conferma, la pandemia ha dimostrato come il livello di finanziamento sia una scelta politica che, persino in un contesto di risorse comunque scarse, dipende dalle priorità, ovvero dalle scelte politiche di quali aree di intervento vadano privilegiate.

Le previsioni di finanziamento recentemente pubblicate (NADEF 2022) non lasciano adito a dubbi sul fatto che quello della necessità di ri-finanziamento del SSN sia un lascito pandemico in larga misura già ri-messo in discussione; nelle manovre di bilancio (Figura 6.), si sono nuovamente sovraimposti i vincoli derivanti dalla scarsità delle risorse pubbliche, nonché dalla necessità di "coniugare" diverse (e imprescindibili) esigenze: la lotta al depauperamento del potere di acquisto delle famiglie, la necessità di sostenere lo sviluppo economico del Paese, etc..

Sulla questione delle risorse umane, analogamente, si è vista ben poca della riconoscenza promessa ai professionisti sanitari: il dibattito è rapidamente regredito, concentrandosi sui danni provocati dal tetto alla spesa per il personale, rimasto in vigore dal 2010. Peraltro, le assunzioni (in deroga) fatte durante la pandemia, di cui larga parte a tempo determinato, hanno di fatto sostanzialmente compensato le fuoriuscite del personale: senza dimenticare che la vera "novità" sembra essere rappresentata dal fatto che, al fisiologico flusso dei pensionamenti, si è aggiunto quello della "fuga" dei professionisti dal SSN, alimentata dalla percezione di un diffuso disagio lavorativo, come anche dalla constatazione che le condizioni economiche (in senso lato) offerte dal SSN non sono competitive.

Figura 5. *Trend* di finanziamento del SSN



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Limitarsi al tema delle assunzioni, senza un disegno complessivo sulle politiche di governo della risorsa personale in Sanità, appare perdente e marginale.

Inoltre, arrivando al quarto punto, certamente non ultimo per importanza, la necessità, durante la pandemia, di operare in deroga, per le assunzioni come anche per gli acquisti, avrebbe dovuto generare come lascito quello dell'esigenza di una profonda revisione dell'attuale regolamentazione all'interno della quale deve muoversi la gestione delle Aziende Sanitarie pubbliche.

Sebbene il tema sia stato più volte ripreso, soprattutto dalle Istituzioni, che in fase di sviluppo del PNRR hanno ritenuto di sottolineare che lo stesso non fosse un semplice piano di investimenti, in quanto basato e condizionato dalla necessità di realizzare importanti riforme strutturali, il dibattito su come rendere efficienti ed efficaci le regole di funzionamento del servizio sanitario non sembra neppure essere iniziato.

Finanziamento e Sostenibilità

Come anticipato, finanziamento e sostenibilità appaiono temi strategici alla luce del superamento della fase pandemica.

Propedeuticamente, va ribadito che parlare di sostenibilità del servizio sanitario pubblico in modo intellegibile richiede di dichiarare ex ante quale sia il metro di riferimento. Allo stato attuale, sembra ricorrente l'abitudine di ragionare sul tema rapportando il finanziamento al PIL; va, però, notato che l'incidenza è condizionata tanto dal numeratore (le risorse rese disponibili per il settore), quanto dal denominatore: quindi, a fronte di un denominatore (il PIL) "basso", a parità di incidenza, rimarrà "basso" anche il finanziamento.

Ci sembra di poter affermare che, avendo ad oggetto l'assegnazione di risorse ad un servizio di *welfare*, deputato a erogare servizi in natura, il metro di paragone utilizzato non può essere indipendente dalla quantità e qualità dei servizi concretamente erogabili. Accettare questa impostazione, implica sostenere che l'incidenza sul PIL non sia un *benchmark* adeguato, e che è più opportuno ragionare di risorse nominali, o al più trasformate per tenere conto dei diversi "poteri di acquisto".

Di conseguenza, nel ragionamento che segue, assumiamo (arbitrariamente, e quindi con una logica evidentemente discutibile) che la popolazione italiana valuti la congruità dei servizi ricevuti dal SSN, riferendosi a quantità e qualità del consumo garantito in media nei Paesi europei, per la precisione, nel *set* di Paesi (che definiamo EU-Ante 1995) che storicamente hanno formato la EU: un *panel* di riferimento che contiene Paesi con un livello di sviluppo maggiore del nostro (Germania, Olanda, etc.), ma anche Paesi "più poveri" (Grecia, Portogallo, Spagna).

Un primo dato incontrovertibile è che il PIL pro-capite italiano è inferiore del -23,3% (-12,9% in PPP – Parità di Potere di Acquisto) a quello dei Paesi presi a riferimento (Figura 4), e del –30,2% rispetto, ad esempio, alla Germania.

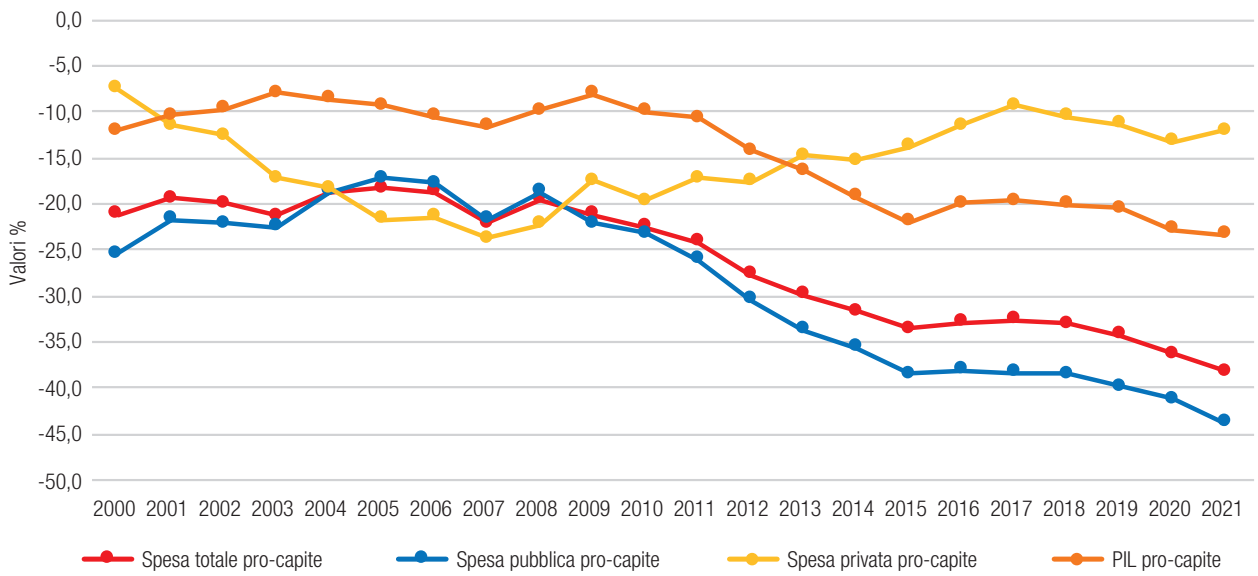
Ne segue, allora, che un finanziamento pubblico per la Sanità regolato per ottenere la stessa incidenza sul PIL degli altri Paesi EU-Ante 1995, equivarrebbe ad accettare uno scarto di risorse pubbliche di quasi il 20%, che diventa di oltre il 30% rispetto alla Germania; a cui si aggiunge un ulteriore differenziale generato dal fatto che anche la spesa privata italiana è inferiore a quella dei Paesi di riferimento, in media del -12,1%.

In ogni caso, accettare *gap* di risorse dell'ordine di grandezza delineato, implica che non ci siano spazi per garantire l'adeguamento delle dotazioni organiche agli standard EU, e/o l'accesso all'innovazione tecnologica.

Malgrado si tratti evidentemente di un "*second best*", un incremento dei livelli di finanziamento misurato in modo da raggiungere l'incidenza sul PIL degli altri Paesi, rappresenterebbe comunque un obiettivo molto sfidante: basti osservare che considerare correttamente il "PIL utilizzabile" dall'Italia, ovvero quello al netto degli interessi sul debito pubblico, implicherebbe un *gap* ancora maggiore di quello citato.

Si consideri, ancora, che il *gap* del PIL italiano verso gli altri Paesi EU si è allargato anno dopo anno e, se tale dinamica si confermerà, rapidamente lo scarto di risorse per la Sanità tornerebbe su livelli inaccettabili.

Figura 6. *Gap* della spesa sanitaria corrente e del PIL. Italia vs EU-Ante 1995



Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per fornire una percezione tangibile del contenuto del ri-finanziamento descritto, si consideri che l'attuale finanziamento della Sanità ha generato un progressivo disallineamento della spesa pubblica italiana rispetto ai Paesi di riferimento: lo scarto ha raggiunto il 43,8% (36,7% in PPP). Ne segue che, volendo ridurre il *gap* al 20% (come per il PIL), senza generare nuovamente *deficit* nei bilanci delle Regioni, sarebbe necessario aumentare il finanziamento attuale di circa il 40%, pari (rimanendo sui "grandi numeri") a circa € 50 mld..

Si tratta di una cifra sulla quale neppure può iniziare un dibattito nelle condizioni economiche attuali: ed anche distribuendo l'aumento su 5 anni, quindi prevedendo un riallineamento progressivo, servirebbero €10 mld. in più ogni anno, ovvero circa cinque volte le previsioni di finanziamento contenute nei documenti di finanza pubblica.

Ma il calcolo proposto è ancora largamente per difetto; si aggiunga, infatti, che il ragionamento effettuato è statico, non tenendo conto della dinamica di crescita della Sanità negli altri Paesi: basti dire che in termini di spesa pubblica, dopo il 2000, quella sanitaria italiana è cresciuta del 2,8% medio annuo (peraltro più del PIL), mentre quella degli altri Paesi EU-Ante 1995 è cresciuta il 50% in più: ovvero del 4,2% medio annuo. Persino nel biennio pandemico, malgrado un incremento significativo del finanziamento, la spesa italiana è stata meno dinamica di quella dei Paesi EU-Ante 1995.

Ne segue che, ipotizzando che il *trend* di crescita EU rimanga costante nei prossimi 5 anni, agli incrementi appena descritti vanno aggiunti almeno altri € 5 mld. annui per tenere il passo degli altri Paesi.

A fronte di cifre di questa portata, che oggi sembrano del tutto irraggiungibili, è lecito chiedersi se la minore spesa italiana non possa essere giustificata, per effetto di una maggiore efficienza, che permetterebbe di ridurre il *gap* quali-quantitativo nelle tutele offerte.

Rimandando per i dettagli al successivo paragrafo sulle politiche per il personale, dobbiamo osservare che dalle stime effettuate nel Rapporto, emerge come il *gap* attuale sia da ricondurre alla carenza di personale e ad una politica retributiva inadeguata rispetto a quella degli altri Paesi.

Si può provare a dividere i costi del servizio sanitario in due parti, più o meno quantitativamente equivalenti: quella del personale e quella dei beni e servizi, caratterizzate da "riferimenti" diversi.

Per quanto concerne i beni e servizi, infatti, il mercato di riferimento, specialmente per l'innovazione, è certamente mondiale, e quindi i prezzi si determinano (in generale) fuori dei confini nazionali; peraltro, le aziende produttrici operano una discriminazione di prezzo, articolandolo in funzione delle disponibilità nazionali a pagare. Visto che il nostro PIL pro-capite è inferiore alla media dei Paesi di riferimento di circa il 20%, potremmo aspettarci un livello dei prezzi applicato, proporzionalmente inferiore a quello medio degli altri Paesi: in effetti, il 20% in meno sul 50% dell'onere globale, potrebbe spiegare circa il 10% del nostro differenziale di spesa.

Per quanto riguarda la spesa per il personale, che spiega il restante 40% del *gap*, va invece osservato che un riallineamento agli *standard* EU sembra, più che opportuno, del tutto necessario: in primis, al fine di non vanificare gli effetti degli investimenti fatti con il PNRR, che sono deputati ad aumentare l'offerta, potenziando gli Ospedali di Comunità, le Case di Comunità e l'assistenza domiciliare.

Considerando che appare molto difficile potenziare la dotazione organica del territorio mediante mobilità del personale ospedaliero, le stime sul personale necessario per alimentare l'attività delle nuove (o potenziate) strutture territoriali, restituiscono numeri (a titolo di esempio tra i 40.000 e gli 80.000 infermieri per assolvere i servizi previsti nelle Case di Comunità) che trovano un ostacolo insormontabile nella mancanza di professionisti, peraltro non colmabile nel breve periodo; questa ultima osservazione implica anche che un adeguamento delle retribuzioni è politica del tutto necessaria: in mancanza di ciò, non solo non potremo attirare professionisti da altri Paesi, ma rischieremmo anche di perdere quelli formati in Italia, oltre che di disincentivare la domanda di formazione per le figure professionali necessarie.

Sembra, quindi, potersi confermare che potrebbe essere considerato accettabile un *gap* massimo del 15/20%, in quanto non foriero di scarti significativi sul versante delle tutele offerte: ma anche in questo caso, la residua necessità di riduzione, stimabile nel 30/35%, appare insostenibile con i tassi di crescita nazionali.

Concludendo il ragionamento, ci sembra evidente che, se per sostenibilità intendiamo un "ragionevole" riallineamento del finanziamento alle medie EU, senza il quale è tangibile il rischio di perdere il nostro capitale umano e di non poter accedere alla innovazione, il nostro SSN, stante l'attuale *trend* di crescita delle risorse, è destinato ad essere "insostenibile"; a meno, quindi, che non si riesca a far crescere il denominatore, ovvero che il ri-finanziamento del SSN sia "pagato" da uno sviluppo economico sostenuto, capace di ridurre il nostro debito e di rendere sostenibili gli incrementi di finanziamento descritti.

Purtroppo, un recente contributo (Codogno, Galli, 2022) mostra come dal 1995 ad oggi la crescita del PIL reale dell'Italia sia praticamente la peggiore nel mondo, avendo registrato *performance* peggiori della nostra solo Paesi devastati da guerre o guerre civili (come Yemen, Repubblica del Congo, Venezuela, Zimbabwe) o catastrofi naturali (come Haiti). Per dare una idea del problema, fra il 1995 e il 2019 il divario cumulato nella crescita del PIL è stato di 32,1 punti percentuali (p.p.) rispetto alla Francia, 23,7 p.p. rispetto alla Germania, 29,5 p.p. rispetto alla media dell'Eurozona, 64,5 p.p. rispetto agli Stati Uniti.

Va da sé che se il PIL continuasse a crescere meno che negli altri Paesi EU, diventerebbe praticamente impossibile mantenere le tutele pubbliche, per quanto ritenute insufficienti, sinora garantite.

Parafrasando uno *slogan* in voga nel dibattito di politica sanitaria degli anni '90, che recitava "razionalizzare per non razionare", in conclusione della disamina effettuata sul finanziamento, non rimane che chiedersi come "crescere per non selezionare"; in altri termini, o il Paese segnerà una fase di dinamico sviluppo economico (più rapido di quello registrato in media negli altri Paesi) o gioco forza si dovrà tornare all'idea di un "universalismo selettivo" capace di concentrare le risorse disponibili sui più bisognosi.

Per l'Economia sanitaria, un argomento di riflessione essenziale diventa quale possa essere il contributo del settore alla crescita del Paese. A questo quesito proveremo a rispondere nelle riflessioni finali.

Equità e funzione del servizio pubblico

Il ruolo primario di un servizio pubblico è certamente quello di garantire l'accesso universale all'assistenza sanitaria: questo è stato anche lo spirito della legge istitutiva del SSN nel 1978.

Per perseguire questo obiettivo, va in primo luogo implementata una efficace protezione dei soggetti che hanno risorse economiche insufficienti o limitate per accedere ai servizi sanitari (e sociali). L'equità implica, in generale, la riduzione delle sperequazioni fra i cittadini: non solo quelle legate alle condizioni socio-economiche, bensì anche quelle legate alla residenza, ovvero alle opportunità geografiche di tutela.

Come è noto, il SSN non sembra avere ancora inciso in modo significativo in tema di eliminazione, o almeno riduzione, delle sperequazioni.

La "rinuncia" nazionale a perseguire in modo efficace la riduzione delle sperequazioni è resa evidente dal fatto che la quota di spesa sanitaria intermediata dal SSN è pari al 75,6%, contro l'82,9% della media dei Paesi EU-Ante 1995, con un differenziale di -7,3 p.p. che rappresentano un indicatore delle risorse sottratte alla riduzione delle sperequazioni (Figura 7.).

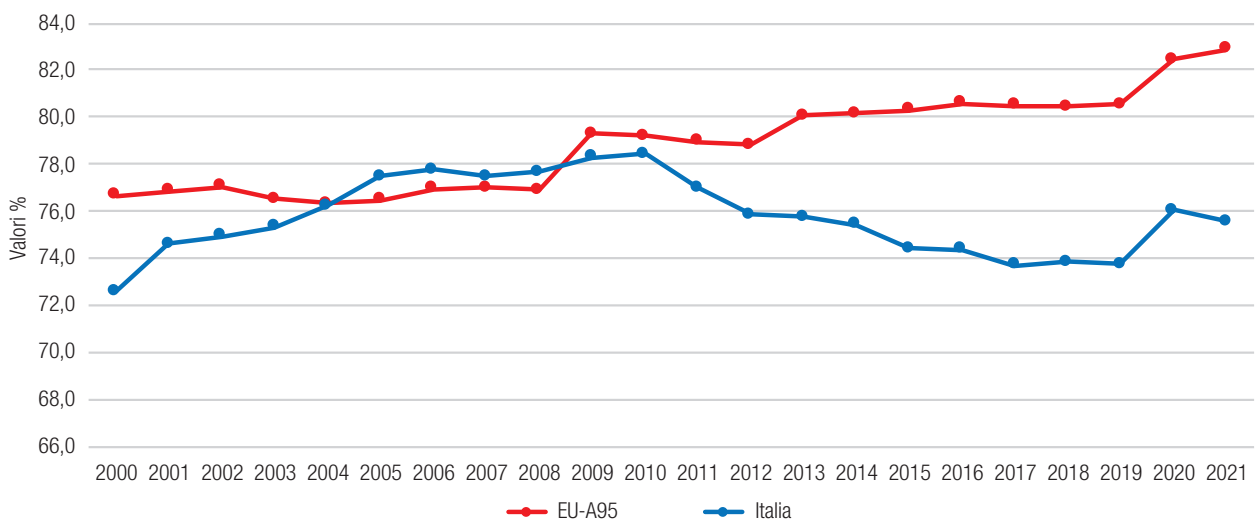
Ne segue il paradosso di un SSN annoverato fra i sistemi pubblici di stampo beveridgiano, fondamentalmente perché alimentato quasi esclusivamente dal gettito fiscale, che presenta una delle quote di spesa privata più elevate in Europa.

In Italia registriamo € 41,0 mld. di spesa sanitaria privata (circa un quarto della spesa sanitaria totale), con una incidenza sul PIL del 2,3%, a fronte di una incidenza media del 2,0% nei Paesi EU-Ante 1995. Si evidenzia, quindi, una *willingness to pay* degli italiani per i servizi sanitari maggiore che negli altri Paesi europei a fronte di un finanziamento pubblico inferiore: dato che non può che essere interpretato come un segno di insoddisfazione per il livello (inteso come qualità) dei servizi pubblici.

Per quantificare l'onere delle spese sanitarie che incidono sulle famiglie, osserviamo che la spesa sanitaria privata "effettiva", ovvero quella riferita ai nuclei che hanno registrato consumi, raggiunge € 1.734,0 per famiglia, ovvero il 5,7% dei consumi totali: una voce tutt'altro che secondaria nei bilanci familiari.

Le problematiche macro trovano, peraltro, immediato riscontro nei dati micro, dimostrando il persistere di problemi equitativi, ed anzi il loro peggioramento nella fase pandemica.

Figura 7. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel primo anno di pandemia (2020), i consumi sanitari si sono ridotti drasticamente (-8,5%), anche se leggermente meno dei consumi totali delle famiglie (-9,0%): fenomeno in larga misura attribuibile al timore dei cittadini di recarsi nelle strutture sanitarie, percepite come luoghi a rischio di contagio. A conferma di ciò, possiamo osservare come il fenomeno sia maggiormente evidente nelle Regioni del Nord, più colpite dalla pandemia, come anche osserviamo che sono aumentate le famiglie che hanno acquistato protesi e ausili: fenomeno certamente attribuibile agli acquisti di mascherine e altri dispositivi di protezione individuale. Si conferma, altresì, che si tratta di spese ritenute necessarie: basti vedere che le anticipazioni fornite dall'Istat indicano come, già nel 2021, i consumi privati siano ritornati sui livelli pre-pandemici.

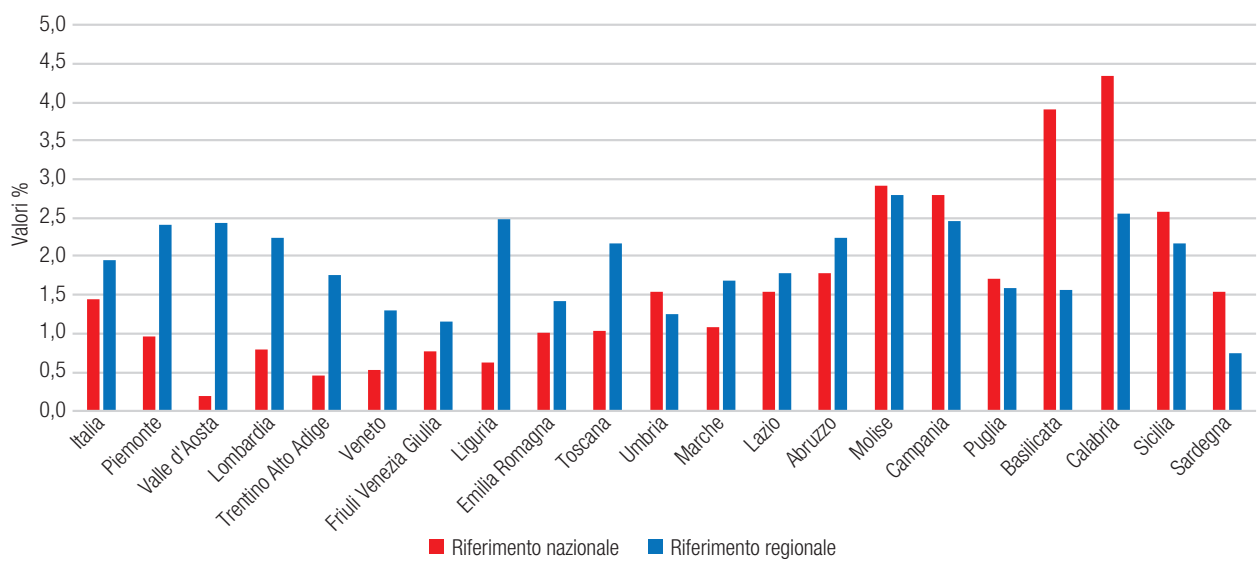
Durante la pandemia, solo le famiglie più abbienti hanno aumentato la spesa sanitaria sostenuta direttamente, in particolare per la specialistica e per il dentista: il dato evidentemente segna un aumento delle sperequazioni, anche in termini di tutela della salute, nella misura in cui ci conferma che solo una quota limitata delle famiglie, il 20% più abbiente, ha potuto "aggirare" le barriere di accesso alle strutture del SSN createsi con la pandemia, pagandosi di tasca propria le prestazioni in strutture private. Considerando poi che, dall'analisi della tipologia di spese effettuate, sembrerebbe che le famiglie abbiano in generale privilegiato le "terapie" (farmaci, dentista), tralasciando le attività di prevenzione e diagnostica, si rafforza il timore che il fenomeno comporterà certamente peggioramenti futuri della salute della popolazione e anche un forte rischio di incremento delle liste d'attesa, che potrebbe indurre i cittadini a ricorrere a strutture private a pagamento diretto, generando ulteriori peggioramenti equitativi.

Nel 2020, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie affligge l'1,5% (378.627) dei nuclei familiari: 32.264 in meno rispetto all'anno precedente, ma il fenomeno si associa ad un aumento di incidenza delle "rinunce" alle spese per consumi sanitari, che ha interessato tutti ma, in particolare, i meno abbienti (Figura 8.).

Il fenomeno continua a colpire soprattutto il Mezzogiorno (3,2% dei residenti). La Calabria, è la Regione più colpita con il 4,5% delle famiglie impoverite; all'estremo opposto abbiamo la Valle d'Aosta, dove solo lo 0,2% dei suoi residenti versa in tale stato.

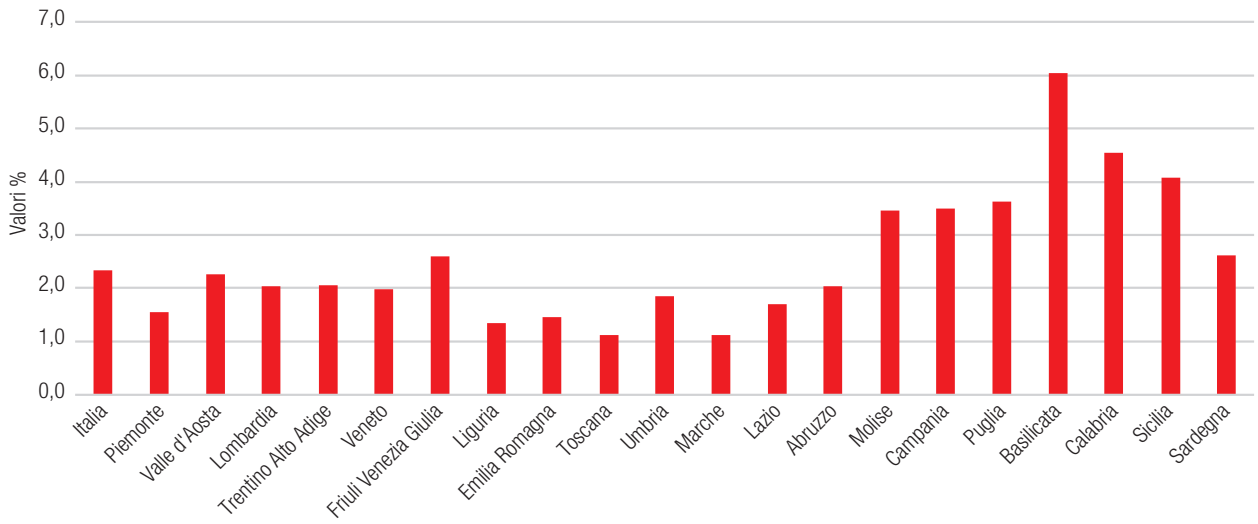
Applicando soglie regionali di povertà relativa, la stima del fenomeno dell'impoverimento risulta

Figura 8. Quota famiglie impoverite. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

ancora maggiore, registrandosi 507.949 famiglie impoverite (1,9%), ovvero circa 130.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "*standard*": e si registra un peggioramento del fenomeno anche nel Nord del Paese.

Anche il fenomeno della catastroficità si è ridotto, sempre ricordando il caveat sull'aumento delle rinunce, e soprattutto nel Sud, che però continua ad essere il più colpito dal fenomeno; Basilicata, Calabria e Sicilia (6,0%, 4,5% e 4,1% rispettivamente) sono le Regioni con il maggiore impatto di spese che incidono in modo rilevante sui bilanci familiari; Toscana e Marche solo le realtà meno colpite entrambe con l'1,1% delle famiglie affette (Figura 9.).

Sommando rinunce alla spesa sanitaria e casi di impoverimento, è possibile apprezzare come durante la pandemia ci sia stato un incremento dei casi di disagio economico legato ai consumi sanitari di 0,6 punti percentuali, portando al 5,2% l'incidenza sui nuclei familiari; ancora una volta, il dato è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,1%), con il Centro al 4,0% ed il Nord al 3,7% (Figura 10.).

Nell'ultimo quinquennio la quota di nuclei con disagio economico si è ridotta di 0,5 p.p., ma il *gap* Nord-Sud è aumentato di 0,2 p.p..

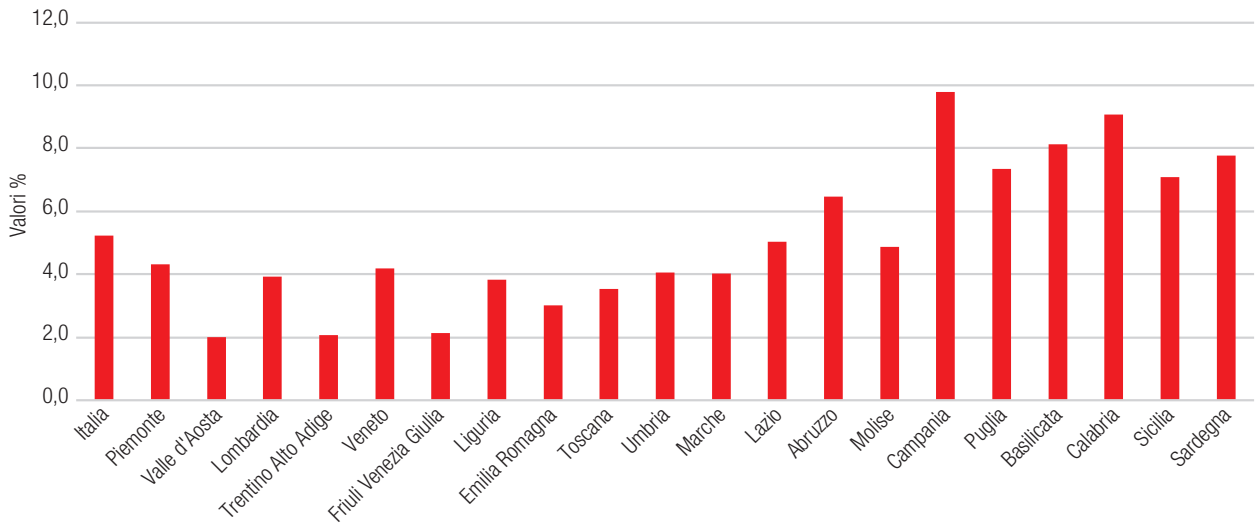
In sintesi, la pandemia ha comportato un peggioramento degli aspetti equitativi del SSN, dimostrando ancora una volta una tendenza del servizio a non riuscire a svolgere la sua funzione primaria.

La persistenza delle sperequazioni offre un ulteriore (rispetto alle argomentazioni del paragrafo precedente) spunto di riflessione sulla necessità di incrementare il finanziamento del SSN, aggiungendo al tema dei livelli anche quello della necessità di una riallocazione di risorse.

Sebbene il PNRR abbia destinato al Meridione una quota di risorse più che proporzionale (pari al 40%) rispetto al suo peso in termini di popolazione, la scelta appare condivisibile ma non risolutiva; per il Sud si pone, infatti, prima di tutto un problema di carenza di risorse correnti.

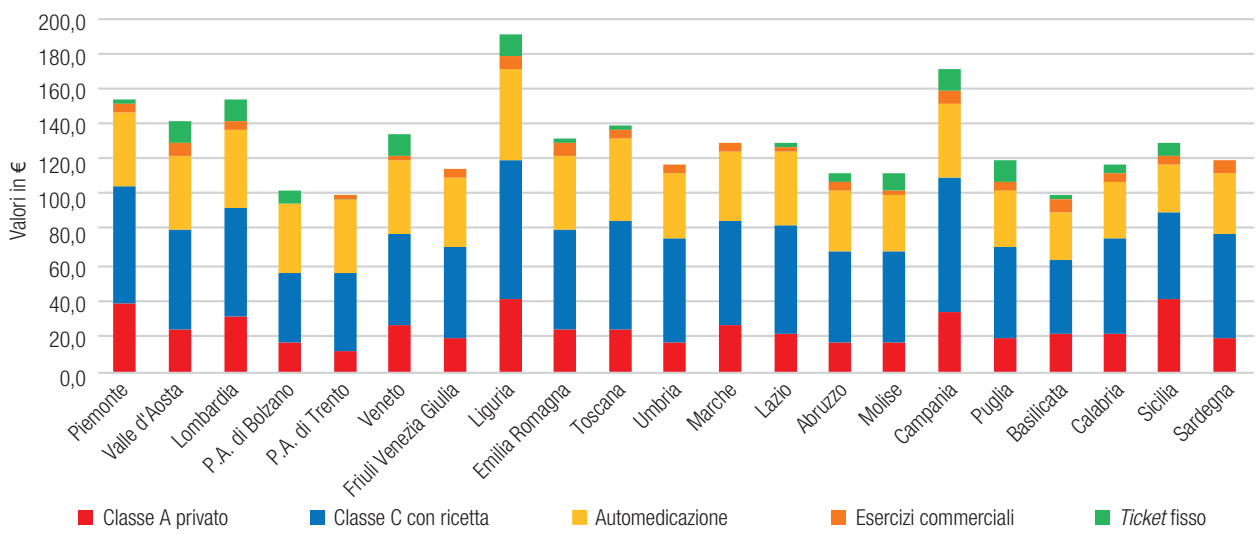
In particolare, sembra non più procrastinabile il momento di considerare nelle allocazioni regionali delle risorse pubbliche, gli effetti derivanti dalla diversa disponibilità di risorse delle famiglie: la spesa privata pro-capite varia da € 828,3 in Lombardia a € 442,9 in Sardegna (Figura 11.) e, per dare una idea di quanto incida sulle *performance* finanziarie dei SSR, ricordiamo che senza la spesa sostenuta privatamente dalle famiglie per i farmaci di classe A, anche il tetto della farmaceutica convenzionata, dato per capiente da vari anni, sarebbe in realtà superato di circa € 1 mld. (e lo "sgravio" di oneri per i SSR va da € 41,1 in Liguria a € 11,2 nella P.A. di Trento).

Figura 10. Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 11. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2021

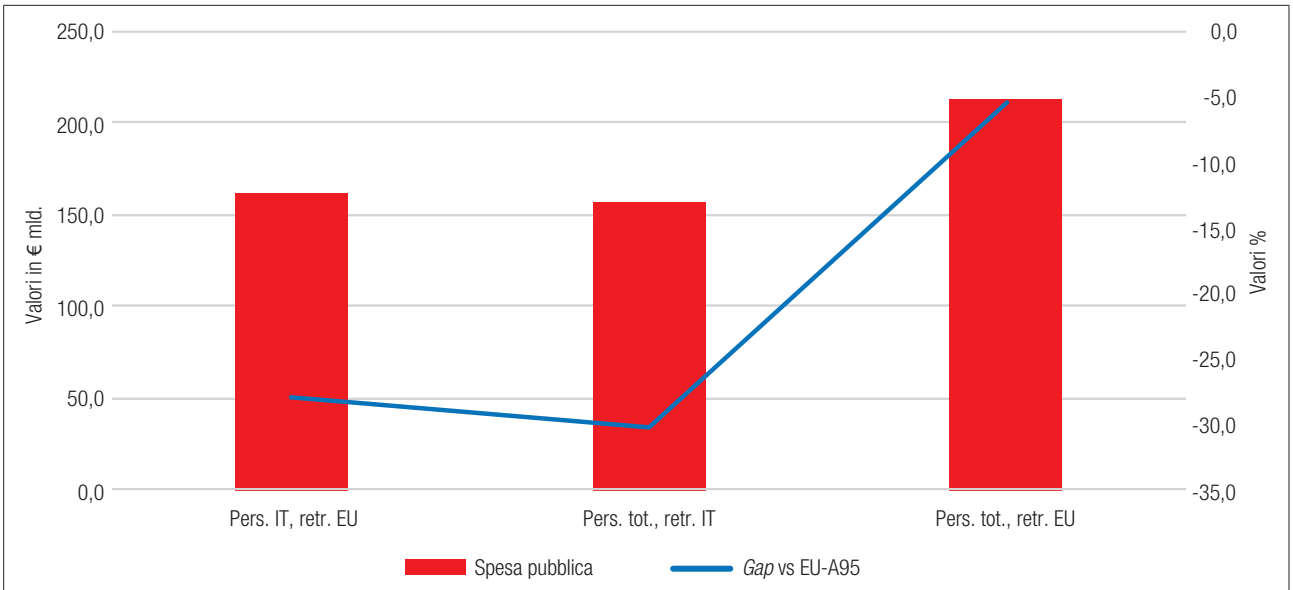


Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Le politiche per le risorse umane

La questione delle risorse umane può essere considerata il tema centrale per la sopravvivenza del SSN: basti considerare che i finanziamenti in conto capitale forniti dal PNRR permettono di adeguare/potenziare l'offerta strutturale, ma non sono di fatto utilizzabili per la spesa corrente, e quindi neppure per potenziare le dotazioni organiche necessarie a "popolare" le nuove strutture.

Figura 12. Simulazioni spesa con adeguamento di personale



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Larga parte del dibattito si è concentrata sulla congruità delle dotazioni organiche del SSN. Dobbiamo immediatamente osservare che, grazie alla pandemia, si è registrato un aumento significativo del personale del SSN (quasi del 2%, circa 13.000 unità nel solo 2020); aumentano anche gli inquadramenti a tempo indeterminato (+2,27%), mentre si assiste ad una leggera diminuzione del personale assunto con rapporto di lavoro a tempo determinato (-2,72%).

Nello specifico delle singole figure professionali, registriamo un aumento, sebbene limitato, dei medici (+0,3%) e anche degli infermieri (+3,14%).

Malgrado le significative immissioni di personale, l'Italia continua a disporre di un numero di infermieri rispetto alla popolazione notevolmente inferiore agli altri Paesi europei: 5,7 infermieri per 1.000 abitanti in Italia, contro i 9,4 della media di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna. Ne segue che nel SSN italiano operano 1,42 infermieri per ogni medico, contro i 2,52 dei paesi europei presi come riferimento.

Per raggiungere lo *standard* dei Paesi citati, sarebbero quindi necessari quasi 224.000 infermieri, che diventerebbero oltre 320.000 usando come riferimento la popolazione *over* 75 (quella più bisognosa di assistenza).

Per quanto concerne i medici, l'Italia ne risulta avere 3,9 ogni 1.000 abitanti, contro i 3,8 dei Paesi europei di riferimento; se però ci si riferisce agli *over* 75, il valore italiano si attesta a 34,3 ogni 1.000 anziani, contro i 38,5 dei Paesi di riferimento: con riferimento alla popolazione anziana, anche per i medici si evidenzierebbe una carenza di quasi 30.000 unità.

Un primo dato incontrovertibile è che se si volesse colmare il *gap* (considerando prudenzialmente come riferimento gli *standard* riferiti alla popolazione generale) di professionisti sanitari (infermieri e medici) descritto, mantenendo le attuali retribuzioni medie, sarebbe necessario aumentare la spesa corrente del SSN di € 30,5 mld., ovvero del 24,0% (Figura 12.). Il *gap* rispetto all'EU-Ante 1995 si ridurrebbe al -30,3%.

Sebbene si tratti di un volume di spesa corrente significativo, la cui disponibilità, come precedentemente argomentato, non è affatto scontata, il problema è altro e travalica il tema delle risorse economiche.

Ad esempio, dobbiamo considerare che, per quanto concerne i medici, le stime elaborate ci restituiscono circa 12.000 pensionamenti annui; se a questo numero aggiungiamo 3.000 unità anno, necessarie per recuperare il *gap* sopra citato in 10

anni, dovremmo avere almeno 15.000 nuove assunzioni annue: un numero che, in prima battuta, messo a confronto con quello delle borse di specializzazione e delle borse di formazione per i medici di medicina generale, che nel complesso sono circa 17.000, risulterebbe raggiungibile, pur tenendo conto di una quota di insuccessi e degli abbandoni durante il periodo formativo.

Malgrado l'Italia sia in cima alla classifica OECD per numero di nuovi laureati in medicina in rapporto alla popolazione, almeno due elementi suggeriscono che non è affatto detto che l'obiettivo sia davvero raggiungibile: in primis per la diversa attrattività delle specializzazioni e, quindi, per il problema delle dimissioni volontarie.

Infatti, specializzazioni quali la "Medicina di comunità e delle cure primarie" e "Medicina di emergenza e urgenza" raggiungono rispettivamente il 75,0% ed il 56,7% di posti non assegnati. Inoltre, nel 2021 sono state quasi 3.000 le dimissioni di personale (Onaosi), con un parallelo aumento della quota di medici operanti nelle strutture private.

Quanto precede costringe a prendere atto che il problema non è solo numerico, coinvolgendo, più in generale, le politiche del personale: ad esempio in tema di incentivazione a ricoprire posizioni considerate meno appetite, come anche di competitività delle retribuzioni del settore pubblico.

Le osservazioni fatte per i medici valgono a maggior ragione per gli infermieri; per questi professionisti si può stimare un tasso di pensionamento annuo di circa 9.000 unità, a cui si devono sommare 20-30.000 unità necessarie per colmare (in 10 anni) il *gap* rispetto ai Paesi europei di riferimento, ma vanno aggiunte anche le unità necessarie, secondo gli *standard* del D.M. n. 77, per "popolare" le Case e gli Ospedali di Comunità, i servizi di assistenza domiciliare, le Centrali Operative Territoriali, le Unità di Continuità Assistenziale, i *team* di Infermieri di famiglia. Considerando che i laureati in Scienze Infermieristiche nel 2019 sono stati circa 11.000 (su circa 17.000 posti disponibili), va da sé che l'offerta risulta e risulterà del tutto insufficiente. Anche aumentando l'offerta universitaria, non si risolverebbe automaticamente lo *shortage*: bisogna, infatti, tenere conto del fatto che solo l'1% degli studenti quindicenni delle scuole secondarie italiane dichiara di voler fare l'infermiere, contro una media del 3% nei Paesi OECD.

L'Italia risulta, con tutta evidenza, un Paese non attrattivo per i professionisti sanitari, e questo ci preclude anche l'opzione del reperimento di professionisti fuori dai confini nazionali. A riprova di ciò, il Regno Unito ha il 30,3% di medici in servizio formato fuori nazione, Germania e Francia rispettivamente 13,1%, e 11,6%, mentre l'Italia solo lo 0,9%. Un valore che, a malapena, compensa il flusso di medici italiani che ogni anno decidono di andare a lavorare all'estero. Sul totale del personale infermieristico italiano, poi, solo il 4,8% è formato all'estero, a differenza di paesi come la Svizzera che ne ha il 25,9% o il Regno Unito e la Germania, rispettivamente al 15,4% e all'8,9%.

Evidentemente, i fattori che condizionano l'attrattività delle posizioni lavorative sono molteplici: di certo non si può trascurare la retribuzione, che nel caso degli infermieri, in Italia risulta del 23% inferiore alla media OECD.

Se, oltre l'aspetto meramente numerico, nelle simulazioni di riallineamento agli *standard* dei Paesi Europei di riferimento si volesse considerare anche la necessaria rivalutazione delle retribuzioni, l'onere (considerando come *benchmark* gli *standard* riferiti alla popolazione totale) per la spesa corrente del SSN crescerebbe a € 86,8 mld., implicando un incremento del 68,4%: in questo caso si determinerebbe quasi un allineamento della spesa pubblica con i Paesi EU-Ante 1995 (-5,4%). Anche considerando che la spesa privata italiana è inferiore alla media EU del -12,1%, in pratica si evince che se il SSN volesse adeguare le proprie dotazioni organiche, sia in quantità, che in termini di livelli retributivi, utilizzando come riferimento la media di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, il *gap* della spesa sanitaria totale nazionale si riallineerebbe tendenzialmente alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (-6,3%), dimostrando che il risparmio italiano è sostanzialmente "apparente", essendo per lo più attribuibile alla discutibile gestione italiana delle risorse umane.

Allo stesso tempo, come anticipato, si rende evidente come la questione delle risorse umane sia tutt'altro che una mera questione di dotazione.

Per approfondire l'argomento, Federsanità-ANCI e C.R.E.A. Sanità hanno promosso una *survey*, sottomessa ai Direttori Generali (DG) delle Aziende Sanitarie, finalizzata a recepire quali interventi fossero ritenuti maggiormente urgenti e rilevanti.

In estrema sintesi, dall'indagine emerge che i DG ritengono (con un grado di adesione variabile ma sempre superiore al 70/75%) che:

- sia utile la definizione nazionale di *standard* per la definizione delle dotazioni organiche
- sia utile acquisire i medici già al I anno di specializzazione, sottoponendoli poi a una verifica della autonomia acquisita e delle competenze, preferibilmente svolta internamente all'Azienda
- sia utile mantenere procedure di acquisizione del personale semplificate, come nel periodo pandemico
- sia utile avere regole per procedere ad una valutazione delle competenze dei comportamenti prima della assunzione a tempo indeterminato
- l'esperienza, gli *skill* professionali e le potenzialità siano i criteri più utili alla selezione dei responsabili di struttura complessa, più che l'esperienza gestionale acquisita
- sia opportuno porre vincoli normativi alla acquisizione di personale proveniente dalle strutture pubbliche da parte delle strutture private accreditate
- sia opportuno ampliare le possibilità di stabilizzazione previste dall'art. 15 septies del D.Lgs. n. 502/1992
- sia utile rimuovere il vincolo dei 5 anni per l'affidamento degli incarichi di struttura
- sia necessaria una maggiore valorizzazione e una nuova disciplina contrattuale per gli incarichi di processo (anche interaziendali) per il governo delle reti ciniche e dei percorsi di continuità assistenziale
- siano necessarie politiche di incentivazione per sostenere le politiche di ricollocazione del personale sanitario, ad esempio per promuovere la mobilità volontaria dalle aziende ospedaliere a quelle territoriali per il personale con limitazioni alle turnazioni h24
- siano necessari meccanismi di incentivazione, anche interregionali, per favorire la mobilità temporanea e/o anche il gemellaggio/rotazione dalle aree più "attrattive" a quelle meno "attrattive"
- sia necessaria una politica contrattuale tesa alla valorizzazione della retribuzione di risultato dei dirigenti
- sia necessario rivedere i sistemi di valutazione della dirigenza e del comparto, in modo che siano più efficaci nel promuovere una logica premiale, prevedendo l'offerta di *stage* presso strutture di eccellenza, o all'estero, nonché di master e corsi universitari di alta formazione
- sia utile il riconoscimento di una maggiore retribuzione di posizione per i medici di emergenza/urgenza, nonché meccanismi di ricollocazione degli stessi collegati all'età anagrafica
- sia utile riconoscere una maggiore retribuzione ai professionisti che operano in aree poco "attrattive" (con una moda delle risposte posizionata su aumenti da riconoscere di circa il 30%)
- sia urgente prevedere corsi di laurea magistrale ad indirizzo specialistico professionale per le professioni sanitarie
- sia utile prevedere percorsi di formazione professionale istituzionali (ad esempio presso una scuola superiore della Pubblica Amministrazione specifica per la Sanità o presso le Università) per creare un "vivaio" di professionisti (ad esempio ingegneri) per la Sanità
- sia utile una scuola di formazione nazionale permanente per i ruoli tecnici, amministrativi e professionali del SSN
- sia utile definire criteri nazionali di accreditamento per gli enti che formano gli OSS
- sia opportuna una formazione regionale per i Direttori di Distretto
- sia opportuna una specifica formazione universitaria per i medici di medicina generale
- l'attuale *skill-mix* non sia compatibile con la riforma della Sanità territoriale prevista dal PNRR

- sia necessario inserire nelle realtà aziendali nuove competenze richieste dalle esigenze di gestione del PNRR
- siano necessari interventi normativi e incentivi per superare le resistenze all'uso della Telemedicina.

In definitiva, la *survey* conferma come il *top management* aziendale sia concorde nel ritenere necessario un ripensamento delle norme che regolano l'acquisizione del personale, snellendo le procedure e promuovendo l'autonomia aziendale nella conferma in ruolo; come anche risulti concorde relativamente alla necessità di ripensare i meccanismi di incentivazione del personale, in particolar modo quello che assume ruoli che risultano a vario titolo "disagiati" (aree dell'emergenza-urgenza, aree geograficamente non attrattive, personale in mobilità dall'ospedale al territorio, etc.).

I DG (che per inciso lamentano anche di ricevere una remunerazione non congrua rispetto alle responsabilità che si assumono), proporrebbero anche la strada della "protezione", richiedendo vincoli per le "fughe" verso il privato.

Ma, evidentemente, la soluzione non può essere quella di impedire la circolazione dei professionisti: piuttosto, deve essere presa in seria considerazione la proposta di una revisione complessiva della materia, ripensando le regole e le modalità di *recruitment*, gli incentivi e le regole per le progressioni di carriera, la formazione, etc..

In chiusura del ragionamento sul personale, riteniamo doveroso osservare che molta dell'attenzione si concentra sul personale sanitario e, nello specifico, su medici e infermieri, e sul ripensamento dei loro ruoli e competenze; ma la transizione digitale e, più in generale, l'innovazione tecnologica, richiedono la formazione e l'inserimento anche di nuove figure professionali, per lo più non sanitarie; così come il potenziamento delle strutture di Comunità e dell'assistenza domiciliare richiede personale deputato all'assistenza dei soggetti non autosufficienti e, quindi, la necessità di operatori socio-sanitari (OSS), implicando anche una revisione dei ruoli e competenze fra questi ultimi e gli infermieri.

Riflessioni finali

Sintetizzando quanto sinora argomentato, il SSN (nelle sue articolazioni regionali) ha di fronte tre grandi sfide, diventate ormai ineludibili e improcrastinabili: ridurre le sperequazioni, che è l'obiettivo principe di un servizio pubblico, adeguare le dotazioni organiche, che è condizione necessaria per ammodernare il SSN, e rimanere, allo stesso tempo, sostenibile.

Il SSN è quindi davanti ad un evidente *trade-off*: i primi due obiettivi richiedono risorse aggiuntive rilevanti, mentre il terzo richiede il proseguimento sulla strada che in precedenti Rapporti abbiamo definito della "sobrietà". Strada che è quella concretamente prevista nei documenti di finanza pubblica, che allocano per la Sanità risorse che abbiamo mostrato essere lontane dai volumi che sarebbero richiesti per un "allineamento" del SSN italiano a quelli dei Paesi europei di riferimento; distanza che dimostra l'insostenibilità, di fatto, del SSN.

Come precedentemente argomentato, la sostenibilità è questione inscindibile dalla definizione delle aspettative. Se queste ultime sono rapportate ai livelli medi di *welfare* europei, l'unica possibilità per garantire la sostenibilità del servizio risiede nella capacità di innescare una crescita del denominatore, ovvero del PIL.

Una crescita che dovrebbe anche essere più dinamica di quella dei Paesi presi come *benchmark*, dovendo permettere la riduzione dei *gap* attuali e anche di compensare le minori risorse nazionali, causate dal maggiore debito pubblico italiano, che drena con gli interessi una quota rilevante di risorse altrimenti utilizzabili per le politiche pubbliche.

La crescita rimane, quindi, la sfida essenziale per il sostentamento del *welfare*; una sfida che deve essere affrontata dalla classe politica del Paese e che esula dai confini delle politiche sanitarie: allo stesso tempo, però, per chi si occupa di politiche sanitarie, impone di chiedersi come la Sanità possa contribuire all'obiettivo. In altri termini, diventa essenziale identificare le opportunità di contribuire alla crescita del Paese, che si possono creare nella filiera della salute (o delle *life sciences* come a volte il settore viene indicato).

Purtroppo, malgrado ripetuti proclami sulla priorità del settore, e sulla necessità di incentivarne l'industria, il raccordo fra politiche sanitarie (sul versante assistenziale) e politiche industriali è rimasto molto labile.

L'esperienza del "vaccino italiano" anti-COVID può essere citata come esempio della incapacità del Paese di promuovere condizioni per la trasformazione della ricerca in opportunità di crescita economica. Altro esempio è quello delle cosiddette "terapie avanzate" (geniche, cellulare, etc.): a ben vedere, nei primi anni (fino al 2016) il 50% delle terapie arrivate al mercato (due su quattro) erano di origine italiana, lasciando così intravedere un vantaggio competitivo nazionale; vantaggio che si è, però, presto volatilizzato: dopo il 2018, solo un'altra terapia avanzata, sulle 16 approvate, ha origine nazionale. In aggiunta, in molti casi, assistiamo oggi a serie difficoltà di alcune terapie avanzate a rimanere sul mercato, e questo non per problemi di sicurezza o efficacia.

Gli esempi riportati, sottolineano l'importanza della creazione di un ecosistema favorevole alla ricerca e alla traslazione dei suoi risultati.

Va considerato, poi, che il "settore salute" è strategico, intanto perché è notoriamente protetto dai cicli congiunturali, e ha tassi di crescita che trovano pochi paragoni in altri comparti, oltre ad essere, in qualche modo, protetto dalla competizione dei Paesi che "vantano" minori costi di manodopera. Inoltre, perché essere produttori (e quindi avere un interscambio positivo con l'estero) permette di "trasformare" parte dei costi assistenziali in un investimento; in altri termini, se le tecnologie importate rappresentano un puro costo per il servizio sanitario, quelle "proprietarie" generano ritorni economici di vario genere: crescita dell'occupazione, del monte retributivo, delle entrate fiscali, etc..

Per creare il citato ecosistema sono necessari incentivi pubblici, interventi normativi e anche organizzativi. A titolo di esempio, sarebbe auspicabile legare il finanziamento della ricerca pubblica alla capacità dei proponenti di accedere parallelamente ad un co-finanziamento privato, generando un effetto leva finanziario e, insieme, promuovendo una più stretta collaborazione con le industrie per lo sviluppo di soluzioni innovative.

Sarebbe altresì opportuno e necessario un ripensamento generale della *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici, per adeguarla alle modifiche intervenute nei processi di R&S e quindi, alle nuove caratteristiche dei beni che arrivano sul mercato: a mero titolo di esempio, ricordiamo come alcuni Paesi abbiano recentemente introdotto procedure di *early access* per le innovazioni, rendendo più appetibili i loro mercati in termini industriali.

Se, invece, il Paese dovesse continuare a registrare una stagnazione economica, le opzioni non sarebbero molte: o il rifinanziamento del sistema, inasprendo il cuneo fiscale (delle famiglie? delle imprese?) o la "riduzione" delle aspettative.

Tralasciando l'inasprimento fiscale, che rappresenta un'arma a doppio taglio, rischiando di portare impedimento alla crescita economica, rimane la "riduzione" delle aspettative: in pratica, si dovrebbe tornare a ragionare della possibilità di un passaggio del SSN ad un universalismo selettivo, capace di salvaguardare l'equità di accesso; in altri termini, interventi deputati a mantenere (e se possibile aumentare) le coperture dei più fragili, diminuendo quelle delle fasce più abbienti. Va però fatto presente che questo approccio potrebbe dimostrarsi comunque iniquo, per effetto delle dichiarazioni fiscali rese dalle famiglie, secondo le quali gran parte del reddito prodotto si concentra in capo alle famiglie del cosiddetto "ceto medio".

Come anticipato, l'alternativa si può riassumere nello *slogan*: "crescere per non selezionare".

La seconda sfida riguarda l'equità del sistema che, come precedentemente affermato, "scricchiola" sempre più: in particolare, sembra intaccabile dalle politiche sanitarie la sperequazione Nord/Sud, già registrata e stigmatizzata sin dai tempi dell'istituzione del SSN.

Per ridurre le sperequazioni è necessario operare una diversa allocazione delle risorse, un diverso riparto da concordare non "una tantum", bensì in via "definitiva": in primis riconoscendo e compensando nei meccanismi di allocazione delle risorse, il diverso contributo della spesa privata delle famiglie a livello regionale.

Un contributo che riduce gli oneri dei SSR in modo ormai esageratamente difforme per essere ignorato.

Altro punto necessario di equalizzazione riguarda i criteri di esenzione dalla compartecipazione a livello regionale, anch'essi ormai irragionevolmente difformi.

In terzo luogo, l'equità passa per una maggiore omogeneità regionale in termini di qualità della tutela, che a sua volta richiede una omogeneizzazione delle capacità delle tecnostrutture regionali e locali; obiettivo, quest'ultimo, che sembra raggiungibile solo adeguando (o almeno avvicinando) le retribuzioni pubbliche a quelle offerte nel settore privato, nonché favorendo la creazione di condizioni favorevoli per una mobilità del personale anche tra Regioni, incentivando quella verso le sedi considerate più disagiate o verso le funzioni più onerose.

La mobilità dei professionisti (sanitari e non), infine, ci ha portato nell'alveo delle politiche di gestione delle risorse umane: da questo punto di vista, appare urgente e necessario ripensare le regole attuali; l'ammodernamento del sistema richiede, infatti, il superamento dei vincoli che paralizzano le Aziende Sanitarie.

Vincoli a volte oggettivi, altre volte generati da una diffusa abitudine all'"amministrazione difensiva". Vincoli che hanno tolto forza al ruolo del *management* aziendale, indebolendone le leve a disposizione in termini di valutazione e premialità dei dipendenti: i contratti collettivi devono essere aggiornati, anche tenendo conto dei fabbisogni del servizio sanitario, accettando di conseguenza l'introduzione di una maggiore flessibilità, deputata a generare incentivi mirati a favorire una riallocazione del personale basata sulle priorità definite dalla programmazione: in primis, il rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Va preso atto che il SSN non è competitivo per i professionisti sanitari (e non solo) e che questo ci impedirà di far fronte, utilizzando l'offerta estera, alle carenze che, con tutta evidenza, avremo nei prossimi anni. Quindi è necessario rivedere i livelli retributivi e, allo stesso tempo, ripensare lo *skill mix*: non solo pensando ai ruoli di medici e infermieri, ma anche a quello che coinvolge infermieri e operatori socio-sanitari (anche alla luce della crescente importanza della non autosufficienza e della conseguente sovrapposizione di bisogni sanitari e sociali).

In conclusione, il SSN appare essere arrivato ad un punto di non ritorno: o cambiano le condizioni al contorno o sarebbe colpevolmente ingenuo pensare di poter mantenere il servizio così come è; una progressiva e non governata riduzione dei livelli di tutela genererebbe, infatti, un *opting out* dei più abbienti, sancendo di fatto la fine del sistema universalistico.

Without reforms and growth, NHS on the brink of crisis

The year 2022 is set to be the first "post-pandemic" year, despite the fact that the pandemic seems far from over, at least from an epidemiological viewpoint. However, it is probably becoming endemic, at least until proven otherwise, i.e. unforeseen mutations of the virus aggressiveness.

The concept of "post-pandemic" is, therefore, to be referred to the end of the state of emergency and, probably even more so, to an observable desire for "normalcy", which is widespread among the people. It is evident that, as soon as the legal restrictions and obligations (masks, etc.) have been lifted, most people have given up the precautions taken in 2020 and 2021.

The "normalisation" also concerns the structures of the National Health Service (NHS), which have started working again at pre-pandemic levels (although data is still very partial).

The aforementioned "normalisation", however, also seems to bring with it the removal of many issues that had been placed on top of the political agenda during the pandemic. For example, very little seems to have remained of the rhetoric on the "heroism" of health professionals (which implicitly hinted at the desire for social recognition of their self-sacrifice and self-denial). The same holds true for the need to "recover" the services "lost" during the pandemic in order to mitigate the damaging effects of two years in which primary and secondary prevention "was at a standstill". Even the social and economic importance of health, about which people and politicians appeared to be increasingly aware, seems to have largely dissolved.

The above can be inferred from the fact that the health policy debate is again focusing on the problems that were prominent in the pre-pandemic period, including but not limited to, the National Health Service funding, and hence the future sustainability of the NHS; the removal of the staffing ceiling (an ex-post choice that everyone deems wicked and iniquitous, but which is evidently hard to overcome); the ceilings and related paybacks on drugs and medical devices, etc.

The current phenomenon can be interpreted as a rapid retreat of the health policy debate on possible "internal"' adjustments to the system. As in the pre-pandemic period, it seems that healthcare is not a "problem", but rather that the NHS is a successful public policy area, at most in need of some technical corrections: an attitude that clearly suffers from a lack of "strategy", limiting itself to incremental interventions.

It should also be considered that - having benefited from the suspension of the Stability Pact, the pandemic "window" deluded most people that a new era had begun, with no more "external" constraints for the NHS, i.e. no economic constraints on the debt financing of public activities. The country is now "waking up", finding itself more indebted than before, in the midst of a very complex economic situation (first and foremost due to the repercussions of the war in Ukraine) and with all its "structural" problems still unresolved - mainly, its inability to grow (at least) at the rate of the other European countries.

While, in general, the country seems to be retreating into the management of short-term problems, the exception is the ongoing debate on the implementation of the National Recovery and Resilience Plan (PNRR), which goes beyond the framework described. Since it is a unique and, probably, unrepeatable opportunity, the Plan has a naturally strategic value; nonetheless, questions are beginning to emerge on the Plan's real impact, for example, on the future sustainability of the NHS.

In light of the available data, the 18th Health Report therefore questions both the legacy of the pan-

demic and (and mainly) the future of the NHS (in its regional entities). What follows is an interpretation provided on the basis of the issues developed in the Report, focusing on three aspects that seem crucial: the NHS sustainability, the reduction of inequalities and the management of human resources.

The response to the pandemic

The available data (which, incidentally, being increasingly late - especially institutional data - make it impossible to monitor the evolution of the health system, remaining - at most - useful for analysing events ex post) confirm that the year 2021 was still characterised by many "quantitative anomalies", already recorded in 2020, mostly attributable to the impact of the pandemic.

The "two-year pandemic period" (2020-2021) was, specifically, characterised by a significant drop in the activity of the Regional Health Services (SSR) and, at the same time, by a parallel increase in staff and service costs.

At least from what emerges from the flows of outpatient specialist services, only the last quarter of 2021 seemed to show the occurrence of "normalisation", i.e. the return to pre-pandemic activity levels. As anticipated, if the trend is confirmed for 2022, also for hospitalisations (for which the 2020 data has just been released), this year could actually be considered the first "post-pandemic" year.

Going into greater detail, and considering the more mature information flows, specifically the Hospital Discharge Cards - SDO (hospital activity) and the flow of outpatient specialist services, it is possible to quantify the reduction in activity that has occurred.

As far as hospital activity is concerned, since the details of the 2021 hospitalisation activity are not yet available, we must confine ourselves to analysing the effects of the first pandemic wave. The data relating to 2020 is incontrovertible: although with COVID there was a selection of hospital admissions, due to the suspension of planned activity, with a consequent increase in the average weight of the DRG (from 1.24 in 2019 to 1.31 in 2020) and of the average stay in hospital (+0.6 days compared to 2019), the overall hospital activity decreased significantly. Ordinary acute hospital admissions were reduced by 18.1%, i.e. at a rate 4.6 times higher than the annual average of the previous decade. Similarly, there was a 13.1% reduction of inpatient days (ordinary acute admissions), 4.4 times higher than in the 2010-2020 decade.

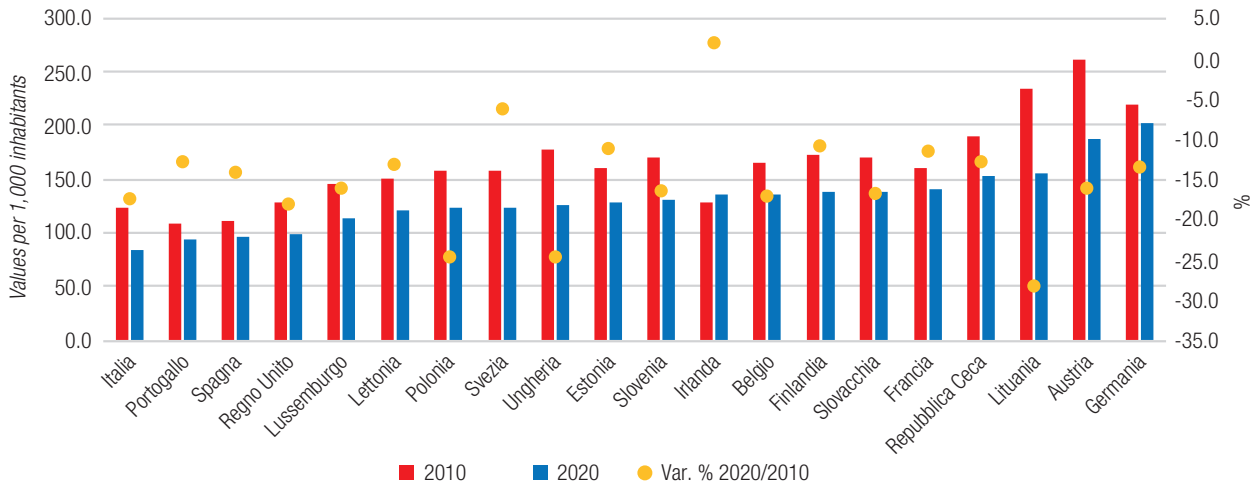
We cannot fail to emphasise that this reduction comes on top of very low hospitalisation rates, which make Italy by far the most "dehospitalised" European country (Figure 1.).

According to the data released by Age.Na.S. and Istat, in 2020 COVID related admissions in ordinary regime were 286,530: not considering them, the reduction in non-COVID inpatient activity would have been even slightly greater (-18.2%).

On the other hand, in parallel with the reduction in inpatient activity (and also in outpatient activity), the NHS health staff increased by 3% compared to 2019, thus suggesting that the pressure on hospital facilities (and the stress of their professionals) should be correctly interpreted, limited and localized, bringing it back to the specific specialties that have withstood the impact of infections. In particular, the infectious and tropical disease wards, as well as the pulmonology wards, seem to have reached saturation, with bed occupancy rates of 162.6% and 86.5%, respectively. Intensive care units were much less "saturated", at least according to the data disseminated: on the other hand, before the pandemic they recorded occupancy rates largely below 50%, thus having (at least in theory) wide room for "manoeuvre".

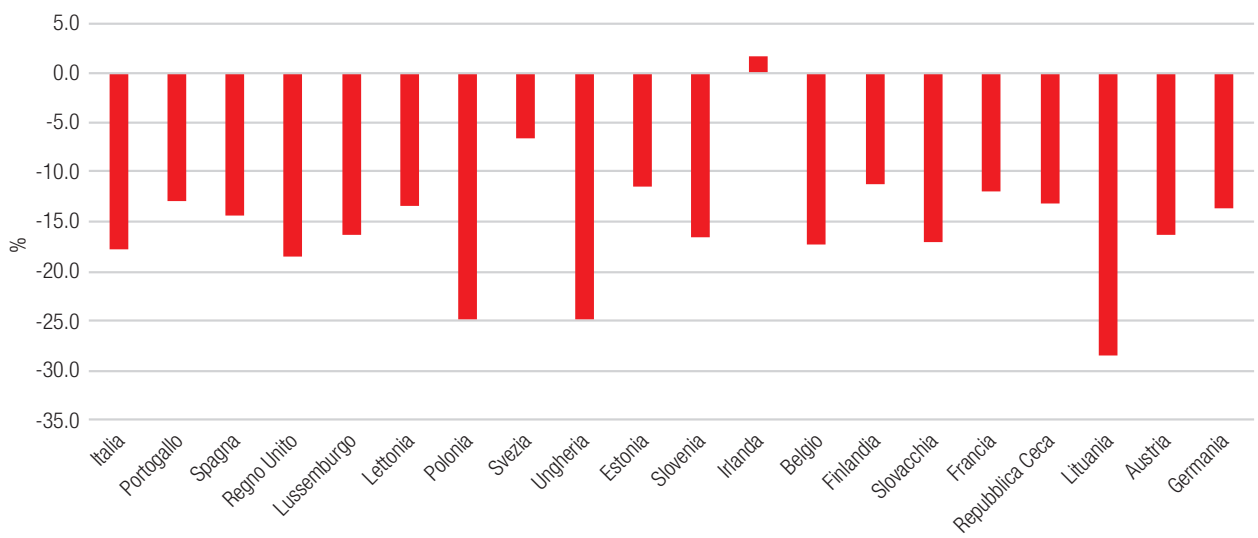
The pandemic pressure on the facilities should also be interpreted using the magnifying glass of regional variability (Figure 2.): the rate of ordinary hospitalisation fell from a minimum in Abruzzo (-14.6%) to a maximum in Calabria (-27.1%). In Northern Italy it ranged from a minimum -12.1% reduction in the Province of Bolzano to a maximum -19.5% reduction in Liguria. With specific reference to staffing, Northern Italy saw a greater increase in hospital staff than Southern Italy (+2.3% and +0.1%, respectively).

Figure 1. Acute hospitalisation rates in Europe



Source: processing of OECD data – © C.R.E.A. Sanità

Figure 2. Regional standardised acute hospitalisation rate. 2020/2019 variation



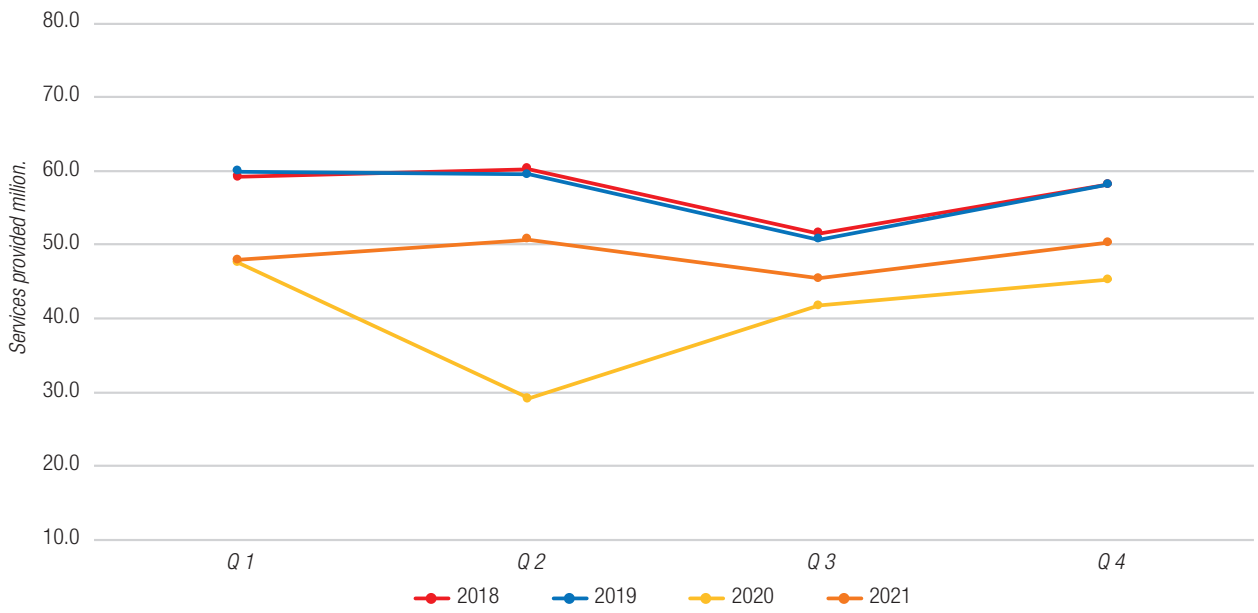
Source: processing of data relating to the Hospital Discharge Cards (SDO) from the Ministry of Health – © C.R.E.A. Sanità

Therefore, while on the subject of staff hiring there seems to be some correlation with the spread of infections, the reductions in hospital admissions, as well as the bed occupancy rates in the most pressurized wards, do not seem to be determined at all by "needs", but rather by the "resilience" of the Regional Health Services, which is confirmed to be highly variable.

A confirmation of the different response abilities comes from the trend in outpatient specialist services, for which Age.Na.S. has also provided 2021 data.

The analysis of the quarterly trends in the provision of services (Figure 3.) confirms the drastic drop of over 50%, which occurred during the first pandemic wave and the consequent lockdown. This can be explained as much by the stopping of non-urgent services, as by the citizens' fear of going to health facilities, perceived as places at risk of infection.

Figure 3. Outpatient specialist services, quarterly trend



Source: processing of data Age.Na.s, 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Despite the funds earmarked for the "recovery" of services, in 2021 volumes grew, but without reaching pre-pandemic levels (194.3 million of outpatient services provided - hence still about 15% less than in the two-year period 2018-2019): only in the last quarter did the volumes of services go back to pre-pandemic levels, thus suggesting a return to "normalcy" in 2022.

In 2021, only Campania and Toscana exceeded the pre-pandemic levels, thus pointing to a real "recovery" of the activity "not carried out": in all the other cases, again with significant regional differences, the "haemorrhage" - although stopping - did not mark a real "recovery" of the services "lost" (Figure 4.).

We may, therefore, fear the failure of the policies for "recovering" volumes (a result that could in part be taken for granted, as in the case of the annual appointments for primary prevention services that, evidently, were definitively "lost"). The data, however, should also make us reflect on the fact that a more marked reduction in volumes is recorded in the Regions that, under normal conditions, provide a greater number of outpatient specialist services. This seems to suggest that, in the whole of services "lost", due to the difficulties faced by the Regions during the pandemic, there is also a significant share of inappropriate services which, as such, will no longer be provided, probably also as a result of the spontaneous disappearance of the need perceived by the patient.

Moreover, the interpretation of the NHS responses to the pandemic would not be complete without considering the indirect effects caused by it. Something has been written and done to counteract the worsening of the people's mental health conditions. However, the issue that seems to be completely neglected is the loss of self-sufficiency suffered by the elderly people, who were forced to stay at home for long periods as a result of lockdowns. With a view to trying, at least in part, to bridge this knowledge gap, C.R.E.A. Sanità conducted a short survey on the elderly people aged over 75.

The data provided by the survey (which involved about 600 individuals, representative of the elderly population in Italy) seems significant: the pandemic (with lockdowns, etc.) impacted on the socialising abilities of the elderly people aged over 80, with over

60% of respondents stating that they go out less frequently than they did before the pandemic.

The impact was most significant in the Southern regions and in the smallest municipalities: the data, albeit with the necessary interpretative cautions, seems to suggest that, once again, the system's response to the impact of the pandemic was not homogeneous, thus confirming the weakness of protection in Southern Italy, in general, and in the most deprived areas, in particular.

An interesting aspect, which will require further investigation, is that about two-thirds of the elderly people aged 75-79 still go out rarely so as to protect themselves from the risks of infection, despite recording a limited worsening of their state of health; the elderly people aged over 80 are much less "anxious" but, on the other hand, record a worsening of their state of health in about 70% of cases.

This data should also be interpreted in light of the fact that in small municipalities the worsening of the state of health is much lower than in large ones: we could interpret this data as related to the greater possibility of experiencing the lockdown in a softer manner in small municipalities.

The fact that in the North-West significant deterioration in the state of health is recorded more frequently appears consistent with the trend recorded by the pandemic.

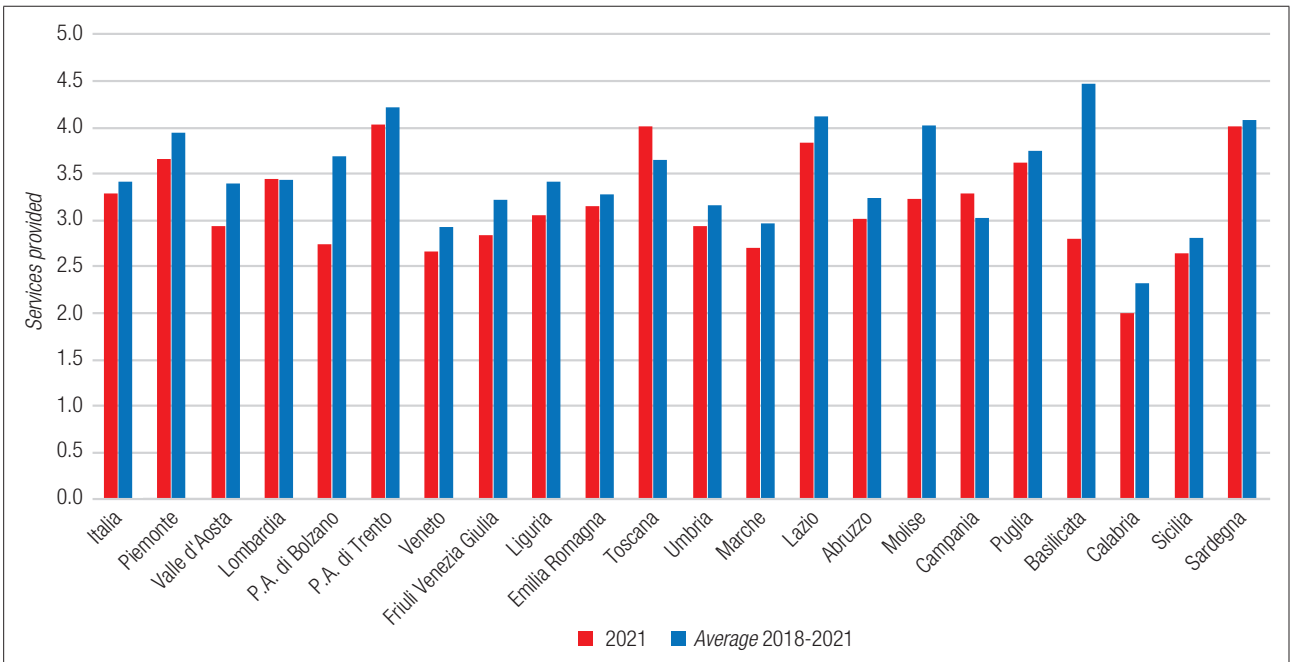
Just as it also appears consistent with what stated above, i.e. that the demand for help from caregivers is concentrated in the segment of population aged over 80 and that the need for help increases especially in the South and in Sicilia and Sardegna where, as previously seen, the ability to protect the elderly people during the pandemic seems to have been lower.

25% of elderly people who did not need "external" help, started to need it during the pandemic. This percentage rises to 40% for the elderly people aged over 80.

Another confirmation of what could be expected is that the help requested is mainly of a "social" nature (daily life activities), with homogeneous percentages both by geographical and by age breakdowns.

When asked about the continuity of care ensured by the National Health Service during the pandemic, only 20% of respondents stated they had not suffered any worsening, while 15% stated they had no

Figure 4. Average per-capita consumption of specialist services



Source: processing of data Age.Na.S. and Istat 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

further access to monitoring and follow-up, and between 40% and 50% stated they could do them but less frequently.

Also on the issue of continuity of care, the worst performance is recorded in the South (with non-access rates being three to six times higher than in the other Regions).

It is peculiar that, in large municipalities, the share of monitoring and follow-up delays is higher than average, but the number of cases in which it is impossible to be provided the services is lower: the lengthening of follow-up periods may therefore have made it possible to limit barriers to patients' access to services.

Finally, the pandemic has led to an increase in private healthcare expenditure for 40% of elderly people, rising to 50% for those aged over 80. Similarly, the pandemic has led to an increase in private social spending for 30% of elderly people, rising to 50% for those aged over 80.

Ultimately, although some "worsening" is inherent in the ageing that occurred in the two pandemic years, it seems reasonable to acknowledge an acceleration of the processes of decline in self-sufficiency in the very old people. The few data collected therefore reveals an epidemic within the pandemic, i.e. that of the very elderly people who have lost self-sufficiency with a significant 'human cost' and an additional burden on the Regional Health Services.

The survey shows that the response to the pandemic has been at least partial: while there have been ad hoc allocations for recovering the "lost" services, there does not seem to have been an adequate awareness of the need to focus resources on recovering the self-sufficiency of the very elderly people.

The legacy of the pandemic

Having to summarise, albeit arbitrarily, the main legacies of the pandemic - besides the reduction in diagnosis and treatment - we could note a broad and widespread awareness about:

- *the existence of a causal link between health and economic development*
- *the fact that a spasmodic search for technical efficiency runs the risk of undermining the resilience of the system in the face of emergencies, but also, and more generally, in the face of technological evolution and needs*
- *the fact that "human resources" are strategic for the quality of health systems*
- *the fact that the (legal and institutional) rules within which public health units and agencies operate are not compatible with "resilience", i.e. with the ability to respond really and timely to people's needs and their evolution.*

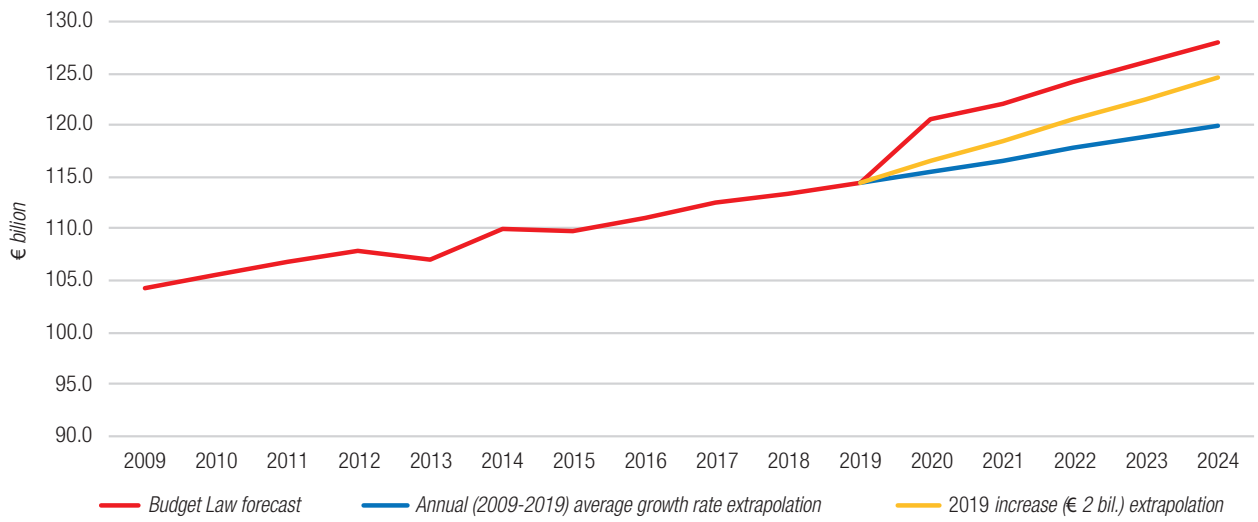
Looking ahead, the issue that is worth addressing is what has remained - even after "normalisation"- of the above priorities on the political agenda.

The first two points recall the "mantra" on the fact that it is essential to increase NHS funding, on which, during the pandemic, consensus seemed to have been reached.

As the Health Report has repeatedly pointed out over the years, the macro-data on Italian spending leaves no doubt that recalling the existence of huge shares of recoverable waste of resources (suggesting an over-funding of the NHS) was based on "weak evidence". It should at least be hoped that this argument has definitively left the debate, or at least that it will again be correctly contextualised in the future: hence either placed within a (micro) reasoning limited to the physiological possibility of a continuous local improvement of the organisation of services or, moving to the macro-level, placed within the international debate on the risk of excessive medicalisation, defensive medicine, etc..

It should be added, however, that quantitative data leaves no doubt as to the fact that the Italian spending is no more, no less, than "consistent" with the resources available (spending to Gross Domestic Product ratio). As already pointed out in the 17th Health Report, speaking of underfunding is a mere slogan, until we do not define the level of welfare (or service) to which the evaluation refers. If there ever was a need for confirmation, the pandemic has shown that the level of funding is a political choice which, even in a context of anyway scarce resources, depends on priorities, i.e. on the political choices of which intervention areas are to be preferred.

Figure 5. NHS funding trend



Source: processing of data from Budget Laws, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

The recently published funding forecasts (NADEF 2022) leave no doubt that the need to re-fund the National Health Service is a pandemic legacy that has already been re-discussed to a large extent. In the budget plans (Figure 5.), the constraints resulting from the scarcity of public resources have once again been imposed, as well as the need to "combine" different (and unavoidable) requirements: the fight against the impoverishment of families' purchasing power, the need to support the country's economic development, etc..

Similarly, as to the issue of human resources, very little of the recognition promised to health professionals has been seen. The debate has quickly regressed, focusing on the damage caused by the staff spending cap, which has remained in place since 2010. Moreover, the (exceptional) recruitments made during the pandemic, most of which were on a temporary basis, have in fact substantially made up for the staff leaving. It should not be forgotten, however, that the real "novelty" seems to be the fact that, in addition to the natural flow of retirements, there has been the "flight" of professionals from the NHS, fuelled by the perception of widespread discomfort and uneasiness at work, as well as by the realisation that the economic conditions (in the broad sense) offered by the NHS are not competitive. Focusing only on the issue of recruitment, without an overall design on the policies for governing human resources in the health sector, appears to a losing and marginal strategy.

Moreover, coming to the fourth point, which is equally important as the previous ones, during the pandemic, the need to operate on the basis of exceptions to the rules in force, for recruitment as well as for purchases, should have led to understand the need for a profound revision of the current regulations within which the management of public health units and agencies must operate.

Although the issue has been raised several times, especially by the institutions, which, during the development of the PNRR, made a point of emphasising that it was not simply an investment plan, since it was based on and influenced by the need to carry out major structural reforms, the debate on how to make the rules for the operation of the National Health Service efficient and effective does not even seem to have begun.

Financing and sustainability

As anticipated, financing and sustainability appear to be strategic issues in view of overcoming the pandemic phase.

As a preliminary point, it should be reiterated that

talking about the sustainability of the public health service in an intelligible manner requires stating ex ante what the benchmark is. At present, the habit of reasoning on the subject by relating financing to gross DomesticProduct (GDP) seems to be recurrent. It should, however, be noted that the incidence is influenced as much by the numerator (the resources made available to the sector) as by the denominator: hence, if the denominator (GDP) is "low", with the same incidence, the financing will also remain "low".

It seems we can state that - since the subject is the allocation of resources to a welfare service, entrusted with the task of providing services in kind, the benchmark used cannot be independent of the quantity and quality of the services which can be actually provided. Accepting this approach implies arguing that the incidence on GDP is not an adequate benchmark, and that it is more appropriate to talk about nominal resources or, at most, transformed to take into account the different "purchasing powers".

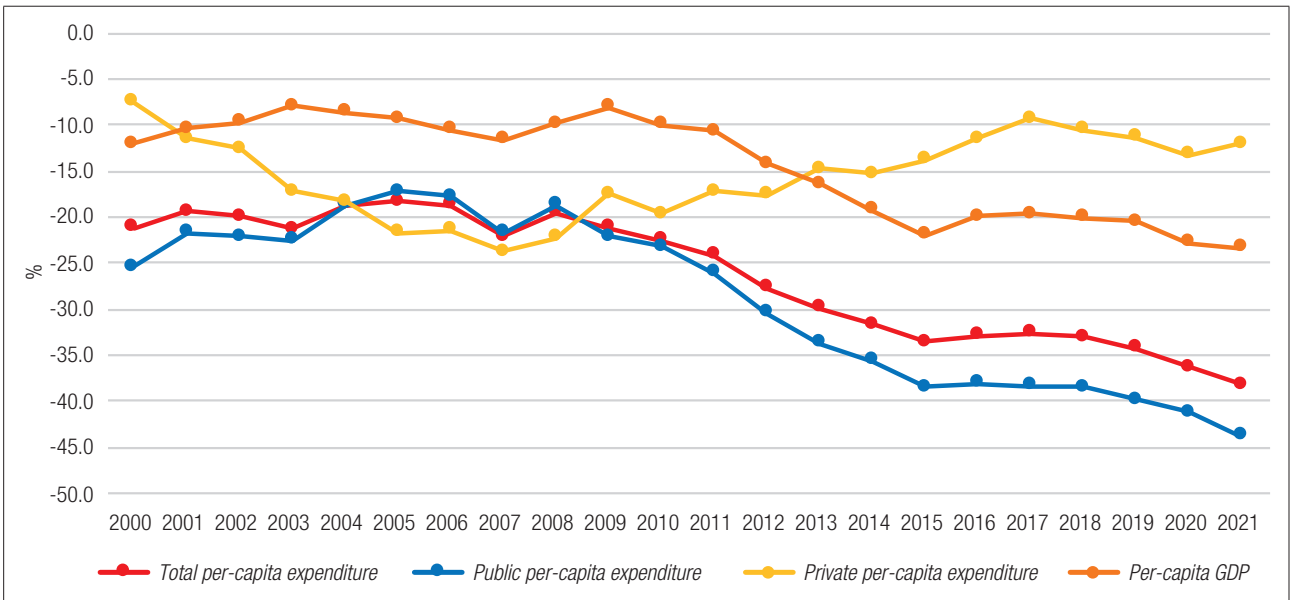
Consequently, in the reasoning below, we assume (arbitrarily, and therefore with an obviously questionable logic) that the Italian population evaluates the adequacy of the services received from the NHS, referring to the quantity and quality of consumption guaranteed on average in European countries - precisely in the group of countries that have traditionally formed the EU (that we define as Ante-1995 EU): a reference panel that includes countries with a higher level of development than Italy (namely Germany, Holland, etc.), but also "poorer" countries (Greece, Portugal, Spain).

An initial incontrovertible fact is that Italy's per-capita GDP is -23.3% lower (-12.9% in PPP - Purchasing Power Parity) than that of the countries taken as a reference, (-12.9% lower considering the Purchasing Power Parity) and -30.2% lower than, for example, Germany's.

It follows that an adjusted public healthcare financing to obtain the same incidence on GDP as the other Ante-1995 EU Member States would be tantamount to accepting a gap in public resources of almost 20%, which rises to over 30% with respect to Germany, to which a further differential must be added, generated by the fact that Italy's private spending is also lower by an average -12,1% than that of the reference countries.

However, accepting resource gaps of the order of magnitude outlined implies that there is no room to guarantee the adaptation of staffing levels to EU standards, and / or access to technological innovation.

Figure 6. Gap in current health expenditure and GDP. **Italy vs Ante-1995 EU**



Source: processing of OECD data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Despite the fact that this is clearly a "second best" option, an increase in funding levels measured in such a way as to reach the incidence on the other countries' GDP would in any case be a very challenging objective. Just note that correctly considering Italy's "usable GDP", i.e. the GDP net of interest on public debt, would imply an even greater gap than the one mentioned.

It should also be considered that the gap between Italy's GDP and that of the other EU countries has widened year after year and, if this trend is confirmed, the gap in resources for healthcare would quickly return to unacceptable levels.

With a view to providing a tangible perception of the content of the "refinancing" described, let us consider that the current healthcare funding has led to a progressive misalignment of Italian public spending with respect to the reference countries. The gap has reached -43.8% (-36.7% in Purchasing Power Parity). It follows that, in order to reduce the gap to -20% (as for GDP), without generating deficits in the Regions' budgets again, it would be necessary to increase the current funding by about +40%, equal to approximately € 50 billion (Figure 6).

This is a figure on which we cannot even begin to debate in the current economic conditions. Even if we stagger the increase over five years, thus envisaging a gradual realignment, we would need € 10 billion more each year, i.e. about five times the funding forecasts contained in the public finance documents.

But the proposed calculation is still largely rounded down. It should be added, in fact, that the reasoning used is static, as it does not take into account the growth trends and dynamics of healthcare in other countries. Suffice it to say that in terms of public spending, after 2000, Italy's healthcare expenditure grew by an average +2.8% per year (even more than GDP), while that of the other Ante-1995 EU Member States grew 50% more, i.e. by an average +4.2% per year. Even in the two-year pandemic period, in spite of a significant increase in funding, Italy's expenditure was less dynamic than that of the Ante-1995 EU countries.

Hence, assuming that the EU growth trend remains constant over the next five years, at least another € 5 billion per year shall be added to the increases just described in order to keep up with the other countries.

Faced with figures of this magnitude, which today seem completely unattainable, it is legitimate to ask whether Italy's lower expenditure cannot be justified as a result of greater efficiency, which would make it possible to reduce the qualitative-quantitative gap in the protection offered.

Referring for details to the following section on staff policies, we need to note that the estimates made in the Report show that the current gap can be attributed to staff shortages and to an inadequate remuneration policy compared to that of the other countries.

We can try to divide the costs of the healthcare service into two parts, more or less quantitatively equivalent: that of staff and that of goods and services, characterised by different "references".

As far as goods and services are concerned, in fact, the reference market, especially for innovation, is certainly worldwide. Prices are therefore determined (in general) outside national borders. Moreover, manufacturing companies discriminate in price, by articulating it according to national willingness to pay. Since Italy's per-capita GDP is about 20% lower than the average of the reference countries, we could expect a price level charged that is proportionally lower than the average of the other countries: in fact, 20% less on 50% of the global charge could explain about 10% of our spending differential.

As far as spending on staff is concerned, which explains the remaining 40% of gap, it should instead be noted that a realignment to EU standards seems, rather than advisable, fully necessary: first and foremost, in order not to nullify the effects of the investment made with the PNRR, which is intended to increase the supply, strengthening Community Hospitals, the so called Case di Comunità (territorial care facilities) and home care.

Considering that it appears very difficult to increase the staffing level of territorial facilities through the mobility of hospital staff, the estimates on the staff needed to feed the activities of the new (or up-

graded) territorial structures, point to numbers (for example, between 40,000 and 80. 000 nurses to carry out the services envisaged in the so-called Case di Comunità) that find an insurmountable obstacle in the lack of professionals who, moreover, cannot be found in the short term. This last consideration also implies that an adjustment in salaries is fully necessary: without this policy, not only will we not be able to attract professionals from other countries, but we would also risk losing those trained in Italy, as well as discouraging the training demand for the necessary professionals.

It is, therefore, possible to confirm that a maximum gap of 15/20% could be considered acceptable, insofar as it does not lead to significant gaps in terms of protection offered. Even in this case, however, the residual need for reduction, estimated at 30/35%, appears unsustainable with national growth rates.

Concluding our reasoning, it seems clear to us that, if by sustainability we mean a "reasonable" realignment of funding with EU averages, without which there is a tangible risk of losing our human capital and not being able to access innovation, given the current trend of growth in resources, our NHS is destined to be "unsustainable" unless we succeed in raising the denominator, i.e. that the re-funding of the NHS is "paid for" by sustained economic development, capable of reducing our debt and making the funding increases described sustainable.

Unfortunately, a recent contribution (Codogno, Galli, 2022) shows that since 1995 Italy's real GDP growth has been practically the worst in the world, with only countries devastated by wars or civil wars (such as Yemen, Republic of Congo, Venezuela, Zimbabwe) or natural disasters (such as Haiti) having performed worse than Italy. Just to give an idea of the problem, between 1995 and 2019, the cumulative gap in GDP growth was -32.1 percentage points (p.p) compared to France, -23.7 p.p. compared to Germany, -29.5 p.p. compared to the Eurozone average, and -64.5 p.p. compared to the United States.

It goes without saying that if GDP continued to grow less than in the other EU countries, it would become practically impossible to maintain the public protection - however inadequate it may be - that have been ensured up to now.

Paraphrasing a slogan in vogue in the health policy debate of the 1990s, which read "rationalise so as not to ration", at the end of the analysis carried out on financing, we can only ask ourselves how to "grow so as not to select". In other words, either the country will record a phase of dynamic economic development (faster than the one recorded on average in other countries) or we shall return to the idea of a "selective universalism" capable of concentrating the available resources on the most needy people.

For health economy, an essential topic for reflection is the sector's possible contribution to the country's growth. We will try to answer this question in our final considerations.

Equity and the role of the public service

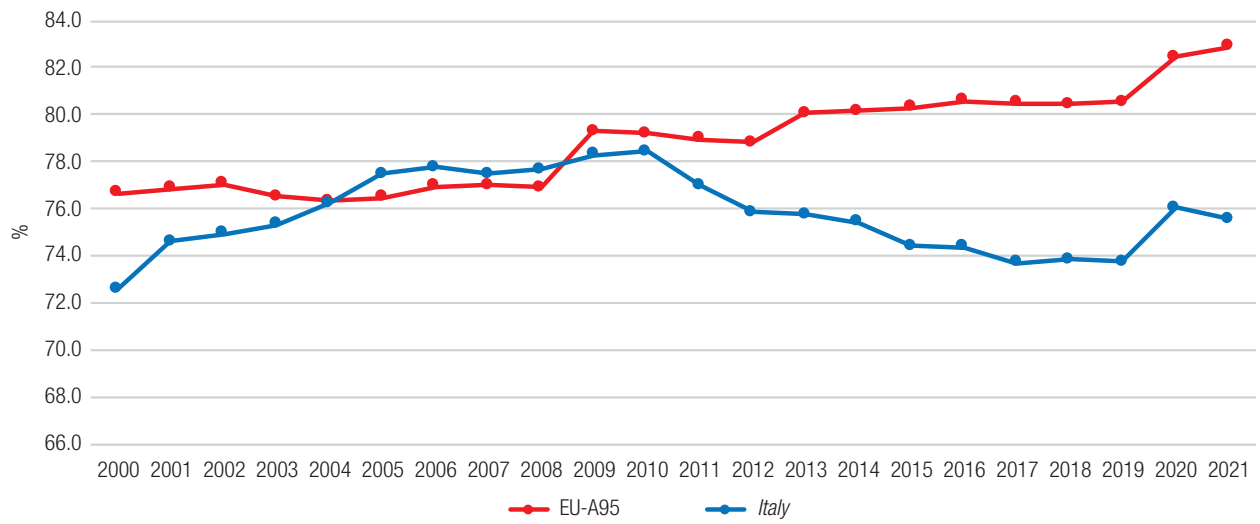
The primary role of a public service is certainly to ensure universal access to healthcare. This was also the spirit of the law establishing the NHS in 1978.

With a view to pursuing this goal, effective protection of the people with insufficient or limited economic resources to access health (and social) services must first be implemented. In general terms, equity implies the reduction of inequalities between citizens: not only those linked to social and economic conditions, but also those linked to residence, i.e. geographical opportunities for protection.

As is well known, the NHS does not yet seem to have succeeded in significantly eliminating, or at least reducing, inequalities.

The country's "giving up" on effectively pursuing the reduction of inequalities is made evident by the fact that the share of public health spending is equal to 75.6%, as against 82.9% of the average of the Ante-1995 EU countries, with a 7.3% differential, representing an indicator of the resources taken away from the reduction of inequalities (Figure 7.).

Figure 7. Public funding of current health expenditure



Source: processing of OECD and Istat data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Hence the paradox of a NHS considered among Beveridge-style public systems - fundamentally because fuelled exclusively by tax revenues - which records one of the highest shares of private spending in Europe.

In Italy we record € 41 billion of private health expenditure (about a quarter of the total health spending), with a 2.3% incidence on GDP, as against a 2% average incidence in the Ante-1995 EU Member States. It is therefore evident that Italians' willingness to pay for health services is greater than in other European countries in spite of lower public funding: a fact that cannot but be interpreted as a sign of dissatisfaction with the level of public services (understood as quality).

With a view to quantifying the burden of health expenditure affecting households, we note that the "actual" private health expenditure, i.e. that referring to households recording consumption, reaches € 1,734 per household, i.e. 5.7% of total consumption - a far from secondary item in family budgets.

The macro-problems are also immediately reflected in the micro-data, thus demonstrating the persistence of equity problems, and indeed their worsening in the pandemic phase.

In the first year of pandemic (2020), healthcare consumption fell drastically by -8.5%, although slightly less than total household consumption (-9%): a phenomenon largely attributable to citizens' fear of going to healthcare facilities, perceived as places at risk of infection. This is confirmed by the fact that we can note that the phenomenon is more evident in the Northern regions, which were the hardest hit by the pandemic. We can also note that the number of families that have purchased prostheses and aids has increased: a phenomenon that can certainly be attributed to the purchase of masks and other individual protection devices. It is also confirmed that these are expenses deemed necessary: just consider that the forecasts provided by Istat indicated that, as early as 2021, private consumption would return to pre-pandemic levels.

During the pandemic, only the wealthiest families increased the health expenditure incurred directly, particularly for specialist and dental care: the percentage clearly marks an increase in inequalities, also in terms of health protection, insofar as it confirms that only a limited share of families, the wealthiest 20%, were able to "circumvent" the access barriers to the NHS structures created by the pandemic, paying for services in private facilities out of their own pockets. Considering that the analysis of the type of expenditure made seems to show that households have generally preferred to spend on "therapies"

(drugs, dental care) and neglect prevention and diagnostic activities, the fear is even stronger that this phenomenon will certainly entail future worsening of people's health and also a great risk of increasing waiting lists, which could lead citizens to resort to private facilities to be paid directly, thus further worsening equity.

In 2020 the incidence of impoverishment for healthcare expenses afflicted 378,627 households (1.5%), 32,264 fewer than in the previous year. The phenomenon, however, is associated with an increase in the incidence of "giving up" healthcare expenses, which has affected everyone but, in particular, the less well-off people (Figure 8.).

The phenomenon continues to affect Southern Italy, in particular (3.2% of residents). Calabria is the worst affected region with 4.5% of impoverished households; at the opposite extreme there is Valle d'Aosta, where only 0.2% of its residents are affected.

When applying regional thresholds of relative poverty, the estimate of impoverishment is even greater, with 507,949 impoverished households (1.9%) - about 130,000 households more than with the "standard" methodology. There is a worsening of the phenomenon even in the North.

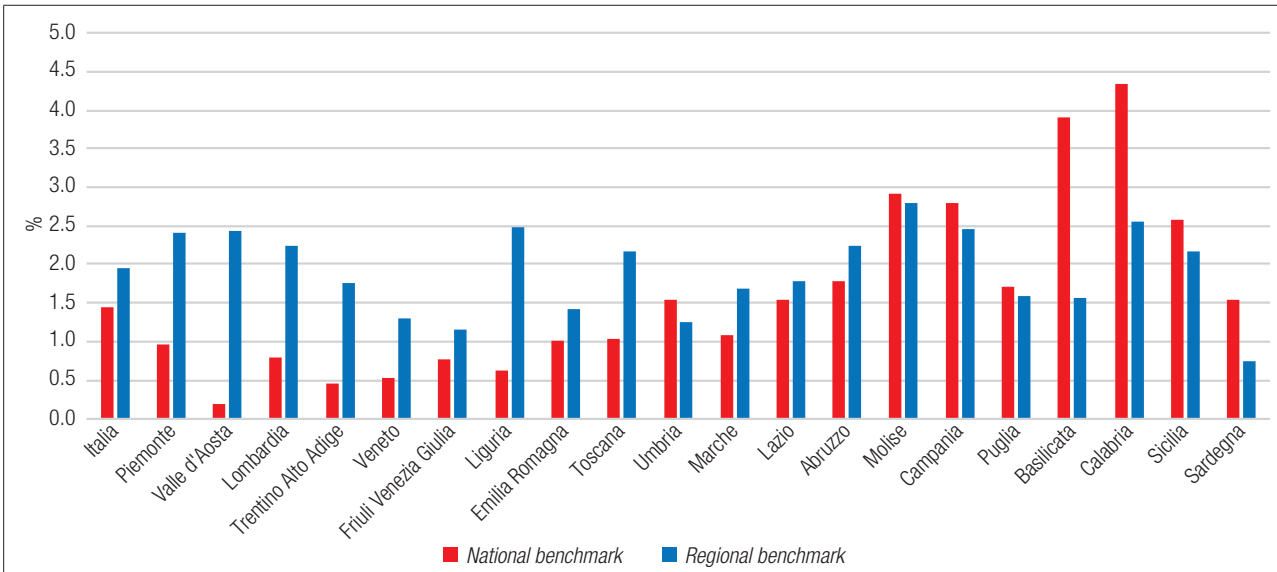
The phenomenon of catastrophic spending has also decreased, again recalling the caveat on the increase in giving up spending on health, especially in the South, which, however, continues to be the most affected by the phenomenon. Basilicata, Calabria and Sicilia (6.0%, 4.5% and 4.1%, respectively) are the Regions with the greatest impact of expenditure on family budgets; Toscana and Marche are the least impacted both with 1.1% of households affected (Figure 9.).

Summing up the giving up of health expenses and the cases of impoverishment, we can assess that during the pandemic there was a +0.6% increase in the cases of financial hardship related to health consumption, thus bringing the incidence on households to 5.2%. Once again, the figure is significantly higher in the South (8.1%), with Central Italy at 4.0% and the North at 3.7% (Figure 10.).

Over the last five years, the share of households suffering financial hardship has decreased by -0.5%, but the North-South gap has increased by +0.2%.

In short, the pandemic has led to a worsening of the NHS equity, thus demonstrating once again a tendency for the Health Service to fail to perform its primary function.

Figure 8. Share of impoverished households. Year 2020

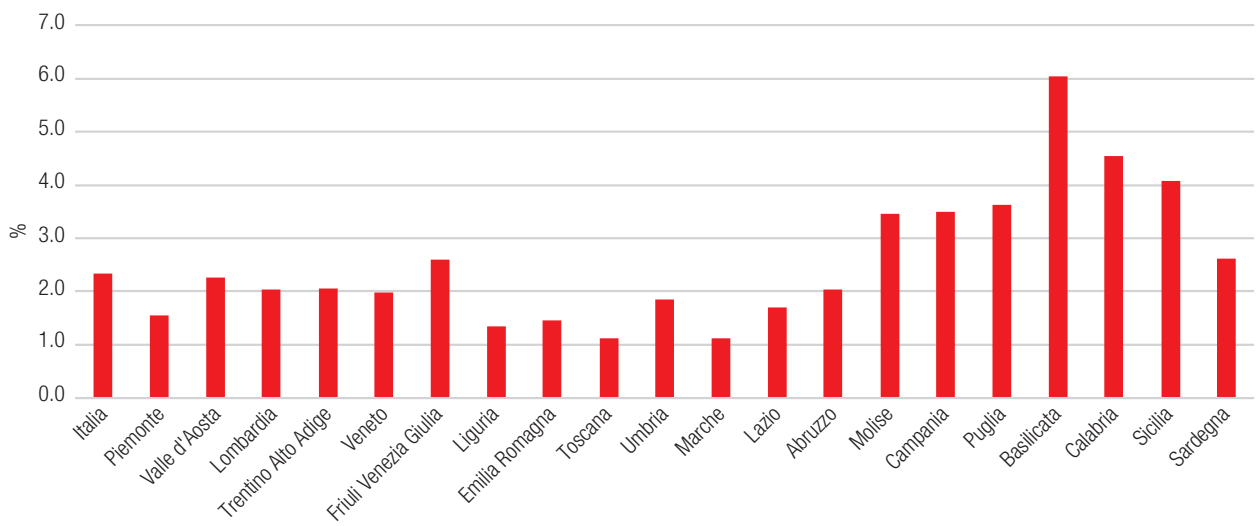


Source: processing of Istat data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

With respect to the arguments in the previous paragraph, the persistence of inequalities provides further food for thought on the need to increase NHS funding, adding to the issue of levels also that of the need for a reallocation of resources.

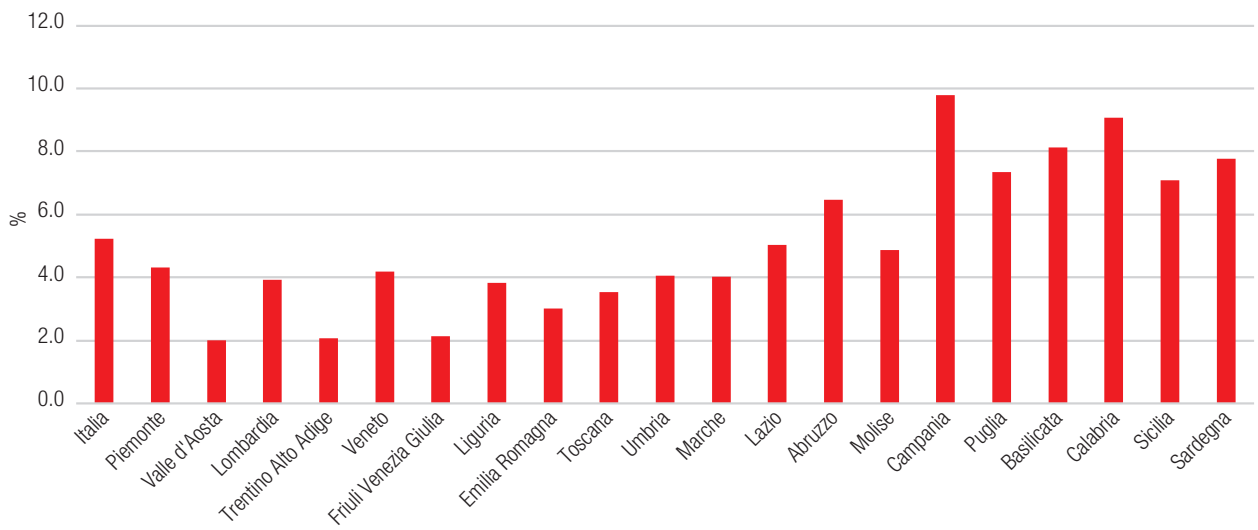
Although the PNRR has earmarked for the South a more than proportional share of resources (40%) with respect to its weight in terms of population, the choice appears to be acceptable but not decisive. For the South, in fact, there is first of all a problem of lack of current resources.

Figure 9. Share of households subject to catastrophic spending. Year 2020



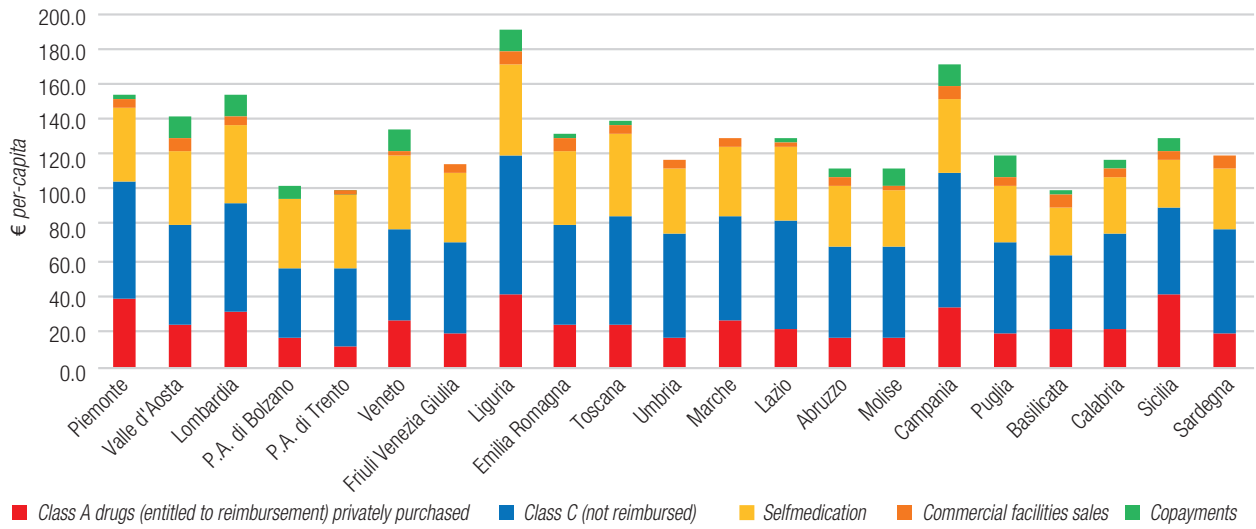
Source: processing of Istat data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figure 10. Share of households suffering financial hardship due to health reasons. Year 2020



Source: processing of Istat data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figure 11. Per-capita private pharmaceutical expenditure. Year 2021



Source: processing of Istat data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In particular, it seems we can no longer postpone to consider - in the regional allocations of public resources - the effects resulting from the different availability of household resources. Per-capita private expenditure varies from € 828.3 in Lombardia to € 442.9 in Sardinia (Figure 11.). In order to give an idea of the extent to which it affects the financial performance of the Regional Health Services (SSR) we should recall that without the expenses borne privately by households for class A drugs, even the ceiling for pharmaceutical spending for the drugs reimbursed by the NHS, which has been deemed sufficient for several years, would actually be exceeded by about € 1 billion (and the "relief" of charges for the Regional Health Services ranges from € 41.1 in Liguria to € 11.2 in the P.A. Trento).

Human resources policies

The issue of human resources can be deemed central for the survival of the NHS: just consider that the capital funding provided by the PNRR allows for the adaptation / enhancement of structures, but is not - in fact - usable for current expenditure, and therefore not even for increasing the staffing levels needed to "populate" the new structures.

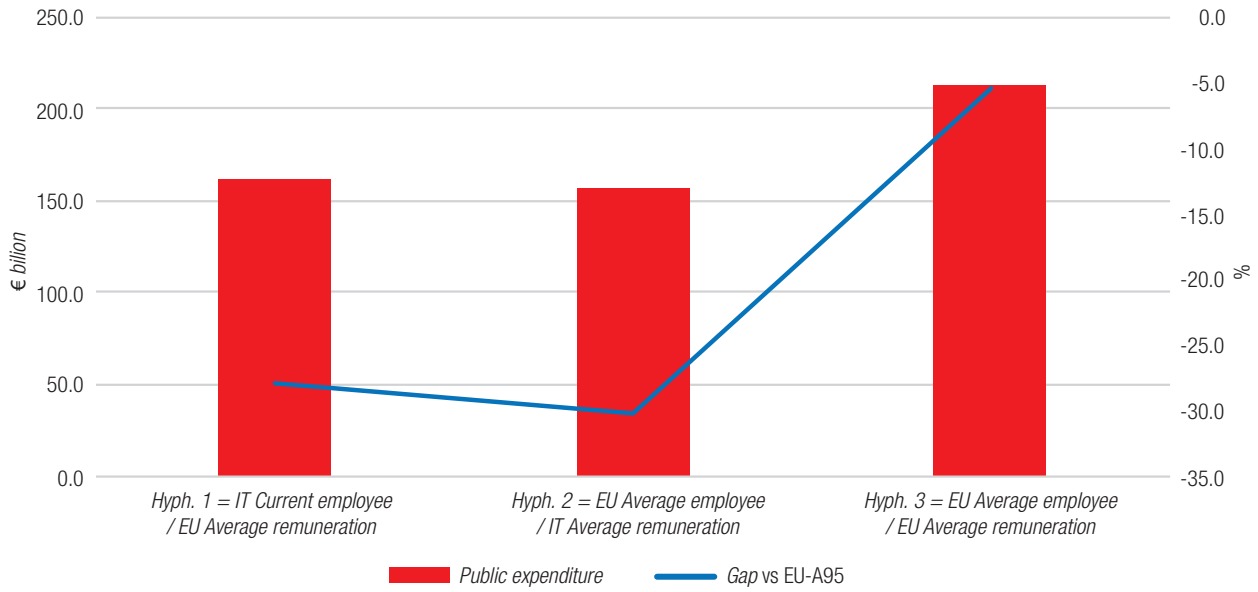
Much of the debate has focused on the adequacy of NHS staffing levels. We must immediately note that, thanks to the pandemic, there has been a significant increase in the number of NHS staff (almost +2%, around 13,000 employees in 2020 alone). Permanent staff operating with open-ended contracts have also increased by +2.27%, while there has been a slight decrease in the number of staff employed on fixed-term contracts (-2.72%).

With specific reference to individual professionals, we note an increase - albeit limited - in the number of doctors (+0.3%) and also of nurses (+3.14%).

Despite the considerable recruitment of staff, Italy still has significantly fewer nurses in relation to the population than other European countries: 5.7 nurses per 1,000 inhabitants in Italy, compared with 9.4 on average in France, Germany, the United Kingdom and Spain. Hence in the Italian NHS there are 1.42 nurses for every doctor, compared to 2.52 in the European countries taken as a reference.

With a view to reaching the standard of the aforementioned countries, almost 224,000 nurses would therefore be needed, that would raise to over 320,000 using the population aged over 75 (the one most in need of care) as a reference.

Figure 12. Spending simulations with staff adjustment



Source: processing of Istat data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Italy has 3.9 doctors per 1,000 inhabitants, as against 3.8 in the European reference countries. If we refer to the people aged over 75, Italy has 34.3 doctors per 1,000 elderly people, as against 38.5 in the reference countries: with regard to the elderly population, also in the case of doctors there would be a shortage of almost 30,000.

A first incontrovertible fact is that if we wanted to bridge the gap of healthcare professionals (nurses and doctors) described (cautiously and prudentially considering, as a reference, the standards related to the general population), while maintaining the current average salaries, it would be necessary to increase the NHS current expenditure by € 30.5 billion (24%) (Figure 12.). The gap with the Ante-1995 EU countries would be reduced to -30.3%.

Although this is a significant volume of current expenditure, the availability of which, as argued above, can by no means be taken for granted, the problem is different and goes beyond the issue of economic resources.

For example, we must consider that, as far as doctors are concerned, the estimates that have been provided point to about 12,000 retirements per year. If we add to this number 3,000 people hired per year that would be necessary to bridge the aforementioned gap in 10 years, we should have at least 15,000 new recruitments per year: a number that, at first glance, when compared with the number of specialisation and training courses and grants for general practitioners, which together total about 17,000, would be achievable, even taking into account a share of failures and drop-outs during the training period.

Despite the fact that Italy is at the top of the OECD ranking in terms of number of new medical graduates in relation to the population, at least two aspects suggest that it is by no means certain that the target is really attainable: firstly, the different attractiveness of specialisations and, secondly, the problem of voluntary resignations.

In fact, specialisations such as "Community and Primary Care Medicine" and "Emergency and Urgent Care Medicine" account for 75% and 56.7% of unassigned posts, respectively. Moreover, in 2021 there were almost 3,000 staff resignations (Onaosi), with a parallel increase in the share of doctors working in private facilities.

The above forces us to realise that the problem is not only numerical, but also involves, more generally,

staff policies: for example, in terms of incentives to fill the positions deemed less attractive, as well as competitiveness of public sector salaries.

The considerations made for doctors hold all the more true for nurses. An annual retirement rate of about 9,000 people can be estimated for these professionals, to whom we need to add 20,000-30,000 people needed to bridge (in 10 years) the gap with reference to European countries. According to the standards of Ministerial Decree No. 77, however, we must also add the professionals needed to "populate" Community Hospitals and the so-called Case di Comunità, home care services, Territorial Operations Centres, Continuity of Care Units, and family nurse teams. Considering that the number of nursing graduates in 2019 was about 11,000 (out of approximately 17,000 available places), it goes without saying that the supply is and will be totally insufficient. Even increasing the university supply, the shortage would not automatically be solved: we need, in fact, to consider that only 1% of 15-year-old students in Italian secondary schools say they want to be nurses, against an average of 3% in OECD countries.

Italy is clearly an unattractive country for health professionals, and this also precludes us the option of recruiting professionals outside national borders. As proof of this, the United Kingdom has 30.3% of doctors trained outside the country, Germany and France 13.1% and 11.6%, respectively, while Italy only 0.9%. A rate that barely makes up for the flow of Italian doctors who decide to leave the country and work abroad every year. Only 4.8% of the total number of Italian nurses are trained abroad, unlike countries such as Switzerland with 25.9%, or the United Kingdom and Germany, with 15.4% and 8.9%, respectively.

There are clearly many factors that influence the attractiveness of job positions. We cannot certainly overlook pay, which in the case of nurses in Italy is 23% lower than the OECD average.

If, in the simulations of realignment with the standards of the reference European countries, besides the merely numerical aspect, we were also to consider the necessary revaluation of salaries, the burden for the NHS current expenditure (considering, as a benchmark, the standards referring to the total population) would grow to € 86.8 billion, thus implying a +68.4% increase. In this case there would almost be an alignment of public expenditure with the Ante-1995 EU countries (-5.4%). Even considering that the Italian private spending is lower than the EU average by -12.1%, in practice we can infer that if the NHS were to adjust its staffing levels, both in terms of quantity and in terms of salary levels, using the average of France, Germany, the United Kingdom and Spain as a reference, the gap in total national health expenditure would tend to realign itself with the average of the Ante-1995 EU-countries (-6.3%), thus demonstrating that the Italian savings are substantially "apparent", being mostly attributable to the questionable Italian management of human resources.

At the same time, as anticipated, it becomes clear that the issue of human resources is anything but a mere issue of staffing levels.

With a view to further investigating the subject, Federsanità-ANCI and C.R.E.A. Sanità conducted a survey, administered to the Directors General (DGs) of the Local Health Units, aimed at ascertaining which interventions were considered most urgent and relevant.

In a nutshell, the survey shows that the DGs agree on believe (to varying degrees, but always above 70/75%) that:

- *it is useful to have national standards for defining staffing levels*
- *it is useful to recruit doctors already in their first year of specialisation, checking their acquired autonomy and skills, preferably with a process carried out in-house*
- *it is useful to maintain streamlined and simplified staff recruitment procedures, as in the pandemic phase*
- *it is useful to have rules for assessing skills and behaviours before permanent employment*
- *experience, professional skills and potentialities, rather than the management experience acquired, are the most useful criteria for selecting managers of complex structures*
- *it is appropriate to place regulatory constraints*

on the recruitment of staff coming from public facilities by accredited private facilities

- *it is appropriate to extend the possibilities of stabilisation provided for in Article 15 septies of Legislative Decree No. 502/1992*
- *it would be useful to remove the 5-year restriction for entrusting structure assignments*
- *there is a need for greater enhancement and a new contractual framework for process assignments (including inter-company ones) for the governance of clinical networks and continuity of care pathways*
- *there is a need for incentive policies to support the outplacement and redeployment of healthcare staff, for instance to promote voluntary mobility from hospital to territorial facilities for staff with 24-hour shift limitations*
- *there is a need for incentive mechanisms, including interregional ones, to encourage temporary mobility and / or even twinning / rotation from more "attractive" to less "attractive" areas*
- *a contractual policy is needed, aimed at enhancing the performance remuneration of managers*
- *it is necessary to revise the assessment systems for management and for the sector, so that they are more effective in promoting a rewarding logic, providing for the offer of internships in structures of excellence, or abroad, as well as master's degrees and higher education university courses*
- *it is useful to grant higher pay for emergency / urgency doctors, as well as mechanisms for their redeployment linked to their age*
- *it is useful to grant higher remuneration for professionals working in areas that are not very "attractive" (with a mode of responses on increases to be granted of around 30%)*
- *there is an urgent need to provide specialised professional degree courses for the health professions*
- *it is useful to envisage institutional professional training courses (e.g. at a Public Administration Higher School specifically for the health sector or at universities) to create a "nursery" of professionals (e.g. engineers) for the health sector*
- *it would be useful to establish a permanent national training school for technical, administrative and professional roles and profiles in the NHS*
- *it is useful to define national accreditation criteria for the bodies that train social and health workers (OSS)*
- *regional training for District Managers would be useful*
- *specific university training for general practitioners is appropriate*
- *the current skill mix is not compatible with the reform of territorial healthcare envisaged by the PNRR*
- *new skills necessary for the PNRR management requirements need to be included in the local health units*
- *regulatory interventions and incentives are needed to overcome reluctance and resistance to the use of Telemedicine.*

The survey ultimately confirms that the top managers agree that it is necessary to rethink the rules governing staff recruitment, streamlining and simplifying procedures, as well as promoting local health units' autonomy in confirming employees with permanent and stable contracts. It also agrees on the need to rethink the staff incentive mechanisms, especially for the staff operating in posts that, for various reasons, are deemed "hardship posts" (emergency-urgency areas, geographically unattractive areas, personnel in mobility from hospital to territorial structures, etc.).

The DGs who, incidentally, also complain that they receive remuneration that is not commensurate with the responsibilities they take on, would also propose the road of "protection", calling for constraints on the "flight" to the private sector.

The solution, however, cannot clearly be to prevent the movement of professionals: we rather need to seriously consider the proposal for an overall review of the matter, rethinking the rules and ways for recruitment, incentives, career progressions, training, etc.

While completing the reasoning on staff, we feel

it is only right to note that much of the attention is focused on the healthcare staff and, specifically, on doctors and nurses, and on the rethinking of their roles and skills. Nevertheless, digital transition and, more generally, technological innovation, also require the training and inclusion of new professionals, mostly non-healthcare ones - just as the expansion of Community care facilities and home care requires staff dedicated to the care of non-self-sufficient people and, therefore, the need for social and health workers (OSS), also implying a revision of the roles and skills between them and nurses.

Final considerations

Summarising what has been argued so far, the NHS (in its regional entities) is faced with three major challenges, which have now become unavoidable and cannot be postponed: reducing inequalities, which is the main goal of a public service; adjusting staffing levels, which is a necessary condition for modernising the NHS, and remaining - at the same time - sustainable.

The NHS is therefore faced with an obvious trade-off: the first two goals require significant additional resources, while the third requires us to continue along the road we have called "sobriety" in previous Reports. A road that is concretely envisaged in the public finance documents, which allocate resources for healthcare that, as stated above, are far from the levels that would be required for "aligning" the Italian NHS with those of the European reference countries - a gap that actually demonstrates the unsustainability of the NHS.

As argued above, sustainability is an issue that cannot be separated from the definition of expectations. If the latter are referred and compared to average European welfare levels, the only way to ensure the NHS sustainability lies in the ability to trigger GDP growth.

A growth that should also be more dynamic than that of the countries taken as benchmarks, as it should allow to reduce the current gaps and also make up for the lower share of national resources, due to the greater Italian public debt, which - with its servicing – drains a significant amount of resources that could be otherwise used for public policies.

Growth, therefore, remains the essential challenge for welfare sustainability. A challenge that should be addressed by the country's ruling class and goes beyond the boundaries of health policies. At the same time, however, for those involved in health policies, it makes it necessary to ask how healthcare can contribute to the objective. In other words, it becomes essential to identify the opportunities to contribute to the country's growth that can be created in the health sector (or of life sciences as the sector is sometimes referred to).

Unfortunately, despite repeated claims and lip service to the sector's priority, and the need to stimulate its industry, the connection between health policies (on the care side) and industrial policies has remained very tenuous.

The experience of the Italian anti-COVID "vaccine" can be mentioned as an example of the country's inability to promote conditions for turning research into opportunities for economic growth. Another example is that of the so-called "advanced therapies" (gene and cell therapies, etc.). It is clear that, initially (up to 2016), 50% of the therapies that reached the market (two out of four) were of Italian origin, thus hinting at a national competitive advantage. An advantage, however, that has soon faded away: after 2018, only one additional advanced therapy, out of the 16 approved, is of Italian origin. In addition, in many cases, we are now facing severe difficulties for some advanced therapies to remain on the market, and this is not due to safety or efficacy issues.

These examples underline the importance of creating a favourable ecosystem for research and the implementation of its results.

It should also be considered that the "health sector" is strategic, firstly because – as everybody knows - it is protected from economic cycles, and has growth rates that are seldom found in other sectors, as well as being, to some extent, shielded from competition from countries that can "boast" lower labour costs. The sector is also strategic because, being producers (and thus having a positive trade

exchange with foreign countries) makes it possible to "turn" part of the care costs into an investment. In other words, while imported technologies are a pure cost for the NHS, "proprietary" ones generate various economic returns: growth in employment, payroll, tax revenues, etc.

In view of creating the aforementioned ecosystem, public incentives, regulatory and also organisational interventions are needed. By way of example, it would be desirable to link public research funding to the proponents' ability to have parallel access to private co-financing, thus generating a financial leverage effect and, at the same time, promoting closer collaboration with industry for the development of innovative solutions.

A general rethinking of pharmaceutical and medical device governance would also be advisable and necessary, so as to adapt it to the changes that have taken place in R&D processes and, therefore, to the new characteristics of the goods coming onto the market: By way of example, let us recall that some countries have recently introduced early access procedures for innovations, making their markets more attractive in industrial terms.

If, on the other hand, Italy were to keep on experiencing economic stagnation, the options would not be many: either refinancing the system, tightening the tax wedge (of households? of companies?) or "lowering" expectations.

Leaving aside tax tightening, which is a double-edged sword that risks hindering economic growth, the only option left is "to lower" expectations. In practice, we should go back thinking about the possibility of the NHS shifting to a selective universalism, capable of safeguarding equal access. In other words, interventions aimed at maintaining (and if possible increasing) the coverage for the most fragile people, while decreasing that of the wealthiest groups. It should be noted, however, that this approach could prove in any case unjust and unfair, due to the tax returns made by households, according to which a large part of the income produced is concentrated in the hands of the so-called "middle class" families.

As anticipated, the alternative option can be summed up in the slogan "'grow not to select".

The second challenge concerns the fairness and equity of the system, which, as previously stated, is increasingly "creaking". In particular, the North / South inequality, already recorded and stigmatised since the establishment of the NHS, seems to be affected and undermined by health policies.

With a view to reducing inequalities, we need to make a different allocation of resources, a different distribution to be agreed upon not as a "one-off" measure, but on a "definitive" basis: first and foremost, by recognising and offsetting - in the mechanisms for allocating resources - the different contribution of private household spending at the regional level.

A contribution that reduces the burdens of the Regional Health Services (SSR) in such an exaggeratedly disparate manner to be now ignored.

Another necessary aspect of equalisation concerns the criteria for being exempt from cost-sharing and co-payment at the regional level, which are now also unreasonably uneven.

Thirdly, equity depends on greater regional homogeneity in terms of protection quality, which in turn requires a homogeneous standardization of the abilities of regional and local technical structures. This objective seems to be achievable only by adjusting the public salaries to those offered in the private sector (or at least bringing them closer), and by fostering the creation of favourable conditions for staff mobility even between Regions, by encouraging mobility towards locations deemed more disadvantaged or towards the most demanding and hardship posts.

Finally, the mobility of (healthcare and non-healthcare) professionals has brought us into the realm of human resources management policies: from this viewpoint, it appears urgent and necessary to rethink the current rules. The modernisation of the system requires, in fact, the overcoming of the constraints that paralyse the Local Health Units.

Constraints that are sometimes objective, other times generated by a widespread habit of "defensive administration". Constraints that have enfeebled the role of management, weakening the levers at their disposal in terms of employee evaluation and re-

wards. Collective agreements must be updated, also taking into account the NHS needs, and consequently accepting the introduction of greater flexibility, designed to generate incentives aimed at favouring a reallocation of staff based on the priorities defined by planning: first and foremost, the strengthening of territorial care.

It must be acknowledged that the NHS is not competitive for health professionals (and not only for them) and that this will prevent us from coping with the shortages that will clearly be recorded in the coming years by resorting to foreign staff. It is therefore necessary to revise salary levels and, at the same time, rethink the skill mix - not only thinking about the roles of doctors and nurses, but also those involving nurses and social and health workers (also in light of the growing importance of non-self-sufficiency and the consequent overlapping of health and social needs).

In conclusion, the NHS seems to have reached a point of no return: either the boundary conditions change or it would be guiltily naive to think that the NHS can be maintained as it is. A progressive and ungoverned reduction in the protection levels would, in fact, generate an opting out of the better-off, thus actually marking the end of the universalist system.

Capitolo 1

Il contesto socio-demografico

The socio-demographic context

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 1
Il contesto socio-demografico

Carrieri C.[1]

La letteratura (Gutierrez-Camacho C., 2019 "Association between sociodemographic factors and dietary patterns in children under 24 months of age: A systematic review", Khaing W., 2017, "Effects of education and income on cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis", Petrelli A., 2019, "The geography and economics of forgoing medical examinations or therapeutic treatments in Italy during the economic crisis", Bazzano A., 2017, "Qualitative Studies of Infant and Young Child Feeding in Lower-Income Countries: A Systematic Review and Synthesis of Dietary Patterns", Smithers L.G., 2012, "Associations between dietary patterns at 6 and 15 months of age and sociodemographic factors", Caughlin S., 2019, "Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival") offre ampia evidenza sull'importanza dell'impatto dei fattori sociali e demografici (quali istruzione, occupazione, reddito, povertà) sulla salute della popolazione; la pandemia, oltre ad avere confermato quanto la salute risulti essenziale per lo sviluppo, ha focalizzato l'attenzione sulla dimensione Sociale, intesa come capacità di far fronte alle esigenze delle persone fragili, dei poveri, degli anziani, etc..

A seguire vengono analizzati alcuni fattori di contesto, all'interno dei quali evolve il sistema sanitario, e da cui non si può quindi prescindere nel processo di programmazione dell'offerta sanitaria, e anche di sviluppo delle politiche di governo della domanda. Una particolare attenzione è stata deputata alle variabili sociali su cui maggiormente ha inciso la pandemia di COVID.

1.1. La demografia

L'evoluzione demografica è teoricamente la più facilmente prevedibile, perché caratterizzata da una evoluzione lenta e costante, negli ultimi decenni rimasta sostanzialmente "immutata", segnata dal contemporaneo calo della natalità e della mortalità, e dal conseguente rapido invecchiamento della popolazione.

L'impatto del COVID ha, però, repentinamente stravolto gli andamenti, mettendo in discussione le previsioni elaborate.

Il COVID ha già provocato oltre 170.000 morti, fortemente concentrati nelle fasce di età più anziane, modificando così la struttura della popolazione.

Secondo le previsioni Eurostat, sviluppate tenendo conto del COVID, la popolazione europea[2], nel 2070, si dovrebbe ridurre del 5,3% (-0,1% medio annuo). Anche l'Italia dovrebbe registrare una riduzione, pari al 10,4% (-0,2% medio annuo), passando da 60.226.797 del 2021 a 53.951.155 abitanti nel 2070. L'Italia, quindi, era atteso si discostasse dai Paesi dell'EU-Ante 1995[3] di +1,2 p.p. (p.p.) e di +15,1 p.p. da quelli dell'EU-Post 1995[4] (Tabella 1.1.).

---

[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, Regno Unito, 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

Analogamente le previsioni Istat per il 2070 riferiscono che la popolazione italiana dovrebbe ridursi del -19,4%, pari al -0,4% medio annuo, passando quindi da 59.236.213 del 2021 a 47.722.292 abitanti nel 2070. La significativa riduzione è attesa in tutte le Regioni italiane ad eccezione della P.A. di Bolzano e della P.A. di Trento, per le quali è atteso un aumento rispettivamente dello +0,1% e +0,1% medio annuo (Tabella 1.2.).

Per confronto, i dati di previsione Istat risalenti al 2013, registravano una riduzione della popolazione italiana tra il 2021 ed il 2070 del -0,3%, da cui si desume quanto significativo sia stato l'impatto del COVID.

Per quanto concerne la popolazione anziana (*over* 75 anni), in Europa si è registrato un aumento del +2,1% medio annuo tra il 2011 ed il 2021: in particolare, l'Irlanda (+3,4% medio annuo) ha registrato l'incremento più alto, mentre il più basso si associa al Belgio (+0,8% medio annuo). L'Italia ha registrato un incremento del +1,5% medio annuo tra il 2011 ed il 2021, minore di 0,2 p.p. rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (1,7% medio annuo) e maggiore di 0,3 p.p. rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (1,2% medio annuo) (Tabella 1.3.).

Tabella 1.1. Previsioni Eurostat popolazione in Europa

Nazione	2021	2070	Var.% 2070/21	vma %
Austria	8.924.803	9.247.303	+3,6	+0,1
Belgio	11.546.040	11.833.541	+2,5	0,0
Danimarca	5.822.819	6.153.605	+5,7	+0,1
Finlandia	5.532.572	5.037.579	-8,9	-0,2
Francia	67.369.577	69.429.375	+3,1	+0,1
Germania	83.252.111	81.695.911	-1,9	0,0
Grecia	10.666.142	8.603.587	-19,3	-0,4
Irlanda	5.035.907	6.496.490	+29,0	+0,5
Italia	60.226.797	53.951.155	-10,4	-0,2
Lussemburgo	633.103	787.429	+24,4	+0,4
Olanda	17.490.031	17.988.244	+2,8	+0,1
Portogallo	10.288.853	8.481.486	-17,6	-0,4
Spagna	47.618.945	47.104.113	-1,1	0,0
Svezia	10.413.308	13.065.090	+25,5	+0,5
Repubblica Ceca	10.730.377	10.213.463	-4,8	-0,1
Estonia	1.329.515	1.193.810	-10,2	-0,2
Ungheria	9.758.061	8.926.914	-8,5	-0,2
Lettonia	1.893.531	1.181.968	-37,6	-0,9
Polonia	37.887.171	30.890.756	-18,5	-0,4
Slovacchia	5.462.809	4.724.046	-13,5	-0,3
Slovenia	2.104.074	1.938.253	-7,9	-0,2
Lituania	2.788.725	1.825.897	-34,5	-0,8

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

Tabella 1.2. Previsioni Istat popolazione in Italia

Regione	2021	2070	Var.% 2070/21	vma %
Italia	59.236.213	47.722.292	-19,4	-0,4
Piemonte	4.274.945	3.400.113	-20,5	-0,5
Valle d'Aosta	124.089	94.650	-23,7	-0,5
Lombardia	9.981.554	9.192.366	-7,9	-0,2
P.A. di Bolzano	534.912	566.080	+5,8	+0,1
P.A. di Trento	542.166	558.076	+2,9	+0,1
Veneto	4.869.830	4.237.939	-13,0	-0,3
Friuli Venezia Giulia	1.201.510	1.019.749	-15,1	-0,3
Liguria	1.518.495	1.207.579	-20,5	-0,5
Emilia Romagna	4.438.937	4.112.260	-7,4	-0,2
Toscana	3.692.865	3.148.685	-14,7	-0,3
Umbria	865.452	660.112	-23,7	-0,5
Marche	1.498.236	1.131.683	-24,5	-0,6
Lazio	5.730.399	4.827.498	-15,8	-0,3
Abruzzo	1.281.012	922.484	-28,0	-0,7
Molise	294.294	187.087	-36,4	-0,9
Campania	5.624.260	4.044.388	-28,1	-0,7
Puglia	3.933.777	2.594.196	-34,1	-0,8
Basilicata	545.130	326.159	-40,2	-1,0
Calabria	1.860.601	1.236.168	-33,6	-0,8
Sicilia	4.833.705	3.278.167	-32,2	-0,8
Sardegna	1.590.044	976.855	-38,6	-1,0

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

L'aumento degli anziani ha interessato tutte le Regioni, con l'incremento più alto in Sardegna (+2,8% medio annuo) e il più basso in Molise (+0,1% medio annuo). In particolare, nel 2021 la Liguria risulta la Regione con la quota di anziani (*over* 75) più alta (15,8%), mentre la Campania quella con la quota più bassa (9,2%). Le Regioni del Sud Italia, in media, registrano una quota di anziani inferiore di 1,1 p.p. rispetto a quelle del Nord e di 1,6 p.p. rispetto a quelle del Centro: si passa, infatti, da una quota dell'11,6% nel Sud ad una quota del 12,7% nel Nord e del 13,2% nel Centro (Figura 1.1.).

La mortalità dovuta al COVID ha, però, ridotto i tassi di crescita della popolazione anziana; di seguito si riportano e si confrontano i dati medi annui del periodo ante COVID, con quello del biennio 2020-2021:

- Italia: +0,6 p.p. nel periodo 2015-2019, che diventano +0,1 p.p. nel 2019-2020
- Francia +0,2 p.p. nel 2015-2019, contro +0,1 p.p. nel 2019-2020
- Germania +0,6 p.p. nel periodo 2015-2019, verso -0,1 p.p. nel 2019-2020
- Spagna +0,4 p.p. nel periodo 2015-2019; verso +0,1 p.p. 2019-2020.

Il COVID ha, quindi, inciso notevolmente sulla

composizione della popolazione, erodendo in particolare la crescita degli anziani.

Complessivamente, la popolazione italiana anziana (*over* 75 anni), secondo le previsioni del 2013, sarebbe dovuta aumentare del +0,9% medio annuo tra il 2021 ed il 2070, raggiungendo 10.939.448 unità, mentre nelle nuove previsioni ci si attende si arrivi a 9.994.467 unità (-8,6%), riducendo l'incremento medio annuo allo +0,7%.

A livello nazionale, il dato si conferma in tutte le Regioni, soprattutto in quelle del Nord, ragionevolmente in ragione della prima ondata della pandemia che ha colpito maggiormente le Regioni del settentrione: Nord +0,1 p.p. vs Sud +0,2 p.p. (Figura 1.2.).

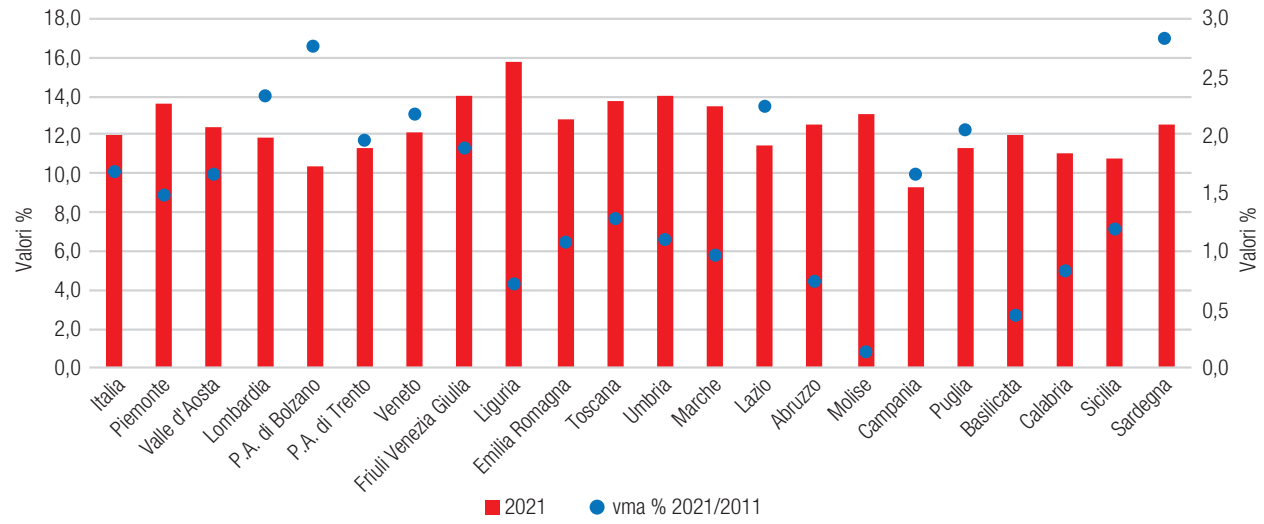
Confrontando i periodi pre-COVID (2015-2019) e COVID (2019-2020) si riscontra una notevole riduzione nella crescita della quota degli anziani (*over* 75 anni): in Italia, nel periodo pre-COVID, l'aumento degli anziani è stato pari a +0,6 p.p., in quello COVID di +0,1 p.p.. Il dato si riscontra in tutte le Regioni italiane, soprattutto in quelle del Nord rispetto a quelle del Sud.

Tabella 1.3. Quota di popolazione anziana in Europa

	Over 75 (%)		*Over* 80 (%)		*Over* 85 (%)	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Austria	8,0	9,4	4,9	5,6	2,3	2,5
Belgio	8,7	9,0	5,0	5,6	2,3	2,9
Danimarca	7,0	9,2	4,1	4,8	2,0	2,2
Finlandia	8,1	9,9	4,8	5,7	2,1	2,8
Francia	8,9	9,5	5,4	6,1	2,6	3,4
Germania	9,2	11,3	5,2	7,1	2,3	3,0
Grecia	9,6	11,4	5,2	7,3	2,1	3,6
Irlanda	5,0	6,3	2,8	3,5	1,3	1,7
Italia	10,2	11,9	6,0	7,6	2,7	3,7
Lussemburgo	6,6	6,5	3,7	4,0	1,5	1,9
Olanda	7,0	8,5	4,0	4,8	1,8	2,2
Portogallo	9,0	10,9	4,9	6,6	2,1	3,2
Spagna	8,8	9,8	5,1	6,1	2,3	3,3
Svezia	8,5	9,6	5,3	5,2	2,7	2,5
Repubblica Ceca	6,7	8,1	3,7	4,2	1,5	1,9
Estonia	7,9	9,4	4,3	5,9	1,6	2,7
Ungheria	7,4	8,4	4,1	4,6	1,7	2,1
Lettonia	8,0	10,0	4,3	6,0	1,6	2,5
Polonia	6,5	7,1	3,5	4,4	1,4	2,2
Slovacchia	5,4	6,4	2,8	3,5	1,1	1,6
Slovenia	7,7	9,1	4,1	5,5	1,7	2,6
Lituania	8,2	9,7	4,4	5,9	1,6	2,7

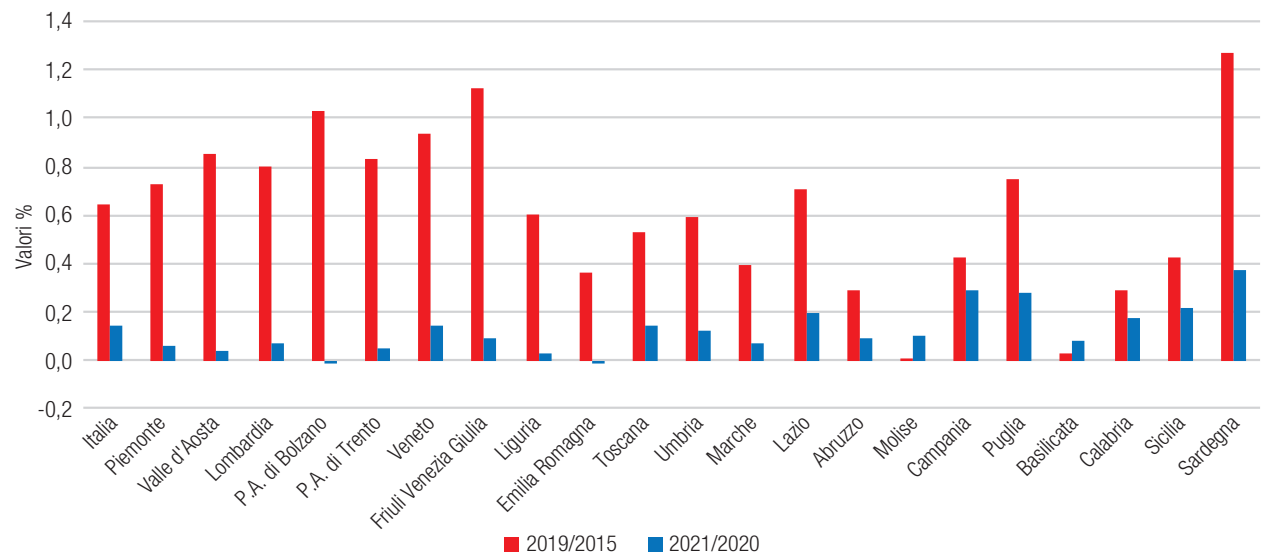
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.1. Quota popolazione *over* 75



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

Figura 1.2. Confronto variazioni quota popolazione *over* 75 anni



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

Struttura familiare

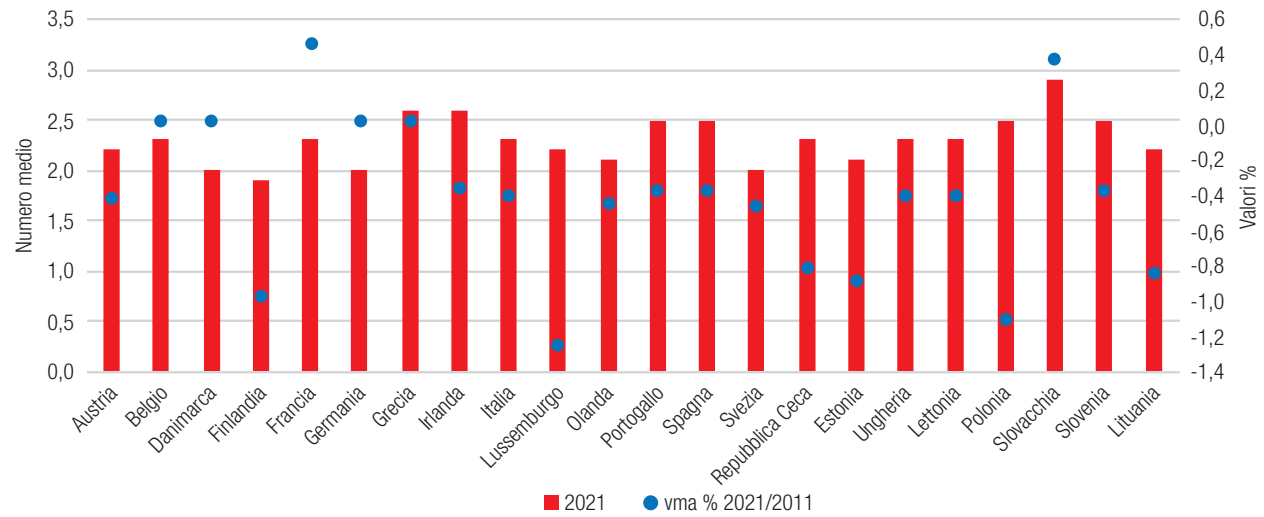
Nell'ultimo decennio (2011/2021), il numero medio di componenti per nucleo familiare, in Europa, si è ridotto dello 0,4% medio annuo, passando da 2,4 (2011) a 2,3 (2021), valore a cui si allinea anche l'Italia (2,3). Nei Paesi EU-Ante 1995 il numero medio di componenti per nucleo familiare si attesta a 2,2 nel 2021 ed in riduzione rispetto al 2011 dello 0,2% medio annuo; nei Paesi EU-Post 1995 a 2,4 e rimane costante rispetto al dato registrato nel 2011. Nel 2021, in Germania il numero medio di componenti per nucleo familiare è pari a 2,0, in Francia 2,3, in Spagna a 2,5. In tutti i Paesi si registra una riduzione dei componenti per nucleo familiare (ad eccezione di Francia e Slovacchia dove si registra un aumen-

to dello 0,4% medio annuo): il fenomeno è particolarmente evidente nei Paesi EU-Post 1995, dove si registra una riduzione media del -0,6% (Figura 1.3.).

In Italia, il numero medio di componenti per nucleo familiare è in riduzione rispetto al 2011 dello 0,4% medio annuo (Figura 1.4.). In tutte le Regioni si registra una riduzione del numero medio di componenti, in particolare in Toscana (-0,9% medio annuo), P.A. di Bolzano, Marche, Abruzzo, Puglia e Basilicata (-0,8% medio annuo rispettivamente); in Piemonte, P.A. di Trento ed Emilia Romagna il dato è rimasto costante nel periodo considerato (2,2 e 2,3 rispettivamente).

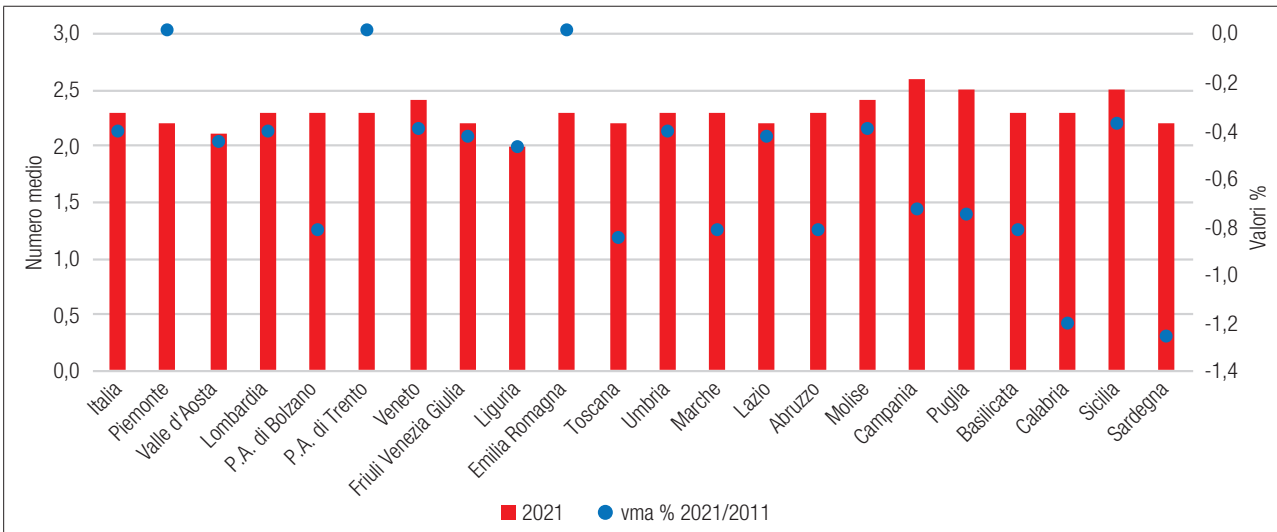
L'aumento del numero di famiglie, cresciute di oltre 13 milioni negli ultimi dieci anni in Europa, deriva quindi anche da una riduzione della dimensione delle stesse, particolarmente dovuto all'aumento delle famiglie unipersonali.

Figura 1.3. Numero medio componenti per nucleo familiare in Europa



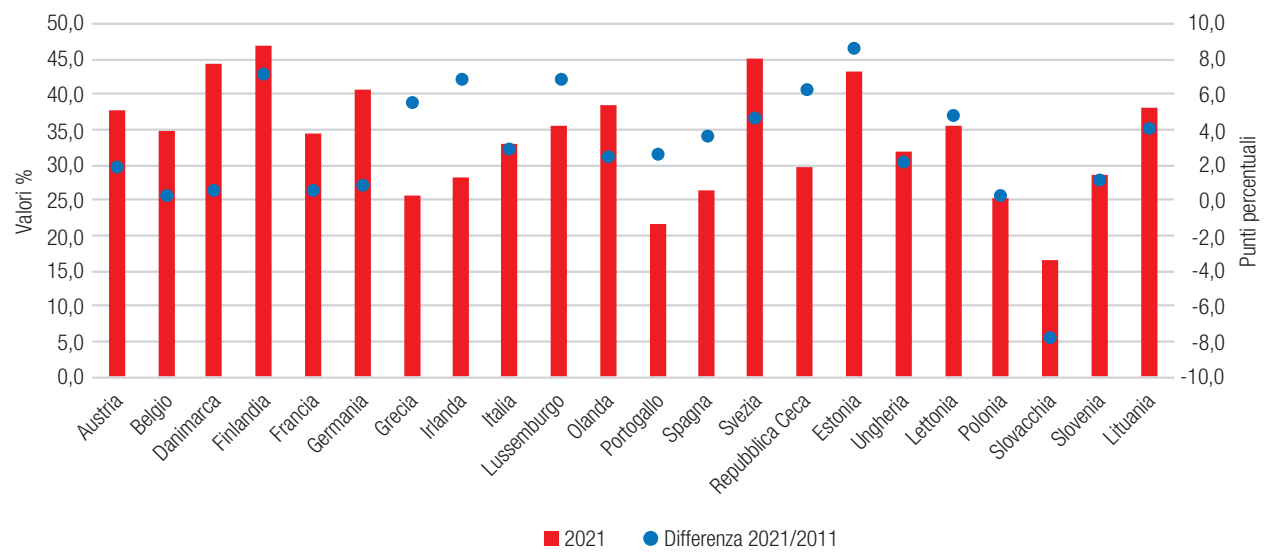
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.4. Numero medio componenti per nucleo familiare in Italia



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

Figura 1.5. Persone sole in Europa



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

In Europa, nel 2021, le persone sole rappresentano il 33,4% delle famiglie, in aumento rispetto al 2011 di 2,3 p.p. (31,1%) (Figura 1.5.). Nei Paesi EU-Ante 1995 le persone sole rappresentano il 34,9%, in quelli EU-Post 1995 il 27,9%. In Italia, secondo i dati Eurostat, le persone sole sono il 33,0% e rispetto ai principali Paesi europei, la quota di persone sole italiana è inferiore a quella di Germania (40,8%) e Francia (34,5%) e superiore rispetto alla Spagna (26,3%).

Analizzando il periodo pre-COVID (2015-2019) in Italia si registra un aumento delle persone sole di 0,9 p.p., *trend* in controtendenza rispetto al periodo pandemico (2019-2020), dove si registra una contrazione pari a -0,6 p.p.. Nei principali Paesi europei si registra un aumento delle persone sole nel periodo pre-COVID: Francia (+2,7 p.p.), Germania (+0,8 p.p.), Spagna (+0,5 p.p.). Nel periodo post-COVID il *trend* si inverte: ad eccezione della Spagna dove si registra un aumento delle persone sole pari a 0,4 p.p.; si noti che in Francia, si registra una riduzione nel periodo 2019-2020 di 4,3 p.p. e in Germania di -1,4 p.p.. Anche in questo caso il fenomeno è associabile alla pandemia, in quanto ha colpito prevalentemente i più fragili (anziani, etc.).

In Italia, nel 2021, le persone sole rappresentano più di un terzo del totale delle famiglie italiane (33,2%), contro il 29,4% del 2011 (Figura 1.6.): un aumento di 3,8 p.p. rispetto a dieci anni fa.

La tendenza è comune a tutte le Regioni: l'entità del fenomeno raggiunge il suo valore massimo in Basilicata, dove si passa dal 28,3% nel 2011 al 36,5% nel 2021 di famiglie monocomponente; in Emilia Romagna si registra il valore minimo, ma comunque in aumento: dal 32,2% al 32,4%. Il Centro è la ripartizione con la più alta incidenza di persone sole (35,9%), poi il Nord (33,9%) e il Sud (30,4%).

Fanno eccezione la P.A. di Trento, Campania e Calabria, per le quali si registra una riduzione, rispettivamente di 1,6 p.p., 0,8 p.p. e 0,1 p.p..

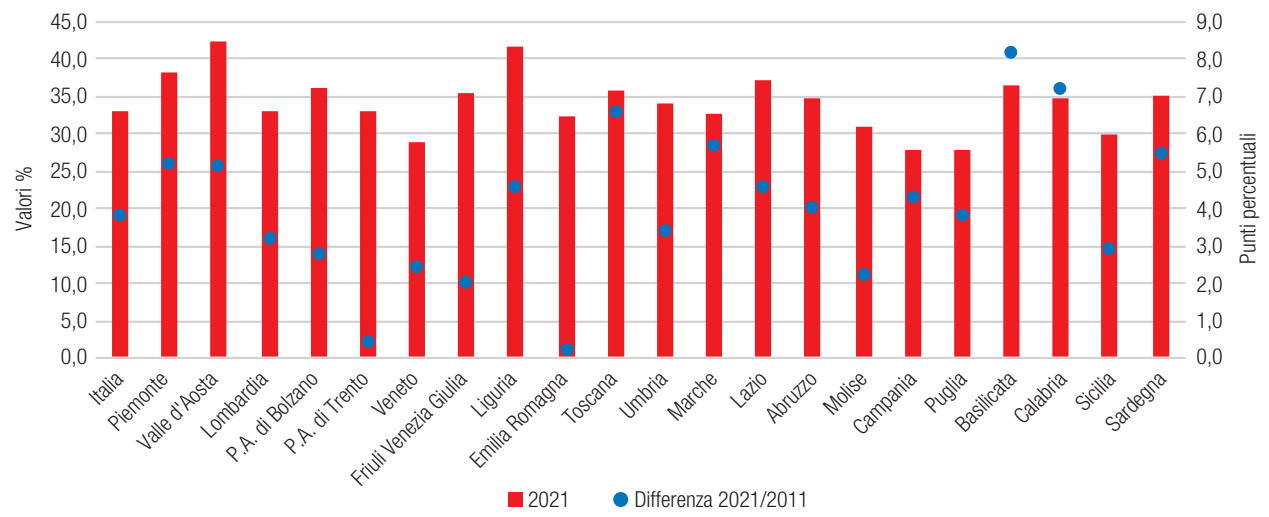
Nel periodo 2019-2020 la tendenza si inverte: il numero di persone sole si riduce a livello nazionale di 0,4 p.p.: in particolare, nel Nord e nel Centro si registra una riduzione delle persone sole, rispettivamente di 1,0 p.p. e 0,2 p.p., mentre nel Sud si continua a registrare un aumento pari a 0,3 p.p..

In Europa, nel 2021, il 30,9% delle persone *over* 65 anni vive da solo, dato in riduzione di 0,3 p.p. (31,2%) rispetto a dieci anni prima (Figura 1.7.). Nei Paesi EU-Ante 1995 il 31,8% delle persone ultrasessantacinquenni vive da solo e nei Paesi EU-Post 1995 il 29,3%, dato in aumento per i Paesi EU-Ante 1995 rispetto al 2011 (+1,0 p.p.) e invariato per i Pa-

esi EU-Post 1995 (29,3% nel 2011).

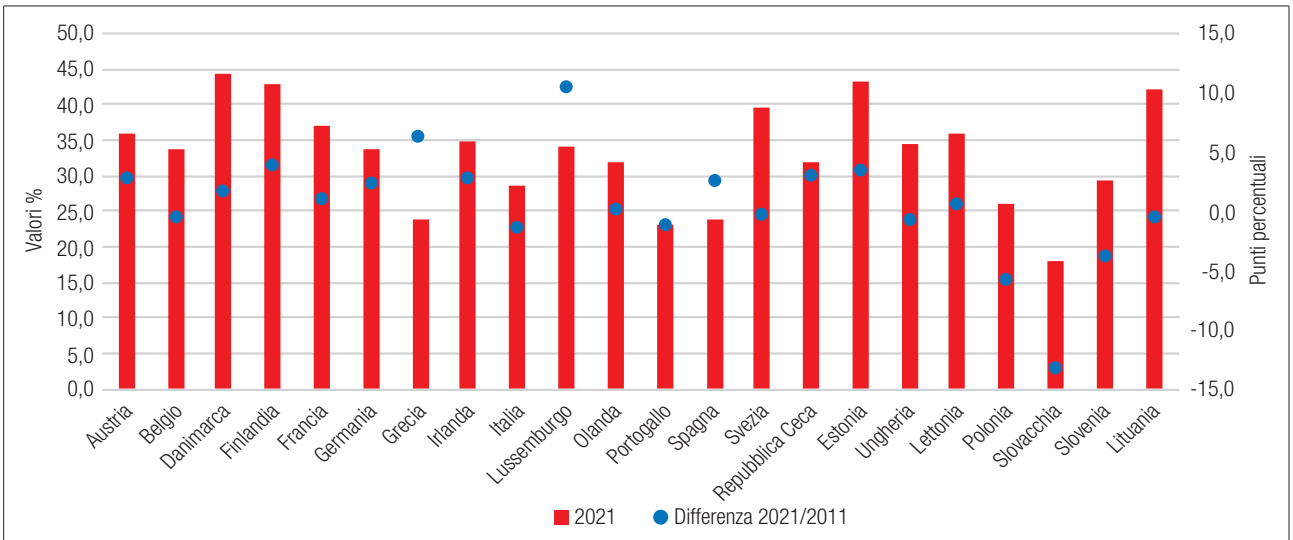
In Italia, il 28,5% degli *over* 65 vive da solo, in riduzione rispetto al 2011 di 1,7 p.p., quando rappresentavano il 30,2%. Rispetto ai principali Paesi europei, l'Italia registra una quota di anziani *over* 65 che vive sola inferiore rispetto a Francia (37,0%) e Germania (33,9%) e maggiore rispetto alla Spagna (24,0%).

Figura 1.6. Quota famiglie unipersonali



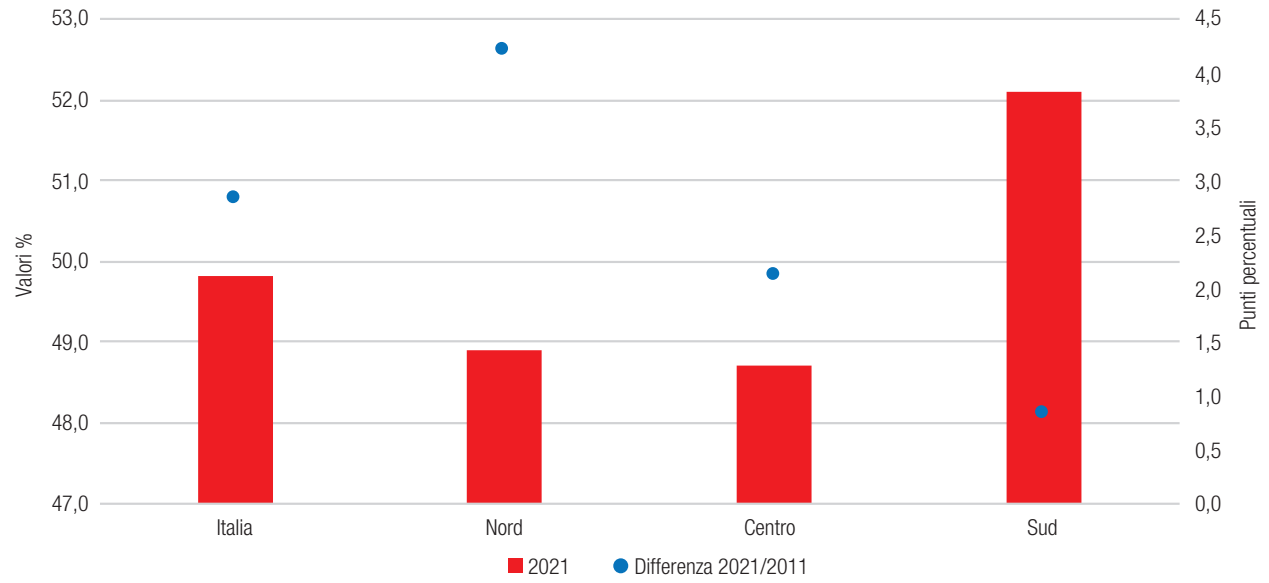
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.7. Quota persone sole *over* 65 anni in Europa



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

Figura 1.8. Quota persone sole *over* 65



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

Nel periodo 2015-2019 in Italia si era registrata una riduzione della quota di persone sole anziane di 1,4 p.p., a differenza di Germania, Francia e Spagna, dove la quota era risultata in aumento: rispettivamente +4,0 p.p., +0,3 p.p. e +0,3 p.p.. Nel periodo della pandemia (2019-2020), in Italia la quota di *over* 65 che vive sola ha continuato a diminuire (-1,6 p.p.), in analogia con Francia (-5,6 p.p.), Germania (-3,0 p.p.) e Spagna (-1,0 p.p.).

Nel 2021, in Italia, il 49,8% delle persone sole ha più di 65 anni: al Sud si registra la più alta quota di persone sole *over* 65 anni (52,1%), a seguire Centro (48,7%) e Nord (48,9%) (Figura 1.8.).

Rispetto al periodo pre-COVID (2015-2019), nel Nord e nel Sud Italia si registra una riduzione della quota di persone sole con più di 65 anni (-0,7 e -0,6 p.p. rispettivamente). Nel periodo pandemico (2019-2020) il dato è in controtendenza rispetto al periodo pre-COVID, dove tutte le ripartizioni geografiche registrano un aumento della quota di persone sole ultrasessantacinquenni, in particolare nel Sud (+2,2 p.p.), nel Centro (1,2 p.p.) e nel Nord (+0,5 p.p.).

1.2. Caratteristiche socio-economiche

Istruzione

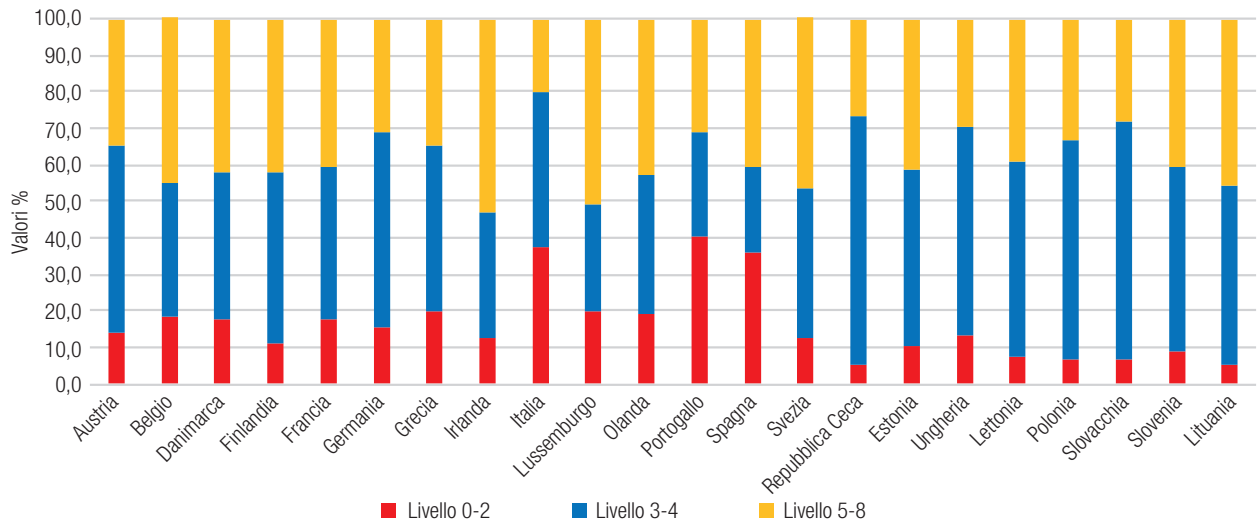
Il confronto con l'Europa evidenzia in modo particolarmente evidente l'arretratezza italiana in termini di livello medio di istruzione della popolazione: occupiamo, infatti, l'ultima posizione per quota di persone in possesso del titolo universitario.

In particolare, l'Italia si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 di -14,8 p.p. e di -12,2 da quella dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 1.9.).

Rispetto all'Europa, l'Italia è nell'ultima posizione con il 20,0%, contro Francia (40,7%), Spagna (40,7%) e Germania (30,9%), con una differenza di -20,7 p.p. rispetto a Francia e Spagna e -10,9 p.p. rispetto alla Germania.

Per la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore, l'Italia si discosta di +13,8 p.p. dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 e di +29,7 p.p. da quella dei Paesi EU-Post 1995; per chi ha concluso il secondo ciclo di istruzione secondaria, l'Italia si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 di +1,0 p.p. e di -17,4 p.p. da quella dei Paesi EU-Post 1995.

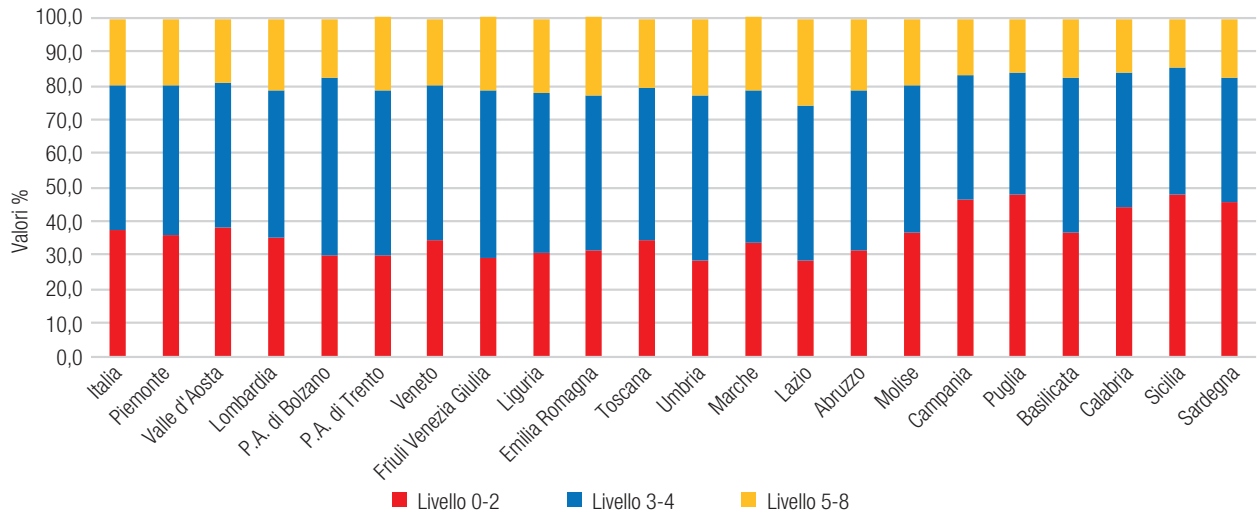
Figura 1.9. Composizione della popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2021



(*) 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 1.10. Composizione della popolazione 25-64 anni per titolo di studio in Italia (*). Anno 2021



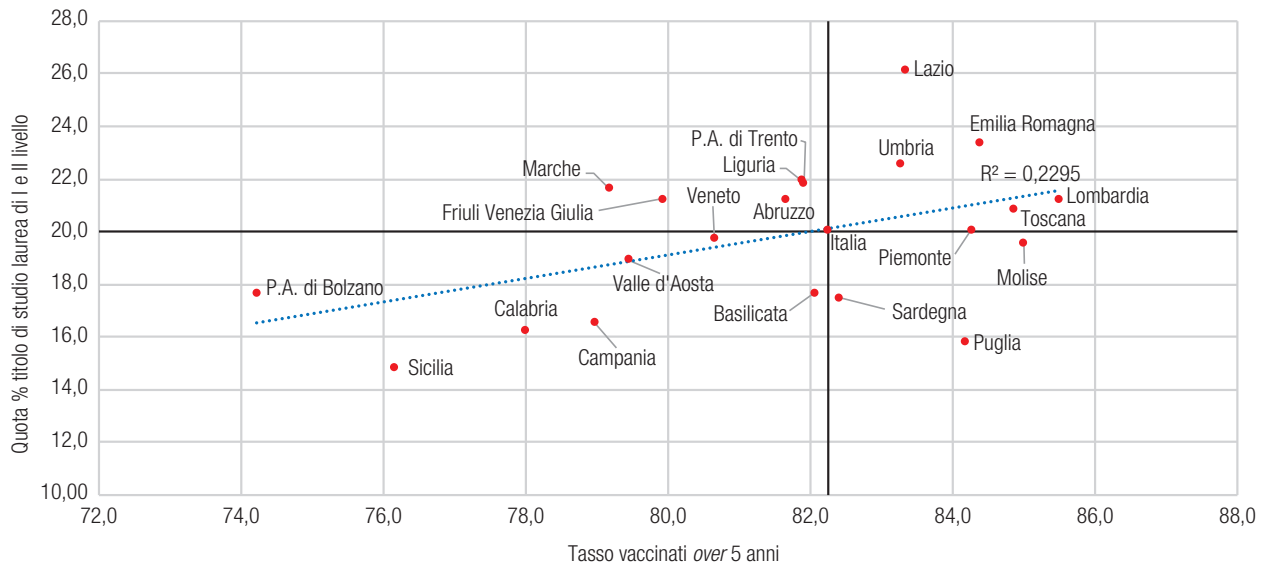
(*) livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8: Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

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

La situazione appare critica nel Sud, con una quota di popolazione che è in possesso del titolo universitario inferiore alla media nazionale di 3,2 p.p. e con una quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione superiore alla media nazionale di 7,5 p.p..

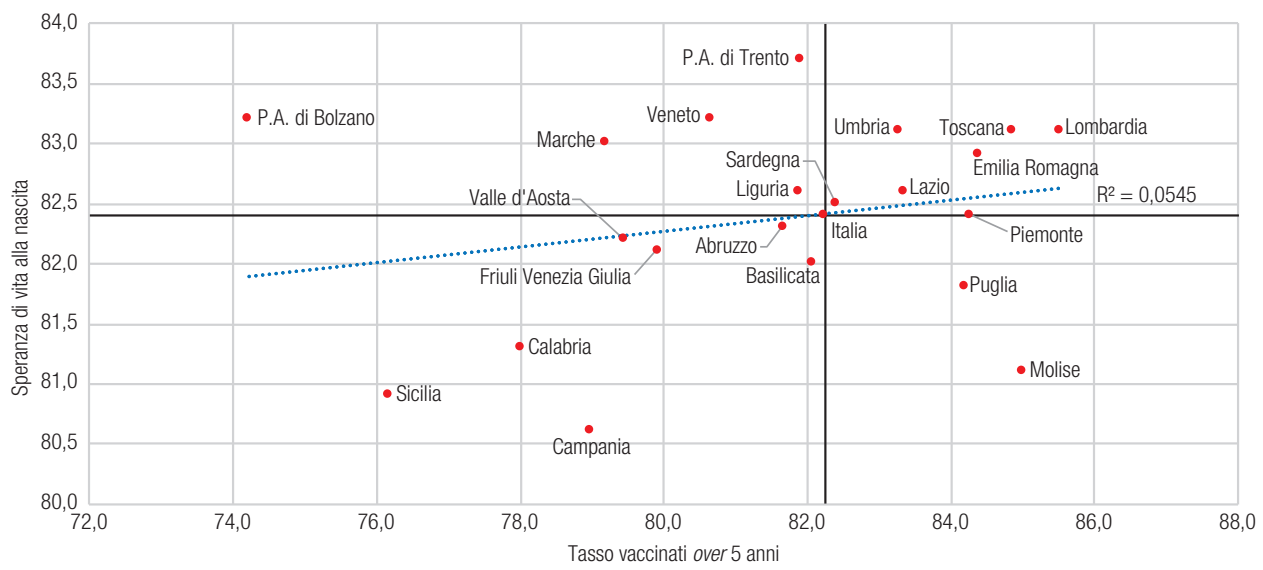
Il livello medio di istruzione della popolazione italiana è comunque in continuo aumento: tra il 2011 e il 2021, aumenta la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari (+5,0 p.p. nell'ultimo decennio) e, conseguentemente, si riduce quella relativa alle persone ferme al primo ciclo di istruzione (-6,7 p.p.).

Figura 1.11. Tasso di vaccinati *over* 5 anni vs quota % possessori titolo di studio universitario. Media anno 2021/2022



Fonte: elaborazione su dati Istat, Report vaccini anti COVID - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.12. Tasso di vaccinati *over* 5 anni vs speranza di vita alla nascita. Media anno 2021/2022



Fonte: elaborazione su dati Bes, Report vaccini anti COVID-19 - © C.R.E.A. Sanità

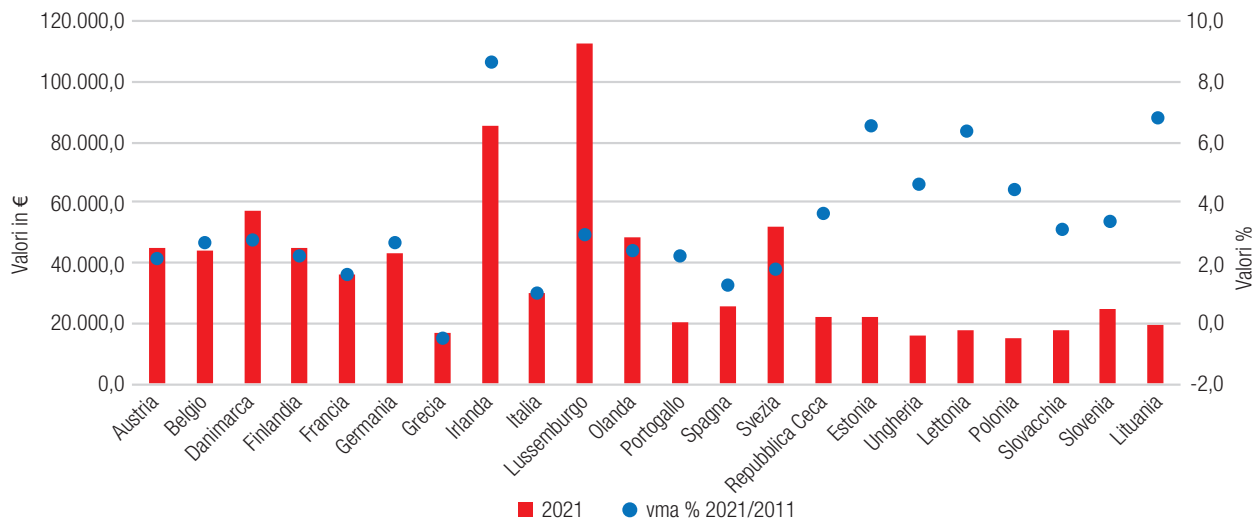
Il livello di scolarizzazione è, comunque, in miglioramento anche nel Sud: il conseguimento di una istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello), passa dal 12,9% del 2011 al 16,8% del 2021 (+3,9 p.p.) e di conseguenza si riduce la quota di popolazione che conclude il primo ciclo di istruzione, passando dal 50,5% del 2011 al 44,8% del 2021 (-5,7 p.p.).

Il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (26,1%), valore in aumento nell'ultimo decennio di +6,6 p.p.; la Sicilia, invece, registra la quota più bassa (14,8%

nel 2021), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2011 di +2,7 p.p. (12,1%). Per la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione, la Puglia è la Regione con la quota più alta (48,3%), valore in riduzione di -5,3 p.p. nel periodo considerato; l'Umbria e il Lazio registrano la quota più bassa (28,7% nel 2021 rispettivamente) ed in miglioramento rispetto al 2011 di -5,2 p.p. e -5,0 p.p. rispettivamente (Figura 1.10.).

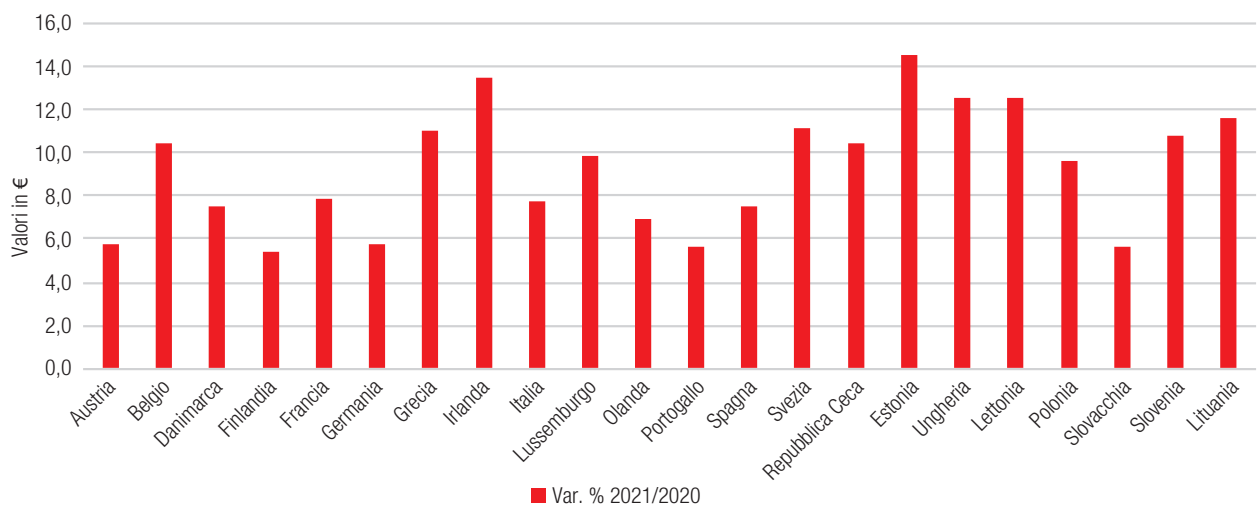
Dalle figura 1.11. e figura 1.12. sembra emergere una correlazione tra il tasso di vaccinati *over* cinque anni e la quota di popolazione in possesso di un titolo universitario e la speranza di vita alla nascita.

Figura 1.13. PIL pro-capite in Europa. Anno 2021



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

Figura 1.14. Variazione % PIL pro-capite in Europa



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

Produzione e reddito

Il PIL italiano è inferiore alla media europea (in termini pro-capite, nel 2021, € 30.040 vs € 32.380), posizionandosi in undicesima posizione sui 27 Paesi: in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di - € 7.310, risultando superiore di € 12.922 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 1.13.).

L'Italia è il Paese europeo che ha registrato la minore crescita del PIL pro-capite tra il 2011 ed il 2021: pari al +0,9% medio annuo; tra tutti i Paesi, solo la Grecia registra un decremento del PIL pro-capite (-0,7% medio annuo). L'Italia registra una crescita minore del PIL che, rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (+2,0% medio annuo), risulta di -1,1 p.p. e maggiore rispetto a quelli EU-Post 1995 (+0,01% medio annuo).

Nel periodo 2015-2019 il PIL pro-capite in Europa è aumentato del +3,3% medio annuo, mentre in Italia l'aumento è stato pari al 2,3% medio annuo: in Germania è stato del 3,1%, in Francia del 2,2% e in Spagna del 3,3% medio annuo. Nel periodo pandemico 2019-2020 si registra un crollo del PIL pro-capite in Spagna (-10,3%), Italia (-7,3%), a seguire Francia (-5,5%) e Germania (-2,2%). Nel 2020-2021, in tutti i Paesi analizzati, si registra un recupero sostanziale del PIL pro-capite (Figura 1.14.).

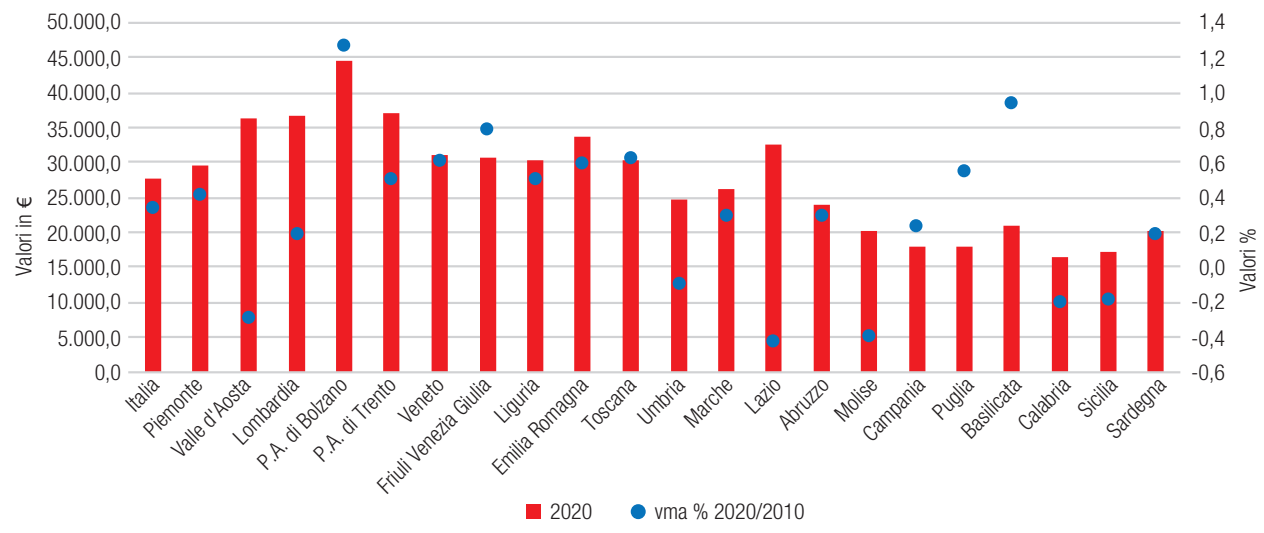
A livello nazionale, l'ultimo dato disponibile è il 2020: tutte le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite superiore a € 30.000 (ad eccezione del Piemonte), mentre tutte quelle del Sud sono sotto la soglia dei € 20.000, ad eccezione dell'Abruzzo (€ 23.815). Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 44.509), quello minimo in Calabria (€ 16.384), con uno scarto del 271,7%.

Si è registrata una crescita del 0,3% medio annuo nel decennio in Italia (Figura 1.15.).

Nel periodo pre-COVID (2015-2019) il PIL pro-capite è aumentato in Italia del 2,3% medio annuo, aumento che ha interessato tutte le Regioni italiane, con la Toscana che ha registrato il valore più alto (+2,8% medio annuo) e la Valle d'Aosta il più basso (+1,5% medio annuo). Nel periodo COVID (2019-2020) il crollo del PIL pro-capite, è stato ha registrato il valore più alto in Toscana (-8,5%) e il più basso in Molise (-5,8%).

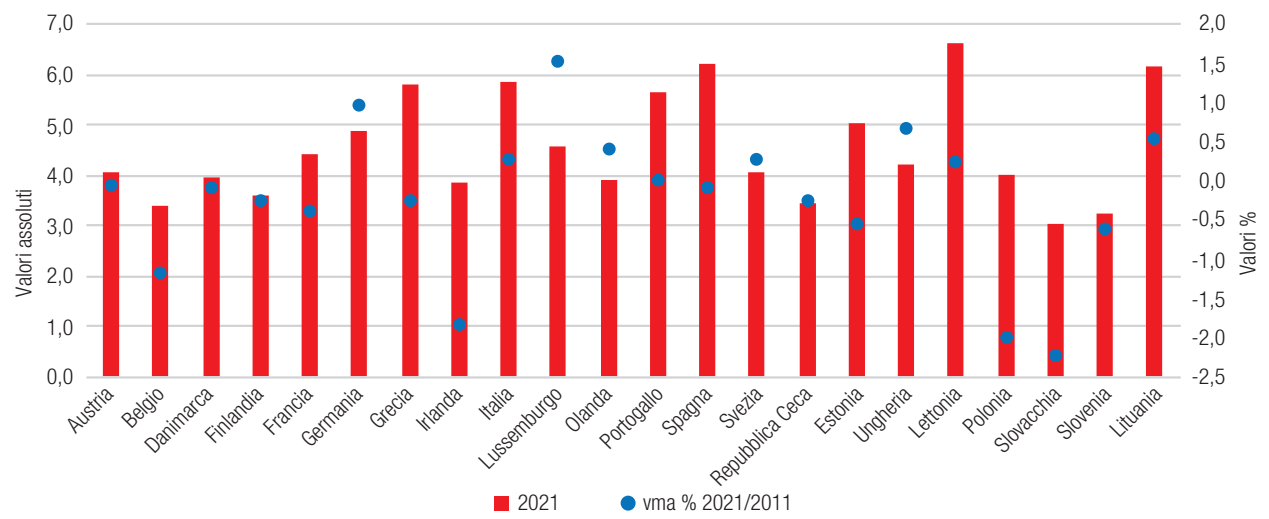
In termini di distribuzione del reddito, il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, nel 2021, secondo i dati Eurostat, è pari in Italia a 5,9 (Figura 1.16.). Rispetto alla media europea, l'Italia registra una disparità di reddito maggiore (rapporto 5,0 media europea vs 5,9 Italia): per confronto i rapporti sono in Germania al 4,9, in Francia al 4,4 e in Spagna al 6,2.

Figura 1.15. PIL pro-capite in Italia



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

Figura 1.16. Disuguaglianza del reddito disponibile in Europa



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

Nel periodo 2015-2019, in Europa, la disparità di reddito si era in media ridotta dello 0,7% medio annuo: in Italia si era registrato invece un aumento dello 0,7% medio annuo. Anche la Germania ha registrato un aumento della disparità nel periodo considerato (+0,5% medio annuo), mentre Spagna e Francia hanno registrato un decremento (-3,6% medio annuo e -0,1% medio annuo rispettivamente). Nel periodo 2019-2020 in Italia, Spagna e Germania si registra una riduzione della disparità di reddito (-4,3%, -2,9% e -0,4% rispettivamente), mentre in Francia un aumento (+3,5%).

A livello delle ripartizioni geografiche italiane, nel 2019 (ultimo anno disponibile), nel Nord la disuguaglianza del reddito era più bassa (4,6), mentre era massima nel Mezzogiorno (6,7).

A livello regionale la disuguaglianza maggiore si registra in Molise (8,6), la più bassa in Valle d'Aosta (3,3) (Tabella 1.4.).

Dall'indagine sui bilanci delle famiglie italiane della Banca d'Italia possiamo desumere che, nel 2020, il reddito delle famiglie ha risentito delle conseguenze economiche della pandemia. Il 17% delle famiglie ha dichiarato di avere percepito un reddito insolitamente basso nel 2020 rispetto a un anno normale; nel confronto con la rilevazione 2016 (ultimo dato disponibile di rilevazione di Banca d'Italia), tale quota è aumentata di 5 p.p.. L'incremento si è concentrato soprattutto tra le famiglie il cui maggiore percettore di reddito ha meno di 35 anni.

Il mercato del lavoro

In Europa, nel 2021, gli inattivi, ovvero le persone che non si offrono sul mercato del lavoro sono in media il 26,4%. mentre in Italia sono il 35,5%, valore superiore alla media EU di 9,1 p.p.. Nei Paesi EU-Ante 1995 il tasso di inattività è pari al 26,0% e nei Paesi EU-Post 1995 è pari al 25,6%. Nell'ultimo decennio si riscontra una riduzione del tasso di inattività in Italia di 2,4 p.p. (Figura 1.17.), *trend* comune a tutti i Paesi europei analizzati, fatta eccezione per la Spagna (+0,2 p.p.) e Grecia, dove il tasso rimane invariato.

Nel periodo 2015-2019 il tasso di inattività medio europeo si era ridotto del -1,5 p.p.; nel periodo 2019-2020 il tasso di inattività è aumentato di +0,7 p.p.: la pandemia ha scoraggiato notevolmente la partecipazione al mercato del lavoro. Italia e Spagna sono i Paesi in cui è stato maggiore l'effetto di "rinuncia" (+1,6 p.p. rispettivamente), a seguire Francia e Germania (+0,7 punti rispettivamente). Nel periodo 2020-2021, si re-

Tabella 1.4. Diseguaglianza del reddito disponibile

Regione	2019
Italia	5,7
Piemonte	5,0
Valle d'Aosta	3,3
Lombardia	4,8
P.A. di Bolzano	4,7
P.A. di Trento	4,0
Veneto	4,0
Friuli Venezia Giulia	4,5
Liguria	5,0
Emilia Romagna	4,2
Toscana	4,8
Umbria	4,1
Marche	3,8
Lazio	5,9
Abruzzo	4,4
Molise	8,6
Campania	7,2
Puglia	5,4
Basilicata	4,6
Calabria	6,5
Sicilia	7,3
Sardegna	6,9

*L'indicatore è riferito all'anno di conseguimento del reddito (t) e non all'anno d'indagine (t+1)

Fonte: Benessere equo sostenibile (BES) 2021

gistra un miglioramento del tasso di inattività in tutti i Paesi, in particolare in Francia (-0,2 p.p.), Spagna (-1,5 p.p.), Italia (-0,4 p.p.) e Germania (-0,2 p.p.).

La propensione ad offrirsi sul mercato del lavoro è più alta al Nord rispetto al Sud, con un *gap* di oltre 16,9 p.p. (29,3% Nord vs 46,2% Sud) (Figura 1.18.). Tutte le Regioni del Sud registrano un tasso di inattività superiore al 40% (ad accezione dell'Abruzzo e della Sardegna con un tasso di inattività pari al 36,1% e 37,9% rispettivamente) e con evidenti differenze intraregionali: si passa dal 36,1% dell'Abruzzo al 49,3% della Sicilia; al Nord il valore massimo si attesta in corrispondenza del 30,6% del Veneto.

Dal confronto regionale emerge che il minor tasso di inattività si registra nella P.A. di Bolzano (26,4%), che si discosta dal dato nazionale di 9,1 p.p.; il valore più elevato si registra in Sicilia, risultando pari a quasi il 50,0% della popolazione. Rispetto al 2011 si registra comunque una riduzione dell'indicatore in tutte le Regioni.

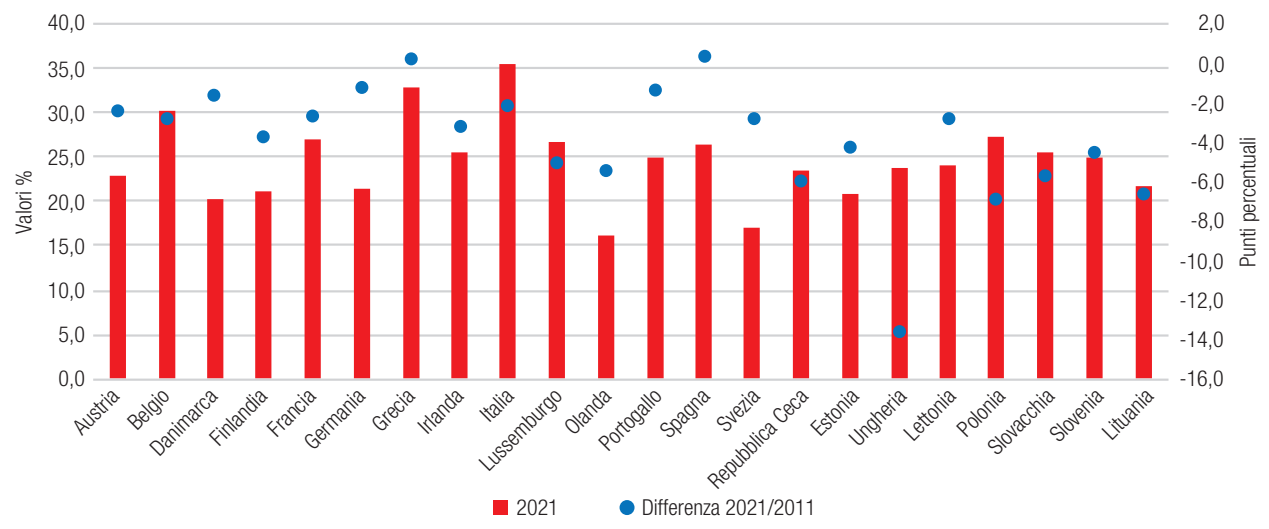
A livello nazionale, tra il 2015-2019 il tasso di inattività si era ridotto dell'1,4% medio annuo, mentre tra il 2019-2020 è aumentato del +6,3%. Tale aumento ha riguardato tutte le Regioni italiane ed in particolare la Sicilia (+9,7%), Liguria (+9,4%) e Molise (+8,8%). Nel periodo 2020-2021 si registra un netto miglioramento a livello nazionale (-2,6%) e regionale, ad eccezione della P.A. di Bolzano che è l'unica Regione a registrare un aumento del tasso di inattività nel periodo considerato (+5,4%).

Si registra una correlazione tra tasso di inattività e incidenza di percettori del Reddito di Cittadinanza (Figura 1.19.).

Il tasso di occupazione, nel 2021, per la popolazione europea nella fascia 15-64 anni, si attesta al 68,4%, con l'Italia, al 58,2% (-10,2 p.p.), migliore solo della Grecia che si attesta al 57,2% (Figura 1.20.); il *gap* è rilevante sia rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (68,1%), sia verso quelli dell'EU-Post 1995 (71,4%), con scarti rispettivamente di -9,9 e -13,2 p.p.. Il tasso di occupazione nella fascia di popolazione tra 15 e i 64 anni è comunque in aumento rispetto al 2011, di +1,4 p.p..

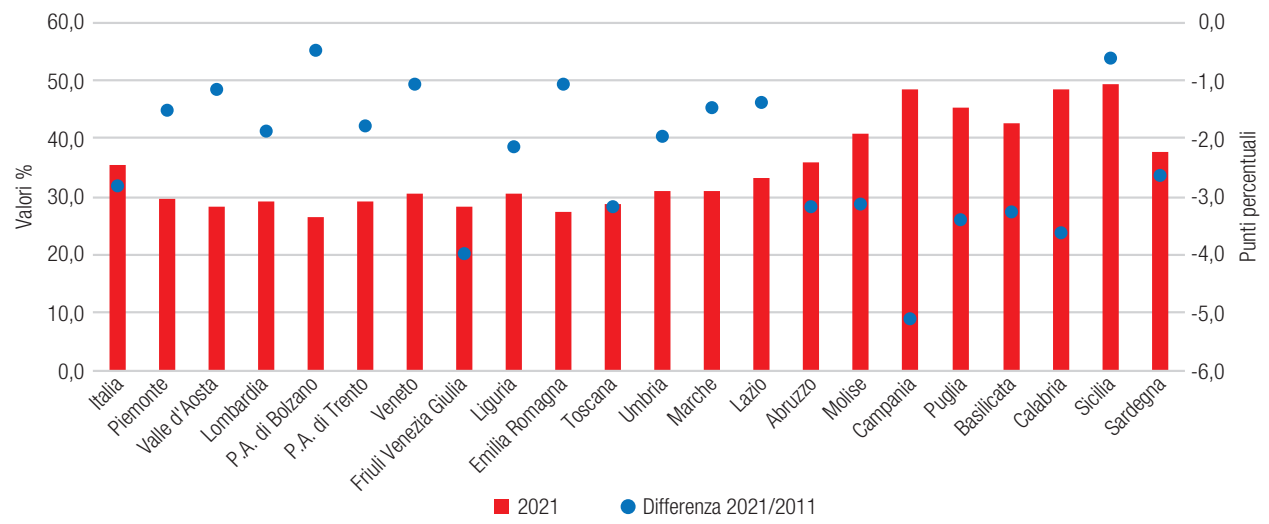
Tra il 2015-2019, in Europa, il tasso di occupazione era aumentato del +1,4% medio annuo, verso una riduzione registratasi tra il 2019 ed il 2020 del -1,3%. Anche in Italia si registra lo stesso *trend*, con un aumento dell'occupazione nel periodo 2015-2019 di +1,8 p.p. e una riduzione nel periodo 2019-2020 di 0,7 p.p.. Nel periodo 2020-2021 invece si registra un aumento del tasso di occupazione in Italia di 2,2 p.p..

Figura 1.17. Tasso di inattività 15-64 anni in Europa



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

Figura 1.18. Tasso di inattività 15-64 anni in Italia



Fonte: elaborazione su dati Istat - © 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.

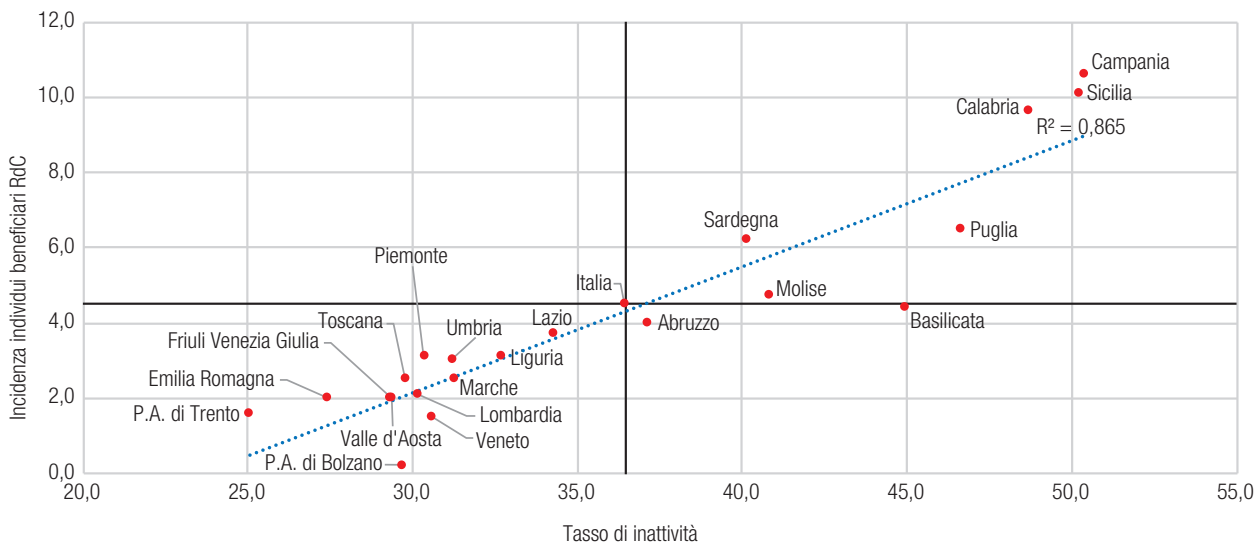
Nel Sud Italia si registra un tasso di occupazione pari al 44,8%, mentre nel Nord è pari al 66,4%, con una differenza media di 21,6 p.p.. Tra il 2021[5] ed il 2011 si registra un aumento del tasso di occupazio-

[5] Il Regolamento (UE) 2019/1700 del Parlamento europeo e del Consiglio, che si applica a decorrere dal 1° gennaio 2021, ha stabilito requisiti più dettagliati e vincolanti per le statistiche europee su persone e famiglie basate su dati a livello individuale ottenuti su campioni, con l'obiettivo di migliorarne l'armonizzazione. Pertanto, a partire dal 2021 la nuova rilevazione Forze di lavoro ha recepito le indicazioni del Regolamento, introducendo cambiamenti nelle definizioni di famiglia e occupato e utilizzando un nuovo questionario

ne a livello nazionale di 1,4 p.p. (Figura 1.21.).

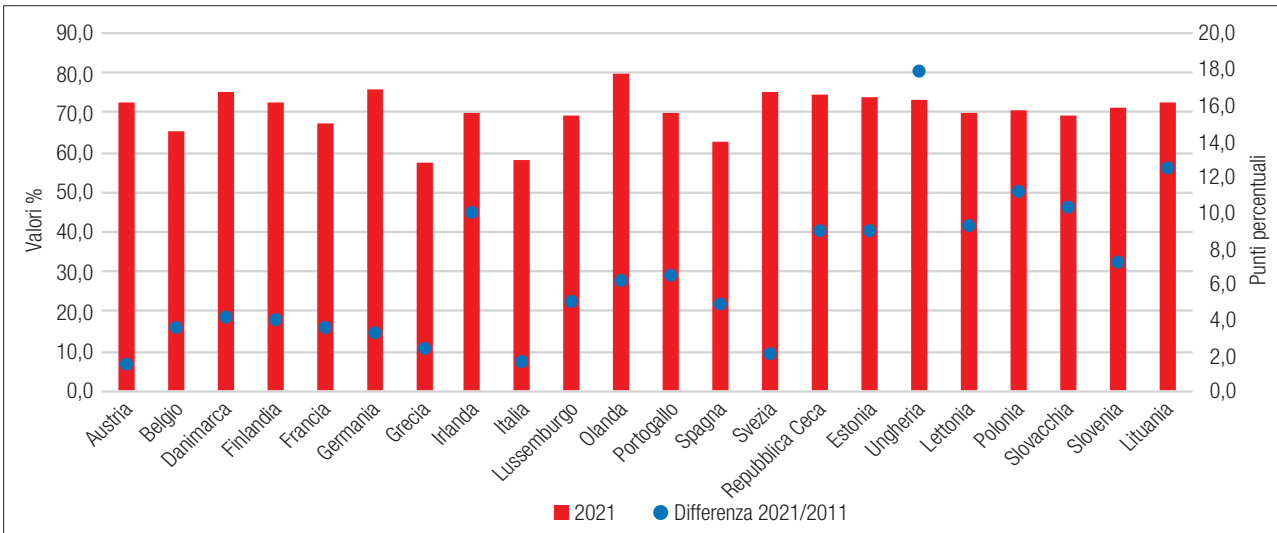
Nel periodo 2015-2019 in Italia si era registrato un aumento del tasso medio di occupazione dell'1,4% medio annuo; lo stesso si verifica in tutte le Regioni italiane. Nel periodo 2019-2020 si registra un netto calo dell'occupazione, sia a livello nazionale (-2,7%) che a livello regionale, con il valore più alto che si registra in Sardegna (-3,6%) e il più basso in Friuli Venezia Giulia (-0,1%). Nel periodo 2020-2021 il *trend* si inverte: con il +1,3%, la Basilicata registra l'aumento più alto (+5,0%); nella P.A. di Bolzano e Molise si registra un ulteriore riduzione del tasso di occupazione, pari rispettivamente a -1,9% e -1,3%.

Figura 1.19. Tasso di inattività vs incidenza individui beneficiari RdC. Anno 2020



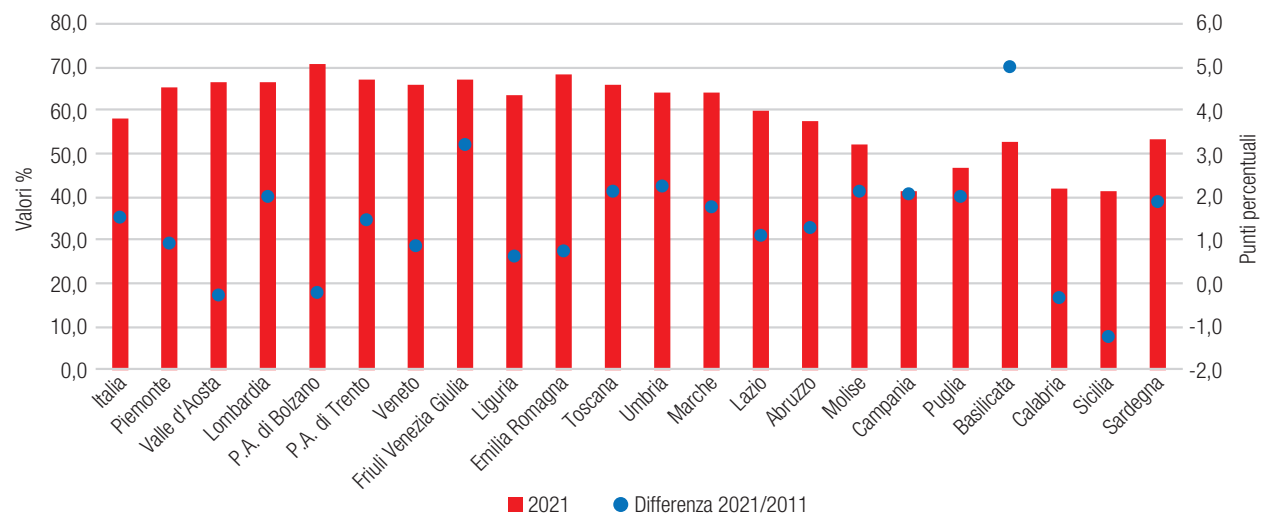
Fonte: elaborazione su dati Istat, Rapporto annuale RdC Ministero del lavoro e delle politiche sociali - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.20. Tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 anni in Europa



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

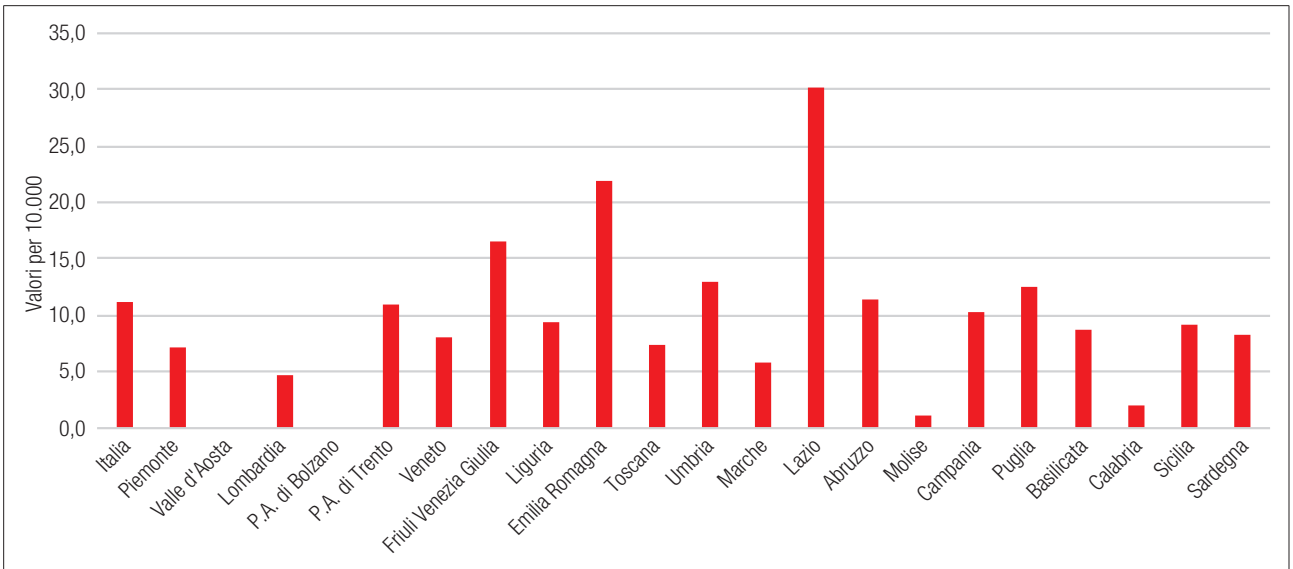
Figura 1.21. Tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 in Italia



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

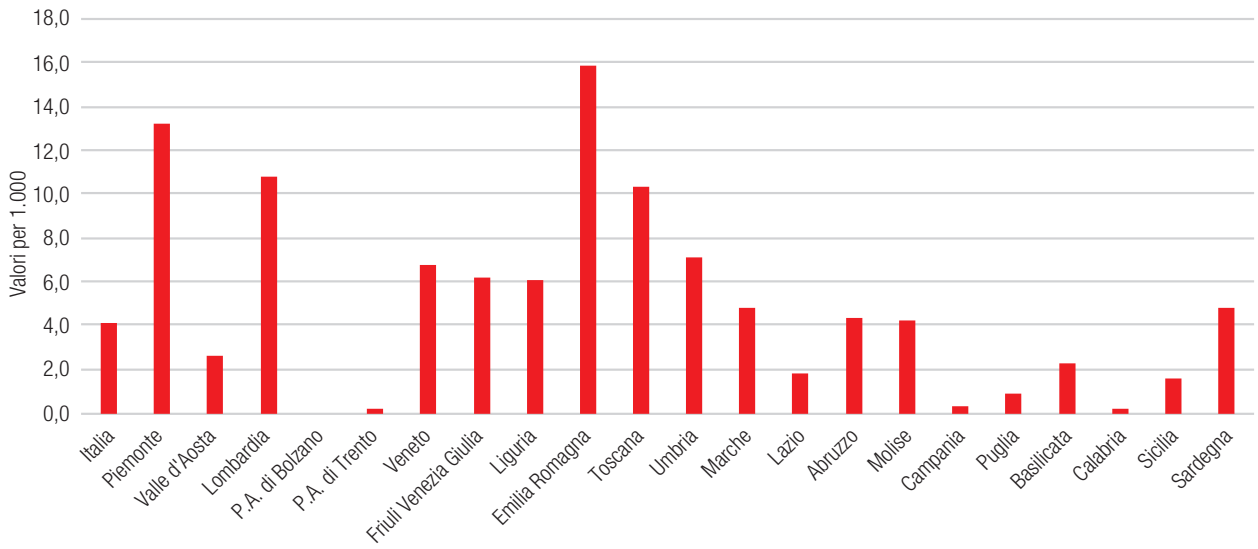
Dalla indagine sui bilanci familiari della Banca d'Italia, registriamo che una quota rilevante dei nuclei intervistati ha dichiarato che almeno un familiare ha subito una temporanea riduzione o interruzione delle entrate da lavoro (rispettivamente l'11% e il 5% delle famiglie), mentre solo il 3% ha almeno un componente che ha perso il lavoro, verosimilmente per effetto del blocco dei licenziamenti in vigore a partire da marzo del 2020.

Figura 1.22. Interventi per l'integrazione sociale degli anziani. Anno 2018



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

Figura 1.23. Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti che vivono in povertà. Anno 2018



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

Sociale

La missione 5 "Inclusione e Coesione" del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) ha, tra i vari obiettivi, quello di destinare risorse alle infrastrutture sociali funzionali alla realizzazione di politiche a sostegno delle famiglie, dei minori, delle persone con gravi disabilità e degli anziani non autosufficienti. Si tratta di interventi pensati per favorire la socializzazione, sostenere percorsi di vita indipendente, rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità.

Nel 2018 (ultimo anno disponibile) in Italia gli interventi per l'integrazione sociale nei confronti degli anziani sono stati pari a 11,1 ogni 10.000 anziani (Figura 1.22.). Dal confronto regionale emerge che il Lazio è la Regione che presta maggiori interventi per l'integrazione sociale nei confronti degli anziani (30,1 ogni 10.000 anziani), seguono l'Emilia Romagna (22,0 ogni 10.000 anziani) e il Friuli Venezia Giulia (16,5 ogni 10.000 anziani). Le Regioni che offrono meno servizi di integrazione sociale sono il Molise (1,1 ogni 10.000 anziani), la Calabria (2,0 ogni 10.000 anziani) e le Marche (5,8 ogni 10.000 anziani).

Passando l'analisi agli interventi per l'integrazione sociale dei soggetti che vivono in povertà, in Italia sono 4,1 interventi ogni 1.000 persone povere (Figura 1.23.). L'Emilia Romagna è la Regione che garantisce maggiori livelli di tutela nei confronti delle persone povere (15,9 ogni 1.000 persone povere), seguono il Piemonte (13,2 ogni 1.000 persone povere) e la Lombardia (10,8 ogni 1.000 persone povere). La Calabria e la P.A. di Trento sono le Regioni che offrono meno interventi per l'integrazione sociale rispetto a tutte le altre Regioni italiane (0,2 ogni 1.000 persone povere rispettivamente), seguono la Campania (0,3 ogni 1.000 persone povere) e la Puglia (0,9 ogni 1.000 persone povere).

1.3. Riflessioni finali

In letteratura è largamente condivisa l'importanza del ruolo che giocano le variabili demografiche e socio-economiche sulla salute, come anche gli effetti di quest'ultima sullo sviluppo economico, resisi evidenti con la pandemia di COVID.

Per quanto concerne la demografia, quella italia-

na si conferma "critica", essendo il Paese caratterizzato da una popolazione soggetta ad un processo particolarmente rapido di invecchiamento. Non di meno il COVID ha inciso sulla struttura della popolazione, riducendola significativamente.

In particolare, si è fortemente rallentata la crescita della popolazione anziana (*over* 75 anni): se nelle rilevazioni previsionali del 2013 era prevista in aumento del +0,9% medio annuo tra il 2021 ed il 2070, nelle previsioni attuali (2022) ci si attende un aumento inferiore, pari a +0,7% medio annuo.

In Italia, nel periodo pre-COVID, l'aumento annuo medio degli anziani è stato pari a +0,6 p.p., mentre, in quello COVID si è fermato a +0,1 p.p.. Il dato si riscontra in tutte le Regioni italiane, soprattutto in quelle del Nord, maggiormente colpite dalla pandemia.

L'Italia registra, altresì, una repentina modificazione delle strutture familiari. Nel 2021, il numero medio di componenti per nucleo familiare è pari a 2,3 in riduzione rispetto al 2011 dello 0,4% medio annuo. In tutte le Regioni si registra una riduzione del numero medio di componenti, in particolare in Toscana (-0,9% medio annuo), P.A. di Bolzano, Marche, Abruzzo, Puglia e Basilicata (-0,8% medio annuo rispettivamente).

Nel periodo pre-COVID (2015-2019) si era registrato un aumento delle persone sole di 0,9 p.p.: durante la pandemia si è invece registrata una contrazione pari a -0,6 p.p..

Di conseguenza l'incidenza degli anziani (*over* 65) fra la popolazione sola è del 49,8%

Pur migliorando negli anni, l'istruzione media degli italiani rimane largamente sotto i livelli medi europei: per la quota di popolazione in possesso del titolo universitario, l'Italia si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 di -14,8 p.p. e di -12,2 da quella dei Paesi EU-Post 1995. Per la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore, l'Italia si discosta di +13,8 p.p. dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 e di +29,7 p.p. da quella dei Paesi EU-Post 1995. In definitiva, rispetto all'Europa, l'Italia occupa l'ultima posizione per quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (20,0%), da confrontarsi con il dato della Francia (40,7%), Spagna (40,7%) e Germania (30,9%).

L'economia italiana pur essendo dimensionalmente la 3° in Europa, in termini di PIL pro-capite è ormai significativamente sotto la media europea (in undicesima posizione sui 27 Paesi): in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di - € 7.310, risultando superiore di € 12.922 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995. L'Italia è il Paese europeo che ha registrato la minore crescita del PIL pro-capite tra il 2011 ed il 2021: pari al +0,9% medio annuo.

Nel periodo 2015-2019 il PIL pro-capite in Europa è in media aumentato del +3,3% medio annuo, verso il 2,3% medio annuo dell'Italia.

Nel periodo 2019-2020 si è registrato un crollo del PIL pro-capite in Spagna (-10,3%), Italia (-7,3%), a seguire Francia (-5,5%) e Germania (-2,2%). Nel periodo 2020-2021, in tutti i Paesi analizzati, si è poi registrato un recupero sostanziale del PIL-pro capite.

A livello nazionale, tutte le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite superiore a € 30.000 (ad eccezione del Piemonte), mentre tutte quelle del Sud sono sotto la soglia dei € 20.000, ad eccezione dell'Abruzzo (€ 23.815). Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 44.509), quello minimo in Calabria (€ 16.384), con uno scarto del 271,7%.

Nel periodo pre-COVID (2015-2019) il PIL pro-capite era aumentato in Italia del 2,3% medio annuo, aumento che ha interessato tutte le Regioni italiane, con la Toscana che registra il valore più alto (+2,8% medio annuo) e la Valle d'Aosta il più basso (+1,5% medio annuo). Nel periodo COVID (2019-2020) si è registrato un crollo del PIL pro-capite, sia in Italia (-7,4%) che in tutte le Regioni, con il valore più alto in Toscana (-8,5%) e il più basso in Molise (-5,8%).

In termini di distribuzione del reddito, osserviamo che il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, nel 2021, secondo i dati Eurostat, è pari in Italia a 5,9. Rispetto alla media europea, l'Italia registra una disparità di reddito maggiore (5,0 media europea vs 5,9 Italia); anche nei confronti di Germania (4,9) e Francia (4,4) il *gap* è evidente; in Spagna, invece, il valore è maggiore rispetto a quello italiano (6,2 e 5,9 rispettivamente).

Nel periodo 2015-2019, in Europa, la disparità

di reddito registra una riduzione dello 0,7% medio annuo; in Italia si registra un aumento della disparità del reddito dello 0,7% medio annuo. Anche la Germania registra un aumento della disparità nel periodo considerato (+0,5% medio annuo), in Spagna e Francia si registra un decremento (-3,6% medio annuo e -0,1% medio annuo rispettivamente). Nel periodo 2019-2020 in Italia, Spagna e Germania si registra una riduzione della disparità di reddito (-4,3%, -2,9% e -0,4% rispettivamente), in Francia un aumento (+3,5%).

Anche le *Performance* del mercato del lavoro italiano sono peggiori della media europea: in Europa, nel 2021, gli inattivi, ovvero le persone che non si offrono sul mercato del lavoro, e quindi non fanno parte delle forze di lavoro, sono il 26,4%; in Italia sono il 35,5%, valore superiore alla media EU di 9,1 p.p.. Nei Paesi EU-Ante 1995 il tasso di inattività è pari al 26,0% e nei Paesi EU-Post 1995 è pari al 25,6% e l'Italia si discosta rispettivamente di +9,5 p.p. e +9,9 p.p.. Nel periodo 2015-2019 il tasso di inattività medio europeo si era ridotto del -1,5 p.p.; nel periodo 2019-2020 il tasso di inattività è aumentato di +0,7 p.p.: la pandemia ha quindi scoraggiato notevolmente la partecipazione al mercato del lavoro: nel periodo 2019-2020, Italia e Spagna sono i Paesi che più hanno registrato un effetto sui tassi di inattività (+1,6 p.p. rispettivamente), a seguire Francia e Germania (+0,7 punti rispettivamente). Nel periodo 2020-2021, si registra un miglioramento del tasso di inattività in tutti i Paesi, in particolare in Francia (-0,2 p.p.), Spagna (-1,5 p.p.), Italia (-0,4 p.p.) e Germania (-0,2 p.p.).

La propensione della popolazione a offrirsi sul mercato del lavoro al Nord è più alta rispetto al Sud, con un *gap* di oltre 16,9 p.p. (29,3% Nord vs 46,2% Sud).

Il tasso di occupazione, nel 2021, per la popolazione europea nella fascia 15-64 anni, si attesta al 68,4%, con l'Italia, al 58,2% (-10,2 p.p.), migliore solo della Grecia che si attesta al 57,2%; il *gap* è rilevante sia rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (68,1%), sia verso quelli dell'EU-Post 1995 (71,4%), con scarti rispettivamente di -9,9 e -13,2 p.p.. Il tasso di occupazione nella fascia di popolazione tra 15 e i 64 anni è comunque in aumento rispetto al 2011, di +1,4 p.p..

Tra il 2015-2019, in Europa, il tasso di occupazione era aumentato del +1,4% medio annuo, verso una riduzione registratasi tra il 2019 ed il 2020 del -1,3%. Anche in Italia si registra lo stesso *trend*, con un aumento dell'occupazione nel periodo 2015-2019 di +1,8 p.p. e una riduzione nel periodo 2019-2020 di 0,7 p.p.. Nel periodo 2020-2021 invece si registra un aumento del tasso di occupazione in Italia di 2,2 p.p..

Nel Sud Italia si registra un tasso di occupazione pari al 44,8%, mentre nel Nord è pari al 66,4%, con una differenza media di 21,6 p.p.. Tra il 2011 ed il 2021 si registra un aumento del tasso di occupazione a livello nazionale di 1,4 p.p..

Nel periodo 2015-2019 in Italia si registra un aumento del tasso di occupazione dell'1,4% medio annuo; lo stesso si verifica in tutte le Regioni italiane. Nel periodo 2019-2020 si registra un netto calo dell'occupazione, sia a livello nazionale (-2,7%) che a livello regionale, con il valore più alto che si registra in Sardegna (-3,6%) e il più basso in Friuli Venezia Giulia (-0,1%). Nel periodo 2020-2021 il *trend* si inverte: in Italia il tasso di occupazione aumenta del +1,3%, in Basilicata si registra l'aumento più alto (+5,0%); nella P.A. di Bolzano e Molise si registra un ulteriore riduzione del tasso di occupazione, pari rispettivamente a -1,9% e -1,3%.

Nel 2018 (ultimo anno disponibile) in Italia gli interventi per l'integrazione sociale nei confronti degli anziani sono stati pari a 11,1 ogni 10.000 anziani. Le Regioni che offrono meno servizi di integrazione sociale sono il Molise (1,1 ogni 10.000 anziani), la Calabria (2,0 ogni 10.000 anziani) e le Marche (5,8 ogni 10.000 anziani). Passando l'analisi agli interventi per l'integrazione sociale dei soggetti che vivono in povertà, in Italia sono 4,1 interventi ogni 1.000 persone povere. L'Emilia Romagna è la Regione che garantisce maggiori livelli di tutela nei confronti delle persone povere (15,9 ogni 1.000 persone povere), seguono il Piemonte (13,2 ogni 1.000 persone povere) e la Lombardia (10,8 ogni 1.000 persone povere).

In conclusione, è evidente come la pandemia abbia avuto conseguenze su tutte le componenti della dinamica demografica: dal quasi dimezzamento dei

matrimoni celebrati, all'ulteriore calo delle nascite, alla contrazione dei movimenti migratori.

Già nel 2021, tuttavia, sono emersi chiari segnali di un ritorno alla quotidianità pre-COVID, sebbene con indizi di cambiamenti comportamentali che potrebbero perdurare nel tempo.

Riflessi importanti si sono osservati anche sul mercato del lavoro, da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, con l'esacerbarsi delle diseguaglianze a sfavore di segmenti della popolazione già in condizioni di vulnerabilità.

L'Italia si posiziona tra i paesi EU dove è stata più marcata la riduzione degli occupati tra il 2019 e il 2020. Le misure messe in atto dal Governo a sostegno dell'occupazione hanno contenuto in modo significativo le perdite occupazionali del lavoro privato, incidendo tuttavia di meno sui segmenti già poco tutelati del mercato del lavoro, quali i dipendenti a tempo determinato e gli indipendenti.

È evidente che la pandemia ha avuto un impatto significativo in tutte le dimensioni socio-economiche: sono peggiorati gli indicatori sul mercato del lavoro, è aumentata la povertà delle famiglie, si è contratto il PIL e persino la demografia ne ha risentito con una erosione del processo di invecchiamento, dovuto alla mortalità nelle fasce anziane.

Riferimenti bibliografici

Bazzano A., Kaji, A., Felker-Kantor E., Bazzano, L., Potts, K., 2017, "Qualitative Studies of Infant and Young Child Feeding in Lower-Income Countries: A Systematic Review and Synthesis of Dietary Patterns"

Caughlin S., 2019, "Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival"

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

Gutierrez-Camacho C., Mendez-Sanchez L., Klunder-Klunder M., Clark P., Denova-Gutierrez E., 2019 "Association between sociodemographic factors and dietary patterns in children under 24 months of age: A systematic review"

https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/

Istat (anni vari), *Database* demografico

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

Khaing W., Vallibhakara S., Attia J., McEvoy M., Thakkinstian A., 2017, "Effects of education and income on cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis"

Petrelli A., Rosano A., Rossi A., Mirisola C., Cislaghi C., 2019, "The geography and economics of forgoing medical examinations or therapeutic treatments in Italy during the economic crisis"

Rapporto annuale RdC Ministero del lavoro e delle politiche sociali

Smithers L.G., Brazionis L., Golley R.K., Mittinty M.N., Northstone K., Emmett P., Mc Naughton S.A., Campbell K.J., Lynch J.W., 2012, "Associations between dietary patterns at 6 and 15 months of age and sociodemographic factors"

ENGLISH SUMMARY

The socio-demographic context

The effects of health on economic development became particularly evident with the COVID pandemic. The importance to be attached to demographic and socio-economic variables in determining the population's health levels is also widely shared in literature.

From this viewpoint, Italy's demographic trends are still "problematic", since the country is characterised by a population subject to a particularly fast and continuous ageing process. It should be added, however, that the COVID pandemic has affected the population structure: in particular, the growth of the elderly population (over 75 years of age) has slowed down considerably.

In the pre-COVID period, the average annual increase in the elderly population was equal to 0.6 per cent, while in the COVID period it was 0.1 per cent. This was recorded in all Italian Regions, especially in the Northern ones, which were the hardest hit by the pandemic.

Italy is also experiencing a sudden change in family structures. In 2021, the average number of members per household was 2.3, down by a 0.4% average per year compared to 2011. The reduction was common to all Regions.

In particular, while in the pre-COVID period (2015-2019) there had been a 0.9 per cent increase in the number of lone persons, during the pandemic there was a 0.6 per cent reduction, thus bringing the incidence of the elderly people (over 65 of age) in the lone population to 49.8 per cent.

With specific reference to education, although recording an improvement over the years, Italy remains in last position in terms of people with a university degree, down from the average of the Ante-1995 EU Member States by 14.8 per cent and by 12.2 from that of the Post-1995 Member States.

As to the share of population who completed only the first cycle of primary education, i.e. primary school and lower secondary school, Italy differs by +13.8 per cent from the average of the Ante-1995 EU Member States and by +29.7 per cent from that of Post-1995 EU Member States.

With regard to the economic sphere, although Italy remains the third largest economy in Europe, its per-capita GDP (Gross Domestic Product) is now significantly below the European average (ranking eleventh among the 27 EU Member States). Italy's per-capita GDP is - € 7,310 lower than that of the Ante-1995 EU Member States, but € 12,922 higher than that of the Post-1995 EU Member States.

The fact that Italy was the European country with the lowest per-capita GDP growth between 2011 and 2021 (up by a 0.9% average per year) is particularly important.

As a result of COVID, in the 2019-2020 period, Italy recorded a 7.3% drop in per-capita GDP: in Europe, Spain recorded a 10.3% drop, while France (-5.5%) and Germany (-2.2%) performed better.

At the regional level, those in the North recorded a per-capita GDP of over € 30,000 (with the exception of Piedmont), while all those in the South were below the € 20,000 threshold, with the exception of Abruzzo (€ 23,815). The highest value was recorded in the Autonomous Province of Bolzano (€ 44,509), while the lowest in Calabria (€ 16,384), with a gap of 271.7%.

In terms of income distribution, we note that - according to Eurostat data – in 2021 the income of the richest 20% of the Italian population was 5.9 times as much as the income of the poorest 20%, as against a 5% European average.

Moreover, in the 2015-2019 period, income inequality in Europe decreased by 0.7% on average

per year, while in Italy it increased by a 0.7% yearly average.

The performance of the Italian labour market was also worse than the European average: in Europe, in 2021, inactive people accounted for 26.4%, while in Italy they accounted for 35.5%. Again, in the 2015-2019 period, while in Europe the average inactivity rate decreased by 1.5 per cent, in Italy it increased by 0.7 per cent: the pandemic significantly discouraged participation in the labour market, with Italy and Spain being the countries with the largest increase in inactive people (+1.6 per cent).

The gap in the propensity of the population to offer themselves on the labour market saw the South record a 16.9% higher rate of inactive people than the North.

In 2021 Europe's employment rate stood at 68.4%, with Italy accounting for 58.2% (lower by 10.2 per cent): only Greece performed worse than Italy.

In the pre-COVID period (2015-2019) Italy had recorded a 1.8% increase in employment, while in the 2019-2020 period it fell by 0.7 per cent, and recovered by 2.2 per cent between 2020 and 2021.

In Southern Italy, the employment rate is 44.8 per cent, 21.6% lower than in the North.

At the regional level, in the COVID period (2019-2020) there was a sharp decline in employment in all Regions, with the highest rate in Sardinia (-3.6%) and the lowest in Friuli Venezia Giulia (-0.1%). The trend reversed in the 2020-2021 period, with increases ranging from +5.0% in Basilicata to -1.9% in the Autonomous Province of Bolzano.

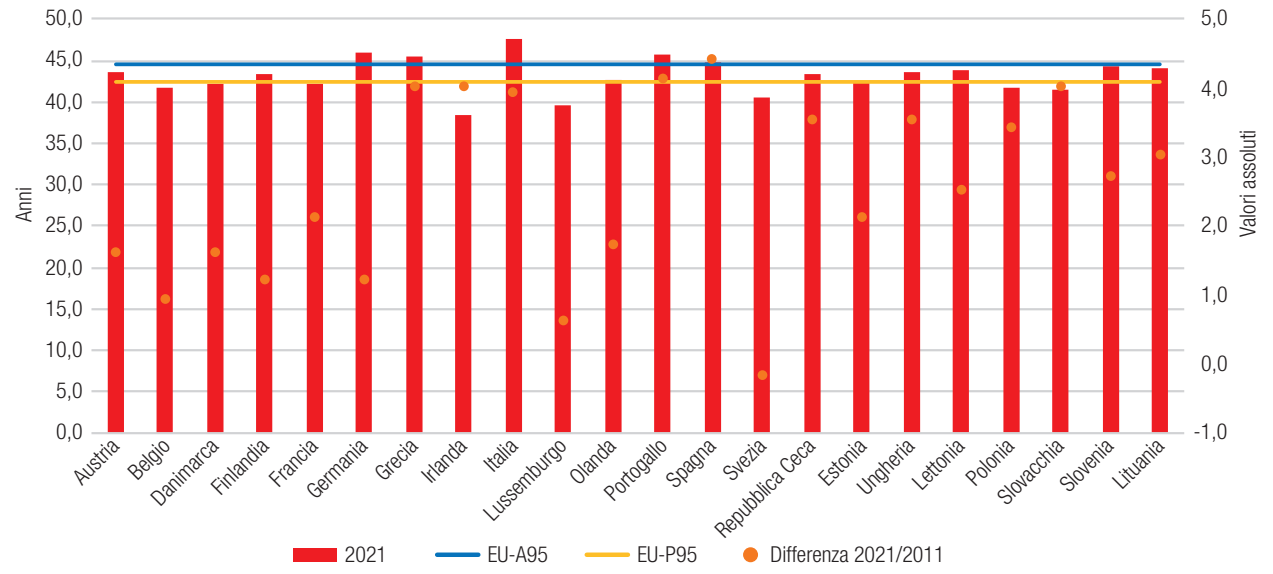
Finally, in 2018 (the last year for which data and statistics are available), Italy's interventions for socially integrating the elderly amounted to 11.1 per 10,000 elderly people, with variations between Regions ranging from Molise (1.1 per 10,000 elderly people) to Marche (5.8 per 10,000 elderly people). As to the interventions for the social integration of people living in poverty, Emilia Romagna was the Region that ensured the highest levels of protection (15.9 per 1,000 poor people).

In conclusion, the pandemic had consequences on all socio-demographic and economic components, even changing demographic trends. Said impact also implied indirect effects on the population's health.

In particular, inequaliy exacerbated to the detriment of segments of the population already in a vulnerable state.

As early as 2021, however, there were clear signs of a return to Ante-COVID daily life, albeit with signs of behavioural changes that may persist over time.

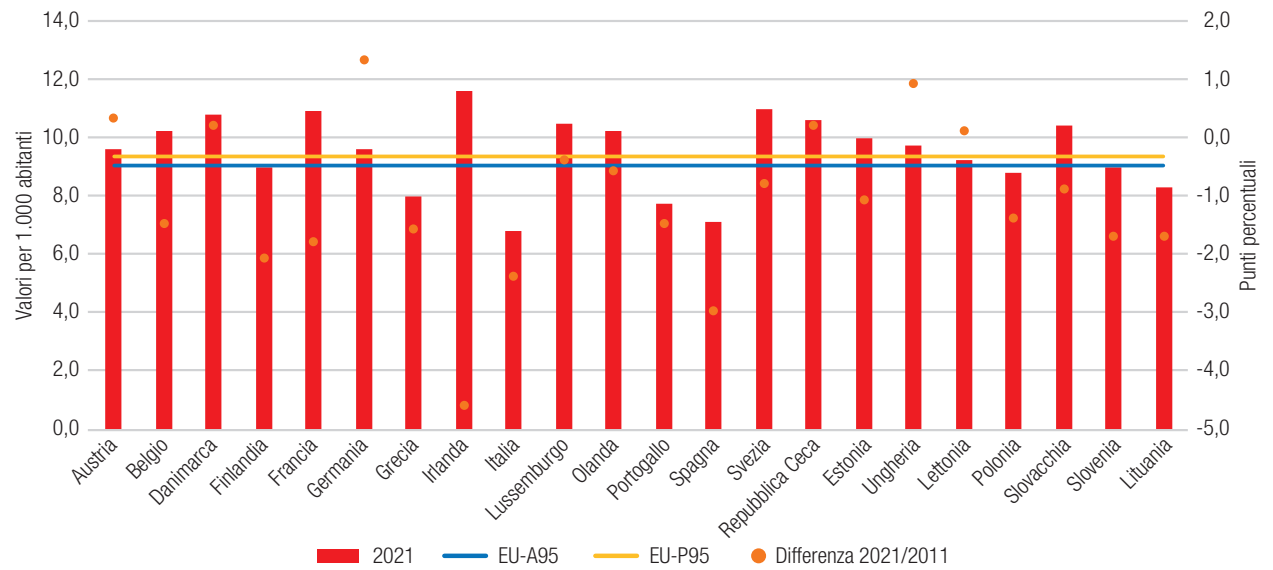
KI 1.1. Età media della popolazione in Europa



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

Nel 2021, in Europa, i più giovani sono gli irlandesi, con una età media di 38,5 anni (in aumento di +4,0 anni nel periodo considerato); la popolazione italiana ha l'età media più alta (47,6 anni), e in crescita nell'ultimo decennio (+3,9 anni). In tutti i Paesi EU si registra un incremento dell'età media nel periodo considerato, ad eccezione della Svezia, che registra un decremento di -0,2 anni: l'incremento massimo si registra in Spagna e Portogallo (+4,4 e +4,1 anni rispettivamente), e il più basso in Lussemburgo (+0,6 anni). L'età media risulta più alta di 2,1 anni nei Paesi EU-Ante 1995 rispetto a quelli dell'EU-Post 1995 (rispettivamente 44,5 anni vs 42,4 anni); la popolazione italiana ha una età media maggiore di +3,1 anni rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 e di +5,2 anni rispetto a quelli dell'EU-Post 1995.

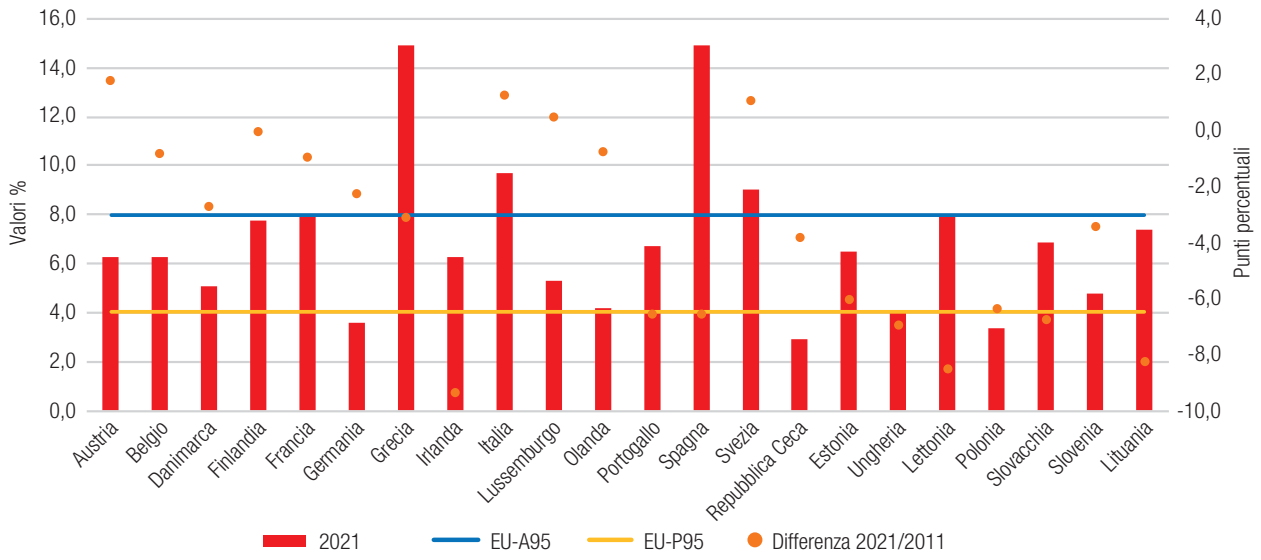
KI 1.2. Tasso di natalità in Europa



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

Nel 2021, in Europa, il tasso di natalità più basso si registra in Italia (6,8 nati ogni 1.000 abitanti), in diminuzione di -2,4 p.p. nell'ultimo decennio; il tasso di natalità più alto si registra in Irlanda (11,6), anche se in riduzione nel periodo considerato di 4,6 p.p.. In tutti i Paesi si registra un decremento della natalità, con valori massimi in Irlanda (-4,6 p.p.) e Spagna (-3,0 p.p.); fanno eccezione Germania, Ungheria, Austria, Danimarca, Repubblica Ceca e Lettonia (rispettivamente +1,3, +0,9, +0,3, +0,2, +0,2 e +0,1 nati ogni 1.000 abitanti). Il tasso di natalità risulta mediamente più alto nell'EU-Post 1995 rispetto all'EU-Ante 1995 (rispettivamente 9,3 e 9,1 nati ogni 1.000 abitanti); l'Italia registra un tasso di natalità inferiore sia ai Paesi EU-Ante 1995 che a quelli Eu-Post 1995: rispettivamente di -2,3 e di -2,5 p.p..

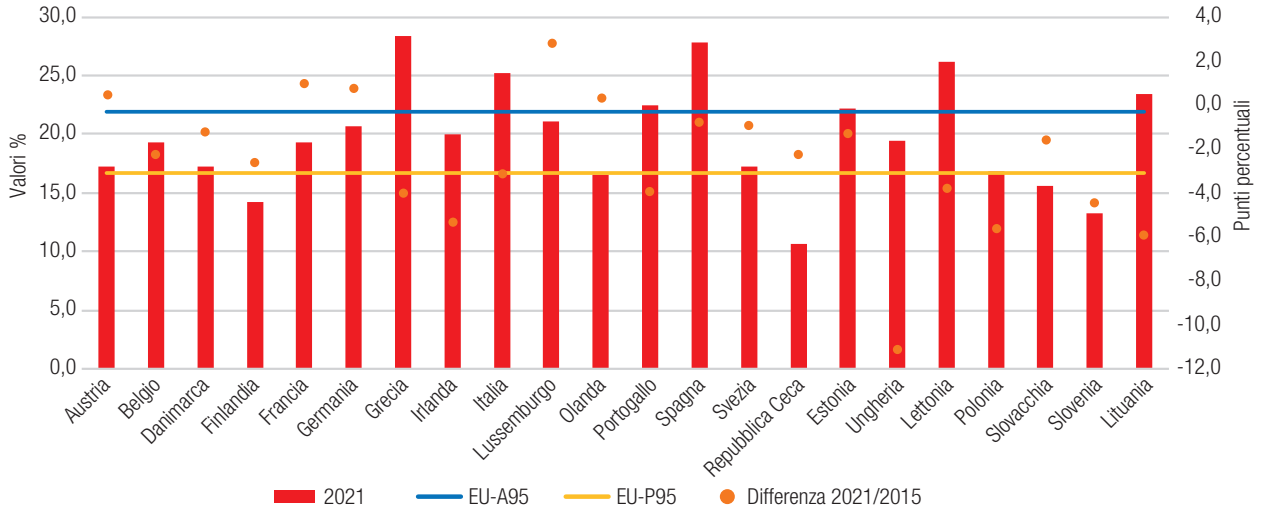
KI 1.3. Tasso di disoccupazione in Europa



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

Nel 2021, in Europa, Grecia, Spagna e Italia registrano i tassi di disoccupazione maggiori, pari rispettivamente al 14,9% (-3,2 p.p. nell'ultimo decennio), 14,9% (-6,6 p.p.), 9,4% (+1,2 p.p.). Il tasso di disoccupazione più basso si registra nella Repubblica Ceca (2,9%, -3,9 p.p.). Il massimo miglioramento dell'indicatore si registra in Lettonia (-8,6 p.p.), quello minimo in Finlandia (-0,1 p.p.); fanno eccezione Austria, Italia, Svezia e Lussemburgo, che registrano un aumento del tasso di disoccupazione, rispettivamente pari a +1,7, +1,2, +1,0 e +0,4 p.p..
Mediamente, nei Paesi EU-Ante 1995 il tasso di disoccupazione è dell'8,0%, in quelli dell'EU-Post 1995 di 4,1%: il dato italiano risulta peggiore di entrambi,rispettivamente di 1,7 e 5,1 p.p..

KI 1.4. Quota persone a rischio povertà o esclusione sociale in Europa

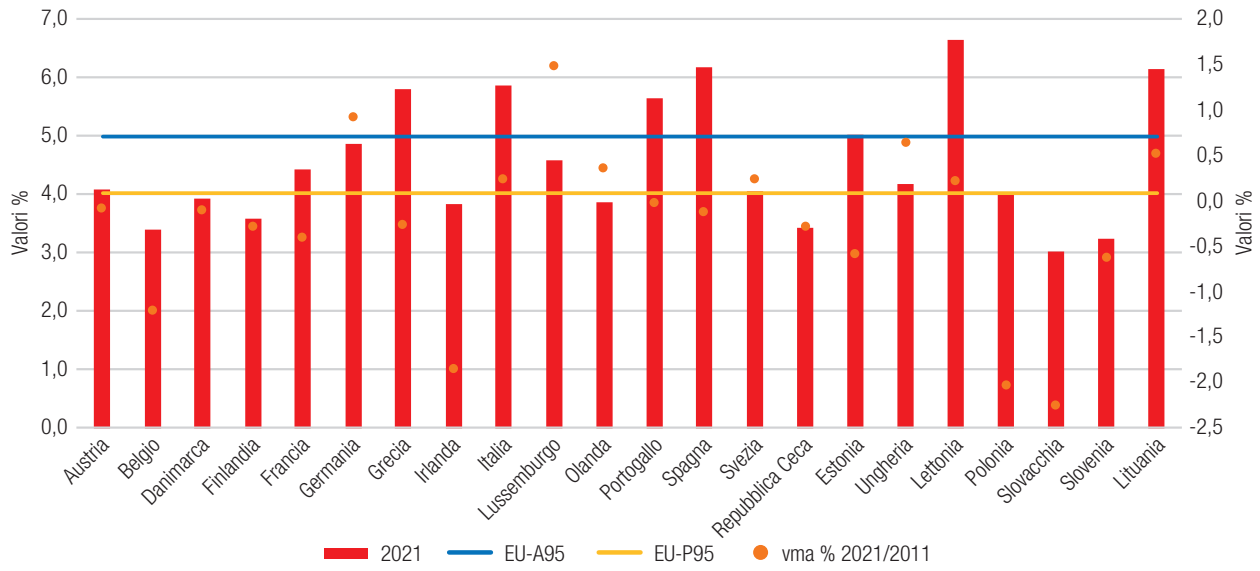


*Persone a rischio di povertà o esclusione sociale si intendono quelle con un reddito disponibile equivalente o inferiore alla soglia di rischio di povertà (60% del reddito disponibile equivalente mediano nazionale dopo i trasferimenti sociali), o che sono gravemente svantaggiate materialmente, o che vivono in famiglie con una intensità di lavoro molto bassa)

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

Nel 2021, in Europa, la Grecia con il 28,3%, ha la quota maggiore di persone a rischio di povertà o esclusione sociale*, valore in riduzione rispetto al 2015 di -4,1 p.p.; la quota più bassa si registra nella Repubblica Ceca (10,7%), dove si è ridotta di -2,3 p.p. nel periodo considerato. L'Italia si attesta al 25,2% con una riduzione di -3,2 p.p.. Il Paese che ha registrato la maggiore riduzione della quota di popolazione a rischio di povertà è l'Ungheria (-11,2 p.p.); quello che ha registrato il maggiore aumento è il Lussemburgo (+2,7 p.p.). Mediamente, nei Paesi EU-Ante 1995 è a rischio una quota del 21,8% della popolazione, mentre in quelli dell'EU-Post 1995 del 16,6%: l'Italia ha una quota di persone a rischio superiore rispettivamente di 3,4 e 8,6 p.p..

KI 1.5. Disuguaglianza del reddito disponibile in Europa

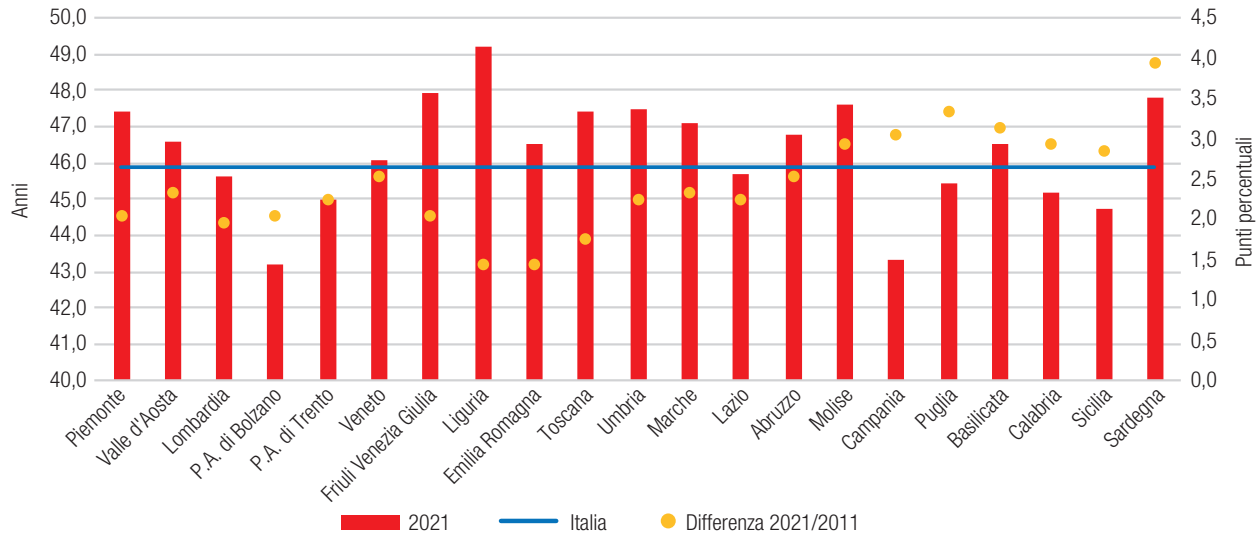


* Disuguaglianza del reddito disponibile si intende il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione e quello dal 20% più povero

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

Nel 2021 in Europa, la Lettonia (6,6) registra la maggiore disuguaglianza nel reddito disponibile*, mentre la più bassa si registra in Slovacchia (3,0). L'Italia si attesta al 5,9, facendo meglio solo della Lettonia (6,6), della Spagna (6,2) e della Lituania (6,1); il valore risulta maggiore anche rispetto a quello registrato in Germania (4,9) e Francia (4,4). La maggiore riduzione della disuguaglianza si è registrata in Slovacchia (-2,3% medio annuo); il maggiore peggioramento si registra in Lussemburgo (+1,5% medio annuo); l'Italia registra un peggiormento pari al +0,2% medio annuo. Il valore medio dell'indicatore di disuguaglianza nei Paesi EU-Ante 1995 è di 5,0 e in quelli EU-Post 1995 di 4,2: l'Italia ha quindi una disuguaglianza maggiore rispettivamente di +0,9 p.p. e +1,9 p.p..

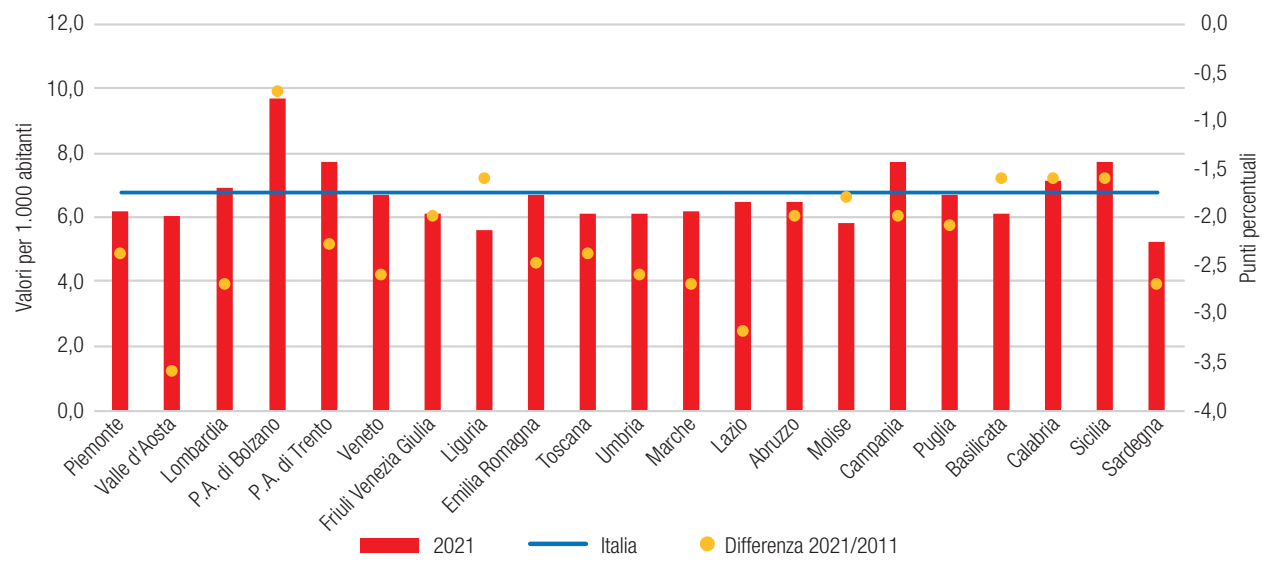
KI 1.6. Età media dei residenti



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

Nel 2021, in Italia, l'età media della popolazione è di 45,9 anni, in aumento nell'ultimo decennio di 2,3 anni. I più giovani sono i campani, con una età media pari a 43,3 anni (+3,0 anni nel decennio considerato), i più "anziani" i liguri, con un età media pari a 49,2 anni (+1,4 anni). In tutte le Regioni italiane si registra un aumento dell'età media nel periodo considerato, con il valore massimo in Sardegna (+3,9 anni), e il più basso in Emilia Romagna e Liguria (+1,4 anni rispettivamente).

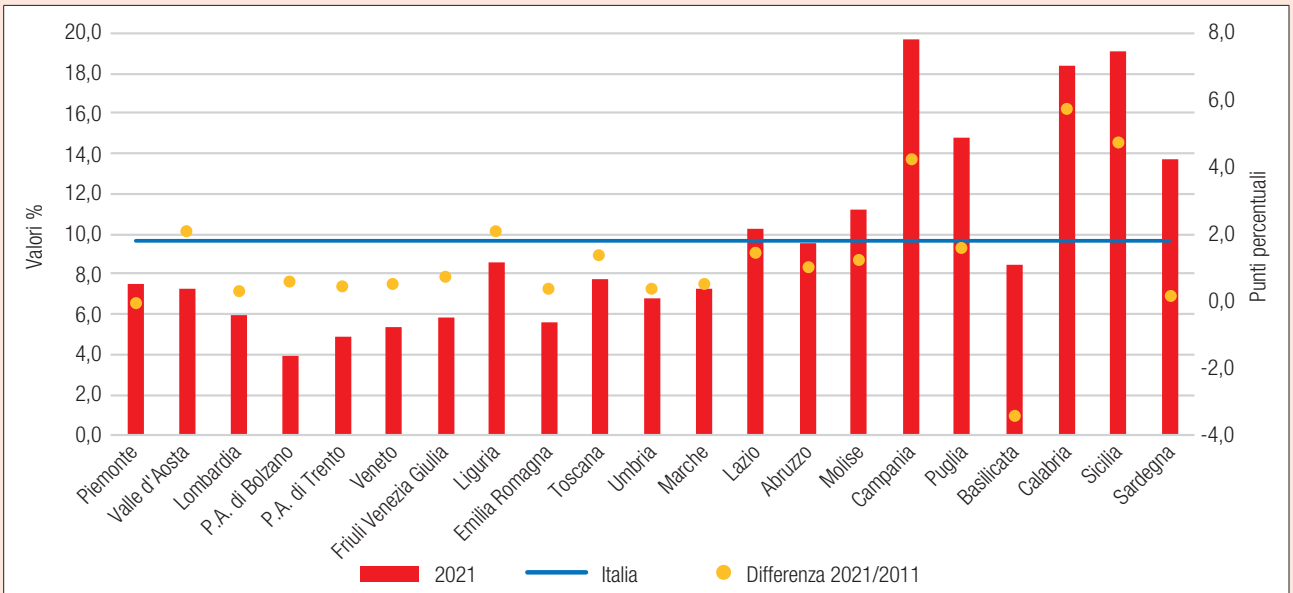
KI 1.7. Tasso di natalità



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

Nel 2021, in Italia, il tasso di natalità è stato pari a 6,8 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: la Valle d'Aosta registra quella più alta (-3,6 nati ogni 1.000 abitanti), la P.A. di Bolzano la più bassa (-0,7). La Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (9,7 nati ogni 1.000 abitanti), e quella con il più basso la Sardegna (5,2 con una riduzione di 2,7 nati nel periodo considerato).

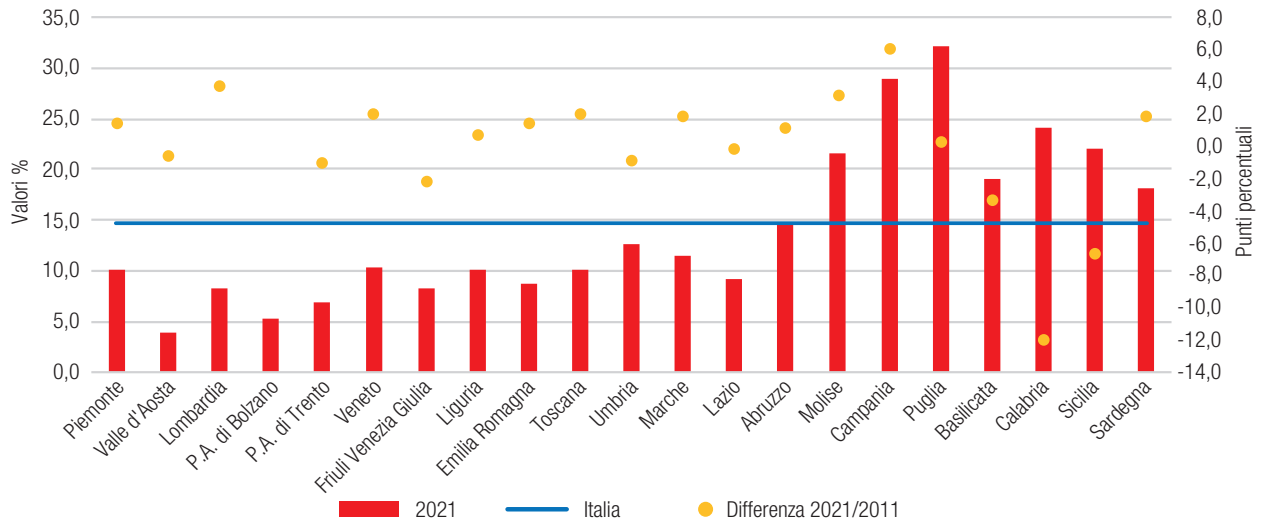
KI 1.8. Tasso di disoccupazione



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

Nel 2021, in Italia, il tasso di disoccupazione si attesta al 9,7%, in aumento nell'ultimo decennio (+1,1 p.p.). La Campania registra il tasso di disoccupazione più alto (19,7%), in aumento di +4,1 p.p. nell'ultimo decennio; la P.A. di Bolzano registra il tasso più basso (3,9%) in aumento di +0,9 p.p. nel periodo considerato. Il maggiore peggioramento si registra in Calabria con +5,6 p.p., e il maggiore miglioramento in Basilicata (-3,5 punti percdentuali).

KI 1.9. Incidenza della povertà relativa individuale

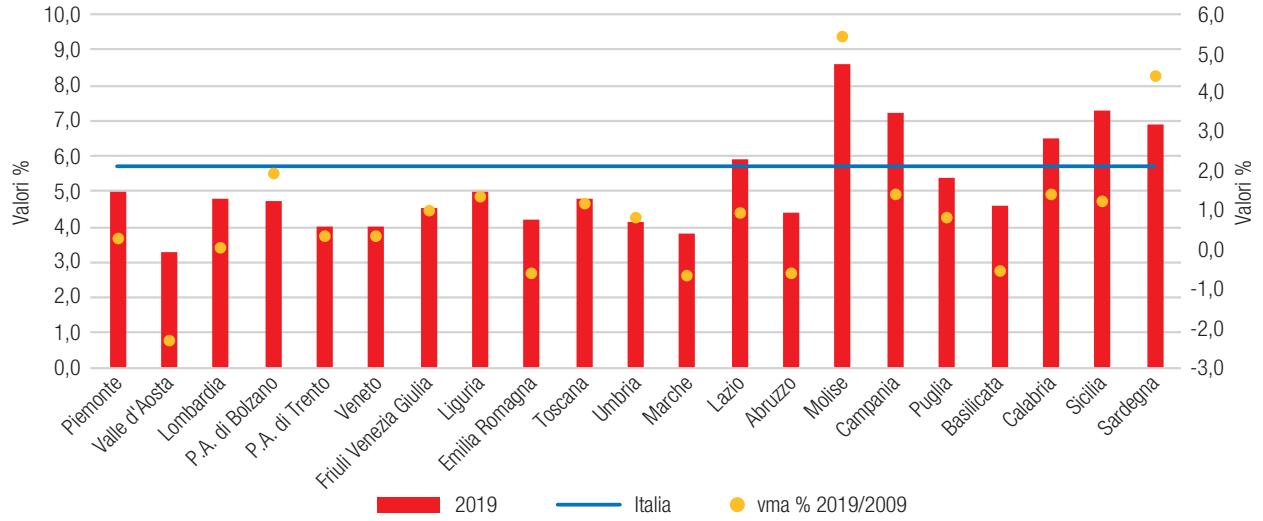


* Sono considerate povere relative le famiglie che hanno una spesa per consumi al di sotto di una soglia di povertà relativa convenzionale (linea di povertà).

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

Nel 2021, in Italia, sono poco più di 2,9 milioni le famiglie in condizione di povertà relativa* (con un'incidenza pari al 10,2% delle famiglie residenti), per un totale di circa 8,8 mln. di individui (14,8% della popolazione). L'incidenza di povertà relativa risulta in aumento rispetto al 2011 di +3,6 p.p.. La Puglia risulta la Regione con l'incidenza di povertà relativa più alta (32,2%), anche se in riduzione rispetto al 2011 di -3,5 p.p.; la P.A. di Bolzano registra l'incidenza più bassa (5,3%). La maggiore riduzione dell'incidenza di povertà relativa si registra in Calabria (-12,2 p.p.), mentre il maggiore incremento si registra in Campania (+5,8 p.p.).

KI 1.10. Disuguaglianza nel reddito disponibile



* Disuguaglianza del reddito disponibile si intende il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero

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

Nel 2019 (ultimo anno disponibile), in Italia, l'indicatore di disuguaglianza nel reddito disponibile è pari a 5,7, in aumento rispetto al 2009 del +0,5% medio annuo (5,4 nel 2009). A livello regionale la disuguaglianza maggiore si registra in Molise (8,6), e la più bassa in Valle d'Aosta (3,3). Il peggioramento maggiore si registra in Molise (+5,4% medio annuo); il miglioramento in Valle d'Aosta (-2,4% medio annuo).

Capitolo 2

Il finanziamento: livello e risanamento

Founding: level of financing and recovery

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 2
Il finanziamento: livello e risanamento

Ploner ME.[1]

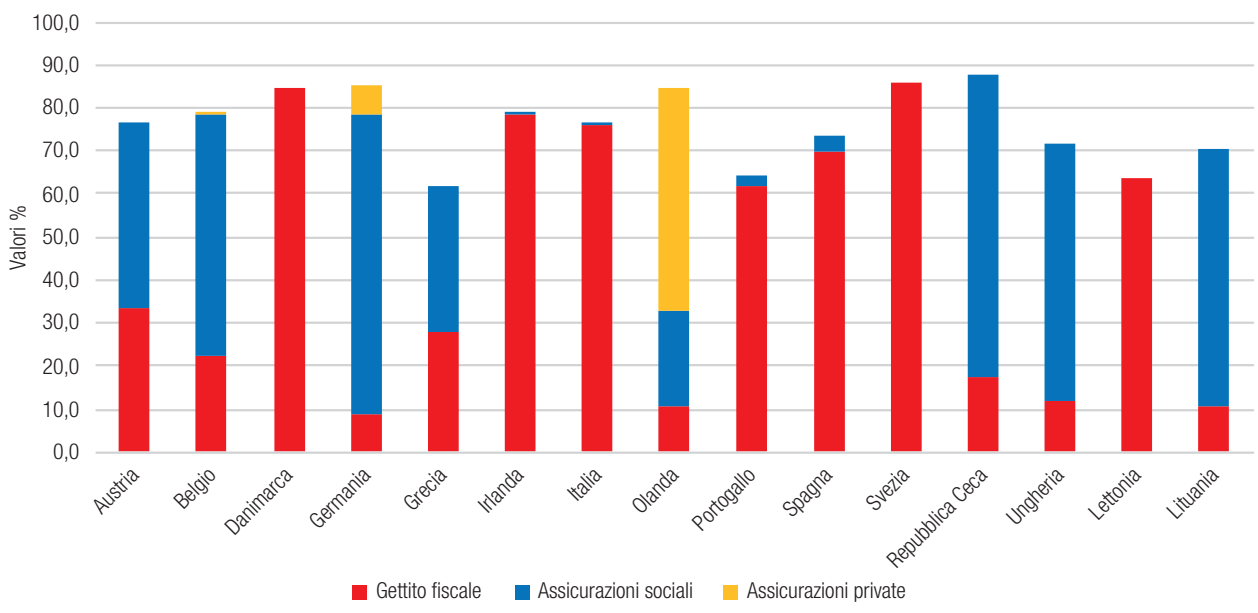
2.1. Il finanziamento della spesa sanitaria: il contesto internazionale

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 (Austria, Belgio, Germania, Lituana, Olanda, Repubblica Ceca, Ungheria). Il secondo gruppo è composto da quei Paesi in cui l'assistenza sanitaria è finanziata, invece, soprattutto attraverso la fiscalità generale (Danimarca, Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Spagna, Svezia)[3].

Figura 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente secondo la fonte di finanziamento. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

[1] C.R.E.A. Sanità

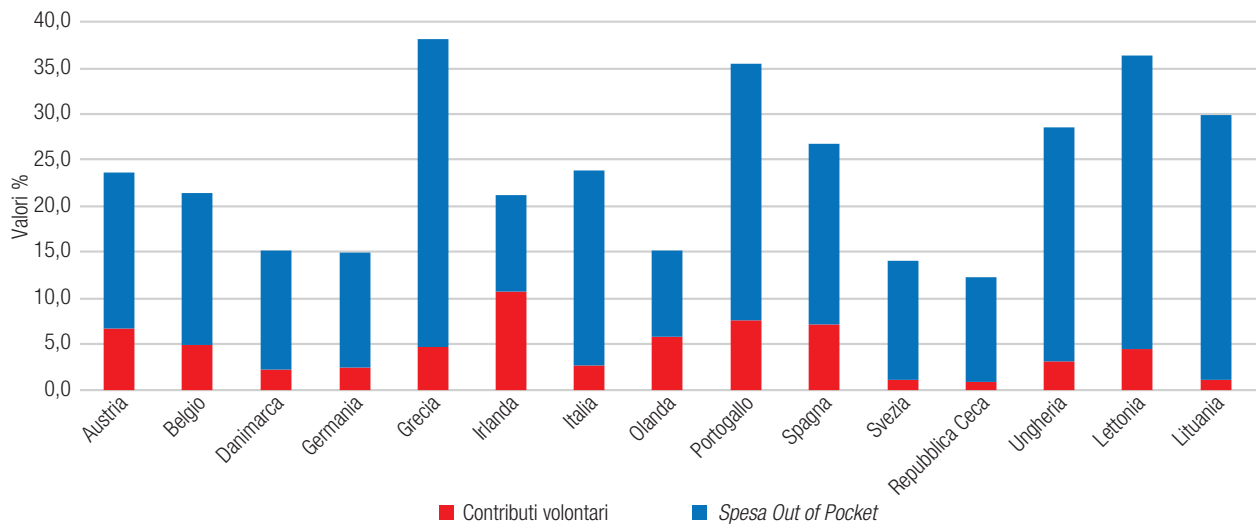
[2] Alla data in cui si scrive Eurostat non ha ancora pubblicato i dati relativi al 2021. Le analisi che sono state condotte impiegando come fonte dei dati Eurostat si riferiscono, pertanto, al 2020

[3] Eurostat per il 2020 non fornisce i dati relativi ai seguenti Paesi: Estonia, Finlandia, Francia, Lussemburgo, Polonia, Regno Unito, Slovacchia e Slovenia

Come anticipato, con riferimento al 2020, possiamo osservare che la componente pubblica (ovvero derivante dalla fiscalità generale) e assicurativa obbligatoria è molto elevata e superiore al 60,0% in tutti i Paesi considerati.

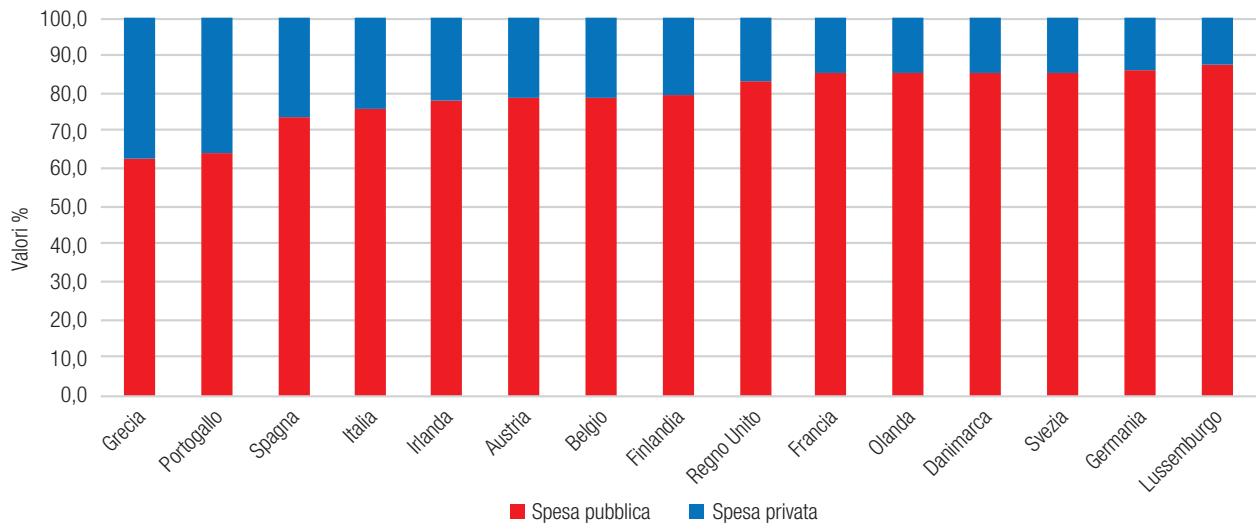
L'Italia è in una posizione "intermedia", con una quota di finanziamento pubblico pari al 76,1%, che implica un dato relativamente elevato (21,3%) di spesa privata *Out Of Pocket*; in Italia si mantiene marginale il ruolo delle assicurazioni: i premi assicurativi obbligatori (classificati come parte del finanziamento pubblico) raggiungono lo 0,2%; la quota intermediata della spesa privata (premi assicurativi volontari) è al 2,6% (Figura 2.2.).

Figura 2.2. Finanziamento privato della spesa sanitaria corrente secondo la fonte di finanziamento. Anno 2020



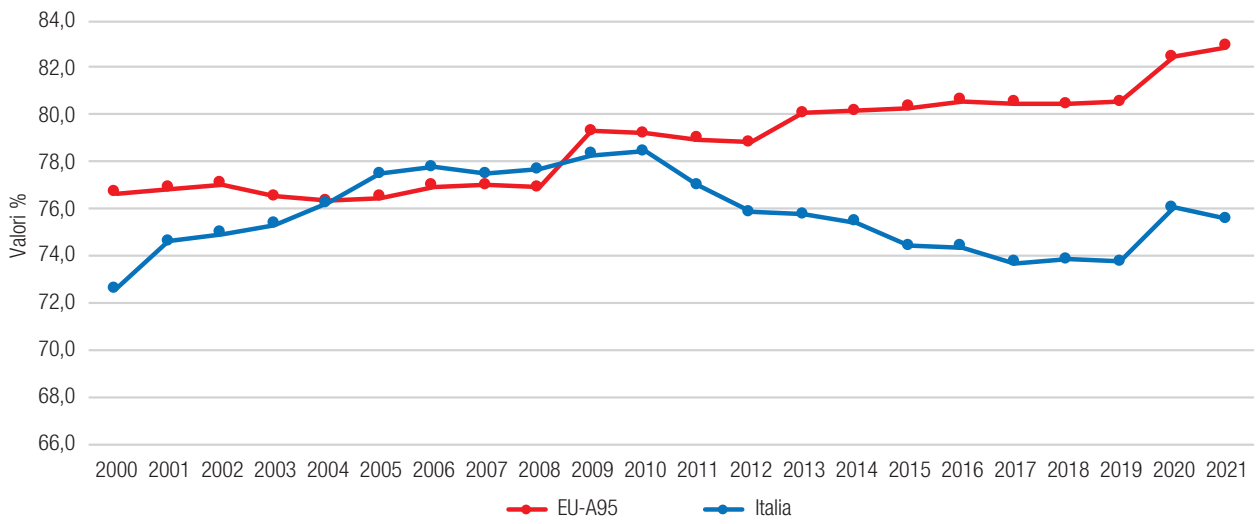
Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.3. Composizione del finanziamento della spesa sanitaria corrente. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.4. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Va osservato che l'Italia, pur avendo un sistema sanitario pubblico di stampo universalistico, nel 2021, secondo i dati pubblicati da OECD, registra una quota di finanziamento pubblico pari al 75,6%[4] che risulta fra le più basse in Europa (EU)[5], oltre che in riduzione di -0,5 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo anno (Figura 2.3.). Peggio dell'Italia hanno fatto solamente Grecia, Portogallo e Spagna, dove la copertura pubblica della spesa sanitaria si è fermata rispettivamente al 62,5%, 64,0% e 73,8%.

All'estremo opposto si posiziona il Lussemburgo dove il finanziamento pubblico della spesa sanitaria sfiora l'88,0%, seguito dalla Germania con l'86,0%.

Dal momento che, alla data in cui si scrive OECD non ha ancora reso noti i dati 2021 relativi ad alcuni Paesi del blocco EU-Ante 1995[6], per poter effettuare le analisi, ai cennati Paesi è stata applicata la variazione media di spesa dell'ultimo anno rilevata nei Paesi per i quali si dispone del dato.

Nei Paesi EU-Ante 1995, nel 2021, il settore pubblico fa fronte, in media, all'82,9% della spesa sanitaria corrente e in questi ultimi la quota di finanziamento pubblico è in media aumentata anche negli anni di massima crisi, ad eccezione di una lieve flessione tra il 2010 ed il 2012 (Figura 2.4.): fa eccezione proprio l'Italia, dove la quota pubblica, dal 2011 al 2019, si è sostanzialmente contratta, crescendo nuovamente nel 2020 per, poi, cedere un mezzo p.p. nell'ultimo anno.

Il *gap* di copertura pubblica fra i Paesi EU-Ante 1995 e l'Italia era di 4,1 p.p. nel 2000 e si è allargato sino a 7,3 p.p. nel 2021.

2.2. Il finanziamento della Sanità in Italia

Il processo di finanziamento della Sanità in Italia adotta un modello che vede lo Stato concordare[7] con le Regioni i fabbisogni sanitari (frutto della valutazione dei bisogni di prestazioni e dei loro costi

[4] Si noti che la quota di copertura pubblica del finanziamento per il 2020 è la medesima (76,1%) sia utilizzando come fonte dei dati OECD che Eurostat

[5] OECD alla data in cui si scrive non ha ancora fornito, per il 2021, i dati relativi ai seguenti Paesi: Belgio, Finlandia, Francia, Grecia, Lettonia, Lussemburgo, Olanda, Spagna, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Ungheria

[6] Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Grecia, Lussemburgo, Olanda e Spagna

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

standard di erogazione); inoltre, sebbene il federalismo preveda autonomia finanziaria di entrata e di spesa delle Regioni, mediata dalla istituzione di un fondo perequativo, in Sanità persiste di fatto un sistema solidaristico di riparto.

Ad oggi, il fabbisogno sanitario nazionale *standard* concordato è coperto da:

1. fiscalità generale delle Regioni - in pratica la componente del 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[8]
3. entrate proprie convenzionali delle Aziende sanitarie - 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.

Nel 2021, il FSN (nella sua quota indistinta[9], vincolata e finalizzata) è stato fissato a circa € 119,0 mld.[10], in aumento dello 0,6% sull'anno precedente e del 5,3% sul 2019 (Tabella 2.1.).

Nel livello di finanziamento del fabbisogno sanitario *standard* a cui concorre lo Stato per l'anno 2021, sono compresi i maggiori stanziamenti finalizzati all'adozione di interventi per fronteggiare l'emergenza sanitaria verificatasi con la diffusione del COVID.

Al netto, infatti, delle risorse stanziate e finalizzate al contenimento dell'epidemia (circa € 1,8 mld.), il FSN per il 2021 ammonterebbe a € 117,0 mld., in crescita del 2,2% sull'anno precedente[11] (Tabella 2.1.), +0,7 p.p. rispetto al quinquennio 2016-2021 (1,5% medio annuo). In questo caso la crescita rispetto al 2019 sarebbe pari al 3,7%.

Tra il 2016 ed il 2021, il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario *standard* è cresciuto maggiormente nel complesso delle Regioni settentrionali rispetto a quelle centrali e meridionali (Nord +2,0% medio annuo vs +1,6% medio annuo Centro e +1,5% medio annuo Sud). A livello regionale, nel medesimo periodo, le due Province Autonome di Trento e Bolzano e la Lombardia sono state le Regioni in cui la quota di finanziamento del fabbisogno sanitario è cresciuta maggiormente: rispettivamente +3,0%, +2,6% e +2,2% medio annuo; all'opposto si sono posizionate la Basilicata (+1,0% medio annuo) e Liguria e Molise (+1,2% medio annuo entrambe).

Ripetendo l'analisi al netto dei maggiori introiti finalizzati al contrasto del COVID, emerge che tra il 2016 e il 2021 la crescita media annua del livello del finanziamento è stata pari all'1,7% nelle Regioni del Nord, all'1,3% in quelle del Centro e all'1,2% in quel-

[8] 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

[9] Si fa riferimento alla quota indistinta post mobilità

[10] Il FSN è stato stimato sommando la quota indistinta post mobilità, la quota vincolata e programmata per Regioni e PP.AA. e la quota finalizzata a fronteggiare il diffondersi del COVID. Si tenga, in ogni caso presente che, per quanto riguarda l'assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per il 2021, dell'importo iniziale pari a € 1,5 mld., è stato ripartito tra le Regioni circa € 748,3 mln.

[11] Si ricorda che anche per l'anno 2020 sono stati stanziati circa € 3,6 mld. finalizzati al contrasto dell'epidemia. Il citato confronto è stato effettuato considerando lo stanziamento al netto dei maggiori finanziamenti finalizzati a fronteggiare l'epidemia sia per il 2020 che per il 2021

le del Sud. A ben vedere, si tratta di 0,3 p.p. in meno in ciascuna delle ripartizioni rispetto a quanto effettivamente ripartito con le misure anti COVID messe in atto.

Infine, per quanto riguarda nello specifico il finanziamento finalizzato al contrasto della crisi pandemica da COVID, è opportuno evidenziare che a ciascuna Regione, nel 2021, sono state assegnate le risorse in base alla quota di accesso al fabbisogno sanitario indistinto rilevata nel 2020; medesima "procedura" era stata impiegata anche nel 2020 quando il finanziamento finalizzato per l'emergenza sanitaria in atto era stato ripartito sulla base delle quote di accesso al fabbisogno indistinto 2019, quindi, non sulla base di fabbisogni specifici (quali il numero di contagi), bensì di fabbisogni "pattuiti" al netto della diffusione dell'epidemia.

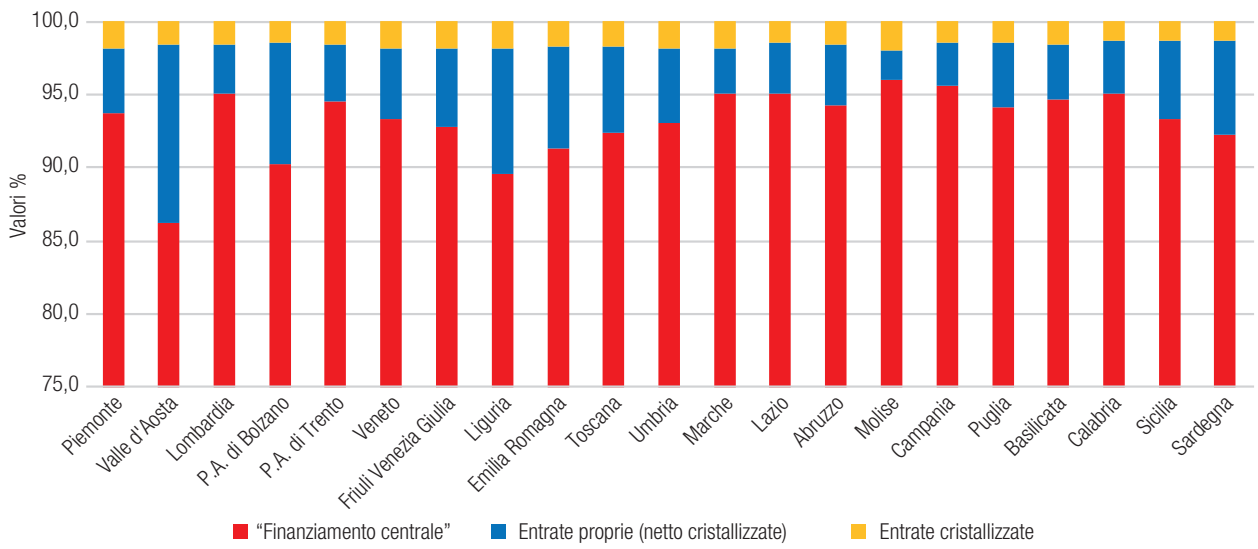
Va, peraltro, sottolineato come le risorse finalizzate al contenimento dell'epidemia stanziate per il 2020 e il 2021 siano state di fatto incorporate nel finanziamento corrente dal momento che il legislatore con la Legge di Bilancio 2022 ha assunto come base per la determinazione del livello del finanziamento degli anni successivi i livelli "pattuiti" nel 2020 e nel 2021 e quindi comprensivi delle maggiori risorse destinate al contenimento della diffusione del COVID (per maggiori approfondimenti si rimanda alla lettura del paragrafo dedicato ai finanziamenti per il COVID).

Tabella 2.1. FSN: riparto con e senza risorse finalizzate COVID

Regioni	Riparto con finalizzato COVID		Riparto netto finalizzato COVID	
	Riparto 2021 (€ mln.)	vma (%) 2016/2021	Riparto 2021 (€ mln.)	vma (%) 2016/2021
Italia	118.832,1	1,8	117.046,6	1,5
Piemonte	8.784,8	1,7	8.648,2	1,3
Valle d'Aosta	242,7	1,9	237,2	1,5
Lombardia	20.589,7	2,2	20.306,3	1,9
P.A. di Bolzano	1.034,2	2,6	1.015,5	2,3
P.A. di Trento	1.079,6	3,0	1.064,9	2,7
Veneto	9.935,3	2,1	9.774,5	1,8
Friuli Venezia Giulia	2.435,8	1,4	2.396,0	1,1
Liguria	3.123,6	1,2	3.069,9	0,8
Emilia Romagna	9.330,9	2,0	9.193,1	1,7
Toscana	7.574,8	1,5	7.452,8	1,2
Umbria	1.766,2	1,3	1.738,1	1,0
Marche	3.033,7	1,6	2.985,5	1,3
Lazio	11.224,0	1,7	11.061,7	1,4
Abruzzo	2.510,0	1,4	2.472,1	1,1
Molise	636,2	1,2	626,3	0,9
Campania	10.793,2	1,7	10.636,6	1,4
Puglia	7.679,6	1,6	7.561,9	1,3
Basilicata	1.057,5	1,0	1.041,4	0,7
Calabria	3.505,2	1,5	3.448,8	1,2
Sicilia	9.350,9	1,3	9.220,4	1,0
Sardegna	3.144,4	1,6	3.095,8	1,3

Fonte: stima su delibere di riparto 2021 e 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.5. Composizione del "finanziamento effettivo". Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne le fonti di finanziamento, nel quinquennio analizzato l'IRAP ha riportato una variazione media annua negativa pari allo 0,4%; il gettito introitato dall'IRPEF è, invece, cresciuto dello 0,7% medio annuo, mentre le entrate derivanti dall'IVA sono aumentate del 2,1% medio annuo[12].

Decurtando dal fabbisogno sanitario del SSN (come definito nella delibera CIPE concernente il riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2021 e quindi comprensivo dei maggiori introiti finalizzati al contrasto dell'epidemia) le entrate proprie convenzionali delle Aziende Sanitarie (le c.d. "entrate cristallizzate"), si ottiene quello che convenzionalmente possiamo definire il "finanziamento centrale", in realtà quanto è oggetto del processo di riparto: si tratta di € 116,8 mld. in crescita dello 0,6% sull'anno precedente e dell'1,6% medio annuo nel quinquennio 2016-2021. In assenza delle risorse stanziate per l'emergenza sanitaria in atto, si tratta di € 115,1 mld. in aumento del 2,3% sul 2020 e dell'1,2% medio annuo nel periodo 2016-2021.

Se poi al "finanziamento centrale" aggiungiamo le entrate proprie delle Aziende Sanitarie (di cui quelle cristallizzate rappresentano una quota pari a circa il 27,5%), si ricava quello che la Ragioneria Generale dello Stato[13] definisce il "finanziamento effettivo" del SSN: € 124,6 mld., in aumento dell'1,1% sul 2020 e del 15,1% rispetto al 2011 (+1,4% medio annuo); in assenza delle risorse ripartite alle Regioni per fronteggiare l'emergenza pandemica, il livello del "finanziamento effettivo" si attesterebbe a circa € 122,8 mld. (+2,7% rispetto al 2020).

Nel 2021, il "finanziamento effettivo" è, quindi, stato coperto per il 93,8% dalle risorse ripartite, per il 4,6% 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 Nord-Sud, frutto dei meccanismi perequativi alimentati dall'IVA in favore delle realtà con minor capacità contributiva:

[12] 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%

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

Tabella 2.2. Incidenza delle entrate proprie e delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa. Anno 2021

Regioni	Entrate proprie su "finanziamento effettivo" (%)	*Ticket* su "finanziamento effettivo" (%)	*Ticket* su entrate proprie (%)
Italia	6,2	0,8	12,4
Piemonte	6,3	0,8	12,7
Valle d'Aosta	13,8	2,2	16,0
Lombardia	4,9	0,6	13,2
P.A. di Bolzano	9,8	1,8	17,8
P.A. di Trento	5,5	1,7	30,3
Veneto	6,7	1,2	17,9
Friuli Venezia Giulia	7,3	1,2	16,7
Liguria	10,4	0,8	7,7
Emilia Romagna	8,6	1,3	15,2
Toscana	7,7	1,3	16,3
Umbria	7,0	1,3	18,4
Marche	4,9	0,9	18,2
Lazio	4,9	0,5	11,1
Abruzzo	5,7	1,0	17,3
Molise	4,0	0,7	17,5
Campania	4,5	0,3	7,3
Puglia	5,9	0,4	7,6
Basilicata	5,4	0,8	15,3
Calabria	5,0	0,4	8,1
Sicilia	6,6	0,3	3,9
Sardegna	7,8	0,6	7,5

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2022 - © C.R.E.A. Sanità

nelle Regioni settentrionali il "finanziamento centrale" (o ripartito) rappresenta mediamente il 93,4%; in quelle centrali raggiunge il 94,0% e in quelle meridionali arriva al il 94,3%.

In modo complementare le entrate proprie regionali (al netto di quelle cristallizzate) incidono mediamente per il 4,9% sul "finanziamento effettivo" nel Nord, per il 4,4% nelle Regioni centrali e per il 4,3% in quelle meridionali (Figura 2.5.).

Le entrate proprie (complessivamente) sono in aumento di 1,8 p.p. rispetto al 2016 e raggiungono la loro incidenza massima nelle Regioni settentrionali (6,6%, in aumento di 1,1 p.p. sul 2016); rappresentano il 6,0% nelle Regioni centrali e il 5,7% in quelle meridionali rispettivamente in crescita di +1,6 e +2,8 p.p. nel periodo 2016-2021.

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[14]. Nel complesso risultano pari allo 0,8% (-0,4 p.p. rispetto al 2016) del "finanziamento effettivo" e al 12,4% delle entrate proprie (in flessione di 14,6 p.p. rispetto al 2016). Nel 2021, i *ticket* nelle Regioni settentrionali risultano pari all'1,0% del "finanziamento effettivo", in quelle centrali allo 0,9%

[14] 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

e in quelle meridionali allo 0,4% (in diminuzione rispettivamente di 0,5 p.p. nelle prime, di 0,5 p.p. nelle seconde e di 0,2 p.p. nelle terze rispetto al 2016).

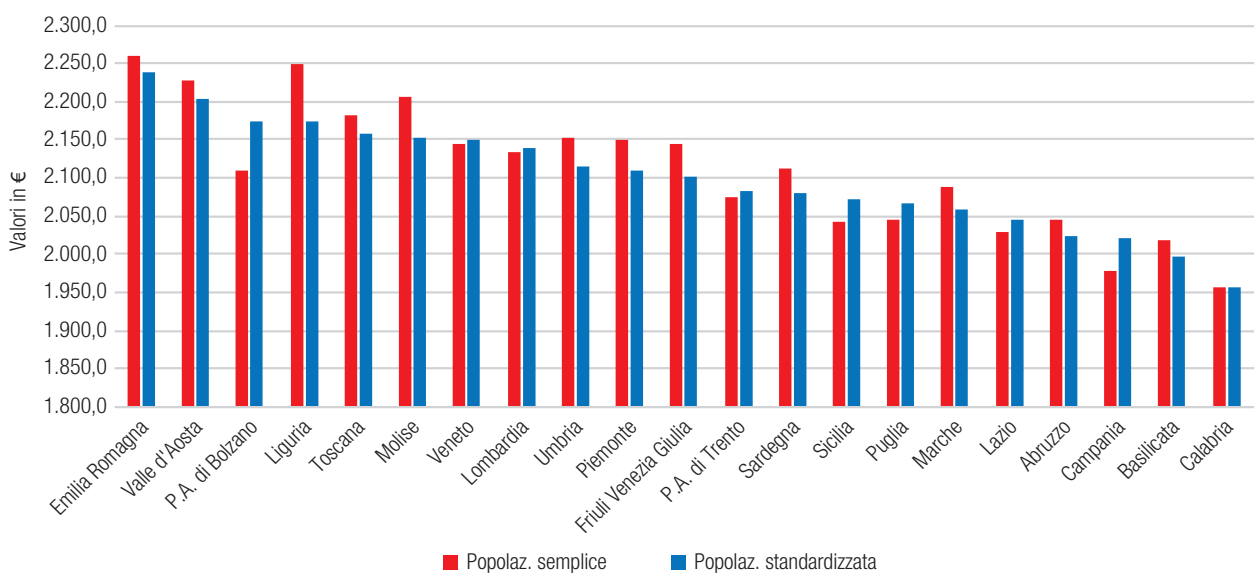
Infine, si registra che per il 2021 le compartecipazioni sono pari al 14,6% delle entrate proprie delle Regioni del Centro (in flessione di 17,5 p.p. rispetto al 2016), il 14,5% di quelle del Nord - 14,6 p.p. sul 2016) e il 7,5% in quelle del Sud (- 15,2 p.p. nel periodo 2016-2021) (Tabella 2.2.).

In termini pro-capite, il "finanziamento effettivo" medio è stato nel 2021 pari a € 2.103,0 con un incremento dell'1,8% rispetto al 2020, e del 2,4% medio annuo nel quinquennio (periodo 2016-2021).

Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato (Emilia Romagna), e quella con il finanziamento minore (Calabria), lo scarto in termini assoluti è pari a € 302,6, pari al 15,5%. Facendo, riferimento alla popolazione standardizzata[15], il *gap* tra la Regione con "finanziamento effettivo" pro-capite maggiore e quella con finanziamento minore si riduce a € 281,2 ovvero al 14,4% (Figura 2.6.).

Al netto delle risorse finalizzate per il COVID, il "finanziamento effettivo" pro-capite medio nel 2021 è stato pari a € 2.072,8, in crescita del 3,4% sull'anno precedente[16] e del 2,1% medio annuo nel periodo 2016-2021. Ai due estremi della distribuzione si collocano sempre Emilia Romagna e Calabria con un finanziamento effettivo pro-capite rispettivamente pari a € 2.227,6 e € 1.925,7: la differenza in valore assoluto è di € 301,9, ovvero del 15,7%. In termini di popolazione standardizzata, lo scarto tra la Regione con il finanziamento effettivo pro-capite più elevato (Emilia Romagna) e quella con finanziamento minore (Calabria) arriva a € 301,9 ovvero al 15,7% (Figura 2.7.).

Figura 2.6. "Finanziamento effettivo" pro-capite

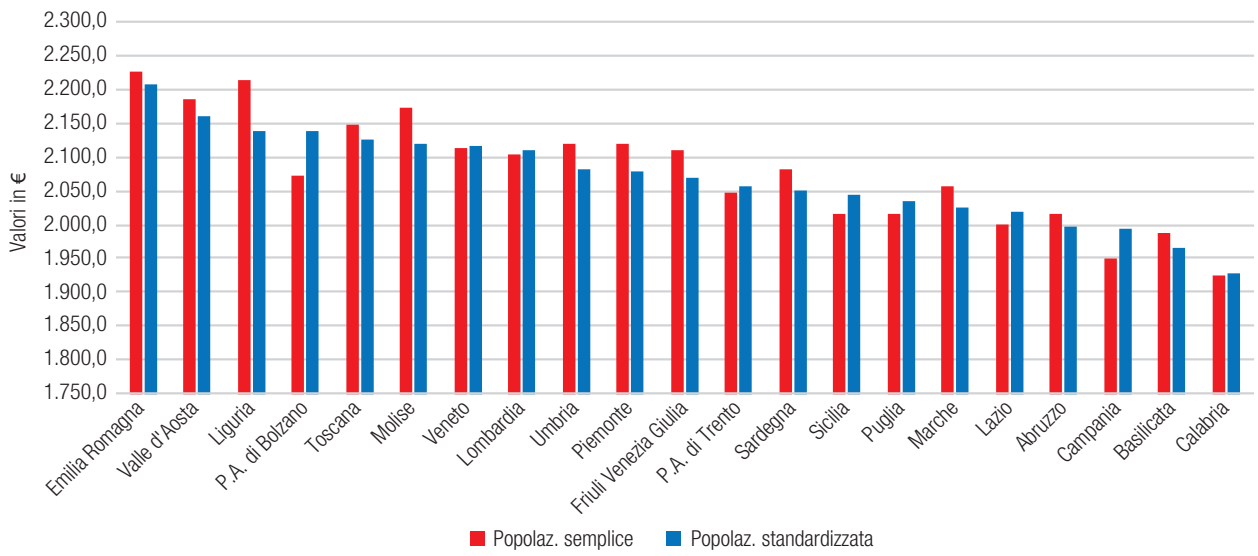


Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2022- © C.R.E.A. Sanità

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

[16] In questo caso anche per l'anno 2020 è stato considerato il finanziamento effettivo al netto delle risorse finalizzate al contrasto della pandemia

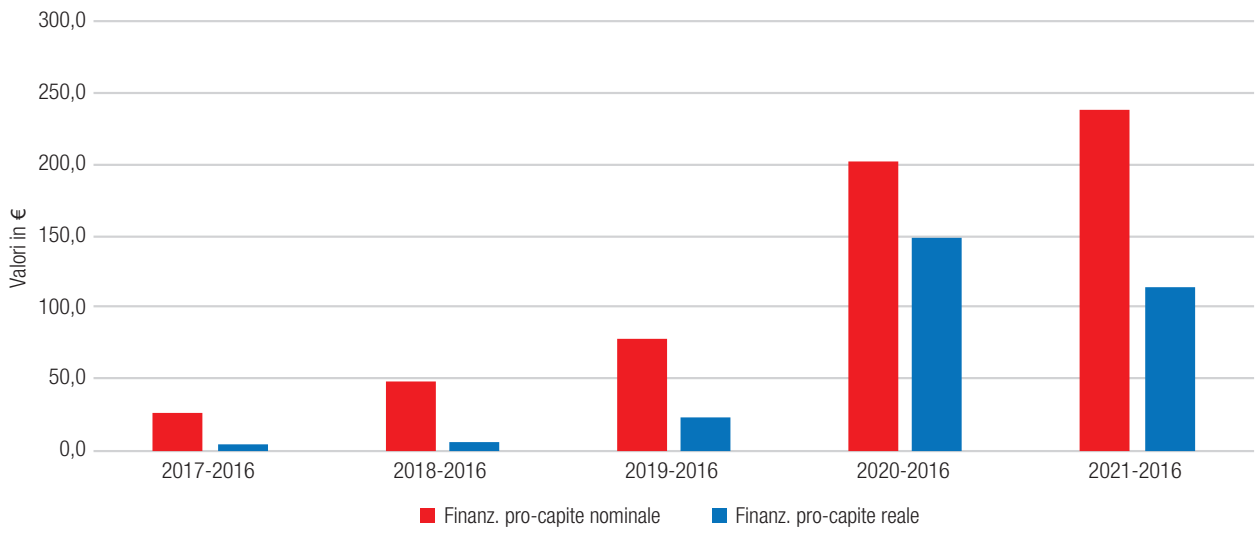
Figura 2.7. "Finanziamento effettivo" pro-capite al netto delle risorse per il COVID



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, Delibera CIPE 35/2021, L.n. 178/2021 e Istat, 2022- © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2016 ed il 2021 il "finanziamento effettivo" pro-capite è cresciuto di € 238,1 (+2,4% medio annuo) in termini nominali: deflazionando con il valore generale del FOI[17], l'incremento in termini reali si riduce a € 113,4 (+1,2% medio annuo) (Figura 2.8.).

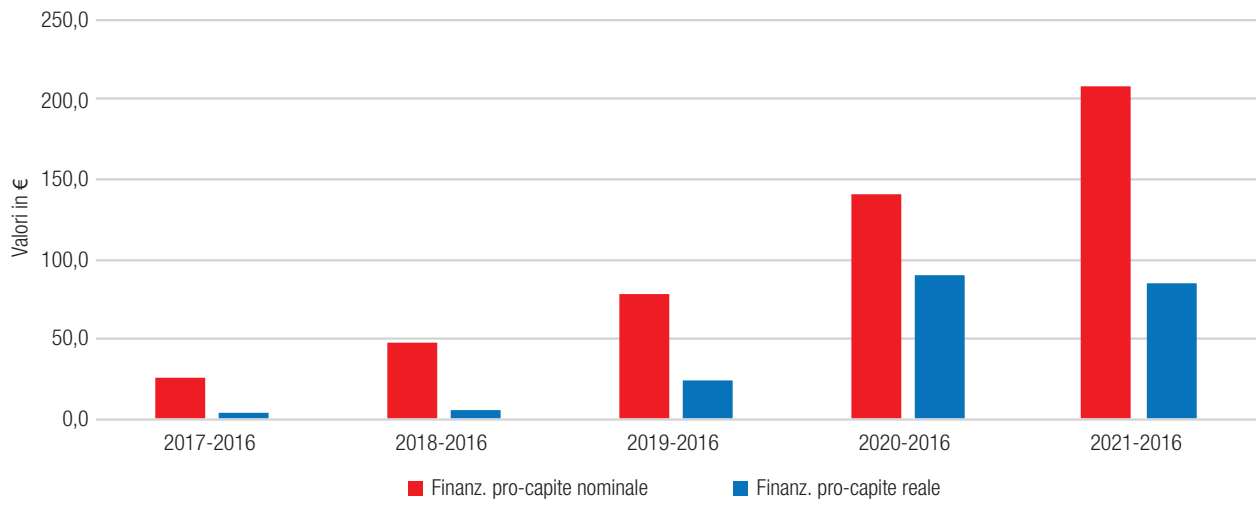
Figura 2.8. "Finanziamento effettivo" pro-capite nominale e reale



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

[17] 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

Figura 2.9. "Finanziamento effettivo" pro-capite nominale e reale al netto risorse COVID



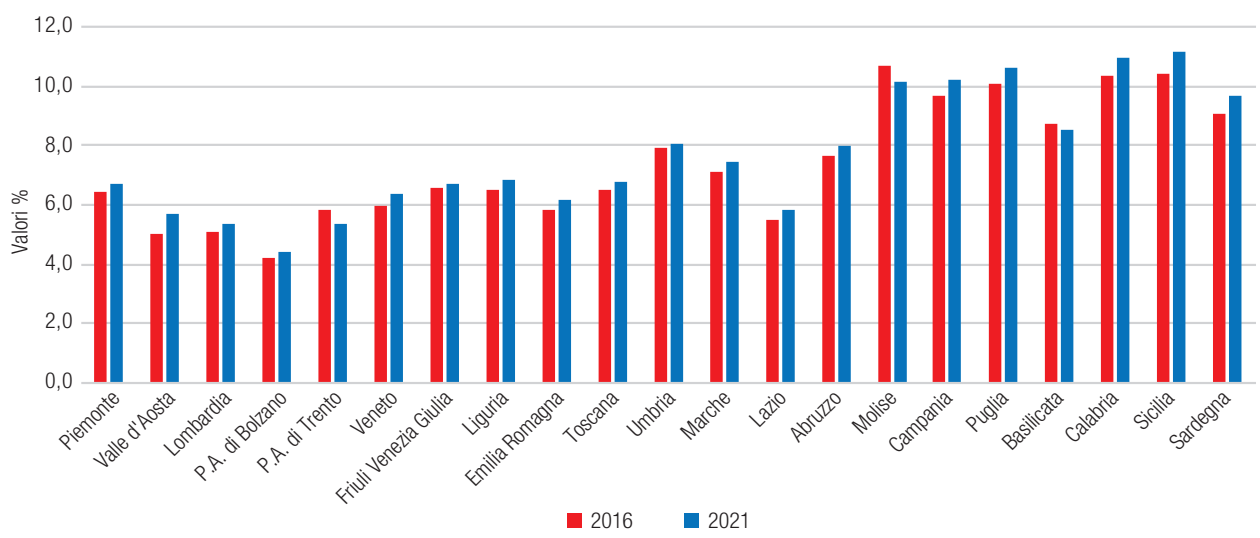
Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, Delibera CIPE 35/2021, L.n. 178/2022 e Istat 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In assenza dei maggiori introiti ripartiti alle Regioni nel 2021 per fronteggiare l'emergenza sanitaria, la crescita in termini reali nel quinquennio sarebbe di € 85,0 (Figura 2.9.).

In termini di rapporto tra finanziamento e Prodotto Interno Lordo (PIL), si passa dal 6,7% del 2016 al 7,0% del 2021, con un evidente gradiente Nord-Sud: in particolare, le risorse destinate alla tutela della salute nelle Regioni del Sud, per effetto della redistribuzione, rappresentano il 10,3% del PIL locale, in crescita rispetto al 2016 (+0,5 p.p.); nelle Regioni del Nord, invece, le risorse destinate alla Sanità rappresentano il 5,9% del PIL locale, in crescita di 0,2 p.p. rispetto al 2016 (Figura 2.10.).

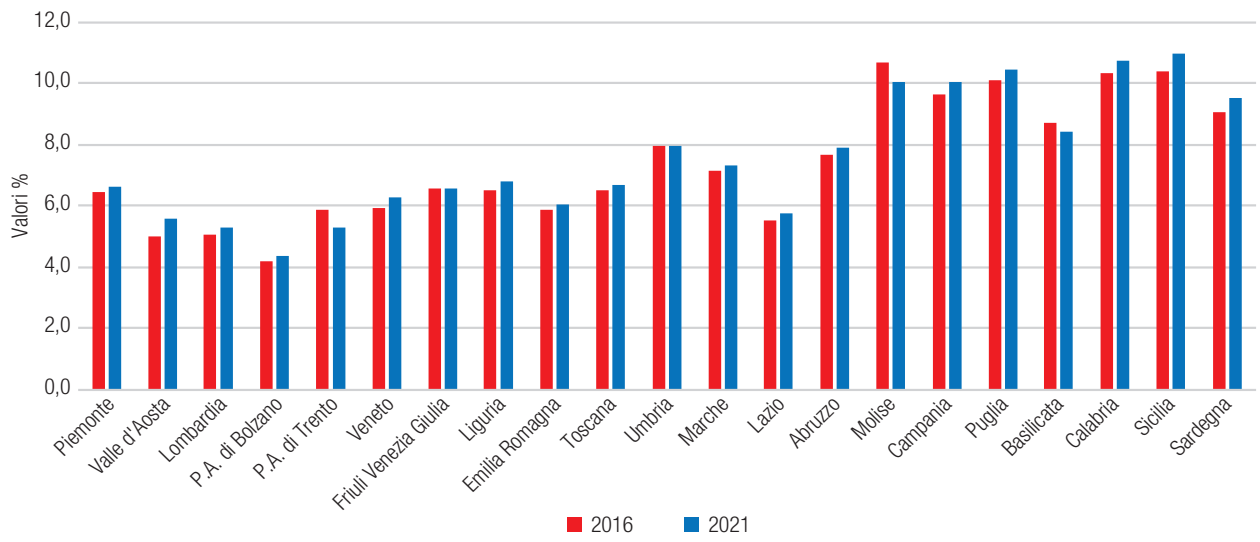
In assenza dei fondi finalizzati all'emergenza COVID, l'incidenza media del finanziamento effettivo sul PIL si sarebbe attestata al 6,9%, in aumento di 0,2 p.p. rispetto al 2016 (Figura 2.11.).

Figura 2.10. Incidenza "finanziamento effettivo" regionale su PIL



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

Figura 2.11. Incidenza sul PIL del "finanziamento effettivo" al netto delle risorse per il COVID



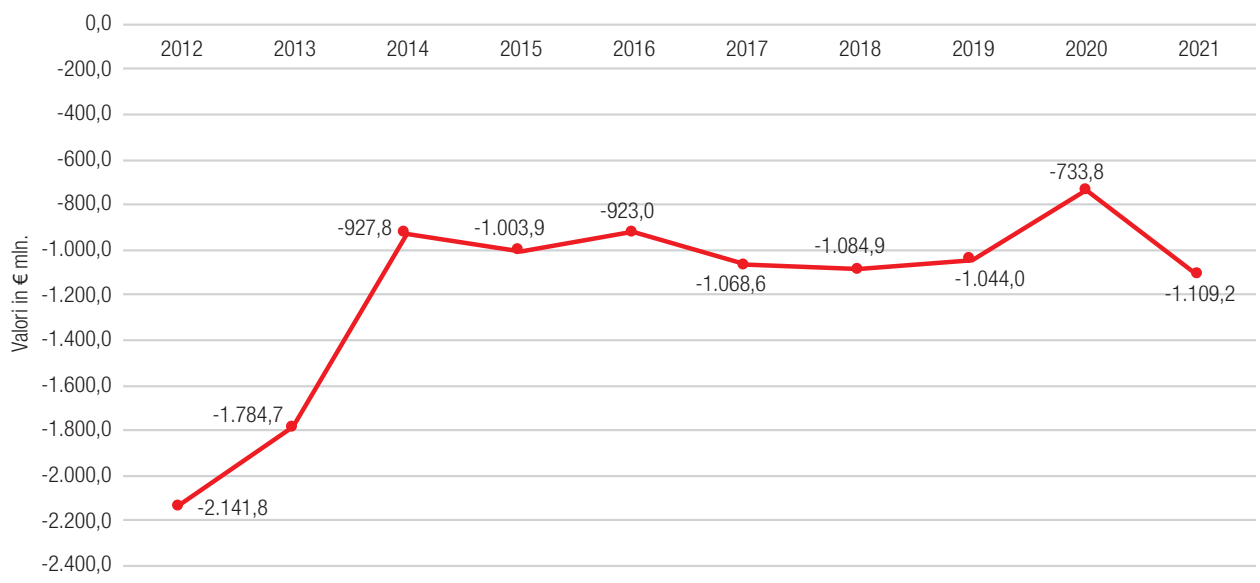
Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della Salute e Istat 2022 - © C.R.E.A. Sanità

2.3. 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 in condizioni di efficienza ed appropriatezza, ovvero con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente a livello nazionale; in pratica il "finanziamento centrale" più le entrate proprie (sia cristallizzate che non).

Secondo questa impostazione, nel 2021, a livello nazionale si registra un risultato di esercizio negativo pari a € 1,1 mld., in aumento del 51,2% sul 2020 e del 20,2% rispetto al 2016 (variazione media annua pari al 3,7%) (Figura 2.12.).

Figura 2.12. Risultati di esercizio



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In termini pro-capite, il disavanzo, nel quinquennio analizzato (2016-2021), è aumentato sia nelle Regioni del Nord (+ 86,7% passando da € 9,7 pro-capite del 2016 a € 18,1 pro-capite del 2021), che in quelle del Centro (+52,3%, passando da € 12,5 pro-capite nel 2016 a € 19,1 pro-capite nel 2021); nelle Regioni della ripartizione meridionale, di contro, è diminuito del 19,6% essendo passato da € 24,1 a € 19,4 pro-capite.

Nel 2021 le Regioni con un risultato di gestione negativo sono state undici esattamente come nel 2016 (Tabella 2.3.).

In assenza delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa, il deficit ammonterebbe a circa € 5,2 mld., in aumento del 18,6% rispetto all'anno precedente e in diminuzione del 3,5% rispetto al 2016 (Figura 2.13.).

Senza compartecipazioni nessuna Regione sarebbe in equilibrio finanziario (Tabella 2.4.).

La spesa sopravanza il finanziamento centrale più le entrate cristallizzate, ovvero il fabbisogno sanitario standard[18], di € 7,8 mld., ovvero € 131,8 pro-capite.

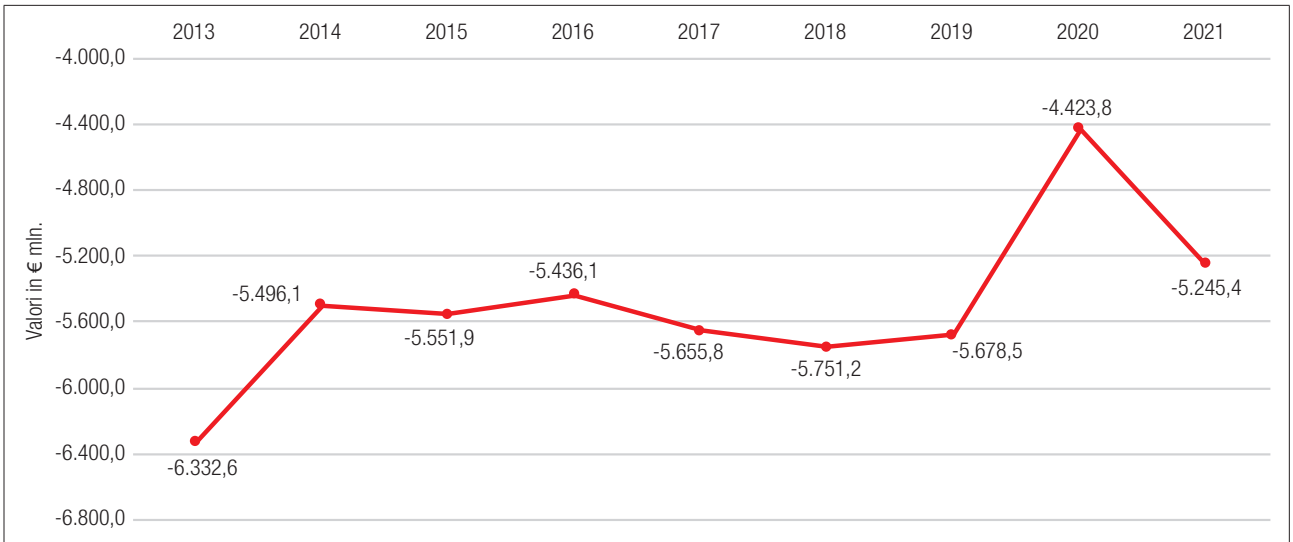
Nel 2021 nessuna Regione è riuscita a rispettare il finanziamento stimato quale necessarie per assicurare i LEA (Tabella 2.5.).

Tabella 2.3. Risultati di esercizio pro-capite

Regioni	Pro-capite 2016 (€)	Pro-capite 2021 (€)
Italia	-15,2	-18,7
Piemonte	1,9	4,9
Valle d'Aosta	-202,0	-178,7
Lombardia	0,6	15,0
P.A. di Bolzano	-430,1	-676,4
P.A. di Trento	12,0	-402,2
Veneto	2,8	14,6
Friuli Venezia Giulia	8,0	-79,0
Liguria	-40,5	-27,9
Emilia Romagna	0,0	0,1
Toscana	-11,2	-39,5
Umbria	3,2	0,2
Marche	15,9	7,6
Lazio	-23,2	-15,8
Abruzzo	-29,1	-0,5
Molise	-134,9	-190,3
Campania	5,3	0,3
Puglia	-9,4	-33,7
Basilicata	17,2	20,3
Calabria	-50,5	14,2
Sicilia	-0,0	0,1
Sardegna	-196,1	-149,5

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

Figura 2.13. Risultati di esercizio al netto delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2022- © C.R.E.A. Sanità

[18] Si fa riferimento al dato di spesa pubblicato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel suo ultimo Rapporto. In aggiunta si sottolinea che è stato impiegato il dato di spesa post mobilità

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

Regioni	Pro-capite 2016 (€)	Pro-capite 2021 (€)
Italia	- 89,6	-88,6
Piemonte	-60,0	-48,1
Valle d'Aosta	-300,7	-256,1
Lombardia	-83,7	-62,7
P.A. di Bolzano	-491,6	-738,4
P.A. di Trento	-62,0	-469,7
Veneto	-82,9	-60,7
Friuli Venezia Giulia	-56,9	-134,9
Liguria	-105,7	-85,4
Emilia Romagna	-67,2	-60,6
Toscana	-78,1	-93,7
Umbria	-56,8	-57,4
Marche	-41,0	-43,0
Lazio	-100,5	-87,8
Abruzzo	-92,6	-61,1
Molise	-200,6	-262,6
Campania	-85,1	-93,8
Puglia	-78,7	-103,6
Basilicata	-52,0	-44,4
Calabria	-111,6	-45,7
Sicilia	-76,2	-78,7
Sardegna	-256,9	-209,7

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

Tabella 2.5. Differenza tra FSN e spesa. Anno 2021

Regioni	Valori assoluti (€ mln.)	Valori pro-capite (€)
Italia	-7.808,1	-131,8
Piemonte	-480,4	-112,4
Valle d'Aosta	-69,8	-562,8
Lombardia	-189,4	-19,0
P.A. di Bolzano	-466,4	-872,0
P.A. di Trento	-257,5	-475,0
Veneto	-518,1	-106,4
Friuli Venezia Giulia	-290,0	-241,3
Liguria	-388,3	-255,7
Emilia Romagna	-412,1	-92,8
Toscana	-610,8	-165,4
Umbria	-119,6	-138,1
Marche	-106,0	-70,7
Lazio	-600,1	-104,7
Abruzzo	-204,6	-159,7
Molise	-45,1	-153,2
Campania	-723,9	-128,7
Puglia	-573,4	-145,8
Basilicata	-102,8	-188,6
Calabria	-338,9	-182,2
Sicilia	-785,4	-162,5
Sardegna	-525,3	-330,3

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

2.4. I finanziamenti per il COVID

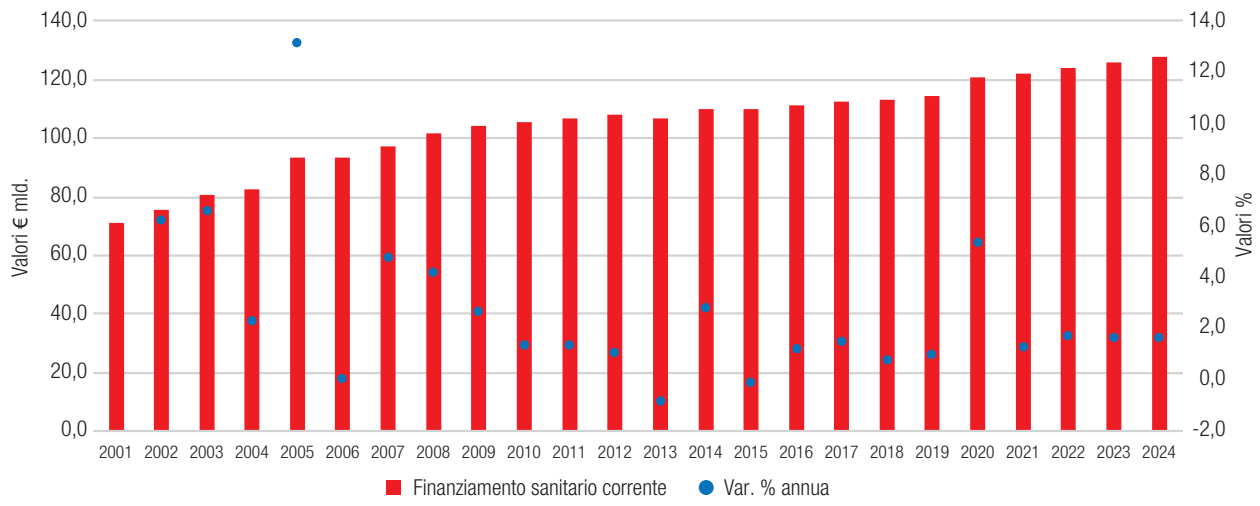
Il livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* dovrebbe garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza; la sua quantificazione avviene, in ciascun anno, partendo sia dall'analisi del quadro macroeconomico complessivo che dalla considerazione dei vincoli di finanza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

Se analizziamo l'evoluzione del livello del finanziamento del SSN tra il 2001 e il 2024, è possibile argomentare come solamente a partire dal 2016 tale livello sia risultato essere stabilmente in crescita. Prima di questa data, infatti, ha palesato una variazione di segno negativo tra il 2012 e il 2013 (-0,9%) e tra il 2014 e il 2015 (-0,2%) (Figura 2.14.).

Antecedentemente all'insorgere della pandemia, la Legge di Bilancio n. 145/2018 aveva determinato il livello di finanziamento del fabbisogno nazionale *standard,* per il triennio 2019-2021, in € 114,4 mld. per il 2019, prevedendo un incremento di € 2,0 mld. per il 2020 e quindi "solamente" un +1,7% rispetto all'anno precedente.

In particolare, con la Delibera n. 35 del 2021, il CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica) ha rideterminato per il 2020 il livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard al quale concorre lo Stato nella misura di € 120,6 mld.: di questi, il 3,0% (€ 3,6 mld.) è stato finalizzato al finanziamento delle misure sanitarie di contrasto alla diffusione dell'epidemia.

Figura 2.14. Finanziamento corrente del SSN



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Le misure varate[19], nel corso del 2020, per fronteggiare la diffusione del COVID sono state dirette, in larga misura, a sostenere la spesa corrente e sono fondamentalmente riconducibili a quattro ambiti di intervento: 1) aumento delle dotazioni di personale delle strutture "stressate" dalla pandemia; 2) adeguamento "immediato" delle strutture di ricovero in termini di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva; 3) rafforzamento delle strutture territoriali e 4) attenuazione degli effetti negativi dell'epidemia in termini di rinvio degli *screening*, di allungamento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche, di posticipazione dei ricoveri non urgenti e ecc..

In particolare, agli interventi previsti dal Decreto L.n. 18/2020 sono state assegnate il 39,4% (€ 1.410,0 mln.) delle risorse finalizzate (il 15,4% per il reclutamento del personale, il 7,0% per la remunerazione degli straordinari del personale del SSN, il 6,7% per il potenziamento della dotazione di posti letto nelle terapie intensive anche mediante la stipula di contratti con operatori privati, ecc.); al potenziamento dell'assistenza territoriale è stato imputato oltre il 35,0% (€ 1.256,6 mln.) del finanziamento finalizzato al contrasto della pandemia, mentre a quello dell'area ospedaliera il 12,1% (€ 431,0 mln.). Infine, per rispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, *screening* e di ricovero non erogate nel periodo dell'emergenza e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa sono stati stanziati € 478,2 mln. ovvero il 13,4% del totale finalizzato (Tabella 2.6.).

Con la Legge di Bilancio 2021 (L.n. 178/2020), il livello del finanziamento del SSN per l'anno 2021 riporta un ulteriore incremento: +1,2% sull'anno precedente e +3,5% rispetto a quanto preventivato nella Legge di Bilancio n. 145/2018 emanata prima della diffusione della pandemia, attestandosi a € 122,1 mld.. Al pari di quanto avvenuto per l'anno 2020, nel cennato livello sono ricompresi anche finanziamenti finalizzati al contrasto dell'emergenza pandemica per un ammontare complessivo pari a € 1,8 mld.. Appare, pertanto, evidente che la "capienza" del FSN per il 2021 è determinata a partire dalla "capienza" del FSN del 2020 comprensivo, pertanto, di parte dei

[19] D.L.n. 14/2020 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID"; D.L.n. 18/2020 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID; D.L.n. 34/2020 "Misure urgenti in materia di salute e di sostegno al lavoro e all'economia"; D.L.n. 104/2020 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia"

Tabella 2.6. Misure emergenziali emanate per il 2020. Valori in € mln. e %

Normativa di riferimento	Valori in € mln.	Valori %
Totale D.L.n. 18/2020	**1.410,0**	**39,4**
Reclutamento personale con assunzioni e incarichi	550,0	15,4
Incremento ore ass. spec. accreditata	6,0	0,2
USCA	104,0	2,9
Lavoro straordinario personale dipendente SSN	250,0	7,0
Reclutamento personale	100,0	2,8
Contratti erogatori privati	240,0	6,7
Requisizione personale, attrezzature, strutture	160,0	4,5
Totale D.L.n. 34/2020 ass. territoriale	**1.256,6**	**35,1**
Locazione e ass. territoriale	32,5	0,9
ADI	468,9	13,1
ADI	265,0	7,4
Personale e infermieri	332,6	9,3
Personale USCA in convenzione	61,0	1,7
Personale assistenti sociali	14,3	0,4
Centrali operative	48,6	1,4
Centrali operative	23,6	0,7
MMG	10,0	0,3
Totale D.L.n. 34/2020 ass. ospedaliera	**431,0**	**12,1**
Assunzioni per mezzi di soccorso	52,0	1,5
Incentivi al personale	190,0	5,3
Assunzioni personale	189,0	5,3
Totale D.L.n. 104/2020	**478,2**	**13,4**
Abbattimento liste di attesa	478,2	13,4
Totale finalizzato	**3.575,8**	**100,0**

Fonte: elaborazione su D.L.n. 18/2020, D.L. 34/2020, D.L.n. 194/2020, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

finanziamenti finalizzati per il COVID che, per il 2021, vengono, nei fatti, incorporati nel finanziamento ordinario al quale vengono aggiunti ulteriori € 1,8 mld. finalizzati al contrasto dell'epidemia. Pertanto, rispetto agli "originari" € 117,9 mld. si tratta di un incremento di circa € 4,2 mld.: un incremento del FSN assai più cospicuo di quello originariamente preventivato nella Legge di Bilancio n. 145 del 2018 che aveva stimato, come cennato, in € 117,9 mld. il fabbisogno sanitario nazionale standard (ricordiamo in aumento di € 1,5 mld. sul 2020 al netto del finalizzato) al quale se aggiungiamo le risorse finalizzate 2021 per il contrasto del COVID, il FSN raggiunge una capienza pari a € 119,7 mld. ovvero € 2,4 mld. inferiore a quello stabilito dalla Legge di Bilancio n. 178/2020, che evidentemente ha *switchato* parte del finalizzato 2020 nel finanziamento ordinario per il 2021.

Ritornando al finalizzato 2021, oltre il 39,0% è destinato al reclutamento di personale sia in ambito territoriale che ospedaliero, l'11,5% è "investito" per l'esecuzione dei tamponi sul territorio e per una presa in carico tempestiva da parte dei MMG, il 22,7% è destinato alla somministrazione dei vaccini e al reperimento di strutture idonee all'accoglienza di pazienti COVID ed il rimanente 3,4% è rivolto a garantire l'esenzione per i controlli ai pazienti ex COVID nonché a garantire i servizi neuropsichiatrici per adolescenti e per l'infanzia (Tabella 2.7.).

Tabella 2.7. Misure emergenziali emanate per il 2021. Valori in € mln. e %

Normativa di riferimento	Valori in € mln.	Valori %
Totale D.L.n. 34/2020	**1.410,0**	**39,4**
Reclutamento personale per ass. territoriale	768,7	43,1
Reclutamento personale per ass. ospedaliera	347,1	19,4
Totale L.n. 178/2020	**205,0**	**11,5**
Tamponi da parte MMG e PLS	70,0	3,9
Personale per campagna vaccinale	100,0	5,6
Presa in carico veloce da parte MMG	25,0	1,4
Disciplina rapporti PLS	10,0	0,6
Totale D.L. n. 41/2021	**404,6**	**22,7**
Fondo per somministrazione vaccini	345,0	19,3
Covid Hotel	51,6	2,9
Indennità Covid	8,0	0,4
Totale D.L. n. 73/2021	**60,1**	**3,4**
Esenzione prestazioni monitoraggio pazienti ex Covid	28,8	1,6
Servizi neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza - assistenti sociali	8,0	0,4
Servizi neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza - psicologi	19,9	1,1
Prevenzione negli ambienti e luoghi di lavoro	3,4	0,2
Totale finalizzato	**1.785,4**	**100,0**

Fonte: elaborazione su D.L. n. 41/2021, D.L. n. 73/2021, D.L. n. 34/2020 e L. n. 178/2020, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Inoltre, si tenga presente che nel 2020 le Regioni hanno avuto accesso ai finanziamenti finalizzati in base alle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate nel 2019 e, quindi, in maniera palesemente indipendente dal numero di contagi riportati nelle varie Regioni. In termini pro-capite, per fronteggiare gli oneri aggiuntivi derivanti dall'emergenza sanitaria, sono stati stanziati € 60,0 pro-capite: € 59,9 pro-capite nelle Regioni settentrionali, € 60,6 in quelle centrali e € 59,7 in quelle meridionali. In linea generale, le Regioni della ripartizione settentrionale hanno beneficiato di un finanziamento finalizzato pro-capite più elevato rispetto alle Regioni appartenenti alla ripartizione centrale e soprattutto meridionale, per effetto del fattore demografico sottostante la stima del fabbisogno sanitario indistinto corrente (Tabella 2.8.).

Analogamente a quanto avvenuto nel 2020, anche per il 2021, le Regioni hanno avuto accesso al finanziamento finalizzato sulla base delle quote di accesso al fabbisogno indistinto del 2020: nuovamente "nessuna volontà" di mettere in correlazione il finanziamento finalizzato con il numero di contagi rilevati nelle varie Regioni. In termini pro-capite si tratta di un finanziamento aggiuntivo di € 29,9: nelle Regioni settentrionali sono stati stanziati € 29,9 pro-capite, in quelle centrali € 30,2 pro-capite e in quelle meridionali € 29,8 pro-capite (Tabella 2.8.).

Per gli anni successivi, la citata Legge di Bilancio 2021 aveva programmato in € 0,9 mld. l'incremento del livello di finanziamento per il 2022 (ovvero € 122,3 mld.) e in € 0,5 mld. quello per gli anni 2023, 2024 e 2025 (ovvero € 122,8 mld., € 123,3 mld. e € 123,8 mld.). Se con la Legge di Bilancio 2022 fossero state confermate queste indicazioni normative, avrebbe significato che nel giro di 2/3 anni si sarebbe verificato un rapido "recupero" dell'incremento riconosciuto tra il 2020 e il 2021 per fronteggiare la crisi pandemica. Nei termini suddetti, il maggior finanziamento ordinario concesso nel 2021 rispetto al *trend* degli anni precedenti si sarebbe, pertanto, configurato non come una scelta strutturale di rifinanziamento del SSN, quanto piuttosto come una risposta ad una situazione congiunturale di emergenza, resa possibile dalla "sospensione" (temporanea) del Patto di Stabilità.

Tabella 2.8. Quote accesso risorse finalizzate. Valori assoluti e %. Anni 2020 e 2021

Regioni	Anno 2020		Anno 2021	
	Quote accesso (%)	Valori pro-capite (€)	Quote accesso (%)	Valori pro-capite (€)
Italia	100,0	60,0	100,0	29,9
Piemonte	7,4	61,3	7,4	30,6
Valle d'Aosta	0,2	60,1	0,2	30,0
Lombardia	16,6	59,1	16,6	29,5
P.A. di Bolzano	0,9	57,1	0,9	28,5
P.A. di Trento	0,9	58,3	0,9	29,1
Veneto	8,1	59,5	8,1	29,7
Friuli Venezia Giulia	2,1	61,1	2,1	30,5
Liguria	2,7	63,1	2,7	31,5
Emilia Romagna	7,4	59,6	7,4	29,8
Toscana	6,3	61,0	6,3	30,5
Umbria	1,5	61,2	1,5	30,6
Marche	2,6	60,8	2,6	30,3
Lazio	9,7	60,1	9,7	30,0
Abruzzo	2,2	60,5	2,2	30,2
Molise	0,5	61,9	0,5	30,9
Campania	9,3	58,3	9,3	29,1
Puglia	6,6	60,0	6,6	29,9
Basilicata	0,9	60,8	0,9	30,3
Calabria	3,2	60,4	3,2	30,2
Sicilia	8,2	60,0	8,2	30,0
Sardegna	2,8	61,0	2,8	30,5

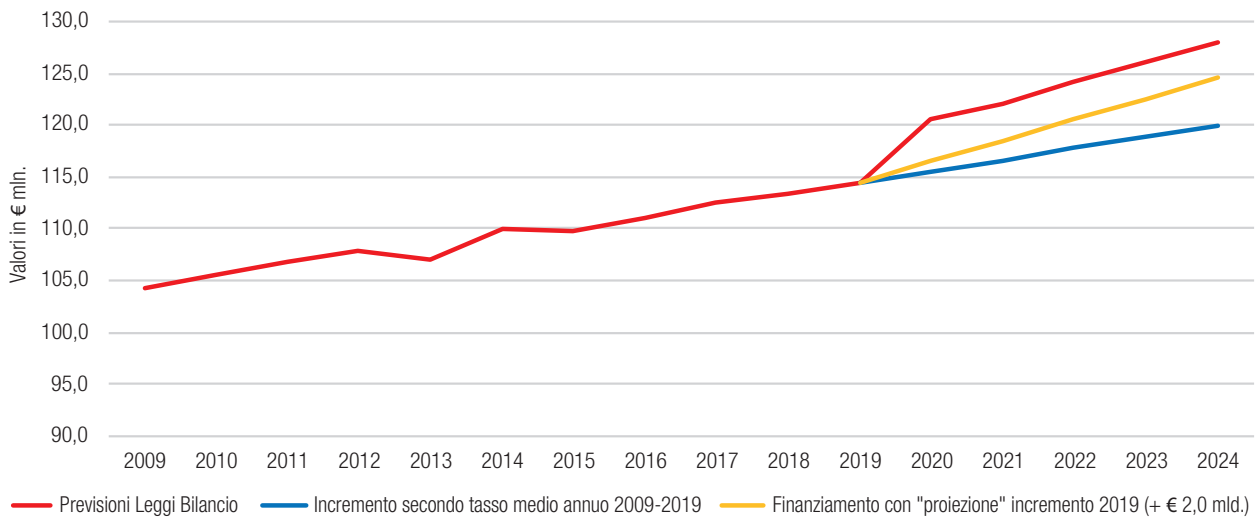
Fonte: elaborazione su D.L.n. 18/2020, D.L. n. 34/2020, D.L. n. 194/2020 e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

2.5. L'evoluzione del finanziamento del SSN

La Legge di Bilancio 2022 (L.n. 234/2021) ha rimodulato gli incrementi del livello del finanziamento ordinario portandolo per il triennio 2022-2024 rispettivamente a: € 124,1 mld., € 126,1 mld. e € 128,1 mld.. Si tratta di incrementi programmati pari a € 2,0 mld. in ciascuno dei tre anni, riportando, pertanto, la crescita del finanziamento sui medesimi livelli che erano stati programmati immediatamente prima del verificarsi della pandemia.

Qualora mettessimo a confronto il livello del finanziamento così come previsto nelle normative sia con quello che si sarebbe ottenuto se avessimo applicato a partire dal 2020 il tasso di crescita medio annuo registrato nel periodo 2009-2019 che con quello che si otterrebbe ipotizzando incrementi costanti di € 2,0 mld. annui a partire dal 2020, emerge come il finanziamento effettivo a partire dal 2020 è risultato essere in tutti gli anni superiore alle due tendenze ipotizzate. Ciò sembrerebbe suggerire che il legislatore con la Legge di Bilancio 2022 abbia inteso modificare la "traiettoria" disegnata dalla Legge di Bilancio dell'anno precedente di fatto inglobando i finanziamenti finalizzati al contrasto dell'epidemia nel finanziamento ordinario; in particolare, con la cennata Legge il finanziamento ordinario del 2020 costituisce la "base" di partenza alla quale imputare incrementi annui costanti pari a quello previsto immediatamente prima della crisi pandemica (Figura 2.15.).

Figura 2.15. *Trend* di finanziamento del SSN



Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

2.6. Gli investimenti in Sanità: il contributo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza alle spese in conto capitale

Il 2021 è stato caratterizzato anche dall'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il piano operativo che dettaglia riforme e investimenti necessari al rilancio dell'economia. In particolare, il Piano raggruppa i progetti di investimento e di riforma in sedici Componenti, raggruppate a loro volta in sei Missioni: la Missione 6 è dedicata alla Salute.

Per l'attuazione del proprio PNRR, l'Italia ha ottenuto dall'EU € 191,5 mld., di cui € 68,9 mld. (il 36,0%) sotto forma di sostegno non rimborsabile e € 122,6 mld. (il rimanente 64,0%) in prestito. Nel PNRR, al comparto della sanità vengono attribuiti € 15,65 mld. a cui si aggiungono € 1,71 mld. del fondo *React* EU[20] e € 2,89 mld. di un fondo complementare alimentato da scostamenti di bilancio, per un totale di € 20,23 mld. da ripartire tra le due Componenti della Missione salute e da spendere nel periodo 2021-2026 (Tabella 2.9.).

Tabella 2.9. PNRR: Missione salute. Anno 2021

M6. Salute	PNRR (€ mld.)	React EU (€ mld.)	Fondo complementare (€ mld.)	Totale (€ mld.)
M6C1: reti pross., strutture e telemed. per ass. territoriale	7,00	1,50	0,50	9,00
M6C2: innovaz. e ricerca e digitalizzaz del SSN	8,63	0,21	2,39	11,23
Totale	15,63	1,71	2,89	20,23

Fonte: PNRR, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

[20] Il *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (React EU) funziona come un piano di assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa. Rientra nel *Next Generation* EU e contribuirà a una ripresa economica sostenibile. I fondi React EU sono ripartiti tra gli Stati membri tenendo conto della prosperità del Paese e degli effetti dell'attuale crisi sull'economie e sulla società, anche in termini di disoccupazione giovanile. Le misure si concentrano sul sostegno alla resilienza del mercato del lavoro, all'occupazione, alle piccole e medie imprese e alle famiglie a basso reddito. Tali fondi poi, contribuiscono a predisporre basi che possano far fronte alle esigenze future per le transizioni verde e digitale e per una ripresa socio economica sostenibile (Parlamento europeo)

Tabella 2.10. PNRR: Missione salute

M6. Salute	PNRR (%)	React EU (%)	Fondo complementare (%)	Totale (%)
M6C1: reti pross., strutture e telemed. per ass. territoriale	44,8	87,7	17,3	44,5
M6C2: innovaz. e ricerca e digitalizzaz del SSN	55,2	12,3	82,7	55,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

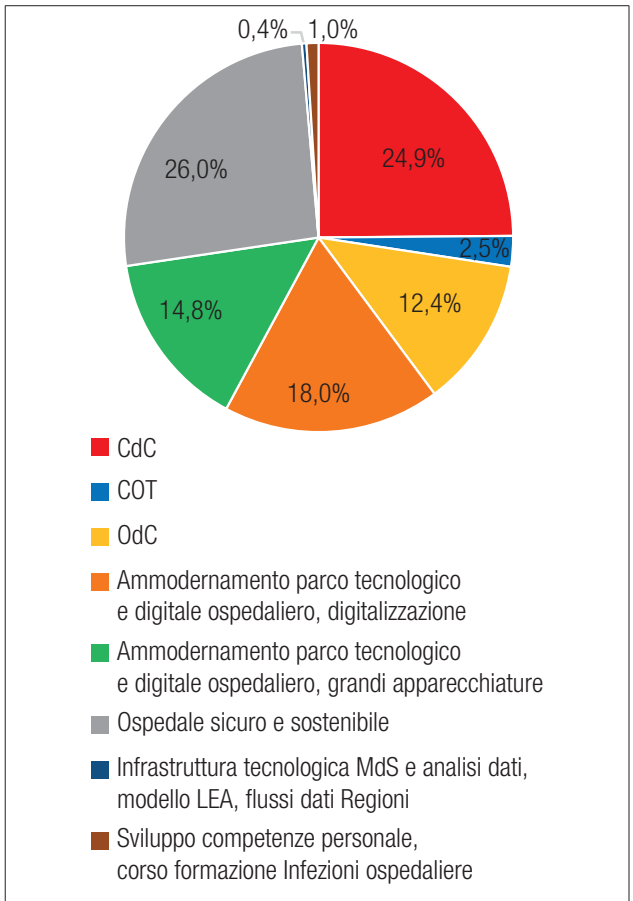
Fonte: PNRR, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Circa il 45,0% delle risorse del PNRR destinate alla Missione salute sono finalizzate all'implementazione della prima Componente (M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale) e il 55,2% alla realizzazione della seconda Componente (M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN); oltre l'87,0% delle risorse del fondo *React* EU sono assegnate alla M6C1 e il rimanente 12,3% alla M6C2. Infine, il 17,3% degli stanziamenti del fondo complementare sono deputati alla realizzazione della M6C1 e l'82,7% a quella della M6C2 (Tabella 2.10.).

Alla data in cui si scrive, l'attuazione dei richiamati interventi è stata avviata con l'approvazione del Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, con il quale si è provveduto a ripartire tra le Regioni oltre € 8,0 mld. ovvero oltre il 39,0% del finanziamento previsto dal PNRR per la missione salute.

Le somme ripartite puntano a sviluppare l'assistenza territoriale e l'innovazione; in particolare, per la realizzazione delle Case della Comunità (CdC) sono stati assegnati e ripartiti circa € 2,0 mld. (ovvero il 24,9%), per le Centrali Operative Territoriali (Cot), che svolgeranno una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi livelli di assistenza, sono stati stanziati € 204,5 mln. (il 2,5%), per gli Ospedali della Comunità (OdC, strutture di ricovero dell'assistenza territoriale, con 20 posti letto, a metà tra domicilio e ricovero ospedaliero) è stato messo in campo € 1,0 mld. (il 12,4%), per l'ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero sono stati assegnati alle Regioni oltre € 2,6 mld. (il 32,8%) e al rafforzamento strutturale degli ospedali, con l'incremento e la riqualificazione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva sono stati imputati oltre € 2,0 mld. (il 26,0%). Altri investimenti per circa € 110,0 mln. (l'1,4%) riguardano l'infrastruttura tecnologica, l'analisi dati, la vigilanza sui LEA, lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del SSN (Figura 2.16.).

Figura 2.16. Riparto dei finanziamenti. Anno 2022



Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.11. PNRR: Componente 1. Anno 2022

Regioni	CdC (€ mln.)	Quote accesso CdC (%)	COT (€ mln.)	Quote accesso COT (%)	OdC (€ mln.)	Quote accesso OdC (%)
Italia	2.000,0	100,0	204,5	100,0	1.000,0	100,0
Nord	770,2	38,5	94,1	46,0	420,1	42,0
Centro	329,8	16,5	40,9	20,0	179,9	18,0
Sud e Isole	900,0	45,0	69,5	34,0	400,0	40,0
Piemonte	121,8	6,1	14,7	7,2	66,4	6,6
Valle d'Aosta	3,5	0,2	0,3	0,2	1,9	0,2
Lombardia	277,2	13,9	34,4	16,8	151,2	15,1
P.A. di Bolzano	14,4	0,7	1,7	0,8	7,8	0,8
P.A. di Trento	15,0	0,7	1,7	0,8	8,2	0,8
Veneto	135,4	6,8	16,7	8,2	73,9	7,4
Friuli Venezia Giulia	34,3	1,7	4,1	2,0	18,7	1,9
Liguria	44,0	2,2	5,1	2,5	24,0	2,4
Emilia Romagna	124,7	6,2	15,3	7,5	68,0	6,8
Toscana	104,2	5,2	12,6	6,2	56,8	5,7
Umbria	24,6	1,2	3,1	1,5	13,4	1,3
Marche	42,5	2,1	5,1	2,5	23,2	2,3
Lazio	158,5	7,9	20,1	9,8	86,5	8,6
Abruzzo	58,9	2,9	4,4	2,2	26,2	2,6
Molise	13,8	0,7	1,0	0,5	6,1	0,6
Campania	249,7	12,5	19,8	9,7	111,0	11,1
Puglia	177,2	8,9	13,6	6,7	78,8	7,9
Basilicata	25,0	1,3	2,0	1,0	11,1	1,1
Calabria	84,7	4,2	6,5	3,2	37,6	3,8
Sicilia	217,0	10,8	16,7	8,2	96,4	9,6
Sardegna	73,7	3,7	5,5	2,7	32,7	3,3

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In linea generale, per l'assegnazione dei finanziamenti alle Regioni è stato fatto riferimento alle quote di accesso previste per la distribuzione del FSN del 2021 tenendo presente il vincolo che alle Regioni meridionali sia assicurato almeno il 40,0% delle risorse totali. Per alcune voci sono stati previsti, però, dei "correttivi": per le COT il PNRR ha stabilito che ne sia assicurata almeno una ogni 100.000 abitanti (600 in tutto); per le CdC è stato previsto che al Sud e alle Isole siano assegnati almeno il 45,0% dei finanziamenti previsti per questo investimento. Riguardo quest'ultimo aspetto, l'incremento della quota è dettato dalla considerazione che le Regioni meridionali dispongono, in linea generale, di un numero minore di strutture sul territorio che possono essere convertite in CdC (Tabella 2.11.; Tabella 2.12.).

Complessivamente i riparti assicurano una quota del 41,1% alle Regioni meridionali; tenendo conto di tutti gli interventi, dunque, il vincolo territoriale previsto dal PNRR risulta rispettato anche per quanto concerne la distribuzione dei finanziamenti tra le Regioni (Tabella 2.13.). Tuttavia, appare lecito chiedersi se i criteri di riparto adottati siano idonei a rispettare le differenze di dotazioni presenti nelle varie Regioni; infatti, la percentuale di risorse destinata "obbligatoriamente" alle Regioni meridionali si configura come un criterio molto rigido che non necessariamente risulta valido per tutte le tipologie di investimenti e altrettanto non necessariamente risulta idoneo a garantire la perequazione infrastrutturale.

Tabella 2.12. PNRR: Componente 2. Anno 2022

Regioni	Digitaliz. e grandi apparec. osp. (€ mln)	Quote accesso digitaliz. e grandi apparec. osp. (%)	Ospedale sicuro e sostenibile (€ mln.)	Quote accesso ospedale sicuro e sostenibile (%)	Infrastrut., analisi dati, modello LEA, flussi dati Regioni	Quote accesso infrastrut., analisi dati, modello LEA, flussi dati Regioni (%)	Infezioni ospedaliere (€ mln.)	Quote accesso infezioni ospedaliere (%)
Italia	2.639,3	100,0	2.088,9	100,0	30,3	100,0	80,0	100,0
Nord	1.108,8	42,0	877,6	42,0	12,7	42,0	35,0	43,7
Centro	474,7	18,0	375,7	18,0	5,5	18,0	13,0	16,3
Sud e Isole	1.055,7	40,0	835,5	40,0	12,1	40,0	32,0	40,0
Piemonte	175,3	6,6	138,8	6,6	2,0	6,6	5,7	7,2
Valle d'Aosta	5,0	0,2	4,0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3
Lombardia	399,1	15,1	315,8	15,1	4,6	15,1	10,5	13,1
P.A. di Bolzano	20,7	0,8	16,4	0,8	0,2	0,8	0,9	1,2
P.A. di Trento	21,6	0,8	17,1	0,8	0,2	0,8	0,9	1,1
Veneto	194,9	7,4	154,3	7,4	2,2	7,4	6,1	7,7
Friuli Venezia Giulia	49,3	1,9	39,0	1,9	0,6	1,9	2,1	2,6
Liguria	63,4	2,4	50,2	2,4	0,7	2,4	2,4	3,1
Emilia Romagna	179,5	6,8	142,0	6,8	2,1	6,8	6,2	7,7
Toscana	150,0	5,7	118,7	5,7	1,7	5,7	5,3	6,6
Umbria	35,4	1,3	28,0	1,3	0,4	1,3	1,2	1,5
Marche	61,2	2,3	48,4	2,3	0,7	2,3	2,0	2,5
Lazio	228,2	8,6	180,6	8,6	2,6	8,6	4,5	5,6
Abruzzo	69,1	2,6	54,7	2,6	0,8	2,6	2,4	3,0
Molise	16,2	0,6	12,8	0,6	0,2	0,6	0,5	0,6
Campania	292,9	11,1	231,8	11,1	3,4	11,1	7,2	9,0
Puglia	207,9	7,9	164,5	7,9	2,4	7,9	6,4	8,0
Basilicata	29,4	1,1	23,3	1,1	0,3	1,1	1,2	1,5
Calabria	99,3	3,8	78,6	3,8	1,1	3,8	3,2	4,0
Sicilia	254,5	9,6	201,5	9,6	2,9	9,6	7,5	9,4
Sardegna	86,4	3,3	68,4	3,3	1,0	3,3	3,6	4,5

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

A questo punto si attende il riscontro dei fatti, cioè la capacità di tradurre operativamente riforme e investimenti in risultati concreti per i cittadini; appare chiaro, tuttavia, che ci sono diverse difficoltà da affrontare per realizzare gli investimenti programmati. Innanzitutto, i tempi di realizzazione appaiono assai brevi e le Regioni dovrebbero possedere tutte la stessa capacità di progettazione e realizzazione. In secondo luogo, appare tutt'altro che banale innestare nei diversi Servizi Sanitari Regionali (SSR) le innovazioni contenute nel PNRR; infatti, quest'ultimo richiede ovunque l'applicazione dei nuovi standard dell'assistenza territoriale e l'attuazione di tutti gli investimenti.

Ulteriore nodo da sciogliere è quello del finanziamento degli oneri correnti generati dagli investimenti permessi dal PNRR, ovvero dai nuovi servizi (CdC, COT, OdC, etc.); in particolare quelli concernente le spese del personale.

Ad esempio, il PNRR originariamente aveva previsto entro il 2026 la realizzazione di 1.288 CdC ed aveva contemplato le seguenti figure professionali

Tabella 2.13. PNRR: Quote accesso finanziamento. Anno 2022

Regioni	Quote accesso componente 1 (%)	Quote accesso componente 2 (%)	Quote accesso totali (%)
Italia	100,0	100,0	100,0
Nord	40,1	42,0	41,3
Centro	17,2	18,0	17,6
Sud e Isole	42,7	40,0	41,1
Piemonte	6,3	6,7	6,5
Valle d'Aosta	0,2	0,2	0,2
Lombardia	14,4	15,1	14,8
P.A. di Bolzano	0,7	0,8	0,8
P.A. di Trento	0,8	0,8	0,8
Veneto	7,1	7,4	7,3
Friuli Venezia Giulia	1,8	1,9	1,8
Liguria	2,3	2,4	2,4
Emilia Romagna	6,5	6,8	6,7
Toscana	5,4	5,7	5,6
Umbria	1,3	1,3	1,3
Marche	2,2	2,3	2,3
Lazio	8,3	8,6	8,5
Abruzzo	2,8	2,6	2,7
Molise	0,7	0,6	0,6
Campania	11,9	11,1	11,4
Puglia	8,4	7,9	8,1
Basilicata	1,2	1,1	1,1
Calabria	4,0	3,8	3,9
Sicilia	10,3	9,6	9,9
Sardegna	3,5	3,3	3,4

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

per ciascuna CdC: un infermiere con ruolo di coordinamento, 7 infermieri e 5 unità di personale di supporto ossia personale del ruolo tecnico; si tratta di costi del personale che erano stati valorizzati nel PNRR. La versione definitiva del PNRR, invece, prevede, entro il 2026, la realizzazione di 1.350 CdC, determinando un aumento del fabbisogno di personale; in particolare, gli infermieri aumentano di 4 unità, il personale di supporto di 3 unità e vengono previste 104 ore/anno di presenza del MMG per ciascuna CdC (Tabella 2.14.)[21].

Per le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), invece, il PNRR affida "completamente" alla Relazione tecnica alla Legge di Bilancio 2022 la stima del fabbisogno di finanziamento necessario al loro funzionamento. In particolare, per il 2022, sono state previste 400 UCA che diventeranno 600 a partire dal 2023. Per il funzionamento di ciascuna UCA è stato previsto un infermiere e un medico; le spese per il personale sono pertanto pari a € 67,0 mln. nel 2022 e saranno pari a € 101,0 mln. a partire dal 2023 (Tabella 2.15.).

Per quanto attiene alle COT, invece, il PNRR in origine aveva già provveduto a valorizzare gli oneri del personale coinvolti nel funzionamento delle cennate strutture; nella versione definitiva, invece, viene prevista una unità aggiuntiva di personale di supporto che trova copertura nella citata Legge di Bilancio 2022 (Tabella 2.16.).

Tabella 2.14. Case della Comunità: valorizzazione personale aggiuntivo

Anni	2023	2024	2025	2026
N. CdC	50,0	300,0	700,0	1.350
N. infermieri aggiuntivi	200,0	1.200,0	2.800,0	5.400,0
N. pers. supporto aggiuntivo	150,0	900,0	2.100,0	4.050,0
Ore aggiuntive MMG	161.812,0	970.875,0	2.265.374,0	4.368.936,0
Costo inferm. aggiuntivi (€)	9.820.000,0	58.920.000,0	137.480.000,0	265.140.000,0
Costo pers. sup. ag. (€)	5.865.000,0	35.190.000,0	82.110.000,0	158.355.000,0
Costo ore aggiunt. MMG (€)	9.708.747,0	58.252.480,0	135.922.453,0	262.136.160,0
Totale (€)	25.393.747,0	152.362.480,0	355.512.453,0	685.631.160,0

Fonte: Relazione tecnica Legge Bilancio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

[21] Si tenga presente che per la valorizzazione della spesa relativa ad ogni annualità è stato impiegato il costo unitario medio desunto dal conto economico per l'anno 2019

Tabella 2.15. Unità di Continuità Assistenziale: valorizzazione personale

Anni	2022	2023	2024	2025	2026
N. UCA	400,0	600,0	600,0	600,0	600,0
N. infermieri	400,0	600,0	600,0	600,0	600,0
N. medici	400,0	600,0	600,0	600,0	600,0
Costo inferm. (€)	19.640.000,0	29.460.000,0	29.460.000,0	29.460.000,0	29.460.000,0
Costo medici (€)	47.800.000,0	71.700.000,0	71.700.000,0	71.700.000,0	71.700.000,0
Totale (€)	67.440.000,0	101.160.000,0	101.160.000,0	101.160.000,0	101.160.000,0

Fonte: Relazione tecnica Legge Bilancio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.16. Centrali Operative Territoriali: valorizzazione personale aggiuntivo

Anni	2022	2023	2024	2025	2026
N. pers. supporto aggiuntivo	600,0	600,0	600,0	600,0	600,0
Costo pers. sup. ag. (€)	23.460.000,0	23.460.000,0	23.460.000,0	23.460.000,0	23.460.000,0
Totale (€)	23.460.000,0	23.460.000,0	23.460.000,0	23.460.000,0	23.460.000,0

Fonte: Relazione tecnica Legge Bilancio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.17. Stima del fabbisogno finanziario aggiuntivo

Struttura	2022		2023		2024		2025		2026	
	€ mln.	%	€ mln.	%	€ mln.	%	€ mln.	%	€ mln.	%
CdC		-	25,4	16,9	152,4	46,4	355,5	60,1	685,6	67,5
UCA	67,44	74,2	101,2	67,4	101,2	30,8	101,2	17,1	101,2	10,0
COT	23,46	25,8	23,5	15,6	23,5	7,1	23,5	4,0	23,5	2,3
OdC		-		-	51,3	15,6	111,3	18,8	205,0	20,2
Totale da finanziare	90,9	100,0	150,0	100,0	328,2	100,0	591,4	100,0	1.015,3	100,0

Fonte: Relazione tecnica Legge Bilancio 2022, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto riguarda gli OdC, la riforma dell'assistenza territoriale (D.M. n. 77/2022) ha previsto un OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e lo standard di personale necessario al suo funzionamento è costituito 7-9 infermieri (di cui un coordinatore infermieristico), 4-6 operatori socio-sanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4-5 ore al giorno. Al pari di quanto avvenuto per le altre strutture territoriali sopra ricordate, il PNRR ha previsto la copertura di solamente una parte dei costi del personale tra il 2024 e il 2026. In particolare, per la copertura dei costi del personale degli OdC la relazione tecnica alla Legge di Bilancio 2022 ha stimato in € 51,2 mln. il fabbisogno finanziario aggiuntivo per il 2024, in € 111,3 mln. quello per il 2025 e in € 205,0 mln. quello per il 2026 (Tabella 2.17.).

La lettura della tabella 2.17. suggerisce che il PNRR avrebbe sottostimato le spese del personale tra il 2022 e il 2026 delle "nuove" strutture previste dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale per circa € 2,2 mld.; di questi il 56,0% riguarda le CdC, il 21,7% le UCA, il 5,4% le COT e il 16,9% gli OdC.

2.7. Riflessioni finali

Il settore pubblico rimane la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU-Ante 1995.

Per quanto concerne l'Italia, a partire dal 2011, la

quota pubblica della spesa è costantemente diminuita (-0,5 p.p. nell'ultimo anno). In particolare, l'Italia registra una quota di finanziamento pubblico pari al 75,6%, che risulta fra le più basse in Europa: l'Italia ha una spesa per compartecipazioni molto più elevata rispetto alla maggior parte dei Paesi EU-Ante 1995 e una quota di intermediazione privata assolutamente marginale e trascurabile.

Fino al 2019, si registra una sostanziale stagnazione del finanziamento in Italia; nel 2021 la crescita nominale è stata accompagnata da una crescita in termini reali sebbene assai più contenuta (€ 238,1 pro-capite vs € 113,4 pro-capite).

Si tenga presente che l'accelerazione evidenziata nel 2020 e nel 2021 nel livello del finanziamento effettivo dipende dalle risorse messe in campo per contrastare la crisi pandemica; ma è pur vero che il finanziamento finalizzato del 2020 è stato incorporato definitivamente nel finanziamento ordinario sulla base del quale determinare l'incremento degli anni successivi. In definitiva, il salto nel livello del finanziamento evidenziato nel periodo 2020-2021 dipende dall'"annessione" del finalizzato nel finanziamento ordinario, dopodiché con la Legge di Bilancio 2022 si torna sul *trend* di crescita previsto immediatamente prima del diffondersi dell'epidemia: non è, tuttavia, scontato che quanto legiferato con l'ultima Legge di Bilancio sia congruo soprattutto alla luce degli ulteriori oneri correnti che si genereranno con l'attuazione delle misure previste dal PNRR.

In particolare, nel 2021, € 1.972,6 pro-capite derivano dal finanziamento centrale e € 130,4 pro-capite dalle entrate proprie (ovvero il 6,2%). Su queste ultime sono osservabili marcate differenze tra le Regioni: mentre nelle Regioni del Nord le entrate proprie contribuiscono mediamente per € 143,5 pro-capite al finanziamento effettivo, tale valore scende a € 124,9 pro-capite in quelle centrali e si ferma a € 115,6 pro-capite in quelle meridionali.

Nel 2021, sembra inoltre interrompersi il *trend* positivo di riduzione del *deficit*: infatti il *deficit* è tornato a crescere raggiungendo un +51,2% sull'anno precedente, pur rimanendo in percentuale una parte limitata del finanziamento complessivo.

Sempre facendo riferimento all'ultimo anno, senza le compartecipazioni risulta che il deficit complessivo ammonterebbe comunque a circa € 5,2 mld., in aumento del 18,6% rispetto all'anno precedente ma in flessione del 3,5% rispetto al 2016.

Infine, appare doveroso accennare a come il PNRR rappresenti un'occasione importante e "imperdibile" per incrementare gli investimenti in campo sanitario e stimolare la necessaria riorganizzazione del sistema; tuttavia, la coerenza del finanziamento corrente rispetto agli oneri previsti non appare completamente dimostrata e resta il dubbio che le risorse concesse per il SSN non siano sufficienti a coprire tutti i nuovi impegni attesi. Anche il fare affidamento, in misura non irrilevante, sugli eventuali risparmi legati alla riorganizzazione e al miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza appare piuttosto critico.

In definitiva, nel breve periodo, sarà determinante realizzare tutti i progetti attuativi del PNRR, rispettando rigorosamente le scadenze programmate, ma nel lungo periodo la vera sfida sarà, invece, consolidare nel tempo i risultati che, auspicabilmente, saranno stati nel frattempo raggiunti. Ma la vera domanda è se saranno sufficienti le risorse per il consolidamento del "nuovo" SSN.

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

ENGLISH SUMMARY

Founding: level of financing and recovery

The public sector is the main source for funding health expenditure in all EU Member States: in the Ante-1995 EU countries it covers on average 82.9% of current health expenditure, and it is increasing in all countries.

The share of public coverage increased on average in all countries, even in the years of maximum crisis, with the exception of a slight decrease between 2010 and 2012, and reached values above 80.0% since 2013. The exception is Italy, where the public share, starting from 2011, has substantially contracted, although in 2020 it increased again and then "lost" half a p.p. the last year.

The public coverage gap between the EU-Ante-1995 countries and Italy was 4.1 percentage points (p.p.) in 2000 and widened to 7.3 p.p. in 2021.

At the national level, in 2021 the National Health Fund (FSN) (in its undifferentiated , tied up and targeted share) amounted to € 119 billion, with a 0.6% increase over the previous year and a 5.3% increase over 2019.

The funding of the standard healthcare requirements, to which the State contributed for the year 2021, included the increased allocations for the adoption of measures to deal with the health emergency caused by the spreading of COVID.

Net of these resources (approximately € 1.8 billion), the FSN for 2021 would amount to € 117 billion, with a 2.2% increase over the previous year, up by 0.7 percentage points compared to the five-year period 2016-2021 (a 1.5% average per year). In this case, the growth compared to 2019 would be 3.7%.

The actual funding for 2021, thus including the higher own revenues than those crystallised according to the State-Regions Agreement of 2001, reached € 124.6 billion, up by 1.1% over 2020 and by 15.1% over 2011 (a 1.4% average per year). In the absence of the resources allocated to the Regions to deal with the pandemic emergency, the level of "actual funding" would stand at about € 122.8 billion (up by 2.7% compared to 2020).

93.8% of the actual funding was covered by central financing, 4.6% by the Local Health Units' own revenues (net of crystallised revenues) and the remaining 1.6% by the so-called crystallised revenues.

Own revenues include cost-sharing by citizens (co-payments on specialist outpatient services provided in public facilities, emergency room charges and others referring to minor services), which together account for 0.8% of "actual funding" (down by 0.4 percentage points compared to 2016) and 12.4% of own revenues (down by 14.6 percentage points compared to 2016).

In per-capita terms, as against a regional average funding of € 2,103, we record a € 302.6 variation (15.5%) between the Region with the highest and the Region with the lowest value.

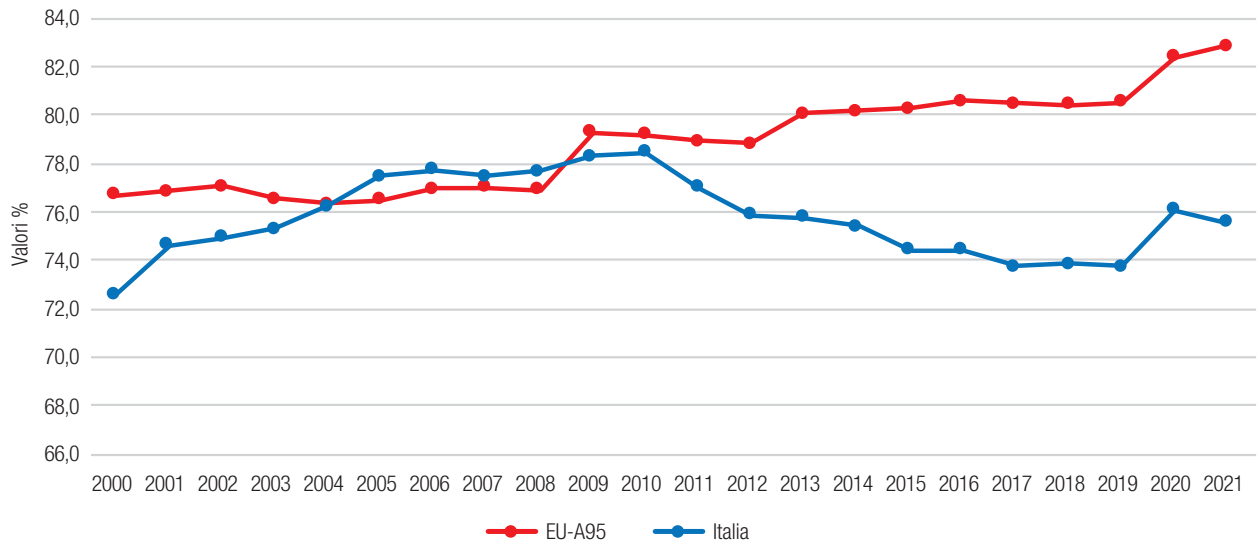
Lastly, it should be noted that the resources allocated for 2020 and 2021 to contain the epidemic were, in fact, incorporated into the current funding since, with the 2022 Budget Law, the lawmaker has taken - as the basic parameter for determining the level of funding for the subsequent years - the levels already "agreed", including the increased resources for COVID. For the following years, the increases are the same as those established immediately before the outbreak of the epidemic: it is not, therefore, to be taken for granted that what was legislated with the last Budget Law is congruous, especially in light of the additional current charges that will be generated with the implementation of the measures provided for by the National Recovery and Resilience Plan (PNRR).

In other words, the consistency of current funding

with the requirements of the National Health Service (NHS) after the completion of the PNRR does not seem to be sufficiently demonstrated, and relying on possible savings relating to reorganisation and improvements in efficiency and appropriateness appears questionable.

Ultimately, in the short term, it will be decisive to carry out all the PNRR's implementation projects, strictly respecting the scheduled deadlines. In the long term, however, the real challenge will be to strengthen the results that will hopefully have been achieved in the meantime: whether the resources will be sufficient for this strengthening is a matter for debate.

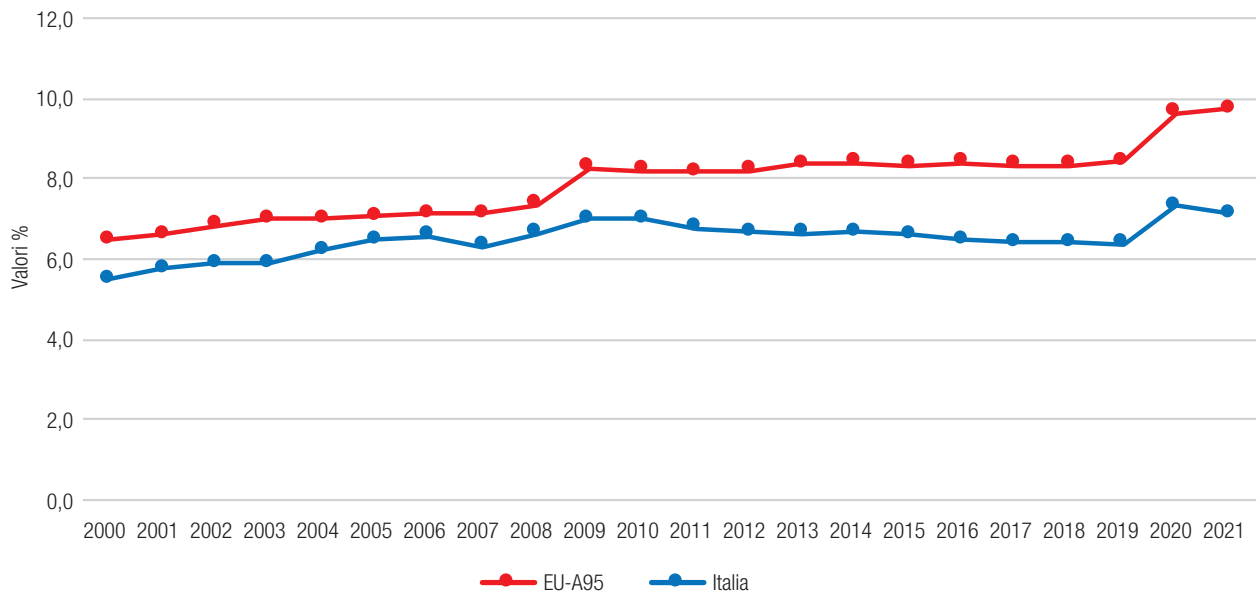
KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2022- © C.R.E.A. Sanità

Nei Paesi EU-Ante 1995, nel 2021, il settore pubblico fa fronte, in media, all'82,9% della spesa sanitaria corrente, mentre in Italia al 75,6%. Nei Paesi EU-Ante 1995 la quota di finanziamento pubblico è in media aumentata anche negli anni di massima crisi, ad eccezione di una lieve flessione tra il 2010 ed il 2012: fa eccezione proprio l'Italia, dove la quota pubblica, dal 2011 al 2019, si è sostanzialmente contratta, crescendo nuovamente nel 2020 per, poi, cedere un mezzo p.p. nell'ultimo anno e raggiungere quota 75,6%. Il *gap* di copertura pubblica fra i Paesi EU-Ante 1995 e l'Italia era di 4,1 p.p. nel 2000 e si è allargato sino a 7,3 p.p. nel 2021.

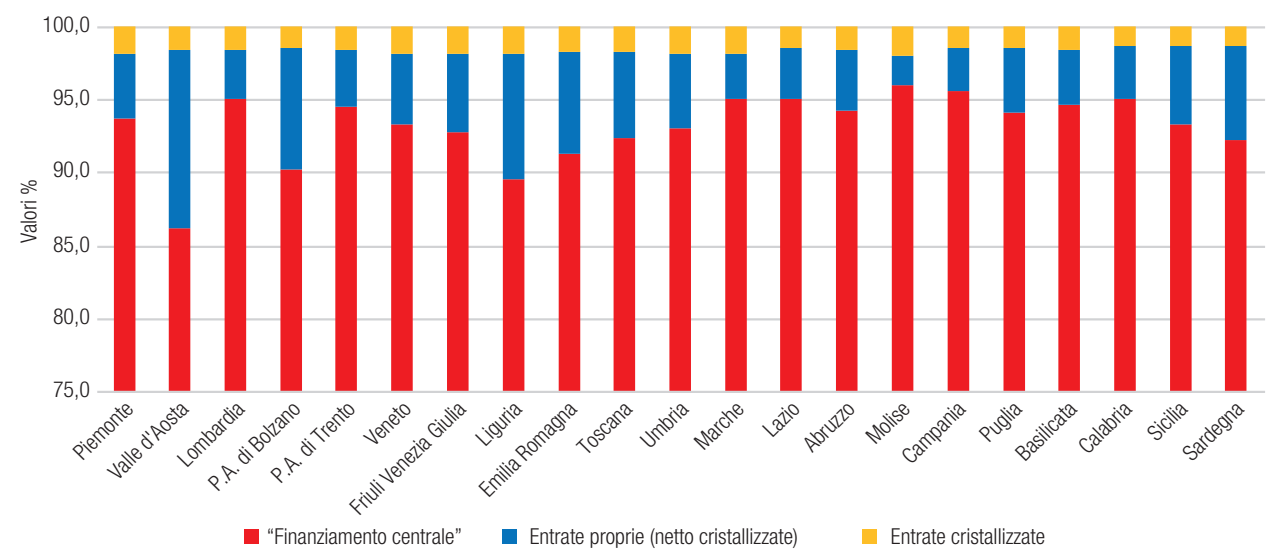
KI 2.2. Incidenza del finanziamento pubblico sul PIL



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2022- © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, il finanziamento pubblico della sanità in Italia assorbe il 7,1% del PIL nazionale contro una media dei Paesi EU-Ante 1995 pari al 9,7%. Rispetto al 2000, in Italia la quota del finanziamento pubblico della sanità sul PIL è aumentata di 1,6 p.p., mentre nei Paesi EU-Ante 1995 è in media aumentata del +3,3 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 2021.

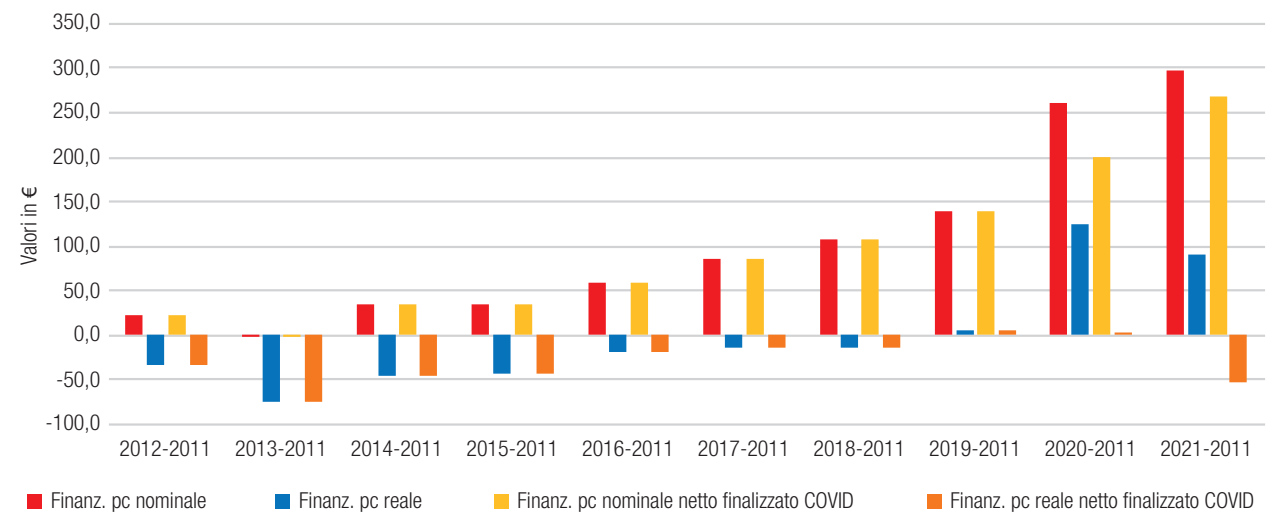
KI 2.3. Composizione finanziamento "effettivo". Anno 2021



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

Nel 2021, il "finanziamento effettivo" è stato coperto per il 93,8% dalle risorse ripartite, per il 4,6% 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 Nord-Sud, frutto dei meccanismi perequativi alimentati dall'IVA in favore delle realtà con minor capacità contributiva: nelle Regioni settentrionali il "finanziamento centrale" (o ripartito) rappresenta mediamente il 93,4%; in quelle centrali raggiunge il 94,0% e in quelle meridionali arriva al il 94,3%. In modo complementare le entrate proprie regionali (al netto di quelle cristallizzate) incidono mediamente per il 4,9% sul "finanziamento effettivo" nel Nord, per il 4,4% nelle Regioni centrali e per il 4,3% in quelle meridionali.

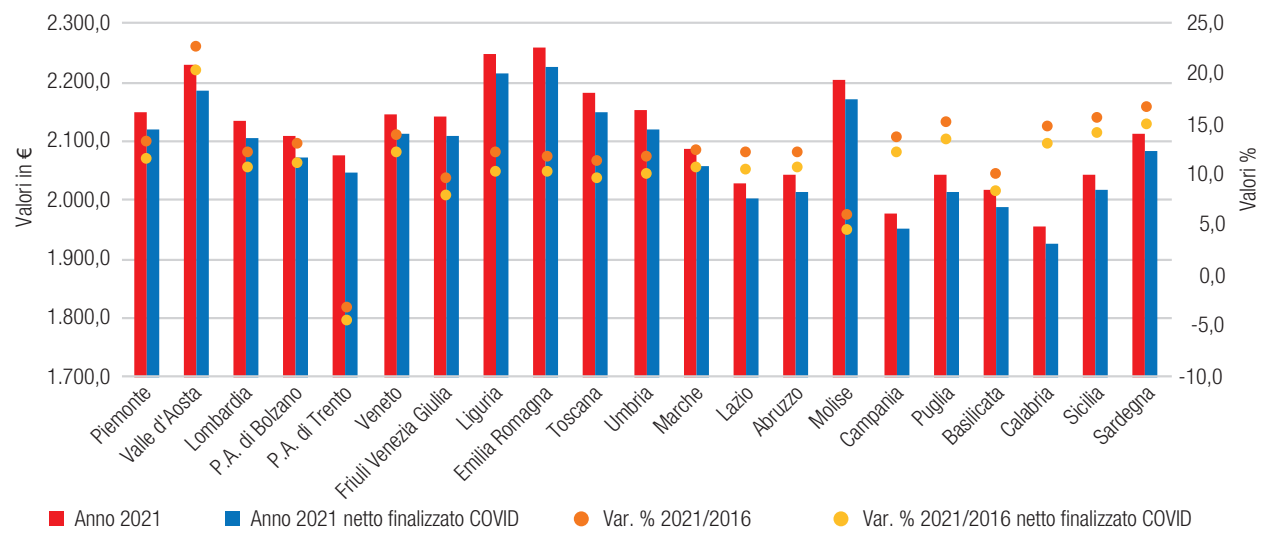
KI 2.4. Finanziamento "effettivo" pro-capite nominale e reale con e senza finalizzato COVID



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

Nell'ultimo decennio il finanziamento "effettivo" pro-capite nominale della Sanità è cresciuto di € 298,2 (+1,5% medio annuo). In termini reali (deflazionando con il valore del FOI), la variazione risulta pari a € 90,6 (+0,5% medio annuo): debolmente positiva grazie agli incrementi di finanziamento dell'ultimo biennio caratterizzato dalla pandemia. Al netto delle risorse messe in campo per la gestione della pandemia, il finanziamento "effettivo" pro-capite nominale della Sanità è cresciuto di € 268,0 (+1,4% medio annuo), con un incremento reale negativo, pari a -€ 52,1 (-0,3% medio annuo).

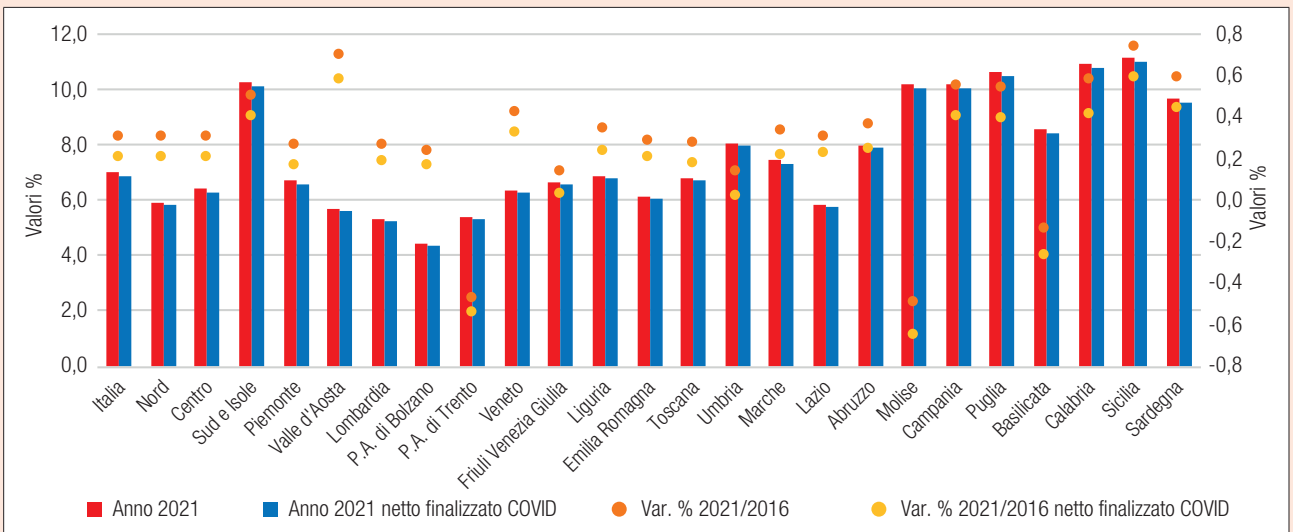
KI 2.5. Finanziamento "effettivo" pro-capite con e senza finalizzato COVID



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

Nel 2021, il finanziamento "effettivo" pro-capite medio nazionale è stato di € 2.103,0, in crescita dell'1,8% rispetto all'anno precedente, e del 2,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Al netto delle risorse messe in campo per la gestione della pandemia, il valore risulta di € 2.072,8, in crescita del 3,4% sull'anno precedente e dell'1,2% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato (Emilia Romagna), e quella con il finanziamento minore (Calabria), lo scarto in termini assoluti è pari a € 302,6, pari al 15,5% (€ 301,9, ovvero del 15,7%, al netto delle risorse per la pandemia). Nell'ultimo quinquennio le Regioni che hanno registrato il maggiore aumento del finanziamento sono state la Valle d'Aosta (+22,6%), la Sardegna (+16,6%) e Sicilia (+15,4%); all'estremo opposto la P.A. di Trento che ha visto una contrazione del -3,3% del proprio finanziamento effettivo pro-capite. Al netto delle risorse per la pandemia, le Regioni che hanno registrato il maggiore aumento del finanziamento sono state la Valle d'Aosta (+20,1%), la Sardegna (+14,9%) e la Sicilia (+13,9%); all'estremo opposto la P.A. di Trento che nel quinquennio ha evidenziato una contrazione del -4,6%.

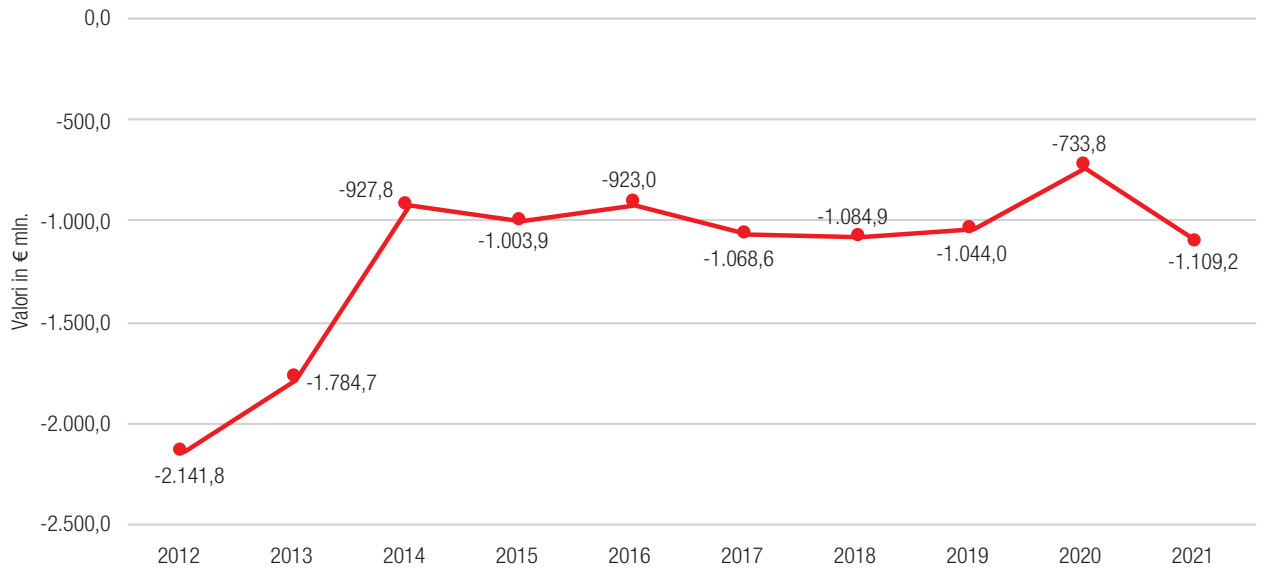
KI 2.6. Finanziamento regionale su PIL con e senza finalizzato COVID



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

Nel 2021, l'incidenza media nazionale del finanziamento "effettivo" sul Prodotto Interno Lordo (PIL) è pari al 7,0%, in aumento di 0,3 p.p. nell'ultimo quinquennio. Al netto delle risorse messe in campo per la gestione della pandemia, l'incidenza cala al 6,9%, rimanendo un aumento di +0,2 p.p. nel quinquennio. Nel meridione l'incidenza è in media pari al 10,3% del PIL, +0,3 p.p. nell'ultimo quinquennio; nelle Regioni del Nord al 5,9% del PIL locale, in aumento di +0,3 p.p; e in quelle centrali al 6,4% con un incremento di +0,3 p.p.. Al netto delle risorse per la gestione della pandemia, nel meridione il valore diventa in media pari al 10,1% del PIL, +0,4 p.p. rispetto al 2016; nelle Regioni del Nord al 5,8% (+0,2 p.p.) e in quelle centrali al 6,3% (+0,2 p.p.). Senza considerare le risorse per la gestione della pandemia, la Regione con la massima incidenza è la Sicilia con l'11,1% seguita dalla Calabria (10,9%); quella con l'incidenza minore è la P.A. di Bolzano con il 4,4%.

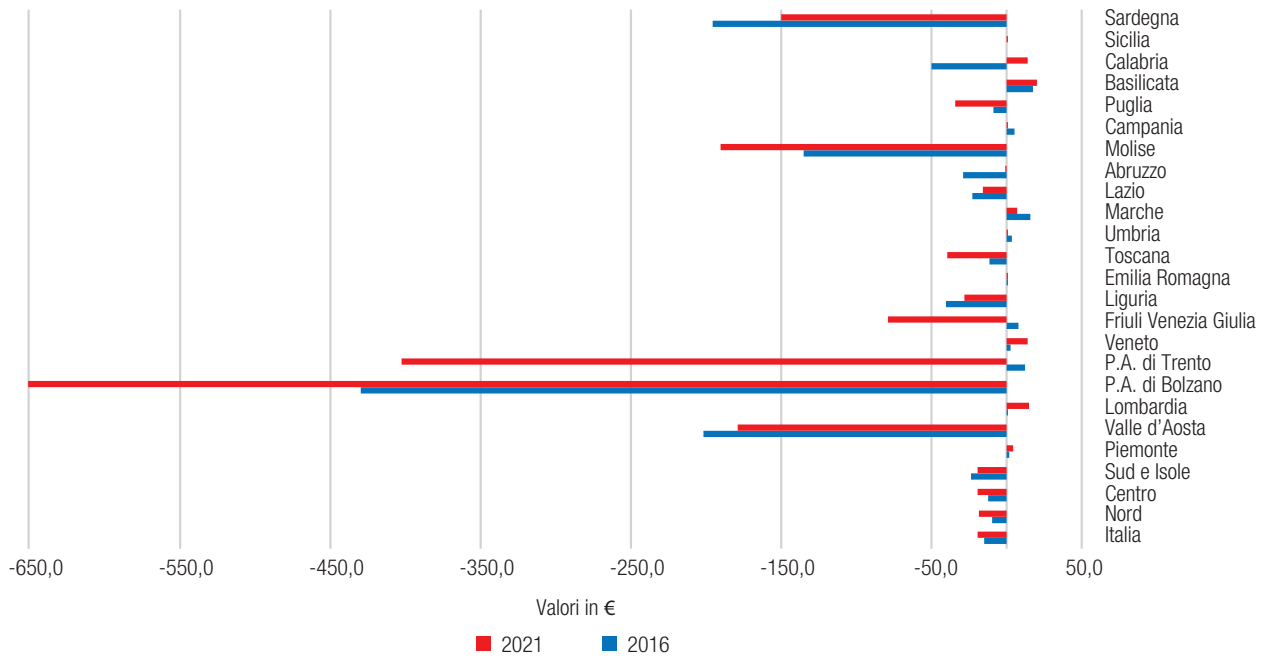
KI 2.7. Risultati di esercizio



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

Nel 2021, a livello nazionale si registra un risultato di esercizio negativo pari a € 1.109,2 mln., in aumento del 51,2% nell'ultimo anno e del 20,1% nell'ultimo quinquennio (variazione media annua pari al 3,7%).

KI 2.8. Risultato di esercizio pro-capite



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

Nel 2021 undici Regioni registrano un risultato di gestione negativo. In termini pro-capite, il disavanzo nell'ultimo quinquennio è aumentato di € 3,5 (ovvero del 23,0%). Nelle Regioni del Nord il *deficit* pro-capite è pari € 18,1 in aumento dell'86,6% nell'ultimo quinquennio; nelle Regioni del Centro a € 19,1 (+52,8%); infine, nelle Regioni del Meridione risulta pari a € 19,4 pro-capite (-19,5%).

Capitolo 3

La spesa
Health expenditure

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

English Summary

3b. Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

English Summary

3c. Le politiche del personale:
una *survey* sui Direttori Generali

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. Viene inoltre analizzata la composizione della spesa sanitaria italiana e viene elaborata una stima della spesa socio-sanitaria (Capitolo 3a).

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

Il Capitolo 3c ospita una sintesi dei risultati di una *survey* promossa da Federsanità-Anci, in collaborazione con C.R.E.A. Sanità, finalizzata a indagare quali sono gli elementi critici nella gestione delle risorse umane secondo i Direttori Generali.

CHAPTER 3
Health expenditure

Chapter 3 deals with the subject of health expenditure by making - as usual - a comparison of the levels, trends and dynamics of national health expenditure with those of other European countries. The composition of the Italian health expenditure is also analysed and an estimate of the social and health expenditure is developed (Chapter 3a).

The chapter also includes an analysis (Chapter 3b) dedicated to the evolution of the NHS staffing, also in light of the evidence available for the other European countries.

Chapter 3c summarizes the results of a survey promoted by Federsanità Anci, in collaboration with C.R.E.A. Sanità, aimed at analysing the problems in managing human resources according to the Directors General.

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

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

3a.1. Il contesto internazionale

Nel 2021, la spesa sanitaria corrente nazionale (pubblica e privata) risulta pari a € 2.833,6 pro-capite: secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), il livello è inferiore del 38,2% rispetto alla media (€ 4.587,1) dei Paesi entrati nella Unione Europea prima del 1995[3] (EU-Ante 1995)[4] (Figura 3a.1.)[5]. Dal momento che per alcuni dei Paesi del blocco EU-Ante 1995, alla data in cui si scrive OECD non ha ancora pubblicato il dato relativo al 2021, per poter effettuare le analisi ai cennati Paesi è stata applicata la variazione della spesa media dell'ultimo anno rilevata nei Paesi per i quali si dispone del dato.

Il *gap* rispetto a EU-Ante 1995 risulta cresciuto di ulteriori 1,9 punti percentuali rispetto al 2020: rispetto al 2000 la forbice si è allargata di – 17,0 punti percentuali (p.p.).

Fra il 2020 e il 2021, la spesa sanitaria pro-capite del nostro Paese è cresciuta del + 5,5%, contro una media del + 8,8% degli altri Paesi EU-Ante 1995; la crescita media annua italiana tra il 2000 ed il 2021 è stata pari al +2,8%, -2,4 p.p. meno della media (+4,2%) degli altri Paesi EU-Ante 1995 (Figura 3a.2.).

Appare evidente, pertanto, come anche durante il periodo pandemico 2020-2021, l'Italia abbia avuto una crescita della spesa sanitaria totale inferiore rispetto a quella degli altri Paesi EU-Ante 1995 (+5,5% Italia vs +8,8% Pesi EU-Ante 1995).

Non cambierebbero significativamente le valutazioni effettuandole con la serie della spesa pro-capite in PPP (*Purchasing Power Parity*): lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 tra il 2000 ed il 2021 risulterebbe cresciuto di 18,6 p.p. (sebbene nell'ultimo anno si sia mantenuto tendenzialmente stabile), passando dal -12,2% del 2000 al -30,8% del 2021 (Figura 3a.3.).

Il *gap* nella spesa sanitaria si allarga più velocemente di quello del Prodotto Interno Lordo (PIL), che in termini pro-capite ha avuto una crescita media annua dell'1,5% in Italia, verso il 2,2% medio annuo nei Paesi EU-Ante 1995. Quindi il *gap* raggiunge il – 23,3%, in crescita di 0,6 p.p. sull'anno precedente e di 11,3 p.p. in confronto al 2000.

Qualora nell'analisi si faccia riferimento al PIL pro-capite espresso in PPP, la forbice tra l'Italia e i restanti Paesi EU-Ante 1995 si riduce leggermente, essendo pari al -12,9% nel 2021, valore in ogni caso in crescita rispetto al 2000 (+16,6 p.p. essendo nel 2000 a vantaggio dell'Italia), ma in diminuzione rispetto al 2020 (-1,3 p.p.).

---

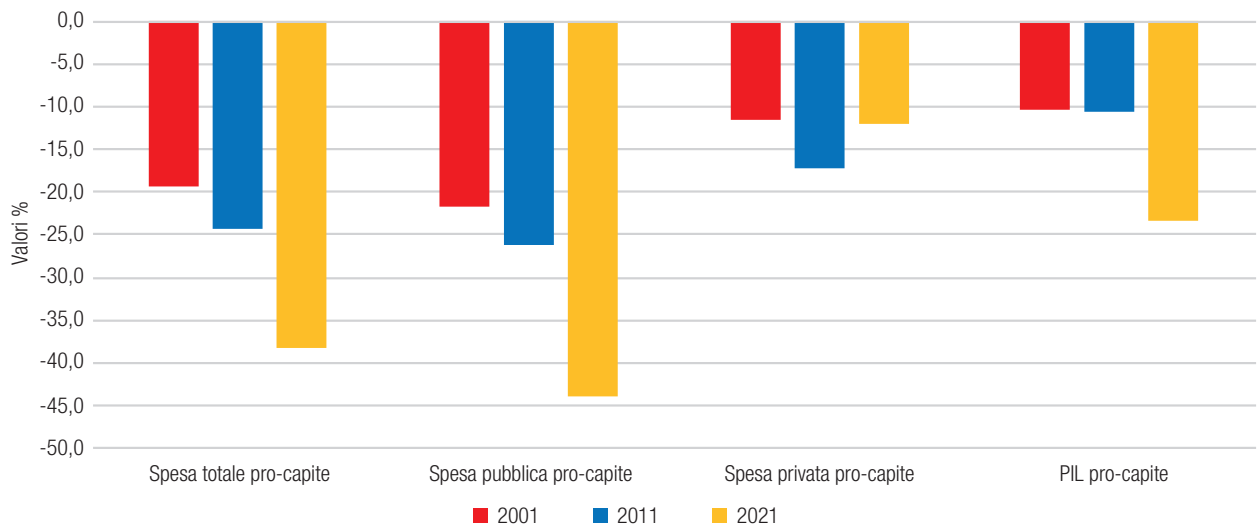
[1] C.R.E.A. Sanità
[2] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

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

[4] Per il 2021 OECD non fornisce il dato relativo a Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia; Grecia, Lussemburgo, Olanda e Spagna. Pertanto, i confronti sono effettuati tra Italia e i rimanenti Paesi EU-Ante 1995, ovvero Austria, Danimarca, Germania, Irlanda, Portogallo, Svezia e Regno Unito per l'intero periodo di analisi

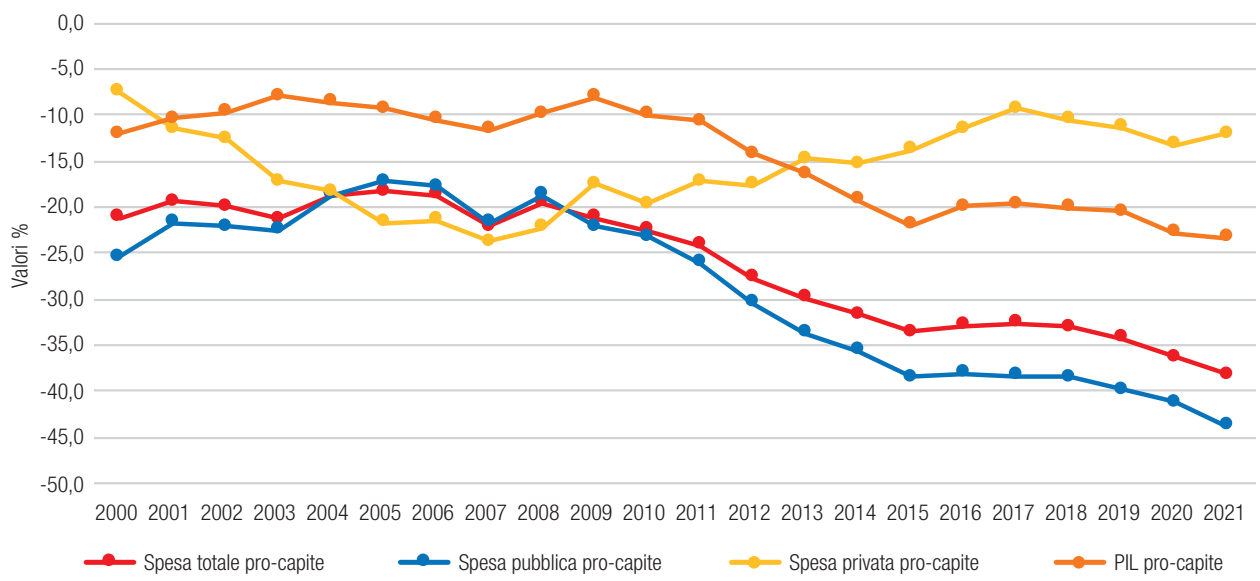
[5] Alla data in cui si scrive OECD non ha ancora fornito i dati relativi ai Paesi entrati a far parte dell'Unione Europea dopo il 1995 (EU-Post 1995), per cui non è stato possibile determinare un valore medio del blocco dei cennati Paesi da confrontare con l'Italia, in continuità con i precedenti Rapporti

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



Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.2. *Trend* della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite in €. *Gap* Italia vs EU-Ante 1995



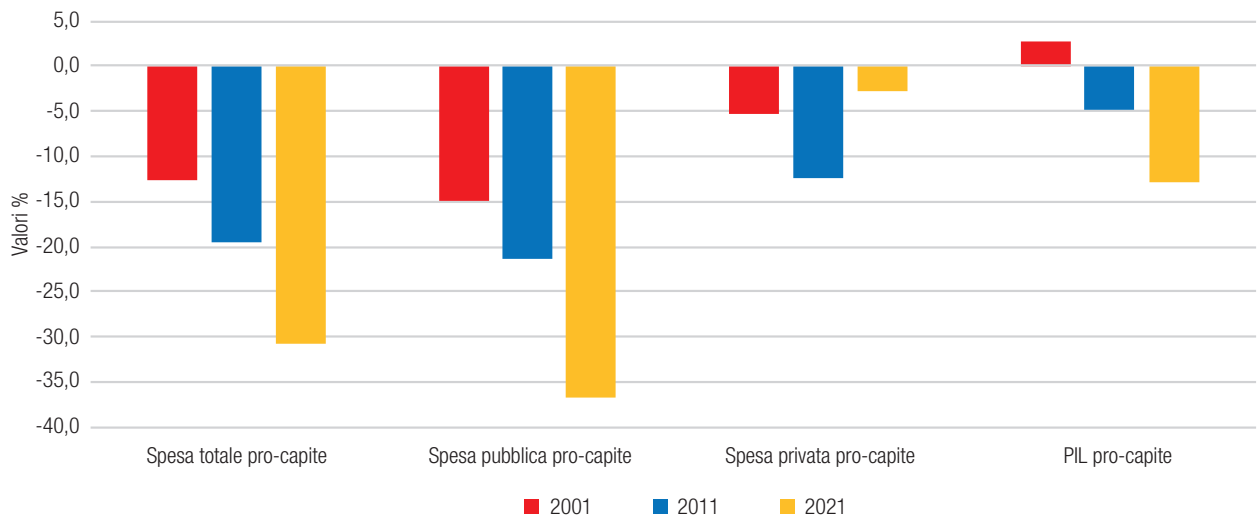
Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

L'analisi condotta sui *gap* di spesa sanitaria con gli altri Paesi EU-Ante 1995 è, in larga misura, condizionata 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 raggiunto il -43,8% (in crescita di 2,6 p.p. sull'anno precedente); la crescita dello scarto, tra il 2000 ed il 2021, è di 18,4 p.p.. Il dato si conferma in PPP: il *gap* è passato dal -16,5% del 2000, al -36,7% a fine 2021.

Per quanto concerne la componente privata della spesa sanitaria, il *gap* fra Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è notevolmente inferiore: -12,1%.

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



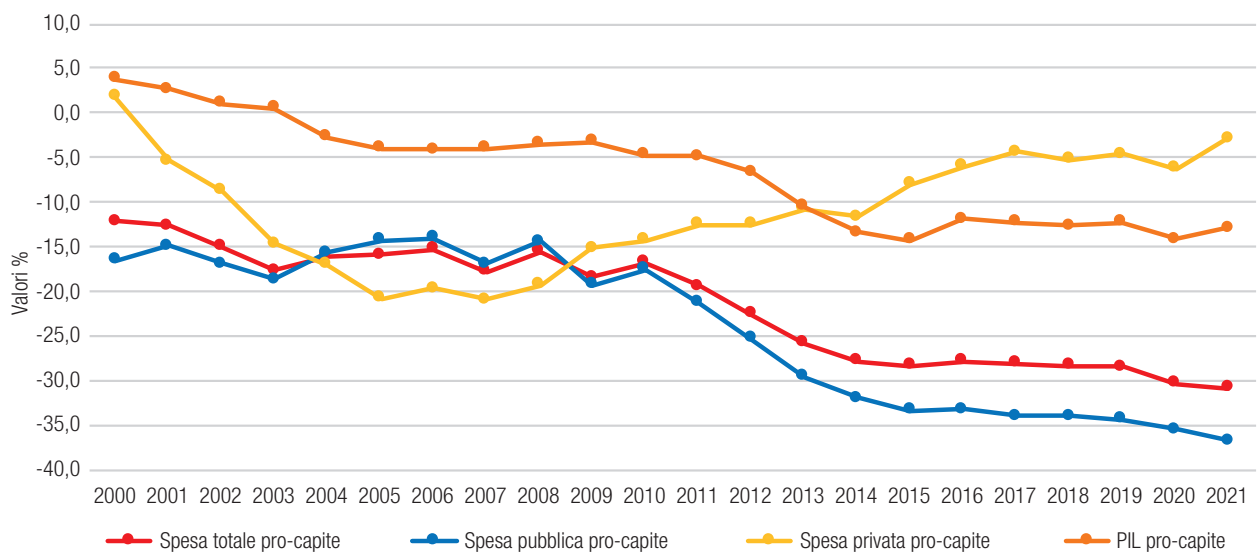
Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Anche il *gap* della spesa privata è cresciuto nel periodo 2000-2007 (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 per poi ridursi nell'ultimo anno (tra il 2020 e il 2021 lo scarto tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 si è ridotto di -1,2 p.p.).

Anche in PPP, la spesa privata in Italia risulta sostanzialmente inferiore a quella degli altri Paesi EU-Ante 1995, avendo raggiunto nel 2021 il -2,8%, sebbene in flessione di circa -3,5 p.p. rispetto all'anno precedente.

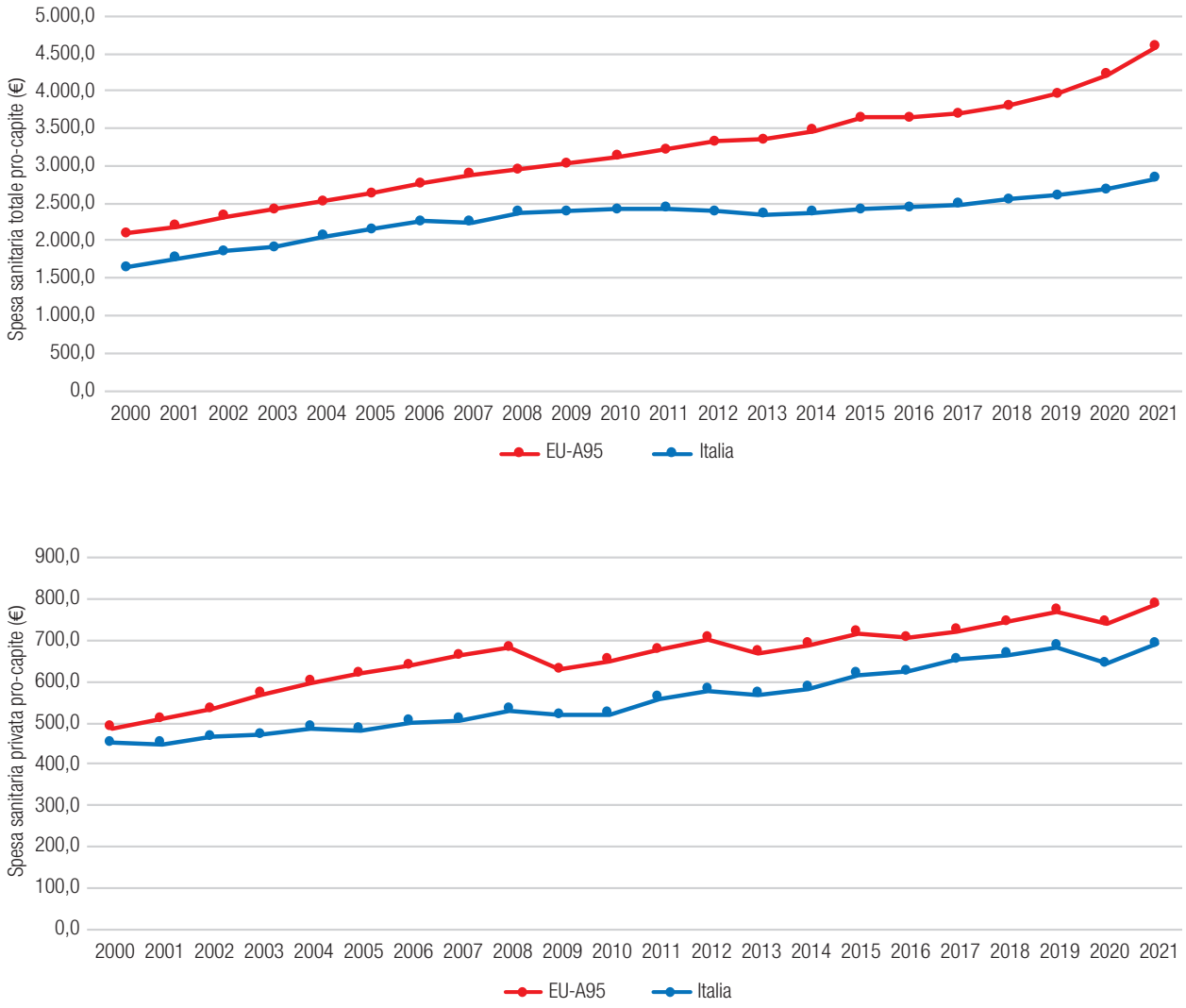
Come segnalato nell'analisi del finanziamento, l'onere lasciato a carico delle famiglie per l'assistenza sanitario è in Italia tendenzialmente maggiore che negli altri Paesi.

Figura 3a.4. *Trend* della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite (valori in PPP). *Gap* Italia vs EU-Ante 1995



Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.5. Confronti della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite, Italia vs EU-Ante 1995

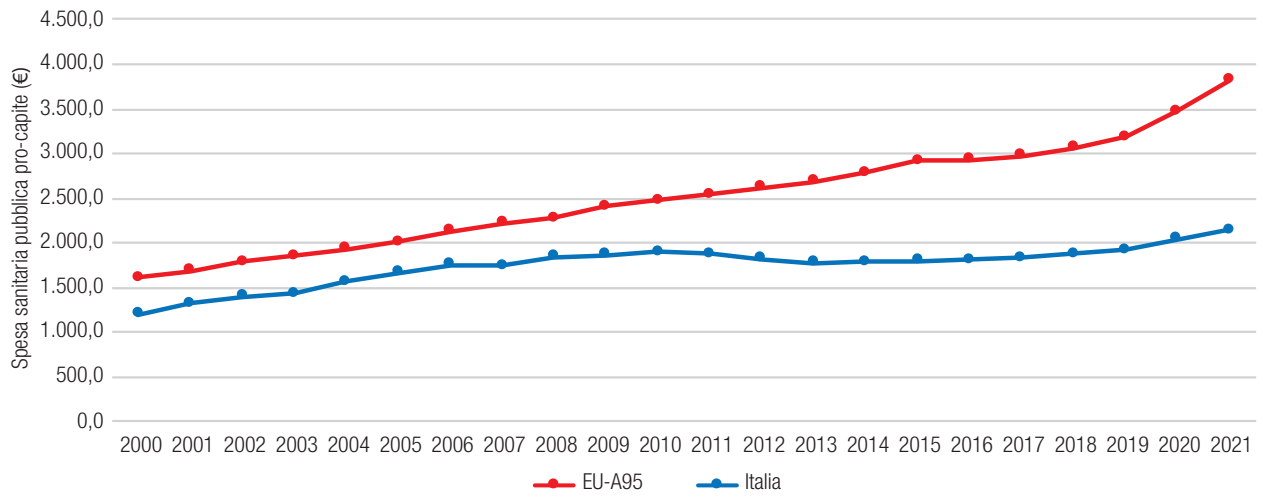


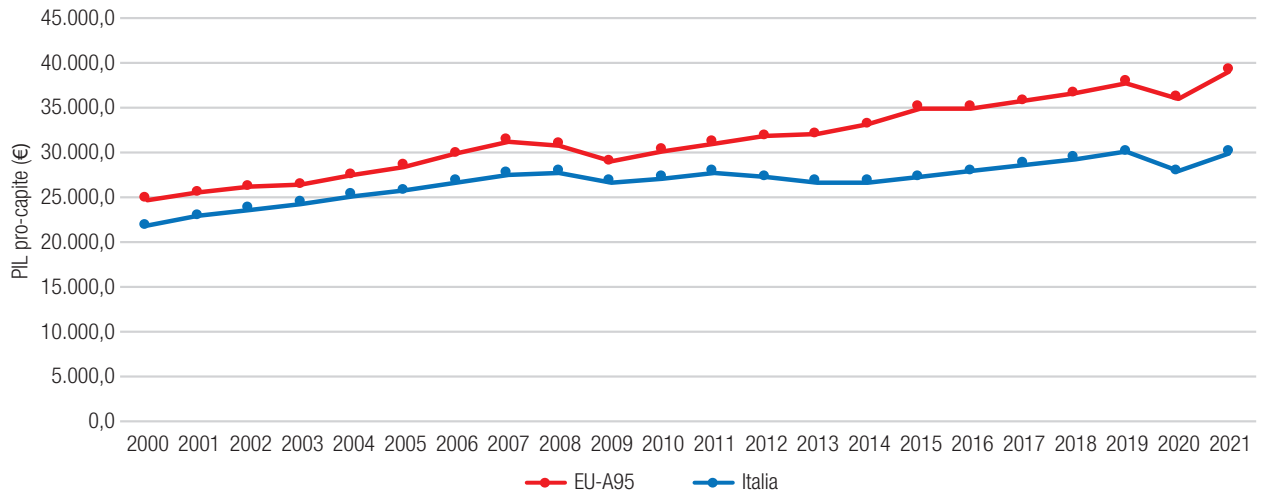
Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Si noti, che in linea generale, tra il 2000 e il 2012 il *gap* in termini di spesa privata tra Italia e Paesi EU-Ante 1995 è stato maggiore del *gap* rilevabile in termini di PIL pro-capite. A partire dal 2013 il *trend* si inverte e lo scarto in termini di spesa privata incomincia ad essere inferiore a quello del PIL pro-capite: nel 2021 il *gap* in termini di PIL è superiore di 1,9 volte a quello osservabile sul fronte della spesa privata. Dal momento che la spesa sanitaria a totale carico delle famiglie dovrebbe essere proporzionale alla loro *capacity to pay*, di cui il PIL può essere considerato una buona *proxy*, ne consegue che, se il differenziale negativo in termini di spesa privata tra Italia e Paesi EU-Ante 1995 è minore di quello in termini di PIL, le famiglie italiane hanno una propensione o una necessità di spendere per la sanità maggiore che negli altri Paesi EU-Ante 1995.

In sintesi, dai confronti dell'Italia con gli altri Paesi EU-Ante 1995 emerge che nel 2021:

- la spesa totale risulta inferiore del -38,2% rispetto ai rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (-30,8% in PPP); il differenziale è in progressivo allargamento
- in termini di spesa pubblica il *gap* è ancora maggiore, risultando pari a -43,8% rispetto a EU-Ante1995 (-36,7% in PPP)





- in termini di spesa privata si evidenzia un *gap* minore (-12,1%, -2,8% in PPP) rispetto a EU-Ante1995
- in termini di PIL è stato rilevato un *gap* pari al -23,3% (-12,9% in PPP)
- la crescita della spesa sanitaria corrente totale Italiana è stata mediamente inferiore a quella dei Paesi EU-Ante 1995
- nello stesso periodo la crescita del PIL è stata del +1,5% medio annuo, contro una crescita nei Paesi EU-Ante1995 del +2,2%
- soprattutto dopo il 2008, è apprezzabile una tendenza al "distacco" dell'Italia dai livelli di spesa dei Paesi EU-Ante 1995 (Figura 3a.5.)
- anche nell'ultimo anno, ancora parzialmente caratterizzato dalla emergenza pandemica, l'Italia ha fatto registrare un tasso di crescita della spesa sanitaria totale pro-capite inferiore rispetto a quello degli altri Paesi europei (+5,5% Italia vs +8,8% Pesi EU-Ante 1995) e anche una crescita del PIL pro-capite più contenuta (+7,5% Italia vs +8,3% EU-Ante 1995).

Rileggendo i confronti internazionali, nel lungo periodo (fra il 2000 e il 2021), osserviamo come la spesa sanitaria italiana sia cresciuta di 1,3 p.p. meno che nei Paesi EU-Ante 1995 (2,6% medio annuo Ita-

lia vs 3,8% medio annuo EU-Ante 1995); sul fronte della spesa pubblica la crescita risulta di 1,4 p.p. minore che nei Paesi EU-Ante 1995; analogamente, per la spesa privata la crescita in Italia è inferiore di 0,2 p.p.; il PIL pro-capite, infine, è cresciuto di 0,7 p.p. meno che nei Paesi EU-Ante 1995.

Come anticipato in nota, alla data in cui si scrive, non è stato possibile condurre le analisi sui precedenti indicatori che permettessero un confronto anche tra i *trend* di Italia e i cosiddetti Paesi EU-Post 1995. Qualora, però, la dinamica temporale osservabile in Estonia, Polonia a Lituania rispecchiasse l'andamento temporale dei cennati indicatori nel blocco dei Paesi EU-Post 1995, se ne potrebbe dedurre che il *gap* positivo che l'Italia presenta nei confronti dei Paesi EU-Post 1995 continua, anche per il 2021, ha esaurirsi progressivamente.

Sulla spesa sanitaria privata va comunque 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: quella pubblicata dall'OECD per il 2021, risulta maggiore di circa € 2,6 mld..

3a.2. La spesa per il personale: un confronto internazionale

Il SSN confrontato con i servizi sanitari degli altri Paesi dell'EU-Ante 1995, appare piuttosto efficiente (poco costoso) e, in base ad alcuni indicatori, anche abbastanza efficace (per maggiori approfondimenti si rimanda alla lettura del Capitolo 1). Tuttavia, negli anni si è assistito, in relazione con le politiche di contenimento adottate, ad un significativo disinvestimento nella sanità pubblica che si manifesta soprattutto con carenze riguardo alla dotazione di personale.

Secondo nostre stime (per approfondimenti si rimanda alla lettura del Capitolo 3b), se confrontiamo il numero di medici italiani rapportato alla popolazione generale con la media dei rispettivi valori di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, nel 2020, in Italia non si registra una carenza dei medici (se non per alcune specialità). Ripetendo il ragionamento con riferimento agli infermieri, è risultato che nel 2020 in Italia si riscontra un importante *deficit* pari a 223.709 unità di personale infermieristico.

Sono stati, quindi, sviluppati 3 scenari. Nel primo scenario è stato ipotizzato di allineare le retribuzioni italiane di medici e infermieri del SSN con quelle applicate in Francia, Germania, Regno Unito e Spagna[6] : ciò determinerebbe un aumento del 28,4% della spesa sanitaria pubblica portandola a € 162,9 mld. ovvero € 2.750,1 pro-capite. In questo caso la spesa pubblica pro-capite dell'Italia rimarrebbe ancora inferiore del -27,8% rispetto a quella dei *partner* europei considerati.

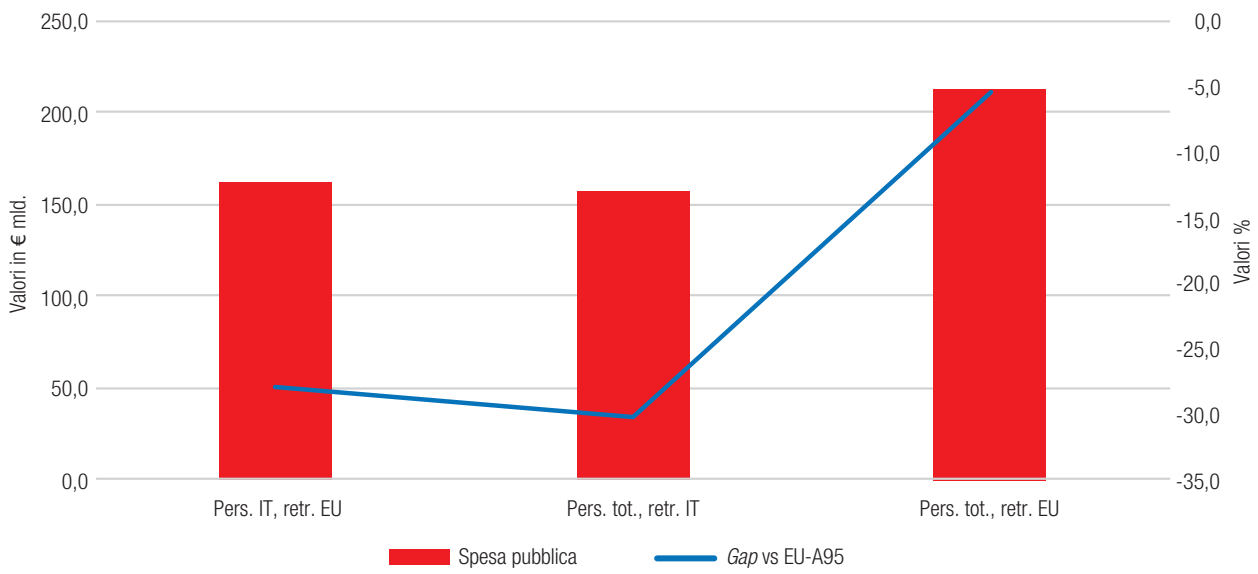
Nel secondo scenario considerato è stato supposto di allineare il numero di unità di personale a quelle europee mantenendo però ferme le attuali retribuzioni medie registrate in Italia[7]: in questo caso la spesa sanitaria pubblica italiana subirebbe un incremento del 24,0% attestandosi a € 157,4 mld. ossia € 2.675,4 pro-capite; lo scarto negativo tra Italia e Paesi europei analizzati si attesterebbe al -30,3%.

Infine, qualora supponessimo di volerci allineare sia in termini di unità di personale che di retribuzione ai *partner* europei analizzati, la spesa sanitaria pubblica italiana dovrebbe incrementarsi del 68,4% arrivando a € 213,7 mld. ossia € 3.606,9 pro-capite: in questo caso si determinerebbe quasi un allineamento (-5,4%)di spesa con quella dei Paesi EU-Ante 1995 (Figura 3a.6.).

[6] Impiegando come fonte dei dati OECD, per il 2020, la retribuzione media annua di una unità di personale medico in Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, ammonta a € 126.891,20. Per il medesimo anno, la retribuzione media annua di una unità di personale infermieristico di Regno Unito e Spagna ammonta a € 81.662,8

[7] Per la valorizzazione della spesa relativa al personale medico ed infermieristico è stato utilizzato il costo unitario medio del personale desunto dal Conto Annuale 2019 del Ministero dell'Economia e delle Finanze. In particolare, per i medici è stato impiegato un costo unitario medio annuo pari a € 119.500,0, mentre quello applicato per gli infermieri è pari a € 49.100,0

Figura 3a.6. Spesa sanitaria corrente per il personale Italia vs Francia, Germania, Regno Unito e Spagna



Fonte: elaborazione su dati OECD, Ministero della Salute, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Considerando che la spesa privata italiana è inferiore alla media EU del -12,1%, in pratica si evince che se il SSN volesse adeguare le proprie dotazioni organiche, sia in quantità, che in termini di livelli retributivi, utilizzando come riferimento la media di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, il *gap* della spesa sanitaria totale nazionale si riallineerebbe tendenzialmente alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (-6,3%), dimostrando che il risparmio italiano è sostanzialmente "apparente", essendo per lo più attribuibile alla discutibile gestione italiana delle risorse umane.

3a.3. La spesa sanitaria nelle Regioni

Per analizzare la spesa a livello regionale è necessario riferirsi 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 quelli OECD sinora analizzati: nel 2021, la spesa sanitaria italiana, pubblica e privata, risulta attestarsi a € 165,0 mld., ovvero € 2.785,2 pro-capite[8], in aumento del 4,8% (+ € 127,1 pro-capite) rispetto al 2020. Per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, secondo la Ragioneria Generale dello Stato, essa ha raggiunto € 126,6 mld., con una crescita del 2,7% rispetto all'anno precedente, 0,6 p.p. in più rispetto alla variazione media annua del quinquennio precedente (+2,1% medio annuo tra il 2015-2020).

La crescita nell'ultimo biennio è evidentemente legata al contrasto della pandemia, finanziato ad hoc con risorse aggiuntive pari a circa € 3,6 mld. nel 2020 e € 1,8 mld. nel 2021: non vi è, però, ancora contezza di quanta parte delle risorse sia stata effettivamente impiegata dalle Regioni per il contrasto dell'epidemia.

Per quanto concerne il dato pro-capite, esso risulta pari a € 2.137,9 (in aumento del 3,4% rispetto al 2020 e dell'1,4% medio annuo nel quinquennio 2016-2021) (Figura 3a.7.).

Nell'ultimo decennio la spesa pubblica pro-capite è aumentata del +16,1% in termini nominali (va-

[8] Differenza rispetto al dato OECD pari a - € 48,5 pro-capite

riazione media annua pari all'+1,5%), che in termini reali[9] equivale ad una variazione media annua dello +0,5% (ovvero € 85,1 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 2021, a € 38,3 mld., in crescita rispetto al 2020.

In termini pro-capite, risulta pari a € 647,3, in aumento di € 42 rispetto all'anno precedente (si era ridotta di € 52 nell'anno precedente).

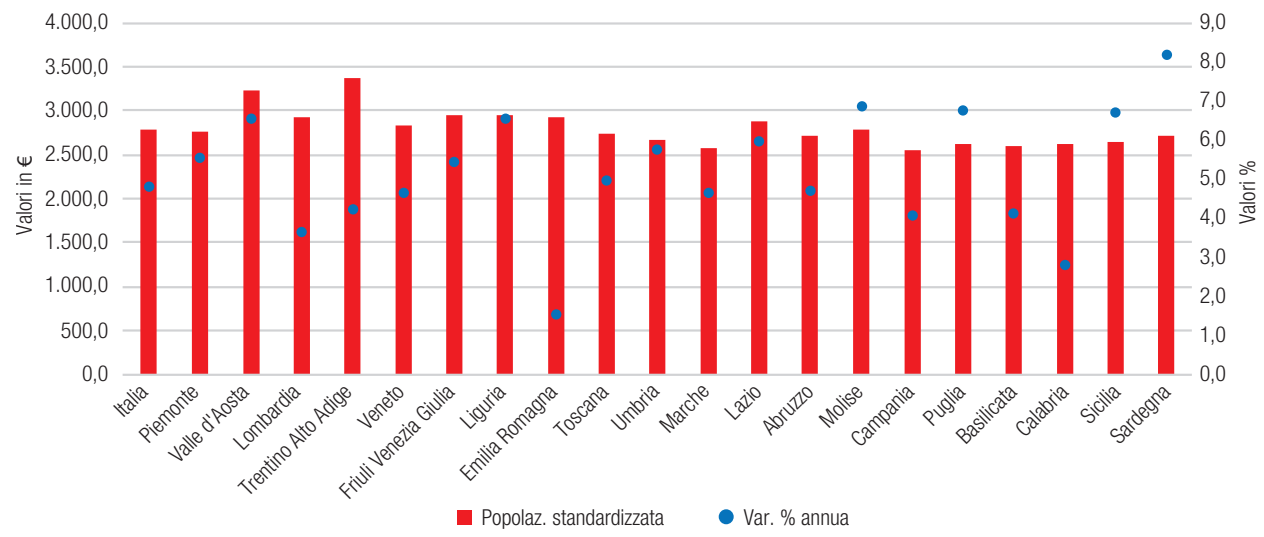
Passando all'analisi regionale, in termini di spesa pro-capite complessiva (pubblica e privata), i valori massimi li troviamo in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.317,9 e € 3.258,1); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.504,3) e Puglia (€ 2.586,9). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,3 volte ovvero € 813,6; anche escludendo le Regioni a Statuto Speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 546,7 (ovvero 1,2 volte).

Analoghe conclusioni sono possibili osservando i dati di spesa standardizzati utilizzando i pesi dedotti dalle delibere CIPE di riparto del finanziamento: si confermano i valori massimi di spesa in Trentino Alto Adige (€ 3.375,8) e Valle d'Aosta (€ 3.222,9), con all'estremo opposto Campania (€ 2.558,3) e Marche (€ 2.577,4). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima rimane di 1,3 volte e, anche escludendo le Regioni a statuto speciale, la differenza rimane considerevole, pari a 1,2 volte (Figura 3a.7.).

Nell'ultimo anno la spesa pro-capite è aumentata in tutte le Regioni; quelle in cui è cresciuta maggiormente sono Sardegna (+8,1%) e Molise (+6,8%); quelle, invece, in cui l'incremento è stato più contenuto sono state Emilia Romagna (+1,5%) e Calabria (+2,8%).

Per quanto concerne la spesa pubblica[10], risulta massima nella P.A. di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 2.805,4 e € 2.518,3 pro-capite), seguite dalla P.A. di Trento (€ 2.466,3) e dal Molise (€ 2.314,9); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.047,8) e Lazio (€ 2.314,9).

Figura 3a.7. Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

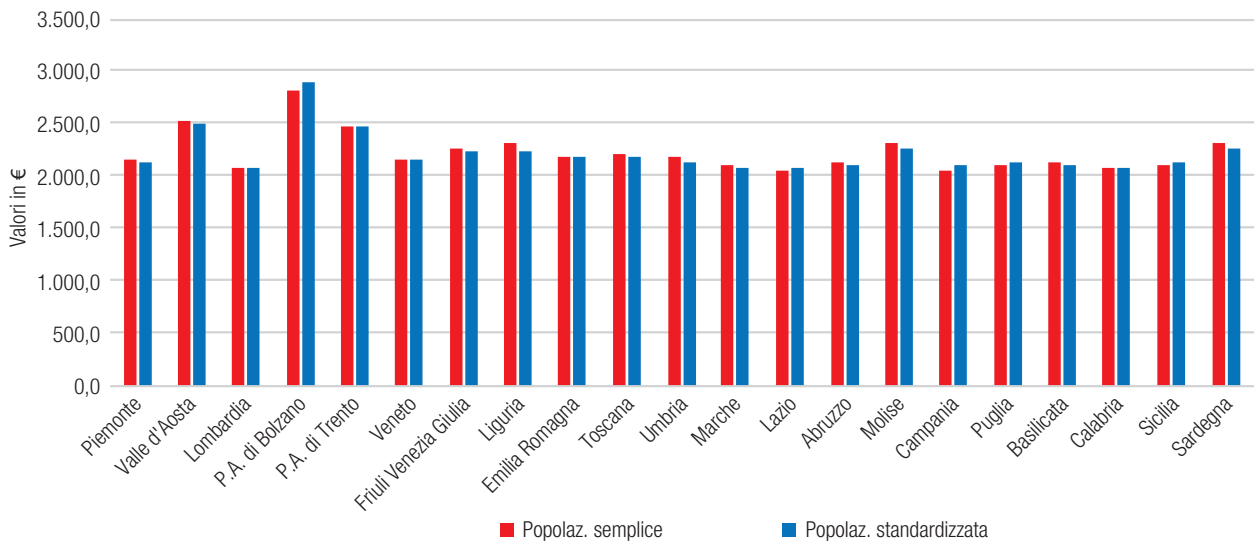


Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

[9] Il valore nominale è stato deflazionato impiegando il valore generale del FOI (indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati)

[10] La spesa considerata è quella che si ricava dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie

Figura 3a.8. Spesa sanitaria pubblica pro-capite. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato 2022 - @ C.R.E.A. Sanità

La differenza tra la Regione con spesa pubblica massima e minima è pari al 37,0%, ovvero € 757,7 pro-capite; escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza si riduce di 24,0 p.p. risultando pari al 13,0% (€ 267,1 pro-capite). Utilizzando nel confronto la spesa standardizzata[11], lo scarto tra la Regione con spesa pro-capite standardizzata massima (P.A. Bolzano € 2.893,6) e quella minima (Marche € 2.065,4) sale al 40,1% (€ 828,2). Non considerando le Regioni a Statuto Speciale, si riduce al 10,0% ovvero a € 206,1 pro-capite.

In particolare, a fronte di una crescita media annua della spesa del 2,7% tra il 2016 e il 2020, l'incremento nell'ultimo anno è stato pari al 3,4%. Nel complesso delle Regioni settentrionali la crescita nell'ultimo anno è stata tendenzialmente in linea con quella verificatasi nel periodo precedente (2,9% nell'ultimo vs 2,8% medio annuo tra il 2016 e il 2020); nelle Regioni centrali l'incremento dell'ultimo anno ha raggiunto il 3,3% ovvero 0,7 p.p. in più rispetto alla variazione media annua osservata tra il 2016 e il 2020; nelle Regioni meridionali, infine, la spesa sanitaria pubblica pro-capite nell'ultimo anno ha registrato un incremento pari al 4,2% e in aumento di 1,6 p.p. rispetto alla variazione media annua osservata nel periodo 2016-2020 (Tabella 3a.1.).

Per quanto concerne la spesa privata, a livello regionale i valori massimi pro-capite si rilevano in Lombardia (€ 828,3), con all'estremo opposto la Sardegna (€ 442,9). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,9 volte, pari a € 385,4, valore in crescita rispetto all'anno precedente quando la differenza era pari a € 317,4.

Utilizzando la stessa standardizzazione utilizzata per la spesa pubblica, si passa da € 735,6 della Valle d'Aosta a € 423,5 delle Campania con una differenza pari a € 312,0.

Nell'ultimo anno si è assistito ad una decisa (e omogenea fra le Regioni) crescita della spesa sanitaria privata (+8,8%) seguita alla riduzione, quantitativamente analoga (-8,9%) registratasi nel 2020, a causa della pandemia.

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

Tabella 3a.1. Spesa sanitaria pubblica regionale pro-capite. Variazioni %

Regioni	2016/2011	2020/2016	2021/2020
Italia	0,1	2,7	3,4
Piemonte	-0,3	2,5	4,4
Valle d'Aosta	-1,7	3,1	6,7
Lombardia	0,3	2,5	2,5
P.A. di Bolzano	0,9	3,8	5,7
P.A. di Trento	-0,1	2,2	4,1
Veneto	0,4	3,4	3,6
Friuli Venezia Giulia	-1,0	3,3	4,0
Liguria	-0,0	2,1	3,8
Emilia Romagna	0,6	3,3	0,5
Toscana	0,2	3,1	3,0
Umbria	0,4	3,0	4,2
Marche	0,0	2,5	3,9
Lazio	-1,4	2,3	3,2
Abruzzo	0,9	2,4	3,2
Molise	0,6	1,8	6,8
Campania	0,2	3,0	3,7
Puglia	0,7	2,4	4,9
Basilicata	-0,4	2,7	3,0
Calabria	0,3	2,5	0,3
Sicilia	0,7	3,1	4,5
Sardegna	0,7	1,4	7,8

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato 2022 - @C.R.E.A. Sanità

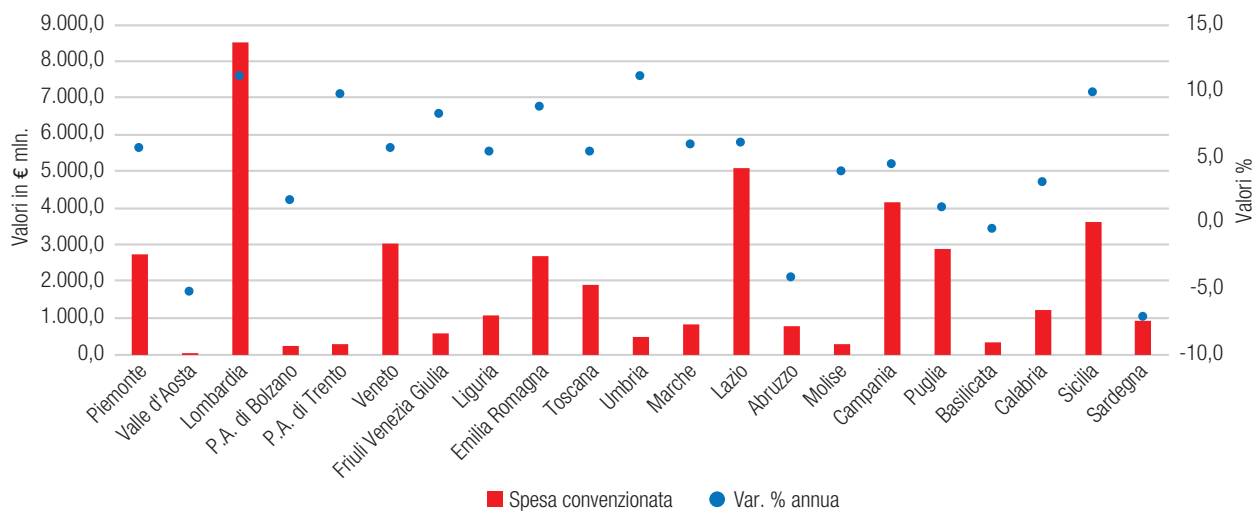
3a.4. La composizione della spesa sanitaria pubblica

Per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, nel 2020 (ultimo anno disponibile), il 33,9% di essa è spesa cosiddetta convenzionata, ovvero per erogazioni effettuate da strutture private accreditate e professionisti convenzionati.

Nell'ultimo quinquennio (2015-2020) l'incidenza della spesa convenzionata ha riportato una flessione, passando dal 35,8% del 2015 al 33,9% del 2020; in particolare, l'incidenza della spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica è diminuita in tutte le Regioni tra il 2015 e il 2020, evidenziando, peraltro, *trend* difformi: è diminuita di oltre 5,0 p.p. in Molise e Abruzzo (rispettivamente -5,7 e -5,5 p.p.), mentre la contrazione verificatasi in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna è stata inferiore al p.p. (rispettivamente -0,2 e -0,6).

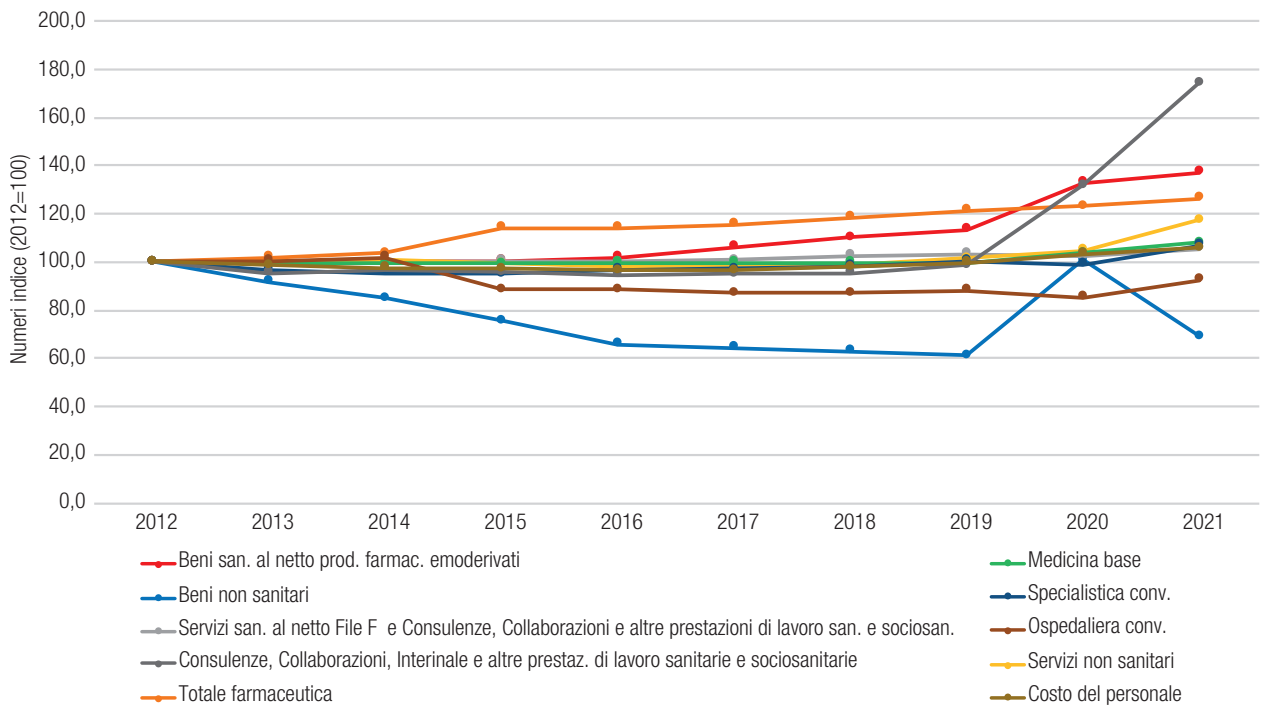
La spesa convenzionata, in generale, continua ad avere un peso maggiore nelle Regioni meridionali (34,7%, -3,5 p.p. rispetto al 2015) rispetto a quelle del Nord (33,4%, -1,2 p.p. rispetto 2015) e del Centro (33,9%, -1,1 p.p. rispetto al 2015) (Figura 3a.9.).

Figura 3a.9. Spesa sanitaria pubblica convenzionata



Fonte: elaborazione su dati Istat 2022- © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.10. Spesa sanitaria pubblica per funzioni



Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2022-@ C.R.E.A. Sanità

Appare, pertanto, evidente come nel quinquennio 2015-2020, il peso della spesa convenzionata in rapporto a quella totale si sia sostanzialmente ridotto; la Regione in cui tale indicatore si è maggiormente contratto nel periodo di analisi è il Molise (-5,7 p.p.); all'estremo opposto si colloca il Friuli Venezia Giulia dove la riduzione della spesa convenzionata sulla spesa totale si è fermata a -0,2 p.p..

L'evoluzione della spesa, rappresentata in numeri indice a base 2012=100, mostra l'accelerazione di alcune voci dovuta alla pandemia: particolarmente dinamica appare nel 2020 e nel 2021 la spesa per le consulenze e le collaborazioni; in tale voce, infatti, sono ricompresi gli oneri riguardanti il lavoro interinale di area sanitaria, il rimborso degli oneri stipendiali del personale sanitario in comando, etc..

Tra il 2020 e il 2021, è possibile apprezzare anche la crescita della spesa per il personale come quella per l'acquisto di servizi non sanitari e quella riguardante l'acquisto di beni sanitari al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati. Nell'ultimo biennio è aumentata anche la spesa per la medicina di base e per l'ospedaliera convenzionata; la spesa per l'acquisto di prestazioni specialistiche da strutture convenzionate, dopo una riduzione nel corso del 2020, nel 2021 è nuovamente cresciuta. Infine, anche la farmaceutica, nell'intero periodo analizzato, ha presentato un *trend* crescente (Figura 3a.10.).

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 completi, ci limitiamo ad osservare che secondo le stime elaborate sui dati Istat, "nettando" la spesa *Out of Pocket* (OOP) dei rimborsi previsti

nel caso di coperture assicurative "indirette"[12], nel 2021 la spesa OOP rappresenterebbe il 90,2% (Figura 3a.11.) del totale della spesa privata; quella intermediata il restante 9,8% (in riduzione di 0,2 p.p. rispetto all'anno precedente).

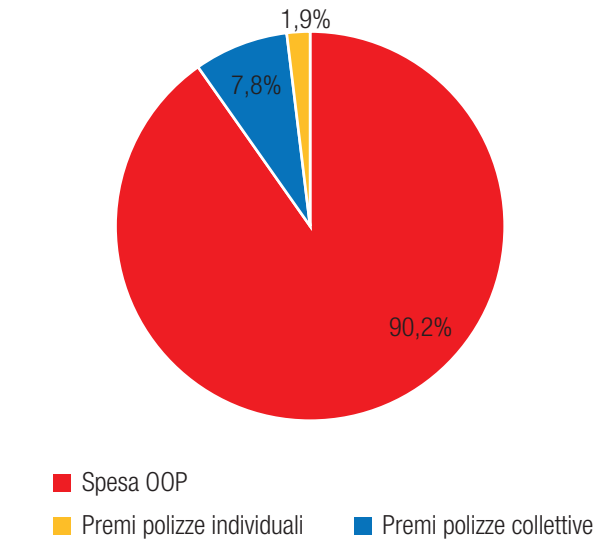
La spesa intermediata è, a sua volta, composta per l'80,3% da polizze collettive e per il 19,7% da polizze individuali.

La spesa intermediata si stima pari a € 3,7 mld., di cui € 737,8 mln. attribuibile a polizze individuali (+20,2% rispetto al 2020 mentre si era ridotta del -7,6% rispetto al 2019) ed i restanti € 3,0 mld. a polizze collettive (+3,6% rispetto al 2020 mentre si era ridotta del -2,2% rispetto al 2019).

Analizzando la composizione per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 13,4% della spesa privata nel Nord, il 9,34% nel Centro e solo il 2,0% nel Sud e Isole (Figura 3a.12.).

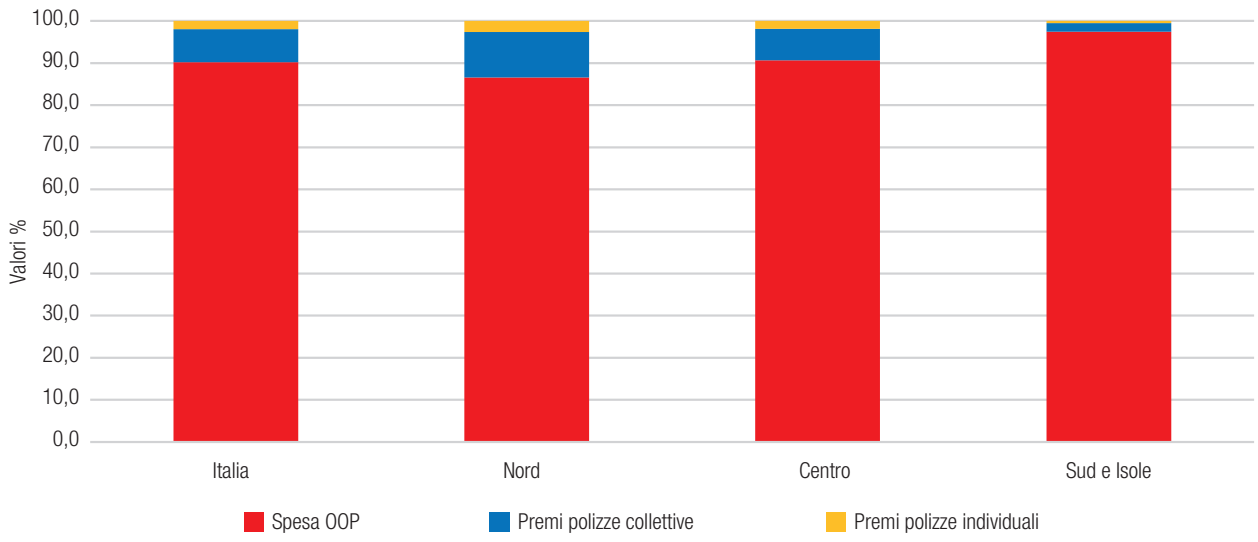
Il Trentino Alto Adige è la Regione con la quota più alta di spesa privata intermediata, che risulta superiore al 21,0%. La Sicilia risulta, di contro, essere la Regione con la quota minore di spesa intermediata, inferiore all'1,0%.

Figura 3a.11. Composizione della spesa sanitaria privata. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA 2018 - © C.R.E.A. Sanità

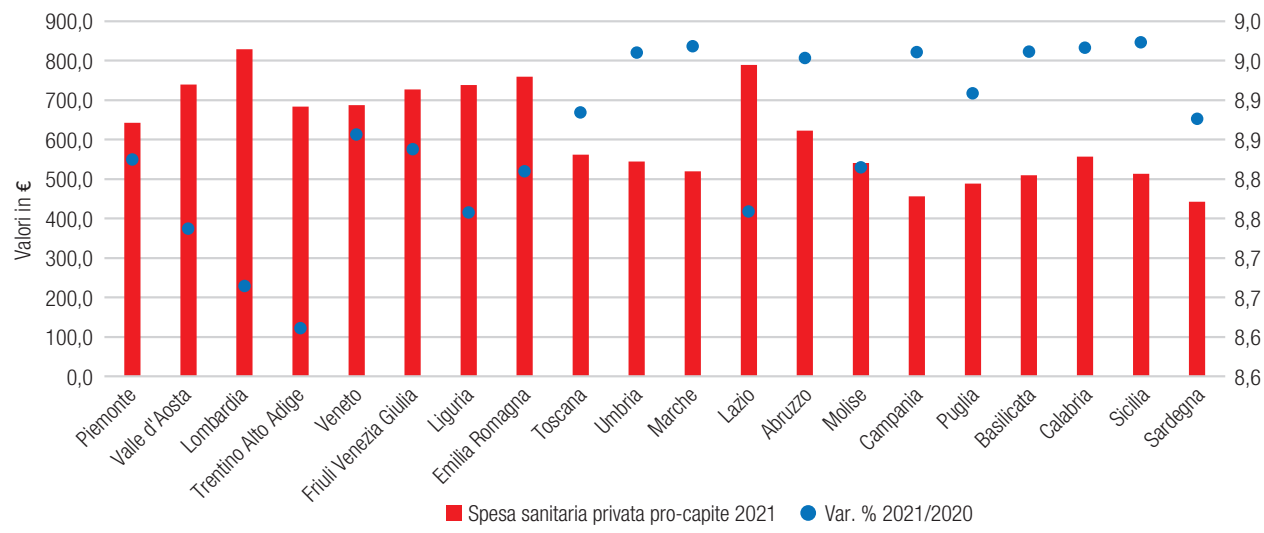
Figura 3a.12. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA 2019 - © C.R.E.A. Sanità

[12] 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.13. Spesa sanitaria privata pro-capite e variazioni



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nello specifico Trentino Alto Adige e Lombardia sono le Regioni con la quota maggiore di polizze collettive (rispettivamente 17,1% e 14,8% del totale spesa sanitaria privata): la Sicilia, le Marche e la Calabria quelle con una quota minore (rispettivamente 0,8%, 1,0% e 1,1% della spesa sanitaria privata).

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 4,2% e 3,6%); Sicilia e Marche quelle con la quota minore, in entrambi i casi pari allo 0,2%.

In definitiva, nell'ultimo anno considerato, in tutte le Regioni si è registrato un incremento della spesa privata: superiore in tutte le Regioni all'8,7%, con punte massime del 9,0% (Figura 3a.13.).

3a.6. La spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità

Le prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza e alla disabilità, riconducibili a spese per la *Long Term Care* (LTC), rappresentano un insieme piuttosto eterogeneo di benefici, che comprendono prestazioni sia in natura che in denaro; in particolare:

- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria[13]
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS[14]
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

A livello pubblico, per la non-autosufficienza e disabilità sono erogate prestazioni sia in natura, riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, sia sotto forma di trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità (pensioni di invalidità civile, assegni di invalidità, pensioni di inabilità, pensioni di invalidità ante 1984), permessi retribuiti a norma della Legge (L.) n. 104/1992 e alle

[13] Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

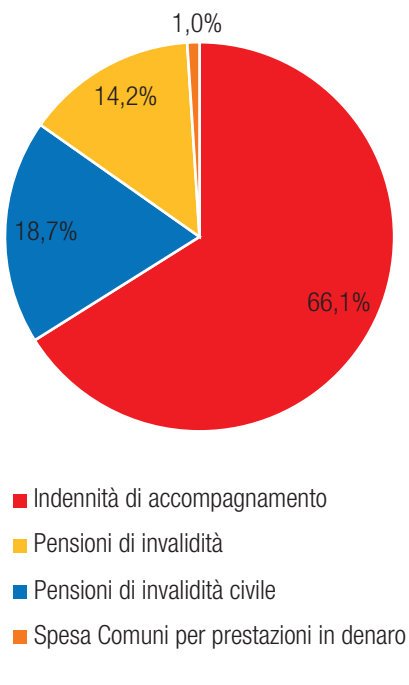
[14] Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni sia di invalidità che di invalidità civile e ai costi della L.n. 104/1992

prestazioni socio-assistenziali a carico dei Comuni[15].

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 2021 a circa € 22,1 mld. (per gli approfondimenti si veda il Capitolo 12).

Se aggiungiamo le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), pari a € 226,6 mln., e la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L.n. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato (€ 2.570,3 mln.), si arriva ad un totale pari a € 24,9 mld. (Figura 3a.14.).

Figura 3a.14. Composizione spesa sociale per prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Se ai citati benefici economici aggiungiamo le prestazioni in natura offerte dai Comuni (pari a € 656,1 mln.), si stima che il complessivo onere pubblico per l'assistenza di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili) possa avere raggiunto nel 2021 i € 25,6 mld., di cui il 2,0% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,6% da quella integrata con servizi sanitari, entrambe di competenza comunale, ed il restante 97,4% 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 riferiti al 2016 (ultimo anno per cui si sono reperite informazioni quantitative), si avrebbero 379.326 famiglie con una badante (o figure assimilabili); applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può stimare una spesa almeno di € 5,3 mld., senza peraltro considerare il fenomeno del "sommerso" che è di entità presumibilmente maggiore (Tabella 3a.2.).

Sebbene il diritto all'indennità di accompagnamento non implichi per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, è possibile ipotizzare che tale provvidenza venga impiegata almeno in parte per coprire la spesa per le badanti: anche qualora fosse tutta destinata a questo scopo, se ne ricaverebbe che non più del 42,0% della spesa per le badanti sarebbe coperto tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento, e il residuale 58,0% (€ 3,1 mld.) rimarrebbe a totale carico delle famiglie.

Si noti che la spesa totale per la LTC tra il 2020 e il 2021 ha riportato una variazione positiva di circa il 3,0%.

Infine, si noti che nelle stime non è stato considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da *caregiver* familiari.

[15] Ci riferiamo ai *voucher*, ai contributi economici per prestazioni sanitarie, alle rette per centri diurni, alle rette per altre prestazioni semiresidenziali e alle rette per prestazioni residenziali
Il *voucher*, in particolare, è uno strumento che, pur nascendo come provvidenza economica, ha una destinazione vincolata, ovvero è destinato all'acquisto di prestazioni in natura, quali ad esempio prestazioni di tipo domiciliare piuttosto che residenziale; l'indagine sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati" dell'Istat, tuttavia, non dettaglia quali servizi debbano essere acquistati con i *voucher*: non è, quindi, possibile ripartire l'importo dei *voucher* tra i servizi al cui acquisto è "destinato"

Tabella 3a.2. Spesa totale per LTC. Anno 2021

Funzioni di spesa	€ mld.	Composi-zione (%)	Var. % 2021/2020
Spesa totale	28,7	100,0	3,0
di cui pubblica per prestazioni in natura	0,7	2,3	3,1
di cui pubblica per prestazioni in denaro	24,9	87,0	3,4
di cui privata per badanti	3,1	10,7	0,0

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In definitiva, secondo le nostre stime, la spesa per LTC di tipo sociale potrebbe essere dell'ordine di € 28,7 mld. annui, ovvero l'1,6% del PIL.

3a.7. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione "spesa socio-sanitaria" per riferirci 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.

Come elaborato nei paragrafi precedenti, nel 2021, la spesa socio-sanitaria totale ammonta a € 193,6 mld., ovvero € 3.269,0 per residente. Essa risulta essere composta per l'85,2% dalla spesa sanitaria e il restante 14,8% dalle prestazioni di LTC.

La copertura pubblica è del 65,4% per la parte Sanitaria e del 13,2% per quella Sociale (Tabella 3a.3. e Figura 3a.15.).

Tabella 3a.3. Spesa socio-sanitaria. Anno 2021

Funzioni di spesa	Valori assoluti (€ mld.)	Composi-zione (%)	Var. % 2021/2020
Spesa socio-sanitaria totale	193,6	100,0	4,3
di cui pubblica	152,2	78,6	3,1
Sanitaria	126,6	65,4	2,5
Sociale	25,6	13,2	6,1
di cui privata	41,4	21,4	8,7
Sanitaria	38,3	19,8	9,2
Sociale	3,1	1,6	-0,0

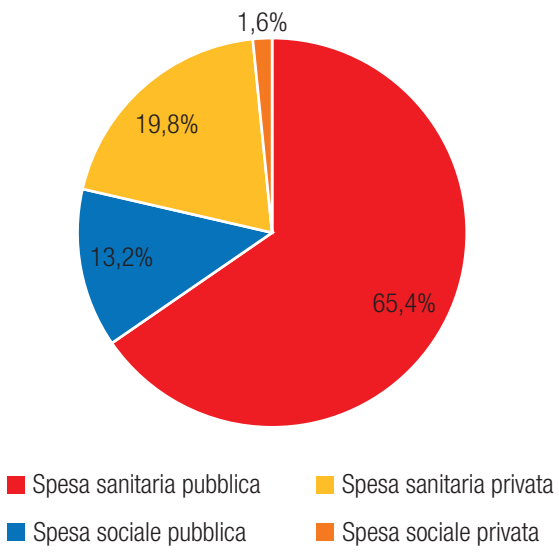
Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3a.4. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL. Valori %

Funzioni di spesa	2015	2020	2021
Spesa socio-sanitaria totale	10,1	11,5	10,9
di cui spesa sanitaria pubblica	6,8	7,5	7,1
di cui spesa sanitaria privata	2,2	2,1	2,2
di cui LTC pubblica	1,0	1,5	1,4
di cui LTC privata	0,2	0,2	0,2

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

Figura 3a.15. Composizione spesa socio-sanitaria. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2022 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa socio-sanitaria rappresenta, nel 2021, il 10,9% del PIL (-0,6 p.p. rispetto all'anno precedente), di cui il 7,1% imputabile alla spesa sanitaria pubblica (-0,4 p.p. sul 2020), il 2,2% a quella privata (+0,1 sull'anno precedente), l'1,4% ai servizi della LTC sociale pubblica (-0,1 punti percentuali sul 2020) ed il residuale 0,2% alla spesa privata per badanti (nessuna variazione sull'anno precedente) (Tabella 3a.4.).

Risulta, pertanto, evidente come la diffusione della pandemia abbia di fatto implicato che, nel 2020, una maggior quota di PIL fosse assorbita dal comparto socio-sanitario anche a causa di una drastica riduzione del PIL; nell'ultimo anno, invece, si assiste ad una riduzione dell'incidenza del comparto socio

sanitario sul PIL dovuto essenzialmente alla crescita sostenuta del PIL verificatasi tra il 2020 e il 2021 (+7,8%).

3a.8. Riflessioni finali

Nel 2021, la spesa sanitaria totale e sociale (sia pubblica che privata) per la LTC complessivamente, ammontano a € 193,6 mld. (€ 3.269,0 pro-capite), pari al 10,9% del PIL (-0,6 punti percentuali rispetto al 2020). Tale spesa risulta essere composta per il 65,4% dalla spesa sanitaria pubblica e per il 19,8% dalla spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie; per l'85,2% si tratta di spesa sanitaria e il restante 14,8% di prestazioni sociali legate alla LTC.

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) italiana rimane significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (-38,2%).

I tassi di crescita italiani rimangono decisamente inferiori a quelli medi EU, generando un progressivo distacco dell'Italia dai livelli di spesa dei Paesi EU-Ante 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 (+5,5% Italia vs +8,8% Paesi EU-Ante 1995).

Il *gap*, per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, risulta ancora maggiore avendo ormai superato il 43,0%.

Appare, pertanto, evidente che tra il 2020 e il 2021, nonostante il diffondersi della pandemia e considerando che l'Italia è stato uno dei Paesi più colpiti, la spesa sanitaria pubblica ha continuato a crescere significativamente meno della media dei *partner* europei di "riferimento", allargando ulteriore la forbice.

Peraltro, il *gap* dell'Italia nei confronti dei *partner* dell'EU-Ante 1995 è praticamente ascrivibile alle carenze di organico delle strutture del SSN, nonché alle retribuzioni medie, che risultano più basse che negli altri Paesi.

A livello regionale persiste una rilevante differenza nella spesa sanitaria pro-capite: fra gli estremi (Regioni con spesa massima e minima) essa risulta pari a € 757,7, pari al 37,0%.

Differenza in larga misura ascrivibile alla componente privata: a livello regionale, i valori massimi pro-capite della spesa privata si rilevano in Lombardia (€ 828,3), mentre all'estremo opposto si colloca la Sardegna (€ 442,9). La differenza tra la Regione con spesa privata massima e quella con spesa minima è di 1,9 volte, pari a € 385,4 (€ 312,0 standardizzando i dati).

Nel complesso la spesa privata nel 2021 è cresciuta del +8,8% rispetto all'anno precedente. Tale incremento, sembra possa essere ricollegato alla "ripresa" delle visite specialistiche, che nel corso del 2020 avevano subito una notevole battuta di arresto come conseguenza del diffondersi del COVID.

Ulteriore disparità regionale è quella relativa alla struttura della spesa privata: a fronte di una quota media di spesa privata intermediata pari al 9,8%: il Trentino Alto Adige è la Regione con la quota più alta di spesa privata intermediata, che risulta superiore al 21,0%. La Sicilia risulta, di contro, essere la Regione con la quota minore di spesa intermediata, inferiore all'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 Sanità*

ENGLISH SUMMARY

Health expenditure evolution: international e national comparison

In 2021 Italy's health expenditure amounted to € 165 billion: public expenditure was € 126.6 billion (76.7%) and private expenditure was equal to € 38.4 billion (23.3%).

In 2021 the (negative) gap between Italy's current health expenditure and that of the other Ante-1995 EU countries reached -38.2% for total health expenditure and -43.8% for public expenditure (between 2000 and 2021, the gap had increased by -17.0 percentage points). As to private current expenditure, instead, the gap stood at 12.1%.

Between 2020 and 2021, during the pandemic period, Italy's per-capita health expenditure grew by 5.5%, as against an average of 8.8% in the other Ante-1995 EU countries. Italy's average annual growth between 2000 and 2021 was equal to 2.6%, down by 1.2 percentage points as against the average (3.8%) of the other Ante-1995 EU countries. It appears evident, therefore, that the growth trend of Italy's health expenditure is considerably lower than that of the other "reference" EU Member States, and that even during the 2020-2021 pandemic period, Italy recorded a lower growth in total health expenditure.

The trend of the last few years, therefore, points to Italy's "progressive deviation" from the expenditure levels of the Ante-1995 EU countries: a gap largely attributable to staff policies, both in terms of human resources requirements and remuneration policies.

In per-capita terms, total healthcare expenditure in 2021 stood at € 2,785.2, up by 4.8% compared to 2020: the difference between the Region with the maximum and the Region with the minimum expenditure was 1.3 times, i.e. € 813.6. Even excluding the Special Administrative Regions, the difference remained considerable and amounted to € 546.7 (1.2 times).

The difference was largely attributable to the private component: at the regional level, the highest per-capita values of private expenditure were found in Lombardia (€ 828.3), while at the opposite extreme there was Sardinia (€ 442.9), with a difference between the Region with the maximum and the Region with the minimum private expenditure amounting to 1.9 times, equal to € 385.4 (€ 312.0 when standardising the data).

Per-capita public expenditure amounted to € 2,137.9 (up by 3.4% as against 2020 and by a 1.4% yearly average over the five-year period 2016-2021): the difference between the Region with the maximum and the Region with the minimum public expenditure was 37%, i.e. € 757.7 per-capita. Excluding the Special Administrative Regions, the difference fell by 24 percentage points resulting in 13% (€ 267.1 per-capita).

The analysis of the composition of public expenditure shows the acceleration of some items due to the pandemic: the expenditure on consultancies and collaborations proved to be particularly dynamic in 2020 and 2021. That item, in fact, included charges for temporary work in the healthcare sector, as well as the reimbursement of salaries of seconded or posted healthcare staff, etc.. Between 2020 and 2021, it was also possible to quantify the growth of expenditure on staff, such as that for the purchase of non-health services and that concerning the purchase of health goods net of pharmaceuticals and blood derivatives. Over the last two years, expenditure on primary care and hospital care from facilities operating in agreement with the NHS also increased. After a reduction in 2020, expenditure on the purchase of specialist services from facilities operating in agreement with the NHS grew again in 2021. Finally, pharmaceuticals also

showed an increasing trend over the entire period analysed.

Finally, it should be noted that 90.2% of private expenditure is Out of Pocket, and the remaining 9.8% is intermediated with the instruments of the second and third pillars. The latter is 13.4% in the North of Italy, 9.3% in the Centre and only 2% in the South of Italy, Sicilia and Sardegna, thus generating further regional differences.

Extending the analysis to social benefits (not strictly healthcare), particularly those related to non-self-sufficiency and disability, typically attributable to Long Term Care (LTC) expenditure, we note that in 2021 they absorbed € 28.7 billion, of which the largest share was for public economic benefits (caregiver's and attendance allowances, civil disability pensions, disability pensions, vouchers, financial contributions for healthcare services, fees for day care centers, fees for other semi-residential services, fees for residential services and paid leaves pursuant to Law No. 104/1992).

Finally, it should be noted that in 2021 total social and health expenditure amounted to € 193.6 billion, (€ 3,269 per-capita). 85.2% of it was made up of health expenditure and the remaining 14.8% of LTC services.

CAPITOLO 3b
Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Di Luca V.[1]

Al 31 Dicembre 2020 il sistema sanitario italiano nel suo complesso poteva contare su 730.337 unità di personale[2], di cui 645.162 assunte a tempo indeterminato, 73.832 assunte in forma flessibile – delle quali 37.903 a tempo determinato – e 11.343 unità di personale universitario (Il personale del sistema sanitario italiano, anno 2020 – Ministero della Salute).

Rispetto al 2019, il personale aumenta in termini assoluti di 48.676 unità (+7,1%), anche se solo la terza parte di tale incremento riguarda il personale a tempo indeterminato, che aumenta di 14.352 unità.

La tabella 3b.1. riporta il confronto numerico in termini di personale tra il 2019 ed il 2020.

Tabella 3b.1. Personale del Servizio Sanitario Nazionale

Tipologia di contratto	2019	2020	Variazione (unità)	Variazione (%)
Tempo indeterminato	630.810	645.162	+14.352	+2,3%
Flessibile	38.966	73.832	+34.866	+89,5%
di cui Formazione Lavoro, Interinale, LSU, Telelavoro/ *Smart working*	7.069	35.929	+28.860	+408,3%
di cui a Tempo Determinato	31.897	37.903	+6.006	+18,8%
Universitario	11.885	11.343	-542	-4,6%
Totale	681.661	730.337	48.676	+7,1%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Eccezion fatta per il personale universitario che diminuisce di 542 unità, spicca subito evidente come nel 2020 siano contraddistinte dal segno positivo tutte le variazioni di personale e come sia considerevolmente aumentato in proporzione il personale assunto con forme contrattuali flessibili quali contratti di formazione lavoro, interinale, LSU e telelavoro/*smart working*: è interessante notare poi come l'80% di tale aumento sia riferito al solo reclutamento di profili per il ruolo amministrativo e tecnico (Il personale del sistema sanitario italiano), certamente imputabile all'avvento della pandemia da COVID.

Nell'anno 2020 si evidenzia una inversione della tendenza registrata negli ultimi anni ed il personale dipendente a tempo indeterminato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) torna a crescere. Nell'ambito del ruolo sanitario la variazione più significativa riguarda il personale infermieristico che cresce di 8.794 unità (+3,3%), mentre i medici direttamente assunti alle dipendenze del sistema sanitario pubblico aumentano di 935 unità (+0,9%). Si assiste anche ad una maggior quota di personale stabilizzato: il rapporto tra le unità assunte con contratto a tempo determinato e quelle con contratto a tempo indeterminato scende in un anno dal 5,9% al 5,7% per i medici e dal 6,0% al 5,5% per il personale infermieristico (Il personale del sistema sanitario italiano, Ministero della Salute, confronto dei *report* relativi agli anni 2019 e 2020).

Secondo lo stesso rapporto sopra citato, pubblicato dal Ministero della Salute ad Ottobre 2022, vediamo come nel 2020 risultano in servizio presso le strutture pubbliche e private del sistema sanitario nel suo complesso 241.210 unità di personale medico e 343.279 unità di personale infermieristico, rispettiva-

[1] Ingegnere Medico
[2] Medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, dirigenti delle professioni sanitarie, personale infermieristico, tecnico sanitario, vigilanza ed ispezione, funzioni riabilitative, ruolo tecnico e ruolo amministrativo

mente in aumento di 720 (+0,3%) e 10.461 (+3,1%) unità rispetto all'anno precedente. Tali numeri comprendono sia il personale impiegato presso le ASL, le aziende ospedaliere ed universitarie, gli IRCCS che quello relativo alle case di cura e ad altre strutture equiparate al pubblico. Per i medici, si intendono compresi anche i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

La tabella 3b.2. riporta uno schema riepilogativo per le categorie di personale a disposizione.

Sempre dal confronto dei dati relativi al 2019 ed al 2020 si osserva come nel 2019 le 44.226 unità di personale cessate dal servizio sono state reintegrate con una quota praticamente analoga di personale assunto (44.299 unità); nel 2020 invece, complice la pandemia da COVID, le 51.536 unità di personale cessato sono state reintegrate con una quota maggiorata del 54,5%, corrispondente a 79.642 unità in termini assoluti. Ciò ha contribuito ad abbassare l'anzianità media di servizio del personale del SSN, che passa dai 18,3 anni del 2019 ai 17,7 anni del 2020. In maniera analoga, per i medici si passa da un'anzianità media di servizio di 15,2 anni ad un'anzianità di 14,8 anni e per il personale infermieristico si passa da 19,0 a 18,4 anni.

Oltre all'anzianità media di servizio, nel 2020 si assiste anche ad un abbassamento dell'età media del personale del SSN nel suo complesso, che passa da 49,8 anni del 2019 a 49,3. Andando nel dettaglio, per il personale medico in servizio presso le strutture pubbliche del SSN – dunque esclusi i medici di medicina generale, i pediatri ed i medici delle strutture private – si passa da un'età media di 51,4 anni nel 2019 a 50,9 anni nel 2020. Se aggiungiamo anche il dato relativo al 2017 ed al 2018, dove l'età media del personale medico era rispettivamente pari a 52,3 anni e 52,0 anni, notiamo come ci sia un vero e proprio *trend* decrescente, a testimoniare il maggior ricambio generazionale avvenuto negli ultimi anni. Si segnala inoltre come l'età media degli uomini nel 2013 e nel 2020 sia sempre pari a 53,3 anni, mentre l'età media per le donne passi dai 49,2 anni del 2013 ai 48,3 anni del 2020.

Tabella 3b.2. Personale del SSN per categoria

Categoria di personale	2019	2020	Variazione (unità)	Variazione (%)
Medici	**240.490**	**241.210**	**+720**	**+0,3**
A tempo indeterminato presso ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES	106.444	107.379	+935	+0,9
A tempo determinato presso ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES	6.243	6.106	-137	-2,2
Universitari presso ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES	6.009	5.957	-52	-0,9
Medici di Medicina Generale	39.893	40.250	+357	+0,9
Pediatri di Libera Scelta	6.942	7.022	+80	+1,2
Altre categorie[3]	74.959	74.496	-463	-0,6
Infermieri	**332.818**	**343.279**	**+10.461**	**+3,1**
A tempo indeterminato presso ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES	266.707	275.501	+8.794	+3,3
A tempo determinato presso ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES	14.453	15.068	+615	+4,3
Universitari presso ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES	1.579	1.486	-93	-5,9
Altre categorie[4]	50.079	51.224	+1.145	+2,3

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

[3] Personale medico impiegato presso Policlinici universitari Privati, I.R.C.C.S. privati, Fondazioni Private, Ospedali classificati, Istituti qualificati Presidi USL, Enti di Ricerca, titolari di Guardia Medica, Specialisti Ambulatoriali, Case di Cura

[4] Personale infermieristico impiegato presso Policlinici universitari Privati, I.R.C.C.S. privati, Fondazioni Private, Ospedali classificati, Istituti qualificati Presidi USL, Enti di Ricerca e Case di Cura

L'età del personale infermieristico scende invece dai 47,4 anni del 2019 ai 46,9 anni del 2020, valore che è addirittura al di sotto della media generale.

Dato interessante è quello relativo alla distribuzione del personale medico per tipo di struttura pubblica/privata. Nel corso degli anni aumenta sempre più la quota di medici che lavorano nel settore privato, a discapito della quota relativa al settore pubblico. La tabella 3b.3. riassume i valori riportati nei *report* del Ministero della Salute (Il personale del sistema sanitario italiano, Ministero della Salute) ed evidenzia come da una percentuale di medici che lavorano nel privato del 26,6% nel 2017 si sia passati al 28,3% solo 3 anni dopo.

Tabella 3b.3. Personale del SSN per tipologia di struttura

Anno	Medici impiegati nel settore pubblico	Medici impiegati nel settore privato
2017	73,4%	26,6%
2018	72,6%	27,4%
2019	71,7%	28,3%
2020	71,7%	28,3%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

A conferma di ciò, ci sono i valori riportati dal Conto Annuale del Tesoro relativi al 2019 ed i dati del 2020 e del 2021 tratti dal *database* Onaosi che confermano il persistere di una quota importante (2-3.000 unità l'anno) di dimissioni. Nel 2021 sono state 2.886: ciò significa che in un solo anno il 2,5% della forza lavoro ha deciso di abbandonare il settore pubblico (Tabella 3b.4.).

Tabella 3b.4. Dimissioni di medici dal settore pubblico su dati del Conto Annuale del Tesoro e *database* Onaosi

Anno	Dimissioni
2019	3.123
2020	2.075
2021	2.886

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Il settore privato sembra diventare sempre più attrattivo in quanto in grado di garantire un buono *standard* retributivo – anche grazie alla possibilità di un trattamento fiscale agevolato del reddito prodotto – e per un miglior rapporto vita-lavoro: in molti casi, infatti, non è richiesto il lavoro notturno e festivo.

Molti medici vanno verso le cooperative, che rappresentano un'efficace soluzione per realizzare una forma di associazionismo che offre vantaggi ai soci e permette al contempo di offrire servizi efficienti alle aziende sanitarie. Ci sono però una serie di considerazioni da fare a tal riguardo. C'è in primis un problema di competenze, che non vengono valutate dall'azienda in occasione di un concorso pubblico, come per i dipendenti, ma vengono valutate direttamente dalla cooperativa che offre il servizio. C'è poi un problema di destrutturazione della professionalità, in termini di responsabilità, di cura, gestione e presa in carico del paziente e in termini di rapporto interpersonale tra colleghi. Il professionista pagato per singola prestazione, che in genere è rappresentata da un turno di 12 ore, non si inserisce nell'*equipe* di cura ma salta da un'azienda ospedaliera all'altra per sopperire alle carenze strutturali di personale. In questo modo è sicuramente a rischio sia la qualità delle cure che la tenuta economica del sistema che, essendo stato per molto tempo impossibilitato per legge ad assumere a tempo indeterminato a causa del tetto alle assunzioni, ha dovuto trovare un modo per aggirare i vincoli e garantire l'assistenza medica nei Pronto Soccorso e nei reparti. Molto spesso diventa anche difficile quantificare questa spesa in eccesso, che cade sovente su centri di costo come "Beni e servizi" piuttosto che su "Personale". È comunque pacifico pensare che, affidandosi alle cooperative, i costi a carico del sistema sanitario nazionale non possano che essere maggiori: oltre al medico da remunerare – parliamo di una forbice tra i € 70 ed i € 120 l'ora – c'è un intermediario terzo che dovrà trarre un profitto per il servizio offerto.

Sembra andare nella giusta direzione, anche se bisognerà vedere se le misure prese saranno sufficienti, l'atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale del triennio 2019-2021 per l'area del comparto sanità, pubblicato il 6 Ottobre 2022 e che dopo pochi

giorni ha ottenuto anche il via libera da parte della Corte dei Conti. In sintesi, l'accordo raggiunto consentirà di riconoscere incrementi medi, calcolati su tutto il personale del comparto, di circa € 175 medi al mese, corrispondenti ad una percentuale di rivalutazione del 7,2%. Quello che è interessante notare è come tale documento, nelle linee di contesto generale, prenda atto con grande lucidità della contingente carenza di personale medico soprattutto in alcuni ambiti specialistici quali l'emergenza-urgenza e del fenomeno delle dimissioni volontarie, richiamando la necessità di interventi a livello economico e operativo al fine di garantire la continuità e la qualità dei servizi e limitare, per quanto possibile, le esternalizzazioni. Il documento mette nero su bianco l'esigenza di incentivare l'ingresso nel SSN dei giovani e di trattenere e fidelizzare i professionisti che già vi operano, prevedendo sviluppi di carriera, ma anche modalità di lavoro che consentano una migliore armonizzazione con la vita privata e familiare, in modo da attenuare l'uscita dal sistema pubblico dei professionisti verso l'ambito del lavoro privato o libero professionale.

3b.1. *Focus* sul personale medico

Per quanto riguarda il numero totale di medici ogni 1.000 abitanti, dalle tabelle che segue è chiaro come il confronto con Paesi europei come Germania, Francia, Regno Unito e Spagna – presi come *benchmark* per le considerazioni legate al personale anche nei precedenti rapporti C.R.E.A. – sembrerebbe non mettere in luce una vera e propria carenza di personale medico: l'Italia risulta avere 3,9 medici/1.000 abitanti, valore che è sopra la media OECD-38 del 2019 (3,6 medici /1.000 abitanti) e la media dei Paesi *benchmark* riferita al 2020, che vale 3,8 (Tabella 3b.5.).

Questi valori, che permettono di istituire un confronto tra l'Italia ed altri Paesi, sembrano delineare il quadro di un sistema sanitario in cui il numero di medici sia perfettamente in linea con quello di altri sistemi, se non addirittura superiore. Tali numeri celano delle problematiche più profonde che affliggono il nostro SSN. In primis l'elevata anzianità del personale medico, che determinerà numerose uscite per pensionamento, unita alla scarsa disponibilità di giovani specialisti pronti ad entrare, generata dal perdurare negli anni passati di un numero insufficiente di posti nelle scuole di specializzazione. Poi, le scelte di carriera orientate verso alcune specialità piuttosto che altre, con relativa carenza in alcune branche. Infine, le caratteristiche demografiche della popolazione italiana, che va incontro ad un progressivo invecchiamento con un conseguente aumento dei bisogni di salute.

Tabella 3b.5. Numero di medici per 1.000 abitanti, dati riferiti al 2020

Anno di riferimento 2020	Popolazione	Numero di medici	Numero di medici per 1.000 abitanti
Italia	60.461.826	241.210	3,9
Germania	84.405.095	371.556	4,4
Francia	65.607.593	214.315	3,3
Regno Unito	67.886.011	203.529	2,9
Spagna	46.754.778	216.766	4,6
Media DE, FR, UK, ES	--	--	3,8

Fonte: *Report* Ministero della Salute italiano e tavole OECD - © C.R.E.A. Sanità

Proprio quest'ultimo aspetto è stato approfondito in dettaglio nel precedente rapporto C.R.E.A. (XVII Rapporto Sanità, Capitolo 3b), dove è messo in luce il *gap* di personale medico quando rapportato alla popolazione *over* 75. Come è lecito aspettarsi, essendo l'Italia uno dei Paesi con l'età media della popolazione più alta, il numero di medici ogni 1.000 abitanti *over* 75 risulta essere inferiore rispetto a quello della media dei Paesi europei considerati. Lo stesso discorso vale, in maniera ancora più eclatante, per gli infermieri.

3b.2. Elevata anzianità del personale

Per quanto attiene l'età media alta del personale medico, è utile iniziare aggiornando le simulazioni riportate nei precedenti rapporti. In particolar modo,

considerato che nel 2020 ha più di 55 anni il 43,8% del personale medico che presta servizio presso le strutture pubbliche (ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES), abbiamo 52.316 unità di personale in età pensionabile nel periodo 2022-2032.

Sarebbe molto interessate riportare tali valutazioni anche per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e per la restante quota di personale medico[5].

Per i medici di medicina generale non sono disponibili dati ufficiali riguardo la loro distribuzione per età ma si può arrivare ad una stima considerando il dato ufficiale sull'anzianità di laurea riportato nel documento *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN* pubblicato ad Agosto 2022 dal Ministero della Salute e relativo all'anno 2020. Secondo tale report, il 78% dei medici di famiglia ha un'anzianità di laurea pari a 28 anni o più. Considerato che sono richiesti almeno 10 anni per il conseguimento della laurea specialistica, una tale anzianità di laurea corrisponde ad un'età anagrafica di 57 anni o più; ne consegue che nel periodo 2020-2030 sono 31.395 le unità di personale in età pensionabile.

Per le restanti due categorie (pediatri e altro personale medico) procederemo assumendo come ipotesi che la percentuale di *over* 55 sia simile a quella dei medici in servizio presso le strutture pubbliche del SSN (43,8%); questa percentuale porta ad una stima di 35.704 unità di personale in età pensionabile nel periodo 2022-2032.

La tabella 3b.6. riassume i valori appena calcolati.

Dunque, nel periodo 2022-2030, semplificando e distribuendo omogeneamente i dati, si ottiene un tasso di uscita annuo dovuto ai soli pensionamenti pari a 11.942 medici. Tale valore corrisponde alla somma dei due tassi di uscita annui sopra calcolati, ovvero 8.803 e 3.139.

Tabella 3b.6. Numero di medici (in servizio presso le strutture pubbliche, pediatri ed altre categorie) in età pensionabile nel periodo 2022-2032 e stima del tasso di uscita annuo

Categorie	Numero di medici totale	% di medici in età pensionabile nel periodo 2022-2032	Totale medici in età pensionabile nel periodo 2022-2032	Tasso di uscita annuo per pensionamenti
Medici in servizio presso ASL, AO, AOU, IRCCS Pubblici, ARES	119.442	43,8	52.316	5.232
Pediatri di Libera Scelta	7.022	43,8*	3.076	308
Altre categorie[6]	74.496	43,8*	32.630	3.263
		Totale	88.022	8.803

* stima

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

Tabella 3b.7. Numero di Medici di Medicina Generale in età pensionabile nel periodo 2020-2030 e stima del tasso di uscita annuo

Categorie	Numero di medici totale	% di medici in età pensionabile nel periodo 2020-2030	Totale medici in età pensionabile nel periodo 2020-2030	Tasso di uscita annuo per pensionamenti
Medici di Medicina Generale	40.250	78,0	31.395	3.139

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

[5] Personale medico impiegato presso Policlinici universitari Privati, I.R.C.C.S. privati, Fondazioni Private, Ospedali classificati, Istituti qualificati Presidi USL, Enti di Ricerca, titolari di Guardia Medica, Specialisti Ambulatoriali, Case di Cura

[6] Personale medico impiegato presso Policlinici universitari Privati, I.R.C.C.S. privati, Fondazioni Private, Ospedali classificati, Istituti qualificati Presidi USL, Enti di Ricerca, titolari di Guardia Medica, Specialisti Ambulatoriali, Case di Cura

3b.3. Carenza in alcune specialità

Analizzando in dettaglio l'elaborazione fornita dall'Associazione Liberi Specializzandi (Als) basata su dati Cineca e pubblicata sul Corriere della Sera il 31 Ottobre 2022 si nota come, banditi i posti nelle scuole di specializzazione, alcune specialità, spesso proprio quelle di cui c'è più bisogno, vengono scelte con grande fatica.

Vediamo infatti contrapposte specialità come Chirurgia Plastica, Reumatologia, Malattie dell'apparato digerente, Pediatria, Oftalmologia, Cardiologia, Neurologia e Dermatologia con un rapporto inferiore al 5% tra posti non assegnati e posti messi a bando, a specialità come Medicina di Comunità e delle Cure Primarie e Medicina di Emergenza e Urgenza, con rispettivamente il 75,0% ed il 56,7% di posti non assegnati sul totale.

La scarsa attrattività per alcune specializzazioni è ovviamente il preludio al grande numero di concorsi pubblici per assumere medici ospedalieri che poi vanno deserti. Questo è un problema presente anche all'estero, dove però, per sopperire alle attuali carenze, si riesce ad attrarre con più facilità il personale medico formato altrove.

Infatti, nel 2019, la media OECD-29 relativa alla percentuale di personale medico formato all'estero sul totale vale 17,9%. Nello specifico, il Regno Unito ha il 30,3% di medici in servizio formato fuori nazione, Germania e Francia rispettivamente 13,1%, e 11,6%, mentre l'Italia solo lo 0,9%. Un valore che in pratica riesce a malapena a compensare il flusso di medici italiani che ogni anno decidono di andare a lavorare all'estero. Analizzando i dati riportati nelle tabelle OECD del 2019 relative al personale sanitario (*Foreign-trained doctors by country of origin - Annual inflow*, Link: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI) è possibile asserire come siano al minimo 1.167 i medici italiani che ogni anno emigrano dal nostro Paese[7].

3b.4. Caratteristiche demografiche della popolazione italiana

L'Italia è uno dei Paesi più anziani al mondo. È il secondo Paese europeo per età media dopo la Germania ed il primo come percentuale di persone *over* 75 rispetto alla popolazione totale. Un numero maggiore di persone anziane si traduce in un ricorso a cure mediche e socio-sanitarie più corposo e dunque ad un'aumentata domanda di professionisti sanitari necessari a soddisfare i bisogni di salute.

In particolare, è interessante confrontare il numero di medici italiani rapportato alla popolazione *over* 75 con la media dei rispettivi valori di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna. Rispetto al 2019, il numero di medici per 1.000 abitanti *over* 75 in Italia scende da 35,0 a 34,3. Al contempo, il valore medio dei Paesi europei considerati *benchmark* aumenta, passando da 37,5 a 38,4. Di conseguenza, il divario tra le dotazioni di personale italiano ed europeo non può che aumentare. Se infatti nel 2019 sembravano mancare all'appello 17.189 medici, aggiornando la stima ai valori del 2020 mancano all'appello 29.088 medici.

Tabella 3b.8. Numero di medici per 1.000 abitanti *over* 75[8]

Anno di riferimento 2020	Popolazione *over* 75	Numero di medici	Numero di medici per 1.000 abitanti *over* 75
Italia	7.026.027	241.210	34,3
Germania	9.404.462	371.556	39,5
Francia	6.421.638	214.315	33,4
Regno Unito	5.892.760	203.529	34,5
Spagna	4.665.030	216.766	46,5
Media DE, FR, UK, ES	--	--	38,5

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

[7] Dato OECD 2019 sul personale in ingresso riferito alle seguenti nazioni: Austria, Belgio, Canada, Cile, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Israele, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito, USA

[8] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANGROUP_custom_1028157/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=82531f1e-d657-4cd4-a29e-1fe1f47ac2d2

Tabella 3b.9. Numero di borse di specializzazione in medicina

Anno	Borse totali	Copertura con risorse statali	Copertura con risorse regionali	Copertura con risorse PNRR	Altre copertura
2019	8.920	8.000	756	--	164
2020	14.455	13.400	888	--	167
2021	18.397	13.200	902	4.200	95
2022	14.378	13.000	984	900	394

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

Dunque, nei prossimi anni, se il sistema sanitario nazionale vorrà restare al passo con i sistemi delle principali nazioni europee, esso dovrà fare i conti con un tasso di pensionamenti annuo importante e dovrà essere in grado di colmare il *gap* appena calcolato. In termini quantitativi, supponendo di volerlo colmare nell'arco di 10 anni, dovremmo garantire un *surplus* di medici in ingresso pari alla decima parte del valore totale, dunque 2.909 medici all'anno.

Globalmente, parliamo di 11.942 pensionamenti annui stimati a cui dobbiamo sommare la quota annua relativa al *gap* pari a 2.909, per un totale di 14.851 unità di personale da integrare annualmente.

Viene naturale riflettere sul fatto che tale valore non possa essere semplicemente uguale a quello bandito ad inizio anno accademico dalle università. Tale numero, infatti, pari a quasi 15.000 unità di personale all'anno, non tiene ancora conto del tasso di successo degli studi, della maggior durata degli stessi e di modifiche importanti relative ai flussi migratori in uscita. È necessario dunque correggere ulteriormente al rialzo tale valore, considerando un congruo coefficiente di sicurezza.

Negli ultimi anni l'Italia è in cima alla classifica OECD per numero di nuovi laureati in medicina: il dato relativo alla statistica OECD più recente descrive nel 2019 un ingresso nel SSN italiano di 10.500 nuovi medici pari a 17,6/100.000 abitanti, che supera il valore di 13,5 corrispondente alla media dei Paesi OECD-36 dello stesso anno.

Inoltre, il *trend* del numero di borse di specializzazione è in crescita rispetto al passato, anche se quest'anno è stato messo a bando il 17,4% di posti di specializzazione in meno rispetto allo scorso. Tale dato non deve essere però fuorviante: l'anno scorso hanno pesato molto le 4.200 borse finanziate con i fondi del PNRR. Il numero di posti dell'anno accademico 2022-2023 coperti con risorse statali (13.000) è infatti allineato con quello dello scorso anno (13.200).

La tabella 3b.9. riporta il numero di borse di specializzazione in medicina e chirurgia finanziate globalmente da Stato, Regioni e da fondi PNRR.

Anche il *trend* relativo alle borse per la formazione dei medici di base va verso la direzione sperata. Soprattutto grazie ai fondi stanziati per la Missione 6 del PNRR, i nuovi specializzandi potranno contare su 900 borse di formazione a partire da quest'anno e per tre anni di fila, che vanno ad aggiungersi ai finanziamenti ordinari: per il triennio formativo 2021-2024 il numero di borse totali è pari a 2.779.

Sommando il numero di borse rese disponibili quest'anno per le specializzazioni di area sanitaria e per i futuri medici di famiglia, otteniamo un valore complessivo pari a 17.157, superiore di 2.306 unità al dato relativo alle uscite sopra calcolato (14.851). Sembra dunque che se il sistema manterrà questo passo, sarà possibile colmare sia il *gap* di personale sia tamponare le uscite per pensionamento.

3b.5. *Focus* sul personale infermieristico

Le carenze di personale non riguardano solo il personale medico ma, più in generale, tutto il personale sanitario. Se si guarda in particolare alla professione di infermiere, l'Italia dispone di un numero rapportato alla popolazione notevolmente inferiore rispetto ad altri Paesi europei: il nostro Paese conta una media di 5,7 infermieri per 1.000 abitanti, di gran lunga inferiore rispetto alla media OECD-38 riferita

Tabella 3b.10. Numero di infermieri per 1.000 abitanti, dati riferiti al 2020

Anno di riferimento 2020	Popolazione	Numero di infermieri	Numero di infermieri per 1.000 abitanti	Rapporto infermieri/medici
Italia	60.461.826	343.279	5,7	1,4
Germania	84.405.095	1.003.000	11,8	2,7
Francia	65.607.593	728.245	11,1	3,3
Regno Unito	67.886.011	567.803	8,4	2,8
Spagna	46.754.778	289.100	6,2	1,3
Media DE, FR, UK, ES	--	--	9,4	2,5

Fonte: *Report* Ministero della Salute italiano e tavole OECD - © C.R.E.A. Sanità

al 2019 (8,8) ed a quella dei Paesi *benchmark* (9,4).

Inoltre, un numero di infermieri così basso contribuisce ad abbassare il rapporto tra il numero di infermieri e quello di medici, portando il valore dello *skill mix* italiano sotto la media dei Paesi *benchmark*: il SSN italiano dispone di 1,4 infermieri per ogni medico, contro i 2,5 dei Paesi EU presi come riferimento.

Tabella 3b.11. Numero di infermieri per 1.000 abitanti *over* 75

Anno di riferimento 2020	Popolazione *over* 75	Numero di infermieri	Numero di infermieri per 1.000 abitanti *over* 75
Italia	7.026.027	343.279	48,9
Germania	9.404.462	1.003.000	106,7
Francia	6.421.638	728.245	113,4
Regno Unito	5.892.760	567.803	96,4
Spagna	4.665.030	289.100	62,0
Media DE, FR, UK, ES	--	--	94,6

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

Nei precedenti rapporti C.R.E.A. è stato valutato il *gap* di personale infermieristico prendendo come *benchmark* le nazioni europee già considerate per i medici, prima in riferimento alla popolazione nel suo complesso e poi alla sola fascia *over* 75: anche per il 2020 si riscontra un importante *deficit* che va da un minimo di 223.709 ad un massimo di 321.301 infermieri, a seconda delle fasce di popolazione in esame.

Vale la pena stavolta, almeno per gli infermieri, tentare un approccio differente. Considerato che sarà molto difficile integrare in organico le 2-300.000 unità di personale che vengono fuori dal confronto statistico, è lecito domandarsi se un cambio di paradigma come quello definito dal recente D.M. n. 77 possa portare il sistema verso un nuovo, virtuoso, equilibrio.

3b.6. Stima del fabbisogno di infermieri in accordo al D.M. n. 77

Il Decreto Ministeriale 77 individua gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico riconoscendo che, per continuare a perseguire al meglio i tre principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità del sistema, è necessario un potenziamento dei servizi assistenziali territoriali attraverso un approccio multidisciplinare e su più livelli, che passa dalla creazione di strutture e presidi destinati alla definizione della rete territoriale, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, puntando anche su una più efficace integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari.

In questo contesto gli infermieri avranno un ruolo centrale, attorno a loro ruoterà gran parte dell'assistenza. Gli infermieri sono infatti coinvolti in tutte le principali articolazioni del D.M. n. 77: dalle Case della Comunità agli Ospedali di Comunità, passando per l'Assistenza Domiciliare Integrata, su cui il decreto punta moltissimo ambendo a coprire gradualmente, entro il 2026, il 10% della popolazione italiana *over* 65.

L'assistenza domiciliare integrata è intesa come l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multi-disciplinare e multi-professionale del paziente. È già attualmente erogata dal servizio sanitario nazionale, tanto che nel corso del 2020 sono stati assistiti al proprio domicilio 1.081.387 pazienti, di cui il 78,1% (844.564 in valore assoluto) è rappresentato da anziani, corrispondente ad una copertura della fascia *over* 65 pari al 6,1%. Mediamente, le ore annuali dedicate dal personale infermieristico a ciascun assistito anziano sono state 10.

Come detto, il D.M. n. 77 ha tra gli obiettivi quello di supportare a domicilio il 10% della popolazione *over* 65 entro 5 anni. Dunque, considerando che tale fascia di popolazione è stimata dall'Istat comprendere 14.949.903 abitanti[9] e che i piani per l'assistenza domiciliare integrata prevedono di coprirne il 10%, possiamo agevolmente stimare il fabbisogno di infermieri in funzione del numero di ore annuali che dedicheranno all'assistenza del singolo paziente.

Secondo lo *standard* attuale, per continuare dunque a garantire le 10 ore annuali di assistenza domiciliare ai 1.494.991 abitanti *over* 65, saranno necessari 3.764 infermieri aggiuntivi, tali da coprire la differenza con gli attuali 844.564 abitanti *over* 65 già inseriti nel percorso ADI[10].

Tutto ciò nell'ipotesi in cui si ritengano davvero sufficienti 10 ore annuali di supporto infermieristico per soddisfare le esigenze della popolazione, la cui età media sarà ulteriormente aumentata fino al 2027 così come i bisogni di salute espressi. Supponiamo quindi di voler garantire al 10% della popolazione *over* 65 del 2027 almeno un'ora di assistenza infermieristica a settimana, in modo continuativo. Per soddisfare tale richiesta avremmo bisogno di coprire ben 77.739.532 ore. Tenendo conto che l'offerta attuale copre 844.564 abitanti per un totale di 8.445.640 ore – con un'offerta mancante pari al 89,1% – saranno necessari 40.101 infermieri aggiuntivi.

La tabella 3b.12. riassume quali sono le strutture definite dal D.M. n. 77, unitamente ad una stima di massimo e minimo personale infermieristico necessario.

Nel complesso, il D.M. n. 77 porta con sé la necessità di integrare una quota variabile tra 39.014 e 82.751 infermieri. Considerando che gli investimenti in conto capitale necessari sono finanziati con i fondi del PNRR e che la spesa per il personale è spesa corrente, dal 2027 in poi il sistema sanitario nazionale dovrà accantonare risorse idonee per consentire un tale incremento di organico. Le cifre in gioco – considerando una spesa annuale di € 50.000 per infermiere – sono nell'ordine di € 2-4 mld. l'anno.

Tabella 3b.12. Stima del fabbisogno infermieristico in accordo al D.M. n. 77

Strutture definite dal D.M. n. 77	Risorse richieste	Personale infermieristico necessario	
		Minimo	Massimo
Case della Comunità – CdC	1.350 strutture – 7-11 infermieri	9.450	14.850
Centrale Operativa Territoriale – COT	600 strutture – 4-6 infermieri	2.400	3.600
Ospedale di Comunità – OdC	400 strutture – 7-9 infermieri	2.800	3.600
Unità di Continuità Assistenziale – UCA	600 unità – 1 infermiere	600	600
Infermiere di Famiglia o Comunità	1 infermiere ogni 3.000 abitanti	20.000	20.000
Assistenza Domiciliare Integrata – ADI	Copertura del 10% della popolazione *over* 65*	3.764 (10h/anno)	40.101 (52h/anno)
Personale infermieristico totale		39.014	82.751

* Riferito al 2027

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

[9] Stima riferita al 1 Gennaio 2027 (http://dati.istat.it/, Previsioni della popolazione - Anni 2021-2070)

[10] Tale differenza corrisponde a 650.426 abitanti ed a 6.504.260 ore di assistenza infermieristica. Considerando che ogni infermiere presta servizio per 36 ore settimanali e 48 settimane l'anno, il numero di infermieri necessario per coprire il monte ore sopra indicato è proprio pari a 3.764

3b.7. Stima delle uscite per pensionamento e considerazioni sui flussi in entrata

Secondo l'ultimo *report* ufficiale emesso dal Ministero della Salute (Il Personale del Sistema Sanitario Italiano, Anno 2020) nel 2020 ha 55 o più anni il 25,4% della forza lavoro; volendo replicare per il personale infermieristico le stesse considerazioni relative ai flussi in uscita per pensionamento fatte per i medici, emerge come siano 87.193 gli infermieri in età pensionabile nel periodo 2022-2032.

Dunque, semplificando e distribuendo omogeneamente i dati, si ottiene un tasso di uscita annuo pari a 8.720 infermieri che andranno in pensione nel periodo 2022-2032.

Il numero di laureati in infermieristica per 100.000 abitanti nel 2019 è talmente basso (18,4 corrispondente a circa 11.000 laureati) da vedere l'Italia collocarsi quart'ultima nella classifica dei Paesi OECD-37, davanti solo a Messico, Lussemburgo e Colombia. La media OECD-37 vale 44,5 mentre la media dei Paesi *benchmark* vale 36,9. Il numero di nuovi laureati in infermieristica è un indicatore chiave per valutare il numero di nuovi ingressi nella professione che potrebbero essere disponibili per sostituire gli infermieri che andranno in pensione e rispondere a qualsiasi carenza attuale o futura. Il numero di laureati in un determinato anno riflette le decisioni prese alcuni anni prima in relazione al numero di posti reso disponibile dagli atenei, sebbene i tassi di laurea siano influenzati anche dal tasso di abbandono degli studenti. Secondo uno studio OECD, in molti Paesi i giovani vedono l'infermieristica come un'occupazione con scarso status professionale e autonomia e con poche opportunità di carriera. L'indagine PISA 2018 dell'OECD infatti, condotta sugli studenti quindicenni delle scuole secondarie, ha messo in luce la difficoltà di molti Paesi nel reclutare studenti in infermieristica. L'indagine ha chiesto ai quindicenni quale lavoro si aspettavano di svolgere all'età di 30 anni. In media, nei Paesi OECD, circa il 3% dei giovani prevedeva di diventare infermiere. In Italia, invece, meno dell'1% degli intervistati indicava di volerlo diventare. Nel nostro Paese il numero di laureati in infermieristica è aumentato abbastanza rapidamente nei primi anni 2000 ma è diminuito dal 2013 in poi. Negli anni precedenti la pandemia di COVID si è registrato un forte calo del numero di candidati ai programmi di formazione, segno di un minore interesse per la professione.

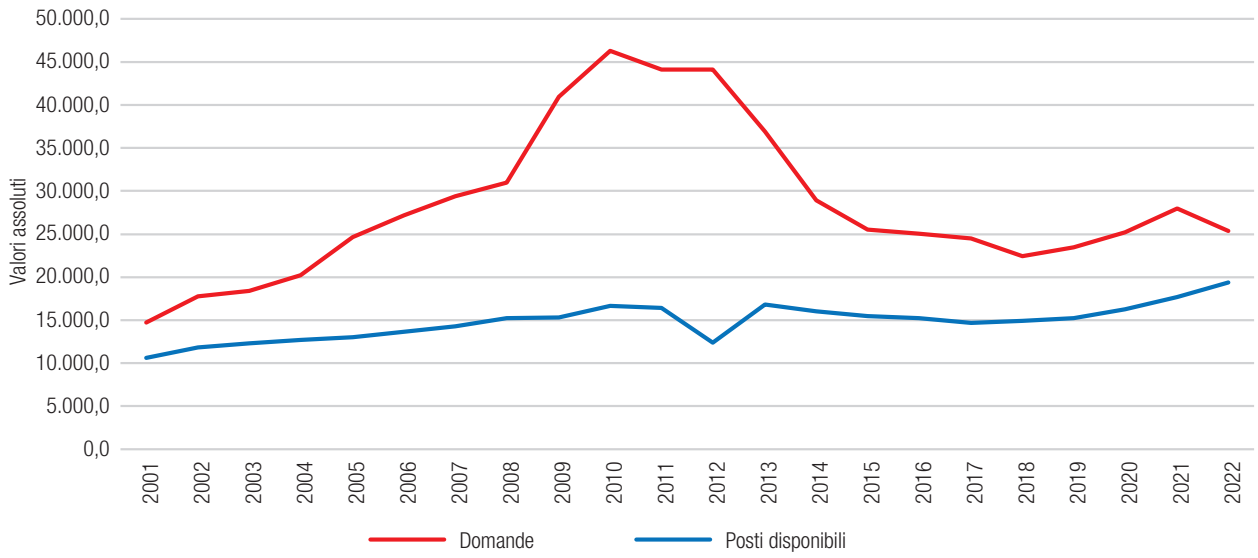
L'Italia non riesce a compensare il deficit di infermieri neolaureati neanche attraendo personale dall'estero. Sul totale del personale infermieristico, il dato riferito al 2019 vede l'Italia impiegare solamente il 4,8% della forza lavoro formata all'estero, a differenza di Paesi come la Svizzera, che già figurava al secondo posto nella classifica dei nuovi laureati (con un valore pari a 108,2 laureati su 100.000 abitanti, contro il 18,4 italiano), che si colloca anche qui al secondo posto con ben il 25,9% di personale formato all'estero o il Regno Unito e la Germania, che riescono ad attrarre rispettivamente il 15,4% ed il 8,9% del personale formato all'estero.

Dopotutto, la remunerazione degli infermieri italiani è una delle più basse se confrontata con i Paesi del gruppo OECD-34: nel 2019, la remunerazione media in dollari a parità di potere di acquisto dei Paesi OECD valeva $ 48.100,0 americani, il 23% in più del valore italiano ($ 39.000,0).

Durante la pandemia i numeri sembravano essere migliorati, ma già a partire da quest'anno il numero di domande è di nuovo in discesa del 9,2%. Dalle 27.952 domande del 2021 su 17.394 posti disponibili si è passati alle attuali 25.380 su 19.375 posti con rapporto domande/posti che scende dal 1,6 al 1,3. Dal punto di vista geografico, il calo medio del 9,2% non è omogeneamente distribuito ma osserviamo un gradiente da Nord a Sud, con -13,3% per le università del Nord, -12,2% del Centro e -3,2% del Sud; la professione di infermiere sembra dunque molto più attrattiva nelle regioni meridionali.

La diminuzione della domanda avviene proprio in un periodo in cui aumenta il numero di posti reso disponibile dalle università. Con i 19.375 posti resi disponibili per l'anno accademico 2022-2023, è stata per la prima volta superata quota 19.000, raggiungendo così il massimo storico dal 2001.

Figura 3b.1. Domande e posti disponibili per infermieristica in funzione dell'anno



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

Tale dato, preso singolarmente, sembrerebbe confortante se non fosse che corrisponde al 20% in meno rispetto al fabbisogno espresso dalle Regioni e Province Autonome (24.352) ed al 33% in meno rispetto a quello espresso dalla federazione nazionale dell'Ordine (29.064). Infatti, per Infermieristica, la capacità produttiva degli atenei italiani continua a rivelarsi un collo di bottiglia, a differenza di quanto accade per Medicina e Chirurgia, dove il MUR ha invece soddisfatto al 97% il fabbisogno espresso dal Ministero della Salute.

Proviamo dunque a simulare quale dovrebbe essere il numero di posti messo a bando dalle università ogni anno, per i prossimi 5 anni, considerando un tasso di successo negli studi[11] pari al 75%, al fine di colmare il *gap* dovuto ai pensionamenti ed alle maggiori richieste di personale del D.M. n. 77.

Tenendo conto che le uscite per pensionamento valgono 8.720 unità di personale l'anno e che sarà necessario integrare annualmente la quinta parte del personale richiesto dal D.M. n. 77 entro il 2027, dunque un valore compreso nella forbice 7.803-16.551 a seconda del numero di ore di ADI considerate, correggendo per il tasso di successo sopra riportato, perveniamo ad un numero di posti da mettere a bando compreso tra 22.031 e 33.695.

Il valore massimo è difficile da raggiungere nel breve periodo ma il valore minimo sembra davvero alla portata: per raggiungerlo è sufficiente aumentare del 5% annuo la capacità formativa degli atenei italiani.

3b.8. Riflessioni finali

Abbiamo dunque visto come in tempi recenti si rende evidente una inversione della tendenza registrata negli ultimi anni, con il personale dipendente a tempo indeterminato del SSN che torna a crescere. Allo stesso modo, si assiste ad una maggior quota di personale medico ed infermieristico stabilizzato.

Lo scossone dovuto alla pandemia da COVID, grazie al maggior numero di ingressi, ha consentito inoltre di abbassare l'anzianità media di servizio del personale, così come la sua età media.

Nel corso dell'approfondimento, sono emersi tanti

[11] Dato riportato da Age.na.s nel report Il personale del Sistema Sanitario Nazionale, Ottobre 2022

segnali positivi che fanno ben sperare sulla tenuta futura del sistema sanitario nazionale e che devono essere un monito per non abbassare la guardia e mantenere alta l'attenzione sulle future politiche del personale sanitario. Spesso infatti, un dato ufficiale come il numero totale di medici per 1.000 abitanti, che colloca l'Italia addirittura sopra la media OECD-38, potrebbe risultare fuorviante ai fini di una corretta programmazione degli ingressi futuri. Diventa quindi fondamentale una visione a 360 gradi per compiere le scelte giuste. Infatti, è vero che in rapporto alla popolazione nel suo complesso l'Italia vanta un alto numero di medici ma è necessario fare i conti con le problematiche più profonde che affliggono il sistema sanitario italiano: l'elevata anzianità del personale medico che determina numerose uscite per pensionamento, la scarsa disponibilità di giovani specialisti generata dal perdurare negli anni passati di un numero insufficiente di posti nelle scuole di specializzazione, nonché le caratteristiche demografiche della popolazione, che rendono l'Italia il secondo Paese europeo per età media dopo la Germania ed il primo come percentuale di persone *over* 75 rispetto alla popolazione totale.

Infatti, come è lecito aspettarsi, il numero di medici ogni 1.000 abitanti *over* 75 risulta essere inferiore rispetto a quello della media dei Paesi europei considerati. Se infatti nel 2019 mancavano all'appello 17.189 medici, aggiornando la stima ai valori del 2020 mancano 29.088 medici per garantire lo stesso rapporto medici/popolazione di Paesi europei come Germania, Francia, Regno Unito e Spagna.

La vera questione rimane poi quella dell'adeguatezza degli organici. Nel capitolo si è data evidenza di un fenomeno sempre più rilevante, ovvero l'aumento della quota di medici che abbandonano il settore pubblico per approdare nel privato, dove si affronta una casistica di elezione e la remunerazione, particolarmente in ambito chirurgico, è elevata. Il cambiamento di paradigma è importante e una quota sempre maggiore di laureati ambisce a specializzazioni facilmente spendibili nel settore privato (Chirurgia Plastica, Oftalmologia, Cardiologia, Dermatologia), allontanandosi da quelle considerate più gravose e rischiose (Medicina di Emergenza e Urgenza e Medicina di Comunità e delle Cure Primarie) che vedono non assegnati più della metà dei posti messi a bando. Sarà interessante osservare nei prossimi mesi e anni se quanto proposto dalla Conferenza delle Regioni riuscirà a porre un freno a tale tendenza: nell'atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale del triennio 2019-2021 per l'area del comparto sanità c'è un'attenzione particolare verso le posizioni più disagiate, prevedendo risorse per l'istituzione di una specifica indennità di natura accessoria da riconoscere al personale medico operante nei servizi di pronto soccorso, nei limiti dell'importo annuo lordo di € 27 mln., nonché la destinazione delle risorse derivanti dalla percentuale degli introiti della libera professione volte a remunerare il personale con limitata possibilità di esercizio della stessa e privilegiando, a parità di condizioni, coloro che operano nei servizi di pronto soccorso o che prestano servizio in sedi disagiate.

Le carenze di personale non riguardano solo il personale medico ma, più in generale, tutto il personale sanitario. Se si guarda in particolare alla professione di infermiere, l'Italia dispone di un numero riferito alla popolazione notevolmente inferiore rispetto ad altri Paesi europei: il nostro Paese conta una media di 5,7 infermieri per 1.000 abitanti, di gran lunga inferiore rispetto alla media OECD-38 riferita al 2019 (8,8) ed a quella dei Paesi *benchmark* (9,4).

Il numero di laureati in infermieristica per 100.000 abitanti nel 2019 è talmente basso (18,4 corrispondente a circa 11.000 laureati) da vedere l'Italia collocarsi quart'ultima nella classifica dei Paesi OECD-37, davanti solo a Messico, Lussemburgo e Colombia. Inoltre, l'Italia non riesce a compensare il deficit di infermieri neolaureati neanche attraendo personale dall'estero: sul totale del personale infermieristico, il dato riferito al 2019 vede l'Italia impiegare solamente il 4,8% della forza lavoro formata all'estero. Dopotutto, la remunerazione degli infermieri italiani è una delle più basse se confrontata con i Paesi del gruppo OECD-34: nel 2019, la remunerazione media in dollari a parità di potere di acquisto dei Paesi OECD valeva 48.100,00 dollari americani, il 23% in più del valore italiano ($ 39.000,0).

Inoltre, negli anni precedenti la pandemia di COVID si è registrato un forte calo del numero di candidati ai programmi di formazione, segno di un minore interesse per la professione. La diminuzione della domanda avviene proprio in un periodo in cui aumenta il

numero di posti reso disponibile dalle università. Con i 19.375 posti resi disponibili per l'anno accademico 2022-2023, è stata per la prima volta superata quota 19.000, raggiungendo così il massimo storico dal 2001. Tale dato, preso singolarmente, sembrerebbe confortante se non fosse che corrisponde al 20% in meno rispetto al fabbisogno espresso dalle Regioni e Province Autonome (24.352) ed al 33% in meno rispetto a quello espresso dalla federazione nazionale dell'Ordine (29.064). Infatti, per Infermieristica, la capacità produttiva degli atenei italiani continua a rivelarsi un collo di bottiglia, a differenza di quanto accade per Medicina e Chirurgia, dove il MUR ha invece soddisfatto al 97% il fabbisogno espresso dal Ministero della Salute. In termini di offerta formativa sarebbe dunque auspicabile prevedere un aumento delle unità di accesso ai corsi di laurea universitari. Una volta aumentato il personale potenzialmente a disposizione, sarebbe poi necessario incentivarlo a prestare la propria opera in Italia, garantendo buone politiche di *welfare* e stipendi allineati con quelli dei principali Paesi europei ed *extra*-europei, oltre a premiare l'impegno con forme di retribuzione legate ai risultati.

Proprio in riferimento agli infermieri, il capitolo ha evidenziato il ruolo centrale che rivestiranno nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale: attorno a loro ruoterà gran parte dell'assistenza definita dal D.M. n. 77. La riforma porta con sé la necessità di integrare una quota variabile tra 39.014 e 82.751 infermieri, per una spesa stimata nell'ordine di € 2-4 mld. l'anno. Come visto, per risultare efficace, la riforma della sanità territoriale richiede un incremento di personale; bisognerà dunque vedere se sarà poi sostenibile dal punto di vista economico, considerato che gli investimenti in conto capitale necessari sono finanziati con i fondi del PNRR e che la spesa per il personale è invece spesa corrente.

Come messo in luce dalla memoria della Corte dei Conti pubblicata a Novembre 2022, la Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (NaDEF) rivede la previsione per quest'anno della spesa sanitaria contenuta nel DEF 2022: dai € 131,7 mld. di Aprile 2022 l'esborso previsto cresce a € 134 mld.; si tratta di un aumento riconducibile ai maggiori costi che gli enti del sistema sanitario nazionale dovranno affrontare per l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche. Nel triennio 2023-2025, il profilo di spesa è confermato in forte riduzione con il rapporto tra spesa sanitaria e PIL che si porta su livelli inferiori a quelli precedenti la crisi sanitaria già dal 2024 (al 6,2%).

Sarà quindi fondamentale verificare per tempo se una misura di finanziamento quale quella prefigurata nei quadri tendenziali sia effettivamente compatibile con le necessità che caratterizzano il sistema sanitario nazionale, in particolar modo per quanto attiene la soddisfazione dei fabbisogni di personale legati alla riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR e le spese connesse all'aumento dei costi dell'energia.

Riferimenti bibliografici

Age.Na.S, *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*, Ottobre 2022

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, *Atto Di Indirizzo Per Il Rinnovo Contrattuale Del Triennio 2019-2021 Per L'area Del Comparto Sanità,* 6 Ottobre 2022

Corriere della Sera, *Sanità, negli ospedali mancano i medici: ecco chi ha sbagliato e cosa ci aspetta*, 31 Ottobre 2022

Corte dei Conti, *Memoria Della Corte Dei Conti Sulla Nota Di Aggiornamento Del Def 2022*, Novembre 2022

C.R.E.A. Sanità, XVII Rapporto Sanità *Il futuro del SSN: vision tecnocratiche e aspettative della popolazione*

Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2020*

Ministero della Salute, DM 77 *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale – Allegato 1*

Ministero della Salute, *Il Personale del Sistema Sanitario Italiano – Anno 2020*

OECD, *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*

Studio ANAAO ASSOMED, *Great Resignation: la Grande Fuga dei Medici dal SSN*, 20 aprile 2022

ENGLISH SUMMARY

Human resources of National Health Service

An analysis of data on health staff reveals a reversal of the trend recorded in recent years, with an increase in the number of people hired on permanent contracts by the National Health System. Furthermore, the increased inflow of staff needed to face the COVID emergency has contributed to lowering both the average seniority and the average age of staff.

In relation to the population as a whole, Italy still boasts a number of physicians comparable to that of other countries. However, profound problems afflict the Italian system, such as the growing age of staff and their seniority, the scarce availability of young specialists, and the demographic characteristics of the population: referring the number of physicians to the population over 75, in 2020 there would be 29,088 physicians missing to ensure the same physician/population ratio as European countries such as Germany, France, the United Kingdom and Spain.

Moreover, there is a growing phenomenon of physicians leaving the public sector facilities. It is an issue that has been recently addressed in the Conference of Regions with the aim of curbing it. In fact, in the guidelines for the renewal of labour agreements, special attention has been paid to the most disadvantaged posts, envisaging resources for the establishment of a specific additional allowance to be granted to the medical staff working in emergency services, as well as the allocation of a share of the resources stemming from freelance work to remunerate the staff having limited possibilities of carrying it out, and favouring - under the same conditions - those who work in emergency services or in disadvantaged and hardship locations.

Looking at the nursing profession, the country is far below the level of other European countries: Italy has 5.7 nurses per 1,000 inhabitants, compared to an OECD average of 8.8, and a level of 9.4 in the main European countries.

Italy cannot offset the lack of newly graduated nurses even by attracting staff from abroad: considering the total number of nursing staff, the 2019 data shows that Italy employs only 4.8% of the workforce trained abroad, also due to the fact that the remuneration of Italian nurses is one of the lowest in OECD countries, remaining below the average of 23%.

Based on Ministerial Decree No. 77, the strengthening of the "territorial structures" will bring the need to supplement the system with a variable quota between 39,014 and 82,751 nurses, for a current expenditure estimated at € 2-4 billion per year, raising legitimate doubts on the economic sustainability of the operation, as also highlighted by the Court of Auditors' report published in November 2022.

CAPITOLO 3c
Le politiche del personale: una *survey* sui Direttori Generali

Di Luca V.[1], Frittelli T.[2], Polistena B.[3], Spandonaro F.[4]

Federsanità-Anci, in collaborazione con C.R.E.A. Sanità, ha promosso una *survey* finalizzata a indagare sul campo quello che effettivamente pensano i Direttori Denerali (DG) delle politiche legate alle risorse umane.

La *survey* è stata sottoposta ai DG di Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e ASL; i rispondenti provengono per il 41% da Aziende dislocate nel Nord, il 35% nel Sud ed il 24% nel Centro Italia.

I rispondenti hanno un'età media di 55 anni e un'anzianità nel ruolo di 18. Oltre la metà (il 52,9%) dirige una ASL, il 23,5% un Ospedale e altrettanti un'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Più differenziata risulta la formazione: il 41,2% proviene dall'area clinica, il 23,5% da quella economica e il 35,3% dall'ambito giuridico.

Gli argomenti coperti ruotano a 360 gradi attorno alla tematica del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e delle relative politiche di gestione. Si spazia dal tema delle acquisizioni di personale e della sua formazione al tema della gestione delle progressioni di carriera, degli incentivi e della mobilità, ed anche degli impatti sull'assistenza primaria e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Infine, uno spazio è dedicato a domande sulla funzione di direzione generale.

Quello relativo al personale è infatti uno dei nodi non affrontati dal PNRR, che prevede una parte residuale di risorse per le spese correnti. L'idea di fondo è che, affinché gli investimenti permessi dal piano siano fruttuosi, essi dovrebbero essere affiancati da riforme strutturali quale quella, appunto, richiesta dalla gestione delle risorse umane. Durante la pandemia è emerso chiaramente come gli anni di blocco del *turnover* abbiano inciso duramente sulle Aziende Sanitarie, le quali sono riuscite a far fronte all'emergenza solo grazie a procedure in deroga.

Di seguito si sintetizzano le principali evidenze emerse dalla *survey*, suddividendole per are di interesse.

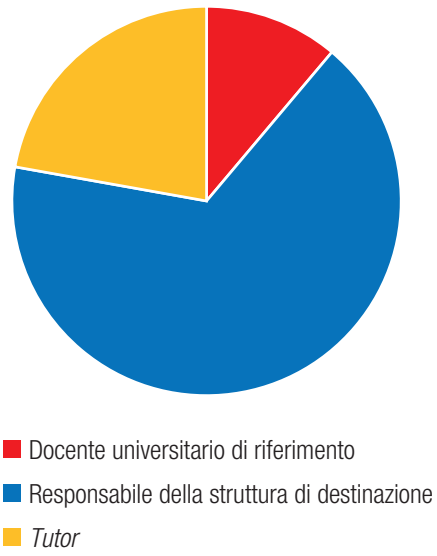
3c.1. Acquisizioni e progressioni di carriera

Innanzitutto è stato chiesto quanto la spesa del personale incida sul bilancio delle strutture: è emerso che il peso è in media del 44,7%, cui si aggiunge un 8,3% di risorse indirizzate alla formazione. Complessivamente oltre la metà del bilancio, a riprova della centralità della questione "personale" per l'efficienza del sistema.

A differenza di quello che si potrebbe pensare, sebbene la totalità dei rispondenti abbia evidenziato l'esistenza di alcune difficoltà nell'acquisizione di personale, nessuno ha segnalato una concentrazione dei problemi nel reperimento di specifiche figure professionali negli scorsi tre anni. Per risolvere le carenze in alcune discipline, quello che i due terzi dei DG ha segnalato, invece, è l'utilità nell'acquisizione di medici al primo anno di specializzazione, configurati come medici abilitati alla professione.

[1] Ingegnere Medico
[2] DG Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, Presidente Federsanità Anci
[3] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
[4] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

Figura 3c.1. Valutazione sull'autonomia acquisita e verifica delle competenze ai fini dell'attribuzione delle responsabilità



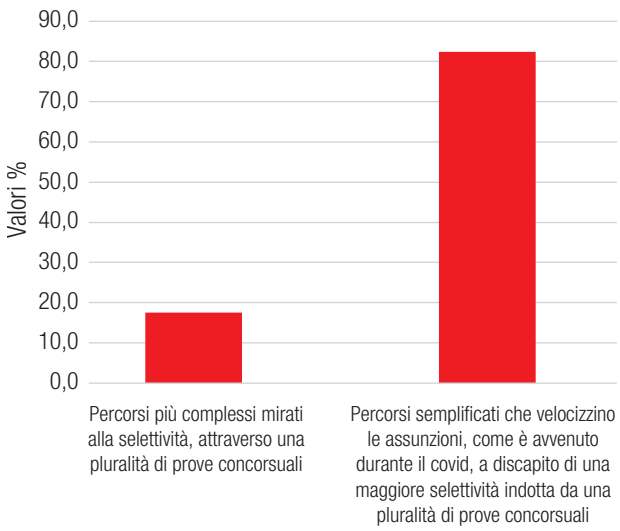
Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Interessante che, secondo la maggioranza dei DG, dovrebbe essere la struttura stessa a certificare che i giovani medici abbiano acquisito le competenze necessarie ai fini dell'attribuzione delle responsabilità. Così per il 70,6% di chi ha risposto alla *survey*; per il 23,5% dovrebbe invece essere il *tutor* e per il restante 11,8% un docente universitario di riferimento (Figura 3c.1.).

Tra le questioni poste sul tavolo, la possibilità di reclutare il personale in modo simile a quanto succede nel sistema sanitario inglese. Si tratta di una sorta di corso-concorso dove il NHS bandisce ogni anno borse di studio per i migliori *master* internazionali di *management* e *policy* sanitaria per neo-laureati, a cui offre successivamente contratti di inserimento a tempo determinato, accompagnati da percorsi di crescita professionale basati su programmi di rafforzamento delle competenze, anche con processi di affiancamento, *bench learning* e sperimentazioni sul campo. Per i DG questo meccanismo potrebbe essere un buon metodo, ma senza troppi entusiasmi (per oltre il 40% la misura vale 3 su una scala di 5 e solo il 30% la valuta 5/5).

Altro aspetto su cui concorda la maggior parte dei DG intervistati sono le regole per l'assunzione: per oltre l'80% è meglio una procedura più snella, semplificata (Figura 3c.2.), come quella utilizzata durante la pandemia da COVID, a discapito di un insieme di prove concorsuali che mirano a selezionare meglio il personale, ma in tempi più lunghi. A fronte di questo, però, i DG vorrebbero alcune regole che permettano di valutare competenze e comportamenti delle persone prima dell'assunzione a tempo indeterminato. La richiesta è dunque una maggior velocità nel coprire le posizioni vacanti, seguita da un *test* in corsia per capire se il neoassunto ha davvero le qualità – professionali e umane – richieste dal ruolo che ricopre.

Figura 3c.2. Acquisizione del personale



Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

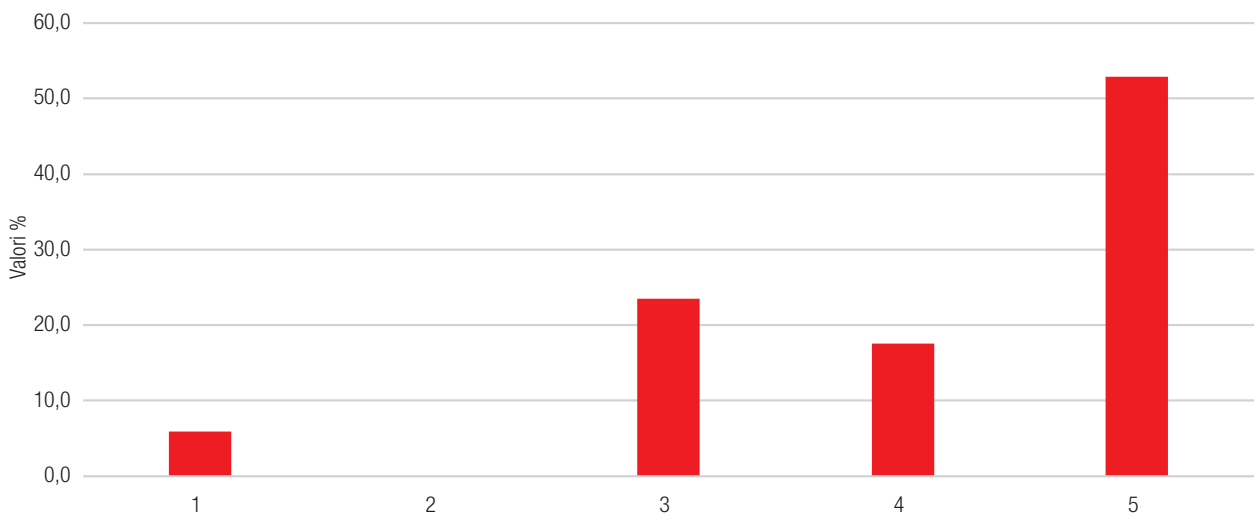
Al fine poi di evitare fenomeni di fuga dal pubblico al privato per un maggiore vantaggio economico, oltre il 70% dei DG gradirebbe che fosse inserito un vincolo alle strutture accreditate nell'acquisizione di personale proveniente dal pubblico.

Proprio in merito al tema dell'acquisizione, il Decreto Balduzzi nel 2012 ha fortemente limitato la possibilità di attivare contratti dirigenziali a tempo determinato ex *15 septies* per dirigenti amministrativi, tecnici e professionali, limitando, di fatto, la possibilità di ricorrere a profili specialistici presenti nel mercato privato e assenti tra i dipendenti pubblici,

che normalmente devono passare 5 anni nelle vesti di collaboratore prima di poter accedere alle procedure concorsuali dirigenziali. La possibilità di estendere il *15 septies* ha spaccato quasi a metà i rispondenti: per il 58,8% è un sì, per il 41,2 è no. Collegata, la domanda sull'adeguatezza del vincolo dei cinque anni cui devono sottostare i collaboratori amministrativi ai fini dell'accesso ai concorsi della dirigenza ha fatto registrare un 47,1% di sì e un 52,9% di no.

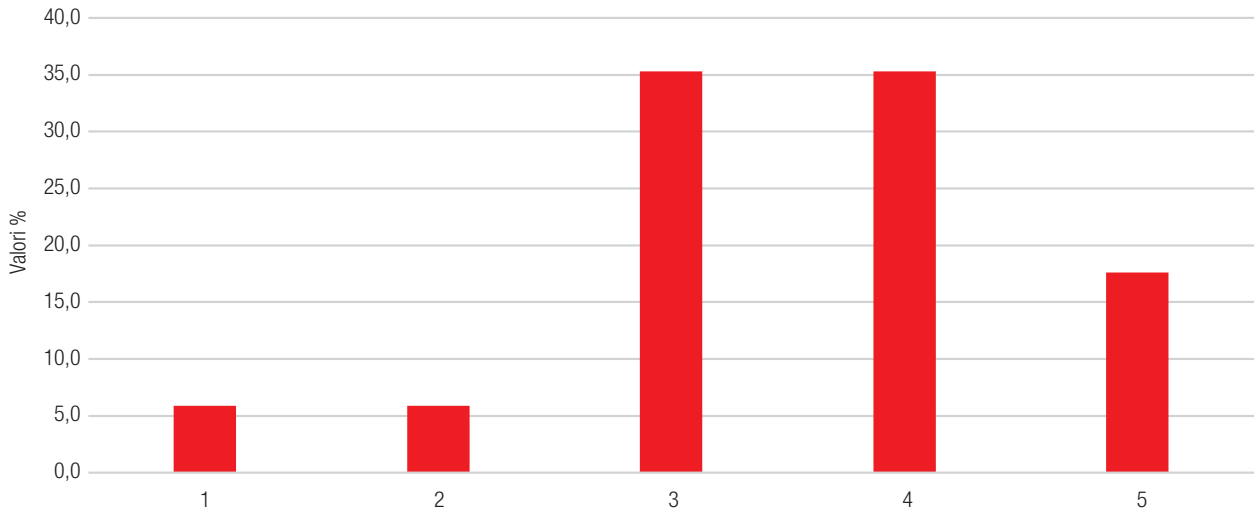
Per contro, il 76,5% ritiene utile la rimozione del vincolo dei 5 anni stabilito dal contratto collettivo per l'affidamento di incarichi di struttura al personale dirigente; questo permetterebbe, in presenza di un giovane che brucia le tappe, di sganciare la progressione di carriera dall'anzianità di servizio ed aumentare la *retention* (Figura 3c.4.).

Figura 3c.3. Utilità di regole per eventuali future stabilizzazioni del personale, che consentano di valutare le competenze ed i comportamenti prima dell'assunzione a tempo indeterminato (0 = per nulla – 5 = moltissimo)



Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3c.4. Disutilità della necessità (ex CCNL) di affidare incarichi di base al personale con anzianità inferiore a 5 anni. Scala da 0 (per nulla) a 5 (moltissimo)



Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

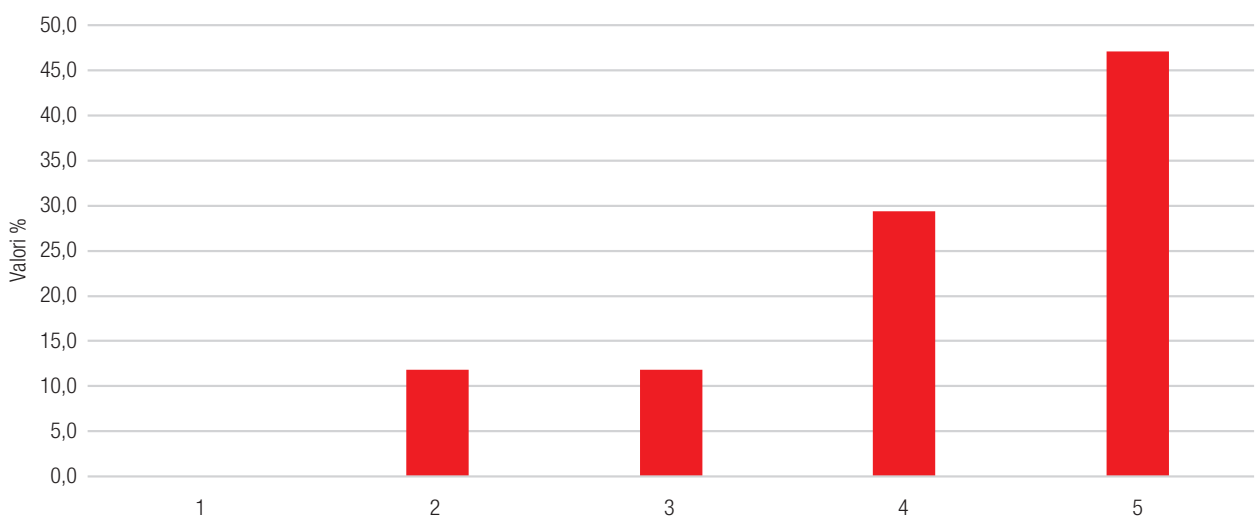
Per quanto attiene la selezione e nomina dei responsabili di struttura complessa, considerando anche che il D.L. *Concorrenza* impedisce di scegliere all'interno di una rosa di candidati, quasi l'80% dei DG vorrebbe vedere come prioritari criteri di selezione basati sull'esperienza, le potenzialità e lo *skill* professionale piuttosto che dare maggior peso all'esperienza gestionale, che non farebbe altro che avvantaggiare chi ha già ricoperto un incarico di struttura. È una visione pragmatica delle cose, che fa il paio con la risposta affermativa data quasi all'unanimità sull'introduzione dell'obbligo normativo di raccordo tra programmazione nelle acquisizioni delle unità di personale docente tra Università che sono sede delle facoltà di Medicina e le direzioni generali dei Policlinici Universitari e delle Aziende Ospedaliere Universitarie sedi di riferimento delle stesse, con l'obiettivo di garantire la coerenza dei fabbisogni tra funzioni didattiche, di ricerca e assistenza.

3c.2. Incentivi, mobilità e formazione

In merito al personale con limitazioni alle turnazioni h24, i DG interpellati sembrano vedere una priorità nel definire politiche di ricollocazione del personale sanitario tramite meccanismi di incentivazione della mobilità volontaria dalle Aziende Ospedaliere a quelle territoriali. Infatti, quasi la metà dei DG assegna il punteggio massimo (pari a 5) all'utilità di tali politiche ed il restante 30% attribuisce comunque un valore di 4 su 5 (Figura 3c.5.).

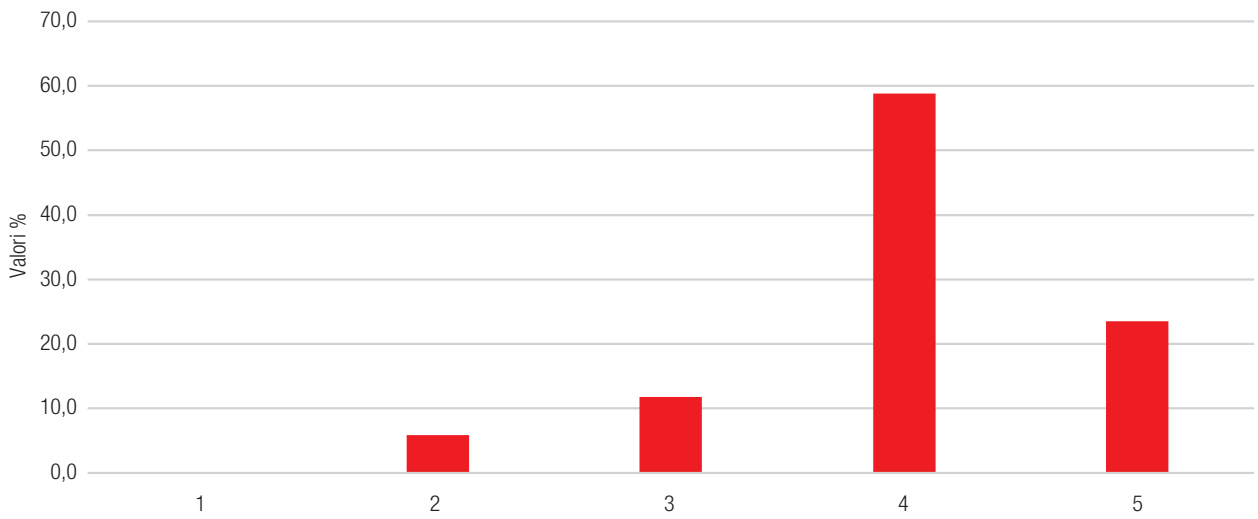
Parimenti importante ma ritenuto meno prioritario – in quanto è vero che complessivamente i punteggi 4 e 5 ammontano ad oltre l'80% ma la preferenza 4 è espressa nel 60% dei casi (Figura 3c.6.) – è l'obiettivo di creare comunità di pratica, secondo un meccanismo di *bench learning*. Tale risultato è raggiungibile tramite meccanismi di incentivazione interregionali che sarebbe possibile prevedere a livello di CCNL per favorire la mobilità temporanea o presenze programmate, anche solo di un giorno a settimana o una settimana al mese, di professionisti che si spostano dalle aree urbane o dai centri di *best practice* verso le aree più interne o comunque di minor prestanza in termini di *outcomes*, considerate aree meno attrattive.

Figura 3c.5. Utilità politiche di ricollocazione del personale sanitario con meccanismi di incentivazione della mobilità volontaria dalle az. ospedaliere a quelle territoriali per il personale con limitazioni alle turnazioni h 24? - Scala da 0 (per nulla) a 5 (moltissimo)



Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

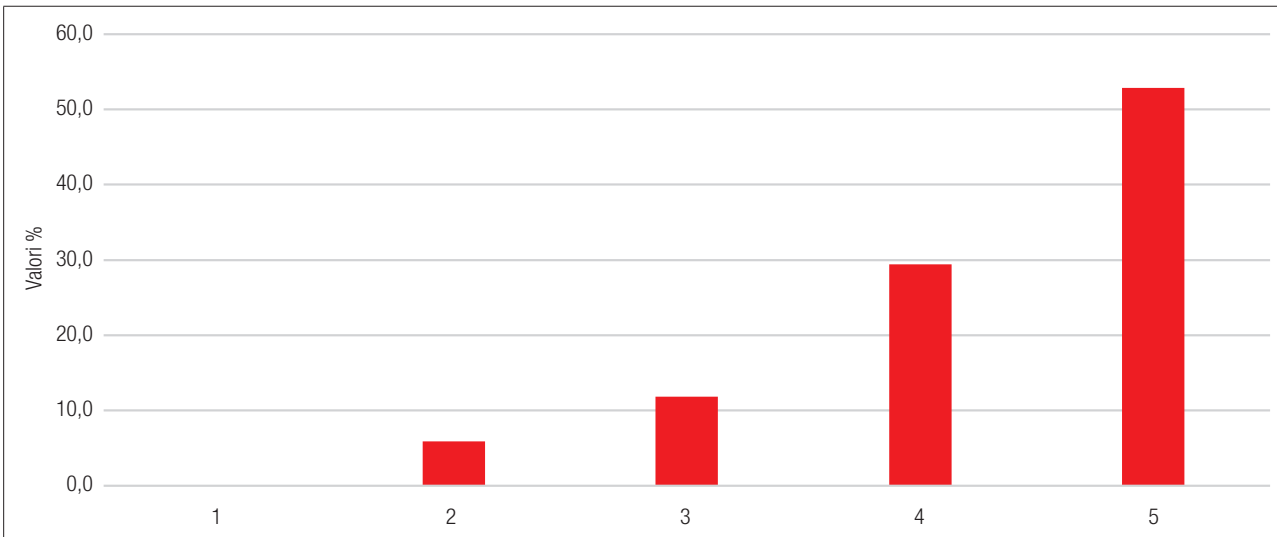
Figura 3c.6. Utilità di meccanismi di incentivazione, anche interregionali, per favorire la mobilità temporanea o anche il gemellaggio/rotazione dalle aree più "attrattive" a quelle meno "attrattive". Scala da 0 (per nulla) a 5 (moltissimo)



Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

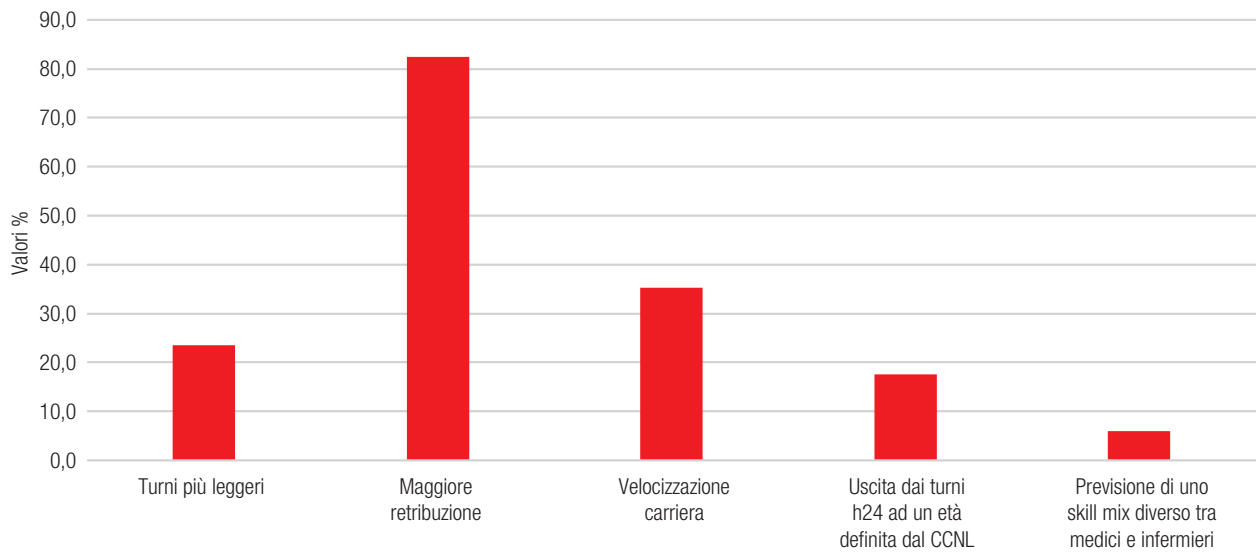
Sempre a proposito di politiche di incentivo, oltre l'80% dei DG è inoltre convinto dell'importanza di valorizzare la retribuzione di risultato per i dirigenti tramite una vera e propria politica di indirizzo da far rientrare nella prossima tornata contrattuale: l'obiettivo è quello di valorizzare, premiare ed incoraggiare adeguatamente l'impegno e la *capacity*. Indicatori, questi ultimi, che vanno misurati e monitorati al meglio al fine di promuovere una efficace logica premiale. Su questo tema, i DG concordano all'unanimità circa la necessità di rivedere i sistemi di valutazione della dirigenza e del comparto (Figura 3c.7).

Figura 3c.7. Necessità di una politica contrattuale di valorizzazione della retribuzione di risultato dei dirigenti per valorizzare, premiare ed incoraggiare l'impegno e la *capacity* Scala da 0 (per nulla) a 5 (moltissimo)



Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3c.8. Incentivi per le sedi disagiate



Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

È interessante riflettere sul valore che i DG attribuiscono all'incentivazione economica, che è vista come lo strumento meno utile per premiare il merito e le potenzialità individuali e invece come il più utile per migliorare l'offerta relativa alle sedi disagiate. L'incentivo più efficace – a discapito di vantaggi quali turni più leggeri, velocizzazione della carriera, uscita dai turni h24 ad un'età definita dal CCNL o previsione di uno *skill mix* diverso tra medici ed infermieri – è rappresentato da un aumento del 30% della retribuzione. Analogamente, la quasi totalità dei rispondenti (94,1%) concorda sul fatto che una maggior retribuzione di posizione per i medici di emergenza/urgenza, uniti a meccanismi di ricollocazione legati all'età anagrafica, possano rivelarsi utili per incoraggiare una maggiore attrattività della disciplina (Figura 3c.8.).

Per quanto riguarda il riconoscimento del merito e delle potenzialità individuali, un periodo di *stage* presso strutture con risultati eccellenti nel medesimo ambito organizzativo/disciplina è visto come lo strumento più utile, subito seguito dalla possibilità di far partecipare il personale a percorsi formativi specifici (*master*, corsi di alta formazione) o a *stage* all'estero per acquisire nuove tecniche ed ampliare sempre più il proprio bagaglio di competenze.

Sempre in riferimento al merito, la maggioranza dei DG (oltre l'80%) ritiene che il sistema attuale, sia per quanto riguarda la dirigenza che il comparto, valorizzi principalmente le competenze gestionali e ritiene che sia invece auspicabile valorizzare maggiormente le competenze professionali, agganciandole ad indicatori specifici. Gli incarichi gestionali infatti rimangono ancora troppo attraenti rispetto alle carriere professionali pure, sottraendo talvolta risorse prezione all'impegno professionale. A tal proposito l'opinione dei rispondenti alla *survey* è divisa equamente tra chi ritiene ci sia compatibilità tra le logiche organizzative del vigente CCNL della dirigenza ai fini di premiare la multidimensionalità (struttura a matrice), i ruoli ibridi e le responsabilità di raccordo e chi ritiene che ci sia ancora da lavorare in direzione di una maggiore compatibilità.

È considerata molto utile ma non urgente (la maggioranza delle risposte è assegnata al valore 4 su un totale di 5) l'istituzione di corsi di laurea magistrale ad indirizzo specialistico professionale per le professioni sanitarie e la definizione di percorsi di formazione professionale istituzionali (ad esempio tramite una scuola superiore della Pubblica Amministrazione specifica per la Sanità) ed universitari per un vivaio di professionisti, tra cui gli ingegneri, con cui

i medici dovranno sempre più collaborare in futuro. Tali figure avranno bisogno di una formazione continua, che si articoli lungo l'intero percorso lavorativo e che parta già dal periodo universitario, prevedendo ad esempio per gli studenti di ingegneria gestionale, edile e clinica, *training* presso le strutture sanitarie con il riconoscimento di crediti formativi utili ai fini del percorso accademico.

Proprio per quanto riguarda la formazione del personale, in riferimento agli operatori socio-sanitari, oltre l'80% dei DG è fortemente concorde sull'utilità della definizione di criteri di accreditamento per gli enti che formano gli operatori stessi, auspicando una standardizzazione interregionale.

I rispondenti sono molto sensibili anche al tema della flessibilità del sistema, garantita tramite l'istituzione di una scuola di formazione nazionale permanente organizzata per aree regionali per i ruoli tecnici, amministrativi e professionali dei dipendenti del SSN che sia in grado di orientare gli assetti organizzativi secondo le esigenze indotte dalle trasformazioni del sistema.

Il 100% degli intervistati, inoltre, si dimostra a favore di una maggiore valorizzazione e di una nuova disciplina contrattuale per gli incarichi di processo, anche interaziendali, per il governo delle reti cliniche e dei percorsi di continuità assistenziale. Un approfondimento a parte è stato dedicato ai direttori di distretto, figure strategiche nella sanità del futuro, sempre più territorializzata: per il 94,1% dei rispondenti queste figure hanno bisogno di una formazione specifica a livello regionale (68,7%) o universitario (31,3%).

Dal sondaggio si evince come la figura del medico di continuità assistenziale sia da riconvertire (quasi il 90% delle conferme), ad esempio tramite utilizzo del numero 116.117 per le cure non urgenti, in una prospettiva di maggiore sviluppo della sanità territoriale.

Per i medici di medicina generale, l'82,4% dei DG ritiene opportuno configurare per loro un percorso di specializzazione universitaria. Inoltre, la stessa percentuale dei rispondenti pensa che gli attuali percorsi formativi universitari delle professioni mediche e sanitarie siano inadeguati alla luce del PNRR e quindi rispetto alla necessità di sviluppo dell'assistenza sul territorio e della casa quale primo luogo di cura, all'esigenza di percorsi integrati tra professionisti territoriali e medici di medicina generale e tra ospedale e territorio, nonché alla necessaria integrazione socio-sanitaria per i soggetti non autosufficienti. Meno netta è invece l'opinione sul corretto rapporto tra le diverse professioni nella composizione del personale che sarà richiesto dalla riforma della sanità territoriale: più della metà dei DG esprime un voto intermedio, probabilmente a conferma del fatto che c'è ancora molto da chiarire in merito all'applicazione sul campo del D.M. n. 77.

3c.3. PNRR

Quasi l'80% auspica l'introduzione, nel contratto collettivo nazionale, di nuove figure professionali che abbiano le competenze richieste per la gestione del PNRR e non siano strettamente legate all'ambito sanitario, come *people manager*, *operation manager*, *service designer*, *data analysist*, *stakeholders manager*.

Un po' a sorpresa il 70,6% dei DG registra resistenze nel personale sanitario all'utilizzo della telemedicina. Dal punto di vista contrattuale, queste forme di lavoro non sono ancora ben normate. Non è chiaro, per esempio, chi paghi lo specialista che fa un teleconsulto con il medico di medicina generale, né quando questo debba avvenire.

Il 94,1% dei DG afferma che sono necessari interventi normativi specifici per regolare l'impegno dei professionisti nei servizi di telemedicina.

3c.4. Direzioni generali

Infine, alcune domande si sono concentrate proprio sulle direzioni generali: la retribuzione del *top management* del sistema sanitario italiano, che è ferma al 2001 e non è correlata alle accresciute dimensioni delle aziende e ai correlati livelli di responsabilità. Si calcola che i salari siano inferiori del 50% rispetto a ruoli analoghi nel settore sanitario privato

e del 30% più bassi rispetto a quelli del *top management* delle altre amministrazioni pubbliche. Oltre a ribadire a gran voce che una retribuzione così bassa incide sulla propensione al rischio, condizione necessaria per un profondo rinnovamento del sistema, i DG si sono espressi a maggioranza per la creazione di un unico albo di selezione dei DG (e anche per quelli sanitari) e non per una serie di elenchi separati in base al tipo di azienda.

Infine, la maggior parte dei rispondenti – che vede in 5 anni la durata ottimale del mandato – si è dichiarato a favore di una modifica dei criteri e dei processi per la costruzione degli albi, che tengano anche in considerazione le competenze raggiunte e le esperienze vissute, togliendo ogni vincolo formale incapace di cogliere le reali capacità e potenzialità manageriali.

ENGLISH SUMMARY

Human resources policies: a survey for Medical Directors

Federsanità-Anci, in collaboration with C.R.E.A. Sanità, promoted a survey aimed at knowing the Directors General' opinions on the most problematic aspects in managing human resources. The National Health System) (NHS) is going through a transition phase, marked by the investment envisaged by the National Recovery and Resilience Plan (PNRR), which requires significant reforms, first and foremost in terms of staff policies. In other words, human resources management is not only a matter of finding resources or lifting the hiring freeze, but also of laying the foundations for an overall reform of the sector.

The survey was submitted to the Directors General of Hospital and University Hospital Authorities, as well as Local Health Units, evenly distributed throughout the country.

The topics investigated ranged from the hiring of staff and their training to the management of career progressions, incentives and mobility. Specific attention was paid to primary care and the PNRR and, finally, there were questions on the Directorates General.

The aspects that have emerged most strongly are the need for incentive procedures for the most marginal regions and simpler rules for recruitment. With a view to solving the problem of deficiencies in certain specialties, two thirds of the Directors General have pointed out the usefulness in acquiring doctors following the first-year specialisation recognized as certified and licensed physicians.

Under the banner of pragmatism, the underlying factor characterizing most of the replies is that of enhancing merit and hands-on experience. Eighty per cent of the Directors General are in favour of more streamlined and simplified recruitment procedures. The request is for greater speed in filling vacancies, followed by a test in the hospital wards to understand whether the new recruits really have the professional and human qualities and skills required by the positions they hold. The goal of creating communities of practice, according to a bench learning mechanism, is also deemed important.

It is interesting to reflect on the value that the respondents attribute to economic incentives, which are seen as the least useful tool for rewarding individual merit and potential and, instead, as the most useful one for improving the offer related to disadvantaged posts and hardship locations. The most effective incentive in this case is the 30% pay increase.

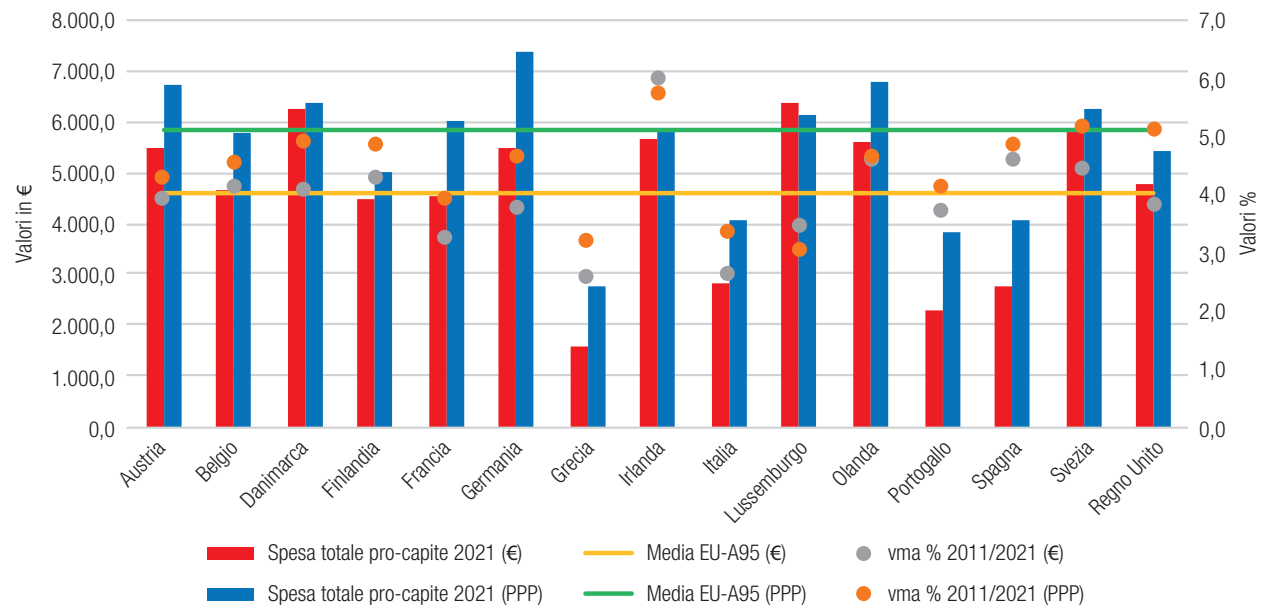
The survey shows how the emergency and round the clock service doctors are to be reconverted and how the current university curricula and training courses for the medical and health professions are inadequate in light of the PNRR, and hence with respect to the need for developing territorial care. The creation of specialised professional degree courses is deemed very useful but not urgent. The same holds true for the definition of institutional (e.g. through a Public Administration Specialisation School specifically for healthcare) and university professional training paths for creating a nursery of professionals, including engineers, with whom doctors shall increasingly collaborate in the future. Almost 80% of respondents wish to see the introduction - in the national collective agreement - of the profiles of new professionals who have the skills required for managing the PNRR and are not strictly linked to the health sector, such as people managers, operations managers, service designers, data analysts, stakeholders managers.

Somewhat surprisingly, 70.6% of the Directors General face healthcare staff's reluctance and resistance to the use of telemedicine. From a contractual viewpoint, these forms of work are not yet well regulated. It is not clear, for example, who pays the specialist who carries out a teleconsultation with the

general practitioner, nor when this should take place. 94.1% of the Directors General stated that specific interventions are needed to regulate the engagement of professionals in telemedicine services.

Finally, some questions focused precisely on the Directorates General: the remuneration of the top management of the Italian health system is, in fact, stagnant at 2001 and is not correlated with the increased size of the Local Health Units and the related levels of responsibility. Besides clearly reiterating that such low remuneration affects the propensity to take risks, which is a necessary condition for a profound renewal of the system, the majority of Directors General expressed their support for the creation of a single list for selecting Directors General and not for a series of separate lists based on the type of Local Health Unit.

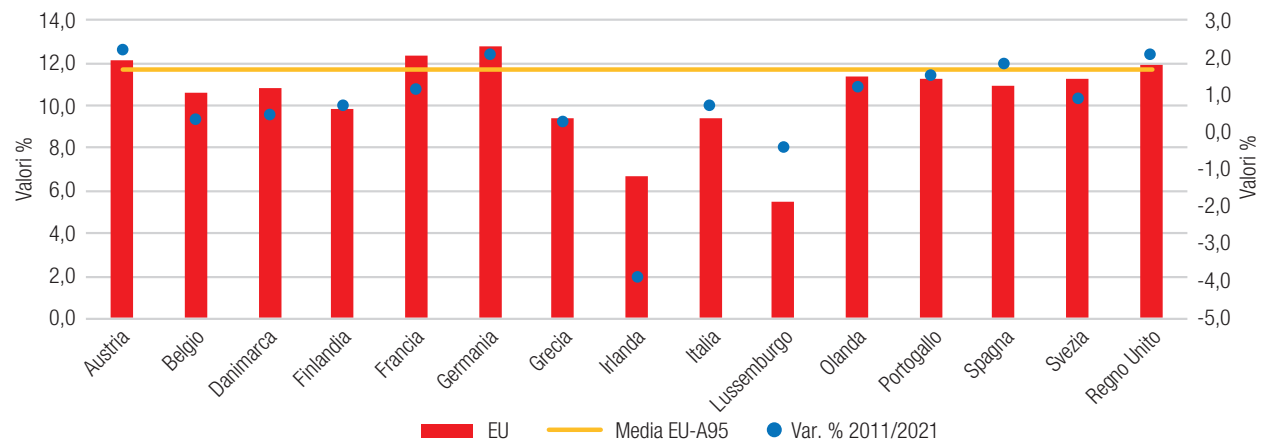
KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, la spesa sanitaria totale pro-capite, si attesta a € 2.883,7 (+5,5% sull'anno precedente) con un *gap* del -38,2% rispetto al valore medio dei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (€ 4.587,1, +8,8% sull'anno precedente). In spesa a Parità di Potere di Acquisto (PPP) si confermano i risultati: Italia € 4.037,8, Paesi EU-Ante 1995 € 5.837,1, con uno scarto del -30,8%. Nell'ultimo decennio i Paesi EU-Ante 1995 hanno registrato una crescita media annua del 3,6%, l'Italia del +1,5% medio annuo, ed il *gap* si è allargato di 14,0 punti percentuali.

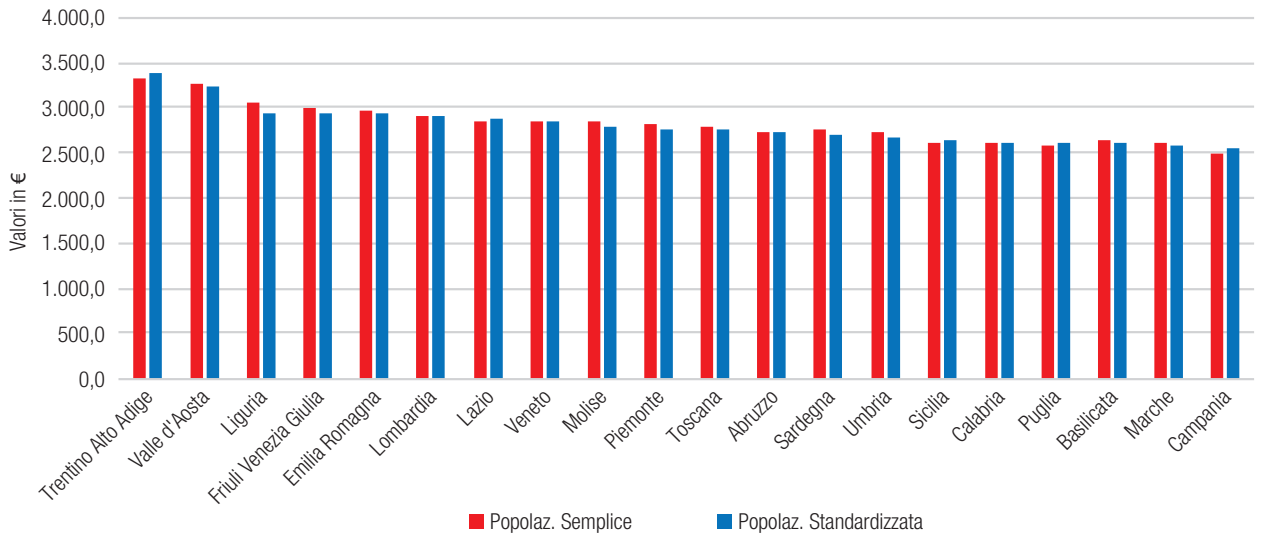
KI 3.2. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è pari al 9,5% , -0,2 punti percentuali (p.p.) rispetto all'ultimo anno. L'incidenza della spesa sanitaria italiana sul PIL è inferiore di -2,3 p.p. rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (11,7%). Nell'ultimo decennio nei Paesi EU-Ante 1995 l'incidenza è in media aumentata di 1,4 p.p., in Italia di 0,7 p.p.; il *gap* è pertanto cresciuto di 0,7 p.p..

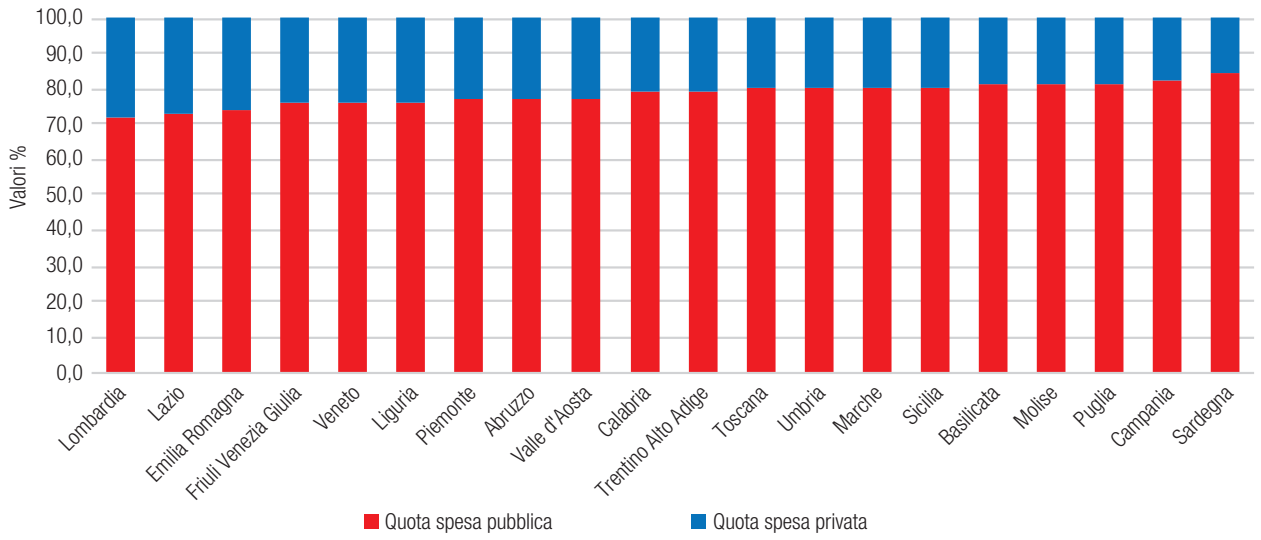
KI 3.3. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istat, ANIA, Ministero della Salute 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la spesa sanitaria italiana risulta pari a € 2.785,2 pro-capite , in aumento del 4,8% rispetto all'anno precedente. A livello regionale, i valori massimi si registrano in Trentino Alto Adige e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.317,9 e € 3.258,1); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.504,3) e Puglia (€ 2.586,9). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,3 volte ovvero € 813,6. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima rimane di 1,3 volte.

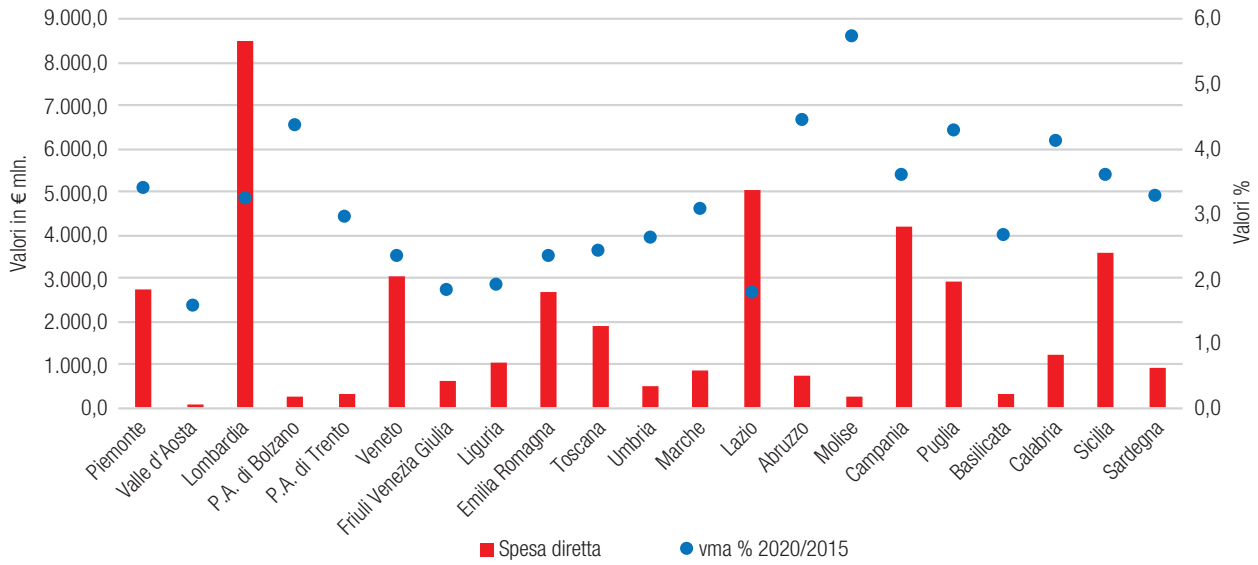
KI 3.4. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istat, ANIA, Ministero della Salute 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la spesa sanitaria totale italiana risulta pari a € 2.785,2 pro-capite, di cui il 76,8% spesa pubblica e il residuale 23,2% spesa privata. Nella composizione della spesa sanitaria totale pro-capite è possibile apprezzare delle marcate differenze a livello regionale: tali differenze sono ascrivibili per buona parte alla componente privata della spesa. In particolare, nel 2021, in Lombardia la spesa privata rappresenta oltre il 28,0% della spesa sanitaria totale; all'estremo opposto si colloca la Sardegna dove la componente privata si ferma al 16,1%: la spesa privata pro-capite della Sardegna è 1,9 volte inferiore a quella osservabile in Lombardia.

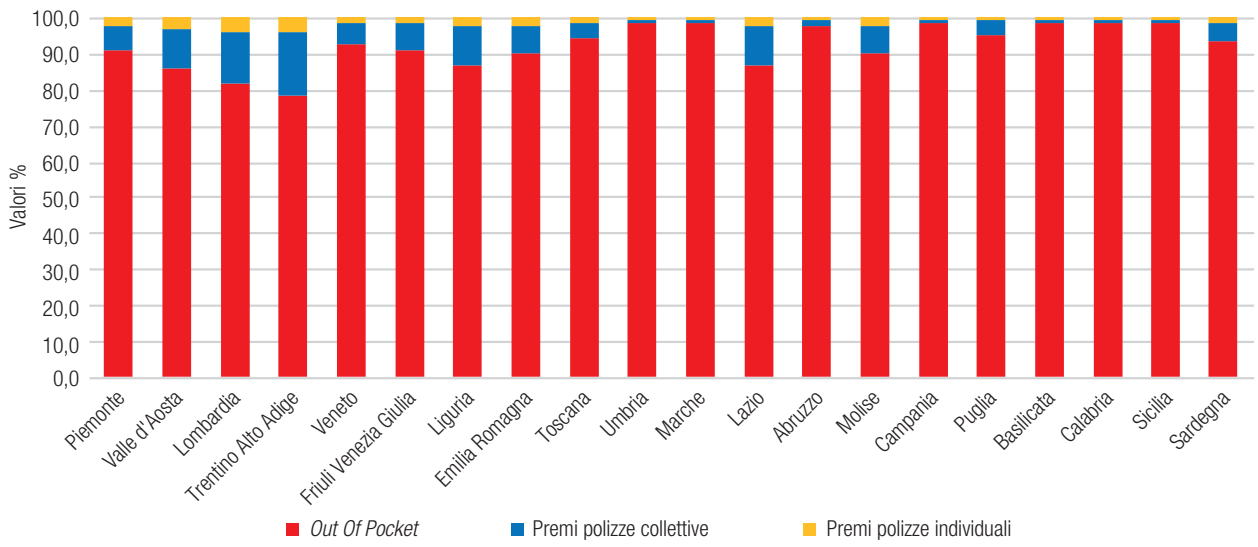
KI 3.5. Spesa sanitaria pubblica diretta. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat 2022- © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria diretta sulla spesa pubblica, in generale, ha un peso maggiore nelle Regioni settentrionali (66,6%, +1,2 p.p. rispetto al 2015) rispetto a quelle del Centro (66,1%, +1,1 p.p. rispetto 2015) e del Sud (65,3%, +3,5 p.p. rispetto al 2015). Appare, pertanto, evidente come nel quinquennio 2015-2020, il peso della spesa diretta in rapporto a quella pubblica sia sostanzialmente aumentato; la Regione in cui tale indicatore è cresciuto maggiormente nel periodo di analisi è il Molise (+5,7 p.p.); all'estremo opposto si colloca il Friuli Venezia Giulia dove l'incremento della spesa diretta sulla spesa pubblica si è fermata a +0,2 p.p..

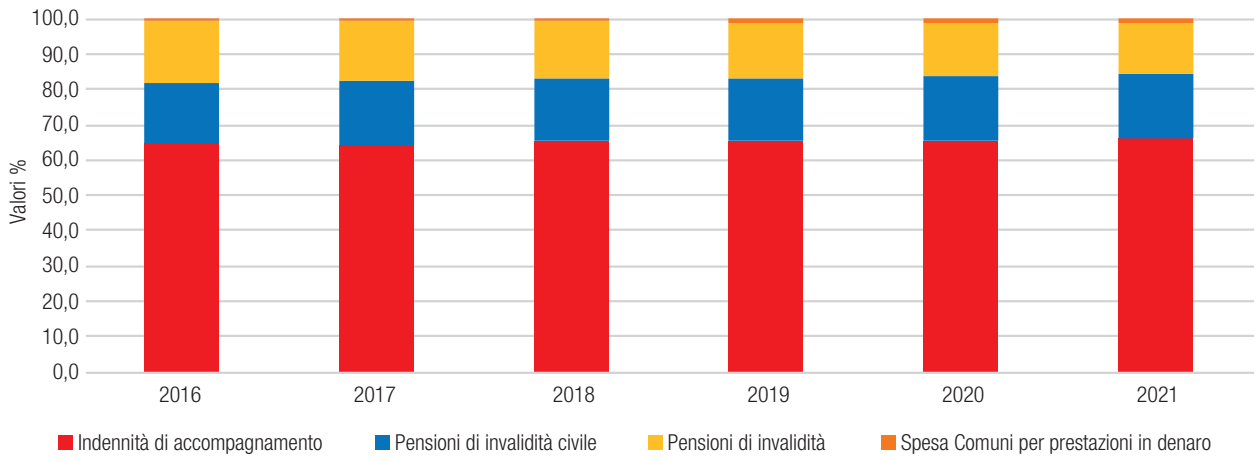
KI 3.6. Composizione spesa sanitaria privata. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Istat, ANIA, Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, la spesa *Out Of Pocket* (OOP) rappresenta il 90,2% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 9,8%, di cui 7,8% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 1,9% alle polizze individuali. 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 solo 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 Lombardia risultano, invece, quelle con la quota maggiore di spesa privata intermediata: rispettiamente 18,4% e 21,4%.

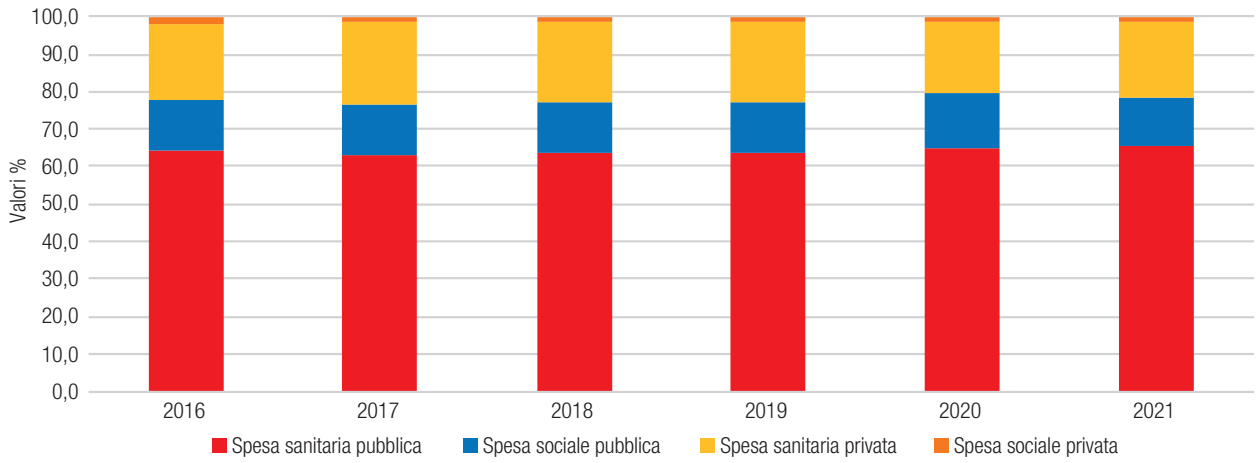
KI 3.7. Spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, sono stati spesi circa € 22,1 mld.. Se aggiungiamo le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), pari a € 226,6 mln., si giunge ad un totale pari a circa € 22,4 mld.. Di questo ultimo importo, il 66% (+0,3 p.p. rispetto al 2020) è relativo alle indennità di accompagnamento; il 18,7% alle pensioni di invalidità civile (+0,6 p.p.); il 14,2% alla spesa per le pensioni di invalidità (-0,9 p.p. rispetto all'anno precedente); il residuale 1,0%, è relativo alla spesa dei Comuni per prestazioni monetarie, valore stabile rispetto all'anno precedente.

KI 3.8. Spesa socio-sanitaria



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la spesa socio-sanitaria totale in Italia (comprendendo quella sanitaria e quella sociale per le non autosufficienze e le disabilità) ammonta a € 193,6 mld. (+4,3% rispetto all'anno precedente e +2,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio), ovvero € 3.269,0 per residente (+4,2 rispetto all'anno precedente e +2,5% medio annuo nell'ultimo quinquennio). Risulta composta per l'85,2% da spesa sanitaria e il residuale 14,8% da prestazioni sociali. La copertura pubblica è del 65,4% per la parte sanitaria e del 13,2% per quella sociale. In particolare, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta di 0,2 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo anno, mentre la spesa sociale pubblica è diminuita di -1,5 p.p. La spesa sanitaria privata è aumentata di 1,3 p.p., mentre la spesa sociale privata si è mantenuta stabile.

Capitolo 4

La valutazione delle *Performance*

Performance evaluation

4a. Impoverimento, catastroficità e disagio economico per cause sanitarie delle famiglie nel primo anno di pandemia
English Summary
Key Indicators

4b. *Performance* Regionali
English Summary
Key Indicators

4c. La mortalità evitabile
English Summary
Key Indicators

CAPITOLO 4
La valutazione delle *Performance*

Il Capitolo 4 è dedicato alle misure di *Performance*; in questa edizione del Rapporto il capitolo ospita 3 contributi: il primo dedicato all'Equità, il secondo alla tutela regionale della salute, il terzo agli esiti, in termini di mortalità evitabile.

L'Equità è certamente uno degli obiettivi primari dell'intervento pubblico in Sanità: il Capitolo 4a, in continuità con i precedenti rapporti, analizza nello specifico l'impatto dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie, nonché la struttura dei consumi sanitari; elabora altresì alcuni indicatori di equità utilizzando la filosofia del cosiddetto *burden approach*: la quota di famiglie impoverite a causa di spese sanitarie, la quota di famiglie soggette a spese sanitarie "catastrofiche" (eccessivamente elevate) e la quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari.

Il secondo contributo (Capitolo 4b) sintetizza i risultati della 10° 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 dal Centro di ricerca; la metodologia si avvale di un *Panel* di oltre 100 esperti in rappresentanza di varie categorie di *stakeholder*: pazienti, professioni sanitarie, *management* aziendale, istituzioni e industria. Con la 10° edizione la valutazione si è ampliata al sociale, coinvolgendo nel *Panel* anche Sindaci di Comuni e introducendo la prospettiva sociale a fianco di quella esiti, appropriatezza, equità, innovazione ed economico-finanziaria.

Il terzo contributo (Capitolo 4c) presenta una sintesi dei risultati del monitoraggio della mortalità evitabile in Italia, condotto dal Centro Studi Nebo sulla base della classificazione OECD-Eurostat delle cause evitabili. Si tratta di un contributo essenziale in termini di misurazione degli esiti garantiti dal sistema, e quindi per supportare gli interventi migliorativi nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), anche perché permette di valutare il livello medio nazionale degli esiti, ed anche la sua variabilità regionale e provinciale: variabilità che caratterizza, anche in questo campo, il SSN italiano.

CHAPTER 4
Performance evaluation

Chapter 4 is devoted to Performance indicators. It is divided into three parts: the first focuses on Equity, the second on Regional Health Protection, and the third on Outcomes, in terms of avoidable mortality.

Equity is certainly one of the primary objectives of public intervention in the health sector. In continuity with the previous Reports, Chapter 4a specifically analyses the impact of health consumption on family budgets, as well as the structure of health consumption. It also develops some equity indicators using the so-called burden approach: the share of families impoverished because of health expenses, the share of families having to bear "catastrophic" (excessively high) health expenses and the share of families experiencing financial hardship because of health expenses.

Chapter 4b summarises the results of the C.R.E.A. Sanità 10th "Regional Performance" project. This is a project aimed at measuring (in a multi-professional and multi-dimensional manner) the regional performance in terms of health protection in the various Regions, through an original methodological approach developed by the Research Centre. The methodology has been developed involving a group of over 100 experts representing various categories of stakeholders: patients, health professions, medical industry, management, and institutions. With the 10th "Regional Performance" project, the evaluation has been extended to the social sphere, also involving mayors of municipalities in the group of experts and introducing the social perspective alongside the performance dimensions of outcomes, appropriateness, equity, innovation and economic and financial aspects.

Chapter 4c summarizes the results in the monitoring process of avoidable mortality in Italy, carried out by the Nebo Study Centre on the basis of the OECD-Eurostat classification of preventable causes. This is an essential contribution for measuring the outcomes ensured by the system, and hence supporting interventions to improve the National Health Service (NHS), for the additional reason that it makes it possible to assess the national average level of outcomes, and also its regional and provincial differences, which characterise the Italian NHS also in this field.

CAPITOLO 4a
Impoverimento, catastroficità e disagio economico per cause sanitarie delle famiglie nel primo anno di pandemia

d'Angela D.[1], Spandonaro F.[2]

4a.1. Premessa

Il presente contributo si pone l'obiettivo di analizzare il consumo sanitario i cui oneri sono direttamente sostenuti dalle famiglie; verranno analizzate e evidenze disponibili per il 2020, primo anno di pandemia da COVID, mettendoli in relazione anche con l'andamento dei consumi totali (non sanitari) delle famiglie.

L'analisi della spesa privata permette anche di fornire indicazioni sull'effettiva tutela offerta dal SSN rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia, e della sua tenuta nel tempo: in particolare, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata determinata l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari, della catastroficità (intesa come "eccesso" di incidenza della spesa sanitaria sui bilanci familiari), delle "nuove" rinunce al consumo, del disagio economico causato dalle spese sanitarie; inoltre, è stato replicato l'indicatore di distribuzione, introdotto per la prima volta nella precedente edizione.

Propedeuticamente va ricordato che i consumi sanitari *Out Of Pocket* (OOP) delle famiglie rilevati dall'Istat sono presumibilmente sovrastimati: la ragione risiede nel fatto che i dati disponibili non rilevano con precisione la quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) in forma cosiddetta "indiretta", ovvero quella parte dei consumi che di fatto gode di un successivo rimborso delle spese effettuate.

Tutte le analisi sono state effettuate partendo dai microdati dell'indagine campionaria Istat sulla "Spesa delle famiglie", e sono state disaggregate sia in base al quintile di consumo delle famiglie, sia in base alla Regione di residenza delle stesse, sia in base al livello di istruzione della persona di riferimento della famiglia.

4a.2. La spesa sanitaria delle famiglie

Nel 2020, il 74,2% delle famiglie italiane ha sostenuto spese per consumi sanitari: la quota è in riduzione di 3,6 punti percentuali (p.p.) rispetto alla media registrata nell'anno precedente (77,8% nel 2019).

Il 2020, primo anno di pandemia da COVID, ha quindi fatto registrare una riduzione del ricorso alla spesa per consumi sanitari, pur non raggiungendo il "livello" registratosi nell'anno successivo alla crisi finanziaria del 2013, quando solo il 58,2% delle famiglie aveva fatto ricorso a spese per consumi sanitari.

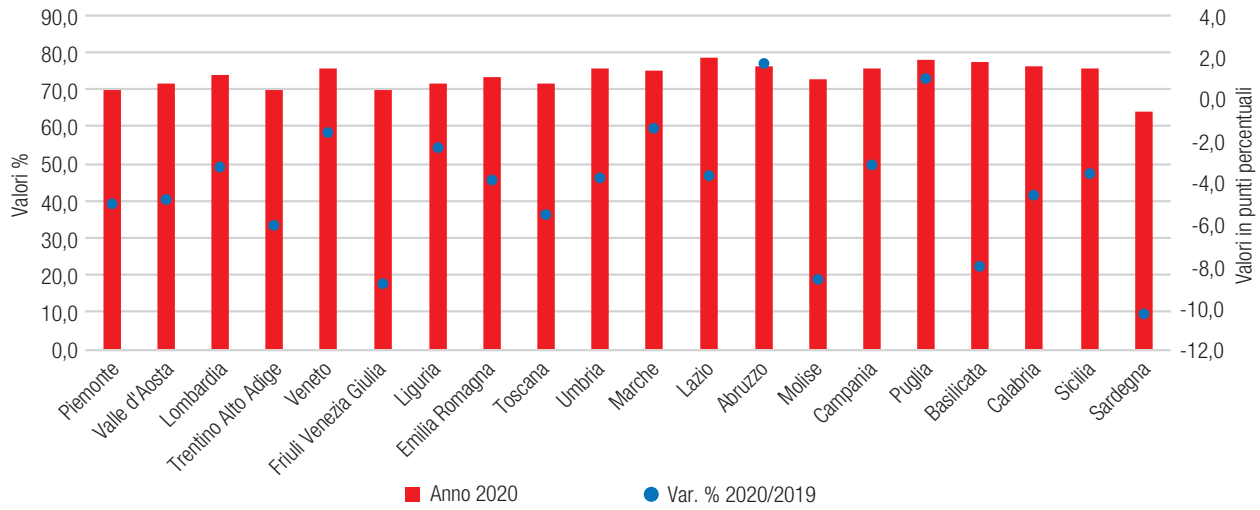
La ripartizione centrale, con il 75,9% delle famiglie è la ripartizione con la maggiore quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, seguito dal Mezzogiorno (75,1%), dal Nord-Est (73,3%) e dal Nord-Ovest (72,6%).

Rispetto al 2019 la riduzione maggiore si è registrata nel Centro del Paese (-4,1 p.p.), seguita da quella nel Nord (-3,8 p.p., 73,0% nel 2020); nel Mezzogiorno la riduzione è stata di minore entità: -3,2 p.p..

A livello regionale, Lazio, Puglia e Basilicata, registrano la quota maggiore di famiglie che sostengono spese sanitarie: 78,8%, 78,1 e 77,7% rispettivamente; Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Piemonte la più bassa: 63,8%, 69,6% e 67,0% rispettivamente (Figura 4a.1.).

[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
[2] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.1 Quota di famiglie che sostengono spese per consumi sanitari



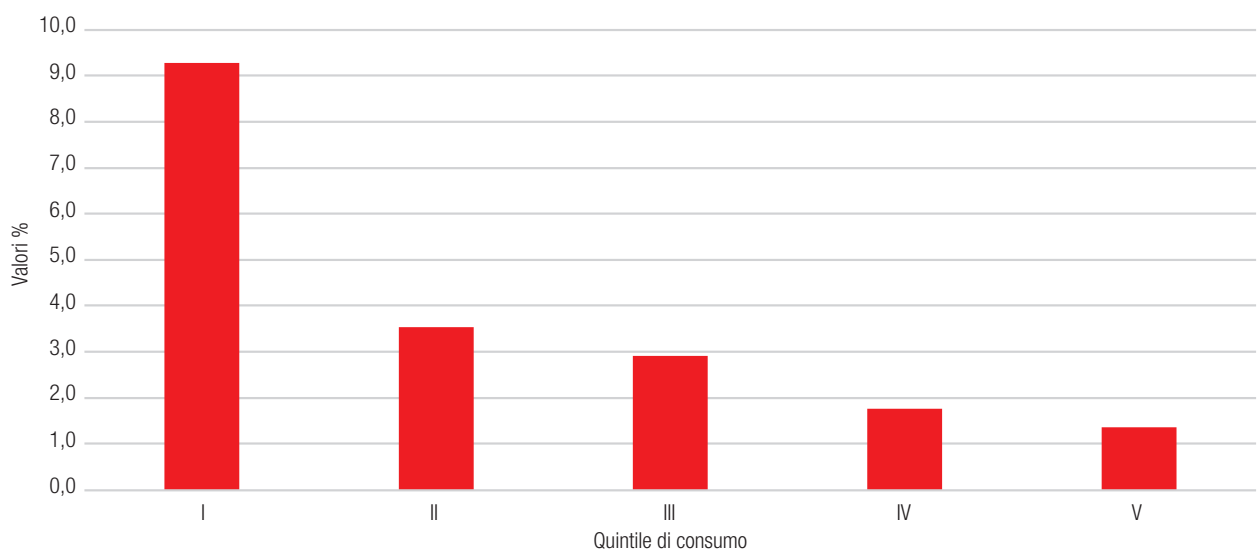
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Sempre nel 2020, 2,9 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie, e di queste 983.989 non le hanno in effetti affatto sostenute: convenzionalmente identifichiamo queste famiglie come casi di "rinunce" alle spese sanitarie.

Il fenomeno delle "rinunce", come era lecito aspettarsi, con l'arrivo della pandemia è aumentato, coinvolgendo il 3,8% delle famiglie, a fronte del 3,1% dell'anno precedente.

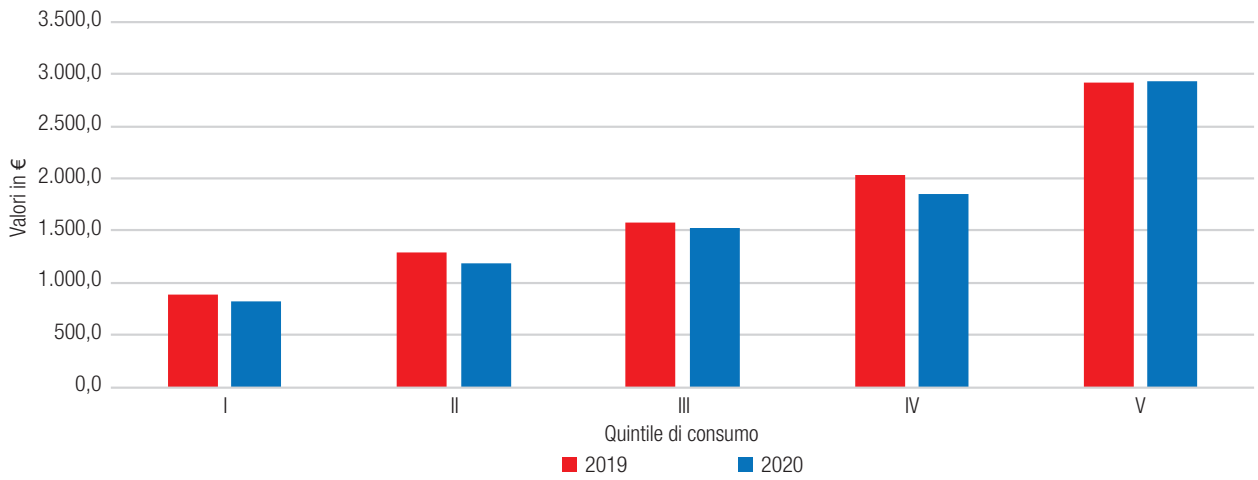
Le "rinunce" non sono equamente distribuite: si passa dal 9,3% e 3,5% delle famiglie del I e II quintile, all'1,8% e 1,4% rispettivamente di quelle del quarto e quinto (Figura 4a.1.).

Figura 4a.2. "Rinunce" alla spesa per consumi sanitari. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.3. Spesa effettiva delle famiglie per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne la spesa, nell'anno 2020, le famiglie italiane hanno sostenuto un onere medio per consumi di 27.931,2 (-9,0% rispetto al 2019): il valore minore, pari a € 22.975,9 si registra per i residenti nel Mezzogiorno (-8,0% rispetto al 2019), sino agli € 30.290,6 di quelle residenti nel Nord-Est del Paese (-10,4% rispetto al 2019).

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%).

Rispetto all'anno precedente, per effetto della pandemia si è ridotto il contributo delle voci relative ai trasporti, alla ristorazione, abbigliamento e calzature, ricreazione, spettacoli e cultura.

I consumi sanitari rappresentano l'ottava voce di spesa, come nel 2019.

La spesa sanitaria media annua delle famiglie italiane risulta pari a € 1.289,7, in riduzione dell'8,5% rispetto al 2019.

L'incidenza dei consumi sanitari sul totale è rimasta invariata, attestandosi al 4,6%.

Si noti che dalle anticipazioni fornite dall'Istat relative al 2021, si rileva una ripresa dei consumi totali del +4,7%, con una forte accelerazione di quelli destinati alla salute, che sono aumentati del +9,0%, facendone crescere l'incidenza sui consumi totali al 4,8% (+0,2 p.p.).

A livello di ripartizione geografica tale incidenza oscilla da un valore minimo del 4,3% nel Centro ad uno massimo, pari al 4,9% nel Mezzogiorno.

Rispostando l'attenzione sull'anno 2020, si osserva che l'incidenza della spesa sanitaria delle famiglie si attesta al 3,3% per le famiglie del I quintile (le meno "abbienti"), -0,2 p.p. rispetto all'anno precedente, ed al 5,0% per quelle dell'ultimo (le più "abbienti"), +0.1 p.p..

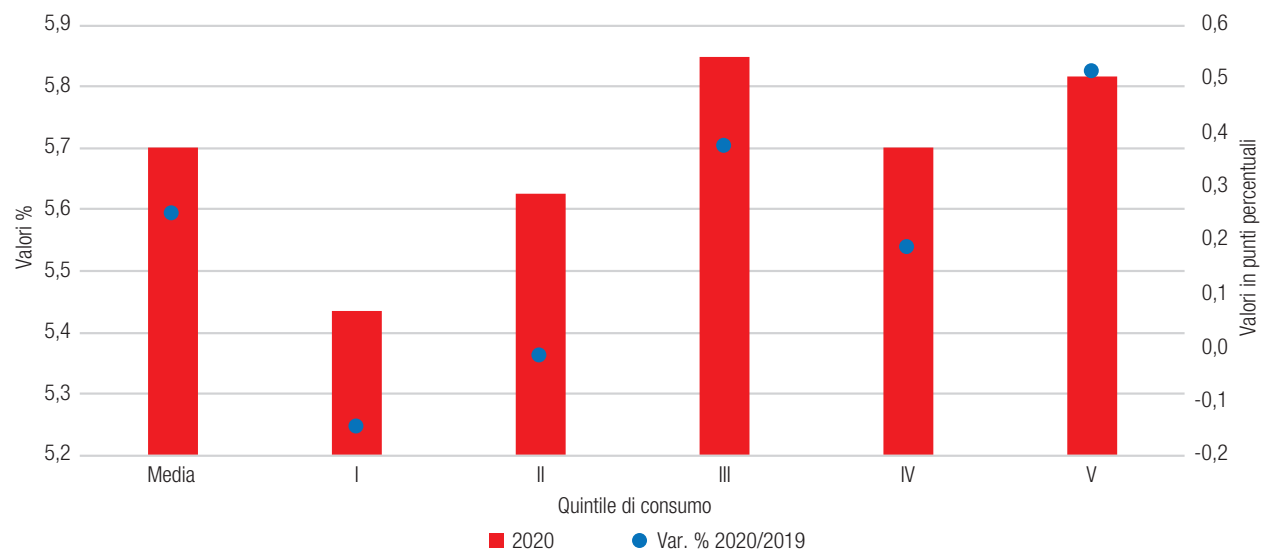
La spesa media effettiva familiare (Figura 4a.3.), ovvero quella calcolata sui soli nuclei che la sostengono, ammonta a € 1.738,1, in riduzione del -3,9% rispetto al 2019.

Dall'analisi del dato per area geografica, si conferma come la spesa media annua familiare "effettiva" per consumi sanitari sia massima nel Nord-Ovest (€ 1.956,6; -2,1% rispetto al 2019) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.453,8; -6,2% rispetto al 2019).

Per i nuclei che hanno effettuato consumi sanitari, l'incidenza della spesa sanitaria sul totale dei consumi è pari al 5,7%, con un incremento di +0,2 p.p. rispetto al 2019. (Figura 4a.4).

Si osservi che l'incremento di incidenza ha interessato tutti i quintili, ed in particolare terzo e ultimo (+0,4 e +0,5 p.p. rispettivamente); nel primo, si è invece registrata una riduzione pari a -0,1 p.p..

Figura 4a.4. Incidenza e variazione della spesa effettiva per consumi sanitari su quella totale



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

4a.3. Il profilo di consumo sanitario delle famiglie

Analizzando il profilo di consumo delle famiglie, possiamo osservare come, nel 2020, il 73,8% di quelle che effettuano spese sanitarie acquisti farmaci, il 34,0% prestazioni specialistiche e/o di ricovero, il 26,3% prestazioni diagnostiche, il 23,2% protesi e ausili, il 20,7% cure odontoiatriche, ed il 14,8% attrezzature sanitarie.

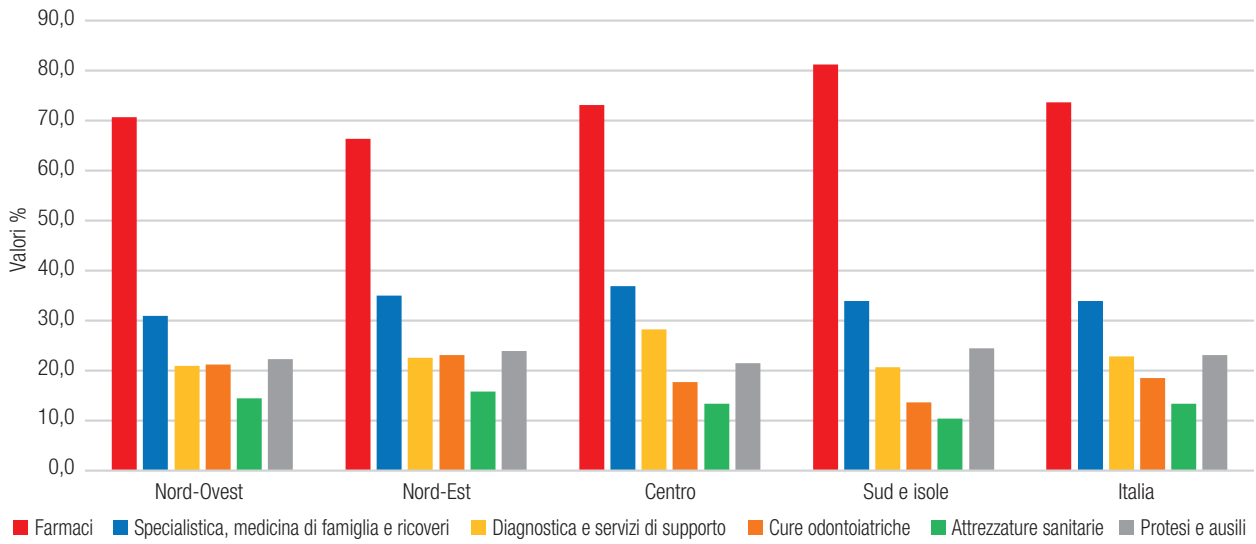
Ad eccezione della voce protesi e ausili, che è diventata la quarta tipologia di consumo sanitario cui ricorrono le famiglie, recuperando due posizioni, il *ranking* per le altre tipologie di consumo è rimasto invariato rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo anno la riduzione della quota di famiglie che sostengono consumi sanitari privati è stata massima per la specialistica e la diagnostica: -4,9 e -3,6 p.p. rispettivamente; la quota di famiglie ha fatto ricorso a cure odontoiatriche si è ridotta di -2,3 p.p. e per le attrezzature sanitarie di -1,5 p.p.; in controtendenza è invece risultato il ricorso al consumo di protesi e ausili, con una quota di famiglie aumentata di +6,4 p.p.: si conferma, quindi, che la pandemia ha generato barriere all'accesso e rinunce per il consumo di prestazioni specialistiche, mentre ha richiesto un onere significativo alle famiglie per procurarsi dispositivi di protezione individuale quali mascherine, guanti etc.

Com'era lecito aspettarsi, in relazione alla diffusione della pandemia, la riduzione della quota di famiglie che hanno sostenuto spese sanitarie è stata maggiore nelle Regioni del Nord, notoriamente più colpite dalla pandemia; così come, nelle stesse realtà, si è registrato il maggiore incremento della quota di famiglie che si sono procurate protesi e ausili.

Nel Mezzogiorno la quota di famiglie che spende per farmaci arriva all'81,2%; nel Centro invece è maggiore la quota di famiglie che spendono per visite specialistiche e ricovero, e diagnostica (36,8% e 28,3% rispettivamente) (Figura 4a.5.); la maggior quota di famiglie che ricorrono alle spese odontoiatriche si registra invece nel Nord-Est, ed è pari al 23,2%; 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 sostanzialmente non varia fra i quintili si 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 primo quintile al 26,8% di quelle dell'ultimo; per le attrezzature sanitarie dal 6,5% (I quintile) al 20,2% (ultimo quintile), per la diagnostica dal 16,0% al 30,2% (Figura 4a.5.).

Figura 4a.5. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e ripartizione geografica. Anno 2020

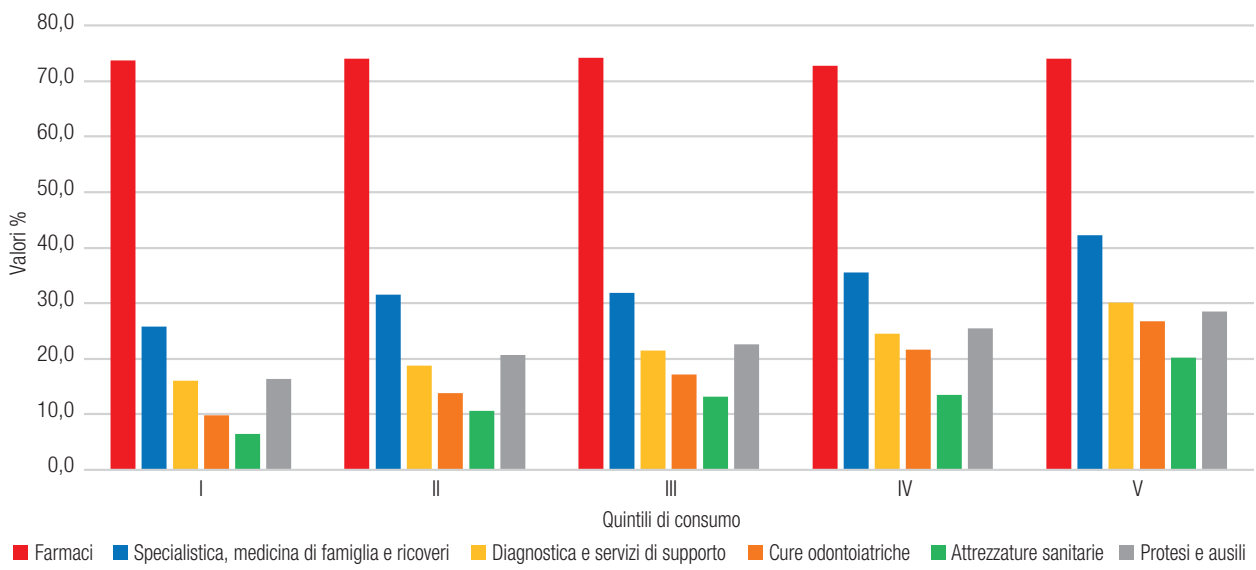


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, quest'ultimo fenomeno si è inasprito soprattutto per le voci cure odontoiatriche ed attrezzature sanitarie (Figura 4a.6.).

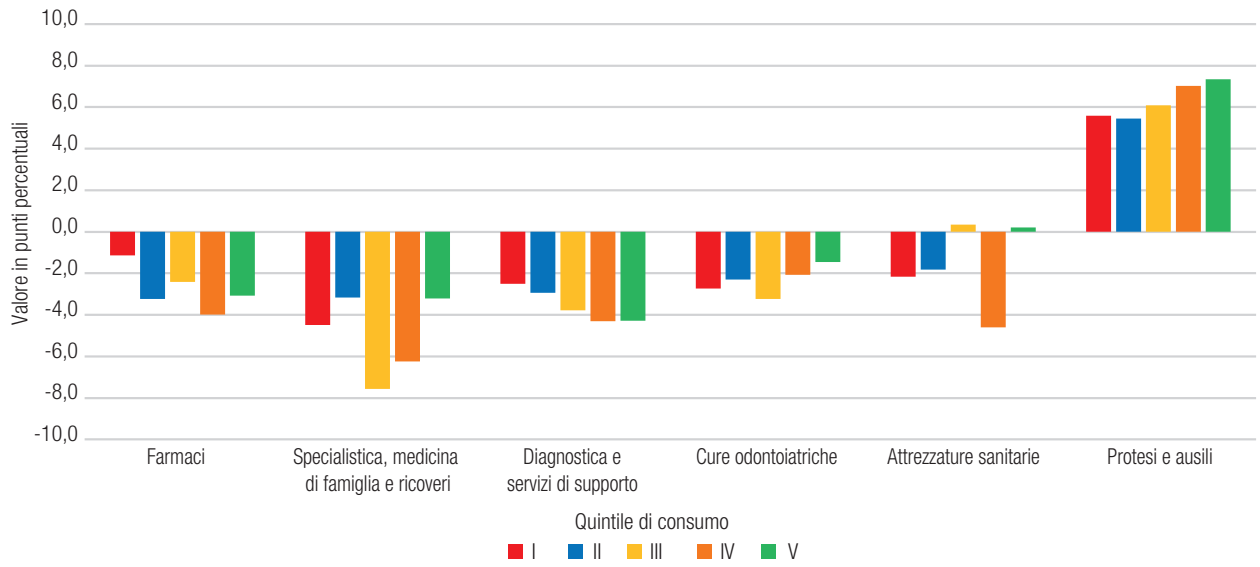
Come anticipato, il 2020 ha fatto registrare una riduzione del ricorso delle famiglie alle prestazioni di specialistica e diagnostica, maggiore per i "più abbienti". L'unica voce di spesa per la quale è aumentato il ricorso da parte delle famiglie è quella per protesi e ausili: si passa dal 5,8% delle famiglie del primo quintile al 7,8% di quelle dell'ultimo (Figura 4a.7.).

Figura 4a.6. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

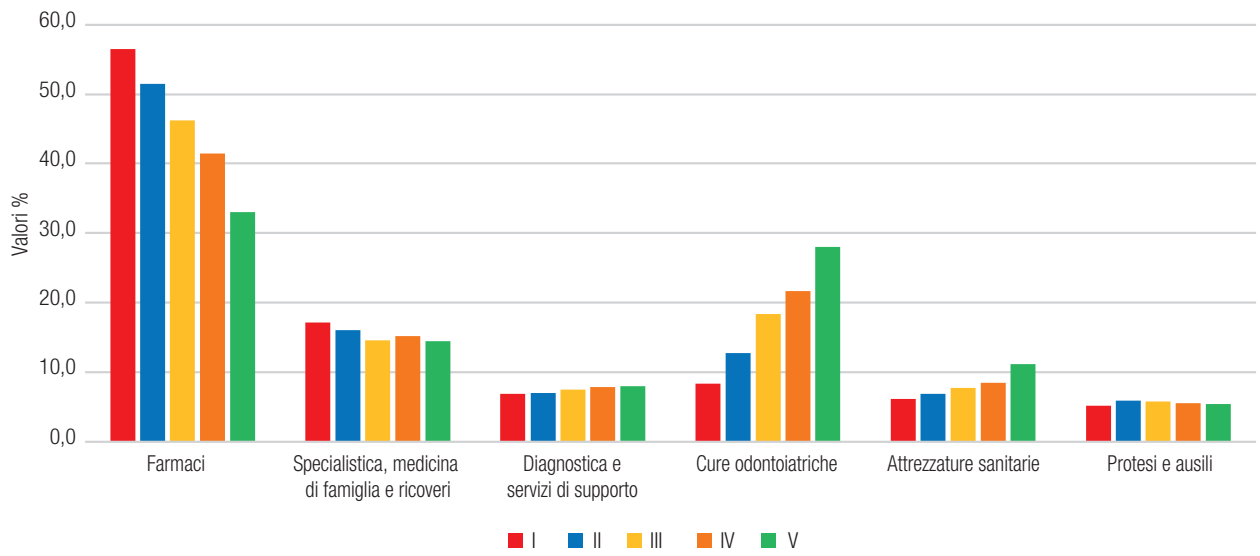
Figura 4a.7. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e quintile di consumo. Variazione 2020/2019



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

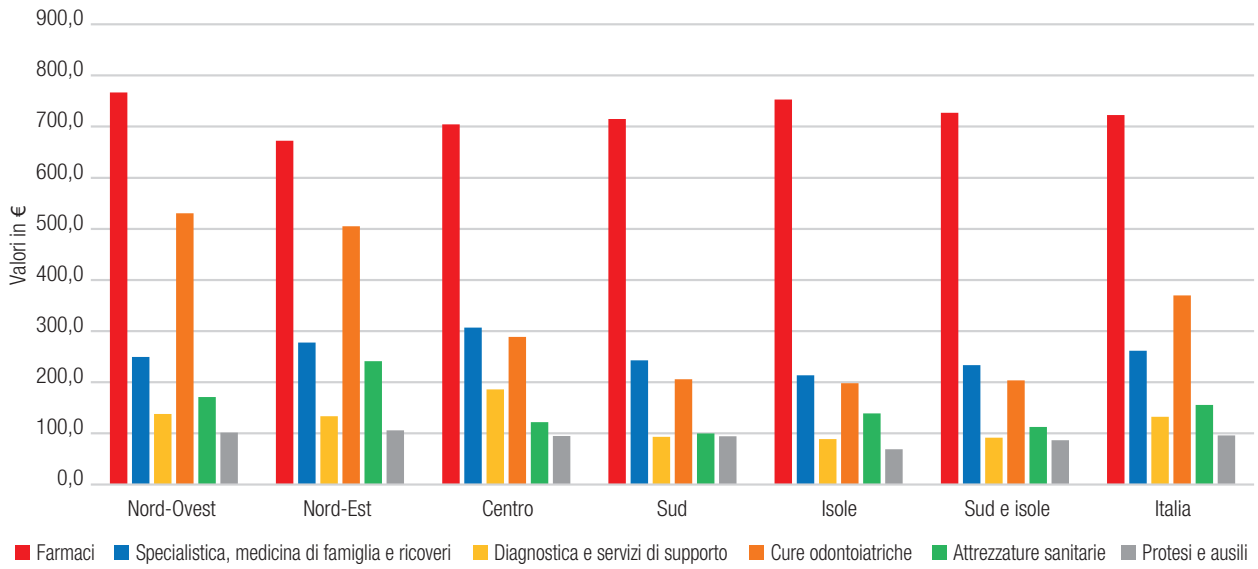
La quota di famiglie che spendono per il dentista e le attrezzature sanitarie aumenta con l'aumentare del livello di istruzione della persona di riferimento delle stesse (confermando indirettamente che l'istruzione è positivamente correlata al reddito): per il dentista si passa dal 5,6% delle famiglie la cui figura di riferimento non ha alcun titolo di studio al 24,7% di quelle la cui persona di riferimento ha almeno una laurea; per le attrezzature dal 7,7% al 17,6%.

Figura 4a.8. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari per tipologia e quintile di consumo. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.9. Spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In termini di spesa, i farmaci, nel 2020, rappresentano l'onere maggiore pari al 41,6% del totale della spesa sanitaria privata, (42,2% nel 2019); seguono le cure odontoiatriche con il 21,3% (21,4% nel 2019), le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri con il 15,1% (invariato rispetto all'anno precedente), le attrezzature terapeutiche con l'8,9% (9,7% nel 2019), e l'acquisto di presidi e ausili, cresciuto del 5,5% rispetto all'anno precedente (+2,2 p.p. sul 2019). Rispetto all'anno precedente la composizione per singole voci ha visto una riduzione dell'onere relativo alla spesa per diagnostica, farmaci ed attrezzature sanitarie (0,7, 0,7 e 0,8 p.p. rispettivamente) ed un aumento di quello per protesi e ausili (2,3 p.p.); l'onere per la specialistica e le cure odontoiatriche è rimasto sostanzialmente invariato.

Analizzando i dati per quintile di consumo delle famiglie, emerge come per le famiglie del I quintile la spesa per i farmaci rappresenti il 56,6% di quella sanitaria totale, mentre quella per il dentista l'8,3%.

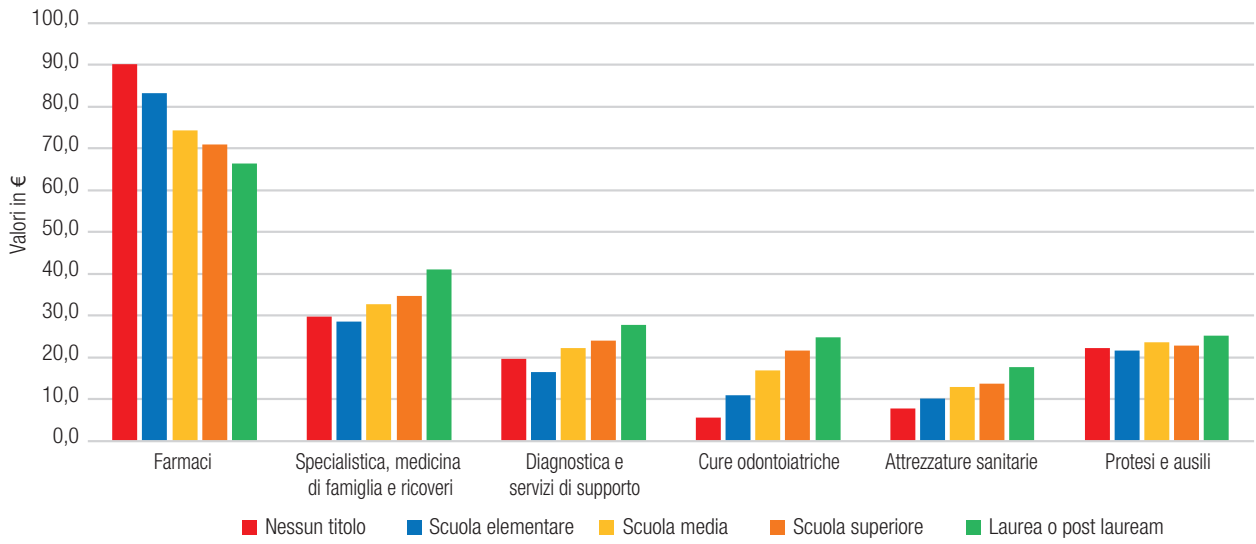
Le famiglie dell'ultimo quintile, al contrario, destinano il 28,0% della spesa per consumi sanitari alle cure odontoiatriche ed il 31,1% ai farmaci (Figura 4a.8.).

Prendendo in considerazione l'aspetto geografico (Figura 4a.9.), la quota maggiore di spesa farmaceutica si registra nel Mezzogiorno (50,0%, in crescita di 1,9 p.p. rispetto al 2019), quella per il dentista nel Nord-Ovest (26,1%), quella per le visite di controllo nel Centro (18,0%) e quella per le indagini diagnostiche ancora nel Centro (10,9%).

Si osserva una "dinamica" simile a quella riscontrata nell'analisi per quintile di consumo nel caso si analizzino i dati per livello di istruzione della persona di riferimento dei nuclei: in particolare, la spesa per i farmaci si riduce all'aumentare del livello di istruzione, per protesi e ausili non si riscontrano differenze nei livelli di spesa; per le restanti voci, invece, quest'ultima aumenta all'aumentare del livello di istruzione, ed in maniera più marcata per le cure odontoiatriche (Figura 4a.10.).

In definitiva, si conferma come i farmaci rappresentano l'onere maggiore, ed in crescita, per le famiglie, seguita da quella per le cure odontoiatriche e la specialistica (visite ed esami diagnostici): rispetto all'anno precedente è anche aumentato il contributo della voce protesi e ausili.

Figura 4a.10. Spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari per tipologia e livello di istruzione. Anno 2020

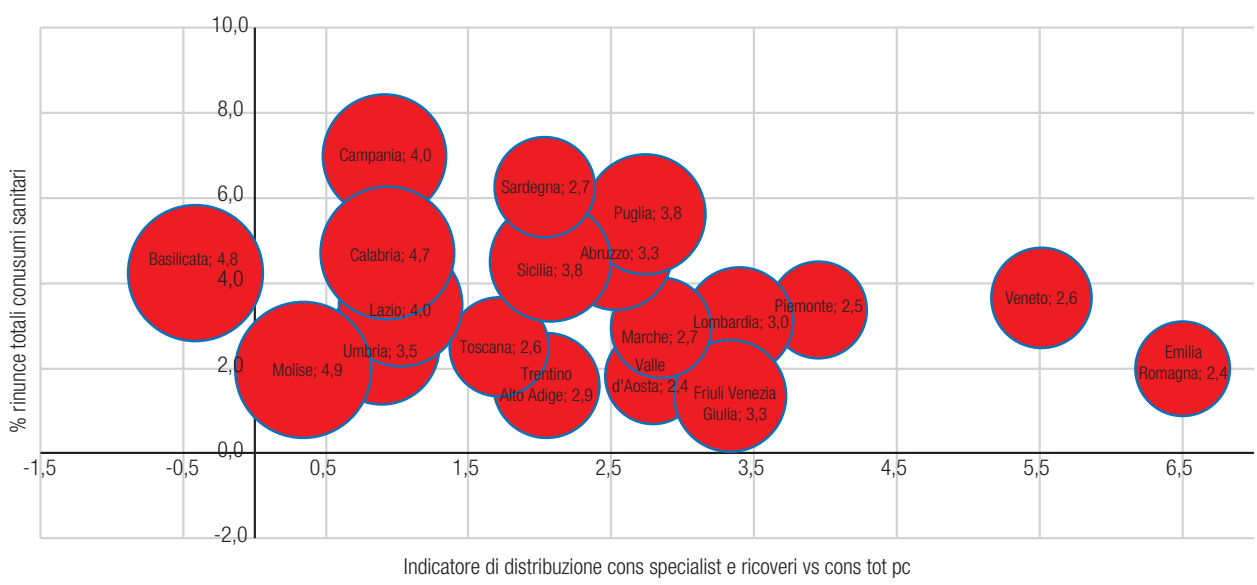


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

4a.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 convenzionalmente definito "indicatore di distribuzione": l'indicatore è costruito a partire dal confronto della differenza in media tra i *gap* di spesa delle famiglie appartenenti ai quintili estremi di consumo, per i consumi totali e per quelli sanitari (questi ultimi anche per singola voce).

Figura 4a.11. Indicatore di distribuzione, "rinunce", e incidenza dei consumi sanitari dei meno "abbienti". Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

L'attesa sarebbe che il *gap* registrato per la spesa sanitaria sia superiore a quello registrato per il totale dei consumi (generando un "indicatore di distribuzione" superiore a 1), per effetto della garanzia di accesso (gratuito) che i SSR dovrebbero garantire alle famiglie meno "abbienti".

Per la spesa sanitaria pro-capite nel suo complesso, nel 2020, il *gap* a livello nazionale risulta pari a 6,7 volte: ovvero le famiglie più "abbienti" spendono quasi 7 volte più di quelle meno "abbienti". A livello di ripartizione si passa da un *gap* massimo di 9,0 del Nord-Est, ad uno minimo pari a 6,0 del Mezzogiorno.

La Liguria risulta essere la Regione con il maggiore *gap* tra i due quintili estremi, con un valore pari a 13,0; la Basilicata quella con il minore, pari a 4,3 (Figura 4a.11.).

L'indicatore di distribuzione, che ricordiamo rappresenta la differenza tra i *gap* di consumo sanitario e di consumo totale, tra i due quintili estremi, registra valori più alti in Liguria, Emilia Romagna e Veneto (8,2, 6,5 e 5,5 rispettivamente), i più bassi in Molise, Basilicata, Campania e Calabria (0,3, -0,4, 0,9 e 0,9).

La figura 4a.11. confronta l'indicatore di distribuzione (riportato sull'asse delle ascisse) e la quota di rinunce alla spesa per consumi sanitari (asse delle ordinate), ed anche l'incidenza sui consumi della spesa per quelli sanitari, relativa alle famiglie del primo quintile (meno "abbienti"), quest'ultima rappresentata dall'area della bolla.

Possiamo osservare come Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia siano caratterizzate da bassa incidenza dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie meno "abbienti", bassi livelli di "rinunce" e un valore elevato dell'indicatore di distribuzione (in particolare l'Emilia Romagna): possiamo quindi concludere che garantiscono un elevato livello di protezione dei meno "abbienti"; di contro Basilicata, Calabria, Campania e Molise hanno 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 Basilicata, e pari a 1 per le altre due: possiamo quindi concludere che la capacità redistributiva di tali SSR è insufficiente.

Umbria e Lazio sono caratterizzate da una incidenza medio-alta dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie meno "abbienti", ma ridotta dai più alti livelli di "rinunce", oltre ad indicatore di distribuzione prossimo allo zero: possiamo quindi concludere che, anche in questo caso, si evidenzi una capacità redistributiva insufficiente.

Marche, Lombardia e Piemonte, sebbene con una quota intermedia di rinunce, presentano un effetto redistributivo importante che tutela i meno "abbienti".

La risposta equitativa dei SSR rimane molto difforme: in particolare si osserva come nelle Regioni del Sud, anche in presenza di un indicatore positivo, 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.

4a.5. L'equità dei SSR

Sempre in tema di tutela dei cittadini dagli oneri economici della malattia, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, sono stati costruiti l'indice di impoverimento, catastroficità e disagio economico (per cause sanitarie).

Impoverimento

Iniziamo osservando che nel 2020 l'incidenza nazionale del fenomeno dell'impoverimento dovuto alla spesa sanitari privata è pari all'1,5%, interessando 378.627 nuclei familiari: 32.264 in meno rispetto all'anno precedente.

Va osservato che il miglioramento osservato è sostanzialmente apparente, scontando un parallelo aumento delle rinunce al consumo sanitario.

L'impoverimento coinvolge esclusivamente le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 12,7% (0,5 p.p. in meno rispetto al 2019) di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari e lo 0,9% di quelle del II (0,2 p.p. in più rispetto al 2019). Rapportando il dato alle sole famiglie che sostengono spese sanitarie, l'incidenza è rimasta sostanzialmente invariata negli ultimi cinque anni (2,0% nel 2020).

Le famiglie residenti nel Mezzogiorno sono le più

colpite: l'incidenza risulta del 2,8% (0,4 p.p. in meno rispetto al 2019), contro l'1,3% di quelle del Centro (+0,4 p.p. rispetto al 2019), lo 0,7% di quelle del Nord-Est (-0,2 p.p.) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (-0,1 p.p.). Considerando le sole famiglie che sostengono spese sanitarie l'impatto nel Mezzogiorno è il doppio di quello registrato mel Centro ed il triplo di quello registrato nel Nord.

Calabria e Basilicata si confermano essere le Regioni più colpite dal fenomeno dell'impoverimento: il 4,3% e 3,9% delle famiglie residenti; Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Liguria invece risultano le meno colpite: 0,2%, 0,5%, 0,5% e 0,6% rispettivamente.

L'impoverimento interessa soprattutto le famiglie con un basso livello di istruzione della persona di riferimento (senza titolo di studio o licenza elementare): 4,9% e 2,6% di queste rispettivamente.

Applicando soglie di povertà relativa regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra 507.949 famiglie impoverite (1,9% delle famiglie), ovvero circa 130.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "*standard*" (Figura 4a.12.).

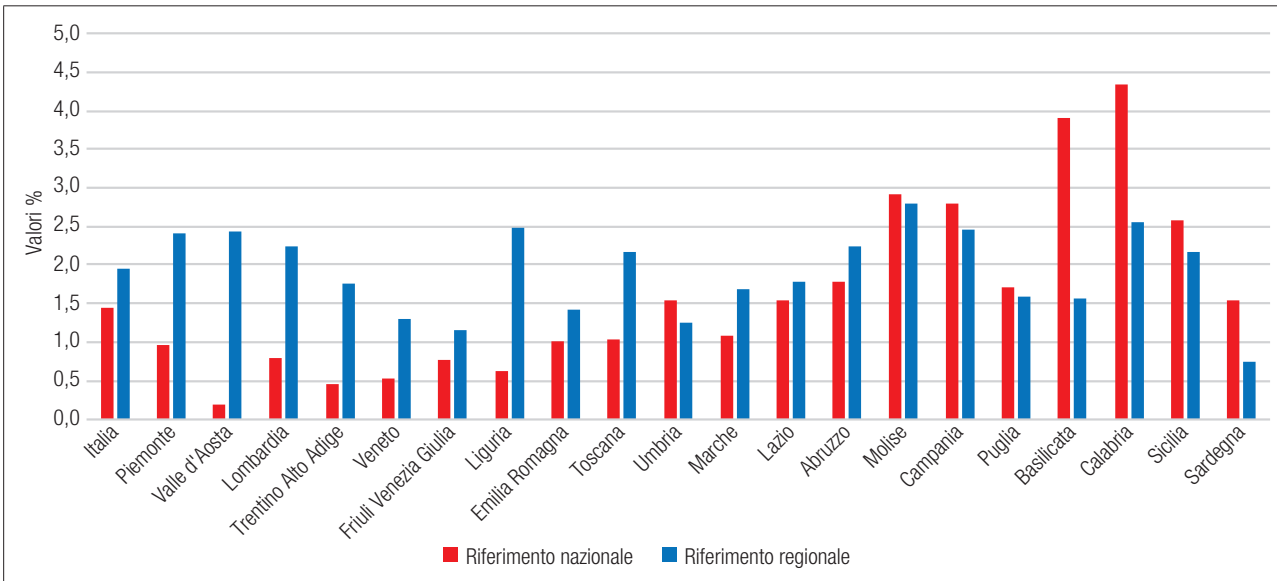
L'applicazione delle soglie regionali riduce in maniera importante le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche; l'aumento interessa soprattutto le Regioni del Nord-Ovest (l'incidenza passa dallo 0,8% al 2,3%), seguite da quelle del Nord-Est (si passa dallo 0,7% all'1,4%); in quelle del Mezzogiorno si assiste invece ad una riduzione di -0,5 p.p.

Il valore massimo si raggiunge in Molise, dove il 2,8% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo in Sardegna, con lo 0,8%.

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 (43,5% e 24,6% rispettivamente), rimanendo in linea con la media nazionale per le altre voci: visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (13,4%) e diagnostica (7,5%), e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (7,3% e 3,8% rispettivamente). Rispetto all'anno precedente si è ridotto il contributo delle ultime due voci, ed è aumentato quello per i farmaci (Figura 4a.13.).

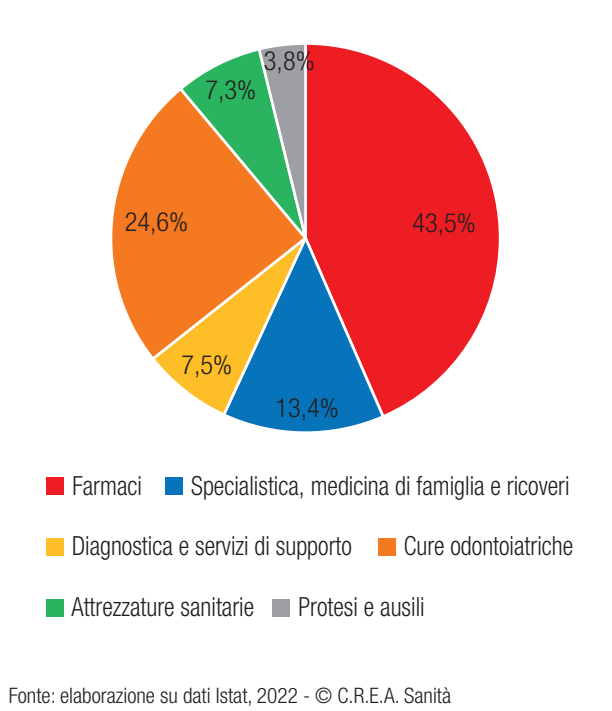
In sintesi, il fenomeno dell'impoverimento si è sensibilmente ridotto nell'ultimo anno, sebbene sia cresciuto nell'ultimo quinquennio, e continua a rimanere principalmente un problema del Sud del Paese. Il fenomeno continua a colpire le famiglie "più fragili", ovvero i meno abbienti e quelle con un basso livello di istruzione: i farmaci ed il dentista continuano ad essere la causa dell'impoverimento.

Figura 4a.12. Quota famiglie impoverite. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.13. Composizione consumi famiglie impoverite. Anno 2020



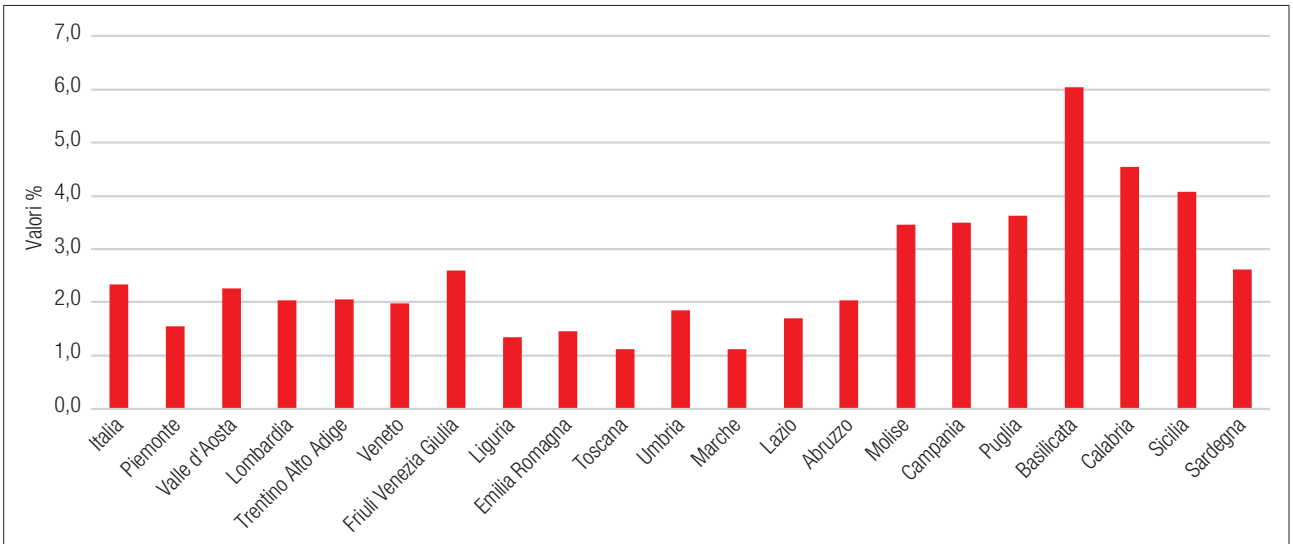
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Catastroficità

Il fenomeno delle spese sanitarie catastrofiche (definite come quelle che incidono per oltre il 40% della *Capacity To Pay* delle famiglie) ha continuato a ridursi anche nel 2020 (si veda il caveat espresso per l'impoverimento, relativo alle rinunce), interessando il 2,3% delle famiglie residenti (-0,1 p.p. in meno rispetto al 2019), ovvero il 3,2% di quelle che sostengono consumi sanitari): le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 610.048 (circa 20.000 nuclei in meno rispetto all'anno precedente). Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione più colpita, con il 3,7% delle famiglie, sebbene si sia registrata una riduzione di -2,1 p.p. nell'ultimo anno; segue il Nord-Est con l'1,9%, il Nord-Ovest con l'1,8% ed il Centro con l'1,5%, tutte con una riduzione di -0,2 p.p. rispetto al 2019.

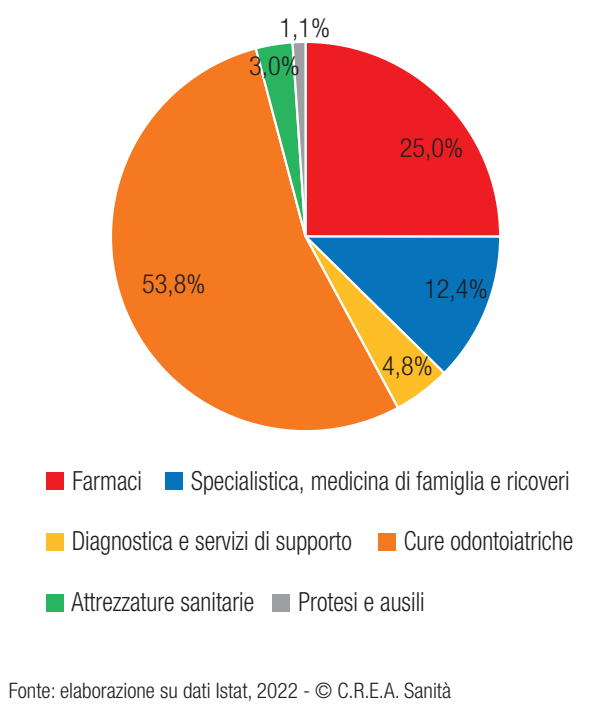
Le Regioni più colpite dal fenomeno continuano ad essere Basilicata, Calabria e Sicilia (6,0%, 4,5% e 4,1% rispettivamente); Toscana e Marche solo le realtà meno colpite con rispettivamente l'1,1% delle famiglie affette (Figura 4a.14.).

Figura 4a.14. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.15. Composizione consumi sanitari delle famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (12,4%) nel I quintile, del 2,4% fra quelle del II, dell'1,5% fra quelle del III, dello 1,4% fra quelle del IV e dell'1,6% fra quelle dell'ultimo.

Analizzando il fenomeno in base al livello di istruzione, si osserva come le spese catastrofiche interessino tutti i nuclei, ma soprattutto quelli la cui persona di riferimento ha un modesto livello di istruzione: 12,1%, 5,8% e 3,4% (nessun titolo di studio, licenza elementare e licenza media rispettivamente).

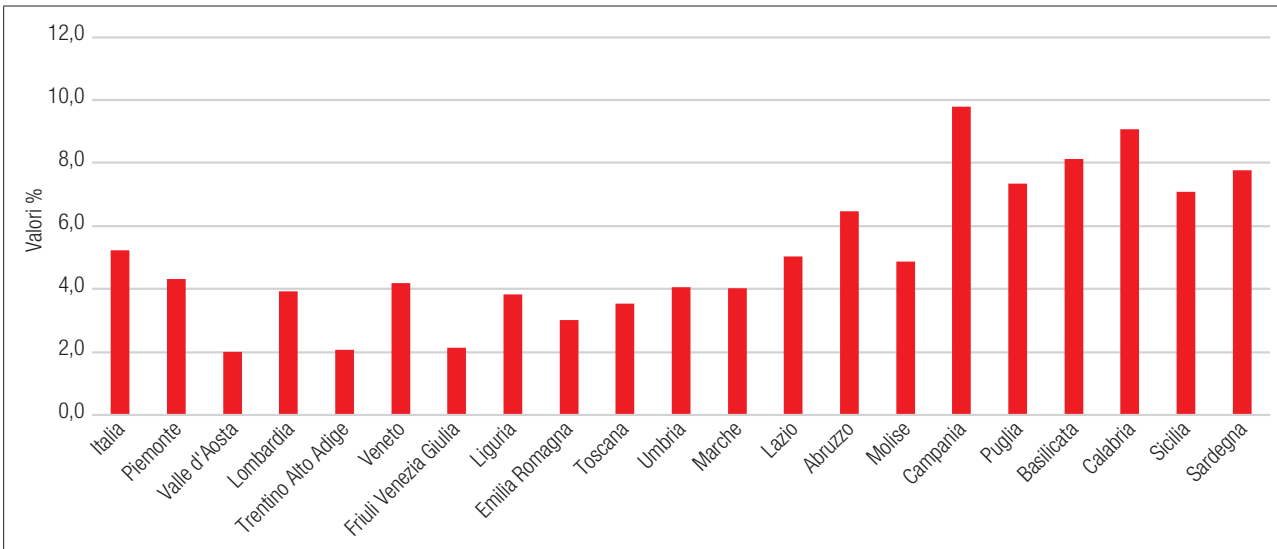
Le famiglie soggette a spese catastrofiche destinano oltre la metà (53,8%) dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, e il 25,0% ai farmaci; all'assistenza specialistica e alla diagnostica il 17,2%, (Figura 4a.15.).

In sintesi, il fenomeno delle spese catastrofiche si è ridotto, ma, soprattutto nel Mezzogiorno, che resta comunque la ripartizione più colpita dal fenomeno: le spese per il dentista rimangono la principale causa.

Disagio economico (causato dai consumi sanitari)

Definendo come "disagio economico per cause sanitarie" delle famiglie, l'indicatore che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "rinunce" alle spese per i consumi sanitari (come sopra definite), sono oltre 1,3 milioni le famiglie italiane affette, ovvero il 5,2% del totale dei nuclei (Figura 4a.16.), con un aumento di +0,6 p.p. rispetto all'anno precedente.

Figura 4a.16. Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Si ricorda che le famiglie senza consumi sanitari potrebbero non averne avuto bisogno (ma abbiamo selezionato solo quelle che hanno dichiarato di avere cercato di ridurre le spese sanitarie), o avere una forma assicurativa (cosa peraltro improbabile nei primi quintili); d'altra parte, l'indicatore sottostima il fenomeno in quanto non considera le rinunce parziali a sostenere spese sanitarie e non coglie i casi di rinunce "ripetute", ovvero chi non sostiene negli anni alcuna spesa per consumi sanitari.

Si conferma che l'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,1% a fronte dell'8,0% dell'anno precedente); segue il Centro (4,0% a fronte del 3,8% del 2019) e il Nord (3,7% a fronte del 3,8% del 2019).

Campania, Calabria e Basilicata risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari: rispettivamente il 9,8%, il 9,1% e l'8,1% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo la Valle d'Aosta, il Trentino Alto Adige ed il Friuli Venezia Giulia con rispettivamente il 2,0%, 2,1% e 2,1% di famiglie con disagio.

Si conferma, quindi, che sommando impoverimenti e rinunce, il nostro SSN continua a segnare peggioramenti di tipo equitativo, con una costante crescita dei nuclei soggetti a disagi relativamente ai consumi sanitari.

4a.6. Riflessioni finali

Nel 2020, a causa della pandemia si riducono in modo drastico i consumi delle famiglie (-9%) e, anche se leggermente meno (-8,5%), quelli sanitari, lasciando la loro incidenza sul totale invariata (4,6%), e più alta nel Sud che nelle altre ripartizioni. Il 2021, dalle anticipazioni fornite dall'Istat, segna un ritorno ai livelli pre-pandemici.

Sul versante sanitario, la pandemia nel suo primo anno ha comportato una riduzione di quasi tre p.p. della quota di famiglie che hanno speso per consumi sanitari, riduzione che ha interessato soprattutto la specialistica e la diagnostica, poi le cure dentistiche.

Si tratta di un fenomeno parzialmente atteso per effetto dei *lockdown* e della paura di contagio dei cittadini, e quindi la ritrosia a recarsi nelle strutture sanitarie.

A conferma di ciò il fenomeno è maggiormente evidente nelle realtà del Nord, più colpite dalla pandemia; sono, peraltro, aumentate le famiglie che hanno acquistato protesi e ausili: certamente attribuibile agli acquisti di mascherine e altri dispositivi di protezione individuale.

Ci si poteva, inoltre, aspettare che la chiusura degli ambulatori ospedalieri pubblici e il blocco delle prestazioni non urgenti avesse spinto le famiglie a spendere per prestazioni erogate *extra* SSN; il fenomeno è parzialmente confermato, nel senso che è evidente solo per le famiglie più abbienti: la quota di famiglie che ricorre a spese per specialistica e per il dentista aumenta con la loro disponibilità economica. In altri termini solo le famiglie più abbienti (il 20% della popolazione) sembrano avere avuto la possibilità di "aggirare" le barriere di accesso createsi con la pandemia.

Si osserva, altresì, che la spesa "effettiva" pro-capite per consumi sanitari degli appartenenti all'ultimo quintile è quasi quattro volte maggiore di quella sostenuta dalle famiglie del primo, ed è sensibilmente aumentato nell'ultimo anno per via dell'aumento di livello di spesa registrato nelle famiglie dell'ultimo quintile.

La spesa privata "effettiva" delle famiglie, destinata ai consumi sanitari, si è quindi ridotta (-3,5%) rispetto all'anno precedente, raggiungendo, nel 2020, € 1.734,0 pari al 5,7% dei consumi totali.

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 2020, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie risulta pari all'1,5%, interessando 378.627 nuclei familiari: 32.264 in meno rispetto all'anno precedente. Il fenomeno continua a colpire soprattutto il Mezzogiorno (3,2% dei suoi residenti). La Calabria, è la Regione più colpita con il 4,5% delle famiglie impoverite; all'estremo opposto abbiamo la Valle d'Aosta dove solo lo 0,2% dei suoi residenti versano in tale stato.

Applicando soglie di povertà relativa regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra 507.949 famiglie impoverite (1,9% delle famiglie), ovvero circa 130.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard", facendo registrare un peggioramento del fenomeno anche nel Nord del Paese.

Anche il fenomeno della catastroficità si è ridotto, e soprattutto nel Sud, che però continua ad essere il più colpito dal fenomeno. Le Regioni più colpite dal fenomeno continuano ad essere Basilicata, Calabria e Sicilia (6,0%, 4,5% e 4,1% rispettivamente); Toscana e Marche solo le realtà meno colpite con rispettivamente l'1,1% delle famiglie affette.

Sommando rinunce alla spesa e impoverimento, è possibile apprezzare come siano aumentati di 0,6 p.p. nell'ultimo anno, raggiungendo un valore del 5,2% (delle famiglie), i nuclei familiari soggetti ad un disagio economico causato dai consumi sanitari; il dato è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,1%), con il Centro al 4,0% e il Nord al 3,7%.

Campania, Calabria e Basilicata risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari, sfiorando il 10% dei nuclei affetti: rispettivamente il 9,8%, il 9,1% e l'8,1% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo la Valle d'Aosta, il Trentino Alto Adige ed il Friuli Venezia Giulia che si attestano intorno al 2%.

In sintesi, la pandemia ha comportato un peggioramento degli aspetti equitativi del SSN.

Le spese per cure dentistiche e servizi diagnostici rappresentano le maggiori cause di iniquità: la crescita delle disuguaglianze in Sanità 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.

L'arrivo della pandemia, nel suo primo anno, ha comportato una riduzione delle famiglie che hanno fatto ricorso a spese sanitarie private, ed una riduzione di entità di queste ultime, sebbene inferiore a quella registratasi sui consumi totali, indicando evidentemente il ruolo di "necessità" delle stesse, anche alla luce del blocco delle attività non urgenti presso le strutture pubbliche. Dall'analisi della tipologia di spese effettuate sembrerebbe, però, che le famiglie abbiano privilegiato le "terapie" (farmaci, dentista), tralasciando gli aspetti di prevenzione e diagnostica. Tale comportamento comporterà ritardi diagnostici e un incremento delle liste d'attesa nei prossimi anni, che indurranno i cittadini a ricorrere ulteriormente alle spese private, rischiando ulteriori peggioramenti equitativi dell'assistenza sanitaria.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità
Istat (anni vari), Indagine 'Spesa delle famiglie'
Istat (2022), Report Spesa delle famiglie

ENGLISH SUMMARY

Impoverishment, catastrophism and economic hardship due to family health causes in the first year of the pandemic

This Chapter analyses the health costs directly borne by households. The evidence available for 2020, the first year of COVID pandemic, is examined, by also relating it to the trend of total (non-health) household consumption. The analysis of private expenditure also enables us to provide indications on the effective protection provided by the National Health Service (NHS) with respect to the economic risks resulting from diseases, and its durability over time. In particular, in continuity with the previous Reports, the incidence of the impoverishment caused by health expenses, as well as "catastrophic" spending (understood as the "excess" incidence of health expenses on households' budgets) have been determined. Moreover, "new" giving up health consumption and the financial hardship caused by health expenses have been evaluated. The distribution indicator, which was first introduced in last year's Report, has also been used.

In 2020, due to the pandemic, households' consumption decreased by 9%. Health consumption also decreased, although slightly less (-8.5%), thus leaving its incidence on the total consumption unchanged (4.6%).

Incidence proved to be higher in the South than in the other geographical areas.

Based on Istat data on households' consumption, 2021 marked a return to pre-pandemic levels. On the health side, the first year of pandemic led to a reduction of almost three percentage points in the share of households that spent on healthcare: a reduction that mainly affected specialist, diagnostics, but also dental care expenditure. This phenomenon was partially expected as a result of lockdowns and citizens' fear of infection, and hence their reluctance to go to healthcare facilities. This is confirmed by the fact that the phenomenon was more evident in Northern Italy, which was most affected by the pandemic.

Moreover, the number of families who purchased prostheses and aids increased, certainly due to the purchase of masks and other personal protective equipment.

It could also be expected that the closure of public hospital clinics and the stopping of non-urgent services would push families to spend on services provided by private structures outside the NHS. Said phenomenon was partially confirmed, in the sense that it took place only for the wealthiest families: the share of families who spent on specialist and dental care increased with their availability of financial resources. In other words, only the wealthiest families (20% of the population) seemed to have had the opportunity to "circumvent" the access barriers created by the pandemic.

It is also noted that the "actual" per-capita expenditure on healthcare for those belonging to the last quintile is almost four times greater than that borne by households in the first quintile, and has significantly increased in the last quintile.

The "actual" private household expenditure on healthcare therefore decreased by 3.5% over the previous year and in 2020 it fell to €1,734 of total consumption (down by 5.7%). This phenomenon is associated with an increase in the incidence of "giving up" health expenses, which has affected everyone but the less well-off, in particular.

In 2020, the incidence of impoverishment for healthcare expenses was equal to 1.5%, affecting 378,627 households, i.e. 32,264 less than the previous year. The phenomenon continues to affect mainly the South (3.2% of its residents). Calabria is the most affected Region with 4.5% of impoverished families; at the other extreme we have the Valle d'Aosta Region (only 0.2% of its residents).

When applying regional relative poverty thresholds, the number of impoverished families is equal to 507,949 (1.9%) - or about 130,000 families more than when using the "standard" methodology – thus recording a worsening of the phenomenon also in Northern Italy.

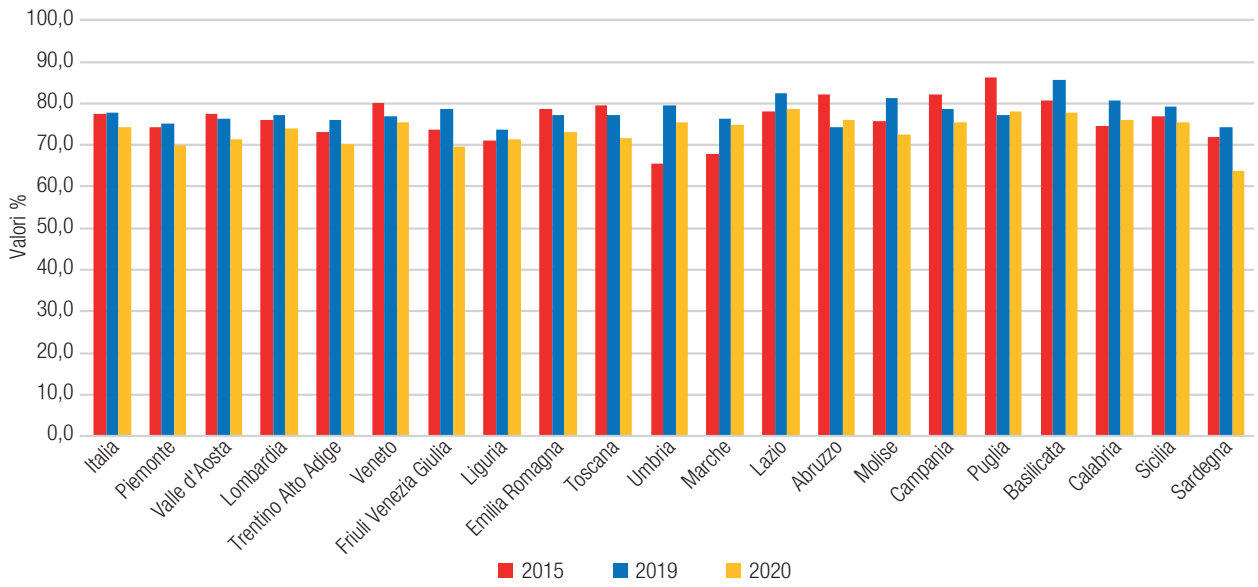
Catastrophic spending has also decreased, especially in the South, which – however - continues to be the hardest hit area. The Regions most affected by the phenomenon continue to be Basilicata, Calabria and Sicilia (6.0%, 4.5% and 4.1% respectively); Toscana and Marche are the least affected Regions (1.1%).

Considering also the giving up of healthcare expenses and impoverishment, we can appreciate how the increase was equal to 0.6 percentage points last year, reaching a value of 5.2% households facing financial hardship caused by healthcare consumption. This figure is significantly higher in Southern Italy (8.1%), with Central Italy standing at 4% and the North at 3.7%. Campania, Calabria and Basilicata are the Regions with the highest incidence of families experiencing financial hardship due to healthcare expenses (9.8%, 9.1% and 8.1%, respectively). At the opposite extreme we find Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige and Friuli Venezia Giulia which stand at around 2%.

In summary, the pandemic has led to a worsening of the NHS equitable nature. Expenditure on dental care and diagnostic services is the major cause of inequity. The growth of health inequalities strongly affects the ability to have access to services and hence the ability to protect one's health, thus confirming the idea that effective equity policies must be tailored to the specificities of the intervention sectors, as well as people's needs and behaviours.

The analysis has shown that the first year of pandemic led to a reduction in the number of families who resorted to private healthcare facilities, as well as a reduction in the amount of private healthcare expenses, although lower than that recorded on total consumption, evidently showing the fact that they were "needed", also in light of the stopping of non-urgent services in public healthcare facilities. From the analysis of the type of expenses made, however, it would seem that families gave priority to "therapies" (drugs, dental care), leaving out the aspects of prevention and diagnostics. This behaviour will lead to diagnostic delays and an increase in waiting lists in the coming years, which will lead citizens to further resort to private expenditure, thus risking to further deteriorating the healthcare equity.

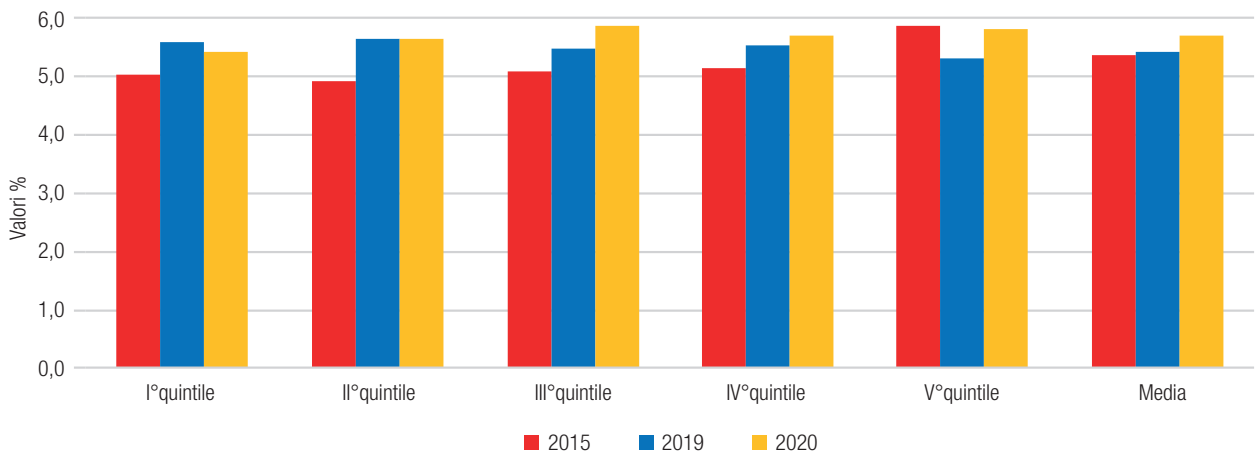
KI 4a.1. Famiglie che sostengono spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, il 74,2% delle famiglie hanno sostenuto spese per consumi sanitari. Il Centro, con il 75,9% delle famiglie, -4,1 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo anno, è la ripartizione con la quota maggiore di famiglie consumatrici in Sanità, seguito dal Mezzogiorno (75,1%, -3,2 p.p.), dal Nord-Est (73,3%) e dal Nord-Ovest (72,6%). A livello regionale, Lazio, Puglia e Basilicata, registrano la quota maggiore di famiglie consumatrici: 78,8%, 78,1 e 77,7% rispettivamente; Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Piemonte la più bassa (63,8%, 69,6% e 67,0% rispettivamente)

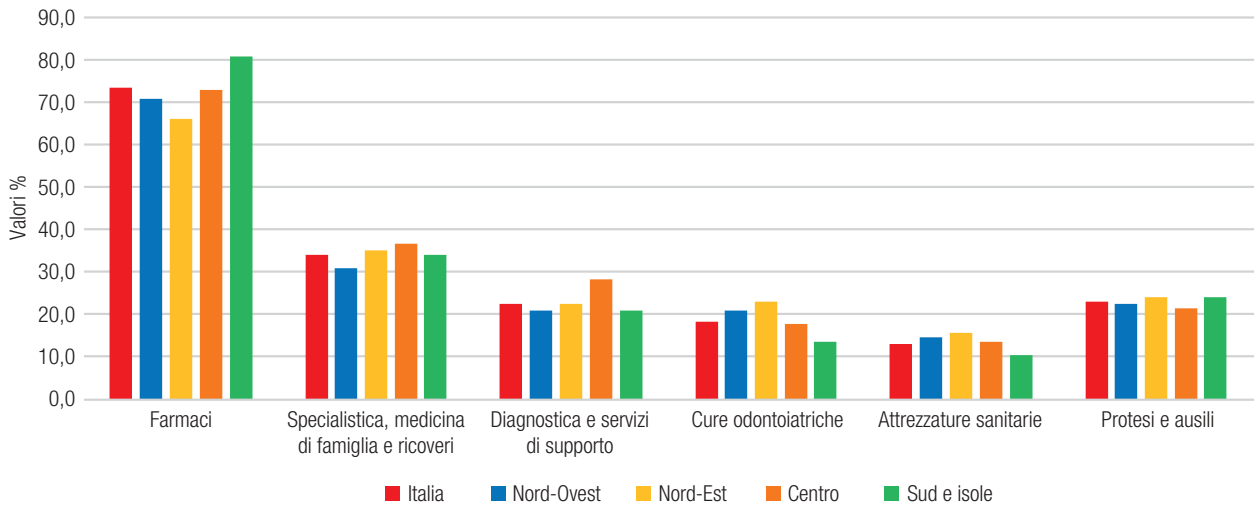
KI 4a.2. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, la spesa effettiva per consumi sanitari (riferita quindi alle famiglie che la sostengono) incide per il 5,7% dei consumi totali, variando da un minimo pari al 5,8% nelle famiglie appartenenti all'ultimo quintile di consumo ad un massimo pari rispettivamente al 5,4% e 5,6% in quelle appartenenti ai primi due quintili di consumo. Rispetto all'anno precedente l'incidenza è aumentata 0,2 punti percentuali: si è ridotta nelle famiglie del I quintile, -0,1 punti percentuali (p.p.) ed è aumentata di 0,4 e 0,5 p.p. rispettivamente in quelle del III e V quintile.

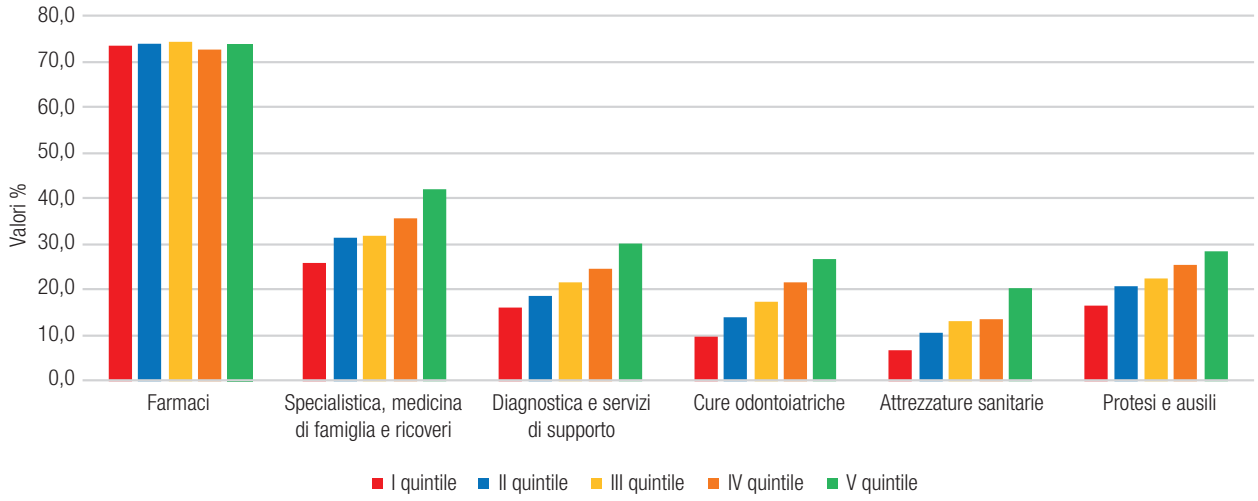
KI 4a.3. Famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari per tipologia di spesa. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, il 73,8% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 34,0% visite specialistiche, generiche e ricoveri, il 22,7% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 23,2% protesi e ausili, il 18,5% spende per il dentista ed il 13,3% per le attrezzature sanitarie. Per i farmaci si oscilla dal 66,3% del Nord-Est all'81,2% del Mezzogiorno. Per le visite specialistiche, generiche ed i ricoveri si oscilla dal 31,1% del Nord-Ovest al 36,8% del Centro. Per le cure odontoiatriche si oscilla da un minimo del 13,7% delle famiglie del Mezzogiorno ad un massimo del 23,2% del Nord-Est. Per la diagnostica e i servizi ausiliari si oscilla dal 20,7% del Mezzogiorno al 28,3% del Centro.

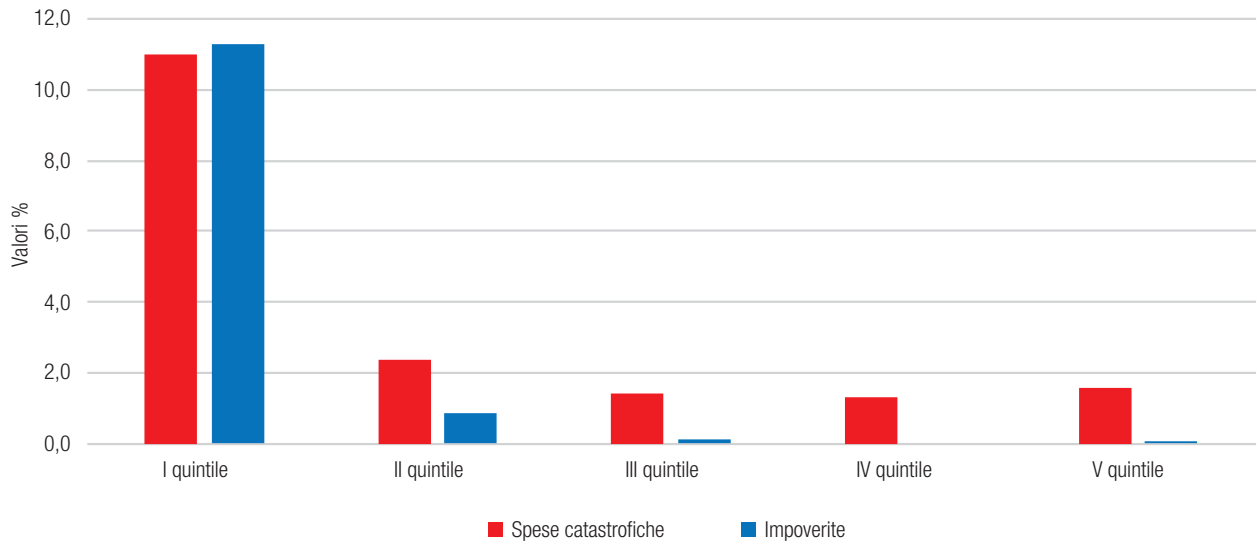
KI 4a.4. Composizione della spesa per consumi sanitari. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, la quota di famiglie che spendono per farmaci sostanzialmente non varia fra i quintili si 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 primo quintile al 26,8% di quelle dell'ultimo; per le attrezzature sanitarie dal 6,5% (I quintile) al 20,2% (ultimo quintile), per la diagnostica dal 16,0% al 30,2%.

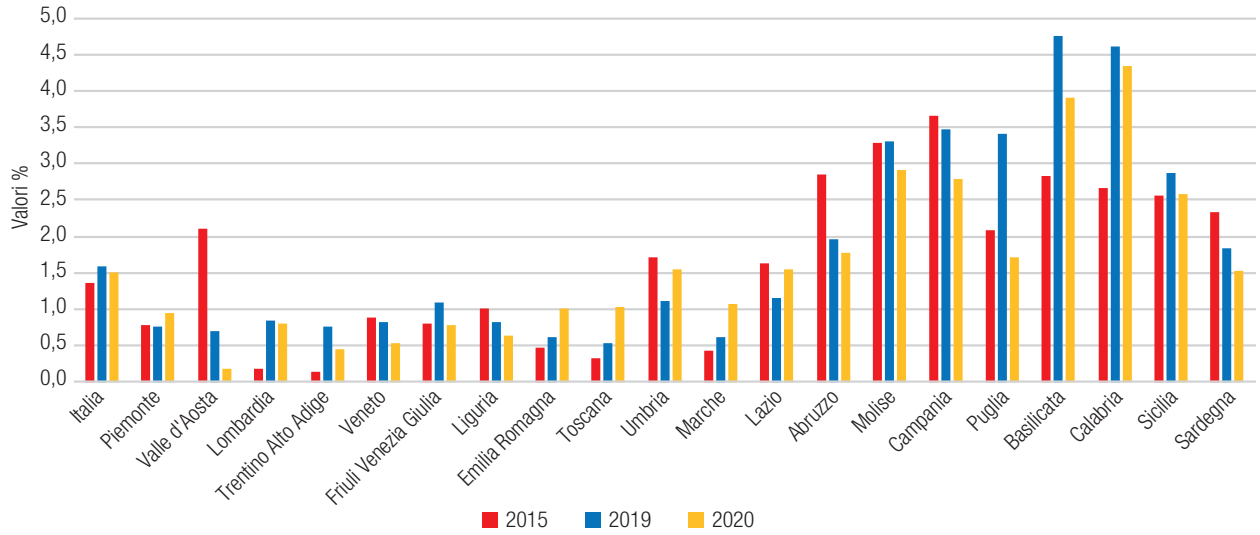
KI 4a.5. Famiglie impoverite e soggette a spese "catastrofiche" per consumi sanitari. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, le famiglie impoverite sono l'1,5%: rappresentano l'11,3% di quelle del I quintile e lo 0,9% di quelle del II quintile. Il fenomeno della catastroficità (famiglie che sostengono spese per consumi sanitari di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*), coinvolge il 3,7% dei nuclei familiari e si verifica invece in tutti i quintili di consumo: per l'11,0% di quelle del I quintile, il 2,4% di quelle del II , l'1,5% di quello del III, l'1,4% di quelle del IV e l'1,6% di quelle dell'ultimo.

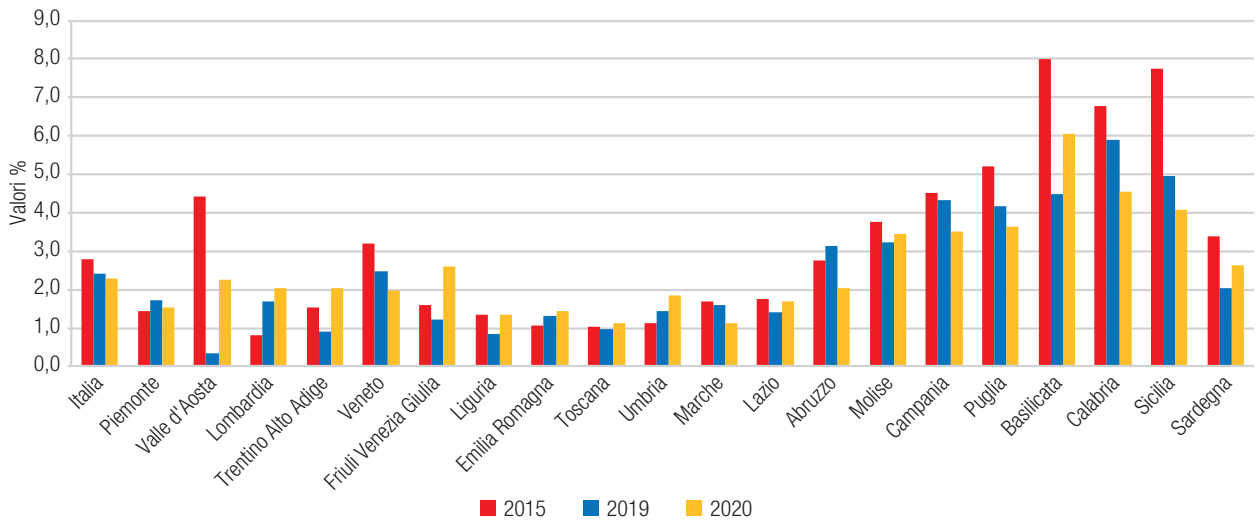
KI 4a.6. Famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, le famiglie residenti nel Mezzogiorno impoverite a causa di consumi sanitari sono il 2,8%, -0,4 punti percentuale (p.p.) nell'ultimo anno; sono l'1,3% nel Centro (+0,4 p.p.), lo 0,7% nel Nord-Est (-0,2 p.p.) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (-0,1 p.p.). Calabria e Basilicata si confermano essere le Regioni più colpite dal fenomeno dell'impoverimento: il 4,3% e 3,9% delle famiglie residenti; Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Liguria invece risultano le meno colpite: 0,2%, 0,5%, 0,5% e 0,6% rispettivamente.

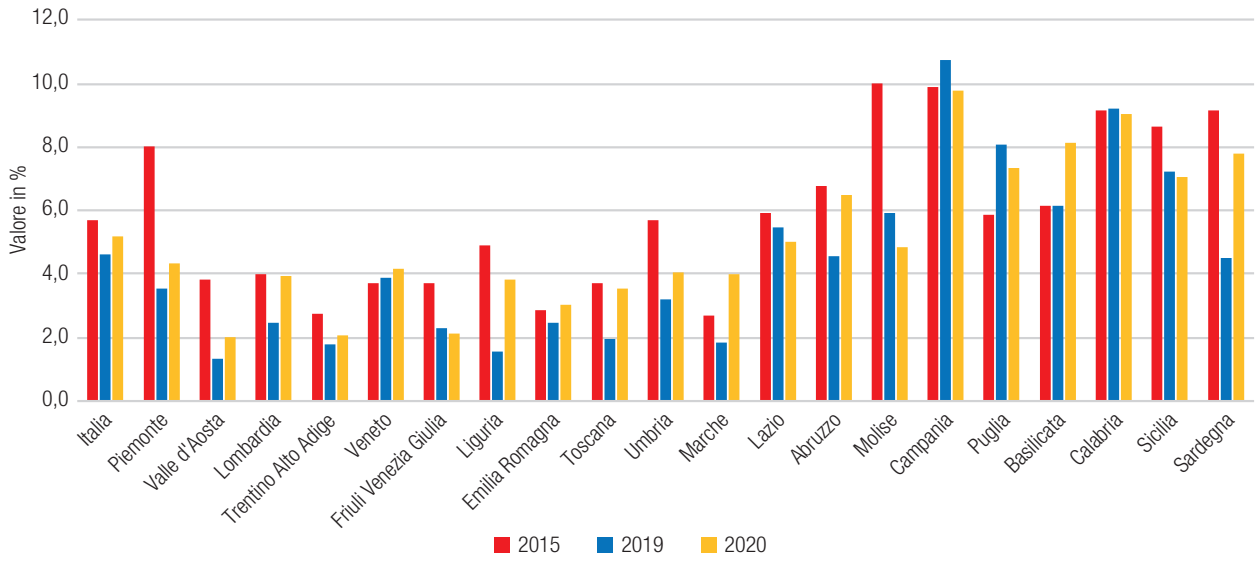
KI 4a.7. Famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel Mezzogiorno le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche (consumi di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*) sono il 3,7%, -2,1 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo anno; segue il Nord-Est con l'1,9% (-0,2 p.p.), il Nord-Ovest con l'1,8% (-0,2 p.p.), ed il Centro con l'1,5% (-0,2 p.p.). Le Regioni più affette dal fenomeno sono Basilicata, Calabria e Sicilia (6,0%, 4,5% e 4,1% delle famiglie rispettivamente); Toscana e Marche (1,1% delle famiglie) sono le Regioni meno affette.

KI 4a.8. Famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, il 5,2% delle famiglie registra un disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari (somma delle famiglie impoverite e delle "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari); il fenomeno è in aumento di +0,6 punti percentuali (p.p.) rispetto all'anno precedente. L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,1%, +0,1 p.p. rispetto all'anno precedente); segue il Centro (4,0%, +0,2 p.p) e il Nord (3,7%, -0,1 p.p.). Campania, Calabria e Basilicata risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari: rispettivamente il 9,8%, il 9,1% e l'8,1% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo la Valle d'Aosta, il Trentino Alto Adige ed il Friuli Venezia Giulia con rispettivamente il 2,0%, 2,1% e 2,1% di famiglie con disagio.

CAPITOLO 4b
Le *Performance* Regionali

d'Angela D.[1], d'Angela C.[2], Carrieri C.[1], Polistena B.[1], Spandonaro F.[3]

4b.1. Introduzione

Il progetto "*Performance* Regionali" di C.R.E.A. Sanità, giunto nel 2022 alla sua decima annualità, si pone l'obiettivo di fornire una valutazione del livello regionale di tutela sanitaria e sociale di cui dispongono i cittadini.

La valutazione prende in considerazione gli effetti generati da una congerie di fattori, quali i servizi pubblici disponibili, ma anche, ad esempio, il contesto ambientale e socio-economico di vita.

Il concetto di tutela attiene ad un ambito più ampio di quello della erogazione di beni e servizi sanitari pubblici, coinvolgendo, ad esempio, e senza pretesa di esaustività, la prevenzione nella sua accezione più ampia, comprendendo quindi gli stili di vita adottati dai cittadini e la protezione ambientale; comprende, altresì, i livelli di deprivazione della popolazione e, in generale, i divari socio-economici che impattano sulla capacità di autonoma "produzione di salute"; comprende anche gli aspetti sociali, ovvero tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, infine, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone peraltro altri usi meritori. La tutela socio-sanitaria, di fatto, rappresenta l'esito del combinato disposto dei servizi erogati dal pubblico, dal 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 particolari stili di vita.

Sulla base di questo approccio, il progetto declina la *Performance* in modalità necessariamente multidimensionale.

Adotta, inoltre, una logica multi-prospettica: l'assunzione, peraltro confermata dai risultati delle precedenti edizioni della progettualità, è che i "diversi" *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari siano di fatto portatori di attese non sovrapponibili in tema di *Performance*.

Per permettere una sintesi delle Dimensioni e delle Prospettive è stata sviluppata una metodologia "democratica" per la loro composizione, che tiene conto dei diversi "pesi" che gli *stakeholder* attribuiscono alle diverse "Dimensioni".

Da ultimo, si vuole ricordare che il concetto di tutela, assumendo un approccio olistico di Salute e Inclusione, è intrinsecamente dinamico: risulta, infatti, 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 della progettualità, è il frutto di una metodologia originale di valutazione, proposta nel 2012 dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità, successivamente sviluppato con il contributo essenziale di un qualificato *Panel* di esperti.

Al *Panel* è affidato il compito di individuare annualmente le Dimensioni di *Performance* e, a se-

[1] Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità
[2] C.R.E.A. Sanità
[3] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

guire, gli indicatori ritenuti rappresentativi delle stesse; scelte che si determinano alla luce delle "priorità" nelle politiche di tutela maturate nel periodo.

Il *Panel*, inoltre, rappresenta il campione su cui si elicitano le preferenze, con cui viene alimentato il processo di composizione delle Prospettive e delle Dimensioni, che porta all'indice sintetico di valutazione.

L'approccio, operativamente, prevede 4 fasi:

- individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- individuazione di un *set* di indicatori di *Performance*
- elicitazione del "valore" che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitazione del "valore relativo" attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori.

Il progetto, sin dalla sua prima edizione, ha permesso di evidenziare aspetti originali della valutazione della *Performance*; citando le più originali e rilevanti:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della misura della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*
- l'esistenza di una dinamica derivante dall'impatto che i fattori politici e culturali, come anche dalle tendenze delle politiche sanitarie del Paese, generano sulle misure 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*.

Per la X annualità del progetto, hanno aderito al *Panel* 107 esperti, con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse categorie di *stakeholder* e le diverse ripartizioni geografiche di provenienza.

Nello specifico, il *Panel* è composto da:

- 2 *supervisor* del progetto
- 17 rappresentanti delle Istituzioni - 5 nazionali e 8 regionali e 4 locali
- 9 rappresentanti degli Utenti/Cittadini - fra questi 9 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 30 rappresentanti delle Professioni sanitarie - tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche
- 35 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
- 14 rappresentanti dell'Industria - 13 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria.

Alcune modifiche qualificanti della metodologia sono state adottate in questa X edizione (2022) del progetto.

In primo luogo, alla luce della consapevolezza della relazione inscindibile tra sanità e sociale, e del ruolo che spetta agli Enti Locali (in primis i Comuni) nell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e in continuità con la partecipazione al *Panel* di alcuni Sindaci, già sperimentata nella precedente edizione, è stata introdotta come nuova Dimensione di valutazione quella Sociale.

La Dimensione Sociale adottata nelle precedenti edizioni è invece stata (ri)denominata Equità.

In secondo luogo, quest'anno il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha proposto al *Panel* un *set* di 39 indicatori, precedentemente selezionati, con l'indicazione di esprimere per ognuno di essi un livello di gradimento/importanza in una scala 1-9, con il fine di giungere a selezionare i 3 ritenuti più "qualificanti", per ognuna delle sei Dimensioni predeterminate di valutazione: Appropriatezza, Economico-Finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione, e Sociale.

La selezione degli indicatori è avvenuta utilizzando un processo di *consensus*, a cui sono stati invitati a partecipare tutti i componenti del *Panel*, adottando il metodo *Delphi*.

Sulla base delle indicazioni del *Panel* sviluppate nella precedente edizione, nella fase di pre-se-

lezione sono stati introdotti anche alcuni indicatori di resilienza.

A seguire, durante il *meeting* dell'*Expert Panel*, tenutosi a Roma il 26 Maggio 2022, ci si è concentrati sull'evoluzione del quadro generale del Servizio Sanitario Nazionale e sulle modifiche a medio termine da apportare al sistema degli indicatori: è emersa dal dibattito l'importanza di considerare come il sistema sia entrato in una fase di transizione, che ci si attende porterà ad una sua significativa evoluzione, permessa dall'*"extra"* finanziamento previsto con il *Recovery Fund*, e dalle sue conseguenze, in primis l'emanazione del cosiddetto "D.M. n. 71", che prevede la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Nel seguito si analizzano gli indicatori rimasti costanti nel primo decennio di progettualità, nonché della loro dinamica nelle diverse Regioni; quindi, si descrive il processo e gli esiti della consensus sugli indicatori; 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; infine, si formula una riflessione sugli sviluppi e sulle implicazioni della valutazione della *Performance*, e sul suo contributo alle politiche sanitarie e sociali.

4b.2. Dieci anni di indicatori di *Performance*

In occasione della ricorrenza della X edizione del progetto, si è ritenuto opportuno effettuare un excursus degli indicatori di *Performance* selezionati negli anni; essi sono cambiati nelle diverse edizioni, seguendo il modificarsi delle "priorità" del contesto: si è quindi optato per individuare quelli che sono rimasti nel *set* selezionato per almeno cinque annualità (tre per la Dimensione Innovazione, in quanto introdotta per la prima volta nella V edizione).

Di questi sono state analizzate nel dettaglio le dinamiche registrate nel periodo di osservazione, con l'obiettivo di valutare se la scelta di tali metriche si sia effettivamente accompagnata a miglioramenti in termini di tutele regionali.

Su 61 indicatori selezionati, 8 (7,4% del complesso) sono stati adottati per almeno 6 anni; nello specifico:

- per la Dimensione Appropriatezza
  - "Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza" (I, II, III, IV, VI e VII ed.)
- per la Dimensione Economico-Finanziaria
  - "Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata"
- per la Dimensione Equità
  - "Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici" (I, III, IV, VI, VII, VIII ed.)
  - "Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie" (III, IV, VI, VII e VIII ed.)
- per la Dimensione Esiti
  - "Mortalità evitabile" (I, III, IV, VII, VIII e IX ed.)
  - "Speranza di vita in buona salute alla nascita" (VI, VII, VIII, IX e X ed.)
- per la Dimensione Innovazione
  - "Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive" (VII, VIII, IX e X ed.)
  - "Quota attivazione/alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)" (V, VI, VII, VIII, IX e X ed.).

Riepilogando, di tutti gli indicatori adottati nei primi dieci anni di progettualità, otto sono stati adottati per più di 5 anni (di cui i due di Innovazione per più di tre, essendo stata introdotta questa Dimensione a partire dalla V edizione); di essi quattro non sono stati riconfermati (almeno) nelle ultime due edizioni. In particolare, i due della Dimensione Equità non sono stati riconfermati nelle ultime tre edizioni, perché sostituiti da uno, costruito ex novo (Disagio economico per spese sanitarie) che sintetizza entrambi i fenomeni; quello di Esiti "Mortalità evitabile" e quello di Appropriatezza "Quota di ricoveri ordinari in acuzie con DRG inappropriati", non sono stati riconfermati e l'ana-

lisi della loro dinamica, soprattutto per il secondo, conferma che di fatto si è registrato un miglioramento.

Tale miglioramento è servito, soprattutto, a ridurre i *gap* tra le Regioni.

"L'aspettativa di vita in buona salute alla nascita" continua ad essere ritenuto un indicatore rappresentativo della misura degli Esiti, e peraltro ha registrato miglioramenti soprattutto nelle realtà del Mezzogiorno che hanno così "accorciato" le distanze rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

L'indicatore di Innovazione relativo all'approccio chirurgico mininvasivo ha registrato un miglioramento in quasi tutte le Regioni; le poche eccezioni, però, registrano livelli di ricorso alla tecnica superiori alla media nazionale.

Quello relativo invece al FSE, pur avendo registrato miglioramenti, mantiene nel tempo una significativa variabilità regionale.

Infine, l'indicatore relativo alla spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata, adottato in quasi tutte le edizioni, ha registrato una dinamica tale da ridurre il *gap* tra la Regione con spesa più elevata e quella con spesa più bassa (dal 65% al 33%).

Complessivamente, l'analisi condotta dimostra che negli anni gli indicatori monitorati hanno in generale descritto un *trend* in miglioramento, specialmente se letti dal punto di vista della riduzione dei *gap* fra Regioni. Miglioramenti che si accompagnano a due "zone d'ombra": il permanere di una forte variabilità regionale in tema di sviluppo della digitalizzazione del sistema e, specialmente, un peggioramento dell'equità nelle Regioni del Mezzogiorno, che tende a esasperare le disparità fra Nord e Sud del Paese.

4b.3. La valutazione della *Performance* nel 2025: il parere dell'*Expert Panel*

La X edizione del Progetto *Performance* Regionali si è sviluppata in un contesto di potenziale cambiamento della Società italiana, innescato dall'approvazione del PNRR, nonché di decreti quali, ad esempio il cosiddetto "D.M. n. 71", che prevedono una radicale riorganizzazione dell'assistenza *extra*-ospedaliera.

Il *Recovery Fund* e la conseguente allocazione di risorse sulla Sanità e sulla inclusione Sociale, rappresentano un'occasione irripetibile per determinare un cambio di prospettiva nei servizi alla persona e conseguentemente sulla valutazione delle tutele.

Durante il *Panel meeting*, come accennato nel precedente paragrafo, il *Panel* si è interrogato sulle tematiche, e relative metriche, che sarà opportuno introdurre nel futuro per poter adeguare la valutazione della *Performance* al nuovo contesto; nello specifico, ci si è chiesti quali siano le aspettative nei confronti delle Centrali Operative Territoriali, delle Case di Comunità etc., ma anche, più in generale, dalla digitalizzazione dei servizi.

Il *Panel* ha elaborato diversi suggerimenti e proposte che vengono di seguito riassunti.

Per quanto concerne le Case della Comunità, interpretate quale punto di riferimento per la gestione del percorso dei pazienti cronici, si potrebbe adottare quale indicatore di presa in carico, la quota di pazienti cronici (compresi oncologici) gestiti. La valorizzazione di tale indicatore richiede evidentemente la disponibilità di sistemi informativi finalizzati a rilevare il numero di cronici, nonché il loro "luogo" di effettiva presa in carico.

In tema di funzionalità della Case di Comunità, intese anche come opportunità per favorire l'associazionismo (reti di Medici di Medicina Generale (MMG), reti MMG/specialisti territoriali etc.), un indicatore utilizzabile potrebbe essere il numero medio di reti di medici e/o specialisti attive nelle Case di Comunità. L'alimentazione di tale indicatore richiede evidentemente la disponibilità sia di una anagrafica delle Case di Comunità, sia delle reti di MMG/specialisti territoriali attive.

Inoltre, considerando che le Case di Comunità dovrebbero rappresentare il luogo dell'integrazione socio-sanitaria, sarebbe, auspicabile superare la frammentazione degli ambiti nello stesso distretto socio-sanitario. Tale aspetto potrebbe essere misurato con un indicatore che misuri il numero di ambiti territoriali in rapporto al numero di distretti socio-sanitari. L'alimentazione di tale indicatore neces-

sita nella disponibilità di una anagrafica, regionale e quindi nazionale, sui distretti socio-sanitari e sugli ambiti territoriali.

Il *Panel* ritiene, inoltre, che in futuro debba essere potenziata la formazione, non solo a livello universitario, delle figure che lavorano in strutture *extra*-ospedaliere, nonché al domicilio del paziente. Un utile indicatore potrebbe essere quello della quota di pazienti presi in carico al domicilio da personale specificatamente formato. Evidentemente occorre un potenziamento della formazione specifica, nonché il riconoscimento di incentivi aziendali per chi recluta figure con profili professionali adeguati.

Altro aspetto strategico appare essere il potenziamento della gestione del paziente cronico sul territorio, e il monitoraggio dell'aderenza ai (Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali) PDTA (ove disponibili), mediante l'introduzione esplicita di "veri" indicatori di "aderenza" nei PDTA. Un primo indicatore potrebbe essere quello della quota di PDTA che dispongono di indicatori di aderenza al percorso.

Ancora, in tema di digitalizzazione, quasi tutti gli intervenuti hanno convenuto che il FSE debba includere documentazione sanitaria (prodotta da enti pubblici e privati) ma anche sociale, in un formato "interrogabile": questo richiederebbe indicatori che introducano e rilevino anche questa Dimensione.

Nell'ambito della digitalizzazione, sarebbe auspicabile potenziare l'uso della telemedicina al domicilio per incrementare il numero di pazienti che sono in continuo contatto con i servizi sanitari. Ancora sarebbe auspicabile misurare in numero e la tipologia di pazienti che giungono in Case di Comunità, (Centrali Operative Territoriali) COT etc., Porta Unica di Accesso (PUA), e le relative tempistiche di accesso etc..

La valutazione della *Performance* nei prossimi anni non potrà non considerare indicatori quali la quota di pazienti oncologici che vengono trattati con terapie personalizzate, l'adesione agli *screening* e anche alle campagne vaccinali, nonché l'individuazione precoce dei disagi mentali soprattutto nei giovani, etc..

Infine, data la strategicità della risorsa personale, sarà auspicabile monitorare il numero di posti messi a concorso che non vengono assegnati, analizzando per quale specialità e/o aree si delinei una maggiore criticità: questo anche al fine di meglio indirizzare gli incentivi.

4b.4. Risultati

Tabella 4b.1. Dimensioni e Indicatori di *Performance*

Dimensione	Indicatore
Appropriatezza	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (100.000 abitanti)
	Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde (1.000 abitanti adulti)
	Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale (%)
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (€)
	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite (%)
	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali (%)
Equità	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie (%)
	Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati (%)
	Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche (%)
Esiti	Aspettativa di vita in buona salute alla nascita (anni)
	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti (%)
	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero (%)
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (%)
	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base (%)
	Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo (%)
Sociale	Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale (%)
	Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (%)
	Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono *voucher*, assegno di cura o buono socio-sanitario (%)

La valutazione delle opportunità di tutela socio-sanitaria nelle diverse Regioni è stata effettuata su un *set* di 18 indicatori, 3 per Dimensione, selezio-

nati 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 4b.1. sono riportati i 18 indicatori finali selezionati.

Passando ai risultati, e aggregandoli per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Esiti, Sociale ed Appropriatezza contribuiscano per circa il 60% alla *Performance*, in modo abbastanza equidistribuito: 22,1%, 18,0% e 17,7% rispettivamente; segue la Dimensione Equità (16,6%); Innovazione ed Economico-Finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 13,1% ed il 12,5%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del "peso" associato alle Dimensioni Equità ed Esiti (-15,3 e -10,1 punti percentuali (p.p.) rispettivamente); si riduce anche il peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-1,9 p.p.); è invece in aumento il contributo di Appropriatezza e Innovazione (+5,5 e +3,6 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei "pesi", in particolare l'incremento di Appropriatezza e Innovazione, sembra poter essere messa in relazione con il disegno di ammodernamento del SSN formulato a seguito degli stanziamenti di risorse per investimenti legato al post-pandemia; ed anche all'importanza dell'innovazione organizzativa e tecnologica (vaccini etc.), per contrastare efficacemente la pandemia.

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 4b.1.), nel caso degli Utenti le Dimensioni Equità, Sociale, Esiti ed Appropriatezza contribuiscono per quasi l'80% alla misura della *Performance* (27,8%, 19,5%, 16,3% e 14,1% rispettivamente); seguono le Dimensioni Innovazione con il 13,7% e, da ultima, quella Economico-Finanziaria (8,6%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni sono prevalenti le Dimensioni Esiti, Appropriatezza ed Equità, che contribuiscono per quasi l'80% alla *Performance* (33,3%, 25,8% e 19,0% rispettivamente); segue quella del Sociale con il 9,9%, l'Innovazione con il 7,9% e l'Economico-Finanziaria con il 4,1%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale, Innovazione ed Economico-Finanziaria contribuiscono per oltre il 60% alla *Performance* (27,9%, 21,5% e 17,3% rispettivamente); segue la Dimensione Esiti con il 14,2%, l'Appropriatezza con il 12,5% e l'Equità con il 6,6%.

Per il *Management* aziendale gli Esiti, l'Economico-Finanziaria e l'Appropriatezza contribuiscono per quasi il 60% alla *Performance* (23,3%, 18,8% e 16,5% rispettivamente), segue il Sociale con il 14,6%, l'Equità con il 14,0% e l'Innovazione con il 12,8%.

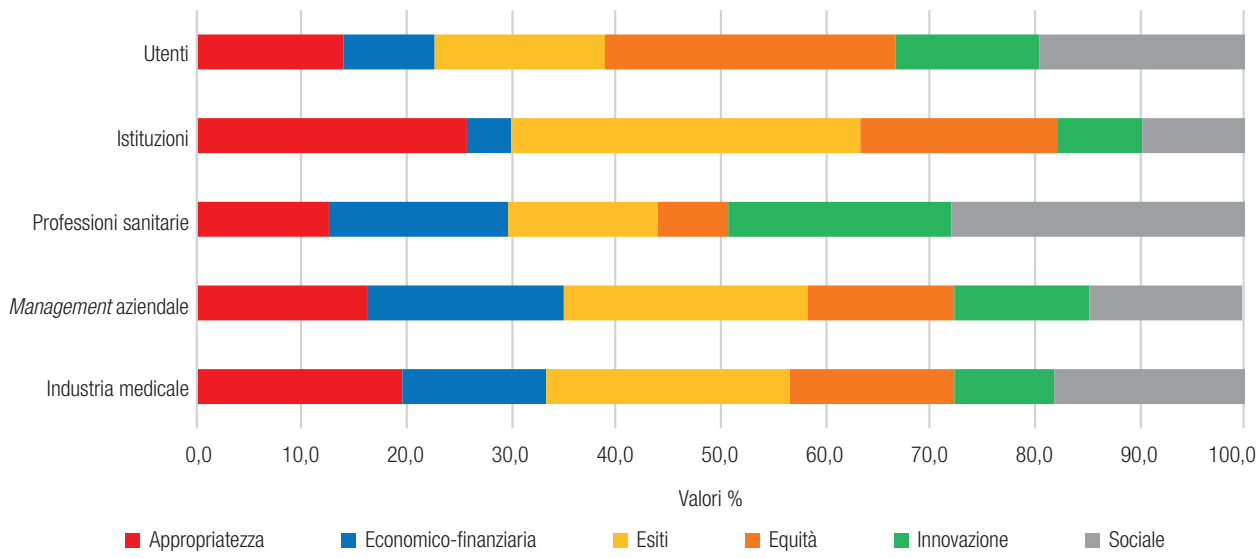
Infine, per i rappresentanti dell'Industria, sono gli Esiti, l'Appropriatezza e il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (23,3%, 19,7% e 18,2% rispettivamente), seguite dall'Equità (15,5%), l'Economico-Finanziaria (13,7%) e l'Innovazione (9,6%).

Analizzando la dinamica dei "pesi" per Categoria (Figura 4b.2.), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente diminuito il "peso" degli Esiti e dell'Equità (-18,0 e -14,5 p.p. rispettivamente); sono cresciuti il peso dell'Innovazione (+5,6 p.p.), dell'Economico-Finanziaria (+5,1 p.p.) e dell'Appropriatezza (+2,2 p.p.).

Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Equità (-26,3 p.p.) ed è, invece, aumentato fortemente quello dell'Appropriatezza (+16,1 p.p.).

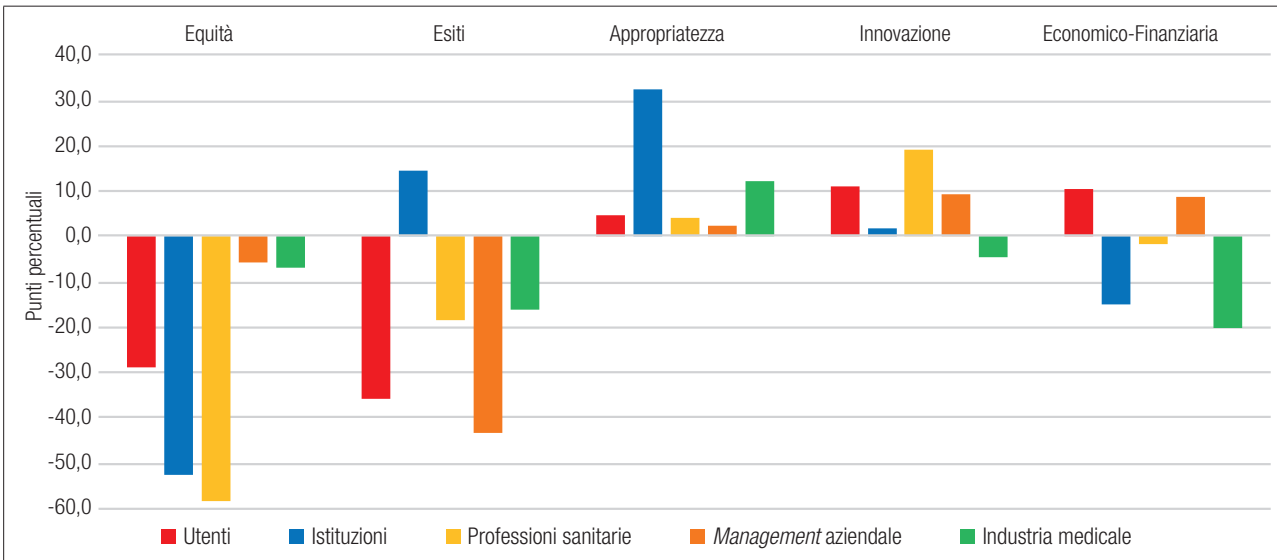
Analogamente, per i rappresentanti delle Professioni sanitarie è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Equità (-29,2 p.p.); si è ridotto, in misura più contenuta, il peso della Dimensione Esiti (-9,3 p.p.) ed Economico-Finanziaria (-0,8 p.p.). Aumenta il peso delle Dimensioni Innovazione ed Appropriatezza (+9,4 e +2,0 p.p. rispettivamente).

Figura 4b.1. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* per categoria. Anno 2022



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance* X vs IX edizione



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Per il *Management* aziendale si è ridotto notevolmente il peso della Dimensione Esiti (-21,9 p.p.) e quello della Dimensione Equità (-2,8 p.p.). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento, seppur contenuto: Innovazione (+4,7 p.p.), Sociale (+4,2 p.p.) ed Appropriatezza (+1,0 p.p.).

Infine, per i rappresentanti dell'Industria, è aumentato solo il peso dell'Appropriatezza (+6,2 p.p.); le altre Dimensioni hanno registrato una riduzione, in particolare quella Economico-Finanziaria (-10,3 p.p.) ed Esiti (-8,2 p.p.).

4b.5. Le *Performance* regionali

L'indice complessivo di *Performance* che si determina in questa X edizione della progettualità, oscilla da un massimo del 54% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 24%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Regione Calabria (Figura 4b.3.).

Si conferma, come nella precedente edizione, che nelle valutazioni del *Panel* si registra una significativa aspettativa di ulteriori miglioramenti dei livelli di tutela: questo è dimostrato dal fatto che anche le Regioni che registrano gli indici migliori, rimangono distanti dal 100% (valore potenziale massimo).

Il divario fra la prima e l'ultima Regione è decisamente rilevante; in base alle aspettative dei diversi *stakeholder*, un terzo delle Regioni non supera un livello pari al 30% del massimo ottenibile.

Quest'anno l'analisi qualitativa del *ranking* porta a identificare quattro "gruppi" di Regioni.

Le prima quattro Regioni sembrano avere livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre: Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lombardia.

Di queste due hanno livelli di *Performance* che superano la soglia del 50% (rispettivamente Veneto ed Emilia Romagna, rispettivamente con il 54% ed il 52%).

Altre due, Toscana e Lombardia, si posizionano subito a ridosso della soglia con rispettivamente il 48% e il 44%.

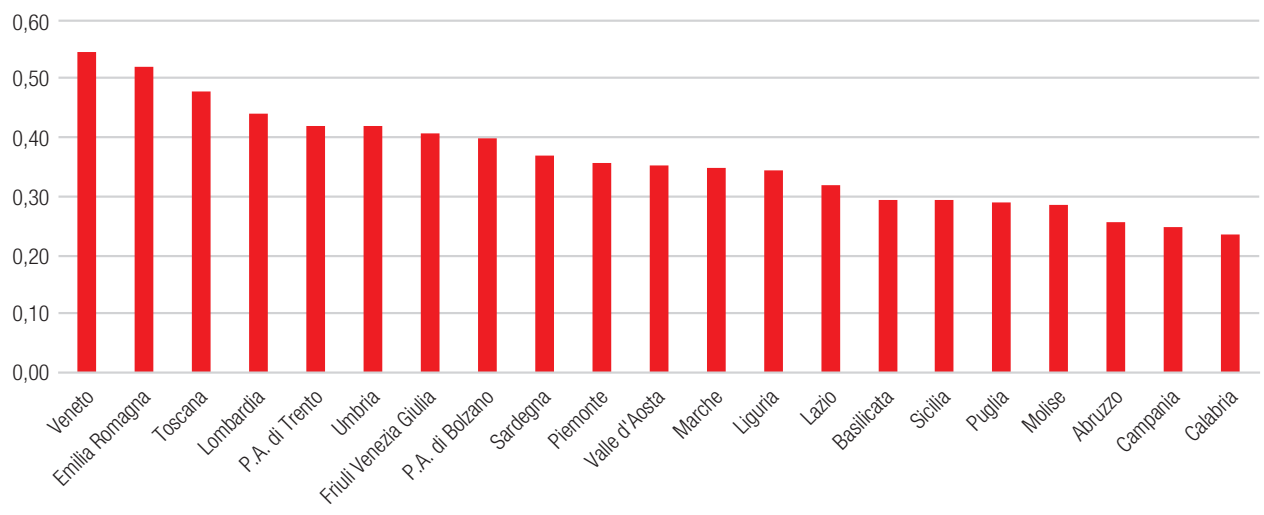
Nel secondo gruppo, troviamo quattro Regioni con livelli dell'indice di *Performance* superiori al 40%: P.A. di Trento, Umbria, Friuli Venezia Giulia e P.A di Bolzano.

Nel terzo gruppo sono Sardegna, Piemonte, Valle d'Aosta, Marche, Liguria e Lazio e Basilicata, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 30-40%.

Infine, 6 Regioni, Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Campania e Calabria, registrano livelli di *Performance* inferiori al 30%.

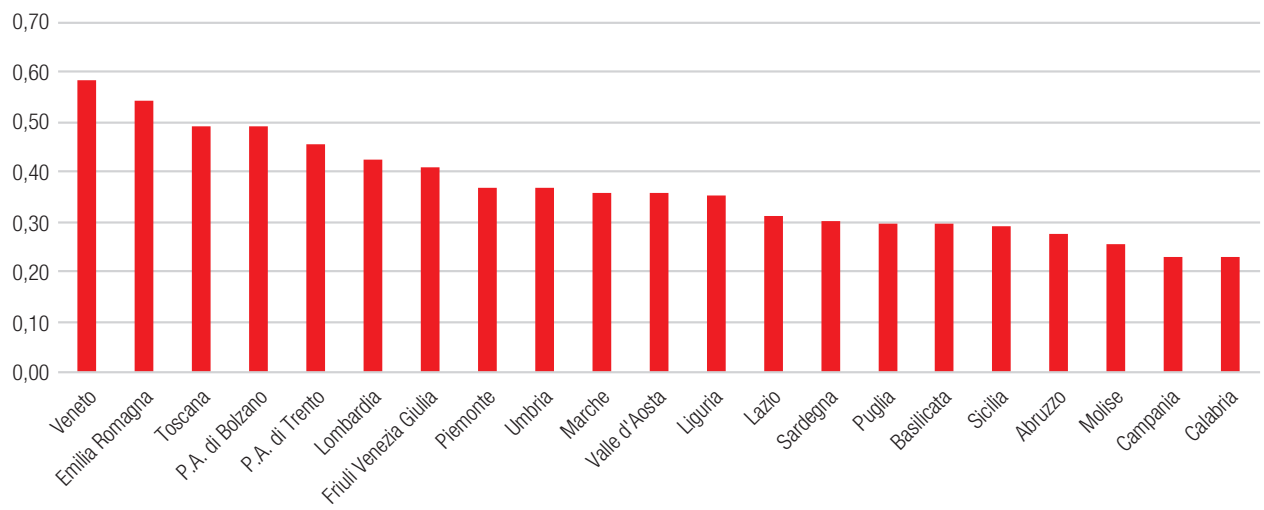
Nel miglior risultato del Veneto e dell'Emilia Romagna, sembra avere inciso significativamente l'introduzione della nuova Dimensione Sociale; che peraltro ha penalizzato ulteriormente la Calabria, che negli anni rimane stabilmente ultima e senza segni di particolare recupero.

Figura 4b.3. Indice di *Performance*. Anno 2022



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.4. Indice di *Performance*. Categoria Utenti. Anno 2022



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

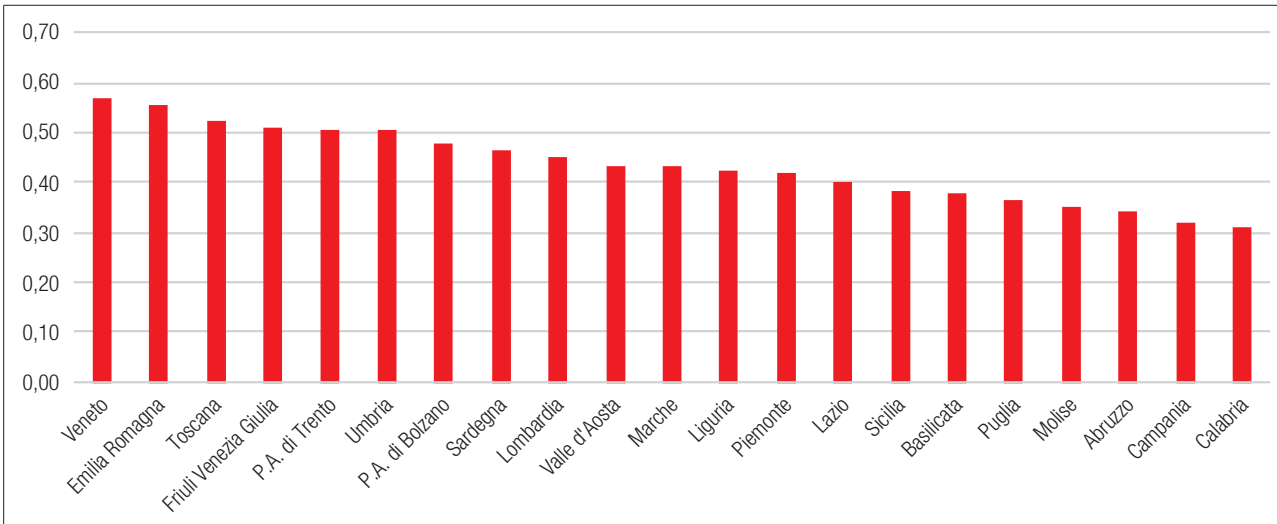
Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, il Veneto, con il 58%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* anche migliore di quello registrato nel *ranking* "generale".

Seguono sempre l'Emilia Romagna e la Toscana, con un "avanzamento" nel *ranking* della P.A. di Bolzano (con un indice di *Performance* rispettivamente pari al 54%, 49% e 49%); la Calabria occupa sempre l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 23% di quella massima (Figura 4b.4.).

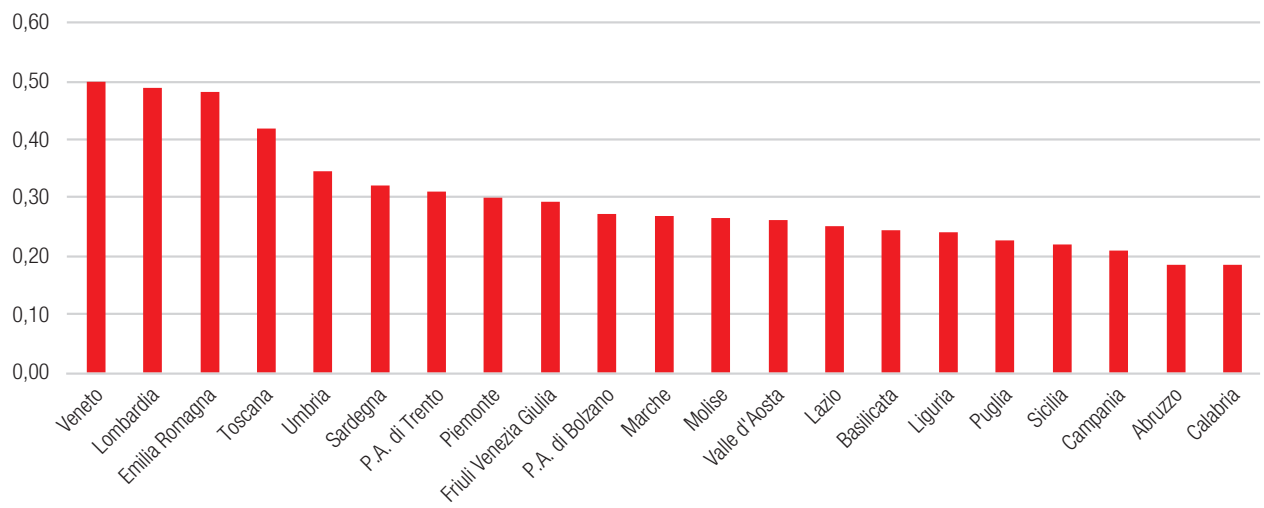
Per gli Utenti le prime tre posizioni restano invariate, ma la Lombardia perde due posizioni diventando sesta, a scapito dell'Umbria; quest'ultima peggiora di tre posizioni, passando dal sesto al nono; all'estremo opposto abbiamo il Molise che recupera una posizione occupando il diciottesimo posto e la Puglia che ne recupera due, passando al quindicesimo posto, senza però abbandonare "l'area critica".

Figura 4b.5. Indice di *Performance*. Categoria Istituzioni. Anno 2022



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.6. Indice di *Performance*. Categoria Professioni Sanitarie. Anno 2022



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 57% del Veneto al 31% della Calabria: si riduce quindi la forbice fra gli estremi; Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento e Umbria seguono il Veneto con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 55% ed il 50%). Nelle ultime posizioni troviamo anche Campania e Abruzzo, che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 34% e il 31% (Figura 4b.5.).

Si confermano le prime tre posizioni e ne guadagna tre il Friuli Venezia Giulia, passando dal settimo al quarto posto. La Lombardia scivola nella parte centrale della classifica, passando dal quarto al nono posto. Nella parte bassa del *ranking* Calabria, Campania, Abruzzo, Molise e Puglia confermano le posizioni del *ranking* "generale".

Categoria Professioni sanitarie

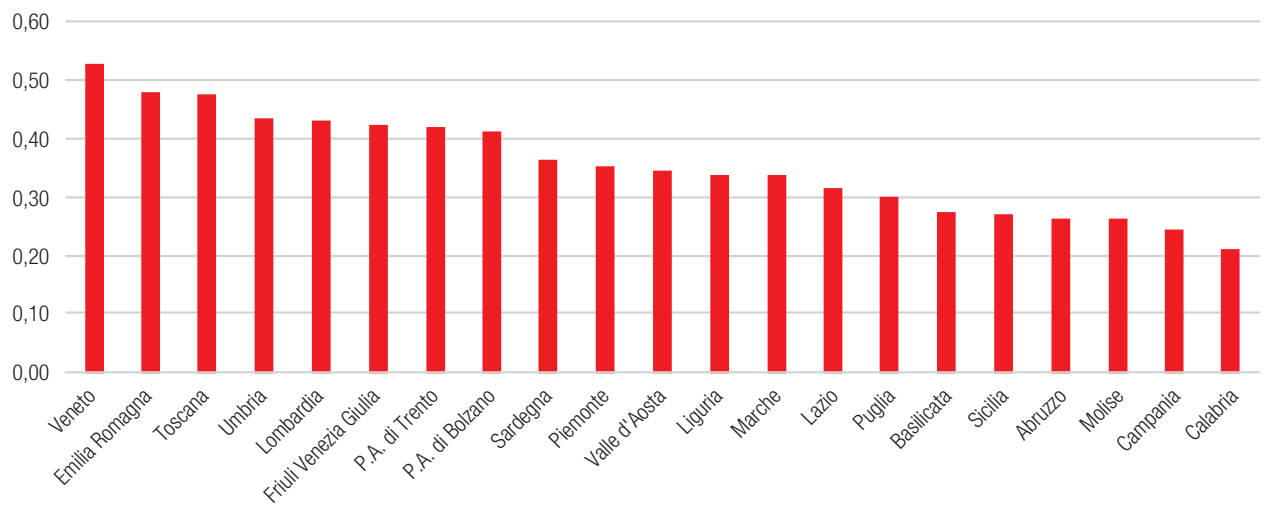
Per le Professioni sanitarie si "riduce" il livello di *Performance*: si passa dal 50% del Veneto al 19% di Abruzzo e Calabria; Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra il 50% e il 42% occupano le prime quattro posizioni; da notare che dalla quinta posizione alla quindicesima il livello di *Performance* risulta già basso, con valori compresi tra 0,35 (Umbria) e 0,26 (Valle d'Aosta). Lazio, Basilicata, Liguria, Puglia, Sicilia, Campania, Abruzzo e Calabria occupano le ultime otto posizioni, con un indice di *Performance* inferiore al 25% (Figura 4b.6.).

Rispetto al *ranking* generale, il Veneto conferma la prima posizione; la Lombardia passa dal quarto al secondo posto, a scapito dell'Emilia Romagna che diventa terza. La Calabria si conferma all'ultimo posto e l'Abruzzo perde una posizione passando al penultimo posto.

Categoria *Management* aziendale

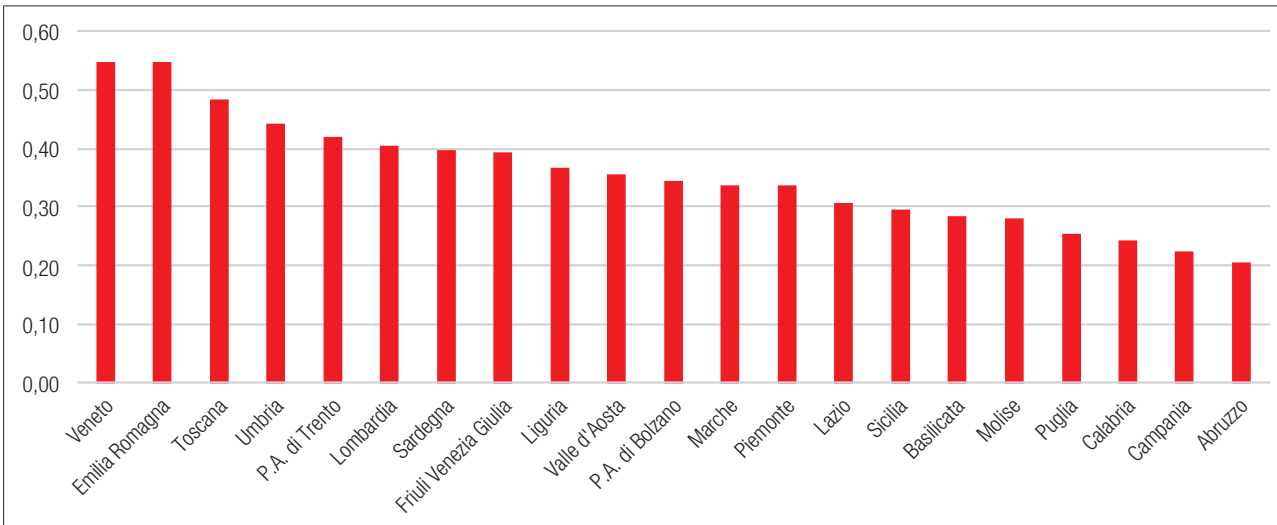
Per la Categoria *Management* aziendale, il *gap* tra la Regione più performante e quella meno è pressoché simile a quello del *ranking* "generale": si passa da un valore massimo del 53% del Veneto ad uno minimo del 21% della Calabria. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* pari al 53%; seguono Emilia Romagna e Toscana con una *Performance* pari al 48%. All'estremo opposto troviamo Calabria, Campania e Molise che occupano le ultime tre posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 27% (tra il 26% e il 21%) (Figura 4b.7.).

Figura 4b.7. Indice di *Performance*. Categoria *Management* aziendale. Anno 2022



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.8. Indice di *Performance*. Categoria Industria medicale. Anno 2022



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

In questo *ranking* il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana confermano le prime tre posizioni; la Lombardia perde una posizione rispetto al *ranking* "generale", dal quarto posto al quinto, a scapito dell'Umbria, che passa dal sesto al quarto. All'estremo opposto abbiamo la Calabria e la Campania, che confermano le ultime due posizioni, e la Puglia recupera due posizioni, passando dal diciassettesimo posto al quindicesimo.

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 55% del Veneto e dell'Emilia Romagna al 21% dell'Abruzzo. Toscana, Umbria e P.A. di Trento seguono il Veneto e l'Emilia Romagna con un livello di *Performance* che varia tra il 48% e il 42%. Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia, Molise e Basilicata che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 28% e il 21% (Figura 4b.8.).

Rispetto al *ranking* "generale", le prime tre posizioni restano invariate; l'Umbria guadagna due posizioni, diventando quarta, a scapito della Lombardia che invece ne perde due, diventando sesta. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria guadagna due posizioni, passando da ultima a terz'ultima, a scapito dell'Abruzzo, che occupa l'ultima posizione.

4b.6. Riflessioni finali

Il progetto *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità, giunto alla sua X edizione, ha voluto fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, con la finalità ultima di promuovere miglioramenti nelle opportunità di tutela della Salute offerte nei diversi luoghi di residenza regionale.

In questa annualità si è voluto consolidare l'integrazione nell'approccio della Dimensione Sociale, anche con la partecipazione all'*Expert Panel* di rappresentanti degli Enti locali.

Si è convenuto di inserire tra le Dimensioni una nuova area di valutazione della *Performance,* rappresentata dal Sociale; in particolare, sono stati selezionati quali ambiti per il sociale (quale "estensione" dell'assistenza sanitaria) l'assistenza domiciliare erogata dai Comuni, l'inserimento lavorativo delle persone affette da disagio mentale e il riconoscimento di *voucher*, bonus economici a favore dei cittadini con disagio.

In occasione della ricorrenza della X edizione della progettualità, si è anche sviluppata una analisi aggiuntiva dedicata alla dinamica degli indicatori nel tempo adottati.

In particolare, si è realizzato un focus sugli otto indicatori (1 di Appropriatezza, 1 Economico-Finanziario, 2 di Equità, 2 di Esiti, 2 di Innovazione) utilizzati per almeno cinque anni.

Dalla dinamica registrata negli anni è emerso un miglioramento di molti indicatori, che ha interessato soprattutto le realtà del Centro e del Mezzogiorno, permettendo una riduzione del *gap* rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

Rimangono, però, due zone d'ombra: quella generale relativa alla variabilità dello sviluppo della digitalizzazione; e quella del peggioramento dell'equità nel Sud, che esaspera le disparità esistenti.

Passando ai risultati della X edizione, e al *ranking* delle *Performance* regionali, possiamo osservare come il diverso contributo delle Dimensioni di analisi generi spunti per valutare la rispondenza dei modelli in atto rispetto alle aspettative dei portatori di interesse: Veneto, Emilia Romagna, Toscana e P.A. di Bolzano sono le realtà più "premiate" dagli Utenti; Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, dai Professionisti sanitari; Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia dalle Istituzioni; Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria dal *Management* e dall'Industria.

Si ricorda che la valutazione prodotta si basa sulla consapevolezza che la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali, a quelle economiche, etc., ivi compresi i comportamenti dei cittadini: espressi nelle decisioni sulle risorse private da destinare ai consumi sanitari, piuttosto che nell'adozione di corretti stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione etc.).

La misura/valutazione di *Performance* effettuata si discosta volutamente, quindi, da quelle, istituzionali e non, tese a giudicare l'efficienza della risposta pubblica o, più specificatamente, del suo *management* a obiettivi prefissati; lo sforzo è stato, invece, quello di cogliere complessivamente la valutazione dei diversi portatori di interesse sulle opportunità di tutela della salute che si determinano per il combinato disposto di politiche di offerta, di domanda, nonché la reale capacità di integrazione fra i diversi ambiti di intervento.

L'adozione di una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva implica l'utilizzo di "pesi" di composizione, che rendano conto del diverso contributo alla *Performance* che può essere attribuito alle Dimensioni, come anche alle differenze di priorità degli *stakeholder,* che anche quest'anno si confermano, evidenziando come le differenze di prospettiva condizionino le valutazioni.

Nello specifico delle valutazioni della X edizione del progetto, osserviamo che gli indicatori di resilienza del sistema, proposti alla selezione del *Panel*, non hanno raggiunto la soglia minima individuata per

la loro adozione; si conferma l'opinione del *Panel*, il quale ritiene che la gestione del COVID da parte delle Regioni non debba impattare, per i motivi sopra argomentati, sulla valutazione del livello di *Performance*.

Non di meno, l'impatto della pandemia si coglie in alcune modifiche di prospettiva, legate all'importanza relativa attribuita alle diverse Dimensioni di valutazione. Ad esempio, possiamo osservare come rispetto alla precedente edizione siano stati sostituiti 6 indicatori su 15:

- "Disavanzo economico-finanziario pro-capite" sostituito con "Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali"
- "Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni" sostituito con "Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche"
- "Mortalità evitabile" sostituito con "Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti"
- "Quota ricoveri medici oltresoglia per *over* 75" sostituito con "Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale"
- "Quota di dimessi vivi non al domicilio" sostituito con "Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base"
- "Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico" sostituito con "Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo".

Il "ritorno" dell'indicatore dell'incidenza dei consumi sanitari privati probabilmente è da attribuire all'osservazione di un aumento del ricorso ai consumi privati, nell'attesa che nei servizi pubblici si ritorni alla funzionalità pre-pandemia; l'introduzione dell'indicatore sull'assistenza domiciliare, invece, è probabilmente da attribuire alla tendenza, dichiarata anche nella Missione 6 del PNRR, di gestire sempre più il paziente cronico al suo domicilio.

Registriamo anche un significativo spostamento di attenzione verso la prevenzione, sia con l'indicatore sugli *screening*, sia quello sull'adozione di stili di vita corretti.

Per la Dimensione Equità si confermano da diversi anni preferenze che tendono a descrivere un atteggiamento di "stigma" verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità, che si sono peraltro esasperate nella fase pandemica.

Prendendo in analisi la Dimensione Equità, i membri del *Panel* associano un basso livello di *Performance* in corrispondenza di importanti quote di "disagio" (rinunce alle cure, disagio economico, mobilità passiva *extra*-regionale); il contributo alla *Performance* cresce, nella maggior parte dei casi più che proporzionalmente, al migliorare dell'indicatore, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Va osservato che il "peso" della Dimensione si è significativamente ridotto, fenomeno certamente da mettere in relazione anche con l'introduzione della nuova Dimensione Sociale, con la quale sono evidentemente possibili ambiti di sovrapposizione.

Per la Dimensione Esiti, si conferma l'importanza della qualità di vita: all'indicatore sulla speranza di vita in buona salute alla nascita, ne è stato affiancato uno nuovo sull'adozione di stili di vita corretti; soprattutto da parte delle Professioni sanitarie viene attribuito una quota importante della *Performance* (75%) a questi aspetti.

Per gli indicatori relativi alla presa in carico *extra*-ospedaliera dei cronici e dei casi non gravi da parte del pronto soccorso si raggiungono valori di *Performance* "meno soddisfacenti" in corrispondenza dei migliori valori registrati a livello nazionale; per quello relativo all'adesione agli *screening* il livello di *Performance* associato ai valori più bassi riscontrati in Italia è quasi ottimale.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di "valore" appaiono crescere proporzionalmente al migliorare delle determinazioni degli indicatori, sebbene per gli indicatori sull'innovazione in chirurgia e sulla digitalizzazione (FSE), si rileva l'aspettativa di miglioramenti significativi rispetto anche agli attuali valori migliori.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria osserviamo la tendenza a ritenere che il ridursi dell'onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite, comporterebbe un contributo positivo in termini di

Performance, ma molto contenuto quando la spesa scende al di sotto di un valore soglia; per l'indicatore sull'incidenza dei consumi privati emerge la consapevolezza da parte degli Utenti di una sorta di ineluttabilità del ricorso a tali spese, tali da giustificarne in parte l'adozione.

Per la Dimensione Sociale si conferma per tutti e tre gli indicatori una funzione di valore sostanzialmente lineare, che indica una non piena soddisfazione dei valori migliori nazionali e una parziale accettazione dei peggiori solo da parte delle Istituzioni.

Osserviamo, infine, come la nuova Dimensione introdotta, quella Sociale, abbia registrato una notevole importanza soprattutto da parte degli Utenti.

Guardando al futuro del progetto, possiamo concludere ricordando come il *Panel*, consapevole che la Società italiana è in una fase di transizione, ha approfondito alcune tematiche che nei prossimi anni dovranno essere oggetto di valutazione e quindi di misurazione.

Questo richiederà la predisposizione di nuovi flussi e banche dati informative, senza le quali diverrà impossibile monitorare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari.

Senza pretesa di esaustività, tra queste è emersa l'esigenza di misurare gli accessi dei cittadini alle COT e alle Case di Comunità etc., nonché considerare il loro impatto sull'associazionismo tra MMG/PLS (Pediatri di Libera Scelta) e specialisti del territorio; analogamente sarà necessario monitorare l'effettiva alimentazione del FSE, specialmente in termini di estensione dei suoi contenuti anche alle prestazioni sociali e sanitarie erogate in strutture private. Ancora, tra le tematiche è emersa l'esigenza di erogare una assistenza al domicilio con professionisti specificatamente formati, prevedendo attività formative dedicate a tale ambito già a livello universitario.

Evidentemente si tratta di indicatori finalizzati a misurare il rendimento delle azioni che verranno implementate nei prossimi anni in attuazione del PNRR: l'importanza di tale misurazione si rende evidente considerando che è l'unica chance affinché le azioni previste possano rappresentare davvero un investimento, e quindi possano scongiurare il potenziale pericolo di un finanziamento di azioni incapaci di generare quei miglioramenti di efficienza e efficacia dei servizi che sono necessarie per la sopravvivenza del nostro *Welfare* socio-sanitario nazionale e regionale.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità
C.R.E.A. Sanità (anni vari), Le *Performance* Regionali

ENGLISH SUMMARY

Regional Performance evaluation

The chapter reports the results of the ninth 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 through 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*
- *social.*

In this year we wanted to consolidate the integration in the approach of the Social dimension, also with the participation in the Expert Panel of representatives of local authorities.

It was agreed to include among the Dimensions a new area of evaluation of Performance, represented by the Social; in particular, home care provided by the Municipalities, the employment of people with mental illness and the recognition of vouchers, economic bonuses in favor of citizens with discomfort, were selected as areas for the social (as an "extension" of health care).

On the occasion of the tenth edition of the project, an additional analysis was also developed, dedicated to the dynamics of the indicators adopted over time.

In particular, a focus was made on the eight (1 of Appropriateness, 1 Economic-Financial, 2 of Equity, 2 of Outcomes, 2 of Innovation) used for at least five years.

The dynamics recorded over the years have shown an improvement in many indicators, which has mainly affected the realities of the Centre and the South, allowing a reduction in the gap compared to the other geographical divisions.

However, two grey areas remain: the general one relating to the variability of the development of digitalisation; and that of the worsening of equity in the South, which exacerbates existing inequalities.

The regional rankings resulting from the experiment, in terms of overall Performance, as well as individual Performance size, allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different preference structures.

It follows that a democratic performance assessment should represent a compromise between different points of view, which require a focus on the methods used for their composition.

Going deeper into the results, Veneto ranks first for all types of stakeholders ("Patients", "Industry", "Institutions", "Healthcare Professionals", "Management". On the opposite side of the scale, Calabria ranks last for "Users", "Institutions", "Health Care Professionals" and "Management"; Abruzzo for "Industry".

"Outcomes", "Social" and "Appropriateness" contribute about 60% to Performance, in a fairly equidistributed way: 22.1%, 18.0% and 17.7% respectively;

followed by the Equity Dimension (16.6%); Innovation and Economic-financial contribute 13.1% and 12.5% respectively.

Compared to the previous edition, there was a significant reduction in the "weight" associated with the Equity and Outcomes Dimensions (-15.3 and -10.1 percentage points respectively); the weight of the Economic and Financial Dimension also decreased (-1.9 percentage points); on the other hand, the contribution of Appropriateness and Innovation increased (+5.5 and +3.6 percentage points respectively.

From almost all perspectives, "Outcomes" and "Equity" are the most important dimensions; from "Medical Industry" perspective, "Outcomes" and "Economic and Financial".

In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly on the part of public institutions, and also that Performance improvement can be encouraged and stimulated by introducing merit-based rankings, we are confident that the method tested can contribute to the health policies debate in Italy.

The intrinsic nature of the Performance, implies that the value system underlying the different Dimension composition, should be transparently declared; besides, that different priorities of the different stakeholders should be democratically considered: our experiment shows how the performance also relies on the socio-economic context were the stakeholders act.

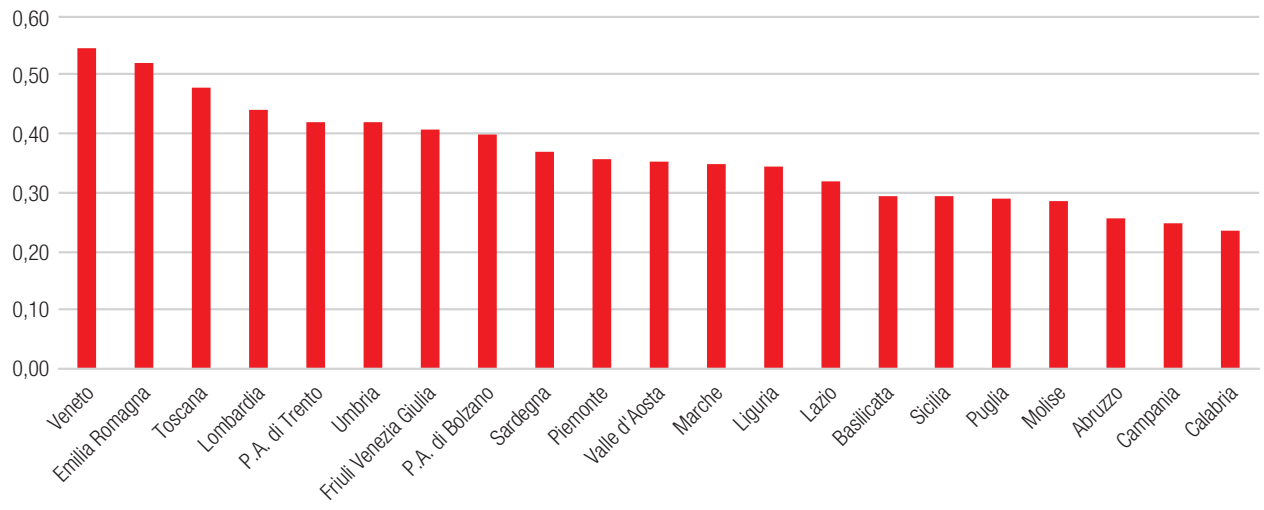
Finally, should be also stressed that Performance is intrinsically dynamic: our experiment demonstrates that the assessment changes following the modification of the overall system priorities.

Referring to the future of the project, we can conclude by recalling how the Panel, aware that the Italian Society is in a transition phase, has deepened some issues that in the coming years will have to be evaluated and then measured.

This will require the preparation of new information flows and databases, without which it will become impossible to monitor the evolution of social and health systems.

The importance of this measurement is evident considering that it is the only chance for the planned actions to really represent an investment, and therefore can avert the potential danger of financing actions incapable of generating those improvements in efficiency and effectiveness of services that are necessary for the survival of our national and regional social and health welfare.

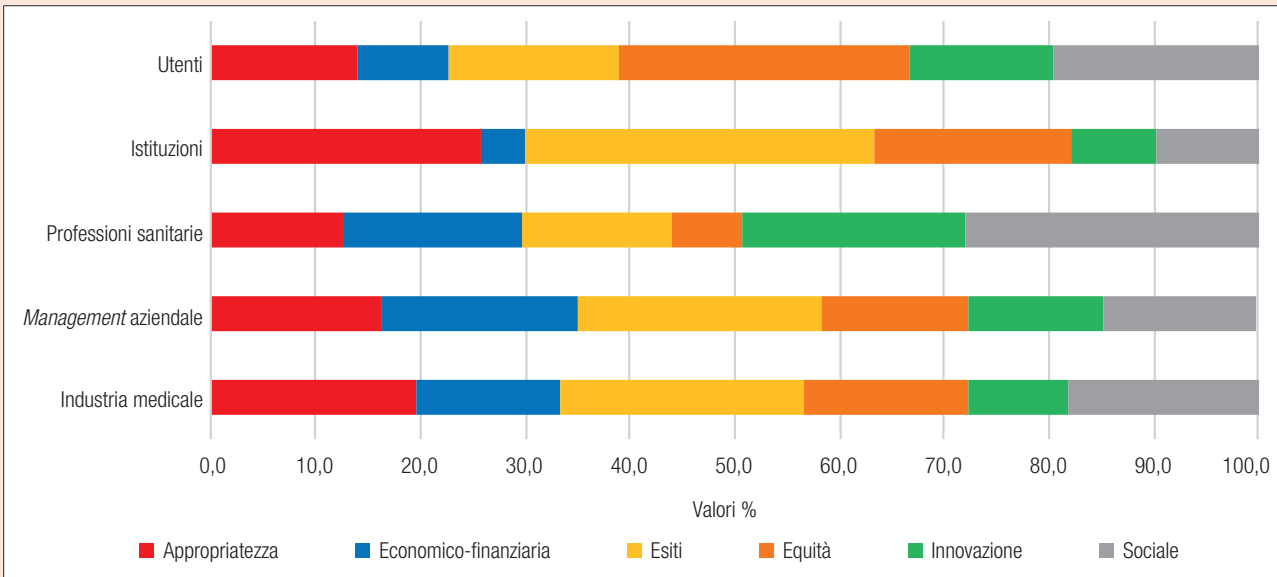
KI 4b.1. *Performance* dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2022



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

L'indice complessivo di *Performance* oscilla da un massimo del 54% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 24%: il risultato migliore è ottenuto dal Veneto ed il peggiore dalla Regione Calabria.

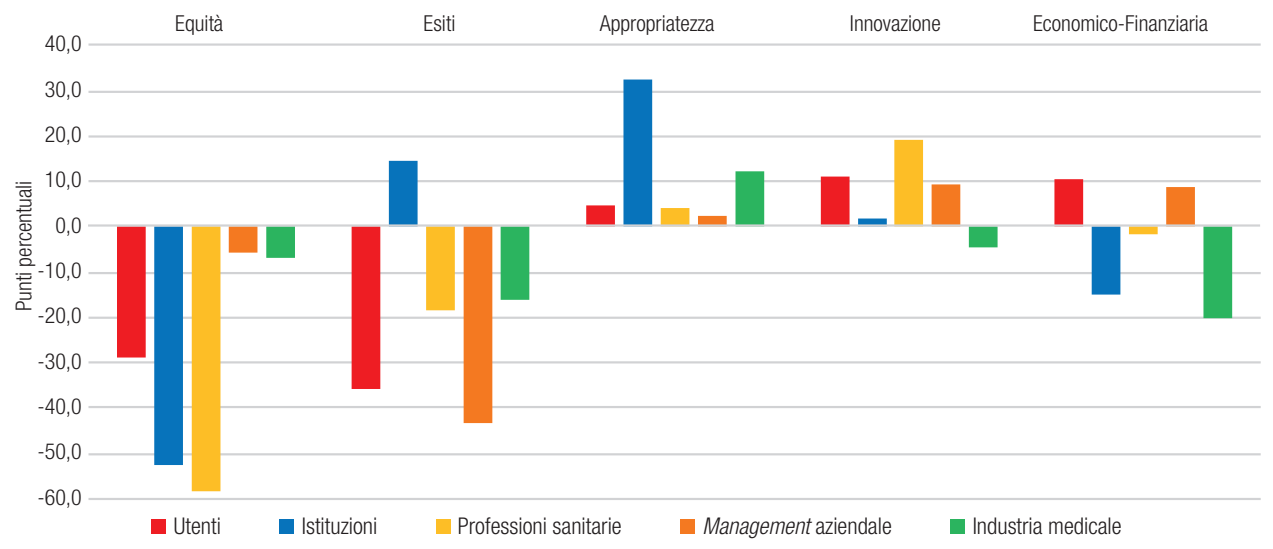
KI 4b.2. Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR per Categoria di *stakeholder*. Anno 2022



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti, le Dimensioni Equità, Sociale, Esiti ed Appropriatezza contribuiscono per quasi l'80% alla misura della *Performance* (27,8%, 19,5%, 16,3% e 14,1% rispettivamente); seguono le Dimensioni Innovazione con il 13,7% e quella Economico-Finanziaria (8,6%). Per i rappresentanti delle Istituzioni le Dimensioni Esiti, Appropriatezza ed Equità, contribuiscono per quasi l'80% alla *Performance* (33,3%, 25,8% e 19,0% rispettivamente); segue quella del Sociale con il 9,9%, l'Innovazione con il 7,9% e l'Economico-Finanziaria con il 4,1%. Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale, Innovazione ed Economico-Finanziaria contribuiscono per oltre il 60% alla *Performance* (27,9%, 21,5% e 17,3% rispettivamente); segue la Dimensione Esiti con il 14,2%, l'Appropriatezza con il 12,5% e l'Equità con il 6,6%. Per il *Management* aziendale gli Esiti, l'Economico-Finanziaria e l'Appropriatezza contribuiscono per quasi il 60% alla *Performance* (23,3%, 18,8% e 16,5% rispettivamente), segue il Sociale con il 14,6%, l'Equità con il 14,0% e l'Innovazione con il 12,8%. Infine, per l'Industria, sono gli Esiti, l'Appropriatezza e il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (23,3%, 19,7% e 18,2% rispettivamente), seguite dall'Equità (15,5%), l'Economico-Finanziaria (13,7%) e l'Innovazione (9,6%).

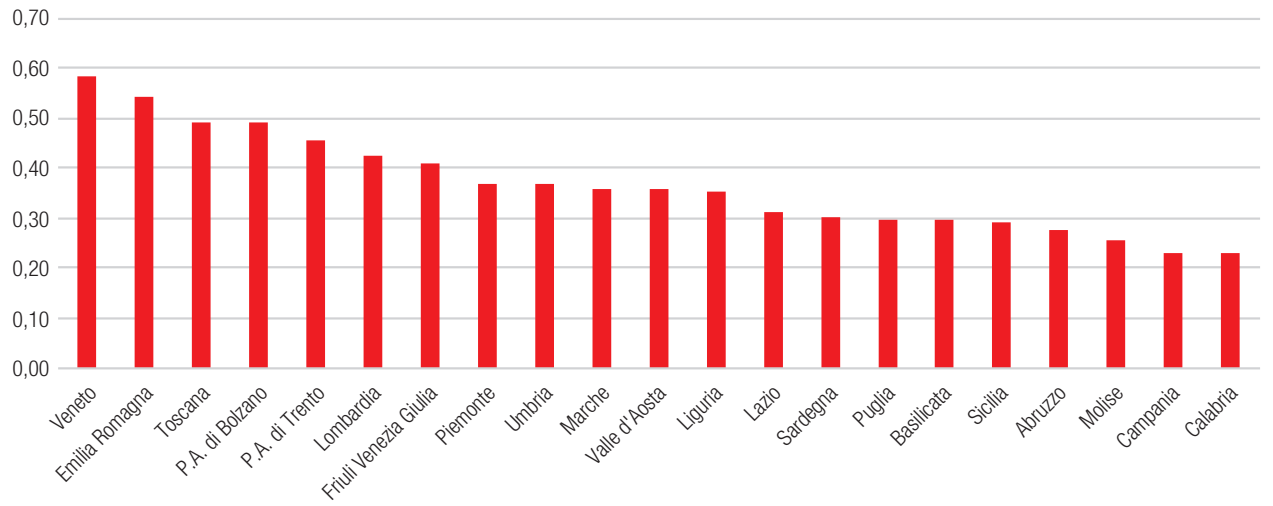
KI 4b.3. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* - Variazioni X vs IX edizione



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando la dinamica dei "pesi" per Categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente diminuito il "peso" degli Esiti e dell'Equità (-18,0 e -14,5 punti percentuali rispettivamente); sono cresciuti il peso dell'Innovazione (+5,6 punti percentuali), dell'Economico-Finanziaria (+5,1 punti percentuali) e dell'Appropriatezza (+2,2 punti percentuali). Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Equità (-26,3 punti percentuali) ed è invece aumentato fortemente quello dell'Appropriatezza (+16,1 punti percentuali). Anche per i rappresentanti delle Professioni sanitarie è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Equità (-29,2 punti percentuali); si riduce in misura più contenuta il peso della Dimensione Esiti (-9,3 punti percentuali) ed Economico-Finanziaria (-0,8 punti percentuali). Aumenta il peso delle Dimensioni Innovazione ed Appropriatezza (+9,4 e +2,0 punti percentuali rispettivamente). Per il *Management* aziendale si è ridotto notevolmente il peso della Dimensione Esiti (-21,9 punti percentuali) e quello della Dimensione Equità (-2,8 punti percentuali). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento, seppur contenuto: Innovazione (+4,7 punti percentuali), Sociale (+4,2 punti percentuali) ed Appropriatezza (+1,0 punti percentuali). Infine, per l'Industria è aumentato solo il peso dell'Appropriatezza (+6,2 punti percentuali); le altre Dimensioni hanno registrato una riduzione, in particolare quella Economico-Finanziaria (-10,3 punti percentuali) ed Esiti (-8,2 punti percentuali).

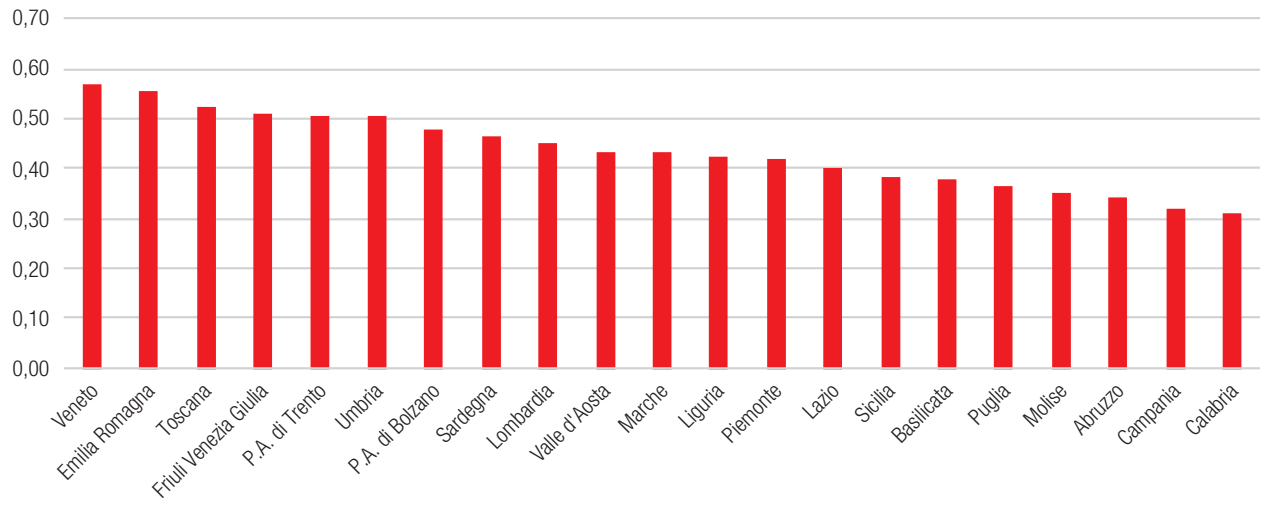
KI 4b.4. *Performance* dei SSR secondo gli Utenti. Anno 2022



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria Utenti, il Veneto, con il 58%, ha la *Performance* migliore, registrando un livello anche migliore di quello registrato nel *ranking* "generale". Seguono sempre l'Emilia Romagna e la Toscana, con un "avanzamento" della P.A. di Bolzano (con un indice di *Performance* rispettivamente pari al 54%, 49% e 49%); la Calabria occupa sempre l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 23% di quella massima.

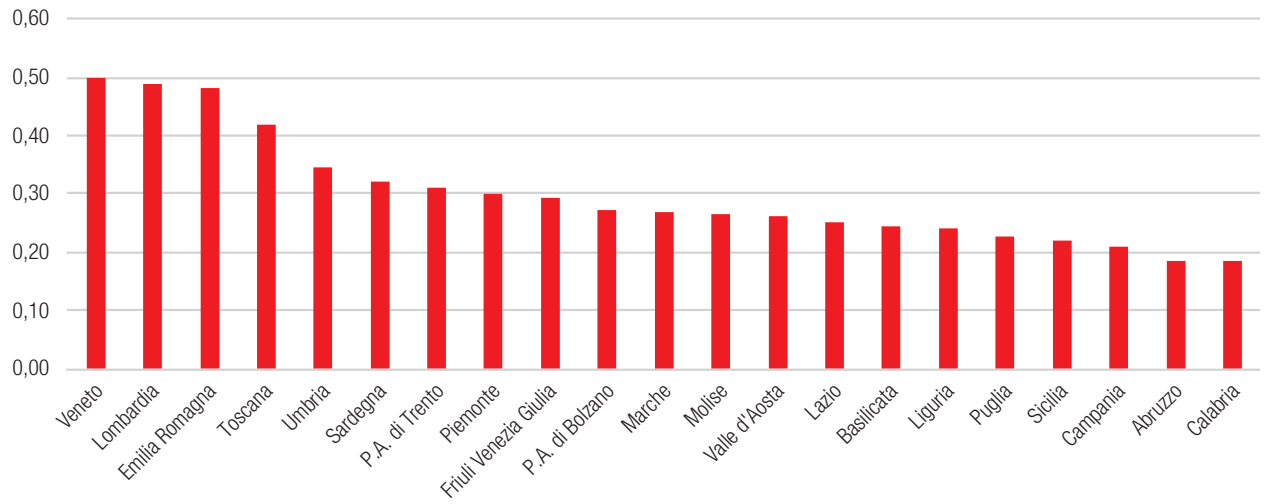
KI 4b.5. *Performance* dei SSR secondo i rappresentanti delle Istituzioni. Anno 2022



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 57% del Veneto al 31% della Calabria: si riduce quindi la forbice fra gli estremi; Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento e Umbria seguono il Veneto con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 55% ed il 50%). Nelle ultime posizioni troviamo anche Campania e Abruzzo, che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 34% e il 31%.

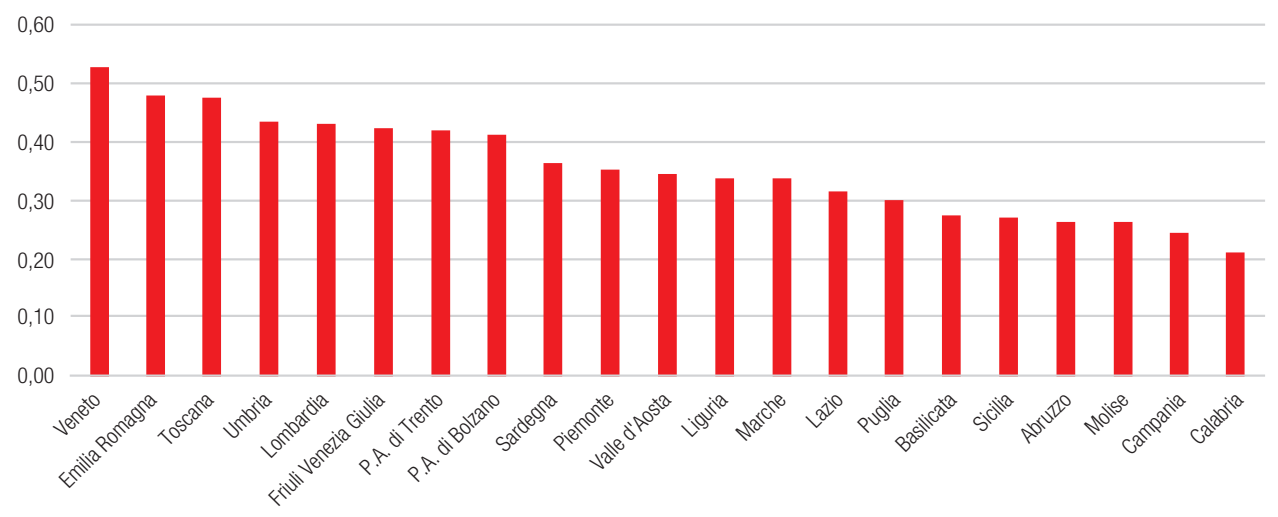
KI 4b.6. *Performance* dei SSR secondo i rappresentanti delle Professioni Sanitarie. Anno 2022



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per le Professioni Sanitarie si "riduce" il livello di *Performance*: si passa dal 50% del Veneto al 19% di Abruzzo e Calabria; Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra il 50% e il 42% occupano le prime quattro posizioni; da notare che dalla quinta posizione alla quindicesima il livello di *Performance* risulta già basso, con valori compresi tra 0,35 (Umbria) e 0,26 (Valle d'Aosta). Lazio, Basilicata, Liguria, Puglia, Sicilia, Campania, Abruzzo e Calabria occupano le ultime otto posizioni, con un indice di *Performance* inferiore al 25%.

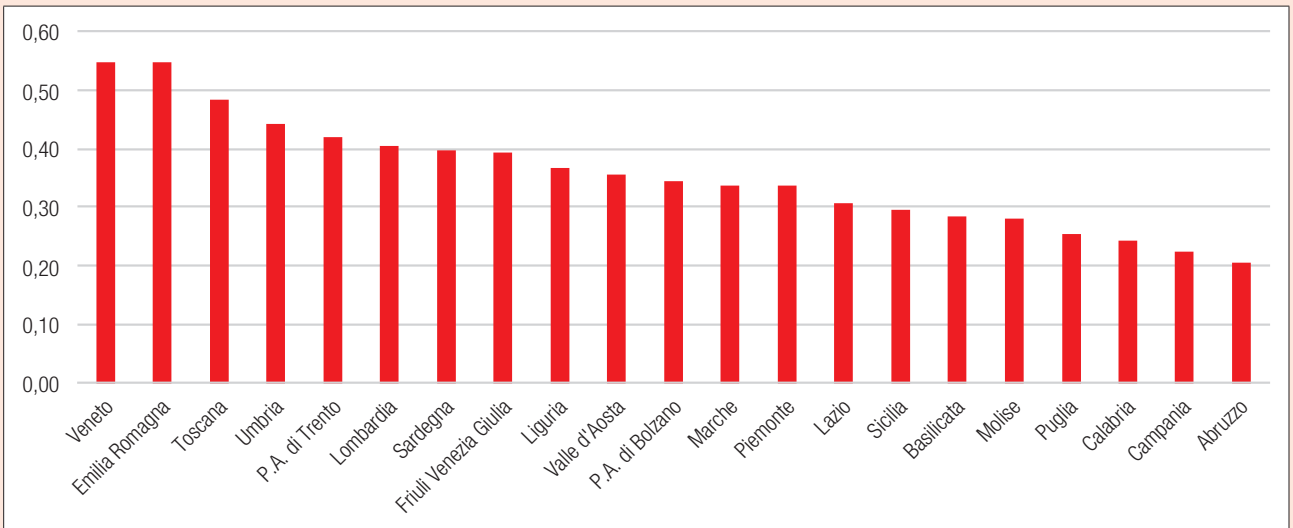
KI 4b.7. *Performance* dei SSR secondo i rappresentanti del *Management* aziendale. Anno 2022



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra la Regione più performante e quella meno è pressoché simile a quello del *ranking* "generale": si passa da un valore massimo del 53% del Veneto ad uno minimo del 21% della Calabria. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* pari al 53%; seguono Emilia Romagna e Toscana con una *Performance* pari al 48%. All'estremo opposto troviamo Calabria, Campania e Molise che occupano le ultime tre posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 27% (tra il 26% e il 21%).

KI 4b.8. *Performance* dei SSR secondo i rappresentanti dell'Industria medicale. Anno 2022



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 55% del Veneto e dell'Emilia Romagna al 21% dell'Abruzzo. Toscana, Umbria e P.A. di Trento seguono il Veneto e l'Emilia Romagna con un livello di *Performance* che varia tra il 48% e il 42%. Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia, Molise e Basilicata che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 28% e il 21%.

CAPITOLO 4c
La mortalità evitabile

Buzzi N.[1]

4c.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.

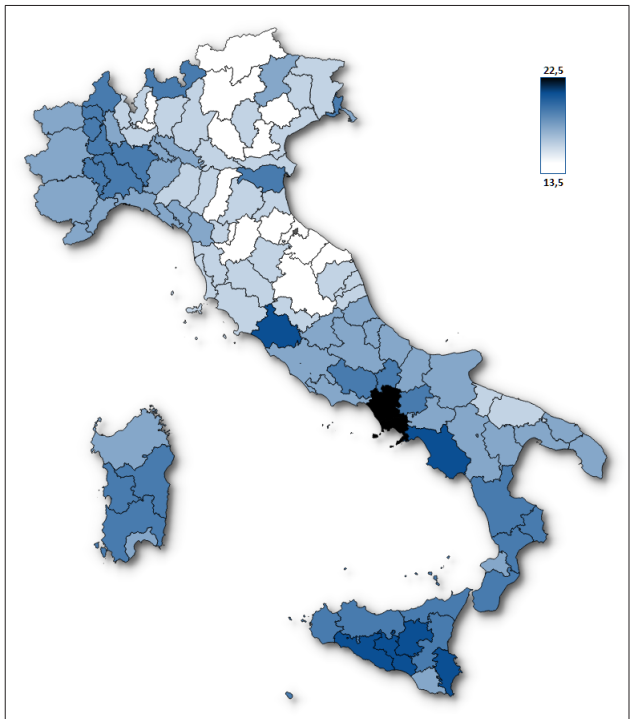
In estrema sintesi, si tratta di un indicatore che contribuisce a misurare le ricadute di strategie indirizzate essenzialmente su due fronti: uno prevalentemente orientato ai temi dell'informazione e dell'educazione sanitaria della popolazione, l'altro più legato agli ambiti dell'organizzazione e della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

Negli ultimi anni gli approfondimenti realizzati da Eurostat hanno classificato l'Italia fra i Paesi con la più bassa mortalità evitabile: per il 2019 (ultimo anno disponibile) è quarta, dopo Svizzera, Liechtenstein, Islanda, precedendo di misura Svezia e Norvegia, posizione che sintetizza il secondo posto (tra Cipro e Malta) per la componente dovuta a cause di morte prevenibili e il nono posto per quella correlata alle cause di morte trattabili (Eurostat).

Gli studi italiani hanno da sempre evidenziato, tuttavia, che all'interno del nostro Paese questo indicatore è caratterizzato da un'ampia variabilità attorno al dato medio nazionale sia nelle analisi per genere che in quelle per territorio e che nonostante la sensibile riduzione della mortalità evitabile rilevata nel corso degli anni si rileva che:

- i decessi per cause evitabili tra i maschi sono quasi il doppio di quelli femminili, per effetto soprattutto delle morti per cause evitabili con prevenzione primaria
- l'incidenza registrata nella Regione con la mortalità evitabile più elevata è quasi il 50% più alta di quella calcolata per la Regione con la mortalità evitabile più bassa
- il divario geografico si amplifica ulteriormente analizzando il fenomeno a livello di maggior dettaglio territoriale come, ad esempio, l'area provinciale (Figura 4c.1.).

Figura 4c.1. Mortalità evitabile 0-74 anni per provincia. Tassi standardizzati per 10.000 residenti. Triennio 2017-2019



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

[1] Nebo Ricerche PA

È per la permanenza nel tempo di queste difformità che si rende necessario monitorare la mortalità evitabile, auspicando che a fronte della comparazione dei risultati di tale analisi siano ricercate le motivazioni di tale eterogeneità, soprattutto per quanto attiene alla variabilità territoriale, se è vero che «Non esiste una ragione biologica nota per cui ogni popolazione non dovrebbe essere sana come la migliore» (Rose GA.; 1992).

4c.2. La classificazione delle cause di morte evitabili

Introdotto negli anni '70, il concetto di mortalità evitabile ha subito numerose revisioni sia in termini di classificazione delle cause di morte evitabili che di popolazione osservata.

Il primo lavoro in materia indicava, con riferimento alla popolazione fra i 5 e i 64 anni, cause di morte indiscutibilmente evitabili (ad esempio, la rosolia), presumibilmente evitabili (ad esempio, l'ipertensione) e da approfondire (ad esempio, la cirrosi alcolica) e invitava a domandarsi perché avvenissero queste morti e se vi fosse un condizionamento da parte di fattori *extra*-sanitari (Rutstein DD. et al.; 1976).

Le principali analisi sulla mortalità evitabile condotte in Italia negli ultimi tre decenni hanno adottato classificazioni basate sulla letteratura nazionale e internazionale, a partire dalle prime chiavi di lettura che descrivevano le cause di morte evitabili articolate su tre aree (prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria) fino alla più recente convenzione che definisce come evitabili 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 e terapie adeguate laddove non sia stato possibile contrastare l'insorgenza della malattia (Ministero della Sanità).

La classificazione attualmente proposta dal Gruppo di lavoro congiunto (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) OECD-Eurostat prevede la codifica di parte delle cause evitabili come prevenibili oppure trattabili in base al criterio della predominanza dell'uno o dell'altro tipo di interventi nel ridurre i decessi e laddove non sia possibile una così netta attribuzione si suggerisce di allocarle su entrambi i gruppi, ciascuno al 50%.

Per quanto riguarda la popolazione osservata, stante l'evoluzione demografica e il quadro epidemiologico del nostro Paese, la fascia di età è stata via via ampliata fino a estendersi, già dal 2007, dalla nascita ai 74 anni compiuti (Buzzi N. et al.; anni vari), intervallo attualmente riconosciuto come adeguato da OECD e Eurostat in considerazione della speranza di vita nei Paesi OECD e EU ma auspicabilmente da rivedere, in futuro, in funzione dell'aumento dell'aspettativa di vita. Tale intervallo è adottato come riferimento per tutte le cause evitabili, in mancanza di elementi che inducano a utilizzare differenti soglie per specifiche cause di morte.

Il presente contributo segue la metodologia del Progetto MEV(i) (Buzzi N. et al.; anni vari) e, in particolare, adotta l'elenco delle cause evitabili secondo l'aggiornamento pubblicato a gennaio 2022 da OECD-Eurostat (in occasione del quale è stata inserita anche la COVID tra le cause di morte evitabili con interventi di prevenzione e vaccinazione).

Per garantire la confrontabilità degli indicatori lungo il periodo storico considerato, le elaborazioni di seguito presentate sono elaborate a valere sul sistema di banche dati del Centro Studi Nebo avendo avuto cura di applicare la classificazione OECD-Eurostat delle cause evitabili, e in generale la medesima metodologia di analisi, alla casistica dei decessi di ciascuna annualità disponibile a partire dal 2010.

Con l'analisi dei dati 2019 relativi ai decessi per causa si completa la fotografia del "come eravamo" prima che la pandemia di COVID producesse una eccezionale discontinuità nell'andamento dei dati epidemiologici, discontinuità che per quanto riguarda le cause di morte potrà essere indagata solo dopo la diffusione dei dati Istat basati sulle schede di morte dei decessi avvenuti a partire dal 2020 (Istat).

Adottando i criteri OECD/Eurostat sopra descritti è possibile quantificare in 96.400 i decessi della popolazione 0-74 anni attribuibili a cause di morte evitabile; di questi, quasi la metà sono riferiti a tumori e circa un quarto riguardano malattie del sistema circolatorio.

Tabella 4c.1. Mortalità evitabile 0-74 anni per grandi categorie ICD*. Valori assoluti, composizione percentuale, percentuale su mortalità totale 0-74 anni. Anno 2019

Categorie	Valori assoluti	Compos. perc. (%)	% evit. su totale decessi 0-74 anni
Tumori	44.500	46,2	61,6
Mal. sistema circolatorio	23.800	24,7	74,2
Traumatismi e avvelenam.	8.700	9,1	98,1
Mal. apparato digerente	3.700	3,9	55,7
Mal. infettive	2.700	2,8	89,0
Mal. apparato respiratorio	5.700	5,9	77,9
Altre cause	7.200	7,5	34,0
Totale	96.400	100,0	63,6

*Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Nel caso dei tumori si tratta di circa 45.000 morti degli oltre 72.000 decessi per tumore registrati nella fascia di età 0-74 anni (62%); le quasi 24.000 morti per malattie del sistema circolatorio ritenute evitabili rappresentano i tre quarti di tutti i decessi 0-74 anni avvenuti per queste patologie (Tabella 4c.1.).

4c.3. Il quadro nazionale del decennio 2010-2019

Dalla casistica riferita al decennio 2010-2019 (sintetizzata nella Tabella 4c.2.) si rileva che:

- la fascia di età 0-74 anni, intervallo di interesse per le analisi sulla mortalità evitabile, fa registrare un numero di decessi via via decrescente, dai 162.000 del 2010 ai 152.000 del 2019, con una corrispondente diminuzione dell'incidenza sul totale delle morti (rispettivamente 28% e 24%)
- la mortalità evitabile, a sua volta, incide per circa i due terzi sui decessi avvenuti prima dei 75 anni e anche in questo caso l'andamento nel decennio analizzato è andato diminuendo, passando dai quasi 110.000 casi del 2010 a 96.400 del 2019
- i tassi standardizzati[2], che tengono conto della differente struttura della popolazione (progressivamente invecchiata), evidenziano con maggior forza la diminuzione della mortalità evitabile; se la variazione 2019/2010 dei valo-

Tabella 4c.2. Mortalità evitabile e per altre cause. Valori assoluti (in migliaia) e tassi standardizzati (per 10.000 residenti)

	Valori assoluti (migliaia)					Tassi standardizzati (×10.000)		
Anno	**Cause evitabili [a]**	**Altre cause [b]**	**Totale 0-74 anni [c]=[a+b]**	**Decessi > 74 anni [d]**	**Totale decessi [e]=[c+d]**	**Cause evitabili [f]**	**Altre cause [g]**	**Totale 0-74 anni [h]=[f+g]**
2010	109,8	52,2	162,0	419,3	581,3	20,1	9,5	29,6
2011	109,1	52,9	162,0	428,6	590,6	19,8	9,6	29,4
2012	108,2	54,1	162,3	447,6	609,9	19,4	9,7	29,1
2013	104,5	53,2	157,7	438,3	596,0	18,7	9,5	28,2
2014	102,2	52,9	155,1	440,3	595,4	18,2	9,4	27,7
2015	103,8	54,9	158,7	483,7	642,4	18,5	9,8	28,3
2016	99,8	52,8	152,6	461,7	614,3	17,7	9,4	27,1
2017	100,2	54,6	154,8	492,1	646,9	17,6	9,6	27,2
2018	98,0	54,5	152,5	476,8	629,3	17,0	9,5	26,4
2019	96,4	55,2	151,6	485,8	637,4	16,5	9,4	25,9

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

[2] I tassi standardizzati del presente lavoro sono calcolati utilizzando la c.d. popolazione standard europea, secondo l'ultimo aggiornamento Eurostat ("Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat's task force", 2013).

ri assoluti è pari a -12%, confrontando i tassi standardizzati delle due annualità (20,1 nel 2010, 16,5 nel 2019) si raggiunge il -18%.

L'irregolare andamento lungo il decennio delle varie componenti descritte può essere addebitato, oltre che alla naturale variabilità del fenomeno e al progressivo invecchiamento della popolazione, a differenti e occasionali eventi e condizioni (inclusi fattori climatici o campagne vaccinali) e in alcuni periodi può risultare più evidente, come nel caso dell'eccesso di mortalità del 2015 e quello di minore intensità del 2017. In entrambi i casi, tuttavia, l'eccesso di mortalità ha riguardato quasi esclusivamente le età più anziane sia pure con un riflesso visibile anche nell'intervallo di età 0-74 anni.

4c.4. L'impatto della pandemia di COVID sulla mortalità 0-74 anni

I dati più recenti sulla mortalità generale che l'Istat ha iniziato a rendere disponibili pochi mesi dopo l'inizio della pandemia provengono dall'integrazione di due differenti fonti dati: ANPR (Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente) e MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze) e non contengono informazioni circa le cause di morte; per il biennio 2020-2021, pertanto, non sono disponibili dati per procedere a una analisi della mortalità evitabile.

Appare tuttavia interessante tentare una lettura integrata delle informazioni disponibili, sia pure con la necessaria cautela dovuta soprattutto all'utilizzo di dati di diversa provenienza; in particolare, si segnala che le casistiche dell'indagine su decessi e cause di morte del periodo considerato sono inferiori - anche se per meno del 3% - ai valori derivante dal flusso dei dati di mortalità raccolti tramite le Anagrafi comunali.

Nei primi due anni interessati dalla pandemia la rilevazione via ANPR indica in circa 175.000 il numero dei decessi totali annui nella popolazione con meno di 75 anni, dei quali la quota dovuta a COVID è quantificabile in circa 17.200 morti per il 2020 e in circa 16.200 per il 2021.

Gli ultimi due dati derivano da una stima del Centro Studi Nebo su dati Istat e Istituto Superiore di Sanità: la disaggregazione dei dati pubblicamente diffusi sui decessi per COVID per genere ed età non consente infatti di individuare la mortalità 0-74 anni perché utilizza una distribuzione per classi di età non sovrapponibile a tale intervallo.

Leggendo contestualmente i dati dell'indagine sulla mortalità per causa, quelli derivanti dalla rilevazione ANPR e la stima Nebo dei decessi per COVID (Tabella 4c.3.), tutti limitatamente alle età inferiori ai 75 anni, si può osservare che:

- per gli anni 2015-2019 la differenza tra la casistica dei decessi per causa e i decessi desunti dalle anagrafi comunali è inferiore alle 5.000 unità e decresce nel tempo; le analisi sulla mortalità evitabile condotte sulla mortalità per causa di questo quinquennio sono dunque riferite a oltre il 97% dei decessi
- il numero di decessi annui del biennio 2020-2021 depurato del dato riferito alla stima dei morti per COVID è in linea con la mortalità annua rilevata nel triennio 2016-2018 e di poco superiore a quella dell'anno 2019 ed è quantificabile in poco meno di 160.000 decessi dei quali, per quanto sopra ricordato, non è però possibile indagare la mortalità evitabile.

Nonostante l'ordine di grandezza dei decessi annui dell'ultimo biennio sembri del tutto simile, escluse le morti per COVID, a quello degli anni precedenti, non è tuttavia ipotizzabile una corrispondente coincidenza del dato sulla mortalità evitabile.

A questo proposito basti pensare, ad esempio, alla già rilevata riduzione dei decessi per incidenti stradali, in particolare nel 2020, dovuta per lo più a misure correlate alla pandemia (*lockdown*): a parità di decessi totali, a fronte di una sensibile diminuzione delle morti per una specifica categoria dovrà corrispondere un aumento di altre cause.

Come detto, si tratta di confronti disomogenei: solo l'analisi dei dati di mortalità per causa relativi al 2020-2021 potrà dare conto sia dell'effettiva incidenza dovuta a COVID sia in quale misura la restante quota di decessi sia attribuibile a cause evitabili. Al momento sono disponibili, in questo senso, solo alcune analisi preliminari condotte dall'Istat e riferite a dati provvisori relativi al primo semestre del 2020.

Tabella 4c.3. Mortalità 0-74 anni. Valori assoluti (in migliaia)

	Valori assoluti (migliaia)		
Anno	**Mortalità per causa**	**Altra mortalità**	**Totale (ANPR)**
2015	158,7	4,6	163,3
2016	152,6	4,3	156,9
2017	154,8	4,0	158,8
2018	152,5	3,7	156,2
2019	151,6	2,3	153,9
2020	17,2	158,8	176,0
2021	16,2	158,4	174,6

Nota: la mortalità per causa è elaborata sulla casistica Istat dei decessi per causa di morte, i decessi per COVID rappresentano una stima Nebo, la restante 'altra mortalità' è elaborata a valere sulla casistica Istat dei decessi dichiarati dalle Anagrafi comunali, cui si riferisce la colonna del totale.

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat e Istituto Superiore di Sanità

4c.5. Mortalità prevenibile e trattabile per genere ed età

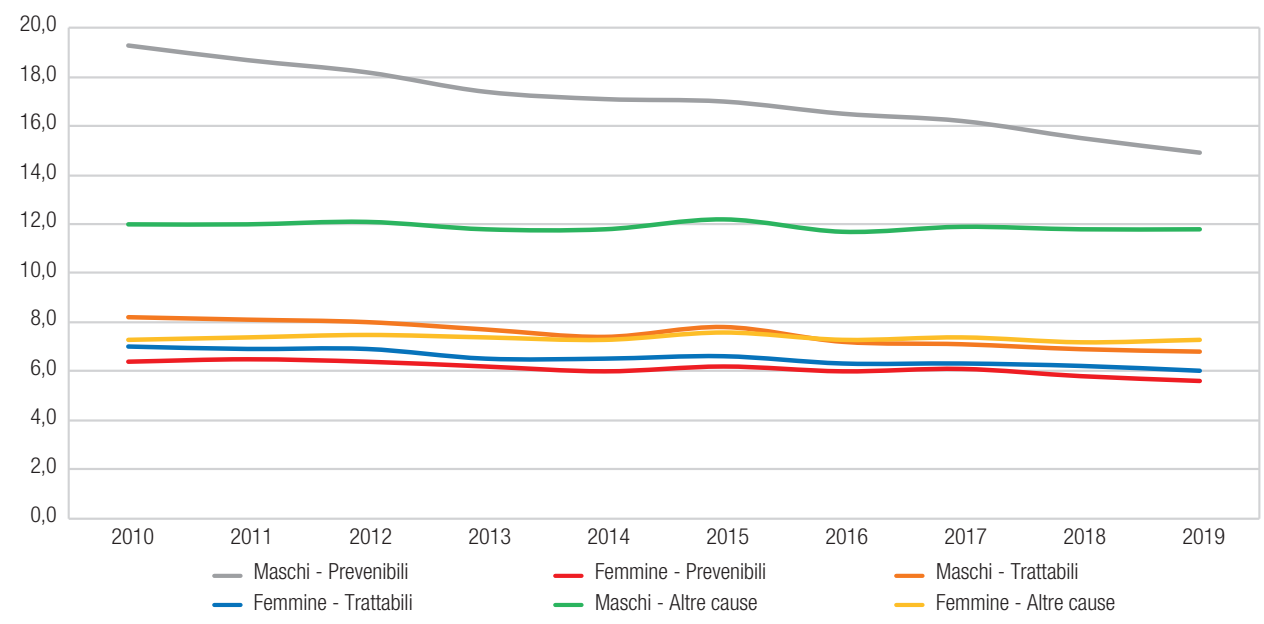
La classificazione delle cause di morte evitabili, applicata ai decessi avvenuti entro i 74 anni di età, è del tutto parallela fra i due generi, con l'unica eccezione del cancro della mammella, classificato fra le cause di morte evitabili per le sole donne.

A livello nazionale i tassi standardizzati per 10.000 residenti calcolati lungo il decennio 2010-2019 diminuiscono tra i maschi di oltre il 20% e tra le femmine del 13%, mantenendo una sensibile distanza dei valori tra i due generi (il rapporto tra il tasso maschile e femminile era di 2,1 a 1 nel 2010 e 1,9 a 1 nel 2019).

Confrontando l'andamento dei tassi disaggregati fra cause di morte prevenibili, cause di morte trattabili e altre cause (Figura 4c.2.) si rileva che:

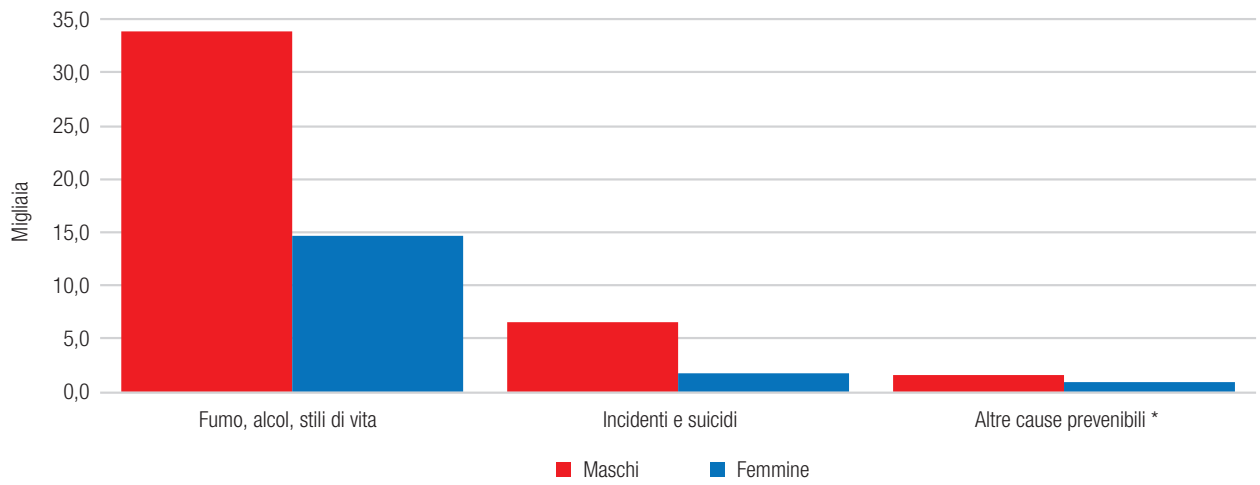
- la mortalità evitabile maschile è addebitabile per due terzi ai decessi contrastabili con interventi di prevenzione primaria
- la mortalità evitabile femminile è dovuta ai due gruppi di cause in maniera quasi paritaria, con i decessi per cause prevenibili costantemente inferiori quelli per cause trattabili
- l'impatto della mortalità per cause trattabili fra maschi e femmine è più alto per i primi anche se in misura relativamente contenuta rispetto al divario che si registra per la mortalità per cause prevenibili, che nel caso dei maschi era nel 2010 tre volte quello delle femmine, rapporto che nel tempo è sceso a 2,6 nel 2019.

Figura 4c.2. Mortalità 0-74 anni per tipologia di causa e genere. Tassi standardizzati per 10.000 residenti



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.3. Mortalità 0-74 anni per tipo di causa prevenibile e genere. Valori assoluti (in migliaia). Anno 2019

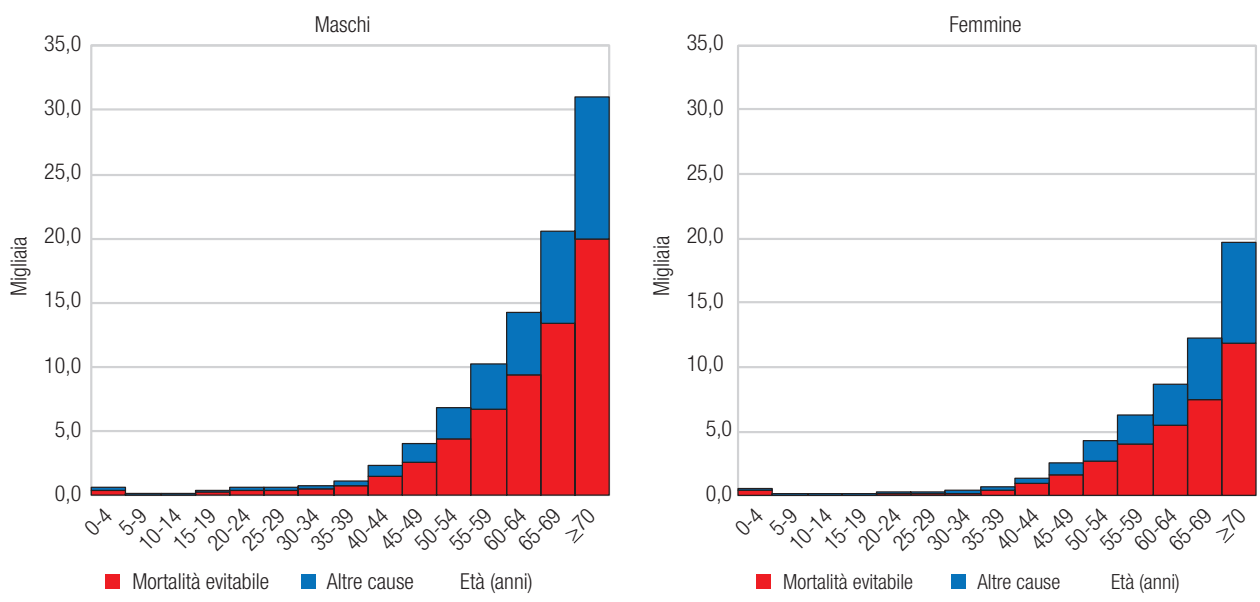


Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

A partire dalla classificazione OECD-Eurostat è stato possibile scomporre la mortalità per cause prevenibili in tre sottogruppi principali, a seconda che siano correlate al consumo di tabacco e alcol e ad altri fattori di rischio legati agli stili di vita oppure che siano determinate da incidenti e suicidi o, infine, che sia possibile contrastare con vaccinazioni e altri interventi di sanità pubblica (igiene ambientale, igiene degli alimenti, ecc.).

Nell'anno 2019 i decessi maschili entro i 74 anni avvenuti per cause di morte prevenibili con corretti stili di vita sono quantificabili in poco meno di 34.000 casi ai quali si aggiungono circa 6.500 morti per incidenti e suicidi; in entrambi i casi si tratta di valori pari a oltre il triplo di quelli registrati fra le femmine, rispettivamente 14.600 e 1.800 (Figura 4c.3.).

Figura 4c.4. Mortalità evitabile e per altre cause 0-74 anni per genere e classi di età. Valori assoluti (in migliaia). Anno 2019



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

I restanti casi afferenti alla mortalità prevenibile sono circa 2.500, dei quali oltre la metà relativi a decessi maschili.

Nel complesso, i decessi per cause legate agli stili di vita rappresentano la metà di tutta la mortalità prevenibile.

Dalle curve di mortalità 0-74 anni per età e genere con evidenza della quota di decessi evitabili (Figura 4c.4.) si può rilevare che:

- la classe di età 70-74 anni assorbe, sia per i maschi che per le femmine, circa un terzo della casistica delle morti evitabili
- le curve decrescono rapidamente a partire dall'età massima osservata fino a raggiungere numerosità sensibilmente contenute, tanto da distribuire un quinto dei casi sia maschili che femminili nell'ampia fascia di età che va dalla nascita ai 54 anni.

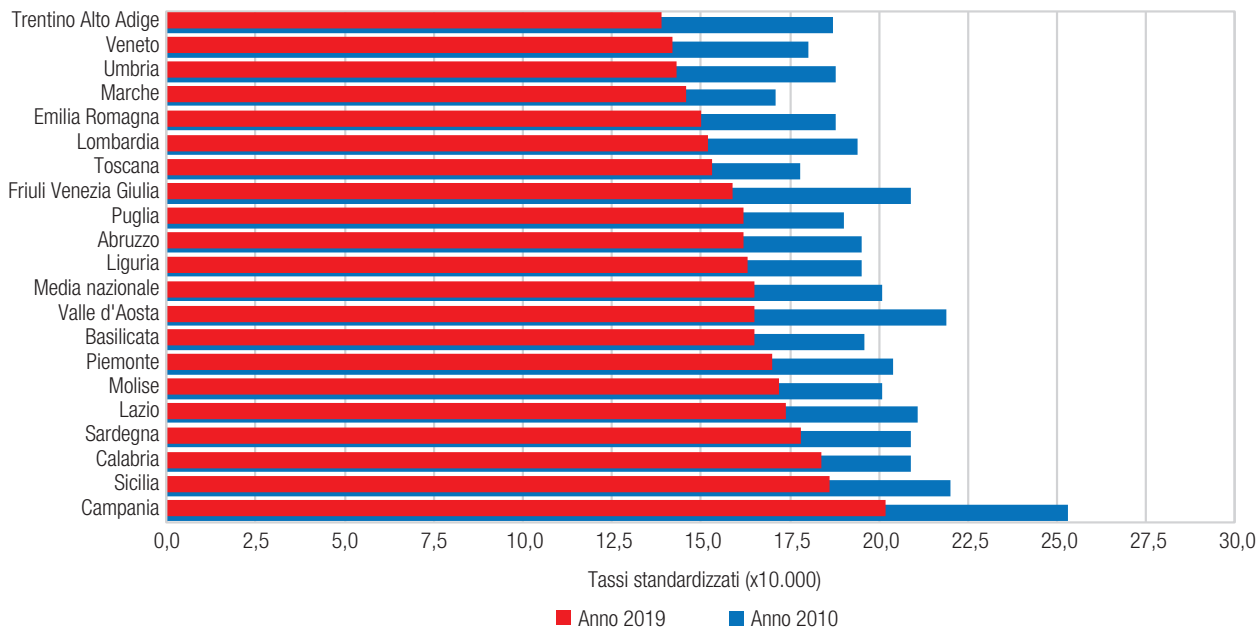
4c.6. La sintesi regionale

Il quadro nazionale rappresenta una sintesi di realtà territoriali molto eterogenee: a fronte di un tasso standardizzato per 100.000 residenti superiore a 200 registrato in Campania l'analogo valore si attesta a meno di 140 nel Trentino Alto Adige; si tratta di una distanza non dissimile da quella che nel 2010 si poteva misurare fra Campania e Marche (rispettivamente 253 e 171 per 100.000).

I dati relativi alle due annualità 2010 e 2019 (Figura 4c.5.) mostrano, in termini di variazione dei tassi di mortalità evitabile, che:

- in Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria si registrano diminuzioni del 24-25% e, a seguire, del 20-21% in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Campania
- per il Lazio la contrazione è su un valore prossimo a quello medio nazionale (18%), di poco superiore al calo misurato in Abruzzo, Liguria, Basilicata, pari al 16-17%
- Sicilia, Puglia, Sardegna, Toscana, Marche mostrano diminuzioni della mortalità evitabile meno rilevanti, intorno al 14-15%, superiori tuttavia a quella misurata in Calabria, del 12%.

Figura 4c.5. Mortalità evitabile 0-74 anni per Regione. Tassi standardizzati per 10.000 residenti



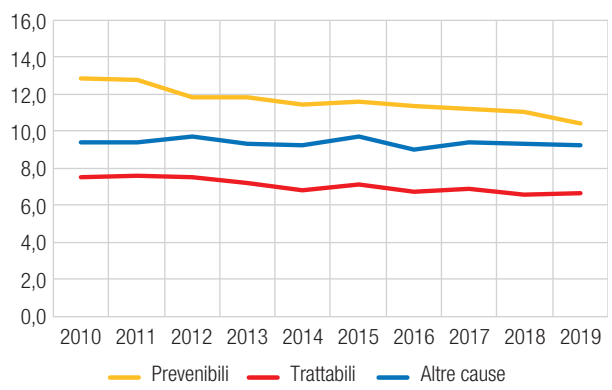
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

4c.7. Gli andamenti regionali

Nelle figure 4c.6.1. - 4c.6.20. è possibile apprezzare l'andamento delle due componenti della mortalità evitabile e il suo complemento dei decessi entro i 74 anni di età per ciascuna delle Regioni italiane in termini di tassi standardizzati per 100.000 residenti.

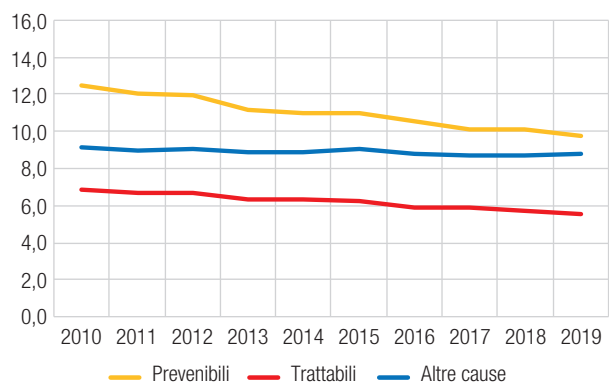
Tenuto conto delle oscillazioni già menzionate riguardo alla mortalità nel decennio 2010-2019 (che si riflettono più o meno incisivamente nelle varie Regioni) e della contenuta numerosità dei casi nelle Regioni meno popolate (Valle d'Aosta e Molise), si nota in ogni caso come la mortalità evitabile sia pressoché ovunque in diminuzione ma caratterizzata da andamenti nel tempo sensibilmente differenti.

Figura 4c.6.1. Mortalità evitabile 0-74 anni - Piemonte
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



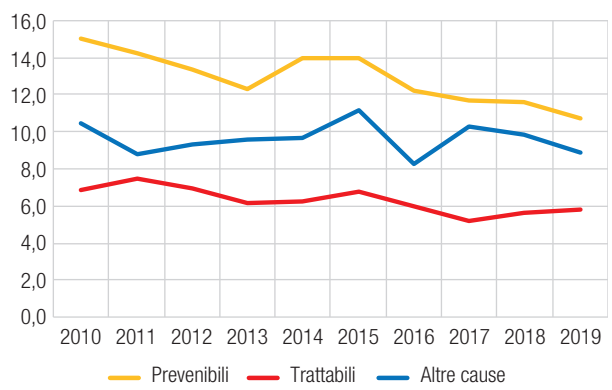
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.3. Mortalità evitabile 0-74 anni - Lombardia
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



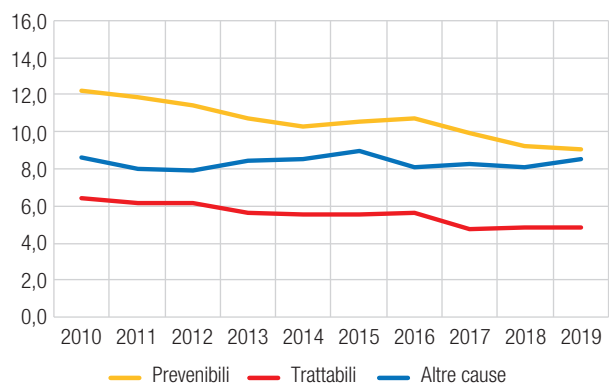
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.2. Mortalità evitabile 0-74 anni - Valle d'Aosta
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



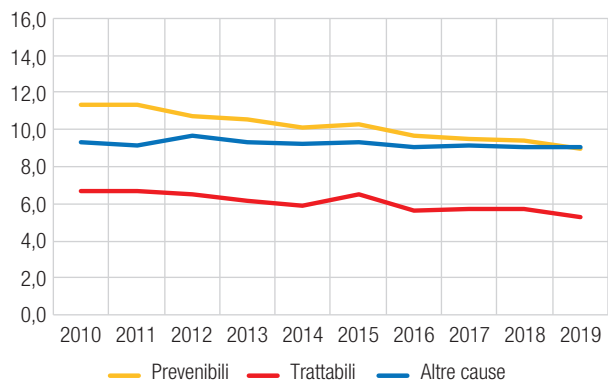
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.4. Mortalità evitabile 0-74 anni - Trentino Alto Adige
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



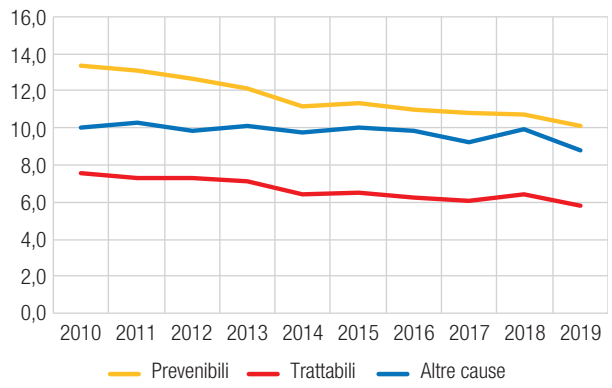
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.5. Mortalità evitabile 0-74 anni - Veneto
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



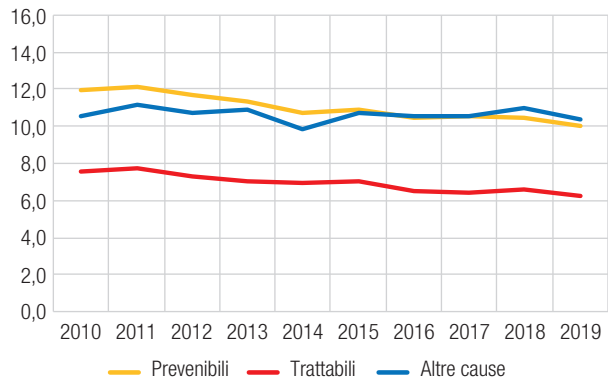
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.6. Mortalità evitabile 0-74 anni - Friuli Venezia Giulia
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



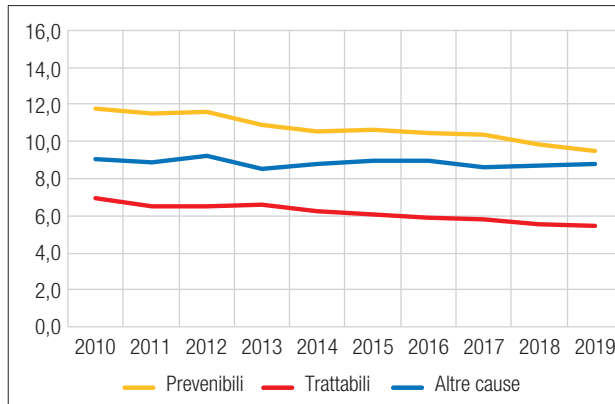
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.7. Mortalità evitabile 0-74 anni - Liguria
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



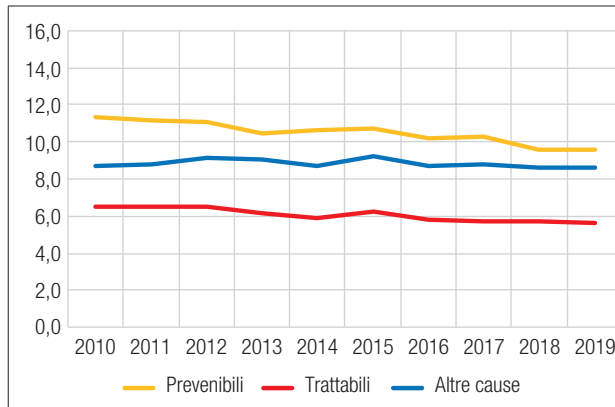
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.8. Mortalità evitabile 0-74 anni - Emilia Romagna
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



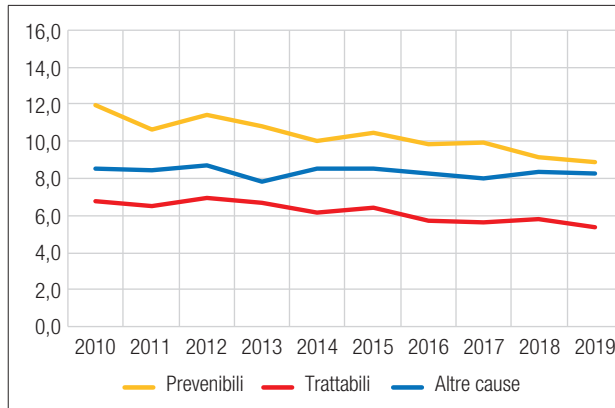
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.9. Mortalità evitabile 0-74 anni - Toscana
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



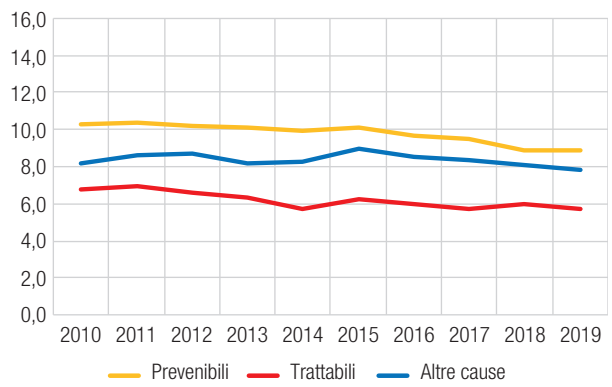
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.10. Mortalità evitabile 0-74 anni - Umbria
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



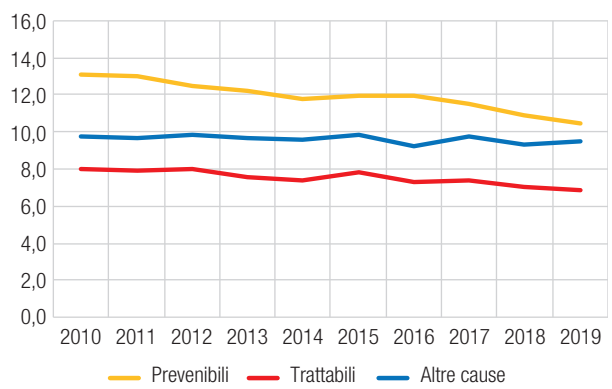
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.11. Mortalità evitabile 0-74 anni - Marche
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



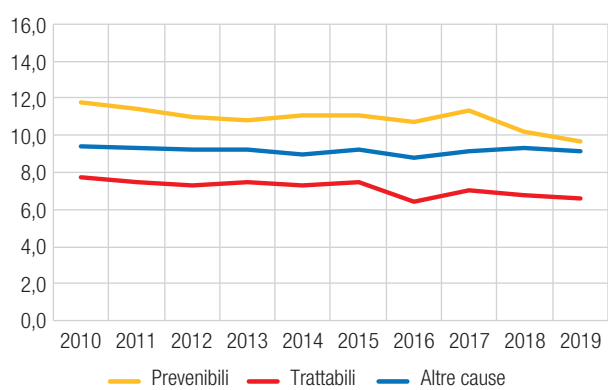
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.12. Mortalità evitabile 0-74 anni - Lazio
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



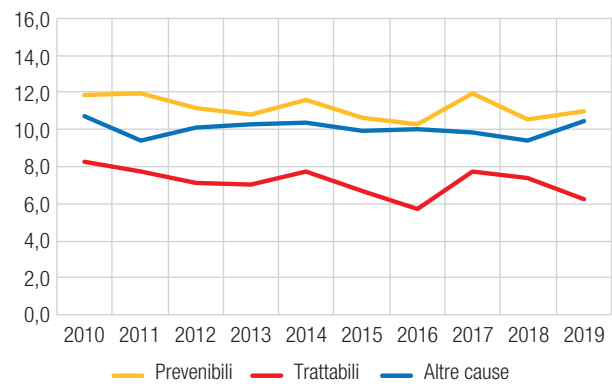
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.13. Mortalità evitabile 0-74 anni - Abruzzo
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



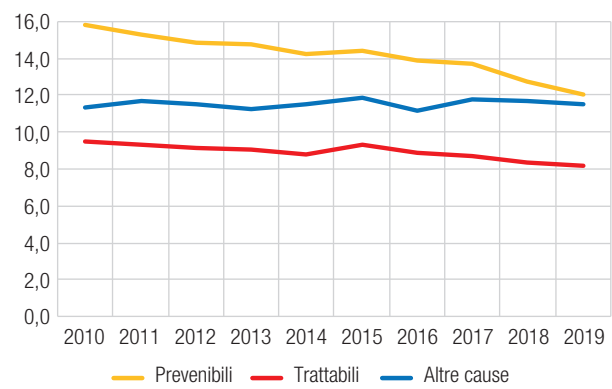
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.14. Mortalità evitabile 0-74 anni - Molise
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



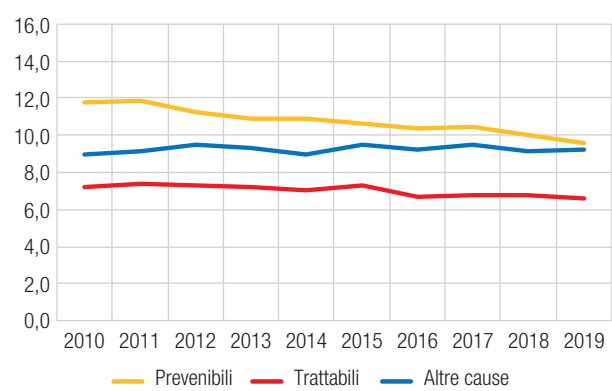
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.15. Mortalità evitabile 0-74 anni - Campania
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



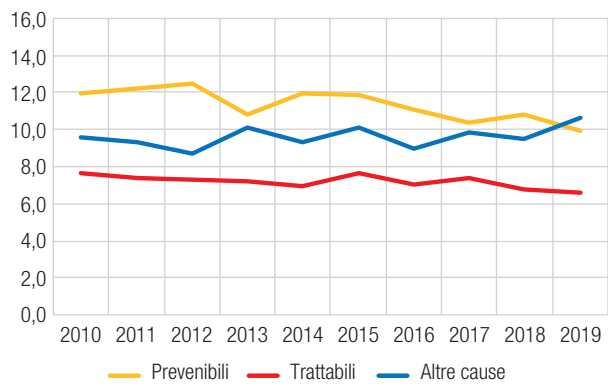
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.16. Mortalità evitabile 0-74 anni - Puglia
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



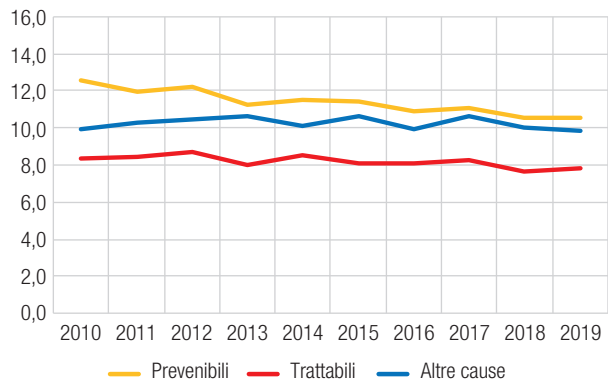
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.17. Mortalità evitabile 0-74 anni - Basilicata
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



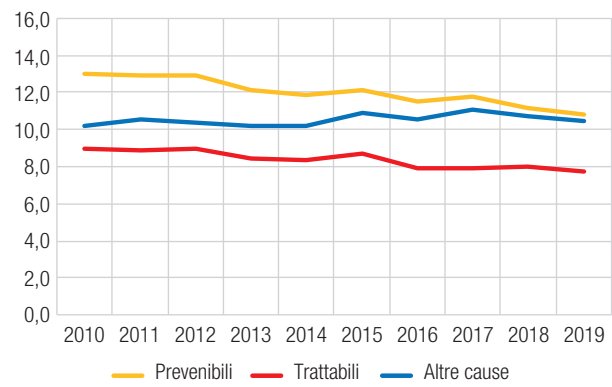
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.18. Mortalità evitabile 0-74 anni - Calabria
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



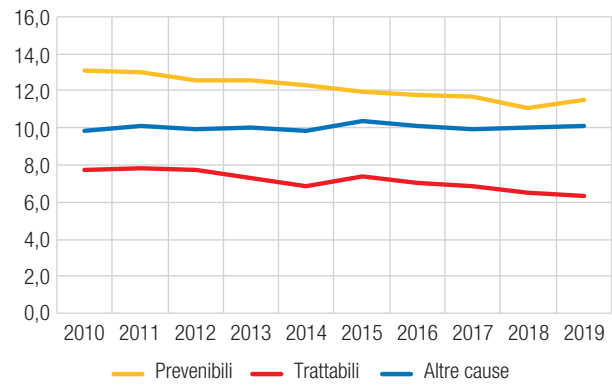
Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.19. Mortalità evitabile 0-74 anni - Sicilia
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

Figura 4c.6.20. Mortalità evitabile 0-74 anni - Sardegna
Tassi standardizzati per 10.000 residenti



Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

4c.8. Riflessioni finali

La mortalità evitabile rappresenta un indicatore sentinella, vale a dire uno di quegli indicatori che concretamente fanno parte della cassetta degli attrezzi di chi si occupa di sanità pubblica: quantificare quanti sono deceduti precocemente per cause per le quali non si dovrebbe morire sintetizza, di fatto, l'efficacia delle politiche sanitarie del Paese.

La metodologia per l'analisi di questo fenomeno è nel tempo migliorata, la classificazione delle cause di morte evitabili è stata raffinata, la popolazione osservata è stata ampliata.

A partire dall'Atlante Prometeo (1999-2001)[3], passando per l'Atlante ERA (2006-2009)[4] e proseguendo con il già citato Rapporto MEV(i) (dal 2013) la quantificazione dei decessi evitabili ha visto nel tempo un miglioramento su tutto il territorio nazionale, ma stando agli ultimi dati disponibili (2019) 2 morti su 3 fra i deceduti con meno di 75 anni sono ancora

[3] I volumi integrali sono disponibili su https://nebo.it
[4] I volumi integrali sono disponibili su https://atlantesanitario.it

ascrivibili a mortalità riducibile con interventi di sanità pubblica.

L'impatto diretto e indiretto della pandemia di COVID non è ancora del tutto misurabile, sia quale causa o concausa di morte ma anche, come già osservato due anni fa[5], riguardo alle responsabilità indirette sullo stato di salute degli italiani, legate al cambiamento negli stili di vita dovuto alle misure adottate per contrastare la diffusione del virus e contestualmente a un diverso utilizzo dei servizi sanitari indotto dalla gestione dell'emergenza.

A questo proposito vale la pena di sottolineare che se alcuni degli effetti diretti o indiretti della pandemia possono avere un riscontro a breve (ad esempio, la riduzione degli incidenti stradali), altri invece potranno avere ricadute nel corso degli anni (ad esempio, i mancati o ritardati esami diagnostici) e saranno presumibilmente più difficili da quantificare.

Riferimenti bibliografici

Buzzi N. et al. "ERA - Epidemiologia e ricerca applicata" (vari anni, www.atlantesanitario.it).

Eurostat "Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex", aggiornamento 2022

Istat "Indagine su decessi e cause di morte" (vari anni)

Istat "Nota metodologica - La base dati di mortalità giornaliera della popolazione residente"

Istat "Incidenti stradali in Italia", vari anni

Istat "Mortalità per causa del decesso nel periodo gennaio-giugno 2020"

Ministero della Sanità "Relazione sullo stato sanitario del Paese", ed. 1996

Rose G. A. "The Strategy of Preventive Medicine", 1992

Rutstein D. D. et al. "Measuring the quality of medical care. A clinical method.", N Engl J Med., 1976

[5] "COVID e mortalità evitabile: nuovi scenari (e possibili equivoci)", giugno 2020 (www.programmazionesanitaria.it)

ENGLISH SUMMARY

Avoidable mortality

Avoidable mortality is a sentinel indicator that supports the evaluation of the effectiveness of health policies by analysing deaths occurring before the age of 75 from causes for which the expectation is that people should not die.

Using data from the Istat survey on deaths by cause of death, the Centro Studi Nebo has quantified the size of the phenomenon, at regional and provincial levels, using an updated interpretation key based on the most recent classifications of causes of death that are considered avoidable as they can be prevented with better lifestyles and other public health interventions or treated through early diagnosis and therapy.

In 2019, the latest year for which the necessary data are available, 96,400 deaths of people aged between 0 and 74 occurred due to preventable causes: about two-thirds of all deaths in the same age group. In almost half of the cases, deaths were due to cancer and in 25% of cases to circulatory system diseases.

Using the most recent classification of avoidable causes for the 2010-2019 period, we can see how avoidable mortality for the age bracket up to 74 has decreased in both absolute and relative terms. In 2010 the standardised rate for avoidable deaths was 20×10,000 residents (equivalent to about 110,000 deaths), which has fallen steadily over the decade to a rate of 16.5×10,000 residents in 2019.

It should be noted that the distribution by gender shows that two-thirds of the events attributable to preventable causes of death are relating to male deaths. Of these male deaths, two out of three are still attributable to preventable causes (including, to a large extent, those related to alcohol drinking and smoking). Avoidable female mortality, instead, appears to be almost equally distributed between preventable and treatable causes.

The heterogeneity at territorial level remains relevant over time: in 2019, as against a standardised rate of avoidable mortality equal to 14×10,000 residents in Trentino Alto Adige, a value higher than 20 was recorded in Campania: a gap, however, lower than the one recorded in 2010 between the minimum (17 in Marche) and maximum (25 in Campania) regional rates.

Capitolo 5

Prevenzione: spesa per vaccini, un modello per ottimizzare il finanziamento regionale alla luce del Piano nazionale

Prevention: expenditure on vaccines, a model for optimising regional funding in the light of the National Plan

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 5
Prevenzione: spesa per vaccini, un modello per ottimizzare il finanziamento regionale alla luce del Piano nazionale

Giordani C.[1], Spandonaro F.[2]

5.1. Il contesto

La vaccinazione rappresenta una importante attività di prevenzione ed uno degli interventi di salute pubblica di maggior successo; nonostante ciò, la copertura (con particolare riferimento alle vaccinazioni di *routine*) si è stabilizzata nell'ultimo decennio, con un calo negli anni della pandemia di COVID-19[3]: circa 25 milioni di bambini hanno saltato le vaccinazioni nel 2021, 5,9 milioni in più rispetto al 2019 e il numero più alto dal 2009 (WHO[4]).

Nel 2021, nei Paesi membri WHO (soprattutto in quelli a basso e medio reddito) sono state segnalate solo 25 introduzioni di vaccini (esclusi i vaccini contro il COVID); sebbene siano aumentate rispetto alle 17 registrate nel 2020, si trovano ben al di sotto del numero registrato in qualsiasi anno negli ultimi due decenni pre-pandemia. È probabile che questo rallentamento continui, poiché l'attenzione internazionale rimane concentrata sul controllo della pandemia.

A livello internazionale, gli obiettivi sono stati definiti dalla WHO nel *Global Vaccine Action Plan* e nella recente "*Immunization Agenda - IA 2030*", una nuova e ambiziosa strategia globale per un mondo in cui tutti, ovunque e ad ogni età, possano beneficiare dei vaccini per una vita in piena salute. L' IA 2030 aspira a contribuire a mantenere i successi duramente conquistati nell'immunizzazione, a riprendersi dalle interruzioni causate dal COVID e ad aumentare l'accesso equo ai vaccini per tutti. A differenza di molti piani "globali", l'*Immunization Agenda 2030* è stata sviluppata attraverso un processo di co-creazione collaborativo "dal basso verso l'alto", che ha coinvolto migliaia di parti interessate, contribuendo a individuare i bisogni reali dei Paesi che affrontano le maggiori disuguaglianze di salute (Ministero della Salute).

A livello europeo, il Comitato Regionale Europeo della WHO ha adottato, nel settembre 2021, l'Agenda Europea per le vaccinazioni 2030.

A livello nazionale, il documento di riferimento in tema di immunizzazioni è il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), che 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[5]).

L'ultimo Piano adottato[6] è quello 2017-2019, che è stato approvato il 19.1.2017 (e successivamente prorogato fino alla fine del 2021) e che deriva dallo *European Vaccine Action Plan* 2015-2020 (EVAP), che ha a sua volta contestualizzato il *Global Vaccine Action Plan* 2011-2020 (GVAP) nella Regione Europea della WHO; esso viene utilizzato come riferimento in questo capitolo (e indicato nel prosieguo anche come "il Piano nazionale" o il "PNPV").

---

[1] Economista. L'autore scrive a titolo personale e non per conto dell'Ente di appartenenza

[2] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

[3] COVID è l'acronimo di Co (corona); Vi (virus); D (*'disease'*, malattia) e 19 (l'anno di identificazione del virus); si tratta della malattia che deriva dall'infezione causata dal virus "Sars-CoV-2" (Ministero della Salute, www.salute.gov.it "COVID")

[4] *World Health Organization*, https://www.who.int/

[5] https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp

[6] Nel momento in cui si scrive, il Ministero della Salute ha annunciato come imminente l'arrivo del nuovo Piano vaccinale

Il PNPV recita: «*L'art. 32 della Costituzione sancisce infatti che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la loro prevenzione primaria, è rappresentato dalla vaccinazione. L'obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è, infatti, quello di conferire uno stato di protezione a quei soggetti sani che, per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, sono esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni, nonché quello di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia o che possano essere causa di gravi complicazioni*».

Non sembra, quindi, necessario soffermarsi ulteriormente ad evidenziare l'importanza delle vaccinazioni, e neppure le connesse conseguenze economiche, quali i risparmi generabili.

Si vuole qui evidenziare, piuttosto, l'importanza di disporre di strumenti di monitoraggio e valutazione, specialmente in un contesto difficile come quello degli ultimi anni, caratterizzato dalla pandemia di COVID; quest'ultima, pur mettendo in evidenza l'importanza delle vaccinazioni, ha anche generato condizioni per un aumento del numero di persone suscettibili e a un maggiore rischio di epidemie di malattie prevenibili da vaccino, che a loro volta possono causare decessi e portare una aumentata richiesta di risorse sanitarie.

Nel periodo pandemico sono stati diversi i documenti pubblicati a livello internazionale per aiutare i Paesi nel processo decisionale su come e quando riprendere le campagne vaccinali di massa, sia quelle preventive che quelle di risposta a un'epidemia, fornendo indicazioni su come effettuare le vaccinazioni in sicurezza e ribadendo l'importanza di non saltare gli appuntamenti vaccinali, soprattutto per le vaccinazioni di *routine.*

Le varie raccomandazioni sono state recepite nel nostro Paese anche a livello regionale, adattandole alle singole realtà territoriali sulla base della intensità di circolazione del virus e delle misure restrittive in atto.

Con il progressivo superamento della situazione emergenziale, lo sviluppo della prevenzione vaccinale si è dovuta confrontare con la consapevolezza dei cittadini e con le risorse messe a disposizione dai sistemi sanitari.

Per quanto concerne il primo aspetto, rilevano i risultati di alcune *survey* (a livello europeo e nazionale) che indagano l'atteggiamento e la consapevolezza dei cittadini europei sul tema delle vaccinazioni. Una prima ricerca è stata pubblicata dalla Commissione Europea nel maggio 2019 (per i risultati, si veda il 17° Rapporto Sanità[7]). Di seguito vengono invece illustrati i risultati di seconda *survey*, sempre della Commissione Europea, che riguarda la fiducia nei vaccini da parte dei cittadini europei e si riferisce all'anno 2020, in un momento in cui non erano ancora disponibili i vaccini contro il COVID (visto che in questo capitolo questi ultimi non vengono presi in considerazione, come si vedrà meglio nel prosieguo). Per completezza di informazione, si riportano a seguire, sinteticamente, i risultati di ulteriori due ricerche, una nazionale e una europea, effettuate nel 2022.

Survey Commissione Europea 2020: la fiducia nei vaccini da parte dei cittadini europei

Nel 2020 la Commissione Europea ha pubblicato i risultati di uno studio basato sulla *survey* "*State of Vaccine Confidence in the EU+UK*" (prima edizione: 2018), che ha coinvolto oltre 27.000 cittadini dei 27 Paesi dell'Unione Europea e del Regno Unito (di seguito EU+UK) e 2.500 medici di medicina generale (MMG) e professionisti sanitari di 24 Paesi EU e del Regno Unito.

[7] 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

La *survey* prevedeva una serie di domande volte a misurare la fiducia dei partecipanti nei vaccini, in base ad un *mix* di variabili socio-demografiche (età, genere, livello di istruzione, religione).

In generale, il *Report* rivela come vi sia una grande fiducia tra gli europei nelle vaccinazioni, anche se la situazione è piuttosto difforme tra i vari Paesi, in alcuni dei quali la fiducia (se si considera la metrica descritta di seguito) verso le immunizzazioni è in calo (es. Ungheria, Romania, UK).

La metrica utilizzata per misurare la fiducia nei vaccini ha considerato i seguenti *items*:

- importanza, sicurezza ed efficacia dei vaccini (nel complesso)
- compatibilità dei vaccini con credenze religiose
- importanza e sicurezza del vaccino MPR (morbillo-parotite-rosolia)
- importanza e sicurezza del vaccino contro l'influenza stagionale
- importanza e sicurezza del vaccino contro il papilloma virus (HPV)

I risultati più significativi della *survey* sono che:

- una larga maggioranza dei cittadini EU+UK, in crescita rispetto al 2018, crede che i vaccini siano importanti, sicuri, efficaci e compatibili con le credenze religiose: il 92% dei partecipanti alla *survey* ritiene che i vaccini siano importanti (il 70% è fortemente d'accordo con tale affermazione, +3% rispetto al 2018); inoltre, l'87% dei cittadini EU+UK ritiene che i vaccini siano sicuri (+5%), il 90% concorda sulla loro efficacia (+3%) mentre il 79% ritiene che i vaccini siano compatibili con le loro credenze religiose (+2%)
- con particolare riferimento al vaccino trivalente MPR, l'88% dei partecipanti concorda sulla sua importanza e l'86% sulla sua sicurezza; sono inferiori le percentuali di chi ritiene che il vaccino contro l'influenza stagionale sia importante (77%, con un +10% rispetto al 2018) e sicuro (80%, +9%); infine, l'80% dei cittadini EU+UK concorda sull'importanza del vaccino HPV e il 78% sulla sua sicurezza; *v*ale la pena evidenziare come nell'aumento della fiducia verso il vaccino antinfluenzale possa aver giocato un ruolo fondamentale l'impatto della pandemia di COVID
- in molti Paesi, donne e giovani (che spesso prendono decisioni rispetto alle vaccinazioni dei bambini) sembrano avere meno fiducia nei vaccini rispetto agli uomini e agli anziani
- con riferimento alle differenze tra Paesi, l'Italia si posiziona nella parte alta del *ranking* (ovvero fra i Paesi in cui la fiducia è complessivamente più alta): nel 2020, infatti, il nostro Paese si posiziona al 7° posto (60%), dopo Portogallo e Spagna (70%), Lituania (69%), Finlandia (68%), UK (62%) e Svezia (61%); il livello di fiducia più basso, con percentuali inferiori al 50%, si registra in Ungheria (36%), Malta (39%), Cipro (41%), Slovacchia e Croazia (42%), Repubblica Ceca (44%), Slovenia e Lettonia (47%), Austria (48%), Bulgaria e Lussemburgo (49%). Diversi Paesi dell'Est Europa, dunque, nonostante l'incremento registrato rispetto al 2018, mostrano un livello particolarmente basso di fiducia in termini di importanza, sicurezza ed efficacia dei vaccini
- sempre con riferimento all'Italia e al 2020, le "percentuali di fiducia" registrate sono:
  - i vaccini sono importanti per i bambini: 91,1%
  - sicuri: 87,5%
  - efficaci: 89,6%
  - compatibili con religione: 81,5%
  - il vaccino MPR è importante per bambini: 84,8%
  - sicuro: 84,4%
  - il vaccino antinfluenzale è importante: 78,4%
  - sicuro: 81,6%
  - il vaccino HPV è importante: 85,0%
  - sicuro: 83,7%
- con riferimento al livello di fiducia nei vaccini registrato tra i professionisti sanitari (MMG, infermieri ed altri), esso si dimostra superiore a quello dichiarato dalla popolazione generale; inoltre, i Paesi in cui è maggiore la "*vaccine confidence*" dei MMG risulta essere più eleva-

ta anche la fiducia registrata tra la popolazione generale
- la fiducia nei vaccini dichiarata dai professionisti sanitari è piuttosto elevata in Italia; altri Paesi con elevata "*vaccine confidence*" sono Polonia e Lituania, mentre il livello registrato è piuttosto basso in Bulgaria e Lettonia.

In conclusione, la fiducia nelle vaccinazioni in EU+UK, nel 2020, si conferma elevata, sia tra la popolazione generale che tra i professionisti sanitari. La fiducia non è omogenea fra tutti i vaccini: risulta maggiore per il vaccino MPR rispetto, ad esempio, a quello contro influenza e HPV.

Il *Report* della Commissione Europea mostra come i Paesi possano sperimentare cambiamenti significativi nella fiducia del vaccino da parte della popolazione, sottolineando l'importanza di un monitoraggio continuo per consentire risposte rapide e mitigare i possibili effetti del calo di fiducia. Si consideri, peraltro, che nel momento in cui è stata effettuata l'indagine, come già ricordato, non erano ancora disponibili i vaccini contro il COVID e la Commissione Europea raccomandava agli Stati membri di tenersi pronti con azioni atte ad aumentare, se necessario, la fiducia della popolazione nei vaccini nel particolare contesto pandemico.

Ulteriori indagini sulla fiducia nei vaccini - 2022

La Commissione Europea ha recentemente aggiornato al 2022 la *survey* precedentemente descritta: "*State of Vaccine Confidence in the European Union – 2022*", pubblicata nel novembre 2022 (nel post-emergenza pandemica).

Secondo questo studio, dopo il picco di fiducia degli europei nelle vaccinazioni registrato nel 2020 ed illustrato in precedenza, il livello di tale fiducia è diminuito, tornando a livelli paragonabili a quelli del 2018 (prepandemia). In particolare, nei 27 Paesi UE, nel 2022 l'81,5% degli intervistati riconosce l'importanza dei vaccini (91,8% nel 2020), l'85,6% la loro efficacia (89,7% nel 2020) e l'82,3% la loro sicurezza (87% nel 2020). Nonostante la considerazione dei vaccini sia tornata ai livelli del 2018, si registra un *gap* di fiducia tra gli *over* 65 e i 18-34enni: questi ultimi sono diventati meno fiduciosi.

L'Italia guadagna posizioni e arriva al quarto posto nella classifica dei Paesi in cui è più diffusa la consapevolezza dell'efficacia e della sicurezza dei vaccini (di cui è cosciente il 61,8% dei cittadini). Per quanto riguarda il personale sanitario, il 96,1% degli intervistati italiani ha fiducia nei vaccini (sesto posto in EU, in posizione stabile rispetto a due anni fa).

I cambiamenti più significativi con riferimento ai cittadini italiani riguardano:
- aumento della fiducia nella sicurezza nel vaccino dell'influenza: 86,3% , con +4,1 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2020;
- calo della convinzione sulla importanza della vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia: 80,5% , -5 p.p. rispetto al 2020.

Con riferimento ai vaccini contro il COVID, l'81,3% ritiene che siano sicuri, l'84,8% che siano importanti.

Per completezza di informazione, si cita anche una indagine condotta a livello nazionale, tra aprile e maggio 2022, da *The European House*-Ambrosetti e dal Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità della Ricerca del CNR[8], sulla *vaccine confidence* degli italiani.

A livello complessivo, i risultati evidenziano un livello di fiducia nei confronti delle vaccinazioni molto elevato: il 92% dei rispondenti ritiene che i vaccini siano uno strumento sanitario efficace e sicuro contro le malattie infettive; i maggiori livelli di fiducia si rilevano in Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Puglia.

Dalla *survey,* inoltre, emerge come la fiducia degli italiani nelle vaccinazioni appaia maggiore dopo la pandemia da COVID; tuttavia, si è riscontrata una parte della popolazione, non marginale ed eterogenea, che ha rivelato diverse forme di "esitazione vaccinale", anche tra gli stessi vaccinati. Sono dunque emersi ambiti di intervento importanti sugli atteggia-

8 *The European House* - Ambrosetti (2022), "XVII Rapporto Meridiano Sanità", pag. 86

menti delle persone, a partire dalle modalità organizzative dei servizi di vaccinazione fino ad arrivare ai contenuti, dalle modalità di comunicazione fino agli strumenti di incentivazione.

Per concludere, si legge nei risultati della ricerca, *«poiché i determinanti dell'esitazione vaccinale includono concetti relativi a barriere e fattori di facilitazione, motivazioni al rifiuto vaccinale, credenze e attitudini rispetto alla vaccinazione, determinanti socio-culturali e fattori strutturali, ne consegue che le interconnessioni e interazioni esistenti tra tutti questi elementi facciano emergere la necessità di adottare approcci multidimensionali e interventi multidisciplinari e multilivello per affrontare efficacemente questo fenomeno»*.

5.2. Obiettivi

È propedeuticamente opportuno ribadire che in questo capitolo ci si riferisce alle vaccinazioni di *routine*, senza tener conto di quelle contro il COVID, che hanno seguìto un altro percorso, che qui non viene preso in considerazione se non come "contesto", considerando il periodo storico al quale si fa riferimento (oltretutto, come già precisato, l'emergenza pandemica ha avuto un grande impatto sulla gestione delle vaccinazioni di *routine*).

L'ampliamento delle opportunità vaccinali e il progressivo riconoscimento della strategicità delle vaccinazioni per la Sanità pubblica ha generato un progressivo allargamento di quelle inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)[9].

L'inserimento nei LEA, con conseguente accesso gratuito per la popolazione eleggibile secondo le modalità previste dal PNPV, è funzionale a che le Regioni dispongano delle risorse necessarie per garantire il diritto alla tutela sanitaria.

Da ormai più di un lustro il problema si è posto portando all'approvazione di Intese in Conferenza Stato-Regioni, esitate in norme a copertura dei fabbisogni, a fronte della quale diviene poi essenziale monitorare i comportamenti regionali, in termini di spesa e coperture effettivamente raggiunte.

In generale, si ricorda che le attività vaccinali ricomprese nei LEA vengono finanziate non dal fondo per la farmaceutica, bensì con una parte delle quote vincolate alle attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica; queste ultime sono attualmente ferme al 5% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN)[10].

Va, altresì, segnalato che, in seguito all'approvazione del PNPV 2017-2019, che ha introdotto nuove vaccinazioni rispetto al precedente Piano, la L. n. 232/2016 (Legge di Bilancio 2017) ha previsto un finanziamento alle Regioni a titolo di concorso al rimborso degli oneri dei vaccini, con specifica finalizzazione all'acquisto dei "nuovi vaccini"[11] inseriti nel calendario vaccinale.

In quella sede, fu appositamente stimato il costo aggiuntivo delle (allora) nuove vaccinazioni e degli oneri di adeguamento organizzativo.

Essendo il panorama vaccinale in rapida evoluzione, le suddette stime necessitano di un aggiornamento frequente, essendo ormai evidente il rischio di un disallineamento fra oneri derivanti dai LEA e risorse effettivamente disponibili.

In tale ottica, a seguire, dopo una disamina dei dati relativi ai consumi e alla spesa effettiva per tutte le tipologie di vaccini, viene presentato un "modello" realizzato da C.R.E.A. Sanità per addivenire, seppure con tutte le necessarie approssimazioni del caso, al calcolo di consumi e oneri "attesi", a livello regionale per l'acquisto dei vaccini. Il modello fa riferimento ai vaccini compresi nel calendario inserito nel PNPV 2017-2019 (e quindi ricompresi nei LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017) e alle coperture vac-

[9] Prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse) (Ministero della Salute)

[10] In base ai livelli percentuali previsti dall'Intesa del 3.12.2009, poi riconfermati dal D.Lgs. 68/2011

[11] Non possono più essere considerati "nuovi" nel senso letterale del termine, in quanto il Piano risale, come detto, al 2016. Nel prosieguo l'espressione potrà essere utilizzata senza virgolette

cinali auspicate.

5.3. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Il punto di riferimento per le politiche di immunizzazione nazionali, come già osservato, è il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale; il calendario in esso contenuto accompagna la popolazione lungo tutto l'arco della vita, dalla nascita all'età avanzata.

L'ultimo Piano approvato è stato il PNPV 2017-2019, già incluso nel DPCM 12.1.2017 di aggiornamento dei LEA e la cui validità, in considerazione delle condizioni eccezionali provocate dalla pandemia di COVID, è stata prorogata fino al 31.12.2021 (con deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 25.3.2021). Grazie all'approvazione di questo Piano i cittadini italiani possono "beneficiare di una offerta di salute, attiva e gratuita, tra le più avanzate in Europa"[12].

Secondo quanto comunicato dal Ministero della Salute[13], è prossima la presentazione del nuovo Piano (è stata recentemente anche aggiornata la composizione del NITAG - *National immunization technical advisory group* - organo indipendente col compito di supportare il Ministero della Salute nella formulazione di raccomandazioni "*evidence-based*" sulle questioni relative alle vaccinazioni e alle politiche vaccinali, raccogliendo, analizzando e valutando prove scientifiche). Con il nuovo Piano si dovrebbe scorporare il calendario vaccinale dal piano vaccinale vero e proprio, il che consentirebbe di aggiornare anno dopo anno il calendario sulla base dell'introduzione di nuovi vaccini, disponibilità di tecnologie sempre più avanzate, vaccini più efficaci e più sicuri; si prevede, anche, di estendere l'offerta per determinati vaccini a fasce d'età che non sono sinora coperte.

Prendendo in considerazione il PNPV 2017-2019, ultimo vigente, va propedeuticamente ricordato che esso discende dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, i cui princìpi sono stati ripresi nel nuovo PNP 2020-2025[14] ed anche dallo *European Vaccine Action Plan* 2015–2020 (EVAP), che a sua volta rappresenta la contestualizzazione del *Global Vaccine Action Plan* 2011–2020 (GVAP) nella Regione Europea dell'OMS, in accordo con la "*Immunization Agenda* 2030", di cui si è già detto.

Il PNPV 2017-2019 condivide con il precedente (PNPV 2012-2014) l'obiettivo generale della «*armonizzazione delle strategie vaccinali nel Paese al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socioculturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza, e disponibili nel tempo (prevenendo, il più possibile, situazioni di carenza), e a servizi di immunizzazione di livello eccellente*».

Ricordiamo, altresì, che l'EVAP si basa su 6 obiettivi: sostenere lo stato polio-*free*, eliminare morbillo e rosolia, controllare l'infezione da HBV, soddisfare gli obiettivi di copertura vaccinale europei a tutti i livelli amministrativi e gestionali, prendere decisioni basate sulle evidenze in merito all'introduzione di nuovi vaccini e realizzare la sostenibilità economica dei programmi nazionali di immunizzazione. Da questi, derivano gli obiettivi assunti dal PNPV[15], per il raggiungimento dei quali, tanto a livello nazionale quanto a quello internazionale, è stata sollecitata una particolare attenzione a:

1. stimare il costo del Piano vaccinale e indivi-

[12] Ministero della Salute, Circolare "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale" del 9.3.2017

[13] Dal Direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, in occasione del 55° Congresso nazionale della Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (Siti), tenutosi a Padova dal 28 settembre al 1° ottobre 2022 - https://www.adnkronos.com/vaccini-rezza-con-nuovo-pnpv-offerta-a-fasce-deta-prima-non-coperte_47PrjGfuduolOAkocQZ9JB

[14] Adottato il 6.8.2020 con Intesa Stato-Regioni

[15] Si rimanda al PNPV 2017-2019 per il dettaglio degli obiettivi, peraltro già discussi in 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

duare i bisogni, anche finanziari e le fonti di risorse
2. garantire che per la realizzazione degli obiettivi del Piano siano allocate risorse adeguate
3. attivare meccanismi di monitoraggio e valutazione coerenti e rilevanti, per controllare l'attuazione e l'efficacia del Piano stesso.

A questo proposito, il PNPV ha evidenziato alcune criticità, a partire dal costo aggiuntivo: a tal fine, è stata effettuata una stima dei maggiori oneri derivanti dall'inserimento nel Piano delle nuove vaccinazioni e dal completamento dei Piani pregressi (che qui non viene preso in esame), al netto dei costi diretti evitabili per la mancata vaccinazione[16]; dell'esito della stima si parlerà brevemente nel paragrafo sul finanziamento.

Altre criticità evidenziate nel Piano sono quelle che riguardano le difficoltà logistiche e organizzative da parte delle amministrazioni sanitarie locali nel garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale (non tutte le amministrazioni regionali hanno adeguato le loro strutture all'introduzione della obbligatorietà per alcune vaccinazioni, necessaria a causa del calo delle coperture), come anche la difformità della rilevazione statistica e di certificazione, in particolare ai fini del monitoraggio (nel Piano era indicato l'obiettivo di giungere ad una anagrafe nazionale omogenea e robusta, inserita nei flussi informativi nazionali).

Un ultimo aspetto da considerare, di cui dovrebbero tener conto i *decision makers* nelle loro valutazioni, riguarda i costi della mancata vaccinazione; come evidenziato nello stesso PNPV 2017-2019, infatti, *«non vaccinare contro una malattia prevenibile, se da un lato determina un risparmio, limitato, di risorse legate all'acquisto e alla somministrazione dei vaccini, dall'altro rappresenta invece un costo spesso assai più rilevante tanto in termini di salute (qualità della vita) che economici (costi diretti e costi indiretti). La mancata vaccinazione comporta la persistenza del numero dei casi di malattia, di ospedalizzazioni e morti ai livelli ordinari pre-vaccinali, mentre sarebbe possibile - con coperture vaccinali elevate - ottenere meno complicanze e spese conseguenti sia alla necessità di curare le malattie non prevenute, che alla necessità comunque di affrontare i costi indiretti che conseguono alla perdita di giornate lavorative e scolastiche per malattia, nonché effetti positivi in termini di riduzioni di prestazioni fornite dal sistema previdenziale (INPS)»*.

Operativamente, il Ministero della Salute, con la Circolare del 9.3.2017, ha definito la tempistica di avvio dell'offerta attiva delle nuove vaccinazioni e i relativi obiettivi di copertura vaccinale: tempistica che è stata ridefinita nel tempo, per "adattarla" alle necessità temporali di adeguamento a livello regionale.

La tabella 5.1. riassume le nuove vaccinazioni introdotte e i relativi obiettivi di copertura, nonché il *trend* atteso (2017-2020) per il loro raggiungimento.

Vale la pena di ricordare che gli obiettivi di copertura originariamente indicati all'interno del PNPV 2017-2019 si fermavano al 2019, ed erano temporalmente "più ambiziosi". Va aggiunto che tali obiettivi erano, peraltro, già frutto di uno slittamento, in quanto originariamente previsti per gli anni 2016-2018.

Come anticipato, il legislatore, consapevole di quanto il perseguimento degli obiettivi del Piano sia condizionato dalla disponibilità di risorse e dalla loro gestione, ha effettivamente stanziato, nell'ambito del finanziamento del SSN (L.n. 232/2016), somme a copertura dei nuovi oneri regionali, erogate a titolo di concorso al rimborso della spesa, ovvero con specifica finalizzazione all'acquisto dei vaccini.

Si evidenzia, inoltre, lo stanziamento previsto dal D.L. n. 73/2017 per l'Anagrafe nazionale vaccini, convertito con L.n. 119/2017; successivamente, il Decreto del Ministero della Salute 15.7.2019 ha individuato le modalità di riparto territoriale degli ulteriori stanziamenti di cui alla L. n. 145/2018 (art. 1, comma 585).

[16] Di cui all'allegato B dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 7.9.2016 sullo "Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - LEA" - Rep. Atti n. 157/CSR

Tabella 5.1. Obiettivi di copertura per le nuove vaccinazioni del PNPV 2017-2019 (estesi come da Circolare ministeriale)

Fascia d'età	Vaccinazione	2017	2018	2019	2020
I anno di vita	Meningococco B	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
	Rotavirus	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%
II anno di vita	Varicella I dose	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
5-6 anni di età	Varicella II dose	-	-	-	-
Adolescenti	HPV maschi 11enni	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%
	IPV	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 90%
	Meningococco tetravalente ACWY135	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%	75%
	Zoster	-	20%	35%	50%

Fonte: Ministero della Salute, Circolare "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale" del 9.3.2017

5.4. Il finanziamento delle attività vaccinali

Le attività vaccinali nei LEA

Secondo il DPCM 29.11.2001, "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", le attività di prevenzione rivolte alla persona, ossia vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e programmi di diagnosi precoce, erano inserite nel macro-livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro". In particolare, tra queste attività erano ricomprese le "vaccinazioni obbligatorie e vaccini per le vaccinazioni raccomandate anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti" (in base al Piano Sanitario Nazionale e al Piano Vaccinale).

Il DPCM 12.1.2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (…)", ha successivamente modificato la denominazione del primo macro-livello in "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"; esso si articola in 7 aree di intervento, una delle quali è dedicata alla "sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali", che a sua volta prevede 5 sotto-aree (A1, A2, A3, A4 e A5). La sotto-area A3 riguarda specificamente le vaccinazioni, e in particolare comprende:

- nuovi nati: cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, rotavirus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C
- adolescenti: ciclo di base (come da calendario) di vaccino antimeningococcico ACWY135 e vaccino anti HPV
- soggetti di età pari a 65 anni: ciclo di base (come da calendario) di vaccino antipneumococcico[17] PCV13+PPV23 e vaccino antizoster
- soggetti di età ≥65 anni: vaccino antinfluenzale stagionale
- soggetti a rischio di tutte le età: vaccinazioni previste dal PNPV 2012-2014 e da altre nor-

[17] In questo capitolo con "pneumococco 10" o "PCV10" e "pneumococco 13" o "PCV13" si fa riferimento ai vaccini coniugati 10-valente e 13-valente contro lo pneumococco; con "pneumococco 23" o "PPV23" si fa riferimento al vaccino polisaccaridico non coniugato 23-valente contro lo pneumococco (per adulti). Dal 2020 i vaccini coniugati sono confluiti nell'unica voce che nelle rilevazioni OsMed è denominata "Vaccino pneumococco polisaccaridico coniugato"

mative nazionali sull'argomento.

Vengono anche specificati i programmi e le prestazioni inclusi nell'area.

I programmi previsti per l'attività vaccinale sono:

- completamento anagrafi vaccinali informatizzate regionali e trasmissione dati informatizzati a livello nazionale
- monitoraggio delle coperture vaccinali e sorveglianza delle reazioni avverse al vaccino
- valutazione della qualità dei programmi vaccinali
- valutazione dell'impatto di salute dei programmi vaccinali attraverso la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione
- monitoraggio della attitudine alla vaccinazione e dei motivi di mancata vaccinazione.

Le prestazioni previste sono:

- inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali
- vaccinazioni secondo le buone pratiche
- interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni
- esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive
- produzione di *report*.

Rispetto al DPCM del 2001, si rileva, quindi, una diversa aggregazione delle attività, una maggiore specificazione dei programmi e una maggiore attenzione alla sorveglianza e alla prevenzione primaria delle malattie croniche.

Inoltre, si prevede che siano a carico del SSN le vaccinazioni indicate dal PNPV 2012-2014, quelle previste dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, nonché ulteriori vaccinazioni.

Più in particolare, l'art. 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016 sullo schema di DPCM di aggiornamento dei LEA, impegna le Regioni e le Province Autonome a garantire il raggiungimento delle coperture per le nuove vaccinazioni introdotte, con la gradualità descritta nella tabella 5.1. Infatti, il PNPV 2017-2019 prevede che le nuove vaccinazioni vengano offerte gratuitamente alla popolazione per fascia d'età e contiene capitoli dedicati agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali): meningococco B e rotavirus (1° anno di vita); varicella 1° dose (2° anno di vita); varicella 2° dose (5-6 anni); HPV nei maschi 11enni, IPV e meningococco tetravalente ACWY135 (adolescenti); pneumococco e zoster (anziani).

Il finanziamento

Come anticipato, le attività vaccinali ricomprese nei LEA vengono finanziate, in generale, con una parte delle quote destinate alle attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica; queste ultime, come già evidenziato, sono attualmente pari al 5% del Fondo Sanitario Nazionale.

Per il descritto primo aggiornamento dei LEA la Legge di stabilità 2016 ha finalizzato l'importo di € 800 mln. annui, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* nazionale.

Si ricorda che in base all'articolo 26 del D. Lgs. n. 68 del 2011, a decorrere dall'anno 2013 il fabbisogno sanitario nazionale *standard* è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite Intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei LEA erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza[18].

Il comma 392 della Legge di bilancio 2017 (L.n. 232/2016) ha, quindi, rideterminato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, ai sensi dell'articolo 26 del D. Lgs. n. 68 del 2011, fissandolo in € 113 mld. per il 2017 e in € 114 mld. per il 2018, di cui € 1 mld. vincolato alle specifiche finalità di cui ai commi 400 (innovativi), 401 (oncologici innovativi), 408 (vaccini) e 409 (assunzioni).

[18] Il D.Lgs. n. 68/2011, art. 27 c. 5, stabilisce che "il calcolo del costo medio *standard*" deve essere determinato per ciascuno dei tre livelli di assistenza, ottenuto come media ponderata dei costi delle tre Regioni *benchmark*, per poi essere applicato alla popolazione pesata regionale

In particolare, la specifica finalizzazione per i vaccini è stata pari a € 100 mln. per l'anno 2017, € 127 mln. per l'anno 2018 e € 186 mln. a decorrere dall'anno 2019, destinati al concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei nuovi vaccini compresi nel PNPV, sulla base di criteri individuati da una Intesa adottata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP. AA. di Trento e di Bolzano e successiva Delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Con riferimento all'anno 2020, sulla base di quanto riportato nell'Intesa Stato-Regioni n. 55/CSR del 31.3.2020 (che conferma il criterio di riparto basato sul fabbisogno nazionale *standard*) e nella successiva Delibera CIPE n. 20/2020, integrata dalla Delibera CIPE n. 35/2021, nella tabella 5.2. viene mostrato il riparto regionale che comprende la quota finalizzata al concorso per il rimborso dei nuovi vaccini previsti dal PNPV 2017-2019, pari a € 186 mln., ripartiti in base alla quota di accesso determinata nell'Intesa; la media nazionale pro-capite è pari a € 3,12, passando da € 2,96 in Liguria a € 3,29 in Campania, con una differenza dell'11,2% fra le Regioni "estreme".

Nel 2020 la spesa (fonte: OsMed) per l'acquisto dei vaccini in Italia, pari a € 548.547.077, sarebbe dunque pari allo 0,5% del Fondo sanitario (finanziamento indistinto) e a circa il 9,7% della somma destinata alla prevenzione collettiva e sanità pubblica.

Tabella 5.2. Finanziamento indistinto del SSN e quote destinate alla prevenzione e al rimborso delle spese per l'acquisto dei nuovi vaccini inclusi nel PNPV. Anno 2020

Regioni	Finanziamento indistinto (ante-mobilità)	Quota del finanziamento indistinto destinata alla prevenzione*	Quota del finanziamento indistinto quale concorso per il rimborso delle spese per acquisto nuovi vaccini PNPV 2017-2019**		
	€	€	€	pro-capite (€)^	quota di accesso (%)
Italia	113.257.674.550	5.636.635.698	186.000.000,00	3,12	100,00
Piemonte	8.345.429.775,52	406.704.849	13.698.488,26	3,03	7,36
Valle d'Aosta	238.107.997,49	11.734.124	390.683,72	3,05	0,21
Lombardia	18.856.319.277,59	939.494.619	30.958.261,35	3,10	16,64
P.A. di Bolzano	972.698.061,95	49.609.937	1.596.261,13	3,21	0,86
P.A. di Trento	1.009.343.310,93	50.531.610	1.655.831,32	3,09	0,89
Veneto	9.225.741.398,38	458.127.770	15.143.778,99	3,08	8,14
Friuli Venezia Giulia	2.338.787.019,71	113.446.461	3.839.846,20	2,99	2,06
Liguria	3.037.687.482,93	144.717.788	4.986.232,00	2,96	2,68
Emilia Romagna	8.456.076.438,21	416.370.694	13.871.740,89	3,05	7,46
Toscana	7.137.074.808,55	348.194.949	11.716.166,93	3,03	6,30
Umbria	1.688.950.530,24	82.340.174	2.771.450,34	3,04	1,49
Marche	2.902.941.267,60	142.400.430	4.767.823,57	3,05	2,56
Lazio	10.959.094.856,51	549.084.424	18.001.762,19	3,17	9,68
Abruzzo	2.479.683.089,78	122.470.446	4.073.033,16	3,09	2,19
Molise	580.845.106,53	28.535.440	954.542,36	3,07	0,51
Campania	10.526.090.914,61	542.034.500	17.301.379,99	3,29	9,30
Puglia	7.493.256.467,90	376.301.200	12.316.461,80	3,17	6,62
Basilicata	1.058.522.217,33	52.563.427	1.737.937,99	3,13	0,93
Calabria	3.609.724.025,54	181.856.260	5.934.352,80	3,22	3,19
Sicilia	9.234.616.064,00	466.993.038	15.180.242,83	3,23	8,16
Sardegna	3.106.684.438,71	153.123.558	5.103.722,18	3,07	2,74

* Per il calcolo di tale importo sono stati utilizzati i criteri indicati nella Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 55/CSR del 31 marzo 2020
** Quota prevista dalla L. n. 232/2016 a decorrere dall'anno 2019
^ Calcolato in base alla popolazione pesata così come riportata nei Rapporti OsMed 2020 e 2021

Fonte: Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 55/CSR del 31 marzo 2020; Delibere CIPE 20/2020 e 35/2021; Rapporti OsMed 2020 e 2021

La tabella 5.3. aggiorna al 2021 quanto illustrato nella tabella 5.2., in base a quanto previsto nell'Intesa Stato-Regioni n. 152/CSR del 4.8.2021, che conferma il criterio di riparto basato sul fabbisogno nazionale *standard* indistinto, e alla Delibera CIPE 70/2021; in particolare, si conferma la quota di € 186 mln. per il rimborso dei nuovi vaccini previsti dal PNPV, che risulta pari a € 3,14 pro-capite a livello nazionale: si va da € 2,97 in Liguria a € 3,31 in Campania. La situazione sostanzialmente ricalca, come previsto, quella dell'anno precedente, a meno di minimi arrotondamenti.

La spesa per l'acquisto dei vaccini in Italia, nel 2021, pari a € 621.885.840[19], corrisponderebbe dunque allo 0,5% del Fondo sanitario (finanziamento indistinto) e a circa l'11,7% della somma destinata alla prevenzione collettiva e sanità pubblica.

Tabella 5.3. Finanziamento indistinto del SSN e quote destinate alla prevenzione e al rimborso delle spese per l'acquisto dei nuovi vaccini inclusi nel PNPV. Anno 2021

Regioni	Finanziamento indistinto (ante-mobilità)	Quota del finanziamento indistinto destinata alla prevenzione*	Quota del finanziamento indistinto quale concorso per il rimborso delle spese per acquisto nuovi vaccini PNPV 2017-2019**		
	€	€	€	pro-capite (€)^	quota di accesso (%)
Italia	116.295.577.651	5.328.552.180	186.000.000,00	3,14	100,0
Piemonte	8.561.559.128,17	385.338.659	13.712.976,51	3,07	7,37
Valle d'Aosta	246.275.916,15	11.172.830	393.345,39	3,10	0,21
Lombardia	19.535.439.958,41	895.874.853	31.210.554,51	3,16	16,78
P.A. di Bolzano	1.018.180.394,03	47.566.877	1.618.676,19	3,26	0,87
P.A. di Trento	1.060.119.590,75	48.724.039	1.688.485,39	3,18	0,91
Veneto	9.542.262.384,00	435.933.033	15.245.023,24	3,11	8,20
Friuli Venezia Giulia	2.404.739.326,18	107.822.957	3.856.926,17	3,03	2,07
Liguria	3.085.356.419,33	136.351.913	4.957.483,98	2,97	2,67
Emilia Romagna	8.793.463.287,20	398.916.085	14.036.933,69	3,12	7,55
Toscana	7.324.821.638,10	330.035.347	11.733.627,37	3,05	6,31
Umbria	1.728.926.783,07	77.776.224	2.766.452,43	3,05	1,49
Marche	2.984.401.496,45	135.189.636	4.784.530,33	3,09	2,57
Lazio	11.160.477.489,38	514.159.565	17.845.032,63	3,15	9,59
Abruzzo	2.538.851.541,89	115.622.997	4.067.472,20	3,11	2,19
Molise	592.315.108,09	26.857.020	951.274,61	3,11	0,51
Campania	10.808.558.599,33	509.988.437	17.244.622,80	3,31	9,27
Puglia	7.641.472.178,18	353.143.022	12.238.324,85	3,15	6,58
Basilicata	1.081.829.205,34	49.431.206	1.729.584,66	3,14	0,93
Calabria	3.650.559.163,60	169.190.623	5.847.430,89	3,21	3,14
Sicilia	9.364.206.635,65	435.445.482	14.984.931,77	3,20	8,06
Sardegna	3.171.761.407,93	144.011.375	5.086.310,42	3,07	2,73

* Per il calcolo di tale importo sono stati utilizzati i criteri indicati nella Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 152/CSR del 4 agosto 2021
** Quota prevista dalla L. n. 232/2016 a decorrere dall'anno 2019
^ Calcolato in base alla popolazione pesata così come riportata nel Rapporto OsMed 2021

Fonte: Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 152/CSR del 4 agosto 2021; Delibera CIPE 70/2021; Rapporto OsMed 2021

[19] Si ricorda che non vengono considerati i vaccini contro il COVID

Tabella 5.4. Stima degli oneri per i nuovi vaccini inclusi nel PNPV 2017-2019 (con copertura ottimale), per tipologia di vaccino

Fascia d'età	Vaccinazione	Spesa totale a regime dal 2018 (stima con copertura vaccinale ottimale)* € mln.	Copertura ottimale a regime (%)
I anno di vita	Meningococco B	127, 7	≥ 95
	Rotavirus	31, 3	≥ 95
II anno di vita	Varicella I dose	18,8	≥ 95
5-6 anni di età	Varicella II dose	20,2	≥ 95
Adolescenti	HPV maschi 11enni	16, 6	≥ 95
	IPV	2,7	≥ 90
	Meningococco tetrav. ACWY135	17,8	≥ 95
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	34,3	75
	Zoster	34,0	50
Spesa totale Italia (stima) (€ mln.)		303,3	
Oneri già sostenuti dalle Regioni (€ mln.)		87,1	
Risparmi indiretti vaccini (€ mln.)		30,0	
Spesa Italia (al netto della spesa già sostenuta dalle Regioni e dei risparmi indiretti) (€ mln.)		186,2	

* Le stime effettuate nel 2016 prevedevano il 2018 come anno di raggiungimento delle coperture ottimali; i tempi per tale obiettivo sono stati successivamente rivisti.

Fonte: Camera dei Deputati – XVII Legislatura (2016); Ministero della Salute, Relazione tecnica (2016)

Il criterio di riparto basato sulle quote di accesso regionale al fabbisogno sanitario nazionale *standard* indistinto, peraltro già utilizzato per i fondi per i farmaci innovativi, non tiene conto adeguatamente degli specifici fabbisogni regionali in campo vaccinale. Negli atti parlamentari[20] a supporto della stesura del DPCM sui nuovi LEA viene riportato, in dettaglio, il processo di valutazione con cui si è poi addivenuti alla stima del fabbisogno di € 186 mln. (Tabella 5.4.), originariamente garantito dalla L.n. 232/2016 e finalizzato all'acquisto dei nuovi vaccini introdotti dal PNPV 2017-2019 (a regime, considerando le coperture vaccinali ottimali)[21].

Nei citati atti parlamentari si trovano anche le determinazioni del riparto regionale degli oneri (totali, pari a € 303,3 mln. a livello nazionale) per l'acquisto dei nuovi vaccini del PNPV basato sui prezzi medi dei vaccini (riferiti ai soli costi per l'acquisto) nei bandi di gara, che vengono moltiplicati per le somministrazioni da effettuare e la quota di soggetti da immunizzare per raggiungere i livelli di copertura previsti[22].

In dettaglio, la stima si è basata sui seguenti elementi:

- popolazione Istat 2014
- prezzo medio per vaccino nei bandi di gara aggiudicati a livello regionale nel 2013 (non vengono però specificati quali vaccini si considerano per ottenere le coperture previste)
- raggiungimento delle coperture vaccinali ritenute ottimali secondo la letteratura scientifica.

[20] Camera dei Deputati – XVII Legislatura (2016); Relazione tecnica Ministero della Salute (2016)

[21] Per completezza, si ricorda che negli atti parlamentari viene riportata anche la stima degli oneri necessari per il completo raggiungimento degli obiettivi del PNPV 2012-2014 (pari a € 34 mln. a regime)

[22] Il riparto regionale dei € 303,3 mln. è anche già stato illustrato in 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

Tabella 5.5. Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescenza (%), per i nuovi vaccini del PNPV. Anno 2020

Regione	Bambini 24 mesi (coorte 2018)			Bambini 5-6 anni (coorte 2013)	Adolescenti		
	Men B	Rota	Var. I dose	Var. II dose	HPV maschi 11enni (coorte 2008)	Men ACWY nei 16enni (coorte 2004)	Polio nei 16enni (coorte 2004)
Italia	66,30	62,80	90,28	40,56	24,17	52,88	62,10
Piemonte	78,42	75,81	90,29	6,32	43,50	62,79	65,94
Valle d'Aosta	68,76	23,71	87,30	4,28	5,43	83,45	88,16
Lombardia	25,63	74,21	90,94	12,04	16,55	58,36	55,30
P.A. di Bolzano	49,87	41,69	75,74	28,36	10,38	0,33	65,52
P.A. di Trento	80,94	72,89	92,64	15,21	55,37	84,36	85,33
Veneto	91,39	80,95	93,36	81,98	16,35	78,77	78,49
Friuli Venezia Giulia	77,66	66,57	90,79	72,84	7,95	59,53	58,11
Liguria	87,60	58,08	87,73	20,94	37,01	53,94	70,64
Emilia Romagna	87,02	73,45	91,37	31,03	46,89	88,15	97,82
Toscana	78,01	43,95	94,08	84,35	40,54	35,62	75,72
Umbria	73,30	27,62	90,66	24,09	46,87	8,55	76,12
Marche	72,35	58,99	89,98	44,86	22,46	52,73	71,70
Lazio	70,67	43,73	95,21	20,58	9,59	53,15	56,47
Abruzzo	66,35	44,46	55,59	22,16	18,52	53,03	66,99
Molise	64,63	73,97	86,53	63,09	29,54	34,61	55,49
Campania	58,15	39,89	88,48	16,75	12,82	0,00	37,55
Puglia	69,55	69,57	92,63	84,80	39,11	77,47	64,98
Basilicata	83,35	65,12	89,37	32,16	38,17	80,78	79,68
Calabria	86,82	79,91	88,91	66,85	31,22	33,09	60,79
Sicilia	66,85	59,83	88,68	72,21	14,90	51,94	40,98
Sardegna	79,15	79,19	91,59	77,62	12,25	41,82	61,76

Men B= meningococco B; Rota= rotavirus; Var= varicella; HPV= papilloma virus umano; vaccinati con ciclo completo; Men ACWY= meningococco ACWY

Fonte: Ministero della Salute, www.salute.gov.it, ultimo accesso ottobre 2022

Di tali determinazioni, tuttavia, sembra non essersi poi, di fatto, tenuto completamente conto nelle Intese Stato-Regioni.

Dai € 303,3 mln. stimati si giunge alla quantificazione di un onere aggiuntivo di € 186 mln. a regime (ex L.n. 232/2016) tenendo conto di due fattori: il primo è che qualche Regione aveva già inserito nel proprio calendario alcune delle vaccinazioni introdotte dal PNPV 2017-2019, per un onere totale stimato in circa € 87 mln.[23], coperto con la quota annuale dei fondi vincolati degli obiettivi di Piano (linee progettuali specifiche); la spesa stimata scenderebbe così a € 216 mln..

Il secondo fattore da considerare è la riduzione dei costi diretti del SSN[24] ottenibile grazie alle immunizzazioni (stimati in modo prudenziale, a livello complessivo di sistema sulla base della letteratura scientifica nazionale e internazionale, nel 14% della

[23] Calcolato in base alle coperture vaccinali al 31.12.2014, come dettagliato negli atti parlamentari

[24] Costi legati alla gestione clinica della malattia in assenza di vaccinazione (es. consulti medici e farmaci prescritti, visite al pronto soccorso, ricoveri e accertamenti diagnostici)

maggiore spesa annua prevista per le nuove vaccinazioni, e quindi pari a € 30 mln., da sottrarre a € 216 mln.).

Da una parte, riconsiderare ogni anno un onere aggiuntivo pari a € 186 mln. potrebbe, alla lunga, determinare una sorta di "sovrafinanziamento", per effetto della tendenza nel tempo al decremento del prezzo dei vaccini (e quindi dell'onere); dall'altra, l'attesa introduzione di nuove raccomandazioni vaccinali (e di eventuali nuovi vaccini) introduce l'esigenza di prevedere nuovi finanziamenti aggiuntivi. Per questi motivi, la determinazione dell'onere aggiuntivo andrebbe di volta in volta aggiornata.

Di fatto, le coperture (come del resto già preventivato) non sono state ad oggi raggiunte, tanto che sono state riproposte come obiettivo per il 2019, e poi ancora per il 2020 (Circolare ministeriale del 9.3.2017), e dovranno necessariamente slittare ancora. La tabella 5.5. e la tabella 5.6. riportano infatti, rispettivamente per il 2020 e il 2021, una sintesi dei dati di copertura disponibili[25] per: meningococco B, rotavirus e varicella (I dose) per i bambini a 24 mesi, varicella (II dose) per i bambini di 5-6 anni e, per gli

Tabella 5.6. Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescenza (%), per i nuovi vaccini del PNPV. Anno 2021

Regione	Bambini 24 mesi (coorte 2019)			Bambini 5-6 anni (coorte 2014)	Adolescenti		
	Men B	Rota	Var I dose	Var II dose	HPV maschi 11enni (coorte 2009)	Men ACWY nei 16enni (coorte 2005)	Polio nei 16enni (coorte 2005)
Italia	79,68	70,40	92,08	48,40	26,75	58,50	63,17
Piemonte	82,43	78,40	92,66	8,15	35,99	66,85	71,30
Valle d'Aosta	75,47	40,23	83,95	7,55	15,66	80,99	84,25
Lombardia	95,61	79,68	94,17	18,33	34,52	66,09	69,32
P.A. di Bolzano	49,95	39,68	71,19	29,33	8,01	32,17	24,19
P.A. di Trento	81,91	78,68	93,29	58,80	56,98	82,18	83,99
Veneto	91,84	85,10	94,48	83,93	10,58	81,02	80,93
Friuli Venezia Giulia	84,92	75,28	92,69	78,74	4,79	83,45	77,50
Liguria	80,70	68,19	90,03	55,88	29,39	62,82	65,98
Emilia Romagna	84,71	76,16	94,61	40,18	43,39	87,26	88,67
Toscana	74,07	57,76	94,01	86,63	45,43	30,41	74,67
Umbria	64,89	51,88	93,22	32,38	48,93	11,82	97,67
Marche	77,41	67,38	91,06	58,48	14,89	62,63	62,76
Lazio	75,57	60,09	96,19	30,97	16,33	57,69	56,75
Abruzzo	74,11	58,72	69,95	36,39	20,92	52,99	63,86
Molise	73,99	78,04	93,23	77,59	28,10	38,23	40,80
Campania	60,62	59,71	91,82	46,03	12,87	34,36	36,41
Puglia	76,96	76,77	91,91	80,70	36,21	77,39	60,32
Basilicata	83,18	76,65	91,92	80,32	27,61	74,15	82,09
Calabria	83,90	77,18	89,18	34,95	36,18	41,24	62,78
Sicilia	69,35	59,49	88,24	74,52	17,42	34,26	32,68
Sardegna	74,27	75,20	91,02	80,53	16,33	51,97	64,89

Men B= meningococco B; Rota= rotavirus; Var= varicella; HPV= papilloma virus umano; vaccinati con ciclo completo; Men ACWY= meningococco ACWY

Fonte: Ministero della Salute, www.salute.gov.it, ultimo accesso ottobre 2022

[25] Si rimanda al sito del Ministero della Salute, www.salute.gov.it, per dati più completi, anche relativi a diverse dosi e diverse coorti

adolescenti, HPV nei maschi 11enni e meningococco ACWY e polio IPV nei 16enni. Si evidenzia come le coperture vaccinali rappresentino un indicatore fondamentale per la valutazione del livello di protezione della popolazione contro le malattie prevenibili con la vaccinazione, così come della efficacia delle strategie vaccinali messe in campo dalle Regioni.

Dai dati si evince una copertura vaccinale che non raggiunge l'obiettivo previsto nel Piano per nessun vaccino, e praticamente in nessuna Regione, salvo rare eccezioni: nel 2020 l'Emilia Romagna per il vaccino contro IPV negli adolescenti raggiunge una copertura del 97,82%, mentre il Lazio arriva al 95,21% per il vaccino contro la varicella nei bambini a 24 mesi; nel 2021, per i bambini di 24 mesi la Lombardia raggiunge il 95,61% nella copertura contro il meningococco B e il Lazio il 96,19% nella copertura contro la varicella; l'Umbria raggiunge il 97,67% di copertura contro la polio negli adolescenti.

I dati esposti confermano che gli obiettivi di copertura dovranno slittare ancora.

In conclusione, si propongono due riflessioni: una, relativa alla eventuale congruità delle cifre stanziate per il finanziamento delle nuove vaccinazioni; e, qualora queste somme fossero ritenute adeguate al fine di raggiungere gli obiettivi ottimali previsti, quale destinazione abbiano eventualmente avuto le somme stanziate per i vaccini nel 2020 e nel 2021, anni caratterizzati dall'emergenza pandemica.

Inoltre, va tenuto conto del fatto che le nuove raccomandazioni vaccinali attese con il nuovo Piano nazionale, in corso di definizione/approvazione, implicheranno presumibilmente un onere aggiuntivo non irrilevante.

5.5. Il consumo e la spesa per vaccini

Le successive elaborazioni sono state condotte con riferimento ai dati dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in particolare a quelli scaricabili grazie allo strumento interattivo online[26], che comprendono tutti i vaccini: quelli obbligatori in base alla L.n. 119/2017[27] e gli altri vaccini presenti nel calendario vaccinale del PNPV 2017-2019, compresi quelli residuali che, nel Piano, sono raccomandati per alcuni viaggiatori internazionali (es. contro colera, encefalite, febbre gialla, rabbia, tifo).

Il consumo

Nel 2021 si registra un consumo totale di vaccini pari a 27.773.069 DDD[28] (+6,7% rispetto al 2020, quando le DDD erano 26.040.070): 4.258.472 per i vaccini ex L.n. 119/2017 (+4,6%) e 23.514.597 per gli altri (+7,1%).

L'andamento registrato nel 2020 ha risentito della pandemia di COVID che, in linea generale, ha rallentato le attività vaccinali, comportando una riduzione nelle coperture sebbene con l'aumento di alcune vaccinazioni (es. antinfluenzale); il 2021 appare essere un anno di progressiva ripresa.

A livello regionale (Tabella 5.7.), nel 2020, si pas-

[26] Per le analisi presentate in questo capitolo si utilizzano i dati scaricati da OsMed interattivo di AIFA (https://www.aifa.gov.it/osmed-interattivo); si evidenzia come tali dati si differenzino parzialmente (specie quelli relativi ai vaccini pneumococcici) da quelli pubblicati nel *Report* annuale (in particolare per il 2020). Non sono compresi i dati sui vaccini contro il COVID-19

[27] Come rilevato anche da AIFA, si ricomprendono: vaccino esavalente, vaccino morbillo-parotite-rosolia-varicella, vaccino antidifterite-tetano-pertosse-polio, vaccino antimorbillo-rosolia-parotite, vaccino antidifterite-tetano-pertosse, vaccino antivaricella, vaccino antiepatite B, vaccino antidifterite-tetano, vaccino antipolio, vaccino antitetanico, vaccino DT-polio, vaccino haemophilus influenzae B (HiB)

[28] *Defined Daily Dose* o dose definita giornaliera

sa da 0,90 DDD giornaliere per 1.000 abitanti[29] in Lombardia e P.A. di Bolzano a 1,51 in Toscana (con una media Italia di 1,20); nel 2021 si va da un minimo di 1,01 registrato in Piemonte a un massimo di 1,68 osservato in Friuli Venezia Giulia (media nazionale: 1,28). Con riferimento alla variazione percentuale osservata per le DDD totali tra il 2020 e il 2021, si registra ad un estremo il -15,4% per la Toscana e, all'altro, il +43,3% del Molise.

La spesa

Nel 2021 in Italia si registra, considerando tutti i vaccini, una spesa pari a € 621.885.840 (+13,4% rispetto al 2020, quando il valore era pari a € 548.547.077[30]): 104.128.961 per i vaccini ex L.n. 119/2017 (in leggera diminuzione: -0,6%) e 517.756.879 per gli altri (in aumento: +16,7%).

Tabella 5.7. Consumo di vaccini

Regioni	2020		2021		DDD Var. % 2021/2020
	DDD	DDD/ 1.000 ab die	DDD	DDD/ 1.000 ab die	
Italia	26.024.070	1,20	27.773.069	1,28	6,7
Piemonte	1.615.257	1,03	1.578.622	1,01	-2,3
Valle d'Aosta	46.925	1,03	49.893	1,10	6,3
Lombardia	3.293.087	0,90	4.456.988	1,22	35,3
P.A. Bolzano	175.844	0,90	212.966	1,09	21,1
P.A. Trento	267.330	1,34	263.698	1,33	-1,4
Veneto	2.352.318	1,32	2.300.236	1,29	-2,2
Friuli Venezia Giulia	527.616	1,20	734.578	1,68	39,2
Liguria	688.035	1,24	751.629	1,36	9,2
Emilia Romagna	2.225.396	1,37	2.439.659	1,51	9,6
Toscana	2.028.762	1,51	1.715.829	1,27	-15,4
Umbria	411.609	1,30	402.222	1,27	-2,3
Marche	692.923	1,26	683.809	1,25	-1,3
Lazio	3.044.445	1,45	2.710.334	1,30	-11,0
Abruzzo	472.590	1,00	551.506	1,18	16,7
Molise	109.088	0,99	156.286	1,45	43,3
Campania	2.465.050	1,18	2.534.255	1,23	2,8
Puglia	2.006.910	1,39	2.249.874	1,57	12,1
Basilicata	185.036	0,92	238.420	1,20	28,9
Calabria	764.362	1,11	815.464	1,20	6,7
Sicilia	2.104.643	1,18	2.282.548	1,29	8,5
Sardegna	546.844	0,93	644.253	1,11	17,8

Per il calcolo dei valori per 1.000 abitanti si utilizza la popolazione media dell'anno di riferimento (fonte: Istat)

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

[29] Nelle statistiche sull'uso dei farmaci, *«normalmente i dati vengono espressi in numero di DDD per 1.000 abitanti al giorno (DDD/1.000 abitanti/die): ciò consente di confrontare i volumi di prescrizioni relativi a popolazioni diverse (Regioni, Paesi), ma anche di ottenere una stima approssimativa dell'esposizione ad un determinato farmaco o gruppi di farmaci in una popolazione. In realtà, questa lettura "epidemiologica" dei dati di prescrizione è credibile solo per i farmaci che vengono usati continuativamente e a lungo termine (p. es. contraccettivi orali, antiipertensivi, insulina). Per i trattamenti relativamente brevi e occasionali (p. es. antibiotici), le DDD non hanno invece significato clinico e rappresentano unicamente un sistema razionale di confronto dei consumi»* (AIFA). Quest'ultima considerazione è valida anche per i vaccini

[30] La spesa per vaccini nel flusso CE ministeriale risulta invece pari a € 557,0 milioni; ricordiamo che i CE considerano tutti i vaccini, anche quelli dotati di AIC e quelli veterinari: la differenza è presumibile dipenda dal diverso momento di raccolta del dato

Tabella 5.8. Spesa per tipologia di vaccino

Tipologia di vaccino	Spesa (€) 2020	Spesa (€) 2021	Var. % 2021/2020
Antinfluenzale	92.119.244	181.782.238	97,3
Colera	11.147	75.807	580,1
DT (Difterite/Tetano)	487.815	470.022	-3,6
DTP (Difterite/Tetano/Pertosse)	6.862.832	6.564.840	-4,3
Encefalite	2.541.444	1.505.865	-40,7
Epatite A	2.572.988	1.716.724	-33,3
Epatite B	2.346.458	2.234.795	-4,8
Epatite A E B	309.288	162.117	-47,6
Esavalente (Difterite/Tetano/Pertosse/ Haemophilus Influenzae B/ Polio/Epatite B)	40.686.761	32.941.208	-19,0
Febbre Gialla	205.609	213.811	4,0
Haemophilus Influenzae B	313.081	253.854	-18,9
Meningococco B	97.066.030	88.965.793	-8,3
Meningococco C Coniugato	1.954.984	1.862.218	-4,7
Meningococco Tetravalente Coniugato (ACWY)	23.238.211	23.749.752	2,2
MPR (Morbillo/Parotite/Rosolia)	2.736.371	2.051.946	-25,0
MPRV (Morbillo/Parotite/Rosolia/Varicella)	28.990.047	34.010.325	17,3
Papilloma Virus (HPV)	57.935.690	70.448.320	21,6
Pneumococco Coniugato	127.365.514	105.539.430	-17,1
Pneumococco 23	7.455.277	9.051.686	21,4
Poliomielitico Inattivato (IPV)	214.488	147.817	-31,1
Rabbico	275.227	135.528	-50,8
(Attenuato per il) Rotavirus	17.741.175	17.092.622	-3,7
Tetano	332.152	340.741	2,6
Tetravalente (Difterite/Tetano/Pertosse/Polio)	16.444.508	19.681.702	19,7
Tifo	195.887	174.912	-10,7
Trivalente (Difterite/Tetano/Polio)	44.147	15.716	-64,4
Varicella vivo attenuato	5.317.720	5.415.995	1,8
Varicella Zoster ricombinante adiuvato	-	4.507.273	(introdotto nel 2021)
Varicella Zoster vivo attenuato	12.782.983	10.772.783	-15,7
Totale vaccini	548.547.077	621.885.840	13,4

Fonte: elaborazioni proprie su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

In particolare, come mostrato nella tabella 5.8., si segnala la spesa per il vaccino antinfluenzale che è praticamente raddoppiata, raggiungendo nel 2021 quasi € 182 mln.. Aumenta di oltre il 20% anche la spesa per i vaccini contro il papilloma virus e lo pneumococco PPV 23-valente; per il tetravalente (difterite/tetano/pertosse e polio) la crescita è del 19,7%. Si segnala anche l'aumento della spesa per il vaccino contro il colera (da € 11.147 a € 75.807).

Si rileva, invece, una contrazione nella spesa per diverse categorie di vaccino, tra cui esavalente (-19,0%), MPR (-25,0%, ma aumenta del 17,3% la spesa per il vaccino MPRV), DTP (-4,3%), varicella zoster vivo attenuato (-15,7%, probabilmente per

l'arrivo sul mercato, nel 2021, del vaccino varicella zoster ricombinante adiuvato[31]).

Nella tabella 5.9. si riportano i valori totali e pro-capite (considerando tutte le tipologie di vaccini) a livello regionale.

Nel 2020 il *range* regionale della spesa pro-capite andava da un minimo di € 6,31 registrato in Valle d'Aosta a un massimo di € 11,14 osservato nel Lazio, seguito dalla P.A. di Trento con € 11,06 (media Italia: € 9,23); nel 2021, si va da € 7,53 pro-capite in Piemonte a € 12,51 in Emilia Romagna e € 12,46 in Friuli Venezia Giulia (con una media Italia di € 10,50, in aumento del 13,4%).

Con riferimento alla dinamica regionale, nei due anni considerati, con riferimento alla spesa totale si va dalla diminuzione del -9,0% in Toscana all'incremento del +43,7% in Friuli Venezia Giulia.

Tabella 5.9. Spesa per vaccini

Regioni	2020		2021		Spesa totale Var. % 2021/2020
	Spesa totale (€)	Spesa pro-capite (€)	Spesa totale (€)	Spesa pro-capite (€)	
Italia	548.547.077	9,23	621.885.840	10,50	13,4
Piemonte	31.080.002	7,24	32.177.669	7,53	3,5
Valle d'Aosta	785.436	6,31	1.079.801	8,70	37,5
Lombardia	86.401.795	8,64	103.327.747	10,35	19,6
P.A. Bolzano	4.735.591	8,87	5.365.987	10,03	13,3
P.A. Trento	6.011.948	11,06	6.306.113	11,63	4,9
Veneto	50.075.814	10,27	53.998.537	11,09	7,8
Friuli Venezia Giulia	10.415.199	8,65	14.971.454	12,46	43,7
Liguria	12.557.001	8,25	14.754.151	9,72	17,5
Emilia Romagna	41.864.456	9,40	55.529.915	12,51	32,6
Toscana	37.410.468	10,13	34.045.329	9,22	-9,0
Umbria	7.271.057	8,38	9.235.762	10,67	27,0
Marche	12.761.584	8,48	14.208.722	9,48	11,3
Lazio	63.996.740	11,14	61.606.658	10,75	-3,7
Abruzzo	10.243.610	7,96	12.629.056	9,86	23,3
Molise	2.358.779	7,93	3.291.736	11,19	39,6
Campania	50.503.252	8,91	58.963.143	10,48	16,8
Puglia	42.406.201	10,75	46.779.422	11,89	10,3
Basilicata	4.195.413	7,64	5.015.200	9,20	19,5
Calabria	15.550.535	8,28	18.996.345	10,21	22,2
Sicilia	47.159.289	9,71	56.580.741	11,71	20,0
Sardegna	10.762.906	6,72	13.022.354	8,19	21,0

Il valore pro-capite è calcolato sulla popolazione media dell'anno di riferimento (fonte: Istat).

Fonte: elaborazioni proprie su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

[31] Si segnala che, tra i dati presenti in OSMED interattivo, sono stati riscontrati probabili valori anomali, per alcune Regioni, di DDD e/o spesa per il nuovo vaccino introdotto nel 2021 contro lo zoster (Varicella zoster ricombinante adiuvato, che si aggiunge al Varicella zoster vivo attenuato); in altri casi sono inoltre presenti dei valori negativi (per possibili resi/furti che vengono sottratti alle quantità movimentate)

Così come fatto nel paragrafo relativo al finanziamento, se si confrontano tali dati alla spesa per le attività di "Prevenzione e Sanità pubblica" (fonte Age. Na.S., - modello LA), se ne ricava che la spesa per vaccini è pari all'8,8% di quella per la prevenzione nel 2020 e al 10,0% nel 2021[32] (con il dettaglio regionale illustrato nella tabella 5.10., che non comprende la Calabria per carenza di dati), assumendo una (improbabile) invarianza della spesa per prevenzione nel 2021 (in quanto il dato non è disponibile nel momento in cui si scrive).

Con tale approssimazione, nel 2021 l'incidenza andrebbe dal 6,3% registrato in Valle d'Aosta (+1,7 p.p. rispetto al 2020), al 20,9% del Friuli Venezia Giulia (+6,4 p.p.); nel 2020 si andava dal 4,6% registrato in Valle d'Aosta al 14,8% del Lazio.

Tabella 5.10. Spesa per attività di prevenzione e sanità pubblica e per vaccini

Regioni	2020			2021		
	Spesa per attività di prevenzione e sanità pubblica (€)	Spesa per vaccini (€)*	Spesa vaccini in % della spesa prevenzione	Spesa per attività di prevenzione e sanità pubblica (€)**	Spesa per vaccini (€)*	Spesa vaccini in % della spesa prevenzione
Italia (esclusa Calabria, n.d.)	6.054.088.449	532.996.543	8,8	6.054.088.449	602.889.497	10,0
Abruzzo	119.584.201	10.243.610	8,6	119.584.201	12.629.056	10,6
Basilicata	48.964.373	4.195.413	8,6	48.964.373	5.015.200	10,2
Campania	639.238.706	50.503.252	7,9	639.238.706	58.963.143	9,2
Emilia Romagna	547.360.640	41.864.456	7,6	547.360.640	55.529.915	10,1
Friuli Venezia Giulia	71.787.464	10.415.199	14,5	71.787.464	14.971.454	20,9
Lazio	432.931.618	63.996.740	14,8	432.931.618	61.606.658	14,2
Liguria	122.074.169	12.557.001	10,3	122.074.169	14.754.151	12,1
Lombardia	1.390.885.312	86.401.795	6,2	1.390.885.312	103.327.747	7,4
Marche	124.848.301	12.761.584	10,2	124.848.301	14.208.722	11,4
Molise	44.233.968	2.358.779	5,3	44.233.968	3.291.736	7,4
Piemonte	402.195.025	31.080.002	7,7	402.195.025	32.177.669	8,0
P.A. Bolzano	52.074.232	4.735.591	9,1	52.074.232	5.365.987	10,3
P.A. Trento	47.420.823	6.011.948	12,7	47.420.823	6.306.113	13,3
Puglia	379.349.248	42.406.201	11,2	379.349.248	46.779.422	12,3
Sardegna	193.275.174	10.762.906	5,6	193.275.174	13.022.354	6,7
Sicilia	526.515.137	47.159.289	9,0	526.515.137	56.580.741	10,7
Toscana	352.134.978	37.410.468	10,6	352.134.978	34.045.329	9,7
Umbria	95.547.881	7.271.057	7,6	95.547.881	9.235.762	9,7
Valle d'Aosta	17.047.709	785.436	4,6	17.047.709	1.079.801	6,3
Veneto	446.619.490	50.075.814	11,2	446.619.490	53.998.537	12,1

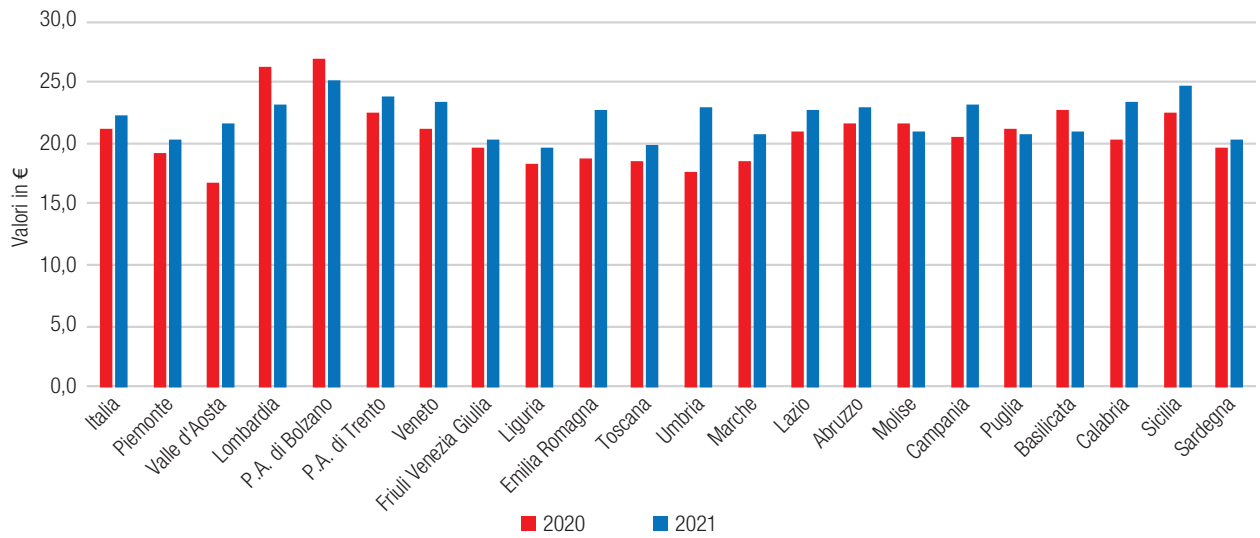
* La spesa per vaccini totale a livello nazionale è più bassa rispetto a quanto visto in precedenza (dati OsMed) in quanto è stato sottratto il valore relativo alla Calabria (per un confronto uniforme, in quanto per questa Regione non è disponibile il dato relativo alla spesa per attività di prevenzione e sanità pubblica).

** Non essendo ancora disponibile il dato 2021, si assume una invarianza rispetto al 2020.

Fonte: elaborazioni su dati OsMed e Age.Na.S. – © C.R.E.A. Sanità

[32] La quota scenderebbe a 6,3% se si considerasse la stima Italia della spesa pubblica in *"preventive care"* pubblicata da OECD, pari a € 9.919 mln.

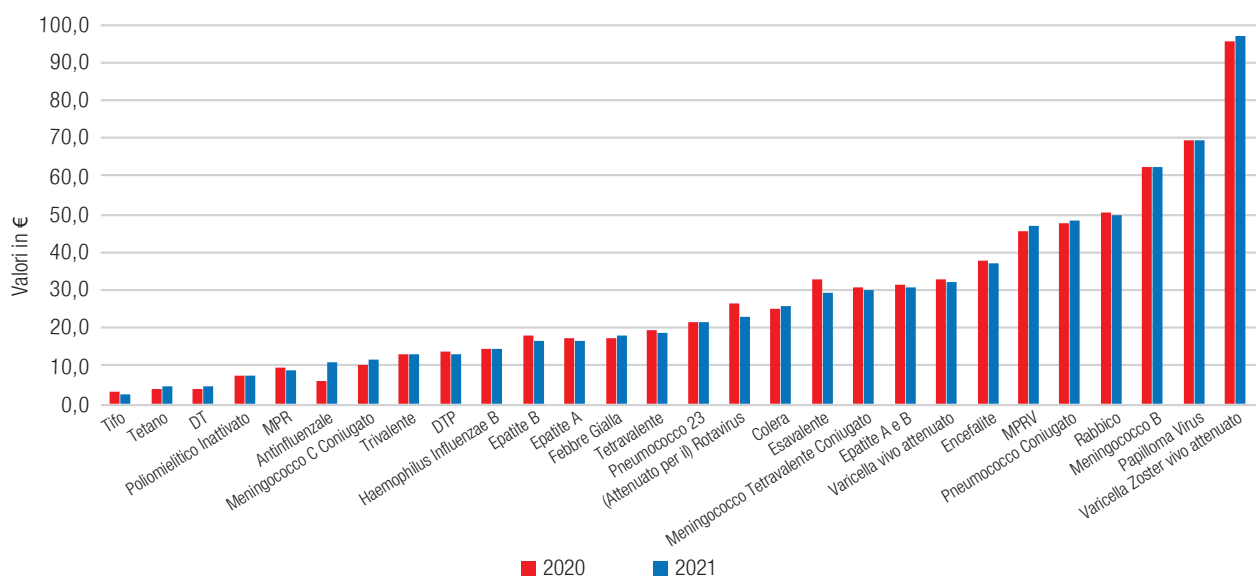
Figura 5.1. Costo medio dei vaccini per DDD (€), per Regione



Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

La figura 5.1. riporta invece i costi medi per DDD sostenuti dalle Regioni, considerando la totalità dei vaccini rilevati da OsMed. L'indicatore risente evidentemente del *mix* di vaccini acquistati: la banca dati alla base del modello consente in ogni caso di calcolare il costo medio per Regione e anche per ciascun vaccino.

Figura 5.2. Costo medio per tipologia di vaccino, per DDD (€), in Italia



Per il 2021 non è stato inserito il nuovo vaccino per varicella zoster ricombinante adiuvato, in quanto sembra presentare probabili valori anomali (per DDD/spesa) che potrebbero aver falsato il calcolo del costo medio.

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021 il costo medio per DDD è aumentato del 6,2% rispetto all'anno precedente (€ 22,39 vs. € 21,08)[33]. Con il caveat espresso, nel 2020 si andava da € 16,74 (Valle d'Aosta) a € 26,93 (P.A. di Bolzano), mentre nel 2021 si va da un minimo di € 19,63 in Liguria ad un massimo di € 25,20 osservato nella P.A. di Bolzano.

Nella figura 5.2. viene invece illustrato il costo medio per DDD per tipologia di vaccino, a livello nazionale.

Tra i vaccini che hanno registrato una diminuzione del costo medio (a causa di diversi motivi, come già evidenziato in precedenza) si segnalano l'esavalente (-9,6%), l'attenuato per il rotavirus (-12,6%) e quelli contro epatite A (-5,2%), epatite B (-9,4%), epatite A e B (-1,4%); tra i vaccini che hanno visto aumentare maggiormente il loro costo medio (si ricorda, calcolato come quoziente tra spesa e DDD registrate da AIFA) ci sono invece l'antinfluenzale (+73,5%) e quello contro il meningococco C coniugato (+15,0%).

Focus sui "nuovi vaccini" introdotti dal PNPV 2017-2019

Per i nuovi vaccini previsti dal PNPV (considerando, quindi, tanto le "nuove vaccinazioni" introdotte quanto l'estensione a nuove coorti di vaccini già raccomandati), nel 2021 sarebbero stati spesi circa € 230,2 mln. (+3,8% rispetto al 2020); si consideri che i dati di spesa disponibili da fonte OsMed sono complessivi e non specificano la quota destinata all'estensione delle raccomandazioni previste dal PNPV. Di conseguenza, è stato necessario adottare alcune assunzioni per arrivare ad una stima.

In particolare, per il vaccino HPV il PNPV prevede l'estensione della raccomandazione ai maschi (oltre che alle femmine) undicenni, mentre la spesa OsMed imputata nella nostra stima è quella complessiva (non essendo disponibile il dettaglio di spesa per sesso e per età), generando una sovrastima degli oneri relativi ai "nuovi vaccini"; al contrario, genera una sottostima la scelta di non considerare la spesa per i vaccini pneumococcici coniugati, che nel 2020 era pari a € 127,4 mln. (pneumococco 10-valente + pneumococco 13-valente) e nel 2021 a € 105,5 mln.: scelta dovuta al fatto che nel PNPV viene considerato come nuovo costo solo quello del vaccino destinato agli anziani, mentre il valore registrato da OsMed riguarda anche le dosi destinate all'infanzia, che attualmente rappresentano la quota certamente predominante di consumo. Qualche riflessione sui numeri, però, è possibile ipotizzarla (fuori tabella): ad esempio, se si considera la copertura antipneumococcica nei bambini a 24 mesi (90,58% nel 2020 e 91,25% nel 2021, secondo i dati del Ministero della Salute), considerando che sono previste 3 dosi per una copertura completa e utilizzando il costo medio per i due anni considerati, si arriva ad una spesa di circa € 58,7 mln. nel 2020 e € 58,4 mln. nel 2021. Sottraendo tali importi dalla spesa totale per vaccino antipneumococcico coniugato, nel 2020 e nel 2021 restano rispettivamente circa € 68,7 mln. e € 47,1 mln., quote che in linea teorica potrebbero essere attribuite alla vaccinazione dei 65enni; si tratterebbe però di una sovrastima, in quanto occorre tener conto delle dosi utilizzate per i recuperi in età pediatrica e per le persone a rischio di qualsiasi età, in base alle indicazioni del PNPV, che non risultano facilmente quantificabili. Occorre poi tener conto del fatto che alcune Regioni offrono la vaccinazione antipneumococcica non solo ai 65enni come previsto dal Piano ma anche a persone *over*65. Se si presume, invece, che tutti soggetti che ricevono una dose di PPV23 abbiano ricevuto prima anche una dose di PCV13[34],

[33] Come già evidenziato in precedenza, tra i dati presenti in OSMED interattivo, sono stati riscontrati probabili valori anomali, per alcune Regioni, di DDD e/o spesa per il nuovo vaccino introdotto nel 2021 contro lo Zoster (Varicella Zoster ricombinante adiuvato); questo ha un impatto sul calcolo del costo medio dei vaccini per il 2021, generando presumibilmente una sovrastima

[34] Si ricorda che nel PNPV 2017-2019 la vaccinazione antipneumococco nei 65enni prevede due dosi: una prima dose di vaccino coniugato e una seconda di vaccino polisaccaridico a distanza di almeno 2 mesi, stando attenti a non invertire l'ordine delle due vaccinazioni

e quindi si assume un consumo di PCV13 per anziani pari alle stesse dosi consumate di PCV23, applicando il costo medio si arriverebbe ad una spesa di circa € 17 mln. per il 2020 e € 20,5 mln. per il 2021, ma si tratterebbe di una sottostima in quanto l'utilizzo di PCV23 in Italia non è ancora troppo diffuso, per cui con questa assunzione non verrebbe considerata, ad esempio, una quota importante di soggetti anziani che ricevono il PCV13 e non il PCV23.

Per queste motivazioni, nei calcoli illustrati nella tabella 5.11. (e successive) e riferiti alla spesa per i nuovi vaccini introdotti con il PNPV 2017-2019 non è stata inserita la spesa relativa ai vaccini antipneumococcici coniugati nei 65enni (è stato considerata la sola spesa per il vaccino pneumococcico polisaccaridico 23-valente).

Continuando con le precisazioni sulla stima riportata in tabella 5.11., genera una sottostima anche considerare il solo vaccino per il virus varicella vivo attenuato per le coperture nei bambini entro due anni di età (1° dose) e in quelli di 5-6 anni (2° dose), perché tali coperture potrebbero essere raggiunte anche utilizzando il vaccino MPRV, come anche considerare il solo vaccino IPV, residuale, per la copertura degli adolescenti contro la polio, in quanto sono utilizzabili vaccini combinati (es. tetravalente dTpa-IPV, dal costo del quale andrebbe "scorporato" quello per la parte IPV).

Si ricorda, inoltre, che nel 2021 si è aggiunto sul mercato, contro il virus Varicella Zoster, oltre al vaccino vivo attenuato già esistente, anche un vaccino ricombinante adiuvato.

Infine, non si tiene conto del fatto che alcune Regioni avevano già inserito (e finanziato) nei loro calendari alcune delle vaccinazioni proposte nel calendario nazionale, né dei risparmi ottenibili grazie alla riduzione dei costi per la gestione clinica della malattia in assenza della vaccinazione (e che sono diversi a seconda della malattia considerata: es. consulti medici e farmaci prescritti, visite al pronto soccorso, ricoveri, accertamenti diagnostici).

Tabella 5.11. Spesa per tipologia di vaccino: nuovi vaccini del PNPV 2017-2019 (stima*)

Tipologia di vaccino	2020 (€ mln.)	2021 (€ mln.)	Var. % 2021/2020
Vaccino per il meningococco B	97,1	89,0	-8,3
Vaccino attenuato per il rotavirus	17,7	17,1	-3,7
Vaccino per il papilloma virus (HPV)	57,9	70,4	+21,6
Vaccino per il virus varicella zoster vivo attenuato (e ricombinante adiuvato dal 2021)	12,8	15,3	+19,5
Vaccino per il virus varicella vivo attenuato	5,3	5,4	+1,8
Vaccino per il meningococco tetravalente coniugato (ACWY)	23,2	23,7	+2,2
Vaccino pneumococco polisaccaridico 23-valente	7,5	9,1	+21,4
Vaccino poliomielitico inattivato (IPV)	0,2	0,1	-31,1
Totale	221,7	230,2	+3,8

*La spesa così calcolata è una stima che risente di alcune inevitabili approssimazioni, illustrate nel testo (es. non si considera vaccino antipneumococcico coniugato 13-valente per le motivazioni indicate nel testo).

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

Ricordando i caveat espressi, tra il 2020 e il 2021 (Tabella 5.10.) la spesa per i nuovi vaccini del PNPV risulterebbe in crescita (nel 2020 era invece diminuita rispetto all'anno precedente).

Ovviamente va tenuto conto dell'effetto, per ora non quantificabile, causato dalla pandemia: si è, ad esempio, registrato un aumento della spesa per il vaccino antinfluenzale di quasi € 90 mln. (+97,3%), come evidenziato in precedenza.

Per finire, si riporta l'esito dell'elaborazione a livello regionale (possibile grazie ai dati disponibili nello strumento OsMed interattivo), rispettivamente per l'anno 2020 e per il 2021: nella tabella 5.12. e nella tabella 5.13. si illustrano i valori assoluti, mentre nella tabella 5.14. e nella tabella 5.15. i valori pro-capite, per consentire i confronti tra le Regioni.

Con riferimento ai valori pro-capite, nel 2020 per il meningococco B si segnala una forbice tra spesa minima (€ 1,07 in Valle d'Aosta) e spesa massima (€ 2,20 in Puglia) di € 1,13; il divario è pari a € 0,86 per il vaccino per il virus varicella zoster vivo attenuato: la spesa pro-capite minima si registra in Friuli Venezia Giulia (€ 0,02), la massima ancora nella P.A. di Trento (€ 0,88). Si segnala, inoltre, la forbice tra spesa minima e massima per il vaccino HPV: si va da € 0,46 in Valle d'Aosta (0,47 in Sardegna) a € 1,37 nella P.A. di Trento.

Tabella 5.12. Spesa regionale per i nuovi vaccini del PNPV 2017-2019 (stima*). Anno 2020 (€)

Regioni	Vaccino per il meningococco B	Vaccino attenuato per il rotavirus	Vaccino per il papilloma virus – HPV	Vaccino per il virus varicella zoster vivo attenuato	Vaccino per il virus varicella vivo attenuato	Vaccino per il meningococco tetravalente coniugato	Vaccino per lo pneumococco polisaccaridico 23-valente	Vaccino poliomielitico inattivato	Totale
Italia	97.066.030	17.741.175	57.935.690	12.782.983	5.317.720	23.238.211	7.455.277	214.488	221.751.574
Piemonte	4.985.509	1.452.664	3.987.529	869.898	240.243	1.001.237	551.313	17.245	13.105.637
Valle d'Aosta	133.310	30.580	56.965	5.772	26.135	31.913	383	154	285.212
Lombardia	15.581.720	3.252.520	10.308.047	309.651	579.065	4.159.012	823.435	24.078	35.037.528
P.A. Bolzano	708.532	161.923	494.109	58.679	50.912	160.169	14.011	2.545	1.650.879
P.A. Trento	814.502	240.227	745.807	480.986	50.162	291.513	57.147	1.311	2.681.655
Veneto	8.110.841	1.892.513	5.629.943	2.239.886	354.158	2.489.231	206.659	16.849	20.940.080
Friuli Venezia Giulia	1.449.231	363.834	853.776	28.863	54.481	506.139	41.457	3.856	3.301.635
Liguria	1.796.440	381.993	997.019	517.543	134.606	471.765	90.065	3.470	4.392.901
Emilia Romagna	7.042.666	1.004.709	4.126.053	897.036	627.922	1.805.545	1.404.651	26.156	16.934.737
Toscana	5.052.025	917.299	4.952.386	520.529	288.992	648.938	111.362	15.329	12.506.860
Umbria	1.331.443	207.969	978.290	27.513	94.343	343.625	7.144	11.813	3.002.140
Marche	1.964.638	420.386	1.323.284	210.953	125.885	662.873	163.091	6.231	4.877.340
Lazio	11.551.099	1.282.410	6.621.546	352.849	764.403	2.918.441	1.063.359	17.985	24.572.091
Abruzzo	2.115.618	252.838	1.065.557	138.040	121.172	400.185	119.254	6.554	4.219.218
Molise	354.600	94.121	226.126	59.640	36.739	82.391	22.325	772	876.713
Campania	9.083.212	1.229.939	4.172.491	492.342	727.860	2.019.262	900.503	17.133	18.642.741
Puglia	8.689.598	1.571.008	4.833.284	2.051.799	237.949	1.718.625	819.605	14.430	19.936.297
Basilicata	781.427	236.301	453.569	76.280	42.916	265.198	21.262	2.398	1.879.351
Calabria	2.912.249	700.689	1.668.475	287.526	120.780	857.794	14.032	501	6.562.045
Sicilia	10.266.205	1.611.500	3.686.275	3.040.325	502.235	1.822.699	970.665	12.415	21.912.319
Sardegna	2.341.165	435.754	755.162	116.875	136.764	581.660	53.554	13.263	4.434.196

*La spesa così calcolata è una stima che risente di alcune inevitabili approssimazioni, illustrate nel testo (es. non si considera vaccino antipneumococcico coniugato 13-valente per le motivazioni indicate).

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

Tabella 5.13. Spesa regionale per i nuovi vaccini del PNPV 2017-2019 (stima*). Anno 2021 (€)

Regioni	Vaccino per il meningococco B	Vaccino attenuato per il rotavirus	Vaccino per il papilloma virus – HPV	Vaccino per il virus varicella zoster (vivo attenuato e ricombinante adiuvato**)	Vaccino per il virus varicella vivo attenuato	Vaccino per il meningococco tetravalente coniugato	Vaccino per lo pneumococco polisaccaridico 23-valente	Vaccino poliomielitico inattivato	Totale
Italia	88.965.793	17.092.622	70.448.320	15.280.056	5.415.995	23.749.752	9.051.686	147.817	230.152.041
Piemonte	4.977.082	1.231.951	4.291.056	924.940	169.356	948.762	879.416	19.200	13.441.763
Valle d'Aosta	214.446	31.928	162.994	16.060	21.983	26.464	212,63	154,22	474.241
Lombardia	14.581.333	3.222.185	13.578.084	710.111	803.415	5.024.505	1.400.636	18.560	39.338.830
P.A. Bolzano	867.795	180.098	475.259	64.932	85.843	285.658	8.994	1.774	1.970.353
P.A. Trento	754.929	197.898	644.213	517.902	40.196	290.917	65.575	616,88	2.512.246
Veneto	6.723.729	1.704.561	6.237.139	2.585.972	321.130	2.519.658	35.616	17.697	20.145.502
Friuli Venezia Giulia	1.366.068	369.343	1.187.040	347.421	38.535	580.571	-	3.084	3.892.063
Liguria	1.964.498	405.591	1.532.777	589.673	176.796	392.242	195.322	2.198	5.259.096
Emilia Romagna	6.637.636	1.234.450	7.385.648	2.295.671	866.954	2.471.809	1.938.208	21.791	22.852.167
Toscana	4.736.026	896.980	4.991.078	731.237	282.661	747.010	79.800	5.884	12.470.675
Umbria	1.207.119	224.334	997.366	20.969	96.440	298.406	5.613	4.881	2.855.128
Marche	1.795.354	415.887	1.319.195	89.166	121.796	600.882	143.908	3.670	4.489.858
Lazio	9.247.175	1.332.054	7.272.065	195.757	801.278	2.241.233	1.074.191	7.248	22.171.002
Abruzzo	1.614.410	271.999	1.141.371	295.164	166.337	329.078	139.379	2.641	3.960.379
Molise	388.239	92.685	193.486	85.124	42.171	103.068	15.522	771,1	921.065
Campania	9.063.862	1.595.251	5.196.946	1.468.446	652.620	1.961.597	724.983	9.469	20.673.173
Puglia	8.374.935	956.951	4.654.604	1.707.927	116.260	1.459.517	782.478	7.207	18.059.879
Basilicata	566155,33	179.686	423.423	36.981	32.222	284.074	11.695	1.249	1.535.485
Calabria	2.943.619	704.575	1.830.560	412.132	147.906	595.015	100.574	4.357	6.738.736
Sicilia	9010576,56	1.381.343	5.630.486	1.922.601	312.842	1.901.242	1.402.316	6.842	21.568.250
Sardegna	1.930.810	462869	1.303.533	261.871	119.256	688.045	47.246	8520,67	4.822.150

*La spesa così calcolata è una stima che risente di alcune inevitabili approssimazioni, illustrate nel testo (es. non si considera vaccino antipneumococcico coniugato 13-valente per le motivazioni indicate).

** Si segnala che, tra i dati presenti in OSMED interattivo, sono stati riscontrati probabili valori anomali, per alcune Regioni, di DDD e/o spesa per il nuovo vaccino introdotto nel 2021 (Varicella Zoster ricombinante adiuvato).

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021 si segnala una forbice tra spesa minima (€ 1,04 in Basilicata) e spesa massima (€ 2,13 in Puglia) di € 1,09 per il vaccino contro il meningococco B; il divario è pari a € 0,94 per il vaccino contro il virus varicella zoster (considerando insieme il vaccino vivo attenuato e il ricombinante adiuvato, entrato nel mercato nel 2021): la spesa pro-capite minima si registra in Umbria (€ 0,02), con il Lazio a € 0,03, la massima nella P.A. di Trento (€ 0,96).

Pur con le approssimazioni derivanti dalle assunzioni elencate nei paragrafi precedenti, nel 2020 il finanziamento di € 186 mln. riconosciuto alle Regioni

Tabella 5.14. Spesa regionale pro-capite per i nuovi vaccini del PNPV 2017-2019 (stima*). Anno 2020 (€)

Regioni	Vaccino per il meningococco B	Vaccino attenuato per il rotavirus	Vaccino per il papilloma virus – HPV	Vaccino per il virus varicella zoster vivo attenuato	Vaccino per il virus varicella vivo attenuato	Vaccino per il meningococco tetravalente coniugato	Vaccino per lo pneumococco polisaccaridico 23-valente	Vaccino poliomielitico inattivato
Italia	1,63	0,30	0,97	0,22	0,09	0,39	0,13	0,0
Piemonte	1,16	0,34	0,93	0,20	0,06	0,23	0,13	0,00
Valle d'Aosta	1,07	0,25	0,46	0,05	0,21	0,26	0,00	0,00
Lombardia	1,56	0,33	1,03	0,03	0,06	0,42	0,08	0,00
P.A. Bolzano	1,33	0,30	0,93	0,11	0,10	0,30	0,03	0,00
P.A. Trento	1,50	0,44	1,37	0,88	0,09	0,54	0,11	0,00
Veneto	1,66	0,39	1,15	0,46	0,07	0,51	0,04	0,00
Friuli Venezia Giulia	1,20	0,30	0,71	0,02	0,05	0,42	0,03	0,00
Liguria	1,18	0,25	0,66	0,34	0,09	0,31	0,06	0,00
Emilia Romagna	1,58	0,23	0,93	0,20	0,14	0,41	0,32	0,01
Toscana	1,37	0,25	1,34	0,14	0,08	0,18	0,03	0,00
Umbria	1,53	0,24	1,13	0,03	0,11	0,40	0,01	0,01
Marche	1,31	0,28	0,88	0,14	0,08	0,44	0,11	0,00
Lazio	2,01	0,22	1,15	0,06	0,13	0,51	0,19	0,00
Abruzzo	1,64	0,20	0,83	0,11	0,09	0,31	0,09	0,01
Molise	1,19	0,32	0,76	0,20	0,12	0,28	0,08	0,00
Campania	1,60	0,22	0,74	0,09	0,13	0,36	0,16	0,00
Puglia	2,20	0,40	1,23	0,52	0,06	0,44	0,21	0,00
Basilicata	1,42	0,43	0,83	0,14	0,08	0,48	0,04	0,00
Calabria	1,55	0,37	0,89	0,15	0,06	0,46	0,01	0,00
Sicilia	2,11	0,33	0,76	0,63	0,10	0,38	0,20	0,00
Sardegna	1,46	0,27	0,47	0,07	0,09	0,36	0,03	0,01

*La spesa così calcolata è una stima che risente di alcune inevitabili approssimazioni, illustrate nel testo (es. non si considera vaccino antipneumococcico coniugato 13-valente per le motivazioni indicate). È stata considerata la popolazione media (Istat).

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

per la copertura degli oneri aggiuntivi generati dal PNPV rappresenterebbe il 33,9% della spesa complessivamente sostenuta per vaccini, con una "copertura" massima in Valle d'Aosta (49,7%) e minima nella P.A. di Trento (27,5%); esso rappresenterebbe poi l'83,9% della spesa sostenuta per l'acquisto dei nuovi vaccini introdotti nel calendario vaccinale (stimata con tutte le approssimazioni esposte in precedenza).

Ovviamente, il confronto è in qualche modo spurio perché, come ricordato in precedenza, la stima del finanziamento aggiuntivo di € 186 mln. non copre, secondo gli intendimenti del Governo, le vaccinazioni già effettuate dalle Regioni e sconta i rispar-

mi derivanti dalle vaccinazioni.

Nel 2021 si può apprezzare come il finanziamento aggiuntivo ottenuto complessivamente dalle Regioni (€ 186 mln.) rappresenti invece il 29,9% della spesa complessivamente sostenuta per vaccini, con una copertura massima in Piemonte (42,6%) e minima in Emilia Romagna (25,3%); esso rappresenterebbe poi l'80,8% della spesa sostenuta per l'acquisto dei "nuovi" vaccini.

Nell'interpretazione dei risultati si deve tenere conto dei differenti livelli di spesa regionale e delle relative variazioni negli anni: alcune Regioni, infatti, avevano già ampliato il calendario vaccinale regionale prima dell'entrata in vigore del PNPV 2017-2019 e di questo il legislatore ha tenuto conto nelle valutazioni del finanziamento aggiuntivo da concedere.

Nel 2021, se si escludono alcuni valori anomali (Figura 5.3.) sembra delinearsi una correlazione positiva fra livelli di spesa e variazione della stessa rispetto all'anno precedente, seppur non marcata: questo evoca il rischio di un ulteriore aumento delle disparità regionali, poiché cresce di più la spesa (e presumibilmente le coperture) nelle Regioni che già partono da un livello di spesa più elevato.

Tabella 5.15. Spesa regionale pro-capite per i nuovi vaccini del PNPV 2017-2019 (stima*). Anno 2021 (€)

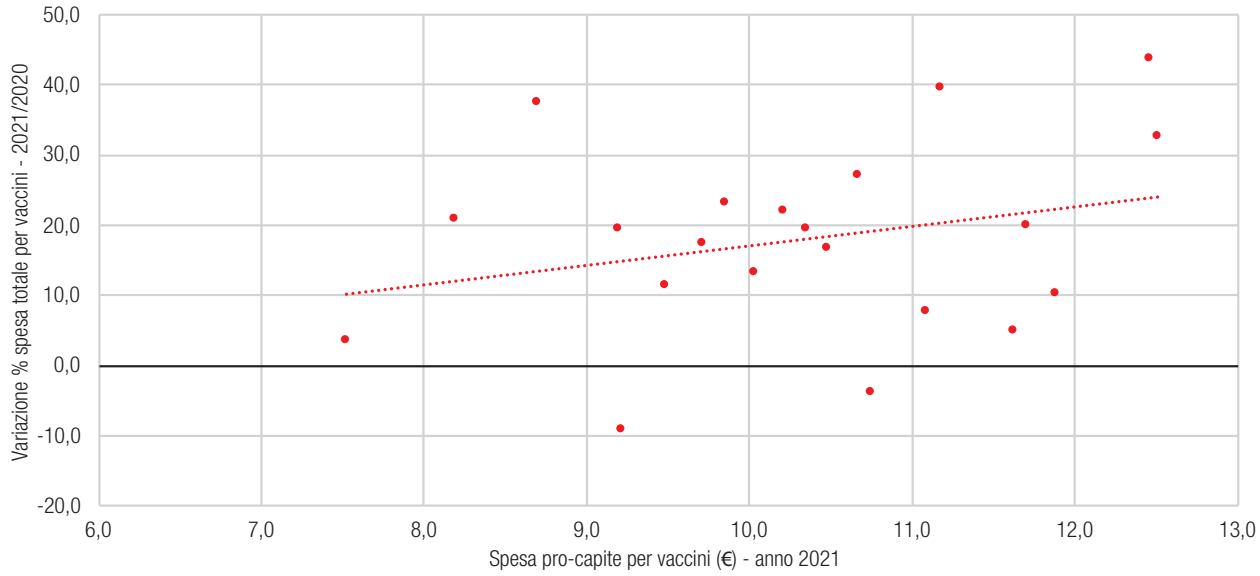
Regioni	Vaccino per il meningococco B	Vaccino attenuato per il rotavirus	Vaccino per il papilloma virus – HPV	Vaccino per il virus varicella zoster (vivo attenuato e ricombinante adiuvato**)	Vaccino per il virus varicella vivo attenuato	Vaccino per il meningococco tetravalente coniugato	Vaccino per lo pneumococco polisaccaridico 23-valente	Vaccino poliomielitico inattivato
Italia	1,50	0,29	1,19	0,26	0,09	0,40	0,15	0,00
Piemonte	1,16	0,29	1,00	0,22	0,04	0,22	0,21	0,00
Valle d'Aosta	1,73	0,26	1,31	0,13	0,18	0,21	0,00	0,00
Lombardia	1,46	0,32	1,36	0,07	0,08	0,50	0,14	0,00
P.A. Bolzano	1,62	0,34	0,89	0,12	0,16	0,53	0,02	0,00
P.A. Trento	1,39	0,37	1,19	0,96	0,07	0,54	0,12	0,00
Veneto	1,38	0,35	1,28	0,53	0,07	0,52	0,01	0,00
Friuli Venezia Giulia	1,14	0,31	0,99	0,29	0,03	0,48	-	0,00
Liguria	1,29	0,27	1,01	0,39	0,12	0,26	0,13	0,00
Emilia Romagna	1,50	0,28	1,66	0,52	0,20	0,56	0,44	0,00
Toscana	1,28	0,24	1,35	0,20	0,08	0,20	0,02	0,00
Umbria	1,39	0,26	1,15	0,02	0,11	0,34	0,01	0,01
Marche	1,20	0,28	0,88	0,06	0,08	0,40	0,10	0,00
Lazio	1,61	0,23	1,27	0,03	0,14	0,39	0,19	0,00
Abruzzo	1,26	0,21	0,89	0,23	0,13	0,26	0,11	0,00
Molise	1,32	0,31	0,66	0,29	0,14	0,35	0,05	0,00
Campania	1,61	0,28	0,92	0,26	0,12	0,35	0,13	0,00
Puglia	2,13	0,24	1,18	0,43	0,03	0,37	0,20	0,00
Basilicata	1,04	0,33	0,78	0,07	0,06	0,52	0,02	0,00
Calabria	1,58	0,38	0,98	0,22	0,08	0,32	0,05	0,00
Sicilia	1,86	0,29	1,16	0,40	0,06	0,39	0,29	0,00
Sardegna	1,21	0,29	0,82	0,16	0,08	0,43	0,03	0,01

*La spesa così calcolata è una stima che risente di alcune inevitabili approssimazioni, illustrate nel testo (es. non si considera vaccino antipneumococcico 13-valente per le motivazioni indicate). È stata considerata la popolazione media (Istat).

** Si segnala che, tra i dati presenti in OSMED interattivo, sono stati riscontrati probabili valori anomali, per alcune Regioni, di DDD e/o spesa per il nuovo vaccino introdotto nel 2021 (Varicella Zoster ricombinante adiuvato).

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.3. Correlazione tra spesa pro-capite (€) e variazione % della spesa totale per vaccini



Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA) e Istat, ultimo accesso ottobre 2022 – © C.R.E.A. Sanità

5.6. Il modello

Alla luce delle analisi descrittive esposte, in questo paragrafo si illustrano le caratteristiche (e nel prossimo i primi risultati) di un modello sviluppato da C.R.E.A. Sanità avente come obiettivo principale la valutazione dei livelli regionali di spesa (e consumo), così come rilevati da OsMed, rispetto a quelli attesi sulla base di un "perfetto allineamento" alle coperture vaccinali previste. Ci si riferisce, come più volte evidenziato, ai vaccini inclusi nel calendario vaccinale presentato nel PNPV 2017-2019 e quindi ricompresi nei LEA (DPCM 12 gennaio 2017), offerti gratuitamente alla popolazione eleggibile in base a determinate caratteristiche previste nel Piano.

Le analisi preliminari al modello hanno consentito di:

- analizzare la normativa vigente e la documentazione disponibile per identificare:
  - vaccinazioni obbligatorie (ex L.n. 119/2017) e raccomandate
  - vaccinazioni comprese nel PNPV e rientranti nei LEA
  - vaccini utilizzati in modo prevalente, rispetto a combinazioni alternative (es. MPRV anziché MPR+V)
  - dosi necessarie e coperture ottimali previste per tipologia di vaccino
- scaricare i dati nazionali e regionali (2018-2021) relativi a:
  - popolazione media (fonte: Istat)[35]
  - coperture % vaccinali raggiunte (fonte: Ministero della Salute, www.salute.gov.it)
  - consumi vaccini espressi in DDD, per tutte le tipologie di vaccini (fonte: OsMed interattivo)
  - spesa per tutte le tipologie di vaccini (fonte: OsMed interattivo)
  - costo medio per DDD o prezzo unitario medio per tipologia di vaccino (fonte: OsMed interattivo).

Sui dati ricavati dalle diverse fonti sono state ef-

[35] Nel modello si usa la popolazione media; per il 2021 ci si riferisce alla popolazione al 1° gennaio (non essendo, nel momento in cui si scrive, ancora consolidato il dato 2022 per effettuare il calcolo della popolazione media)

fettuate analisi statistiche che, fra l'altro, hanno consentito di confermare l'esistenza di una forte variabilità regionale.

Per poter calcolare le dosi "idealmente" da acquistare, e il relativo "onere atteso", sono state effettuate alcune assunzioni; il modello risente della complessità del mondo delle vaccinazioni, sia dal punto di vista delle diverse tipologie di vaccini disponibili per garantire una certa immunizzazione (es: per vaccinare contro morbillo, parotite, rosolia e varicella si può utilizzare il tetravalente MPRV oppure il trivalente MPR in combinazione con il monovalente per la varicella), sia dal punto di vista delle raccomandazioni su dosi e fasce di età (es. per la vaccinazione contro il meningococco B vanno somministrate 4, 3 o 2 dosi a seconda dell'età in cui si effettua la prima vaccinazione).

È ovvio che schematizzare un processo così complesso porta a inevitabili approssimazioni; di seguito si evidenziano le principali assunzioni del modello:

- si è scelto di utilizzare per tutte le categorie di soggetti previste nel PNPV il vaccino MPRV anziché la combinazione di MPR e V
- per il meningococco B, sono state considerate 4 dosi (3 dosi più un richiamo), anche se tendenzialmente allo stato attuale ne vengono somministrate 3 (la raccomandazione è però quella di iniziare al più presto la vaccinazione, e questo prevede per l'appunto 4 dosi)
- per l'influenza, è stata considerata la copertura ottimale (≥95%) e non l'obiettivo minimo (≥75%)
- per il rotavirus, si è scelto di considerare 2,5 dosi (ne sono previste due o tre a seconda del tipo di vaccino)
- per lo pneumococco per gli anziani si intende la dose di vaccino coniugato PCV 13-valente, poi seguita dal polisaccaridico PPV 23-valente
- per i richiami contro difterite, tetano, pertosse e polio previsti a 5-6 anni e a 12-18 anni, è stato considerato per tutti l'uso del vaccino tetravalente DTPa-IPV per i bambini e dTpa-IPV per gli adolescenti
- non è stato considerato il richiamo dTpa in età adulta (che andrebbe effettuato ogni 10 anni)
- contro il virus Varicella Zoster si è per ora considerata una copertura con il solo vaccino vivo attenuato (anche in considerazione del fatto che per il nuovo vaccino ricombinante adiuvato sembrano esserci probabili valori anomali di DDD/spesa, che "falsano" il costo medio, sovrastimandolo)
- non si prendono in considerazione i consumi (e costi) derivanti dalla vaccinazione dei soggetti ad aumentato rischio, per i quali il calendario vaccinale riporta, peraltro, indicazioni puntuali: soggetti affetti da alcune condizioni di rischio (ad es. per particolari patologie[36]); soggetti a rischio per esposizione professionale (es. personale sanitario, di laboratorio, operatori scolastici etc.); soggetti a rischio per determinati comportamenti o condizioni (es. detenuti, conviventi e contatti di soggetti HbsAg positivi, donatori di sangue appartenenti a gruppi sanguigni rari, etc.). Non si considerano neanche le vaccinazioni a carico dei viaggiatori internazionali (*travel vaccines*, quali ad es. tifo, febbre gialla, colera, etc.), oppure quelle fornite ai soggetti per i quali non è prevista l'offerta gratuita in quanto non rientrano nelle condizioni previste dal calendario vaccinale
- non si tiene conto di eventuali dosi di richiamo da effettuare a soggetti non vaccinati in precedenza e da "recuperare"
- il modello non considera eventuali Regioni che offrano attivamente e gratuitamente vaccinazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel

[36] Secondo il PNPV, «la categoria dei gruppi di popolazione a rischio per patologia è costituita da individui che presentano determinate caratteristiche e particolari condizioni morbose (patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, immunodepressione, etc.) che li espongono ad un aumentato rischio di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare in tal caso complicanze gravi». Il Piano fornisce un elenco che riporta, per ciascun vaccino, le condizioni di salute per le quali risulta indicata l'immunizzazione, considerato l'aumentato rischio in caso di infezione per questi soggetti

calendario vaccinale nazionale (es. in Puglia il vaccino contro l'epatite B è offerto in forma attiva e gratuita a tutta la popolazione [37]; in Friuli Venezia Giulia il vaccino contro la meningoencefalite da zecca – TBE è offerto gratuitamente a tutti i residenti nella Regione Friuli Venezia Giulia dal 1° gennaio 2013[38]; etc.)

- infine, la tabella 5.16. descrive quanto previsto nel PNPV 2017-2019 in tema di dosi e fasce di età previste nel calendario vaccinale: nel modello non è stato, però, possibile considerare i soggetti ad aumentato rischio indicati nel calendario come eleggibili, per i quali si rimanda a successive estensioni del modello.

Pur con i limiti descritti, è stata costruita una "matrice età/coperture" che esprime, per singola età, i consumi idealmente attesi.

La stima, che permette di valutare le discrasie fra consumi effettivi e attesi (sulla base degli obiettivi di copertura previsti dal Piano per le vaccinazioni comprese nel calendario vaccinale) è stata effettuata a livello nazionale e regionale, e per tipologia di vaccino.

Tabella 5.16. Vaccini del calendario vaccinale PNPV 2017-2019: dosi, fasce di età e obiettivi di copertura

Vaccino	Obbligatorio (O) Raccomandato (R)	Dosi	Fascia d'età	Obiettivo Copertura
Antinfluenzale	R	1	≥65 anni	minimo: ≥75%; ottimale: ≥95%
dTpa	R	1 dose ogni 10 anni (richiami *over* 18)		
Esavalente	O	3	I anno di vita	≥95%
Meningococco B	R	4 (o 3 o 2 a seconda dell'età di inizio ciclo)	I anno di vita	≥95%
Meningococco C Coniugato	R	1	II anno di vita	≥95%
Men. Tetravalente Coniugato (ACWY)	R	1	11-18 anni	≥95%
MPRV*	O	1 (prima)	II anno di vita	≥95%
		1 (seconda)	5-6 anni	≥95%
Papilloma Virus	R	2	12° anno di vita	≥95%
Pneumococco Coniugato**	R	3 (ciclo completo)	I anno di vita	≥95%
		1	65 anni	75%
Pneumococco polisaccaridico 23-valente	R	1	65 anni	75%
(Attenuato per il) Rotavirus	R	2 o 3 dosi a seconda del tipo di vaccino	I anno di vita	≥95%
Tetravalente* (difterite/tetano/pertosse/polio)**	O	1 (quarta)	5-6 anni	>=95%
	O	1 (quinta)	11-18 anni	≥90%
Varicella Zoster vivo attenuato****	R	1	65 anni	50%

* Oppure 1 dose di MPR (morbillo/parotite/rosolia)+1 dose di V (varicella)
** In questa voce convergono i residuali pneumococco 10-valente e pneumococco 13-valente
***DTPa-IPV: formulazione pediatrica; dTpa-IPV: formulazione per adolescenti e adulti. In forma residuale si utilizzano combinazioni di DTPa o dTpa e IPV (poliomielitico inattivato)
**** Nel 2021 è arrivato sul mercato il vaccino ricombinante adiuvato, che andrà presumibilmente, con il tempo, a sostituire quello vivo attenuato già esistente. Sono previste 2 dosi.
La tabella non è esaustiva; per le indicazioni relative ai soggetti ad aumentato rischio e per i dettagli su tipologia di vaccini da utilizzare, dosi, età e obiettivi di copertura si rimanda al PNPV 2017-2019

Fonte: elaborazioni su dati normativa – © C.R.E.A. Sanità

[37] https://vaccinarsinpuglia.org/scienza-conoscenza/vaccini-disponibili/vaccino-anti-epatite-b
[38] https://asfo.sanita.fvg.it/it/schede/zecche.html#:~:text=Il%20vaccino%20anti%2DTBE%20%C3%A8,Sanitario%20del%20Distretto%20di%20appartenenza

Per il calcolo dell'onere atteso[39], oltre le DDD "ottimali", il modello considera il prezzo unitario medio dei vaccini (per tipologia[40]), che può essere fissato al percentile voluto della distribuzione regionale.

Il modello è stato sviluppato con una parametrizzazione utile a realizzare futuri aggiornamenti in funzione degli andamenti delle coperture, dei prezzi dei vaccini e delle variazioni dei calendari vaccinali; ad esempio, per la vaccinazione contro il meningococco B la priorità è rappresentata in questo momento dall'utilizzo nella prima infanzia, età in cui è massimo l'impatto della malattia; nel Calendario per la Vita 2019 si legge, però, come sia stata raccomandata una rivalutazione - anche considerando i risultati di studi di *Health Technology Assessment* (HTA) – tesa a una possibile introduzione del vaccino in maniera estensiva in età adolescenziale.

5.7. I primi risultati del modello

Come detto, in Italia nel 2020 per i vaccini sono stati spesi € 548,5 mln. (€ 9,20 pro-capite), mentre nel 2021 la spesa è salita a € 621,9 mln. (€ 10,50 pro-capite)[41].

Ipotizzando un allineamento dei prezzi di acquisto dei vaccini al prezzo medio registrato nel 2021 a livello nazionale, secondo le stime prodotte dal modello, con la popolazione 2021 sarebbe atteso, per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti nel Piano, un onere complessivo di circa € 591,6 mln., che però non tiene conto delle vaccinazioni dei soggetti a rischio, comprese quelle per i viaggiatori internazionali, che pure rappresentano un onere aggiuntivo significativo[42].

La tabella 5.17. mostra i valori con dettaglio regionale. Le stime esposte risentono del *mix* di vaccini inclusi.

La spesa per le sole coorti previste, senza tenere conto delle vaccinazioni da somministrare alle categorie a rischio, onere certamente rilevante, in confronto all'onere atteso varia fra il -23,7% del Piemonte e il +29,2% del Friuli Venezia Giulia (Figura 5.4.).

In particolare, oltre al Piemonte, sembrerebbero registrare una spesa per vaccini inferiore all'onere atteso in una situazione ottimale anche Valle d'Aosta (-11,7%), P.A. di Bolzano (-10,5%), Toscana (-4,6%), Marche (-3,1%), Basilicata (-4,8%), Calabria (-1,3%) e Sardegna (-10,5%).

Chiaramente, occorre molta cautela nell'interpretazione di questi dati, che non necessariamente rappresentano scostamenti inappropriati, anche per i limiti del modello più volte espressi: va oltretutto considerato che, ad esempio, alcune Regioni possono aver utilizzato in un determinato anno dei vaccini il cui costo è stato sostenuto nell'anno precedente (a causa delle mancate vaccinazioni registrate soprattutto nel periodo pandemico). Inoltre, come già evidenziato, alcune Regioni possono prevedere coperture aggiuntive rispetto a quelle previste nel PNPV.

Quindi l'onere attualmente sostenuto sembra allinearsi al fabbisogno per la sola immunizzazione delle coorti del calendario: non sembra poter essere sufficiente per la copertura anche delle categorie a rischio; come anche dell'onere derivante dall'esistenza di coorti rimaste escluse dalle vaccinazioni (in quanto avevano già superato l'età *target* nel momento dell'inserimento della raccomandazione nel PNPV), che vanno recuperate (come alcune Regioni

[39] Per "onere atteso", anche nel prosieguo, si intende l'onere stimato (utilizzando il modello) che ci si attende di dover sostenere per raggiungere gli obiettivi di copertura a regime illustrati nel PNPV 2017-2019

[40] Calcolato dividendo la spesa per le relative DDD consumate, per tipologia di vaccino (si consideri che, nella pratica, i vaccini sono acquistati direttamente dalle strutture del SSN attraverso gare condotte a livello regionale)

[41] Si noti che esiste una discrepanza tra i dati forniti in OsMed interattivo (considerati in questo capitolo) e quelli riportati nei Report annuali: in base a questi ultimi, per i vaccini nel 2020 sarebbero stati spesi € 562,5 mln., mentre per il 2021 nel Report annuale si fa riferimento al solo valore pro-capite, che corrisponde a € 10,50

[42] Solo per avere un termine di paragone, se si considerasse come riferimento il prezzo medio (2021) dei vaccini sostenuto dalla Regione posizionata in corrispondenza del 75° percentile, l'onere atteso per vaccini salirebbe a € 620,0 mln., mentre se si considerasse come riferimento il prezzo medio dei vaccini sostenuto dalla Regione posizionata in corrispondenza del 25° percentile, l'onere atteso per vaccini sarebbe pari a € 566,8 mln.

stanno facendo).

Il "recupero alla vaccinazione" di tali coorti implica un onere non considerato nelle elaborazioni e, peraltro, non considerato neppure a livello istituzionale, tanto che nessun documento ufficiale, a nostra conoscenza, prevede un finanziamento per questa attività.

Il modello è in fase di integrazione per poter includere anche una stima degli eleggibili /anno appartenenti alle fasce di popolazione ancora non incluse (a rischio, etc.): tale evoluzione è necessaria per poter quantificare l'onere aggiuntivo previsto.

Per apprezzare l'importanza della quantificazione, basti pensare che, come rileva l'ISS, *«dai dati emerge una dimensione della cronicità e della policronicità che raggiunge numeri importanti con l'avanzare dell'età: già dopo i 65 anni e prima dei 75, più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche fra quelle indagate e questa quota aumenta con l'età fino a interessare complessivamente i tre quarti degli ultra 85enni, di cui la metà è affetta da due o più patologie croniche»*.

Volendo fare un esempio, molto approssimativo, si considerino i soggetti diabetici adulti: secondo l'ISS (indagine PASSI 2017-2020[43]), la prevalenza sarebbe pari a 0,9% nella classe di età 18-34, 2,3% nella fascia 35-49 e 9,1% in quella 50-69: si possono stimare circa 2 milioni di persone adulte a cui va aggiunto un altro milione e mezzo di persone nella classe 75+ (secondo l'Istat, in questa fascia di anziani la prevalenza raggiungerebbe il 21,0%)[44], per una stima totale di 3 milioni e mezzo di persone. Considerando che per i diabetici il PNPV consiglia la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia e varicella (in assenza di accettabili evidenze di immunità verso anche una sola delle patologie), la vaccinazione antinfluenzale (comunque già prevista in calendario per gli ultra 65enni, indipendentemente dalla presenza di patologie), la vaccinazione antipneumococcica (già prevista in calendario per tutti i 65enni) e la vaccinazione anti-zoster a partire dai 50 anni (in calendario già prevista per i 65enni), si intuisce come l'onere relativo ai soggetti a rischio identificati nel PNPV sia molto significativo (anche considerando, successivamente, la sola incidenza per le vaccinazioni che non si ripetono annualmente).

Tabella 5.17. Stima dell'onere atteso per le coperture vaccinali ottimali in base al PNPV 2017-2019 (al netto dei soggetti ad aumentato rischio)

Regioni	Onere atteso per coperture ottimali vaccini PNPV 2017-2019* €	Spesa sostenuta per vaccini 2021 €
Italia	591.576.740	621.885.840
Piemonte	42.156.567	32.177.669
Valle d'Aosta	1.222.505	1.079.801
Lombardia	100.416.264	103.327.747
P.A. Bolzano	5.995.120	5.365.987
P.A. Trento	5.646.082	6.306.113
Veneto	47.892.591	53.998.537
Friuli Venezia Giulia	11.592.492	14.971.454
Liguria	14.511.179	14.754.151
Emilia Romagna	44.152.643	55.529.915
Toscana	35.681.106	34.045.329
Umbria	8.481.631	9.235.762
Marche	14.656.341	14.208.722
Lazio	56.298.088	61.606.658
Abruzzo	12.557.383	12.629.056
Molise	2.818.202	3.291.736
Campania	58.860.973	58.963.143
Puglia	38.874.621	46.779.422
Basilicata	5.268.530	5.015.200
Calabria	19.247.041	18.996.345
Sicilia	50.705.240	56.580.741
Sardegna	14.542.142	13.022.354

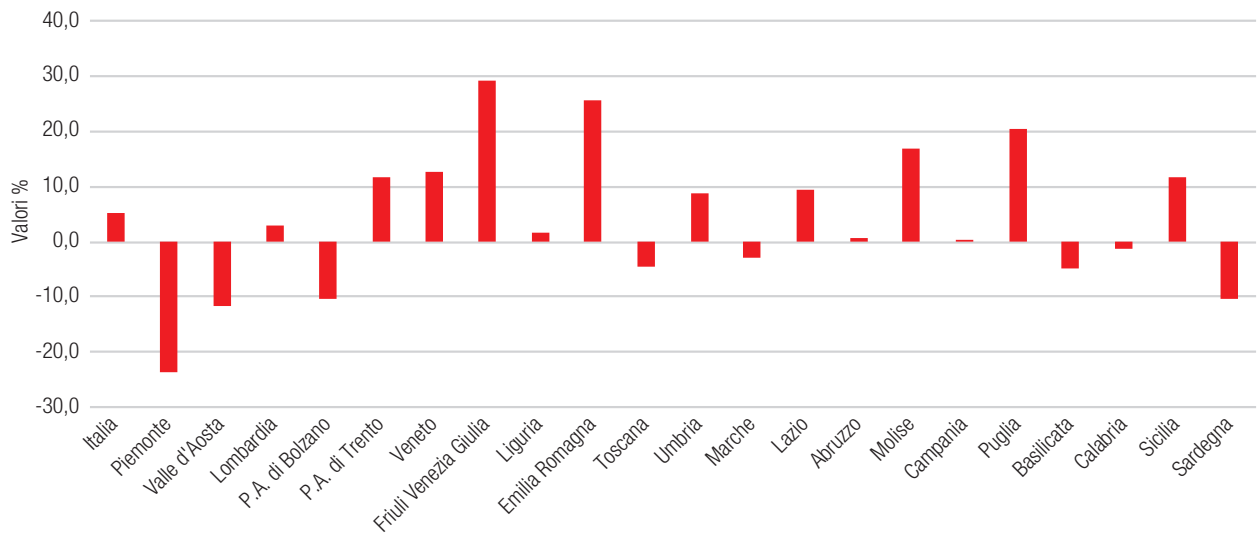
*Considerando il prezzo medio nazionale dei vaccini 2021, la popolazione 2021 e gli obiettivi di copertura ottimale del PNPV 2017-2019.

Fonte: elaborazioni proprie e dati OsMed interattivo – © C.R.E.A. Sanità

[43] Si considerano le persone che, su intervista, dichiarano che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro il diabete. Si tenga conto che una parte di intervistati affetti da diabete potrebbe non esserne a conoscenza, e che nell'indagine non distingue tra diabete di tipo 1 e diabete di tipo 2

[44] Ministero della Salute (2021), Relazione al Parlamento 2021 sul diabete mellito

Figura 5.4. Differenza % tra spesa sostenuta per vaccini e onere atteso (esclusa stima per soggetti ad aumentato rischio). Anno 2021



Nella spesa osservata (fonte OsMed) sono compresi vaccini somministrati ai soggetti a rischio in base al calendario vaccinale e i *travel vaccines* (es. colera, encefalite, febbre gialla, rabbia, tifo). L'onere atteso finale è stimato considerando il prezzo medio nazionale dei vaccini 2021, la popolazione 2021 e gli obiettivi di copertura ottimale del PNPV 2017-2019; esso non considera, tra le altre cose, la spesa necessaria per coprire le vaccinazioni dei soggetti ad aumentato rischio

Fonte: elaborazioni su dati OsMed interattivo (AIFA), ultimo accesso ottobre 2022 e Istat – © C.R.E.A. Sanità

Il modello, peraltro, permette di effettuare un monitoraggio continuo, che si rende opportuno per effetto delle dinamiche del settore: in primis l'evoluzione del calendario, in termini di vaccini offerti gratuitamente (LEA), ma anche l'evoluzione dei prezzi. Su quest'ultimo aspetto, si consideri che essi possono diminuire nel tempo, come anche aumentare per l'arrivo di nuove formulazioni: ad esempio, secondo OsMed il costo medio nazionale per una dose di vaccino esavalente era pari a € 51,9 nel 2013 ed era divenuto di € 32,6 nel 2020 e € 29,4 nel 2021, mentre quello per l'HPV è passato da € 54,9 a € 69,4 nel 2020 e € 69,3 nel 2021, in corrispondenza del passaggio dalle prime formulazioni (HPV4 e HPV2) alle nuove HPV9.

Ovviamente, il livello di spesa effettivo regionale dipende, altresì, dal livello dei prezzi medi ai quali le Regioni possono acquistare, che a loro volta sono condizionati da numerosi fattori, quali *case mix* e dimensioni degli acquisti.

In definitiva il modello, pur con tutte le limitazioni espresse, evidenzia la necessità di un maggior impegno economico per le vaccinazioni in larga parte delle Regioni, con alcuni elementi di possibile razionalizzazione, anche degli acquisti, sebbene circoscritti a casi specifici.

5.8. Riflessioni finali

Il modello descritto in questo capitolo sembra fornire delle prime, ragionevoli, stime dell'onere atteso per i vaccini necessario a raggiungere le coperture ottimali a regime delle coorti per età previste nel PNPV 2017-2019, permettendo di valutare tanto la relativa incidenza sul finanziamento del SSN (anche a livello dei singoli SSR), e in particolare del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", quanto gli scostamenti degli oneri effettivi sostenuti a livello regionale.

Il modello fornisce informazioni disaggregate, oltre che regionalmente, per vaccini obbligatori ex L. n. 119/2017 e non, e scende al dettaglio dei singoli *target* ottimali di copertura vaccinale previsti a livello centrale.

Quindi si presta, oltre che a monitorare le politiche regionali, anche a valutare gli impatti di future modificazioni del PNPV e, di conseguenza, i cambiamenti che dovrebbero intervenire nelle politiche vaccinali regionali per perseguire gli obiettivi del Piano.

Con il modello è stato possibile apprezzare l'esistenza di un *gap* significativo fra la spesa regionale sostenuta e l'onere atteso.

Si evidenzia, quindi, l'esigenza di un più attento monitoraggio delle risposte regionali alle indicazioni nazionali contenute nel PNPV, anche in considerazione del fatto che non sembrano esserci particolari limiti al finanziamento della spesa che grava sul LEA "Prevenzione e Sanità Pubblica": semmai, va evidenziato come possa risultare limitata la quota effettivamente vincolata, pari ai € 186 mln. introdotti a decorrere dall'anno 2019, per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei nuovi vaccini compresi nel PNPV.

Infine, ricordiamo che il modello presenta diversi limiti, peraltro discussi estensivamente nei paragrafi precedenti; in particolare, rimane incerta la quantificazione della spesa per i vaccini destinati ai soggetti ad aumentato rischio (non considerata in questa prima versione del modello), che pare essere un punto dirimente nella quantificazione complessiva dell'onere e quindi della valutazione dei comportamenti regionali.

Riferimenti bibliografici e sitografici

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), sito web www.aifa.gov.it

AIFA, OsMed interattivo – ultimo accesso ottobre 2022, https://www.aifa.gov.it/osmed-interattivo

AIFA, "Gli strumenti: il metodo di classificazione secondo il sistema ATC/DDD", Bollettino d'informazione sui farmaci, Anno IX, N. 6, http://www.agenziafarmaco.gov.it/wscs_render_attachment_by_id/111.61850.1150390484813676c.pdf?id=111.61855.1150390485109#:~:text=La%20metodologia%20adottata%20a%20livello,%2D%20finita%20Giornaliera%2C%20DDD)

AIFA (2019) - 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-osmed-2019

AIFA (2020) - Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) (2020), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020", Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2020

AIFA (2021) - Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) (2021), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021", Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2021

Boccalini S., Bechini A., Levi M., Tiscione E., Gasparini R. & Paolo Bonanni (2013), Cost-effectiveness of new adult pneumococcal vaccination strategies in Italy, Human Vaccines & Immunotherapeutics, 9:3, 699-706, https://doi.org/10.4161/hv.23268

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 (2019), "Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità (?)", 15° Rapporto Sanità, Locorotondo Editore, dicembre 2019, ISBN 978-88-99078-33-1, 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/

Commissione Europea - Commissione per la salute e la sicurezza alimentare (2019), Report "Europeans' attitudes towards vaccination", in Special Eurobarometer 488, aprile 2019, http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2223

Commissione Europea - Commissione per la salute e la sicurezza alimentare (2020), Report "State of Vaccine Confidence in the EU+UK", https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020_confidence_rep_en_0.pdf

Commissione Europea - Commissione per la salute e la sicurezza alimentare (2022), Report "State of

Vaccine Confidence 2022", https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-11/2022_confidence_rep_en.pdf
GAVI (Vaccine Alliance), sito web, https://www.gavi.org/
Istat (Istituto Nazionale di Statistica), sito web, https://www.istat.it/it/
Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Epicentro (portale di epidemiologia per la sanità pubblica), https://www.epicentro.iss.it/, ultimo accesso ottobre 2022
Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Epicentro (portale di epidemiologia per la sanità pubblica), area tematica "Vaccini e vaccinazioni", https://www.epicentro.iss.it/vaccini/, ultimo accesso ottobre 2022
Istituto Superiore di Sanità (ISS), sito web, https://www.iss.it/
Ministero della Salute – Trovanorme, atti normativi vari, sito web, https://www.trovanorme.salute.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
Ministero della Salute (2017b), "Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019"
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
Ministero della Salute (2021), Relazione al Parlamento 2021 sul diabete mellito, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3229_allegato.pdf
Ministero della Salute (a), sito web, www.salute.gov.it
Ministero della Salute (b), sito web, area tematica "Vaccinazioni", https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp, ultimo accesso ottobre 2022
Ministero della Salute (c), sito web, pagina "Dati coperture vaccinali", http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto, ultimo accesso ottobre 2022
NITAG - National Immunization Technical Advisory Group (2020), "Il PNPV 2020-2022: raccomandazioni del nucleo strategico del NITAG"
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 – Regione Europea (OMS Europa) (2020), "Guidance on routine immunization services during COVID-19 pandemic in the WHO European Region", 20 marzo 2020, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/433813/Guidance-routine-immunization-services-COVID-19-pandemic.pdf?ua=1
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2012), "Global Vaccine Action Plan (GVAP) 2011-2020", maggio 2012, https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/global-vaccine-action-plan
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2020a), "Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic", 26 marzo 2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2020b), "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/
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=
Regione Friuli Venezia Giulia, Azienda sanitaria Friu-

li Occidentale, sito web: https://asfo.sanita.fvg.it/it/schede/zecche.html#:~:text=Il%20vaccino%20anti%2DTBE%20%C3%A8,Sanitario%20del%20Distretto%20di%20appartenenza, ultimo accesso ottobre 2022

Regione Puglia, sito web: https://vaccinarsinpuglia.org/scienza-conoscenza/vaccini-disponibili/vaccino-anti-epatite-b, ultimo accesso ottobre 2022

Sabin Vaccine Institute, sito web, https://www.sabin.org/

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

UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia), sito web, https://www.unicef.it

ENGLISH SUMMARY

Prevention: expenditure on vaccines, a model for optimising regional funding in the light of the National Plan

Vaccination is an important preventive activity and one of the most successful public health interventions. Nevertheless, coverage (with specific reference to routine immunizations) has stabilised over the last decade, with a decline in the years of the COVID pandemic: according to the WHO, some 25 million children missed vaccinations in 2021, 5.9 million more than in 2019 and the highest number since 2009.

At the international level, targets were set by the WHO in the Global Vaccine Action Plan and in the recent 'Immunization Agenda - IA 2030', an ambitious new global strategy for a world where everyone, everywhere and at every age, can benefit from vaccines for a healthy life.

At the European level, the WHO European Regional Committee adopted the European Immunization Agenda 2030 (EIA 2030) in September 2021.

In Italy, the reference document on immunizations is the National Plan for Vaccine Prevention (NPVP), which acknowledges international guidelines and identifies the reduction or elimination of the burden of vaccine-preventable infectious diseases, as a public health priority, through the identification of effective and homogeneous strategies to be implemented throughout the country. It does not include vaccinations against COVID.

The last Plan adopted was the 2017-2019 one, approved on 19 January, 2017 (and subsequently extended until the end of 2021). The new Plan is currently being adopted.

As the emergency situation caused by the pandemic was gradually overcome, the development of vaccine prevention had to come to terms with public awareness and the resources made available by healthcare systems. In 2020, a survey by the European Commission showed that trust in vaccinations in the EU+UK was fairly high, both among the general population and among healthcare professionals. Trust is not yet the same for all vaccines: for example, it is higher for the MMR vaccines than for influenza and HPV vaccines (it should be considered that, at the time the survey was carried out, vaccines against COVID-19 were not yet available). Italy is positioned at the top of the ranking (i.e. among the countries with the highest levels of trust overall).

In Italy, increasing vaccination opportunities and the progressive recognition of the strategic nature of immunizations for public health have gradually enlarged the range of those included in the so-called "Essential Levels of Care" (LEAs), i.e. the services that the Italian National Health Service (NHS) is required to provide to all citizens, either free of charge or upon co-payment (the payment of the so-called "ticket", i.e. a prescription or service charge), with public resources collected through taxes.

With a view to ensuring free access to the vaccinations included in the LEAs for the population that has certain characteristics or is in the conditions foreseen by the NPVP, Regions must have the necessary resources. In Italy the vaccination activities included in the LEAs are generally funded with part of the quotas tied to collective prevention and public health activities, which currently stand at 5% of the National Health Fund (NHF).

Moreover, following the adoption of the NPVP 2017-2019, which introduced new vaccinations with respect to the previous Plan, with Law No. 232/2016 the Italian government provided for funding to the Regions, as a contribution to refund the cost of vaccines, specifically for the purchase of the new vaccines included in the Plan. As of 2019, these resources amounted to € 186 million, a sum deemed appropriate by the government, after estimating the

burden and cost of immunizations when fully operational, i.e. in the case of reaching optimal coverage. It should be borne in mind that the coverage targets for the new vaccinations have been gradually staggered over the years, undergoing several changes in successive regulations, so as to give the Italian Regions time to adjust to the achievement of the optimal situation.

As the vaccination scenario is changing rapidly, the above estimates need to be updated frequently.

Bearing this in mind, after examining consumption and expenditure incurred for all types of vaccines in Italy in 2020 and 2021, a "model" created by C.R.E.A. Sanità is outlined in Chapter 5 to calculate - albeit with all the necessary approximations of the case - the consumption and "expected" charges, at the regional level, for purchasing all the vaccines indicated in the NPVP 2017-2019, based on the optimal vaccine coverage targets.

The model provides disaggregated data, as well as regional data, for mandatory and non-mandatory vaccines pursuant to the Italian Law (Law No. 119/2017),and goes right down to the finest detail of the individual optimal coverage targets set at central level.

Therefore, it lends itself not only to monitor regional policies, but also to assess the impact of future changes in the NPVP and, consequently, also the changes that should take place in regional vaccination policies to pursue the Plan's objectives.

The model described seems to provide reasonable estimates, thus making it possible to evaluate both the relative incidence on the NHS financing (also at the level of the individual Regional Health Systems) - and, in particular, of the LEA "Collective Prevention and Public Health" – and the deviations of the actual burdens borne at the regional level.

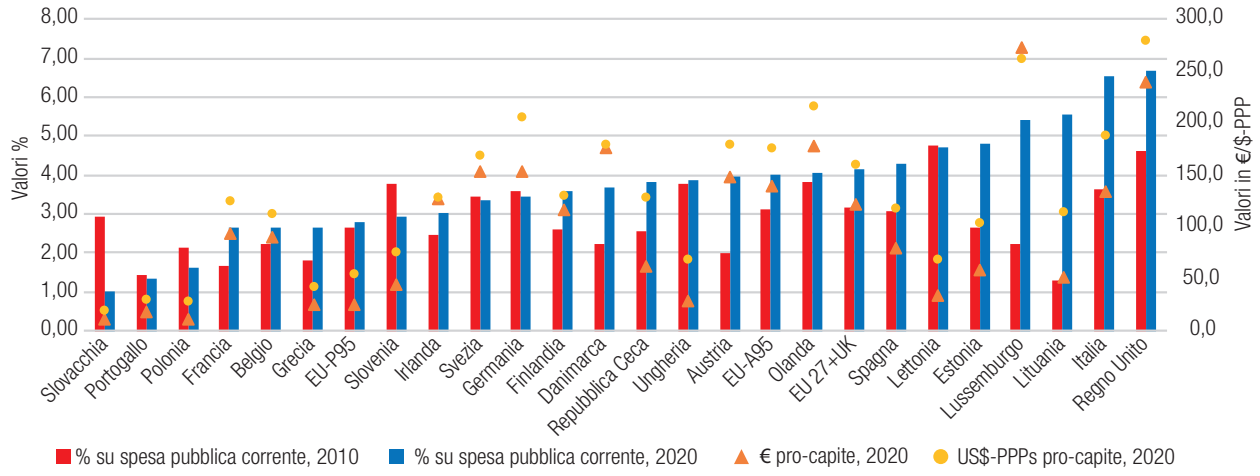
With the model it was possible to assess the existence of a significant gap between the regional expenditure actually incurred and the expected burden.

Therefore, the need for a more careful monitoring of the regional responses to the national guidelines contained in the NPVP is highlighted, also considering that there seem to be no particular limits to financing the expenditure, which falls on the LEA "Collective Prevention and Public Health". If anything, it should be pointed out how limited is the quota actually tied in favour of vaccines, equal to the € 186 million introduced as from the year 2019 for contributing to refunding the Regions for the purchase of the new vaccines included in the NPVP.

Finally, we would like to point out that the model has several limitations. Further studies will be carried out to overcome them: in particular, the reduction in the direct costs of the Italian National Health Service, which can be obtained thanks to immunizations (e.g. reduction in hospitalizations), is not considered.

But, above all, the quantification of the expenditure on vaccines intended for subjects at increased risk remains uncertain, which seems to be a fundamental point in the overall quantification of the burden and, therefore, in the evaluation of regional behaviours: based on the estimates made it seems possible to suppose that the current expenditure may not be sufficient to ensure both the coverage of the cohorts by age envisaged and of the subjects at risk, as well as of those who have "skipped" vaccination and need to be "recovered".

KI 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa

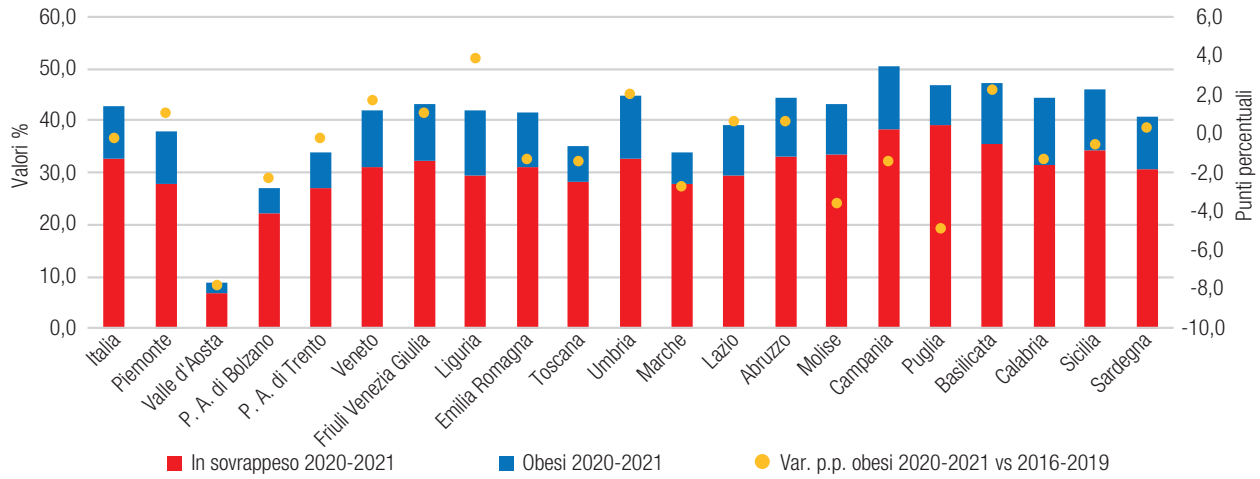


Per le definizioni, vedi 'Nota KI 5.1'.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat (aggiornamento luglio 2022, ultimo accesso settembre 2022) e Banca d'Italia (https://tassidicambio.bancaditalia.it/, ultimo accesso settembre 2022) - © C.R.E.A. Sanità

Nell'ultimo anno disponibile, tra i Paesi EU l'Italia, in termini di quota di spesa corrente pubblica destinata alla prevenzione (6,6%, contro il 5,7% del 2019), è seconda solo al Regno Unito (6,7%). La media EU-27+UK si attesta al 4,2%. Rispetto al 2010, sono 12 i Paesi che hanno registrato variazioni di 1 o più p.p.: Slovacchia (-1,9 p.p.), Francia e Finlandia (+1,0), Spagna (+1,2), Rep. Ceca (+1,3), Danimarca (+1,5), Austria (+2,0), Regno Unito (+2,1), Estonia (+2,2), Italia (+2,9), Lussemburgo (+3,2) e Lituania (+4,3). In termini di spesa pro-capite per programmi di prevenzione, l'Italia è ottava tra i 22 Paesi EU + UK di cui si dispone del dato (€ 133,9, con un aumento di +€ 25,3 rispetto al 2019): per confronto, ad esempio, la spesa del Lussemburgo raggiunge € 272,0 e quella del Regno Unito € 238,9, con la Germania a € 153,0. In termini di spesa pro-capite in $-PPP (parità di potere di acquisto), l'Italia è quinta ($-PPP 186,9), dopo Regno Unito ($-PPP 277,8), Lussemburgo ($-PPP 260,6), Olanda ($-PPP 214,1) e Germania ($-PPP 204,4).

KI 5.2. Sovrappeso e obesità tra gli adulti (18-69 anni)

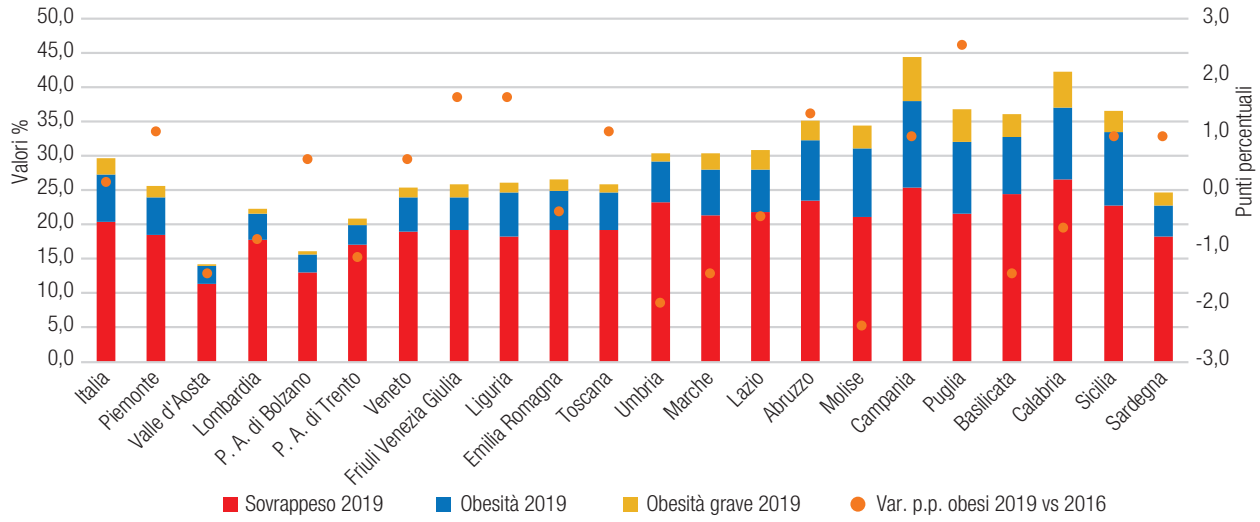


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2020-2021 non è disponibile.
Per le definizioni, vedi 'Nota KI 5.2'.

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 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2020-2021 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 (42,9%), mentre l'Umbria (44,8%) e il Friuli Venezia Giulia (43,2%) sono le uniche Regioni del Centro-Nord con una quota peggiore. Considerando la sola obesità: tra le Regioni del Mezzogiorno, il dato della Sardegna è in linea con la media nazionale (10,4%), mentre solo Molise (9,8%) e Puglia (7,5%) si trovano al di sotto. Registrano una quota di obesi superiore alla media 4 Regioni settentrionali (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria ed Emilia Romagna) e l'Umbria. Il dato migliore (2,0%) si registra in Valle d'Aosta; il peggiore (12,9%) in Calabria. Rispetto alla precedente rilevazione 2016-2019, la quota nazionale di obesi scende di 0,4 p.p.: un miglioramento si registra in 11 Regioni (6 al Centro-Nord e 5 nel Mezzogiorno); il peggioramento più evidente è quello della Liguria (+3,7 p.p.).

KI 5.3. Obesità tra i bambini (8-9 anni)

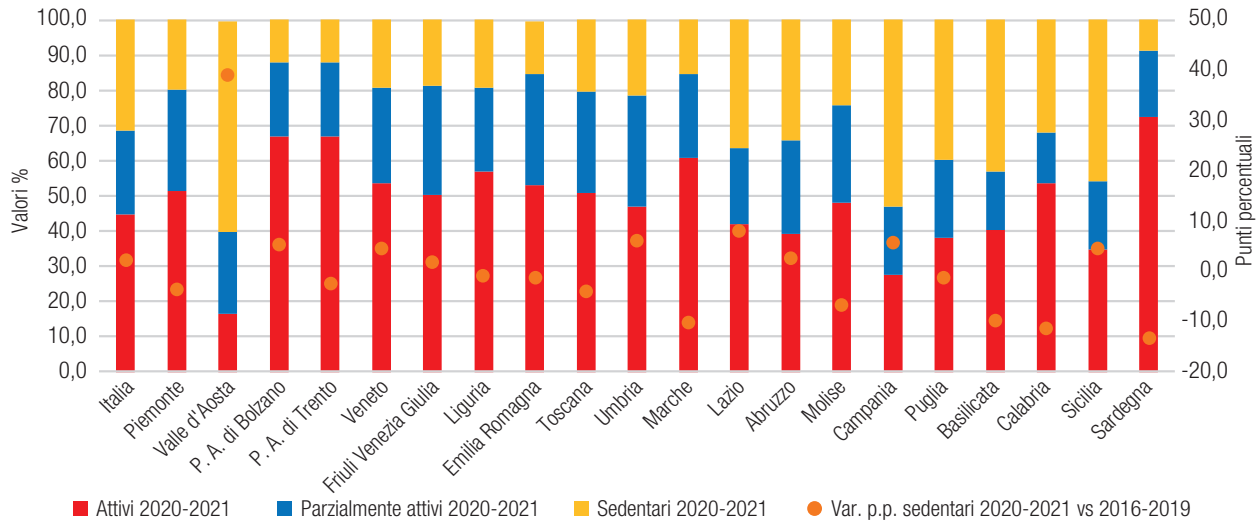


Prevalenze calcolate utilizzando i *cut-off* IOTF *(International Obesity Task Force).*

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - OKkio alla Salute, http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute, aggiornamento 10.11.2020, ultimo accesso settembre 2022

Nel 2019 (ultimo dato disponibile), in Italia, 3 bambini di 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). Per l'eccesso ponderale si evidenzia un gradiente geografico Nord-Sud: solo la Sardegna risulta virtuosa (con il quinto miglior risultato nazionale). A fronte di una prevalenza nazionale del 29,8% (nel 2016 era 30,6%), si passa dal 14,0% della Valle d'Aosta al 44,2% della Campania. Se si considera la sola obesità, il valore medio nazionale è pari al 9,4% (9,3% nel 2016), con tutte le Regioni meridionali (ad eccezione ancora della Sardegna) che si trovano 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 medio nazionale risulta stabile (+0,1 p.p.), mentre sono 11 le Regioni che registrano un peggioramento. Si segnala l'aumento di +2,5 p.p. osservato in Puglia (dal 12,6% al 15,1%).

KI 5.4. Attività fisica praticata dagli adulti (18-69 anni)

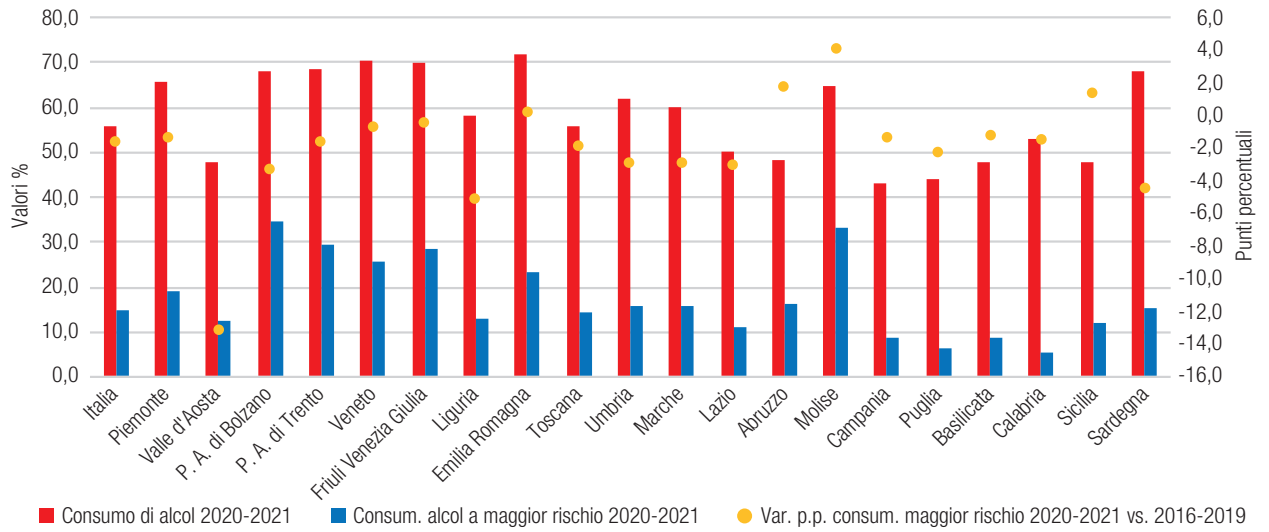


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2020-2021 non è disponibile.
Per le definizioni, vedi 'Nota KI 5.4'.

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 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In base alle indicazioni OMS attuali, nel biennio 2020-2021 il 44,9% degli adulti italiani (18-69 anni) sarebbe "fisicamente attivo", il 23,6% "parzialmente attivo" e il 31,5% "sedentario". La più alta prevalenza di sedentari si osserva nel Mezzogiorno (ad eccezione di Sardegna e Molise), nel Lazio e in Valle d'Aosta; agli estremi si trovano l'8,5% della Sardegna e il 60,3% della Valle d'Aosta. 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: +39,0 p.p. (da 21,3% a 60,3%). Nel 2021, la quota di sedentari a livello nazionale arriva al 30,9%, rispetto al 32,2% del 2020 e al 30,4% del 2019.

KI 5.5. Consumo di alcol e consumo "a maggior rischio" tra gli adulti (18-69 anni)

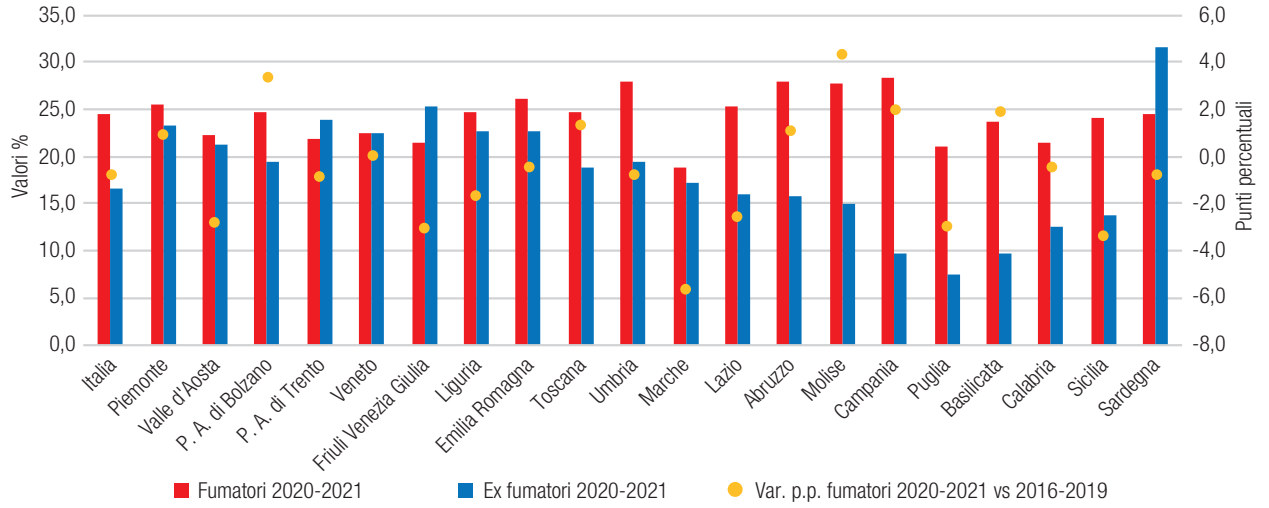


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2020-2021 non è disponibile.
Per le definizioni, vedi 'Nota KI 5.5'.

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 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2020-2021 il 55,8% 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 64,6% e Sardegna con il 68,1%). Si passa dal 43,2% in Campania al 71,9% in Emilia Romagna. La quota di adulti con un consumo di alcol "a maggior rischio" si attesta, a livello nazionale, al 15,0%; la prevalenza è maggiore nel Centro-Nord: supera il 30,0% nella P.A. di Bolzano (34,6%) e in Molise (33,1%), con la P.A. di Trento al 29,4%. 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 miglioramento a livello nazionale (dal 16,8% al 15,0%) e nella maggioranza delle Regioni; si evidenziano la crescita di +3,9 p.p. in Molise e la diminuzione di -13,3 p.p. in Valle d'Aosta. Nel 2021 la quota nazionale è aumentata (15,8%) rispetto all'anno precedente (14,1%), senza però raggiungere i livelli del 2019 (16,4%).

KI 5.6. Abitudine al fumo di sigarette tra gli adulti (18-69 anni)

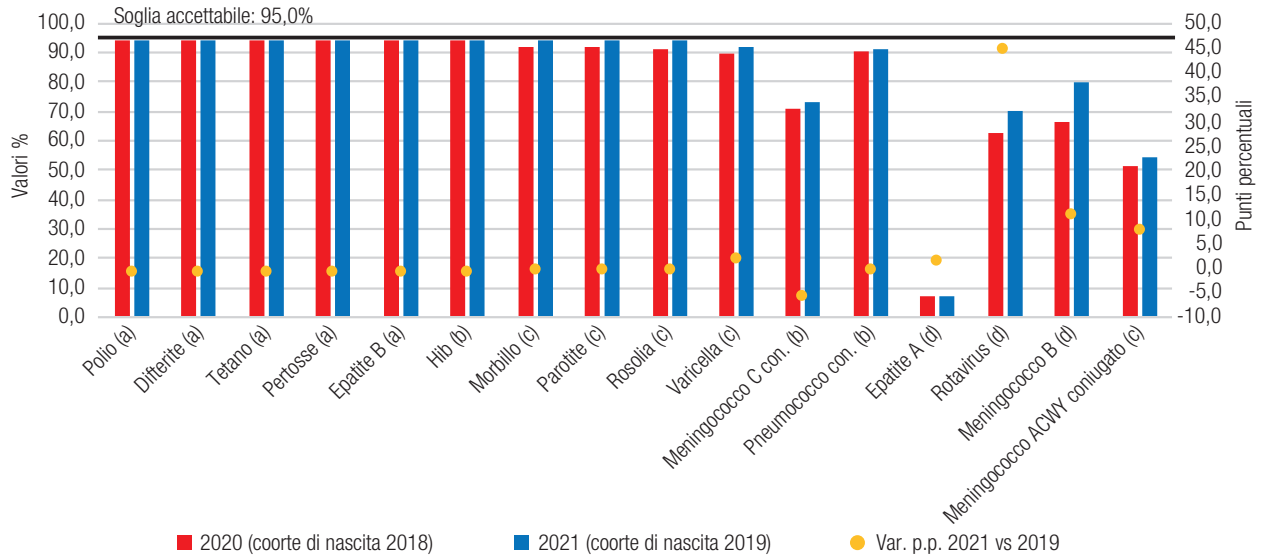


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2020-2021 non è disponibile.
Per le definizioni, vedi 'Nota KI 5.6'.

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 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2020-2021 il 24,5% degli adulti (18-69 anni) italiani si dichiara fumatore. La quota supera il 27,0% in 4 Regioni del Centro-Sud (Umbria, Abruzzo, Molise e Campania), ma anche in Piemonte, P.A. di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Lazio la prevalenza resta più elevata della media (lievemente in alcuni casi); nelle Marche si registra la quota più bassa di fumatori (18,9%), in Campania la più alta (28,4%). Rispetto al 2016-2019, cala la quota di fumatori nella maggior parte delle Regioni (in particolare nelle Marche: -5,7 p.p.); il dato peggiora in Piemonte (+0,9 p.p.), P.A. di Bolzano (+3,3), Toscana (+1,3), Abruzzo (+1,0), Molise (+4,3), Campania (+1,9) e Basilicata (+1,8). Stabile il Veneto. Nel biennio 2020-2021, la quota di ex fumatori in Italia si attesta al 16,6%, con una prevalenza maggiore soprattutto nelle Regioni settentrionali (ma la quota più alta si osserva in Sardegna: 31,5%), mentre la più bassa si osserva in Puglia (7,4%).

KI 5.7. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 24 mesi per singolo antigene in Italia



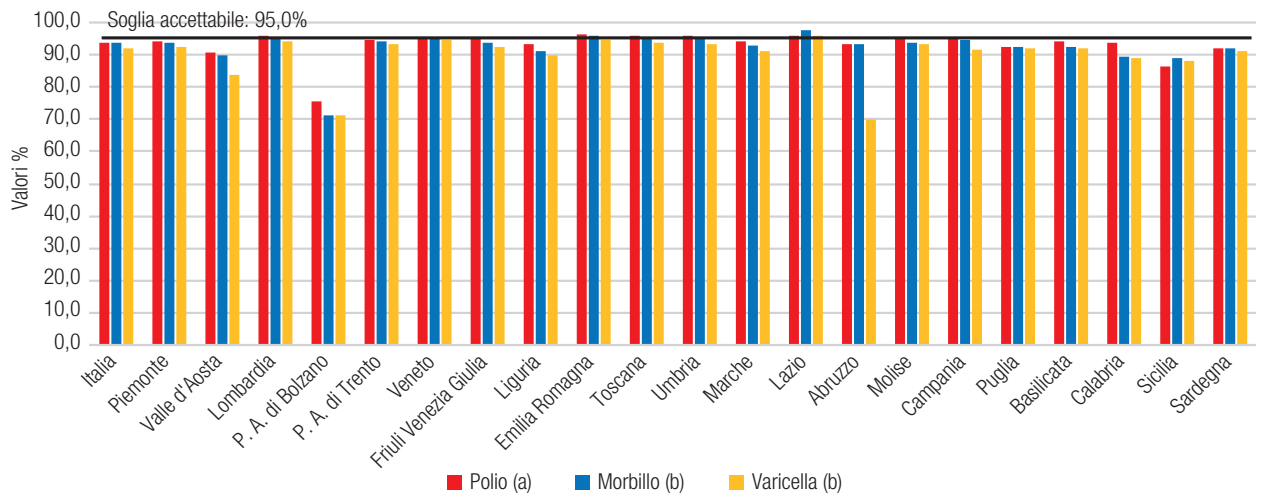
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età
(c) 1a dose entro 24 mesi (d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario

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) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, 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 94,00%, 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 93,85% nel 2021, con +2,06 p. p. rispetto al 2020 ma senza raggiungere il 94,49% del 2019 né tantomeno la soglia. Aumenta anche la copertura contro la varicella, che a livello nazionale nel 2021 raggiunge il 92,08%, registrando un aumento di 2,72 p.p. rispetto al 2020 e di 1,58 p.p. rispetto al 2019, rimanendo comunque al di sotto del 95,00%. 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 5.8. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, morbillo e varicella. Anno 2021 (coorte di nascita 2019)



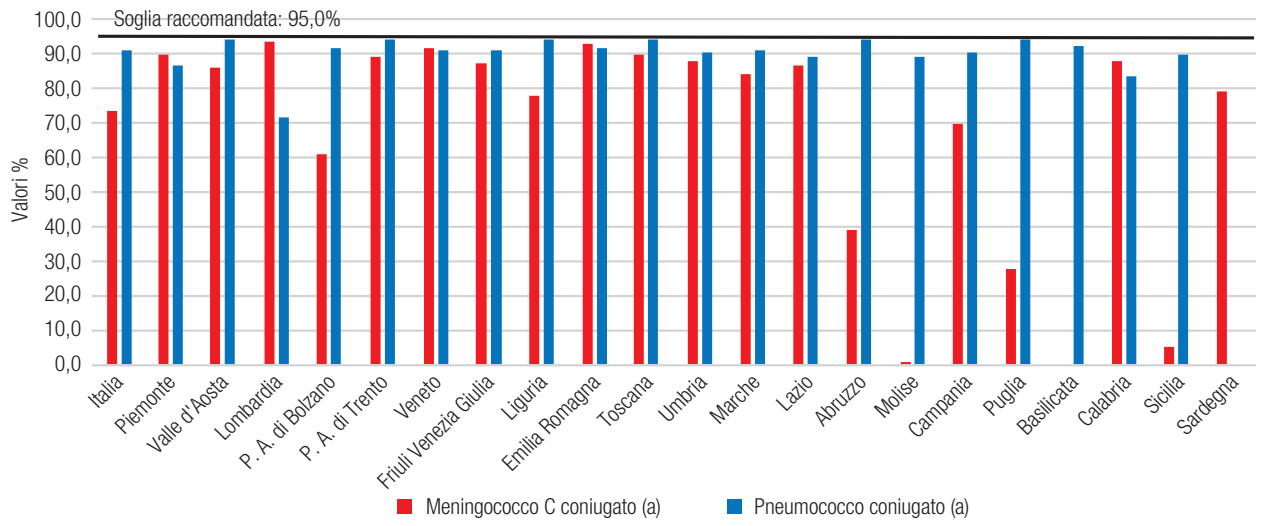
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) 1a dose entro 24 mesi

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) - © C.R.E.A. Sanità

La copertura vaccinale contro la polio, usata come *proxy* per il vaccino esavalente, nel 2021 per i bambini a 24 mesi si attesta, in Italia, al 94,00%, stabile rispetto al 2020. La copertura non raggiunge il 95,00% in 12 Regioni, equamente distribuite sul territorio. Tra queste, solo Piemonte, P.A. di Trento, Marche e Basilicata superano comunque il 94,00% (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 93,85% a livello nazionale (+2,06 p.p. rispetto al 2020), va dal 71,07% nella P.A. di Bolzano al 97,64% nel Lazio (unica Regione, insieme a Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria, a raggiungere e superare il 95,00%). Il dato è in ripresa in 14 Regioni, equamente distribuite sul territorio. In molte Regioni nel 2021 aumenta la copertura contro la varicella (92,08% in Italia, +2,72 p.p. vs 2020): si va dal 69,95% in Abruzzo al 96,19% nel Lazio (unica Regione a raggiungere il 95%).

KI 5.9. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato. Anno 2021 (coorte di nascita 2019)

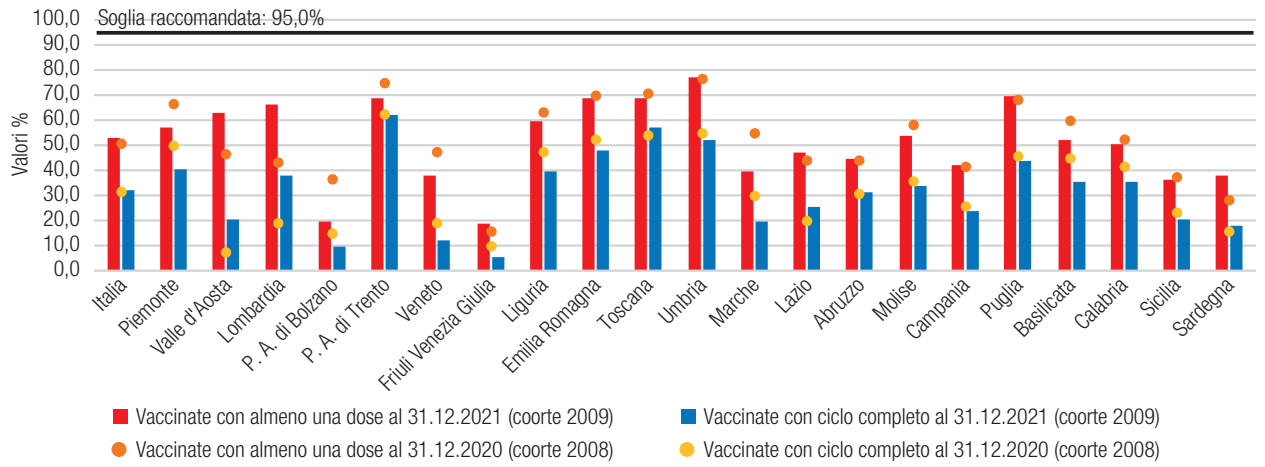


(a) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età

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) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021 la copertura vaccinale anti-pneumococcica nazionale a 24 mesi (bambini nati nel 2019) aumenta di 0,67 p.p.: 90,58% nel 2020 vs 91,25% nel 2021; aumenta maggiormente quella contro il meningococco C (+2,41 p.p.: 70,96% nel 2020 vs 73,37% nel 2021). Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% né per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato (tolto lo 0,00% della Basilicata, si va dallo 0,22% del Molise al 93,79% della Lombardia) né per quella contro lo pneumococco coniugato (la forbice va dal 71,71% della P.A. di Bolzano al 94,51% di Umbria e Molise).

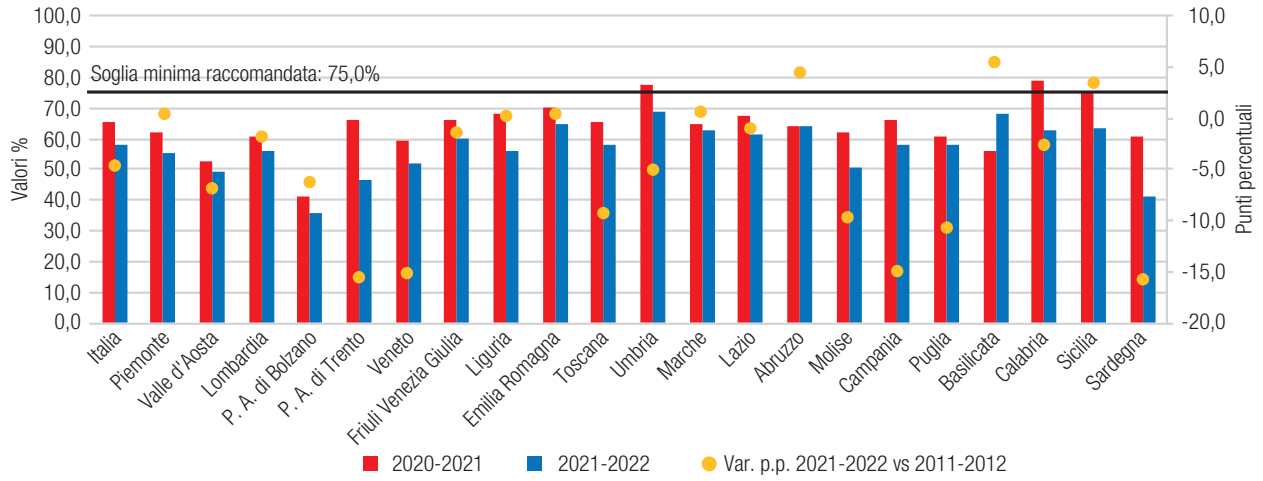
KI 5.10. Coperture vaccinali contro il Papilloma Virus Umano (HPV) (femmine)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento ottobre 2022 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

Al 31.12.2021, 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 p.p. rispetto alla rilevazione del 2020 sulla stessa fascia di età, e si attesta al 32,2% per il ciclo completo (+2 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 5.11. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più)

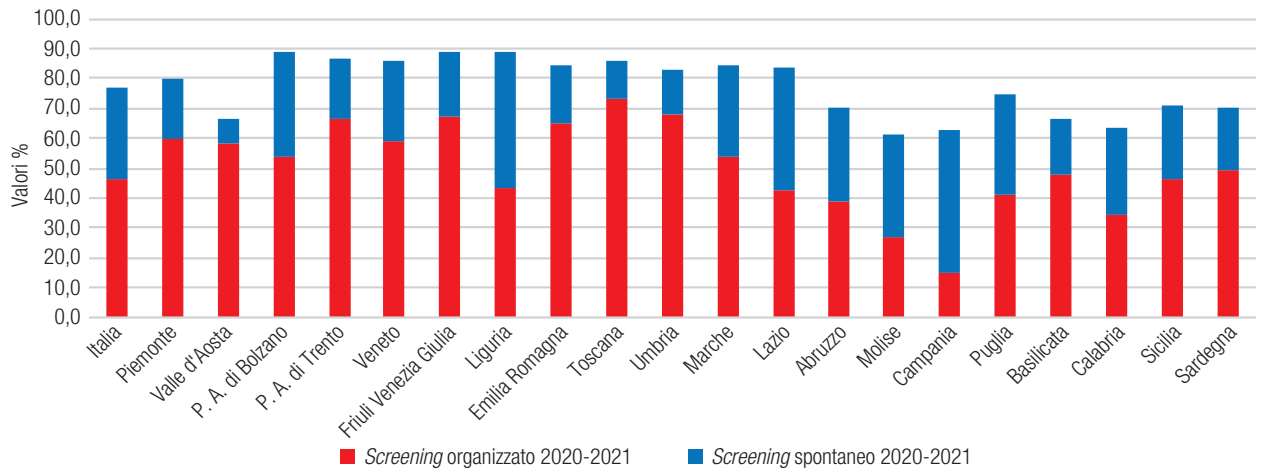


Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Consiglio Europeo, l'obiettivo minimo di copertura è pari al 75% e quello ottimale al 95%, così come confermato nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 05.07.2022, ultimo accesso settembre 2022 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, dopo l'aumento registrato nella stagione 2020-2021, in corrispondenza della pandemia di COVID, nella stagione 2021-2022 la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale tra gli anziani (65 anni e più), fa registrare un calo: -7,2 p.p. (si passa dal 65,3% al 58,1%, restando quindi al di sotto, nonostante l'aumento degli ultimi anni, del 75%). Tra le Regioni si osserva una forte variabilità: nella stagione 2021-2022 si va dal 36,1% della P.A. di Bolzano (- 5,0 p.p. rispetto all'anno precedente) al 68,8% dell'Umbria (-8,6 p.p.). Rispetto alla stagione 2011-2012, la copertura a livello nazionale è diminuita di 4,6 p.p.; sono 7 le Regioni che hanno registrato un aumento, anche lieve: Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Basilicata (in cui si osserva l'aumento maggiore: +5,4 p.p.) e Sicilia.

KI 5.12. *Screening* cervicale (*pap-test* o HPV *test*), copertura donne in fascia di età 25-64 anni

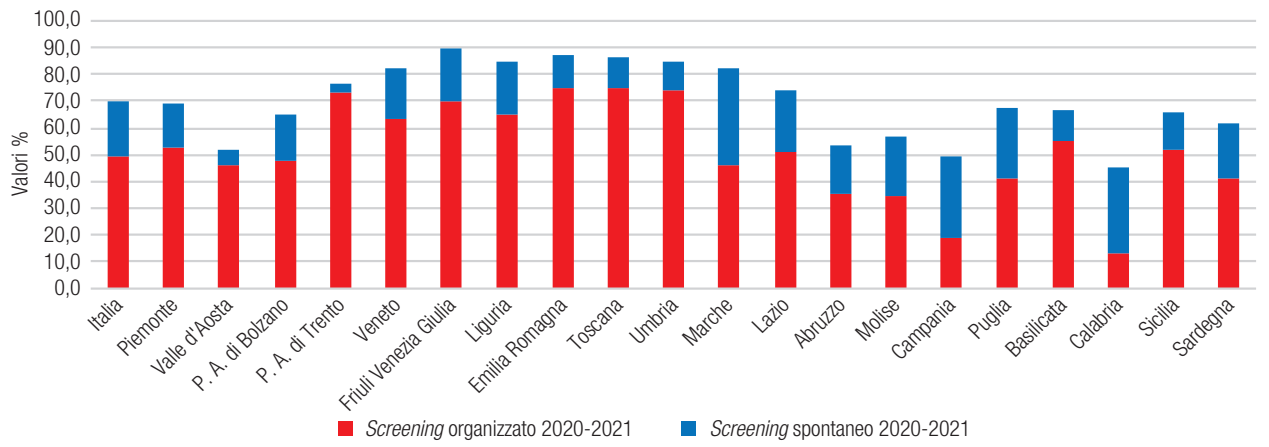


Il dato per la Lombardia non è disponibile.
Vedi "Nota KI 5.12 - KI 5.13 - KI 5.14".

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale, ultimo accesso settembre 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2020-2021, in Italia il 77,5% (79,9% nel 2016-2019) delle donne italiane fra i 25 e i 64 anni si è sottoposto allo *screening* cervicale (*Pap-test* o Hpv *test*): il 46,2% (48,7% nel 2016-2019) lo ha eseguito all'interno di un programma organizzato e il 30,8% (quota stabile) per iniziativa personale. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: la copertura totale rilevata va dal 90,1% della P.A. di Bolzano al 62,3% del Molise. Le Regioni del Mezzogiorno (più la Valle d'Aosta) registrano un valore peggiore di quello nazionale. Ovunque prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati (tranne che in Liguria, Molise e Campania). Nel tempo si registra un incremento delle donne che fanno prevenzione (aumentano l'offerta e l'adesione ai programmi organizzati delle ASL, si riduce lo *screening* su iniziativa spontanea); tuttavia, l'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia di COVID si è tradotta nel ritardo e nella riduzione dell'offerta dei programmi organizzati (che solo in parte lo *screening* su iniziativa spontanea è riuscito a compensare), e anche nella minore adesione: nel 2020 la copertura dello *screening* cervicale (e degli altri *screening* oncologici) subisce una significativa riduzione; nel 2021 c'è un segnale di ripresa ma la copertura è ancora lontana dai valori pre-pandemia.

KI 5.13. *Screening* mammografico, copertura donne in fascia di età 50-69 anni

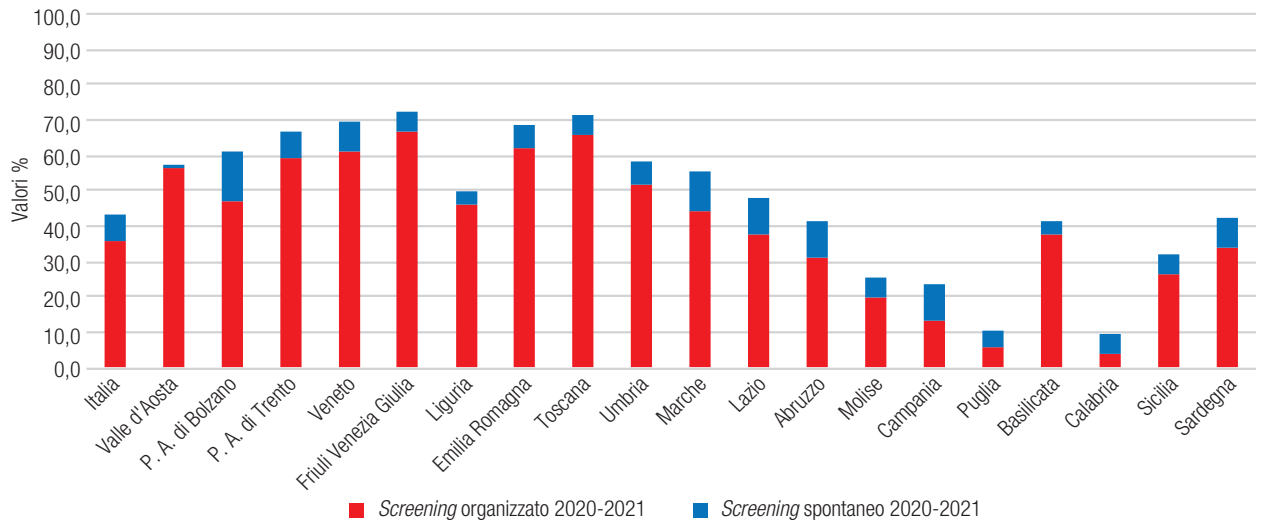


Il dato per la Lombardia non è disponibile.
Vedi "Nota KI 5.12 - KI 5.13 - KI 5.14".

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico, ultimo accesso settembre 2022- © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2020-2021, in Italia, il 70,4% (in diminuzione 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 49,3% (55,3% nel 2016-109) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 20,8% (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'89,6% in Friuli Venezia Giulia al 47,5% in Calabria. Le Regioni con una copertura al di sotto della media nazionale sono quelle del Mezzogiorno a cui si aggiungono Piemonte, Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano. Ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati rispetto agli esami spontanei, tranne che in Calabria e Campania. Nel 2020 la copertura dello *screening* cervicale (e degli altri *screening* oncologici) subisce una significativa riduzione; nel 2021 la copertura resta ancora lontana dai valori pre-pandemia, con scarsi segnali di ripresa.

KI 5.14. *Screening* colorettale nei tempi e modi raccomandati, copertura persone in fascia 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 5.12 - KI 5.13 - KI 5.14".

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningColorettale, ultimo accesso settembre 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2020-2021, in Italia, il 44,1% (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 35,9% (39,6% nel 2016-2019) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 7,6% (7,4% nel 2016-2019) a quella degli esami spontanei. Nelle Regioni meridionali la quota di persone che si sottopone allo *screening* è meno del 25%, valore che raddoppia nelle Regioni centrali fino a raggiungere il 67% al Nord. La copertura totale rilevata va dal 72,7% del Friuli Venezia Giulia al 10,4% della Calabria (con la Puglia al 10,5%), e le Regioni con un valore peggiore di quello nazionale sono tutte del Mezzogiorno (tranne la Basilicata, che si attesta al 44,2%). Ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati, tranne che in Calabria. Dal 2010 la copertura totale è andata aumentando in tutto il Paese, grazie alla crescita della copertura dello *screening* organizzato delle ASL (sono aumentate sia l'offerta che l'adesione ai programmi).

NOTE KEY INDICATORS

NOTA KI 5.1.

EU-A95: Paesi - esclusa Italia - dell'Unione Europea (EU) prima del 1995 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia). *EU-P95*: Paesi entrati in EU dopo il 1995 (Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria).

EU27+UK: Paesi EU al settembre 2022, più il Regno Unito (uscito da EU il 31/01/2020, qui considerato per continuità) e ad esclusione di Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania (per i quali OECD non fornisce dati).

I dati possono risultare non totalmente comparabili a causa di eventuali differenze nel metodo di rilevazione tra alcuni Paesi e di discontinuità nella serie per alcuni anni. Ove il dato di un anno è mancante, si usa il primo disponibile; per i dettagli v. Oecd.stat.

NOTA KI 5.2.

Sovrappeso: indice di massa corporea (IMC) compreso fra 25 e 29,9.

Obesità: IMC ≥ 30.

NOTA KI 5.4.

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 5.5.

"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 5.6.

"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 5.11. – KI 5.12. – KI 5.13.

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 6

L'assistenza ospedaliera

Hospital care

6a. Assistenza ospedaliera: evoluzione e aggiornamento del flusso informativo SDO & delle tariffe massime DRG

English Summary

6b. L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera: le criticità emerse con l'emergenza COVID

English Summary

6c. Progettare un ospedale: cosa sapere, cosa prevedere, cosa decidere

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6
L'assistenza ospedaliera

Il Capitolo 6 è dedicato all'Assistenza Ospedaliera, tema che viene affrontato da varie prospettive in tre contributi.

Il primo contributo (Capitolo 6a) affronta il tema delle tariffe dell'assistenza ospedaliera, ripercorrendone il complesso iter normativo e razionalizzando i vari elementi del processo di definizione; inoltre, sottolinea l'importanza di avere un aggiornamento tempestivo delle tariffe, tanto in ossequio alle più recenti determinazioni normativa, quanto per evitare distorsioni negli interscambi finanziari e nell'analisi della attività svolta.

Il secondo contributo (Capitolo 6b) espone i principali *trend* dell'attività ospedaliera, sia in acuzie, che riabilitativa e in lungodegenza; una particolare attenzione è stata posta ad estrapolare l'impatto sulla attività ospedaliera nel primo anno della pandemia. Viene analizzata l'attività svolta e viene, anche, messa in relazione con le dotazioni organiche disponibili.

Il terzo contributo (Capitolo 6c) si interroga sulle prospettive dell'edilizia sanitaria: in un settore caratterizzato da evoluzioni tecnologiche e organizzative sempre più rapide, anche i principi sottostanti alla progettazione delle nuove strutture devono adeguarsi ai bisogni che cambiano, anche alla luce dell'impatto della pandemia che ha costretto a ripensare l'uso degli spazi.

CHAPTER 6
Hospital care

Chapter 6 is devoted to hospital care, a topic that is analysed from various perspectives.

Chapter 6a addresses the issue of hospital care tariffs and rates, tracing the complex regulatory process and rationalising the various aspects of the definition process. It also emphasises the importance of having a timely update of tariffs and rates, both in compliance with the most recent regulatory decisions and to avoid distortions in the financial exchanges and in the analysis of the activity performed.

Chapter 6b sets out the main trends in hospital activity, both in acute care and in rehabilitation and long-term care. Special attention has been paid to extrapolating the impact on hospital activity in the first year of the pandemic. The activity carried out is analysed and is also compared with the available staffing levels.

Chapter 6c examines the prospects for the construction of healthcare facilities: in a sector characterised by increasingly fast technological and organisational evolution, even the principles underlying the design of new facilities must adapt to changing needs, also in light of the impact of the pandemic which has forced us to rethink the use of areas.

CAPITOLO 6a
Assistenza ospedaliera: evoluzione e aggiornamento del flusso informativo SDO & delle tariffe massime DRG

Nonis M.[1]

Nell'ottica suggerita dal sottotitolo del 17° Rapporto Sanità (2021) che guardava al *"Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione"*, rileva l'ultimo provvedimento legislativo dell'anno scorso, la Legge (L.) n. 234/2021, *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"*, per quanto concerne il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'assistenza ospedaliera all'art.1 comma 280 *(Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera)*, recita:

«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.

Questa norma di legge, con la perentoria previsione del termine del 30 giugno 2023 per l'aggiornamento del tariffario nazionale (l'ultima edizione nazionale risale esattamente a 10 anni fa, D.M. del 18 Ottobre 2012), congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) (risalenti al D.M. del 18 Dicembre 2008, ovvero quasi 14 anni fa), costituisce l'ultima tappa di una storia ultratrentennale (piuttosto frammentata), che si cercherà di sintetizzare nel seguito, articolando il contributo come segue:

1. SDO e *Diagnosis Related Groups* (DRG) nel SSN dagli anni '90 ad oggi (con riferimento alla normativa nazionale sul tema)
2. La via "italiana" delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera
3. Il Progetto It.DRG e considerazioni conclusive sui flussi informativi del SSN (a partire dalla SDO) per la descrizione dell'attività SSN (a partire dagli ospedali).

6a.1. Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e Diagnosis Related Groups (DRG) nel SSN

L'elenco (Allegato 1) delle principali norme di carattere nazionale su SDO-DRG (1991-2021) riporta i principali provvedimenti di carattere nazionale riguardanti la *Scheda di Dimissione Ospedaliera* (SDO) ed il sistema dei *Diagnosis Related Groups* (DRGs) per la remunerazione dell'attività di ricove-

[1] Dirigente Medico, Referente SIO, INMI IRCCS "L. Spallanzani", Roma

ro in ospedale. Partendo da sinistra verso destra, in prima colonna abbiamo l'anno, in seconda il riferimento normativo ed in terza una breve nota indicativa. L'allegato costituisce il *fil rouge* dei primi due paragrafi: in particolare, si riprendono diverse riflessioni e considerazioni (debitamente adattate e aggiornate) pubblicate con Amelia Palinuro nel 2019 sulla rivista *Organizzazione Sanitaria*. Il quadro di riferimento normativo nazionale, costituisce la traccia per ricostruire 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.

Nel secondo paragrafo, riprendendo alcuni provvedimenti già analizzati e citandone altri (sempre e comunque contenuti nell'elenco), sottolineano specificatamente e tecnicamente, quali siano 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*), per la valutazione e remunerazione della produzione ospedaliera.

Con l'eccezione del primo provvedimento, il D.M. Sanità del 28 Dicembre 1991, che istituiva la SDO (e l'antefatto della nascita del SSN, sull'orma del NHS inglese con la L.n. 833/1978), la "nostra storia" inizia con il Decreto Legislativo (D.L.) n. 502/1992 (e s.m.i.) di "Riforma del SSN" che segna un'importante svolta dell'assetto organizzativo-gestionale del Sistema. È solo a partire da questo testo, infatti che la riflessione su prestazioni e tariffe diviene esplicita, proponendo un nuovo modello "aziendalizzato" (sempre sull'esempio del NHS inglese), con la trasformazione delle UU.SS.LL. in Azienda Sanitarie ed Aziende Ospedaliere; tutti I soggetti erogatori, pubblici e privati, sono riconosciuti "accreditati" in un "simil-mercato", con regole esplicite e comuni; si definiscono formalmente gli "scambi interni" che avvengono con l'erogazione di prestazioni all'uopo riconosciute e valorizzate. È la traduzione operativa del *principio del pagamento a prestazione,* di cui interessa in particolare la prima ed originale enunciazione, all'art. 8, comma 5:

«L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, ad integrazione delle strutture pubbliche, e dei professionisti con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (…)»

L'applicazione concreta del principio si esplica già nel corso dell'anno solare 1994 (per poi introdurre i DRG a partire dal 1° Gennaio 1995 con la L.n. 724/1994). Il concetto di finanziamento "a prestazione" dell'attività ospedaliera è declinato nella versione statunitense del pagamento "prospettico" dei ricoveri *"Inpatient Prospective Payment System – IPPS"*, operativamente definito attraverso il sistema di classificazione (e remunerazione) dei ricoveri per *Diagnosis Related Groups* (DRG), in vigore negli Stati Uniti già a partire dall'anno fiscale 1983, che individua nella tipologia dell'episodio di ricovero (desunta dalla SDO) e non più, come in precedenza, nel numero delle giornate di degenza l'elemento guida con cui misurare e, conseguentemente, rimborsare i costi assistenziali sostenuti.

In ordine cronologico, il D.M. Sanità del 15 Aprile 1994*:* "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera *è* il primo atto normativo che individua nel sistema dei DRG (tradotto in italiano in *"Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi"*, ROD) lo strumento con cui attuare il finanziamento prospettico per ciascun episodio di ricovero, in applicazione a quanto disposto dal citato comma 5 dell'art. 8, del D.L. 502. Come si sa, nell'imminenza dell'adozione dei DRG (effettivamente avvenuta a partire dal 1° Gennaio 1995), nessuna Regione aveva provveduto alle indicazioni del D.M. del 15 Aprile 1994 e non stupisce, a posteriori (e dopo la Legge costituzionale - LC n. 3/2001) che la L.n. 133/2008*: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 Giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione*

della finanza pubblica e la perequazione tributaria", abbia esplicitamente abrogato il D.M. Sanità del 15 Aprile 1994, pur mantenendo (teoricamente) i dettami relativi all'utilizzo dei costi *standard*.

Il successivo D.M. Sanità del 14 dicembre 1994: *Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera* (così detto "Decreto Costa") conferma l'adozione del Sistema di Classificazione DRG/ROD degli episodi di ricovero e vengono determinate le tariffe massime di riferimento, a livello nazionale, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera *«che devono essere applicate (in via transitoria), dalle Regioni e dalle Province Autonome che, alla data del 1° Gennaio 1995, non abbiano provveduto all'adozione di propri tariffari»*. Significativo è peraltro che da una definizione generale (ex D.M. del 15.4.94) delle prestazioni sanitarie del SSN, si passi alla sola considerazione delle così dette prestazioni ospedaliere (ovvero i ricoveri) e si agisca "in urgenza", stanti gli "inadempimenti" regionali.

La L.n. 724/ 1994: *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica* (finanziaria 1995), ribadisce che a partire dal 1° Gennaio 1995 la totalità degli Istituti di cura pubblici e privati accreditati con il SSN saranno finanziati per la loro attività di degenza in base al numero ed alla complessità dei ricoveri effettuati, secondo un sistema di tariffe predeterminate regionali sulla base di un limite massimo stabilito, invece, a livello nazionale (che è sostanzialmente quello previsto ed imposto dal D.M. del 14 dicembre 1994).

Le Linee Guida (L.G.) del Ministero della Sanità n. 1/1995 *"Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extraospedalieri"* forniscono alcune importanti delucidazioni relativamente alle modalità di implementazione del nuovo sistema di classificazione e remunerazione dell'attività ospedaliera.

Il combinato disposto dei tre provvedimenti (2 di dicembre 1994 e il terzo del 1995) costituisce il primo *"vulnus"* alle regole generali stabilite dal D.M. del 15 Aprile 1994, atte a delineare un sistema armonicamente nazionale e regionale; la *governance* è assunta essenzialmente dal Governo e Ministero, per l'incapacità od impossibilità delle Regioni a condividere un percorso costruito sul modello del D.M. del 15 Aprile, nel caso "adattato" alle singole situazioni locali. Il fatto non sarà senza conseguenze e l'esame della normativa nazionale (nonché di quella, assai copiosa a livello regionale) e delle diverse esperienze, porta all'ineludibile considerazione, che ancor prima del nuovo assetto istituzionale, dettato dalla LC del 18 Ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione,* si assista all'esplosione delle interpretazioni e modelli regionali che comporteranno una nuova ed inedita frammentazione del quadro.

La "riforma federalista" trova la sua concreta esplicitazione con la L.n. 42/2009, Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione. Ivi si dispone il *«superamento graduale del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard»*, nonché il «rispetto dei costi *standard*» nella *«determinazione delle spese»*. In questo nuovo contesto normativo i governi regionali sono diventati soggetti decisori in materia di pianificazione delle attività di assistenza sanitaria, di organizzazione ed approvvigionamento dei servizi sanitari, in relazione alle esigenze della popolazione del proprio territorio. Ad essi compete, inoltre, la funzione di controllo e monitoraggio sull'appropriatezza, sulla qualità e sull'efficienza dei servizi forniti. L'esistenza di una forte eterogeneità all'interno delle realtà regionali è nota. Il sistema di finanziamento segue in misura solo marginale la valutazione delle risorse indispensabili per erogare "efficientemente", i livelli di salute determinati in sede programmatoria nazionale o regionale, sulla base del principio dei costi e dei fabbisogni *standard*. In particolare, la normativa definisce quale costo *standard* la spesa pro-capite pesata di un pool di tre regioni ritenute migliori in base a condizioni finanziarie (equilibrio di bilancio), sociali (rispetto dell'erogazione dei LEA), di qualità dei servizi erogati. Ottenuto il costo *standard,* esso si applica poi alla popolazione pesata regionale, generando una distribuzione percentuale di risorse, definiti fabbisogni *standard* regionali. La conclusione è che *«il finanziamento regionale deter-*

minato sulla base dei costi standard è esattamente uguale a quello determinato con il criterio di riparto a popolazione pesata per cui, dato l'approccio definito, il risultato allocativo rimane legato unicamente alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata» (Abbafati & Spandonaro, 2011).

Dal punto di vista cronologico si possono distinguere i periodi 1993-2000 e quindi 2001-2012 (utilizzando come limiti rispettivamente la L.C. n. 3/2001 e la L. n. 135/2012): in realtà si è trattato di un vero e proprio processo *continuo* di *de-* (o *ri-*) *strutturazione del SSN*, senza soluzioni di continuità, che giunge sino alla L. n. 234/2021. La pausa *ob torto collo* è costituita dal comma 15, art. 15 della L. n. 135/2012 (meglio nota come *spending review)*, che prescrive che con *«un decreto del Ministero della Salute, di concerto con quello dell'Economia e Finanze, sentita la conferenza Stato Regioni, entro il 15 Settembre 2012 "in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 sexies, comma 5 del D.Lvo n. 502/92 e s.m.i. (...) determina le tariffe massime che le Regioni e le Pubbliche Amministrazioni (PP.AA) possono corrispondere alle strutture accreditate (...), sulla base dei costi disponibili e ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriatezza ancora esistenti a livello locale e nazionale».*

L'effetto più duraturo della legge di *spending review* è proprio il D.M. Salute del 18 Ottobre 2012, *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale* in vigore a tutt'oggi. Spiace constatare che si sia nuovamente pervenuti ad un quadro "unitario", solo attraverso le contingenze che portarono al governo Monti. Effetto comunque "isolato" tant'è che appare quasi normale che il P.C.M. del 12 Gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502* (che aggiorna il precedente e primo P.C.M. del 29 Novembre 2001, recante *«Definizione dei livelli essenziali di assistenza»*, e s.m.i., non comprenda, "sine nulla quaestio" qualsivoglia riferimento tariffario, se non il predetto D.M. del 18 dicembre 2012 per le tariffe ospedaliere ed ambulatoriali. Ancora una volta si constata l'incapacità o l'impossibilità di chiudere il cerchio e men che meno di riproporre un percorso per una definizione "unitaria" di prestazioni e tariffe. È una sorta di "vorrei, ma non posso", che viene ciclicamente riproposto, senza peraltro possibilità di via di sbocco.

Così (ed infine), il termine "perentorio" del 30 Giugno 2023 per l'aggiornamento delle tariffe sembra nascosto tra le pieghe (comma 280) del maxi provvedimento che è la L. n. 234/2021, *Bilancio di previsione dello Stato per il 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*.

6a.2. La via "italiana" delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera

Dopo aver commentato sinteticamente le principali norme di riferimento che hanno caratterizzato l'implementazione del sistema DRG in Italia quale modalità di finanziamento della prestazione "ricovero ospedaliero", attraverso l'uso estensivo e sistematico della SDO, qualche cenno tecnico e specifico sulla rivoluzione dei DRG è d'uopo. Iniziando con una citazione tratta dalla rivista statunitense dei clinici internisti del 2014, particolarmente significativa, proprio perché proveniente dall'ambito medico-scientifico (piuttosto che economico o di *Healthcare Policy)*: *«Imagine government initiative, supported by Republicans and Democrats alike, that saved billions of US Dollars, improved healthcare and was adopted around the world. It happened in 1983 and continues today. Oct 1, 2013 marked 30 years since Medicare began paying hospitals by diagnosis-related-group (DRG), arguably the most influential innovation in the history of healthcare financing. Initially developed as a tool for hospital management, DRGs became the basis of the InPatient Prospective System (IPPS), that Medicare implemented in 1983. The strong incentives were revolutionary in their impact." (Kevin Quinn, After the Revolution: DRGs at Age 30 Ann Intern Med, 2014; 160(6): 426-29)».*

Effettivamente, fiumi di inchiostro sono scorsi a livello planetario *(in primis* in area OECD) almeno dagli anni ottanta del secolo scorso. Impossibile, e non è lo scopo di queste pagine, riassumere l'evoluzione e la diffusione dei sistemi *DRG* o *DRG-like*, il dibattito (e il confronto) internazionale, le diverse esperienze ed applicazioni in sistemi sanitari decisamente differenti. In questa sede si richiama il "razionale" e le caratteristiche specifiche dell'originaria implementazione statunitense e si offre qualche considerazione tecnica sulla via intrapresa inizialmente e il cambio di direzione, poi consolidato nel nostro SSN.

Dieci anni fa, in un articolo del 2012 *("Vent'anni di DRG in Europa: letture e riflessioni")* si erano prese in esame alcune pubblicazioni particolarmente significative per descrivere e spiegare il "terremoto DRG". Il primo volume era *"DRGs: their design and development"* di RB Fetter (1991), che già nelle prime pagine affermava: *I DRGs sono spesso associati al sistema di pagamento prospettico dei ricoveri ospedalieri per Medicare, ma essi vennero inizialmente sviluppati per altri scopi. L'obiettivo era quello di supportare il management dell'ospedale attraverso un sistema che permettesse di misurare e valutare la performance produttiva". La domanda fondamentale è quindi "che cosa fa l'ospedale?", "che risultati offre ai pazienti?».*

L'intuizione della descrizione del processo di produzione ospedaliera attraverso i DRGs consiste essenzialmente:

- nella ritrovata considerazione dei singoli casi od episodi di cura, da cui il pilastro fondamentale della scheda di dimissione ospedaliera e dell'uso dell'ICD-9-CM
- nell'applicazione di concetti "industriali" alla definizione di prodotto ospedaliero, meglio inteso come processo a doppia funzione, ove la prima definita di *"Hospital Operations"*, consiste nella trasformazione degli ingredienti di base (lavoro, beni, materiali di consumo) in prodotti *standard* come i pasti, gli esami di laboratorio, gli interventi chirurgici ecc. che non sono il *core business* dell'impresa che invece è più specificamente sottesa dalla seconda funzione di *"Phisician Orders"*, con cui i medici definiscono, in una logica clinico-organizzativa, i prodotti finali, che sono appunto i gruppi DRG. Da cui le caratteristiche principali del sistema DRG per il pagamento prospettico dei ricoveri negli USA (e nei Paesi che hanno adottato sistemi analoghi) che sono così sintetizzabili:
  (1) le informazioni necessarie debbono essere derivabili esclusivamente dalle informazioni cliniche e sociodemografiche disponibili nella SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera), tra cui: età, sesso, stato alla dimissione, diagnosi di dimissione eventuali interventi chirurgici o procedure
  (2) devono essere gruppi clinicamente significativi, in quanto includono ricoveri di pazienti con problemi clinici e/o profili di trattamento simili
  (3) le categorie (gruppi) finali sono mutualmente esclusive ed esaustive di tutti i ricoveri ospedalieri
  (4) il numero dei gruppi finali è sufficientemente ridotto (generalmente intorno a 500) perché sia gestibile
  (5) i gruppi devono essere mediamente omogenei rispetto alla quantità di risorse assorbite, in quanto caratterizzate da ricoveri di pazienti con profili di cura simili.

Il legame essenziale con la SDO e i sistemi di codifica della parte sanitaria è ribadito al punto (1), mentre sul fatto di come un sistema "statistico" di classificazione dei ricoveri possa venire utilizzato per la definizione delle tariffe, occorre aggiungere qualcosa a quanto esplicitato al punto (5). Dal punto di vista "quantitativo" infatti ogni DRG, oltre ad essere identificato da un numero (da 001 a 576, con 538 gruppi validi nella versione CMS 24 oggi in uso nel SSN), è caratterizzato da un coefficiente specifico denominato Peso Relativo, PR o *(Relative Weight, RW)* che misura la distanza o la posizione dello specifico gruppo rispetto al "DRG-medio" o "punto-DRG". La constatazione introduce il tema dell'analisi dei costi degli ospedali: ovvero la disponibilità dei dati

di contabilità analitica; infatti, pur non costituendo a stretto rigore un pre-requisito per i DRG (anche il sistema dei PR può essere importato), diventa indispensabile nel prosieguo, per la corretta allocazione ed un'equa ripartizione delle risorse. Per calcolare il "punto-DRG" occorre avere una stima dei costi della casistica ospedaliera e il modello di riferimento è quello sviluppato negli anni settanta dai ricercatori di Yale *(Yale Cost Model*, Thompson et al 1979), contestualmente ai DRG. Si parte dai dati di costo complessivi registrati nei bilanci degli ospedali e, lungo un processo articolato per fasi successive, si opera una ripartizione e una riclassificazione (in categorie di "centri di costo" e di "voci di costo"), una "pulizia" dalle componenti non coerenti con i ricoveri per acuti e quindi una attribuzione alle classi in base a statistiche allocative specifiche per categoria di costi/centri di costo. Si tratta di un modello di *costing* di tipo retrospettivo con il fine di produrre costi medi per classe di ricoveri; il fabbisogno informativo, d'altra parte, è notevolmente ridotto e facilmente gestibile (e implementato su specifici software tipo *"CAMS")*.

Tornando al calcolo della tariffa DRG-specifica, essa deriva dal prodotto tra il valore assegnato al "punto-DRG" (che corrisponde all'unità elementare del sistema, p.e. calcolato con lo *Yale Cost Model)* ed il corrispondente $PR_{(DRG)}$. Se il $DRG_{(x)}$ ha $PR_{(DRG\ X)}$ = 2,500 e il punto "vale" 4.000 €, la tariffa del $DRG_{(x)}$ è pari a 10.000 € (cioè il prodotto di 4.000 per 2,500). Corollario significativo è che quando, come nel caso italiano, si importa il sistema CMS-DRG, si importa anche, oltre alla definizione dei gruppi attraverso la codifica della parte sanitaria della SDO (e attribuzione del DRG con un apposito software *DRG-Grouper® 3M-HIS)*, il correlato sistema dei Pesi Relativi, tant'è che inizialmente (D.M. Sanità del 15 Aprile1994) e anche successivamente con:

- Il D.M. Salute del 21 Novembre 2005 (aggiornamento all'ICD-9-CM 2002 & DRG 19)
- Il D.M. Salute del 18 Dicembre 2008 (aggiornamento all'ICD-9-CM 2007 & DRG 24 ancor oggi in vigore)

si era provveduto a definire il sistema dei PR italiani; è mancata sia una chiara definizione del valore del "punto DRG" (prevista in modo "esemplare" dal medesimo D.M. del 15 Aprile 1994), sia una qualsivoglia corrispondenza tra le tariffe e il $PR_{(DRG)}$.

A partire dal D.M. Sanità del 14 Dicembre1994, si è passati direttamente a definire un sistema di tariffe massime, in cui non v'era nozione di quale fosse il valore del punto-DRG, che invece ragionevolmente doveva corrispondere al *«costo standard di produzione e dei costi generali rilevati attraverso un'analisi effettuata su di un campione di soggetti erogatori, sia pubblici sia privati, preventivamente individuato secondo principi di efficienza ed efficacia»*, calcolato come da D.M. del 15 Aprile 1994, da moltiplicarsi per il coefficiente DRG specifico costituito dal $PR_{(DRG)}$.

Francesco Taroni, nell'introduzione al volume *"DRG: valutazione e finanziamento degli ospedali"* (Nonis M., Lerario AM.; 2004), a proposito del rapporto tra sistema di finanziamento e politiche sanitarie, così sintetizzava la questione: *«Un sistema di finanziamento è composto da tre parti, fra di loro indipendenti e in larga misura autonome: un sistema di classificazione che definisce l'unità di scambio; un sistema di tariffe che determina il loro prezzo; un sistema di regole che disciplina forme e modalità delle transazioni finanziarie. Una lettura affrettata della letteratura nordamericana ha portato in Italia a riflettere troppo poco sul rapporto tra strumento (sistema di classificazione, DRGs) e il contesto della sua applicazione, inducendo molti a importare meccanicamente anche gli altri elementi, cosicché non si è colta la potenziale enorme utilità di un sistema di finanziamento a prestazione (all'interno di un SSN a pagatore unico e con livelli di spesa prefissati) che potesse essere uno strumento efficace per decentrare le responsabilità finanziarie, per incentivare gli ospedali al pieno utilizzo della loro capacità potenziale e per trasformare una burocrazia amministrativa in una burocrazia professionale. Da questo punto di vista il sistema di finanziamento prospettico degli ospedali – sfruttato nelle sue possibilità soltanto da un numero purtroppo molto esiguo di regioni – rappresenta un'occasione perduta dal SSN»*.

La frase finale veniva ripresa nel 2010 per il titolo di un volume della Fondazione Smith & Kline "*I DRG in Italia: un successo o un'occasione mancata*", che

facendo il punto più aggiornato della situazione, ha riconosciuto comunque il sistema DRG come fattore di modernizzazione del nostro SSN e *standard* europeo, seppure di difficile unanime lettura nella "Babele" delle esperienze regionali, tanto che ci si può chiedere se esista ancora un modello italiano. La "babelizzazione" del nostro SSN ha subito una brusca frenata e ritorno alla realtà solo in virtù della congiuntura internazionale e della crisi economica, che ha portato all'esperienza del governo Monti. Non può essere letto diversamente il modo in cui dopo la "regionalizzazione spinta", formalizzata dalla L. n. 3/2001, si sia giunti "*ob torto collo*" al D.M. del 18 Ottobre 2012, uno dei provvedimenti connessi alla stagione della *spending review* di quell'epoca.

Si noti infine che anche l'aggiornamento atteso entro il 30 Giugno 2023 (L. n. 234/2021), fa riferimento alle "tariffe massime" e non al sistema dei $PR_{(DRG)}$, che pure (più correttamente e logicamente) è stato il tema del gruppo di lavoro del Ministero (GdL 4), sui costi ospedalieri, del Progetto It.DRG, cui si farà cenno nel prossimo ed ultimo paragrafo.

6a.3. Il Progetto It.DRG e considerazioni conclusive sui flussi informativi del SSN (a partire dalla SDO) per la descrizione dell'attività SSN (a partire dagli ospedali)

Si è visto nel paragrafo precedente che la "via italiana ai DRG" si è sviluppata a partire dal 1994 con la scelta dell'importazione di questo sistema, direttamente dagli USA, senza particolari modifiche, se non la traduzione dell'ICD-9-CM per la codifica di diagnosi ed interventi in SDO e l'iniziale adattamento del sistema dei pesi relativi per la determinazione dei rimborsi, subito "trasformato" in un sistema non proprio trasparente di tariffe massime per di più frammentato in una ventina di ambiti regionali che applicavano scontistiche diverse.

Di fatto, dopo l'introduzione per tutto il SSN dei DRG a partire dal 1995, si sono avuti solo 2 aggiornamenti dell'ICD-9-CM e le tariffe nazionali sono rimaste al D.M. del 18 Ottobre 2012. Già a partire dal Progetto Mattoni del SSN (promosso dal Ministro Sirchia nel 2003) per il nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), uno dei "mattoni" era coordinato dalla Regione Emilia Romagna e riguardava i DRG. Nel 2011 prese avvio il Progetto It.DRG che venne ufficialmente presentato nel Marzo 2015 dall'allora Direttore della Programmazione del Ministro della Salute Renato Botti. A dicembre 2018 l'Istituto Superiore di Sanità pubblica la monografia: *Rapporto Istisan 18/12 (2018) Il Progetto It.DRG: stato dell'arte*. Dalle prime pagine di quel documento si riporta pressoché integralmente l'*Executive Summary*

«La presente monografia, frutto della collaborazione scientifica tra la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGProgS) del Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità-ISS (avviata a seguito di specifica convenzione sottoscritta a Settembre 2017) e le Regioni Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, intende offrire a tutti gli stakeholder coinvolti a vari livelli e ruoli nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) una prima organica sintesi del Progetto nazionale per lo sviluppo di un sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere ("Progetto It.DRG").

(…) Tuttavia, dopo la sua introduzione tale sistema è stato soggetto ad una manutenzione irregolare, a livello nazionale, con l'adozione delle successive versioni 19 e 24 DRG dei Centers for Medicare and Medicaid Services, rispettivamente nel 2006 e nel 2009 e due soli aggiornamenti delle tariffe nazionali, nel 1997 e nel 2012; a livello regionale, gli aggiornamenti del sistema, soprattutto relativamente alle tariffe, sono stati in generale più frequenti, ma molto variabili tra regioni. Nel 2011 prende avvio il Progetto It.DRG, coordinato dalla DGProgS del Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, come capo-fila. L'idea portante dell'It.DRG è rappresentata dallo sviluppo di un nuovo sistema di classificazione e valorizzazione dei ricoveri ospedalieri per acuti rappresentativo e specifico della realtà italiana che consenta un migliore e sostenibile accesso all'innovazione, mettendo anche a disposizione strumenti informativi idonei alla sua gestione e manutenzione continua.

Questo documento raccoglie i contributi di ogni

singolo gruppo di lavoro coinvolto nel progetto, illustrandone gli obiettivi perseguiti, le attività svolte, i primi risultati conseguiti e le linee di sviluppo futuro approntate. Il rapporto si articola in sei capitoli di seguito brevemente descritti.

- *Il PRIMO CAPITOLO descrive il contesto di riferimento del Progetto. Inizialmente si focalizza sugli aspetti normativi e definitori del sistema di classificazione DRG, nonché sulla sua evoluzione nel contesto nazionale. Successivamente, vengono descritti gli obiettivi, l'oggetto di analisi e il percorso metodologico del Progetto It.DRG.*
- *Il SECONDO CAPITOLO (GdL1) è redatto dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, operante per mezzo della Struttura Semplice Area delle Classificazioni della Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana-Isontina, che presenta la messa a punto della prima revisione italiana della International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10th Revision (ICD-10), predisponendo la versione sperimentale della Modifica clinica italiana della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati ICD-10-IM (Italian Modification). Partendo dalle criticità riscontrate nell'attuale sistema di classificazione, vengono esposti gli interventi e le modalità di adattamento effettuati, per produrre la nuova classificazione, che nella versione sperimentale è composta da 19.031 codici relativi a condizioni patologiche, traumatismi, cause esterne di traumatismi, fattori influenzanti lo stato di salute e motivi di ricorso ai servizi sanitari, rispetto ai 12.435 dell'ICD-9-CM-2007 (incremento di oltre il 53%). Infine, vengono descritti gli aspetti da affrontare per un utilizzo efficiente del nuovo modello classificatorio.*
- *Il TERZO CAPITOLO (GdL2), a cura della Regione Lombardia, si occupa della revisione italiana della sezione "Interventi chirurgici e Procedure diagnostiche e terapeutiche" della International Classification of Diseases-9th-revision-Clinical Modification-2007 (ICD-9-CM), attualmente utilizzata nel SSN. Dopo aver delineato un quadro dei principali adattamenti del sistema DRG in Lombardia e della situazione nazionale ed internazionale, rispetto all'utilizzo dei sistemi di classificazione delle procedure, si analizzano le criticità della codifica in vigore e si descrive il razionale alla base della Classificazione Italiana delle Procedure ed Interventi (CIPI). Dall'ipotesi di modifica ed integrazione della classificazione precedente risultano 5.400 codici, rispetto ai 3.700 codici in uso, con un incremento del 54%. Infine, vengono dettagliate le modalità per testarne la validità.*
- *Il QUARTO CAPITOLO (GdL3) a cura della Regione Emilia-Romagna, illustra la prima versione della classificazione dei ricoveri It.DRG (adattamento del CMS-DRG v.24 attualmente in uso nel SSN). Dopo una presentazione sinottica dedicata alla genesi e all'evoluzione delle classificazioni DRG nel contesto internazionale, vengono riportati i principi metodologici, le linee guida e gli strumenti utilizzati per la realizzazione degli It.DRG. Vengono delineati il processo e le modalità di sviluppo della nuova ripartizione e il relativo algoritmo di attribuzione da cui risultano 369 gruppi finali base rispetto ai 538 DRG attualmente in uso. Si tenga presente che mediante un sistema di pesatura modulare migliorativo della capacità predittiva dei costi italiani è prevista una stratificazione dei singoli gruppi per livello di complessità del paziente ed intensità assistenziali.*
- *Il QUINTO CAPITOLO (GdL4) a cura del Ministero della Salute, presenta lo sviluppo di un nuovo modello italiano per la determinazione dei costi della casistica acuta assistita in regime di ricovero ospedaliero, basato su dati di attività e costi di ospedali del SSN rilevati ed elaborati secondo regole standardizzate. Attraverso la generazione di una scala di pesi relativi associati ai nuovi It.DRG e di un correlato sistema di fattori di aggiustamento, basati sui costi osservati, si forniscono gli strumenti*

per la determinazione delle tariffe dei ricoveri. Vengono illustrati: le componenti, le caratteristiche metodologiche, il fabbisogno informativo del "modello It.DRG proposto e gli strumenti predisposti per la raccolta dei dati destinati ad alimentarlo.

- *Nel SESTO CAPITOLO viene presentata una sintesi dei risultati finora raggiunti, vengono discusse alcune criticità emerse durante la fase sperimentale del Progetto e le soluzioni adottate, le implicazioni future, nonché alcune considerazioni conclusive».*

Proprio dal comma 280, art. 1 della L.n. 234/2021 (Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera) si è iniziato questo capitolo. Nell'articolo *Riflessioni e considerazioni sull'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera entro il 30 giugno 2023* (Nonis, Di Virgilio D'Annunzio, Organizzazione Sanitaria n. 3/2022). Ci si augura che effettivamente l'aggiornamento delle tariffe veda la luce entro la oramai prossima scadenza prevista, e si sottolinea il fatto che si debba provvedere *«congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera»*. Il che significa che per la parte sanitaria della SDO si utilizzeranno due sistemi di classificazione "italiani" e cioè:

- per le diagnosi: ICD-10-IM 2017, prima versione della modifica clinica sperimentale di ICD-10-OMS 2014
- per gli interventi e procedure: CIPI 2017, prima versione della Classificazione Italiana delle Procedure e degli Interventi (che continua ad utilizzare lo strumento "3° volume dell'ICD-9-CM" statunitense, attualmente in uso in Italia, ulteriormente adattato e aggiornato).

È proprio il passaggio da ICD-9-CM a ICD-10 per la codifica delle diagnosi a partire dal flusso SDO che rappresenta (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 (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), non è il solo flusso che contempli l'uso di diagnosi codificate per la descrizione della nosologia del paziente. Sempre nell'articolo, si sono identificati numerosi ambiti, a partire dalla rilevazione delle cause di morte attraverso la scheda Istat, per giungere al FSE o ai LEA, scrivendo che *«L'adozione dell'ICD-10 per la compilazione della SDO costituisce una preziosa occasione (l'ennesima… perduta?) per un aggiornamento complessivo dei sistemi informativi sanitari del SSN (e del nostro Paese)».*

In questa sedesi aggiunge che le medesime considerazioni sono valide per il complesso dei sistemi informativi sanitari (a partire da quello ospedaliero). Lo sguardo non può che essere comune (senz'altro oltre i confini regionali) in un'ottica quanto meno europea, come ci ha indicato il piano Next Generation EU e il PNRR.

Riferimenti bibliografici

I riferimenti normativi ed il loro riferimento sono già citati nel testo; di seguito i principali riferimenti bibliografici.

Abbafati, C., & Spandonaro, F. (2011). Costi *standard* e finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Politiche sanitarie, 12

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

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (Ed.) (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies; Mc Graw Hill/Open University Press.*

Falcitelli, N., Langiano, T., Trabucchi, M. (2010). D.R.G. in Italia: un successo o una occasione mancata? Bologna: Il Mulino, 276 pp

Fetter, RB., Brand, DA., Gamache, D. (1991). D.R.G.s. Their design and development. Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 264 pp

ISS, Istituto Superiore di Sanità (2018): Rapporti Istisan 18/12. Progetto It.D.R.G.: stato dell'arte. (ISSN 2384-8936). Disponibile all'indirizzo: http://old.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=3140&tipo=5

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, 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

Taroni F. (1996): DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. Roma: Il Pensiero Scientifico, pp. 332

Taroni F. (2004) Introduzione al volume di Nonis, M., Lerario, AM. (2004): D.R.G.: valutazione e finanziamento degli ospedali. Esperienze internazionali e politiche delle regioni in Italia. Roma: Il Pensiero Scientifico, 210 pp

Allegato 1

ELENCO DELLE PRINCIPALI NORME DI CARATTERE NAZIONALE SU SDO-DRG (1991-2021)

Anno	Atto/Norma	Principali indicazioni/contenuti
1991	D.M. del 28 DICEMBRE 1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera". G.U. 17 Gennaio 1992, n. 13.	Istituisce la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) quale "strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale", che sostituisce la precedente rilevazione campionaria effettuata tramite il Modello ISTAT/D/10. La SDO, che costituisce parte integrante della cartella clinica e di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, prevede un minimum data set composto da 31 items (più ulteriori 2 in caso di ricovero in regime di *Day Hospital).*
1992	D.L. 30 DICEMBRE 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal DL.vo 7 dicembre 1993, n. 517. G.U. 15 dicembre 1993, n. 293.	Tale Riforma ha determinato un'importante svolta dell'assetto organizzativo-gestionale del SSN, introducendo quattro principi: 1. aziendalizzazione dei soggetti erogatori; 2. maggior autonomia politica alle Regioni ed alle Province Autonome; 3. introduzione dei nuovi accordi contrattuali maggiormente definiti nella successiva Riforma ter (DL.vo n. 229/1999); 4. introduzione del finanziamento prospettico (o "a prestazione") anche dell'attività ospedaliera; la tipologia dell'episodio di ricovero diventa l'elemento guida con cui misurare e rimborsare i costi assistenziali sostenuti.
1993	D.M. del 26 LUGLIO 1993 "Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati". G.U. 3 Agosto 1993, n. 180.	Definisce i tempi e le modalità di trasmissione del nuovo flusso informativo SDO. Nel Disciplinare Tecnico (DT) "La Definizione e la codifica delle informazioni rilevate attraverso la SDO" si dispone che, per la compilazione delle variabili sanitarie: "28 Diagnosi principale alla dimissione" ("la condizione morbosa principale trattata o esaminata durante il ricovero, ovvero la condizione che ha comportato i più importanti problemi assistenziali assorbendo la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento") e "29 Patologie concomitanti o complicanze della malattia principale", devono essere utilizzati i codici della versione italiana dell'ICD-9, pubblicata dall'ISTAT nel 1975. Per le variabili "30 Intervento chirurgico principale o parto" e "31 Altri interventi o procedure" devono essere utilizzati i codici riportati ICD-9-CM, pubblicata nel 1980.
1994	DPR 1 MARZO 1994 "Approvazione Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996". G.U. 23.7. 1994, n. 171.	Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1994-1996 conferma che il finanziamento di tutti gli erogatori pubblici e privati dovrà avvenire sulla base di tariffe predeterminate, fissate a livello regionale secondo criteri generali stabiliti a livello nazionale.

	D.M. del 15 APRILE 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera". G.U. 10 Maggio 1994, n. 107.	Il D.M. è il primo atto normativo che individua nel sistema DRG lo strumento classificatorio con cui attuare il finanziamento prospettico per episodio di ricovero, in applicazione dell'art. 8 del DL.vo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni. Il Decreto stabilisce i criteri per la determinazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere, specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio e riabilitative, sulla base del costo *standard* di produzione e dei costi generali rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, preventivamente individuato secondo principî di efficienza ed efficacia. Si stabilisce, inoltre, che le Regioni e le Province Autonome, con periodicità almeno triennale, provvederanno all' aggiornamento delle tariffe, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni dei costi delle prestazioni erogate, ed all'attivazione di "specifici sistemi di controllo" per la verifica, per tutti gli erogatori, della compilazione delle SDO.
	D.M. del 14 DICEMBRE 1994 "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera". G.U. 24 Dicembre 1994, n. 300.	Confermando l'adozione del Sistema HCFA-DRG v.10 per la Classificazione degli episodi di ricovero, sono determinate le prime tariffe nazionali di riferimento che devono essere applicate, in via transitoria, dalle Regioni e dalle Province Autonome che, alla data del 1° Gennaio 1995, non abbiano provveduto all'adozione di propri tariffari.
	L. del 23 DICEMBRE 1994, n. 724 "Misure di razionalizzazione della Finanza". G.U. 30 Dicembre 1994, n. 304.	La norma ribadisce che a partire dal 1° Gennaio 1995 la totalità degli Istituti di cura pubblici e privati accreditati con il SSN saranno finanziati per la loro attività di degenza in base al numero ed alla complessità dei ricoveri effettuati, secondo un sistema di tariffe regionali predeterminate.
1995	LINEE-GUIDA n. 1/1995 "Applicazione del DM 14 Dicembre 1994, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extraospedalieri". G.U. 29 Giugno 1995, n. 150.	Le Linee-guida del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria (Ministero della Sanità) forniscono alcune importanti delucidazioni relativamente alle modalità di implementazione del nuovo sistema di classificazione e remunerazione dell'attività ospedaliera.
1997	D.M. del 30 GIUGNO 1997 "Aggiornam. tariffe assistenza ospedaliera, di cui al DM 14.12. 1994". G.U. 8.9. 1997, n. 209.	Aggiornamento tariffe nazionali del Dicembre 1994 (presenti anche i Pesi Relativi associati a ciascun DRG). Confermata autonomia Regioni e PP.AA. nel determinare tariffe delle prestazioni ospedaliere nel proprio ambito e facoltà di adottare specifiche modalità di finanziamento per diversa tipologia degli erogatori e complessità assistenziale della casistica trattata e dei volumi di attività, nel rispetto delle indicazioni.
1999	D.L. del 19 GIUGNO 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del SSN, ex art. 1, L 30.11.98, n. 419. G.U 16.7.1999, n. 165.	L'aggiornamento della Riforma del SSN introduce diversi elementi di novità nel panorama sanitario nazionale potenziando, tra l'altro, le attività di verifica sulla qualità e l'appropriatezza delle prestazioni offerte (Art. 8-octies –Controlli).
2000	D.M. del 27 OTTOBRE 2000, n. 380 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati". G.U. 19.12.2000, n. 295.	Con il D.M. a decorrere dal 1° Gennaio 2001, la SDO assume la configurazione di minimum data set.
	L. del 23 DICEMBRE 2000, n. 388 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (L Finanziaria 2001)". G.U. 29 Dicembre 2000, n. 302 – S.O. n. 219.	L'art. 88 stabilisce le "Disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria", che introducono l'obbligo per le regioni di assicurare "per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 2% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO in conformità a specifici protocolli di valutazione" e di procedere ad "abbattimenti sulla remunerazione complessiva dei soggetti erogatori presso i quali si registrino frequenze di ricoveri inappropriati superiori agli *standard* stabiliti dalla regione stessa".
2001	DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (DPCM) 29 NOVEMBRE 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". G.U. 8 Febbraio 2002, n. 33.	Si definiscono per la prima volta i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitaria. In particolare, l'allegato 1, punto 3: "Classificazione dei livelli", ha individuato le seguenti macro-aree di assistenza ospedaliera: Pronto Soccorso, Degenza Ordinaria, *Day Hospital*, *Day Surgery*, Interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi delle Regioni), Riabilitazione, Lungodegenza, Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti. L'Allegato 2C "Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione" definisce, inoltre, un elenco composto da 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza ordinaria.

2002	CONFERENZA STATO-REGIONI SEDUTA DEL 6 GIUGNO 2002 "Accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le PP.AA. di approvazione delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla SDO". Repertorio Atti 6 Giugno 2002, n.1457.	Integrazione delle indicazioni fornite dal DT allegato al D.M. del 27 ottobre 2000, n. 380, per "uniformare la codifica di diagnosi, interventi e procedure in modo da migliorarne l'utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici".
2003	PROGETTO MATTONI SSN. CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DEL 10 DICEMBRE 2003 Repertorio Atti 23 Dicembre 2003, n. 1895.	Progetto approvato dalla Conferenza Stato Regioni con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Il Mattone 3 (dei 15 complessivi) è dedicato all' "Evoluzione del sistema DRG nazionale".
2005	D.M. del 21 NOVEMBRE 2005 "Aggiornamento classificazioni adottate per la codifica della SDO, e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere". G.U. 5 Dicembre 2005, n. 283.	Si stabilisce di adottare nella compilazione delle informazioni sanitarie della SDO, a partire dal 1° Gennaio 2006, la versione italiana 2002 dell'ICD-9-CM (pubblicata dal Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute nel 2004), che sostituisce la precedente versione del 1997, e contestualmente la versione CMS-19 del sistema DRG per la classificazione degli episodi di ricovero ospedalieri anche a fini di remunerazione. L'art. 3 stabilisce una periodicità biennale di aggiornamento delle classificazioni a decorrere dal 1° Gennaio 2006
2006	D.M. del 12 SETTEMBRE 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie". G.U. 13 Dicembre 2006, n. 289.	Il D.M. definisce le tariffe nazionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, sulla base della ricognizione delle tariffe regionali, definendole quindi per gli HCFA-DRG v.10, non più in vigore a livello nazionale dal 1° Gennaio 2006; non sono state pertanto applicate, né sono state definite tariffe nazionali per i CMS-DRG v.19.
2008	D.M. del 18 DICEMBRE 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere". G.U. 9 Marzo 2009, n. 56.	Il D.M. stabilisce l'entrata in vigore, a partire dall'1 Gennaio 2009 sull'intero territorio nazionale, della versione 24.0 dei CMS-DRG, per la classificazione dei ricoveri ed il connesso sistema tariffario. L' art. 3 conferma l'obbligo di aggiornamento dei sistemi di classificazione con periodicità biennale.
2009	L. del 5 MAGGIO 2009, n. 42 Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione. G.U. n.103 del 06.05.2009	In applicazione della LC 3/2001, tra l'altro si dispone, anche in ambito sanitario, il «superamento graduale del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno *standard*», nonché il «rispetto dei costi *standard*» nella «determinazione delle spese».
2012	L. del 7 AGOSTO 2012 , n. 135 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 Luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini. G.U. 14.8.2012 n. 189 D.M. del 18 OTTOBRE 2012 Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale G.U. n.23 del 28.01.2013 SO n. 8	Questa Legge, meglio nota come di *"spending review"* prescrive che con "un decreto del Ministero della Salute, di concerto con quello dell'Economia e Finanze, sentita la conferenza Stato Regioni, entro il 15 Settembre 2012 "in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 *sexies*, comma 5 del D.Lvo 502/92 e s.m.i. (...) determina le tariffe massime che le Regioni e le PP.AA possono corrispondere alle strutture accreditate (...), sulla base dei costi disponibili e ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriatezza ancora esistenti a livello locale e nazionale" Si tratta del DM Salute (di concerto con il MEF) che stabilisce le tariffe massime ancor oggi vigenti per gli ospedali del SSN. La norma della L. 234/2021 (vedi) prescrive di aggiornare il tariffario entro il 30 Giugno 2023.

2016	D.M. del 7 DICEMBRE 2016, n. 261 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del Decreto 27 Ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera". G.U. 07 Febbraio 2017, n. 31.	Si introduce una revisione dei contenuti della SDO, ampliandone considerevolmente il contenuto informativo. Le principali novità riguardano la possibilità di tracciare i trasferimenti interni del paziente fra le diverse unità operative (discipline e reparti), con data e ora di ammissione, trasferimento e dimissione, la possibilità di conoscere se una o più diagnosi erano già presenti al momento del ricovero, la possibilità di tracciare (nel rispetto della vigente normativa a tutela della privacy) l'équipe chirurgica che ha eseguito gli interventi, nonché numerose informazioni più prettamente cliniche.
2017	DPCM 12 GENNAIO 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del DL.vo 30 dicembre 1992, n. 502". G.U. 18 Marzo 2017, n. 65.	Il nuovo Decreto sostituisce integralmente il DPCM 29 Novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta; conferma i tre Macro Livelli: Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività: pronto soccorso; ricovero ordinario per acuti; *day surgery*; *day hospital*; riabilitazione e lungodegenza post acuzie; attività trasfusionali; attività di trapianto di cellule, organi e tessuti; centri antiveleni (CAV). Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio. Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli.
2020	D.M. del 28 OTTOBRE 2020 Integrazione dei sistemi di classificazione (…) in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008". G.U. 1 Febbraio 2021, n. 26.	Il Decreto riporta l'ntegrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008.
2021	L. del 30 DICEMBRE 2021 n. 234 Bilancio di previsione dello Stato per il 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 . G.U. 31 dicembre 2021 SO n. 49.	Il comma 280 dell'art. 1 è quello che prevede l'Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (l'attuale tariffario è quello stabilito col DM 18.10.2012), da realizzarsi entro il 30 Giugno 2023.

Fonte: adattamento e aggiornamento tabella in Nonis, Rosati: Guida DRG 2009

ENGLISH SUMMARY

Hospital care: evolution and updating of the SDO information flow & DRG maximum tariffs and rates

Law No. 234/2021, "State Budget for the Financial Year 2022 and Multi-Year Budget for the Three-Year Period 2022-2024" provides for the updating of the system for remunerating hospital care services by 30 June 2023, together with the updating of the classification systems adopted for coding the clinical information contained in the hospital discharge form (SDO).

The setting of a mandatory time-limit for the updating is the last stage of 30-plus years of (rather fragmented) history, which concerned the implementation of the Hospital Discharge Form (SDO) and the definition of Diagnosis Related Groups (DRGs), as well as the definition of hospital care service tariffs and rates and the implementation of the NHS information flows for describing the NHS activities.

With specific reference to the implementation of the SDOs and DRGs, it should be recalled that the first regulatory act which identified in the DRG system (translated into Italian as "Raggruppmenti Omogenei di Diagnosi" - ROD) the instrument with which to implement prospective financing for each hospitalisation, was the Health Ministry's Decree of 15 April 1994 "Defining the general criteria for establishing the tariffs and rates for specialist, rehabilitation and hospital care services". The Health Ministry's Decree of 14 December 1994 later set the national maximum reference tariffs and rates for hospital care services.

Many other regulatory interventions followed, which, on the whole, outlined an essentially centralized governance, probably due to the Regions' inability or impossibility to share a joint pathway. There was a return to a "unified" framework only through the developments and contingencies that led to the Monti government: an effect that, however, remained "isolated".

In the specific case of pricing, the essential connection of the process with the SDO and the coding systems of the healthcare component should be emphasised. For a classification system of admissions to be used for defining rates, we need to add that each DRG is characterised by a specific coefficient known as Relative Weight (PR), which measures the distance or position of the specific group with respect to the "average DRG" or the "individual DRG point".

The availability of analytical accounting data, although not strictly being a prerequisite for DRGs (also the PR system can be imported), becomes essential for the correct allocation and fair distribution of resources, because, in order to calculate the "individual DRG point", an estimate of the costs of hospital cases is needed.

With the Health Ministry's Decree of 21 November 2005 and the one of 18 December 2008 the Italian PR system was, in fact, defined, but there was no clear definition of the "individual DRG point" value (albeit provided for by the same Ministerial Decree), nor any correspondence between tariffs and rates and the PR.

Starting with the Health Ministry's Decree of December 14, 1994, a system of maximum rates was directly defined, in which there was no idea of what the value of the individual DRG point was, which instead reasonably had to correspond to the "standard cost of production and the general costs assessed through an analysis carried out on a sample of providers, both public and private, previously identified according to efficiency and efficacy principles".

Even the update expected by 30 June 2023 referred to "maximum tariffs and rates" and not to the PR system, which was also (more correctly and logically) the subject analysed by a Ministry's working group on hospital costs, within the framework of the It.DRG Project.

With specific reference to information flows, it should be noted that since the introduction of DRGs in 1995, there have only been two updates of the ICD-9-CM. As early as the NHS Mattoni Project (promoted

by Minister Sirchia in 2003) for the new health information system (NSIS), one of the so called "mattoni" (bricks) concerned the DRGs. Later, in 2011, the It. DRG Project started, from which it could be seen that updating the subject required a careful examination of the regulatory and definitional aspects of the DRG classification system, as well as the fine-tuning of classification criteria. In particular, the one of diagnoses, which led to the first Italian revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision (ICD-10) by preparing the experimental version of the "Italian Clinical Modification of Classification", as well as the Italian revision of the section "Surgical Procedures and Diagnostic and Therapeutic Procedures" of the International Classification of Diseases - 9th Revision - Clinical Modification - 2007 - ICD-9-CM, currently used by the NHS.

Within the framework of the It.DRG Project, the first version of the "Italian" classification of hospitalisations (adaptation of the CMS-DRG v.24 currently used by the NHS) was then illustrated, reporting the methodological principles, guidelines and tools used for its implementation. The development of a new Italian model was presented for determining the costs of acute cases treated in hospital, based on activity and cost data of NHS hospitals surveyed and processed according to standardised rules.

In conclusion, the above underlines how it is to be hoped that, together with the updating of tariffs and rates, the updating of the classification systems adopted for coding the clinical information contained in the hospital discharge form (SDO) may also be put in place by the same deadline - in other words, that the adoption of the two "Italian" classification systems may be achieved:

- *for diagnoses: ICD-10-IM 2017, first version of the experimental clinical amendment of ICD-10-OMS 2014*
- *for interventions and procedures: CIPI 2017, first version of the Italian Classification of Procedures and Interventions (which continues to use the US "3rd volume of ICD-9-CM" tool, currently used in Italy, further adapted and updated).*

The shift from ICD-9-CM to ICD-10 for coding diagnoses is a momentous turning point in the NHS health information systems. Once it has been implemented and has become the "official language" for coding diagnoses, ICD-10 will enable Italy to return to have a dialogue and be better integrated (in terms of interoperability) with the systems of the other countries of the European Union, the WHO and the OECD. Just think that we can better "understand" a diagnosis if it is expressed in ICD-10, the official language of the WHO, i.e. of the entire planet (which, moreover, is already dealing with the new ICD-11). Furthermore, there are many areas in which this change is relevant, starting with the survey of causes of death through the Istat form, as well as the ESF or the LEAs.

CAPITOLO 6b
L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera: le criticità emerse con l'emergenza COVID

Carrieri C.[1], d'Angela D.[1], Spandonaro F.[2]

Il 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza pandemica, che ha investito in modo particolarmente rilevante le strutture ospedaliere.

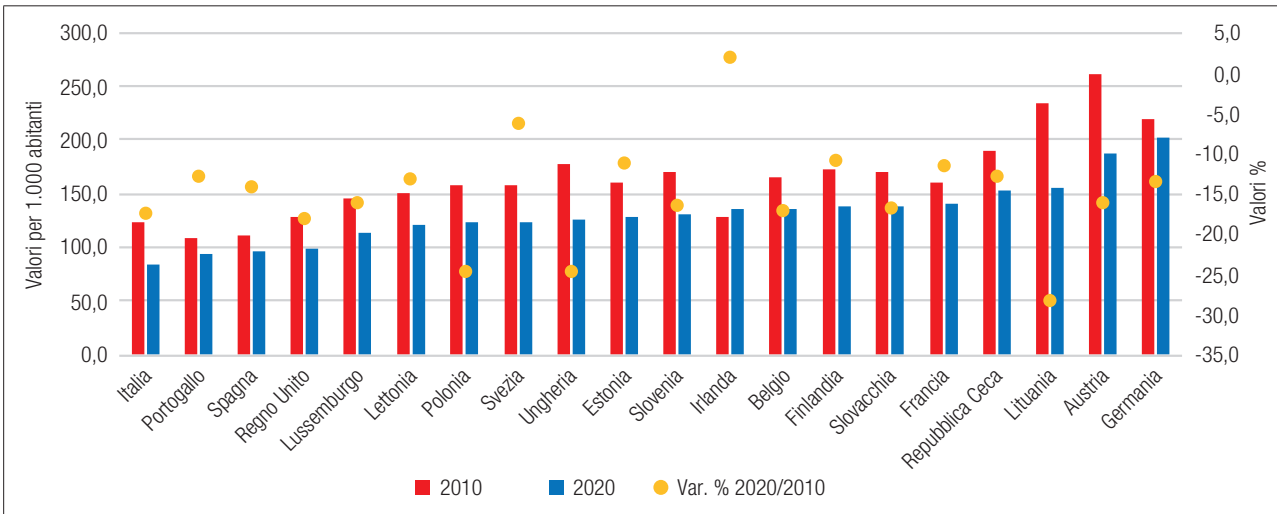
La prima ondata pandemica, almeno nelle Regioni con maggiore incidenza di contagi, ha visto andare in affanno le terapie intensive. La seconda ondata ha allargato la pressione anche ai letti "ordinari", costringendo le strutture a riconvertire interi reparti a "posti COVID": situazione che evidentemente, ha inciso sulla possibilità delle strutture di far fronte alle esigenze dei malati con altre patologie.

Sulla base dei dati relativi alle dimissioni 2020, possiamo quest'anno analizzare la *Performance* del settore ospedaliero durante la prima ondata della pandemia.

6b.1. Il ricorso al ricovero: confronti internazionali

Nel 2020 (ultimo dato disponibile), l'Italia è il Paese Europeo che registra il minor ricorso all'ospedalizzazione per acuzie (OECD, 2022): il tasso di ospedalizzazione italiano è pari a 82,9 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti (Figura 6b.1.) ed è seguito da quello di Portogallo, Spagna e Regno Unito, rispettivamente con 92,7, 97,4 e 99,1; i tassi di Lussemburgo e Lettonia superano il valore italiano di oltre il 30%, e si attestano a più del doppio di quelli di Germania (202,3) e Austria (187,6).

Figura 6b.1. Tassi di ospedalizzazione ordinari in acuzie in Europa



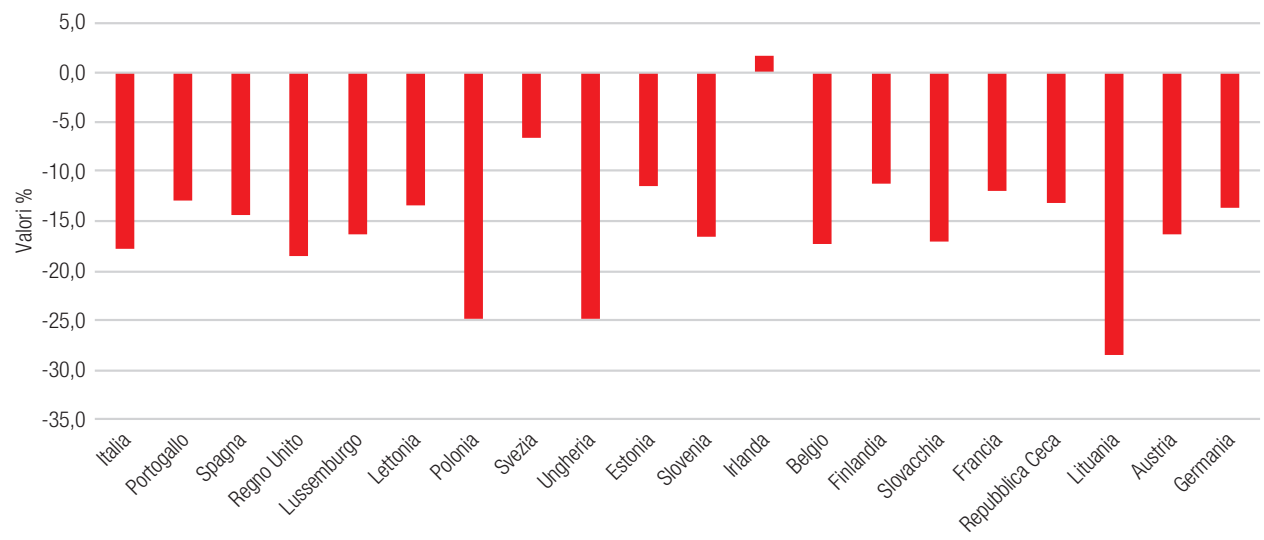
Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

[1] Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità
[2] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

Sebbene tutti i Paesi europei analizzati, nel decennio 2010-2020, abbiano registrano un decremento del tasso di ospedalizzazione in acuzie, ad eccezione dell'Irlanda (+0,5% medio annuo), dobbiamo rimarcare che Lituania, Italia e Ungheria hanno registrato una riduzione superiore al 30% (-33,7%, -33,4% e -30,0% rispettivamente); l'Italia, in particolare, ha registrato una riduzione di -41,5 ricoveri ogni 1.000 abitanti rispetto al 2010, più del doppio rispetto a Portogallo (-16,8) e Spagna (-13,6).

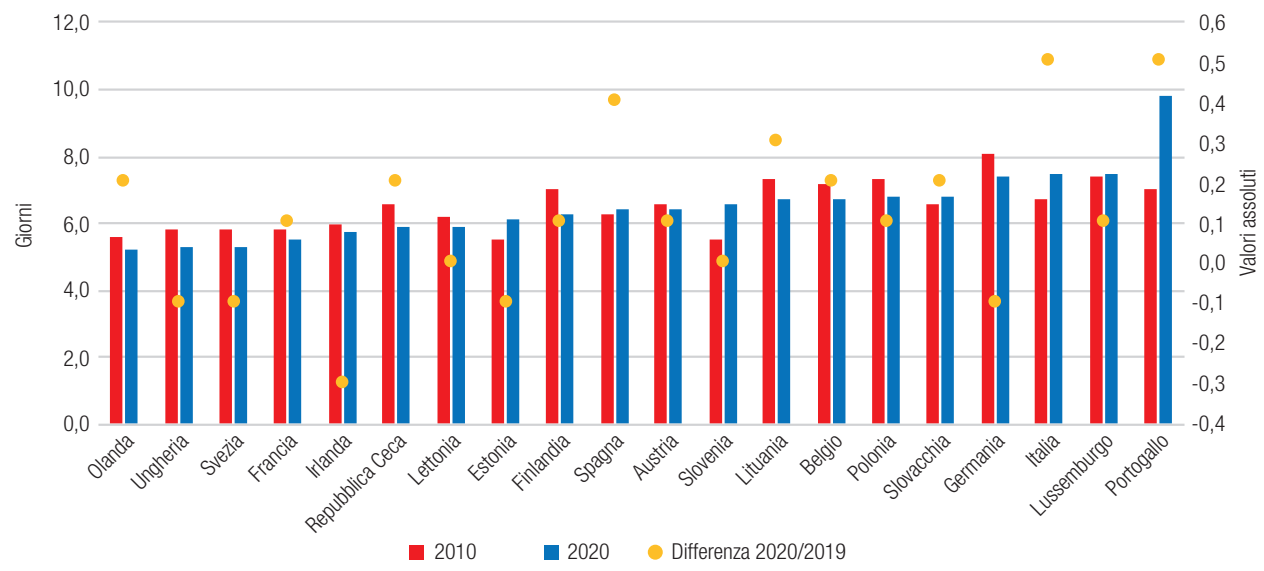
Il 2020 segna, quindi, una ulteriore generalizzata riduzione dell'ospedalizzazione (fatta eccezione dell'Irlanda, che registra un incremento dell'1,6%): si passa dal -28,6% della Lituania al -6,6% della Svezia, con l'Italia che registra una riduzione del -17,8% (Figura 6b.2.).

Figura 6b.2. Tassi di ospedalizzazione ordinari in acuzie in Europa. Variazione % 2020/2019



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

Figura 6b.3. Degenza media ordinaria in acuzie in Europa



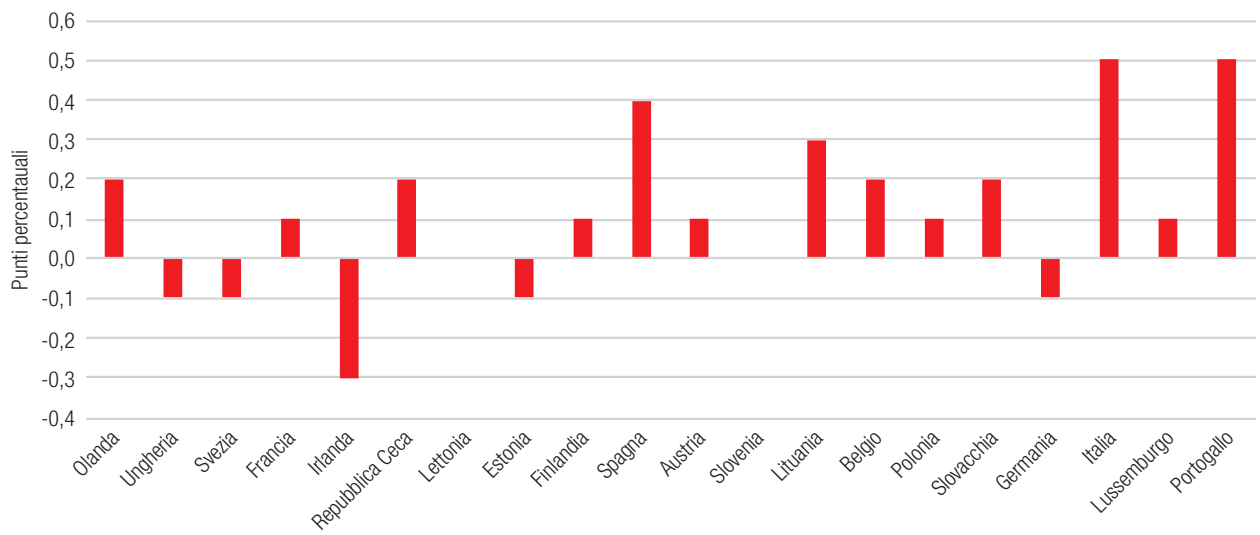
Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

La degenza media italiana (Figura 6b.3.) è, di contro, più elevata rispetto alla media degli altri Paesi Europei: nel 2020, 7,5 giornate (gg.), con i valori minimi registrati in Olanda (5,2 gg.), in Ungheria e Svezia (5,3 gg.), e quelli massimi in Portogallo (9,8 gg.) e in Lussemburgo (7,5 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.

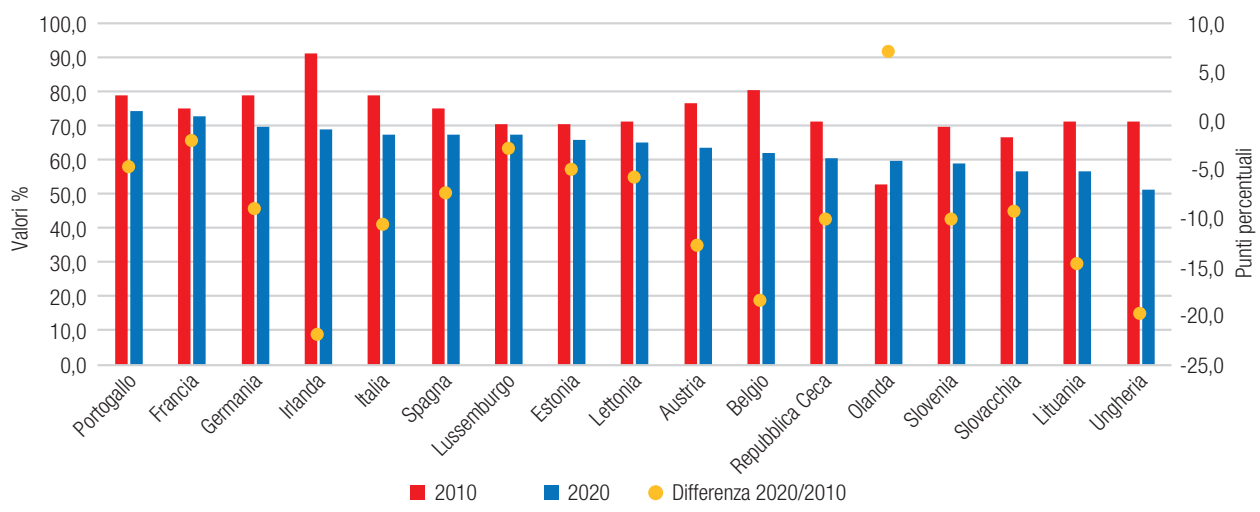
In generale, tra il 2019 ed il 2020 (Figura 6b.4.) si registra un aumento della degenza media nella maggior parte dei Paesi europei, in particolare in Italia, Portogallo e Spagna (+0,5, +0,5 e +0,4 giorni rispettivamente). In Irlanda si registra la riduzione maggiore (-0,3 giorni), seguita da Germania, Estonia, Svezia e Ungheria (-0,1 giorni rispettivamente).

Figura 6b.4. Degenza media ordinaria in acuzie in Europa. Differenza 2020/2019



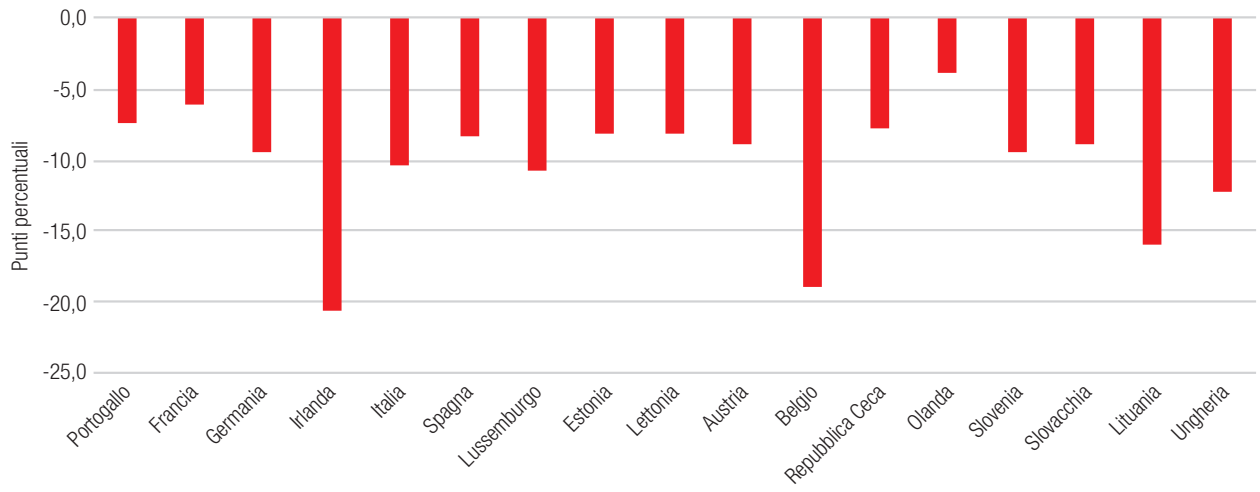
Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.5. Tasso di occupazione dei posti letto in Europa



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

Figura 6b.6. Tasso di occupazione dei posti letto in Europa. Differenza 2020/2019



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

Il tasso di occupazione dei posti letto, nel 2020, in Italia si attesta al 67,7%; Portogallo (74,1%), Francia (72,8%), Germania (69,6%) e Irlanda (69,3%) hanno tassi di occupazione maggiori; l'Ungheria registra il tasso di utilizzo dei posti letto più basso (51,6%), a cui seguono tutti Paesi dell'Est Europa e l'Olanda, che non raggiungono il 65% (Figura 6b.5.).

Nell'ultimo decennio si registra una riduzione generalizzata dell'occupazione dei posti letto, ad eccezione dell'Olanda, che registra un aumento di 6,8 p.p.. La riduzione maggiore si registra in Irlanda (-22,1 p.p.); quella minore in Francia (-2,2 p.p.).

Anche nel 2020 (Figura 6b.6.) si registra una riduzione dell'occupazione dei posti letto: in Irlanda troviamo la riduzione maggiore, -20,6 p.p., in Olanda quella minore (-3,8 p.p.); in Italia la riduzione è stata pari a -10,4 p.p..

6b.2. Il ricorso al ricovero in Italia: i principali *trends*

Nel 2020, in Italia si contano 4.927.916 ricoveri ordinari in acuzie, con una riduzione del -33,2% rispetto al 2010.

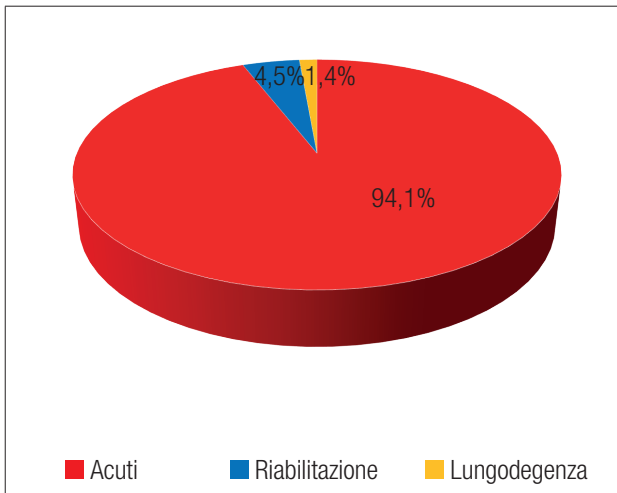
Seguono quantitativamente quelli diurni in acuzie, che sono 1.261.143, con una riduzione del -58,3%.

In riabilitazione si contano 235.997 ricoveri ordinari (con una riduzione del -21,1% rispetto al 2010) e 19.084 diurni (in riduzione del -68,6% rispetto al 2010).

Infine, i ricoveri in lungodegenza sono 73.008, con una riduzione del -35,2% rispetto al 2010.

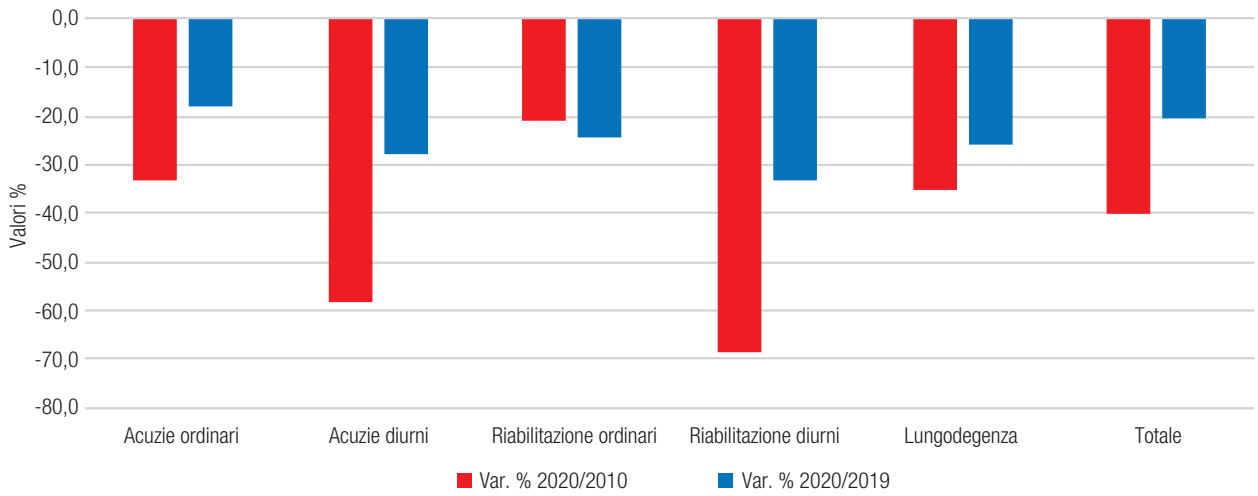
Complessivamente, nel 2020, i ricoveri ordinari in acuzie rappresentano il 94,1% di quelli ordinari, seguiti da quelli in riabilitazione (4,5%) e da quelli per lungodegenza (1,4%) (Figura 6b.7.).

Figura 6b.7. Composizione dei ricoveri ordinari per tipo. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.8. Variazione % dei ricoveri per tipo. 2020/2010 vs 2020/2019



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Si registra un ricovero ordinario in riabilitazione ogni 20,9 in acuzie (20,4 nel 2010); uno in lungodegenza ogni 67,5 in acuzie (65,5 nel 2010) e 3,2 in riabilitazione (2,2 nel 2010).

Per i ricoveri diurni, osserviamo che sono per il 98,5% in regime di acuzie e per il restante 1,5% in regime di riabilitazione.

Il *trend* si conferma nell'ultimo anno considerato[3]: nel 2020 si registra una netta riduzione dei ricoveri, pari al -20,6% (Figura 6b.8.). Il *trend* è comune a tutti i regimi: -18,1% per i ricoveri in acuzie ordinari, -28,0% per quelli in acuzie diurni, -24,5% per quelli in riabilitazione ordinari, -33,1% per quelli in riabilitazione diurni e -26,1% per le lungodegenze. Da notare che i ricoveri in riabilitazione ordinari, presumibilmente per effetto della pandemia, sono diminuiti più che nei dieci anni precedenti (-21,1%).

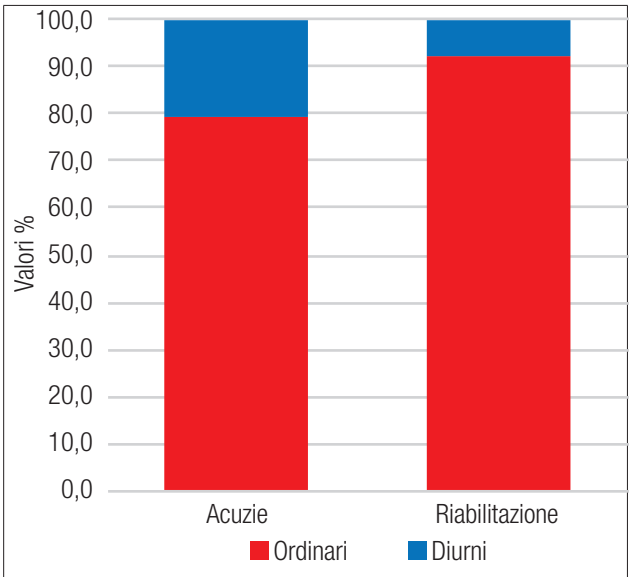
I ricoveri si sono, quindi, ridotti più che nella media annua del periodo 2020/2010: per i ricoveri in acuzie ordinari la riduzione è stata 4,6 volte maggiore rispetto alla media annua del decennio precedente (-18,1% vs -4,0% medio annuo); per quelli in acuzie diurni 3,3 volte maggiore (-28,0% vs -8,4%); per i ricoveri in riabilitazione ordinari 10,5 volte maggiore (-24,5% vs -2,3%); per quelli in riabilitazione diurni 3 volte maggiore (-33,1% vs -10,9%); per i ricoveri in lungodegenze 6,2 volte maggiore (-26,1% vs -4,2%).

Ne segue che i ricoveri in acuzie diurni rappresentano nel 2020 il 20,4% dell'attività e la loro incidenza è diminuita di -8,7 p.p. rispetto al 2010; quelli in riabilitazione il 7,5% e la loro incidenza è diminuita di 9,4 p.p. (Figura 6b.9.); l'incidenza dei ricoveri in acuzie diurni è diminuita di -2,2 p.p. e quella dei ricoveri in riabilitazione diurni di -0,9 p.p..

A livello regionale (Figura 6b.10.), la quota di ricoveri ordinari in acuzie varia dall'89,6% della Puglia, al 67,1% della P.A. di Trento; quella dei ricoveri diurni in acuzie varia dal 27,6% della Sardegna, al 6,5% della Puglia; per la riabilitazione, per i ricoveri ordinari si passa dal 6,2% della P.A. di Trento, all'1,4% della Sardegna e per quelli diurni dallo 0,6% della P.A. di Trento, del Veneto e del Lazio, allo 0,03% del Molise; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal 4,3% dell'Emilia Romagna, allo 0,1% del Molise.

[3] I ricoveri del 2020 includono anche quelli per COVID, che secondo i dati del rapporto "Impatto dell'epidemia COVID sul sistema ospedaliero italiano" di Istat e A.ge.na.s, rappresentano il 5,5% dei ricoveri totali

Figura 6b.9. Composizione dei ricoveri per tipo e regime. Anno 2020



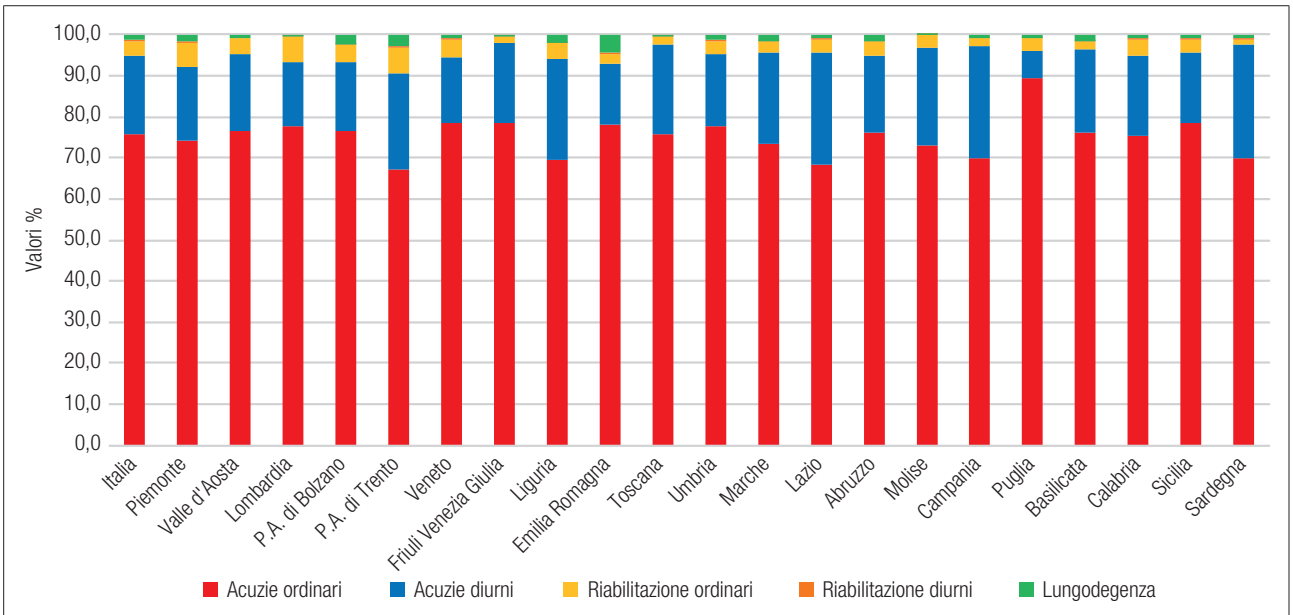
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020 (Figura 6b.11.), si registra un aumento della quota dei ricoveri ordinari in acuzie in tutte le Regioni, con l'aumento massimo in Valle d'Aosta (+8,2 p.p.) e quello minimo in Puglia (+0,5 p.p.).

Il tasso di ospedalizzazione in acuzie ordinari, a livello nazionale, nel 2020, risulta pari a 80,9 ricoveri per 1.000 abitanti, in riduzione del -32,7% rispetto al 2010; quello in acuzie diurni è pari a 20,7 per 1.000 abitanti, in riduzione del -58,3% rispetto al 2010.

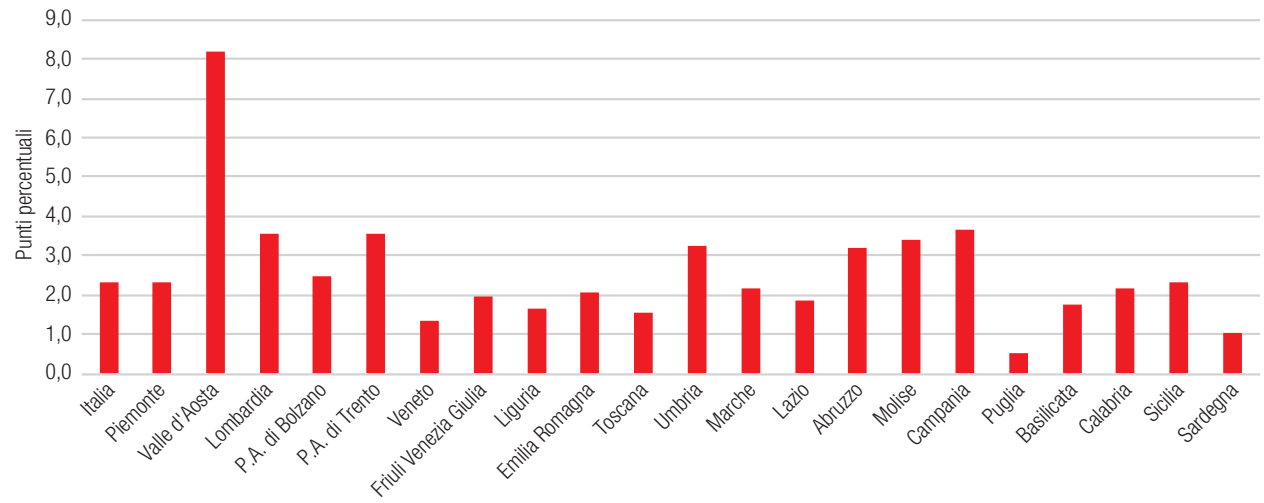
Il tasso si è ridotto sia per i ricoveri ordinari che per i diurni: rispettivamente di -39,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti e -28,9 (ogni 1.000). Per la riabilitazione, il tasso di ospedalizzazione risulta in diminuzione sia per i ricoveri ordinari (-1,0 ricoveri per 1.000 abitanti) che per i ricoveri diurni (-0,7 ricoveri per 1.000 abitanti). Per la lungodegenza il tasso di ospedalizzazione si è ridotto di -0,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti (Figura 6b.12.).

Figura 6b.10. Composizione regionale dei ricoveri, per tipo e regime. Anno 2020



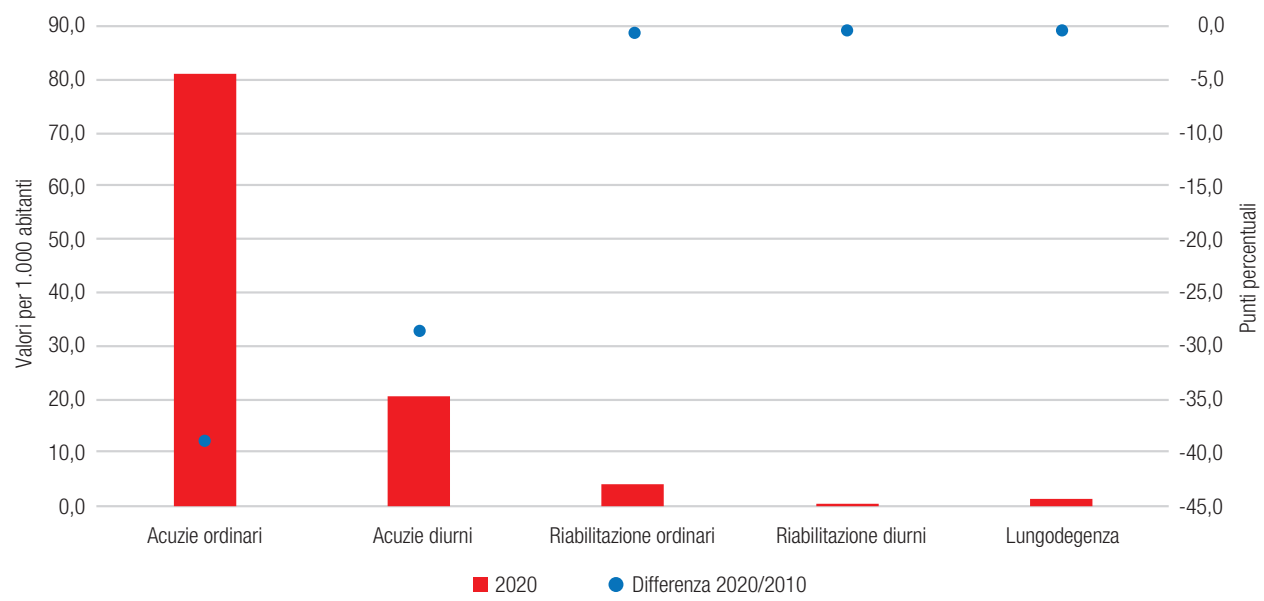
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.11. Composizione regionale dei ricoveri, per tipo e regime. Differenza 2019-2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.12. Tasso di ospedalizzazione, per tipo e regime



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Il 2020 ha fatto segnare una riduzione significativa del tasso di ospedalizzazione in acuzie ordinario (-16,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti); -8,0 ricoveri ogni 1.000 abitanti per il tasso di ospedalizzazione diurno in acuzie; -1,2 ricoveri per il tasso di ospedalizzazione in riabilitazione ordinario e -0,2 ricoveri per quello diurno; il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza si è ridotto di -0,4 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

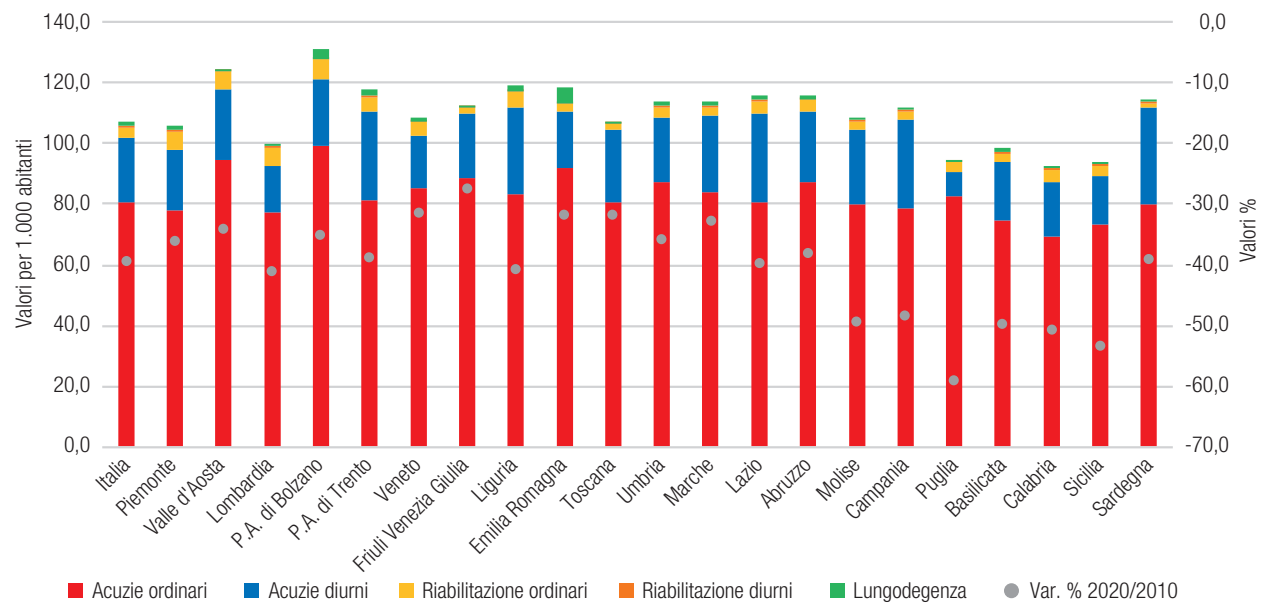
A livello regionale, la riduzione tra il 2010 ed il 2020 è comune a tutte le Regioni, sebbene con variazioni significative (Figura 6b.13.).

La riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie varia dal -47,5% della Puglia, al -21,9% del Friuli Venezia Giulia; quello dei

ricoveri diurni in acuzie dal -88,2% della Puglia, al -35,8% delle Marche; per la riabilitazione, il tasso ordinario varia dal -45,1% della P.A. di Trento, al +3,6% della Sicilia, mentre per i ricoveri diurni varia dal -92,0% della Lombardia, al -26,5% della Valle d'Aosta; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal -89,2% del Molise, al +260,1% della Liguria.

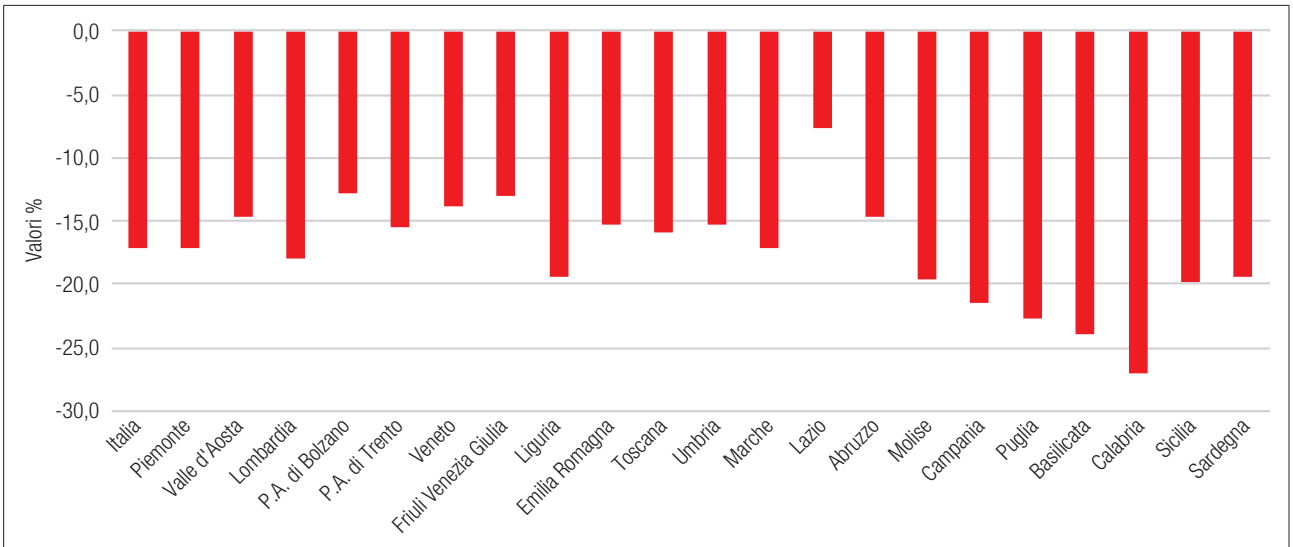
Nel 2020 (Figura 6b.14.) si registra una netta riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, maggiore nelle Regioni del Sud rispetto a quelle del Nord: si passa da una riduzione minima in Abruzzo (-14,6%) ad una massima in Calabria (-27,1%); nel Nord si passa da una riduzione minima nella P.A. di Bolzano (-12,1%) ad una massima in Liguria (-19,5%).

Figura 6b.13. Tasso di ospedalizzazione standardizzato regionale, per tipo e regime. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.14. Tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie regionale. Variazione 2020/2019

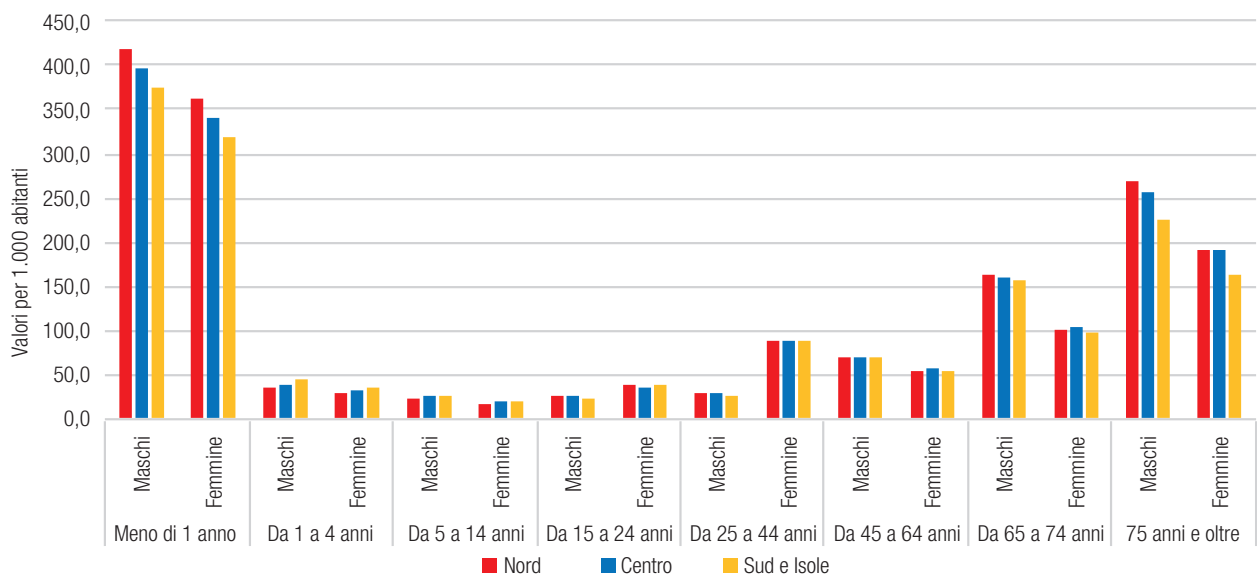


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie aumenta esponenzialmente con l'età; nel 2020 solo per le donne si registra una riduzione del tasso di ospedalizzazione tra la fascia 25-44 anni e la fascia 45-64 anni (Figura 6b.15.). Gli uomini registrano un tasso di ospedalizzazione maggiore rispetto alle donne, soprattutto nelle fasce d'età più avanzate.

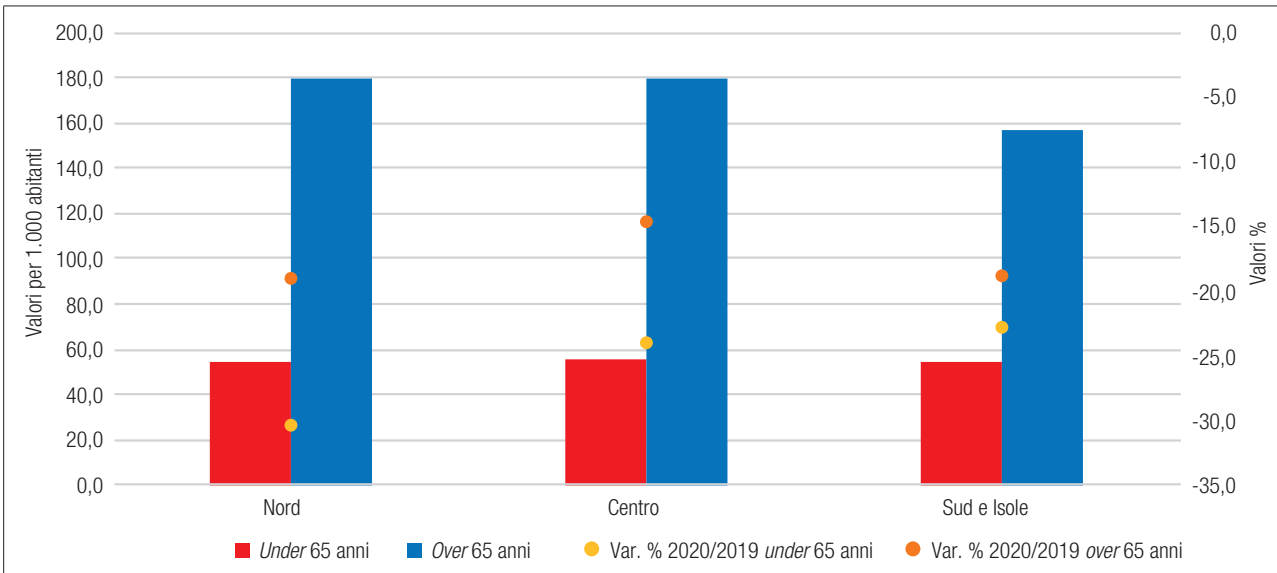
Nel 2020, il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie negli *over* 65 anni è più alta negli uomini rispetto alle donne ed in particolare al Nord (Figura 6b.16.). La riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie nel 2020 si registra sia per genere che per età.

Figura 6b.15. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, per età e genere. Anno 2020



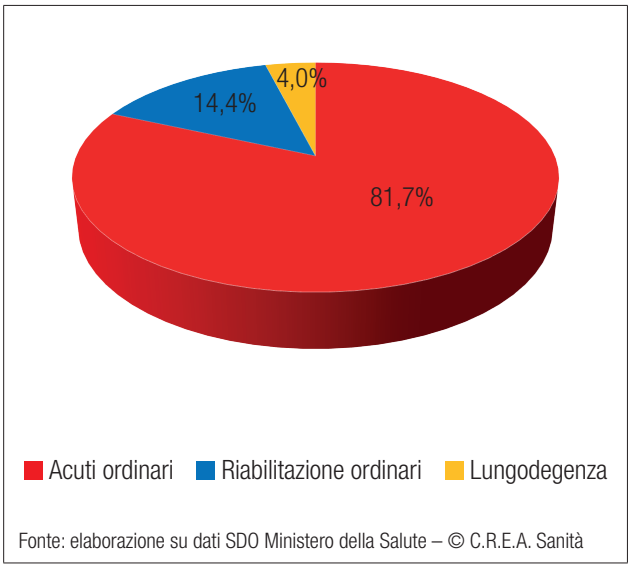
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.16. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, *under* 65 anni vs *over* 65 anni. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.17. Composizione delle giornate di degenza per tipo. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne le giornate di degenza, in Italia, nel 2020, si contano 36.849.612 giornate di degenza ordinarie in acuzie, con una riduzione del -25,8% rispetto al 2010.

Gli accessi diurni in acuzie sono 3.378.760, con una riduzione del -60,0% rispetto al 2010.

In riabilitazione si contano 6.476.711 giornate di degenza ordinarie (con una riduzione del -21,3% rispetto al 2010) e 268.928 accessi diurni (in riduzione del -67,5% rispetto al 2010).

Infine, le giornate in lungodegenza sono 1.793.441, con una riduzione del -47,8% rispetto al 2010.

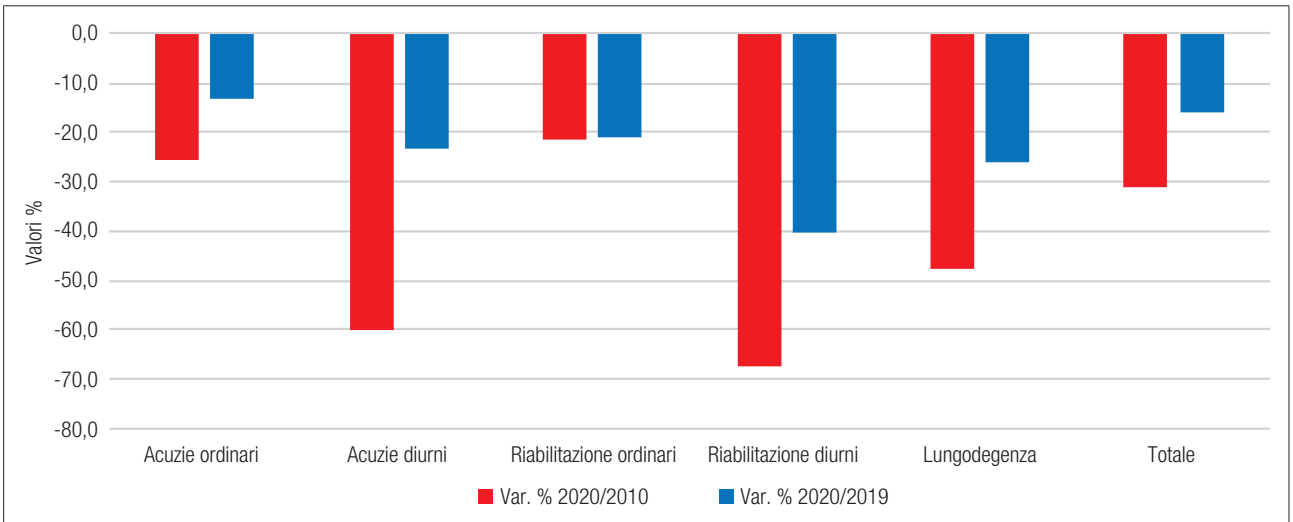
Complessivamente, nel 2020, le giornate di degenza ordinarie erogate in acuzie sono l'81,7%, seguite da quelle in riabilitazione (14,4%) e da quelle per lungodegenza (4,0%) (Figura 6b.17.).

Si registra una giornata erogata in riabilitazione ogni 5,7 in acuzie (6,0 nel 2010); una in lungodegenza ogni 20,5 in acuzie (17,5 nel 2010) e 3,6 in riabilitazione (3,4 nel 2010).

Gli accessi diurni sono per il 92,6% in regime di acuzie e per il restante 7,4% in regime di riabilitazione.

Nel 2020 si è registrata una riduzione delle giornate di degenza pari al -13,1% per quelle in acuzie in regime ordinario e al -23,5% per quelle in regime diurno; -20,9% per quelle in riabilitazione in regime ordinario e -40,4% per quelle in regime diurno; infine per quelle in lungodegenza si registra una riduzione del -25,8% (Figura 6b.18.). Le giornate di degenza si sono ridotte in maggior misu-

Figura 6b.18. Variazione % delle giornate per tipo. 2010/2020 vs 2019/2020



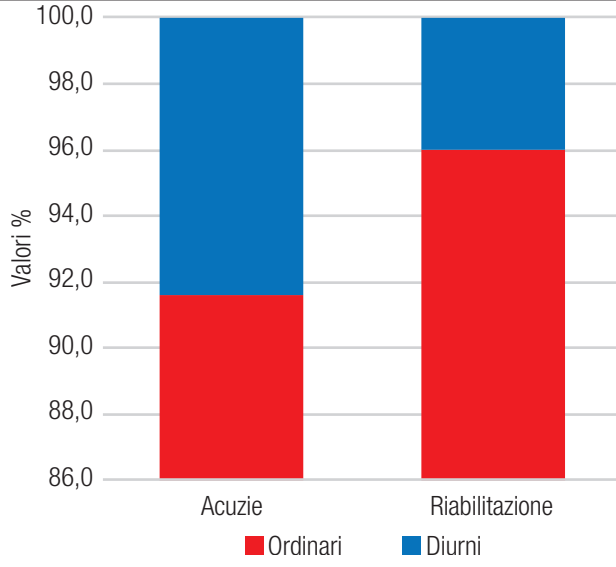
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

ra rispetto alla riduzione media annua del periodo 2010/2020: per le giornate di degenza in acuzie in regime ordinario la riduzione è stata 4,4 volte maggiore rispetto al decennio 2010/2020 (-13,1% vs -2,9% medio annuo); per quelle in acuzie in regime diurno 2,7 volte maggiore (-23,5% vs -8,8%); per le giornate di degenza in riabilitazione in regime ordinario 8,8 volte maggiore (-20,9% vs -2,4%); per quelle in riabilitazione in regime diurno 3,8 volte maggiore (-40,4% vs -10,6%); per le giornate di degenza in lungodegenza 4,1 volte maggiore (-25,8% vs -6,3%).

Nel 2020, gli accessi diurni in acuzie rappresentano l'8,4%% e la loro incidenza è diminuita di -6,1 p.p. rispetto al 2010; in riabilitazione sono il 4,0% e la loro incidenza è diminuita di -5,1 p.p. rispetto al 2010 (Figura 6b.19.). Tra il 2019 ed il 2020 l'incidenza delle giornate in acuzie in regime diurno è diminuita di -1,0 p.p. e quella dei ricoveri in riabilitazione diurni è diminuita di -1,2 p.p..

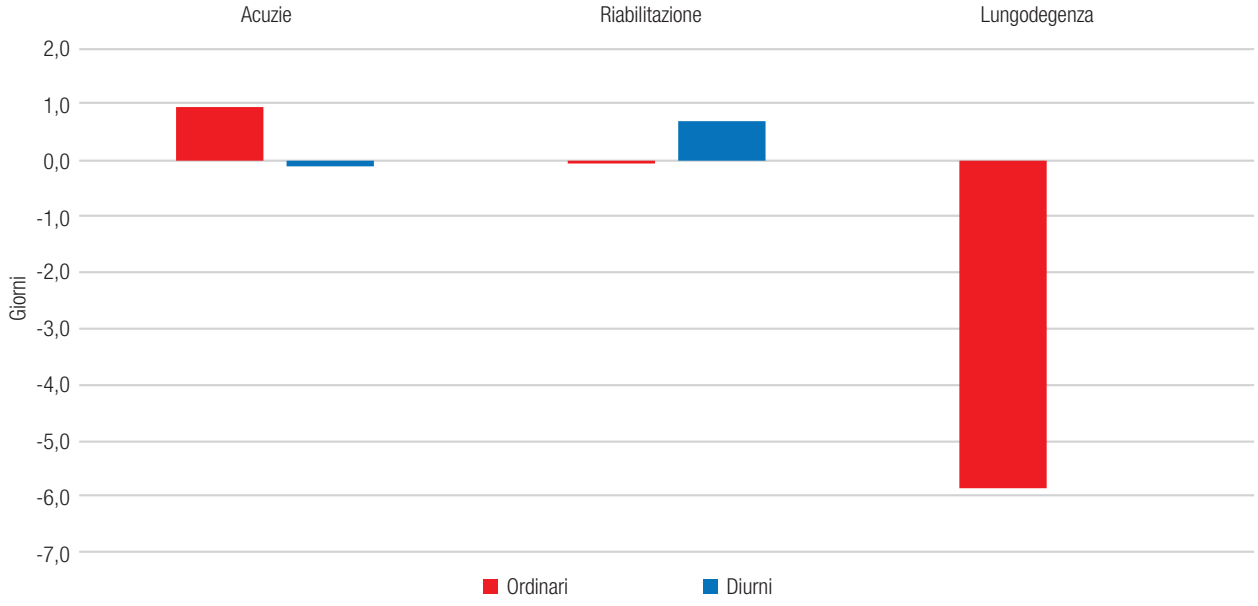
Nel 2020, la degenza media ordinaria in acuzie (Figura 6b.20.) è pari a 7,5 giornate, in aumento (+0,9 gg.) rispetto al 2010; quella in riabilitazione è pari a 27,5 giornate (come nel 2010) e quella in lungodegenza a 24,6 giornate (-5,9 gg.); per quanto concerne gli accessi diurni medi, quelli in acuzie sono pari a 2,7, in riduzione di -0,1 gg. rispetto al 2010; in riabilitazione sono pari a 14,5 (+0,7 gg.).

Figura 6b.19. Composizione delle giornate di degenza per tipo e regime. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.20. Degenza e accessi medi, per tipo e regime. Differenze 2020/2010

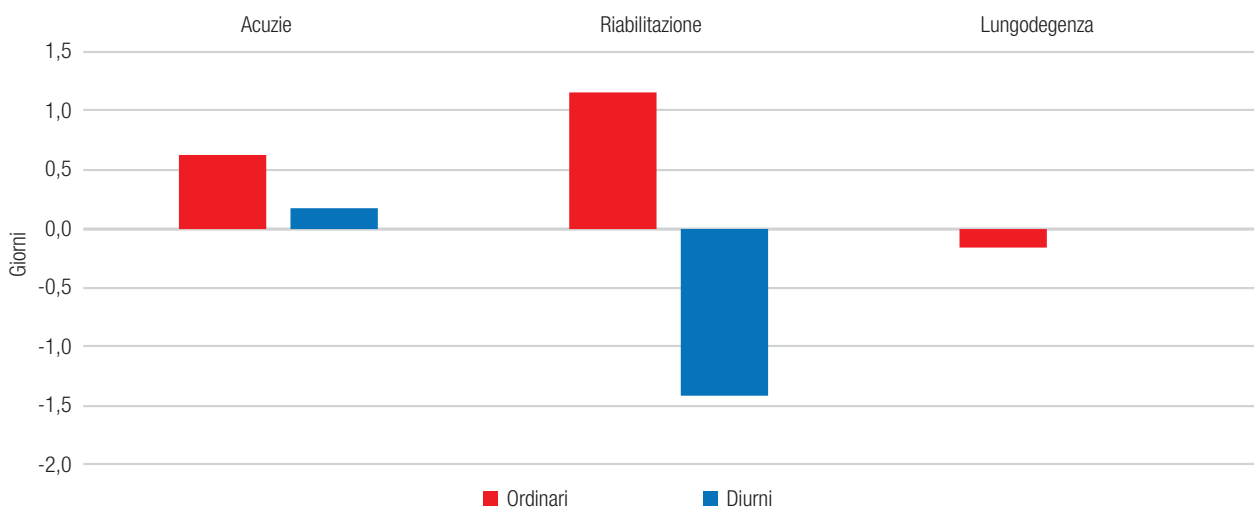


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020 si è registrato un aumento della degenza media in acuzie (+0,6 gg.) e in quella in riabilitazione (+1,2 gg.); si è ridotta la degenza media in lungodegenza (-0,2 gg.). Per gli accessi diurni medi si è registrato un aumento per quelli in acuzie (+0,2 gg.) e una riduzione per quelli in riabilitazione (-1,4 gg.) (Figura 6b.21.).

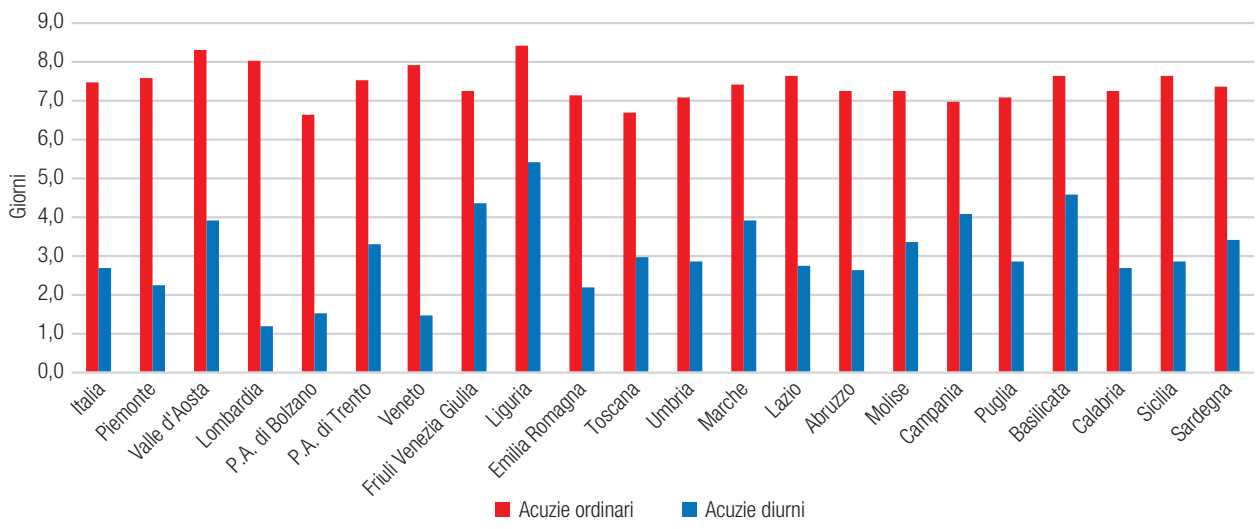
A livello regionale la degenza media ordinaria in acuzie standardizzata per età varia fra il valore massimo della Liguria (8,4 gg.), e quello minimo della P.A. di Bolzano (6,6 gg.); la Regione con la massima variazione positiva nel periodo 2020-2010 è l'Umbria (+19,5%), quella con la massima variazione negativa è la P.A. di Bolzano (-4,1%) (Figura 6b.22.). Per gli accessi diurni standardizzati in acuzie si registra il valore massimo in Liguria (5,4 gg.) e minimo in Lombardia (1,2 gg.); in questo caso la Regione con la massima variazione nel periodo è la Liguria (+57,9%), quella con la massima variazione negativa è la Lombardia (-55,2%).

Figura 6b.21. Degenza e accessi medi, per tipo e regime. Differenze 2020/2019



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.22. Degenza media standardizzata in acuzie. Anno 2020

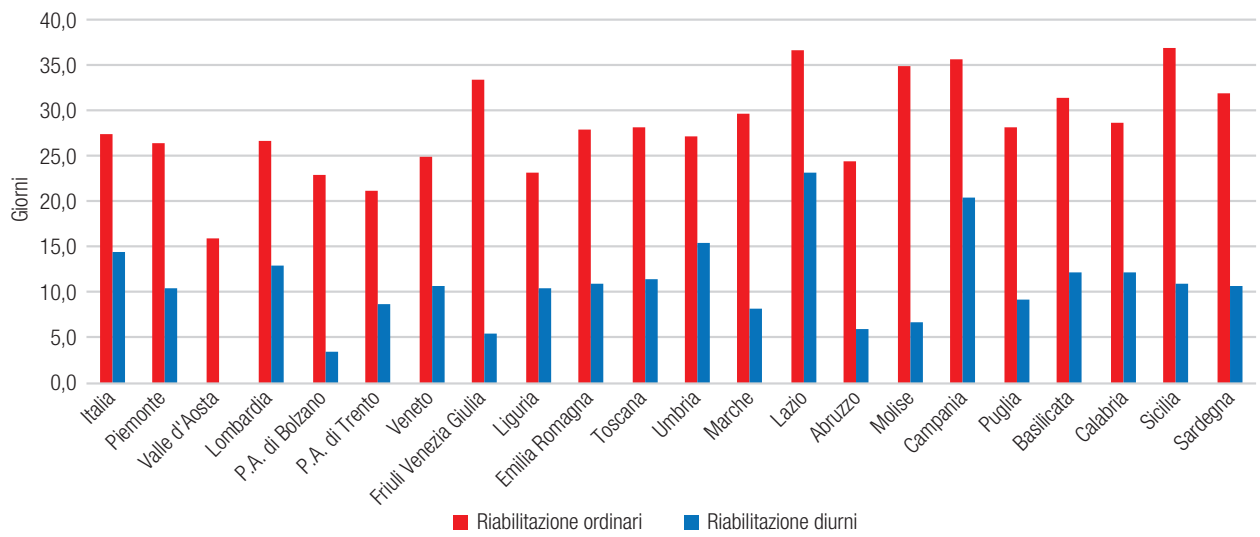


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Per la riabilitazione, la degenza media ordinaria standardizzata massima si registra in Sicilia (36,9 gg.) e minima in Valle d'Aosta (16,0 gg.), con la massima variazione positiva nel periodo in Sardegna (+67,4%) e negativa in Valle d'Aosta (-26,2%); per gli accessi diurni il valore massimo si registra nel Lazio (23,1 gg.) e minimo in Valle d'Aosta (0,0 gg.), con la massima variazione positiva in Puglia (+66,0%) e negativa in Molise (-66,7%) (Figura 6b.23.).

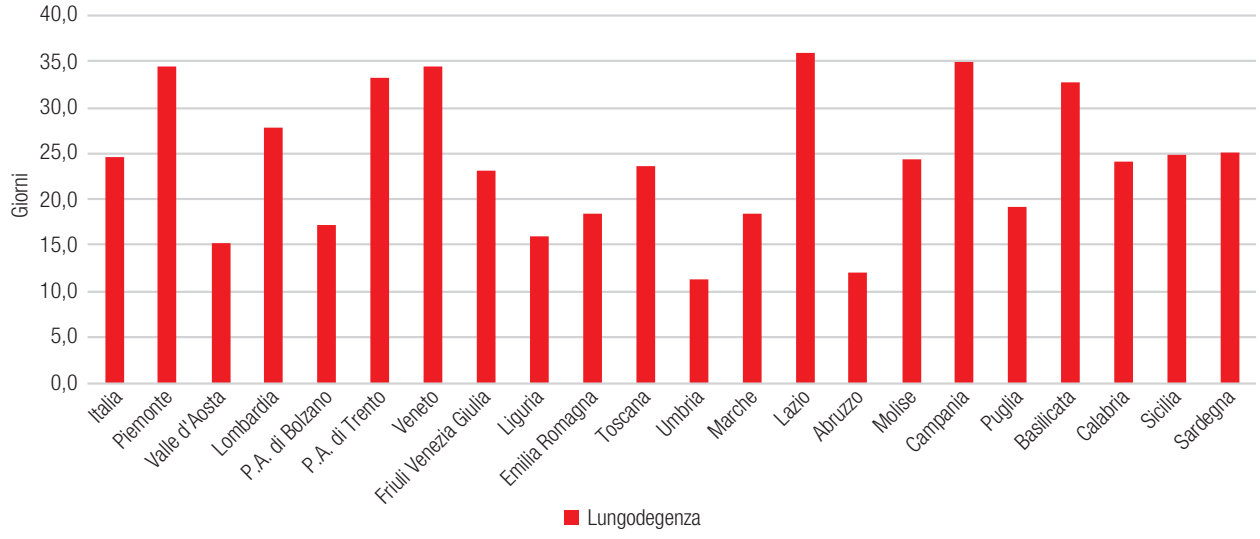
La degenza media standardizzata in lungodegenza è massima nel Lazio (35,8 gg.) e minima in Umbria (11,3 gg.) con la massima variazione positiva nel periodo in Sicilia (+52,3%) e negativa in Valle d'Aosta (-49,3%) (Figura 6b.24.).

Figura 6b.23. Degenza media standardizzata in riabilitazione. Anno 2020



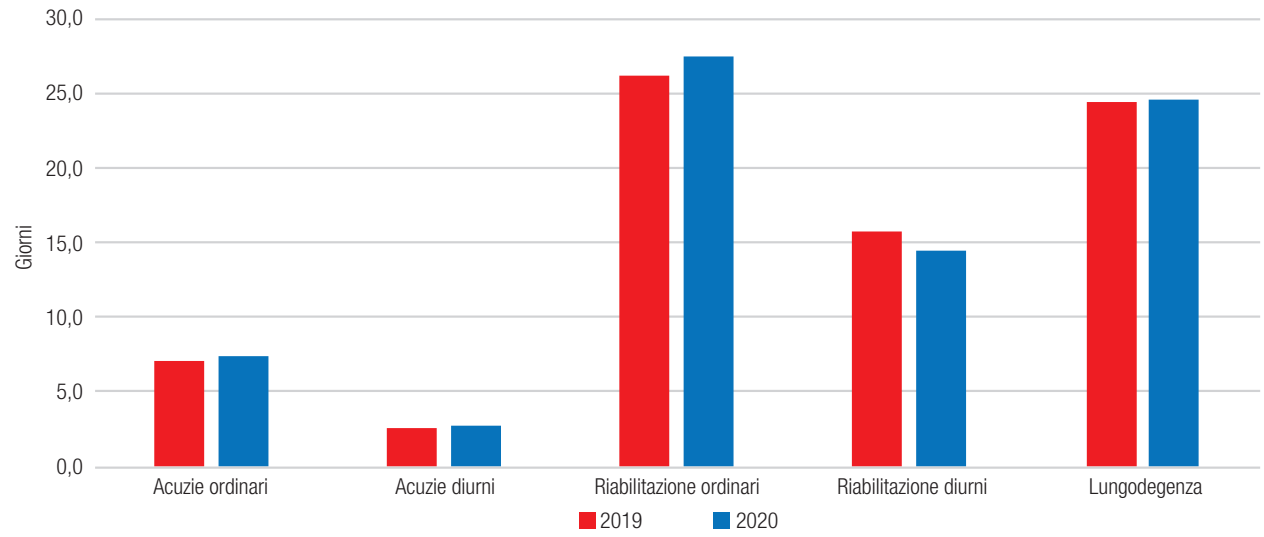
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.24. Degenza media standardizzata in lungodegenza. Anno 2020



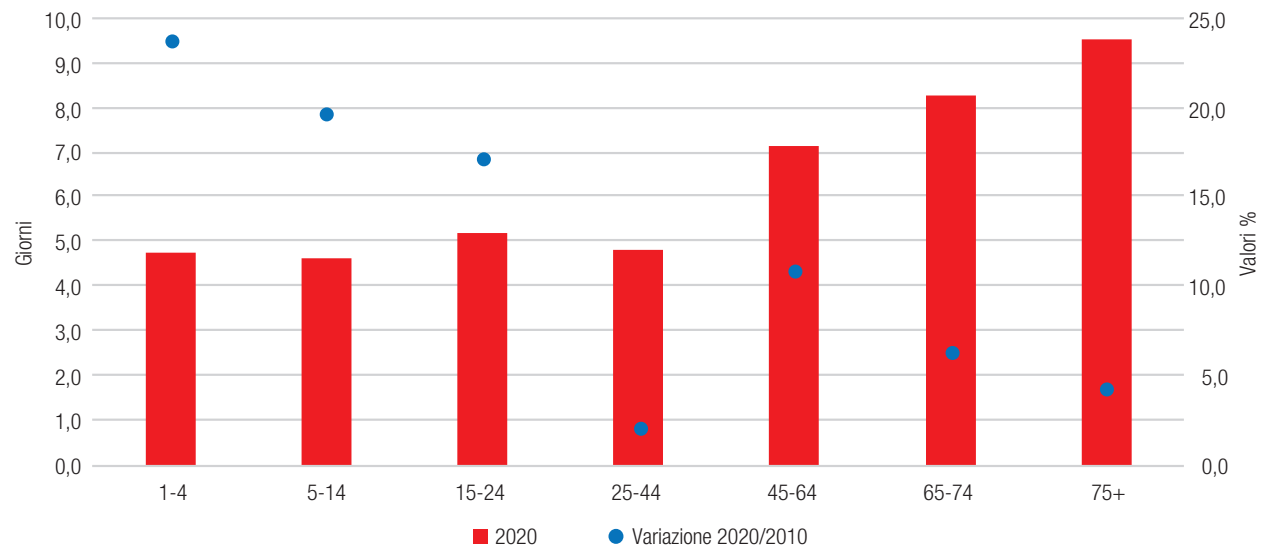
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.25. Degenza media per tipo. Confronto anni 2019/2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.26. Degenza media ordinaria in acuzie, per età



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, la degenza media è aumentata di +0,5 gg., passando da 7,0 gg. nel 2019 a 7,5 gg. nel 2020; anche gli accessi medi diurni sono aumentati di +0,2 gg. (2,5 gg. 2019 vs 2,7 gg. 2020); in riabilitazione la degenza media ordinaria passa da 26,2 gg. a 27,5 gg. (+1,3 gg.) e per gli accessi diurni passa da 15,8 gg. a 14,5 gg. (-1,3 gg.); in lungodegenza la degenza media si riduce, passando da 24,4 gg. a 24,6 gg. (+0,2 gg.) (Figura 6b.25.).

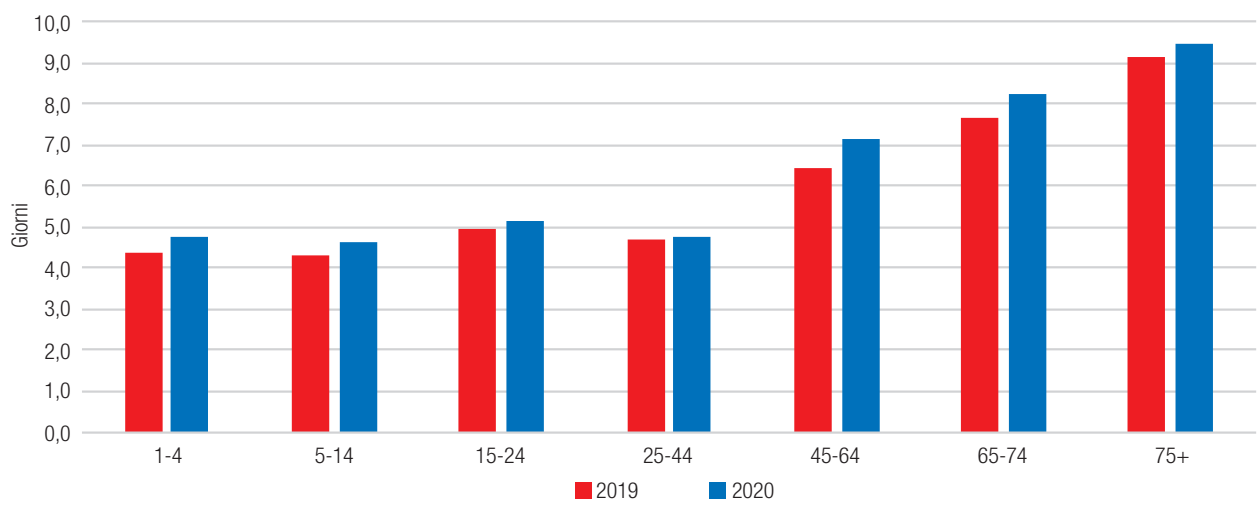
Parallelamente all'aumento della degenza media si osserva un aumento della complessità dei ricoveri: il peso medio dei ricoveri in acuzie ordinari aumenta da 1,24 nel 2019 a 1,31 nel 2020. Per effetto delle misure di contenimento e della riorganizzazione del-

le aree di trattamento dedicate al COVID, il ricorso all'ospedalizzazione è stato riservato ai casi di emergenza-urgenza, tanto che i ricoveri (in acuzie ordinari) programmati e i ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione si sono ridotti dal 2019 al 2020, rispettivamente del -26,6% e -22,3%.

La degenza media cresce con l'età per le fasce di popolazione adulta e anziana; tra il 2020 ed il 2010 si registra un aumento della degenza media per le fasce più giovani (Figura 6b.26.).

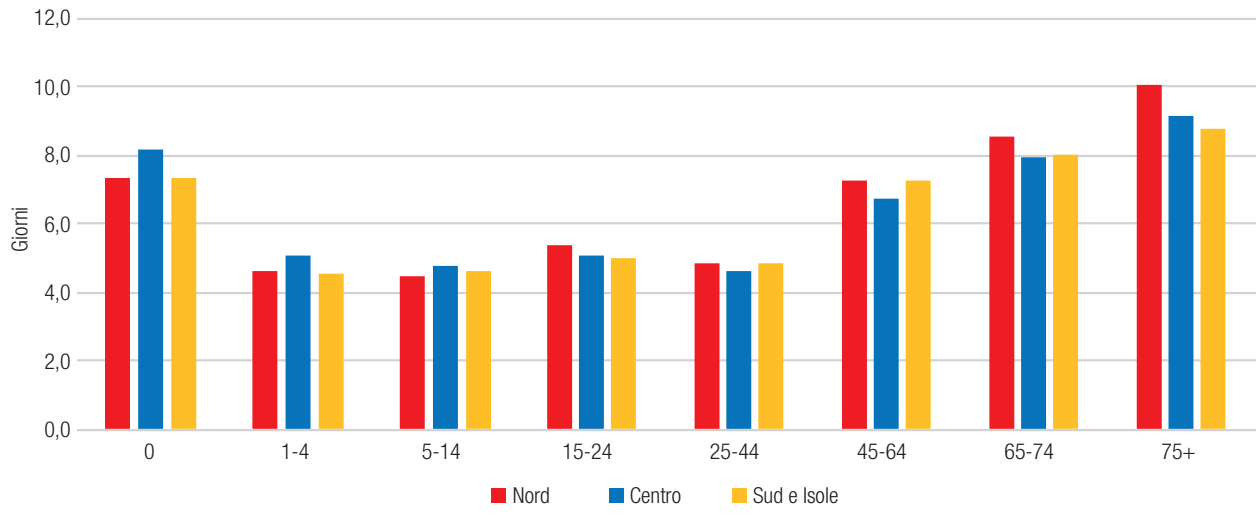
Nel 2020 si è registrato un aumento della degenza media ordinaria in acuzie in tutte le fasce di età, soprattutto nella fascia 45-64 anni (+10,1%) e nella fascia 65-74 anni (+7,5%) (Figura 6b.27.).

Figura 6b.27. Degenza media ordinaria in acuzie, per età. Confronto anni 2019/2020



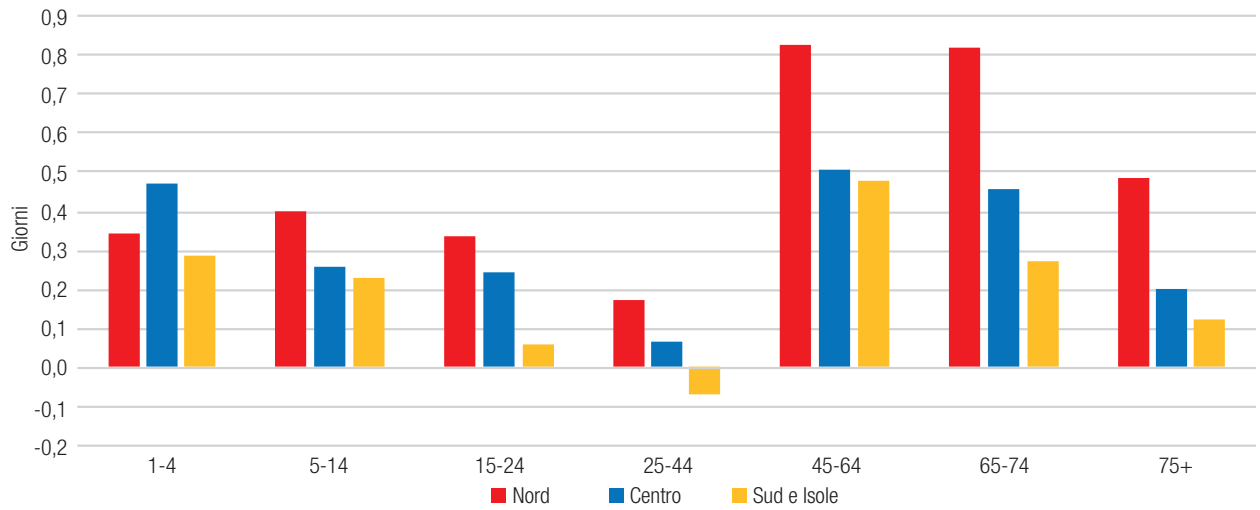
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.28. Degenza media ordinaria in acuzie, per età e ripartizione geografica. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.29. Degenza media ordinaria in acuzie, per età e ripartizione geografica. Differenze anni 2019/2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

A livello di ripartizioni geografiche, nel 2020, non si registrano rilevanti differenze nella degenza media per fascia di età, ad eccezione della fascia 65-74 anni, in cui la degenza media del Nord è superiore a quella del Sud di +0,5 gg. (rispettivamente 8,5 gg. vs 8,0 gg.) e degli *over* 75, in cui la degenza media nel Nord è superiore a quella del Sud di oltre una giornata (rispettivamente 10,0 giorni vs 8,8 giorni) (Figura 6b.28.).

Nel 2020 (Figura 6b.29.) si è registrato un aumento della degenza media in tutte le fasce di età, ad eccezione della fascia 25-44 anni nel Sud (-0,1 giorni). L'aumento maggiore si registra nelle fasce degli adulti e degli anziani e soprattutto nel Nord rispetto alle altre ripartizioni geografiche: in particolare, nella fascia 45-64 anni si registra un aumento della degenza media nel Nord di +0,8 giorni (+0,5 giorni al Sud); nella fascia 65-74 anni la degenza media al Nord aumenta di +0,8 giorni (+0,3 giorni al Sud) e nella fascia degli *over* 75 anni, nel Nord la degenza aumenta di +0,5 giorni (+0,1 al Sud).

In definitiva, la pandemia ha inciso notevolmente sull'attività ospedaliera, sia in termini di volumi erogati (con una riduzione di circa il 20% dei ricoveri rispetto al 2019) sia in termini di *case-mix*, con un aumento del peso medio dei ricoveri, probabilmente dovuto alle misure di contenimento e alla riorganizzazione delle aree ospedaliere per fronteggiare la pandemia e un conseguente aumento della degenza media.

A livello regionale si osserva una forte variabilità degli effetti: la riduzione del numero di ricoveri è eterogenea, passando da una riduzione del -58,2% della Puglia al -26,4% della Valle d'Aosta. Per il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, il rapporto tra il valore massimo e minimo è rimasto uguale nel periodo considerato: 1,4 (48,2 ogni 1.000 abitanti) nel 2010 e 1,4 (30,0 ogni 1.000 abitanti) nel 2020; per la degenza media diminuisce: nel 2010 il rapporto tra il valore massimo e minimo era pari a 1,4 (2,2 giorni), e nel 2020 a 1,3 (1,8 giorni).

Analizzando la composizione dei ricoveri per tipologia di attività, si evidenzia come ci sia un maggior ricorso alla riabilitazione nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud (4,6% Nord vs 3,0% Sud); lo stesso si verifica per i ricoveri in lungodegenza (1,4% Nord vs 0,7% Sud). Nel Mezzogiorno, di fatto, il 96,3% dei ricoveri sono in acuzie.

6b.3. I tassi di occupazione dei letti

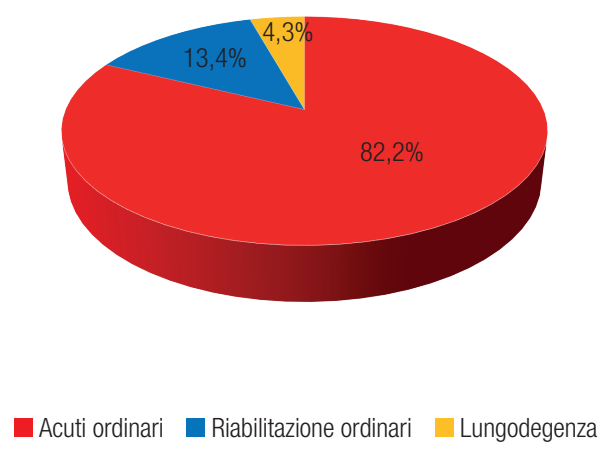
Nel 2020, in Italia si contano 152.987 posti letto ordinari in acuzie (inclusi quelli pubblici a pagamen-

to), con una riduzione del -14,8% rispetto al 2010.

I posti letto per accessi diurni in acuzie, sono 19.057, con una riduzione del -30,3% nel decennio.

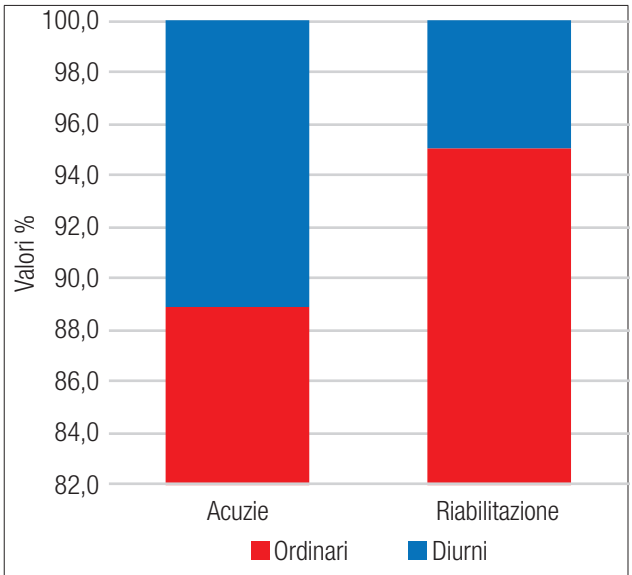
In riabilitazione si contano 24.999 posti letto ordinari (con un aumento del +2,7% rispetto al 2010) e 1.313 diurni (in riduzione del -36,1%).

Figura 6b.30. Composizione posti letto ordinari per tipo. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.31. Composizione dei posti letto per tipo e regime. Anno 2020

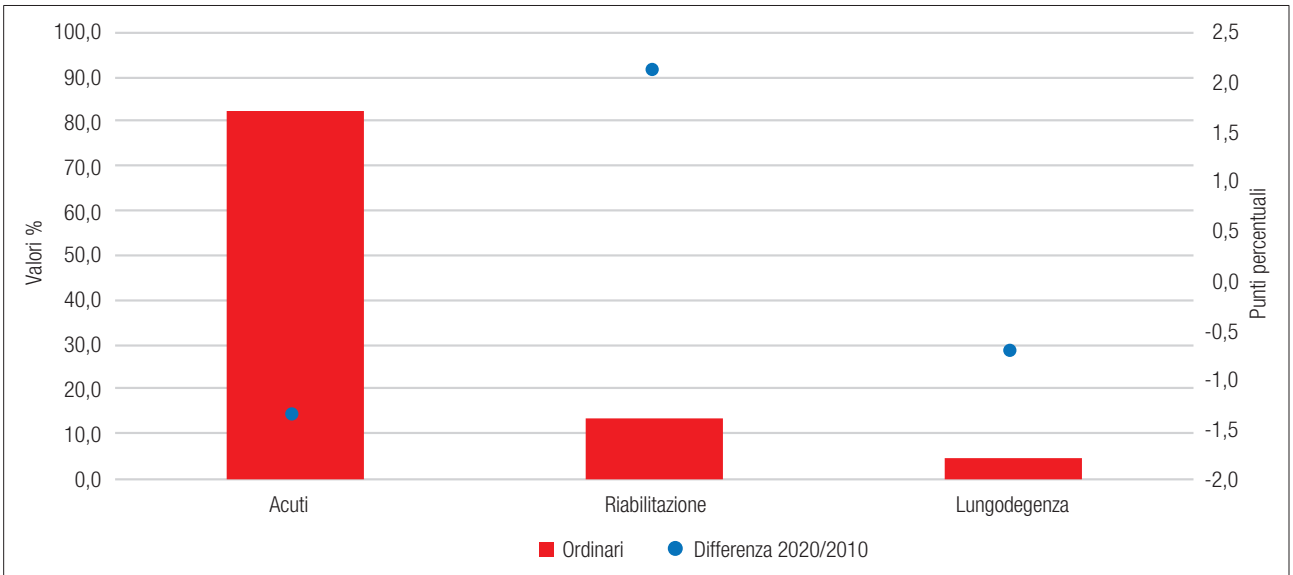


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Infine, i posti letto in lungodegenza sono 8.063, con una riduzione del -26,0% nel decennio.

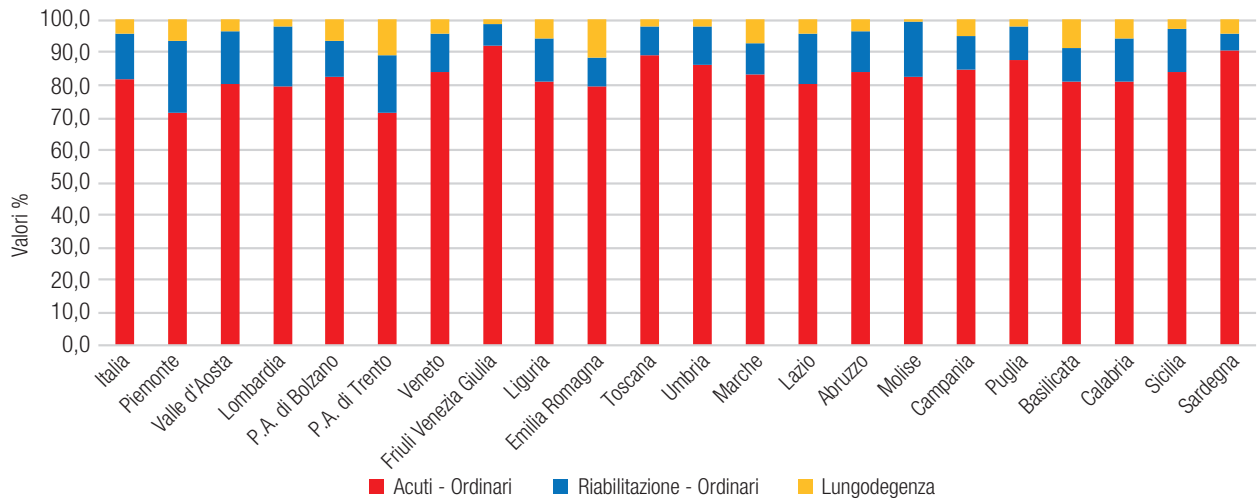
Complessivamente, nel 2020, i posti letto ordinari in acuzie rappresentano l'82,2% di quelli ordinari, seguiti da quelli in riabilitazione (13,4%) e da quelli per lungodegenza (4,3%) (Figura 6b.30.).

Figura 6b.32. Posti letto ordinari per tipo. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.33. Composizione regionale dei posti letto ordinari per tipo. Anno 2020



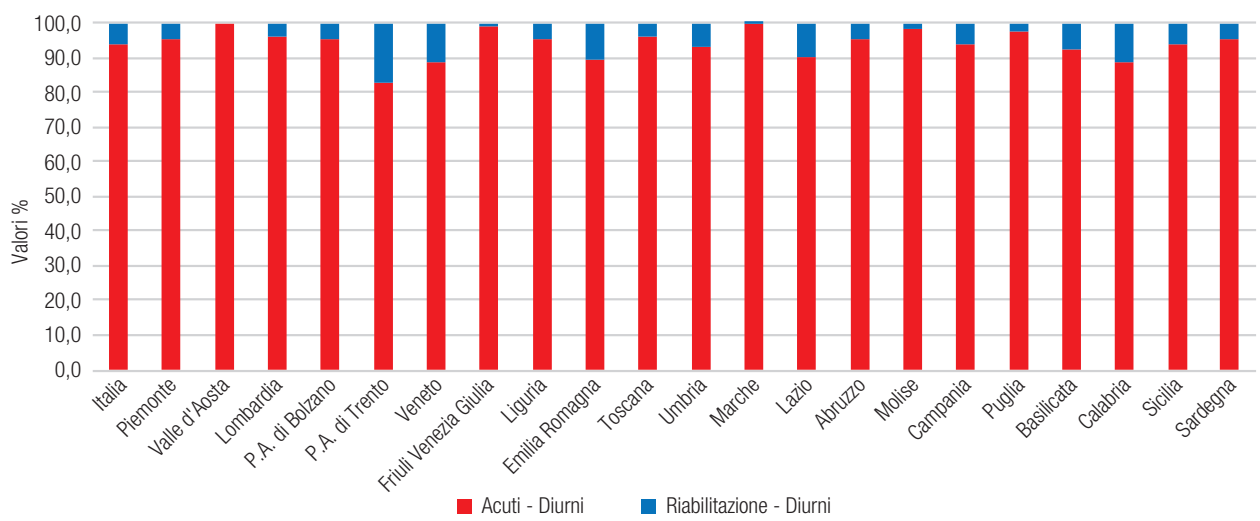
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

I posti per accessi diurni sono per il 93,6% per acuzie e per il restante 6,4% per la riabilitazione.

Nel 2020, si è registrata una riduzione dei posti letto ordinari in acuzie del -1,5%, di quelli per gli accessi diurni in acuzie del -1,0% e di quelli relativi alla lungodegenza del -1,8%. Aumentano, invece, i posti letto diurni in riabilitazione (+0,8%) e non hanno subito variazioni i posti letto ordinari.

A livello nazionale, i posti letto in acuzie diurni rappresentano l'11,1% dei posti letto totali in acuzie, e si è registrata una riduzione di -2,1 p.p. rispetto al 2010; in riabilitazione questi rappresentano il 5,0% dei posti letto totali (di riabilitazione) e si è registrata una riduzione di 2,8 p.p. nel decennio (Figura 6b.31.).

Figura 6b.34. Composizione regionale dei posti letto diurni per tipo. Anno 2020

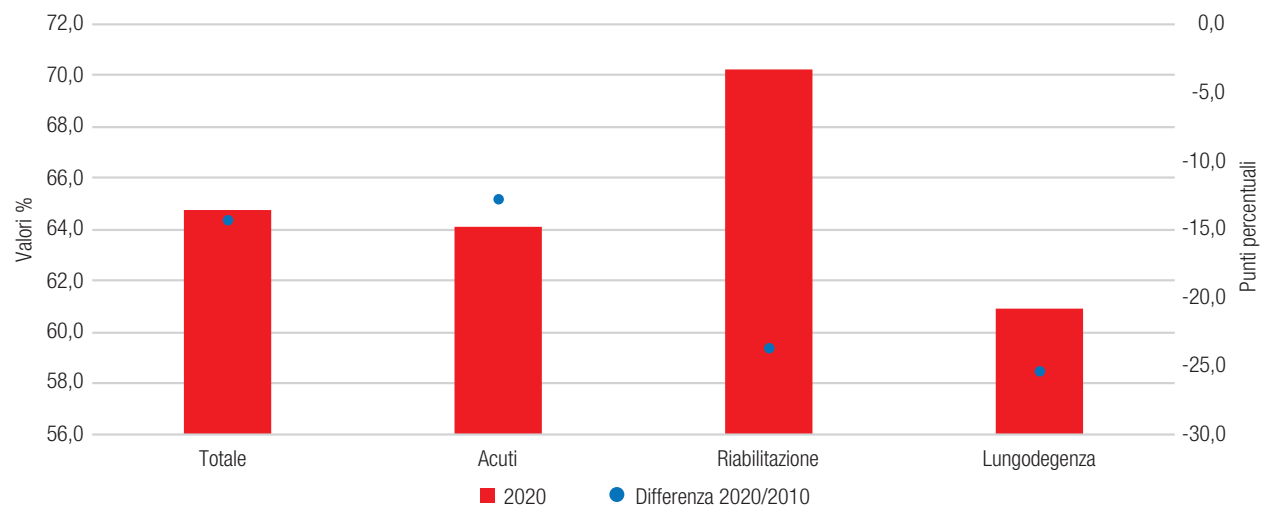


Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

In termini di composizione dei posti letto ordinari, si osserva (Figura 6b.32.) una riduzione del peso dei posti in acuzie (-1,4 p.p.), ed in lungodegenza (-0,7 p.p.), e il corrispettivo aumento di quelli in riabilitazione (+2,1 p.p.).

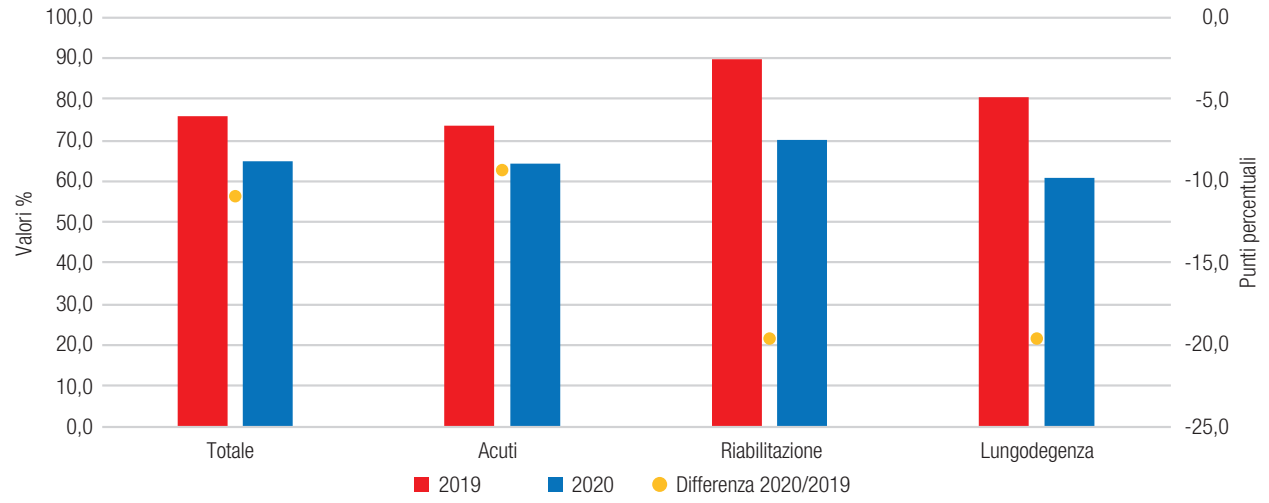
In tema di composizione dei posti letto ordinari (Figura 6b.33.), la quota di quelli in acuzie varia dal 71,7% della P.A. di Trento al 92,0% del Friuli Venezia Giulia; per la riabilitazione, si passa dal 5,1% della Sardegna, al 22,0% del Piemonte; per la lungodegenza, si va dallo 0,3% del Molise all'11,8% dell'Emilia Romagna; per i posti per accessi diurni (Figura 6b.34.), quelli in acuzie vanno dal 82,9% della P.A. di Trento al 100% della Valle d'Aosta; e quelli in riabilitazione dal 17,1% della P.A. di Trento a nessuno della Valle d'Aosta.

Figura 6b.35. Tassi di occupazione dei letti per tipo



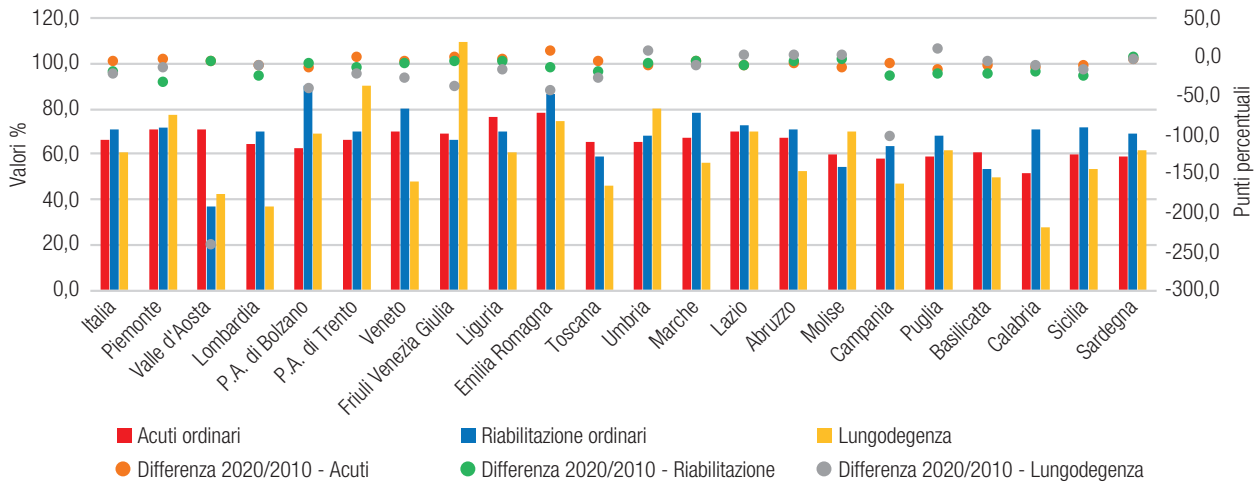
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.36. Tassi di occupazione dei letti per tipo. Differenze 2020/2019



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.37. Tassi di occupazione regionale dei posti letto ordinari per tipo e regime, per tipo di attività. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, il tasso medio di occupazione dei letti (Figura 6b.35.) è pari al 66,0% per i posti letto ordinari in acuzie, con una riduzione di -9,8 p.p. rispetto al 2010; per l'attività diurna in acuzie il tasso di occupazione 2020 è pari al 48,6%, con un aumento di +5,7 p.p. nel decennio.

In riabilitazione il tasso di occupazione dei posti letto ordinari, nel 2020, è pari al 71,0%, (con una riduzione di -21,6 p.p. rispetto al 2010) e per i diurni del 56,1% (con un aumento di +0,2 p.p.).

Infine, per i posti letto in lungodegenza il tasso di occupazione è pari al 60,9%, con una riduzione di -25,5 p.p. nel decennio.

Nel 2020 si è registrata una riduzione del tasso di occupazione dei posti letto; rispettivamente -9,4 p.p. in acuzie, -19,8 p.p. in riabilitazione e -19,8 p.p. in lungodegenza (Figura 6b.36.).

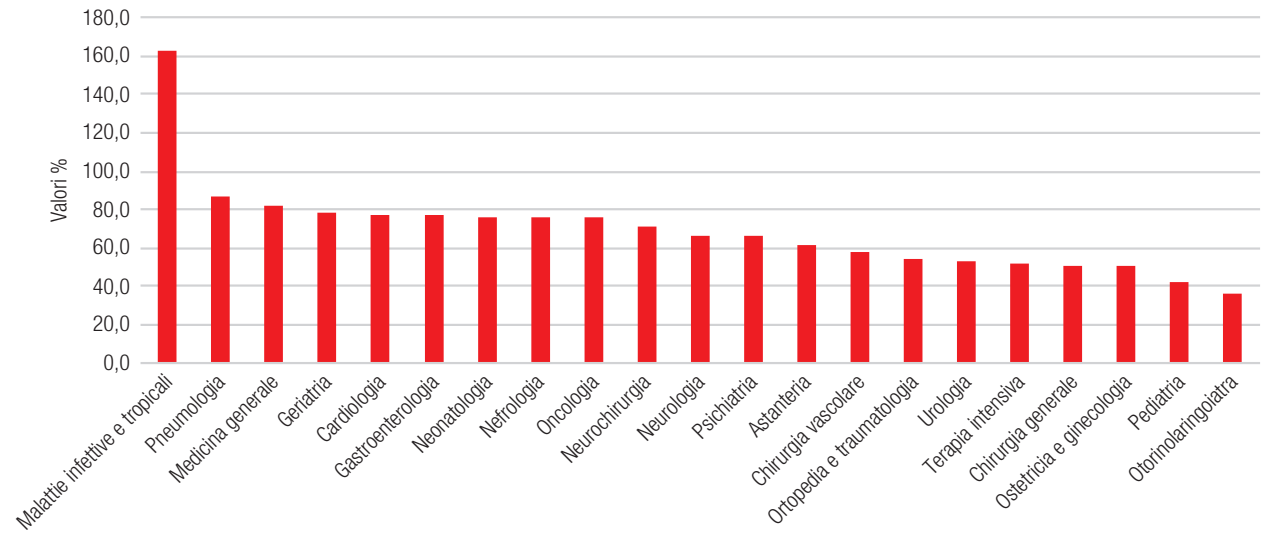
Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari in acuzie varia dal 52,1% della Calabria al 77,9% dell'Emilia Romagna; per i posti letto ordinari in riabilitazione, si passa dal 37,2% della Valle d'Aosta al 90,6% della P.A. di Bolzano; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal 27,7% della Calabria, al 109,2% del Friuli Venezia Giulia (Figura 6b.37.).

Sebbene la riduzione dei ricoveri e dei posti letto sia complessivamente proceduta in qualche modo "equilibrato", si registra nella sua distribuzione fra le varie discipline una significativa variabilità: ad esempio, considerando i reparti di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive, discipline particolarmente coinvolte nel periodo della pandemia di COVID, nel 2020 si osservano tassi di occupazione (regime ordinario) pari al 51,9%[4] per le prime, mentre per malattie infettive e tropicali e pneumologie si arriva alla saturazione, con tassi rispettivamente del 162,6% e 86,5% (Figura 6b.38.).

Il tasso di occupazione risulta nettamente superiore nel Nord rispetto al Sud: in particolare, il tasso di occupazione per le "Malattie infettive e tropicali" è pari al 220,8% nel Nord-Ovest, 197,0% nel Nord-Est e 104,0% al Sud. Per la disciplina "Pneumologia", il tasso di occupazione dei posti letto è pari al 91,8% nel Nord-Ovest, 106,4% al Nord-Est e 77,4% al Sud. Per le terapie intensive non si registrano sostanziali differenze tra Nord e Sud (ricordando i caveat contenuti nella nota 5, derivanti dalle approssimazioni di stima dei tassi) (Figura 6b.39).

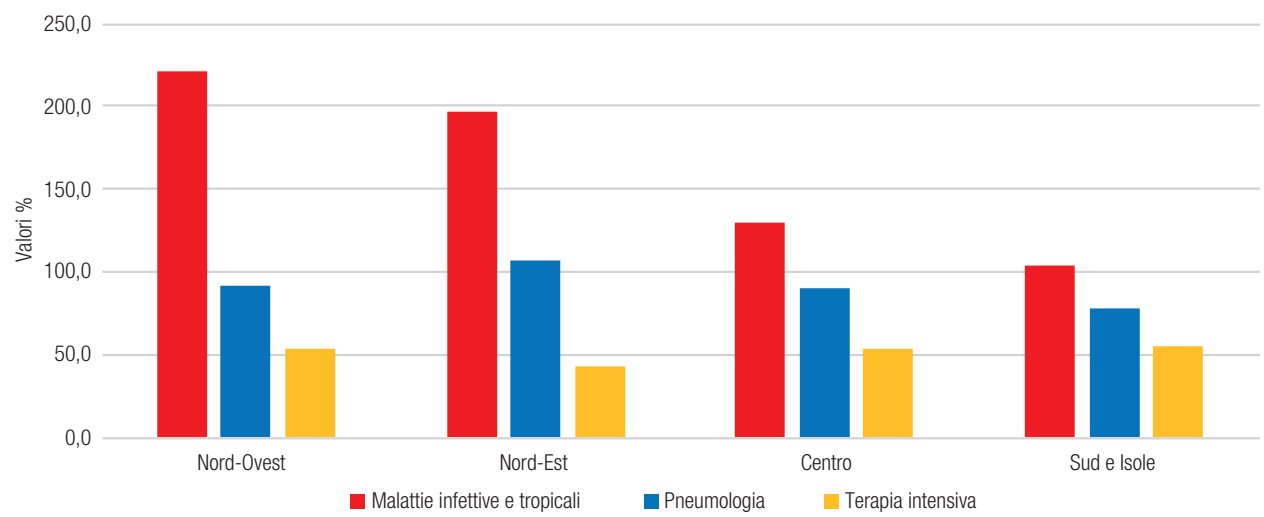
[4] I tassi stimati a supporto del ragionamento vanno assunti con cautela, poiché, pur essendo sostanzialmente allineati con quelli pubblicati dal Ministero della Salute, non tengono conto dei trasferimenti fra reparti dei pazienti, essendo la disciplina registrata alla dimissione; in particolare questo può implicare una sottostima significativa del tasso per le terapie intensive

Figura 6b.38. Tassi di occupazione dei posti letto in acuzie ordinari, per disciplina (stime). Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6b.39. Tassi di occupazione dei posti letto in acuzie ordinari, per disciplina e ripartizione geografica (stime). Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

6b.4. Le dotazioni di personale nelle strutture di ricovero

La composizione delle variazioni sopra descritte, esitano in una riduzione delle giornate di degenza complessivamente erogate: a livello nazionale si passa da 70.607.472 nel 2010 a 48.767.452 nel 2019 (-30,9%), ovvero da 1,2 a 0,8 per abitante (Figura 6b.40.).

Si osserva, in particolare, una riduzione delle giornate di degenza in acuzie ordinarie, che passano da 49.672.178 giornate nel 2010 a 38.849.612 giornate nel 2020 (-25,8%), ovvero da 0,8 a 0,6 per abitante; gli accessi diurni in acuzie passano

da 8.443.341 giornate a 3.378.760 (-60,0%), ovvero da 0,14 a 0,06 per abitante; per la riabilitazione la diminuzione delle giornate di degenza ordinarie è del -21,3%, da 8.228.967 a 6.476.711, passando da 0,14 a 0,11 per abitante; e per gli accessi diurni da 826.389 nel 2010 a 268.928 nel 2020 (-67,5%), passando da 0,014 a 0,005 per abitante; infine, le giornate di degenza in lungodegenza, nel decennio passano da 3.436.597 giornate a 1.793.441 (-47,8%), ovvero da 0,06 a 0,03 per abitante.

Insieme alla riduzione dell'attività di ricovero, è presumibile si sia realizzato a compensazione un incremento delle attività specialistiche erogate in regime ambulatoriale.

Con il *caveat* espresso, possiamo confrontare il volume di attività di ricovero con il dato del personale presente (relativo al 2020).

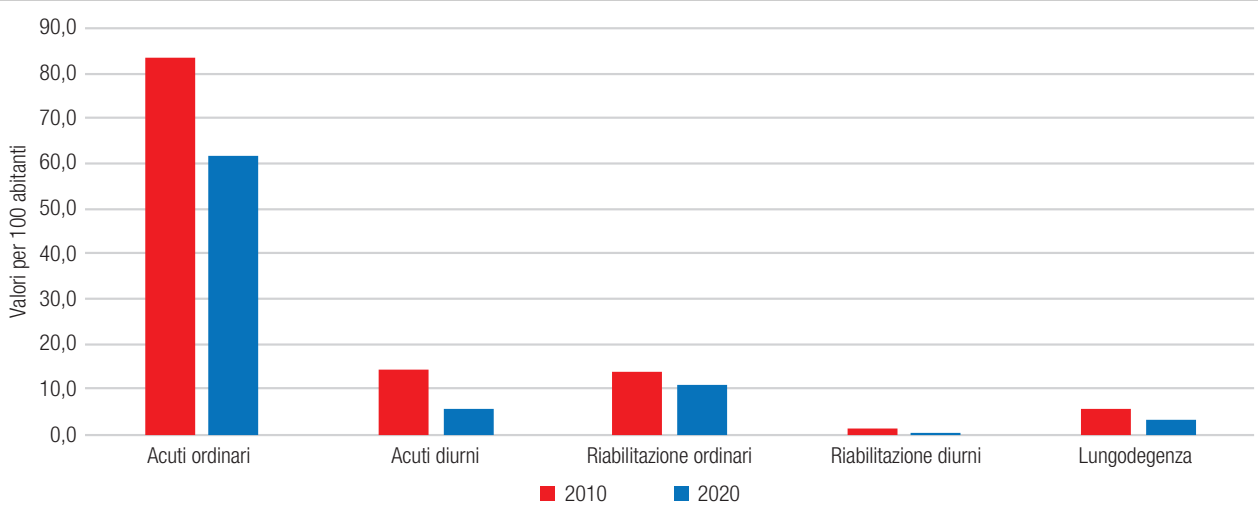
Rispetto al 2013 osserviamo:

- il personale dipendente delle strutture di ricovero è aumentato del +0,9% rispetto al 2013
- il Nord che vede aumentare il personale sanitario delle strutture di ricovero (+3,0%), e il Sud lo diminuisce (-3,9%), tranne che in Puglia (+3,6%)
- rapportando il personale delle strutture pubbliche di ricovero alle giornate di degenza erogate, otteniamo che nel 2013 i dipendenti per 1.000 giornate di degenza erano in media 7,6 ed aumentano a 9,9 nel 2020
- il dato si conferma considerando il ruolo sanitario, per il quale si passa da 4,9 unità per giornata di degenza nel 2013 a 6,4 unità per giornata di degenza nel 2020
- la dotazione organica rapportata all'attività di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, tranne che nelle Marche (-0,6 unità ogni 1.000 giornate), con un massimo di 18,5 unità per 1.000 giornate di degenza nella P.A. di Bolzano e un minimo di 5,6 unità in Molise
- analogamente anche la dotazione organica di personale sanitario rapportata alle attività di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, ad eccezione delle Marche (-2,4 unità ogni 1.000 giornate di degenza), con un mimino di 4,5 unità per 1.000 giornate di degenza del Lazio ad un massimo di 12,4 della P.A. di Bolzano.

Per far fronte alla crisi sanitaria, si è registrato un aumento del personale tra il 2019 ed il 2020, in particolare:

- il personale dipendente delle strutture di ricovero è aumentato del +3,0%

Figura 6b.40. Giornate di degenza per abitante



Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

- rapportando il personale delle strutture pubbliche di ricovero alle giornate di degenza erogate, otteniamo che nel 2019 i dipendenti per 1.000 giornate di degenza erano in media 8,1 ed aumentano a 9,9 nel 2020
- il dato si conferma considerando il ruolo sanitario, per il quale si passa da 5,3 unità per giornata di degenza nel 2019 a 6,4 unità per giornata di degenza nel 2020
- la dotazione organica rispetto all'attività di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, con un massimo di 18,5 unità per 1.000 giornate di degenza nella P.A. di Bolzano e un minimo di 5,6 unità in Molise
- analogamente anche la dotazione organica di personale sanitario rispetto alle attività di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, con un mimino di 4,5 unità per 1.000 giornate di degenza del Lazio ad un massimo di 12,4 della P.A. di Bolzano.

6b.5. Riflessioni finali

Il sistema ospedaliero italiano presenta caratteristiche peculiari: si conferma che siamo il Paese con ha sperimentato la più drastica riduzione dei tassi di ospedalizzazione, posizionandoci come il Paese europeo con il più basso livello di ricorso al ricovero in acuzie.

Anche considerando l'impatto sul sistema ospedaliero del primo anno di pandemia:

- si conferma che siamo il Paese EU che fa minore ricorso all'ospedalizzazione (in rapporto alla popolazione)
- il COVID ha accelerato il processo di minor utilizzo, accompagnato da una progressiva chiusura di posti letto, sebbene con una significativa variabilità regionale
- dai dati del rapporto "Impatto dell'epidemia COVID sul sistema ospedaliero italiano" di A.ge.na.s. e Istat, i ricoveri in regime ordinario connesse al COVID sono state, nel 2020, 286.530, pari al 5,5% del totale dei ricoveri. Al netto dei ricoveri per COVID, la riduzione dei ricoveri è stata pari al -18,2% nel biennio 2019/2020, contro una riduzione media annua del decennio precedente pari al -4,0%
- il COVID ha reso più complessi i ricoveri: il peso medio dei ricoveri in acuzie ordinari aumenta da 1,24 nel 2019 a 1,31 nel 2020 ed è aumentata ancora di più la degenza media, rispettivamente di +1,0 gg. rispetto al 2010 e di +0,6 gg. rispetto al 2019 (sebbene siano comunque complessivamente diminuite le giornate di degenza erogate)
- lo *stress* sulle strutture dovuto al COVID si osserva nei reparti di malattie infettive e tropicali e nelle pneumologie (più che nelle terapie intensive che prima della pandemia erano occupate largamente sotto il 50%), dove si è arrivati di fatto alla saturazione, con tassi rispettivamente del 162,6% e 86,5%
- a livello regionale l'impatto del COVID non è stato omogeneo; le riduzioni degli altri ricoveri non sono proporzionali ai contagi, e neppure sono omogenei i tassi di occupazione dei reparti di pneumologia e malattie infettive
- il personale sanitario del SSN in media è aumentato per far fronte all'emergenza sanitaria (+3,0% rispetto al 2019), ma con marcate differenze regionali; il Nord vede aumentare il personale delle strutture di ricovero in misura maggiore rispetto al Sud (+2,3% e +0,1% rispettivamente)
- complessivamente i tassi di occupazione sono comunque rimasti su livelli raggiunti, che non sembrerebbero indicare un particolare rischio di *stress* sul lato dell'offerta.

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute (anni vari), *Schede di Dimissione Ospedaliera*

Ministero della Salute, Annuario statistico (anni vari)

Ministero della salute, open data sui posti letto (anni vari)

OECD (anni vari), https://stats.oecd.org/

ENGLISH SUMMARY

The evolution of hospital care: the problems experienced with the COVID emergency

The year 2020 was characterised by the pandemic emergency, which particularly affected hospital facilities.

The first pandemic wave, at least in the Regions with the highest incidence of infections, saw intensive care units under strain. The second wave also extended the pressure to "ordinary" wards and beds, forcing facilities to convert entire wards into "COVID units": a situation that evidently affected the facilities' ability to meet the needs of patients with other diseases.

On the basis of the 2020 discharge data, we can this year analyse the performance of the hospital sector during the first wave of the pandemic.

The Italian hospital system has particular characteristics: Italy is confirmed to be the country that has experienced the most drastic reduction in hospitalisation rates, thus positioning as the European country with the lowest level of recourse to acute hospitalisation.

Even considering the impact on the hospital system in the first year of the pandemic:

- *Italy is confirmed to be the EU country with the lowest recourse to hospitalisation (in relation to population)*
- *COVID has accelerated the process of lower use, accompanied by a gradual elimination of beds, albeit with significant regional differences*
- *the data of the report "Impact of the COVID Pandemic on the Italian Hospital System" by Age.Na.s. and Istat shows that COVID-related hospitalisations - in ordinary regime as regular admissions - were 286,530 in 2020, equal to 5.5% of total hospitalisations. Net of COVID-related hospital admissions, the reduction in hospitalization was 18.2% in 2019/2020, compared to a 4% average annual reduction in the previous decade*
- *COVID has made hospital admissions more complex: the average rate of acute hospitalizations – in ordinary regime as regular admissions - increased from 1.24 in 2019 to 1.31 in 2020 and the average length of stay increased even more, respectively by 1 day compared to 2010 and by 0.6 day compared to 2019 (although the overall number of days in hospital decreased)*
- *the COVID-related pressure on facilities is recorded in infectious and tropical disease wards and in pulmonology wards (rather than in intensive care units, which before the pandemic had an occupancy rate largely below 50%), where saturation rates of 162.6% and 86.5%, respectively, have been reached*
- *at the regional level, the impact of COVID has not been homogeneous; reductions in other hospitalisations are not proportional to the number of infections, nor are the occupancy rates of pulmonology and infectious diseases departments homogeneous*
- *the NHS staff has increased on average to cope with the health emergency (by 3% compared to 2019), albeit with marked regional differences. Northern Italy sees a greater increase in inpatient facilities staff than Southern Italy (2.3% and 0.1%, respectively).*

Overall, however, employment rates have remained at the same levels already achieved, which would not seem to indicate a particular risk of pressure on the supply side.

CAPITOLO 6c
Progettare un ospedale: cosa sapere, cosa prevedere, cosa decidere

Silvestri N.[1], *Colombo L.*[2]

6c.1. Premessa

Progettare un ospedale comporta associare una serie di competenze che determinano non solo la sua immagine esteriore, ma soprattutto le articolazioni interne destinate a garantire il corretto funzionamento nel tempo.

Il mandato iniziale cui si deve fare riferimento obbliga un progetto ad essere il risultato coerente del lavoro collegiale di professionisti che portano nella discussione la loro preparazione ed esperienza specifica: medici, infermieri, tecnici, gestori, impiantisti, ingegneri ed architetti.

Non si può fare a meno delle diverse visioni delle facce del problema, se non si vuole scoprire, al termine dell'avventura, di avere realizzato un'opera magari bellissima, ma impossibile da gestire: il risultato sarà che nessuno apprezzerà il bello (magari indiscutibile) dell'opera, ma tutti faranno a gara a sottolineare i numerosi ed evidenti difetti di funzionamento.

Vi sono quindi una serie di problematiche da risolvere, iniziando dal fatto che la realizzazione deve durare nel tempo dimostrandosi capace di riadattarsi con discreta facilità, nel corso del trascorrere degli anni, ai cambiamenti, alle innovazioni e alle rivisitazioni che il progredire della ricerca scientifica impone: innovazioni veloci, che non lasciano il tempo ad adeguamenti lenti, perché ciò comporterebbe una regressione della capacità della struttura di rispondere alle mutate domande cui è sottoposta.

6c.2. "Fare medicina"

La modalità di "*fare medicina*" cambia continuamente con il trascorrere del tempo, mettendo alla prova il progetto e la sua realizzazione, valutando la capacità pratica, e non solo teorica, di riadattamento continuo.

Sono in gioco i seguenti motivi:

- evoluzione delle conoscenze
- evoluzione del modo di fare medicina
- evoluzione delle tecnologie
- sinergia con il mondo della ricerca
- applicazione dei risultati della ricerca
- uso ottimale delle risorse.

Questi fattori devono diventare "punti chiave": se trascurati il progetto sarà sottoposto in breve al giudizio del tempo che trascorre e non supererà l'esame.

Le conoscenze cambiano con una velocità che solo qualche anno fa era impensabile; lo studio della genomica e delle nanotecnologie cambieranno ulteriormente le modalità di diagnosi e di cura. Le tecnologie si evolvono in continuazione, consentendo l'utilizzo di metodiche sempre meno invasive, con una ricaduta importante sull'utilizzo delle strutture ospedaliere: è diminuita la durata delle degenze, con un prevalere delle tecniche ambulatoriali e in *day-surgery*; ciò comporta un cambiamento nell'utilizzo delle strutture e dei percorsi all'interno dell'ospedale.

Non è più il numero dei posti-letto a caratterizzare e qualificare un ospedale, ma "cosa fa e come lo fa". Da questo deriva un cambiamento radicale della logica gestionale, che si deve concentrare sull'utilizzo ottimale degli *assetts* e sulla creazione di percorsi diagnostici-terapeutici reali e non virtuali consoni ai risultati della ricerca scientifica.

[1] Medico Igienista, *Action for Health Institute*, Milano
[2] Architetto, *Action for Health Institute*, Milano

6c.3. La "filosofia"

Deve esserci comunque una filosofia a guidare chi ha deciso di fare un nuovo ospedale e il progetto architettonico deve essere coerente con la "filosofia" che sta alla base della decisione di realizzare un nuovo ospedale.

La *filosofia* deve essere applicata in modo coerente:

- alla centralità del paziente
- al progetto architettonico
- alla distribuzione degli spazi interni
- all'organizzazione
- alla gestione
- al rapporto Medico/Paziente
- all'attenzione al sistema di comunicazione nel suo complesso.

Partendo dal primo punto, si snoda il percorso che tiene insieme tutti i punti successivi. Molte volte abbiamo sentito ripetere come un mantra l'affermazione "*centralità del paziente*", ma senza poi rivedere la sua consistenza nella realizzazione dell'ospedale.

Centralità significa tenere in conto la persona, la fatica e l'emotività del paziente, per esempio studiando in modo maniacale i percorsi che devono essere corti e protetti, facili da capire, distinguendo il paziente ricoverato da quello esterno-ambulatoriale, facilitando il rapporto tra organizzazione e malato. Più avanti vedremo più precisamente cosa significhi.

La razionale distribuzione degli spazi interni è un cardine necessario per il buon funzionamento dell'ospedale: ci deve essere una logica che lega le diverse funzioni (per esempio gli *assetts* principali: degenza - sale operatorie - ambulatori), che non è la mera distribuzione per competenze o per specialità, ma piuttosto legata alla logica di "processo" che deve essere immaginata e poi disegnata e realizzata.

Come vedremo più avanti un'organizzazione per processo passa progressivamente da una modalità di sistema basato sul razionale utilizzo degli *assetts*, ad un percorso per patologia e poi a percorsi personalizzati per malato, adeguando il funzionamento dell'Ospedale a come il funzionamento diventerà necessario negli anni successivi sotto l'incalzare delle innovazioni scientifiche, che porteranno inevitabilmente, con l'utilizzo di farmaci sempre più specifici, con la conoscenza più precisa della genomica e lo sbarco delle nanotecnologie ad una medicina in cui "domani" è sempre più "oggi".

Il momento della gestione di un ospedale o di parte di esso è visto spesso come la conclusione delle fasi di progettazione e realizzazione di un manufatto. La sequenza temporale sembrerebbe essere, per schematizzare, l'ideazione, la progettazione e la realizzazione; a questo punto l'opera viene consegnata per essere utilizzata e, allora, prende il via il progetto gestionale.

Gli avvenimenti recenti, caratterizzati dalla pandemia da COVID, hanno inoltre reso evidenti le carenze di tutti gli ospedali rispetto alle esigenze di difesa dal contagio e salvaguardia della salute di ricoverati, personale e visitatori.

Tutte le strutture si sono trovate in grande difficoltà davanti alla necessità di poter isolare i contagiati o i pazienti non ancora caratterizzati, comunque al mantenimento di distanziamento tra le persone.

La necessità di avere percorsi definiti e, soprattutto, di poter disporre di ambienti flessibili, immediatamente riconvertibili, diventa un momento centrale della progettazione.

6c.4. I "punti" principali

Quali devono essere quindi i punti che devono essere adottati per dare vita al progetto?

a) Centralità
b) Aspettative
c) Novità
d) Gestione
e) Flessibilità
f) Percorsi
g) Manutenzione
h) Accoglienza

a) Centralità. Come abbiamo accennato prima, il paziente deve essere messo al centro del sistema: tutto ciò che sin dal primo momento viene pensato ai fini progettuali deve tenere conto di questo postulato, senza scendere a compromessi. Mettere il

paziente al centro non deve essere uno *slogan*, ma piuttosto un traguardo da tenere sempre presente, progettandolo in modo che sia estremamente facile per il paziente e il visitatore muoversi all'interno dell'ospedale, ritrovando immediatamente dove andare e cosa fare, eliminando il timore che assale chi, già in condizioni di inferiorità, non capisce la logica che sta alla base di quanto gli viene richiesto di fare.

b) Aspettative. Bisogna avere ben presenti quali sono le logiche e le necessità che hanno spinto la committenza a pensare alla realizzazione di un nuovo ospedale. Bisogna altresì essere abbastanza convincenti se le richieste non riescono ad essere totalmente razionali.

c) Novità. È necessario raccogliere le aspettative che ciascuno ripone nella nuova struttura: le varie figure devono evidenziare quali sono le esigenze che nascono dalla modalità di lavoro che ciascuna di esse svolge. Ciascuno deve fare un grande sforzo di immaginazione, cercando di vedere come si svolgerà il lavoro quando l'opera sarà realizzata. Il grande errore in cui si incorre facilmente è di realizzare qualcosa guardandosi indietro, come se si stesse guidando un'auto dallo specchietto retrovisore; invece il trascorrere del tempo cambia in modo repentino, quasi di giorno in giorno, una modalità data per assodata fino a ieri: a mo' di esempio facciamo mente locale a come si faceva medicina solo cinque anni fa e quanto è infatti cambiato il mondo negli ultimi cinque anni.

d) Gestione. Sapere e capire quali saranno i metodi di gestione: si deve tenere presente la metodologia gestionale che si vuole adottare perché la sua conoscenza influenza la progettazione e viceversa. Negli ultimi anni è entrato il concetto della gestione degli *assetts*, per poi passare alla gestione per patologie e ora per paziente: la modalità gestionale deve essere conosciuta dal progettista che comunque deve tenere sempre presente il concetto di flessibilità.

e) Flessibilità. È un aspetto irrinunciabile, perché si deve prevedere che le modalità di funzionamento dell'Ospedale devono poter variare con il trascorrere del tempo, in modo che possa essere sempre al passo con i tempi.

I motivi che richiedono un adeguamento dipendono da un *mix* di fattori che sono da considerare in modo dinamico e non statico e/o acquisito: come abbiamo visto sopra, la modalità di fare medicina è totalmente cambiata, per una serie di fattori, negli ultimi anni e, soprattutto, è pronta ad un altro cambiamento epocale con l'avvento delle terapie personalizzate (genomica e nanotecnologie).

La regola che ci siamo dati è che l'Ospedale deve essere messo in condizione di evolvere e cambiare in modo naturale, senza dover fermare la propria attività o addirittura rinunciare all'evoluzione per vincoli strutturali non superabili facilmente.

La nuova struttura deve essere pronta a subire modificazioni a seconda del cambiamento delle esigenze o delle richieste provenienti dal mondo sanitario: se fino ad oggi i periodi di riferimento sono stati di 5-10 anni, ora dobbiamo essere pronti a cambiamenti più rapidi: il modo di "fare medicina" cambia di anno in anno, influenzato dai progressi tecnologici e farmacologici.

f) Percorsi. Bisogna fare attenzione in modo maniacale a delineare percorsi precisi e riconoscibili, che tengano conto dei flussi di persone e merci: la semplicità deve farla da padrona, ma è importante che tutto sia ordinato. Bisogna essere precisi nel descrivere chi si muove e dove va. Le distanze devono essere studiate accuratamente perché i grandi percorsi obbligano investimento di tempo e di persone assolutamente non economici. Il piano di percorso dei pazienti, accompagnatori e visitatori deve essere studiato con attenzione, facendo in modo che i flussi siano ben identificati e separati. Questo per evitare affollamenti e code inutili, con particolare attenzione alla distinzione fra i percorsi dei pazienti degenti e quelli degli "esterni".

In questo modo sono distinti i flussi dei pazienti che accedono agli ambulatori *day-hospital* e *day-surgery*, alle diagnostiche (diagnostica per immagini, punti prelievi, ecc.), all'ospedale diurno (tra *day-hospital* e *day-surgery*), alle terapie (radioterapia) e ai ricoveri, limitando l'utilizzo delle risalite verticali.

g) Manutenzione. Un capitolo importante, in questo sforzo di prevedere il futuro, è disegnare il sistema di manutenzione, la cui economicità sarà indispen-

sabile per poter mantenere l'ospedale a livelli di accettabilità. Un sistema ripetitivo e sovrapponibile (vedi la perfetta intercambiabilità delle degenze, per esempio) permette un facile approccio ai manutentori, nonché una facile adattabilità del personale ai cambiamenti di reparto. Un sistema semplice e ripetitivo rende facile mantenere alto con il passare del tempo e il prosieguo dell'utilizzo il livello qualitativo dell'impiantistica, favorito dalla sostenibilità del sistema: il fattore di diseconomia non potrà diventare la causa del degrado della affidabilità dell'ospedale per pazienti e personale.

h) Accoglienza. Le modalità di stare in ospedale cambiano nel tempo e devono fare riferimento allo *standard* di vita cui le persone si sono abituate: certi accorgimenti non possono essere considerati "lussi", ma semplicemente un adeguamento a *standard* la cui mancanza aumenta lo *stress* del paziente, già eradicato per colpa della malattia dal suo habitat e stressato psicologicamente.

6c.5. Riflessioni finali

La recente pandemia da COVID ha insegnato comportamenti indispensabili a prevenire l'ingresso della malattia e/o la diffusione all'interno dell'ospedale:

a) innanzitutto evitare assembramenti pericolosi: a ciò si deve pensare differenziando gli accessi e i percorsi, diminuendo di fatto il numero delle persone su ogni percorso. Per evitare assembramenti all'interno degli ascensori deve essere ridotto il numero delle persone che devono accedere ai piani superiori: in tale modo non si aumentano a dismisura il numero degli impianti di risalita, considerando che il numero delle persone ammesse contemporaneamente ad ogni corsa deve essere necessariamente limitato
b) bisogna individuare percorsi isolati per il trasporto di pazienti contagiati: si pensi ad esempio i percorsi privilegiati verso e dal quartiere operatorio
c) la flessibilità delle degenze deve permettere di isolare aree all'interno di una degenza o addirittura un'intera degenza: la dotazione di impianti che permettono lo *switch* tra pressione positiva e negativa diventano una garanzia di sicurezza
d) la disposizione delle postazioni di Terapia Intensiva in camere singole, abbandonando il sistema a *open space* e la possibilità di *switch* tra pressione positiva e negativa nelle singole postazioni garantisce l'isolamento dei pazienti contagiati o, parallelamente, la salvaguardia dei pazienti immunodepressi o comunque con diminuzione delle difese immunitarie
e) particolare attenzione è stata data agli accessi in Ospedale in corrispondenza dell'area di *Triage*: una volta effettuato l'accesso, il paziente viene preso in carico e sottoposto a *screening* clinico per una corretta valutazione del suo stato immunitario ("tampone") ed evitare che diventi una fonte di contagio: a seconda del risultato (positivo o negativo) i percorsi si differenziano.

In caso di negatività si procede con le procedure *standard* di accettazione, mentre nel secondo caso (positività) il paziente entra nel locale di isolamento da cui accede ai servizi clinici a lui necessari attraverso percorsi dedicati (CT, Diagnostica per immagini, Ecografia, Sala interventistica).

ENGLISH SUMMARY

Designing a hospital: what to know, what to predict, what to decide

The design of hospital facilities entails combining a series of skills that determine not only its external image, but above all the internal structures intended to ensure its proper functioning over time.

This is a multi-professional task, involving doctors, nurses, technicians, managers, installers, engineers and architects.

Moreover, today's design must take into account the changes, innovations and revisions that the progress of scientific research increasingly requires.

There are therefore a number of issues to be solved, starting with the fact that the construction must be durable and prove capable of being readapted quite easily over the years.

Knowledge is changing at a speed that was unthinkable only a few years ago. The study of genomics and nanotechnology will further change the diagnosis and treatment methods. Technologies are constantly evolving, allowing the use of increasingly less invasive methods, with a major impact on the use of hospital facilities. The duration of hospital stays has decreased, with a prevalence of outpatient and day-surgery services and techniques. This leads to a change in the use of facilities and pathways within the hospital.

It is no longer the number of beds that characterises and qualifies a hospital, but "what it does and how it does it". Hence a radical change in the management logic, which must focus on the optimal use of assets and the creation of real and not virtual diagnostic-therapeutic pathways consistent with the results of scientific research.

The "rationale" that should currently guide planning must recognise the importance of:

- *the centrality of the patient*
- *the architectural design*
- *the distribution of interior spaces*
- *organisation*
- *management*
- *the doctor / patient relationship*
- *the attention paid to the communication system as a whole.*

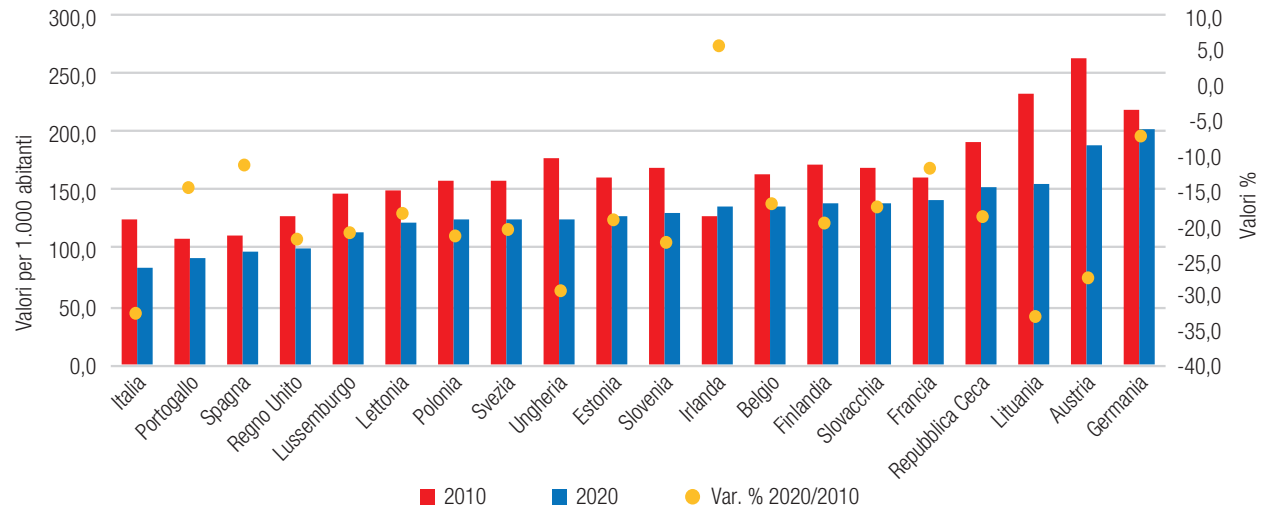
In particular, it should be pointed out that "flexibility" is an essential aspect, because it must be possible for the hospital's modes of operation to vary over time, so that they can always be in step with the times.

In other words, the hospital must be put in a position to evolve and change in a natural way, without having to stop its activity or even give up its evolution due to structural constraints that cannot be easily overcome.

Another essential aspect is the design of the maintenance system, the cost-effectiveness of which is fundamental for maintaining the hospital standards at acceptable levels.

Lastly, it should be pointed out that the ways of staying in the hospital, the so-called welcome and hospitality, change over time and must refer to the standard of living to which people have become accustomed. Certain measures, devices and expedients cannot be considered "luxuries", but simply an adaptation to standards the lack of which increases the stress of patients, who have to cope also with the psychological stress of having being uprooted from their homes as a result of their disease and health conditions.

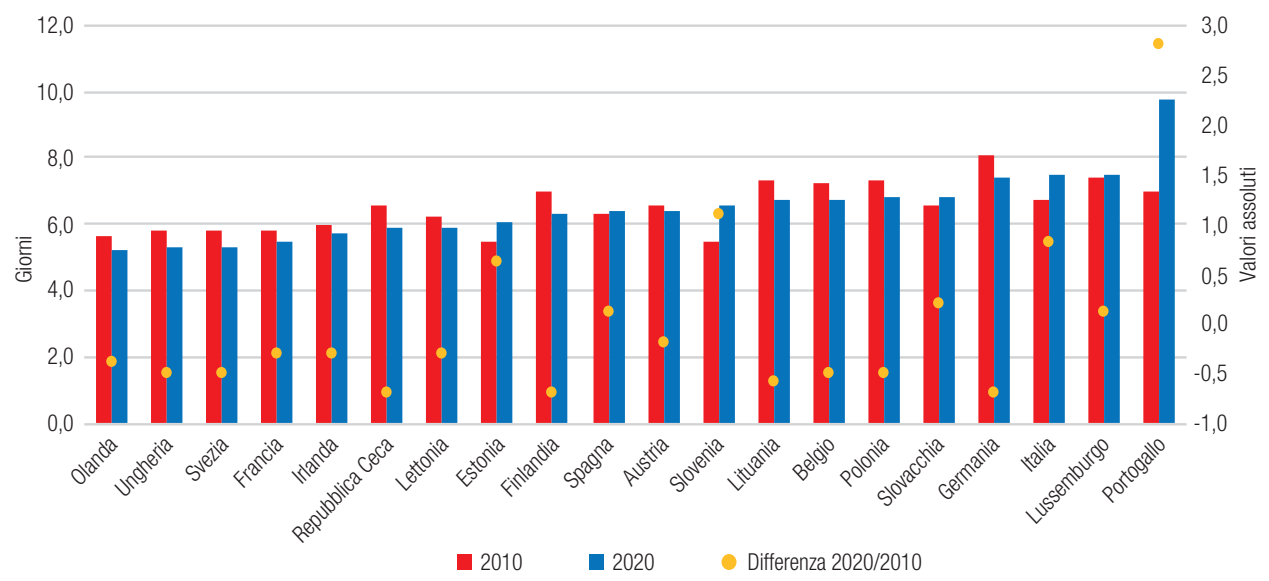
KI 6.1. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie



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

Nel 2020, l'Italia registra il tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie più basso (82,9 ricoveri ogni 1.000 abitanti) tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato, con una riduzione del -33,4% nell'ultimo decennio, seconda solo a quella della Lituania -33,7%. Il valore europeo più alto si registra in Germania (202,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti, in riduzione nel decennio considerato del -7,9%). In tutti i Paesi si è registrata una diminuzione del tasso nell'ultimo decennio, tranne in Irlanda (+5,2%).

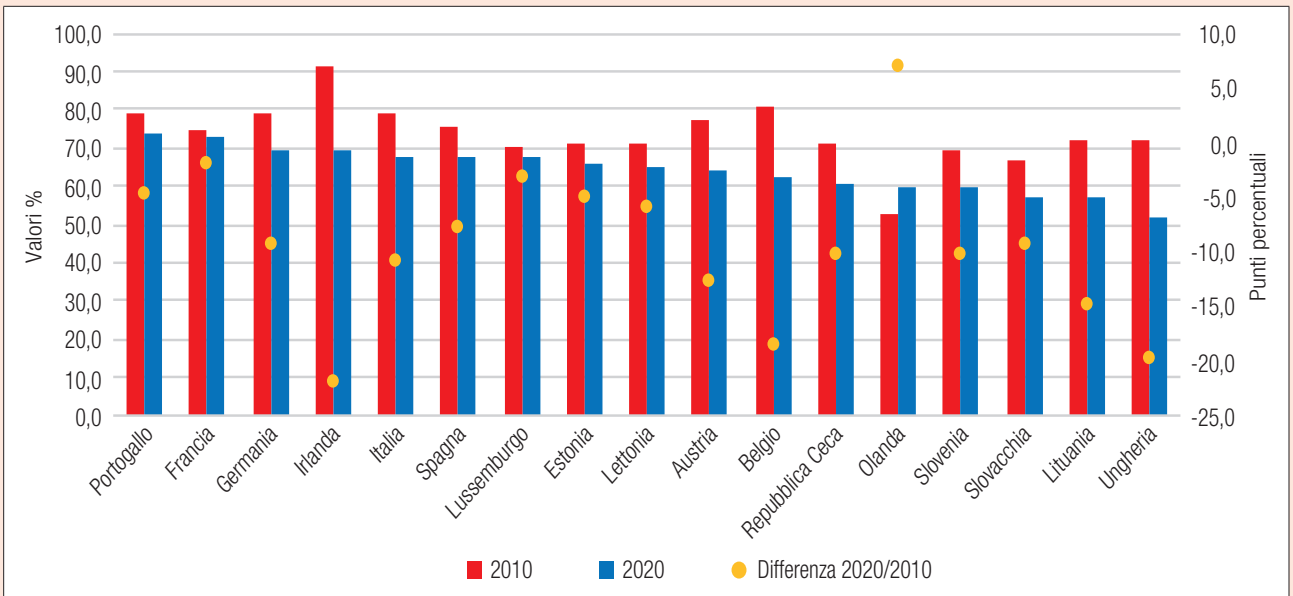
KI 6.2. Degenza media ordinaria in acuzie



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

Nel 2020, la degenza media ordinaria in acuzie italiana è pari a 7,5 giornate, inferiore fra i Paesi europei solo al Portogallo (9,8 giornate); il Paese con la degenza media inferiore è l'Olanda (5,2 giornate). Nell'ultimo decennio la degenza media italiana è aumentata di 0,8 giorni; la maggiore riduzione della degenza media ordinaria in acuzie si registra in Repubblica Ceca, Finlandia e Germania (-0,7 giorni rispettivamente), e la minore riduzione in Austria (-0,2 giorni).

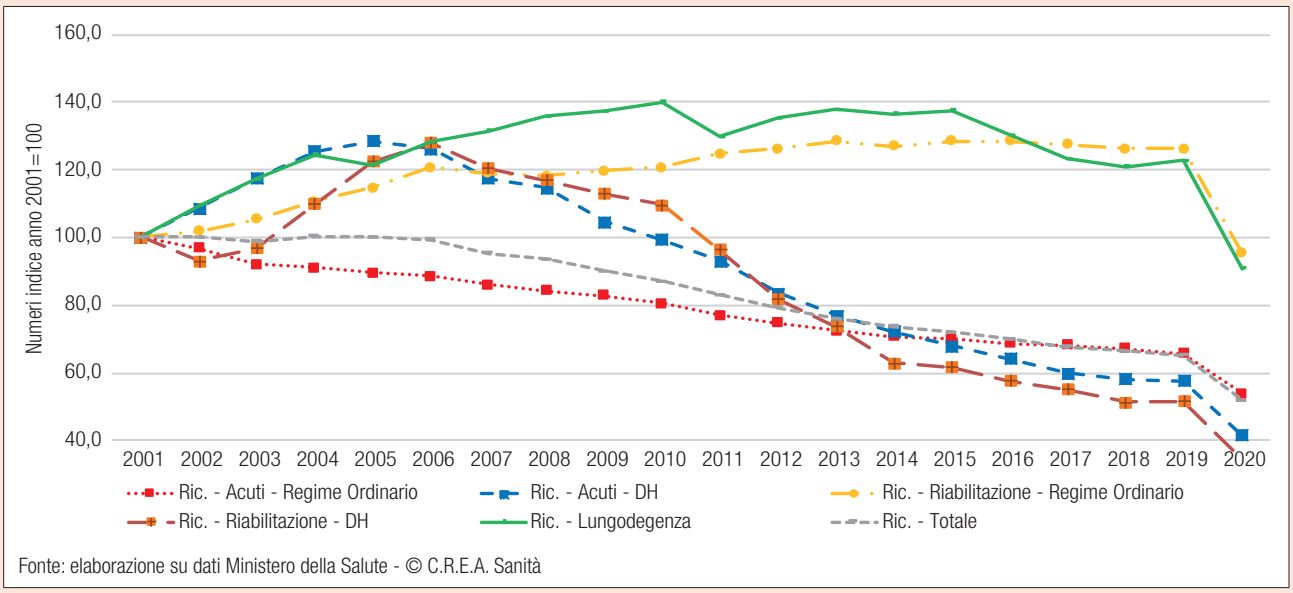
KI 6.3. Tasso di occupazione dei posti letto in acuzie



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

Nel 2020, in Italia, il tasso di occupazione dei posti letto in acuzie si attesta al 67,7%; Portogallo (74,1%), Francia (72,8%), Germania (69,6%) e Irlanda (69,3%) hanno tassi di occupazione maggiori; l'Ungheria registra il tasso di utilizzo dei posti letto più basso (51,6%): seguono i Paesi dell'Est Europa e l'Olanda, che non raggiungono il 65%. 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 6,8 punti percentuali (p.p.). La riduzione maggiore si registra in Irlanda (-22,1 p.p.); quella minore in Francia (-2,2 p.p.).

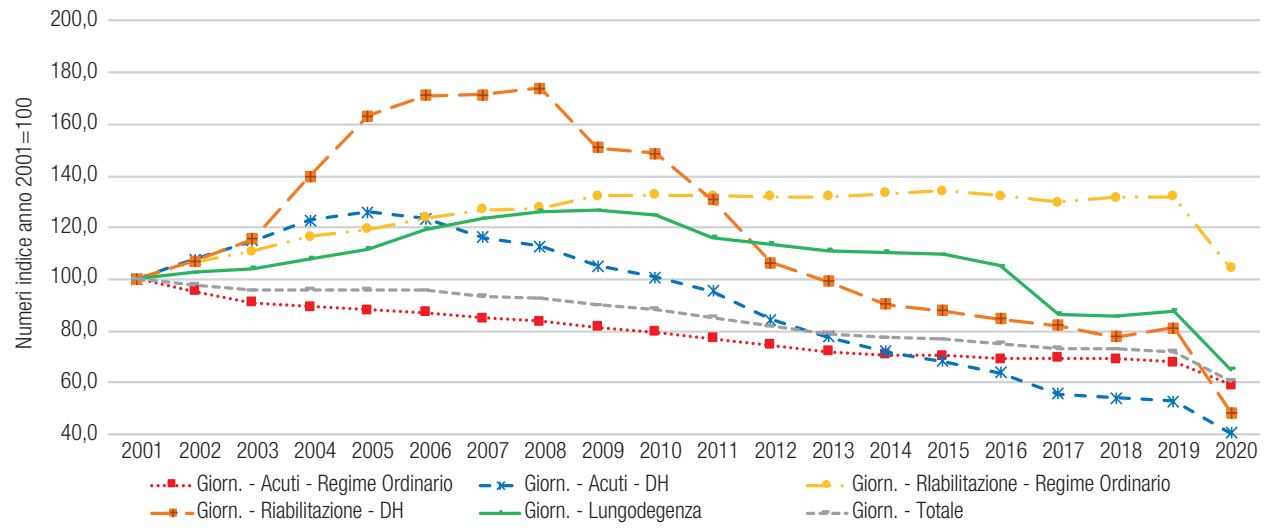
KI 6.4. *Trend* dei ricoveri ospedalieri in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, sono quasi 12,6 milioni i ricoveri ospedalieri, con una contrazione pari al -48,2% rispetto al 2000 (riduzione media annua del -3,8%). La riduzione ha coinvolto tutte le attività: i ricoveri ordinari in acuzie sono diminuiti del -3,6% medio annuo, i ricoveri in acuzie diurni del -5,0% medio annuo, i ricoveri in riabilitazione in regime ordinario del -0,3% medio annuo, gli accessi in riabilitazione del -6,1% medio annuo e i ricoveri in lungodegenza del -0,6% medio annuo.

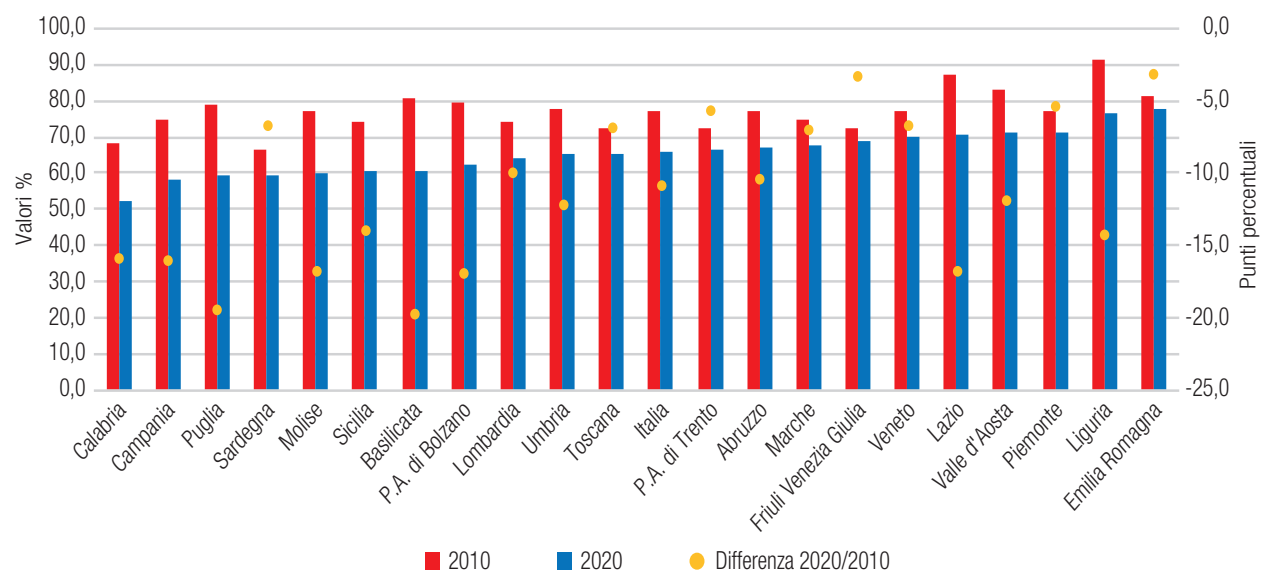
KI 6.5. *Trend* delle giornate di degenza in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020 le giornate di degenza ospedaliera risultano 48,7 mil., in contrazione del -39,2% rispetto al 2000 (-2,9% medio annuo). Analizzando le giornate di degenza per regime, si registra una riduzione delle giornate in acuzie in regime ordinario (-3,0% medio annuo), degli accessi in acuzie (-5,2% medio annuo), degli accessi in riabilitazione (-4,2% medio annuo) e delle giornate in lungodegenza (-2,5% medio annuo). Fanno eccezione le giornate di degenza in riabilitazione in regime ordinario, che registrano un aumento nel decennio pari al +0,2% medio annuo.

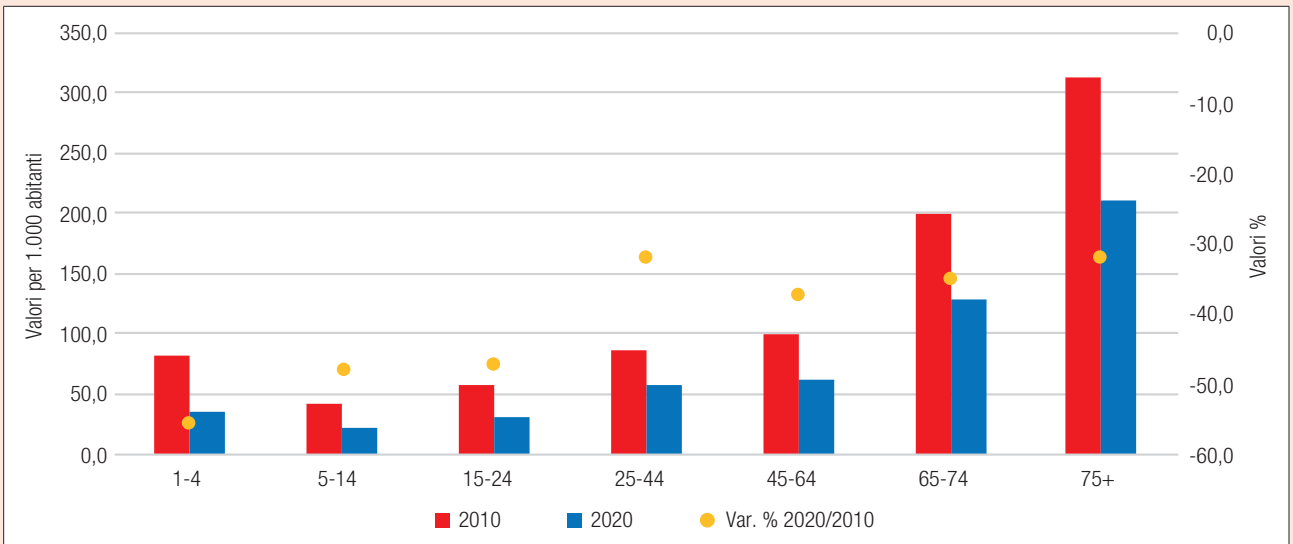
KI 6.6. Tasso di occupazione posti letto ordinari in acuzie



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, il tasso di occupazione dei letti si attesta al 66,0% per i posti letto in acuzie ordinari,con una riduzione di -9,8 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo decennio. L'Emilia Romagna registra il tasso medio di occupazione dei letti più alto (77,9%) ed in riduzione rispetto al 2010 di -3,3 p.p., seguita da Liguria (76,8% e -14,3 p.p.) e Piemonte (71,4% e -5,5 p.p.); la Calabria è la Regione che registra il tasso più basso (52,1%) di occupazione dei letti, ed anche in riduzione -16,1 p.p. rispetto al 2010, seguita da Campania (58,4% e -16,1 p.p.) e Puglia (59,2% e -19,6 p.p.).

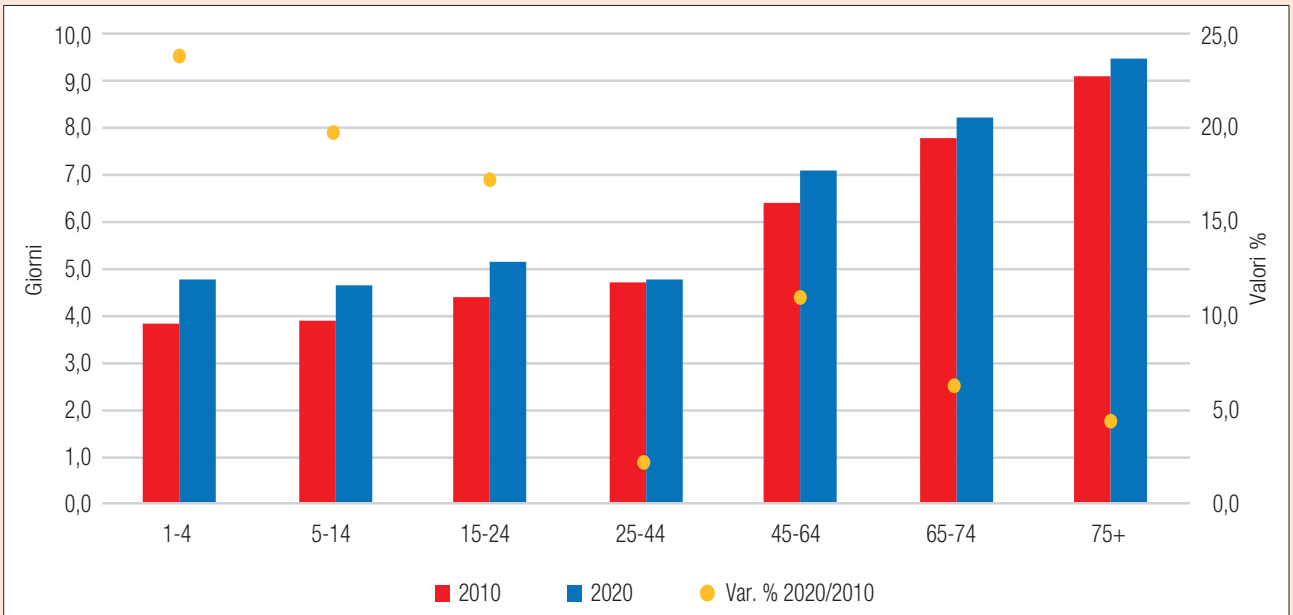
KI 6.7. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, l'incidenza dei ricoveri ordinari in acuzie è pari in media a 80,9, in riduzione nell'ultimo decennio del -32,7%. Il tasso aumenta con l'età, registrando il suo valore minimo nella fascia di popolazione 5-14 anni (21,5 per 1.000 abitanti) e quello massimo negli *over* 75 anni (211,3 ogni 1.000 abitanti). Nell'ultimo decennio, il tasso di ospedalizzazione ha registrato una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, ed in particolare in quelle più giovani: -56,1% nella fascia 1-4 anni, -48,5% nella fascia 5-14 anni e -47,5% nella fascia 15-24 anni. Nelle fasce più anziane si registra la riduzione minore: -37,7% nella fascia 45-64 anni, -35,4% nella fascia 65-74 anni e -32,4% nella fascia *over* 75 anni.

KI 6.8. Degenza media ordinaria in acuzie, per età



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in italia, la degenza media ordinaria in acuzie è risultata pari a 7,5 giornate, in aumento nell'ultimo decennio del +11,1%. La degenza media è crescente con l'età, passando da 4,6 giornate nella fascia 5-14 anni a 9,5 in quella 75+. Nel decennio considerato la degenza media è aumentata del +23,6% nella fascia 1-4 anni, del +19,5% in quella 5-14 anni e del +17,0% in quella 15-24 anni, del +10,8% nella fascia 45-64 anni, del +6,1% nella fascia 65-74 anni e del +4,1% negli *over* 75.

Capitolo 7

Assistenza residenziale e intermedia: gli Ospedali di Comunità

Residential care and community care services: the so-called Ospedali di Comunità

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 7
Assistenza residenziale e intermedia: gli Ospedali di Comunità

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

7.1. Il contesto normativo

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12.1.2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo (D.Lgs.) 30.12.1992, n. 502", conferma i tre Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) 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:

a) prevenzione collettiva e sanità pubblica
b) assistenza distrettuale
c) assistenza ospedaliera.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale si collocano, tra le altre, l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale e l'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.

Nel livello dell'assistenza ospedaliera si trova invece, oltre all'attività in acuzie, quella di riabilitazione e la lungodegenza post acuzie.

Nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 è stato introdotto il concetto di "Ospedale di Comunità" (OdC), definito come una struttura dedicata:

- all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto
- al consolidamento delle condizioni fisiche
- alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero.

Successivamente (2011) in un documento pubblicato da Age.Na.S. sulla rivista *Monitor*, tali presidi sono stati identificati come strutture di cure intermedie (SCI).

Qualche anno dopo, torna sull'argomento il Patto per la Salute 2014-2016, parla in maniera esplicita di OdC da attivare «*al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale*». In tali presidi, «*l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:*

- *di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità al domicilio (strutturale e familiare)*
- *di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio*».

È necessario aspettare il Decreto del Ministero della Salute (D.M.) n. 70/2015 per arrivare ad una prima vera caratterizzazione degli OdC: il D.M. n. 70/2015, che riguarda l'organizzazione ospedaliera, precisa però che gli OdC sono a tutti gli effetti delle strutture territoriali.

Nel prosieguo il tema verrà ripreso al fine di evidenziare le caratteristiche degli OdC, che consentono di ricomprenderli nel LEA dell'assistenza territoriale, come la residenzialità (e non, quindi, in quello dell'assistenza ospedaliera: motivo per cui se ne parla in questo capitolo, dedicato all'assistenza resi-

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

denziale e intermedia).

Nel 2016, si occupa dell'OdC anche il Piano Nazionale della Cronicità, inserendolo tra i diversi *setting* assistenziali per la cronicità. In tale documento, l'OdC viene definito come «*una struttura sanitaria territoriale gestita anche dai MMG che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata, per la gestione appropriata di patologie momentaneamente scompensate o riacutizzate con rischio sociale variabile. L'Ospedale di Comunità si colloca, come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria*».

Si conferma quindi il suo posizionamento "territoriale", evidenziando allo stesso tempo la sua natura "ibrida", intermedia fra ospedale e territorio.

Infine, l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome n. 17/CSR del 20.2.2020 definisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'OdC.

L'Intesa lascia, peraltro, sospese alcune questioni essenziali, rimandando ad Intese successive per gli aspetti relativi alle tariffe, ai LEA e alla definizione di *standard* in merito alle dotazioni regionali.

7.2. Gli Ospedali di Comunità nel PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo nel 2021, si pone, tra gli altri, l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso anche lo sviluppo degli OdC, definendole «*strutture sanitarie di ricovero dell'assistenza territoriale con 20 posti letto che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio*» (www.pnrr.salute.gov.it). In particolare, l'assistenza offerta dagli OdC è rivolta a «*pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o familiare)*».

Per gli OdC il PNRR ha previsto un investimento di € 1 mld. per la realizzazione di 381 nuove strutture, per un totale di 7.620 posti letto. Successivamente, il D.M. 20.1.2022, di riparto alle Regioni dei fondi del PNRR, ha elevato il numero delle strutture a 400.

Il D.M n. 77/2022 del 23.5.2022, intervenuto dopo la delibera del Consiglio dei Ministri 21.4.2022 con cui, superando una mancata intesa sul provvedimento in Stato-Regioni, si è dato il via al nuovo modello di organizzazione territoriale, contiene il "Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", prevedendo un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La tabella 7.1. riassume il numero degli OdC da realizzare regionalmente e i rispettivi finanziamenti previsti dal PNRR (ed eventualmente nei bilanci regionali), sulla base di quanto riportato nei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS), stipulati tra il Ministero della Salute e ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

La tabella 7.1. riporta, altresì, il numero di OdC rintracciati nei documenti di programmazione regionale esaminati da Cittadinanzattiva nel *report "Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali – La mappatura di Cittadinanzattiva"* del maggio 2022.

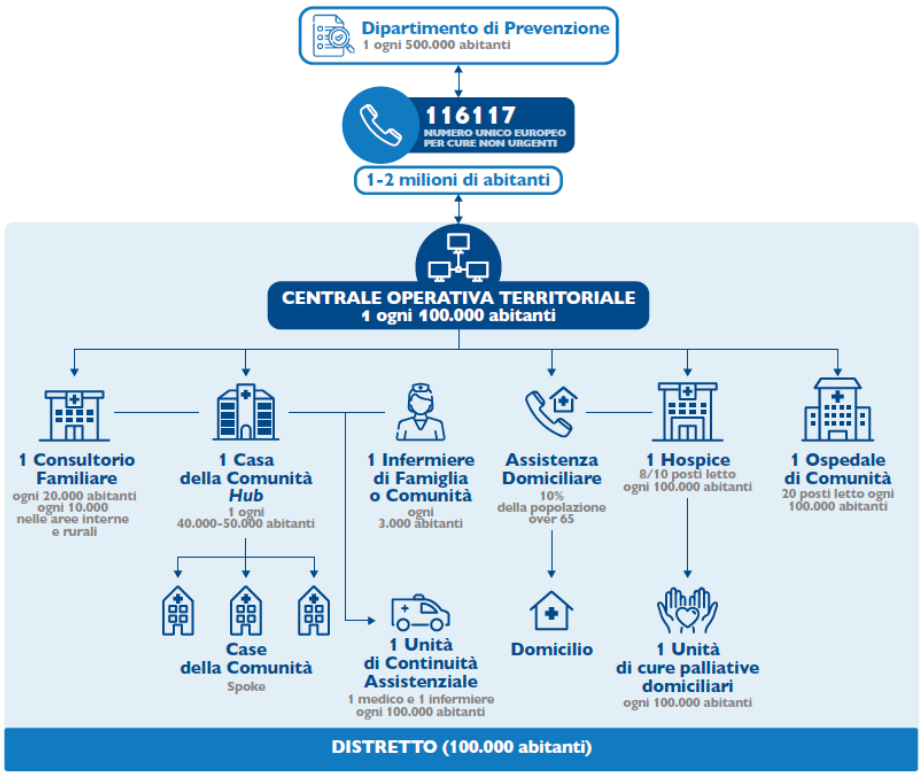
Tabella 7.1. Ospedali di Comunità previsti dal PNRR e rintracciati

Regioni	N° OdC da realizzare secondo PNRR* (tot. 400)	N° OdC – Obiettivi regionali nei CIS**		Finanziamento per OdC nel PNRR^ (tot. € 1 md.)		Co-finanziamento regionale indicato nei CIS (€)	N° OdC rintracciati nelle programmazioni regionali nel 2022^^ (tra parentesi il n° di OdC con fondi non PNRR)
		Target minimo	Target massimo	Tot (€)	Pro-capite (€)		
Piemonte	27	27	27	66.433.449,57	15,4	-	29 (2)
Valle d'Aosta	1	1	2	1.905.588,56	15,2	-	1
Lombardia	60	60	66	151.201.659,08	15,1	207.329.249,00 (suddivisi tra 2022, 2023 e 2024) per tutti gli interventi previsti nella Missione 6 – Componente 1 (non solo OdC)	71 (11)
P.A. di Bolzano	3	3	11	7.841.787,15	14,7	8.566.199	3
P.A. di Trento	3	3	3	8.179.982,59	15,0	-	4 (1)
Veneto	30	30	35	73.855.554,38	15,1	-	30
Friuli Venezia Giulia	7	7	7	18.685.141,76	15,5	-	29 (22)
Liguria	10	10	11	24.016.869,09	15,8	-	11 (1)
Emilia Romagna	27	27	27	68.002.882,19	15,2	-	27
Toscana	23	23	24	56.844.357,72	15,4	11.012.508,28	24 (1)
Umbria	5	5	5	13.402.267,40	15,4	-	5
Marche	9	9	9	23.178.983,35	15,3	-	9
Lazio	35	35	36	86.451.477,17	15,0	-	44 (9)
Abruzzo	10	10	11	26.178.441,39	20,2	-	11 (1)
Molise	2	2	2	6.122.447,88	20,4	-	2
Campania	45	45	48	110.987.199,15	19,4	15.812.669,00	45
Puglia	31	31	38	78.766.431,31	19,9	-	36 (5)
Basilicata	5	5	5	11.131.687,77	20,1	-	5
Calabria	15	15	20	37.634.338,76	19,9	2.578.065,00 (efficientamento energetico) 12.500.000,00 (nuovi interventi)	15
Sicilia	39	39	43	96.443.721,94	19,8	10.002.363,00	39
Sardegna	13	13	13	32.735.731,81	20,3	7.490.498,00	35 (22)

*PNRR, GU n.57 del 09-03-2022
** Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) siglati a fine maggio 2022 tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome, pubblicati su www.salute.gov.it
^D.M. del 20.01.2022 – Tabella 1: PNRR Missione 6 Component 1
^^In base a comunicati, delibere e/o altri atti regionali. Per i dettagli si veda "Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali – La mappatura di Cittadinanzattiva", maggio 2022, pubblicato su www.cittadinanzattiva.it

Fonte: elaborazione su normativa e dati PNRR, Ministero della Salute e Cittadinanzattiva, 2022

Figura 7.1. Schema di sintesi dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra Casa della Comunità (CdC), Ospedale di Comunità (OdC) e Centrale Operativa Territoriale (COT)



Fonte: Age.Na.S. (2022)

7.3. L'implementazione degli Ospedali di Comunità

La figura 7.1. mostra l'organizzazione del Distretto così come delineata dalla Missione 6 (Sanità) del PNRR.

Da un punto di vista operativo, è previsto che l'OdC:

- non sia una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari (e quindi l'OdC non è ricompreso nelle strutture residenziali facenti parte dei LEA approvati nel 2017)
- possa avere una sede propria, ma anche essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali socio-sanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera
- abbia un numero di posti letto di norma tra 15 e 20, con la possibilità di prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre (quindi al massimo 40 letti)
- vi accedano pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni); quindi pazienti con una diagnosi e prognosi già definite
- ricoveri pazienti in dimissione da struttura ospedaliera, ma anche pazienti che si trovano al loro domicilio
- provveda alla valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate e definisca un programma di trattamento da condividere con

il paziente e/o con la famiglia
- effettui ricoveri di durata non superiore a 30 giorni
- adotti un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze; la responsabilità igienico-sanitaria e clinica sia in capo al medico designato, quella gestionale-organizzativa ad una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dall'articolazione territoriale aziendale di riferimento, mentre la responsabilità assistenziale sia in capo ad un infermiere.

Per quanto concerne le dotazioni organiche, per un OdC dotato di 20 posti letto sono previsti (Tabella 7.2.):
- 7-9 Infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico), prevedendo una assistenza h24 (7 giorni su 7)
- 4-6 Operatori Socio-Sanitari (OSS)
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative
- medici incaricati che assicurino assistenza medica garantendo almeno 4,5 ore di presenza al giorno (6 giorni su 7) nel turno diurno (8-20), prevedendo una pronta disponibilità per il turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo (anche utilizzando Medici della Continuità Assistenziale, oppure altri medici operanti nella Azienda sanitaria).

Tabella 7.2. Fabbisogno di personale per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale - *Standard* minimi e massimi

Descrizione personale	Standard per OdC		Fabbisogno totale (400 OdC)	
	minimo	massimo	minimo	massimo
Medici (ore)	1 medico (4,5 ore giornaliere x 6 gg a settimana))		563.400 ore medici	
Infermieri	7	9	2.800	3.600
OSS	4	6	1.600	2.400
Altro personale	1	2	400	800

Fonte: Mantoan (2022)

Pesaresi (2022), utilizzando i parametri indicati nella documentazione allegata al PNRR ed inviata all'Unione Europea, stima che il costo annuo del personale per ciascuna struttura sarà pari a € 688.000, da cui un costo complessivo del personale dei 400 OdC previsti di € 275,2 mln..

Ai costi del personale vanno aggiunti i costi per i beni e quelli per i servizi non assistenziali (pulizie, pasti, ecc.), oltre che i costi generali delle strutture, che potrebbero portare la stima oltre i € 400 mln. annui.

Pesaresi osserva anche che la stima istituzionale di un costo per giornata di degenza di € 86 appare inverosimile; dividendo la stima dei costi per le giornate erogabili si superano in effetti € 130 per giornata, che appare più coerente con la tariffa media degli OdC attualmente funzionanti (€ 133, Pesaresi, 2017), considerando altresì che la tariffa regionale più bassa è di € 119 al giorno e che la tariffa media non ponderata delle RSA italiane è di € 107,5 (Pesaresi, 2019).

Per il monitoraggio dell'attività degli OdC sarà implementato un apposito flusso informativo; gli indicatori di monitoraggio previsti sono (D.M. n. 77/2022):
- tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
- degenza media in OdC
- degenza oltre le 6 settimane o (N° di *outlier*)
- n° pazienti provenienti dal domicilio
- n° pazienti provenienti da ospedali.

7.4. Riflessioni finali

Come visto nei paragrafi precedenti, gli OdC hanno una lunga storia, che progressivamente ha permesso di delinearne le caratteristiche; sono assurti agli "onori della cronaca", essenzialmente, grazie al significativo finanziamento previsto dal PNRR.

Gli OdC, fra i diversi *setting* assistenziali, vanno a collocarsi - come ribadito in tutti i documenti citati - fra la Lungodegenza post-acuzie ospedaliera e le RSA esponendosi, quindi, "a cavallo" dell'assisten-

za ospedaliera e quella territoriale (sebbene siano "tecnicamente" ricompresi nel LEA dell'assistenza distrettuale).

Il reale posizionamento degli OdC è ben descritto dalla tabella 7.3., mutuata da Pesaresi (2022), che evidenzia le differenze essenziali, ma anche le similitudini, rispetto agli altri *setting* assistenziali.

La differenza più evidente fra la Lungodegenza post-acuzie e gli OdC consiste nella presenza medica, h24 nella prima e solo diurna nei secondi; rispetto alle RSA si evidenzia il maggior ricorso all'assistenza infermieristica rispetto a quella degli OSS.

Come rileva Pesaresi, gli *standard* assistenziali nelle RSA sono, però, molto diversificati e, quindi, le "distanze reali" variabili.

Tabella 7.3. Confronto Lungodegenza Post-Acuzie (LDPA), OdC, RSA

	LDPA	OdC	RSA
Setting	Ospedale.	Struttura residenziale.	Struttura residenziale per anziani.
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 pl ogni 1.000 abitanti.	Obiettivo: 0,4 pl ogni 1.000 abitanti.	Attivi 1,5 pl ogni 1.000 abitanti.
Durata degenza massima	60 giorni.	Non superiore a 30 giorni.	In molte regioni anche permanente.
Tariffe	€ 154. Nessuna quota di partecipazione dell'assistito.	Media € 133. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.	Media €107,5. Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera.
Soglia dimensionale minima	Minima: 20 pl; Ottimale: 30 pl.	Di norma 15-20 pl.	20 pl.
***Standard* di personale non medico**	Per modulo di 32 pl: - 13 infermieri più capo sala; - 4 tecnici della riabilitazione; - 8 ausiliari socio-sanitari. (1988)	Per 20 posti letto: 9 Infermieri, 6 Operatori Socio-Sanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario e un medico per almeno 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7. Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento.	Orientamento prevalente delle regioni: - ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno - ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno - OSS 100-135 minuti al giorno.
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore.	Per 20 posti letto: nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale.	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra.
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale.	L'accesso avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera scelta. Per l'accesso è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri: - diagnosi già definite - prognosi già definite - valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate; - programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso l'UVM.
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Elaborazione di un programma assistenziale individualizzato o di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente.	È auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase d'accesso.	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e PAI definito per tutti i pazienti.

Fonte: Pesaresi (2022)

In definitiva, il posizionamento degli OdC è essenzialmente una scelta convenzionale, e la loro funzionalità va ricercata nei bisogni che vanno a soddisfare.

Una evidente aspettativa è che aiutino a decongestionare gli ospedali, ricevendo quei pazienti per i quali si determinano difficoltà di dimissione.

Due osservazioni sembrano lecite a questo proposito: la prima è che il decongestionamento degli ospedali, spesso richiamato come essenziale obiettivo del potenziamento della assistenza territoriale, sembra questione discutibile, e degna di essere declinata con maggiore precisione. Come richiamato nel Capitolo 6b del Rapporto, l'Italia è il Paese europeo con il tasso di ospedalizzazione minore e anche la maggiore degenza media sembra largamente giustificata dalla selezione dei ricoveri (più severi/complessi). Il decongestionamento degli ospedali sembra, quindi, un obiettivo da declinare più in termini di qualità della vita dei pazienti/umanizzazione delle cure, che non in termini di efficienza dei ricoveri ospedalieri.

Adottando questa diversa ottica è, però, evidente che il principio delle cure di prossimità, intese come possibilità di cura a domicilio, deve rimanere l'obiettivo primario.

L'OdC dovrebbe far fronte a quei casi in cui il ritorno a casa non è possibile, ad esempio per l'esigenza di effettuare lavori di ristrutturazione del domicilio.

Il rischio che si può paventare è che, di contro, diventi una modalità tesa a "decongestionare" l'assistenza domiciliare, considerando magari anche i maggiori costi (peraltro non ci risultano studi di confronto) di una assistenza domiciliare intensiva (al limite h24), rispetto ad un ricovero.

Si conferma che per evitare un uso distorto degli OdC è essenziale che il processo di valutazione multidimensionale funzioni in modo efficace ed efficiente: da questo punto di vista, rileva l'importanza che si realizzi una più stretta collaborazione fra i vari *setting* assistenziali (va da sé che una valutazione non tempestiva può impropriamente ritardare, ad esempio, l'adattamento del domicilio, rendendo impossibile il ritorno tempestivo a casa). Altresì essenziale è che si implementi un flusso per il monitoraggio dei processi di valutazione, che ad oggi appare largamente carente, quando non anche inesistente.

Un ulteriore elemento di attenzione da segnalare è quello della definizione dello *skill mix*: l'argomento è stato oggetto di attenzione, ma quasi esclusivamente per quanto concerne i ruoli di medici e infermieri e la relativa ridefinizione dei ruoli.

Nel *setting* "intermedio" assume, invece, determinante importanza lo *skill mix* riferito a infermieri ed OSS, considerando che sono questi ultimi deputati ad assolvere le funzioni assistenziali connesse alle attività di vita quotidiane, ovvero a far fronte, in larga misura, ai bisogni della non autosufficienza.

Se la cronica carenza di infermieri nel SSN è ormai un fatto acquisito, poca attenzione è stata posta alla figura dell'OSS: a riprova dell'importanza di approfondire il tema, si consideri l'impatto quantitativo del potenziamento delle cure intermedie, che è dimostrato dal fatto che negli OdC è previsto un rapporto OSS/infermieri pari a 1/2 o anche 2/3.

Altro elemento che merita una riflessione ci sembra essere quello della "degenza breve", richiamata in quasi tutte le norme che si occupano di OdC; di fatto, si prevede una degenza massima (di norma) di 30 giorni che è difficile definire propriamente breve: ma, più che altro, si può paventare che se ci si attesterà ad una degenza prossima al livello massimo previsto, gli OdC finiranno per assomigliare a riabilitazioni ospedaliere seppure a "minore intensità", la cui efficacia sarà tutta da dimostrare.

Altra questione è quella della congruità del dimensionamento: a regime si dovrebbero realizzare quasi 8.000 letti, che ipotizzando un tasso di occupazione di circa il 90%, e una degenza media di 25 giorni, equivalgono a circa 100.000 pazienti/anno In pratica, si ipotizza che ricorreranno alla "ospedalizzazione intermedia" il 2% dei pazienti ricoverati (in realtà meno, considerando una quota di pazienti provenienti dal domicilio); quanto questo "*standard*" sia coerente con i bisogni richiederà una verifica, considerando anche che potrebbe non essere applicabile in modo indifferenziato a popolazioni regionali con strutture demografiche e socio-economiche fortemente variabili.

Da ultimo, ci sembra rilevante richiamare alcuni

aspetti economici: in primis, che il costo degli OdC appare rilevante e "aggiuntivo", per effetto dell'assenza di condizioni per innescare significativi risparmi nel *setting* ospedaliero (vuoi perché caratterizzato da una rilevante componente di costi fissi, vuoi per le sue caratteristiche attuali i termini di attività, per cui si rimanda ancora al Capitolo 6b del Rapporto), anche per la complessità (se non impossibilità) di attivare una mobilità dal settore ospedaliero a quello territoriale.

Come è noto, la possibilità di utilizzare il PNRR per spese correnti è molto limitata e in ogni caso temporanea; le risorse per far fronte al potenziamento della rete territoriale contenute nei documenti di finanza pubblica, ove ad esempio autorizzano una spesa per il personale, non rappresentano risorse effettivamente aggiuntive: approccio confermato dalle previsioni di finanziamento per gli anni futuri che ritornano sui *trend* pre-pandemici, e quindi a tassi di crescita molto inferiori a quelli dei Paesi europei di riferimento (vedi Capitolo 2 del Rapporto), tali da mettere in dubbio che ci sia una programmazione del finanziamento coerente con il potenziamento dell'offerta atteso con la realizzazione del PNRR.

Una sottostima degli oneri che appare, ad esempio, evidente considerando le ipotesi di valorizzazione della giornata di degenza negli OdC, che quasi certamente sono sottostimate di almeno il 30/35%. Una esigenza sentita sarebbe anche quella di effettuare un confronto attendibile dei costi *standard* e degli esiti nei vari *setting* di ricovero (lungodegenza, OdC, RSA), ma anche nei confronti dell'assistenza domiciliare: in presenza di soluzioni assistenziali che hanno margini di sovrapposizione, come precedentemente argomentato, sarebbe opportuno poter valutare la costo-efficacia delle diverse alternative, se non altro per definire con maggiore precisione le caratteristiche dei bacini di utenza che dovranno appropriatamente essere indirizzati ai diversi *setting.*

Riferimenti bibliografici e sitografici

Age.Na.S. (2011), L*a proposta di Agens alle Regioni soggette al Piano di rientro*, Focus on *Monitor*, n° 27, Anno X, 2011

Age.Na.s (2022), Documento di indirizzo per il metaprogetto dell'Ospedale di Comunità, a cura di Mantoan D. et al., in Monitor – I Quaderni, supplemento alla rivista semestrale Monitor 2022, sito web: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/Quaderni_Monitor_Ospedale_Comunit%C3%A0_lettura_web.pdf

Cittadinanzattiva (2022), *Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali – La mappatura di Cittadinanzattiva*, maggio 2022, sito web: www.cittadinanzattiva.it/multimedia/files/progetti/case-della-comunita-ospedali-di-comunita-e-centrali-operative-territoriali-la-mappatura-di-cittadinanzattiva-2022-05-04.pdf

Mantoan D., (2022), *Salute e Territorio nel PNRR: la rete dell'assistenza delineata dalla Missione 6,* slides presentate durante l'evento "Missione Italia", Federsanità Anci 23.6.2022, sito web: https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2099-missione-6-salute-pnrr-in-gazzetta-il-dm-77-siglati-i-contratti-istituzionali-di-sviluppo

Ministero della Salute (2022a), sito web: www.pnrr.salute.gov.it

Ministero della Salute (2022b), sito web: www.salute.gov.it

Pesaresi F. (2017), *Le cure intermedie*, in Network non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 - Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), sito web: www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf

Pesaresi F. (2019), *Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali*, I luoghi della cura, 12 settembre, sito web: www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/

Pesaresi F. (2022), *Gli Ospedali di Comunità: come saranno,* in Network non Autosufficienza (NNA), 21 aprile, I luoghi della cura online n. 2/2022, sito web: https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/04/Pesaresi_OdC.pdf

Normativa citata nel testo.

ENGLISH SUMMARY

Residential care and community care services: the so-called Ospedali di Comunità

The National Recovery and Resilience Plan (PNRR), adopted by the Italian government in 2021, aims - inter alia - to strengthen the supply of territorial care through the development of community care services, the so-called Ospedali di Comunità (OdC) (Community Hospitals).

The OdC, about which we started to talk as early as the Italian National Health Plan for the 2006-2008 period, are halfway between long-term hospital care and the care provided by the so-called Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA (nursing homes). Anyway, technically, the OdC, as the RSA, are included in the essential level of care (LEA) of district care.

With specific reference to the OdC, the PNRR envisaged an investment of €1 billion for the construction of 381 new facilities, with a total of 7,620 beds. The Health Ministry's Decree (DM) of 20 January 2022 increased the number of facilities to 400.

Ministerial Decree No. 77/2022 of 23 May 2022 contains the regulation with the definition of models and standards for developing primary care in the Italian NHS: for an OdC provides a standard of 20 beds per 100,000 inhabitants.

The most evident difference between long-term hospital care and the OdC consists in the medical presence, which is 24 hours a day in the former, and only daytime in the latter. With specific reference to the RSA, there is a greater recourse to nursing assistance than to that of Social Workers (OSS), i.e. professionals working in the social and health sector and collaborating with the other professionals to meet people's primary needs and promote their well-being and autonomy.

In fact, the OdC are expected to help relieving congestion in hospitals by accommodating the patients for whom discharge is difficult.

Two considerations are appropriate on the subject. Firstly, Italy is the European country with the lowest rate of hospitalisation, and even the higher average length of stay seems justified by the selection of (more severe/complex) admissions. The relieving of congestion in hospitals should therefore be more related to the patients' quality of life i.e. humanisation of care than to the greater efficiency of hospitalisation. The primary objective, however, must remain the possibility of home care.

The OdC should, therefore, be of help in the cases when the patients cannot go back home, e.g. because of the need to carry out home renovation works. The risk is that it may instead become a way to "reduce home care", probably also considering the higher costs of intensive home care (even 24 hours a day) compared to hospitalisation.

With a view to avoiding a distorted use of the OdC, it is ultimately essential that the multidimensional assessment process for access works effectively and efficiently. It is important that there be closer collaboration between the various care settings and that monitoring of the assessment processes - which currently appears to be lacking - be carried out.

Among the other aspects to be pointed out, the first is the definition of the skill mix referred to nurses and OSS, considering that the latter must perform care tasks in daily life activities, i.e. cope - to a large extent - with the needs of non-self-sufficient people. While it is, in fact, well known that there is a chronic shortage of nurses in the Italian NHS, little attention has been paid to OSS, considering that, for example, in the OdC it's foreseen an OSS/nursing staff ratio of 1/2 or even 2/3 is foreseen.

Secondly, the length of stay in the OdC is expected to be short, but (usually) up to 30 days. There is therefore a risk that the OdC will end up resembling hospital "rehabilitations", albeit at a "lower intensity",

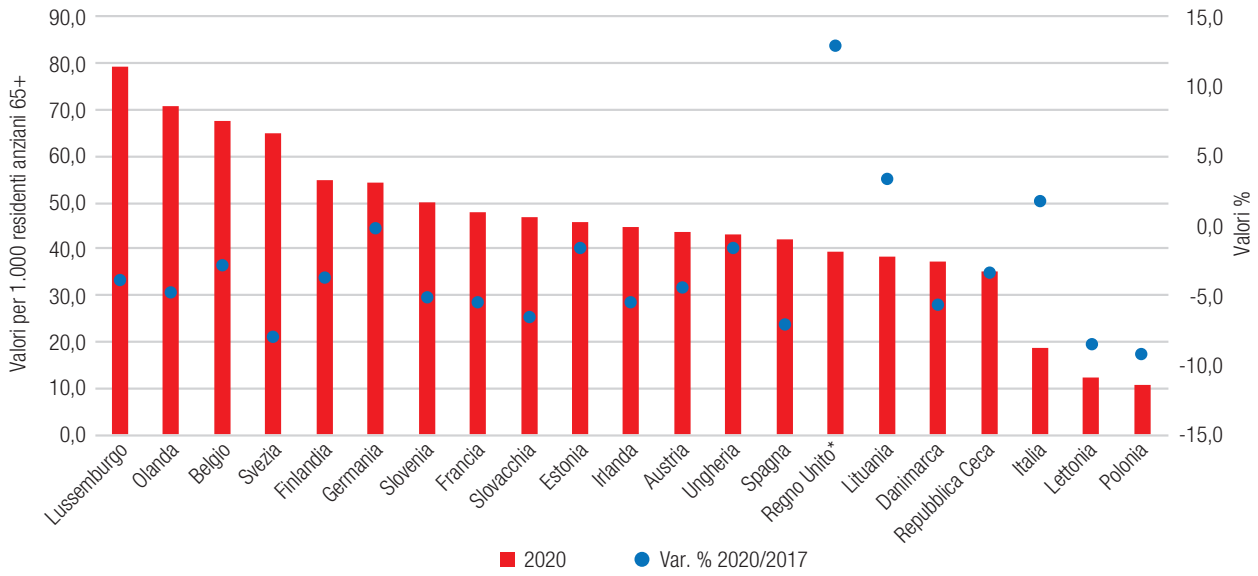
the efficacy of which shall be demonstrated.

Finally, it'd be considered that, with the 8,000 beds planned, 100,000 patients / year can be expected to be admitted, i.e. 2% of inpatients (actually less, considering a share of patients coming from home): this is a standard that needs to be checked to see whether it is consistent with the needs of regional populations, considering the highly variable demographic and socio-economic structures of the Italian regions.

Lastly, from the economic viewpoint, we can expect gan issue in terms of OdC sustainability: in view of the funding forecasts for future years, which seem to be returning to pre-pandemic trends and levels, while OdC cost appears, in fact, to be considerable and "additional", unless significant savings can be achieved in the hospital etting; but the lasts are made difficult by the lack of incentives for mobility from the hospital setting to the territorial one.

Concluding, a reliable comparison of standard costs and outcomes in the various inpatient settings (long-term hospital care, OdC, RSA), but also with respect to home care, would be definitely appropriate, so as to assess the cost-effectiveness of the various alternative options.

KI 7.1. Posti letto in strutture residenziali per *Long Term Care* in Europa

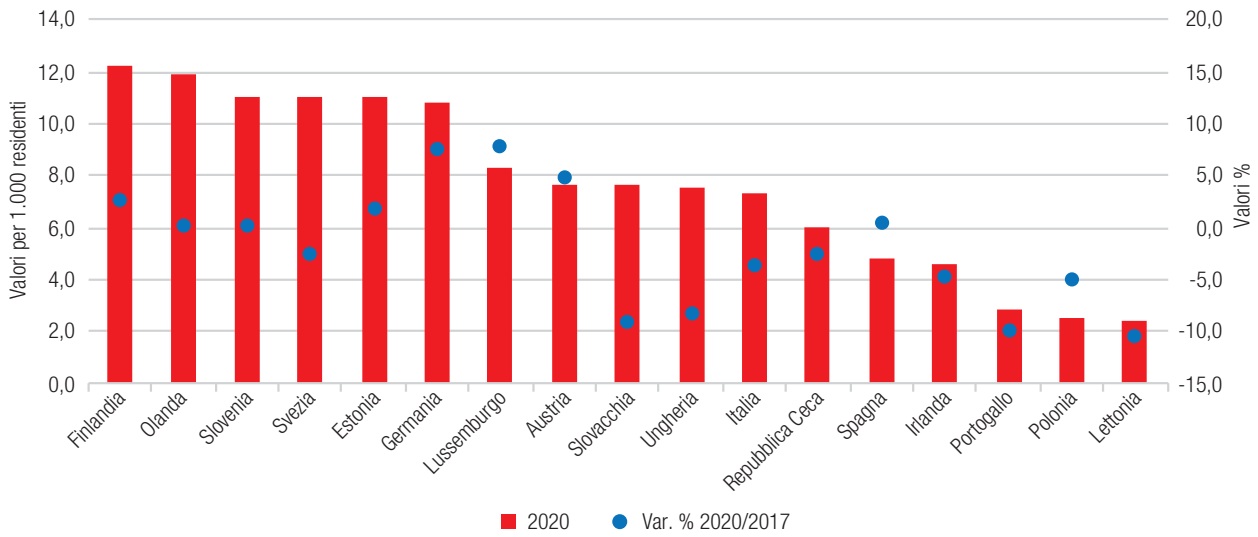


* Uscito da Unione Europea il 1° gennaio 2020.
Per Austria e Spagna: differenze nella metodologia di rilevazione. Per il 2020: Germania, valore 2019; Belgio, Italia, Olanda e Regno Unito, valori stimati.
Si considerano le strutture non ospedaliere che erogano un *mix* di servizi sanitari e sociali (con finanziamento pubblico o privato). Per maggiori info, https://stats.oecd.org.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento 4.7.2022, ultimo accesso ottobre 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2020, i posti letto nelle strutture residenziali che forniscono *Long Term Care* sono 18,9 per 1.000 residenti anziani (65 anni e più), in crescita (+1,6%) rispetto al 2017, ma stabile rispetto al 2019; in Europa, tra i Paesi di cui si dispone del dato, solo Polonia (10,7) e Lettonia (12,5) hanno valori inferiori. La maggiore disponibilità di posti si registra in Lussemburgo (79,4 per 1.000 residenti anziani), seguito da Olanda e Belgio (rispettivamente, 70,6 e 67,5 posti letto). Solo 3 Paesi registrano un incremento di posti rispetto al 2017: a parte l'Italia, Estonia (+12,8%) e Lituania (+3,2%). Si segnala il decremento del -9,3% registrato dalla Polonia.

KI 7.2. Assistiti in strutture residenziali per *Long Term Care* in Europa

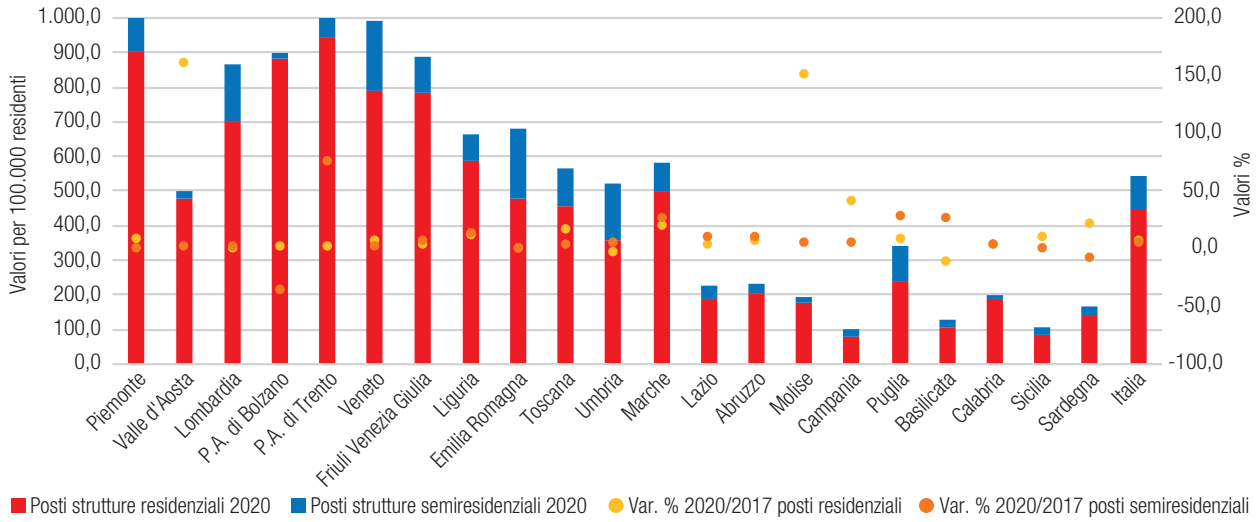


Per la Polonia: differenze di rilevazione. Per il 2020: stime per Repubblica Ceca, Italia, Lussemburgo; valore 2019 per Olanda, Slovacchia e Slovenia. Per il 2017: discontinuità nella serie per Austria, stima per Repubblica Ceca.
Si considerano le strutture non ospedaliere che erogano un *mix* di servizi 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 4.7.2022, ultimo accesso ottobre 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2020, nelle strutture residenziali che erogano *Long Term Care* vengono assistite 7,3 persone ogni 1.000 residenti (-4,0% rispetto al 2017). In Europa, tra i Paesi di cui si dispone del dato, il valore più alto lo registra la Finlandia (12,2 assistiti per 1.000 residenti); seguono l'Olanda (11,9) e la Slovenia (11,1). Il valore più basso si osserva in Lettonia e Polonia (rispettivamente, 2,4 e 2,5 per 1.000). Rispetto al 2017, il massimo incremento (+7,4%) si registra in Lussemburgo; la massima diminuzione (-10,8%) in Lettonia.

KI 7.3 Posti in strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

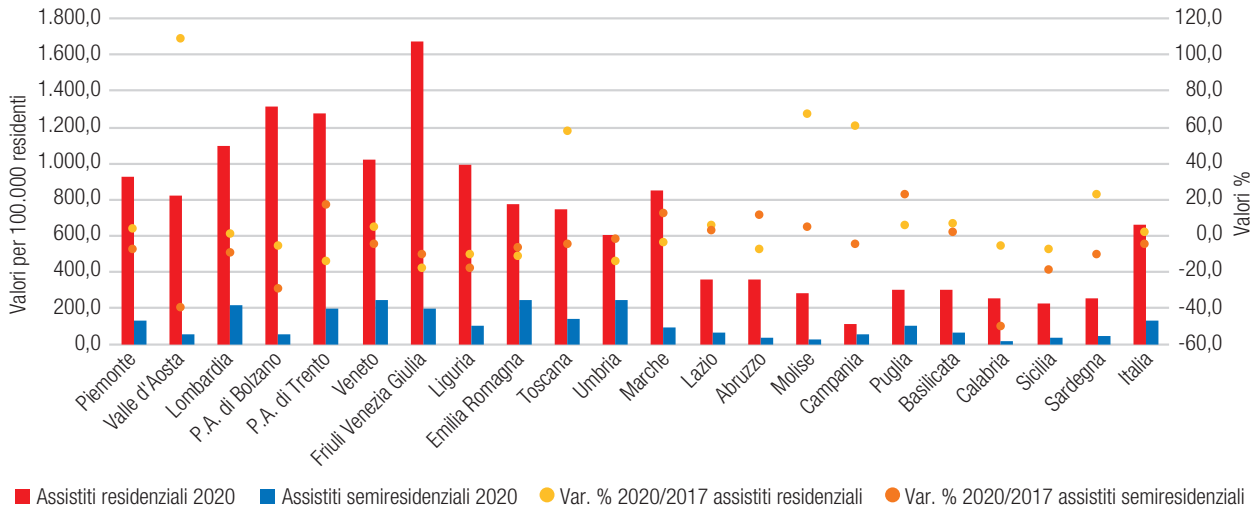


Strutture residenziali: es. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice*. Strutture semiresidenziali: es. Centri diurni psichiatrici. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978.
Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, registriamo 262.351 posti (81,4% del totale) in strutture residenziali e 59.835 (18,6%) in quelle semiresidenziali, per un totale di 322.186 posti. Nelle strutture residenziali si registrano mediamente 443 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 (944). Nelle strutture semiresidenziali si registrano 101 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Calabria (9), il più alto in Veneto (204). Rispetto al 2017, nelle strutture residenziali si osserva un incremento dei posti in tutte le Regioni, tranne che in Umbria (-3,5%) e Basilicata (-11,8%); stabile la Lombardia (702 posti). Il massimo incremento si registra in Valle d'Aosta (+160,8%, da 182 a 476 posti per 100.000 residenti). Anche nelle strutture semiresidenziali i posti crescono o restano stabili ovunque, tranne che nella P.A. di Bolzano (-36,2%) e in Sardegna (-8,0% circa); il massimo aumento nella P.A. di Trento (+74,7%).

KI 7.4 Assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

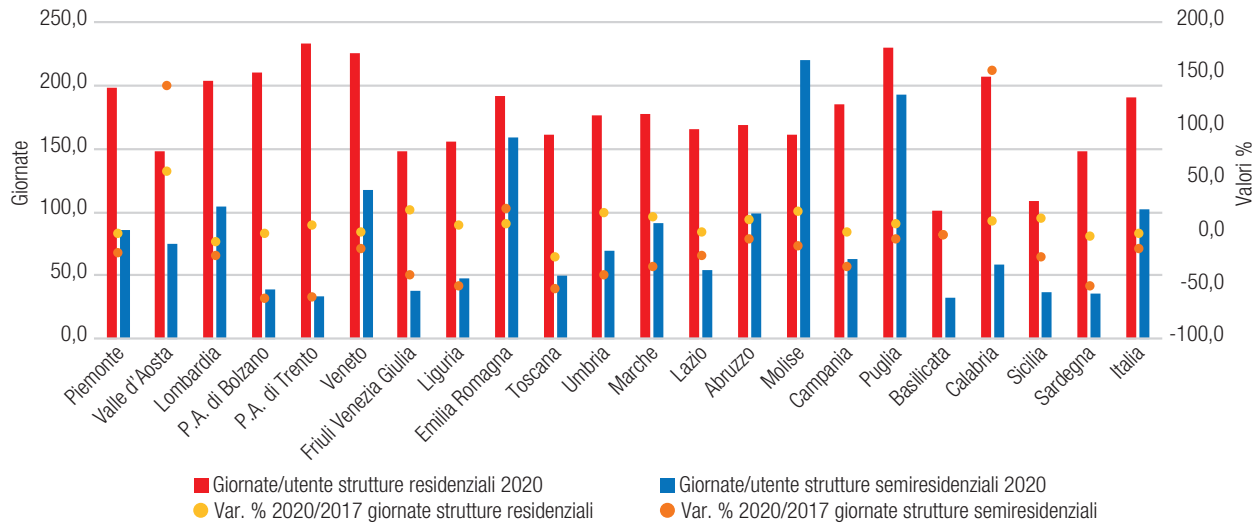


Strutture residenziali: es. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice*. Strutture semiresidenziali: es. Centri diurni psichiatrici. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978.
Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia nelle strutture residenziali sono stati assistiti 393.582 utenti (417.570 nel 2019) e 77.956 in quelle semiresidenziali (91.345 nel 2019). Nelle strutture residenziali, la media è di 664 assistiti ogni 100.000 residenti, con un gradiente Nord-Sud: il valore più basso si osserva in Campania (115 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Friuli Venezia Giulia (1.670). In quelle semiresidenziali sono 132 gli utenti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Calabria (14), il più alto in Emilia Romagna (247). Rispetto al 2017, gli assistiti nelle strutture residenziali sono stabili o in aumento in 11 Regioni (6 del Centro-Nord e 5 del Sud). Il massimo incremento (+108,1%) si registra in Valle d'Aosta, il decremento più consistente in Friuli Venezia Giulia (-18,9%). Gli assistiti nelle strutture semiresidenziali sono stabili o in aumento in 7 Regioni, tutte del Centro-Sud ad eccezione della P.A. di Trento. Il massimo incremento (+22,0%) si registra in Puglia, la massima diminuzione in Calabria (-51,0%).

KI 7.5. Giornate di assistenza erogate in in strutture residenziali e semiresidenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

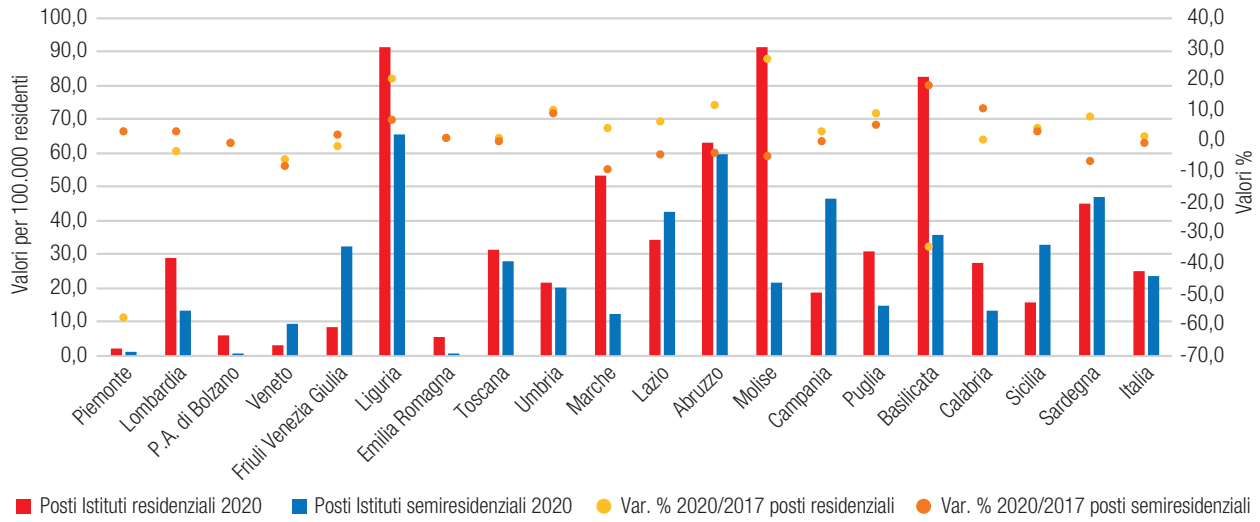


Strutture residenziali: es. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice*. Strutture semiresidenziali: es. Centri diurni psichiatrici. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978. Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia nelle strutture residenziali sono state erogate 191 giornate per utente (193 nel 2017), con una forbice regionale che va da 101 in Basilicata a 232 nella P.A. di Trento. Rispetto al 2017, le giornate/utente nelle strutture residenziali aumentano (molto lievemente in qualche caso) in 14 Regioni (tranne Piemonte, Lombardia, P.A. di Bolzano, Toscana, Campania, Basilicata e Sardegna); il massimo incremento (+57,2%) si registra in Valle d'Aosta, il decremento più consistente in Toscana (-24,2%). Le giornate per utente nelle strutture semiresidenziali sono circa 102 (121 nel 2017): si va da 32 in Basilicata a 220 in Molise. Rispetto al 2017, le giornate/utente diminuiscono in tutte le Regioni ad eccezione di Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Calabria (che registra il maggior incremento: +152,3%); il massimo decremento (-63,1%) nella P.A. di Bolzano.

KI 7.6. Posti in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)

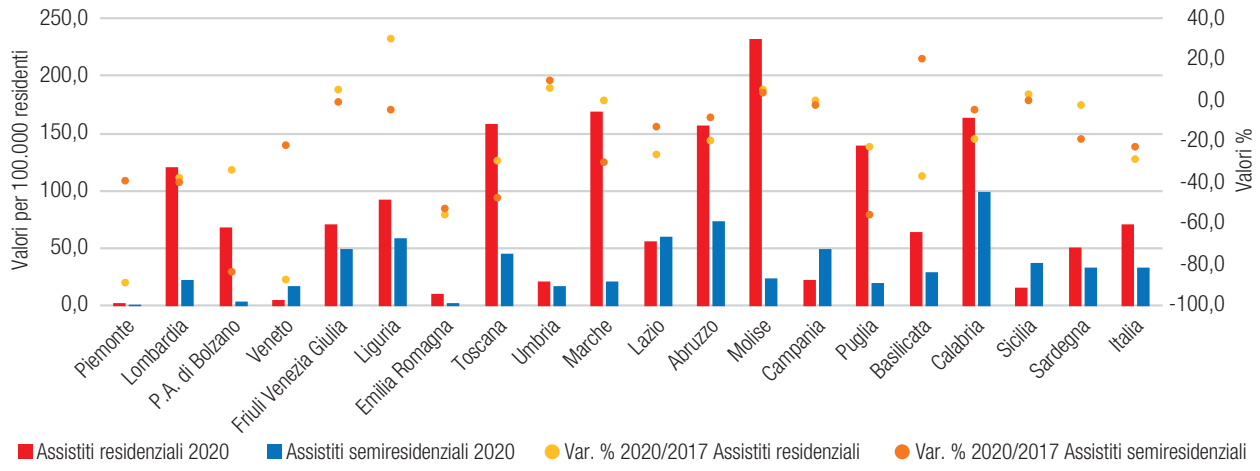


Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L.n. 833/1978. Per l'anno 2020 non sono stati rilevati dati per Valle d'Aosta e P.A. di Trento.
Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, si registrano 25,0 posti per 100.000 residenti in Istituti o Centri di riabilitazione residenziali (+0,8% rispetto al 2017): il valore più basso si registra in Piemonte (1,9), il più alto in Liguria (91,4). Negli Istituti semiresidenziali la dotazione media è di 23,4 posti per 100.000 residenti (-1,6% rispetto al 2017): il valore più basso si registra in Emilia Romagna (0,3), il più alto in Liguria (65,6). Rispetto al 2017, si osserva un aumento (sebbene in alcuni casi limitato, di sostanziale stabilità) di posti negli Istituti residenziali in tutte le Regioni del Centro-Sud (tranne Basilicata e Calabria), oltre a Friuli Venezia Giulia, Liguria ed Emilia Romagna; l'incremento massimo (+26,0%) si registra in Molise. Negli Istituti semiresidenziali, i posti aumentano in 10 Regioni (5 del Nord e 5 del Centro-Sud). L'aumento massimo (+17,3%) si registra in Basilicata.

KI 7.7. Assistiti in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)

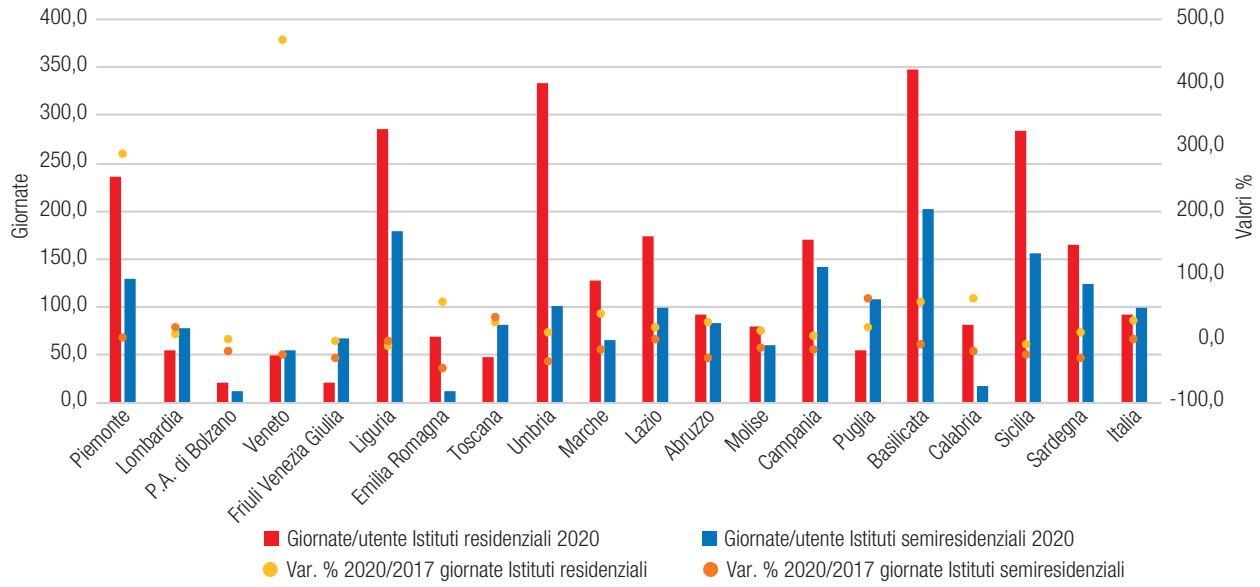


Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L.n. 833/1978. Per l'anno 2020 non sono stati rilevati dati per Valle d'Aosta e P.A. di Trento.
Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, gli utenti assistiti negli Istituti o Centri di riabilitazione sono 60.619: il 68,7% in Istituti residenziali e il restante 31,3% in quelli semiresidenziali. Negli Istituti residenziali, a livello nazionale, si registrano 71,1 assistiti ogni 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Piemonte (2,6), il più alto in Molise (232,8). Negli Istituti semiresidenziali, il dato nazionale è pari a 32,4 assistiti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra ancora in Piemonte (0,4), il più alto in Calabria (99,6). Rispetto al 2017, per gli assistiti negli Istituti residenziali si osserva mediamente una diminuzione del 29,2%: spicca quella osservata in Piemonte (-89,1%), mentre solo in 5 Regioni si registra un aumento (quello massimo in Liguria: +29,5%). Per gli assistiti negli Istituti semiresidenziali si osserva una diminuzione media del -22,7%: quella massima nella P.A. di Bolzano (-84,5%), mentre solo in 3 Regioni si osserva un aumento (massimo in Basilicata: +19,6%).

KI 7.8. Giornate di assistenza erogate in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)

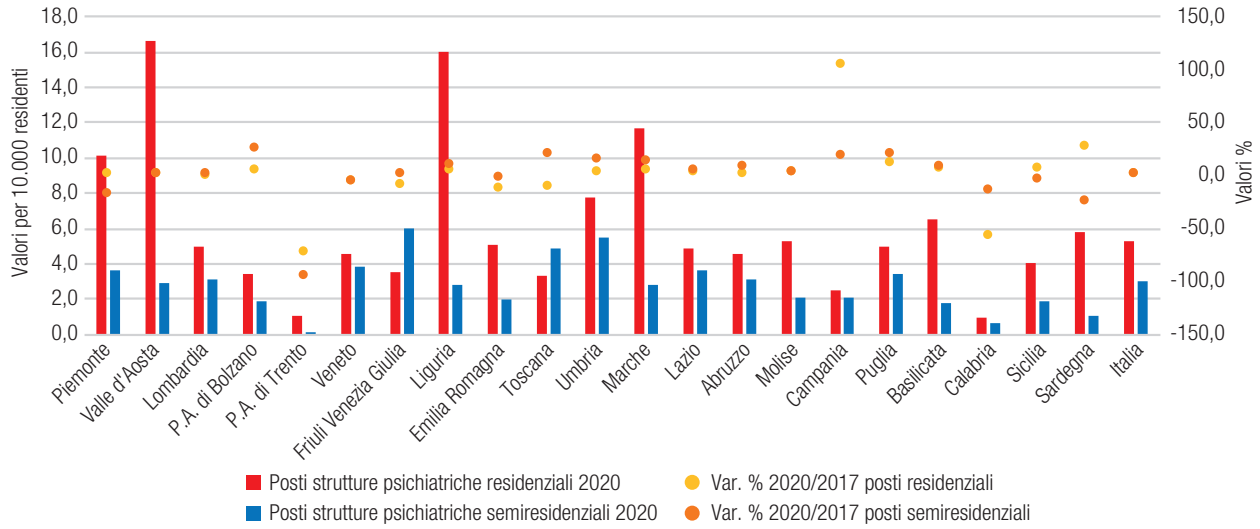


Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L.n. 833/1978. Per l'anno 2020 non sono stati rilevati dati per Valle d'Aosta e P.A. di Trento.
Popolazione al 31 dicembre dell'anno considerato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN e Istat - Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, negli Istituti e Centri di riabilitazione residenziali sono state erogate circa 92 giornate per utente (73 nel 2017), con una forbice regionale che va da 21 nella P.A. di Bolzano a 349 in Basilicata. Rispetto al 2017, le giornate/utente negli Istituti residenziali aumentano in quasi tutte le Regioni (tranne P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Sicilia); il massimo incremento (+464,9%) si registra in Veneto, il decremento più consistente in Liguria (-13,3%). Le giornate per utente negli Istituti semiresidenziali sono circa 100 (105 nel 2017): si va da 12 in Emilia Romagna a 202 in Basilicata. Rispetto al 2017, le giornate/utente diminuiscono in tutte le Regioni ad eccezione di Piemonte, Lombardia, Toscana, Puglia (che registra il maggior incremento: +59,9%); il massimo decremento (-48,7%) in Emilia Romagna.

KI 7.9. Posti in strutture psichiatriche (pubbliche e private accreditate)

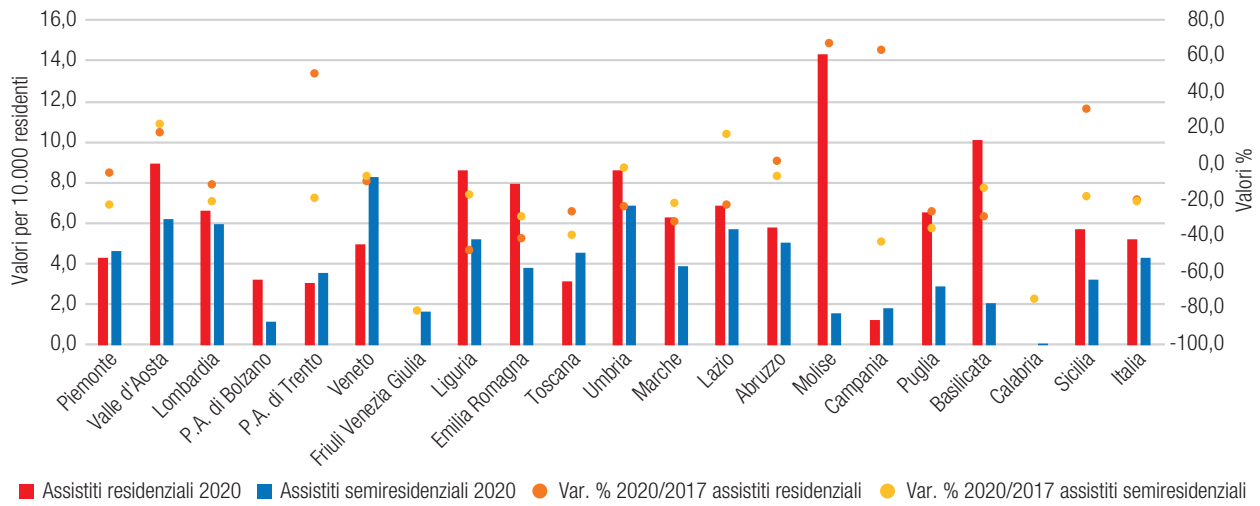


Dati raccolti con i Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie (DM 5/12/2016) - STS24.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto salute mentale - Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, si registrano 26.425 posti (5,3 per 10.000 residenti, +1,4% rispetto al 2017) in strutture psichiatriche residenziali attive, con tassi che vanno da 1,0 per 10.000 residenti in Calabria e P.A. di Trento, a 16,7 in Valle d'Aosta. Rispetto al 2017, nella maggioranza delle Regioni si registra un aumento (il maggiore: +104,5% in Campania, da 1,2 a 2,5 posti per 10.000); i posti calano soprattutto nel Centro-Nord: la diminuzione più consistente nella P.A. di Trento (-73,6%). Nel 2020, i posti in strutture semiresidenziali sono pari a 15.055 (3,0 per 10.000 residenti, +1,8% rispetto al 2017). I tassi vanno da 0,1 per 10.000 residenti in P.A. di Trento a 6,0 in Friuli Venezia Giulia. Rispetto al 2017, in quasi tutte le Regioni si registra un aumento (il più alto: +24,7% in P.A. di Bolzano).

KI 7.10. 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 seguenti dati: Sardegna; P.A. di Bolzano per il 2017; Molise (semiresidenziale) per il 2017: Friuli e Calabria (residenziale) per il 2020.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto salute mentale - Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Anni 2017 e 2020, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, gli utenti in cura presso strutture psichiatriche residenziali sono 26.288 (5,2 per 10.000 residenti, -20,0% rispetto al 2017), con tassi che vanno da 1,2 per 10.000 abitanti in Campania a 14,4 nel Molise. Rispetto al 2017, in quasi tutte le Regioni si registra una diminuzione (la più alta: -48,5% in Liguria); l'aumento maggiore è del +66,1% in Molise. Gli assistiti in strutture psichiatriche semiresidenziali sono pari a 21.898 unità (4,3 per 10.000 residenti, -21,5% rispetto al 2017). I tassi vanno da 0,03 per 10.000 residenti in Calabria a 8,3 in Veneto e 6,9 in Umbria. Rispetto al 2017, in quasi tutte le Regioni si registra una diminuzione (la più alta: -81,6% in Friuli), tranne che in Valle d'Aosta e nel Lazio.

Capitolo 8

Assistenza specialistica ambulatoriale

Specialist outpatient care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 8
Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale

d'Errico M.[1]

8.1. Introduzione

Negli anni della pandemia (2019 – 2021), l'accesso all'assistenza specialistica ha subito una significativa riduzione, sia per il blocco delle prestazioni non urgenti, sia in conseguenza del timore da parte degli utenti di una possibile esposizione al virus COVID all'interno delle strutture sanitarie. Quest'ultimo fenomeno è risultato in una generale tendenza a rimandare, anche di mesi, visite non urgenti, e saltare controlli di *routine* o *screening*, con potenziali conseguenze sull'avanzamento delle patologie (anche non diagnosticate).

Nei paragrafi successivi si analizza l'offerta, il consumo e la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale, al fine di quantificare l'impatto della pandemia.

8.2. Offerta regionale

Nel 2020, ultimo anno per cui il Ministero della Salute ha reso disponibili i dati relativi all'offerta della specialistica ambulatoriale, in Italia risultavano presenti, in media, 6 strutture sanitarie pubbliche e 9 strutture private accreditate ogni 100.000 abitanti. I valori regionali sono riportati nella tabella 8.1. La Liguria risulta essere la Regione con il maggior numero di strutture pubbliche (18 ogni 100.000 abitanti), seguita da Umbria e Basilicata (14 strutture ogni 100.000 abitanti), dato che potrebbe suggerire una maggiore frammentazione dell'offerta tra più ambulatori e laboratori di minori dimensioni rispetto a Regioni quali la Lombardia (2 strutture ogni 100.000 abitanti) o la Valle d'Aosta (2 strutture ogni 100.000 abitanti).

Per quanto riguarda le strutture private accreditate, invece, si osserva un numero maggiore nel Sud d'Italia, con 23 strutture ogni 100.000 abitanti in Sicilia, seguita dalla Campania (21 strutture), a fronte di una media di 4 strutture private ogni 100.000 abitanti nelle Regioni del Nord, e 7 in media nel Centro Italia.

Tabella 8.1. Ambulatori e laboratori per 100.000 abitanti in Italia. Anno 2020

	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate
Italia	6	9
Piemonte	7	2
Valle d'Aosta	2	5
Lombardia	2	4
P.A. di Bolzano	6	5
P.A. di Trento	4	5
Veneto	5	4
Friuli Venezia Giulia	5	3
Liguria	18	4
Emilia Romagna	7	4
Toscana	10	5
Umbria	14	4
Marche	4	8
Lazio	4	10
Abruzzo	5	5
Molise	4	13
Campania	4	21
Puglia	7	11
Basilicata	14	8
Calabria	9	12
Sicilia	6	23
Sardegna	10	13

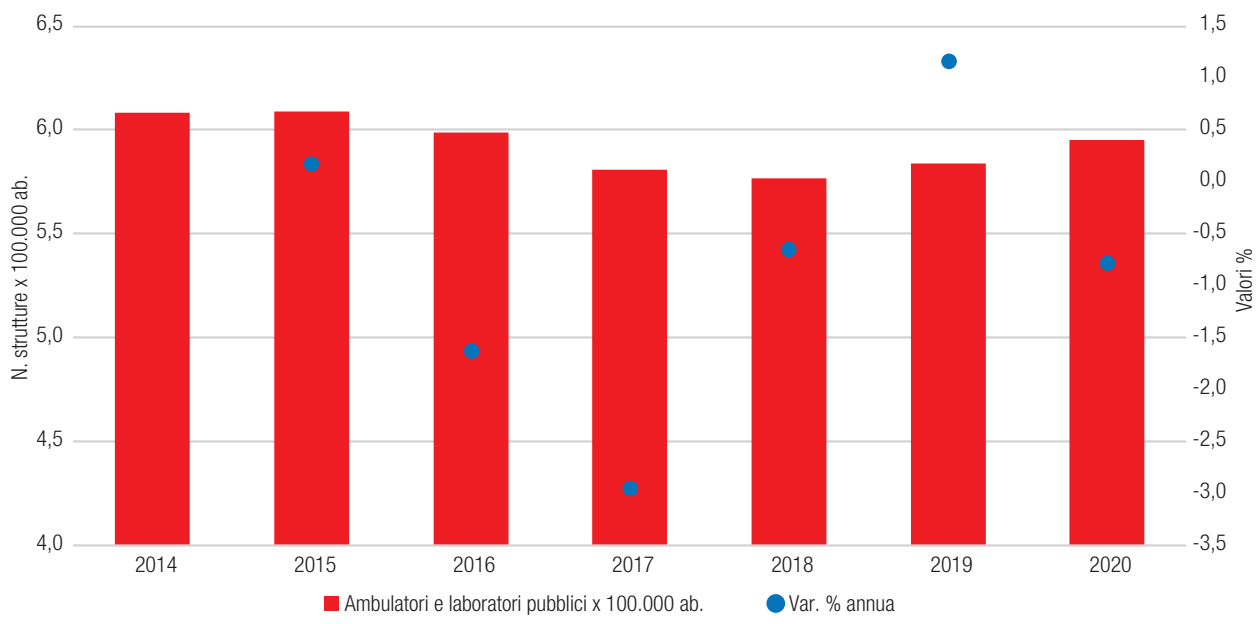
Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

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

Tabella 8.2. Ambulatori e laboratori. Composizione dei tipi di assistenza nelle strutture pubbliche e private accreditate. Anno 2020

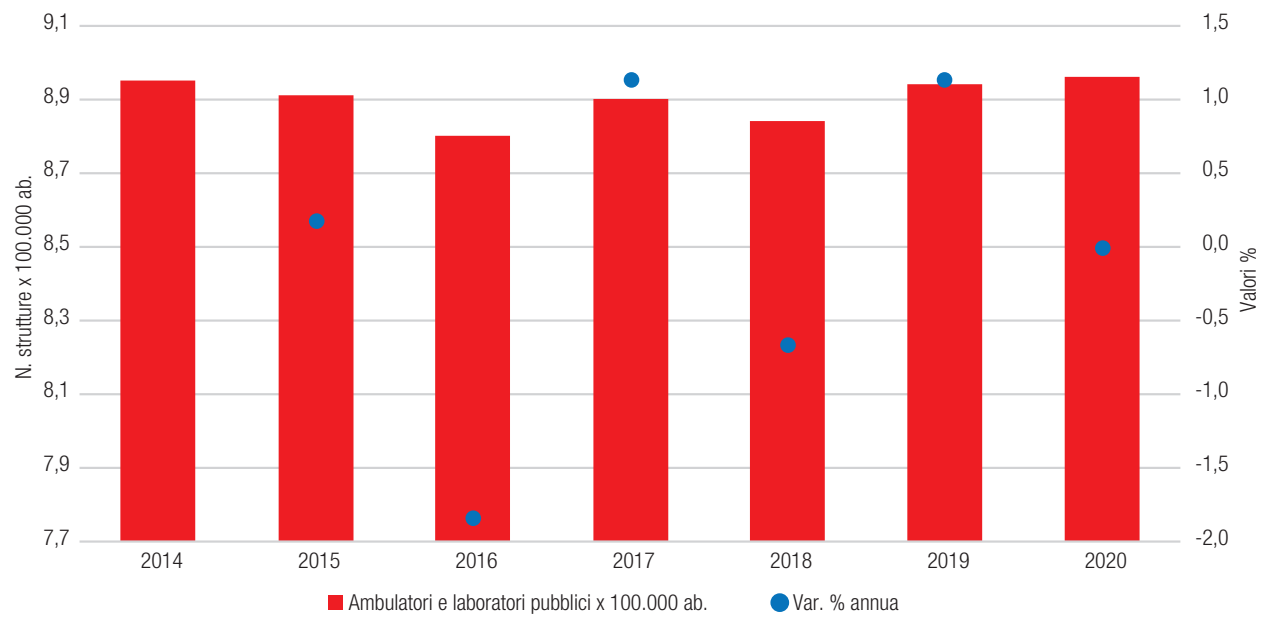
	Strutture pubbliche			Strutture private accreditate		
Tipo di assistenza	Clinica (%)	Diagnostica (%)	Laboratorio(%)	Clinica (%)	Diagnostica (%)	Laboratorio(%)
Italia	56,8	23,4	19,8	41,0	24,8	34,2
Piemonte	49,4	25,2	25,4	41,0	33,7	25,3
Valle d'Aosta	50,0	25,0	25,0	55,6	33,3	11,1
Lombardia	47,6	30,2	22,1	48,8	32,4	18,8
P.A. di Bolzano	55,8	17,3	26,9	67,6	23,5	8,8
P.A. di Trento	48,9	28,9	22,2	67,6	18,9	13,5
Veneto	54,9	23,1	22,1	51,9	27,5	20,6
Friuli Venezia Giulia	62,2	23,3	14,4	50,0	38,5	11,5
Liguria	72,1	16,0	12,0	37,6	50,6	11,8
Emilia Romagna	55,4	20,6	24,0	52,2	35,7	12,1
Toscana	76,3	13,0	10,7	53,6	38,4	8,0
Umbria	76,3	13,8	10,0	-	-	-
Marche	47,2	29,6	23,2	44,8	14,0	41,3
Lazio	47,9	30,6	21,6	30,1	27,8	42,1
Abruzzo	53,8	19,7	26,5	37,2	20,9	41,9
Molise	37,1	34,3	28,6	48,1	22,2	29,6
Campania	56,9	24,6	18,5	25,9	19,7	54,4
Puglia	54,6	24,6	20,8	30,2	16,9	52,9
Basilicata	54,8	15,9	29,4	42,0	18,0	40,0
Calabria	58,0	23,9	18,1	33,2	20,8	46,0
Sicilia	55,5	28,0	16,5	53,6	18,4	27,9
Sardegna	59,4	22,1	18,4	47,6	30,9	21,5

Figura 8.1. Ambulatori e laboratori pubblici per 100.000 abitanti



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2014-2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.2. Ambulatori e laboratori pubblici per 100.000 abitanti



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2014-2020 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando l'offerta per tipo di assistenza fornita, nel 2020 il 56,8% delle strutture pubbliche erano dedicate all'assistenza clinica, il 23,4% all'assistenza diagnostica, il 19,8% era rappresentato da laboratori (Tabella 8.2.). L'offerta nelle strutture private accreditate assume una distribuzione simile a quella dell'offerta pubblica, fatta eccezione per una quota maggiore di laboratori (34,2%).

Considerando il periodo 2014-2020, il numero di strutture pubbliche in rapporto alla popolazione risulta sostanzialmente stabile, con una media di circa 6,0 strutture ogni 100.000 abitanti nel 2014 e 2015, che va a ridursi leggermente raggiungendo un minimo di 5,8 strutture nel triennio 2017-2019 per poi ristabilirsi al valore di 6,0 strutture ogni 100.000 abitanti nel 2020 (Figura 8.1.).

Nel settore privato accreditato il valore medio rimane invariato (9 strutture ogni 100.000 abitanti) nel periodo (Figura 8.2.).

La maggiore presenza di strutture private accreditate in rapporto alla popolazione è presumibilmente ascrivibile ad una minore dimensione media dell'offerta privata.

8.2.1. Volumi di erogazioni per struttura

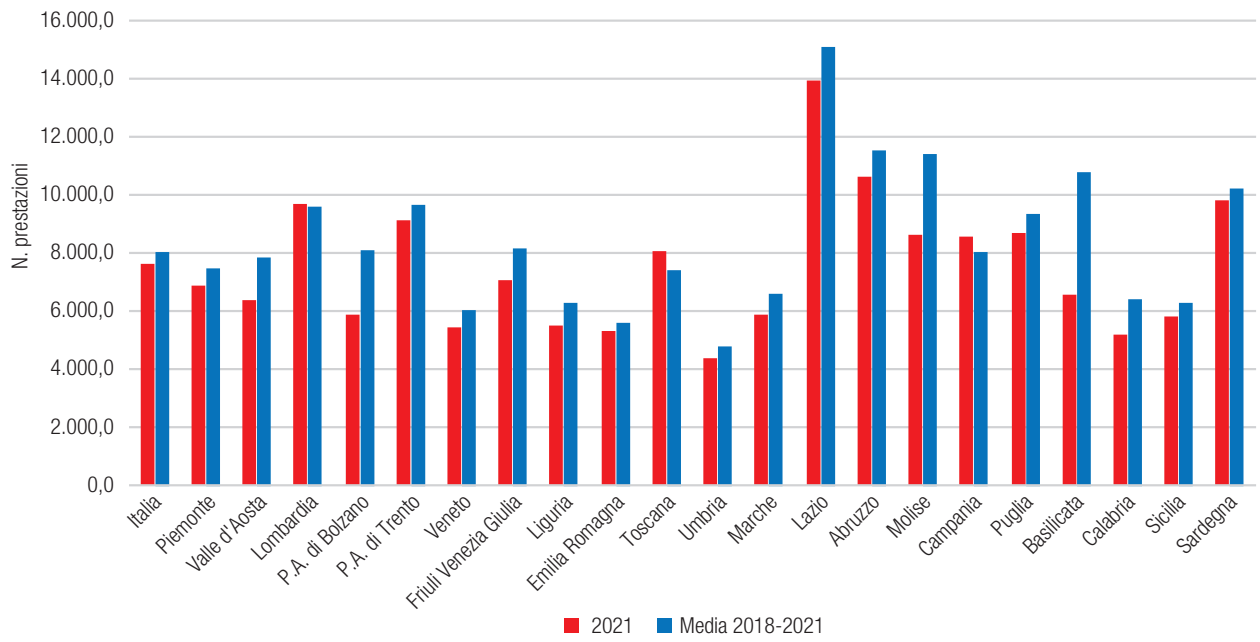
La figura 8.3. riporta l'elaborazione delle recenti stime dell'Age.Na.S. sui volumi di prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate. Il numero di prestazioni, che verrà descritto nel dettaglio nel paragrafo successivo, è stato rapportato al numero di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate riportate dal Ministero della Salute. Si segnala che, non essendo disponibili dati per il 2021, il numero di strutture sanitarie eroganti prestazioni ambulatoriali specialistiche è stato assunto equivalente a quello del 2020, sulla base dell'andamento essenzialmente costante del numero di strutture negli anni.

Nel 2021, il massimo numero di prestazioni medie per struttura si registra nel Lazio (13.957), seguita da Abruzzo (10.663), Lombardia (9.707) e Sardegna (9.865).

La Liguria, che presenta il più alto numero di strutture pubbliche e private convenzionate, è tra le ultime Regioni per numero di prestazioni medie per struttura (5.540), ad indicare la presenza di un numero maggiore di strutture, ma di dimensioni ridotte.

È importante notare che i dati di consumo usati

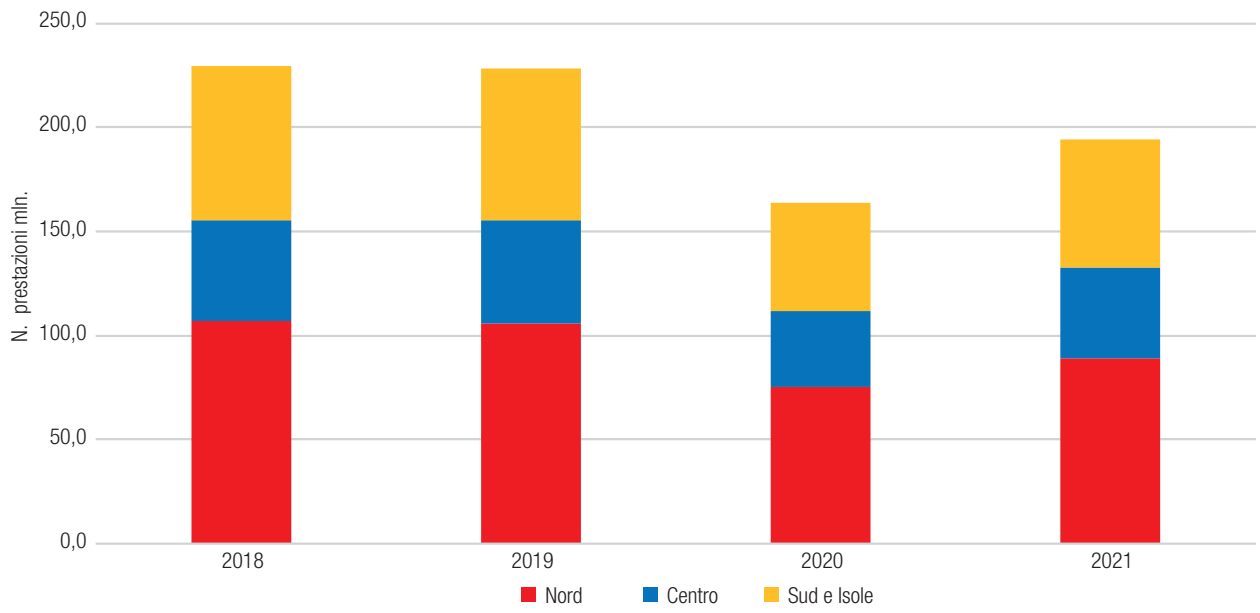
Figura 8.3. Prestazioni SSN per struttura accreditata



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S. e del Ministero della Salute, 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

per l'analisi non includono prestazioni erogate extra SSN, né tantomeno quelle erogate in regime di intramoenia. L'indice qui descritto va pertanto interpretato con cautela, poiché fornisce un valore di prestazioni medie non propriamente esaustivo dell'attività delle strutture.

Figura 8.4. Prestazioni SSN di specialistica ambulatoriale erogate da strutture accreditate (pubbliche e private)



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S., 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

8.3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto concerne i volumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate delle strutture pubbliche e private accreditate si considera il periodo 2018 – 2021, funzionale ad analizzare se la flessione negativa nell'attività specialistica ambulatoriale avvenuta durante la pandemia COVID sia stata seguita da un recupero nel 2021 (Figura 8.4.).

Fra il 2019 e il 2020, si registra una diminuzione delle prestazioni del 29,0% nelle Regioni del Nord, del 25,9% nel Centro, e del 28,8% nel Sud e Isole (Age.Na.S., 2021). Il 2021 marca un parziale riavvicinamento ai volumi di prestazioni erogate nel periodo pre-pandemico, con il maggior incremento del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali registrato nel Sud e Isole (+19,4%), seguito dal Nord (+18,6%), e dal Centro Italia (+17,8%).

Il *trend* descritto è certamente ascrivibile al blocco delle prestazioni non urgenti attivato a livello pubblico durante le prime due ondate pandemiche (2020), ma anche alla natura stessa dell'attività specialistica ambulatoriale, caratterizzata dalla necessità da parte del paziente di recarsi fisicamente in un centro specializzato (esempio: clinica o laboratorio di analisi): a fronte di un elevato rischio percepito di esposizione al virus COVID all'interno di una struttura sanitaria, questa caratteristica può avere portato i pazienti a rimandare le visite, almeno per quanto concerne gli *screening* o i controlli di *routine*, valutandoli come "non urgenti".

Il 2020 ha comportato complessivamente la perdita di 65,4 mln. di prestazioni specialistiche ambulatoriali rispetto al 2019.

La mancata erogazioni di ulteriori 33,9 mln. di prestazioni nel 2021 sottolinea che, malgrado le norme e i finanziamenti (Legge di Bilancio 2022, art.1, 276-279; Regione Campania, 2021) riconosciuti per recuperare le prestazioni, pur in presenza di una ripresa, non si è tornati sui livelli di erogazione pre-pandemia; questo dato sembra indicare un fallimento delle politiche tese a ridurre l'impatto negativo della pandemia: nel prossimo paragrafo si effettua un approfondimento analizzando i *trend* per trimestri.

8.3.1. *Focus* sull'impatto della pandemia di COVID

Al fine di fornire un'indicazione puntuale delle variazioni di consumo nel periodo 2018 – 2021, sono stati considerati e messi a confronto gli andamenti dei singoli trimestri (Figura 8.5.).

In generale, gli anni pre-pandemia (2018-2019) mostrano un andamento comparabile, con una riduzione nei volumi di circa il 14,5% durante il terzo trimestre di ogni anno, legato alla pausa estiva e al conseguente rinvio delle visite ai mesi di ottobre, novembre o dicembre.

Rispetto al valore annuale globale discusso nei precedenti paragrafi, la riduzione nel numero di prestazioni erogate nel secondo trimestre del 2020, periodo che coincide con l'inizio della pandemia di COVID in Italia e con il primo *lock-down* nazionale, risulta ancora più evidente.

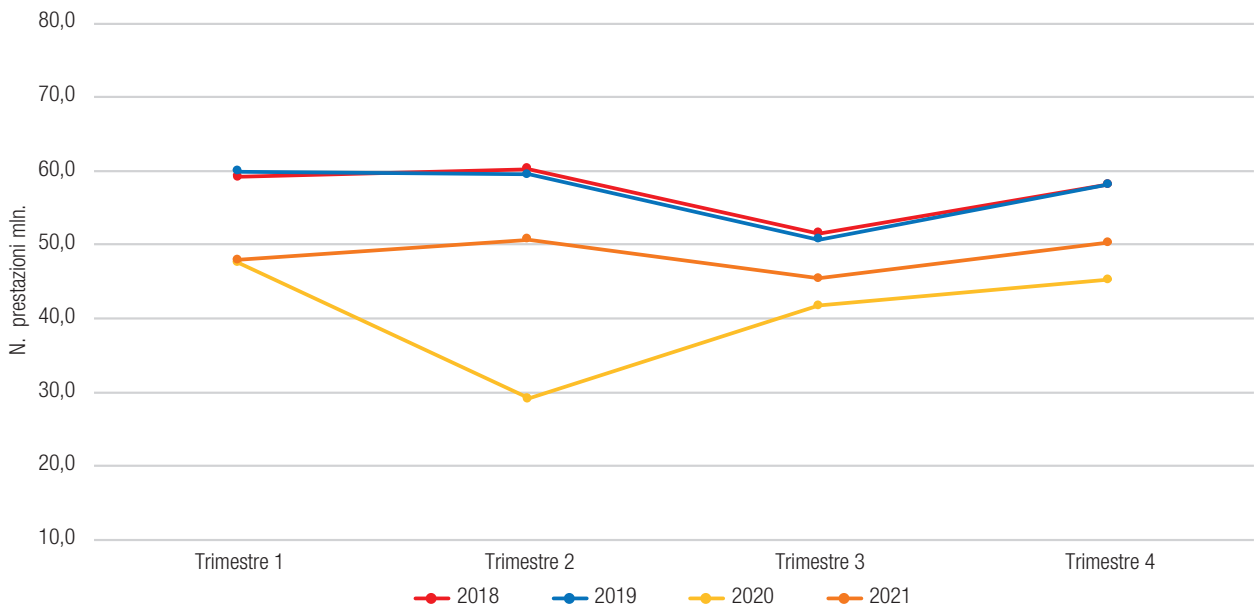
Nel secondo trimestre dei vari anni si passa da una media di 59.851 prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel biennio 2018 – 2019, a 29.206 nel 2020, con una riduzione del 51,2%.

È interessante notare come nel terzo trimestre del 2020 si osservi un incremento delle prestazioni erogate mai osservato in precedenza.

Nel 2021 si osserva un aumento che riporta i volumi a 194,3 mln., e dunque una ripresa rispetto alle prestazioni erogate durante il 2020, ma tale incremento non è stato in grado di recuperare le prestazioni "perse" durante il picco della pandemia, né tantomeno di riallinearsi ai valori del 2019: il numero di prestazioni nell'arco del primo trimestre risulta quasi equivalente al 2020 (circa 47.745 prestazioni), mentre i successivi trimestri del 2021 mostrano un andamento simile al biennio 2018 – 2019, nonostante si osservi una riduzione media del 14,9% dei volumi annuali, se compariamo il 2021 al 2019.

In definitiva, i volumi di prestazioni erogate nel 2021 assumono nuovamente il *trend* stagionale osservato negli anni precedenti, ma senza mai tornare ai livelli pre-pandemia, con ulteriori 33,9 mln. di prestazioni perse nel 2021 rispetto ai valori osservati nel 2019. Solo un incremento più significativo nei volumi erogati e una conferma del *trend* positivo deter-

Figura 8.5. Prestazioni di specialistica ambulatoriale, andamento trimestrale



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S., 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

minerebbero il 2022 come il primo anno realmente "post-pandemico", ovvero con un livello di erogazione almeno pari a quello precedente alla pandemia, se non maggiore.

Ad oggi, i dati disponibili stanno però ad indicare che i fondi stanziati per affrontare le difficoltà nell'erogazione della specialistica ambulatoriale durante la pandemia non hanno sortito i risultati desiderati. Se da un lato alcune prestazioni non siano più recuperabili, altre avrebbero dovuto risultare in un aumento dei livelli medi di prestazioni annuali erogate. Un esempio è rappresentato da *screening* a cadenza biennale come per la diagnosi precoce del tumore mammario; gli *screening* "mancati" nel 2020 avrebbero dovuto determinare un accavallamento delle pazienti, normalmente partecipanti agli *screening* ad anni alterni.

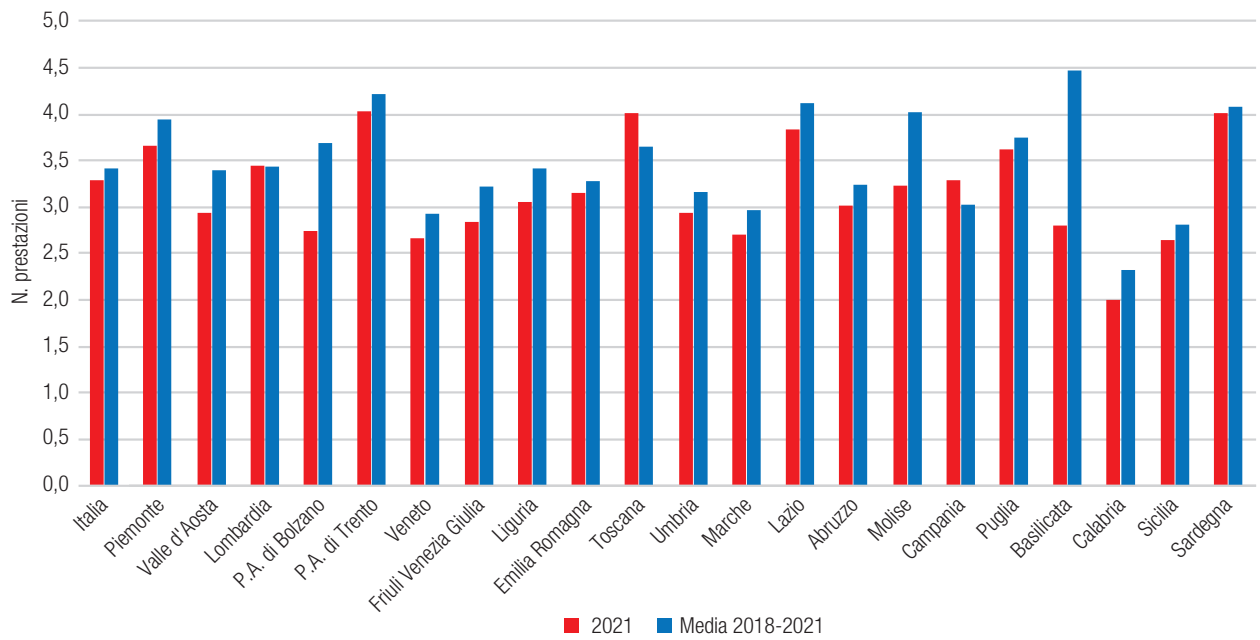
Un ultimo quesito degno di approfondimento, benché i dati a disposizione non permettano ancora di poter strutturare una riflessione dettagliata, è la appropriatezza o meno delle prestazioni perse. Se da un lato le visite specialistiche relativamente urgenti, come nel caso di patologie oncologiche in fase metastatica, siano state rimandate, ma riprese appena possibile, altre prestazioni appaiono perse "definitivamente". Tra queste ultime, potrebbero esserci prestazioni non più percepite come necessarie dai pazienti, per esempio nel caso di un sintomo che si risolve autonomamente. Ciò suggerisce dunque che la pandemia potrebbe anche avere determinato un'involontaria selezione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale realmente appropriate.

8.3.2. Consumi pro-capite

I valori medi di prestazioni di specialistica ambulatoriale pro-capite sono riportati nella figura 8.6. e quindi replicati nella figura 8.7., utilizzando la popolazione italiana standardizzata.

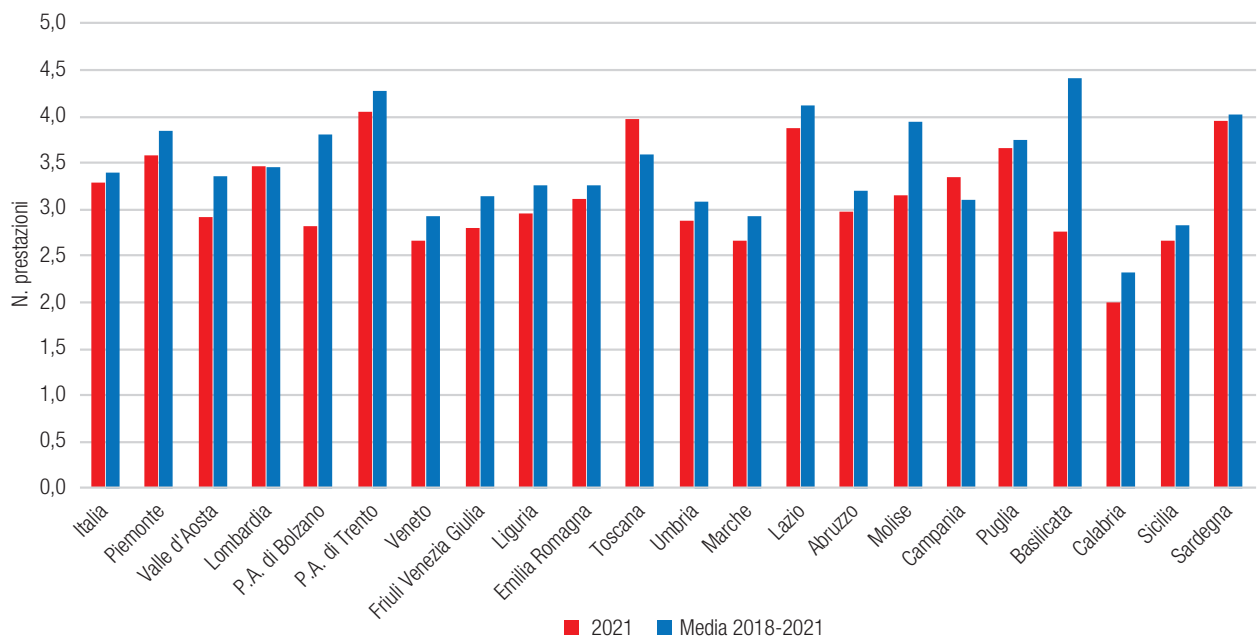
La P.A. di Trento presenta i valori più alti di consumo di specialistica ambulatoriale, con 4,0 prestazioni pro-capite (4,1 prestazioni considerando i valori *standard*). Seguono la Toscana (4,0 prestazioni pro-capite, 4,0 per la popolazione *standard*), Sardegna (4,0 prestazioni pro-capite, 4,0 per la popolazione *standard*), e Lazio (3,8 prestazioni pro-capite, 3,9 per la popolazione *standard*).

Figura 8.6. Consumo medio regionale pro-capite



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S. e Istat, 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.7. Consumo medio regionale pro-capite su popolazione standardizzata

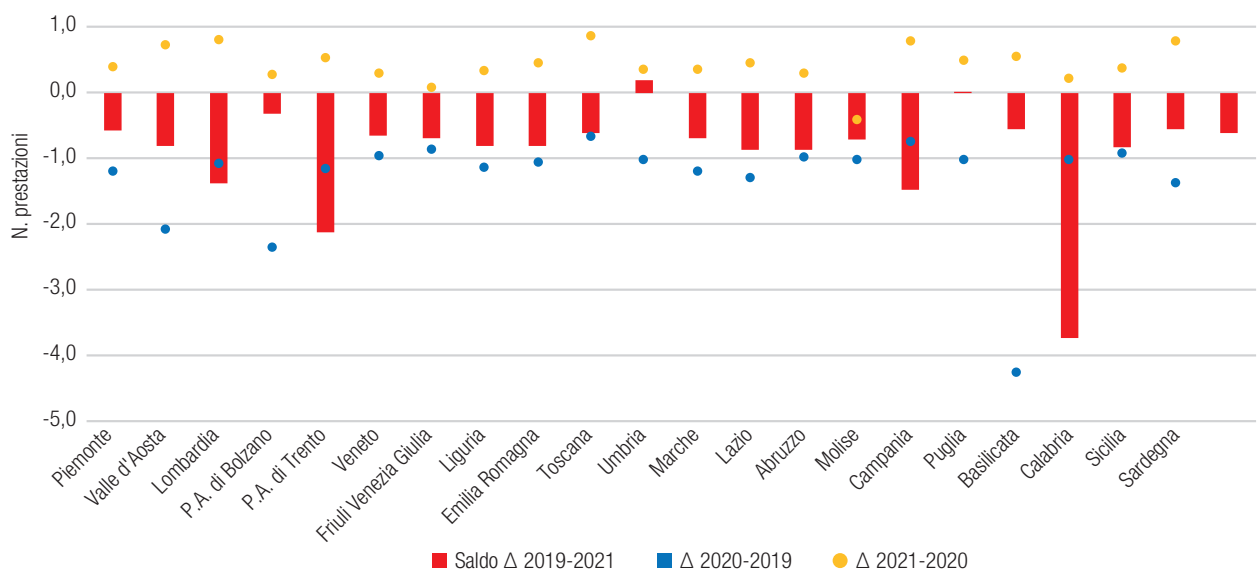


Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S. e Istat, 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in tutte le Regioni si osserva un numero di prestazioni medie pro-capite inferiore rispetto al periodo 2018 - 2021, fatta eccezione per la Lombardia, la Toscana, e la Campania (Figura 8.6., Figura 8.7.).

Nella figura 8.8. si riporta la variazione complessi-

Figura 8.8. Variazione del numero di prestazioni SSN pro-capite su popolazione standardizzata nel periodo 2019 – 2021



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S. e del Ministero della Salute, 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

va dei volumi pro-capite di prestazioni registrati durante la pandemia di COVID, evidenziando inoltre la variazione osservata tra il 2019 e il 2020, e quella tra il 2020 e 2021. La Basilicata presenta tra il 2019 e il 2021 il minor recupero della riduzione dei volumi erogati, con un saldo complessivo al termine del 2021 pari a -3,7 prestazioni pro-capite.

Le Regioni P.A. di Bolzano, Molise e Valle d'Aosta, tra il 2019 e il 2021, hanno subito una riduzione dei volumi superiore a 1,4 prestazioni pro-capite, mentre le restanti Regioni hanno mostrato riduzioni inferiori ad 1,0 prestazione per residente.

Considerando la variazione complessiva osservata tra il 2019 e il 2021, la Toscana risulta essere l'unica Regione con un saldo positivo, pari a 0,2 prestazioni pro-capite, benché il recupero del 2021 non riesca a pareggiare la flessione negativa del 2020.

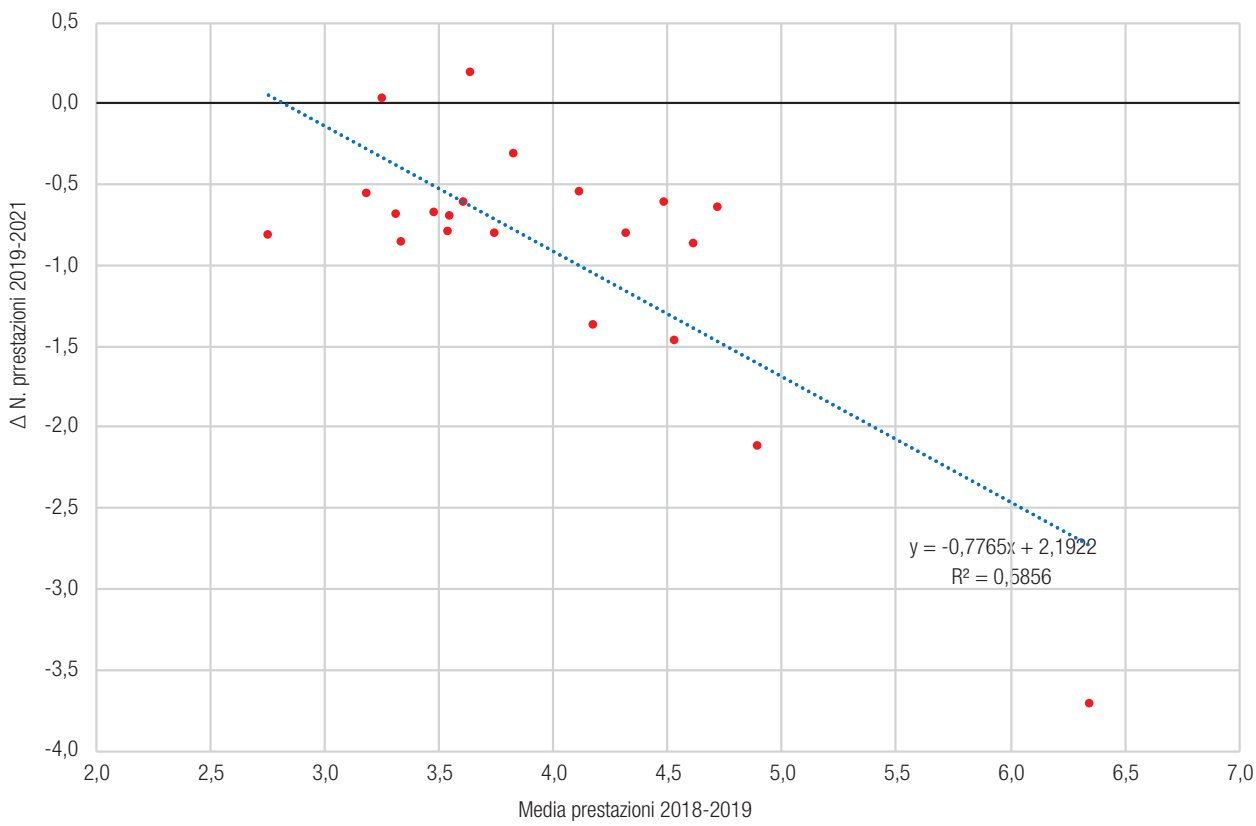
Tutte le Regioni hanno riportato una variazione percentuale positiva rispetto al 2020, fatta eccezione per il Molise, che nel 2021 ha mostrato un'ulteriore riduzione dei volumi di prestazioni pari a 0,4 prestazioni pro-capite, (Tabella 8.3.).

Tabella 8.3. Variazione del numero di prestazioni SSN pro-capite su popolazione standardizzata nel periodo 2019 - 2021

Regioni	Δ 2020/2019	Δ 2021/2020	Saldo Δ 2019-2021
Italia	-1,1	0,5	-0,6
Piemonte	-1,2	0,4	-0,8
Valle d'Aosta	-2,1	0,7	-1,4
Lombardia	-1,1	0,8	-0,3
P.A. di Bolzano	-2,4	0,3	-2,1
P.A. di Trento	-1,2	0,5	-0,6
Veneto	-1,0	0,3	-0,7
Friuli Venezia Giulia	-0,9	0,1	-0,8
Liguria	-1,1	0,3	-0,8
Emilia Romagna	-1,1	0,4	-0,6
Toscana	-0,7	0,9	0,2
Umbria	-1,0	0,3	-0,7
Marche	-1,2	0,3	-0,9
Lazio	-1,3	0,4	-0,9
Abruzzo	-1,0	0,3	-0,7
Molise	-1,0	-0,4	-1,5
Campania	-0,8	0,8	0,0
Puglia	-1,0	0,5	-0,6
Basilicata	-4,3	0,5	-3,7
Calabria	-1,0	0,2	-0,8
Sicilia	-0,9	0,4	-0,6
Sardegna	-1,4	0,8	-0,6

Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S., 2019 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.9. Correlazione tra il numero di prestazioni SSN pro-capite erogate a regime (media 2018 – 2019) e variazione osservata durante la pandemia



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S., 2018 - 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Oltre alla variazione complessiva dei volumi, la figura 8.8. riporta le variazioni dei volumi nel biennio 2019 – 2020 e 2020 – 2021, dato che permette di osservare come le variazioni relative maggiori si siano verificate in quelle Regioni che presentano non solo un numero assoluto maggiore di prestazioni erogate, ma anche i valori maggiori di prestazioni medie pro-capite, come nel caso della Sardegna, Toscana, Lazio e Lombardia (Figura 8.6.).

Le Regioni a maggior consumo sono dunque anche quelle che in generale hanno osservato i maggiori numeri di prestazioni pro-capite "mancate" durante la pandemia – fenomeno evidente quando ci si concentra sulla correlazione tra il numero di prestazioni SSN erogate a regime (media 2018 – 2019) e la variazione osservata durante la pandemia (Figura 8.9.).

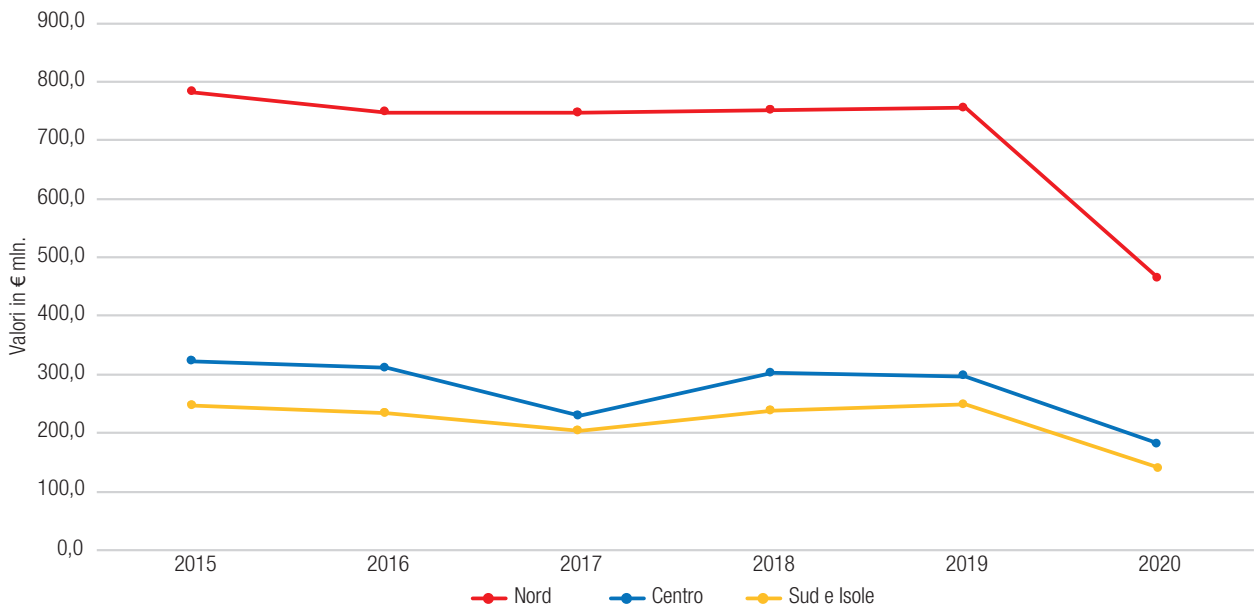
Stando a queste osservazioni, la pandemia di COVID non avrebbe evidenziato sempre e solo necessariamente un'inefficienza da parte delle Regioni nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ma anche una fisiologica perdita di prestazioni non necessarie.

8.4. Compartecipazione dei cittadini alla spesa

Nel 2020, ultimo anno per cui il Ministero della Salute ha reso disponibili i Conti Economici delle Aziende Sanitarie, la spesa per la compartecipazione dei cittadini alla spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata da strutture pubbliche ammonta a € 787,7 mln..

Il gettito della compartecipazione alla spesa nel 2020 ha registrato una riduzione del 39,4% rispetto all'anno precedente (Figura 8.10.).

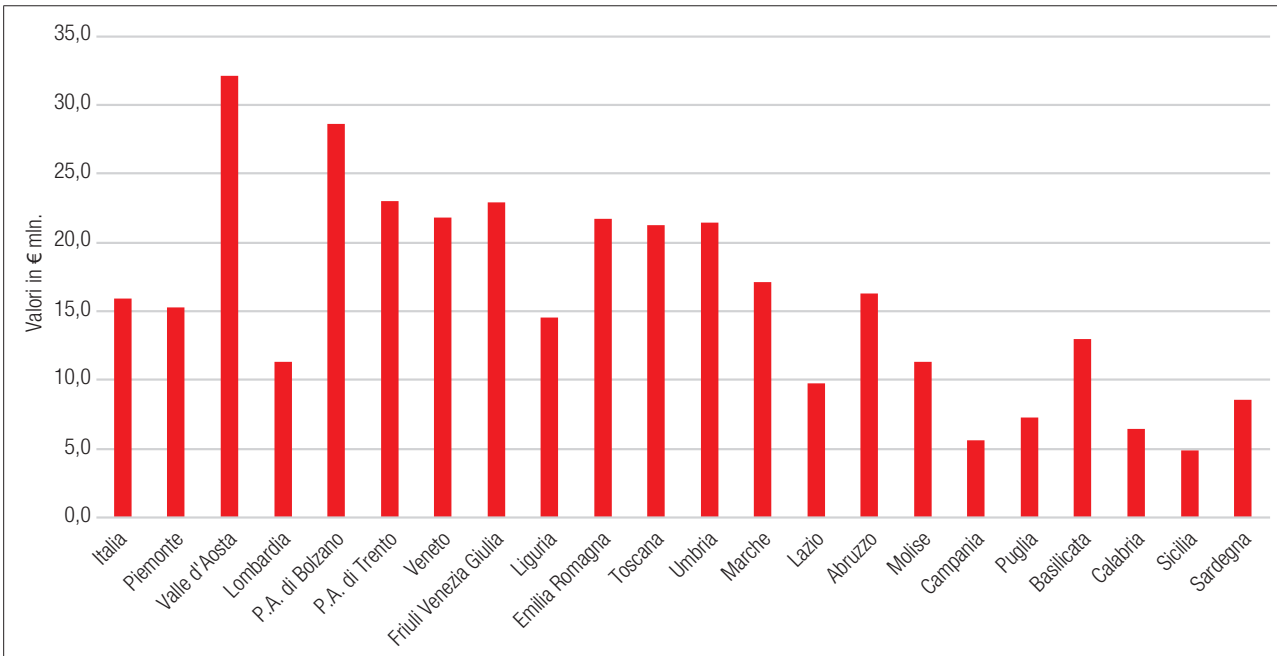
Figura 8.10. Andamento delle compartecipazioni alla spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata da strutture pubbliche



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2015 - 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nelle Regioni del Nord si è generato il 59,0% del gettito totale per la compartecipazione alle prestazioni di specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche, seguite dalle Regioni del Centro (23,0%), e dal Sud e Isole (18,0%).

Figura 8.11. Compartecipazioni pro-capite alla spesa per la specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 8.4. Compartecipazioni pro-capite alla spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche nel 2020 e variazioni annuali (20 vs 19).

Regioni	*Ticket* pro-capite (€)	Var. 2020/2019 (%)
Italia	13,2	-39,2
Piemonte	15,3	-44,6
Valle d'Aosta	32,1	-37,4
Lombardia	11,3	-43,9
P.A. di Bolzano	28,6	-18,9
P.A. di Trento	23,0	-31,1
Veneto	21,8	-32,5
Friuli Venezia Giulia	22,9	-33,5
Liguria	14,5	-49,6
Emilia Romagna	21,7	-33,8
Toscana	21,3	-37,2
Umbria	21,4	-35,1
Marche	17,2	-39,5
Lazio	9,7	-43,5
Abruzzo	16,3	-40,0
Molise	11,3	-27,0
Campania	5,6	-47,1
Puglia	7,3	-36,8
Basilicata	13,0	-37,9
Calabria	6,4	-46,6
Sicilia	4,9	-43,3
Sardegna	8,5	-44,3

Fonte: elaborazione su dati Istat e del Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020 la riduzione più marcata del gettito della compartecipazione si è verificato proprio nel Sud Italia e nelle Isole, che hanno riportato una contrazione del 43,0% rispetto al 2019, a fronte di una riduzione di circa 38,0 punti percentuali del gettito della compartecipazione nel resto d'Italia.

Nella figura 8.11. si osservano i valori di compartecipazione sulle prestazioni erogate dalle pubbliche.

Le maggiori entrate pro-capite per compartecipazioni dei cittadini sono riportate nei bilanci delle ASL della Valle d'Aosta (€ 32,1), seguita dalla P. A. di Bolzano (€ 28,6), e dal Friuli Venezia Giulia (€ 22,9), (Tabella 8.4.).

8.5. I ricavi della attività in intramoenia

La libera professione intramuraria ("intramoenia") fa riferimento a prestazioni fruibili da parte del paziente al di fuori dell'orario di servizio dei medici in una struttura sanitaria, ma con la possibilità di utilizzare la strumentazione e gli ambienti della struttura. A seguito del pagamento di una tariffa, il paziente ha così la possibilità di scegliere il proprio medico curante.

Nel 2020, i ricavi dell'attività intramoenia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ammontano a € 553,06 mln., con una riduzione del 31,0% rispetto al 2019 e del 27,3% rispetto al 2015 (Figura 8.12.).

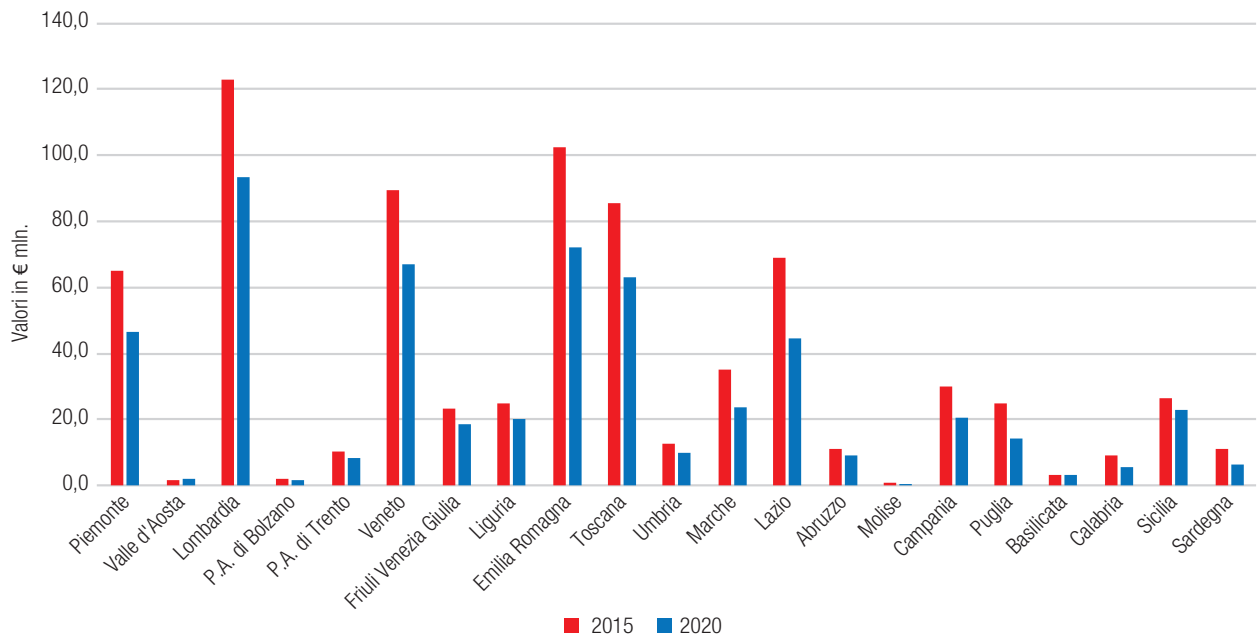
Oltre la metà dei ricavi per attività intramoenia 2020 è attribuibile a Lombardia (16,9%), Emilia Romagna (13,0%), Veneto (12,1%) e Toscana (11,4%).

Rispetto al 2015, le Regioni che hanno riportato la contrazione più significativa dei ricavi pro-capite sono state il Molise (92,0%), la Puglia (42,4%) e la Sardegna (41,9%).

Le Regioni con un Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite maggiore sono anche quelle che presentano un ricavo dall'attività di intramoenia pro-capite più elevato, confermando una correlazione positiva tra l'utilizzo di prestazioni sanitarie intramurarie e la disponibilità a pagare del cittadino, ovvero dal reddito pro-capite (Figura 8.13.).

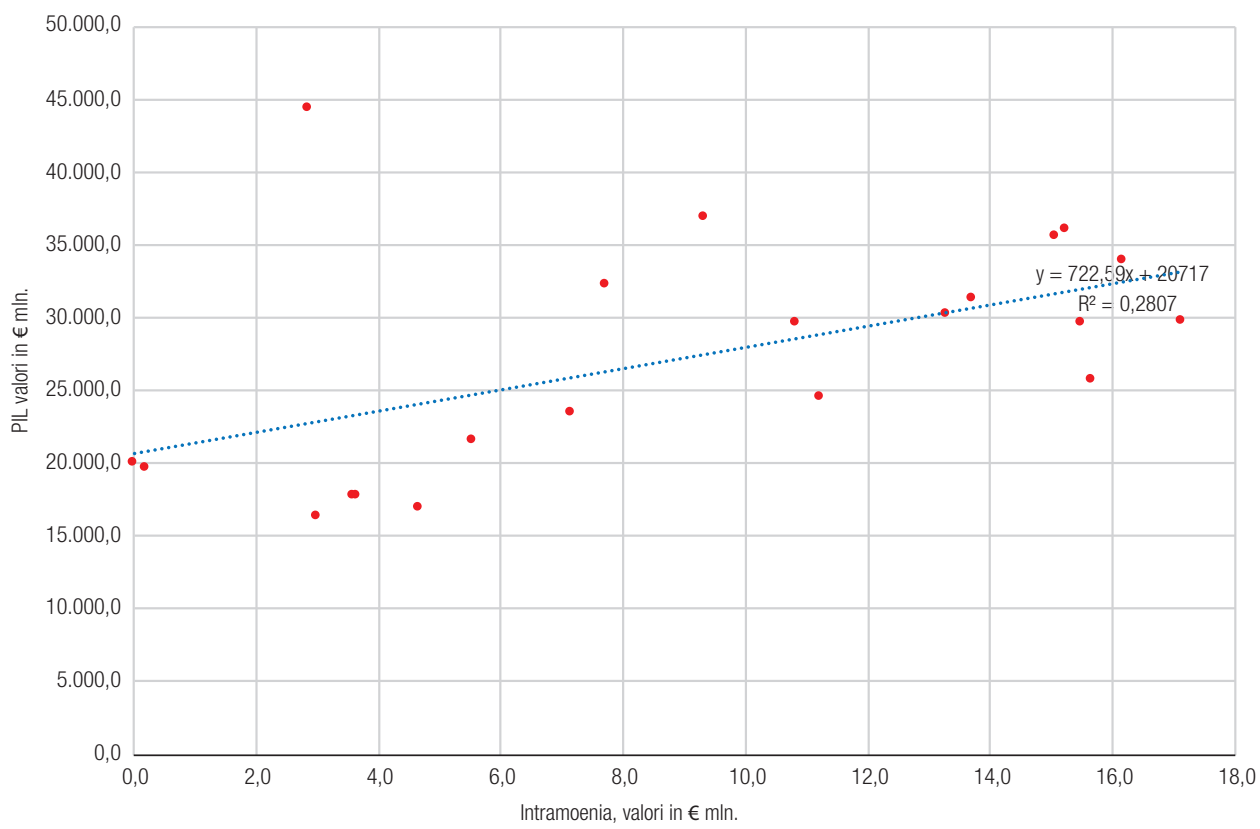
Un caso *outlier* è rappresentato dalla P.A. di Bolzano, Regione che a fronte del valore di PIL pro-capite più elevato a livello nazionale, pari a € 44.306,0, risulta essere la penultima Regione in Italia per ricavi intramoenia (€ 2,9 pro-capite), seconda solo al Molise (€ 0,2 pro-capite).

Figura 8.12. Ricavi dell'attività in intramoenia



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.13. Correlazione tra ricavi intramoenia e PIL pro-capite. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

8.6. Spesa per la specialistica ambulatoriale

Le principali fonti di dati per la stima della spesa SSN per la specialistica ambulatoriale sono rappresentate dagli aggregati annuali di Contabilità Nazionale dell'Istat e dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie resi disponibili dal Ministero della Salute (Istat, 2021; Ministero della Salute, 2021).

Tali fonti, però, non forniscono l'onere complessivo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, mancando i dati sulla spesa netta per la specialistica ambulatoriale erogata da strutture pubbliche, nonché quelli sulla compartecipazione alle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate e dalla spesa delle strutture private extra SSN: è quindi necessario provvedere in modo approssimato stimando le poste mancanti.

Secondo quanto riportato dall'Istat nelle analisi di Contabilità Nazionale relative alla spesa per consumi finali delle famiglie, la spesa *Out of Pocket* per i servizi ambulatoriali ammonta nel 2020 a € 16.957,6 mln. (Tabella 8.5). Se consideriamo questa spesa al netto delle spese per l'intramoenia (€ 553,1 mln.) e quelle per il *ticket* delle strutture pubbliche (€ 787,7 mln.) si ottiene una spesa di € 15.616,8 mln. che si può assumere come rappresentativa del valore della spesa *Out of Pocket* per prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata da strutture private, includendo l'intera spesa a carico del cittadino per le non accreditate e la compartecipazione per quelle pubbliche e accreditate.

La spesa netta per le prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate nel 2020, desunta dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie, è pari a € 5.484,1 mln..

Ipotizzando che la quota di spesa attribuibile alle prestazioni erogate in regime privatistico extra SSN sia nel *range* del 75,0% - 80,0% della spesa *Out of Pocket* complessiva, la spesa delle strutture private non accreditate si posizionerebbe in un range di € 11.712,6 - € 12.493,4 mln. e, per differenza, il *ticket* sulle prestazioni erogate da strutture private accreditate si attesterebbe a € 3.123,4 mln. - € 3.904,2 mln..

L'incidenza delle compartecipazioni per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture accreditate, risulta del 36,3% - 41,6%. Assumendo che l'incidenza sulle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche sia analoga, si può stimare un valore di spesa netta pari a € 1.106,5 - € 1.383,1 mln. e quindi una spesa lorda pari a € 1.894,3 - € 2.170,9 mln..

La spesa pubblica totale per prestazioni ambulatoriali specialistiche potrebbe quindi attestarsi nel *range* € 10.501,7 - € 11.559,2 mln..

Con le ricostruzioni descritte, la spesa totale per la specialistica ambulatoriale erogata dal SSN risulterebbe nel *range* € 26.118,5 - € 27.176,0 mln..

Rimangono extra SSN € 11.712,6 - € 12.493,4 mln. di prestazioni acquistate presso strutture non accreditate e in quelle accreditate a pagamento intero.

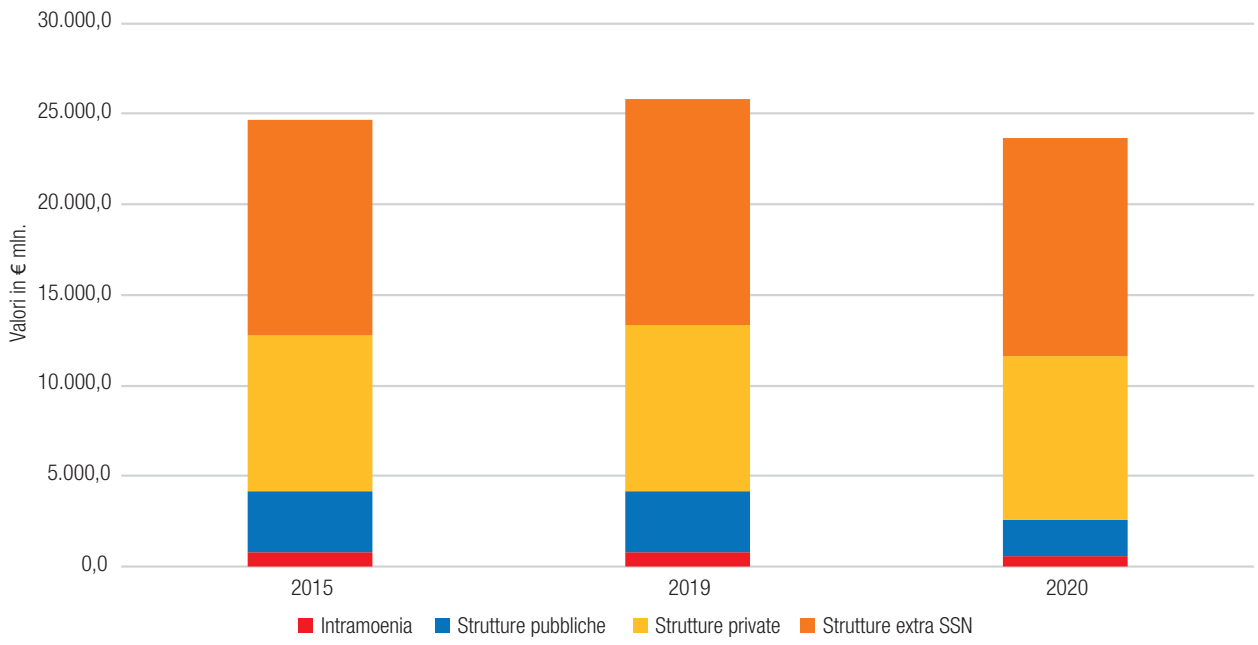
In definitiva, la spesa totale per la specialistica ambulatoriale erogata risulterebbe nel *range* € 22.767,4 - € 24.605,7 mln. di cui il 46,4% erogata dal SSN e il restante 53,6% extra SSN o acquistato intramoenia.

Tabella 8.5. Stima spesa per specialistica ambulatoriale e sue componenti. Anno 2020

Tipologia di spesa specialistica	Spesa (€ mln.)
Spesa *Out of Pocket* servizi ambulatoriali	16.957,6
Spesa intramoenia	553,1
***Ticket* strutture pubbliche**	787,7
Spesa *Out of Pocket* servizi ambulatoriali al netto di spese intramoenia e *ticket* strutture pubbliche	15.616,8
Spesa in strutture private extra SSN	11.712,6 - 12.493,4
***Ticket* strutture accreditate**	3.123,4 - 3.904,2
Spesa netta strutture private accreditate	5.484,1
Spesa lorda strutture accreditate	8.607,5 - 9.388,3
Spesa netta strutture pubbliche	1.106,5 - 1.383,1
Spesa lorda strutture pubbliche	1.894,3 - 2.170,9
Spesa pubblica totale	10.501,7 - 11.559,2
Spesa totale	22.767,4 - 24.605,7

Fonte: elaborazione su dati Istat e del Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.14. Andamento della spesa sanitaria totale per specialistica ambulatoriale



Fonte: elaborazione su dati Istat e del Ministero della Salute,2020 - © C.R.E.A. Sanità

Infine, la figura 8.14. riporta l'andamento della spesa sanitaria totale e delle sue componenti negli anni 2015, 2019 e 2020. Oltre alla riduzione della spesa corrispondente alla flessione negativa dei consumi già descritta nel capitolo, si osserva come le strutture pubbliche (per quanto concerne sia le prestazioni erogate in forma accreditata che in regime di intramoenia) abbiano registrato la maggiore riduzione negli introiti, con una riduzione del 31,0% dei ricavi intramoenia, e del 39,0% dei ricavi delle strutture pubbliche nel 2020 rispetto al 2019, a fronte di una riduzione del 3,0% degli introiti della privata non accreditata. Questo risultato conferma l'osservazione di una generale diffidenza da parte dei pazienti a recarsi in strutture ospedaliere pubbliche durante la pandemia.

8.7. Riflessioni finali

I dati ad oggi disponibili hanno permesso di quantificare una spesa pubblica per l'assistenza specialistica ambulatoriale nel 2020 pari a € 10.501,7 - € 11.559,2 mln. ed una spesa totale pari a € 22.767,4 - € 24.605,7 mln.

La pandemia di COVID ha fortemente impattato l'erogazione di assistenza specialistica ambulatoriale, con una riduzione dei volumi in tutte le Regioni, che ha raggiunto un picco di -3,7 prestazioni pro-capite in Basilicata nel periodo 2019 – 2021. Il fenomeno della rinuncia o del rinvio delle cure appare molto rilevante in un settore che generalmente include visite poco invasive o non urgenti, analisi di laboratorio o servizi sanitari di *routine* che durante la pandemia potrebbero essere stati percepiti dai pazienti come rinviabili, soppesando il rischio di esposizione al virus COVID all'interno di strutture sanitarie.

Già dal primo trimestre del 2021 si è osservato un generale aumento nel numero di prestazioni pro-capite erogate rispetto al 2020. Considerando però la variazione complessiva dei volumi di prestazioni osservate prima e dopo la pandemia, solo la Toscana riporta un valore positivo di 0,2 prestazioni pro-capite erogate. Questo dato, benché suggerisca un parziale riavvicinamento al flusso di attività pre-pandemico, non riesce a pareggiare la flessione negativa del 2020, né tantomeno a recuperare le prestazioni

perse, fenomeno che sarebbe risultato in un aumento delle prestazioni annuali medie erogate rispetto al 2019. I fondi stanziati con questo scopo non risultano dunque al momento aver risolto lo scarto di attività rispetto al biennio 2018 – 2019.

Di particolare interesse, ma che necessita di ulteriori riflessioni in futuro, è il fenomeno di una riduzione più marcata dei volumi in quelle Regioni che generalmente erogano il numero maggiore di prestazioni di specialistica ambulatoriale. Ciò evidenzia come nell'insieme di prestazioni "perse" a causa delle difficoltà affrontate dalle Regioni durante la pandemia, vi sia anche una quota di prestazioni in realtà inappropriate, non erogate durante il recupero delle attività a seguito, probabilmente, della risoluzione spontanea del bisogno sanitario.

Un impatto analogo è evidente nel calo dei ricavi derivanti dalla compartecipazione, particolarmente nelle Regioni del Sud e Isole, con una riduzione nel 2020 pari al 43,0% rispetto al 2019. In base ai dati disponibili non è però ancora possibile quantificare il potenziale recupero avvenuto nel 2021. In particolare, la riduzione del 39,4% nel gettito della compartecipazione alla spesa osservata nel 2020 a livello nazionale è in linea con la riduzione del 39,0% della spesa totale stimata, ad indicare che la flessione negativa nella compartecipazione sia principalmente ascrivibile alla riduzione delle prestazioni erogate e non ad una variazione nell'incidenza del *ticket* stesso sulla spesa per le singole prestazioni. Il fenomeno della riduzione dei consumi e della rinuncia a visite di specialistica ambulatoriale ha riguardato anche i ricavi relativi alle prestazioni intramoenia, con una riduzione del 31,0% a livello nazionale nel 2020. Inoltre, rispetto all'anno precedente, l'incidenza dei ricavi per le prestazioni in intramoenia sulla spesa totale sono passati dal 3,1% al 2,3%, con ogni probabilità a seguito dell'esitazione da parte dei pazienti a recarsi in strutture ospedaliere. A livello regionale si osserva una certa eterogeneità nella riduzione dei ricavi generati dall'intramoenia. Se la Basilicata (-0,8%) e la Valle d'Aosta (3,6%) hanno riportato ricavi quasi invariati rispetto al 2015, la Sardegna, Puglia e Molise hanno registrato una riduzione di oltre il 40,0%.

Rimane marcata la correlazione tra PIL pro-capite e il consumo di attività intramoenia da parte dei cittadini, fenomeno che suggerisce l'importanza della scelta dello specialista o la riduzione dell'attesa per una prestazione sanitaria da parte di utenti con una maggiore *ability to pay*. Fa eccezione la P.A. di Bolzano, che con il PIL pro-capite più elevato tra le Regioni Italiane, riporta ricavi per le attività in intramoenia tra i più ridotti a livello nazionale.

Complessivamente, il quadro che si delinea per l'assistenza specialistica ambulatoriale sembra riassumibile nei seguenti punti:

- un livello assistenziale in larga misura a carico della spesa privata delle famiglie (le stime della spesa pubblica la attesterebbero a meno del 50,0% del totale)
- una offerta dimensionalmente molto frazionata
- il permanere di una quota significativa di prestazioni potenzialmente inappropriate
- una carente gestione pubblica degli accessi durante la pandemia: per il blocco in primis delle prestazioni non urgenti, ma che ha trovato riflesso anche in una riduzione della domanda di prestazioni in intramoenia
- un insufficiente recupero delle prestazioni "perse" a causa della pandemia, che si riavvicinano nel 2021 ai livelli pre-pandemici, senza però raggiungerli e senza dare segno di "recupero" delle prestazioni non effettuate.

Riferimenti bibliografici

Age.Na.S. (2021). *Portale COVID-19 - Report Specialistica Ambulatoriale*

Istat. (2021). *Principali aggregati annuali di Contabilità Nazionale: Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (Coicop 3 cifre) e durata.*

Ministero della Salute. (2021). *Archivio banca dati economico-finanziari regionali*

Regione Campania (2021). *Sanità, approvato il piano di recupero liste d'attesa: fondi aggiuntivi per i budget della specialistica*

ENGLISH SUMMARY

New evidence on the expenditure and consumption of the outpatient specialist

The COVID pandemic strongly impacted various sectors of the Italian National Health Service (NHS). Outpatient specialist care was subjected to a significant reduction in the number of services delivered to the population, ultimately resulting in a reduction of the overall expenditure. This phenomenon is partially linked to the very nature of outpatient care, which requires patients to go to a healthcare facility. During the pandemic, patients likely feared an increased risk of COVID exposure within healthcare facilities, thus postponing doctor appointments, especially in the case of services perceived as less urgent.

For the year 2020, we estimated a public expenditure for outpatient specialist care of € 10,501.7 - € 11,559.2 million and a total expenditure of € 22,767.4 - € 24,605.7 million.

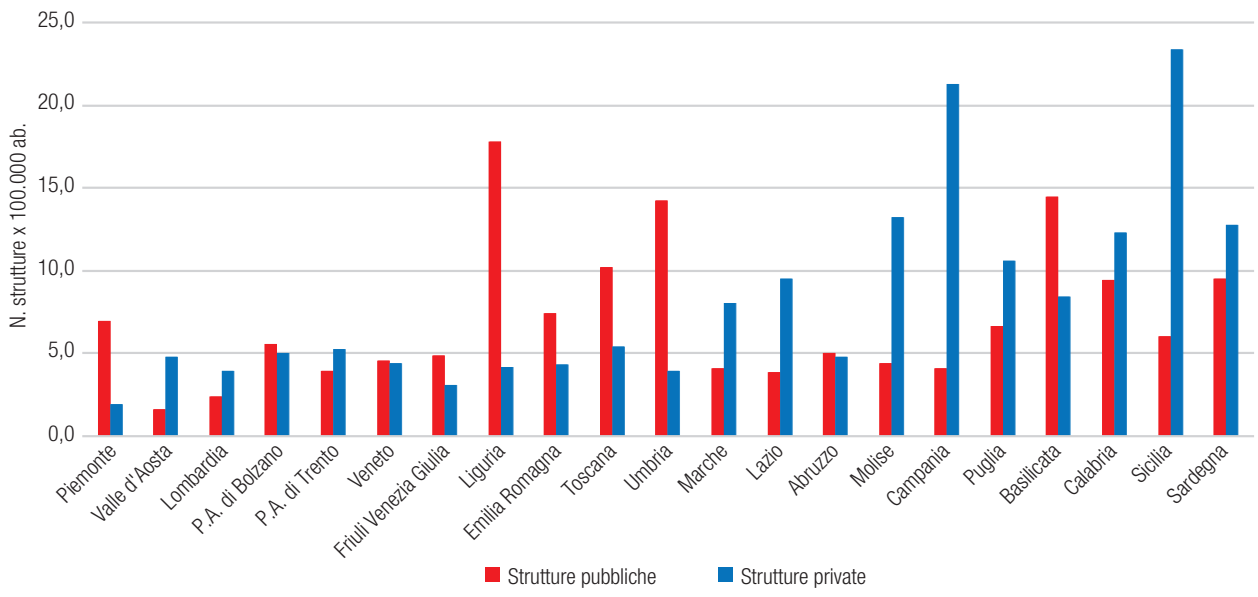
The COVID pandemic strongly impacted the provision of outpatient specialist care at a nation-wide level, with a reduction in the number of services per-capita that peaked at -3.7 in Basilicata in the period 2019–2021. The number of services experienced a general increase in the first trimester of 2021, while only Toscana reported a positive overall variation, considering the years 2019–2021. Although these data suggest a positive trend, this increase fails to even out the 2020 negative drop and to recover the lost services.

An interesting element, which requires further investigation, is the phenomenon of a more pronounced reduction in those regions that generally provide the greatest number of outpatient specialist services. This suggests that among the lost services there might be a number of "inappropriate" ones that were not recovered, as most likely the healthcare issue solved spontaneously.

The COVID pandemic similarly affected the revenues derived from patient co-payments, which experienced a significant drop, particularly in Southern Italy, with a 43.0% reduction in 2020 compared to 2019. Also, a similar trend was reported for intramoenia services, which displayed a reduction of 31.0% at a national level in 2020. Moreover, the share of total expenditure attributable to intramoenia services fell from 3.1% to 2.3%, likely as a result of patients' hesitation to go to hospital facilities. Finally, the analysis highlighted a marked correlation between the consumption of intramoenia services and the per-capita GDP, suggesting the importance of the choice of a specialist or the reduction of waiting lists by patients with a greater ability to pay.

Overall, the outpatient specialist care in Italy appeared highly fragmented and characterised by a significant Out of Pocket private expenditure. Also, the data highlighted the presence of potentially inappropriate services that contributed to the failure in recovering the activities "lost" in 2020, primarily caused by an inadequate healthcare management.

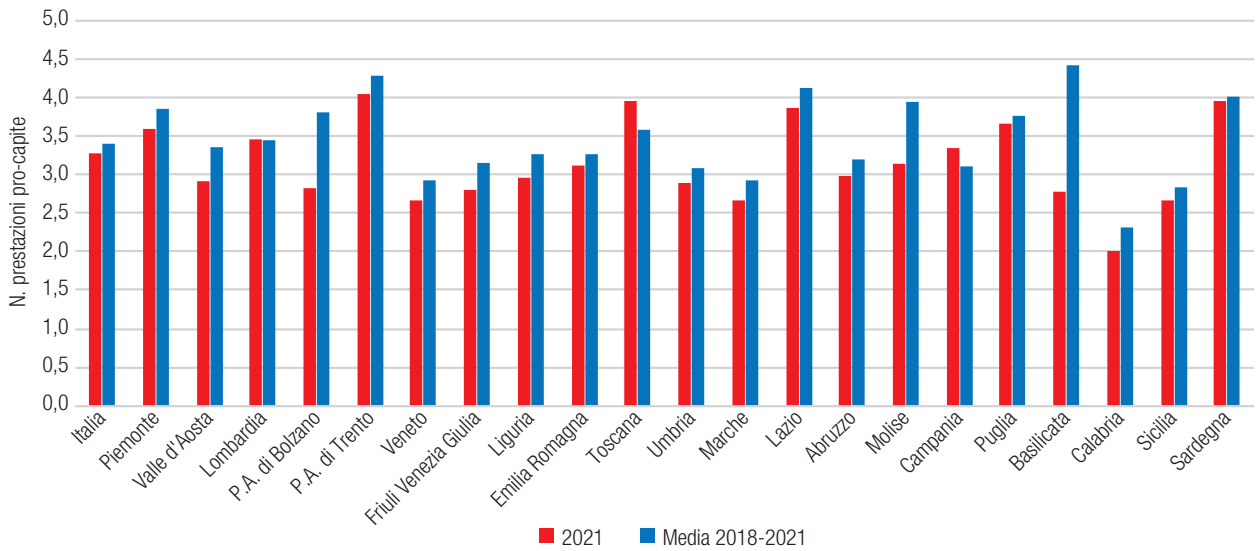
KI 8.1. Densità di ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia si registrano in media 6 strutture sanitarie pubbliche e 9 strutture private accreditate ogni 100.000 abitanti. La Liguria risulta essere la Regione con il maggior numero di strutture pubbliche (18 ogni 100.000 abitanti), seguita da Umbria e Basilicata (14 strutture ogni 100.000 abitanti). Le Regioni con la minor densità di strutture pubbliche risultano essere la Lombardia (2 strutture ogni 100.000 abitanti) e la Valle d'Aosta (2 strutture ogni 100.000 abitanti). Per quanto riguarda le strutture private accreditate, invece, si osserva un numero maggiore di strutture nel Sud d'Italia, con 23 strutture ogni 100.000 abitanti in Sicilia, seguita dalla Campania (21 strutture), a fronte di una media di 4 strutture private ogni 100.000 abitanti nelle Regioni del Nord, e 7 in media nelle Regioni del Centro Italia.

KI 8.2. Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dal SSN (popolazione standardizzata)*

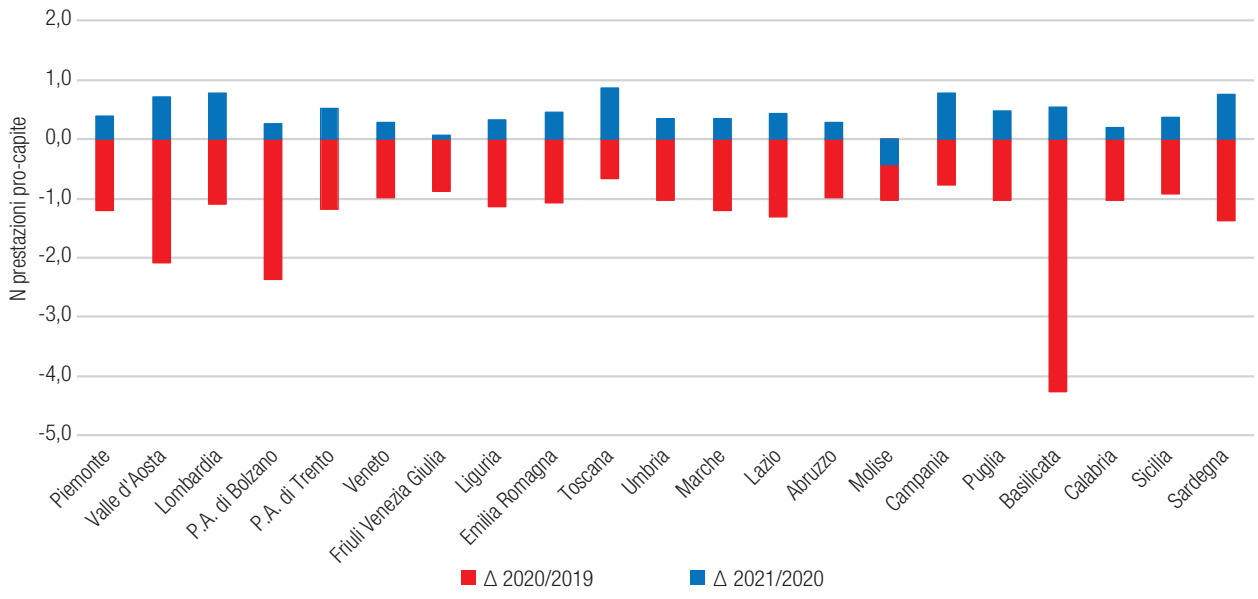


*La popolazione è stata standardizzata impiegando i pesi previsti nelle Delibere CIPE

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2021, vengono erogate dal SSN in media 3,3 prestazioni di specialistica ambulatoriale per abitante, valori ancora inferiori di 0,5 prestazioni per abitante rispetto al periodo prepandemico (3,8). La Regione che presenta i valori più alti di consumo pro-capite risulta essere la P.A. di Trento, con 4,1 prestazioni pro-capite, seguita dalla Toscana e dalla Sardegna (4,0), e dal Lazio (3,9). Le Regioni con minore consumo sono la Calabria (2,0 prestazioni pro-capite), il Veneto (2,7), e le Marche. La differenza di consumo fra le Regioni ai due estremi è pari al 50,6%. Lombardia, Toscana e Campania risultano essere le uniche Regioni che nel 2021 hanno riportato un valore di prestazioni pro-capite superiore alla media nel periodo 2019 - 2021.

KI 8.3. Variazione volumi prestazioni SSN erogate da strutture accreditate (pubbliche e private) per residente (popolazione standardizzata*)

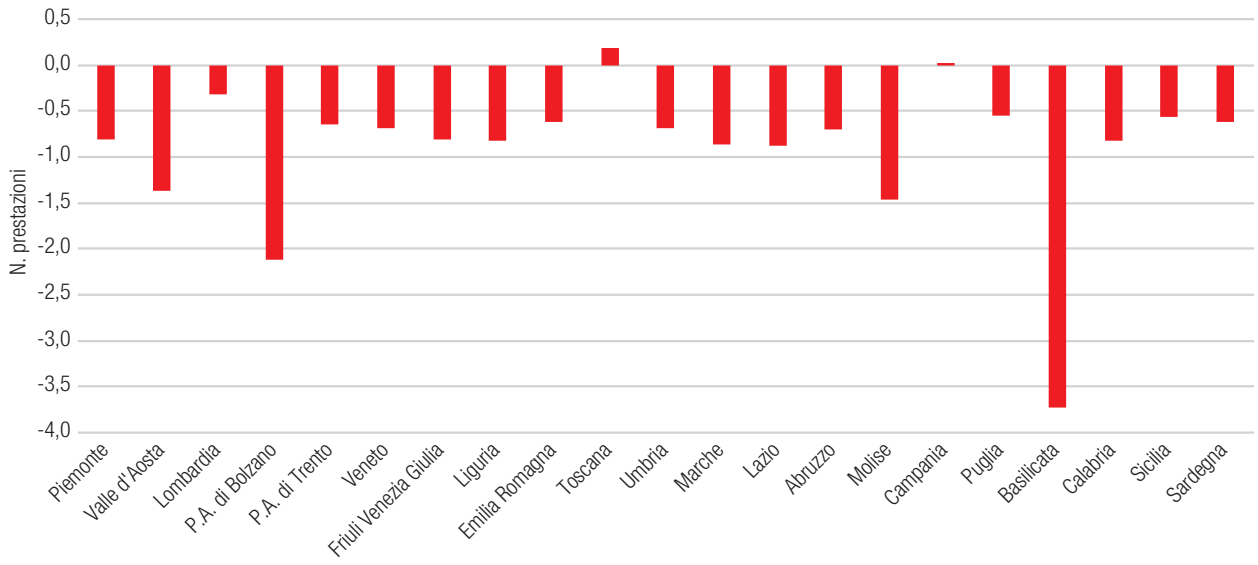


*La popolazione è stata standardizzata impiegando i pesi previsti nelle Delibere CIPE

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

La Basilicata presenta tra il 2019 e il 2020 la perdita più significativa di prestazioni di specialistica ambulatoriale (-4,3 per residente) ed una variazione positiva tra il 2020 e il 2021 pari a 0,5 prestazioni per residente. Le Regioni P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta e Sardegna, tra il 2019 e il 2020, hanno subito una riduzione dei volumi superiore a 1,4 prestazioni pro-capite, mentre le restanti Regioni hanno mostrato riduzioni inferiori ad 1,3 prestazione per residente. Nel 2021, tutte le Regioni hanno riportato un incremento delle prestazioni pro-capite rispetto al 2020, fatta eccezione per il Molise, che ha presentato un'ulteriore riduzione di 0,4 prestazioni per residente.

KI 8.4. Variazione complessiva volumi prestazioni SSN erogate da strutture accreditate (pubbliche e private) per residente (popolazione standardizzata*) nel periodo 2019 - 2021

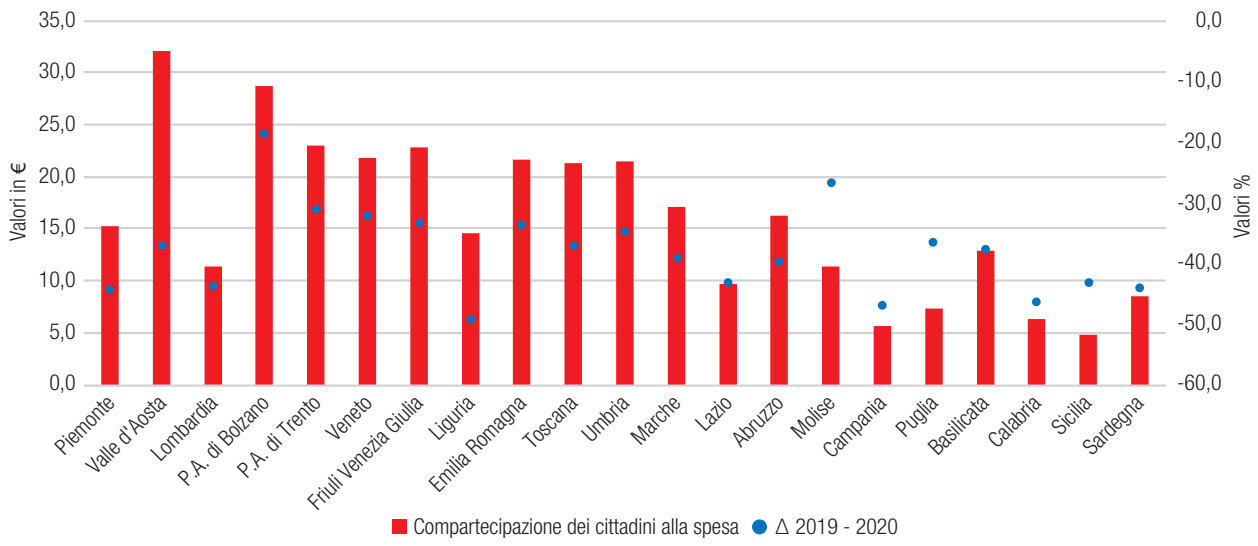


*La popolazione è stata standardizzata impiegando i pesi previsti nelle Delibere CIPE

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Considerando il periodo 2019 - 2021, la Basilicata risulta essere la Regione con la più significativa riduzione dei volumi di prestazioni pro-capite (-3,7). Le Regioni P.A. di Bolzano, Molise e Valle d'Aosta, tra il 2019 e il 2021, hanno subito una riduzione dei volumi superiore a 1,4 prestazioni pro-capite, mentre le restanti Regioni hanno mostrato riduzioni inferiori ad 1,0 prestazione per residente. La Toscana è l'unica Regione con una variazione complessiva tra il 2019 e il 2021 positiva, pari a 0,2 prestazioni pro-capite.

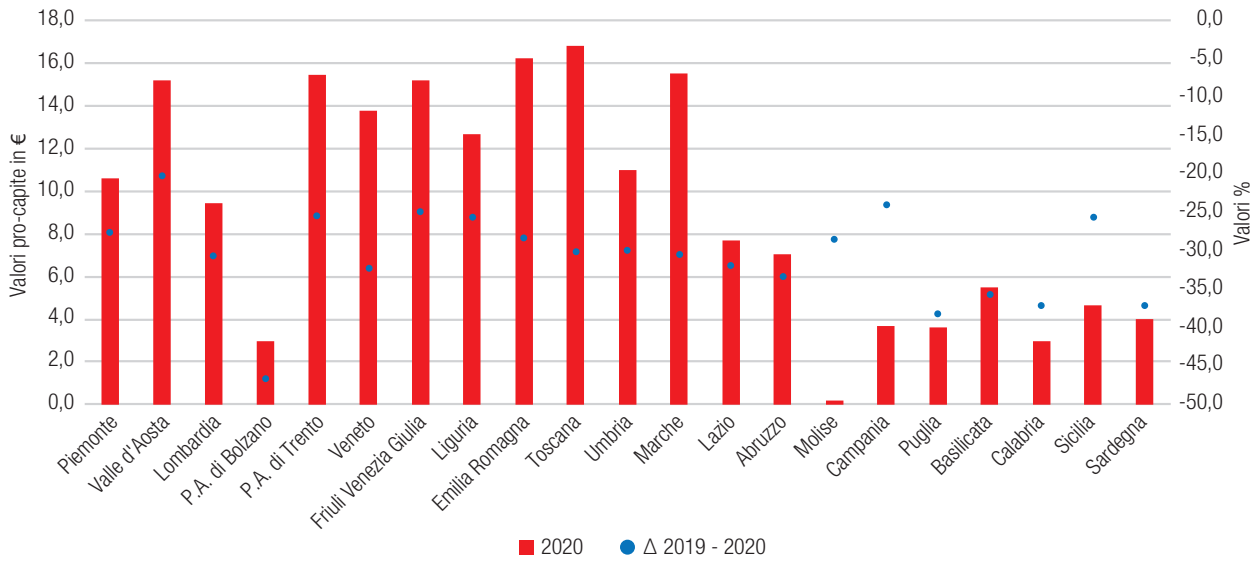
KI 8.5. Compartecipazione pro-capite dei cittadini alla spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche



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

Nel 2020, le compartecipazioni dei cittadini alla spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche (come risultante dai conti economici delle Aziende sanitarie) sono in media pari a € 13,2 pro-capite; il valore massimo si registra in Valle d'Aosta (€ 32,1), seguita dalla P. A. di Bolzano (€ 28,6), e dal Friuli Venezia Giulia (€ 22,9); in valori minori si registrano in Sicilia (€ 4,9) e Campania (€ 5,6). La differenza fra la Regione con il valore massimo e minimo è di € 27,2 (84,7%). Rispetto al 2019, si osserva una riduzione dei livelli in tutte le Regioni, con un picco del -49,6% in Liguria e la riduzione minima del -18,9% nella P.A. di Bolzano.

KI 8.6. Ricavi per prestazioni erogate in intramoenia



Fonte: elaborazione su dati Age.Na.S. - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, i ricavi dell'attività intramoenia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nelle strutture pubbliche ammontano a € 553,1 mln. (€ 9,3 pro-capite), con una riduzione del -31,0% (-30,2% in valori pro-capite) rispetto al 2019. La Regione con il valore maggiore pro-capite è la Toscana (€ 16,8), seguita da Emilia Romagna (€ 16,2) e Marche (€ 15,5). La Regione con il valore minore pro-capite è il Molise (€ 0,2), seguita dalla P.A. di Bolzano (€ 3,0) e Calabria (€ 3,0). Fra la Regione con l'incidenza massima e minima la differenza è di € 16,6 (98,8%). La Regione con la massima riduzione nell'ultimo anno dei ricavi pro-capite dell'intramoenia è la P.A. di Bolzano (-46,9%); mentre quella che ha registrato la minore riduzione è la Valle d'Aosta (-20,5%).

Capitolo 9

Assistenza Farmaceutica

Pharmaceutical care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 9
Assistenza farmaceutica

Polistena B.[1], Spandonaro F.[2], d'Errico M.[1]

9.1. La spesa farmaceutica totale

Nel 2021, in Italia, la spesa farmaceutica complessiva sfiora i € 31 mld.; di questa il 70,2% risulta a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Tabella 9.1.).

Nello specifico la spesa farmaceutica pubblica si attesta a € 21,7 mld. mentre quella privata a € 9,2 mld. (29,8% della spesa farmaceutica totale).

Tabella 9.1. Spesa farmaceutica in Italia, € mln.

	2015	2020	2021****
Convenzionata netta*	8.477,0	7.615,0	7.582,9
Distribuzione diretta e per conto fascia A	4.921,0	4.259,4	4.396,5
Ospedaliera	7.594,0	9.284,4	9.690,1
Compartecipazioni alla spesa	1.540,0	1.487,0	1.481,6
Classe A privato	1.309,0	1.527,7	1.643,8
Classe C privata	2.642,0	3.269,1	3.466,4
Automedicazione SOP e OTC	2.429,0	2.133,7	2.336,9
Esercizi commerciali	301,0	249,7	286,9
Spesa pubblica	20.992,0	21.158,8	21.669,5
di cui Spesa territoriale	13.398,0	11.874,4	11.979,4
Payback **	495,3***	2.132,0	1.068,4
Spesa pubblica effettiva (al netto del *payback*)	20.496,7	19.026,8	20.601,0
Spesa privata	8.221,0	8.667,2	9.215,6
Spesa totale	29.213,0	29.826,0	30.885,1
di cui Farmaci rimborsabili	22.301,0	22.686,5	11.979,4
Spesa totale al netto del *payback*	28.717,7	27.694,0	29.816,6

* 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 € 2.136,6 mln. e gli antivirali anticorpi monoclonali pari a € 147,3 mln.

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. e Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2021 - © C.R.E.A. Sanità

[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
[2] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

All'interno della spesa pubblica, la spesa convenzionata netta è pari a € 7.582,9 mln. (24,6% della spesa totale); la Distribuzione Diretta e per Conto dei farmaci di fascia A a € 4.396,5 mln. (14,4%); l'Ospedaliera a € 9.690,1 mln. (31,4%).

Sul versante della spesa sostenuta direttamente dalle famiglie, la Classe A privata acquistata direttamente dalle famiglie incide per il 5,3% del totale della spesa totale; la Classe C con ricetta per l'11,2%; la spesa per Automedicazione per il 7,6%; infine, le compartecipazioni alla spesa dei cittadini per il 4,8%.

Si noti che l'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di classe A rimborsabili dal SSN, riduce l'onere pubblico di € 1,6 mld..

Tra il 2015 e il 2021, la spesa pubblica si è incrementata del 3,2% (0,6% medio annuo), mentre quella privata del 12,1% (2,3% medio annuo) (Figura 9.1.).

Il costo effettivo per il SSN, nel 2021, per effetto del *payback,* è però inferiore e stimabile in € 20,6 mln.. Quest'ultimo, si è andato notevolmente riducendo a seguito della introduzione, nel 2021, dei i nuovi tetti di spesa: questi sono stati portati al 7,0% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per la convenzionata, al 7,65% per gli acquisti diretti e allo 0,2% per gli acquisti diretti per i gas medicinali.

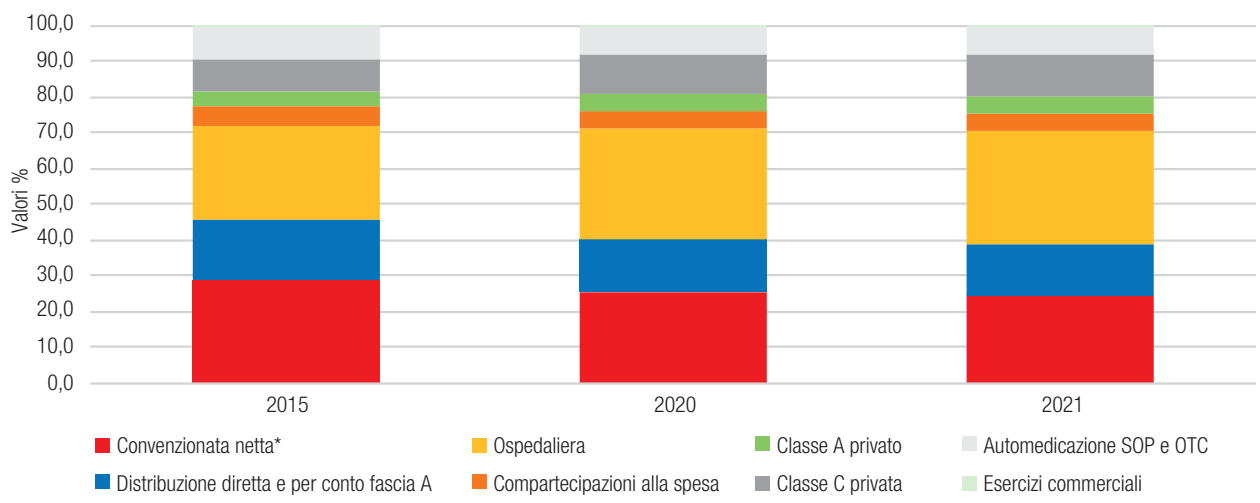
In prospettiva, è attesa una ulteriore contrazione del *payback,* a seguito del progressivo rialzo del peso della componente acquisti diretti che verrà portata all'8,00% nell'anno in corso (+0,35 punti percentuali rispetto al 2021), all'8,15% nel 2023 (+0,15 punti percentuali rispetto all'anno precedente) e all'8,30% nel 2024 (+0,15 punti percentuali rispetto all'anno precedente), mantenendo ferme le indicazioni per la componente territoriale e dei gas: in pratica un incremento del tetto complessivo che passerà dal 14,85% del 2021 al 15,5% del 2024 (Legge di Bilancio).

Fra il 2015 e il 2021, nella composizione della spesa la quota della convenzionata netta si è ridotta di -4,5 punti percentuali (p.p.) e quella per distribuzione diretta e per conto di fascia A di -2,6 p.p., mentre la spesa ospedaliera è aumentata di 5,5 p.p..

Per quanto concerne la spesa privata, la quota delle compartecipazioni dei cittadini si è ridotta di -0,5 p.p., l'automedicazione di -0,7 p.p., la spesa per esercizi commerciali di -0,1 p.p.; di contro la Classe A acquistata privatamente è aumentata di 0,8 p.p. e la Classe C di 2,2 p.p..

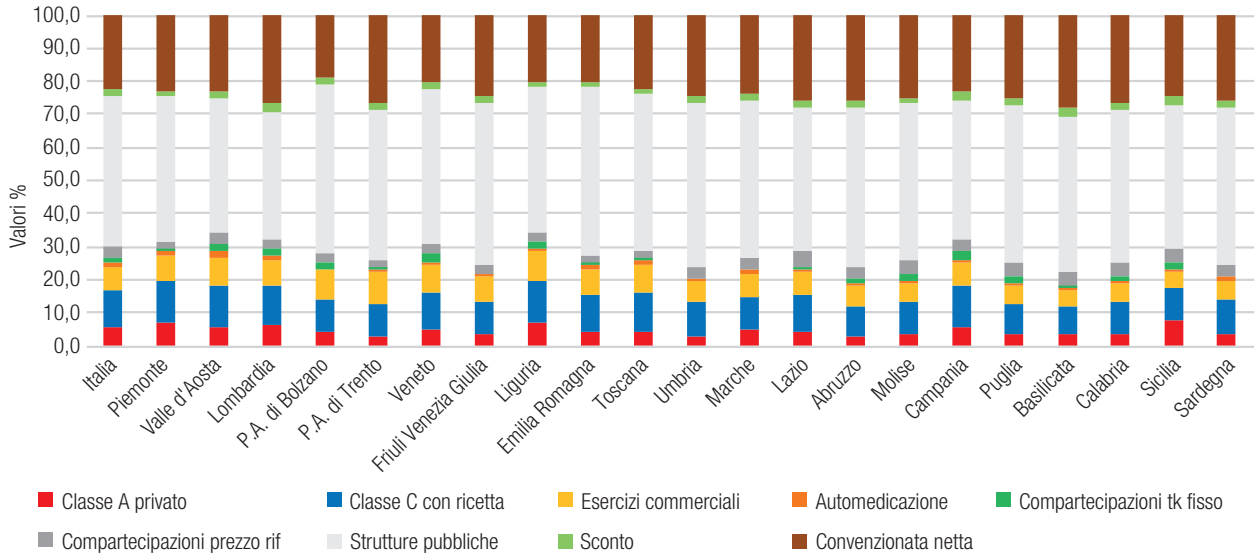
A livello regionale, la spesa delle strutture pubbliche (che comprende l'ospedaliera e la distribuzione diretta e per conto) incide in modo difforme: fra il 50,9% della P.A. di Bolzano e il 38,3% della Lombardia.

Figura 9.1. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2021



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

Figura 9.2. Composizione della spesa farmaceutica totale regionale. Anno 2021



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

L'incidenza della spesa per i farmaci erogati dalle farmacie in regime di assistenza convenzionata netta, passa dal 19,2% nella P.A. di Bolzano al 28,3% in Basilicata.

L'incidenza della spesa di Classe A privata passa dall'1,1% in Umbria al 7,7% della Sicilia; la Classe C con ricetta dal 7,8% della Basilicata al 12,9% della Basilicata; l'incidenza della spesa per Automedicazione dal 5,1% della Basilicata al 9,6% della P.A. di Bolzano; le compartecipazioni dal 2,7% della Toscana al 6,2% della Sicilia (Figura 9.2.).

La spesa farmaceutica pubblica

In termini pro-capite, la spesa farmaceutica pubblica a livello nazionale risulta pari a € 358,7, con un incremento del 2,4% nell'ultimo anno e dello 0,5% medio annuo nel periodo 2015-2021.

La spesa convenzionata, al netto delle compartecipazioni e degli sconti, ammonta a € 24,6 pro-capite, in riduzione del -0,4% nell'ultimo anno e del -1,8% medio annuo rispetto al 2015.

La spesa per farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, al netto di quella di Classe A erogata in forma diretta o per conto è risultata di € 31,4 pro-capite, in crescita del 4,4% nell'ultimo anno e del 4,1% medio annuo rispetto al 2015.

Quella della distribuzione diretta e per conto è pari a € 14,2 pro-capite e si è ridotta del -3,2% nell'ultimo anno e dell'1,9% medio annuo rispetto al 2015.

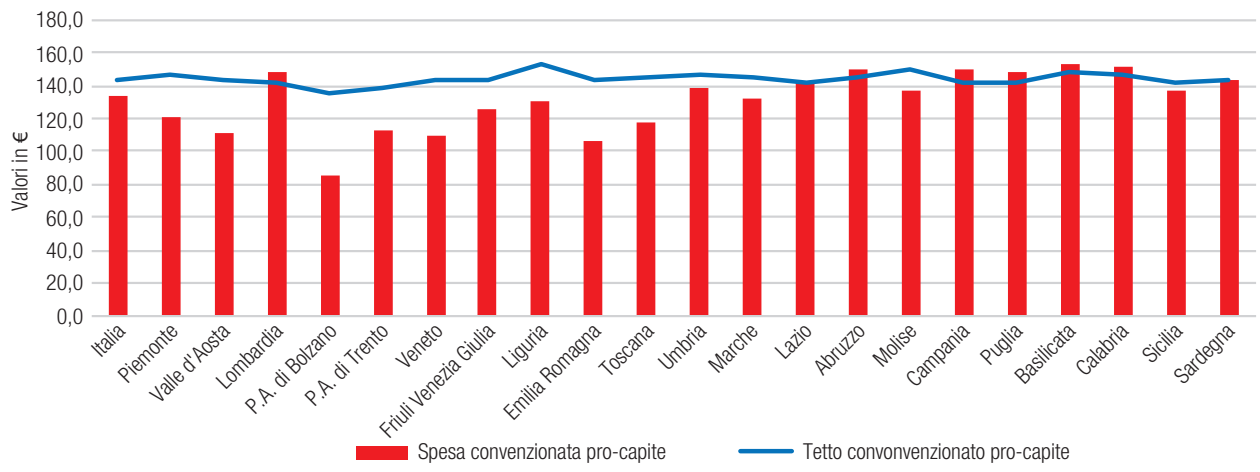
Nel 2021 solo Valle d'Aosta e Lombardia riescono a rispettare il tetto della farmaceutica ospedaliera (Figura 9.4.): anche ipotizzando un unico tetto, scelta che peraltro implicherebbe il rivedere, unificandole, le regole di ripiano che sono difformi per le due poste (acquisti diretti e convenzionata) 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 9.3.).

Sardegna, Umbria e Abruzzo sono le Regioni che registrano il maggiore sforamento del tetto (oltre € 65 pro-capite).

La spesa ospedaliera si è attestata al 9,42% del FSN, superando il *target* del 7,65%: a livello nazionale

Come anticipato, la Legge di Bilancio 2021 (art. 1, commi 475-477, L.n. 178 del 2020) ha rimodulato i tetti della spesa per l'assistenza ospedaliera e convenzionata, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN.

Figura 9.3. Spesa farmaceutica* e tetto riunificato. Anno 2021



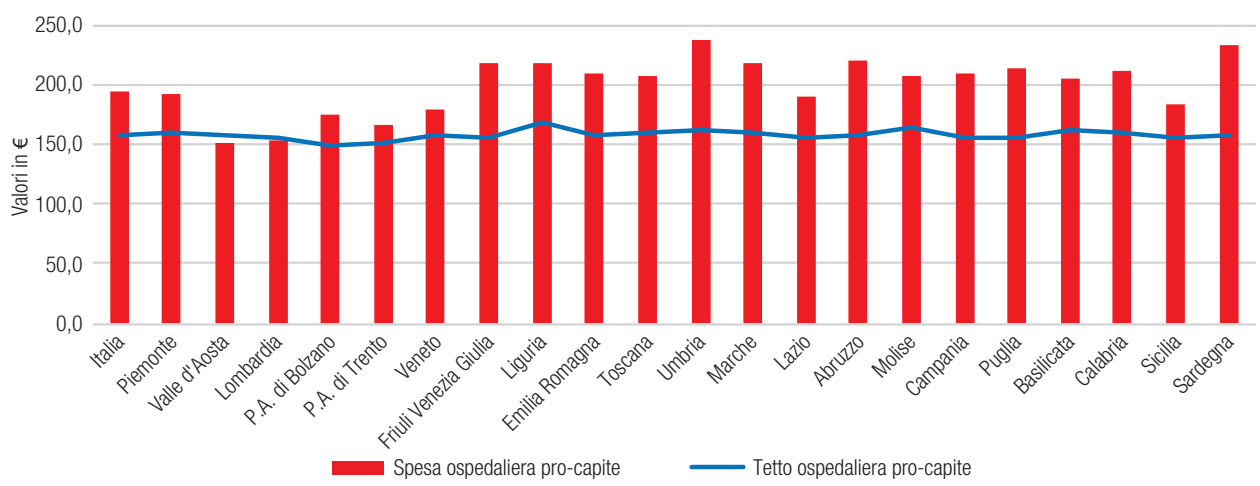
* Spesa al netto del *payback*

Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2021 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

La quota destinata all'assistenza ospedaliera è aumentata, ed essendo quella in cui si registra lo sforamento, si è ridotto notevolmente il *payback,* pur permanendo uno sforamento previsto per il 2022 di € 2,1 mld. (€ 36,2 pro-capite) di cui il 50% da ripianare a carico delle aziende farmaceutiche.

Applicando i nuovi tetti di spesa rideterminati per l'anno 2022 ai dati di spesa ospedaliera 2021, permarrebbe uno sforamento pari a € 1,9 mld. raggiungendo i livelli del 2019: le misure messe in campo per la nuova *governance* non sembrano, quindi, sufficienti a sanare la complessa situazione. A conferma di ciò, il dato di Monitoraggio delle spesa Farmaceutica dei primi 3 mesi del 2022 fa stimare che la spesa ospedaliera possa raggiungere uno sforamento di oltre € 2 mld..

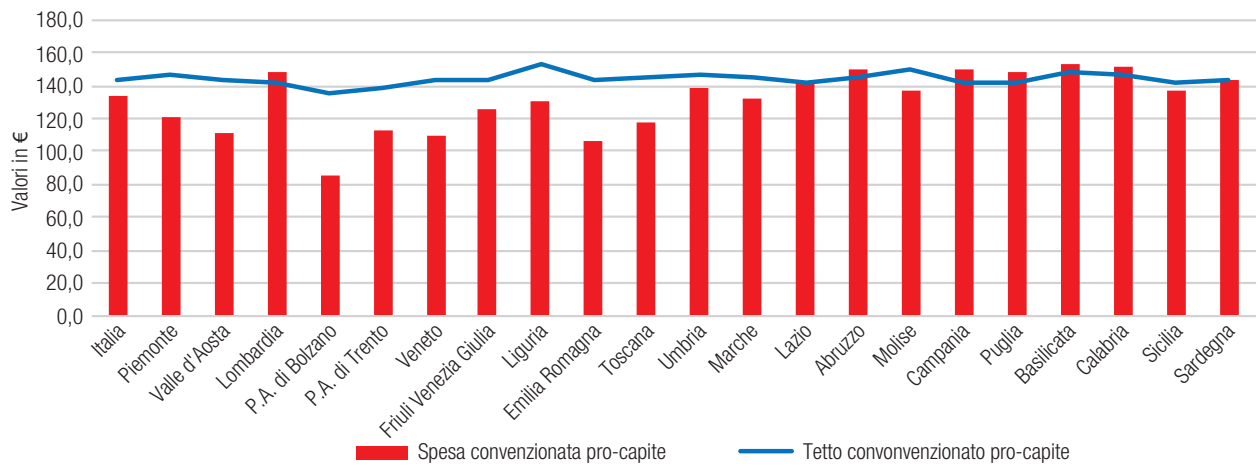
Figura 9.4. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2021



*Spesa al netto del *payback*

Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2021 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9.5. Spesa farmaceutica* convenzionata pro-capite e tetto. Anno 2021



* Spesa al netto del *payback*

Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2021 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne la spesa farmaceutica convenzionata, si è attestata al 6,54% del FSN, sotto il *target* del 7,00%: a livello nazionale, quindi, la spesa è sotto il tetto di € 561 mln. (€ 9,5 pro-capite), ammontare che si è oltre che dimezzato rispetto all'anno precedente, quando era pari a € 1,6 mld. (€ 26,5 pro-capite), malgrado la riduzione di -0,96 p.p. del tetto.

Alcune Regioni registrano una spesa significativamente minore del tetto: € 50,0 pro-capite in meno nella P.A. di Bolzano e € 38 in Emilia Romagna; in 7 Regioni si osserva, peraltro, uno sforamento del tetto, sebbene con valori al di sotto di € 7 pro-capite: Campania, Puglia, Basilicata, Lombardia, Abruzzo, Calabria e Sardegna (Figura 9.5.).

Al netto del *payback*, oltre che degli sconti, della compartecipazione totale e del 1,83% versato alle Regioni dalle aziende farmaceutiche, la spesa farmaceutica convenzionata netta a carico del SSN si riduce, nel 2021, a € 7.903,7 mln., con un incremento rispetto all'anno precedente di € 287,8 mln..

Va, però, considerato che il risultato è determinato dalla presenza di una quota di spesa di classe A sostenuta privatamente delle famiglie: senza il "contributo" della spesa privata, ancora nessuna Regione rispetterebbe il tetto, determinandosi uno sforamento di circa € 1 mld..

La spesa farmaceutica privata

La spesa farmaceutica privata a livello nazionale risulta pari a € 156,2 pro-capite, in aumento del 6,3% nell'ultimo anno e dell'1,9% 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 sarebbe lecito aspettarsi. Sebbene la spesa risulti tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore a quella meridionale.

La spesa per la Classe C, nello specifico, ammonta a € 58,8 pro-capite. Rispetto al 2015 si è registrato un aumento del 4,6% medio annuo.

La spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella degli esercizi commerciali) risulta pari a € 44,5 pro-capite, in aumento del 10,1% nell'ultimo anno, ma in complessiva riduzione dello -0,7% medio annuo rispetto al 2015.

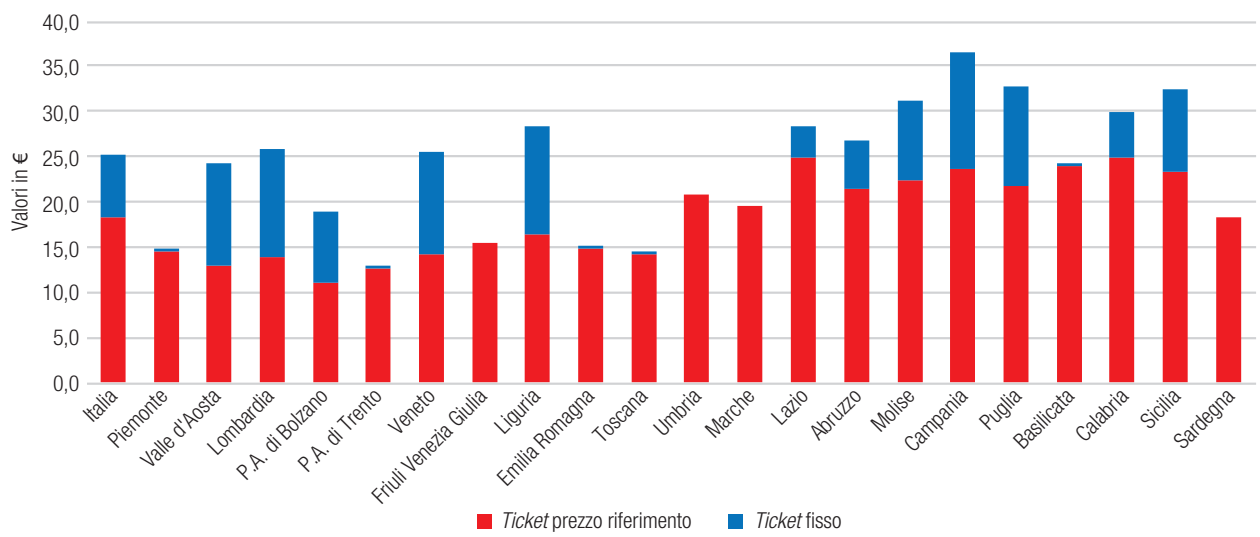
La spesa annua di Classe A privata è pari nel 2021 a € 27,9 pro-capite, in crescita del 7,6% nell'ultimo anno e del 3,9% medio annuo dal 2015.

Per quanto concerne la compartecipazione dei cittadini alla spesa, è pari a € 25,1, in riduzione del -0,6% nell'ultimo anno e del -3,8% medio annuo rispetto al 2015.

Le compartecipazioni per il 73,1% sono gene-

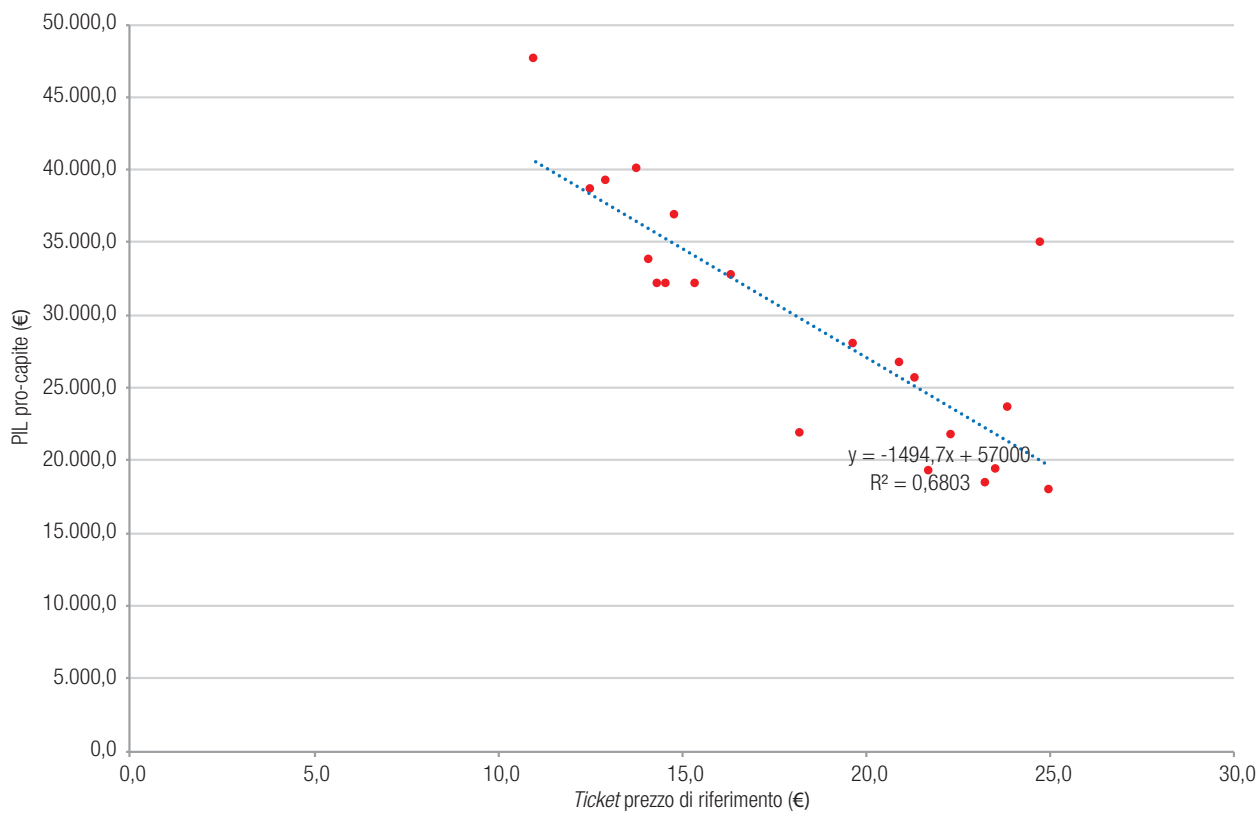
rate dal *ticket* sul prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti (€ 18,4 pro-capite) e per il restante 26,9% (€ 6,8 pro-capite) dal *ticket* fisso per ricetta.

Figura 9.6. Compartecipazioni. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2021 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

Figura 9.7. Correlazione tra *ticket* su prezzo di riferimento e PIL pro-capite. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2021 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 o con valori quasi nulli (Piemonte, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Sardegna); in altre (Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Campania e Puglia) supera gli € 11,0 pro-capite.

Il *ticket* sul prezzo di riferimento invece, supera € 20,0 pro-capite in tutte le Regioni del Sud (ad esclusione della Sardegna che registra un valore di circa € 18 pro-capite), mentre non supera i € 15,0 pro-capite in tutte le Regioni del Nord (ad esclusione della Liguria che si attesta a € 16,4 pro-capite) (Figura 9.6.).

Si conferma una scarsa fiducia nei confronti dei farmaci equivalenti nel meridione: la figura 9.7. conferma una chiara, e contraria alle aspettative, correlazione negativa (R^2=67%) tra il *ticket* sul prezzo di riferimento e il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite.

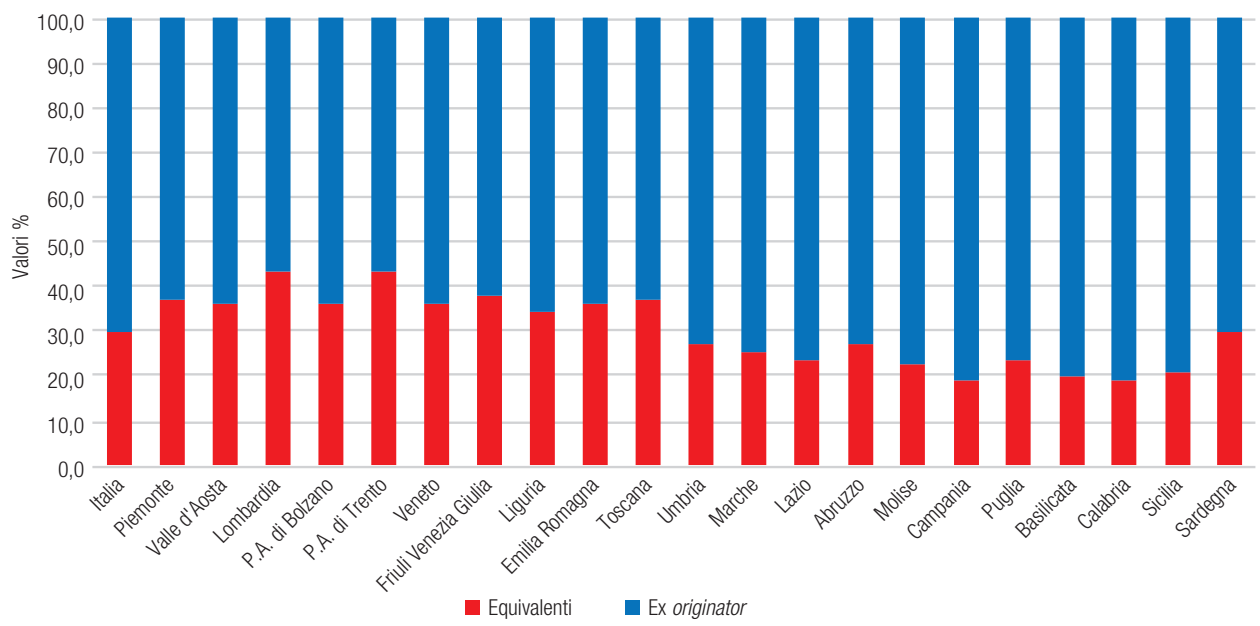
Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari

Nel 2021, i farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto[3], generano il 21,0% della spesa farmaceutica di Classe A (€ 115,0 pro-capite in aumento del 3,4% rispetto all'anno precedente) e il 29,8% dei consumi.

A livello Regionale, nel Nord la spesa relativa ai farmaci equivalenti supera il 35% del totale della spesa per farmaci a brevetto scaduto (che comprende anche gli originator), con un picco del 46% nella P.A. di Trento; nelle Regioni del Sud non supera il 27%, con un valore minimo del 19% in Campania e Calabria.

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, ma anche per i farmaci a più recente commercializzazione.

Figura 9.8. Compartecipazione della spesa in regime di assistenza convenzionata per i farmaci a brevetto scaduto di Classe A. Anno 2021



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

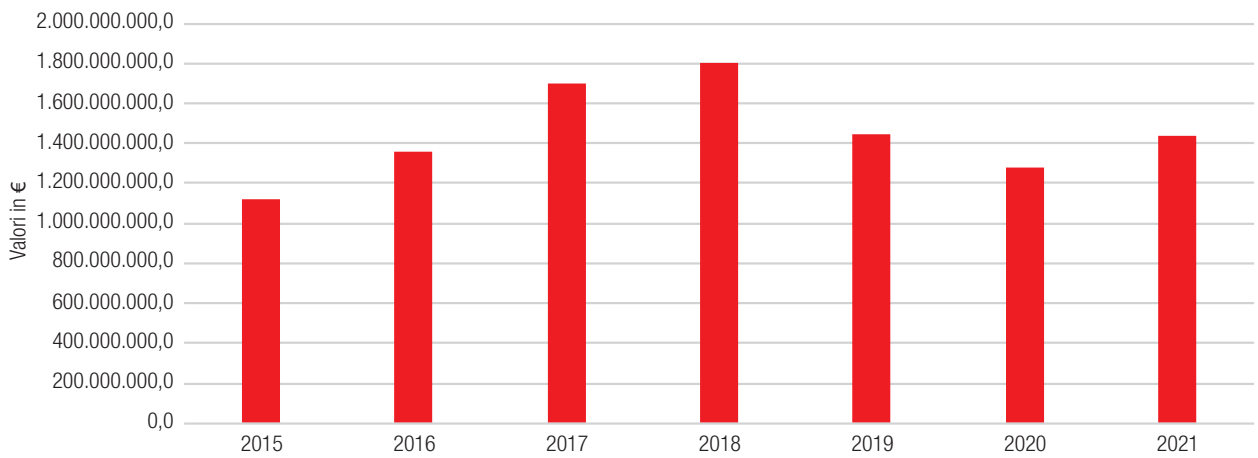
[3] Ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale

La spesa pro-capite per farmaci biologici risulta pari a € 18,1 di cui il 41,0% relativi ai biosimilari, il 26,0% ai farmaci *originator* e il 33,0% per altro.

9.2. La spesa per i farmaci orfani

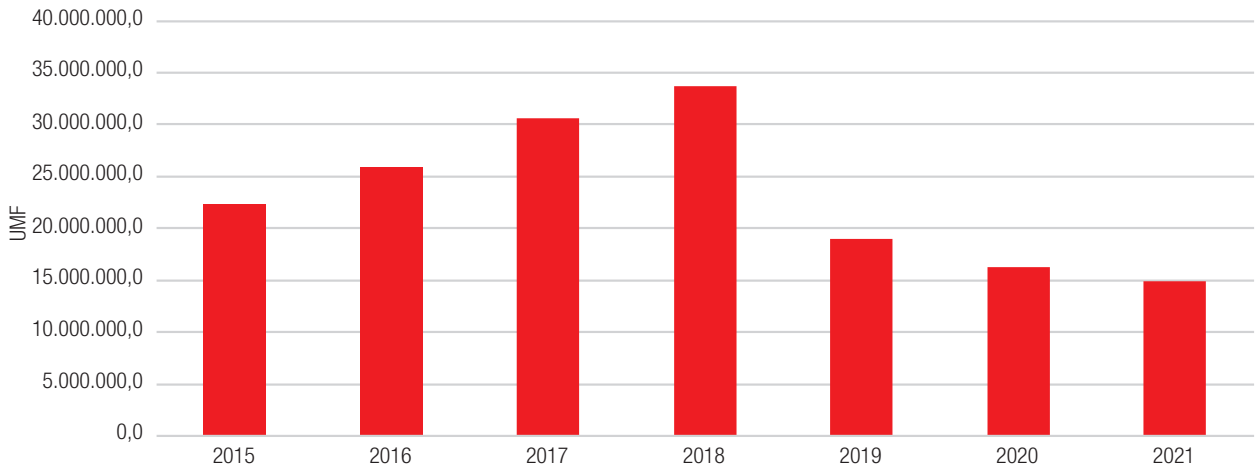
Nel seguito si considerano i farmaci orfani (FO) inseriti da AIFA nelle proprie liste, determinate ai sensi della L.n. 145/2018 (Legge di Stabilità 2019- art. 1 commi 574-585), che ha cassato i benefici antecedentemente riconosciuti alle molecole cosiddette *Orphan Like* (terapie per malattie rare entrate in vigore prima del Reg. EU 141/2000) e ad altre, sempre per malattie rare, approvate successivamente ma senza riconoscimento ai sensi del regolamento citato. Tra l'altro, il riconoscimento EMA è legato alla indicazione, mentre, di fatto, la permanenza nella lista AIFA sembra gestita per molecola (Rapporto OSSFOR 2021).

Figura 9.9. Livello della spesa per farmaci orfani



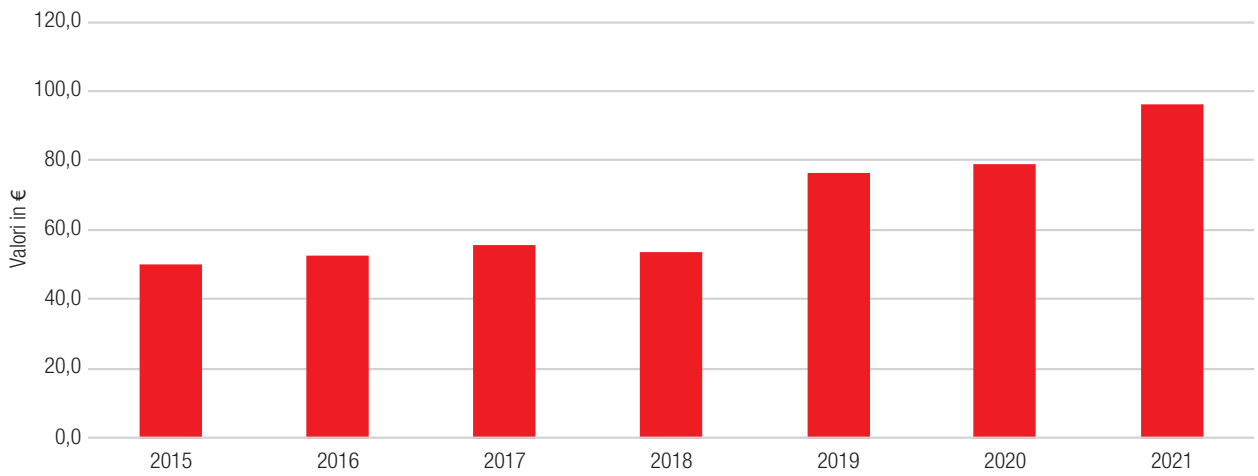
Fonte: elaborazione su dati di mercato e dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9.10. UMF dei farmaci orfani



Fonte: elaborazione su dati di mercato e dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9.11. Costo medio per UMF dei farmaci orfani



Fonte: elaborazione su dati di mercato e dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

Le molecole considerate sono quindi quelle autorizzate dall'EMA di classe A e H in commercio in Italia, e che non hanno ancora esaurito il beneficio dell'esclusività di mercato: non coincidono, quindi, con l'insieme dei farmaci che hanno ottenuto il riconoscimento di FO da EMA.

Per effetto di quanto precede, considerando il periodo 2015-2021, si osservano importanti soluzioni di continuità nei *trend*, derivanti proprio dalle revisioni delle liste nel frattempo intervenute.

Nel 2021, la spesa per FO (sempre riferita alla lista AIFA vigente) si attesta a € 1,4 mld.; ricordando i caveat sulla confrontabilità del dato legati al fatto che le liste AIFA mutano ogni anno, la spesa era di € 1,3 mld. nel 2019 e di € 1,4 mld. nel 2018 (Figura 9.9.).

Il *trend* mostra un aumento nell'ultimo anno del 12,5%, dopo una riduzione del -11,5% registrata nell'anno precedente.

La spesa per FO incide pertanto sulla spesa farmaceutica pubblica totale, nel 2021, del 6,6%.

I consumi, nell'anno 2021, sono stati pari a quasi 15 mila Unità Minime Frazionabili (UMF). L'andamento delle quantità di UMF dei FO ha avuto un andamento a specchio rispetto a quello del consumi come mostrato dalla figura 9.10..

Nel 2021, il costo medio per UMF risulta pari a € 96,1 in crescita rispetto agli anni precedenti: € 79,1 nel 2020, € 76,5 nel 2019 e € 53,3 nel 2018.

L'indice registra un aumento del 21,5% nell'ultimo anno, che segue l'aumento del 3,4% nel 2020, del 43,6% del 2019, quest'ultima peraltro attribuibile alla selezione operata per effetto della L.n. 145/2018, che evidentemente ha estromesso farmaci mediamente di minore costo unitario (Figura 9.11.). La revisione ha, in effetti, per circa l'80% "estromesso" FO non considerati tali da EMA che erano stati introdotti sul mercato prima del 2010, evidentemente con costi per UMF inferiori.

Nel 2021, il 38,2% (+2,9 p.p. rispetto all'anno precedente) dei FO fattura meno di € 5 mln. annui e il 51,3% (-6,1 p.p.) meno di € 10 mln.; superano i € 50 mln. il 7,9% delle molecole (-2,4 p.p. rispetto all'anno precedente) e il 3,9% (-0,5 p.p.) € 100 mln..

9.3. Sintesi rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel quadriennio 2018-2021

Il processo di definizione del prezzo e rimborso (P&R) dei medicinali si sviluppa in diversi *step* che coinvolgono *stakeholder* diversi e con tempistiche specifiche.

In Italia, la valutazione dei nuovi farmaci si basa su criteri che includono il *burden* della malattia, il *pla-*

ce in therapy, l'*unmet need*, il profilo rischi-benefici, il valore terapeutico aggiunto, il rapporto costo-efficacia e l'impatto sul *budget* (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica, CIPE, delibera 1° Febbraio 2001, n.3). Per quanto riguarda i passaggi del processo di prezzo e rimborso di competenza nazionale, essi possono essere riassunti in quattro fasi principali:

1. invio da parte del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (*Marketing Authorisation Holder*, MAH) di una domanda di P&R di un nuovo prodotto
2. verifica amministrativa della completezza dei documenti forniti dal MAH
3. valutazione da parte del settore HTA & Economia del Farmaco (HTA-PED) di AIFA e del Segretariato (HTA-S), che rilasciano una valutazione preliminare trasmessa alla Commissione Tecnico-Scientifica (CTS). La CTS si pronuncia dunque in modo vincolante sul valore terapeutico del medicinale, ne fornisce il *place in therapy*, il regime di fornitura e il grado di innovatività e trasmette la procedura al Comitato di Prezzo e Rimborso (CPR) di AIFA che, sulla base di quanto indicato dalla CTS, propone al MAH un accordo negoziale
4. gli esiti della valutazione tecnica e negoziale sono trasmessi al Consiglio di Amministrazione dell'AIFA per la delibera finale
5. il processo si conclude con l'adozione di un provvedimento espresso da parte dell'AIFA e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (GURI) In caso la CPR non riesca a raggiungere un accordo con il MAH, il farmaco viene classificato come non rimborsabile (classe C) e il prezzo è liberamente stabilito dal MAH.

Nello studio *"Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel quadriennio 2018-2021*[4]*"*, AIFA ha analizzato non solo gli *step* di competenza italiana, ma le tempistiche di tutto il processo che va dall'autorizzazione del CHMP alla pubblicazione sul GURI. I dati per le elaborazioni sono stati desunti dal sistema NPR e hanno permesso di definire due indicatori di procedura europea – durata CHMP-CE e durata CE-sottomissione – e tre indicatori relativi all'ambito AIFA – verifica amministrativa, durata dell'intero procedimento AIFA e tempo di trasmissione in GURI Nello studio, ogni anno di riferimento è relativo alla "data di inserimento", ovvero la data di presentazione della domanda di P&R ad AIFA da parte del MAH.

L'analisi si concentra sulla finestra temporale 2018-2021: sono state analizzate 3.431 procedure, escludendo procedure annullate, rinunce e procedure interne AIFA di cui il 27,3% relative all'anno 2018, il 19,9% all'anno 2019, il 24,7% al 2020 e il restante 28,0% al 2021.

Considerando la totalità delle procedure analizzate, i farmaci generici, copie o importazioni parallele rappresentano, nei quattro anni analizzati, la categoria a maggiore incidenza sul totale. I farmaci generici rappresentano il 53,0% delle procedure nel 2021, il 49,0% nel 2020, il 57,0% nel 2019, il 63,0% nel 2018. Sono inoltre in generale aumento, tra il 2018 e il 2021, le procedure di rinegoziazione, a fronte di un decremento nel numero di procedure atte all'estensione di indicazioni o per le confezioni in sostituzione. Inoltre, l'ATC dei farmaci a cui fa riferimento il numero maggiore di procedure è l'ATC L, farmaci antineoplastici e immunomodulatori, 19,0%, seguito dall' ATC-N, sistema nervoso, 14,0% e dall'ATC-C, apparato cardiovascolare, 13,0%.

Si consideri che il *report* AIFA riporta misurazioni espresse in giorni (gg) medi, calcolati su una percentuale delle procedure analizzate e spesso non sulla totalità delle stesse. Inoltre, la quota di procedure escluse, che varia da indicatore a indicatore, e da anno ad anno, fa riferimento a quelle procedure per cui non è stato possibile reperire almeno una delle due date dell'intervallo considerato, o poiché procedure ancora in lavorazione (fenomeno che si

[4] https://www.aifa.gov.it/-/rapporto-sulle-tempistiche-delle-procedure-di-prezzo-e-rimborso-dei-farmaci-nel-quadriennio-2018-2021#:~:text=Il%20tempo%20intercorso%20tra%20la,procedure%20relative%20a%20farmaci%20non

applica particolarmente per l'anno 2021).

Durata CHMP-CE

L'indicatore "CHMP-CE" misura il tempo tra il parere CHMP e la data della decisione della commissione europea (CE). Questo indicatore considera le tempistiche di tutte le tipologie negoziali che si sono effettivamente concluse, ovvero il 94,6% di quelle considerate, con una media di 55,6 giorni (gg.): 77,2 gg. per i generici e 52,7 gg. per i non generici nei 4 anni considerati. Nel 2021, la stima dei giorni medi è pari a 58,2 gg.: 98,3 gg. per i generici e 53,0 gg. per i non generici. In particolare, per l'indicatore "CHMP-CE" i farmaci orfani riportano nel 2021 un valore medio di 63,8 gg. e una media di 66,7 gg. nel periodo 2018 – 2021.

Durata CE-sottomissione

Il secondo indicatore proposto misura i giorni tra la decisione della CE e l'invio della domanda di prezzo e rimborsabilità ad AIFA da parte del MAH. La media della durata di questo *step* nel 2018 – 2021 è stata pari a 362,2 gg.[5]: 484,8 gg. per generici e 343,4 gg. per non generici. Nel 2021, il numero medio di giorni è 348,7 (649,6 gg. per i generici e 298,9 gg. per i non generici). Per questo indicatore si osservano numerosi *outlier* che presentano valori generalmente più alti rispetto alla media. Tale fenomeno è principalmente ascrivibile alle peculiari caratteristiche di alcune procedure, per cui la data della decisione CE precede largamente la presentazione della domanda di P&R, probabilmente a seguito di una prima richiesta/decisione conclusasi negativamente, o ad un'indicazione non rimborsata. Le tempistiche più lunghe tra le procedure non generiche è attribuibile ai farmaci orfani, che nel 2021 presentano un valore medio di 443,4 gg. (a fronte di una media di 405,1 gg. nel periodo 2018 – 2021).

Verifica amministrativa

Il terzo indicatore descrive il tempo di presa in carico, gestione e controllo da parte di AIFA della completezza dei documenti che compongono la domanda presentata dal MAH. La stima per il periodo 2018 – 2021, calcolata sulla quasi totalità delle procedure considerate, è di 8,1 gg. (6,9 gg. per i generici e 9,6. gg. per i non generici). Nel 2021, la verifica amministrativa è stata conclusa in media in 1,8 gg. per i generici e 4,6 gg. per i non generici. Questo indicatore si mostra in generale stabile nel tempo e con una bassa variabilità, fatta eccezione per alcuni *outlier* dovuti a casi anomali.

Durata dell'intero procedimento

Questo indicatore descrive tutto il procedimento di competenza AIFA successivo al completamento della verifica amministrativa. La "durata dell'intero procedimento" include il parere preliminare di HTA-PED e HTA-S, la valutazione della CTS e della CPR, fino all'emissione della delibera da parte del CDA o alla conclusione della procedura senza il raggiungimento di un accordo. Nel periodo 2018 – 2021, l'83,6% delle procedure è stato portato a termine, con un tempo medio stimato di 152,3 gg.: 89,5 gg. per i generici e 256,1 gg. per i non generici. Il valore del 2021 pari ad una media di 62,0 gg., è stato calcolato sul 57,5% delle procedure incluse all'inizio dell'analisi, poiché la maggior parte delle procedure dell'anno erano ancora in fase di lavorazione e sono state chiuse nell'anno successivo. Questo indicatore presenta una modesta variabilità e numerosi valori *outlier*, sia per le procedure di farmaci generici che non, probabilmente a causa delle peculiarità di alcuni farmaci, che necessitano spesso valutazioni ad hoc.

[5] Calcolata sul 95,5% delle procedure incluse nell'analisi

Tempo per la trasmissione in GURI

Quest'ultimo indicatore descrive il tempo che intercorre tra la data di completamento della procedura AIFA e la data della decisione finale e trasmissione in GURI Il valore stimato nel periodo 2018 – 2021 è pari a 64,2 gg.: 66,7 gg. per i generici e 62,8 gg. per i non generici ed è stato stimato considerando le procedure concluse, ovvero il 62,2% del totale delle procedure incluse nell'analisi. Per il 2021, il valore medio di 62,8 gg. è stato calcolato sul 37,3% delle procedure entrate in quell'anno. Si osservano percentuali di procedure analizzate nettamente più basse rispetto agli altri indicatori, probabilmente perché non per tutte le procedure si ha una corrispondente pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, a causa di alcune sospensioni o della richiesta di tempistiche più dilatate nel tempo per le importazioni parallele.

Sintesi

Lo studio AIFA si conclude con un riferimento alla posizione dell'Italia nel panorama Europeo, secondo quanto riportato dal recente *report* EFPIA *patients* W.A.I.T. *Indicator* 2021 *survey* di IQVIA (2022), l'Italia figura al quarto posto per numero di farmaci rimborsati (127), preceduta da Germania (147), Danimarca (129) e Austria (127), e riporta un valore medio per il tempo che intercorre da autorizzazione EMA all'accesso al farmaco da parte dei pazienti pari a 429 giorni, dunque inferiore con la media Europea (511 giorni).

Malgrado ciò appare evidente che gran parte del tempo tecnico necessario per portare il farmaco ai pazienti deriva dal tempo che intercorre fra la decisione EMA e la richiesta di P&R in Italia, oltre che dai tempi tecnici di valutazione e negoziazione. Nel primo caso appare lecito chiedersi quali siano le motivazioni per le quali la sottomissione in Italia non avviene "prontamente": evidentemente si tratta di scelte strategiche delle MAH, che sarebbe, però, utile approfondire alla luce delle caratteristiche del mercato italiano. Come anche va aperto un dibattito sui tempi tecnici di valutazione e negoziazione: per quanto comparabili, se non migliori, a quelli delle altre Agenzie, determinano un ritardo di accesso che ha certamente costi umani e, presumibilmente, anche costi economici; anche in questo caso sarebbe utile aprire una riflessione sulle politiche di *early access* che si stanno sviluppando in altri Paesi europei.

9.4. Riflessioni finali

La spesa farmaceutica totale, nel 2021, sfiora € 31 mld. riprendendo la crescita dopo un anno, quello della pandemia, in cui aveva subito una battuta di arresto rimanendo pressoché stabile rispetto all'anno precedente.

La spesa pubblica rappresenta circa il 70% della spesa farmaceutica totale e si è incrementata rispetto al 2015 dello 0,5% medio annuo e del 2,5% rispetto al 2020.

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la quota della compartecipazione (*ticket* regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento) per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di classe C, ha registrato un totale di € 9,2 mld. in aumento del 6,3% rispetto al 2020.

In tema di *governance* del settore, come è noto, è stata effettuata una rimodulazione delle "poste "del "tetto di spesa", pur lasciando ancora invariato il valore complessivo del "tetto" per l'anno 2021. Tale rimodulazione ha portato una riduzione del *payback*, sebbene rimanga un disavanzo rilevante concentrato sulla spesa diretta (essenzialmente ospedaliera).

Dalle stime effettuate, tra l'altro prudenziali perché effettuate sui dati di spesa 2021, la modifica dei tetti di spesa farà perdurare una situazione di disavanzo sulla spesa ospedaliera.

Va altresì considerato che l'avanzo registrato nella spesa convenzionata è, di fatto, solo apparente, perché permesso da una rilevante quota di spesa privata delle famiglie per farmaci in Classe A: senza questo "contributo" dei cittadini anche la spesa convenzionata sforerebbe il tetto di circa € 1 mld..

Il focus effettuato sui FO registra, nel 2021, un incremento della spesa del 6,6%, dopo un periodo

di importante riduzione iniziato nel 2019, effetto però dell'entrata in vigore della L.n. 145/2018: quest'ultima ha, infatti, modificato i criteri di inserimento delle molecole nella lista dei farmaci orfani AIFA, escludendo quelli non autorizzati dall'EMA in classe A e H in commercio in Italia, che hanno esaurito il beneficio dell'esclusività di mercato.

Si assiste per il secondo anno consecutivo, dopo alcuni anni di stasi, alla crescita del costo medio per UMF che porta il costo unitario medio dei FO a € 96,1.

Nel 2021, il 38,2% delle molecole "orfane" fattura meno di € 5 mln. annui, e il 51,3% meno di € 10 mln.; superano i € 50 mln. il 7,9% delle molecole e i € 100 mln. il 3,9%.

Complessivamente, l'onere per i FO, ex lista AIFA, è pari al 6,1% della spesa farmaceutica sostenuta dal SSN, pari a un valore pro-capite di € 21,5, che è in diminuzione negli ultimi anni (-11,2% rispetto al 2019 e -26,8% rispetto al 2018).

Infine, l'analisi dei tempi di accesso dei farmaci elaborata da AIFA ha messo in luce come l'Italia figuri al quarto posto per numero di farmaci rimborsati (127), preceduta da Germania (147), Danimarca (129) e Austria (127), e riporta un valore medio per il tempo che intercorre da autorizzazione EMA all'accesso al farmaco da parte dei pazienti pari a 429 giorni, dunque inferiore con la media Europea (511 giorni).

Nondimeno, i dati elaborati segnalano due aree di criticità nella *governance* del settore che andrebbero ulteriormente approfondite: in primo luogo le ragioni del ritardo nella sottomissione della domanda di P&R in Italia, che supera l'anno; in secondo luogo i tempi tecnici di valutazione e negoziazione, che quanto comparabili, se non migliori, a quelli delle altre Agenzie, rimangono in media superiori all'anno, determinano un ritardo di accesso che ha certamente costi umani e, presumibilmente, anche costi economici, suggerendo l'opportunità di valutare l'implementabilità di politiche di *early access* alla stregua di quanto realizzato in altri Paesi.

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

Rapporto OSSFOR, 2021

ENGLISH SUMMARY

Pharmaceutical care

In 2021 total pharmaceutical expenditure was close to € 31 billion, resuming growth after a year of pandemic in which the trend had suffered a "setback".

Specifically, public pharmaceutical spending stood at € 21.7 billion (70.2% of total pharmaceutical expenditure), while private spending stood at € 9.2 billion (29.8%).

Within public expenditure, the net spending on drugs and services provided by the National Health Service (NHS) was equal to 24.6% of total expenditure. Direct Distribution and Distribution on Account of class A drugs were equal to 14.4% and Hospital Distribution to the remaining 31.4%.

As a result of the payback, however, in 2021 the actual cost for the NHS was lower and could be estimated at € 20.6 million. The latter decreased considerably following the introduction, in 2021, of the new spending ceilings: they were raised to 7% of the National Health Fund (FSN) for the spending on drugs and services provided by the NHS, to 7.65% for direct purchases and to 0.2% for direct purchases for medical gases.

Looking ahead, a further reduction of the payback is expected, as a result of the progressive increase in the share of the direct purchasing component, while keeping the indications and guidelines for the other components unchanged: in practice, an increase in the overall ceiling from 14.85% in 2021 to 15.5% in 2024 (Budget Law).

According to the estimates made, which are also conservative and prudential because they are made on the basis of the 2021 expenditure data, the change in the spending ceilings will make the deficit situation on public hospital expenditure persist.

It should also be considered that the surplus recorded in the spending on drugs and services provided by the NHS is, in fact, only apparent, because it is permitted by a significant share of private household expenditure for class A drugs: without this "contribution" by citizens even this expenditure would exceed the ceiling by about € 1 billion.

With specific reference to the expenses borne directly by households, Class A drugs purchased directly by households accounts for 5.3% of the total expenditure; Class C drugs with prescription for 11.2%; spending on self-medication for 7.6%. Finally, citizens' cost-sharing and co-payments account for 4.8%.

The focus made on Orphan Drugs showed that in 2021 there was a 6.6% increase in expenditure after a period of significant reduction that had begun in 2019. That increase, however, was an effect of the entry into force of Law No. 145/2018 that, in fact, changed the criteria for including molecules in the list of AIFA orphan drugs, excluding those not authorised by EMA in class A and H marketed in Italy, which no longer had the benefit of market exclusivity.

For the second year running, after a few years of stagnation, there was an increase in the average cost per unit, bringing the average unit cost of Orphan Drugs to € 96.1, up by 21.5% over the previous year.

Overall, the charge for Orphan Drugs, pursuant to AIFA list, was 6.1% of the pharmaceutical expenditure incurred by the NHS, equal to a per-capita value of € 21.5, which has been decreasing in recent years (-11.2% compared to 2019 and -26.8% compared to 2018).

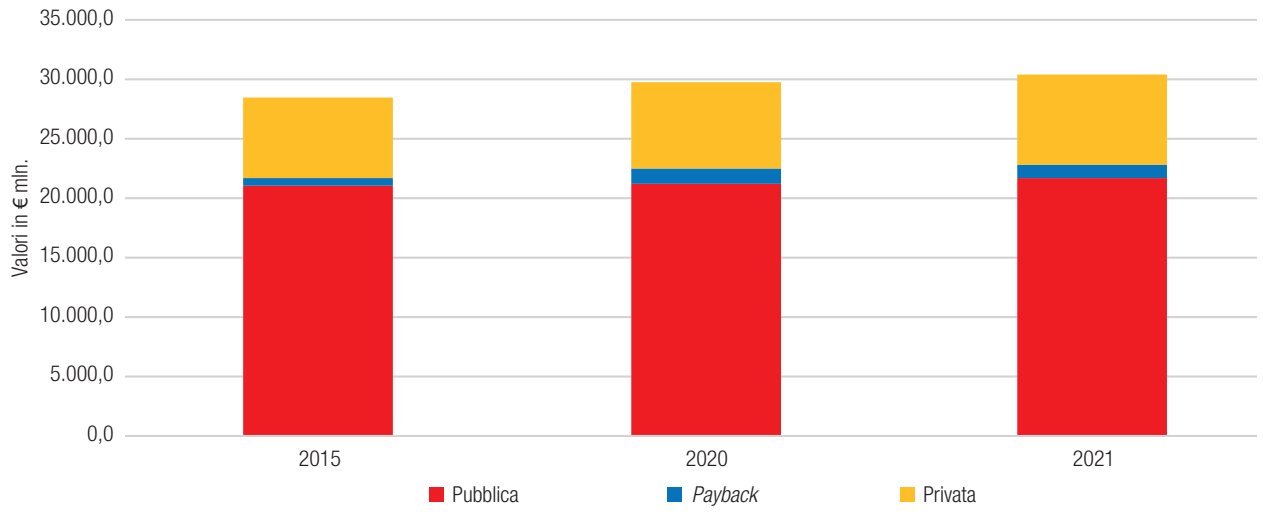
In 2021, 38.2% of "orphan" molecules invoiced less than € 5 million per year, and 51.3% less than € 10 million. 7.9% of molecules exceeded €50 million and 3.9% exceeded € 10 million.

Finally, AIFA's analysis of the drugs time-to-mar-

ket has shown that Italy ranks fourth in terms of number of reimbursed drugs (127), preceded by Germany (147), Denmark (129) and Austria (127), and records an average value for the time elapsing from EMA's authorisation to patient access to drugs of 429 days, which is lower than the European average (511 days).

Nevertheless, the processed data points to two problematic areas in the governance of the sector that should be further investigated: firstly, the reasons for the delay in submitting the P&R applications in Italy, which exceeds one year; secondly, the time necessary for technical evaluation and negotiation which - although comparable to, if not better than, those of other agencies remain on average longer than one year – causes a delay in access that certainly has human costs and, presumably, also economic costs, thus suggesting it is advisable to evaluate the possibility of implementing early access policies in the same way as in other countries.

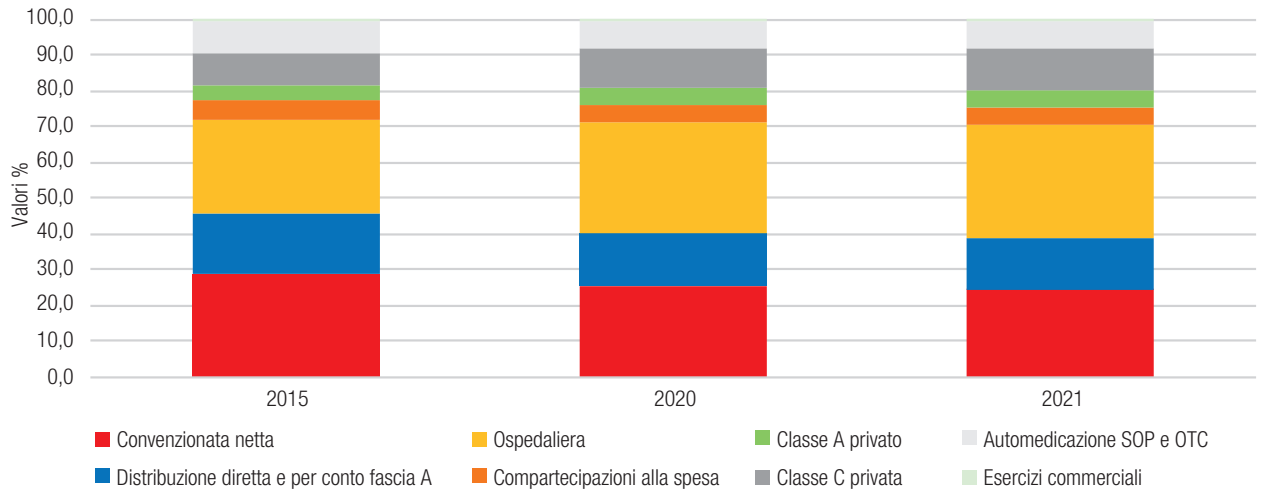
KI 9.1. Spesa farmaceutica



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, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la spesa farmaceutica è complessivamente pari a € 30,8 mld.; di questa € 21,7 mld. risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (70,2%). I restanti € 9,2 mld. (29,8%) sono sostenuti direttamente dalle famiglie. Per effetto del *payback*, il costo effettivo per il SSN è stimabile si riduca a € 20,6 mln., rimanendo una quota pari al 5,1% a carico delle imprese. Nell'ultimo anno la spesa farmaceutica p aumentata complessivamente del 3,3% a fronte di un incremento dello 0,4% medio annuo tra il 2015 e il 2020.

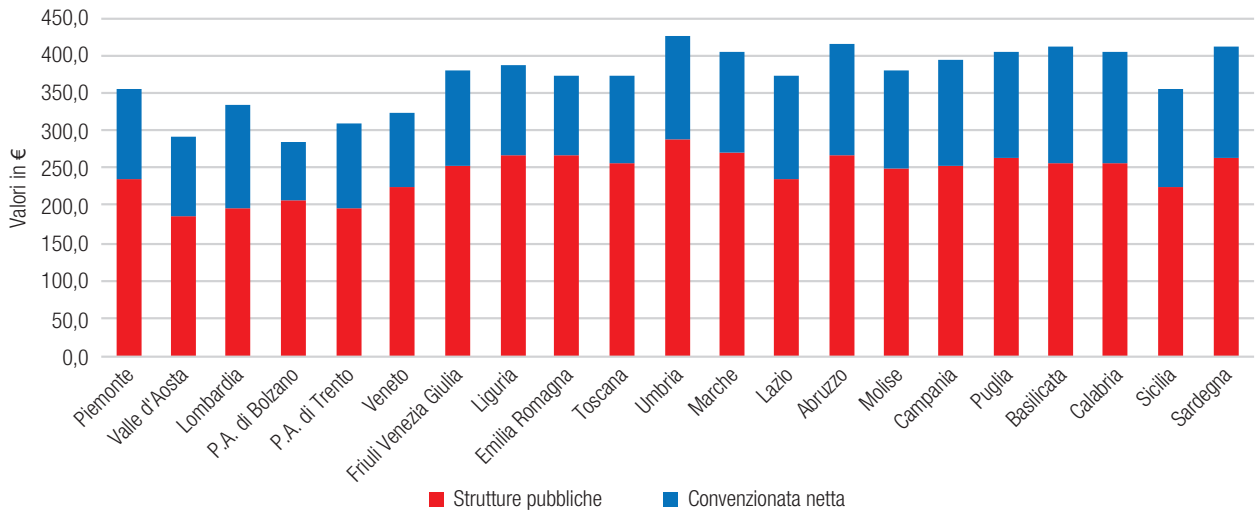
KI 9.2. Composizione della spesa farmaceutica



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 2021 la spesa farmaceutica è attribuibile per il il 44,7% a farmaci erogati dalle Aziende sanitarie del SSN (spesa ospedaliera), in crescita di +5,5 punti percentuali (p.p) rispetto al 2015; seguono per il 24,6% i farmaci distribuiti mediante le farmacie convenzionate (spesa netta), in diminuzione di -4,5 p.p.; per il 14,4% quelli di Classe A erogati in Distribuzione Diretta (DD) dagli ospedali o dalle farmacie per conto di essi (DPC), in diminuzione di -2,6 p.p.; per il 4,8% da compartecipazioni alla spesa dei cittadini (-0,5 p.p.); seguono le voci di spesa privata, attribuibili per l'11,2% a farmaci in Classe C (a carico dei cittadini), in crescita di +2,2 p.p.; per il 7,6% a farmaci da automedicazione (SOP e OTC), in diminuzione di -0,7 p.p.; per il 5,3% a farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie (+0,8 p.p.); per il restante 0,9% (-0,1 p.p.) farmaci erogati da esercizi commerciali.

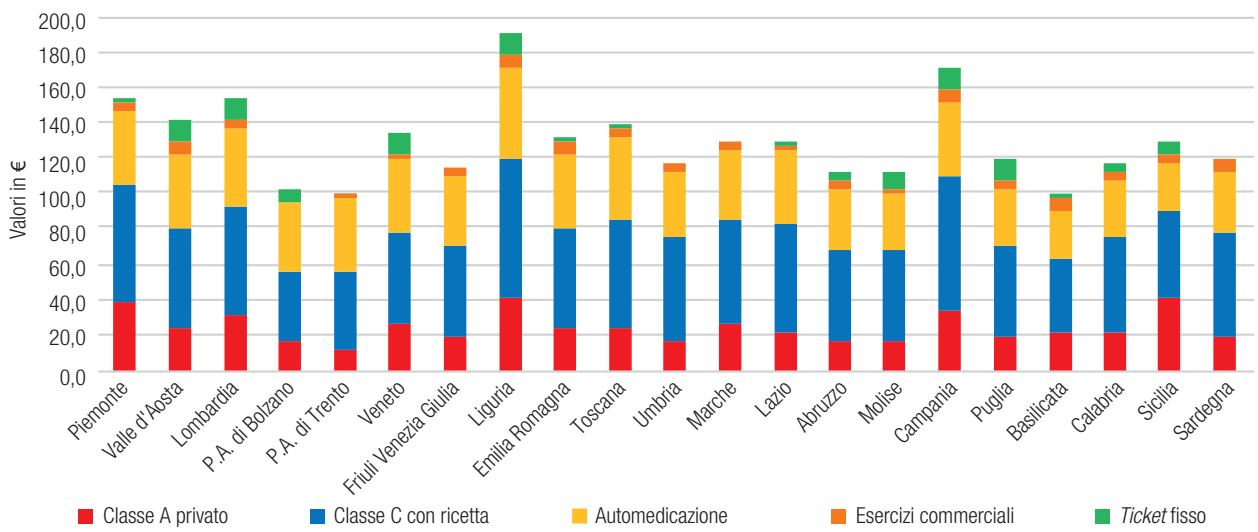
KI 9.3. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite



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, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021 la spesa farmaceutica pubblica, a livello nazionale, risulta pari a € 358,7 pro-capite, in crescita del 3,6% nell'ultimo anno. Il valore massimo si registra in Abruzzo (€ 425,8, +6,1% nell'ultimo anno) e quella minima nella P.A. di Bolzano (€ 285,2, +0,8% nell'ultimo anno); il differenziale tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,5 volte (€ 140,6) in linea con quella dell'anno precedente. L'incidenza media della spesa sostenuta dalle strutture pubbliche è pari in media in Italia a circa il 65% passando dal 72,6% in Calabria al 59,0% in Sardegna.

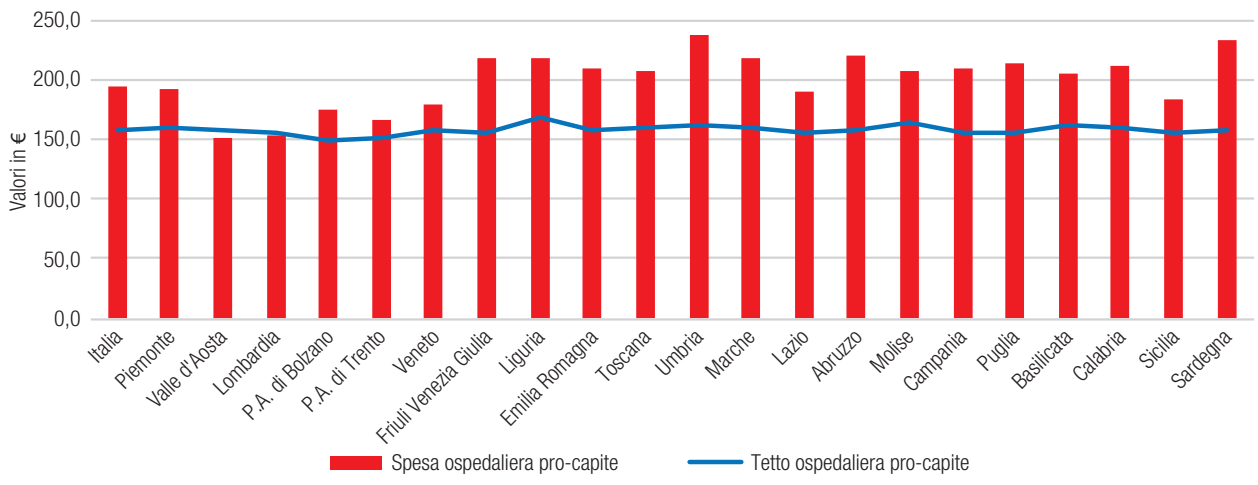
KI 9.4. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2021



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, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica privata, a livello nazionale, risulta pari a € 156,2 pro-capite (+6,3% nell'ultimo anno). Il valore massimo si registra in Liguria (€ 206,0 pro-capite, +5,6% nell'ultimo anno), quello minimo nella P.A. di Trento (€ 110,5 pro-capite, +2,0% nell'ultimo anno); il differenziale tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,9 volte (€ 95,6) in lieve aumento rispetto al 2020 quando era pari a 1,8 volte. Per la Classe C, la spesa media nazionale è pari a € 58,8 pro-capite (+7,8% nell'ultimo anno), con uno scarto fra le Regioni estreme di € 38,4, pari a 2,0 volte: la spesa massima si registra in Liguria (€ 77,6, +3,8% nell'ultimo anno) e quella minima nella P.A. di Bolzano (€ 39,2, +9,9% nell'ultimo anno). Per i farmaci di automedicazione, la spesa media nazionale è pari a € 44,5 pro-capite (+11,2% nell'ultimo anno), con uno scarto fra le Regioni estreme di € 28,4, pari a 1,4 volte: la spesa massima si registra in Liguria (€ 59,0, +8,5% nell'ultimo anno) e quella minima in Sicilia (€ 30,6, +8,2% nell'ultimo anno). Per i farmaci di classe A acquistati direttamente, la spesa media nazionale è pari a € 27,9 pro-capite (+7,6% nell'ultimo anno), con uno scarto fra le Regioni estreme di € 30,1, pari a 3,7 volte: la spesa massima si registra in Liguria (€ 41,1, +8,1% nell'ultimo anno) e quella minima nella P.A. di Trento (€ 11,1, +0,6% nell'ultimo anno). Per le compartecipazioni, l'onere medio nazionale è pari a € 25,1 pro-capite (-0,6% nell'ultimo anno), con uno scarto fra le Regioni estreme di € 23,7, pari a 2,9 volte: la spesa massima si registra in Campania (€ 36,5, +3,0% nell'ultimo anno) e quella minima nella P.A. di Trento (€ 12,7, -2,2% nell'ultimo anno).

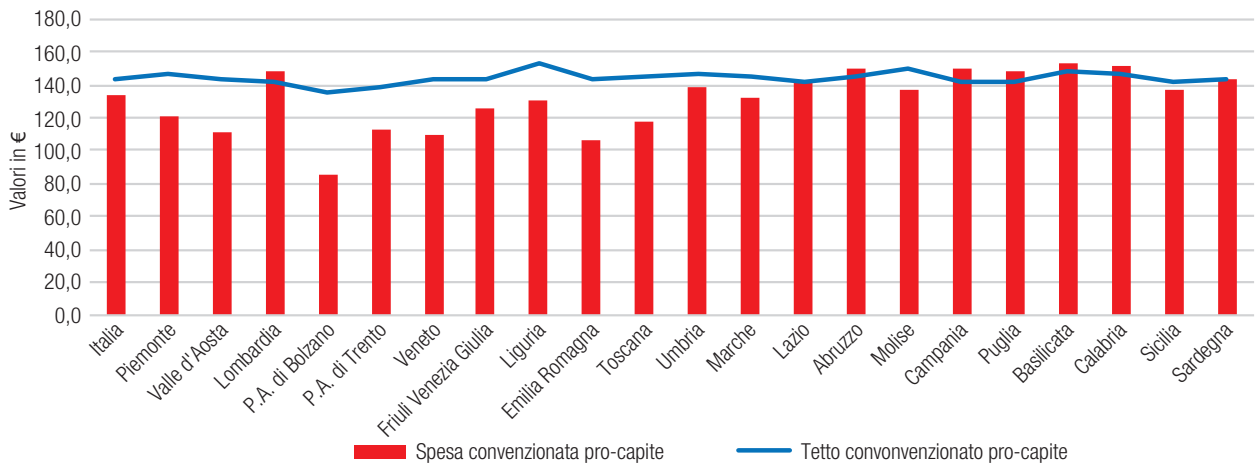
KI 9.5. Spesa ospedaliera e tetto. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2021 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, solo Valle d'Aosta e Lombardia riescono a rispettare il tetto della farmaceutica ospedaliera. Lo sforamento complessivamente ammonta a € 2,1 mld. (€ 36,2 pro-capite), in riduzione del -24,6% nell'ultimo anno grazie alla rimodulazione del tetto della farmaceutica ospedaliera. Umbria e Sardegna sono le Regioni che registrano il maggiore sforamento del tetto (rispettivamente € 76,0 e € 75,0 pro-capite). Come anticipato Valle d'Aosta e Lombardia sono le uniche Regioni che registrano un avanzo pari rispettivamente a € 3,0 e € 5,0 pro-capite.

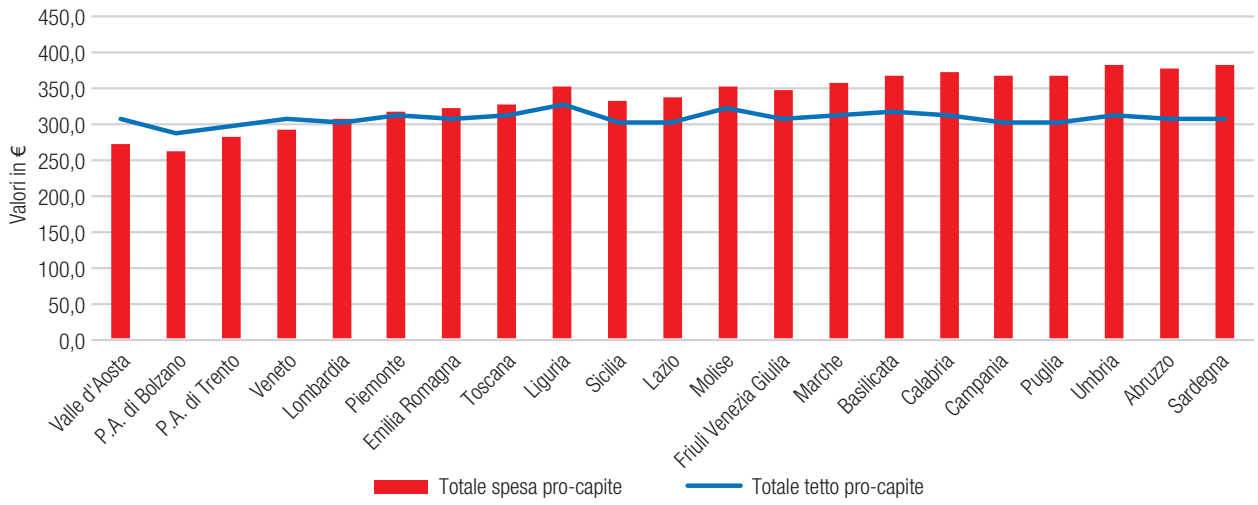
KI 9.6. Spesa convenzionata e tetto. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2021 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, la spesa farmaceutica convenzionata complessivamente registra un avanzo pari a € 561 mln. (€ 9,5 pro-capite), in riduzione del -64,5% nell'ultimo anno a seguito della rimodulazione del tetto della famaceutica convenzionata. Le Regioni che registrano un disavanzo, compreso tra € 1,0 e € 9,0 pro-capite, 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.

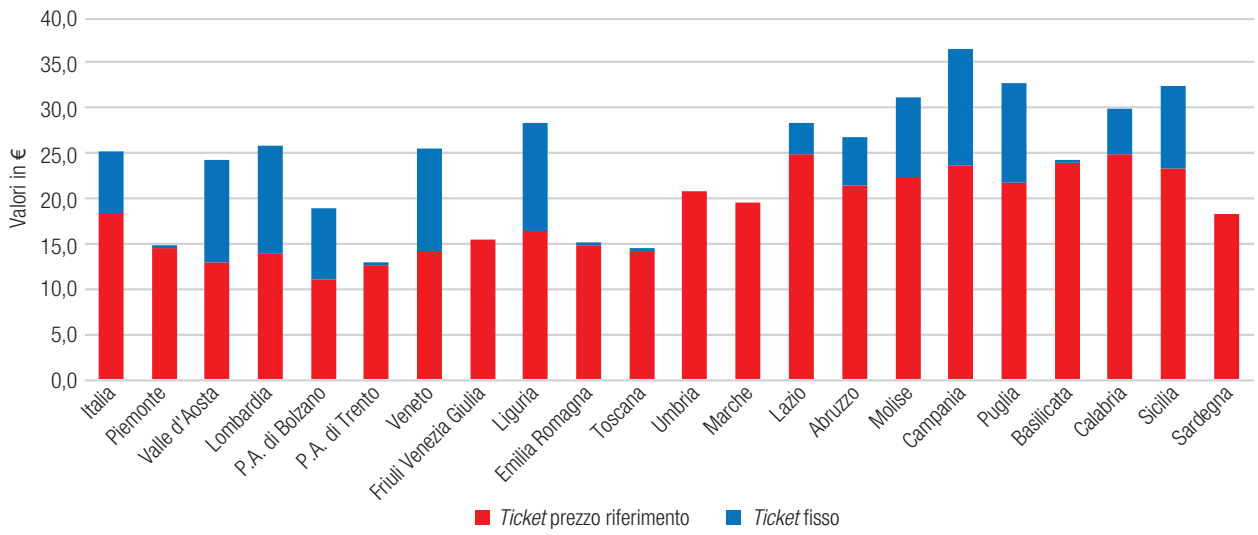
KI 9.7. Spesa farmaceutica totale e tetto. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2021 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, solo Valle d'Aosta, PP.AA. di Bolzano e Trento e Veneto riescono a rispettare il tetto della farmaceutica. Lo sforamento complessivamente ammonta a € 1,6 mld. (€ 26,7 pro-capite), in riduzione del -24,6% nell'ultimo anno grazie alla rimodulazione del tetto della farmaceutica ospedaliera. Sardegna e Abruzzo sono le Regioni che registrano il maggiore sforamento del tetto (rispettivamente € 78,2 e € 68,7 pro-capite).

KI 9.8. Compartecipazione alla spesa dei cittadini. Anno 2021



* *Ticket* fisso non presente nel 2016 e nel 2019 in Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna. Piemonte eliminato dal 1° marzo 2019

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

La compartecipazione dei cittadini alla spesa, complessivamente pari a € 25,1 pro-capite, è attribuibile per € 18,4 pro-capite (73,1%) al differenziale sul prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti e per i restanti € 6,8 (26,9%) al *ticket* fisso per ricetta. A livello Regionale il *ticket* pro-capite per ricetta è nullo o con valori quasi nulli in Piemonte, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Sardegna) mentre assume valori massini, superiori a € 11,0 pro-capite in Valle d'Aosta, Lombardia. L'onere relativo al differenziale sul prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti passa da € 11,0 nella P.A. di Bolzano a € 25,0 in Calabria. Il differenziale è pari a € 14,0 (2,3 volte).

Capitolo 10

Assistenza primaria

Primary care

10a. Confronto tra i sistemi sanitari di cure primarie in Europa: il ruolo del Medico di Medicina Generale

English Summary

10b. Medicina Generale: numeri e prospettive della professione

English Summary

10c. Le reti clinico-assitenziali per l'equità e la sostenibilità delle cure: un nuovo modello di gestione pro-attiva della cronicità e della fragilità - Il raccordo strutturato fra le cure primarie e la rete specialistica

English Summary

10d. Le farmacie dei servizi

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 10
Assistenza primaria

Appare largamente condiviso che il futuro dei Servizi Sanitari sia legato al potenziamento dell'Assistenza Primaria, e che, per raggiungere questo obiettivo, è essenziale svilupparne i modelli organizzativi.

Il Capitolo 10 vuole contribuire alla riflessione sui modelli di Assistenza Primaria, affrontando due tematiche centrali nella reingegnerizzazione dei processi, come anche nella appropriata gestione delle risorse.

Nella prima parte (Capitolo 10a) viene fatta una disamina dei vari modelli di assistenza primaria in Europa, concentrando l'attenzione sulle carenze di Medici di Medicina Generale (MMG) e sul possibile (positivo) impatto della digitalizzazione.

Nella seconda parte (Capitolo 10b), viene affrontato il problema della carenza di MMG specificatamente in Italia: il *trend* di diminuzione annuale, che rischia di diventare ancor più significativo nei prossimi anni, richiede maggiori finanziamenti delle borse di formazione, che sono l'unica possibilità per "tamponare" le fuoriuscite nel breve periodo.

Nella terza parte (Capitolo 10c) si analizza la modalità per affrontare il superamento dei "silos", cioè della frammentazione dei percorsi assistenziali (PDTA), e per la messa in atto di Piani di cura personalizzati (PAI) e integrati, attraverso la continuità delle cure e la interazione multi-professionale.

Infine, nella quarta parte (Capitolo 10d) viene fatta una prima analisi del ruolo delle farmacie convenzionate ai fini dello sviluppo dell'assistenza primaria, guardando allo sviluppo del modello della Farmacie dei servizi.

CHAPTER 10
Primary care

It seems to be widely agreed that the future of Health Services is linked to the strengthening of Primary Care, and that in view of achieving this goal, it is essential to develop its organisational models.

Chapter 10 aims to contribute to the reflection on Primary Care models, addressing two central issues in the re-engineering of processes, as well as in the appropriate management of resources.

In Chapter 10a an analysis of the various primary care models in Europe is made, focusing on the shortage of General Practitioners (GPs) and the possible (positive) impact of digitalisation.

In Chapter 10b the problem of GP shortage, specifically in Italy, is addressed. The annual downward trend, which risks becoming even more significant in the coming years, calls for greater funding of training grants, which are the only possibility for "patching up" the situation in the short term.

Chapter 10c analyses how to overcome the "silos" approach, i.e. the fragmentation of care pathways (PDTA), and the implementation of personalised and integrated care plans (PAI), through continuity of care and multi-professional interaction.

Finally, in Chapter 10d an initial analysis is made of the role played by affiliated and contracted pharmacies in developing primary care, looking at the development of the model based on the so-called Farmacie dei servizi (Service Pharmacies).

CAPITOLO 10a
Confronto tra i sistemi sanitari di cure primarie in Europa: il ruolo del Medico di Medicina Generale

Demurtas J.[1], Vaona A.[2]

I sistemi sanitari, sia europei che non, stanno vivendo un momento di grande crisi, che ha investito in particolar modo i modelli universalistici: tale crisi è particolarmente sentita nel settore delle cure primarie territoriali.

Ne sono una prova tangibile i recenti moti di protesta (scioperi e manifestazioni varie) avvenuti in Spagna ed in Inghilterra, che hanno visto protagonisti gli operatori delle cure primarie.

La motivazione sottostante alle già citate proteste è rinvenibile nello sfruttamento degli operatori in sistemi sanitari che dispongono di risorse sempre più limitate e che tendono alla quantità spesso a discapito della qualità del servizio. A tal proposito, ad esempio, in Spagna, i medici si sono lamentati delle ristrette tempistiche concesse per la valutazione clinica dei pazienti. In Inghilterra è, invece, emersa la tendenza da parte degli operatori del *National Health Service* (NHS) a trovare formule di contratto innovative, più gratificanti, che stanno mettendo in crisi, in maniera progressiva e inesorabile, il servizio sanitario inglese.

Il NHS, da modello di riferimento, smembrato e depauperato, sta perdendo personale e risorse. Anche in Spagna, il personale è ridotto e le risorse scarseggiano. La situazione presentata è riscontrabile anche in altri sistemi sanitari: quello italiano, quello tedesco (con sempre meno medici) e quello francese.

Attualmente, stiamo sempre più assistendo ad una spinta politica verso la privatizzazione dei servizi sanitari, con la ovvia conseguenza che ciò potrebbe determinare delle barriere all'accesso per i cittadini con minori disponibilità economiche e "intaccare" l'equità dei sistemi.

La crisi sociale, politica e di *leadership* in atto, ha accelerato il processo, ulteriormente catalizzato dalla crisi pandemica da COVID, che ha fatto emergere tutte le contraddizioni e le debolezze dei vari sistemi sanitari. Alla soglia del 2023, in condizioni di crisi economica, di risorse e di professionisti, la digitalizzazione dei processi e la condivisione in formato digitale di informazioni potrebbero rappresentare uno strumento per alleggerire il carico sui sistemi, ma rimangono incognite legate alla scarsa alfabetizzazione digitale degli attori coinvolti, oltre che alle reali capacità realizzative delle dirigenze politiche e amministrative.

Lo scopo del presente contributo è quello di offrire una panoramica dei principali modelli di servizio sanitario per poter capire quali siano gli elementi che hanno portato e stanno portando allo scenario sopra descritto. Per la sua stesura, abbiamo assemblato contenuti dalle migliori fonti disponibili, in particolare dai recenti Quaderni Age.Na.s, *Analisi comparata delle cure primarie in Europa*, dal recente articolo di Badinelli Martina et al. sulla formazione in Medicina Generale, dal *Core Curriculum* del Movimento Giotto, e abbiamo tentato di strutturare i paragrafi che seguono secondo punti che consentano una analisi sinottica e consentano una comparazione strutturata.

[1] Dipartimento di Cure Primarie USL Sud Est Toscana, Grosseto. Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, Capalbio
[2] AUSL 9 Scaligera Verona Medico di Assistenza Primaria ad incarico orario

10a.1. Regno Unito

Il NHS è il primo Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di stampo universalistico, nato sotto il re Giorgio VI nel 1946, alla fine della seconda guerra mondiale. In particolare riguarda Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord. Nei vari Paesi l'applicazione del servizio, la sua organizzazione e gli obiettivi possono essere differenti.

Tale sistema garantisce una copertura universale delle prestazioni e delle cure e ha rappresentato l'eccellenza per decenni tra i sistemi sanitari, ma attualmente è in uno stato di crisi profonda che si palesa con una fuga dei professionisti dal NHS.

Organizzazione e struttura del compenso nelle cure primarie

Si tratta di un sistema finanziato prevalentemente dalla fiscalità generale, in cui il 78,8% della spesa per l'assistenza sanitaria è coperto da risorse pubbliche.

Il finanziamento di tutti i servizi di *primary care* (PC) è gestito centralmente e "a piramide" attraverso 27 *team*-area: l'importo complessivo del finanziamento sanitario pubblico viene deciso a livello statale, poi suddiviso tra *budget* regionali e, da ultimo, ripartito tra i *network* locali.

A partire da luglio 2019, il NHS inglese ha introdotto 1.259 strutture territoriali, chiamate *Primary Care Networks* (PCNs). In Scozia, tutti gli studi dei Medici di Medicina Generale (*General Practitioner*, GP) fanno parte di uno dei 147 *cluster* di PC di diverse dimensioni a seconda delle condizioni geografiche e locali del territorio.

Ogni *cluster* è costituito da un gruppo di ambulatori generali, altri erogatori di assistenza sanitaria e sociale ed infine organizzatori del terzo settore che servono una popolazione di 20.000/100.000 persone. I responsabili dei *cluster* sono per lo più GP, ma in altri casi anche infermieri e coordinatori del terzo settore.

Nonostante le differenze organizzative, tutti e quattro gli Stati hanno adottato le medesime politiche su aspetti rilevanti, quali il *gatekeeping* da parte dei GP, accesso gratuito ai servizi e trasporti di emergenza e a servizi di secondo livello in ospedale, incoraggiando anche l'integrazione socio-sanitaria.

Gli erogatori di assistenza sanitaria ottengono un'abilitazione e sono controllati e supervisionati dalla *Care Quality Commission* (CQC); questo organismo determina i requisiti legali dei fornitori, compresi gli ospedali, l'assistenza domiciliare e gli uffici. Tutti gli erogatori di assistenza sanitaria devono necessariamente iscriversi al CQC e le loro prestazioni devono essere monitorate secondo gli *standard* nazionali di qualità.

Per quanto invece attiene l'identificazione degli obiettivi di salute pubblica, questo avviene a tutti i livelli: statale, regionale e locale.

Gli studi/cliniche di medicina generale in Inghilterra vengono gestite da una piccola *partnership* commerciale di GP che hanno un contratto con il NHS: la loro remunerazione avviene attraverso un *mix* di pagamenti: a quota capitaria, *pay for performance* e *fee for service*.

Mentre le linee guida e le raccomandazioni sull'assistenza primaria sono di livello statale, gli aspetti maggiormente strategici sono devoluti al livello regionale, tramite l'*Integrated Care System*, basato su un concetto di salute che sia il più possibile centralizzato sulle necessità delle persone, abbattendo le barriere tra *primary* e *secondary care*, tra salute fisica e mentale, tra il NHS e servizi sanitari locali, al fine di assicurare la continuità di cura.

Il personale operante nelle cure primarie è composto da:

- Medici di Medicina Generale (GPs)
- Infermieri
- *Staff*
- Fisioterapisti
- Psicologi
- Farmacisti
- Paramedici
- Operatori esperti in fragilità mentale
- Odontoiatri
- Ottici
- *Social Prescribers*.

Se consideriamo il personale di una GP *practice standard*, solo 1 professionista su 4 è un GP e per

ogni GP presente, si può calcolare 0,20-1,00 infermiere.

La situazione dei GP, come accennato nell'introduzione, è però preoccupante.

Attualmente, circa il 97,0% della popolazione è registrata con un GP, ma i GP sono in costante diminuzione rispetto alla popolazione generale: da 67/100.000 nel 2009, a 60/100.000 nel 2019.

Il numero di assistiti per GP è in aumento, con un numero che varia dai 1.750 ai 3.000 abitanti.

Il più alto numero di GP si ha in Scozia, 76 ogni 100.000 abitanti; il minore nel Nord-Ovest di Londra, 54.

Le organizzazioni di GP coprono 40.000-50.000 utenti.

Storicamente, l'assistenza primaria in Gran Bretagna è stata erogata da moltissimi ambulatori di piccola dimensione, con massimo 2 GP per presidio; negli anni queste realtà sono drasticamente diminuite, chiudendo o riunendosi tra loro.

I GP, quindi, lavorano sempre più in gruppi da 3 a 10 specialisti, anche se il numero di ambulatori che ha più di 7 GP è ancora basso. Ciò che si verifica, nella maggior parte dei casi, è l'unione di 6/7 ambulatori che lavorano in rete, condividendo alcune figure, come farmacisti o fisioterapisti.

Il modello economico degli ambulatori di medicina generale, negli ultimi 10-12 anni, a causa di fattori connessi alla riduzione di fondi, all'entrata del settore privato nel mercato, all'aumento di domanda, all'incremento di aspetti burocratici e alla carenza di personale, si è rilevato nel tempo in gran parte insostenibile per le piccole realtà, determinando il già menzionato processo di aggregazione.

I GP sono prevalentemente dei liberi professionisti convenzionati (GP *partners*), ma negli ultimi 15 anni si è cominciato ad avere anche dei GP dipendenti. Negli ultimi anni si è assistito, in particolare tra il 2020 ed il 2022, ad un meccanismo per cui il NHS compra i servizi dei GP da gestori privati.

La formazione in medicina generale

La formazione in Medicina Generale nel Regno Unito prevede il seguente percorso:

- 5 anni di laurea
- *Foundation Program*
- Iscrizione *General Medical Council*
- 3 anni di Medicina Generale (*General Practice Specialty Training Program)*
- *Membership of the Royal College of General Practitioners* - FRCGP (OSCE).

Per accedere al programma i candidati devono obbligatoriamente superare il *Multi-Specialty Recruitment Assessment*, un esame computerizzato a risposta multipla che include domande cliniche ed etiche.

Il percorso formativo in medicina generale – gestito da 13 strutture macroregionali del *National Health Service*, i *Local Education and Training Boards* – ha una durata minima di 3 anni, durante i quali le rotazioni formative sono prevalentemente suddivise in ambito ospedaliero e comunitario. All'ambito ospedaliero sono dedicati 12 mesi e sono previste rotazioni elettive mensili in varie specialità chirurgiche e cliniche (per es., geriatria, medicina d'urgenza, psichiatria). I restanti 24 mesi sono, invece, incentrati sull'assistenza primaria e sulla medicina generale e possono essere organizzati in diverse rotazioni.

Oltre alla formazione pratica, sono previste sia lezioni teoriche settimanali (obbligatorie) sia attività di formazione extra che fanno parte di un portfolio programmabile.

Infine, per ottenere il *Certificate of Completion of Training* e diventare un GP, il tirocinante deve superare il *Membership of the Royal College of General Practitioners*, un esame suddiviso in 3 diverse parti, volto ad accertare le conoscenze teoriche (attraverso un test a scelta multipla) e le competenze pratiche e comunicative (attraverso simulazioni di scenari realistici).

IT e Tecnologia

Il sistema sanitario inglese è fortemente digitalizzato, con *repositories* e *data* storage dedicati, applicazioni rivolte al paziente e sistemi di *tele-triage*.

10a.2. Spagna

La (SOE), con il *Seguro Obligatorio de Enfermedad* del 1942, una sorta di sistema mutualistico, è stata uno dei primi sistemi a dotarsi di un SOE. Adesso, è uno dei principali sistemi universalistici.

Organizzazione e struttura del compenso nelle cure primarie

I MMG sono circa 8 per 10.000 abitanti, con un *range* che varia dai 6 agli 11.

Gli infermieri sono 7 su 10.000, con un range tra i 5 e i 10.

Le cure primarie sono essenzialmente garantite dal lavoro di dipendenti pubblici, sia medici di medicina generale sia infermieri.

Il *team* di base è formato da medico di famiglia, infermiere specializzato e personale amministrativo di supporto. Vi si può poi aggiungere il pediatra e in altri casi anche altri professionisti: il tutto dipende molto da Regione a Regione e da area ad area.

Per quanto riguarda le altre professioni e specializzazioni coinvolte nella *primary care*, vi sono pochi farmacisti, alcuni odontoiatri, ostetriche, fisioterapisti e terapisti occupazionali (non in gran numero), oculisti, psicologi, infermieri con una specializzazione in nutrizione, assistenti sociali.

Data la normativa nazionale di massima, che prevede una base salariale minima, a livello regionale, una parte dello stipendio è negoziata con i sindacati, mentre ve n'è un'altra variabile che dipende da incentivi, bonus e livelli di responsabilità.

Per quanto riguarda la figura dei MMG, il compenso include una quota capitaria, equivalente al 10/15% del totale, che considera fattori demografici inerenti alla popolazione afferente al MMG (tipologia della popolazione, densità e percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni).

Rispetto alla contrattazione, di norma i sindacati della *primary care* siglano un contratto annuale programmatico con il servizio sanitario regionale, basato sia sulle quote capitarie che sulle specifiche priorità del dipartimento di salute locale. La contrattazione, poi, investe a cascata tutti i livelli sottostanti, delineandosi in accordi legati ai singoli *team* di cure primarie.

Per quanto attiene l'organizzazione dei servizi di *primary care*, esistono due tipologie di presidi:

- i centri di *primary care*, dove svolgono il proprio lavoro in *team* i medici di famiglia, gli infermieri e il personale di supporto
- gli uffici locali di salute, collegati ai primi, ma operanti in aree più isolate, con professionisti che offrono servizi di base.

La collaborazione con i professionisti che operano nell'assistenza di secondo livello è molto rara perché, di fatto, questi ultimi, sono legati gerarchicamente agli ospedali.

Il *team* di *primary health care* rappresenta la base del SNS; il *team* deve essere composto almeno da medici, infermieri e personale di supporto, ma, a seconda dei casi e della programmazione sanitaria locale, può essere implementato da altre figure più specialistiche come pediatri e infermieri pediatrici, fisioterapisti, odontoiatri, psicologi e assistenti sociali.

Questo assetto, originario degli anni '90, è il più frequente e omogeneo a livello nazionale

Tuttavia, oggi, si può dire che coesistano tre modelli:

- il primo corrisponde al "*team* base" appena raffigurato: nella stessa area territoriale, i servizi di *primary care* sono gerarchicamente dipendenti dai ministeri della salute regionale, ma diretti separatamente rispetto all'assistenza specializzata
- il secondo prevede una gestione integrata tra servizi a più livelli, con un singolo referente che segue la continuità assistenziale
- il terzo prevede l'esternalizzazione dei servizi di *primary care* a consorzi pubblici o a *partnership* con realtà profit (es. le *Entidades de Base Asociativa della Catalonia*).

Negli ultimi anni, molte comunità autonome hanno adottato riforme strutturali e organizzative, al fine di rafforzare l'assistenza integrata.

Solitamente, le sedi delle cure primarie sono di proprietà pubblica (nazionale, regionale o municipale). In alcune realtà (ad es. Valencia e Galizia), enti

profit, in *partnership* con le Regioni, concedono l'uso di strutture private per erogare, in regime pubblico, parte dei servizi sanitari.

Con la pandemia, una problematica già presente, ovvero la mancanza di coordinamento e di condivisione di informazioni tra assistenza sanitaria e sociale, si è fatta più evidente.

Questa assenza di dialogo non è nemmeno rafforzata dalla presenza di assistenti sociali in alcuni *team* di cure primarie, rappresentando un *link* molto debole con l'area socioassistenziale.

Inoltre, a creare ancora più distanza tra le due realtà, è il fatto che nel sociale il settore privato è preponderante e, quindi, vi vigono più regole di mercato e di competitività che non riescono a conciliarsi con l'ottica maggiormente universalistica del sistema sanitario.

Formazione in medicina generale

Una volta conclusi i 6 anni di studi universitari in medicina, i medici in formazione devono iscriversi all'ordine nazionale dei medici per ottenere il diritto all'esercizio della professione medica. In particolare, i medici hanno bisogno di una specializzazione per poter lavorare nel servizio sanitario nazionale spagnolo.

Per accedere a un programma di formazione specialistica, i candidati devono superare un esame nazionale selettivo, quello del Medico Interno Residente (MIR).

La graduatoria finale è determinata da un esame composto da domande a risposta multipla, a cui si aggiunge una piccola percentuale di punti relativa al curriculum universitario del candidato. La durata della specialità in medicina generale è di 4 anni e il programma di formazione è suddiviso in blocchi.

In pratica, metà delle rotazioni formative sono dedicate alla medicina generale. Inoltre, i tirocinanti devono frequentare rotazioni ospedaliere in medicina interna e altri reparti medici e chirurgici per circa 18 mesi. I restanti 6 mesi consistono in rotazioni multiple in varie aree (per es., psichiatria, cure palliative, radiologia) in strutture ospedaliere o ambulatoriali.

Durante il programma di formazione, i tirocinanti devono anche svolgere un determinato numero di guardie di 17-24 ore e frequentare una formazione teorica di circa 250 ore/anno.

Per quanto riguarda la formazione dei *general practicioner*, dalla fine degli anni '70, esiste un corso di specializzazione per medicina generale offerto dal Ministero dell'Educazione, ma gestito dal Ministero della Salute.

Anche per gli infermieri esiste una specializzazione in medicina generale/medicina di famiglia e possono partecipare allo stesso corso dei medici. Gli infermieri, che vantano un lungo excursus lavorativo con molta esperienza, possono essere inseriti direttamente nell'organico dei *team* di *primary care* attraverso bandi e concorsi.

IT e tecnologia

In Spagna sono le singole comunità autonome ad essere responsabili dei servizi di Telemedicina, non esistendo una legislazione nazionale omogenea (19), pur sviluppandosi a livello normativo sin dagli anni 2000.

Al fine di abbattere le barriere geografiche per l'accesso ad alcuni servizi specialistici e per migliorare la continuità di cura, alcune regioni autonome hanno promosso l'implementazione dell'uso della telemedicina, soprattutto per assistiti con patologie croniche.

Per quanto invece riguarda la condivisione di dati, le cartelle cliniche tenute dai medici di medicina generale sono in parte condivise con altri livelli di presa in carico ed erogatori di servizi.

Ogni assistito ha, infatti, una cartella elettronica all'interno della quale i medici di famiglia possono lavorare quando trattano il paziente.

Per finalità cliniche, il medico può anche vedere i risultati di laboratorio, le decisioni e le diagnosi degli specialisti dell'assistenza di secondo livello, nonché fare teleconsulti per analizzare i referti e gli esami svolti ad altri livelli di assistenza.

Inoltre, i cittadini sono anche forniti di una tessera sanitaria valida per tutta la Nazione che permette di

accedere ai servizi del pacchetto base e all'interno della quale sono inseriti alcuni dati, come ad esempio il trattamento terapeutico che si sta seguendo, che diventa così reperibile in ogni farmacia del territorio. Esistono, poi, programmi specifici di digitalizzazione, come la cartella clinica elettronica delle persone affette da diabete, nella quale sono racchiuse tutte le informazioni utili per garantire la continuità delle cure.

Un problema che ancora sussiste è il fatto che non sempre si riesce a estrapolare dall'uso dei dispositivi e della digitalizzazione la loro maggiore potenzialità; i dati, infatti, si raccolgono ancora in modo imperfetto e sicuramente non sono ancora pronti per un vero utilizzo gestionale a livello di *policy*.

10a.3. Germania

Fondato nel 1883, quello tedesco è il primo Servizio Sanitario Nazionale a strutturazione non universalistica, si basa sul modello assicurativo/mutualistico di solidarietà sociale.

L'assicurazione sociale copre un'ampia gamma di prestazioni che eccedono quelle essenziali e le prestazioni sono le stesse per tutti gli assicurati. Le prestazioni coperte dall'assicurazione sociale vengono definite a livello nazionale, mentre rimane di competenza della Commissione federale mista la definizione degli aspetti relativi a nuove tecnologie, farmaci o dispositivi medici nel paniere delle prestazioni incluse. Inoltre, nel sistema sanitario tedesco ogni ambito del settore sanitario, come ad esempio la sanità pubblica, l'assistenza ambulatoriale e l'assistenza residenziale, è disciplinato in modo indipendente; ciò comporta una forte frammentazione nella fornitura di servizi; essi, infatti, risultano separati in termini di organizzazione, finanziamento e modalità di rimborso.

Organizzazione e struttura del compenso nelle cure primarie

L'assistenza primaria comprende tutti i medici che trattano gli utenti a livello ambulatoriale, senza una chiara separazione della specialità del medico stesso.

Gli assistiti hanno libera scelta di medici e altri professionisti, sebbene il rimborso delle cure da parte dell'assicurazione sia disponibile solo su prescrizione di un medico.

Nel 2019, i MMG in Germania erano 1,01 per 1.000 abitanti.

Si stima, inoltre, che il 12% delle persone assistite dai MMG necessiti di almeno una visita a domicilio all'anno, e questi sono prevalentemente donne e anziani.

Nel 2019, il numero di medici (4,39) e infermieri (11,78) per 1.000 abitanti in Germania era più alto rispetto alla media dell'EU del 2018, rappresentata da 3,83 medici e 8,16 infermieri per 1.000 abitanti.

Nel 2018, il 16,49% dei medici lavorava come medico di medicina generale, a fronte del 21,47% rappresentato dalla media dell'EU.

L'assistenza sanitaria ambulatoriale è fornita principalmente da fornitori privati con scopo di lucro, che comprendono medici di medicina generale, pediatri, odontoiatri, farmacisti, psicoterapeuti, ostetriche e altri professionisti sanitari, come fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, podologi e professioni tecniche.

Gli infermieri sono coinvolti solo in studi pilota nelle aree rurali dove collaborano con i MMG.

L'assistenza ambulatoriale include l'assistenza primaria (medicina generale) principalmente fornita dai MMG e l'assistenza secondaria fornita da specialisti, mentre i servizi ospedalieri e le cure terziarie sono fornite prevalentemente in strutture di ricovero.

I MMG non costituiscono la funzione di filtro al sistema (*gatekeeper*) in quanto tutti i medici, a prescindere dalla propria specializzazione, costituiscono un punto di accesso ai servizi sanitari.

I MMG, nel modello tedesco, sono liberi professionisti con contratto stipulato con una compagnia di assicurazione sanitaria (87%). La retribuzione è basata su una quota fissa su base capitaria e una quota variabile basata sulle prestazioni erogate.

Esiste anche una quota parte di dipendenti (13%).

Formazione in medicina generale

Dopo aver completato la scuola di medicina di 6 anni, i medici devono superare l'*Ärztlichen Prüfung* per ottenere il diritto all'esercizio della professione medica. A differenza di altri Paesi europei, il programma tedesco di formazione specialistica è concepito come una formazione professionale all'interno dell'attività medica di *routine*. Pertanto, il conseguimento di una specializzazione è inteso come il riconoscimento dell'esperienza professionale acquisita in una specifica specialità medica. Il programma di formazione in medicina generale dura 5 anni, durante i quali i medici lavorano come assistenti medici. Le associazioni mediche regionali sono responsabili del contenuto e della struttura della formazione, che pertanto può differire a livello locale. I 2 anni in medicina interna rappresentano la parte principale dei 3 anni obbligatori di tirocinio in ospedale, a cui si aggiungono le rotazioni in altri reparti (per es., chirurgia generale, pediatria, ostetricia e ginecologia).

I successivi 2 anni sono dedicati alla medicina generale e svolti negli studi di MMG esperti. In alcune Regioni, gli ultimi 6 mesi possono anche svolgersi in un ambulatorio specialistico.

Durante il percorso formativo i medici devono inoltre frequentare alcuni corsi (per es. uno della durata di 80 ore focalizzato sulle cure psicosomatiche).

In generale, l'inizio della formazione in una specialità coincide con l'assunzione attraverso un colloquio di lavoro con il responsabile di ogni dipartimento in cui un candidato vorrebbe specializzarsi. Tuttavia, esistono numerose associazioni specializzate nel garantire la formazione continua nel campo della medicina generale e quindi i tirocinanti non devono necessariamente fare domanda per ogni periodo nei singoli dipartimenti. Al termine del programma di formazione, i medici devono superare un esame finale (*Facharztprüfung*) per acquisire il titolo di specialista in medicina generale.

IT e tecnologia

Il sistema tedesco è un sistema scarsamente digitalizzato, con delle scadenze per la digitalizzazione - *eHealth Plan* del 2015 – quasi per nulla considerate.

I MMG svolgono consultazioni telefoniche ma non utilizzano le *email*. Esistono molteplici gestori di servizi, che non comunicano tra loro. Con la COVID si è assistito alla partenza, almeno in alcuni *bundes,* di servizi di tele-*triage*.

La maggioranza dei servizi di teleprescrizione e gli altri servizi digitali sono in uso solo in progetti pilota.

10a.4. Francia

Anche la Francia rappresenta un modello mutualistico, con assicurazioni pubbliche, convenzionate e private e un sistema a modello misto di pagamento delle prestazioni, con una componente di *Out of Pocket* e una di compartecipazione alla spesa.

Si tratta di un sistema fortemente centralizzato.

Organizzazione e struttura del compenso nelle cure primarie

Secondo gli ultimi dati a disposizione (2019), i MMG sono circa 1,4/1,5 ogni 1.000 abitanti; i posti letto si attestano sui 5,84 ogni 1.000 abitanti, di cui 3 per la cura delle acuzie e 1,8 per la riabilitazione.

La media di soggetti assegnati a un singolo medico di medicina generale è di 900 pazienti.

Nel 2017, il 45% dei medici in Francia superava i 55 anni, un dato preoccupante, considerando i pensionamenti futuri e il fabbisogno di medici, soprattutto per quanto riguardava i medici di medicina generale. La soluzione messa in atto tra il 2017 ed il 2018 per ovviare a questa situazione è stato l'aumento dei centri per la formazione in medicina generale, disponibile nel 40% dei centri di formazione specialistica medica, una percentuale più alta rispetto ad altri Paesi europei.

Rispetto alla copertura del territorio nazionale, circa l'8% della popolazione francese vive in territori definiti come "deserti medici", localizzati soprattutto in zone rurali o nei sobborghi di cittadine provinciali.

In queste aree, l'accesso alla *primary care* è potenzialmente limitato.

Gli attori coinvolti nelle cure primarie sono: Medico di Medicina Generale; Infermiere/Infermiere "*advanced*"; Pediatra; Ostetrica; Fisioterapista; Ottico; Nutrizionista; Farmacista; Dentista (solo per pazienti fino ai 18 anni); Assistente medico.

Da un punto di vista contrattuale, i professionisti agiscono in un modello con sistema misto di tariffe, in cui i medici della *Secteur* 1, aderiscono completamente all'accordo nazionale e applicano le tariffe ufficiali negoziate con il sistema di assicurazione sanitaria. Quando vedono i pazienti all'interno del percorso di assistenza sanitaria coordinata, il tasso di rimborso è del 70% della tariffa ufficiale.

I medici della *Secteur* 2, invece, stabiliscono liberamente le loro tariffe. L'importo del loro onorario che supera la tariffa ufficiale non viene rimborsato.

Ci sono, infine, dei medici che hanno aderito all'Opzione di Pratica Tariffaria Controllata ("*Option de pratique tarifaire maîtrisée*"/ OPTAM) che fanno pagare un importo moderatamente più alto della tariffa ufficiale. La base di rimborso è la stessa dei medici del *Secteur*.

I medici possono anche applicare tariffe più alte per i pazienti che non sono inviati o registrati o che non hanno seguito il sistema del percorso sanitario.

Come organizzazione i professionisti possono organizzarsi come singoli privati, centri multidisciplinari o tramite le reti di coordinamento tra medici di medicina generale.

Formazione in medicina generale

Al termine degli studi universitari in medicina (6 anni), gli studenti devono sostenere l'*Epreuves Classantes Nationales*, un complicato e selettivo esame nazionale, per poter accedere al programma triennale di formazione specialistica in MG (*Internat*). Questo programma formativo prevede oltre 200 ore di lezioni teoriche e vari tirocini semestrali (16,17): tre semestri in ospedale, uno in reparto generalista (per es., medicina interna, geriatria), uno in medicina d'urgenza e uno in pediatria/ostetricia e ginecologia; un semestre a libera scelta del tirocinante; due semestri negli studi dei GP, uno dei quali dedicato a un progetto professionale scelto dal tirocinante e svolto durante l'ultimo anno.

Durante il programma, i tirocinanti sono obbligati a svolgere anche un tirocinio relativo all'assistenza psicologica e psichiatrica dei pazienti. Al termine dell'*Internat,* i tirocinanti devono discutere una tesi per ottenere il titolo di specialista in MG.

IT e tecnologia

Sebbene la Francia sia uno dei primi paesi ad aver normato la telemedicina, già nel 2009, le effettive applicazioni si sono avute solo recentemente. Nel 2004, era stato lanciato il *dossier* medicale *partage*, una sorta di cartella clinica informatizzata, attivata però da una quota limitata della popolazione.

Nel 2018 il sistema sanitario di assicurazione nazionale ha definito il prezzo e la copertura per la teleconsultazione e la telespecialistica; nel primo caso il costo equivale a una visita *face to face*. A partire da settembre del 2018, i pazienti che vogliono essere rimborsati per una televisita in tempo reale, devono previamente avere consultato il proprio medico dal vivo nel corso dei 12 mesi precedenti.

In Francia, vengono utilizzate più di 12 applicazioni *software* e questo spiega la difficoltà di creare una rete di raccolta dati di assistenza primaria a livello nazionale. La maggior parte dei progetti/reti fornisce regolarmente ai medici di medicina generale dei rapporti di *feedback* sulla registrazione dei dati.

10a.5. Italia

Il SSN italiano, istituito con la Legge n. 833 del 1978, annovera tra i suoi principi fondamentali l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

L'organizzazione delle cure primarie è la seguente:

- Livello nazionale (SSN)
- Livello regionale (SSR)
- Aziende Sanitarie Locali (ASL)

- Distretto>Casa della Salute>Casa della Comunità

In Italia si hanno (dati 2019) 6,16 medici ogni 1.000 abitanti e 4,05 infermieri ogni 1.000 abitanti. Il rapporto infermieri medici è di 1,5 infermieri per medico.

Nel 2018, il 17,89% dei medici lavorava come MMG, a fronte del 21,47% rappresentato dalla media dell'EU.

I MMG sono in costante diminuzione a causa di pensionamenti previsti ma non compensati e per abbandoni legati all'insostenibilità del lavoro stesso, nel 2019 erano 0,88 ogni 1000 abitanti. Ad oggi, soprattutto nelle regioni del Nord, i MMG sono chiamati a gestire anche 1.800-2.000 pazienti e si stanno creando delle zone completamente scoperte dal punto di vista dell'assistenza del medico di medicina generale.

Sul sistema di cure primarie in Italia si accenneranno solo alcuni punti fondamentali rimandando ad altre fonti eventuali approfondimenti, mantenendo però l'obiettivo di consentire al lettore una comparazione con gli altri sistemi. Ciò in quanto si presume una maggior conoscenza del nostro sistema nazionale.

Organizzazione e struttura del compenso nelle cure primarie

I MMG sono liberi professionisti convenzionati (parasubordinati assimilati a lavoro dipendente).

La loro retribuzione è costituita da una quota capitaria, da incentivi e rimborsi.

Le modalità organizzative sono disparate e ricalcano parzialmente quanto osservato nel Regno Unito, seppur con meno organizzazione.

Le possibilità di organizzazione sono:

- Medico singolo
- Medicine di gruppo 3-20 MMG
- Medicine in rete (condivisione dei dati)
- Case della Salute
- Case della Comunità
- Cooperative MMG

Ad interagire con i MMG nelle cure primarie, sono:

- Infermieri del territorio/Infermieri di famiglia (sperimentazioni locali)
- Assistenti sociali
- Pediatri di libera scelta
- Specialisti ambulatoriali
- Altri operatori.

Formazione in medicina generale

La formazione in medicina generale prevede:

- 6 anni di laurea (abilitante)
- Iscrizione ordine professionale
- 3 anni di Medicina Generale (Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale)
- Diploma Formazione Specifica in Medicina Generale.

In maniera non dissimile da altri contesti europei, il corso di formazione in medicina generale (CFSMG) è un percorso triennale.

In Italia il CFSMG non è riconosciuto come specializzazione universitaria.

A causa della mancanza di un *core* curriculum univoco e della mancanza di un comparto didattico che garantisca degli *standard*, vista la peculiare organizzazione del corso, in mano alle Regioni che lo delegano ad ordini dei medici, si assiste ad una formazione molto diversa da Regione a Regione e da polo didattico a polo didattico.

IT e Tecnologia

In Italia, l'importanza e l'uso della tecnologia in ambito sanitario è cresciuta nel tempo ed è in costante aumento come negli altri Paesi europei.

Le iniziative di *E-health* sono promosse a livello statale e l'impiego attuale si concentra sul potenziamento dei servizi online, in particolare sull'implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS – strumento di *governance*, monitoraggio e supervisione di tutti i livelli primari dei servizi sanitari), sulla digitalizzazione delle prescrizioni mediche e dei certificati, sull'uso della tessera sanitaria digitalizzata, sulle cartelle cliniche elettroniche (CCE),

sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e sullo sviluppo della telemedicina e della transizione digitale.

Il COVID ha permesso di sviluppare le tele-prescrizioni e la dematerializzazione delle richieste, ma la scarsa alfabetizzazione digitale e le resistenze degli attori in gioco comportano uno scarso attecchimento della digitalizzazione e continuano a causare uno spreco incongruo di tempo e risorse.

Sul versante IT e su quello della sostenibilità complessiva, il sistema si giocherà nei prossimi anni il suo futuro sulla effettiva capacità di realizzare le riforme finanziabili con i fondi del Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza. Su questo gravano non poche incognite.

10a.6. Riflessioni finali

Il comparto della medicina generale è in crisi nei principali modelli europei universalistici e mutualistici.

È in atto una vera e propria fuga dall'assistenza primaria. Sempre meno medici sono disponibili, a causa di pensionamenti e diverse scelte. I sistemi sono sempre meno finanziati, mentre le popolazioni invecchiano e le necessità di assistenza e i bisogni di salute diventano sempre più pressanti.

L'aumento dell'età pensionabile prospettato per porre una soluzione temporanea, sembra anacronistico e scarsamente utile.

Per ovviare a questa situazione, o almeno limitare i danni, una digitalizzazione dei processi e dei servizi potrebbe essere utile, ma come visto nelle analisi per singolo paese, fatta salva la situazione inglese, c'è una resistenza alla digitalizzazione e una scarsa alfabetizzazione digitale che inficiano le reali possibilità di utilizzo di questi sistemi.

Probabilmente, una formazione riguardo a queste componenti potrà consentire una migliore presa in carico degli utenti del servizio, con risparmi economici e la possibilità di allocare quelle risorse per altri servizi.

Anche le risorse del PNRR nel contesto nazionale, senza una adeguata formazione e coinvolgimento degli operatori, rimarranno probabilmente non sfruttate.

Riferimenti bibliografici

A cura del Movimento Giotto, Aa. Vv: VERSO UN CORE CURRICULUM DELLA MEDICINA GENERALE

Badinella Martini M, Nobili A, Garattini L. Il mosaico europeo dei programmi di formazione specialistica in medicina generale [The European mosaic of specialty training programmes in general practice.]. Recenti Prog Med. 2022 Oct;113(10):583-586. Italian. doi: 10.1701/3888.38703. PMID: 36173269

Cegolon L, Heymann W. International primary care snapshot: academic primary care in Italy. Br J Gen Pract 2016; 66: 34

Quaderni Agenas – Analisi comparata delle cure primarie in Europa

ENGLISH SUMMARY

Comparison of primary care health systems in Europe: the role of the General Practitioner

Health care systems in Europe, but also in the rest of the world, are experiencing a phase of great crisis, which is concentrated in the area of territorial primary care.

This is evidenced by the recent protests in Spain and England, which have seen primary care providers taking the lead, with strikes and demonstrations.

The reason for protests lies in the increasingly harsh working conditions for healthcare professionals, as a result of the shortage of resources: doctors fear that the incentives provided to them increasingly tend to quantity, often to the detriment of service quality.

In conditions of economic, resource and professional crisis, the digitalisation of processes and the digital sharing of information could be a tool to lighten the burden on the systems, but there remain uncertainties linked to the low digital literacy of the players involved, as well as to the real implementation abilities of the political and administrative leadership.

Based on a desk analysis, the Chapter compares the main European healthcare systems on the basis of three elements: the organisation (and remuneration structure) of General Practitioners (GPs); their training processes and their "relationship" with Information and Communication Technology (ICT).

The Chapter highlights that - although there are clear overlapping areas - the organisation of primary care in the various countries is different, The skill mix, in particular, is different, with teams composed differently both from the quantity viewpoint and of the professionals involved. The General Practitioners' work relationships are also variable, since cases of freelance relationships and cases of employment coexist. The remuneration also differs from one country to another, providing in some cases for a salary, in others for payment on a per-capita basis, possibly supplemented with fee-for-service quotas or with the adoption of pay-per-performance policies.

Citizens' co-payments are also variable: in some cases, they are not envisaged (e.g. in Italy), while in France citizens pays the part of the cost of the medical examination exceeding the level established "centrally".

It is interesting to note that in some countries there is also the possibility of outsourcing Primary Care services to private facilities.

In Germany, for example, there is a substantial overlapping of general medicine with outpatient activity, with a large part of primary care facilities being private for profit.

The GP workloads are also different. In the various countries the maximum number of patients ranges from less than 1,000 to 3,000.

The (post-graduate) training in general medicine varies from 3 to 5 years. It is generally considered a specific specialisation (unlike the Italian case), and during the training the prospective GP is expected to intern in various types of facilities, including hospitals.

The use of ICT is very variable: rather widespread in the UK, while still limited in Germany.

The digitalisation of processes and services could be useful, but - as highlighted in the country-by-country analyses, with the exception of England - there is reluctance and resistance to digitalisation, as well as low digital literacy, that undermine the real possibilities of using these systems.

It is likely that training in these components as well will allow for better care of service users, with financial savings and the possibility of allocating those resources to other services.

CAPITOLO 10b
Medicina Generale: numeri e prospettive della professione

Cappelli C.[1], Misericordia P.[2]

10b.1. Introduzione

Della carenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) se ne parla ormai da oltre 10 anni con proiezioni e studi che hanno dimostrato quanto la gobba pensionistica, in assenza di misure fortemente correttive, avrebbe impattato sul sistema della medicina generale e quindi sulla salute dei cittadini. Vere misure di contrasto alla carenza dei MMG furono introdotte nel 2018 dal Ministro Grillo, con l'aumento del finanziamento per la formazione in medicina generale[3] e cambiamenti normativi del corso e dell'accesso al concorso[4] tramite graduatoria riservata per titoli di servizio[5].

Successivamente nel 2020 un emendamento a firma dell'On. Carnevali ha aumentato il fondo per la formazione in medicina generale di ulteriori € 20 mln. per un totale quindi di € 68,735 mn. totali[6].

Prorogati i termini di scadenza del Decreto Legislativo (D.L.) "Semplificazione" e D.L. "Calabria", nel 2021 i fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno garantito un finanziamento extra di circa € 100 mil., per ulteriori 900 borse all'anno per tre anni[7].

La questione rimane quella di comprendere se tutte queste misure siano effettivamente servite: argomento affrontato nel seguito.

10b.2. *Turn over*

Come si può vedere dalla figura 10b.1., oggi ci troviamo sostanzialmente all'interno della gobba pensionistica con un'uscita media dal sistema di oltre 3.000 unità all'anno per i prossimi 5 anni (dati ENPAM).

Se volessimo valutare l'andamento nel tempo (Figura 10b.2.) di quanti MMG sono usciti dal sistema e non sono stati reintegrati (saldo "uscite-ingressi"), ricorrendo alle rilevazioni SISAC, si registra che sono state perse oltre 5.000 unità dal 2016 al 2021[8].

10b.3. Carico assistenziale

Contestualmente alla diminuzione del numero di medici è aumentato il carico assistibile medio (Tabella 10b.1.), ovvero il numero di pazienti per MMG, che nelle rilevazioni del Ministero della Salute (annuario statistico 2020[9]) mostrava già un *trend* in crescita da oltre 10 anni (Figura 10b.3.).

Aggiornando quindi i dati SISAC del 2021 con i

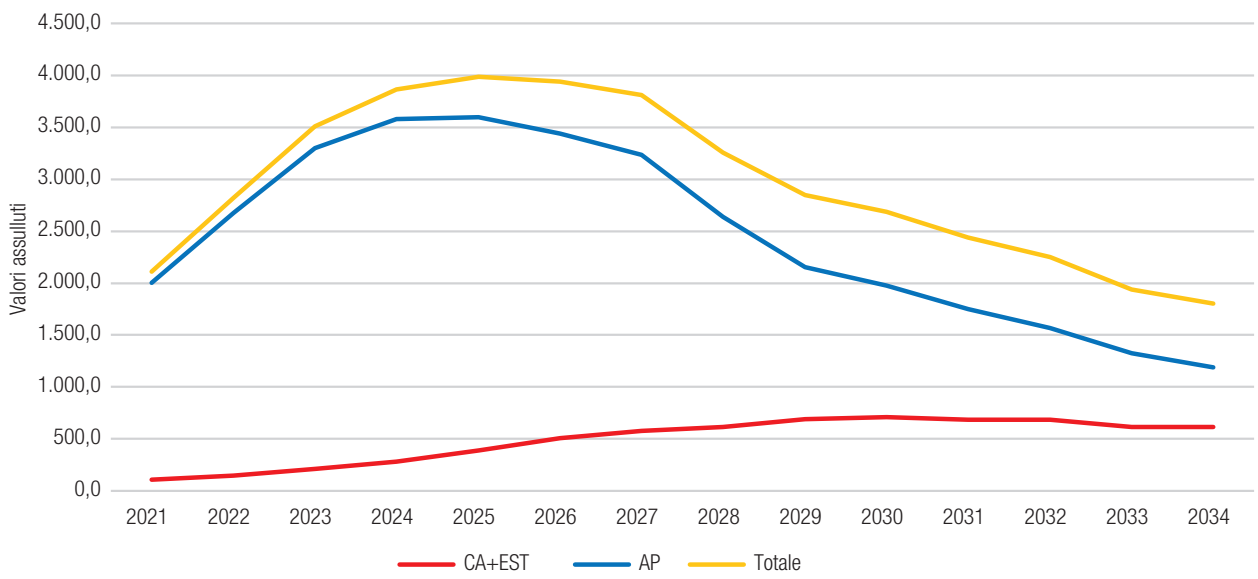
---

[1] Responsabile Centro Studi FIMMG
[2] Centro Studi FIMMG. Segretario Settore Continuità Assistenziale FIMMG Marche
[3] https://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioNotizieEsenzioni.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3584
[4] https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/02/08/semplificazionigrilloin-arrivo-nuove-nomine-medici-di-base_9dbdb46c-4fef-4842-9532-a91a23d30c8f.html
[5] https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=3800
[6] https://parlamento18.openpolis.it/emendamento/96770
[7] https://www.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=406&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute
[8] https://www.sisac.info/ActionPagina_296.do
[9] https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3245_allegato.pdf

dati ISTAT della popolazione assistibile (>14 anni) arriviamo a un carico assistibile medio italiano di oltre 1.300 assistiti per medico, con ampia variabilità fra le Regioni ed un evidente gradiente Nord-Sud (Figura 10b.4.).

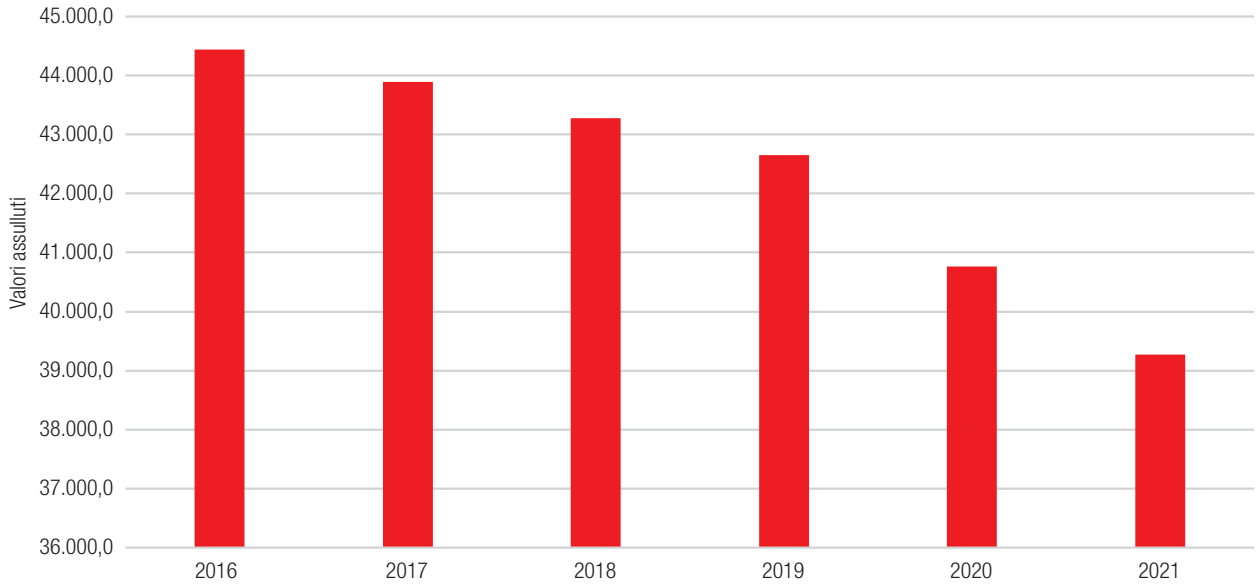
Il *trend* è eloquente e i dati sullo stato attuale in certe realtà regionali piuttosto drammatici.

Figura 10b.1. Gobba pensionistica della medicina generale - ipotesi pensionamenti a 68 anni



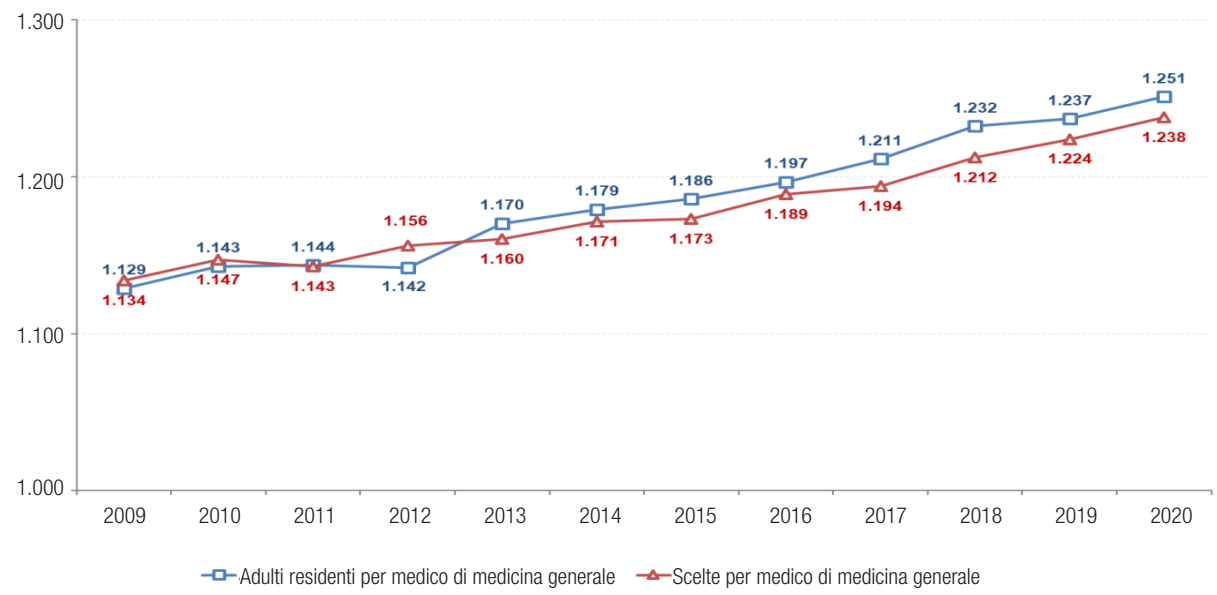
Fonte: ENPAM

Figura 10b.2. *Trend* MMG italiani



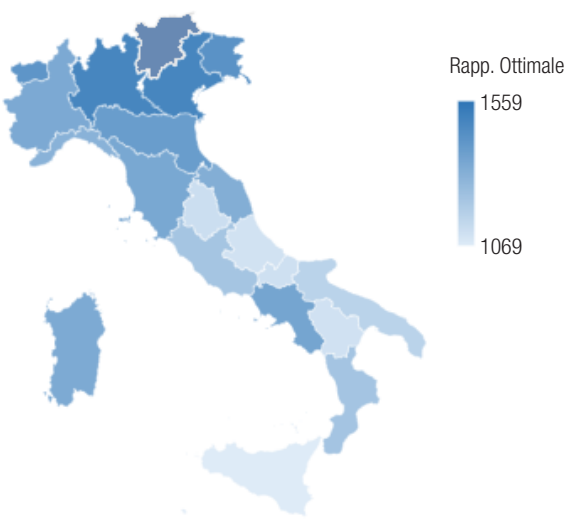
Fonte: SISAC

Figura 10b.3. *Trend* carico potenziale e disponibilità dei MMG



Fonte: Ministero della Salute

Figura 10b.4. Carico assistibile 2021



Fonte: SISAC e Istat

10b.4. Formazione

Dato che il numero di "uscite" dal sistema dipende sia dai pensionamenti, più o meno anticipati, ma anche dall'abbandono del corso di formazione e della "convenzione" in generale, la questione è se le "entrate" potranno tamponare l'"emorragia".

Si osservi che l'accesso alla convenzione della medicina generale, in Italia, avviene attualmente attraverso tre canali:

1) il concorso con borsa di formazione (di cui al finanziamento statale garantito dal PNRR per 3 anni)
2) l'accesso al corso tramite graduatoria riservata (ex D.L. "Calabria")
3) l'accesso al corso per i sovrannumerari (laureati ante 1991).

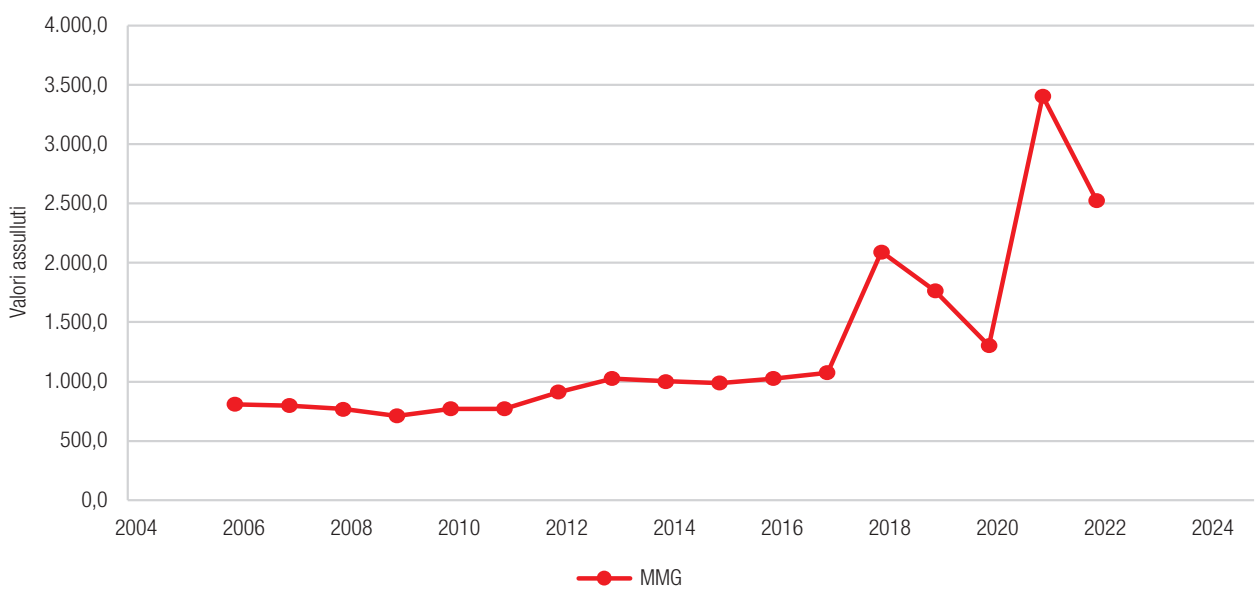
Un quarto fattore infine influisce sulle risorse umane disponibili che sono i "contratti temporanei" ovvero la convenzione durante il corso di formazione che ha visto una modifica recente della normativa con aumento del massimale dai 650 pazienti ai 1.000 pazienti per medico convenzionato in formazione.

Tabella 10b.1. MMG. Anno 2021

Regioni	MMG	15-64	>65	Totale	Rapp. Ottimale
P.A. di Bolzano	290	346.624	105.549	452.173	1.559
Lombardia	5.810	6.368.311	2.286.466	8.654.777	1.490
Veneto	2.853	3.103.767	1.142.745	4.246.512	1.488
Friuli Venezia Giulia	738	741.544	319.340	1.060.884	1.438
Valle d'Aosta	76	78.077	30.269	108.346	1.426
P.A. di Trento	330	345.034	121.842	466.876	1.415
Emilia-Romagna	2.776	2.799.960	1.073.202	3.873.162	1.395
Campania	3.539	3.698.861	1.118.545	4.817.406	1.361
Toscana	2.408	2.296.260	952.609	3.248.869	1.349
Piemonte	2.800	2.644.794	1.112.287	3.757.081	1.342
Sardegna	1.057	1.014.827	401.716	1.416.543	1.340
Marche	993	933.339	381.162	1.314.501	1.324
Italia	39.270	37.658.137	13.941.531	51.599.668	1.314
Liguria	1.036	915.885	436.284	1.352.169	1.305
Calabria	1.312	1.189.374	425.625	1.614.999	1.231
Lazio	4.056	3.688.832	1.293.472	4.982.304	1.228
Puglia	2.932	2.522.245	909.396	3.431.641	1.170
Umbria	677	533.186	227.477	760.663	1.124
Molise	235	185.513	76.120	261.633	1.113
Basilicata	434	350.329	131.267	481.596	1.110
Abruzzo	1.016	807.927	316.711	1.124.638	1.107
Sicilia	3.902	3.093.448	1.079.447	4.172.895	1.069

Fonte: SISAC 2021 e ISTAT

Figura 10b.5. Storico borse per concorso medicina generale



Fonte: Delibere CIPE

Borse di formazione

Il numero di borse contingentate ogni anno dipende dal finanziamento vincolato per la formazione in medicina generale che è un fondo statale, ripartito con delibera CIPE alle Regioni dopo Intesa in Conferenza Stato Regioni. Questo numero riflette il numero di fondi a disposizione che sono stati:

- fino al 2017: € 38,735 mln.
- nel 2018: € 38,735 + fondo straordinario di € 40 mln.
- nel 2019: € 48,735 mln.
- nel 2020: € 48,735 mln.
- nel 2021: € 68,735 mln. + fondo aggiuntivo prima annualità PNRR
- nel 2022: 68,735 mln. + fondo aggiuntivo seconda annualità PNRR.

L'ampia variabilità fra un anno è l'altro è dovuto al fatto che il fondo, ogni anno, deve garantire il pagamento di coloro che frequentano le tre annualità del corso, rendendo, in questa fase di cambiamento delle numerosità dei corsisti, spesso molto diverso il valore della somma (Figura 10b.5.).

Il meccanismo di finanziamento della formazione in medicina generale è complesso e richiederebbe un approfondimento a parte, in quanto insistono su di esso meccanismi che hanno de-finanziato, e de-finanziano tuttora, il numero di borse complessive erogabili con il finanziamento disponibile. Rimane, in particolare, indefinita la questione relativa al fondo generato dalle borse di chi abbandona il corso, aspetto verso il quale è atteso un chiarimento da parte delle Regioni, trattandosi di finanziamento vincolato per la formazione e che di fatto risulterebbe non utilizzato[10].

È possibile, comunque, in assenza di misure correttive del finanziamento in essere, fare delle proiezioni sul numero di borse che verranno ad essere contingentate (assumendo come "costo organizzazione dei corsi" un costo fisso forfettario) (Tabella 10b.2.).

Tabella 10b.2. Proiezione borse di studio

Anno	Prospetto	Borse del PNRR	Fuori riparto FSN*	Totale
2021	2.227	900	150	3.277
2022	1.647	900	150	2.697
2023**	1.184	900	150	2.234
2024**	2.227	0	150	2.377
2025**	1.647	0	150	1.797
2026**	1.184	0	150	1.334
2027**	2.227	0	150	2.377
2028**	1.647	0	150	1.797
2029**	1.184	0	150	1.334
2030**	2.227	0	150	2.377

*le regioni Friuli VG, Sardegna, Val d'Aosta, Trento e Bolzano non usano il finanziamento FSN il loro numero di borse calcolate è una media relativa al trend degli anni precedenti

** la proiezione delle borse dei prossimi anni tiene conto del finanziamento fisso di 68,735 milioni di euro con costo organizzazione dei corsi a 1000 euro borsa/aa

Fonte: elaborazione propria

Accesso al corso tramite graduatoria riservata

L'accesso al corso tramite graduatoria riservata è stato introdotto nel 2019 (D.L. "Calabria") con un finanziamento fisso *standard* di € 2 mln. inizialmente per 3 annualità (2019-2020-2021) e successivamente prorogato di una ulteriore annualità.

Tabella 10b.3. Disavanzo di posti rispetto ai partecipanti

	A	B	C = A - B
Anno	**Posti**	**Partecipanti**	**Posti avanzati**
2019	688	1175	**-487**
2020	714	869	**-155**
2021	926	368	**558**

Fonte: D.L. Calabria

Il numero di posti a concorso tramite graduatoria riservata è rimasto più o meno stabile ma il numero di partecipanti è sensibilmente diminuito negli anni

[10] https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2403026.pdf

a dimostrazione di come questa misura – fortemente critica perché comunque tendente a superare la selezione del concorso – non sia abbastanza efficace, essendoci stato un disavanzo di posti rispetto ai partecipanti di oltre 500 unità nell'ultimo concorso (Tabella 10b.3.).

La normativa per l'accesso alla convenzione durante il corso di formazione

Secondo l'art. 9 del D.L. "Semplificazioni" n. 135/18, dal 2019 è prevista al comma 1 la possibilità di assumere un incarico di cui all'ACN della Medicina Generale.

«Fino al (31 dicembre 2024), in relazione alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.».

Secondo quanto stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente, i Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale possono assumere incarichi a tempo determinato (come provvisori o sostituti) e incarichi di titolarità, definiti "temporanei", nelle more del raggiungimento del titolo di Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

È previsto un limite per i suddetti incarichi "temporanei": per la Continuità Assistenziale il contratto prevede un massimo di 24h/settimanali, mentre per l'Assistenza Primaria è previsto un limite massimo di 1000 assistiti, secondo quanto previsto dalla Legge di Conversione del D.L. Riaperture, n. 52 del 19 maggio 2022, art. 12 comma 3 bis; è inoltre previsto che fino al 31/12/2024 possono essere riconosciute le ore di attività convenzionale previste dall'ACN. Infatti, secondo il comma 3bis, *«Le ore di attività svolte dai medici assegnatari degli incarichi ai sensi del comma 1 devono essere considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo previsto dall'articolo 26, comma 1, del citato decreto legislativo n. 368 del 1999»*.

Questa misura sta portando ad accelerare il percorso di accesso alla convenzione, anticipandolo a prima del completamento del triennio di formazione. Non sono disponibili ad oggi dati completi sull'efficacia e il peso di tale misura sebbene in quasi tutte le Regioni stiano uscendo avvisi per i medici in formazione, a dimostrazione di come il numero di diplomati nelle graduatorie regionali sia sensibilmente diminuito e residuale nel favorire il ricambio generazionale. Ad oggi quindi l'unico fattore che può concorrere all'aumentare il numero di MMG convenzionati è l'accesso al corso di formazione attraverso il quale i corsisti possono praticamente da subito iniziare ad accedere alla convenzione "temporanea" in attesa che il completamento del diploma sblocchi loro il massimale oltre i 1.000 assistiti e si tramuti in convenzione indeterminata a tutti gli effetti.

10b.5. Proiezioni

Essendo arrivati al punto in cui ogni accesso al corso di formazione (sia tramite borsa che tramite graduatoria riservata) è funzionale al ricambio generazionale, date le graduatorie regionali "vuote" in quasi tutte le Regioni, si può valutare il numero di pensionamenti dai dati ENPAM e rapportarlo al prospetto delle borse di formazione – a parità di finanziamento attuale ovvero € 68,735 mln. all'anno + i fondi del PNRR dell'ultimo triennio disponibile.

In assenza di ulteriori misure correttive, quindi, almeno fino al 2027, ci si aspetta una ulteriore riduzione del numero di MMG (che dai dati SISAC mostrava una deflessione di oltre 5.000 unità e un carico assistenziale italiano medio a oltre 1300 pazienti/MMG) di oltre -3.000 unità, senza considerare il fenomeno dell'abbandono del corso di formazione da parte dei corsisti, su cui non abbiamo dati ufficiali, ma si stima si aggiri sul 20% annuo (Tabella 10b.4. e Figura 10b.6.).

La sfida da affrontare è, quindi, quella di tamponare il sistema per almeno 5 anni, attuando misure che favoriscano da un lato un aumento del fondo per

la formazione o dell'accesso alla professione, ma contestualmente incentivino i professionisti a rimanere in servizio e a proseguire il percorso di formazione / convenzione nonostante gli aumenti dei volumi di lavoro (a causa della burocrazia e dell'aumento del carico assistiti).

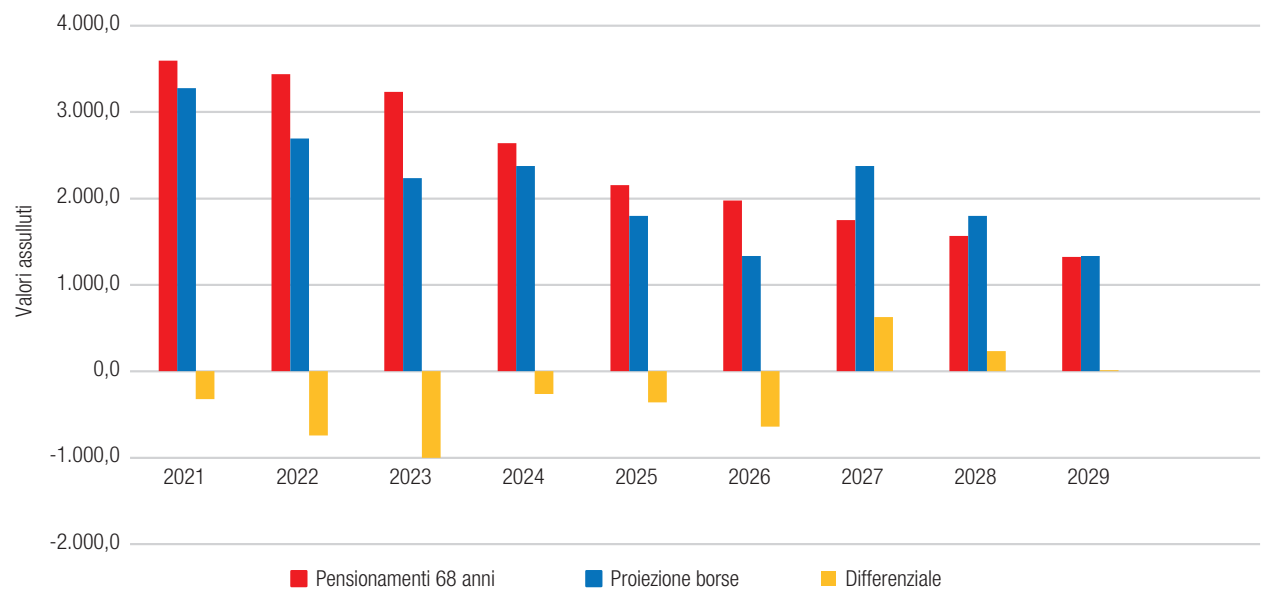
In definitiva sono richieste misure ed interventi di politica sanitaria che possano alleggerire i volumi di lavoro, rendendo la professione più attrattiva e sostenibile.

Tabella 10b.4. Prospettiva MMG

Anno	Pensionamenti 68 anni	Prospetto borse	Differenziale
2016	1.335		
2017	2.001		
2018	2.677		
2019	3.299		
2020	3.580		
2021	3.597	3.277	-320
2022	3.437	2.697	-740
2023	3.233	2.234	-999
2024	2.640	2.377	-263
2025	2.156	1.797	-359
2026	1.976	1.334	-642
2027	1.751	2.377	626
2028	1.565	1.797	232
2029	1.323	1.334	11
2030	1.189	2.377	1.188

Fonte: EMPAM

Figura 10b.6. Pensionamenti 68 anni e proiezione borse



Fonte: EMPAM

ENGLISH SUMMARY

General Practitioners: data and prospects for the profession

The Chapter addresses the issue of the shortage of General Practitioners (GPs), in view of assessing whether the various regulatory interventions designed to tackling the problem can be deemed sufficient.

As a preliminary consideration, it is noted that over the last five years more than 5,000 units have been lost. At the same time the average patient load has increased, exceeding 1,300 patients per doctor, with wide differences between the Regions and an evident North-South gap.

There is currently an average outflow from the system of over 3,000 GPs per year, which will continue for at least the next five years.

The number of "outflows" from the system depends not only on retirements, more or less early, but also on the dropping of the training course and the giving up of the "special agreement with the NHS."

The projections made point to an estimate of grants that varies over the years, with annual values ranging from 1,300 to 3,300. The wide differences from one year to the next are due to the fact that the planned annual funding must ensure the payment of all those attending the course, in any of the three planned years.

For the sake of completeness, it should be noted that access to the course through a reserved ranking list, introduced in 2019 (D.L. "Calabria") with a fixed standard funding of € 2 million, initially for 3 years (2019-2020-2021) and subsequently extended by a further one, saw the number of participants progressively decrease, thus demonstrating that the measure was not effective, as there was a deficit of places compared to participants of over 500 in the last public competition.

Lastly, another factor affecting the human resources available is the 'temporary contracts', i.e. the special agreement with the National Health System (NHS) during the training course, which has seen a recent change in the regulations with an increase in the ceiling from 650 patients to 1,000 patients per contracted doctor in training.

This measure is speeding up the pathway to have access to the special agreement with the NHS, bringing it forward to before the completion of the three-year training period. Complete data on the efficacy and relevance of this measure is not available to date, although notices for doctors in training are coming out in almost all the Regions, thus demonstrating that the number of graduates in the regional lists has diminished significantly and is residual in favouring generational turnover.

As of today, therefore, the only factor that can contribute to increasing the number of GPs is to expand access to the training course, through which trainees can practically begin to have immediate access to the "temporary" agreement with the NHS, while waiting for the completion of the course and the diploma obtained to unblock the ceiling beyond 1,000 patients and turn it into an open-ended and indefinite agreement with the NHS to all intents and purposes.

Evaluating the projections, it emerges that at present every access to the training course (whether through a grant or through a reserved ranking list) is functional to the generational turnover. Hence, in the absence of further corrective measures, at least until 2027, a further reduction in the number of GPs is expected by over 3,000 units, without considering the phenomenon of trainees dropping the training course, on which no official data is available that, however, is estimated to be around 20% per year.

In order to patch up the situation, it is ultimately necessary to promote measures that, on the one hand, favour an increase in the training fund or in access to the profession, but at the same time incentivise professionals to remain in service and continue the training / agreement pathway despite the increases in the volume of work.

CAPITOLO 10c
Le reti clinico-assitenziali per l'equità e la sostenibilità delle cure: un nuovo modello di gestione pro-attiva della cronicità e della fragilità - il raccordo strutturato fra le cure primarie e la rete specialistica

Desideri E.[1]

In questi ultimi decenni si è registrato un progressivo aumento della prevalenza delle malattie croniche e della condizione di fragilità, dovuto soprattutto all'invecchiamento della popolazione, ma anche alla crescente esposizione a fattori di rischio ambientali e sociali.

Emerge con chiarezza, infatti, che l'aspettativa di vita correla, in maniera statisticamente significativa, con gli indici di vulnerabilità sociale e materiale: fattori come il livello di istruzione, l'aumento delle persone sole, la povertà, l'indice di disoccupazione, fattori geografici – come il risiedere nelle così dette "aree interne" - e fattori ambientali collegati all'inquinamento *outdoor* ed *indoor*.

Contemporaneamente all'invecchiamento, si registra un anticipo nel tempo delle prime manifestazioni di malattie croniche: aumentano, quindi, gli anni vissuti non in buona salute ed aumenta il numero delle persone con disabilità (4,1 milioni, CENSIS 2016) e non autosufficienza (2,8 milioni, Istat 2018).

La mancanza di presa in carico, o meglio di assunzione in cura, dei pazienti cronici costituisce una grave carenza dei Sistemi Sanitari Occidentali, anche pubblici (OECD *Health Ministerial Meeting, January 2017*).

Nonostante che la letteratura internazionale abbia da anni documentato che le differenze - DISUGUAGLIANZE - di accesso (soprattutto in relazione al livello di istruzione, ma anche in relazione all'area di residenza e la relativa viabilità, al livello sociale, l'età e il genere) determinino un ritardo nell'avvio del percorso assistenziale e un conseguente - costoso - incremento della ospedalizzazione specie in urgenza e quindi dei costi, nonostante che, anche in Italia, siano state elaborate linee di indirizzo per la cronicità e l'equità delle cure, le disuguaglianze di accesso sono tuttora molto presenti, come documentato anche nell'Atlante Italiano delle disuguaglianze di salute (Istat).

La pandemia causata dal COVID ha messo in risalto la mancanza di adeguate cure di prossimità in molte aree d'Italia con allarmanti differenze di mortalità ed ospedalizzazione. Il fenomeno, più marcato durante la prima ondata, ha evidenziato sorprendenti differenze, anche all'interno delle singole Regioni, in relazione ai modelli organizzativi adottati.

Oggi, anche grazie agli indirizzi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in coerenza con quanto già delineato dal Piano nazionale Cronicità, assistiamo ad una - credo non solo apparente - unanime visione strategica che riconosce nella prevenzione, nella prossimità e proattività delle cure il cardine del non più rinviabile cambiamento dei modelli organizzativi, modelli che dovranno avere una base unica, una visione strategica sistemica, olistica, ma che poi dovranno essere capaci di contestualizzarsi in relazione alle specificità di un'area (ad es. a bassa densità abitativa ovvero urbanizzata).

Se si considera che la cura delle malattie croniche assorbe fra l'84% e l'85% della spesa sanitaria pubblica e che tali patologie sono responsabili del 91% del totale delle cause di morte, la sfida di garantire le stesse cure a tutti appare non più rinviabile, sia per ragioni etiche, sia per garantire la sostenibilità del sistema!

A tale proposito, si deve qui sottolineare come,

[1] Presidente Fondazione innovazione e sicurezza in sanità

estendere le cure a tutti coloro che lo necessitano, possa far lievitare alcune voci di costo (ad es. personale, farmaci, dispositivi: i c.d. "costi intermedi"), ma il miglioramento degli esiti delle cure produce una minore ospedalizzazione, specie in emergenza/urgenza, che rappresenta la principale voce di spesa per il Sevizio Sanitario Nazionale (SSN), grazie ad una riduzione delle complicanze e, quindi, dei c.d. "costi finali" (cioè dell'intero percorso assistenziale).

Inoltre, il cittadino, che sente di essere stato efficacemente preso in cura, produce minori accessi al Pronto Soccorso (PS), e si osserva una riduzione delle visite specialistiche, degli esami strumentali di diagnostica pesante (es. TAC, RMN) ed un aumento dei controlli di laboratorio necessari.

Sono numerosi i contributi disponibili in letteratura, a livello nazionale ed internazionale, che documentano "cosa" si debba fare per il superamento dei "silos" , cioè della frammentazione dei percorsi assistenziali (PDTA), e per la messa in atto di Piani di cura personalizzati (PAI) e integrati, attraverso la continuità delle cure e la interazione multi-professionale; tutti documentano i benefici assolutamente significativi (PHM, ACG et al.) e, come sopra accennato, sottolineano la centralità delle cure che si possono, e devono, erogare sul territorio attraverso la rete delle cure primarie!

Ma vi è, ancora, indeterminazione sul "come" in concreto realizzarlo.

Di seguito vengono sinteticamente delineati, in 6 punti, quelli che, nella mia esperienza, si sono dimostrati i temi centrali da sviluppare per il cambiamento; tesi sia a favorire l'equità delle cure, sia ad assicurare una maggiore resilienza del sistema in caso di pandemia:

- la prevenzione (primaria-secondaria-terziaria), la prossimità e la proattività delle cure; il che, come sottolinea il PNRR, presuppone un rafforzamento sia delle strutture (murarie) territoriali, sia soprattutto organizzativo della rete territoriale: una nuova *governance* distrettuale, lo sviluppo della integrazione multi-professionale socio-sanitaria, un nuovo ruolo delle farmacie territoriali e nuovi approcci per la programmazione/prenotazione degli accertamenti specialistici (un PDTA - PAI senza ritardi, appropriato e senza i frequenti "rimpalli" da un accertamento specialistico all'altro causati dalla mancanza di collegamento fra i professionisti che seguono il singolo malato)
- il raccordo strutturato fra i clinici che hanno in cura il malato: la *community of practice* (Wanger E., 1996), tipicamente - ma non esclusivamente - fra il medico di medicina generale e lo specialista ospedaliero "*tutor*", quello che ha già conoscenza e documentazione sul caso a seguito di un ricovero o per una visita specialistica effettuata al paziente
- il consulto organizzato/strutturato fra specialisti della rete ospedaliera, indispensabile per gestire in sicurezza la multi-morbilità e, in particolare, per assicurare ai medici internisti o geriatri, che operano nei Presidi Ospedalieri di prossimità delle Aree Interne (i c.d. piccoli ospedali), il supporto dello specialista di branca per la corretta gestione diagnostico terapeutica dei casi più complessi e del percorso di persone affette da malattie rare. Così facendo, "piccolo ospedale" non significherà ospedale meno sicuro, fermo restando il rispetto dei principi consolidati per la sicurezza delle cure, ad esempio il rispetto del rapporto volume-esiti in ambito chirurgico
- la sanità digitale (*digital health*) e la telemedicina (in particolare il Teleconsulto), che abilita il raccordo fra i professionisti, rendendo possibile una sanità connessa ed inclusiva.

  La digitalizzazione, come sottolineato e anche significativamente finanziato dal PNRR, facilita in particolare la condivisione di dati sanitari all'interno della comunità di pratica per il corretto svolgimento del PDTA-PAI, attraverso un approccio che superi la attuale non interoperabilità dei sistemi informativi e che, oltre il doveroso consenso informato, garantisca l'analisi dei rischi basata sul rilevamento dei fabbisogni di tutela dati, ex art.9 Regolamento UE 2016/679 ed in applicazione dei principi ex GDPR e delle Linee Guida OMS (*Classification of digital health intervention).*

La disponibilità di dati permette, inoltre, la stratificazione della popolazione in base alla gravità e rende applicabili i principi della ricerca traslazionale, ad es., sull'efficacia di una innovazione (organizzativa o tecnologica), permettendo, inoltre, la produzione e il monitoraggio di specifici indicatori di esito, *Performance* e costi

- la scommessa digitale, così come la sicurezza dei dati, è senza dubbio non più rinviabili come opportunamente sottolineato dalla Agenzia sulla *cybersecurity* (Acn) e, anche se il tema sta avendo una notevole accelerazione, rispetto ad altre nazioni europee, specie per lo specifico tema della sicurezza dati, il percorso nazionale di protezione dati è, secondo molti osservatori, ancora da completare seguendo il Piano Triennale per l'informatica nelle pubbliche amministrazioni 2020-2022, frutto della collaborazione fra AGID e Dipartimento per la trasformazione digitale
- gli Indicatori sopra descritti, come detto, se opportunamente analizzati e monitorati possono essere una inconfutabile fonte di valutazione e validazione dei risultati in termini di efficacia ed efficienza al fine di correggere, ma anche valorizzare, il raggiungimento, ancorché per gradi, degli obiettivi di salute e costi, precedentemente condivisi. Se il percorso di comunicazione – concertazione è stato ben condotto, è corretto e condivisibile che questi indicatori costituiscano le fonti per l'applicazione delle variabili contrattuali previste nel contratto del personale dipendente e in percentuale molto più elevata, nel contratto del personale convenzionato (ACN MMG,2018)
- per un cambiamento efficace è essenziale valorizzare ed integrare fra loro (multi-professionalità) tutte le professioni che operano in sanità e in ambito socio-sanitario *(primary care team).* Anche durante la pandemia, in particolare, si è delineato il forte contributo degli infermieri e il nuovo ruolo delle farmacie territoriali, nonché il ruolo della Sanità Pubblica nella tutela dei cittadini e nella valutazione epidemiologica. In questo contesto, un grande aiuto è venuto, e deve essere ulteriormente sviluppato, dai giovani specializzandi sia nell'ambito ospedaliero, sia in quello territoriale: un vero investimento per il presente e per la sanità del futuro!

I 6 pillar, sopra descritti, possono essere messi in essere se – come accennato nel 1° punto - le attività dei *team* multi-professionali costituiti viene resa possibile attraverso le strutture idonee per un'offerta territoriale rafforzata quali sono le Case della Comunità e gli "ospedali" di comunità, che, come noto, non sono ospedali per acuti, ma strutture territoriali con posti letto di cure intermedie, a degenza breve, utilissime per evitare un ricovero o per accelerare in sicurezza la dimissione.

In una visione sistemica del PDTA/PAI dei pazienti fragili e/o anziani, la realizzazione dei Punti Unici d'Accesso (PUA) e delle Unità per la Valutazione Multi-professionale (UVM) rendono concreti i presupposti di continuità e di qualità *patient centred* del percorso integrato socio-sanitario, che è alla base del *population health management*.

Il domicilio "primo luogo di cura" deve essere reso sicuro avvalendosi di un adeguato servizio integrato (ADI) e mettendo a frutto le tecnologie disponibili, ad es. per il tele-monitoraggio dei pazienti fragili e la domotica.

La sede principale per la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento delle attività sopra descritte è il Distretto ove, avvalendosi della centrale operativa territoriale (COT), si incardinano i PDTA e si promuove la necessaria interazione fra le professioni che operano nello stesso ambito sociale.

Il Distretto è, inoltre, la sede ideale per favorire la partecipazione dei professionisti e dei comuni che lo compongono. Inoltre, nel Distretto è realmente possibile promuovere la partecipazione attiva del volontariato (Associazioni per patologia, 3° settore) e dei cittadini tutti.

Ritengo utile ribadire quanto sopra appena accennato sul rapporto, all'apparenza paradossale, fra equità e sostenibilità delle cure: curare tutti costa meno!

Come ha ottimamente ricordato Berwick (Berwick

DM, et al, 2008), la sfida delle cure per tutti produce una riduzione significativa dell'ospedalizzazione (Desideri E., 2019) e quindi dei costi finali. A tale proposito fra gli errori più frequenti e ricorrenti vi è la misura solo dei costi intermedi (lo dimostra il tetto – oggi rimosso - sulle assunzioni del personale, tetto sulla spesa farmaceutica etc.) dimenticando di rilevare l'efficacia del percorso clinico-assistenziale molto spesso inficiata dalla ridotta aderenza alle cure, specie farmacologiche, della popolazione più fragile e culturalmente svantaggiata!

Solo la metà circa dei malati cronici, infatti, hanno una buona aderenza alla terapia prescritta e per le patologie respiratorie (BPCO - ASMA, anche grave) la percentuale della corretta aderenza si riduce ad un terzo!

Questo fattore di rischio "occulto" è fra i principali responsabili della comparsa degli eventi acuti e della relativa ospedalizzazione, spesso con il coinvolgimento della emergenza territoriale o attraverso il PS (Ostterberg L, et al., 2005).

Anche per affrontare questo gravissimo problema di salute pubblica, la *Primary Health Care* è oggi - come ricordato - al centro delle attenzioni del legislatore: non possiamo né dobbiamo perdere anche questa favorevole opportunità e l'impegno di tutti dovrà essere diretto alla crescita del Sistema attraverso indispensabili percorsi di affiancamento, formazione e condivisione di buone pratiche già presenti in Italia.

In conclusione, e al solo fine di dare ulteriore oggettività a quanto sopra delineato, vengono riportati i risultati - preliminari - di una sperimentazione *(pre-post comparison study)* da me condotta in una grande ASL Toscana.

Lo studio è stato condotto in collaborazione con il Politecnico di Milano e con l'ARS Toscana sugli assistiti dei Medici di famiglia che hanno per primi aderito alla nuova organizzazione, poi estesa - visti i risultati - a tutta la popolazione:

- riduzione:
  - ricoveri ordinari = -22%
  - accessi al pronto soccorso = -11%
  - esami di diagnostica pesante = -16%
  - ricoveri ripetuti = -7%
  - giornate medie di degenza = -9%
  - tempi di attesa = -20 %
- incremento:
  - esami di laboratorio previsti dal PDTA = +17%.

Una successiva indagine condotta da ARS Toscana (2011 - 2014) ha evidenziato nei pazienti diabetici una riduzione del 19% degli eventi cardio-cerebro vascolari e del 12% del rischio di decesso a 4 anni.

La valutazione condotta dal MES di Pisa sulle Aziende Sanitarie toscane ha registrato nella ASL il miglior punteggio medio conseguito in Regione.

Un'indagine, a cura del SWG, sulla percezione della qualità delle cure condotta nel 2016, ha esitato in una diffusa fiducia (95%) nelle cure del Sistema Sanitario pubblico nel territorio della Azienda.

La Azienda, infine, ha costantemente garantito il doveroso pareggio di bilancio!

Una sanità capace di mettere, e far sentire, il malato al centro del suo percorso e delle attenzioni del sistema è la soluzione a cui il PNRR punta in coerenza con solide evidenze scientifiche internazionali e il nostro impegno è, e deve essere, quello più volte richiamato dall'OMS: *"leave no one behind".*

Riferimenti bibliografici

Atlante Italiano delle disuguaglianze di salute. Istat-INMP, 2017

Berwick DM, *et al: The tripple aim:care- health- cost reform,* 2008

Desideri E.: Reti cliniche integrate e strutturate. Igiene e Sanità Pubblica, dic. 2019

Ostterberg L, *et al: Adherence to medication. New England Journal Med*. 353-487-497, 2005

Population Health Management (PHM), *Adjasted Clinical Group* (ACG), *et al*

Thomas S. *et al - Health System review*: Osservatorio Europeo Sistemi e Politiche sanitarie, 2018

Wanger E., *Community of practice*, 1996

ENGLISH SUMMARY

Clinical-care networks for the equity and sustainability of care: a new model of pro-active management of chronicity and frailty - The structured link between primary care and the specialist network

Health care systems in Europe, but also in the rest of the world, are experiencing a phase of great crisis, which is concentrated in the area of territorial primary care.

This is evidenced by the recent protests in Spain and England, which have seen primary care providers taking the lead, with strikes and demonstrations.

The reason for protests lies in the increasingly harsh working conditions for healthcare professionals, as a result of the shortage of resources: doctors fear that the incentives provided to them increasingly tend to quantity, often to the detriment of service quality.

In conditions of economic, resource and professional crisis, the digitalisation of processes and the digital sharing of information could be a tool to lighten the burden on the systems, but there remain uncertainties linked to the low digital literacy of the players involved, as well as to the real implementation abilities of the political and administrative leadership.

Based on a desk analysis, the Chapter compares the main European healthcare systems on the basis of three elements: the organisation (and remuneration structure) of General Practitioners (GPs); their training processes and their "relationship" with Information and Communication Technology (ICT).

The Chapter highlights that - although there are clear overlapping areas - the organisation of primary care in the various countries is different, The skill mix, in particular, is different, with teams composed differently both from the quantity viewpoint and of the professionals involved. The General Practitioners' work relationships are also variable, since cases of freelance relationships and cases of employment coexist. The remuneration also differs from one country to another, providing in some cases for a salary, in others for payment on a per-capita basis, possibly supplemented with fee-for-service quotas or with the adoption of pay-per-performance policies.

Citizens' co-payments are also variable: in some cases, they are not envisaged (e.g. in Italy), while in France citizens pays the part of the cost of the medical examination exceeding the level established "centrally".

It is interesting to note that in some countries there is also the possibility of outsourcing Primary Care services to private facilities.

In Germany, for example, there is a substantial overlapping of general medicine with outpatient activity, with a large part of primary care facilities being private for profit.

The GP workloads are also different. In the various countries the maximum number of patients ranges from less than 1,000 to 3,000.

The (post-graduate) training in general medicine varies from 3 to 5 years. It is generally considered a specific specialisation (unlike the Italian case), and during the training the prospective GP is expected to intern in various types of facilities, including hospitals.

The use of ICT is very variable: rather widespread in the UK, while still limited in Germany.

The digitalisation of processes and services could be useful, but - as highlighted in the country-by-country analyses, with the exception of England - there is reluctance and resistance to digitalisation, as well as low digital literacy, that undermine the real possibilities of using these systems.

It is likely that training in these components as well will allow for better care of service users, with financial savings and the possibility of allocating those resources to other services.

CAPITOLO 10d
Le farmacie dei servizi

d'Errico M.[1], *Polistena B.*[2]

Nel presente contributo si è voluto iniziare a monitorare il ruolo delle farmacie convenzionate ai fini dello sviluppo dell'assistenza primaria, utilizzando le evidenze del Rapporto "La Farmacia Italiana 2022" redatto da Federfarma.

10d.1. La farmacia in Italia e in Europa

Il Servizio Sanitario Nazionale eroga l'assistenza farmaceutica prevista dai LEA (art. 8 DPCM 12 gennaio 2017) attraverso una rete di farmacie, dislocate sul territorio secondo una specifica pianificazione (pianta organica). Oltre a dispensare i medicinali, a partire dal Decreto Legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, la farmacie territoriali assicurano l'effettuazione di prestazioni sanitarie.

Tali prestazioni erogate dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sono state integrate di recente dalla Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di Bilancio 2021), dal decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 e dal Decreto Legge 24 marzo 2022, n. 24, che hanno introdotto la possibilità per il farmacista di somministrare presso le farmacie vaccini, sia anti SARS-CoV-2 che influenzali e, analogamente, di effettuare test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo.

Nel panorama europeo si osserva un assetto eterogeneo e diversificato per quanto riguarda i servizi sanitari offerti dalle farmacie, i quali spaziano dal monitoraggio dell'aderenza alla terapia, come in Italia, Belgio, Regno Unito e Germania, sino alla consegna a domicilio dei farmaci, come in Spagna, Portogallo, Danimarca e Irlanda (dati *Pharmaceutical Group of the European Union* - PEGU).

La densità delle farmacie in Italia supera la media Europea (una farmacia ogni 2.977 abitanti in Italia vs una farmacia ogni 3.245 abitanti in Europa) e sottolinea la capillarità della rete delle farmacie sul territorio italiano. Questo fenomeno è in parte ascrivibile alla presenza in Italia di numerosi centri urbani a bassa densità abitativa e all'iniziativa da parte delle Regioni dell'apertura di presidi in zone rurali o scarsamente collegate; presumibilmente per tale ragione il rapporto effettivo farmacie-abitanti è superiore a quello previsto dalla legge pari a una farmacia ogni 3.300 abitanti.

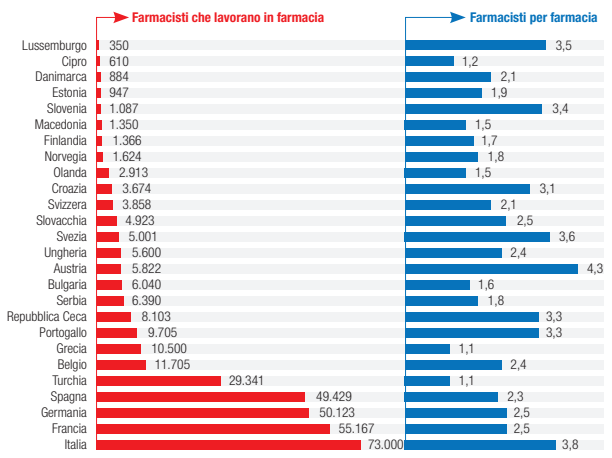
Sempre osservando i Paesi membri dell'Unione Europea (EU), nel 2021 l'Italia risulta essere uno tra i pochi Paesi con un saldo positivo tra aperture e chiusure di nuove farmacie (+129), a fronte di un saldo negativo in Germania (-292), Regno Unito (-299), e Polonia (-287). In particolare, l'Italia è l'unico paese dell'EU che richiede la presenza di un farmacista anche negli esercizi commerciali che erogano farmaci senza ricetta (Decreto Legislativo (D.L.) n. 233/2006, poi convertito nella L. (Legge) n. 248/2006), che possono invece essere venduti nel resto d'Europa nel contesto di altre tipologie di attività commerciali (esempio: supermercati).

Un ruolo fondamentale nella rete territoriale delle farmacie è svolto dai farmacisti, che, soprattutto in aree rurali e lontane da centri medici specializzati, rappresentano spesso il primo riferimento medico per i cittadini. Secondo i dati dell'Ente nazionale di

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

previdenza e di assistenza farmacisti (ENPAF), in

Figura 10d.1. Farmacisti per farmacia



Fonte: la farmacia italiana 2022 un'impresa professionale a tutela della salute

Italia sono presenti ad oggi 90.000 addetti, di cui 67.000 dipendenti e 50.000 collaboratori. Il genere più rappresentato è quello femminile, (il 78,6% degli addetti sono donne), e l'età media è 48 anni. Una recente indagine del PEGU riporta l'Italia in cima alla classifica dei paesi EU per quanto concerne il numero di farmacisti che lavorano in farmacia (73.000) e il numero di farmacisti per farmacia (3,8), indicatore per cui l'Italia risulta seconda solo all'Austria (4,3 farmacisti per attività) ma con valori nettamente superiori a Paesi come Germania, Francia e Spagna rispettivamente 2,5, 2,5 e 2,3 farmacisti per farmacia (Figura 10d.1.).

Sempre in termini di risorse umane e percorsi professionali, in Italia il 63,0% dei laureati in Farmacia ottiene un posto di lavoro entro il primo anno, e l'86,4% dopo 5 anni dal termine del corso di laurea; la media dei laureati occupati è del 45,4% dopo un anno, e 68,8% dopo 5 anni.

10d.2. Le farmacie rurali

Un elemento di particolare interesse nel panorama dell'assistenza territoriale in Italia è rappresentato dalle farmacie rurali, ovvero operanti in centri con meno di 5.000 abitanti, e che costituiscono un terzo del totale delle farmacie, con 7.200 presidi sparsi in modo capillare sul territorio. La centralità e importanza delle farmacie rurali è riconosciuta dal direzionamento di una quota dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) verso l'ammodernamento delle farmacie operanti in centri con meno di 3.000 residenti. Tali fondi verranno principalmente impiegati al fine di potenziare il processo di dispensazione dei farmaci, il supporto all'aderenza alle terapie, la prevenzione di primo e secondo livello. L'attenzione al miglioramento di questi processi punta, inoltre, ad affrontare la desertificazione dei centri poco abitati, che avviene spesso proprio in conseguenza della carenza di servizi sanitari considerati adeguati da parte dei cittadini. Si mira dunque a ridurre le barriere d'accesso ai servizi sanitari, in primis rinforzando le infrastrutture digitali e informatiche, e avvicendando un pacchetto di servizi e di farmaci a cittadini che dovrebbero, in alternativa, recarsi in centri abitati più grandi. Un ulteriore obbiettivo è quello di superare le diseguaglianze nel trattamento economico delle farmacie e di agevolare l'attività di piccole farmacie rurali, le quali rappresentano spesso l'unico presidio di assistenza continuativa per i cittadini, particolarmente in zone di montagna o scarsamente servite dalla rete di trasporti.

10d.3. La composizione della spesa farmaceutica negli anni

Le normative italiane regolano il margine sul prezzo dei medicinali a carico del SSN che spetta ad aziende farmaceutiche, grossisti e farmacie (L.n. 662/96). L'industria può ottenere una quota pari al 66,6% e la farmacia una quota non inferiore al 30,3%, entrambe considerando il prezzo del farmaco al netto dell'IVA, mentre ai grossisti spetta il 3,0%. La presenza, però, di ulteriori sconti di legge concessi all'SSN da parte delle farmacie, risulta nell'effettivo in un margine regressivo, che diminuisce proporzionalmente all'aumentare del prezzo del farmaco. Per i farmaci che non hanno ricevuto copertura brevettuale ma che sono inseriti nelle liste

di riferimento, le industrie farmaceutiche sono invece tenute a redistribuire l'8,0% dei propri margini tra farmacie e grossisti. Le normative finora descritte non riguardano i medicinali di fascia C, ovvero i medicinali totalmente a carico del cittadino, benché, per questa categoria di medicinali, le farmacie abbiano la possibilità di ottenere un margine non inferiore al 25,0% sul prezzo al pubblico (art 13, R.D. 3.3.1927).

Dal 1 gennaio 2004, i prezzi dei farmaci in classe A, rimborsati dal SSN, vengono definiti nell'ambito di un processo negoziale tra l'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) e le aziende produttrici (L.n. 326/2003). Il mancato raggiungimento di un accordo al termine di questo processo risulta nell'inserimento del farmaco in questione in classe C. Per i farmaci di classe C con ricetta, il prezzo può essere stabilito in autonomia da parte del produttore, il quale può ulteriormente aumentarne il prezzo ad anni alterni (gennaio degli anni dispari, L.n. 149/2005); i farmaci senza ricetta sono invece caratterizzati da un prezzo completamente libero (L.n. 296/2006). Inoltre, la farmacia è libera di applicare sconti a piacimento su prodotti medicinali pagati *Out of Pocket* da parte dei cittadini.

Il prezzo medio dei farmaci a carico dell'SSN erogati dalle farmacie in regime convenzionale ha subito tra il 2010 e il 2018 un calo graduale e costante, passando da un valore medio di € 11,8 nel 2010 ad un valore di € 9,5 nel 2021. Questa contrazione è dovuta in larga misura alla diffusione dei farmaci equivalenti, con i farmaci ad alto costo di fatto principalmente distribuiti negli ospedali o nelle ASL. Il prezzo medio dei farmaci a brevetto scaduto (che rappresentano il 76,0% delle confezioni SSN) è di € 7,9, a fronte di un prezzo medio di € 14,4 per i farmaci coperti da brevetto (24,0% del totale SSN).

Nel 2021, l'incidenza della spesa per i farmaci acquistati da strutture pubbliche sul totale è pari a 62,0% (IQVIA, 2022), mentre alla farmacia convenzionata è attribuibile il 38,0% della spesa complessiva. L'incidenza della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica SSN 2021 varia a livello regionale da un minimo del 13,4% in Lombardia ad un massimo del 26,1% in Molise. La distribuzione per conto (DPC) generalmente incide per una quota maggiore rispetto alla distribuzione diretta, raggiungendo il suo massimo nella P.A. di Bolzano (45,7%), seguita dall'Emilia Romagna (37,4%) e Abruzzo (36,3%). In particolare, la distribuzione per conto è regolata da accordi regionali molto eterogenei, soprattutto per quanto riguarda le liste dei farmaci interessati; eterogeneità che si rispecchia di conseguenza nel numero e prezzo medio dei farmaci dispensati in farmacia. Con una media nazionale di € 54,0, il prezzo medio dei farmaci in DPC nel 2021 varia da un massimo di € 75,0 nel Lazio, ad un minimo di € 37,0 in Emilia Romagna, mentre il numero di farmaci in DPC varia dai 955 in Toscana ai 318 nella P.A. di Bolzano.

Confrontando il 2010 e il 2021, recenti dati AIFA evidenziano come i farmaci già coperti da brevetto e presenti nelle liste di riferimento rappresentino la quota maggiore dei farmaci totali, passando dal 41,5% nel 2010 al 45,2% nel 2021. La categoria dei farmaci coperti da brevetto o esclusi dalle liste di riferimento è invece quella che ha subito la contrazione maggiore, passando da un'incidenza del 41,3% nel 2010 al 24,0% nel 2021. Al contrario, i generici, che incidevano per il 17,2% nel 2010, rappresentano nel 2021 circa l'30,8% del totale.

10d.4. Il fatturato delle farmacie

In Italia, il fatturato delle farmacie è composto per il 56,8% (€ 13,8 mld.) da farmaci erogati con ricetta (fascia A e fascia C) e per il restante 43,2% (€ 10,5 mld.) da farmaci senza ricetta e mercato commerciale.

Il fatturato ha subito un calo progressivo negli ultimi anni, soprattutto a seguito dei tagli apportati alla spesa farmaceutica convenzionata e alla diffusione degli equivalenti passando da 25,8 mld. nel 2010 a € 24,4 mld. nel 2021. La pandemia di COVID aveva poi determinato un calo ancor più significativo (fattirato2020 pari a € 23,6 mld.), a cui è seguito un parziale recupero nel 2021 (+3,4%).

Considerando il periodo 2010–2020, il fatturato medio delle farmacie è passato da un valore di € 1,3 mln. annui nel 2010 a € 1,2 mln. nel 2020.

10d.5. Pandemia, digitalizzazione e farmacia dei servizi

La pandemia di COVID è servita da acceleratore per un processo che era, in realtà, apparso necessario già in precedenza, ovvero una riorganizzazione sistemica dell'assistenza territoriale, finalizzata in primis ad un potenziamento capillare dell'assistenza domiciliare, delle cure primarie e della prevenzione. In questo contesto, il rafforzamento della rete delle farmacie gioca un ruolo chiave nell'alleggerire il carico degli ospedali e delle ASL, permettendo ai pazienti di ricevere un'assistenza sanitaria adeguata ed efficace. Questa rete territoriale conta attualmente 19.000 presidi, con circa 200 utenti giornalieri medi per unità.

Il "IV Rapporto annuale sulla farmacia", presentato da Cittadinanzaattiva in collaborazione con Federfarma, ha analizzato il ruolo delle farmacie durante la pandemia di COVID. Nel 2020 e 2021, le farmacie hanno offerto in modo continuativo la possibilità di effettuare *screening* diagnostici e sostenuto campagne per il monitoraggio dell'aderenza alle terapie. Dispensando farmaci equivalenti e prodotti galenici in misura financo superiore rispetto al periodo pre-pandemico, le farmacie sono apparse in prima linea nell'offrire una serie tutta nuova di servizi, quali i test sierologici e i vaccini anti-COVID.

L'emergenza pandemica ha fornito inoltre la giusta piattaforma per la velocizzazione della digitalizzazione della rete territoriale, elemento per il quale le farmacie dimostrano particolare attenzione: oltre il 35,0% delle farmacie intervistate da Federfarma ha infatti attivato durante la pandemia una strategia informativa multicanale a supporto dell'erogazione dei servizi. Tra questi servizi, si annoverano un'*app* per interfacciarsi a distanza con i cittadini, l'attivazione di prenotazioni online dei vaccini anti-COVID e i servizi di Telemedicina (esempio: *holter* cardiaco e pressorio, ECG). Un altro servizio chiave è rappresentato dalla consegna di farmaci a domicilio. L'indagine di Federfarma ha evidenziato come 150 cittadini ogni mese si rivolgano al numero verde messo a disposizione dall'associazione, poiché impossibilitati a recarsi autonomamente in farmacia. Gli utenti hanno raggiunto i 60.000 a settimana durante il periodo del *lockdown*, sottolineando l'importanza di questo servizio.

Le farmacie risultano dare il loro contributo anche nell'ambito della prevenzione. Circa il 50,0% ha infatti promosso campagne per la sensibilizzazione verso stili di vita più salutari e per l'individuazione di soggetti a rischio per patologie specifiche. In particolare, tra queste farmacie, l'86,0% ha promosso campagne per l'individuazione precoce del diabete, il 68,0% per le malattie cardiovascolari, e il 51,0% per le dislipidemie. Inoltre, il 38,0% ha promosso iniziative mirate a incentivare l'aderenza alla terapia per pazienti affetti da patologie croniche. I cittadini che hanno aderito a tali iniziative hanno riportato miglioramenti abbastanza o molto evidenti, rispettivamente nel 34,0% e nel 41,0% dei casi.

Le farmacie iniziano dunque sempre più a configurarsi come farmacie dei servizi, presidi atti non solo alla dispensazione di farmaci, ma anche all'erogazione di servizi sanitari di vario genere. Nel processo di informatizzazione sarà fondamentale, al fine di accrescere ulteriormente il valore aggiunto delle farmacie, che si attivi il *dossier* farmaceutico nell'ambito del Fasciolo Sanitario Elettronico, garantendo alle farmacie l'accesso a informazioni sui pazienti, al fine di ottenere un quadro generale che permetta di identificare possibili interazioni tra farmaci e supportare il monitoraggio dei malati con cronicità. Sempre grazie all'operato delle farmacie, le ricette elettroniche costituiscono ormai il 93,0% del totale, elemento che si è dimostrato particolarmente utile durante la pandemia, permettendo ai cittadini di ritirare i farmaci in farmacia solamente comunicando il numero della ricetta elettronica. Infine, la rete di farmacie è stata fondamentale nella gestione della tracciabilità dei test antigenici rapidi da parte delle ASL. Se da un lato le farmacie hanno un grande potenziale nel perseguimento di una *delivery of care* capillare sul territorio, esse sono da considerarsi un elemento fondamentale nel monitoraggio farmaco-epidemiologico nazionale. Sin dal 1999, trasmettono gratuitamente alla Pubblica amministrazione dati sui farmaci erogati in regime SSN. I dati condivisi permettono di effettuare un monitoraggio dei consumi farmaceutici

in tempo reale. Sempre al fine di rafforzare i processi di monitoraggio epidemiologico, l'articolo 34 del D.L. n. 73/2021 stabilisce l'obbligo di trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria delle informazioni relative ai farmaci e ad altri prodotti dispensati dalle farmacie.

Erogatrici di farmaci e servizi sanitari, mediatrici nel superamento di barriere territoriali all'accesso alle cure, e fonti chiave per il monitoraggio epidemiologico nazionale, le farmacie dei servizi rappresentano un presidio fondamentale per la comunità e una risorsa preziosa per il SSN, particolarmente alla luce dei progetti di ammodernamento e rafforzamento della rete sanitaria territoriale.

ENGLISH SUMMARY
Pharmacies of services

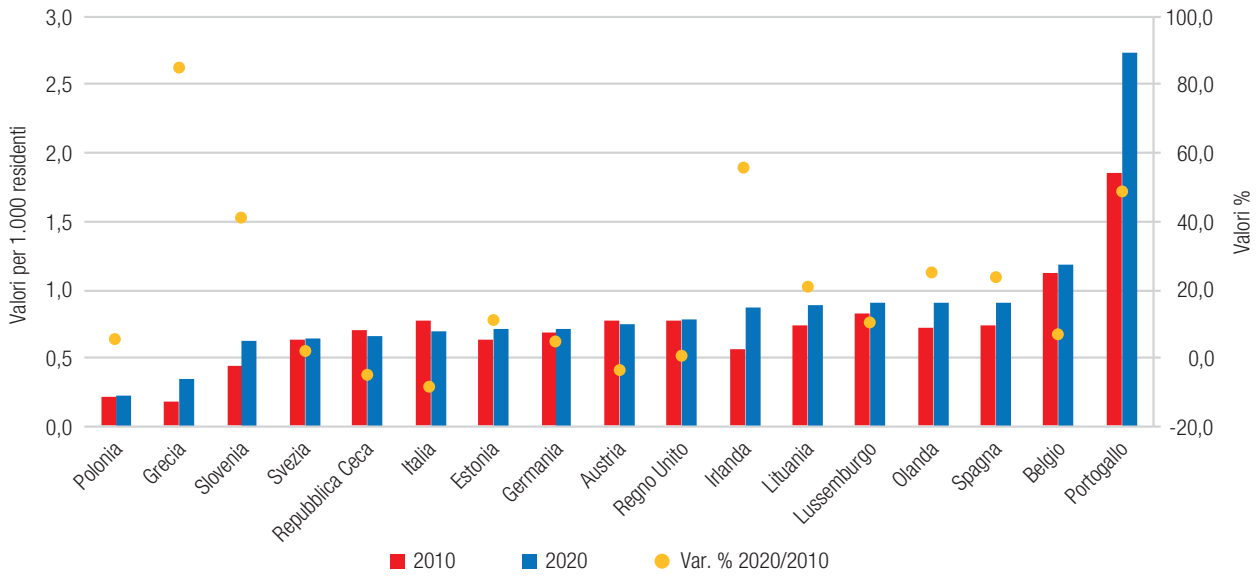
In Europe, pharmacies offer a wide set of services ranging from supporting treatment adherence (as in Italy or Belgium) to home delivery of medicines (as in Spain or Ireland). Over the last 40 years, Italy witnessed a steady increase in the number of pharmacies, counting 19,901 of them as of 2021, namely one for every 2,977 residents. This density exceeds the European average (one every 3,245 inhabitants) and underlines the capillarity of the Italian pharmacy network. An interesting element of the Italian territorial care is represented by rural pharmacies, which make up one third of the total number of pharmacies. The importance of rural pharmacies is underlined by the allocation of some National Resilience Plan (PNRR) funds towards their modernisation, an intervention that aims to address the desertification of scarcely populated centres, often caused by the perceived lack of "adequate" health services.

Pharmacy are the National Health Service (NHS) facilities deputed to medicinal products diistribution; medicinal products represent one of the principal streams of income of pharmacies. The average price of medicines delivered by pharmacies and supplemented by the NHS fell gradually and steadily from an average of € 11.8 in 2010 to € 9.5 in 2021. This reduction is largely due to the diffusion of equivalents, with high-cost drugs being mainly distributed in hospitals or ASLs. The incidence of direct distribution on the NHS pharmaceutical expenditure in 2021 varies at a regional level from a minimum of 13.4% in Lombardia to a maximum of 26.1% in Molise. Distribution on account (DPC) generally accounts for a greater share than direct distribution and, in 2021, reached its maximum in the P.A. of Bolzano (45.7%). In particular, distribution on account is regulated by very heterogeneous regional agreements, especially with regard to the lists of included medicines. In Italy, 57.0% of pharmacies' turnover is made up of prescription medicines (band A and band C). This turnover has declined steadily in recent years, mainly as a result of cuts in pharmaceutical expenditure and the spread of equivalents. The COVID pandemic then led to an even more significant drop, followed by a partial recovery in 2021 (+3.4%). Considering the period 2010-2020, the overall pharmacy turnover went from € 1.3 million per year in 2010 to € 1.2 million in 2020.

The COVID pandemic served as an accelerator for a process that had, in fact, already appeared necessary beforehand, namely a systemic reorganisation of territorial care, aimed primarily at a capillary strengthening of home care, primary care and prevention. In this context, strengthening the pharmacy network plays a key role in relieving the burden on hospitals and ASLs, enabling patients to receive adequate and effective healthcare. In 2020 and 2021, pharmacies continuously offered diagnostic screening and supported campaigns to monitor therapy adherence. Dispensing even more equivalent drugs and galenic products than in the pre-pandemic period, pharmacies were at the forefront of offering a whole new range of services, such as serological tests and COVID vaccines.

During the COVID pandemic it has become clear that pharmacies are increasingly becoming "pharmacies of services". Suppliers of medicines and health services, mediators in overcoming territorial barriers to access to care, and key sources for national epidemiological monitoring strategies, pharmacies represent a fundamental resource for the NHS, particularly in the light of the modernisation and strenghtening of the territorial health network.

KI 10.1. *General Practitioners* per residente. Confronti internazionali

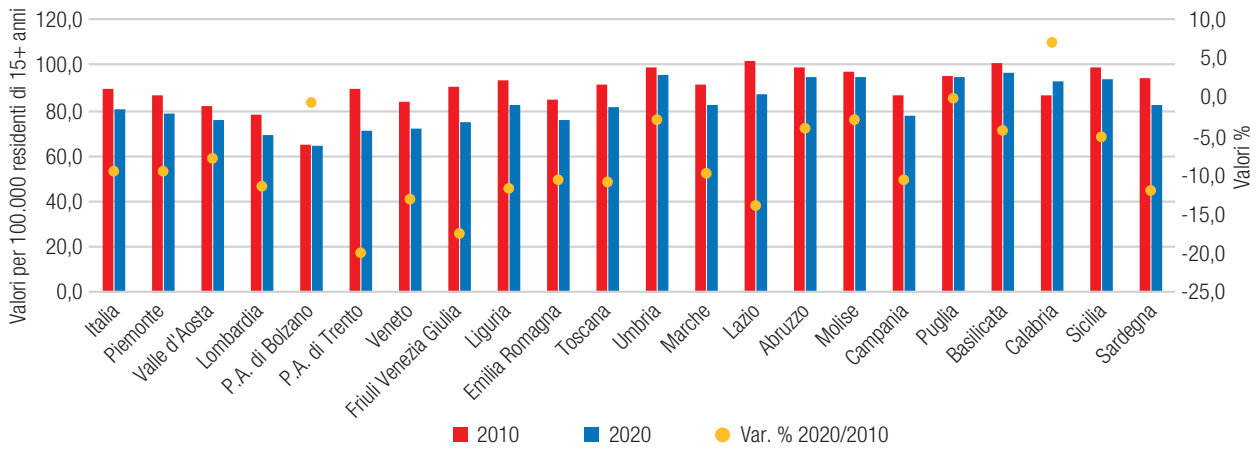


Per i dati mancanti, è stato considerato l'anno più vicino disponibile

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

In Europa, nel 2020, il Portogallo è la nazione con la più alta densità Medici di Medicina Generale *(general practitioniers)* ogni 1.000 abitanti (2,7), seguita da Belgio (1,2) e Spagna, Olanda e Lussemburgo (rispettivamente 0,9). All'estremo opposto troviamo la Polonia (0,2 medici ogni 1.000 abitanti), seguita da Grecia (0,4) e Slovenia e Svezia (rispettivamente 0,6); per l'Italia risultano 0,7 Medici di Medicina Generale ogni 1.000 abitanti, in linea rispetto a quanto registrato nel 2010 (0,7). Grecia, Irlanda e Portogallo, nell'ultimo decennio, hanno registrato il maggiore incremento: rispettivamente +84,2%, +55,4% e +48,1%. Italia, Repubblica Ceca e Austria invece, vedono ridursi l'indicatore: rispettivamente del -9,1%, -5,7% e -3,8%.

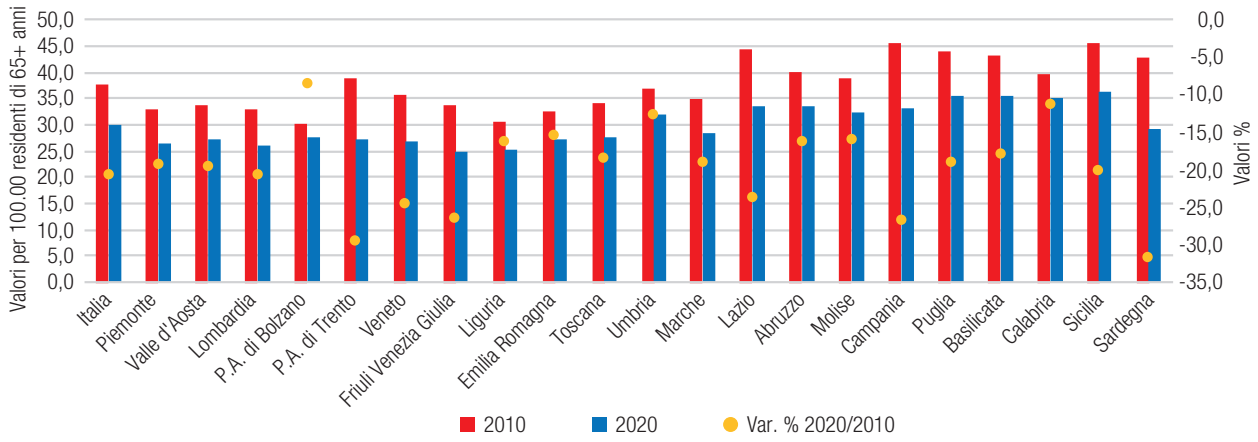
KI 10.2. Medici di Medicina Generale per residenti >= 15 anni di età



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2020) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019, in Italia i Medici di Medicina Generale (MMG) risultano 41.707, pari a 80,8 per 100.000 residenti di età >= 15 anni; nell'ultimo decennio l'indicatore risulta in diminuzione (-9,7%). La Basilicata registra la densità maggiore (96,8 MMG per 100.000 residenti >= 15 anni), e la P.A. di Bolzano quella minore (64,6). Nel decennio considerato, in tutte le Regioni, si registra una diminuzione dell'indicatore: la riduzione maggiore si registra nella P.A. di Trento (-20,1%), quella minore nella P.A. di Bolzano (-1,0%); la Calabria è l'unica Regione italiana a registrare un incremento (+6,8%).

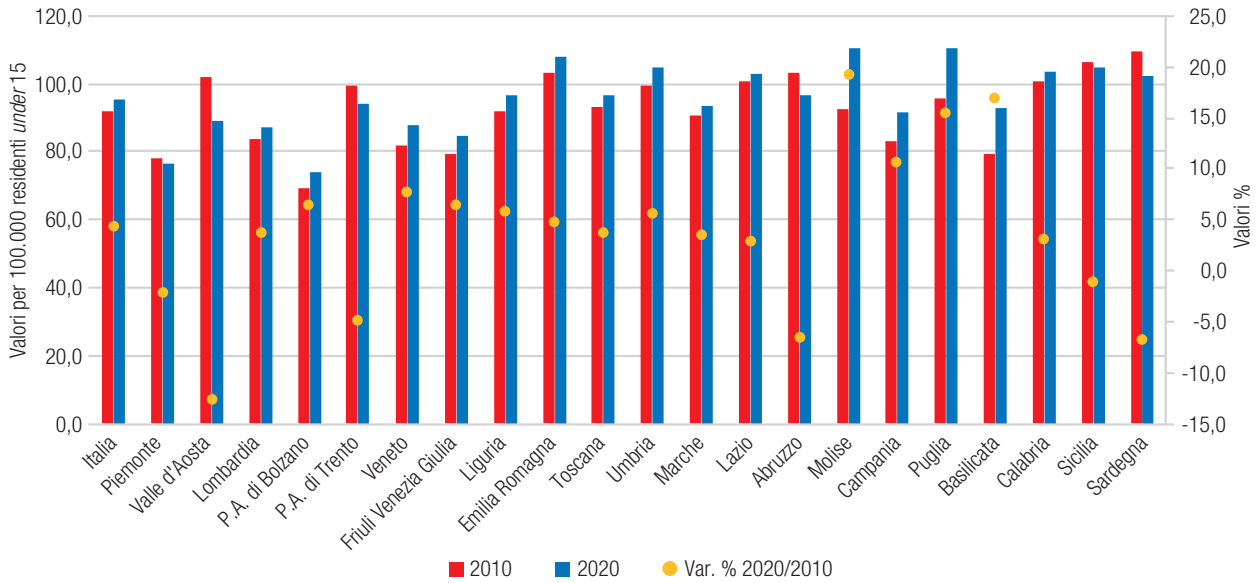
KI 10.3. Medici di Medicina Generale per residenti >= 65 anni di età



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2020) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, i Medici di Medicina Generale (MMG), risultano pari a 29,9 per 10.000 residenti di età >=65 anni; il dato è in diminuzione nell'ultimo decennio del -20,8%. La Sicilia è la Regione con la maggiore densità di MMG (36,4 per 10.000 residenti >=65 anni di età) e il Friuli Venezia Giulia con quella minore (24,7 per 10.000 residenti). Nel decennio considerato, il dato risulta in diminuzione in tutte le Regioni: la Sardegna registra la riduzione più sostenuta dal 2010 (-31,9%), la P.A. di Bolzano quella più bassa (-8,8%).

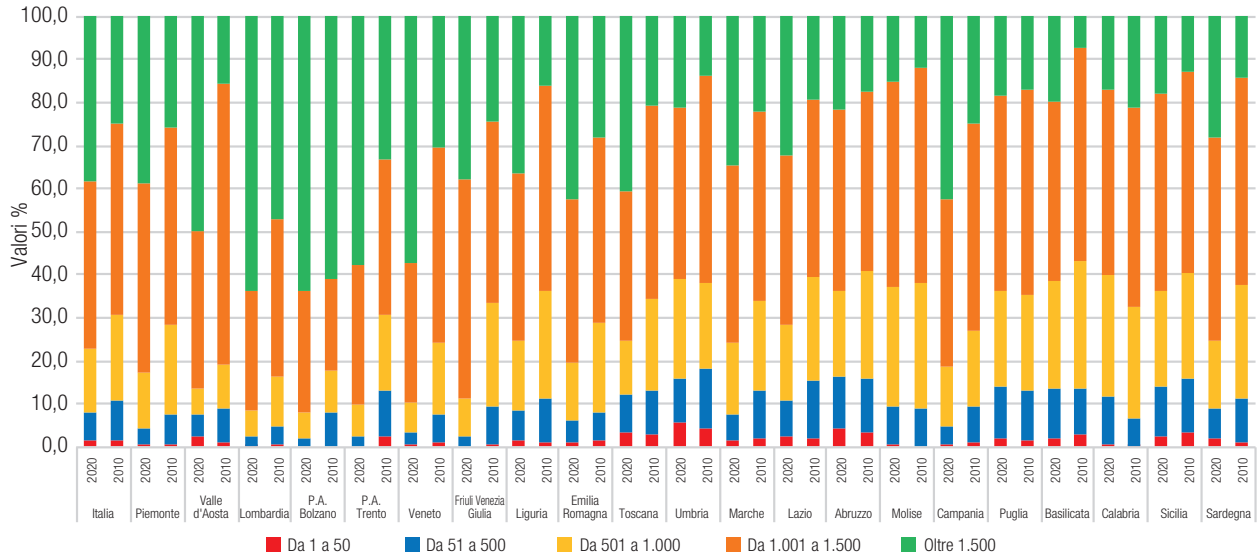
KI 10.4. Pediatri di Libera Scelta per residenti <=14 anni di età



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2020) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, i Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono 7.285, pari a 95,4 per 100.000 residenti di età <=14 anni. Nell'ultimo decennio si registra un incremento dell'indicatore del +4,1%. La Puglia ha la densità maggiore di PLS (110,5 per 100.000 residenti di età <=14 anni), e la P.A. di Bolzano la più bassa (73,7). Nel decennio considerato, la maggior parte delle Regioni italiane registra un incremento del numero di PLS: i maggiori incrementi si registrano in Molise (+19,1%), Basilicata (+16,9%) e Puglia (+15,3%); in Valle d'Aosta, Sardegna, Abruzzo, P.A. di Trento, Piemonte e Sicilia si registra un decremento, rispettivamente del -12,7%, -6,8%, -6,6%, -4,9%, 2,2% e -1,3%.

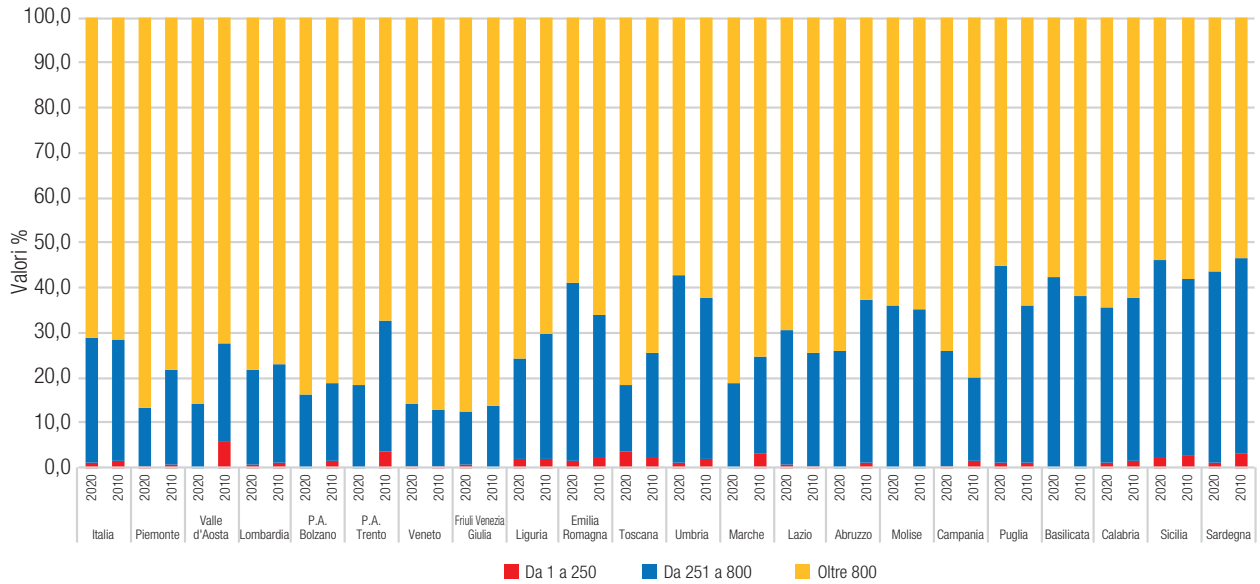
KI 10.5. MMG per classi di scelta



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2020) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, il 38,8% dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha un carico medio di assistiti compreso tra 1.001 e 1.500 assistiti; nell'ultimo decennio la quota si è ridotta di 5,3 punti percentuali (p.p.). La quota di MMG massimalisti (oltre 1.500 assistiti) è del 38,2% , in crescita nel periodo considerato di 13,1 p.p.. L'incremento è comune a tutte le Regioni italiane, ad eccezione della Calabria, in cui si riduce di -3,8 p.p.; l'incremento maggiore si registra in Valle d'Aosta (+34,4 p.p.), e quello più basso in Puglia (+1,1 p.p.).

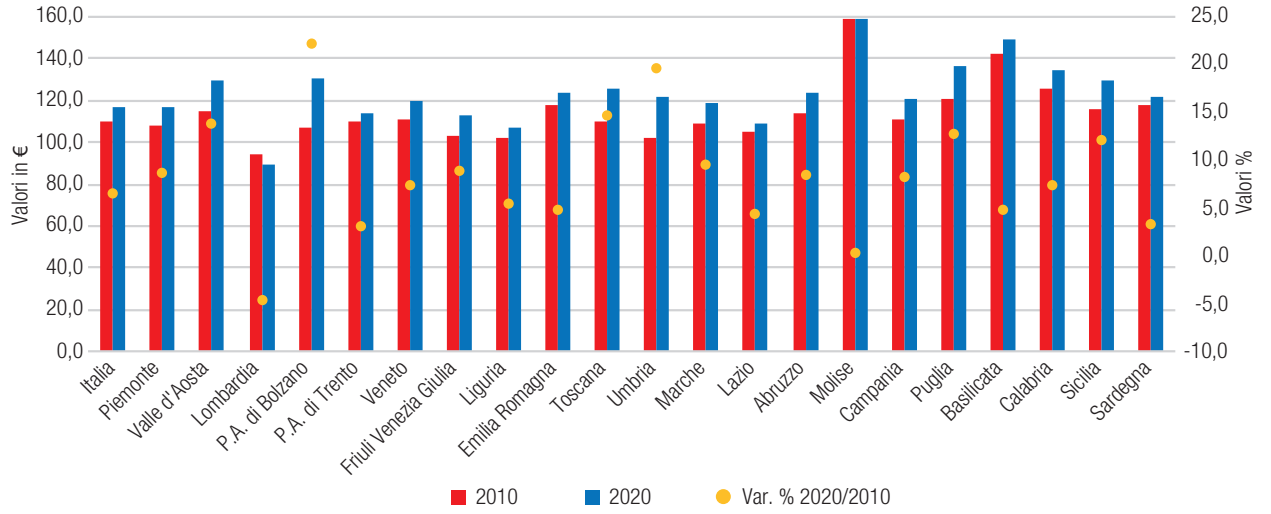
KI 10.6. Pediatri di Libera Scelta per classi di scelta



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2020) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, il 71,0% dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) ha un carico medio di assistiti superiore a 800 bambini; nell'ultimo decennio la quota è diminuita di 0,8 punti percentuali (p.p.). La quota di pediatri "massimalisti" (> 800 scelte) è massima in Friuli Venezia Giulia (87,4%) e minima in Sicilia (54,0%). Nove Regioni registrano un decremento della quota di massimalisti: Puglia (-8,8 p.p.), Emilia Romagna (-6,9 p.p.), Campania (-5,9 p.p.), Umbria (-5,0 p.p.), Lazio (-5,5 p.p.), Basilicata (-4,3 p.p.), Sicilia (-4,2 p.p.), Veneto (-1,2 p.p.) e Molise (-1,0 p.p.); le restanti registrano un incremento con il valore massimo nella P.A. di Trento (+14,2 p.p.) e quello minimo in Lombardia (+1,3 p.p.).

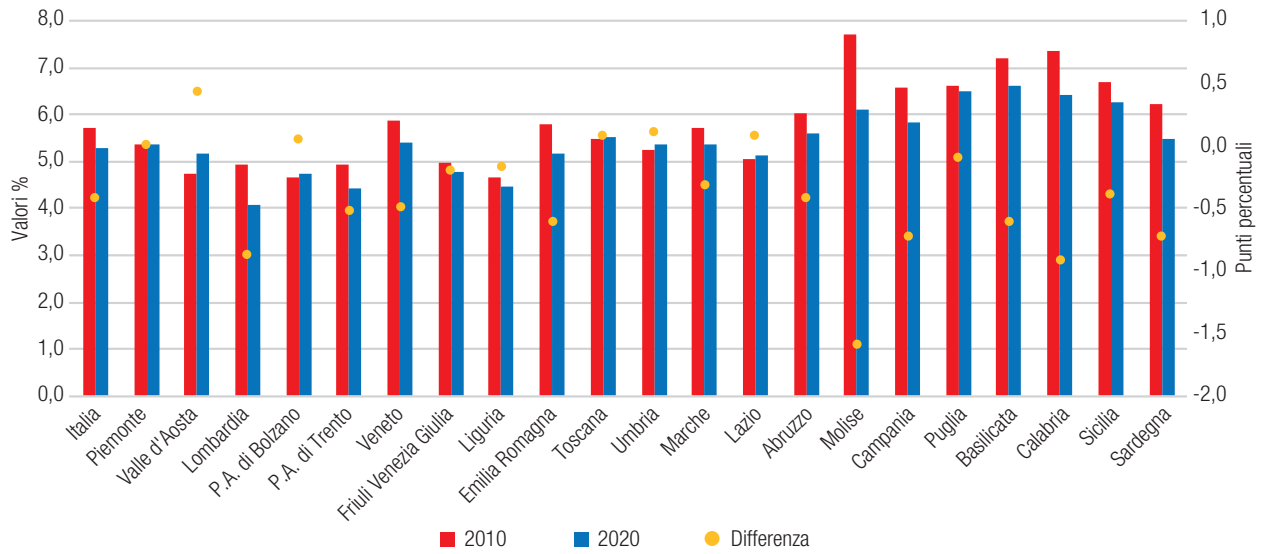
KI 10.7. Spesa pubblica pro-capite per medicina di base



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute (Conti Economici) e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, il SSN per la medicina di base (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118), ha speso € 116,4 per residente (+6,3% nell'ultimo decennio). La Lombardia ha la spesa pro-capite minore (€ 89,2), il Molise quella maggiore (€ 158,5). Nel decennio considerato, solo la Lombardia vede ridursi la spesa per residente del -4,8% nell'ultimo decennio; fra le altre Regioni l'incremento massimo si registra in Umbria (+19,4%), quello minimo in Molise (+0,1%).

KI 10.8. 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 2020, la spesa del SSN per la medicina di base (Medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118) incide per il 5,3% sulla spesa sanitaria pubblica totale; nell'ultimo decennio il valore è diminuito di -0,4 punti percentuali (p.p.). L'incidenza più alta si registra nelle Regioni meridionali, con il valore massimo (6,6%) in Basilicata; il valore minimo si registra in Lombardia (4,1%). Nel decennio considerato, tutte le Regioni italiane registrano un decremento dell'incidenza della spesa per la medicina di base sulla spesa sanitaria pubblica totale: quello massimo si determina in Molise (-1,6 p.p.), quello minimo in Puglia (-0,1 p.p.); fanno eccezione Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Toscana, Umbria, Lazio e Piemonte, che registrano un incremento rispettivamente pari a +0,4 p.p., +0,1 p.p., +0,1 p.p., +0,1 p.p., +0,1 p.p. e +0,01.

Capitolo 11

Assistenza domiciliare

Home care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 11
Assistenza Domiciliare

Vetrano DL.[1]

11.1. La riforma delle cure domiciliari in Italia

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) viene sempre più riconosciuta come uno degli snodi cardine delle cure territoriali. L'ADI prevede cure mediche e assistenza alla persona destinate a individui con quadri clinico-assistenziali complessi, affetti da multimorbilità, fragilità e disabilità, per i quali sussistano determinate condizioni familiari e socio-ambientali compatibili con i servizi erogati (D.P.C.M. del 12 Gennaio 2017; Sánchez-González 2016). L'ADI viene erogata dalle Aziende Sanitarie Locali, in concerto con i Comuni, secondo un modello di piena integrazione delle competenze e responsabilità (G.U. n. 360 del 28 Dicembre1978). La presa in carico avviene in seguito a segnalazione del caso presso il Punto Unico di Accesso (PUA) previa appropriata valutazione delle eligibilità. L'ADI in Italia prevede quattro livelli di intensità assistenziale che vengono misurati tramite il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), ottenuto dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC). Il CIA assume valori da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana).

I dati degli ultimi anni inerenti alle cure domiciliari in Italia hanno mostrato un progressivo ed esiguo incremento dell'offerta di ADI (Vetrano D.L.; 2022). Questo sviluppo ha tuttavia vissuto una battuta d'arresto negli anni della pandemia da COVID. Simultaneamente al periodo di stallo a partire dall'anno 2020 ed in consonanza con quanto accaduto in tutta Europa e nel mondo, una serie di finanziamenti e riforme hanno interessato, tra gli altri settori, quello delle cure domiciliari. La più estesa iniezione di finanziamenti nel settore è giunta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che investe complessivamente € 15,6 mld. nella Missione 6 Salute, dei quali, € 7 mld. sono destinati alla riorganizzazione delle cure territoriali. Si aggiungono poi € 0,5 mld. provenienti dal Piano Nazionale Complementare. I pilastri portanti della riforma delle cure territoriali prevista dal PNRR sono le strutture di prossimità, la casa come primo luogo di cura e la medicina di iniziativa. Gli strumenti essenziali identificati per una corretta messa in opera della riforma sono una corretta stratificazione della popolazione per intensità di bisogni assistenziali, la digitalizzazione e messa in rete dei processi di cura e la telemedicina. La riforma delle cure territoriali precettata nel PNRR si concretizza il 23 maggio 2022 con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del D.M. n. 77 (D.M. n. 77/2022) "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*", che segue e complementa quanto già previsto dal D.M. n. 70/2015 sugli *standard* ospedalieri. Tramite questa riforma vengono per la prima volta definiti gli *standard* dell'assistenza territoriale che fungeranno da linea-guida per le Regioni durante la fase di riorganizzazione delle reti territoriali. Nel D.M. n. 77/2022 viene stabilito un *target* di copertura del 10% della popolazione *over* 65, da prendere in carico progressivamente nei prossimi anni. Il documento identifica la casa come setting privilegiato dell'assistenza territoriale e viene proposta una chiara distinzione tra ADI e Cure Palliative Domiciliari, meglio de-

[1] *Assistant Professor in Geriatric Medicine at the Aging Research Center, Karolinska Institutet,* Stoccolma, Svezia

clinabili nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e il bambino. Le cure domiciliari vengono articolate in un livello base e in cure integrate, che comprendono ADI di I livello, ADI di II livello e ADI di III livello. I trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi e diagnostici devono essere prestati da professionisti sanitari e socio-sanitari qualificati per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e fragili. Per ogni assistito a domicilio verrà stilato un apposito Progetto di Assistenza Individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Il PAI seguirà una valutazione multidimensionale eseguita da un apposito team valutativo multidisciplinare al momento della presa in carico e regolarmente durante l'episodio di cura o in seguito a transizioni verso altri *setting* assistenziali o dimissione. Il responsabile clinico del paziente e, di conseguenza del PAI, sarà il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS). L'ADI garantisce assistenza 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente. L'indicatore di qualità preposto al monitoraggio dell'attuazione della riforma sarà la percentuale di individui *over* 65 presi in carico durante l'anno.

11.2. I numeri dell'ADI

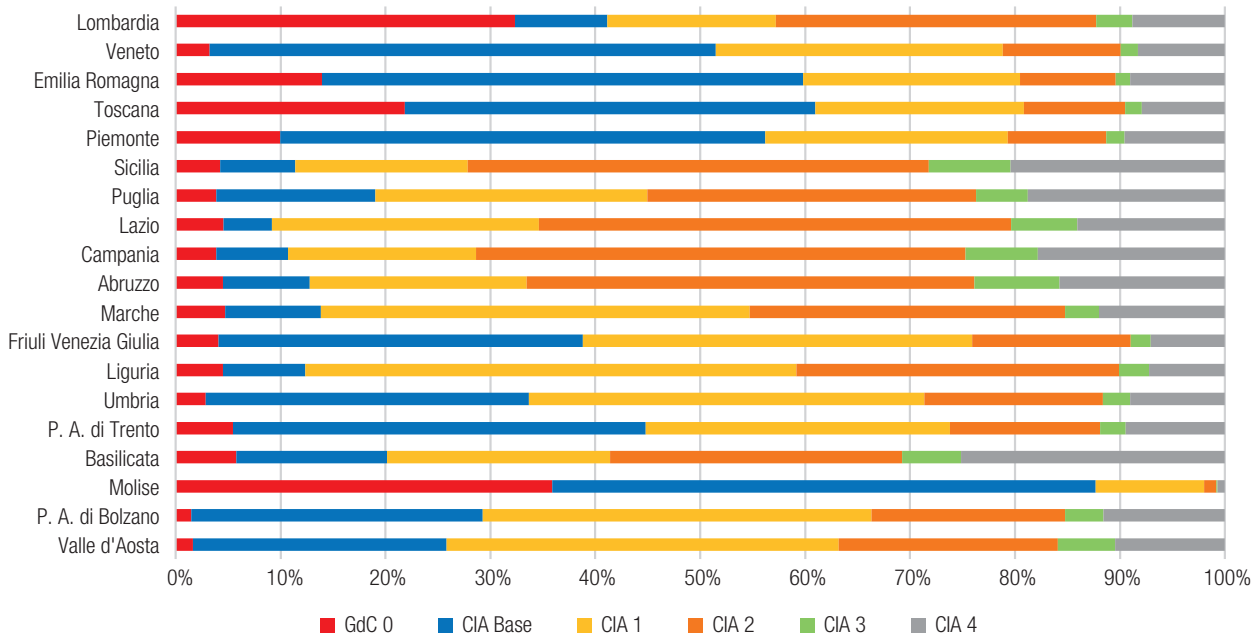
Il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'ADI (SIAD) è stato istituito in Italia nel 2001 in seguito all'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Provincie Autonome per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (G.U. n. 90, 18 Aprile 2001) ed è attivo a partire dal primo gennaio 2009. Tale flusso informativo contiene informazioni riguardanti le attività di assistenza domiciliare a partire dal gennaio 2009. Il debito informativo del SIAD, da parte delle Regioni e Province Autonome, presenta ad oggi delle aree di disomogeneità tali per cui persistono realtà locali non ancora in grado di garantire la completa trasmissione delle informazioni. Tuttavia, come registrato dal Ministero della Salute, negli anni si è osservato un progressivo incremento della completezza e della qualità del SIAD.

Secondo quanto trasmesso al Ministero della Salute al 30 Giugno 2022, nel 2021 sono state effettuate in Italia un totale di 1.179.513 prese in carico (PIC). Di queste, 980.786 (83%) riguardavano persone *over* 65. Nel 2020, queste ultime corrispondevano all'86% del totale, indice – da leggere assieme al lieve aumento dei volumi di attività – di un progressivo spostamento nell'erogazione dell'ADI verso fasce più giovani della popolazione. Sul totale delle PIC registrate, il 22% presentavano un CIA base (<0,14), il 18% un CIA 1, il 19% un CIA 2, il 3% un CIA 3 e il 19% un CIA 4. La restante percentuale di PIC rientrava invece tra le erogazioni di servizi domiciliari a carattere episodico. Come mostrato nella figura 11.1., la suddivisione delle PIC tra le diverse aree del Paese presenta importanti disomogeneità, con Regioni in prevalenza erogatrici di ADI a carattere episodico e Regioni con una più spiccata propensione a erogare cure di maggiore intensità.

Nella figura 11.2. viene mostrata la percentuale di anziani (fasce di età *over* 65 e *over* 75) beneficiari di cure domiciliari durante il periodo 2014-2021. Come precedentemente accennato, durante il periodo in esame si riscontra un lieve e progressivo incremento del tasso di anziani riceventi cure domiciliari, specialmente nella fascia d'età al di sopra dei 75 anni. Il *trend* in crescita, che ha visto in Italia un incremento della copertura dall'1,91% (252 mila assistiti) al 2,83% (400 mila assistiti) degli *over* 65 dal 2014 al 2019, va successivamente incontro ad un sensibile arresto durante il biennio 2020-2021, in corrispondenza con la pandemia da COVID, con un tasso di *over* 65 in ADI che si assesta tra il 2,8% e il 2,9% (400 mila assistiti).

In consonanza con quanto mostrato precedentemente da numerosi rapporti sul tema delle cure domiciliari, la figura 11.3. mostra come vi sia una elevata variabilità tra le diverse aree geografiche del Paese, circa i tassi di copertura ADI tra la popolazione anziana. Le seguenti Regioni hanno riportato nel 2021 il più alto tasso di anziani riceventi cure domiciliari: Abruzzo (4,71% degli *over* 65 e 7,72% degli *over* 75), Veneto (4,34% e 7,12%), Sicilia (4,13% e 6,67%), Basilicata (3,92% e 6,63%), Toscana (3,82% e 5,71%), Marche (3,72% e 5,96%) ed Emilia Romagna (3,72% e 6,08%).

Figura 11.1. Cure domiciliari erogate durante l'anno 2022 per livello di intensità assistenziale e Regione

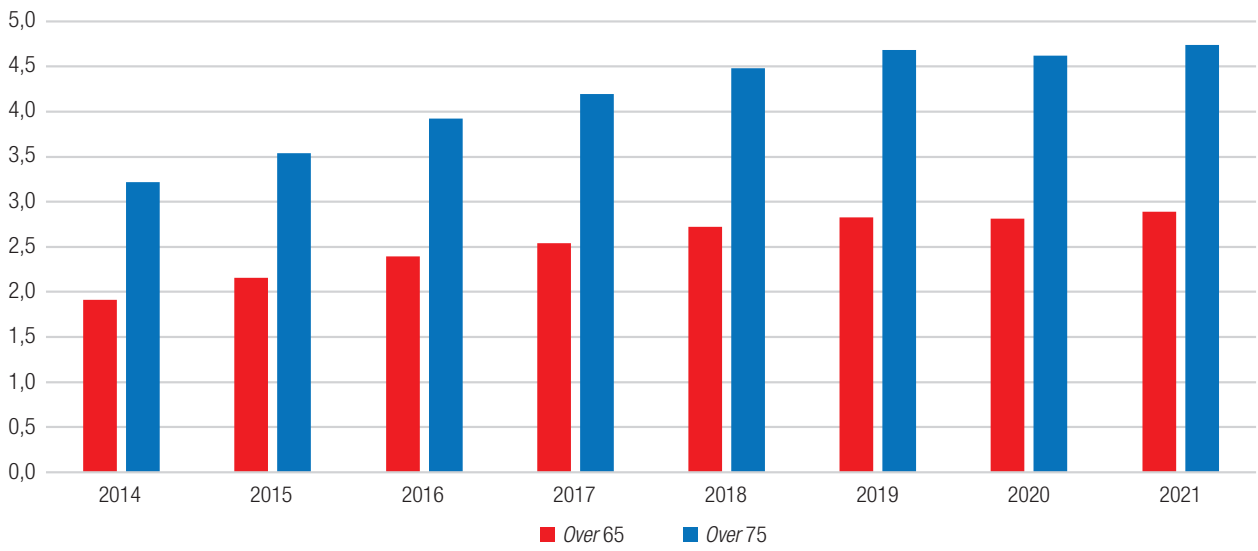


GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.
GdC 0: in questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono. CIA Base: tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta 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

Nota: per le Regioni Sardegna e Calabria il dato risulta non disponibile.

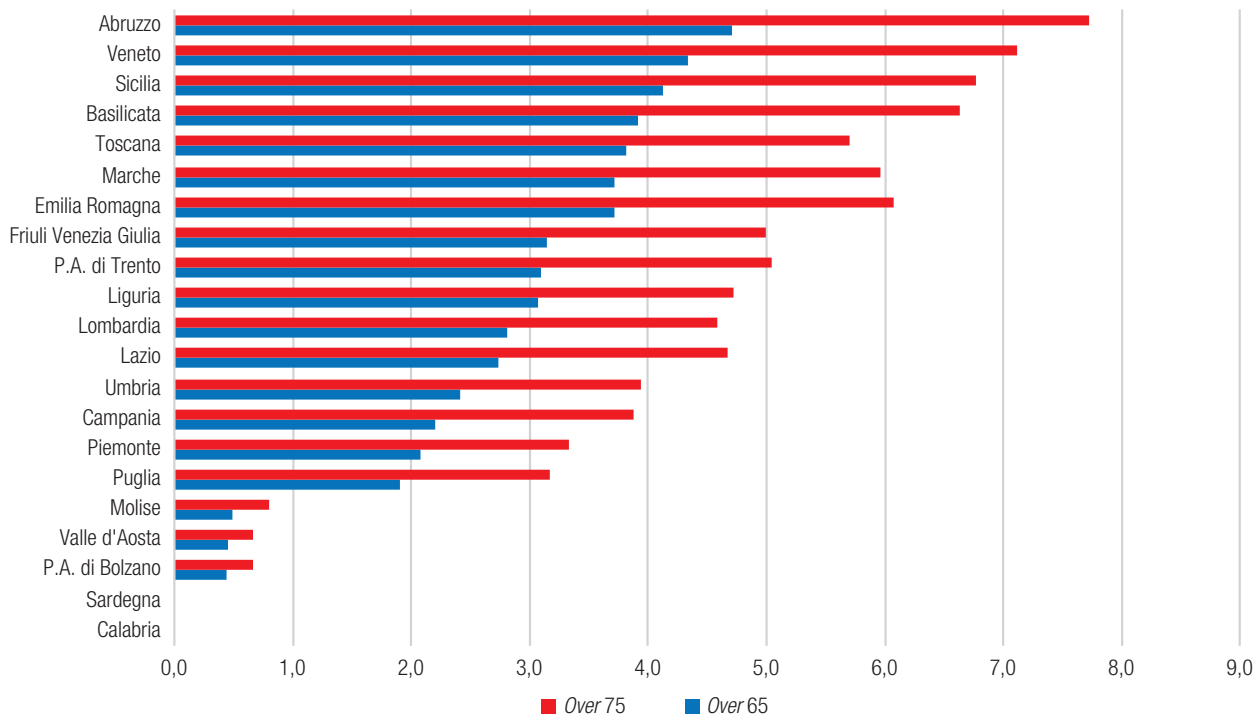
Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2021. Dati elaborati da Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

Figura 11.2. Anziani (per 100) assistiti in ADI



Fonte: Ministero della Salute 2022. Elaborazione di Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

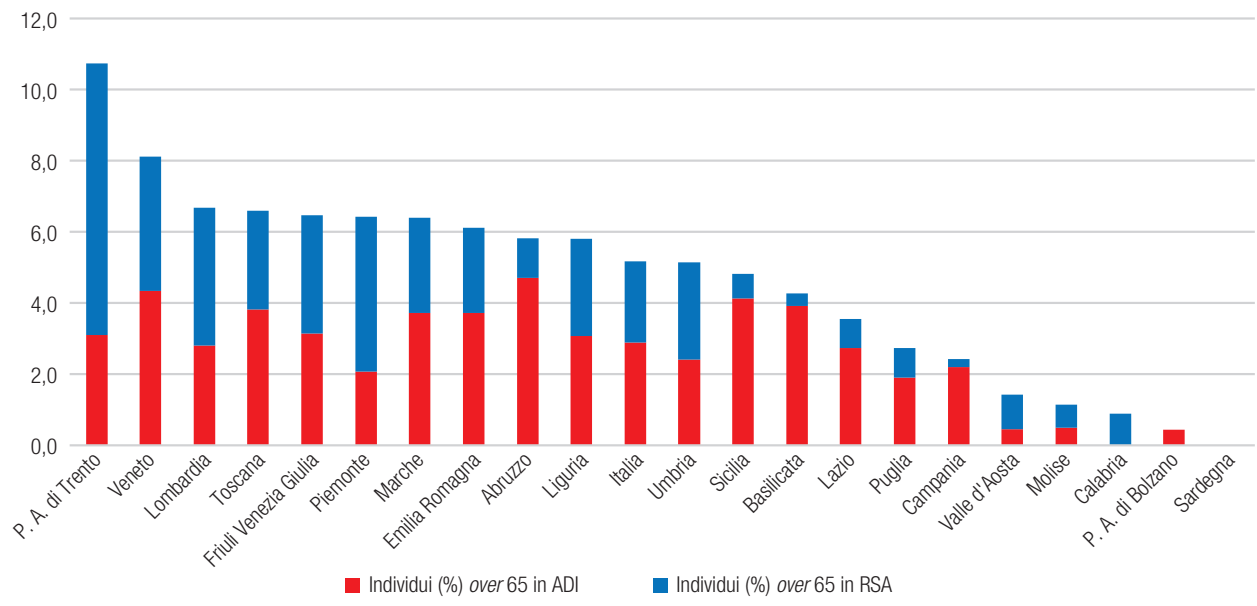
Figura 11.3. Anziani assistiti in ADI per Regione. Anno 2021



Nota: per le Regioni Sardegna e Calabria il dato risulta non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute 2022. Elaborazione di Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

Figura 11.4. Confronto Regionale tra il tasso (per 100) cumulativo di anziani *over* 65 riceventi ADI e residenti in RSA nel 2021



Fonte: Ministero della Salute 2022. Elaborazione di Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

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.

Al contrario, le seguenti Regioni riportavano la minore copertura: P.A. di Bolzano (0,44% tra gli *over* 65 e 0,66% tra gli *over* 75), Valle D'Aosta (0,45% e 0,67%), Molise (0,49% e 0,79%), Puglia (1,91% e 3,17%) e Piemonte (2,08% e 3,33%).

Il confronto tra i tassi annuali di offerta di cure domiciliari e i tassi di assistiti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) offre la possibilità unica di caratterizzare le strategie socio-assistenziali delle diverse aree del Paese, nonché la possibilità fattiva delle diverse Regioni e Provincie Autonome del Paese di offrire l'una o l'altra modalità di assistenza. Dal confronto di queste due dimensioni (Figura 11.4.) – facce diverse della stessa medaglia – relativamente ai dati SIAD e FAR 2021, si evince come vi sia una spiccata propensione da parte di alcune Regioni ad un potenziamento delle cure domiciliari che avviene di pari passo a quello delle cure residenziali, con tassi complessivi di prese in carico superiori al 6% dei residenti *over* 65. È questo il caso della P.A. di Trento, Veneto, Lombardia, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Marche ed Emilia Romagna. Di contro, vi sono Regioni con prevalente offerta di cure residenziali, quali la Calabria e la Valle D'Aosta e vice versa Regioni con prevalente offerta di ADI, quali ad esempio la Sicilia, la Basilicata e la Campania.

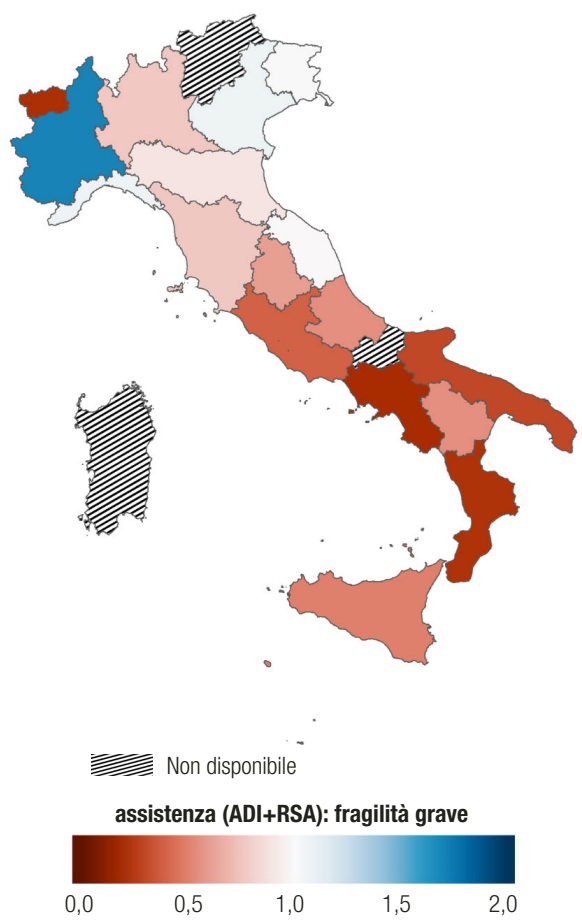
11.3. Cure domiciliari da fragilità

Sebbene nel D.M. n. 77/2022 sia stato espressamente sancito un *target* di copertura nazionale pari al 10% della popolazione residente, da raggiungere nei prossimi anni, vi è un sostanziale margine di incertezza nel definire quale possa essere una adeguata risposta al bisogno di assistenza socio-sanitaria del Paese. Risulta a tal riguardo di fondamentale importanza l'esecuzione di una corretta misura del bisogno, che ci si attende non essere lo stesso lungo lo Stivale, ma evidentemente caratterizzato da importanti differenze legate alla composizione socio-demografica e alle condizioni ambientali delle diverse aree. Lo stesso D.M. n. 77/2022, si esprime rispetto alla necessità di adottare misure di stratificazione del rischio e misura dei bisogni che siano applicabili su scala nazionale.

Nel 2022, Italia Longeva, in collaborazione con la Società di Medicina Generale e delle Cure Primarie e il Karolinska Institutet di Stoccolma, hanno messo a punto un indice di fragilità da utilizzare in medicina di base, basato sull'analisi dei dati raccolti quotidianamente dai Medici di Medicina Generale nel loro applicativo.

L'indice di fragilità è uno strumento validato a livello internazionale, ottimo perditore di eventi avversi tra la popolazione anziana e non, tra i quali la mortalità, l'ospedalizzazione, le cadute traumatiche, la demenza e la disabilità. Da un'analisi di oltre 300.000 *over* 60 assistiti in medicina generale è

Figura 11.5. Rapporto tra la proporzione di persone *over* 65 che ricevono assistenza (domiciliare o residenziale) e prevalenza di fragilità grave. Anno 2021



Fonte: Ministero della Salute 2022 e Health Search 2022. Elaborazione di Italia Longeva – © C.R.E.A. Sanità

risultato che in Italia, il 14% degli anziani è affetto da fragilità di grado moderato, e che il 7% è affetto da fragilità di grado severo (Vetrano DL.; 2022). La figura 11.5. mostra la distribuzione in Italia di un indicatore generato dal rapporto tra il tasso di anziani assistito in ADI ed RSA e il tasso di anziani con fragilità severa, assumendo che questi ultimi siano – secondo una stima conservativa – i reali destinatari di una ipotetica rete di cure domiciliari e residenziali a copertura universale. Come si evince dalla figura, ben poche Regioni presentano un equilibrio tra i due tassi (ovvero offerta e bisogno di cure). Tra queste troviamo il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, la Liguria e le Marche. Il Piemonte, unico esempio di questo genere, presenta invece una teorica eccedenza di cure residenziali e domiciliari, rispetto alla percentuale di soggetti anziani severamente fragili. Le restanti aree mostrano un sostanziale *deficit* di offerta rispetto a quanto teoricamente giudicato dall'indice di fragilità come un bisogno di assistenza continuativa o semi-continuativa.

11.4. Riflessioni finali

L'assistenza domiciliare entra a pieno titolo tra gli snodi più importanti di un sistema di reti territoriali atti ad offrire cure ed assistenza a soggetti affetti da multiple cronicità, disabilità e fragilità, secondo i principi della sostenibilità, efficacia e equalità. I *trend* dei tassi di copertura ADI tra la popolazione hanno mostrato negli anni un timido ma progressivo incremento, con una battuta d'arresto negli anni della pandemia da COVID. Difficile concludere se questo *plateau* corrisponda ad un reale abbattimento delle attività assistenziali o ad una sostanziale difficoltà nel registrare adeguatamente le attività erogate, laddove una numerosa serie di prestazioni alternative alla più classica ADI sono state messe in atto per fronteggiare l'emergenza sanitaria del 2020-2021. Probabilmente, l'analisi dei *trend* dei prossimi anni aiuterà a formulare una più accurata analisi del fenomeno.

Secondo i dati SIAD, ad oggi in Italia meno di 3 anziani *over* 65 su 100 riceve assistenza domiciliare integrata, con una forbice tra le diverse aree del paese che va da meno dell'1% al quasi 5%. Confrontati con i dati resi disponibili da altri Paesi Europei, quelli Italiani appaiono insufficienti, specie se si prende in considerazione la realtà epidemiologica e demografica del nostro Paese, rispetto ad altri. Va tuttavia ricordato che in Italia, in controtendenza rispetto alla maggior parte dei Paesi dell'OECD, permane una forte tendenza a mantenere e addirittura incrementare il numero di posti letto in residenze sanitarie assistenziali. Un fenomeno apparentemente contrario al principio di "*aging at home*" ormai sposato dalla maggior parte dei sistemi sanitari. Ed è così che dall'ispezione dei dati combinati di ADI e cure residenziali, si evince come diverse Regioni italiane riescano ad offrire assistenza a più di un anziano su 6.

Il PNRR sancisce un *target* di copertura ADI pari al 10% della popolazione. Un obiettivo tuttavia discutibile, che andrebbe pesato rispetto alla reale distribuzione del bisogno tra le diverse aree del Paese. Come risaputo, la distribuzione fortemente impari tra le varie Regioni di specifici profili demografici, malattie, disabilità, povertà e isolamento sociale, fanno sì che la forbice dei soggetti portatori di fragilità con bisogni di assistenza continuativa o semi continuativa generi bisogni eterogenei tra la popolazione. Da un'analisi recente, basata su dati di medicina generale, il *mismatch* tra la domanda di assistenza e l'offerta di cure domiciliari e residenziali è sensibile in molte Regioni italiane, e soffre di un importante divario soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud. Nel prossimo futuro sarà necessario fare notevoli sforzi volti a caratterizzare in maniera omogenea e riproducibile la distribuzione del bisogno sul territorio nazionale, al fine di programmare il potenziamento delle cure domiciliari in maniera oculata. A tal proposito, l'applicazione su larga scala da parte della medicina generale di strumenti di stratificazione del rischio e misurazione del bisogno rappresenta una promettente soluzione del problema (Vetrano DL.; 2017; Vetrano DL.; 2018; Vetrano DL.; 2019; Vetrano DL.; 2020).

Riferimenti bibliografici

D.P.C.M. 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

D.M.77/2022

WHO/Europe (2008). The Solid Facts: Home care in Europe

OECD (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old age, OECD Health Working Paper No. 117

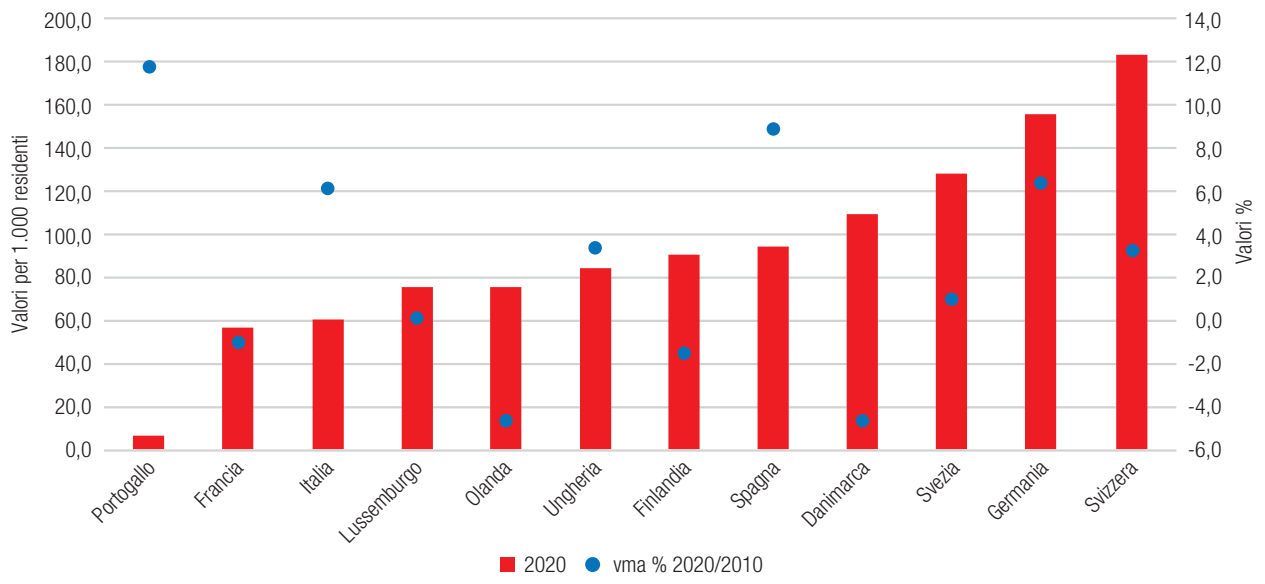
ENGLISH SUMMARY

Home care

Home care represents an effective and sustainable way to deliver care directly at home of individuals, mostly older, affected by multiple chronic diseases and disability, with the main purpose of preserving quality of life, guaranteeing continuity of care, providing support to families and avoiding inappropriate unplanned hospitalizations. In Italy, during the last decades, the principles and organization od home care services have been repeatedly regulated and updated. Currently, home care services are provided by the local health agencies together with municipalities, which join their efforts to provide clinical and care support, respectively.

Trends in home care coverage rates among the population have shown a small but progressive increase over the years, with a setback in the years of the COVID pandemic. According to governmental data, to date in Italy fewer than 3 seniors over 65 out of 100 receive home care services, with a gap between the different areas of the country ranging from less than 1% to almost 5%. Compared with the data made available by other European countries, the Italian ones appear insufficient, especially if we take into consideration the epidemiological and demographic reality of our country, compared to others. However, it should be remembered that in Italy, in contrast to most OECD countries, there is still a strong tendency to maintain and even increase the number of beds in nursing homes. The highest home care coverage rate among individuals over 65 was reported in the following areas: Abruzzo (4.71%), Veneto (4.34%), Sicilia (4.13%), Basilicata (3.92%), Toscana (3.82%), Marche (3.72%) and Emilia Romagna (3.72% e 6.08%). On the other hands, the lowest coverages were reported by Provincia Autonoma di Bolzano (0.44%), Valle D'Aosta (0.45%), Molise (0.49%), Puglia (1.91%) and Piemonte (2.08%). The Italian National Recovery and Resilience Plan (PNRR) establishes a target for home care of 10% of the population; a questionable objective, which should be weighed with respect to the real distribution of the need among the different areas of the country. From a recent analysis, based on primary care data, the mismatch between the demand for assistance and the supply of home and residential care is substantial in many Italian Regions, and suffers from an important gap especially in the Central-Southern Regions. In the near future it will be necessary to make considerable efforts to characterize in a homogeneous and reproducible way the distribution of the need across the country, in order to plan the strengthening of home care in a more focused manner. In this regard, the large-scale application by general practioner of risk stratification and need measurement tools represents a promising solution to the problem.

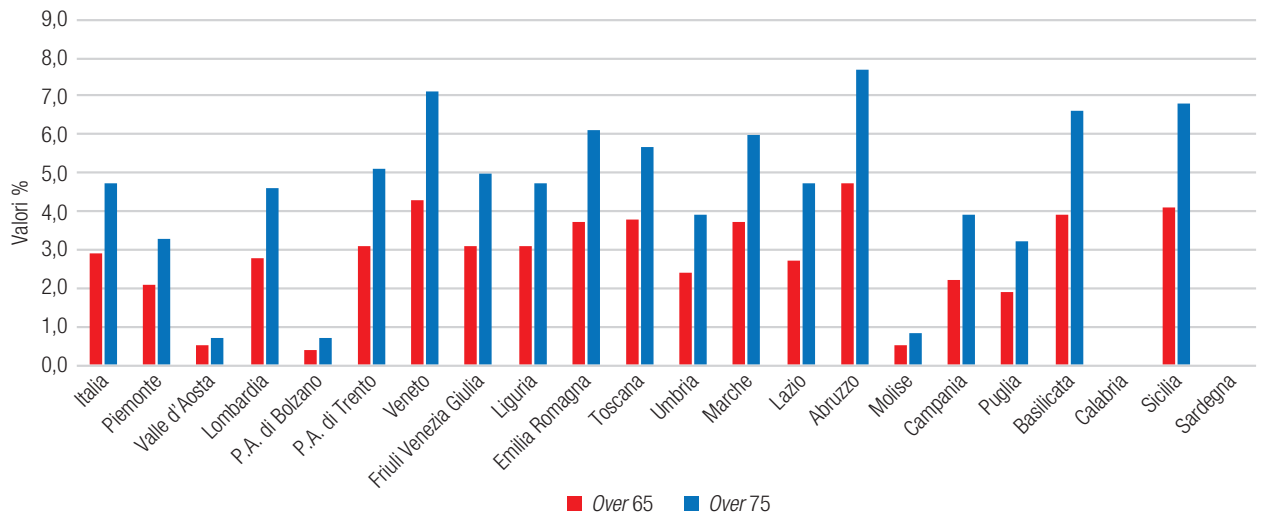
KI 11.1. Persone *over* 65 in assistenza domiciliare in Europa



Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, 61,0 persone ogni 1.000 residenti hanno ricevuto assistenza domiciliare; il valore è maggiore, in Europa, solo rispetto alla Francia (57,0) e al Portogallo (6,0). Il tasso massimo si osserva in Svizzera (184,0 per 1.000 residenti). Nel periodo 2010-2020 si è registrato un aumento dell'assistenza domiciliare in quasi tutti i Paesi considerati, con l'incremento massimo in Portogallo (+11,6% medio annuo) e quello minimo in Lussemburgo (0,0% medio annuo). L'Italia si attesta al +6,0% medio annuo. Fanno eccezione Danimarca, Olanda, Finlandia e Francia dove i valori si riducono (rispettivamente del -4,9% medio annuo, -4,8%, -1,6% e -1,1%).

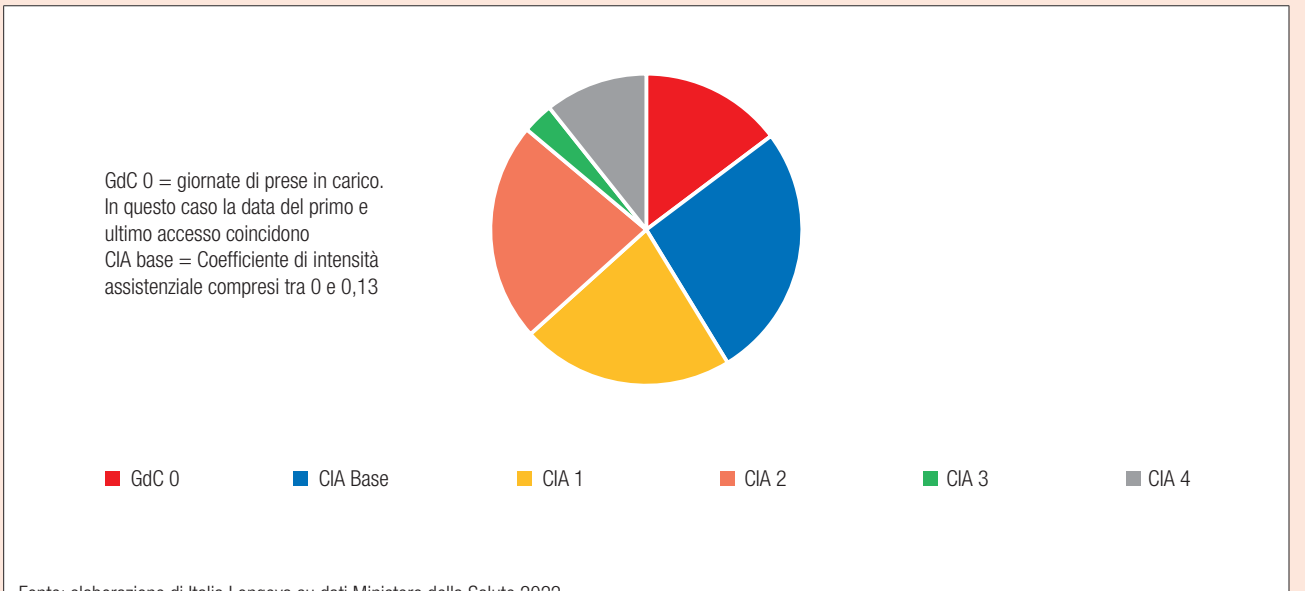
KI 11.2. Assistenza domiciliare integrata (ADI) per Regione: copertura degli anziani. Anno 2021



Fonte: elaborazione di Italia Longeva su dati Ministero della Salute 2022

Nel 2021, in Italia hanno beneficiato dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) 403.002 persone *over* 65 , dei quali il 17,4% di età compresa tra i 65 e i 75 anni e il restante 82,6% *over* 75 anni. Nel periodo 2021/2014 la quota di beneficiari è aumentata del 47% (5,6% medio annuo). A livello regionale, la maggiore copertura si registra in Abruzzo (4,7% degli *over* 65 e 7,7% degli *over* 75) e quella minore nella P.A. di Bolzano e in Valle d'Aosta (0,4% tra gli *over* 65 e 0,7% tra gli *over* 75).

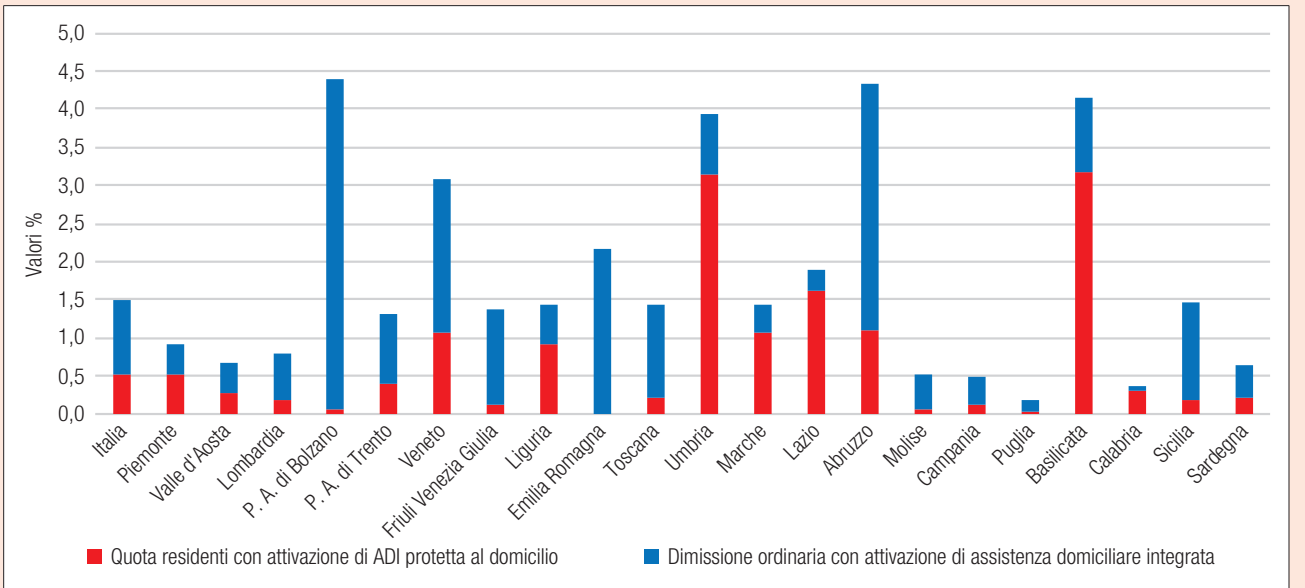
KI 11.3. Composizione assistenza domiciliare integrata (ADI) per complessità assistenziale. Anno 2021



Fonte: elaborazione di Italia Longeva su dati Ministero della Salute 2022

Nel 2021, delle 980.786 prese in carico in ADI, il 27% è attribuibile al CIA base, il 22% al CIA 1, il 23% al CIA 2, il 3% al CIA 3 e l'11% al CIA 4, il restante 54% al CIA 0 (carattere episodico con attivazione e chiusura delle attività registrate avvenute nel corso della stessa giornata). Rispetto al 2020, le prese in carico in ADI si sono ridotte dell'11,3%, quando erano pari a 1.105.909. In particolare, la riduzione maggiore si registra per le prese in carico CIA 4 (-20,2%), la riduzione minore per quelle CIA 3 (-5,7%).

KI 11.4. Residenti con attivazione di Assistenza domiciliare integrata (ADI) protetta al domicilio e con dimissione ordinaria con attivazione di ADI. Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, viene presa in carico dall'ADI lo 0,5% della popolazione dimessa viva al domicilio dall'ospedale. La Regione con la maggiore quota di prese in carico dirette a domicilio da parte dell'ADI sono Umbria e Basilicata (3,2% rispettivamente); all'altro estremo l'Emilia Romagna è l'unica Regione che non ricorre a questa soluzione assistenziale. Sempre nel 2020, viene presa in carico direttamente dall'ADI l'1,0% della popolazione dimessa viva non al domicilio dall'ospedale. La Regione con la maggiore quota di prese in carico dirette a domicilio da parte dell'ADI è la P.A. di Bolzano (4,3%); all'altro estremo Calabria e Puglia si fermano allo 0,1%. Rispetto al 2019, si riduce la quota di prese in carico dirette a domicilio da parte dell'ADI a livello nazionale (-0,5 punti percentuali); a livello regionale il dato è eterogeneo: nel Lazio si registra la riduzione maggiore (-6,0 punti percentuali); in Veneto si registra l'aumento maggiore (+0,6 punti percentuali). Per le prese in carico fatte direttamente in ADI, si registra un aumento a livello nazionale di +0,1 punti percentuali. A livello regionale il Veneto registra la riduzione maggiore (-0,5 punti percentuali), la P.A. di Bolzano il maggiore aumento (+0,5 punti percentuali).

Capitolo 12

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

Cash benefits and allowances

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 12
Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.[1]

12.1. 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 alla pratica invalsa 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.

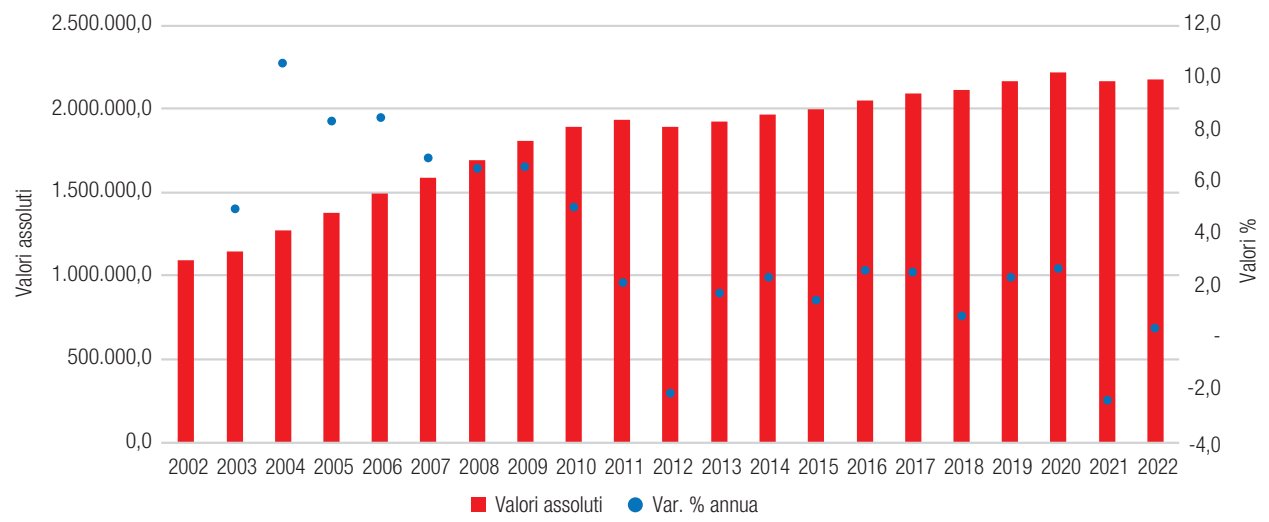
12.2. Indennità di accompagnamento

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.

[1] C.R.E.A. Sanità

Figura 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

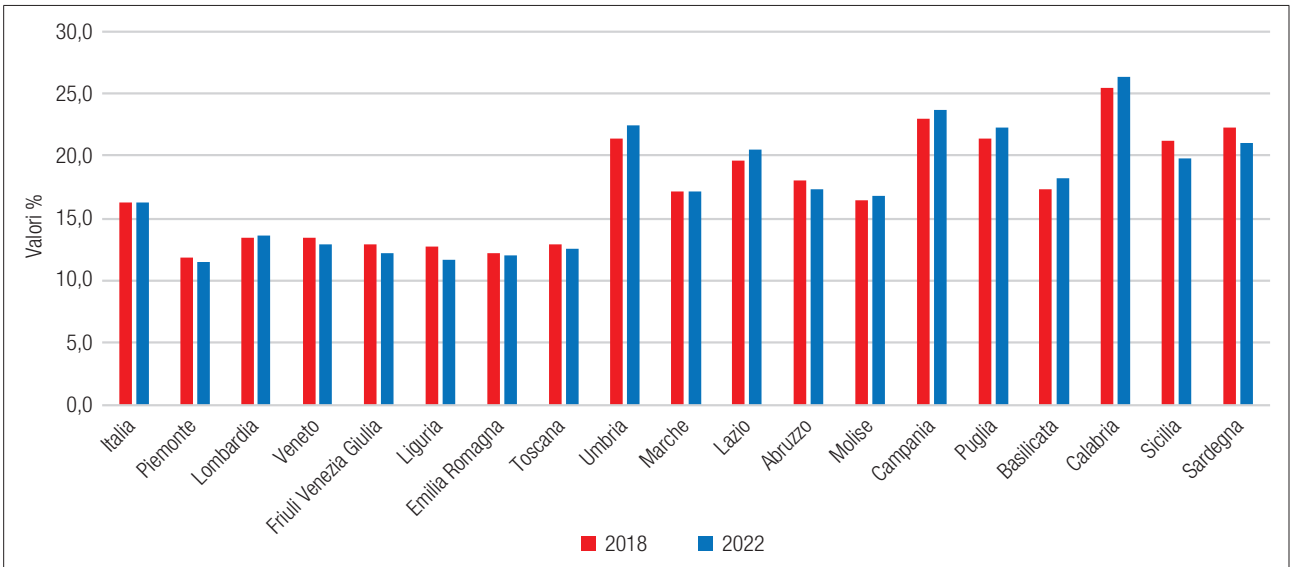
Al 1/1/2022 risultano 2,2 milioni di beneficiari di indennità di accompagnamento: il dato ha presentato una crescita del 14,8% nel decennio 2012-2022 (+1,4% medio annuo) ed una dello 0,4% nell'ultimo anno (Figura 12.1.).

L'aumento è essenzialmente derivante da fattori demografici, ovvero l'invecchiamento.

Infatti, a livello nazionale l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione *over* 65 (pari al 16,3%) è rimasta stabile rispetto al 2018.

A livello regionale si passa dal 26,4% della Calabria (+0,9 punti percentuali (p.p.) nel periodo 2018-2022), seguita dalla Campania con il 23,7% e dall'Umbria con il 22,6% (rispettivamente +0,7 e +1,1 p.p.), all'11,5% di Piemonte e all'11,7% della Liguria (rispettivamente -0,4 p.p. e -1,0 p.p. nel periodo).

Figura 12.2. Beneficiari indennità di accompagnamento: incidenza su popolazione *over* 65. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale non è possibile apprezzare una omogeneità neppure standardizzando la popolazione rispetto all'età.

Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 12,1%) il tasso massimo si registra (13,7%) in Lombardia (+0,2 p.p.); tra quelle centrali (con un tasso medio del 17,5%), invece, il valore massimo si registra nella summenzionata Umbria e quello minimo in Toscana (12,5%; -0,5 p.p. nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 21,7%) ai due estremi si posizionano la Calabria ed il Molise con il 16,9% (+0,4 p.p.) (Figura 12.2.).

Il tasso medio dei beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione ultrasessantacinquenne delle Regioni settentrionali è diminuito di 0,2 p.p. rispetto al 2018, quello delle Regioni del Centro è aumentato di 0,3 p.p., mentre quello relativo alle Regioni meridionali si è mantenuto tendenzialmente invariato.

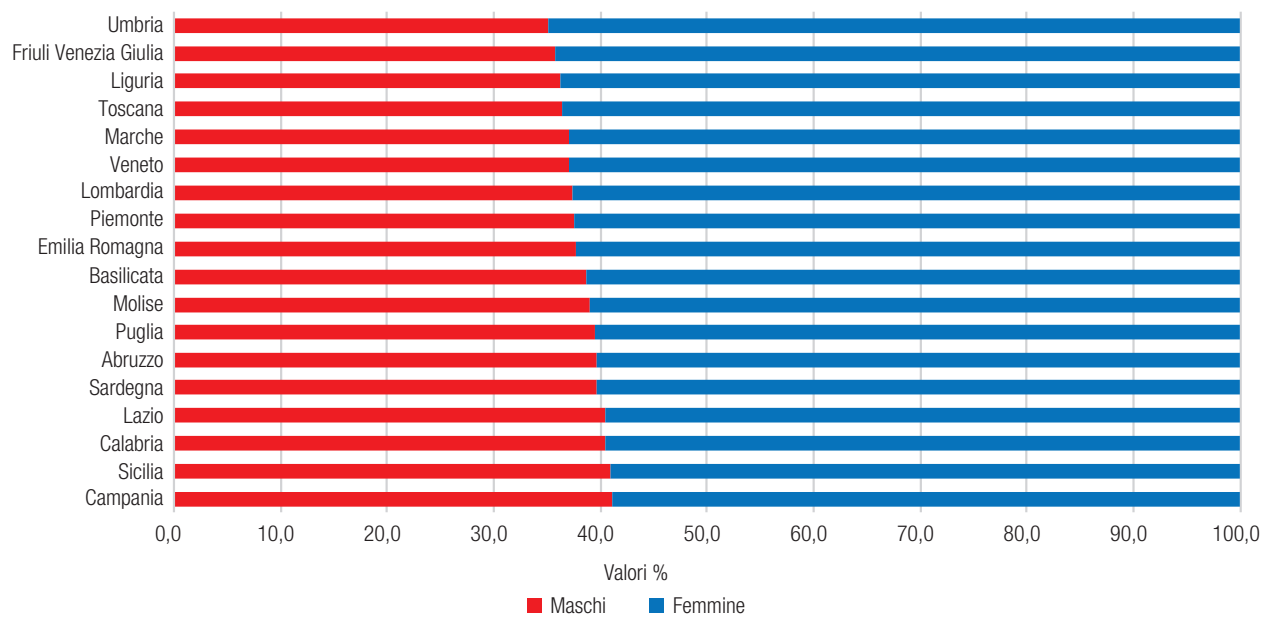
Per quanto riguarda la distribuzione per genere dei percettori di indennità di accompagnamento è possibile evidenziare come la distribuzione dei benefici sia concentrata sul genere femminile: a inizio 2022, il 61,2% dei beneficiari appartiene al genere femminile. Anche in questo caso, a livello nazionale, il fenomeno è, almeno in parte, collegato alla maggiore quota di donne anziane, che rappresentano il 56,4% della popolazione *over 65*.

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 62,8% Nord; 61,5% Centro e 59,6% Sud).

Tra le Regioni del Centro-Nord, l'Umbria riporta la quota minore di uomini beneficiari di indennità (35,2%); tra quelle meridionali, Campania (58,9%), Calabria (59,5%) e Sicilia (59,1%) sono, invece, le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie (Figura 12.3.).

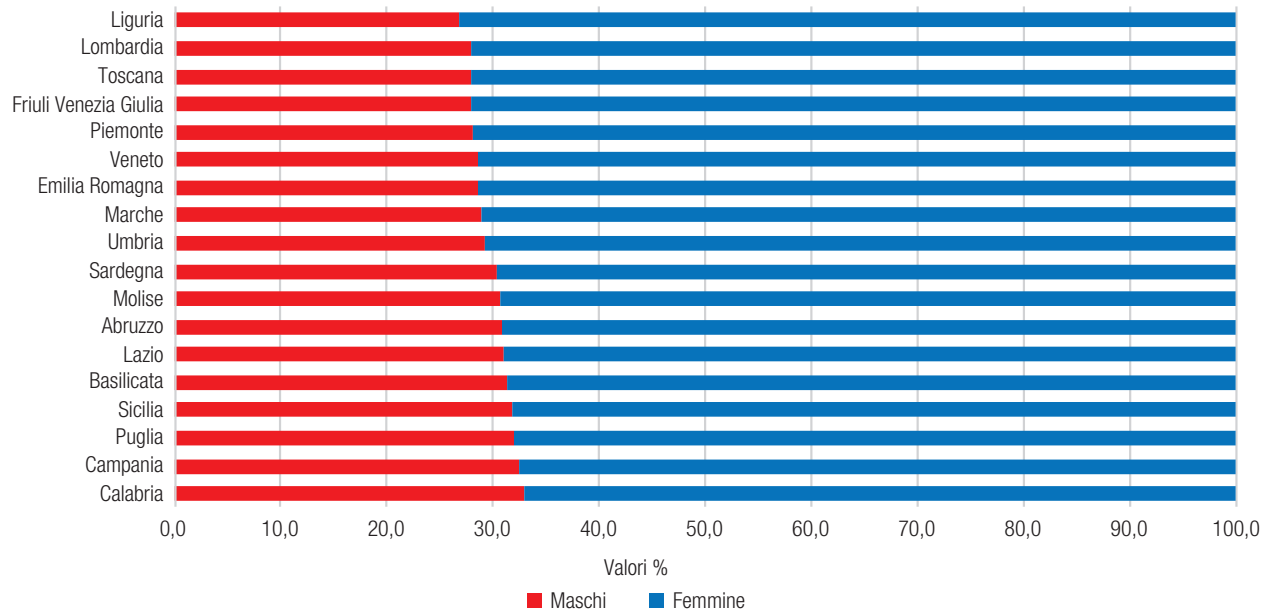
Anche l'analisi della distribuzione regionale per genere con riferimento esclusivamente agli *over 65* conferma l'esistenza di un gradiente tra Regioni centro-settentrionali e meridionali: nelle Regioni del Nord circa il 71,9% dei percettori *over 65* del beneficio economico oggetto di analisi appartiene al genere femminile; il valore dell'indicatore supera il 70,0% nelle Regioni del Centro e si ferma al 68,1% in quelle del Sud (Figura 12.4.).

Figura 12.3. Distribuzione beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.4. Distribuzione beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Anno 2022

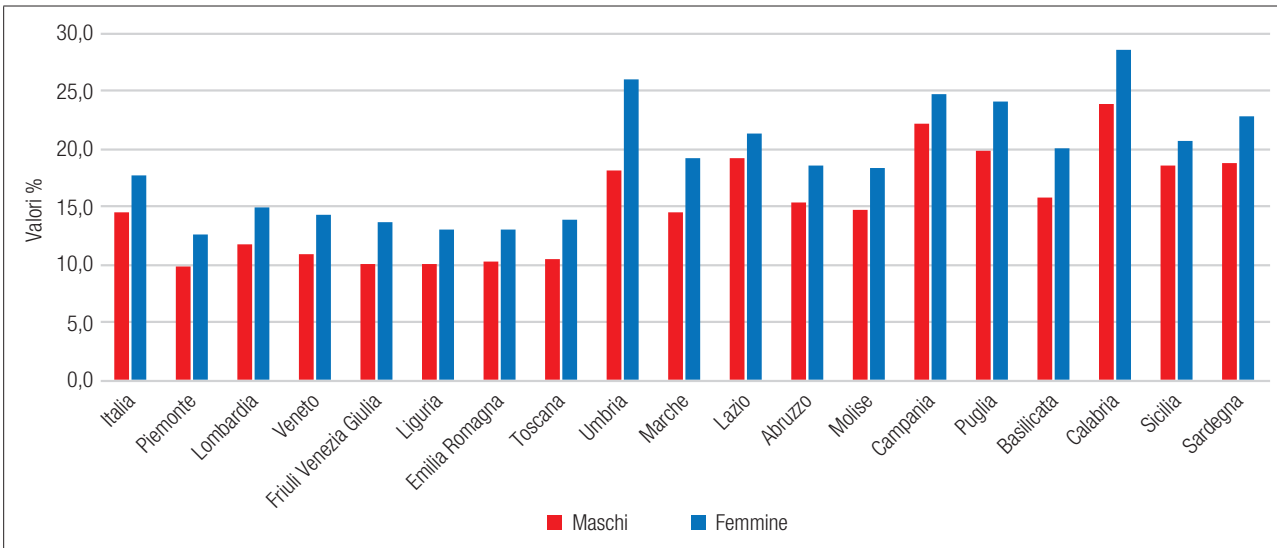


Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, il 17,7% delle *over* 65 gode dell'indennità di accompagnamento a fronte del 14,6% del genere maschile.

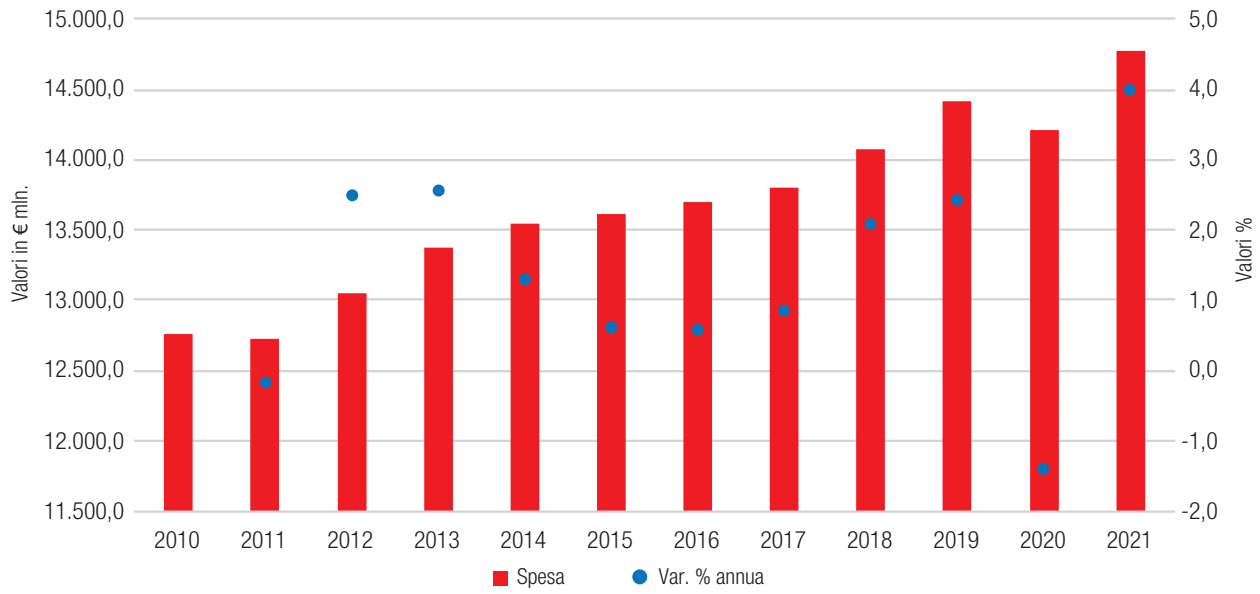
Nelle Regioni meridionali le donne che beneficiano dell'indennità sono il 23,2% della popolazione femminile *over 65*, a fronte del 13,5% del Nord e del 19,0% del Centro. (Figura 12.5.). A tal proposito, si consideri che solamente il 32,0% della popolazione femminile *over* 65 risiede al Sud contro il 47,4% delle Regioni del Nord: tale considerazione suggerisce l'esistenza di un *bias* a livello regionale nella concessione dei benefici.

Figura 12.5. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere: incidenza su popolazione *over* 65. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.6. Indennità di accompagnamento: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In termini di spesa, nell'anno 2021, l'onere complessivo per le indennità è stato pari a € 14,8 mld., con una crescita di circa 2,0 mld. (ovvero del 16,0%, corrispondente all'1,5% medio annuo) dal 2011; rispetto all'ultimo anno, invece, l'incremento è stato del 4,0% (ovvero € 563,0 mln.) (Figura 12.6.). Deflazionando con il valore generale del FOI[2], l'incremento in termini reali si ridurrebbe a € 578,5 mln. ovvero al 4,5% (+0,4% medio annuo).

In linea generale, l'aumento della spesa è il risultato dell'azione congiunta di un incremento sia del numero totale dei percettori che dell'indennità media corrisposta (adeguata annualmente al tasso di inflazione).

In definitiva, il progressivo invecchiamento della popolazione determina una crescita della platea degli aventi diritto all'ottenimento del beneficio economico oggetto di analisi che, con il parallelo incremento delle indennità medie corrisposte, determina un aumento dell'onere complessivo a carico dell'INPS. Tuttavia, tale beneficio economico presenta diverse incidenze regionali non spiegate completamente dalla demografia: differenze che potrebbero essere il frutto di scarse attività di prevenzione messe in atto soprattutto nelle Regioni meridionali, oppure potrebbero essere causate da diverse "politiche di accesso" all'ottenimento della provvidenza economica adottate nelle varie Regioni.

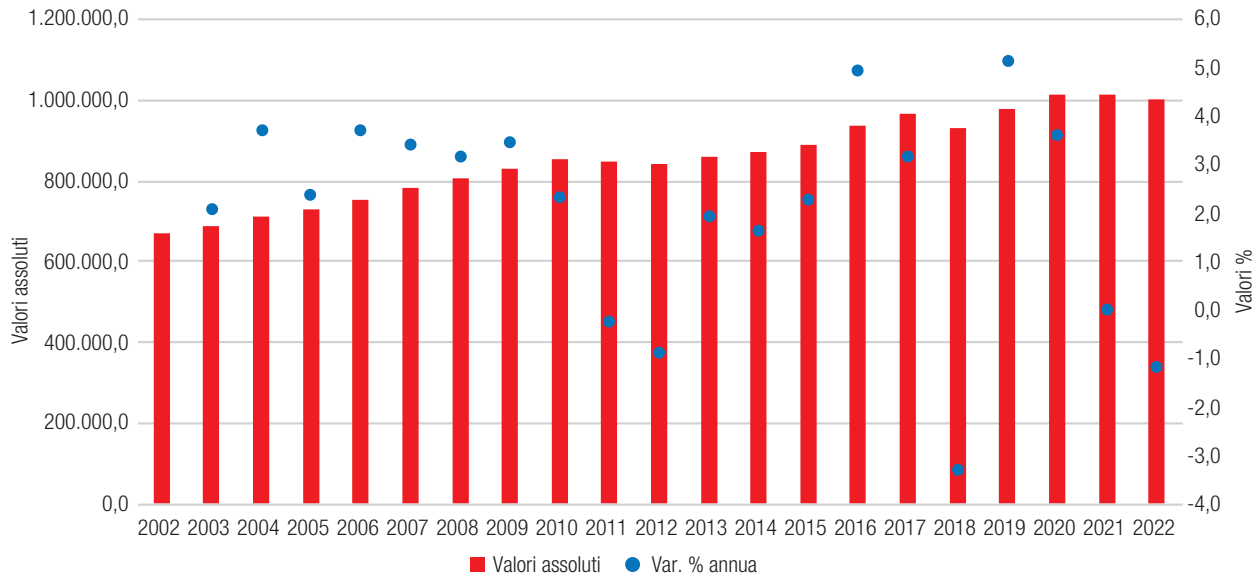
12.3. Pensioni di invalidità civile

Le pensioni di invalidità civile sono provvidenze economiche erogate dall'INPS ai mutilati ed invalidi civili con un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni nei cui confronti sia accertata una invalidità pari al 100%, in pratica una totale inabilità lavorativa.

Il diritto alla pensione è condizionato a determinati limiti reddituali (rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per una descrizione più approfondita).

[2] 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

Figura 12.7. Beneficiari di pensione di invalidità civile

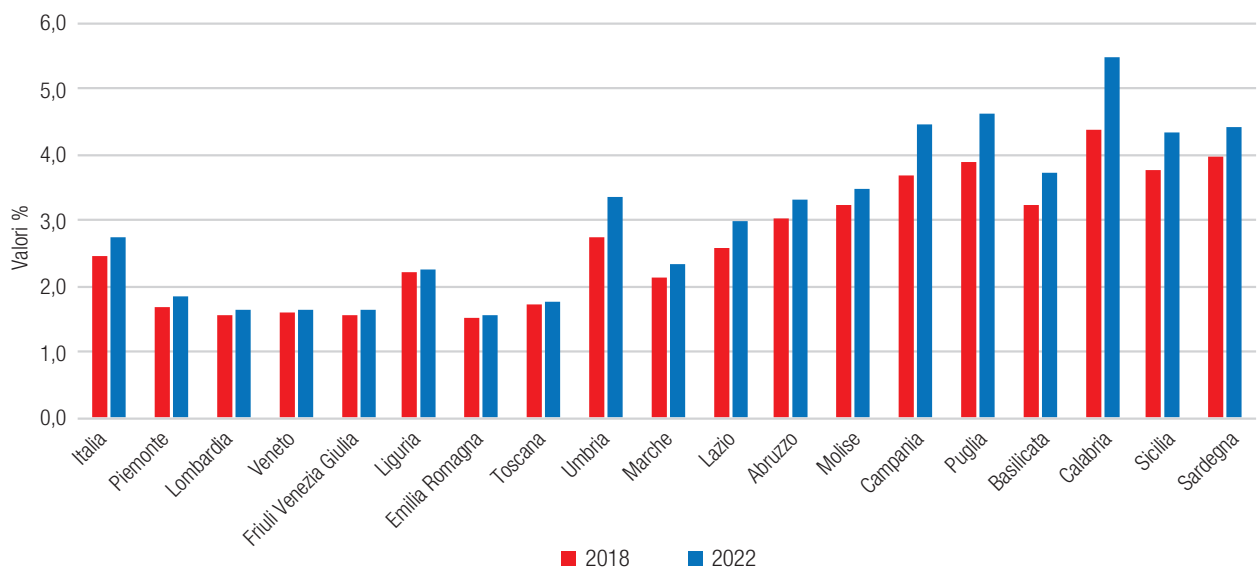


Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

La prestazione è cumulabile con l'indennità di accompagnamento ed è altresì erogabile se l'invalido è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Ricordiamo che le pensioni di invalidità civile, al raggiungimento dell'età di pensionamento si trasformano in assegni sociali.

Figura 12.8. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità civile su popolazione 18-65. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Al 1/1/2022 risultano circa 1,0 milioni di beneficiari di pensioni di invalidità civile. Tra il 2012 ed il 2022, il dato ha presentato una crescita del 19,1% (+1,8% medio annuo): nell'ultimo anno, invece, è possibile osservare una flessione dell'1,2% della platea dei beneficiari (Figura 12.7.).

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 0,3 p.p. rispetto al 2018.

A livello regionale si passa dal 5,5% della Calabria (+1,1 p.p. nel periodo 2018-2022), seguita da Puglia (4,6%), Campania (4,5%) e Sardegna (4,4%) (rispettivamente +0,7, +0,8 e +0,5 p.p.), all'1,6% di Veneto, Friuli Venezia Giulia e (tendenzialmente stabili nel periodo di analisi).

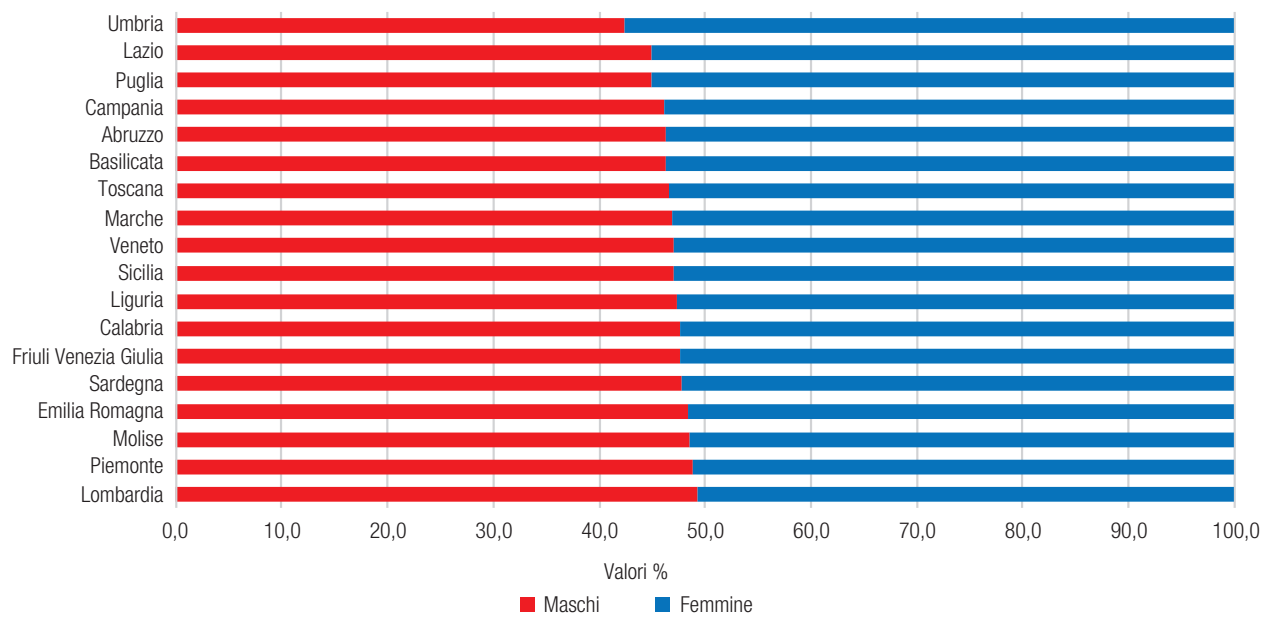
Tra le Regioni settentrionali l'incidenza di beneficiari è massima in Liguria (2,3%) e minima nelle cennate Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (3,3%) e quello minore in Toscana (1,8%); nel meridione, invece, si passa dal dato citato della Calabria al 3,3% dell'Abruzzo (Figura 12.8.).

Dai dati sopra esposti risulta, pertanto, evidente che nelle Regioni della ripartizione settentrionale i tassi sono mediamente più bassi (1,6% stabile rispetto al 2018) rispetto a quelli delle rimanenti ripartizioni ed in particolar modo in confronto a quelli delle Regioni meridionali che hanno raggiunto nel 2022 il 4,5% con una crescita di 0,7 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 2022, la quota di donne è stata massima in Umbria dove ha raggiunto il 57,5% e minima in Lombardia e Piemonte essendosi fermata rispettivamente al 50,7% e al 51,1% (Figura 12.9.). In ogni caso, sul fronte delle pensioni di invalidità civile, le differenze di genere, pur rimanendo evidenti in alcune Regioni centrali e meridionali, sono assai meno marcate rispetto a quanto registrato per le indennità di accompagnamento.

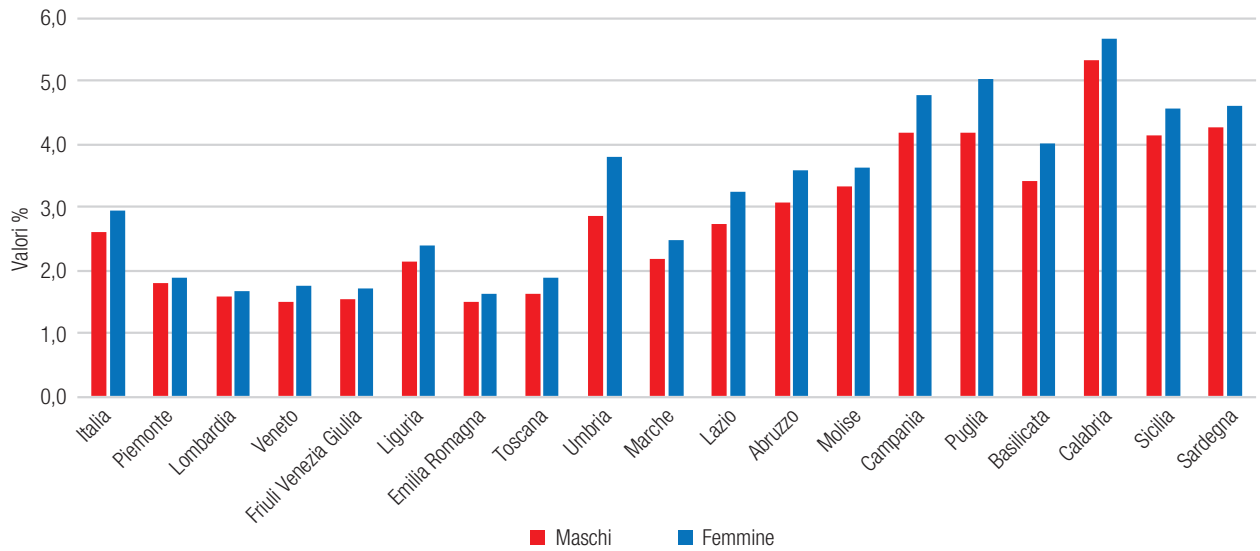
Nel 2022, il 2,9% delle donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni riceve la pensione di invalidità civile contro il 2,6% dei coetanei maschi.

Figura 12.9. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.10. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2022

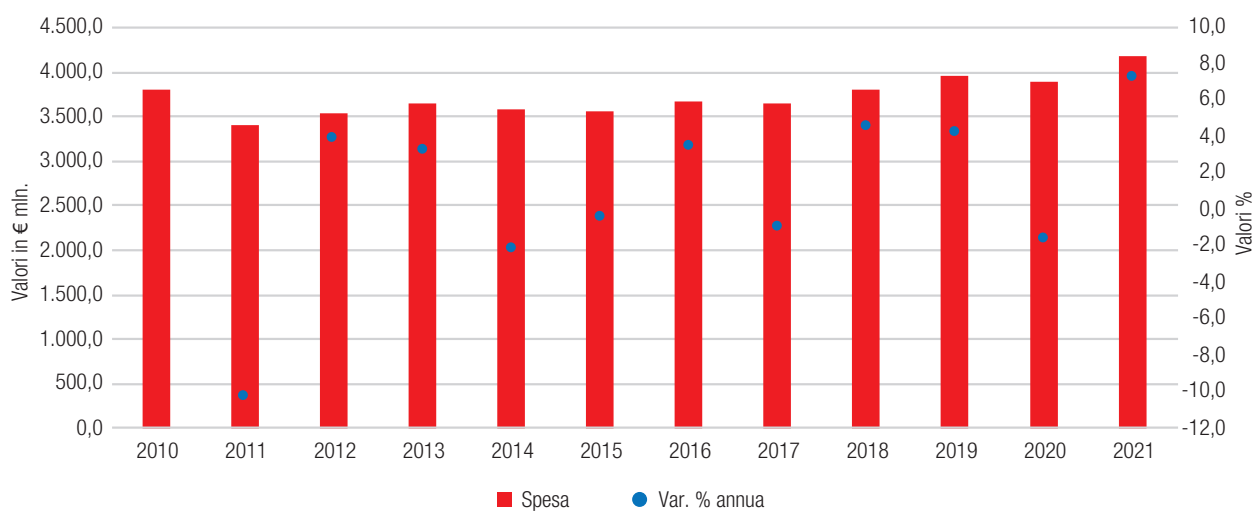


Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Le differenze osservabili nei tassi sono rilevanti: in particolare, per quanto riguarda il genere femminile che, nel 2022, 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: 4,2% al Sud vs 2,3% del Centro e 1,6% del Nord (Figura 12.10.).

In termini di spesa, l'onere complessivo, per le pensioni di invalidità civile, nel 2021, è stato di circa € 4,2 mld., valore in crescita del 22,3% rispetto al 2011 (+€ 761,4 mln.) e del 7,2% in confronto all'anno precedente (+ € 279,0 mln.) (Figura 12.11.). In termini reali, invece, tra il 2011 e il 2021 la crescita è stata di € 349,1 mln. ovvero del 10,2% (+1,0% medio annuo).

Figura 12.11. Pensioni di invalidità civile: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa, tuttavia, oltre ad essere influenzata dal numero dei percettori e dall'indennità media corrisposta (che tutti gli anni viene adeguata al tasso di inflazione), in alcuni anni è fortemente dipendente dallo "smaltimento" degli arretrati, come si evidenzia dalla variabilità dei tassi di variazione.

In definitiva, pertanto, cresce 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.

12.4. Pensioni di invalidità

Gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984, sono parte della cosiddetta gestione IVS (Invalidità, Vecchiaia e Superstiti). In particolare, la pensione di invalidità è una prestazione economica a favore dei soggetti ai quali sia stata riconosciuta una riduzione parziale della capacità lavorativa (dal 74,0% al 99,0%) e con un reddito inferiore alle soglie previste annualmente dalla legge. La pensione di inabilità, invece, è una prestazione economica, erogata in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

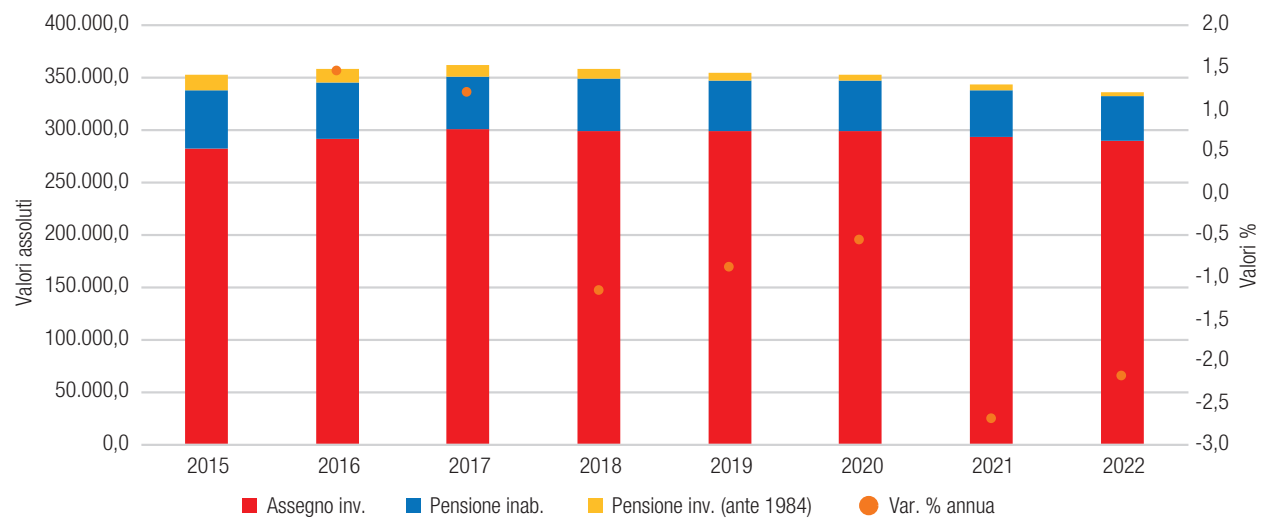
A differenza dell'invalidità civile, le pensioni di invalidità della gestione IVS rappresentano una prestazione "*border line*" rispetto al perimetro di interesse del Rapporto Sanità, essendo fortemente caratterizzate da elementi di stampo prettamente previdenziale, sono integrazioni della pensione garantite 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 1/1/2022 risultano circa 335.000 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.

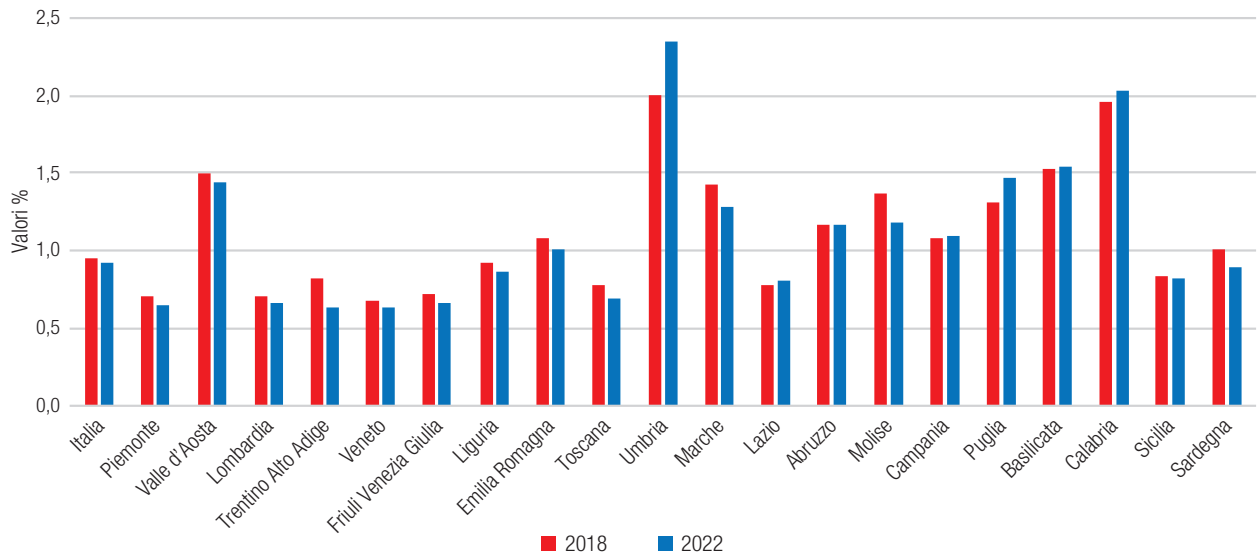
Rispetto al 2018 la platea è diminuita di 22.287 pensioni (-6,2%).

Figura 12.12. Beneficiari di pensioni di invalidità



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.13. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità su popolazione 18-65



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In particolare, il complesso delle pensioni di invalidità è costituito per l'86,3% dagli assegni di invalidità (2,7 p.p. in più rispetto al 2018), seguono le pensioni di inabilità con il 12,7% (-1,5 p.p. rispetto al 2018) e, infine le pensioni di invalidità ante 1984 con il residuale 1,0% (- 1,2 p.p. rispetto al 2018).

Nell'ultimo anno, il complesso delle pensioni di invalidità ha riportato una variazione negativa del 2,2% (-1,5% assegni invalidità; -5,0% assegni inabilità e -19,4% pensione invalidità ante 1984) (Figura 12.12.).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione 18-65 è pari allo 0,9% a livello nazionale, stabile sul 2018.

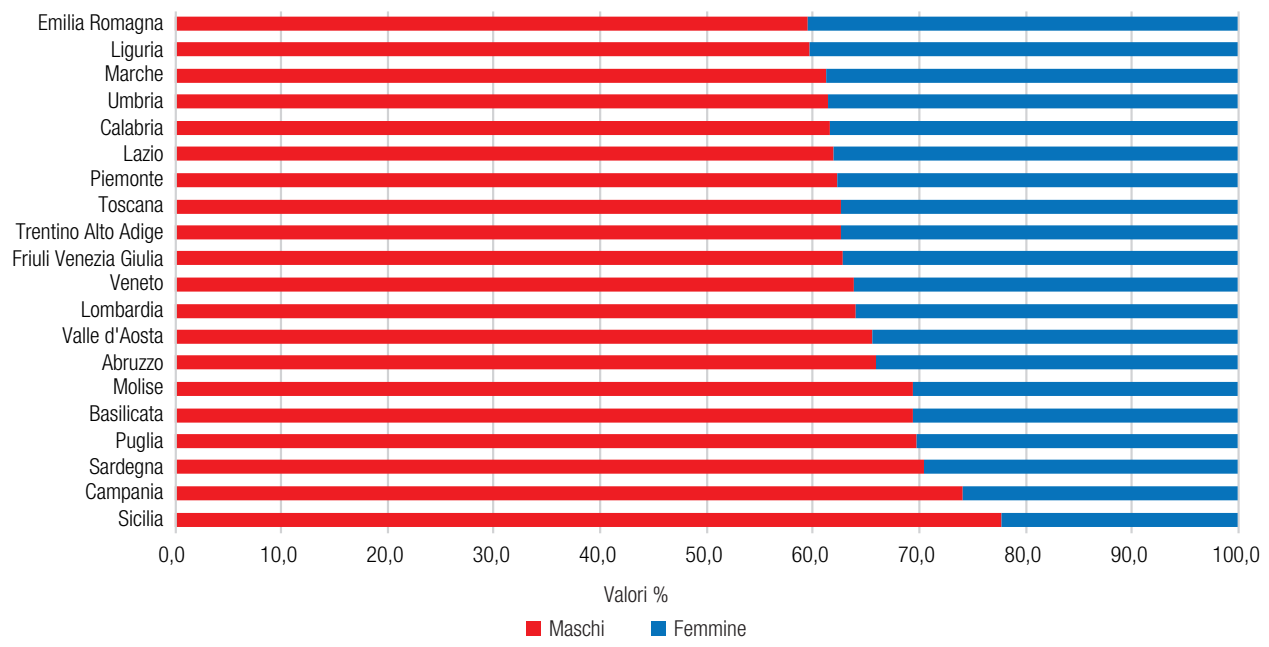
A livello regionale si osserva una forte variabilità dell'incidenza dei beneficiari, sebbene senza un definito gradiente geografico: si passa dal 2,4% dell'Umbria (+0,3 p.p. rispetto al 2018) e dal 2,0% della Calabria (+0,1 p.p.), al valore minimo di Trentino Alto Adige e Veneto dove il predetto tasso raggiunge lo 0,6% (in flessione di 0,2 p.p. nella prima e di 0,1 p.p. nella seconda rispetto al 2018).

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 del Trentino Alto Adige e del Veneto; 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 12.13.).

I beneficiari di pensioni di invalidità di età compresa tra i 18 e i 65 anni sono prevalentemente uomini (65,9%): nelle Regioni settentrionali il 62,4% dei beneficiari delle pensioni di invalidità appartiene al genere maschile, in quelle centrali tale quota scende al 61,9%, 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 (34,5%); tra quelle centrali, invece, il richiamato indicatore tocca il suo valore massimo nelle Marche (38,8%) e minimo in Toscana (37,4%); infine, tra quelle meridionali il valore massimo è stato riportato dalla Calabria (38,4%) e quello più basso dalla Sicilia (22,3%).

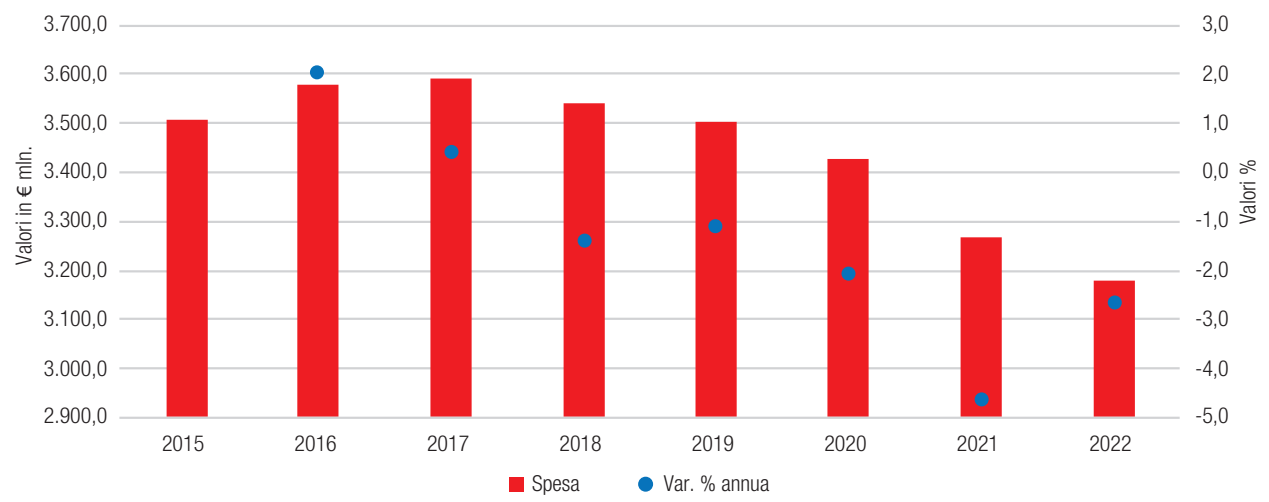
Il fatto che tale misura economica sia maggiormente "concentrata" sul genere maschile è coerente con i maggiori tassi di occupazione maschile (Figura 12.14.).

Figura 12.14. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità di 18-65 anni per genere. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.15. Pensioni di invalidità: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In termini di spesa, la proiezione all'anno 2022[3] dell'onere per le pensioni è pari a € 3,2 mld., con un decremento di € 329,0 mln. dal 2015 (-9,4%) e del 2,7% nell'ultimo anno (Figura 12.15.).

[3] 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

In termini reali nel periodo 2015-2022[4] la contrazione della spesa ha raggiunto € 699,8 mln. ovvero il -19,9% (-3,1% medio annuo).

Anche in questo caso, l'andamento della spesa potrebbe essere influenzato nei diversi anni dalla liquidazione degli arretrati.

In definitiva, il numero dei percettori della pensione di invalidità è diminuito del 6,2% nel periodo 2018-2022 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.

12.5. Oneri permessi ex L.n. 104/1992

La L.n. 104/1992 ha sancito la facoltà delle persone disabili, e dei loro familiari, di poter usufruire di periodi di assenza retribuiti dal lavoro, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti, per esempio, per la maternità.

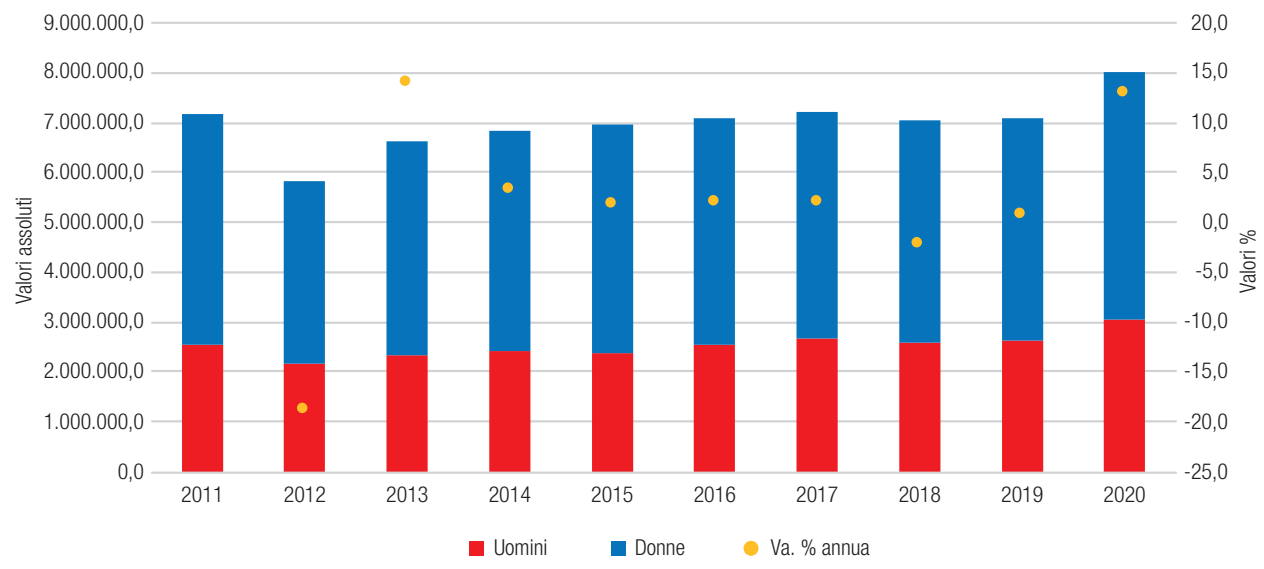
Rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per maggiori approfondimenti, ricordiamo che la finalità è quella di garantire il pieno rispetto della dignità umana ed i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella Società.

Nel 2020, sono 8,0 milioni i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico. Le giornate di permesso sono aumentate dell'11,9% rispetto al 2011 e del 12,9% sull'anno precedente (+15,4% gli uomini e +11,4% le donne).

Ad usufruire maggiormente dei permessi, in tutti gli anni analizzati (2011-2020), sono state le donne (Figura 12.16.).

In termini percentuali, le donne dipendenti del settore pubblico usufruiscono di circa il 62,1% della totalità dei permessi; il dato è in diminuzione di 2,3 p.p. fra il 2011 e il 2020 (Figura 12.17.).

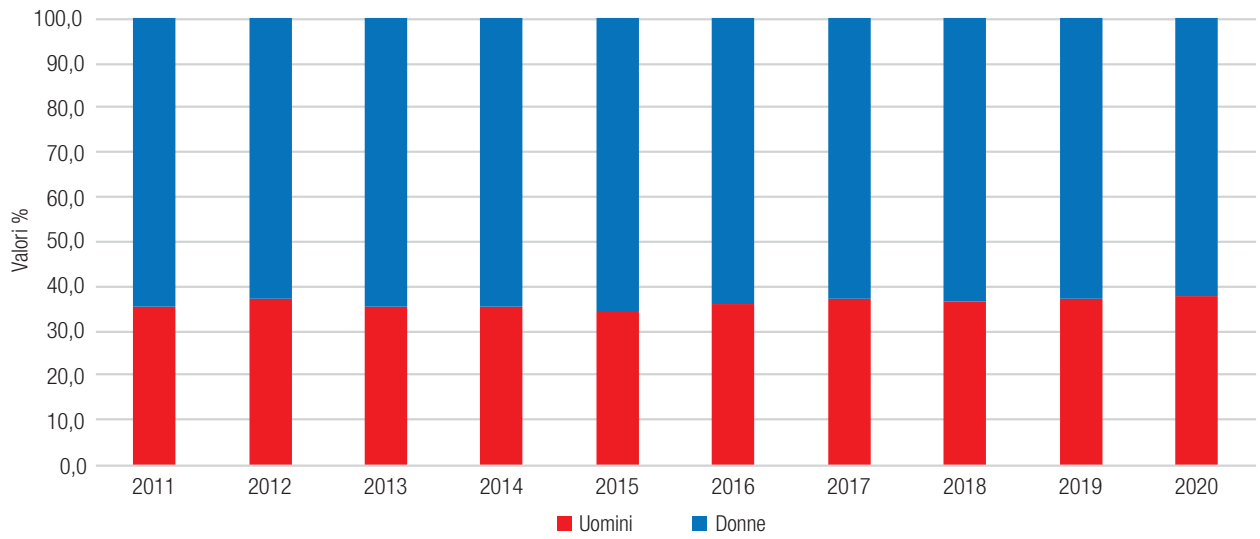
Figura 12.16. Permessi ex L.n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

[4] Si è fatto riferimento al valore generale del FOI pubblicato ad Agosto 2022 dall'Istat

Figura 12.17. Composizione permessi ex L.n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico

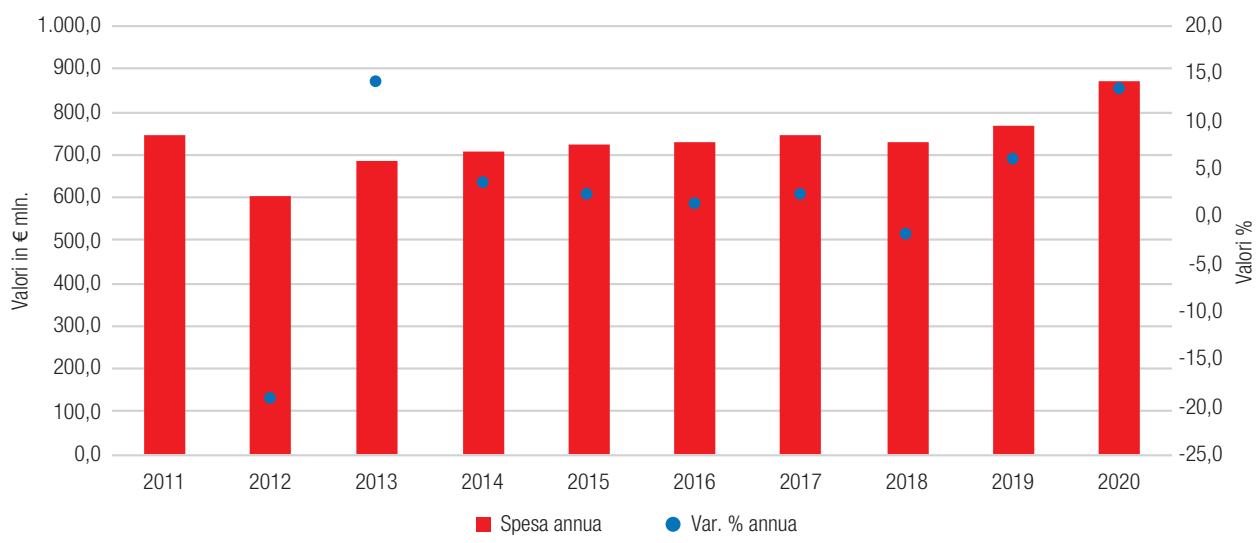


Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

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 2020, sia stato di € 868,7 mln.: valore in aumento del 16,4% in confronto al 2011 e del 13,0% rispetto all'anno precedente quando la spesa aveva raggiunto quota € 768,7 mln. (Figura 12.18.).

Appare doveroso sottolineare che il cospicuo incremento di spesa verificatosi nell'ultimo anno è una conseguenza diretta dell'incremento dei permessi goduti nel medesimo anno; si noti, altresì, che l'ammontare di permessi goduti e spesa sono cresciuti

Figura 12.18. Spesa per permessi ex L.n. 104/1992 per anno



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

della medesima percentuale: conseguenza del fatto che la retribuzione media giornaliera tra il 2019 e il 2020 non ha evidenziato alcuna variazione.

Nel settore privato, sempre nel 2020, risultano 510.299 beneficiari di permessi; rispetto al 2011 i beneficiari sono aumentati di 215.792 unità, ovvero del 73,3%; rispetto all'anno precedente l'incremento è stato dello 0,9% (+0,7% maschi personali; +0,1% femmine personali; +1,3% maschi familiari e +0,7% femmine familiari).

Per il settore privato si può apprezzare che di questi beneficiari, oltre 449.000 (ovvero l'88,0%) usufruiscono del permesso per un familiare; solo 61.185 beneficiari ne usufruiscono a titolo personale.

Coloro che usufruiscono di un permesso per un familiare appartengono per lo più al genere maschile; i beneficiari a titolo personale, invece, sono lievemente di più donne (Figura 12.19.).

Ipotizzando che ciascun beneficiario usufruisca in media di 3 permessi mensili, nel 2020, si stimano circa 18,4 milioni di giornate di permesso, in aumento dello 0,9% in confronto al 2019.

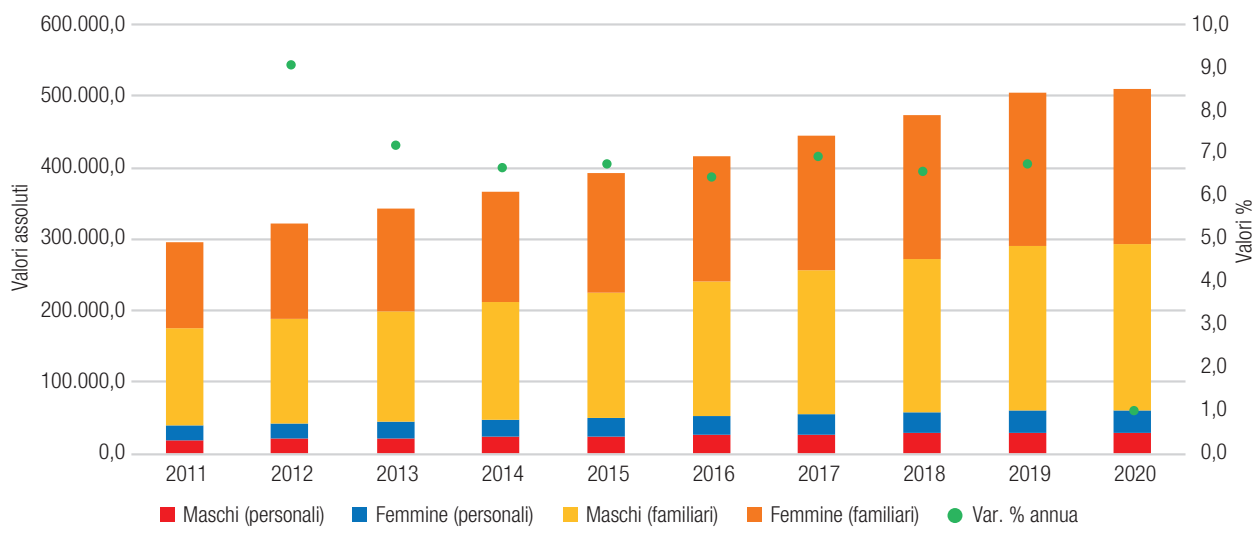
Del totale dei permessi così stimati, 2,2 milioni circa sono permessi a titolo personale, mentre la gran parte dei permessi sono usufruiti da un familiare (circa16,2 milioni).

Complessivamente, nel settore privato si stima, per il 2020, un onere annuo per i permessi di circa € 1,7 mld., di cui circa € 204,0 mln. per permessi a titolo personale e € 1,5 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per € 558,0 mln. nel Nord-Ovest, € 357,2 mln. nel Nord-Est, € 453,2 mln. nel Centro e € 332,4 mln. nel meridione (Figura 12.20.). La spesa risulta cresciuta del 3,6% rispetto al 2019 e di oltre l'80,0% se il confronto viene fatto rispetto al 2011.

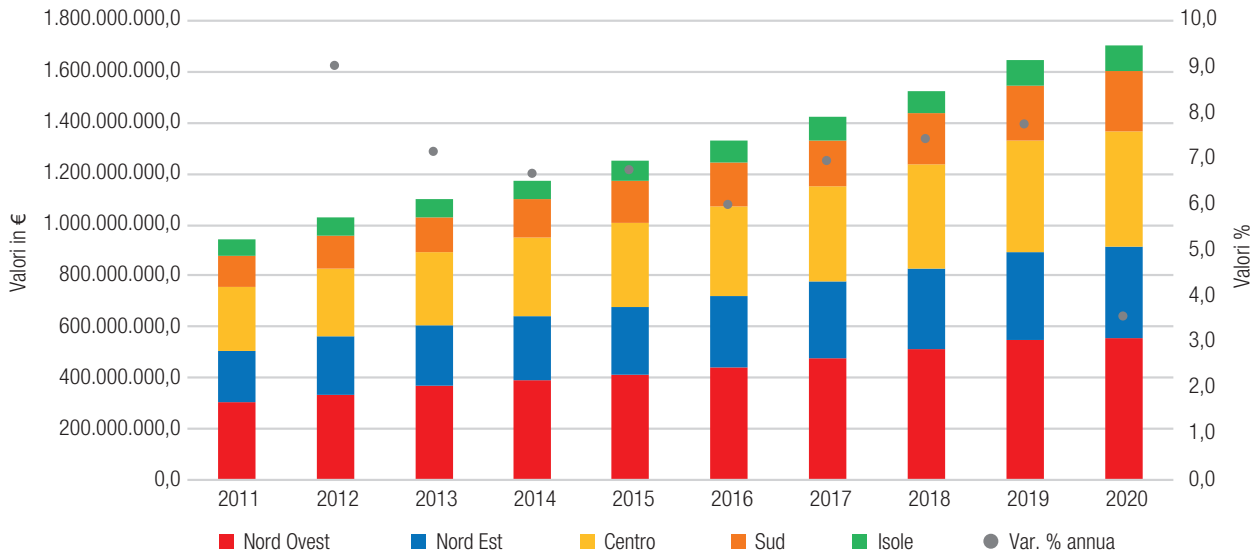
In definitiva, l'onere complessivo ammonta nel 2020 a circa € 2,6 mld., di cui il 66,2% per retribuire i permessi del settore privato e il rimanente 33,8% per retribuire quelli del settore pubblico. Rispetto al 2011, la spesa è aumentata di € 0,9 mld. ovvero del 52,2% (+4,8% medio annuo) e del 6,6% se 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 2020 è stata pressoché nulla.

Figura 12.19. Beneficiari permessi ex L.n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.20. Spesa per permessi ex L.n. 104/1992 per anno e ripartizione: settore privato



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

12.6. Riflessioni finali

Complessivamente per le varie provvidenze in denaro analizzate, si spendono (dati riferiti all'anno più recente disponibile[5]) € 24,7 mld., una cifra pari all'1,4% del PIL e al 19,5% della spesa sanitaria pubblica.

La parte maggiore, il 59,8%, è relativa alle indennità di accompagnamento, che senza dubbio attengono alla copertura di bisogni di non autosufficienza.

Seguono, con il 16,9%, le pensioni di invalidità civile e con il 12,9% le pensioni di invalidità IVS, di cui abbiamo considerato i soli beneficiari sotto i 65 anni.

Infine, il restante 10,4% 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.

Dopo il 2011 la crescita dei beneficiari tende a ridursi; gli oneri per le indennità sono comunque cresciuti in valore nominale di 2,0 mld. dal 2011 (16,0% pari all'1,5% medio annuo); anche la spesa per le pensioni di invalidità civile nello stesso periodo è cresciuta del 22,3% (+2,0% medio annuo), così come gli oneri per la L.n. 104/1992 che sono cresciuti nel periodo 2011-2020 del 52,2%, ossia del 4,8% medio annuo.

Deflazionando con il valore generale del FOI, l'incremento in termini reali dell'onere delle indennità di accompagnamento calerebbe a € 578,5 mln. ovvero del 4,5% (+0,4% medio annuo) e quello delle pensioni di invalidità civile di € 349,1 mln. ovvero del 10,2% (+1,0% medio annuo). Ancora, la contrazione in termini reali della spesa per le pensioni di invalidità nel periodo 2015-2022 ha raggiunto € 699,8 mln. ovvero il -19,9% (-3,1% medio annuo). Infine, la crescita in termini reali tra il 2011 e il 2020 dell'onere complessivo derivante dai permessi retribuiti della L.n. 104/1992 è stata sostanzialmente nulla.

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

[5] Per le indennità di accompagnamento e per le pensioni di invalidità civile si fa riferimento al 2021, per le pensioni di invalidità al 2022 e per la L.n. 104/1992 al 2020

demografici in atto, ossia dall'invecchiamento della popolazione.

Permangono differenze regionali nei tassi di prevalenza dei beneficiari, che non sempre trovano una giustificazione demografica.

Se aggiungiamo le provvidenze in denaro, alla spesa sanitaria e a quella per la LTC, analizzate nel Capitolo 3a, il *welfare* italiano destina alla salute e alle sue conseguenze, 193,6 mld., pari al 10,9% del PIL.

Le provvidenze economiche rappresentano una significativa quota dell'onere complessivo, stimabile nel 12,9% del totale: l'integrazione delle prestazioni in denaro con quelle in natura è quindi un aspetto non secondario delle politiche di *welfare*, anche in considerazione del fatto che attualmente i requisiti di accesso e modulazione sono difformi e, apparentemente, rispondenti a logiche diverse.

Riferimenti bibliografici

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

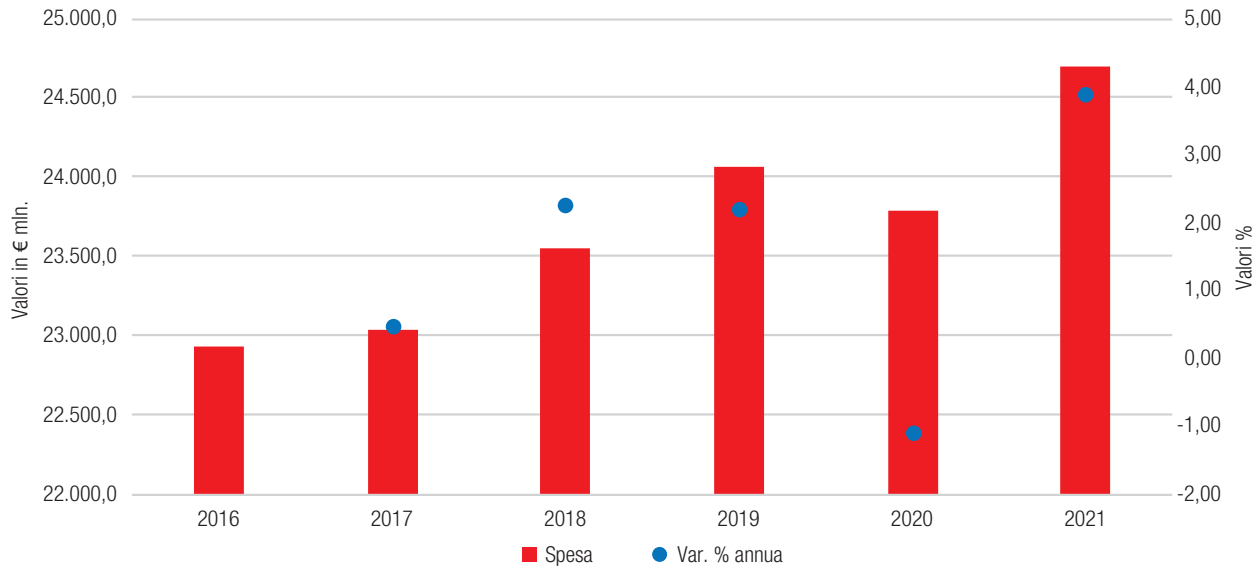
Cash benefits and allowances

In 2021 the total expenditure on cash benefits and allowances linked to situations of long-term non-self-sufficiency, i.e. attendance allowances, civil disability pensions, disability pensions and paid leaves under Law No. 104/1992 reached € 24.7 billion, of which about 59.8% on attendance allowances, 16.9% on civil disability pensions, 12.9% on disability pensions and the remaining 10.4% on paid leaves under Law No. 104/1992.

In the last decade the charges for allowances grew by € 2.0 billion in nominal value (up by 16.0%, equal a 1.5% yearly average increase), but in real terms by 0.4% per year. expenditure on civil disability pensions increased by € 761.4 million (up by 22.3%, equal to a 2.0% yearly average increase), but in real terms by 1.0% per year. Between 2015 and 2022 expenditure on disability pensions decreased by € 329,0 million (down by 9.4%, equal to a 1.4% yearly average decrease), but in real terms by a 3.1% average per year. In the 2011-2020 period, the charges for leaves under Law No. 104/1992 grew by 52.2% (equal to a 4,8% yearly average), but in real terms there was no growth at all.

The management of cash benefits and allowances remains disconnected from the health protection system: in particular, the selection criteria for access are uneven, thus generating repercussions both in equity and economic terms.

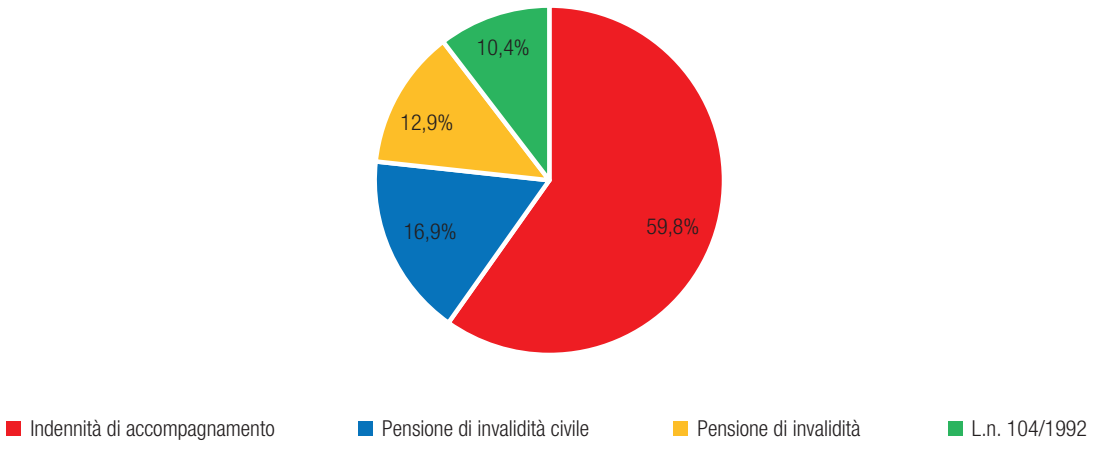
KI 12.1. Spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza



Fonte: elaborazione su dati INPS e Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, la spesa per le prestazioni in denaro destinate alla non autosufficienza, ha raggiunto € 24,7 mld., con una crescita di circa 1,8 mld. (+7,7%) dal 2016 ed una di € 0,9 mld. (+3,8%) nell'ultimo anno. In termini reali, nel periodo considerato, la variazione è stata pari a € 294,6 mln. ovvero dell'1,3% (+0,3% medio annuo). In termini pro-capite la spesa per il 2021 è stata pari a € 416,9.

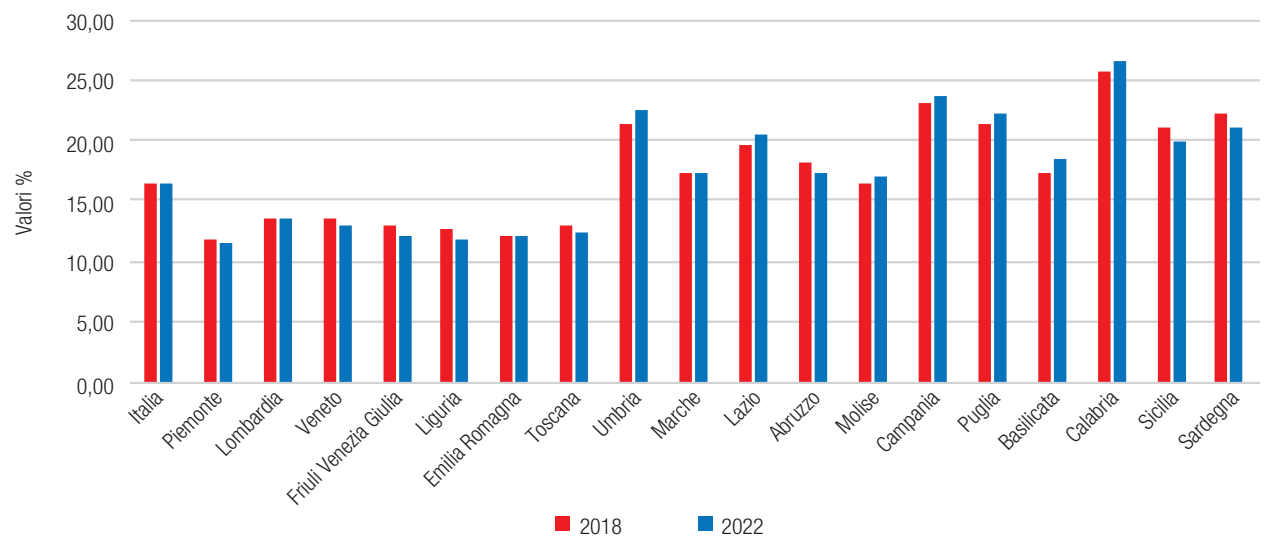
KI 12.2. Composizione spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati INPS e Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Italia, il 59,8% della spesa totale è attribuibile alle indennità di accompagnamento (14,8 mld.), il 16,9% alle pensioni di invalidità civile (4,2 mld.), il 12,9% alle pensioni di invalidità (3,2 mld.) ed il rimanente 10,4% ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 (2,6 mld.).

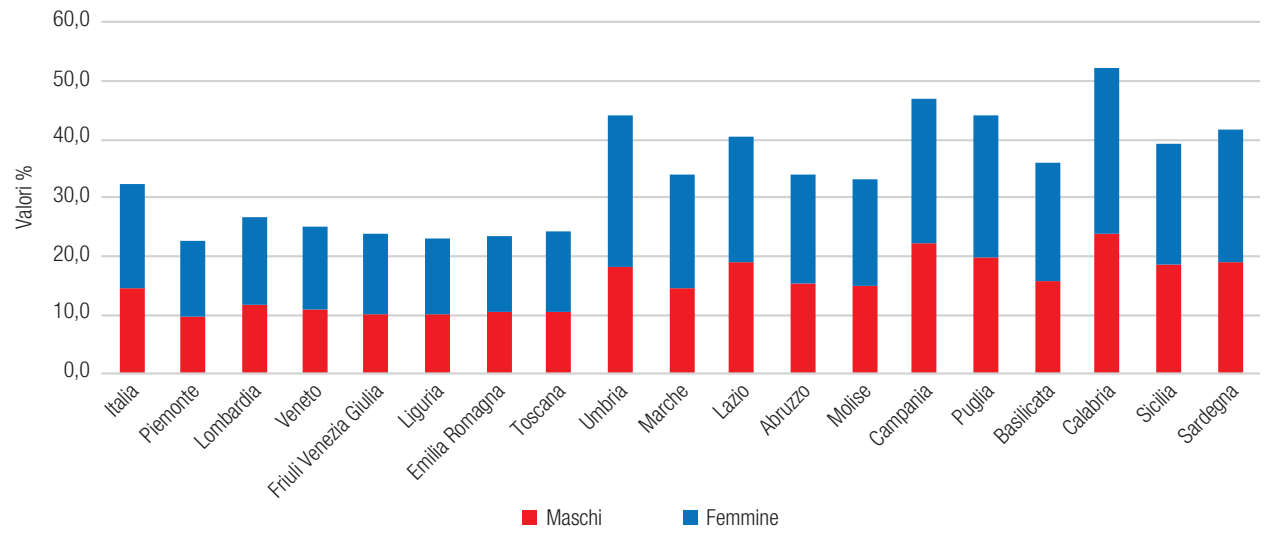
KI 12.3. Incidenza delle indennità di accompagnamento sulla popolazione *over* 65



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, l'incidenza dei beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione *over* 65 è pari al 16,3%, stabile rispetto al 2018. A livello regionale si passa dal 26,4% della Calabria (+0,9 p.p. nel periodo 2018-2022), seguita dalla Campania con il 23,7% e dall'Umbria con il 22,6% (rispettivamente +0,7 e +1,1 p.p.). Mediamente, nelle Regioni settentrionali L'incidenza è pari al 12,1% (-0,2 p.p. rispetto al 2018), al 17,5% nel Centro (+0,3 p.p.) e al 21,7% nel Sud (-0,1 p.p.).

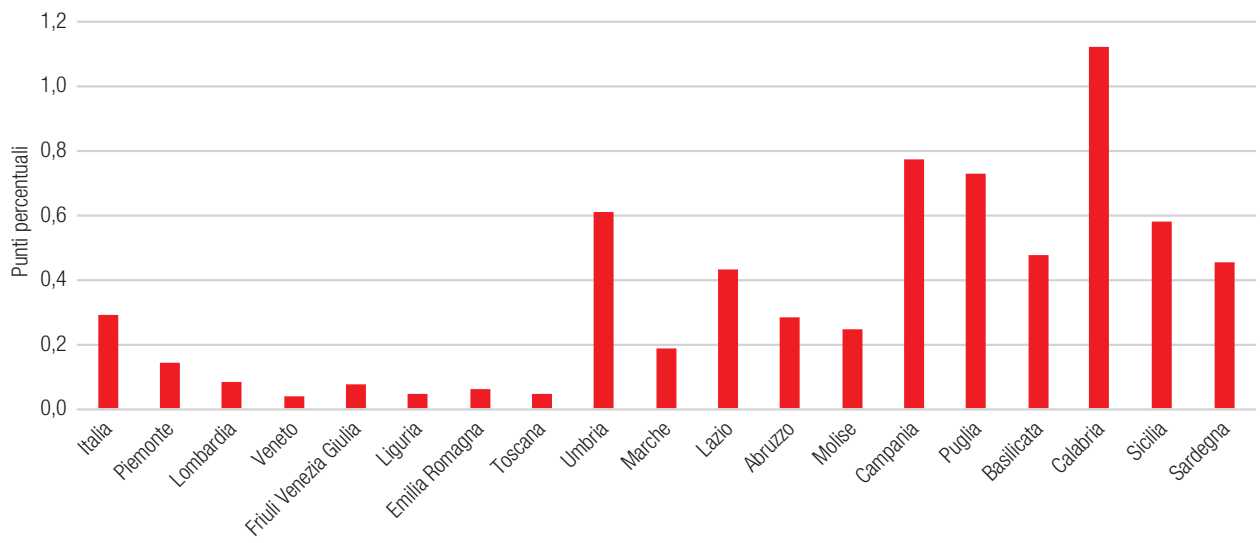
KI 12.4. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere: incidenza su popolazione *over* 65. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2022, sono beneficiari dell'indennità di accompagnamento il 14,6% dei maschi e il 17,7% delle femmine (in media il 32,3% degli *over* 65 residenti). La regione con la massima incidenza è la Calabria con il 52,4% (23,8% degli *over* 65 maschi e il 28,5% delle femmine); in Piemonte si ha l'incidenza minore pari al 22,5% (9,9% dei maschi e 12,7% delle femminile). Mediamente, nelle Regioni meridionali le donne che beneficiano dell'indennità sono il 23,2% della popolazione femminile *over* 65, a fronte del 13,5% del Nord e del 19,0% del Centro; di contro, i maschi *over* 65 che beneficiano dell'indennità di accompagnamento sono il 19,9% nelle Regioni meridionali, il 15,6% in quelle centrali e il 10,4% in quelle settentrionali.

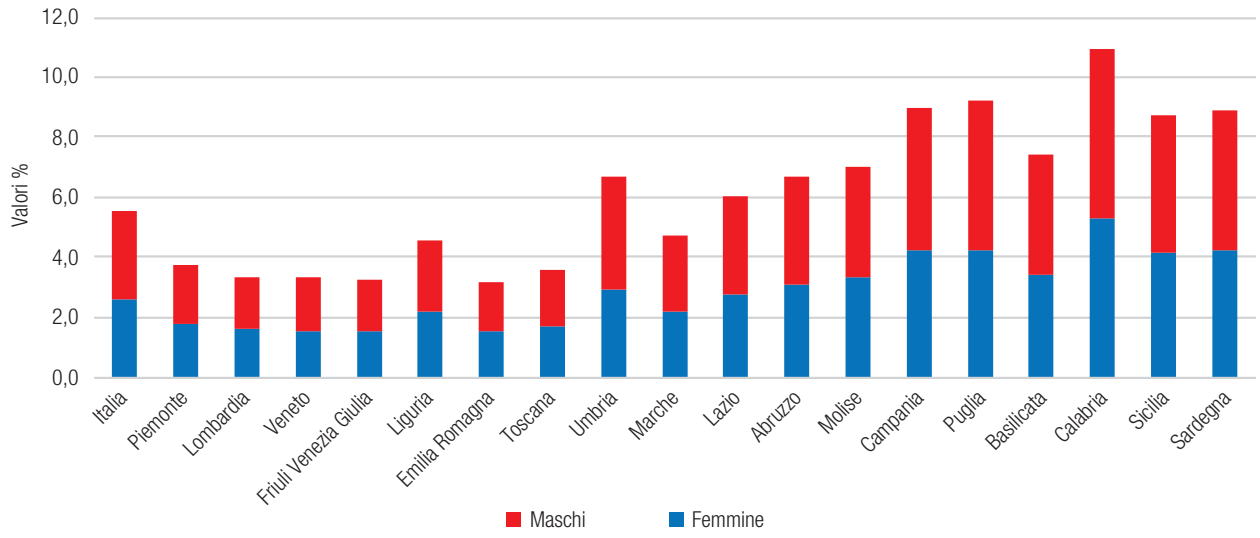
KI 12.5. Incidenza di beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione 18-65 anni



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, l'incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è aumentata tra il 2018 e il 2022 di +0,3 p.p.. A livello regionale si passa dal 5,5% della Calabria (+1,1 p.p. tra il 2018 e il 2022), all'1,6% del Veneto (stabile nel periodo di analisi), del Friuli Venezia Giulia e dell'Emilia Romagna (entrambe +0,1 p.p.). Mediamente nel periodo 2018-2022, la variazione dell'incidenza nelle Regioni settentrionali è stata pari a +0,1 p.p. , nel Centro a +0,3 p.p. e nel Sud a +0,7 p.p..

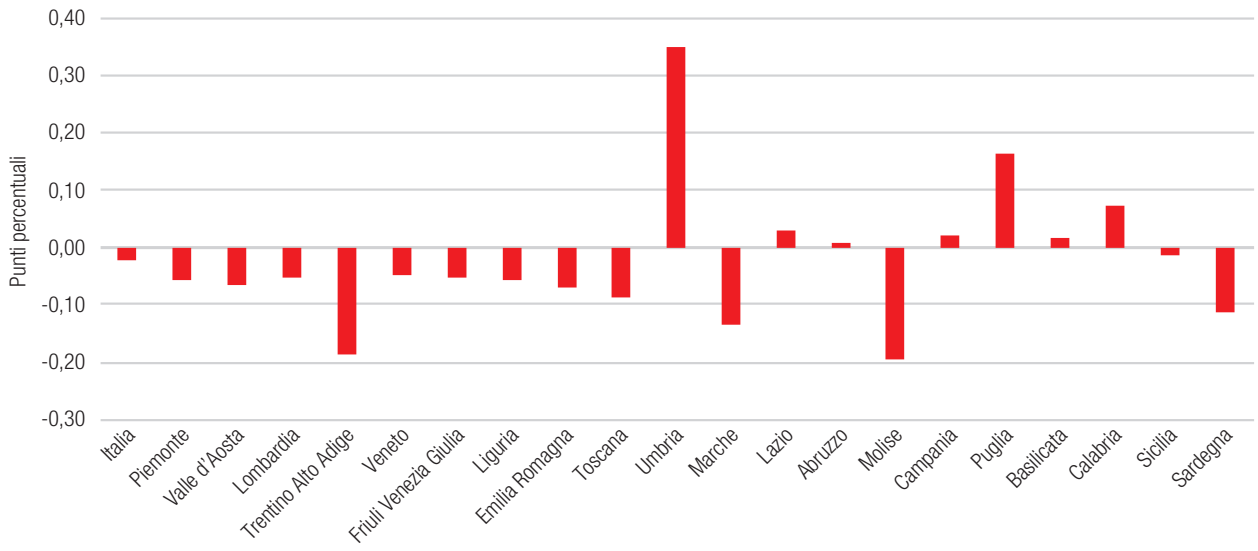
KI 12.6. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, l'incidenza di percettori di pensione di invalidità civile di età 18-65 anni è pari al 5,5% (2,9% delle donne e 2,6% dei maschi). L'incidenza massima di pensione di invalidità civile si registra in Calabria con l'11% (5,3% per i maschi e 5,7% per le femmine); l'incidenza minima di pensione di invalidità civile si registra in Emilia Romagna con il 3,1% (1,5% per i maschi e 1,6% per le femmine). Mediamente, nel Sud il 4,7% delle donne residenti beneficia di una pensione di invalidità civile, contro il 2,8% del Centro e l'1,7% del Nord. Per il genere maschile troviamo: 4,2% al Sud vs 2,3% del Centro e 1,6% del Nord.

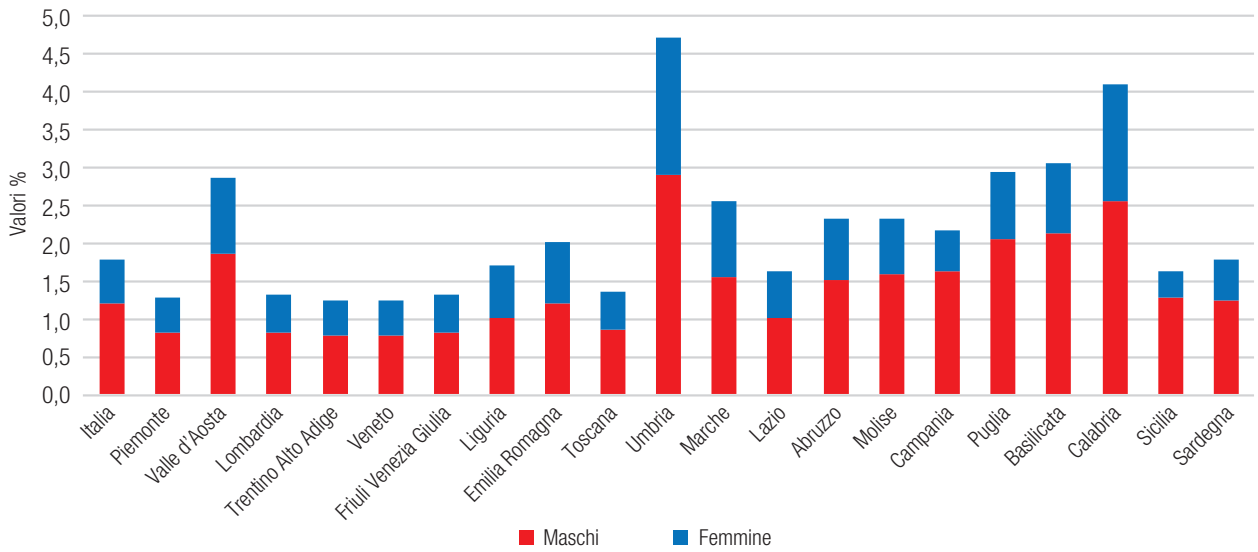
KI 12.7. Variazione 2022/2018 dei beneficiari di pensione di invalidità sulla popolazione 18-65 anni



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni risulta stabile rispetto nel periodo 2018-2022. A livello regionale si passa da +0,3 p.p. dell'Umbria, a -0,2 p.p. Trentino Alto Adige e il valore stabile del Veneto. Mediamente, la variazione dell'incidenza tra il 2018 e il 2022 è stata pari a -0,1 p.p. nel Nord, stabile nel Centro e nel Sud.

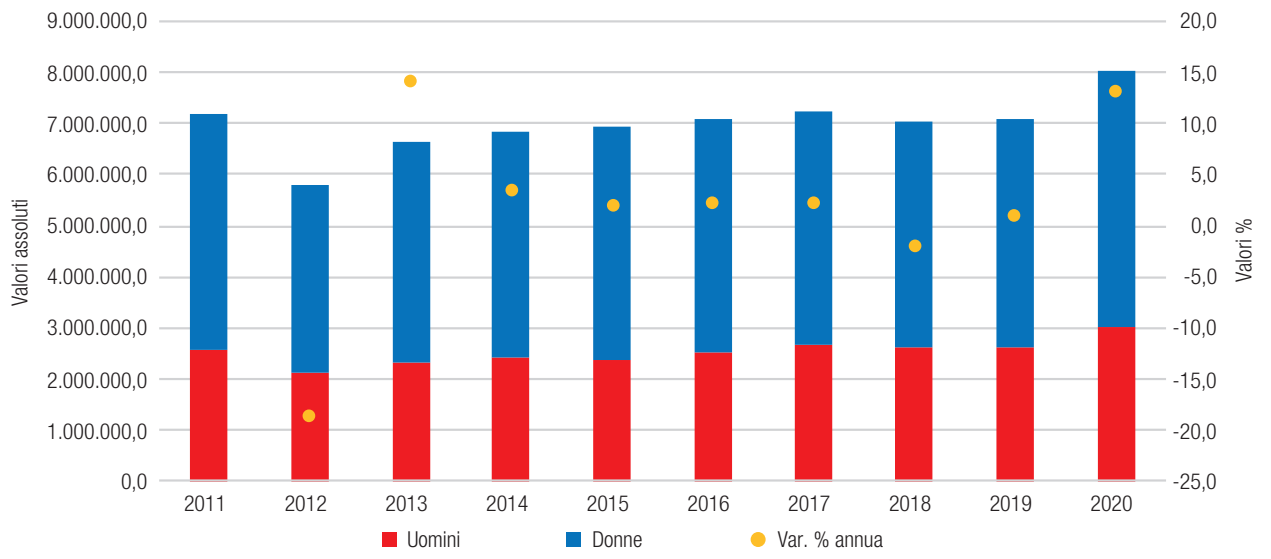
KI 12.8. Beneficiari di pensioni di invalidità per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, l'incidenza di percettori di pensione di invalidità di età compresa tra 18 e 65 anni è pari all'1,8% (0,6% delle donne e 1,2% dei maschi). L'incidenza massima si registra in Umbria con il 4,7% (2,9% per i maschi e 1,8% per le femmine); l'incidenza minima si registra in Veneto con l'1,2% (0,8% per i maschi e 0,5% per le femmine). Mediamente, nel Nord lo 0,5% delle donne beneficia di una pensione di invalidità, contro lo 0,7% del Centro e del Sud. Per il genere maschile troviamo: l'1,7% degli uomini residenti nel Sud, l'1,2% del Centro e lo 0,9% del Nord.

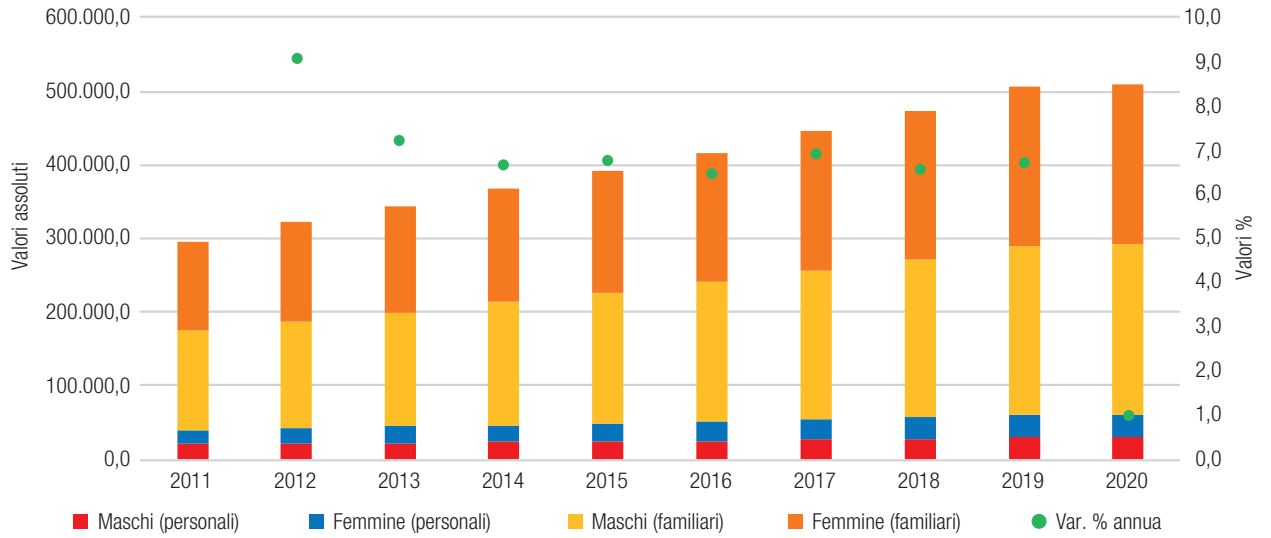
KI 12.9. Permessi per genere L.n. 104/1992 nel settore pubblico



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Italia, sono 8,0 milioni i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico. Le giornate di permesso sono aumentate dell'11,9% rispetto al 2011 e del 12,9% sull'anno precedente (+15,4% gli uomini e +11,4% le donne). Ad usufruire maggiormente dei permessi, in tutti gli anni analizzati (2011-2020), sono state le donne.

KI 12.10. Beneficiari permessi L.n. 104/1992 nel settore privato per genere



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, In Italia, risultano 510.299 beneficiari di permessi nel settore privato; rispetto al 2011 i beneficiari sono aumentati di 215.792 unità, ovvero del 73,3%; rispetto all'anno precedente l'incremento è stato dello 0,9% (+0,7% maschi personali; +0,1% femmine personali; +1,3% maschi familiari e +0,7% femmine familiari). Oltre 449.000 beneficiari (l'88,0%) usufruiscono del permesso per un familiare; 61.185 a titolo personale. Coloro che usufruiscono di un permesso per un familiare appartengono per lo più al genere maschile; i beneficiari a titolo personale, invece, sono lievemente di più donne.

Capitolo 13

L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

The healthcare industry: evolution and prospects

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 13
L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

d'Angela D.[1], *Carrieri C.*[1]

13.1. Produzione e dimensione dell'industria

L'indotto legato alla Sanità supera in Italia il 10% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nazionale, risultando secondo solo al settore Alimentare e dell'Edilizia.

A parte la produzione legata ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il comparto dei farmaci e dispositivi medici (DM) si stima valga, nel 2021, € 45,2 mld. in termini di produzione, ovvero il 2,7% del PIL (Farmindustria e Confindustria Dispositivi Medici).

Farmaci e DM rappresentano per antonomasia 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.).

Nel seguito soffermiamo l'analisi quantitativa sui soli comparti del farmaceutico e dei DM.

13.2. I farmaci

Nel 2020, il mercato farmaceutico mondiale ha accelerato la sua crescita in termini di vendite (+12,6% rispetto all'anno precedente), raggiungendo i € 1.062,7 mld. (EFPIA, 2022); inoltre si stima che nel periodo 2021-2028 il mercato mondiale dei farmaci arriverà a € 1.600 mld., con una crescita annua del +6% (*EvaluatePharma*).

Sempre secondo le stime di *EvaluatePharma*, i farmaci più venduti nel 2028 saranno i biologici, specialmente in oncologia e neurologia.

Nel mercato mondiale dei farmaci, il 49,1% è rappresentato dal Nord America (USA e Canada); segue l'Europa con il 23,4%; Africa, Asia (ad esclusione di Cina e Giappone) e Australia sommano un ulteriore 8,4% del mercato, con la Cina al 9,4% e il Giappone al 6,1% e l'America latina al 3,7% (EFPIA, 2022). Rispetto al 2020, Cina e Nord America registrano un aumento della quota del mercato mondiale, rispettivamente pari a +1,2 punti percentuali (p.p.) e +0,1 p.p.; Giappone, Europa e America Latina registrano una riduzione, rispettivamente di -0,9, -0,5 e -0,2 p.p..

Produzione

In termini di produzione, nel 2020 (ultimo anno disponibile), Svizzera (€ 53,2 mld.), Germania (€ 32,3 mld.), Italia (€ 34,3 mld.) e Francia (€ 23,6 mld.), sommano il 50,0% della produzione farmaceutica europea (€ 286,7 mld., in riduzione del -2,2% rispetto all'anno precedente).

In Italia, la quota della produzione è aumentata di 0,4 p.p. rispetto all'anno precedente (11,6%), attestandosi al 12,0%.

L'Italia ha aumentato il valore della produzione del +0,9% rispetto al 2019; la Francia, la Germania e la Svizzera lo vedono ridursi, rispettivamente del -34,3%, -2,4% e -2,2%.

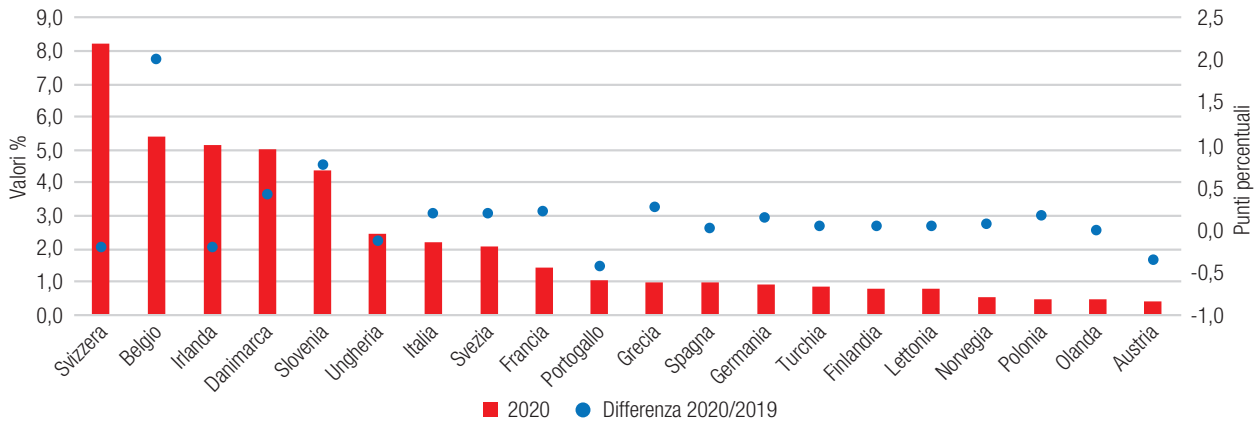
[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Secondo i dati di Farmindustria, nel 2021, in Italia, si è registrata una ulteriore crescita della produzione farmaceutica del +0,3% rispetto all'anno precedente, raggiungendo i € 34,4 mld..

Il valore della produzione farmaceutica rappresenta l'8,2% del PIL in Svizzera, fra il 4 e il 5% in Belgio, Irlanda, Danimarca Slovenia; l'Italia si attesta al 2,2%, valore in aumento rispetto al 2019 di +0,2 p.p. (Figura 13.1.). Il Belgio registra l'aumento maggiore nel periodo considerato (+2,0 p.p.), seguono Slovenia (+0,7 p.p.) e Danimarca (+0,4 p.p.); in cinque Paesi si registra un decremento (per quanto limitato) dell'incidenza sul PIL: Portogallo (-0,5 p.p.), Austria (-0,4 p.p.), Svizzera, Irlanda e Ungheria (-0,2 p.p. rispettivamente).

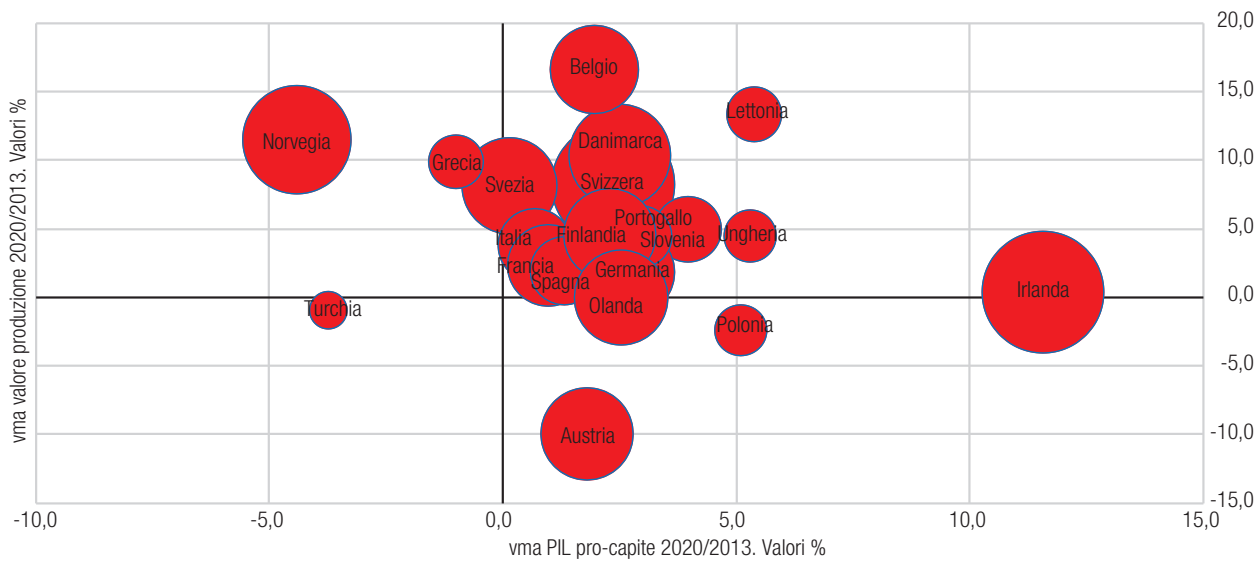
Considerando il medio periodo, in Italia, tra il 2013-2020, la produzione farmaceutica (Figura 13.2.) cresce più del PIL: rispettivamente del +3,8% medio annuo verso il +0,7%.

Figura 13.1. Incidenza della produzione farmaceutica sul PIL



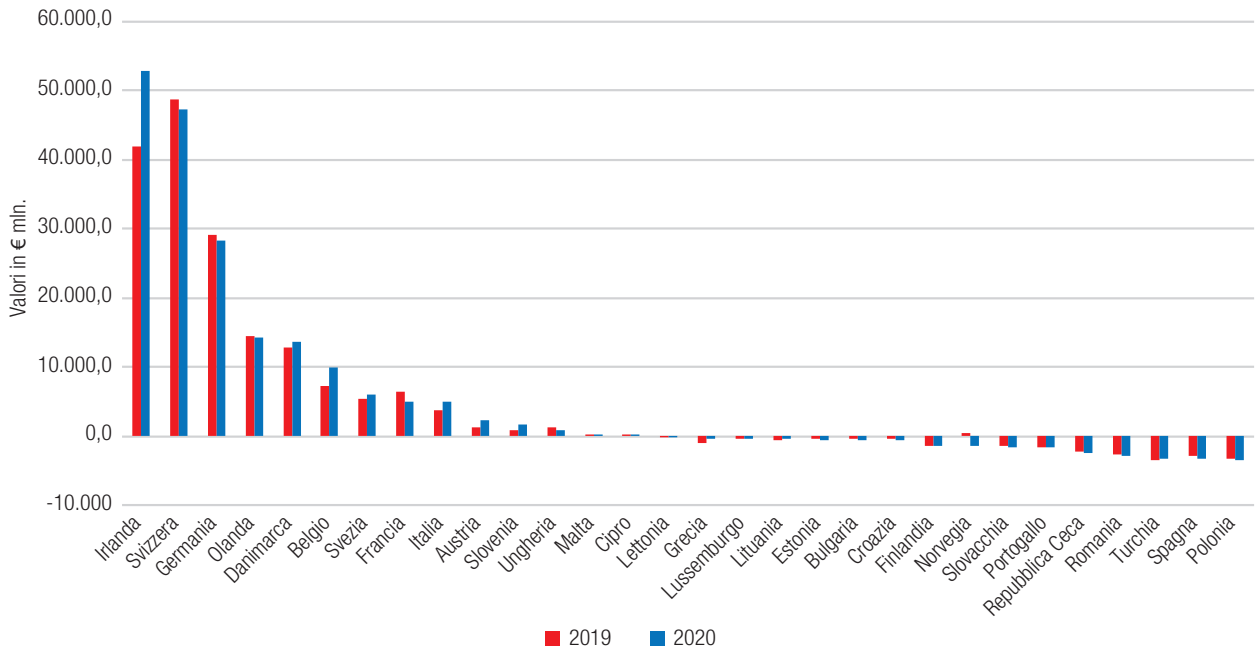
Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.2. Confronto fra la variazione della produzione farmaceutica e del PIL



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.3. Bilancia commerciale medicinali



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Interscambio estero

Nel 2020, l'Irlanda è il Paese europeo con il saldo positivo della bilancia commerciale per medicinali più elevato (+ € 52,9 mld.), seguita dalla Svizzera con + € 47,3 mld. e dalla Germania con + € 28,4 mld.; l'Irlanda ha registrato una crescita del saldo, rispetto al 2019, del +26,4%; Svizzera e Germania registrano una riduzione del -3,1% e del -2,7% rispettivamente (EFPIA 2022).

L'Italia, pur rappresentando il nono Paese per saldo di bilancia commerciale, registra un aumento tra il 2019 ed il 2020 del +33,4%, passando da un saldo di + € 3,8 mld. a + € 5,1 mld. nel 2020 (Figura 13.3.).

La Germania rimane il Paese con la dimensione maggiore degli scambi esteri nel settore farmaceutico (€ 87,2 mld. di esportazioni e € 58,8 mld. di importazioni rispettivamente), registrando una crescita rispetto all'anno precedente dell'*import* (+6,5%) e dell'*export* (+11,6%); segue la Svizzera per le esportazioni (€ 77,8 mld.) e il Belgio per le importazioni (€ 42,3 mld.).

Nel biennio 2019-2020 l'Irlanda registra la maggiore variazione del saldo commerciale per i medicinali (+ € 11,0 mld.), seguita da Belgio (+ € 2,5 mld.) e Italia (+ € 1,3 mld.).

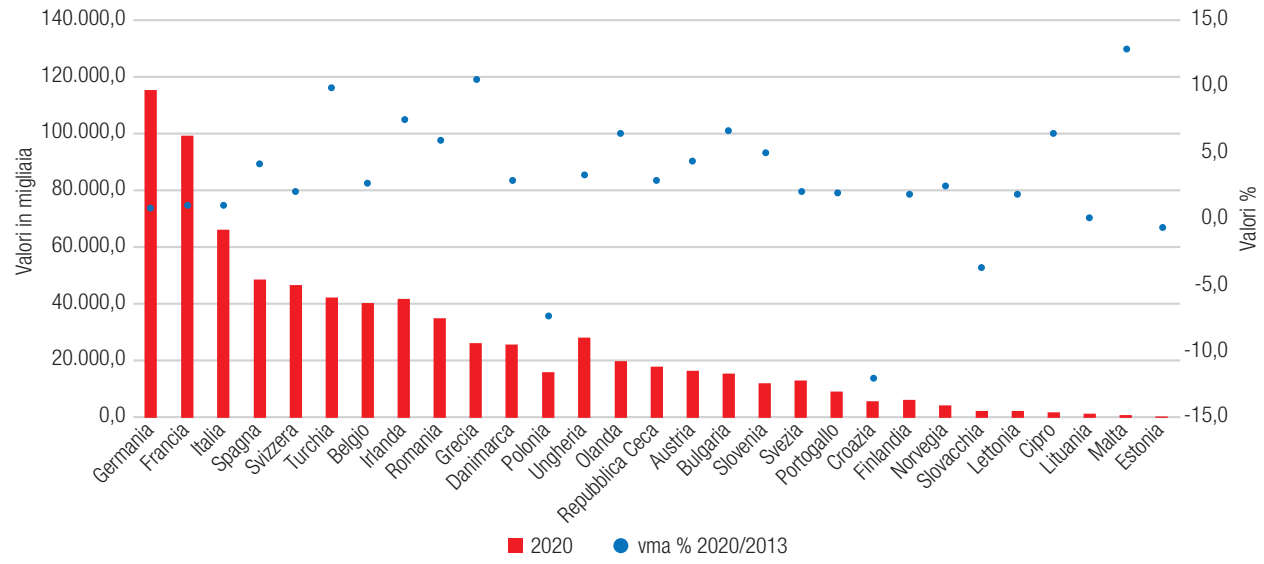
In Italia, nel 2021, si è registrato un saldo positivo della bilancia commerciale (Farmindustria), pari a + € 3,3 mld., generato dai medicinali (+ € 5,2 mld.) e vaccini (+ € 0,3 mld.), al netto delle materie prime e degli altri prodotti (- € 2,0 mld.).

Nell'ultimo decennio l'Italia ha più che raddoppiato il valore dell'*export* (+120,0% cumulato; il *trend* più dinamico tra i Paesi europei, che hanno in media registrato un aumento in media del +105,0%).

Nell'ultimo anno (2021), il valore delle esportazioni è diminuito del -2,2% rispetto al 2020, raggiungendo il valore di € 33,3 mld.; le importazioni totali sono cresciute del +1,2% raggiungendo € 30,0 mld., con un peggioramento del saldo rispetto al 2019 (+4,4 mld. 2019 vs +3,3 mld. 2020).

Si segnala comunque un aumento delle esportazioni di vaccini tra il 2020 ed il 2021 del +69,8% (da € 1,5 mld. a € 2,6 mld), ma anche delle importazioni del +297,8% (da € 0,6 mld. a € 2,6 mld.).

Figura 13.4. Numero occupati industria farmaceutica in Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.5. Numero occupati industria farmaceutica in Italia

Fonte: elaborazione su dati Farmindustria, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Occupazione

Il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in Europa è in crescita, avendo raggiunto nel 2020 (EFPIA 2022) le 835.590 unità (+2,2% medio annuo). La Germania risulta essere il Paese con il maggior numero di occupati nel settore farmaceutico (115.519), in aumento rispetto al 2013 del +0,7% medio annuo, seguita da Francia (98.780 occupati e +0,8% medio annuo) e Italia (66.800 occupati e +1,0% medio annuo) (Figura 13.4.).

Nel 2021, il numero di occupati è pari a 67.000 unità (Farmindustria), in aumento rispetto al 2019 del +0,9% (Figura 13.5.).

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 l'incidenza risulta pari a 11,2 occupati ogni 10.000 abitanti.

13.3. I dispositivi medici

Il comparto dei DM ha registrato a livello mondiale una crescita in termini di vendite del +8,3% rispetto all'anno precedente, raggiungendo i € 549,5 mld. nel 2021 (*MedTech Europe,* 2022).

La suddivisione del mercato è rimasta pressoché invariata fra il 2020 e il 2021: quello statunitense ne rappresenta il 43,5%, quello europeo il 27,3% (€ 150 mld.), quello cinese il 7,2%, quello giapponese il 5,6% (*MedTech Europe,* 2022).

Produzione

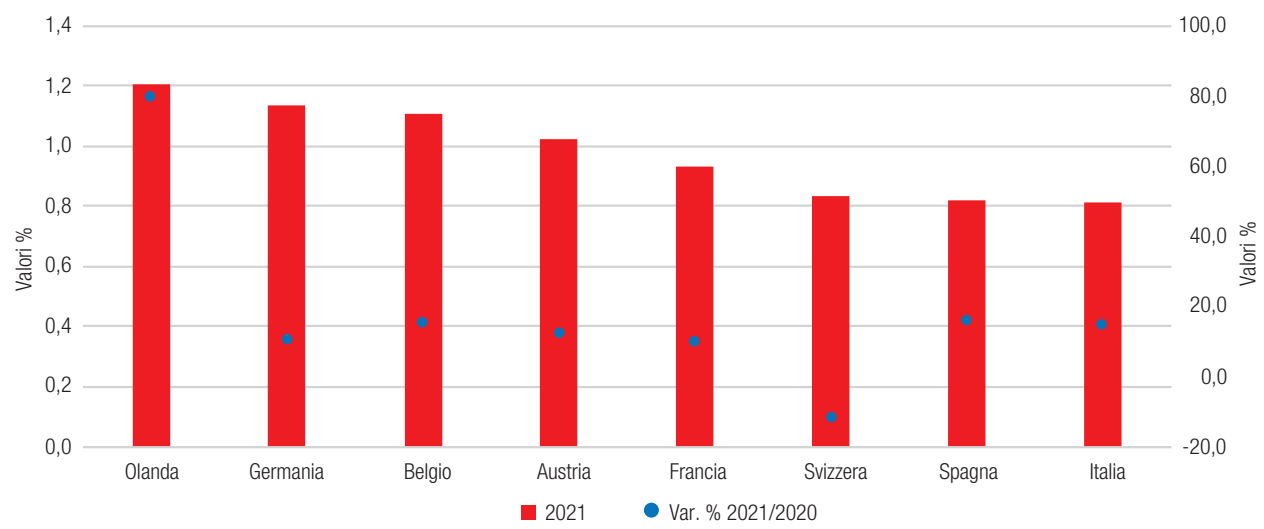
Il valore della produzione di DM in Europa, nel 2021, è stato pari a € 150 mld., ovvero il 27,3% della produzione mondiale, con una crescita del +7,1% rispetto all'anno precedente. Germania (€ 38,7 mld.), Francia (€ 21,4 mld.), Italia (€ 13,5 mld.), Olanda (€ 9,6 mld.) e Spagna (€ 9,1 mld.) rappresentano complessivamente il 61,6% della produzione europea dei DM (25,8%, 14,3%, 9,0%, 6,4% e 6,1% rispettivamente).

Nel settore dei diagnostici in vitro l'Italia copre il 12,7% della produzione europea, preceduta solo dalla Germania con il 19,6% e dalla Francia con il 15,3%.

Rapportando il valore della produzione al PIL, nel 2021, (Figura 13.6.) si osserva che la maggiore incidenza, pari all'1,2%, si riscontra in Olanda, seguono la Germania e il Belgio con l'1,1%; in Austria la produzione dei DM incide per l'1,0%% sul PIL; in Francia per lo 0,9%; in Svizzera, Spagna e Italia è pari allo 0,8%.

Tra il 2021 ed il 2020, si registra un aumento dell'incidenza in tutti i Paesi analizzati (ad eccezione della Svizzera che registra una riduzione del -11,7%): l'aumento maggiore si registra in Olanda (+79,5%) e quello minore in Francia (+10,0%).

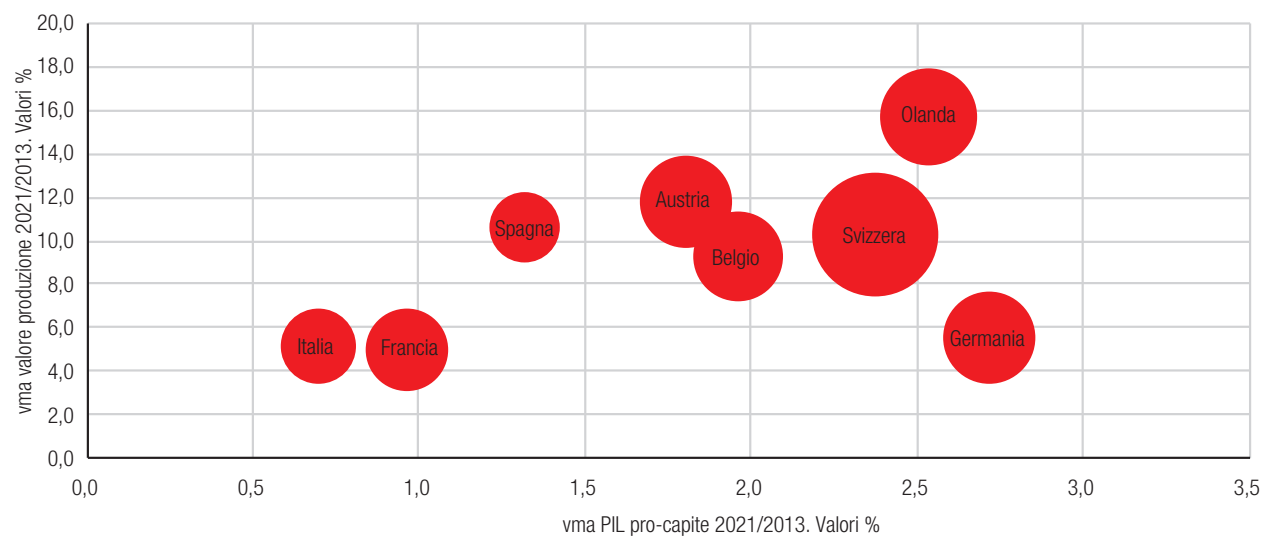
Figura 13.6. Incidenza della produzione dei DM sul PIL



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

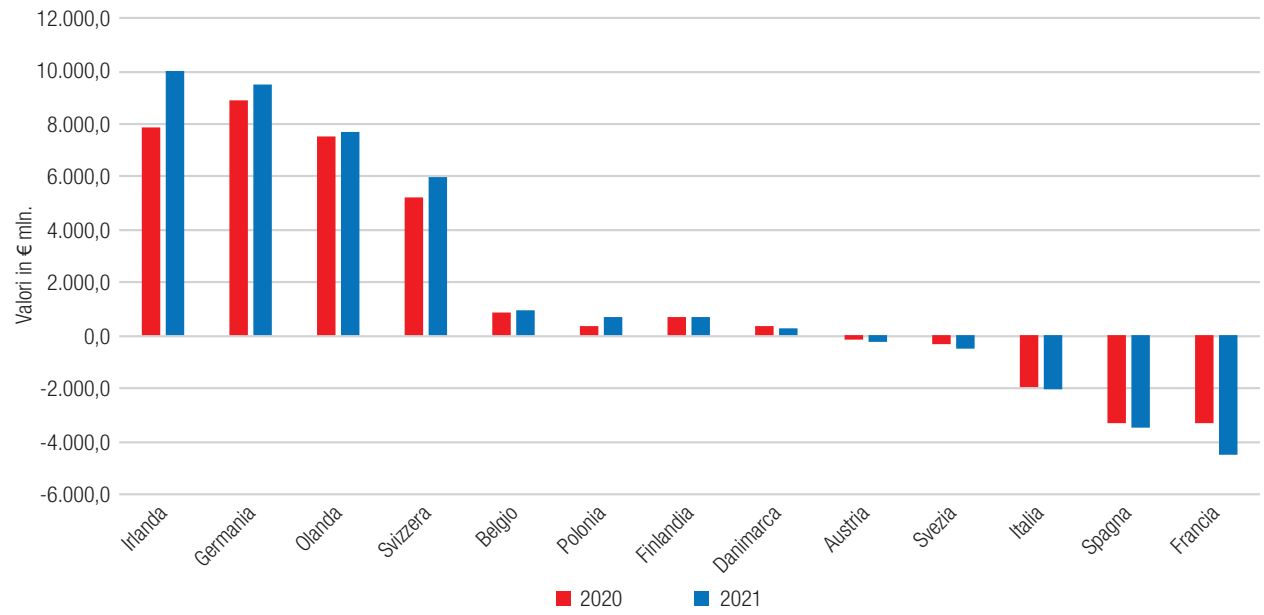
Anche nel settore dei DM, nel periodo 2013-2021, in Italia si è registrato un incremento medio annuo del valore della produzione maggiore rispetto a quello del PIL: rispettivamente +5,1% vs +0,7% (Figura 13.7.).

Figura 13.7. Confronto della variazione della produzione di DM e del PIL



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.8. Bilancia commerciale DM



Fonte: elaborazione su dati *Medtech Europe*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Interscambio estero

Nel settore dei DM, Germania e Olanda sono i Paesi europei con il maggiore interscambio estero (Figura 13.8.): la Germania, nel 2021, ha esportato per un valore pari a € 31,0 mld., e l'Olanda per € 27,6 mld.; nello stesso anno le loro importazioni sono state pari rispettivamente a € 21,5 mld. e € 19,9 mld. (*MedTech Europe*).

Irlanda, Germania e Olanda risultano essere i Paesi con il migliore saldo della bilancia commerciale (rispettivamente + € 10,0 mld., + € 9,5 mld., + € 7,7 mld.).

Francia, Spagna e Italia registrano saldi negativi (rispettivamente - € 4,5 mld., € 3,5 mld. e € 2,0 mld.).

In particolare, nel biennio 2020-2021, si è ridotto il valore dell'*export* dei DM solo in Francia (- € 0,2 mld.), mentre è aumentato soprattutto quello di Germania (+ € 2,9 mld.) e Irlanda (+ € 2,3 mld.).

Anche l'Italia ha incrementato l'*export* dei DM (+ € 0,5 mld.). Analogamente aumenta l'*import*, in particolar modo in Germania (+ € 2,4 mld.), in Olanda (+ € 2,1 mld.) e Francia (+ € 1,1 mld.).

Occupazione

Nel settore dei DM, in Europa, nel 2021, si contano oltre 800.000 occupati. La Germania è il Paese con il maggiore numero di occupati (235.000 unità), seguita da Italia (112.534 unità), Regno Unito (106.500 unità) e Francia (88.000 unità). I posti di lavoro creati dall'industria dei DM rappresentano circa lo 0,3% dell'occupazione totale in Europa e sono altamente produttivi: si stima che il valore aggiunto per dipendente raggiunga € 184.000 per dipendente (*Medtech Europe*).

Per quanto riguarda l'incidenza degli occupati sulla popolazione, l'Irlanda è al primo posto in Europa, con 84 occupati ogni 10.000 abitanti, seguita da Svizzera e Austria (rispettivamente 74 e 29); l'Italia è sesta, con 16 occupati ogni 10.000 abitanti.

13.4. Riflessioni finali

Il settore industriale legato alla Sanità, in Italia, come in generale in tutti i Paesi sviluppati, risulta strategico.

La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci rappresenta il 12,0% di quella europea e in quella dei DM il 9,0%: l'Italia si conferma, quindi, un *player* importante a livello europeo e mondiale.

Malgrado il rallentamento dovuto alla pandemia, rimane significativo l'aumento del valore di produzione farmaceutica nazionale che, nel 2021, ha raggiunto il valore di € 34,4 mld., mentre per i DM si attesta a € 13,5 mld..

Per quanto concerne l'interscambio estero, si registra un saldo della bilancia commerciale positivo per il settore farmaceutico (+ € 3,3 mld.) e negativo per quello DM (- € 2,0 mld.).

In termini di occupati, l'Italia risulta il terzo Paese in Europa nell'industria farmaceutica (66.400 occupati nel 2020), registrando un aumento del +0,9% medio annuo rispetto al 2013. Nel settore dei DM occupa la seconda posizione (112.534 unità) in aumento rispetto al 2019 del +19,5%.

Negli ultimi otto anni, in definitiva, la crescita della produzione farmaceutica è stata superiore di 3 volte al tasso di crescita del PIL, e quella dei DM di oltre 4 volte: confermando l'importanza del settore *life sciences* anche per lo sviluppo economico del Paese.

Riferimenti bibliografici

Confindustria Dispositivi Medici
Evaluate pharma world preview 2022 – outlook to 2028
Farmindustria (2022), *Indicatori farmaceutici regionali*
Istat (anni vari), banche dati *on line*, www.istat.it
MedTechEurope report (anni vari)
Rapporto EFPIA (anni vari), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*

ENGLISH SUMMARY

The healthcare industry: evolution and prospects

The healthcare industry produces linked economic activities that in Italy accounts for over 10% of the National Gross Domestic Product (GDP), being second only to the Food and Construction sectors in terms of contribution to Value Added.

Without considering the production linked to the services provided by the National Health Service (NHS), in 2021 the pharmaceutical and Medical Devices (MD) sector was estimated to be worth € 45.2 billion in terms of production, equivalent to 2.7% of GDP (data from Farmindustria and Confindustria Dispositivi Medici).

Drugs and MDs are the typical (but not exclusive) industrial sectors of the health industry par excellence. For example, we need to note the growing importance of digital solutions and therefore the role of healthcare in the Information and Communication Technology (ICT) sector, but also specific logistics solutions (e.g. computerised cabinets for drugs and MDs, robots for the warehousing and storing of therapies, etc.).

Focusing the numerical analysis on the pharmaceutical and DM sectors alone, we note that in 2020 the global pharmaceutical market stepped up its growth in terms of sales (+12.6% year-on-year), reaching € 1,062.7 billion (EFPIA, 2022). Furthermore, it is estimated that in the 2021-2028 period, the global pharmaceutical market will reach € 1,600 billion, with a 6% annual growth rate (EvaluatePharma's data).

Again according to EvaluatePharma's estimates, the best-selling drugs in 2028 will be biologicals, especially in the fields of oncology and neurology.

In the global pharmaceutical market, North America (USA and Canada) accounts for 49.1%, followed by Europe with 23.4%. Africa, Asia (excluding China and Japan) and Australia account for a further 8.4% of the market, with China at 9.4% and Japan at 6.1%, as well as Latin America at 3.7% (EFPIA, 2022). Compared to 2020, China and North America recorded a 1.2% and a 0.1% increase in the world market share, respectively, while Japan, Europe and Latin America recorded a 0.9%, 0.5% and 0.2% decrease, respectively.

Worldwide, the MD segment recorded an 8.3% year-on-year growth in sales, reaching € 549.5 billion in 2021 (MedTech Europe, 2022).

The market shares remained virtually unchanged between 2020 and 2021: the US market accounted for 43.5%; Europe for 27.3% (€ 150 billon); China for 7.2% and Japan for 5.6%.

The Italian share of production in the pharmaceutical sector accounts for 12% of the European one and the share of production in the MD sector accounts for 9%: Italy is therefore confirmed as an important player at world level.

In Italy, over the last eight years, the growth of pharmaceutical production has been 3 times higher than the GDP growth rate, while that of MD production more than 4 times higher.

Despite the slowdown due to the pandemic, the increase in the value of national pharmaceutical production remained significant, reaching € 34.4 billion in 2021.

As regards the contribution to the country's development, there is a positive trade balance for the pharmaceutical sector (+ € 3.3 billion) and a negative one for the MD sector (- € 2 billion).

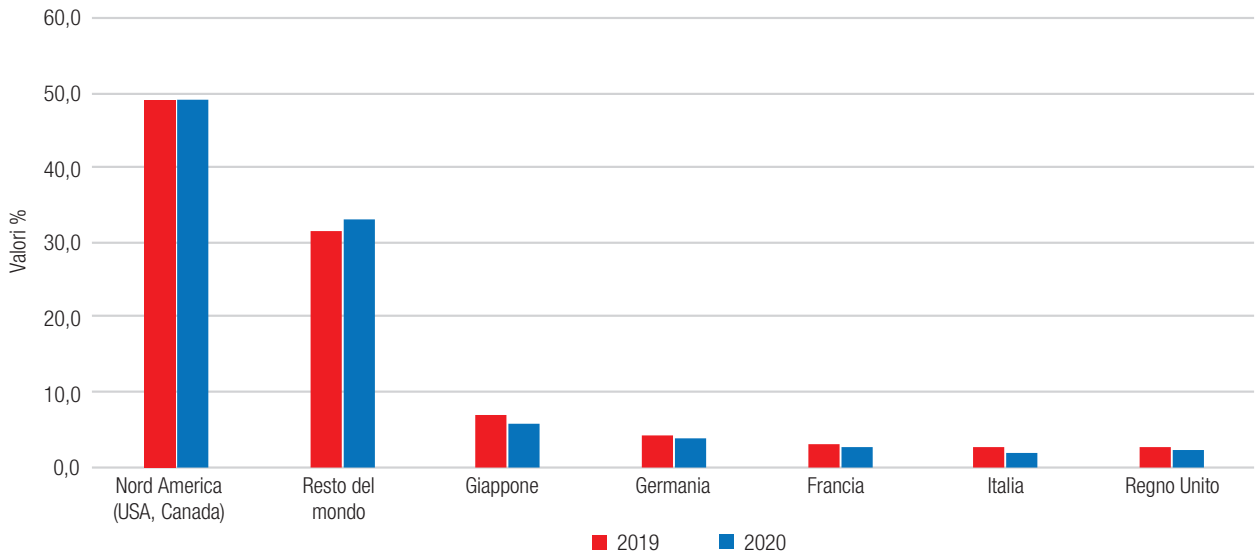
The value of pharmaceutical production was up compared to 2019, while Switzerland, Germany and France recorded a decrease. The trade balance of the pharmaceutical industry was also up in the period considered, while Switzerland, Germany, the Netherlands and France recorded a decrease.

In the MD sector, Italy increased the production value compared to 2013 - a trend recorded in all the European countries analysed. The Italian MD trade balance was among the worst in Europe, recording a negative value but improving compared to 2020.

In terms of employment, Italy ranks third in Europe in the pharmaceutical industry (66,400 employees in 2020), recording a 0.9% average increase per year compared to 2013. In the MD sector, Italy ranks second among European countries in terms of number of employees (112,534), up by 19.5% compared to 2019.

In conclusion, the pharmaceutical and MD sectors are fundamental both for the country's economic growth and above all to meet people's health needs.

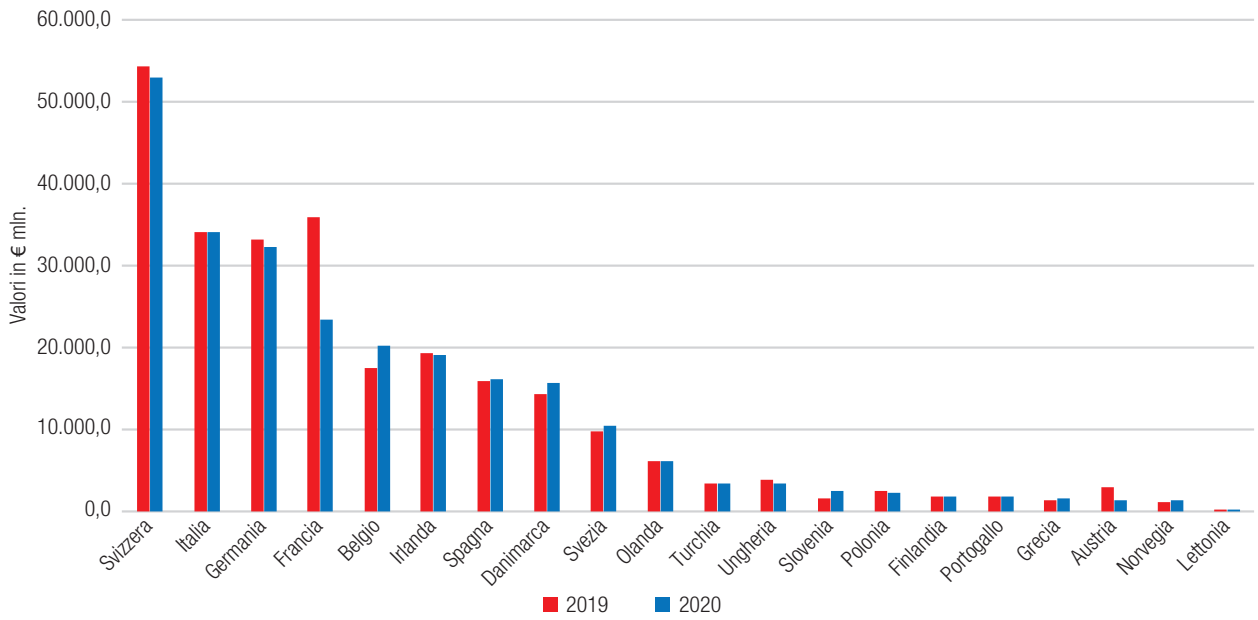
KI 13.1. Composizione del mercato mondiale farmaceutico



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, il mercato mondiale (vendite) del settore farmaceutico vale € 1.062,7 mld., e risulta in aumento nell'ultimo anno del +12,6%: quello del Nord America ne rappresenta il 49,1%, segue l'Europa con il 23,4%. Africa, Asia (ad esclusione di Cina e Giappone) e Australia sommano un ulteriore 8,4% del mercato, con la Cina al 9,4% e il Giappone al 6,1% e l'America Latina al 3,7%. Rispetto al 2020, il Nord America registra un aumento della quota del mercato mondiale, pari a +0,1 punti percentuali (p.p); Giappone, Francia, Germania e Regno Unito registrano una riduzione, rispettivamente di -0,9 p.p., -0,3 p.p., -0,2 p.p. e -0,2 p.p.. Nell'ultimo anno l'Italia ha visto scendere la propria quota del mercato farmaceutico, passando dal 2,6% al 2,2% (-0,4 p.p.).

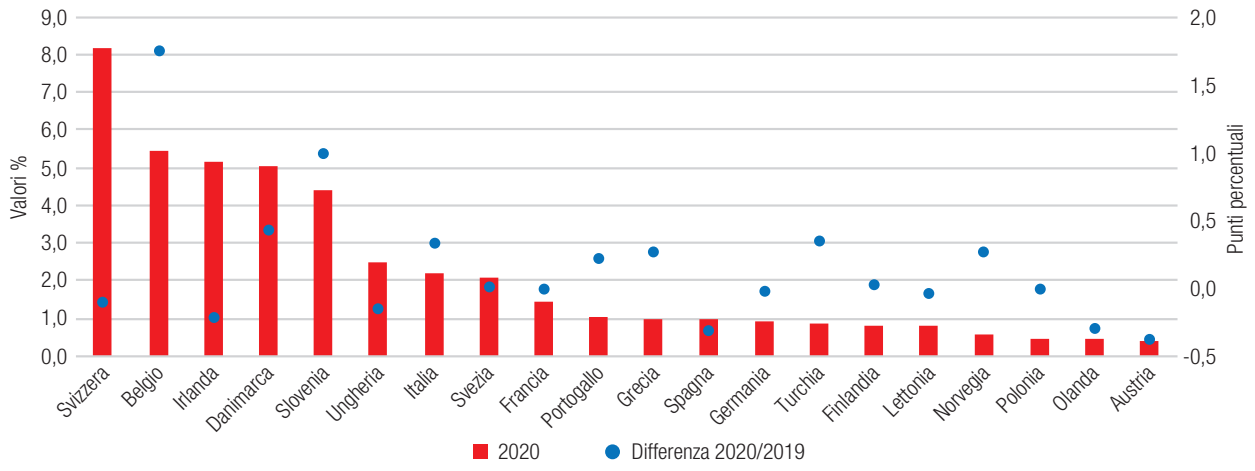
KI 13.2. Valore della produzione dell'industria farmaceutica in Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, il valore della produzione farmaceutica europea è pari a € 286,7 mld., in riduzione rispetto all'anno precedente del -2,2% (€ 293,2 mld.). La Svizzera risulta essere il Paese con la maggiore produzione (€ 53,2 mld.), seguita da Italia (€ 34,3 mld.) e Germania (€ 32,3 mld.). L'Italia, nell'ultimo anno ha registrato un incremento del valore della produzione pari al +0,9%. Tutti i Paesi europei registrano un aumento della produzione, ad eccezione di Austria (-52,6%), Francia (-34,3%), Ungheria (-11,3%), Polonia (-8,1%), Germania (-2,4%) e Svizzera (-2,0%); i Paesi che hanno registrato il maggiore incremento sono Slovenia, Norvegia e Grecia, rispettivamente pari al +53,5%, +33,6% e +20,1%.

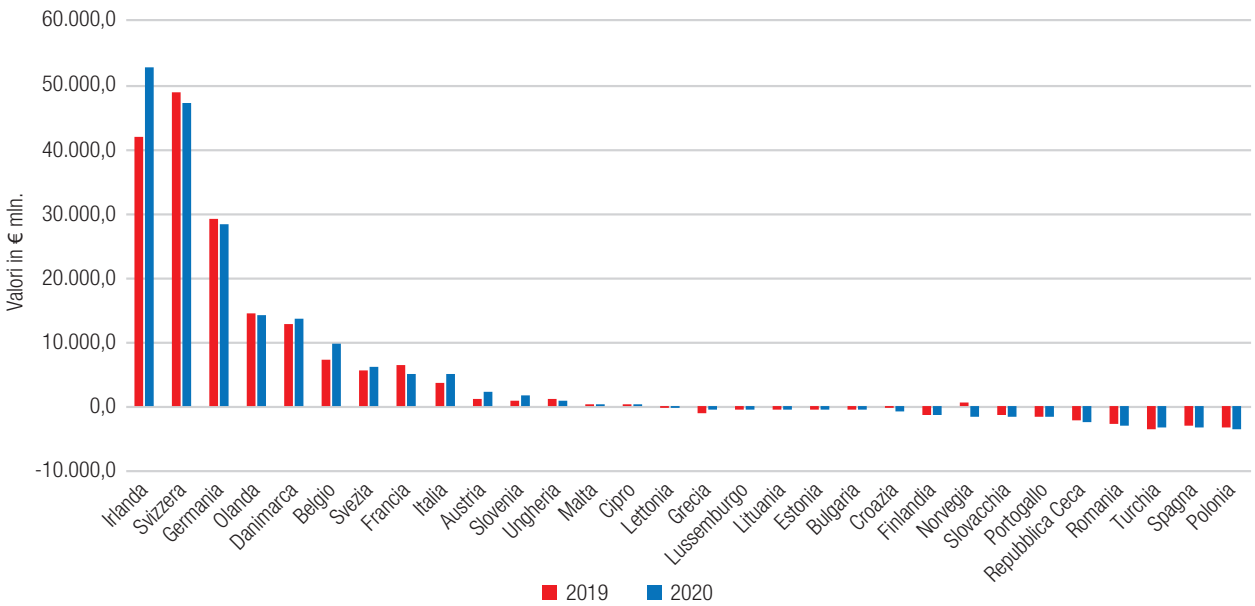
KI 13.3. Incidenza della produzione farmaceutica su PIL



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, il valore della produzione farmaceutica rappresenta in Svizzera l'8,2% del PIL; segue il Belgio con il 5,4% e l'Irlanda con il 5,2%; l'Italia si posiziona al settimo posto in Europa, con un incidenza del 2,2%. Il Belgio è la Nazione che ha registrato l'incremento dell'incidenza sul PIL più alto, con +1,7 p.p., seguita da Slovenia (+1,0 p.p.) e Danimarca (+0,4 p.p.); le massime riduzioni si sono registrate in Austria (-0,4 p.p.), Spagna e Olanda (rispettivamente -0,3 p.p.). In Italia l'incidenza della produzione farmaceutica sul PIL è aumentata di +0,3 p.p..

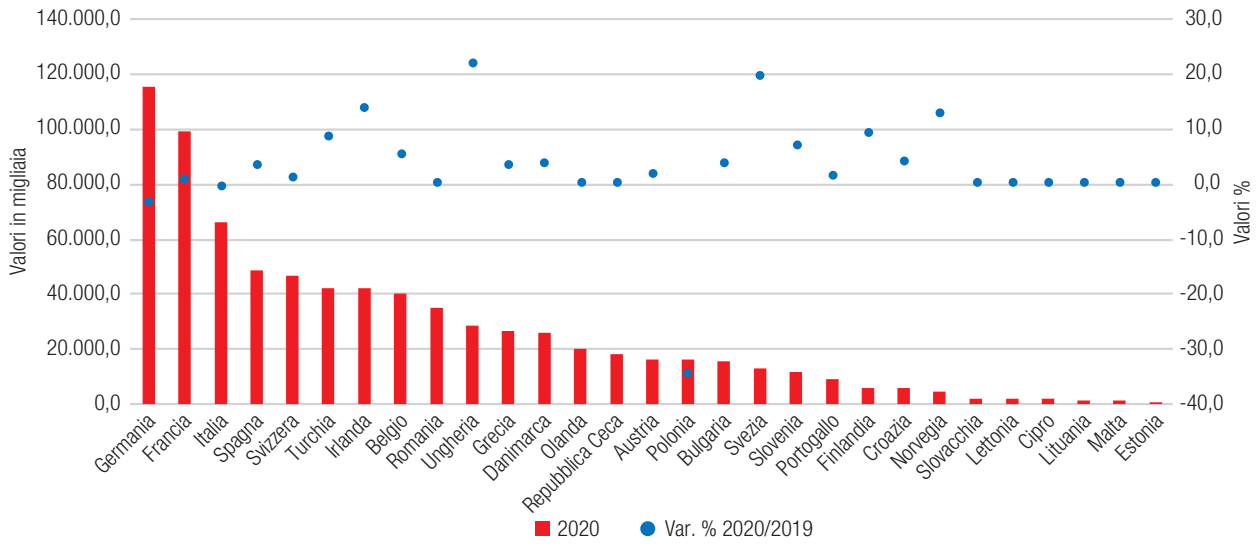
KI 13.4. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, l'Irlanda è il Paese europeo con il maggiore saldo positivo della bilancia commerciale farmaceutica (+€ 52,9 mld.), seguita dalla Svizzera (+€ 47,3 mld.) e dalla Germania con (+€ 28,4 mld.); l'Irlanda, nell'ultimo anno, ha anche registrato il maggiore incremento del saldo (+26,4%); Svizzera e Germania ne registrano invece una riduzione (rispettivamente del -3,1% e -2,7%). L'Italia, rappresenta il nono Paese in termini di saldo di bilancia commerciale, con un aumento nell'ultimo anno del +33,4%: da + € 3,8 mld. a + € 5,1 mld.. La Germania rimane il Paese con il valore assoluto più elevato sia di esportazioni che importazioni (€ 87,2 mld. e € 58,8 mld. rispettivamente), registrando una crescita rispetto all'anno precedente sia dell'import (+6,5%) che dell'export (+11,6%); segue la Svizzera per le esportazioni (€ 77,8 mld.) e il Belgio per le importazioni (€ 42,3 mld.). Nell'ultimo anno disponibile l'Irlanda registra il maggiore saldo commerciale positivo per la voce dei medicinali (+ € 11,0 mld.), seguita da Belgio (+ € 2,5 mld.) e Italia (+ € 1,3 mld.).

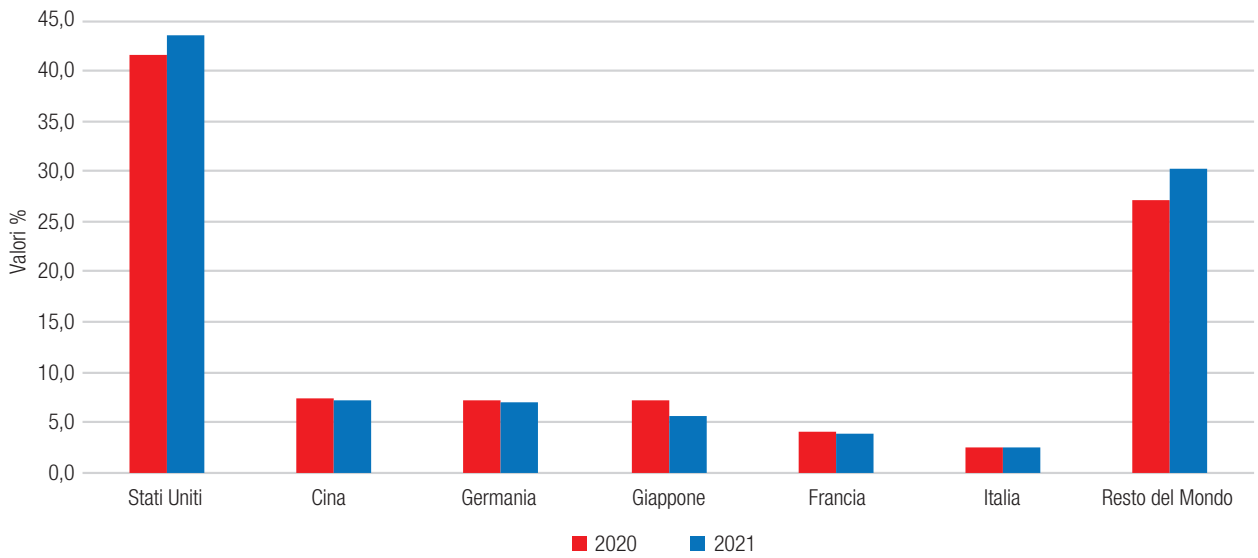
KI 13.5. Occupati nell'industria farmaceutica



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2020, in Europa si contano 835.590 occupati nell'industria farmaceutica, in aumento rispetto all'anno precedente del +1,4% (823.882 occupati): l'occupazione è in crescita nella maggior parte dei Paesi: in particolare in Ungheria (+21,5%), Svezia (+19,5%) e Irlanda (+13,5%). Si registra una riduzione in Polonia (-34,8%), Germania (-3,7%) e Italia (-0,6%). L'Italia rappresenta il terzo Paese in Europa in termini di occupati nel settore farmaceutico (dopo Germania e Francia), con un valore pari a 66.400 unità (in riduzione nell'ultimo anno dello -0,6%).

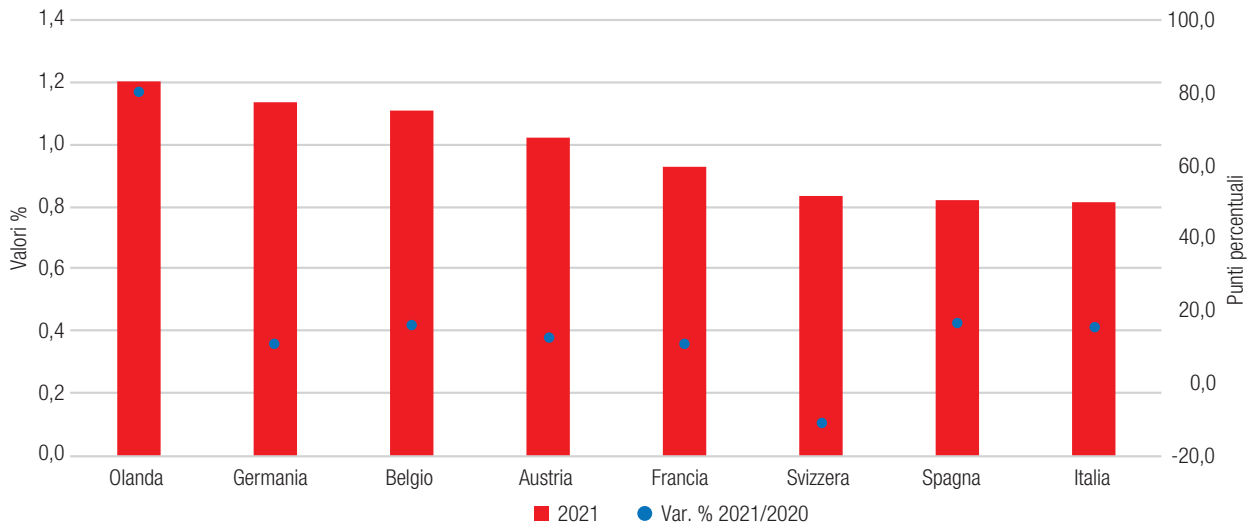
KI 13.6. Composizione del mercato mondiale dei dispositivi medici



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021 il mercato mondiale (vendite) dei dispositivi medici (DM), vale € 549,5 mld., in aumento nell'ultimo anno del +8,3% (€ 507,2 mld.): il mercato statunitense ne rappresenta il 43,5%, quello europeo il 27,3%, quello cinese il 7,2%, quello tedesco il 7,0%, quello giapponese il 5,6%,quello francese il 3,9%, quello italiano il 2,5%. Gli Stati Uniti registrano un aumento della propria quota nel periodo considerato, passando dal 41,6% al 43,5%, +1,9 p.p.; Giappone, Cina, Francia e Germania registrano una riduzione della propria quota, rispettivamente di -1,6 p.p., -0,2 p.p., -0,2 p.p. e -0,1 p.p.. La quota del mercato dei DM in Italia è rimasta costante (2,5%).

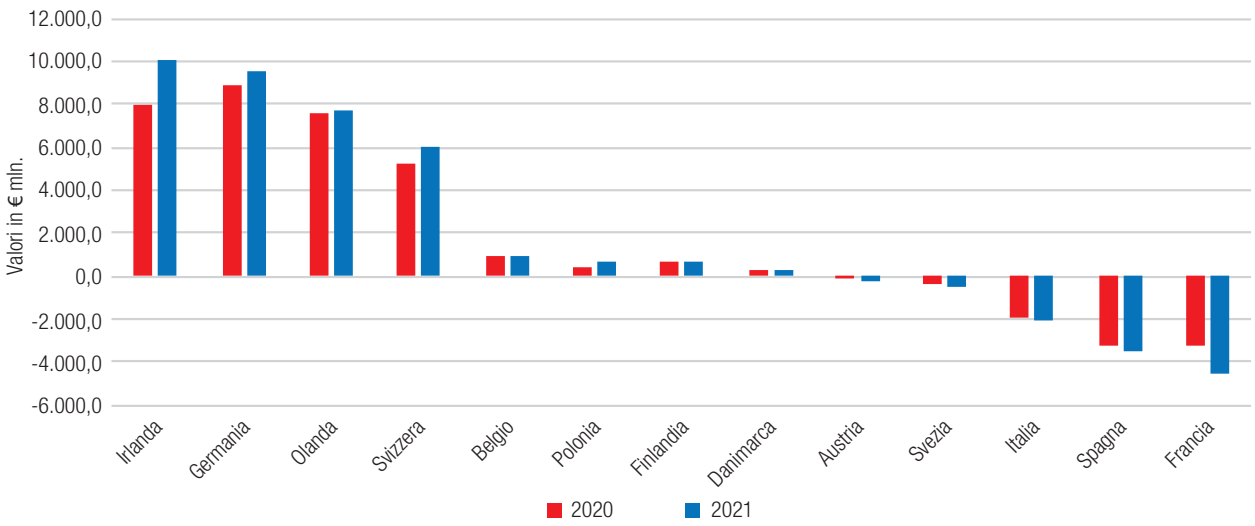
KI 13.7. Incidenza della produzione di dispositivi medici su PIL



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe*, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, in Europa, la maggiore incidenza sul PIL del mercato dei Dispositivi Medici, si rileva in Olanda, con l'1,2%; seguono la Germania e il Belgio, entrambe con l'1,1%. L'Italia si attesta allo 0,8%. Nell'ultimo anno, si registra un aumento dell'incidenza in tutti i Paesi analizzati: in particolare in Olanda (+79,5%). L'unico Paese che registra una riduzione è la Svizzera (-11,7%).

KI 13.8. Bilancia commerciale dell'industria dei dispositivi medici



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe*, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2021, il Paese con il migliore saldo della bilancia commerciale nel settore dei Dispositivi Medici (DM) risulta essere la Germania, con + € 8,9 mld., in riduzione nell'ultimo anno del - 4,9%. Hanno un saldo negativo Spagna, Francia, Regno Unito e Italia rispettivamente - € 3,3 mld., - € 3,3 mld., - € 2,9 mld. e - € 1,9 mld.. La Germania registra il maggior valore di esportazioni ed importazioni rispettivamente € 28,1 mld. e € 19,2 mld..

Capitolo 14

Sanità e E-Health

The Health Sector and E-Health

14a. La Sanità digitale in Italia e il ruolo del PNRR: le principali evidenze dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano

English Summary

14b. *Health Technology Assessment* e Telemedicina: elementi cardine del Servizio Sanitario Nazionale del futuro

English Summary

CAPITOLO 14
Sanità e E-Health

L'esperienza pandemica ha messo in evidenza come un sistema sanitario sostenibile, resiliente ed equo, non possa prescindere dalla necessità di ripensare il sistema di cure attraverso l'utilizzo appropriato delle tecnologie digitali, che possono consentire di rendere processi e servizi più efficienti e di modellarli sulle esigenze dei cittadini/pazienti, oltre che sulle caratteristiche dei professionisti sanitari.

Il Capitolo 14a sintetizza alcune delle principali evidenze dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, tese ad approfondire il livello di maturità del sistema rispetto ai vari ambiti di innovazione che abilitano il modello della *Connected Care*.

Il Capitolo 14b, propone una disamina delle principali iniziative che possono contribuire positivamente a sviluppare servizi di Telemedicina e nello specifico l'applicazione del modello HTA ai servizi di Telemedicina.

CHAPTER 14
The Health Sector and E-Health

The pandemic has further highlighted that a sustainable, resilient and equitable health system cannot disregard the need to rethink the care system through the appropriate use of digital technologies, which can make processes and services more efficient and be shaped by citizens'/patients' needs, as well as by the characteristics of health professionals.

Chapter 14a summarises some of the main findings and evidence of the Osservatorio Sanità Digitale (Digital Health Observatory) of the Milan Polytechnics, aimed at investigating the level of development of the system with respect to the various innovation areas that enable the Connected Care model.

Chapter 14b makes an overview of the main initiatives that can positively contribute to the development of Telemedicine services and, in particular, the implementation of the HTA model in Telemedicine services.

CAPITOLO 14a
La Sanità digitale in Italia e il ruolo del PNRR: le principali evidenze dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano

Corso M.[1], De Cesare D.[1], Lettieri E.[1], Locatelli P.[1], Masella C.[1], Olive M.[1], Sgarbossa C.[1]

Dopo più di due anni dall'inizio della pandemia, anni in cui il sistema sanitario del nostro Paese ha vissuto fasi alterne di emergenza e ripartenza, è ormai necessario tirare le somme su quanto abbiamo imparato e portare avanti una trasformazione sistematica verso una Sanità più evoluta, equa e sostenibile. Una trasformazione che può considerarsi già in atto, anche grazie al ruolo che sta giocando e giocherà nei prossimi anni il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede riforme e investimenti per il settore Salute (Missione 6).

Con la ricerca svolta nel 2022, l'Osservatorio Sanità Digitale ha voluto fotografare lo stato di sviluppo e le prospettive della Sanità digitale in Italia alla luce della sfida legata al PNRR. Una scelta opportuna e forse "dovuta", perché, dall'efficacia con cui verranno impiegate le risorse e attuate le riforme contenute in questo Piano, dipenderà in buona parte il futuro dell'ecosistema della salute per i prossimi decenni.

I dati presentati in questo capitolo derivano da 8 *survey*, sviluppate a partire da un modello comune di indagine:

Medici di Medicina Generale, con 310 risposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG);

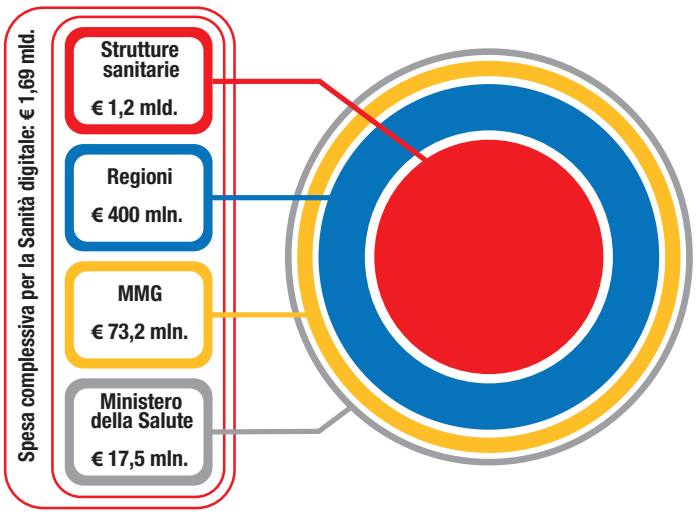
- medici specialisti, con 2.075 risposte, in collaborazione con PKE, Associazione Medici Endocrinologi (AME), Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)
- infermieri, con 3.221 risposte, in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), con la seguente distribuzione geografica
- Direttori Generali, Direttori Amministrativi, Direttori Sanitari e Socio Sanitari delle strutture sanitarie pubbliche e private italiane, con 135 risposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)
- CIO di strutture sanitarie pubbliche e private italiane, con 33 risposte
- pazienti cronici o con gravi problemi di salute, con 500 risposte, in collaborazione con con Alleanza Malattie Rare (AMR), Associazione Italiana Scompensati Cardiaci (AISC), Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare (APMARR), Associazione Italiana Diabetici (FAND), FederASMA, Onconauti e Rete Oncologica Pazienti Italia (ROPI)
- cittadini italiani, intervistati da Doxapharma tramite l'Omnibus Doxa (metodologia CATI): sono stati coinvolti 1.000 cittadini di oltre 15 anni, statisticamente rappresentativi della popolazione italiana con riferimento ad alcune variabili (sesso, classi di età, distribuzione geografica, livello di istruzione e attività lavorativa)
- responsabili/titolari di farmacie territoriali, con 360 risposte, in collaborazione con Doxapharma.

14a.1. La spesa per la Sanità Digitale e gli ambiti di investimento prioritari

Nel 2021 la spesa per la Sanità digitale in Italia è cresciuta: è stata pari a € 1,69 mld. (1,3% della spesa sanitaria pubblica), con un aumento del 12,5% rispetto al dato 2020 (Figura 14a.1.).

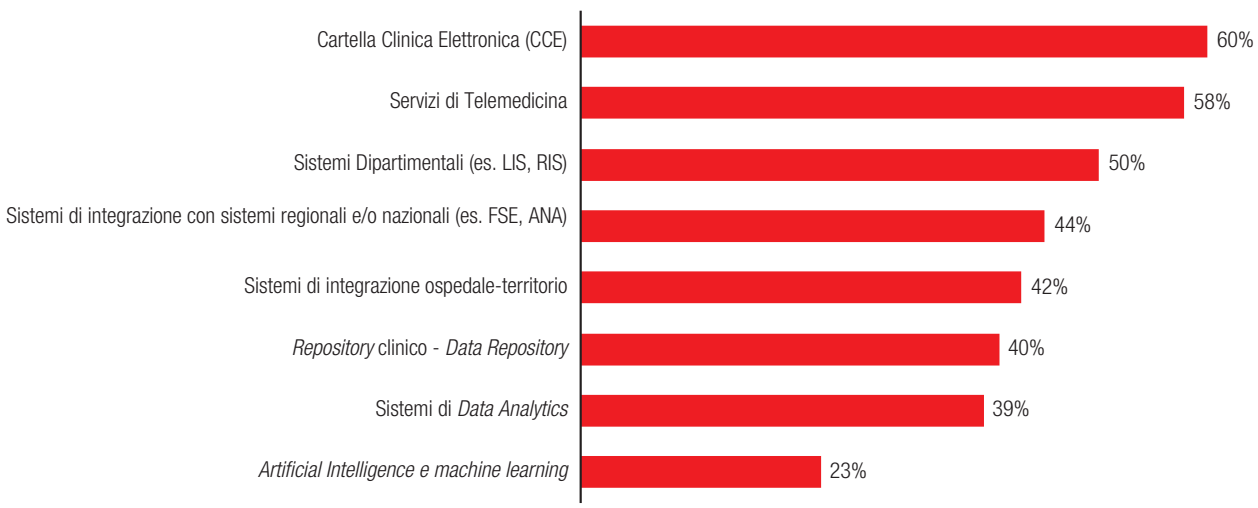
[1] Politecnico di Milano

Figura 14a.1. La spesa per la sanità digitale



Fonte: Osservatorio Sanità Digitale | Stima su dati 2021

Figura 14a.2. Gli ambiti di investimento delle strutture sanitarie nel 2022



Campione 135 strutture sanitarie
Fonte: Osservatorio Sanità Digitale | Stima su dati 2021

Questa crescita, seppur superiore a quella degli ultimi anni, non è ancora sufficiente a imprimere quel "cambio di marcia" che è necessario per colmare il ritardo accumulato. La tanto attesa trasformazione digitale potrebbe però finalmente arrivare grazie agli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che dedica a riforme e investimenti nel settore Salute l'intera Missione 6, allocando risorse per € 15,63.

Tra gli ambiti di investimento previsti dal Piano, le Direzioni Strategiche delle strutture sanitarie italiane evidenziano come sia ancora prioritario l'investimento in soluzioni aziendali per garantire la raccolta del dato di cura del paziente, come la Cartella Clinica Elettronica (il 64% dei Direttori ritiene l'ambito molto rilevante e il 60% delle aziende sanitarie intende inve-

stire in quest'ambito nel 2022) (Figura 14a.2.). Anche le soluzioni che consentono l'integrazione con sistemi regionali e/o nazionali come il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresentano un ambito di investimento importante (47% dei Direttori) per poter attuare una corretta valorizzazione dei dati a livello sovra-aziendale. Ulteriori ambiti di intervento ritenuti rilevanti sono i sistemi per l'integrazione ospedale-territorio per il potenziamento della Sanità territoriale e, in particolare, i servizi di Telemedicina (rilevanti per il 56% dei Direttori e su cui il 58% delle aziende sanitarie intende investire a breve).

I Direttori delle aziende sanitarie ritengono, quindi, molto rilevante l'attuazione degli interventi identificati nelle linee di indirizzo del PNRR, ma il 46% di loro denuncia come ci sia ad oggi ancora poca chiarezza su come utilizzare le risorse in gioco.

L'effettiva disponibilità e l'efficace messa a terra di queste risorse, infatti, è tutt'altro che scontata. Lo "sblocco" di questi fondi da parte delle Istituzioni Europee è condizionato allo sviluppo in tempi rapidi di programmi e riforme la cui realizzazione non è semplice, soprattutto a causa della ben nota - e spesso denunciata - frammentazione della *governance* del sistema sanitario pubblico.

14a.2. La Telemedicina come strumento per innovare i processi di cura

Se fino all'inizio del 2020 l'interesse concreto verso i servizi di Telemedicina era limitato, con l'emergenza COVID questi hanno guadagnato posizioni prioritarie nelle agende delle Direzioni Strategiche.

Sin dai primi mesi dell'emergenza l'utilizzo della Telemedicina ha visto un incremento molto forte, poiché ha facilitato la collaborazione tra i professionisti e ha consentito di garantire continuità di cura e assistenza ai pazienti.

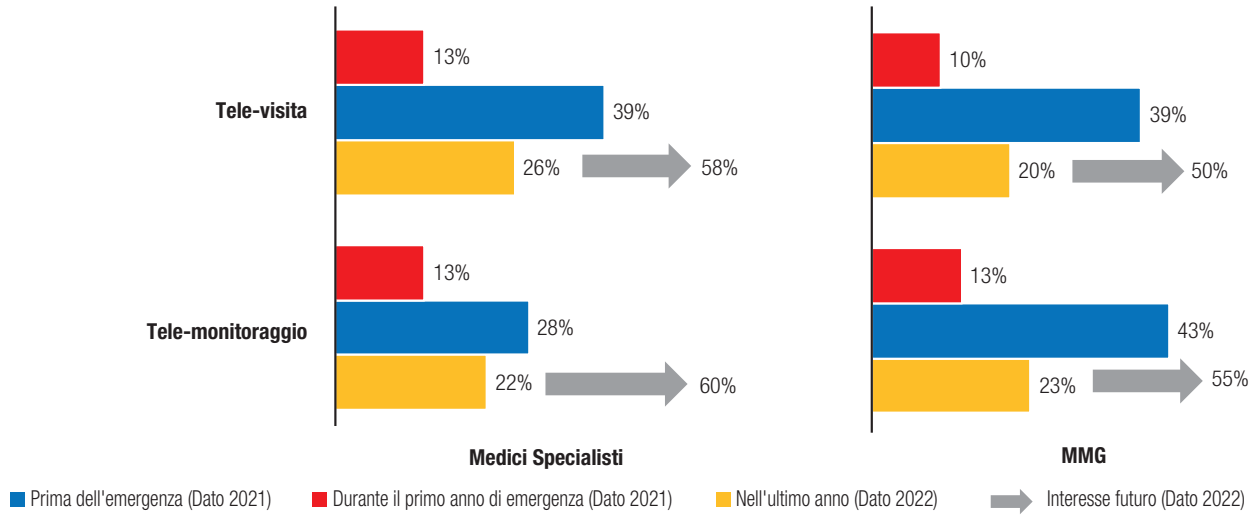
Nell'ultimo anno l'utilizzo della Telemedicina da parte dei medici è calato significativamente, seppure ci si assesti su percentuali di utilizzo raddoppiate rispetto a quelle pre-pandemia. Il 26% dei medici specialisti e il 20% dei Medici di Medicina Generale (MMG), ad esempio, afferma di aver utilizzato servizi di Tele-visita durante l'ultimo anno, contro il 39% dichiarato lo scorso anno e il 10% circa del pre-pandemia (Figura 14a.3.).

La riduzione nei livelli di utilizzo dei vari servizi di Telemedicina va colto come segnale di esigenza di un'innovazione più strutturale, un passaggio a un modello nel quale questa non rappresenti più una soluzione di emergenza, ma un'opportunità per migliorare il sistema di cura. Questo richiede non solo di disporre di strumenti tecnologici professionali e coerenti in termini di compliance normativa; prevede anche di rivedere processi di cura e sviluppare competenze in una logica non più emergenziale, ma sistematica, evitando l'errore di limitarsi a introdurre tecnologie digitali all'interno dei processi di cura tradizionali.

Ad oggi questo cambiamento di modello deve ancora essere concretizzato: medici e infermieri, infatti, affermano che le attività di Telemedicina spesso costituiscono un'aggiunta, in termini di tempo, alle attività "tradizionali". Nonostante queste innegabili difficoltà, l'interesse verso i servizi di Telemedicina rimane elevato da parte dei diversi attori: oltre la metà dei medici e degli infermieri e circa l'80% dei pazienti[2] vorrebbero utilizzarli in futuro. Un ruolo potenzialmente rilevante di spinta alla diffusione di questi servizi viene dalle farmacie territoriali, che già nella metà dei casi offrono servizi di Tele-cardiologia e che dichiarano interesse anche per l'erogazione di altri servizi di Telemedicina, come ad esempio la Tele-dermatologia quest'ultima di interesse per il 55% delle farmacie, come mostrato in (Figura 14a.4.).

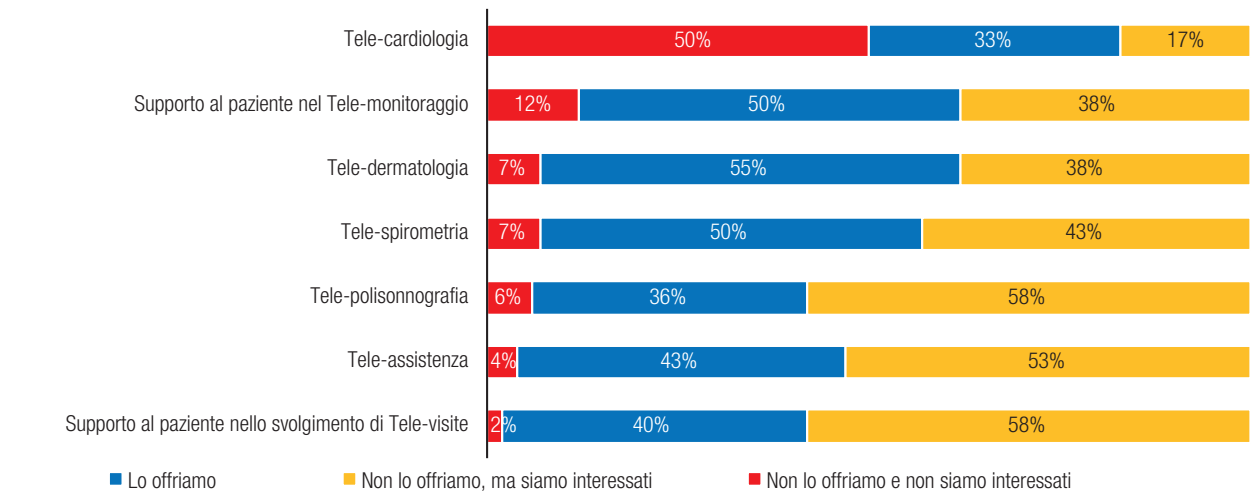
[2] Si tratta di pazienti cronici o con problemi di lunga durata

Figura 14a.3. L'utilizzo nell'ultimo anno e l'interesse dei medici verso gli strumenti di Telemedicina



Campione: 2.356 specialisti e 206 MMG (dato 2021) e 1700 specialisti e 302 MMG (dato 2022)
Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

Figura 14a.4. I servizi di Telemedicina offerti dalle farmacie



Campione: 360 farmacie
Fonte: Osservatorio Sanità Digitale e Doxapharma

Infine, la riforma della Sanità territoriale definita dal D.M. n.77, le linee guida organizzative per il *"Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare"*[3], così come le recenti *"Linee guida per i Servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio"*[4] rappresenteranno uno stimolo importante su questo fronte nei prossimi mesi.

[3] Linee Guida Organizzative Contenenti Il Modello Digitale Per L'attuazione Dell'assistenza Domiciliare (Milestone Eu M6c1-4)
[4] Le Linee guida per i Servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale il 2 novembre 2022

14a.3. Il ruolo del digitale per la comunicazione e la ricerca di informazioni sulla salute

Negli ultimi due anni, il digitale ha potuto supportare in modo sostanziale la comunicazione tra professionisti sanitari e cittadini/pazienti, soprattutto in periodi di emergenza sanitaria in cui spesso non vi era la possibilità di incontrarsi di persona.

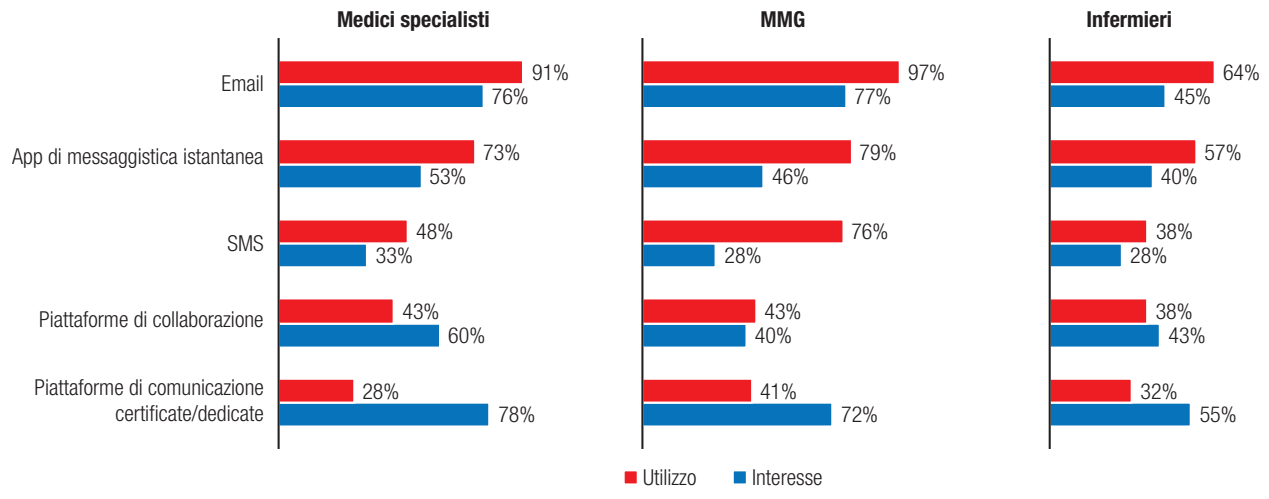
Il 73% dei medici specialisti, il 79% dei MMG e il 57% degli infermieri, ad esempio, nell'ultimo anno hanno utilizzato *App* generiche di messaggistica (es. *WhatsApp*) per comunicare con il paziente (Figura 14a.5.). Cittadini e pazienti, inoltre, sono molto interessati alle *App* di messaggistica istantanea soprattutto per la rapidità con cui è possibile ricevere risposte dal medico rispetto a sintomi e problemi di salute. In alcuni casi, però, tali strumenti digitali sono utilizzati in modo non appropriato e consapevole e questo rappresenta un aspetto potenzialmente critico.

Oltre alle note problematiche legate alla sicurezza e *privacy* dei dati scambiati, l'utilizzo di questi strumenti può impattare negativamente sulle attività lavorative dei professionisti coinvolti, da cui spesso i pazienti si aspettano risposte immediate. Nonostante ciò, ad oggi stentano ancora a diffondersi strumenti più appropriati, sicuri e dedicati all'attività professionale: circa un professionista sanitario su tre utilizza piattaforme di comunicazione certificate, sebbene l'interesse sia elevato soprattutto tra i medici (74% degli specialisti e 72% dei MMG).

La necessità di ricevere risposte veloci su un problema di salute rappresenta anche una delle motivazioni per cui i cittadini fanno ricorso alla ricerca di informazioni in ambito salute su *Internet*.

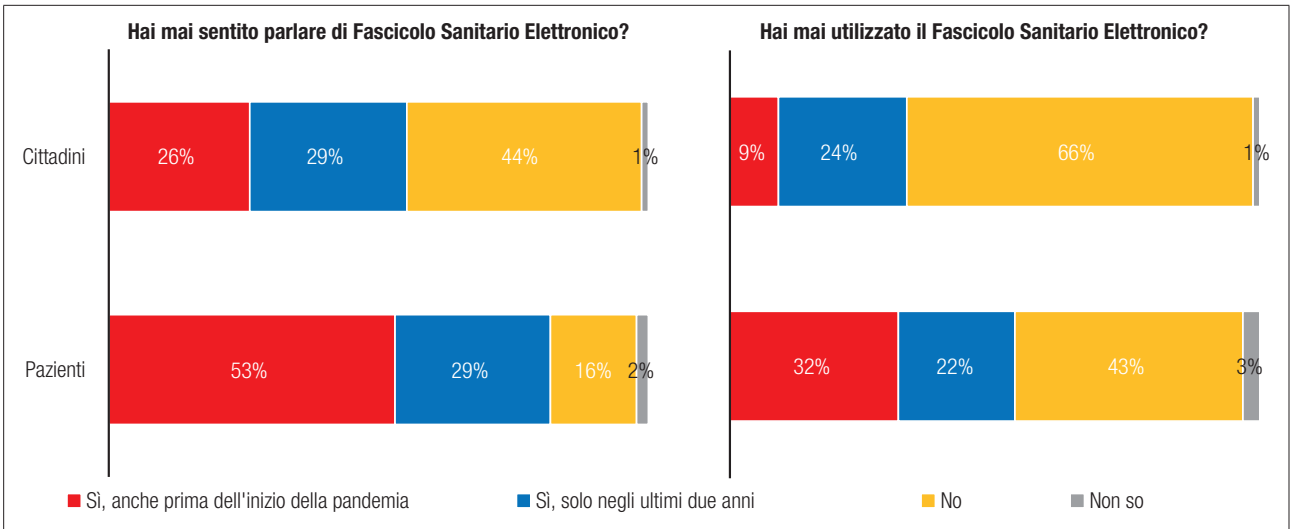
Ad esempio, il 53% dei cittadini che ha avuto bisogno di cercare informazioni per identificare possibili diagnosi sulla base dei sintomi, lo ha fatto attraverso Internet e il 42% cerca informazioni su sintomi e patologie anche prima di una visita. Tra i cittadini che cercano informazioni su Internet, il 73% dichiara di prendere decisioni relative alla salute basandosi sulle informazioni trovate online. Si tratta di un fenomeno potenzialmente pericoloso se non indirizzato, soprattutto nel caso in cui i siti *Web* utilizzati non riportino informazioni affidabili e certificate. Per evitare questo tipo di rischi sarà importante potenziare la comunicazione, anche a livello istituzionale, offrendo informazioni affidabili e servizi "validati" e "certificati" anche nel mondo virtuale.

Figura 14a.5. L'utilizzo nell'ultimo anno e l'interesse per gli strumenti digitali di comunicazione con i pazienti



Campione: 2075 medici specialisti, 310 MMG e 3221 infermieri
Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

Figura 14a.6. La conoscenza e l'utilizzo del FSE da parte dei cittadini e dei pazienti italiani



Campione: 1000 cittadini e 386 pazienti
Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità e Doxapharma

14a.4. Il Fascicolo Sanitario Elettronico: stato attuale e prospettive future

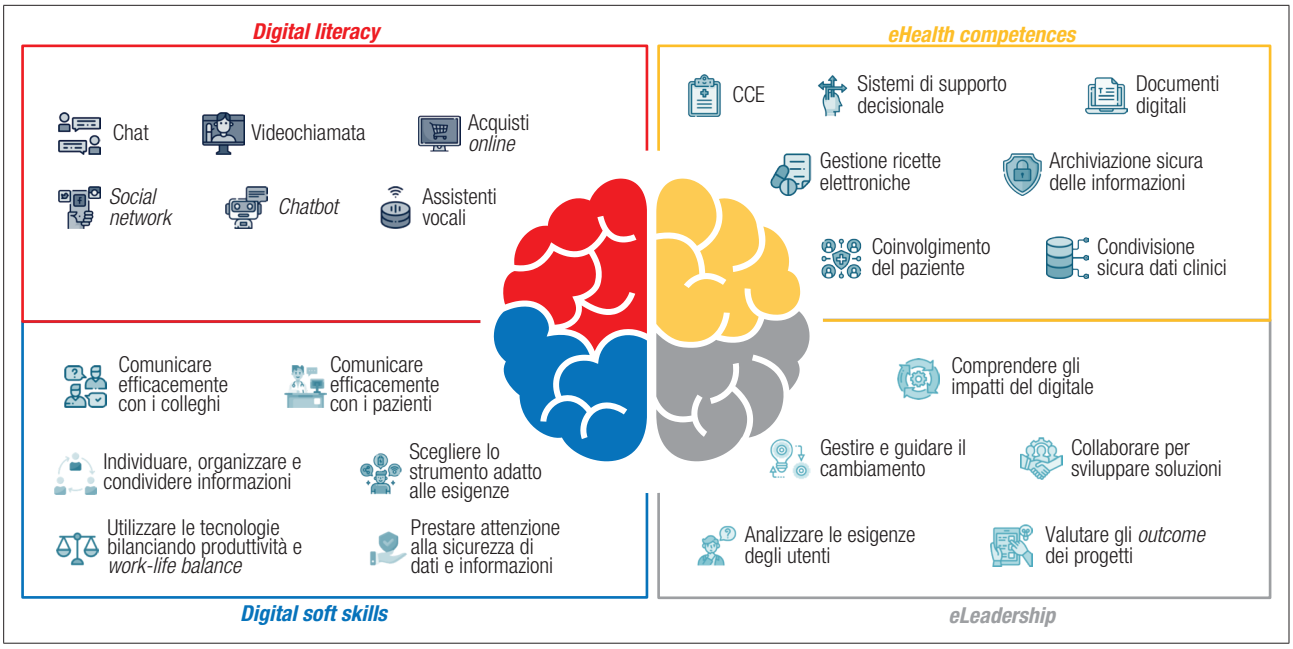
La pandemia ha influito molto sull'aumento di conoscenza e di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), strumento attraverso il quale i cittadini hanno scaricato referti dei tamponi, *Green Pass* o certificati vaccinali. Sono stati proprio questi servizi a dare una spinta decisiva alla diffusione dello strumento: ad oggi il 55% ne ha sentito parlare almeno una volta (rispetto al 38% rilevato un anno fa) e il 33% afferma di averlo utilizzato (vs il 12%) (Figura 14a.6.). Tra i pazienti, le percentuali di conoscenza e utilizzo dello strumento sono comprensibilmente ancora più elevate: l'82% dei pazienti afferma di conoscere il FSE e il 54% di averlo utilizzato (vs 37% rilevato nel 2021).

Ora che è aumentata la consapevolezza anche da parte di cittadini e pazienti circa l'esistenza del FSE, sarà importante rendere questo strumento davvero utile per loro, ma anche per i professionisti sanitari che li hanno in cura e per altri attori del sistema come le farmacie e le Istituzioni. Per raggiungere gli obiettivi stabiliti dalle Linee Guida per l'attuazione del FSE[5], Regioni e Province Autonome dovranno attuare un deciso cambio di passo.

Se da un lato, ormai, il Fascicolo è stato attivato per tutti i cittadini, il livello di alimentazione dei documenti del nucleo minimo nella gran parte delle Regioni è ancora molto limitato. Secondo la rilevazione effettuata dal MITD[6], infatti, solo quattro Regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Piemonte) hanno una percentuale di alimentazione del FSE superiore al 50%[7], mentre altre quattro Regioni (Campania, Liguria, Sicilia e Calabria) hanno livelli che non superano il 5%. Anche su questo fronte ci si aspetta nei prossimi anni un'evoluzione importante, dato che nell'ambito del PNRR le risorse per potenziare i FSE regionali non mancano: si tratta di € 610 mln., legati all'"Adozione e utilizzo del FSE da parte delle Regioni", di cui € 299,6 mln. destinati al potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari e i restanti € 311,4 mln. serviranno ad aumentare le competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario.

[5] Le Linee guida sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale l'11 luglio 2022
[6] Fonte: Linee Guida per l'attuazione del FSE
[7] Percentuale di documenti pubblicati e indicizzati sul FSE rispetto al totale delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche negli ultimi due anni

Figura 14a.7. Le competenze per lo sviluppo della sanità digitale: modello 2022



14a.5. Le competenze per lo sviluppo della Sanità digitale

La trasformazione pervasiva dell'ecosistema salute che è in corso non può prescindere dal fattore umano e, in particolare, dalla cultura e dalle competenze degli attori coinvolti, tra cui i professionisti sanitari. La mancanza di competenze digitali rappresenta, infatti, una barriera all'innovazione espressa anche dalle Direzioni Strategiche delle aziende sanitarie (38%, in leggero aumento rispetto alla rilevazione del 2021). Coerentemente, nella Componente 2 del PNRR si fa esplicito riferimento proprio allo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, mirando a fornire ai professionisti le conoscenze appropriate per poter affrontare al meglio il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica.

Per le aziende sanitarie risulta prioritario investire nella formazione del personale sanitario, soprattutto su ambiti chiave per l'innovazione digitale come la Cartella Clinica Elettronica. Si tratta di un ambito su cui sviluppare formazione specifica sia per i medici (66%) che per gli infermieri (73%). Segue poi, in ordine di priorità, la formazione su ambiti come la *privacy* e sicurezza dei dati e la Telemedicina, oltre alla formazione sugli strumenti informatici di base, necessaria per fornire ai professionisti una preparazione più completa.

Tra le competenze che dovranno essere sviluppate dai professionisti sanitari, l'Osservatorio ha identificato, oltre alla *Digital Literacy*[8] e alle *eHealth Competences*[9], quelle legate a capacità più *soft* e manageriali (*Digital Soft Skills* e competenze di *eLeadership*) (Figura 14a.7.). Emerge che la competenza maggiormente presidiata dai medici sia quella relativa alla capacità di comunicare in modo efficace con i colleghi utilizzando strumenti digitali (66% e il 54% ritiene di avere competenze buone o ottime). Per i medici specialisti sono ancora da sviluppare le competenze legate alla gestione del cambiamento, che rappresentano un aspetto chiave nel processo di trasformazione digitale. Per gli infermieri, invece, risulta migliorabile l'efficacia della comunicazione

[8] Competenze legate all'utilizzo di strumenti digitali nella vita quotidiana
[9] Competenze legate all'utilizzo di strumenti digitali nell'ambito delle professioni sanitarie

attraverso strumenti digitali con i pazienti, che sarà ancora più cruciale per poter utilizzare strumenti di Telemedicina.

14a.6. Sanità digitale: ora serve un cambio di marcia!

In un quadro in cui la pandemia ha cambiato la percezione e la consapevolezza di Istituzioni, cittadini e professionisti sanitari circa l'importanza di modernizzare i modelli di cura, il PNRR, con le sue risorse e riforme previste, può costituire un punto di svolta epocale per imprimere al sistema sanitario italiano quella trasformazione in chiave digitale, essenziale per andare verso un modello di assistenza e cura innovativo, personalizzato e sostenibile, all'altezza delle esigenze e delle aspirazioni dei cittadini e in grado di sostenere una medicina delle 4P (personalizzata, predittiva, preventiva e partecipata).

La gestione del cambiamento dell'ecosistema salute verso questo modello di *Connected Care*, non potrà prescindere da 5 leve fondamentali:

- **la visione strategica**: il PNRR può essere certamente lo strumento guida, ma aziende sanitarie e Regioni dovranno essere in grado di sviluppare una propria visione e *roadmap* evolutiva, riportando nel contesto della propria organizzazione gli stimoli e le risorse previste nel Piano, affinché la loro strategia sia coerente con quella definita a livello nazionale
- **le normative e le linee guida**: come già sta avvenendo, servono documenti e provvedimenti attuativi per mettere in pratica quanto definito nella visione strategica. Ulteriori ritardi e mancanze di coordinamento, rischiano di bloccare l'intero piano e farci perdere, assieme alle risorse europee, un'occasione storica di sviluppo e la fiducia di cittadini e operatori sanitari
- **i processi e l'organizzazione**: l'investimento in tecnologie andrà accompagnato e, quando possibile, preparato da una revisione profonda dei modelli organizzativi e di cura, per accogliere l'innovazione e renderla parte dei normali modelli di comportamento, lavoro e interazione
- **le persone**: prima ancora che in tecnologie, occorre investire in un cambiamento a livello culturale e sviluppare nuove competenze tra tutti i diversi attori dell'ecosistema, ingaggiando professionisti sanitari, pazienti e cittadini, che vanno resi protagonisti attivi e consapevoli di un processo di trasformazione profondo e pervasivo del modo in cui prendersi cura della salute propria e di quella delle altre persone, della società e dell'ambiente
- **le tecnologie e gli strumenti**: il digitale può essere una leva decisiva, offrire opportunità di aumentare efficacia e sostenibilità dei servizi, permetterci di raccogliere e valorizzare dati, ma occorre superare l'approccio minimalista e superficiale, e comprendere l'importanza di utilizzare strumenti professionali, integrati e sicuri.

Il momento è propizio, ma occorre essere consapevoli che una tale opportunità di convergenza di risorse, stimoli e consapevolezza non durerà a lungo e, soprattutto, se sprecata non si ripresenterà per moltissimi anni. Il rischio che il nostro Paese perda questo momento, invischiato in ritardi culturali e irrisolte complessità di *governance*, è assolutamente concreto.

Per troppi anni la Sanità non è stata in grado di sfruttare pienamente le opportunità offerte dalle tecnologie digitali, o lo ha fatto a macchia di leopardo, tollerando una eterogeneità di comportamenti che, in un quadro di generale arretratezza, ha consentito l'emergere di alcune buone pratiche, ma anche di molte differenze e diseguaglianze.

Con il PNRR non potrà essere così: per come sono stati definiti gli obiettivi che abbiamo davanti, questi si potranno cogliere soltanto in un'ottica di sistema. Nei prossimi mesi servirà un immediato e radicale cambio di marcia. La sfida è chiara, il PNRR ci indica un sentiero tracciato, con obiettivi ambiziosi e di sistema su cui non dobbiamo fallire, perché le conseguenze per noi stessi e per le prossime generazioni potrebbero essere irreversibili!

ENGLISH SUMMARY

Digital Health in Italy and the role of Recovery Plan: the main findings of the Digital Health Observatory of the Politecnico di Milano

The chapter provides an overview of the opportunities that the Recovery Plan (PNRR) offers for the development of digital health in Italy. Through the point of view of the various actors involved in the research conducted in 2022 by the Digital Health Observatory of Politecnico di Milano (healthcare companies, general practitioners, specialists, nurses, local pharmacies, citizens and patients), is deepened the level of diffusion of the main areas of digital innovation in Healthcare, identifying the priority actions to implement the gear shift now necessary in order to seize the opportunities of the PNRR.

CAPITOLO 14b
Health Technology Assessment e Telemedicina: elementi cardine del Servizio Sanitario Nazionale del futuro

Derrico P.[1], Ritrovato M.[2]

14b.1. Premessa

Le esigenze connesse alla pandemia (riduzione degli assembramenti, limitata mobilità, salvaguardia dei reparti ospedalieri e delle attività non COVID, etc.) e le conseguenti azioni legislative intraprese (in Italia, in Europa e in Nord America vi è stata una sostanziale *deregulation* delle attività di Telemedicina, in particolare per vincoli, requisiti tecnologici e aspetti tariffari) hanno dato certamente una spinta formidabile alle attività genericamente inquadrabili come "Telemedicina". Al contempo, le esigenze di rapidità dovute alla situazione emergenziale hanno di fatto creato un quadro molto frammentato ed eterogeneo delle esperienze di Telemedicina in termini di sistemi tecnologici e assetti organizzativi.

Le fotografie che diversi centri di ricerca, in Italia e nel mondo, hanno scattato nel primo periodo post pandemico ci raccontano numeri esorbitanti sia relativi all'avvio di nuove piattaforme di Telemedicina (l'osservatorio sulla Telemedicina operativa ha censito nel 2021 (Ferrara et al.; 2022) circa 300 soluzioni implementate da diverse tipologie di strutture sanitarie italiane, di cui ben il 53% nate in risposta alle nuove esigenze dettate dal COVID, rilevando, in pratica, un raddoppio dei sistemi in essere nel biennio 2020-2021) o di singole prestazioni svolte in Telemedicina (+766% di interazioni in Telemedicina negli USA nel confronto marzo-giungo 2019 vs marzo-giugno 2020 (Shaver et al.; 2022)).

Con il progressivo miglioramento della situazione sanitaria e un graduale, sebbene incompleto, ritorno alla normalità si è riscontrato un marcato decremento delle prestazioni erogate in Telemedicina. Sono numerosi, infatti, gli osservatori nazionali ed internazionali che hanno registrato tale notevole calo, sebbene il volume di attività sviluppato con l'ausilio di sistemi di Telemedicina si mantenga su livelli decisamente superiori all'epoca pre-COVID. Tale riduzione, non sembra possa essere attribuita ad uno scemato gradimento di utenti/pazienti ed operatori verso tali sistemi (al contrario, alcune recentissime *survey* dimostrano un interesse assolutamente elevato verso le diverse funzioni e modalità di erogare/fruire delle prestazioni sanitarie). Probabilmente la contrazione osservata può dipendere proprio dalla scarsa sistematicità ed organicità di tutti questi servizi di Telemedicina, realizzati nell'urgenza di garantire anche il minimo supporto a diverse tipologie di pazienti, ovvero alla rinnovata attività normativa che ha, anche in tal senso, normalizzato la situazione. Altro elemento sicuramente incidente consiste nella ancora oggi scarsa *digital literacy* (Spandonaro et al.; 2021) da parte di medici di medicina generale e specialisti che si accompagna ad una analoga carenza tra i cittadini/pazienti, in particolar modo tra coloro i quali dovrebbero risultare i principali destinatari, ovvero la popolazione di malati cronici, di cui gli *over* 65 costituiscono la parte preponderante.

14b.2. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e la Telemedicina

Proprio ai problemi di cui sopra (frammentazione e disomogeneità dei sistemi attualmente funzionan-

[1] Responsabile Funzione Tecnologie ed Unità di Ricerca *Health Technology Assessment*, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
[2] Responsabile Servizio *Health Technology Assessment*, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

ti, *literacy* digitale, consolidamento e ampliamento dell'utilizzo della Telemedicina come strumento per estendere l'assistenza territoriale dedicata ai malati cornici *over* 65), il PNRR risponde con alcune missioni e linee di intervento specificatamente dedicate, cui se ne aggiungono di ulteriori, in particolare quelle correlate alla digitalizzazione del Paese, che costituiscono la spina dorsale su cui poggiare gli sviluppi tecnologici e organizzativi di numerose riforme e linee di intervento, ivi compresa la numero 6 dedicata, appunto, al settore salute.

Nel PNRR la Telemedicina viene definita attraverso la declinazione delle attività e funzionalità che si intendono sviluppare[3], cui ha dato una prima formalizzazione l'Age.Na.S.[4], l'Istituzione formalmente incaricata di dare attuazione alla Missione 6 - Componente 1, tra cui figura proprio l'implementazione della Telemedicina. Nello specifico, la componente 1 con un investimento di € 4 mld. comprende: l'identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la Telemedicina); la realizzazione presso ogni ASL di un sistema informativo per il Telemonitoraggio; l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali; e, più in generale, l'utilizzo della Telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche.

La componente 2, inerente la digitalizzazione, formazione del personale e rafforzamento della struttura tecnologica, costituisce supporto fondamentale per la Telemedicina prevedendo infatti: un investimento, comprensivo del Piano Nazionale Complementare[5], di circa € 3,5 mld. per l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate e il potenziamento del patrimonio digitale delle strutture sanitarie pubbliche; il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (leggasi, innanzitutto, la piena realizzazione ed utilizzo del tanto atteso Fascicolo Sanitario Elettronico), l'estensione e l'uniformazione a livello nazionale dei contenuti dei documenti digitali sanitari, delle funzionalità e dell'esperienza utente, l'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti della Sanità; l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze manageriali e digitali per professionisti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Come anticipato, parallelamente alla Missione 6, il PNRR presenta nella Missione 1 - componente 2 l'obiettivo di garantire la connettività a 1 Gbps (Piano "Italia a 1 Giga") a circa 8,5 milioni di famiglie, e assicurare connettività adeguata (da 1 Gbps fino a 10 Gbps simmetrici) agli oltre 12.000 punti di erogazione del SSN (Piano "Sanità connessa"), progetti fondamentali per garantire la necessaria infrastruttura di base alle attività di Telemedicina.

14b.3. L'*Health Technology Assessment*

L'introduzione di tecnologie particolarmente innovative può generare un impatto notevole sul sistema sanitario in termini di efficacia clinica, di spesa e di assetti organizzativi, diventando quest'ultimo l'aspetto preponderante nel caso di sistemi altamente pervasivi (come le tecnologie ICT in genere e di Telemedicina in particolare), rendendo necessario lo sviluppo di strumenti 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), che rivestono una valenza programmatoria e gestionale di primaria importanza.

In tal senso, l'*Health Technology Assessment* (HTA) si è affermato storicamente come metodolo-

[3] Televisita, Teleconsulto medico, Teleconsulenza medico-sanitaria, Teleassistenza, Telemonitoraggio, Telecontrollo, Teleriabilitazione

[4] Linee Guida Organizzative Contenenti Il Modello Digitale Per L'attuazione Dell'assistenza Domiciliare - Eu M6c1 – 4 - AGENAS

[5] https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707

gia per la valutazione multidisciplinare e strumento di supporto decisionale trasparente ed *evidence based*, per informare i responsabili politici e manageriali in merito all'adozione di tecnologie sanitarie sicure ed efficaci, focalizzate sul paziente e che aiutino a rendere la spesa pubblica più efficiente utilizzando al meglio le risorse e limitando gli sprechi (Goodman et al.; 2014).

14b.4. Il *Core Model*® EUnetHTA

A seguito dell'istituzione, nel 2006, del *Network Europeo di Health Technology Assessment* (EUnetHTA), è stato sviluppato un modello per la valutazione di tecnologie sanitarie, il *Core Model*®, che rappresenta uno strumento operativo in grado di favorire la standardizzazione delle modalità e conseguentemente dei risultati del processo valutativo, al fine di garantire la loro diffusione e la condivisione, in modo affidabile, tempestivo, trasparente, nei diversi Paesi dell'Unione Europea, accrescendo peraltro la produzione di *report* HTA e il suo utilizzo come supporto ai processi di *decision-making* (Kristensen et al.; 2009).

Il *Core Model* ® definisce e schematizza le seguenti dimensioni (cfr *domain*) di valutazione: (I) problema di salute e utilizzo attuale della tecnologia, (II) caratteristiche tecniche e tecnologiche, (III) sicurezza, (IV) efficacia clinica, (V) costi e valutazione economica, (VI) aspetti etici, (VII) aspetti organizzativi, (VIII) aspetti sociali, (IX) aspetti legali. Ogni *domain* è articolato in due sottolivelli (cfr *topic* e *issue*), che rappresentano elementi di valutazione più specifici all'interno del *domain*. La triade *domain-topic-issue* (deonominata *assessment element*) definisce un elemento informativo univoco in grado di descrivere un singolo e distinto aspetto della tecnologia e/o del suo impatto. Se adeguatamente implementato, il *Core Model*®, risulta un utile strumento per fornire una robusta base scientifica al fine di supportare la valutazione complessiva della tecnologia e di facilitare la scelta da parte dei decisori finali.

14b.5. Modelli multidimensionali per la valutazione di sistemi di Telemedicina

Nel corso degli anni il *Core Model* ® è stato declinato in quattro forme principali, rispondenti alle specificità della tipologia di tecnologia sanitaria considerata: tecnologie diagnostiche, tecnologie per screening, tecnologie per il trattamento medico e chirurgico, farmaci; nonché una versione adattata allo sviluppo dei *Rapid Relative Effectiveness Assessments*.

Come si può notare, ad oggi manca ancora una declinazione "ufficiale" specifica per le tecnologie appartenenti all'ampio settore dell'*eHealth*, tra cui appunto la Telemedicina, le quali si contraddistinguono non solo per le peculiarità della "componente tecnologica" (*mix* di ampie infrastrutture, complessi apparati *hardware* e sistemi *software* più o meno distribuiti e diffusi, dispositivi medici, anche *home care*, ma interconnessi) la cui valutazione è stata storicamente affidata all'analisi delle performance "tecniche" (*throughput*, affidabilità, etc.) ma che in realtà vede predominanti aspetti relativi all'impatto organizzativo, alla modifica dei processi lavorativi, all'usabilità e accettabilità da parte degli utilizzatori (operatori sanitari, pazienti e *caregiver*).

La mancanza di questo indirizzamento frutto del lavoro del *network* collaborativo EUnetHTA, quindi caratterizzato da un processo di consenso diffuso sulla struttura del modello, ha fatto sì che diversi gruppi di ricerca, consci dell'importanza e della suddetta specificità delle tecnologie ICT, abbiano sviluppato diversi modelli di valutazione applicabili, più o meno genericamente, ai nuovi sistemi digitali applicati alla medicina. Di tali modelli, alcuni partono proprio dal *Core Model*®, altri si focalizzano sulle "condizioni al contorno" (tecnologiche, infrastrutturali, economiche, organizzative, politiche, etc.) in grado di favorire o meno l'introduzione di una nuova tecnologia digitale in ambito sanitario, altri ancora amplificano l'analisi del fattore umano e/o di quello organizzativo che il nuovo sistema comporta. Una *review* del 2020 (Vis et al.; 2020) ha analizzato ben 21 modelli pubblicati, esplicitamente sviluppati per la valutazione di tecnologie di *eHealth* e Telemedi-

cina. Rimanendo in quest'ultimo ambito, sicuramente uno dei modelli più conosciuti e utilizzati per la valutazione di tali sistemi è il MAST (*Model for Assessment of Telemedicine application*) (Kidholm et al.; 2012), sviluppato a partire dal 2009, sulla base del *Core Model®* EunetHTA. Mentre sono stati selezionati gli *assessment elements* ritenuti più rilevanti, seguendo un processo che diremmo canonico per qualsivoglia applicazione del *Core Model®*, l'elemento maggiormente caratterizzante consta nella valutazione conclusiva relativa alla trasferibilità del sistema di Telemedicina valutato, in virtù della scalabilità del sistema, della sua generalizzabilità e della possibilità di applicazione in contesti nazionali differenti. Il *framework* MAST fornisce probabilmente l'approccio di valutazione più completo, includendo tutti i domini tipici dell'HTA, declinandoli al settore della Telemedicina. Al contrario di altri metodi manca di una più granulare definizione di elementi misurabili, lasciando dunque tale compito, assieme all'eventuale vaglio di elementi non pertinenti a causa delle proprietà e degli obiettivi specifici del sistema analizzato, al gruppo di professionisti e/o ricercatori coinvolti nel processo valutativo (Ekeland et al.; 2016).

Un altro modello di cui si hanno numerosi riscontri in letteratura è il TEMPEST (Currie et al.; 2012) (acronimo di *Technology, Economic, Market, Political, Evaluation, Social e Transformation*). Questo modello, basato sui 7 temi appena citati, a loro volta suddivisi in 21 sotto temi e 84 indicatori, analizza, misurando o stimando questi ultimi 84 indicatori, le *Performance* attese di un sistema di Telemedicina. Come si può notare in tale modello non vengono analizzati gli *outcome* clinici: è infatti finalizzato a valutare la fattibilità, adattabilità, accettabilità di un dato programma di Telemedicina nonché i requisiti e/o in vincoli di tipo infrastrutturale, sociale, economico e politico, al fine di fornire uno strumento concettuale ed analitico ai *policy maker*, professionisti sanitari, cittadini ed altri *stakeholder*.

Il modello CHEATS (Shaw et al.; 2002) propone una modalità di *assessment* basata sui seguenti sei aspetti, identificati come fondanti per la valutazione di una qualsivoglia implementazione dell'*eHealth*: clinici (declinati in qualità dell'assistenza, affidabilità diagnostica, accettazione della tecnologia sia lato pazienti che lato operatori sanitari...), umani ed organizzativi, educativi, amministrativi, tecnici e sociali. Circa la metodologia di analisi di tali aspetti, il modello ritiene necessaria la raccolta di dati qualitativi e quantitativi, ottenuti rispettivamente mediante strumenti quali la somministrazione periodica di questionari e interviste semi-strutturate rivolte agli attori coinvolti nel processo di valutazione ovvero attraverso la raccolta di dati già esistenti sull'efficacia clinica e sull'utilizzo del sistema oggetto di valutazione.

Tutti i modelli qui sopra citati, ma anche molti altri reperibili in letteratura, hanno in comune l'utilizzo di domini di valutazione relativi a requisiti tecnici e funzionalità, *outcome* clinici, caratteristiche e risultati economici, organizzativi, questioni etiche e legali, nonché le peculiarità del sistema sanitario e delle necessità delle parti interessate, sebbene, nei diversi modelli valutativi, a ciascuno di tali aspetti venga data enfasi diversa e soprattutto linee guida differenti per la loro misurazione o stima, così come si riscontrano notevoli differenze nelle linee guida fornite da questi per quanto riguarda la trasferibilità dei risultati e la misurazione ex-post dell'impatto dei servizi di *eHealth*. A fronte di ciò, numerosi autori identificano la scarsa omogeneità dei modelli valutativi, e la conseguente mancata standardizzazione, come uno dei principali problemi per la produzione di valutazioni approfondite, sistematiche e coerenti delle tecnologie di *eHealth*.

14b.6. Esperienze di Telemedicina *Evidence-Based*

Sebbene le prime pubblicazioni di Telemedicina risalgano alla metà degli anni '70, molteplici revisioni hanno rimarcato tuttora incertezze e difficoltà circa la sua implementazione nella pratica clinica a causa soprattutto della scarsa qualità delle evidenze a disposizione.

L'*outcome* clinico spesso nullo, l'assenza di una misura economica sistematica (presente solo in pochi casi e, in quei pochi casi associata al rischio di aumento dei costi per sovradiagnosi e sovratratta-

mento con esiti clinici irrilevanti) rappresentano nodi applicativi da sciogliere.

Gli studi meno recenti che riportano esiti positivi riguardano soprattutto ambiti rurali o difficilmente raggiungibili, dove è piuttosto ovvio riscontrare un'efficacia clinica e un'economicità maggiori (cfr aumento delle «visite» e riduzione dei tempi e dei costi di trasporto).

Inoltre, svariate sono le esperienze di Telemedicina avviate che, a causa di criticità nel disegno di studio, breve *follow-up* e/o carenze nella misura degli esiti, si riducono a sperimentazioni temporanee destinate inesorabilmente ad essere cessate al termine del progetto sperimentale.

Appare quindi necessaria una standardizzazione che definisca gli elementi minimi imprescindibili di caratterizzazione e misurazione delle esperienze della Telemedicina nonché della misura degli esiti di tali applicazioni, quale requisito per favorire il passaggio da una logica sperimentale ed episodica a una logica strutturata di utilizzo nella pratica clinica.

Proprio in tal senso, è interessante citare una recente revisione sistematica di letteratura (Kidholm et al.; 2021) che ha indagato gli esiti, pubblicati su riviste scientifiche, di esperienze di Telemedicina sviluppate in tutto il mondo. In particolare, oltre alle caratteristiche dello studio (cfr *setting*, popolazione oggetto dello studio, durata, etc.) sono stati raccolti e catalogati i dati relativi alle caratteristiche implementative, quali:

a. specialità mediche coinvolte (catalogate in 31 diverse specialità)
b. Paese/Regioni di interesse
c. tecnologie ICT utilizzate per l'erogazione delle prestazioni di Telemedicina, classificate come segue: Telemonitoraggio, sms/*email*, *App*, consulto e/o visita tramite videochiamata, consulto e/o visita per via telefonica
d. ulteriori elementi implementativi sviluppati nelle esperienze reperite e considerati necessari e funzionali all'attuazione pratica delle attività di Telemedicina, catalogati come: nuove apparecchiature (es. dispositivi medici connessi), nuove soluzioni IT (*App*, pagine *web*), nuova formazione e *training* per il personale sanitario, tempo aggiuntivo dei professionisti sanitari, integrazione con i sistemi di cartella clinica elettronica e fascicolo sanitario elettronico.

Ciascuna esperienza censita viene poi definita sulla base degli esiti riportati, secondo tre dimensioni: dimensione clinica (effetti statisticamente significativi di miglioramento o peggioramento dell'*outcome* di salute, effetto nullo o statisticamente non significativo); dimensione economica (incremento o decremento dei costi statisticamente significativo, effetto nullo o statisticamente non significativo); esperienza paziente (effetti significativi di utilizzo e/o gradimento vs mancato utilizzo e/o gradimento del servizio di Telemedicina, nessun effetto o effetti non significativi).

Da tale revisione di letteratura ne è derivato un *database* pubblicamente disponibile, realizzato e gestito dal *Centre for Innovative Medical Technology (CIMT)* di Odense in Danimarca (TELEMED, disponibile al https://telemedicine.cimt.dk/), che permette di cercare gli studi di Telemedicina censiti fino al settembre 2021 sulla base delle caratteristiche classificate come sopra mostrato, quindi limitata a specifiche specialità mediche, paese di interesse, tecnologie utilizzate e risultati ottenuti.

Lasciando al lettore la curiosità di accedere alla piattaforma e di approfondire gli studi ritenuti più interessanti, nel seguito si riporta un'analisi strutturata condotta sull'intero *dataset* estratto dal *database*. È stata, dunque, sviluppata un'analisi di regressione con l'intento di identificare quali, tra le caratteristiche analizzate dalla *review* e riportate nel *database*, risultassero predittive in merito ad uno dei tre *outcome* misurati (cfr miglioramento dello stato di salute, riduzione dei costi, miglioramento dell'esperienza paziente).

L'analisi, i cui particolari tecnico-metodologici non trovano adeguata collocazione in tale testo, ha fatto emergere come non sia possibile individuare alcun legame forte, statisticamente significativo, tra caratteristiche dei sistemi di Telemedicina implementati e gli *outcome* misurati.

In particolare, per ciò che riguarda gli esiti di tipo clinico, si può affermare come:

1. non vi sia una specialità clinica per la quale risultino maggiori le probabilità di un miglioramento dell'*outcome* di salute in seguito all'implementazione di sistemi di TLMD
2. l'organizzazione di una telefonata al paziente risulta il tipo di tecnologia più significativamente (p = 0,006) collegato ad un miglioramento dell'*outcome* clinico
3. l'integrazione con i sistemi di cartella clinica elettronica e Fascicolo Sanitario Elettronico risulta l'unica caratteristica implementativa che si avvicina ad una buona significatività nel migliorare l'*outcome* clinico (p=0,038)
4. non si traggono indicazioni, invece, per quanto riguarda un numero minimo o ottimale di sistemi tecnologici (cfr punto "c") da implementare o di ulteriori sistemi dal collegare/adeguare (cfr punto "d") per garantire un miglioramento dell'*outcome* clinico.

In merito agli effetti di natura economica determinati dai sistemi di Telemedicina analizzati, l'analisi di regressione ha permesso di determinare quanto segue:

1. non vi è alcuna specialità clinica per la quale si verifichi con sufficiente costanza una riduzione ovvero un aumento dei costi. Al contrario, il dato appare quasi uniformemente disperso, quindi connotato da forte aleatorietà
2. come è intuitivo ritenere, all'aumentare del numero dei sistemi di Telemedicina (cfr punto "c") implementati aumenta la probabilità di un esito negativo in termini di riduzione dei costi. Al contrario risulta lontano dall'essere significativo il numero di ulteriori sistemi da implementare/collegare (cfr punto "d")
3. l'unica tecnologia che si avvicina ad avere un impatto statisticamente significativo (p=0,016) con l'andamento dei costi (in questo caso negativo, quindi viene determinato un aumento dei costi) è l'invio di sms al paziente.

Infine, relativamente al miglioramento della *patient experience,* osserviamo due parametri che si avvicinano alla soglia di significatività: lo sviluppo e la disponibilità al paziente di una *App* di supporto (p=0,06) e il numero complessivo di integrazioni con altri sistemi di supporto all'aumentare del quale risulta più probabile (con buona significatività, p=0,044) un miglioramento della *patient experience.*

Da ciò ne deriva che le indicazioni che si possono trarre da tale *database*, ovvero dallo studio dei sistemi implementati e dei risultati della loro sperimentazione, devono essere considerate necessariamente di carattere aneddotico, potendo comunque cercare di individuare in esse caratteristiche implementative che, pur non potendo essere classificate secondo lo schema generale, e quindi sfuggite all'analisi statistica, potrebbero risultare di valore nel caso di ideazione, sviluppo ed implementazione di sistemi di Telemedicina.

14b.7. Riflessioni finali

Partendo dall'ultimo argomento affrontato in questo breve testo, a giudizio di chi scrive, l'indicazione di maggiore rilievo, derivante dall'analisi esposta, attiene all'estrema necessità di definire e condividere misure di *outcome* economiche ed organizzative in grado da rendere sistematica la loro raccolta e misurazione. Su 518 esperienze censite, infatti, ben 150 presentano esclusivamente informazioni limitate ai risultati clinici conseguiti, in 271 studi non sono state osservate e raccolte informazioni economiche e in 279 studi tale omissione ha riguardato le informazioni sulla *patient experience.* Si consideri che, fatta eccezione per alcuni *setting* particolari (dove evidentemente le caratteristiche geografiche e/o logistiche inficiano la capacità di erogare cure adeguate) ovvero per ambiti clinici particolari (ad es. le malattie rare, dove aumentare le possibilità di accesso a centri ultraspecializzati può determinare maggiori probabilità di ricevere un trattamento appropriato), l'*outcome* clinico, misurato nel singolo paziente, presenta difficilmente un miglioramento rispetto a percorsi standard di cura. Tale elemento dovrebbe indurre a definire, quale obiettivo clinico di un qualsiasi sistema di Telemedicina non già il miglioramento assoluto delle condizioni di salute del singolo paziente, bensì un miglioramento generalizzato e diffuso sulla popolazione coinvolta e questo non già per motivi

puramente statistici o di "disegno dello studio" quanto perché questo miglioramento dell'*outcome* "medio" e su larga scala dovrebbe essere inteso come lo scopo ultimo di un sistema di Telemedicina. Del resto, questo orientamento è anche intuibile nell'architettura del PNRR dove la Telemedicina è intesa come supporto operativo essenziale ed abilitante il raggiungimento degli obiettivi correlati alla nuova sanità territoriale (dagli Ospedali di Comunità all'incremento della popolazione *over* 65 assistita a domicilio). Ma ciò implica che tale miglioramento è di fatto, nella concretezza dell'implementazione empirica di un sistema di Telemedicina, inscindibile da caratteristiche, effetti e misurazioni di tipo economico ed organizzativo (dove quest'ultimo aspetto potrebbe tradursi in uno stravolgimento delle organizzazioni di cura *standard*); pertanto, assieme a questi ultimi dovrebbe essere sempre misurato e monitorato per poter valutare correttamente l'efficacia di uno qualsiasi degli strumenti di possibile implementazione, dal Teleconsulto al Telemonitoraggio.

Ma abbiamo, altresì, mostrato come ci sia ancora molta confusione e disomogenietà sugli schemi valutativi da adottare quando si parla di ICT, *eHealth* e/o Telemedicina, e questo sicuramente ha inciso sulla possibilità di condurre studi metodologicamente corretti e, quindi, sulla disponibilità di evidenze robuste. Il problema alla base di questa disomogeneità può essere ricondotto al fatto che la maggior parte degli approcci metodologici alla valutazione siano basati su due presupposti errati: il primo è che l'*eHealth* sia semplicemente un metodo alternativo per erogare prestazioni sanitarie dovendo, perciò, essere valutato secondo le medesime tecniche e sulla base degli stessi criteri di qualsivoglia prestazione medica (Grigsbt et al.; 1995) (ad esempio attraverso RCT, disegno di studio che tipicamente non permette di osservare quel miglioramento medio di cui sopra); il secondo presupposto è che ICT e sistemi digitali debbano essere valutati in funzione dell'immediato e diretto beneficio clinico dei pazienti, in quanto si presuppone che tali tecnologie ne miglioreranno l'assistenza (Burghgraeve et al.; 1995).

Sebbene, ovviamente l'*eHealth* sia, davvero, semplicemente una modalità differente di fare medicina, attraverso l'impiego di tecnologie peculiari[9](Heathceld et al.; 1998), ciò non significa necessariamente che essa possa essere valutata allo stesso modo: *"Information technology is not a drug and should not be evaluated as such"*. Inoltre, come già riportato in altri termini, ancora oggi sono pochissime le prove a sostegno della tesi che l'*eHealth* in generale, e la Telemedicina in particolare, di per sé, possano migliorare cura e *outcome* clinico del paziente (Ellis et al.; 1999).

La soluzione di tali problematiche risiede nella identificazione della declinazione corretta delle domande poste in sede di valutazione e/o, più frequentemente, della modalità (tipologia di dati da considerare, metodologia di raccolta ed elaborazione) di risposta, da adeguare alla tecnologia in esame, come sempre, in realtà, dovrebbe avvenire in ogni processo di valutazione delle tecnologie sanitarie, a titolo esemplificativo partendo dal *Core Model*® Eunethta.

A partire da tale sforzo metodologico, poi, occorrerebbe definire uno *standard* di riferimento, tentativo compiuto da diversi autori, senza tuttavia l'esito sperato. Una eventuale standardizzazione dovrebbe riguardare non solo, come detto, le modalità di risposta ai quesiti valutativi (e delle misure ad essi collegati), ma anche la definizione dell'ampiezza e degli obiettivi della valutazione stessa. Troppe volte sono riscontrabili in letteratura modelli o studi sperimentali il cui *focus* si limita, al più, ad efficacia clinica ed aspetti economici, trascurando l'impatto che altri aspetti altrettanto importanti, quali quelli organizzativi, legali e sociali, potrebbero determinare sulle probabilità di successo di una iniziativa di Telemedicina.

La definizione di un metodo di riferimento, potendo favorire una migliore qualità e sistematicità dei dati raccolti negli studi sulla Telemedicina, aumenterebbe la robustezza e la significatività dei risultati ottenuti, ciò a immediato vantaggio di coloro i quali, anche attraverso un più semplice confronto tra tecnologie e programmi di Telemedicina, si dovessero trovare nella posizione di decidere sulla loro integrazione nel SSN/SSR, nonché sulla correlata definizione tariffaria.

Tale facilitazione non è stata concessa agli esten-

sori del PNRR che prevede, come precedentemente descritto, la realizzazione delle infrastrutture e la dotazione delle tecnologie e delle risorse umane giudicate necessarie all'attivazione di un Sistema Nazionale di Telemedicina. Tuttavia, sebbene la suddetta indisponibilità di dati e metodi e la nota e necessaria urgenza con cui si è dovuto elaborare il PNRR possano giustificare un approccio quasi fideistico verso le tecnologie e l'organizzazione ivi proposte, vogliamo in queste poche righe sottolineare 4 elementi, certamente interconnessi tra loro, che necessiterebbero di una grande attenzione da parte del legislatore e di tutti gli *stakeholder* coinvolti:

1. la definizione di una nuova classe di prestazioni sanitarie
2. la responsabilità medico-legale sottesa alle prestazioni di Telemedicina
3. la definizione delle tariffe della Telemedicina
4. l'impulso all'HTA.

Il primo punto fa esplicito riferimento a quanto già previsto nel documento elaborato dal Consiglio Superiore di Sanità nel 2012 "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" (successivamente approvate con l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 - Repertorio Atti n. 16/CSR del 20/02/2014). In tale documento (cfr punto 6.1, Regole e criteri per la remunerazione dei servizi di Telemedicina) viene data indicazione per una ridefinizione tariffaria per tutte quelle prestazioni che, per ovvie ragioni, risultano modificate rispetto alla modalità tradizionale. Sebbene, anche qui fideisticamente, forse ispirati dalla Comunicazione europea (cfr COM-2008-689, "Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società", del 4 novembre 2008), si prevede che tramite Telemedicina possa realizzarsi esclusivamente "un miglioramento del relativo contenuto diagnostico-terapeutico e a un rafforzamento del monitoraggio continuo", tale indicazione riconosce la necessità di considerare modalità e obiettivi della prestazione di Telemedicina per la definizione della sua remunerazione. Poiché, come ampiamente riscontrabile in letteratura e brevemente illustrato nei paragrafi precedenti, la prestazione di Telemedicina può dimostrarsi, in funzione della patologia, delle tecnologie utilizzate e dell'organizzazione messa in piedi, superiore, equivalente o inferiore, non solo in termini di risultati conseguiti ma anche nella definizione dei suoi stessi obiettivi, occorre intendere tale concetto in maniera estesa, potendo dunque riesaminare l'intera collezione di prestazioni in Telemedicina, ridefinendone obiettivi, responsabilità e tariffe. Del resto, in medicina, è cosa assolutamente comune: dialisi e trapianto del rene hanno, ovviamente obiettivi, risultati e tariffe differenti, pur destinate al medesimo paziente e alla medesima patologia.

Tuttavia, le successive "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di Telemedicina" (cfr Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020, Repertorio atti n. 215/CSR) hanno disatteso tale indicazione, equiparando *tout court* le prestazioni erogate tramite Telemedicina alle prestazioni tradizionali. Tale cortocircuito ha portato, nello stesso documento, all'esplicitazione di un profilo di responsabilità medico-legale totalmente equivalente a quello delle prestazioni tradizionali, anzi, in virtù di ciò, viene demandato all'erogante la prestazione la valutazione della sufficienza del contributo informativo e del grado di raggiungimento degli obiettivi clinici prefissati, dovendo, in caso negativo, "convertire" la prestazione di Telemedicina in prestazione tradizionale. Tale impostazione, retta dal doppio assunto di medesima responsabilità medica e medesima tariffa, porta in sé il rischio di limitare, nei fatti, l'adozione della Telemedicina da parte dei professionisti sanitari solo per prestazioni a basso rischio (e connotate, quindi, da una minore responsabilità), e, sillogisticamente, a basso valore aggiunto in termini di *outcome* di salute, con l'esito unico e paradossale di un incremento di spesa. Al contrario, come evincibile da altri settori di intervento pubblico o, più semplicemente, dall'esperienza manageriale sul campo, la necessità di far convergere le condotte delle persone (pazienti e operatori sanitari in primis) verso pratiche più appropriate e virtuose dovrebbe ispirare, almeno come *step* iniziale, politiche incentivanti in attesa che i cambiamenti culturali possano rendere pienamente accettati i nuovi processi, organizzazioni e tecnologie e che tali evoluzioni processive possano portare ad un differenziale economico, successivamente trasferito nella diversificazione di tariffe tra prestazioni

in presenza e in Telemedicina.

Al contrario, si dovrebbe procedere, dando seguito in senso estensivo al citato punto 6.1 delle prime linee di indirizzo nazionali, alla definizione di una realmente nuova classe di prestazioni, delineando in tal modo anche una struttura organica che possa sistematizzare le troppe linee guida e documenti prodotti sul tema negli ultimi 10 anni. A ciascuna prestazione così individuata verrebbero associati precisi obiettivi diagnostico-terapeutici e correlati profili di responsabilità medica, dalla cui analisi congiunta discenda la definizione di specifiche tariffe il cui valore economico deve trovare una giustificazione sistemica sia per la gestione del singolo paziente (compresi i suoi costi sociali e quelli del *care giver*) sia per l'incremento di efficienza del SSN (minor accesso al DEA, minori ricoveri inappropriati, etc.). Per esemplificare un siffatto processo, si consideri l'analisi e il referto da remoto di un tracciato ECG, eseguito, ad esempio, con il supporto di un infermiere domiciliare o dello stesso MMG. In tal caso si può ragionevolmente prevedere, per lo specialista refertante, medesime responsabilità e tariffa rispetto alla refertazione di un tracciato elettrocardiografico eseguito ambulatorialmente; al contrario una Televista dermatologica, seppur supportata da ausili tecnologici di diagnostica per immagini, potrebbe non garantire al medico lo stesso contenuto informativo di una visita dal vivo; anziché richiedere che tale Televisita venga invalidata e, successivamente, replicata in presenza, sarebbe più opportuno e conveniente che, a fronte di un obiettivo diagnostico di portata ridotta (ad es. limitandolo solamente allo *screening* o comunque ad una prima valutazione) anche la remunerazione venga proporzionalmente ridotta. Di fatto si definisce in tal modo una "nuova" prestazione cui accludere l'indicazione dell'*outcome* di salute misurabile, anche per rendere più semplice il monitoraggio sugli esiti e l'efficacia della prestazione, nonché sulla sua costo-efficacia e sostenibilità.

Di tale problematica se ne fa breve menzione nell'ultimissimo documento approvato dal Ministero della Salute con Decreto 29 aprile 2022 sulle "Linee guida organizzative contenenti il Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare. In tale documento, infatti, si menziona una attività di definizione delle tariffe per la rendicontazione delle prestazioni di Telemedicina, per le quali, esclusivamente nelle more della definizione di specifiche tariffe nazionali, si debbano applicare le attuali modalità utilizzate per le medesime attività assistenziali erogate in modalità tradizionale".

Ad oggi non è ancora chiaro quale Ente si stia occupando, o si occuperà, della materia: l'Age.Na.S., in quanto titolare dell'attuazione della Missione 6 - Componente 1, ovvero il Ministero della Salute attraverso le sue Commissioni. Sottolineiamo che tale attività, così come quella di eventuale inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (o LEA Digitali, secondo alcuni autori), dovrebbero avvalersi, così come originariamente previsto nella stessa legge di istituzione della commissione LEA, del supporto delle valutazioni di HTA. A tal riguardo ci sembra un'occasione persa il non aver considerato, tra le tante linee di intervento previste per il rinnovamento del SSN, la possibilità di far nascere, concretamente e a prescindere da denominazione e assetto istituzionale, una vera Agenzia nazionale di HTA, i cui risultati avrebbero certamente contribuito a fare chiarezza sul settore della Telemedicina e dell'*eHealth* in generale, entrambi ancora connotati da gravi incertezze per quanto riguarda risultati, tecnologie, organizzazione. La possibilità di studiare ed analizzare coerentemente organizzazione, processi, esiti clinici ed economici, probabilmente anche attraverso i dati messi a disposizione da un FSE adeguatamente alimentato o, nelle more della sua completa implementazione, attraverso progetti di ricerca specificatamente finanziati per misurare gli esiti, anche intermedi, della riforma "Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" (potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, Telemedicina per la gestione dei pazienti cronici, etc.), garantirebbe, nella fase successiva alle realizzazioni previste dal PNRR, non solo la certezza di un corretto monitoraggio, ma anche che le evidenze da esso derivanti vengano adeguatamente sintetizzate ed utilizzate per le assai probabili attività di revisione delle regole, delle prestazioni offerte e delle corrispettive tariffe.

Inoltre, le recentissime decorrenze dei due nuovi regolamenti EU su Dispositivi Medici e Diagnostici In Vitro e dell'entrata in vigore del nuovo regolamento europeo HTA avrebbero dovuto suggerire, più di quanto è lecito dedurre dalle ultime disposizioni nazionali, l'esigenza di dare vita ad un soggetto istituzionale, autorevole, finanziato e congruamente dimensionato, deputato al coordinamento e all'organizzazione delle attività di HTA in Italia, come proposto dalla Società italiana di HTA nel giugno 2020. Infatti, in virtù dei suddetti nuovi tre regolamenti, una presenza più attiva e consistente dell'Italia in tale ambito, avrebbe un'importanza evidente per il comparto "sanitario" ma rivestirebbe anche una valenza strategica per l'intero settore industriale delle tecnologie sanitarie, dai dispositivi medici alle tecnologie digitali. Mancare questa opportunità potrebbe costare all'Italia, non solo e per l'ennesima volta, l'occasione di sfruttare appieno una metodologia consolidata e trasparente il cui obiettivo è promuovere l'uso di tecnologie a miglior valore per garantire un sistema sanitario equo, efficiente e di alta qualità (O'Rourke et al.; 2020), ma anche l'esclusione da quei consessi europei in cui si concretizzeranno le attività di ideazione industriale, sperimentazione tecnologica e ricerca clinica che determineranno l'assetto tecnologico e organizzativo della sanità del futuro ma anche le linee di sviluppo e competitività dei relativi comparti industriali.

Riferimenti bibliografici

https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707

Linee Guida Organizzative Contenenti Il Modello Digitale Per L'attuazione Dell'assistenza Domiciliare - Eu M6c1 - 4 - AGENAS

Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on Medical Devices, amending Directive 2001/83/EC

Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC

Regulation (EU) 2017/746 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on in vitro diagnostic medical devices and repealing Directive 98/79/EC and Commission Decision 2010/227/EU

Regulation (EU) 2021/2282 of the European Parliament and of the Council of 15 December 2021 on Health Technology Assessment and amending directive 2011/24/EU

Position Paper: "Per un sistema italiano di Health Technology Assessment (HTA)". SIHTA 2020. https://www.sihta.it/web/wp-content/uploads/2020/06/Position-Paper-SIHTA-2020-1.pdf

ENGLISH SUMMARY

Health Technology Assessment and Telemedicine: key elements of the National Health Service of the future

The needs associated with the pandemic have significant "boosted" the activities generically known as "Telemedicine". At the same time, the need for speed due to the emergency situation has, in fact, created a very fragmented and heterogeneous framework, in terms of both technological systems and organisational structures.

With the progressive improvement of the health situation and a gradual, albeit incomplete, return to normalcy, however, there has been a marked decrease in the number of services provided by Telemedicine, which can be attributed to the lack of an organized and systematic regulation of Telemedicine services. Another constraint is poor digital literacy, both among health professionals and the population.

One of the priorities of the National Recovery and Resilience Plan (PNNR) is to invest in completing the digital transition, also in the health sector.

The introduction of particularly innovative technologies, however, may have a considerable impact on the healthcare system in terms of clinical efficacy, expenditure and organisational arrangements, the latter being the prominent aspect in the case of highly pervasive systems (such as ICT technologies, in general, and Telemedicine, in particular). Considering the above, we need to develop tools capable of assessing the extent of this impact in advance. From this viewpoint, Health Technology Assessment (HTA) has traditionally established itself as typical methodology for multidisciplinary assessment and as a transparent and evidence-based decision-support tool to inform policy makers and managers on the adoption of safe and effective health technologies.

It is worth mentioning, in particular, the development of the Core Model® within the framework of the EUNetHTA activities. It is necessary, however, to note that to date there is still no specific "official" definition and implementation of the Core Model® for the technologies belonging to the broad eHealth sector, which are characterised not only by the specificities of the "technological component" (a mix of broad infrastructure, complex hardware equipment and software systems that are more or less distributed and widespread, medical devices, including home care, but interconnected). Their evaluation has traditionally been entrusted to the analysis of "technical" performance (throughput, reliability, etc.), but - in reality – is also based on prominent aspects relating to the organisational impact, the change of work processes, usability and acceptability by users (health workers, patients and caregivers).

Several research groups have developed evaluation models applicable, more or less generically, to the new digital systems applied to medicine. Some of these models start precisely from the Core Model®, while others focus on the 'boundary conditions' (technological, infrastructural, economic, organisational, political, etc.) capable of favouring or not favouring the introduction of a new digital technology in healthcare. Other models extend the analysis of the human and/or organisational factor that the new system entails. A recent review has analysed 21 published models explicitly developed for evaluating e-Health and Telemedicine technologies.

In addition to the problems of standardising the evaluation process, it should be noted that multiple reviews of Telemedicine publications have highlighted uncertainties and difficulties regarding its implementation in clinical practice, mainly due to the poor quality of the available evidence.

An analysis made thanks to the information in the TELEMED database (created and managed by the Centre for Innovative Medical Technology (CIMT) in Odense, Denmark) has shown that it is not possible

to identify any statistically significant connection between the characteristics of the Telemedicine systems implemented and the outcomes measured, in clinical, economic and patient experience terms.

This highlights the importance of standardising the evaluation criteria and also the evidence production processes in the field of e-Health solutions.

On the implementation level, it would be appropriate to define a new class of services, thus also outlining an organic structure that could systematise the too many guidelines and documents drafted on the subject over the past 10 years.

Likewise, a centralisation of evaluation processes seems necessary: to date, it is not yet clear which body is dealing or will deal with the matter, supported by HTA evaluations.

Capitolo 15

Patologie

Pathologies

15a. I potenziali benefici di una strategia di *Early Access* per i farmaci oncologici innovativi in Italia

English Summary

15b. La gestione delle multi-cronicità: revisione sistematica delle indicazioni disponibili

English Summary

CAPITOLO 15
Patologie

Il Capitolo contiene la sintesi di due attività svolte dal C.R.E.A. Sanità nell'ultimo anno, che riteniamo rilevanti per le politiche sanitarie.

In particolare, nel Capitolo 15a, vengono sintetizzate le evidenze derivanti dal progetto "I potenziali benefici di una strategia di *Early Access* per i farmaci oncologici innovativi in Italia".

Si tratta di uno studio finalizzato a valutare i potenziali benefici e le sfide derivanti dall'introduzione di una strategia di *Early Access* per i farmaci oncologici innovativi in Italia. Lo studio che ha sviluppato un'analisi volta alla stima dell'impatto economico causato dal ritardo nell'accesso alla terapia associato ai tempi tecnici del processo di Prezzo e Rimborso in Italia.

Nel Capitolo 15b, vengono sintetizzate le evidenze risultanti dal progetto "La gestione delle multi-cronicità: revisione sistematica delle indicazioni disponibili". Alla luce della sempre maggiore incidenza delle comorbidità, si è ritenuto opportuno sviluppare una revisione sistematica della letteratura, nazionale ed internazionale, accompagnata da una analisi *desk*, per lo stato di sviluppo di linee guida, raccomandazione e documenti di indirizzo regionali e/o locali (PDTA etc.) in termini di considerazione delle problematicità cliniche e organizzative legate alle comorbidità.

CHAPTER 15
Pathologies

The Chapter summarizes two of the activities carried out by C.R.E.A. Sanità last year, which we deem relevant for health policies.

In particular, Chapter 15a summarises the evidence from the project "The Potential Benefits of an Early Access Strategy for Innovative Oncology Drugs in Italy".

This is a study aimed at assessing the potential benefits and challenges arising from the introduction of an Early Access Strategy for innovative oncology drugs in Italy, which has developed an analysis designed to estimate the economic impact caused by the delay in access to therapy associated with the time necessary for the Price and Reimbursement process in Italy.

Chapter 15b summarizes the evidence from the project 'The Management of Multimorbidity: Systematic Review of Available Guidelines". In light of the ever-increasing incidence of comorbidities, it was deemed appropriate to develop a systematic review of the national and international literature, accompanied by a desk analysis, for the state of development of guidelines, recommendations and regional and / or local guidance documents (PDTA, etc.) considering the clinical and organisational problems associated with comorbidities.

CAPITOLO 15a
I potenziali benefici di una strategia di *Early Access* per i farmaci oncologici innovativi in Italia[1]

d'Errico M.[2], Polistena B.[2], Spandonaro F.[3]

15a.1. Premessa

Il progresso scientifico degli ultimi decenni e lo sviluppo di terapie innovative hanno creato possibilità eccezionali per i pazienti, soprattutto nell'ambito delle terapie oncologiche (Schilsky, Nass, Le Beau, & Benz, 2020).

La peculiarità di questi prodotti, in termini di evidenze cliniche ed erogazione, richiede accordi specifici tra produttori e *payer* al momento dell'autorizzazione al commercio e della distribuzione (Masini et al., 2021).

L'accesso al mercato di questi farmaci è fortemente regolamentato, e il processo di *Price & Reimbursement* (P&R) richiede tempi tecnici che necessariamente rallentano l'accesso al mercato dei nuovi farmaci dopo l'approvazione centralizzata da parte della *European Medical Agency* (EMA).

Considerando gli indubbi benefici apportati dai nuovi farmaci - in particolare da quelli innovativi – è necessario affrontare un *trade-off* tra tempistiche appropriate e accuratezza delle valutazioni, per cui molti paesi europei hanno promosso schemi di accesso anticipato (*Early access*, EA), volti principalmente a ridurre i tempi di accesso al mercato (Pang et al., 2019). L'Italia figura al quarto posto in Europa per quanto riguarda la "disponibilità di farmaci", ovvero il numero di farmaci disponibili per i pazienti, con 127 nuovi farmaci resi disponibili tra il 2017 e il 2020 (Newton et al., 2022), ma mostra un "tempo di disponibilità" medio, ovvero il tempo che intercorre tra l'autorizzazione all'immissione in commercio e l'accesso alla lista di rimborso, relativamente lungo, scendendo al 14° posto della classifica con un tempo medio di 429 giorni (Newton et al., 2022).

Questi dati sottolineano la rilevanza di valutare l'opportunità dell'introduzione di uno schema di Early Access (EA) anche in Italia. C.R.E.A. Sanità ha condotto uno studio al fine di valutare i potenziali benefici e le sfide derivanti dall'introduzione di una strategia di EA per i farmaci oncologici innovativi in Italia, mediante un'analisi volta alla stima dell'impatto economico causato dal ritardo nell'accesso alla terapia associato al processo di P&R in Italia (AIFA, 2022). Inoltre, sono state valutate le soluzioni di EA che potrebbero essere applicate in Italia alla luce del panorama politico europeo, con particolare attenzione all'accesso al mercato e al quadro normativo di P&R di Germania e Francia. In particolare, l'impatto della durata dei tempi tecnici di negoziazione per le terapie innovative in Italia è stato stimato determinando il numero di progressioni e di casi ricorrenti di tumore mammario, polmonare non a piccole cellule (NSCLC) e di melanoma, considerando l'intervallo che va dall'approvazione EMA alla pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale italiana, includendo i farmaci oncologici considerati innovativi al momento dell'analisi (22 dicembre 2021) (AIFA, 2021). I dati di efficacia sono stati ricavati dagli studi registrativi, mentre i casi di progressioni o recidive evitabili sono stati stimati considerando le misure di *progression-free survival (PFS), recurrence-free survival (RFS) o disease-free survival (DFS),* nonché il tempo di negoziazione effettivo registrato in Italia.

[1] Lo studio è stato reso possibile grazie alla collaborazione di MSD Italia
[2] Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità
[3] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

I costi totali relativi alla durata del processo di P&R sono stati stimati utilizzando la prospettiva del sistema sanitario nazionale italiano: i costi pro-capite attribuibili alle progressioni/recidive sono stati elaborati da valori desunti dalla letteratura e sono stati moltiplicati per il numero di progressioni o di casi ricorrenti che si presume si verifichino durante il processo di negoziazione di P&R in Italia. A causa della mancanza di evidenze desumibili dalla letteratura disponibile, i costi associati ai casi di progressione e di recidiva sono stati considerati uguali. Infine, le informazioni sulle strategie di EA già implementate in Europa (Germania e Francia) sono state identificate conducendo una revisione della letteratura, i cui risultati sono stati validati da due esperti del settore.

Tumore mammario

Per quanto concerne il tumore mammario, l'analisi ha evidenziato un guadagno annuale di PFS pari a +11,9% grazie all'uso di ribociclib in prima linea (Monaleesa2, Hortobagyi et al., 2016), effetto che si traduce in 4.058 progressioni evitabili ogni 12 mesi di ritardo nell'accesso, ovvero 5.884 progressioni nei 17,4 mesi di P&R in Italia. Per abemaciclib in prima linea, avendo stimato un guadagno di PFS a 1 anno del 17,0% (Monarch 3, Goetz et al., 2017), si stima un totale di 5.797 eventi evitabili all'anno, pari a 7.102 eventi considerando una durata di negoziazione di 14,7 mesi. Infine, nel setting adiuvante sarebbe possibile evitare 243 eventi all'anno grazie all'uso di trastuzumab emtansine (Katherine, von Minckwitz et al., 2019), ovvero 213 nei 10,5 mesi di negoziazione.

Considerando i costi attribuibili ai tempi tecnici di negoziazione, per le pazienti in progressione che ricevono ribociclib e abemaciclib l'analisi ha stimato un incremento rispettivamente di € 39,9 mln. (€ 27,5 mln. annui) e € 48,2 mln. (€ 39,4 mln. annui) rispetto alle pazienti che potrebbero avere accesso precoce a queste terapie. L'uso in EA di trastuzumab emtansine risulterebbe invece in un risparmio di € 1,4 mln. (€ 1,6 mln. annui).

Tumore del polmone non a piccole cellule

La maggior parte dei nuovi farmaci utilizzati nell'ambito del NSCLC sono terapie *target* mirate al controllo di specifiche alterazioni molecolari. alectinib e brigatinib sono stati considerati dall'AIFA come terapie innovative per il trattamento di prima linea del NSCLC ALK+. Il guadagno assoluto in PFS a 1 anno con alectinib è del 19,7% (ALEX, Peters et al., 2017), che risulta in 218 progressioni evitabili all'anno, ovvero 136 progressioni evitabili considerando il tempo di negoziazione italiano (7,5 mesi). Valori simili sono stati stimati per brigatinib (ALTA1L, Camidge et al., 2018), con 267 eventi evitabili all'anno e 186 eventi negli 8,4 mesi di negoziazione dopo l'approvazione EMA.

L'accesso precoce a osimertinib, che ha ricevuto lo status di innovazione per il NSCLC EGFR+, permetterebbe di evitare 843 malattie progressive all'anno e 1.265 progressioni nei mesi effettivi di negoziazione. L'ultima terapia innovativa inclusa nell'analisi per il NSCLC è rappresentata da pembrolizumab, indicato in combinazione con la chemioterapia per il trattamento di prima linea dei pazienti con PDL1+ <50% sia nel NSCLC non squamoso che in quello squamoso. Questo farmaco potrebbe evitare 1.296 casi di progressioni all'anno, pari a 1.663 casi nei 15, 4 mesi di P&R in Italia per i tumori non squamosi e 1.017 progressioni, pari a 1.822 casi nei 21,5 mesi di negoziazione, per l'istologia squamosa. Le progressioni associate ai costi più elevati sono state quelle potenzialmente evitabili con l'accesso anticipato a pembrolizumab (€ 20,5 mln.), seguite da osimertinib (€ 7,4 mln.), brigatinib (€ 1,1 mln-) e alectinib (€ 0,8 mln-). Replicando i calcoli su base annua, i pazienti in progressione che ricevevano alectinib e brigatinib hanno registrato rispettivamente un aumento di € 1,3 mln. e € 1,6 mln., mentre un trattamento con osimertinib comporterebbe un risparmio di € 5,0 mln.. Infine, l'utilizzo di pembrolizumab è stato associato a € 13,6 mln. potenzialmente evitabili.

Melanoma

La combinazione di dabrafenib e trametinib nel *setting* adiuvante dei casi di melanoma BRAF+, pembrolizumab e nivolumab sono le uniche terapie innovative elencate dall'AIFA per i pazienti affetti da melanoma. Considerando un valore di RFS del 32,0% (CombiAD, Long et al., 2017), sono state stimate 215 recidive annue evitabili per dabrafenib in combinazione con trametinib, ovvero 284 eventi evitabili considerando i 15,9 mesi di P&R in Italia. Per pembrolizumab (RFS = 14,4%) (KN054, Eggermont et al., 2018), sono state stimate 193 recidive. Per nivolumab, sono state stimate 130 recidive evitabili all'anno, e 182 eventi evitabili durante i 16,8 mesi di negoziazione, considerando i dati riportati nello studio clinico CM238 (Weber et al., 2017). I costi totali associati al melanoma in progressione trattato con dabrafenib e trametinib ammontano a € 10,4 mln. (€ 7,9 mln. annui), mentre € 7,1 mln. sono stati stimati per i 193 casi di recidiva potenzialmente prevenibili con l'accesso prece a pembrolizumab. Infine, € 6,7 mln. sono stati attribuiti ai casi prevenibili con l'accesso a nivolumab (€4,8 mln. annui).

15a.2. Riflessioni finali

Sebbene le elaborazioni qui presentate facciano riferimento solamente ad alcuni farmaci selezionati a titolo di esempio tra i farmaci innovativi approvati in Italia, esse appaiono sufficienti a descrivere il potenziale impatto di uno schema EA in Italia. I benefici di un programma di EA esteso a tutti i nuovi farmaci, o almeno a tutti i nuovi farmaci a cui viene riconosciuto lo status di "innovativo", sarebbero certamente superiori al beneficio complessivo qui presentato. D'altra parte, un limite dello studio consiste nell'aver considerato come finestra temporale per i calcoli l'intero periodo che va dall'approvazione EMA alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Considerando che anche l'introduzione di uno schema EA non potrebbe eliminare completamente alcune procedure amministrative (ad esempio, l'ottenimento del numero AIC, la spedizione e la distribuzione del medicinale), l'adozione di questa "*time frame*" potrebbe aver generato una sovrastima dei costi.

Nel complesso, questi risultati evidenziano l'importanza dello sviluppo di strategie efficaci per ridurre il tempo di disponibilità dei farmaci innovativi in Italia, nonostante il processo di P&R italiano appaia relativamente rapido rispetto ai valori medi riportati dai Paesi europei.

I risultati della revisione della letteratura hanno fornito una panoramica degli schemi di EA, almeno per i farmaci innovativi, adottati da Germania e Francia, che risultano aver implementato tali strategie senza un impatto significativo sulla sostenibilità economica complessiva dei loro sistemi sanitari. In particolare, in Germania tutti i farmaci entrano inizialmente sul mercato a un prezzo stabilito dal produttore; ad una iniziale valutazione dei benefici, segue la negoziazione del prezzo, condotta utilizzando elementi di valutazione sostanzialmente clinici (GKV-SV, 2022; IQWiG, 2022).

La Francia ha introdotto uno schema di EA in qualche modo sovrapponibile a quello tedesco, sebbene sia limitato ai farmaci innovativi per malattie gravi e rare (Albin et al., 2019; Schleich et al., 2019). Inoltre, lo schema francese prevede un meccanismo di *payback*, ovvero la restituzione della quota di fatturato attribuibile alla differenza tra il prezzo di lancio (deciso dal produttore) e quello successivamente negoziato, riducendo il problema della sostenibilità finanziaria ("Autorisation d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle", 2022). Si segnala inoltre che i potenziali sviluppi futuri in Germania includono la possibile riduzione della fase di *free-pricing*, con l'introduzione di un meccanismo di rimborso dopo il 6° mese.

Gli schemi EA attualmente implementati sono in linea con le aspettative dei pazienti - ovvero l'accesso "immediato" alle terapie 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, sembra essere ampiamente mitigato dall'introduzione del *pay-back* (e dalla previsione di una durata limitata della negoziazione).

Un punto di interesse, che necessiterà di ulteriori approfondimenti, è l'introduzione di un meccanismo di arbitrato *super partes*, come quello presente nella procedura tedesca AMNOG: l'arbitrato, escludendo le situazioni di *empasse*, potrebbe rappresentare una valida risposta ai rischi di impatti "negativi" sul potere negoziale delle agenzie regolatorie.

Le esperienze di Germania e Francia dimostrano, in definitiva, che è possibile disegnare schemi di EA che favoriscono un rapido accesso al mercato dei nuovi farmaci; tali schemi sono inoltre compatibili con la necessaria garanzia di sostenibilità finanziaria del sistema. L'eventuale preoccupazione delle autorità pubbliche per il rischio di una perdita di potere contrattuale in fase di negoziazione sembra affrontabile ricorrendo a processi di arbitrato.

Sebbene questi risultati non consentano di esprimere una valutazione conclusiva, essi sottolineano l'importanza di aprire un dibattito sul ruolo degli schemi EA nel processo di P&R, al fine di affrontare e supere il *trade-off* tra tempestività e accuratezza dei processi di P&R.

Riferimenti bibliografici

AIFA. (2021). Farmaci innovativi. Retrieved from https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi

AIFA. (2022). Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel quadriennio 2018-2021. Retrieved from

Albin, N., Chassagnol, F., & Bergmann, J. F. (2019). Early access to health products in France: Major advances of the French "Conseil stratégique des industries de santé" (CSIS) to be implemented (modalities, regulations, funding). Therapie, 74(1), 103-117. doi:10.1016/j.therap.2018.12.002

Autorisation d'accès précoce aux médicaments: doctrine d'évaluation de la HAS. (2021). Haute autorité de santé Retrieved from https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/acces_precoces_-_doctrine.pdf

Camidge DR, Kim HR, Ahn MJ, et al. Brigatinib versus Crizotinib in ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2018 Nov 22;379(21):2027-2039

Chu, C., Barbou des Courières, S., Fournier, K., Kelley, S., Bay, J. O., & Gadeyne, M. (2022). [Reform of early access to medicinal products in France]. Bull Cancer, 109(1), 20-22. doi:10.1016/j.bulcan.2021.11.008

Eggermont AMM, Blank CU, Mandala M, et al. Adjuvant Pembrolizumab versus Placebo in Resected Stage III Melanoma. N Engl J Med. 2018 May 10;378(19):1789-1801

Gandhi L, Rodríguez-Abreu D, Gadgeel S, et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2018 May 31;378(22):2078-2092

GKV-SV. (2022). Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V 2022 Retrieved from https://gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/ebv_nach_130b.jsp;jsessionid=21019DC2871E0F23466AC94F2ABC8DEE?pageNo=9&submitted=true&sort=company&descending=1&searchterm=Suchbegriff+eingeben&status=Alle&specialFeature=&additionalInformation

Goetz MP, Toi M, Campone M, et al. MONARCH 3: abemaciclib as initial therapy for advanced breast cancer. J Clin Oncol. 2017;35(32):3638-3646

Hortobagyi GN, Stemmer SM, Burris HA, et al. Ribociclib as first-line therapy for HR-positive, advanced breast cancer. N Engl J Med. 2016;375(18):1738-1748

IQWiG. (2022). Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Arzneimittel-Zulassung und frühe Nutzenbewertung in Deutschland 2022. Retrieved from https://www.iqwig.de/presse/im-fokus/neue-arzneimittel-zulassung-nutzenbewertung-erstattung/1-arzneimittel-zulassung-und-fruehe-nutzenbewertung-in-deutschland/

Leeneman, B., Schreuder, K., Uyl-de Groot, C. A., van Akkooi, A. C. J., Haanen, J., Wakkee, M., . . . Louwman, M. W. J. (2021). Stage-specific trends in incidence and survival of cutaneous melanoma in the Netherlands (2003-2018): A nationwide po-

pulation-based study. Eur J Cancer, 154, 111-119. doi:10.1016/j.ejca.2021.06.007

Long GV, Hauschild A, Santinami M, et al. Adjuvant Dabrafenib plus Trametinib in Stage III BRAF-Mutated Melanoma. N Engl J Med. 2017 Nov 9;377(19):1813-1823

Martinalbo, J., Bowen, D., Camarero, J., Chapelin, M., Démolis, P., Foggi, P., . . . Pignatti, F. (2016). Early market access of cancer drugs in the EU. Ann Oncol, 27(1), 96-105. doi:10.1093/annonc/mdv506

Masini, C., Gallegati, D., Gentili, N., Massa, I., Ciucci, R., & Altini, M. (2021). The Challenge of Sustainability of High-Cost Oncological Drugs: A Budgeting Model in an Italian Cancer Center. Int J Environ Res Public Health, 18(24). doi:10.3390/ijerph182413413

Paz-Ares L, Luft A, Vicente D, et al Pembrolizumab plus Chemotherapy for Squamous Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2018 Nov 22;379(21):2040-2051

Pang, H., Wang, M., Kiff, C., Soni, M., Stein, D., & Tyas, D. (2019). Early Access to Medicines Scheme: real-world data collection. Drug Discov Today, 24(12), 2231-2233. doi:10.1016/j.drudis.2019.06.009

Peters S, Camidge DR, Shaw AT, et al. Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2017 Aug 31;377(9):829-838

Schilsky, R. L., Nass, S., Le Beau, M. M., & Benz, E. J., Jr. (2020). Progress in Cancer Research, Prevention, and Care. N Engl J Med, 383(10), 897-900. doi:10.1056/NEJMp2007839

Soria JC, Ohe Y, Vansteenkiste J, et al. Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 2018 Jan 11;378(2):113-125

von Minckwitz G, Huang CS, Mano MS, et al. Trastuzumab Emtansine for Residual Invasive HER2-Positive Breast Cancer. N Engl J Med. 2019 Feb 14;380(7):617-62

Weber J, Mandala M, Del Vecchio M, et al. Adjuvant Nivolumab versus Ipilimumab in Resected Stage III or IV Melanoma. N Engl J Med. 2017 Nov 9;377(19):1824-1835

ENGLISH SUMMARY

The potential benefits of an Early Access strategy for innovative oncology drugs in Italy

The advent of innovative therapies and precision medicine opened up new opportunities in clinical practice, often determining a turning point in the treatment of severe and life-threatening diseases. Considering the clinical impact of these therapies, policy makers try to balance timely access and thorough clinical assessment, the latter often hindered by the correct evaluation of the clinical endpoints that characterise innovative medicine. While many countries in Europe have promoted early access schemes, aiming to improve the technical time of negotiation, Italy does not yet display a consolidated early access strategy. Therefore, C.R.E.A. Sanità aimed to assess the clinical and economic impact of the technical time of negotiation in Italy, focusing on innovative cancer drugs and the solutions developed in Europe to guarantee early access.

For this purpose, a study that combined a statistical analysis and a literature review, was performed to assess the clinical and economic impact of delayed access to therapy for breast cancer, non-small cell lung cancer (NSCLC), and melanoma, and information on early access solutions developed in Europe was gathered, later focusing on Germany and France. Direct healthcare costs were considered for the analysis, adopting the Italian national or regional healthcare system perspective.

The technical time needed for completing the negotiations for the considered innovative breast cancer therapies in Italy potentially determines 213 recurrences, and an average of 6,493 progressions. For NSCLC, up to 3,485 progressions could be potentially prevented considering the innovative medicines currently available (up to 2,313 on a per year basis), while up to 284 melanoma recurrences (215 on a per year basis) could be potentially prevented by granting early access to one of the innovative therapeutic options. In economic terms, potentially preventable cases generate significant avoidable costs in the Italian setting. The analysis highlighted up to € 48.2 million preventable for breast cancer with an early access to innovative drugs such as abemaciclib, ribociclib, or trastuzumab emtansine. In the NSCLC setting, the highest preventable costs were associated with pembrolizumab (€ 20.5 mln) and osimertinib (€ 7.4 million). Similarly, significant potential savings could result by granting melanoma patients a timely access to innovative medicines such as dabrafenib and trametinib (€ 10.4 million), pembrolizumab (€ 7.1 million), or nivolumab (€ 6.7 million).

The literature review allowed to identify and describe the early access strategies currently implemented in Germany and France, information that was later validated and integrated by two field experts. Currently, both Germany and France present an early access scheme, the latter combining a free-pricing period and a payback mechanism that could serve as a basis for developing an Italian early access strategy. Although these results do not allow to express a conclusive assessment, these findings supported the assessment of the potential human and economic costs of the present technical time of negotiation in Italy and highlighted the need to open a debate on the opportunity to improve early access schemes in Italy, following the experience of other European countries.

CAPITOLO 15b
La gestione delle multi-cronicità: revisione sistematica delle indicazioni disponibili

15b.1. Premessa

C.R.E.A. Sanità ha sviluppato un progetto deputato ad individuare linee guida, raccomandazioni e Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) (regionali o sub regionali) di patologia, nei quali vengono prese in considerazione anche altre patologie concomitanti e/o le condizioni dei pazienti "complessi" (polipatologici, fragili, anziani oncologici, etc.) e quindi realizzare delle sinossi delle loro strutture e dei relativi contenuti.

L'interesse per il tema nasce dalla constatazione della rilevanza del fenomeno della cronicità e alla necessità, all'interno di questa, di dare risposte mirate in base alla complessità dei pazienti.

La cronicità è infatti una condizione ormai molto diffusa, data la crescente età media della popolazione italiana.

Ad esempio, secondo i dati del Rapporto Osservasalute (Università Cattolica), in Italia, nel 2018 (ultimo dato disponibile), le malattie croniche interessano quasi il 41% della popolazione, cioè quasi 24,6 milioni di italiani; di questi circa il 52,8% (13 milioni) soffre di almeno due patologie croniche.

A livello regionale, la prevalenza più elevata di soggetti con almeno una malattia cronica, si registra in Umbria con il 47,8% della popolazione; in questa Regione si registrano le prevalenze più elevate di ipertensione (22,4%), bronchite cronica (7,8%), malattie del cuore (5,1%) e disturbi nervosi, (6,6%). In Sardegna si registra la prevalenza maggiore di artrosi e osteoporosi, 21,7% e 12,4%. La P.A. di Bolzano presenta, al contrario, la prevalenza di cronicità più bassa (32,7%).

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, in una prima fase, è stata effettuata una revisione sistematica della letteratura, ufficiale e grigia, integrata da un'analisi *desk*, che ha previsto l'individuazione di linee guida/raccomandazioni internazionali, seguita dall'individuazione di quelle italiane ed infine dall'individuazione di PDTA e documenti d'indirizzo, regionali o di area vasta.

Nella seconda fase è stata effettuata una analisi di linee guida e raccomandazioni prodotte dalle società scientifiche, e pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare, sono state individuate quelle contenenti nei *full text* le seguenti parole chiave:

- multimorbidità, multimorbilità, multimorbosità (multimorb)
- comorbidità, comorbilità, comorbosità (comorb)
- condizioni/malattie croniche (croniche)
- polipatologia, politerapia (polipat, politer)
- diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia, BPCO, obesità, ipertensione, dislipidemia, insufficienza renale.

Nella terza ed ultima fase sono stati ricercati e analizzati i PDTA regionali o di area vasta riportati sui i siti *web* istituzionali (nazionali e regionali); nello specifico sono stati ricercati i seguenti sinonimi: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali; Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale; Percorsi assistenziali integrati; Percorsi di cura; percorsi clinici integrati; percorso clinico-assistenziale; Profilo Integrato di Cura (PIC); Percorso Integrato di Cura (PIC); Percorso (clinico) diagnostico terapeutico assistenziale Sociale (PDTAS); Percorso Clinico Assistenziale e Sociale.

Successivamente, sono state ricercate all'interno dei singoli documenti le seguenti parole chiave

- "cronic" (che consente di individuare le seguenti parole: cronico, cronici, cronica, croni-

che, cronicità)
- "fragil" (che consente di individuare le seguenti parole: fragile, fragili, fragilità)
- "compless" (che consente di individuare le seguenti parole: complesso, complessi, complessità)
- "morb" (che consente di individuare le seguenti parole: comorbilità, comorbidità, comorbosità, co-morbilità, co- morbidità, co-morbosità, multimorbilità, multimorbidità, multimorbosità, etc)
- "diabete"
- "insufficienza"
- "scompenso".

Sulla base delle analisi condotte, si è proceduto a costruire delle tavole sinottiche, distinte per livello di evidenza (linee guida/raccomandazioni internazionali; linee guida italiane e PDTA/Raccomandazioni regionali e di Area Vasta), contenenti informazioni su:
- numero di co-patologie gestite, per tipo di branca specialistica
- tipo di fragilità o co-patologie per le quali è previsto un *focus* ad hoc nella gestione del paziente, per tipo di branca specialistica
- fasi di gestione per le quali è previsto un *focus* sulla fragilità o co-patologia, per tipo di branca specialistica.

15b.2. Risultati principali

Sono stati rinvenuti 1.863 lavori pubblicati, 47 linee guida e 560 atti di indirizzo regionali o PDTA/PIC/PDT.

Tra i primi lo 0,5% (9) contiene in titolo e/o *abstract* un *focus* su pazienti fragili o comorbidi; tra i secondi, il 40,4% (19), tra i terzi il 22,5% (126).

A seguito della selezione per titolo e *abstract*, sono stati selezionati 44 lavori, per i quali si è proceduto con la lettura del *full text*. Di questi il 20,5% (9) sono risultati relativi a pazienti "complessi" (polipatologici, fragili, anziani oncologici, etc.).

Per quanto concerne le linee guida e le raccomandazioni prodotte dalle società scientifiche, e pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità, risultano 47 eleggibili secondo i criteri adottati.

Nelle linee guida selezionate, la fase di gestione della patologia per la quale è previsto un *focus* su cronicità/comorbidità è soprattutto la terapia (14; 73,7% delle linee guida selezionate), seguono diagnosi (2; 10,5%) e prevenzione (2; 10,5%)

Il *focus* sulla cronicità nella fase di terapia riguarda le linee guida relative ad oncologia, ematologia, fragilità, diabetologia, angiologia, infettivologia, psichiatria: rispettivamente il 26,3%, 10,5%, 5,2%, 5,2%, 5,2%, 5,2% e 5,2% del totale delle linee guida selezionate.

Il *focus* sulla cronicità in fase di diagnosi interessa soprattutto l'ortopedia e la fragilità in generale (5,3% e 5,3% rispettivamente delle linee guida selezionate); se ne parla nella fase di prevenzione nelle linee guida ortopediche e vascolari (5,3% e 5,3% rispettivamente delle linee guida selezionate).

Mediante l'analisi dei siti *web* istituzionali di Regioni e Agenzie regionali sono stati reperiti ulteriori 6 documenti di indirizzo associati a pazienti con polipatologie (fragili o comorbidi):
- 1 (16,6%) è associato a pazienti "complessi" (comorbidi/fragili)
- 5 (83,4%) hanno *focus* su comorbidità/cronicità

Fra i PDTA il 21,4% (120) rinvenuti ha un *focus* su pazienti fragili o comorbidi:
- 3 (2,5% del totale dei selezionati) sono relativi alla gestione di pazienti fragili o comorbidi
- 117 (97,5%) hanno un *focus* su patologie croniche concomitanti.

15b.3. Riflessioni finali

In sintesi, nonostante la crescita dell'età media della popolazione e quindi dell'incidenza delle polipatologie (cronicità, fragilità, etc.), dall'analisi effettuata è emerso una attenzione ancora limitata verso la gestione di comorbidità, fragilità e polipatologia in generale, tanto nelle linee guida internazionali e nazionali, quanto nei documenti di indirizzo, ed anche nei PDTA regionali o di area vasta.

Laddove presente il *focus* riguarda la comorbidità in generale; a seguire troviamo un *focus* sul diabete e sullo scompenso cardiaco; solo raramente sono invece attenzionate l'ipertensione e l'insufficienza renale.

Il *focus* interessa soprattutto la fase terapeutica, seguita da quella diagnostica e di *screening*.

Tali evidenze, congiuntamente alle previsioni demografiche dei prossimi anni, fanno quindi emergere l'esigenza di introdurre strumenti che istituzionalizzino l'inserimento di questi *focus* nella fase di realizzazione delle linee guida, delle raccomandazioni, dei PDTA; in relazione a questi ultimi, appare opportuno sistematizzarne la struttura affinché possano rappresentare dei veri e propri strumenti operativi per il trattamento dei pazienti con comorbidità, alla luce delle risorse organizzative disponibili negli specifici contesti locali. Inoltre, sarebbe auspicabile che la struttura di questi PDTA sia anche di ausilio ai pazienti a fini informativi, sia riguardanti il percorso prettamente sanitario sia i diritti in ambito sociale.

ENGLISH SUMMARY

The management of multi-chronicity: systematic review of available indications

Despite the growth in the average age of the population and therefore in the incidence of polypathologies (chronicity, frailty, etc.), the analysis carried out showed that there was still limited attention to the management of comorbidities, frailty and polypathology in general, both in international and national guidelines, as well as in the guidance documents, and also in regional or large-area diagnostic-therapeutic care pathways.

Where present, the focus is on comorbidity in general; Following we find a focus on diabetes and heart failure; Hypertension and renal failure are rarely monitored.

The focus is mainly on the therapeutic phase, followed by the diagnostic and screening phases.

These evidences, together with the demographic forecasts for the coming years, therefore highlight the need to introduce tools that institutionalize the inclusion of these focuses in the implementation phase of the guidelines, recommendations, PDTA; In relation to the latter, it seems appropriate to systematize their structure so that they can represent real operational tools for the treatment of patients with comorbidities, in the light of the organizational resources available in specific local contexts. In addition, it would be desirable that the structure of these PDTA is also of help to patients for information purposes, both concerning the purely health path and rights in the social sphere.

The focus is mainly on the therapeutic phase, followed by the diagnostic and screening phases.

These evidences, together with the demographic forecasts for the coming years, therefore highlight the need to introduce tools that institutionalize the inclusion of these focuses in the implementation phase of the guidelines, recommendations, PDTA; In relation to the latter, it seems appropriate to systematize their structure so that they can represent real operational tools for the treatment of patients with comorbidities, in the light of the organizational resources available in specific local contexts. In addition, it would be desirable that the structure of these PDTA is also of help to patients for information purposes, both concerning the purely health path and rights in the social sphere.

Capitolo 16

L'impatto del COVID sulla non autosufficienza degli anziani

The COVID impact on non-self-sufficient elderly people

English Summary

CAPITOLO 16
L'impatto del COVID sulla non autosufficienza degli anziani

Polistena B.[1], Cassa R.[2], Santurri P.[3], Spandonaro F.[4]

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta vivendo un momento topico, segnato dall'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che dovrebbe permettere una profonda trasformazione/evoluzione del sistema sanitario, nel senso di un rafforzamento dell'assistenza primaria.

Da questo punto di vista, appare essenziale evolvere la capacità di presa in carico del SSN nei confronti della cronicità e, quindi, in generale dei bisogni degli anziani.

C.R.E.A. Sanità, quindi, ha ritenuto che fosse opportuno, verificare "l'eredità" che la pandemia ci ha lasciato in termini autosufficienza degli anziani; analisi che si sviluppa in continuità con quella svolta lo scorso anno, ad oggetto le attese espresse dalla popolazione italiana nei confronti del SSN.

Con l'obiettivo descritto, C.R.E.A. Sanità ha promosso una *survey*, su un campione di 597 individui anziani, rappresentativo della popolazione italiana *over* 75.

Le variabili di definizione del piano di campionamento sono state:

- genere:
  - maschi (39,9%)
  - femmine (60,1%)
- classi di età:
  - 75-79 anni (37,7%)
  - 80 anni e più (62,3%)
- ripartizione geografica di residenza:
  - Nord-Ovest (28,1%)
  - Nord-Est (19,8%)
  - Centro (20,8%)
  - Sud ed Isole (31,3%)
- classe di ampiezza demografica dei comuni oggetto di indagine
  - fino a 30 mila abitanti (52,3%)
  - 30-100 mila abitanti (20,9%)
  - oltre 100 mila abitanti (26,8%).

Il questionario, data la finalità e il *target* a cui è destinato, è stato predisposto cercando di perseguire la massima semplicità delle domande: in questa ottica, ci si è limitati a 10 domande chiuse, con risposte circoscritte nell'ambito di *item* predefiniti, oltre l'indicazione dei dati socio-strutturali di identificazione dei soggetti di analisi.

Nell'allegato 1 è riportato il questionario completo.

L'indagine è stata realizzata per via telefonica, con il ricorso alla tecnica CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*). Tale metodologia consente di effettuare controlli logici in tempo reale, limitando in tal modo il numero di errori ed anomalie nel corso dell'effettuazione delle attività di rilevazione.

Per raggiungere le 597 risposte è stata necessaria la realizzazione complessiva di 1.306 contatti telefonici, considerando i questionari validati, i rifiuti interposti dai soggetti contattati e i contatti privi di esito positivo perché non rispondenti ai criteri di campionamento, ivi comprese quelle connesse con il raggiungimento delle quote previste nel piano di campionamento.

La *survey* è stata elaborata attraverso tecniche di statistica descrittiva.

[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
[2] Ricercatore socio-economico, Responsabile modelli informatici ed elaborazioni statistiche
[3] Ricercatore socio-economico, Responsabile Indagini di campo, attività di analisi e documentazione sociologica
[4] Università Telematica San Raffaele, C.R.E.A. Sanità

16.1. Principali risultati

In primis è stato chiesto all'intervistato se vivesse solo o in compagnia di uno o più familiare o di un/a badante.

Quasi l'83% del campione ha dichiarato di vivere in compagnia (69,4% con un familiare e 13,2% con persona esterna al nucleo familiare) mentre il restante 17% circa vive solo (Tabella 16.1.).

A vivere in compagnia sono più i maschi che le femmine (85,7% vs 80,5%) mentre non sembrano esserci differenze importanti in termini di classi di età.

Analizzando il dato per ripartizione geografica (Tabella 16.2.) emerge come i residenti del Nord-Ovest vivano più frequentemente soli rispetto a quelli delle altre ripartizioni ma, soprattutto, rispetto a quella del Meridione (25,0% vs 11,2%). Analogamente nei grandi Comuni la quota di persone sole è maggiore rispetto a quella dei residenti in piccoli comuni (20,6% vs 17,0%).

Gli anziani intervistati si dividono pressoché equamente tra quelli che hanno ormai ripreso ad uscire con la stessa frequenza di prima dell'inizio della pandemia e quelli che trascorrono più tempo in casa (50,4% vs 49,6%). Il trascorrere più tempo in casa è più frequente tra le donne che tra gli uomini, ma soprattutto per gli *over* 80: il 63,1% dei più anziani, infatti, dichiara di trascorrere più tempo in casa (Tabella 16.3).

Analizzando il dato per ripartizione geografica e dimensione del Comune di residenza (Tabella 16.4.) si osserva come il fatto di rimanere di più a casa è più diffuso tra i residenti delle Regioni del Meridione e del Nord-Est rispetto al Centro e al Nord-Ovest e nei piccoli Comuni (53,0% degli abitanti nei Comuni fino a 30 mila persone vs il 42,8% nei Comuni di oltre 100 mila persone).

Tabella 16.1. Tipologia di famiglia e/o convivenza per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Solo	17,4	14,3	19,5	16,9	17,7
Con un familiare	69,4	75,6	65,2	80,0	62,9
Con una persona esterna al nucleo familiare	13,2	10,1	15,3	3,1	19,4

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.2. Tipologia di famiglia e/o convivenza per ripartizione geografica e ampiezza dei comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Solo	25,0	17,8	16,1	11,2	17,0	14,4	20,6
Con un familiare	55,4	73,7	75,0	75,4	68,9	73,6	66,9
Con una persona esterna al nucleo familiare	19,6	8,5	8,9	13,4	14,1	12,0	12,5

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.3. Tempo trascorso in casa pre/post-COVID per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
No, continuo ad uscire con la stessa regolarità	50,4	57,8	45,6	72,6	36,9
Si, esco meno	49,6	42,2	54,4	27,4	63,1

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.4. Tempo trascorso in casa pre/post-COVID per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
No, continuo ad uscire con la stessa regolarità	56,5	48,7	56,1	42,2	47,0	50,4	57,2
Si, esco meno	43,5	51,3	43,9	57,8	53,0	49,6	42,8

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.5. Motivazioni del trascorrere più tempo in casa per genere e età. Valori %*

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Ho meno voglia di fare le cose	35,8	38,5	34,4	39,7	34,8
Mi sento ansioso nel contatto con gli altri	45,8	45,8	45,8	65,5	40,9
È peggiorato il mio stato di salute	59,4	51,0	63,5	20,7	69,1
Non ho più qualcuno che mi accompagni fuori casa per svolgere le mie attività quotidiane	5,9	6,3	5,7	5,2	6,1

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.6. Motivazioni del trascorrere più tempo in casa per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori % *

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Ho meno voglia di fare le cose	47,2	35,1	29,6	31,4	42,4	33,9	22,1
Mi sento ansioso nel contatto con gli altri	43,1	52,6	55,6	39,0	49,4	35,5	47,1
È peggiorato il mio stato di salute	54,2	56,1	63,0	62,9	51,9	61,3	75,0
Non ho più qualcuno che mi accompagni fuori casa per svolgere le mie attività quotidiane	6,9	5,3	7,4	4,8	5,1	9,7	4,4

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.7. Livello di peggioramento dello stato di salute per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Un pò	20,2	22,4	19,3	18,2	20,4
Abbastanza	60,8	55,2	63,1	63,6	60,5
Molto	19,0	22,4	17,6	18,2	19,1

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

A coloro che hanno dichiarato di passare più tempo in casa rispetto all'epoca pre-COVID è stato chiesto il motivo di tale scelta. Il 59,8% del campione ha dichiarato che la motivazione è legata al peggioramento dello stato di salute; il 45,8% ha espresso l'ansia di avere contatti con gli altri; il 35,8% ha dichiarato di avere meno voglia di fare le cose e circa il 6,0% di non avere nessuno che lo accompagni.

Non si registrano importanti differenze di genere, mentre appare comprensibilmente più significativo il peggioramento dello stato di salute per gli *over* 80. Si può ipotizzare che la forzata sedentarietà durante il periodo del *lockdown* abbia contribuito negativamente in tal senso (Tabella 16.5.).

Il senso di ansia e il peggioramento delle condizioni di salute sembrano essere maggiori nel Centro

e nel Sud del Paese, così come nei Comuni di grandi dimensioni (Tabella 16.6.).

Per quanto concerne il peggioramento dello stato di salute, circa il 60% del campione dichiara che è peggiorato "abbastanza". Coloro che dichiarano un peggioramento importante sono più i maschi rispetto alle femmine e gli *over* 80 (Tabella 16.7.).

Le condizioni di salute sembrano essere peggiorate maggiormente tra i residenti del Nord-Ovest e del Meridione oltre che dei Comuni di grandi dimensioni (Tabella 16.8.).

Il 64,4% del campione dichiara che prima del COVID non aveva necessità di chiedere aiuto ad amici e parenti (Tabella 16.9.), tale quota supera il 70% per i maschi e l'88% nella classe di età 75-79: comprensibilmente la quota di persone che non richiedevano aiuto anche in epoca pre-COVID era maggiore (49,6%) di quelli nella classe *over* 80.

Il 64,4% del campione dichiara che prima del COVID non aveva necessità di chiedere aiuto ad amici e parenti (Tabella 16.9.), tale quota supera il 70% per i maschi e l'88% nella classe di età 75-79: comprensibilmente la quota di persone che non richiedevano aiuto anche in epoca pre-COVID era maggiore (49,6%) di quelli nella classe *over* 80.

Il 67,0% di coloro che già richiedevano aiuto in epoca pre-COVID hanno dichiarato di aver aumentato tale richiesta a seguito del COVID. Coerentemente con quanto osservato precedentemente tale aumento è maggiore per le donne e per gli *over* 80 (Tabella 16.10.).

Tabella 16.8. Livello di peggioramento dello stato di salute per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori % *

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Un pò	8,1	31,3	26,5	18,5	22,8	23,7	13,7
Abbastanza	73,0	53,1	58,8	58,4	59,5	57,9	64,7
Molto	18,9	15,6	14,7	23,1	17,7	18,4	21,6

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.9. Richiesta aiuto ad amici e parenti prima del COVID per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Si	35,6	29,8	39,4	11,5	50,4
No	64,4	70,2	60,6	88,5	49,6

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.10. Aumento richiesta di aiuto da parte di coloro che già ne chiedevano per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Si	67,0	58,6	71,1	38,5	71,0
No	33,0	41,4	28,9	61,5	29,0

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.11. Richiesta aiuto ad amici e parenti prima del COVID per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Si	28,4	31,1	29,0	49,5	32,2	40,3	38,8
No	71,6	68,9	71,0	50,5	67,8	59,7	61,2

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

La richiesta di aiuto ad amici e parenti sembra più diffusa già in epoca pre-COVID nel Sud (Tabella 16.11.).

Coerentemente tale richiesta di aiuto è aumentata al Sud ma anche in maniera importante nel Nord-Est (Tabella 16.12.).

In media un terzo di coloro che non necessitavano di supporto prima della pandemia ne hanno bisogno dopo e tale fenomeno è più diffuso per le donne, per la popolazione più anziana e per i residenti nel Meridione (Tabella 16.13., Tabella 16.14.).

Le attività per cui gli anziani hanno maggiormente bisogno di supporto sono quelle legate alle attività necessarie al di fuori dell'ambiente domestico: spesa, lavoro, portare fuori il cane (per cui chiedono il supporto oltre il 75% degli intervistati), ma anche attività di tipo sanitario: per cui chiede supporto circa la metà del campione (Tabella 16.15.). Tali necessità appaiono quelle prevalenti indipendentemente dal genere, dall'età e dal luogo di residenza (Tabella 16.16.).

Tabella 16.12. Aumento richiesta di aiuto post COVID da parte di coloro che già lo chiedevano per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Si	46,8	75,7	55,6	78,3	63,4	70,0	70,5
No	53,2	24,3	44,4	21,7	36,6	30,0	29,5

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.13. Richiesta aiuto ad amici e parenti post-COVID da parte di coloro che non ne necessitavano prima per genere ed età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Si	25,5	19,8	30,0	14,4	37,7
No	74,5	80,2	70,0	85,6	62,3

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.14. Richiesta aiuto ad amici e parenti post-COVID da parte coloro che non necessitavano per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Si	22,5	25,6	21,6	33,0	23,6	29,7	26,5
No	77,5	74,4	78,4	67,0	76,4	70,3	73,5

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.15. Motivazione per cui si chiede supporto per genere ed età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Assistenza personale	41,2	37,5	43,1	31,0	45,6
Uscire per fare una passeggiata	42,3	37,5	44,6	31,0	47,1
Attività quotidiane (spesa, lavoro, cane, pulizie di casa)	76,3	68,8	80,0	72,4	77,9
Attività di tipo sanitario (farmacia, fisioterapia etc.)	50,5	40,6	55,4	48,3	51,5
Attività sociali (messa, centro anziani, visite ad amici o parenti etc)	20,6	31,3	15,4	17,2	22,1

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando il ricorso ai servizi sanitari durante la pandemia emerge come quasi la metà del campione (46,2%) sia stato monitorato per la sua patologia, ma con tempistiche più lunghe rispetto al consueto: solo per il 16,7% degli intervistati il monitoraggio è avvenuto con regolarità, ma per il 14,4% non è stato possibile accedere ai servizi, l''8,0% non si è recato presso le strutture per paura di essere contagiato e nel 5,2% dei casi il monitoraggio è avvenuto ma con personale differente. Si tenga conto che il 9,5% degli intervistati dichiara di non soffrire di patologie (Tabella 16.17.). Le femmine dichiarano di aver avuto maggiori difficolta ad accedere ai servizi rispetto agli uomini (16,1% vs 11,8%).

Le difficoltà di accesso sono state riscontrate in maniera molto più consistente tra i residenti nel Meridione: 29,4% vs valori inferiori all'11% nelle altre ripartizioni (Tabella 16.18.).

Per quel che concerne la spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione questa è aumentata per il 46% circa del campione e solo per l'1,5% diminuita.

La spesa è aumentata più nel Meridione che nelle altre ripartizioni: si va da un massimo di 60,4% dei residenti al Sud a un minimo del 29,3% al Nord-Ovest.

Il 22,6% degli intervistati, già prima del COVID, sosteneva privatamente spese per assistenza sociale (ad esempio per la badante), e tale spesa era più elevata tra gli *over* 80.

La spesa appare più frequente al Sud, dove il 32,1% dei residenti spende per assistenza sociale contro un minimo del 16,9% dei residenti al Centro (Tabella 16.22.).

Tra coloro che consumavano per assistenza sociale già in epoca pre-COVID, il 46,9% ha aumentato la spesa mentre per il restante 53,1% è rimasta invariata. Non si osservano particolari differenze di genere, mentre, per età si nota come il 68,7% di quelli tra i 75 e 79 anni non hanno aumentato la loro spesa, mentre tale valore scende al 50,9% per gli *over* 80.

Analogamente a quanto avvenuto per la spesa sanitaria anche per la spesa sociale questa è aumentata maggiormente nelle Regioni del Sud e nei Comuni di media dimensione (Tabella 16.24.)

Tabella 16.16. Motivazione per cui si chiede supporto per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Assistenza personale	37,0	33,3	26,3	60,0	46,9	36,4	34,6
Uscire per fare una passeggiata	51,9	33,3	47,4	36,7	34,7	54,5	46,2
Attività quotidiane (spesa, lavoro, cane, pulizie di casa)	70,4	81,0	78,9	76,7	67,3	77,3	92,3
Attività di tipo sanitario (farmacia, fisioterapia etc.)	48,1	47,6	47,4	56,7	40,8	45,5	73,1
Attività sociali (messa, centro anziani, visite ad amici o parenti etc.)	22,2	4,8	26,3	26,7	22,4	27,3	11,5

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.17. Monitoraggio di eventuali patologie di cui è affetto durante il periodo COVID per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Non soffro di patologie	9,5	9,2	9,7	21,1	2,4
Il monitoraggio è avvenuto con regolarità	16,7	18,1	15,8	13,7	18,6
Il monitoraggio è avvenuto ma con tempistiche più lunghe rispetto a prima del COVID	46,2	48,7	44,5	41,0	49,4
Il monitoraggio è avvenuto con regolarità ma con personale differente	5,2	4,2	5,8	4,0	5,9
Non ho potuto avere accesso ai monitoraggi	14,4	11,8	16,1	12,3	15,6
Non mi sono voluto recare presso strutture sanitarie per paura di contagio	8,0	8,0	8,1	7,9	8,1

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.18. Monitoraggio di eventuali patologie di cui è affetto durante il periodo COVID per ripartizione geografica ed ampiezza dei Comuni

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Non soffro di patologie	14,9	10,9	8,1	4,8	11,5	6,4	8,1
Il monitoraggio è avvenuto con regolarità	23,2	21,0	19,4	6,4	18,5	14,4	15,0
Il monitoraggio è avvenuto ma con tempistiche più lunghe rispetto a prima del COVID	38,6	43,0	53,9	49,8	39,3	49,6	56,8
Il monitoraggio è avvenuto con regolarità ma con personale differente	4,2	5,0	7,3	4,8	5,1	6,4	4,4
Non ho potuto avere accesso ai monitoraggi	6,0	10,9	6,5	29,4	16,0	16,8	9,4
Non mi sono voluto recare presso strutture sanitarie per paura di contagio	13,1	9,2	4,8	4,8	9,6	6,4	6,3

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.19. Variazione della spesa sanitaria sostenuto per la Sanità nel periodo COVID per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Rimasta invariata	52,6	55,0	50,9	62,1	46,6
Aumentata	45,9	43,3	47,7	37,0	51,5
Diminuita	1,5	1,7	1,4	0,9	1,9

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.20. Variazione della spesa sanitaria sostenuto per la sanità nel periodo COVID per ripartizione geografica ed ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Rimasta invariata	67,0	50,9	54,8	39,1	52,8	50,4	53,7
Aumentata	29,3	48,3	44,4	60,4	45,9	48,0	44,4
Diminuita	3,7	0,8	0,8	0,5	1,3	1,6	1,9

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.21. Spese per assistenza sociale (badante etc.) sostenute in epoca pre-COVID per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Si	22,6	20,1	24,2	7,1	32,0
No	77,4	79,9	75,8	92,9	68,0

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.22. Spese per assistenza sociale (badante etc.) sostenute in epoca pre-COVID ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Si	19,6	17,6	16,9	32,1	19,5	21,6	29,4
No	80,4	82,4	83,1	67,9	80,5	78,4	70,6

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.23. Andamento della spesa sociale per coloro che la sostenevano per genere e età. Valori %

Risposta	Tot.	M	F	75-79	80+
Rimasta invariata	53,1	52,2	53,6	68,7	50,9
Aumentata	46,9	47,8	46,4	31,3	49,1

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 16.24. Andamento della spesa sociale per coloro che la sostenevano per ripartizione geografica e ampiezza dei Comuni. Valori %

Risposta	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 30 mila	30-100 mila	Oltre 100 mila
Rimasta invariata	85,7	61,9	66,7	30,0	71,4	29,6	44,7
Aumentata	14,3	38,1	33,3	70,0	28,6	70,4	55,3

Fonte: *survey* - © C.R.E.A. Sanità

16.2. Riflessioni finali

L'universo di riferimento oggetto di analisi è costituito dal totale della popolazione residente sul territorio nazionale in età pari o superiore alla soglia dei 75 anni.

L'indagine ha interessato un campione di quasi 600 individui rappresentativo del totale della popolazione italiana in possesso delle caratteristiche demografiche sopra citate.

La finalità prioritaria dell'indagine è stata l'analisi del livello di autonomia, delle condizioni di vita e sul grado di socializzazione che connotano la realtà vissuta dalla popolazione anziana, alla luce dell'impatto attribuibile alla pandemia. Si sono inoltre approfonditi l'evoluzione e gli eventuali mutamenti intervenuti nel rapporto intercorso con le unità sanitarie e in riferimento alla spesa sostenuta per le cure sanitarie prima e dopo la diffusione del COVID.

Pur con gli evidenti limiti della rilevazione, sembra che sia possibile trarre dalle risposte del campione utili elementi di riflessione.

In primo luogo, va registrato come per i grandi anziani (gli *over* 80) la pandemia (con i *lockdown,* etc.) abbia impattato significativamente sulle capacità di socializzazione: oltre il 60% degli intervistati dichiara di uscire meno di quanto non facesse prima della pandemia; sebbene una quota di "peggioramento" sia connaturata all'invecchiamento di due anni intercorso, sembra presumibile che la pandemia abbia accelerato i processi di declino dell'autosufficienza. Rapportando il dato rilevato alla popolazione *over* 80 italiana, equivale a 2,7 milioni di anziani che registrano un aumento dei propri bisogni di assistenza.

Appare interessante notare come l'impatto sembri essere stato più importante nelle Regioni meridionali e nei Comuni più piccoli: il dato, pur con le cautele interpretative del caso, sembra indicare come, ancora una volta, la risposta del sistema verso gli impatti della pandemia non sia stato omogeneo: confermando la debolezza della tutela nel meridione in generale e nelle aree disagiate.

Un elemento interessante che necessiterà di ulteriori approfondimenti è l'osservazione che circa i 2/3 degli anziani nella fascia 75-79 anni si limitano nelle uscite per proteggersi dai rischi di contagio, mentre registrano in misura molto inferiore un peggioramento dello stato di salute; molto meno "ansiosi" appaiono gli *over* 80, ma in compenso registrano un peggioramento del proprio stato di salute prossimo al 70% dei casi.

Il dato va letto anche alla luce del fatto che nei Centri di dimensioni inferiori i peggioramenti dello stato di salute risultano nettamente inferiori a quelle dei Centri di maggiori dimensioni: si potrebbe interpretare il dato legandolo alla maggiore possibilità nei piccoli Centri di vivere in modo più *soft* il *lockdown*.

Appare coerente con l'andamento registrato dalla

pandemia, il fatto che nel Nord-Ovest si registrano più frequentemente peggioramenti rilevanti dello stato di salute.

Come anche appare coerente con quanto prima commentato, che la richiesta di aiuto a *caregiver* sia concentrata negli *over* 80 e che l'esigenza di aiuto sia aumentata specialmente nel Sud e Isole dove la capacità di protezione degli anziani durante la pandemia, come abbiano visto, sembra essere stata inferiore.

Un quarto degli anziani che non necessitavano di aiuti "esterni", hanno iniziato ad averne durante la pandemia: percentuale che arriva al 40% per gli *over* 80.

Altra conferma di quanto era lecito attendersi, è che l'aiuto richiesto è principalmente quello di tipo "sociale" (attività di vita quotidiana): con percentuali omogenee sia per ripartizioni geografiche che per età.

Alla domanda sulla continuità assistenziale garantita dal SSN durante la pandemia, circa il 20% degli anziani rispondenti dichiara di non avere subito peggioramenti, circa il 15% di non avere avuto più accesso ai monitoraggi e fra il 40% e il 50% di averli potuti fare ma con frequenza inferiore.

Sul tema della continuità si conferma la peggiore *performance* del meridione (con tassi di mancato accesso che risultano dalle 3 alle 6 volte maggiori che nelle altre ripartizioni).

Peculiare è il dato che segnala come nei Comuni di maggiore dimensione sia maggiore della media la quota dei ritardi di monitoraggio, che però ha in compenso permesso di contenere le barriere all'accesso.

Infine, la pandemia ha comportato un aumento della spesa privata sanitaria per il 40% degli anziani, che raggiunge il 50% degli *over* 80.

Analogamente, la pandemia ha comportato un aumento della spesa privata sociale per il 30% degli anziani, che raggiunge il 50% degli *over* 80.

In conclusione, come era lecito aspettarsi, i dati raccolti fanno emergere una epidemia all'interno della pandemia: quella dei grandi anziani che hanno perso la auto-sufficienza e che quindi rappresentano un rilevante "costo umano" e un onere aggiuntivo ai SSR.

Il nesso di causalità fra pandemia e perdita di autosufficienza non è possibile testarlo in modo "*unbiased*" sulla base della *survey* condotta, ma è certamente molto probabile.

Quello che sembra rilevante per le politiche sanitarie è che, mentre ci sono stati stanziamenti ad hoc per il recupero delle prestazioni "perse" durante la pandemia, non sembra esserci consapevolezza della necessità di concentrare risorse sul recupero della autosufficienza e, quindi, della qualità di vita dei grandi anziani.

Allegato 1

1. Vive solo/a o con qualcuno (marito, figli, badante)?

a. Solo
b. Con un familiare
c. Con una persona esterna al nucleo familiare

2. Rispetto a prima della diffusione del COVID trascorre più tempo in casa?

a. No, continuo ad uscire di casa con la stessa regolarità
b. Si
    i. Perché?
    1. Ho meno voglia di fare le cose
    2. Mi sento ansioso nel contatto con gli altri
    3. È peggiorato il mio stato di salute
        a. Un pò
        b. Abbastanza
        c. Molto
    4. Non ho più qualcuno che mi accompagni fuori casa per svolgere le mie attività quotidiane

3. Prima del COVID aveva bisogno di chiedere aiuto a parenti o badanti?

a. Si
b. No

4. Se si, tale richiesta di aiuto è aumentata?

a. No
b. Si
    i. Se sì per cosa?
    1. Assistenza personale
    2. Uscire per fare una passeggiata
    3. Attività quotidiane (spesa, lavoro, cane, pulizie di casa)
    4. Attività di tipo sanitario (farmacia, fisioterapia etc.)
    5. Attività sociali (messa, centro anziani, visite ad amici o parenti etc)

5. Se no, ora ha bisogno di chiederlo?

a. No
b. Si
    i. Per cosa?
    1. Assistenza personale
    2. Uscire per fare una passeggiata
    3. Attività quotidiane (spesa, lavoro, cane, pulizie di casa)
    4. Attività di tipo sanitario (farmacia, fisioterapia etc.)
    5. Attività sociali (messa, centro anziani, visite ad amici o parenti etc)

6. Durante il periodo COVD il monitoraggio di eventuali patologie di cui è affetto è avvenuto con regolarità?

a. Non soffro di patologie
b. Il monitoraggio è avvenuto con regolarità
c. Il monitoraggio è avvenuto ma con tempistiche più lunghe rispetto a prima del COVID
d. Il monitoraggio è avvenuto con regolarità ma con personale differente
e. Non ho potuto avere accesso ai monitoraggi
f. Non mi sono voluto recare presso strutture sanitarie per paura di contagio

7. Durante il periodo COVID:

a. Non ho potuto avere accesso a strutture pubbliche
b. Ho avuto paura di accedere a strutture sanitarie sia pubbliche che private
c. Ho avuto paura di accedere a strutture sanitarie pubbliche
d. Ho continuato ad accedere a strutture sanitarie come prima

8. Durante il periodo COVID la spesa che ha sostenuto per la sanità è:

a. Rimasta invariata
b. Aumentata
c. Diminuita

9. Prima del COVID sosteneva privatamente spese per assistenza sociale (badante etc.)?

a. Si
b. No

10. Se si, tale spesa durante il periodo COVID è:

a. Rimasta invariata
b. Aumentata
c. Diminuita

ENGLISH SUMMARY

The COVID impact on non-self-sufficient elderly people

The National Health Service (NHS) is experiencing a decisive moment, marked by the implementation of the National Recovery and Resilience Plan (PNRR), which is expected to allow a profound transformation / evolution of the health system, along the lines of a strengthening of primary care.

From this viewpoint, it seems essential to develop the NHS ability to take care of chronic patients - hence of the elderly people's needs in general.

C.R.E.A. Sanità, therefore, deemed it appropriate to assess the "legacy" that the pandemic left us in terms of elderly people's loss of self-sufficiency.

To this end, a survey was made on a sample of elderly people, representative of the Italian population aged over 75.

The survey was conducted by telephone, using the Computer Assisted Telephone Interview (CATI) method.

Despite the obvious limits of the survey, it seems possible to draw some useful food for thought from the respondents' answers.

Firstly, it should be noted that in the case of the very elderly people (aged over 80) the pandemic (with lockdowns, etc.) significantly impacted on their ability to socialise: over 60% of respondents stated they went out less frequently than they did before the pandemic. Referring the data recorded to the Italian population aged over 80, the elderly people recording an increase in their care needs would be 2.7 million.

The impact seems to have been more significant in the Southern regions and in the smaller municipalities. The data, albeit with the necessary interpretative cautions, seems to indicate that, once again, the system's response to the impact of the pandemic was not homogeneous, thus confirming the weakness of protection in Southern Italy, in general, and in the disadvantaged areas.

About two-thirds of the elderly people aged 75-79 rarely went out to protect themselves from the risks of infection, while they recorded a much smaller deterioration in their state of health; the elderly people aged 80 seemed to be much less "anxious" but, on the other hand, they recorded a deterioration in their state of health in almost 70% of cases.

This data should also be interpreted in light of the fact that in small municipalities the worsening of the state of health was much lower than in the large towns: we could interpret this data as related to the greater possibility of experiencing the lockdown in a softer manner in small municipalities.

The fact that in the North-West significant deterioration in the state of health was recorded more frequently appears consistent with the trend recorded by the pandemic.

Just as it also appears consistent with what stated above, i.e. that the demand for help from caregivers was concentrated in the segment of population aged over 80 and that the need for help increased especially in the South and in Sicily and Sardinia where, as previously seen, the ability to protect the elderly people during the pandemic seemed to have been lower.

Many elderly people started to need "external" help during the pandemic, e.g. 40% in the case of elderly people aged over 80. The help requested was of a "social" nature (daily life activities).

When asked about the continuity of care ensured by the National Health Service during the pandemic, only 20% of respondents stated they had not suffered any worsening, while 15% had no further access to monitoring.

Also on the issue of continuity of care, the worst performance was recorded in the South.

It is peculiar that in large municipalities, the share of monitoring delays was higher than average, which, however, made it possible to limit the cases of total barriers to access.

Finally, the pandemic led to an increase in private healthcare expenditure for 40% of elderly people, rising to 50% for those aged over 80.

Similarly, the pandemic led to an increase in private social spending.

In conclusion, as was to be expected, the data collected reveals an epidemic within the pandemic, i.e. that of the very elderly people who have lost self-sufficiency with a significant 'human cost' and an additional burden on the NHS, about which there seem to be no adequate awareness on the part of the institutions.

Riepilogo regionale

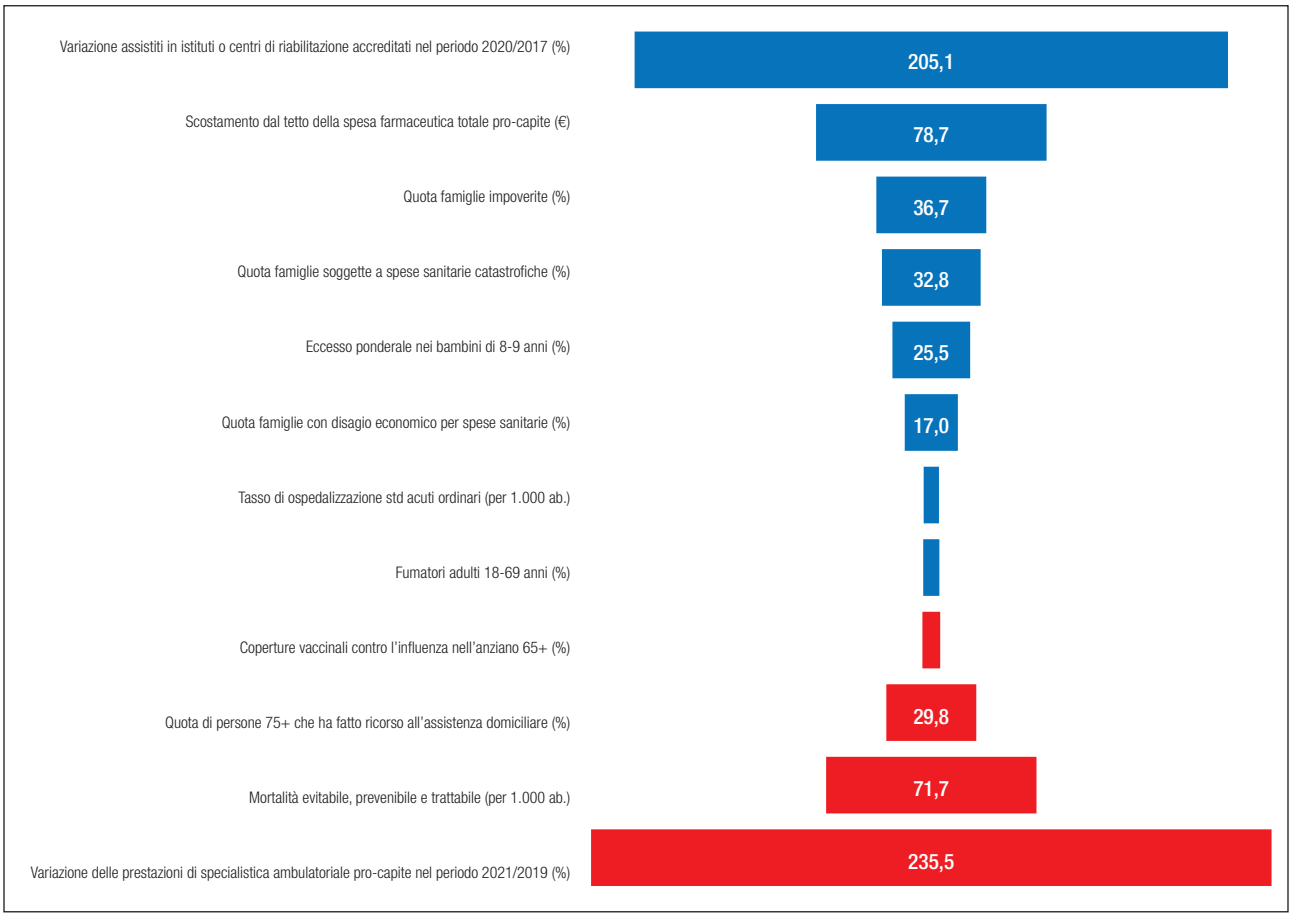
Regional synopsys

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=0), sono associati a due colori differenti: blu se il valore è migliore della media nazionale e rosso 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

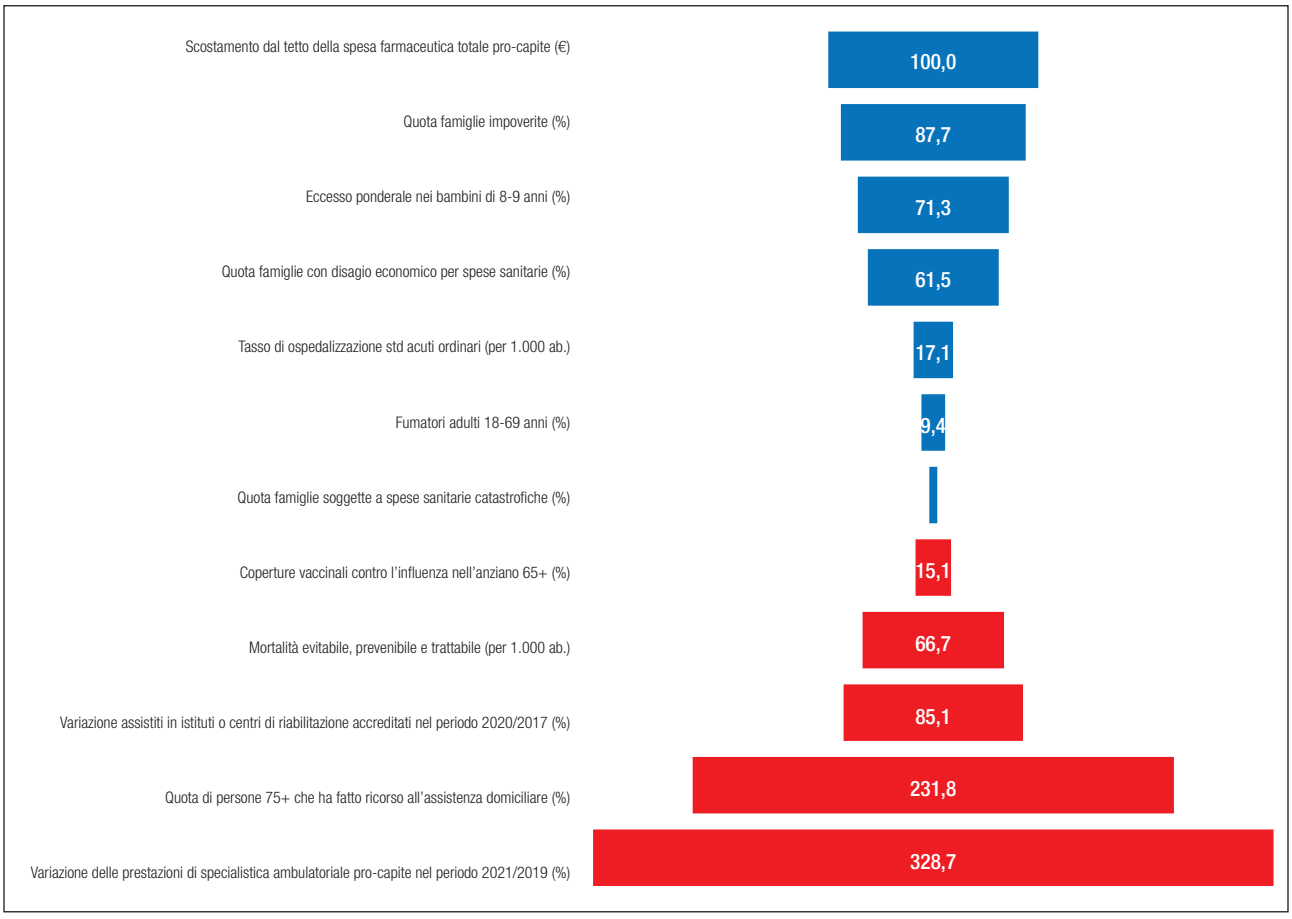


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Valle d'Aosta

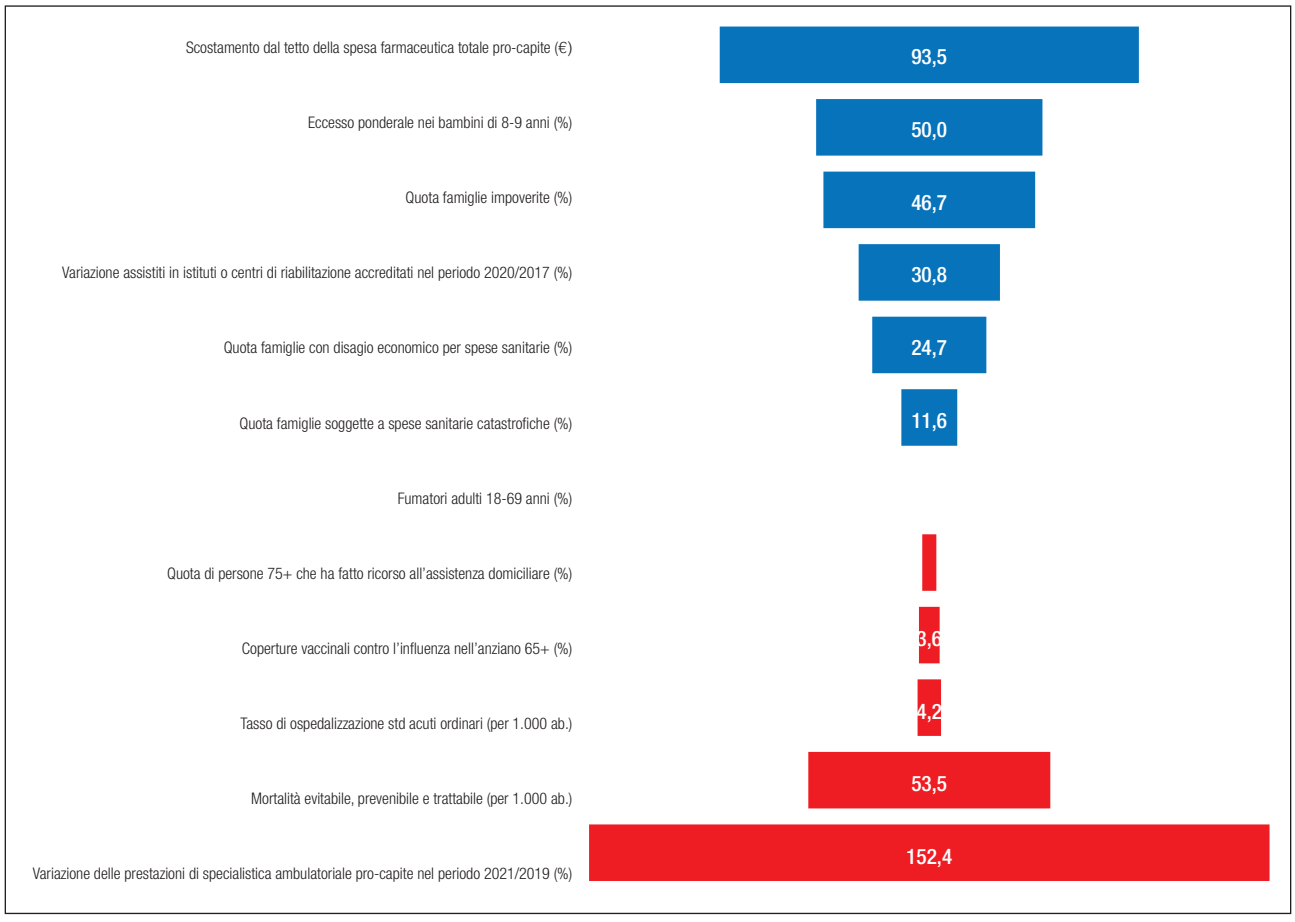


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lombardia

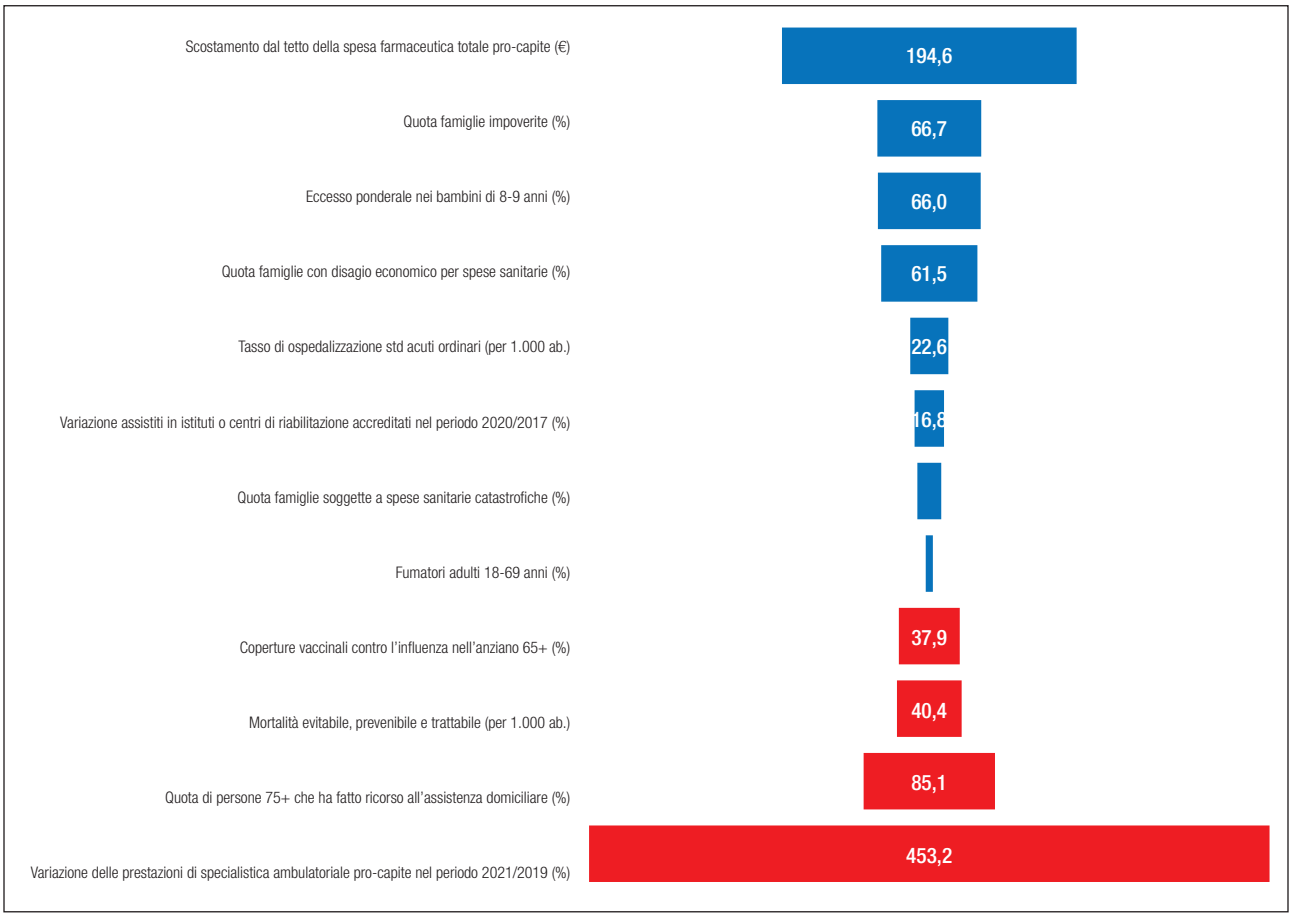


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Bolzano

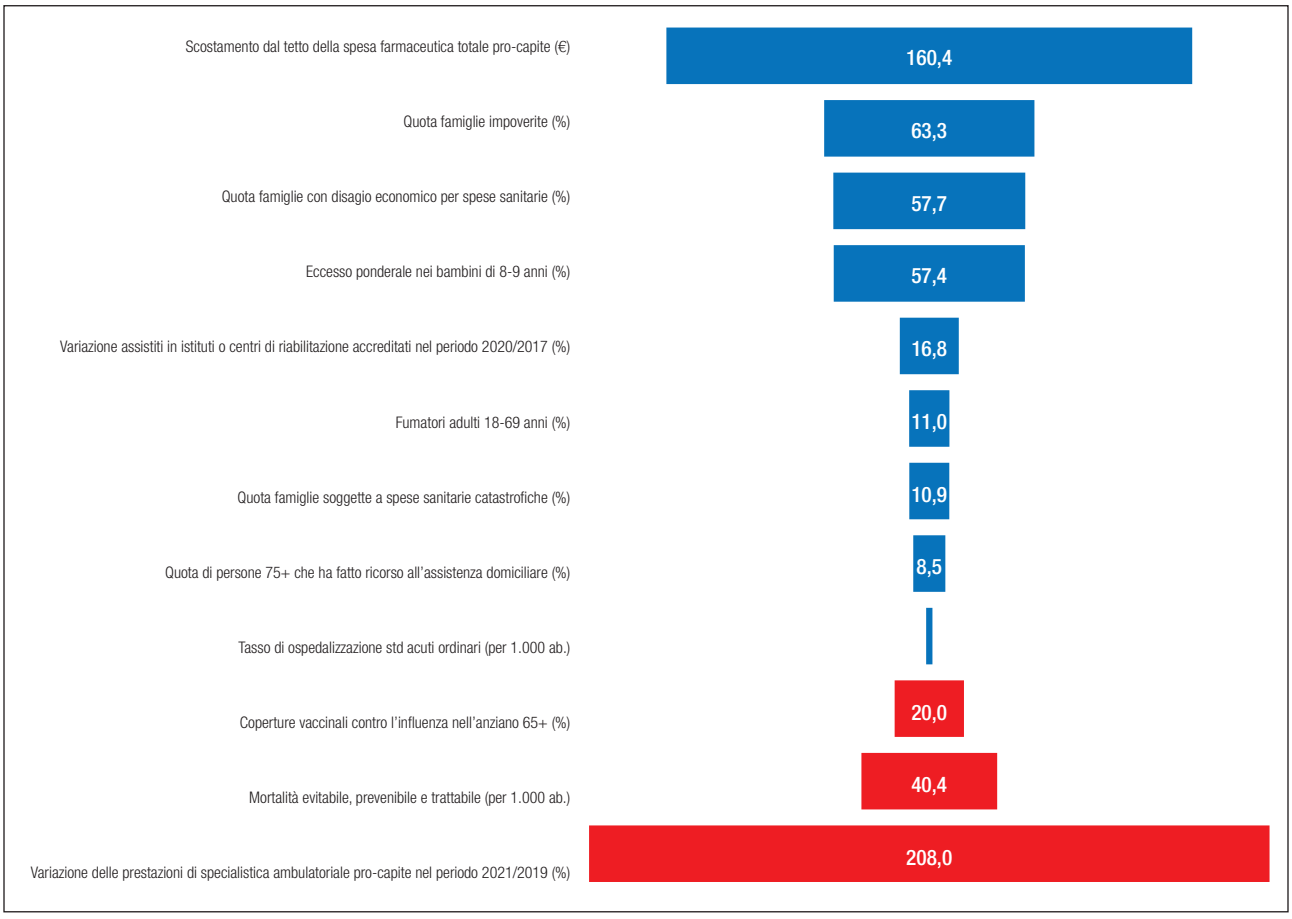


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Trento

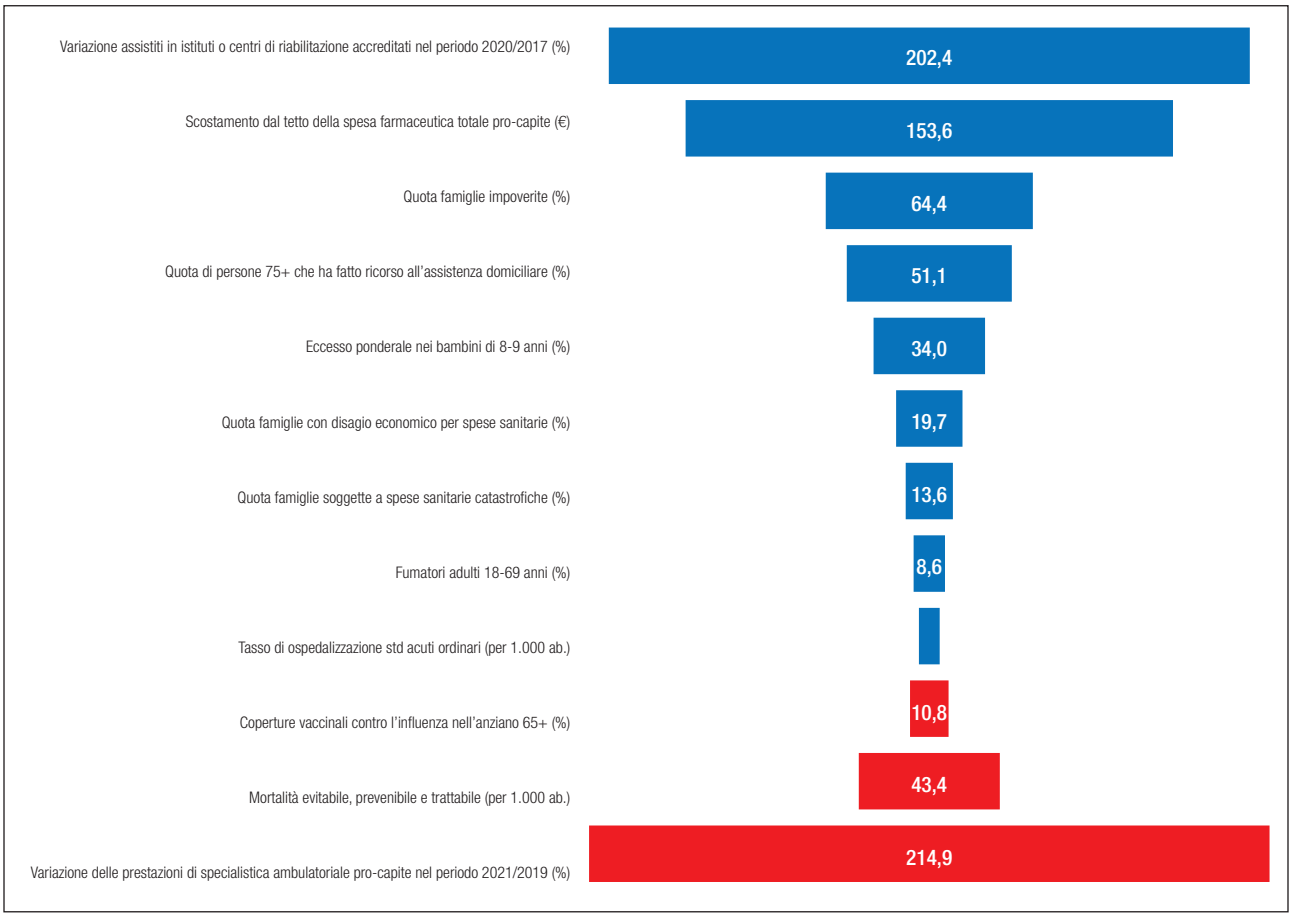


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Veneto

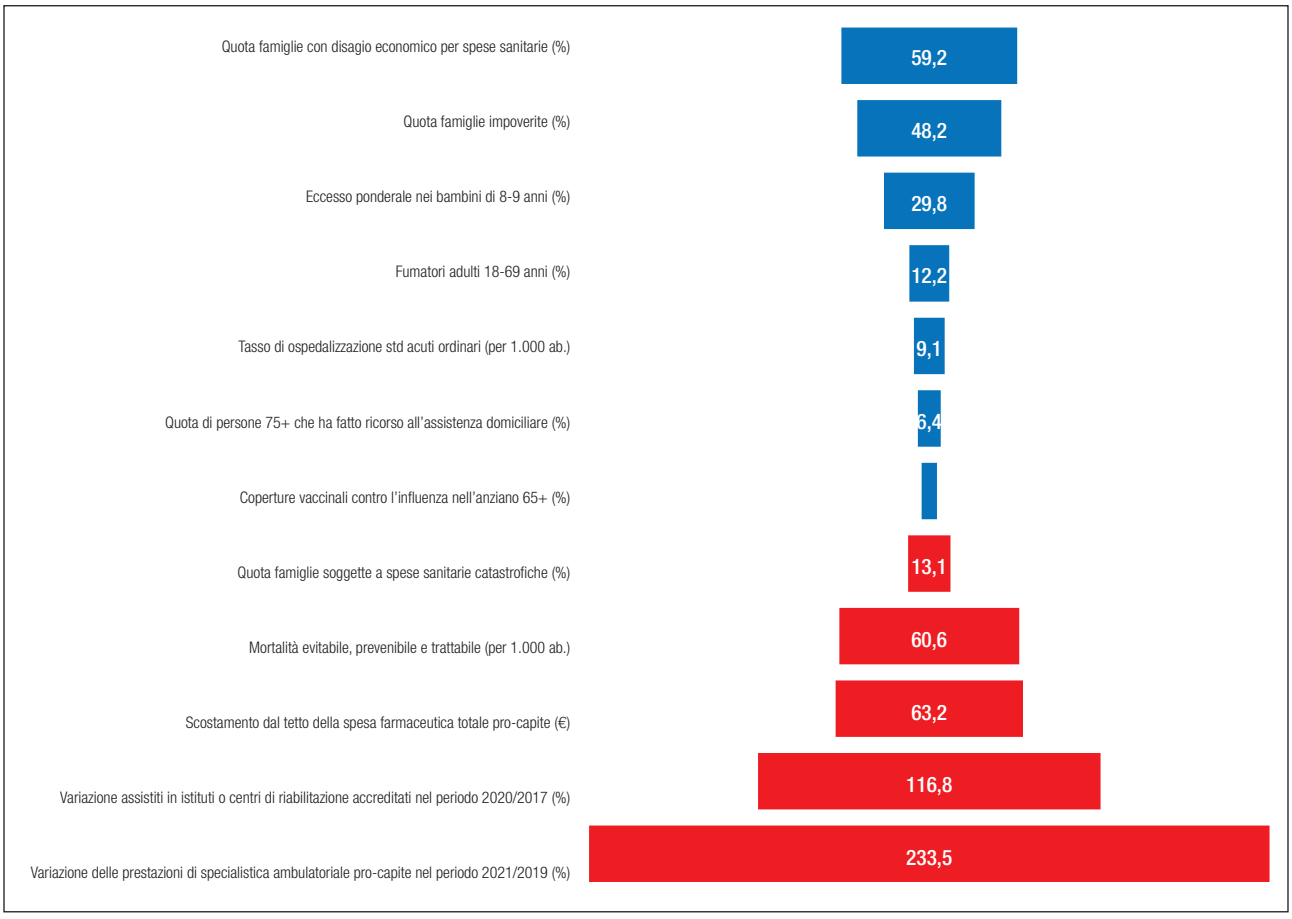


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Friuli Venezia Giulia

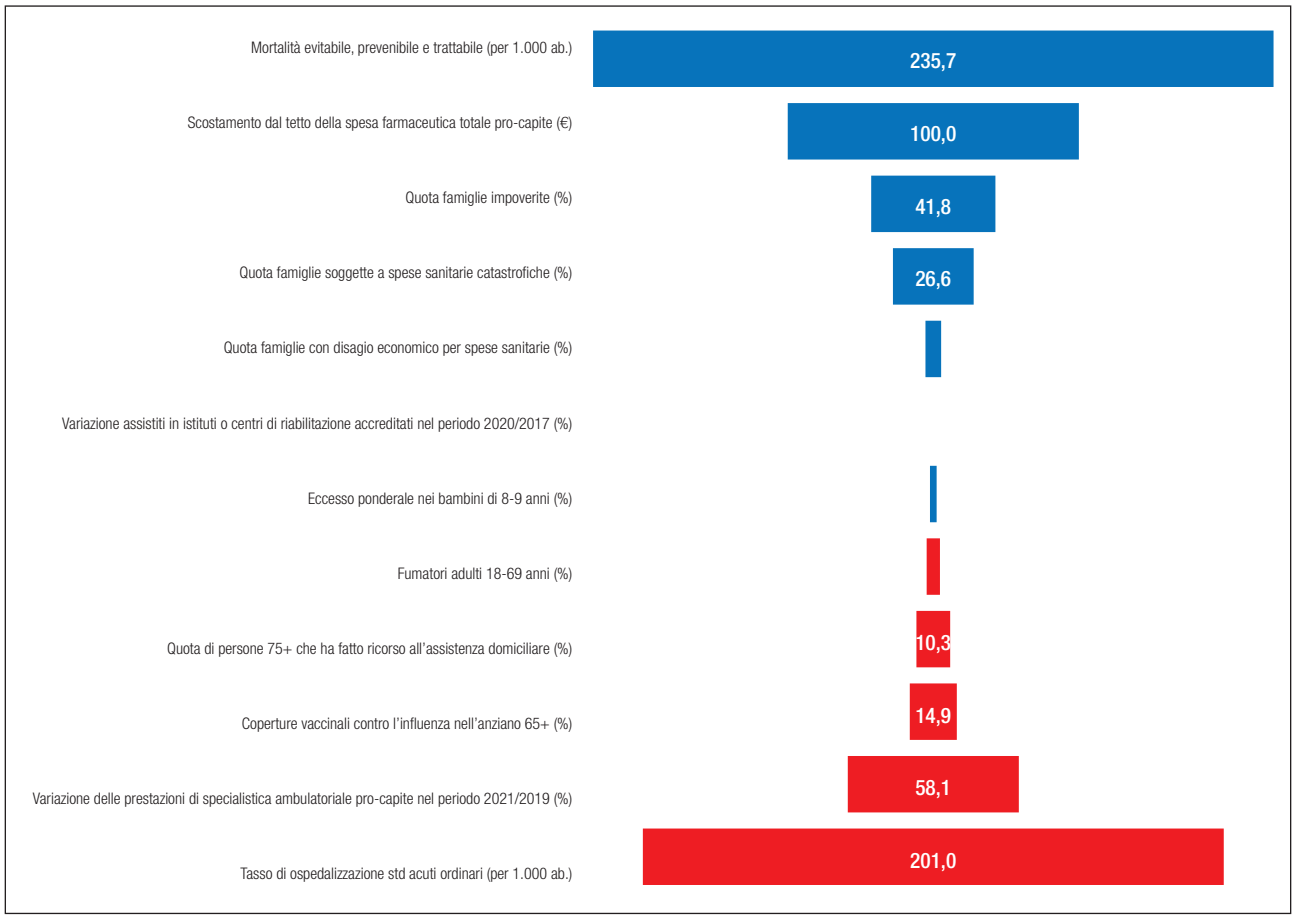


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Liguria

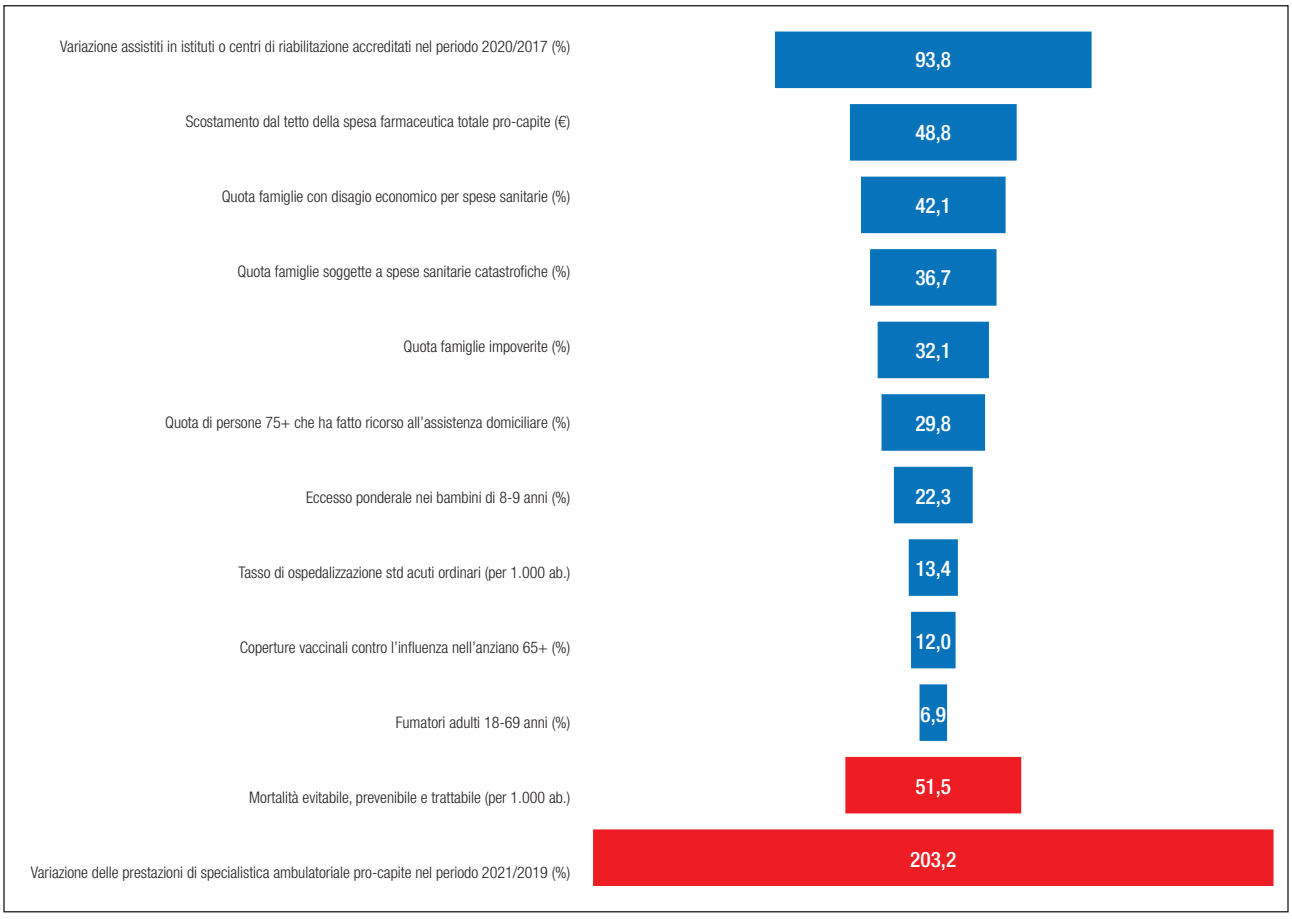


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Emilia Romagna

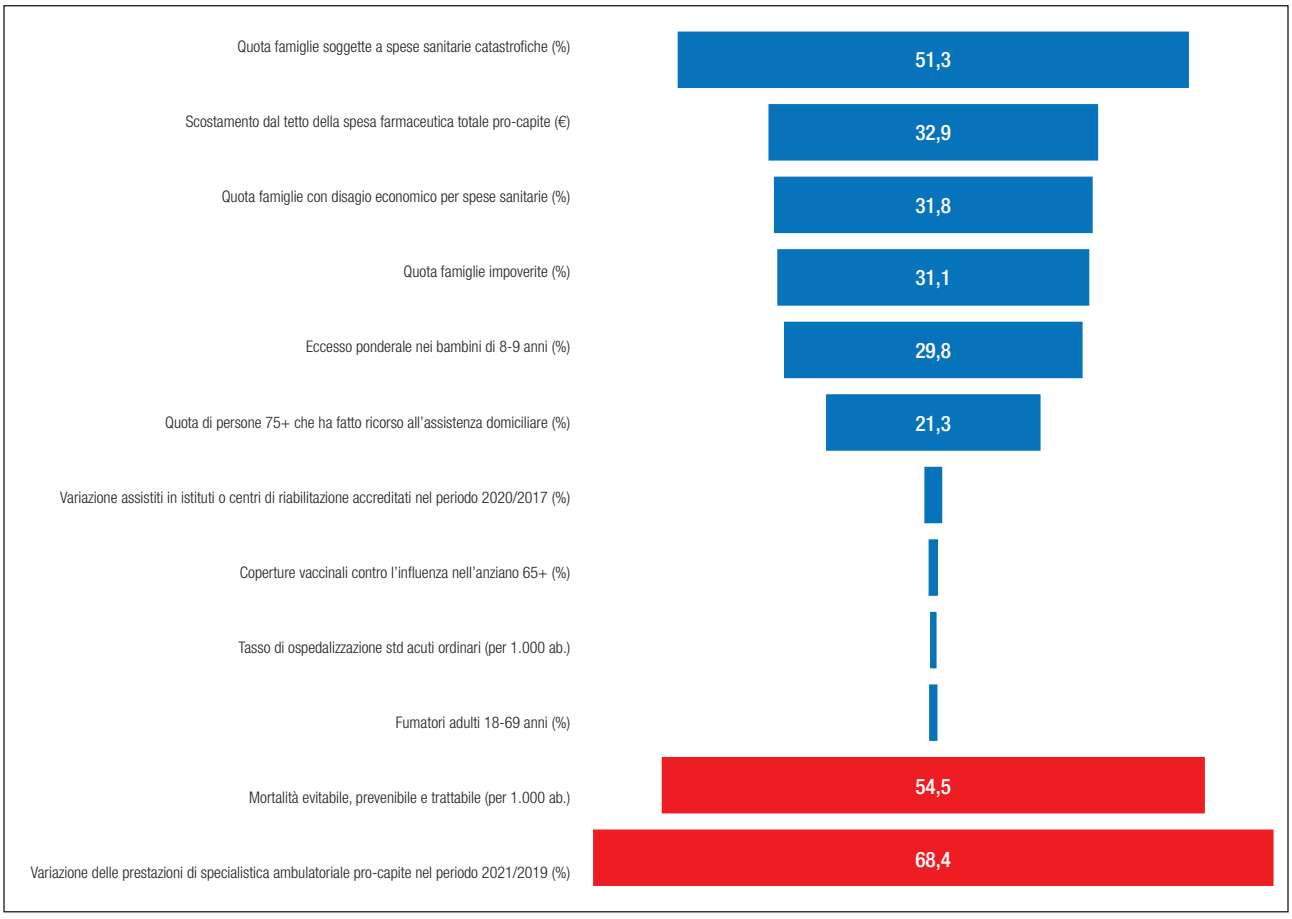


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Toscana

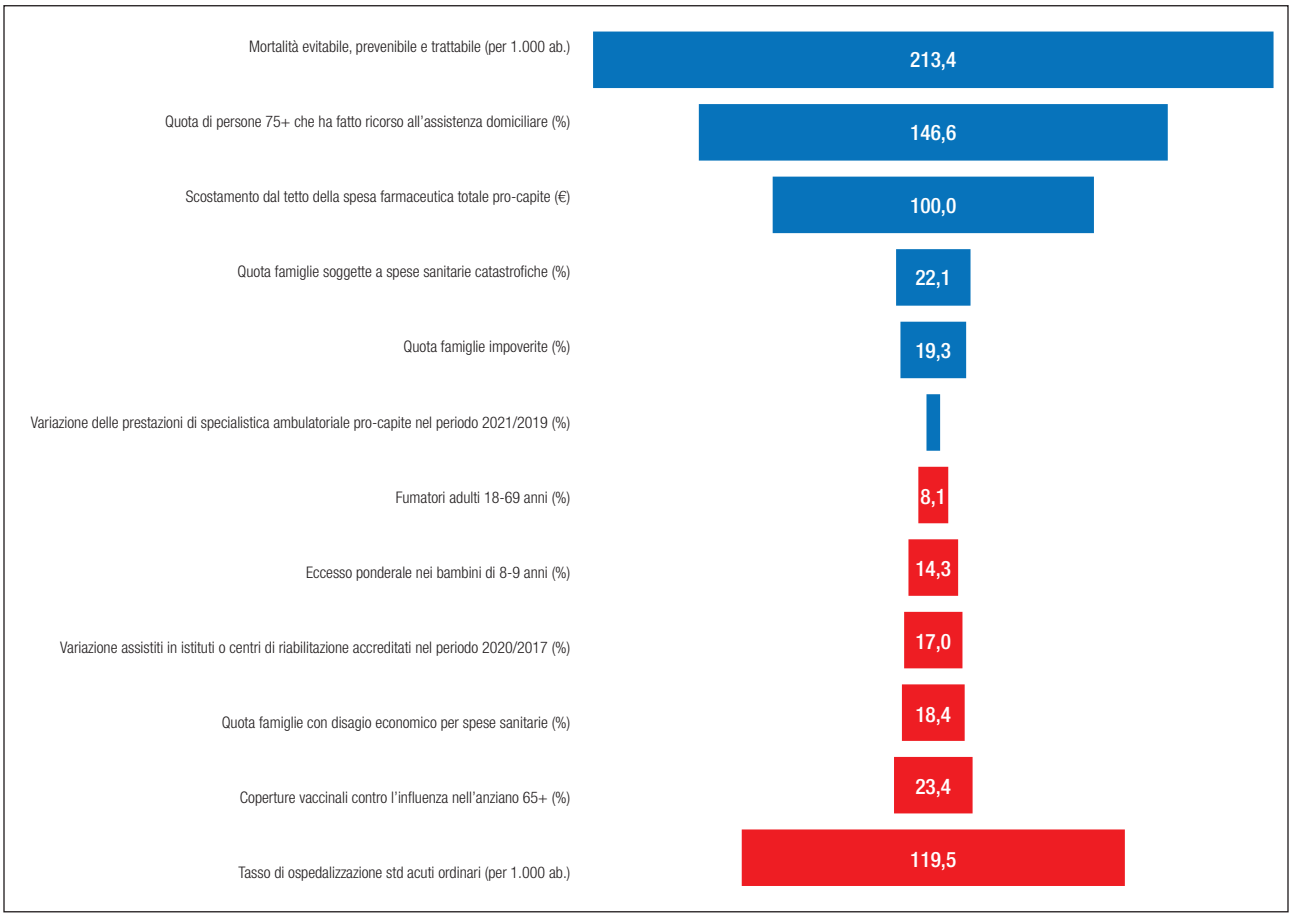


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Umbria

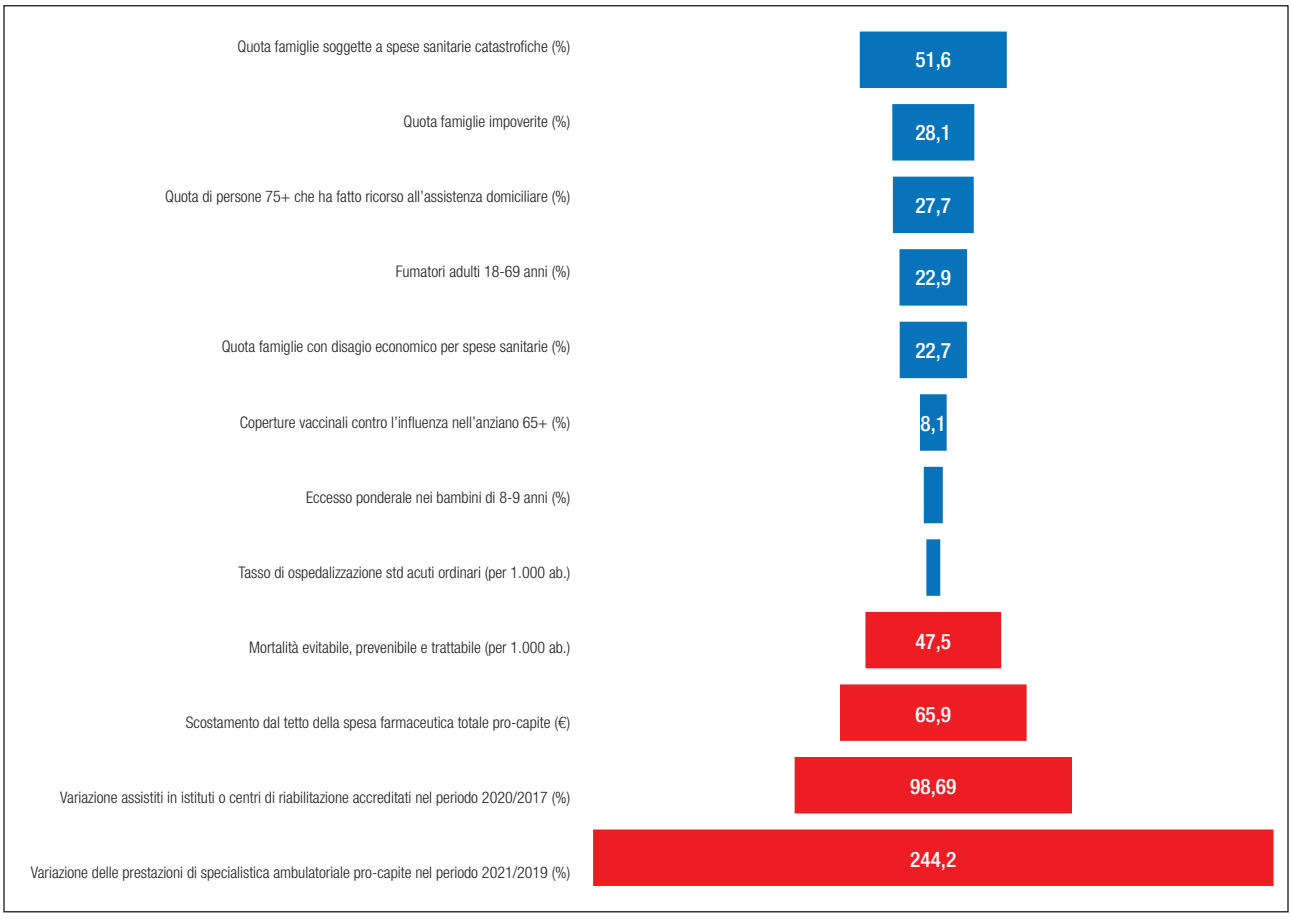


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Marche

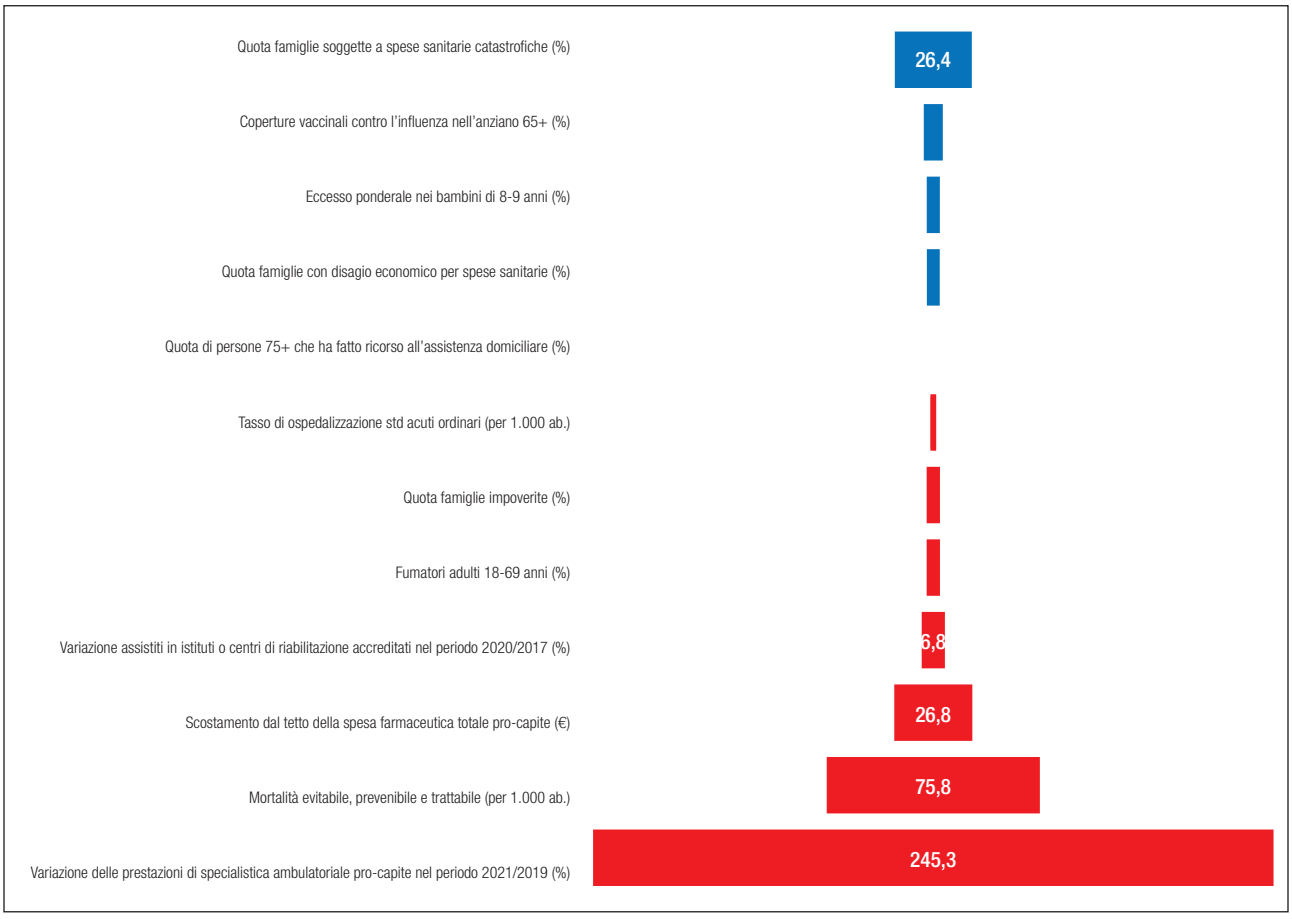


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lazio

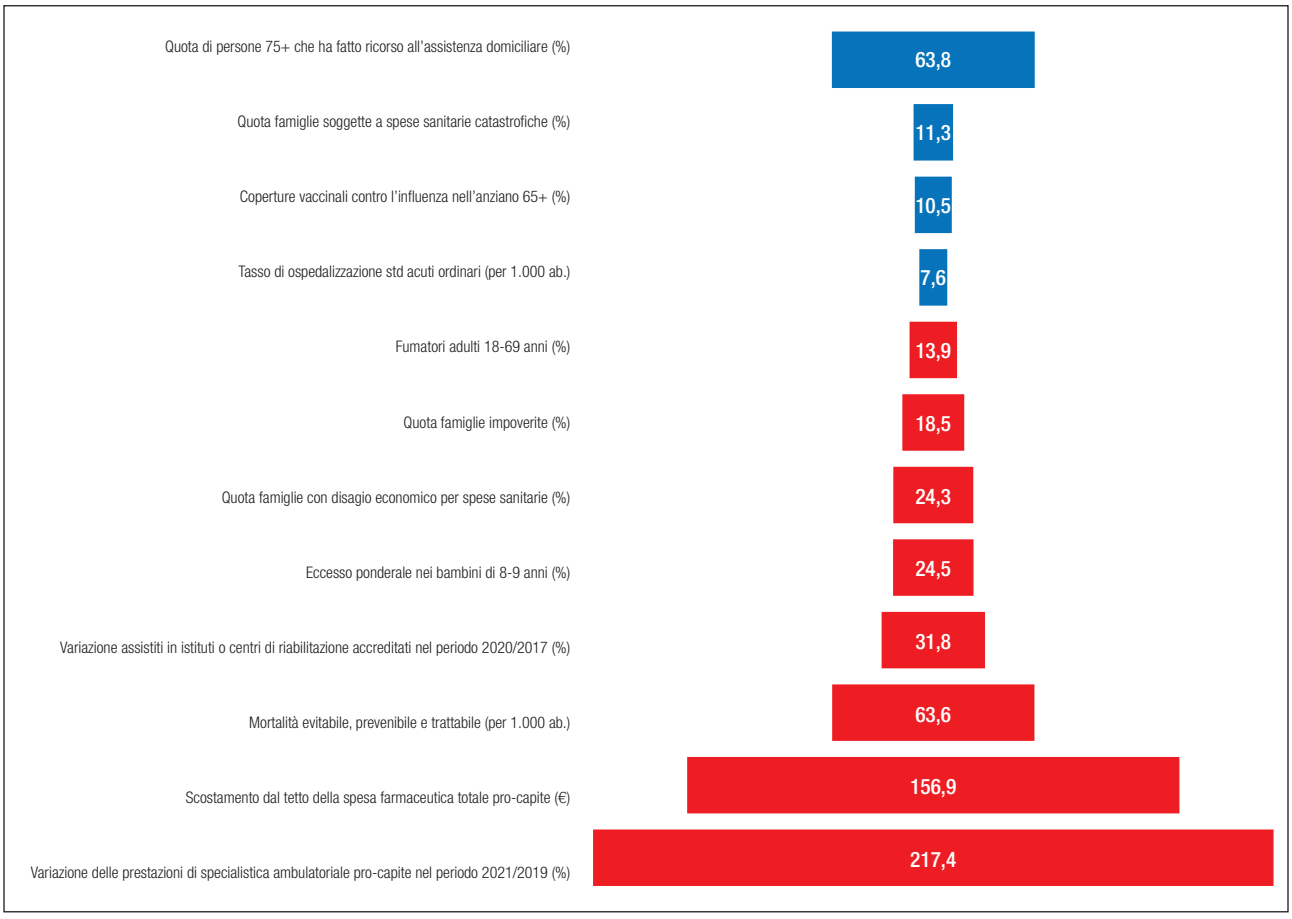


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Abruzzo

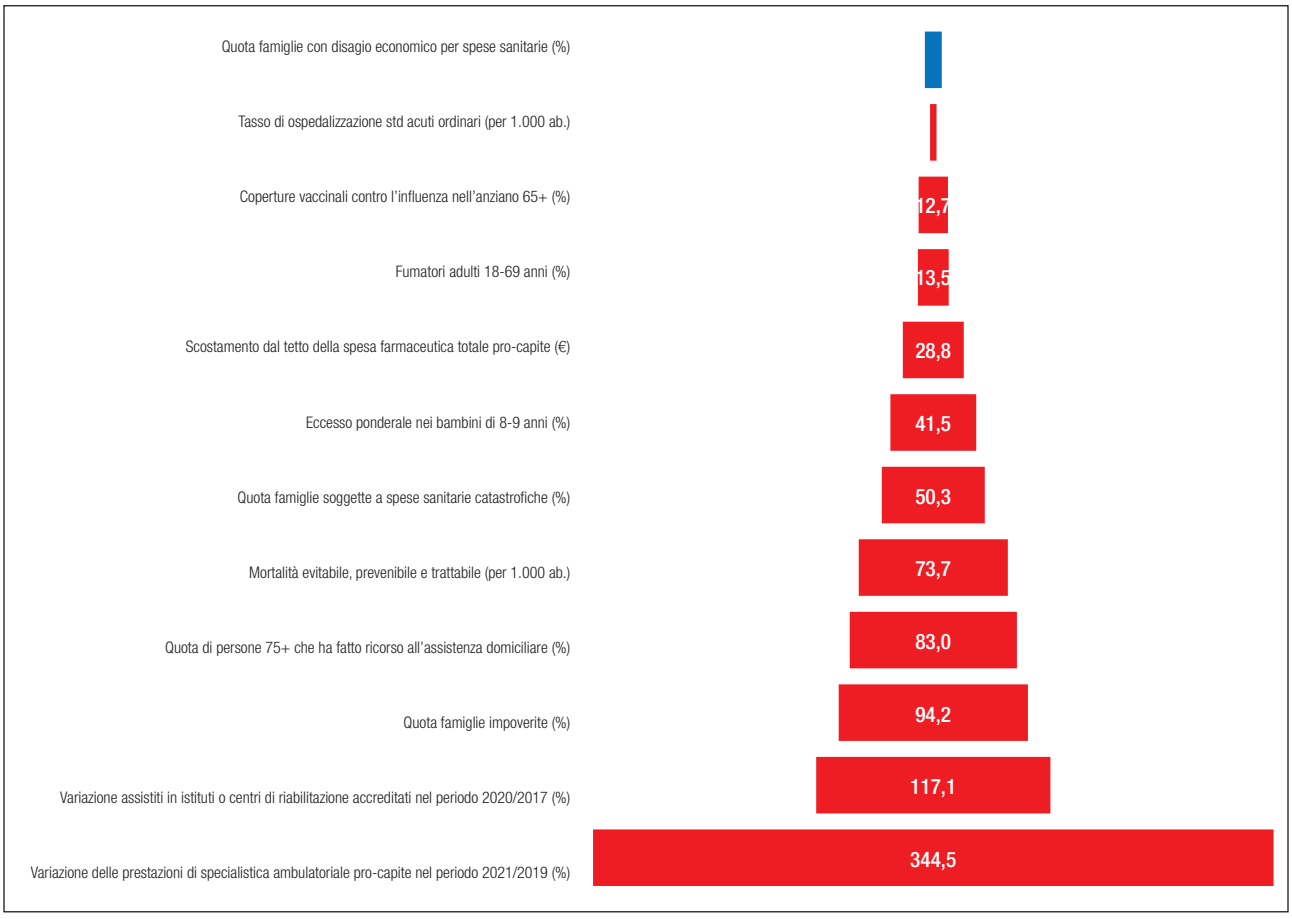


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Molise

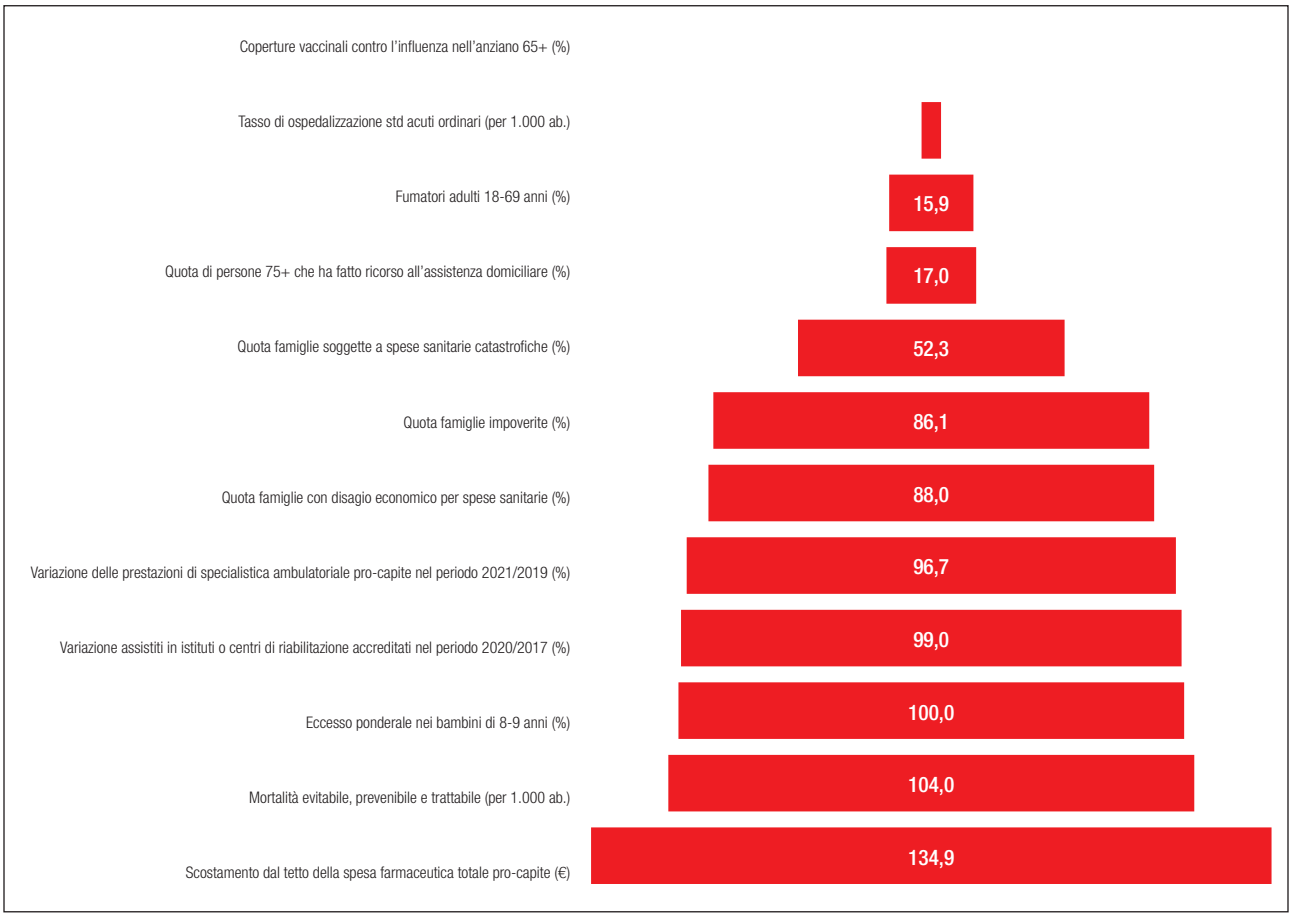


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Campania

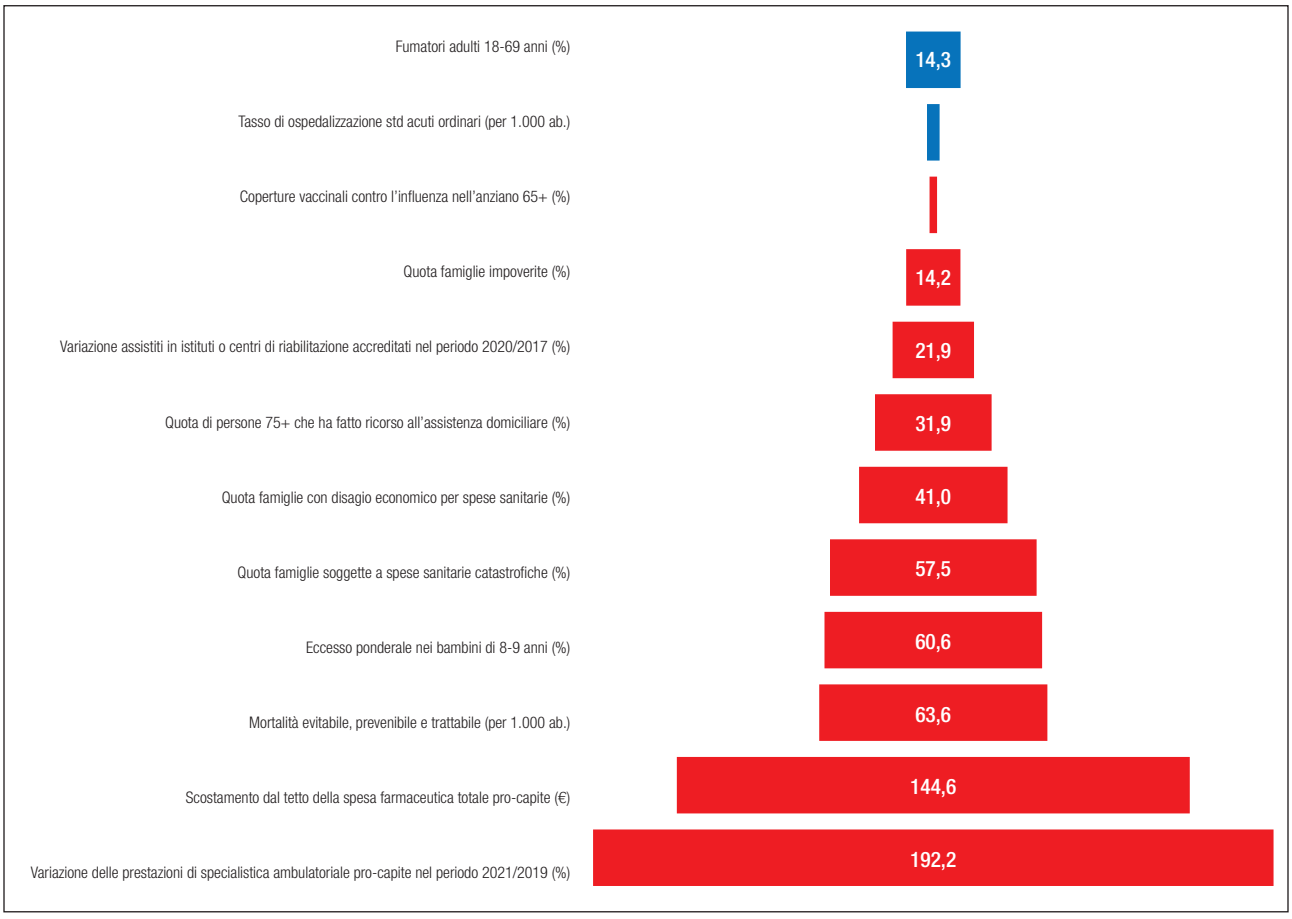


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Puglia

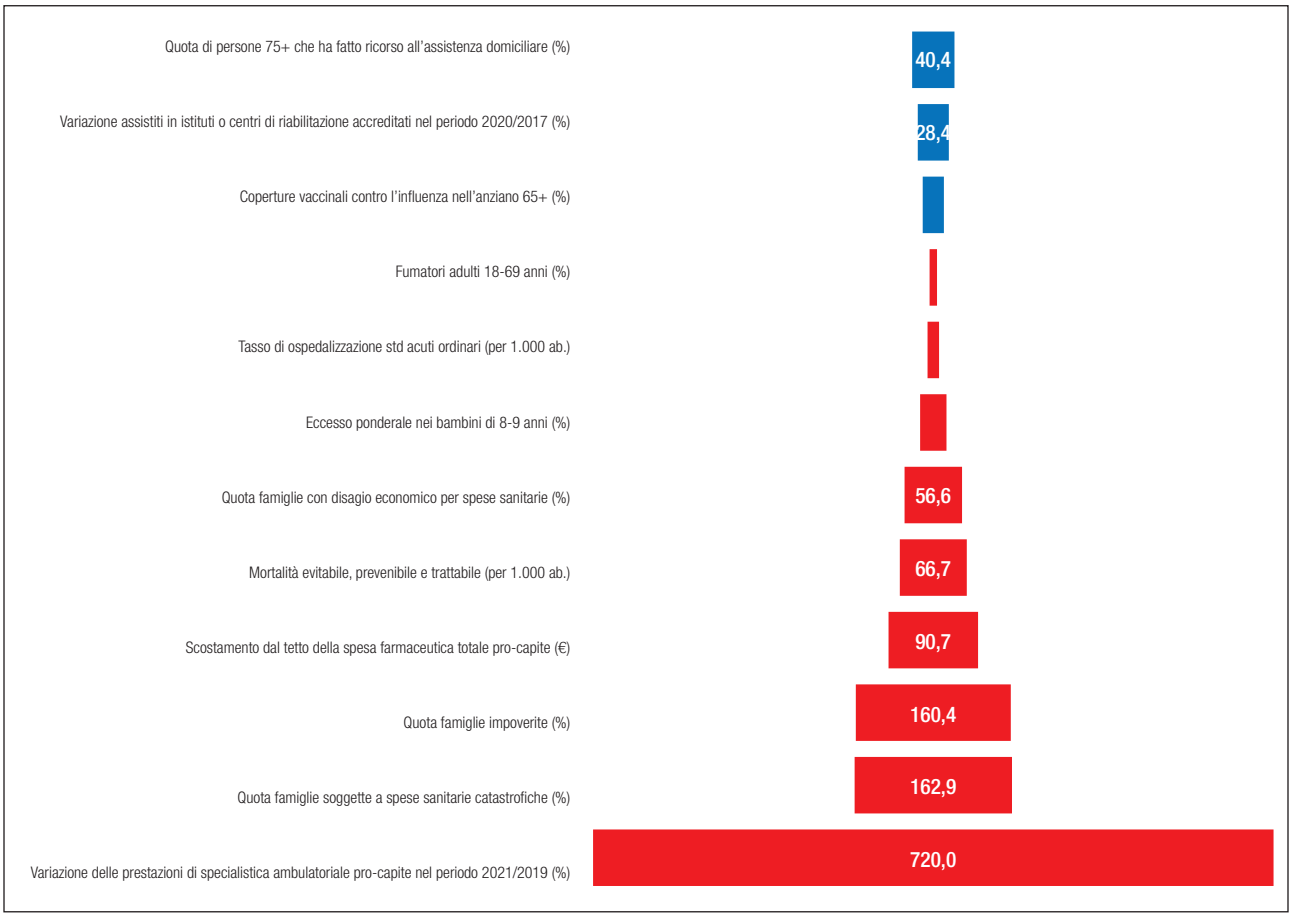


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Basilicata

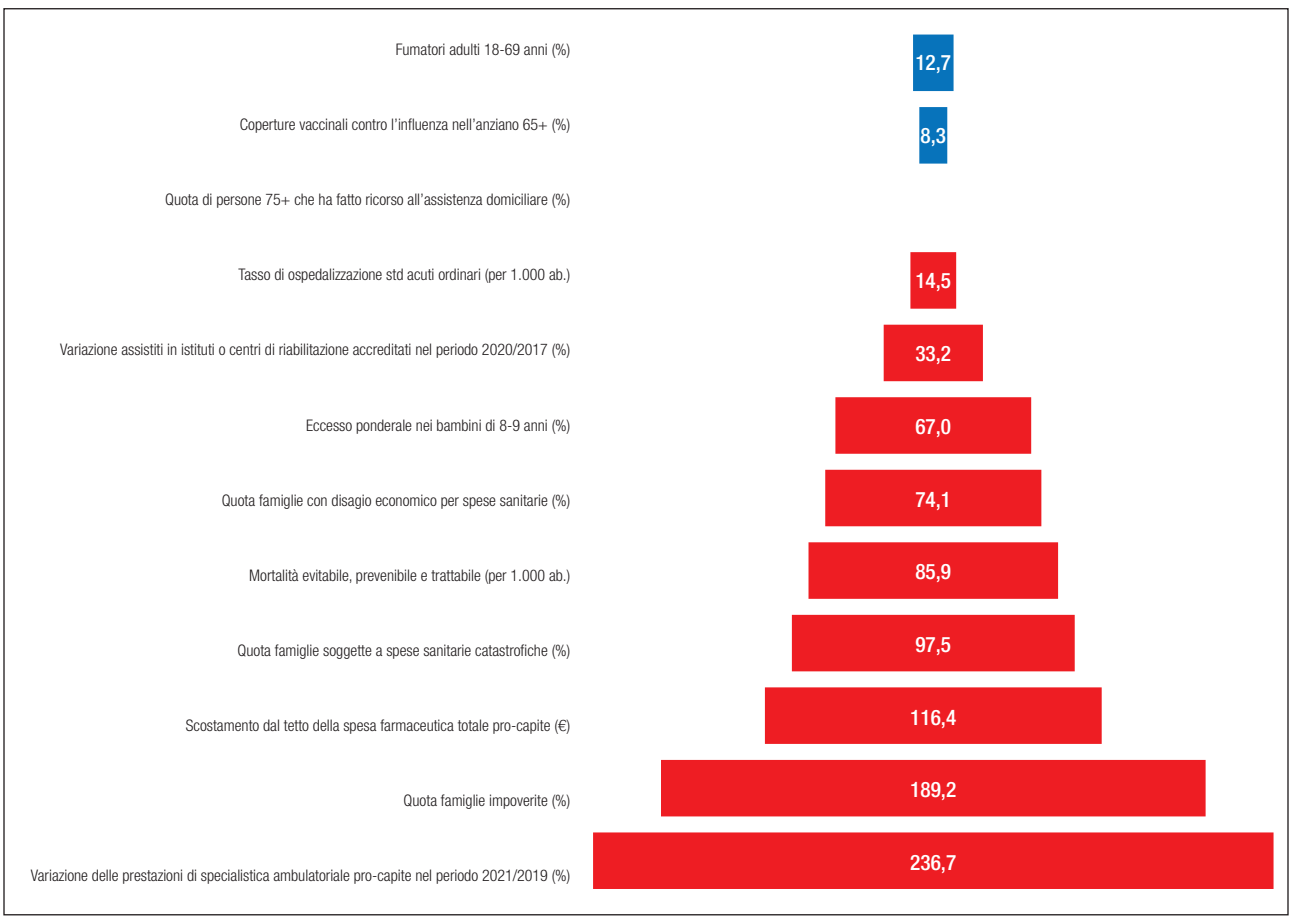


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Calabria

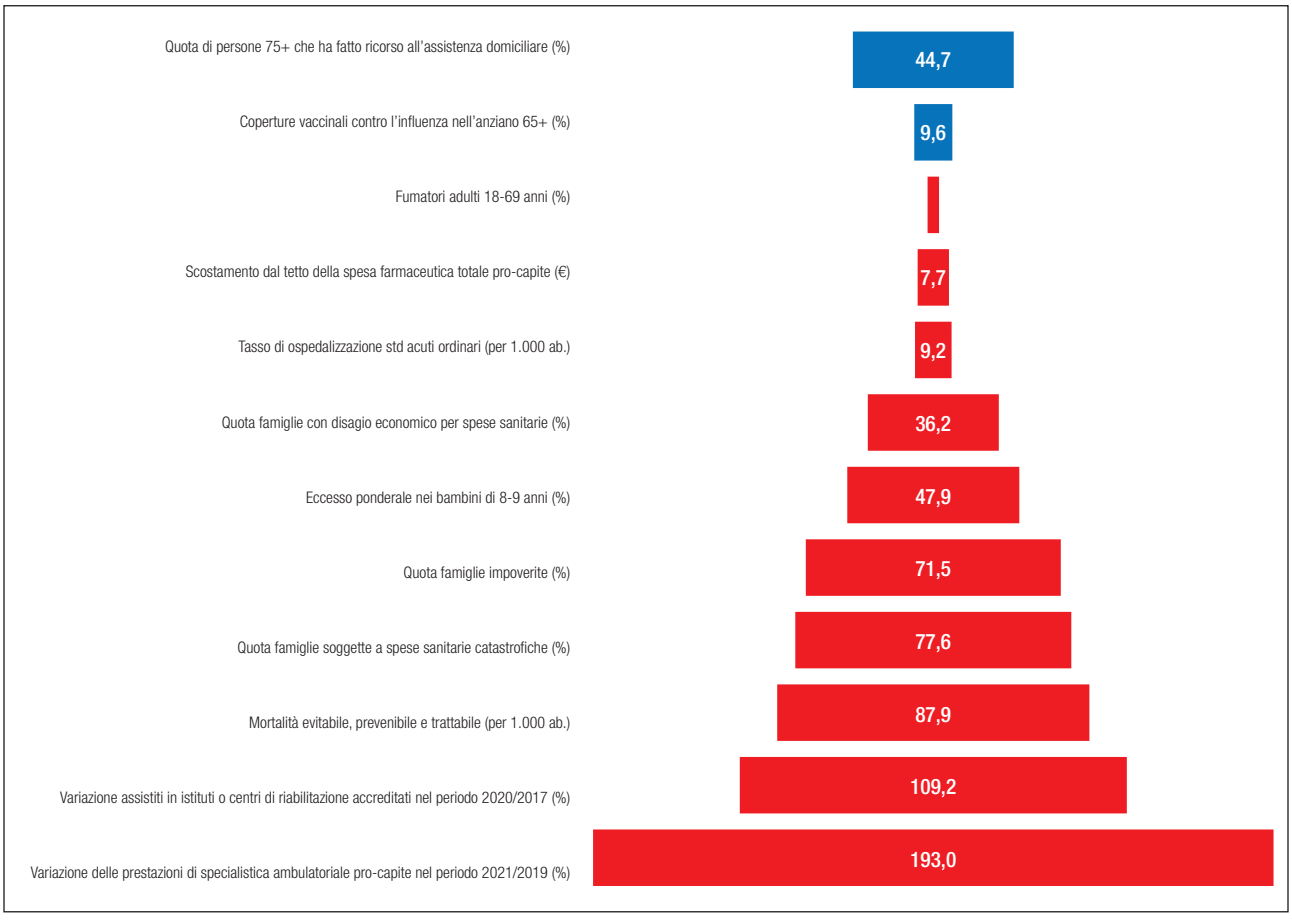


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sicilia

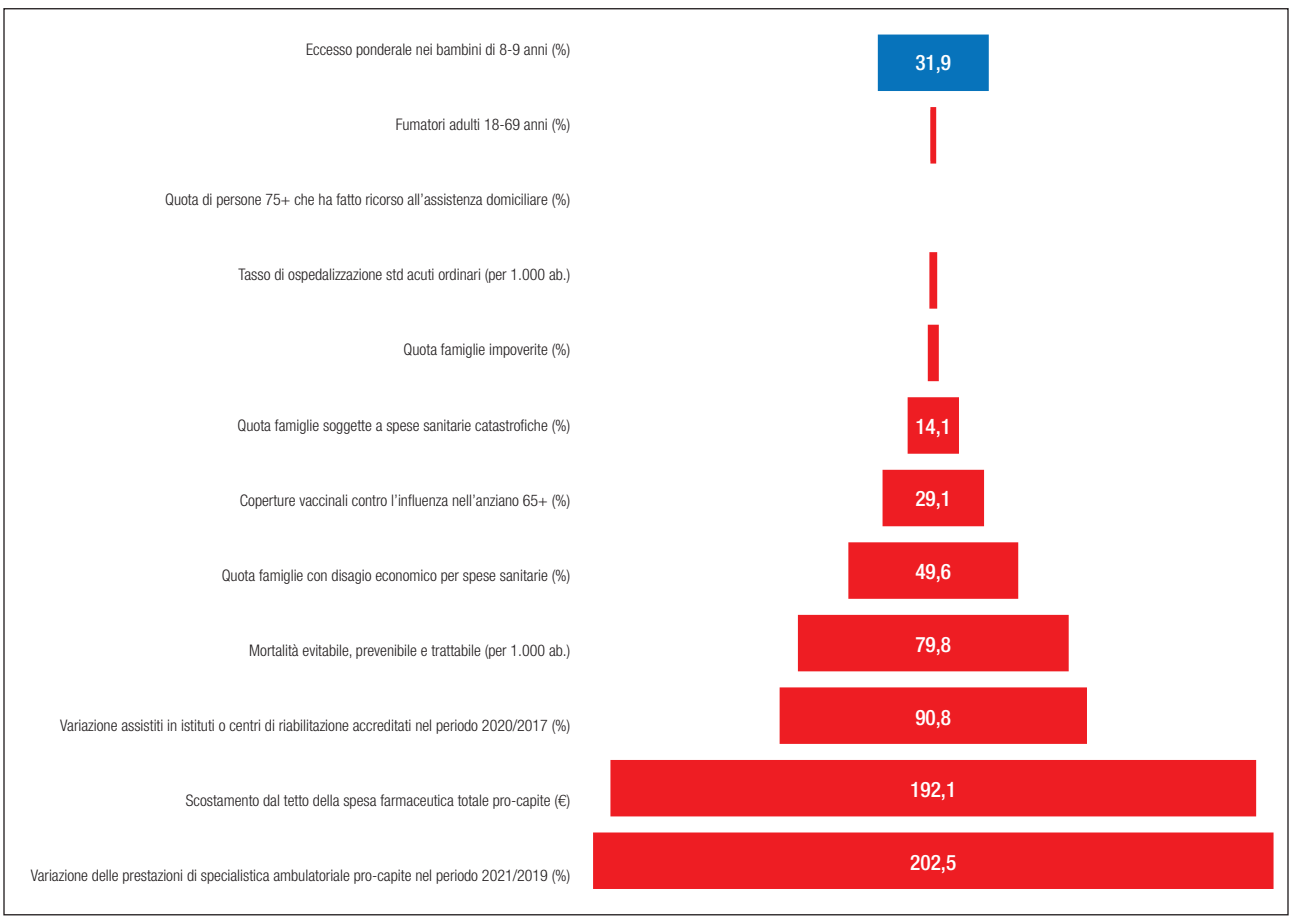


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sardegna



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (rosso) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.