



STUDI E RICERCHE

Sussidiarietà e...

Sussidiarietà e... salute

Rapporto
sulla sussidiarietà
2025/2026

Sussidiarietà e... salute

La salute e il Sistema Sanitario Nazionale sono un bene comune al centro di una fase critica. Le tensioni tra sostenibilità finanziaria e tutela dei diritti, tra differenze territoriali e universalismo, tra pubblico e privato, non sono più questioni tecniche riservate agli addetti ai lavori. Sono nodi politici e sociali che incidono direttamente sulle condizioni di vita delle persone e sulla tenuta del patto solidaristico su cui si fonda lo Stato sociale.

Il Rapporto offre una lettura articolata delle principali criticità che attraversano il sistema sanitario italiano, analizzando l'evoluzione dei bisogni, la frammentazione dell'offerta, le disuguaglianze di accesso, i problemi organizzativi, ma anche le opportunità di innovazione che emergono dalle riforme recenti,

dal rafforzamento della sanità territoriale e dalle esperienze già in atto in diverse realtà regionali.

La crisi non è solo una questione di risorse, ma di visione. In un'ottica di sussidiarietà, ovvero di scelta della migliore soluzione possibile per il bene di tutti, il volume propone linee di riforma che valorizzano il ruolo imprescindibile dello Stato e della collaborazione tra attori in campo, superando logiche di competizione e di mercato.

Al centro restano le persone – pazienti, professionisti, cittadini – perché solo così è possibile coniugare equità, qualità e sostenibilità del sistema salute.

In collaborazione con docenti e ricercatori di



**Università
Bocconi**
MILANO



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**



UNIVERSITÀ DI PAVIA
Dipartimento di
Scienze Economiche
e Aziendali



laboratorio
management e salute



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa



**UNIVERSITÀ
di VERONA**
Dipartimento
di SCIENZE ECONOMICHE

Si ringrazia



SUSSIDIARIETÀ E...

L'attività della Fondazione, e quindi la pubblicazione e la diffusione del presente Rapporto, si avvale di un contributo assegnato con la Legge di Bilancio 2024.

Si ringraziano Fondazione Cariplo e i contributori e donatori istituzionali pubblici e privati che ogni anno sostengono la Fondazione per la Sussidiarietà.

Redazione: studiobajetta, Milano

Impaginazione: CreaLibro di Davide Moroni

Progetto di copertina: Maurizio Milani

Immagine di copertina: Elaborazione grafica di milanidesign.it
su disegni tratti da Freepik

© 2025 Fondazione per la Sussidiarietà, Milano

Tutti i diritti riservati

ISBN 978-88-97793-38-0

Prima edizione

Fondazione per la Sussidiarietà, dicembre 2025

www.sussidiarieta.net

Stampato in Italia – Printed in Italy

Sussidiarietà e... salute

Rapporto sulla sussidiarietà 2025/2026

a cura di
Paolo Berta, Michele Castelli, Giorgio Vittadini,
Antonello Zangrandi, Carlo Zocchetti



Indice

11 Introduzione

Giorgio Vittadini

17 La Corte costituzionale e la tutela della salute

Luca Antonini

- 17 1. Origini e prospettive della tutela universalistica della salute
- 18 2. Il filo rosso che lega le ultime sentenze della Corte costituzionale sulla tutela della salute
- 27 3. Corte costituzionale e sussidiarietà: implicazioni per la tutela della salute
- 29 Riferimenti bibliografici

SEZIONE 1 LA CRISI DEL SISTEMA

33 1. Lo stato di salute degli italiani

Carlo Zocchetti

- 33 1.1 Introduzione e obiettivo
- 34 1.2 La demografia: la popolazione italiana e la sua evoluzione
- 39 1.3 Le differenze territoriali di salute
- 49 1.4 Le disuguaglianze di salute per scolarità
- 57 1.5 Gli anziani e la cronicità
- 60 1.6 Gli esiti di salute
- 62 1.7 L'Italia nel contesto europeo
- 69 1.8 Conclusioni
- 71 Riferimenti bibliografici

73 2. Dal sanitario al sociosanitario: l'evoluzione della domanda

Giorgia Marinuzzi, Marianna Prato, Anna Romagno

- 73 2.1 L'inverno demografico
- 78 2.2 Le dimensioni della povertà
- 82 2.3 La fragilità negli anziani: la non autosufficienza
- 83 2.4 La disabilità nei contesti di vita delle persone
- 85 2.5 La salute mentale tra fragilità individuali e fragilità collettive

88	2.6 Le dipendenze nelle maglie dei cambiamenti
90	Riferimenti bibliografici
93	3. Un sistema frammentato
	<i>Laura Levaggi, Rosella Levaggi</i>
93	3.1 Introduzione
93	3.2 Decentramento del SSN: un sistema che funziona?
94	3.3 Le risorse
95	3.4 Le dotazioni
96	3.5 Il livello di efficienza
97	3.6 I tempi di attesa
98	3.7 Le conseguenze
101	3.8 Conclusioni
103	Riferimenti bibliografici
107	4. Disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari
	<i>Cinzia Di Novi</i>
107	4.1 Introduzione
108	4.2 Diseguaglianza socioeconomica
110	4.3 Equità orizzontale e diseguaglianza di accesso ai servizi sanitari
114	4.4 Risultati
120	4.5 Liste d'attesa e costi come fattori di diseguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari
132	4.6 Conclusioni
132	Riferimenti bibliografici
133	5. Un sistema sanitario non sostenibile
	<i>Gilberto Turati</i>
134	5.1 Perché la spesa sanitaria potrebbe aumentare?
138	5.2 Come si può rispondere all'aumento prospettato della spesa?
140	5.3 Il tema delle riforme per garantire la sostenibilità e tutelare l'universalismo
143	Riferimenti bibliografici
145	6. Pubblico, privato, non profit: salute per tutti?
	<i>Giovanni Fosti</i>
145	6.1 L'equità
147	6.2 Le risorse
149	6.3 La sostenibilità
151	Riferimenti bibliografici
153	7. I servizi sociosanitari in Italia: quali sono, chi se ne occupa e quanto costano
	<i>Michelangelo Caiolfa, Giorgia Marinuzzi, Michela Mauloni, Claudia Peiti</i>
154	7.1 Le prestazioni sociosanitarie: dal punto di partenza ai disposti attuativi
155	7.2 La spesa sociosanitaria: perimetro di riferimento e flussi finanziari
172	Riferimenti bibliografici
172	Sitografia

173 8. La gestione delle cronicità

Antonello Zangrandi, Lucia Calabrese

- 173 8.1 Frammentarietà dell'assistenza: una sfida alla presa in carico integrata del paziente
- 176 8.2 Malati cronici e malati oncologici: lo stato attuale dei servizi e le percezioni dei pazienti rispetto ad essi
- 183 8.3 Elementi strutturali dell'assistenza alla cronicità nel nostro Paese
- 191 8.4 Prospettive dell'utenza nella gestione della cronicità
- 195 8.5 Conclusioni
- 196 Riferimenti bibliografici

199 Domanda in crescita in un quadro di disuguaglianze e sostenibilità

Antonello Zangrandi

SEZIONE 2 LE RISPOSTE DA COSTRUIRE

205 9. Ripensare la sostenibilità dei sistemi sanitari: prospettive economiche, sociali e politiche

Aleksandra Torbica, Giulia Fornaro

- 205 9.1 Introduzione
- 206 9.2 La dimensione economica: possiamo permetterci il sistema universalistico?
- 207 9.3 La dimensione sociale e politica: equità, coesione e visione di lungo periodo
- 209 9.4 Innovazione come motore di trasformazione sostenibile
- 210 9.5 Il governo dell'innovazione: regole, incentivi, partenariati
- 213 9.6 Il ruolo delle istituzioni accademiche e di ricerca
- 214 9.7 Conclusioni
- 215 Riferimenti bibliografici

219 10. Criticità, bisogni, programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Nazionale

Americo Cicchetti

- 219 10.1 Premessa
- 220 10.2 Il SSN è davvero in crisi?
- 224 10.3 Quali sono le priorità della programmazione sanitaria in Italia?
- 225 10.4 La nuova programmazione sanitaria tra Stato e Regioni
- 236 Riferimenti bibliografici

237 11. 20 anni di misurazione e valutazione della performance in sanità: sfide e opportunità

Milena Vainieri, Chiara Seghieri

- 237 11.1 Introduzione
- 238 11.2 L'evoluzione del sistema di valutazione della performance in 20 anni
- 245 11.3 La valutazione dei percorsi assistenziali attraverso l'analisi delle reti multiprofessionali: il caso delle cronicità
- 248 11.4 Considerazioni conclusive
- 250 Riferimenti bibliografici

**253 12. Cronicità e presa in carico globale dei pazienti: il contributo dei servizi
socio-sanitari**

Antonello Zangrandi

- 253 12.1 Contesto demografico e condizioni di salute della popolazione
- 256 12.2 La copertura del bisogno assistenziale in Italia
- 259 12.3 Un paradigma differente nella presa in carico delle cronicità
- 261 12.4 Realizzare la visione della Legge 33/2023: il Progetto Anchise
- 262 12.5 Azioni operative e politiche da mettere in atto
- 266 Riferimenti bibliografici

**269 13. Acuzie e cronicità, il “medico di base”, l’organizzazione dei servizi
territoriali**

Emanuele Vendramini

- 269 13.1 Premessa
- 270 13.2 Presa in carico del paziente cronico: quale rete e quale governance?
- 275 13.3 Riflessioni conclusive
- 276 Riferimenti bibliografici

**279 14. La motivazione dei medici nelle organizzazioni sanitarie. Un’indagine sul
campo**

Antonello Zangrandi, Simone Fanelli

- 279 14.1 Perché il tema della motivazione è importante
- 280 14.2 La motivazione nella letteratura organizzativa
- 281 14.3 Metodo e presentazione del campione
- 283 14.4 I risultati della ricerca
- 288 14.5 L’interpretazione
- 290 14.6 Quali politiche
- 294 14.7 Prime conclusioni
- 295 Riferimenti bibliografici

297 15. Prevenzione: più salute e più risorse

Francesco Moscone, Giuseppe Arbia, Francesca Cardile, Lucia Della Ratta

- 297 15.1 Comportamenti a rischio
- 298 15.2 Prevenzione: conoscerla per metterla in pratica
- 299 15.3 Aree di intervento e strumenti
- 301 15.4 Casi reali
- 309 15.5 Focus Italia. La tassazione delle sigarette come leva di prevenzione
- 310 15.6 Conclusione
- 310 Riferimenti bibliografici

313 16. Evoluzione delle cure primarie in Inghilterra

Rita Santos

- 313 16.1 Introduzione
- 314 16.2 Dal lavoro come medico di medicina generale singolo a un team con
competenze miste a livello di rete
- 316 16.3 Le principali sfide dell’assistenza primaria inglese
- 318 16.4 Conclusione
- 318 Riferimenti bibliografici

SEZIONE 3 ESPERIENZE

323 17. Il modello Veneto: un sistema a forte leadership centrale che genera eccellenza ed efficienza

Emanuele Bracco

- 323 17.1 Introduzione
- 323 17.2 Il modello di Sistema Sanitario Regionale
- 324 17.3 Management e spesa
- 325 17.4 Gli esiti: ospedale e territorio
- 327 17.5 Azienda Zero: centralizzare per poter decentrare
- 327 17.6 Conclusione
- 328 Riferimenti bibliografici

329 18. La valutazione delle Case di Comunità nel sistema sanitario toscano

Milena Vainieri

- 329 18.1 Il contesto socio-demografico della Regione Toscana
- 330 18.2 L'assetto e la governance istituzionale
- 332 18.3 Gli obiettivi del nuovo Piano Sanitario Sociale integrato della Regione Toscana 2024-2026
- 333 18.4 Un approfondimento sulle Case della Salute/Comunità
- 334 18.5 Una prima sperimentazione della valutazione delle Case di Comunità
- 336 18.6 Alcuni esempi di valutazione da un primo studio pilota
- 338 18.7 Considerazioni conclusive sulle scelte di fondo nel valutare la performance delle Case di Comunità
- 339 Riferimenti normativi
- 339 Riferimenti bibliografici

341 19. Il modello di tutela della salute in Emilia-Romagna: la riforma dell'assistenza territoriale

Mattia Altini, Giovanni Mulazzani

- 341 19.1 Lo scenario sanitario regionale: i dati e i *trend* evolutivi
- 342 19.2 La riforma dell'assistenza territoriale in Emilia-Romagna: attori e strumenti
- 347 19.3 La Casa della Comunità di Castelfranco Emilia: innovazione, integrazione e nuovo standard territoriale

351 20. Continuità delle cure e integrazione in Regione Lombardia. L'esperienza della cooperativa COSMA

Michele Castelli, Marco Magri, Lucia Calabrese

- 351 20.1 Contesto socio-demografico
- 352 20.2 Organizzazione sistema sanitario regionale
- 352 20.3 Integrazione e presa in carico
- 353 20.4 Performance e risultati del sistema
- 354 20.5 L'esperienza della Cooperativa COSMA di Lecco
- 357 Riferimenti bibliografici

**359 21. Le Botteghe della Comunità: framework integrato per l'assistenza
sociosanitaria nelle aree interne**

Gennaro Sosto, Francesco Colavita

363 Sitografia

363 Riferimenti bibliografici

365 22. Il progetto “Neirone in Salute” dell’ASL 4 della Liguria

Paolo Petralia, Lucia Calabrese

CONCLUSIONI

371 Rapporto “Sussidiarietà e... salute”: uno sguardo d’insieme

Giorgio Vittadini

372 1. Le evidenze emerse

384 2. Linee per una riforma del sistema

393 3. Proposte di policy

396 Riferimenti bibliografici

399 Postfazione

Walter Ricciardi

399 Oltre l’analisi: una responsabilità collettiva per il futuro della sanità pubblica

403 Gli autori

Introduzione

Giorgio Vittadini

Il tema della salute come bene comune rimane insistentemente al centro dell'agenda pubblica. Le tensioni tra sostenibilità finanziaria e tutela dei diritti, tra differenziazione territoriale e universalismo, tra pubblico e privato non sono più questioni tecniche riservate agli addetti ai lavori, ma nodi politici e sociali che incidono direttamente sulle condizioni di vita delle persone e sulla tenuta del patto solidaristico su cui si fonda lo Stato sociale, chiamando in causa il modello di sviluppo del Paese e la qualità della sua democrazia.

Il presente Rapporto si colloca in un percorso di riflessione e approfondimento, avviato da tempo dalla Fondazione per la Sussidiarietà, su come sostenere il sistema di welfare perché possa rimanere un fondamentale fattore di sviluppo e di crescita, oltre che di benessere e di coesione sociale.

L'obiettivo di salvaguardare universalismo, uguaglianza ed equità, dando attuazione al diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, impone una profonda revisione dei modelli organizzativi tradizionali e l'adozione di approcci integrati e coordinati lungo i percorsi di cura. A questo riguardo vengono chiamati in causa il principio e la cultura della sussidiarietà. Come sancisce la sentenza 192/2024 della Corte Costituzionale, la sussidiarietà prevede che "sia scelto, per ogni specifica funzione, il livello territoriale più adeguato, in relazione alla natura della funzione, al contesto locale e anche a quello più generale in cui avviene la sua allocazione. La priorità va all'ente più prossimo ai cittadini e alle loro formazioni sociali, ma il principio può spingere verso il livello di governo più alto". Distribuire il potere tra ambiti istituzionali diversi oppure dall'istituzione alla società civile, non è di per sé sussidiarietà, se non ha come obiettivo il "bene comune della società e dei diritti garantiti dalla nostra Costituzione". La sussidiarietà contiene quindi la logica della miglior soluzione possibile, nella distribuzione delle competenze, per affermare il bene di tutti, non solo quello di una parte. Perché ciò accada serve un rapporto equilibrato, collaborativo, coordinato tra i diversi soggetti coinvolti, bandendo ogni approccio competitivo, divisivo e di contrapposizione.

In Italia l'aspettativa di vita alla nascita è circa di 83,5 anni, più alta della media OCSE, mentre la mortalità da cause prevenibili e trattabili è inferiore alla media OCSE, segno di efficacia del SSN¹. La qualità di un sistema sanitario è elemento che incide in

1 Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.

modo significativo, ma non predominante sulla salute complessiva di una popolazione: il suo impatto diretto è stimato nell'ordine del 10-15%, mentre fattori comportamentali e socio-economici insieme spiegano una frazione molto più elevata della variazione negli esiti di salute².

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito nel 1978, ha rappresentato una svolta di civiltà, affermando il principio secondo cui l'accesso alle cure deve prescindere dalle condizioni economiche, sociali e territoriali delle persone e rappresenta un'infrastruttura pubblica essenziale per la realizzazione dell'eguaglianza sostanziale. Temi quali il livello e la composizione del finanziamento, la gestione delle liste d'attesa, il crescente ricorso alla spesa privata, l'attuazione delle riforme previste dal PNRR e il dibattito sull'autonomia differenziata mostrano con evidenza come la sanità non possa essere letta unicamente come ambito di spesa pubblica, ma vada considerata come uno spazio decisivo di costruzione della qualità sociale e civile del Paese.

Il rischio che oggi si profila non riguarda soltanto un progressivo indebolimento della capacità del sistema di rispondere ai bisogni di salute, ma investe anche la fiducia dei cittadini nelle istituzioni e nel principio di solidarietà che ha storicamente sorretto il modello universalistico italiano. Quando l'accesso alle cure diventa incerto, diseguale o condizionato dalle risorse economiche individuali, la salute tende a perdere il suo carattere di bene comune e a trasformarsi in fattore di divisione sociale, alimentando disuguaglianze cumulative, insicurezza e disaffezione civica.

I servizi sanitari, in quanto beni meritori e beni pubblici "impuri", non rispondono a una logica riconducibile alle dinamiche di mercato. Essi svolgono una funzione redistributiva essenziale, garantendo l'accesso a prestazioni spesso vitali attraverso il finanziamento collettivo, e contribuiscono alla riduzione dei rischi sociali e alla promozione dell'eguaglianza delle opportunità. Inoltre, i servizi di welfare – e in particolare quelli sanitari – sono anche beni relazionali: la loro efficacia dipende non solo dalla prestazione erogata, ma dalla qualità della relazione di cura, dalla capacità di ascolto, dal rispetto e dalla presa in carico della persona nella sua interezza. Senza questa dimensione relazionale, la risposta al bisogno non si traduce in benessere.

Da molti anni, il SSN è sottoposto a pressioni crescenti. La pandemia ha messo in luce la fragilità di un modello eccessivamente centrato sull'ospedale e sulle prestazioni, evidenziando l'importanza decisiva della sanità territoriale, della prevenzione, della prossimità e dell'integrazione tra servizi sanitari, sociali e comunitari. La salute non dipende solo dal sistema delle cure, ma da un insieme complesso di determinanti di diverso tipo, quali le condizioni di lavoro, la sicurezza del reddito, l'istruzione, gli stili di vita, la qualità delle relazioni e del capitale sociale.

A queste dinamiche si sommano trasformazioni demografiche ed epidemiologiche profonde – l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità e della multicronicità – che si intrecciano con vincoli finanziari stringenti, frammentazione organizzativa e disuguaglianze territoriali e socio-economiche sempre più marcate. I tempi di attesa, la mobilità sanitaria e l'aumento della spesa *out of pocket* mettono in discussione

2 Cfr. studi quali Badura B., *Scientific foundations for a public health policy in Europe*, Juventa, Weinheim 1995; Evans RG., Stoddart GL., *Producing health, consuming health care*, in *Social Science and Medicine*, 1990; 31(12):1347-1363.

la capacità del sistema di garantire livelli essenziali di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale.

È in questo contesto che assume un rilievo centrale il ruolo della Corte costituzionale come presidio del diritto alla salute, come argomenta qui il contributo di Luca Antonini. Particolarmente significativa è la sentenza n. 195 del 2024 in cui la Corte ha affermato un principio di portata generale: i diritti incompressibili, tra cui il diritto alla salute, non possono essere subordinati in modo automatico alle esigenze di equilibrio finanziario, ma impongono allo Stato e alle Regioni di individuare le risorse necessarie per garantirne l'effettiva fruibilità.

La Corte introduce e consolida così il concetto di “spesa costituzionalmente necessaria”, chiarendo che il rispetto dei vincoli di bilancio non può giustificare la negazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni; che la finanza pubblica deve essere funzionale ai diritti, e non viceversa; e che l'equilibrio di bilancio sancito dall'articolo 81 della Costituzione va interpretato in modo sistemico, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 32.

Il Rapporto offre quindi una lettura articolata delle principali criticità che attraversano il sistema sanitario italiano, analizzando l'evoluzione della domanda di salute, la frammentazione dell'offerta, le disuguaglianze di accesso, i problemi di sostenibilità economica e organizzativa, ma anche le opportunità di innovazione che emergono dalle riforme recenti, dal rafforzamento della sanità territoriale e dalle esperienze già in atto in diverse realtà regionali. Non propone soluzioni semplici o definitive, ma intende contribuire a riaprire una riflessione e un dibattito culturale e politico sul senso profondo dell'universalismo e sul valore della salute come bene comune e fondamento dello sviluppo del Paese.

Struttura e percorso del Rapporto

Dopo aver delineato il quadro valoriale e istituzionale entro cui si colloca la riflessione sulla salute come bene comune e pilastro dello Stato sociale, il Rapporto si sviluppa lungo tre sezioni principali.

Il Rapporto prende avvio con un capitolo curato da Luca Antonini, che richiama al fondamento costituzionale del diritto alla salute e al ruolo svolto dalla Corte costituzionale come presidio dell'universalismo sanitario.

A partire da questo inquadramento, la prima Sezione del Rapporto è dedicata all'analisi della domanda di salute e alle criticità strutturali dell'attuale assetto del sistema. Il contributo di Carlo Zocchetti mostra come l'evoluzione della domanda sia fortemente segnata da fattori demografici, disuguaglianze territoriali e socio-economiche che incidono in modo determinante sugli esiti di salute. La crescente complessità dei bisogni mette in discussione modelli di offerta pensati per una popolazione diversa da quella attuale e impone di ripensare i servizi non tanto in termini di quantità, quanto di capacità di adattamento e risposta appropriata.

Su questa linea si colloca l'analisi di Giorgia Marinuzzi, Marianna Prato, Anna Romagnolo, che approfondiscono il passaggio da una domanda prevalentemente sanitaria a una domanda sempre più socio-sanitaria. L'aumento delle condizioni di fragilità, della non autosufficienza, del disagio psicologico e delle situazioni di esclusione sociale rende evidente come il benessere delle persone non possa essere affrontato entro confini settoriali rigidi. Ne emerge la necessità di politiche pubbliche capaci di integrare dimen-

sione sanitaria e sociale, superando frammentazioni che rischiano di tradursi in risposte parziali e inefficaci.

Il tema della frammentazione trova un ulteriore sviluppo nel contributo di Laura e Rosella Levaggi, che analizzano gli effetti del decentramento regionale sull'assetto del SSN. La progressiva differenziazione dei sistemi regionali ha prodotto livelli di capacità, qualità e dotazione di risorse molto disomogenei, mettendo in tensione il principio di uguaglianza nell'accesso alle cure. Le disuguaglianze territoriali e la mobilità sanitaria diventano così segnali di un sistema che fatica a garantire uniformità di tutela su tutto il territorio nazionale.

A questa dimensione territoriale si affianca quella socio-economica, approfondita dal contributo di Cinzia Di Novi, che mette in luce come l'accesso ai servizi sanitari non sia sempre guidato esclusivamente dal bisogno di salute. Le differenze di reddito e di status sociale incidono sulla possibilità di ottenere prestazioni tempestive e appropriate, rafforzando disuguaglianze che si riflettono sugli esiti clinici e sulla qualità della vita delle persone più vulnerabili.

Il quadro delle criticità si completa con l'analisi di Gilberto Turati, che affronta il tema della sostenibilità del sistema in una prospettiva ampia, intrecciando dimensione economica, sociale e politica. Il capitolo chiarisce come la tenuta del SSN non dipenda soltanto dal livello di risorse disponibili, ma dalla capacità di governarle in modo efficace, equo e coerente con il principio dell'universalismo. La sostenibilità emerge così come una sfida di governance prima ancora che di finanza pubblica.

In questo contesto si inserisce il contributo di Giovanni Fosti, che riflette sul rapporto tra pubblico, privato e Terzo settore, interrogando il futuro del modello universalistico alla luce della crescente incidenza della spesa privata e delle carenze di personale sanitario e sociale. Il capitolo pone al centro la questione della credibilità del sistema e del ruolo che i diversi attori possono svolgere, purché all'interno di una cornice di responsabilità pubblica orientata all'equità.

La Sezione si chiude con due contributi che riportano l'attenzione sull'organizzazione concreta dell'offerta. Il lavoro di Michelangelo Caiolfa, Giorgia Marinuzzi, Michela Mauloni, Claudia Peiti propone una ricognizione dei servizi socio-sanitari, evidenziando la complessità del sistema, la frammentazione delle competenze e la difficoltà di disporre di strumenti informativi integrati per una programmazione efficace. Antonello Zangrandi e Lucia Calabrese, infine, mostrano come la frammentazione dell'erogazione dei servizi incida direttamente sulla qualità dei percorsi di cura, in particolare per i pazienti oncologici e cronici, richiamando l'importanza di una presa in carico continua, integrata e umanizzata.

La seconda Sezione del Rapporto sposta l'attenzione sulle prospettive di riforma, concentrandosi su sostenibilità, governance e modelli di presa in carico. Aleksandra Torbica e Giulia Fornaro introducono una riflessione sul concetto di sostenibilità come equilibrio dinamico tra risorse disponibili, legittimazione sociale e fiducia politica, sottolineando il ruolo dell'innovazione come leva per creare valore in sanità e rafforzare l'affidabilità del sistema.

Il contributo di Americo Cicchetti approfondisce il tema della programmazione, evidenziando la necessità di un approccio integrato che parta dalla stratificazione dei bisogni, definisca priorità condivise e si fondi su un monitoraggio costante degli esiti. In

questa prospettiva, la valutazione della performance, analizzata da Milena Vainieri e Chiara Seghieri, assume un ruolo strategico non solo come strumento di controllo, ma come leva di apprendimento e miglioramento continuo, capace di orientare le decisioni e rafforzare la fiducia tra istituzioni, professionisti e cittadini.

La riflessione si concentra poi sulla cronicità e sulla non autosufficienza, che rappresentano una delle principali sfide per il sistema. Il contributo di Zangrandi evidenzia l'inadeguatezza di modelli assistenziali centrati sull'ospedale e la necessità di riallocare risorse verso setting più appropriati. Emanuele Vendramini approfondisce questo cambio di paradigma, mettendo in luce il ruolo cruciale delle cure primarie, del Medico di Medicina Generale e dei servizi territoriali nella costruzione di una sanità orientata alla domanda e alle persone.

A completare il quadro, il contributo di Simone Fanelli e Antonello Zangrandi richiama l'attenzione sul capitale umano, mostrando come la motivazione dei professionisti sanitari sia un fattore determinante per la qualità e la sostenibilità del sistema. Il tema della prevenzione, affrontato da Francesco Moscone, Giuseppe Arbia, Francesca Cardile, Lucia Della Ratta, amplia ulteriormente l'orizzonte, proponendo una visione della salute come investimento strategico, sottolineando l'importanza determinante della prevenzione. Lo sguardo comparato offerto da Rita Santos sull'evoluzione delle cure primarie in Inghilterra arricchisce la riflessione, fornendo spunti utili per il contesto italiano.

La terza Sezione del Rapporto è infine dedicata alle esperienze. Attraverso una selezione di casi regionali, mostra come sia possibile rispondere in modo concreto alle criticità analizzate, rafforzando la sanità territoriale, integrando servizi e migliorando la presa in carico dei cittadini. Le esperienze presentate, pur diverse tra loro, dimostrano che la pluralità dei modelli può diventare una risorsa, a condizione che sia sostenuta da un coordinamento nazionale capace di favorire apprendimento reciproco, diffusione delle buone pratiche e coerenza con i principi fondanti del SSN.

In sintesi, il Rapporto intende contribuire a riaffermare una visione della sanità come infrastruttura sociale fondamentale, non riducibile a una voce di bilancio, ma essenziale per la coesione, la crescita e la giustizia sociale. Un SSN capace di evolvere, adattarsi e innovare, senza perdere la propria anima, rappresenta non solo una garanzia di tutela della salute, ma una condizione imprescindibile per il futuro del Paese.

Per questo occorre assumere la complessità come dato strutturale e riconoscere che la risposta non può essere affidata a interventi frammentari o emergenziali. Una riforma complessiva deve riguardare i modelli di governance, i criteri di allocazione delle risorse, l'integrazione tra sanità e sociale, il ruolo dei territori e delle comunità, la valorizzazione del capitale umano e la centralità della prevenzione. Tutto questo implica una rinnovata assunzione di responsabilità pubblica, capace di guidare l'innovazione senza smarrire l'equità.

In questo scenario, il principio e la cultura della sussidiarietà assumono un significato centrale perché implicano collaborazione, coordinamento e corresponsabilità tra istituzioni pubbliche, Terzo settore, corpi intermedi, imprese sociali e cittadini, superando logiche competitive e frammentarie. Solo un sistema capace di valorizzare le energie presenti nella società, mantenendo al contempo una forte regia pubblica, può affrontare la sfida di un welfare sanitario equo, sostenibile e orientato alle persone.

La Corte costituzionale e la tutela della salute

Luca Antonini

1. Origini e prospettive della tutela universalistica della salute

La tutela della salute, sancita nell'art. 32, è l'unico diritto espressamente qualificato come “*fondamentale*” dalla Costituzione italiana. Questo risultato non è casuale, ma si deve all'impegno, in Assemblea costituente, di tre grandi medici, che erano rimasti del tutto insoddisfatti della blanda formulazione inizialmente proposta, nella bozza del testo della Costituzione, dalla Commissione dei Settantacinque, incaricata di predisporre la prima bozza di costituzione. Nell'assemblea plenaria fecero quindi sentire la loro voce. E fu una voce molto autorevole perché Caronia, Merisi e Cavallotti erano medici di fama mondiale, appartenenti a tre partiti diversi, rispettivamente DC, PSI e PCI, e spesero, all'unisono, argomenti a cui nessun orecchio dei Padri costituenti poteva restare insensibile (Antonini, Zamagni 2025).

Fu la coraggiosa presa di posizione di questi tre medici a portare l'Assemblea costituente ad approvare l'attuale formulazione dell'articolo 32 della Costituzione, superando così non solo la formulazione della commissione, ma anche la proposta di un nutrito gruppo di costituenti, quasi tutti appartenenti alla Democrazia Cristiana, di non scrivere nulla in Costituzione sulla tutela della salute, perché “in Italia, nei limiti dei bilanci e degli accorgimenti della tecnica amministrativa, è stata sempre tutelata la salute ed è stata sempre promossa l'igiene. Si vedrà in concreto se questi mezzi ci saranno; ma non mi pare si possa far luogo ad alcuna affermazione di principio sotto questo riguardo”¹.

Fu a tale proposta che reagì in modo energico Caronia, amico personale di Luigi Sturzo, e poi gli altri due grandi medici, portando alla formulazione attuale.

Questo straordinario dibattito dimostra come all'origine del nostro sistema sanitario ci sia stato un pensiero forte e trasversale.

Lo stesso è avvenuto nel periodo di Tina Anselmi, che riuscì a far evolvere l'ormai iniquo sistema delle mutue verso l'universalismo del servizio sanitario nazionale, vanto del nostro sistema di welfare, in un momento peraltro davvero difficile per il Paese: erano gli anni di piombo e della grave crisi energetica e si era nel corso del quarto governo Andreotti, velocemente votato, nei giorni successivi al sequestro Moro, con l'appoggio esterno del PCI.

1 Così l'intervento dell'onorevole Gullo.

Oggi, però, la sanità italiana rischia una deriva “americanizzante”, nel senso che quella che è stata la sanità di tutti, potrebbe diventare la sanità di pochi, appannaggio esclusivo di quelli che possono permettersi di pagarla.

La spesa privata ha raggiunto, nel 2024, secondo le stime del MEF, la cifra di quarantotto miliardi di euro.

I cittadini sentono sulla loro pelle le avvisaglie di questa tempesta perfetta che potrebbe abbattersi sul nostro sistema. Malmesso, innanzitutto perché sta scontando il peso dei tagli avvenuti, per circa quaranta miliardi di euro, nel periodo tra il 2012 e il 2019.

I tagli alla sanità hanno una caratteristica particolare – che deriva anche dalla dissociazione tra responsabilità impositiva (dello Stato) e organizzativa (delle Regioni) – perché rimangono silenziosi nel momento in cui vengono praticati (il cittadino non li avverte, perché non è toccata la busta paga o l'immediatezza del servizio), ma fanno un rumore assordante quando, dopo anni (ed è l'attualità che stiamo vivendo), occorre sostituire le macchine per le TAC o per le risonanze magnetiche obsolete, fare i conti con le nuove possibilità di cura, garantire il *turn over* con chi è andato in pensione, ecc. Di fronte a questi problemi, però, il dibattito pubblico sembra spesso stagnare, vuoi nella pigrizia intellettuale (il *refrain* che basterebbe ricentralizzare il sistema è sconsigliante per la sua banalità) o, peggio, ancora nella mera strumentalizzazione politica. Occorre allora gettare il sasso, rilanciando la necessità di ritornare a pensare seriamente, in chiave umanistica, la sanità italiana.

Da questo punto di vista, la giurisprudenza della Corte costituzionale, negli ultimi anni, ha offerto un contributo che merita di essere ricordato.

2. Il filo rosso che lega le ultime sentenze della Corte costituzionale sulla tutela della salute

2.1 La spesa costituzionalmente necessaria

La grave pandemia che ha colpito l'umanità, mietendo un numero drammatico di vittime, ha offerto numerosi spunti di riflessione sul tema dell'allocazione delle risorse necessarie per garantire i diritti costituzionali² e *in primis* il fondamentale diritto alla salute.

In particolare, nel periodo più difficile, ad esempio, si è sentito affermare, che di fronte alla scarsità dei posti nelle terapie intensive bisognava effettuare selezioni: ovvero dare la precedenza ai giovani piuttosto che agli anziani, e tra i giovani, se i posti comunque non bastavano, a quelli sani piuttosto che a quelli con altre patologie che avrebbero comunque avuto meno speranza di vita.

Va precisato che l'argomento, per la crudezza e la cinica disinvoltura con cui veniva presentato in alcuni casi trascendeva quel normale equilibrio con cui l'arte medica, a

2 La garanzia dei diritti costituzionali non può, infatti, evitare il confronto con la questione delle compatibilità economiche. Si tratta di una affermazione che non è scontata, perché si potrebbe ritenere che i diritti costituzionali e in particolare quelli inviolabili siano entità assolute, quasi “sacre”, che mai potrebbero essere confuse con le “questioni pecuniarie”. A lungo invece si è teorizzata, salvo qualche rara eccezione, l'assenza di questa interdipendenza: probabilmente fino a tutti gli anni Ottanta, quando ancora si riteneva che lo Stato avrebbe potuto, sempre e comunque, reperire risorse, grazie soprattutto all'indebitamento pubblico. L'utopia di ritenere i diritti come entità incondizionate e indipendenti dalle risorse disponibili è stata spazzata via dalla storia (Antonini 2025, pp. 13 ss).

volte, è chiamata a prendere, in scienza e coscienza, decisioni per evitare, ad esempio, un intrusivo accanimento terapeutico che, dato il progresso scientifico, potrebbe, ostacolando il normale corso di una malattia, tenere in vita per tempi indeterminati le persone, nonostante le loro gravi condizioni di sofferenza.

C'era qualcosa di più nell'argomento che veniva utilizzato: vi vibrava l'eco di una radice culturale per la quale un qualsiasi potere può decidere che una vita è più meritevole di essere vissuta di un'altra.

Evidentemente questa radice non è compatibile con la nostra Costituzione che ruota tutta intorno al principio personalista e respinge con forza qualsiasi discriminazione.

Ma la scarsità dei posti nelle terapie intensive imponeva nell'anno 2020 la "scelta tragica" di chi salvare.

Tale problema allora, non può certo essere risolto echeggiando soluzioni contrarie alla dignità umana ("ogni vita è portatrice di una inalienabile dignità, indipendentemente dalle concrete condizioni in cui essa si svolge", così sentenza 135 del 2024), ma va certamente rovesciato: in relazione a certe spese, come quella sanitaria, le risorse (anche, appunto, quelle per le terapie intensive) non dovrebbero mai mancare!

Nel senso che prima di tagliare la spesa sanitaria si dovrebbero tagliarne altre, ovvero quelle che costituzionalmente necessarie non sono.

È per questo motivo che la Corte costituzionale a partire dalla sentenza n. 169 del 2017, ha elaborato la nozione di spesa costituzionalmente necessaria, segnando una tappa molto importante con riguardo al problema del de-finanziamento del sistema sanitario.

Di fronte all'ennesimo taglio lineare sulla sanità, la Corte, infatti, ha abbandonato la posizione sin troppo conciliante del periodo precedente e ha posto finalmente un limite, distinguendo la spesa attinente al diritto sociale alla salute – l'unico espressamente qualificato, come si è detto, come "fondamentale" dalla Costituzione – dalle altre spese che non sono costituzionalmente necessarie.

La sentenza, in particolare, entrando nei bilanciamenti del legislatore attinenti alle macro-allocazioni di risorse³, lo ha ammonito a non effettuare più tagli al buio sulla spesa sanitaria, ma "a corredare le iniziative legislative incidenti sull'erogazione delle prestazioni sociali di rango primario con un'appropriata istruttoria finanziaria" (Bergo 2017). Altrimenti si può determinare "la violazione degli artt. 32 e 117, secondo comma, lettera m), Cost., nei casi in cui eventuali disposizioni di legge trasferiscano 'a cascata', attraverso i diversi livelli di governo territoriale, gli effetti delle riduzioni finanziarie sulle prestazioni sanitarie costituzionalmente necessarie".

La sentenza, in questi termini, ha colto il *punctum dolens* dello smantellamento del sistema di welfare sanitario cui prima si è accennato. E da qui ne ha tratto la conseguenza di identificare la spesa sanitaria in termini di "*spesa costituzionalmente necessaria*".

Si tratta di un punto di approdo molto significativo che acquista ancora più rilevanza se si considerano i passaggi successivi della sentenza n. 169 del 2017, dove questa si rivolge sia al legislatore statale che a quello regionale, promuovendo una indovinata concezione del riparto delle competenze, fondata sull'incontro delle responsabilità, anziché sullo scontro tra istituzioni. In quest'ottica, infatti, la sentenza rilancia la necessità

3 Distingue opportunamente tra micro e macro-allocazioni, G. Gristina (2024).

di una “fisiologica dialettica” tra Stato e Regioni “improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività”.

In questi termini si può senz’altro concludere che la Corte costituzionale, con la sentenza n. 169 del 2017, ha acceso un nuovo e coraggioso faro sulla questione del (de) finanziamento del diritto alla salute, anche precisando che una volta individuati i LEA, questi divengono un limite costituzionale alle “*indifferenziate*” riduzioni della spesa pubblica, infatti: “una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l’erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica”.

La sentenza n. 169 del 2017 ha rappresentato quindi una tappa decisiva della giurisprudenza costituzionale in vista di un adeguato rapporto tra esigenze finanziarie e diritto alla salute, segnando una linea invalicabile alla compressione di questo diritto fondamentale.

Non è un fatto banale: non è inutile ricordare che proprio nell’anno in cui veniva adottato il Decreto Legge n. 78 del 2015 disponendo un taglio di circa 2,3 miliardi al finanziamento del diritto alla salute (cui è relativa la sentenza n. 169 del 2017), nella successiva Legge di stabilità venivano introdotti vari *bonus* non legati a esigenze primarie, secondo una prassi che è poi proseguita negli anni successivi.

La comparsa della nozione di spesa costituzionalmente necessaria non è rimasta un episodio isolato nella giurisprudenza costituzionale, ma ha segnato un cambio di rotta di fronte al de-finanziamento del sistema sanitario. Come dimostrano le sentenze nn. 87 del 2018, 103 del 2018 e 233 del 2022.

Di recente, poi, l’argomento è stato approfondito dalla sentenza n. 195 del 2024, che ha portato ad affermare che in un contesto di risorse scarse, “per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il “fondamentale” diritto alla salute di cui all’art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta *out of pocket*”.

Ha quindi ribadito la nozione di “spesa costituzionalmente necessaria” in riferimento a quella per il diritto alla salute, che, “coinvolgendo primarie esigenze della persona umana”, non può essere sacrificato “fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità”.

2.2 La competenza medica e la burocrazia

La sentenza n. 169 del 2017 è importante anche per un ulteriore aspetto.

Veniva infatti in discussione, in quella vertenza, la legittimità costituzionale dell’art. 9-quater del d.l. n. 78 del 2015, che ha attribuito al Ministero della salute il compito di individuare con decreto le condizioni di erogabilità e di appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Tale disposizione ha stabilito che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1 siano a totale carico dell’assistito; che

gli enti del Servizio Sanitario Nazionale effettuino i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme alle condizioni e alle indicazioni del suddetto decreto ministeriale; che in caso di comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale, l'ente adotti nei confronti del medico prescrittore una riduzione del trattamento economico accessorio e nei confronti del medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, una riduzione delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale.

Da tale complesso normativo è poi scaturito il Decreto del Ministero della Salute del 9 dicembre 2015, recante "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale".

È importante considerare che la sentenza ha dato un'interpretazione costituzionalmente orientata delle norme sulla appropriatezza delle prescrizioni mediche, perché con toni molto decisi le ha ridotte a un semplice invito. Ha infatti affermato: "esse non possono assolutamente conculcare il libero esercizio della professione medica, ma costituiscono un semplice invito a motivare scostamenti rilevanti dai protocolli. È invece assolutamente incompatibile un sindacato politico o meramente finanziario sulle prescrizioni, poiché la discrezionalità legislativa trova il suo limite '[nel]le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l'arte medica: sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)".

Per cui: "la medicina è una scienza in evoluzione pertanto non è possibile imporre una metodica prettamente finanziaria nelle linee guida poiché le acquisizioni scientifiche sono in continua evoluzione e la loro applicazione dipendono dall'autonomia e dalla responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002), (sentenza n. 151 del 2009)".

La decisione quindi si pone nell'ottica, di recente evocata da Zamagni, del superamento dell'organizzazione tayloristica della sanità, perché "nelle condizioni storiche attuali non è concepibile che il medico venga tenuto ai margini della gestione delle risorse allocate alla struttura sanitaria in cui opera. Il vecchio adagio: 'il medico faccia il medico, il manager amministri' oggi è vuoto di senso, e ciò per l'evidente ragione che il processo decisionale in ambito clinico vede le dimensioni clinica e gestionale talmente intrecciate fra loro che non è più possibile pensare a un modello organizzativo che le dicotomizzi. Ebbene, è precisamente a questo punto che il vincolo di economicità entra nelle scelte di clinical governance" (Zamagni 2023).

Del resto, oggi è possibile diventare direttore di una Azienda sanitaria, senza essere medici (basta ad esempio una laurea in giurisprudenza) e semplicemente facendo un corso abilitante di cento ore. Si possono così governare centinaia di milioni di euro destinati alla sanità, senza alcuna sostanziale competenza medica. Forse anche questo è un tallone di Achille del sistema.

2.3 La Corte costituzionale fra universalità eguaglianza ed equità nella tutela della salute

La tutela dei diritti, anche quello alla salute, deve essere sempre sistemica perché, se così non fosse, “si verificherebbe l’illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe ‘tiranno’ nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona”. È quanto la Corte costituzionale ha affermato nella sentenza n. 53 del 2013, in relazione al caso ILVA di Taranto, dove il giudice rimettente aveva invece chiesto proprio di far valere in modo assoluto il diritto alla salute, contestando la legge che consentiva la riapertura dell’impianto, a discapito di tutti gli altri diritti fondamentali, come ad esempio il diritto al lavoro di cui all’art. 4 Cost.

Ciò rimane vero anche con riguardo alla questione dell’allocazione delle risorse, perché “nell’ambito di ogni servizio sanitario nazionale le risorse economico-sanitarie sono sempre limitate: è utopistico, irrealistico e ingenuo immaginare che ci siano risorse per ogni bisogno o ogni esigenza di salute. La limitatezza consiste nell’insufficiente disponibilità rispetto a tutti i bisogni reali dei singoli e della collettività: la limitatezza è un dato di fatto di ogni sistema sanitario, e ancora più evidente in un contesto economico di Paesi con reddito basso o medio, ma altrettanto evidente in Paesi con reddito alto in un contesto sanitario ove i farmaci e le tecnologie possono divenire sempre più costose e le esigenze dei cittadini sempre maggiori (a causa dell’incremento delle aspettative di vita degli individui, dell’aumentare delle richieste dei cittadini nei confronti della medicina che scivola tra bisogni e desideri, etc.)” (Palazzani 2023).

In effetti, il riconoscimento del diritto alla salute come incompressibile e la definizione della spesa sanitaria come costituzionalmente necessaria, che devono senz’altro pesare nei bilanciamenti che il legislatore opera nell’allocazione delle risorse, non equivalgono a una sorta di *passerpartout* per qualsiasi spesa sanitaria. Anche l’universalismo ha dei limiti.

Significative, da questo punto di vista, sono alcune sentenze della Corte costituzionale che chiariscono questa prospettiva.

La prima è la sentenza n. 190 del 2022, concernente l’articolo 53 della Legge della Regione Siciliana n. 9/2021, che autorizzava la spesa di 4,2 milioni di euro per finanziare la terapia genica per la cura dell’atrofia muscolare spinale (SMA) con il farmaco Zolgensma – uno dei più costosi al mondo – per una categoria di pazienti (nel numero di sei, che erano stati individuati dal direttore dell’Unità operativa complessa di neurologia dell’Azienda ospedaliero universitaria Policlinico di Messina) di peso superiore a quanto fissato dalla delibera dell’Aifa n. 277 del 21 marzo 2021, che ha previsto la rimborsabilità del farmaco Zolgensma esclusivamente per il trattamento di pazienti con peso massimo di 13,5 kg.

La sentenza ha dichiarato illegittima la norma in quanto “prevedendo l’erogazione del farmaco Zolgensma per bambini di peso compreso fra i 13,5 e i 21 kg, non rispettava la determinazione dell’AIFA n. 277 del 21 marzo 2021, che ha stabilito la totale rimborsabilità dello Zolgensma esclusivamente per il trattamento di pazienti con peso massimo di 13,5 kg”.

La sentenza, pur quindi in riferimento a un caso molto delicato, che atteneva al tentativo di cura di alcuni bambini, ha comunque concluso che un intervento sul merito delle

scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non può nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì deve fondarsi sulle conoscenze scientifiche e sulle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – nazionali o sovranazionali – a ciò deputati.

Altrimenti si rischia anche di operare, pur con un intento buono, scelte non giustificate o addirittura pericolose.

Altrettanto significativo, tuttavia, è anche il caso del ricorso statale avverso l'art. 1 della Legge reg. Puglia n. 28 del 2021, che, dopo aver istituito il “servizio di analisi genomica avanzata con sequenziamento della Regione codificante individuale – ESOMA”, ha disposto “[i]l servizio è garantito dal Servizio Sanitario Regionale in totale esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, come previsto dalla normativa vigente sul sospetto diagnostico per malattia genetica rara, prevista dai Livelli essenziali di assistenza (LEA)”.

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 242 del 2022 ha salvato la norma regionale, affermando, contro quanto dedotto dalla difesa statale, che il suddetto servizio di analisi genomica avanzata doveva, in fondo, ritenersi incluso nei LEA, altrimenti incredibilmente cristallizzati al livello dei mezzi terapeutici del 2001, ovvero di più di vent'anni fa!

La sentenza, infatti, è stata l'occasione per fare emergere e stigmatizzare il gravissimo ritardo, dal punto di vista della tutela della salute, nell'aggiornamento del nomenclatore dei LEA, che già elaborato nel (lontano) 2017, ancora non era entrato in vigore a causa di mancanza di accordo tra lo Stato e le Regioni sul relativo finanziamento.

Un ritardo di questo tipo, a fronte della velocità dell'evoluzione scientifica in medicina, che permette straordinari progressi, rischiava di lasciare obsoleto tutto il sistema sanitario italiano: sette anni vogliono dire un tempo immenso da questo punto di vista.

La Corte costituzionale ha quindi vivamente sollecitato Stato e Regioni a trovare una intesa per aggiornare il suddetto nomenclatore, ribadendo, in sostanza, il concetto di spesa costituzionalmente necessaria, perché il “tempo trascorso, da cui deriva la sicura obsolescenza delle prestazioni previste, non trova alcuna giustificazione in relazione a un tema essenziale per la garanzia del diritto alla salute in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale, senza discriminazione alcuna tra regioni”.

Nell'aprile 2025, in osservanza al suddetto monito, la conferenza Stato Regioni ha trovato l'accordo sull'approvazione del nuovo nomenclatore dei LEA, quindi finalmente colmando il suddetto, inaccettabile, ritardo, segnale della trascuratezza con cui nell'ultimo decennio si è guardato al diritto alla salute.

2.4 La Corte costituzionale e la carenza di medici

La Corte costituzionale è giunta ad elaborare la nozione di spesa costituzionalmente necessaria solo nel 2017.

Ma forse è arrivata tardi rispetto ai grandi e silenziosi tagli che la sanità ha subito nel periodo sino al Covid e il loro rumore oggi è forte e impatta duramente la tenuta del Sistema sanitario nazionale, che sconta anche uno tsunami demografico particolarmente grave.

Si tratta di un fenomeno che affligge tutti i sistemi sociali europei, alle prese con l'aumento delle patologie croniche dovuto alla tendenza demografica di invecchiamento,

dall'aumento della sopravvivenza e dalla disponibilità di nuove terapie ad alto costo, ma che in Italia è divenuto particolarmente evidente perché il nostro è il Paese più anziano.

Ma l'invecchiamento demografico interessa anche il personale sanitario (Giacchello, Ugolini 2024), perché, come si è detto, la classe demografica di medici che era potuta entrare nelle facoltà di medicina senza numero chiuso si è ormai in gran parte pensionata o è in procinto di farlo.

In particolare, secondo i dati di Agenas, nel 2021 il 75% dei medici di medicina generale (d'ora in avanti MMG) aveva oltre 27 anni di servizio e nei prossimi sei anni 1 su 3 andrà in pensione, mentre quelli in entrata riusciranno a coprire solo il 74% dei medici in pensionamento (Agenas 2023).

Sono dati allarmanti perché già il contesto attuale presenta gravi carenze.

La distribuzione dei MMG sul territorio non è infatti omogenea ed esistono notevoli diversità sia tra regioni, sia tra le zone urbane e le zone rurali.

Inoltre, molti MMG hanno già raggiunto il massimale e quindi non possono aggiungere ulteriori pazienti alla loro lista assistiti: viene così meno non solo il diritto alla libera scelta del MMG, ma, soprattutto nelle zone rurali, quando il MMG più vicino per il paziente non ha più disponibilità, viene meno anche la medicina di prossimità.

La Corte costituzionale si è trovata in diverse occasioni di fronte a Regioni che, non riuscendo più a fronteggiare la situazione, hanno derogato a normative statali che, ad esempio, limitavano il numero degli assistiti dei MMG.

Nella sentenza n. 112 del 2023, ad esempio, ha respinto il ricorso statale che censurava la Legge della Regione Veneto n. 12 del 2022 che consentiva alle aziende del Servizio Sanitario Regionale di prevedere nelle convenzioni concernenti gli incarichi temporanei di assistenza primaria assegnati ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale un massimale di scelte fino a 1.200 assistiti per gli anni successivi al primo, anziché il numero di 1.000 previsto dalla legge statale (art. 24, comma 3, del D.Lgs. 368/1999).

Nella sentenza si dà conto della “finalità, perseguita dal legislatore veneto, di contenimento degli effetti della mancanza di personale sanitario, che notoriamente affligge i settori, oggetto delle norme in scrutinio, della medicina generale e dei servizi di emergenza-urgenza”.

La mancanza di medici affligge infatti anche i Pronto Soccorso e sempre nella medesima pronuncia la Corte costituzionale ha legittimato un'altra disposizione della Legge reg. Veneto n. 12 del 2022, a mente della quale “[p]er il triennio 2022-2024 i laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione [...] possono prestare, al di fuori dell'orario dedicato alla formazione specialistica e fermo restando l'assolvimento degli obblighi formativi, attività di supporto presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio Sanitario Regionale tramite contratti libero professionali o di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile”.

Lo Stato si opponeva a questo uso degli specializzandi, ma la Corte ha posto di fronte al ricorrente la grave situazione in cui versa la sanità italiana e quindi è venuta incontro al “legislatore regionale [che] appronta un rimedio organizzativo straordinario finalizzato a garantire la continuità assistenziale in un settore nevralgico, come quello della

medicina di emergenza, altrimenti pregiudicato dalla carenza di personale sanitario”. Ancora il tema ritorna in altre due sentenze, la n. 36 del 2022, sempre riguardante una legge della Regione Veneto che, per far fronte alle carenze di personale medico specializzato nelle unità operative di Pronto Soccorso e nell’area internistica, autorizza la stipula di contratti di lavoro autonomo con medici privi del requisito di specializzazione e nella sentenza n. 125 del 2023 relativa a una legge della Calabria.

Nel primo caso la Corte costituzionale respinge il ricorso statale mettendo in evidenza che “la risalente normativa statale degli anni Novanta [...] si poneva in un contesto di conclamato eccesso di laureati in medicina; al contrario, va rilevato che l’introduzione del numero programmato per l’accesso alle facoltà di medicina e chirurgia ha determinato uno squilibrio tra la domanda e l’offerta di impiego”.

Prende quindi atto che “L’aumento dei posti nelle facoltà e nelle scuole di specializzazione sembra, ora, destinato a superare le descritte emergenze”, ma constata che esse “tuttavia, attualmente permangono in maniera differenziata sul territorio, con particolare riguardo alle specializzazioni collegate alla medicina di urgenza, per ciò si registra un permanente deficit di candidati”.

Per cui, conclude: “Risulta decisiva la circostanza del mutamento del complessivo quadro della indisponibilità di sanitari specializzati da destinare alle strutture di Pronto Soccorso; quadro che, infatti, con la normativa statale più recente è addivenuto a consentire il contingente impiego di medici non specializzati”.

I medesimi argomenti fanno da sfondo e ritornano anche all’altra pronuncia, relativa alla legge della Regione Calabria, che consente, come misura di *extrema ratio* nel caso di mancanza di medici specialisti, di conferire incarichi di lavoro autonomo temporanei a medici in possesso di specializzazioni affini o equipollenti a quella richiesta, oppure anche privi di specializzazione (salvo determinati casi).

Si tratta di sentenze molto significative, che mostrano una Corte costituzionale molto avveduta sulla seria mancanza, in determinati settori, di personale medico nel nostro Paese e che non troppo implicitamente si rivolgono al legislatore statale perché intervenga a colmare la lacuna.

2.5 La Corte costituzionale e i commissariamenti statali fallimentari

In Italia esiste un grave divario tra i sistemi regionali, alcuni dei quali sono classificati tra i migliori esistenti a livello internazionale ed altri invece sono rimasti cronicamente affossati in una grave incapacità di garantire i LEA.

La responsabilità di questa situazione non è solo delle Regioni.

Anche lo Stato ha fatto la sua parte, con discutibili sistemi di commissariamento, che, se in genere hanno condotto al virtuoso risultato di mantenere sotto controllo i conti pubblici, in altri hanno prodotto circoli viziosi che hanno affossato i sistemi regionali. Come nella paradossale vicenda della Regione Calabria, che è stata soggetta a undici anni di commissariamento statale, che non sono stati minimamente in grado di risollevare il sistema sanitario regionale, ma anzi lo hanno cronicizzato nella inefficienza.

Quando s’invoca, quale rimedio ai divari regionali, il ritorno alla centralizzazione del sistema sanitario non si dovrebbero dimenticare episodi come questo, che hanno tristemente dimostrato l’inefficienza dell’intervento statale, il cui tragico emblema divenne l’intervista, in un TG nazionale, all’allora commissario statale che richiesto dall’in-

tervistatore se avesse predisposto il piano Covid, nell'emergenza che imperversava, rispose chiedendo se toccava a lui farlo.

Quella sequenza dimostrò agli occhi di tutti come il potere sostitutivo statale potesse ridursi, grottescamente, ad avvicendare il vertice della sanità trascurando di intervenire su tutto l'apparato sottostante, che invece era la reale causa di quella situazione. Così si sono potute avere Regioni commissariate per oltre un decennio dallo Stato, ma senza che tale intervento abbia potuto minimamente risollevare la situazione.

Anche qui, nella assenza della politica, è toccato alla Corte costituzionale intervenire.

Nella sentenza n. 168 del 2021 la Consulta ha quindi, innanzitutto, stigmatizzato la gravissima situazione in cui, dopo ben undici anni di commissariamento statale, ancora si trovava il sistema sanitario della Calabria: "il disavanzo cristallizzato nel piano di rientro si è ridotto – in termini assoluti – di pochissimo, passando da 104,304 mln di euro iniziali a € 98,013 mln a fine 2019, con la conseguenza che gli abitanti della Calabria stanno da dieci anni colmando una voragine finanziaria che cresce e si alimenta di anno in anno. A fronte di questi "sacrifici finanziari", i medesimi cittadini non godono però di servizi sanitari adeguati, perché i LEA ancora non sono garantiti secondo il livello ritenuto sufficiente dal Tavolo e dal Comitato sopra ricordati, mentre la mobilità sanitaria dei cittadini calabresi ha ormai assunto dimensioni imponenti [...]. Si è dunque realizzata una situazione di doppia negatività fra costi e prestazioni, ovvero tra 'performance negativa nella qualità delle prestazioni' e 'disavanzi privi di copertura'".

In altre parole, dopo oltre dieci anni di commissariamento statale i cittadini calabresi si trovavano ancora a pagare le addizionali regionali all'Irpef più alte d'Italia e al contempo a subire una sanità così disastrosa che in caso di bisogno li costringeva a penose migrazioni sanitarie, di cui dovevano accollarsi i costi di trasferta.

La sentenza ha quindi precisato che nella Costituzione il riconoscimento del valore delle autonomie territoriali è in "prospettiva generativa" e quindi occorre dare "la prova concreta della realizzazione di determinati interessi essenziali", la cui tutela spetta allo Stato quale "garante di ultima istanza", e che, in quanto tale, è chiamato ad intervenire con il suo potere sostitutivo in presenza di gravi inefficienze a livello regionale.

Questo potere sostitutivo, di cui all'art. 120, secondo comma, Cost., tuttavia, da un lato si giustifica solo in quanto l'intervento statale sia tale da garantire le esigenze unitarie della Repubblica compromesse invece dalla realtà istituzionale sostituita e, dall'altro, si caratterizza per una necessaria temporaneità e cedevolezza dell'intervento sostitutivo, dato il valore che l'ordinamento continua a riconoscere alla potenzialità del principio autonomistico.

Questo potere sostitutivo dello Stato, pertanto, deve essere "utile" e quindi si giustifica solo se garantisce effettivamente le esigenze unitarie della Repubblica invece compromesse dalla Regione: occorre quindi un intervento che comporti una prevalente sostituzione della struttura inefficiente con personale altamente qualificato, statale o comunque non dipendente dalla stessa Regione, in modo da evitare anche ogni possibile condizionamento ambientale.

Non basta quindi cambiare il solo vertice della sanità!

Ma lo Stato è tenuto a impegnare, se del caso, le proprie migliori energie e anche adeguate risorse finanziarie in modo da rialzare nel più breve tempo possibile la sanità regionale.

Si stabilizzerebbero, altrimenti:

- a) la sospensione degli ordinari meccanismi di responsabilità politica e del relativo potere di controllo degli elettori locali, essendosi realizzata la sostituzione governativa agli organi politici regionali;
- b) l'incremento ai massimi livelli della pressione fiscale, previsto in via automatica e quindi non più imputabile a una specifica decisione dei rappresentanti degli elettori regionali;
- c) il venir meno della garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) nei confronti degli abitanti della Regione;
- d) la discriminazione degli stessi in contrasto con il principio di eguaglianza;
- e) il *vulnus* al principio dell'equilibrio di bilancio.

In definitiva, se lo Stato si limita a sostituire il solo vertice, “senza considerare l'inefficienza dell'intera struttura sulla quale tale vertice è chiamato a operare in nome dello Stato”, e quindi senza impegnarsi in una diffusa sostituzione della macchina amministrativa regionale, si “rischia altrimenti di produrre, a causa dell'impotenza cui si destina il commissario, un effetto moltiplicatore di disegualianze e privazioni in una Regione che già sconta condizioni di sanità diseguale”.

La sentenza, infine, ha precisato che la via di uscita non può essere ottenuta senza una adeguata – e controllata – allocazione di risorse, e ha quindi colpito anche la norma che “non prevede, per l'assegnazione del contributo triennale di solidarietà di sessanta milioni di euro, in alternativa al piano di rientro presentato dal Commissario per il periodo 2022-2023, l'approvazione di un nuovo piano di rientro presentato dalla Regione”.

Ai fini dell'erogazione del contributo di solidarietà, infatti, non veniva valorizzata la possibilità per la Regione di presentare un nuovo piano di rientro che, qualora riconosciuto idoneo dal Consiglio dei ministri, “garantirebbe in egual modo, ma in una forma più rispettosa dell'autonomia regionale, la destinazione del contributo finanziario alle stesse finalità avute di mira dal legislatore statale attraverso la previsione di un contributo di solidarietà”.

Dopo la sentenza lo Stato ha cambiato le modalità del suo intervento nella Regione e una efficacia certamente maggiore è stata raggiunta nominando commissario il Presidente della Regione, che ha presentato un nuovo piano di rientro, e facendo scendere in campo Agenas e la Guardia di Finanza per allocare ulteriore personale a sostegno del commissario.

3. Corte costituzionale e sussidiarietà: implicazioni per la tutela della salute

Il ruolo, oggi fondamentale, degli ETS (Enti del Terzo Settore), all'interno dei mercati sanitari, si giustifica non solo per la loro capacità di soddisfare la domanda di cura dei soggetti socialmente più svantaggiati, mirando ad esiti sociali più equi, ma anche, e in special modo, per organizzare la domanda di cura (Antonini, Zamagni 2025).

In effetti, nel nostro Paese oltre 2700 organizzazioni di volontariato sanitario si prendono carico del trasporto di ammalati, di assistenza sanitaria, di ascolto psicologico, di assistenza legale e altro ancora.

Il Censimento ISTAT delle Istituzioni Non Profit dell'aprile 2024 descrive una realtà di Terzo Settore composta da 360.625 soggetti, di cui 12.244, ma di dimensioni rilevanti, dichiarano di operare in ambito sanitario.

Una tale massiccia presenza non è però adeguatamente valorizzata quando si tratta di architettare la programmazione – non tanto la progettazione – degli interventi.

La innovativa sentenza n.131 del 2020 della Corte costituzionale, che ha valorizzato fortemente l'art. 55 del Codice del terzo settore, continua quindi, dopo oltre quattro anni, a non essere pienamente applicata e la missione civilizzante del Terzo settore sanitario non è ancora pienamente riconosciuta, perché non viene reso partecipe ai tavoli decisionali mediante la attivazione di processi di deliberazione pubblica: la co-programmazione.

In particolare, tramite la co-programmazione, un ambito di intervento privilegiato degli ETS avrebbe potuto essere quello delle cosiddette Case di Comunità, che non stanno raggiungendo i risultati sperati.

Dai territori emergono, infatti, i disagi: la mancanza di integrazione tra i professionisti, la presenza di vincoli normativi che ostacolano l'attività della nuova figura dell'infermiere di famiglia, l'assenza di formazione per il lavoro in equipe. In pochi italiani si sono accorti che ormai esistono quasi un terzo delle case di comunità previste dal PNRR.

Non è un risultato che rassicura. Non molto diversa è la situazione degli ospedali di comunità, che dovrebbero svolgere “una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio”.

Anche qui la grave carenza strutturale di personale rappresenta l'ostacolo maggiore a rendere davvero operative queste strutture, che pure sarebbero essenziali per un cambio di paradigma che, in funzione delle nuove cronicità, riporti al centro la medicina territoriale.

Le difficoltà che si stanno incontrando sono emblematiche di una riforma interamente calata dall'alto (non è forse un caso che con le Regioni si sia registrata una mancata intesa registrata sul DM 77/2022) e scarsamente condivisa con gli attori istituzionali della sanità regionale (Antonucci, Vittoria 2022) e, in particolare, con il mondo del Terzo Settore. Si corre il rischio di creare nuove cattedrali nel deserto di una sanità già gravemente in crisi.

Di fronte a questa situazione appare davvero poco lungimirante che la Missione 6 del PNRR non prescriva un adeguato coinvolgimento del Terzo settore, con una grave carenza in termini di sussidiarietà orizzontale, nonostante, come prima ricordato, la sentenza n. 131 del 2021 abbia fortemente valorizzato le possibilità offerte dall'art. 55 del Codice del Terzo settore, anche in termini di co-programmazione.

Così, al di là del nome, quella società solidale di cui è ricca la nostra storia e il nostro presente rischia di rimanere esclusa dalle nuove case e ospedali “di comunità”, con una pesante perdita in termini di potenzialità, perché il sistema sanitario nel suo complesso avrebbe beneficiato dal contributo di conoscenze e competenze mediante il coinvolgimento attivo di quei soggetti del Terzo settore dotati di un rilevante radicamento territoriale (Antonucci, Vittoria 2022).

La voce del Terzo settore avrebbe, quindi, potuto farsi sentire in questo ambito. Non è stata ascoltata. Forse, però, non è ancora troppo tardi per iniziare a farlo.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2023), *Rapporto sui Medici di medicina generale (MMG)*, in <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2250-rapporto-sui-medici-di-medicinagenerale>.
- Antonini L. (2016), *I vincoli costituzionali al pareggio di bilancio tra (indebiti) condizionamenti delle dottrine economiche e (possibili) prospettive*, in *La domanda inevasa. Dialogo tra economisti e giuristi sulle dottrine economiche che condizionano il sistema giuridico europeo*, a cura di Luca Antonini, Il Mulino, Bologna.
- Antonini L., Zamagni S. (2025), *Pensare la sanità*, Edizioni Studium, Brescia.
- Antonucci M.C., Vittoria A. (2022), *Welfare post-pandemico, politiche della cura e terzo settore: de-istituzionalizzazione o (neo)privatizzazione?*, in *Impresa sociale*, n. 4.
- Bergo M. (2017), *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista Aic*, n. 2.
- Giacchello M., Ugolini C. (2024), *La medicina di famiglia nel riassetto dell'assistenza territoriale*, in *Rivista di Politica economica. La salute dei sistemi sanitari evoluzioni e prospettive future*, n. 1, p. 68 ss.
- Gristina G., (2023), *Diritto alla salute e alla sua tutela: principi fondamentali del sistema sanitario universalistico*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 114 (10), pp. 581-589.
- Palazzani L. (2023), *Distribuzione delle risorse limitate: criteri etici per l'equità dell'accesso alle cure*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 114 (10), pp. 597-600.
- Zamagni S. (2023), *Qualità medica e governo delle strutture sanitarie: l'alleanza pubblico-privato-civile*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 114 (10), p. 607, ottobre.

SEZIONE 1

LA CRISI DEL SISTEMA

1. Lo stato di salute degli italiani

Carlo Zocchetti

1.1 Introduzione e obiettivo

È diffusa anche all'estero l'idea che nel nostro Paese si vive più a lungo, e pertanto anche la salute della popolazione debba essere migliore di quella di altre nazioni.

Ma è vera questa considerazione? È vero che gli italiani sono più longevi e che la loro salute è buona (o comunque migliore di quella di altre popolazioni paragonabili)? Quali sono le caratteristiche di questa salute? Quali sono i numeri che meglio la rappresentano? Che problemi di sostenibilità si pongono? A queste, e altre domande, si prova a rispondere nel seguito del contributo, avendo attenzione a tanti fattori, come età, sesso, regione o nazione di residenza, stato socioeconomico, abitudini di vita, e così via, che possono dare al tema salute un largo spettro di modulazioni che merita di essere esaminato perché da una parte svela significative possibilità di azione e di intervento e dall'altra definisce alcuni elementi utili per la sostenibilità del sistema sanitario.

Si tratta di un racconto che ha a tema la salute dell'Italia (e quelli che sinteticamente saranno identificati come alcuni dei suoi "determinanti") e non la sanità o il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), menzionati nel percorso di analisi solo in quanto funzionali a parlare di salute e dei suoi, appunto, determinanti. È la domanda di salute, innanzitutto, ciò che si vuole mettere a fuoco e comprendere come questa domanda può essere sostenibile (o va resa sostenibile) nell'immediato futuro, una domanda che deve superare la limitazione che l'ha portata a concentrarsi prevalentemente sugli aspetti più tipicamente sanitari perché le evoluzioni demografiche, cliniche e assistenziali che sono già avvenute o che sono in corso, come si vedrà dettagliatamente in tutto il rapporto, richiedono di accantonare la distinzione tra sanità e socio-sanità che ci ha fin qui caratterizzato, di collegare i momenti della acuzie che sono stati privilegiati dalla organizzazione del servizio sanitario con quelli della cronicità, di allungare la durata complessiva della vita soprattutto con l'aumento della vita in buona salute.

I cambiamenti di scenario nella domanda di salute e nelle sue caratteristiche specifiche richiedono da una parte che sanitario e sociosanitario diventino ambiti estremamente connessi, persino indistinguibili per certi aspetti, e dall'altra che la sostenibilità della nuova domanda di salute, alla luce delle ripetute evidenze di eterogeneità territoriale nella domanda e delle esigenze di equità tra classi sociali che vengono continuamente proposte, vada intesa in senso molto largo, non solo con riferimento alle risorse necessarie e alla organizzazione dei servizi ma anche con uno specifico sguardo alla sosteni-

bilità sociale e alla protezione dei soggetti la cui condizione di generale debolezza e di maggiore bisogno li espone più di altri alla rinuncia alle cure.

Fortunatamente merita subito di osservare che, per quanto incomplete su aspetti che sarebbero di rilievo, sono molte e diversificate le informazioni disponibili: se, da una parte, quelle relative alla domanda e offerta di servizi e prestazioni sanitarie (es. ricoveri, prestazioni ambulatoriali, consumi farmaceutici, assistenza domiciliare, prestazioni sociosanitarie) saranno poco considerate e solo (come si è detto) per le loro ricadute dirette sul tema salute e non per un giudizio sulla erogazione dei servizi, dall'altra le informazioni esistenti sulla salute saranno selezionate e sintetizzate e riportate esclusivamente a titolo di esemplificazione delle problematiche che si vogliono di volta in volta evidenziare, senza alcuna pretesa di esaustività informativa.

E volendo fare un buon racconto conviene cominciare proprio dall'inizio, cioè dalla demografia.

1.2 La demografia: la popolazione italiana e la sua evoluzione

Dopo avere superato nel periodo 2013-2017 i 60 milioni di abitanti oggi la bilancia demografica dice che in Italia i cittadini residenti sono poco meno di 59 milioni, con una distribuzione non molto differente tra maschi (29 milioni) e femmine (30 milioni). A questa situazione si è arrivati (Tabella 1.1), a partire dai 47,5 milioni del primo censimento seguito alla fine della seconda guerra mondiale (1951), attraverso una crescita continua, seppure a volte maggiormente accentuata e altre volte meno, che si è però arrestata tra il 2011 e il 2021 (anche a seguito della recente pandemia da Sars-CoV-2) e ora sta volgendo decisamente verso il segno negativo.

Tabella 1.1 Popolazione residente in Italia. Per anno e genere. Valori in migliaia

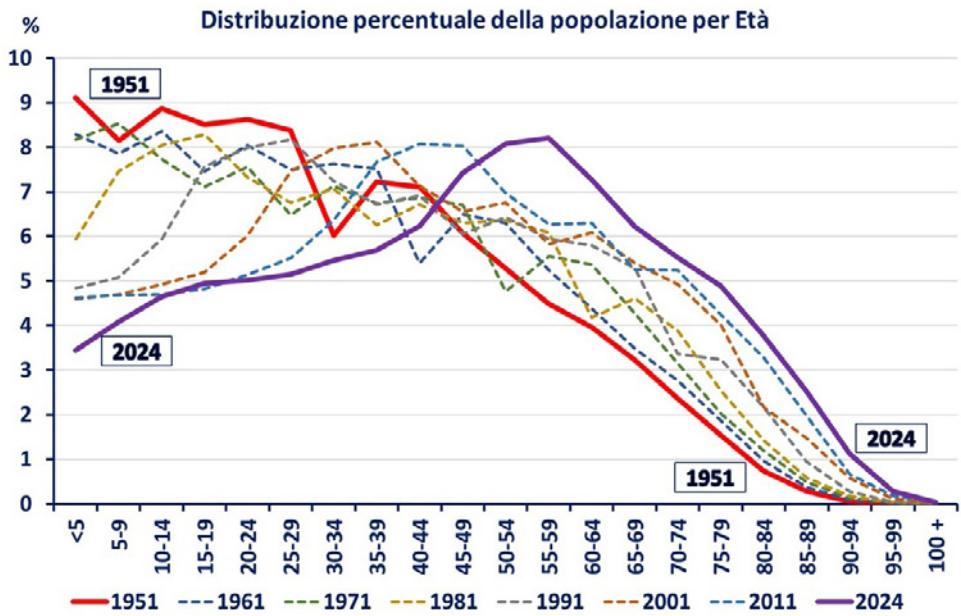
ITALIA	Popolazione residente per anno (migliaia)								
	1951	1961	1971	1981	1991	2001	2011	2021	2024
Maschi	23.259	24.784	26.476	27.506	27.558	27.587	28.746	28.866	28.851
Femmine	24.257	25.840	27.660	29.051	29.220	29.409	30.688	30.370	30.139
Totale	47.515	50.623	54.136	56.557	56.778	56.996	59.434	59.236	58.990

Fonte: ISTAT

Tre quarti di secolo di vita in pace del nostro Paese non hanno modificato la composizione di genere della sua popolazione perché il 51% di donne che risultava al censimento del 1951 si riscontra anche al 1° gennaio del 2024, ma è drammaticamente cambiata la sua struttura per età come si osserva nella Figura 1.1. La tipica forma a piramide della distribuzione per età dei censimenti 1951, 1961, e 1971, si è via via trasformata in una forma a “pomo” perdendo sempre di più popolazione alla sua base e arricchendo la quota di soggetti che superano il mezzo secolo di età.

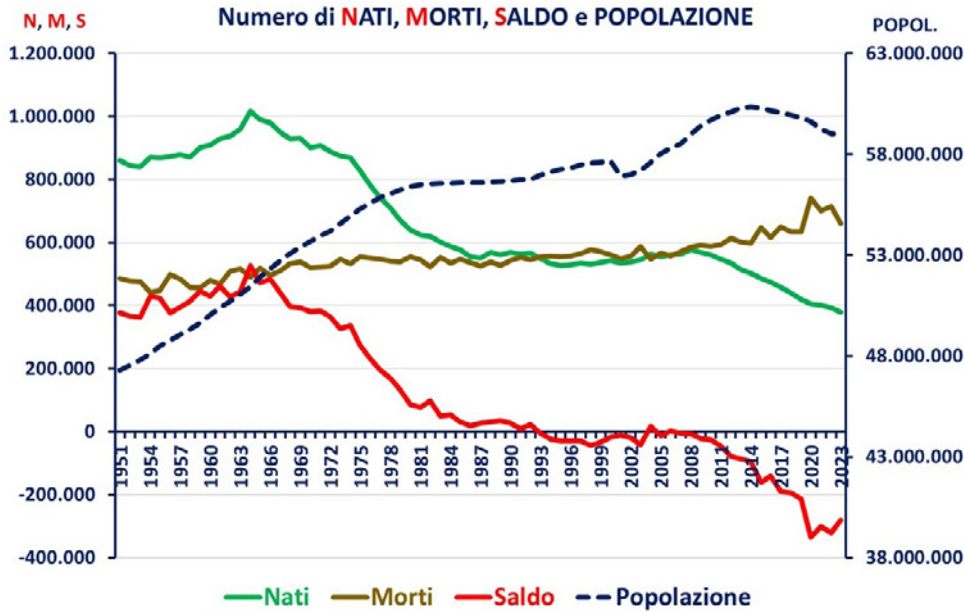
Questo cambiamento di struttura per età della popolazione trova una sua prima ragione nell'andamento delle nascite (Figura 1.2) che dopo una sostanziosa crescita fino a metà

Figura 1.1 Distribuzione percentuale della popolazione per età e anno di calendario. Italia



Fonte: ISTAT

Figura 1.2 Numero di nati, di morti, saldo (nati-morti) e popolazione totale. Per anno di calendario. Italia

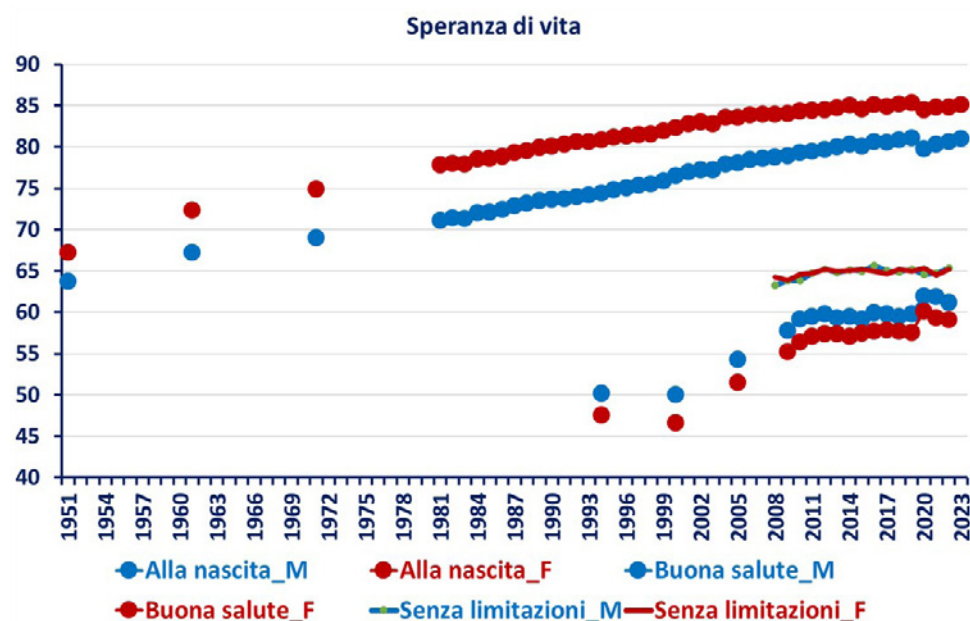


Fonte: ISTAT

degli anni Sessanta del secolo scorso, dove sono arrivate a raggiungere la quota di oltre un milione di nati, hanno visto un robusto declino fino a metà degli anni Ottanta, un successivo periodo di sostanziale stabilità fino all'anno 2008 per poi tornare a decrescere in maniera significativa fino ai giorni nostri, dove i nati si sono ridotti a meno di 400 mila soggetti all'anno¹.

Il cambiamento di struttura demografica ha portato con sé un aumento del numero assoluto di decessi e, a partire dal 1993 si è assistito ad un saldo negativo tra soggetti nati e soggetti deceduti: l'aumento di popolazione che è continuato fino al 2013-2014 è da attribuire alle dinamiche della mobilità in entrata e in uscita dal nostro Paese mentre per la successiva diminuzione torna ad essere responsabile il saldo negativo tra nati e morti. La seconda ragione del cambiamento di struttura per età che è avvenuto nella popolazione va cercata nell'allungamento della vita che ha interessato (e sta interessando) entrambi i sessi: la speranza di vita alla nascita, quella in buona salute, e quella senza limitazioni (modalità diverse con cui può essere misurata la durata della vita) danno conto di come la vita si è allungata dal dopoguerra ad oggi (Figura 1.3). La speranza di vita alla nascita nel 1951 era di 63,7 anni per gli uomini e di 67,2 anni per le donne: è diventata nel 2023 di 81,0 anni per i primi (con un aumento di quasi 17 anni) e di 85,1 per le seconde (+18 anni). Parimenti, la speranza di vita alla nascita in buona salute è

Figura 1.3 Speranza di vita: alla nascita, in buona salute, senza limitazioni. Per sesso e anno di calendario. Italia



Fonte: ISTAT

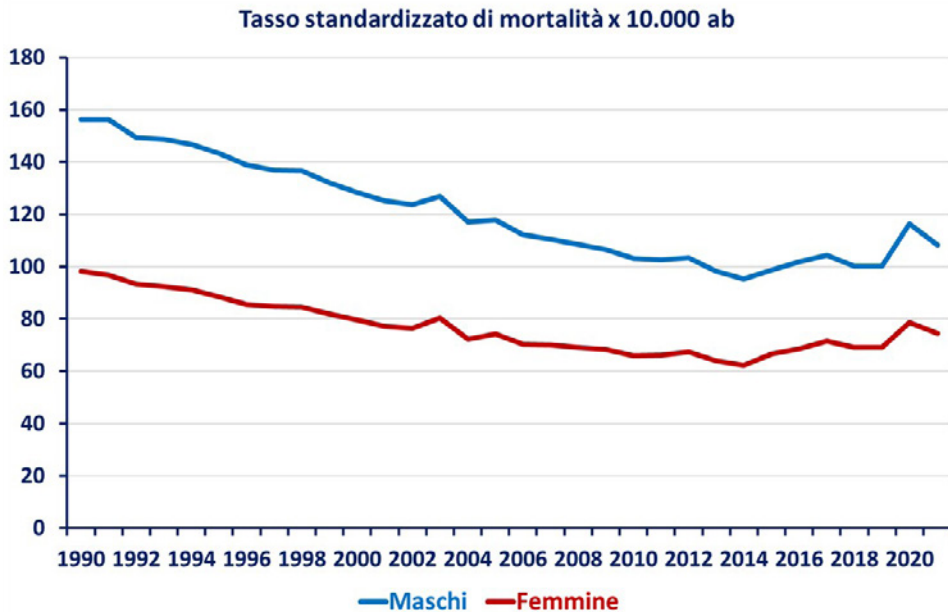
1 Si veda il contributo di Giorgia Marinuzzi, Marianna Prato, Anna Romagno, *Dal sanitario al socio-sanitario: l'evoluzione della domanda*, in questo volume.

passata per gli uomini da 50,2 anni nel 1994 a 61,2 nel 2022 e per le donne nello stesso periodo da 47,5 a 59,1 anni; mentre la speranza di vita (sempre alla nascita) senza limitazioni nelle attività è passata da 63,3 anni nel 2008 per i maschi a 65,3 nel 2022 e per le femmine da 64,3 a 65,2 anni.

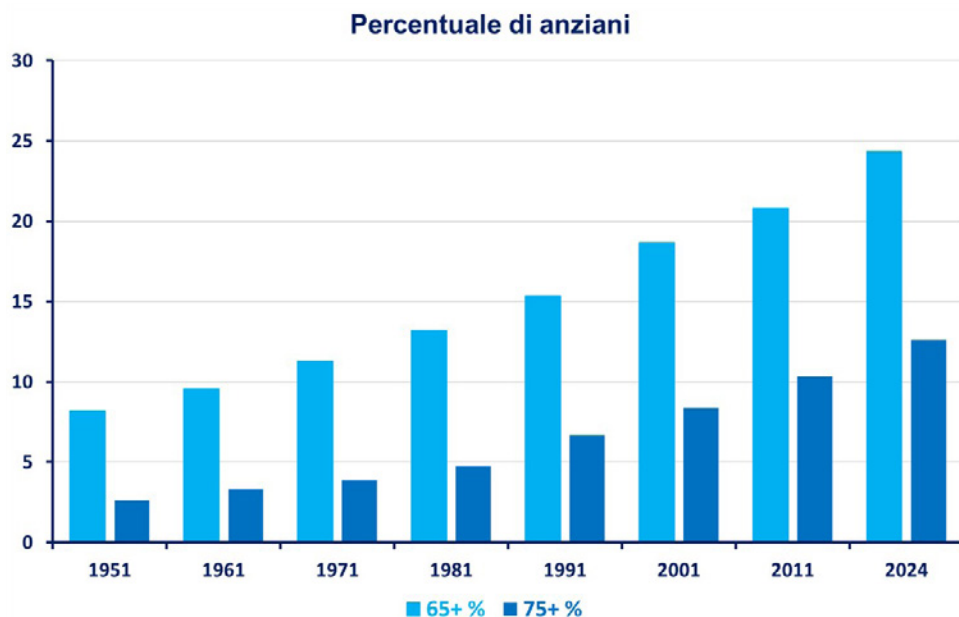
Mentre la speranza di vita alla nascita è superiore nelle donne rispetto ai maschi, quella in buona salute vede valori superiori nei maschi e quella senza limitazioni mostra una sostanziale uguaglianza nei due sessi. La Figura 1.3 mette inoltre in evidenza l'effetto che ha avuto la recente pandemia sulla attesa di vita: quanto perso nel 2020 (−1,3 anni per gli uomini; −0,9 anni per le donne) è già stato praticamente recuperato e siamo tornati a valori sostanzialmente pre-pandemici.

Un terzo elemento da considerare all'origine delle modificazioni demografiche è l'andamento della mortalità generale, come mostrato in Figura 1.4. Negli ultimi 30 anni il tasso di mortalità generale (standardizzato per età per avere dati confrontabili nel tempo) è sostanzialmente diminuito in entrambi i sessi (un po' di più nei maschi) fino al 2014, dopo di che ha lentamente cominciato a crescere e ha avuto un picco nel 2020 per effetto della pandemia: sarà interessante vedere cosa succederà nei prossimi anni. La conseguenza più evidente dei cambiamenti demografici descritti è la variazione della quota di soggetti anziani del nostro Paese, quota che si è modificata nel tempo come indica, ad esempio, la Figura 1.5 che presenta come è cambiata tra il 1951 e il 2024 la percentuale di soggetti con 65+ anni e con 75+ anni. Si può definire in maniera diversa rispetto alla età il concetto di anziano, ma qualsiasi decisione si prenda resta il fatto che la quota di anziani è in deciso aumento sia relativo (percentuale) che assoluto (numero di persone).

Figura 1.4 Tasso standardizzato di mortalità per sesso e anno. Italia



Fonte: ISTAT

Figura 1.5 Percentuale di popolazione anziana (65+, 75+) in differenti anni. Italia

Fonte: ISTAT

Trarre da queste modificazioni demografiche suggerimenti per quanto riguarda la salute (e la sanità) risulta piuttosto semplice, come mostrato esemplificativamente in quanto segue.

A parità di altre condizioni, il solo aumento numerico della popolazione porta inevitabilmente con sé l'aumento quantitativo assoluto del bisogno sanitario e sociosanitario e, di conseguenza, l'aumento sia della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie che dell'offerta di attività. Ci vorranno più medici, più infermieri, più strumenti diagnostici; ci sarà bisogno di un maggior numero di medici di medicina generale (o dovrà aumentare il numero di pazienti che ogni medico dovrà prendere in carico); servirà un ingrandimento della rete di offerta se non vogliamo che diminuisca la possibilità di accesso ai servizi; sarà indispensabile aumentare la quantità di risorse da dedicare al Servizio Sanitario Nazionale per far fronte all'aumento della domanda; e così via: e tutto questo per il solo aumento numerico della popolazione da assistere.

Più importanti ancora sono le conseguenze del cambiamento di struttura per età della popolazione. La minor presenza di giovani e la maggiore numerosità di anziani implica innanzitutto un drastico cambiamento dei bisogni e quindi della domanda e offerta di servizi e prestazioni. Serviranno innanzitutto meno pediatri e personale dedicato al trattamento delle patologie e condizioni che caratterizzano la popolazione più giovane, e per converso ci sarà maggiore bisogno di chi si occupa delle patologie dell'anziano: operazione non difficile nei contesti commerciali e produttivi, dove cambiano in continuazione le attività che si chiudono e che si aprono, ma operazione per nulla semplice in un contesto piuttosto rigido come è il settore sanitario (soprattutto quello ospedaliero), dove l'assorbimento dei cambiamenti e la risposta strutturale richiede in genere tempi piuttosto lunghi.

Ma non è solo una questione di aumento (o diminuzione) di numeri assoluti: è soprattutto un cambiamento di attività e di prospettive. Nei giovani le patologie sono prevalentemente singole, acute, concentrate in determinate specialità, e la loro cura porta molto frequentemente alla guarigione; al contrario, negli anziani le patologie diventano multiple, croniche, interessano altre specialità mediche e l'obiettivo principale diventa spesso quello di prolungare la convivenza con queste malattie (o con alcune di esse) perché la prospettiva della guarigione può non essere una prospettiva adeguata. Non solo: l'assistenza nei giovani ha caratteristiche quasi esclusivamente sanitarie mentre per gli anziani oltre alle attività sanitarie diventano di grande rilievo quelle sociosanitarie. E ancora: cambiano e si modificano anche i luoghi della cura, che per i giovani sono più concentrati sul contesto ospedaliero, mentre per gli anziani si indirizzano maggiormente verso le attività territoriali e della prossimità di cura². Si tratta di cambiamenti che possono essere governati e assorbiti adeguatamente se la tempistica del loro succedersi è lenta, ma che diventano di difficile gestione quando si verificano in tempi più veloci (come è il caso dei tempi odierni) o addirittura velocissimi (come hanno dimostrato le enormi difficoltà che hanno caratterizzato la gestione della recente pandemia da Sars-CoV-2).

Se dal punto di vista della salute e della cura è certamente il grande aumento degli anziani il fenomeno che di più caratterizza i tempi che stiamo vivendo e che pone le domande più pressanti a chi si occupa di sanità e salute, i cambiamenti demografici che riguardano i giovani hanno anche altri tipi di influenza sul mondo sanitario: è il caso, ad esempio, del bisogno di personale che ha il SSN, e che con la notevole riduzione del contingente giovanile rappresenta una ulteriore criticità alla disponibilità di forza lavoro perché la sanità si trova a competere con le esigenze di personale degli altri comparti produttivi però avendo tutti a disposizione un minore bacino di potenziali lavoratori, e per guadagnare forza lavoro dovrà pertanto proporsi alzando il proprio livello di attrattività, livello che oggi sembra non solo piuttosto basso ma anche in declino.

I nuovi scenari demografici, modificando in maniera sostanziale il bisogno e la domanda di salute (e dei servizi ad essa associati) impongono nuove aperture e nuovi confini anche al tema della sostenibilità, che non potrà essere affrontato solo con la logica del "di più" ma anche con la logica del "diverso".

1.3 Le differenze territoriali di salute

Fin qui si è parlato dell'Italia come una nazione unica, ma si sa che il nostro è il Paese dei mille campanili e delle tante differenze regionali: si tratta di eterogeneità territoriali che si riflettono anche sulla demografia, sulla salute e sulla sanità? Alcuni esempi significativi possono aiutare a rispondere alla domanda e a verificare se, soprattutto in termini di salute e sanità, sia in qualche modo garantito il principio di uguaglianza che sta alla base del nostro servizio sanitario.

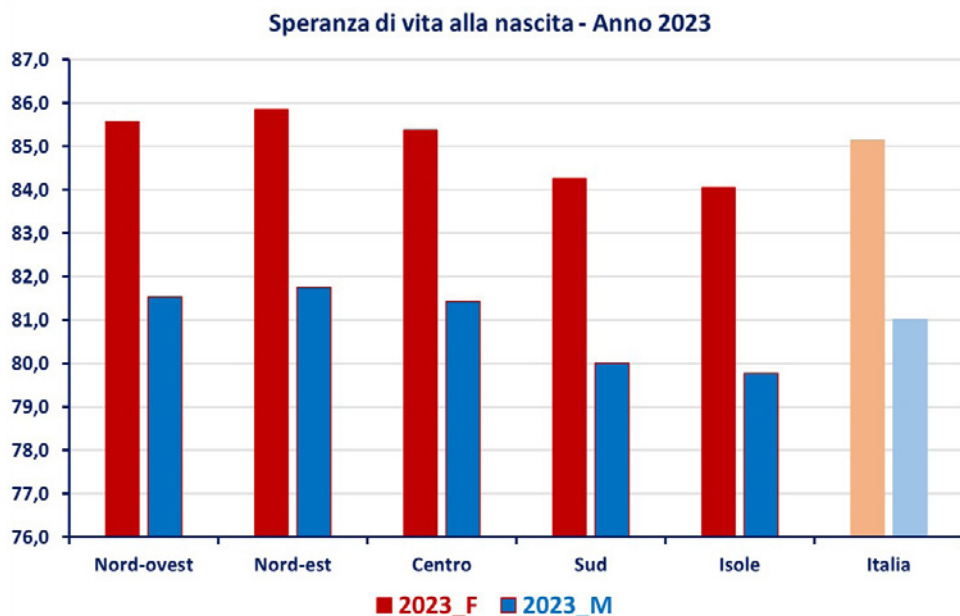
La Figura 1.6 presenta i valori dell'anno 2023 della speranza di vita alla nascita per sesso e ripartizione geografica. In tutte le macro aree del Paese si conferma che le donne vivono di più degli uomini, ma quello che sorprende è la differenza nella attesa di vita

2 Si veda il contributo di Antonello Zangrandi, *Cronicità e presa in carico globale dei pazienti: il contributo dei servizi socio sanitari*, in questo volume.

tra il centro-nord (che vive più a lungo) e il sud-isole (dove la vita è più breve): e non sono differenze da poco perché sia tra i maschi che tra le femmine i residenti nel nord-est vivono in media quasi 2 anni in più dei residenti nelle isole.

Se da una parte la differenza nell'attesa di vita tra maschi e femmine, che vede nelle donne il sesso forte, non è un fenomeno che evoca disuguaglianze che devono essere necessariamente colmate (anche se invita ovviamente a riflettere sulle cause che ne possono essere l'origine), dall'altra non è invece sicuramente accettabile l'idea che la lunghezza della vita possa dipendere all'interno del nostro Paese dal luogo (Regione) dove si nasce o si vive: è una disuguaglianza che non può lasciarci indifferenti perché non è una disuguaglianza inevitabile. E non è la sola disuguaglianza che richiede un intervento: si pensi, ad esempio, al ben noto fenomeno della mobilità sanitaria che interessa particolarmente i territori situati nel Sud del nostro Paese e nelle isole, fenomeno di cui si parla in altra parte di questo rapporto e che è riconducibile a disfunzioni del servizio sanitario (insufficienza dell'offerta, scarsa qualità dei servizi, peggiori esiti delle cure). Le differenze territoriali si ritrovano anche con altri indicatori dell'attesa di vita: è il caso, ad esempio, degli anni medi attesi di vita non in buona salute, calcolati sia alla nascita che a 65 anni. I 19,28 anni del totale italiano per i maschi alla nascita sono la composizione tra le regioni che hanno valori più bassi (Trentino-Alto Adige 14,28; Umbria 17,04; Molise 17,40) e quelle che hanno valori più alti (Puglia 20,06; Sardegna 20,68; Calabria 25,76); e lo stesso succede per le femmine con una media di 25,71 anni (da Trentino-Alto Adige 20,12 e Toscana 23,40 fino a Sardegna 28,40 e Calabria 30,63). In termini di macroaree geografiche gli anni di vita non in buona salute sono

Figura 1.6 Speranza di vita alla nascita. Per sesso e ripartizione geografica. Anno 2023. Italia



Fonte: ISTAT

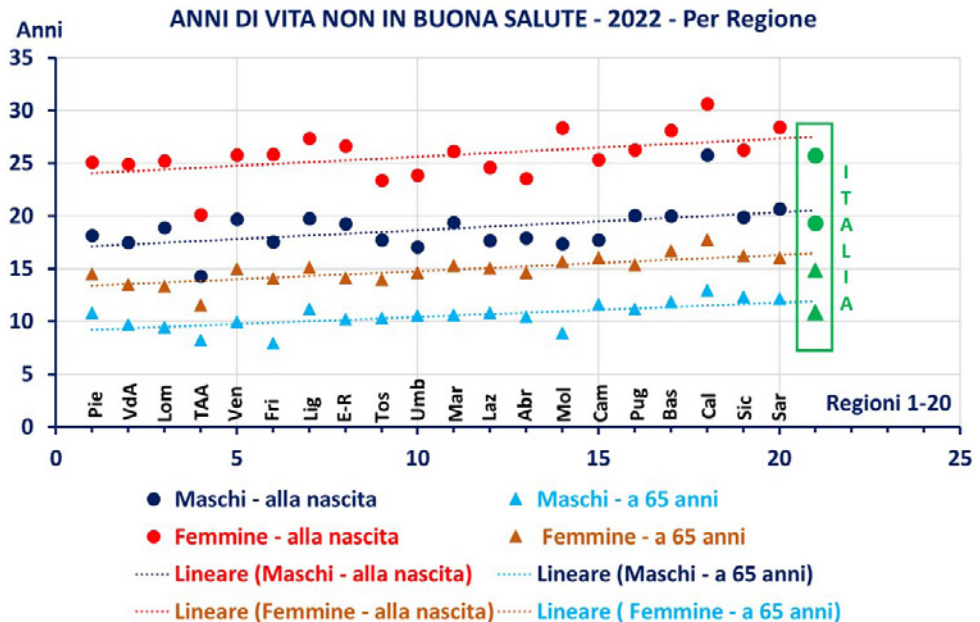
maggiori nel Mezzogiorno (maschi 20,24 e femmine 26,69) rispetto al Centro (maschi 18,12 e femmine 24,55) e al Nord (maschi 19,08 e femmine 25,52).

Mettendo le regioni in fila dal punto di vista territoriale da Nord a Sud (Figura 1.7), si osserva una tendenza analoga nei due generi e nei due indicatori calcolati alla nascita e a 65 anni: gli anni di vita vissuti non in buona salute aumentano nel passaggio geografico dalle regioni del Nord a quelle del Sud, come evidenziato dalle linee tratteggiate. I dati regionali permettono anche di mettere in relazione, ad esempio, gli anni di vita attesi alla nascita con gli anni di vita attesi alla nascita ma non in buona salute: è quello che propone la Figura 1.8 separatamente per maschi e femmine. In ognuno dei due generi, con una correlazione più elevata tra le femmine, si osserva una tendenza: all'aumentare della speranza di vita alla nascita diminuiscono gli anni di vita non in buona salute, cioè dove si vive più a lungo si vivono anche meno anni in cattiva salute.

La Figura 1.8 permette anche una riflessione metodologica: se non si fosse condotta un'analisi separata per sesso si sarebbe ottenuto un risultato contrario (rappresentato dalla linea punteggiata verde), per altro con un livello di correlazione molto più elevato, e questo dice della prudenza e dell'attenzione con cui devono essere condotte queste valutazioni.

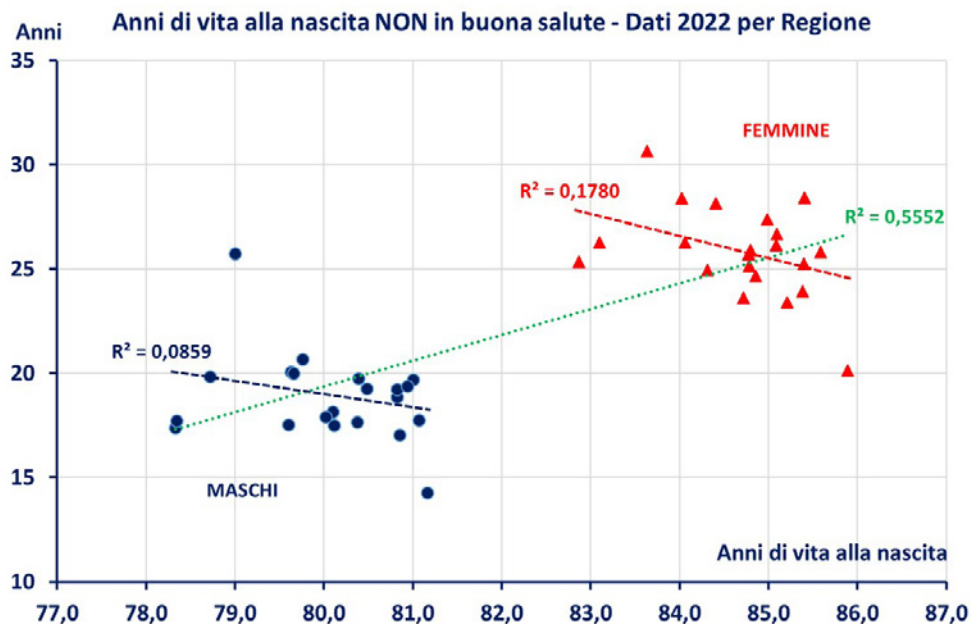
A conferma delle differenze territoriali nell'attesa di vita, si possono esaminare i dati sulla mortalità, con i quali si vira dagli aspetti più tipicamente demografici fin qui considerati a quelli che interessano più direttamente la salute. Il tasso standardizzato di mortalità generale (rapporto tra numero di decessi e dimensione della popolazione, standardizzato per età, espresso come decessi ogni 10.000 abitanti) è da sempre l'indi-

Figura 1.7 Anni di vita non in buona salute, suddivisi per genere e per Regione. Anno 2022



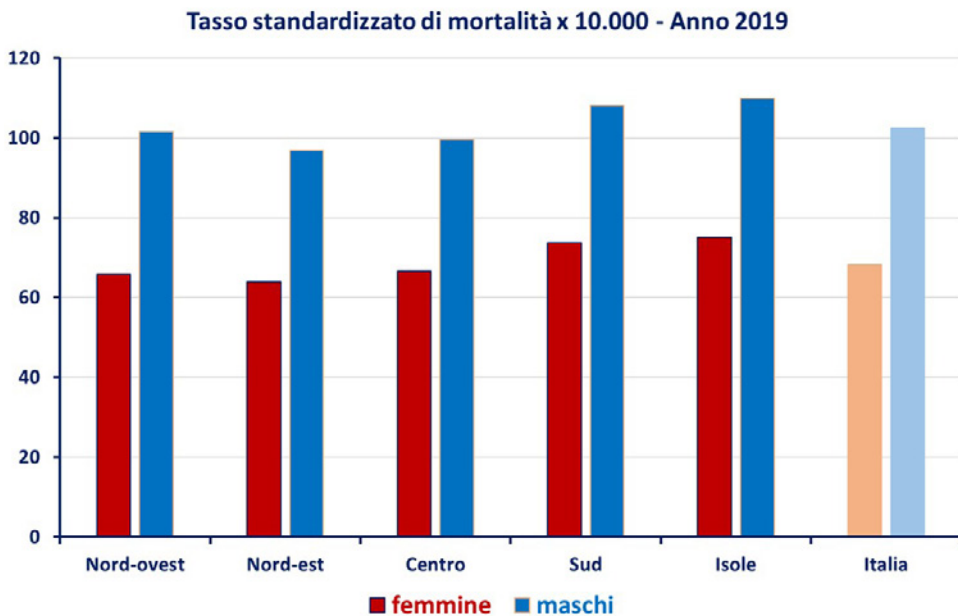
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Figura 1.8 Relazione tra la speranza di vita alla nascita e gli anni di vita non in buona salute. Dati riferiti alle singole regioni. Anno 2022



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Figura 1.9 Tasso standardizzato (per età) di mortalità, ogni 10.000 abitanti. Per sesso e ripartizione geografica. Anno 2019. Italia



Fonte: ISTAT

cattore più utilizzato per esprimere in maniera sintetica lo stato di salute di un territorio. Per evitare le distorsioni e turbolenze che sono state temporaneamente introdotte dalla sovramortalità dovuta alla pandemia la Figura 1.9 presenta i risultati relativi all'anno 2019. Ad una speranza di vita alla nascita più bassa nelle regioni del Sud e nelle Isole si accompagna negli stessi territori un tasso standardizzato di mortalità più elevato, segno di uno stato di salute che risulta più deteriorato rispetto alle regioni del Centro-Nord, e si conferma anche la differenza di genere a favore delle femmine (minore mortalità rispetto ai maschi).

La Tabella 1.2 dettaglia le differenze di mortalità per singola Regione³, dove si osserva che per i maschi si va dai 92,46 decessi ogni 10.000 abitanti della P.A. di Bolzano e 92,56 della P.A. di Trento ai 112,37 della Sicilia e 116,76 della Campania, e anche per le femmine la mortalità è minima a Trento (57,96) e Bolzano (60,37) e massima in Sicilia (79,06) e in Campania (80,78).

Le patologie più frequenti di decesso sono riportate per ripartizione geografica in Tabella 1.3. Le malattie del sistema circolatorio e i tumori risultano le due patologie largamente più frequenti in tutte le ripartizioni territoriali, seguite dalle patologie dell'apparato respiratorio, dai tumori di trachea bronchi e polmoni e dalle malattie del sistema nervoso e organi di senso. Così come per i tassi standardizzati relativi al totale dei decessi è risultata notevole la variabilità geografica, parimenti anche per le singole patologie si fanno sentire le differenze nei tassi standardizzati dei diversi territori.

Anche la mortalità cosiddetta “evitabile”, cioè quei decessi che potrebbero essere evitati, o posposti, grazie a interventi di prevenzione primaria, igiene e assistenza sanitaria, diagnosi precoce e terapia, scissa poi nelle sue componenti di mortalità “prevenibile” (cioè prevenzione primaria, igiene e assistenza sanitaria) e “trattabile” (cioè diagnosi precoce e terapia), presenta forti eterogeneità territoriali: la Figura 1.10 rappresenta gli indicatori per bienni successivi nelle quattro ripartizioni geografiche. In tutte le ripartizioni i tassi di mortalità evitabile, e i tassi componenti (prevenibile, trattabile), sono risultati in diminuzione fino all'arrivo della pandemia da Sars-CoV-2, dopo di che si osserva l'effetto inverso, in particolare per la mortalità prevenibile (e di conseguenza anche per quella evitabile). Il calo che si osserva nel 2022 fa ben sperare ma non si sono ancora raggiunti i valori pre-pandemici. Nessuna variazione a seguito del virus si osserva invece nella mortalità trattabile. Complessivamente la mortalità prevenibile è circa il doppio di quella trattabile, e in tutte le tipologie di mortalità evitabile i valori più bassi si osservano al Centro Italia mentre il Mezzogiorno fa registrare i tassi più elevati. Analoghi indizi di grande eterogeneità nelle condizioni di salute si trovano negli specifici indicatori monitorati nel dominio “Salute” del rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) di ISTAT (2024), come dimostrano esemplificativamente i dati riferiti al rapporto dell'anno 2023 riportati in Tabella 1.4. Vi sono differenze importanti nella mortalità “evitabile”, dove si va dai 15,1 casi \times 10.000 ab. del Trentino ai 25,0 casi della Campania; nella mortalità per tumori 20-64 anni, con i 7 casi \times 10.000 del nord-est rispetto ai quasi 9 casi delle isole; alla mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso negli anziani (65+), con 30,5 casi \times 10.000 nel sud (ma più basso in

3 Si veda il contributo di Giorgia Marinuzzi, Marianna Prato, Anna Romagno, *Dal sanitario al socio-sanitario: l'evoluzione della domanda*, in questo volume.

Tabella 1.2 Tasso standardizzato (per età) di mortalità × 10.000 abitanti. Per sesso, ripartizione geografica, Regione. Anno 2019. Italia

Aggregazione	Regione	femmine	maschi	totale
Nord-ovest	Nord-ovest	65,90	101,63	80,46
	Piemonte	69,10	104,92	83,97
	Valle d'Aosta	64,48	107,76	82,13
	Lombardia	64,26	99,51	78,48
	Liguria	66,65	104,34	82,04
Nord-est	Nord-est	63,91	96,96	77,59
	PA Bolzano	60,37	92,46	73,82
	PA Trento	57,96	92,56	72,24
	Veneto	63,27	97,03	77,23
	Friuli-V.G.	63,47	99,74	78,33
	Emilia-Romagna	65,75	97,06	78,75
Centro	Centro	66,66	99,61	80,34
	Toscana	65,61	97,87	78,98
	Umbria	62,36	95,78	76,16
	Marche	62,60	95,85	76,40
	Lazio	69,24	102,51	83,10
Sud	Sud	73,76	108,15	88,51
	Abruzzo	66,91	101,83	81,87
	Molise	68,39	106,14	84,79
	Campania	80,78	116,76	96,13
	Puglia	69,02	101,00	82,58
	Basilicata	72,15	106,42	86,97
	Calabria	72,16	106,83	87,47
Isole	Isole	75,01	110,00	89,88
	Sicilia	79,06	112,37	93,16
	Sardegna	64,01	103,55	81,02
Italia	Italia	68,21	102,54	82,52

Fonte: ISTAT

Calabria: 26,1) e 36,0 nelle isole (41,7 in Sardegna). Le eterogeneità territoriali però non riguardano solo la mortalità: sempre le rilevazioni del BES di ISTAT ci informano che l'indicatore di multicronicità e limitazioni gravi nei molto anziani (75+ anni) va da 27,9% a Bolzano (e 44,0% nel nord-est) a 66,5% in Campania (57,3% al sud); e l'Indice di salute mentale (raccolto attraverso il questionario SF-36) raggiunge un punteggio di 72,5 a Bolzano ma solo 66,8 in Campania.

L'eterogeneità territoriale nella salute non è documentabile solo a livello di differenze tra regioni, ma vi sono molti indizi ed esempi che segnalano come queste disuguaglianze si ritrovano, per dire, anche all'interno delle grandi città, come mostrano recenti elaborazioni effettuate nei quartieri di Milano (Consolazio *et al.* 2024) e di Roma (Badalo-

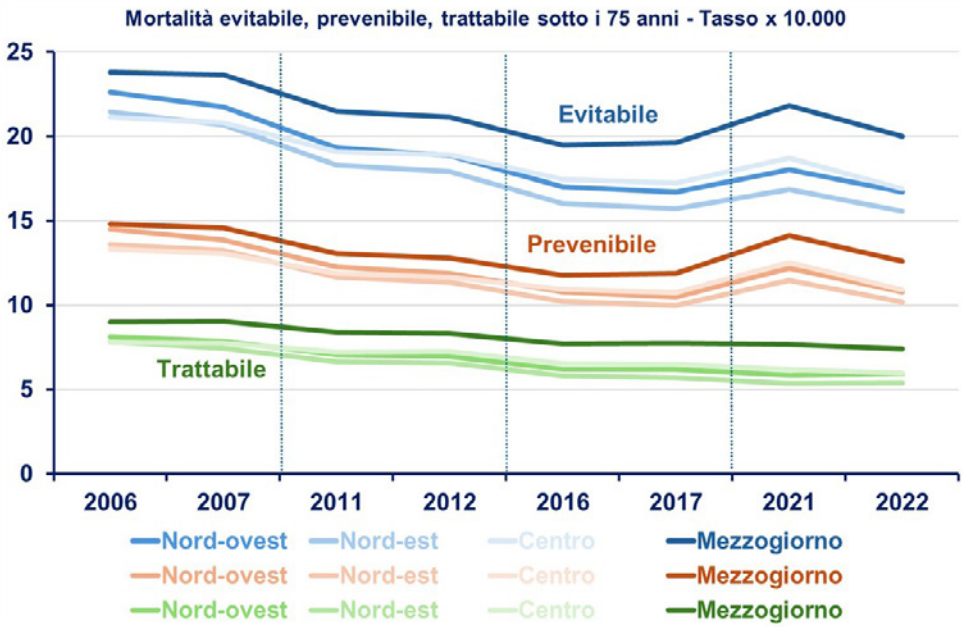
Tabella 1.3 Tasso standardizzato (per età) di mortalità × 10.000 abitanti. Per patologia e ripartizione geografica. Anno 2019. Italia

Anno: 2019, Sesso: Totale	Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti)					
Causa di morte	Italia	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole
Tumori	24,26	25,20	23,52	24,01	23,83	24,16
Tumori trachea, bronchi, polmoni	4,57	4,79	4,27	4,85	4,34	4,44
Diabete mellito	2,76	2,02	2,03	2,52	4,16	3,97
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	3,88	4,29	3,58	3,98	3,67	3,55
Malattie del sistema circolatorio	27,75	25,62	24,66	26,59	33,07	31,65
Malattie del sistema respiratorio	6,70	6,57	6,35	6,78	6,93	6,93
Malattie dell'apparato digerente	3,01	2,81	3,01	2,90	3,24	3,28
Malattie dell'apparato genitourinario	1,55	1,49	1,40	1,47	1,70	1,87
Sintomi, segni, cause mal definite	1,92	1,98	1,45	1,66	2,04	2,96
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	3,26	3,06	3,31	3,41	3,24	3,60
Accidenti	2,60	2,37	2,54	2,75	2,74	2,90
Totale	82,52	80,46	77,59	80,34	88,51	89,88

Fonte: ISTAT

ni *et al.* 2020). La Figura 1.11, ad esempio, riporta la distribuzione dei valori di alcuni indicatori di salute nelle sezioni statistiche della città di Milano, e mostra come alcune patologie (diabete, malattie respiratorie) o consumi di prestazioni farmaceutiche siano più frequenti in alcune periferie mentre altre (neoplasie) si riscontrano maggiormente nei quartieri del centro città.

Figura 1.10 Tasso standardizzato (per età) di mortalità evitabile, prevenibile, trattabile × 10.000 abitanti. Popolazione inferiore a 75 anni. Per ripartizione geografica. Anni 2006, 2007, 2011, 2012, 2016, 2017, 2021, 2022



Fonte: ISTAT Noi Italia 2025

Tabella 1.4 Sintesi degli indicatori del dominio “Salute”, per Regione e ripartizione geografica, secondo il valore più recente

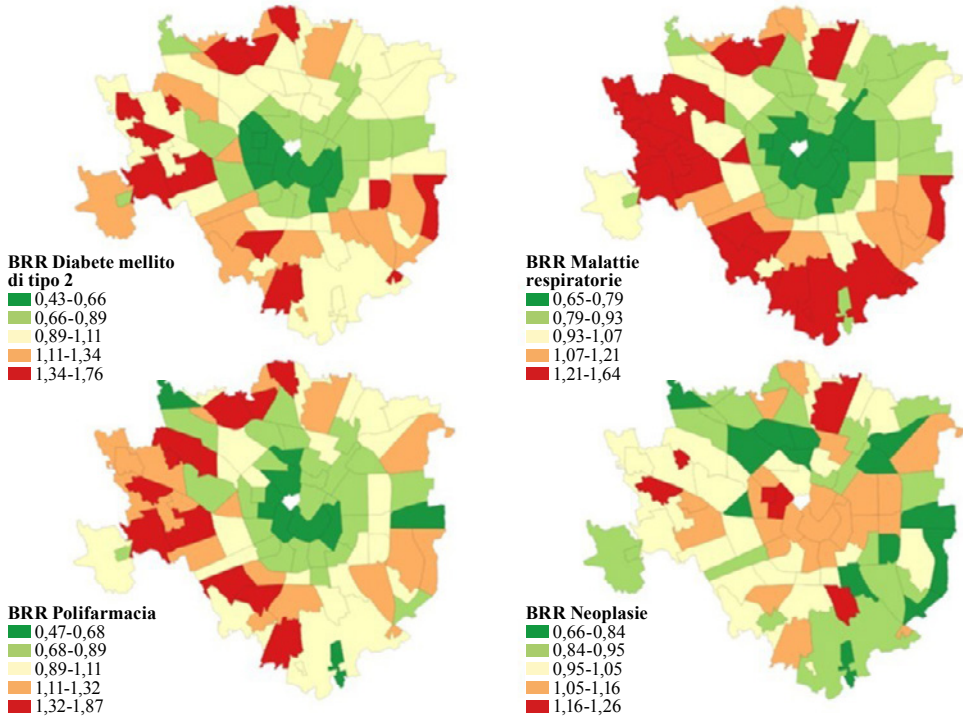
	Mortalità evitabile (0-74 anni)	Mortalità infantile	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	Mortalità per tumore (20-64 anni)	Mortalità demenze e malattie sistema nervoso (65+)	Multicronicità e limitazioni gravi (75+ anni)	Indice di salute mentale (SF-36)
Regioni/Ripartizioni	2021	2021	2022	2021	2021	2022	2023
Piemonte	19,7	1,9	0,6	7,7	34,7	41,9	68,1
Valle d'Aosta	17,6	0,0	0,4	8,0	45,4	38,8	69,7
Liguria	18,3	3,3	0,5	7,6	33,1	48,5	68,6
Lombardia	17,2	2,3	0,6	7,4	34,4	45,3	68,9
Trentino Alto Adige	15,1	1,8	0,6	6,1	34,1	34,1	72,5
Bolzano	15,1	1,7	0,6	6,3	37,8	27,9	73,2
Trento	15,1	1,9	0,7	5,9	30,8	40,4	71,8
Veneto	16,2	2,1	1,1	7,0	34,1	42,2	69,7
Friuli Venezia Giulia	19,7	2,2	0,9	7,1	30,2	43,4	69,2
Emilia Romagna	17,2	2,5	0,7	7,2	33,4	47,9	69,8
Toscana	17,0	1,6	0,5	7,4	33,0	42,7	69,2
Umbria	17,5	1,2	0,6	7,6	34,5	52,2	68,1
Marche	16,7	1,8	0,7	7,7	38,7	51,7	68,0
Lazio	20,6	2,6	0,7	8,1	30,6	49,5	68,9
Abruzzo	19,0	2,3	0,4	7,2	35,4	50,5	68,3
Molise	23,2	3,0	0,5	7,9	29,0	49,1	68,0
Campania	25,0	3,1	0,6	9,5	28,1	66,5	66,8
Puglia	20,3	2,7	0,9	8,2	33,6	50,1	67,2
Basilicata	18,2	3,0	1,1	7,2	31,1	56,9	67,4
Calabria	20,6	4,2	0,5	8,4	26,1	55,5	69,2
Sicilia	22,0	3,9	0,6	8,7	33,9	58,8	68,3
Sardegna	19,6	2,4	0,8	9,2	41,7	47,8	71,4
Nord	17,5	2,3	0,7	7,3	34,0	44,4	69,2
Nord Ovest	18,0	2,3	0,6	7,5	34,4	44,6	68,7
Nord Est	16,9	2,2	0,9	7,0	33,3	44,0	69,9
Centro	18,7	2,1	0,6	7,8	32,9	47,8	68,8
Mezzogiorno	21,8	3,2	0,7	8,7	32,3	56,8	68,0
Sud	22,0	3,1	0,6	8,6	30,5	57,3	67,4
Isole	21,4	3,6	0,7	8,8	36,0	55,8	69,1
Italia	19,2	2,6	0,7	7,8	33,3	49,0	68,7

Fonte: ISTAT 2024, Rapporto Bes 2023

Analoga osservazione si registra, sempre a titolo di esempio, nella speranza di vita alla nascita nei distretti della città di Roma: anche in questo caso le differenze territoriali entro città sono eclatanti (misurabili in anni di vita persi o guadagnati), sono territorialmente consistenti tra maschi e femmine e sono in aumento nel tempo (pannelli di sinistra vs pannelli di destra nella Figura 1.12).

Ma non sono solo gli indicatori di salute che presentano importanti disuguaglianze territoriali: la Figura 1.13 riporta, esemplificativamente, l'andamento, per ripartizione geografica (Nord-ovest, Nord-est, Centro, Mezzogiorno), di tre fattori di rischio (determinanti di salute) di tipo individuale: la percentuale di consumatori di alcol a rischio, di 14 anni e oltre, la percentuale di fumatori, di 14 anni e oltre, la percentuale di persone obese, di 18

Figura 1.11 Distribuzione dei valori di alcuni indicatori di salute nelle sezioni statistiche della città di Milano



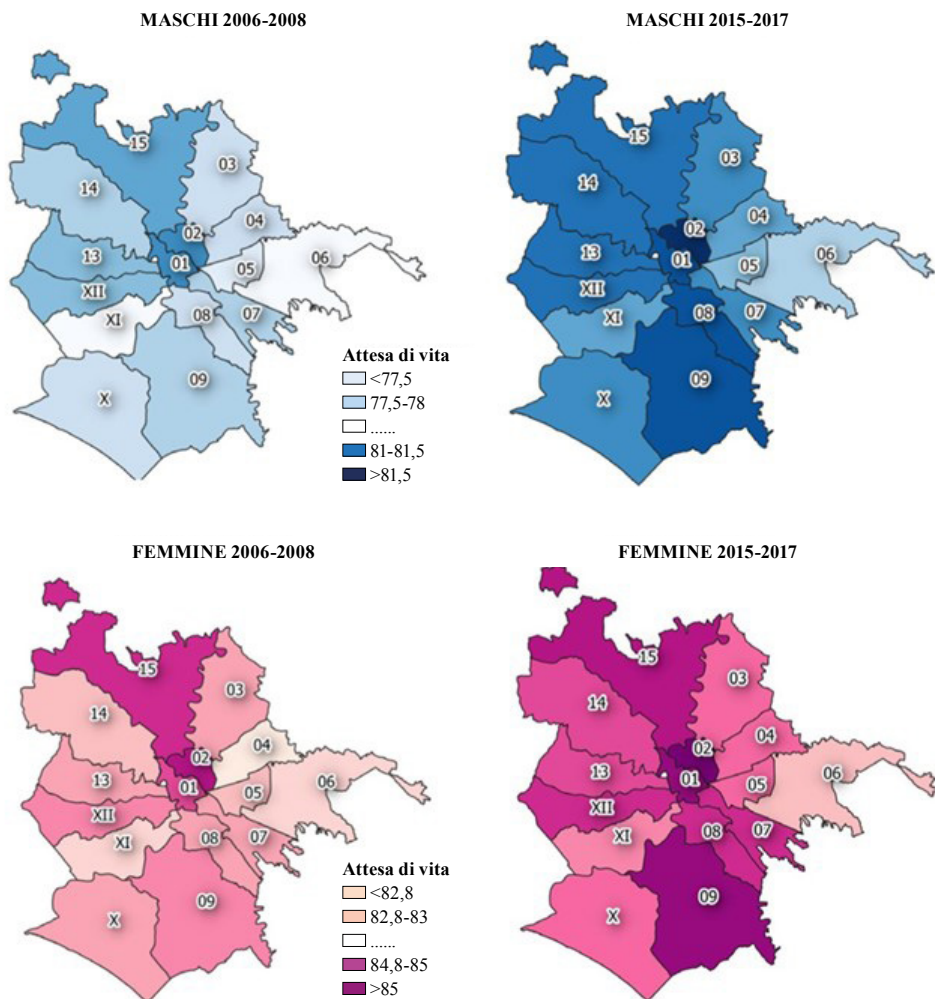
Fonte: Social inequalities in health within the City of Milan (Lombardy Region, Northern Italy): An ecological assessment, Epidemiologia e Prevenzione, 2024

anni e oltre, e le loro variazioni tra gli anni 2006, 2007, 2021 e 2022. Dal punto di vista temporale i consumatori di alcol a rischio sono in forte diminuzione, tra il biennio 2006-2007 e il biennio 2021-2022, in tutte le ripartizioni in maniera sostanzialmente analoga; in termini geografici è particolarmente evidente la differenza tra il Nord e il Mezzogiorno, con il Nord-est che presenta la frequenza più elevata di consumatori di alcol a rischio (18,1% nel 2022) e il mezzogiorno (12%) con quella più bassa. I valori del biennio 2021-2022, con il 2021 che mostra le frequenze inferiori in tutte le ripartizioni, potrebbero in parte risentire dell'effetto della pandemia da Sars-CoV-2.

Anche la percentuale di fumatori di 14 anni e oltre si segnala in diminuzione in tutte le ripartizioni, ma con un effetto di riduzione inferiore rispetto ai consumatori di alcol a rischio. Per quanto riguarda gli aspetti geografici questa volta è il centro a presentare i valori più elevati (20,7 nel 2022) mentre nel Nord-Est (18,4%) si fuma di meno. Il 2021 è l'anno in cui gli andamenti geografici si discostano maggiormente rispetto agli altri anni: anche in questo caso la spiegazione potrebbe risiedere, almeno in parte, nell'effetto della pandemia.

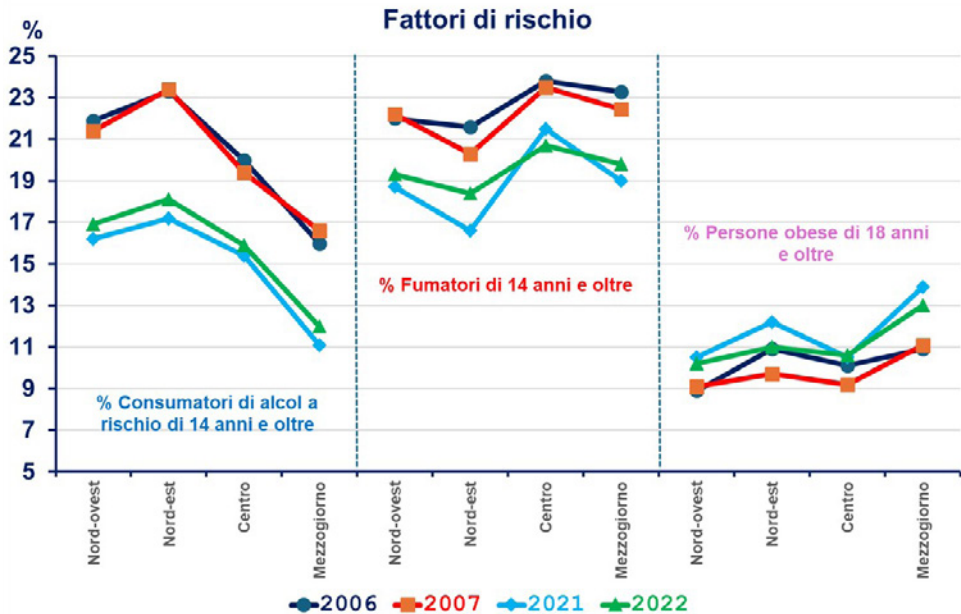
La percentuale di persone obese di 18 anni e oltre è invece in aumento nel periodo considerato in quasi tutte le ripartizioni e in particolare nel Mezzogiorno, che è anche l'area che registra le frequenze più elevate (13% nel 2022).

Figura 1.12 Andamento territoriale della speranza di vita alla nascita nei distretti della città di Roma, nel periodo 2006-2008 e 2015-2017, separatamente per maschi e femmine



Fonte: *Variazione spazio-temporale dell'aspettativa di vita per livello socioeconomico e distretto sanitario a Roma negli anni 2006-2017, Epidemiologia e Prevenzione, 2020*

Figura 1.13 Fattori di rischio. Sono rappresentati, per ripartizione geografica, la percentuale di consumatori di alcol a rischio di 14 anni e oltre, la percentuale di fumatori di 14 anni e oltre, la percentuale di persone obese di 18 anni e oltre, e loro variazioni tra gli anni 2006, 2007, 2021 e 2022



Fonte: Rapporto Noi Italia 2025, ISTAT

1.4 Le disuguaglianze di salute per scolarità

Il capitolo precedente ha documentato, esemplificativamente, come la salute nel nostro Paese sia territorialmente caratterizzata da importanti disuguaglianze, e in particolare che le regioni del sud e delle isole presentano uno stato di salute peggiore rispetto alle regioni del centro e del nord. In questo capitolo, invece, si introdurranno, sempre in maniera esemplificativa, informazioni per mostrare che non solo la salute (o la non salute) è disuguale (per territorio) ma è anche iniqua perché colpisce in maniera differenziata fasce di popolazione socialmente caratterizzate: i soggetti che dal punto di vista sociale sono più deprivati o svantaggiati (povertà materiale, minore scolarità e altro) hanno una salute peggiore rispetto ai soggetti socialmente più avvantaggiati.

La Tabella 1.5 presenta, separatamente per sesso e titolo di studio, il tasso (standardizzato per età) di mortalità per 10.000 abitanti negli anni 2009, 2020, 2021 (parte superiore della Tabella 1.5) e il rapporto dei tassi tra i singoli titoli di studio e il titolo massimo (parte inferiore della Tabella 1.5: un rapporto maggiore di 1 indica che il tasso di mortalità di quella categoria di titolo di studio è superiore all'analogo tasso nella categoria di chi ha la laurea o un titolo di studio superiore).

Tabella 1.5 Tasso (standardizzato per età) di mortalità × 10.000 abitanti e rapporto dei tassi tra titolo di studio e titolo massimo. Per sesso e titolo di studio. Anni 2109, 2020, 2021. Italia

Tasso standardizzato x 10.000 ab Titolo di studio	Maschi			Femmine			Totale		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Nessun titolo o licenza elementare	176,0	206,6	193,5	111,7	127,7	122,5	135,0	156,6	148,6
Licenza media inferiore	152,4	177,7	165,6	97,5	112,4	105,1	123,8	144,1	134,4
Diploma di scuola media superiore	135,8	159,3	146,5	90,8	102,1	96,7	111,9	129,2	120,3
Laurea o titolo di studio superiore	121,1	137,2	127,0	84,3	91,6	87,9	104,4	116,2	108,8
Tutta la popolazione 30+	152,0	176,3	163,3	101,4	115,0	108,6	122,3	140,8	131,8

Rapporto tra titolo e titolo massimo Titolo di studio	Maschi			Femmine			Totale		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Nessun titolo o licenza elementare	1,45	1,51	1,52	1,33	1,39	1,39	1,29	1,35	1,37
Licenza media inferiore	1,26	1,30	1,30	1,16	1,23	1,20	1,19	1,24	1,24
Diploma di scuola media superiore	1,12	1,16	1,15	1,08	1,11	1,10	1,07	1,11	1,11
Laurea o titolo di studio superiore	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Fonte: ISTAT

Dal pannello superiore si evince che in tutti gli anni e in tutte le categorie di titolo di studio il tasso di mortalità dei maschi è superiore a quello delle femmine; inoltre, per entrambi i sessi e per ogni titolo di studio l'anno 2020 segna i valori massimi del triennio, indice evidente dell'effetto della pandemia, ma i tassi del 2021 sono ancora superiori a quelli del 2019 il che dimostra che gli effetti sulla mortalità del virus Sars-CoV-2 sono continuati. Fin qui si tratta di differenze (cioè di disuguaglianze) che però non hanno a che fare con la condizione sociale: per capire il ruolo del titolo di studio vengono meglio in aiuto i dati del pannello inferiore. In periodo pre-pandemico i soggetti maschi con il titolo di studio più basso hanno una mortalità del 45% più elevata rispetto ai soggetti di pari età con il titolo di studio più alto, e lo stesso succede per le femmine anche se per loro il divario è inferiore (+33%); inoltre l'eccesso di mortalità, che è presente in tutti e tre gli anni esaminati, si riduce (in entrambi i sessi e in ciascuno dei tre anni) mano a mano che aumenta il titolo di studio. Confrontando i dati dei diversi anni tra di loro si osserva che la pandemia non solo ha aumentato il valore dei tassi di mortalità ma ha anche ampliato le disuguaglianze per tutte le categorie di titolo di studio, disuguaglianze che sono rimaste superiori al periodo pre-pandemico anche nel 2021.

La Tabella 1.6 presenta lo stesso tipo di analisi (e sempre per la mortalità totale) stratificando ulteriormente i dati dell'indicatore di disuguaglianza per grandi gruppi di età. Le disuguaglianze di mortalità sono particolarmente evidenti (cioè sono più elevate) sia nei maschi che nelle femmine (e nei primi più che nelle seconde) per i soggetti deceduti con età inferiore a 70 anni, e diminuiscono al crescere delle età; inoltre si conferma per tutte le età (e gli anni) la diminuzione delle disuguaglianze al crescere del livello del titolo di studio. Per quanto riguarda invece l'effetto della pandemia sulle disuguaglianze, i dati della Tabella 1.6 rivelano che questo effetto ha interessato tutti i soggetti di età inferiore a 85 anni ma non i grandi anziani (85+), per i quali le disuguaglianze per titolo di studio erano per altro già più limitate.

Con le Tabelle 1.5 e 1.6 si è evidenziato come il genere e l'età siano due determinanti essenziali delle disuguaglianze di mortalità generale per titolo di studio, ma non sono i

Tabella 1.6 Rapporto dei tassi (standardizzati per età) di mortalità × 10.000 abitanti tra titolo di studio e titolo massimo. Per sesso, classe di età e titolo di studio. Anni 2109, 2020, 2021. Italia

Rapporto tra titolo e titolo massimo		30-69 anni			70-84 anni			85+ anni		
Titolo di studio		2019 2020 2021			2019 2020 2021			2019 2020 2021		
Nessun titolo o licenza elementare	Maschi	2,3	2,4	2,5	1,4	1,5	1,5	1,2	1,2	1,2
Licenza media inferiore	Maschi	1,7	1,7	1,8	1,2	1,3	1,3	1,1	1,1	1,1
Diploma di scuola media superiore	Maschi	1,3	1,3	1,4	1,1	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
Laurea o titolo di studio superiore	Maschi	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Nessun titolo o licenza elementare	Femmine	1,9	2,0	2,0	1,3	1,4	1,4	1,2	1,2	1,2
Licenza media inferiore	Femmine	1,4	1,5	1,5	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1
Diploma di scuola media superiore	Femmine	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1	1,0
Laurea o titolo di studio superiore	Femmine	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

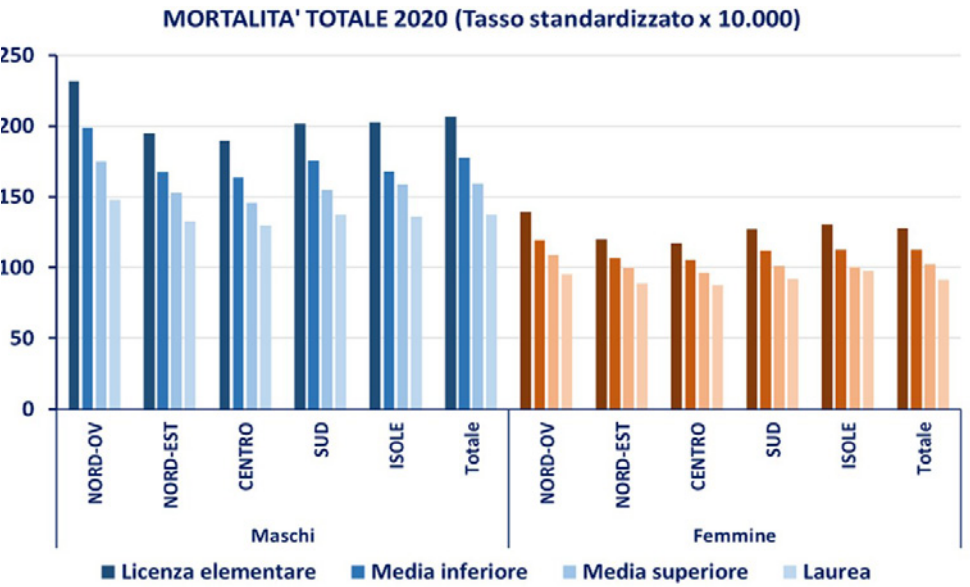
Fonte: ISTAT

soli: la Figura 1.14 e la Tabella 1.7, ad esempio, mostrano come sono distribuite queste disuguaglianze per ripartizione territoriale.

Sia tra i maschi che tra le femmine, in tutti i territori si osserva con regolarità la diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità totale a mano a mano che si passa dal livello di istruzione più basso (licenza elementare o meno: tassi più elevati) a quello più elevato (laurea o superiore: tassi più bassi).

Nel periodo pre-pandemico (2019) sono le Isole e il Nord-Ovest a presentare i livelli di disuguaglianza più accentuati (Tabella 1.7), livello che risulta invece minimo al Sud; nel 2020 le disuguaglianze aumentano in tutti i territori ma è il Nord-Ovest a subire

Figura 1.14 Tassi (standardizzati per età) di mortalità totale per area, sesso e titolo di studio, per 10.000 residenti - Italia, età 30 anni e più, anno 2020



Fonte: ISTAT

Tabella 1.7 Rapporto dei tassi (standardizzati per età) di mortalità × 10.000 abitanti tra titolo di studio e titolo massimo. Per sesso, ripartizione geografica e titolo di studio. Anni 2109, 2020, 2021

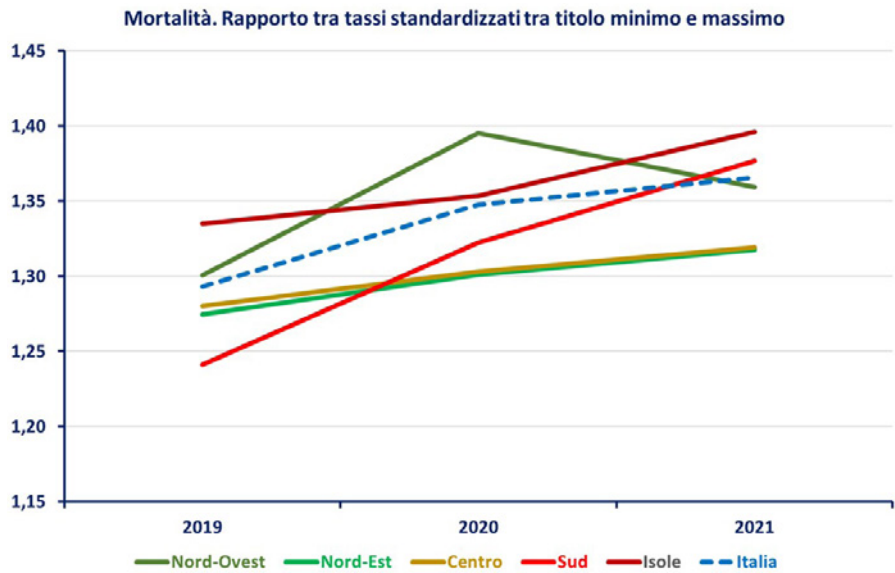
Rapporto tra titolo e titolo massimo	Nord-Ovest			Nord-Est			Centro		
Titolo di studio	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Nessun titolo o licenza elementare	1,30	1,40	1,36	1,27	1,30	1,32	1,28	1,30	1,32
Licenza media inferiore	1,19	1,25	1,23	1,18	1,20	1,21	1,21	1,21	1,23
Diploma di scuola media superiore	1,07	1,13	1,11	1,10	1,11	1,11	1,09	1,08	1,11
Laurea o titolo di studio superiore	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Rapporto tra titolo e titolo massimo	Sud			Isole			Italia		
Titolo di studio	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Nessun titolo o licenza elementare	1,24	1,32	1,38	1,33	1,35	1,40	1,29	1,35	1,37
Licenza media inferiore	1,16	1,25	1,28	1,20	1,20	1,24	1,19	1,24	1,24
Diploma di scuola media superiore	1,05	1,10	1,13	1,09	1,08	1,08	1,07	1,11	1,11
Laurea o titolo di studio superiore	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Italia. Fonte: ISTAT

l’effetto più massiccio da parte del virus Sars-CoV-2; nel 2021 poi l’effetto del virus accentua le disuguaglianze quasi in tutto il Paese ad eccezione del Nord-Ovest dove diminuiscono pur rimanendo più elevate rispetto al 2019.

La Figura 1.15 riassume in particolare gli andamenti nel triennio del rapporto tra i tassi di mortalità dei soggetti con il minimo titolo di studio rispetto a quelli con il titolo massimo. Si osserva che in tutte le ripartizioni geografiche la pandemia ha accentuato

Figura 1.15 Rapporto dei tassi (standardizzati per età) di mortalità × 10.000 abitanti tra titolo minimo di studio e titolo massimo. Per ripartizione geografica. Anni 2109, 2020, 2021



Italia. Fonte: ISTAT

le differenze di mortalità tra i titoli di studio più estremi (minimo e massimo): l'eccesso di mortalità totale che era del 29% nel 2019 (da 24% a 33% nelle diverse ripartizioni) è diventato del 37% nel 2021 (da 32% a 40% nelle ripartizioni territoriali).

Le informazioni sulla mortalità totale appena riportate dimostrano che sulle disuguaglianze di mortalità in funzione del titolo di studio vi è stato un importante effetto della recente pandemia, effetto che può essere visualizzato più specificamente utilizzando la mortalità proprio per Covid-19: la Tabella 1.8 presenta sia i tassi standardizzati per età (separatamente tra maschi e femmine) nelle quattro categorie di titolo di studio esaminate sia la quota di decessi per Covid-19 rispetto ai decessi totali, con riferimento ai dati dell'anno 2021.

In termini generali si osserva innanzitutto che il virus ha avuto un effetto peggiore sui maschi che sulle femmine, dove nei primi in tutte le categorie di titolo di studio ha registrato un tasso standardizzato di mortalità per Covid-19 circa doppio che nelle seconde; inoltre è evidente come in entrambi i generi il tasso standardizzato di mortalità per Covid-19 nella categoria con il più basso titolo di studio è molto più elevato rispetto ai soggetti che hanno una laurea o un titolo di studio superiore, mostrando quindi che se per la mortalità totale nel 2021 i soggetti con basso titolo di studio hanno pagato un eccesso di mortalità di oltre il 50% nei maschi e di quasi il 40% nelle femmine (rispetto agli analoghi soggetti con laurea o titolo di studio superiore: Tabella 1.5), per quanto riguarda la mortalità specificamente riferita al virus questo gap è risultato del 64% (20,5/12,5) nei maschi e del 68% (10,6/6,3) nelle femmine. I decessi per solo Covid-19 sono risultati circa il 9% del totale dei decessi (10,4% nei maschi, 7,9% nelle femmine), con differenze non accentuate nelle diverse categorie di titolo di studio.

Sempre con riferimento all'anno 2021 (l'ultimo per il quale sono disponibili, nel momento in cui si scrive, i dati completi dei decessi per patologia), può essere informativo uno sguardo alla mortalità nei due generi: la Tabella 1.9 riporta sia il tasso standardizzato di mortalità per patologia per 10.000 abitanti sia il rapporto tra tassi standardizzati dei soggetti con titolo di studio minimo rispetto a quelli con titolo di studio massimo. I diversi tassi standardizzati dicono semplicemente quanto sono stati frequenti i decessi, per ognuna delle patologie indicate, rispettivamente nei maschi e nelle femmine, mentre i rapporti tra tassi danno conto dell'effetto delle disuguaglianze tra le classi estreme di titolo di studio rispetto alle singole patologie. Per la maggior parte delle patologie in Tabella 1.9 l'indice di disuguaglianza (rapporto tra tassi) è superiore tra i maschi

Tabella 1.8 Tasso standardizzato (per età) di mortalità × 10.000 abitanti per Covid-19 e quota di decessi Covid-19 sul totale dei decessi. Per sesso e titolo di studio. Anno 2021. Italia

Mortalità Covid-19 Anno 2021 Titolo di studio	Tasso standardizzato x 10.000 ab			Quota Covid-19 su Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Nessun titolo o licenza elementare	20,5	10,6	14,2	10,6%	8,6%	9,5%
Licenza media inferiore	17,4	8,5	12,8	10,5%	8,1%	9,5%
Diploma di scuola media superiore	15,4	7,1	11,1	10,5%	7,4%	9,2%
Laurea o titolo di studio superiore	12,5	6,3	9,6	9,8%	7,2%	8,8%
Tutta la popolazione 30+	17,0	8,6	12,2	10,4%	7,9%	9,3%

Fonte: ISTAT

rispetto alle femmine: fanno eccezione il totale delle malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, il diabete mellito, i disturbi metabolici, e il Covid-19, dove sono le femmine a presentare le disuguaglianze più elevate. Tra i maschi le patologie dove le disuguaglianze sono maggiori sono, nell'ordine, cirrosi, fibrosi ed epatite cronica, malattie croniche delle basse vie respiratorie, tumore maligno dello stomaco, malattie dell'apparato digerente, malattie per le quali i soggetti con basso titolo di studio hanno una mortalità più che doppia rispetto ai soggetti con titolo di studio elevato; tra le femmine le disuguaglianze sono più elevate (sempre rischio doppio) per cirrosi, fibrosi ed epatite cronica, diabete mellito, e totale delle malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche. Le patologie dove le disuguaglianze di mortalità tra i sessi sono maggiormente accentuate sono i tumori di trachea, bronchi e polmoni e le malattie croniche delle basse vie respiratorie.

Considerate nel complesso, le patologie dove sono maggiori le disuguaglianze nella mortalità per titolo di studio riguardano per lo più condizioni morbose la cui esposizione ai fattori di rischio è strettamente legata allo stile di vita (alimentazione, abuso di alcol) e ai comportamenti individuali (propensione alla cura, prevenzione, diagnosi precoce), i quali, a loro volta, sono influenzati dal livello di istruzione.

A questi risultati generali si devono aggiungere le informazioni messe a disposizione dal Bes per quanto riguarda la mortalità evitabile, cioè quei decessi che potrebbero essere significativamente ridotti (ritardati) grazie alla diffusione di stili di vita più salutari e alla diminuzione di fattori di rischio ambientali e comportamentali nonché grazie a un'assistenza sanitaria adeguata, accessibile e tempestiva. La mortalità evitabile, come detto, è formata da due componenti: quella prevenibile (passata da $10,1 \times 10.000$ del 2019 a 12,8 del 2021), aumentata per via della presenza del Covid tra le patologie che la compongono, e quella trattabile (costante a 6,4 per 10.000). La mortalità evitabile

Tabella 1.9 Tasso standardizzato (per età) di mortalità $\times 10.000$ abitanti e rapporto dei tassi tra titolo minimo di studio e titolo massimo. Per sesso e patologia. Anno 2021. Italia

Mortalità Anno 2021 Patologie	Tasso standardizzato $\times 10.000$ ab			Rapporto tra titolo minimo e massimo		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Alcune malattie infettive e parassitarie	3,2	2,3	2,7	1,8	1,6	1,6
Sepsi	2,0	1,5	1,8	1,7	1,6	1,6
Tumore maligno dello stomaco	2,2	1,2	1,6	2,2	1,7	1,8
Tumori maligni trachea, bronchi e polmoni	9,9	3,8	6,5	1,9	1,0	1,3
Tumore maligno del seno	0,1	4,6	2,6	0,8	1,1	1,3
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	7,0	5,3	6,1	1,8	2,2	1,9
Diabete mellito	5,4	3,9	4,6	1,9	2,5	2,0
Disturbi metabolici	1,0	0,7	0,9	1,3	1,6	1,4
Disturbi psichici e comportamentali	4,1	4,6	4,5	1,6	1,4	1,6
Malattie ischemiche del cuore	15,5	7,7	10,9	1,4	1,4	1,2
Malattie del sistema respiratorio	12,0	5,9	8,2	1,8	1,3	1,4
Influenza e Polmonite	2,8	1,4	1,9	1,6	1,2	1,3
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5,7	2,6	3,7	2,3	1,3	1,6
Malattie dell'apparato digerente	5,5	3,7	4,5	2,1	1,6	1,8
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	1,5	0,6	1,0	3,5	2,6	2,9
Covid-19	17,0	8,6	12,2	1,6	1,7	1,5
Totale mortalità	163,3	108,6	131,8	1,5	1,4	1,4

Fonte: ISTAT

mostra differenze di genere molto marcate (uomini: 25,5 per 10.000; donne: 13,4), spiegate soprattutto dalla componente prevenibile (abitudini alimentari, attività fisica, abuso di alcol, propensione a fumare, e altro) che registra un valore di 18,6 per 10.000 nei maschi e di 7,3 per 10.000 nelle femmine. A questi risultati generali si aggiungono le misure di mortalità in funzione del titolo di studio preso come descrittore delle disuguaglianze socio-economiche: in Tabella 1.10 sono presentati, per l'anno 2020 (ultimo disponibile), i tassi standardizzati di mortalità evitabile 30-74 anni (trattabile, prevenibile), di mortalità per tumori (30-64 anni) e per demenze e malattie del sistema nervoso (>65 anni), suddivisi per genere e titolo di studio.

La mortalità evitabile 30-74 anni (29,8 per 10.000), che vede nei maschi un tasso (40,4) che è il doppio di quello delle femmine (20,2), è molto variabile per titolo di studio: sia nella componente trattabile che in quella prevenibile (e quindi nel totale) registra nella popolazione con titolo di studio più basso un tasso che è il doppio di quello rilevato nella popolazione con il titolo di studio più alto, e l'eterogeneità è ancora più ampia per i soggetti di sesso maschile. Appena più basso è il divario nei tassi tra le classi estreme di scolarità quando si guarda alla mortalità per tumori (sempre con i maschi in maggiore evidenza), mentre per demenze e patologie del sistema nervoso la differenza scolastica porta ad uno svantaggio del 20% circa (poco differente tra maschi e femmine).

Avendo preso il titolo di studio come misuratore della differenza tra classi sociali si è fin qui documentato che le disuguaglianze nella salute nei diversi aggregati (dai soggetti meno istruiti a quelli più istruiti) si caratterizzano per genere, età, periodo, ripartizione territoriale, e patologia. Ma, come si è già visto in precedenza, anche per le differenze sociali nella salute le disuguaglianze si riscontrano in aggregati territoriali più ridotti: ne è un esempio il caso di Roma, dove è stato studiato l'andamento nel tempo della speranza di vita alla nascita per livello socioeconomico (Figura 1.16), con risultati analoghi a quanto riscontrato (ad esempio) a livelli regionali, e cioè che la speranza di vita è in aumento in tutti gli aggregati sociali ed è più elevata tra le donne, con un gap continuo nel tempo e molto importante tra lo stato socioeconomico più avvantaggiato e quello invece più svantaggiato quantificabile in circa 1 anno tra le femmine e quasi due anni tra i maschi.

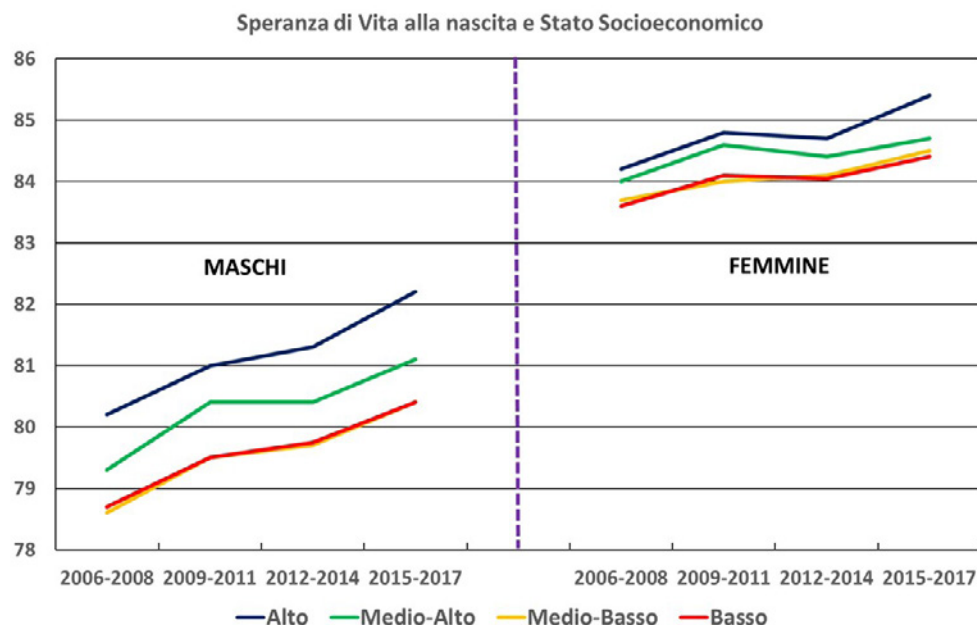
Volendo sintetizzare: la salute non è solo territorialmente disuguale ma è anche caratterizzata da elevata iniquità per condizione sociale (letta prevalentemente attraverso il titolo di studio): di fronte alla morte e alla lunghezza della vita non siamo proprio tutti uguali, e non solo perché giovani e vecchi, maschi e femmine presentano tassi di mortalità diversi e attese di vita differenti (e questo è noto da sempre) bensì perché i soggetti

Tabella 1.10 Tassi standardizzati per età (x 10.000 residenti) di mortalità: evitabile (trattabile, prevenibile) 30-74 anni, per tumori 30-64 anni, per demenze e malattie del sistema nervoso (>65 anni); per titolo di studio e genere. Anno 2020

Titolo di studio	Trattabile			Prevenibile			Evitabile			Tumori			Sist. Nervoso, Demenze		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Nessuno, licenza elementare	16,0	12,1	13,6	42,4	14,8	26,0	58,4	26,9	39,6	14,9	11,3	12,7	37,3	35,8	36,7
Licenza media	11,5	9,5	10,5	33,1	12,0	23,0	44,6	21,5	33,5	12,0	9,9	10,9	36,2	33,0	34,9
Diploma	9,5	8,3	8,9	25,2	9,5	17,5	34,6	17,8	26,4	9,2	8,7	9,0	34,0	30,2	32,2
Laurea, titolo di studio superiore	7,2	7,2	7,3	18,7	7,5	13,1	25,9	14,7	20,3	7,1	7,8	7,5	31,4	29,1	30,6
Totale	10,8	9,2	9,9	29,6	11,0	19,9	40,4	20,2	29,8	10,5	9,2	9,8	35,8	34,3	35,3

Fonte: ISTAT 2024, Rapporto Bes 2023

Figura 1.16 Andamento nel tempo della speranza di vita alla nascita, per livello socioeconomico, nella città di Roma, separatamente per maschi e femmine, nel periodo 2006-2017



Fonte: Variazione spazio-temporale dell'aspettativa di vita per livello socioeconomico e distretto sanitario a Roma negli anni 2006-2017, Epidemiologia e Prevenzione, 2020

di classe sociale inferiore (basso titolo di studio) presentano tassi di mortalità ben più elevati e attese di vita molto inferiori rispetto ai soggetti di pari età e sesso ma con livello di istruzione superiore. E questo risultato è ulteriormente rafforzato dalla progressiva diminuzione delle disuguaglianze nella mortalità e nella attesa di vita a mano a mano che il livello di istruzione passa dai valori più bassi a quelli più alti. Alle differenze sociali nello stato di salute si aggiungono poi le eterogeneità territoriali, eterogeneità che necessitano di essere almeno ridotte se non eliminate del tutto. Sono poi da notare la differenza nelle disuguaglianze tra maschi e femmine, dove nei primi è maggiore l'effetto discriminatorio; la differenza nelle disuguaglianze per età, disuguaglianze che diminuiscono al crescere dell'età e quasi scompaiono per i molto anziani (85+); le differenze territoriali che vedono penalizzate (sempre in termini di disuguaglianze) le regioni del sud e delle isole. Particolarmente rilevante è l'effetto che sulle disuguaglianze ha avuto la recente pandemia di Sars-CoV-2, che soprattutto nel 2020 (ma con una coda anche nel 2021) ha sia aumentato i tassi di mortalità che accentuato le disuguaglianze tra i diversi titoli di studio. E da ultimo è risultata piuttosto evidente la diversa forza con cui le disuguaglianze hanno avuto impatto sulle differenti patologie, con un accento sulle malattie non oncologiche del fegato, sul diabete, sulle malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, e sulle malattie croniche delle basse vie respiratorie.

Le differenze territoriali e quelle socioeconomiche (o di scolarità) nella salute rappresentano oggi due aspetti sostanziali della sfida che riguarda la sostenibilità

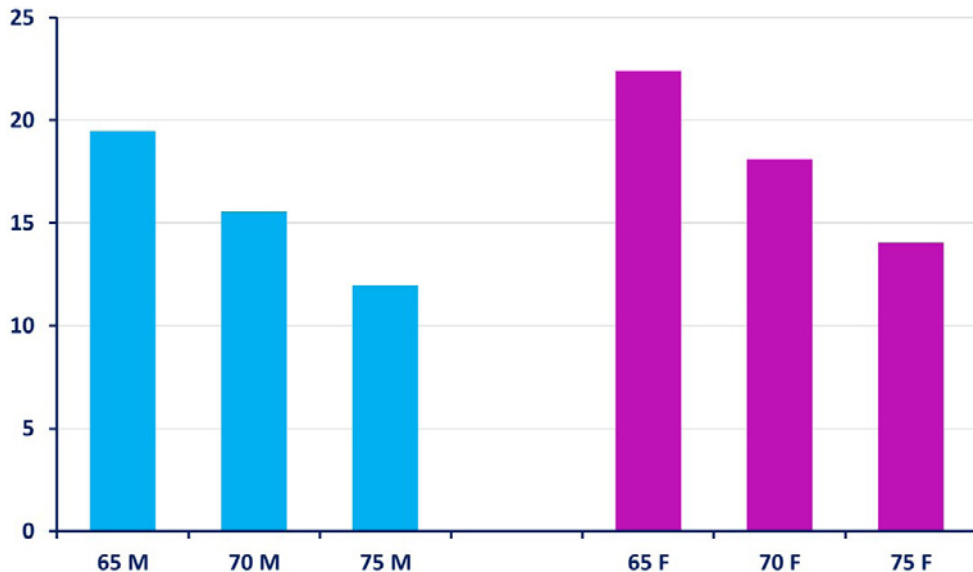
del servizio sanitario perché introducono criteri di iniquità e di privilegio in un SSN che ha sempre dichiarato di essere stato costruito attorno ai valori della equità, dell'universalismo e dell'uguaglianza.

1.5 Gli anziani e la cronicità

Secondo i dati del 2023 a 65 anni l'attesa di vita è 19,5 anni tra i maschi e 22,4 anni tra le femmine, che scende a 15,5 anni tra i maschi e a 18,1 tra le femmine quando si arriva a 70 anni, e che scende ulteriormente quando si raggiungono i 75 anni perché diventa di 12,0 anni tra i maschi e 14,0 tra le femmine (Figura 1.17). Al crescere dell'età a cui si valuta la attesa di vita è ovvio che quest'ultima diminuisca, ma contemporaneamente si allunga la attesa di vita complessiva che nei maschi passa da 84,5 anni (per i sessantacinquenni) a 87 anni (per i settantacinquenni), e analogamente per le femmine passa da 87,4 anni a 89.

Oltre all'attesa di vita, informazioni sullo stato di salute degli anziani ci vengono fornite dall'Istituto Superiore di Sanità attraverso i dati più recenti che emergono dallo studio denominato "Passi d'Argento"⁴, uno studio cosiddetto di "sorveglianza" sulla popolazione anziana in corso da tempo in tutta Italia attraverso la collaborazione delle strutture sanitarie (ASL) delle regioni con l'obiettivo (attraverso informazioni raccolte tramite un questionario somministrato direttamente ad un campione della popolazione) di rilevare la qualità della vita percepita. Tanti i temi indagati dall'indagine: fragili e disabili, percezione dello stato di salute, insoddisfazione per la propria vita, attività fisica, sovrappeso e obesità, consumo di frutta e verdura, di alcol, abitudine al fumo, vista

Figura 1.17 Attesa di vita a diverse età, per sesso. Dati 2023



Fonte: ISTAT

4 Istituto Superiore di Sanità: Passi d'argento (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/info/info>).

udito e masticazione, cadute, depressione, isolamento, uso dei farmaci, vaccinazione antinfluenzale, patologie croniche, partecipazione sociale, tutela e sicurezza.

Secondo i principali dati dello studio riferiti al biennio 2022-2023 circa il 13% degli intervistati ha dichiarato problemi nella deambulazione; fra questi poco più di 1 persona su 10 ha riferito di praticare ginnastica riabilitativa. La maggior parte degli ultra 64enni (56%) del campione presenta eccesso ponderale: il 41% è in sovrappeso e il 15% è obeso. L'eccesso ponderale è più presente nei maschi, nei soggetti con difficoltà economiche o con basso livello di istruzione; inoltre l'eccesso ponderale è più frequente nelle regioni del Sud (59% vs 52% nel Nord). È anche da segnalare che l'obesità si associa con la presenza di comorbidità (cioè coloro che riferiscono la presenza di 2 o più patologie croniche). La policronicità, inoltre, è più frequente tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato (41% vs 19% tra chi dichiara nessuna difficoltà economica) o con bassa istruzione (31% vs 19%).

Anche la disabilità (intesa come non essere in grado di compiere almeno una delle funzioni fondamentali della vita quotidiana: mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) è più frequente fra le persone socio-economicamente svantaggiate (28%) rispetto a chi non ha problemi economici (9%) o fra chi ha bassa istruzione (24%) rispetto a chi ha un livello di istruzione alto (7%), ed esiste un gradiente Nord-Sud nella sua frequenza a svantaggio dei residenti nel Sud Italia (16% vs 13% nel Centro e 10% nel Nord). Associata allo svantaggio socio-economico (25% vs 13%) e alla bassa istruzione (25% vs 12%) è anche la fragilità (intesa come persona non disabile ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse: preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).

Nel biennio 2022-2023, inoltre, il 15% degli intervistati ha vissuto in una condizione di isolamento sociale. Tale isolamento non mostra significative differenze di genere, ma è più frequente fra gli ultra 85enni (32%), tra chi ha un basso livello di istruzione (24%), tra chi ha maggiori difficoltà economiche (27%) e fra i residenti nelle Regioni meridionali (20% vs 13% nel Centro e 10% nel Nord).

I dati di PASSI d'Argento del biennio 2022-2023 toccano anche il tema della depressione e della compromissione del proprio benessere fisico e psicologico: la Tabella 1.11 riporta i valori di alcuni degli indicatori utilizzati nell'indagine e segnala che il gradiente geografico che nel passato vedeva il Sud d'Italia come l'area con una prevalenza maggiore di sintomi depressivi oggi indica nelle Regioni del Centro quelle maggiormente coinvolte, con una prevalenza media del 13% (8,6% nel Nord e 9,9% nel Sud). I sintomi depressivi sono più frequenti tra le classi socialmente più svantaggiate (28%) rispetto a chi non riferisce difficoltà economiche (6%), in chi ha basso livello di istruzione (13% chi ha al più la licenza elementare vs 7% fra i laureati), tra chi vive solo (14%) e fra le persone con patologie croniche (18% in chi ha due o più patologie vs 5% in chi non ne ha).

Ulteriori informazioni su questo segmento di popolazione si trovano in altri contributi presenti in questo rapporto.

Un elemento di rilevanza che caratterizza la popolazione anziana è il luogo dove essa vive. Si tratta di una popolazione dislocata eterogeneamente sul territorio del nostro Paese, non solo nelle diverse regioni (con Liguria, Friuli, Toscana e Piemonte che hanno

Tabella 1.11 Frequenza di sintomi di depressione e di richiesta di aiuto, e numero medio di giorni in cattiva salute in un mese

Regione	Sintomi di depressione	Richiesta di aiuto	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane *
Valle d'Aosta	13.0	89.7	14.8	16.3	12.3
Piemonte	11.5	75.5			
Veneto	9.4	78.6	11.7	19.4	10.6
Provincia di Bolzano	6.1	79.4	10.3	12.6	11.3
Provincia di Trento	4.1	68.2	16.7	18.2	13.4
Friuli Venezia Giulia	9.5	77.1	14.9	17.3	12.8
Liguria	10.3	71.5	15.0	20.4	10.7
Emilia Romagna	6.0	75.2	15.4	19.4	12.5
Toscana			14.8	19.4	8.7
Umbria	13.8	89.7	12.7	18.1	11.1
Marche	16.2	86.7	14.3	18.4	8.9
Lazio	10.8	61.5	15.2	16.2	15.9
Abruzzo	7.2	74.6	13.7	15.2	11.1
Molise	11.9	86.2	11.1	13.5	7.4
Campania	10.7	66.9	13.4	15.3	12.7
Puglia	6.9	78.7	14.7	16.8	14.8
Basilicata	18.0	69.7	18.8	19.0	19.6
Calabria	3.8	95.6	11.1	10.1	10.7
Sicilia	9.7	81.5	16.0	16.6	16.4
Sardegna	12.3	84.1	19.1	18.7	14.0
Italia	9.4	74.7	15.0	17.1	13.2

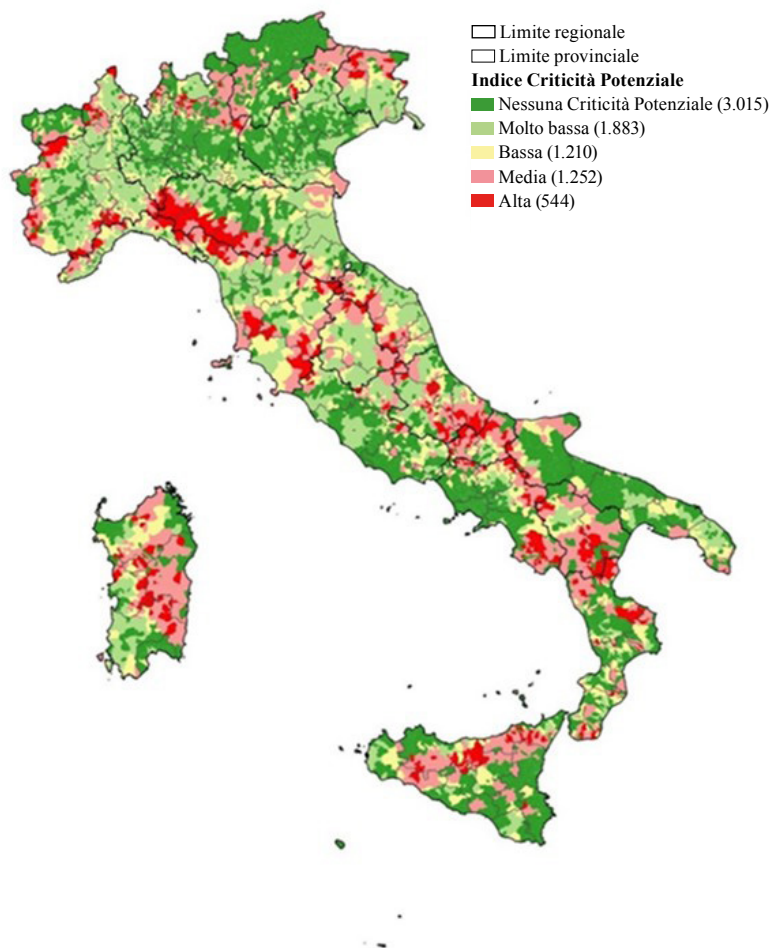
* Tra le persone con sintomi di depressione

Fonte: ISS: Passi d'argento (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/info/info>) – In Tabella non è riportata la Lombardia perché la Regione non partecipa allo studio

le province con la percentuale più elevata di ultraottantenni) ma anche con forti differenze tra comuni della stessa Regione. Alcune trasformazioni sociali in atto (invecchiamento delle reti sociali individuali anche per via della riduzione dei tassi di fecondità, emigrazione dei giovani dalle aree interne del Paese, modifica del modello familiare con l'aumento dei soggetti che vanno a lavorare, soprattutto donne, e così via) stanno portando ad una progressiva diminuzione delle risorse di cura informali e all'aumento delle difficoltà nell'accesso alla assistenza da parte degli anziani, in particolare delle aree interne e di montagna. Combinando tra di loro il peso degli ultraottantenni, il rapporto tra anziani e adulti, e la presenza sul territorio (come distanza) di servizi essenziali è stato creato per ogni comune un indicatore (Indice comunale di criticità potenziale - ICCP) della potenziale criticità nella domanda di assistenza agli anziani (Tomassini, Albertini, Lallo 2024): la Figura 1.18 presenta il risultato.

Alle criticità di salute di questa (larga) fetta di popolazione si aggiungono le difficoltà delle risorse informali per la cura e quelle per accedere all'assistenza sociosanitaria che caratterizzano vaste aree del nostro Paese: i comuni che presentano criticità potenziali corrispondono al 38% dei comuni italiani, con Molise (24,3%), Basilicata (21,4%) e Abruzzo (18,7%) che sono le regioni che comprendono più comuni (o più popolazione)

Figura 1.18 Distribuzione geografica dell'Indice comunale di criticità potenziale (ICCP) nella domanda di assistenza agli anziani. Italia, anno 2021

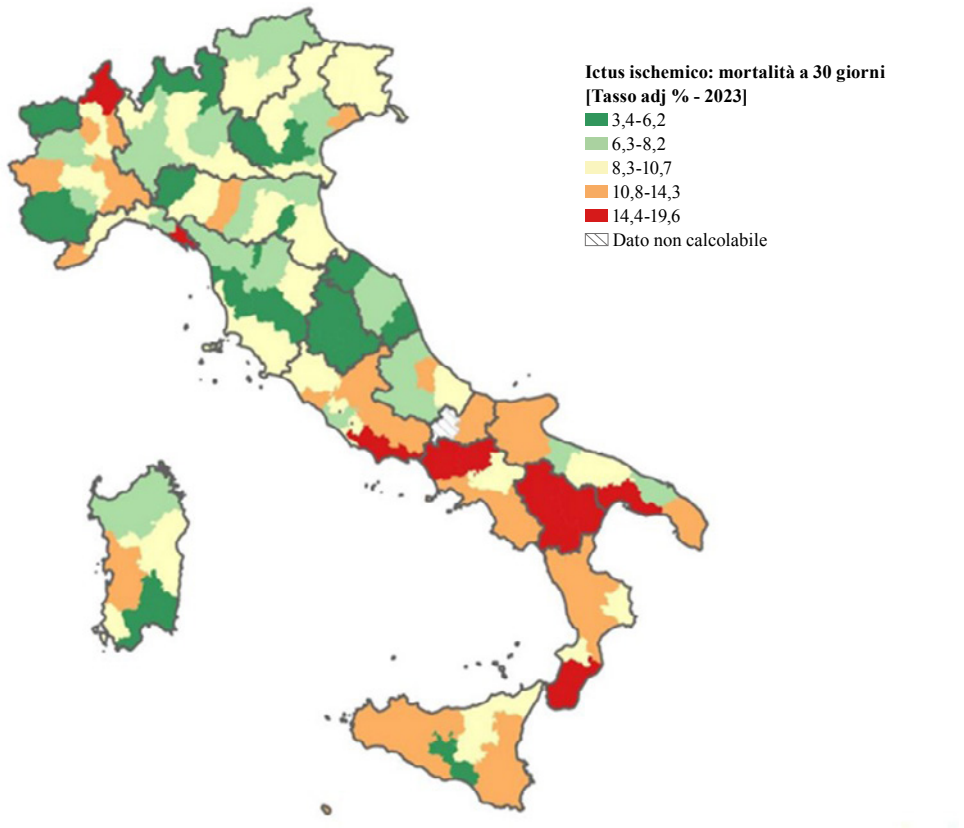


Fonte: Tomassini, Albertini, Lallo 2024

con alta criticità potenziale, e sono quindi i territori dove con maggiore urgenza si pone il tema della prossimità delle cure e dell'accessibilità ai servizi di assistenza.

1.6 Gli esiti di salute

Lo stato di salute e l'attesa di vita di una popolazione non dipendono solo dalla demografia, dalle abitudini di vita, dalla condizione sociale, dai tanti fattori di rischio (tra cui quelli individuali, ambientali, sociali, lavorativi, genetici) che minacciano la vita delle persone, ma anche dagli esiti delle cure che vengono erogate. Di ciò ce ne dà periodicamente conto il Programma Nazionale Esiti (PNE) gestito da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), di cui vengono presentati alcuni esemplificativi risultati riferiti alla più recente valutazione (2024) prodotta dall'Agenzia (Di

Figura 1.19 Ictus ischemico: percentuale di mortalità a 30 giorni. Anno 2023

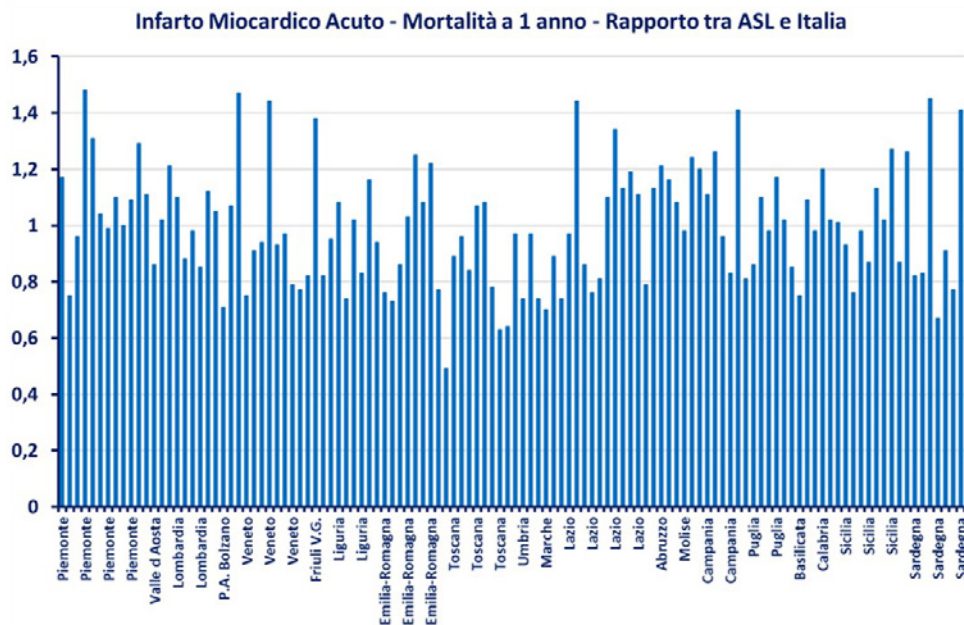
Fonte: Agenas (https://www.agenas.gov.it/images/2024/primo-piano/pne24/5_Di_Marco.pdf), 2024

Marco 2024). La Figura 1.19 rappresenta la distribuzione per provincia di residenza della percentuale di decessi riscontrati a 30 giorni di distanza da un episodio di ictus ischemico. Con qualche eccezione, l'Italia risulta divisa in due: a sud del Lazio sono molto poche le province che sulla mappa risultano colorate in verde in quanto gli esiti sono migliori (la percentuale di decessi è bassa), mentre sono numerose le aree colorate in arancione o addirittura in rosso (elevata percentuale di decessi). In rosso (cioè cattiva performance) sono da segnalare anche le province di La Spezia e Verbania, situate nel Nord del Paese.

Un altro esempio riguarda l'indicatore "Infarto Miocardico Acuto - Mortalità a 1 anno": la Figura 1.20 presenta i rapporti tra il valore riscontrato in ogni singola ASL e il valore nazionale. Si osserva che in molte ASL tale rapporto è inferiore a 0,8 (cioè si muore di meno) mentre in altre il rapporto è superiore a 1,4 (cioè si muore di più).

Di questi indicatori, non tutti legati direttamente al tema salute ma più in generale al servizio sanitario, il PNE ne monitora più di 200, anche se la copertura delle diverse discipline è molto eterogenea: pochi indicatori per Psichiatria, Malattie Infettive, Pronto Soccorso, e moltissimi per Cardiovascolare, Oncologia e Apparato Muscoloscheletrico.

Figura 1.20 Infarto Miocardico Acuto - Mortalità a 1 anno: rapporto tra il valore in ogni ASL e il valore nazionale. Anno 2022. Valori ordinati per Regione

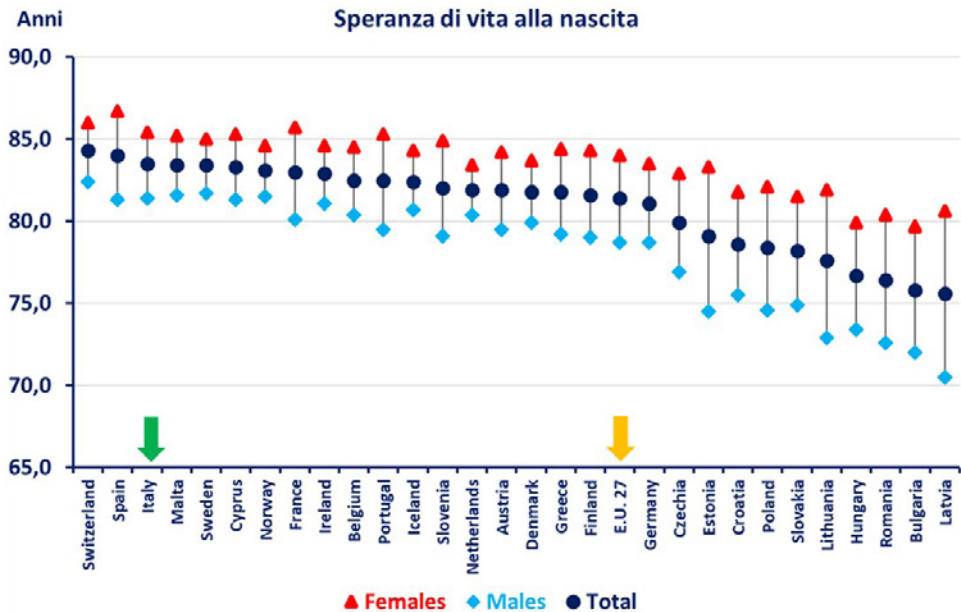


Fonte: nostra elaborazione su dati Agenas

1.7 L'Italia nel contesto europeo

Per concludere questo contributo può essere utile uno sguardo fuori dal nostro Paese per individuare come si colloca l'Italia, in termini di indicatori di salute, ad esempio nel contesto europeo. Ci vengono in aiuto i dati messi a disposizione da Eurostat⁵, anche se quando si effettuano questi confronti internazionali occorre sempre esercitare prudenza nella interpretazione dei risultati per via delle non sempre omogenee e confrontabili modalità con cui vengono raccolti i dati.

È noto che la speranza di vita dell'Italia è buona: la Figura 1.21 presenta l'attesa di vita alla nascita delle nazioni europee da cui si vede che il nostro Paese è in terza posizione (83,5 anni) preceduto solo da Svizzera (84,3) e Spagna (84), mentre la media europea è collocata a 81,4 anni. Dalla parte opposta si trovano la Romania (76,4), la Bulgaria (75,8) e ultima la Lettonia (75,6): quasi 10 anni di differenza tra dove la vita è più lunga e dove è più breve nello stesso continente sono una enormità che non può lasciare indifferenti se si pensa che facciamo parte della stessa Europa. La Figura 1.21 presenta anche una seconda informazione: in tutte le nazioni le donne vivono di più degli uomini (in Italia: gli uomini 81,4 e le donne 85,3), ma anche tra i sessi le differenze sono molto diverse, perché si passa dai 3 anni di differenza dell'Olanda ai 10,1 della Lettonia (5,3 la media europea). Se rappresentiamo geograficamente la speranza di vita alla nascita nelle regioni europee (cioè con un maggiore dettaglio territoriale rispetto ai soli valori nazionali) emerge

Figura 1.21 Attesa di vita alla nascita nelle nazioni europee, per genere. Dati 2023

Fonte: Eurostat

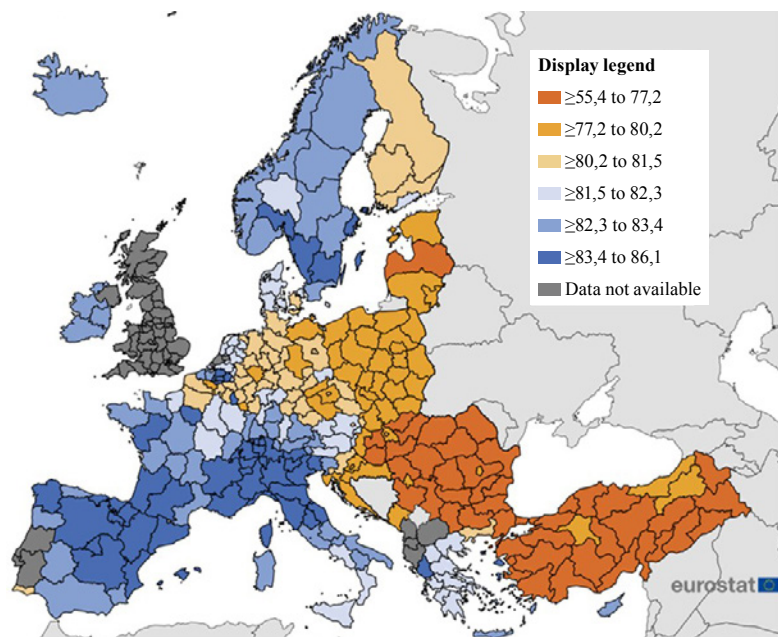
la Figura 1.22 (valori più bassi, in marrone; valori più alti, azzurro scuro). L'Europa risulta divisa in pratica in due grandi aree: da una parte le nazioni (e regioni) dell'Ovest, che hanno un'aspettativa di vita superiore a 81 anni; dall'altra le nazioni (e regioni) dell'Est, che hanno un'aspettativa di vita inferiore a 81 anni. A separare le due aree ci stanno, al centro come un cuscinetto, la Germania e la Danimarca, le cui attese di vita si situano tra 80 e 82 anni. La stessa divisione Ovest-Est si osserva, curiosamente, anche nelle regioni del Nord, con la Norvegia, la Svezia e l'Islanda posizionate sui livelli più alti, e la Finlandia che sperimenta invece valori più bassi. Quasi tutte le regioni italiane si trovano nelle classi più elevate di speranza di vita alla nascita.

Una suddivisione territoriale analoga la si riscontra se anziché la speranza di vita alla nascita si considera la speranza di vita a 65 anni.

La Figura 1.23 presenta la speranza di vita in buona salute alla nascita, che informa su quanti anni (in media) una persona può vivere senza che sia limitata da disabilità, malattie, o limitazioni funzionali. L'attesa di vita in buona salute alla nascita a livello europeo è di 63,1 anni, con una differenza trascurabile tra uomini (62,8) e donne (63,3), ma guardando i valori delle diverse nazioni si passa dal valore minimo della Lettonia (52,7 anni) al valore massimo di Malta (71,4): addirittura circa 20 sono gli anni di buona salute tra chi ne vive di più e chi ne vive di meno. Il nostro Paese è secondo solo a Malta, con una speranza di vita in buona salute di 69,1 anni, 68,5 per i maschi e 69,6 per le femmine. A seguire ci sono Bulgaria (68,6), Grecia (66,6) e via via tutte le altre fino alla Finlandia (57,1) e alla Danimarca (56,3) che precedono la Lettonia (52,7).

Sempre dalla Figura 1.23 emerge che in alcune nazioni sono le donne ad avere una speranza di vita in buona salute superiore agli uomini (esempio: Bulgaria, Slovenia,

Figura 1.22 Attesa di vita alla nascita nelle regioni europee. Popolazione totale. Dati 2023



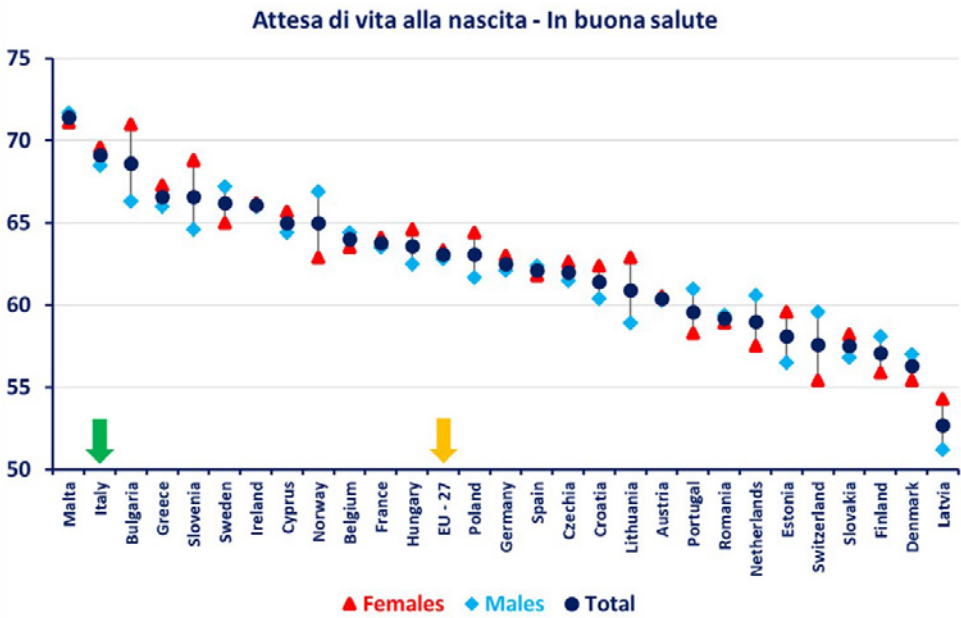
Fonte: Eurostat

Ungheria, Polonia, Lituania, Estonia) ma in altre nazioni prevalgono gli uomini (Svezia, Norvegia, Portogallo, Olanda, Svizzera, Finlandia, Danimarca): si tratta di un risultato che si discosta in maniera rilevante dalla speranza di vita complessiva dove erano invece le donne ad avere un'attesa di vita più lunga in tutte le nazioni, anche di diversi anni rispetto agli uomini.

Tante sono le variabili che condizionano l'attesa di vita: tra queste un ruolo di particolare rilievo va attribuito alle attività di prevenzione individuale (stili di vita: abitudine al fumo, al consumo di alcol, al consumo di frutta, normalità del peso). La Tabella 1.12 mostra le correlazioni tra le variabili in gioco, avendo evidenziato in rosso le correlazioni negative (i valori delle variabili sono tali per cui una correlazione positiva segnala che al crescere del valore di un comportamento preventivo – esempio: aumento della percentuale di non fumatori – cresce la attesa di vita). Complessivamente si tratta di valori di correlazione non molto elevati, con qualche risultato un po' sorprendente, a cominciare dalla bassa (0,4) correlazione tra i due tipi di indicatori dell'attesa di vita.

Componendo, per somma, le percentuali dei quattro indicatori delle abitudini individuali in ogni nazione si ottiene un indicatore della forza che ha complessivamente la prevenzione degli stili di vita in ogni Paese: la Figura 1.24 mette in relazione questo valore complessivo con l'attesa di vita. All'aumentare del punteggio della prevenzione individuale (stili di vita) aumenta la attesa di vita alla nascita, e il valore dell'indicatore statistico R^2 (0,4895) ci avverte che la relazione tra i due indicatori è importante.

Figura 1.23 Speranza di vita in buona salute alla nascita nelle nazioni europee, per genere. Anno 2023



Fonte: Eurostat

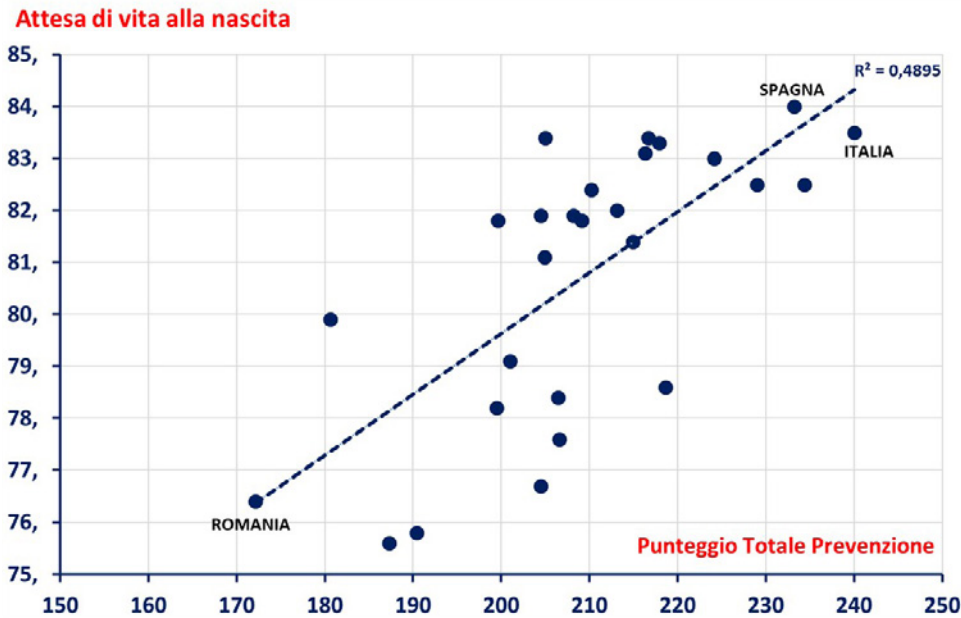
La stessa elaborazione condotta con riferimento all’attesa di vita in buona salute restituisce un piccolo valore dell’indicatore statistico R^2 (0,1353), segno che la relazione è piuttosto debole (le attività di prevenzione individuale prese nel loro complesso hanno poca influenza nel determinare il valore dell’attesa di vita in buona salute). Complementare all’attesa di vita è l’andamento della mortalità generale: la Figura 1.25 riporta il tasso standardizzato per età di mortalità per 100.000 abitanti nelle diverse na-

Tabella 1.12 Matrice di correlazione tra le variabili allo studio relative alla prevenzione. Popolazione totale. Anno 2023

Matrice di correlazione	Vita attesa buona		Non beve	Non fuma	Mangia frutta	Normopeso	Totale Prevenzione
	Vita attesa	attesa buona					
Vita attesa	1	0,400	-0,228	0,604	0,688	0,447	0,700
Vita attesa buona		1	0,235	-0,064	0,404	0,071	0,368
Non beve			1	-0,403	0,080	-0,403	0,255
Non fuma				1	0,344	0,251	0,455
Mangia frutta					1	0,216	0,912
Normopeso						1	0,365
Totale Prevenzione							1

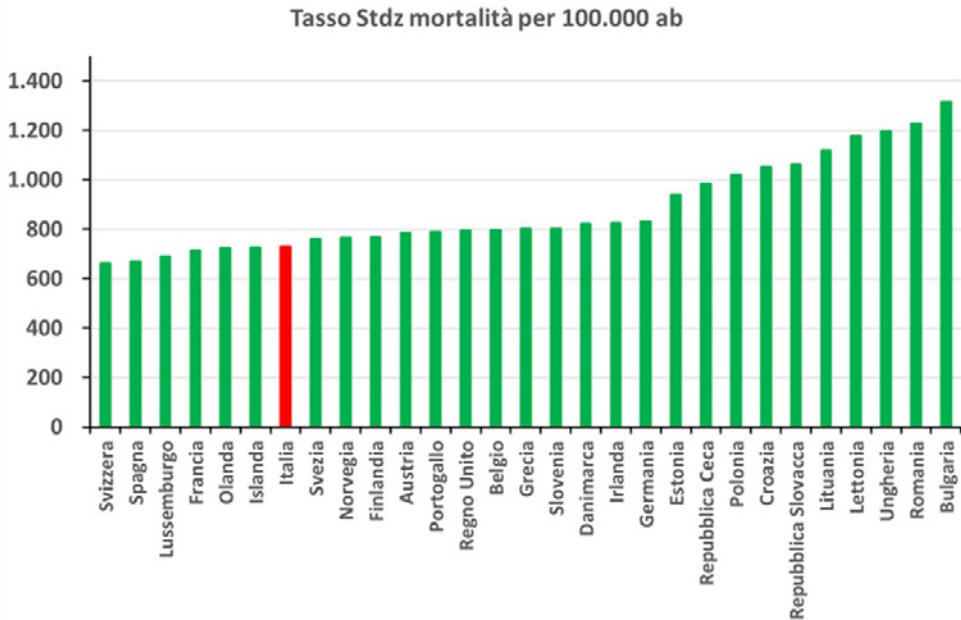
Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat

Figura 1.24 Relazione tra il punteggio totale per le abitudini di vita (prevenzione) e l'attesa di vita alla nascita. Popolazione totale. Anno 2023



Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat

Figura 1.25 Tasso standardizzato di mortalità generale per 100.000 abitanti. Anno 2019



Fonte: OECD 2024

zioni, ed è stato scelto l'anno 2019 solo per evitare gli effetti distorsivi sulla mortalità che ha avuto la recente pandemia.

L'Italia non è il Paese con la mortalità più bassa però fa parte sicuramente dei territori a mortalità inferiore: hanno una mortalità più alta alcune importanti nazioni (esempio: Regno Unito e Germania) oltre a tutto l'Est europeo.

La Tabella 1.13 riassume in termini numerici i valori di alcuni indicatori che misurano usualmente lo stato di salute delle nazioni europee.

Se anziché alla speranza di vita e alla mortalità generale si dà un'occhiata alla mortalità evitabile, cioè a quei decessi che potrebbero essere significativamente ridotti (o ritardati) con comportamenti individuali e ambientali più salutari o con assistenza sanitaria

Tabella 1.13 Alcuni indicatori che misurano lo stato di salute di una popolazione

Nazione	Attesa di vita alla nascita (2022)	Attesa di vita a 65 anni (2021)	Mortalità totale (2021)	Mortalità evitabile (2021)	Mortalità infantile (2021)	Cronicità (2021)
Austria	81,3	19,6	843,0	198,0	2,7	35,1
Belgium	81,9	20,4	797,0	178,0	3,3	25,0
Bulgaria	71,4	13,6	1504,0	436,0	5,1	24,0
Croatia	76,7	16,3	1138,0	322,0	3,8	33,4
Czech Republic	77,2	16,7	1199,0	335,0	2,2	32,9
Denmark	81,5	19,6	815,0	174,0	2,4	35,6
Estonia	77,2	17,5	1114,0	363,0	2,2	47,3
Finland	81,9	20,4	774,0	186,0	1,6	50,6
France	82,4	21,4	715,0	160,0	3,6	37,5
Germany	80,8	19,5	850,0	195,0	3,0	43,2
Greece	80,2	19,2	829,0	204,0	3,5	24,3
Hungary	74,3	15,5	1197,0	404,0	3,3	38,4
Iceland	83,2	21,2	706,0	142,0	1,9	
Ireland	82,4	20,5	824,0	172,0	3,1	28,8
Italy	82,7	20,6	729,0	146,0	2,4	18,6
Latvia	73,1	15,6	1460,0	531,0	2,7	39,3
Lithuania	74,2	16,1	1384,0	481,0	3,1	37,2
Luxembourg	82,7	20,7	703,0	147,0	4,6	25,2
Netherlands	81,4	19,6	821,0	161,0	3,3	33,4
Norway	83,2	20,8	765,0	156,0	1,7	
Poland	75,5	16,4	1170,0	344,0	3,9	35,0
Portugal	81,5	20,3	789,0	180,0	2,4	43,9
Romania	72,8	14,6	1228,0	419,0	5,2	19,9
Slovak Republic	74,6	15,4	1062,0	321,0	4,9	34,8
Slovenia	80,7	19,3	922,0	221,0	1,9	33,1
Spain	83,3	21,4	704,0	163,0	2,5	38,1
Sweden	83,1	20,9	762,0	150,0	2,4	40,9
Switzerland	83,9	21,6	728,0	133,0	3,1	36,4
Türkiye	78,6		969,0	233,0	9,1	34,7
United Kingdom	80,4	19,3	896,0	222,0	4,0	
EUROPA	80,3	19,5	915,0	237	4,0	35,4

Fonte: Eurostat

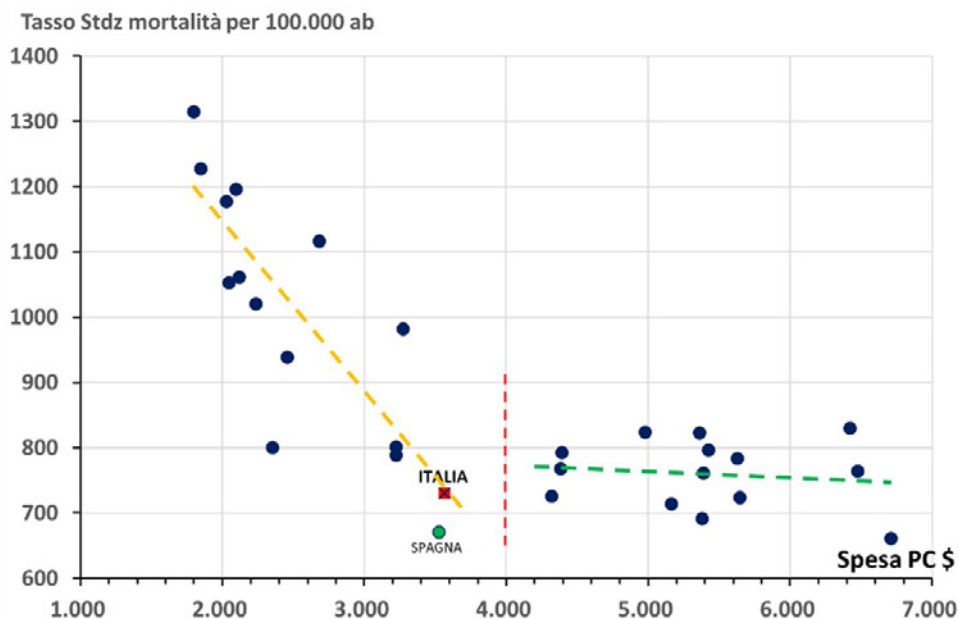
adeguata, sono ancora le nazioni dell'Est a presentare i valori più elevati. Anche per questo indicatore la situazione del nostro Paese è molto buona: solo Svizzera e Islanda hanno una mortalità evitabile migliore (cioè inferiore) di quella dell'Italia.

Una ulteriore valutazione viene dall'esame della frequenza delle patologie croniche, non come mortalità ma tra i soggetti viventi. In questo caso l'Italia presenta il valore più basso tra le nazioni che hanno fornito informazioni, con la Finlandia che mostra invece il valore più elevato. In secondo luogo non si osserva quella divisione Est-Ovest che si era evidenziata con gli indicatori di speranza di vita e di mortalità evitabile. Valori superiori alla media si registrano ancora in alcune nazioni dell'oriente europeo (Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania) ma soprattutto in molte nazioni dell'occidente continentale come Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Portogallo, Spagna, Svezia e Svizzera. Occorre anche dire, però, che mentre i dati sulla mortalità sono meglio confrontabili tra le diverse nazioni, la valutazione della presenza di cronicità è più condizionata dalle modalità con cui viene rilevata l'informazione, richiamando quindi l'uso di quella prudenza interpretativa che si era anticipata in apertura.

Per tutti gli indicatori di salute di Tabella 1.13 il nostro Paese presenta, con poche altre nazioni, valori tutti inferiori alla media europea.

Osservazioni interessanti emergono dalla valutazione congiunta di più indicatori: è il caso, ad esempio, della relazione tra una variabile economica (la spesa pro-capite) e un indicatore di salute (il tasso di mortalità o l'attesa di vita). La Figura 1.26 mette in relazione la spesa pro-capite con il tasso di mortalità: si osservano due gruppi di nazioni, quelle che spendono all'anno per la sanità più di 4.000 dollari pro-capite e

Figura 1.26 Relazione tra spesa sanitaria pro-capite annua (in dollari) e tasso standardizzato di mortalità generale per 100.000 abitanti. Anno 2019



Fonte: nostra elaborazione su dati OCSE

quelle che ne spendono di meno, con l'Italia e la Spagna che fanno da spartiacque tra i due gruppi.

Tra le nazioni che spendono meno di 4.000 \$ si osserva una forte relazione tra spesa sanitaria e mortalità, dove all'aumento della spesa corrisponde una forte diminuzione del tasso di mortalità; tra le nazioni che spendono più di 4.000 \$ pro-capite all'anno l'aumento di spesa non sembra produrre un beneficio di rilievo alla mortalità. Risultati analoghi si osservano per l'attesa di vita alla nascita.

1.8 Conclusioni

Il nostro breve giro d'Italia della salute e dei suoi determinanti, almeno di alcuni di essi, termina qui: un racconto che ha avuto a tema la salute del Paese, e non la sanità o il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), letta attraverso molte e diverse tipologie di indicatori visti nel loro sviluppo sia temporale che spaziale, a partire dalle conseguenze sulla salute che hanno avuto e stanno avendo le grandi modificazioni demografiche che si sono succedute dopo la seconda guerra mondiale.

La demografia ci restituisce un Paese con una popolazione di poco meno di 59 milioni di abitanti, che da una decina di anni ha smesso di crescere numericamente (anzi, è in diminuzione) per via del saldo negativo tra nati e deceduti. Contemporaneamente la vita si è allungata di circa 20 anni dal termine della seconda guerra mondiale, anche per via della diminuzione del tasso di mortalità, e il combinato disposto di questi elementi ci parla del sostanziale cambio di struttura per età della popolazione, con un rilevante aumento della quota di popolazione anziana o molto anziana.

Sono facilmente prevedibili le conseguenze del processo demografico in corso sulla sanità, e in particolare sul SSN: aumento del bisogno sanitario (aumento della domanda di servizi e prestazioni, aumento delle risorse necessarie e altro), cambiamento della tipologia di bisogni e di servizi (cronicità, patologie dell'anziano, socioassistenza e altro), e così via, ma in questo contributo ci si è preoccupati più di dare conto dello stato di salute della popolazione, di come questo stato di salute è cambiato nel tempo e nello spazio, cercando di documentare il più possibile con i numeri quali sono le sue principali caratteristiche e anche le sue maggiori criticità, perché sono proprio le modificazioni strutturali intervenute sul versante salute gli elementi che più di altri stanno determinando e condizionando il tema della sua sostenibilità.

Il nostro Paese è considerato il Paese dei mille campanili, e anche in termini di salute l'Italia non è una nazione unica per via delle tante differenze regionali che la caratterizzano: la speranza di vita alla nascita, gli anni medi attesi di vita non in buona salute, la mortalità totale e per patologia, la mortalità evitabile (prevenibile, trattabile), la multicronicità e le gravi limitazioni negli anziani, la salute mentale, la mobilità sanitaria, e così via, tutte differenze di cui si è dato conto nelle precedenti pagine facendo vedere come gli indicatori puntino in una sola direzione: la differenza tra un Centro-Nord del Paese (dove tutti gli indicatori di salute sono favorevoli) e il Sud-Isole (dove la salute è peggiore). Ma non è solo l'eterogeneità nella salute delle regioni che preoccupa: vi sono molti segnali che le disuguaglianze di salute si ritrovano anche all'interno delle grandi città, come si è mostrato esemplificativamente con riferimento ai quartieri di Milano e di Roma.

E le disuguaglianze territoriali che riguardano gli indicatori di salute sono accompagnate, tra altro, anche dalle differenze negli stili di vita, documentati in questo contributo

da tre fattori di rischio (determinanti di salute) di tipo individuale: la percentuale di consumatori di alcol a rischio di 14 anni e oltre, la percentuale di fumatori di 14 anni e oltre, la percentuale di persone obese di 18 anni e più.

Alle disuguaglianze territoriali nella salute si aggiungono le disuguaglianze socio-economiche, sempre in termini di salute, qui lette attraverso il grado di scolarità delle popolazioni. I soggetti che dal punto di vista sociale sono più deprivati o svantaggiati (povertà materiale, minore scolarità e altro) hanno una salute peggiore rispetto ai soggetti socialmente più avvantaggiati: la mortalità diminuisce nel passaggio dai titoli di studio inferiori a quelli superiori (+45% per i maschi con il titolo di studio più basso rispetto ai soggetti di pari età con il titolo di studio più alto, +33% per le femmine) e le disuguaglianze diminuiscono al crescere delle età. La diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità nel passaggio tra i livelli di istruzione si osserva con regolarità sia tra i maschi che tra le femmine in tutti i territori, con disuguaglianze che nel tempo tendono a crescere e sulle quali ha influito anche la recente pandemia da Sars-CoV-2. Lette con la lente delle diverse patologie, le disuguaglianze nella mortalità sono maggiori per lo più per malattie la cui esposizione ai fattori di rischio è strettamente legata allo stile di vita (alimentazione, abuso di alcol) e ai comportamenti individuali (propensione alla cura, prevenzione, diagnosi precoce), i quali, a loro volta, sono influenzati dal livello di istruzione, e analoga osservazione si registra nella mortalità evitabile, dove sia la componente trattabile che quella prevenibile vedono la popolazione con titolo di studio più basso mostrare un tasso che è il doppio di quello rilevato nella popolazione con il titolo di studio più alto (e l'eterogeneità è ancora più ampia per i soggetti di sesso maschile). Ed anche per le differenze sociali nella salute le disuguaglianze non si riscontrano solo tra le regioni ma si ritrovano pure all'interno delle grandi città (ne è un esempio ancora una volta il caso di Roma).

Un altro elemento che caratterizza i tempi odierni dal punto di vista della salute è il tema degli anziani e della connessa presenza di patologie croniche e multiple: su questo argomento molte informazioni, in particolare sulla qualità della vita percepita, vengono fornite dallo studio "Passi d'Argento". I principali risultati parlano di problemi nella deambulazione, di sovrappeso e obesità, di elevata frequenza di patologie importanti (cardiopatie, malattie respiratorie croniche, diabete, tumori) e di multicronicità e disabilità, con un gradiente Nord-Sud nella frequenza a svantaggio dei residenti nel Sud Italia. Un problema molto importante è l'isolamento (16% in una settimana non ha contatti, 75% non frequenta punti di aggregazione), soprattutto tra gli ultra 85enni, tra chi ha un basso livello di istruzione e maggiori difficoltà economiche, e nelle regioni meridionali. Da ultimo va segnalato il tema dei sintomi depressivi e del malessere psicologico, accompagnati spesso alla presenza di cattive condizioni fisiche. Un elemento di ulteriore rilevanza per la popolazione anziana è il luogo di vita, perché alcune trasformazioni sociali in atto (invecchiamento delle reti sociali, emigrazione dei giovani, modifica del modello familiare e altro) stanno svuotando le aree interne e di montagna, rendendo così più difficile per loro l'accesso ai servizi essenziali e ponendo con maggiore urgenza il tema della prossimità delle cure.

Il contributo ricorda anche, attraverso due esempi (decessi a 30 giorni di distanza da un episodio di ictus ischemico, mortalità a 1 anno dopo infarto miocardico acuto) che lo stato di salute di una popolazione dipende naturalmente pure dagli esiti delle cure che

vengono erogate: ancora una volta l'Italia risulta divisa in due, con esiti più favorevoli al Centro-Nord e meno favorevoli al Centro-Sud.

Da ultimo, una serie di informazioni aiuta a collocare la salute del nostro Paese nel contesto europeo. La speranza di vita dell'Italia è molto buona (superiore a quella di quasi tutte le altre nazioni), ed elevata è anche la speranza di vita in buona salute, in un contesto che vede il nostro continente diviso in due grandi aree: da una parte le nazioni dell'Ovest che hanno una aspettativa di vita superiore a 81 anni; dall'altra le nazioni dell'Est che hanno un'aspettativa di vita inferiore a 81 anni. Buoni sono pure gli andamenti della mortalità generale, della mortalità evitabile, e della frequenza delle patologie croniche, dove le frequenze in Italia o sono le più basse o poco ci manca.

All'origine del buono stato di salute del nostro Paese ci saranno certamente molte ragioni, di natura sanitaria e non sanitaria: tra di esse un ruolo di particolare rilievo è assunto dalle attività di prevenzione individuale (stili di vita: abitudine al fumo, al consumo di alcol, al consumo di frutta, normalità del peso), dove l'Italia risulta la nazione europea che nel complesso presenta i valori più elevati dei comportamenti considerati salutari.

Riferimenti bibliografici

- Badaloni C. *et al.* (2020), *Variazione spazio-temporale dell'aspettativa di vita per livello socio-economico e distretto sanitario a Roma negli anni 2006-2017*, in *Epidemiologia e Prevenzione* 44 (5-6): 342-348. doi: 10.19191/EP20.5-6.P342.009
- Consolazio D. *et al.* (2024), *Social inequalities in health within the City of Milan (Lombardy Region, Northern Italy): An ecological assessment*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 2024; 48 (4-5). doi: 10.19191/EP24.4-5.A741.072
- Di Marco M. (2024), *Presentazione programma nazionale esiti edizione 2024*, Roma, 29 ottobre 2024, https://www.agenas.gov.it/images/2024/primo-piano/pne24/5_Di_Marco.pdf
- ISTAT (2024), *Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia*, <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/>
- ISTAT (2025), *Noi Italia in breve. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*, <https://www.istat.it/produzione-editoriale/Noi-Italia-2025>
- OECD (2024), *Health at a glance: Europe, State of health in the EU cycle*. Health at a Glance, www.oecd.org/OECD/Publications
- Tomassini C., Albertini M., Lallo C. (2024), *Avanzare insieme nella società anziana*, a cura di, Il Mulino, Bologna.

2. Dal sanitario al sociosanitario: l'evoluzione della domanda

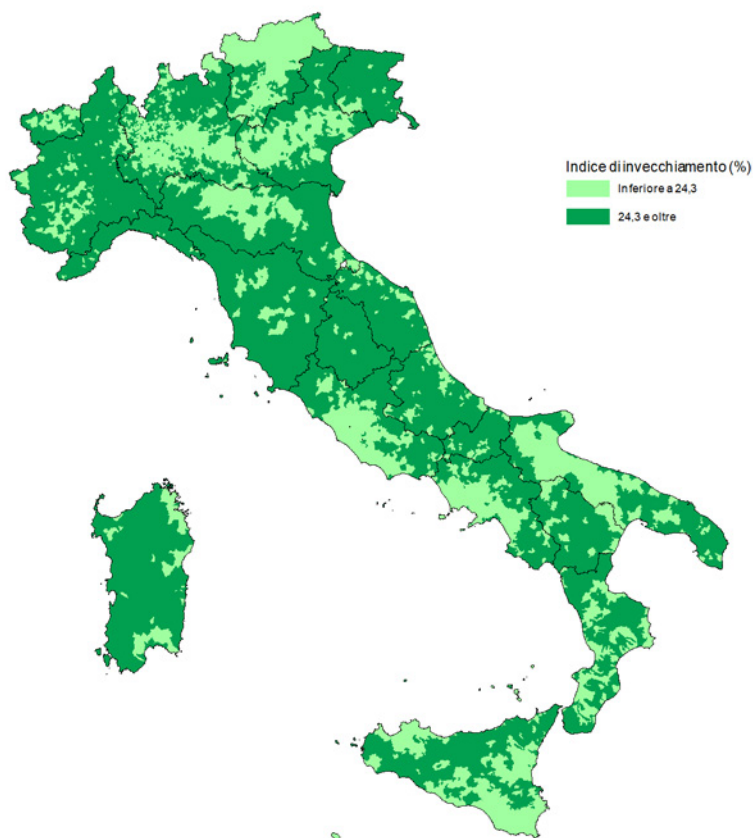
Giorgia Marinuzzi, Marianna Prato, Anna Romagno

2.1 L'inverno demografico

Negli ultimi decenni l'Italia sta attraversando un progressivo calo demografico, caratterizzato da una combinazione di bassi tassi di natalità, aumento dell'età media della popolazione e riduzione della forza lavoro attiva. Questo fenomeno, noto come “inverno demografico”, non è un evento improvviso, ma il risultato di dinamiche strutturali e culturali che si sono consolidate nel tempo. Contestualmente, l'aspettativa di vita è aumentata, contribuendo a un progressivo invecchiamento della popolazione. Le conseguenze sono evidenti: squilibri nel sistema previdenziale, pressione sul welfare, riduzione del potenziale produttivo e desertificazione di alcune aree del territorio nazionale. L'Italia è il Paese “più vecchio” d'Europa e il secondo dopo il Giappone tra i Paesi OCSE: al 1° gennaio 2024 il 24,3% della popolazione residente ha 65 anni e più, oltre 14 milioni di persone; di questi circa la metà ha più di 74 anni e 4 milioni e mezzo superano gli 80 anni. A livello territoriale, nel 2024 tale indicatore è piuttosto eterogeneo (Figura 2.1 e Tabella 2.1), con una punta del 29% nei comuni liguri, seguiti da quelli del Friuli-Venezia Giulia, dell'Umbria, del Molise, della Sardegna, del Piemonte, della Toscana e delle Marche, in media sopra al 26%.

Anche guardando nel lungo periodo le proiezioni statistiche non sono positive: quel 24,3% di popolazione anziana è una quota che, salvo inversioni di tendenza, è destinata a crescere. In base alle più recenti stime ISTAT, infatti, è previsto che l'indice di invecchiamento, ossia il rapporto tra la popolazione con 65 anni e più ed il totale della popolazione residente (per 100), raggiunga nel 2050 il 34,6% secondo lo scenario mediano, mentre l'intervallo di confidenza al 90% va da un minimo del 33,2% a un massimo del 35,9%.

L'ISTAT stima che anche la popolazione di 85 anni e più, i cosiddetti “grandi anziani”, crescerà in modo significativo, passando dal 3,9% nel 2024 al 7,2% nel 2050, con margini di confidenza compresi tra il 6,4% e l'8%. Un dato allarmante in termini di impatto sulle politiche di protezione sociale, considerando che è proprio in questa fascia di età che si concentra la quota più rilevante di individui fragili con crescenti fabbisogni sociosanitari. Non è tutto. L'Italia si caratterizza, ormai in modo stabile, per una struttura della popolazione di tipo regressivo, ossia ha un numero di anziani più elevato rispetto al numero di giovani. L'indice di vecchiaia, calcolato come il rapporto tra gli *over*65

Figura 2.1 L'indice di invecchiamento nei comuni italiani, anno 2024

Dati al 1° gennaio 2024. Indice di invecchiamento: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni e il totale della popolazione residente, per 100.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

e gli *under15*, moltiplicato per 100, sintetizza proprio questo fenomeno e nel 2024 si attesta a quota 199,8 (Tabella 2.1).

Lo squilibrio tra popolazione anziana che aumenta e popolazione giovane che diminuisce ha delle implicazioni in termini di sostenibilità socio-economica. La situazione è più chiara analizzando l'indice di dipendenza demografica, che rapporta gli individui in età non attiva (tra 0-14 anni e con 65 anni e più) ogni 100 in età attiva (15-64 anni) e che fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Il denominatore rappresenta, infatti, la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore. Questo rapporto, dunque, ha la capacità di esprimere il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. E lo squilibrio generazionale è evidente a livello Paese, con un indice di dipendenza pari al 57,6% alla

Tabella 2.1 Gli indicatori demografici, per Regione, anno 2024

Regione	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
Piemonte	26,6%	232,3	61,5%
Valle d'Aosta	25,3%	215,1	59,0%
Lombardia	23,5%	188,1	56,4%
Trentino-Alto Adige	22,1%	156,1	56,9%
Veneto	24,5%	202,9	57,5%
Friuli-Venezia Giulia	27,2%	244,1	62,0%
Liguria	29,0%	276,6	65,2%
Emilia-Romagna	24,7%	204,1	58,1%
Toscana	26,5%	234,0	60,7%
Umbria	27,0%	238,3	62,3%
Marche	26,2%	226,4	60,8%
Lazio	23,4%	191,2	55,4%
Abruzzo	25,6%	220,2	59,5%
Molise	26,8%	253,3	59,7%
Campania	20,9%	154,3	52,5%
Puglia	24,2%	200,8	57,0%
Basilicata	25,4%	229,8	57,4%
Calabria	24,0%	189,4	57,8%
Sicilia	23,2%	177,5	57,0%
Sardegna	26,8%	266,6	58,5%
ITALIA	24,3%	199,8	57,6%

Dati al 1° gennaio 2024. Indice di invecchiamento: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni ed il totale della popolazione residente, per 100. Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni e la popolazione di età compresa tra 0-14 anni, per 100. Indice di dipendenza: rapporto tra la popolazione in età non attiva (tra 0-14 anni e con almeno 65 anni) e la popolazione in età attiva (tra i 15-64 anni), per 100.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

data del 1° gennaio 2024, ed è particolarmente critico nei comuni di Liguria, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Marche e Toscana, dove supera il 60% (Tabella 2.1). Questi numeri sono principalmente legati a due tendenze che si combinano: una maggiore durata della vita e un calo delle nascite inesorabile. Rispetto al primo punto, basti pensare che la speranza di vita alla nascita, per un bambino nato oggi, è pari a circa 81 anni per i maschi e 86 anni per le femmine, e che l’aspettativa di vita, per chi attualmente ha già 65 anni è di circa altri 20 anni in media. Rispetto al secondo punto, ovverosia il calo delle nascite, si deve considerare che nel corso del 2022 i nati sono scesi, per la prima volta dall’Unità d’Italia, sotto la soglia delle 400mila unità e che nel 2023 si sono attestati a poco meno di 380mila. La natalità fiacca, cumulatasi negli anni, non è stata in grado di popolare in modo signi-

ficativo la fascia demografica attiva, quella cioè che supporta una spesa per definizione incompressibile, ossia la spesa per le pensioni, per l'assistenza e la cura. Il problema può dirsi quasi recente, poiché finora la popolazione in età lavorativa è stata "pompata" dalla generazione dei *baby boomers*, ossia i nati tra il 1946 e il 1964, che però ormai sono entrati quasi totalmente (i più giovani hanno 61 anni) nella vita anziana.

La stessa componente straniera della popolazione residente, che per un periodo si pensava potesse supportare i livelli di fecondità del Paese, si sta adeguando agli "standard" italiani in tema di natalità. A distanza di 20 anni, il tasso di natalità straniera – calcolato come rapporto tra nati stranieri e popolazione straniera residente – si è quasi dimezzato, passando dal 18 per mille del 2003 al 10 per mille del 2023, nonostante la popolazione straniera residente in Italia sia aumentata di circa 3 volte. Eppure, il numero di nati italiani si è talmente ridotto in 20 anni, che i nati stranieri sono passati dal 6,2% al 13,5% dei nati complessivi del Paese: si tratta nel 2023 di 51 mila nati, cifre in ogni caso lontanissime dall'ipotesi di ripopolare in modo consistente nei prossimi anni le coorti in età lavorativa.

Le più recenti previsioni ISTAT (2025a) evidenziano come la popolazione residente sia in decrescita: si passerebbe infatti dai circa 59 milioni di abitanti del 1° gennaio 2024 ai 45,8 milioni del 2080. Il Mezzogiorno si prospetta come la ripartizione geografica in cui l'intensità del decremento demografico raggiungerà i livelli più alti, con una perdita di popolazione stimata pari a 7,9 milioni di abitanti entro il 2080. Lo scenario mediano mostra che, nel passaggio dal 2024 al 2080, si avrebbero 43,7 milioni di decessi contro 20,5 milioni di nascite, e 18 milioni di immigrazioni dall'estero contro 8,2 milioni di emigrazioni.

I tassi di incremento naturale medi per Regione sono tutti negativi (Tabella 2.2), con il picco del -8,79 rilevato nei comuni liguri, che si contraddistinguono anche per l'indice di invecchiamento più elevato d'Italia (29%).

Secondo le previsioni ISTAT (2025a), in Italia il numero totale delle famiglie aumenterà leggermente dal 2024 al 2040, passando da circa 26,5 milioni a 27,2 milioni, per poi attestarsi a 26,8 milioni nel 2050 (Tabella 2.3).

Questa previsione del lieve aumento della numerosità delle famiglie in Italia (+1% dal 2024 al 2050) si basa soprattutto sulla crescita delle famiglie senza nuclei (ossia persone sole e famiglie multipersonali, cioè che non costituiscono un nucleo familiare anche se composte da più persone). Queste famiglie passeranno da 10,4 milioni nel 2024 a 11,9 milioni nel 2050, con un incremento del 13,9%, arrivando a rappresentare il 44,3% di tutte le famiglie nel 2050, contro l'attuale 39,3%. Al contrario, le famiglie composte da almeno un nucleo, ossia coppie e/o con una relazione di tipo genitore-figlio, diminuiranno di oltre il 7%, passando da circa 16,1 milioni nel 2024 (il 60,7% del totale) a 14,9 milioni nel 2050 (il 55,7%). Tale diminuzione è legata a diversi cambiamenti sociali e demografici che da anni interessano l'Italia, come evidenziato in precedenza.

Il progressivo invecchiamento della popolazione residente, connesso all'aumento della longevità, fa aumentare il numero di anziani che vivono soli: dei 9,7 milioni di persone che nel 2024 vivono sole circa il 47% è un over 65enne, una percentuale che nel 2050 dovrebbe raggiungere il 59%.

Il costante e sempre più accentuato calo delle nascite determina l'incremento del nu-

Tabella 2.2 Tasso di natalità, mortalità e incremento naturale dei residenti nei comuni italiani, per Regione, anno 2023

Regione	Tassi per 1.000 ab.		
	Natalità	Mortalità	Incremento naturale
Piemonte	5,90	12,71	-6,81
Valle d'Aosta	5,84	11,17	-5,33
Lombardia	6,56	10,39	-3,83
Trentino-Alto Adige	7,84	8,98	-1,14
Veneto	6,27	10,53	-4,25
Friuli-Venezia Giulia	5,84	12,23	-6,38
Liguria	5,53	14,32	-8,79
Emilia-Romagna	6,42	11,52	-5,10
Toscana	5,70	12,09	-6,39
Umbria	5,59	12,67	-7,09
Marche	5,93	11,96	-6,03
Lazio	6,00	11,24	-5,24
Abruzzo	5,97	12,47	-6,50
Molise	5,74	13,67	-7,93
Campania	7,67	10,53	-2,86
Puglia	6,58	11,16	-4,58
Basilicata	5,86	12,49	-6,63
Calabria	7,22	11,95	-4,73
Sicilia	7,40	11,84	-4,44
Sardegna	4,61	11,95	-7,34
ITALIA	6,44	11,38	-4,94

Dati al 31 dicembre 2023. Tasso di natalità: numero di nati ogni 1.000 residenti. Tasso di mortalità: numero di morti ogni 1.000 residenti. Tasso di incremento naturale: differenza tra nati e morti ogni 1.000 residenti.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

mero di persone senza figli e in parallelo una diminuzione delle coppie con figli, che passerebbero da quasi 7,6 milioni del 2024 a 5,7 milioni del 2050 (-24,3%). L’aumento dell’instabilità coniugale, che si traduce nel maggior ricorso a separazioni e/o divorzi, fa crescere il numero di persone sole o genitori single: dal 2024 al 2050 le madri sole dovrebbero registrare un incremento del 6%, passando da 2,3 milioni a 2,4 milioni nel 2050. Questi fenomeni, secondo le previsioni, causeranno una vera e propria frantumazione delle famiglie, che nei prossimi anni si caratterizzeranno per una dimensione media sempre più contenuta (da 2,21 componenti per nucleo nel 2024 a 2,03 nel 2050).

Tabella 2.3 Numero di famiglie per tipologia, anno 2024 e stima 2050 (scenario mediano), valori in migliaia e variazioni percentuali

Tipologia delle famiglie	2024	2050	Var. % 2024-2050
Totale famiglie	26.478	26.752	1,0%
- di cui con almeno un nucleo	16.073	14.899	-7,3%
Coppie senza figli	5.352	5.667	5,9%
Coppie con figli	7.578	5.734	-24,3%
Madri sole	2.276	2.413	6,0%
Padri soli	618	819	32,5%
Famiglie con 2 o più nuclei	249	267	7,2%
- di cui senza nuclei	10.405	11.853	13,9%
Persone sole	9.734	11.005	13,1%
Famiglie multipersonali	672	849	26,3%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

2.2 Le dimensioni della povertà

Oggi la povertà si manifesta sempre più frequentemente come un fenomeno complesso e multidimensionale. Si osservano forme di povertà non materiale – culturale, sociale, relazionale, educativa – che sovente si presentano, non a caso, in situazioni di vulnerabilità economica – abitativa, lavorativa, sanitaria, energetica –, innescando una spirale di bisogni da cui è sempre più difficile emanciparsi.

Al 2024 nei 27 Paesi dell’Unione europea oltre 93 milioni di persone (il 21,0% del totale) sono a rischio di povertà o esclusione sociale¹ (Eurostat 2025b). In Italia, nello stesso anno, si osserva una quota maggiore pari al 23,1% della popolazione residente, oltre 13,5 milioni di persone. Tra le ripartizioni geografiche, il Mezzogiorno si rivela l’area del Paese con la più alta incidenza di persone a rischio di povertà o esclusione sociale, pari al 39,2%; segue a distanza il Centro (19,9%), mentre il Nord-Est registra la quota più bassa pari all’11,2% (ISTAT, 2025b), (Figura 2.2).

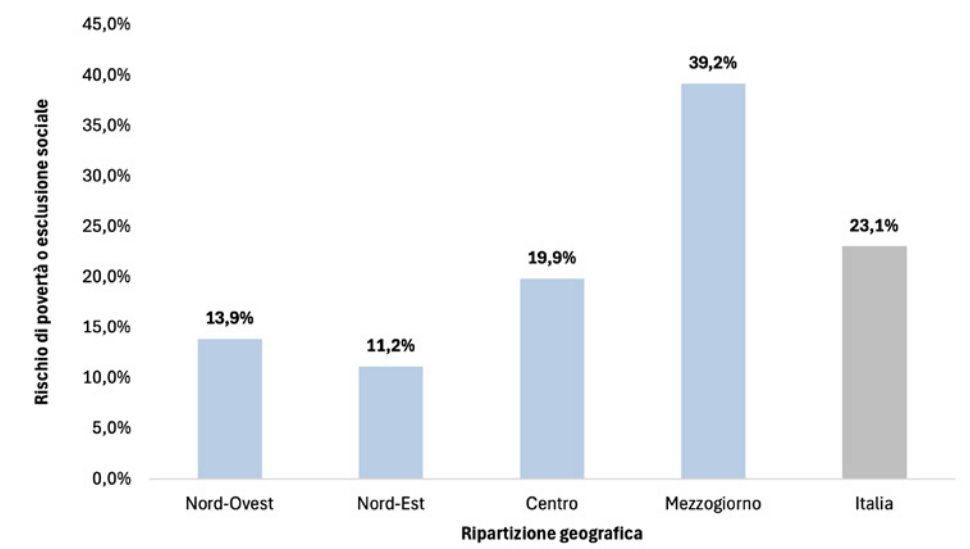
Gli ultimi dati ISTAT sulla diffusione della povertà al 2023 tracciano un quadro di importante fragilità economica delle famiglie, seppure stabile rispetto all’anno precedente. Nel 2023 in Italia si contano 2,2 milioni di famiglie in condizione di povertà assoluta², pari all’8,4% delle famiglie residenti; per un totale di 5,7 milioni di poveri assoluti (il 9,7% dei residenti), (Tabella 2.4). A livello territoriale si osserva che tra le famiglie povere il 45,0% risiede nelle regioni settentrionali e il 38,7% in quelle meridionali. Il Mezzogiorno si conferma l’area del Paese con la più alta incidenza di

1 Persone che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni: vivono in famiglie a rischio di povertà; vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale (Indicatore Europa 2030); vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro (Indicatore Europa 2030), (ISTAT, 2025b).

2 Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile inferiore al valore della soglia di povertà assoluta che rappresenta la spesa minima necessaria per acquisire i beni e i servizi inseriti nel paniere di povertà assoluta. La soglia varia, per costruzione, in base alla dimensione della famiglia, alla sua composizione per età, alla Regione e dimensione del Comune di residenza. Cfr. ISTAT (2024a)

famiglie in povertà assoluta, pari al 10,2% (859mila famiglie); seguono il Nord-Ovest (8,0%, 585mila famiglie) e il Nord-Est (7,9%, 413mila famiglie), mentre il Centro registra il valore più basso (6,7%, 360mila famiglie).

Figura 2.2 Il rischio di povertà o esclusione sociale, per ripartizione geografica, anno 2024, valori percentuali



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

Tabella 2.4 Indicatori di povertà assoluta, per ripartizione geografica, anno 2023, valori assoluti in migliaia e incidenze percentuali

Ripartizione geografica	Famiglie povere	Composizione %	Incidenza della povertà
Nord-Ovest	585	26,4%	8,0%
Nord-Est	413	18,6%	7,9%
Centro	360	16,3%	6,7%
Mezzogiorno	859	38,7%	10,2%
Italia	2.217	100,0%	8,4%

Ripartizione geografica	Persone povere	Composizione %	Incidenza della povertà
Nord-Ovest	1.423	25,0%	9,1%
Nord-Est	990	17,4%	8,6%
Centro	918	16,1%	7,9%
Mezzogiorno	2.363	41,5%	12,0%
Italia	5.694	100,0%	9,7%

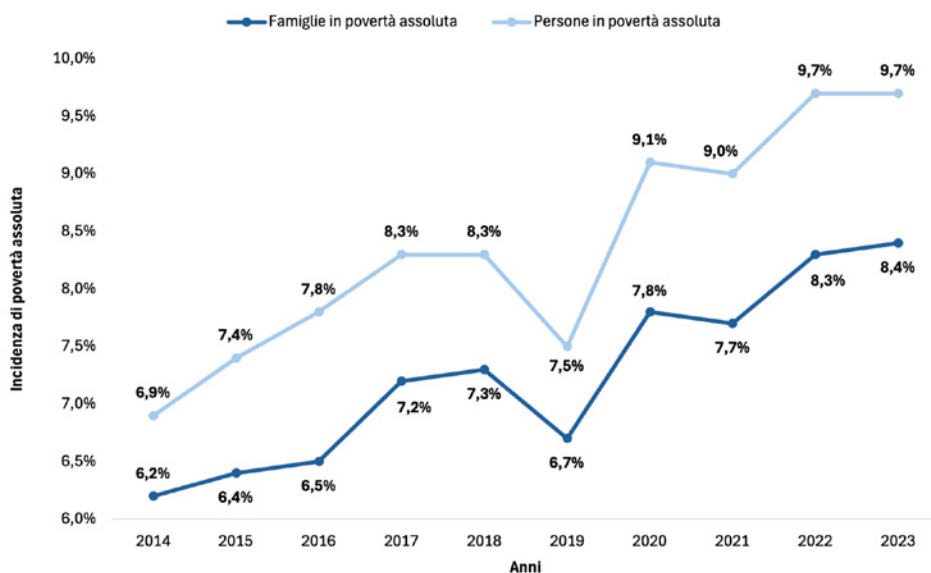
Incidenza di povertà assoluta familiare: percentuale di famiglie in povertà assoluta sul totale famiglie residenti.
Incidenza di povertà assoluta individuale: percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta sul totale residenti.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2024

Prendendo a riferimento un arco temporale di più lungo periodo (2014-2023), si osserva un aumento dell'incidenza di povertà assoluta sia a livello familiare (+2,2 punti percentuali) sia a livello individuale (+2,8 punti percentuali), con una timida inversione di tendenza nel 2019 e un forte aumento nel 2020 a seguito della crisi pandemica (Figura 2.3). Particolarmente rilevante è il legame tra disagio economico e livello di istruzione, in tal senso si osserva una minore incidenza di povertà assoluta tra le persone con un più alto livello di scolarizzazione. Nel dettaglio, se la persona di riferimento del nucleo familiare ha conseguito un diploma di scuola secondaria di II grado o un titolo di studio superiore l'incidenza di povertà assoluta è pari al 4,6%, mentre si evidenziano incidenze di gran lunga superiori nel caso in cui la persona di riferimento della famiglia non abbia alcun titolo di studio o abbia conseguito la licenza di scuola primaria (13,3%) oppure la licenza di scuola secondaria di I grado (12,3%). In breve, l'istruzione rappresenta (ancora) un fattore di protezione contro la povertà economica, uno strumento per ridurre le disuguaglianze sociali e favorire l'inclusione sociale.

Come è noto, le famiglie più numerose sono quelle maggiormente esposte alla condizione di povertà assoluta. La presenza di figli minori espone le famiglie a condizioni di fragilità economica maggiore e disagi crescenti all'aumentare del numero dei minori presenti. Entro questo scenario si mette in luce la condizione di povertà in cui nascono e crescono i minori nel nostro Paese: nel 2023 si contano circa 1,3 milioni di minori poveri. Alla dimensione materiale della povertà si sommano altri fattori ugualmente determinanti, dall'educazione alle attività ludico-ricreative, all'uso della tecnologia.

Figura 2.3 Incidenza di povertà assoluta familiare e individuale in Italia nel periodo 2014-2023, valori percentuali



Incidenza di povertà assoluta familiare: percentuale di famiglie in povertà assoluta sul totale famiglie residenti. Incidenza di povertà assoluta individuale: percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta sul totale residenti.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, anni vari

Fattori necessari per lo sviluppo cognitivo oltre che per lo sviluppo di attitudini e capacità di relazione interpersonale e sociale e che nei fatti, al pari della povertà economica, condizionano le traiettorie di vita dei minori. I dati mettono in evidenza il forte nesso tra condizioni di fragilità socio-economiche della famiglia e povertà educativa che, nella definizione di Save the Children (2014), è descritta come “la privazione da parte dei bambini e degli adolescenti della possibilità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni”. Nel 2024, tra i minori di età inferiore a 16 anni in condizione di deprivazione materiale e sociale specifica³ il 67,5% non ha la possibilità di svolgere in modo regolare attività di svago fuori casa a pagamento; il 34,0% vive in una famiglia che non può permettersi l'acquisto di libri extrascolastici adatti all'età; il 28,9% non ha la possibilità di partecipare a gite scolastiche o eventi mentre il 24,7% non ha accesso a una connessione internet. Nei fatti, ai minori che vivono nelle famiglie in povertà economica è negata la possibilità di svolgere attività sportive, ricreative, culturali nonché l'opportunità di acquisire saperi e competenze digitali, con il rischio di essere esposti anche alla povertà educativa digitale (Tabella 2.5).

Tabella 2.5 Quota di minori di età inferiore a 16 anni per condizione di deprivazione materiale e sociale specifica e segnali di deprivazione, anno 2024, valori percentuali

Il bambino o la famiglia non può permettersi...	Quota minori deprivati*	Quota minori**
Sostituire mobili danneggiati o fuori uso	88,6%	17,9%
Almeno una settimana di vacanza all'anno	85,4%	14,7%
Attività di svago fuori casa	67,5%	9,3%
Arretrati nel pagamento di bollette, affitto, mutuo	41,2%	7,9%
Invitare gli amici	40,7%	4,8%
Riscaldare adeguatamente l'abitazione	36,3%	8,2%
Libri extrascolastici adatti all'età	34,0%	4,1%
Due paia di scarpe in buone condizioni	29,1%	3,4%
Partecipare a gite scolastiche o eventi	28,9%	3,8%
Giochi da usare in casa	28,8%	3,4%
Giochi da usare all'aria aperta	25,9%	3,1%
Sostituire gli abiti consumati	25,5%	3,0%
Connessione internet utilizzabile a casa	24,7%	3,0%
Festeggiare il compleanno, l'onomastico, gli eventi religiosi, ecc.	19,4%	2,3%
Carne o pesce almeno una volta al giorno	19,3%	2,3%
Automobile	11,4%	2,3%
Frutta fresca e verdura una volta al giorno	8,4%	1,0%

*Sul totale minori deprivati. **Sul totale minori.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

3 Percentuale di minori di età non superiore ai 15 anni che registrano almeno tre segnali di deprivazione materiale e sociale su una lista di 17 (12 relativi al minore e cinque relativi alla famiglia), (ISTAT, 2025c).

Il complesso fenomeno della povertà educativa è rappresentato anche dalla dispersione scolastica. In Italia, secondo i dati ISTAT (2024b), nel 2023 il 10,5% dei giovani di 18-24 anni con al massimo un diploma di scuola secondaria di I grado è uscito precocemente dal sistema di istruzione e formazione, con una quota significativamente maggiore nel Mezzogiorno (14,6%) e tra i giovani di cittadinanza straniera (26,9% a fronte del 9,0% dei giovani di cittadinanza italiana). I dati evidenziano come il livello di istruzione dei genitori sia determinante nel percorso di istruzione e formazione dei figli. Nel 2023 quasi un quarto (23,9%) dei giovani di 18-24 anni con genitori aventi al massimo un diploma di scuola secondaria di I grado ha abbandonato gli studi prima del diploma. Al confronto, si osserva un tasso di dispersione scolastica significativamente inferiore (5,0%) se almeno uno dei due genitori possiede un titolo di scuola secondaria di II grado, mentre si attesta all'1,6% nel caso in cui almeno uno dei due genitori possiede una laurea.

Nell'insieme, la povertà nelle sue diverse forme genera esclusione sociale e forti diseguaglianze. Alla fragilità meramente economica si sovrappongono criticità sociali importanti come disagio abitativo e vulnerabilità sanitaria. Nel 2024, in Italia, il 5,6% della popolazione vive in condizioni di grave deprivazione abitativa⁴ ovvero vive in abitazioni sovraffollate, spesso prive di servizi igienici, con problemi strutturali o di luminosità. Sovente, il disagio abitativo si manifesta per via dei costi eccessivi legati alla casa: nel 2024, il 5,1% delle persone vive in condizioni di sovraccarico dei costi abitativi (ISTAT 2025d). Una condizione, quella del disagio abitativo, di grave svantaggio che incide negativamente sul benessere individuale e familiare e genera fragilità nei legami sociali, alimentando ulteriori vulnerabilità.

Non di rado, condizioni di deprivazione economica – oltre a una minore efficacia del welfare pubblico – impattano in modo significativo sul livello di benessere delle persone, compromettendone sovente le condizioni di salute per via della rinuncia a curarsi. I dati ISTAT al 2024 rilevano che il 9,9% della popolazione ha dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie – visite specialistiche, esami diagnostici, ecc. – per le lunghe liste di attesa (il 6,8% della popolazione) e per ragioni economiche (il 5,3% della popolazione). Un fenomeno, quello della rinuncia alla cura della salute, in forte crescita sia rispetto al 2023 (7,5% dei residenti) sia rispetto al 2019 – anno pre-pandemia – (6,3% dei residenti), (ISTAT 2025d).

Entro questo scenario, appare evidente come la povertà sia un fenomeno a più dimensioni. Dimensioni che, sovente, si sovrappongono e si alimentano, aggravando – se possibile – una condizione già segnata da indigenza economica, la radice – comune – di molte fragilità.

2.3 La fragilità negli anziani: la non autosufficienza

Come evidenziato nel Sesto Rapporto sul secondo welfare (Maino 2023), la componente della popolazione anziana si trova a dover fronteggiare numerose criticità che spesso alimentano forme di emarginazione e isolamento sociale. Tra le condizioni a rischio di esclusione sociale si annovera quella della non autosufficienza, una condizione che

4 Percentuale di persone che vivono in abitazioni sovraffollate e che presentano almeno uno tra i seguenti tre problemi: a) problemi strutturali dell'abitazione (soffitti, infissi, eccetera); b) problemi legati all'assenza di bagno/doccia con acqua corrente; c) problemi di luminosità. Cfr. ISTAT (2025d).

si manifesta dopo una progressiva perdita di autonomia tanto da richiedere un aiuto o l'utilizzo di ausili per affrontare le normali attività di vita quotidiana.

Il testo *Cronicità e presa in carico globale dei pazienti: il contributo dei servizi socio sanitari* di Antonello Zangrandi nel presente volume analizza in modo più approfondito l'impatto della non autosufficienza sulla popolazione anziana, mettendo in evidenza come un numero significativo di individui si trovi ad affrontare questa condizione: un campanello di allarme per la domanda di servizi, in considerazione di un contesto caratterizzato dalla scarsità di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, nonché dalla carenza di servizi di assistenza domiciliare.

È opportuno rilevare che al 31 dicembre 2022 si contano 273.833 anziani di 65 anni e oltre ospiti nelle strutture residenziali⁵. Di questi solo un quinto è in condizione di autosufficienza, mentre si contano poco meno di 223mila anziani non autosufficienti. Tra gli anziani ospiti nelle strutture residenziali oltre la metà (55,1%, pari a 150.923 persone anziane) ha più di 85 anni e il 22,0% (60.237 persone anziane) ha un'età compresa tra gli 80 e gli 84 anni (ISTAT 2025e).

Al di là della scarsa rilevanza rispetto alla domanda di cura e di assistenza, i dati nell'insieme evidenziano come gran parte degli anziani vive in casa e, per le attività quotidiane, riceve sostegno essenzialmente dalla rete familiare, a conferma di un sistema di welfare in cui la cura dei soggetti più fragili è nei fatti consegnata quasi interamente alle famiglie. Sotto questo aspetto, si considera il *Parent support ratio*, un indicatore – definito dal rapporto tra persone di 85 anni e oltre e persone di età compresa tra 50 e 64 anni (per 100) – che rappresenta una proxy per stimare il sistema di supporto e di assistenza familiare a genitori o parenti anziani. Al 1° gennaio 2024 in Italia vi sono 17 persone di 85 anni e oltre ogni 100 persone di 50-64 anni, a significare un'importante domanda di sostegno e cura a genitori o a parenti anziani.

Rimane aperto l'interrogativo sulle promesse e sulle possibilità della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti relativamente all'assistenza continuativa, alla costruzione di un settore integrato e al superamento dell'attuale frammentazione delle misure, alla definizione di nuove forme di intervento – più rispondenti alle esigenze dell'oggi – e all'ampliamento dell'offerta in risposta alla persistente carenza di servizi.

2.4 La disabilità nei contesti di vita delle persone

La ridotta o assente autonomia determina una condizione di dipendenza – più o meno forte – da altre persone per compiere abitualmente le normali attività quotidiane. Una condizione, quella della ridotta autonomia, che caratterizza la disabilità e determina limitazioni gravi che si manifestano e si riflettono in uno o più contesti di vita, come quello dell'istruzione, della salute, del lavoro e delle relazioni sociali.

Nel nostro Paese, secondo gli ultimi dati ISTAT del Sistema Informativo “Disabilità in cifre”, al 2023 si contano 2,9 milioni di persone – pari al 5,0% della popolazione residente – che dichiarano di avere gravi limitazioni nello svolgimento di attività ordinarie di vita quotidiana a causa di problemi di salute⁶, con una quota prevalente di

5 Struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Cfr. ISTAT (2025e).

6 La stima della prevalenza di limitazioni gravi o non gravi è effettuata, mediante l'indicatore *Global Activity Limitation* (GALI), rispetto alle persone che vivono in famiglia (non sono comprese quelle che vivono nelle

donne (58,2%) e una prevalenza maggiore al crescere dell'età. Mentre il 16,2% della popolazione (pari a circa 9,5 milioni di persone) dichiara di avere limitazioni non gravi. Nonostante le diverse politiche di inclusione lavorativa a favore delle persone con disabilità – una su tutte la Legge 68/99 sul collocamento mirato – il lavoro rappresenta un aspetto emblematico delle difficoltà e delle barriere – anche di tipo culturale – che sovente le persone con disabilità incontrano. In Italia, nel 2023, appena un terzo (33,1%) delle persone tra i 15 e i 64 anni con limitazioni gravi dichiara di essere occupato contro il 61,8% delle persone della stessa fascia di età che non presentano limitazioni (ISTAT 2025g), evidenziando (ancora una volta) una condizione di svantaggio economico e di disegualianza sociale. Senza tralasciare che la mancanza di un'occupazione compromette significativamente lo sviluppo e il mantenimento di relazioni sociali, alimentando una condizione di isolamento. Un divario, quello occupazionale, che testimonia importanti difficoltà di accesso al mercato del lavoro, anche a causa di barriere culturali e organizzative che ostacolano una piena inclusione laddove il collocamento delle persone con disabilità è considerato spesso un problema in termini di produttività, rappresentando probabilmente un ostacolo ancora maggiore rispetto alla presenza di barriere fisiche.

Ugualmente complesso è il processo di inclusione ai fini di una piena partecipazione scolastica. Al 2022 in Italia si contano 316.760 alunni con disabilità⁷ – ovverosia coloro che hanno una certificazione in base alla Legge 104/92 e che usufruiscono dell'insegnante di sostegno – pari al 3,9% del totale iscritti, registrando una crescita del 4,9% rispetto al 2021. Tra gli alunni con disabilità, si registra una maggiore presenza nella scuola primaria (38,0%, pari a 120.354 alunni) e – seppure con una consistenza inferiore – nella scuola secondaria di II grado (26,7%, pari a 84.618 alunni); mentre nella scuola dell'infanzia la presenza di alunni con disabilità è inferiore e pari al 10,5% (33.271 alunni), (Tabella 2.6).

Tabella 2.6 Alunni con disabilità in Italia, per ordine di scuola, anno 2022, valori assoluti e incidenze percentuali

Ordine di scuola	Alunni con disabilità	Composizione %	Incidenza % per 100 alunni con le stesse caratteristiche
Infanzia	33.271	10,5%	2,6
Primaria	120.354	38,0%	4,8
Secondaria di primo grado	78.517	24,8%	4,7
Secondaria di secondo grado	84.618	26,7%	3,1
Totale*	316.760	100,0%	3,9

*Sono considerati studenti con disabilità coloro che hanno una certificazione in base alla Legge 104/92 e che usufruiscono dell'insegnante di sostegno. *Non sono compresi i dati della Provincia Autonoma di Bolzano.*

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

residenze) e dichiarano di avere, per motivi di salute (da almeno sei mesi alla data della rilevazione), limitazioni (gravi o non gravi) nelle attività che svolgono abitualmente. I dati sono ottenuti come media degli ultimi due anni.

7 Non sono compresi i dati della Provincia Autonoma di Bolzano.

2.5 La salute mentale tra fragilità individuali e fragilità collettive

In quest'ultimo ventennio si è diffusa sempre più la consapevolezza della stretta correlazione tra disagio mentale e condizioni sociali quali le disuguaglianze, la povertà, l'emarginazione, le violenze e una forte tendenza all'individualismo. Tutti aspetti che vanno oltre la sfera sanitaria e indirizzano verso percorsi di cura capaci di integrare politiche sanitarie e sociali.

Prendendo a riferimento l'indice di salute mentale⁸ – che fornisce una misura del disagio psicologico esplorando le dimensioni quali l'ansia, la depressione, la perdita di controllo comportamentale o emozionale e il benessere psicologico – nel 2024 si osserva per l'Italia un valore pari a 68,4 punti medi⁹. La distinzione per classe di età evidenzia come il disagio psicologico peggiori all'aumentare dell'età. Nel dettaglio, si rileva un valore medio più elevato tra i giovani di 14-24 anni (70,4 punti), mentre si attesta a 68,2 punti tra gli adulti di 55-64 anni e raggiunge un valore significativamente più basso tra le persone di 75 anni e oltre (65,1 punti), (ISTAT 2025d). Rispetto al 2019 – anno pre-pandemia – non si osserva nessuna variazione dell'indice; mentre a partire dal 2020 si registra “un preoccupante peggioramento del benessere psicologico soprattutto tra i più giovani, in particolare le ragazze” (ISTAT 2024c, p. 37). E non è tutto. Un'indagine Eurobarometro Flash sulla salute mentale (2023) rileva che il 44% dei cittadini italiani ha sofferto di problemi emotivi o psicosociali nei 12 mesi prima della rilevazione (tra i cittadini europei la percentuale si attesta al 46%); il 60% considera le “condizioni di vita” tra i fattori determinanti per la salute mentale, in linea con il dato osservato a livello europeo (60%); mentre il 62% dichiara di essere molto d'accordo (14%) o abbastanza d'accordo (48%) che eventi come la pandemia da Covid-19, la guerra in Ucraina, la crisi climatica o fattori come la disoccupazione o l'aumento dei prezzi di generi alimentari ed energia si ripercuotano sulla propria salute mentale, un dato in linea con quello registrato a livello europeo (il 18% molto d'accordo e il 44% abbastanza d'accordo). A conferma che i fattori socio-economici costituiscono delle determinanti innegabili per una condizione di benessere o di malessere.

Considerando la rete dei servizi territoriali per la salute mentale, il primo riferimento per le persone con disagio psichico è il Centro di Salute Mentale (CSM). Nel merito, il CSM coordina – nell'ambito territoriale – tutti gli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Tra le altre attività, si annoverano quelle di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza; trattamenti psichiatrici e psicoterapie; inserimenti dei pazienti in strutture residenziali e centri diurni; attività diagnostiche per la definizione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi; interventi di formazione al lavoro e di inserimento lavorativo attraverso accordi di programma con i Comuni e programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative (soggiorni, tempo libero, ecc.). Secondo gli ultimi dati disponibili al 2023 del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e più specificatamente del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), si rilevano 726.062 utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche, ovvero

8 Calcolato tra le persone di 14 anni e più, cfr. ISTAT (2025d).

9 L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore medio dell'indice, cfr. ISTAT (2025d).

144,1 utenti ogni 10.000 abitanti adulti. Con riferimento al gruppo diagnostico, si osserva che la patologia più frequente tra gli utenti psichiatrici assistiti nei servizi territoriali è la depressione con 31,9 assistiti ogni 10.000 residenti adulti; seguono la schizofrenia e altre psicosi funzionali (29,6 utenti assistiti per 10.000 abitanti) e le sindromi nevrotiche e somatoformi (18,2 utenti assistiti per 10.000 abitanti). Se si considera la classe di età degli assistiti, si rileva che la depressione è più frequente tra gli adulti e nella fascia di popolazione anziana tra i 65 e i 74 anni, registrando un picco nella classe di età 55-64 anni (51,3 utenti assistiti per 10.000 abitanti); la schizofrenia e altre psicosi funzionali è prevalente tra gli adulti dai 45 ai 64 anni. Tra gli utenti psichiatrici più giovani assistiti nei servizi territoriali sono prevalenti le sindromi nevrotiche e somatoformi e i disturbi della personalità e del comportamento, mentre tra gli anziani di oltre 75 anni sono prevalenti le demenze e i disturbi mentali organici (Tabella 2.7).

Tabella 2.7 Utenti assistiti nelle strutture territoriali psichiatriche, per gruppo diagnostico e classe di età, anno 2023, tassi per 10.000 abitanti adulti

Gruppo diagnostico	Classe di età							Totale
	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	>75 anni	
Alcolismo e tossicomanie	2,6	4,2	3,6	3,3	2,6	1,1	0,4	2,5
Altri disturbi psichici	20,3	11,0	9,3	10,7	12,0	6,2	2,8	9,7
Assenza di patologia psichiatrica	8,2	6,5	6,4	6,4	6,4	5,1	4,3	6,0
Demenze e disturbi mentali organici	1,0	1,3	1,6	2,3	3,4	5,3	12,6	4,2
Depressione	21,5	20,1	23,3	35,8	51,3	40,0	20,6	31,9
Diagnosi in attesa di definizione	22,6	15,4	13,5	14,2	14,9	11,2	8,3	13,7
Disturbi della personalità e del comportamento	22,9	15,9	12,3	14,6	13,6	7,2	2,3	12,0
Mania e disturbi affettivi bipolari	3,8	7,1	10,0	14,7	19,2	15,4	6,0	11,8
Ritardo mentale	9,3	6,6	5,1	5,2	4,1	2,0	1,2	4,4
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	16,9	25,9	31,3	41,5	43,4	27,4	9,2	29,6
Sindromi nevrotiche e somatoformi	26,0	21,6	19,3	20,6	21,9	14,3	7,2	18,2
Italia	155,1	135,6	135,7	169,3	192,7	135,2	74,9	144,1

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), 2024

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, nel 2023 si rilevano 573.663 accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche, pari al 3,1% del totale degli accessi in Pronto Soccorso a livello nazionale (18.421.877 unità), registrando un aumento del 4,8% rispetto al 2022 (26.186 accessi in più) – il terzo consecutivo dal

2020 – pur rilevando un numero di accessi inferiore al 2019 (anno pre-pandemia). Nel dettaglio, si annoverano 221.497 accessi per sindromi nevrotiche e somatoformi, pari al 38,6% del totale accessi per patologie psichiatriche; seguono a distanza gli accessi per schizofrenia e altre psicosi funzionali (47.341 accessi, l'8,3% del totale), quelli per demenze e disturbi mentali organici (45.168 accessi, il 7,9% del totale), gli accessi per disturbi della personalità e del comportamento (38.645 accessi, il 6,7% del totale) e per alcolismo e tossicomanie (37.561 accessi, il 6,5% del totale), (Tabella 2.8).

Tabella 2.8 Accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche, secondo il gruppo diagnostico, anni 2019-2023, valori assoluti e incidenze percentuali

Gruppo diagnostico	2019	2020	2021
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	49.061	38.628	43.058
Mania e disturbi affettivi bipolari	9.708	7.023	7.889
Depressione	28.040	19.558	21.543
Sindromi nevrotiche e somatoformi	270.875	162.468	189.761
Disturbi della personalità e del comportamento	21.665	16.132	20.434
Alcolismo e tossicomanie	45.174	30.001	32.339
Demenze e disturbi mentali organici	53.135	37.867	40.143
Ritardo mentale	505	351	418
Altri disturbi psichici	170.284	109.180	123.691
Totale	648.447	421.208	479.276
Gruppo diagnostico	2022	2023	Composizione % (anno 2023)
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	47.778	47.341	8,3%
Mania e disturbi affettivi bipolari	8.796	8.462	1,5%
Depressione	23.430	23.217	4,0%
Sindromi nevrotiche e somatoformi	215.771	221.497	38,6%
Disturbi della personalità e del comportamento	25.481	38.645	6,7%
Alcolismo e tossicomanie	37.977	37.561	6,5%
Demenze e disturbi mentali organici	45.082	45.168	7,9%
Ritardo mentale	413	401	0,1%
Altri disturbi psichici	142.749	151.371	26,4%
Totale	547.477	573.663	100,0%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Emergenza Urgenza (EMUR - PS), 2024

Facendo sintesi, l'insieme delle informazioni e dei dati qui presentati non restituiscono di certo un quadro esaustivo della realtà della salute mentale. Come è noto, l'emergere di problematiche che ampliano il campo del disagio mentale confermano che la salute mentale non richiama un unico e specifico fenomeno misurabile, ma permea la vita sociale delle persone.

2.6 Le dipendenze nelle maglie dei cambiamenti

Se il tema della salute mentale richiama una condizione di benessere o di disagio, quello delle dipendenze richiama una condizione di fragilità e di situazioni patologiche che si esprimono attraverso l'utilizzo e l'abuso di sostanze legali e non (alcol, tabacco, droghe leggere e pesanti, farmaci, ecc.) o attraverso l'alterazione di comportamenti che inducono a forme di dipendenza rispetto a specifiche attività (gioco d'azzardo, utilizzo eccessivo di social media e di videogiochi su internet, consumo compulsivo di cibo, ecc.). Queste ultime sono forme di disturbo del comportamento che nella manifestazione più estrema rappresentano vere e proprie dipendenze al pari di quelle da sostanza e che interessano in misura prevalente i giovani e i giovanissimi.

Dai dati del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), con riferimento ai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) del Sistema Sanitario Nazionale – servizi che si occupano della cura, della prevenzione primaria e della riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza patologica – si rileva che nel 2023, in Italia, sono stati assistiti complessivamente 132.195 soggetti con dipendenza da sostanze. Di questi l'87,0% (pari a 114.952 unità) è costituito da soggetti già in carico alle strutture o rientranti dagli anni precedenti e il restante 13,0% è costituito da nuovi utenti pari a 17.243 unità. La composizione per classe di età evidenzia come le classi di età più giovani (tra i 15 e i 39 anni) siano più ricorrenti tra i nuovi utenti. Per contro, tra gli utenti già in carico prevalgono le classi di età meno giovani (tra i 40 e i 59 anni) a significare come il fenomeno della dipendenza si stia diffondendo tra i giovani (Tabella 2.9).

Tabella 2.9 Utenti dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.), per classe di età, anno 2023, valori assoluti e incidenze percentuali

Classe di età	Nuovi utenti	Inc. %	Utenti già in carico	Inc. %	Totale utenti	Inc. %
Fino a 15 anni	10	0,1%	7	0,01%	17	0,01%
15-19 anni	1.729	10,0%	1.152	1,0%	2.881	2,2%
20-24 anni	2.406	14,0%	4.020	3,5%	6.426	4,9%
25-29 anni	2.430	14,1%	7.666	6,7%	10.096	7,6%
30-34 anni	2.533	14,7%	11.139	9,7%	13.672	10,3%
35-39 anni	2.307	13,4%	13.956	12,1%	16.263	12,3%
40-44 anni	2.053	11,9%	16.214	14,1%	18.267	13,8%
45-49 anni	1.545	9,0%	17.059	14,8%	18.604	14,1%
50-54 anni	1.163	6,7%	17.841	15,5%	19.004	14,4%
55-59 anni	628	3,6%	15.052	13,1%	15.680	11,9%
60-64 anni	290	1,7%	7.837	6,8%	8.127	6,1%
65 anni e oltre	149	0,9%	3.009	2,6%	3.158	2,4%
Totale	17.243	100,0%	114.952	100,0%	132.195	100,0%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), 2024

Un'ulteriore conferma di una più diffusa esposizione dei giovani all'uso di sostanze è data dal confronto tra l'età media dei soggetti in trattamento e l'età media degli stessi alla prima assunzione della sostanza. Nel merito, si rileva che gli utenti in trattamento al 2023 con un'età media pari a 42,5 anni registrano un'età media di 21,3 anni al primo utilizzo della sostanza. Dall'analisi dei dati con riferimento all'età degli utenti in trattamento secondo il tipo di sostanza assunta, si osserva un'età media significativamente bassa tra gli utenti consumatori di allucinogeni pari a 28,9 anni, con un'età media alla prima assunzione di 19,7 anni. Seguono gli utenti consumatori di cannabinoidi con un'età media pari a 29,1 anni e un'età media alla prima assunzione di 16,1 anni. Altrettanto indicativi sono i dati degli utenti consumatori di cocaina: hanno un'età media di 39,3 anni e fanno registrare un'età media di 22,3 anni alla prima assunzione (Tabella 2.10). Secondo evidenze tratte dagli studi epidemiologici, il consumo di cocaina è considerato un problema di salute pubblica per la rilevanza di accessi al Pronto Soccorso a causa di overdose, disturbi medici come infarti, ictus, complicazioni neuropsichiatriche e altre malattie come HIV ed epatite. Ed è considerato un problema sociale perché l'utilizzo di cocaina fa aumentare la probabilità di incidenti e atti di violenza ed è spesso associato a consumatori che manifestano frequenti problematiche con il sistema giudiziario penale, tra cui crimini, arresti e detenzioni (IFC-CNR 2024).

Tabella 2.10 Numero di utenti in trattamento nei Ser.D., età media utenti in trattamento ed età media alla prima assunzione, per tipo di sostanza, anno 2023, valori assoluti

Tipo di sostanza	Numero utenti in trattamento	Età media degli utenti in trattamento	Età media alla prima assunzione
Oppiacei	79.627	46,5	21,8
Cocaina	34.407	39,3	22,3
Stimolanti	359	36,7	23,3
Ipnotici e sedativi	707	47,8	31,3
Allucinogeni	184	28,9	19,7
Inalanti volatili	12	34,5	23,1
Cannabinoidi	15.880	29,1	16,1
Altre dipendenze	1.019	46,3	22,7
TOTALE	132.195	42,5	21,3

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), 2024

Con riferimento all'uso di sostanze legali quali l'alcol, secondo gli ultimi dati ISTAT, nel 2023 8 milioni di persone (il 15% della popolazione di 11 anni e più) manifestano almeno un comportamento di uso di bevande alcoliche a rischio per la salute ovvero sia eccedono abitualmente nel consumo o sono soggette a ubriacature (*binge drinking*). Tra le nuove forme di dipendenza, che riguardano specialmente i giovani, si annoverano anche i nuovi profili di *gaming* a rischio. Questi sono caratterizzati da un tempo eccessivo dedicato al gioco dei videogame nonché da un coinvolgimento intensivo nel gioco oltre che dai cambiamenti dell'umore correlati all'impossibilità di giocare. Sono

quasi 400mila i giovani in Italia, pari al 16% del totale degli studenti delle scuole di II grado con un'età compresa tra 15 e 19 anni, che presentano un profilo di gioco a rischio (IFC-CNR, 2024).

Più in generale, i giovani – soprattutto della Generazione Z – sono maggiormente esposti a comportamenti a rischio di dipendenza da alcune attività, quali il gioco d'azzardo online, l'uso di social media, di internet, ecc. con conseguenze significative sulle condizioni di salute e di benessere. La ricerca clinica ha confermato per questi comportamenti forti similarità con le dipendenze da sostanza quali la ripetitività e uno stato d'animo di tensione anticipatoria nell'attesa della soddisfazione.

Nell'insieme, si evidenzia un quadro più che allarmante non tanto per la rilevanza statistica dei dati, quanto invece per le ragioni da cui prende forma il fenomeno delle nuove dipendenze ovvero sia da quel pervasivo senso di incertezza che pesa come un macigno sul futuro dei giovani.

Riferimenti bibliografici

- Caritas Italiana, *La povertà in Italia secondo i dati della Rete Caritas. Report Statistico Nazionale 2025*, Edizioni Palumbi, Teramo 2025.
- CENSIS, *Generazione Post Pandemia. Bisogni e aspettative dei giovani italiani nel post Covid 19*, Roma, giugno 2022.
- Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, *Indagine conoscitiva. Le dipendenze patologiche diffuse tra i giovani*, Roma, 2022, https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVIII/I_C_Dipendenze_Patologiche.pdf
- European Commission, *Eurobarometro Flash 530 Salute mentale*, ottobre 2023, <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=89178>
- Eurostat (2025a), Dataset: *Population structure indicators at national level*, anno 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjanind/default/table?lang=en
- Eurostat (2025b), Dataset: *Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex*, anno 2024.
- IFC Istituto di Fisiologia Clinica – CNR Consiglio Nazionale delle Ricerche, *ESPAD Italia 2023 Navigare il Futuro: dipendenze, comportamenti e stili di vita tra gli studenti italiani. Rapporto di Ricerca sulla diffusione dei comportamenti a rischio fra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado*, Pisa 2024, https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2025/03/ESPAD_2023_FINALE.pdf
- ISTAT (2019), *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni*, Roma, 2019.
- ISTAT (2020), *Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia*, Roma, 2020.
- ISTAT (2024a), *Le statistiche sulla Povertà. Anno 2023*, Roma, 17 ottobre 2024.
- ISTAT (2024b), *Livelli di istruzione e ritorni occupazionali. Anno 2023*, Roma, 17 luglio 2024.
- ISTAT (2024c), *Bes 2023. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma.
- ISTAT (2024d), *Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà. Anno 2023*, Roma, 17 dicembre 2024.
- ISTAT (2025a), *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2024*, Roma, 28 luglio 2025, https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/07/Report_Previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie_Base-Base-112024.pdf. Perché solo questo ha il riferimento al sito? Mettere in tutti gli altri?
- ISTAT (2025b), *Condizioni di vita e reddito delle famiglie. Anni 2023-2024*, Roma, 26 marzo 2025.
- ISTAT (2025c), *Le condizioni di vita dei minori di 16 anni*, Roma, 14 luglio 2025.
- ISTAT (2025d), *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Roma, maggio 2025.
- ISTAT (2025e), *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. Al 1° gennaio 2023*, Roma, 6 febbraio 2025.

- ISTAT (2025f), *Indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC)*, Roma.
- ISTAT (2025g), *Disabilità in cifre*, Roma, 2025.
- ISTAT (2025h), *Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2024*, ISTAT demo demografia in cifre.
- Istituto Superiore di Sanità, Mortali C, Mastrobattista L, Palmi I, Solimini R, Pacifici R, Pichini S, Minutillo A. (a cura di), *Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali*, (Rapporti ISTISAN 23/25), Roma 2023, <https://www.cesda.net/wp-content/uploads/2024/02/Dipendenze-comportamentali-nella-Generazione-Z.pdf>
- Maino F. (a cura di), *Agire insieme. Coprogettazione e coprogrammazione per cambiare il welfare. Sesto Rapporto sul secondo welfare*, Percorsi di secondo welfare, Milano 2023, www.secondowelfare.it.
- Ministero della Salute, *Rapporto Salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2023*, Roma, giugno 2024.
- Ministero della Salute, *Rapporto Tossicodipendenze Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze. Anno 2023*, Roma, maggio 2024.
- Rovati G., *Le caratteristiche multidimensionali della povertà*, in *Dizionario di dottrina sociale della Chiesa. Le cose nuove del XXI secolo*, 2025, 1, pp. 7-19. Prima pubblicazione online marzo 2025, Vita e Pensiero, Milano.
- Save the Children, *La lampada di Aladino. L'indice di Save the Children per misurare le povertà educative e illuminare il futuro dei bambini in Italia*, 2014, <https://www.s3.savethechildren.it/public/files>

3. Un sistema frammentato

Laura Levaggi, Rosella Levaggi

3.1 Introduzione

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nasce nel 1978 sull'onda delle analoghe riforme che hanno interessato diversi Paesi. L'idea di base è quella di un sistema solidale in cui viene garantito a tutti i cittadini pari accesso alle prestazioni sanitarie, indipendentemente dal reddito e dalla residenza sul territorio nazionale, perseguendo quindi dei criteri di equità verticale e orizzontale per quanto riguarda le prestazioni sanitarie. Il modello nasce come una struttura gerarchica molto accentrata alla Beveridge (The National Archives 2025) e infatti inizialmente ricalca molto il sistema sanitario inglese. Fin da subito diversi problemi affliggono il sistema, anche a causa di fattori internazionali esterni. Deficit e deficit occulto nelle prestazioni portano ad una importante riforma del SSN che, pur mantenendone le caratteristiche di universalità ed equità che hanno caratterizzato la sua istituzione, ne cambiano profondamente la struttura organizzativa. Il ruolo sempre più rilevante dato alle Regioni ha infatti fatto sì che nel tempo, più che un singolo SSN, si siano creati venti Sistemi Sanitari Regionali. Sebbene questa autonomia possa portare dei vantaggi, la sua applicazione comporta anche importanti limiti che derivano dalla teoria economica dell'applicazione specifica al caso italiano. In questo capitolo presentiamo il problema dell'applicazione del modello del decentramento in sanità e alcune delle conseguenze sul livello di prestazioni che questo comporta. In Italia uno dei fenomeni più macroscopici, oltre alle liste di attesa, è la mobilità dei pazienti fra Regioni, spesso per grandi distanze. Per questo problema nelle conclusioni proponiamo alcune possibili soluzioni.

3.2 Decentramento del SSN: un sistema che funziona?

La letteratura tradizionale sul federalismo fiscale suggerisce che l'allocazione delle competenze ai governi locali dovrebbe seguire principi di efficienza (Oates 1972; Oates 1999) che ben si adattano alla produzione di beni pubblici locali, beni che una volta prodotti possono essere goduti da tutti all'interno di un certo territorio. Le prestazioni sanitarie non hanno però questa caratteristica, in quanto sono più simili a beni meritori, beni pubblici impuri (o misti)¹. Un bene meritorio è un bene per il quale il policymaker

¹ La letteratura tradizionale tende a distinguere fra beni misti e beni di merito. Questi ultimi sono infatti beni che da un punto di vista economico possono essere classificati fra i beni privati, essendo rivali ed escludibili mentre i beni misti hanno la doppia caratteristica di essere beni pubblici e privati allo stesso tempo. In questo lavoro terremo le due figure distinte, anche se la letteratura più moderna tende a confondere questi concetti.

ritiene appropriato imporre o indurre un consumo positivo (o comunque superiore rispetto a quello che l'individuo riterrebbe ottimale). Sono quindi beni che per loro natura (sono spesso beni essenziali) dovrebbero essere accessibili a tutti indipendentemente dalle possibilità economiche e dalla residenza. La fornitura di beni meritori non rientra quindi in una classe per cui il federalismo fiscale funziona in modo ottimale, dato l'obiettivo dichiarato di redistribuire il reddito in natura (mediante l'offerta di un bene a prezzo molto basso che viene finanziato dalla fiscalità generale).

Per riconciliare la fornitura di beni meritori con il federalismo, sarebbe necessario operare in un sistema in cui sia necessario un solo tipo di redistribuzione. Infatti, se la distribuzione del reddito a livello personale fosse disuguale ma simile fra regioni, l'applicazione del modello sarebbe ancora possibile, in quanto ogni Regione potrebbe essere resa responsabile della fornitura locale di un livello minimo di prestazioni in modo da rendere operativo il principio della sussidiarietà orizzontale. In questo senso quindi i due modelli (bene meritorio e federalismo) potrebbero essere compatibili se:

- le risorse economiche (in termini di capacità contributiva) fra le Regioni fossero simili;
- le dotazioni (in termini di inputs) fossero simili;
- il livello di efficienza e qualità fosse abbastanza uguale.

Il sistema economico italiano rispecchia questi requisiti? Possiamo già anticipare che la risposta è no. Vediamo in dettaglio le caratteristiche salienti del nostro SSN rispetto a questi requisiti e le conseguenze della eterogeneità regionale.

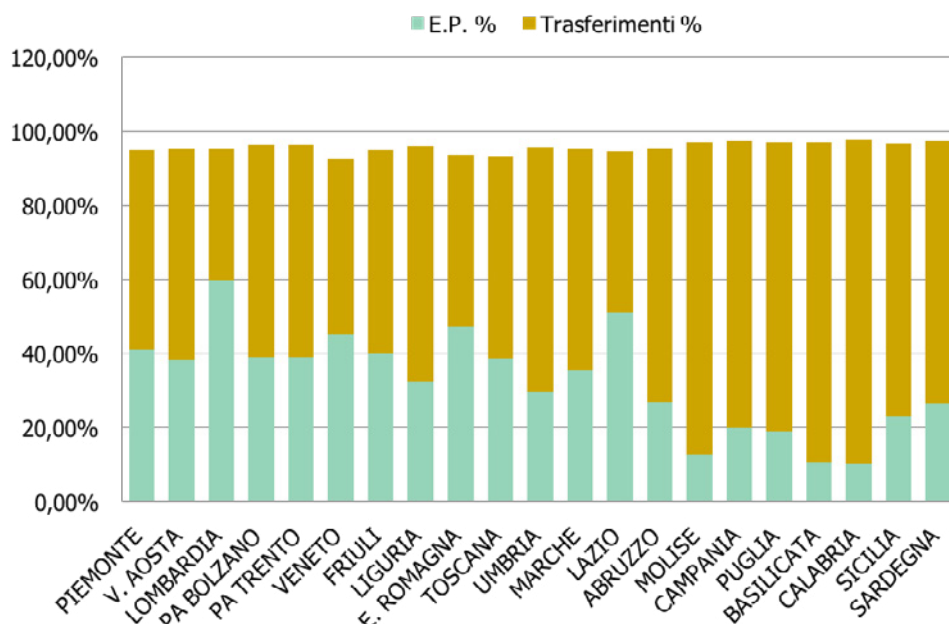
3.3 Le risorse

Uno degli indici sintetici più esplicativi della capacità contributiva di un territorio può essere considerato il Prodotto Interno Lordo (PIL) che in Italia è distribuito in modo assolutamente non uniforme. Secondo i più recenti dati ISTAT (ISTAT 2023) nel 2023 il PIL pro capite nel Nord-Ovest (l'area più ricca) era di circa 41mila euro a persona, molto simile al Nord Est con 40,9mila euro annui, ma scendeva a 23,6mila euro annui al centro e a 22mila euro annui al Sud. Questo divario così ampio, che presenta ulteriori importanti disomogeneità all'interno delle macro-regioni, non può che portare alla necessità da parte dello Stato di fornire un trasferimento perequativo che a causa della notevole disparità deve essere molto consistente dal punto di vista economico, come mostrato in Figura 1 dove vengono presentate le fonti di finanziamento della sanità pubblica a livello regionale.

In media le regioni coprono con entrate proprie (E.P.) il 42% della spesa e la maggior parte delle regioni le copre con percentuali intorno al 30-40%, ma esiste una forte disparità a livello regionale e tale distribuzione ha anche un carattere geografico. La Lombardia arriva a coprire quasi il 60% della propria spesa mentre la Calabria solo il 10%. In genere, sono le regioni del Sud ad avere una copertura più bassa.

Questo fenomeno provoca problemi molto importanti per il finanziamento di funzioni quali la spesa sanitaria, in quanto si sviluppano dei meccanismi spesso perversi nei rapporti fra i vari livelli di governo, ad esempio il "soft budget constraint" (Kornai 1986; Kornai, Maskin, Roland 2003; Levaggi 2018; Levaggi, Menoncin 2012; Wright 2016)

Figura 3.1 Percentuale di spesa sanitaria regionale coperta con entrate proprie dalle Regioni



Fonte: elaborazioni su dati CIPE

che per anni ha caratterizzato il finanziamento della spesa sanitaria a livello regionale in Italia².

3.4 Le dotazioni

La non uniformità nella distribuzione delle risorse finanziarie, oltre a provocare problemi dal punto di vista della governance, influenza in modo molto importante la possibilità per le varie Regioni di dotarsi di tecnologie, oggi sempre più importanti per quanto riguarda la diagnostica precoce e la cura avanzata. Come per le risorse, anche in questo caso le dotazioni sono molto diverse da Regione a Regione.

Prendendo in esame tomografi, risonanze, acceleratori lineari, sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica, sistemi TC/PET, gamma camere, mammografi e angiografi, secondo il report Agenas (Agenas 2024), complessivamente nel 2024 erano presenti in Italia 8.228 apparecchiature, con una distribuzione territoriale disomogenea. Mentre per alcune tecnologie forse un po' più mature la distribuzione regionale non è molto diversa, per altre più all'avanguardia come i sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica, si rilevano delle differenze regionali importanti, variabili tra l'1,0 per milione di abitanti della Sicilia al 5,5 per milione di abitanti della Toscana. Sebbene il dato non

2 Il soft budget constraint o vincolo di bilancio soffice indica una situazione in cui un livello di governo dovrebbe mantenere un pareggio di bilancio, ma per ragioni politiche (legate alla base elettorale del governo centrale) o di opportunità (riduzione della spesa sotto un livello minimo che finirebbe per provocare danni alla popolazione) il livello di governo superiore concede di poter spendere più di dell'ammontare delle entrate.

sia spesso disponibile a livello regionale, le apparecchiature sono in media abbastanza datate, soprattutto quelle che sono a disposizione dei fornitori pubblici di prestazioni sanitarie. Siccome la percentuale di prestazioni offerte dal privato accreditato è molto diversa fra Regioni, anche il livello di efficienza e innovazione tecnologica delle apparecchiature finisce per essere molto eterogeneo sul territorio.

Tabella 3.1 Numero apparecchiature per tipologia e Regione per 100.000 abitanti

Regione	Angio- giografi	Mam- mografi	RM	Sistemi robotiz- zati	TC/ Gamma camere	TC/PET	TC
Abruzzo	11.8	23.6	26.8	2.4	0.0	2.4	36.2
Basilicata	15.0	38.1	37.5	0.0	5.6	5.6	39.4
Calabria	9.2	22.2	29.9	1.1	1.6	3.3	41.3
Campania	11.3	30.6	29.7	2.3	1.1	4.7	50.1
Emilia- Romagna	14.8	32.7	30.8	2.5	3.4	3.1	30.1
Friuli-Venezia Giulia	11.7	32.0	30.9	2.5	1.7	1.7	29.3
Lazio	14.7	44.9	43.2	5.1	1.2	2.8	46.9
Liguria	15.9	49.7	53.0	3.3	1.3	2.7	43.1
Lombardia	18.3	33.5	31.4	4.8	2.6	3.5	32.0
Marche	9.4	26.3	26.9	1.3	2.0	2.7	31.7
Molise	17.3	41.8	51.8	0.0	0.0	10.4	55.3
Piemonte	15.3	32.1	32.5	2.8	2.6	2.1	30.3
P.A. Bolzano	7.4	20.0	20.5	0.0	3.7	1.9	29.8
P.A. Trento	5.5	19.8	21.8	1.8	3.7	1.8	20.2
Puglia	14.7	30.6	34.4	3.1	3.5	3.1	35.0
Sardegna	11.5	26.1	29.4	0.8	2.5	1.9	31.2
Sicilia	10.8	29.4	31.6	1.0	1.0	4.0	44.4
Toscana	13.6	36.5	45.6	5.5	1.6	3.3	38.7
Umbria	14.0	33.6	31.6	2.3	2.3	3.5	51.5
Valle d'Aosta	0.0	20.8	40.0	0.0	0.0	8.1	40.6
Veneto	12.8	29.7	29.7	1.9	1.9	2.7	29.7
Totale	13.8	30.8	33.3	3.3	2.2	3.2	37.3

Fonte: dati Agenas 2024

3.5 Il livello di efficienza

Stabilire il livello di efficienza del sistema non è facile, come dimostrato dalla letteratura che si è occupata di questo problema (Cellini, Pignataro, Rizzo 2000; Barra, Lagravinese, Zotti 2022; Guccio *et al.* 2024). Per la nostra discussione possiamo prendere

a riferimento uno degli indici principali che determinano la percezione della qualità da parte dei pazienti, ossia i tempi di attesa.

3.6 I tempi di attesa

Sebbene il problema sia molto sentito e abbia rilevanza sul piano delle cure (Academy of Health Care Management and Economics, SDA Bocconi 2022), in Italia non esiste un sistema centralizzato di raccolta sistematica dei dati e di analisi del loro andamento, in tutte le regioni italiane, delle prestazioni sanitarie (salvo alcune prestazioni ospedaliere chirurgiche riportate nel Rapporto SDO) e, in particolare, di quelle ambulatoriali. Il sistema produce oggi una frammentazione informativa poiché l'onere di pubblicare e

Tabella 3.2 Monitoraggio ex-post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Regione	% prestazioni B^(*) garantite nei tempi	% prestazioni D^(*) garantite nei tempi
Piemonte	91,30%	77,77%
Valle d'Aosta	64,84%	96,14%
Lombardia	84,54%	88,43%
Prov. Bolzano	n.a	n.a.
Prov. Trento	92,47%	92,11%
Veneto	87,04%	85,61%
Friuli-Venezia Giulia	n.a	n.a.
Liguria	71,63%	80,74%
Emilia-Romagna	74,10%	73,76%
Toscana	74,11%	74,89%
Umbria	91,11%	80,45%
Marche	87,20%	84,89%
Lazio	95,13%	94,92%
Abruzzo	95,03%	91,06%
Molise	89,29%	95,66%
Campania	90,17%	89,93%
Puglia	66,31%	70,82%
Basilicata	97,47%	100%
Calabria	88,74%	88,43%
Sicilia	74,49%	77,42%
Sardegna	83,56%	81,26%
ITALIA	82,87%	81,48%
<i>(*) B=entro 10 giorni di attesa; D= entro 30 giorni di attesa (visite) entro 60 giorni di attesa (prestazioni strumentali)</i>		

Fonte: Presentazione dati Agenas, The Bridge presso il Ministero della Salute, 10 novembre 2023 su dati del 31 agosto 2023 (Cicchetti 2023)

rendere consultabili i dati sulle liste d'attesa è lasciato alle Regioni. La Legge n.107 del 29 luglio 2024 ha però istituito la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA) ed è oggi possibile accedere ai dati su vari indicatori riguardanti sia il volume di prenotazioni che i tempi medi d'attesa per il 2025 (il cruscotto informativo pubblico in una prima versione è disponibile sul portale Agenas all'indirizzo <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla/>). Il portale al momento non fornisce dati a livello regionale, ma solo una sintesi nazionale.

Nei primi sette mesi dell'anno un totale di oltre 33 milioni di prestazioni sono state richieste e di queste circa 2 milioni sono state messe in pre-lista (il cittadino non ha avuto un appuntamento subito, è stato inserito in una lista e ricontattato in seguito). Di queste prenotazioni il 39% delle visite e il 38% degli esami sono poi stati effettuati entro il tempo massimo previsto dalla prescrizione.

Qualche informazione a livello regionale può essere ottenuta utilizzando i dati della sperimentazione condotta nel 2023 da Agenas e Fondazione The Bridge riguardante i dati provenienti da 13 regioni (riferiti a tutte le ASL del territorio o solo ad alcune di esse). Si evince una grande disomogeneità nel rispetto della garanzia dei tempi d'attesa (riferita alla classe di priorità della prescrizione), sia a livello territoriale sia rispetto al tipo di prestazione.

Date queste premesse non stupisce che la qualità percepita sia molto differente fra Regioni. La valutazione del livello di salute percepito, così come gli indicatori di salute aggregata non sono tuttavia dei buoni indici su cui valutare il decentramento. Come abbiamo visto in precedenza, in Italia anche il reddito è distribuito in modo molto disomogeneo e sul livello di salute questa variabile incide molto, sia per quanto riguarda lo stock e il suo consumo (in termini medi) mediante lo stile di vita, che per la possibilità di reintegrarlo. Un sistema sanitario che funziona benissimo in un contesto di reddito molto basso potrebbe presentare performance in termini di risultati molto peggiori di un sistema in cui il SSN è di scarsa qualità, ma tutti i cittadini hanno risorse sufficienti per farsi curare da strutture private a pagamento.

3.7 Le conseguenze

Le disparità presentate nella precedente sezione creano un flusso di mobilità fra le Regioni, che tuttavia non dipende solo dalla domanda dei pazienti che decidono di curarsi fuori Regione per ottenere una prestazione migliore, ma anche dalla capacità produttiva in eccesso di alcune Regioni, che crea un effetto di pull verso questi poli di attrazione (Fabbri, Robone 2010; Brenna, Spandonaro 2015).

La mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto nel 2022 un valore record di 5,04 miliardi di euro, con un forte flusso di pazienti e risorse dal Mezzogiorno verso le regioni del Nord, in particolare Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, con valori in aumento negli ultimi anni (escluso il periodo Covid) (Fondazione GIMBE 2025). Circa il 70% degli spostamenti avviene per un ricovero ospedaliero, circa il 16% per visite specialistiche e il 9% per somministrazione di farmaci (molto spesso legate a terapie particolari o oncologiche); il resto comprende tutte le altre prestazioni, che sono abbastanza marginali. La mobilità segue dei canali molto specifici che hanno di solito un andamento dal Sud al Nord per quanto riguarda i fenomeni di attrazione e di fuga.

Suddividendo le Regioni sulla base dell'entità del saldo (positivo o negativo), quelle con saldo positivo rilevante (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto) si trovano tutte al Nord, quelle con un saldo moderato al Centro (Toscana e Molise) e via via che si scende lungo lo stivale i livelli di mobilità negativa aumentano (Fondazione GIMBE 2025). La mobilità sanitaria che coinvolge spostamenti non legati a regioni confinanti o di prossimità è prevalentemente composta da ricoveri di residenti nelle regioni del Sud, che rappresentano il 72,78% del totale e comportano una spesa di circa 742 milioni di euro. La spesa per la mobilità sanitaria non di confine in quattro regioni del Sud, ovvero Sicilia, Puglia, Calabria e Campania, supera la metà del totale nazionale, raggiungendo 587 milioni di euro, pari al 57,4% della spesa complessiva in questa categoria (Agenas 2025).

È interessante peraltro notare come Lombardia ed Emilia-Romagna, due regioni con un sistema di governance opposto per quanto riguarda i modelli di concorrenza fra ospedali pubblici e privati (Levaggi 2007; Levaggi, Levaggi 2020; Levaggi 2008), abbiano in realtà indici di attrazione molto simili.

Mentre un minimo di mobilità è ovviamente fisiologico, i dati per l'Italia mostrano che anche in questo caso qualcosa non sta funzionando. La maggior parte del flusso, infatti, riguarda pazienti che spesso si muovono per lunghe distanze (Berta, Guerriero, Levaggi 2021), spesso per qualità percepita e per un costo più alto in media di quanto applicato ai residenti. Questo fenomeno potrebbe sembrare strano in un sistema a DRG, ma in realtà occorre tenere presente che la tariffa non comprende tutto e con gli extra è possibile aggiustare anche le tariffe prospettiche e generare un flusso importante di risorse da Sud a Nord che va contro la logica della redistribuzione del reddito perseguita con i trasferimenti perequativi (Carnazza *et al.* 2025). La mobilità dei pazienti da Sud a Nord non può essere spiegata dal reddito disponibile. Le persone che vivono nelle regioni più ricche (PIL pro capite più elevato) che in linea di principio sarebbero più disposte a spostarsi per una migliore qualità dell'assistenza, sono anche quelle in cui la spesa sanitaria pubblica è più elevata e con una bassa mobilità in uscita (Levaggi, Zanolà 2004) mentre Balia, Brau e Marrocu (2018); Balia, Brau, e Moro (2020) dimostrano come il reddito regionale, la capacità ospedaliera, la struttura organizzativa, le prestazioni e la tecnologia sono i principali fattori determinanti della mobilità transfrontaliera dei pazienti.

Per i casi meno gravi si creano flussi di pazienti fra regioni limitrofe proprio per aggirare (soprattutto verso fine anno) il vincolo di bilancio. Si tratta in questi casi di pazienti meno gravi che preferiscono evitare la coda nella loro Regione di origine, ma rappresentano una percentuale abbastanza contenuta della mobilità interregionale (Berta, Guerriero, Levaggi 2021).

Una questione meno dibattuta è se le scelte dei pazienti consentano loro di ottenere una qualità migliore. Berta *et al.* (2022); Martini, Levaggi e Spinelli (2022) utilizzano da un lato la differenza nel contesto istituzionale regionale per dimostrare che le percezioni dei pazienti possono essere più importanti dei veri indicatori di qualità e che la qualità è più importante in un contesto più competitivo; inoltre i pazienti sono in qualche modo legati a pattern che si ripropongono nel tempo. In ogni caso, la scelta richiede la ricerca di informazioni e quest'ultima ha un costo che non tutti sono in grado di sopportare. In Italia alcune iniziative come il Programma Nazionale Esiti (PNE) di

Agenas consentono di confrontare le strutture utilizzando più di 170 indici diversi della qualità delle prestazioni.

In generale l'effetto attuale della mobilità è quello di spostare risorse dal Sud (meno ricco) al Nord, andando quindi nella direzione inversa rispetto alla (costosa) redistribuzione del reddito a livello regionale ed inoltre di acuire la disparità nell'accesso alle prestazioni, in quanto chi si sposta, in media, è più giovane e ha un livello di salute comparativamente più alto. Non sembrano essere presenti invece effetti negativi su accesso e qualità delle prestazioni fruite dai pazienti residenti nelle regioni in cui il saldo della mobilità è positivo (Berta, Guerriero, Levaggi 2021).

Gli effetti della mobilità dei pazienti sono stati studiati sia dal punto di vista teorico, che da quello empirico. Certamente la possibilità per i pazienti di accedere a cure di qualità superiore a quella offerta localmente è un fattore positivo e in contesti in cui le regioni sono piuttosto omogenee effettivamente apporta benefici sia alla Regione di partenza che a quella di destinazione, andando a stimolare la risposta in qualità dei fornitori del servizio. Inoltre regolare la mobilità o dare scelta ai pazienti nella decisione porta agli stessi risultati. Queste conclusioni, però, sono legate a vari fattori, tra cui la differenza in termini di reddito e di costi tra le diverse regioni, l'assetto istituzionale della fornitura di cure, il grado di efficienza del sistema sanitario della Regione da cui i pazienti si muovono e la presenza di misure di equalizzazione fiscale. In particolare, quando la struttura organizzativa tra le regioni è diversa e in una Regione la fornitura è direttamente gestita dal settore pubblico, mentre nell'altra i servizi vengono erogati da enti privati e i costi sono disomogenei, la mobilità ha effetti positivi sul welfare globale, ma lo stesso non vale in generale né per la qualità in sé, né per il divario di qualità tra le due regioni. Il prezzo da pagare per un'aumentata efficienza può essere infatti una diminuzione dell'equità, in termini di accesso a cure di qualità. Inoltre, a causa dell'asimmetria tra le due regioni, viene a cadere anche il paradigma sull'indifferenza rispetto alla regolazione della mobilità: in un sistema centralizzato la scelta ottima è infatti quella di regolare i flussi (Levaggi, Levaggi 2025; 2014).

In caso di mobilità di pazienti è inoltre importante considerare anche gli effetti delle politiche di equalizzazione fiscale. Trasferimenti tra regioni che siano basati solo sulle differenze di reddito non producono effetti sulla qualità, quelli basati invece sulla spesa hanno importanti ricadute sulle scelte dei regolatori. Le regioni con le maggiori risorse intervengono con le loro scelte di spesa per diminuire l'entità dei trasferimenti, mentre per le regioni che li ricevono si generano incentivi ad offrire servizi migliori la cui maggior spesa può essere in parte spostata sulle altre regioni. Certamente questi effetti si ottengono in assenza di mobilità, ma il risultato non è lo stesso quando i pazienti sono liberi di muoversi fuori dalla Regione di residenza. In caso di regioni altamente inefficienti, si può creare un incentivo ad un abbassamento della qualità che incoraggi una maggior mobilità, il cui costo verrà in parte coperto dai trasferimenti. In questi casi un sistema di sussidi basato sulla spesa deve essere introdotto vietando allo stesso tempo la mobilità interregionale. Quando invece la Regione che usufruisce dei trasferimenti risponde positivamente in termini di qualità, è anche possibile agire sul prezzo pagato per i pazienti che si spostano tra le regioni per incrementare la qualità media e anche l'utilità della prestazione sanitaria (Levaggi, Levaggi 2025).

3.8 Conclusioni

L'analisi presentata inquadra alcune delle aree più problematiche dell'organizzazione regionale della sanità in Italia. L'obiettivo di fornire prestazioni sanitarie gratuite è infatti quello di assicurare accesso a tutti e di redistribuire il reddito dalle persone più ricche a quelle più povere. La capacità degli attuali sistemi sanitari di raggiungere questo obiettivo è di per sé un problema molto discusso in letteratura in quanto non sempre la redistribuzione sembra andare nella giusta direzione (Anselmi, Lagarde, Hanson 2015; Citoni, De Matteis, Giannoni 2022; Wagstaff, Van Doorslaer, Paci 1989; Luyten, Tu-beuf 2025; De Graeve, Van Ourti 2003). In Italia il decentramento aggiunge un potenziale livello di difficoltà legato al fatto che anche la distribuzione del reddito a livello regionale (equità orizzontale) è molto disuguale. La disuguaglianza nella distribuzione delle risorse crea molti problemi, sia a livello di dotazione di risorse, che per quanto riguarda la governance del sistema. Le disparità a livello regionale hanno creato in Italia un sistema abbastanza perverso che passa attraverso la mobilità dei pazienti e che nel tempo si è evoluto. Mentre dapprima la mobilità era probabilmente in gran parte legata ad alimentare il fenomeno del soft budget constraint e (in parte) a ridurre la redistribuzione del reddito al livello regionale (Levaggi, Menoncin 2017; 2012), dopo l'introduzione dei Piani di Rientro la mobilità regionale sembra avere come prima conseguenza quella di redistribuire risorse dal Sud al Nord, andando quindi nella direzione opposta rispetto alla redistribuzione operata mediante il sistema di perequazione delle risorse a livello regionale (Ferrario, Zanardi 2011), con una conseguente perdita di efficienza dell'intero sistema (Ferrario, Levaggi, Piacenza 2023).

L'analisi dei risultati sia della letteratura teorica che empirica sembra confermare che la mobilità dei pazienti, almeno per come regolata al momento in Italia, pare creare più problemi di quelli che risolve. Da questo punto di vista sembra quindi che tale mobilità andrebbe ulteriormente regolata. Un possibile punto di partenza potrebbe essere quello di costruire un sistema sulla falsariga di quello adottato a livello europeo, con qualche semplificazione per rendere il processo meno farraginoso. Il sistema di pre-autorizzazione (Frischhut, Levaggi 2015; Frischhut 2019; Frischhut, Levaggi 2023) potrebbe consentire alle Regioni di tenere sotto controllo la mobilità ed inoltre potrebbe dare ai cittadini un incentivo maggiore a chiedere un livello di qualità più alto (Levaggi, Rochaix 2007). In questo modo si potrebbe utilizzare meglio la capacità produttiva al fine di ridurre possibili sprechi.

Da questo punto di vista si potrebbe distinguere fra diversi tipi di mobilità dei pazienti con caratteristiche diverse e con un management diverso. Un primo tipo di mobilità da considerare è quella legata strettamente alla vicinanza alla struttura sanitaria. In certi casi per il paziente potrebbe essere più comodo in termini di tempo recarsi nella struttura appena fuori Regione (non come nell'attuale sistema per evitare la coda nella Regione di residenza) e questa mobilità potrebbe facilmente essere regolamentata con le stesse regole proposte per quella a livello europeo (Frischhut, Levaggi 2024), che in pratica prevedono un accordo bilaterale fra le Regioni per quanto riguarda questo tipo di pazienti. Questo strumento se ben messo a punto consentirebbe nel lungo periodo ad entrambe le regioni di strutturare l'offerta rispetto alla domanda considerando un bacino di utenza interregionale. Il prezzo delle prestazioni potrebbe essere regolato mediante un accordo bilaterale fra le Regioni oppure a livello nazionale.

Un secondo contesto in cui la mobilità dei pazienti è importante e consente di migliorare il benessere è legato al management della capacità delle strutture che offrono servizi sanitari. In questo caso abbiamo due contesti in cui la mobilità può essere di aiuto, sempre se ben regolata:

1. la domanda di prestazioni è conosciuta ma la struttura (che presenta forti costi fissi) ha anche limiti di capacità produttiva molto importanti che possono derivare dal numero minimo di trattamenti necessari per ridurre il rischio della procedura stessa (come nel caso del Pronto Soccorso o di interventi chirurgici molto delicati) o dall'impianto (come nel caso delle PET o delle CAR-t);
2. la domanda è variabile quindi non è conosciuta esattamente. L'offerta può essere parametrata alla domanda ex-ante ma non ex-post.

Nel primo caso mediante meccanismi di “capacity pooling” che possono coinvolgere anche più regioni o un numero variabile delle stesse, è possibile rapportare quanto più possibile la domanda all'offerta come è stato proposto per la mobilità a livello EU. Il prezzo delle prestazioni anche in questo caso può essere fissato mediante un accordo a livello regionale, ma in questo caso, visto che le dotazioni di risorse a livello regionale sono molto differenti, in Italia sarebbe preferibile fare degli accordi per quanto riguarda la mobilità in modo che le regioni meno dotate di risorse debbano inizialmente pagare di meno per le prestazioni in modo da avere più risorse da investire localmente.

Nel secondo caso il governo della domanda e della capacità in eccesso è più complicato e in questo contesto sarebbe interessante approfondire lo studio anche in relazione a come determinare, allocare fra le Regioni e finanziare capacità produttiva in eccesso per far fronte a crisi sanitarie come quella avvenuta durante l'epidemia di SARS Covid-19. Per entrambi questi i tipi di mobilità (che non originano da una decisione del paziente) si potrebbero prevedere dei rimborsi al fine di ridurre l'impatto della spesa privata sulla fruizione della prestazione.

La mobilità di lungo raggio fra Regioni non confinanti e talvolta anche molto distanti potrebbe essere lasciata per quelle prestazioni molto specializzate o rivolte a un gruppo di pazienti relativamente limitato. Anche in questo caso si potrebbe copiare parte della regolamentazione dal modello degli European Reference Networks (Héon-Klin 2017; European Commission – Directorate General for Health and Food e Safety 2025; European Commission 2019) che riescono a coniugare la cura del paziente in centri distribuiti sul territorio con l'esigenza di accentrare per quanto possibile la ricerca di base.

In generale, possiamo dire che il modello di decentramento in Italia sta funzionando con luci ed ombre che potrebbero nel tempo minarne la sostenibilità. Un aspetto da tenere presente è che sempre più persone rinunciano alle cure proposte dal SSN per rivolgersi a strutture private (Fondazione GIMBE 2024; Mosti 2025) e siccome il sistema pubblico si basa su principi di solidarietà è molto importante che i cittadini continuino ad avere nel sistema pubblico il loro punto di riferimento per il mantenimento dei propri livelli di salute.

Riferimenti bibliografici

- Academy of Health Care Management and Economics, SDA Bocconi (2022), *Liste e tempi di attesa in sanità Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, Egea, Milano.
- Agenas (2024), *Le grandi apparecchiature sanitarie in Italia REPORT 2024*, supplemento alla rivista semestrale *Monitor* 2024.
- Agenas (2025), *La mobilità sanitaria in Italia*, in *Quaderno di Monitor Agenas*, n. 2 (luglio). https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/mobilita_sanitaria-2024/AGENAS_Mobilit%C3%A0_Sanitaria.pdf.
- Anselmi L., Lagarde M., Hanson K. (2015), *Equity in the allocation of public sector financial resources in low-and middle-income countries: A systematic literature review*, in *Health Policy and Planning* 30 (4): 528-545. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZU034>.
- Balia S., Brau R., Marrocu E. (2018), *Interregional patient mobility in a decentralized healthcare system*, in *Regional Studies* 52 (3): 388-402. <https://doi.org/10.1080/00343404.2017.1307954>.
- Balia S., Brau R., Moro D. (2020), *Choice of hospital and long-distances: Evidence from Italy*, *Regional Science and Urban Economics* 81. <https://doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2019.103502>.
- Barra C., Lagravinese R., Zotti R. (2022), *Exploring hospital efficiency within and between Italian regions: new empirical evidence*, in *Journal of Productivity Analysis* 57 (3): 269-284. <https://doi.org/10.1007/S11123-022-00633-4>.
- Berta P., Guerriero C., Levaggi R. (2021), *Hospitals' strategic behaviours and patient mobility: Evidence from Italy*, in *Socio-Economic Planning Sciences* 77: 101030. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2021.101030>.
- Berta P., Martini G., Spinelli D., Vittadini G. (2022), *The beaten paths effect on patient inter-regional mobility: An application to the Italian NHS*, in *Papers in Regional Science* 101 (4): 945-977. <https://doi.org/10.1111/PIRS.12678>.
- Brenna E., Spandonaro F. (2015), *Regional incentives and patient cross-border mobility: evidence from the Italian experience*, in *International Journal of Health Policy and Management* 4 (6): 363-372.
- Carnazza G., Lagravinese R., Liberati P., Torrini I. (2025), *Monetary flows for inter-regional health mobility: The case of Italy*, in *Papers in Regional Science* 104 (1): 100063. <https://doi.org/10.1016/J.PIRS.2024.100063>.
- Cellini R., Pignataro G., Rizzo I. (2000), *Competition and Efficiency in Health Care: An Analysis of the Italian Case*, in *International Tax and Public Finance* 7 (4-5): 503-519. <https://doi.org/10.1023/A:1008737506560>.
- Cicchetti A. (2023), *Il monitoraggio del fenomeno per il governo delle liste di attesa e l'ottimizzazione dei servizi*, in *Presentazione dei dati relativi al Monitoraggio ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali*, Preprint, Roma, 10 novembre 2025, https://www.agenas.gov.it/images/2023/10_nov/Cicchetti.pdf.
- Citoni G., De Matteis D., Giannoni M. (2022), *Vertical Equity in Healthcare Financing: A Progressivity Analysis for the Italian Regions*, in *Healthcare (Switzerland)* 10(3):449, <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10030449>.
- De Graeve D., Van Ourti T. (2003), *The distributional impact of health financing in Europe: A review*, in *World Economy* 26 (10): 1459-1479. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9701.2003.00582.X>.
- European Commission – Directorate General for Health and Food, e Safety (2025), *European Reference Networks – A success story for patients living with a rare disease*, Publications Office of the European Union. <https://doi.org/doi/10.2875/0738327>.
- European Commission (2019), *Commission Implementing Decision (EU) 2019/1269 of 26 July 2019 amending Implementing Decision 2014/287/EU setting out criteria for establishing and evaluating European Reference Networks and their Members and for facilitating the exchange of information and expertise on establishing and evaluating such Networks*, in *Official Journal of the European Union*, n. 2019/1269 (luglio). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32019D1269>.

- Fabbri D., Robone S. (2010), *The geography of hospital admission in a national health service with patient choice*, in *Health Economics* 19 (9): 1029-1047. <https://doi.org/10.1002/hec.1639>.
- Ferrario C., Levaggi R., Piacenza M. (2023), *Efficiency and equity effects of healthcare decentralization: evidence from Italy*, in *Handbook on the Political Economy of Health Systems*, a cura di Joan Costa-Font, Alberto Batinti, Gilberto Turati, 11-85. Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Ferrario C., Zanardi A. (2011), *Fiscal decentralization in the Italian NHS: What happens to interregional redistribution?*, in *Health Policy* 100 (1): 71-80. <http://ideas.repec.org/a/eee/hepoli/v100y2011i1p71-80.html>.
- Fondazione GIMBE (2024), *7° Rapporto su spesa sanitaria pubblica e privata: criticità sull'accesso alle cure mediche e necessità di un piano di rilancio del Servizio sanitario nazionale*. https://temi.camera.it/leg19/post/OCD15_15120/7-rapporto-gimbe-2024-spesa-sanitaria-pubblica-e-privata-criticita-sull-accesso-alle-cure-mediche-e-necessita-piano-rilancio-del.html.
- Fondazione GIMBE (2025), *La mobilità sanitaria interregionale nel 2022, Rapporto Osservatorio GIMBE*, febbraio 2025. <https://www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/mobilita-sanitaria-2022>.
- Frischhut M., (2019), *The ethical spirit of EU law*, open access book, Springer Nature, Berlin, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-10582-2>
- Frischhut M., Levaggi R. (2015), *Patient mobility in the context of austerity and an enlarged EU: The European Court of Justice's ruling in the Petru Case*, in *Health Policy* 119 (10): 1293-1297. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2015.07.002>.
- Frischhut M., Levaggi R. (2023), *D5.1 – Policy report on the characteristics of patients' mobility across Europe, the EU role and the possible gains from an increase in such mobility – Flash Project*. <https://flash-project.com/d5-1-policy-report-on-the-characteristics-of-patients-mobility-across-europe-the-eu-role-and-the-possible-gains-from-an-increase-in-such-mobility/>.
- Frischhut M., Levaggi R. (2024), *With a little help from my (neighbouring) friends. "Border region patient mobility" in the European Union: A policy analysis*, in *Health Policy* 146 (August): 105114. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2024.105114>.
- Guccio C., Pignataro G., Romeo D., Vidoli F. (2024), *Is austerity good for efficiency, at least? A counterfactual assessment for the Italian NHS*, in *Socio-Economic Planning Sciences* 92 (aprile): 101798. <https://doi.org/10.1016/J.SEPS.2023.101798>.
- Héon-Klin V. (2017), *European Reference networks for rare diseases: What is the conceptual framework?*, in *Orphanet Journal of Rare Diseases* 12 (1): 1-9. <https://doi.org/10.1186/S13023-017-0676-3/FIGURES/1>.
- ISTAT (2023), *Conti economici territoriali 2022-2023*, in *Report Conti territoriali*, dicembre 2023.
- Kornai J. (1986), *The Soft Budget Constraint*, in *Kyklos* 39 (1): 3-30. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.1986.tb01252.x>.
- Kornai J., Maskin E., Roland G. (2003), *Understanding the Soft Budget Constraint*, in *Journal of Economic Literature* 41 (4): 1095-1136. <https://doi.org/10.1257/002205103771799999>.
- Levaggi L., Levaggi R. (2014), *Patients' mobility across borders: a welfare analysis*, in *Developments in health economics and public policy* 12: 179-200. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5480-6_8.
- Levaggi L., Levaggi R. (2020), *Is there scope for mixed markets in the provision of hospital care?*, in *Social science & medicine* 247:112810. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCI-MED.2020.112810>.
- Levaggi L., Levaggi R. (2025), *Spatial Competition Across Borders: The Role of Patients' Mobility and Institutional Settings*, in *Games* 2025 16 (3): 31. <https://doi.org/10.3390/G16030031>.
- Levaggi R. (2007), *Regulating internal markets for hospital care*, in *Journal of Regulatory Economics* 32 (2): 173-193. <https://doi.org/10.1007/s11149-007-9035-y>.

- Levaggi R. (2008), *The Regional Organization of Hospital Care in Italy: The Effects of Asymmetry of Information and Soft Budget Constraint Rules*, in *Italian Institutional Reforms: A Public Choice Perspective*, a cura di Fabio Padovano e Roberto Ricciuti, 197-219, Springer, New York.
- Levaggi R. (2018), *Public finance and soft budgets*, in *Oxford Research Encyclopedias*, Oxford University Press, Oxford. <http://oxfordre.com/economics/view/10.1093/acrefore/9780190625979.001.0001/acrefore-9780190625979-e-50>.
- Levaggi R., Menoncin F. (2012), *Soft budget constraints in health care: evidence from Italy*, in *The European Journal of Health Economics* 14 (5): 725-737. <https://doi.org/10.1007/s10198-012-0417-4>.
- Levaggi R., Menoncin F. (2017), *Would less regional income distribution justify the present call for devolution?*, in *International Tax and Public Finance* 24 (5): 780-799. <https://doi.org/10.1007/S10797-016-9436-X>.
- Levaggi R., Rochaix L. (2007), *Exit, choice or loyalty: Patient driven competition in primary care*, in *Annals of Public and Cooperative Economics* 78 (4): 501-535. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2007.00345>.
- Levaggi R., Zanola R. (2004), *Patients' migration across regions: The case of Italy*, in *Applied Economics* 36 (16): 1751-1757. <https://doi.org/10.1080/0003684042000227903>.
- Luyten E., Tubeuf S. (2025), *Equity in healthcare financing: A review of evidence*, in *Health Policy* 152 (February): 105218. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2024.105218>.
- Martini G., Levaggi R., Spinelli D. (2022), *Is there a bias in patient choices for hospital care? Evidence from three Italian regional health systems*, in *Health Policy* 126 (7): 668-679. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2022.04.009>.
- Mosti M. (2025), *La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023*, in *Report Osservatorio GIMBE*, n. 2. www.gimbe.org/spesa-sanitaria-privata-2023.
- Oates WE. (1972), *Fiscal Federalism*. Harcourt, Brace Jovanovich, New York.
- Oates WE. (1999), *An Essay on Fiscal Federalism*, in *Journal of Economic Literature* 37 (3): 1120-1149.
- The National Archives. *The foundation of the NHS*. Consultato 18 luglio 2025. <https://www.nationalarchives.gov.uk/explore-the-collection/stories/the-foundation-of-the-nhs/>.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E., Paci P. (1989), *Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-country comparisons*, in *Oxford Review of Economic Policy* 5 (1): 89-112. <https://doi.org/10.1093/OXREP/5.1.89>.
- Wright D.J. (2016), *Soft Budget Constraints in Public Hospitals*, in *Health Economics* 25 (5): 578-590. <https://doi.org/10.1002/hec.3174>.

4. Disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari

Cinzia Di Novi

4.1 Introduzione

In Italia, nonostante il crescente interesse pubblico per il tema dell'equità sanitaria, persistono significative criticità nella capacità del sistema di garantire un accesso equo e universale ai servizi essenziali. Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha dovuto affrontare sfide rilevanti, legate sia all'adozione di politiche di contenimento della spesa pubblica, sia all'invecchiamento strutturale della popolazione. Il Paese sta attraversando una profonda trasformazione demografica: la popolazione invecchia in modo rapido e costante. La diminuzione del tasso di natalità, unita all'aumento dell'aspettativa di vita, ha innescato un processo di cambiamento che sta ridisegnando il profilo socioeconomico e sanitario dell'Italia, con potenziali effetti sulla copertura sanitaria universale e sull'equità nell'accesso ai servizi (Di Novi 2024).

Prima di analizzare nel dettaglio l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria in Italia, è utile collocare il nostro Paese in un contesto comparativo a livello internazionale, facendo riferimento ai più recenti dati Eurostat (2024). Questi dati permettono di valutare la performance italiana rispetto agli altri Stati membri dell'Unione Europea in merito al problema dei bisogni sanitari insoddisfatti.

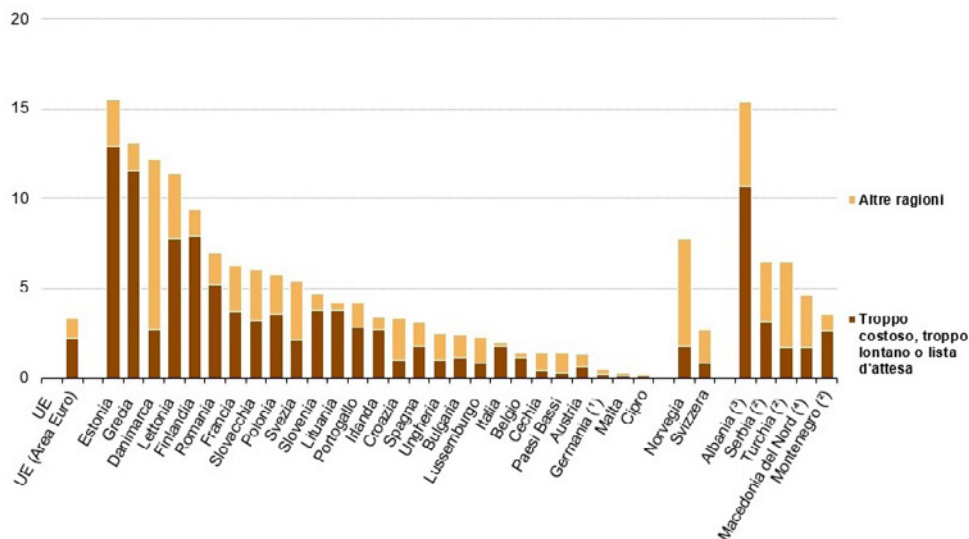
Nel 2023, il 3,8% della popolazione dell'Unione Europea di età pari o superiore ai 16 anni ha dichiarato bisogni sanitari non soddisfatti riguardanti visite mediche o trattamenti (esclusa l'assistenza odontoiatrica)¹. La quota di popolazione interessata mostra forti differenze tra gli Stati membri: i valori più bassi si osservano a Cipro (0,2%), Malta (0,3%) e Germania (0,5%), mentre il dato più elevato si registra in Estonia, dove raggiunge il 15,5%.

Limitando l'analisi ai soli ostacoli riconducibili all'organizzazione e al funzionamento del sistema sanitario, quali costi eccessivi, distanza dei servizi o lunghe liste d'attesa, la quota media di persone con bisogni sanitari insoddisfatti nell'UE si riduce al 2,4%. Anche in questo caso, le differenze tra Paesi risultano significative: da un minimo dello 0,1% registrato a Cipro e Malta, fino a un massimo del 12,9% in Estonia.

In Italia, la quota complessiva di persone con bisogni sanitari non soddisfatti si attesta

¹ Con l'espressione "visite mediche o trattamenti" si intendono in generale i servizi sanitari individuali forniti da medici o da professionisti nell'ambito del sistema sanitario nazionale quali visite o interventi generali (come prerequisiti, follow-up, controlli di routine) sia specialistici (per esempio visite cardiologiche, esami diagnostici, terapie specifiche).

Figura 4.1 Quota di persone di 16 anni o più che dichiarano bisogni insoddisfatti di visite mediche o trattamenti, 2023



Fonte: Eurostat

al 2%, un valore inferiore rispetto alla media europea. Considerando esclusivamente le motivazioni di tipo organizzativo, la percentuale scende all'1,8%.

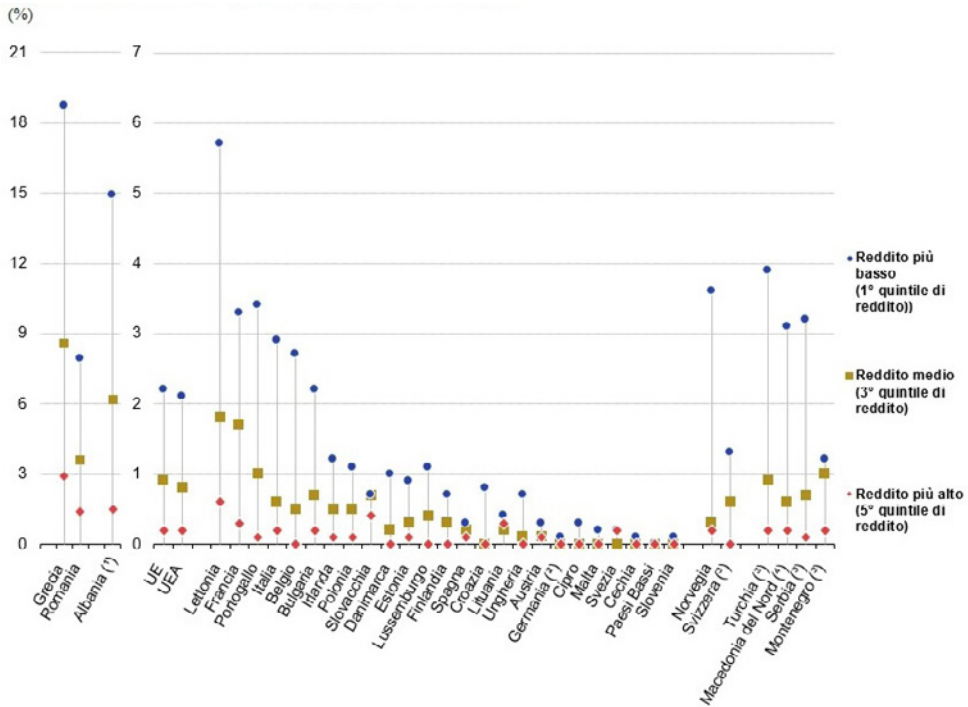
Nonostante questi dati suggeriscano una situazione relativamente favorevole nel confronto europeo, il dato nazionale nasconde disuguaglianze interne, in particolare tra le diverse macroaree geografiche e tra i gruppi socioeconomici. È proprio in questo contesto che si inserisce l'analisi proposta nel capitolo, che ha l'obiettivo di stimare l'entità e le dinamiche delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari in Italia negli ultimi anni, adottando una prospettiva comparativa che tenga conto delle differenze territoriali e delle condizioni individuali.

4.2 Disuguaglianza socioeconomica

Il livello socioeconomico, misurato attraverso indicatori quali ricchezza, reddito, istruzione e occupazione, rappresenta uno dei principali determinanti dell'accesso alle cure e dello stato di salute degli individui. Indipendentemente dall'indicatore utilizzato per definire la posizione sociale, si osserva una relazione inversa tra le risorse socioeconomiche disponibili e il rischio di mortalità: quest'ultimo tende ad aumentare con l'intensificarsi della deprivazione (Bruno *et al.* 2018).

La Figura 4.2, che ancora una volta si riferisce ai dati più recenti pubblicati da Eurostat (2024), mostra la distribuzione dei bisogni sanitari insoddisfatti nella popolazione europea, suddivisa per quintili di reddito. L'analisi si concentra sul fattore economico, identificato come una delle principali cause del mancato accesso ai servizi sanitari nell'Unione Europea, e ne esplora la correlazione con il livello di reddito. Per semplificare la lettura, sono riportati solo i dati relativi ai quintili di reddito minimo, mediano e massimo.

Figura 4.2 Quota di persone di 16 anni o più che dichiarano bisogni insoddisfatti di visite mediche o trattamenti a causa del costo troppo elevato, per quintile di reddito, 2023



Fonte: Eurostat

In generale, per l'Italia, si conferma una tendenza coerente con la media europea: all'aumentare del reddito, diminuisce la probabilità di riportare bisogni medici insoddisfatti per motivi economici. Le percentuali più elevate si concentrano tra gli individui appartenenti al primo quintile di reddito, mentre quelle più basse si registrano nel quinto quintile. Il terzo quintile mostra valori intermedi. Nel 2023, in media, in Europa, il 2,2% delle persone di età pari o superiore a 16 anni appartenenti al primo quintile (cioè il 20% della popolazione con il reddito più basso) ha dichiarato di non aver potuto accedere alle cure necessarie a causa dei costi. Tale percentuale si riduce allo 0,9% nel terzo quintile e scende ulteriormente allo 0,2% tra i soggetti appartenenti al quinto quintile, ossia il 20% della popolazione con il reddito più elevato. Il divario più marcato è stato osservato in Lettonia, dove si registra una differenza del 5,1% tra il primo e il quinto quintile di reddito. L'Italia presenta un livello di disuguaglianza superiore alla media europea: il 2,9% delle persone appartenenti al primo quintile ha riferito di non aver potuto accedere alle cure necessarie per motivi economici, rispetto allo 0,2% rilevato nel quinto quintile.

4.3 Equità orizzontale e disuguaglianza di accesso ai servizi sanitari

Un sistema sanitario equo in senso orizzontale è essenzialmente un sistema in cui è garantita la possibilità di accedere in egual misura alle prestazioni sanitarie a parità di bisogno senza distinzioni dovute allo stato socioeconomico.

Un metodo intuitivo per misurare il grado di equità orizzontale è il calcolo dell'indice di concentrazione nell'accesso alle prestazioni sanitarie. L'indice di concentrazione misura la magnitudine della disuguaglianza ed è uno strumento utile per confrontare regioni, macroaree, dal più al meno diseguale (O'Donnell *et al.* 2008; Leigh *et al.* 2009).

4.3.1 Metodologia

4.3.1.1 Dati

L'analisi delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari è stata condotta utilizzando i dati individuali provenienti dalla più recente indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della Vita Quotidiana" (AVQ) (cfr. *sidebar*), parte del Sistema di Indagini Sociali Multiscopo dell'ISTAT, realizzata nel 2023 (ISTAT 2023). L'indagine, condotta con cadenza annuale, coinvolge circa 25.000 famiglie e oltre 50.000 individui di età compresa tra 0 e oltre 75 anni, attribuendo a ciascuna unità campionaria un peso statistico al fine di garantire la rappresentatività dei risultati rispetto all'intera popolazione italiana. L'analisi presentata in questo esercizio si riferisce esclusivamente alla popolazione adulta, ovvero agli individui di età superiore ai 18 anni. Il campione include 28.561 osservazioni.

4.3.1.2 Misurare la disuguaglianza: l'Indice di Concentrazione

L'indice di concentrazione che verrà utilizzato in questo capitolo è stimato con il metodo proposto da Wagstaff e Van Doorslaer (2000) e con la standardizzazione indiretta che corregge l'indice dalle differenze demografiche e dalle condizioni di salute individuale (noti in letteratura come "*need*"). In sintesi, l'indice standardizzato consente di verificare se, tra persone dello stesso sesso e della stessa età, con lo stesso bisogno di cure, ma caratterizzate da stato socioeconomico diverso, si osservano probabilità diseguali in termini di accesso ai servizi sanitari. L'indice di concentrazione assume valori compresi tra -1 e $+1$. La sua magnitudine descrive l'intensità della relazione, mentre il segno ne indica la direzione, ossia la relazione tra la variabile che misura l'accesso alle prestazioni sanitarie e la posizione della popolazione ordinata secondo una misura di reddito o ricchezza. In altre parole, valori negativi dell'indice indicano che la disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari è a favore della popolazione con uno stato socioeconomico basso; al contrario, valori positivi segnalano una disuguaglianza a favore della popolazione con uno stato socioeconomico elevato. Un valore dell'indice uguale a zero indica la perfetta eguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione. L'indice di concentrazione si basa sulla seguente equazione:

$$C(y) = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n y_i R_i - 1 = \frac{2}{\mu} \text{cov}(y_i, R_i) \quad (1)$$

Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana (fonte ISTAT)

L'indagine campionaria AVQ, di tipo cross-section, è parte integrante del sistema integrato delle Indagini Multiscopo sulle Famiglie promosso dall'ISTAT. Realizzata con cadenza annuale a partire dal 1993, l'indagine raccoglie informazioni fondamentali sulla vita quotidiana degli individui e delle famiglie, con l'obiettivo di descrivere abitudini, condizioni di vita, livelli di soddisfazione rispetto ai servizi pubblici e problematiche che influenzano la qualità della vita.

I temi oggetto di rilevazione comprendono istruzione, lavoro, vita familiare e relazionale, caratteristiche dell'abitazione e del contesto territoriale, tempo libero, partecipazione sociale e politica, salute e stili di vita. L'indagine è inclusa nel Programma Statistico Nazionale, che definisce il quadro delle rilevazioni statistiche di interesse pubblico.

Il campione è composto da circa 25.000 famiglie residenti in circa 840 comuni italiani, selezionate tramite campionamento casuale stratificato a partire dalle liste anagrafiche comunali, con l'obiettivo di garantire la rappresentatività della popolazione residente.

La raccolta dei dati avviene attraverso una tecnica mista: CAWI (*Computer-Assisted Web Interviewing*), con compilazione autonoma online, e PAPI (*Paper and Pencil Interviewing*), con intervista diretta condotta da un rilevatore. Il questionario si articola in tre sezioni principali: una scheda generale con informazioni sociodemografiche su tutti i membri del nucleo familiare, un questionario familiare e un questionario individuale. Nella modalità PAPI, le informazioni vengono raccolte mediante due strumenti: un questionario "rosa", somministrato dall'intervistatore, e un questionario "verde", compilato autonomamente dai singoli componenti.

I principali risultati dell'indagine sono disponibili sul sito dell'ISTAT attraverso il data warehouse I.Stat, nonché in report tematici relativi a opinioni dei cittadini, salute e sanità, cultura, tempo libero e partecipazione sociale. I dati sono inoltre pubblicati nei volumi di sintesi statistica dell'ISTAT, quali il *Rapporto annuale*, l'*Annuario statistico italiano*, *Noi Italia* e *Italia in cifre*. I microdati elementari, privi di qualsiasi elemento identificativo, sono accessibili gratuitamente per fini di ricerca scientifica.

dove μ rappresenta il comportamento medio nel campione in termini di accesso ai servizi sanitari, n è la numerosità campionaria, y è l'indicatore che cattura l'accesso ai servizi i , R_i indica la posizione (*rank*) di ciascun individuo rispetto a una misura di reddito/ricchezza.

Ai fini dell'analisi sono state utilizzate quattro misure binarie di accesso alle prestazioni sanitarie, nello specifico: esami del sangue, accesso al Pronto Soccorso, accertamenti specialistici, accesso alle visite specialistiche.

- Gli esami del sangue indicano se l'intervistato si sia sottoposto o meno, negli ultimi dodici mesi, ad analisi ematochimiche, come parte del monitoraggio del proprio stato di salute o su prescrizione del medico.

- Il ricorso al Pronto Soccorso considera se l'intervistato abbia fatto accesso almeno una volta a un servizio di Pronto Soccorso, per qualunque motivo, nei tre mesi precedenti all'intervista.
- Gli accertamenti specialistici fanno riferimento all'aver effettuato o meno, nei dodici mesi precedenti all'intervista, esami diagnostici o strumentali (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettro-encefalogramma, pap test o altri accertamenti) su indicazione medica.
- L'accesso alle visite specialistiche riguarda l'aver consultato o meno, nel corso dei dodici mesi antecedenti all'intervista, un medico specialista (es. cardiologo, pneumologo, gastroenterologo, diabetologo o endocrinologo, dermatologo, neurologo, oculista, otorinolaringoiatra, reumatologo o fisiatra, ortopedico, ecc.).

Poiché le variabili che misurano l'accesso ai servizi sanitari sono binarie, ossia definite tra 0 e 1, è stata adottata la versione corretta dell'indice di concentrazione proposta da Erreygers (2009). Quando si analizzano disuguaglianze rispetto a una variabile binaria (es. accesso/non accesso a un servizio), l'indice di concentrazione standard può produrre risultati distorti, poiché non rispetta la cosiddetta *mirror property*. Tale proprietà richiede che, se si inverte la codifica della variabile (es. da "ha accesso" a "non ha accesso"), l'indice cambi solo di segno, ma non di valore assoluto. Per ovviare a questo problema si utilizza la correzione di Erreygers, che adatta l'indice di concentrazione al caso di variabili con un range limitato (come le binarie), garantendo risultati coerenti e confrontabili. In altre parole, la correzione assicura che le misure di disuguaglianza siano simmetriche rispetto alla definizione della variabile analizzata. La correzione è definita come segue:

$$E(Y) = \frac{4\mu}{(b_n - a_n)} C(Y) \quad (2)$$

Dove b_n e a_n rappresentano, rispettivamente, il minimo e il massimo dell'indicatore di accesso ai servizi sanitari (nel nostro caso 0 e 1), μ è la media della variabile che misura l'accesso ai servizi sanitari nel campione e $C(Y)$ è l'indice di concentrazione specificato in (1).

Wagstaff *et al.* (2003) hanno evidenziato che l'indice di concentrazione può essere stimato attraverso un modello di regressione. In questo capitolo, si propone l'analisi dei determinanti dell'accesso ai servizi sanitari mediante un modello di regressione probit, in cui la variabile dipendente è binaria e assume valore pari a uno se il rispondente dichiara di avere avuto accesso ai servizi sanitari, e zero in caso contrario. Il modello (non riportato per brevità, disponibile presso l'autore) utilizza un insieme di variabili esplicative per controllare le differenze territoriali e le caratteristiche individuali, tra cui età, sesso, Regione di residenza, stato civile, livello di istruzione, condizione occupazionale e stato di salute.

Nell'ambito dell'Indagine Multiscopo AVQ, per la popolazione adulta, l'età è rilevata in coorti quinquennali. In questo esercizio è stata costruita una variabile dicotomica che assume valore 1 se l'intervistato ha più di 65 anni di età. Questa scelta riflette l'ipotesi che l'invecchiamento della popolazione possa essere associato a un progressivo deterioramento dello stato di salute e alla comparsa di patologie croniche multiple (multimorbidità), fattori che possono incidere significativamente sia sulla domanda di salute, sia sull'accesso ai servizi sanitari. In effetti, i consumi sanitari tendono ad aumentare con l'età, e la curva dei consumi sanitari per età assume tipicamente una forma a "J": dopo un primo picco nei primi anni di vita, i consumi rimangono relativamente bassi in età adulta per poi aumentare in modo marcato nella fase anziana, in concomitanza con il peggioramento delle condizioni di salute (Gabriele *et al.* 2006; Roig 2006). Per la variabile sesso, la categoria di riferimento è rappresentata dal genere femminile. Lo stato civile è modellato mediante variabili dicotomiche che distinguono tra: coniugato/a (categoria di riferimento), divorziato/a o separato/a, vedovo/a e mai sposato/a. Il livello di istruzione è classificato in quattro categorie: basso (nessun titolo, scuola primaria), medio-basso (scuola secondaria inferiore), medio-alto (diploma di scuola secondaria superiore, categoria di riferimento) e alto (laurea o titolo post-laurea). La condizione occupazionale è distinta in tre gruppi: occupato (categoria di riferimento), disoccupato e inattivo.

Poiché l'indagine Multiscopo AVQ non rileva misure dirette di reddito/ricchezza, si è fatto ricorso a proxy della ricchezza familiare per stimarne indirettamente il livello. Le variabili considerate includono: il possesso dell'abitazione, il numero di stanze per componente del nucleo familiare, la presenza di terrazzo o giardino, la disponibilità di uno o più box auto di proprietà, la presenza di collaboratori domestici, l'impianto di climatizzazione, la connessione Wi-Fi, il numero di automobili possedute. Tali indicatori sono selezionati in coerenza con quanto proposto da Vyas e Kumaranayake (2006) e O'Donnell *et al.* (2008) per la costruzione di misure patrimoniali basate su beni e caratteristiche abitative. Per sintetizzare queste informazioni in un indicatore continuo e unidimensionale della ricchezza, è stato estratto il primo fattore comune da una matrice di correlazione stimata mediante correlazioni policoriche, calcolate a partire dalle variabili categoriali sopra menzionate (Olsson 1979). Il punteggio fattoriale ottenuto rappresenta una misura sintetica del patrimonio familiare, successivamente standardizzata su una scala da 0 a 1, al fine di facilitarne l'interpretazione e l'impiego comparativo in analisi successive.

Infine, nel modello, per misurare i cosiddetti "need", è stato inserito un indicatore binario relativo alla presenza di *malattie croniche*, quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, ictus, diabete, malattie polmonari croniche, asma, artrite, osteoporosi, tumori, ulcera peptica, morbo di Parkinson, cataratta, frattura dell'anca o altre condizioni analoghe. In particolare, è stata definita una variabile che assume valore 1 se l'intervistato dichiara di soffrire di almeno una di queste patologie.

È stato inoltre adottato un indicatore di salute percepita (*self-assessed health, SAH*), in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Alla domanda "Come giudicherebbe la sua salute in generale?", gli intervistati hanno espresso una valutazione su una scala verbale a cinque livelli: molto cattiva, cattiva, né

buona né cattiva, buona, molto buona. Pur trattandosi di una misura soggettiva, la SAH si è dimostrata un valido predittore sia dello stato di salute fisica e mentale sia della probabilità di ricorso futuro ai servizi sanitari, come evidenziato dalla letteratura empirica (Di Novi 2010; Di Novi *et al.* 2024). A partire da tale indicatore è stata costruita una variabile dicotomica che assume valore pari a 1 nel caso in cui l'intervistato dichiara un livello di salute buono o molto buono.

4.3.1.3 Misurare l'Inequità: l'Indice di Concentrazione Standardizzato

Per misurare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari attribuibili esclusivamente a fattori non demografici, viene calcolato un indice di concentrazione standardizzato in modo indiretto. La standardizzazione rispetto ad età, genere, e livello di bisogno ("need") consente di isolare la componente potenzialmente evitabile della disuguaglianza, ovvero l'inequità nell'accesso alle cure (O'Donnell *et al.* 2008). In questo modo è possibile verificare se, a parità di caratteristiche demografiche e di bisogno, i gruppi socioeconomicamente più avvantaggiati beneficiano di un accesso maggiore ai servizi sanitari. L'inequità orizzontale che ne deriva, positiva o negativa, rappresenta la quota di disuguaglianza non attribuibile a fattori biologici o inevitabili e, pertanto, interpretabile come non giustificata.

L'indice ENA (*Erreygers Need Adjusted*), è calcolato sottraendo la variazione dovuta a fattori demografici e di salute dallo stato effettivo di accesso ai servizi sanitari. La distribuzione del risultato rispetto alla ricchezza può quindi essere interpretata come l'accesso ai servizi sanitari atteso per un individuo in assenza di differenze demografiche e di salute. Un valore negativo dell'indice ENA indica una concentrazione tra i più poveri (*inequità pro-poor*), mentre un valore positivo segnala una concentrazione tra i più ricchi (*inequità pro-rich*).

4.4 Risultati

La Tabella 4.1 riporta un'analisi descrittiva delle variabili incluse nel modello, indicando medie campionarie e deviazioni standard. Circa il 56% del campione (53% donne, 31% con età superiore ai 65 anni) ha dichiarato di essersi sottoposto, nei dodici mesi precedenti l'intervista, a un esame del sangue; il 40% ha effettuato esami diagnostici o strumentali (quali radiografie, ecografie, TAC, risonanze magnetiche o endoscopie) su indicazione medica; il 45% ha avuto accesso a visite specialistiche nello stesso arco temporale; mentre circa il 6% ha riferito di essersi recato al Pronto Soccorso nei tre mesi precedenti l'intervista. Circa il 63% del campione ha riportato un livello di salute buono o molto buono, e il 34% di soffrire di almeno una malattia cronica.

La Tabella 4.2 mostra l'indice di concentrazione ENA (*Erreygers Need Adjusted*), stimato sia a livello nazionale sia disaggregato per ciascuna Regione. I risultati numerici sono inoltre rappresentati in forma grafica negli istogrammi delle Figure 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6, che evidenziano il dato nazionale e quelli delle singole regioni. L'indice di concentrazione, come mostrato nelle figure, varia in un range teorico compreso tra -1 e +1: valori negativi indicano una disuguaglianza *pro-poor* (maggiore utilizzo da parte dei gruppi socioeconomicamente svantaggiati), mentre valori positivi corrispondono a una disuguaglianza *pro-rich* (maggiore utilizzo da parte dei gruppi più abbienti).

Tabella 4.1 Statistiche descrittive

Variabili	Media	Dev. Standard
<i>Variabili outcome</i>		
esami del sangue	0,555	0,497
accesso al Pronto Soccorso	0,064	0,245
accertamenti	0,404	0,491
visita specialistica	0,451	0,498
<i>Variabili demografiche</i>		
anziano	0,313	0,464
femmina	0,53	0,499
<i>Variabili demografiche</i>		
SAH - salute percepita	0,625	0,484
malattie croniche	0,337	0,473
<i>Variabili socioeconomiche</i>		
single	0,311	0,463
separato o divorziato	0,091	0,288
vedovo	0,1	0,3
laurea o post laurea	0,191	0,393
scuola secondaria superiore	0,411	0,492
scuola secondaria inferiore	0,26	0,439
scuola elementare o no istruzione	0,139	0,345
occupato	0,452	0,498
disoccupato	0,087	0,283
inattivo	0,461	0,498
<i>Regione di residenza</i>		
Abruzzo	0,04	0,197
Basilicata	0,029	0,167
Calabria	0,047	0,213
Campania	0,069	0,253
Emilia-Romagna	0,056	0,231
Friuli-Venezia Giulia	0,039	0,194
Lazio	0,06	0,237
Liguria	0,041	0,197
Lombardia	0,099	0,299
Marche	0,04	0,196
Molise	0,026	0,159
Piemonte	0,076	0,265
Puglia	0,054	0,227

Sardegna	0,039	0,194
Sicilia	0,061	0,239
Toscana	0,06	0,237
Trentino-Alto Adige	0,055	0,228
Umbria	0,029	0,168
Valle d'Aosta	0,021	0,144
Veneto	0,058	0,234
N	28,561	

Fonte: elaborazione dati ISTAT, AVQ

Tabella 4.2 Indice di Concentrazione ENA (Erregeyers Need Adjusted)

Regioni	Ricorso al Pronto Soccorso	Accesso alle visite specialistiche	Accertamenti specialistici	Esami del sangue
Abruzzo	-0,008	0,076	0,060	0,023
Basilicata	0,001	0,087	0,044	-0,014
Calabria	0,004	0,208	0,101	0,084
Campania	0,001	0,064	0,090	0,065
Emilia-Romagna	-0,013	0,090	0,125	0,039
Friuli-Venezia Giulia	-0,031	0,067	0,079	-0,021
Lazio	-0,021	0,084	0,107	0,085
Liguria	0,030	0,048	0,085	0,030
Lombardia	0,001	0,094	0,121	0,098
Marche	0,004	0,078	0,127	0,026
Molise	-0,043	-0,004	0,055	0,022
Piemonte	-0,040	0,118	0,087	0,079
Puglia	0,010	0,120	0,095	0,090
Sardegna	-0,004	0,103	0,123	0,049
Sicilia	-0,025		0,068	0,071
Toscana	0,008	0,122	0,131	0,070
Trentino-Alto Adige	-0,005	0,057	0,090	0,051
Umbria	0,007	0,068	0,036	0,111
Valle d'Aosta	-0,021	-0,018	0,036	-0,054
Veneto	0,033	0,012	0,028	0,019
Italia	0,000	0,104	0,114	0,038
<i>Nota. I coefficienti evidenziati in grassetto sono statisticamente significativi ai consueti livelli di confidenza ($p < 0,05$ o $p < 0,01$)</i>				

Fonte: elaborazione dati ISTAT, AVQ

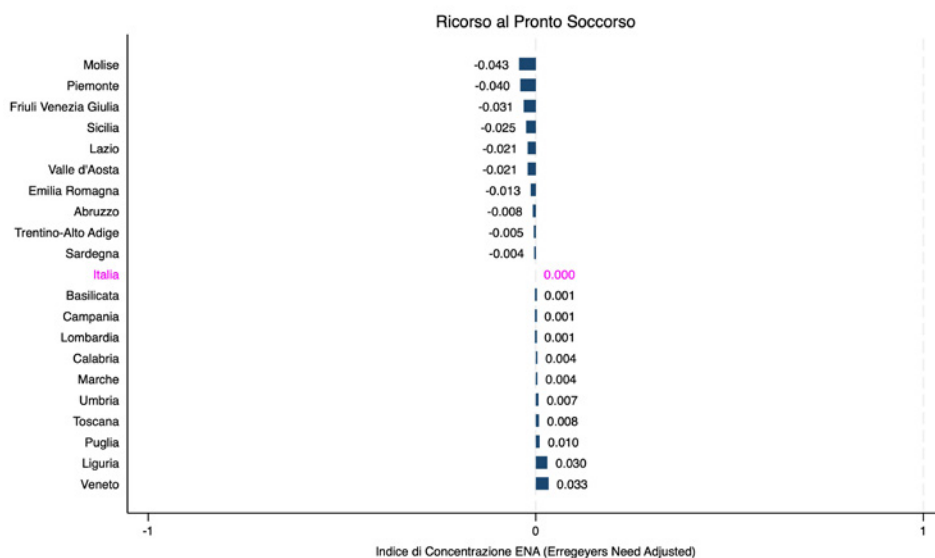
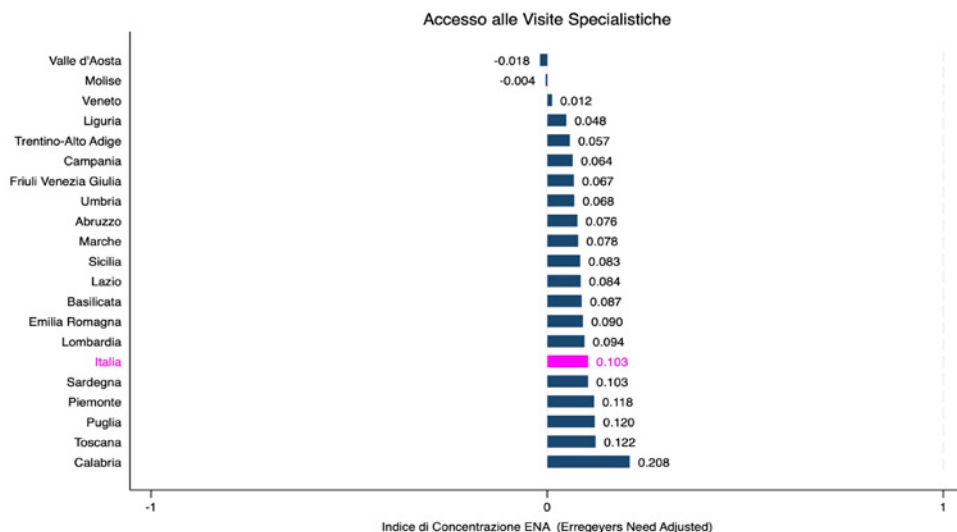
Figura 4.3 Diseguaglianza nel ricorso al Pronto Soccorso**Figura 4.4 Diseguaglianza nell'accesso alle visite specialistiche**

Figura 4.5 Diseguaglianza nell’accesso ad accertamenti specialistici

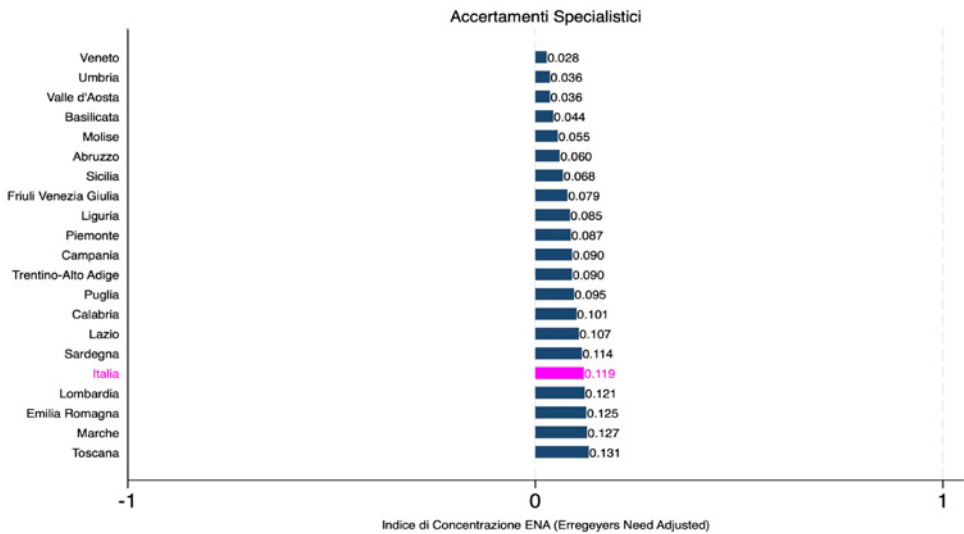
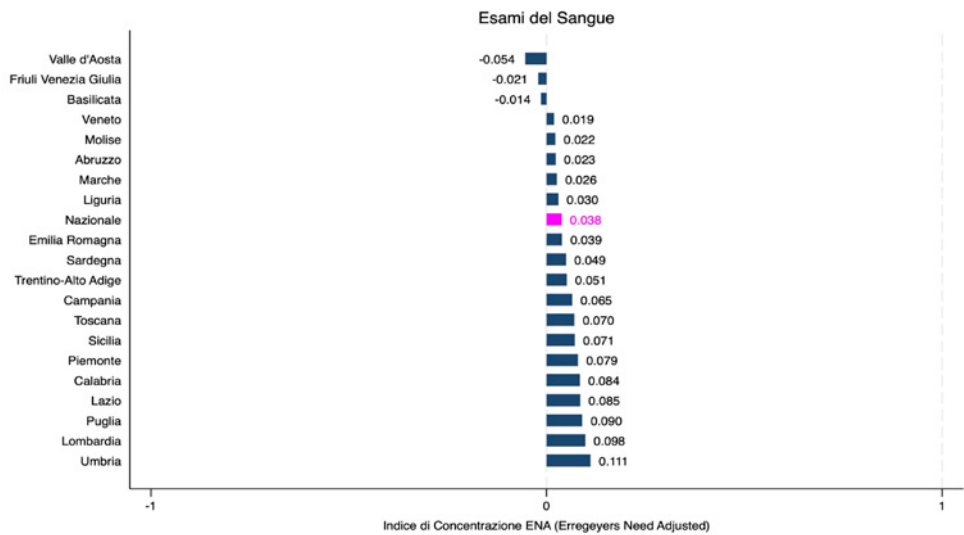


Figura 4.6 Diseguaglianza nell’accesso a esami del sangue



Nel complesso, emerge un quadro relativamente coerente con la letteratura precedente: i valori dell'indice, quando statisticamente significativi (nella Tabella 4.2 i coefficienti in grassetto risultano tali ai consueti livelli di confidenza, $p\text{-value} < 0,05$ o $p\text{-value} < 0,01$), sono prevalentemente positivi in tre servizi sanitari su quattro, segnalando dunque una disuguaglianza a favore dei gruppi più abbienti (*pro-rich*). Ciò riguarda in particolare sia l'accesso ai servizi sanitari preventivi sia alle visite e agli accertamenti specialistici, dove gli individui con status socioeconomico più elevato risultano più propensi a sottoporsi a esami del sangue, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, nonostante il carattere universalistico del SSN. La disuguaglianza è più marcata per l'accesso alle visite specialistiche, con picchi osservati in alcune regioni, come la Calabria (ENA pari a 0,20). Anche gli accertamenti diagnostici presentano valori positivi, sebbene leggermente più contenuti: Lombardia, Emilia-Romagna e Sardegna riportano un ENA superiore a 0,12, comunque maggiore del valore nazionale. Pur trattandosi di indici con una magnitudine relativamente bassa e vicina allo zero, tale disparità assume rilievo, poiché l'accesso alle prestazioni preventive e specialistiche rappresenta un determinante cruciale per ridurre il rischio di complicanze e migliorare la prognosi. L'ineguale fruizione di questi servizi rischia quindi di amplificare le differenze di salute tra gruppi sociali, rendendo necessarie politiche mirate a favorire un accesso più equo, soprattutto per le popolazioni più vulnerabili.

Un'eccezione a questo pattern si riscontra nell'utilizzo del Pronto Soccorso. A livello nazionale, l'indice si colloca in prossimità dello zero e non mostra significatività statistica, riflettendo una sostanziale equità nell'accesso. A livello regionale, una disuguaglianza *pro-poor* emerge solo in pochi casi: è significativa unicamente in Piemonte e Molise, entrambi con un valore dell'ENA intorno a 0,04, dunque comunque prossimo allo zero. Fa eccezione il Veneto, che presenta invece un indice *pro-rich*, anch'esso tuttavia di entità trascurabile e vicino allo zero (0,033). È interessante sottolineare come questa dinamica confermi che il Pronto Soccorso, accessibile senza costi diretti e senza barriere burocratiche, rappresenti talvolta un canale privilegiato per i gruppi sociali più vulnerabili, spesso caratterizzati da peggiori condizioni di salute e da una minore possibilità di accedere a cure programmate: l'accesso diretto e immediato al Pronto Soccorso ne fa un servizio compensativo, soprattutto per chi incontra ostacoli nell'assistenza territoriale.

Nel complesso, la disuguaglianza misurata, pur essendo quasi sempre prossima allo zero, evidenzia pattern ricorrenti che mettono in luce la tensione tra universalismo formale del sistema sanitario e persistenti differenze sostanziali. Questo risultato riflette l'impianto del modello Beveridge su cui si fonda il SSN, che sancisce il diritto alla salute come diritto fondamentale e da garantire senza distinzione di condizioni individuali o sociali. Tuttavia, anche valori piccoli ma sistematicamente *pro-rich* nei servizi di prevenzione e nelle cure specialistiche costituiscono un segnale da monitorare con attenzione, poiché possono consolidarsi nel tempo e minare la capacità del sistema di garantire equità.

In sintesi, i risultati evidenziano come, pur in presenza di un sistema universalistico, permangano differenze nell'accesso ai servizi che tendono a favorire i gruppi socioeconomicamente più avvantaggiati, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione e le

cure specialistiche. Questi pattern, seppur di entità contenuta, indicano la necessità di politiche sanitarie mirate a ridurre le barriere organizzative, informative e territoriali, garantendo una più equa fruizione dei servizi. Intervenire su tali disuguaglianze non solo rappresenta un obiettivo di giustizia sociale, ma costituisce anche una condizione imprescindibile per migliorare l'efficienza complessiva del sistema e la salute della popolazione nel lungo periodo.

4.5 Liste d'attesa e costi come fattori di disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari

Dalle precedenti analisi emerge chiaramente che i due servizi caratterizzati da una disuguaglianza più marcata, sia a livello nazionale sia regionale, sono l'accesso alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici. Per questi due servizi sanitari, sono state incluse due domande specifiche del questionario AVQ, mirate a indagare gli ostacoli riconducibili all'organizzazione e al funzionamento del sistema sanitario, quali costi eccessivi, distanza dai servizi o lunghe liste di attesa, come già accennato all'inizio del capitolo. Le domande utilizzate sono le seguenti.

- *Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno? Se sì, per quale motivo?*
- *Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche esame specialistico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler o altri accertamenti) pur avendone bisogno? Se sì, per quale motivo?*

Le possibili motivazioni di rinuncia includevano:

1. impossibilità di sostenere i costi (costi elevati);
2. tempi di attesa troppo lunghi (lunghe liste di attesa);
3. difficoltà logistiche (distanza della struttura, carenza di trasporti, orari scomodi);
4. altre ragioni (tra cui impossibilità di assentarsi dal lavoro, necessità di accudire figli o altre persone, ecc.).

La Tabella 4.3A mostra che, in media, il 10% degli intervistati ha dovuto rinunciare a una visita specialistica pur avendone bisogno, mentre circa il 6% ha rinunciato a un esame diagnostico. Le percentuali risultano più elevate nelle regioni del Sud, con l'eccezione del Piemonte per le visite specialistiche e del Piemonte e della Liguria per gli accertamenti.

Tabella 4.3A Intervistati che rinunciano ad accertamenti e visite specialistiche (%)

Regione	Variabili	Media	Dev. standard
Abruzzo	rinuncia accertamenti	0,084	0,278
	rinuncia visita specialista	0,115	0,319
Basilicata	rinuncia accertamenti	0,064	0,246
	rinuncia visita specialista	0,107	0,309
Calabria	rinuncia accertamenti	0,058	0,233
	rinuncia visita specialista	0,098	0,298

Campania	rinuncia accertamenti	0,059	0,236
	rinuncia visita specialista	0,089	0,284
Emilia-Romagna	rinuncia accertamenti	0,042	0,2
	rinuncia visita specialista	0,078	0,269
Friuli-Venezia Giulia	rinuncia accertamenti	0,039	0,194
	rinuncia visita specialista	0,065	0,247
Lazio	rinuncia accertamenti	0,098	0,297
	rinuncia visita specialista	0,141	0,348
Liguria	rinuncia accertamenti	0,064	0,245
	rinuncia visita specialista	0,096	0,295
Lombardia	rinuncia accertamenti	0,053	0,223
	rinuncia visita specialista	0,095	0,293
Marche	rinuncia accertamenti	0,084	0,277
	rinuncia visita specialista	0,119	0,324
Molise	rinuncia accertamenti	0,078	0,269
	rinuncia visita specialista	0,121	0,327
Piemonte	rinuncia accertamenti	0,064	0,245
	rinuncia visita specialista	0,114	0,318
Puglia	rinuncia accertamenti	0,067	0,25
	rinuncia visita specialista	0,118	0,322
Sardegna	rinuncia accertamenti	0,101	0,301
	rinuncia visita specialista	0,16	0,367
Sicilia	rinuncia accertamenti	0,059	0,236
	rinuncia visita specialista	0,083	0,277
Toscana	rinuncia accertamenti	0,045	0,208
	rinuncia visita specialista	0,075	0,264
Trentino-Alto Adige	rinuncia accertamenti	0,046	0,211
	rinuncia visita specialista	0,074	0,262
Umbria	rinuncia accertamenti	0,073	0,261
	rinuncia visita specialista	0,104	0,306
Valle d'Aosta	rinuncia accertamenti	0,028	0,165
	rinuncia visita specialista	0,074	0,262
Veneto	rinuncia accertamenti	0,047	0,213
	rinuncia visita specialista	0,098	0,297
Italia	rinuncia visita specialista	0,1	0,3
	rinuncia accertamenti	0,062	0,242

La Tabella 4.3B mostra i dati nazionali suddivisi per quintili di ricchezza. Come è possibile osservare, e come ci si potrebbe aspettare, la percentuale di rinunce diminuisce al crescere del livello di ricchezza. In particolare, circa il 12% degli individui del primo quintile di ricchezza rinuncia alle visite specialistiche, contro circa l'8% del quinto quintile. Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, le rinunce sono pari al 7,5% nel primo quintile e al 5% nel quinto quintile.

Tabella 4.3B Intervistati che rinunciano ad accertamenti e visite specialistiche (%) per quintili di ricchezza

Quintili di ricchezza	Variabili	Media	Dev. standard
Primo quintile	rinuncia accertamenti	0,119	0,323
	rinuncia visita specialista	0,075	0,263
Secondo quintile	rinuncia accertamenti	0,107	0,309
	rinuncia visita specialista	0,068	0,252
Terzo quintile	rinuncia accertamenti	0,104	0,305
	rinuncia visita specialista	0,064	0,245
Quarto quintile	rinuncia accertamenti	0,094	0,292
	rinuncia visita specialista	0,052	0,222
Quinto quintile	rinuncia accertamenti	0,078	0,268
	rinuncia visita specialista	0,050	0,217

La Tabella 4.4 approfondisce le cause della rinuncia alle visite specialistiche, mentre la Tabella 4.5 analizza quelle relative agli accertamenti diagnostici.

Tabella 4.4 Intervistati che rinunciano a visite specialistiche (%): le ragioni della rinuncia

Regione	Variabili	Media	Dev. standard
Abruzzo	costi eccessivi	0,53	0,501
	distanza dei servizi	0,114	0,319
	lunghe liste d'attesa	0,402	0,492
	altro	0,25	0,435
Basilicata	costi eccessivi	0,432	0,498
	distanza dei servizi	0,159	0,368
	lunghe liste d'attesa	0,455	0,501
	altro	0,25	0,435
Calabria	costi eccessivi	0,556	0,499
	distanza dei servizi	0,165	0,373
	lunghe liste d'attesa	0,398	0,491
	altro	0,143	0,351

Campania	costi eccessivi	0,638	0,482
	distanza dei servizi	0,057	0,233
	lunghe liste d'attesa	0,322	0,469
	altro	0,241	0,429
Emilia-Romagna	costi eccessivi	0,405	0,493
	distanza dei servizi	0,079	0,271
	lunghe liste d'attesa	0,429	0,497
	altro	0,31	0,464
Friuli-Venezia Giulia	costi eccessivi	0,356	0,482
	distanza dei servizi	0,082	0,277
	lunghe liste d'attesa	0,452	0,501
	altro	0,315	0,468
Lazio	costi eccessivi	0,515	0,501
	distanza dei servizi	0,083	0,276
	lunghe liste d'attesa	0,477	0,501
	altro	0,22	0,415
Liguria	costi eccessivi	0,351	0,48
	distanza dei servizi	0,099	0,3
	lunghe liste d'attesa	0,459	0,501
	altro	0,252	0,436
Lombardia	costi eccessivi	0,336	0,473
	distanza dei servizi	0,119	0,325
	lunghe liste d'attesa	0,534	0,5
	altro	0,284	0,452
Marche	costi eccessivi	0,625	0,486
	distanza dei servizi	0,081	0,274
	lunghe liste d'attesa	0,537	0,5
	altro	0,11	0,314
Molise	costi eccessivi	0,6	0,493
	distanza dei servizi	0,178	0,384
	lunghe liste d'attesa	0,378	0,488
	altro	0,211	0,41
Piemonte	costi eccessivi	0,47	0,5
	distanza dei servizi	0,081	0,273
	lunghe liste d'attesa	0,555	0,498
	altro	0,211	0,409

Puglia	costi eccessivi	0,557	0,498
	distanza dei servizi	0,104	0,306
	lunghe liste d'attesa	0,525	0,501
	altro	0,208	0,407
Sardegna	costi eccessivi	0,43	0,496
	distanza dei servizi	0,128	0,336
	lunghe liste d'attesa	0,62	0,487
	altro	0,151	0,359
Sicilia	costi eccessivi	0,483	0,501
	distanza dei servizi	0,083	0,276
	lunghe liste d'attesa	0,524	0,501
	altro	0,11	0,314
Toscana	costi eccessivi	0,516	0,502
	distanza dei servizi	0,133	0,341
	lunghe liste d'attesa	0,438	0,498
	altro	0,25	0,435
Trentino-Alto Adige	costi eccessivi	0,224	0,419
	distanza dei servizi	0,121	0,327
	lunghe liste d'attesa	0,707	0,457
	altro	0,216	0,413
Umbria	costi eccessivi	0,333	0,474
	distanza dei servizi	0,161	0,37
	lunghe liste d'attesa	0,678	0,47
	altro	0,126	0,334
Valle d'Aosta	costi eccessivi	0,489	0,506
	distanza dei servizi	0,111	0,318
	lunghe liste d'attesa	0,444	0,503
	altro	0,289	0,458
Veneto	costi eccessivi	0,411	0,494
	distanza dei servizi	0,11	0,314
	lunghe liste d'attesa	0,552	0,499
	altro	0,264	0,442
Italia	costi eccessivi	0,467	0,498
	distanza dei servizi	0,108	0,31
	lunghe liste d'attesa	0,50	0,50
	altro	0,218	0,413

Tabella 4.5 Intervistati che rinunciano agli accertamenti (%): le ragioni della rinuncia

Regione	Variabili	Media	Dev. standard
Abruzzo	costi eccessivi	0,505	0,503
	distanza dei servizi	0,113	0,319
	lunghe liste d'attesa	0,454	0,5
	altro	0,216	0,414
Basilicata	costi eccessivi	0,302	0,463
	distanza dei servizi	0,094	0,295
	lunghe liste d'attesa	0,491	0,505
	altro	0,245	0,434
Calabria	costi eccessivi	0,59	0,495
	distanza dei servizi	0,141	0,35
	lunghe liste d'attesa	0,449	0,501
	altro	0,128	0,336
Campania	costi eccessivi	0,698	0,461
	distanza dei servizi	0,043	0,204
	lunghe liste d'attesa	0,284	0,453
	altro	0,164	0,372
Emilia-Romagna	costi eccessivi	0,373	0,487
	distanza dei servizi	0,09	0,288
	lunghe liste d'attesa	0,478	0,503
	altro	0,254	0,438
Friuli-Venezia Giulia	costi eccessivi	0,318	0,471
	distanza dei servizi	0,091	0,291
	lunghe liste d'attesa	0,432	0,501
	altro	0,205	0,408
Lazio	costi eccessivi	0,545	0,499
	distanza dei servizi	0,066	0,249
	lunghe liste d'attesa	0,515	0,501
	altro	0,138	0,346
Liguria	costi eccessivi	0,216	0,414
	distanza dei servizi	0,122	0,329
	lunghe liste d'attesa	0,541	0,502
	altro	0,189	0,394
Lombardia	costi eccessivi	0,342	0,476
	distanza dei servizi	0,121	0,327
	lunghe liste d'attesa	0,617	0,488
	altro	0,242	0,43

Marche	costi eccessivi	0,573	0,497
	distanza dei servizi	0,094	0,293
	lunghe liste d'attesa	0,615	0,489
	altro	0,094	0,293
Molise	costi eccessivi	0,517	0,504
	distanza dei servizi	0,121	0,329
	lunghe liste d'attesa	0,448	0,502
	altro	0,241	0,432
Piemonte	costi eccessivi	0,453	0,5
	distanza dei servizi	0,122	0,329
	lunghe liste d'attesa	0,547	0,5
	altro	0,158	0,366
Puglia	costi eccessivi	0,558	0,499
	distanza dei servizi	0,115	0,321
	lunghe liste d'attesa	0,577	0,496
	altro	0,163	0,372
Sardegna	costi eccessivi	0,425	0,497
	distanza dei servizi	0,124	0,331
	lunghe liste d'attesa	0,646	0,48
	altro	0,159	0,368
Sicilia	costi eccessivi	0,456	0,501
	distanza dei servizi	0,068	0,253
	lunghe liste d'attesa	0,563	0,498
	altro	0,107	0,31
Toscana	costi eccessivi	0,416	0,496
	distanza dei servizi	0,156	0,365
	lunghe liste d'attesa	0,494	0,503
	altro	0,234	0,426
Trentino-Alto Adige	costi eccessivi	0,26	0,442
	distanza dei servizi	0,123	0,331
	lunghe liste d'attesa	0,685	0,468
	altro	0,233	0,426
Umbria	costi eccessivi	0,426	0,499
	distanza dei servizi	0,131	0,34
	lunghe liste d'attesa	0,656	0,479
	altro	0,049	0,218

Valle d'Aosta	costi eccessivi	0,765	0,437
	distanza dei servizi	0,059	0,243
	lunghe liste d'attesa	0,412	0,507
	altro	0,176	0,393
Veneto	costi eccessivi	0,38	0,488
	distanza dei servizi	0,101	0,304
	lunghe liste d'attesa	0,481	0,503
	altro	0,241	0,43
Italia	costi eccessivi	0,458	0,498
	distanza dei servizi	0,104	0,499
	lunghe liste d'attesa	0,528	0,50
	altro	0,177	0,382

A livello nazionale, i principali fattori che inducono i cittadini a rinunciare alle visite specialistiche sono riconducibili, in primo luogo, alle lunghe liste d'attesa (50%) e ai costi eccessivi delle prestazioni (46,7%). Seguono, con un peso più contenuto, altre motivazioni (21,8%) e, in misura marginale, la distanza dai servizi (10,8%). Un quadro analogo emerge anche per quanto concerne gli accertamenti diagnostici: le liste d'attesa si confermano la barriera più rilevante (52,8%), seguite dai costi (45,9%), da altre ragioni (17,7%) e, infine, dalla distanza geografica dei servizi (10,4%).

In entrambe le tipologie di prestazioni si evidenziano chiaramente i limiti strutturali del sistema: se per le visite specialistiche i costi elevati e i tempi di attesa rappresentano i principali ostacoli, nel caso degli accertamenti diagnostici la criticità dominante è costituita dalle liste d'attesa, a cui si aggiungono, in misura minore, i costi e la disomogenea distribuzione territoriale dei servizi.

Le dinamiche territoriali mostrano inoltre differenze significative. Le Figure 4.7, 4.8, 4.9 e 4.10 offrono una rappresentazione cartografica del territorio nazionale, distinta per regioni e per tipologia di servizio (visite specialistiche e accertamenti diagnostici), ulteriormente suddivisa in base alle due principali cause di rinuncia: costi e liste d'attesa. Le regioni sono rappresentate con una scala di intensità cromatica: una tonalità più scura indica una quota più elevata di rinunce, rendendo immediata e intuitiva la lettura della distribuzione territoriale.

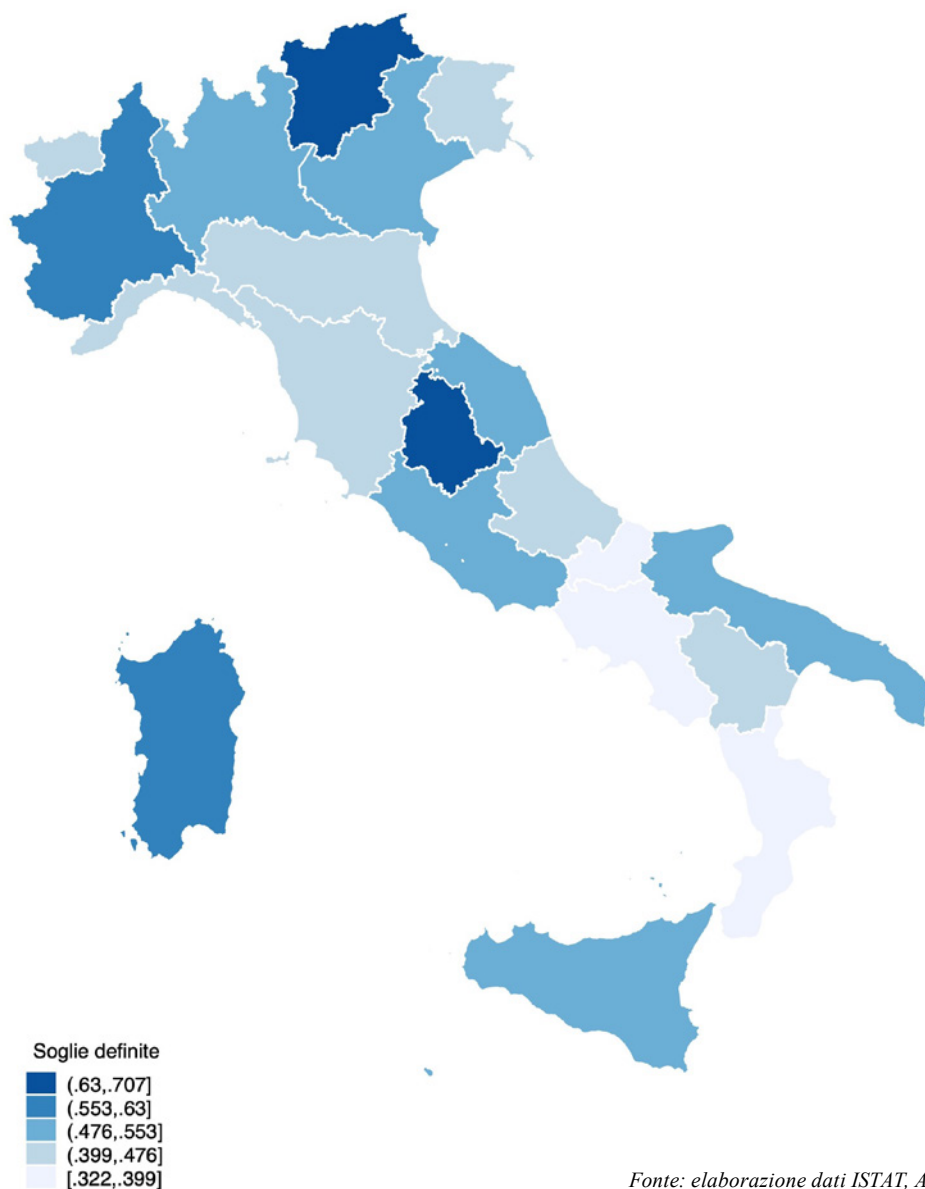
Le difficoltà legate ai costi risultano più accentuate nelle regioni del Centro-Sud, dove la quota di cittadini che dichiara di aver rinunciato a una visita specialistica per motivi economici supera la media nazionale. Particolarmente rilevanti sono i valori registrati nelle Marche (62,5%), in Campania (63,8%) e in Calabria (55,6%). Di contro, il problema delle liste d'attesa emerge con maggiore forza anche in alcune regioni del Nord, con un picco in Trentino-Alto Adige, dove oltre il 70% degli intervistati indica tale criticità come causa di rinuncia. Sebbene la quota complessiva di rinuncia alle cure in Trentino-Alto Adige si collochi al di sotto della media nazionale, l'incidenza delle liste d'attesa segnala la presenza di significative fragilità nell'accesso alle cure specialistiche a livello regionale.

Figura 4.7 Intervistati che rinunciano a visite specialistiche (%). La ragione della rinuncia: costi elevati



Analogamente, anche per gli accertamenti diagnostici le difficoltà legate ai costi si concentrano in alcune regioni a statuto ordinario e speciale, con valori nettamente superiori alla media nazionale (45,8%). Spiccano la Valle d'Aosta, dove oltre tre quarti degli intervistati (76,5%) dichiara di aver rinunciato per motivi economici, e la Cam-

Figura 4.8 Intervistati che rinunciano a visite specialistiche (%). La ragione della rinuncia: liste di attesa



pania (69,8%), seguite da Puglia (55,8%) e Calabria (59%). In Molise e Marche più di metà della popolazione segnala lo stesso ostacolo. Sul fronte opposto, il problema delle liste d'attesa si rivela particolarmente grave in Trentino-Alto Adige (68,5%), Umbria (65,6%) e Sardegna (64,6%), regioni in cui tale barriera supera ampiamente la media

Figura 4.9 Intervistati che rinunciano ad accertamenti (%). La ragione della rinuncia: costi elevati

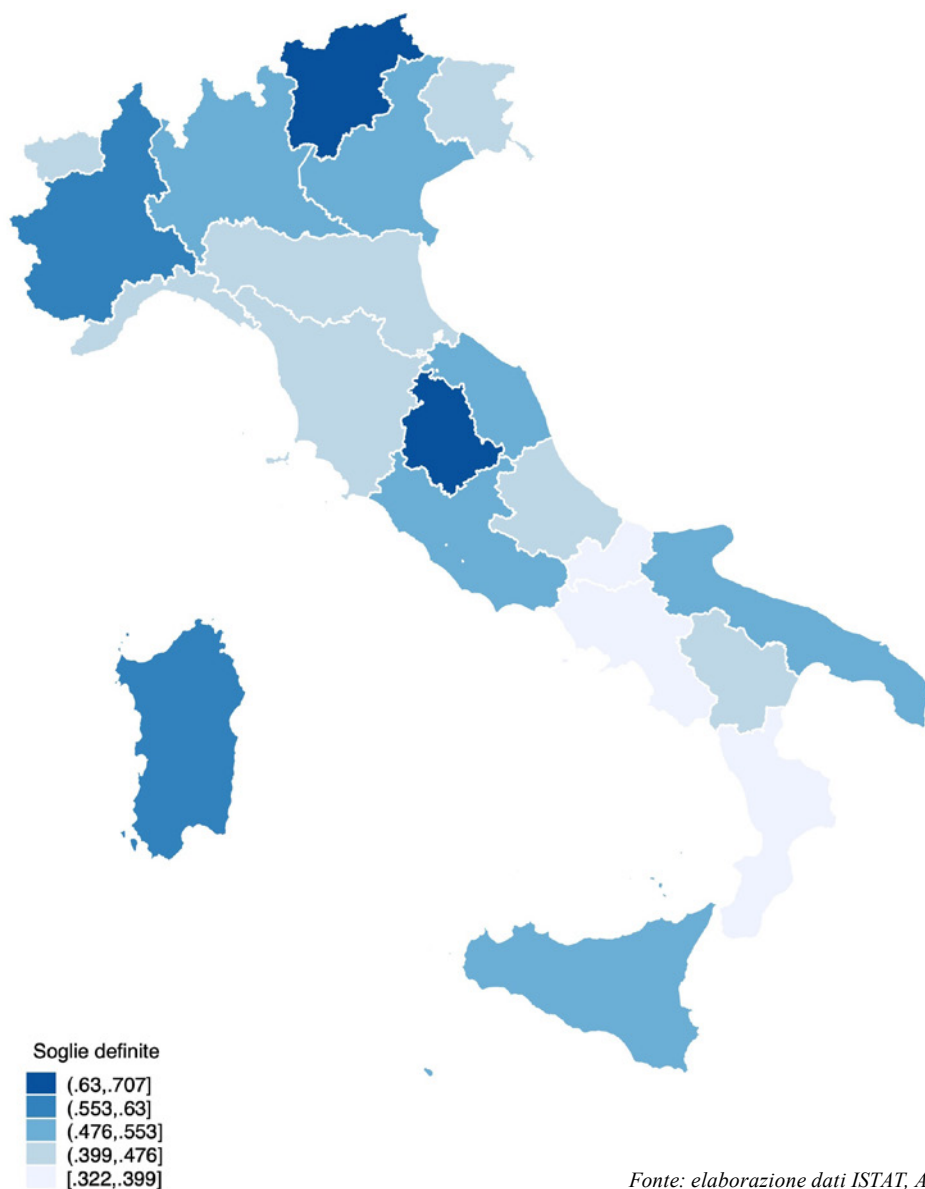


Fonte: elaborazione dati ISTAT, AVQ

nazionale (52,8%). Anche in Lombardia e nelle Marche oltre sei cittadini su dieci indicano i tempi di attesa come principale causa di rinuncia.

Nel complesso, questi dati mettono in luce come le criticità assumano una chiara connotazione territoriale: nel Mezzogiorno prevale il peso dei costi, mentre in di-

Figura 4.10 Intervistati che rinunciano ad accertamenti (%). La ragione della rinuncia: liste di attesa



Fonte: elaborazione dati ISTAT, AVQ

versi contesti del Centro-Nord emergono con forza le difficoltà organizzative legate ai tempi di attesa. Tale eterogeneità segnala che l'universalismo formale del SSN non sempre si traduce in un accesso equo e omogeneo ai servizi. Ridurre queste disparità, affrontando congiuntamente le barriere economiche e quelle organizzative,

rappresenta una sfida cruciale per garantire un sistema sanitario realmente inclusivo e sostenibile.

4.6 Conclusioni

I risultati confermano come, pur in un sistema formalmente universalistico, persistano differenze sostanziali nell'accesso ai servizi sanitari, con vantaggi per i gruppi più abbienti. Questi pattern, anche se contenuti, segnalano tensioni tra universalismo dichiarato e pratiche di fruizione. Le barriere legate a costi, liste d'attesa e disomogeneità territoriali restano criticità da monitorare. Intervenire su tali diseguaglianze è condizione necessaria per preservare la coerenza e la sostenibilità del modello su cui si fonda il SSN italiano.

Riferimenti bibliografici

- Bruno G., Cicchetti A., Degli Esposti L. *et al.* (2018), *Innovazione Tecnologica e Diseguaglianza di Accesso ai Servizi Sanitari: Esistono Policy Eque e Sostenibili?*, in *Italian Health Policy Brief* 3, pp. 1-10.
- Di Novi C. (2010), *The Influence of Traffic-related Pollution on Individuals' Life-Style: Results from the BRFSS*, in *Health Economics* 19, pp. 1318-1344.
- Di Novi C. (2024), *Demografia e salute: il rebus della LTC, dei bisogni di assistenza non soddisfatti e del benessere psicologico degli anziani*, in *Rivista di Politica Economica* 1, pp. 123-146.
- Di Novi C., Kovacic M., Orso C.E. (2024), *Online health information seeking behaviour, healthcare access and health status during exceptional times*, in *Journal of Economic Behavior & Organization* 220, pp. 675-690.
- Erreygers G. (2009), *Correcting the concentration index*, in *Journal of Health Economics* 28, pp. 504-515.
- Eurostat (2024), *Statistics Explained*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics (visitato in data 26.08.2025).
- Gabriele S., Cislighi C., Costantini F. (2006), *Demographic Factors and Health Expenditure Profiles by Age: The Case of Italy*, in ENEPRI Research Reports 18, 18 May 2006.
- Handbook of Economic Inequality*, Oxford University Press USA, New York.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). (2023). *Indagine multiscopo sulle famiglie: Aspetti della vita quotidiana* - www.istat.it.
- Leigh A., Jencks C., Smeeding T.M. (2009), *Health and Economic Inequality*, in *The Oxford manca qualcosa?*
- O'Donnell O., van Doorslaer E., Wagstaff A., Lindelow M. (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*, The World Bank, Washington DC, www.worldbank.org/analyzingtheequity.
- Olsson U. (1979), *Maximum likelihood estimation of the polychoric correlation coefficient*, in *Psychometrika* 44(4), pp. 443-460.
- Roig G., *Population Ageing and the Sustainability of the Spanish National Health System: Some Financial Policy Alternatives*. Geneva Pap Risk Insur, in *Issues Pract* 31, 557-580 (2006). <https://doi.org/10.1057/palgrave.gpp.2510104>.
- Vyas S., Kumaranayake L. (2006), *Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis*, in *Health policy and planning* 21(6), pp. 459-468.
- Wagstaff A., van Doorslaer E., Watanabe E. e N. (2003), *On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam*, in *Journal of Econometrics* 112, pp. 207-223.

5. Un sistema sanitario non sostenibile

Gilberto Turati¹

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – lo schema assicurativo pubblico di matrice universale disegnato dalla Legge 833/1978 per garantire eguali opportunità di accesso ai servizi sanitari a tutti i cittadini italiani sostituendo il precedente sistema delle mutue, diseguale e in bancarotta – è davvero “non sostenibile”? Che cosa vuol dire che un sistema sanitario pubblico non è sostenibile? L’obiettivo di questo breve contributo è di provare a dare una risposta a tali quesiti, fornendo qualche evidenza empirica a supporto. La tesi di fondo è che il SSN non è più sostenibile *nella sua organizzazione corrente*, ancora fortemente centrata sull’ospedale, perché continua a fornire servizi che non sono quelli appropriati per una larga parte dei pazienti; ma il SSN potrebbe continuare a essere sostenibile se venissero finalmente implementate quelle riforme di cui si parla da decenni. Vista la domanda di servizi per la quale si fatica a trovare un’offerta adeguata, l’ulteriore rinvio delle riforme potrebbe lasciare spazio all’azione privata, sia dal lato della produzione dei servizi sia dal lato del finanziamento degli stessi. La conseguenza di questo percorso potrebbe alla fine essere una presa d’atto, da parte del pubblico, che una parte di quelli che oggi vengono riconosciuti come servizi garantiti dal pubblico domani finirebbero tra quelli negoziati su mercati privati.

Il primo passo per discutere della sostenibilità del sistema sanitario pubblico è definire cosa si intenda per “non sostenibile”. In genere, soprattutto per gli economisti (chi scrive si colloca in questa categoria), la sostenibilità è implicitamente quella *economica*. Ma questo non è l’unico concetto di sostenibilità, perché si può pensare anche alla sostenibilità *sociale* e alla sostenibilità *politica*: un sistema sanitario pubblico è socialmente sostenibile se è capace di garantire servizi *appropriati* in modo *equo* e *inclusivo*, rafforzando la coesione sociale; è politicamente sostenibile se c’è una maggioranza politica a sostegno che ne garantisce la sopravvivenza (es., Borgonovi, Amelia 2013; il contributo di Aleksandra Torbica e Giulia Fornaro in questo volume, pp. 205-217). La sostenibilità *economica*, il punto centrale qui, è un concetto che si interseca con la sostenibilità sociale e politica e ha a che fare invece con la capacità di un Paese di finanziare la spesa sanitaria pubblica futura. Se si vogliono continuare a garantire gli stessi diritti, anzi se – come taluni sostengono – si vogliono addirittura risolvere alcuni dei problemi che al momento sembrano affliggere il SSN, dalle diseguglianze territoriali

1 Desidero ringraziare Nicolò Geraci, Osservatorio Conti Pubblici Italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore, per il supporto nella raccolta e nell’elaborazione dei dati. Resta ovviamente mia la responsabilità per eventuali errori e per tutte le opinioni espresse nel testo.

all'interno delle regioni e fra regioni fino al sotto-finanziamento, qualsiasi cosa si intenda con questo termine, è necessario anzitutto capire quale sarà l'evoluzione prospettica della spesa senza alcuna modifica normativa rispetto ai diritti che si vogliono garantire e, dunque, capire quali saranno le necessità di copertura finanziaria e come (e se) vi si potrà fare fronte. Da questo punto di vista, un sistema sanitario pubblico *potrebbe* diventare finanziariamente non sostenibile se dovesse richiedere coperture crescenti in termini di Prodotto Interno Lordo (PIL), perché ci si attende una crescita della spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL. *Oltre un certo livello di PIL*, la spesa sanitaria potrebbe appunto essere non sostenibile perché richiederebbe coperture che contrastano con gli equilibri macroeconomici del Paese. Nel prossimo paragrafo cominciamo quindi a chiederci se esistano ragioni che possono spiegare l'aumento della spesa in futuro.

5.1 Perché la spesa sanitaria potrebbe aumentare?

5.1.1 I fattori rilevanti

Il tema della sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria pubblica non è affatto una novità ed è intimamente legato a due dinamiche parallele su cui si è accesa l'attenzione di studiosi e *policy maker* almeno a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso in tutti i Paesi avanzati caratterizzati da sistemi sanitari ben sviluppati e tecnologicamente alla frontiera (es., Fuchs 1984; Rice, Feldman 1983). Da un lato, la crescita del peso della spesa sanitaria sul PIL da un lato; dall'altro, la crescita della quota delle persone anziane sul totale della popolazione, quell'invecchiamento della popolazione (*aging*) che nei Paesi più ricchi e progrediti è in realtà un fenomeno che dipende da due fattori combinati (ed è importante riconoscerlo se si devono cercare soluzioni): da un lato, dall'incremento della vita attesa alla nascita, probabilmente anche come effetto del miglioramento della qualità e dell'efficacia dei servizi sanitari; dall'altro lato, dalla riduzione storica osservata nei tassi di fertilità, che comporta in termini dinamici una riduzione (sensibile) del numero di lavoratori.

A partire da questo quadro, crescita della spesa sul PIL e crescita del peso degli anziani nella popolazione, l'ovvio problema che si intravedeva per il futuro già quarant'anni fa era l'ulteriore aumento in prospettiva della spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL. La ragione è banale: se, in confronto con altri soggetti più giovani, gli anziani hanno maggiormente bisogno di cure sanitarie, la crescita del peso degli anziani sulla popolazione comporta una crescita della domanda di servizi sanitari; quindi non sorprende che – *anche a parità di costo dei servizi* – ci si attenda una crescita della spesa sanitaria perché le quantità domandate aumentano. La conseguenza di questo ragionamento è altrettanto scontata: se cresce la spesa sanitaria (e, in particolare, la componente pubblica) c'è un problema di sostenibilità *finanziaria* perché servono nuove risorse pubbliche, che vanno trovate o come entrate aggiuntive, o tramite la riduzione di altre componenti della spesa, oppure ancora tramite l'aumento del debito; ciò pone un tema di compatibilità dal punto di vista macroeconomico della spesa sanitaria rispetto agli equilibri del bilancio pubblico². Ciascuna delle possibili opzioni era (ed è, come discuteremo

2 Per sottolineare ancora una volta che il tema non è affatto nuovo, si pensi ad esempio al famoso rapporto della Commissione Onofri del 1997, definita come la Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale. La Commissione proponeva una serie di riforme organizzative per provare a risolvere

poi) costosa per i governi che debbono trovare una soluzione e facilita l'interpretazione della spesa sanitaria come un "costo" invece che come un "investimento", un punto sul quale si tornerà in seguito.

Il semplice argomento che correla meccanicamente la crescita della spesa sanitaria sul PIL alla crescita della quota degli anziani è stato utilizzato nei primi modelli di *forecasting* rudimentali che arrivavano a mostrare, non sorprendentemente, un forte aumento della spesa pubblica a seguito dell'invecchiamento, stimolando quindi riflessioni in chiave normativa sul futuro dei sistemi sanitari pubblici e sulla necessità di riforme (es., Astolfi *et al.* 2012a, 2012b). Queste riforme sono state generalmente interpretate nel dibattito pubblico come tentativi di *ridurre* i diritti acquisiti e di intaccare l'universalismo e non, invece, come soluzioni al problema della sostenibilità del sistema sanitario per continuare a garantirne il carattere universale; un po' quello che sta accadendo oggi (es., Turati 2021).

Sono state proprio le riflessioni normative ad avviare il dibattito sul ruolo dell'invecchiamento e sulla semplice correlazione osservata tra aumento della quota di anziani ed aumento della spesa sanitaria sul PIL. Famosa, in questo senso, la discussione sull'invecchiamento come "falsa pista" da seguire (*red herring*) per spiegare l'incremento della spesa che è stata inaugurata dal noto lavoro di Zweifel *et al.* (1999). Questi autori suggerivano che la correlazione tra incremento della spesa e incremento della quota di anziani fosse in realtà una correlazione spuria, derivante dal fatto che gli anziani sono anche il gruppo di soggetti con una probabilità maggiore di morte. Ciò che conta davvero è la "vicinanza alla morte", perché le spese sanitarie maggiori a livello individuale si concentrano in prossimità del decesso di una persona. Sulla base di questo argomento, non è detto che l'aumento della quota di anziani sul totale della popolazione debba *necessariamente* comportare un aumento della spesa. Dipenderà da come si combina il processo di invecchiamento con l'insorgenza di malattie. Ad esempio, un processo di invecchiamento *in buona salute* tramite la prevenzione e l'adozione di stili di vita sani (*healthy ageing*) consentirà di spostare in là, nel tempo, le spese sanitarie e potrebbe persino paradossalmente risultare in una *riduzione* della spesa sanitaria se i grandi anziani (sopra gli 80 anni di età) vengono curati in modo meno aggressivo rispetto agli anziani oppure se, come spesso accade, invece di servizi sanitari in senso proprio questi grandi anziani dovessero avere bisogno più di servizi assistenziali (es., Gerotto *et al.* 2021). La classificazione di questi servizi sotto il cappello della spesa sociale andrebbe ad aumentare questa categoria e non la spesa sanitaria³.

Se la questione degli anziani è stata discussa per il suo effetto sulla domanda di servizi sanitari, anche le altre ipotesi del modello di previsione della spesa sono state oggetto di approfondimenti nell'ottica di migliorare i modelli di previsione della spesa stessa per discutere della sostenibilità dei sistemi sanitari. In particolare, si è provato a ragionare sia sul costo di produzione dei servizi, sia sull'effetto che l'invecchiamento ha non solo sul numeratore della frazione che normalmente si usa per discutere della sostenibilità (la

il problema, che comprendeva ad esempio la revisione del meccanismo di riparto del Fondo Sanitario Nazionale o l'adozione di tariffari DRG. La proposta era quella di riformare e spendere meglio invece di rinunciare al servizio sanitario universale.

3 Su questo punto, si vedano sia Gerotto *et al.* (2021), sia le riflessioni di Caiola *et al.*, in questo volume, sulla difficoltà a tracciare un confine netto tra sociale e sanitario, pp. 153-172.

spesa sanitaria pubblica) ma anche sul denominatore di quella frazione (il PIL). Sul primo punto, il costo dei servizi, la discussione si intreccia con il mutamento della tecnologia e ha a che fare con le innovazioni che si sono presentate (e si presenteranno) sul mercato. Esempi includono l'impiego di robot in chirurgia e di sistemi di *machine learning* ed intelligenza artificiale nella diagnostica, fino all'impiego di nuove terapie geniche personalizzate (come le CAR-T) per alcune malattie oncologiche. Queste innovazioni produttive migliorano ragionevolmente l'efficacia dei servizi di cura ma, in molti casi, comportano una spesa maggiore, come suggeriscono – ad esempio – gli esercizi di *horizon scanning* dell'Agenzia Italiana del Farmaco⁴. La conclusione è che – anche qualora la domanda degli anziani non dovesse pesare (molto) sulla spesa futura – potrebbe essere la tecnologia a mettere in discussione la tenuta finanziaria dei sistemi sanitari pubblici⁵. Sul secondo punto, dovrebbe essere evidente come l'invecchiamento della popolazione ha – oltre a un effetto sulla domanda di servizi – anche un effetto sulla produttività del lavoro, che tende inevitabilmente a ridursi. Ad esempio, una forza lavoro più anziana (e numericamente in declino per effetto della riduzione dei tassi di fertilità) tenderà a ritardare l'introduzione di innovazioni tecnologiche, con un effetto negativo sulla crescita economica. Se la crescita economica rallenta, diventerà quindi anche più complicato trovare fonti finanziarie fresche in un sistema finanziato a ripartizione (come è quello che finanzia il SSN), per il quale le risorse si devono trovare con i “contributi” di chi lavora, in qualsiasi modo essi siano definiti, se come prelievo sui redditi da lavoro, sui profitti o sul valore aggiunto. La conclusione è che il tasso di crescita del numeratore (la spesa) rischia di essere maggiore del tasso di crescita del denominatore (il PIL) anche per effetto di una produttività declinante.

Pertanto, in tema di PIL, come sappiamo da molti esercizi econometrici che hanno provato a identificare i determinanti della spesa sanitaria (si veda il vecchio lavoro di Gerdtham, Jönsson 2000), un ultimo punto da ricordare è che, al di là dei bisogni sanitari, la domanda di servizi ha una elasticità positiva rispetto al reddito. Per quanto ridotta, quindi, la crescita del reddito comporterà un ulteriore aumento di spesa per un effetto di domanda. Di nuovo, forse non sarà l'aumento della domanda di servizi degli anziani a minare la sostenibilità, ma la tecnologia e l'effetto indiretto sulla crescita economica sono buoni argomenti per pensarci seriamente.

5.1.2 L'evoluzione della spesa e le previsioni

Cosa è successo alla spesa sanitaria negli ultimi anni? E come potrebbe dunque evolve in futuro alla luce della discussione precedente? La Figura 5.1 mostra l'evoluzione di lungo periodo della spesa sanitaria pubblica in Italia in percentuale del PIL con le previsioni fino al 2070. Una prima osservazione, guardando ai dati storici (e non alle previsioni), è che tra il 1960 e il 2024 la spesa è di fatto raddoppiata in termini di PIL, passando da poco più del 3 a poco più del 6%. Una seconda osservazione è che la crescita della spesa non ha seguito un sentiero regolare, ma ha mostrato fasi di espansione

4 Si veda, ad esempio, l'ultimo report disponibile a settembre 2025, https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1108722/Dossier_AIFA-Horizon_scanning_2025.

5 Per avere contezza delle cifre, il costo stimato per la singola somministrazione di terapie avanzate si aggira tra 1 e 3 milioni di euro ed entro il 2030 quasi mezzo milione di pazienti potrebbero avere la necessità di essere trattati con queste terapie (Alleva *et al.* 2023).

e fasi di declino. In particolare, nel periodo in esame, le due fasi di declino hanno seguito episodi di profonde crisi finanziarie, all'inizio degli anni Novanta e all'inizio degli anni Duemiladieci. In entrambi i casi, sono le ristrettezze del bilancio pubblico a spiegare la frenata del finanziamento e, quindi, della spesa sanitaria. La lettura di questa evidenza suggerisce che l'evoluzione della spesa e l'impatto che su questa ha l'invecchiamento non sono fenomeni meccanici, perlomeno nel breve periodo; contano anche altre variabili, legate alla politica di governo della spesa come, appunto, il finanziamento (sul punto, si vedano le riflessioni in Bordinon, Turati 2004). Una terza osservazione è che – pur con tutte le cautele del caso, vista la riduzione marcata del PIL – quando serve spendere perché bisogna salvarsi da una pandemia, le risorse si trovano. Questa evidenza è confermata nella Figura 5.2, che mostra le variazioni in punti percentuali di PIL della spesa sanitaria pubblica a partire dal 2015 e fino al 2023 (con una suddivisione del periodo tra prima, durante e dopo la pandemia), confrontando la situazione italiana con quella di altri Paesi europei. I confronti internazionali vanno sempre fatti avendo in mente le differenze istituzionali tra i diversi Paesi: ad esempio, Germania e Francia hanno sistemi sanitari basati su assicurazioni sociali, mentre gli altri tre sono caratterizzati da un fondo unico nazionale, che viene ripartito e gestito a livello regionale nel caso dell'Italia e della Spagna. Pur con tutte queste cautele, la figura mostra chiaramente come la spesa

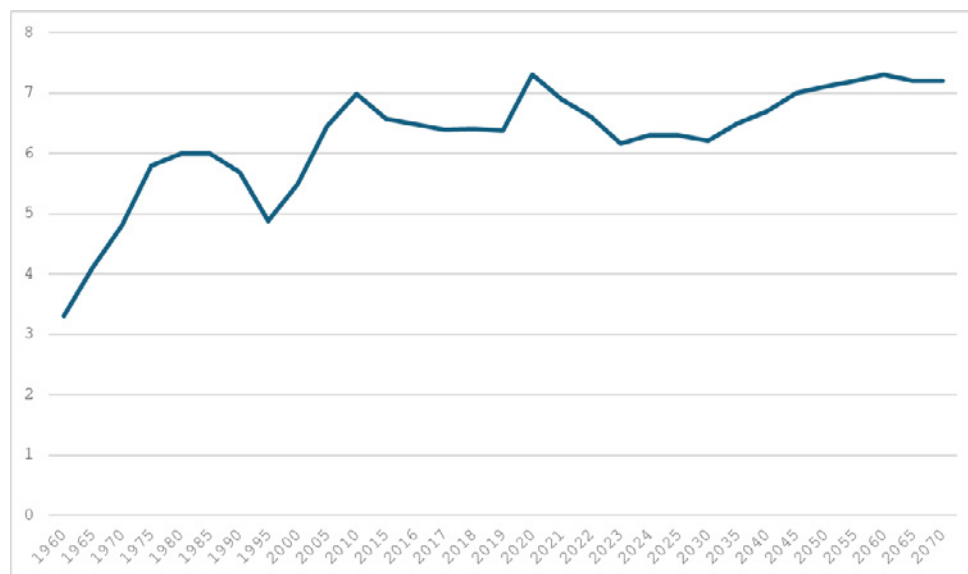
- sia cresciuta in tutti i Paesi con l'eccezione dell'Italia e della Spagna nel periodo precedente alla pandemia;
- sia cresciuta (sensibilmente) durante la pandemia, anche in Italia;
- si sia poi ridotta in tutti i Paesi, anche per via della forte inflazione che ha gonfiato il PIL nominale, una volta passata la pandemia, segno che la spesa sanitaria si è ridotta in termini reali.

La Figura 5.1 consente però anche una quarta osservazione, quella rilevante per discutere di sostenibilità, mostrando le previsioni per la spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato⁶. Dal 6,3% del PIL, la previsione mostra un aumento fino ad oltre il 7% del PIL a partire dal 2040, probabilmente sottostimato per via delle ipotesi ottimistiche sull'andamento della produttività del lavoro nel lungo periodo (in questo senso, Cignarella 2025).

Una domanda legittima diventa: ma su quali altre ipotesi si basano le previsioni? Dalla discussione precedente, non stupisce che i fattori chiave per modellare la crescita della spesa siano l'invecchiamento della popolazione, l'innovazione tecnologica e l'elasticità rispetto al reddito. Questi sono i fattori che ha considerato anche l'OCSE in un recente esercizio di *forecasting* per discutere appunto di sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari quando i vincoli al bilancio pubblico sono stringenti, per riprendere il titolo del rapporto (OECD 2024). Il tasso di crescita annuo della spesa sanitaria pubblica tra il 2019 e il 2040 è stimato al 2,6% in media tra tutti i Paesi dell'area OCSE (2,3% per la spesa pro capite), con un aumento del peso sul PIL di 1,8 punti percentuali. La di-

6 Queste previsioni sono contenute nel periodico rapporto “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario”, aggiornato annualmente dalla Ragioneria. I rapporti sono disponibili al sito web https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_pensionistica/. Sul punto si veda anche Cignarella (2025).

Figura 5.1 L'evoluzione storica di lungo periodo della spesa sanitaria pubblica in Italia (% PIL)



Fonte: Cignarella (2025)

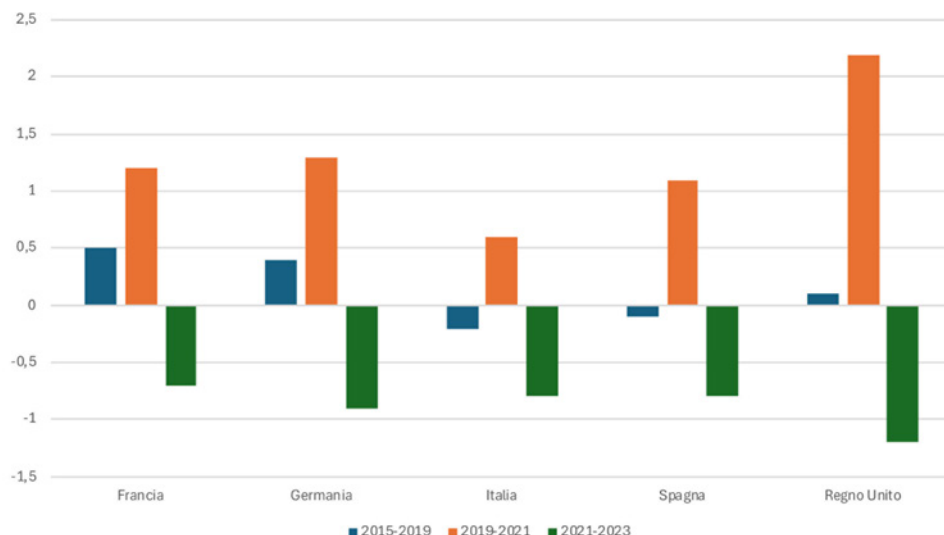
namica prevista per l'Italia della spesa pro-capite (1,6%) è inferiore alla media OCSE, paragonabile a quella di Paesi come Germania, Austria, Belgio e Grecia, comunque più vivace dei tassi di crescita della spesa stimati dalla Ragioneria. Per il nostro Paese, i principali fattori che trainano le previsioni sono il reddito e l'invecchiamento, che contano per l'80% della variazione attesa.

5.2 Come si può rispondere all'aumento prospettato della spesa?

La domanda che è necessario porsi davanti all'aumento atteso della spesa sanitaria è sempre la stessa di quarant'anni fa: come facciamo a finanziare l'incremento della spesa sanitaria che si prospetta? Anche le opzioni a disposizione sono, purtroppo, le medesime di quarant'anni fa (OECD 2024).

La prima opzione è semplicemente quella di aumentare la spesa pubblica finanziandone l'incremento o con un aumento della pressione fiscale o con un aumento del debito. Per un Paese come il nostro, nel quale da anni discutiamo di ridurre il cuneo fiscale sui redditi da lavoro e da anni discutiamo di come ridurre il debito, questa strada sembra difficilmente percorribile. Intendiamoci, qualche possibilità c'è, ma è politicamente costosa. Una prima alternativa è quella di ricorrere, invece che a imposte sui redditi da lavoro, a imposte sui grandi patrimoni. Al momento, abbiamo imposte patrimoniali che colpiscono il patrimonio reale e quello finanziario (IMU e imposta di bollo) che danno un gettito superiore ai 20 miliardi (Loiacono, Rizzo 2020), il punto in più di PIL che servirebbe per finanziare l'incremento atteso della spesa fino al 2040; andrebbe raddoppiato il gettito o aumentando le aliquote o trovando altre basi imponibili, con i noti problemi di valutazione delle attività patrimoniali che non hanno un prezzo di mercato. Una seconda possibilità è contrastare sul serio l'evasione in un Paese dove il fenomeno

Figura 5.2 Variazioni della spesa sanitaria pubblica in alcuni Paesi europei (punti percentuali PIL)



Fonte: elaborazione su dati OCSE

è endemico e non si capisce cosa davvero vogliano fare gli italiani, atteso che dal punto di vista tecnico è chiaro cosa si potrebbe fare. Come detto, sia la patrimoniale sia il contrasto serio all'evasione sono misure politicamente costose.

La seconda opzione è quella di riallocare la spesa pubblica tra le diverse categorie presenti nel bilancio pubblico. In questo caso si tratta di finanziare l'incremento della spesa sanitaria con una riduzione di qualche altra categoria di spesa. Anche questa soluzione è complicata per noi: la sanità rappresenta la seconda categoria di spesa per il bilancio pubblico, un po' meno della metà di quanto spendiamo per le pensioni. In un Paese che invecchia, la proposta di ridurre la spesa sociale che va a vantaggio degli anziani (sanità, pensioni e assistenza sociale) è politicamente insostenibile (Gerotto *et al.* 2021). Una possibilità potrebbe arrivare dalla riduzione attesa della spesa per la previdenza pubblica dopo il 2040; ma la riduzione attesa delle rendite pensionistiche e dei tassi di sostituzione potrebbe portare alla necessità di integrare la spesa per l'assistenza per garantire un livello minimo di reddito ai futuri pensionati. Tagliare un punto di PIL in qualche altra categoria di spesa del bilancio pubblico è un esercizio altrettanto complicato, soprattutto in un momento storico come questo che chiede di aumentare (invece che ridurre) categorie di spesa come quella per la difesa, per l'ambiente o per le infrastrutture digitali.

La terza opzione è quella di ridefinire i confini tra la spesa pubblica e quella privata. Presa sul serio, questa opzione richiede di rivedere la copertura offerta dalla nostra assicurazione pubblica di stampo universale, cioè di rivedere quelli che oggi sono definiti come Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Al momento, negli ultimi anni siamo andati in direzione esattamente opposta, ampliando le coperture offerte dal SSN, salvo poi lamentarci sia del fatto che i LEA non sono uniformemente garantiti sull'intero

territorio nazionale (un problema non solo tra regioni ma anche dentro le regioni, tra aree urbane e periferiche) sia del fatto che il finanziamento dei LEA (che, almeno in teoria, dovrebbe corrispondere al Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard) non viene determinato partendo dalla valorizzazione dei diritti sulla base di una qualche nozione di costo standard (cioè *bottom-up*, come pure sarebbe previsto dal D.Lgs. 68/2011), portando a un sotto-finanziamento del sistema sanitario pubblico. Se la revisione delle coperture offerte dal SSN non è una rinuncia all'universalismo inteso come accesso ai servizi sanitari che deve essere garantito a tutti i cittadini, resta il fatto che la ridefinizione dei confini tra pubblico e privato implicherebbe una (quantomeno) parziale "privatizzazione" del sistema sanitario, perché sancirebbe che la copertura finanziaria di una parte dei servizi sanitari deve essere privata (*out of pocket* o garantita da assicurazioni sanitarie private). Anche questa opzione è politicamente molto costosa, perché nessun partito politico vorrebbe intestarsi la privatizzazione (seppur parziale) del sistema sanitario e la rinuncia a quello che qualcuno potrebbe vedere come rinuncia all'universalismo inteso come universalità dei servizi sanitari⁷. Questa opzione potrebbe anche avere importanti ripercussioni sociali, perché aumenterebbe le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e, a cascata, le disuguaglianze nella salute.

Resta un'ultima opzione, quella di efficientare la spesa, che poi è stato il tentativo già messo in atto in passato con le riforme degli anni Novanta quando, per evitare di rinunciare alla copertura universale, abbiamo provato a rendere la spesa più produttiva riformando sia il rapporto tra lo Stato e le regioni con una qualche forma di decentramento fiscale, sia il rapporto tra l'assicuratore pubblico e i produttori, pubblici e privati, introducendo i quasi-mercati nella sanità italiana. Come già osservato, queste riforme sono state lette e raccontate al pubblico più come il tentativo di "tagliare" la spesa e i servizi che non come il tentativo di "rivedere" la spesa sulla base di una prima esperienza di *spending review* (Turati 2021). Tra le quattro opzioni, efficientare la spesa richiama la necessità di *spendere bene*, di ottenere *value for money*, pone l'accento sulla spesa come "investimento" produttivo e richiede di interrogarsi sul perché si spendono circa 140 miliardi di euro per garantire servizi sanitari ai cittadini. È una visione che si contrappone alla spesa sanitaria come "costo" da contenere (o, peggio, da tagliare) che non assegna invece alcun valore ai servizi che vengono garantiti ai cittadini. Per poter discutere di come spendere bene è però necessario discutere di quali servizi oggi abbiamo bisogno e di quali eventuali riforme siano necessarie per poterli avere.

5.3 Il tema delle riforme per garantire la sostenibilità e tutelare l'universalismo

Il tema dei servizi che servono e delle eventuali riforme necessarie per ottenerli è lo snodo fondamentale per discutere ancora oggi di sostenibilità nell'ottica di tutelare

7 Si legge spesso di una privatizzazione strisciante, già in atto, del SSN. Non è chiaro a cosa ci si riferisca e il concetto di privatizzazione andrebbe quantomeno precisato. Se il tema è quello della produzione di servizi pagati dal SSN, allora bisogna essere chiari e la discussione da fare è sul contributo che i produttori privati possono dare in termini di efficienza e di efficacia per l'assicuratore pubblico, cioè se sia meglio avere *solo* ospedali e produttori pubblici o anche un po' di privati. Se il tema invece è quello dell'aumento della spesa privata, allora è bene osservare che il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e quella privata è rimasto sostanzialmente costante nel tempo, con la spesa pubblica che rappresenta il 75% della spesa sanitaria complessiva. Sul punto si vedano ad esempio le riflessioni in Arcano *et al.* (2024a).

il servizio sanitario universale pubblico. Per capire quali servizi servono oggi e serviranno ancora di più in futuro dobbiamo innanzitutto rivolgerci all'epidemiologia e guardare al "carico di malattia" (*burden of disease*), alla mortalità. Una popolazione che invecchia soffre (e muore) principalmente di malattie cardio-circolatorie, di tumori e di malattie degenerative quali il morbo di Alzheimer e il morbo di Parkinson. Questa transizione epidemiologica che si accompagna a quella demografica richiede cure limitate all'episodio acuto in ospedale e cure prolungate e continuative al di fuori dell'ospedale. Ad esempio, un episodio di ictus (*stroke* per gli anglosassoni) richiede i) cure immediate in un ospedale ad alta specializzazione possibilmente dotato di una *stroke unit*, una unità multidisciplinare dedicata a questa specifica malattia ii) dimissioni verso un centro di riabilitazione a più bassa intensità non appena il paziente viene stabilizzato per continuare il recupero delle capacità funzionali del paziente e iii) dimissioni a casa dentro un percorso di assistenza domiciliare per aiutare i *caregiver*, membri della famiglia o esterni ad essa. Al momento, il SSN riesce a fornire i servizi relativi al primo passaggio in modo appropriato, soprattutto laddove l'attività degli ospedali è stata riorganizzata secondo Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali disegnati per massimizzare l'esito di salute per il paziente. In questo primo passaggio, il pubblico non solo finanzia ma produce anche questi servizi in grandi Aziende Ospedaliere, mentre limitato è il contributo dei produttori privati (comunque concentrato, per la più parte, in centri di eccellenza altamente specializzati). Però il sistema entra in sofferenza già al secondo passaggio, perché limitati sono i centri per la riabilitazione e la lungo-degenza, che devono essere strutture territoriali, più diffuse e di più piccola dimensione, basate principalmente sul lavoro degli infermieri che devono prestare assistenza ai malati stabilizzati dall'ospedale. Qui si riduce il ruolo del pubblico in termini di produzione dei servizi mentre aumenta il ruolo del privato, in particolare non profit. La sofferenza del sistema è però massima quando il paziente torna a casa e continua ad avere bisogno di assistenza e di cure: le famiglie sono spesso lasciate sole, perché limitata è l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), limitata la possibilità di fruire di servizi forniti dai Medici di Medicina Generale (MMG). In questo terzo passaggio, il pubblico non solo si ritira nei fatti dalla produzione dei servizi, ma addirittura riduce di molto il finanziamento degli stessi, con una parte non trascurabile della spesa che rimane a carico delle famiglie⁸. Alla luce di questo quadro, dovrebbero essere ovvie le ragioni che sostengono riforme dell'assistenza territoriale come quella del DM 77/2022, da inquadrarsi nelle attività del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che prevede la creazione di Case e di Ospedali della Comunità: le prime sono pensate come strutture di coordinamento e di presa in carico territoriale dei pazienti bisognosi di assistenza, la base per la costruzione di una offerta di servizi domiciliari (il terzo passaggio nell'esempio precedente); i secondi, come strutture per l'offerta di servizi di riabilitazione e di recupero funzionale (il secondo passaggio). Questo tipo di struttura organizzativa aiuterebbe a risolvere anche l'altro grande problema aperto dalla mancanza di servizi territoriali appropriati, che è quello del "filtro" verso l'ospedale. Oggi qualsiasi problema di salute che non può

8 Questa affermazione sconta anche il fatto che, in aggiunta alla (limitata) componente di spesa sanitaria, si devono conteggiare limitati trasferimenti assistenziali a tutela della disabilità (es. l'assegno di accompagnamento), che rendono molto complicato il coordinamento dei diversi attori in campo rispetto alle esigenze del paziente (Caiolfa *et al.* in questo volume, pp. 153-172).

ricevere una risposta da un MMG viene nei fatti riferito al Pronto Soccorso degli ospedali, che perdono così la loro funzione reale che dovrebbe essere quella della gestione delle emergenze. Questo percorso – che diventa nei fatti inevitabile senza altri sbocchi sul territorio – impedisce agli ospedali di funzionare bene, riducendo l’appropriatezza delle cure. La Casa della Comunità, aperta 24 ore su 24, 7 giorni su 7, dovrebbe agire da “filtro” per i casi non urgenti, consentendo al Pronto Soccorso e agli ospedali di tornare alle proprie funzionalità. I casi non acuti intercettati dalle Case potrebbero essere riferiti agli Ospedali della Comunità invece che agli ospedali, evitando ricoveri impropri generati dall’attività del Pronto Soccorso, con la possibilità per gli ospedali di occuparsi davvero delle sole acuzie.

Il problema delle Case e degli Ospedali della Comunità, sottolineato più volte da più parti (es., Turati 2023a) è però che la missione 6 del PNRR prevede la realizzazione delle strutture, ma lascia aperto il problema di come si faranno funzionare e con quali professionalità. Il tema è rilevante non solo in termini di spesa aggiuntiva per il personale del SSN ma anche, se non soprattutto, in termini di programmazione dei fabbisogni di personale⁹. I servizi territoriali richiedono molti più infermieri e richiedono più MMG; per questi ultimi, si dovrebbe anche ripensare la formazione, oggi demandata a corsi regionali, per trasformarla in una vera e propria specializzazione universitaria (Geraci, Turati 2025). Però queste sono professionalità che si fanno fatica a trovare, soprattutto in alcune aree territoriali¹⁰.

Il problema di fondo nella riconversione industriale che attende il SSN ormai da molti anni e che ne potrebbe garantire la sostenibilità economica futura è però eminentemente politico. Perché se da molti anni ci si propone di costruire una rete di servizi territoriali e ancora non siamo riusciti come Paese a realizzarla, allora viene da pensare che la riconversione del sistema venga osteggiata in primo luogo da quei soggetti interni al sistema sanitario che pensano di perdere posizioni e rendite (Turati 2023b). È un classico conflitto distributivo nel quale le perdite per un gruppo limitato ma politicamente molto forte di soggetti impediscono enormi guadagni per molti, tutti quei cittadini-pazienti che vorrebbero avere i servizi che servono e che oggi non riescono ad avere nonostante le risorse ragguardevoli che vengono investite nel sistema. Come per ogni conflitto distributivo, è la politica che deve dare una risposta, ma in questo caso è necessario avere presente che in gioco c’è la possibilità di garantire la sostenibilità futura del SSN universale, una delle principali conquiste del *welfare* italiano.

9 Sul tema della spesa aggiuntiva, è necessario interrogarsi sul ruolo dei MMG nell’ambito delle Case della Comunità. Per questi professionisti, il SSN già impiega circa 7 miliardi di euro. Se almeno parte del lavoro oggi svolto in ambulatori privati venisse trasferita e coordinata dentro le Case della Comunità, si tratterebbe di ragionare sulle risorse ulteriori da garantire per questo nuovo ruolo. Restano invece da finanziare i nuovi professionisti, ad esempio gli infermieri, per costituire i team multidisciplinari necessari per la produzione dei servizi socio-sanitari.

10 Sul *mismatch* tra domanda e offerta nel mercato del lavoro sociosanitario, per es., Arcano *et al.* (2024b). Uno dei modi per risolvere il problema è quello di attirare professionisti da altri Paesi. Un esempio in questo senso è dato dai medici provenienti da Cuba impiegati dal Servizio Sanitario Regionale della Regione Calabria.

Riferimenti bibliografici

- Alleva G., Cicchetti G., Gasparini P. *et al.* (2023), *La valutazione della spesa per le terapie avanzate*, KOS Editrice, disponibile al sito web https://www.lscube.it/wp-content/uploads/2023/12/VITA_ITA_ottobre_mod.pdf.
- Arcano R., Capacci A., Turati G. (2024a), *Stiamo privatizzando la sanità?*, in *Osservatorio Conti Pubblici Italiani*, Università Cattolica del Sacro Cuore, disponibile al sito web <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-stiamo-privatizzando-la-sanita>
- Arcano R., Maroccia I., Turati G. (2024b), *Alcune riflessioni sul mercato del lavoro dei servizi sociosanitari*, in *Rivista di Politica Economica* 1, pp. 149-182.
- Astolfi R., Lorenzoni L., Oderkirk J. (2012a), *Informing policy makers about future health spending: A comparative analysis of forecasting methods in OECD countries*, in *Health Policy*, vol. 107 (1), 1-10.
- Astolfi R., Lorenzoni L., Oderkirk J. (2012b), *A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods*, in *OECD Health Working Papers*, No. 59, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5k912j389bf0-en>.
- Bordignon M., Turati G. (2004), *Deficit e conflitti*, in *lavoce.info*, disponibile al sito web <https://lavoce.info/archives/22309/deficit-e-conflitti/>.
- Borgonovi E., Amelia C. (2013), *Sustaining Universal Health Coverage: The Interaction of Social, Political, and Economic Sustainability*, in *Value in Health* 16(1), Supplement, S34-S38, ISSN 1098-3015, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.006>.
- Cignarella C. (2025), *Cent'anni di spesa sanitaria pubblica: serie storica e previsioni aggiornate 1960-2070*, in *Osservatorio Conti Pubblici Italiani*, Università Cattolica del Sacro Cuore, disponibile al sito web <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-cent-anni-di-spesa-sanitaria-pubblica-serie-storica-e-previsioni-aggiornate-1960-2070>.
- Fuchs VR. (1984), *"Though Much Is Taken": Reflections on Aging, Health, and Medical Care*, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, in *Health and Society*, Vol. 62, No. 2, (Spring 1984), pp. 143-166.
- Geraci N., Turati G. (2025), *Come cambia la sanità territoriale?*, in *Osservatorio Conti Pubblici Italiani*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, disponibile al sito web <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-come-cambia-la-sanita-territoriale>.
- Gerdttham U.G., Jönsson B. (2000), *Chapter 1 – International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis*, in Culyer A.J., Newhouse J.P. (a cura di), *Handbook of Health Economics*, in *Elsevier*, Vol. 1, Part A, pp. 11-53, [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80160-2](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80160-2).
- Gerotto L., Salmasi L., Turati G. (2021), *Mutamenti demografici, spesa sanitaria e politiche per la salute*, in *Rivista di Politica Economica*, pp. 13-156.
- Loiacono L., Rizzo L. (2020), *Facciamo i conti con la patrimoniale*, in "lavoce.info", disponibile al sito web <https://lavoce.info/archives/71360/facciamo-i-conti-con-la-patrimoniale/>.
- OECD (2024), *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.
- Rice D.P., Feldman J.J. (1983), *Living Longer in the United States: Demographic Changes and Health Needs of the Elderly*, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, in *Health and Society* 61(3): 362-396, <https://doi.org/10.2307/3349863>.
- Turati G. (2021), *Tecnologie e innovazione nell'organizzazione dei servizi sanitari*, in Anelli F., Cesario A., D'Oria M. *et al.* (a cura di), *Persona e Medicina*, Franco Angeli, Milano, pp. 297-308.
- Turati G. (2023a), *Per la sanità del territorio non basta costruire gli edifici*, in *lavoce.info*, disponibile al sito web <https://lavoce.info/archives/100860/per-la-sanita-del-territorio-non-basta-costruire-gli-edifici/>.
- Turati G. (2023b), *Che cosa blocca l'attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione*, Corti Supreme e Salute, pp. 325-329.
- Zweifel P., Felder S., Meiers M. (1999), *Ageing of population and health care expenditure: a red herring?*, in *Health Economics* 8(6): 485-496.

6. Pubblico, privato, non profit: salute per tutti?

Giovanni Fosti

La sostenibilità del sistema sanitario italiano è oggetto di sempre maggiore attenzione, mentre la capacità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di tutelare la salute dei cittadini è messa alla prova dai cambiamenti nella società e nei bisogni di salute.

Per affrontare il tema della sostenibilità, dal punto di vista pubblico, questo capitolo parte dall'equità attuale del modello. In secondo luogo, l'analisi si sofferma sulla dotazione di risorse con cui il Paese affronta l'esigenza di tutelare la salute dei cittadini. Il quadro che emerge alla convergenza tra equità del sistema e dotazione di risorse viene posto in relazione ad alcuni cambiamenti del Paese, che richiedono un ripensamento delle priorità perseguite dal sistema sanitario, per comprendere quali possano essere delle traiettorie realistiche di sostenibilità, e a quali condizioni.

6.1 L'equità

Il sistema sanitario nazionale costituisce un elemento centrale della cittadinanza. La tutela della salute, così come sancita dalla Costituzione, è un diritto "fondamentale". Essa costituisce al tempo stesso un diritto individuale e un interesse collettivo. Tuttavia, l'analisi dei dati evidenzia come, a quasi 50 anni dall'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, il diritto alla salute continui a essere un diritto "fragile" (Antonini 2017), e il sistema sia ben lontano dalla compiuta realizzazione del dettato costituzionale.

L'analisi degli esiti di salute in relazione al contesto territoriale e al titolo di studio evidenziano enormi difficoltà nel perseguimento del principio universalistico che rappresenta il cardine del Sistema Sanitario Nazionale.

Le prime evidenze emergono dall'analisi della speranza di vita alla nascita e della speranza di vita in buona salute alla nascita nelle Regioni italiane. La speranza di vita in Italia è tra le più elevate al mondo, e le differenze tra le regioni mostrano un'oscillazione di circa 3 anni tra i valori minimi e quelli massimi. La speranza di vita in buona salute evidenzia però distanze molto più significative tra persone che vivono in contesti territoriali differenti. In Italia il valore medio della speranza di vita in buona salute alla nascita è pari a 59,2 anni, ma la differenza tra gli estremi è elevata. Da una parte si collocano le persone che nascono in Provincia di Bolzano (66,5 anni), dall'altra chi nasce in Basilicata (52,80 anni) (Ardito *et al.* 2024).

Anche la presa in carico delle persone anziane in condizione di non autosufficienza evidenzia situazioni molto diverse nelle regioni italiane. Nella popolazione oltre i 65 anni le persone non autosufficienti sono oltre 4 milioni (Notarnicola, Perobelli 2025).

Le strutture residenziali raggiungono una copertura di questo fabbisogno pari a poco più del 7%, mentre l'assistenza domiciliare ne copre circa il 30%. Le differenze tra le Regioni sono però molto ampie. Osservando la popolazione over 75, le Regioni del Nord esprimono valori di copertura del fabbisogno superiori al 10%, le Regioni del Centro-Sud (con l'eccezione delle Marche) esprimono invece tassi compresi tra l'1 e il 4%. Sempre con riferimento alla popolazione non autosufficiente over 75, l'assistenza domiciliare vede agli estremi una copertura del 73,4% in Friuli-Venezia Giulia, e del 9,6% in Sardegna.

A fronte di una dotazione di posti letto nelle strutture residenziali ampiamente ridotta rispetto al fabbisogno (inferiore al 10% della popolazione anziana non autosufficiente), da anni è possibile riconoscere pattern regionali differenti in relazione all'accesso all'ospedale da parte della popolazione over 75 e alla dotazione di offerta residenziale per la popolazione non autosufficiente (Fosti *et al.* 2016). L'osservazione combinata di setting assistenziali e sanitari differenti evidenziava che nelle Regioni con una maggiore dotazione di posti in RSA, la popolazione over 75 era anche più presente nei setting ospedalieri, e si riscontrava una maggiore presenza di "badanti". Al contrario, nelle regioni italiane con i minori tassi di copertura della popolazione non autosufficiente, anche il ricorso ai ricoveri ospedalieri era inferiore. Nei differenti pattern regionali, il tema della non autosufficienza, pur non considerato un tema di natura strettamente sanitaria, emergeva come un tema trattato "di fatto" in ambito sanitario.

Oltre alle differenze territoriali, anche le condizioni socio-economiche influenzano le condizioni di salute. La relazione tra indicatori di mortalità e titolo di studio manifesta una correlazione molto significativa (ISTAT 2024a). Particolarmente significativo il dato relativo alla mortalità prevenibile e a quella evitabile (mortalità trattabile + mortalità prevenibile). Per quanto riguarda la mortalità prevenibile, i tassi (per 10.000 residenti) sono i seguenti:

- nessun titolo o licenza elementare: 26;
- licenza media: 23;
- diploma: 17,5;
- laurea o titolo di studio superiore: 13,1.

Per la mortalità evitabile, il dato medio italiano è pari a 29,8 morti ogni 10.000 abitanti. Tuttavia, la distribuzione per titolo di studio vede differenze di nuovo molto significative in relazione al titolo di studio:

- nessun titolo: 39,6;
- licenza media: 33,5;
- diploma: 26,4;
- laurea o titolo di studio superiore: 20,3.

Anche la distribuzione dei tumori manifesta una correlazione significativa con il titolo di studio (ISTAT 2024a). L'incidenza sulla popolazione vede un valore medio per l'Italia di 9,8 casi ogni 10.000 abitanti. Tuttavia, i casi sono 7,5 tra chi ha una laurea o un titolo di studio superiore, e 12,7 tra chi non ha titolo di studio, o la licenza elementare. Questi numeri mostrano che le disuguaglianze sociali o territoriali minano l'universalismo del Servizio Sanitario Nazionale.

Le correlazioni del contesto territoriale e del titolo di studio con le condizioni di salute evidenziano la complessità nella tutela della salute come diritto “fondamentale”, e nell’affermazione del principio universalistico. I dati relativi al finanziamento del sistema, nelle pagine che seguono, evidenziano un ulteriore elemento di complessità, connesso alle condizioni economiche delle persone in rapporto al modello di finanziamento.

6.2 Le risorse

Con quali risorse viene perseguita la tutela del diritto alla salute? Il tema delle risorse sarà declinato su due assi fondamentali, che attengono alle risorse finanziarie, e alle competenze professionali. In entrambi i casi il confronto con altri Paesi aiuta a comprendere le scelte dell’Italia e le loro implicazioni.

6.2.1 La spesa e il finanziamento

Uno degli elementi cruciali per il perseguimento del diritto alla salute è la dotazione di risorse attribuite al Servizio Sanitario Nazionale. Sotto questo profilo, la “fragilità” del diritto alla salute emerge con tutta la sua drammaticità. La spesa sanitaria totale nel 2024 è pari a 185 miliardi di euro (ISTAT 2025), di cui 137 miliardi a carico della pubblica amministrazione, 41 miliardi di spesa diretta privata delle famiglie e 4,7 miliardi di spesa assicurativa volontaria.

Si tratta di molte o di poche risorse, in comparazione alle scelte definite da altri Paesi? L’incidenza della spesa in relazione al PIL di un Paese è una approssimazione del rapporto tra il volume di un sistema economico e il peso che gli attori di quel sistema attribuiscono al tema oggetto di spesa. La spesa sanitaria totale in Italia nel 2022 aveva un’incidenza sul PIL pari al 9,0% (Borsoi *et al.* 2024). Sempre nel 2022 i dati relativi ad alcuni altri Paesi sono:

- Francia: 11,9%
- Germania: 12,6%
- Spagna: 9,7%
- Regno Unito: 11,1%
- Stati Uniti: 16,5%.

La propensione ad allocare spesa per la tutela della salute appare più bassa in Italia, rispetto ad altri Paesi (anche con riferimento alla spesa complessiva, non solo alla spesa delle amministrazioni pubbliche). Vale la pena sottolineare che, in un Paese con un PIL pro capite relativamente contenuto, l’allocazione di una quota inferiore di PIL alla tutela della salute implica, inevitabilmente, una disponibilità più ridotta di risorse pro capite per la protezione della salute dei cittadini.

La limitata dotazione di risorse che sostengono la tutela della salute in Italia emerge anche osservando una componente più ridotta della spesa totale, composta dalla spesa sanitaria pubblica o per schemi assicurativi obbligatori. L’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL in Italia supera di poco il 6%, ed è la più bassa tra i Paesi considerati (Spagna: 7,2%; Regno Unito: 9,1%; Francia: 10,1%; Germania: 10,9%; Stati Uniti: 13,8%) (Borsoi *et al.* 2024).

Desta preoccupazione anche l’evoluzione della spesa: tra il 2010 e il 2022 la crescita della spesa in Italia, in termini nominali, ha registrato un tasso del 54%, ed è la più bas-

sa tra i Paesi considerati. Il tasso di crescita superiore è stato registrato dalla Germania (+93%), seguita da Regno Unito (+74%), Francia (+71%), Spagna (+66%) e Stati Uniti (+62%).

Sotto il profilo del finanziamento della spesa, il contributo diretto dei cittadini sta aumentando, soprattutto nell'ambito della spesa per le prestazioni specialistiche e per la diagnostica.

Le visite specialistiche nel 2022 erano finanziate per il 48% da spesa privata (attraverso un 42% di spesa *out of pocket* e 6% di spesa intermediata da assicurazioni), mentre nel 2018 il finanziamento tramite spesa privata era pari al 42% (36% *out of pocket* e 6% rimborsato da assicurazioni) (Del Vecchio *et al.* 2024). Anche gli accertamenti diagnostici vedono un trend analogo: dal 26% di spesa privata del 2018, al 33% del 2022. I risultati economici degli erogatori confermano questa tendenza: tra i principali gruppi privati accreditati, quelli che presentano una più ampia quota di ricavi in regime privato esprimono risultati economici migliori (Giudice *et al.* 2024). I gruppi in cui la quota privata rappresenta tra il 5% e il 21% dei ricavi manifestano un Margine Operativo Netto negativo. Al contrario, i gruppi con una quota maggiore di ricavi privati (tra il 32% e il 39%) esprimono un MON positivo, pari al 4% dei ricavi. La componente pubblica continua a essere prevalente nella composizione delle entrate dei soggetti accreditati, ma la marginalità emerge soprattutto dal mercato privato (con offerta eterogenea, non solo ospedaliera): la sola fornitura di servizi finanziati dal Servizio Sanitario Nazionale non è sufficiente a garantire la sopravvivenza dei produttori privati.

La bassa marginalità offerta agli erogatori dal sistema pubblico è coerente con la limitatezza delle risorse con cui il sistema è finanziato. Tuttavia, può essere considerata anche un fattore che spinge gli erogatori a rivolgersi al mercato privato? O, in termini differenti, disincentivando di fatto gli erogatori a mettere a disposizione del SSN una quota di offerta, si produce una quota di domanda privata in più, che contribuisce non solo alla sostenibilità degli erogatori, ma anche alla sostenibilità del sistema?

Se il sistema pubblico sta spingendo il privato a trovare sostenibilità fuori dal regime accreditato, nel regime a pagamento, si verifica uno spostamento duplice: degli erogatori, e del modello di finanziamento.

6.2.2 Il personale

Per quanto attiene al personale, il posizionamento dell'Italia rispetto agli altri Paesi è analogo a quello relativo alle risorse finanziarie. Gli occupati in ambito sanitario e sociale nel 2021, come quota rispetto al totale degli occupati, erano in Italia l'8% (OECD 2023), meno di quanti siano nella media dei Paesi analizzati (10,5%). Sono sopra la media Regno Unito (12,9%), Stati Uniti (13,7%), Germania (13,9%), Paesi Bassi (16,1%). L'Italia si colloca sopra alla media dei Paesi analizzati nel rapporto OECD per la presenza di medici: in Italia 4,1 medici ogni 1000 abitanti, la media OECD è pari a 3,7. Tuttavia, l'età di questi medici è tra le più alte: in Italia ha superato i 55 anni il 55% dei medici, mentre la media OECD è del 33%. Anche Francia e Germania sono al di sopra della media, con una quota pari al 44% (Germania) e al 45% (Francia).

Rispetto al personale infermieristico, invece, la presenza in Italia è molto più limitata: 6,2 professionisti ogni 1.000 abitanti. La media dei Paesi analizzati è pari a 9,2 ogni 1.000 abitanti. Il Regno Unito, che pure esprime una presenza inferiore alla media, ha

una popolazione di 8,7 infermieri ogni 1.000 abitanti, mentre sono ampiamente sopra alla media la Francia (9,7), la Germania e gli Stati Uniti (12). Completamente diversa la situazione in Finlandia, Svizzera e Norvegia, che si collocano sopra il valore di 18 infermieri ogni 1.000 abitanti.

Il rapporto tra infermieri e medici è quindi particolarmente basso in Italia (1,5), a fronte di una media OECD di 2,5 infermieri per ogni medico. Francia, Germania e Regno Unito si collocano omogeneamente al di sopra della media (2,7). La Finlandia rappresenta il valore massimo del rapporto, con 5,2 infermieri per ogni medico.

Complessivamente, la comparazione con altri Paesi evidenzia come la dotazione di personale con cui affrontare la tutela della salute, e il fabbisogno di servizi per la non autosufficienza, sia estremamente limitata. Nel caso dei medici, che vede invece una situazione di presenza maggiore rispetto alla media, è tuttavia necessario attrezzarsi per gestire un ricambio nell'arco dei prossimi 10 anni.

6.3 La sostenibilità

Il quadro che emerge dai dati relativi all'equità e alle risorse è quello di un sistema sanitario che opera in condizioni di crescente pressione. Gli esiti di salute sono fortemente correlati al titolo di studio e al contesto territoriale, mentre la scarsità di risorse finanziarie e di personale limita la capacità del sistema di confrontarsi con le esigenze di protezione sanitaria della popolazione. Sul versante della popolazione professionale che anima il sistema sanitario emerge, allo stato, un quadro attuale di scarsità e un quadro prospettico dominato da una realistica previsione di uscita di una quota importante di medici nell'arco dei prossimi 10 anni. Il modello di finanziamento vede uno spostamento significativo dalla componente pubblica a quella privata (*out of pocket* e intermediazione assicurativa), e una spinta ai soggetti erogatori a orientarsi verso la spesa privata.

Lo sfondo in cui si colloca il sistema sanitario è caratterizzato da un fattore decisivo: la demografia, l'“eccezionalismo demografico” del Paese (Billari 2023).

L'Italia è un Paese che invecchia, con una struttura demografica che non è caratterizzata solo dalla crescente presenza di anziani, ma anche dalla sempre minore presenza di giovani.

Allungamento della vita e crollo della natalità sono due fenomeni distinti. L'allungamento della vita è di per sé un fenomeno positivo, a cui è però necessario reagire riconoscendo i nuovi fabbisogni legati all'invecchiamento. Le esigenze di tutela della salute si caratterizzano per un aumento della domanda di sanità e per uno spostamento di peso dall'acuzie alla cronicità e alla non autosufficienza. La popolazione non autosufficiente, pari a circa 4 milioni di persone (almeno una persona residente ogni 15) (Notarnicola, Perobelli 2025), non è considerata competenza del settore sanitario e viene affrontata con altri interventi, in ambito sociosanitario e assistenziale. Tuttavia, la domanda di supporto che emerge dalle persone non autosufficienti e dalle loro famiglie si rivolge anche al settore sanitario (Fosti *et al.* 2016). Il crollo delle nascite è, invece, un secondo fenomeno, che concorre all'invecchiamento del Paese, ma rappresenta un elemento distinto. In modo particolare la denatalità preoccupa per il futuro del sistema sanitario, sia in relazione alla capacità di produrre un reddito in grado di sostenere l'economia del Paese e l'offerta di servizi sanitari (anche in relazione all'effetto, nel

frattempo, della spesa previdenziale, connessa all'invecchiamento), sia in relazione al ricambio dei professionisti che si prendono cura della salute dei propri concittadini.

Crescita del fabbisogno e prospettive di contrazione delle risorse disponibili per la tutela della salute: il tema delle risorse emerge con tutta la sua centralità per la sostenibilità del sistema. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria è evidentemente inferiore a quello dei principali Paesi con cui ha senso una comparazione, e realisticamente al di sotto di quanto necessario. Sebbene il sistema sanitario italiano sia riuscito a reggere negli anni con questo differenziale di finanziamento, oggi la struttura della popolazione e i conseguenti fabbisogni sono cambiati. L'evoluzione del modello di finanziamento evidenzia una progressiva crescita della componente di domanda pagante, e una spinta implicita agli erogatori a privilegiare la domanda pagante rispetto a quella finanziata dalla pubblica amministrazione. Questa traiettoria, combinata con il 9,8% di persone in condizioni di povertà assoluta (ISTAT 2024b), fa emergere con forza un tema di equità. La presenza di 2,2 milioni di famiglie in povertà assoluta, corrispondenti a una popolazione di circa 5,7 milioni di persone, pari al 9,8% della popolazione complessiva, riporta al tema della salute come diritto fondamentale e al ruolo dell'universalismo nell'ambito del sistema. Inoltre, le famiglie più colpite dalla povertà sono quelle con età media più giovane, rispetto a quelle con componenti mediamente più anziani (ISTAT 2024b): anche la concentrazione della povertà nelle famiglie mediamente più giovani pone un problema di equità, in relazione al tipo di interventi che beneficiano in misura maggiore o minore del finanziamento pubblico.

Tuttavia, è realistico ipotizzare un finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale che in un periodo medio lo riallinei agli altri Paesi che sono stati considerati?

Se fosse possibile accrescere la dotazione di risorse finanziarie, sarebbe lecito attendersi che si possa attivare un sistema di competenze professionali in grado di utilizzare appieno quelle risorse? I dati nelle pagine precedenti hanno evidenziato che anche la dotazione di personale vede una situazione estremamente debole del sistema sanitario italiano rispetto a quello dei principali Paesi che sono stati trattati. L'Italia ha una dotazione di personale molto inferiore rispetto ad altri Paesi, e non è detto che l'aumento della dotazione finanziaria sia di per sé sufficiente ad allestire livelli di offerta più vicini al crescente fabbisogno.

Una seconda linea di cambiamento del sistema può essere legata ai possibili recuperi di efficienza, che possano liberare risorse per affrontare i bisogni emergenti. Tuttavia, l'analisi comparativa rispetto agli altri Paesi e la distanza tra dotazione di risorse e fabbisogno evidenziano un differenziale così alto da non poter essere affrontato solo con un recupero di efficienza.

È necessario ricercare una coerenza tra aspettative di funzionamento del sistema e dotazione di risorse. Senza questa coerenza, l'esigenza di fare chiarezza sulle priorità da perseguire continua a essere rimossa. In questa direzione, per favorire un'innovazione di servizio coerente con i bisogni emergenti e con le criticità fin qui evidenziate, si propongono tre chiavi di lettura utili per il management del settore.

La prima è quella che propone un approccio di iniziativa piuttosto che di attesa. Nella limitatezza di risorse del sistema, la priorità perseguita in un sistema di attesa è guidata dai modelli organizzativi e riproduce gli assetti di offerta presenti. A fronte di un accesso alla tutela della salute fortemente condizionato dalle caratteristiche soggettive, solo

un approccio di iniziativa è in grado di promuovere un progresso nei livelli di equità del sistema.

La seconda chiave interpretativa è quella della co-production come modello di erogazione di servizi che favorisca il coinvolgimento degli utenti, sia nella direzione della personalizzazione del servizio, sia nella direzione di migliori performance economiche del sistema. Le forme di coinvolgimento attivo degli utenti possono essere abilitate dalle tecnologie, il cui contributo non è necessariamente limitato ai processi di efficientamento e alla gestione amministrativa. Infatti, l'impatto potenzialmente più alto della rivoluzione tecnologica in corso è quello sui modelli di servizio e sulla gestione, anche a fini predittivi, dei dati relativi ai pazienti.

La terza chiave interpretativa riconosce nella transizione tra setting di cura un elemento centrale di funzionamento del sistema, e mette al centro il governo delle interdipendenze tra gli attori del sistema. Il sistema organizzativo non è solo quello delle singole aziende coinvolte, quanto il network di cui sono parte e che è attraversato dal paziente. Tuttavia, per evitare che i pazienti (e gli erogatori) restino intrappolati tra le maglie delle reti, è necessario riconoscere la natura negoziale e integratoria dei processi di rete, e l'esigenza di individuare forme di collaborazione che non siano solo positive per il sistema, ma siano anche sostenibili per i singoli attori della rete.

Queste tre linee di cambiamento convergono in un punto centrale: la credibilità del sistema sanitario. L'esclusione di chi non è in grado di promuovere da sé la propria tutela, l'adozione di modelli meccanici che non sono in grado di personalizzare, l'abbandono dei pazienti alla complessità delle reti di offerta costituiscono un vulnus alla credibilità del sistema. La sostenibilità finanziaria dell'intervento pubblico trova le proprie radici nell'efficacia e nell'efficienza, ma non regge se non è accompagnata da quelle condizioni di credibilità che permettono al sistema di continuare a sollecitare l'attrazione di risorse dei cittadini, che ne riconoscano il valore sia per il proprio interesse personale, sia per il beneficio creato per la comunità. La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale non dipende solo da risorse e personale, ma dalla capacità del sistema di rigenerare fiducia, equità e partecipazione dei cittadini.

Riferimenti bibliografici

- Antonini L. (2017), *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria*, Federalismi.it, n. 22/2017.
- Ardito V., Ciani O., Federici C. et al. (2024), *Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Rapporto OASI 2024*, a cura di Cergas, EGEA, Milano.
- Billari F. (2023), *Domani è oggi*, EGEA, Milano.
- Borsoi L., Cinelli G., Furnari A. et al. (2024), *La spesa sanitaria e i costi dei servizi: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale*, in *Rapporto OASI 2024*, a cura di Cergas, EGEA, Milano.
- Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. (2024), *I consumi privati in sanità*, in *Rapporto OASI 2024*, a cura di Cergas, EGEA, Milano.
- Fosti G., Furnari A., Longo F. et al. (2016), *Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi*, in *Rapporto OASI 2016*, a cura di Cergas, EGEA, Milano.
- Giudice L., Preti L.M., Ricci A. (2024), *Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei risultati economici nel post-pandemia*, in *Rapporto OASI 2024*, a cura di Cergas, EGEA, Milano.
- ISTAT (2024a), *Rapporto BES 2023*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

- ISTAT (2024b), *Rapporto Annuale 2024, La situazione del Paese*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.
- ISTAT (2025), *Il sistema dei conti della sanità*, dati disponibili online, https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH/IT1,91_963_DF_DCCN_SHA_1,1.0.
- Notarnicola E., Perobelli E. (2025), *Lo stato dell'arte del settore LTC in Italia: rete dei servizi formali e informali, posizionamento strategico dei gestori e delle politiche pubbliche, finanziamento e novità introdotte con la Riforma Anziani*, in Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (2025), *Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione*, EGEA, Milano.
- OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

7. I servizi sociosanitari in Italia: quali sono, chi se ne occupa e quanto costano

Michelangelo Caiolfa, Giorgia Marinuzzi, Michela Mauloni, Claudia Peiti¹

L'evoluzione demografica dell'Italia, caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie croniche e della non autosufficienza, impone una riflessione profonda circa le politiche di integrazione tra sanità e assistenza sociale, complici anche le ricadute positive che un rafforzamento delle attività sociali ha in termini di sollievo rispetto alla pressione sul sistema sanitario.

Dopo la pandemia, il mondo del sociosanitario sta, infatti, vivendo un nuovo periodo di grande interesse, probabilmente dovuto alla riemersa consapevolezza della incidenza dei determinanti di salute ulteriori rispetto alle prestazioni strettamente sanitarie, unita alla forte correlazione che lega tra loro la salute della singola persona, del suo nucleo familiare e della comunità in cui abita. Per lungo tempo questi temi sono stati prevalentemente oggetto di convegni e di esperienze locali e volontaristiche, ora l'integrazione tra sanità e sociale e l'approccio di comunità sono tornati a essere considerati come elementi portanti, non eventuali o accessori, della costruzione di sistemi evoluti per la salute.

A livello normativo l'integrazione tra l'ambito sanitario e sociale trova principale espressione in un decreto del 2017, noto anche come DPCM "Nuovi LEA", il quale individua tra le altre, un elenco di "prestazioni", rubricate appunto come "sociosanitarie". Il perimetro sociosanitario, dunque, è disegnato dai 15 articoli contenuti nel Capo IV del DPCM del 2017, che definiscono per ogni settore assistenziale sia le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (che ricomprendono al loro interno le prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria), sia le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Il nucleo di questo perimetro è costituito dalle "attività" – prestazioni – di fatto denominate dai singoli commi dei 15 articoli, a cui si aggiunge la seconda dimensione dei percorsi assistenziali integrati. Questo nucleo presenta anche alcune ripartizioni degli oneri a carico del SSN che presentano una difficile e molto frastagliata ricostruzione per le parti di competenza comunale e per le compartecipazioni degli utenti.

Sebbene dunque la norma identifichi le prestazioni oggetto di integrazione, giungere ad una rappresentazione finanziaria della spesa sostenuta dal sistema pubblico e privato per questo gruppo di prestazioni si rivela particolarmente complesso. Alla loro erogazione e

¹ Il testo è stato redatto da un gruppo di lavoro congiunto di IFEL-Fondazione ANCI (Istituto per la Finanza e l'Economia Locale) e di REF Ricerche e coordinato dagli autori. Si ringraziano per i preziosi contributi Lucrezia Fenudi, Giuseppe Ferraina e Francesca Morganti.

finanziamento concorrono, inoltre, una pluralità di enti produttori e finanziatori – quale risultante della natura ibrida del mix assistenziale sotteso – e rispetto a cui le fonti disponibili per tracciare i flussi finanziari sono solo in parte esaustive e tra loro conciliabili.

Il seguente contributo, dopo aver fornito una panoramica sui servizi sociosanitari, chiarendone le caratteristiche e le aree di intervento, si concentra sull'analisi dei profili finanziari evidenziando come di fondamentale importanza sia, ai fini della comprensione della portata del servizio sociosanitario e della misurazione della relativa spesa, una chiara ricostruzione dei rapporti tra enti erogatori e finanziatori, ovvero del perimetro di riferimento².

7.1 Le prestazioni sociosanitarie: dal punto di partenza ai disposti attuativi

L'integrazione tra sanità e sociale e l'approccio di comunità sono tornati a essere considerati come elementi portanti, non eventuali o accessori, della costruzione di sistemi evoluti per la salute.

Per contribuire ad alimentare questa visione fondativa e sostenere le competenze indispensabili alla sua attuazione operativa, è cruciale riprendere i fondamentali delle materie sociosanitarie e dell'integrazione, iniziando da una loro definizione concreta e comprovata.

Il punto di partenza è costituito dal Decreto Legislativo 229/1999 che modifica il Decreto Legislativo 502/1992 di riforma del Servizio Sanitario Nazionale. Per quanto riguarda lo specifico delle materie sociosanitarie, introduce il basilare articolo 3-septies denominato appunto "Integrazione sociosanitaria", in cui vengono fissati i fondamentali che regolano tuttora i processi di integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali.

Vengono definite come prestazioni sociosanitarie "... tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"³.

Il D.Lgs. 229/1999 introduce le definizioni complementari di "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" e "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" che, nel loro insieme, compongono l'area sociosanitaria⁴:

- **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale:** "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite".
- **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:** "attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute".

Il D.Lgs. 229/1999 aggiunge due ulteriori specificazioni. La prima specificazione riguarda le cosiddette "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", ca-

2 La mancanza di un immediato raccordo tra il quadro normativo e quello finanziario, così come l'eterogeneità dei modelli organizzativi e dei criteri di erogazione dei servizi sul territorio, rendono la mappatura della spesa finale di complessa individuazione.

3 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 1.

4 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 2.

ratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Queste attività sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria⁵.

La seconda specificazione riguarda le “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria”, di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale. Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità con cui i comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari⁶.

In applicazione delle disposizioni del D.Lgs. 229/1999, è stato dapprima emanato il DPCM del 14.02.2001 “Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”; seguito dopo molto tempo dal DPCM del 12.01.2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, che ricomprende anche le materie sociosanitarie trattate in modo approfondito e analitico in riferimento ai principi definiti nel 2001.

Per la parte sociosanitaria, il DPCM del 2017 riprende i contenuti del primo Atto di Indirizzo del 2001 e li sviluppa nel quadro di una più ampia trattazione integrale dei Livelli Essenziali di Assistenza. Per l'ampiezza dell'atto, la caratura delle materie trattate, i contenuti normati, questo dispositivo rappresenta il nucleo fondante del perimetro sociosanitario⁷.

In particolare, è il Capo IV del DPCM del 2017 a essere dedicato all'assistenza sociosanitaria, area in cui non sono stati definiti dei veri e propri elenchi di prestazioni ma sono state individuate le attività e le tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità e impegno assistenziale (cfr. Box 7.1 *Il possibile nucleo del perimetro sociosanitario*).

7.2 La spesa sociosanitaria: perimetro di riferimento e flussi finanziari

Una volta chiariti i riferimenti normativi, per comprendere appieno la portata del fenomeno è utile partire da una panoramica generale dei due settori.

Secondo i dati più recenti, la spesa sociale – al netto delle pensioni – ammonta a poco meno di 110 miliardi di euro, mentre quella sanitaria raggiunge i 138 miliardi. Questi valori, elaborati a partire dai Conti Nazionali ISTAT relativi all'annualità 2023, evidenziano l'importanza strategica dei due ambiti, non solo in termini di impatto economico, ma anche di coesione sociale e tutela dei diritti fondamentali.

5 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, commi 4 e 5.

6 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 8.

7 Il DPCM del 2017 è composto da 64 articoli, raggruppati in sei capi il cui impianto segue l'articolazione dei macrolivelli di assistenza: Prevenzione collettiva e sanità pubblica; Assistenza distrettuale; Assistenza ospedaliera. Ogni macrolivello è suddiviso in aree specifiche che sono articolate in attività, servizi e prestazioni, e costituiscono i Livelli Essenziali di Assistenza. Per le aree specifiche in cui le prestazioni erogabili sono elencate in liste o nomenclatori, il provvedimento include specifici allegati che esauriscono la relativa disciplina.

Il possibile nucleo del perimetro sociosanitario: riarticolazione del DPCM 12.01.2017

Il Capo IV del DPCM del 2017 è composto da 15 articoli che interessano l'area dei minori e famiglie, delle persone con disturbi mentali, delle persone con dipendenze patologiche, delle persone con disabilità, delle persone con non autosufficienza, le cure domiciliari, residenziali e palliative:

Art. 21 Percorsi assistenziali integrati

Art. 22 Cure domiciliari

Art. 23 Cure palliative domiciliari

Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

Art. 25 Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Art. 26 Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità

Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

Art. 29 Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

Art. 30 Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Art. 31 Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Art. 33 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Art. 34 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

Art. 35 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

Nel tentativo di decodificare il complesso impianto recato dal DPCM 2017 in ambito sociosanitario è possibile tentare una rilettura del Capo IV basata sull'**aggregazione per settori assistenziali** – Materno-Infantile, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Disabilità, Non Autosufficienza, Cure Palliative – a cui vanno aggiunte le Cure Domiciliari, che sono trasversali a tutti i settori, e la residenzialità extraospedaliera a elevato impegno sanitario. In linea di massima, per ciascun settore assistenziale possiamo distinguere due insiemi di prestazioni: un insieme composto da **trattamenti/prestazioni di tipo prevalentemente "ambulatoriale"**, se è appropriato nominarli così seguendo la terminologia adottata a suo tempo dall'Atto di Indirizzo del 2001, e un insieme composto dalle attività residenziali e semiresidenziali. A questi due insiemi vanno aggiunte le cure domiciliari che sono trasversali a tutti i settori.

Le prestazioni del primo insieme sono evidenti in particolare agli articoli 24, 25, 26, 27 e 28 che presentano lo stesso tipo di impianto. Il primo comma si apre sempre con una formula di questo genere: "Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce [...] le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche,

[...] necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività [...]”; a cui segue un elenco di prestazioni che vanno dall’accesso alla valutazione, da prestazioni di tipo ambulatoriale (prevalentemente svolte nelle sedi delle strutture afferenti ai dipartimenti di competenza o dei soggetti accreditati) a prestazioni specialistiche o riabilitative o psico-educative o di gruppo o collaborazioni con altri settori o altri enti. Una parte dell’elenco di queste prestazioni è molto simile per tutti gli articoli citati, una parte è invece declinata in modo specifico per ogni singolo settore assistenziale.

Le **attività residenziali** sono articolate secondo le diverse intensità assistenziali, di solito tre: 1) Alta intensità; 2) Media intensità 3) Bassa intensità.

È questo il caso degli articoli 30, 31, 32, 33, 34, mentre nel 35 (Cure Palliative) i livelli sono due. In alcuni casi i tre livelli sono anche associati alla durata, e diventano quindi: intensivi, estensivi oppure, per la bassa intensità, socio-riabilitativi, pedagogico-riabilitativi o di lungoassistenza. Le **attività semiresidenziali** nelle due aree della Salute Mentale non sono articolate per intensità assistenziale, nelle altre aree sono articolate al massimo in due livelli di intensità assistenziale come agli articoli 30, 34 e 35.

Le **cure domiciliari** dell’articolo 22 sono articolate in quattro livelli di intensità assistenziale trasversali a tutte le aree:

1. *Cure domiciliari di livello base - CIA inferiore a 0,14*
2. *Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello - CIA compreso tra 0,14 e 0,30*
3. *Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello - CIA compreso tra 0,31 e 0,50*
4. *Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello - CIA compreso tra 0,51 e 0,60*

Occorre evidenziare che nella normativa attuale non è prevista una forma specifica di assistenza domiciliare di lunga durata per le persone anziane non autosufficienti, a differenza delle attività residenziali che prevedono la lungoassistenza all’articolo 30, comma 1, lettera c). È sempre indispensabile precisare che in questo scritto si sta esaminando solo il DCPM 2017, senza le modifiche, integrazioni, evoluzioni che sono intervenute successivamente in ogni settore assistenziale sociosanitario. In aggiunta alle varie tipologie di prestazioni, la seconda dimensione del perimetro sociosanitario è costituita dai **percorsi assistenziali integrati**. Già l’Atto di Indirizzo del 2001 stabilisce che l’assistenza sociosanitaria viene prestata sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali; l’art. 21 del DPCM del 2017 sviluppa questa impostazione e chiarisce che “I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente capo prevedono l’erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all’area sanitaria e all’area dei servizi sociali”. Il Percorso assistenziale integrato è esplicitamente scandito nelle sue macrofasi – accesso unitario, presa in carico, valutazione multidimensionale, progetto di assistenza individuale – gli interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono organizzati sulla base della valutazione multidimensionale. Per le materie sociosanitarie e l’integrazione, la centralità del percorso assistenziale è affermata, normata e richiamata ovunque nel Capo IV del DPCM 2017. Appare vano pensare il sociosanitario fuori da un accesso unitario, una valutazione multidimensionale congiunta, un PAI integrato; e questo stesso impianto di base viene ripreso e rafforzato operativamente anche da tutti i maggiori atti nazionali successivi al 2017.

Di questi aggregati, nell'ambito sociale, gli Enti di Previdenza (es. INPS) assorbono la quota maggiore, con circa 83 miliardi destinati a trasferimenti monetari alle famiglie (quali pensioni di invalidità, l'indennità di accompagnamento e i sostegni alla disoccupazione). Le Amministrazioni Centrali contribuiscono con 14,4 miliardi, mentre le Amministrazioni locali – principalmente i comuni (cfr. Box *La spesa dei comuni*) – gestiscono circa 11,2 miliardi, destinati a servizi sociali territoriali e interventi di prossimità.

Tabella 7.1 Spesa sociale (al netto delle pensioni) e spesa sanitaria (milioni di euro)

	<i>Settore sociale (netto pensioni) ⁽¹⁾</i>	<i>Settore Sanità ⁽²⁾</i>
	2023	2023
Amministrazioni Centrali	14.372	2.634
Amministrazioni Locali	11.229	135.180
Enti Previdenza	82.708	458
Totale PA	108.309	138.272

⁽¹⁾ La spesa per “Protezione sociale” (aggregato COFOG G100) è pari a 449.597 milioni. Il dato è qui esposto al netto della spesa pensionistica, identificata nella classificazione come la somma tra i due aggregati “Vecchiaia” (G1002) e “Superstiti” (G1003) e pari a 341.288 milioni.

⁽²⁾ Il valore della spesa sanitaria si riferisce alla spesa per Salute e Sanità (aggregato COFOG G070).

Fonte: Elaborazione REF Ricerche su dati ISTAT, 2024

Nel settore sanitario, quasi tutta la spesa è in capo alle amministrazioni locali, con particolare riferimento alle Aziende sanitarie e Ospedaliere, il cui ruolo attiene alla fornitura di prestazioni sanitarie e sociosanitarie e al cui finanziamento concorre perlopiù il Fondo sanitario nazionale (FSN). Sono circa 138 miliardi, di cui 135 miliardi ascrivibili alle amministrazioni locali.

In questo inquadramento generale, una menzione a parte merita il ruolo delle Regioni nei due settori. Va infatti ricordato che alle Regioni spettano poteri di pianificazione e indirizzo dell'offerta di servizi in entrambi gli ambiti, occupandosi dal punto di vista finanziario di redistribuire (e a volte di integrare) i fondi nazionali a sostegno delle politiche sanitarie e sociali⁸. Basta qui ricordare che la spesa complessiva delle Regioni nel 2023 per questi due settori ammonta a poco più di 144 miliardi di euro, di cui 139 miliardi destinati alla sanità e circa 5 miliardi al settore sociale⁹. Ciononostante, la quasi totalità della spesa regionale corrente è costituita da trasferimenti correnti ed enti pubblici. Una volta chiariti i dati finanziari dei due settori, un primo elemento di chiarezza nella ricostruzione della spesa sociosanitaria è dato dall'individuazione del perimetro di riferimento, il quale richiede l'introduzione di alcune assunzioni, stante il fatto che – come

8 La Sanità è materia di competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni, mentre in materia di assistenza sociale le Regioni hanno competenza residuale.

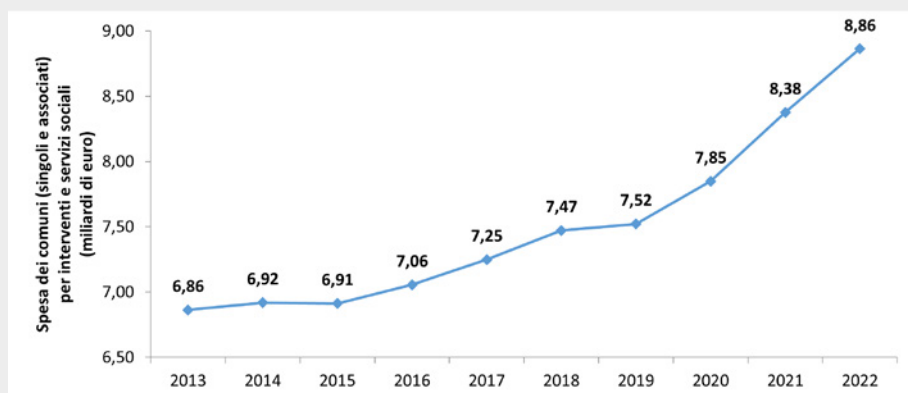
9 Si considera qui quanto indicato rispettivamente in Missione 12 e Missione 13 di fonte BDAP, (Spesa corrente – Titolo 1).

La spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali

Secondo gli ultimi dati ISTAT, la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale, continua ad aumentare. Nel 2022 il dato raggiunge gli 8,86 miliardi di euro, pari allo 0,46% del PIL, il 5,8% in più rispetto al 2021 (Figura 7.1). In confronto con il 2013, quando la spesa complessiva era pari a 6,86 miliardi di euro, il dato ha subito una variazione positiva pari al 29,2%.

Nel 2022 la spesa dei comuni per i servizi sociali per abitante è pari a 150 euro (era di 114 euro pro capite nel 2013) con differenze molto ampie a livello di ripartizione geografica (Figura 7.2): nel Mezzogiorno è pari a 100 euro, circa la metà del dato registrato al Nord (181 euro).

Figura 7.1 Spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali (miliardi di euro), 2013-2022



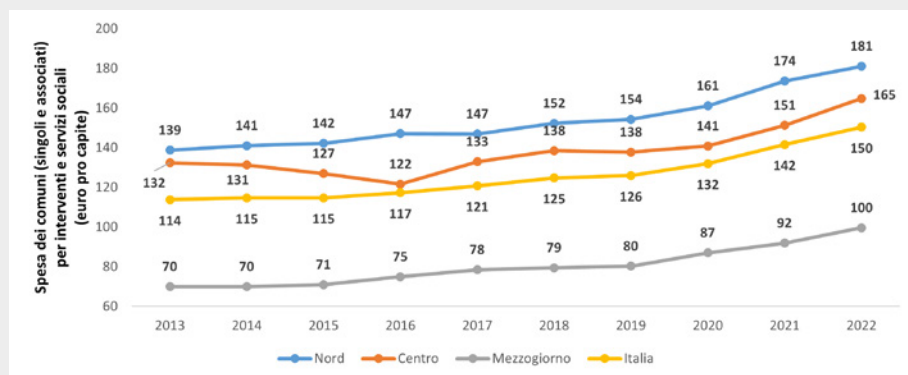
Fonte: Elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, anni vari

I divari a livello territoriale appaiono strutturali, con un Nord sempre al di sopra del resto del Paese, un Centro che insegue e un Mezzogiorno perennemente in affanno, con valori mai superiori ai 90 euro pro capite, a eccezione dell'ultimo biennio. Nel 2022 il 40,1% della spesa dei comuni per i servizi sociali è utilizzata per interventi e servizi, il 32,2% viene assorbita dalle strutture, mentre la restante parte (c.ca 28%) è costituita dai trasferimenti in denaro (Figura 7.3).

Tale composizione percentuale è stata piuttosto stabile negli anni fino al 2020, quando, in risposta all'emergenza Covid-19, si è registrato un balzo improvviso della spesa erogata sotto forma di trasferimenti in denaro, aumentati rispetto all'anno precedente del 22,7% (Figura 7.4). Nel 2021 si ripristinano le proporzioni tra le tre voci di spesa, con differenze che si ampliano in modo evidente nel 2022: le spese per gli interventi e servizi si attestano a 3,56 miliardi di euro, seguono le spese per le strutture a 2,85 miliardi di euro e i trasferimenti in denaro a 2,46 miliardi.

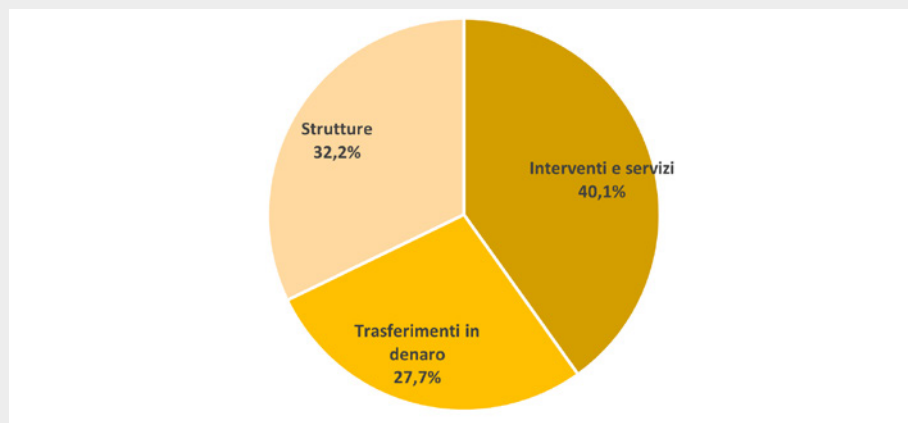
Facendo riferimento alle aree di utenza, le risorse sono destinate prevalentemente

Figura 7.2 Spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali, per ripartizione geografica, 2013-2022



Fonte: Elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, anni vari

Figura 7.3 Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali, per tipologia di spesa, 2022

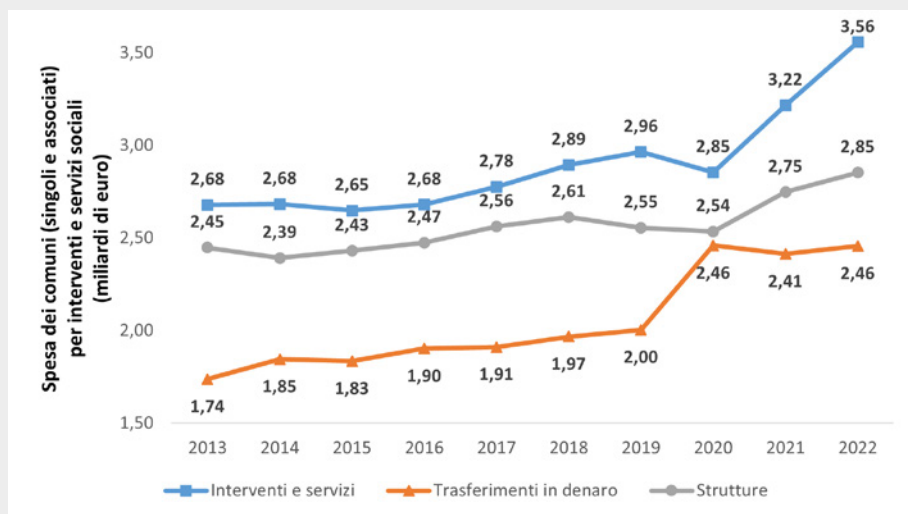


Fonte: Elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

ai minori e alle famiglie con figli (37,3%), alle persone con disabilità (27,5%) e agli anziani (14,8%), ossia ai residenti che abbiano compiuto almeno 65 anni di età (Figura 7.5).

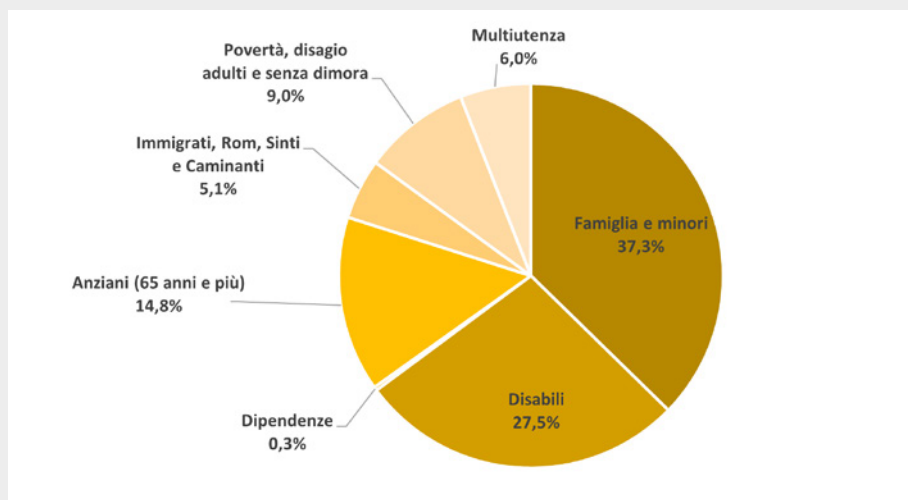
Degli oltre 8,8 miliardi di euro di spese dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali nel 2022, 5,96 miliardi sono gestiti direttamente dall'amministrazione comunale (Figura 7.6). Si tratta a livello nazionale del 67,2% del totale. La seconda tipologia di ente gestore è il distretto/ambito/zona sociale, con 1 miliardo di euro, pari al 12,3% della spesa.

Figura 7.4 Spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali (miliardi di euro), per tipologia di spesa, 2013-2022



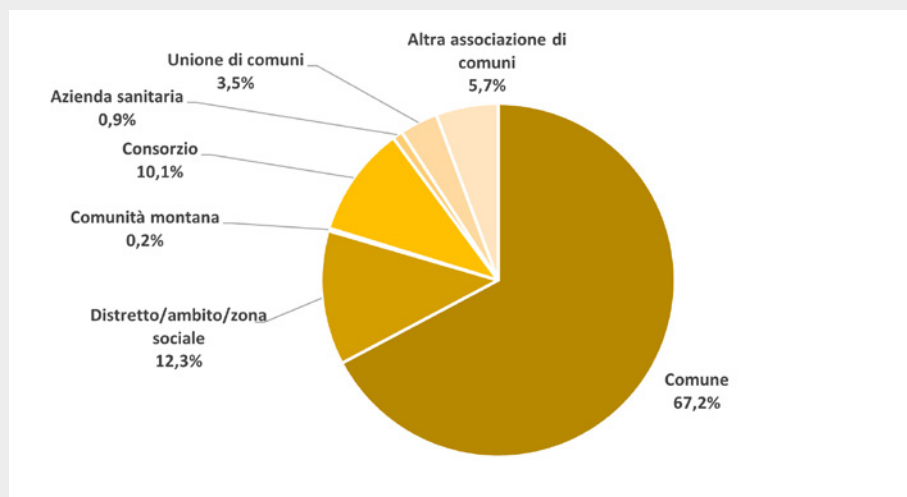
Fonte: Elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, anni vari

Figura 7.5 Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali, per area di utenza, 2022



Fonte: Elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

Figura 7.6 Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali, per tipologia di ente gestore, 2022



Fonte: Elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati ISTAT, 2025

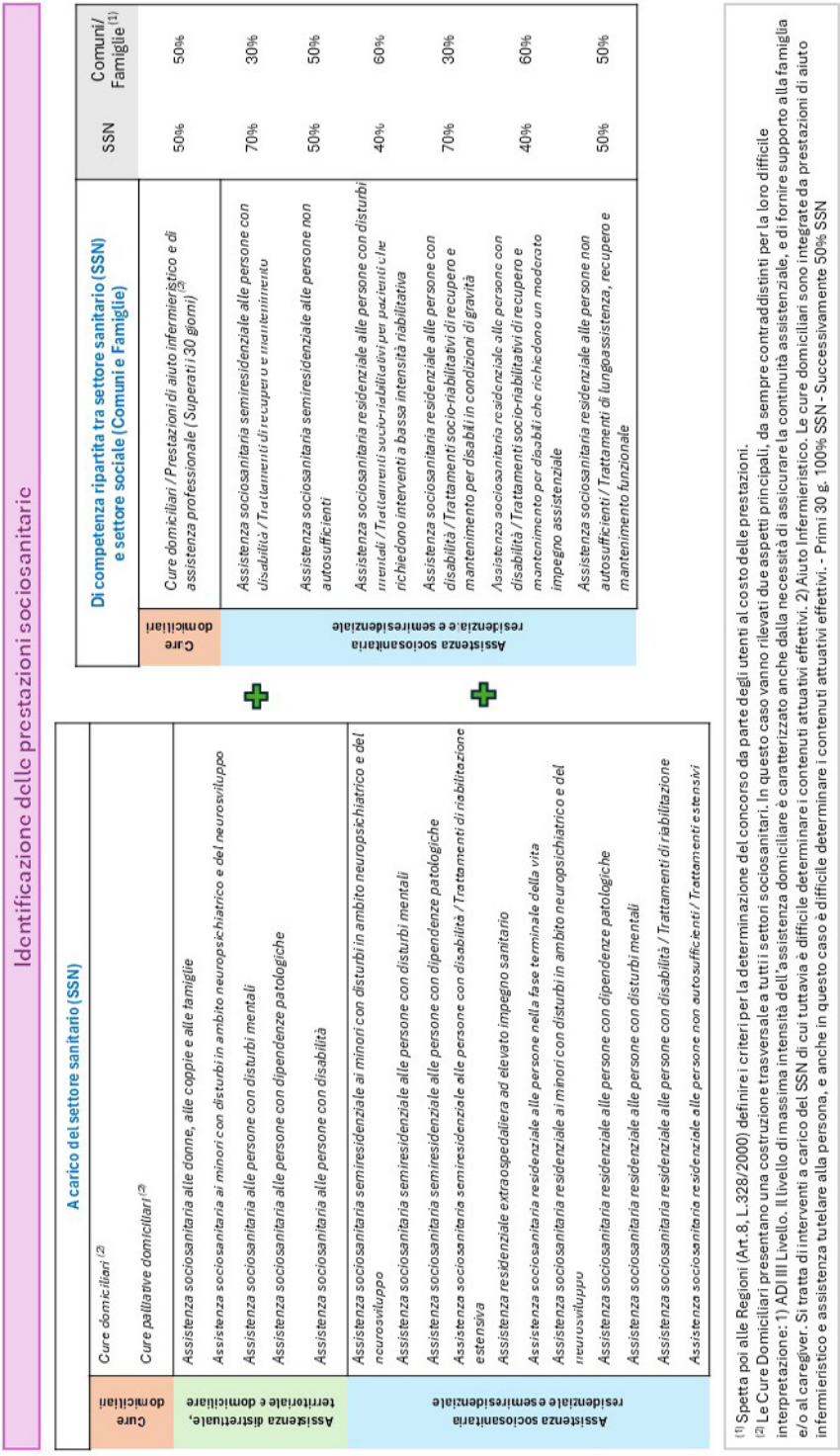
già visto in precedenza – la ripartizione degli oneri tra settore sanitario e sociale (e soggetti finanziatori ed erogatori) è per lo più legata agli esiti individuali della valutazione multidimensionale e all'*intensità dell'intervento assistenziale*. Più alta è l'intensità sanitaria dell'intervento (fase intensiva ed estensiva), maggiore è la copertura del settore sanitario; al contrario, più è importante l'aspetto sociale o assistenziale, più è richiesto il coinvolgimento dei comuni e/o dell'utente¹⁰.

Con questa premessa, la Figura 7.7 dettaglia le singole prestazioni sociosanitarie, raggruppandole utilizzando i criteri di riparto dei costi tra settore sanitario e settore sociale¹¹. Emerge che si tratta prevalentemente di prestazioni domiciliari o in strutture (semi-

10 L'individuazione della parte di prestazione a carico del SSN deve essere proporzionata al livello di dipendenza o non autosufficienza dell'assistito: quanto più è rilevante il bisogno sanitario, tanto maggiore sarà la quota pubblica coperta dal sistema sanitario; al contrario, all'aumentare della componente sociale crescono le responsabilità dei servizi sociali comunali o dell'utente stesso.

11 Va precisato che il DPCM 2017 non reca alcuna disposizione sulla parte degli oneri non ricompresi nelle percentuali assegnate al SSN. Per meglio dire, se un'attività residenziale è finanziata al 40% o al 50% o al 70% dal SSN, nulla si dice del restante 60% o 50% o 30%. Le competenze sono giustamente affidate alla regolazione delle singole Regioni, anche se ogni materia nel corso del tempo ha sviluppato assetti specifici legati anche agli impianti normativi di settore, alla giurisprudenza che si è sedimentata nel tempo, al rapporto con i dispositivi regionali e i singoli regolamenti comunali. Per la parte non finanziata dal SSN, l'aspetto più importante riguarda il rapporto tra i cofinanziamenti di origine comunale e i cofinanziamenti delle persone assistite. Le possibilità e le formule adottate sono molte, come nel caso di due esempi agli antipodi tra loro: le residenze sanitarie per la lungoassistenza alle persone non autosufficienti (livello c) e i centri diurni per persone disabili. Nel primo caso la retta giornaliera omnicomprensiva è costituita dalla quota sanitaria che copre il 50% e dalle risorse delle persone assistite a copertura dell'altro 50%; nel caso in cui la persona non sia in grado di arrivare alla cifra richiesta, il Comune di residenza è chiamato a integrarla in modo sussidiario. Nel caso dei centri diurni per persone disabili, il processo è differente: la quota del 70% o del 40% è di

Figura 7.7 Il riparto della spesa fra il sociale e il sanitario in base al DPCM 12.01.2017



Fonte: Elaborazione REF Ricerche sul DPCM del 12 gennaio 2017 e altri studi

residenziali e residenziali), indirizzate – per la parte cofinanziata tra settore sanitario e settore sociale – principalmente a persone non autosufficienti e disabili. Gli altri target (famiglie, minori, persone con disturbi mentali e dipendenze) sono principalmente i destinatari di prestazioni a totale carico del settore sanitario.

Sempre preliminare alla definizione della spesa e senza obbligo di esaustività, la Figura 7.8, avvalendosi di diversi contributi normativi e scientifici, propone una sintesi dei soggetti interessati e delle relazioni finanziarie che intercorrono tra il settore sanitario e il settore sociale nell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie. Ne emerge un sistema complesso, in cui flussi di risorse e responsabilità si intrecciano tra diversi livelli istituzionali e operativi¹².

In linea teorica, la metodologia più adeguata per arrivare a definire una stima puntuale della spesa sociosanitaria (pubblica e privata) dovrebbe basarsi sulla rilevazione della spesa effettivamente sostenuta dai soggetti erogatori, per la parte di loro competenza. Tuttavia, l'assenza di fonti informative integrate – in continuità con alcuni studi precedenti – porta a stimare la spesa sociosanitaria a partire dalle diverse fonti disponibili con riferimento ai principali finanziatori/erogatori: ASL, Comuni e Utenti/Famiglie.

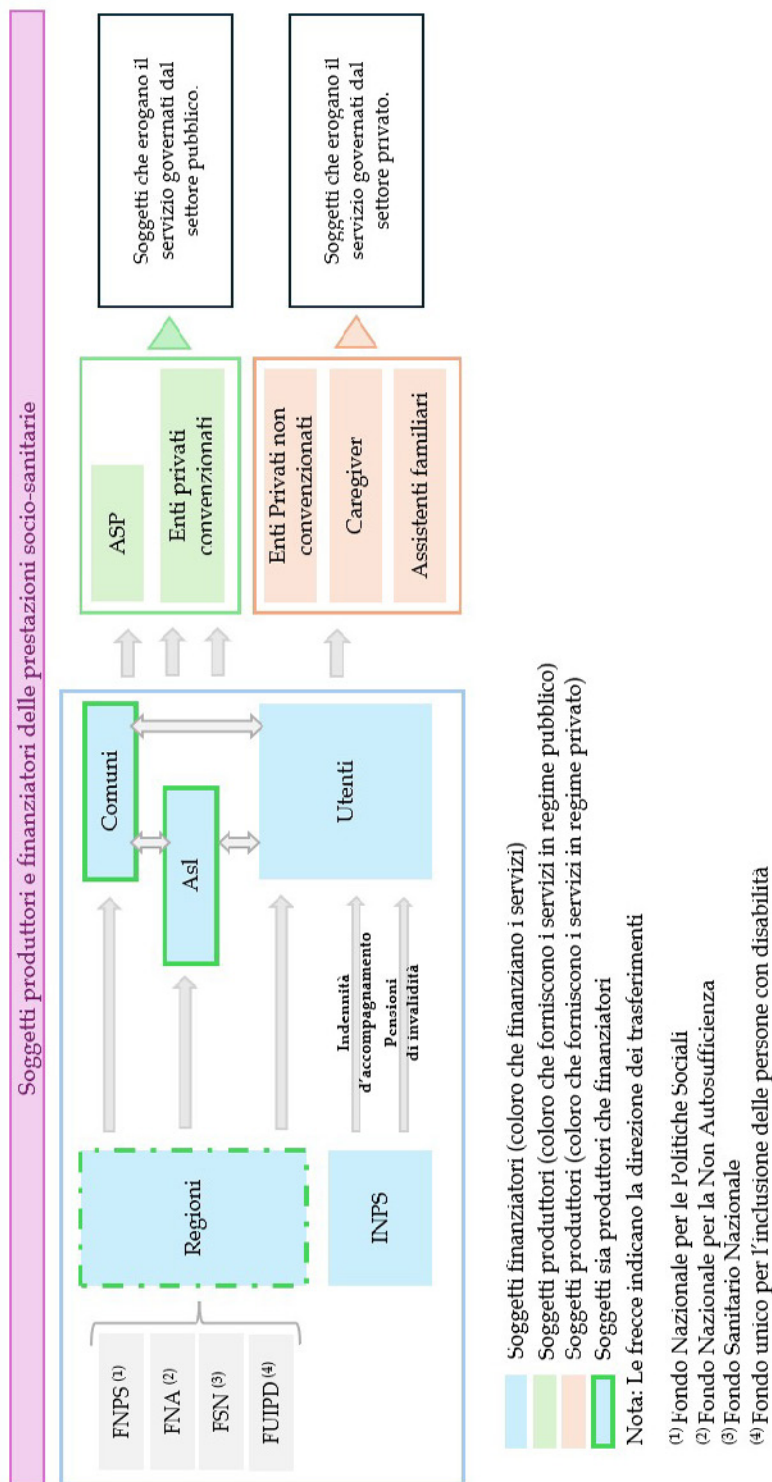
Con questi *caveat*, la Figura 7.9 ricostruisce una stima della spesa sociosanitaria identificandola in un intervallo compreso tra 45,7 miliardi di euro e 47,3 miliardi di euro, su scala nazionale.

In particolare, per l'identificazione della parte che grava sul settore sanitario, ovvero quella in capo alle ASL, il riferimento è al “*Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN*”, pubblicato dalla BDAP, che consente di isolare la quota di spesa sanitaria destinata alle prestazioni sociosanitarie¹³. Secondo tale rilevazione, nel 2023 gli enti del SSN hanno speso complessivamente 16,5 miliardi di euro per prestazioni di carattere sociosanitario, pari al 12,3% della spesa sanitaria complessiva da essi sostenuta¹⁴.

pertinenza del SSN, il restante 30% o 60% è di pertinenza diretta dell'Amministrazione comunale che, nel caso (molto discusso e criticato nella disabilità), richiede eventualmente una quota di compartecipazione alle persone assistite e alle loro famiglie. Tra questi due esempi estremi, esiste un'intera gamma di possibilità e di combinazioni stratificate durante gli anni e differenti da Regione a Regione.

- 12 La Figura 7.8 mostra che il principale canale di finanziamento del sistema sociosanitario è rappresentato da Stato e Regioni – tramite fondi nazionali (FSN, FNPS, FNA, FUIPD) – e dagli Enti di previdenza (INPS). Accanto a questi soggetti gran parte delle risorse provengono dai comuni e dal Sistema Sanitario Nazionale (ASL), oltre alle compartecipazioni degli utenti. La produzione dei servizi, tuttavia, è affidata a comuni e ASL che operano direttamente o tramite ASP ed enti privati convenzionati, e cui si affianca la rete di soggetti privati non convenzionati (Enti indipendenti, caregiver, assistenti familiari).
- 13 Il dataset raccoglie i dati di spesa sostenuti dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), organizzati secondo le tre macroaree previste dal DPCM 12 gennaio 2017. Il dataset consente di analizzare in dettaglio i costi relativi a ciascun sub-livello di assistenza, favorendo il confronto tra servizi sanitari erogati a livello territoriale. Va precisato che la parte di spesa a carico del SSN che viene trasferita ai comuni sotto forma di compartecipazione del SSN trova espressione anche nell'indagine sui servizi sociali di fonte ISTAT, da cui si giunge a stimare per tale componente di spesa un importo pari a 1,2 miliardi di euro. La ricostruzione dei flussi finanziari (Cfr. Figura 7.8) ha portato a ritenere che questo importo fosse ricompreso nel complesso delle spese sostenute dalle ASL per le prestazioni sociosanitarie.
- 14 Tali importi sono stati rettificati per tener conto dei trasferimenti tra ASL della stessa Regione e extraregione utilizzando, a partire dal “Modello di rilevazione del Conto Economico degli enti del SSN”, le voci dei conti economici relativi ad acquisti di beni e servizi per “Mobilità intra-regionale” e “Mobilità extra-regionale”, pari nel 2023 rispettivamente a 25,4 miliardi e 6,1 miliardi (di cui spesa sociosanitaria, 0,327 miliardi e 0,38 miliardi). Tale depurazione potrebbe non essere completamente esaustiva per la parte sociosanitaria, presente nel dettaglio economico solo per un sottogruppo di prestazioni.

Figura 7.8 Relazioni finanziarie tra soggetti produttori e finanziatori



Una rassegna degli studi sull'identificazione della spesa sociosanitaria

Nel corso degli ultimi anni, diversi studi hanno cercato di affrontare il tema complesso dell'identificazione della spesa sociosanitaria in Italia, proponendo approcci metodologici differenti a seconda del contesto territoriale, delle fonti disponibili e degli obiettivi di analisi. Si propone una breve panoramica di queste esperienze, mettendo in luce le principali scelte metodologiche adottate per stimare una voce di spesa che, per sua natura, sfugge a una classificazione univoca.

Uno dei contributi più strutturati è quello sviluppato per la Regione Emilia-Romagna nel 2010, dove la spesa sociosanitaria è stata ricostruita a livello distrettuale, adottando una definizione "integrata" che ragiona sul complesso della spesa sociale, integrandola con la quota sanitaria, includendo sia le risorse pubbliche che quelle private impiegate per servizi sociali e sociosanitari. Questo approccio si basa su una combinazione di fonti, tra cui l'indagine ISTAT sui servizi sociali dei comuni, i dati sulle compartecipazioni degli utenti e le informazioni relative ai trasferimenti nazionali e regionali per la parte sanitaria. L'obiettivo è quello di rappresentare il sistema nel suo complesso, escludendo però i servizi offerti a libero mercato, che pur rappresentano una quota significativa dell'assistenza.

Un'altra prospettiva è quella proposta da CREA Sanità, che nel suo 19° Rapporto ha definito la spesa sociosanitaria come l'insieme delle risorse destinate all'assistenza sanitaria (pubblica e privata) e al supporto delle persone in condizioni di fragilità, in particolare anziani e disabili. La stima è stata ottenuta sommando la spesa sanitaria complessiva con quella sociale per la non autosufficienza, includendo anche le prestazioni monetarie erogate dall'INPS e le spese private per gli assistenti familiari. Questo approccio, più ampio e inclusivo definisce una spesa sanitaria allargata. Altri studi, come quello di Rossi (2018), hanno preferito concentrarsi sulla spesa per long-term care (LTC), includendo prestazioni sanitarie e sociali rivolte a soggetti non autosufficienti. In questo caso, la stima si basa su tre componenti principali: la spesa sanitaria per LTC, l'indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali locali. Anche Barbetta, Sangrigoli e Turati (2021) hanno adottato un approccio focalizzato, concentrandosi sulla spesa per la disabilità e utilizzando la funzione "disabilità" dei dati Eurostat, escludendo però la componente sanitaria per gli anziani.

Dal confronto tra questi studi emerge una varietà di definizioni e metodologie, che riflette la difficoltà di circoscrivere un fenomeno tanto articolato. Alcuni autori scelgono di partire dai target (anziani e disabili), altri dalle prestazioni, altri ancora dai soggetti finanziatori. In tutti i casi, la mancanza di una fonte informativa integrata e la frammentazione dei dati rappresentano ostacoli significativi alla costruzione di una stima condivisa.

Il presente studio, pur riconoscendo la validità dei diversi approcci, propone una metodologia che parte dai soggetti finali – ASL, comuni e famiglie – e cerca di ricostruire la spesa effettivamente sostenuta da ciascuno, introducendo per il mondo comunale, una quantificazione di spesa sociosanitaria "in senso stretto" e "in senso allargato". In questo modo, si cerca di offrire una rappresentazione innovativa

rispetto all'utilizzo delle fonti disponibili, pur consapevoli dei limiti strutturali che ancora oggi impediscono una piena definizione della spesa.

La Tabella 7.2 riepiloga le componenti considerate nei principali studi nazionali, ponendole a confronto con la metodologia seguita in questo capitolo (IFEL). La Tabella 7.3 riepiloga i principali aggregati finanziari mappati nei diversi studi.

Tabella 7.2 Le componenti della spesa sociosanitaria: approcci metodologici a confronto

	Paper E.R.	C.R.E.A. Sanità	IFEL
Comuni	Spesa sociale complessiva	Quota spesa sociale complessiva (Prestazioni in denaro e Prestazioni in natura per anziani e disabili)	Quota spesa sociale complessiva (Min: spesa attivata per presenza di spesa sanitaria - Max: quota di spesa per i target anziani e disabili)
SSN	Quota spesa sanitaria (FRNA e FSN per anziani e disabili e per altri target)	Spesa sanitaria pubblica e privata complessiva	Quota spesa sanitaria (spesa sanitaria per prestazioni sociosanitarie)
Utenti/ Famiglie	<ul style="list-style-type: none"> • Compartecipazione in strutture gestite dai comuni • Compartecipazione in strutture gestite dai Enti del Terzo settore • Compartecipazione in strutture socio-educative • Donazioni di privati o trasferimenti da Enti pubblici a ASP • Spesa privata per strutture private per anziani (case protette, RSA, case di riposo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensioni di invalidità (invalidi civili, non udenti, non vedenti) • Indennità di accompagnamento • Permessi per dipendenti pubblici e privati (L.104) • Spesa privata per assistenti familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensioni di invalidità (invalidi civili, non udenti, non vedenti) • Indennità di accompagnamento

Fonte: Elaborazione REF Ricerche

Tabella 7.3 Le diverse componenti della spesa sociale e sanitaria: stime a confronto

	C.R.E.A. Sanità	Rossi	Turati	IFEL
	2022	2017	2012	2022/2023⁽¹⁾
Comuni (spesa sociosanitaria in senso stretto)	n.d.	n.d.	n.d.	0,9 ⁽⁴⁾
Comuni (spesa sociale per target disabili)	n.d.	n.d.	1,6 ⁽²⁾	n.d.
Comuni (spesa sociale per target anziani e disabili)	n.d.	3,8	n.d.	(3,7) ⁽⁵⁾
Comuni (spesa sociosanitaria allargata) ⁽⁶⁾	2,4	n.d.	n.d.	2,5 ⁽⁵⁾
SSN - Spesa sociosanitaria	- ⁽³⁾	12,8	n.d.	16,5
INPS - Pensioni di invalidità	7,2	n.d.	n.d.	8,8
INPS - Indennità di accompagnamento ⁽⁷⁾	14,5	13,4	n.d.	19,5
Famiglie - Spesa per assistenti familiari	1,8	n.d.	n.d.	n.d.
L. 104/1992	2,4	n.d.	n.d.	n.d.

Nota: I dati tra parentesi sono riportati esclusivamente per consentire la confrontabilità con le altre fonti, ma non sono stati utilizzati per ricostruire la spesa sociosanitaria.

(1) Al momento della stesura dell'articolo la spesa sociale comunale 2022 è stata resa disponibile dall'ISTAT nei suoi aggregati principali. Il dato 2022 della spesa sociosanitaria è stato dunque calcolato sui microdati 2021 e successivamente proiettato all'annualità 2022 grazie ai dati 2022 resi disponibili nell'ultimo aggiornamento.

(2) Non include le spese sostenute per il finanziamento di servizi a favore di anziani – pari a 1,4 miliardi nel 2011 – che ISTAT include nell'area “Anziani”

(3) Il dato della spesa sanitaria pubblica stimato da C.R.E.A. Sanità non viene qui riportato ai fini del confronto, poiché si tratta di una spesa complessiva.

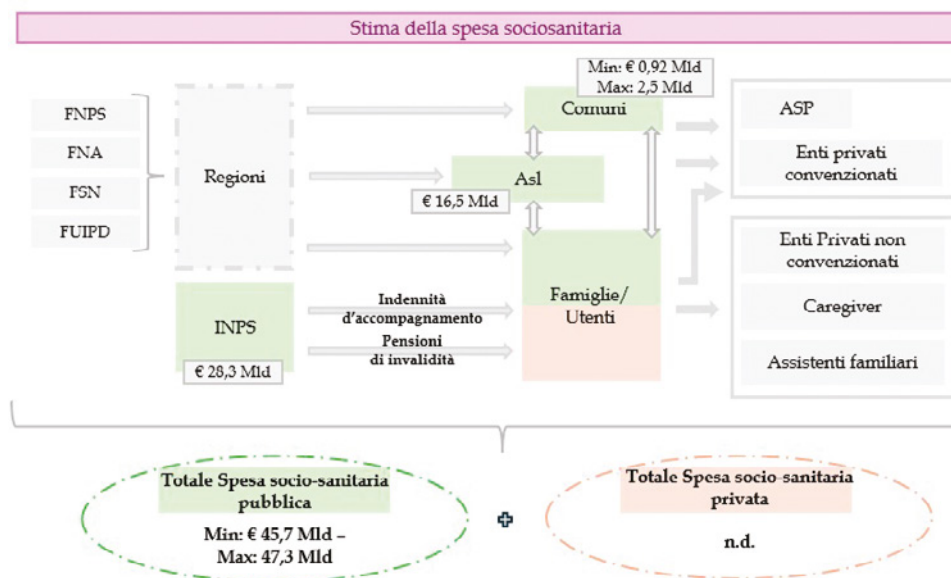
(4) La spesa sociosanitaria a carico dei comuni è qui stimata considerando dalla Rilevazione ISTAT le prestazioni previste dal DPCM “Nuovi LEA” o cofinanziate dal SSN.

(5) I dati 2021 rispetto a cui è stata costruita la stima si riferiscono alla spesa complessiva (al netto degli asili nido) sostenuta dai comuni per il target “disabili”, pari a € 2,2 miliardi di cui € 1,3 miliardi ascrivibili a prestazioni riconducibili al sociosanitario (cure domiciliari, assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali), e per il target “anziani”, pari a € 1,2 di cui € 1 miliardi riconducibili alla sociosanitaria. La spesa sociosanitaria afferisce unicamente a quelle prestazioni che – pur non essendo previste dal DPCM LEA – sono riconducibili alle tre macro-categorie previste dallo stesso decreto (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale).

(6) La spesa sociosanitaria a carico dei comuni è qui stimata considerando dalla Rilevazione ISTAT le prestazioni rivolte ad anziani e disabili che possono essere ricondotte alle tre macrocategorie individuate dal DPCM “Nuovi LEA” (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale).

(7) Per IFEL l'importo include assegni ed indennità di accompagnamento

Fonte: Elaborazione REF Ricerche, anni vari

Figura 7.9 La stima della spesa sociosanitaria

Fonte: Elaborazione REF Ricerche

Per l'identificazione della parte che grava sul settore sociale, è stato necessario introdurre alcune ulteriori assunzioni, sia per la quota in capo ai comuni che per la parte delle famiglie/utenti.

Va, infatti, precisato che, da un lato, relativamente ai comuni la prima difficoltà che si incontra nel circoscrivere la spesa sociosanitaria deriva dall'assenza di una fonte che circoscriva in modo chiaro gli effetti finanziari associati alle sole prestazioni sociosanitarie, le quali figurano solo in parte rispetto a quelle individuate ai sensi del DPCM "Nuovi LEA". Dall'altro lato, relativamente agli utenti/famiglie, poiché per giungere ad un quadro complessivo delle risorse che finanziano il sistema sociosanitario, sarebbe necessario disporre di una distinzione tra quanto finanziato con spesa privata e quanto indirettamente finanziato con risorse pubbliche (contributi economici erogati da comuni ed Enti di Previdenza), lavorando principalmente sui bilanci degli enti erogatori (ASP e comuni, altri enti privati, ecc.) l'assenza di una fonte integrata porta cautelativamente a stimare la componente di spesa dedicata al sociosanitario dagli utenti unicamente con riferimento alla quota di spesa sostenuta dagli Enti di Previdenza.

Ne risulta, in particolare, che, con riferimento alla spesa sociale comunale, si utilizzano i dati della rilevazione ISTAT "Interventi e servizi sociali dei Comuni", adottando due distinti approcci. Il primo, più restrittivo, si propone di fornire una stima della spesa comunale isolando, all'interno della spesa sociale complessiva, la componente specificamente riferibile a prestazioni attivate per effetto di una compartecipazione sanitaria ("spesa sociosanitaria in senso stretto"). Il secondo, invece, richiamando quanto sviluppato in precedenti contributi, fornisce un riferimento più "allargato"¹⁵.

15 Si considera qui la sola spesa comunale. La rilevazione consente infatti di distinguere la quota che grava

Per tener conto della difficoltà legata alla classificazione delle prestazioni, la spesa sociosanitaria viene dunque stimata come un intervallo, anziché come valore puntuale (cfr. Figura 7.9). I dati riferiti al 2022 derivano da una proiezione effettuata sui microdati 2021 forniti dall'ISTAT, poichè al momento della stesura dell'articolo la spesa sociale comunale 2022 era disponibile solo nei suoi aggregati principali.

Secondo l'approccio più restrittivo, che considera solo le prestazioni previste dal DPCM 2017 o cofinanziate dal Servizio Sanitario Nazionale¹⁶, la spesa sociosanitaria comunale ammonta a circa 917 milioni di euro. Il secondo approccio, invece, in analogia ad alcuni precedenti studi richiamati, adotta una definizione più "*allargata*", considerando, nell'ambito della Rilevazione ISTAT, l'insieme di prestazioni rivolte ad anziani e disabili¹⁷. In questo caso, la stima raggiunge 2,5 miliardi di euro, un valore non lontano da quanto evidenziato da studi precedenti¹⁸.

Infine, come anticipato, per la spesa sociosanitaria a carico degli utenti/famiglie¹⁹, l'assenza di una fonte integrata conduce cautelativamente in prima battuta a considerare unicamente la parte di risorse ricevute come prestazione monetaria dagli enti pubblici. In particolare, la spesa complessivamente sostenuta dagli Enti di previdenza in materia sociale, individuata a partire dai Conti Nazionali 2023 (aggregato COFOG 100) e calcolata al netto dei trasferimenti tra livelli di governo, è stata integrata con quanto disponibile nel "*Rendiconto finanziario INPS per missioni, programmi e cofog, 2023*" che ha poi permesso di ricostruire quanto impegnato a favore di disabili e non autosufficienti, sotto forma di "*Indennità di accompagnamento*" e "*Pensioni di invalidità*", rispettivamente pari a 19,5 miliardi e 8,8 miliardi di euro, per un importo complessivo di 28,3 miliardi²⁰ (cfr. Tabella 7.5).

direttamente sui bilanci comunali, la parte di spesa attribuibile alla compartecipazione dell'utenza e quella integrata dal Servizio Sanitario Nazionale. Gli interventi sono raggruppati nelle tre macroaree (1. Interventi e servizi; 2. Contributi economici; 3. Strutture). Per ciascuna macroarea sono stati individuati i servizi che per definizione sono a carattere sociosanitario. Si evidenzia che, per l'area "Strutture" ne fanno parte un pezzo della spesa per strutture residenziali e semi residenziali, ma il livello di dettaglio della rilevazione non consente di isolare tale quota.

- 16 Secondo la metodologia di stima qui proposta sono classificate come spese per prestazioni sociosanitarie, il totale delle spese attribuibili alle prestazioni il cui contenuto rispecchia la denominazione del DPCM "Nuovi LEA" (ovvero assistenza domiciliare con integrazione sanitaria e assegni di cura), nonché tutte le spese comunali associate ai target la cui prestazione è accompagnata da una compartecipazione da parte del SSN. Questa assunzione metodologica è coerente con il principio secondo cui il SSN finanzia esclusivamente la componente sanitaria della spesa, mentre la componente sociale resta di competenza dei comuni.
- 17 In questo caso, per stimare la spesa a carattere sociosanitario sono state incluse tutte le prestazioni che – pur non essendo esplicitamente previste dal DPCM "Nuovi LEA" – possono essere ricondotte alle tre macrocategorie individuate dallo stesso decreto (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale).
- 18 CREA Sanità stima una spesa a carico dei comuni pari a 2,4 miliardi di euro.
- 19 Spetta innanzitutto alle Regioni (Art.8, L.328/2000) definire i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.
- 20 La spesa complessivamente sostenuta dagli Enti di previdenza in materia sociale è quella individuata a partire dai Conti Nazionali 2023 (aggregato COFOG 100) e calcolata al netto dei trasferimenti tra livelli di governo. Il "*Rendiconto finanziario INPS per missioni, programmi e cofog, 2023*" ha poi permesso di ricostruire quanto impegnato a favore di disabili e non autosufficienti.

Tabella 7.4 Spesa sociale e stima della spesa sociosanitaria sostenuta dai comuni (milioni di euro), 2022

	Totale
	2022 ⁽¹⁾
Spesa sociale (al netto degli asili nido) dei comuni	7.533
MIN: di cui sociosanitaria in senso stretto	917
oppure	
MAX: di cui sociosanitaria allargata ⁽²⁾	2.464
<p>(1) Al momento della stesura dell'articolo la spesa sociale comunale 2022 è stata resa disponibile dall'ISTAT nei suoi aggregati principali. In particolare, nel 2022 la spesa sociale complessiva ammontava a 8,86 miliardi, mentre la spesa per asili nido a 1,33 miliardi. Il dato 2022 della spesa sociosanitaria è stato dunque calcolato sui microdati 2021 e successivamente proiettato all'annualità 2022 grazie ai dati 2022 resi disponibili nell'ultimo aggiornamento.</p> <p>(2) I dati 2021 rispetto a cui è stata costruita la stima si riferiscono alla spesa complessiva (al netto degli asili nido) sostenuta dai comuni per il target "disabili", pari a € 2,2 miliardi di cui € 1,3 miliardi ascrivibili a prestazioni riconducibili al sociosanitario (cure domiciliari, assistenza in strutture residenziali e semi-residenziali), e per il target "anziani", pari a € 1,2 di cui € 1 miliardi riconducibili alla sociosanitaria. La spesa sociosanitaria afferisce unicamente a quelle prestazioni che – pur non essendo previste dal DPCM LEA – sono riconducibili alle tre macro-categorie previste dallo stesso decreto (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale).</p>	

Fonte: Elaborazione REF Ricerche su Indagine sui servizi sociali ISTAT, anni vari

Tabella 7.5 Spesa sociale e stima della spesa sociosanitaria sostenuta dagli enti di previdenza (milioni di euro), 2023

	Totale
	2023
Spesa sociale (al netto della spesa pensionistica) di Enti di Previdenza ⁽¹⁾	82.708
di cui sociosanitaria (a+b)	28.254
(a) diritti sociali - assegni ed indennità di accompagnamento ⁽²⁾ - INPS	19.477
(b) politiche previdenziali - pensioni di invalidità (lavoratori privati e autonomi) ⁽²⁾ - INPS	8.776
<p>(1) Il valore della spesa per servizi sociali (aggregato COFOG G100) è al netto dei trasferimenti tra livelli di governo. Tale voce si compone degli aggregati G1001-Malattia e Invalidità, G1004-Famiglia e Figli, G1005-Disoccupazione, G1007-Esclusione sociale n.a.c, G1008-R&S per protezione sociale e G100-Protezione sociale n.a.c.</p> <p>(2) Dati desunti dal rendiconto 2023 di INPS. Non sono state incluse le pensioni di invalidità dei lavoratori pubblici pari a circa 6,2 miliardi.</p> <p>Nota: La spesa pensionistica (vecchiaia e superstiti) è pari a 334 miliardi di euro, di cui poco più di 5 miliardi sono destinati al finanziamento di "diritti sociali - assegni sociali" (INPS).</p>	

Fonte: Elaborazione REF Ricerche su Conti Nazionali ISTAT e Rendiconto finanziario INPS per missioni, programmi e cofog, 2023

Riferimenti bibliografici

- Barbetta G., Turati G., Sangrigoli A. (2021), *Il finanziamento della spesa per la non autosufficienza in Italia*, in Riva E., *Ripensare le politiche per la non autosufficienza*, Il Mulino, Bologna. Disponibile a: <https://publicatt.unicatt.it/handle/10807/72191>
- Bertoni F., Bosi P., Lorenzini M. (2013), *La ricostruzione della spesa socio-sanitaria integrata nei distretti della Regione Emilia-Romagna nel 2010*, CAPPapers n. 101, Dipartimento di Economia Marco Biagi – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, febbraio. Disponibile a: <https://iris.unimore.it/handle/11380/1300286/>
- Camera dei deputati (2022), *I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)*, Servizio Studi XVIII Legislatura, Roma, settembre. Disponibile a: https://temi.camera.it/leg19/temi/tl18_aggiornamento_dei_livelli_essenziali_di_assistenza_lea.html
- Corte dei Conti, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province Autonome, Esercizi 2021-2024, Deliberazione n. 15/SEZAUT/2025/FRG. Disponibile a: <https://www.consregsardegna.it/wp-content/uploads/2025/08/Relazione-046-17legislatura.pdf>
- CREA Sanità (2023), *Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione*, 19° Rapporto Sanità, Roma, dicembre. Disponibile a: https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/01/19%C2%B0-Rapporto-sanita_def.pdf
- Fondazione GIMBE (2024), 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Roma, ottobre. Disponibile a: <http://www.salviamo-ssn.it/7-rapporto>
- INPS (2025), XXIV Rapporto Annuale 2025, Roma, luglio. Disponibile a: <https://www.inps.it/it/dati-e-bilanci/rapporti-annuali/xxiv-rapporto-annuale.html>
- Ministero dell'economia e delle Finanze (2024), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 25, Roma, giugno. Disponibile a: https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2024/Ltdmldpspess-2024.pdf
- OECD (2023), *Disabilità, lavoro e inclusione in Italia: Una migliore valutazione per una migliore assistenza*, OECD Publishing, Paris. Disponibile a: https://www.oecd.org/it/publications/disabilita-lavoro-e-inclusione-in-italia_66abbfe6-it.html
- Pesaresi F. (2024), *La ripartizione della spesa nei servizi sociali e sociosanitari: La suddivisione della spesa fra sociale e sanità*, in *I Luoghi della Cura*, 4/2024, settembre. Disponibile a: https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2024/09/Pesaresi_2024_4_spesa.pdf
- Rossi E. (2018), *Il "Sociosanitario": Una scommessa incompiuta?*, in *Rivista AIC*, 2/2018, maggio. Disponibile a: https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/2_2018_Rossi.pdf
- Violini L., Vimercati B. (2021), *Il welfare italiano e il dedalo delle competenze che lo connota: l'esempio del finanziamento dei servizi sociosanitari*, in *DPCE Online*, 2/2021, luglio. Disponibile a: <https://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/article/view/1365/1326>

Sitografia

<https://lavoce.info/archives/107448/chi-deve-pagare-il-conto-delle-rsa/>
<http://lavoce.info/archives/107636/rsa-la-riforma-incompiuta-produce-il-caos-rette/>
https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=130433&fr=n
<https://www.fondi welfare.it/fondo-per-le-non-autosufficienze/>
<https://lombardiasociale.it/2025/06/17/laggiornamento-al-2023-della-spesa-sociosanitaria/>

8. La gestione delle cronicità

Antonello Zangrandi, Lucia Calabrese

Il tema della frammentazione dell'assistenza sanitaria è legato alla presa in carico continuativa di alcune tipologie di pazienti, tra le quali figurano quelle dei malati oncologici e dei malati cronici, questi ultimi per la maggior parte anziani, che presentano condizioni croniche molto spesso anche plurime. L'assenza di presa in carico e di continuità delle cure genera, per l'appunto, la frammentazione del sistema.

L'analisi si baserà su dati e informazioni reperite da fonti ufficiali riconducibili ad attori istituzionali di rilievo nazionale – come il Ministero della Salute, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) – oltre che da studi e ricerche condotte in ambito sia nazionale che internazionale.

In una prima fase verranno esaminati gli aspetti di carattere strutturale, con particolare attenzione alla distribuzione, alla disponibilità e all'utilizzo dei servizi sanitari a livello nazionale e regionale. Dopodiché, l'analisi si concentrerà sulla dimensione percettiva, ovvero sul punto di vista espresso da pazienti e caregiver in qualità di utenti dei suddetti servizi.

L'adozione di tale duplice chiave di lettura ha lo scopo di evidenziare come la frammentazione sia un elemento che incide concretamente sull'esperienza di cura e sulla qualità della vita delle persone.

8.1 Frammentarietà dell'assistenza: una sfida alla presa in carico integrata del paziente

I bisogni delle persone rappresentano il fondamento su cui i servizi sanitari e sociosanitari devono basarsi. La presa in carico del bisogno all'interno di un percorso assistenziale costituisce, infatti, un riferimento imprescindibile per tutti gli erogatori di servizi. Proprio su questo fondamentale aspetto si innesta la forte necessità di generare condizioni che permettano alle persone di ricevere **servizi tra loro integrati** in un percorso che sappia rispondere alle loro esigenze in modo completo.

Chiedersi, quindi, quanto questi percorsi siano integrati e se esistano aspetti critici, se la risposta a questi bisogni sia maggiormente orientata all'offerta rispetto alla domanda e se il ruolo della persona sia realmente al centro dei servizi erogati, sono, sicuramente, elementi determinanti per **valutare la qualità** dei servizi medesimi.

Intervenire su questo fronte risulta fondamentale per garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario, sia sotto il profilo della presa in carico delle persone più fragili, cioè coloro che presentano bisogni di salute molteplici (spesso complessi e fortemente

differenziati), che, al contempo, in termini di una più appropriata allocazione delle risorse. Diversi, infatti, sono gli studi che riconducono a tale condizione delle ripercussioni negative non solo in termini di efficacia clinica, qualità dell'assistenza e outcome di salute, ma anche in termini di costi sanitari (Joo 2023).

Prima di analizzare le diverse dimensioni che concorrono a rendere l'assistenza sanitaria erogata, per alcuni aspetti, ancora molto disomogenea e frammentata, è fondamentale chiarire che cosa si intenda, al contrario, con il concetto di continuità delle cure, il quale fa riferimento ad un modello integrato di fornitura dei servizi, progettato per generare allineamento e collaborazione all'interno dei diversi setting di cura. La naturale conseguenza di questo approccio è la creazione di un percorso assistenziale duraturo nel tempo, all'interno del quale tutti gli interventi erogati, per quanto siano forniti da attori diversi e in momenti differenti, concorrono a rappresentare un'esperienza coerente, connessa e coordinata per il paziente preso in carico.

Per quanto siano diverse le definizioni attribuibili al concetto di continuità (Reid *et al.* 2002), tale importante condizione, per essere raggiunta adeguatamente, non può prescindere dalla coesistenza di tre tipologie di continuità:

- La *continuità relazionale* si riferisce al legame interpersonale che si instaura tra il paziente ed il/i fornitore/i di cure e che si caratterizza per essere stabile e duraturo nel tempo. Tale relazione fa sì che entri implicitamente in gioco, non solo la fiducia del paziente verso l'operatore, ma anche il senso di responsabilità di quest'ultimo nei confronti del paziente, come spesso accade se si pensa, in particolar modo, al contesto dell'assistenza primaria nell'ambito della quale il Medico di Medicina Generale assume spesso un ruolo di riferimento continuativo.
- La *continuità informativa* consiste nel disporre, utilizzare e trasferire informazioni relative ad eventi e circostanze sanitarie passate, per essere in grado di adattare l'assistenza erogata alle esigenze presenti e future del paziente. La condivisione delle suddette informazioni è ciò che assicura un'adeguata continuità assistenziale in presenza di operatori e servizi sanitari differenti.
- La *continuità gestionale* fa riferimento all'individuazione di un percorso assistenziale adeguato al trattamento di una determinata patologia e alla conseguente adozione di un piano di gestione condiviso tra i diversi attori e servizi coinvolti nella presa in carico dell'individuo, affinché si garantisca coerenza nonostante la transizione da un contesto all'altro. Tutto questo, però, non può comunque prescindere dalla flessibilità che dovrebbe caratterizzare qualsiasi strategia di cura si estenda su un lungo periodo di tempo, come esito della valutazione costante dell'evoluzione del bisogno del paziente preso in carico.

Il significato di frammentarietà dell'assistenza si situa, quindi, **come distanza** da tali definizioni. Tale concetto, in realtà, si articola e manifesta sotto molteplici dimensioni. Quella che senza dubbio appare più evidente sembra essere determinata dalla condizione in cui un numero elevato di medici e strutture sanitarie, scarsamente coordinati tra loro, partecipano alla gestione di un singolo paziente. Tale mancanza di coordinamento, spesso determinata anche da una lacuna nella comunicazione, si manifesta tipicamente quando i diversi attori sanitari operano all'interno di "silos" organizzativi ed informativi. Questi ultimi, infatti, sono il risultato di diversi fattori: a partire dalle

normative che differiscono spesso notevolmente, passando per i sistemi di gestione delle informazioni cliniche del paziente (database) tra loro poco integrati, fino ad un'elevata specializzazione che spesso lascia poco spazio all'integrazione professionale, spingendo a considerare un problema clinico esclusivamente nell'ambito della propria area di competenza, a discapito della visione d'insieme. In assenza di una governance integrata, pertanto, questi elementi impediscono una reale continuità dell'assistenza, determinando una disconnessione tra i vari fornitori coinvolti.

Questo tema risulta particolarmente accentuato in presenza di persone affette da malattie croniche a lungo termine, le quali sperimentano alti tassi di frammentazione dell'assistenza. Nel corso del tempo, i servizi che ricevono, infatti, possono essere limitati o ridondanti e determinare vuoti di assistenza transitoria tra le diverse fasi di presa in carico. In presenza di multimorbilità, condizione che rende necessaria l'erogazione di cure altamente specializzate, questo diventa anche più evidente essendo spesso ogni condizione cronica gestita da singoli specialisti, con il risultato di generare diversi percorsi di cura che corrono, per così dire, paralleli.

Allo stesso tempo, la frammentarietà si manifesta in una difficoltà di accesso alle cure legata alle caratteristiche dell'offerta, ne è un esempio l'esistenza di significative disparità riscontrabili nella distribuzione territoriale dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali che, in alcuni casi, si sostanzia nella carenza, o nella vera e propria mancanza, di specialisti o di determinati servizi nell'ambito geografico di appartenenza. Tali disuguaglianze sono riconducibili ad una disponibilità e ad una distribuzione non uniforme delle risorse sul territorio nazionale, con un impatto particolarmente negativo sui pazienti più vulnerabili come gli anziani, che spesso vivono soli o in contesti geograficamente "svantaggiati" (come piccoli centri o aree interne) dove gli spostamenti risultano difficoltosi, soprattutto quando è necessario percorrere lunghi tragitti.

A questo proposito, un ulteriore elemento di frammentarietà declinato in termini di accessibilità alle cure è legato indubbiamente anche alle liste di attesa esistenti per poter usufruire delle prestazioni. Non è un caso che, come riportato dall'ultimo Rapporto Annuale ISTAT 2025, quest'ultima figuri proprio tra le principali cause che inducono a fare a meno delle cure, in particolare visite o esami specialistici. Secondo quanto emerso dalla Sorveglianza PASSI d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità, considerando le persone anziane, nel biennio 2023-2024, il 18% ha rinunciato alle cure pur avendone bisogno (dato in calo rispetto al biennio precedente) e tale motivazione accomuna i due terzi degli intervistati (65%). A riprova di quanto detto sopra, il 17% dichiara di avere difficoltà a raggiungere le strutture erogatrici (per eccessiva distanza, mancanza di mezzi di trasporto adeguati o orari scomodi), mentre il 16% attribuisce la rinuncia al costo elevato delle prestazioni, rappresentando anche le difficoltà economiche un fattore molto critico. Le disuguaglianze territoriali confermano ulteriormente la complessità del quadro: al Nord la quota di chi rinuncia alle cure si attesta al 13%, per raggiungere poi il 18% nel Centro Italia e il 23% tra i residenti del Sud e delle Isole. Anche le condizioni di salute sembrano influire, la rinuncia è risultata infatti più frequente tra le persone con due o più patologie croniche (25% rispetto a 19% di chi non ne ha) e tra chi presenta problemi sensoriali (27% rispetto al 20%).

Diversi studi, soprattutto a livello internazionale, a riprova del fatto che la frammentazione dell'assistenza sia un tema quanto più diffuso e sentito anche oltre i confini del nostro

Paese, riconducono ai vari aspetti della discontinuità delle cure (tra cui la molteplicità di contatti e fornitori, la dispersione dell'assistenza dovuta a scarsa comunicazione e coordinamento tra questi ultimi, nonché i passaggi da un setting assistenziale all'altro) un rischio in sé di generare eventi sanitari avversi, contribuendo spesso ad una prognosi peggiore. Essa, infatti, è spesso associata a percorsi terapeutici incoerenti, ritardi nella diagnosi e nel trattamento e ad un aumento della mortalità, per non parlare del carico economico che tutto questo genera sul sistema mediante l'esecuzione di esami ridondanti o non necessari, l'uso eccessivo ed inappropriato di farmaci ed un maggiore utilizzo dei servizi ospedalieri e di emergenza. Inoltre, superando gli esiti puramente clinici o economici, come già menzionato in precedenza, la frammentarietà contribuisce anche ad aggravare le disuguaglianze e l'inequità nell'accesso alle cure, generando tempi di attesa prolungati e costi sanitari spesso insostenibili, andando in tal modo ad inficiare non solo la soddisfazione del paziente, ma anche la sua fiducia nei confronti del sistema stesso.

8.2 Malati cronici e malati oncologici: lo stato attuale dei servizi e le percezioni dei pazienti rispetto ad essi

8.2.1 *Il quadro strutturale dell'assistenza oncologica in Italia*

La frammentazione dell'assistenza risulta più accentuata e limitante per quei pazienti che presentano bisogni di cura più articolati e specifici, che ne rendono più complessa la gestione.

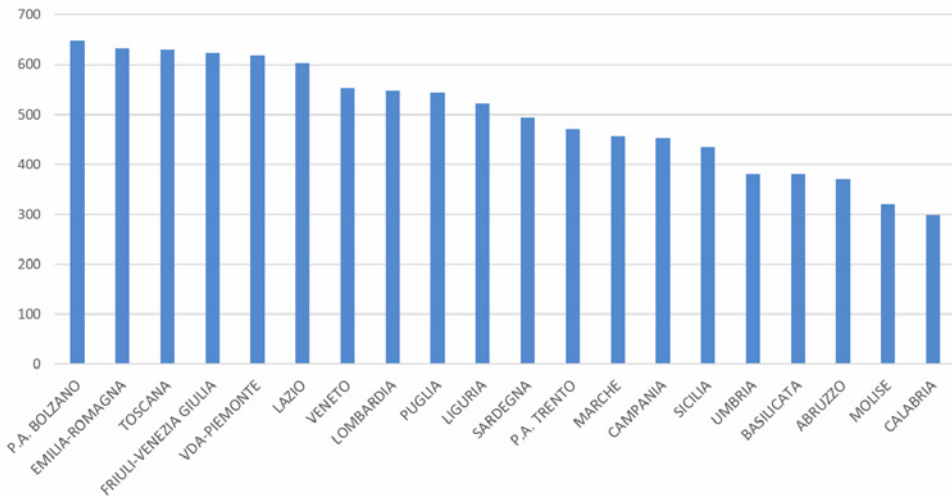
Tra i pazienti che risentono maggiormente di questa condizione figurano, senza dubbio, i malati oncologici. Questi ultimi ammontano attualmente a 3,7 milioni di persone e si stima che tale quota raggiungerà i 4 milioni nell'arco di 5 anni (pari al 7% della popolazione). Sicuramente, l'evoluzione della medicina moderna ha contribuito a prolungare nel tempo la speranza di vita delle persone affette da tumore e tale tendenza è destinata a rafforzarsi, sebbene questo progresso si scontri con degli ostacoli evidenti.

La diffusione delle Reti Oncologiche Regionali (ROR), introdotte proprio come modello organizzativo all'interno del quale garantire percorsi condivisi e realmente integrati tra diversi livelli e setting di cura (grazie alla collaborazione tra le unità operative di oncologia delle diverse strutture e tra queste e gli altri attori del sistema dislocati sul territorio), nonché come strumento volto a rendere più equa l'accessibilità ai servizi specializzati superando limiti logistici e di risorse, sembra seguire **ritmi eterogenei**. Data la mancanza di una cabina di regia nazionale, infatti, l'operatività delle ROR sottostà a modalità di implementazione che differiscono tra regioni, in quanto diversa risulta essere l'applicazione delle linee guida declinate in base alle peculiarità territoriali e all'utilizzo dei fondi disponibili. Guardando alla performance delle ROR nelle varie regioni, appare chiaro come alcune di esse, prevalentemente localizzate nel Sud, siano ancora scarsamente capaci di rispondere adeguatamente alla domanda interna, denotando ancora importanti margini di sviluppo.

A tal proposito, la Figura 8.1 restituisce una panoramica della presa in carico dalle diverse Reti Regionali, rappresentata dalla percentuale dei residenti dimessi dalle strutture delle Reti rispetto alla totalità dei residenti dimessi per patologie oncologiche.¹

1 Si prendono in esame 7 patologie: mammella, colon, retto, polmone, prostata, ovaio ed utero. L'indicatore utilizza la somma di percentuali e con scala complessiva che varia da 0 a 700. Dati 2023.

Figura 8.1 Rappresentazione Indicatore Presa in Carico da Strutture della Rete complessivo delle patologie oncologiche in esame

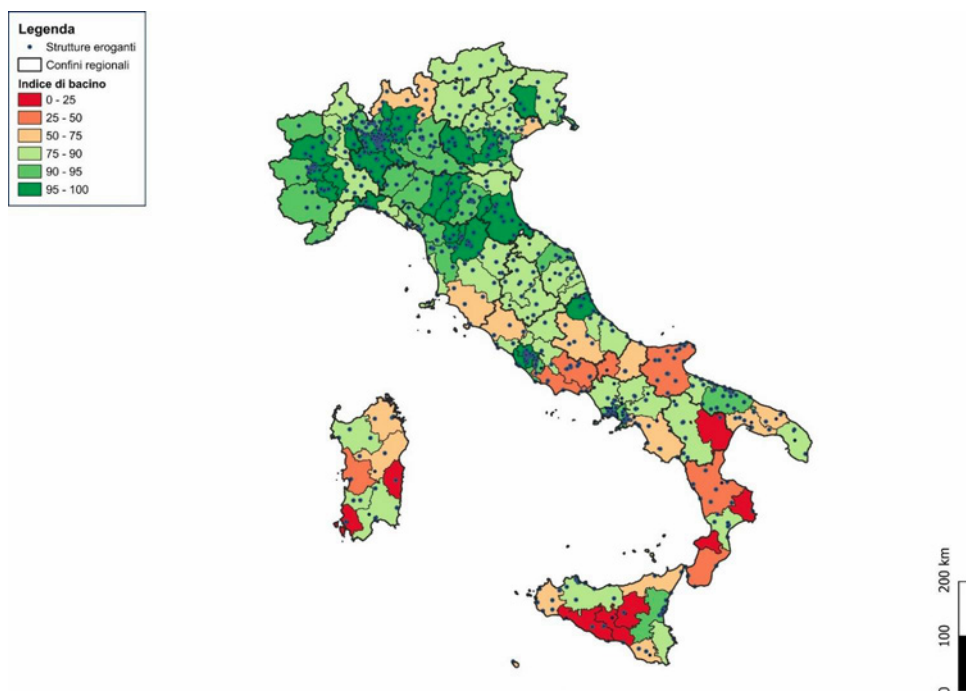


Fonte: Sesta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali (Agenas 2025) - Dati 2023

Interessante, da un punto di vista della disomogeneità territoriale, appare anche la dislocazione delle strutture sul territorio nazionale, delineata a partire dalla quota di prestazioni ambulatoriali e ospedaliere di chemioterapia e radioterapia erogate ai pazienti entro 60 minuti di viaggio o 100 km dal luogo di residenza, calcolata sul totale delle prestazioni effettuate per ciascuna area territoriale di residenza (Figura 8.2).

A questo si aggiungono ulteriori dati a supporto di un accesso differenziato alle cure per questa tipologia di pazienti. Il primo fa riferimento, in particolare, ad un accesso disuguale alla diagnosi della patologia, da cui dipende un trattamento più o meno tempestivo che si riflette inevitabilmente sugli esiti di salute. Dalla restituzione dei punteggi legati alle performance relative agli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'anno 2023, tra gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) relativi all'area della prevenzione, quelli inerenti gli screening oncologici (P15C) riportati in Tabella 8.1 – che evidenziano una copertura complessiva inferiore al 50% del target previsto in tutti i programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon-retto) – mostrano un divario tra le regioni del Nord ed il Centro-Sud del Paese, con maggiori criticità in queste ultime. In secondo luogo, la difficoltà è legata anche all'accesso alle prestazioni più innovative, che possono fare realmente la differenza in termini di efficacia terapeutica, qualità della vita e prognosi dei pazienti. È il caso, ad esempio, della distribuzione dei centri autorizzati ad erogare terapie con CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell)² che, nel 2025, risultano essere 51 in tutta Italia, solo in parte realmente attivi e prevalentemente dislocati nelle regioni del Centro e del Nord. Lo stesso riguarda la carenza di

2 Terapie innovative che utilizzano i linfociti T del paziente, modificati in laboratorio, per riconoscere e attaccare in modo mirato le cellule tumorali.

Figura 8.2 Indice di bacino a livello nazionale

Fonte: Sesta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali (Agenas 2025) - Dati 2023

strutture laboratoristiche che impiegano moderne tecnologie di sequenziamento, come il Next Generation Sequencing (NGS), in grado non solo di ridurre i tempi ma anche di ottimizzare l'analisi del campione biologico. Questo è attribuibile ad una diseguale applicazione delle normative a livello regionale, che ne ha rallentato la diffusione.

Secondo l'ultimo Rapporto FAVO, inoltre, se si guarda ai ricoveri ospedalieri per sintomi ad insorgenza acuta, questi ultimi sembrano almeno in parte dovuti alla difficoltà nell'accesso ai servizi diagnostici ospedalieri e ai ritardi negli accertamenti. Oltretutto, garantire ricoveri tempestivi e appropriati risulta anche più difficile considerando il calo dei posti letto che ha interessato l'Italia tra il 2012 e il 2022 (−35%), il quale spinge spesso ad adottare soluzioni alternative come l'utilizzo di reparti/strutture non dedicati o anche il ricorso a setting meno idonei rispetto alla situazione del paziente, come il domicilio.

Quanto alle liste di attesa, per i pazienti oncologici la tematica assume una portata particolarmente ampia, interessando tanto le prestazioni diagnostiche quanto gli interventi chirurgici e la radioterapia ma riguardando anche, nell'ottica di una presa in carico globale del paziente, la riabilitazione e il supporto psicologico. La carenza del personale e l'inappropriatezza delle prescrizioni concorrono a cronicizzare le lunghe tempistiche di attesa per ricevere la prestazione, rendendosi incompatibili con le reali necessità cliniche del paziente e, di conseguenza, determinando una presa in carico inefficace. Per ovviare a questa situazione, il Decreto Legge 7 giugno 2024 n. 73 ha stabilito la predisposizione di agende dedicate per garantire ai malati oncologici l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Anche in questo caso, però,

Tabella 8.1 Risultati NSG – sottoinsieme CORE, area prevenzione, anno 2023. Ministero della Salute

Regione	P15C			
	Proporzione di persone (in età target) che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto			
	Valore indicatore cervice (%)	Valore indicatore mammella (%)	Valore indicatore colon-retto (%)	Punteggio finale*
Piemonte	51,18	56,18	38,32	91,7
Valle d'Aosta	43,76	32,74	50,71	80,5
Lombardia	48,31	59,83	44,24	95,9
P.A. Bolzano	44,99	59,95	35,73	89,7
P.A. Trento	78,01	82,46	53,03	100,0
Veneto	67,83	64,76	61,96	100,0
Friuli-Venezia Giulia	58,16	54,79	52,61	96,2
Liguria	34,44	50,70	33,60	78,0
Emilia-Romagna	75,15	76,61	51,84	100,0
Toscana	59,38	69,80	47,95	98,9
Umbria	52,36	73,00	40,13	93,7
Marche	46,38	39,87	31,92	77,7
Lazio	35,81	38,64	21,67	63,3
Abruzzo	46,58	47,77	17,54	68,4
Molise	30,04	39,23	26,06	65,5
Campania	29,17	27,03	12,46	39,1
Puglia	56,47	46,72	20,41	74,5
Basilicata	57,01	34,91	34,03	78,1
Calabria	16,95	8,11	4,39	9,3
Sicilia	26,09	28,28	14,48	42,2
Sardegna	30,67	25,77	18,01	46,3
ITALIA	46,89	49,33	32,50	
<p><i>Il valore soglia dell'indicatore ovvero il punteggio di sufficienza corrisponde a 60.</i></p> <p><i>*Il punteggio finale dell'indicatore è dato dalla media aritmetica dei punteggi delle 3 componenti Mammella, Cervice e Colon.</i></p>				

Fonte: Ministero della Salute (2025). Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023

l'attivazione dei PDTA risulta variare estremamente tra regioni e, addirittura, tra strutture, contrastando l'effettiva efficacia ed operatività della misura appena menzionata. A titolo esemplificativo, si riporta un dato tratto dall'ultimo Rapporto FAVO: nel 2024, su un totale di 913 PDTA registrati a livello regionale, solo 130 riguardano le neoplasie solide dell'adulto, rappresentando quindi una quota ancora limitata.

Questi ultimi sono distribuiti sul territorio nazionale come mostrato nella Tabella 8.2.

Tabella 8.2 Numero di PDTA regionali specifici sulle neoplasie solide dell'adulto

Regione	Numero di PDTA regionali specifici sulle neoplasie solide dell'adulto
Abruzzo	3
Basilicata	8
Calabria	4
Campania	20
Emilia-Romagna	3
Friuli-Venezia Giulia	0
Lazio	5
Liguria	0
Lombardia	3
Marche	3
Molise	1
Piemonte e Valle D'Aosta	33
Puglia	6
Sardegna	0
Sicilia	9
Toscana	11
P.A. Trento	6
Umbria	1
Veneto	14

Fonte: Rapporto FAVO 2025

Il quadro appena delineato riguardo ai PDTA, è, peraltro, strettamente legato al grado di diffusione delle ROR, in quanto contesti adeguati alla strutturazione e all’attuazione di percorsi assistenziali realmente efficaci. Una limitata o assente implementazione delle Reti potrebbe, di conseguenza, generare ripercussioni significative sull’implementazione degli stessi, contribuendo ad acuire le disuguaglianze territoriali nella presa in carico dei pazienti oncologici.

8.2.2 La voce dei pazienti oncologici: esperienze e percezioni dei servizi

Per fornire una panoramica di quelle che sono le percezioni dei soggetti coinvolti, un interessante studio condotto nel 2024 in Italia³, ha indagato il punto di vista di pazienti oncologici provenienti da diverse regioni rispetto ad alcune macro-tematiche individuate come determinanti nel generare disparità nella cura dei tumori. Dall’analisi delle

3 L’indagine di Ferraris *et al.* (2024) ha riguardato 22 pazienti oncologici e 16 operatori sanitari. In questa sede si è ritenuto opportuno considerare il punto di vista dei soli pazienti.

suddette tematiche sono emersi gli ostacoli ritenuti più gravosi, nonché gli elementi positivi sui quali lavorare per contrastarli.

Secondo la maggior parte dei rispondenti, uno degli ostacoli principali risiede nelle lunghe liste di attesa e nella conseguente dilatazione nelle tempistiche per riuscire ad eseguire esami o procedure necessarie così come, più semplicemente, per ricevere informazioni utili. Appare comune il senso di frustrazione e di abbandono generato da questa situazione, per non parlare del carico psicologico che diventa alle volte opprimente. A rappresentare un'ulteriore barriera alla tempestività di diagnosi e trattamento vi è la burocrazia, caratterizzata da rigidità procedurali, dalla mancanza di uniformità tra protocolli regionali e da una distribuzione frammentata delle responsabilità tra i diversi professionisti. Tra le soluzioni menzionate figura senza dubbio un processo più snello e appare rilevante anche la relazione medico-paziente, basata sulla fiducia e su una comunicazione efficace, considerata un elemento chiave per facilitare l'accesso alle cure, come emerso più volte nel corso dell'indagine.

Un'ulteriore preoccupazione condivisa riguarda le disparità territoriali, frutto di una distribuzione disomogenea delle risorse tra le diverse regioni. In particolare, i pazienti risiedenti in aree remote e meno servite segnalano grosse difficoltà nell'accesso a strutture mediche adeguate e ad attrezzature essenziali per il trattamento di tumori specifici. Oltre alla carenza di strutture, formazione, risorse, tecniche e strumentazioni in numerosi ospedali e centri oncologici del Centro e Sud Italia, si evidenzia anche un divario significativo tra grandi e piccole città.

Un aspetto la cui importanza viene sottostimata è poi il benessere psicologico del paziente oncologico, talvolta trascurato dallo stesso personale medico, che manca di un'adeguata empatia. Tra i fattori che contribuiscono ad un carente utilizzo dei servizi psico-oncologici, rispetto al fabbisogno effettivamente necessario, vi è la disinformazione, la limitata disponibilità di risorse e di spazi dedicati oltre alle lunghe liste di attesa. Rispetto a questo, i pazienti richiedono informazioni più chiare sulla presenza di questi servizi e individuano nella condivisione di esperienze con altri pazienti un enorme impatto benefico, menzionando ad esempio associazioni e community online come un valido mezzo di supporto.

Come già anticipato, molti pazienti riportano un atteggiamento superficiale e distaccato da parte dei loro medici, il quale si traduce in un senso di frustrazione, smarrimento e disagio per la mancanza di una comunicazione efficace. I pazienti hanno evidenziato ostacoli legati alla disinformazione e ad errori di valutazione, da parte di oncologi ma, soprattutto, dei medici di base. Questi ultimi sono stati spesso percepiti come poco capaci di indirizzare i pazienti verso gli specialisti adeguati e poco informati sui loro diritti, e le difficoltà risultano accentuarsi nei piccoli centri, per via della carenza di medici di base e dell'elevato numero di pazienti per medico. Ulteriori criticità riguardano lo scarso supporto nelle pratiche burocratiche e la gestione inadeguata degli effetti collaterali delle terapie. Per far fronte a tali ostacoli, i pazienti hanno riconosciuto il valore della collaborazione tra specialisti e di un approccio più coeso tra operatori sanitari, nonché l'importanza della qualità della relazione medico-paziente. Ascolto, empatia, comunicazione aperta e disponibilità continua sono stati identificati come elementi fondamentali per affrontare al meglio la malattia.

La necessità di essere adeguatamente informati sulla malattia per riuscire a compren-

derla meglio e a fare scelte più consapevoli, emerge come necessità comune e genera spesso frustrazione venire a contatto, come già detto in precedenza, con medici poco informati e poco empatici. Tale bisogno porta spesso a consultare e ad affidarsi a ciò che è disponibile online, portando in auge il pericolo di imbattersi in fonti poco affidabili. Su questo tema i pareri sono variegati, c'è chi preferisce affidarsi al medico (da qui l'importanza di medici scrupolosi e disponibili) e chi ritiene che Internet rappresenti una fonte utile di informazioni e soprattutto un importante mezzo per entrare in contatto con altre risorse e pazienti.

Lo scarso coinvolgimento del paziente nel processo decisionale rappresenta un tema particolarmente sentito. Alla maggior parte dei partecipanti all'indagine sono state, infatti, imposte le decisioni del professionista senza che quest'ultimo comprendesse le preoccupazioni da loro espresse, spingendoli a cercare una second opinion altrove. A questo si aggiunge la rigidità dei protocolli di trattamento, che va nella direzione opposta rispetto ad un coinvolgimento reale nelle decisioni terapeutiche. Emerge, rispetto a questa tematica, l'importanza di partecipare attivamente alle decisioni di cura, anche quando ciò significa discostarsi dal parere medico. Un atteggiamento determinato, sia da parte del paziente che dei caregivers, ha facilitato scelte personalizzate e consapevoli e, allo stesso tempo, è stato apprezzato il supporto di medici ed infermieri quando questi ultimi si sono dimostrati chiari, collaborativi e aperti al dialogo. Per quanto la partecipazione attiva sia stata vista come un fattore positivo, alcuni pazienti sono comunque più inclini a delegare le decisioni ai professionisti, trovando rassicurante affidarsi completamente alla loro competenza.

Infine, circa un terzo dei pazienti ha dato rilevanza all'onere finanziario che caratterizza il percorso oncologico e che incide in modo tutt'altro che residuale sul benessere del paziente e della famiglia. Questo è attribuibile sia alle già menzionate disparità regionali, che implicano costi relativi agli spostamenti verso altre regioni e verso città più grandi, sia le lunghe liste di attesa che spingono i pazienti a rivolgersi al privato, anche per quel che riguarda un supporto psicologico. Alcuni pazienti hanno indicato la disponibilità economica e la presenza di un'assicurazione sanitaria come possibili fattori facilitanti nel percorso di cura.

Di seguito si propone un riepilogo di quanto emerso dall'indagine:

Tematica N. 1: Lunghe liste d'attesa e burocrazia
<ul style="list-style-type: none"> • Liste d'attesa eccessivamente lunghe. • Senso di abbandono e carico psicologico. • Burocrazia e complicazioni all'interno del sistema sanitario pubblico.
Tematica N. 2: Disparità geografiche e regionali nelle risorse sanitarie
<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di strutture, tecniche e attrezzature nelle regioni del Centro-Sud. • Servizi sanitari inesistenti o inadeguati nelle città più piccole e nelle zone rurali. • Limitazioni fisiche e mancanza di infrastrutture che impediscono l'accesso a strutture lontane dal luogo di residenza.
Tematica N. 3: La necessità di un supporto psico-oncologico più accessibile e disponibile
<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di informazioni e consapevolezza sulla disponibilità e l'accessibilità dei servizi di supporto. • Mancanza di spazi e risorse dedicati/e. • Trascuratezza degli aspetti psicologici da parte del personale medico e mancanza di indicazioni. • Lunghe liste d'attesa.

Tematica N. 4: Mancanza di interazioni empatiche tra paziente e operatore sanitario e di comunicazione efficace tra specialisti
<ul style="list-style-type: none"> • Atteggiamento superficiale e distaccato durante il colloquio con i pazienti. • Mancanza di comunicazione efficace tra specialisti. • Disinformazione e referenze errate da parte del medico di base.
Tematica N. 5: L'onere finanziario che comporta una diagnosi di cancro
<ul style="list-style-type: none"> • Costo degli spostamenti. • Privatizzazione dell'assistenza sanitaria e questioni politiche, necessità di fondi e investimenti. • Impossibilità di ottenere cure in altri Paesi europei senza un'assicurazione privata.
Tematica N. 6: Informazioni insufficienti e inaccessibili
<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni insufficienti o inutili. • Ambivalenza sull'uso di Internet. • Informazioni inaffidabili o poco chiare su Internet.
Tematica N. 7: Scarso coinvolgimento nel processo di decision-making
<ul style="list-style-type: none"> • Mancata considerazione delle tossicità del trattamento da parte degli operatori sanitari. • Ricerca di un secondo parere. • Rigidità dei protocolli terapeutici.

In conclusione, emerge con forza il bisogno di un sistema più equo, accessibile e umano, in quanto capace di dar voce e rispondere non solo alle esigenze cliniche, ma anche a quelle emotive, informative e pratiche dei pazienti oncologici. Ascolto, collaborazione e attenzione alla persona nel suo complesso, rappresentano le basi imprescindibili per migliorare concretamente il percorso di cura.

8.3 Elementi strutturali dell'assistenza alla cronicità nel nostro Paese

Nel 2023 in Italia, il 40,5% dei residenti riferisce di essere affetto da almeno una patologia cronica⁴ e risulta che, con l'avanzare dell'età, tali patologie diventino più frequenti, basti pensare alla quota di popolazione over 74 colpita, pari all'85,1% (ISTAT, 2024). Entrando nel merito delle multimorbidità, che concorrono a rendere più articolato il percorso di cura, il 23,6% della popolazione oltre i 15 anni ne risulta affetto e anche in questo caso la prevalenza cresce con l'età, raggiungendo il 67,9% tra gli over 80 (ISTAT 2025). Per far fronte ad un bisogno assistenziale così peculiare e complesso come quello dei pazienti cronici, ancor di più quando affetti da più malattie croniche contemporaneamente, è stato recentemente aggiornato il Piano Nazionale Cronicità (PNC), introdotto per la prima volta nel 2016. Quest'ultimo è lo strumento adottato dal Sistema Sanitario Nazionale al fine di rendere uniforme, quanto più possibile, il percorso di cura e di presa in carico dell'individuo affetto da patologie croniche su tutto il territorio nazionale, accompagnandolo nel corso di quei (spesso molteplici) passaggi tra livelli assistenziali e contesti di cura differenti, al fine di migliorare non solo il quadro clinico del paziente ma, più nel complesso, la qualità della sua vita.

4 Tra le patologie croniche prese in considerazione dalle indagini ISTAT figurano: Diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore – incluso linfoma o leucemia, ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi/artrite, osteoporosi, disturbi nervosi.

Il documento in questione, si rende estremamente utile nel delineare un macro processo del paziente cronico, identificando, all'interno dello stesso, diverse fasi così riassunte:

1. **targetizzazione e stratificazione della popolazione interessata**, al fine di procedere all'identificazione di differenti livelli di rischio per la presa in carico;
2. **prevenzione e diagnosi precoce**, finalizzata ad evitare, ritardare o ridurre l'impatto generato dall'insorgenza delle patologie croniche;
3. **presa in carico**, durante la quale gestire al meglio il paziente attraverso servizi sanitari (e non) efficacemente organizzati e coordinati tra loro;
4. **attuazione di un piano di cura personalizzato**, che coinvolga paziente e caregiver nella definizione e nella realizzazione dello stesso;
5. **monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza erogata** (in termini clinici ma anche organizzativi), fase utile ad implementare miglioramenti mirati ad intervenire sulle criticità.

Nello specifico, la fase di presa in carico mira a garantire l'accesso ad un'assistenza equa, coerente rispetto al bisogno occorso, continuativa (specie quando si parla di multimorbilità) tra setting di assistenza differenti ma, soprattutto, realmente integrata tra servizi sociali e sanitari, adempiendo alla necessità di guardare non alla singola patologia bensì ai bisogni multidimensionali del singolo.

Per realizzare quanto sopra, è di fondamentale importanza garantire anche il rispetto del principio di prossimità dell'assistenza, che assicuri una reale vicinanza al cittadino soprattutto nei momenti in cui si rende necessario rispondere in modo tempestivo ad un bisogno di cura. Il ricorso all'ospedalizzazione, infatti, risulta sovente essere una risposta impropria alla presa in carico del paziente cronico, in quanto, spesso, non sussiste un'adeguata coerenza tra setting assistenziale e bisogno specifico. Tale criticità emerge dal monitoraggio condotto del Piano Nazionale Esiti di Agenas, per quel che concerne il fenomeno delle ospedalizzazioni evitabili per patologie croniche come lo scompenso cardiaco, la Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), e il diabete.

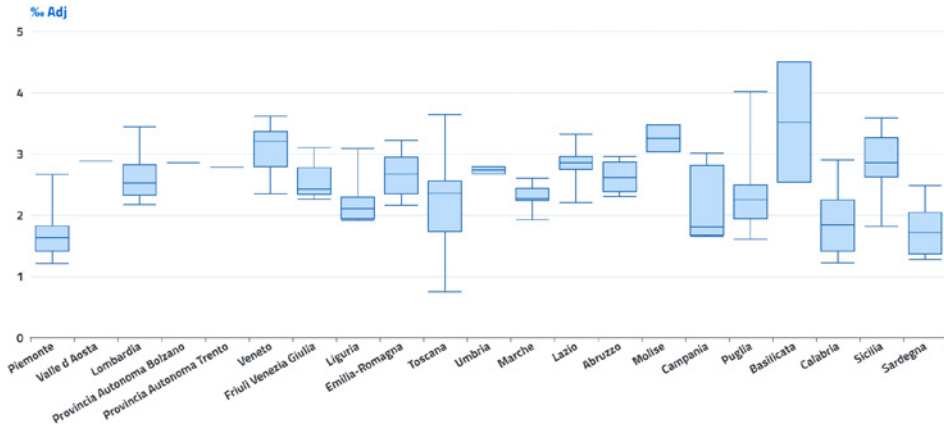
Lo scompenso cardiaco risulta essere la categoria che impatta di più, in quanto a carico assistenziale, per numerosità della casistica. Nel 2023 si contano 130.000 ricoveri e un tasso di ospedalizzazione di 2,6 per 1.000 abitanti, con tassi più alti rispetto alla media nazionale in particolare in Molise, Basilicata e Veneto (Figura 8.3).

Successiva in termini di impatto risulta essere la BPCO, con 74.378 ricoveri nel 2023 ed un tasso medio di ospedalizzazione di circa 1,5 per mille abitanti con alcune regioni, nello specifico Valle d'Aosta, Puglia ed Emilia-Romagna, che superano abbondantemente tale dato (Figura 8.4).

Per quel che concerne le complicanze del diabete a breve e lungo termine, queste ultime sono state causa di 15.938 ricoveri nel 2023, con un tasso medio di ospedalizzazione per 1.000 abitanti pari a 0,3, largamente superato da diverse Regioni (Figura 8.5).

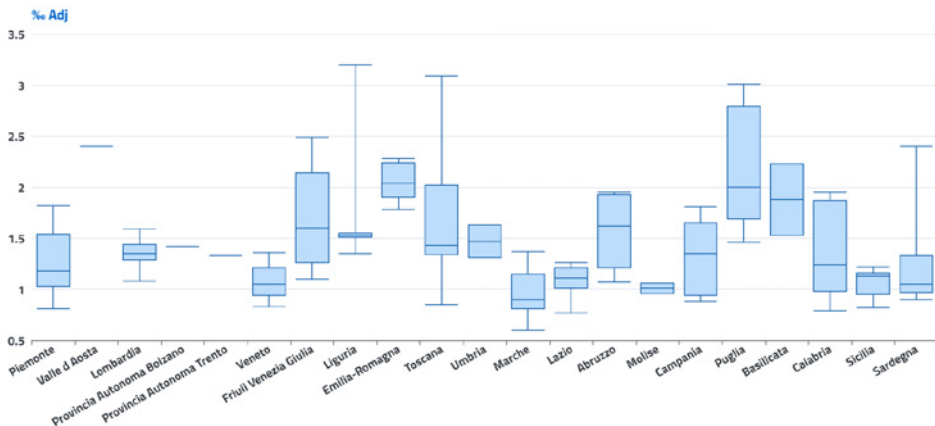
Tale indicatore, rappresenta in questa sede un importante contributo per misurare, anche se solo in modo indiretto, la performance dei servizi di assistenza sanitaria primaria, in quanto, potenzialmente, un'efficace gestione clinica dei pazienti sul territorio consentirebbe di rallentare l'evoluzione della malattia e, di conseguenza, prevenire la necessità di ricoveri ospedalieri. Per quanto si registri spesso un'elevata variabilità inter ed intra regionale sui livelli di ospedalizzazione associati a queste patologie, è opportu-

Figura 8.3 Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Anno 2023



Fonte: Agenas, Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2024

Figura 8.4 Broncopneumopatia cronico ostruttiva: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Anno 2023

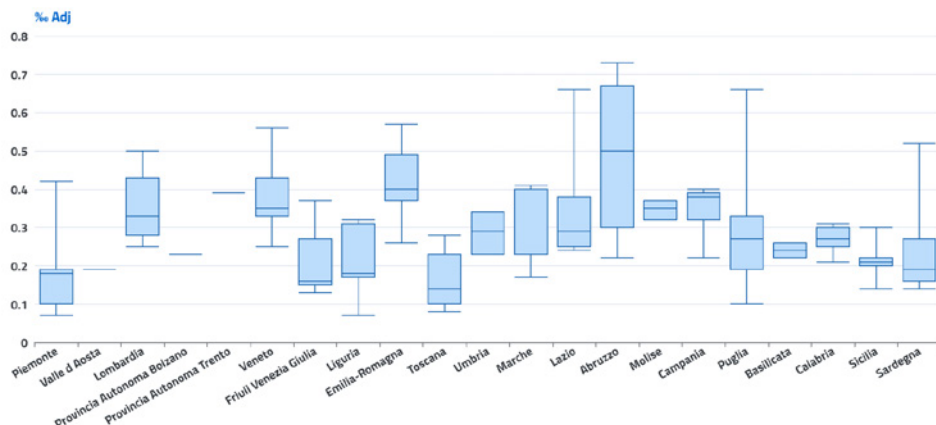


Fonte: Agenas, Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2024

no evidenziare come tali differenze, se da una parte possono essere riconducibili all'implementazione di alcuni servizi (è il caso delle Reti Diabetologiche Territoriali per quel che riguarda il diabete) e all'efficacia degli stessi nella prevenzione e nel controllo delle complicanze, dall'altra siano correlate anche ad un'eventuale maggiore prevalenza delle patologie in questione su un dato territorio.

Quanto detto finora rientra indubbiamente nel più ampio contesto di riorganizzazione dei servizi territoriali oggetto degli investimenti stanziati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Stando a quanto stabilito dalla componente M6C1 della Missione 6 del Piano, infatti, gli interventi da mettere in pratica mirano al rafforzamento dei servizi sanitari di prossimità mediante l'introduzione di strutture

Figura 8.5 Complicanze del diabete a breve e lungo termine: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Anno 2023



Fonte: Agenas, *Programma Nazionale Esiti (PNE)* – Edizione 2024

territoriali che vadano nella direzione di ridurre la frammentazione e l'assenza di omogeneità che caratterizza l'assistenza sanitaria territoriale, e allo stesso tempo di aumentare l'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari oltre alla presa in carico domiciliare, quest'ultima rivolta in particolare a pazienti over 65 con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Tra i presidi e le strutture di prossimità individuate dal progetto figurano:

- Le Case di Comunità, come punto di riferimento continuativo per la popolazione e come luogo di coordinamento dei vari servizi offerti, a garanzia di un'effettiva presa in carico della Comunità e, soprattutto, dei malati cronici. Al suo interno sono coinvolti, oltre a professionisti della salute, anche figure del settore socio-assistenziale.
- Le Centrali Operative Territoriali, con il compito di coordinare la presa in carico dell'individuo e assicurare l'interfaccia tra servizi e professionisti appartenenti a diversi setting assistenziali.
- Gli Ospedali di Comunità, in qualità di strutture sanitarie territoriali dedicate a ricoveri di breve durata rivolte a pazienti che richiedono cure a intensità clinica medio-bassa, con la finalità di ridurre l'accesso improprio ad altri servizi, così come il ricorso non necessario ad altre prestazioni specialistiche.

L'emanazione del Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 concorre a rendere operativo quanto detto sopra, delineando numerosi "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale" che, inevitabilmente, hanno contribuito a rallentare le tempistiche di attuazione come mostrato dai risultati del monitoraggio sintetizzati nella Tabella 8.3, relativi al I semestre 2025.

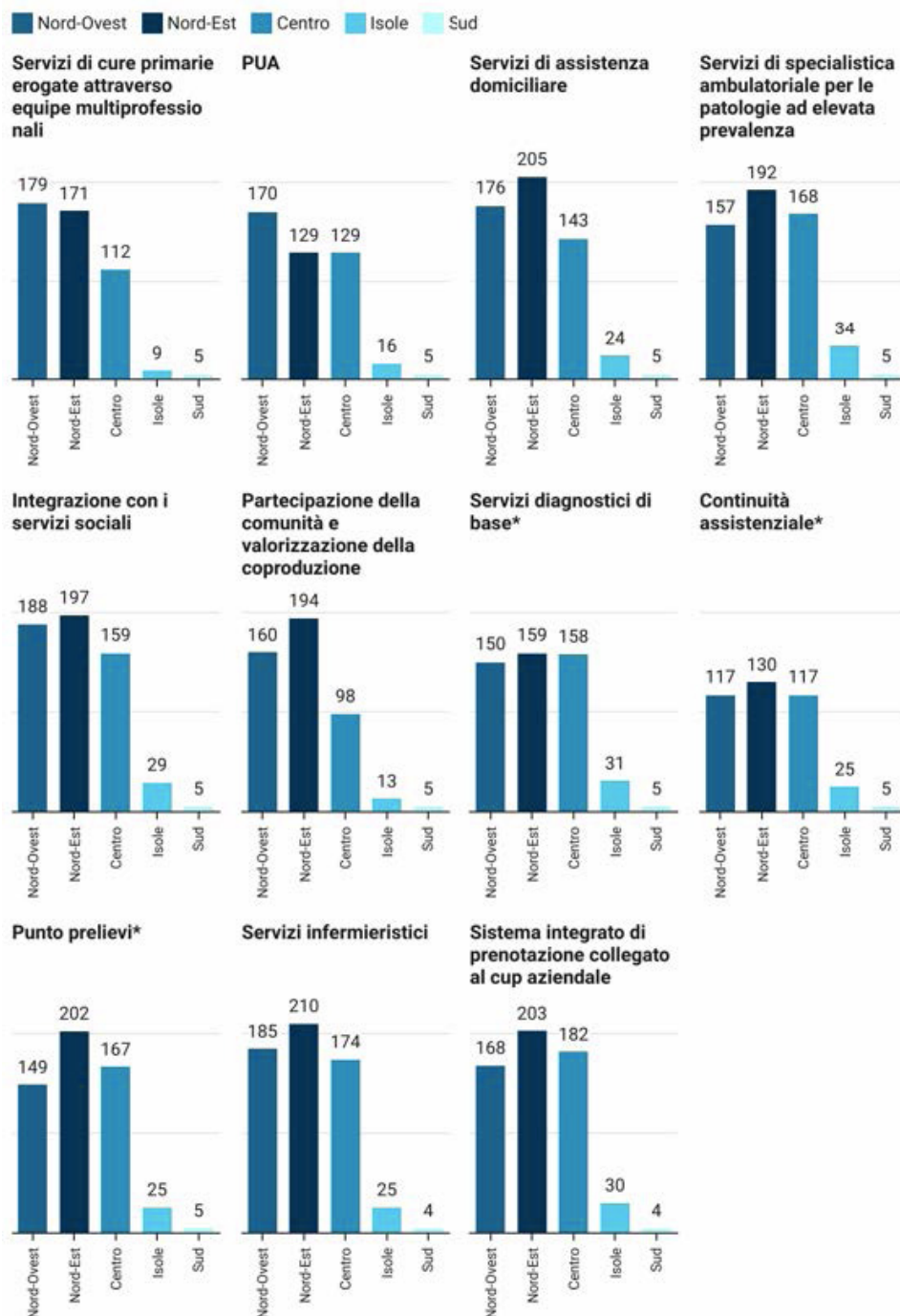
Tra le difficoltà di attuazione vi è senza dubbio quella di soddisfare il fabbisogno stabilito in termini di personale, come anche riportato dalla Federazione Italiana dei Medici di Famiglia (FIMMG), che segnala come molte regioni si stiano scontrando con una quantità di professionisti insufficiente a garantire le prestazioni previste, menzionando,

Tabella 8.3 Sintesi delle strutture previste e del loro livello di attivazione secondo il DM 77/2022, programmazione riconducibile a Cis ed Extra Cis

Regione /P.A.	Casella della programmazione regionale assimilabili a Casella della Comunità con almeno un servizio attivo	Casella della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi eccetto presenza medica e infermieristica	Casella della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi inclusa presenza medica e infermieristica	Centrali Operative Territoriali previste	Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti e certificate	Ospedali di Comunità previsti	Ospedali di Comunità dichiarati attivi
Abruzzo	42	0	0	0	13	15	6
Basilicata	19	0	0	0	6	5	0
Calabria	63	2	2	0	21	20	0
Campania	191	0	0	0	79	61	1
Emilia-Romagna	187	140	32	8	47	53	24
Friuli-Venezia Giulia	32	30	0	0	12	15	3
Lazio	146	95	7	5	61	42	2
Liguria	33	16	6	2	17	11	2
Lombardia	204	142	64	12	102	64	26
Marche	29	20	4	1	15	9	0
Molise	13	2	2	2	3	2	2
Piemonte	96	31	5	1	43	30	1
P.A. di Bolzano	10	0	0	0	5	3	0
P.A. di Trento	12	2	1	0	5	4	3
Puglia	123	1	1	0	50	49	7
Sardegna	80	27	0	0	24	34	2
Sicilia	161	9	5	2	50	48	4
Toscana	157	70	23	7	39	36	17
Umbria	22	6	3	2	9	16	7
Valle d'Aosta	4	4	1	1	1	2	0
Veneto	99	63	16	3	49	73	46
Totale	1.723	660	172	46	651	592	153

Fonte: Agenas, Report nazionale di sintesi dei risultati del Monitoraggio DM 77/2022 I Semestre 2025

Figura 8.6 Servizi obbligatori presenti nelle strutture assimilabili a Case della Comunità (programmazione Cis ed Extra Cis) suddivise per area geografica



* Servizi obbligatori solo per le CdC hub

Fonte: Agenas, Report nazionale di sintesi dei risultati del Monitoraggio DM 77/2022 I Semestre 2025

in particolare, una carenza di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) che si rendano disponibili a lavorare nelle Case di Comunità. Le disparità tra regioni si acuiscono poi se si pensa ai dislivelli caratterizzanti la situazione di partenza; alcune di esse sono infatti accomunate da pregresse sperimentazioni relative a modelli di assistenza territoriale che sono, al contrario, totalmente assenti in altre, generando una maggior difficoltà a raggiungere un modello di assistenza territoriale che sia realmente omogeneo su tutto il territorio nazionale.

A riprova di quanto detto sopra, la figura 8.6 mostra una panoramica relativa alla quantità di servizi obbligatori attualmente attivi in strutture assimilabili a Case di Comunità, suddivisi per area geografica.

Relativamente alla capacità del Paese, e delle singole regioni, di leggere opportunamente i bisogni di salute della popolazione, assume un ruolo centrale anche il monitoraggio dei LEA, finalizzato a verificare che l'erogazione delle cure e delle prestazioni, ritenute per l'appunto essenziali, avvenga ovunque rispettando le dimensioni di equità, efficacia e appropriatezza. Ci sono, in particolare, alcuni indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e afferenti alla macro-area dedicata all'assistenza distrettuale, che l'Osservatorio Cronicità del Ministero della Salute ha messo in risalto in quanto ritenuti rilevanti nell'ambito delle cronicità e delle fragilità. Nella tabella 8.4 sono stati individuati quelli che possono risultare utili nell'ambito della presente relazione.

Tabella 8.4 Indicatori del NSG di interesse per la cronicità e la fragilità

Id	Indicatore
D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti).
D22Z	Tasso di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1), (CIA 2), (CIA 3)
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale (D33Za)/semiresidenziale (D33Zb) in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

Fonte: Ministero della Salute (2025), Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023.

Tra gli indicatori considerati, D05C è in grado di monitorare un utilizzo più o meno improprio dei servizi di emergenza-urgenza ed è pertanto suscettibile di rappresentare una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi della medicina territoriale. Gli altri tre indicatori sono poi utili a misurare il fenomeno della presa in carico a domicilio (nello specifico dell'ADI), considerato un contesto assistenziale particolarmente idoneo per la cura dei pazienti fragili affetti da patologie croniche, in particolare anziani.

In aggiunta a quanto appena visto, all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia si individua anche un indicatore di "equità sociale" (Tabella 8.5):

Tabella 8.5 Indicatori di equità sociale

Id	Indicatore
EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriatelyzza organizzativa nell’offerta dei servizi e/o per ragioni economiche.

Fonte: Ministero della Salute (2025), Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023.

La tabella 8.6 riporta i dati emersi dall’ultimo monitoraggio (Anno 2023):

Tabella 8.6 Risultati NSG – area distrettuale ed equità, anno 2023

Regione	D05C	D22Z	D23Z	D33Za		EO01
	Per 1.000 abitanti adulti	Punteggio finale	Per 1.000 abitanti	Valore indicatore (per 1.000 ab> 75)	Punteggio finale	%
Piemonte	77,3	92,9	8,1	91,93	100,0	7,9
Valle d’Aosta	93,3	85,2	9,0	46,79	100,0	5,9
Lombardia	64,7	90,6	20,7	80,30	100,0	6,6
P.A. Bolzano	120,1	62,6	7,7	72,85	100,0	4,9
P.A. Trento	50,6	100,0	10,7	176,48	100,0	5,4
Veneto	64,5	100,0	15,5	88,56	100,0	7,0
Friuli V.G.	48,8	90,8	13,4	59,64	100,0	4,8
Liguria	31,3	100,0	13,4	53,89	100,0	7,3
Emilia R.	61,2	100,0	11,7	44,01	100,0	5,7
Toscana	25,1	100,0	13,3	57,01	100,0	5,3
Umbria	73,7	100,0	13,8	49,64	100,0	8,1
Marche	61,2	100,0	12,7	37,43	90,9	9,0
Lazio	32,8	96,8	10,6	19,60	47,6	9,5
Abruzzo	50,3	99,7	17,0	19,72	47,9	8,6
Molise	61,7	100,0	37,0	10,97	29,6	8,3
Campania	41,2	93,2	9,1	5,11	15,4	5,5
Puglia	57,5	91,2	9,4	14,68	35,7	7,4
Basilicata	43,1	97,3	12,1	8,21	19,9	6,1
Calabria	28,5	18,6	4,3	26,13	66,5	6,9
Sicilia	46,2	89,1	9,4	15,22	37,0	6,5
Sardegna	31,0	84,9	4,7	nd	nd	12,0
ITALIA			12,6	48,76		7,0

Fonte Ministero della Salute (2025), Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023.

Rispetto all'indicatore D05C, si notano valori piuttosto elevati nella Provincia di Bolzano e valori abbastanza bassi in Calabria e Toscana. In questo caso, un minor utilizzo (spesso improprio) del Pronto Soccorso può essere sintomo di servizi ben funzionanti e di una buona continuità assistenziale così come, sul versante completamente opposto, della presenza di limitazioni e difficoltà nell'accedere ai servizi di emergenza, per motivi geografici/strutturali che siano, determinando di fatto una rinuncia a far uso del servizio.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare (D22Z e D23Z), emerge il punteggio molto basso della Calabria rispetto ad una presa in carico domiciliare strutturata, mentre con riferimento all'assistenza per anziani non autosufficienti in strutture residenziali (D33Za) si osserva un significativo gap tra Nord e Sud, con valori particolarmente critici in Campania e Basilicata.

Anche rispetto all'indicatore d'equità (EO01) è possibile notare come alcune Regioni registrino valori più elevati rispetto alla media nazionale di rinuncia alle cure, in particolar modo la Sardegna.

È bene specificare che non sempre questi dati siano in grado di restituire una visione chiara dei fattori che li sottendono e determinano, ma quello che appare evidente è una notevole variabilità regionale che può riflettere, tra le altre cose, una migliore o peggiore gestione del paziente, per lo meno sul territorio.

8.4 Prospettive dell'utenza nella gestione della cronicità

Entrando nel merito di quanto percepito in prima persona dai pazienti cronici e dai loro caregiver rispetto ai vari aspetti che fanno parte del percorso di presa in carico delle patologie indagate, sono stati presi in esame i dati raccolti attraverso l'ultimo questionario somministrato, come ogni anno, da Cittadinanzattiva sulle malattie croniche⁵ e rare. L'indagine ha coinvolto i Presidenti di 102 Associazioni (il 49,1% attive nell'ambito delle patologie croniche, il 10,4% in quello delle patologie croniche non riconosciute e la restante parte focalizzata su patologie rare), oltre 3.500 pazienti e 590 caregiver familiari. Tra coloro che hanno risposto al questionario, il 79,7% è rappresentato da pazienti, mentre il 20,3% da familiari o caregiver. Nello specifico, l'84,9% dei partecipanti ha compilato il questionario facendo riferimento a una condizione cronica.

Ripercorrendo le principali fasi individuate dal PNC, ciò che si ritiene prodromico ad un efficace percorso di presa in carico è senza dubbio la diagnosi della malattia. In questo caso, tra gli ostacoli ritenuti più rilevanti relativamente all'identificazione e alla tempestiva presa in carico dell'individuo affetto da patologie croniche (Tabella 8.7) figurano, senza dubbio, la scarsa consapevolezza di MMG e PLS – per quanto questi ultimi rappresentino la prima interfaccia del paziente con la medicina di prossimità –, le lunghe liste di attesa e la mancanza di personale adeguatamente specializzato sul territorio, anche se determinanti in modo diverso per pazienti/caregiver e presidenti delle Associazioni coinvolte.

5 Tra le patologie croniche considerate figurano anche i tumori.

Tabella 8.7

Quali elementi ostacolano maggiormente la diagnosi della malattia?	Associazioni	Pazienti e caregiver
Scarsa conoscenza della patologia da parte di MMG/PLS	80,2%	47,1%
Sottovalutazione dei sintomi	68,9%	48,3%
Elementi comuni ad altre patologie vengono confusi	54,7%	48,4%
Poco ascolto del paziente	46,2%	21,6%
Mancanza di personale specializzato sul territorio	42,5%	12,7%
Liste di attesa	23,6%	6,6%
Dopo la diagnosi di malattia genetica non si fanno i controlli sui parenti	16,0%	7,1%
Altro	13,2%	28,5%

Fonte: XXII Rapporto sulle politiche della cronicità, Cittadinanzattiva 2024

Le conseguenze sono tutt'altro che irrilevanti. Per il 27,6% dei pazienti, infatti, trascorrono addirittura 10 anni dalla comparsa dei primi sintomi alla diagnosi della patologia. Per quanto concerne la presa in carico del paziente e l'accesso di quest'ultimo alle cure, le tematiche afferenti alla frammentazione e alla discontinuità del percorso assistenziale emergono chiaramente (Tabella 8.8). Secondo i presidenti delle Associazioni, infatti, tra gli elementi che si frappongono tra il paziente e una sua adeguata presa in carico vi è uno scarso coordinamento tra specialisti e MMG/PLS (69,8%) e una scarsa continuità assistenziale (48,1%), a cui si aggiungono le liste di attesa (44,3%) e la mancanza di una visione d'insieme multidimensionale sulle condizioni del paziente che si traduce nella scarsa integrazione tra aspetti clinici e socio-assistenziali (43,4%).

Tabella 8.8

Nella sua esperienza quali tra i seguenti aspetti risultano essere i più carenti ai fini di un'adeguata presa in cura per la patologia di riferimento? Indicare i 4 elementi ritenuti più critici:	Associazioni
Coordinamento tra assistenza primaria (MMG/PLS) e specialistica	69,8%
Continuità assistenziale	48,1%
Liste d'attesa eccessivamente lunghe o addirittura bloccate	44,3%
Integrazione tra aspetti clinici e socio-assistenziali	43,4%
Coinvolgimento del paziente/caregiver nel piano di cura (empowerment)	27,4%
Qualità delle cure	26,4%
Grado di personalizzazione delle cure	24,5%
Rete familiare sociale	21,7%
Garanzia di un'assistenza continuativa e/o H24	16,0%
Servizi di telemedicina	9,4%
Tecnologie innovative, macchinari/dispositivi a domicilio	3,8%
Non pertinente per la patologia	3,8%
Altro	4,7%

Fonte: XXII Rapporto sulle politiche della cronicità, Cittadinanzattiva 2024

Molti di questi aspetti sono confermati anche dal punto di vista dei pazienti, in particolare per quel che riguarda il mancato coordinamento tra professionisti incaricati della presa in carico della patologia (35,2% degli intervistati). In questo caso, inoltre, il punto di vista degli utenti dei servizi sembra essere particolarmente critico nei confronti delle distanze geografiche per effettuare una visita (18,4%) o addirittura della mancanza del trattamento nella Regione di residenza (circa 6%) e delle difformità regionali nell'accesso e nell'erogazione delle terapie (45,6%). A tal proposito, viene indagato anche il punto di vista dei presidenti delle Associazioni (Tabella 8.9), dal cui intervento emergono alcune criticità strutturali e organizzative che mettono in luce una situazione di profonda disomogeneità territoriale. La maggior parte di essi conviene sull'elevato gradiente geografico che caratterizza sia la dislocazione delle strutture (73,6%), sia l'attivazione e l'effettiva implementazione dei PDTA (77,4%). Questi dati indicano come l'accesso a cure integrate e specialistiche risulti essere fortemente condizionato dalla Regione di residenza, creando disparità non solo nella tempestività della diagnosi e nella qualità della presa in carico, ma anche nella continuità del percorso terapeutico. Un aspetto che non si può fare a meno di menzionare è anche l'offerta disuguale di supporto psicologico sul territorio nazionale (79,2%), il che può essere sintomo di una mancanza di riconoscimento del benessere psicologico come parte integrante del percorso di cura.

Tabella 8.9

Quali sono gli ambiti sui quali si riscontrano maggiori difformità/disuguaglianze regionali?	Associazioni
Sostegno psicologico	79,2%
Presenza di percorsi e/o PDTA	77,4%
Presenza di Centri specializzati/Rete	73,6%
Modalità di gestione delle prenotazioni e dei tempi di attesa	72,6%
Prestazioni necessarie non ricomprese nei LEA	70,8%
Differenze nel riconoscimento di invalidità, accompagnamento ed handicap	69,8%
Semplificazione burocrazia	67,9%
Servizi di Telemedicina, Teleconsulto, Monitoraggio online	60,4%
Rinnovo automatico del Piano Terapeutico	59,4%
Utilizzo del Fascicolo sanitario	59,4%
Riconoscimento della patologia e relativo codice di esenzione nelle diverse regioni	57,5%
Mancato aggiornamento dei LEA	56,6%
Accesso alla riabilitazione	54,7%
Accesso all'innovazione	53,8%
Accesso/eleggibilità ai trattamenti farmacologici	50,0%
Sgravi fiscali	42,5%
Ricetta dematerializzata	42,5%
Mancata attuazione del decreto tariffe	40,6%
Screening neonatale esteso	23,6%

Fonte: XXII Rapporto sulle politiche della cronicità, Cittadinanzattiva 2024

Il medesimo questionario somministrato l'anno precedente, prendeva in esame anche il PNC, chiedendo alle Associazioni partecipanti quanto ritenessero che le misure previste dallo strumento per assicurare la presa in carico della patologia fossero realmente attuate. Come mostrato dalla tabella 8.10, il 32% ha risposto in maniera negativa, il 14,4% ritiene sia attuato solo su alcuni territori di alcune regioni e l'11,3% solo in alcune regioni.

Tabella 8.10

In base alla sua esperienza, per quanto attiene alla presa in carico della patologia, le misure previste dal PNC sono attuate?	Associazioni
Sì, pressoché su tutto il territorio nazionale	24,7%
Sì, solo in alcune regioni	11,3%
Sì, solo su alcuni territori di alcune regioni	14,4%
No	32,0%
Non saprei	17,5%

Se in alcune regioni e/o territori, specificare quali:	Associazioni
Abruzzo	24,0%
Basilicata	8,0%
Calabria	4,0%
Campania	24,0%
Emilia-Romagna	68,0%
Friuli-Venezia Giulia	0,0%
Lazio	36,0%
Liguria	32,0%
Lombardia	88,0%
Marche	20,0%
Molise	8,0%
Piemonte	60,0%
Puglia	32,0%
Sardegna	16,0%
Sicilia	16,0%
Toscana	72,0%
Trentino-Alto Adige	4,0%
Umbria	20,0%
Valle d'Aosta	0,0%
Veneto	76,0%

Fonte: XXI Rapporto sulle politiche della cronicità, Cittadinanzattiva 2023

Quanto evidenziato dalle risposte, riflette senz'altro ciò che è già emerso dai dati di monitoraggio, ovvero un'attuazione lenta e non uniforme del Piano sul territorio nazionale, a discapito dell'unitarietà di approccio cui l'auspicata riorganizzazione dei servizi dovrebbe aspirare.

8.5 Conclusioni

Appare evidente, dall'analisi finora condotta, come la continuità delle cure rappresenti, soprattutto per i pazienti più fragili, un bisogno che va oltre le sole necessità cliniche e terapeutiche. La sua assenza, infatti, non solo comporta outcome di salute peggiori, in quanto maggiori possono essere gli eventi sanitari avversi, ma è in grado di incidere anche sul benessere psicologico e sulla qualità della vita del paziente e della sua famiglia, per non parlare dell'aggravio generato sulla sostenibilità del sistema in termini economici (considerando, ad esempio, i ricoveri evitabili, gli esami duplicati o innecessari e l'utilizzo inappropriato dei servizi di emergenza).

La sfida appare ancora più ardua all'aumentare della complessità del percorso del paziente, o meglio all'aumentare dei suoi bisogni di salute, il più delle volte multidimensionali e quindi riconducibili a competenze differenti, sia in termini di professionisti che di strutture. Non è un caso che la riflessione si sia concentrata proprio sui pazienti cronici e oncologici, i quali, per la natura stessa delle loro condizioni, sono in grado di far emergere con chiarezza le maggiori difficoltà cui incorrono nel tentativo di ottenere un percorso assistenziale lineare e senza interruzioni.

Entrando nel merito di questo aspetto, quello che di certo appare più evidente, come già affrontato da altri contributi presenti all'interno del presente Rapporto, sono le disuguaglianze territoriali, le quali fanno sì che la presa in carico dell'individuo vari sensibilmente a seconda della Regione o del territorio di provenienza. Questo sia per la distribuzione disomogenea delle strutture dedicate, spesso lontane e difficilmente raggiungibili, sia per l'attuazione/adozione non uniforme di strumenti già esistenti e pensati proprio per agevolare la presa in carico di questi pazienti, basti pensare alla diffusione dei PDTA, delle Reti Oncologiche Regionali o delle Reti Diabetologiche Territoriali e lo stesso vale per l'applicazione del Piano Nazionale delle Cronicità e del DM/77. La disomogeneità appena menzionata, oltretutto, può concorrere a generare ritardi diagnostici e terapeutici, come dimostrato dai tassi di copertura ancora insufficienti degli screening oncologici e dalle liste d'attesa che si rivelano spesso incompatibili con i bisogni clinici, spesso urgenti, dei pazienti in questione. Quello che appare evidente, di conseguenza, è la necessità di una governance nazionale che sia capace di coordinare le regioni e le strutture garantendo omogeneità e uniformità nei percorsi e che sia in grado di garantire dei sistemi di monitoraggio idonei a far rispettare, quanto meno, degli standard minimi di uniformità.

Un elemento che, al contrario, concorre a contrastare la frammentazione dei percorsi di cura, emerge più volte dalla voce dei pazienti ed è imputabile al tipo di relazione comunicativa che si instaura con il/i professionista/i con cui si interfaccia. Aspirare ad un percorso continuativo, infatti, non può prescindere da un paziente adeguatamente informato su ciò che sta accadendo, sulle opportunità e le sfide che incontrerà sul percorso, sui professionisti cui dovrà affidarsi, sui diversi trattamenti a cui potrà far ricorso e sulle conseguenze che questi ultimi portano con sé.

Tutto questo implica altre due considerazioni di fondo. In primis, la necessità che una figura di riferimento (che spesso coincide con la figura del Medico di Medicina Generale) resti un punto fermo quando tutto il resto cambia e sia capace di instaurare e mantenere nel tempo un rapporto di fiducia ed empatia con il paziente, condizioni determinanti per adempiere al ruolo fondamentale di interfaccia primaria con il suo

percorso di cura e presa in carico. In secondo luogo la necessità di concepire la figura del paziente non come destinatario passivo delle cure, bensì come protagonista attivo del percorso, da coinvolgere necessariamente in tutte le fasi del processo assistenziale e decisionale. Rispetto a questo tema, emerge anche l'importanza di riconoscere gli sforzi dei caregiver, spesso fondamentali per mantenere un equilibrio dinanzi alle carenze organizzative del sistema.

Quanto detto sopra porta alla luce la necessità di rafforzare e valorizzare il ruolo delle figure professionali di prossimità, in qualità di figure cardine della continuità assistenziale, anche attraverso percorsi formativi mirati non solo a raggiungere gli obiettivi di cui sopra, ma anche ad agevolare il lavoro in team come approccio multidimensionale a bisogni di salute particolarmente articolati, che comprendono dimensioni cliniche, sociali e relazionali. Questo non solo da un punto di vista operativo ma soprattutto comunicativo, non a caso tra le criticità emerse con più frequenza dalle opinioni dei pazienti figurano la scarsa interazione e la comunicazione poco efficace tra le diverse figure professionali alle quali vengono affidati lungo il percorso assistenziale. In quest'ottica, i servizi e le strutture di prossimità previsti dal PNRR – Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali – se resi pienamente operativi e adeguatamente dotati di personale, possono rappresentare strumenti essenziali per garantire una maggiore continuità. È per questa ragione che si dovrebbe attenzionare, in particolar modo, l'attuale penuria di professionisti disposti ad esercitare al loro interno che, ad oggi, è ciò che rende la capacità di superare tali gap strutturali ancora molto limitata o, per lo meno, sicuramente non temporalmente immediata.

È importante menzionare, in questo contesto, anche il potenziale insito negli strumenti digitali, intesi sia come sistemi informativi interoperabili, a supporto di una gestione continuativa ed efficace delle informazioni cliniche del paziente, che come modalità erogativa alternativa, in grado di promuovere una maggior equità di accesso ai servizi sanitari. Da ultimo, tornando al percorso assistenziale, un aspetto che troppo spesso viene trascurato ma che, al contrario, rappresenta una tematica particolarmente sensibile dal punto di vista dei pazienti, è il supporto psicologico. Le necessità emotive e psicologiche, infatti, rappresentano parte integrante del percorso di cura, in quanto sono capaci di generare un impatto sulla qualità della vita della persona affetta da patologie. La scarsa considerazione che si rivolge a questa dimensione di presa in carico, la mancanza di informazioni unita a carenze di servizi dedicati e alle lunghe liste di attesa per accedervi, contribuisce ad accrescere il senso di solitudine e frustrazione nei pazienti e nelle loro famiglie. Questo porta sicuramente a dire che un modello di continuità delle cure che voglia dirsi realmente completo non possa, di fatto, prescindere dall'integrazione stabile dei servizi di supporto psicologico nel percorso di presa in carico, riconoscendone il valore non solo in termini di benessere soggettivo ma anche di efficacia complessiva dei percorsi terapeutici.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2024, maggio), *Ricognizione Laboratori Genomica*, Portale Statistico Agenas – Rete e Attività, tratto da <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=25>.
- Agenas (2025, marzo), Report nazionale di sintesi dei risultati del Monitoraggio DM 77/2022 I Semestre 2025, pp. 11, 20, tratto da https://www.agenas.gov.it/images/2025/dm77/Report_Nazionale_DM77_I_semestre_2025.pdf.

- Agenas (2025, maggio), Sesta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali, Rapporto 2024 (Dati 2023), pp. 15-16, 32, 36, tratto da https://www.agenas.gov.it/images/Rapporto_ROR_versione_finale_29052025_vers Rettifica.pdf
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) (2024), *Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2024*, pp. 70-72, tratto da <https://pne.agenas.it/home>.
- Ando T., Sasaki T., Abe Y. *et al.* (2023), *Measurement of polydoctoring as a crucial component of fragmentation of care among patients with multimorbidity: cross-sectional study in Japan*, in *Journal of General and Family Medicine* 24(6), 343-349.
- Bhattacharya J. (2017), *Fragmentation in the Delivery of Health Care*, *National Bureau of Economic Research bulletin on aging and health*, (2), 3.
- Cittadinanzattiva (2023, dicembre), XXI Rapporto sulle politiche della cronicità - Nel labirinto della cura, pp. 28-29.
- Cittadinanzattiva (2024, dicembre), XXII Rapporto sulle Politiche della Cronicità. Diritti Sospesi, pp. 54-56, 62, 70, 75-76.
- Elhauge E. (2010), *The Fragmentation of U.S. Health Care: Causes and Solutions*, Oxford University Press, Oxford.
- Enthoven A.C. (2009), *Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation*, in *The American journal of managed care* 15(10 Suppl), S284-S290.
- FAVO. Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici (2025), 17° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, <https://osservatorio.favo.it/diciassettesimo-rapporto/>
- Federazione Italiana Medici di Famiglia - FIMMG (2025), *Le case di comunità non stanno risolvendo i problemi della medicina territoriale*, <https://www.fimmg.org/it/News/art/5912/>
- Ferraris G., Coppini V., Ferrari M.V. *et al.* (2024), *Understanding Reasons for Cancer Disparities in Italy: A Qualitative Study of Barriers and Needs of Cancer Patients and Healthcare Providers*, *Cancer Control*, Vol. 31:1-16.
- Frandsen B.R., Joynt K.E., Rebitzer J.B., Jha A.K. (2015), *Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically Ill Patients*, in *The American Journal of Managed Car.*, May;21(5):355-62.
- Gruppo Tecnico Passi - Istituto Superiore di Sanità (2024), *La sorveglianza Passi D'Argento*, tratto da Rinuncia alle cure: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/rinuncia-cure>.
- ISTAT (2024), *Annuario Statistico Italiano 2024*, tratto da <https://www.istat.it/produzione-editoriale/annuario-statistico-italiano-2024/>
- ISTAT (2025), *Rapporto Annuale 2025. La situazione del Paese*, pp. 103-104, tratto da <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2025-la-situazione-del-paese-il-volume/>
- Istituto Superiore di Sanità (2024), *Bollettino Epidemiologico Nazionale - Volume 5 (1)*, tratto da [https://www.epicentro.iss.it/ben/2024/1/BollEpidemiolNaz_2024_5\(1\).pdf](https://www.epicentro.iss.it/ben/2024/1/BollEpidemiolNaz_2024_5(1).pdf)
- Joo J.Y. (2023), *Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review*, in *Nurs Open* 2023 Jun;10(6).
- Ministero della Salute (2024), *Piano Nazionale della Cronicità - Aggiornamento 2024*.
- Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS (2025), *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023*.
- Osservatorio Cronicità - Progetto del Ministero della Salute (2023), *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR*.
- Patiño-Benavidez A.F., Buitrago G., Roza-Agudelo N., Saldaña-Espinel L.E. (2024), *Association of Healthcare Fragmentation and the Survival of Patients With Colorectal Cancer in Colombia*, in *Value in Health Regional Issues* 41, 63-71.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza NextGenerationItalia (2021), pp. 225-230, tratto da www.governo.it.
- Prior A., Vestergaard C.H., Vedsted P. *et al.* (2023), *Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study*, in *BMC medicine* 21(1), 305.

- Reid R., Haggerty J., McKendry R. (2002, Gennaio), *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care*, Canadian Health Services Research Foundation, pp. 4-9, tratto da https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care
- Valentijn P. (2021), *Fragmentation of care: its causes and what we can do about it*, tratto da <https://www.essenburgh.com/en/>

Domanda in crescita in un quadro di disuguaglianze e sostenibilità

Antonello Zangrandi

Il sistema sanitario italiano si trova oggi al centro di una fase di profonda trasformazione, segnata da una crescita strutturale e costante della domanda di salute. Tale incremento è il risultato di un insieme di fattori demografici, epidemiologici e sociali che, nella loro varietà, generano diverse articolazioni del bisogno di assistenza. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, il prolungamento della sopravvivenza anche in presenza di comorbidità e il mutamento dei modelli familiari determinano una pressione crescente su un sistema che appare sempre più rigido e frammentato nelle sue risposte. Con oltre 14 milioni di persone sopra i 65 anni e un indice di vecchiaia tra i più alti d'Europa, l'Italia si trova di fronte a una domanda di cura e assistenza che non può più essere interpretata attraverso il solo paradigma ospedaliero o sanitario. La salute, oggi, si configura come un bisogno continuo e multidimensionale, che richiede integrazione, prossimità e una presa in carico personalizzata.

A questa trasformazione della domanda si accompagna una crisi strutturale della capacità del sistema di offrire risposte coerenti e omogenee. La regionalizzazione, introdotta con l'intento di avvicinare i servizi ai territori e di garantire maggiore efficienza gestionale, ha generato nel tempo, come prevedibile, una differenziazione tra i vari servizi regionali, non sempre collegati alla differenziazione del bisogno, ma anche a livelli di efficienza e qualità dei servizi erogati. I sistemi sanitari regionali, che si muovono secondo logiche e priorità differenti, producono disuguaglianze in termini di accessibilità, qualità e continuità delle cure. Ciò si traduce in un divario crescente tra Nord e Sud, dove la possibilità di ricevere cure tempestive e di qualità dipende ancora fortemente dal luogo di residenza e dal reddito. Peraltro, la centralizzazione non assicura automaticamente una normalizzazione verso livelli di assistenza elevati.

La frammentazione non è solo territoriale, ma anche istituzionale e organizzativa. La molteplicità di soggetti erogatori – pubblici, privati, del terzo settore – che operano con regole e strumenti differenti determina percorsi di cura discontinui. Il passaggio tra i diversi setting assistenziali, dall'ospedale al territorio, avviene spesso senza un'effettiva regia unitaria, con il rischio di dispersione informativa e duplicazione degli interventi. Le persone affette da cronicità, disabilità o, più in generale, condizioni di fragilità sono quelle che pagano il prezzo più alto di tale frammentazione, poiché necessitano di una presa in carico continuativa e integrata che il sistema, nella sua configurazione attuale,

fatica a garantire. La separazione storica tra il settore sanitario e quello sociale continua a rappresentare una barriera culturale e organizzativa, che impedisce la costruzione di percorsi realmente unitari di salute e benessere.

Il sistema sociosanitario, in particolare, costituisce oggi l'area dove i problemi appaiono più significativi e dove la riforma del welfare italiano è più urgente. Pur riconosciuto come componente essenziale del diritto alla salute, esso soffre l'assenza di una cornice normativa e finanziaria stabile e di una governance nazionale in grado di coordinare i sistemi di erogazione. Le differenze nei modelli regionali di organizzazione e finanziamento rendono la mappa dei servizi a "macchia di leopardo": in alcune aree si sperimentano percorsi avanzati di integrazione domiciliare e di prossimità, mentre in altre la risposta resta affidata a iniziative frammentarie e discontinue. La spesa comunale per i servizi sociali, sebbene in crescita, mostra ancora enormi squilibri territoriali, e la capacità di programmazione integrata tra enti locali e sanità rimane debole. Tutto ciò contribuisce a una disuguaglianza sostanziale nell'esercizio del diritto alla salute, che non si limita più all'accesso alle cure, ma coinvolge la qualità della vita e la possibilità stessa di mantenere l'autonomia e la partecipazione sociale.

Parallelamente, si osserva un indebolimento delle risorse informali di cura. Le famiglie, storicamente pilastro dell'assistenza agli anziani e ai malati cronici, si trovano oggi a fronteggiare carichi assistenziali sempre più pesanti in un contesto di riduzione delle reti di prossimità e di crescente fragilità economica. Le trasformazioni sociali, la mobilità lavorativa e la riduzione del numero di caregiver familiari rendono sempre più urgente un rafforzamento dei servizi territoriali e, in particolare, dell'assistenza domiciliare. In molte aree interne e rurali, inoltre, la carenza di servizi di base, unita al progressivo spopolamento, amplifica il rischio di esclusione sanitaria e sociale, configurando nuove forme di disuguaglianza invisibile.

La sostenibilità del sistema sanitario non può essere interpretata solo in termini di equilibrio economico-finanziario. Essa deve essere letta come capacità del sistema di garantire equità, appropriatezza e coesione, adattandosi ai mutamenti della società e ai nuovi bisogni. L'aumento previsto della spesa sanitaria pubblica – che potrebbe superare oltre il 7% del PIL a partire dal 2040 – non basterà, da solo, a rendere il sistema sostenibile se non accompagnato da una profonda riforma della struttura organizzativa e dei modelli di erogazione. Il rischio è quello di alimentare inefficienze e di accentuare ulteriormente la disuguaglianza tra chi può permettersi soluzioni private e chi resta vincolato a un'offerta pubblica indebolita. La crisi di sostenibilità del sistema è, dunque, prima di tutto una crisi di orientamento al bisogno: mancano un disegno unitario, un governo integrato e una visione condivisa della salute come bene collettivo.

Occorre un ripensamento complessivo del Servizio Sanitario Nazionale, orientato alla ricomposizione dei frammenti e alla valorizzazione della prossimità. La vera riforma deve muovere dalla domanda, riconoscendo che i bisogni sono cambiati e che la risposta non può più essere centrata solo sull'ospedale. L'integrazione tra sanitario e sociale, la costruzione di reti territoriali forti e la promozione di modelli di presa in carico multidimensionale rappresentano le chiavi per restituire sostenibilità ed equità al sistema. A questo proposito, è necessario costruire una governance nazionale capace di garantire coerenza senza imporre uniformità, di definire standard comuni di qualità e di favorire una reale integrazione tra i diversi livelli istituzionali.

Il futuro della salute in Italia dipenderà, quindi, dalla capacità di trasformare la complessità dei bisogni in coesione e inclusione. Ciò richiede una cultura dell'integrazione fondata sulla prossimità, sulla responsabilità condivisa e sulla continuità assistenziale, e non può prescindere da forti strumenti organizzativi in grado di favorire l'erogazione di prestazioni tra loro coordinate con il paziente come perno effettivo del percorso di cura. La salute deve tornare ad essere concepita non come un insieme di prestazioni, ma come un orientamento che vede competenze in azione per dare risposte integrate ai bisogni. Solo un progetto unitario, sostenuto da una governance condivisa e da strumenti di valutazione integrata, potrà garantire la sostenibilità economica e sociale del sistema e restituire pienamente valore al principio fondativo del Servizio Sanitario Nazionale: il diritto universale alla salute, uguale per tutti.

SEZIONE 2

LE RISPOSTE DA COSTRUIRE

9. Ripensare la sostenibilità dei sistemi sanitari: prospettive economiche, sociali e politiche

Aleksandra Torbica, Giulia Fornaro

9.1 Introduzione

Negli ultimi anni la sostenibilità dei sistemi sanitari è tornata al centro dell'agenda globale con rinnovata urgenza. L'obiettivo 3 dell'Agenda 2030 – “*garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età*” – individua nella copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage, UHC) un traguardo condiviso. Tuttavia, il progresso verso questo obiettivo è oggi in stallo: l'incremento della copertura dei servizi sanitari essenziali è rallentato e la protezione finanziaria si è ridotta in molte regioni, con quote crescenti di famiglie esposte a spese sanitarie catastrofiche, cioè tali da compromettere la stabilità economica (The Lancet Public Health 2023).

La *policrisi* del decennio, segnata dalla pandemia da Covid-19, da shock geopolitici e inflazionistici e dalla crisi climatica, ha messo sotto pressione la resilienza istituzionale e la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari, ampliando disuguaglianze preesistenti. Gli studi post-pandemici segnalano debolezze strutturali e la necessità di coniugare la copertura universale con la sicurezza sanitaria (*health security*) per prepararsi a shock futuri (Sachs *et al.* 2022).

Gran parte del dibattito internazionale continua a considerare la sostenibilità quasi esclusivamente in chiave economico-finanziaria. La domanda più frequente, infatti, è: possiamo permetterci di finanziare l'assistenza sanitaria oggi e nel futuro? Questa prospettiva, per quanto rilevante, risulta riduttiva. Gli sviluppi recenti mostrano la necessità di adottare un quadro più ampio, coerente con la qualità dei sistemi sanitari – e non soltanto la quantità di copertura – e con la centralità della fiducia sociale (Kruk *et al.* 2018). La sostenibilità dei sistemi sanitari è infatti un concetto più ampio e multidimensionale, che comprende almeno quattro pilastri interconnessi: sostenibilità economica, sociale, politica e ambientale (Borgonovi, Compagni 2013).

Come punto di partenza, adottiamo la definizione di sostenibilità proposta dall'*Hawke Research Institute* (Goldman 2012) con l'obiettivo di adattarlo ai sistemi sanitari. Secondo questa prospettiva, i sistemi sostenibili sono “*equi, diversificati, connessi e democratici e forniscono una buona qualità della vita*” (McKenzie 2004). Ripensare il concetto di sostenibilità applicato ai sistemi sanitari implica riconoscere trade-off e sinergie tra obiettivi. Nel caso dell'assistenza sanitaria, la sostenibilità sociale e politica sono dimensioni altrettanto fondamentali e desiderabili quanto quella economica. Per questo motivo, la discussione sulla fattibilità della copertura sanitaria universale può

arricchirsi se si analizza, da un lato, in che modo e in quale misura la copertura sanitaria universale influenza la sostenibilità sociale e politica dei sistemi sanitari, e, dall'altro, quali condizioni sociali e politiche possano favorirne o ostacolarne il raggiungimento. Infine, è importante considerare anche i potenziali trade-off tra questi diversi obiettivi, poiché ogni scelta in materia di salute pubblica comporta un equilibrio delicato tra valori, risorse e priorità collettive.

La seguente trattazione esplora le diverse dimensioni della sostenibilità dei sistemi sanitari – economica, sociale e politica – evidenziando dati, sfide e possibili linee di trasformazione. L'innovazione e la governance vengono analizzate come strumenti di riequilibrio capaci di sostenere nel tempo la coerenza tra risultati di salute, giustizia sociale e stabilità istituzionale.

9.2 La dimensione economica: possiamo permetterci il sistema universalistico?

La sostenibilità economica rappresenta la dimensione più discussa del dibattito internazionale. L'interrogativo di fondo rimane: possiamo permetterci di finanziare la copertura sanitaria universale oggi e nel futuro?

Il Rapporto Globale sulla Spesa Sanitaria 2024 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) mostra che, nel 2022, la spesa sanitaria aggregata è diminuita a 9,8 trilioni di dollari, pari al 9,9% del PIL mondiale. Si è trattato del primo calo in termini reali dalla fine degli anni 2000, anche se i livelli restano più alti rispetto al 2019, prima della pandemia. Dopo l'ondata di investimenti emergenziali, nel 2022 la spesa pubblica pro capite in sanità è diminuita in tutti i gruppi di reddito (OMS 2024).

Tuttavia, su un orizzonte di vent'anni, la spesa sanitaria pro-capite è aumentata di oltre il 60%, crescendo più rapidamente del PIL mondiale. Ciò conferma una tendenza strutturale: la salute è una voce di spesa che tende a crescere più rapidamente dell'economia, la cui domanda cresce con il reddito, con l'invecchiamento della popolazione e con il progresso tecnologico (Smith *et al.* 2009).

Per garantire sostenibilità, il dibattito si concentra sul concetto di *spazio fiscale per la salute* (*fiscal space for health*), ossia la possibilità di ampliare la spesa sanitaria senza compromettere la stabilità macroeconomica. Le principali leve individuate sono quattro:

1. crescita economica;
2. nuove fonti di entrata dedicate (es. le health taxes su tabacco, alcol e zuccheri);
3. guadagni di efficienza;
4. ripriorizzazione del bilancio pubblico.

Ognuna di queste opzioni presenta sfide e limiti significativi. La crescita è incerta e soggetta a shock, le nuove imposte hanno effetti prevalentemente comportamentali, i guadagni di efficienza raramente si traducono in risorse aggiuntive per la sanità se non esistono regole di reinvestimento (Barroy *et al.* 2021), e la ripriorizzazione di bilancio può aumentare la spesa privata diretta, minando l'equità (OCSE 2023b).

A ciò si aggiungono le pressioni inflazionistiche che, tra il 2022 e il 2024, hanno eroso i progressi ottenuti con riforme organizzative e digitali, costringendo molti Paesi europei a rivedere tariffe e contratti per trattenere il personale sanitario (Jeurissen *et al.* 2024).

Vanno inoltre considerate le dinamiche demografiche, attualmente caratterizzate da popolazioni che invecchiano, un fabbisogno crescente di cure per patologie croniche e, in diverse economie avanzate, una base imponibile in prospettiva più stretta per via della riduzione della popolazione in età lavorativa. Di conseguenza, mentre aumenta la domanda di assistenza sanitaria, la capacità di finanziarla con imposte e contributi può crescere più lentamente. Da qui il dibattito, spesso acceso, su come distribuire oneri e benefici tra generazioni (OCSE 2023b).

Tuttavia, non tutte le risorse spese in sanità valgono allo stesso modo. Gli studi comparativi mostrano che, in media, più spesa pro capite si associa a esiti migliori, ma evidenziano anche differenze marcate tra Paesi a parità di risorse. Il caso degli Stati Uniti, caratterizzati da spesa sanitaria alta e performance sanitarie relativamente deludenti, sottolinea quanto prezzi, assetti istituzionali e frammentazione del finanziamento contano almeno quanto i volumi di attività (Papanicolas *et al.* 2018).

Negli ultimi anni, nel dibattito dell'economia sanitaria si è affermata l'idea che non è l'universalismo in sé a essere economicamente insostenibile, bensì ciò che non produce valore in ambito sanitario. La *value-based healthcare* (VBH) mira a massimizzare il valore delle cure, cioè il rapporto tra risultati di salute e risorse impiegate, privilegiando tecnologie e procedure ad alto impatto (Lakdawalla *et al.* 2018). L'*Health Technology Assessment* (HTA) ne è un pilastro operativo, poiché valuta efficacia, costi e impatti sociali delle tecnologie per orientare le decisioni verso interventi di maggior valore (Ciani *et al.* 2012).

Esempi internazionali mostrano approcci differenziati alla sostenibilità economica della copertura sanitaria universale. Nei Paesi ad alto reddito, come la Svezia e i Paesi Bassi, i sistemi sanitari hanno introdotto modelli di rimborso legati agli esiti di salute piuttosto che al volume delle prestazioni, in linea con i principi della VBH. In Svezia, l'esperienza dei *National Quality Registries* consente di collegare i finanziamenti agli esiti clinici e alla qualità percepita dai pazienti, favorendo il miglioramento dei percorsi assistenziali (Mattsson 2016). Nei Paesi Bassi, i contratti tra assicuratori e fornitori prevedono meccanismi di pagamento basati sui risultati ottenuti in aree come la gestione delle cronicità e la riabilitazione (Westerink *et al.* 2024). Al contrario, nei Paesi a basso e medio reddito, la sfida principale resta la carenza di risorse pubbliche e la conseguente dipendenza dalle spese dirette delle famiglie.

Queste esperienze suggeriscono che la sostenibilità economica della sanità non dipende solo dal livello di reddito, ma anche dalla capacità istituzionale di trasformare risorse limitate in valore per i cittadini, attraverso meccanismi di accountability e valutazione trasparente delle performance. In sintesi, la sostenibilità economica richiede di creare valore per la collettività e mantenere fiducia nelle istituzioni.

9.3 La dimensione sociale e politica: equità, coesione e visione di lungo periodo

La sostenibilità sociale e politica riguarda la capacità dei sistemi sanitari di mantenere nel tempo il contratto sociale che li sostiene, cioè l'idea condivisa che tutti abbiano diritto a cure essenziali indipendentemente dal reddito.

Quando il finanziamento pubblico è insufficiente, cresce la dipendenza dalle spese dirette (*out of pocket*), con conseguenze drammatiche. Secondo l'ultimo rapporto con-

giunto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Banca Mondiale, oltre 500 milioni di persone nel mondo cadono ogni anno in povertà a causa delle spese sanitarie sostenute di tasca propria (Banca Mondiale e OMS, 2023). La sanità diventa così non solo un fattore di protezione, ma, in mancanza di copertura, una fonte di vulnerabilità e di esclusione.

L'UHC, quando effettivamente realizzata, promuove uguaglianza, solidarietà e fiducia reciproca (Veugelers, Yip 2003; Starfield 2000). Tuttavia, la sua costruzione non è lineare. Le differenze culturali, di genere, di etnia o di status socioeconomico possono ampliare le disuguaglianze anche in sistemi formalmente universali. La pandemia da Covid-19 ha mostrato quanto queste fratture restino profonde. Le sue conseguenze, infatti, si sono manifestate in modo diseguale, colpendo più duramente minoranze etniche e gruppi svantaggiati, che hanno sperimentato tassi di mortalità più elevati e accesso più limitato a diagnosi e vaccini (Sachs *et al.* 2022).

Essere socialmente sostenibili, per un sistema sanitario, significa riconoscere e rispettare la diversità, garantendo approcci differenziati che tengano conto dei contesti culturali e delle condizioni sociali (McKenzie 2004). L'idea di universalismo "uguale per tutti" rischia di tradursi in omologazione e inefficienza. La personalizzazione delle cure, resa oggi possibile anche dalle tecnologie digitali, può invece rappresentare una forma avanzata di equità, se guidata da principi di accessibilità e inclusione (Banca Mondiale e OMS, 2023).

La dimensione politica della sostenibilità è altrettanto cruciale. Il consenso di lungo periodo, in grado di resistere ai cicli elettorali, è un elemento necessario per costruire sistemi sanitari stabili e resilienti. La continuità nelle riforme dipende da una combinazione di leadership stabile, fiducia istituzionale e meccanismi di *accountability* (Tuohy 1999). Nei sistemi universalistici maturi, un ampio consenso sociale e politico sui principi di accesso ed equità ha contribuito alla continuità delle politiche, come mostrano i profili comparati su Regno Unito e Canada e le analisi storiche sul sostegno duraturo a NHS e Medicare (Osservatorio sui Sistemi Sanitari e le Politiche Sanitarie 2020; OMS / Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari 2022). In altri contesti, invece, riforme top-down o rovesciamenti repentini di modelli di copertura hanno generato instabilità organizzativa e perdita di fiducia, come documentato nel caso della radicale riorganizzazione del sistema sanitario in Messico nel 2020-21 (Knaul *et al.* 2023), con effetti misurabili su utilizzo dei servizi e copertura finanziaria.

La fiducia – tra cittadini, professionisti e istituzioni – è un capitale politico essenziale. La letteratura mostra che alti livelli di fiducia si associano a migliori esiti di salute e a maggiore adesione alle politiche pubbliche (Kruk *et al.*, 2018). Tuttavia, la fiducia si erode facilmente quando i cittadini percepiscono disuguaglianza o inefficienza.

Infine, la sostenibilità politica dipende anche dal grado di partecipazione democratica. Coinvolgere cittadini e pazienti nelle scelte di priorità sanitaria non solo aumenta la legittimità delle decisioni, ma contribuisce alla resilienza del sistema (Borgonovi, Compagni 2013). Esperienze recenti di deliberazione pubblica in Paesi europei, come i *panel* cittadini in Francia e Irlanda, mostrano come la co-progettazione delle politiche di salute possa rafforzare la coesione sociale e l'*accountability* istituzionale (Brito Fernandes *et al.* 2021; Wards *et al.* 2019).

9.4 Innovazione come motore di trasformazione sostenibile

L'innovazione è oggi una delle principali forze di cambiamento nei sistemi sanitari. Se ben governata, può contribuire simultaneamente alla sostenibilità economica, sociale e politica; se mal gestita, può invece ampliare le disuguaglianze o generare inefficienze, specialmente in contesti in cui l'accesso alla tecnologia è limitato.

Negli ultimi anni, le tecnologie digitali hanno trasformato profondamente l'organizzazione e l'erogazione delle cure. Non si tratta solo di strumenti tecnici, ma di veri e propri abilitatori di nuovi modelli di servizio, in grado di collegare ospedali, territorio e cittadini attraverso flussi informativi integrati. L'innovazione, quindi, non coincide con la sola introduzione di nuove tecnologie, ma con la capacità dei sistemi sanitari di adattarsi e di sfruttare la digitalizzazione per migliorare l'efficacia, la qualità e la fiducia nei confronti delle istituzioni.

Tra le aree di maggiore potenziale emergono:

9.4.1 Intelligenza artificiale (IA) per la diagnostica

L'IA sta rivoluzionando la diagnostica e la pratica clinica, soprattutto nell'analisi delle immagini, nella patologia digitale e nella medicina predittiva. Studi recenti hanno dimostrato che algoritmi di deep learning possono raggiungere livelli di accuratezza paragonabili a quelli dei radiologi esperti in ambiti come la mammografia o la tomografia polmonare (McKinney *et al.*, 2020). Tuttavia, l'IA non può sostituire i professionisti. La sua utilità risiede nella capacità di aumentare la produttività e ridurre il carico cognitivo, liberando tempo clinico per le attività relazionali e di cura. La sfida principale rimane la validazione e l'integrazione responsabile di questi strumenti nei processi clinici, con regole chiare di trasparenza e responsabilità.

9.4.2 Soluzioni di telemedicina e collaborazione a distanza per superare carenze di personale e barriere geografiche

La telemedicina rappresenta una leva cruciale per ampliare l'accesso e ridurre le disuguaglianze territoriali. L'esperienza maturata durante la pandemia ha accelerato l'adozione di modelli di assistenza a distanza, mostrando come il teleconsulto e il telemonitoraggio possano garantire continuità di cura per pazienti cronici e fragili (OCSE 2023a). Nei Paesi con forte dispersione territoriale, la telemedicina si è rivelata un mezzo di equità, in grado di superare barriere geografiche e carenze di personale sanitario. Tuttavia, la sua implementazione efficace richiede investimenti in infrastrutture digitali, interoperabilità dei sistemi e formazione del personale sanitario e dei pazienti.

9.4.3 Sistemi diagnostici coordinati che favoriscono decisioni multidisciplinari

L'innovazione digitale favorisce la creazione di reti cliniche integrate, in cui diverse specialità condividono dati e strumenti decisionali per definire percorsi terapeutici ottimali. I sistemi diagnostici coordinati permettono di ridurre duplicazioni, errori e tempi di attesa, promuovendo un approccio multidisciplinare alla cura. Un esempio è rappresentato dai *tumor boards* digitali, che consentono la revisione congiunta di casi oncologici attraverso piattaforme virtuali sicure (Gebbia *et al.* 2021). Queste esperienze mostrano come la collaborazione interprofessionale, sostenuta da tecnologie affidabili, possa tradursi in migliori risultati clinici e maggiore soddisfazione per pazienti e operatori.

9.4.4 *Integrazione dei dati per un monitoraggio continuo e transizioni assistenziali fluide*

La capacità di raccogliere, analizzare e condividere dati in tempo reale è un elemento chiave per la sostenibilità dei sistemi sanitari. L'integrazione tra cartelle cliniche elettroniche, registri di patologia e dati di sanità pubblica consente di monitorare esiti, qualità e costi in modo sistematico. Come sottolinea la Global Strategy on Digital Health 2020-2025 dell'OMS, lo sviluppo di infrastrutture digitali interoperabili e di capacità di monitoraggio rappresenta una condizione essenziale per rendere i sistemi sanitari più adattabili e coordinati in situazioni di emergenza (OMS 2021b). Tuttavia, la governance dei dati resta un punto critico: serve bilanciare la protezione della privacy con la necessità di generare valore collettivo attraverso l'uso secondario dei dati per ricerca, prevenzione e pianificazione.

9.4.5 *Strumenti predittivi per la gestione proattiva della salute*

L'applicazione di modelli predittivi e strumenti di analisi avanzata consente di anticipare bisogni di cura e prevenire eventi avversi, come riacutizzazioni di malattie croniche o ricoveri evitabili. L'uso di algoritmi di *risk stratification* permette, ad esempio, di identificare precocemente pazienti ad alto rischio e indirizzarli verso percorsi personalizzati di prevenzione e follow-up (Beam, Kohane 2018). Questi approcci trasformano la medicina da reattiva a proattiva, contribuendo a contenere i costi e a migliorare gli esiti. Tuttavia, per essere equi e sostenibili, i modelli predittivi devono essere trasparenti, rappresentativi e inclusivi, evitando *bias* che riproducono disuguaglianze sociali o di genere.

In conclusione, queste nuove tecnologie possono migliorare l'efficienza e l'equità, riducendo il divario nell'accesso, e favorendo soluzioni digitali personalizzate che consentono una presa in carico più continua. Tuttavia, la loro diffusione richiede una governance solida e capacità regolatorie adeguate, come sottolineato dall'OMS nelle sue linee guida su etica e regolazione dell'intelligenza artificiale in sanità (OMS 2021a; OMS 2023).

9.5 Il governo dell'innovazione: regole, incentivi, partenariati

Perché l'innovazione tecnologica in sanità sia sostenibile, equa e realmente trasformativa, occorre una governance multilivello capace di integrare regole, incentivi e collaborazioni. La governance non è soltanto un insieme di procedure, ma un ecosistema regolativo e strategico in cui diversi attori – autorità pubbliche, istituzioni sanitarie, imprese, professionisti, cittadini – definiscono congiuntamente le priorità, i criteri di valore e i meccanismi di responsabilità.

In questo quadro, tre pilastri si rivelano decisivi: la regolamentazione, gli incentivi economici e istituzionali e i partenariati pubblico-privati. Queste dimensioni non sono indipendenti, ma si rafforzano reciprocamente, creando le condizioni per un'innovazione capace di generare valore condiviso.

9.5.1 *Quadro regolatorio: regolamentazione adattiva*

La regolamentazione è il primo pilastro della governance dell'innovazione tecnologica. In un settore ad alta complessità e rischio come quello sanitario, le norme non servono solo a controllare, ma ad abilitare innovazione sicura e trasparente.

Negli ultimi anni, l'Europa e gli Stati Uniti hanno compiuto passi importanti verso quadri regolatori basati sul rischio. Il nuovo *Medical Device Regulation* e il *Regulation on Artificial Intelligence (AI Act)* dell'Unione Europea introducono standard più chiari per la sicurezza e la tracciabilità delle tecnologie, con un approccio proporzionato alla criticità clinica e al grado di autonomia degli algoritmi. Allo stesso modo, la *U.S. Food and Drug Administration (FDA)* ha creato il *Digital Health Center of Excellence*, che valuta le soluzioni digitali e di intelligenza artificiale attraverso criteri dinamici, basati su evidenze e sull'uso reale (U.S. FDA 2023).

Le recenti analisi sulle tecnologie digitali per la salute mettono in evidenza come l'innovazione proceda a una velocità nettamente superiore rispetto alla capacità delle istituzioni di aggiornare i quadri normativi. Questo disallineamento genera un vero e proprio *regulatory gap*, che rischia di rallentare l'adozione responsabile di soluzioni digitali come applicazioni di monitoraggio, algoritmi di intelligenza artificiale e piattaforme di telemedicina. Per colmare questo divario, la letteratura propone modelli di regolamentazione adattiva, basati su approcci sperimentali e gradualisti, tra cui le *regulatory sandboxes* e i percorsi di valutazione accelerata, che consentono di testare innovazioni in un contesto controllato, sotto supervisione pubblica. Parallelamente, si sottolinea la necessità di un allineamento tra le normative sui dispositivi medici e quelle sui prodotti medicinali, poiché le tecnologie digitali si collocano sempre più spesso in una zona di confine tra i due ambiti. Un approccio regolatorio integrato, trasparente e collaborativo tra autorità, industria, accademia e sviluppatori è considerato essenziale per trasformare la regolamentazione da barriera a leva abilitante, favorendo l'uso sicuro, etico e tempestivo delle innovazioni digitali nei sistemi sanitari (Iqbal, Biller-Andorno 2022; Colloud *et al.* 2023).

9.5.2 Incentivi: orientare i comportamenti verso il valore

Negli ultimi anni si è consolidato, in molti sistemi sanitari, il passaggio dai modelli di rimborso basati sul volume a quelli basati sul valore (*value-based reimbursement*). Questo cambiamento riflette una trasformazione profonda della logica di finanziamento: l'obiettivo non è più remunerare la quantità di prestazioni, ma ricompensare i risultati di salute ottenuti in rapporto alle risorse impiegate.

A livello internazionale, diversi Paesi hanno introdotto strumenti concreti per tradurre questo principio in pratica. In Germania, il programma DiGA (*Digitale Gesundheitsanwendungen*), introdotto con la legge per la sanità digitale (*Digitale-Versorgung-Gesetz*), consente alle applicazioni per la salute di essere inserite in un elenco ufficiale e rimborsate dal sistema sanitario pubblico se dimostrano benefici clinici o miglioramenti nei processi di cura (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM 2023). Le DiGA devono superare una valutazione di efficacia e sicurezza condotta dal BfArM, e la loro rimborsabilità è subordinata alla produzione di evidenze reali entro un periodo definito. Questo modello è un esempio di integrazione tra regolazione e incentivi economici per stimolare innovazione digitale orientata al valore.

Nel Regno Unito, l'*NHS Innovation Accelerator (NIA)* promuove l'adozione su larga scala di innovazioni ad alto impatto clinico e sociale, offrendo supporto finanziario,

mentoring e accesso preferenziale al sistema sanitario per le tecnologie che dimostrano efficacia, sostenibilità ed equità (NHS Accelerated Access Collaborative 2023). Il NIA si inserisce nel più ampio quadro della *NHS Long Term Plan*, che mira a costruire un ecosistema di innovazione equa, partecipativa e orientata agli esiti di popolazione. Oltre a Germania e Regno Unito, altri Paesi hanno sviluppato esperienze significative. In Svezia e nei Paesi Bassi si sperimentano contratti di rimborso basati su *bundled payments* e *outcome-based agreements*, in cui ospedali e fornitori vengono remunerati in funzione dei risultati ottenuti su specifiche patologie croniche (OCSE 2023b). Negli Stati Uniti, i programmi di *Value-Based Purchasing* di *Medicare* e del *Center for Medicare and Medicaid Innovation* hanno introdotto meccanismi di *pay-for-performance* e *shared savings*, orientando gli operatori verso qualità e prevenzione (Burwell 2015). Ciò che accomuna queste esperienze è la ricerca di un nuovo equilibrio tra innovazione, sostenibilità economica e valore sociale. I sistemi di pagamento sono leve fondamentali di governance: orientano i comportamenti, modellano le priorità e determinano quali innovazioni trovano spazio.

Le evidenze disponibili mostrano che il successo dei modelli *value-based* dipende da tre fattori: 1) dati affidabili e comparabili su esiti e costi; 2) capacità istituzionale di integrarli nei meccanismi di allocazione; 3) partecipazione di pazienti e professionisti nella definizione di cosa costituisce “valore”.

Smith *et al.* (2023) propongono di ampliare la *value-based healthcare* spostando l'attenzione dalla singola prestazione al valore generato dall'intero sistema sanitario. Gli autori definiscono il valore come contributo complessivo del sistema al benessere sociale, superando l'approccio centrato sul provider. Il modello individua cinque dimensioni chiave (miglioramento della salute, reattività, protezione finanziaria, efficienza ed equità) e illustra strumenti di policy come l'integrazione intersettoriale (*Health in All Policies*), la copertura universale, gli health benefit packages, l'acquisto strategico e i servizi integrati centrati sulla persona. In sintesi, una governance orientata al benessere sociale può armonizzare obiettivi e risorse, segnando il passaggio da una *value-based healthcare* a un *value-based health system*.

9.5.3 Partenariati pubblico-privati: collaborazione e responsabilità condivisa

L'esperienza di iniziative globali come COVAX, CEPI e Gavi ha dimostrato il ruolo decisivo della cooperazione internazionale nella ricerca e nella produzione di vaccini durante la pandemia (Gavi The Vaccine Alliance 2023). I partenariati pubblico-privati possono rafforzare la capacità innovativa dei sistemi, ma solo se accompagnati da trasparenza nelle regole, condivisione dei rischi e controllo pubblico sugli obiettivi. Le partnership più efficaci sono quelle che integrano responsabilità sociale e metriche di impatto, evitando che la logica di mercato prevalga su quella dell'interesse collettivo.

L'esperienza recente dei partenariati pubblico-privati (PPP) nel settore sanitario mostra che la collaborazione tra attori pubblici e privati può rappresentare una leva potente per favorire l'innovazione, ma solo se sostenuta da una governance capace di bilanciare efficienza, equità e valore pubblico. Come evidenziano Vecchi, Casalini, Cusumano e Leone (Vecchi *et al.* 2020), i modelli tradizionali di PPP, nati per la costruzione e gestione di infrastrutture ospedaliere secondo schemi rigidi e di lungo periodo, hanno

spesso mostrato limiti in termini di flessibilità, sostenibilità economica e capacità di generare *value-for-money*. Da questa consapevolezza sta emergendo una nuova generazione di partenariati, definita dagli autori come “*light model*”, più agile, modulare e orientata alla creazione di valore pubblico piuttosto che al mero profitto privato. Il passaggio verso questi modelli più leggeri implica una riforma profonda della governance dei PPP. In primo luogo, è necessario superare un’impostazione meramente normativa per adottare una regolazione abilitante, capace di incentivare sperimentazione e apprendimento continuo, garantendo al contempo trasparenza e responsabilità. La valutazione delle partnership deve poi fondarsi su criteri di valore sociale e risultati di salute, non solo su parametri economico-finanziari: ciò richiede l’utilizzo di strumenti come il *Social Return on Investment* (SROI) e le analisi di impatto sociale, in grado di catturare il contributo reale dei PPP al benessere collettivo.

Inoltre, i PPP del futuro dovrebbero configurarsi come piattaforme collaborative per la co-innovazione, in cui pubblico, privato, università e terzo settore lavorano insieme per sviluppare soluzioni digitali, sostenibili e orientate al cittadino. In questa prospettiva, il contratto non è più un vincolo, ma un quadro dinamico che abilita la cooperazione e l’adattamento. Affinché ciò avvenga, è essenziale rafforzare la capacità istituzionale delle amministrazioni pubbliche: dotarle di competenze tecniche, economiche e manageriali adeguate, istituire unità di supporto dedicate e promuovere lo scambio di buone pratiche. Solo un sistema pubblico capace di apprendere, valutare e guidare il partenariato può garantire che l’innovazione prodotta da queste collaborazioni sia sostenibile, inclusiva e coerente con l’interesse generale.

9.6 Il ruolo delle istituzioni accademiche e di ricerca

Le università e i centri di ricerca svolgono una funzione cruciale nel rendere sostenibili e inclusivi i sistemi sanitari contemporanei, agendo come infrastrutture di conoscenza e come garanti di equilibrio tra innovazione e interesse pubblico. In un contesto in cui le tecnologie digitali, l’intelligenza artificiale e i nuovi modelli di governance ridisegnano il funzionamento dei sistemi di cura, il contributo del mondo accademico diventa essenziale per assicurare che il cambiamento sia basato sull’evidenza, guidato dall’etica e orientato al valore sociale.

Le istituzioni di ricerca, infatti, possono produrre e diffondere “evidenze per regole intelligenti” (Frenk, Moon 2013), ossia conoscenze scientifiche che aiutano i decisori pubblici a disegnare norme flessibili, adattive e proporzionate al rischio, capaci di favorire l’innovazione senza compromettere la sicurezza, la trasparenza e la fiducia dei cittadini.

Le università contribuiscono anche a valutare criticamente l’impatto dell’intelligenza artificiale e delle tecnologie emergenti sulla salute pubblica, analizzandone gli effetti su qualità delle cure, equità di accesso e allocazione delle risorse. In questo ambito, la ricerca accademica fornisce strumenti di governance anticipatoria, permettendo di identificare precocemente rischi, *bias* algoritmici o implicazioni etiche connesse all’uso di sistemi automatizzati in ambito clinico e amministrativo. Parallelamente, gli studiosi possono valutare l’efficacia e l’efficienza dei meccanismi di incentivi, esaminando come i modelli di rimborso e le politiche di performance influenzino il comportamento

degli attori sanitari, l'adozione di tecnologie digitali e la generazione di valore pubblico. Allo stesso modo, la ricerca empirica svolge un ruolo di valutatore dei partenariati pubblico-privati, contribuendo a garantire accountability, trasparenza e coerenza con gli obiettivi di salute collettiva.

La conoscenza prodotta dalle università ha anche una funzione trasformativa sul piano istituzionale e culturale. Gli studi comparati e interdisciplinari consentono di individuare i fattori organizzativi, normativi e valoriali che facilitano o ostacolano l'adozione di innovazioni sostenibili, fornendo ai decisori pubblici strumenti di *policy learning* e di *adaptive governance*. Questo tipo di ricerca non si limita a descrivere le dinamiche di cambiamento, ma contribuisce a costruire capacità di apprendimento istituzionale, indispensabili per gestire la complessità e l'incertezza che accompagnano la trasformazione digitale della sanità.

Nei Paesi a reddito medio e basso, le collaborazioni accademiche internazionali assumono un ruolo ancora più decisivo per promuovere innovazione e rafforzare i sistemi sanitari. Attraverso programmi di *capacity building*, scambio di dati, formazione congiunta e co-sviluppo di tecnologie appropriate, le università possono contribuire a ridurre il divario globale in materia di digitalizzazione, governance e competenze sanitarie (Frenk, Moon 2013). Tali partenariati scientifici non solo trasferiscono conoscenze, ma creano reti di fiducia e apprendimento reciproco, rafforzando il legame tra conoscenza, equità e sviluppo sostenibile.

In sintesi, il mondo accademico rappresenta un attore insostituibile della governance dell'innovazione in sanità. La sua missione non si limita alla produzione di sapere, ma comprende la traduzione della conoscenza in capacità istituzionale, la formazione di competenze per la transizione digitale e la tutela dell'interesse pubblico in un ecosistema in rapido mutamento. In un tempo in cui la tecnologia tende a precedere la regolamentazione, le università incarnano un punto di equilibrio tra scienza, etica e politica, contribuendo a orientare l'innovazione verso obiettivi di salute globale, sostenibilità e giustizia sociale.

9.7 Conclusioni

La sostenibilità dei sistemi sanitari nel XXI secolo non può più essere intesa come mera compatibilità economico-finanziaria, ma come capacità collettiva di generare valore nel lungo periodo, preservando al tempo stesso equità, coesione e fiducia sociale. L'innovazione tecnologica, se accompagnata da una governance intelligente, rappresenta oggi una leva strategica per realizzare questo equilibrio, contribuendo alla resilienza economica e istituzionale dei sistemi di cura. Tuttavia, l'innovazione non è neutra: la sua efficacia e la sua giustizia dipendono dalla qualità delle regole che la governano, dagli incentivi che la orientano e dalle alleanze che la rendono possibile.

Un sistema sanitario sostenibile è quello in cui regolazione, incentivi, partenariati e conoscenza operano in modo sinergico. La regolazione definisce i confini etici e la fiducia pubblica; gli incentivi economici e istituzionali allineano i comportamenti al valore; i partenariati pubblico-privati traducono l'innovazione in soluzioni condivise; la conoscenza prodotta dalle università e dai centri di ricerca fornisce le basi empiriche e critiche per decisioni fondate sull'evidenza. Insieme, questi elementi costruiscono un

ecosistema di governance adattiva, capace di apprendere dall'esperienza e di anticipare i cambiamenti, piuttosto che subirli.

In prospettiva, la sostenibilità sanitaria richiede di superare la logica emergenziale per abbracciare una visione di lungo periodo, fondata sull'integrazione tra salute, innovazione e giustizia sociale. Le tecnologie digitali, l'intelligenza artificiale, i modelli di finanziamento basati sul valore e la cooperazione tra attori pubblici e privati offrono opportunità straordinarie, ma la loro piena realizzazione dipenderà dalla capacità dei sistemi di mantenere al centro la persona, la trasparenza e l'interesse collettivo. Solo una governance capace di bilanciare efficienza e equità, innovazione e inclusione, potrà garantire che la sanità del futuro resti un bene pubblico globale, generando non solo cure più efficaci, ma società più giuste, resilienti e solidali.

Riferimenti bibliografici

- Banca Mondiale e OMS (2023), *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*, OMS, Ginevra, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>.
- Barroy H., Cylus J., Patcharanarumol W. et al. (2021), *Do Efficiency Gains Really Translate into More Budget for Health? An Assessment Framework and Country Applications*, in *Health Policy and Planning*, vol. 36, n. 8, pp. 1307-1315.
- Beam A.L., Kohane I.S. (2018), *Big Data and Machine Learning in Health Care*, in *JAMA – Journal of the American Medical Association*, vol. 319, n. 13, pp. 1317-1318.
- Borgonovi E., Compagni A. (2013), *Sustaining Universal Health Coverage: The Interaction of Social, Political, and Economic Sustainability*, in *Value in Health*, vol. 16, n. 1, pp. S34-S38.
- Brito Fernandes Ó., Barbazza E., Ivanković D. et al. (2021), *Engaging Citizens in the Development of a Health System Performance Assessment Framework: A Case Study in Ireland*, in *Health Research Policy and Systems*, vol. 19, n. 1, p. 148.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023), *The Fast-Track Process for Digital Health Applications (DiGA) According to Section 139e SGB V. A Guide for Manufacturers, Service Providers and Users*, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/EN/MedicalDevices/DiGA_Guide.html.
- Burwell S.M. (2015), *Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve US Health Care*, in *New England Journal of Medicine*, vol. 372, n. 10, pp. 897-899.
- Ciani O., Tarricone R., Torbica A. (2012), *Diffusion and Use of Health Technology Assessment in Policy Making: What Lessons for Decentralised Healthcare Systems?*, in *Health Policy*, vol. 108, nn. 2-3, pp. 194-202.
- Colloud S., Metcalfe T., Askin S. et al. (2023), *Evolving Regulatory Perspectives on Digital Health Technologies for Medicinal Product Development*, in *NPJ Digital Medicine*, vol. 6, n. 1, p. 56.
- Frenk J., Moon S. (2013), *Governance Challenges in Global Health*, in *New England Journal of Medicine*, vol. 368, n. 10, pp. 936-942.
- Gavi The Vaccine Alliance (2023), *Rapporto annuale di avanzamento 2023*, Gavi – The Vaccine Alliance, Ginevra, <https://www.gavi.org/progress-report-2023>.
- Gebbia V., Guarini A., Piazza D. et al. (2021), *Virtual Multidisciplinary Tumor Boards: A Narrative Review Focused on Lung Cancer*, in *Pulmonary Therapy*, vol. 7, n. 2, pp. 295-308.
- Goldman T.R. (2012), *The “Sleeper” Issues before the Supreme Court as It Reviews the Affordable Care Act*.
- Iqbal J.D., Biller-Andorno N. (2022), *The Regulatory Gap in Digital Health and Alternative Pathways to Bridge It*, in *Health Policy and Technology*, vol. 11, n. 3, p. 100663.
- Jeurissen P., Hasan R., den Besten M., Cylus J. (2024), *Gli effetti dei sistemi economici sull'inflazione e la resilienza dei sistemi sanitari europei*, Osservatorio europeo sui sistemi sanitari e le politiche sanitarie, Copenaghen, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/>

- health-system-effects-of-economy-wide-inflation-how-resilient-are-european-health-systems.
- Knaut F.M., Arreola-Ornelas H., Touchton M. *et al.* (2023), *Setbacks in the Quest for Universal Health Coverage in Mexico: Polarised Politics, Policy Upheaval, and Pandemic Disruption*, in *The Lancet*, vol. 402, n. 10403, pp. 731-746.
- Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C. *et al.* (2018), *High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution*, in *The Lancet Global Health*, vol. 6, n. 11, pp. e1196-e1252.
- Lakdawalla D.N., Doshi J.A., Garrison L.P. Jr. *et al.* (2018), *Defining Elements of Value in Health Care – A Health Economics Approach: An ISPOR Special Task Force Report [3]*, in *Value in Health*, vol. 21, n. 2, pp. 131-139.
- Mattsson T. (2016), *Quality Registries in Sweden, Healthcare Improvements and Elderly Persons with Cognitive Impairments*, in *European Journal of Health Law*, vol. 23, n. 5, pp. 453-469.
- McKenzie S. (2004), *Social Sustainability: Towards Some Definitions*, Hawke Research Institute, Adelaide.
- McKinney S.M., Sieniek M., Godbole V. *et al.* (2020), *International Evaluation of an AI System for Breast Cancer Screening*, in *Nature*, vol. 577, n. 7788, pp. 89-94.
- NHS Accelerated Access Collaborative (2023), *How Can the AAC Help Me? – NHS Innovation Accelerator*, NHS England, Londra, <https://www.england.nhs.uk/aac/what-we-do/how-can-the-aac-help-me/nhs-innovation-accelerator/>.
- Osservatorio sui Sistemi Sanitari e le Politiche Sanitarie, Marchildon G. P., Allin S., Merkur S., *Canada: Health System Review, serie Health Systems in Transition*, Organizzazione mondiale della sanità, Copenhagen, 2020, <https://iris.who.int/items/0bceb1db-e9e5-4580-88f4-26dc06ee93f5>. NON CITATO?
- OCSE (2023a), *Digital Health. Health at a Glance 2023*, OCSE, Parigi, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/digital-health_d79d912b.html.
- OCSE (2023b), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OCSE, Parigi, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html.
- OMS (2021a), *Ethics and governance of artificial intelligence for health. Guida OMS*, OMS, Ginevra, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>.
- OMS (2021b), *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*, OMS, Ginevra, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>.
- OMS (2023), *Considerazioni regolatorie sull'intelligenza artificiale per la salute*, OMS, Ginevra, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078871>.
- OMS (2024), *Rapporto globale sulla spesa sanitaria 2024*, OMS, Ginevra, <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/global-spending-on-health-2024>.
- OMS / Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari, *United Kingdom: Health System Review, serie Health Systems in Transition*, 2022. NON CITATO?
- Papanicolas I., Woskie L.R., Jha A.K. (2018), *Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries*, in *JAMA – Journal of the American Medical Association*, vol. 319, n. 10, pp. 1024-1039.
- Sachs J.D., Abdool Karim S.S., Akinin L. *et al.* (2022), *The Lancet Commission on Lessons for the Future from the COVID-19 Pandemic*, in *The Lancet*, vol. 400, n. 10359, pp. 1224-1280.
- Smith P.C., Sagan A., Siciliani L., Figueras J. (2023), *Building on Value-Based Health Care: Towards a Health System Perspective*, in *Health Policy*, vol. 138, p. 104918.
- Smith S., Newhouse J.P., Freeland M.S. (2009), *Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?*, in *Health Affairs*, vol. 28, n. 5, pp. 1276-1284.
- Starfield B. (2000), *Is US Health Really the Best in the World?*, in *JAMA – Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n. 4, pp. 483-485.
- The Lancet Public Health* (2023), *The Path to Universal Health Coverage*, in *The Lancet Public Health*, vol. 8, n. 9, p. e659, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00187-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00187-1).

- Tuohy C.H. (1999), *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*, Oxford University Press, Oxford.
- Vecchi V., Casalini F., Cusumano N., Leone V.M. (2020), *PPP in Health Care – Trending toward a Light Model: Evidence from Italy*, in *Public Works Management & Policy*, vol. 25, n. 3, pp. 244-258.
- Veugelers P.J., Yip A.M. (2003), *Socioeconomic Disparities in Health Care Use: Does Universal Coverage Reduce Inequalities in Health?*, in *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n. 6, pp. 424-428.
- U.S. Food and Drug Administration (2023), *Digital Health Center of Excellence: Policies and Initiatives*. U.S. Department of Health and Human Services <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence>.
- Ward J.K., Cafiero F., Fretigny R. *et al.* (2019), *France's Citizen Consultation on Vaccination and the Challenges of Participatory Democracy in Health*, in *Social Science & Medicine*, vol. 220, pp. 73-80.
- Westerink H.J., Steinmann G., Koomans M. *et al.* (2024), *Value-Based Healthcare Implementation in the Netherlands: A Quantitative Analysis of Multidisciplinary Team Performance*, in *BMC Health Services Research*, vol. 24, n. 1, p. 224.

10. Criticità, bisogni, programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Nazionale

Americo Cicchetti

10.1 Premessa

Il SSN rappresenta uno dei pilastri del welfare nazionale. Istituito nel 1978 con la Legge di riforma n. 833, negli ultimi 47 anni ha garantito cure gratuite agli italiani e alle persone ospitate a vario titolo sul territorio nazionale e, grazie agli accordi internazionali, ai cittadini italiani all'estero.

I prossimi tre anni saranno cruciali per il rilancio del SSN che ha sofferto nel momento dell'uscita dalla crisi pandemica del 2020-2022 dopo aver sofferto nel periodo 2012-2019 di una fase di rallentamento nella crescita del Fondo sanitario nazionale per via della crisi finanziaria e successivamente di una crescita economica particolarmente debole se confrontata con quella registrata nel decennio precedente. Nei prossimi tre anni, infatti, ci si attende che gli investimenti previsti dalle diverse missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e la riforma del sistema territoriale (DM 77/2022) dispieghino i loro effetti grazie alla realizzazione di un modello di gestione territoriale e di prossimità che si ritiene possa dare risposta alle esigenze connesse con l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle patologie croniche connesse all'età. Gli investimenti nelle infrastrutture fisiche e digitali potranno rappresentare i pilastri del definitivo rilancio. Fondamentale, in questo scenario, la soluzione alla questione della collocazione nell'ambito del nuovo scenario della figura dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta.

È però evidente che altri interventi sono necessari e che questi dovranno essere inquadrati in una cornice di programmazione sanitaria ed economica coerente con le sfide che abbiamo di fronte e che, in parte, l'Italia condivide con i Paesi avanzati che hanno sistemi sanitari pubblici come il nostro. L'OECD in un rapporto del 2023 ha offerto una approfondita analisi dei sistemi sanitari dei Paesi avanzati all'uscita dalla pandemia, chiedendosi se questi fossero pronti per la prossima crisi¹. Nel declinare gli elementi della crisi ha elaborato una policy agenda in 6 punti che sembra poter rappresentare una traccia per declinare le azioni politiche da intraprendere:

- promuovere la salute della popolazione: le popolazioni vulnerabili rendono vulnerabili i sistemi sanitari;

1 OECD, 2023 Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>.

- promuovere la fidelizzazione e il reclutamento della forza lavoro: le persone e le loro competenze sono la chiave per rendere i sistemi resilienti;
- promuovere la raccolta e l'utilizzo dei dati: senza i dati giusti, i decisori volano alla cieca;
- promuovere la cooperazione internazionale: è meglio reagire insieme che da soli, questo l'insegnamento della pandemia;
- promuovere la resilienza della catena di fornitura: ottenere prodotti e servizi quando e dove sono necessari;
- promuovere la governance e la fiducia: senza fiducia, le risposte dell'intera società sono meno efficaci, ma la fiducia implica il rafforzamento delle istituzioni per incrementarne la "*reputation*" tra i cittadini.

Questi elementi sembra siano rilevanti anche per il Servizio Sanitario Nazionale in Italia dove ulteriori elementi devono essere presi in considerazione per completare il quadro di riferimento per il futuro scenario programmatico.

10.2 Il SSN è davvero in crisi?

La presunta crisi del Servizio Sanitario Nazionale, sembra accomunare l'Italia a molti altri Paesi avanzati; tale crisi sembra colpire soprattutto i sistemi sanitari universalistici. Tre sembrano essere i possibili motivi per la crisi:

- risorse insufficienti (sia finanziarie che di disponibilità di personale adeguatamente formato) il che genera disallineamento tra la domanda dei servizi e l'offerta assicurata dai sistemi sanitari;
- disallineamento tra domanda e l'offerta dei servizi, che non dipende solo dai noti fattori demografici ma anche da fattori sociali: le aspettative sono sempre più alte e la ricerca del benessere psico-fisico a tutte le età, travalica oggi lo stesso stato di salute ampiamente inteso;
- individualismo, che sostituisce una visione collettiva della vita e; di conseguenza, le persone sono in generale meno disponibili a vedersi imporre quelle regole che sono invece indispensabili per governare la spesa sociale e quella sanitaria in particolare (le liste di attesa, ad esempio, sono un elemento strutturale e fisiologico del funzionamento di un sistema sanitario universalistico ma non se ne percepisce la funzione di "moderazione" ma solo le implicazioni negative soprattutto se la lunghezza dell'attesa non deriva da fattori oggettivi alla popolazione).

Volendo affrontare il primo punto è opportuno chiarire alcuni aspetti. È certamente vero che la spesa sanitaria pubblica nel nostro Paese ha avuto una crescita inferiore negli ultimi 20 anni rispetto a quella di molti Paesi avanzati, ma è oggettivo che il trend è cambiato a partire dal periodo pandemico (2020).

È oggettivo che le risorse disponibili per il SSN non sono mai state così ingenti: con il Covid-19 il finanziamento del SSN ha beneficiato di uno scalino passando da 114 mld di finanziamento nel 2019 a 126 nel 2022. La crescita è poi accelerata per arrivare a 136,533 mld nel 2025 (+ 22 Mld in 4 anni) in crescita di 2,5 mld rispetto all'anno precedente ovvero + 1,9% in più e quasi il 6% in più rispetto al 2023 quando era a 128 mld. La crescita è stata di + 8 miliardi in due anni; nel 2026 il fondo giungerà a 142,8

miliardi, + 4,7% rispetto all'anno precedente, ovvero 14 miliardi in più in 3 anni; per poi stabilizzarsi a partire dal 2027.

Purtroppo, la spesa sanitaria pubblica pro-capite è inferiore (in valore assoluto) in Italia rispetto a Francia e Germania. Tuttavia, questo riflette anche e soprattutto le differenze nei rispettivi PIL. Il PIL di Francia e Germania è superiore a quello italiano e di conseguenza anche le entrate per lo stato sono maggiori delle nostre, rispettivamente del 31,7% in Francia e del 38,5% in Germania. La spesa sanitaria pro capite in Italia è inferiore del 25% rispetto alla Francia e del 35% rispetto alla Germania, riflettendo quindi le differenze di PIL. Conseguentemente non spendiamo “di meno” ma spendiamo quanto possibile in relazione al nostro PIL (tra l'altro la spesa sanitaria pro capite in Italia cresce e non diminuisce).

Misurare l'adeguatezza delle risorse per la sanità utilizzando il rapporto finanziamento / PIL come benchmark non sembra un'operazione corretta (nel 2024 stimato al 6,4%). L'indicatore, infatti, risente di due variabili estremamente aleatorie. Fissare per legge un limite, come da molti richiesto, rischierebbe di generare squilibri negli anni di maggiore crisi e addirittura un eccesso di finanziamento negli anni a maggiore crescita. È bene ricordare, sotto questo profilo, che il SSN non ha mai avuto finanziamenti superiori al 7% del PIL se non nel periodo pandemico.

Se analizziamo la spesa sanitaria pro capite e il PIL pro capite, scopriamo come nel periodo pre-pandemico la distanza, rispetto agli altri Paesi europei, fosse molto elevata. A partire dal 2022 si evidenzia una inversione di tendenza. La distanza dalla retta di regressione indica un gap da colmare pari a 7-8 miliardi di dollari. Considerando che, come da dati DEF 2025, la spesa sanitaria passerà dai 131,1 miliardi del 2023 ai 144 del 2025 appare chiaro che, grazie alla iniezione di risorse del governo attuale, ci stiamo avvicinando a toccare la retta di regressione (situazione mai verificatasi negli ultimi 10 anni).

In merito alla preoccupazione circa il progressivo invecchiamento della popolazione, la previsione effettuata dall'autore con i dati presenti nel Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della Popolazione (MNCS) mostra che la crescita della spesa media sanitaria per paziente derivante dall'invecchiamento porti a un incremento della spesa stessa stimabile intorno allo 0,7%/anno tra il 2025 e il 2029 (+3,5% globale), a fronte di un già citato incremento del finanziamento del 9% nello stesso periodo.

La questione rilevante è identificare un limite per la crescita del finanziamento per il SSN e per la relativa spesa. A questo proposito vale la pena osservare che il sistema di welfare nel nostro Paese, nelle sue componenti macro (sanità, politiche sociali, previdenza, istruzione), nel 2022 ha assorbito 642,7 miliardi di euro ed è ancora la principale voce di spesa pubblica (il 58,9% del totale) anche se con un -4,3% rispetto all'anno precedente arriva al valore più basso a partire dal 2009.

Dei 642,7 miliardi di euro del 2022 la componente previdenziale ne assorbiva il 48,9%. Seguivano la spesa sanitaria (21,5%), quella per le politiche sociali (17,3%) e quella per l'istruzione (12,3%).

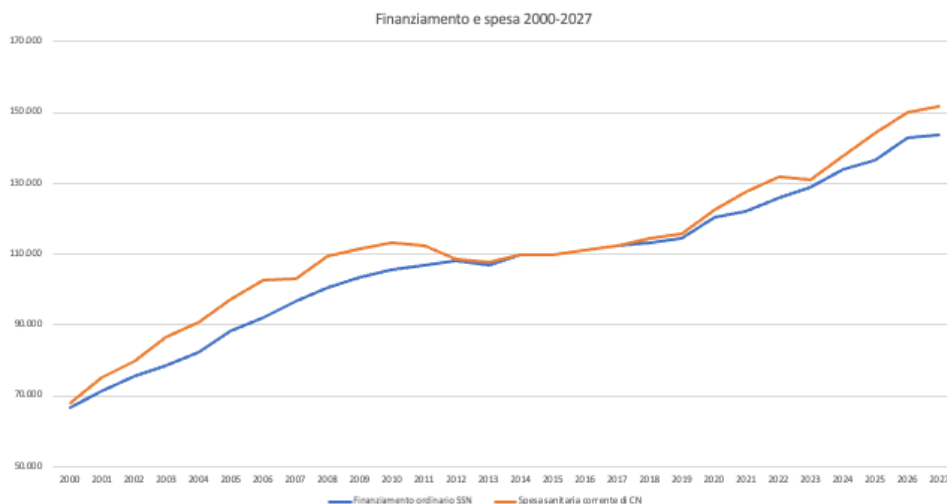
Se guardiamo le serie storiche osserviamo che l'incidenza della spesa previdenziale sul totale della spesa pubblica è cresciuta dal 34% del 1995 al 41% (nel 2022), a fronte di una spesa sanitaria che nello stesso periodo è cresciuta di 3 punti percentuali tra il 1995 e il 2022 (oggi intorno al 13%), schiacciata dagli effetti dell'invecchiamento

Tabella 10.1 Il livello del finanziamento ordinario corrente del SSN e la spesa

<i>Anni</i>	<i>Finanziamento sanitario corrente</i>	<i>Incrementi annui</i>	<i>PIL nominale tendenziale a legislazione vigente aggiornato al DEF 2026</i>	<i>Crescita del PIL % (nominale)</i>	<i>% del Finanziamento corrente sul PIL</i>	<i>Spesa sanitaria degli Enti del SSN</i>	<i>Spesa sanitaria degli Enti del SSN / PIL Nominale</i>
2011	106.905	1,27%	1.637.460	2,05%	6,53%	112.215	6,9%
2012	107.961	0,99%	1.613.270	-1,48%	6,69%	113.964	7,1%
2013	107.004	-0,89%	1.604.600	-0,54%	6,67%	112.900	7,0%
2014	109.928	2,73%	1.621.830	1,07%	6,78%	114.260	7,0%
2015	109.715	-0,19%	1.652.085	1,87%	6,64%	114.578	6,9%
2016	111.002	1,17%	1.689.824	2,28%	6,57%	115.904	6,9%
2017	112.577	1,42%	1.736.593	2,77%	6,48%	117.678	6,8%
2018	113.404	0,73%	1.771.570	2,01%	6,40%	119.074	6,7%
2019	114.474	0,94%	1.790.940	1,09%	6,39%	120.340	6,7%
2020*	120.557	5,31%	1.660.600	-7,28%	7,26%	126.832	7,6%
2021**	122.061	1,25%	1.821.985	9,72%	6,70%	130.577	7,2%
2022***	125.980	3,21%	1.998.073	9,66%	6,31%	134.152	6,7%
2023	128.874	2,30%	2.131.390	6,67%	6,05%	137.076	6,4%
2024	134.017	3,99%	2.192.182	2,85%	6,11%	137.934	6,3%
2025	136.516	1,86%	2.253.563	2,80%	6,06%	144.021	6,4%
2026	142.885	4,67%	2.316.663	2,80%	6,17%	149.931	6,5%
2027	143.880	0,70%	2.379.213	2,70%	6,05%	151.727	6,4%
2028	144.750	0,60%	2.438.693	2,50%	5,94%		
<p><i>Al finanziamento sanitario ordinario corrente indicato in tabella si aggiungono i seguenti finanziamenti extra fondo erogati dal MEF e stanziati per sostenere il SSN:</i></p> <p><i>2020 * 1.000 mln di euro ai sensi del Decreto Legge n. 41/2021, art. 24, comma 1, per la compensazione delle spese sostenute nell'emergenza pandemica da Covid-19</i></p> <p><i>2021 ** 600 mln di euro (Decreto Legge n. 146/2021, art. 16, comma 8-septies) + 400 mln di euro (Decreto Legge n. 4/2022, art. 11) + 400 mln di euro (Decreto Legge n. 17/2022, art. 26), quale contributo statale a titolo definitivo alle spese sanitarie collegate all'emergenza Covid-19</i></p> <p><i>2022 *** 1.085 mln di euro ai sensi del Decreto Legge n. 34/2023, art. 8, quale contributo statale per ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici</i></p> <p><i>L. 213/2023 art. 1, c. 217 = il FSN nel 2023 si riduce di 84 mln, nel 2024 si riduce di 180 mln, nel 2025 si riduce di 293 mln e dal 2026 si riduce di 340 mln.</i></p>							

Fonte: Disposizioni normative

della popolazione e dell'allungamento (fortunatamente) della vita media dopo i 65 anni. È da notare che l'incidenza della spesa sanitaria pubblica rispetto al totale della spesa pubblica è diminuita tra il 2020 e il 2022 anche per effetto della crescita di altri comparti e in particolare per l'impegno dedicato a provvedimenti post-pandemici

Figura 10.1. Finanziamento e spesa SSN 2000-2027

Fonte: Ministero della Salute e disposizioni normative (Dati 2025-2027 stimati sulla base del Documento programmatico di finanza pubblica 2025)

come gli incentivi per le ristrutturazioni edilizie che hanno impattato per 170 miliardi di euro tra il 2021 e il 2023 (<https://www.bancaditalia.it/publicazioni/qef/2024-0860/index.html>).

Alla luce di questi trend è improbabile prevedere un massiccio spostamento di risorse verso il sistema sanitario provenienti da altri comparti della spesa pubblica per il welfare pur in presenza di una domanda crescente testimoniata da una robusta spesa privata. I dati dell'ISTAT (Standard Health Accounts) più recenti evidenziano come la spesa *out of pocket* degli italiani abbia raggiunto i 40,6 miliardi nel 2023 mentre quella intermediata attraverso fondi integrativi del SSN e casse sia pari a 5,2 miliardi. Dei 18 miliardi di spesa privata destinata a servizi di assistenza (un di cui dei 40,6), meno di 2 miliardi sono intermediati (circa il 10%). I farmaci acquistati direttamente dagli italiani valgono 14,5 miliardi e di questa spesa solo 300 milioni passa per fondi, casse o assicurazioni, meno del 2%.

Rispetto a letture catastrofiche è bene ribadire che negli ultimi 12 anni la spesa sanitaria privata è cresciuta in linea con quella pubblica (in media +2%/anno) ma è cresciuta molto meno la capacità di intermediare questa spesa da parte di terzi paganti al di fuori del SSN.

Nonostante ciò, a oggi ben 16,2 milioni di cittadini italiani (Giannetti *et al.* 2024) distribuiti in 324 fondi integrativi e casse beneficiano di una copertura aggiuntiva e la missione del Ministero della Salute con il supporto di Agenas è quella di rendere questo “secondo pilastro” sempre più sinergico con il primo.

Per queste ragioni è necessario rivedere l'assetto del settore per favorire l'estensione di coperture alternative su base mutualistica riducendo così le spese sanitarie dirette e non intermedie (quelle più dolorose per i cittadini) indirizzandole verso prestazioni

che, siano esse nei LEA, che ne siano escluse (o parzialmente escluse), si dimostrino comunque in grado di contribuire alla salute dei cittadini in modo costo-efficace.

Tutto questo presuppone il miglioramento della governance dei fondi e la creazione di un debito informativo robusto verso il MdS anche mediante l'evoluzione del Cruscotto dei Fondi integrativi attualmente presente la Ministero della Salute in un nomenclatore unico delle prestazioni erogabili sia con onere SSN che con finanziamento derivante da fondi e/o assicurazioni.

10.3 Quali sono le priorità della programmazione sanitaria in Italia?

In relazione a quanto sopra, e considerando i fattori caratterizzante l'attuale scenario della sanità pubblica a livello nazionale è possibile isolare quattro esigenze prioritarie:

- Garantire la sostenibilità al SSN basato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità.
- Ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e nello stato di salute della popolazione nei diversi ambiti regionali, tra aree interne e aree più densamente popolate e in relazione alle e per classi socioeconomiche.
- Creare le condizioni per garantire a tutti i cittadini l'accesso ai Livelli Essenziali di Assistenza in modo omogeneo e quindi secondo standard quali-quantitativi che possano essere effettivamente assicurati per tutti i cittadini in tutte le funzioni assistenziali (prevenzione, assistenza ospedaliera, residenziale, assistenza primaria, ecc.).
- Recuperare la fiducia dei cittadini e degli operatori sanitari verso il sistema sanitario pubblico attraverso un modello di organizzazione in grado di coniugare umanizzazione ed efficienza;

Un elemento essenziale per dare robustezza all'azione programmatica è affrontare il tema del modello di governance condivisa tra Stato e Regioni. Questo non riguarda tanto i livelli di autonomia quanto il modo in cui questi sono definiti e gestiti. Abbiamo, infatti, chiare evidenze in merito alla persistenza di differenze sia in termini di dotazioni infrastrutturali, competenze, accessibilità ai servizi ed esiti di salute connessi all'uso dei servizi sanitari. Esiste, inoltre, una diffusa consapevolezza in merito alla necessità di ricomporre queste differenze al livello sia politico sia sociale.

Ciò che i dati ci hanno mostrato è che laddove il sistema sanitario si è dotato di standard nazionali robusti a livello nazionale, il sistema globalmente migliora. È il caso dell'area ospedaliera dove la presenza di un seppur discusso decreto regolamentare (il DM 70/2015), ha portato a una crescita progressiva delle performance dei LEA di tutte le regioni in quell'area testimoniata da tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia. Questa è la prima e unica area nella quale le regioni risultano tutte adempienti e sopra la soglia della sufficienza.

Nell'attuale scenario sono le Regioni ad avanzare chiare richieste di coordinamento centrale soprattutto in quelle aree in cui il consenso sul miglior modo di procedere non viene più raggiunto (vedi il caso delle liste di attesa o il caso dell'individuazione della formula di riparto del FSN 2025).

10.4 La nuova programmazione sanitaria tra Stato e Regioni

In questo scenario è necessario adottare un nuovo modello di programmazione caratterizzato da un ritorno alla condivisione tra i diversi livelli di governo, in particolare tra lo Stato e le Regioni. Il percorso di programmazione sanitaria in un contesto istituzionale caratterizzato da competenze nazionali e autonomie territoriali (regionali nel nostro caso) può essere articolato in sei fasi principali ed è sostenuto da 4 presupposti che rendono il processo realizzabile in modo tempestivo sotto il profilo tecnico, economico, istituzionale e politico (Figura 10.1).

10.4.1 L'analisi dei bisogni

In merito all'analisi dei bisogni l'approccio tradizionalmente seguito nell'ambito del SSN per la loro misurazione sembra concentrarsi sull'osservazione di quanto richiesto dalla popolazione in modo esplicito (i cosiddetti bisogni "espressi"), ovvero quelli che già si sono tradotti in "servizi" resi alla popolazione. In realtà la tassonomia spesso citata di Bradshaw (1972) ha evidenziato quattro tipi di bisogno: bisogni espressi (bisogni espressi tramite azioni, ad esempio visitando un medico), bisogni normativi (definiti da esperti), bisogni comparativi (confronto di un gruppo di persone con un altro), bisogni percepiti (quei bisogni che le persone dicono di avere). È quindi in primo luogo necessario recuperare questa molteplicità di prospettive da catturare con strumenti idonei.

Per cogliere il bisogno nel modo più completo possibile, è indispensabile prima di tutto riconoscere che questi appaiono sostanzialmente diversi a seconda della popolazione interessata e, di conseguenza, sembra indispensabile adottare modelli di classificazione della popolazione stessa per individuare raggruppamenti omogenei per bisogno da af-

Figura 10.2 Il modello della nuova di programmazione sanitaria



Fonte: Elaborazione dell'autore

frontare negli specifici contesti territoriali. La linea di indirizzo è che i bisogni variano a seconda dei gruppi di popolazione e dipendono dall'età e dalle condizioni cliniche, soprattutto per i pazienti anziani e malati cronici. Pertanto, è fondamentale creare strati e classi che permettano di associare delle spese standard, cioè di comprendere quali sono i percorsi di presa in carico e avere un'idea delle risorse necessarie per gestire i pazienti nei diversi raggruppamenti.

Fondamentale quindi agire su due livelli: identificare in primo luogo un modello di classificazione della popolazione per ambiti di patologia e di severità, per poi giungere ad una successiva stratificazione che tenga conto dei rischi per la salute di ogni categoria elemento, che aiuta ad indentificare il bisogno. Importante segnalare lo sforzo che il Ministero della Salute sta facendo per individuare un modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione, elemento posto alla base della programmazione dei servizi territoriali secondo il modello del DM 77/2022².

Effettivamente il nostro sistema informativo sanitario (NSIS) non è stato progettato per misurare i bisogni ma prevalentemente per misurare i servizi erogati (pensiamo alle Schede di dimissione ospedaliera – SDO o al flusso dell'emergenza urgenza – EMUR). Sappiamo pochissimo sui “sani” e sui comportamenti associati alla salute e alla malattia; abbiamo conoscenze poco strutturate su tutte quelle prestazioni e servizi che vengono resi al di fuori del SSN, pagati direttamente dai cittadini (*out of pocket*) o quelli intermediati da fondi e assicurazioni. Preziosa sarebbe una collaborazione su questo punto con i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta: grazie al PNRR dovremmo poter avere finalmente un flusso informativo dell'assistenza primaria in NSIS (il SIAP, Sistema informativo dell'assistenza primaria) che giunge quasi 30 anni dopo il flusso SDO, per l'ospedale.

10.4.2 La definizione delle priorità

La corretta analisi dei bisogni permette di affrontare la seconda questione fondamentale che è quella di definire le “priorità” che dovranno essere oggetto dell'investimento del SSN per la salute dei cittadini.

Queste *priorità*, di fatto si sostanziano nella definizione dei Livelli essenziali di assistenza (attualmente quelli contenuti nel DPCM 12 gennaio 2017). La definizione delle priorità, come specificato dall'art. 1 del D.Lgs 229/1999, avviene attraverso un processo di selezione di quei servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Il principio del costo-efficacia unitamente al richiamo al perseguimento di un equo accesso devono ispirare la composizione del pacchetto che di fatto rappresenta il diritto alla tutela della salute dei cittadini (art. 1, D.Lgs 299/1999).

I LEA sono stati definiti per la prima volta con l'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*”. All'interno dei 50 articoli e dei 12 allegati del dPCM, venivano declinati i servizi e le prestazioni articolate nelle tre macro-aree assistenziali, prevenzione

2 M6C2 Sub-investimento 1.3.2.3.1 - Modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel SSN – concettualizzazione del modello, sviluppo dell'algoritmo e governance del progetto.

collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera a loro volta suddivise in sotto aree fino a giungere alle singole attività/prestazioni.

Tale provvedimento è stato aggiornato dal dPCM 12 gennaio 2017 che però ha spiegato i suoi effetti in termini di effettiva fruibilità delle nuove prestazioni e servizi per i cittadini in tutte le Regioni, solo con l'approvazione del DM 24 novembre 2024. Questo provvedimento, di portata storica, ha ampliato dopo ben 23 anni, il pacchetto dei "LEA" contenuti nell'originario dPCM del 2001 e ha aggiornato tutte le tariffe associate alle prestazioni e servizi presenti nei 12 allegati del dPCM, alcune delle quali ferme dal 1999.

La responsabilità dell'aggiornamento del dPCM LEA spetta alla *Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel servizio sanitario nazionale*. La Commissione, ai sensi dell'articolo 1, comma 556 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, è nominata e presieduta dal Ministro della salute e coordinata dal Direttore Generale della Direzione della Programmazione e dell'Edilizia Sanitaria e basa le proprie decisioni su principi di evidenza scientifica.

C'è però un passo ulteriore da fare per rendere il governo dell'innovazione-disinvestimento più tempestivo ed efficace. È necessario giungere a un unico programma di HTA nazionale che produca dati ed evidenze a supporto delle fasi di "giudizio" e di decisione nei diversi ambiti permettendo anche di affrontare i sempre più comuni casi di innovazioni che integrano diverse basi tecnologiche (es. farmaco+dispositivo; farmaco+test diagnostico; dispositivo+IA; farmaci e soluzioni digitali).

Ebbene, sino a questo momento, la definizione dei LEA ha seguito modalità differenti, che hanno assegnato all'uso dell'evidenza scientifica per le decisioni, e quindi all'approccio *dell'health technology assessment* (HTA), diverso peso. Allo stesso modo il livello di strutturazione del processo di individuazione dei LEA è differenziato in relazione alla "natura" del LEA: terapie farmacologiche, uso dei dispositivi medici, prestazioni ambulatoriali e protesiche, vaccinazioni e procedure chirurgiche, entrano nel LEA attraverso percorsi molto diversi e sotto responsabilità diverse. L'AIFA per i farmaci, il NITAG (*National immunization technical advisory group*) presso il Ministero della Salute per i programmi di prevenzione, il Programma nazionale di *health technology assessment* per i dispositivi medici coordinato da Agenas, la Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA presso il Ministero della Salute per tutto il resto, denotano "porte di ingresso" diverse per le innovazioni che costantemente giungono al letto e/o al domicilio del paziente.

La necessità di dotarsi di un unico strumento istituzionale per la generazione delle evidenze a supporto delle decisioni di copertura (LEA), rimborsabilità e prezzi nel SSN, appare necessario anche alla luce dell'avvio del Programma europeo di HTA grazie all'attuazione del Regolamento (UE) 2021/2282 sulla valutazione delle tecnologie sanitarie (HTAR) che è entrato in vigore l'11 gennaio 2022 e si applica dal 12 gennaio 2025.

10.4.3 La definizione degli standard nazionali per l'erogazione dei servizi

Nell'ambito del modello programmatico emergente dalla normativa di riferimento a seguito dell'attuazione della riforma Costituzionale del Titolo V, la *definizione degli standard* svolge un ruolo essenziale. Gli standard nazionali rappresentano, infatti, la proposizione pratica ed operativa dei livelli essenziali di assistenza. Un LEA, infatti,

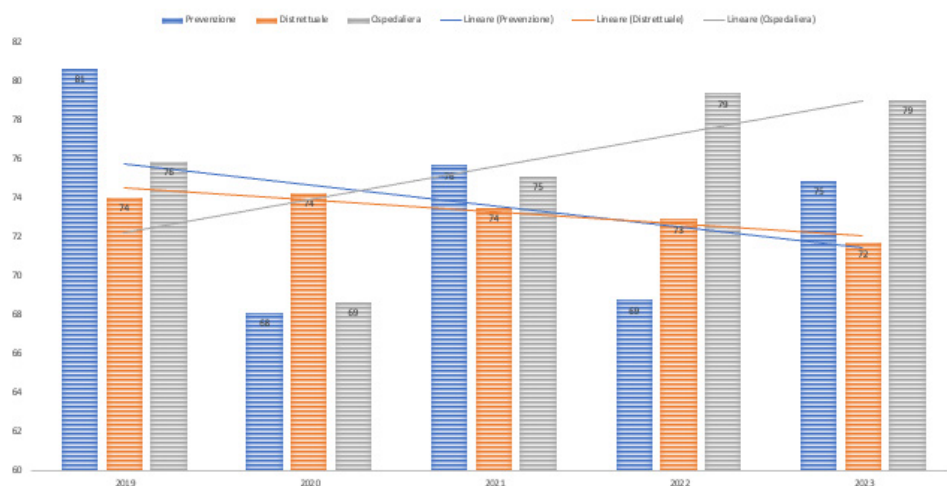
non è solo una dichiarazione di principio e di disponibilità del SSN a rispondere al diritto alla tutela della salute dei cittadini. Il LEA, si deve tradurre in uno standard che fissa le modalità, i tempi e le caratteristiche operative che permettono al cittadino di fruire dei servizi offerti determinando la tipologia di setting assistenziale, le competenze professionali necessarie, le tecnologie più appropriate e persino gli esiti che ci si deve attendere dalle prestazioni erogate. Esistono, a oggi, standard molto chiari nell'area ospedaliera grazie al DM 70/2015, la cui efficacia sembra essere dimostrata dal continuo miglioramento delle Regioni in questa area così come testimoniato dai dati del Nuovo Sistema di Garanzia (Rapporto NSG, 2023) (Lispi *et al.* 2025).

Tutte le regioni nel 2022 (tranne 1), hanno raggiunto gli standard minimi richiesti secondo le metriche condivise a livello nazionale e che testimoniano la capacità di assicurare il “LEA” ospedaliero. È evidente che la presenza di uno standard unico nazionale, ha generato nelle regioni quell'incentivo alla riorganizzazione che era stato auspicato (Figura 10.3).

Il secondo standard nazionale adottato è relativo all'assistenza territoriale, previsto dal DM n. 77/2022 che fissa parametri strutturali e funzionali che mirano ad omogeneizzare l'assistenza sanitaria ai cittadini al di fuori del contesto ospedaliero con l'obiettivo di offrire una omogenea presa in carico di coloro che soffrono di patologie croniche. Come noto il DM77 ancora non risulta completamente attuato anche nelle more del completamento degli interventi sotto il profilo infrastrutturale e tecnologico previsti dalla Missione 6 del PNRR.

Al momento, però, molte altre aree dell'assistenza sanitaria resa dal SSN non sono dotate di robusti standard nazionali: la prevenzione, l'assistenza domiciliare e residenziale, le cure palliative. In ultimo appare necessario agire per creare degli standard nazionali di “integrazione” che fissino le modalità per la connessione trasversale – tra livelli di assistenza – di operatori, tecnologie ed infrastrutture in modo tale da giungere alla completa presa in carico dei problemi di salute dei cittadini.

Figura 10.3 Trend macro LEA (2019-2023)



Fonte: Elaborazione dell'autore su dati NSG – Ministero della Salute (vari anni)

Alla luce dei benefici ottenibili dall'adozione di standard nazionali cogenti, nel rispetto delle autonomie regionali, l'azione normativa e programmatica si sta concentrando verso la definizione di un provvedimento "quadro" da adottare sotto forma di Legge Delega, come collegato alla Legge Finanziaria 2024 e 2025 in tema di "*Potenziamento dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale*". Il provvedimento propone un *Nuovo Modello Organizzativo* teso a garantire l'assunzione in cura per tutti, nell'ottica della equità verticale e della continuità del percorso assistenziale assicurando un raccordo strutturato fra territorio e ospedale che passa per un modello di integrazione fra il medico di medicina generale e lo specialista ospedaliero di riferimento.

Il provvedimento definisce un nuovo quadro normativo di riferimento per la *definizione di standard nazionali strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (qualitativi e quantitativi)* per l'*integrazione dei setting assistenziali* in modo tale da garantire omogeneità di accesso e presa in carico delle cittadine e dei cittadini a tutte le prestazioni, i servizi e le attività previste dai LEA in ambito, ospedaliero territoriale, residenziale, domiciliare e digitale.

10.4.4 L'allocazione delle risorse

Il quarto passo nel percorso di programmazione sanitaria attiene all'*allocazione delle risorse*, percorso che si sviluppa su per lo meno quattro livelli. La prima scelta, quella con la maggiore valenza politica, riguarda la proporzione di spesa sanitaria a cui si intende dare copertura con la spesa pubblica e quale parte invece lasciare ad altre forme di copertura. La seconda scelta riguarda l'allocazione delle risorse messe a disposizione dal sistema pubblico e quindi la proporzione delle risorse che, nell'equilibrio istituzionale tra competenze nazionali e regionali, dovranno essere trattenute centralmente per perseguire obiettivi di carattere nazionale (i così detti obiettivi di piano, ma non solo) e quelle che dovranno essere rese disponibili alle regioni in modo "non vincolato". Il terzo passo, anch'esso politicamente molto rilevante, riguarda la distribuzione delle risorse resesi disponibili per dare annualmente copertura ai LEA tra le Regioni, detentrici della responsabilità di governare il sistema dei servizi a livello territoriale. L'ultimo livello, a valenza più operativa, riguarda le modalità di remunerazione degli erogatori delle prestazioni e dei servizi (pubblici e privati che siano).

Volendo concentrare l'attenzione sul terzo livello decisionale, questo rappresenta il principale banco di prova del modello di solidarietà ed equità che le regioni intendono attuare (o non attuare) per garantire uniformità nel livello di salute della popolazione. La formula di riparto del Fondo sanitario nazionale indistinto alle Regioni, per anni, ha premiato le regioni con una maggiore proporzione di persone anziane, scelta che ha portato maggiori risorse proprio verso le regioni del nord del Paese, in genere più anziane. Questo modello rende in pratica un principio di giustizia distributiva che tende a realizzare un'equità di natura verticale (stesse risorse per stessi bisogni). Questo modello si è sostituito a quello "storico" che invece, privilegiando una distribuzione pro-capite pura, realizzava un modello di equità orizzontale (stesse risorse a ciascuno, indipendentemente da altre condizioni).

Negli anni a ridosso del Covid-19, ha preso vigore un dibattito sugli effetti distorsivi del modello di riparto per quota capitaria pesata per età, sino ad arrivare a una prima revisione nell'anno 2023 su spinta delle Regioni del sud che hanno ottenuto l'inseri-

mento nella formula di due correzioni: la prima basata sulla mortalità e la seconda su indicatori di deprivazione sociale³.

Lo spostamento di risorse tra le regioni derivante dall'applicazione della nuova formula è stato relativamente modesto (220 milioni di euro su 123 miliardi), ma carico di significati, in quanto ha generato, dopo anni, la sensazione che la formula allocativa potesse effettivamente variare. Per il riparto 2024, tra le Regioni si è aperto un dibattito che ha portato a molteplici richieste di introduzione di nuovi parametri; tali richieste non sono evidentemente basate su riflessioni di carattere etico o di giustizia distributiva, ma puntano alla massimizzazione della propria quota di finanziamento a scapito delle altre regioni. Il riparto 2024 è stato basato sui medesimi criteri del 2023. La stessa discussione, si sta ripetendo a margine del riparto del FSN 2025 che non è ancora esitato ad un accordo a testimonianza della "distanza" tra le molteplici istanze regionali.

Da qui la riflessione sull'opportunità che la formula capitaria possa essere definita come mero risultato di una negoziazione tra soggetti interessati o che, in qualche modo, possa beneficiare di un intervento *super partes*, in questo caso del livello nazionale attraverso un processo partecipato da tutte le componenti del sistema sociale.

10.4.5 Il monitoraggio delle attività del SSN

La fase di monitoraggio delle attività sanitarie erogate dai sistemi sanitari regionali ha due diverse valenze nell'ambito del sistema globale di programmazione sanitaria nazionale. Da un lato offre gli elementi oggettivi, i dati e le evidenze per attivare la successiva fase della valutazione formale della capacità delle regioni di rispettare l'impegno dell'erogazione dei LEA a tutte le popolazioni nelle diverse regioni rispettando i vincoli di bilancio previsti dalla programmazione finanziaria nazionale. Dall'altro, il sistema di monitoraggio attivato dal Ministero della Salute, con la collaborazione degli enti vigilati, Agenas, AIFA e Istituto Superiore di Sanità, svolge una funzione di supporto al miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza dei sistemi regionali garantendo, inoltre, la possibilità di condividere le buone pratiche elaborando linee di indirizzo (raccomandazioni). Il sistema di monitoraggio in quest'ottica favorisce l'affiancamento del livello centrale a quello regionale per finalità di miglioramento continuo.

La base informativa a oggi è garantita dai flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N-SIS) ma, nel prossimo futuro, sarà integrata grazie alla fruibilità ai fini programmatori, dei dati del Fascicolo Sanitario elettronico (FSE) e dell'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) che integra i flussi di dati clinici provenienti dagli operatori regionali con quelli generati dalla Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

La parte più significativa delle attività di monitoraggio, soprattutto per la seconda finalità, è di competenza di Agenas che le realizza attraverso diversi strumenti:

- osservatori nazionali (Osservatorio nazionale reti oncologiche, Osservatorio nazionale reti tempo dipendenti, Osservatorio Buone pratiche sicurezza, ...);
- programmi (Programma Nazionale degli Esiti, Coordinamento funzionale della

3 Le variabili prese in considerazione sono: l'incidenza della povertà relativa individuale (percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti); il livello di scolarizzazione (popolazione di età superiore a 15 anni che non possiede alcun titolo di studio o al massimo la licenza di scuola elementare); il tasso di disoccupazione della popolazione.

Rete Nazionale dei Tumori Rari, Programma di valutazione delle performance delle aziende sanitarie, ...);

- piattaforme digitali (Piattaforma Nazionale Liste di Attesa; Portale della mobilità sanitaria; Portale dell’Emergenza Urgenza, ...);
- monitoraggio standard nazionali (Monitoraggio del DM 70/2017 e del DM 77/2022, in primis);
- altre attività di monitoraggio, sempre garantite da Agenas, riguardano l’attività libero professionale intramuraria, le cure palliative e i sistemi di accreditamento regionali.

Tra i monitoraggi attivati di recente spicca la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa. Il Decreto Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con Legge 29 luglio 2024, n. 107 ha stabilito la realizzazione presso Agenas della Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNLA), un innovativo investimento finalizzato a realizzare l’interoperabilità con le piattaforme regionali per le liste di attesa relative a ciascuna Regione e provincia autonoma e a fornire dati trasparenti in favore di cittadini, decisori e responsabili del Servizio Sanitario Nazionale.

A partire dal mese di gennaio 2025 è stata avviata l’acquisizione del flusso del monitoraggio da parte di tutte le Regioni/PA e dal mese di giugno 2025 è stata resa disponibile la prima versione pubblica del cruscotto della PNLA sul Portale della Trasparenza di Agenas che pubblica alcuni indicatori a livello nazionale, tra cui:

- il numero totale di prenotazioni;
- la percentuale di prenotazioni nei giorni festivi/prefestivi;
- la quota di prime disponibilità accettate dall’assistito;
- la suddivisione delle prestazioni per classe di priorità (U, B, D, P);
- i tempi mediani di attesa per prestazione e classe di priorità.

La piattaforma ha acquisito, tra gennaio e agosto 2025, un totale di oltre 37 milioni di prenotazioni da tutte le strutture del settore pubblico e del settore privato accreditato. A oggi la parte “pubblica” della PNLA offre un aggregato dei dati al livello nazionale, mentre la piattaforma nella sua vista dedicata agli enti centrali e alle Regioni offre una stratificazione dei dati al livello regionale ed aziendale, quindi molto più granulare ed inoltre la stratificazione tra attività in regime SSN che in regime di libera professione. Il completamento degli investimenti della Missione 6 del PNRR inerenti al processo di digitalizzazione del servizio sanitario nazionale e l’interconnessione con i dati dei flussi N-SIS (che contengono dati di natura amministrativa), permetteranno di sviluppare nuovi e più approfonditi monitoraggi a supporto del governo regionale che per le finalità valutative previste dalle norme vigenti.

10.4.6 La valutazione delle performance

Ultima fase del processo di programmazione sanitaria è la *valutazione della performance* del sistema sanitario al livello regionale. A oggi il *sistema di garanzia* è disciplinato con il D.M. 12 marzo 2019 recante “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” (cosiddetto NSG) che si configura come un sistema

descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le Regioni, comprese le Regioni a statuto speciale, e le Province autonome di Trento e Bolzano. Esso si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai percorsi diagnostico-terapeutici- assistenziali (PDTA) che riguardano, trasversalmente, più livelli di assistenza. Lo strumento adottato, a partire dall'anno 2020, consta di 88 indicatori di cui 24 (nel 2023) utilizzati per valutare la capacità delle regioni di assicurare i LEA. I restanti indicatori, al momento, hanno natura informativa) e coprono i 3 macro-livelli di assistenza e elementi trasversali quali l'equità dei sistemi. Questo approccio, pur avendo positivamente innovato rispetto alla precedente "griglia LEA" in vigore tra il 2005 e il 2019, incentiva però la valutazione dei singoli servizi o prestazioni. Solo una porzione di questi, i così detti indicatori NSG-PDTA (al momento 10), permettono di valutare la capacità di gestire efficacemente una patologia cronica a livello regionale riferendosi quindi ad ampie popolazioni.

A partire dalla valutazione 2024 (elaborare entro settembre 2025) il primo indicatore basato sui "percorsi" (lo scompenso cardiaco) e non su singole prestazioni, sarà inserito tra quelli core del NSG.

A questo scopo la Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria del Ministero della Salute ha proposto l'inserimento nell'art. 1 della Legge di Bilancio per l'anno 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207) i commi 303 e 304, che prevedono il potenziamento del sistema di monitoraggio della spesa e le modalità di valutazione delle performance dell'assistenza sanitaria resa dalle Regioni e dalle provincie autonome, considerando il finanziamento regionale. I commi prevedono l'integrazione nel Nuovo sistema di garanzia con le dimensioni di monitoraggio e valutazione delle performance regionali che riguarda aspetti gestionali, organizzativi, economici, contabili, finanziari e patrimoniali.

10.4.7 I pilastri abilitanti

L'attivazione delle 6 fasi programmatiche sopra delineate unitamente alle priorità d'azione, è sostenuta da 4 pilastri abilitanti:

- l'ecosistema dei dati sanitari;
- il modello programmatico fondato sullo strumento del Piano sanitario nazionale;
- lo sviluppo di competenze professionali e manageriali;
- la creazione di un modello di partecipazione pubblica alle decisioni di politica sanitaria.

10.4.7.1 L'ecosistema dei dati sanitari

Presupposto fondamentale per l'adozione di una nuova programmazione sanitaria è che il ricchissimo patrimonio informativo e di dati prodotti dal SSN in tutte le sue componenti possa davvero essere reso fruibile anche per finalità programmatiche. Per questo obiettivo, appare fondamentale il potenziamento dei flussi nel N-SIS e la possibilità di interconnettere i dati a livello nazionale superando gli attuali limiti dettati dalla mancanza di una adeguata base normativa che è attualmente in corso di completamento grazie alla collaborazione tra MdS, Agenas e Garante per la Protezione dei Dati Personali

(GPDP). La bozza di decreto sull'interconnessione dei flussi N-SIS e che consentirà la piena funzionalità del Modello Nazionale per la classificazione e la stratificazione della popolazione e generazione di scenari previsionali (MNCS), dopo le interlocuzioni e le conseguenti modifiche del maggio 2025 è prossimo a ricevere il parere positivo del Garante.

Questo patrimonio verrà arricchito attraverso l'integrazione dei flussi N-SIS con i dati provenienti dal Fascicolo Sanitario Elettronico che convergerà, insieme ai dati provenienti dalla Piattaforma Nazionale di Telemedicina, nell'Ecosistema dei Dati Sanitari. Il governo dei dati sanitari, alla luce della Legge n. 25 del 28 marzo 2022, spetterà ad Agenas identificata come Agenzia per la Sanità Digitale.

Cuore del modello di digitalizzazione nazionale è l'Ecosistema Dati Sanitari, una banca dati centralizzata progettata per raccogliere, organizzare ed elaborare i dati sanitari dei cittadini italiani, garantendo sicurezza e accessibilità. L'EDS interagisce con diversi strumenti di sanità digitale, tra cui il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) e l'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA). È alimentato da dati provenienti da strutture sanitarie e sociosanitarie, enti del Servizio Sanitario Nazionale, Sistema TS e FSE.

L'Agenzia per la sanità digitale è impegnata nella predisposizione, pubblicazione e aggiornamento, previa approvazione del Ministero della salute e del Ministero delegato per l'innovazione tecnologica e transizione digitale, di linee guida necessarie ad assicurare la raccolta e l'interscambio di dati sanitari da parte degli enti del SSN. Svolge inoltre attività di monitoraggio sull'attuazione delle linee guida e controllo della qualità dei dati sanitari raccolti.

Ha inoltre compiti operativi quali la promozione e realizzazione di servizi basati sui dati destinati agli assistiti e agli operatori al fine di assicurare strumenti di consultazione dei dati dell'EDS sul territorio nazionale oltre che la certificazione di soluzioni IT che realizzano servizi sanitari digitali.

L'ASD gestisce inoltre la Piattaforma nazionale di Telemedicina, la Piattaforma nazionale di intelligenza artificiale e utilizzando il patrimonio dei dati anche ai fini della valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment – HTA) relativamente ai dispositivi medici.

Un compito ulteriori di grande rilevanza riguarda il così detto “*secondary use*” del patrimonio dei dati sanitari: Agenas, in questa prospettiva supporta il Ministero della salute per la valutazione delle richieste di terzi per finalità di ricerca dei dati raccolti nell'EDS in armonia con il Regolamento UE sullo spazio europeo dei dati sanitari (EHDS) in vigore dal 26 marzo 2025.

10.4.7.2 Il modello di programmazione

Dopo l'approvazione dell'ultimo Piano sanitario nazionale nel 2007, il modello programmatico è fondamentalmente mutato. In questo lungo periodo la programmazione sanitaria nazionale ha sancito anche l'abbandono del Piano sanitario nazionale quale principale strumento programmatico lasciando spazio al modello “pattizio”, inaugurato con il Patto per la salute 2000-2002, parallelamente allo strumento PSN e successivamente divenuto principale strumento programmatico affiancato da Piano “settoriali” (come, ad esempio, il Piano Nazionale Cronicità).

Tabella 10.2: I Patti per la salute dal 2000 al 2019

Anni	Patto	Focus principale
2000-2001	Avvio del nuovo assetto SSN	LEA, finanziamento indistinto
2002-2004	Controllo della spesa	Piani di rientro
2007-2009	Qualità e appropriatezza	Governance
2010-2012	Uniformità e sostenibilità	Benchmarking, LEA
2014-2016	Integrazione e territorio	Presa in carico cronicità
2019-2021	Rilancio post-crisi	Personale, territorialità, superamento commissariamenti

Fonte: Elaborazione dell'autore

Sono 21 i piani di settore che risultano emessi dal Ministero della Salute e che contengono la dicitura “nazionale” al proprio interno. Tra questi 11 piani che presentano obiettivi corrisposti a delle azioni, risultando quindi piani “operativi” ai quale corrisponde una durata specifica, un monitoraggio ed un capitolo di spesa.

Sono invece 9 i piani che risultano strategici, ponendo degli obiettivi di salute, che sono spesso associati a patologie specifiche. Sette dei piani comprendono il “2025” all’interno della propria programmazione attiva, 7 invece piani che non hanno un periodo temporale di riferimento.

Tabella 10.3 I piani di settore

Piani per “Obiettivi di salute”	Piani a “fattori produttivi”
Piano Nazionale Cronicità (2016, 2025)	Patti per la salute (2000-2021)
Piano di azione nazionale per la salute mentale (2013)	Piano nazionale governo delle liste d’attesa (2019-2021)
Piano nazionale per la malattia diabetica (2012)	Piano Nazionale per la ricerca sanitaria (2020-2022)
Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti (2015)	Piano Nazionale della Prevenzione (2020-2025)
Piano nazionale contro l’HIV e l’AIDS (2017-2019)	PanFlu (2021-2023/2025-2029)
Piano Nazionale Alcol e Salute (2007-2009)	Piano nazionale per la non autosufficienza (2022-2024)
Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (2019)	Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-Resistenza - PNCAR (2022-2025)
Piano nazionale Demenze (2014)	Piano di Azione Nazionale Dipendenze (2022-2025)
Piano d’indirizzo per la riabilitazione (2011)	Piano nazionale prevenzione vaccinale (2023-2025)
	Piano Nazionale Malattie Rare (2023-2026)
	Piano oncologico nazionale (2023-2027)
	Piano Nazionale per il Governo delle Liste dal’Attesa (2019-2021 e 2025-2027 in approvazione CSR)

Fonte: Elaborazione dell'autore

L’intero modello di programmazione dovrebbe evolvere da un approccio basato su una costante negoziazione per la ricerca del bilanciamento tra competenze nazionali e regionali e tra interessi spesso divergenti tra le regioni, verso un modello fondato su

una governance condivisa (*shared governance*), possibile solo in presenza di principi di giustizia distributiva condivisi e obiettivi strategici comuni.

Questo richiama la necessità di ritornare ad un modello programmatico basato sullo strumento del Piano sanitario nazionale così come previsto dal D.Lgs. 502/92 così come novellato dal D.Lgs. 229/99. Se infatti lo strumento adottato tra il 2007 e il 2019, aveva di fatto una natura pattizia e non affrontava aspetti di principio ma questioni di coordinamento operativo, il PSN, anche per via del percorso di condivisione istituzionale che lo caratterizza, permette di affrontare questioni più alte e strategiche in quanto costruito in un percorso istituzionale che prevede il coinvolgimento delle parti sociali e del parlamento.

Nell'attuale scenario il nuovo modello di PSN dovrebbe caratterizzarsi come una cornice unificante in grado di accogliere e rendere coerenti i piani di settore sulla base di principi condivisi a livello nazionale.

10.4.7.3 Competenze e partecipazione dei cittadini

Gli ultimi due “pilastri” riguardano un'azione comune per il recupero della fiducia da parte dei cittadini verso la scienza e il sistema sanitario.

Nel già richiamato documento dell'OECD del 2023 (*Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*), si mette in evidenza che la resilienza dei sistemi sanitari dipende molto dalla possibilità di cementare un'alleanza tra cittadini e istituzioni sanitarie e scientifiche per il governo del sistema sanitario e elemento indispensabile soprattutto in caso di “scelte difficili” come quelle operate, ad esempio, durante il Covid-19 o, in modo più routinario, quando si definisce il pacchetto dei LEA. È quindi indispensabile investire in due direzioni:

- creare le condizioni normative per avere i cittadini a bordo nelle scelte cruciali, attraverso adeguati percorsi istituzionali di partecipazione pubblica;
- qualificare le istituzioni e coloro che le governano in senso politico e tecnico.

Per quanto riguarda la prima direzione, importante è quanto previsto dalla Legge 30 dicembre 2024, n. 207 *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027* all'art. 1 commi 293 e ss. La legge identifica i criteri per la partecipazione delle associazioni di pazienti e cittadini ai principali processi decisionali in materia di salute, individuati dal medesimo Ministro della salute. A questo scopo la norma prevede l'istituzione del Registro unico delle associazioni della salute (RUAS), gestito dal Ministero della salute, in cui sono iscritte le associazioni in possesso di specifici requisiti. La norma prevede che l'amministrazione destinataria dei pareri e delle osservazioni delle associazioni di cui sopra è tenuta, all'esito del processo decisionale, a motivare in forma esplicita l'eventuale scostamento dalle proposte contenute nei contributi resi in sede consultiva dalle associazioni medesime. Il Ministero della salute è quindi tenuto a inserire un rappresentante delle associazioni iscritte al RUAS all'interno degli organismi costituiti presso il Ministero medesimo, quali comitati, tavoli di lavoro, osservatori e gruppi di lavoro, in base all'oggetto specifico e ai percorsi istituzionali specificamente attivi, individuati dallo stesso Ministero. Per quanto riguarda il secondo “investimento”, è necessario concentrare l'attenzione sulla qualificazione dei livelli tecnici del sistema con particolare riferimento alle dire-

zioni regionali e a quelle aziendali. Appare assolutamente cruciale percorrere la strada che conduce verso la costruzione di robusti profili manageriali dedicati al Servizio Sanitario Nazionale sia al livello di direzione strategica che di middle-management. Va in questa direzione l'auspicata creazione di una scuola nazionale di management sanitario che però va combinata con percorsi di carriera pre-definiti a supporto dello sviluppo manageriale e modalità di formazione trasformativa, da un lato (attraverso programmi tipo MBA sanitario) da combinare con modelli di apprendimento continuo fondati sullo sviluppo di molteplici comunità di pratiche per aree tecniche e middle management.

Riferimenti bibliografici

- Giannetti G., Bellentani M.D., Mennini F.S., Cicchetti A. (2024), *I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° rapporto 2021-2023*, Ministero della Salute.
- Bradshaw, J. (1972), *Taxonomy of social need*, in McLachlan, G. (a cura di), *Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series*, Oxford University Press, London, pp. 71-82.
- Lispi L., Di Fonzo G., Gallo M., Giordani C., Ceccolini C., Mennini F.S., Cicchetti A. (2025), *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2023*. Ministero della Salute.

11. 20 anni di misurazione e valutazione della performance in sanità: sfide e opportunità

Milena Vainieri, Chiara Seghieri

11.1 Introduzione

Negli ultimi venti anni la valutazione della performance in sanità ha assunto un ruolo sempre più centrale nelle politiche pubbliche, rappresentando uno strumento strategico per migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'equità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In particolare, il sistema sanitario italiano ha visto affermarsi diversi modelli e strumenti di misurazione e valutazione, adottati sia a livello nazionale che regionale, con l'obiettivo di rispondere in modo tempestivo e appropriato ai bisogni di salute della popolazione.

L'evoluzione normativa, le sfide imposte dalla pandemia da Covid-19 e dal cambiamento demografico, le opportunità offerte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno posto nuove domande su come misurare e garantire la qualità dell'assistenza. In questo contesto, diventa prioritario riflettere su quanto fatto finora, individuare le criticità emergenti e tracciare nuove traiettorie di sviluppo per i sistemi di valutazione della performance.

Sin dagli anni 2000 le organizzazioni internazionali hanno promosso la misurazione e valutazione della performance in ambito sanitario proponendo dimensioni di analisi diverse in relazione all'oggetto di analisi e alle finalità delle istituzioni proponenti. Dal primo rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2000 che creava una classifica dei Paesi sulla base della loro capacità di offrire le cure in relazione alle risorse finanziarie a disposizione, si sono susseguite diverse rappresentazioni dei sistemi di valutazione della performance (Nuti 2008); buona parte dei Paesi europei ha personalizzato e proposto un proprio sistema di valutazione (Arah *et al.* 2003; 2006). Nel tempo lo stesso OMS e altre organizzazioni internazionali, hanno rivisto i propri modelli sulla base dell'evoluzione dei bisogni informativi che hanno caratterizzato questi ultimi venti anni (Vainieri *et al.* 2020). In modo pionieristico la Regione Toscana ha introdotto nel 2005 un sistema di valutazione della performance multidimensionale (Nuti 2008) con l'obiettivo di fornire uno strumento che permettesse di attivare un dialogo costruttivo fra i vari soggetti del sistema sanitario regionale per il miglioramento dei servizi e la creazione di valore per la popolazione. Il cosiddetto "sistema bersaglio", sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa nel 2004 per la Regione Toscana, grazie alla sua dinamicità ha cercato nel tempo

di colmare alcuni fabbisogni informativi proponendo nuovi confronti attraverso l'introduzione del network delle regioni (Nuti *et al.* 2014), nuove rappresentazioni grafiche, come il pentagramma (Nuti *et al.* 2018) e il profilo (Vainieri *et al.* 2024a) e nuove dimensioni di analisi (Vainieri, Vola 2023; Vainieri *et al.* 2024b; Vola *et al.* 2022).

Fra i fattori chiave dei sistemi di misurazione identificati nella letteratura manageriale (Ferreira, Otley 2009) vi è la capacità di adattarsi al contesto.

La capacità e tempestività di adattamento al nuovo contesto cambia in relazione ad alcune dimensioni: i) l'ampiezza del sistema di monitoraggio (più facili da adattare cruscotti tematici); ii) la pressione esterna al monitoraggio (normativi come le rendicontazioni per PNRR) e iii) livelli di concertazione (sistema aziendale, regionale o nazionale) (Vainieri, Vola 2023).

Negli ultimi sei anni, ovvero dal 2019 al 2024, la pandemia da Covid-19 e i finanziamenti e riforme connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza hanno sostanzialmente modificato lo scenario dei sistemi sanitari richiedendo nuovi modi e nuovi modelli organizzativi per adattarsi ai cambiamenti noti (come l'invecchiamento della popolazione) o non previsti (come la pandemia) e conseguentemente anche nuovi sistemi di monitoraggio. Sono nati così tanti sistemi di monitoraggio specifici (si pensi solo ai cruscotti del Covid-19 piuttosto e ai monitoraggi sull'uso degli investimenti PNRR). Nel contesto italiano, tre sistemi principali hanno contribuito alla misurazione della performance:

- il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute, con indicatori core, no core e PDTA;
- il Programma Nazionale Esiti (PNE) dell'Agenas, focalizzato su esiti clinici e volumi di attività;
- il Sistema di valutazione del Network delle Regioni, sviluppato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna, noto anche come "bersaglio", che include oltre 400 indicatori multidimensionali.

In particolare, la Regione Toscana ha avuto un ruolo pionieristico introducendo nel 2005 un sistema di valutazione della performance sanitaria che è diventato un riferimento per molte altre regioni. Questo sistema ha saputo evolvere nel tempo con strumenti innovativi come il pentagramma e il profilo, e con un focus crescente sulla digitalizzazione, la resilienza, la motivazione del personale e la promozione della salute (Vainieri *et al.* 2024a; Vainieri, Vola 2023).

11.2 L'evoluzione del sistema di valutazione della performance in 20 anni

In questo contesto, il sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari ha inserito nuove dimensioni che racchiudono indicatori esistenti e nuovi per provare a restituire nella sua sintesi (i bersagli) prospettive diverse nell'intento di supportare la lettura complessiva dello stato di salute del sistema sanitario toscano. Nella Tabella 11.1 sono riportate le parole chiave che sono state associate alle presentazioni dei risultati dal 2019 al 2024 negli incontri con le direzioni strategiche aziendali e con i dirigenti regionali.

Tabella 11.1 Sintesi delle parole chiave e principali novità del sistema di valutazione della performance della sanità toscana fra il 2019 e 2024

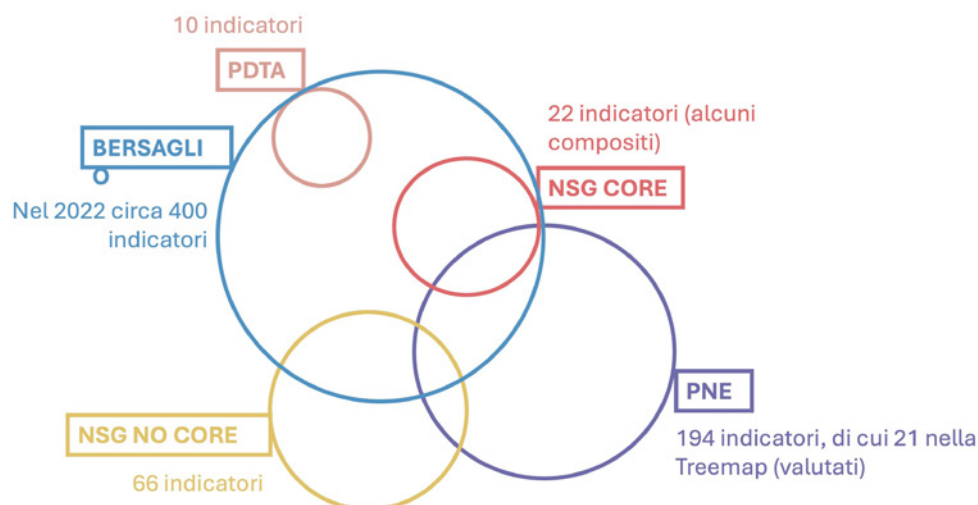
Anno	Parola chiave	Principali dimensioni e modifiche
2019	Pre-pandemia (come eravamo)	Dimensioni relative alla capacità di governo del sistema, all'assistenza farmaceutica, alla qualità e appropriatezza, alla sostenibilità economica, all'esperienza dell'utente e al clima organizzativo e ai percorsi assistenziali
2020	Resilienza	Inserimento della dimensione della Resilienza contenente le differenze dei volumi volta a monitorare la capacità di garantire le prestazioni non procrastinabili e di mantenere il monitoraggio dei pazienti già in carico e indicatori sulle televisite. Per alcuni indicatori (es. i tassi di prestazione e ospedalizzazione) e per alcune dimensioni (es. governo della domanda) è stata sospesa la valutazione. È stato inserito l'indicatore del <i>catchment index</i> (copertura della domanda ambulatoriale).
2021	Ripresa	Mantenimento della dimensione della Resilienza che è stata arricchita dagli indicatori connessi al monitoraggio della copertura vaccinale. Ancora per diversi indicatori in uso nel 2019 era sospesa la valutazione.
2022	Trasformazione	È stata ripristinata la valutazione degli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione e di prestazioni ambulatoriali, si è data maggiore enfasi al <i>catchment index</i> e ai tempi di attesa sia chirurgici che ambulatoriali e alla sostenibilità economica. La dimensione della resilienza cambia nome e non contiene più indicatori sulle differenze dei volumi rispetto al 2019. Rimangono e sono potenziati gli indicatori sulla digitalizzazione.
2023	Rilancio	Inserimento della dimensione relative alle sfide post-Covid ovvero la <i>preparedness</i> (con le coperture vaccinali), la digitalizzazione, la capacità di utilizzare le risorse PNRR, la riorganizzazione del territorio (con indicatori su IFeC) e la motivazione del personale.
2024	Nuova normalità	Modifica della dimensione delle sfide post-Covid in sfide trasversali che contengono le sfide sulle politiche del personale, sulla digitalizzazione e sulla <i>preparedness</i> e sulla promozione della salute. Sono stati introdotti nuove modalità di visualizzazione dei percorsi ed è stato introdotto il pentagramma sugli anziani e fragilità.

Nel 2022, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è ancora scosso dall' emergenza pandemica e concentrato nel provare a non perdere le opportunità degli investimenti previsti dal PNRR. Nel corso del 2020 il SSN ha dovuto "resistere", assorbendo lo shock e organizzandosi per contrastare il virus SARS-CoV-2 attraverso le chiusure e riduzione di alcuni servizi e all'organizzazione di una campagna vaccinale senza precedenti. Successivamente, nel corso del 2021, il SSN ha dovuto adattarsi alla fase della "ripartenza", una fase caratterizzata dalla ripresa delle attività lavorative, sociali (anche se regolate), della mobilità delle persone che ha portato all'aumento dell'incidenza dell'infezione Covid-19 con numeri superiori a quelli registrati nel 2020. Questa situazione ha avuto un impatto sulla ripartenza con un sistema concentrato ancora una volta nella lotta al virus SARS-CoV-2 e delle sue mutazioni. Nel 2022 accanto allo sforzo nel riprendere i livelli di servizio e attività pre-pandemia, il SSN è impegnato nel prendere in carico le code delle attività sospese e allo stesso tempo provare a mettere a terra l'ultima delle

R del PNRR: il “rilancio” del SSN. Una sfida questa che ha riguardato maggiormente la dimensione della programmazione strategica. Certamente meno rilevante in termini di impatto diretto sui servizi sanitari del presente ma di primaria importanza per lo sviluppo del SSN. Una fase meno operativa ma che ha comunque richiesto lo sforzo e le energie di chi non necessariamente si trovava in prima linea ma che organizza e riorganizza i servizi per dare risposta ai bisogni del presente confrontandosi con sfide endemiche al sistema e sfide dettate dall’epidemia in corso e dalle sue diverse ondate. Il Report del 2022 del Network delle Regioni cerca quindi di fotografare la capacità dei sistemi sanitari regionali di riuscire a rispondere ai bisogni di salute della popolazione nel corso del 2022. L’eccezionalità dell’emergenza sanitaria non ha sminuito, stravolto, o ribaltato le priorità valoriali su cui da sempre poggiano i sistemi di valutazione della performance in generale (Sagan *et al.* 2020) – e quello del Network delle Regioni in particolare, i valori della multidimensionalità, della tempestività, della valutazione, della rappresentazione grafica e del benchmarking possono ancora essere di sostegno per una riprogettazione e una valutazione dei risultati di performance ottenuti (Nuti *et al.* 2018). A questi si aggiunge un altro punto cardine del sistema di valutazione della performance del Network delle Regioni che è la dinamicità (Vola *et al.* 2022). Infatti, per definizione, i sistemi di valutazione della performance sono strumenti che devono fotografare la realtà e adattarsi al contesto di riferimento e alle mutevoli esigenze degli attori del sistema stesso. La vocazione a una impostazione multidimensionale è da sempre stato un elemento caratterizzante del Sistema di Valutazione del Network delle Regioni. Le Regioni del Network riconoscono come i risultati conseguiti dai SSR siano articolati, di vasto spettro, condizionati dall’ambiente e interrelati tra loro. Per questo motivo, il Sistema di Valutazione ha da sempre abbracciato un’impostazione multidimensionale, capace di intercettare le relazioni tra i nodi del sistema sanitario, e tra il sistema sanitario e gli altri sistemi sociali. Nel contesto pandemico, il richiamo alla multidimensionalità ha assunto un’accezione peculiare. Nella misura in cui richiama la capacità dei sistemi di valutazione di offrire una lettura di un fenomeno complesso nelle sue diverse declinazioni, accogliendo una pluralità di prospettive di indagine, si traduce, per quanto riguarda il Network delle Regioni, in due sfide complementari. Da una parte, il Network ha allargato la propria prospettiva di analisi inserendo – già dal 2020 – una nuova dimensione, quella della “resilienza” (Vola *et al.* 2022) volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia. In questa dimensione sono stati inseriti indicatori provenienti da fonti esterne (es. i report sulle coperture vaccinali contro il Covid-19 pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, per misurare le attività di contenimento della diffusione del coronavirus) e indicatori provenienti dai flussi sanitari correnti per il monitoraggio della contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Questi ultimi sono stati oggetto non solo di valutazione ex-post, ma di un monitoraggio in itinere che è stato condotto per tutto il 2021. Nel 2022 è stata altresì rafforzata la dimensione della digitalizzazione con un’indagine ad hoc dei siti web aziendali e si sono confermati gli indicatori relativi all’altra strategia trasversale ovvero la parità di genere attraverso indicatori che ne monitorano l’andamento. Se la *tempestività della restituzione dei risultati* è da sempre un elemento qualificante dell’attività del Network delle Regioni, con la pandemia si è rivelata una vera e propria preconditione dell’attività

valutativa. Le Regioni del Network hanno quindi accolto la sfida andando a integrare la classica valutazione annuale con un ambiente di monitoraggio delle prestazioni, alimentato con un lag temporale di soli tre mesi, per l'individuazione e la pronta correzione di potenziali criticità. La restituzione in continuo dei risultati alle direzioni regionali e la condivisione pubblica già nel mese di aprile sono il risultato di un investimento sulla tempestività con ricadute positive sulla "azionabilità" delle informazioni prodotte. Tale monitoraggio è stato sospeso nel 2022 per poter approfondire altri aspetti collegati anche all'utilizzo delle risorse come la spesa media per dispositivi medici ad alto costo. L'*adesione volontaria* delle Regioni al Network ha permesso il coinvolgimento e la co-progettazione attiva con i referenti regionali degli indicatori da includere nelle varie fasi evolutive del sistema di valutazione della performance. Questo è stato l'elemento fondamentale per poter discutere di valutazione della performance dei servizi sanitari. Nei sistemi cogenti, la valutazione non è solo un momento di riflessione per comprendere i risultati ottenuti e per tracciare la strada verso azioni di miglioramento, ma è anche un momento a cui seguono delle potenziali modifiche nell'autonomia decisionale dei livelli di governo o una diversa distribuzione di risorse. In questo scenario, la comunicazione pubblica dei risultati di performance può ingenerare attriti e resistenze (Horton 2020). La valutazione nella sanità pubblica in tempi di ripresa e rilancio è stata invece la base per consentire una maggiore flessibilità del sistema stesso, consentendo rapide decisioni circa l'introduzione di alcune modifiche al sistema, come ad esempio l'inserimento di nuovi indicatori di "resilienza" o la sospensione delle valutazioni per alcuni indicatori. L'utilizzo del *benchmarking* è sempre stato un elemento chiave nella definizione delle fasce di valutazione per molti indicatori. Il benchmarking è usato in molti sistemi di misurazione e valutazione della performance (Willmington *et al.* 2022) per la sua capacità di innescare processi reputazionali capaci di attivare il cambiamento (Bevan *et al.* 2019). Le Regioni del Network hanno sempre riconosciuto la centralità del benchmarking: in un ambito in cui si tendono ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema, il processo sistematico di confronto delle performance rappresenta lo strumento fondamentale per evitare l'autoreferenzialità e per individuare opportunità di apprendimento. Il processo di confronto tra le istituzioni del sistema su numeri, scelte e risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini delle sue azioni, ma rappresenta anche lo strumento essenziale per apprendere e individuare eventuali ambiti di miglioramento. Un altro importante elemento chiave del sistema di valutazione è la *rappresentazione grafica* che fa leva sul benchmarking e sulla valutazione sia nel mostrare i singoli indicatori che i risultati di sintesi. Il bersaglio è il simbolo del sistema di valutazione della performance del network che mostra a colpo d'occhio i punti di forza e di debolezza accanto al quale c'è il pentagramma per rappresentare i risultati di sintesi dei vari percorsi assistenziali (si veda il box in basso). Da analisi condotte con i dirigenti di struttura del sistema sanitario italiano abbiamo verificato che la forma conta e si trasforma in sostanza in quanto modalità di rappresentazioni grafiche diverse possono aiutare più di altre la comprensione e il ricordo delle informazioni mostrate (Belle *et al.* 2022). L'ultimo cardine del sistema di valutazione del network è la *dinamicità*. La dinamicità ha portato ad adattare il sistema attraverso l'introduzione di nuove rappresentazioni grafiche di sintesi – come le informazioni aggiuntive che cercano di fornire i dati di contesto dei vari livelli di governo

Figura 11.1 Relazioni fra i sistemi di valutazione della performance bersaglio, NSG e PNE



rappresentati attraverso il profilo (si veda il box 11.1) –, all’eliminazione di indicatori desueti e all’introduzione di nuovi indicatori sulla base degli aspetti ritenuti rilevanti – come l’assistenza distrettuale divenuta il cardine della ripresa e rilancio del SSN con il DM77/2022 – ma anche alla revisione delle schede di calcolo per rendere il sistema di valutazione della sanità toscana e del network un sistema coerente con i sistemi utilizzati dalle istituzioni nazionali. A questo proposito si veda la Figura 11.1 che riporta le relazioni fra il sistema del “bersaglio” e gli altri due sistemi nazionali usati come riferimento ovvero il NSG e il PNE.

Accanto al network sulla valutazione della performance che analizza indicatori derivanti da diverse fonti dati, incluse le indagini alla popolazione, il network delle regioni hanno attivato osservatori e network collaterali relativi all’analisi e uso dei PREM (Patient Reported Experience Measure) e delle indagini di clima organizzativo. In particolare, l’innovazione introdotta nella rilevazione sistematica dei PREMs nell’attività di ricovero e la restituzione in tempo reale delle risposte cumulate e dei commenti aperti ha trasformato lo strumento delle indagini di qualità percepita dagli utenti in veri e propri strumenti di miglioramento continuo (De Rosis *et al.* 2020; De Rosis *et al.* 2022; Peruzzo *et al.* 2025a) e di operation management (De Rosis 2025).

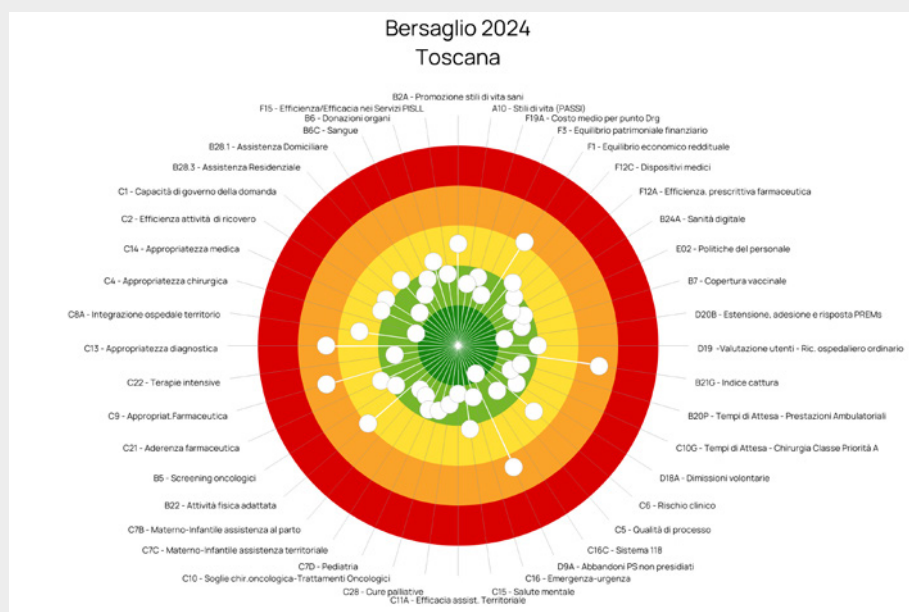
Le rappresentazioni di sintesi introdotte nel tempo per supportare la lettura complessiva

2004 Bersaglio per restituire la performance dei livelli di governo

Il Bersaglio (si veda Figura 11.2) è la prima rappresentazione di sintesi dei risultati regionali, provinciali e aziendali. Le cinque fasce concentriche da verde scuro a rosso permettono di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza del-

la performance dei servizi sanitari dei livelli di governo analizzati. Introdotto nella fase pilota nel 2004 per rappresentare le aziende sanitarie, nel 2007 anche per gli stabilimenti ospedalieri e le zone distretto della Regione Toscana. Dal 2008 anche per rappresentare le sintesi delle regioni e delle aziende sanitarie appartenenti al network collaborativo. Nel 2023, per la prima volta sono stati generati anche i bersagli per i distretti delle regioni appartenenti al network.

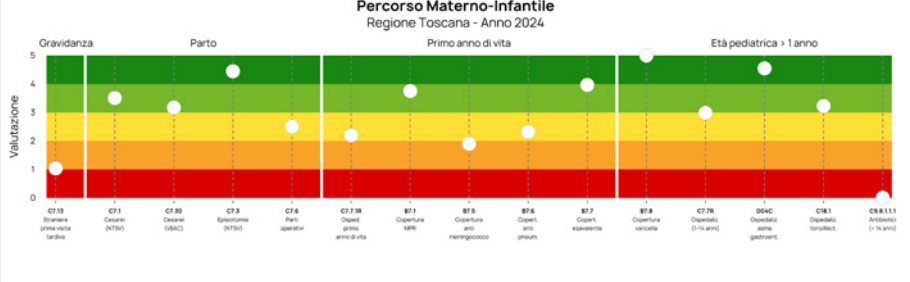
Figura 11.2 Esempio di Bersaglio regionale – Regione Toscana 2024



2016 Pentagramma per catturare la prospettiva dei percorsi clinico-assistenziali

Nel 2016 in modo sperimentale in Toscana e poi a regime nel 2017-2018 in tutte le regioni del network è stata introdotta la rappresentazione di sintesi nella prospettiva di percorso. L'obiettivo è quello di focalizzare l'attenzione non sul soggetto erogatore dei servizi ma sull'utente a cui sono rivolti. Sono cinque i percorsi individuati nel 2018: materno infantile (come esempio si veda la Figura 11.3), oncologico, cronicità, salute mentale ed emergenza-urgenza, a questi nel 2024 è stato aggiunto il percorso anziani. Evocando la metafora della "musica suonata a favore del paziente", i percorsi vengono rappresentati sotto forma di pentagramma – anch'esso suddiviso in cinque fasce di valutazione come il bersaglio, le note sono gli indicatori presenti del bersaglio, articolati nelle diverse fasi del percorso (le "battute"). Il pentagramma supera la logica dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi assistenziali visualizzando i risultati che, in modo congiunto, permea i confini dei setting assistenziali (verso una valutazione del percorso complessivo) valorizzando così il contributo dei singoli provider rispetto al conseguimento del risultato complessivo (Nuti *et al.*, 2018).

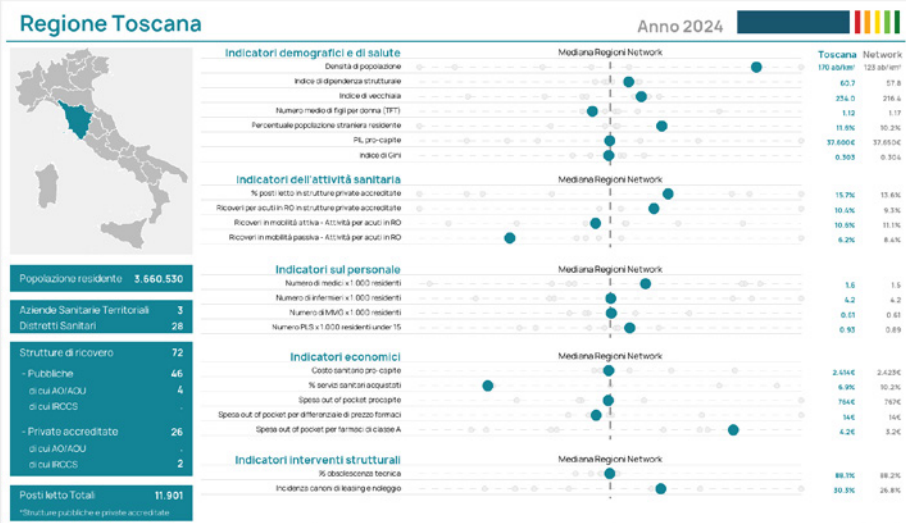
Figura 11.3 Esempio di pentagramma del materno infantile 2024



2022 Profilo

Il Profilo (si veda l'esempio nella Figura 11.4), introdotto nel 2022, è la terza rappresentazione di sintesi che si accosta al bersaglio e al pentagramma con l'obiettivo di mostrare la fotografia delle caratteristiche del contesto di riferimento in cui opera la Regione, l'azienda o il distretto di riferimento (in relazione al livello di governo oggetto d'analisi). Pertanto il profilo contiene informazioni relative agli aspetti socio-demografici, orografici e di scelte relative ai modelli istituzionali (come ad esempio la percentuale di strutture private presenti), gestionali (come ad esempio il ricorso alla distribuzione diretta o alla percentuale di ricorso al leasing) oppure generali come le dimensioni della Regione (in termini di popolazione, numero di strutture ospedaliere pubbliche e private e così via). Il profilo può fornire lenti e prospettive di lettura delle informazioni e valutazioni contenute negli altri strumenti di sintesi.

Figura 11.4 Esempio di profilo – Regione Toscana, anno 2024

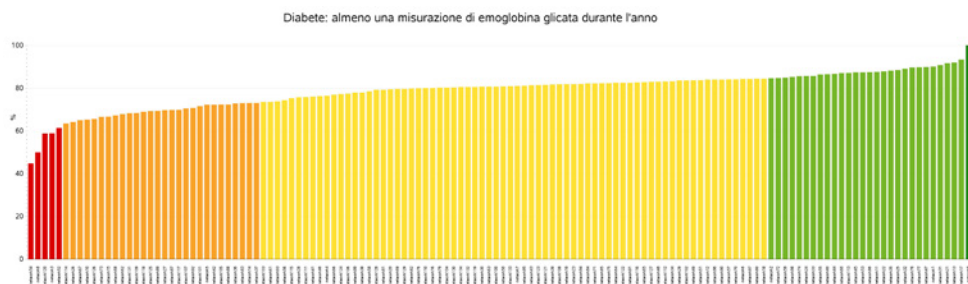


11.3 La valutazione dei percorsi assistenziali attraverso l'analisi delle reti multiprofessionali: il caso delle cronicità

La gestione delle malattie croniche rappresenta oggi una delle sfide più complesse e rilevanti per la sostenibilità dei sistemi sanitari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Ogni anno, oltre 40 milioni di persone muoiono a causa di malattie non trasmissibili (NCD), come le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie croniche (WHO 2025). Oltre agli effetti sulla salute in termini di morbilità e mortalità, le malattie non trasmissibili (NCD) comportano enormi perdite sociali ed economiche. Si stima che, a livello globale, le NCD costeranno 37.000 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030. In Italia, secondo le proiezioni effettuate da ISTAT, nel 2040, il numero di malati cronici salirà a circa 27,5 milioni (nel 2018 erano circa 24,5 milioni), mentre i multicronici (con due o più patologie croniche) saranno circa 15,6 milioni (12,9 milioni nel 2018) (ISTAT 2019). L'incremento della popolazione anziana più esposta al rischio di ammalarsi e quindi la crescente prevalenza delle condizioni croniche – spesso associate in forma di multimorbilità – impongono una profonda revisione dei modelli organizzativi e gestionali della sanità. L'approccio tradizionale, frammentato in silos assistenziali separati (medicina generale, servizi territoriali, specialistica), si dimostra inadeguato rispetto alla complessità dei bisogni dei pazienti cronici. L'assenza di coordinamento e integrazione tra i professionisti favorisce duplicazioni diagnostiche, prescrizioni inappropriate e, in ultima analisi, un aumento ingiustificato dei costi senza essere necessariamente collegato un miglioramento degli esiti clinici. A oggi, diversi modelli di presa in carico delle cronicità sono stati sviluppati e implementati, dal Chronic Care Model al più recente Expanded Chronic Care Model, tuttavia, sono ancora scarse le evidenze empiriche in merito agli strumenti di governance efficaci in grado di promuovere l'integrazione e la corresponsabilità tra i professionisti coinvolti nel percorso di cura dei pazienti cronici e di favorire la creazione di meccanismi di *accountability* congiunta tra *setting* capaci di monitorare esiti ed appropriatezza delle cure (Casalini *et al.* 2018; Nuti *et al.* 2014; Barr *et al.* 2003; Leatt *et al.* 2000). Anche gli attuali sistemi di misurazione e valutazione risultano prevalentemente orientati alla misurazione della singola prestazione, piuttosto che alla misurazione della presa in carico lungo l'intero percorso di cura del paziente. L'impostazione dominante appare più affine al modello dell'assistenza per acuti, in cui è previsto un intervento puntuale finalizzato alla risoluzione del problema clinico, piuttosto che al paradigma della cronicità, nel quale – come evidenziato in precedenza – gli aspetti centrali da monitorare riguardano il coordinamento e l'integrazione dei setting assistenziali lungo l'intero percorso di cura. Le misure di performance dovrebbero invece essere costruite attorno all'esperienza del paziente e ai professionisti coinvolti nell'intero percorso di cura, valorizzando le relazioni orizzontali tra organizzazioni sanitarie e mitigando le barriere organizzative. Questo approccio inter-organizzativo e paziente-centrico rappresenta una trasformazione fondamentale per migliorare l'*accountability* del sistema e la qualità dell'assistenza. In parallelo, per permettere la *clinical governance* dei percorsi assistenziali sarebbe essenziale assegnare obiettivi comuni a tutti gli attori del percorso, in modo da far convergere gli sforzi verso il risultato condiviso di qualità delle cure per il paziente, misurabile in termini di indicatori di performance relativi all'intero percorso di cura.

Per superare questi limiti, nell'ambito del Progetto CoNtAcT, finanziato dalla Regione Toscana (Bando Ricerca Salute 2018), il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna, in collaborazione con i partner delle aziende sanitarie toscane, ha proposto e sperimentato nuovi meccanismi di governance per favorire l'integrazione e condivisione delle responsabilità tra professionisti sanitari coinvolti nei percorsi di cura. In particolare, partendo dalla metodologia già adottata in Ontario, Canada (Stukel *et al.* 2013) e testata dal Laboratorio MeS (Casalini *et al.* 2018; Nuti *et al.* 2020), tramite l'utilizzo dei dati amministrativi sanitari sono state identificate reti di cura multiprofessionali basate sui percorsi abituali dei pazienti cronici tra i setting assistenziali (territorio/ospedale). Nello specifico, ciascuna rete è costituita da medici di medicina generale e da un ospedale o un presidio ambulatoriale di riferimento, ossia la struttura presso la quale i pazienti di ogni MMG con una determinata patologia cronica si sono ospedalizzati o hanno effettuato prestazioni ambulatoriali più frequentemente per la patologia considerata (almeno il 60% delle loro prestazioni). In questo modo vengono identificate reti di cura "informali" tra MMG e specialisti ospedalieri e/o ambulatoriali coinvolti nell'erogazione delle cure a coorti di pazienti cronici, descritte dai modelli di flusso dei pazienti stessi. Queste reti di cura ospedale-territorio possono essere quindi considerate come un livello efficace di accountability nella gestione delle patologie croniche all'interno dei sistemi regionali, ovvero il livello su cui basare la valutazione della performance dei percorsi assistenziali: il risultato ottenuto dalla rete è relativo a tutto il team di professionisti afferenti (nel progetto MMG e gli specialisti) e si riferisce ai pazienti che da questa rete sono presi in carico in modo congiunto tra i professionisti stessi. Una volta individuate le reti multiprofessionali per determinate coorti di pazienti cronici (pazienti con diabete, scompenso cardiaco, asma e/o bpc), le performance delle reti per singola patologia sono state valutate tramite il confronto di indicatori di processo ed esito selezionati tra quelli già utilizzati nel Sistema di valutazione del network delle regioni (Vainieri 2024a). A titolo di esempio si riportano di seguito alcuni risultati per le coorti di pazienti con diabete. A partire dai dati amministrativi della Regione Toscana, tramite l'applicazione di algoritmi di prevalenza (Nalin *et al.* 2015) sono state individuati coorti di pazienti prevalenti con diabete residenti in Regione Toscana negli anni 2018-2020 e di età 16-100. Successivamente, sono stati mappati i flussi di prestazioni sanitarie di questi pazienti per arrivare ad individuare 134 reti multiprofessionali che includevano 1748 MMG e 65621 pazienti con diabete. Per ciascuna rete sono stati quindi calcolati gli indicatori di processo ed esito per l'anno 2021 e assegnate le relative valutazioni. Nella Figura 11.5 viene riportato un esempio di istogramma in riferimento all'indicatore che valuta la percentuale dei pazienti con diabete, che appartengono ad una rete, che effettuano almeno una misurazione di emoglobina glicata durante l'anno. Sull'asse delle ascisse sono riportate le 134 reti di assistenza multiprofessionale e in ordinata la performance per ciascuna rete (la performance è stata valutata rispetto a 5 fasce di valutazione, dal rosso-performance scarsa al verde scuro performance ottima, calcolate seguendo la metodologia adottata dal sistema di valutazione del network delle regioni). In media, il 79% dei pazienti diabetici appartenenti alle reti multiprofessionali della Toscana fa almeno una misurazione di emoglobina glicata nell'anno. Le reti ad alte prestazioni (performance verde e verde scura) sono quelle in cui oltre l'84,6% dei pazienti è aderente alla linea guida. Dalla figura si evince tuttavia una significativa va-

Figura 11.5 Esempio di indicatore che misura la performance delle reti multiprofessionali. Percentuale di pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata nell'anno 2021



riabilità geografica tra le reti (range dell'indicatore: 44,8%-100%) che non può essere pienamente spiegata dai diversi bisogni clinici e/o preferenze dei pazienti, ma che in parte non può che essere attribuita alla rete multiprofessionale composta dai MMG e specialisti di riferimento.

In Figura 11.6 sono invece riportati due esempi di pentagrammi relativi alle reti multiprofessionali A e B formate da MMG appartenenti alla stessa Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) ma i cui pazienti diabetici hanno due ospedali di riferimento diversi. I pentagrammi sono suddivisi nelle cinque fasce di valutazione e i risultati ottenuti dalla rete ospedale-territorio relativamente agli indicatori di processo ed esito rappresentati dai pallini bianchi. Nello specifico, per ogni AFT vengono riportati i pentagrammi relativi. Il pentagramma costituisce infatti lo strumento che, più del bersaglio, consente di rappresentare in modo efficace la performance della rete lungo l'intero percorso assistenziale del paziente cronico.

I due pentagrammi a confronto mettono in evidenza l'eterogeneità dei comportamenti di "referrall" agli specialisti all'interno di un gruppo di 14 MMG appartenenti alla medesima AFT. Il 93% dei MMG fa riferimento agli specialisti appartenenti alla struttura A (primo pentagramma) mentre il restante 7% alla struttura B (secondo pentagramma). È possibile osservare che, nonostante i 14 MMG appartengano alla stessa AFT, le due reti mostrino performance differenti per la maggior parte degli indicatori del percorso. Ciò indica che pazienti affetti dalla stessa patologia cronica, seguiti da MMG appartenenti alla medesima AFT e che si rivolgono frequentemente a strutture specialistiche diverse, ricevono in media livelli di qualità assistenziale differenti. Appare evidente quindi come il confronto delle performance delle reti tramite il pentagramma si configura come uno strumento efficace non solo per il monitoraggio continuo della qualità delle cure rivolte ai pazienti cronici, ma anche come supporto gestionale a disposizione dei direttori di AFT, di distretto e dei direttori di presidio ospedaliero. Esso può infatti favorire l'attivazione di interventi di co-responsabilizzazione del personale sanitario coinvolto nelle reti, in relazione a obiettivi comuni di miglioramento della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza ai pazienti cronici che sono stati presi in carico congiuntamente.

Pertanto, per garantire cure di qualità e allo stesso tempo ridurre la variabilità non spiegata dai bisogni e preferenze dei pazienti, il sistema sanitario dovrebbe da un lato rior-

Figura 11.6 Pentagrammi relativi alle reti multiprofessionali A e B formate da MMG appartenenti alla stessa Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)



ganizzarsi in modo da fornire un'assistenza coordinata tra le diverse fasi del percorso di cura, considerate come parti di un *continuum* e gestite in modo unitario, tenendo conto della complessità determinata dalla molteplicità dei professionisti e *setting* coinvolti, dall'altro introdurre meccanismi gestionali coerenti con il nuovo assetto organizzativo, capaci di motivare i professionisti verso un'azione congiunta a favore dei pazienti.

In questo senso, il metodo delle reti multiprofessionali offre una prospettiva innovativa per valutare i percorsi inter-organizzativi e assistenziali delle patologie croniche, dal livello delle cure primarie a quello specialistico. Allo stesso tempo, può favorire strumenti per la definizione di obiettivi comuni che favoriscano la collaborazione e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, rendendo i team di professionisti afferenti alle reti co-responsabili dei risultati di performance conseguiti.

Per tradurre il metodo in azioni concrete, tuttavia, l'informazione assume un ruolo strategico: è necessario disporre di sistemi di monitoraggio in grado di individuare coorti di pazienti cronici e di tracciarne in maniera integrata i consumi di servizi, gli esiti clinici e i costi per singolo paziente. Le Regioni e le Aziende sanitarie devono quindi poter mettere a disposizione dei professionisti strumenti informativi capaci di seguire il paziente nei diversi setting assistenziali e di supportare l'implementazione di meccanismi di accountability congiunta tra setting, finalizzati al monitoraggio degli esiti e dell'appropriatezza delle cure.

11.4 Considerazioni conclusive

Nel primo numero del 2024 della rivista *Epidemiologia e Prevenzione* (Bisceglia *et al.* 2024), l'Associazione Italiana di Epidemiologia propone alcune riflessioni sul futuro dei sistemi di misurazione e sul ruolo che l'epidemiologia dovrà assumere nei prossimi anni.

Dall'analisi emerge la necessità di individuare sistemi di indicatori capaci di cogliere la complessità assistenziale presente sul territorio, ma anche di andare oltre la semplice descrizione dei dati, favorendone l'interpretazione. Allo stesso tempo, si sottolinea la proliferazione di strumenti e dashboard informative che rischiano di produrre l'effetto opposto a quello desiderato: anziché orientare, creano disorientamento e distolgono l'attenzione da ciò che è davvero rilevante.

Servono quindi strumenti che permettano di comprendere non solo le cause e le determinanti dei risultati, ma anche di orientare l'elaborazione di azioni e politiche sanitarie per migliorare le performance dei servizi.

In questa prospettiva, due caratteristiche del sistema di valutazione della performance del network sviluppato dal laboratorio MeS – la dinamicità e le rappresentazioni di sintesi – possono rappresentare chiavi fondamentali per interpretare i risultati e avviare ulteriori analisi.

Sebbene negli ultimi due decenni, il sistema di valutazione del network abbia cercato di rispondere a diverse esigenze informative, anche innovative come quelle richiamate nell'ultimo paragrafo, rimangono ancora interrogativi irrisolti e sfide da affrontare. Un ambito di sviluppo cruciale riguarda oggi l'integrazione strutturale delle informazioni relative all'esperienza e alla percezione degli utenti dei servizi territoriali, in coerenza con il framework proposto dal progetto PaRIS dell'OCSE (OECD 2025). Sebbene le comunità scientifica e manageriale abbiano ormai maturato la consapevolezza dell'importanza delle misure riportate dagli utenti, manca ancora un'infrastruttura informativa stabile, in grado di garantire continuità nella raccolta e nell'utilizzo dei dati e di ridurre la dipendenza da iniziative episodiche o da rilevazioni condotte da soggetti esterni.

La diffusione delle tecniche di intelligenza artificiale potrà contribuire a superare i limiti delle modalità tradizionali di raccolta, gestione e analisi dei dati, ampliando le potenzialità di utilizzo delle informazioni generate dagli utenti. In particolare, potrebbe essere più agevole integrare le informazioni derivanti da sistemi informativi diversi, già disponibili e supportare il monitoraggio in tempo reale. Parallelamente, gli investimenti sul Fascicolo Sanitario Elettronico e, più in generale, sull'Ecosistema Nazionale dei Dati Digitali delineano una nuova frontiera per l'integrazione delle basi dati, aprendo scenari finora inediti. Allo stesso tempo, l'impiego di fonti non convenzionali – incluse quelle generate dai social media – introduce la possibilità di un cambiamento paradigmatico sia nei contenuti informativi sia nelle modalità di raccolta ed elaborazione dei dati a fini valutativi. Queste innovazioni tecnologiche potrebbero inoltre permettere di tracciare e monitorare in modo più efficace e completo i percorsi dei pazienti attraverso i vari setting assistenziali, migliorando così l'efficienza e l'efficacia delle cure, oltre all'accesso ai servizi. Allo stesso tempo, potranno supportare l'implementazione di meccanismi di accountability congiunta tra setting, finalizzati al monitoraggio degli esiti e dell'appropriatezza delle cure, nonché alla motivazione e alla co-responsabilizzazione dei professionisti coinvolti nel percorso, in un'ottica di azione coordinata a favore dei pazienti.

Riferimenti bibliografici

- Arah OA., Klazinga NS., Delnoij DMJ. *et al.* (2003), *Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement*, in *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 15(5), 377–398.
- Arah OA., Westert G., Hurst J., Klazinga N. (2006), *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*, in *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 18(Suppl. 1), pp. 5–13
- Barr VJ., Robinson S., Marin-link B., *et al.* (2003), The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model, in *Hospital quarterly*, 7(1): 73–82.
- Belle N., Giacomelli G., Nuti S., Vainieri M. (2022), *Factoring in the human factor: experimental evidence on how public managers make sense of performance information*, in *International Public Management Journal* 25 (2), 178–191
- Bevan G., Evans A., Nuti S. (2019), *Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world*, in *Health Economics, Policy and Law*. 14 (2):141–61.
- Bisceglia *et al.* (2024), *Misurare il peso della crisi del SSN e collaborare per contrastarla*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 48(1):4–5.
- Borghini A., Corazza I., Nuti S. (2021), *Learning from Excellence to Improve Healthcare Services: The Experience of the Maternal and Child Care Pathway*. *International journal of environmental research and public health*, 18, 1481. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041481>.
- Casalini F., Seghieri C., Emdin M., Nuti S (2018), *Nuovi strumenti di management per la gestione integrata dei percorsi assistenziali dei pazienti cronici*, MECOSAN 102/2017.
- De Rosi S., Cerasuolo D., Nuti S. (2020), *Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy*, in *BMC Health Services Research*, 20, 1–17.
- De Rosi S., Ferrè F., Pennucci F. (2022), *Including patient-reported measures in performance evaluation systems: patient contribution in assessing and improving the healthcare systems*, in *The international journal of health planning and Management*. Volume37, IssueS1
- De Rosi S. (2025), *Il ruolo degli utenti nella definizione, gestione e valutazione dei servizi*, ETS, Pisa.
- Ferreira A., Otley D. (2009). *The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis*, in *Management Accounting Research* 20 (2009) 263–282
- Horton R. (2020), *Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic*, in *The Lancet* 396(10255): 874.
- ISTAT (2029). *Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”*, www.istat.it/Informazioni sulla rilevazione/Multiscopo sulle famiglie: aspetti...
- Leatt P., Pink GH., Guerriere M. (2000), *Towards a Canadian model of integrated healthcare*, in *Healthcare Papers*, 1 (2) pp. 13–35.
- Nalin M., Baroni I., Romano M., Levato G. (2015), *Chronic related groups (CReG) program in Lombardy*, in *European geriatric medicine* 6(4).
- Nuti S., (2008) *La valutazione della performance in sanità*, Il Mulino, Bologna.
- Nuti S., Fantini MP., Murante AM. (2014), *Valutare i percorsi in sanità*, Il Mulino, Bologna pp. 1–145.
- Nuti S., Noto G., Vola F., Vainieri M. (2018), *Let's play the patients music: a new generation of performance measurement systems in healthcare*, in *Management Decision*, 56(10), 2252–2272.
- Nuti S., Vola F., Bonini A., Vainieri M. (2015), *Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy*, in *Health Economics Policy and Law*, April 2015. DOI:10.1017/S1744133115000067.
- Nuti S., Ferrè F., Seghieri C. *et al.* (2020), *Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway*, in *Health Policy*, Jan;124(1):44–51.

- OECD (2025), *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (Paris)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>.
- Peruzzo E., Vainieri M., De Rosis S. (2025), *Enhancing Learning Systems in Using Patient Experience Data: An Exploratory Mixed-Method Study in Two Italian Regions*, in *The International Journal of Health planning and Management*. Volume 40, Issue 3 May 2025 Pages 688-700.
- Sagan A., Webb E., Azzopardi-Muscat N., et al. (eds.) (2021), *Health systems resilience during COVID-19. Lessons for building back better*, World Health Organization.
- Stukel TA., Glazier RH., Schultz SE., et al. (2013) *Multispecialty physician networks in Ontario*, in *Open Medicine*, May 14;7(2):e40-55, eCollection 2013.
- Vainieri M. Caputo A., Vinci A., et al. (2024a), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali – Report 2023 ISBN: 978-88-95613-65-9 Dedizioni, Pisa.
- Vainieri M, Caputo A, Vinci A. (2024b) *Resilience dimensions in health system performance assessments*, in *European Union. Bull World Health Organ* 2024;102:498–508
- Vainieri M., Noto G., Ferrè F., Rosella L. (2020), *A Performance Management System in Healthcare for All Seasons?*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (15), 5590.
- Vainieri M., Vola F. (2023) *The Challenges of Measuring Performance in Pandemic Times. Evidence from Italy*, in Persiani N. et al. (eds), *Challenges of Healthcare Systems in the Era of COVID-19*. Springer Nature
- Vola F., Benedetto V., Vainieri M., Nuti M. (2022), *The Italian interregional performance evaluation system*, in *Research in Health Services & Regions*, 1(1), 1-14. 4.
- WHO (2025), *Noncommunicable diseases progress monitor 2025*, World Health Organization, Geneva 2025.
- Willmington C., Belardi P., Murante AM., Vainieri M. (2022), *The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review*, in *BMC health services research* 22 (1), 1-20.

12. Cronicità e presa in carico globale dei pazienti: il contributo dei servizi sociosanitari

Antonello Zangrandi

12.1 Contesto demografico e condizioni di salute della popolazione

La tendenza demografica che attualmente interessa il nostro Paese, così come molti altri Paesi in Europa e nel mondo, risulta essere caratterizzata da un fenomeno di invecchiamento progressivo volto ad impattare in maniera significativa sul sistema di Long-Term Care nazionale. Stando alle ultime statistiche ISTAT, complici diversi fenomeni tra cui il calo della mortalità e il calo della fecondità, la percentuale di anziani (over 65) e grandi anziani (over 85) è destinata ad aumentare, tanto da superare il 34% della popolazione nel 2050 e un indice di dipendenza, indicativo del rapporto tra la popolazione anziana e quella in età lavorativa, del 74,4% nello stesso anno.

Parallelamente, si osserva una diminuzione della popolazione in età attiva e dei giovani, mentre l'età media ha registrato un significativo incremento, raggiungendo i 46,6 anni nel giro di un ventennio. Nel 2024, inoltre, l'indice di vecchiaia ha toccato quota 199,8%, con un aumento di oltre 64 punti percentuali rispetto ai due decenni precedenti. Anche la struttura familiare sta cambiando profondamente: aumentano le coppie senza figli e le famiglie mononucleari, soprattutto quelle formate da persone sole ultra-sessantenni¹. Quello che più va attenzionato, stando al quadro appena delineato sopra, è il legame che intercorre inevitabilmente tra l'invecchiamento della popolazione e una maggiore frequenza e complessità della domanda di cure, dovuto al numero crescente di persone che, raggiunta una certa soglia d'età, risultano affette da diverse malattie e condizioni croniche, spesso degenerative, che determinano di frequente la perdita parziale o totale di autosufficienza. Stando alle evidenze empiriche esistenti sul tema, infatti, da un punto di vista biologico l'invecchiamento risulta essere associato all'accumulo graduale di danni molecolari e cellulari, i quali, nel corso del tempo, si traducono in una progressiva e generalizzata compromissione di molte funzioni corporee tra cui quelle di movimento (declino della forza e della funzione muscolo-scheletrica oltre a significativi cambiamenti nelle ossa e nelle articolazioni), quelle sensoriali (declino dell'udito e della vista) e quelle cognitive (deterioramento della memoria), in un maggior rischio di contrarre malattie (come conseguenza di una ridotta funzione immunitaria) e in un generale declino delle capacità dell'individuo (World Health Organization, 2015). Sebbe-

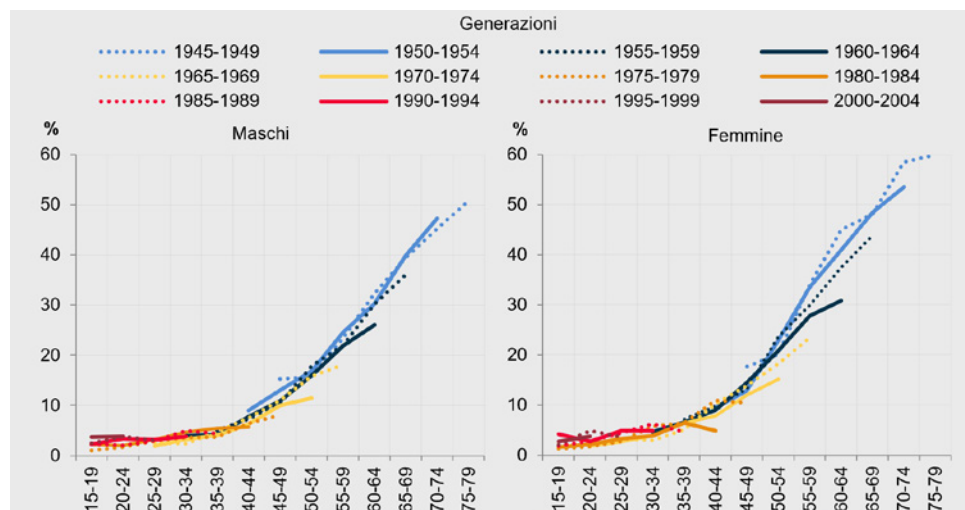
¹ Si veda il contributo di Giorgia Marinuzzi, Marianna Prato, Anna Romagno, *Dal sanitario al socio-sanitario: l'evoluzione della domanda*, in questo volume per la trattazione più approfondita delle tematiche ivi considerate.

ne vi sia una notevole diversità nel modo in cui i suddetti cambiamenti fisiologici sono vissuti a livello individuale (in quanto tale decorso è influenzato anche dalla genetica, dall'ambiente e dallo stile di vita del singolo), con l'avanzare dell'età è anche più probabile che si verifichi la presenza contemporanea di più condizioni croniche (nota come comorbidità o multimorbidità) e che le interazioni tra esse possano generare, talvolta, notevoli ripercussioni sulla qualità della vita dell'individuo che ne è affetto.

Entrando nel merito dei dati relativi alla diffusione del fenomeno su scala nazionale, le malattie croniche interessano circa 24 milioni di persone, e sono circa 13 milioni le persone affette da almeno due patologie croniche. Tra coloro che hanno più di 75 anni di età, a riprova del fatto che, come approfondito sopra, l'incidenza della cronicità risulti aumentare al crescere dell'età, tali dati raggiungono rispettivamente l'85% ed il 64,3% in caso di comorbidità (ISTAT 2024ab).

È pur vero che, al contempo, una recente analisi generazionale condotta da ISTAT ha rivelato una riduzione del fenomeno della comorbidità nel corso degli ultimi trent'anni, denotando, di conseguenza, una posticipazione nell'età di esordio di gravi problematiche di salute. Nell'arco di tempo considerato, infatti, la quota di persone affetta da più patologie tra i 45 e i 49 anni risulta essersi quasi dimezzata mentre nella fascia di età che va dai 55 ai 59 anni si registra una riduzione di oltre 12 punti percentuali. Tale calo interessa anche le persone tra i 65 e i 69 anni, seppur in modo più contenuto, mentre a partire dagli 80 anni di età non si osserva più alcun cambiamento (Figura 12.1).

Figura 12.1 Persone di 15 anni e più con multimorbidità (due o più patologie croniche²) per sesso, classe di età e generazione. Anni 1994, 1999, 2003, 2009, 2014, 2019 e 2023 (valori percentuali)



Fonte: ISTAT, *Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana*

- 2 Si considerano diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica e enfisema e insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore (incluso linfoma e leucemia), ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi e artrite, osteoporosi, disturbi nervosi (inclusi Alzheimer e demenze senili dal 2021).

Come anticipato sopra, talvolta le malattie croniche sono in grado di inficiare l'autonomia della persona diventando, in alcuni casi, anche particolarmente invalidanti. A tal proposito, prendendo a riferimento l'analisi condotta nell'ambito degli ultimi Rapporti dell'Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano (OASI) e dell'Osservatorio Long-Term Care (OLTC) di Cergas SDA Bocconi, si utilizza la classificazione adottata nell'ambito dell'Indagine europea sulla salute (Ehis), condotta da ISTAT nel 2019 su un campione di 22.800 famiglie risiedenti su tutto il territorio nazionale (ISTAT, 2021), secondo la quale con "anziani non autosufficienti" si fa riferimento alle persone, di età superiore o pari a 65 anni, che presentano gravi limitazioni nelle attività funzionali di base (limitazioni funzionali)³.

Come riportato in Tabella 12.1, l'indagine ha rilevato come il 28,4% della popolazione anziana presentasse gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive, il 31,5% limitazioni nella mobilità dovute a problemi di salute e il 10,6% gravi difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane di cura della persona (di cui il 66% circa con necessità di assistenza o ausili specifici).

Tabella 12.1 Indicatori di salute della popolazione anziana (65 anni e oltre) e bisogno di assistenza per classe di età e sesso. Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

Classe di età	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
Totale	43,2%	52,0%	14,7%	28,4%	31,5%	10,6%	65,8%
Totale V.A.	5.871	7.064	3.919	3.860	5.136	1.437	945

Fonte: ISTAT (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*

Nello scenario finora delineato, appare evidente come l'aumento progressivo della longevità della popolazione renda la sfida legata alle malattie croniche sempre più gravosa, rappresentando un rischio per la sostenibilità del sistema sanitario nel lungo periodo. Lo stato di cronicità, infatti, risulta essere spesso associato a una compromissione di diversi aspetti della vita dell'individuo, dalla perdita di funzionalità fisica, che spesso

3 Si fa riferimento alle limitazioni in almeno una delle attività che riguardano le funzioni del movimento (attività motorie del camminare e salire o scendere le scale), quelle sensoriali (vedere e sentire) o quelle cognitive (ricordare e concentrarsi). Per ciascuna di queste funzioni si rileva il livello di difficoltà a compiere le specifiche attività secondo la valutazione soggettiva dell'intervistato.

implica una riduzione dell'autonomia personale, al deterioramento della vita relazionale, con conseguenze che comportano un aumento delle ospedalizzazioni, un maggiore utilizzo di risorse sanitarie, sociali e assistenziali ed un incremento del rischio di mortalità (Consiglio Superiore di Sanità 2020).

Diventa, pertanto, fondamentale trattare la riduzione dell'impatto di tali malattie con elevata priorità, puntando alla prevenzione e al controllo di tali condizioni che, se ben gestite, consentono comunque una discreta qualità della vita. Da qui la necessità di adottare un modello di assistenza diverso, che si distanzi da un tipo di presa in carico più adeguato alle malattie acute per spostare le risorse sul territorio ed evitare non solo l'insorgere della malattia, ma anche eventuali ricadute, peggioramenti o sviluppo di disabilità in coloro che già risultano affetti da una patologia di questo tipo.

12.2 La copertura del bisogno assistenziale in Italia

Si può stimare che, nell'anno 2025, la quota di popolazione anziana considerata non autosufficiente in Italia si aggiri intorno a 4.138.781 persone sul totale della popolazione over 65⁴, un numero significativo che evidenzia come, ad oggi, sia quanto più centrale riporre un'attenzione particolare rispetto al tema dell'assistenza a lungo termine.

Il sistema di Long-Term Care nel nostro Paese prevede diverse tipologie di assistenza destinate, tra i vari soggetti non autosufficienti, nello specifico alle persone anziane e tra queste figurano:

- Le cure domiciliari, che si distinguono in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), quando prevedono l'erogazione di prestazioni di tipo sanitario, e Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), quando hanno finalità sociali e sono erogate dai Comuni.
- I servizi residenziali (erogati in strutture che hanno caratteristiche alberghiere e ospitano in via temporanea o permanente l'anziano non autosufficiente) e semiresidenziali (strutture di tipo diurno, che solitamente ospitano coloro che presentano una non autosufficienza parziale) che rappresentano una soluzione idonea per tutti quei soggetti che non hanno più la possibilità di essere assistiti in modo efficace e sicuro al proprio domicilio.
- Infine, le prestazioni di tipo economico, di diversa natura e subordinate alla verifica dell'esistenza di condizioni psico-fisiche da cui derivino comprovate esigenze di assistenza continua.

Gli ultimi dati resi disponibili nell'Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale (anno 2023) consentono di restituire una fotografia di quella che risulta essere la capacità produttiva complessiva del sistema di offerta sociosanitario pubblico nazionale. Questo ha reso possibile, a partire dal volume di utenti anziani presi in carico nello stesso anno dai diversi servizi considerati, la determinazione del tasso di copertura del fabbisogno degli anziani non autosufficienti stimati⁵, così come emerge nella Tabella 12.2.

4 Prendendo come riferimento l'analisi condotta e la metodologia adottata nell'ambito degli ultimi Rapporti OASI (nello specifico del Capitolo 5) e OLTG di CERGAS SDA Bocconi già menzionati nel testo, tale stima è stata effettuata a partire dai dati ISTAT sulla popolazione oltre i 65 anni di età al 1/1/2025 (pari a 14.573.173 individui) cui si applica la percentuale di Over 65 caratterizzati da gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive secondo la classificazione proposta da Ehis nell'anno 2019 (pari al 28,4%).

5 Adeguando la metodologia adottata alla stima di anziani non autosufficienti effettuata, il tasso di copertura del

Tabella 12.2 Tasso di copertura del fabbisogno stimato

Stima della popolazione con bisogni di assistenza al 1/1/2025	Servizio	Utenti anziani in carico (anno 2023)	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
4.138.781	Residenziale ⁶	304.270	7,35%
	Semiresidenziale ⁷	22.796	0,55%
	Domiciliare (ADI)	1.232.280 ⁸	29,77%

Fonte: Dati di popolazione tratti da ISTAT, dati di utenza tratti dall'Annuario Statistico SSN del 2023 e metodologia tratta da CERGAS SDA Bocconi

A completare il quadro appena mostrato, tra le prestazioni di carattere economico come sostegno al reddito, al contempo, l'indennità di accompagnamento risulta essere senza dubbio la più diffusa. Di essa, al 2022, beneficiavano all'incirca il 40% degli anziani non autosufficienti (Tabella 12.3).

Tabella 12.3 Indennità di accompagnamento: tasso di copertura

Stima della popolazione con bisogni di assistenza al 1/1/2025	Prestazione	Stima attuale degli anziani over 65 percipienti	Tasso di copertura (Anno 2022)
4.138.781	Indennità di accompagnamento	1.663.790 ⁹	40,2%

Fonte: Dati di popolazione tratti da ISTAT, dati di copertura tratti da Rapporto OASI 2024, Capitolo 5

Tali prospetti evidenziano come, nel complesso, il livello di copertura del bisogno fornito dalla rete socio-sanitaria pubblica italiana sul territorio appaia per lo più limitato, con una capacità contenuta di soddisfare il fabbisogno dell'intera platea degli anziani che necessitano servizi di supporto (Cergas SDA Bocconi 2025).

Dalla lettura dei dati riportati nella Tabella 12.2, emerge come l'Assistenza Domiciliare risulti essere il servizio in kind che raggiunge il maggior numero di anziani over 65 non autosufficienti nonostante si registri, rispetto all'anno precedente, una lieve diminuzione sia in termini di casi anziani trattati che di ore totali per caso anziano trattato. I servizi semiresidenziali risultano essere il setting assistenziale meno diffuso, pur presentando un aumento del 15% degli utenti presi in carico rispetto all'anno precedente. Infine, la residenzialità, pur raggiungendo una copertura del bisogno pari al 7,35%, con

fabbisogno per ciascun servizio considerato è dato dal rapporto tra il numero di utenti in carico, tratti dall'ultimo Annuario SSN, e la stima della popolazione bisognosa di assistenza.

6 Si considerano le Residenze Sanitarie Assistenziali, le Case protette, gli Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale le strutture che svolgono attività di tipo residenziale.

7 Si considerano Centri Diurni o altre strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale.

8 Percentuale di anziani trattati (74,9%) sul totale di casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (1.645.234).

9 Tale stima è calcolata sulla base della quota di diffusione dell'Indennità di Accompagnamento tra la popolazione 65+ non autosufficiente secondo quanto riportato dal Capitolo 5 del Rapporto OASI 2024, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, promosso dal CERGAS SDA Bocconi (40,2%).

una crescita trascurabile degli utenti presi in carico (+0,6%) rispetto al 2022, risulta comunque carente rispetto a quelli che sono i bisogni, soprattutto prospettici, della popolazione anziana.

Il quadro appena delineato porta con sé la necessità di una riflessione più profonda circa la reale adeguatezza dei setting di cura all'interno dei quali questi pazienti vengono presi in carico rispetto ai bisogni specifici che essi esprimono. In particolare, è bene focalizzarsi sull'utilizzo appropriato del setting ospedaliero in presenza di determinate casistiche spesso correlate a pazienti anziani.

A tal proposito, lo studio effettuato sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) di alcune ATS di Regione Lombardia (Fondazione per la Sussidiarietà, 2025) è stato utile a mettere in luce proprio questo aspetto. Esso, infatti, ha preso in analisi i ricoveri di anziani over 65 eccedenti il valore soglia delle giornate di degenza in reparti per acuti, focalizzandosi sui DRG relativi a tre gruppi di patologie, ovvero diabete, neoplasie ed infezioni, estremamente comuni a questo target di popolazione nonché tra le più interessate da una riorganizzazione del sistema di offerta legato ad una valorizzazione delle forme di assistenza territoriale.

I dati raccolti hanno reso possibile una valorizzazione delle giornate oltre soglia correlate a ciascun DRG oggetto di analisi, deducendo dalle SDO la tariffa ad esse correlata e consentendo la restituzione di una stima monetaria approssimativa circa la quantità di risorse assorbita dalle casistiche considerate all'interno del setting ospedaliero lombardo. Ciò che è possibile osservare dalla Tabella 12.4 è, pertanto, la rappresentazione quantitativa del carico sanitario che risulta essere associato a questa fascia di popolazione per quei casi che, stando alla durata prolungata del ricovero e al tipo di patologia, si distinguono per un utilizzo di risorse più elevato rispetto a quanto preventivato.

Tabella 12.4 Stima del valore monetario associato al volume complessivo di giornate oltre soglia over 65 per gruppo di patologie, sulla base della tariffa previsto per giornata oltre soglia correlata a ciascun DRG associato alle patologie prese in esame.

Patologia	Casi oltre Soglia over 65	Giornate oltre soglia over 65	Valore giornate oltre soglia over 65
Infezione	8.272	139.652	21.344.097,14 €
Diabete	68	935	5.165,57 €
Neoplasie	911	8.592	1.547.636,30 €
Totale	9.251	149.179	22.896.899,01 €

Nel caso dello studio preso in esame, tale stima economica arriva a superare i 22 milioni di euro in un solo anno con un dispendio che risulta più elevato per la categoria delle infezioni stando a dimostrare come, soprattutto per le complicanze che potrebbero sorgere in pazienti più debilitati come quelli anziani, i ricoveri associati a tale patologia si prolunghino più del dovuto generando un carico economico significativo in termini di risorse utilizzate. È possibile che tali risorse, con l'aiuto di una potenziale politica di riconversione della spesa, possano essere riallocate in modo anche più efficace considerando modelli di presa in carico differenti rispetto al ricovero ospedaliero, che siano

in grado di rispondere in modo quanto più differenziato e personalizzato possibile ai bisogni dei pazienti.

La rilevanza di quanto detto finora sta nel prendere consapevolezza di come alcune patologie, particolarmente diffuse tra i pazienti anziani di età superiore a sessantacinque anni, per quanto comunemente trattate all'interno di reparti per acuti, si prestano per loro natura ad essere compatibili, sin dall'esordio o in una fase successiva del decorso della malattia, con una riorganizzazione del modello erogativo che indirizzi le risorse in modo precoce e tempestivo verso setting assistenziali alternativi come quello territoriale o, in particolar modo, quello domiciliare. Questo poiché tali contesti di cura, a seconda delle casistiche, sono in grado di garantire una gestione altrettanto appropriata, se non in alcuni casi più idonea, della patologia.

12.3 Un paradigma differente nella presa in carico delle cronicità

Ripensare il sistema di offerta dei servizi agli anziani sembra essere, alla luce delle considerazioni fatte finora, una necessità quanto più stringente al fine di assicurarne la sostenibilità nel medio-lungo periodo. Sono molteplici, infatti, i fattori sui quali sarebbe opportuno intervenire per adempiere a tale scopo.

La realtà odierna richiede innanzitutto di superare la frammentarietà tipica dei sistemi di accreditamento esistenti sul territorio così come il poco coordinamento e la scarsa comunicazione che caratterizzano le relazioni tra i diversi attori coinvolti nei processi di erogazione di servizi socio-sanitari agli anziani. È in questo contesto che pensare ad un sistema di accreditamento che superi una divisione a silos e incentivi, al contempo, una maggiore capacità di dialogo e cooperazione nonché la creazione di una rete integrata che coinvolga tutte le dimensioni rilevanti (sociali, sanitarie e assistenziali), appare un fattore essenziale nell'ottica di assicurare una reale continuità nelle cure e di garantire, tra le altre cose, maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, decongestionamento del Pronto Soccorso, dimissioni più tempestive e, nel complesso, un supporto territoriale più efficace.

Le carenze che, inevitabilmente, scaturiscono dalla forte disomogeneità esistente tra i diversi livelli di presa in carico, rappresentano un ostacolo se si vuole garantire un servizio che si possa definire efficace e completo, ma soprattutto capace di raggiungere una platea di utenti che sia quanto più ampia possibile.

Al contrario, tali condizioni non possono far altro che generare ripercussioni sull'appropriatezza della risposta al bisogno, portando in auge due tematiche altrettanto stringenti: l'effettiva centralità del paziente e l'utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse.

Nel primo caso, ripensare il sistema di offerta dei servizi include la necessità di spostare il focus sulla diversificazione e sulla personalizzazione delle soluzioni proposte, creando un vero e proprio percorso assistenziale; sempre ragionando nell'ottica di un'effettiva integrazione in rete delle diverse soluzioni esistenti, è necessario pensare un servizio che sia in grado di mettere al centro i bisogni specifici della persona fragile con condizioni di cronicità e di generare nel tempo una risposta che sia articolata e adeguata al singolo individuo preso in carico e che si riveli quanto più globale e proporzionata alle necessità emerse. Questo, ad esempio, non può prescindere dal coinvolgimento attivo della famiglia o dei caregiver nei processi assistenziali, i quali assumono un ruolo sempre più centrale e diventano una risorsa imprescindibile per la sostenibilità del sistema.

Tale condizione è purtroppo, ad oggi, ancora molto lontana dalla realtà, basti pensare alla diffusione di soluzioni alternative alla cura delle persone fragili di cui è un buon esempio il fenomeno del badantato, molto spesso anche irregolare, in continua crescita. Alla luce dell'evoluzione demografica e dei cambiamenti che caratterizzano la presente epoca storica, è impossibile pensare che i bisogni rimangano invariati. Al contrario, essi assumono una connotazione quanto più ampia che rende sempre più labile la separazione fra risposte sociali e sanitarie, richiedendo maggiore integrazione, flessibilità e adattamento da parte della rete di offerta che è tenuta ad interpretare in modo globale i bisogni dal punto di vista personale, familiare e sociale.

Cercare di mantenere l'utente anziano e fragile quanto più possibile all'interno del proprio ambiente, idoneo a trasmettere un senso di sicurezza e familiarità, infatti, non fa solo riferimento alla dimensione della propria abitazione bensì anche al contesto comunitario. Ed è in questo contesto che uscire dagli schemi finora formalizzati vuol dire anche ricercare sinergie tra forme residenziali, abitative e di comunità, tutelando l'integrazione e il valore sociale di quest'ultima al fine di ridurre, quanto più possibile, il senso di isolamento della persona fragile e di chi le sta accanto.

La seconda questione, ovvero l'utilizzo appropriato delle risorse, porta con sé un tema di ristrutturazione e riconversione della spesa da un setting assistenziale ad un altro, il quale, in presenza di determinate circostanze, potrebbe rivelarsi più idoneo per una presa in carico efficace dell'individuo. Il caso più emblematico riguarda la risposta offerta dagli ospedali e la possibilità di favorire modelli alternativi al ricovero, rintracciabili spesso attraverso l'utilizzo di setting quali quello territoriale o quello domiciliare, capaci di generare dei risultati altrettanto validi e opportuni (alle volte anche in grado di impattare positivamente sulla compliance del soggetto al trattamento della patologia) migliorando l'utilizzo delle risorse del sistema nel suo complesso.

Tale ristrutturazione delle attività non è però scevra da rischi e non può avvenire automaticamente, ma solo attraverso veri e propri piani adeguati a ciascuna realtà e capaci di rimodellare e ridefinirne l'offerta assicurando, al contempo, una reale razionalizzazione dei costi e risparmi effettivi.

Ragionando in un'ottica globale di trasformazione delle risorse, non si può non considerare, infine, il tema della qualità e della quantità del personale necessario al buon funzionamento e allo sviluppo del sistema. È importante, infatti, assicurare una formazione e uno sviluppo di competenze tale da rendere le figure professionali coinvolte preparate e idonee ad operare anche in un'ottica multi scenario; potenziando le competenze legate ad un approccio al bisogno che superi i confini del singolo setting di cura e si concentri sull'integrazione tra i diversi attori e i diversi "luoghi" di risposta ai bisogni delle persone e delle famiglie. Tutto questo discorso parte da un assunto di base, ovvero che è essenziale disporre di una quantità di personale sufficiente a soddisfare i bisogni degli utenti in un periodo storico in cui tale penuria risulta particolarmente allarmante. Il fenomeno della carenza di personale è ormai una realtà evidente che coinvolge quasi tutte le figure professionali parti del percorso, basti pensare, solo a titolo esemplificativo, alla crisi della Medicina Generale e all'impatto che ciò ha sui processi di presa in carico e sul livello di integrazione tra i diversi attori del sistema ricoprendo, essi stessi, un ruolo di "governo" del bisogno dei propri assistiti.

12.4 Realizzare la visione della Legge 33/2023: il Progetto Anchise

In buona sostanza, quanto ad oggetto del presente contributo fino a questo momento, è stato parte costituente di un'importante iniziativa a livello legislativo. Il miglioramento della condizione dell'invecchiamento in Italia, che passa dalla creazione di un nuovo modo di intendere la vecchiaia, è infatti il presupposto alla base della Legge Delega 33/2023 nata dall'impegno di Monsignor Vincenzo Paglia, in qualità di Presidente della commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza agli anziani, e resa poi operativa con il Decreto Legislativo 29/2024.

Tra i pilastri concettuali dei suddetti provvedimenti, vi è la promozione del valore umano, psicologico, sociale ed economico delle persone anziane, in quanto risorse fondamentali per la Comunità. La norma intende poi favorire attività inclusive e partecipative che incentivino una maggiore socializzazione e contrastino solitudine e deprivazione relazionale, riconoscendo, allo stesso tempo, il diritto di ogni anziano a vivere in modo indipendente e a ricevere, in caso di necessità, cure e assistenza a domicilio. Il tema, per citare le parole di Monsignor Paglia, è che, laddove possibile, sia l'ospedale che va a casa, non viceversa.

Questo obiettivo è chiaramente affiancato dall'integrazione tra servizi sanitari e sociali e dalla validazione di altre forme assistenziali, come quella domiciliare, assicurando una continuità di cura tra ospedale e territorio, che si serva anche di percorsi digitalizzati grazie alle nuove soluzioni di telemedicina, e tra i diversi enti erogatori (ASL, ospedali, ambiti territoriali sociali, comuni, enti accreditati, ecc.), promuovendo modalità operative condivise per la valutazione multidimensionale integrata, la progettazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e l'erogazione coordinata dei servizi.

La Legge 33 funge, quindi, da cornice all'interno della quale creare le condizioni atte a mettere in pratica le cosiddette "sperimentazioni", intese come interventi innovativi volti al miglioramento dell'efficacia dell'assistenza agli anziani, all'ottimizzazione della qualità percepita e all'efficienza, in termini di costo-efficacia, dei servizi erogati. Trovare soluzioni nuove, diventa quindi un impegno morale, economico e sanitario e vuole essere in grado di dimostrare il potenziale di curare gli anziani a casa, nell'ambito di un più ampio continuum assistenziale senza lasciarli soli e, perché no, consentendo anche di risparmiare ingenti risorse.

Nell'ambito di tali sperimentazioni, il progetto pilota della Regione Lazio interessa la città di Roma e prende il nome di Progetto Anchise. Esso nasce dalla necessità di integrare l'intervento sociale con quello sanitario e assistenziale e mira a realizzare un'effettiva presa in carico che, da un lato, provi a ridurre il consumo di risorse ospedaliere e, dall'altro, rafforzi la presenza territoriale, in linea con il DM77. A supportare l'iniziativa sono diversi attori: la Regione Lazio, il Comune di Roma Capitale, il Policlinico di Tor Vergata (PTV) in qualità di ospedale di riferimento, l'ASL Roma 2 e l'Università di Tor Vergata, attraverso il Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione.

La scelta dell'area oggetto dell'intervento corrisponde, più nello specifico, al territorio del VI Municipio, contesto simbolico per le sue condizioni di particolare fragilità sociale, e, in particolare, al quartiere di Tor Bella Monaca, zona urbanistica particolarmente popolosa.

È vasta la popolazione interessata dall'intervento¹⁰. Esso ha infatti l'obiettivo di arruolare tutti gli anziani over 80 della zona, nonché gli anziani over 65 che rientrino in una tra le seguenti categorie:

- Frequent Users del Pronto Soccorso del Policlinico PTV;
- Pazienti con degenze oltre soglia del Policlinico PTV;
- Pazienti oncologici del Policlinico PTV;
- Pazienti fragili segnalati dai Punti Unici di Accesso (PUA).

Lo scopo principale del progetto è ridurre il ricorso improprio ai servizi ospedalieri e di emergenza, nonché la quota di degenze ripetute e prolungate. A questo proposito, coloro che riporteranno le caratteristiche di cui sopra saranno sottoposti ad una valutazione multidimensionale e multiprofessionale che esiterà nella redazione di un Piano Assistenziale Integrato (PAINT). Il PAINT, a seconda della casistica specifica, prevede una serie di servizi destinati ad essere erogati in forma singola o in combinazione:

- Dimissioni protette in regime di Assistenza Domiciliare Integrata offerta da erogatori accreditati sia sul versante sociale che su quello sanitario di tipo continuativo;
- Assistenza ambulatoriale periodica e protratta nel tempo;
- Cure palliative e simultanee per pazienti anziani oncologici;
- Possibilità di essere ospitati in co housing;
- Possibilità di accesso a centro diurno con nucleo Alzheimer;
- Telemonitoraggio e teleassistenza.

Per quanto riguarda il resto della popolazione target, l'arruolamento e presa in carico degli anziani over 80 passa attraverso un monitoraggio attivo, valutazioni multidimensionali a cadenza annuale, iniziative di prevenzione e il rafforzamento della rete sociale per combatterne la solitudine.

Sono diversi i risultati che ci si aspetta di ottenere dalla sperimentazione. Si punta, innanzitutto, ad una riduzione sostanziale (tra il 20% e il 30%) degli accessi impropri al Pronto Soccorso, insieme ad un calo delle giornate di degenza oltre soglia, dei ricoveri e degli accessi in RSA. Parallelamente, l'obiettivo è anche migliorare complessivamente la qualità della vita e del capitale sociale.

Senza dubbio, incarnando i principi della Legge 33, il Progetto Anchise vuole rappresentare un passo concreto verso un ripensamento più sostenibile e completo della presa in carico delle persone anziane, aprendo la strada ad un'assistenza più inclusiva e, soprattutto, più orientata al bisogno.

12.5 Azioni operative e politiche da mettere in atto

Le condizioni emerse circa le attuali debolezze del sistema di assistenza agli anziani, lasciano spazio ad alcuni suggerimenti di policy utili a mettere in luce alcuni possibili interventi che appare necessario prioritizzare nel breve-medio periodo.

1. Occorre predisporre un Sistema Nazionale integrato di assistenza agli anziani che renda la non autosufficienza un nuovo e specifico ambito del Welfare, distinto dagli

¹⁰ Trattandosi di una sperimentazione, la popolazione sarà divisa equamente in soggetti di controllo e soggetti di intervento.

altri ma che, al pari di quelli già esistenti, sia dotato di un oggetto chiaro e di obiettivi e confini ben definiti. La frammentarietà degli interventi, che ancora caratterizza la realtà odierna, verrebbe soppiantata dall'unificazione di logiche e modelli d'intervento che va nella direzione di un assetto organizzativo stabile per il coordinamento unitario e l'attuazione congiunta di tutte le misure pubbliche – statali, regionali e comunali – rivolte all'assistenza degli anziani non autosufficienti. La logica è quella che sottende il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) introdotto nella Legge Delega 33/2023, ma quest'ultimo è attualmente ancora lontano dal concretizzarsi in modo effettivo.

2. Il tema dell'integrazione diventa sempre più importante se si pensa alla continua evoluzione dei bisogni, già più volte menzionata, e alla conseguente necessità di personalizzare la presa in carico in base alla peculiarità delle esigenze del singolo. È questa l'idea alla base della realizzazione del Piano Assistenziale Integrato ovvero un piano di assistenza individualizzato che, però, per quanto sia previsto dalla normativa nazionale e per quanto sia indubbiamente una via da perseguire, risulta attualmente una soluzione poco praticabile in mancanza di una logica di rete che preveda un continuum effettivo tra le varie risposte disponibili. Per ovviare alla suddetta mancanza occorrerebbe, anzitutto, introdurre un sistema di accreditamento orizzontale che consenta di modulare nel tempo il livello di assistenza in base all'evoluzione delle condizioni della persona anziana e del contesto di vita familiare, assicurando così una continuità effettiva nel percorso di cura del paziente. Tutto ciò assume un'importanza ancora maggiore se si considera il tema, spesso trascurato ma cruciale, del sollievo che continua ad essere un servizio escluso dal sistema di offerta del Servizio Sanitario Nazionale, ma che potrebbe offrire ai caregiver un supporto prezioso. A tal proposito, il sistema di valutazione dei criteri per l'accreditamento può essere un alleato nel perseguimento della qualità e della risposta ai bisogni se si considerasse, oltre alla dimensione organizzativa/strutturale dell'offerta, anche l'impatto sulla persona e sulla comunità di cui essa fa parte, centrando l'accreditamento sui percorsi e non solo sulle strutture.

In questo contesto, le Regioni risultano svolgere un ruolo di fondamentale importanza nel promuovere policy che consentano ai soggetti erogatori di individuare quantità e qualità di servizi idonei ai bisogni delle persone con una capacità di promuovere rete, anche mediante l'implementazione di politiche di incentivazione finanziaria. Da questo deriva anche una loro responsabilità relativa all'implementazione di un approccio valutativo che sia relazionato ai progetti intrapresi dai soggetti erogatori e alla loro capacità di sostenerli nel tempo.

3. Occorre, sempre nell'ottica di perseguire un'uniformità sistematica, orientarsi verso un modello che integri maggiormente l'offerta di servizi sanitari con quelli sociali, superando il disordine esistente rispetto agli attori istituzionali coinvolti. I servizi di comunità e prossimità rivestono, infatti, un ruolo cruciale nel combattere l'isolamento relazionale e la marginalizzazione dell'anziano non autosufficiente ed è in quest'ottica che occorrerebbe ripensare le residenze e i centri diurni per anziani come presidi locali integrati a sostegno di una domiciliarità vera, che non sia intesa necessariamente come permanenza nella casa di origine ma anche come appartenenza ad un territorio relazionale e comunitario.

4. La necessità di affrontare i bisogni in modo integrato e non come singolo attore del sistema, richiede anche di superare il dualismo esistente tra pubblico e privato in un'ottica di cooperazione. È necessario, in tal senso, adottare modelli organizzativi che siano capaci di valorizzare le competenze di tutti gli attori coinvolti, a prescindere dal fatto che essi siano pubblici, privati, profit e non profit, per favorire lo sviluppo del sistema nel suo insieme ed intervenire efficacemente sulle aree più fragili, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale. Alla luce di questo contesto, occorre quindi essere capaci di valorizzare anche la capacità di prossimità del Terzo Settore nelle politiche di assistenza agli anziani. È fondamentale, in tal senso, promuovere processi di co-programmazione e co-progettazione che coinvolgano attivamente tutti i soggetti, oltre che nella gestione dei servizi, anche nelle fasi di ideazione, sviluppo e definizione delle modalità di attuazione.
5. Occorre prediligere il setting domiciliare per tutte quelle patologie idonee ad essere trattate fuori dal contesto ospedaliero, creando servizi integrati tra ricovero e domicilio, che diano vita a percorsi assistenziali unificati dai quali possano trarre beneficio non solo i pazienti, ma le strutture stesse. Anche questo approccio, tuttavia, per essere attuato necessita di un inevitabile supporto da parte della Regione attraverso, ad esempio, la previsione di politiche di remunerazione che vadano a premiare chi integra queste diverse attività e servizi. Ad essa spetta anche un'azione di guida rispetto all'introduzione di piani effettivi d'intervento che vengano calati nelle diverse realtà e siano in grado di garantire un'effettiva riconversione delle risorse e una presa in carico domiciliare dei pazienti nell'arco di un periodo definito di tempo (es. 12/18 mesi).
6. Per rimediare alla carenza strutturale di professionisti occorre, anzitutto, che il sistema tariffario assicuri un'adeguata remunerazione a tutti i livelli coinvolti nella produzione dei servizi a partire, per l'appunto, dal personale. Remunerare in modo corretto il lavoro rientra nella sfera più ampia della valorizzazione delle competenze accanto alla quale assume un ruolo di preminenza anche la formazione, nello specifico un'attività formativa che sia capace di promuovere livelli di servizio sempre più centrati sulle esigenze del paziente, così come la creazione di condizioni di lavoro più sicure.
7. Il sistema delle tariffe e l'identificazione di sistemi di remunerazione adeguati riguarda anche i servizi di assistenza da remoto come la telemedicina, che potrebbe giocare un ruolo determinante nella continuità delle cure e nella promozione della soluzione domiciliare. Occorre valorizzare sempre di più questo sistema riconoscendone la rilevanza, a partire dalla definizione di sistemi di governance più strutturati all'interno dei singoli soggetti erogatori, e facilitandone la diffusione procedendo, ad esempio, alla rimozione delle barriere normative riferibili a questi sistemi e ad una maggiore uniformazione di processi e modelli organizzativi a livello nazionale.
8. Infine, è necessario continuare a sperimentare nuovi modelli di assistenza territoriale mirati alla popolazione anziana, affinché gli approcci individuati diventino sempre più diffusi e consolidati. Tutto questo, al fine di garantire una piena attuazione della riforma e il miglioramento costante del sistema, valutando l'efficacia di soluzioni nuove che, se più vantaggiose sotto diversi aspetti, siano suscettibili di essere adottate stabilmente. Il Progetto Anchise sull'integrazione dell'assistenza

sociosanitaria si inserisce proprio in questo contesto, rappresentando un esempio virtuoso al quale ispirarsi, ed è fondamentale che simili iniziative si diffondano su tutto il territorio nazionale, al fine di intercettare il bisogno e rispondere in modo mirato alle diverse esigenze locali.

Si fornisce di seguito una Tabella riepilogativa delle azioni proposte.

Azione	Conseguenze attese
Predisporre un Sistema Nazionale integrato di assistenza agli anziani non-autosufficienti, che renda la non autosufficienza un nuovo e specifico ambito del Welfare e che miri all'unificazione delle logiche e dei modelli operativi su tutto il territorio nazionale.	Superare l'attuale frammentarietà degli interventi rivolti agli anziani non-autosufficienti, migliorandone l'efficacia e rendendo il sistema di assistenza più organico, stabile e coordinato tra Stato, Regioni e Comuni.
Promuovere l'attuazione del Piano Assistenziale Integrato come strumento personalizzato di presa in carico che garantisca un continuum reale tra i diversi servizi, introducendo una logica di rete e un sistema di accreditamento orizzontale capace di modulare nel tempo il livello di assistenza in base all'evoluzione delle condizioni della persona e della famiglia.	Garantire un sistema assistenziale più flessibile e realmente centrato sulla persona, che miri a rafforzare e colmare le lacune dell'attuale rete dei servizi. Promuovere un sistema di accreditamento basato sui percorsi, incentivando il ruolo attivo delle Regioni nel garantire coerenza, qualità e sostenibilità dei servizi offerti nel tempo.
Integrare maggiormente l'offerta di servizi sanitari con quelli sociali oltre a valorizzare e rafforzare il ruolo cruciale dei servizi di comunità e prossimità.	Perseguire un'uniformità sistemica che superi il disordine esistente rispetto agli attori coinvolti. Combattere l'isolamento relazionale e la marginalizzazione dell'anziano non autosufficiente, ripensando alle residenze e ai centri diurni per anziani come presidi locali integrati a sostegno di una domiciliarità autentica.
Superare il dualismo pubblico/privato e adottare modelli organizzativi fondati sulla cooperazione tra tutti gli attori (pubblici, privati, profit, non profit, Terzo Settore), valorizzando le competenze di ciascuno.	Affrontare i bisogni in modo integrato, favorendo lo sviluppo del sistema nel suo insieme attraverso una maggiore inclusione e collaborazione degli attori coinvolti, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale.
Favorire l'assistenza domiciliare e lo sviluppo di servizi integrati tra ricovero e domicilio , supportati da politiche regionali che incentivino economicamente chi adotta modelli integrati e che garantiscano un'effettiva riconversione delle risorse.	Garantire una maggiore efficienza del sistema nel suo complesso, generando benefici sia per i pazienti - che potranno ricevere cure adeguate a domicilio - sia per le strutture - che potranno alleggerire il carico ospedaliero. Permettere una migliore continuità delle cure, ottimizzando l'utilizzo delle risorse e migliorando la qualità dell'assistenza.
Affrontare la carenza strutturale di personale garantendo una remunerazione adeguata, la valorizzazione delle competenze e l'attivazione di percorsi formativi orientati a promuovere servizi sempre più personalizzati e migliorare le condizioni di sicurezza e la qualità del lavoro.	Rendere più attrattivo il settore, favorendo la stabilizzazione e l'incremento del personale qualificato. Promuovere una maggiore personalizzazione degli interventi e un ambiente di lavoro più sicuro, con effetti positivi sia per gli operatori sia per i beneficiari dell'assistenza.

Rendere sostenibili e accessibili i servizi di assistenza da remoto , attraverso l'introduzione di sistemi tariffari e meccanismi di remunerazione adeguati. Ciò richiede la definizione di sistemi di governance strutturati presso i soggetti erogatori e l'adozione di misure nazionali per rimuovere barriere normative e uniformare processi e modelli organizzativi.	Promuovere una maggiore integrazione della telemedicina nei percorsi assistenziali, con benefici concreti sulla continuità delle cure e sul potenziamento dell'assistenza domiciliare. Favorire una diffusione più omogenea del servizio sul territorio nazionale, migliorando l'accessibilità e la qualità dell'assistenza.
Avviare la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza su tutto il territorio nazionale.	Diffondere e rendere operative nuove ed efficaci soluzioni di presa in carico che intercettino e rispondano in modo mirato al bisogno.

Riferimenti bibliografici

- Brugnoli A., Zangrandi A. (2021), *Anziani e disabili: un nuovo modello di assistenza*, Fondazione per la Sussidiarietà, Milano.
- CERGAS – SDA Bocconi (a cura di) (anni diversi), *Rapporto OASI, Capitolo 5*, Egea Editore, Milano.
- CERGAS – SDA Bocconi. (2025, marzo), *7° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità d'integrazione*, a cura di Notarnicola E., Perobelli E., Fosti G., Egea Editore, Milano, pp. 17-19, 24.
- Cittadinanzattiva (2024, dicembre), *XXII Rapporto sulle Politiche della Cronicità. Diritti Sospesi* Roma, tratto da <https://www.cittadinanzattiva.it/>
- Consiglio Superiore di Sanità (2020, Maggio 15), *Anziani in condizioni di LTC e cronicità: evidenze sul problema e proposte di policy, Sezione I – Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN*, pp. 3, Ministero della Salute, Roma, tratto da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3094_allegato.pdf
- Direzione per l'occupazione, il lavoro e gli affari sociali di OCSE & Centro OCSE di Trento per lo sviluppo locale (2023), *Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia - Inception report (Output 1)*, OECD, tratto da <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/people-centred-health-systems-and-integrated-care/Verso-un-assistenza-sociosanitaria-integrata-incentrata-sulla-persona-in-Italia-Inception-report-Nov2023.pdf>
- Fondazione per la Sussidiarietà (2025), *Verso quale modello di assistenza agli anziani. Caratteristiche della domanda, evoluzione nel tempo del bisogno e adeguamento dell'offerta di servizi al bisogno*. Tratto da: https://www.sussidiarieta.net/files/upload/1739282403_dch0rk8rg8.pdf
- Fosti G., Longo F., Manfredi S. et al. (2024), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde*, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (Rapporto OASI 2024, Capitolo 5), pp. 199-211, Egea Editore, Milano.
- Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (2025, marzo), *Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione*, SDA Bocconi - 7° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, Milano.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (s.d.), *Legge 23 marzo 2023, n. 33*. Tratto da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/sg>.
- ISTAT (2023), *Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana*, tratto da <http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata&a=1&lang=it&QueryId=15445>
- ISTAT (2024a), *Annuario Statistico Italiano 2024*, tratto da <https://www.istat.it/produzione-editoriale/annuario-statistico-italiano-2024/>
- ISTAT (2024b), *Rapporto Annuale 2024. La situazione del Paese*, Roma.

- ISTAT (2025), *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Roma.
- ISTAT (s.d.). *Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1 gennaio 2025*, tratto da Demo - Statistiche demografiche - ISTAT: <https://demo.istat.it/app/?i=POS>
- ISTAT (s.d.). *Stato di salute - regioni e tipo di comune*, tratto da IstatData: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,Z0810HEA,1.0/HEA_HESTDTRUGS/HEA_HESTDTRUGS_HEST/IT1,83_63_DF_DCCV_AVQ_PERSONE_208,1.0
- ISTAT (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*, tratto da <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>
- Istituto Superiore di Sanità (2021, 10 marzo), *Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021-Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici*. Tratto da https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+6_2021.pdf/e88824c0-463b-cd6d-8e95-dcee45e98f5a?t=1615997391629
- Istituto Superiore di Sanità (s.d.), *EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica*, tratto da Malattie croniche: <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>
- Istituto Superiore di Sanità. Epicentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica. (s.d.). *Patologie Croniche negli anziani*, tratto da *La sorveglianza Passi D'argento*: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/croniche#dati>
- Italia Longeva (2023, luglio), *Trend di fragilità e long-term care in Italia – Indagine 2023*, a cura di D.L. Vetrano, tratto da <https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2023/07/Indagine-Italia-Longeva-2023.pdf>
- Ministero della Salute - Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (2007, 30 maggio). *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*. Tratto da <https://www.fedcp.org/images/file/292/lea-residenzialita-300507.pdf>
- Ministero della Salute (più anni). *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, tratto da <https://www.salute.gov.it/new/it/sezione/pubblicazioni/?pubblicazioni+periodiche=Annuario+Statistico+del+Servizio+Sanitario+Nazionale>
- OECD (s.d.), *Elderly population. Total, % of population, 1970 – 2022*, tratto da OECD Data: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart>
- OECD (s.d.), *Life expectancy at 65 Women / Men, Years, 2022 or latest available*, tratto da OECD Data: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm>
- OECD (s.d.), *Life expectancy at birth. Men / Total / Women, Years, 2022 or latest available*, tratto da OECD Data: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>
- OECD (s.d.), *Old-age dependency ratio. Total, Percentage, 2000 – 2075*, tratto da OECD Data: <https://data.oecd.org/pop/old-age-dependency-ratio.htm#indicator-chart>
- Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2023), *Rapporto Osservasalute 2022-Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Roma.
- Paglia V. (2024), *L'Età grande: la nuova legge per gli anziani*, Edizioni LSWR-Edra, Milano.
- Palombi L., e coll. (s.d.), *Progetto Anchise, Metodologia della sperimentazione*.
- Ranci C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano M. (2024), *Stima del fabbisogno e della spesa long-term care in Italia: valutazioni sex-ante di una proposta di riforma*, in *DASU Working Paper Series*, n. 01/2024 (LPS.23).
- World Health Organization (2015, 29 Settembre), *World Report on ageing and health*, pp. 26, 52-58. Geneva, Switzerland: World Health Organization, tratto da <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

13. Acuzie e cronicità, il “medico di base”, l’organizzazione dei servizi territoriali

Emanuele Vendramini

13.1 Premessa

La presa in carico globale dei pazienti è da tempo al centro del dibattito accademico (Vendramini 2025; Liberali *et al.* 2024; Tozzi, Longo 2023) e professionale (Botturi *et al.* 2025; Andena 2024; Taddeini *et al.* 2024; Barbara *et al.* 2024; D’Urso 2023) in ragione, da un lato, dei cambiamenti demografici e sociali che stanno caratterizzando la popolazione italiana, dall’altro del processo di innovazione e investimento derivante dalle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 ed in parte Missione 5 – e dalle indicazioni del decreto 77 del 2022¹. Il tutto a valle dell’esperienza della pandemia Covid-19 (Vendramini 2020) e dei vincoli rappresentati dalla difficoltà a reperire personale medico e afferente alle professioni sanitarie (Colombo *et al.* 2025).

A oltre 30 anni dalla riforma che ha introdotto logiche economico-aziendali nella sanità decretata nel 1992 e nel 1993 (decreti 502 e 517 rispettivamente), le aziende sanitarie si stanno interrogando sulla necessità di una riprogettazione della rete di offerta e degli ambiti di cura nella direzione di una presa in carico del crescente numero di pazienti cronici, spesso polipatologici e fragili. Si stima infatti che il 40,5% degli italiani sia un paziente cronico, la metà dei quali affetta da più di una patologia. Se si guarda agli anziani ultra 75enni, coloro che convivono con almeno una patologia cronica salgono all’85%, mentre il 64,3% sono quelli con due o più patologie. In base ai dati, nel 2028 i malati cronici saliranno a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni², con una popolazione italiana in decremento.

Il presente contributo intende affrontare il tema della presa in carico del paziente cronico e fragile dal punto di vista manageriale, analizzando possibili strumenti ed evidenziandone i punti di forza, ma anche le criticità delle scelte in un periodo caratterizzato da significativi investimenti derivanti dai fondi del PNRR, gran parte dei quali rappresenta un debito che dovrà essere rimborsato dalle generazioni future³, con un obbligo morale di fare in modo che il ritorno dell’investimento sia il maggiore possibile.

1 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

2 https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126432.

3 https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=129939.

13.2 Presa in carico del paziente cronico: quale rete e quale governance?

La presa in carico globale dei pazienti cronici rappresenta la vera sfida della rete dei servizi sia per il numero crescente di persone affette da tali patologie sia per la sempre maggiore integrazione tra cronicità e problematiche di carattere sociale: solitudine, fragilità, mancanza o debolezza di reti sociali di supporto. Spesso i pazienti cronici sono anche cittadini fragili. In questo contributo il focus sarà prevalentemente sanitario, ma è importante evidenziare la necessità di rispondere al bisogno dei cittadini anche alla luce della rete dei servizi socioassistenziali, tipicamente gestiti dagli enti locali e dagli uffici di Piano, così come disciplinato dalla Legge quadro 328/00⁴.

Nel panorama italiano vi sono infatti due binari che corrono paralleli e non sempre sono collegati o comunicanti: l'assistenza del Servizio Sanitario, gestita dalle regioni tramite le aziende sanitarie, e l'assistenza sociale, gestita dagli enti locali organizzati in ufficio di piano con Comuni capofila.

Il raccordo tra le due realtà varia molto a seconda dei differenti contesti e con livelli di efficacia eterogenei.

Focalizzandoci sulla dimensione (socio)sanitaria legata alla presa in carico si evidenziano tre livelli di analisi: il sistema informativo; gli ambiti di presa in carico (loro riprogettazione); il ruolo della persona affetta da patologie croniche all'interno della rete.

13.2.1 Il sistema informativo

13.2.1.1 Informatica ed epidemiologia: clusterizzare e tracciare i flussi

Un sistema informativo per la presa in carico deve caratterizzarsi per una preconditione: deve essere centrato sulle persone, sui cittadini, sui pazienti e non sulle prestazioni.

Le aziende sanitarie devono avere un sistema informativo che permetta, ad esempio, di conoscere quanti pazienti con BPCO – Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva – hanno effettuato una spirometria nell'ultimo anno, meglio se per distretto, e non solo il numero complessivo delle spirometrie effettuate. Un sistema quindi che parta dalla domanda e non dall'offerta. In tal senso la popolazione di riferimento della azienda sanitaria deve poter essere clusterizzata per patologia, in modo da conoscere quanti siano i pazienti Diabetici di tipo II, non insulino dipendenti non complicati, il numero di ipertesi, scompensati, e quanti siano affetti da più di una patologia. Alcune Regioni sono già in grado di stratificare la propria popolazione in funzione della prevalenza⁵ delle varie patologie croniche.

La seconda caratteristica che deve avere un sistema informativo efficace è poi la possibilità di conoscere i flussi dei consumi di prestazioni. In questo modo non solo emergerebbero le caratteristiche della popolazione cronica (quanti mono patologici, quanti con 2 o più patologie), ma anche dove avvengano i consumi di prestazioni. Quindi, tornando all'esempio precedente, presso quali strutture i pazienti con BPCO hanno consumato le spirometrie. Questo per conoscere da un lato la pressione sulla rete di offerta e dall'altro quali strutture hanno risposto alla domanda di salute dei pazienti cro-

4 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

5 La prevalenza misura la proporzione di individui di una popolazione che, in un dato momento, presentano la malattia. https://www.quadernodiepidemiologia.it/epi/freq/inc_pre.htm.

nici con BPCO (pubbliche, private convenzionate, fuori Regione). La stessa cosa deve poter essere effettuata per le prestazioni specialistiche e non solo quelle diagnostiche (quindi visite) anche con riferimento a quale specialista ha richiesto una determinata prestazione: ad esempio se sia stato il Medico di Assistenza Primaria (il medico di base) o uno specialista, interno o convenzionato (ovviamente per quelle regioni in cui non vi sia un prescrittore unico).

Con queste premesse l'azienda sanitaria ha il quadro di riferimento grazie al quale potersi interrogare su come poter sviluppare, migliorare, affinare la presa in carico dei propri pazienti cronici.

13.2.2 Gli ambiti di presa in carico: ri-progettazione

13.2.2.1 L'appropriatezza

Diverse Regioni sono oramai dotate di sistemi informativi che producono le informazioni appena citate e che quindi permettono alle aziende sanitarie di interrogarsi sul tema della appropriatezza della risposta ai bisogni dei pazienti cronici e di conseguenza progettare o riprogettare gli ambiti di presa in carico.

Il tema della ricerca della appropriatezza fa normalmente riferimento alla dimensione clinica e quindi alla coerenza o meno rispetto alle linee guida, alle evidenze scientifiche (Basevi 2010) al fine di evitare o di ridurre prestazioni inappropriate. Vi è però una seconda accezione di appropriatezza che si aggiunge e non sostituisce la precedente e precisamente prende in considerazione l'ambito di cura, dove cioè il paziente trova risposta, quale sia la sede e quale il professionista che risponde al bisogno del paziente (Galli, Vendramini 2008).

Questa seconda accezione è di particolare importanza dal punto di vista del management sanitario perché intende affrontare le modalità organizzative e gestionali che sono alla base della rete di offerta del Servizio Sanitario Regionale e, inoltre, è uno strumento particolarmente efficace anche in caso di gestione dell'evento acuto o delle emergenze sanitarie. L'esempio maggiormente efficace è quello relativo all'attività del Pronto Soccorso. In molte occasioni viene evidenziato che una quota rilevante delle prestazioni erogate siano relative ad una domanda che si ritiene inappropriata, non dal punto di vista clinico bensì da quello organizzativo, nel senso che il paziente che si è recato al Pronto Soccorso avrà sicuramente ricevuto una risposta clinicamente appropriata, ma quel bisogno avrebbe dovuto trovare risposta presso altri ambiti, quali ad esempio l'ambulatorio di un medico di medicina generale (il già citato “medico di base”) o una casa della comunità o comunque una struttura distrettuale (c'è stata una risposta giusta ma nel luogo sbagliato).

La riflessione è quindi che i professionisti del Pronto Soccorso sono clinicamente e dal punto di vista assistenziale perfettamente in grado di rispondere al bisogno che si presenta (esempio i codici bianchi o verdi, oggi codici 4 e 5), ma che il luogo o meglio l'ambito di cura presso cui il bisogno stesso si è manifestato sia inappropriato dal punto di vista organizzativo e gestionale.

Allo stesso modo nessuno mette in discussione la capacità clinica di un cardiologo di gestire il bisogno di un paziente iperteso, ma la domanda è se il paziente iperteso debba trovare risposta da uno specialista oppure, meglio, in quali condizioni l'ambito di cura

più appropriato per la gestione di un paziente iperteso sia un ambulatorio di cardiologia e non il proprio medico di medicina generale.

Con questa prospettiva di analisi si aprono molteplici scenari che riguardano tutti gli ambiti di cura dalle unità operative ospedaliere alle cure domiciliari. In tal senso ci si interroga su quale sia il profilo di salute di un paziente idealtipo per ciascuno dei vari setting assistenziali.

Questo comporta un ripensamento dei ruoli agiti dai diversi professionisti, ma anche dai luoghi di cura. Ci si dovrebbe dunque interrogare su quali debbano essere i bisogni di salute a cui dovrebbe rispondere, ad esempio, un centro diabetologico, ma anche quale sia il ruolo e la funzione del medico di assistenza primaria (o del ruolo unico alla luce della nuova convenzione).

Di fatto è un ripensamento del chi fa cosa e significa anche interrogarsi sulla funzione delle Case della comunità alla luce del decreto 77 e della Missione 6 del PNRR. A quali bisogni di salute intende rispondere una Casa della Comunità? Che cosa la differenzia rispetto ad un tradizionale poliambulatorio? Come si inserisce la Casa della Comunità all'interno della rete dei servizi territoriali? E quale tipologia di pazienti deve essere presa in carico?

Emerge una necessità urgente di uscire dalla logica prestazionale che ha caratterizzato la sanità, una logica che conta e premia i volumi, gli output e non gli outcome, gli esiti di salute.

13.2.2.2 Dal “dove” al “cosa” organizzativo

La necessità è dunque quella di passare da un determinato numero di ore settimanali di ambulatorio di cardiologia (o diabetologia o pneumologia ecc.) ad ambulatori per patologia all'interno delle Case della Comunità. Un cambio paradigmatico che implica il passaggio dalla centralità della prestazione, o del professionista, alla centralità del paziente anzi, meglio, della persona e del suo bisogno.

La rete dei servizi, quindi, è chiamata a ruotare attorno alla persona e al suo bisogno, approccio che spesso è condiviso, ma raramente implementato. Questo per alcune complessità e difficoltà tipicamente organizzative. Storicamente, infatti, il sistema sanitario, la medicina in particolare, è sempre stato caratterizzato da un sistema a compartimenti, a canne d'organo, organizzato per competenze e per funzioni, per specialità, con linee di confine precise (si pensi alla gestione dei posti letto o in generale dei fattori produttivi in ospedale), con approcci spesso burocratici o comunque legati all'appartenenza ad una determinata disciplina. La prima implicazione pratica di questo approccio settoriale funzionale è stata una debole capacità di coordinamento, di fatto, spesso e soprattutto in alcuni contesti, lasciata al singolo paziente a cui veniva demandato di ricomporre le differenti risposte e le singole tessere del “puzzle”. Un esercizio di ricomposizione le cui conseguenze si sono sovente tradotte in una sempre maggiore iniquità dell'accesso perché chi aveva maggiore capacità di lettura del sistema, reti sociali più efficaci e forti e magari anche un tasso di istruzione maggiore, aveva di fatto maggiore capacità di comprensione della situazione e di accesso, penalizzando i socialmente più deboli.

Una sempre maggiore ricerca dell'integrazione della risposta, della personalizzazione vuole infatti aumentare l'equità di accesso ai servizi e la tempestività della risposta e quindi una maggiore appropriatezza dell'ambito di cura vuol anche dire ripensare la

rete dei servizi e portare le risposte ai cittadini in funzione del loro bisogno, da cui la crescente presenza nelle aziende sanitarie di progetti legati alla sanità di prossimità.

13.2.2.3 Un unicum su cui concentrarsi: ruoli e funzioni della medicina generale

Da diversi anni ci si interroga molto sul ruolo dei MMG, i Medici di Medicina Generale (Vendramini 2025, Broccolo *et al.* 2024, Vendramini 2024, Andena *et al.* 2024, Dalponte, 2022), soprattutto in relazione della presa in carico dei pazienti cronici e alla necessità di passare da un modello che vede il MMG isolato in un modello solo practice⁶ ad un sistema di rete delle cure primarie caratterizzato da forme associative soprattutto mono professionali. Queste forme associative sono state introdotte nel 2009 dalla convenzione dei MMG (artt. 26, 26bis e ter) al fine di sviluppare un sistema a rete di confronto, crescita e responsabilizzazione soprattutto per sviluppare le cure al domicilio e la presa in carico dei pazienti cronici.

Recentemente gli obiettivi legati al PNRR e i dettami del decreto 77 hanno ripreso queste forme associative che in alcuni contesti erano rimaste solo sulla carta, per svilupparli e declinarli coerentemente al nuovo sistema di governance dei servizi territoriali legato alla sanità di prossimità. La riflessione di fondo non è tanto relativa al possibile, futuribile, passaggio alla dipendenza di professionisti che attualmente sono dei liberi professionisti convenzionati, ma la presa d’atto che i MMG con la loro attività clinica, con la loro responsabilizzazione e attività di presa in carico, con la loro integrazione con i servizi di assistenza domiciliare, con la loro attività prescrittiva sono in grado di impattare le performance di una azienda sanitaria; e pertanto dal punto di vista manageriale sono parte di quel sistema che è l’azienda sanitaria. Il MMG è parte della azienda sanitaria e come viene richiamato dalla stessa convenzione firmata nel 2024 deve partecipare obbligatoriamente alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) coordinate da un referente che fa riferimento al distretto e di cui viene misurata la performance (e a cui sono legati obiettivi e relativi incentivi).

La logica di fondo è che se vi è una quota rilevante di persone che si rivolgono in modo inappropriato, ad esempio, ai Pronto Soccorso forse qualcosa a monte è mancato o il cittadino non ha trovato risposte e quindi si è rivolto a chi garantisce una continuità dell’assistenza 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.

La stessa riflessione riguarda la presa in carico dei pazienti cronici e gli esempi a cui ci si richiamava precedentemente evocano un diverso ruolo dei MMG, associati, nella presa in carico di pazienti ipertesi, scompensati, broncopneumopatici, diabetici non complicati etc. Questo per permettere al livello specialistico ospedaliero di potersi concentrare sulla fase acuta ed in parte subacuta delle patologie.

Emerge quindi la necessità di una crescita professionale, culturale in alcuni casi, dei MMG anche alla luce del loro possibile ruolo all’interno delle Case della Comunità; nonché nella segnalazione, valutazione e presa in carico dei pazienti fragili, tema che chiama in causa il ruolo dei distretti sanitari, che in alcuni contesti devono ancora trovare una collocazione precisa nel sistema di governance aziendale.

6 Per solo practice si intende un MMG che opera da solo nel proprio ambulatorio con limitati contatti con la rete dei servizi territoriali della Azienda Sanitaria (Lin *et al.* 2004)

13.2.3 La definizione del ruolo della persona affetta da patologie croniche all'interno della rete

13.2.3.1 Governo della cronicità e libertà di scelta: due prospettive

Esistono di fatto due tensori che sono co-presenti; spesso però, in un sistema con forte connotazione retorica, come è quello sanitario, non vengono esplicitati e si preferisce lasciarli sullo sfondo. Sono due tensori cruciali per la definizione della governance di sistema e hanno implicazioni tanto strategiche quanto operative nel declinare la presa in carico dei pazienti fragili, cronici, polipatologici. Da un lato vi è la gestione della cronicità intesa come strategia che vede nel governo della domanda, nel governo clinico, la declinazione operativa e strumentale. Quindi si analizzano i consumi, i flussi e si interviene governandoli, indirizzando i pazienti verso un percorso di cura e appunto di presa in carico (o di presa in cura se si preferisce); dall'altro vi è il diritto alla libera scelta considerato soprattutto in alcuni contesti nel recente passato uno dei pilastri del proprio Servizio Sanitario Regionale. Una libera scelta che offre al cittadino, al paziente, e ai suoi famigliari, la possibilità di scegliere come muoversi all'interno del sistema tra opzioni differenti (gestori diversi, sistemi di voucher...). Il trade off che si viene a creare è legato alla risposta alla seguente domanda:

chi debba/possa essere il "giudice" della qualità dell'assistenza e quindi in capo a chi deve essere la scelta relativa alla presa in carico.

La logica del governo della domanda vede il MMG che, supportato da due professionisti fondamentali nel sistema a rete dell'assistenza primaria, e precisamente l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) e l'Assistente Sociale, segnala, partecipa alla valutazione e si prende in carico, anche attraverso una medicina di iniziativa, i propri assistiti. Medicina di iniziativa che ad esempio si attiva nel ricercare quei pazienti che il sistema sanitario sa che sono, ad esempio, diabetici, ma che non effettuano periodicamente gli esami ematici o non hanno l'emoglobina glicata sotto controllo.

In una logica della libera scelta al paziente invece viene fornito un elenco di possibili gestori o di erogatori ed è il cittadino stesso che sceglie in assenza di una figura che ne governi, appunto, la domanda⁷. Dal punto di vista normativo il decreto ministeriale 77/2022 prevede un sistema in cui il governo della domanda è al centro della visione della sanità territoriale tanto da prevedere a livello distrettuale il PUA, un Punto Unico di Accesso a cui il cittadino può rivolgersi per esplicitare il proprio bisogno di salute. Ai PUA si aggiungono poi le Centrali Operative Territoriali (COT) che hanno il compito di gestire la cosiddetta transitional care, quindi i passaggi tra i veri ambiti di cura, siano essi ospedale territorio (esempio dimissioni protette), territorio-territorio (passaggio da ospedale di comunità ad assistenza domiciliare) o territorio-ospedale con percorsi predefiniti. Il tutto governato da un distretto con funzioni gestionali di governo dei fattori produttivi e quindi responsabili dell'organizzazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e dei rapporti con le aggregazioni dei MMG.

Una scelta molto precisa, quindi, da parte del legislatore nazionale, che impatta non poco sulle prerogative delle scelte regionali in cui, di frequente, i distretti non hanno queste caratteristiche, ma svolgono una funzione di indirizzo, di committenza, in assen-

7 Modello adottato dalla riforma del 2015 adottata dalla Regione Lombardia a cui si rimanda. Cfr DGR X/6551 del 2017 della medesima Regione, denominata anche "Riforma Maroni".

za di un governo diretto dei fattori produttivi che sono in capo a strutture dipartimentali tipicamente denominati ‘dipartimenti delle cure primarie’.

Sono scelte strategiche, non ideologiche; il DM 77 definisce degli standard di distretto e delle modalità organizzative che, da un lato, non sono ancora presenti in alcuni contesti locali, dall’altro, vi sono delle realtà molto mature dal punto di vista manageriale che hanno fatto scelte differenti.

Importante che il dibattito non si soffermi sulle strutture, sui contenitori ma riesca ad arrivare ai professionisti e ai cittadini, magari arrivando a maturare la riflessione che un sistema che finora si è basato sulle prestazioni, su ecosistemi poco comunicanti (sanitario e sociale, ospedale e territorio) debba necessariamente ripensarsi alla luce di percorsi per patologia che definiscano un sistema decisionale in cui venga definito chi interviene e quando. Definendo ad esempio nella gestione dello scompenso il ruolo dell’infermiere, il ruolo del MMG ed il ruolo dello specialista, chi interviene, in quale stadio, attivato da chi. Questo vuol dire che il MMG è chiamato a svolgere una funzione di gate keeper (Bi, Liu 2023) con la funzione principale di governo della domanda e di presa in carico, un ruolo forse diverso rispetto a quello attuale e che prevede che una quota oraria possa essere dedicata ad attività ambulatoriale nelle Case della Comunità. Ovviamente l’estremo opposto è, all’interno di un sistema che ha come pilastro la libera scelta del cittadino, quella di un MMG che faccia parte della rete di offerta e organizzato in aggregazioni tipo, ad esempio, cooperativistico che eroga prestazioni e che è uno dei possibili gestori della cronicità⁸ (Barzan *et al.* 2017).

13.3 Riflessioni conclusive

Il periodo attuale è caratterizzato da profondi cambiamenti: nei bisogni, nelle reti sociali, nella dotazione e nelle possibilità tecnologiche e da risorse investite nel sistema sanitario derivanti dal PNRR. Anche dal punto di vista normativo, il DM 77 e la nuova convenzione per le cure primarie portano – in parte – ad un effettivo rafforzamento della sanità di prossimità, delle cure domiciliari e della gestione del paziente cronico. Anche dal punto di vista manageriale gli strumenti ci sono: percorsi diagnostico terapeutici, responsabilizzazione e governo clinico, sistemi di misurazione della performance, nuovi modelli organizzativi. Tutto sembra convergere ed allinearsi, in un momento in cui le risorse del PNRR sono ancora disponibili, il quadro normativo è definito, la natura del bisogno dei cittadini è anche essa chiaramente analizzata. C’è quindi “solo” da applicare gli strumenti, i modelli? In realtà ad una lettura più attenta dei fenomeni organizzativi e dei comportamenti sociali delle persone, vi sono due rischi che non devono essere sottovalutati: il primo, retaggio di buona parte della cultura amministrativa, non solo pubblica, caratterizzato dalla logica dell’adempimento. Logica che porta quindi ad applicare il DM 77, rispettare i criteri e i paletti del PNRR in modo che tutto formalmente sia posto. Avere le carte in regola è certamente fondamentale, ma è la premessa non l’obiettivo. Avere, inaugurare, costruire un certo numero di Case della Comunità non è l’obiettivo, è lo strumento per poter poi ridefinire quella rete di servizi per rispondere ai bisogni della popolazione. La logica dell’adempimento

8 Si veda anche qui il modello che venne adottato nel 2017 dalla Regione Lombardia e modificato poi nel 2024 con la DGR 2755 che definisce il MMG unico gestore della presa in carico dei pazienti cronici.

porterebbe ad una attenzione concentrata sui contenitori e non sui contenuti e quindi inevitabilmente dando nomi nuovi a cose “vecchie”, come semplicemente rinominare un ex poliambulatorio Casa della Comunità.

Il secondo rischio è forse meno evidente, ma non meno grave, ed è stato ben evidenziato da Borgonovi (2025) e precisamente consiste in un sistema aziendalizzato che, dopo aver criticato la burocrazia a fronte della nuova logica manageriale panacea di tutti i mali, si ritrovi delle aziende sanitarie connotate da una managementcrazia o dall'avere dei buromanager.

Sostiene Borgonovi che “Il buromanager o la managementcrazia si concentra su come “fare le cose” e perde la capacità di porsi le domande essenziali: perché si fanno le cose, per chi si fanno (nel caso della salute per persone e pazienti che hanno bisogni mutevoli), con chi si fanno”.

Il rischio che quindi si correrebbe è quello di dimenticarsi che le organizzazioni sono fatte di e da persone; persone con carismi, valori, sensibilità differenti, ma tutte utili al fine e al bene comune e che quindi qualunque progettualità, strumento, logica di cambiamento deve partire sempre dalla centralità della persona, sia essa il paziente, il professionista o il manager. La persona, unica, inimitabile, preziosa, sempre messa al centro per fare diventare le costruende Case della Comunità, le case delle persone.

Riferimenti bibliografici

- Andena A.M., Vendramini E.A., Malvermi L. *et al.* (2024), *La gestione strategica della sanità territoriale alla luce del DM 77: il caso dell'AUSL di Piacenza*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access* (128). <https://doi.org/10.3280/mesa2023-128oa18664>.
- Barbara A., Mussetto I., Cipolla C. *et al.* (2024), *Lo sviluppo di un modello integrato di cure di transizione: il caso delle aziende AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4 e ASL Roma 5*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria* (128). <https://doi.org/10.3280/mesa2023-128oa18673>.
- Barzan E., Longo F., Petracca F., Tozzi V.D. (2017), *La presa in carico dei pazienti cronici in Lombardia: quale governance e quali indeterminanze nel modello*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access* 103/2017, pp. 31-48. doi: 10.3280/mesa2017-103003
- Basevi V., Magrini N., Perrone E., Baronciani D. (2010), *Evidence-Based Medicine ed elaborazione di raccomandazioni e linee guida: approcci metodologici e criticità attuali*, in *Salute e società*, Fascicolo 1, Franco Angeli, Milano 2010.
- Bi Y.N., Liu Y.A. (2023), *GPs in UK: From Health Gatekeepers in Primary Care to Health Agents in Primary Health Care*, in *Risk Manag Healthc Policy*, Sep 20;16:1929-1939. doi: 10.2147/RMHP.S416934.
- Borgonovi E. (2025), *Diagnosi e cura per una malattia delle aziende complesse: la Managementcrazia*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access* (129). <https://doi.org/10.3280/mesa2024-129oa18720>.
- Botturi D., Boni S., Tebaldi L. *et al.* (2025), *Un approccio proattivo e multidisciplinare per la presa in carico territoriale della fragilità: l'esperienza del Distretto di Forlì dell'AUSL della Romagna*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access* (130). <https://doi.org/10.3280/mesa2024-130oa18955>.
- Broccolo G. *et al.* (2024), *I cambiamenti dei modelli di servizio della medicina generale in Rapporto OASI 2024*, Egea, Milano.
- Colombo E., Giacomazzi M., Tovoli D. *et al.* (2025), *Assenze e limitazioni funzionali: una sfida critica per le politiche del personale nelle Aziende sanitarie*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria* (130). <https://doi.org/10.3280/mesa2024-130oa19740>.

- Dalponte F. *et al.* (2022), *COT tra indicatori nazionali e declinazioni territoriali*, in Rapporto OASI 2022, Egea, Milano.
- D’Urso A. (2023), *Position Paper Sanità territoriale*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria* (127). <https://doi.org/10.3280/mesa2023-127oa17900>.
- Galli D., Vendramini E. (2008), *I nuovi accordi integrativi regionali con la Medicina Generale*, in Eugenio Anessi Pessina e Elena Cantù (a cura di), *Rapporto Oasi*, Egea, Milano.
- Liberati C., Rubino A., Colombo A., Vendramini E.A. (2024), *Verso la riforma della Medicina Generale: conoscersi per rinnovarsi Risultati del questionario relativo alla conoscenza della Medicina Generale e alle sue prospettive future*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria* (126). <https://doi.org/10.3280/mesa2023-126oa17410>.
- Taddeini F., D’Amato M.G., Tozzi V. *et al.* (2024), *DM 77/22: la riorganizzazione dei servizi per rispondere ai fabbisogni dei pazienti fragili e cronici. L’esperienza dell’Azienda USL Toscana Sud Est* in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access* (128). <https://doi.org/10.3280/mesa2023-128oa18665>.
- Tozzi V.D., Longo F. (2023), *Management della Cronicità*, Egea, Milano.
- Vendramini E (2020), *Ripartire dalle cure primarie: priorità e lezioni imparate alla luce della Pandemia Covid-19*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access* 113/2020, pp. 211-217. doi: 10.3280/mesa2020-113026.
- Vendramini E. (2025), *Strumenti di management per il governo dei servizi territoriali alla luce del DM77 e della nuova convenzione nazionale della medicina generale*, in Vendramini E., Boschetti B., (a cura di), *Rapporto sul Futuro e l’innovazione dell’Amministrazione Pubblica – 2023/24*, EDUcatt, Milano, pp. 193-202.

14. La motivazione dei medici nelle organizzazioni sanitarie. Un'indagine sul campo

Antonello Zangrandi, Simone Fanelli

14.1 Perché il tema della motivazione è importante

Nelle organizzazioni, e in particolare nel settore sanitario, la motivazione degli operatori rappresenta un fattore chiave per spiegare le performance organizzative, il clima interno e, più in generale, il benessere organizzativo. Un'ampia letteratura ha evidenziato il ruolo centrale della motivazione nella determinazione dei risultati aziendali, sottolineando l'interazione tra motivazione, competenze e performance (Vroom 1964; Herzberg 1966; Ryan, Deci 2000).

Affinché le istituzioni sanitarie possano garantire prestazioni efficaci, è dunque necessario che alti livelli di motivazione del personale siano accompagnati da un continuo sviluppo professionale. La crescita delle competenze, infatti, non solo migliora la qualità del servizio erogato, ma costituisce essa stessa un potente fattore motivazionale, come ampiamente argomentato nella teoria dell'autodeterminazione (Ryan, Deci 2000), secondo cui la motivazione intrinseca è sostenuta da autonomia, competenza e relazioni significative.

Di conseguenza, chi ha responsabilità nella gestione del sistema sanitario – dai decisori politici ai dirigenti delle singole strutture (ospedali, aziende sanitarie, distretti, consultori, dipartimenti di prevenzione, ambulatori, ecc.) – è chiamato a costruire ambienti organizzativi e istituzionali capaci di sostenere la motivazione degli operatori. Ciò implica l'adozione di sistemi organizzativi, processi di lavoro e politiche di sviluppo orientati alla valorizzazione delle persone e alla creazione di un contesto favorevole alla crescita professionale.

La demotivazione, al contrario, rappresenta un rischio concreto e rilevante, che può incidere negativamente non solo sulla qualità dell'assistenza erogata, ma anche sulla sostenibilità del sistema. Operatori demotivati tendono a mostrare minore coinvolgimento, minor propensione al miglioramento continuo, maggiore assenteismo e un crescente rischio di burnout. Nella sanità, tutto ciò può tradursi in un peggioramento della relazione di cura, in una riduzione della sicurezza del paziente e, più in generale, in una perdita di fiducia da parte degli utenti nei confronti del servizio pubblico.

Le cause della demotivazione possono essere molteplici: carichi di lavoro eccessivi, mancanza di riconoscimento, scarsa partecipazione ai processi decisionali, sistemi premianti inadeguati, difficoltà di conciliazione vita-lavoro, fino alla percezione di un'organizzazione poco sensibile ai bisogni professionali ed etici dei propri operatori. Per

questo motivo, prevenire la demotivazione richiede un approccio strategico e sistemico, che metta al centro il benessere degli operatori come leva fondamentale per la qualità e l'efficienza del servizio sanitario.

La presente ricerca si propone di indagare le motivazioni che guidano l'agire dei medici, analizzando i fattori che le determinano e identificando le politiche che, dal loro punto di vista, risultano più efficaci nel sostenerle. L'obiettivo è quello di formulare raccomandazioni rivolte al management delle aziende sanitarie, nonché ai responsabili delle politiche regionali e nazionali, individuando strumenti concreti per promuovere contesti lavorativi motivanti e professionalizzanti.

In sintesi, l'indagine intende approfondire ciò che le organizzazioni possono fare per generare condizioni che favoriscano la motivazione del personale, alimentando quel circolo virtuoso che lega sviluppo delle competenze, crescita professionale e attenzione ai bisogni degli utenti.

14.2 La motivazione nella letteratura organizzativa

La motivazione del personale rappresenta una delle variabili più critiche per il successo delle organizzazioni, poiché influenza direttamente la produttività, la qualità del lavoro e il clima organizzativo. Numerose teorie organizzative, sviluppate nel corso del Novecento e nei decenni più recenti, hanno cercato di spiegare come e perché le persone siano spinte ad agire, a impegnarsi e a migliorare le proprie performance. Comprendere i meccanismi motivazionali è oggi essenziale non solo per le imprese private, ma anche – e forse soprattutto – per le organizzazioni pubbliche, dove la motivazione intrinseca può fare la differenza in contesti caratterizzati da risorse limitate, vincoli normativi stringenti e aspettative sociali elevate.

La teoria forse più influente e nota sul tema della motivazione è quella della gerarchia dei bisogni di Maslow (1943), secondo cui gli individui sono motivati da una sequenza di bisogni, che vanno da quelli fisiologici fino all'autorealizzazione. Solo soddisfacendo i bisogni di livello inferiore si può aspirare a quelli superiori. In ambito organizzativo, questo implica che ambienti lavorativi che garantiscono sicurezza, appartenenza e possibilità di crescita possono favorire una maggiore motivazione e performance.

Un'altra teoria centrale è la teoria dei due fattori di Herzberg (1959), che distingue tra “fattori igienici” (es. stipendio, condizioni di lavoro) e “fattori motivanti” (es. riconoscimento, responsabilità, autorealizzazione). Secondo Herzberg, la mera assenza di insoddisfazione non è sufficiente a generare motivazione; è necessario agire sui veri fattori motivanti per stimolare verso un maggiore impegno e produttività da parte del personale. Le organizzazioni che vogliono investire sulla propria forza lavoro, dunque, devono impegnarsi tanto a valorizzare i “fattori igienici” quanto a valorizzare i “fattori motivanti”.

Un ulteriore contributo viene dalla teoria dell'aspettativa di Vroom (1964), secondo cui la motivazione dipende dalla percezione che l'impegno porterà a buone prestazioni, che le prestazioni saranno premiate, e che le ricompense siano desiderabili. In questo modello razionale, le organizzazioni devono puntare sulla chiarezza degli obiettivi e la trasparenza dei sistemi premiali.

Infine, la teoria dell'autodeterminazione di Deci e Ryan (1985) pone l'accento sulla motivazione intrinseca, sostenendo che le persone sono maggiormente motivate quan-

do sentono di agire per scelta, sentendosi competenti e connessi con gli altri. Questa teoria è particolarmente rilevante per i contesti in cui la motivazione non può essere sostenuta da incentivi economici elevati, come nella pubblica amministrazione. L'impossibilità di poter contare sugli incentivi economici, impone la necessità da parte delle organizzazioni di individuare strategie differenti per la valorizzazione del personale.

Nelle organizzazioni pubbliche, la motivazione del personale assume un ruolo strategico nel determinare l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti. Tuttavia, la pubblica amministrazione è spesso caratterizzata da rigidità burocratiche, limitazioni contrattuali e percorsi di carriera poco flessibili, che possono scoraggiare la motivazione. In questo contesto, può essere fondamentale promuovere forme di "Public Service Motivation", concetto introdotto da Perry e Wise (1990), che identifica una particolare forma di motivazione legata al desiderio di servire il bene comune.

La Public Service Motivation si fonda su valori intrinseci quali l'altruismo, la giustizia sociale e l'interesse pubblico. Le strategie di gestione delle risorse umane nelle PA devono quindi valorizzare la missione dell'organizzazione, rafforzare il senso di appartenenza e garantire spazi di autonomia professionale. Secondo Ritz, Brewer e Neumann (2016), il riconoscimento simbolico, la leadership partecipativa e la comunicazione interna efficace sono strumenti chiave per sostenere la motivazione in contesti pubblici. Con specifico riferimento al contesto ospedaliero, la motivazione del personale medico riveste un'importanza ancora maggiore, poiché incide direttamente sulla qualità delle cure e sulla sicurezza dei pazienti. I medici operano in ambienti ad alta intensità emotiva e cognitiva, spesso sottoposti a stress, turnazioni prolungate e carenze di organico. In questo scenario, le leve motivazionali vanno ben oltre il mero incentivo economico. Numerosi studi evidenziano che la motivazione dei medici dipende in gran parte da fattori intrinseci, come l'impatto sociale del proprio lavoro, il riconoscimento da parte dei colleghi e la possibilità di crescita professionale (Franco, Bennett, Kanfer 2002). Le teorie di Deci e Ryan, così come la Public Service Motivation, si dimostrano particolarmente applicabili in questo ambito: il senso di missione, la connessione con i pazienti e la percezione di autonomia professionale sono elementi essenziali per mantenere alto l'engagement dei medici.

Per rafforzare la motivazione del personale sanitario, gli ospedali pubblici dovrebbero adottare pratiche di leadership collaborativa, sviluppare percorsi di carriera trasparenti, valorizzare il merito e investire in formazione continua. Una cultura organizzativa basata sulla fiducia, sul rispetto e sull'ascolto può contribuire a creare ambienti di lavoro motivanti, capaci di trattenere le competenze e migliorare la qualità dei servizi sanitari pubblici.

14.3 Metodo e presentazione del campione

Come già detto, il presente studio mira a identificare i fattori determinanti la motivazione del personale medico, con l'obiettivo di approfondire quali strategie organizzative possono essere sviluppate per generare motivazione.

Ai fini della ricerca è stato utilizzato un questionario. Il questionario è stato sviluppato dal team di ricercatori dell'Università di Parma. Le domande sono state definite partendo dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale in tema di motivazione del personale e, successivamente, sono state sottoposte ad un campione ristretto di rispon-

denti per verificare la loro chiarezza e appropriatezza rispetto alla domanda di ricerca. La survey, così definita, è stata poi somministrata attraverso una piattaforma elettronica nei mesi di aprile e maggio 2025. È stata individuata una popolazione di circa 10.000 medici. Le risposte valide e utilizzate poi per le successive analisi statistiche fanno riferimento a 722 rispondenti, di cui 332 maschi (46%) e 390 femmine (54%).

Il campione risulta distribuito quasi equamente sul territorio nazionale come riportato in Tabella 14.1.

Tabella 14.1 Distribuzione geografica del campione

Area	Frequenza	Percentuale
Nord-ovest	251	34,76%
Nord-est	235	32,55%
Centro	74	10,25%
Sud e isole	162	22,44%
Totale	722	100%

Fonte: Elaborazione degli autori

Per quanto riguarda il ruolo ricoperto, la maggior parte dei rispondenti sono medici ospedalieri (67% circa), seguiti dai medici di servizio territoriale (9,5% circa) (Tabella 14.2).

Tabella 14.2 Ruolo ricoperto dai rispondenti

Ruolo	Frequenza	Percentuale
Medico di ospedale	482	66,76%
Medico di prevenzione	19	2,63%
Medico di servizio territoriale	68	9,42%
Medico in altro servizio	8	1,12%
MMG (medico di medicina generale)	19	2,63%
PLS (pediatra di libera scelta)	2	0,27%
Altro	124	17,17%
Totale	722	100%

Fonte: Elaborazione degli autori

Infine, sempre nella sezione anagrafica del questionario, è stato chiesto se si ricoprissi o meno un ruolo manageriale all'interno della propria organizzazione. L'obiettivo di questa domanda è quello di indagare l'eventuale differenza di percezione sui diversi item proposti nel questionario. I medici con ruolo manageriale, ad esempio, potrebbero avere una diversa considerazione su quali siano gli elementi che possono generare maggiore motivazione rispetto ai medici che non ricoprono ruoli manageriali. Questo potrebbe quindi suggerire alle organizzazioni di adottare strategie differenti in base al ruolo ricoperto dal professionista. Nel caso del campione analizzato, la maggior parte non ricopre un ruolo manageriale (N = 418; 58%) mentre 304 sono manager (42%).

14.4 I risultati della ricerca

Una domanda diretta a individuare in maniera semplice il livello di motivazione del rispondente chiedeva: “Indicare su una scala da 1 a 5 il tuo livello di motivazione nel tuo lavoro attuale”. La scala Likert a 5 punti è stata scelta per permettere di avere una certa differenziazione nelle risposte, che possono andare da 1 (molto poco motivato) a 5 (massimo livello di motivazione), con il valore intermedio di 3.

Il valore medio delle risposte si attesta a 3,13, con mediana e moda pari a 3 e deviazione standard di 1,58. Questi valori esprimono una situazione intermedia, in cui la maggior parte dei rispondenti ha deciso di posizionarsi nel mezzo. Solo il 12% del campione ha segnato un livello di motivazione massimo (livello 5), mentre la percentuale cumulata (livello 4 e 5) sale al 40%.

Strettamente connessa a questa domanda, un quesito successivo chiedeva: “Indicare su una scala da 1 a 5 il tuo livello di soddisfazione sul modo in cui il tuo diretto responsabile, se esiste, gestisce l'unità in cui operi. (1 molto scarso; 5 molto alto).” Lo stile di leadership del proprio responsabile, infatti, è sicuramente un elemento in grado di influenzare il livello di motivazione delle persone. Come evidenziato anche nei primi paragrafi di questo scritto, la letteratura scientifica ha evidenziato che stili di direzione più partecipativi sono in grado di generare livelli di soddisfazione più elevati.

I risultati dell'indagine mostrano in questo caso uno scenario poco positivo. La media scende a 2,65, con valori di moda e mediana entrambi a 3 e deviazione standard di 1,24. In sostanza, solo il 21% dei medici si dice soddisfatto (livello 4) o molto soddisfatto (livello 5) di come il proprio responsabile gestisce l'unità in cui opera. In particolare, il livello di soddisfazione massima (livello 5) è stato scelto solo dal 6% del campione mentre il 58% ha espresso un valore compreso tra 1 e 3.

Entrando invece più nel dettaglio di quali siano gli elementi più determinanti per generare motivazione, una domanda del questionario presentava complessivamente 9 item e chiedeva di indicare per ciascuno di essi, su una scala da 1 a 5, quanto fosse percepito rilevante per determinare il proprio livello di motivazione. La Tabella 14.3 presenta nel dettaglio i risultati.

Dai dati riportati in tabella, emerge che l'elemento più determinante per generare alti livelli di motivazione è la possibilità di essere coinvolti nei processi decisionali che interessano l'organizzazione del lavoro nel proprio ambito (4,54). Questo risultato può essere spiegato dal fatto che i professionisti sanitari, in particolare i medici, possiedono un alto livello di competenze, autonomia e responsabilità. Essere esclusi dalle scelte organizzative che incidono direttamente sul loro lavoro quotidiano può generare frustrazione, senso di impotenza e demotivazione. Al contrario, essere coinvolti nei processi decisionali alimenta il senso di appartenenza, valorizza l'esperienza clinica e rafforza la percezione di poter incidere positivamente sull'efficacia e la qualità del servizio. In un contesto lavorativo spesso caratterizzato da carichi elevati e vincoli burocratici, il riconoscimento della propria voce nelle decisioni organizzative rappresenta una leva fondamentale per il benessere professionale e la motivazione personale.

Al secondo posto troviamo l'item “un'organizzazione del lavoro che limita i conflitti tra colleghi e promuove la cooperazione” con un valore di 4,49. Anche questo risultato è facilmente comprensibile. Il lavoro medico si svolge in ambienti ad alta intensità

Tabella 14.3 Gli elementi determinanti nel generare motivazione

Item	Valore medio
Gli incentivi economici	3,84
Il miglioramento delle competenze cliniche	4,26
Il miglioramento delle competenze manageriali	3,77
La progressione di carriera basata sul merito	4,45
Un'organizzazione del lavoro che limita i conflitti tra colleghi e promuove la cooperazione	4,49
Il coinvolgimento nelle decisioni che riguardano l'organizzazione del lavoro nel proprio ambito	4,54
Il coinvolgimento nella determinazione degli obiettivi strategici aziendali	4,01
La chiarezza e trasparenza delle indicazioni aziendali sul ruolo organizzativo	4,32
La disponibilità di tecnologia avanzata nel proprio campo di lavoro	4,16

Fonte: Elaborazione degli autori

relazionale, dove la qualità della collaborazione tra colleghi incide direttamente non solo sull'efficienza operativa, ma anche sul clima emotivo e sul benessere individuale. Un'organizzazione capace di prevenire i conflitti e incentivare il lavoro di squadra contribuisce a ridurre lo stress, favorire la fiducia reciproca e migliorare la qualità dell'assistenza. In contesti spesso complessi e sotto pressione, la cooperazione non è solo un valore, ma una necessità funzionale al buon funzionamento del sistema.

Il terzo item invece riguarda la possibilità di una progressione di carriera basata sul merito (4,45). Questo evidenzia quanto sia importante, anche nel contesto sanitario, il riconoscimento equo e trasparente del valore professionale. Quando le opportunità di crescita sono percepite come legate all'impegno, alla competenza e ai risultati, si rafforza la motivazione individuale e si stimola un circolo virtuoso di miglioramento continuo. Al contrario, sistemi percepiti come opachi o basati su logiche non meritocratiche rischiano di generare disillusione, disimpegno e fuga di talenti. Per professionisti che dedicano anni alla formazione e allo sviluppo delle proprie competenze, la possibilità di vedere riconosciuto il proprio merito è un elemento chiave per alimentare fiducia, investimento personale e senso di giustizia organizzativa.

Tra gli item che invece hanno ottenuto valutazioni più basse, anche se con valutazioni medio alte su scala da 1 a 5, troviamo: il miglioramento delle competenze manageriali (3,77); gli incentivi economici (3,84); il coinvolgimento nella determinazione degli obiettivi strategici aziendali (4,01). Questi risultati suggeriscono che, pur essendo importanti, tali fattori non rappresentano una leva primaria di motivazione per i medici.

Il "*miglioramento delle competenze manageriali*" è percepito come un aspetto secondario rispetto alle competenze cliniche (valore 4,26), anche perché può interessare solo una parte limitata del personale, ovvero chi ricopre ruoli gestionali. Gli *incentivi economici*, pur rilevanti, sembrano non avere lo stesso impatto motivazionale quanto il riconoscimento professionale, la partecipazione alle decisioni operative o la qualità delle relazioni sul lavoro. Questo dato conferma che la motivazione dei medici non è guidata

esclusivamente da logiche retributive, ma si fonda su aspetti più intrinsecamente legati alla valorizzazione del ruolo e alla qualità del contesto lavorativo.

Infine, il *coinvolgimento nella determinazione degli obiettivi strategici aziendali* riceve una valutazione relativamente più bassa rispetto al coinvolgimento nelle decisioni organizzative operative. Ciò può essere spiegato dal fatto che le strategie aziendali sono spesso percepite come distanti dal lavoro clinico quotidiano, o formulate in ambiti dirigenziali poco accessibili ai medici. Il personale tende quindi a valorizzare maggiormente la possibilità di incidere sul proprio contesto operativo diretto, rispetto alla partecipazione ad ambiti più astratti o burocratizzati della governance sanitaria.

Un quesito successivo del questionario si soffermava invece ad indagare quali possibili politiche aziendali avrebbero potuto incrementare maggiormente la motivazione. Ai rispondenti era stato chiesto di scegliere, tra le 9 politiche suggerite, le 2 più rilevanti. I risultati a questa domanda sono presentati nella Tabella 14.4.

Tabella 14.4 Le politiche aziendali in grado di incrementare la motivazione

Politica aziendale	N° risposte	Percentuale
Riconoscimento del merito nella progressione di carriera	281	19,76%
Possibilità di incrementare le competenze cliniche	125	8,79%
Riduzione oneri burocratici	220	15,47%
Sistemi di valutazione delle performance	35	2,46%
Incentivi economici	262	18,43%
Favorire la cooperazione fra colleghi e la limitazione dei conflitti	134	9,42%
Chiarezza e trasparenza nel fornire indicazioni su come svolgere il proprio lavoro	71	4,99%
Favorire l'acquisizione di competenze manageriali	52	3,66%
Favorire equità e meritocrazia nello sviluppo di carriera	180	12,66%
Stabilità negli aspetti programmatici	62	4,36%
Totale	1.422	100%

Fonte: Elaborazione degli autori

I risultati emersi da questo quesito confermano che la motivazione dei medici è fortemente legata a fattori di riconoscimento professionale e di partecipazione attiva alla vita organizzativa, piuttosto che a interventi formali o burocratici. Alla domanda su quali politiche aziendali potrebbero maggiormente incrementare la motivazione, al primo posto emerge “il riconoscimento del merito nella progressione di carriera” (19% circa), seguito da “incentivi economici” (18%) e dalla “riduzione degli oneri burocratici” (15% circa).

Questi dati si collegano direttamente con i risultati precedentemente analizzati. La possibilità di una carriera basata sul merito, già emersa come terzo fattore motivante più importante, si conferma come una leva prioritaria anche sul piano delle politiche attese. Ciò indica una forte domanda di equità, trasparenza e valorizzazione del contributo

individuale, in un sistema che spesso viene percepito come appiattito o guidato da logiche non meritocratiche.

Il secondo elemento, gli incentivi economici, pur avendo ottenuto una valutazione più bassa nella scala di motivazione individuale (3,84 su 5), si posiziona molto in alto tra le politiche aziendali desiderate. Questa apparente incoerenza può essere interpretata nel senso che la retribuzione non è il primo fattore che “accende” la motivazione, ma viene comunque percepita come un riconoscimento tangibile del valore del lavoro svolto, soprattutto in un contesto di crescente carico professionale e responsabilità.

Il terzo posto è occupato dalla riduzione degli oneri burocratici, un’esigenza che non era tra i fattori valutati nella prima parte della ricerca, ma che appare estremamente significativa. Questo dato suggerisce che una parte rilevante della demotivazione deriva dalla percezione di un’organizzazione del lavoro appesantita da compiti amministrativi non centrali rispetto alla mission clinica del medico. Alleggerire questi carichi significa restituire tempo e attenzione alla dimensione assistenziale e professionale, con effetti positivi sia sulla qualità del lavoro che sulla motivazione personale.

Interessante è anche l’analisi degli elementi meno scelti: “chiarezza e trasparenza nel fornire indicazioni su come svolgere il proprio lavoro” (4,99%), “stabilità negli aspetti programmatici” (4,36%) e “favorire l’acquisizione di competenze manageriali” (3,66%). Questi risultati sono coerenti con quanto emerso anche nelle valutazioni individuali, dove le competenze manageriali avevano già ottenuto uno dei punteggi più bassi. Ciò sembra indicare che i medici non avvertono come prioritari interventi top-down o troppo distanti dalla loro pratica quotidiana, né ritengono necessario un eccesso di direttività nelle indicazioni operative, probabilmente perché già dotati di un forte senso di autonomia e responsabilità professionale.

In sintesi, la motivazione dei medici sembra emergere con maggiore forza quando vengono attivati meccanismi di riconoscimento del valore, partecipazione reale e riduzione degli ostacoli organizzativi inutili, mentre appaiono meno efficaci le politiche che mirano a migliorare aspetti più formali, indiretti o lontani dalla pratica clinica quotidiana.

Infine, un’ultima domanda che si vuole qui analizzare riguarda le possibili politiche che le istituzioni (Stato e/o Regioni) possono introdurre per incrementare la motivazione, fornendo così una visione più ampia e sistemica del problema. Anche in questo caso è stato chiesto di scegliere solo le 2 politiche considerate più rilevanti rispetto alle 9 proposte. La Tabella 14.5 riporta i risultati dell’indagine.

Il risultato più evidente è che la retribuzione emerge con forza come una priorità: “Incrementare significativamente le retribuzioni per renderle allineate alla media dei Paesi europei” è stata infatti la risposta più scelta, con il 31% delle preferenze.

Questo dato si collega con quanto emerso anche a livello aziendale, dove gli incentivi economici risultano al secondo posto tra le politiche ritenute più efficaci per incrementare la motivazione. La differenza è che, a livello istituzionale, il tema retributivo assume un peso ancora maggiore, probabilmente perché riguarda politiche strutturali, non episodiche, e tocca un elemento di giustizia retributiva ormai percepito come critico da larga parte della categoria. Il confronto con gli altri Paesi europei aggrava la percezione di squilibrio e rafforza la richiesta di un adeguamento salariale che riconosca il valore e la complessità della professione medica.

Tabella 14.5 Le politiche di Stato e/o Regione in grado di incrementare la motivazione

Politica istituzionale	N° risposte	Percentuale
Incrementare significativamente le retribuzioni per renderle allineate alla media dei Paesi europei	436	30,75%
Aumentare la possibilità per i professionisti di svolgere attività extra-aziendali	34	2,40%
Aumentare la retribuzione collegata alle performance individuali o di gruppo in base a criteri di valutazione efficaci	156	11,00%
Aumentare la possibilità di incrementare la propria specializzazione attraverso anche stage nazionali e internazionali con copertura dei costi da parte dell'azienda	173	12,20%
Aumentare la libertà dei professionisti di auto-organizzarsi (es. ridurre i vincoli organizzativi previsti dalle normative vigenti)	93	6,56%
Limitare le attività meramente amministrative lasciate oggi al professionista	212	14,95%
Incrementare i servizi di supporto amministrativo ai professionisti	96	6,77%
Incrementare la possibilità di svolgere attività di ricerca	48	3,39%
Definire criteri più meritori per la scelta dei ruoli manageriali	170	11,98%
Totale	1.418	100%

Fonte: Elaborazione degli autori

Al secondo posto si colloca la richiesta di limitare le attività meramente amministrative oggi lasciate al professionista (15%), un elemento già emerso con forza anche tra le priorità a livello aziendale (“riduzione degli oneri burocratici”). Questo conferma che una parte significativa della demotivazione deriva dalla sottrazione di tempo e attenzione alla dimensione clinica, a causa di compiti amministrativi spesso vissuti come impropri o mal distribuiti. Interventi su questo fronte, sia da parte delle aziende che delle istituzioni, sono percepiti come urgenti per restituire centralità al ruolo clinico del medico.

Il terzo elemento più scelto riguarda l’ampliamento delle opportunità di specializzazione attraverso stage nazionali e internazionali con copertura dei costi da parte dell’azienda (12%). Questa risposta evidenzia l’importanza che i medici attribuiscono allo sviluppo continuo delle competenze, soprattutto in chiave specialistica. A differenza del “miglioramento delle competenze manageriali”, che nelle altre parti della ricerca è stato sistematicamente tra gli elementi meno valorizzati, qui si sottolinea una domanda di aggiornamento mirato, collegato alla pratica clinica, alla qualità dell’assistenza e alla crescita professionale. L’interesse per esperienze anche internazionali suggerisce inoltre una visione aperta e dinamica della professione, in cerca di confronto e valorizzazione oltre i confini locali.

Tra le risposte meno scelte si trovano “incrementare la possibilità di svolgere attività di ricerca” (3,39%) e “aumentare la possibilità per i professionisti di svolgere attività extra-aziendali” (2,4%). Questi risultati indicano che, pur trattandosi di ambiti potenzialmente importanti, essi non rappresentano una priorità sentita dalla maggioranza dei medici. È probabile che queste attività siano percepite come marginali rispetto alle

problematiche più urgenti, come il carico di lavoro, la retribuzione, il riconoscimento professionale e la qualità dell'organizzazione del lavoro. Inoltre, lo svolgimento di ricerca o attività extra-aziendali richiede tempo, risorse e condizioni favorevoli che, allo stato attuale, molti professionisti sentono di non avere.

In sintesi, le aspettative verso le istituzioni si concentrano su interventi strutturali e concreti: miglioramento delle condizioni economiche, alleggerimento dei carichi impropri e sostegno reale alla crescita professionale specialistica. Rispetto agli ambiti più "accessori" come la ricerca o le attività esterne, la domanda è oggi fortemente orientata verso il rafforzamento del "cuore" del lavoro medico, e verso una maggiore dignità e sostenibilità della professione nel suo insieme.

14.5 L'interpretazione

Le analisi hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i gruppi considerati.

L'analisi statistica dei dati raccolti attraverso il questionario rileva che non esistono differenze significative con il ruolo ricoperto, l'età, e il genere; quindi, si può dedurre che la valutazione generale non trova influenze da queste variabili. Interessante quindi considerare che all'aumento dell'età non esistono differenze significative di motivazione e così neppure il genere evidenzia differenze.

Molto differente il risultato che riguarda la funzione manageriale. I professionisti che dichiarano di ricoprire un ruolo gestionale – come direttori di struttura complessa, di distretto, o con incarichi organizzativi – riportano un livello medio di motivazione significativamente più alto (media = 3,59) rispetto a coloro che non ricoprono tali funzioni (media = 2,88). Questo dato sembra confermare quanto sostenuto dalla letteratura organizzativa e motivazionale: il coinvolgimento nei processi decisionali, l'autonomia operativa e il riconoscimento del proprio ruolo sono fattori chiave nella costruzione della motivazione intrinseca (Deci, Ryan 1985; Herzberg 1966; Gagné, Deci 2005).

Al contrario, le differenze osservate tra ruoli clinici (medico ospedaliero, territoriale, di prevenzione, ecc.) appaiono meno solide.

Il dato quindi più solido e rilevante emerso da questa analisi è la maggiore motivazione percepita da parte dei professionisti con funzioni manageriali. Questo ha due principali implicazioni per la governance sanitaria. In primo luogo, evidenzia l'importanza di disporre di percorsi di carriera che consentano l'accesso a ruoli di responsabilità anche per il personale clinico, favorendo così una maggiore partecipazione e coinvolgimento organizzativo. In secondo luogo, pone una sfida in termini di equità e valorizzazione: il personale che non ricopre ruoli gestionali – pur essendo spesso il motore operativo del sistema – potrebbe percepire un minore riconoscimento, con ricadute negative sulla motivazione e quindi sulle performance complessive (Mintzberg 1989; Bassi 2020). Diventa quindi prioritario per le direzioni aziendali investire in strategie di empowerment diffuso, riconoscimento del merito e coinvolgimento partecipativo anche al di fuori delle strutture gerarchiche formali.

L'analisi ha evidenziato inoltre differenze rilevanti anche nella percezione dei fattori motivazionali tra i professionisti che ricoprono un ruolo manageriale e coloro che non hanno incarichi organizzativi (vedi Tabella 14.6).

Tabella 14.6 Differenze nei fattori motivazionali tra personale con e senza funzione manageriale

Fattore motivazionale	Manageriali	Non manageriali	Differenza	p-value
Motivazione complessiva	3,59	2,88	+0,70	<0,00001
Coinvolgimento negli obiettivi strategici	4,10	3,48	+0,62	<0,00001
Competenze manageriali	4,35	3,81	+0,54	<0,00001
Incentivi economici	3,68	3,96	-0,29	0,00003
Competenze cliniche	4,21	4,40	-0,19	0,00258
Coinvolgimento nelle decisioni organizzative	4,63	4,48	+0,15	0,00464
Chiarezza del ruolo organizzativo	4,43	4,25	+0,17	0,00815
Disponibilità di tecnologia	4,29	4,13	+0,16	0,01711
Progressione di carriera basata sul merito	4,44	4,54	-0,10	0,07695
Organizzazione del lavoro cooperativa	4,50	4,43	+0,07	0,27211

Fonte: Elaborazione degli autori

In particolare, chi svolge una funzione gestionale attribuisce maggiore importanza alla propria motivazione complessiva rispetto ai colleghi non manageriali. Questo dato si conferma statisticamente significativo e coerente con i risultati precedenti che mostrano una correlazione tra responsabilità organizzativa e livelli di engagement.

In termini di contenuti motivazionali, i professionisti con funzione manageriale tendono a valorizzare in misura maggiore gli aspetti legati al miglioramento delle competenze manageriali e cliniche, così come il coinvolgimento nei processi decisionali strategici. Questa evidenza suggerisce che la motivazione dei profili manageriali è fortemente ancorata al riconoscimento del proprio ruolo e alla possibilità di contribuire attivamente all'indirizzo organizzativo.

Al contrario, i professionisti senza incarichi organizzativi mostrano una tendenza a considerare più rilevanti gli aspetti economici. Pur attribuendo ancora un certo valore ai fattori relazionali e organizzativi, il peso motivazionale degli incentivi economici appare relativamente più alto in questo gruppo, configurando un profilo motivazionale differente, meno orientato alla leadership e alla partecipazione strategica.

Queste differenze sottolineano la necessità per le organizzazioni sanitarie di sviluppare politiche differenziate di valorizzazione, in grado di riconoscere e alimentare leve motivazionali specifiche per ciascun segmento professionale.

Comunque, considerato che i fattori motivazionali presentano in media punteggi molto alti (oltre 4 su 5), con scarsa variabilità, si evidenzia che tutti questi elementi sono considerati importanti per determinare la motivazione.

In primo luogo, emerge con chiarezza come la motivazione non sia trainata principalmente da aspetti economici o da elementi generali di organizzazione, bensì dalla percezione di crescita e sviluppo delle proprie competenze. I due fattori più fortemente correlati con la motivazione complessiva sono infatti il miglioramento delle competen-

ze cliniche e delle competenze manageriali. Questo risultato resta valido anche quando si controlla per variabili sociodemografiche e di ruolo (età, genere, posizione manageriale), a conferma della sua solidità. In termini pratici, ciò suggerisce che investimenti in formazione continua, aggiornamento scientifico e percorsi di sviluppo manageriale rappresentano leve fondamentali per sostenere la motivazione del personale.

In secondo luogo, si osserva un contributo positivo ma più contenuto di altri fattori: la disponibilità di tecnologia avanzata, il coinvolgimento nella definizione degli obiettivi strategici e, in misura minore, la partecipazione alle decisioni organizzative. Questi elementi, pur non emergendo con la stessa forza delle competenze, indicano l'importanza di un contesto che favorisca la partecipazione attiva e metta i professionisti nelle condizioni di lavorare con strumenti adeguati. Tuttavia, la loro influenza sulla motivazione complessiva appare più debole e meno stabile statisticamente.

Al contrario, fattori spesso considerati centrali nelle politiche di gestione del personale – come gli incentivi economici, la progressione di carriera basata sul merito, un ambiente di lavoro cooperativo e la chiarezza del ruolo organizzativo – non mostrano una relazione significativa con la motivazione complessiva. Questo non significa che tali aspetti non siano importanti per il benessere organizzativo o per la soddisfazione, ma suggerisce che, almeno nel campione analizzato, non costituiscono i principali driver della motivazione percepita.

In sintesi, i dati mostrano che la motivazione professionale si radica più nella dimensione intrinseca dello sviluppo e della crescita personale che in quella estrinseca (incentivi, carriera). Ciò è coerente con una visione della motivazione in sanità fondata sul riconoscimento professionale, sulla possibilità di apprendere e migliorare, e sulla valorizzazione del proprio contributo all'interno dell'organizzazione.

In sintesi, il tema motivazionale ha specifici connotati e sicuramente occorre generare condizioni per rafforzare questa condizione. L'autonomia e la responsabilità sembrano giocare un ruolo positivo e motivante: su questo occorre insistere.

14.6 Quali politiche

Nel dibattito contemporaneo sulla valorizzazione del capitale umano nel Servizio Sanitario Nazionale, le politiche introdotte da Stato e Regioni rivestono un ruolo centrale. Non si tratta solo di garantire condizioni contrattuali adeguate, ma anche di creare un contesto che favorisca la motivazione, la crescita e il riconoscimento dei professionisti. I dati raccolti attraverso il questionario confermano che i professionisti sanitari percepiscono alcune leve politiche come particolarmente rilevanti per il proprio engagement. Tra i temi centrali, i professionisti:

- richiedono con forza un miglioramento economico strutturale, come l'allineamento agli standard europei e retribuzioni collegate alle performance;
- ritengono comunque rilevante una semplificazione burocratica e al supporto amministrativo;
- apprezzano molto anche la possibilità di accrescere la propria formazione e specializzazione, mentre la possibilità di svolgere attività esterne o di ricerca appare marginale.

Tuttavia, se si analizzano più nel dettaglio le preferenze dei professionisti in relazione a variabili strutturali come genere ed età, emergono differenze significative, in alcuni casi statisticamente rilevanti.

Le due tabelle che seguono (Tabelle 14.7 e 14.8) evidenziano le percentuali di risposta affermativa (“Sì”) per ciascuna delle nove politiche proposte, suddivise per genere e per fascia di età.

Tabella 14.7 Percentuale di preferenze per le politiche (per genere)

Politica	Femminile	Maschile
Retribuzioni europee	56,3%	65,6%
Attività extra-aziendali	2,0%	5,9%
Stage di specializzazione	19,8%	23,3%
Attività di ricerca	29,4%	18,2%
Libertà organizzativa	11,1%	16,2%
Supporto amministrativo	29,1%	31,9%
Meritocrazia manageriale	15,6%	16,2%
Performance/retribuzione	8,6%	4,2%
Ridurre burocrazia	24,9%	14,7%

Fonte: Elaborazione degli autori

Alcune differenze tra gruppi risultano statisticamente significative, indicando una relazione consistente tra le variabili analizzate.

Tabella 14.8 Percentuale di preferenze per le politiche (per età)

Politica	<36 anni	36–45 anni	46–55 anni	>55 anni
Retribuzioni europee	75,0%	66,0%	63,2%	59,3%
Attività extra-aziendali	0,0%	4,0%	4,9%	3,7%
Stage di specializzazione	0,0%	18,0%	17,2%	24,0%
Attività di ricerca	66,7%	26,0%	29,4%	20,5%
Libertà organizzativa	8,3%	22,0%	12,3%	13,6%
Supporto amministrativo	8,3%	14,0%	31,4%	32,2%
Meritocrazia manageriale	16,7%	14,0%	10,8%	17,9%
Performance/retribuzione	16,7%	6,0%	6,9%	6,0%
Ridurre burocrazia	8,3%	24,0%	19,1%	20,0%

Fonte: Elaborazione degli autori

Alcune differenze tra gruppi risultano statisticamente significative, indicando una relazione consistente tra le variabili analizzate.

Queste differenze ci dicono che la motivazione non è omogenea né nella sua natura né nelle condizioni che la alimentano. Le politiche “valide per tutti” rischiano di essere va-

lide “per nessuno”, se non si tiene conto della molteplicità dei bisogni. I professionisti più giovani sono fortemente orientati alla formazione e alla crescita intellettuale, mentre i più anziani sentono più acuto il bisogno di semplificazione e supporto operativo. Allo stesso modo, le donne sembrano esprimere un maggiore interesse per la ricerca e per la riduzione delle attività burocratiche, in parte per effetto dei carichi di lavoro sommersi che spesso gravano in modo asimmetrico.

La lezione che emerge da questi dati è chiara: la costruzione di politiche efficaci richiede ascolto, differenziazione e flessibilità. Lo Stato e le Regioni dovrebbero adottare approcci più articolati, capaci di combinare incentivi economici, percorsi di valorizzazione professionale e condizioni organizzative che riducano le frizioni operative. In un sistema che ambisce a trattenere i migliori talenti e a contrastare il progressivo disinvestimento dei professionisti, la motivazione non può più essere considerata una variabile individuale: è una risorsa sistemica da governare strategicamente.

Una riflessione ora sulle politiche aziendali attese dai medici. Innanzitutto emergono alcuni punti significativi:

- i professionisti valorizzano fortemente misure che combinano riconoscimento del merito, ricompensa economica e semplificazione burocratica;
- strumenti come la valutazione delle performance o il rafforzamento delle competenze manageriali risultano meno rilevanti;
- le dimensioni relazionali e di clima organizzativo (cooperazione, trasparenza) raccolgono una quota intermedia di consenso.

Un’analisi approfondita fa emergere che accanto alle scelte strategiche di livello nazionale e regionale, anche le politiche attuate a livello aziendale giocano un ruolo determinante nella costruzione di un ambiente lavorativo motivante e sostenibile per i professionisti della sanità. Mentre le istituzioni sovraordinate definiscono cornici normative, contrattuali e programmatiche, sono le aziende sanitarie ad attuare concretamente quei dispositivi organizzativi e gestionali che impattano direttamente sull’esperienza quotidiana dei professionisti.

L’analisi dei dati raccolti mostra che le politiche aziendali più apprezzate dai rispondenti sono quelle che garantiscono riconoscimento del merito nella carriera, incentivi economici e riduzione degli oneri burocratici. Si tratta di leve che coniugano la dimensione della ricompensa, sia simbolica sia materiale, con quella dell’efficienza organizzativa.

Al contrario, raccolgono minor consenso le politiche orientate a strumenti più “tecnici”, come la valutazione delle performance individuali o la formazione manageriale, che sembrano avere un impatto più marginale sulla motivazione percepita.

Alcune differenze tra gruppi risultano statisticamente significative, indicando una relazione consistente tra le variabili analizzate.

Alcune differenze tra gruppi risultano statisticamente significative, indicando una relazione consistente tra le variabili analizzate.

Da queste analisi emergono importanti spunti per la programmazione aziendale. In primo luogo, mostrano che la motivazione dei professionisti non dipende solo dalla

Tabella 14.9 Politiche aziendali preferite per genere (% di risposte “Sì”)

	Politica aziendale	Femmine	Maschi
PA1	Riconoscimento del merito nella carriera	36,3%	37,3%
PA2	Incentivi economici	30,6%	39,3%
PA3	Riduzione degli oneri burocratici	30,9%	39,8%
PA4	Equità e merito nello sviluppo di carriera	16,0%	18,7%
PA5	Cooperazione / limitare conflitti	26,4%	11,3%
PA6	Incremento competenze cliniche	27,9%	19,2%
PA7	Chiarezza su come svolgere il lavoro	10,9%	7,4%
PA8	Stabilità programmatoria	7,7%	10,6%
PA9	Acquisizione competenze manageriali	6,2%	7,9%
PA10	Valutazione delle performance individuali	4,4%	5,7%

Fonte: Elaborazione degli autori

Tabella 14.10 Politiche aziendali preferite per età (% di risposte “Sì”)

	Politica aziendale	<36	36–45	46–55	>55
PA1	Riconoscimento del merito nella carriera	50,0%	40,0%	37,3%	36,1%
PA2	Equità/merito nello sviluppo di carriera	50,0%	20,0%	22,5%	14,5%
PA3	Incentivi economici	33,3%	32,0%	27,5%	38,1%
PA4	Valutazione performance individuali	0,0%	6,0%	2,0%	6,2%
PA5	Riduzione degli oneri burocratici	16,7%	44,0%	41,7%	32,6%
PA6	Cooperazione / limitare conflitti	25,0%	14,0%	23,5%	17,4%
PA7	Chiarezza su come svolgere il lavoro	8,3%	10,0%	8,3%	9,3%
PA8	Competenze manageriali	16,7%	8,0%	7,4%	6,6%
PA9	Incremento competenze cliniche	0,0%	20,0%	21,6%	25,1%
PA10	Stabilità programmatoria	0,0%	4,0%	5,4%	11,2%

Fonte: Elaborazione degli autori

retribuzione, ma anche dalla trasparenza, equità e riconoscimento dei percorsi professionali. Le aziende che riescono a integrare questi elementi nella gestione del personale possono ottenere un impatto positivo su retention, clima organizzativo e qualità dei servizi.

In secondo luogo, le differenze legate a genere ed età evidenziano l'opportunità di personalizzare le politiche interne (vedi Tabelle 14.9 e 14.10). Le donne sembrano apprezzare maggiormente le politiche relazionali e formative, mentre gli uomini mostrano una preferenza per misure economiche e strutturali. I più giovani sono attratti dalla possibilità di emergere e crescere, mentre i più anziani desiderano stabilità, semplificazione e supporto.

Le direzioni sanitarie aziendali dovrebbero considerare questi dati per costruire un portafoglio di politiche articolato e modulare, capace di intercettare la pluralità delle

aspettative presenti nel personale. Non basta attivare misure standard: è necessario governare la leva motivazionale con la stessa cura e strategia con cui si gestiscono risorse economiche e tecnologiche. In questo senso, la motivazione è un asset — e come tale, va misurata, monitorata e sviluppata.

Alcune differenze tra gruppi risultano statisticamente significative, indicando una relazione consistente tra le variabili analizzate.

Questo risultato non è privo di rilievo. In un contesto spesso segnato da tensioni tra ruoli direzionali e professionali, la convergenza di visione sulle priorità motivazionali può costituire un fattore abilitante per le politiche interne, facilitando l'adozione di interventi condivisi e legittimati da tutta la popolazione aziendale. L'attenzione al riconoscimento del merito, alla semplificazione organizzativa e alla valorizzazione delle competenze emerge come patrimonio motivazionale condiviso, non legato alla posizione gerarchica ma al senso più profondo di appartenenza e qualità del lavoro.

Questa sintonia suggerisce che i professionisti, indipendentemente dal ruolo, siano ugualmente sensibili a un sistema che premi l'equità, l'autonomia professionale e l'efficienza operativa. In termini gestionali, ciò significa che le politiche di motivazione e valorizzazione non devono necessariamente essere differenziate per livello di responsabilità, ma piuttosto costruite in modo inclusivo, co-progettato e trasversale, valorizzando il dialogo tra funzioni cliniche, organizzative e direzionali.

14.7 Prime conclusioni

Una delle domande centrali nella valutazione della motivazione organizzativa riguarda quali politiche siano maggiormente apprezzate dai professionisti in funzione della loro motivazione.

L'analisi mostra che alcune politiche vengono considerate significativamente più rilevanti da chi esprime un alto livello di motivazione rispetto agli altri gruppi. In particolare, risultano statisticamente significative le politiche riportate nella Tabella 14.10.

Le analisi hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i gruppi considerati.

Politica	Tipo
Riduzione degli oneri burocratici	Aziendale
Retribuzioni allineate alla media europea	Nazionale/Regionale
Incremento delle competenze cliniche	Aziendale
Supporto amministrativo	Nazionale/Regionale

Chi mostra un'alta motivazione tende quindi a:

- percepire come molto rilevanti le misure di semplificazione organizzativa;
- valorizzare le opportunità di crescita professionale clinica;
- ritenere centrale il riconoscimento economico e l'alleggerimento del carico amministrativo.

Al contrario, questi elementi non sembrano altrettanto efficaci nel generare motivazione nei gruppi con motivazione media o bassa, segnalando una frattura percepita nella capacità dell'organizzazione di attivare leve motivazionali efficaci.

In chiave gestionale, ciò implica che le direzioni aziendali hanno un margine di azione molto rilevante nel presidiare le leve motivazionali, agendo su:

- organizzazione del lavoro;
- carichi burocratici;
- supporto operativo;
- valorizzazione delle competenze.

Investire su queste dimensioni può rappresentare una leva potente, rapida e flessibile per sostenere la motivazione dei professionisti sanitari, senza attendere riforme sistemiche esterne.

Riferimenti bibliografici

- Bassi A. (2020), *Gestire le persone nelle organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Deci E.L., Ryan R.M. (1985), *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, Plenum, New York.
- Franco L.M., Bennett S., Kanfer R. (2002), *Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework*, in *Social Science & Medicine* 54(8), 1255-1266.
- Gagné M., Deci E.L. (2005), *Self-determination theory and work motivation*, in *Journal of Organizational Behavior* 26(4), 331-362.
- Herzberg F. (1959), *The motivation to work*, Wiley, New York.
- Herzberg F. (1966), *Work and the Nature of Man*, World Publishing Company, Cleveland.
- Kanfer R. (1990), *Motivation theory and industrial and organizational psychology*. In *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (Vol. 1, pp. 75-170), Consulting Psychologists Press, CA, Palo Alto.
- Maslach & Leiter, (2016), *Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry*, in *World Psychiatry* 15(2), 103-111.
- Maslow A.H. (1943), *A theory of human motivation*, in *Psychological Review* 50(4), 370-396.
- McGregor D. (1960), *The Human Side of Enterprise*, McGraw-Hill, New York.
- Mintzberg H. (1989), *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations*, Free Press, New York.
- Perry J.L., Wise L.R. (1990), *The motivational bases of public service*, in *Public Administration Review* 50(3), 367-373.
- Ritz A., Brewer G.A., Neumann O. (2016), *Public service motivation: A systematic literature review and outlook*, in *Public Administration Review* 76(3), 414-426.
- Ryan R.M., Deci E.L. (2000), *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, in *American Psychologist* 55(1), 68-78.
- Vroom V.H. (1964), *Work and motivation*, Wiley, New York.

15. Prevenzione: più salute e più risorse

Francesco Moscone, Giuseppe Arbia, Francesca Cardile, Lucia Della Ratta

L'essere in buona salute non riguarda soltanto l'individuo, ma costituisce un pilastro fondamentale per il benessere di un Paese, influenzandone prosperità economica, coesione sociale e stabilità dei sistemi di welfare. Una popolazione sana è più produttiva, più partecipe e in grado di contribuire in maniera significativa alla competitività nazionale, sostenendo la crescita economica, l'innovazione e la resilienza sociale. Allo stesso tempo, investire nella salute riduce la pressione sui sistemi sanitari e sociali, contenendo i costi diretti e indiretti legati a malattie croniche e disabilità.

In questo contesto, la prevenzione assume un ruolo strategico bidirezionale, che va oltre la tutela della salute individuale. Stili di vita più sostenibili rafforzano la capacità della comunità di affrontare sfide sociali ed economiche: salute pubblica e crescita economica sono strettamente interconnesse.

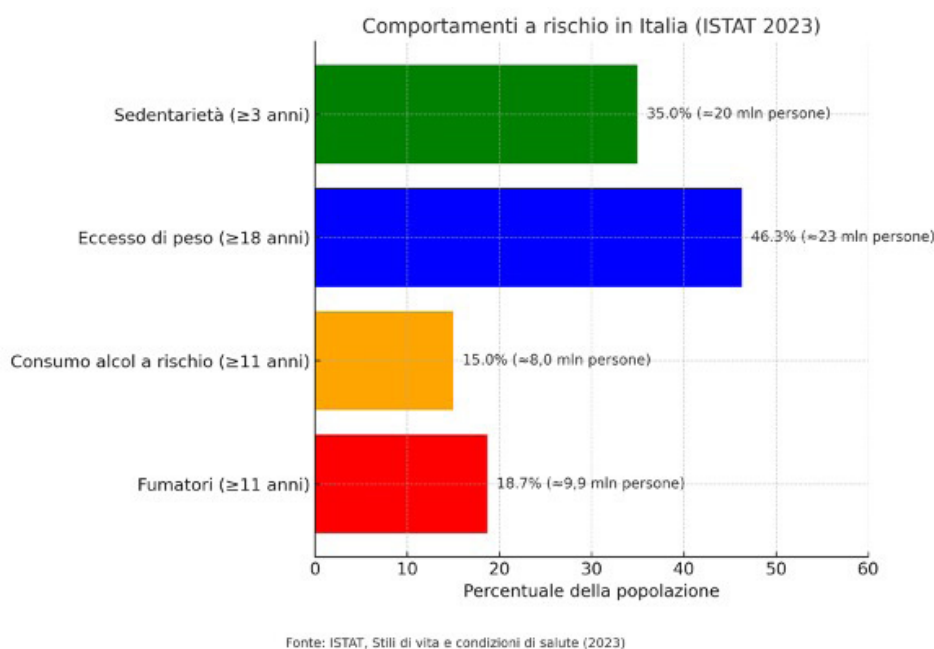
Pensare e attuare interventi mirati e precoci sui principali fattori di rischio – quali fumo di tabacco, consumo eccessivo di alcol, sedentarietà e sovrappeso – avrà come risultato un miglioramento della qualità della vita degli individui, che si tramuterà in una popolazione sana in grado di contribuire attivamente al mercato del lavoro, all'apprendimento, all'innovazione e allo sviluppo sociale.

15.1 Comportamenti a rischio

Il fumo di tabacco, il consumo di alcolici, il sovrappeso/obesità e la sedentarietà costituiscono tra i maggiori determinanti delle malattie croniche non trasmissibili, incidendo in modo significativo sia sulla salute della popolazione sia sulla sostenibilità del sistema sanitario. Secondo quanto riportato dall'OMS, l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa sono causati da malattie croniche (WHO 2025). Si tratta di un'emergenza mondiale silenziosa dove i comportamenti a rischio sono ancora ampiamente diffusi e consolidati. Questi comportamenti non sono solo una minaccia per la salute individuale, ma anche un fattore di pressione crescente sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale: ignorare questa emergenza comporterà inderogabilmente una erosione nel tempo delle risorse di salute e qualità della vita.

Anche in Italia si conferma l'urgenza di un intervento mirato (Figura 15.1). Secondo dati ISTAT (2024), nel 2023:

- il 18,7% della popolazione di 11 anni e più è fumatore;
- il 15% della popolazione presenta almeno un comportamento di consumo di alcol a rischio;

Figura 15.1 Comportamenti a rischio in Italia

Fonte: ISTAT, Stili di vita e condizione di salute 2023

- il 46,3% delle persone di 18 anni e più è in eccesso di peso, di cui il 34,6% in sovrappeso e l'11,8% in condizione di obesità;
- il 35,0% della popolazione di 3 anni e più è sedentaria, non svolgendo né sport né attività fisica nel tempo libero.

La prevenzione si pone quindi come un investimento strategico: riduce la pressione sui sistemi sanitari, migliora la vita dei cittadini e libera risorse economiche da destinare ad altri bisogni.

15.2 Prevenzione: conoscerla per metterla in pratica

Con il termine prevenzione si intende l'insieme di azioni, interventi e comportamenti volti a ridurre il rischio di insorgenza di malattie e a tutelare la salute della popolazione. La prevenzione non è un concetto unico, ma viene suddivisa in diverse tipologie in base al momento in cui interviene, al target di riferimento e agli strumenti utilizzati. Si distinguono tre livelli fondamentali (Istituto per il lavoro e la salute 2015):

1. prevenzione primaria: mira a evitare che una malattia insorga, intervenendo sui fattori di rischio. Ne fanno parte la vaccinazione, la protezione ambientale e soprattutto l'adozione di corretti stili di vita (alimentazione sana, attività fisica regolare, astensione dal fumo, consumo moderato di alcol, sonno adeguato);
2. prevenzione secondaria: si concentra sulla diagnosi precoce, attraverso programmi di screening o controlli periodici, per individuare le malattie in fase iniziale e renderle più facilmente trattabili;

3. prevenzione terziaria: riguarda invece gli interventi di riabilitazione e di gestione delle malattie già presenti, con l'obiettivo di ridurre complicanze e migliorare la qualità della vita.

Di queste, la prevenzione primaria ha come aspetto centrale la promozione e l'adozione di stili di vita salutari. Non si tratta di negare o proibire i comportamenti a rischio, ma di creare condizioni e opportunità che facilitino comportamenti più sani e sostenibili. In questo senso, la prevenzione è più efficace della semplice imposizione o proibizione, perché mira a costruire una cultura della salute, stimolando la motivazione individuale e collettiva.

Numerose iniziative reali sono già in atto a livello nazionale e internazionale. In Italia, ad esempio, il Programma Guadagnare Salute del Ministero della Salute (Istituto Superiore di Sanità, 2022) promuove corretta alimentazione, attività fisica, lotta al tabagismo e consumo responsabile di alcol. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Ministero della Salute 2020) costituisce il quadro strategico di riferimento per tutte le Regioni, con azioni concrete nei luoghi di vita e di lavoro. A livello europeo, la campagna "Healthy Lifestyle for All" (Commissione Europea 2021) sostiene progetti volti a sensibilizzare i cittadini sull'importanza di scelte quotidiane sane, mentre l'OMS, con il programma "Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs" (OMS 2013), incoraggia azioni coordinate contro i principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili.

Promuovere e adottare corretti stili di vita costituisce un elemento centrale della prevenzione primaria, perché permette di ridurre concretamente il rischio di malattie croniche e non trasmissibili. È infatti più efficace orientare le persone verso scelte consapevoli e sostenibili per la propria salute, piuttosto che limitarsi a proibire o negare comportamenti a rischio, trasformando così la prevenzione in uno strumento di tutela individuale e in un investimento strategico sul benessere collettivo e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

La transizione dell'Italia da un modello sanitario reattivo e centrato sul trattamento a un approccio sistemico e proattivo richiede una ridefinizione delle priorità. Intervento precoce, promozione della salute comportamentale e accesso equo alle cure rappresentano i pilastri di questa trasformazione. Non si tratta solo di migliorare gli esiti di salute pubblica, ma anche di rafforzare la resilienza economica, riducendo i costi sanitari a lungo termine e minimizzando le perdite di produttività dovute a malattie prevenibili. Un approccio intelligente alla prevenzione deve concentrarsi su tre aree chiave: collaborazione intersettoriale, equità nell'accesso e alfabetizzazione sanitaria. La collaborazione tra operatori sanitari, istituzioni e decisori politici consente di costruire un sistema più efficiente e coordinato. L'equità richiede standard preventivi uniformi in tutte le regioni, mentre l'alfabetizzazione sanitaria deve fornire a cittadini di ogni età strumenti educativi e digitali per decisioni consapevoli. Queste strategie mirano a ridurre il carico ospedaliero, migliorare il benessere e rendere sostenibile l'intero sistema.

15.3 Aree di intervento e strumenti

Diventa naturale chiedersi come tradurre questa strategia in azioni concrete. Per essere davvero efficace, la prevenzione richiede un approccio multifattoriale, che agisca ex

ante sui principali fattori di rischio – come alimentazione scorretta, fumo, sedentarietà e inquinamento atmosferico – e non si limiti a interventi sul sistema sanitario. L'adozione di stili di vita salutari diventa così il punto di partenza di un percorso di prevenzione integrata, che agisce nei contesti quotidiani delle persone e nelle comunità, creando le condizioni perché comportamenti sani diventino naturali e sostenibili.

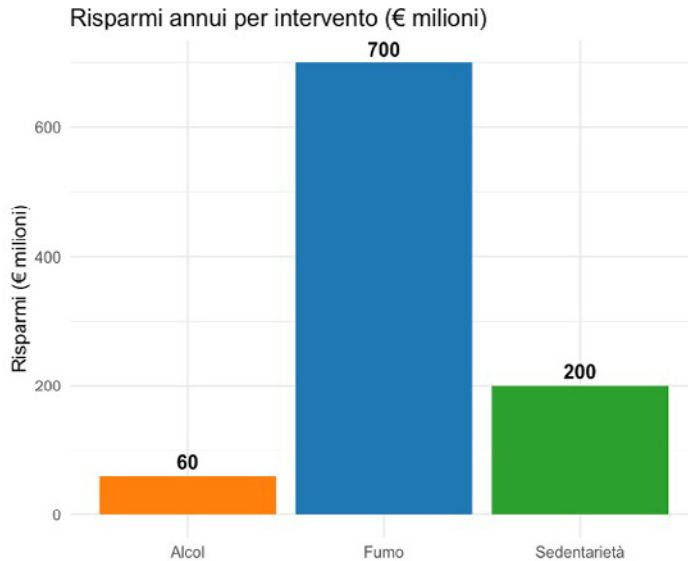
Gli interventi più efficaci si sviluppano nei contesti in cui le persone vivono e operano: le scuole, per educare fin da giovani; le università, con laboratori di ricerca che consolidano la cultura della prevenzione; i luoghi di lavoro, dove si trascorre gran parte della giornata; e le città, attraverso una pianificazione urbana che favorisca attività fisica e spazi verdi.

Per sostenere questi cambiamenti, è necessario utilizzare un mix di strumenti complementari:

- normativi e fiscali: che rendano le scelte salutari più convenienti senza imporre divieti, come la tassazione progressiva di prodotti del tabacco o bevande zuccherate e la creazione di piste ciclabili;
- educativi: attraverso campagne di sensibilizzazione, lezioni a scuola, eventi comunitari e programmi universitari, che forniscano le conoscenze necessarie per decisioni consapevoli;
- comunitari: coinvolgendo associazioni locali, medici di base e centri sportivi per creare una rete di supporto che favorisca comportamenti sani e duraturi.

In questo modo, la prevenzione diventa un percorso integrato, che combina informazione, strumenti pratici e sostegno sociale, trasformando gli stili di vita salutari in un'abitudine naturale e sostenibile per il benessere individuale e collettivo. Coerentemente con il contributo di Moscone (2023), che evidenzia il ruolo della transizione verso prodotti a rischio ridotto come strumento di policy per ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie e ridurre il carico delle patologie prevenibili, l'Osservatorio ALTEMS integra tali evidenze in un quadro di valutazione economica delle politiche di prevenzione. L'Osservatorio sull'Economia della Salute Pubblica di ALTEMS (ALTEMS, 2025) ha analizzato l'impatto delle politiche di prevenzione sui principali determinanti di salute e sui costi sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale. Le evidenze mostrano che misure normative e fiscali ben calibrate – come la tassazione progressiva di prodotti nocivi o incentivi per comportamenti salutari – possono tradursi non soltanto in una riduzione dei rischi per la popolazione, ma anche in un risparmio economico consistente. Secondo le stime dell'Osservatorio, azioni mirate su fumo, alcol, sedentarietà e cattiva alimentazione potrebbero determinare oltre 1 miliardo di euro di risparmi annui, solo in termini di costi diretti per il sistema sanitario, liberando risorse da reinvestire in prevenzione e cura.

Entrando nel dettaglio (Figura 15.2), il fumo rappresenta ancora oggi uno dei principali fattori di rischio: circa il 19% degli italiani è fumatore stabile. Se solo la metà di essi modificasse le proprie abitudini riducendo l'uso di prodotti da combustione, il risparmio di costi diretti stimato supererebbe i 700 milioni di euro l'anno. Anche l'alcol ha un impatto significativo: quasi il 3% della popolazione rientra tra i grandi consumatori, e il semplice adeguamento ai livelli raccomandati potrebbe alleggerire il carico sanitario di circa 60 milioni di euro annui. La sedentarietà, che riguarda circa il 40% degli

Figura 15.2 Risparmi annui per intervento

italiani, pesa anch'essa in modo rilevante: se anche solo l'1% della popolazione inattiva iniziasse a praticare regolarmente attività fisica moderata, i costi diretti evitati ammonterebbero a oltre 200 milioni di euro all'anno (ALTEMS, 2025).

Questi dati dimostrano che la prevenzione non è un costo, bensì un vero investimento strategico: ogni intervento che riduce i comportamenti a rischio produce benefici multipli, migliorando la salute delle persone, rafforzando la sostenibilità del sistema sanitario e generando valore economico per la collettività.

15.4 Casi reali

La comunicazione e le azioni messe in atto dai governi per indirizzare i comportamenti della popolazione sono fondamentali per il successo di una politica. Se queste vengono percepite in modo errato, senza far comprendere le vere ragioni dietro le scelte, il risultato auspicato non è scontato e può addirittura produrre effetti contrari.

Questo è particolarmente vero quando si interviene sugli stili di vita: i cittadini possono non accettare il cambiamento se non ne comprendono appieno le motivazioni e non vogliono modificare le proprie abitudini di salute. Occorre quindi che la comunicazione sia informativa ed educativa, affinché la scelta del cambiamento sia consapevole e non imposta da una nuova legge di cui non si comprende la ratio.

Un esempio emblematico di fallimento comunicativo è il proibizionismo degli anni Venti negli Stati Uniti. Introdotto nel 1920 con il Volstead Act¹, il divieto di produzione, vendita e trasporto di alcolici mirava a migliorare la salute pubblica. Sebbene inizialmente il consumo di alcol fosse diminuito drasticamente, con una riduzione fino al 30% rispetto ai livelli pre-proibizionismo, la mancanza di una comunicazione adeguata e l'assenza di alternative legali portarono a conseguenze indesiderate. (Miron, Zwiebel

1 United States Congress, *National Prohibition (Volstead) Act*, Pub.L. 66-66, 41 Stat. 305, 1919.

1991). Secondo un'indagine del "*Committee of Fifty*" su circa tredicimila detenuti in diciassette diverse prigioni e riformatori negli Stati Uniti, l'abuso di alcol si è classificato come una causa significativa di criminalità. Ancora, il Massachusetts Bureau of Statistics ha mostrato percentuali ancora più alte, arrivando alla conclusione che l'ottantaquattro per cento di tutte le condanne erano dovute, direttamente o indirettamente, all'influenza delle abitudini intemperate dell'autore del reato. Questi risultati indicano una fortissima correlazione tra l'intemperanza e l'induzione al crimine (Towne, 1916).

Anche recentemente vi sono state delle politiche di negazione, che avevano come obiettivo quello di ridurre il consumo di prodotti dannosi per la salute. È opportuno distinguere tra l'efficacia dei divieti come strumenti di tutela della salute pubblica e la loro funzione specifica, soprattutto nei confronti dei minori. Nel caso di questi ultimi, il divieto deve essere considerato assoluto e non negoziabile, in quanto i minori non hanno ancora completato la propria capacità giuridica e necessitano pertanto di una protezione rafforzata da parte delle istituzioni. Tuttavia, al di fuori di questo ambito, la sola imposizione normativa si rivela spesso insufficiente a modificare in modo sostanziale i comportamenti individuali, soprattutto se non accompagnata da interventi educativi, informativi e di promozione della salute.

Nel 2014 con la Direttiva Europea 2014/40/UE (Unione Europea 2014) sono state introdotte restrizioni sulla commercializzazione delle sigarette elettroniche, inclusi limiti sulla capacità dei serbatoi e l'obbligo di avvertenze sanitarie. Le restrizioni che hanno previsto il divieto di vendita ai minori e la limitazione della concentrazione di nicotina, non ne hanno eliminato l'uso tra i giovani, che è rimasto elevato. La ragione si trova che con l'ingresso in vigore di questa Direttiva non sono state previste simultaneamente misure educative o informative specifiche, limitandone l'effetto sulla popolazione, specialmente fra i giovani. In Italia, la prevalenza dell'uso è più che raddoppiata, passando dal 6,8% al 14,1% tra gli studenti di 11–17 anni. (Tarasenko *et al.* 2022).

L'adozione di politiche basate esclusivamente sul divieto o sulla limitazione dei comportamenti a rischio, senza un'efficace strategia di comunicazione e educazione, rischia di produrre effetti contrari rispetto agli obiettivi prefissati. La semplice imposizione di regole non garantisce la comprensione delle motivazioni sottostanti né favorisce l'adesione volontaria dei cittadini, soprattutto in ambito di salute e stili di vita. Per ottenere risultati concreti e duraturi, le politiche devono essere integrate con interventi informativi e formativi che stimolino scelte consapevoli, promuovendo la cultura della prevenzione e sostenendo i cittadini nel modificare comportamenti consolidati. Solo attraverso questo approccio combinato è possibile tradurre le intenzioni normative in reali miglioramenti della salute pubblica e in una riduzione significativa dei rischi anche a lungo termine.

15.4.1 Casi internazionali di successo

L'importanza della prevenzione deve essere ulteriormente rafforzata e la sua efficacia dimostrata. A questo fine, è utile che alcune esperienze internazionali che hanno prodotto risultati concreti nel miglioramento della salute pubblica siano prese come riferimento.

Gli esempi selezionati provengono da contesti diversi (America Latina, Europa settentrionale e occidentale), ma presentano alcune caratteristiche comuni.

- Pensano al futuro, in modo da fare piani a lungo termine, che vanno oltre soluzioni temporanee o per situazioni di emergenza. L'integrazione di strumenti sia normativi che educativi e comunitari ha reso più incisivo il cambiamento, rendendo necessario un nuovo approccio che tenga conto delle diverse esigenze e che sia in grado di affrontare le sfide del futuro.
- Le misure adottate sono supportate da solide evidenze scientifiche.
- L'impatto è misurabile sia sulla salute della popolazione che sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, due elementi che sono strettamente collegati e che devono essere considerati insieme per avere una visione completa della situazione.

I quattro casi analizzati – Cile, Svezia, Finlandia e Irlanda – mostrano come i principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili possano essere ridotti in modo significativo da strategie differenti, adattate ai contesti locali: cattiva alimentazione, fumo e consumo eccessivo di alcol. È stato dimostrato che la prevenzione non è soltanto un ideale, ma una scelta concreta e replicabile, in grado di generare benefici duraturi per la salute pubblica e per l'economia dei sistemi sanitari.

15.4.2 Cile - Etichette nutrizionali “High in”

15.4.2.1 Contesto

Prima del 2016, alcuni dei tassi più elevati di sovrappeso e obesità infantile al mondo erano registrati in Cile: circa il 50% dei bambini in età scolare era in eccesso di peso, con conseguenze importanti in termini di salute pubblica e spesa sanitaria. Contemporaneamente, il Paese figurava tra i principali consumatori mondiali di bevande zuccherate pro-capite. Le organizzazioni sanitarie internazionali, tra cui l'OMS e la Pan American Health Organization (PAHO), avevano più volte segnalato l'urgenza di misure strutturali. Queste misure servono a ridurre il carico delle malattie croniche non trasmissibili. Tra queste malattie ci sono diabete, malattie cardiovascolari e tumori. La discussione pubblica fu segnata anche da intense pressioni da parte del settore alimentare, che temeva un calo delle vendite, ma l'emergenza sanitaria convinse il governo a approvare una riforma all'avanguardia, diventata un modello a livello internazionale.

15.4.2.2 Misura adottata

- La legge cilena, approvata nel 2016, introdusse un sistema di etichettatura “front-of-pack”. Questo sistema è semplice e immediatamente comprensibile. Le etichette nere a forma di ottagono con la scritta “High in” (“Alto contenuto”) segnalano quando un prodotto ha più zuccheri, grassi saturi, sodio o calorie di quanto raccomandato.
- Ci sono regole di marketing: non si può fare pubblicità per i prodotti “High in” ai minori di 14 anni.
- In merito alla tutela dei bambini, è importante sottolineare che l'uso di mascotte, cartoni animati o personaggi accattivanti, come ad esempio i giocattoli presenti nei cereali, è severamente vietato al fine di promuovere prodotti non salutari.

- In merito alle scuole protette, è stato stabilito il divieto di vendita e distribuzione di alimenti ad alto contenuto di zuccheri o grassi negli istituti scolastici.
- Il modello cileno è stato il primo al mondo a combinare in modo simultaneo avvisi, limiti alla pubblicità e restrizioni nella scuola, superando la semplice comunicazione al consumatore e influenzando direttamente gli spazi di vita quotidiana

15.4.2.3 *Impatti*

Gli effetti rilevanti e misurabili sono stati evidenziati dalle valutazioni scientifiche condotte negli anni successivi.

- Consumi: negli anni immediatamente successivi all'entrata in vigore della legge, gli acquisti di bevande zuccherate hanno subito una riduzione del 25%; entro il 2019, gli acquisti di prodotti ad alto contenuto di zuccheri sono diminuiti del 37% (Taillie *et al.* 2020).
- Riformulazione industriale: oltre il 20% dei prodotti alimentari confezionati è stato riformulato con una significativa riduzione di zuccheri e sodio. Ciò dimostra che la normativa ha agito anche sul lato dell'offerta, stimolando l'industria verso soluzioni più salutari.
- I consumatori comprendono le etichette: più del 90% dei genitori dichiara di comprendere il loro significato e di utilizzarle per orientare le proprie scelte di acquisto.
- Riflessioni culturali: i segni "High in" sono diventati un punto di riferimento diretto nel parlato di tutti i giorni, contribuendo a rafforzare la consapevolezza generale sui pericoli associati al consumo esagerato di zuccheri e grassi.

15.4.2.4 *Lezioni apprese*

Le icone grafiche chiare e visibili si sono rivelate più efficaci delle tabelle nutrizionali sul retro delle confezioni, perché comunicano in modo più chiaro e semplice.

Ci sono stati vari livelli di intervento: etichette, divieti pubblicitari e restrizioni a scuola. Questo ha reso la misura più forte, evitando che i messaggi fossero annullati da strategie di marketing aggressive.

L'effetto a cascata sull'industria è stato notevole, poiché la legge ha stimolato una riformulazione su larga scala, dimostrando che la regolazione può guidare l'innovazione industriale in una direzione positiva.

L'esperienza fatta in Cile è stata replicata da altri Paesi dell'America Latina (Messico, Perù e Uruguay) e approfondita in Europa, dove numerosi Paesi desiderano seguire lo stesso modello.

L'esempio del Cile mostra che, anche se all'inizio le lobby del cibo non erano d'accordo, se si è deciso e si hanno prove scientifiche, la gente può accettare e far diventare questa decisione una regola.

15.4.3 *Svezia – Strategia “Smoke Free” e riduzione del danno*

15.4.3.1 *Contesto*

Negli anni Sessanta, la Svezia registrava tassi di fumo paragonabili a quelli degli altri Paesi europei: oltre il 35% degli adulti fumava sigarette convenzionali. L'elevata incidenza di malattie tabacco-correlate era un problema rilevante di salute pubblica. Tra queste malattie ci sono tumori polmonari e malattie cardiovascolari.

A differenza di altri Paesi, la Svezia si è trovata a disporre di un prodotto alternativo di uso tradizionale. Questo prodotto è lo *snus*, un tabacco orale consumato già nel XIX secolo. Lo *snus* non prevede combustione. Questa peculiarità culturale ha offerto una base per sviluppare una strategia nazionale unica nel suo genere. Questa strategia combina misure di prevenzione con politiche di harm reduction (riduzione del danno). Negli anni successivi, la diffusione di altri prodotti alternativi a rischio ridotto ha ulteriormente accelerato il processo di abbandono del fumo combustibile. Questi prodotti includono le sigarette elettroniche e le nicotine pouches.

15.4.3.2 Misura adottata

La strategia svedese si è fondata su un insieme di strumenti normativi, fiscali e culturali.

- Le misure adottate includono divieti e prevenzione classica: come negli altri Paesi europei, la Svezia ha introdotto progressive restrizioni sul fumo in luoghi pubblici, divieti di pubblicità e campagne di sensibilizzazione.
- I prodotti alternativi sono più accessibili: lo *snus* è disponibile sul mercato a un prezzo più basso e con regole meno restrittive rispetto alle sigarette. Ciò ha reso i prodotti non combustibili più accessibili dal punto di vista economico.
- La neutralità fiscale riduce il rischio: le sigarette elettroniche, il tabacco riscaldato, e le nicotine pouches sono state trattate diversamente dalle sigarette tradizionali, con tassazione ridotta, incoraggiando indirettamente la transizione.
- Formazione e interazione: iniziative di sensibilizzazione hanno evidenziato i pericoli del fumo di combustibile e i vantaggi di diminuirne l'impiego, senza però stigmatizzare i fumatori.

Questa combinazione ha reso la Svezia un caso unico in Europa. Solitamente, le politiche puntano esclusivamente su divieti e tassazione.

15.4.3.3 Impatti

I risultati ottenuti sono di portata storica. La percentuale di fumatori è diminuita del 30,4% in 60 anni, passando dal 36% nel 1963 al 5,6% nel 2022. Oggi la Svezia è il primo Paese europeo a raggiungere lo status di “smoke free”, avendo meno del 5% della popolazione adulta che fuma: un traguardo raggiunto con **17 anni di anticipo** rispetto all'obiettivo fissato dall'Unione Europea per il 2040. La mortalità correlata al tabacco è circa **il 40% più bassa** rispetto alla media europea, dato che riflette direttamente l'efficacia della strategia adottata (SmokeFree Sweden 2023). Sia gli uomini che le donne presentano alcuni dei tassi di tumore polmonare più bassi d'Europa, con una riduzione particolarmente marcata tra gli uomini, tradizionalmente più esposti al consumo di tabacco combustibile. L'ampia accettazione di prodotti a rischio ridotto – tra cui *snus*, sigarette elettroniche e tabacco riscaldato – ha contribuito a una percezione meno stigmatizzante del fumo e ha facilitato la transizione dei fumatori dai prodotti combustibili a quelli non combustibili, accelerando il declino della prevalenza del fumo tradizionale.

15.4.3.4 Lezioni apprese

L'approccio dell'harm reduction come acceleratore di successo, come dimostrato in Svezia, dimostra che l'integrazione di strategie di riduzione del rischio, come l'uso di

prodotti non combustibili, con le politiche tradizionali di prevenzione, può portare a un'accelerazione significativa nella diminuzione dei tassi di fumo. C'è equilibrio tra restrizione e scelta. Non è stata adottata una linea puramente proibizionista. È stato adottato un approccio che ha offerto alternative praticabili e culturalmente accettate. I benefici sono chiaramente visibili in termini di mortalità: il calo del 40% della mortalità legata al tabacco rispetto alla media UE dimostra che le politiche di riduzione del danno hanno un impatto reale sulla salute pubblica. Questo modello può essere replicato con cautela: sebbene la specificità dello *snus* renda la Svezia un caso particolare, l'esperienza può fornire indicazioni utili per gli altri Paesi europei, specialmente in vista dell'obiettivo UE "Tobacco Free 2040". Il dialogo con l'industria ha portato a una regolazione che ha permesso lo sviluppo di prodotti meno dannosi, senza perdere quote di mercato.

15.4.4 Finlandia – Il North Karelia Project

15.4.4.1 Contesto

Negli anni Sessanta, la Finlandia era considerata "il malato d'Europa" in termini di salute cardiovascolare, un'immagine che rifletteva le preoccupazioni dell'epoca riguardo alla situazione sanitaria del Paese. In particolare, nella regione rurale del North Karelia, situata nella parte orientale del Paese, i tassi di mortalità per malattie coronariche erano tra i più elevati al mondo.

- Negli uomini di mezza età, le malattie cardiovascolari erano la principale causa di morte prematura.
- La dieta tradizionale era ricca di grassi animali (come latticini, burro e carne), mentre la frutta e la verdura erano consumate in quantità molto limitate.
- Il fumo di tabacco era ampiamente diffuso: oltre il 50% degli uomini adulti era fumatore.
- L'ipertensione, infatti, non veniva diagnosticata né trattata in modo diffuso.

La popolazione locale era preoccupata dall'alta incidenza di malattie e decessi. Per questo motivo, nel 1972 le autorità sanitarie avviarono un progetto pilota. Questo progetto sarebbe diventato un modello mondiale di prevenzione comunitaria.

15.4.4.2 Impatti

I risultati ottenuti sono stati straordinari e documentati da decenni di follow-up.

- La mortalità per malattie coronariche nella popolazione 35-64 anni è diminuita di oltre l'80% tra il 1969 e il 2012 (Finnish Institute for Health and Welfare 2022).
- Il colesterolo medio della popolazione ha subito una diminuzione superiore al 20% a seguito di un cambiamento nelle abitudini alimentari.
- Il tasso di fumo è diminuito drasticamente. Negli anni '70 era oltre il 50%. Negli anni 2000 era sotto il 20%.
- La pressione arteriosa media della popolazione ha subito una riduzione significativa.
- L'aspettativa di vita degli uomini ha registrato un incremento di circa 7 anni negli ultimi quarant'anni.

- L'intervento, che nacque in una regione, fu poi esteso a livello nazionale, diventando il punto di riferimento per la politica sanitaria finlandese.

15.4.4.3 Lezioni apprese

L'approccio comunitario ha previsto il coinvolgimento diretto dei cittadini e degli attori locali, rivelandosi un elemento cruciale per il successo dell'iniziativa. Non solo il governo ha emanato misure dall'alto, ma la comunità è diventata parte attiva del cambiamento.

La collaborazione tra sanità, scuola, agricoltura e media, che ha dimostrato che la prevenzione funziona meglio se affrontata da più angolazioni, è un esempio di integrazione multisettoriale.

Il cambiamento culturale, che ha visto la trasformazione delle abitudini alimentari e del rapporto con il fumo, si è consolidato in modo stabile, diventando parte dell'identità nazionale.

Il progetto è stato adattato per funzionare in diverse parti del mondo. È diventato un esempio per l'OMS e per altri programmi internazionali che cercano di prevenire le malattie croniche.

La lunga serie di studi epidemiologici e follow-up ha fornito dati solidi che hanno consolidato la legittimità del progetto e hanno dato ispirazione alla sanità pubblica mondiale.

15.4.5 Irlanda – Etichettatura sanitaria su bevande alcoliche

15.4.5.1 Contesto

L'Irlanda è storicamente uno dei Paesi europei in cui i più alti livelli di consumo di alcol pro-capite sono stati registrati. Secondo l'OCSE e l'OMS, il consumo medio annuale di alcol per adulto supera spesso i 10 litri, ben oltre la media mondiale.

L'impatto sulla salute pubblica è significativo: oltre il 4% della popolazione presenta disturbi correlati all'uso di alcol, una condizione che richiede attenzione e interventi specifici per migliorare la salute e il benessere delle persone coinvolte. Il consumo rischioso è comune tra i giovani e gli episodi di binge drinking sono molto diffusi. Gli incidenti stradali, le malattie epatiche e i tumori (colon, mammella, fegato e esofago) sono tra le principali conseguenze dell'abuso di alcol. Negli ultimi decenni, i governi irlandesi hanno introdotto varie misure per contenere il consumo di alcol, tra cui tasse e limitazioni alla pubblicità, ma con risultati parziali. Per questo motivo, è stata presa la decisione di adottare una strategia ancora più radicale: avvisi sanitari obbligatori sulle etichette delle bevande alcoliche.

15.4.5.2 Misura adottata

Nel maggio 2023, il Ministero della Salute irlandese ha approvato il regolamento che attua la legge sul benessere pubblico (Alcohol) Act 2018. Questo regolamento ha introdotto l'obbligo di mettere avvertenze sanitarie, sia scritte che grafiche, sulle etichette delle bevande alcoliche.

Le etichette, analoghe per impostazione a quelle previste per i prodotti del tabacco, includono quattro categorie di informazioni obbligatorie:

Avvertenze sui rischi per la salute, con particolare riferimento a:

- al legame tra consumo di alcol e tumori, come documentato da una vasta letteratura scientifica;
- ai rischi di malattie epatiche associati all'assunzione regolare di alcol;

Avvertenza per la gravidanza. È presentata anche attraverso un pittogramma. Il pittogramma segnala i rischi per il feto. I rischi per il feto derivano dal consumo di alcol da parte delle donne in stato di gravidanza.

Informazioni nutrizionali, comprendenti:

- contenuto calorico della bevanda;
- numero di grammi di alcol per porzione.

L'applicazione universale, che prevede l'obbligo delle etichette su tutti i contenitori destinati alla vendita in Irlanda (bottiglie, lattine e imballaggi multipli), indipendentemente dal Paese di produzione, garantisce così uniformità legislativa e massima visibilità delle informazioni.

La normativa prevede un periodo di transizione di tre anni. L'entrata in vigore è prevista per il 22 maggio 2026, mentre la piena applicazione dovrà essere completata entro il 2028.

15.4.5.3 Impatti attesi

La misura non è ancora pienamente implementata. Gli effetti reali saranno osservabili soltanto nei prossimi anni. Tuttavia, le evidenze derivanti da politiche analoghe e i modelli previsionali permettono di delineare alcuni impatti attesi. In primo luogo, le etichette grafiche e testuali, ben visibili e obbligatorie, sono verosimilmente destinate ad accrescere la percezione del rischio tra i consumatori, come già successo nel caso del tabacco. Una maggiore consapevolezza dei rischi per la salute associati al consumo di alcol potrebbe tradursi in una progressiva riduzione dei consumi, in particolare tra i giovani, che sono più sensibili alla presenza di informazioni chiare e immediate sui prodotti.

L'introduzione di avvertenze specifiche sui tumori e sulle malattie epatiche, insieme al pittogramma per la gravidanza, è destinata a produrre un effetto culturale più ampio, contribuendo a modificare la percezione sociale dell'alcol, spesso ancora connotata da un atteggiamento indulgente o normalizzante.

Infine, l'Irlanda, in qualità di primo Paese dell'Unione Europea a introdurre un sistema così strutturato di etichettatura sanitaria, sta creando un precedente normativo che potrebbe influenzare altri Stati membri e sostenere un'ulteriore spinta regolatoria a livello europeo (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2023).

15.4.5.4 Lezioni apprese

Le etichette sanitarie introdotte in Irlanda dimostrano come la trasparenza possa diventare uno strumento efficace di prevenzione: fornire informazioni chiare, visibili e obbligatorie direttamente sulle confezioni rafforza l'empowerment dei cittadini, riduce le asimmetrie informative e consente di prendere decisioni più consapevoli riguardo al consumo di alcol. L'adozione di questo modello rappresenta un approccio pionieristico nel contesto europeo. L'Irlanda ha infatti scelto di anteporre la tutela della salute pubblica a possibili tensioni commerciali, in particolare con i Paesi esportatori di vino, come l'Italia.

La posizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità conferma l'importanza della scelta irlandese: l'OMS ha definito la misura un "precedente in Europa" e auspica che venga adottata anche da altri Stati membri, come parte di una strategia più ampia per ridurre i danni legati all'alcol. Le reazioni dell'industria, tuttavia, mostrano che l'attuazione di politiche strutturali di prevenzione richiede una forte volontà politica in grado di resistere alle pressioni economiche e commerciali.

Nel lungo periodo, le etichette sanitarie potrebbero rivelarsi uno degli strumenti più efficaci per incidere su comportamenti radicati, come già osservato con le avvertenze sui pacchetti di sigarette. Se implementata correttamente e accompagnata da iniziative educative, la misura ha il potenziale per ridurre in modo significativo i danni sanitari e i costi economici associati al consumo di alcol.

15.5 Focus Italia. La tassazione delle sigarette come leva di prevenzione

Accanto alle esperienze internazionali, anche in Italia emergono analisi che mostrano come gli strumenti fiscali possano incidere sulla salute pubblica e sulla sostenibilità del sistema sanitario. Perché ciò avvenga, tuttavia, tali strumenti devono essere progettati in modo rigoroso, tenendo conto dei comportamenti reali dei consumatori e delle dinamiche di mercato. Una tassazione efficace non può quindi basarsi su approcci ideologici o su misure estreme, ma deve considerare l'insieme dei fattori che influenzano la domanda, l'offerta e gli eventuali effetti collaterali.

Un esempio emblematico è la proposta di aumentare il prezzo delle sigarette di cinque euro a pacchetto. A prima vista, una misura di questo tipo può apparire intuitivamente efficace e ottenere consenso mediatico. In realtà, si tratta di una semplificazione eccessiva di un problema complesso. Come evidenziato dal report dell'Osservatorio CPI dell'Università Cattolica di Milano, un aumento così drastico del prezzo, soprattutto in assenza di alternative a rischio ridotto a prezzi competitivi, favorirebbe lo spostamento dei consumatori verso canali illeciti, coerentemente con l'elasticità osservata nei modelli OMS e con le esperienze internazionali più recenti.

I casi della Francia, dei Paesi Bassi e dell'Irlanda confermano questa dinamica: importanti aumenti delle tasse hanno determinato un rapido incremento del mercato nero e dell'evasione fiscale, senza una riduzione proporzionale della prevalenza del fumo. Particolarmente significativo è il caso olandese, dove la politica di forte incremento delle accise è stata sospesa dopo soli due anni a causa degli effetti indesiderati. I dati mostrano infatti una diminuzione del gettito fiscale, mentre la prevalenza dei fumatori non accennava a diminuire, indicando chiaramente l'espansione del commercio illecito.

Queste evidenze confermano che la tassazione deve essere progettata e applicata in base a un approccio scientifico. Questo approccio deve essere fondato su un continuo feedback tra dati, comportamento reale dei consumatori e obiettivi di salute pubblica. La tassazione non è soltanto uno strumento economico: se ben calibrata, può ridurre i comportamenti a rischio e contribuire alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, come dimostrato dal caso svedese. Tuttavia, se progettata in modo inadeguato, può produrre un fallimento sistemico, generando costi sociali ed economici maggiori e favorendo dinamiche illegali difficili da controllare.

15.6 Conclusione

Le evidenze presentate nel report mostrano chiaramente che investire in prevenzione produce benefici concreti e misurabili. Sul piano della salute, significa ridurre l'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili, aumentare gli anni di vita in buona salute e migliorare la qualità della vita delle persone. Sul piano economico, la prevenzione aiuta a rendere il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) più sostenibile, perché riduce i costi futuri per il trattamento di malattie che si possono prevenire e libera risorse da usare per la ricerca, l'innovazione e le cure più complesse.

I casi internazionali analizzati confermano che la prevenzione funziona quando viene affrontata come scelta strategica di lungo periodo. È fondamentale che sia fondata su politiche coordinate, evidenze scientifiche solide e il coinvolgimento attivo delle comunità. Non si tratta solo di promuovere stili di vita sani, ma di creare contesti favorevoli in cui la scelta sana sia anche la più semplice e accessibile.

Per questo la prevenzione non può essere affidata a un singolo attore. Richiede la responsabilità condivisa di tutti.

I cittadini sono i principali protagonisti di questo cambiamento, e possono contribuire attivamente attraverso comportamenti quotidiani più consapevoli.

L'equità e le condizioni favorevoli devono essere garantite dalle istituzioni mediante politiche fiscali, normative e ambientali.

Il mondo accademico e le università forniscono conoscenze, dati e strumenti di valutazione, formano i professionisti e sostengono l'innovazione dei modelli di intervento. Solamente mediante questa sinergia sarà possibile riformulare il paradigma sanitario, transitando da un sistema focalizzato sulla cura a un sistema orientato alla promozione della salute e alla prevenzione. Una scelta che rappresenta un investimento non solo in termini di salute, ma anche di resilienza e sostenibilità per le generazioni future.

Riferimenti bibliografici

- ALTEMS (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari) (2025), *Osservatorio sull'economia della salute pubblica*, Università Cattolica del Sacro Cuore.
- Francesco Moscone, *Balancing resource relief and critical health needs through reduced-risk product transition*, Research in Economics, Volume 77, Issue 4, 2023, pp. 526-530, ISSN 1090-9443, <https://doi.org/10.1016/j.rie.2023.10.001>.
- Finnish Institute for Health and Welfare (THL) (2022), *The North Karelia Project fundamentally changed the lifestyle of Finns and increased healthy years of life*. <https://thl.fi/en/-/the-north-karelia-project-fundamentally-changed-the-lifestyle-of-finns-and-increased-healthy-years-of-life>.
- ISTAT (2024), *Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà. 2024*, Statistiche report, www.istat.it
- Leavell H.R., Clark E.G. (1953), *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*, McGraw-Hill.
- Istituto Superiore di Sanità (2022), *Guadagnare salute*, EpiCentro. <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute>.
- Ministero della Salute (2020), *Piano nazionale della prevenzione 2020-2025*. <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/piano-nazionale-della-prevenzione-2020-2025>.
- Commissione Europea (2021), *HealthyLifestyle4All*. <https://sport.ec.europa.eu/initiatives/past-initiatives/healthylifestyle4all-2021-2023>.
- WHO (2013), *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*.
- Miron J., Zwiebel J. (1991), *Alcohol Consumption During Prohibition* (NBER Working Paper

- No. 3675). National Bureau of Economic Research, 15 Pages Posted: 19 Jul 2010 Last revised: 18 Jul 2022
- Human D., Milton A., Fagerström K. (2023), *The Swedish Experience: A roadmap for a smoke-free society*, Smoke Free Sweden.
- Taillie L.S., Reyes M., Colchero M.A. et al. (2020), *An evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on sugar-sweetened beverage purchases from 2015 to 2017: A before-and-after study*, in *PLOS Medicine* 17(2): e1003015. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003015>
- Towne E.T. (1916), *Social problems: A study of present-day social conditions*, The Macmillan company.
- Towne, CH. (1923), *The Rise and Fall of Prohibition: The Human Side of What the Eighteenth Amendment Has Done to the United States*, Macmillan, New York.
- Unione Europea (2014), *Direttiva 2014/40/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 3 aprile 2014 sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati*, in *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*, L 127, 29 aprile 2014, 1-38.
- WHO (2025), *Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases – leveraging data for impact: monitoring commitments, the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting*, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – Ufficio Regionale per l'Europa (2023). *What's in the bottle: Ireland leads the way as the first country in the EU to introduce comprehensive health labelling of alcohol products*. <https://www.who.int/europe/news/item/26-05-2023-what-s-in-the-bottle--ireland-leads-the-way-as-the-first-country-in-the-eu-to-introduce-comprehensive-health-labelling-of-alcohol-products>

16. Evoluzione delle cure primarie in Inghilterra

Rita Santos

16.1 Introduzione

Fin dalla creazione del NHS nel 1948, l'assistenza primaria inglese è stata organizzata intorno al modello “independent contractor model”, con i medici di medicina generale (GPs) che erogano cure ai pazienti registrati nelle loro liste sulla base di contratti determinati a livello nazionale (Rivett 1998; Webster 2002). Per decenni, lo studio del medico di medicina generale ha rappresentato l'unità centrale di pianificazione e di erogazione nell'assistenza primaria, operando in gran parte in modo autonomo all'interno dei sistemi sanitari locali.

Tuttavia, nel tempo, pressioni crescenti – come la carenza di forza lavoro, l'aumento della multimorbidità tra i pazienti e l'aumento delle disuguaglianze sanitarie – hanno sollevato interrogativi sulla capacità degli studi di piccole dimensioni e autonomi di continuare a soddisfare i bisogni della popolazione. La ricerca ha mostrato che la pressione competitiva tra gli studi di medicina generale accresce la qualità (Gravelle *et al.* 2018), evidenziando come le caratteristiche strutturali del mercato dell'assistenza primaria influenzino la performance dei servizi. Allo stesso tempo, le evidenze hanno dimostrato che la qualità clinica e la soddisfazione dei pazienti possono variare a seconda della dimensione dello studio, generando incertezza sul fatto che l'espansione attraverso partnership più grandi o reti possa necessariamente produrre una migliore qualità dell'assistenza o una maggiore soddisfazione del paziente (Gravelle *et al.* 2022). Questi risultati hanno contribuito ad alimentare ampi dibattiti politici sulla necessità che la medicina generale evolva verso forme più collaborative e multi-practice.

L'introduzione dei *Primary Care Networks* (PCNs) nel 2019 ha rappresentato il più importante cambiamento organizzativo dall'istituzione del NHS (NHS England 2019b). I PCNs riuniscono studi di medicina generale, tipicamente studi confinanti che coprono 30.000–50.000 pazienti, per erogare collettivamente servizi attraverso il *Network Contract Directed Enhanced Service* (DES). Sebbene gli studi mantengano lo status di appaltatori indipendenti, il contratto dei PCNs fornisce incentivi a coordinare le attività, condividere risorse e lavorare congiuntamente per migliorare la salute della popolazione (NHS England 2019a). Tra le funzioni principali figurano la gestione proattiva dei pazienti ad alto rischio, un accesso potenziato al di fuori degli orari standard, revisioni strutturate della terapia farmacologica e iniziative per la diagnosi precoce (NHS England 2022).

Per rafforzare la capacità della forza lavoro, l'*Additional Roles Reimbursement Scheme* (ARRS) finanzia profili multidisciplinari tra cui farmacisti, fisioterapisti, social prescribers,

physician associates, paramedici, care coordinators e operatori di salute mentale, rafforzando la composizione professionale diversificata all'interno degli studi (NHS Confederation 2021). Ciò prosegue la direzione strategica stabilita dal *General Practice Forward View* (NHS England 2016), che ha spostato la cura primaria da un modello centrato esclusivamente sul GP verso un modello di lavoro basato su team con competenze miste.

Questi sviluppi sono coerenti con le ambizioni del *NHS Long Term Plan* per una cura integrata basata sul territorio (NHS England, 2019b). Il piano recentemente pubblicato *10 Year Health Plan for England: Fit for the Future* (Department of Health and Social Care 2025) rafforza questa direzione, posizionando i PCNs e gli studi di medicina generale come unità centrali per prevenzione, intervento precoce e gestione della salute della popolazione a livello di quartiere. Ai PCNs è assegnata la responsabilità esplicita di ridurre le disuguaglianze sanitarie locali, ampliare i team multidisciplinari e rafforzare la coordinazione con i servizi comunitari, di salute mentale e di assistenza sociale. Nonostante queste nuove strutture, la medicina generale inglese continua a poggiare su principi rimasti stabili dal 1948, con liste di pazienti registrati, finanziamento basato sulla quota capitaria e "l'independent contractor model". La questione politica chiave ora è: i PCNs avranno successo e miglioreranno l'erogazione dell'assistenza primaria in Inghilterra?

16.2 Dal lavoro come medico di medicina generale singolo a un team con competenze miste a livello di rete

La medicina generale inglese ha attraversato una lunga transizione: da un sistema centrato sui medici di medicina generale operanti singolarmente a un modello caratterizzato da team multidisciplinari e collaborazione tra studi. Le prime riforme, in particolare il *Family Doctor Charter* del 1966, avviarono questo cambiamento sostenendo investimenti nelle strutture e nel personale, consentendo agli studi di assumere infermieri, receptionist e personale amministrativo (Gillam 2017). Nei decenni successivi, l'aumento della domanda e la crescente complessità della gestione delle malattie croniche incentivarono un'ulteriore diversificazione della forza lavoro, includendo infermieri specializzati, assistenti sanitari, farmacisti e professionisti sanitari alleati (Gillam, Steel 2013).

Una trasformazione significativa avvenne con l'introduzione del *Quality and Outcomes Framework* (QOF) nel 2004, che legò una parte sostanziale del reddito degli studi a indicatori di performance basati sulle evidenze (Roland 2004). Il QOF promosse una gestione strutturata delle malattie croniche, un'assistenza guidata da protocolli e rafforzò il ruolo dei team a competenze miste nell'erogazione delle revisioni per le condizioni a lungo termine, ampliando il ruolo degli infermieri (Roland, Guthrie 2016). Le ricerche dimostrarono gli effetti del QOF sulla qualità, sui ricoveri d'emergenza e sul comportamento dei medici di base, sottolineando la sua influenza sul modo in cui gli studi organizzarono i propri servizi (Harrison *et al.* 2014; Wilding *et al.* 2022).

Tuttavia, il carico di lavoro continuò ad aumentare. Per questo motivo, a partire dal 2010 gli studi iniziarono a collaborare attraverso federazioni di GP, alleanze volontarie che consentivano a gruppi di studi di condividere risorse ed erogare servizi come gli orari prolungati (NHS England 2014; McDonald *et al.* 2020). Questi modelli collaborativi precoci prepararono il terreno per una ristrutturazione più formale e ambiziosa dell'assistenza primaria.

L'introduzione nel 2019 dei *Primary Care Networks* (PCNs) nell'ambito del NHS *Long Term Plan* rappresentò il cambiamento organizzativo più significativo degli ultimi decenni (NHS England 2019b). Le PCNs riunirono gruppi di studi confinanti, solitamente responsabili di 30.000–50.000 pazienti, per erogare collettivamente servizi specificati tramite il *Network Contract Directed Enhanced Service* (DES) (NHS England 2019a). Sostenute dall'*Additional Roles Reimbursement Scheme* (ARRS), i PCNs accelerarono l'espansione dei team multidisciplinari tra gli studi, finanziando farmacisti clinici, fisioterapisti, physician associates, paramedici, social prescribers, operatori di salute mentale e altre figure professionali (NHS Confederation 2021). Ciò consolidò la direzione strategica del *General Practice Forward View*, che aveva già indicato l'abbandono di un approccio esclusivamente GP-centrico per adottare un modello basato su competenze miste (NHS England 2016).

L'insorgere della pandemia di Covid-19 all'inizio del 2020 coincise con le prime fasi di implementazione dei PCNs, influenzandone profondamente lo sviluppo. Nel giro di poche settimane, gli studi passarono da consultazioni prevalentemente in presenza a sistemi di triage remoto, appuntamenti telefonici e video-consultazioni (NHS England 2020). I servizi preventivi furono sospesi, le revisioni di routine ridotte, e i PCNs divennero rapidamente unità centrali nell'organizzazione delle valutazioni locali per Covid-19, nel supporto per i cittadini vulnerabili e, successivamente, nella vaccinazione su larga scala. La pandemia amplificò sfide già presenti, in particolare la carenza di forza lavoro e le disuguaglianze nell'accesso, accelerando al contempo il triage digitale e i modelli flessibili di consultazione.

Il numero complessivo di consultazioni diminuì drasticamente all'inizio della pandemia, passando da circa 26-28 milioni di appuntamenti al mese a meno di 18 milioni nell'aprile 2020 (Figura 16.1).

Tuttavia, si registrò un ritorno ai livelli pre-pandemici entro la fine del 2021, caratterizzato da una quota molto maggiore di consultazioni a distanza (Mesiano, Santos 2025).

Figura 16.1 Numero complessivo di consultazioni 2018-2020



Il calo iniziale generò un ampio arretrato di bisogno non soddisfatto, con diagnosi ritardate, revisioni di routine mancate e peggioramento delle condizioni croniche. Mentre l'assistenza a distanza migliorò la convenienza per molti, essa aggravò le barriere per le popolazioni digitalmente escluse e per le aree già soggette a difficoltà di personale o infrastrutture (The King's Fund 2024).

Durante tutto questo periodo, gli studi continuarono a operare secondo principi consolidati: liste di pazienti registrati, finanziamento basato sulla quota capitaria e status di appaltatori indipendenti per i GPs. Tuttavia, lo spostamento verso una collaborazione a livello di rete e verso team con competenze miste ha modificato in modo sostanziale la scala e l'organizzazione dell'assistenza primaria. Il piano recentemente pubblicato *10 Year Health Plan for England: Fit for the Future* rafforza questa evoluzione attribuendo ai PCNs e agli studi di medicina generale un ruolo centrale nella prevenzione a livello di quartiere, nella gestione della salute della popolazione e nella riduzione delle disuguaglianze sanitarie (Department of Health and Social Care 2025).

In generale, l'influenza combinata delle riforme politiche, delle strutture collaborative e degli effetti dirompenti della pandemia ha trasformato l'assistenza primaria in Inghilterra, da studi individuali operanti in larga parte isolati a team multidisciplinari coordinati a livello di rete. Questa transizione sostiene gli sforzi attuali per rafforzare l'accesso, la resilienza e l'equità nell'erogazione dell'assistenza primaria.

16.3 Le principali sfide dell'assistenza primaria inglese

La transizione dallo studio di medici singoli alla cura primaria multidisciplinare e basata su reti ha trasformato le modalità con cui i servizi sono organizzati ed erogati. Tuttavia, anche se gli studi di medicina generale si sono evoluti strutturalmente – con i PCNs, l'ampliamento delle competenze professionali e nuovi modelli digitali accelerati dalla pandemia di Covid-19 – permangono due sfide sistemiche persistenti: la forza lavoro e le disuguaglianze nell'accesso. Queste pressioni non solo sono sopravvissute a ripetute riforme, ma in alcuni casi sono state amplificate dai rapidi cambiamenti organizzativi dell'ultimo decennio.

16.3.1 Forza lavoro

Le pressioni legate alla forza lavoro rappresentano la sfida più significativa per l'assistenza primaria inglese. Il numero di GPs (medici di medicina generale) equivalenti a tempo pieno (FTE) per 100.000 pazienti è diminuito costantemente nell'ultimo decennio, portando a liste di pazienti più grandi e a un'intensificazione del carico di lavoro (Royal College of General Practitioners, 2022). Sebbene il programma *Additional Roles Reimbursement Scheme* (ARRS) abbia ampliato il team multidisciplinare, il reclutamento di medici di base non ha tenuto il passo con la domanda, e i rischi per la retention rimangono critici. Indagini mostrano che oltre il 40% dei GPs intende ridurre le ore cliniche o lasciare la professione entro i prossimi cinque anni (Royal College of General Practitioners 2024). Nel frattempo, il volume delle consultazioni continua ad aumentare, con oltre 350 milioni di contatti annui, quasi il 20% in più rispetto ai livelli pre-pandemici (Mesiano, Santos 2025). Pertanto, la sostenibilità della forza lavoro costituisce una sfida centrale sia per gli studi sia per i PCNs, aggravata da una popolazione che invecchia con crescente multimorbidità e da un aumento della domanda amministrativa.

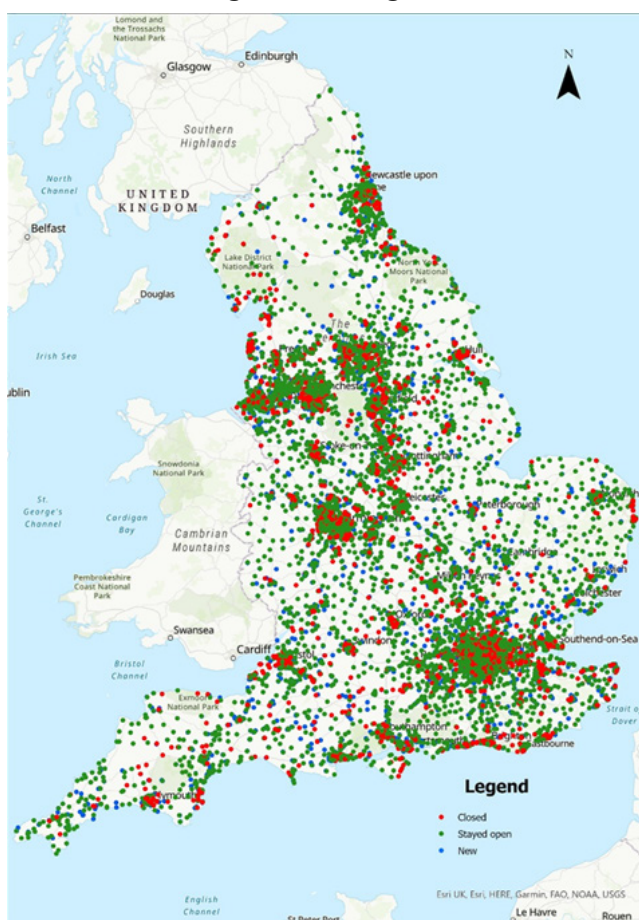
16.3.2 Disuguaglianze nell'accesso

Nonostante i tentativi di espandere la forza lavoro dell'assistenza primaria e di standardizzare la qualità, l'accesso alle cure rimane profondamente diseguale. Negli ultimi due decenni circa il 20% degli studi di medicina generale ha chiuso o si è fuso, spesso concentrando l'offerta e riducendo l'accessibilità locale, in particolare nelle aree rurali e costiere. La rapida crescita dei modelli di consultazione digitale e remota durante la pandemia ha migliorato la convenienza per molti, ma ha creato nuove barriere per i gruppi digitalmente esclusi, contribuendo ad ampliare le disparità nell'accesso (The King's Fund 2024).

Sebbene programmi nazionali come l'*Equitable Access to Primary Medical Care* e iniziative di reclutamento mirate abbiano cercato di redistribuire le risorse, persistono variazioni geografiche e socioeconomiche profonde che rimangono una sfida fondamentale per il sistema.

La mappa nella Figura 16.2 evidenzia in rosso gli studi di medicina generale che sono stati chiusi senza che un altro studio aprisse nella stessa sede.

Figura 16.2 Gli studi di medicina generale in Inghilterra



Gli studi e i PCNs che servono comunità più svantaggiate tipicamente dispongono di un numero inferiore di GPs per abitante, affrontano una domanda più elevata e presentano maggiori livelli di bisogno non soddisfatto (Marmot *et al.* 2020). Tali disparità sono aggravate dalla variabilità nella qualità delle infrastrutture, nella composizione della forza lavoro e nelle risorse digitali, che possono limitare la capacità e la responsività del servizio.

La pandemia di Covid-19 ha intensificato tali disuguaglianze: mentre i modelli di consultazione remota hanno migliorato la convenienza per alcuni, hanno generato significativi ostacoli per i gruppi digitalmente esclusi (The King's Fund 2024). Inoltre, le aree già caratterizzate da carenze di personale hanno sperimentato una maggiore interruzione dei servizi, con ritardi nelle revisioni di routine, diagnosi rinviate e riduzione della continuità dell'assistenza.

16.4 Conclusione

L'assistenza primaria inglese si è evoluta da studi gestiti singolarmente a team multidisciplinari operanti all'interno dei *Primary Care Networks*, riflettendo al tempo stesso una continuità nei principi fondamentali e un significativo cambiamento organizzativo. Riforme come il QOF, le federazioni di GP e, più recentemente, i PCNs hanno ampliato la composizione professionale della forza lavoro e hanno orientato l'erogazione delle cure verso modelli più collaborativi e basati su protocolli standardizzati.

La pandemia di Covid-19 ha accelerato innovazioni come l'accesso digitale, rimodellando i modelli di consultazione. Tuttavia, essa ha anche intensificato le carenze della forza lavoro, ampliato le disuguaglianze nell'accesso e generato un arretrato di bisogni non soddisfatti che continua a influenzare la domanda sanitaria attuale.

Guardando al futuro, le ambizioni del *NHS Long Term Plan* e del *10 Year Health Plan* richiederanno progressi sostenuti nel reclutamento e nella retention della forza lavoro, azioni mirate per ridurre le disuguaglianze geografiche e socioeconomiche, e un sostegno ai PCNs per erogare cure integrate a livello di quartiere. Se queste sfide verranno affrontate, i PCNs hanno il potenziale di combinare i punti di forza della medicina generale con i vantaggi di una forza lavoro multidisciplinare e di un modello di lavoro basato sulle reti, contribuendo a garantire un sistema di assistenza primaria più equo e resiliente.

Riferimenti bibliografici

- Department of Health and Social Care (2025), *10 year health plan for england: Fit for the future*, <https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future#full-publication-update-history>, accessed 2025.
- Gillam S. (2017) *The family doctor charter: 50 years on*, in *British Journal of General Practice* 67(658), 227–228.
- Gillam S., N. Steel (2013), *The Quality and Outcomes Framework: QOF – Transforming General Practice*, Radcliffe Publishing, London.
- Gravelle H., Liu D., Propper C., Santos R. (2018), *Spatial competition between primary care practices: Quality and patient choice*, Che research paper, Centre for Health Economics, University of York.
- Gravelle H., Liu D., Santos R. (2022), *How do clinical quality and patient satisfaction vary with provider size in primary care? evidence from english general practice panel data*, in *Social Science & Medicine* 301, 114936.

- Harrison MJ, Dusheiko M., Sutton M., *et al.* (2014), *Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study*, in *British Medical Journal* 349, g6423.
- Marmot M., Allen J., Boyce T., *et al.* (2020), *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*, Institute of Health Equity, London.
- McDonald R., Riste L., Bailey S., *et al.* (2020). *The impacts of GP federations in England on practices and on health and social care interfaces: four case studies*, Volume 8 of *Health Services and Delivery Research*, NIHR Journals Library, Southampton.
- Mesiano L., Santos R. (2025), *Impact of covid-19 on primary care consultation mode in england: An interrupted time series analysis*, in *Health Policy*. <https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/234822/>.
- NHS Confederation (2021), *Primary care networks: Two years on*, <https://www.nhsconfed.org/system/files/2021-08/Primary-care-networks-two-years-on-01.pdf>, accessed 2025.
- NHS England (2014), *Transforming primary care: Safe, proactive, personalised care for those who need it most*, https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7512d740f0b6397f35d77e/Transforming_primary_care.pdf, accessed 2025.
- NHS England (2016), *General practice forward view*, <https://www.england.nhs.uk/publication/general-practice-forward-view-gpfv>, accessed 2025.
- NHS England (2019a), *Network contract directed enhanced service: Guidance*, <https://www.england.nhs.uk/publication/network-contract-directed-enhanced-service-guidance/>, accessed 2025.
- NHS England (2019b), *The nhs long term plan*, <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>, accessed 2025.
- NHS England (2020), *Millions of patients benefiting from remote consultations as family doctors respond to covid-19*, <https://www.england.nhs.uk/2020/05/millions-of-patients-benefiting-from-remote-consultations-as-family-doctors-respond-to-covid-19>, accessed 2025.
- NHS England (2022), *Network contract directed enhanced service (des) 2022/23*, <https://www.england.nhs.uk/gp/investment/gp-contract/network-contract-directed-enhanced-service-des/network-contract-directed-enhanced-service-des-2022-23>, accessed 2025.
- Rivett G. (1998), *From Cradle to Grave: Fifty Years of the NHS*, King's Fund, London.
- Roland M. (2004), *Linking physicians' pay to the quality of care — a major experiment in the united kingdom*, in *New England Journal of Medicine*, 351(14), 1448–1454.
- Roland M., Guthrie B. (2016), *Quality and outcomes framework: what have we learnt?*, in *British Medical Journal* 354, i4060. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4060>
- Royal College of General Practitioners (2022), *General practice: workload and workforce briefing*, <https://www.rcgp.org.uk/>, accessed 2025.
- Royal College of General Practitioners (2024), *Retention and workforce pressures in general practice*, <https://www.rcgp.org.uk/>, accessed 2025.
- The King's Fund (2024), *Public satisfaction with the nhs and social care*, <https://www.kingsfund.org.uk/>. Accessed 2025.
- Webster C. (2002), *The National Health Service: A Political History* (2 ed.), Oxford University Press, Oxford.
- Wilding A., Munford L., Guthrie B., *et al.* (2022), *Family doctor responses to changes in target stringency underfinancial incentives*, in *Journal of Health Economics* 85, 102651.

SEZIONE 3

ESPERIENZE

17. Il modello Veneto: un sistema a forte leadership centrale che genera eccellenza ed efficienza

Emanuele Bracco

17.1 Introduzione

La Regione Veneto si pone saldamente tra le regioni con la sanità più virtuosa, occupando le prime posizioni nelle classifiche relative agli esiti ospedalieri e di sanità territoriale, all'efficienza della spesa, agli equilibri di bilancio.

Dal punto di vista della sua struttura demografica e sociale, il Veneto è una Regione medio-grande, con una popolazione di 4,8 milioni di persone (meno della metà della Lombardia e molto vicina all'Emilia-Romagna). Ha una percentuale di anziani simile alla media nazionale¹. Il reddito medio (base imponibile IRPEF, anno 2022) è di 22.800 euro pro capite, il 5% in più della media italiana. Ha una minore percentuale di popolazione urbana di Lombardia ed Emilia-Romagna e ha una importante presenza di aree montane (a nord) e rurali (a sud) caratterizzate da depopolazione, bassa densità e difficoltà di accesso a servizi sanitari avanzati. Ha anche una percentuale di popolazione straniera regolare del 10,3%, maggiore della media italiana (8,9%), ma sensibilmente minore rispetto a Lombardia ed Emilia-Romagna (rispettivamente 12% e 12,6%).

17.2 Il modello di Sistema Sanitario Regionale

Dal punto di vista dell'impianto organizzativo, il governo regionale assume il ruolo di coordinamento e programmazione (come ad esempio in Lombardia), ma ha anche un ruolo preponderante nell'erogazione di servizi ospedalieri. La Regione Veneto mantiene il suo ruolo di erogatore maggioritario, oltre che di ente accreditante, in un sistema fortemente integrato tra pubblico e privato. Il privato è tuttavia visto favorevolmente sulla base di parametri quantitativi e attraverso regole di accreditamento e finanziamento chiare (Mapelli 2007).

Come nel resto d'Italia, negli ultimi decenni c'è stato un consolidamento della struttura organizzativa, con una riduzione delle ASL da 22 all'inizio del secolo alle attuali 9, con circa 500.000 abitanti per ente (Lombardia: 1.251.000; Emilia-Romagna: 553.000).

¹ Salvo indicazioni alternative, i dati in questa sezione provengono da basi di pubblico dominio. I dati demografici sono di fonte ISTAT, i dati relativi al reddito e alla base imponibile sono pubblicati dal Ministero delle Finanze. I dati relativi alle strutture sanitarie e ai flussi di migrazione sanitarie provengono dal Ministero della Salute. I dati relativi agli esiti ospedalieri provengono dal Programma Nazionale Esiti curato da Agenas. Quando non altrimenti specificato, le cifre riportate in questo capitolo sono frutto di nostre elaborazioni a partire da queste basi di dati.

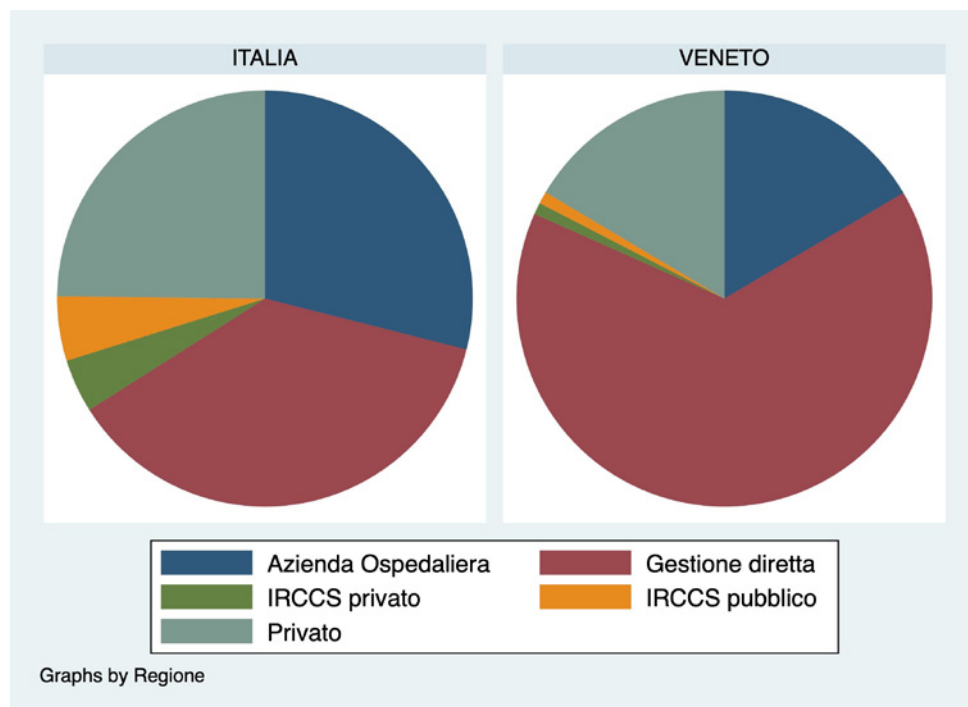
Dal 2016 è stata creata una “Azienda Zero”, con il ruolo di coordinamento dell’offerta sanitaria e accreditamento di enti erogatori, accentrando ruoli presenti tipicamente negli assessorati alla sanità e nelle strutture amministrative di ciascuna ASL in un’unica agenzia.

Dal punto di vista delle strutture ospedaliere, vi sono due Aziende Ospedaliere (entrambe di carattere universitario, a Verona e a Padova) e quattro IRCCS con vocazione alle cure specialistiche (riabilitazione, oncologia), cui si aggiunge un certo numero di ospedali privati accreditati, tipicamente con dimensioni medio-piccole (a eccezione del “Don Calabria” di Negrar in Valpolicella, Verona). Il resto dell’offerta è gestito dalle ASL attraverso i propri ospedali. La ripartizione degli ospedali per giornate di degenza è raffigurata in Figura 1 ed evidenzia il ruolo preponderante per gli ospedali gestiti direttamente dalle ASL, un ruolo importante delle due grandi aziende ospedaliere universitarie di Verona e Padova e un ruolo più limitato per IRCCS e settore privato.

17.3 Management e spesa

Anche dal punto di vista manageriale, la Regione Veneto spicca per la sua stabilità ed efficienza. In linea con le regioni meglio amministrate, la durata media in carica dei direttori generali delle ASL è di 4,5 anni (media italiana: 3,6), a sottolineare una stabilità e continuità nel governo regionale della sanità. L’efficienza manageriale è evidente anche guardando ai dati sui tempi di pagamento ai fornitori: gli enti sanitari della Re-

Figura 17.1 Posti letto per tipologia di struttura, anno 2022



Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute

gione Veneto pagano in media con 25 giorni di anticipo rispetto alla scadenza, contro i 9 giorni di anticipo della Lombardia, i 2 dell'Emilia-Romagna.

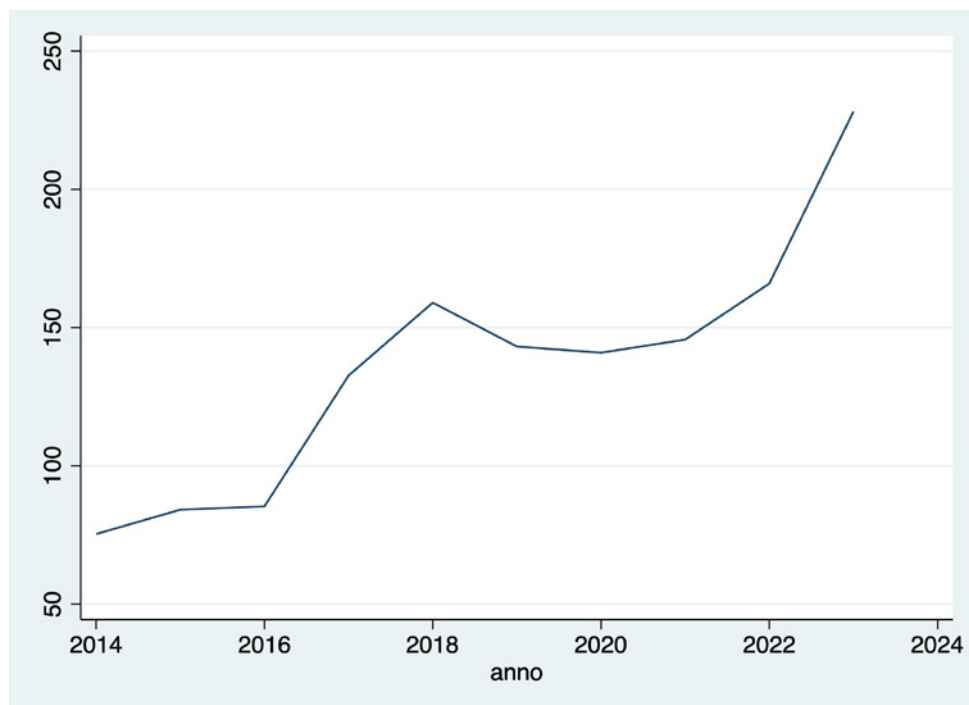
Dal punto di vista della spesa sanitaria, la Regione Veneto è stata in surplus rispetto al suo bilancio sanitario per tutti gli anni di cui abbiamo dati (dal 2013-2022). La spesa sanitaria pro-capite (2022) è di 2.303 euro per abitante (RGS 2024), che si pone sulla parte bassa della forchetta delle altre regioni a statuto ordinario del Nord, con una incidenza della spesa in strutture accreditate relativamente bassa (14,1%, contro il 24,3% della Lombardia e il 17,5% di media nazionale).

17.4 Gli esiti: ospedale e territorio

Dal punto di vista degli outcome sanitari e della compliance rispetto ai “Livelli Essenziali di Assistenza”, la Regione Veneto spicca per il suo alto livello di efficienza ed efficacia. Secondo il “Nuovo Sistema di Garanzia” (Lispi *et al.* 2025), il Veneto è sempre stato ampiamente sopra la sufficienza in tutte le categorie (distrettuale, territoriale, ospedaliera) nelle varie misurazioni annuali. I punteggi “Core” dell'anno 2023 vedono il Veneto o primo o comunque tra i primi in ciascuna area (area prevenzione: 98/100, distrettuale 96/100, ospedaliera 94/100).

La qualità delle cure ospedaliere venete è anche significata dal costante incremento delle migrazioni sanitarie verso le sue strutture, arrivato a generare entrate per 228 milioni di euro nel 2023 (vedi Figura 17.2). Si noti in particolare come queste migrazioni sanitarie non sono diminuite neanche durante la pandemia.

Figura 17.2 Trasferimenti monetari a Regione Veneto per migrazioni sanitarie



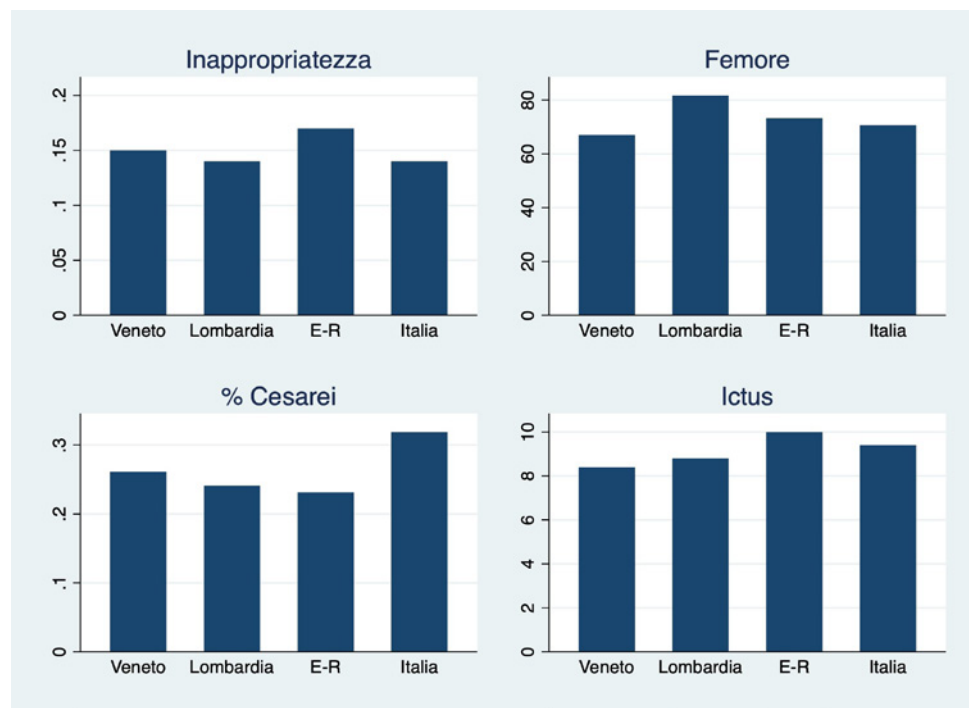
Fonte: nostra elaborazione su dati da RGS (2004)

Sempre i dati del Nuovo Sistema di Garanzia ci forniscono un quadro della qualità delle cure ospedaliere di primo livello. Da quando il sistema è stato introdotto, la Regione Veneto è parte del gruppo di regioni “benchmark” per la qualità dei servizi offerti. Come si può vedere dalla Figura 17.3, il Veneto è tra le prime regioni in termini di efficienza di processo (es. nella percentuale di pazienti con frattura del femore operati entro due giorni dal ricovero) o di qualità (es., mortalità a 30 giorni per ictus ischemico o nella percentuale di tagli cesarei primari). Anche il tasso di inappropriatezza è al pari della media nazionale. Questo evidenzia un sistema ospedaliero di alta qualità, capace di garantire alti livelli di efficacia e di attrarre pazienti da altre regioni.

Anche in ambito territoriale, la Regione Veneto appare tra le meglio performanti: è tra le prime regioni per percentuale di medici di medicina generale organizzati in “medicina di gruppo” (87%, contro una media italiana del 69%, il 72% della Lombardia e l’83% dell’Emilia-Romagna) e per copertura nei servizi di assistenza domiciliare integrata – ADI (tasso di copertura per pazienti anziani del 12%, contro una media nazionale del 6%; Lombardia: 6%, Emilia-Romagna: 10%).

In linea con le altre regioni del Nord, rimane invece bassa la densità di medici di base, diretta conseguenza dell’attrattività di questi territori e degli errori di programmazione negli accessi a questa professione (1069 pazienti per MMG, contro una media naziona-

Figura 17.3 Esiti ospedalieri



Nota: Inappropriatezza: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. Femore: percentuale di ricoverati per frattura del femore operati entro due giorni. Cesarei: percentuale di parti cesarei primari. Ictus: mortalità a trenta giorni dal primo ricovero per ictus ischemico. (Lispi et al. 2025 e Agenas).

le di 993). Come già sottolineato però, questo non si traduce in tassi di inappropriately più alti della media nazionale.

17.5 Azienda Zero: centralizzare per poter decentrare

L'aspetto più caratterizzante della sanità veneta è con ogni probabilità quello introdotto dalla riforma del 2016 (LR 19/2016) con il trasferimento a un'unica agenzia regionale (Azienda Zero) di una serie di funzioni prima in capo alle singole ASL. Questo, unitamente alla riduzione nel numero di ASL da 22 a 9, ha garantito una maggiore efficienza e uniformità nell'erogazione di prestazioni sanitarie. Sono centralizzati ad Azienda Zero ad esempio gli acquisti, la piattaforma informatica, il coordinamento della medicina territoriale, la rete di emergenza e urgenza, l'accreditamento degli erogatori privati. Questo modello non va visto come un movimento verso un modello regione-centrico dirigista, ma piuttosto il contrario. Centralizza alcune funzioni in cui possono esserci economie di scala (gestione del personale, acquisti, magazzino, piattaforma informatica), garantisce una maggiore equità di accesso alle cure tra territori e facilita l'integrazione di operatori privati accreditati in modalità semplici per i cittadini aprendo la porta a una possibile gestione più sussidiaria. Un esempio di questo è la creazione di una piattaforma informatica unica per la telemedicina accessibile a operatori pubblici e privati accreditati, in coordinamento con le singole ASL. Già ora, ad esempio, alcune semplici prestazioni diagnostiche (ECG, holter) possono essere erogate in regime di SSN attraverso la rete delle farmacie per poi essere refertate da professionisti della rete ospedaliera locale. Analogamente è previsto il coinvolgimento dei medici di famiglia per l'erogazione di prestazioni più complesse, in cui la visita del MMG si complementa con un intervento (in telemedicina) di medici specialisti ospedalieri. Da ultimo, per le visite specialistiche, si offre una piattaforma unica in cui il paziente può accedere a medici in regime di SSN a prestazioni erogate da operatori di ospedali pubblici o privati accreditati. Un approccio quindi pienamente sussidiario in cui la Regione accentra alcune funzioni al fine di rendere più plurale e capillare l'erogazione di alcune prestazioni, in coordinamento con le ASL e gli operatori del territorio in modo da rispondere meglio ai bisogni dei pazienti.

17.6 Conclusione

La Regione Veneto si distingue come una Regione che primeggia per la sua eccellenza negli esiti ospedalieri, nella sanità territoriale attraverso modelli di gestione efficienti e risultati economici stabilmente in attivo. È un governo della sanità fortemente accentrato, gestito attraverso una agenzia regionale (Azienda Zero). In questo ruolo, la Regione concepisce l'apporto degli erogatori accreditati come di pari dignità e spinge verso forme innovative di erogazione in coordinamento con le strutture territoriali e gli operatori (pubblici, privati accreditati, in convenzione). Si pone quindi come una Regione che garantisce l'apporto dei corpi intermedi e ne favorisce la partecipazione, pur mantenendo una struttura organizzativa fortemente incentrata nell'erogazione diretta di servizi da parte degli attori pubblici.

Riferimenti bibliografici

CERGAS - Bocconi (a cura di) (2003), *Rapporto OASI*, Egea Editore, Milano.

Corte dei Conti (2024), *Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi sanitari regionali. Esercizi 2022-23*, Deliberazione nw. 4/SEZAUT/2024/FRG.

Lispi L., Nuzzo A., Di Fonzo G. *et al.* (2025), *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2023*. Ministero della Salute, <https://www.salute.gov.it> › default › files › 2025-08.

Mapelli V. (2007), *I sistemi di governance dei sistemi sanitari regionali*, Quaderno 57, Formez, Ministero della Funzione Pubblica, <https://www.formez.it> › pubblicazioni › n-57-i-sistemi-di...

RGS (Ragioneria Generale dello Stato) (2024), *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 11*. <https://www.rgs.mef.gov.it>

18. La valutazione delle Case di Comunità nel sistema sanitario toscano

Milena Vainieri

18.1 Il contesto socio-demografico della Regione Toscana

La Toscana nel 2024 conta oltre 3.660.000 residenti. Secondo l'osservatorio Welfare e Salute, la Regione Toscana è riuscita a contenere l'impatto del calo demografico grazie alle opportunità lavorative e alla rete infrastrutturale e di servizi pubblici di qualità che hanno reso più attrattivo il territorio (Welfare e Salute in Toscana 2025). Gli indicatori relativi alla presenza dei migranti stranieri restituiscono andamenti di un aumento dell'integrazione e della radicazione nel territorio come ad esempio le naturalizzazioni, i matrimoni misti e le imprese a conduzione straniera (Welfare e Salute in Toscana 2025).

L'invecchiamento – con il 26,8% di ultrasessantacinquenni e un indice di vecchiaia di 242, uno dei più alti d'Italia – viene interpretato in chiave positiva come opportunità derivanti dal “capitale d'argento” anche attraverso la promozione di programmi regionali volti a favorire l'invecchiamento attivo, l'aumento del volontariato senior per valorizzare le risorse che gli over 65 possono apportare al sistema.

A fronte del livello di invecchiamento, le ultime indagini di sorveglianza sugli stili di vita (Welfare e Salute in Toscana 2025) mostrano risultati migliori del dato medio nazionale come ad esempio: l'inattività completa riguarda il 30,8% dei toscani, contro il 35% degli italiani; la quota di “sportivi continuativi” è in lieve aumento nonostante la pandemia; le fasce più a rischio di sedentarietà riguardano gli anziani (42,6%) e gli adulti (30,5%), mentre i giovani mostrano comportamenti più dinamici; pur con un 36,8% di sovrappeso negli uomini adulti, l'obesità resta sotto il 10% e in lieve flessione grazie a una dieta mediterranea ancora diffusa; la prevalenza di fumatori continua a calare in linea con la tendenza nazionale mentre si osserva un aumento di binge drinking nei giovani.

Le valutazioni del Ministero della Salute, attraverso la griglia LEA (fino al 2019) e il NSG (dal 2020) posizionano la Regione Toscana come una delle regioni italiane che presenta i risultati migliori di salute. In particolare, oltre agli esiti positivi in numerosi ambiti, la Toscana si è contraddistinta per l'ottima performance registrata nelle ultime indagini condotte da Agenas sullo stato di attuazione delle reti oncologiche. Un altro dato che viene spesso menzionato è l'indicatore relativo all'efficienza nell'utilizzo dell'assistenza ospedaliera: è la Regione con il più basso indice di performance della degenza media e una delle regioni con il più alto indice di case mix.

Infine, il rapporto Welfare e Salute in Toscana 2025 riporta una riduzione generale della mortalità dovuta soprattutto a una riduzione della mortalità per tumori e malattie del sistema circolatorio. Nel rapporto si legge che “in parte queste patologie sono diminuite grazie agli interventi di prevenzione, ma il contributo più grande è stato dato dall’efficacia in sede di diagnosi, dagli interventi e le procedure chirurgiche, e dai piani terapeutici, che hanno aumentato la probabilità di sopravvivere ad un evento acuto cardiovascolare e l’aspettativa di vita a seguito di quest’ultimo o dopo una diagnosi oncologica”. Dall’altro lato si registra un aumento della mortalità per malattie del sistema nervoso e per disturbi psichici conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione.

18.2 L’assetto e la governance istituzionale

Nel 2024 il fondo sanitario regionale ha superato di poco i 7,2 miliardi di euro. Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) impiega 57.800 equivalenti a tempo pieno (Welfare e Salute in Toscana 2025) con 7.300 medici ospedalieri e 1.300 medici di medicina generale (MMG), con un rapporto di 3,9 camici bianchi per 1.000 abitanti (Italia 3,6) e 27.100 infermieri (8,1 per 1.000 abitanti) – il valore più alto del Centro-Sud – e 6.000 OSS. Dati che evidenziano la scelta della Regione Toscana di fornire i servizi sanitari prevalentemente attraverso strutture pubbliche.

Il sistema sanitario è disciplinato dalla Legge regionale del 24 febbraio 2005, n. 40 e successive modifiche e integrazioni. Un cambiamento importante è avvenuto con la Legge regionale n. 84 del 28/12/2015, che ha modificato, a partire dal 2016, l’assetto istituzionale attraverso un processo di fusione che ha portato la Toscana ad avere 3 Aziende Sanitarie Locali (ASL) invece delle 12 precedenti. Complessivamente il sistema sanitario della Toscana è composto da 3 Aziende sanitarie territoriali (Azienda Usl Toscana Nord Ovest, Azienda Usl Toscana Centro, Azienda Usl Toscana Sud Est) caratterizzate da un sistema integrato con la presenza di ospedali a gestione diretta, 3 aziende ospedaliero-universitarie (Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Azienda ospedaliero-universitaria Pisana, Azienda ospedaliero-universitaria Senese) che operano in modo integrato con le Aziende territoriali, un IRCSS per la pediatria (Azienda Ospedaliera Universitaria Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Meyer), un IRCCS specializzato in neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza (Stella Maris), una fondazione che ha richiesto il riconoscimento come IRCSS nell’ambito delle patologie cardiovascolari e polmonari in età pediatrica e adulta (Fondazione Monasterio) e un centro di ricerca oncologica (ISPRO, Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica) che ha il compito di supportare la rete di governance del percorso di cura oncologica e della prevenzione oncologica.

Oltre alle Aziende il sistema sanitario toscano è costituito da enti intermedi che supportano la governance regionale (Legge regionale 40/2005): agenzia regionale per la sorveglianza epidemiologica (Agenzia sanitaria Regionale, ARS Toscana); comitato regionale per la bioetica e comitati etici; un ente pubblico regionale incaricato degli appalti, della logistica, delle procedure di assunzione e dei servizi ICT per tutte le autorità sanitarie locali e gli ospedali universitari (ESTAR, Ente di Supporto Tecnico Amministrativo); Organismo toscano del governo clinico (OTGC) che coordina le strutture regionali del governo clinico previste dall’articolo 43 della l.r. 40/2005: Organizzazione toscana trapianti; Centro regionale sangue; Centro regionale per la gestione del rischio

clinico e la sicurezza del paziente; Centro regionale per la medicina integrata; Centro regionale di riferimento per la verifica esterna di qualità; Centro di coordinamento regionale per la salute e la medicina di genere; Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali che ha l'obiettivo di supportare lo sviluppo e coordinamento regionale delle attività psicologico-relazionale rivolte agli operatori sanitari (DGR 356/2007 e DGR 73/2018). Infine, fra gli organismi regionali, vi è il Centro di salute globale Centro di Salute Globale, presso l'AOU Meyer IRCCS, che si configura come struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti (L.R. n. 84 del 2015).

Una peculiarità della Toscana è l'istituzione delle Società della Salute, consorzi pubblici costituiti in partnership tra i Comuni e le ASL per gestire l'integrazione dei servizi sociali e sanitari a livello distrettuale (Legge regionale 40/2005). In particolare, le finalità delle Società della Salute sono descritte nell'art. 71bis della l.r. 40/2005:

“a) consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati;

b) assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;

c) rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione;

d) promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto;

e) sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione, lo sviluppo della sanità di iniziativa, il potenziamento del ruolo della medicina generale e delle cure primarie.”

La gestione è affidata a un direttore che viene nominato dal presidente della società della salute, su proposta della giunta esecutiva – costituita dal direttore generale dell'azienda sanitaria, il presidente della società della salute e un altro rappresentante dei comuni – e previa intesa con il Presidente della Giunta regionale. Nell'assemblea dei soci la quota riservata all'azienda sanitaria locale è pari ad un terzo del totale. Il finanziamento avviene sulla base del piano di attività attingendo al fondo sanitario regionale, al fondo sociale regionale, dai conferimenti degli enti consorziati previsti nella convenzione e da altre risorse relative ai servizi di assistenza sociale. In termini operativi, le società della salute svolgono le funzioni dei distretti che si aggiungono alle funzioni previste dalle convenzioni sottoscritte dagli enti locali che vi aderiscono. L'adesione è volontaria, pertanto, nel 2025 in Toscana erano presenti 15 Società della Salute ai quali si aggiungono 11 zone-distretto che svolgono le attività distrettuali come articolazioni organizzative delle aziende sanitarie. Il numero delle società della salute può variare sulla base delle decisioni degli enti locali, ad esempio, la Società della Salute Pisana è stata recentemente sciolta sulla base della decisione dell'assemblea dei soci del 1° agosto 2025.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle cure primarie, è da menzionare la tempestiva costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali previste dalla normativa

nazionale, attivate già nel 2012 (DGRT 1231/2012) come aggregazioni funzionali monoprofessionali con compiti e funzioni di governo clinico della medicina generale facendo leva sul confronto fra pari. Il bacino medio di popolazione afferente alla AFT è di 30.000 abitanti, ogni AFT elegge un coordinatore che si interfaccia con le strutture delle aziende territoriali per la definizione degli obiettivi, la valutazione assistenziale e altre funzioni di governo. In Toscana ci sono 108 AFT.

Un'altra innovazione organizzativo-istituzionale che merita di essere menzionata è la costituzione di un dipartimento di medicina generale in rappresentanza dei medici di medicina generale volta a rafforzare la governance delle cure primarie in forma integrata. Questo dipartimento è stato istituito dalla Legge regionale 84 del 2015 che, all'articolo 68 riporta "presso ogni azienda unità sanitaria locale, è istituito, nel rispetto delle competenze demandate alla contrattazione collettiva dalla normativa vigente, il dipartimento della medicina generale, composto dai coordinatori delle AFT". Un vero e proprio dipartimento che partecipa alle riunioni collegiali organizzati dalle direzioni aziendali. Il direttore del dipartimento è un medico di medicina generale eletto dai coordinatori delle AFT che, come gli altri direttori dei dipartimenti aziendali è coinvolto nella programmazione aziendale e nella definizione degli obiettivi relativi alle attività di propria competenza favorendo il raccordo tra i medici di famiglia e le altre strutture sanitarie del territorio, come gli ospedali e i servizi specialistici.

18.3 Gli obiettivi del nuovo Piano Sanitario Sociale integrato della Regione Toscana 2024-2026

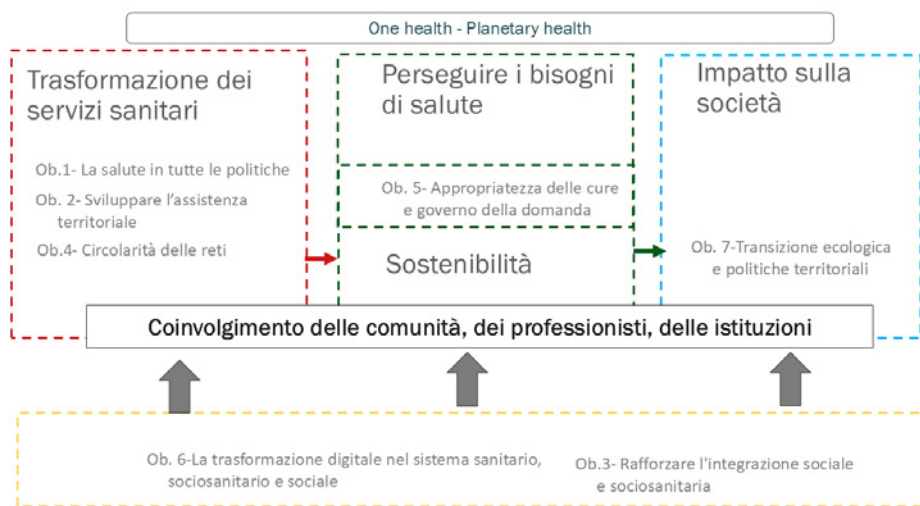
Il nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale del 2024-2026 della Toscana prova a dare una risposta sistemica alle sfide sempre più complesse che coinvolgono la salute delle persone, la coesione sociale e la sostenibilità ambientale. Il Piano si basa su un approccio integrato, ispirato alla strategia internazionale One Health secondo cui la salute umana è strettamente connessa a quella degli animali e dell'ambiente arrivando a intercettare e includere anche il concetto di Planetary Health che esamina come i cambiamenti ambientali causati dall'uomo (es. cambiamento climatico, perdita di biodiversità, inquinamento) influenzano la salute e il benessere umano globale collegando maggiormente il piano sanitario e sociale integrato ai piani strategici degli altri settori regionali. L'altro grande principio che ispira il piano è relativo al concetto del coinvolgimento e della partecipazione attiva dei vari attori che costituiscono il sistema sanitario.

I sette obiettivi generali del piano, che costituiscono il cuore del documento possono essere riletti attraverso la Figura 18.1 inserita all'interno del piano, nell'allegato A, a pagina 253, e in particolare: gli obiettivi 1, 2 e 4 sono volti a costituire le basi per trasformare i servizi alla luce dei principi ispiratori di one health e planetary health e, in particolare, l'obiettivo 1 prevede di promuovere la salute in tutte le politiche, favorendo il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi setting, tra cui la scuola, la comunità, il lavoro, il servizio sanitario. Occorre sviluppare la consapevolezza e la responsabilità degli individui nei confronti della propria salute con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare. L'obiettivo 2 intende realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente attraverso lo sviluppo e rafforzamento dell'assistenza territoriale. Le riforme avviate

passano anche dal completamento delle Case di comunità, Ospedali di comunità che andranno ad aggiungersi alle Centrali operative territoriali già entrate in funzione. L'obiettivo 4 intende promuovere e realizzare la circolarità delle reti, attraverso una riorganizzazione dei processi di cura centrati su una maggiore integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali.

L'obiettivo 5 mira a perseguire i bisogni di salute della popolazione puntando principalmente sulla sfida che sta mettendo in discussione i sistemi sanitari ovvero la capacità di dare risposte appropriate. L'obiettivo 7 è quello più innovativo rivolto all'implementazione del concetto di one-health e planetary health ovvero quello di appoggiare la transizione ecologica e le politiche territoriali, concorrendo anche alle strategie per le aree interne. Gli obiettivi 3 e 6 costituiscono i fattori abilitanti per attuare la trasformazione necessaria a riorganizzare i modelli di cura. In particolare, l'obiettivo 3 mira a rafforzare l'integrazione sociale, sociosanitaria e le politiche di inclusione per rispondere in maniera adeguata alle nuove forme di fragilità sociali e ridurre il più possibile le disuguaglianze, garantendo a tutti accesso agli interventi e alle prestazioni. L'obiettivo 6 mira a favorire la trasformazione digitale del sistema sanitario rafforzando ulteriormente l'ecosistema digitale della Regione Toscana e semplificando l'accesso ai servizi per le persone.

Figura 18.1 Schema degli obiettivi del Piano Sanitario e Sociale integrato della Regione Toscana 2024-2026



18.4 Un approfondimento sulle Case della Salute/Comunità

Il concetto di “Case della Salute” (CdS) in Toscana ha radici profonde, con la prima sperimentazione avvenuta a Castiglion Fiorentino nel 2002. L’istituzione formale delle CdS come strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) risale alla DGR n. 139 del 25/02/2008. Nel corso degli anni, il quadro normativo si è evoluto, passando dalla defi-

nizione di requisiti strutturali a quelli di processo con la DGRT 770/2020, e culminando con l’inserimento delle CdS nella Legge Regionale nel 2019. Un passaggio fondamentale si è avuto con la Delibera n. 1125 del 28 ottobre 2021, che ha segnato la transizione dalle “Case della Salute” alle “Case di Comunità” (CdC) attraverso la sperimentazione in tre realtà, una per area vasta, anticipando quindi la riforma di riorganizzazione del territorio prevista a livello nazionale nel 2022 fino ad arrivare all’ultima revisione delineata dalla D.G.R. n. 1508 del 19/12/2022, delibera di recepimento del DM 77/2022. Nella delibera si ribadisce che le Case di Comunità (CdC) sono concepite come il fulcro dell’assistenza di prossimità, rappresentando un punto di riferimento fisico e facilmente identificabile per i cittadini che necessitano di risposte integrate a bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale ispirandosi all’approccio “Comprehensive Primary Care”. Questo implica una mappatura approfondita delle caratteristiche, delle risorse e dei bisogni del territorio di riferimento. Nella delibera regionale si ribadisce la rilevanza dell’integrazione sociosanitaria e sociale, potenziando, uniformando e aggiungendo i collegamenti funzionali con i modelli organizzativi del territorio come le COT. Nella Tabella 18.1 in basso è riportata l’evoluzione del numero di case della salute e case di comunità negli ultimi nove anni.

Tabella 18.1 evoluzione e numero delle Case della Salute e Case di Comunità in Toscana

Indicatori	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CdS/CdC	58	61	72	71	69	69	75	84	90

Fonte: *Welfare e Salute in Toscana (2025)*

18.5 Una prima sperimentazione della valutazione delle Case di Comunità

Per valutare l’efficacia delle CdC, in via sperimentale, il laboratorio mes in collaborazione con la Regione Toscana ha considerato sette dimensioni che richiamano le caratteristiche della Casa di Comunità. Di seguito le 7 dimensioni proposte:

1. Comunità che richiama il coinvolgimento delle comunità (Butterfloss 2006; Longo, Barsanti, 2021; Longo *et al.* 2023), la condivisione degli spazi come un fattore che favorisce la comunicazione informale, lo scambio di conoscenze e l’integrazione nel lavoro, l’interazione e la mutua comprensione tra gli operatori, la loro capacità di collaborare e il loro senso di coesione (Levasseur *et al.* 2022, Barsanti, Bonciani 2019, Ginsburg 2008) e le reti formali fra le istituzioni (Enthoven 2009).
2. Prossimità che si basa sulla parola chiave utilizzata nei principali documenti programmatici nazionali (PNRR 2020, DM77/2022, Mantoan *et al.* 2022) e nella delibera di giunta regionale 1508 oltre che essere una delle caratteristiche più frequentemente utilizzata per descrivere le case di comunità (Pesaresi 2022).
3. Servizi offerti, dimensione che richiama la checklist degli standard del decreto ministeriale 77/2022.
4. Telemedicina, una delle misure strategiche del piano di ripresa e fattore abilitante della trasformazione dei servizi come riportato dal nuovo piano sanitario e sociale

- integrato della Toscana. Inoltre, la telemedicina è uno dei servizi previsti nelle CdC presenti anche nelle linee guida di Agenas (Mantoan et al. 2022).
5. Collaborazione fra servizi è una dimensione che valuta la capacità di attivare le reti fra i servizi di aziende diverse ma anche all'interno della stessa azienda (Campbell et al. 1998).
 6. Collaborazione fra professionisti Reti fra professionisti (Santana et al. 2017).
 7. Esperienza dell'utenza come elemento distintivo della capacità di rispondere ai bisogni della popolazione e per rilevare la qualità percepita (qui si veda De Rosis et al. 2020, Vainieri et al. 2020, Vainieri et al. 2022, OECD 2025). Case della salute che da un punto di vista formale presentano i servizi offerti previsti, che hanno protocolli e documenti formali che attestano la collaborazione fra istituzioni e servizi non è detto che da un punto di vista sostanziale siano in grado di prendere in carico la persona (Barsanti et al. 2016).

Nel corso del 2024, sulla base di frequenti confronti con professionisti e dirigenti aziendali e regionali, sono stati identificati per ciascuna dimensione degli indicatori di performance che sono stati poi testati e calcolati a livello regionale. La Tabella 18.2 in basso riporta, a titolo esemplificativo alcuni indicatori e la relativa fonte dati per ciascuna dimensione.

Tabella 18.2 Dimensioni ed esempi di indicatori per valutare l'implementazione e il funzionamento delle Case di Comunità

Dimensione	Indicatore	Fonte
Servizi offerti	Percentuale di servizi attivati da DM 77	Indagine ad hoc
Collaborazione tra professionisti	Numero medio di incontri di carattere organizzativo e clinico assistenziale tra professionisti	Indagine ad hoc
Collaborazione tra servizi	Rapporti di collaborazione o progetti fra servizi (17 max)	
	Percentuale di MMG in CdC/CdS	Indagine ARS
Prossimità	% di accessi per visite con tempo di percorrenza superiore a 40min	Flussi amministrativi
Telemedicina	% Televisite su totale	Flussi amministrativi
Esperienza Utenti	Percentuale di utenti che non riconoscono la struttura	PREMs Territorio e Cronicità
	Valutazione qualità della visita	
	Condivisione spazi	
Comunità	Coinvolgimento della comunità	Indagine ad hoc
	Reti formalizzate con ETS,EELL	

18.6 Alcuni esempi di valutazione da un primo studio pilota

Il 15 maggio 2025, in occasione della presentazione dei risultati di performance della sanità toscana del 2024 il gruppo di ricerca del laboratorio management e sanità ha presentato una prima sperimentazione della valutazione delle case di comunità in Toscana. La selezione delle dimensioni presentata nella Tabella 18.2 è avvenuta a seguito del confronto tenuto con i 180 professionisti che hanno partecipato al corso di formazione manageriale (PNRR – M6 C2.2c) nel 2024/2025 “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali”. La sperimentazione in sei realtà pilota di due zone distretto della Regione Toscana è stata sintetizzata attraverso una rappresentazione grafica (Figura 18.2) a forma di casa il cui tetto e mattoni sono le dimensioni della Tabella 18.2 e i cui colori della valutazione sono quelli del bersaglio. La Figura 18.3 mostra che le sei case di comunità presentano situazioni diverse. A parte la presenza del fattore della prossimità e il mancato sviluppo delle televisite, i servizi offerti sono variabili, così come la formalizzazione delle collaborazioni con enti esterni.

A titolo di esempio si riportano due indicatori: Percentuale di MMG in CdC/CdS come uno degli elementi che caratterizza la collaborazione fra servizi in Figura 18.3 e la percentuale di utenti che non riconoscono la struttura come uno degli elementi che caratterizza la valutazione degli utenti in Figura 18.4.

Come si evince dalla Figura 18.3 la partecipazione dei medici di medicina generale nelle case della salute/case di comunità è molto variabile. In media, in Regione Toscana, si aggira attorno al 23% (Welfare e Salute in Toscana 2025) passando da 0 al 100%. La percentuale è una proxy della collaborazione fra servizi legata alla co-location ma non esprime necessariamente il livello di integrazione delle cure e dei servizi.

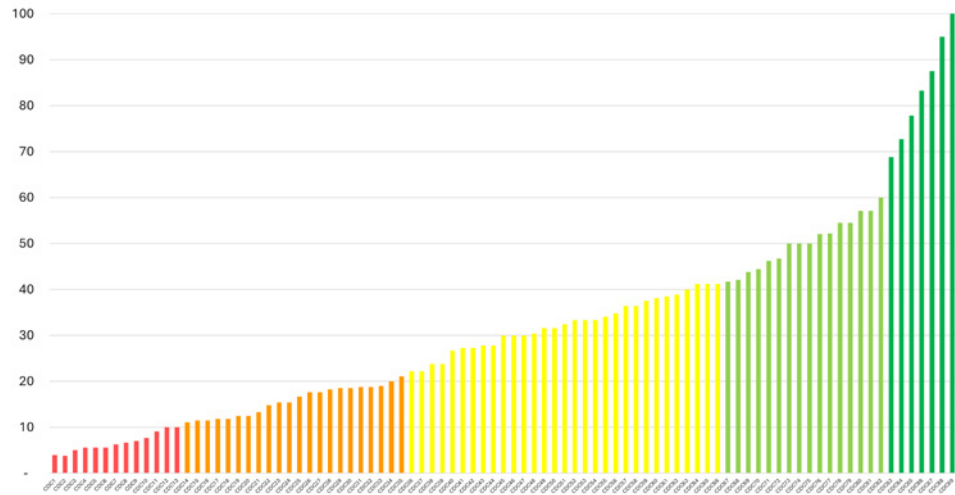
La Figura 18.4 presenta invece i risultati dell’indagine PREM relativa al territorio e cronicità della Regione Toscana. Indagine sperimentale che ha coinvolto otto Case della salute e comunità in Toscana. Il grafico mette in evidenza il fatto che mediamente, meno della metà delle persone arruolate all’interno della CdC/CdS riconosce la struttu-

Figura 18.2 Valutazione di sintesi delle dimensioni delle Case di Comunità



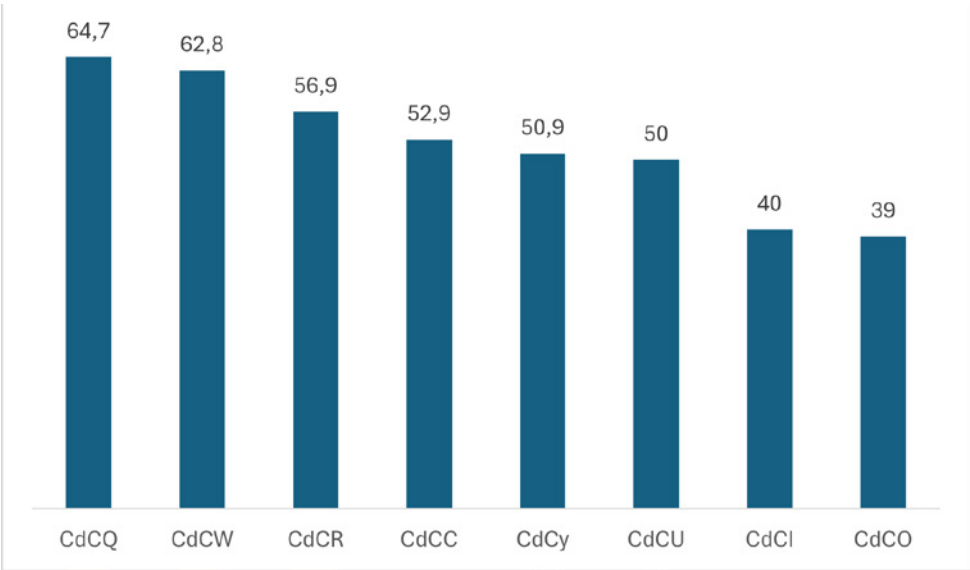
ra come Casa di comunità dichiarando di non aver usufruito negli ultimi 12 mesi di un servizio della CdS/CdC. Questa evidenza indica la riconoscibilità/mancata riconoscibilità della struttura da parte dell’utenza.

Figura 18.3 Percentuale di MMG in CdC/CdS



Fonte: Elaborazione Laboratorio MeS su fonte dati ARS Toscana, 2024

Figura 18.4 Percentuale di utenti che non riconoscono la struttura



18.7 Considerazioni conclusive sulle scelte di fondo nel valutare la performance delle Case di Comunità

Dalla sperimentazione condotta in Toscana è emerso che vi sono alcuni punti chiave che devono essere sciolti prima di valutare a regime la performance delle case della salute/comunità. In genere, fra le barriere alla misurazione e valutazione di nuovi servizi (ma anche dei servizi esistenti) la prima questione che viene esplicitata riguarda la presenza di flussi informativi/amministrativi.

Attualmente, non esiste un flusso specifico sulle case della salute o della comunità. Questo potrebbe essere in realtà un falso problema. Infatti, non è necessario che ci sia un nuovo flusso amministrativo, l'aspetto rilevante è che sia possibile risalire alle informazioni dei servizi offerti dalle case della salute da altri flussi, come il flusso delle prestazioni ambulatoriali. Pertanto, per quanto concerne le prestazioni e attività che vengono svolte nelle case della comunità sarebbe sufficiente aggiornare l'anagrafe delle strutture rendendo riconoscibili le etichette relative alle case di salute/comunità. Queste informazioni non sono sufficienti per comprendere il buon funzionamento di queste strutture. Infatti se si vuol passare dal paradigma del misurare le prestazioni (come, ad esempio, quante visite sono state fatte) al paradigma del misurare la presa in carico è auspicabile includere misure direttamente riferite dagli utenti sulla qualità percepita e sull'esperienza di coordinamento e collaborazione fra professionisti e servizi nel proprio percorso di cura.

La seconda questione, quella centrale, riguarda la scelta di fondo: qual è la missione della Casa di Comunità? A quale bisogno della popolazione di riferimento (o target di utenza) deve rispondere?

Secondo il DM77 è prevista una Casa di Comunità ogni 40.000-50.000 abitanti, individuando così come bacino d'utenza la popolazione residente nell'area circostante la struttura. Tuttavia, dal confronto con le aziende sanitarie emerge che il criterio demografico e territoriale è stato applicato a livello di zona-distretto e non a livello di singola CdC. Ne consegue che il bacino d'utenza delle CdC non corrisponde necessariamente a un criterio geografico definito poiché: la programmazione dei bisogni avviene a livello distrettuale e non di singola struttura. Questo rende difficile definire un denominatore di riferimento e rende più complesso adottare indicatori di copertura, sia dei servizi erogati sia della popolazione potenzialmente servita dalla CdC. Da questo punto di vista, infatti, le analisi precedentemente svolte sull'impatto delle Case della Salute in Toscana ed Emilia Romagna, hanno considerato gli esiti di salute degli assistiti dei medici di medicina generale che operavano all'interno delle Case della Salute rispetto agli esiti registrati dai pazienti seguiti da medici non inseriti in tali strutture (Francesconi, Profili 2023; Marini *et al.* 2024; Nobilio 2020; Barsanti *et al.* 2016). Un approccio metodologicamente corretto per confrontare chi ha ricevuto un trattamento integrato come previsto dal principio ispiratore della CdS rispetto a chi non ha ricevuto questo trattamento. I risultati delle analisi già condotte su questi modelli organizzativi hanno messo in evidenza che l'impatto della *co-location* nella casa della salute sugli esiti clinici – misurato in termini di riduzione degli accessi al Pronto Soccorso o dei ricoveri sensibili alle cure ambulatoriali – appare modesto e talvolta incerto. Risultano invece più solide e statisticamente significative le evidenze sugli indicatori di processo: i medici di medicina generale che operano all'interno delle Case della Salute mostrano

una maggiore aderenza alle linee guida nella gestione di condizioni croniche comuni (diabete e scompenso cardiaco), senza un incremento dei costi, generando così una maggiore appropriatezza delle cure. L'approccio utilizzato per misurare l'impatto sulla salute delle CdS permette di individuare un denominatore, ma non risponde pienamente alla prospettiva di *population health* a cui si ispira la Casa di Comunità, che assume come target non solo l'individuo ma l'intera comunità. Inoltre, non considera adeguatamente la carenza di medici di medicina generale, particolarmente rilevante nelle aree interne del Paese.

L'ultimo elemento, in corso di sviluppo, è l'inserimento di valutazioni derivanti dalla comunità stessa e dalle associazioni di utenti e cittadini che hanno interesse a ricevere servizi dalle CdC. In questa direzione, la Regione Toscana, in collaborazione con le sigle sindacali dei pensionati CGIL, CISL e UIL e con le direzioni aziendali e delle zone distretto/società della salute, facilitati dal laboratorio Management e Sanità, stanno costruendo griglie di valutazione partecipata che entreranno a far parte del sistema di valutazione della performance delle Case di Comunità con l'intento di creare uno strumento di dialogo e confronto strutturato e consapevole per rafforzare il patto fra la comunità e le istituzioni che si affianca agli strumenti tradizionali di partecipazione dei cittadini già presenti in Regione.

Riferimenti normativi

- Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale – Regione Toscana 2024-2026 – Allegato A.
 Legge regionale Regione Toscana n.40/2005. Disciplina del servizio sanitario regionale.
 Legge regionale Regione Toscana n. 84/2015. Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005.
 DGRT 356/2007. Misure urgenti di riqualificazione dei servizi in RSA per la sicurezza e qualità dell'assistenza nei percorsi socio-sanitari. Approvazione Progetto Persona-La Buona Cura.
 DGRT 139/2008. Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute.
 DGRT 1231/2012. Approvazione dello schema di Accordo regionale per la continuità assistenziale in applicazione dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29 luglio 2009.
 DGRT 73/2018. Coordinamento ed integrazione delle politiche sanitarie per la salute mentale di comunità, sviluppate dal Settore regionale "Assistenza sanitaria territoriale", con le attività del Centro Regionale sulle Criticità Relazionali (CRCR).
 DGRT 770/2020. Approvazione atto di indirizzo sulle case della salute in attuazione della L.R. 4 giugno 2019, n. 29.
 DGRT 1125/2021. Approvazione Progetto "Da Casa della Salute a Casa della Comunità" ai sensi delle "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità", Allegato 1 all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021.
 DGRT 1508/2022. La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77.
 DM 77/2022. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Riferimenti bibliografici

- Barsanti S., Bonciani M. (2019), *General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany, Italy*, in *Health Services Management Research*, Vol. 32, Issue 1, February 2019, 2-15.

- Barsanti S., Bonciani M., Roti L. (2016), *Il Quaderno delle Case della Salute*. Edizioni Polistampa, Firenze.
- Butterfloss FD. (2006), *Process evaluation for community participation*, in *Annual Review of Public Health*, 27, 323-340.
- Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M. (1998), *Integrated care pathways*, in *British Medical Journal*, 316(7125), 133-137.
- De Nicola G., Pennucci F., Vainieri M. (2025) *Towards community-oriented model for tackling complex health needs*, IRSPM Conference, Paper.
- De Rosi S., Cerasuolo D., Nuti S. (2020), *Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy*. BMC Health Services Research.
- Enthoven AC. (2009), *Integrated delivery systems: the cure for fragmentation*. *The American journal of managed care*, 15(10 Suppl), S284-S290.
- Francesconi P., Profili F. (2023) *Qualità delle cure ed esiti di salute dei malati cronici: migliorano se il medico curante ha l'ambulatorio principale in una Casa della salute?*, in *ARS Toscana*, 4 settembre.
- Ginsburg S. (2008), *Colocating Health Services: a way to improve coordination of children's health care?*, in *Commonwealth Fund pub*, 1153 (41): 1-12. PMID: 18642477.
- Levasseur M., Lussier-Therrien M., Biron M.L. et al. (2022), *Scoping study of definitions of social participation: update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition*, in *Age Ageing* 51, afab215.
- Longo F., Barsanti S. (2021), *Community building: logiche e strumenti di management*, Egea, Milano.
- Longo F., Bonciani M., Bunea A., Zazzera A. (2023), *Managing community engagement initiatives in health and social care: lessons learned from Italy and the United Kingdom*, in *Health Care Management Review* 48(1):2-13, 1/3 2023.
- Mantoan D., Capolongo S., Borghini A. et al. (2022), *Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa di Comunità*, in *I Quaderni. Supplemento rivista Monitor*, Agenas, Roma.
- Marini C., Profili F., Francesconi P. (2024), *Medici di medicina generale con studio in Casa della salute: quale impatto sull'assistenza ai malati cronici?*, in *ARS Toscana*, 2 luglio.
- Nobilio L., Berti E., Moro ML. (2020), *Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019*, Dossier n. 266/2019, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.
- OECD (2025), *Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>.
- Pesaresi F. (2022), *Le case della comunità: come saranno*, in *I luoghi della cura online* n. 3/2022, www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/03.
- Santana MJ., Manalili K., Jolley RJ. et al. (2017). *How to practice person-centred care: A conceptual framework*, in *Health Expectations*, 21(2), 429-440.
- Vainieri M., Noto G., Ferrè F., Rosella L. (2020), *A Performance Management System in Healthcare for All Seasons?*, in *International journal of environmental research and public health* 17(15), 5590.
- Vainieri M. et al. (2022) *Da un'iniziativa internazionale a un osservatorio nazionale per monitorare l'esperienza dei pazienti cronici in Italia*. *Sistema Salute*, 66, 2 2022, Cultura e salute editorie, Perugia, pp. 120-138.
- Welfare e salute in Toscana (2025) accessibile all'indirizzo: https://www.regione.toscana.it/documents/d/guest/wes_voll_2025.

19. Il modello di tutela della salute in Emilia-Romagna: la riforma dell'assistenza territoriale

Mattia Altini, Giovanni Mulazzani¹

19.1 Lo scenario sanitario regionale: i dati e i trend evolutivi

Nel dibattito pubblico e nelle politiche sanitarie persiste un equivoco di fondo: si tende a sovrapporre il concetto di *salute* a quello di *sanità*. Questa confusione rischia di limitare la nostra capacità di intervenire efficacemente sul benessere della popolazione. In realtà i determinanti di salute che fanno sì che le persone stiano bene sono molti altri. La salute, infatti, è il risultato di un *insieme complesso e multifattoriale di determinanti*, che vanno ben oltre il sistema delle cure².

La riorganizzazione e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sociale e sanitaria, costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati devono orientarsi per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute, che non si limitano più solo a una domanda di salute, bensì contemplano un processo integrato di accompagnamento della vita in tutte le sue fasi e stati. Tali nuovi bisogni sono determinati dagli effetti delle transizioni epidemiologica, demografica e sociale che hanno modificato il quadro di riferimento degli ultimi decenni portando a cambiamenti strutturali e organizzativi.

L'Emilia-Romagna presenta un quadro demografico caratterizzato da profonde trasformazioni strutturali che hanno implicazioni dirette sulla programmazione sanitaria regionale³. Al primo gennaio 2025, la Regione conta 9.407 residenti in più rispetto al 2024, con un aumento percentuale dello 0,2%, evidenziando una crescita demografica contenuta ma comunque positiva rispetto al *trend* nazionale. La Regione ha una popolazione di circa 4.458.000 abitanti, stabile da quasi un decennio.

Il dato più significativo dal punto di vista delle implicazioni e della programmazione sotto il profilo squisitamente sanitario è rappresentato dall'accelerato processo di invecchiamento della popolazione. L'incidenza della popolazione over 64 anni sul dato complessivo raggiunge il 24,7%, più del doppio rispetto alla popolazione 0-14 anni

1 Un ringraziamento particolare per la redazione del presente contributo si deve al dott. Manuele Iannacci, Azienda USL di Modena – Distretto di Castelfranco Emilia e Vignola.

2 I principali determinanti di salute possono essere sintetizzati in alcune grandi aree, ciascuna delle quali influenza in misura diversa il divario nello stato di salute tra il 40% più ricco e il 40% più povero della nostra popolazione. Servizi sanitari e di salute (9%); Sicurezza del reddito e protezione sociale (43%); Condizioni e stili di vita (22%); Capitale sociale e umano (15%); Occupazione e condizioni di lavoro (11%).

Questi fattori, interconnessi tra loro, definiscono il livello di salute di una popolazione. Il sistema sanitario nazionale italiano, fondato nel 1978 su principi di universalismo solidale, rappresenta una conquista di civiltà che va difesa con determinazione.

3 Si vedano i dati diffusi dall'Ufficio di Statistica della Regione Emilia-Romagna sulla popolazione residente al primo gennaio 2025 (www.statistica.regione.emilia-romagna.it).

(12,0%). Gli anziani residenti superano il milione e centomila unità, con circa 592.000 ultrasessantacinquenni (13,1% della popolazione complessiva)⁴. Dal 2015 si registra un aumento anche della popolazione in carico ai servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA), salute mentale e dipendenze patologiche: gli utenti in carico ai servizi sono infatti cresciuti del 20% (NPIA), del 7,5% (dipendenze patologiche) e del 2,8% (salute mentale). In definitiva il sistema sanitario regionale deve confrontarsi con un carico di malattia caratterizzato dalla prevalenza delle patologie croniche e degenerative, tipiche delle popolazioni anziane.

In sintesi, si può osservare che i dati illustrati riguardanti l'invecchiamento della popolazione, la diffusione di patologie croniche e i processi di trasformazione intervenuti in ambito demografico, unitamente ai dati riguardanti la prevalenza di patologie croniche e degenerative presso la popolazione anziana, hanno imposto un ripensamento del paradigma complessivo dell'organizzazione delle strutture e delle prestazioni sanitarie a livello territoriale e un'azione di riforma tesi a valorizzare e potenziare la dimensione territoriale del servizio sanitario istituendo strutture e presidi per rispondere alle esigenze delle comunità di riferimento.

19.2 La riforma dell'assistenza territoriale in Emilia-Romagna: attori e strumenti

Il modello sanitario dell'Emilia-Romagna rappresenta un modello basato sulla programmazione delle prestazioni sanitarie, fondato sulla regolamentazione dell'accesso al mercato e sull'utilizzazione selettiva del metodo dell'accreditamento delle strutture erogatrici private e si basa su due principi fondamentali: la centralità del cittadino e la tutela della salute come diritto della persona e interesse della collettività, in base agli art. 32 Cost. e agli artt. 1 e 2 della l. n. 833/1978 e all'art. 1 del D.Lgs. 502/1992.

Il *framework* legislativo in materia di disciplina sull'assistenza sanitaria è regolato dalle disposizioni di cui alla l.r. 23 dicembre 2004, n. 29 e s.m.i. recante "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale". L'assistenza sanitaria è erogata in particolare da otto AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale)⁵, articolate in 38 Distretti sanitari⁶, da tre Aziende Ospedaliero-Universitarie e da cinque Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

4 Circa il 24% della popolazione ha una età superiore ai 65 anni, in incremento rispetto al 21,9% del 2015. La popolazione affetta da patologie croniche è in aumento (dal 45,6% del 2015 al 47,8% del 2021), ma soprattutto della popolazione affetta da almeno due patologie croniche.

5 Le AUSL corrispondono alle principali aree provinciali e sub-provinciali: AUSL di Bologna, Ferrara, Imola, Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena e della Romagna (che comprende le province di Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini). Ogni AUSL è organizzata al proprio interno in Distretti, unità operative territoriali che rappresentano il livello di prossimità dell'assistenza sanitaria.

6 Allo stato attuale l'Emilia-Romagna è articolata in 38 Distretti, con una popolazione compresa tra circa 30.000-40.000 abitanti nei Distretti della montagna, caratterizzati da scarsa densità abitativa e difficoltà di collegamento, e circa 200.000-250.000 abitanti nei Distretti corrispondenti ai principali capoluoghi di provincia fino a raggiungere i quasi 400.000 abitanti in area metropolitana. I Distretti sanitari rappresentano l'articolazione territoriale fondamentale del servizio sanitario regionale. Essi sono, infatti, responsabili della fase di programmazione, organizzazione e valutazione delle attività sanitarie e sociosanitarie nel proprio ambito territoriale, assicurando l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Le funzioni distrettuali includono la gestione dell'assistenza primaria, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, i servizi consultoriali, la salute mentale territoriale, i servizi per le dipendenze, l'assistenza protesica e la medicina dello sport. Il Distretto coordina inoltre l'integrazione sociosanitaria con i Comuni attraverso specifici accordi e protocolli operativi.

Sotto il profilo della sostenibilità finanziaria, per l'assistenza sanitaria la Regione Emilia-Romagna sostiene un costo *pro-capite* pari a circa 2.325 euro in aumento di circa 300 euro rispetto a quanto era stato registrato nel 2015 (2.021 euro); di questi, circa il 51% finanzia l'assistenza territoriale, il 44% l'assistenza ospedaliera, mentre il restante 5% è destinato alla prevenzione.

La sanità territoriale è articolata secondo un sistema a rete che riconosce nella Regione l'ente pubblico territoriale programmatore e nelle Aziende USL i soggetti attuatori. La Regione impartisce periodicamente le linee strategiche attraverso il Piano Sanitario e Sociale Regionale, mentre le AUSL assicurano l'erogazione dei servizi a livello territoriale attraverso i Distretti, nonché per mezzo di una rete di poliambulatori pubblici e privati. A questi si aggiungono strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, disabili e disagio mentale sia in età adulta che adolescenziale. A queste strutture si affiancano le cure domiciliari che annualmente prendono in carico circa 100.000 assistiti. All'interno del perimetro territoriale presidiato dai Distretti uno degli elementi più caratteristici e peculiari del modello sanitario regionale è rappresentato dalle Case della Salute. Queste ultime si configurano, infatti, quali strutture polifunzionali che ospitano équipe multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari. Tali strutture sono punti di riferimento per l'erogazione di servizi di assistenza primaria, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base e attività di prevenzione.

L'organizzazione dell'assistenza primaria si basa sul modello delle Forme associative tra medici di medicina generale, che possono configurarsi come associazioni, gruppi di cure primarie o medicine di gruppo. Queste forme organizzative favoriscono la continuità assistenziale, la gestione integrata dei pazienti cronici e l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

A livello regionale in Emilia-Romagna il debutto della fase attuativa del d.m. n. 77/2022, si è avuto con la Deliberazione di Giunta regionale n. 1° agosto 2022, n. 1305⁷ che ha adottato il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Tale Regolamento ha stabilito che, in attuazione di quanto previsto dal d.m. n. 77/2022, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare dovesse avviare un percorso di coinvolgimento e condivisione con le Aziende sanitarie, con gli enti locali e gli *stakeholder* più rappresentativi della comunità per pervenire alla proposta di un documento tecnico in merito all'implementazione del modello dell'assistenza territoriale nell'Emilia-Romagna. Come primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale, in attuazione del d.m. n. 77/2022 è stata adottata dunque la Deliberazione di Giunta Regionale 12 dicembre 2022, n. 2221⁸.

In Emilia-Romagna l'assistenza territoriale rappresenta uno dei cardini fondamentali del servizio sanitario. La popolazione residente può, infatti, contare sui medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che, pur registrando una diminuzione, rappresentano comunque un punto di riferimento per la collettività. Accanto alla rete dei

7 Cfr. Deliberazione di Giunta Regione Emilia-Romagna 1° agosto 2022, n. 1305, in <https://serviziisr.regione.emilia-romagna.it/>.

8 Cfr. Deliberazione di Giunta Regione Emilia-Romagna 12 dicembre 2022, n. 2221, in <https://serviziisr.regione.emilia-romagna.it/>.

medici di medicina generale e dei pediatri opera il complesso delle strutture territoriali che caratterizzano l'assistenza primaria e, in particolare, le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità⁹, nei quali la Regione ha investito una quota consistente di risorse fin dal 2010. Attualmente sono attive in Regione 141 Case della Comunità che garantiscono assistenza a quasi 3 milioni di residenti, affiancate da 24 Ospedali di Comunità con una capienza di 380 posti letto (ne sono attesi entro il 2026 altri 24 per 486 posti letto di cui 20 per 416 posti letto nell'ambito del Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)¹⁰ sottoscritto con il Ministero della Salute nell'ambito della Missione 6 (Salute) del PNRR.

La Deliberazione citata disegna una rete di assistenza sanitaria territoriale che entro il 2026, sulla base delle prescrizioni di cui al d.m. n. 77/2022, prevede l'istituzione di ulteriori Case della Comunità hub (una ogni 40-50.000 mila abitanti) precisamente 89. Tutto ciò implica l'evoluzione ed il completamento del passaggio dalle Case della Salute¹¹ alle Case della Comunità e che si stabilisca una collaborazione con le Aziende USL e un percorso di riorganizzazione e adeguamento delle strutture esistenti per soddisfare i criteri richiesti. Oltre al presidio in termini di indirizzo, garantito dal livello regionale, esistono nella *governance* altre due livelli istituzionali sovraordinati alla Casa della Salute e alla Casa della Comunità che ne definiscono le funzioni, gli assetti, le risorse e garantiscono l'attuazione degli indirizzi della riforma dell'assistenza territoriale: si tratta della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, composta dai Sindaci di ambito provinciale o metropolitano (CTSS, CTSSM) e i Comitati di Distretto (CdD). Nell'ambito dei citati livelli istituzionali l'AUSL e i Distretti condividono il piano di sviluppo delle Case della Comunità a livello, rispettivamente, provinciale o metropolitano e distrettuale. È stata dunque confermata la *governance* pubblica, a partire dalla programmazione, al fine di garantire l'equità nell'accesso dei servizi e il controllo dei livelli di qualità.

La Casa della Comunità così come prospettata nel modello sanitario regionale, diventa il punto di sintesi erogativo del complesso delle prestazioni e delle attività offerte da tutte le strutture che operano a favore della salute della collettività di riferimento nell'ambito territoriale di competenza, sia erogati direttamente dal servizio sanitario regionale, sia da altri soggetti pubblici territoriali (enti locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato). Al Distretto spetta il ruolo di regia al fine di realizzare collaborazioni generative (i cosiddetti "patti per la salute") per l'av-

9 Gli Ospedali della Comunità si configurano quali strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio; la programmazione regionale prevede che, a regime, il numero di posti letto, in linea con lo standard atteso di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, sia complessivamente di circa 900.

10 Il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) è stato approvato attraverso la Delibera di Giunta regionale n. 34 del 20 gennaio 2025 in <https://serviziisr.regione.emilia-romagna.it/>.

11 Per affrontare l'incremento della popolazione anziana, la Regione Emilia-Romagna è quella che più di tutte ha scommesso sul modello della Casa della salute: già nel 2020 ne risultavano 124, il più alto a livello nazionale. La Delibera della Giunta Regionale n. 291/2010, a cui ha fatto seguito la delibera n. 2128/2016, definivano già la Casa della salute come una struttura "facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso all'erogazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale": un centro, quindi, il cui valore aggiunto è costituito dall'integrazione e dal coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, improntato alla concretizzazione della medicina d'iniziativa, attraverso la partecipazione della comunità.

vio, il consolidamento e l'implementazione di progettualità orientate all'integrazione delle politiche di welfare, di salute, di sostenibilità ambientale, educative, lavorative, nell'ottica olistica dell'approccio "One Health"¹². L'obiettivo finale è rafforzare il senso di affiliazione dei cittadini nei confronti della Casa della Comunità di riferimento, facendone un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti. A questo scopo, al Distretto è affidata la promozione della co-progettazione e dell'effettiva partecipazione della comunità ai processi di cura.

La descrizione e l'analisi del processo di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale a livello regionale non possono considerarsi esaurite ed esaustive se non menzionando un altro significativo intervento che assume per rilevanza un'importanza strategica nel percorso di riforma, ovvero la Deliberazione di Giunta regionale 17 luglio 2023, n. 1206¹³. Quest'ultima si inserisce nel *framework* normativo nazionale definito dal d.m. 77/2022 e rappresenta la declinazione regionale dei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, con la finalità di rispondere alle sfide demografiche ed epidemiologiche, attraverso una riorganizzazione sistemica che privilegi la prossimità, l'integrazione e la continuità assistenziale.

I principi fondanti di tale riforma sono: il principio di prossimità; il principio di integrazione socio-sanitaria; il principio di continuità assistenziale.

- Il principio di prossimità perché la riforma si basa sul concetto di "sanità di prossimità", che prevede l'erogazione dei servizi sanitari il più vicino possibile al domicilio del cittadino, riducendo la necessità di spostamenti e favorendo l'accessibilità territoriale, particolarmente critica nelle aree montane e rurali della Regione.
- Il principio di integrazione socio-sanitaria perché la riforma ritiene strategica ed essenziale l'integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, superando la tradizionale frammentazione settoriale mediante la creazione di percorsi assistenziali unificati e la condivisione di strumenti di valutazione multidimensionale. L'integrazione tra servizi sanitari e sociali è realizzata attraverso specifici accordi con i Comuni e l'Unione di Comuni. Sono operativi Punti Unici di Accesso (PUA) che garantiscono una valutazione multidimensionale dei bisogni e l'accesso integrato ai servizi.
- Il principio di continuità assistenziale, perché la riforma si propone di assicurare la continuità assistenziale attraverso la definizione di percorsi strutturati che collegano l'assistenza ospedaliera, quella territoriale e quella domiciliare, garantendo transizioni appropriate e riducendo le re-ospedalizzazioni evitabili.

Nell'ambito della riforma intrapresa la Deliberazione citata prevede che il potenziamento dei servizi già esistenti si integri e trovi un coordinamento opportuno con alcune

12 Il paradigma "One Health" fa riferimento ad una concezione secondo cui la salute delle persone e dell'ecosistema sono legate indissolubilmente. Nella Missione 6 (Sanità) del PNRR si parla di prospettiva "One Health". Tale approccio richiama la rapida evoluzione verso un sistema integrato, incentrato sulle necessità di assistenza e cura della persona, flessibile al cambiamento della domanda di salute da parte dei cittadini, nel quale processi clinici, prevenzione, stili di vita, scelte alimentari e sostenibilità ambientale siano tra loro connessi. Sul tema tra gli altri si veda Aperio Bella F. (a cura di) (2022), *One Health, la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari*, Editoriale Scientifica, Napoli.

13 Cfr. Cfr. Deliberazione di Giunta Regione Emilia-Romagna 17 luglio 2023, n. 1206, in <https://serviziisr.regione.emilia-romagna.it/>

azioni di intervento specifiche: lo sviluppo ed il completamento della rete delle Case della Comunità; l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT), previsti dal d.m. n. 77/2022, che hanno come *mission* istituzionale il coordinamento della presa in carico della persona raccordando servizi territoriali e professionisti coinvolti; infine, l'attivazione dei Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) in funzione di una riorganizzazione della risposta ai bisogni urgenti differibili, della copertura medica territoriale per 24 ore e della riduzione del sovraffollamento del Pronto Soccorso dovuto a patologie a bassa criticità.

La Deliberazione di Giunta regionale n. 1206/2023 recepisce, dunque, in relazione allo sviluppo della Case della Comunità sia *hub* sia *spoke*, integralmente gli standard indicati dal d.m. n. 77/2022. In base al monitoraggio effettuato da Agenas sullo stato di implementazione, in ogni singola Regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale, riguardante il II semestre 2024, l'Emilia-Romagna ha 44 strutture assimilabili a Case della Comunità nell'ambito del Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) nell'ambito del PNRR e deve attivarne entro il 2026 altre 85 sempre nell'ambito del CIS. Al di fuori del CIS, invece, sono presenti 81 strutture assimilabili a Case della Comunità e la Regione deve attivarne ulteriori 92, nell'ottica di una programmazione complessiva totale di 185 Case della Comunità in totale.

Le COT costituiscono, tuttavia, l'elemento di più alta innovazione organizzativa della riforma generale, costituendo il punto operativo dell'assistenza territoriale con operatività continua a tutte le ore e tutti i giorni. La Deliberazione di Giunta regionale n. 1206/2023 definisce un modello organizzativo articolato su più livelli: un livello primo livello che prevede una COT in ogni Azienda USL con il coordinamento strategico dell'assistenza territoriale a livello aziendale, l'integrazione con la programmazione sanitaria e socio-sanitaria aziendale, infine, la gestione delle relazioni con gli altri soggetti erogatori pubblici e privati accreditati; un secondo livello che prevede COT istituite e rese operative per ambiti territoriali di 100.000-150.000 abitanti con la gestione operativa diretta dell'assistenza domiciliare ed il raccordo con le Case della Comunità e i servizi erogati a livello territoriale. Le funzioni principali cui sono chiamati ad assolvere le COT sono: azione di coordinamento dell'ADI; gestione delle dimissioni ospedaliere protette garantendo la continuità delle cure ai pazienti; azione di integrazione con i PUA; raccordo con il servizio di Emergenza-Urgenza 118. Analizzando i dati forniti dal monitoraggio effettuato da Agenas, è possibile evincere che a oggi sul territorio regionale operano 47 COT che corrispondono esattamente alla programmazione attesa a livello regionale.

Infine, l'aspetto maggiormente innovativo della riforma realizzata mediante la Deliberazione di Giunta regionale n. 1206/2023 è l'istituzione dei CAU. Queste strutture rappresentano l'innovazione più significativa nel panorama dell'urgenza territoriale italiana configurandosi come strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla continuità assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso, avendo quale obiettivo anche la decongestione strategica del Pronto Soccorso. A giugno 2025, sono attivi sul territorio regionale 46 CAU. I CAU afferiscono alla rete di cure primarie e pur rivestendo natura

sperimentale rappresentano un modello di applicazione coerente del d.m. n. 77/2022 per gli aspetti relativi alla continuità assistenziale previsti nelle Case della Comunità. I modelli organizzativi dei CAU in Emilia-Romagna sono tre: CAU collocati nelle sedi dei Punti di Primo Intervento, quindi autonomi; CAU collocati nell'ambito delle Case di Comunità; CAU collocati presso strutture ospedaliere esistenti. I CAU hanno quale punto di riferimento un Ospedale Polispecialistico o distrettuale, con la garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali. I CAU sono strutture dotate di competenze clinico-assistenziali e strumentali in grado di fornire risposta ai problemi e ai bisogni di carattere acuto di modesta entità e alle situazioni di minore criticità e bassa complessità.

La Deliberazione di Giunta regionale n. 1206/2023 dedica, inoltre, particolare attenzione alla riorganizzazione sistemica del sistema dell'emergenza-urgenza territoriale, che costituisce un elemento critico per l'efficienza complessiva del sistema sanitario regionale e per il successo della riforma territoriale medesima.

La riforma prevede, infatti, una riorganizzazione ovvero razionalizzazione delle Centrali Operative 118 sul territorio attraverso:

- l'istituzione delle Centrali Operative di Area vasta;
- l'attivazione di protocolli avanzati di *Dispatch*, ovvero di procedure standardizzate e documentate finalizzate alla gestione ottimale ed efficiente delle richieste di soccorso, che permettono di determinare la gravità dell'emergenza ed inviare i mezzi più idonei e fornire istruzioni al soggetto interpellante.

Un altro passaggio fondamentale della riforma dell'emergenza urgenza è sicuramente anche quello che concerne il potenziamento del personale specializzato, ovvero (medici e infermieri specializzati e operatori di Centrale Operative adeguatamente formati) unitamente al rafforzamento ed ammodernamento della rete dei mezzi di soccorso. Un ulteriore aspetto della riforma riguarda l'integrazione delle Centrali operative con le nuove strutture territoriali, ovvero con i CAU, con le COT e con la creazione di un'interfaccia anche con le Case della Comunità.

La riforma prevede anche la razionalizzazione avanzata della rete dei Pronto Soccorso con l'articolazione di più livelli di assistenza in base alla complessità: Pronto Soccorso di I livello (oggi sostituiti dai CAU di fatto) per le patologie minori; Pronto Soccorso di II livello territoriali per le patologie più complesse, infine Pronto Soccorso integrati con i CAU. La riforma investe potenziando anche il sistema informativo e di monitoraggio, con rafforzamento del sistema informativo EMUR (Emergenza-Urgenza) e l'integrazione sinergica dei diversi sistemi informativi territoriali e ospedalieri.

19.3 La Casa della Comunità di Castelfranco Emilia: innovazione, integrazione e nuovo standard territoriale

19.3.1 Premessa

Una nuova organizzazione e distribuzione dei servizi, delle prestazioni sanitarie e assistenziali, è essenziale per migliorare la qualità delle cure, garantire una presa in carico efficace delle cronicità, assicurare appropriatezza organizzativa e ottimizzare l'uso delle risorse. La Casa della Comunità di Castelfranco Emilia propone un'offerta comples-

siva che si inserisce nell'ambito del modello SMART Care, fondato sulla prossimità delle cure e sulla delocalizzazione di attività sanitarie dall'ospedale al territorio, così da collocare i servizi nei luoghi corretti e con maggior valore, grazie anche alla ridefinizione delle reti cliniche e i dei Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PPDTA). I percorsi che si vanno a delineare devono concentrare la bassa complessità nelle strutture territoriali e l'alta complessità a livello ospedaliero.

Di fondamentale importanza è governare l'offerta sanitaria in modo proattivo, evitando di rincorrere la domanda, rimodulando l'attività dei medici di assistenza primaria e del loro ruolo strategico, integrando nuove forme di incentivazione basate su indicatori di esito e di processo. Essi trovano una loro collocazione privilegiata all'interno della Casa della Comunità, integrati con tutti gli altri professionisti sanitari e tecnici. A ciò si aggiunge la necessità di fornire moderne strumentazioni per l'approccio clinico e terapeutico, introducendo tecnologie innovative a supporto dell'efficienza ed efficacia complessiva del sistema, come la telemedicina e il telemonitoraggio.

19.3.2 Contesto

La Casa della Comunità Hub di Castelfranco Emilia, inaugurata nel 2015 a seguito della riconversione dell'ex ospedale, rappresenta un modello evoluto ed innovativo di assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale. Essa si colloca al centro della rete dei servizi del distretto di Castelfranco Emilia (MO), in stretta connessione con la Casa della Comunità Spoke di Bomporto (inaugurata nel 2013).

La struttura nasce come luogo di prossimità e di integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari, in cui la presa in carico della persona avviene secondo principi di multidisciplinarietà, prossimità, continuità e partecipazione attiva del cittadino e della comunità in cui essa è inserita.

L'impianto organizzativo e funzionale della Casa della Comunità si configura come un laboratorio di innovazione territoriale, in grado di tradurre operativamente i principi del d.m. n. 77/2022, ma andando ben oltre i requisiti minimi previsti.

19.3.3 Dotazione funzionale e livello di complessità

La Casa della Comunità di Castelfranco Emilia presenta una dotazione strutturale e tecnologica significativamente superiore agli standard minimi nazionali, configurandosi come una piattaforma integrata per la gestione della bassa e media complessità assistenziale.

I servizi che la struttura comprende e che estendo quelli minimi previsti dal d.m. n. 77/2022 sono molteplici¹⁴.

14 Si tratta di: Ambulatori specialistici in oltre quindici discipline di interesse territoriale per il trattamento di patologie croniche e ad alta prevalenza (cardiologia, endocrinologia, ortopedia, dermatologia, pneumologia, ecc.); Medicina di gruppo con sei Medici di Medicina Generale; Chirurgia ambulatoriale in diverse specialità (dermatologia, ginecologia, ortopedia, chirurgia vascolare, oculistica), endoscopia; Servizi di Diagnostica per immagine (RX, TC, ecografia, mammografia); Dialisi; Servizi infermieristici di comunità e di terapia iniettoria; Assistenza domiciliare integrata e cure palliative; Hospice; Anestesia; Ospedale di Comunità (OSCO); Centro di Assistenza Urgenza (CAU) e ambulatorio medico di continuità assistenziale; Centro di Salute Mentale; Centro Disturbi Cognitivi e Demenza; Centro Hub di Terapia Antalgica; Consultorio familiare (Spazio giovani e giovani adulti, ambulatorio andrologico); Servizi di riabilitazione; Assistenza protesica e integrativa; Distribuzione diretta farmaci, presidi e stomie; Servizi per le dipendenze patologiche (SerT, centro alcolico, centro antifumo); Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e CUP; Centrale Operativa Territoriale;

Questa dotazione estensiva consente una presa in carico globale della persona, assicurando risposte tempestive e integrate per i bisogni di salute a bassa complessità, con un impatto positivo sulla riduzione degli accessi impropri ai servizi ospedalieri e sull'efficienza complessiva del sistema.

19.3.4 Elementi di innovazione e valore sistemico

La Casa della Comunità supera il tradizionale modello a compartimenti separati, realizzando un'integrazione effettiva tra componenti sanitarie, sociali e sociosanitarie.

Le équipe multiprofessionali operano in un quadro di governance condivisa, favorendo percorsi assistenziali personalizzati e continui, orientati al bisogno globale della persona e non alla singola prestazione.

La struttura adotta un approccio centrato sulla persona, promuovendo l'empowerment e la partecipazione attiva del cittadino nella definizione dei propri percorsi di salute. Ciò si traduce in una maggiore aderenza terapeutica e in un rafforzamento del rapporto di fiducia con il sistema pubblico.

La concentrazione di servizi in un unico polo territoriale consente di gestire in modo completo la bassa complessità clinico-assistenziale, evitando ricorsi impropri all'ospedale e migliorando la sostenibilità del sistema.

L'integrazione di diagnostica per immagini, chirurgia ambulatoriale, medicina di gruppo e infermieri di comunità eleva la struttura a un nuovo standard operativo di Casa della Comunità, in grado di assorbire e risolvere gran parte della domanda sanitaria territoriale.

La struttura opera anche come presidio di prevenzione e promozione della salute, con programmi strutturati di educazione sanitaria, campagne vaccinali e iniziative di promozione di sani stili di vita. La collaborazione con associazioni di volontariato e realtà locali consolida l'azione di salute pubblica sul territorio.

La flessibilità organizzativa si presta agevolmente all'utilizzo di nuovi approcci tecnologici come la telemedicina e il telemonitoraggio. La digitalizzazione dei percorsi clinici consente una gestione efficiente e sicura delle attività oltre a fornire dati per il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito.

Il punto unico di accesso semplifica il rapporto tra cittadino e servizi, garantendo prossimità, trasparenza e orientamento.

Elemento distintivo della Casa è anche la presenza della Casa del Volontariato, che ospita associazioni come CID, Croce Blu, Auser e Amici del Cuore.

Questa integrazione rafforza il legame tra sanità pubblica e capitale sociale, trasformando la struttura in uno spazio civico di salute, inclusione e solidarietà.

19.3.5 Impatto e prospettive

La Casa della Comunità di Castelfranco Emilia rappresenta un modello di innovazione sistemica che anticipa le direttrici di sviluppo delineate dal d.m. n. 77/2022, configurandosi come un nuovo standard territoriale di qualità per il Servizio Sanitario Nazionale.

Igiene Pubblica e vaccinazioni adulti; Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza; Pediatria di comunità e vaccinazioni pediatriche; Punto prelievi; Punto unico di accesso sociosanitario. A completamento della rete territoriale, insistono tre Centri Diurni per Anziani (Castelfranco Emilia, Nonantola, Ravarino), che garantiscono continuità assistenziale e prossimità percorsi di fragilità.

Grazie all'ampiezza dei servizi, all'integrazione dei percorsi e alla partecipazione della comunità, la struttura garantisce:

- una presa in carico completa e continua della persona;
- una riduzione della pressione sugli ospedali;
- un miglioramento della qualità percepita e della prossimità delle cure;
- una maggiore equità di accesso ai servizi territoriali.

La Casa della Comunità di Castelfranco Emilia dimostra che la transizione da un modello centrato sull'ospedale a uno basato sulla prossimità e sull'integrazione è non solo possibile, ma anche efficace e sostenibile. Essa rappresenta un *benchmark* operativo per la programmazione sanitaria regionale e nazionale, e un riferimento concreto per la costruzione della sanità del futuro.

20. Continuità delle cure e integrazione in Regione Lombardia. L'esperienza della cooperativa COSMA

Michele Castelli, Marco Magri, Lucia Calabrese

La Regione Lombardia ha sviluppato un modello di sistema sanitario regionale peculiare nel panorama nazionale con alcune caratteristiche che lo distinguono da quelli delle altre regioni italiane. La Lombardia è anche la Regione italiana più popolosa e quella che maggiormente contribuisce al PIL nazionale e dunque l'analisi di questo modello di sistema sanitario acquisisce una rilevanza particolarmente significativa.

20.1 Contesto socio-demografico

La Lombardia ha una popolazione di circa 10 milioni di abitanti di cui circa il 12% (1.200.000 persone) ha la cittadinanza straniera (pari a circa il 25% degli stranieri residenti in Italia) (ISTAT 2025).

L'età media della popolazione è in linea con quella nazionale (46,4 anni) mentre il tasso di crescita demografico nel 2025 presenta una crescita complessiva del 2,3 per mille, dato in controtendenza con quello nazionale che evidenzia una decrescita (-0,6 ogni mille residenti) (Polis-Lombardia, 2025).

Per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione, pur essendo un fenomeno rilevante e in crescita, la Lombardia presenta indicatori al di sotto della media nazionale: a fine 2024 la percentuale di persone over 65 è pari al 23,9% della popolazione e l'indice di vecchiaia è di 195,5 (Osservatorio demografico del Piemonte 2024).

La Lombardia presenta, anche per l'anno 2024, un'aspettativa di vita alla nascita in linea con la media nazionale e una diminuzione dei decessi complessivi dello 1,5% rispetto al 2023 (ISTAT 2025b).

Relativamente agli stili di vita, la Lombardia ha un numero di fumatori leggermente più alto della media nazionale mentre l'obesità è di poco al di sotto della media nazionale (11% – 11,8%). Molto positivo è l'indicatore relativo all'attività fisica e alla sedentarietà: la percentuale di persone che non praticano sport e attività fisica è tra le più basse d'Italia (26,3%) e ben al di sotto della media nazionale (35%) (ISTAT 2024a).

Complessivamente, la Lombardia può definirsi una Regione con indicatori demografici e sanitari in linea o migliori della media nazionale e questo è dovuto a un mix di dinamismo sociale, stili di vita generalmente più attivi, contesto sociale e occupazionale e assistenza sanitaria.

20.2 Organizzazione sistema sanitario regionale

Nonostante il sistema sanitario lombardo abbia subito diverse modifiche e riforme negli ultimi 15 anni, le caratteristiche peculiari e i principi cardine di questo modello rimangono quelli introdotti dalla Legge n.31 del 1997, ovvero la parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, la separazione, nell'ambito della programmazione regionale, tra soggetti che hanno funzione di regolazione ed erogatori di prestazioni sanitarie e la libertà di scelta del luogo di cura da parte dei cittadini.

La configurazione attuale del sistema è stata delineata con la Legge 23 del 2015 e, successivamente, con la Legge 22 del 2021 che hanno sostanzialmente riorganizzato il sistema sociosanitario regionale, introducendo un modello articolato su tre livelli funzionali che rispondono a logiche di programmazione, controllo ed erogazione integrate su base territoriale. La Regione esercita le funzioni di pianificazione strategica, indirizzo politico-sanitario e controllo complessivo del sistema; sono state poi create le ATS (Agenzie per la Tutela della Salute) con funzioni di promozione della salute, di acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e di programmazione territoriale (sono 8) e le ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) con funzioni di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, sia in ambito ospedaliero sia territoriale (27) a cui si affiancano anche gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS, 4 pubblici e 15 privati, più del 50% del numero di IRCCS presenti in Italia) ed erogatori privati accreditati.

20.3 Integrazione e presa in carico

L'integrazione dei servizi territoriali all'interno delle ASST ha rappresentato un cambiamento strutturale fondamentale, volto a favorire il coordinamento tra ospedale e territorio, sia quello tra le precedenti aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali. L'obiettivo di questa riorganizzazione è stato quello di incentivare una governance unitaria e una maggiore continuità nei percorsi di cura, in particolare per la popolazione cronica e fragile (Agenas 2020).

Inoltre, per favorire il coordinamento tra servizi sociali e sanitari, con questa legge l'integrazione sociosanitaria viene favorita e potenziata.

Accanto a queste strutture sono poi state istituite alcune agenzie regionali con funzioni specifiche: l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo, un organismo tecnico scientifico, terzo e indipendente che si occupa del monitoraggio del sistema e del coordinamento dell'attività di vigilanza svolta dalle ATS e l'Agenzia regionale emergenza urgenza che gestisce il sistema dell'emergenza-urgenza extra-ospedaliera (Regione Lombardia 2015).

Relativamente all'organizzazione e all'offerta di servizi sanitari, a livello ospedaliero la percentuale di posti letto per acuti per 1000 abitanti è in linea con la media nazionale, mentre rispetto alla percentuale di letti per non acuti la Lombardia raggiunge l'obiettivo di 0,7 letti per 1000 abitanti (Ministero della Salute 2024).

A livello territoriale invece "le prestazioni extra-degenza sono erogate da ambulatori specialistici, Medici di Medicina Generale (MMG) che aderiscono alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT, forme organizzative finalizzate a migliorare la collaborazione tra professionisti e la continuità di cura per i pazienti), Pediatri di Libera Scelta

(PLS), più di 3 mila farmacie territoriali e numerose strutture sociosanitarie territoriali” (Regione Lombardia 2024).

A tale proposito è interessante sottolineare come nel corso degli anni (a partire dalla riforma del 2015) la Lombardia abbia cercato di migliorare l’assistenza territoriale all’interno di un modello che da più parti veniva definito “ospedalocentrico” per via della presenza di numerosi ospedali pubblici e privati di cui molti di eccellenza.

La normativa regionale ha sviluppato una strategia di assistenza territoriale che identifica modalità organizzative per la ridefinizione dell’assistenza sul territorio. Elementi fondamentali sono la centralità dell’assistenza domiciliare e l’integrazione tra ospedale e territorio. Gli 87 Distretti sanitari rappresentano la modalità per organizzare e coordinare le attività territoriali. Nell’ottica di sviluppare servizi integrati e centrati sulla persona, fin dal 2012 la Regione si è focalizzata sul concetto di “presa in carico” per la gestione dei pazienti cronici, con modalità di esecuzione che si sono evolute nel corso degli anni fino al modello attuale delineato con la DGR XII/2755 del 2024 nel quale il Medico di Medicina Generale (MMG) diventa il referente per il cittadino e assume un ruolo centrale nella determinazione del percorso di cura.

20.4 Performance e risultati del sistema

Per quanto riguarda il personale, la Lombardia ha un numero di medici e infermieri del SSN per 1.000 abitanti inferiore alla media nazionale (5,63 rispetto a 6,1, dati Agenas 2021). Anche il numero di MMG e PLS è inferiore alla media nazionale, il che comporta che i MMG in Lombardia abbiano un sovraccarico di pazienti del 50% maggiore della media nazionale (ISTAT 2024b).

Relativamente alla spesa sanitaria, nel 2022 la spesa sanitaria sul PIL è stata inferiore alla media nazionale (5,1 rispetto a 6,7) (Cergas-Bocconi 2024) e in linea con quest’ultima per quanto riguarda il valore di spesa pro capite.

La spesa sanitaria viene allocata al 52,6% per l’assistenza distrettuale, al 41,2% per l’assistenza ospedaliera, al 5,6% per attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica e allo 0,6% per attività di ricerca (Regione Lombardia 2024). In questa Regione, la spesa sanitaria privata si aggira attorno ai 700 euro pro-capite (CREA Sanità 2024).

Per quanto riguarda i ricoveri, nel 2022, sono stati effettuati più di 1 milione e duecento mila ricoveri ospedalieri (corrispondenti a più di 9 milioni di giornate di degenza) (Regione Lombardia 2024), con un tasso di ospedalizzazione standardizzato (per età e genere) per acuti pari a 104,11 ogni 1.000 abitanti (Ministero della Salute 2025b) e 3 milioni e mezzo di accessi in Pronto Soccorso (di cui 2/3 in codice verde).

Relativamente alla qualità dei servizi, la Lombardia ha un tasso di mortalità trattabile e prevenibile inferiore alla media italiana, il secondo indice di attrazione ospedaliera (rapporto tra gli indici di immigrazione e di emigrazione ospedaliera) più alto d’Italia dopo l’Emilia-Romagna (Sisreg Piemonte 2023) e il saldo di mobilità sanitaria attivo più alto d’Italia nel 2022 (GIMBE 2025).

Infine, relativamente all’efficacia, l’ultimo monitoraggio del Ministero della Salute relativo all’erogazione dei LEA sviluppato dal Nuovo Sistema di Garanzia evidenzia come la Lombardia sia una delle 13 Regioni italiane che ha superato la sufficienza in tutte e tre le macro aree (prevenzione, assistenza ospedaliera e territoriale) anche se il dato relativo all’assistenza territoriale è più basso (76) rispetto a quello delle altre

due aree (rispettivamente 95 prevenzione e 86 assistenza ospedaliera) (Ministero della Salute 2025a).

Inoltre, un recente rapporto di Fondazione Futura, che analizza la performance degli ospedali nelle regioni italiane relativamente alla valutazione del Programma Nazionale Esiti, colloca la Lombardia al primo posto, con 35 indicatori su 48 che ottengono un risultato superiore alla media nazionale con un contributo significativo degli ospedali privati (Fondazione Sanità Futura 2025).

20.5 L'esperienza della Cooperativa COSMA di Lecco

Come riportato nei paragrafi precedenti, i processi di integrazione nei percorsi di presa in carico sono elementi interessanti all'interno dell'esperienza lombarda. Varie politiche si sono sviluppate nel tempo per favorire tali percorsi, come, ad esempio, i sistemi di remunerazione basati sulla presa in carico e l'incentivazione di azioni che focalizzano l'attenzione sulla fragilità. In questa direzione molte interessanti esperienze si sono sviluppate, come ad esempio quella proposta dalla Cooperativa COSMA.

La Cooperativa COSMA è attiva da oltre vent'anni sul territorio di Lecco e della Provincia, in Regione Lombardia. Essa nasce dall'esigenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) operanti sul territorio di assistere i propri pazienti nel modo più efficace ed efficiente possibile, "aggregandosi" per poter rispondere meglio ai loro bisogni e, soprattutto, per trarre beneficio da opportunità spesso precluse al singolo medico.

COSMA è cresciuta nel corso del tempo arrivando a riunire oggi ben 220 Medici di Medicina Generale (tra attivi e pensionati) e contando anche sulla partecipazione di alcuni Pediatri di Libera Scelta (PLS). Parte integrante della Cooperativa è anche un Centro Servizi, composto da personale amministrativo e da personale infermieristico, che si occupa di garantire un accesso diretto alle agende dedicate nelle principali strutture erogative della zona, e un team di Case Manager, composto da 12 infermieri professionali. Dotarsi di una struttura di supporto ha infatti il merito di garantire un migliore "percorso di accompagnamento" dei pazienti, nonché una migliore organizzazione del lavoro dei medici, aiutandoli a gestire l'attività di cura primaria sul territorio.

Nel **2011**, la Cooperativa prende parte al progetto sperimentale CREG (Chronic Related Group) promosso da Regione Lombardia. Tale progetto ha introdotto sul territorio lombardo un'innovativa modalità di presa in carico dei malati cronici o in condizioni di fragilità che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CREG), fosse in grado di assicurare la continuità di tutti i servizi extraospedalieri necessari per una buona gestione clinico-organizzativa del paziente, ai sensi dell'Allegato 14 del DGR IX/937/2010.

Qualche anno più tardi, nel **2018**, COSMA aderisce anche al nuovo progetto di Regione Lombardia noto come "**Presa in Carico**" (PIC), introdotto dalla DGR 4662/2015 come un'evoluzione del modello consolidato dell'esperienza CReG, garantendone l'implementazione su tutto il territorio della Provincia Lecchese.

Il cuore del modello consiste nella valorizzazione della figura del Medico di Medicina Generale come punto di riferimento per la gestione dei pazienti cronici sul territorio. Ad esso, infatti, viene affidata la redazione di un **Piano di Assistenza Individualizzato** (PAI) che tiene conto dello specifico profilo clinico del singolo e contiene tutte le prescrizioni che è necessario effettuare annualmente per far fronte a tali condizioni. In

questo processo, il medico curante è supportato da un soggetto gestore deputato (come la Cooperativa) a prendere in carico i vari passaggi, in particolar modo gli aspetti organizzativi, come ad esempio quelli legati alla programmazione delle visite e degli esami individuati all'interno del piano terapeutico presso le diverse strutture sanitarie. Si cerca, in buona sostanza, di seguire in modo efficace il paziente cronico lungo tutto il suo percorso di cura, superando la frammentazione degli attori coinvolti nelle cure e abbracciando un concetto globale di presa in carico, mettendo in pratica un fondamentale strumento di "prevenzione secondaria". Tutto questo con una serie di azioni coordinate dal proprio medico in collaborazione e con il riferimento di una struttura di supporto.

È la Cooperativa che, grazie all'implementazione del Centro Servizi e della struttura infermieristica di cui dispone, ha reso possibile lo sviluppo del progetto su tutto il territorio di Lecco e Provincia. Da quando essa è operativa, infatti, sono oltre **25.000** i pazienti ad essere stati arruolati e accompagnati nel proprio percorso di cura mediante la preparazione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) da parte dei medici. A tal fine, COSMA ha collaborato alla messa a punto di una piattaforma informatica, denominata **HEMA**, all'interno della quale caricare i PAI e, con l'ausilio del Centro Servizi, programmare tutte le prestazioni necessarie a realizzarli.

Oltre ai meriti puramente organizzativi e gestionali, emergono anche altri apporti valoriali della Cooperativa nei confronti del Sistema. Sono molteplici, infatti, i legami che COSMA è riuscita a consolidare nel corso del tempo con i principali attori del Sistema Sanitario.

Dal **2021** la Cooperativa collabora attivamente con ASST e ATS nelle iniziative volte a concretizzare la Riforma Sanitaria Lombarda sul territorio. Non è un caso, infatti, che, insieme ai Medici di Medicina Generale che ne fanno parte, abbia contribuito a mettere la basi dei primi presidi socio assistenziali della Provincia (PRESST) diventate poi Casa di Comunità.

Tra gli interlocutori fondamentali con cui COSMA si interfaccia figurano anche gli Enti Locali, in particolar modo i Comuni, diventati un punto di riferimento importante per l'area relativa alle fragilità. Questi ultimi, infatti, si stanno affermando come partner fondamentali della medicina territoriale, un ruolo che la pandemia ha ulteriormente rafforzato e valorizzato. In tale contesto, la figura del Sindaco emerge come responsabile della tutela della salute dei cittadini nonché come portavoce delle loro esigenze sanitarie, assumendo una funzione attiva nella sensibilizzazione delle istituzioni pubbliche competenti affinché mettano in pratica azioni concrete per garantirla.

La tessitura di tali importanti relazioni concorre a mettere in rete i vari servizi e soggetti coinvolti nel percorso di cura al fine di generare sinergie, ottimizzare le risorse e mettere realmente il paziente al centro. Per farlo, è impossibile non considerare la multidimensionalità dei suoi bisogni, che porta con sé, tra le altre cose, la difficile, se non impossibile, scissione tra le esigenze di carattere sanitario e quelle di natura sociale.

A questo proposito, la collaborazione di COSMA con alcuni Comuni ha dato vita ad un'indagine dalla quale sono emersi dati tutt'altro che irrilevanti: l'**8%** dei pazienti cronici sul territorio presieduto presentava anche problematiche di natura sociale e il **41%** dei soggetti fragili sul piano sociale era affetto da patologie croniche. Alla luce di queste nuove necessità a cui dare risposta, **tra il 2021 e il 2023** emerge un progetto sperimentale di integrazione socio-sanitaria avviato a Lecco e destinato ad estendersi all'intero territorio provinciale.

L'iniziativa ha fatto leva sui Servizi Integrati per la Domiciliarità, sul Servizio "Famiglia e Territorio" del Comune e sulla collaborazione dei Medici di Medicina Generale operanti in città, oltre che sulla Direzione Socio-Sanitaria dell'ASST di Lecco e sul Distretto di Lecco. In questo progetto, che prende il nome di **"Connessione in rete"**, la Cooperativa COSMA ha rivestito un ruolo operativo determinante, rendendo possibile, grazie all'utilizzo della sua piattaforma HEMA, un metodo di lavoro integrato che coinvolgesse sia Assistenti Sociali che MMG nella gestione di persone fragili e pazienti cronici più complessi, mediante la condivisione delle informazioni presenti nei PAI e all'inserimento di prestazioni di carattere sia sanitario che sociale.

L'estensione di tale progetto anche agli altri attori coinvolti nel sociosanitario sul territorio, tra i quali figurano senza dubbio le Associazioni di Volontariato con cui COSMA ha siglato proficue collaborazioni nel corso degli anni, ha posto le basi per un lavoro di coordinamento e co-progettazione delle attività, in grado di rispondere in maniera quanto più efficace alle esigenze del singolo, garantendo una continuità delle cure reale che vada oltre l'erogazione di prestazioni puntuali.

Oltre a quanto detto finora, COSMA ha contribuito in modo decisivo anche alla diffusione di soluzioni innovative capaci di garantire una maggiore continuità assistenziale per i pazienti fragili e cronici. Va ad essa il merito di aver consolidato numerose opportunità legate all'impiego di tecnologie che, non solo favoriscono la presa in carico continuativa del paziente, ma supportano anche il lavoro del medico.

Nel **2020** infatti, durante la pandemia da Covid-19, l'adozione della telemedicina da parte della Cooperativa, rivelatasi fondamentale soprattutto sotto forma di monitoraggio da remoto, ha permesso di mantenere un livello elevato di assistenza anche in situazioni di particolare complessità. Un esempio degno di nota è infatti la predisposizione di un Ambulatorio mobile Itinerante, predisposto da COSMA con l'appoggio di ATS e ASST, finalizzato a facilitare l'accesso alle prestazioni su tutto il territorio della Provincia di Lecco. Oltre al telemonitoraggio, tra le soluzioni di telemedicina attualmente ancora utilizzate figura la tele refertazione ed è prevista anche la possibilità di far interagire tra loro i professionisti, grazie alla piattaforma HEMA condivisa tra assistenti sociali ed MMG.

Alla luce del caso esposto finora, l'esperienza aggregativa dei Medici di Medicina Generale, concretizzatasi nella Cooperativa COSMA, risponde proprio all'esigenza di ricercare continui elementi di innovazione sia a livello di processo che di offerta, al fine di rispondere ai bisogni dei pazienti in modo sempre più concreto e sostenibile. Le Cooperative, grazie all'introduzione di elementi di "managerialità" nell'organizzazione delle cure primarie, sono infatti strumenti attraverso i quali i medici sono in grado di migliorare l'erogazione delle prestazioni e affrontare diverse sfide riguardanti la sanità territoriale, che difficilmente sarebbero in grado di fronteggiare da soli. Tra queste sfide figurano quelle correlate agli aspetti organizzativi, come l'introduzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), tecnologici, come la diffusione delle soluzioni di telemedicina, relazionali, quando si tratta di tessere relazioni con ospedali ed Enti Locali, ed infine strutturali, come il mantenimento di una sanità pubblica efficace.

Per dare un senso a queste iniziative, appare però necessario valorizzare il concetto di "Comunità", ovvero il luogo dove i bisogni si manifestano primariamente. Questo presuppone la collaborazione paritaria tra i diversi soggetti coinvolti nel percorso e la creazione di una rete, che garantisca al paziente cronico e fragile una gestione adeguata

della patologia ed una reale continuità assistenziale. In questo scenario, l'Ospedale costituisce parte della Comunità (non il contrario) e ciascun attore assume una funzione integrata e complementare a quella degli altri. Al centro di tale rete di relazioni, serve dunque una medicina territoriale forte, integrata e multidisciplinare che continui a rappresentare il primo presidio sanitario di prossimità e a cui si vuole tornare a dare contenuti e rilevanza. Del resto, è proprio questo che ha reso l'esperienza maturata negli ultimi anni sul territorio di Lecco un esempio significativo da cui trarre ispirazione. Questa nuova frontiera della presa in carico si avvia verso la cosiddetta versione PIC 2.0, la cui potenzialità non risulta ancora pienamente valorizzata, ma che può rappresentare un importante strumento di prevenzione non solo secondaria ma anche e soprattutto terziaria, destinato a garantire stabilità nel decorso della patologia e a prevenire o evitare, laddove possibile, episodi acuti che implichino il ricorso (spesso improprio) all'Ospedale o al Pronto Soccorso.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2020), *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015)*, Agenas - <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf>.
- Agenas (2023), *Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale*, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1680540368.pdf>.
- Cergas-Bocconi (2024), *Rapporto OASI 2024*, Egea, Milano.
- Crea Sanità (2024), *20 Rapporto Sanità*, Locorotondo.
- Fondazione Sanità Futura (2025), *Rapporto sulla qualità degli outcomes clinici negli ospedali*, Franco Angeli, Milano.
- GIMBE (2025), *Report Osservatorio GIMBE 1/2025 La mobilità sanitaria interregionale nel 2022*, https://fondazioneonda.it/ondauploads/2025/02/Report_Osservatorio_GIMBE_2025.01_Mobilita_sanitaria_2022.pdf.
- ISTAT (2024a), *Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà. Anno 2023*, ISTAT, Roma.
- ISTAT (2024b), *Annuario statistico italiano 2024*, <https://www.istat.it/produzione-editoriale/annuario-statistico-italiano-2024/>.
- ISTAT (2025a), *Censimento permanente della popolazione in Lombardia*, ISTAT, https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/04/Censimento-permanente-popolazione_Anno-2023_Lombardia.pdf.
- ISTAT (2025b), *Indicatori demografici, 2024*, ISTAT, https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/Indicatori_demografici_2024.pdf.
- Ministero della Salute (2024), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2022*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3425_allegato.pdf.
- Ministero della Salute (2025a), *Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Relazione 2023*. <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/monitoraggio-dei-lea-.../>.
- Ministero della Salute (2025b), *Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2023*. https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-04/RAPPORTO_SDO_2023_WEB_aprile25.pdf.
- Osservatorio Demografico del Piemonte (2024), <https://www.demos.piemonte.it/regioni-a-confronto/regioni-indicatori-demografici>.
- Polis-Lombardia (2025), *Lombardia 2025 – Aggiornamento degli indicatori demografici*, Polis-Lombardia, Milano.
- Regione Lombardia (2015), *Legge Regionale 11 Agosto 2015 n.23*, Regione Lombardia - https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/ff9e20db-5100-4cb5-84b0-4305fc7ef3bc/7220_LR+23_2015_Evoluzione_sistema_socio_sanitario.pdf.
- Regione Lombardia (2024), *Piano Socio Sanitario Regionale Lombardo, 2024 – 2028* - <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1720009044.pdf>.
- Sisreg Piemonte (2023), *Indice di attrazione*, <https://www.sisreg.it/index>.

21. Le Botteghe della Comunità: framework integrato per l'assistenza sociosanitaria nelle aree interne

Gennaro Sosto, Francesco Colavita

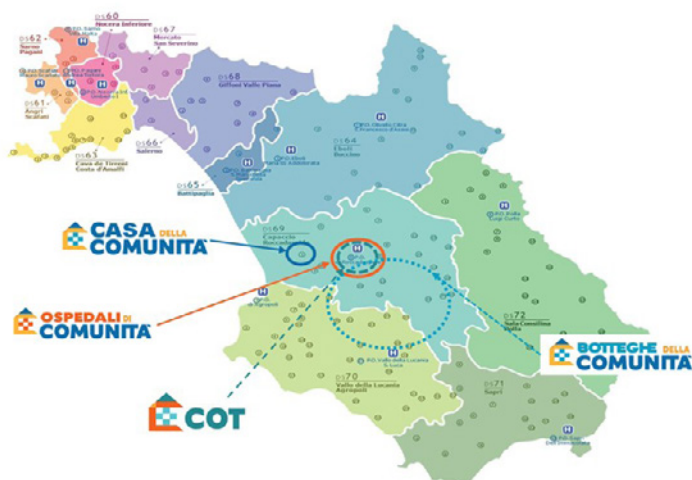
Le Botteghe della Comunità sono una sperimentazione gestionale, unica nel loro genere nel panorama italiano, realizzate dalla ASL Salerno per la risposta ai bisogni socio-sanitari dei cittadini delle aree interne.

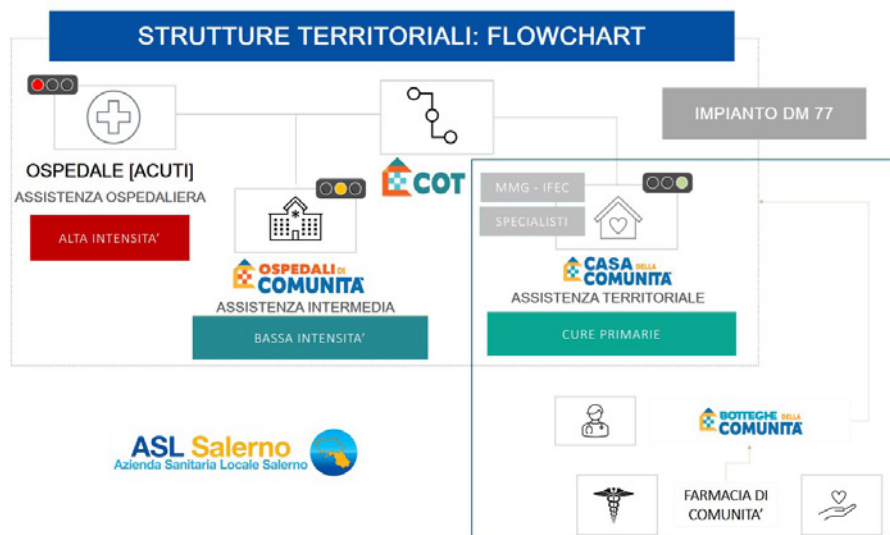
La prima Bottega ha preso vita ufficialmente a novembre del 2023, partendo dai 216 abitanti del paese più piccolo della Regione Campania, e ha visto il coinvolgimento e l'apertura progressiva di tutte le 29 Amministrazioni locali che partecipano al framework assistenziale sperimentale delle Botteghe della Comunità.

Lo scopo è quello di potenziare i servizi di assistenza territoriale nei Comuni ricompresi nell'area interna del Cilento, con l'intento di offrire alla popolazione percorsi multidisciplinari e integrati, basati sulla collaborazione di differenti figure specialistiche che, integrandosi, possano offrire alla persona un percorso di salute duraturo e ben collaudato.

A questa nuova sperimentazione di servizi sul territorio hanno partecipato e partecipano tanti partner istituzionali (Regione Campania, Agenas, Federsanità, ANCI, IFEL, Amministrazioni comunali, Università di Salerno, SNAI, City Competent, Servizio Civile Universale, Ambiti Territoriali Sociali, Comunità Montane ed Ente Parco).

Un modello riconoscibile sin dalla predisposizione dell'immobile (così come previsto





dal DM 77/2022 per le strutture territoriali), con spazi realizzati e arredati uniformemente per ognuna delle Botteghe.

Le prime Botteghe della Comunità afferiscono ai Distretti n. 69 e 70, e sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccadaspide e alle COT dei due Distretti, oltre che all'Ospedale per acuti di Vallo della Lucania.

La Bottega è un presidio di prossimità sociosanitaria all'interno della quale lavora un infermiere, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali (professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell'Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti rurali dei paesi coinvolti) e dal volontariato con il servizio civile e dai city competent.

Il servizio, che supporta le attività della medicina generale e delle cure primarie, è svolto tramite specialisti per 5 giorni settimanali (ogni giorno è dedicato a una specifica branca), dal lunedì al venerdì. Le ore previste in presenza sono effettuate presso la Bottega HUB e per ciascuna branca specialistica è previsto un monte ore da remoto in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell'apparato respiratorio, patologie cerebrovascolari compreso demenze e polipatologie dell'anziano fragile).

Tra le principali attività di competenza dell'infermiere della Bottega vi sono la misurazione dei parametri vitali, valutazione rischi di salute e fragilità, analisi del bisogno, attività di prevenzione (anche attraverso lo svolgimento di medicina di iniziativa) e promozione di stili di vita salutari, supporto allo svolgimento attività di telemedicina, raccordo con MMG e supporto nel coordinamento dei PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per le patologie croniche, raccordo e coordinamento con i vari interlocutori (quali distretti, ambulatori, servizi sociali, strutture ospedaliere e territoriali, COT, CdC, ADI, farmacie dei servizi).

Le Botteghe ospitano anche i Medici di Medicina Generale e le Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT della zona, che ruotano su più sedi coprendo i propri assistiti o anche altri in caso di non copertura. Alcune delle Botteghe, poi, ospitano i servizi di



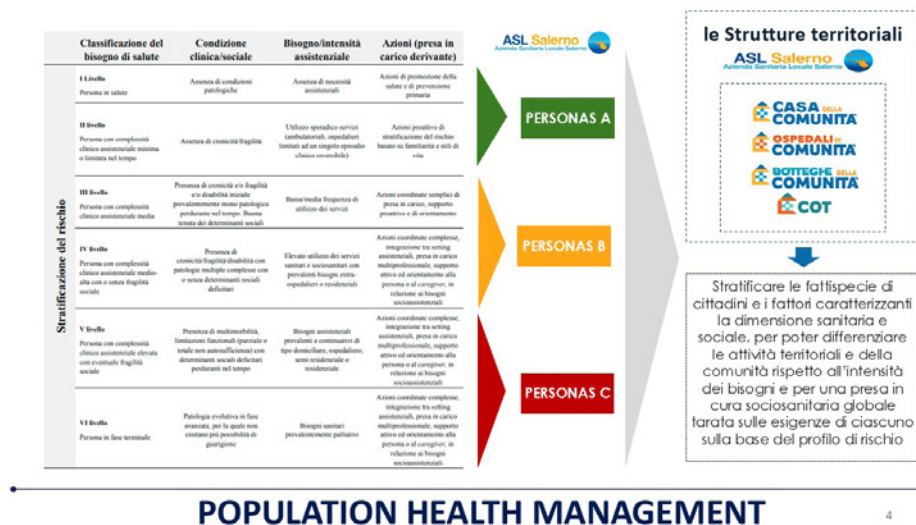
continuità assistenziale (ore notturne e giorni prefestivi e festivi) oggi ospitati in altri locali. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di medicina d'iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti.

All'interno delle Botteghe sono sperimentati percorsi di presa in carico dei pazienti, attraverso documenti formalizzati e approvati, che rappresentano ad oggi un unicum nel panorama nazionale per l'assistenza sociosanitaria integrata. Il Protocollo operativo, ad esempio (Delibera DG ASL Salerno N. 220/2025) racchiude l'insieme di regole degli attori che animano le Botteghe delle Comunità.

Altri percorsi di presa in cura per branca sono stati formalizzati e sono operativi, come quello per la realizzazione dei prelievi all'interno delle Botteghe, o come il Percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale (PPDTA) per la presa in carico della popolazione affetta da sindrome cardio-renale-metabolica – CRM (approvato con Delibera DG Asl Salerno N. 11/2025) insieme al Manuale operativo per la gestione del paziente nella Bottega della Comunità da parte dell'IFOC. Nelle Botteghe si sperimenta, inoltre, il modello per la presa in cura del paziente con Mieloma Multiplo (Delibera DG ASL Salerno N. 1263/2025).

L'Azienda di Salerno ha poi ulteriormente innovato il modello attraverso policy di population health management, realizzando la stratificazione della popolazione (come da DM 77/2022). Un'adeguata stratificazione della popolazione di riferimento risulta fondamentale al fine di garantire un'appropriata presa in carico del paziente in funzione delle relative specifiche necessità cliniche e assistenziali. L'ASL Salerno ha applicato la stratificazione come da indicazioni della American Heart Association (AHA), riellaborando i 5 stadi per il contesto provinciale e i cui risultati sono stati formalizzati nel PDTA per il paziente CRM.

L'ASL ha poi ideato e testato la stratificazione sociosanitaria, insieme ai dati e alle informazioni sociali e sociosanitarie con il programma sperimentale Personas, classifi-



cazione di profili di utenti tipo basata sull'analisi delle evidenze e dei dati, per la messa in opera di soluzioni sociosanitarie concrete che rispondano alle esigenze dei piccoli paesi delle aree interne e rurali dove l'età media è tra le più alte d'Italia.

Le Personas sono cluster, costruiti utili a esprimere l'attitudine, il comportamento e la richiesta di prestazioni sociosanitarie degli utenti in determinati contesti e nell'interazione con il servizio pubblico. Le Personas sono archetipi che individuano e classificano le caratteristiche essenziali che accomunano un certo gruppo di utenti, riconducendole a modelli che descrivono i principali schemi di comportamento adottati in un determinato contesto. Le Personas, che racchiudono dentro il concetto della popolazione stratificata del DM 77/2022, consentono a chi programma i servizi di riconoscere la fragilità comune e la vulnerabilità, definendo con chiarezza quali servizi dover attivare, quali risorse impegnare per garantire equità e appropriatezza di cure.

Una piattaforma sperimentale che ha riscontrato grande interesse e attenzione a tutti i livelli, ricevendo riconoscimenti diffusi a livello nazionale. Il modello delle Botteghe ha vinto il premio di CittadinanzAttiva nazionale sulle aree interne, premiato perché "l'ASL Salerno ha realizzato un modello innovativo di sanità territoriale capace di portare assistenza e cura direttamente nei luoghi di vita delle persone. Per aver portato la sanità di prossimità nei territori più fragili, costruendo una rete capillare di presidi sociosanitari che servono oltre 28.000 cittadini. Per essere riuscito a garantire la presa in carico delle persone con malattie croniche direttamente nei luoghi di vita, anche grazie all'implementazione di strumenti digitali e servizi in telemedicina, potenziando la presa in carico domiciliare senza bisogno di spostamenti. Per essere riuscito a trasformare le aree interne in laboratori di prossimità sanitaria, dove tecnologia, volontariato e competenze professionali convergono in un servizio multidisciplinare di qualità. Per aver valorizzato il ruolo degli infermieri territoriali, dei farmacisti rurali, degli assistenti sociali e dei volontari, promuovendo una sanità basata sulla relazione e sulla fiducia. Per essere stato un esempio concreto di attuazione del DM 77, generando una vera

innovazione nell'organizzazione dei servizi sanitari nelle aree interne. Per aver favorito la collaborazione tra 29 amministrazioni comunali, dando vita a un sistema coeso e radicato nel territorio, fondato su gestione snella e vicinanza ai cittadini. Per essere riuscito a coniugare equità d'accesso, continuità assistenziale e resilienza organizzativa in una delle aree più fragili del Paese. Il progetto 'Botteghe della Comunità' si distingue come modello replicabile di sanità di prossimità, capace di avvicinare la cura ai cittadini e di rafforzare il legame tra istituzioni, territori e bisogni reali della popolazione". Le Botteghe hanno poi consentito alla ASL Salerno di vincere il Lean Healthcare Award 2024 (gli Oscar della sanità nazionale) nella sezione dell'integrazione socio-sanitaria con la motivazione della giuria "per aver utilizzato la metodologia Lean in modo innovativo, revisionando l'offerta territoriale per rispondere meglio ai bisogni assistenziali dei pazienti e garantendo un allineamento alle loro reali necessità". Il modello delle Botteghe della Comunità dell'ASL Salerno è stato ripreso e studiato da altre realtà territoriali nazionali. L'ASL sta implementando le Botteghe anche nelle altre aree interne della provincia di Salerno, al fine di garantire la piena integrazione di tutte le strutture di prossimità della rete territoriale aziendale.

Sitografia

Tutte le informazioni e la raccolta documentale, oltre che la rassegna stampa, sono rinvenibili sul portale aziendale della ASL Salerno, nella sezione dedicata "Botteghe della Comunità", al link https://www.aslsalerno.it/archivio2_come-fare-per_0_160.html

Riferimenti bibliografici

- Educazione al digitale nelle Botteghe di Comunità per le aree interne*, in *URBES Magazine – Urbanizzazione, Benessere e Salute* 2/2025, ISBN 9788890963483, pp. 131-132.
- Il cittadino competente a supporto dell'innovazione delle "Botteghe della comunità" della ASL Salerno nei 29 comuni del Cilento interno*, *Mondo Sanitario*, Fascicolo 11/2024, FRG Editore, Roma, ISSN 0544-7771, pp. 1-12.
- La "bottega della comunità" nel Cilento interno*, in *URBES Magazine – Urbanizzazione, Benessere e Salute*, marzo 2024, ISBN 9788890963483, pp. 71-73.

22. Il progetto “Neirone in Salute” dell’ASL 4 della Liguria

Paolo Petralia, Lucia Calabrese

A Neirone, un piccolo borgo situato nell’entroterra della Val Fontanabuona in Provincia di Genova, nel corso del 2025 prende vita il progetto pilota “Neirone in Salute”. Si tratta della prima sperimentazione effettiva della Legge 33/2023, destinata alle politiche in favore delle persone anziane, ideata e promossa dall’Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4. La sperimentazione è parte di una più ampia progettualità promossa da ASL4 sul territorio con l’esperienza “Tigullio Luogo di Salute” tra il 2022 e il 2024, finalizzata alla promozione di un modello di “Comunità in Salute” che, secondo un approccio One Health, integri prevenzione, cura ed inclusione sociale.

L’obiettivo del progetto è quello di realizzare un sistema di cure primarie sempre più vicino al cittadino – anche nelle aree rurali più geograficamente svantaggiate in termini di assistenza – che garantisca dei servizi proattivi e personalizzati, e sia in grado di migliorare la salute della Comunità promuovendo un invecchiamento sano e attivo. Al centro c’è la persona, considerata nella sua globalità, quindi non solo da un punto di vista clinico ma anche volgendo uno sguardo al contesto familiare, sociale e comunitario. In questo modello, la prossimità al paziente è alla base di un sistema “di valore” perché intesa non solo come vicinanza “geografica” dei servizi – che non comporti necessariamente lo spostamento del paziente per supplire a una sua esigenza assistenziale – ma anche come capacità di sviluppare relazioni che rendano le cure più umane.

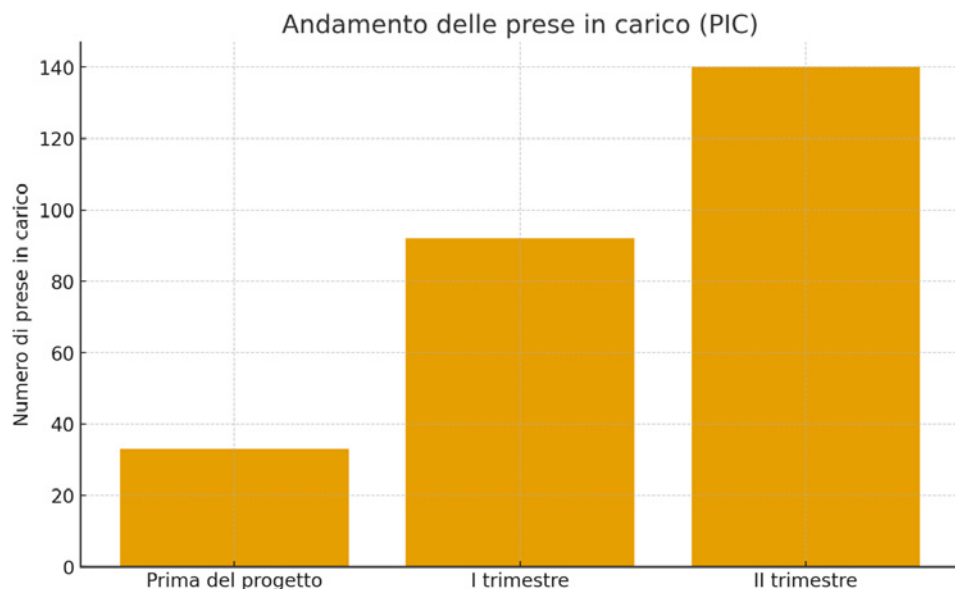
“Neirone in Salute” intercetta in modo proattivo situazioni di fragilità, siano esse di carattere sanitario o sociale, partendo da un’analisi approfondita dei bisogni della popolazione. Questo per individuare e attuare soluzioni su misura basate sulle specificità del singolo, al fine di creare percorsi di presa in carico (PIC) mirati e personalizzati che garantiscano una maggiore appropriatezza nell’accesso alle prestazioni socio-sanitarie e una maggiore aderenza terapeutica.

Il Progetto coinvolge tutti gli anziani con un’età superiore a 65 anni residenti nel Comune di Neirone, i quali attualmente ammontano a 350 soggetti in totale. Nel marzo 2025 ha avuto luogo la presentazione ufficiale alle Istituzioni e l’inaugurazione del Punto Salute di Neirone, sede operativa del progetto. Poco dopo, un evento promozionale ha coinvolto nell’iniziativa anche la popolazione del Comune, per sensibilizzare la Comunità stessa sulla tematica.

Il Punto Salute prevede la presenza stabile degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e si occupa della presa in carico proattiva della popolazione attraverso diversi servizi:

- accessi programmati e liberi per screening e visite;
- valutazione del rischio di fragilità e definizione dei Piani Assistenziali Individualizzati;
- esami laboratoristici e strumentali di base (pressione arteriosa, glicemia, ECG);
- visite domiciliari per persone non autosufficienti;
- campagne di prevenzione e promozione della salute.

A inizio aprile 2025 parte la prima fase operativa, con lo studio e il contatto con tutti gli over 65. Il semestre pilota, terminato a fine settembre dello stesso anno, restituisce già i primi risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti.



Dati interni di monitoraggio.

Rispetto alla situazione di partenza, il numero di PIC è aumentato progressivamente, fino a raggiungere una copertura del fabbisogno pari a circa il 75% della popolazione target, assicurando l'attuale presa in carico di 264 soggetti, di cui 127 maschi e 137 femmine e puntando a raggiungere il 100% della popolazione target.

La fase di studio dei dati ha previsto anche una stratificazione della popolazione sulla base della complessità dei bisogni clinici e assistenziali. Sulla base delle analisi condotte, tra gli anziani over 65 residenti sul territorio del Comune si contano:

- 39 soggetti diabetici (di cui 6 non seguiti dalla diabetologia, ma solo dal Medico di Medicina Generale);
- 146 con ipertensione arteriosa;
- 79 con patologia cardiaca.

Da un punto di vista farmacologico, 179 soggetti assumono fino a 5 farmaci, 84 ne assumono in misura inferiore a 5, mentre per 1 soggetto l'informazione non è disponibile (ND).

Per quanto riguarda la fragilità rilevata con lo strumento Sunfrail, sono stati individuati 193 soggetti fragili, 70 non fragili e per 1 soggetto l’informazione non è disponibile (ND). In base alla classificazione del Multidimensional Prognostic Index (MPI)¹, sono invece stati individuati 183 soggetti caratterizzati da un livello di rischio lieve, 52 moderato e 29 elevato.

Si analizzano anche gli stili di vita: tra i soggetti presi in carico si contano 48 fumatori, 115 soggetti che fanno consumo di alcol e 154 che praticano regolarmente attività fisica. In un’ottica di prevenzione, il progetto promuove infatti campagne di sensibilizzazione su salute e corretti stili di vita, puntando a raggiungere anche le frazioni più remote grazie agli ambulatori mobili “Gulliver”, già diffusi sul territorio durante il periodo Covid e utilizzati successivamente come strumento complementare allo sviluppo della medicina territoriale.

Tecnologia e innovazione sono pilastri fondamentali del Progetto. “Neirone in Salute” conta sul supporto di strumenti digitali come la cartella clinica informatizzata regionale (“Cartella a Casa”), utilizzata dagli operatori territoriali per la presa in carico integrata e digitalizzata delle persone, della telemedicina (in particolare televisite e teleconsulti assistiti dagli infermieri), ma anche sull’utilizzo dell’intelligenza artificiale e della domotica. Quest’ultima è parte integrante della progettazione di un ambiente simulativo per la sicurezza domestica di anziani non autosufficienti, adatto ad accogliere l’assistenza domiciliare e a consentire l’utilizzo di dispositivi tecnologici per il monitoraggio dei parametri vitali e il supporto alle attività quotidiane. Negli ultimi mesi del 2025, nell’ambito di una collaborazione multiprofessionale, è stata anche avviata una sperimentazione rivolta all’affiancamento di IA agent agli IFeC, finalizzata ad offrire ulteriore continuità di riferimento agli anziani.

Il progetto promuove un modello globale di “Community Building”, in base al quale tutti gli attori sul territorio assumono in qualche modo un ruolo di prossimità nei confronti della Comunità e, pertanto, sono ingaggiati e partecipano attivamente al miglioramento dell’ecosistema di salute e benessere.

Tra gli attori coinvolti, il sindaco e l’amministrazione comunale guidano il coordinamento locale, insieme al parroco e ai Carabinieri che garantiscono riferimento e reti relazionali. A questi – oltre naturalmente agli Operatori dei Servizi Sociali, in un’ottica d’integrazione socio-sanitaria che garantisca una presa in carico efficace dei pazienti affetti da cronicità – si aggiungono le Associazioni e gli stessi Cittadini, come sostegno contro la solitudine e l’isolamento, nonché prime antenne di evidenza di possibili disagi e bisogni emergenti.

Il Progetto si sviluppa anche grazie ad una rete di collaborazioni esterne: in particolare, con il mondo accademico e della formazione si è supportato lo sviluppo di conoscenze specifiche degli Operatori, il supporto metodologico nello sviluppo del progetto e la promozione dell’attività di ricerca, producendo due tesi di specializzazione in sanità pubblica, numerose pubblicazioni e presentazioni a congressi specialistici e di management. ASL 4 gestisce il Progetto avvalendosi, ovviamente, di una rete di professionisti della salute operanti sul territorio. Tra questi vi sono i Medici di Medicina Generale, in quali-

1 L’indice di fragilità prende in analisi 8 domini (attività basali e strumentali della vita quotidiana, stato cognitivo, stato nutrizionale, rischio di lesioni da decubito o rischio motilità, multimorbilità, politerapia, stato abitativo del soggetto).

tà di Case Manager e riferimento clinico; gli Infermieri di Famiglia e Comunità, sempre presenti all'interno del Punto Salute ed essenziali nella gestione delle cronicità e nella promozione della salute; il Medico di Distretto, come supporto e regia complessiva; la Farmacia Territoriale, coinvolta nei servizi di prevenzione e assistenza; un laureato in Scienze Motorie dedicato alla promozione di attività fisica adattata (AFA) e, non ultimi, gli Operatori della Centrale Operativa Territoriale (COT), quest'ultima considerata il raccordo digitale che garantisce una continuità nelle cure coordinando servizi e professionisti appartenenti a setting-assistenziali differenti oltre a svolgere attività di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati.

Il Progetto – che diventerà attivo ordinariamente e a pieno regime nel 2026 – è costantemente monitorato e valutato per misurarne l'efficacia e l'impatto, soprattutto in termini di benessere degli anziani. I principali indicatori riguardano:

- il volume di prestazioni erogate;
- il numero di nuovi utenti raggiunti;
- i percorsi di presa in carico attivati;
- la partecipazione a eventi di prevenzione.

La rilevazione dei risultati avviene attraverso la registrazione delle prese in carico, i report periodici compilati dal coordinatore, i test e le schede di screening, ma anche strumenti più qualitativi come i questionari di gradimento, le scale di valutazione validate e le interviste semi-strutturate. Attualmente è in corso la distribuzione dei questionari PREMS e PROMS per valutare la soddisfazione e la percezione dei servizi. L'obiettivo sarà integrare tali dati con l'indice di fragilità MPI per ottenere un'analisi predittiva. Il processo di valutazione avviene quindi secondo due modalità: il monitoraggio continuo, che consente la correzione in itinere delle criticità, e una valutazione finale data dal confronto tra gli obiettivi prefissati e i risultati ottenuti, per stimare l'impatto sociale generato.

“Neirone in Salute” è l'esempio di un modello integrato e digitale di Comunità attiva e solidale. Un'esperienza concreta che mira a migliorare la qualità della vita e l'autonomia degli anziani, rafforzando la rete socio-sanitaria e di prossimità. L'obiettivo futuro è chiaro: consolidare e validare il modello per renderlo replicabile e trasferibile dapprima in altre aree della Liguria, e poi anche ad altri contesti regionali e nazionali.

CONCLUSIONI

Rapporto “Sussidiarietà e... salute”: uno sguardo d’insieme

Giorgio Vittadini

Le analisi e le riflessioni contenute nel presente Rapporto hanno come principale obiettivo quello di evidenziare le criticità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e di individuare strade percorribili affinché i principi di universalismo, equità e uguaglianza, sanciti dalla Legge n. 833/1978 e tradotti nell’articolo 32 della Costituzione, trovino piena applicazione nel contesto attuale di invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie croniche, disuguaglianze territoriali e iniquità sociali ed economiche.

Lo studio ha portato a individuare possibili linee di policy, in un’ottica di sussidiarietà, ovvero di messa a sistema del contributo di tutti i soggetti coinvolti per il bene di tutta la popolazione.

I principali messaggi contenuti nello studio sono i seguenti:

1. L’universalismo dello Stato sociale e del sistema sanitario in particolare, produce non solo il benessere delle persone, ma anche la **coesione sociale**, lo **sviluppo e la crescita di lungo periodo**. Tutto il comparto socioeconomico beneficia di una sanità e di un welfare che funzionano.
2. Il sistema sanitario deve essere **governato dall’istituzione pubblica** e da logiche di pubblica utilità. Per questo è necessario un “salto di qualità” delle istituzioni nella capacità di visione, di indirizzo e garanzia, oltre che di organizzazione e di valutazione della qualità dei servizi.
3. La presenza di **operatori di mercato** e il ricorso crescente al privato non convenzionato, se da una parte integra l’offerta di servizi sanitari, dall’altra, nel suo complesso, necessita di opportune modifiche per rispondere appieno a criteri di pubblica utilità. Integrare al meglio questo tipo di servizi e di erogatori è una delle principali sfide del sistema sanitario nazionale.
4. Il futuro di un SSN in cui si concretizzi la promessa di universalismo, equità e vicinanza alle persone, indipendentemente dal luogo di vita o dalla condizione sociale, dipende non soltanto da un **adeguato investimento di risorse** (che pure deve essere garantito), ma anche da una **organizzazione** e una gestione che rispecchino questa visione. Risorse finanziarie adeguate sono necessarie ma non sono in grado di risolvere da sole tutti i problemi della sanità italiana.
5. Un sistema universalistico, che garantisce cure di qualità per tutti, si fonda sulla **presa in carico dei pazienti**, ovvero sul governo della domanda non solo su quello dell’offerta, come invece accade prevalentemente per il sistema italiano. Gli ambi-

ti di cura vanno progettati in questa direzione, **superando le frammentazioni** tra servizi sanitari, servizi sociali, professionisti e territori che spesso generano inefficienza e iniquità.

6. L'evoluzione demografica e sociale impone un'**integrazione tra sistema sanitario e sociosanitario**. È questo un elemento portante, non eventuale o accessorio, della costruzione di sistemi evoluti per la salute, in grado di produrre un sistema in cui la salute sia il risultato di processi collaborativi tra sistemi istituzionali e reti di comunità.
7. Una maggiore raccolta e **diffusione di informazioni di pubblica utilità** è necessaria per innescare una responsabilizzazione più ampia e consapevole di tutti i diversi attori del sistema salute (operatori sanitari, decision makers, cittadini, corpi intermedi, privati profit e non profit) con l'obiettivo di arrivare a un "patto sociale" in cui condividere in modo trasparente e sinergico diritti e doveri di tutti.

Nei paragrafi che seguono sono sintetizzate le principali evidenze emerse in questo studio: le criticità che riguardano la domanda di salute dei cittadini e la sua evoluzione; le risposte del sistema sanitario, le sue caratteristiche, i problemi ed esempi positivi. Successivamente vengono delineati alcuni criteri e indicazioni programmatiche per una riforma del SSN da cui derivano alcune proposte di policy.

1. Le evidenze emerse

1.1. Tensione tra universalismo formale e disuguaglianze di fatto: l'impatto sulle persone

Disuguaglianze persistenti. La prima macroscopica differenza riguarda l'**aspettativa di vita e di vita in buona salute**, che si registra in particolare tra le diverse macroaree geografiche e tra i gruppi socioeconomici. Nel 2024, le province autonome di Trento e Bolzano sono le più longeve (84,7 e 84,6 anni rispettivamente); all'opposto, quelle con la sopravvivenza inferiore sono la Campania e la Sicilia (81,7 e 82,1 anni).

L'impatto delle condizioni socio-economiche sulle condizioni di salute è ricavato ad esempio dalla **relazione tra indicatori di mortalità e titolo di studio**, che manifesta una correlazione molto significativa (ISTAT 2024). I tassi di mortalità prevenibile per 10.000 residenti sono: 26, per chi è privo di titolo di studio o con licenza elementare; 23, per chi ha conseguito la licenza media; 17,5 per chi possiede il diploma; 13,1 per coloro che hanno una laurea o un titolo di studio superiore. Per la mortalità evitabile, il dato medio italiano è pari a 29,8 morti ogni 10.000 abitanti. Tuttavia, la distribuzione per titolo di studio vede differenze di nuovo molto significative: nessun titolo: 39,6; licenza media: 33,5; diploma: 26,4; laurea o titolo di studio superiore: 20,3.

Nel 2023, il 3,8% della popolazione dell'**Unione Europea** di età pari o superiore ai 16 anni ha dichiarato **bisogni sanitari non soddisfatti** riguardanti visite mediche o trattamenti (esclusa l'assistenza odontoiatrica). In Italia, tale quota si attesta al 2,2%, un valore inferiore a quello medio europeo, ma che nasconde un livello di disuguaglianza superiore: il 2,9% degli italiani appartenenti al 20% più povero della popolazione ha riferito di non aver potuto accedere alle cure necessarie per motivi economici, rispetto allo 0,2% rilevato nel 20% più ricco. In Europa il valore medio nella fascia dei più po-

veri è il 2,2%, mentre la percentuale nella fascia dei più ricchi è uguale a quella italiana (Eurostat 2024). I due servizi caratterizzati da una disuguaglianza più marcata, sia a livello nazionale sia regionale, sono l’accesso alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici.

Una eccezione apparente: il Pronto Soccorso. Un’eccezione nella disuguaglianza si riscontra nell’utilizzo del Pronto Soccorso in cui si rileva una sostanziale equità nell’accesso. Tale servizio, accessibile senza costi diretti e senza barriere burocratiche, rappresenta talvolta un canale privilegiato per i gruppi sociali più vulnerabili, spesso caratterizzati da peggiori condizioni di salute e da una minore possibilità di accedere a cure programmate. Il Pronto Soccorso rappresenta un servizio compensativo, soprattutto per chi incontra ostacoli nell’assistenza territoriale. Circa il 70% delle persone che hanno accesso al PS (12,4 milioni su 18,5 milioni) presentano problemi di salute lievi (codici bianchi e codici verdi). Tra questi, circa quattro milioni potevano essere risolti dal medico di medicina generale, dal medico di continuità assistenziale (ex guardia medica) o presso gli ambulatori sul territorio, evitando di rivolgersi alle strutture di emergenza urgenza (Agenas 2024).

Le liste d’attesa. Nei primi sette mesi del 2025, su un totale di oltre 33 milioni di prestazioni richieste, circa 2 milioni sono state messe in lista d’attesa (il cittadino non ha avuto un appuntamento subito, è stato inserito in una lista e ricontattato in seguito). Di queste prenotazioni il 39% delle visite e il 38% degli esami sono poi stati effettuati entro il tempo massimo previsto dalla prescrizione. Tuttavia, i dati, raccolti dalla Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA) istituita nel 2024 dall’Agenas, vanno presi con cautela. Infatti, le informazioni provenienti dalle Regioni non sono né complete né attendibili perché ogni Regione ha il suo criterio di misurazione e la tendenza è non registrare il dato reale (vedi progetto-pilota di Agenas in collaborazione con la Fondazione The Bridge). Inoltre, la PNLA, al momento, rende pubblica solo una sintesi nazionale dei dati, mentre una loro stratificazione al livello regionale e aziendale è disponibile solo per gli enti centrali e per le Regioni.

La rinuncia alle prestazioni sanitarie. Circa 6 milioni di persone in Italia (il 9,9% della popolazione, ISTAT 2025a) hanno dovuto rinunciare a esami diagnostici e visite specialistiche che la legge definisce come essenziali. I principali fattori che inducono i cittadini a rinunciare alle **visite specialistiche** sono riconducibili, in primo luogo, alle lunghe liste d’attesa (50%) e ai costi eccessivi delle prestazioni private (46,7%). Seguono, con un peso più contenuto, altre motivazioni (21,8%) e, in misura marginale, la distanza dai servizi (10,8%). Un quadro analogo emerge anche per quanto concerne gli **accertamenti diagnostici**: le liste d’attesa si confermano la barriera più rilevante (52,8%), seguite dai costi dei privati (45,9%), da altre ragioni (17,7%) e, infine, dalla distanza geografica dei servizi (10,4%). La percentuale di rinunce diminuisce al crescere del livello di ricchezza. Nel caso delle visite specialistiche, rinuncia circa il 12% degli individui più poveri (primo quintile), contro circa l’8% dei più abbienti (quinto quintile). Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, le rinunce sono pari al 7,5% nel primo quintile e al 5% nel quinto quintile.

La spesa *out of pocket*, ovvero i versamenti diretti delle famiglie per le cure, è in continua crescita (vedi par. 1.3.1), contribuendo in modo significativo a rispondere ai bisogni sanitari dei cittadini, ma sottolineando le disuguaglianze tra chi può permettersi la spesa e chi no.

Disinformazione. Uno studio del 2016 (Berta *et al.* 2016), mostra che la scelta degli ospedali in cui curarsi da parte dei cittadini, avviene per lo più in base alla distanza da casa e alle reti sociali (passaparola), mentre la probabilità che la scelta sia dettata da informazioni circa la qualità del nosocomio è **molto bassa**. Tali informazioni, infatti, non sono raccolte o comunicate opportunamente alla popolazione. Ogni chilometro di distanza dalla residenza diminuisce in media del 16% la probabilità di accesso all'ospedale migliore rispetto a quello più vicino. Anche il "passaparola" guida le scelte dei pazienti più che la qualità clinica. Ad esempio, lo stesso studio stima che ogni paziente che accede a un reparto di cardiocirurgia, condiziona la scelta di altri cinque pazienti tramite segnalazioni informali (non necessariamente correlate alla qualità clinica rilevata dai sistemi); per la cardiologia i pazienti che vengono condizionati dai consigli di altri pazienti o conoscenti sono 4. Gli eventi avversi (casi di morte o ri-ospedalizzazione) non condizionano negativamente la scelta dell'ospedale. Anche in una Regione come la Lombardia, in cui l'offerta di ospedali con reparti simili è ampia, i pazienti non scelgono gli ospedali migliori, perché non riescono a identificarli.

1.2. Il cambiamento della domanda di salute: prospettive

Inverno demografico. In base alle più recenti stime, si prevede che la quota di persone over 65 nel 2050 raggiungerà il 34,6% della popolazione (nel 2024 era del 24,3%). Anche la popolazione di 85 anni e più, i cosiddetti "grandi anziani", crescerà in modo significativo, passando dal 3,9% del 2024 al 7,2% nel 2050 (ISTAT 2025b).

Questi dati esprimono il carico sociale ed economico che si prevede graverà sulla popolazione in età attiva. Lo squilibrio tra popolazione in età non attiva (tra 0-14 anni e con 65 anni e più) e quella in età attiva (15-64 anni) è evidente a livello Paese, dove il 57,6% della popolazione è composta da "non attivi", ed è particolarmente critico nei Comuni di Liguria, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Marche e Toscana, dove la quota supera il 60% (elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025, in questo Rapporto).

Questo trend demografico, abbinato anche a un calo delle nascite, da una parte aumenta la necessità di servizi per pazienti anziani e cronici e dall'altra riduce il numero dei lavoratori futuri a disposizione per il settore sanitario. È inoltre evidente come in un sistema sanitario di tipo Beveridge finanziato tramite l'imposizione fiscale la costante diminuzione della popolazione in età lavorativa e la crescita della quota di popolazione anziana riduce le risorse finanziarie e aumenta la richiesta di spesa, creando di fatto uno squilibrio economico.

Povertà. Oggi la povertà si manifesta sempre più frequentemente come un fenomeno complesso e multidimensionale. Si osservano forme di povertà non materiale – culturale, sociale, relazionale, educativa – che sovente si presentano, non a caso, in situazioni di vulnerabilità economica – abitativa, lavorativa, sanitaria, energetica –, innescando

una spirale di bisogni da cui è sempre più difficile emanciparsi. Prendendo a riferimento l’arco temporale 2014-2023, si osserva un aumento dell’incidenza di povertà assoluta sia a livello familiare (+2,2 punti percentuali) sia a livello individuale (+2,8 punti percentuali).

Solitudine. Le persone sole e le famiglie multipersonali (convivenze non di famiglie) passeranno da 10,4 milioni nel 2024 a 11,9 milioni nel 2050, con un incremento del 14%, arrivando a rappresentare il 44,3% di tutte le famiglie nel 2050, contro l’attuale 39,3%. Al contrario, le famiglie composte da almeno un nucleo, ossia coppie e/o con una relazione parentale, diminuiranno di oltre il 7%, passando da circa 16,1 milioni nel 2024 (il 60,7% del totale) a 14,9 milioni nel 2050 (il 55,7%).

Secondo l’indagine Passi D’argento, nel 2022-2023, il 15% degli intervistati viveva una condizione di isolamento sociale e sempre più anziani vivono soli: dei 9,7 milioni di persone che nel 2024 vivono sole circa il 47% ha più di 65 anni, una percentuale che nel 2050 raggiungerà il 59%.

Cronicità. L’allungamento della vita apre una serie di nuove sfide (oltre che di opportunità), tra cui l’aumento del bisogno di servizi sanitari e delle risorse necessarie per farvi fronte, e un significativo cambiamento della loro tipologia (cronicità, patologie dell’anziano, socio assistenza e altro). Le malattie croniche interessano 24 milioni di persone (ultimo dato disponibile, 2023), corrispondenti al 40,5% della popolazione italiana, la metà dei quali affetta da più di una patologia. Tra coloro che hanno più di 75 anni di età, le quote raggiungono rispettivamente l’85% ed il 64,3% in caso di comorbidità. In base ai dati, nel 2028 i malati cronici saliranno a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni¹, con una popolazione italiana in decremento.

Lo stato di cronicità risulta essere spesso associato a una compromissione di diversi aspetti della vita dell’individuo e l’aumento progressivo della longevità rende la sfida legata alle malattie croniche sempre più gravosa.

Non autosufficienza. Con riferimento al livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana, secondo gli ultimi dati disponibili al 2023, si rilevano 6.469.000 anziani che presentano limitazioni gravi o non gravi. Un dato che indica un prossimo consistente aumento della domanda di servizi, in considerazione di un contesto caratterizzato dalla scarsità di strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie, nonché dalla carenza di servizi di assistenza domiciliare.

Oggi 3,1 milioni di persone in Italia versano in condizioni di grave disabilità, il 60% sono donne. La Legge Delega n. 33 del 2023 per la non autosufficienza è ancora in fase di implementazione e a tutt’oggi non sembra aver inciso nel vivo del problema.

In sintesi. I servizi sanitari saranno sempre più interconnessi con quelli sociosanitari e assistenziali; la cura delle malattie (con il prevalere dei temi della cronicità e della contemporanea presenza di plurime patologie) vedrà allargarsi le esigenze dell’assistenza

1 Cfr. Diritti sospesi, XXII Rapporto di Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità. www.cittadinanzattiva.it/notizie

rispetto a quelle della cura della acuzie; il luogo della cura si allontanerà sempre più dalla struttura ospedaliera per interessare invece i servizi del territorio e della prossimità (a domicilio ovvero in strutture di assistenza per cronici). Il bisogno sanitario, e la relativa spesa, segnerà un importante aumento, basti pensare a come, su un orizzonte di vent'anni, la spesa sanitaria pro-capite sia aumentata di oltre il 60%, crescendo più rapidamente del PIL mondiale.

1.3 Un sistema da riformare

1.3.1. La spesa

Come appena ricordato nel suo complesso, a livello mondiale, la spesa per la salute tende a crescere più rapidamente del PIL. L'aumento della domanda di servizi sanitari è legato al reddito, all'invecchiamento della popolazione e al progresso tecnologico (Smith et al., 2009). L'Italia conferma e rafforza questo trend ma, rispetto agli altri Paesi, spende meno per soddisfare i suoi bisogni di salute. Nel 2024, la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta al 6,3% del PIL, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (7,1%) che a quella europea (6,9%) e di Paesi quali Spagna: 7,2%; Regno Unito: 9,1%; Francia: 10,1%; Germania: 10,9%; Stati Uniti: 13,8%. La spesa pubblica pro-capite è di \$ 3.835, anche in questo caso, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (\$ 4.625) con una differenza di \$ 790, sia soprattutto alla media dei Paesi europei (\$ 4.689) con una differenza di \$ 854.

Le previsioni per la spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato parlano di un passaggio dal 6,3% del PIL a un aumento fino ad oltre il 7% a partire dal 2040, dato probabilmente sottostimato per via delle ipotesi ottimistiche sull'andamento della produttività del lavoro nel lungo periodo.

La **spesa sanitaria totale** nel 2024 è stata di € 186 miliardi. Divisi come segue: il 74,3% a carico della pubblica amministrazione (€ 137 miliardi); il 25,7% è spesa privata (€ 48 miliardi). Della spesa privata 41 miliardi di euro (cioè il 22,3% della spesa totale) è spesa diretta privata sostenuta dai cittadini (spesa *out of pocket*) mentre 7 miliardi di euro (3,4% del totale) è spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (ISTAT-SHA 2025).

La stima del Cergas-Bocconi a riguardo della **spesa out of pocket** è addirittura superiore: il 24% di quella sanitaria totale, calcolata in circa 9 miliardi l'anno, 5,4 miliardi per le visite ambulatoriali e 3,2 miliardi per gli esami diagnostici. Dato tra i più alti in Europa e in costante crescita dal 2010 tranne nel periodo del Covid-19.

La percentuale della spesa *out of pocket*, da 12 anni, supera il limite stimato tra il 15 e il 20% raccomandato dall'OMS, soglia oltre la quale sono a rischio uguaglianza e accessibilità alle cure. L'8,6% delle famiglie italiane è costretta ad affrontare spese sanitarie insostenibili, dato che colloca il Paese al nono peggior risultato nell'area OCSE, posizionandosi su livelli comparabili a quelli di alcuni paesi dell'Europa orientale (OCSE 2025).

Segno preoccupante della perdita di equità è il fatto che sempre più persone rinunciano alle cure proposte dal SSN per rivolgersi a strutture private (GIMBE 2025b) e la spesa per gli erogatori privati "puri" aumenta, per quelli convenzionati rallenta. Tra il 2016 e il 2023, per le strutture sanitarie private non convenzionate, cioè con prestazio-

ni (prevalentemente di diagnostica ambulatoriale) senza rimborso a carico della spesa pubblica, la spesa delle famiglie è aumentata del 137% da 3,05 a 7,23 miliardi, con un incremento medio di circa 600 milioni l’anno.

La crescita della spesa per strutture private convenzionate che forniscono servizi e prestazioni per conto del Ssn e vengono rimborsate con risorse pubbliche, sempre tra il 2016 e il 2023, è stata solo del 45%, dato che quasi azzerava la differenza tra privato puro e convenzionato (GIMBE 2025b).

La Fondazione GIMBE precisa comunque che l’“entità della spesa *out of pocket* non è un indicatore affidabile per misurare la riduzione delle tutele pubbliche”. Infatti, da una parte, è sottostimata a causa della rinuncia alle cure, soprattutto per difficoltà economiche. Dall’altra, gonfiata dal consumismo sanitario: un 40% di spesa *out of pocket* è destinato a servizi e prestazioni senza alcun impatto sulla salute.

La **spesa intermediata**, cioè la spesa sanitaria privata affidata a soggetti quali fondi sanitari, casse mutue, compagnie assicurative, nel 2024, ha raggiunto 6,36 miliardi, con un incremento di oltre 2 miliardi nel triennio post-pandemia e di € 490 milioni (+8,3%) rispetto al 2023 (ISTAT-SHA 2025). I fondi sanitari integrativi, negli ultimi anni hanno progressivamente incrementato sia il numero degli iscritti (16,27 milioni nel 2023 secondo l’Anagrafe del Ministero della Salute) sia i contributi versati (€ 3.135 milioni nel 2024 secondo un’analisi di Itinerari Previdenziali).

Questo incremento non governato modifica in modo radicale le fondamenta del sistema sanitario, minando i principi definiti dalla Legge 833/1978.

La spesa per il **settore sociosanitario**. Identificare la spesa sociosanitaria in senso stretto comporta numerosi problemi sia legati agli enti erogatori che alla definizione di sociosanitario in senso stretto. Tra i servizi si annoverano: Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Disabilità, Non Autosufficienza, Cure Palliative – a cui vanno aggiunte le Cure Domiciliari, che sono trasversali a tutti i settori, e la residenzialità extra-ospedaliera a elevato impegno sanitario. La spesa sociosanitaria è sostenuta da enti centrali (SSN, INPS), enti locali (Comuni) e cittadini (privatamente). Nel 2023 gli enti del SSN hanno speso complessivamente 16,5 miliardi di euro per prestazioni di carattere sociosanitario, pari al 12,3% della spesa sanitaria complessiva. La componente di spesa sociosanitaria ascrivibile ai Comuni è di oltre 8,8 miliardi di euro, che si concentra sui minori e le famiglie con figli (37,3%), le persone con disabilità (27,5%) e gli anziani (14,8%), ed è suddivisa tra un 67,2% del totale gestita direttamente dal Comune e una rimanente da altri enti. Tale spesa risulta in fortissimo aumento (+ 29,2% dal 2013), totalmente sperequata a favore delle regioni del Nord che erogano in media il doppio dei comuni del Sud e con un fortissimo incremento negli ultimi anni dei trasferimenti monetari rispetto ai servizi, notoriamente fonte di incremento delle disuguaglianze sociali oltreché territoriali.

1.3.2 Privatizzazione della sanità

La privatizzazione strisciante della sanità italiana riguarda sia il maggiore ricorso ai servizi a pagamento (spesa diretta delle famiglie con ticket e assicurazioni), sia una presenza più invadente di strutture private (convenzionate o meno) nella fornitura dei servizi sanitari, utilizzate spesso per sopperire alle carenze pubbliche. Il problema riguarda in particolare le strutture private non convenzionate che, con l’erogazione di

servizi a pagamento sostenuti spesso da assicurazioni private, comporta lo scivolamento non governato verso un sistema sanitario diverso nei suoi principi fondanti.

Le cause riguardano il sottofinanziamento del SSN, l'aumento dei bisogni, ma anche l'ideologia liberista che vede la salute più come responsabilità individuale che collettiva e solidarista.

Le modalità per ottenere le prestazioni a pagamento sono: l'“intramoenia” (prestazioni in libera professione all'interno di ospedali pubblici); gli ospedali privati accreditati; le strutture totalmente private.

I dati ISTAT sulla spesa sopra riportati, confrontati con quelli del 1980, confermano che è in atto un cedimento alle logiche di mercato del sistema sanitario. I dati mostrano un aumento della componente privata nella spesa sanitaria e una lieve riduzione della produzione pubblica (indici di una riduzione di universalismo): il carico della spesa sulle famiglie è passato dal 18,6% del 1980 al 25,7% del 2023 (+7,1 %), mentre, la quota della produzione sanitaria pubblica sul totale cala di 2,7 punti, passando dal 63,9% nel 1980 al 61,1% nel 2022 (ISTAT 2023).

Il 58% delle strutture sanitarie censite sono private accreditate e il 42% sono pubbliche. In particolare, il privato accreditato prevale nelle seguenti tipologie: assistenziale residenziale (RSA): 85%; assistenziale semiresidenziale: 73%; riabilitativa: 78,4%; specialistica ambulatoriale: 60%. Il Servizio Sanitario Nazionale ha 194.408 posti letto per degenza ordinaria, di cui circa il 21,1 % è in strutture private accreditate (Ministero della Salute 2025).

Ospedali pubblici o privati: chi cura meglio? Diverse analisi (Berta *et al.* 2013) mostrano che le differenze di qualità tra ospedali pubblici e privati italiani non sono significativamente a favore di uno o dell'altro tipo, ma sono specifiche per patologia, per tipo d'intervento e per singolo ospedale. In particolare, un'analisi del 2020 condotta su dati relativi alle dimissioni ospedaliere (SDO) (Moscone *et al.* 2020) prende in esame le due patologie solitamente utilizzate per studiare l'efficacia e l'efficienza degli ospedali: rispettivamente, l'infarto acuto del miocardio e l'operazione di protesi all'anca. Lo studio ha mostrato una maggiore efficacia dei privati nella cura dell'infarto e una maggiore efficienza dei pubblici nell'intervento di protesi all'anca. Infatti, la mortalità media a 30 giorni dopo dimissione dagli ospedali pubblici per infarto (calcolata dopo correzione tenendo conto della gravità dei pazienti) è di circa il 9-10%; quella dopo dimissione dagli ospedali privati è di circa il 6-7%. È l'unico caso in cui emerge una superiorità netta dei privati. Gli ospedali pubblici sono risultati migliori invece considerando le riammissioni urgenti a 30 giorni dall'operazione di protesi d'anca. Le riammissioni per i pubblici sono circa il 3,8%; quelle per i privati sono circa il 7-8%. È l'unico caso di superiorità robusta dei pubblici.

Distorsioni opportunistiche. Esistono differenze sistematiche nei comportamenti dei gestori pubblici e privati, che ne influenzano le strategie operative, le modalità e i tempi di reazione rispetto agli interventi regolatori. Gli erogatori pubblici sono soggetti a vincoli normativi e amministrativi più stringenti in quanto enti pubblici; gli erogatori privati accreditati sono maggiormente esposti a vincoli economico-finanziari: all'imperativo della sostenibilità economica (nel caso delle non profit), o della generazione di utili (nel caso delle for profit).

Alcuni studi hanno analizzato le distorsioni che si creano a riguardo del sistema di pagamento alla base dei rimborsi ospedalieri (DRG, Diagnosis Related Group).

Il cosiddetto “upcoding”, vale a dire la possibilità di codificare le schede di dimissioni ospedaliere in modo tale da ottenere rimborsi maggiormente remunerativi, è stato studiato in due articoli scientifici che hanno preso in esame il sistema sanitario lombardo (Berta *et al.* 2010; Vittadini *et al.* 2012) prima e dopo la riforma introdotta nel 2008 che lega il rimborso “con complicità” a una soglia minima di degenza coerente con la gravità dichiarata. Il risultato di questi lavori ha mostrato come, prima della riforma, gli ospedali privati avessero un utilizzo dell’upcoding non significativamente diverso da quello degli ospedali pubblici. L’upcoding era diffuso ma sostanzialmente omogeneo tra pubblici e privati. Dopo la riforma, il comportamento cambia in modo netto: tutti gli ospedali riducono l’upcoding dopo la legge; gli ospedali privati (soprattutto non profit) mostrano una riduzione circa doppia rispetto agli ospedali pubblici. La riduzione è del -7,4% per gli ospedali privati non profit; del -6,7% per i privati profit; di -3,3% per gli ospedali pubblici. Questo indica che prima della riforma l’upcoding era più diffuso nei privati, mentre i pubblici erano meno sensibili agli incentivi economici dei DRG.

1.3.3 Sistema “offertista” e “ospedalecentrico”

Il singolo paziente è seguito da un numero elevato di medici e strutture sanitarie, scarsamente coordinati/e tra loro. Questo accade perché i diversi attori sanitari operano all’interno di **“silos” organizzativi e informativi** in un contesto in cui: le normative differiscono, spesso notevolmente; i sistemi di gestione delle informazioni cliniche del paziente (database) sono tra loro poco integrati; l’elevata specializzazione spesso lascia poco spazio all’integrazione professionale, spingendo a considerare un problema clinico esclusivamente nell’ambito della propria area di competenza, a discapito della visione d’insieme. Tutto ciò impedisce una reale continuità dell’assistenza, lascia al singolo paziente l’onere di ricomporre le differenti risposte e le singole tessere del “puzzle” e peggiora le disuguaglianze perché chi ha maggiore capacità di lettura del sistema, reti sociali più efficaci e forti o un tasso di istruzione maggiore, ha di fatto maggiore capacità di comprensione della situazione e di accesso, penalizzando i socialmente più deboli.

Inoltre, il sistema sanitario (e sociosanitario) è ancora fortemente incentrato sull’ospedale che continua a fornire servizi (quali la riabilitazione e la lungodegenza) che dovrebbero essere affidati a **strutture territoriali, a minore intensità di cura**, più diffuse e di più piccola dimensione. Tale criticità emerge in modo ancora più evidente nel caso dell’assistenza domiciliare, dove le famiglie sono spesso lasciate sole, perché sia l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), sia la possibilità di fruire di servizi forniti dai medici di medicina generale sono limitati.

La quantità di risorse impiegate per le **degenze oltre soglia in reparti per acuti**, soprattutto degli anziani, ad esempio, solo in Regione Lombardia, supera i 22 milioni di € ogni anno. Tali risorse potrebbero essere meglio indirizzate verso setting più idonei per trattare questa tipologia di pazienti.

La Missione 6 (Salute) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) varato nel 2021 ha tra gli obiettivi quello di “rendere la rete dell’assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute lasciato scoperto dalla razionalizzazio-

ne della rete ospedaliera” attraverso l’istituzione di **Case di Comunità e Ospedali di Comunità**. I servizi previsti: punti unico di accesso; assistenza multiprofessionale; prevenzione e promozione della salute; gestione di cronicità e fragilità; servizi di Base; integrazione con gli ospedali. Attualmente, di 1.723 Case di Comunità programmate, solo 660 presentano almeno un servizio dichiarato attivo, mentre per gli Ospedali di Comunità queste cifre ammontano rispettivamente a 428 e 153².

1.3.4 La carenza di personale nel SSN

Il fenomeno è ormai una realtà evidente che coinvolge quasi tutte le figure professionali sanitarie, in particolare gli infermieri e i medici di medicina generale. In realtà, se si considera solo il numero aggregato, in Italia i medici per ogni 1.000 abitanti sono 7,04, tasso che ci colloca in Europa davanti a Germania, Francia e Regno Unito.

Se dai **415.868 medici** iscritti all’albo si escludono coloro che lavorano solo nel privato (o nel pubblico ma con tariffe a carico del paziente), i pensionati (attivi nel privato o prescrittori in casi di necessità), coloro che lavorano all’estero, rimangono 227.921 medici a disposizione nelle strutture pubbliche e private accreditate. Se a questo numero si sottraggono i medici che lavorano nel **privato accreditato (18.290)**, sul territorio (i 37.860 medici di medicina generale; i 44.427 di altre categorie (Asl, 118, guardie mediche, pediatri, ecc), solo **127.344 medici** (1,61 per 1.000 abitanti) lavora negli ospedali e negli ambulatori pubblici³.

Già nel 2004 la Commissione Affari sociali della Camera aveva stimato che nei reparti di Emergenza-Urgenza mancavano più di 4500 medici e 10.000 infermieri. Nel 2025 la SIMEU (Società Italiana di Medicina d’Emergenza-Urgenza) ha diffuso un’indagine condotta su 153 strutture corrispondenti a oltre 7 milioni di accessi nel 2024, in cui si segnala il rischio che nel 2026 un pronto soccorso su quattro abbia meno della metà dei medici necessari e in cui si calcola che solo il 62 % del fabbisogno medico è coperto da dirigenti SSN, mentre il restante 38 % è coperto da figure esterne quali cooperative di gettonisti, liberi professionisti e specializzandi, oppure resta scoperto.

I medici di medicina generale (MMG). Sono per la maggior parte della popolazione il primo approdo alla presa in carico dei bisogni sanitari e sociosanitari. La loro crisi impatta sul ruolo di “governo” del bisogno dei propri assistiti e sul livello di integrazione tra i diversi attori del sistema. Nel 2023, il 52% dei MMG assisteva più di 1500 pazienti, il massimo contrattuale, con variazioni regionali marcate (Agenas 2023).

Il rapporto ottimale tra MMG e assistiti è stato stimato in 1 ogni 1200. Ciò significa che al 1° gennaio 2024 la carenza complessiva sia di 5.575 MMG, distribuiti in 17 Regioni e Province autonome, tra cui quasi tutte le grandi Regioni: Lombardia (-1.525), Veneto (-785), Campania (-652), Emilia Romagna (-536), Piemonte (-431) e Toscana (-345) (Agenas 2023). Anche la scarsa attrattività della professione dei MMG è preoccupante: nel 2024 il 15% delle borse non sono state assegnate e gli abbandoni durante il percorso formativo coinvolgono almeno il 20% degli iscritti (Gimbe 2025c).

2 Fonte: Report Agenas 2024 sul monitoraggio nazionale del DM 77/2022, relativo al primo semestre 2025 (dati al 30/06/2025)

3 Fonte: Centro studi FnomCeO, Antonio Magi, 2024 in Dataroom, Corriere della sera, 8 ottobre 2025

La **carenza degli infermieri** è ancora più grave e cronica. Essi sono 6,9 per 1000 abitanti, oltre il 20% in meno della media europea. Il rapporto infermiere/medico (1,3) è tra i più bassi dell’Unione.

Secondo la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) in Italia mancano oltre 65.000 infermieri. Agenas (2025) invece ha stimato che per la riorganizzazione dell’assistenza territoriale prevista dal PNRR sarebbero necessari 20-25.000 infermieri di famiglia e di comunità.

A riguardo dei compensi, sia per i medici, ma soprattutto per l’assistenza delle professioni non mediche il divario con l’Europa è troppo ampio. Alcuni esempi: a parità di potere d’acquisto i medici tedeschi guadagnano il 45% in più dei medici italiani, e gli infermieri tedeschi guadagnano più del 52% degli infermieri italiani. Il confronto con la Spagna poi è particolare: i medici spagnoli guadagnano meno dei medici italiani (un medico spagnolo ha una retribuzione in media inferiore del 6%), ma gli infermieri hanno una retribuzione superiore del 52% (OCSE 2025).

In tutte le organizzazioni, e in particolare nel settore sanitario, la motivazione degli operatori rappresenta un fattore chiave per garantire la qualità delle cure, la relazione di fiducia e aderenza alle terapie, oltre che la qualità della vita degli operatori. Un’ampia letteratura ha evidenziato l’interazione tra motivazione, competenze e risultati delle attività. La crescita delle competenze non solo migliora la qualità del servizio erogato, ma costituisce essa stessa un potente fattore motivazionale.

Per questo Rapporto è stata realizzata un’**indagine su 1000 medici** con diversi ruoli e operanti su tutto il territorio nazionale. È stato loro chiesto quali politiche lo Stato e/o la Regione sarebbero in grado di incrementare la motivazione alla professione medica. Il gruppo più consistente (31%) risponde: “Incrementare significativamente le retribuzioni per renderle allineate alla media dei Paesi europei”; al secondo posto (15%): “Limitare le attività meramente amministrative lasciate oggi al professionista”; al terzo (12%): “Aumentare la possibilità di incrementare la propria specializzazione attraverso anche stage nazionali e internazionali con copertura dei costi da parte dell’azienda”.

1.3.5 Regionalismo e salute

Il decentramento e la frammentazione del SSN in tanti sistemi regionali hanno consentito la sperimentazione e l’autonomia, ma hanno anche accentuato i divari nei livelli di salute, nell’efficienza e nella capacità di spesa, come emerso dalle analisi di diversi contributi del Rapporto. Ogni Regione potrebbe essere responsabile della fornitura locale di un livello minimo di prestazioni solo se le risorse economiche (in termini di capacità contributiva), le dotazioni (in termini di input) e il livello di efficienza e qualità fra le Regioni fossero simili. Invece, come sappiamo, le differenze sono profonde. Esiste infatti un **ampio divario tra PIL regionali** che porta alla necessità da parte dello Stato di fornire un trasferimento perequativo molto importante dal punto di vista economico. In media le regioni coprono con entrate proprie il 42% della spesa, ma, mentre ad esempio la Lombardia arriva a coprire quasi il 60% della propria spesa sanitaria, la Calabria raggiunge solo il 10%. Anche le **dotazioni di tecnologie**, oggi sempre più importanti per quanto riguarda la diagnostica precoce e la cura avanzata, sono molto diverse da Regione a Regione. Ad esempio, la dotazione di sistemi robotizzati per chi-

rurgia endoscopica varia tra l'1,0 per milione di abitanti della Sicilia al 5,5 per milione di abitanti della Toscana.

L'indice di esclusione 2025 dell'Eurispes ha fotografato le **differenze tra le regioni a riguardo di salute e sanità**, considerando un mix di 23 indicatori che vanno dalle caratteristiche della popolazione (indicatori quali: la speranza di vita in buona salute alla nascita; il tasso di cronicità e multicronicità), ai suoi comportamenti (indicatori quali: l'emigrazione ospedaliera in altra Regione; la rinuncia a prestazioni sanitarie per motivi economici, organizzativi), alle caratteristiche del sistema sanitario (indicatori quali: la disponibilità di posti letto ospedalieri e ad elevata assistenza; il numero dei medici specialistici e di medicina generale; la dotazione di apparecchiature tecnologiche; la presenza di Assistenza Domiciliare Integrata). I valori di "esclusione" vanno dal 94,4 del Trentino-Alto Adige al 109,9 della Calabria: un divario di oltre 15 punti. I risultati peggiori sono quelli di Calabria (109,9), Campania (108,8), Sardegna (106,5), Puglia (104,2) e Sicilia (103,4). Nella fascia di esclusione "medio-alta" si trovano: Basilicata (103,1), Piemonte (101,7), Marche (101,5), Lazio (101,2) e Molise (100,7). Nel gruppo a esclusione "medio-bassa" appaiono Umbria (100,3), Abruzzo, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia (tutte 99,1) e Valle d'Aosta (98,5). Nell'ultima fascia, a "bassa" esclusione, ci sono: il Veneto (97,7), la Liguria (96,2), l'Emilia-Romagna (95,5), la Toscana (95,4) e il Trentino-Alto Adige (94,4).

Mobilità tra Regioni. La mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto nel 2022 un valore record di 5,04 miliardi di euro, con un forte flusso di pazienti e risorse dal Mezzogiorno verso le regioni del Nord, in particolare Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, con valori in aumento negli ultimi anni (a parte periodo Covid) (GIMBE 2025a). La mobilità sanitaria che coinvolge spostamenti non legate a regioni confinanti o di prossimità è prevalentemente composta da ricoveri di residenti nelle Regioni del Sud, che rappresentano il 72,78% del totale e comporta una spesa di circa 742 milioni di euro. La spesa per la mobilità sanitaria non di confine in quattro regioni del Sud, ovvero Sicilia, Puglia, Calabria e Campania, supera la metà del totale nazionale, raggiungendo 587 milioni di euro, pari al 57,4% della spesa complessiva in questa categoria (Agenas, 2025). In definitiva, la mobilità regionale sembra avere come prima conseguenza quella di redistribuire risorse dal Sud al Nord, con una conseguente perdita di efficienza dell'intero sistema.

Il reddito regionale, la capacità ospedaliera, la struttura organizzativa, le prestazioni e la tecnologia sono i principali fattori determinanti della mobilità transfrontaliera regionale dei pazienti (cfr. Balia *et al.* 2017; Balia *et al.* 2020). Recenti studi mostrano che la percezione dei pazienti nella scelta delle strutture a cui rivolgersi può essere più importante degli indicatori di qualità reale considerando anche che la scelta richiede la ricerca di informazioni e quest'ultima ha un costo che non tutti sono in grado di sopportare (Moscone *et al.* 2012).

In sintesi, come argomenta il contributo di Levaggi, l'effetto complessivo attuale della mobilità è quello di spostare risorse dal Sud (meno ricco) al Nord, andando quindi nella direzione inversa rispetto alla (costosa) redistribuzione del reddito a livello regionale e inoltre di acuire la disparità nell'accesso alle prestazioni, in quanto chi si sposta, in media, è più giovane e ha un livello di salute comparativamente più alto.

Non sembrano essere presenti invece effetti negativi su accesso e qualità delle prestazioni fruite dai pazienti residenti nelle regioni in cui il saldo della mobilità è positivo (Berta *et al.* 2021).

1.3.6 Il comparto sociosanitario: a chi interessa?

In questo ambito la capacità del sistema pubblico è decisamente limitata. Il tasso di copertura del fabbisogno è dato dal rapporto tra il numero di utenti in carico (esempio: anziani non autosufficienti presi in carico) e la stima della popolazione bisognosa di assistenza (esempio: totale degli anziani non autosufficienti). Le persone con bisogni di assistenza al 1/1/2025 sono state stimate in oltre 4 milioni. I servizi pubblici residenziali ne raggiungono il 7,35%, quelli semiresidenziali lo 0,55% e quelli domiciliari quasi il 30%⁴.

Le prestazioni di carattere economico come il sostegno al reddito e l’indennità di accompagnamento risultano essere senza dubbio le più diffuse. Al 2022 ne beneficiavano circa il 40% degli anziani non autosufficienti.

Nel comparto sociosanitario italiano, **il Terzo settore ha un ruolo determinante**, sia in termini di addetti che di organizzazioni. È infatti il principale e a volte l’unico fornitore in ambiti quali: “servizi socio-sanitari residenziali”, “RSA”, “servizi socio-sanitari semiresidenziali”, “servizi sanitari a domicilio”, “servizi di soccorso e trasporto sanitario”, il più delle volte in convenzionamento con il servizio pubblico. Il terzo settore in ambito sociosanitario è cresciuto costantemente nel periodo 2011-2021, come numero di enti/organizzazioni: +32% rispetto ad un +19,7% del totale; come numero di lavoratori dipendenti +39,2% rispetto a un +31,3% del totale; come numero di personale volontario +26,7% rispetto ad un – 3,3% del totale. (Terzjus 2025).

Il Terzo settore viene erroneamente associato al privato puro (vedi applicazione del Codice degli Appalti), pur occupandosi di un pubblico di persone fragili che lo Stato non ha le risorse per curare e il privato non ha interesse a farlo.

1.3.7 Prevenzione sottovalutata

Le evidenze presentate nel report indicano che l’investimento in prevenzione riduce l’incidenza delle malattie croniche non trasmissibili, aumenta gli anni di vita in buona salute e, in generale, migliora la qualità della vita delle persone. Secondo l’OMS l’86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa sono causati da malattie croniche e, secondo le stime dell’Osservatorio sull’Economia della Salute Pubblica, azioni mirate su fumo, alcol, sedentarietà e cattiva alimentazione potrebbero generare un risparmio di oltre 1 miliardo di euro annui, solo in termini di costi diretti per il sistema sanitario, liberando risorse da reinvestire in prevenzione e cura.

Gli studi citati evidenziano l’importanza della prevenzione e della continuità delle cure nel sistema sanitario. Ad esempio, una recente ricerca (Moscone *et al.* 2025) mostra che aumentare del 10% la spesa in farmaci e controlli medici nei mesi precedenti un ricovero per infarto riduce in modo significativo la mortalità ospedaliera, evitando fino a 2.500 decessi l’anno.

4 Dati ottenuti adeguando la metodologia adottata all’interno del Rapporto CERGAS Bocconi (2024) alla stima di anziani non autosufficienti.

1.3.8 L'importanza dei sistemi di valutazione

Negli ultimi vent'anni la valutazione delle performance in sanità ha assunto un ruolo sempre più centrale, diventando uno strumento strategico per migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'equità del Servizio Sanitario Nazionale. L'Italia si distingue in Europa per l'adozione di sistemi di valutazione avanzati e dinamici, tra cui la metodologia adottata da Agenas per la valutazione degli esiti delle cure e quella utilizzata dal Network delle Regioni del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, descritto in questo Rapporto e che oggi include oltre 400 indicatori multidimensionali. Questo secondo sistema di valutazione, introdotto in modo pionieristico nel 2005 con il modello del "bersaglio", ha rappresentato un punto di svolta nella capacità di monitorare e migliorare la qualità dei servizi.

Sviluppare metodologie innovative di valutazione capaci di analizzare l'efficacia dell'integrazione dei servizi sanitari risulta cruciale. L'esperienza toscana presentata in questo Rapporto offre un esempio significativo: il 79% dei pazienti diabetici effettua almeno una misurazione annuale di emoglobina glicata, con punte che superano l'84% nelle reti con le performance migliori. Tale evidenza dimostra come la qualità dell'assistenza possa variare sensibilmente anche all'interno dello stesso territorio e come la valutazione sistematica delle performance possa diventare una leva fondamentale per promuovere la corresponsabilità tra professionisti e orientare il miglioramento continuo dei servizi sanitari.

Ricercare l'efficienza del sistema, in termini di contenimento dei costi tramite tagli orizzontali e senza opportuni strumenti di valutazione della qualità, può comportare effetti negativi sulla capacità di cura. In uno studio (Martini *et al.* 2014) si dimostra che la riduzione del 10% della spesa comporta circa 44 morti in più ogni 10 mila pazienti. Quindi valutare significa verificare quando e come intervenire sui costi è positivo mentre effettuare tagli orizzontali vuol dire di fatto non considerare la salute dei pazienti.

2. Linee per una riforma del sistema

2.1 Compiere una scelta di campo

I dati riportati nel paragrafo precedente, mostrano una progressiva perdita di universalismo, uguaglianza ed equità nell'accesso ai servizi di cura e assistenza. Senza dichiararlo si sta di fatto realizzando un cambio di paradigma rinunciando a quelle che sono le caratteristiche sostanziali di un servizio pubblico. Vista la domanda di servizi per la quale si fatica a trovare un'offerta adeguata, **l'ulteriore rinvio di una riorganizzazione del sistema sta lasciando spazio all'azione privata non regolata da logiche di interesse pubblico**, sia dal lato della produzione dei servizi sia dal lato del finanziamento degli stessi.

Il problema non è la presenza di erogatori di proprietà privata che, come abbiamo visto nel par. 1.3.2, è strutturale e irrinunciabile nell'offerta di servizi sanitari, ma il loro utilizzo secondo scopi di pubblica utilità, ovvero secondo principi di universalismo, equità, uguaglianza.

È importante **rafforzare il servizio pubblico**, definendo a questo scopo il contesto normativo e le regole in cui soggetti pubblici e privati si trovano ad operare. Il Decreto Ministeriale del 19 dicembre 2022, che ha definito regole nuove e più rigorose per

l’accreditamento delle strutture sanitarie, per quanto rappresenti solo un primo passo, contiene punti importanti per realizzare la collaborazione tra pubblico e privato, quali il rispetto dei tempi di attesa, l’adesione al Cup (centro unico di prenotazione) e l’alimentazione del fascicolo sanitario elettronico. Tali linee restano tuttavia ancora inattuare.

Una logica di leale collaborazione (e non di competizione) tra pubblico e privato in sanità potrebbe creare sinergie, eliminare sovrapposizioni e sprechi, migliorare la qualità nella cura e nella ricerca. Perché questo accada dev’essere governata dal pubblico, tramite programmazione, committenza e controllo (come previsto dal D.Lgs. 229/99).

La letteratura mostra come le partnership più efficaci siano quelle che integrano responsabilità sociale e metriche di impatto, evitando che la logica di mercato prevalga su quella dell’interesse collettivo. In altre parole, siccome il sistema pubblico si basa su principi di solidarietà è molto importante che i cittadini continuino ad avere in esso il loro punto di riferimento per il mantenimento dei propri livelli di salute.

Per garantire un sistema misto occorre quindi un **monitoraggio sistematico delle performance** e degli esiti, finalizzato non solo al controllo dei comportamenti opportunistici, ma soprattutto al miglioramento della qualità e dell’appropriatezza dei servizi offerti ai cittadini. Il governo del sistema sanitario deve quindi essere inteso come un processo dinamico di regolazione e valutazione, capace di orientare gli incentivi e correggere le distorsioni, promuovendo un allineamento tra le strategie degli erogatori e gli obiettivi di salute pubblica. Un esempio può essere l’applicazione del D.Lgs. 124/1998 in cui si legge: “Qualora l’attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine [...] l’assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell’ambito dell’attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico del SSN la differenza della somma versata...”.

Il contributo di Bracco mette in evidenza come il sistema sanitario del Veneto rappresenti un modello di eccellenza a livello nazionale, grazie a una governance centralizzata nelle funzioni strategiche e decentrata nell’erogazione, che combina programmazione forte, standardizzazione dei processi e responsabilizzazione degli attori. L’esito è la qualità dei servizi (punteggi prossimi all’eccellenza in tutte le aree), efficienza gestionale e solidità finanziaria (bilancio sanitario in surplus ininterrottamente dal 2013 al 2022).

2.2 Nuovo patto sociale

Per progettare un nuovo SSN che guardi al domani ma che ritrovi le sue radici nei valori che l’hanno portato ad oggi non occorre una proposta geniale, per quanto la migliore possibile (di un esperto, di un gruppo, di un ente). Non c’è bisogno di una proposta di parte, per quanto qualificata o istituzionale (di associazioni, di sindacati, di istituzioni, di partiti, di governo). C’è invece necessità di una alleanza, di una collaborazione, di un accordo. Insomma, di un patto sociale: tra governo centrale e governi periferici (Regioni, Comuni); tra maggioranza e opposizione; tra istituzioni pubbliche e private; tra esperti, professionisti e pazienti. Alla fine servirà anche scrivere un progetto, come quello esemplificato in queste pagine, una nuova Legge 833, ma per farlo occorre un cammino, un percorso comune tra soggetti disposti a dialogare tra loro: appunto, un nuovo patto sociale.

2.3 *La presa in carico del paziente*

È l'essenza del nuovo paradigma di tutela della salute della persona. L'universalismo non può intendersi solo come il diritto formale di accesso alle cure e questo non può più limitarsi all'erogazione episodica di prestazioni, ma deve configurarsi come un processo continuo e personalizzato che accompagni la persona lungo tutto il percorso assistenziale – dalla prevenzione alla riabilitazione – in un'ottica proattiva e multidisciplinare.

Un sistema di finanziamento come quello in vigore, basato sulle singole prestazioni, ha favorito un approccio alle prestazioni di cura e assistenza legato ai singoli episodi e non alla presa in carico. Occorre modificare almeno in parte il sistema di pagamento legandolo alla presa in carico e alla continuità delle cure.

Da più di 20 anni si discute di **continuità assistenziale** ma non la si realizza. A oltre 30 anni dalla riforma che ha introdotto logiche economico-aziendali nella sanità decretata nel 1992 e nel 1993 (Decreti 502 e 517 rispettivamente), le aziende sanitarie si stanno interrogando sulla necessità di riprogettare la rete di offerta e gli ambiti di cura nella direzione di una presa in carico dei pazienti. Le strutture previste dal PNRR (Case e Ospedali di Comunità) faticano a decollare e gran parte del peso dell'assistenza grava sugli ospedali.

Le evidenze mostrano i vantaggi di tale impostazione. Un recente studio (Berta, Muzzi 2025) sottolinea che, soprattutto per gli anziani, una corretta pianificazione della dimissione ospedaliera è fondamentale: le dimissioni dirette a domicilio permettono degenze più brevi ed efficienti, mentre percorsi alternativi aumentano i tempi di ricovero e la complessità organizzativa.

Una **sanità di prossimità**, con maggiore integrazione dei servizi e personalizzazione della cura aumenterebbe l'equità di accesso, la tempestività della risposta e quindi l'appropriatezza dell'ambito di cura. I sistemi devono essere sempre meno verticalizzati e sempre più integrati. Così, se la specializzazione è indispensabile per arricchire di competenza ogni servizio, la territorialità e il coordinamento sono indispensabili per generare un'adequata risposta ai bisogni. Diversi contributi in questo studio sottolineano l'importanza di mettere al centro la persona nei percorsi di cura e i benefici di tale approccio in termini di risultati.

Il sistema sanitario dell'Emilia-Romagna – descritto nel contributo di Altini - rappresenta uno dei modelli più avanzati a livello nazionale per prossimità, integrazione e continuità delle cure. La Regione ha progressivamente riallocato risorse verso il territorio, destinando il 51% della spesa sanitaria complessiva all'assistenza territoriale (contro il 44% all'ospedaliera). L'eccellenza del modello si manifesta nella capillare infrastrutturazione territoriale: 141 Case della Comunità già attive che servono quasi 3 milioni di residenti, 24 Ospedali di Comunità per 380 posti letto (destinati a diventare circa 900 a regime), 47 Centrali Operative Territoriali pienamente operative e 46 Centri di Assistenza e Urgenza attivi nel 2025, con un forte impatto sulla riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso. Questi risultati sono raggiunti attraverso un metodo di governo pubblico forte e programmatico.

Il progetto “Neirone in Salute”, promosso dall'ASL 4 Liguria nel Comune di Neirone – descritto nel contributo di Petralia e Calabrese –, rappresenta un'esperienza di eccellenza nella sperimentazione di modelli di sanità di prossimità nelle aree interne e

rurali, configurandosi come la prima applicazione operativa della Legge 33/2023 sulle politiche per l’invecchiamento. Rivolto all’intera popolazione over 65 del Comune (350 persone), il progetto ha raggiunto in soli sei mesi una copertura di presa in carico pari a circa il 75% del target. I risultati sono resi possibili grazie al coinvolgimento strutturato di amministrazione comunale, servizi sociali, MMG, farmacia territoriale, Centrali Operative Territoriali (COT), associazioni e cittadini che ha consentito di intercettare precocemente la fragilità, migliorare l’appropriatezza dell’accesso ai servizi e rafforzare l’aderenza terapeutica, riducendo isolamento e disuguaglianze territoriali.

2.4 L’integrazione tra sanitario e sociosanitario: il ripensamento del ruolo dei soggetti e degli ambiti di cura

Integrare il comparto sanitario con quello sociosanitario è fondamentale per garantire equità e risposta ai bisogni di salute. Questa, infatti, come è stato richiamato più volte nel volume (ad esempio nei contributi di Marinuzzi, Prato, Romagno, e di Zangrandi), non è solo esito di interventi clinici, ma è il risultato di determinanti sociali, economiche e ambientali che richiedono risposte condivise e coordinate.

Un esempio in tal senso è quello delle Società della Salute, peculiarità della Regione Toscana, che consiste in consorzi pubblici costituiti in partnership tra i Comuni e le ASL per gestire l’integrazione dei servizi sociali e sanitari a livello distrettuale (Legge regionale n. 40/2005). Tra i loro obiettivi risulta quello di “assicurare le soluzioni organizzative adeguate a garantire la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale” ed “evitare duplicazioni di funzioni tra gli enti associati”.

La presa in carico dei pazienti comporta un **ripensamento dei ruoli dei diversi professionisti e degli ambiti di cura**, dalle unità operative ospedaliere alle cure domiciliari. I bisogni di salute a cui devono rispondere i centri di cura delle diverse patologie andrebbero definiti meglio, così come andrebbe ripensato e rivalutato il ruolo e la funzione del medico di medicina generale. Infine occorre dare seguito a quanto previsto dal decreto 77/2022 e dalla Missione 6 del PNRR a riguardo delle Case e degli Ospedali di Comunità che, come sottolineato da più parti in questo Rapporto (vedi ad esempio il contributo di Turati), prevede la realizzazione delle strutture, ma lascia aperto il tema di come farle funzionare e con quale personale.

I servizi territoriali richiedono molti più infermieri e MMG; per questi ultimi, si dovrebbe anche ripensare la formazione, oggi demandata a corsi regionali, per trasformarla in una vera e propria specializzazione universitaria (Geraci e Turati, 2025). Però queste sono professionalità che si fanno fatica a trovare, soprattutto in alcune aree territoriali.⁵

Le Case e gli Ospedali di Comunità devono diventare luoghi concreti di integrazione, non solo strutture fisiche. Una regia distrettuale forte, basata su valutazione multidimensionale e progetti individualizzati, può tradurre l’universalismo in equità sostanziale, assicurando risposte tempestive, personalizzate e sostenibili.

5 Sul mismatch tra domanda e offerta nel mercato del lavoro socio-sanitario, p.e., Arcano et al. (2024). Uno dei modi per risolvere il problema è quello di attirare professionisti da altri paesi. Un esempio in questo senso è dato dai medici provenienti da Cuba impiegati dal Servizio Sanitario Regionale della Regione Calabria.

Le Case di Comunità sono pensate come strutture di coordinamento e di presa in carico territoriale dei pazienti bisognosi di assistenza, la base per la costruzione di una offerta di servizi domiciliari. A questo riguardo si segnala l'indagine contenuta nel contributo di Vainieri in cui emerge che i medici di medicina generale che operano all'interno delle Case di Comunità toscane (ex Case della Salute) mostrano una maggiore aderenza alle linee guida nella gestione di condizioni croniche comuni (diabete e scompenso cardiaco), senza un incremento dei costi, generando così una maggiore appropriatezza delle cure. Le Case di Comunità, che hanno come target non solo l'individuo ma l'intera comunità, si confrontano con la carenza di medici di medicina generale, particolarmente rilevante nelle aree interne del Paese.

Gli Ospedali di comunità sono concepiti come strutture per l'offerta di servizi di riabilitazione e di recupero funzionale. Questo tipo di struttura organizzativa territoriale aiuterebbe a risolvere anche l'altro grande problema aperto dalla mancanza di servizi territoriali appropriati, che è quello del "filtro" verso l'ospedale. Oggi qualsiasi problema di salute che non può ricevere una risposta da un MMG viene nei fatti riferito al Pronto Soccorso degli ospedali, che perdono così la loro funzione reale che dovrebbe essere quella della gestione delle emergenze. Questo percorso – che diventa nei fatti inevitabile senza altri sbocchi sul territorio – impedisce agli ospedali di funzionare bene, riducendo l'appropriatezza delle cure. La Casa della Comunità, aperta 24 ore su 24, 7 giorni su 7, dovrebbe agire da "filtro" per i casi non urgenti, consentendo al Pronto Soccorso e agli ospedali di tornare alle proprie funzionalità. I casi non acuti intercettati dalle Case potrebbero essere riferiti agli Ospedali della Comunità invece che agli ospedali, evitando ricoveri impropri generati dall'attività del Pronto Soccorso, con la possibilità per gli ospedali di occuparsi davvero delle sole acuzie.

Un'altra esperienza virtuosa trattata nel Rapporto è quella delle Botteghe di Comunità, realizzate nel 2023 dalla ASL di Salerno con l'obiettivo di portare (gratuitamente) i servizi sanitari e sociosanitari vicini ai cittadini e rafforzare l'assistenza nelle aree interne, anche grazie all'utilizzo della telemedicina. Le Botteghe coinvolgono 29 amministrazioni comunali e assistono oltre 28.000 cittadini grazie alla creazione di una rete capillare che integra medici di base, infermieri, assistenti sociali, farmacie, volontari, operatori del Servizio civile. Sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccadaspide e alle Centrali Operative Territoriali (COT) dei relativi Distretti, oltre che all'Ospedale per acuti di Vallo della Lucania. Sono finanziate da un mix di fondi e risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), fondi regionali campani e fondi europei (spesso legati al PNRR, come per le Case di Comunità).

Le risorse del non profit territoriale. La complessità dei bisogni dei pazienti cronici e fragili richiede una rete territoriale capace di connettere assistenza primaria, domiciliare e servizi sociali, valorizzando le risorse delle comunità locali e del Terzo settore. A riguardo di quest'ultimo, va sottolineato che in Italia, larga parte dei servizi socio-assistenziali, in passato di matrice pubblica, ha oggi natura privata non profit, ha cioè come "soci azionisti" la collettività dei cittadini. Le dinamiche della concorrenza, con criteri "al massimo ribasso", applicati a questo comparto inficiano la qualità dei servizi o generano distorsioni nella remunerazione dei contratti collettivi nazionali dei lavoratori coinvolti.

È necessario generare **fiducia**: le comunità sono il luogo dove le persone si fidano, collaborano e si prendono cura l’una dell’altra, nella consapevolezza che la salute è un tema della comunità, che il benessere di ciascun cittadino riguarda tutti. È per questo che sempre più la sanità si interconnette con il Terzo settore, nella consapevolezza che **il bisogno non è quasi mai solo sanitario** ma è spesso anche sociale, relazionale e che un’idea di comunità che cura può fare molto in termini di prevenzione e promozione della salute. È necessario sviluppare progetti di prevenzione a tutti i livelli e destinare a questo coerenti risorse.

La prossimità, l’interdisciplinarietà e la continuità sono elementi essenziali per la qualità e l’equità dell’assistenza.

La collaborazione fra i Comuni, il Terzo settore e le reti territoriali deve diventare sistemica, supportata da dati interoperabili e **strumenti digitali in grado di rilevare non solo lo stato di salute clinico, ma anche la fragilità sociale** e il grado di non autosufficienza. Per questo, è necessario superare la storica separazione tra sanitario e sociale, promuovendo una governance condivisa tra ASL, Comuni e Terzo Settore, e dotando i territori di infrastrutture informative integrate.

Appare questo un fattore essenziale nell’ottica di assicurare una reale continuità nelle cure, di ridurre, quanto più possibile, il senso di isolamento della persona fragile e di chi le sta accanto e cercare di ottenere, tra le altre cose, maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, decongestionamento del Pronto Soccorso, dimissioni più tempestive e nel complesso un supporto territoriale più efficace.

Diversi contributi del Rapporto offrono indicazioni con cui sviluppare un nuovo paradigma per l’integrazione tra servizi sanitari e tra soggetti pubblici e privati. Ad esempio, l’esperienza della Cooperativa COSMA presentata nel Rapporto, attiva da oltre vent’anni sul territorio di Lecco e Provincia, nasce dall’esigenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) operanti sul territorio di collaborare per assistere i propri pazienti nel modo più efficace ed efficiente possibile e per trarre beneficio da opportunità spesso precluse al singolo medico. Riunisce 220 MMG (tra attivi e pensionati), ha in carico circa 25.000 pazienti e si avvale della collaborazione di personale infermieristico e amministrativo che si occupa di garantire un accesso diretto alle agende dedicate nelle principali strutture erogative della zona. L’accesso per il cittadino, così come quest’ultimo servizio (la gestione delle prenotazioni con il proprio medico) sono gratuiti. È richiesta una quota annuale di partecipazione per servizi specifici (Carta Salute) che va dai 15 ai 30 €, più il costo badge di 5 €.

2.5 Prevenzione

Investire in prevenzione produce benefici concreti e misurabili. Sul piano della salute, significa ridurre l’incidenza delle malattie croniche non trasmissibili, aumentare gli anni di vita in buona salute e migliorare la qualità della vita delle persone. Sul piano economico, la prevenzione aiuta a rendere il SSN più sostenibile, perché riduce i costi futuri per il trattamento di malattie che si possono prevenire e libera risorse da usare per la ricerca, l’innovazione e le cure più complesse.

Come suggerisce il contributo di Moscone e colleghi, c’è la necessità di consolidate competenze scientifiche e rafforzare uno stretto coordinamento delle istituzioni al fine di generare un maggior coinvolgimento dei cittadini e delle comunità. La prevenzione

non può essere affidata a un singolo attore, ma richiede la responsabilità condivisa di tutti.

Il maggiore ostacolo che oggi trova l'adozione di condotte salutari da parte dei cittadini è un problema di educazione sanitaria, come dimostra il fatto che i comportamenti dannosi per la salute sono più frequenti nei pazienti socialmente svantaggiati e con un livello di istruzione inferiore: senza iniziative che favoriscano un livello più alto di educazione sanitaria (e di empowerment del cittadino) la speranza di alzare il livello della adozione di modi di agire salutari e, viceversa, di ridurre quelli dannosi per la salute è destinata a non avere successo.

2.6 Tutto inizia dai professionisti

Appare urgente intervenire sui contratti di lavoro del personale delle professioni sanitarie per aumentare la retribuzione e migliorare le condizioni di lavoro per generare attrattività alla professione. L'esodo di medici e infermieri verso altri Paesi va arrestato. Oltre a più soldi, bisogna offrire un futuro e prospettive di crescita.

Il dibattito riguarda, in particolare, la necessità di passare da un modello che vede il MMG isolato a un sistema di rete delle cure primarie caratterizzato da forme associative (in convenzione). In generale, poi, occorre favorire l'aggregazione dei professionisti per generare condizioni di lavoro che favoriscono l'integrazione e la multidisciplinarietà a favore dei pazienti. Queste forme associative sono state introdotte nel 2009 dalla convenzione dei MMG (artt. 26, 26bis e ter) al fine di sviluppare un sistema a rete di confronto, crescita e responsabilizzazione soprattutto per incrementare le cure al domicilio e la presa in carico dei pazienti cronici. Su questo tema sono molto significative le esperienze riportate sull'NHS inglese, che prevede forme di integrazione tra diversi professionisti della medicina territoriale (cfr. il contributo di Santos), e sulla sanità territoriale veneta, con l'87% dei medici di medicina generale organizzati in forme associative e una copertura dell'assistenza domiciliare integrata per gli anziani pari al 12%, il doppio della media nazionale, confermando un modello capace di integrare centralizzazione strategica, sussidiarietà operativa e risultati di alto livello.

Di segno diverso sono invece quelle aggregazioni tramite cui i **medici e gli infermieri (detti "a gettone")** vengono assunti per coprire i turni (per lo più notturni o nei weekend) in ospedali pubblici per sopperire alla carenza di personale. Vengono pagati molto di più dei dipendenti (per singolo turno fino a 1000-1800 euro), generando costi elevati per la sanità e sollevando preoccupazioni sulla qualità e la continuità delle cure, non avendo spesso i vincoli di esperienza e specializzazione dei medici strutturati.

Posizioni manageriali. Per questo tipo di figure esiste la necessità di dotarsi di competenze capaci di promuovere il cambiamento e di sostenere la motivazione di tutti gli operatori. Persone che abbiano la capacità di definire obiettivi e di promuovere una organizzazione partecipata in cui ciascun ruolo abbia un proprio spazio di azione e di miglioramento. Sono necessari interventi normativi per semplificare processi operativi e ridurre il formalismo che spesso caratterizza le organizzazioni pubbliche, ma anche per favorire sistemi di selezione del management basati sulle competenze e mettere al centro valutazioni che devono trovare nei risultati raggiunti il punto di riferimento.

Organizzazioni di persone. Occorre maggiore attenzione a un sistema gestito da manager concentrati su “come fare le cose” e che perdono “la capacità di porsi le domande essenziali: perché si fanno le cose, per chi si fanno (nel caso della salute per persone e pazienti che hanno bisogni mutevoli), con chi si fanno” (Borgonovi 2025).

Il rischio che quindi si correrebbe è quello di dimenticarsi che le organizzazioni sono fatte di e da persone; persone con carismi, valori, sensibilità differenti, ma tutte utili al fine e al bene comune e che quindi qualunque progettualità, strumento, logica di cambiamento deve partire sempre dalla centralità della persona, sia essa, il paziente, il professionista o il manager. La persona, unica, inimitabile, preziosa, va sempre messa al centro.

2.7 Nuovi approcci alla sostenibilità

Occorre destinare più risorse alla salute. Tale spesa non è spesa sacrificabile perché è alla base dello sviluppo futuro del Paese. Il sistema di finanziamento va ridefinito in base a criteri di: presa in carico, continuità assistenziale, maggiore equità.

Maggiori risorse per la sanità dovrebbero provenire da: una revisione della spesa pubblica; una maggiore partecipazione dei cittadini più abbienti; nuove modalità di rimborso da aggiungere a quelle basate sul volume e sulla complessità delle prestazioni (ad esempio, la Capitation, che incentiva prevenzione e presa in carico continuativa; il Value-Based Payments, che funzionano misurando e valutando l’efficacia delle cure in relazione ai costi e ai benefici per la salute, non alla quantità di prestazioni erogate); quota destinata a sanità e ricerca scientifica dalle accise sui prodotti nocivi per la salute, come quelle sul fumo.

Nei Paesi ad alto reddito, come la Svezia e i Paesi Bassi, i sistemi sanitari hanno introdotto modelli di rimborso legati agli esiti di salute piuttosto che al volume delle prestazioni.

Come sostenuto da Torbica nel suo contributo, la sostenibilità non è solo economica, ma anche sociale e politica: un sistema sanitario pubblico è socialmente sostenibile se è capace di garantire servizi appropriati in modo equo e inclusivo, rafforzando la coesione sociale; è politicamente sostenibile se c’è una maggioranza politica a sostegno che ne garantisce la sopravvivenza.

Recenti studi portano alla convinzione che **non sia l’universalismo in sé a essere economicamente insostenibile, bensì ciò che non produce valore in ambito sanitario.**

Il caso degli Stati Uniti, caratterizzati da spesa sanitaria alta e performance sanitarie complessivamente deludenti, sottolinea quanto prezzi, assetti istituzionali e frammentazione del finanziamento contano almeno quanto i volumi di attività (Papanicolas et al, 2018).

Consumismo sanitario. Esiste un fenomeno del consumismo sanitario inappropriato, che la disponibilità comunque limitata di risorse e i bisogni in continuo aumento impongono di ridurre.

Esso riguarda quei percorsi che portano alla esasperazione dell’approccio prestazionale (richiesta di esami e trattamenti spesso non necessari per paura di una patologia o per una “medicalizzazione” della vita); delle pressioni economiche e dei conflitti d’interesse, ad esempio, delle case farmaceutiche; della medicina difensiva (prescrizione di

esami o interventi per paura di contenziosi legali), e di tutti quei comportamenti (dei prescrittori, degli erogatori, dei pazienti) che finiscono inevitabilmente per aumentare l'inappropriatezza dei consumi.

Anche a questo riguardo, una maggiore responsabilità condivisa e diffusa, sostenuta da un'educazione sanitaria nelle scuole e negli altri contesti educativi, porterebbe a grandi vantaggi.

2.8 Valutazione della qualità dei servizi e delle politiche e utilizzo dei dati

La prima necessità urgente consiste nell'uscire dalla logica prestazionale che ha caratterizzato la sanità, una logica che conta e premia i volumi più degli *outcome*, ovvero gli effetti di lungo periodo delle misure di cura adottate sullo stato di salute dei pazienti. Oltre alla valutazione dei singoli servizi, si impone una riflessione anche sulla valutazione delle politiche sanitarie quale strumento essenziale per orientare le decisioni pubbliche. Questo richiede un approccio strategico che integra diverse dimensioni quali la valutazione degli esiti di salute, l'analisi del rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), la riduzione costante delle disuguaglianze territoriali e la garanzia di un accesso tempestivo, appropriato ed equo ai servizi sanitari. È quindi necessario, innanzitutto, un investimento in sistemi di valutazione sempre più avanzati, basati su robuste metodologie e investimento in professionalità. Inoltre, è necessario avviare un processo di diffusione dei dati affinché diventino un patrimonio per valutazione e ricerca nello spirito del General Data Protection Regulation (GDPR) europeo, disatteso in Italia dalla politica sulla protezione dei dati. In sintesi, occorre: valutare di più, integrare meglio i vari strumenti di valutazione e usare maggiormente i dati rilevati, in modo che le scelte di politica sanitaria siano il più possibile basate sull'evidenza e sui risultati.

2.9 Sviluppo della tecnologia e intelligenza artificiale

È in crescita l'area di attività sanitarie di alta competenza e di alto costo e la richiesta di organizzazioni competenti che abbiano a disposizione persone di alta specializzazione. L'intelligenza artificiale è da considerare come elemento di facilitazione nella cura alle persone fragili, non sostitutivo delle relazioni personali fra operatori e pazienti-ospiti ma fattore di alleggerimento del carico di lavoro relativo alle prestazioni non relazionali.

La digitalizzazione, così come il regolato ricorso alle nuove tecnologie di AI, è indispensabile sia per essere al passo con i tempi che per garantire un accesso equanime ai dati sanitari, ma anche per dare continuità all'assistenza e permettere risparmi di risorse anche umane oggi sempre più difficili da reperire. Sgravando anche il sistema di un peso burocratico che sta diventando soffocante.

Il contributo di Vainieri e Seghieri sottolinea ad esempio come le innovazioni tecnologiche potrebbero permettere di tracciare e monitorare i percorsi dei pazienti attraverso i vari setting assistenziali, migliorando così l'efficienza e l'efficacia delle cure, oltre all'accesso ai servizi.

2.10 Coordinamento tra sistemi sanitari regionali

Il coordinamento tra sistemi sanitari regionali è cruciale per garantire l'unitarietà del SSN e ridurre le disuguaglianze territoriali. Per un modello di decentramento coopera-

tivo è necessario che si sviluppino meccanismi e sistemi che premino la **cooperazione rispetto alla competizione** attraverso standard comuni di perequazione delle risorse, interoperabilità dei dati e dei meccanismi di programmazione e valutazione della qualità condivisi. Solo una governance multilivello, orientata alla solidarietà tra regioni, può assicurare parità di accesso ai Livelli Essenziali di Assistenza e una reale uniformità dei diritti di salute sul territorio nazionale.

3. Proposte di policy

La riforma del SSN richiede un cambio di paradigma più che singoli interventi settoriali. Occorre riprogettare il modo in cui il sistema prende in carico le persone, coordina gli attori pubblici e sociali e governa risorse scarse in modo equo.

Il principio guida è la sussidiarietà:

- lo Stato garantisce diritti, standard, finanziamento e controllo;
- i territori organizzano la risposta integrata;
- professionisti, comunità e Terzo Settore concorrono alla produzione di salute come funzione pubblica.

Si elencano di seguito alcune puntuali proposte di policy per la riforma del SSN:

3.1 *Rendere la presa in carico il criterio centrale del SSN*

Problema attuale: sistema frammentato, orientato alla singola prestazione, incapace di governare cronicità e fragilità.

Proposte:

- Introdurre la presa in carico longitudinale come unità base di programmazione e finanziamento, affiancando ai DRG e alle tariffe prestazionali modelli di budget di cura, capitation (pagamento del medico per presa in carico) per pazienti cronici, “care management” distrettuale.
- Definizione, da parte di ogni ASL, di percorsi assistenziali esigibili per cronicità, fragilità e multimorbilità.
- Legare una quota crescente di finanziamento regionale a: continuità assistenziale, riduzione delle interruzioni di percorso, appropriatezza e *outcome*.

3.2 *Spostare strutturalmente l’asse del sistema sul territorio*

Problema attuale: Case e Ospedali di Comunità spesso ridotti a contenitori edilizi, ospedalocentricità del SSN.

Proposte:

- Rendere l’operatività h12-h24 delle Case della Comunità con équipe multiprofessionali, funzione di primo filtro per bisogni non acuti, integrazione con continuità assistenziale ed emergenza-urgenza.
- Definire a livello nazionale le attività da spostare dall’ospedale al territorio, con obiettivi quantitativi monitorati (day service, follow-up, cronicità).
- Rifinanziare e riorganizzare l’assistenza domiciliare integrata (ADI) come asse portante, con standard minimi nazionali di intensità e durata.

3.3 Integrare realmente sanitario, sociosanitario e sociale

Problema attuale: tripla frammentazione (finanziaria, istituzionale, informativa).

Proposte: occorre ideare un modello complessivo che integri realmente i settori sanitario, sociosanitario e sociale che contenga ad esempio questi elementi fondamentali:

- Istituire cabine di regia distrettuali obbligatorie ASL–Comuni–Terzo Settore per: programmazione, gestione dei casi complessi, utilizzo integrato delle risorse.
- Introdurre una valutazione multidimensionale unica per anziani, disabili e fragili, valida per accesso a tutte le prestazioni.
- Riconoscere il sociosanitario come livello essenziale, con standard minimi nazionali di spesa e offerta per abitante.

3.4 Costruire un vero sistema nazionale per la non autosufficienza

Problema attuale: misure frammentate, accessi multipli, forte disuguaglianza territoriale.

Proposte:

- Istituire un Servizio nazionale per la Long Term Care, con: governance dedicata, fondo unico nazionale, punti unici di accesso territoriali.
- Integrare i servizi domiciliari e residenziali, le prestazioni sanitarie e sociali, i trasferimenti monetari (indennità, pensioni).
- Istituire forme mutualistiche obbligatorie con contributi misti pubblici e privati per sostenere le spese per la Long Term Care, impedendo la sostituzione del servizio pubblico.

3.5 Rendere strutturale il partenariato con il Terzo Settore

Problema attuale: uso improprio degli appalti e precarizzazione dei servizi.

Proposte:

- Applicare sistematicamente il Codice del Terzo Settore nella sanità territoriale e sociosanitaria.
- Rendere co-programmazione e co-progettazione strumenti ordinari per: i servizi di prossimità, domiciliarità, salute mentale e inclusione.
- Introdurre sistemi di valutazione di impatto sociale, oltre che sanitario, accanto agli indicatori economici.

3.6 Riformare le cure primarie come infrastruttura del sistema

Problema attuale: MMG isolati, carico improprio sugli ospedali.

Proposte:

- Superare progressivamente il modello individuale del MMG, promuovendo: forme associative obbligatorie, équipe multiprofessionali territoriali.
- Rafforzare il ruolo del MMG come: regista della presa in carico, gestore del bisogno, nodo di integrazione con sociale e specialistica.
- Istituire una scuola di specializzazione in medicina generale pienamente equiparata alle altre.
- Introdurre incentivi basati sugli *outcome*, come emerge dal caso inglese.

3.7 Rafforzare il capitale umano e il governo del sistema

Problema attuale: fuga dal SSN, lavoro povero, management debole.

Proposte:

- Piano pluriennale vincolante di: assunzioni, riallineamento retributivo europeo, miglioramento delle condizioni di lavoro.
- Riduzione strutturale del carico burocratico improprio per i professionisti.
- Riformare la selezione del management sanitario premiando: competenze di integrazione, gestione territoriale, innovazione organizzativa.

3.8 Regolare il privato accreditato nell’interesse pubblico

Problema attuale: incentivi distorti e competizione selettiva.

Proposte:

- Utilizzare il privato accreditato come strumento di garanzia dei diritti, in particolare sulle liste d’attesa.
- Introdurre contratti orientati a: volumi necessari, esiti di salute, continuità assistenziale.
- Rafforzare monitoraggio e sanzioni contro comportamenti opportunistici.

3.9 Ridurre le disuguaglianze territoriali con standard vincolanti

Problema attuale: LEA formalmente uguali, sostanzialmente diseguali.

Proposte:

- Definire standard nazionali vincolanti su: personale, servizi territoriali, domicilia-rità.
- Rafforzare la perequazione finanziaria e la programmazione nazionale condivisa.
- Governare la mobilità sanitaria come fallimento di sistema, non come soluzione.

3.10 Orientare la sostenibilità a prevenzione, esiti e valore

Problema attuale: spesa inefficiente e crescente *out of pocket*.

Proposte:

- Incrementare il finanziamento pubblico come investimento strutturale.
- Spostare progressivamente il finanziamento verso: *value-based healthcare*, *outcome* di salute, continuità dei percorsi.
- Destinare risorse da accise su prodotti nocivi a: prevenzione, ricerca, innovazione.
- Utilizzare digitalizzazione e IA come strumenti di supporto, non di sostituzione.

Riferimenti bibliografici

Agenas (2023), *Rapporto sui Medici di medicina generale (MMG)*, in <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2250-rapporto-sui-medici-di-medicinagenerale>.

Agenas (2024), Comunicato “Presentati i dati sull’accesso in Pronto Soccorso e gli effetti del potenziamento dell’Assistenza Territoriale per una migliore presa in carico dei pazienti”, 22 aprile 2024 (https://www.agenas.gov.it/images/agenas/comunicati/2024/Comunicato_stamp_a_22_aprile.pdf); “Lo stato dsl l’emergenza urgenza alla luce del DM77”, a cura di Maria Pia Randazzo, Responsabile UOSD Statistica e flussi informativi sanitari – Agenas (https://storagehub.homnys.com/cmsimage/allegati/allegato1713793904.pdf?utm_source=chatgpt.com)

Agenas (2025), *Memoria di audizione presso la XIII Commissione attività produttive della Camera dei Deputati – stima fabbisogno di personale infermieristico per l’assistenza territoriale in relazione alla riforma PNRR* (Aud. Leg. XIX, documento acquisito idGes.53306). Camera dei Deputati. Disponibile online: <https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM12/Audizioni/leg19.com12.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.53306.17012025104753.067.pdf>

Arcano R., Maroccia I., Turati G. (2024), Alcune riflessioni sul mercato del lavoro dei servizi sociosanitari, *Rivista di Politica Economica*, pp. 149-182.

Balia S., Brau R., Marrocu E. (2018), *Interregional patient mobility in a decentralized healthcare system*, in *Regional Studies* 52 (3): 388-402, <https://doi.org/10.1080/00343404.2017.1307954>.

Balia S., Brau R., Moro D. (2020), *Choice of hospital and long-distances: Evidence from Italy*, in *Regional Science and Urban Economics* 81, <https://doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2019.103502>.

Berta P., Martini G., Moscone F., & Vittadini G. (2016). *The association between asymmetric information, hospital competition and quality of healthcare: evidence from Italy*. *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society*, 179(4), p. 907-926.

Berta P., Callea G., Martini G., Vittadini G. (2010), *The effects of upcoding, cream skinning and readmissions on the Italian hospitals efficiency: a population-based investigation*, in *Economic Modelling*, 27(4), 812-821

Berta P., Guerriero C., Levaggi R. (2021), *Hospitals’ strategic behaviours and patient mobility: Evidence from Italy*, in *Socio-Economic Planning Sciences* 77: 101030. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2021.101030>.

Berta P., Muzzi S. (2025), *Age-It: Ageing Well in an Ageing Society*, Progetto PNRR Age-It, in corso di pubblicazione.

Berta P., Seghieri C., Vittadini G. (2013), *Comparing health outcomes among hospitals: the experience of the Lombardy Region*, in *Health care management science*, 16(3), 245-257.

Borgonovi E. (2025), *Diagnosi e cura per una malattia delle aziende complesse: la Managementcrazia*, in *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access* (129). <https://doi.org/10.3280/mesa2024-129oa18720>.

Cergas-Bocconi (2024), *Rapporto OASI 2024*, Egea, Milano.

Eurostat (2024), *Statistics Explained*, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>. Giusto.

L'autore nel volume ha citato questo link più completo: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics

Geraci N., Turati G. (2025), *Come cambia la sanità territoriale?*, Osservatorio Conti Pubblici Italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore, disponibile al sito web <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-come-cambia-la-sanita-territoriale>

GIMBE (2025a), *Report Osservatorio GIMBE 1/2025 La mobilità sanitaria interregionale nel 2022*, https://fondazioneonda.it/ondauploads/2025/02/ReportOsservatorio_GIMBE_2025.01_Mobilita_sanitaria_2022.pdf.

GIMBE (2025b), *8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE, Bologna. Disponibile online: www.rapportogimbe.it.

GIMBE (2025c). *Report sulla medicina generale in Italia: situazione al 1° gennaio 2024* (elaborazione su dati SISAC). GIMBE Foundation, Bologna. <https://aliautonomie.it/wp-content/uploads/2025/03/Fondazione-GIMBE-medici-di-famiglia-a-rischio-estinzione-oltre-5.500-mancanti-e-il-52-sovraccarico-.pdf>

ISTAT (2023), *Conti economici nazionali – Valore aggiunto per attività economica e spesa sanitaria: serie storica 1980-2022*. Roma. Tavole: “Spesa sanitaria totale e composizione per fonte di finanziamento (pubblico/privato)” e “Valore aggiunto per attività economica – Servizi sanitari e assistenza sociale. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/conti-nazionali>.

ISTAT (2024), *Rapporto BES 2023*, Roma.

ISTAT (2025a), *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Roma

ISTAT (2025b), *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, Base 1/1/2024*. Roma. Disponibile su: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/07/Report_Population-and-household-projections_Base-112024.pdf

ISTAT-SHA (2025), *Sistema dei conti della sanità (System of Health Accounts). Spesa sanitaria corrente per regime di finanziamento e componenti* [dataset]. Istat Data Warehouse. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH

Martini G., Berta P., Mullahy J., Vittadini, G. (2014), *The effectiveness–efficiency trade-off in health care: The case of hospitals in Lombardy, Italy*, in *Regional Science and Urban Economics*, 49, 217-231.

Ministero della Salute – Ufficio di Statistica (2025), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2023*. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/annuario-statistico-del-servizio-sanitario-nazionale-anno-2023/>

Moscone F., Siciliani L., Tosetti E., Vittadini G. (2020), *Do public and private hospitals differ in quality? Evidence from Italy*, in *Regional Science and Urban Economics* Regional Science and Urban Economics 83,103523.

Moscone F., Tosetti E., Vittadini G. (2025), *The impact of pre-admission care on hospital mortality: Results of an instrumental variable analysis from Italy*, in *Health policy*, 164:105483, 1-7.

Moscone F., Tosetti E., Vittadini, G. (2012), *Social interaction in patients' hospital choice: evidence from Italy*, in *Journal of the Royal Statistical Society, Series A: Statistics in Society*, 175(2), 453-472.

OCSE (2025) *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a>

glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf

Papanicolas I., Woskie LR., Jha AK. (2018), *Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries*, in *JAMA – Journal of the American Medical Association*, vol. 319, n. 10, pp. 1024-1039.

Smith S., Newhouse J.P., Freeland M.S. (2009), *Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?*, in *Health Affairs*, vol. 28, n. 5, pp. 1276- 1284.

Terzjus (2025), *Terzjus Report 2024: A due passi dalla meta. Verso il completamento della riforma. Rapporto sullo stato e l'evoluzione del diritto del Terzo settore in Italia*. Napoli: Editoriale Scientifica.

Vittadini G., Berta P., Martini G., Callea G. (2012), *The effect of a law limiting upcoding on hospital admissions: evidence from Italy*, in *Empirical economics*, 42(2), 563-582.

Postfazione

Walter Ricciardi

Oltre l'analisi: una responsabilità collettiva per il futuro della sanità pubblica

Questo Rapporto si chiude, ma la questione che pone resta deliberatamente aperta. Non perché manchino diagnosi, dati o proposte operative – al contrario, le pagine che precedono restituiscono un quadro ampio, documentato e coerente delle criticità strutturali che attraversano il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – bensì perché il futuro della sanità pubblica italiana non può essere affidato a una singola riforma, a un intervento normativo isolato o all'azione di un solo attore istituzionale. È una questione sistemica, che investe in profondità il modello di sviluppo, di welfare e di convivenza sociale che il Paese intende perseguire nei prossimi decenni.

La sanità, in questo senso, non è un comparto tra gli altri, né un capitolo di spesa da ottimizzare esclusivamente in termini di sostenibilità finanziaria. È una infrastruttura sociale fondamentale, che incide sulla qualità della democrazia, sulla coesione delle comunità, sulla fiducia nelle istituzioni e sulla capacità complessiva del sistema Paese di affrontare shock, transizioni e cambiamenti strutturali. Le crisi degli ultimi anni – dalla pandemia alle tensioni geopolitiche, fino agli effetti sanitari e sociali delle trasformazioni climatiche e demografiche – hanno reso evidente come la salute rappresenti un bene pubblico essenziale e, al tempo stesso, un indicatore sensibile delle disuguaglianze che attraversano la società.

L'analisi condotta nel Rapporto mostra con chiarezza come l'universalismo non sia un retaggio del passato, né un vincolo ideologico incompatibile con l'innovazione, ma una leva strategica per lo sviluppo equo e sostenibile. Difendere e rinnovare il carattere universalistico del SSN significa investire nella resilienza collettiva, nella capacità del sistema di prevenire i rischi, di ridurre le disuguaglianze di accesso e di garantire continuità di cura lungo l'intero arco della vita. In un contesto segnato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche e da crescenti divari territoriali e sociali, la salute non può essere ridotta a una sommatoria di prestazioni sanitarie, né affidata prevalentemente alle dinamiche di mercato.

Il Rapporto richiama con forza il ruolo insostituibile dell'istituzione pubblica, chiamata a superare una visione meramente amministrativa o contabile per assumere una funzione pienamente strategica. Lo Stato e le Regioni non sono soltanto finanziatori o regolatori del sistema, ma soggetti responsabili della definizione di una visione di lungo periodo, della garanzia dell'equità e della tutela dell'interesse generale. È in questo pas-

saggio che si colloca il “salto di qualità” evocato nel testo: una pubblica amministrazione capace di governare la complessità, di valutare gli esiti delle politiche, di orientare gli attori del sistema – pubblici, privati e del terzo settore – verso obiettivi condivisi di salute e benessere.

La crescente presenza del privato non rappresenta di per sé un’anomalia né un fattore automaticamente negativo. Diventa problematica quando si sviluppa in assenza di un disegno complessivo, quando risponde prevalentemente a logiche di selezione della domanda e quando contribuisce ad ampliare le disuguaglianze nell’accesso ai servizi. La sfida, dunque, non è contrapporre pubblico e privato in modo ideologico, ma ricondurre l’intera offerta di servizi sanitari e sociosanitari a criteri di appropriatezza, qualità, equità e pubblica utilità, all’interno di un quadro di governance chiaro e trasparente.

Uno dei contributi più rilevanti di questo lavoro è lo spostamento del baricentro analitico dall’offerta di servizi alla domanda di salute, dalla prestazione isolata alla presa in carico complessiva della persona. Governare la domanda non significa limitarla o reprimerla, ma comprenderne le determinanti sociali, ambientali e territoriali, riconoscendo le persone nella loro interezza e non come semplici portatrici di bisogni sanitari frammentati. Questo implica superare la tradizionale separazione tra sanitario e sociale, ricomporre i percorsi di cura, rafforzare i servizi di prossimità e costruire reti territoriali capaci di accompagnare le persone nel tempo.

È una prospettiva che richiede nuove forme organizzative, nuove competenze professionali e nuovi strumenti di programmazione, ma soprattutto una trasformazione culturale profonda. Una cultura della salute meno centrata sull’emergenza e sulla risposta acuta, e più orientata alla continuità assistenziale, alla prevenzione e alla promozione del benessere. Prevenzione intesa non come insieme di campagne occasionali, ma come responsabilità condivisa tra istituzioni, professionisti, comunità e cittadini, capace di incidere sui determinanti strutturali della salute.

In questo quadro, l’integrazione tra sistema sanitario e sociosanitario emerge non come un’opzione accessoria o come un obiettivo di medio periodo, ma come l’asse portante di un modello di salute adeguato alle trasformazioni in atto. La salute si configura sempre più come il risultato di processi collaborativi, che coinvolgono una pluralità di attori: istituzioni pubbliche a diversi livelli, professionisti sanitari e sociali, enti del terzo settore, cooperative, famiglie e comunità locali. Un ecosistema complesso, che può funzionare solo se fondato su relazioni di fiducia, su una chiara distribuzione delle responsabilità e su meccanismi di coordinamento efficaci.

Da questa consapevolezza discende la proposta, forse la più ambiziosa, di un nuovo patto sociale per la salute. Un patto che non si esaurisca in un accordo formale, ma che rappresenti un processo continuo di confronto e corresponsabilità. Un patto capace di chiamare in causa tutti gli attori del sistema per ridefinire in modo trasparente diritti, doveri e aspettative reciproche. Responsabilizzare i cittadini non significa scaricare su di loro il peso delle inefficienze del sistema, ma riconoscerli come soggetti attivi, coinvolgendoli nella definizione delle priorità, nell’uso consapevole delle risorse e nella valutazione dei servizi.

Un simile patto richiede anche il coraggio di affrontare nodi spesso rinviati: il tema del sottofinanziamento del SSN, la valorizzazione del lavoro sanitario e sociosanitario, la riduzione dei divari territoriali, il rafforzamento delle capacità amministrative e di

governo. Senza una visione condivisa e senza un impegno politico e istituzionale coerente, il rischio è quello di una progressiva erosione dell'universalismo, non attraverso decisioni esplicite, ma per via di disuguaglianze crescenti e di un accesso sempre più differenziato ai servizi.

Questa postfazione, come del resto il Rapporto, non intende, dunque, chiudere il discorso, ma rilanciarlo su un piano più ampio e consapevole. Le evidenze, le analisi e le linee di policy presentate nel documento costituiscono una base solida per alimentare il dibattito pubblico e orientare l'azione dei decisori. La sfida che si apre ora è quella della traduzione: trasformare una visione condivisa in pratiche operative, in modelli di governance coerenti e in politiche capaci di produrre risultati misurabili nel tempo. In gioco non c'è soltanto il futuro del Servizio Sanitario Nazionale, ma la capacità della società italiana di restare fedele alla promessa costituzionale di uguaglianza, di tutela della salute come diritto fondamentale e di solidarietà tra generazioni e territori. È una responsabilità collettiva, che chiama tutti – istituzioni, organizzazioni e cittadini – a un impegno rinnovato. Perché dalla qualità del nostro sistema di salute dipende, in ultima analisi, la qualità del futuro che saremo in grado di costruire.

Gli autori

Mattia Altini, Direttore Generale AUSL Modena

Luca Antonini, Vicepresidente della Corte costituzionale

Giuseppe Arbia, Professore di Statistica economica, Dipartimento di Scienze statistiche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Roma

Paolo Berta, Professore di Scienza delle Finanze, Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano Bicocca

Emanuele Bracco, Professore di Economia politica, Dipartimento di Scienze Economiche, Università degli Studi di Verona

Michelangelo Caiolfa, Consulente Federsanità ANCI Toscana

Lucia Calabrese Ricercatrice Borsista, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università di Parma; Consulente Progea

Francesca Cardile, Dottoranda, Health System and Service Research, ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Roma

Michele Castelli, Professore di Scienza Politica, Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano Bicocca

Americo Cicchetti, Professore di Organizzazione Aziendale, Dipartimento di Scienze dell'Economia e della Gestione Aziendale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Roma

Francesco Colavita, Direttore UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione ASL Salerno

Lucia Della Ratta, Dottoranda, Health System and Service Research, ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Roma, Ricercatrice, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Cinzia Di Novi, Professoressa di Scienza delle Finanze, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università degli Studi di Pavia. Presidente dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES)

Simone Fanelli, Professore di Economia delle aziende pubbliche e di Management Sanitario, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università di Parma

Giulia Fornaro, Dottoranda, Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche, Università Bocconi

Giovanni Fosti, Associate Professor of practice, Divisione Government, Health & Not for Profit, SDA Bocconi School of Management

Laura Levaggi, Ricercatrice di Analisi Matematica, Facoltà di Ingegneria, Libera Università di Bolzano

Rosella Levaggi, Professoressa di Economia Pubblica, Dipartimento di Economia e Management, Università degli Studi di Brescia

Marco Magri, Vicepresidente della Cooperativa COSMA

Giorgia Marinuzzi, Responsabile Area Studi e Statistiche Territoriali, IFEL-Fondazione ANCI

Michela Mauloni, Junior economist, REF Ricerche

Francesco Moscone, Professore di Economia, Business School e Dipartimento di Economia, Brunel University di Londra e Università Ca' Foscari di Venezia

Giovanni Mulazzani, Professore di Diritto amministrativo e pubblico, Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università di Bologna

Claudia Peiti, Economista Partner, REF Ricerche

Paolo Petralia, Direttore Generale, ASL 4 della Liguria

Marianna Prato, Ricercatrice Area Studi e Statistiche Territoriali, IFEL-Fondazione ANCI

Walter Ricciardi, Professore di Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della vita e sanità pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Anna Romagno, Dottoranda, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Foggia

Rita Santos, Ricercatrice Senior, Centre for Health Economics (CHE), Università di York

Chiara Seghieri, Professoressa di Statistica Sociale, Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Gennaro Sosto, Direttore Generale ASL di Salerno; Vicepresidente nazionale Feder-sanità

Aleksandra Torbica, Professoressa di Economia e Management sanitario, di Politiche sanitarie, di Economia e Management delle organizzazioni pubbliche, Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche, Università Bocconi. Presidente European Health Economics Association (EuHEA).

Gilberto Turati, Professore di Scienza delle Finanze, Dipartimento di Economia e Finanza; Vice Direttore dell'Osservatorio Conti Pubblici Italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Roma

Milena Vainieri, Professoressa di Economia e Gestione delle Imprese; Responsabile del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Emanuele Vendramini, Professore di Economia Aziendale, Dipartimento di Scienze economiche e sociali, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Piacenza

Giorgio Vittadini, Professore di Statistica, Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano Bicocca. Presidente della Fondazione per la Sussidiarietà

Antonello Zangrandi, Professore di Management Sanitario, Università degli Studi di Parma, SDA Bocconi School of Management

Carlo Zocchetti, Esperto nazionale di epidemiologia

