

## Questioni di Economia e Finanza

(Occasional Papers)

L'assistenza sanitaria territoriale in Italia: un confronto tra macroaree

di Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi, Enza Maltese ed Elena Sceresini

uglio 2024-

9867 867



# Questioni di Economia e Finanza

(Occasional Papers)

L'assistenza sanitaria territoriale in Italia: un confronto tra macroaree

di Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi, Enza Maltese ed Elena Sceresini

La serie Questioni di economia e finanza ha la finalità di presentare studi e documentazione su aspetti rilevanti per i compiti istituzionali della Banca d'Italia e dell'Eurosistema. Le Questioni di economia e finanza si affiancano ai Temi di discussione volti a fornire contributi originali per la ricerca economica.

La serie comprende lavori realizzati all'interno della Banca, talvolta in collaborazione con l'Eurosistema o con altre Istituzioni. I lavori pubblicati riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, senza impegnare la responsabilità delle Istituzioni di appartenenza.

La serie è disponibile online sul sito proprobaticalia.it.

ISSN 1972-6643 (online)

Grafica a cura della Divisione Editoria e stampa della Banca d'Italia

## L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE IN ITALIA: UN CONFRONTO TRA MACROAREE

di Luciana Aimone Gigio\*, Demetrio Alampi<sup>‡</sup>, Enza Maltese<sup>◊</sup> ed Elena Sceresini<sup>§</sup>

#### Sommario

Il lavoro esamina le caratteristiche dell'assistenza sanitaria territoriale in Italia prima della pandemia, con l'obiettivo di fornire un quadro organico dei principali driver e della loro evoluzione nel periodo 2010-2019. L'analisi contribuisce alla letteratura sul tema analizzando congiuntamente aspetti relativi all'offerta e alla domanda di salute, attraverso la costruzione di indicatori compositi in grado di rappresentarne la natura multidimensionale.

Nel 2019 si osservano modelli di offerta sanitaria territoriale molto diversi tra macro aree e spesso anche all'interno delle stesse, a fronte di condizioni di domanda più omogenee. In entrambe le dimensioni, il Mezzogiorno presenta rispetto al Centro Nord maggiori criticità. L'analisi dei cambiamenti intercorsi tra il 2010 e il 2019 mostra come in tutte le aree vi siano stati dei miglioramenti sia dal lato della domanda che dell'offerta, ma con intensità diversa e non tale da colmare i divari iniziali.

L'importanza di investire nel rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale, enfatizzata dalla pandemia da Covid-19, è stata ripresa dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, anche con l'obiettivo di superare i divari territoriali.

Classificazione JEL: H75, I14, I18.

**Parole chiave**: assistenza sanitaria territoriale, organizzazione del SSN, e-health, disuguaglianza, qualità dei servizi.

**DOI**: 10.32057/0.QEF.2024.0867

<sup>\*</sup> Banca d'Italia, Sede di Torino.

<sup>&</sup>lt;sup>‡</sup> Banca d'Italia, Sede di Napoli.

<sup>♦</sup> Banca d'Italia, Sede di Catanzaro.

<sup>§</sup> Banca d'Italia, Sede di Milano.

#### 1. Introduzione<sup>1</sup>

La tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività rappresenta uno dei principi cardine su cui si basa la Costituzione italiana (articolo 32), che sancisce inoltre il diritto a cure gratuite agli indigenti. Solo nel 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si è data effettiva attuazione al principio di universalità, estendendo la tutela sanitaria a tutti i cittadini<sup>2</sup>. Affinché questi principi possano trovare reale applicazione è necessario che siano garantite a tutti uguali condizioni di accesso alle cure.

I moderni sistemi sanitari tendono sempre più a seguire un approccio "demand driven", superando un'impostazione basata sulla cura della malattia quando questa si manifesta nel suo stato acuto e adottando invece un approccio focalizzato principalmente sulla prevenzione e sull'assistenza di base. Questi fattori rappresentano il fulcro dell'assistenza territoriale, il cui sviluppo è quindi determinante per garantire il perseguimento dei principi di universalità, equità e uguaglianza ai quali si ispira il Servizio Sanitario Nazionale. Sotto il profilo economico, una rete di assistenza territoriale adeguatamente sviluppata contribuisce inoltre a un uso più efficiente delle risorse (Rosano et al., 2012), con effetti positivi in termini di contenimento dei costi.

L'emergenza sanitaria conseguente al Covid-19, tuttavia, ha messo in luce come l'universalità delle cure non sempre sia realizzata, e come invece sussistano forti divari sia nell'accesso sia nella qualità delle prestazioni ricevute (Aimone et al., 2022), soprattutto in contesti socio-economici più disagiati. Ne è derivato un generale ripensamento dell'attuale sistema sanitario, che ha riportato al centro dell'attenzione principi e obiettivi già enunciati in passato ma che non avevano di fatto trovato attuazione, se non in modo incompleto e disomogeneo sul territorio.

L'obiettivo del presente lavoro, senza nessuna pretesa di esaustività, è quello di mettere in luce le principali caratteristiche e differenze esistenti in Italia nell'assistenza territoriale prima della pandemia, mostrandone anche l'evoluzione nel precedente decennio (2010-19). L'analisi considera e mette a confronto aspetti relativi non solo all'offerta, ma anche alla domanda alla quale essa deve rispondere. Trattandosi di fenomeni multidimensionali, al fine di rendere più agevole il confronto spazio-temporale, sono stati costruiti degli indicatori compositi; l'approccio adottato è quello proposto da Mazziotta e Pareto (2013).

Nel 2019, per la quasi totalità degli indicatori esaminati, emerge un ampio divario tra le regioni del Mezzogiorno e quelle del Centro Nord nelle condizioni di domanda di assistenza sanitaria territoriale. Le prime si caratterizzano per una situazione di svan-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Il lavoro riflette esclusivamente le opinioni degli autori, senza impegnare le responsabilità dell'Istituto di appartenenza. Si ringraziano Giorgio Ivaldi e Giovanna Messina per i suggerimenti forniti; tutti gli errori sono nostri.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Proprio a partire dagli anni '80 si è sempre più affermata una nuova concezione della salute, non più obiettivo da raggiungere ma "bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale ..." che vede nelle "persone stesse la maggiore risorsa" (Carta di Ottawa 1986).

taggio, soprattutto relativamente al contesto socio-economico e alle condizioni di accesso alle cure. Tale quadro è rimasto sostanzialmente invariato rispetto al 2010.

Anche dal lato dell'offerta si osservano modelli molto diversi tra le macro aree. L'eterogeneità, già presente nel 2010, si è mantenuta anche nel 2019, rimanendo più forte in alcuni ambiti, in particolare nell'attività di prevenzione, nella dotazione dei medici in convenzione e nell'assistenza residenziale. Tali divari si ampliano ulteriormente se si considera anche lo sviluppo di strumenti più innovativi, quali le Case della salute, la telemedicina e il fascicolo sanitario elettronico. La situazione, già molto variegata a livello di macro aree, evidenzia ulteriori differenze all'interno delle stesse, soprattutto dal lato dell'offerta nel Centro Nord.

L'analisi dei cambiamenti intercorsi tra il 2010 e il 2019 mostra come in tutte le aree vi siano stati dei miglioramenti sia dal lato della domanda che dell'offerta, ma con intensità diversa e non tale da colmare i divari iniziali, presentatisi in tutta la loro problematicità alle soglie dell'emergenza sanitaria.

Sul quadro così delineato si inserisce la riforma dell'assistenza territoriale, che rappresenta anche una delle linee di intervento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che dedica la Missione 6 alla Salute. L'obiettivo è quello di garantire a tutti i cittadini un accesso equo e capillare alle cure, potenziando la capacità di prevenzione e assistenza e rafforzando al contempo l'utilizzo di tecnologie innovative.

#### 2. L'evoluzione normativa dell'assistenza territoriale

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale, introdotto con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha di fatto dato attuazione al principio costituzionale sancito all'articolo 32 che cita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigent?". Molte delle norme che sono state introdotte successivamente si sono focalizzate soprattutto sull'assistenza ospedaliera, vista come lo strumento di più diretta tutela della salute dell'individuo, intesa come cura della malattia. Nonostante in parallelo vi fossero anche disposizioni che prevedevano un potenziamento dell'assistenza territoriale, tali norme erano spesso viste dal legislatore come uno strumento per compensare la minore offerta ospedaliera, nell'ottica di un contenimento dei costi; esse hanno spesso trovato scarsa applicazione e in modo molto difforme tra le regioni. In parte vi ha influito l'assenza di standard specifici di riferimento e di strumenti volti a garantirne il loro rispetto, presenti invece per l'assistenza ospedaliera.

A partire dai primi anni novanta l'organizzazione del SSN è stata oggetto di significative riforme (D. Lgs. 502/92 e D. Lgs. 229/99, per citare le principali), finalizzate a creare un maggiore decentramento e responsabilizzazione a livello regionale. In tale direzione è stata prevista l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) che sono diventate Aziende (ASL), ossia centro di produzione e di erogazione dei servizi sanitari, con obiettivi gestionali di efficienza separati da quelli pubblici di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Tali norme contenevano anche alcuni principi sull'organizzazione dell'offerta sanitaria che, al fine di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione,

prevedevano parallelamente il potenziamento della medicina del territorio, integrata con l'assistenza sociale.

Un'ulteriore importante riforma del SSN si è avuta con la modifica della Costituzione del 2001<sup>3</sup>, con la quale sono state ridisegnate le competenze tra Stato e Regioni in ambito sanitario. Allo Stato è attribuita competenza esclusiva in materia di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA)<sup>4</sup> e di costante monitoraggio e verifica della loro effettiva attuazione, pur nel rispetto dell'autonomia riconosciuta alle Regioni. A queste ultime sono state affidate le scelte organizzative del proprio sistema sanitario, con la possibilità quindi di adottare modelli differenziati tra le diverse regioni. Il coordinamento delle scelte sanitarie sul territorio nazionale viene garantito nell'ambito della Conferenza Stato Regioni, divenuta permanente a seguito della modifica Costituzionale, che ne ha definito anche le competenze. Tale Conferenza svolge un'attività prevalentemente consultiva e di concertazione nella definizione di Accordi e/o Intese, comprese quelle con cui vengono approvati i Patti per la salute.

I Patti per la salute sono divenuti di fatto lo strumento di programmazione in materia di salute e sanità a seguito del mancato aggiornamento nel tempo del Piano Sanitario Nazionale (PSN). Quest'ultimo ha avuto la sua origine nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, con la funzione di definirne gli indirizzi e gli obiettivi generali; previsti con una durata triennale, tale cadenza per il rinnovo è stata tuttavia raramente rispettata<sup>5</sup>. La stipula dei Patti per la salute è invece avvenuta in modo più regolare nel tempo. Entrambi gli strumenti contenevano già prima della pandemia obiettivi e principi in materia di assistenza territoriale, divenuti di particolare attualità proprio a seguito dell'emergenza sanitaria (cfr. il riquadro: *Il Piano sanitario nazionale del 2006 e l'assistenza territoriale*).

### IL PIANO SANITARIO NAZIONALE DEL 2006 E L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Il PSN del 2006 individuava come priorità del SSN le seguenti linee di intervento: 1) migliorare la promozione della salute e la prevenzione; 2) rimodulare le cure primarie; 3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel SSN; 4) potenziare i sistemi integrati di reti anche a livello inter istituzionale con il sociosanitario e tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie, etc.); 5) promuovere l'innovazione e la ricerca; 6) favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale; 7) attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.

Nell'ambito del primo obiettivo veniva sottolineata l'importanza della prevenzione, indicando come la promozione della salute dovesse realizzarsi in due ambiti,

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Legge Costituzionale n. 3/2001.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Si tratta delle prestazioni minime che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale e che toccano gli ambiti della prevenzione, dell'assistenza ospedaliera e di quelle territoriale. I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono stati definiti con il DPCM 21 novembre 2001.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Il PSN deve essere adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente; entro centocinquanta giorni dalla sua entrata in vigore, le Regioni sono tenute ad adottare o adeguare i propri Piani sanitari regionali, in coerenza con gli indirizzi fissati dal PSN. Dopo la legge istitutiva del SSN del 1978, il primo PSN è stato presentato nel 1994, mentre l'ultimo, presentato nel 2006, è scaduto nel 2008 e non è più stato rinnovato.

individuale e collettivo: il primo tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi (ad es. promuovendo l'adozione da parte dei cittadini di corretti stili di vita), il secondo riducendo i fattori di rischio per la salute negli ambienti di vita e di lavoro. Oggi è divenuto rilevante anche un ulteriore fattore di contesto, ossia la salubrità dell'ambiente, compromessa in particolare dall'inquinamento atmosferico.

Il PSN 2006 promuoveva inoltre la riorganizzazione delle cure primarie, con un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS) nel governo della domanda e dei percorsi sanitari e sperimentando nuovi modelli organizzativi che favorissero l'integrazione tra le professionalità sanitarie del territorio. Per raggiungere tale obiettivo veniva indicato un percorso di graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate e integrate di organizzazione, con il coinvolgimento anche dei medici di continuità assistenziale e degli specialisti ambulatoriali, al fine di consentire, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore su 24, 7 giorni la settimana. Questa articolazione delle cure primarie era indicata come lo strumento per garantire una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, un'efficace continuità assistenziale, la fornitura di attività specialistiche e in generale una più appropriata erogazione dei servizi, con l'attivazione di percorsi assistenziali mirati e una più funzionale integrazione socio-sanitaria. Questo modello organizzativo doveva inoltre garantire una riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso e all'assistenza ospedaliera.

Nelle aree non urbane, nelle zone montane, nelle isole minori, o comunque caratterizzate da popolazione sparsa, dove è inefficiente la predisposizione di sedi uniche, veniva indicata l'importanza di promuovere l'uso dell'informatica medica, del telesoccorso e della telemedicina, definendone standard qualitativi, quantitativi e di accreditamento. Era anche prevista un'integrazione del sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere tramite lo sviluppo, là dove ne ricorressero le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, di Ospedali di comunità, quali strutture dedicate "all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti".

Tra le Intese, particolarmente rilevante è stata quella del 2005, che ha introdotto vincoli e regole molto stringenti nel rispetto degli equilibri di bilancio. Nell'ottica di un contenimento dei costi, l'Intesa fissava l'obiettivo della razionalizzazione della rete ospedaliera, riducendo lo standard massimo di posti letto e adeguando nella stessa direzione le dotazioni organiche, e promuoveva il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno, insieme al potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero. In tale prospettiva, rafforzava il ruolo dell'assistenza territoriale, prevedendo programmi di assistenza domiciliare integrata, residenziale e semiresidenziale, insieme a modelli organizzativi innovativi per l'attività dei MMG e dei PLS in forma aggregata, che assicurassero la continuità assistenziale e la multidisciplinarità.

Gli stessi principi sono stati ripresi anche dalle successive Intese e relativi Patti della salute (in particolare quello del 2006, relativo al triennio 2007-09, e quello del 2009 per il triennio 2010-12), che hanno previsto un'ulteriore riduzione dei posti letto

ospedalieri, focalizzandosi sull'appropriatezza delle prestazioni in un'ottica soprattutto di contenimento dei costi. La legge Finanziaria 2007 (L. 296/06) e il successivo Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007, hanno destinato risorse ai progetti sperimentali delle Case della salute (molto simili all'attuale previsione delle Case di Comunità contenuta nel PNRR), strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni socio-sanitarie integrate<sup>6</sup>. Inoltre, era previsto che all'interno delle Case della salute fosse gestito il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e trovassero implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza, attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica in grado di consentire il collegamento in tempo reale con l'ospedale di riferimento per la diagnostica di secondo livello.

Ma è solo nel Patto per la Salute del 2014 (relativo al triennio 2014-16) che per la prima volta ha trovato spazio un intero articolo espressamente dedicato all'assistenza territoriale che, pur nel rispetto dell'autonomia decisionale e organizzativa delle Regioni, ne promuoveva lo sviluppo secondo un modello multi professionale e interdisciplinare. A tal fine prevedeva l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata nonché del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Nello stesso Patto si introduceva il concetto di Farmacia dei servizi e venivano definiti nuovi standard organizzativi del Distretto, anche al fine di ridurre gli accessi ospedalieri impropri. Sempre con l'obiettivo di promuovere percorsi di deospedalizzazione, veniva sottolineata l'importanza di favorire lo sviluppo degli Ospedali di comunità (OdC)<sup>7</sup>.

Tra gli indicatori previsti dai LEA, pur a fronte di un loro lento e tardivo adeguamento<sup>8</sup>, ha trovato sempre maggiore spazio anche l'assistenza territoriale. A partire dal 1° gennaio 2020 è inoltre entrato in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG; DM 12 marzo 2019), che non solo ha aggiornato i precedenti indicatori, ma ha rappresentato un cambiamento significativo nel monitoraggio degli stessi, al fine di rafforzare il rispetto di principi di equità, efficacia e appropriatezza nell'erogazione delle cure. In particolare, il NSG attribuisce maggior peso a parametri volti a misurare la dimensione e qualità dell'assistenza territoriale e introduce per la prima volta indicatori di contesto e di equità sociale per la stima del bisogno sanitario.

La recente crisi pandemica ha riportato al centro dell'attenzione l'importanza di disporre di un sistema sviluppato e capillare di assistenza territoriale, evidenziando alcuni aspetti critici della situazione esistente, nonostante le basi per il suo rafforzamento

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> All'interno della struttura dovevano trovare collocazione gli studi dei Medici di medicina generale e doveva essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale. Costituivano parte integrante della Casa della salute gli ambulatori della specialistica ambulatoriale e doveva essere adeguatamente rappresentato il personale sanitario, in particolare nelle aree della riabilitazione e della prevenzione.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Gli Ospedali di comunità sono stati disciplinati anche nello schema di regolamento, poi divenuto Decreto Ministeriale 70/2015 ("Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"). Tuttavia, l'Intesa per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OdC pubblici o privati è stata sancita solo a gennaio 2020.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Il DPCM del 2001, che ha introdotto nel nostro ordinamento i LEA, è stato modificato solo a più di 15 anni di distanza (DPCM 12 gennaio 2017), nonostante la previsione iniziale di un suo costante e continuo adeguamento nel tempo.

fossero già presenti nel nostro sistema sanitario, almeno a livello normativo come sopra descritto. Tali principi e obiettivi sono stati ripresi dal PNRR.

## 3. L'inappropriatezza di una risposta ospedaliera

L'evoluzione normativa appena delineata ha ridisegnato le modalità organizzative con le quali erogare le prestazioni sanitarie, in direzione di un potenziamento dell'assistenza territoriale e riservando i ricoveri ospedalieri ai soli casi acuti. Questo assetto appare maggiormente rispondente ai nuovi bisogni di salute indotti dall'evoluzione del contesto demografico, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal conseguente aumento dell'incidenza delle condizioni di cronicità, in particolare di quelle cardiovascolari, neuropsichiatriche e tumorali, e alla riduzione della diffusione delle patologie infettive.

La piena attuazione del nuovo assetto organizzativo è stata monitorata anche guardando al ricorso inappropriato ai ricoveri ospedalieri, ossia a quelle prestazioni per le quali esiste, in rapporto alla severità della patologia e al regime del trattamento, una modalità di erogazione alternativa nell'ambito dell'assistenza territoriale, altrettanto efficace dal punto di vista clinico, ma con un minore impiego di risorse. Ricadono in questa classe di prestazioni i ricoveri ospedalieri in regime ordinario per interventi a bassa complessità assistenziale su pazienti in buone condizioni cliniche e ridotto rischio di complicanze che sarebbe più appropriato trattare con modalità meno intensive di assistenza (ospedalizzazione domiciliare, ADI, RSA, OdC). Da alcuni decenni il ricorso inappropriato ai ricoveri ospedalieri è un indicatore di inefficienza dell'assistenza territoriale, all'attenzione dei responsabili della programmazione sanitaria. Già nella prima formulazione dei LEA, il DPCM del 29 novembre 2001 riportava un elenco di interventi ospedalieri potenzialmente inappropriati per i quali occorreva individuare modalità più idonee di erogazione. Una parte di questi<sup>9</sup> è stata poi inclusa tra gli indicatori oggetto di monitoraggio annuale dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA<sup>10</sup> e inserita quale target di riferimento nei programmi operativi delle Regioni in Piano di rientro. Dal 1° gennaio 2020 il NSG ha esteso il numero di indicatori di appropriatezza clinica e organizzativa monitorati per la valutazione dell'efficienza dell'assistenza distrettuale<sup>11</sup>, includendo ulteriori trattamenti per patologie meglio gestibili in tale ambito.

L'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri riconducibile a carenze di offerta di servizi socio-sanitari territoriali ha rappresentato storicamente uno dei principali problemi del servizio sanitario italiano. Nel 2010, agli inizi della raccolta sistematica di

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Vi rientrano: l'ospedalizzazione in ricovero ordinario per asma pediatrica, le complicanze del diabete, lo scompenso cardiaco, le infezioni delle vie urinarie, la polmonite batterica nell'anziano e la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Per le RSO e la Sicilia l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri è una delle dimensioni sulle quali è misurato l'adempimento dell'offerta dei LEA e condizione necessaria per l'erogazione delle quote di finanziamento premiali.

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Sono stati inclusi i ricoveri ripetuti successivi a episodi di infarto al miocardico acuto e di ictus ischemico, il tasso di accesso in pronto soccorso con codice bianco/verde, le ospedalizzazioni in psichiatria.

statistiche sui ricoveri inappropriati, quasi 300 mila dimissioni da ricovero ordinario hanno riguardato pazienti adulti con diagnosi di insufficienza cardiaca, asma, malattie polmonari croniche o complicanze da diabete<sup>12</sup>. Nel dettaglio territoriale, il tasso di ospedalizzazione per tali patologie era particolarmente alto nelle regioni nel Mezzogiorno, ma valori elevati si riscontravano anche in alcune regioni del Centro-Nord (Friuli-Venezia Giulia e Umbria). Valori nel confronto contenuti erano invece registrati in Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Lazio e nella Provincia Autonoma di Trento. Anche i ricoveri per patologie correlate all'alcool, indicatore di una possibile carenza nell'attività di prevenzione e di educazione verso corretti stili di vita, erano diffusi, in particolare nel Nord Est del Paese (tav. 1).

Nel corso dell'ultimo decennio l'inappropriatezza ospedaliera, per le medesime patologie, risulta sensibilmente migliorata. Nel 2019 i ricoveri di pazienti adulti per insufficienza cardiaca, asma, malattie polmonari croniche o diabete si sono dimezzati, con progressi più marcati nelle regioni sottoposte a Piano di rientro. Anche l'ospedalizzazione per patologie legate all'uso di alcool si è sensibilmente ridotta.

Negli anni più recenti l'ampliamento dei parametri monitorati consente di misurare il ricorso alle cure in pronto soccorso con riferimento ai soli casi a minore complessità clinica, più legati a inappropriatezza delle cure per carenze dei servizi della medicina territoriale. In base a nostre stime, il ricorso al pronto soccorso per tali casi presenta una correlazione negativa con la disponibilità di servizi territoriali di base, misurati sia dal numero di MMG per gli accessi diurni, sia dal personale di continuità assistenziale nel caso di accessi in orario notturno<sup>13</sup>.

Il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, osservabile nel decennio scorso, riflette solo in parte il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, come sarà meglio dettagliato nei successivi paragrafi. Parte della riduzione dell'inappropriatezza, riconducibile in particolare alle regioni in Piano di rientro, si associa a un parallelo contenimento dei ricoveri ospedalieri, dettato soprattutto dall'esigenza di riduzione dei costi, ma non adeguatamente supportato da un contemporaneo sviluppo dell'assistenza distrettuale.

#### 4. La domanda di assistenza territoriale

Il successo dell'assistenza territoriale in termini di efficienza, tempestività ed efficacia dipende da fattori sia di domanda, legati alle caratteristiche degli assistiti, sia di offerta, relativi all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

La domanda può avere un'espressa manifestazione, derivante da bisogni diversi: nei casi più gravi si riferisce a bisogni non rinviabili in quanto indispensabili per la

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Tali patologie rappresentavano circa un sesto del totale dei ricoveri definiti come inappropriati e per quasi la metà si riferivano a pazienti anziani.

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> I tassi regionali di accesso al pronto soccorso con codice bianco e verde nei giorni feriali presentano un coefficiente di correlazione, in base a nostre stime, di -0,38 con il numero di MMG localmente disponibili (in rapporto alla popolazione residente). Analogamente, gli accessi sempre con codice bianco e verde in orario notturno e nei giorni festivi e prefestivi sono in correlazione inversa (-0,56) con le unità di personale di continuita assistenziale (in rapporto alla popolazione).

sopravvivenza; in altri può essere dettata dalla necessità di stare bene e può essere considerata un investimento (ad es. la prevenzione o la presa in carico territoriale delle cronicità, che mirano a prevenire l'insorgere di bisogni di cure o il loro aggravio).

La misurazione della domanda è di difficile realizzazione. Non esistono infatti banche dati pubbliche in grado di tracciare l'esito delle richieste di assistenza e le eventuali rinunce, a cui si aggiunge il ricorso a prestazioni private non monitorate. In altri casi la domanda può rimanere inespressa, ovvero non tradursi in una reale prestazione, per la presenza spesso di difficoltà di accesso alle cure (barriere socio-culturali e strutturali dei sistemi sanitari ma anche fisiche e geografiche), che possono riflettersi in scoraggiamento e rinuncia alle stesse, rendendo ancora più complessa la misurazione della reale domanda di prestazioni sanitarie.

Esiste quindi una differenza tra il bisogno e la domanda effettiva di salute, che assume dimensioni diverse tra i vari gruppi di popolazione. Vi influiscono fattori di natura socio economica e culturale: disuguaglianze in tali ambiti possono determinare disuguaglianze nell'accesso alle cure. La percentuale di bisogni non soddisfatti si presenta in Italia più contenuta rispetto ad altri paesi europei e generalmente si associa a fasce di popolazione a basso reddito, oppure residenti in territori dove per caratteristiche orografiche o qualità delle infrastrutture i pazienti incontrano maggiori difficoltà ad accedere ai servizi (in particolare Sicilia, Calabria e Sardegna, cfr. Bucci et al. 2021). I dati Istat<sup>14</sup> relativi alla percentuale di popolazione che rinuncia alle cure ne indicano una contrazione nel periodo pre-pandemico. Tale flessione, sebbene registrata in tutte le regioni, non ha però consentito di colmare i significativi divari territoriali preesistenti. In particolare, nel 2019, le percentuali di rinuncia erano pari a 5,1 e a 7,5 per cento, rispettivamente, nella media del Nord e del Mezzogiorno, con regioni come la Sardegna e la Calabria in cui tale quota raggiungeva il 10 per cento. Nel 2021 la percentuale di persone che hanno rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici è invece cresciuta all'11,0 per cento, un peggioramento indotto anche dalla diffusione del Covid-19.

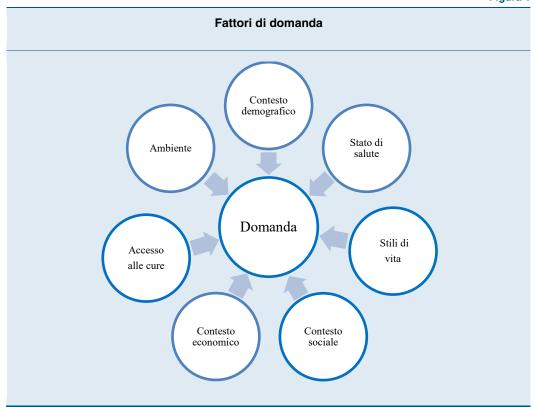
L'impossibilità di una quantificazione della reale domanda di assistenza sanitaria è risolta con l'utilizzo di proxy, ovvero dei fattori che la determinano (fig. 1). Tra questi, il contesto demografico, ambientale, socio economico e lo stile di vita condotto, entrambi strettamente collegati alla situazione lavorativa dell'individuo (Lallo et al., 2018 Hense-ke, 2018, Cannari e D'Alessio, 2016), e lo stato di salute e la mortalità, connessi all'offerta di assistenza primaria (Zarulli et al., 2021; Hao et al., 2020; Dirindin, 2021). Tali fattori risultano ampiamente condivisi in letteratura (Schulz 2005; McGovern et altri 2014; Grossman, 2017, Fattore, 2011; Wang et al. 2019).

La misurazione di queste dimensioni è importante per vari motivi: consente di rilevare eventuali differenze sul territorio nelle caratteristiche della domanda, che possono richiedere risposte diverse dal lato dell'offerta; aiuta a seguire i cambiamenti nel tempo della domanda consentendo di adattarne la risposta in termini di servizi; per-

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Rapporto sul Benessere equo e sostenibile (BES), 2022.

mette di valutare l'adeguatezza e la coerenza dell'offerta alle caratteristiche della domanda. Prendendo spunto dalla letteratura esistente e sulla base dei dati disponibili<sup>15</sup>, sono stati individuati alcuni fattori in grado di fornire una rappresentazione della domanda di assistenza sanitaria territoriale (tavv. 2 e 3).

Figura 1



Il contesto demografico. – Il bisogno di cura e la domanda di assistenza sanitaria sono influenzati principalmente dall'età della popolazione: alle classi di età più avanzata e a quelle in età pediatrica è di norma associato un bisogno di cure più elevato. Le variabili individuate per la misurazione delle caratteristiche demografiche sono: la percentuale di popolazione con età uguale o superiore a 65 anni sulla popolazione totale; l'incidenza della popolazione anziana sulla popolazione attiva (indice di dipendenza degli anziani); l'incidenza della popolazione in età non attiva sul totale della popolazione attiva (indice di dipendenza strutturale). Questi indicatori catturano non solo l'aspetto relativo alla cura e all'assistenza, ma anche quello economico. I dati mostrano un progressivo invecchiamento della popolazione italiana, riscontrabile in tutte le macro aree. Complessivamente tra il 2010 e il 2019 la quota di popolazione con età uguale o superiore a 65 anni passa dal 20 al 23 per cento. Il Centro Nord, in entrambi gli anni, si caratterizza per una percentuale di anziani sopra la media. Una dinamica simile si osserva per l'indice di dipendenza generale e degli anziani.

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Le variabili individuali sono state estrapolate da fonti istituzionali come Istat (Health for all, Indagine multiscopo, Indicatori di benessere equo-sostenibile BES) e Osservatorio Passi. Per maggiori dettagli sulle variabili e le relative fonti si rinvia all'Appendice statistica.

Gli stili di vita. – Anche i comportamenti individuali posso influenzare lo stato di salute e quindi i bisogni di cure; il perseguimento di corretti stili di vita è tra i principali obiettivi dell'attività di prevenzione. Seguendo l'approccio dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), per la misurazione di un corretto stile di vita si è presa a riferimento la percentuale di persone che consumano alcol, di adulti obesi, di fumatori e di persone che non svolgono alcuna attività fisica. A livello nazionale nel periodo 2010-2019 si è osservata una riduzione della percentuale sia di fumatori (dal 23 al 19 per cento) sia di persone inattive (dal 38 al 36 per cento), mentre è risultata stazionaria l'incidenza sia di popolazione obesa (11 per cento) sia dei consumatori di alcol (17 per cento). Questi indicatori presentano delle differenze sul territorio: in particolare il Mezzogiorno si caratterizza per un minor peso di consumatori di alcool a rischio e una maggiore percentuale di persone inattive, mentre nel Centro Nord è più elevata l'incidenza di consumatori di alcool a rischio.

Lo stato di salute. – Lo stato di salute è strettamente collegato alla diffusione di malattie e di situazioni di cronicità e morbilità. In questo lavoro gli indicatori adottati sono relativi alla quota di persone che presentano almeno due malattie croniche (che includono malattie cardiocircolatorie, respiratorie, diabete, etc.) e gravi limitazioni funzionali. Per entrambi gli indicatori si osserva, nel periodo 2010-2019, una riduzione a livello nazionale (in particolare il tasso di cronicità si riduce da 18,6 a 18,0 per 100 abitanti); il loro miglioramento è riscontrabile in tutte le macro aree.

L'ambiente. – Un ulteriore importante fattore che contribuisce a determinare la domanda di salute è la salubrità dell'ambiente, minata in particolare dall'inquinamento atmosferico. L'esposizione a fattori inquinanti ha effetti acuti e cronici sulla salute umana, e incide inoltre sulla mortalità prematura riducendo l'aspettativa di vita, come documentato da vari studi<sup>16</sup>. L'inquinamento atmosferico rappresenta però solo una parte, seppure rilevante, dell'inquinamento totale; quest'ultimo è infatti determinato anche da quello del suolo e delle acque. Al fine di rappresentare in modo più ampio e completo i vari fattori che influiscono sull'inquinamento, oltre alla presenza di PM<sub>2.5</sub>, sono state analizzate anche la dispersione della rete idrica, la percentuale di raccolta differenziata e il grado di soddisfazione espresso dai cittadini per la situazione ambientale. Tali fattori incidono in modo differente sulla domanda di salute. In particolare, valori più elevati di questi ultimi due indicatori si associano a una situazione ambientale migliore e conseguentemente a una più favorevole condizione di salute e a una minore domanda di cure. Viceversa, valori più alti di PM<sub>2,5</sub> e di dispersione della rete idrica contribuiscono a peggiorare il contesto ambientale, conducendo a potenziali maggiori bisogni di assistenza sanitaria. Il territorio italiano mostra alcune differenze tra le macro aree: le regioni del Nord si caratterizzano per una più alta concentrazione di PM<sub>2,5</sub> ma anche per un'elevata percentuale di raccolta differenziata e contenuta dispersione idrica. Quest'ultima si presenta maggiore nelle regioni del Centro e del Mezzogiorno, assieme a una minore percentuale di raccolta differenziata e un più basso grado di soddisfazione per l'ambiente da parte dei residenti.

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Si veda: Pope III and Dockery (2006), Kampa and Castanas (2008), Schlenker and Walker (2016), Birnbaum et al. (2020) Manisalidis et al. (2020); Levasseur (2022).

Il contesto economico e sociale. – La programmazione dell'offerta di assistenza sanitaria nel nostro SSN non può non tener conto del contesto economico e sociale regionale. Infatti il livello di reddito, insieme a quello di istruzione, influenza non solo la domanda di salute, ma anche la capacità di rilevare i bisogni di cura. Le variabili utilizzate per misurare il contesto economico sono: il reddito disponibile medio pro capite, l'indice di povertà e l'indice di grave deprivazione materiale. Il contesto sociale è stato invece misurato in base al grado di istruzione (percentuale di popolazione con al più la licenza media o fuoriuscita precoce dal sistema scolastico) e alla dimensione dei nuclei familiari (percentuale di famiglie con almeno 5 componenti). Nel periodo 2010-2019 a livello nazionale si è osservato un miglioramento degli indicatori del livello di istruzione (una riduzione della popolazione con al più la licenza media inferiore, dal 55 al 49 per cento e un calo del tasso di abbandono precoce del sistema di istruzione dal 19 al 14 per cento); il reddito medio, in termini reali, è rimasto sostanzialmente invariato, mentre è aumentato l'indice di povertà (dall'11 al 14 per cento). La dinamica descritta è osservabile in tutte le macro aree, anche se con intensità diverse.

L'accesso alle cure. – La domanda di assistenza sanitaria territoriale si completa con un'ulteriore dimensione rappresentata dalla domanda potenziale, ovvero quella inespressa. Tale dimensione della domanda è il risultato non solo dell'incapacità di esprimere i bisogni di cura ma anche della rinuncia alle cure per motivazioni economiche, logistiche o per tempi di attesa troppo lunghi. Si tratta di aspetti difficili da misurare, in particolare a livello regionale. In questo lavoro, sfruttando le informazioni raccolte dall'Indagine multiscopo sulle famiglie dell'Istat relative alla percentuale di soggetti che hanno rinunciato alle cure e alla difficoltà di accesso al pronto soccorso e alle farmacie, è stata costruita una proxy della domanda inespressa come effetto della difficoltà di accesso alle cure.

### 5. L'offerta di assistenza sanitaria territoriale

L'assenza di standard omogenei per l'assistenza territoriale ha fatto sì che si siano sviluppati modelli regionali molto differenti fra loro. Utilizzando dati provenienti da diverse fonti istituzionali sono state selezionate le principali variabili dell'offerta di servizi sanitari territoriali, rappresentandole, come per la domanda, mediante indicatori compositi e ottenendo un quadro della situazione delle diverse aree del paese prima della crisi pandemica.

Il livello istituzionale che controlla direttamente l'erogazione dei servizi di assistenza territoriale e di salute pubblica all'interno delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) è il Distretto sanitario. Previsto già nella legge istitutiva del SSN, ha poi acquisito, a partire dagli anni novanta, sempre maggior rilevanza quale fulcro della rete dei servizi territoriali, riuniti nel PSN del 1998 in un unico Livello essenziale di assistenza, deno-

minato "Lea distrettuale". Al Distretto è attribuito il ruolo di garantire l'assistenza primaria 17 e l'integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali degli enti locali. La potestà regionale in materia di organizzazione del sistema sanitario ha fatto sì che vi siano, anche per i Distretti sanitari, diverse declinazioni, sia in termini di struttura organizzativa degli stessi sia di ampiezza della popolazione di riferimento. Il D. Lgs. n. 229/1999 prevedeva che i Distretti avessero un bacino di utenza minimo di almeno 60.000 residenti, salvo eccezioni per zone meno densamente popolate. Nel 2001 nella maggior parte delle regioni il bacino di utenza medio di un singolo distretto era inferiore allo standard indicato, mentre in altre superava i 100.000 abitanti (Lazio, Emilia-Romagna, Sardegna e Liguria). Il numero dei Distretti è progressivamente diminuito, passando dagli 875 totali nel 2001 ai 722 del 2010 e infine ai 571 del 2019 (tav. 4), con una popolazione servita sempre più ampia (da 65.000 a oltre 104.000 abitanti in media per distretto tra il 2001 e il 2019) e con un'eterogeneità territoriale elevata (nel 2019 il bacino di utenza medio era pari a 76.500 nel Mezzogiorno, a fronte di 152.300 nel Nord Ovest), in parte legata all'orografia del territorio.





Prevenzione. – Tra le prestazioni offerte dai distretti sanitari rientrano quelle relative alla prevenzione. Questa può riguardare diversi trattamenti sanitari, alcuni dei quali lasciati alla scelta individuale dei privati, altri imposti per legge (ad esempio i vaccini

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Intesa come *Primary Health Care*, ossia l'insieme delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione e al trattamento delle patologie di minore gravità e delle cronicità che non necessitano di prestazioni specialistiche complesse a livello clinico e tecnologico.

per i bambini tra 0 e i 2 anni) o considerati dal sistema sanitario prioritari per la salute della popolazione (screening oncologici). In questo lavoro ci soffermiamo su queste ultime due tipologie di prevenzione: le vaccinazioni e gli screening oncologici, la cui rilevanza emerge anche dal loro monitoraggio nell'ambito nell'area prevenzione del NSG. Le principali vaccinazioni (polio, anti-meningococcica, HPV) sono state nel tempo rese obbligatorie nei primi anni di vita, perseguendo il target di copertura di almeno il 95 per cento della popolazione, per garantire la cosiddetta immunità di gregge e tutelare coloro che non possono farvi ricorso. Ai fini della costruzione dell'indicatore si sono scelte vaccinazioni sia pediatriche sia rivolte agli anziani, in considerazione del fatto che queste fasce di età (fino a 2 anni e oltre 64) sono quelle che manifestano una maggiore domanda di cure. In particolare, si è osservata la percentuale di copertura vaccinale anti-polio e anti-meningococcica nella popolazione in età pediatrica e la copertura antinfluenzale negli anziani. La vaccinazione anti-polio presenta una copertura media in Italia superiore al target del 95 per cento e sostanzialmente uniforme sul territorio (tav. 5); la percentuale si è però ridotta lievemente nel 2019 rispetto al 2013 (primo anno di disponibilità dei dati). La vaccinazione anti-meningococcica ha raggiunto nel 2019 il 79,4 per cento di copertura, mostrando alcune eterogeneità territoriali (dal 91 per cento circa al Nord al 63 nel Mezzogiorno). Infine, nel 2019 la percentuale di copertura della vaccinazione antinfluenzale per gli anziani oltre i 64 anni è stata pari in media al 53 per cento, con punte minime del 47 per cento nel Nord Ovest, denotando complessivamente una netta riduzione rispetto al 2010 (65 per cento).

Gli screening oncologici rappresentano uno strumento importante per una diagnosi precoce dei tumori. Il SSN prevede tre programmi di screening per la prevenzione dei tumori, di cui due rivolti alle donne (collo dell'utero e seno) e il terzo a tutta la popolazione (colon-retto). I programmi di screening pubblici sono generalmente rivolti a specifiche fasce di età della popolazione (target). I dati regionali rilevano, per tutti i tre screening considerati, una percentuale di copertura pubblica che nelle regioni del Mezzogiorno rimane ancora inferiore alla media italiana, nonostante l'adesione della popolazione target a tali screening sia cresciuta negli ultimi anni in misura più intensa rispetto al resto del Paese. Parte dei divari territoriali osservati nell'adesione ai programmi pubblici è compensata dal ricorso a controlli di prevenzione effettuati al di fuori di essi. Questo fenomeno nel 2019 era assai diffuso nel Mezzogiorno, dove l'incidenza degli screening d'iniziativa privata era superiore al resto del Paese, evidenziando quindi come la minore copertura tramite programmi pubblici non sia tanto legata a fattori di domanda quanto piuttosto a carenze nell'offerta.

Consultori. – I consultori familiari sono servizi socio sanitari integrati di base a tutela della salute della donna, degli adolescenti e della famiglia, basati sull'approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà e l'integrazione con gli altri servizi socio-sanitari. Vi lavorano in équipe professionisti in medicina (ginecologi, pediatri, infermieri, ostetrici), psicologia, pedagogia e assistenza sociale. Istituiti con la legge 495 del 29 luglio 1975, sono poi stati realizzati sul territorio con tempi e modalità diversi, tramite l'approvazione di singole leggi regionali. Dagli anni Novanta si sono susseguite linee di indirizzo per la riqualificazione e il potenziamento di queste strutture territoriali,

come ad esempio il Progetto obiettivo materno infantile – POMI (DM 24 aprile 2000), i nuovi LEA del 2017, e i Piani Nazionali "Fertilità" e "Infanzia e adolescenza" <sup>18</sup>.

Il riconoscimento del ruolo dei consultori all'interno del SSN è stato confermato anche dai risultati di un'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha evidenziato come la capacità di attrazione dei servizi consultoriali, misurata come numero di utenti ogni 100 residenti nel bacino di competenza, tenda a essere più elevata dove la numerosità dei consultori si avvicina a quella stabilita per legge e dove maggiore è il numero di figure professionali presenti, con un conseguente ampliamento dell'offerta di assistenza (Lega, 2019). Negli anni recenti si è assistito a una progressiva riduzione delle sedi e del personale dedicato. Il numero di consultori (pubblici e privati) per 100.000 abitanti è passato, nella media nazionale, da 4,3 nel 2010 a 3,8 nel 2019 (tav. 4), a fronte di una previsione normativa di 5 (la legge n. 34/96, richiamata nel POMI e nei nuovi LEA, prevedeva un consultorio ogni 20.000 abitanti in media, con diversi target per zone rurali o metropolitane). Le differenze tra macro aree, già presenti nei decenni precedenti, sono rimaste elevate e risultano ancora più accentuate tra le singole regioni.

Medici in convenzione. – Al fine di soddisfare i diversi bisogni di cure primarie i Distretti sanitari si avvalgono di una molteplicità di figure professionali, quali i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali, i medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale, insieme ad altre figure specialistiche. Si tratta di liberi professionisti, il cui rapporto di lavoro è basato su accordi nazionali collettivi (ACN), stipulati tra la Conferenza Stato-Regioni e la Società Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), l'associazione dei professionisti del settore sanitario convenzionati con il SSN. Gli ACN in vigore sono tre: uno per la Medicina generale (che comprende l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, la medicina dei servizi territoriali e l'emergenza sanitaria territoriale), uno per la Pediatria e uno per la Medicina Specialistica (esercitata dagli specialisti ambulatoriali interni al distretto e dalle altre professionalità sanitarie ambulatoriali).

I MMG che si occupano di assistenza primaria erano circa 42.000 nel 2019, e i PLS (che assistono i bambini fino all'età di sei anni e, facoltativamente, fino all'età di 14 anni) quasi 7.400 (tav. 6). MMG e PLS rappresentano il primo punto di accesso sul territorio al sistema sanitario: entrambe le figure professionali svolgono attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti dei propri assistiti e ne gestiscono le patologie che non richiedono ospedalizzazione. I medici di base sono retribuiti sulla base di una tariffa a quota capitaria sul numero di pazienti assistiti (fino a un massimo di 1.500 per i MMG e di 800 per i PLS, elevata ad 880 nel 2022), oltre a una componente variabile legata all'effettuazione di specifici programmi di attività (es. sviluppo della medicina d'iniziativa e presa in carico di pazienti con patologie croniche specifiche) e una quota legata a ulteriori servizi, attività o prestazioni (definita a livello nazionale ma negoziata a livello regionale), comprese le indennità per l'esercizio della professione in forme associative. Gli altri medici afferenti all'ACN di Medicina Generale

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> L'originalità dei servizi consultoriali (multidisciplinarietà e visione di genere) era riconosciuta come un patrimonio unico da rafforzare, con un particolare accento sull'offerta "attiva" di promozione della salute, che pone la persona al centro e promuove l'espressione di competenze e di consapevolezza per aumentare la capacità di controllo sul proprio stato di salute, in un modello di welfare fondato sulla partecipazione e sull'empowerment (Grandolfo, 2010).

(oltre 22.000) si occupano di continuità assistenziale<sup>19</sup> (prestazioni assistenziali territoriali non differibili al di fuori degli orari regolari dei medici di base), di emergenza sanitaria territoriale (attività presso centrali operative dei dipartimenti di emergenza e urgenza, trasferimenti urgenti in autoambulanze, interventi di soccorso avanzato esterni all'ospedale, maxi emergenze), e di medicina dei servizi territoriali (servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale). I medici specialisti e gli altri professionisti ambulatoriali (circa 16.500, escludendo i veterinari) assicurano invece l'assistenza specialistica in favore dei cittadini e collaborano alle attività di farmacovigilanza pubblica. Offrono anche attività specialistiche di supporto e di consulenza, compreso il teleconsulto e la telemedicina, assicurando l'interazione con il MMG e il PLS, e con gli specialisti in altre discipline.

Per la costruzione dell'indicatore relativo ai medici in convenzione, in rapporto alla rispettiva popolazione di riferimento, si è fatto ricorso ai dati SISAC, che consentono di disporre di informazioni relative al numero non solo di MMG e PLS, ma anche degli specialisti<sup>20</sup> e degli altri medici di medicina generale in convenzione. Nel 2019 il numero di medici di medicina generale (ogni 10.000 adulti) che fornivano assistenza primaria, in calo in tutte le macro aree rispetto al 2010, era superiore alla media nel Centro e, soprattutto, nel Mezzogiorno (con un valore di oltre 9,5 in Basilicata, Sicilia e Abruzzo; per maggiori dettagli cfr. il riquadro Vent'anni di cambiamento nell'assistenza di base). Anche il numero di PLS in rapporto alla popolazione pediatrica era più elevato nel complesso delle regioni del Centro-Sud, mentre la dotazione degli altri medici di medicina generale era superiore alla media italiana solo nel Mezzogiorno (6,0 medici ogni 10.000 abitanti a fronte di una media di 3,7), soprattutto per una maggior presenza di medici di continuità assistenziale. Con riferimento agli specialisti, sebbene la loro dotazione in rapporto alla popolazione sia rimasta sostanzialmente stabile nel tempo, a livello territoriale si osserva una situazione variegata, con Campania e Liguria con il tasso più elevato (superiore a 4,5 ogni 10.000 abitanti) e Provincia Autonoma di Bolzano, Lombardia e Friuli Venezia Giulia con quello più basso (inferiore a 1,5).

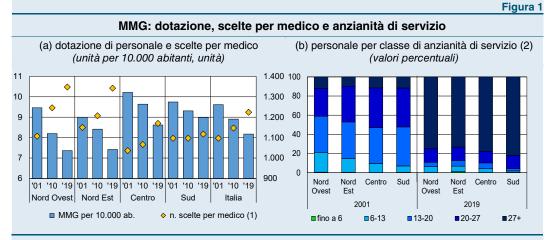
#### VENT'ANNI DI CAMBIAMENTI NELL'ASSISTENZA DI BASE

In base ai dati dell'Annuario statistico del Ministero della Salute, tra il 2001¹ e il 2019 il numero di MMG è diminuito di quasi il 10 per cento, con un'accelerazione di tale dinamica nella seconda metà del periodo considerato. In rapporto alla popolazione residente, si è passati da 9,6 a 8,2 medici per 10.000 abitanti, con una contrazione più intensa nelle regioni del Nord, nelle quali la dotazione di MMG era già inferiore alla media italiana nei primi anni 2000, e in quelle del Centro, che però partivano da una situazione iniziale più favorevole (10,2 medici per 10.000 abitanti a inizio periodo, fig. 1.a). Parallelamente, è cresciuto il numero di assistiti: nella media nazionale, si è passati da 1.097 nel 2001 a 1.224 nel 2019. Anche in questo caso, la dinamica è stata più intensa nel Nord del Paese, con un aumento del numero dei pazienti per MMG pari al 20 per cento, mentre nel Mezzogiorno l'incremento è stato molto contenuto (2 per cento).

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Nell'ACN 2022 il settore della continuità assistenziale è confluito, insieme all'assistenza primaria, nel "ruolo unico di assistenza primaria". È stato inoltre istituito il nuovo settore dell'assistenza negli istituti penitenziari.

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Nelle elaborazioni sono stati esclusi i veterinari.

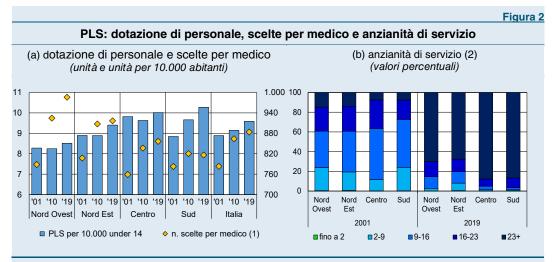
Nel 2019, oltre un terzo dei MMG italiani curava più di 1.500 pazienti (era il 16 per cento nel 2001), un carico oltre la soglia massima stabilita dall'ACN: si trova in questa situazione quasi la metà dei medici del Nord Italia, oltre un quinto di quelli del Mezzogiorno. Nel periodo considerato l'organico dei MMG ha subìto un marcato incremento dell'età media: nel 2001 solo l'11 per cento aveva un'anzianità di servizio superiore a 27 anni², mentre nel 2019 tale percentuale è salita al 78 per cento (fig. 1.b; tav. 7). Nel confronto territoriale, l'età media del personale è più elevata nelle regioni del Mezzogiorno.



Fonte: Ministero della Salute, Annuario statistico.
(1) Scala di destra. – (2) L'anzianità di servizio è intesa come il numero di anni passati dal conseguimento della laurea.

Pediatri di libera scelta. – Tra il 2001 e il 2019 il numero di PLS è leggermente aumentato nella media nazionale (2,9 per cento), pur con differenti dinamiche sia temporali sia territoriali. L'andamento positivo è infatti concentrato nella prima metà del periodo in esame, quando anche la popolazione pediatrica è cresciuta, mentre negli anni successivi il numero di PLS è diminuito, così come la popolazione di riferimento. Nel Mezzogiorno, dove il calo dei residenti fino a 14 anni è stato più intenso ed è iniziato già nei primi anni duemila, il numero di PLS si è ridotto in tutto il periodo (-10 per cento tra il 2001 e il 2019). Anche in quest'area comunque, così come nel resto del Paese, si è rafforzata la dotazione di PLS in rapporto alla popolazione pediatrica (fig. 2.a), per effetto del calo più intenso di quest'ultima rispetto alla contrazione dei medici.

Tra il 2001 e il 2019, il numero medio di pazienti assistiti da un singolo pediatra è aumentato del 13 per cento a livello italiano (25 per cento nel Nord Ovest, 4 nel Sud), con una quota di medici con oltre 800 pazienti (soglia stabilita dall'ACN dei PLS, con possibilità di deroga fino a 880 assistiti) passata dal 59 al 72 per cento. Tale dinamica, apparentemente in controtendenza rispetto alla crescita del numero di medici in rapporto alla popolazione pediatrica, deriva da un sempre maggiore ricorso alla figura del pediatra di libera scelta per i bambini tra i 6 e i 14 anni, fascia di età nella quale viene meno l'obbligo di ricorso al PLS<sup>3</sup>. Si è assistito inoltre, come per i MMG, all'aumento dell'età media del personale: tra il 2001 e il 2019 la quota di PLS con un'anzianità di servizio di oltre 23 anni<sup>4</sup> è passata dal 10 al 79 per cento (fig. 2.b), con un picco dell'88 per cento nel Centro Italia.



Fonte: Ministero della Salute, Annuario statistico.

(1) Scala di destra. – (2) L'anzianità di servizio è intesa come il numero di anni passati dal conseguimento della specializzazione.

Lavoro in forme associative. – Per i MMG la possibilità di lavorare in forma associata è stata prevista già dal 1978, ma l'adesione a forme di aggregazione professionale è stata molto graduale, e ancor oggi non è così diffusa come in altri sistemi sanitari, come ad esempio nel National Health Service inglese. Nel 2019 lavorava in forma associata (medicina in associazione, in rete, di gruppo, incentivate a partire dall'ACN del 2000 con apposite indennità economiche) solo il 68 per cento dei MMG, con una diffusione maggiore nel Nord Est (76 per cento) e minore nel Mezzogiorno (58 per cento). Nonostante la progressiva introduzione, in risposta alle necessità di continuità assistenziale diurna, di nuove forme di integrazione<sup>5</sup>, la modalità di lavoro in forma associata si è rafforzata solo marginalmente nel tempo, riducendosi persino in alcune aree (di 9 e 4 decimi di punto percentuale nel Nord Ovest e nel Mezzogiorno, rispettivamente, nel confronto con il 2010). Anche per i PLS il lavoro in forme associative non è molto diffuso: nel 2019 vi faceva ricorso il 67 per cento dei PLS, una quota in aumento di 7 punti percentuali rispetto al 2010 e con una variabilità territoriale piuttosto contenuta.

Specialistica ambulatoriale. – Le attività specialistiche ambulatoriali consistono in servizi specialistici complessi, quali visite, diagnosi, servizi di laboratorio, accessibili con la prescrizione di un medico di base, per i pazienti che non necessitano di ricovero

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> In questo riquadro si è fatto riferimento a un intervallo più ampio, ossia al periodo 2001-2019 e non solo a quello 2010-19, al fine di cogliere i cambiamenti molto forti che hanno interessato il comparto. A tal fine si sono considerati i dati del Ministero della Salute al posto di quelli di fonte SISAC, in quanto consentono una maggiore profondità storica di analisi e forniscono un dettaglio informativo superiore per i MMG e i PLS.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Nei dati disponibili nell'Annuario del Ministero della Salute i MMG sono classificati nelle seguenti fasce di anzianità di laurea: fino a 6 anni, da 6 a 13, da 13 a 20, da 20 a 27, oltre i 27 anni.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> La figura del PLS è stata introdotta nel 1979, con adesione facoltativa, per poi diventare, con gli accordi del 1981, obbligatoria per i bambini fino a 6 anni (tra i 6 e i 14 anni d'età il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal MMG). La soglia dell'età pediatrica, inizialmente fissata a 12 anni, è stata estesa a 14 anni nel 1983 (Di Mauro et al., 2002).

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Nei dati disponibili nell'Annuario del Ministero della Salute i PLS sono classificati nelle seguenti fasce di anzianità di specializzazione: fino a 2 anni, da 2 a 9, da 9 a 16, da 16 a 23, oltre i 23 anni.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Per esempio, le Case della salute e le UCCP.

ospedaliero. Le ASL possono fornire tali servizi di assistenza specialistica direttamente, negli ambulatori ospedalieri dei distretti sanitari e nei laboratori di diagnosi, o acquistarli attraverso fornitori privati accreditati. Gli ambulatori e i laboratori che erogano attività clinica specialistica, di laboratorio e di diagnostica strumentale, nel 2019 erano per oltre il 60 per cento privati accreditati, sostanzialmente stabili rispetto al 2010 e con una forte dispersione intorno al dato medio: in Campania e Sicilia gli ambulatori privati erano quasi l'80 per cento del totale, in Liguria e Piemonte circa il 20.

Per l'indicatore sintetico si è utilizzata la numerosità degli ambulatori in rapporto alla popolazione residente (numero per 100.000 abitanti), la loro dimensione media (misurata dal numero di prestazioni per struttura), e il numero di prestazioni pro capite erogate alla popolazione residente (al netto dell'attività di analisi di laboratorio). Il tasso di ambulatori e laboratori in Italia è diminuito tra il 2010 e il 2019 (da 16,1 a 14,8), mentre la dimensione media delle strutture è rimasta pressoché invariata. Si sono invece ridotte le prestazioni pro capite diverse dall'attività di laboratorio (da una media di 5,0 a una di 4,3; tav. 8), in linea con una sempre maggior attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni e all'impiego delle risorse. A livello territoriale vi è una forte disomogeneità in termini di numerosità e di dimensione media delle strutture (si passa da un tasso di ambulatori di 8,6 nel Nord Ovest, con una media di oltre 230.000 prestazioni per struttura, a uno di 22,6 nel Mezzogiorno, con una media di prestazioni inferiore a 95.000).

Assistenza domiciliare integrata. – L'ADI, istituita con il Progetto Obiettivo Tutela degli anziani 1991-'95, è l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative garantite alle persone non autosufficienti, fragili o affette da patologie croniche, per stabilizzarne il quadro clinico, spesso a seguito di dimissioni ospedaliere. Fa parte dei percorsi assistenziali integrati previsti dai LEA<sup>21</sup>, che comprendono sia le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno sanitario della persona, sia quelle volte a limitarne il declino funzionale e migliorarne la qualità della vita, associando alle prestazioni sanitarie azioni di supporto e di protezione sociale. I bisogni sanitari e di protezione sociale del paziente sono rilevati, solitamente su impulso del MMG, con strumenti di valutazione multidimensionale, standardizzati e uniformi sul territorio nazionale, che indirizzano gli operatori a organizzare l'intervento socio-sanitario in uno specifico regime assistenziale di cura (a domicilio, in residenza o in centro diurno). La componente sanitaria e quella sociale dipendono da attori istituzionali, risorse finanziarie e processi diversi: l'assistenza di tipo sanitario è assicurata dalle ASL attraverso il servizio di ADI, mentre le prestazioni socio-assistenziali alla persona in carico sono organizzate dai Comuni e, a livello sovracomunale, dagli Ambiti Sociali Territoriali attraverso la SAD (Servizio di assistenza a domicilio).

Benché dal 2001 l'ADI rientri tra i LEA, che monitorano la percentuale di anziani presi in carico, fino al 2022 non erano stati emanati standard nazionali di riferimento

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

sul grado di copertura e di intensità di cura<sup>22</sup> da assicurare, o sui livelli qualitativi di valutazione del servizio, e, come per gli altri aspetti dell'offerta analizzati, a livello regionale esistono modelli attuativi molto differenziati. Per la costruzione dell'indicatore sintetico si sono considerati: il numero di casi trattati in rapporto alla popolazione residente, il tasso di utenti over 65 (i principali beneficiari dell'ADI)<sup>23</sup> e il numero di ore di assistenza domiciliare agli over 65 in rapporto alla stessa popolazione (per tener conto dell'intensità delle prestazioni rese). Tra il 2010 e il 2019 tutti gli indicatori presi in esame sono migliorati, soprattutto nel Mezzogiorno (tav. 9).

Tuttavia, in base ai dati del Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)<sup>24</sup>, il tasso di utenti anziani trattati in ADI, nella media nazionale pari al 5,1 per cento nel 2019, risultava ancora inferiore ai livelli di altri Paesi europei (Barbabella et al., 2019) e molto lontano dal target del 10 per cento individuato con la riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022 del Ministero della Salute; cfr. il paragrafo: *Uno sguardo al futuro*).

Assistenza residenziale. – L'assistenza socio-sanitaria di tipo residenziale o semi-residenziale è dedicata alle persone non autosufficienti che non hanno la possibilità di curarsi a domicilio, per la complessità della patologia o per condizioni di fragilità. Le categorie di assistiti sono numerose: anziani non autosufficienti, disabili, malati terminali, persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche, minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo. Vi sono dunque diversi tipi di strutture extraospedaliere, che rispondono alle differenti esigenze di cura: le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e le Case protette per gli anziani, le strutture per disabili, gli hospice per le cure palliative, le comunità terapeutico-riabilitative per le persone affette da disturbi mentali e per quelle con dipendenze patologiche. La maggior parte delle strutture (oltre il 45 per cento di quelle residenziali e quasi il 30 di quelle semi-residenziali nel 2019) è dedicata alla cura per gli anziani non autosufficienti, cui è destinato il 70 per cento dei posti letto disponibili. La rete di offerta pubblica è poco sviluppata: l'80 per cento delle strutture residenziali e semi-residenziali è gestita da erogatori privati accreditati, con punte di circa il 95 per cento in Valle d'Aosta, Molise e Puglia. A livello di macro area, le strutture private sono inferiori alla media nel Centro e, in minor misura, nel Mezzogiorno. Come per l'ADI, nel confronto internazionale il numero di posti letto nelle strutture residenziali per anziani rapportato alla popolazione di riferimento è inferiore a quello dei Paesi appartenenti ai principali modelli di welfare dell'Europa occidentale (Barsanti, 2021; OECD<sup>25</sup>).

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> In base al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano in quattro coefficienti di intensità assistenziale (CIA): quello di base, in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità, e quelli primo, secondo e terzo livello, di intensità via via crescente.

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Dato tratto dal *Monitoraggio dei LEA* del Ministero della Salute (riferiti alle sole prese in carico con almeno un accesso nell'anno in esame e con un coefficiente di intensità assistenziale (CIA) diverso da "base"). Il numero di ore di assistenza agli anziani e il numero di casi trattati (che include tutte le attivazioni del servizio di ADI e può comprendere più volte lo stesso utente, se preso in carico in diversi momenti dell'anno) sono invece tratti dall'Annuario del Ministero della Salute.

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Dati pubblicati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) sul Monitor n. 45 del 2021; sono incluse anche le prestazioni con CIA base.

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> OECD statistics, Health, Long Term Care resources and utilization, Beds in residential long-term care facilities, https://stats.oecd.org/.

Per la costruzione dell'indicatore sintetico si sono utilizzati, in rapporto alla popolazione di riferimento, il numero di posti totali nel complesso delle strutture residenziali e semi-residenziali, il numero di utenti (anziani e no) e le giornate medie annue per utente. Tra il 2010 e il 2019 i posti a disposizione nell'insieme di queste strutture sono aumentati di oltre il 20 per cento, attestandosi alla fine del periodo considerato a circa 530 ogni 100.000 abitanti (tav. 9). Le disparità territoriali sono molto ampie: si passa infatti da oltre 850 posti ogni 100.000 residenti nel Nord (con valori prossimi o superiori a 950 in Piemonte, Provincia Autonoma di Trento e Veneto), a 169 nel Mezzogiorno (con un minimo di circa 100 in Campania). Nonostante l'aumento di posti, il tasso di utenti anziani nella media italiana è rimasto sostanzialmente invariato nel periodo (al 2,3 per cento), dato il progressivo allargamento di questa fascia di popolazione; il numero di giornate medie annue di assistenza per utente è invece diminuito.

Nuove forme di assistenza territoriale. – L'evoluzione dei bisogni di salute, con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle condizioni di cronicità e multi-morbilità, ha reso sempre più importante la presa in carico multidisciplinare e a lungo termine del paziente. Per rispondere alle nuove esigenze, a livello normativo si è cercato di favorire il superamento della frammentazione nei servizi e nei percorsi assistenziali, promuovendo l'integrazione dei professionisti sanitari e sociosanitari e dei relativi servizi. Si è quindi promosso l'associazionismo in varie forme dei MMG e dei PLS, con l'obiettivo di passare dal modello tradizionale, in cui il medico di base e altri professionisti sanitari esercitano individualmente presso il proprio studio, a un modello di assistenza integrata che metta in collegamento i vari professionisti sanitari e faciliti il rapporto dei pazienti con le figure che li hanno in cura (Luiss Business School, 2016). Una delle forme più avanzate di integrazione è quella della Casa della Salute, introdotta in forma sperimentale nell'ordinamento del SSN con il Decreto Ministero della Salute, 10 luglio 2007: si tratta di una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie. La costituzione di centri di assistenza primaria che riuniscano nello stesso edificio (co-location) i principali professionisti del settore (MMG, specialisti, infermieri territoriali e operatori del sociale), mirava a garantire maggiore continuità assistenziale e a facilitare l'offerta di servizi di assistenza primaria, assistenza specialistica e prevenzione, soprattutto per i pazienti con condizioni croniche<sup>26</sup>. La diffusione delle Case della salute sul territorio è stata disomogenea, in termini sia di numerosità sia di ruolo e di integrazione in rete di queste strutture, che, ove istituite, hanno spesso assunto denominazioni diverse (ad es. Presidi Territoriali di Assistenza, Strutture Polifunzionali per la Salute, Case della Comunità).

Un'altra struttura di assistenza territoriale di recente istituzione è l'Ospedale di Comunità (OdC), introdotto con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70<sup>27</sup> quale struttura sanitaria di ricovero con una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Per una rassegna sulle esperienze simili già in atto in altri paesi europei e sulla declinazione italiana del modello si veda Bonciani et al., 2015.

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> L'intesa Stato-Regioni sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di comunità pubblici o privati è stata raggiunta solo nel 2020.

ospedaliero, per i pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica ma che richiedano assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso. L'OdC ha di norma 15/20 posti letto, e può avere sede propria oppure essere collocato presso altre strutture sanitarie. Come per le Case della salute, nella nuova denominazione di Case della Comunità, anche gli OdC rientrano tra gli obiettivi del PNRR.

L'indicatore sintetico relativo alle nuove forme di assistenza territoriale è stato elaborato utilizzando la percentuale di MMG e di PLS che esercitano la propria professione in forme associative e il numero di Case della salute e di OdC ogni 100.000 abitanti. Nel 2019 lavoravano in forma associata il 68 per cento dei MMG, con una diffusione maggiore nel Nord Est e minore nel Mezzogiorno, e il 67 per cento dei PLS, con una variabilità territoriale piuttosto contenuta (cfr. il riquadro Vent'anni di cambiamento nell'assistenza di base). Secondo i dati raccolti nella Mappatura dei presidi delle cure intermedie (Camera dei Deputati, 2021), nel 2020 nel Mezzogiorno le Case della salute erano poco presenti (0,4 ogni 100.000 abitanti) mentre gli OdC erano praticamente assenti, a fronte di una maggiore diffusione nel Nord Est (1,7 e 0,8 ogni 100.000 abitanti, rispettivamente; tav. 4). La variabilità interregionale è più elevata per le Case della salute, che in Emilia-Romagna e in Toscana (le prime due regioni ad averle adottate nel proprio modello di assistenza territoriale) erano 2,8 e 2,1 ogni 100.000 abitanti, mentre in numerose regioni, appartenenti a diverse macro aree, non erano state costituite. Il Veneto e le Marche erano nel 2020 le regioni con più OdC (1,4 e 0,9 ogni 100.000 abitanti).

Digitalizzazione. – I progressi nelle tecnologie dell'ICT hanno trovato utili applicazioni anche in ambito sanitario, diventandone uno dei principali fattori di cambiamento, grazie alla loro natura pervasiva nel supporto ai processi di produzione ed erogazione dei servizi. La digitalizzazione ha oggi una rilevanza strategica per la sostenibilità economico-finanziaria della sanità pubblica e per la continuità, qualità ed equità nell'accesso alle prestazioni. Tra gli ambiti di applicazione dell'ICT in sanità, sono attesi significativi benefici dalla diffusione, ancora parziale, del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), lo strumento che consente la condivisione e l'integrazione delle informazioni cliniche dei pazienti per la tempestiva identificazione del percorso di cura più appropriato. La rilevanza strategica di questa applicazione è riconosciuta anche dal PNRR nell'ambito della Missione 6 Salute, che ne promuove la diffusione e l'interoperabilità sul territorio nazionale.

Le applicazioni in telemedicina costituiscono un altro aspetto importante della transizione digitale in atto nei servizi sanitari territoriali. Queste applicazioni fanno ricorso alle tecnologie dell'ICT per la comunicazione e la trasmissione di testi e immagini e consentono l'interazione a distanza tra professionista e paziente o tra più professionisti con differente specializzazione, la trasmissione in modalità digitale di referti digitali, di esami clinici e strumentali e il monitoraggio a distanza dei parametri clinici del paziente.

L'indicatore sintetico utilizzato per misurare il grado di digitalizzazione dei sistemi sanitari regionali è stato elaborato utilizzando la quota di assistiti con servizi di telemedicina, il livello di attivazione delle tecnologie abilitanti all'operatività del FSE e la quota

di MMG/PLS abilitati che lo hanno utilizzato (tav. 10). La diffusione del FSE è estremamente disomogenea sul territorio nazionale; se il completamento delle infrastrutture abilitanti e l'interoperabilità dei sistemi regionali era, nel 2019, già a uno stadio avanzato nella quasi totalità delle regioni, l'alimentazione dei fascicoli da parte dei medici abilitati era ancora parziale, raggiungendo livelli significativi solo in Valle d'Aosta, Lombardia, nelle regioni del Nord Est, in Umbria e nelle Isole.

Alla fine del decennio scorso il Governo (Ministero della Salute, 2021) ha portato a termine la mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale. La situazione a inizio 2019 restituisce una diffusione non omogenea sul territorio di servizi di telemedicina, spesso a uno stadio ancora sperimentale e demandati all'iniziativa e alla capacità organizzativa delle singole unità sanitarie locali e aziende ospedaliere. La diffusione era maggiore in alcune regioni del Nord Est, ma un numero significativo di esperienze era stato avviato anche in altre aree del Paese (Lazio e Sicilia). Il ricorso alla telemedicina per l'erogazione dell'assistenza territoriale è aumentato con l'introduzione delle limitazioni alla mobilità durante l'emergenza Covid-19 (Altems, 2022).

#### 6. Gli indicatori di domanda e di offerta a confronto

La domanda e l'offerta di assistenza territoriale sono fenomeni multidimensionali e, come individuato nei precedenti paragrafi, le variabili che contribuiscono a delinearli sono numerose. Al fine di beneficiare della varietà di informazioni, e al contempo rendere più agevole il confronto spazio-temporale dei fenomeni analizzati, si è fatto ricorso alla costruzione di alcuni indicatori compositi, in grado di rappresentare in modo sintetico la molteplicità di informazioni disponibili.

L'implementazione di tale approccio risente della sensibilità del ricercatore, che deve: a) selezionare un insieme di variabili descrittive del fenomeno in esame; b) scegliere tra approcci alternativi di standardizzazione degli indicatori espressi in unità di misura diverse (normalizzazione, ranking, distanza rispetto a uno o più valori di riferimento, etc.); c) adottare criteri di ponderazione e di aggregazione degli indicatori standardizzati per la costruzione di indici sintetici (Nardo et al., 2008; Mazziotta e Pareto, 2013, 2014; Santos e Santos, 2014).

La metodologia per la costruzione di indicatori sintetici adottata in questo lavoro è quella proposta da Mazziotta e Pareto (2013, AMPI)<sup>28</sup>, che si contraddistingue per la semplicità di calcolo, la comparabilità spaziale e temporale dell'analisi, la facile interpretazione dei risultati e la loro robustezza. Gli indicatori sintetici sono stati costruiti a livello di macro area (Nord Ovest, Nord Est, Centro e Mezzogiorno) e temporalmente riferiti a due anni distinti (2010 e 2019<sup>29</sup>). Questo ci consente di effettuare un'analisi sotto due prospettive diverse. Da un lato, riusciamo a fornire una fotografia delle condizioni della domanda e dell'offerta di assistenza sanitaria territoriale in ciascuno dei due anni presi a riferimento, facendo così emergere i divari esistenti in termini relativi

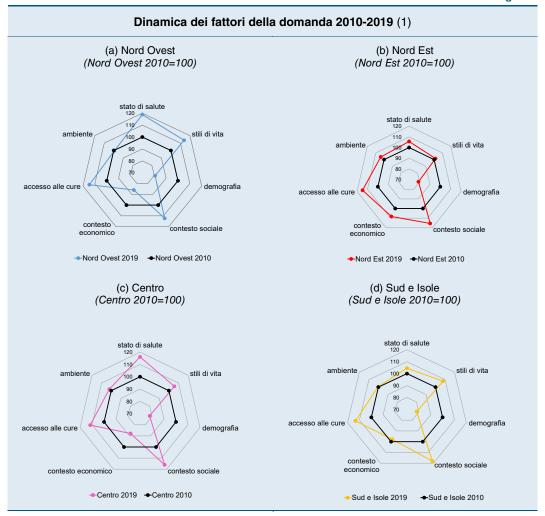
<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Cfr. nella Nota metodologica la voce: La costruzione di indicatori compositi.

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> La scelta dell'orizzonte temporale dell'analisi, ovvero di considerare come ultimo anno il 2019, ha l'intento di ricostruire lo stato dell'assistenza territoriale prima del diffondersi dell'emergenza sanitaria da Covid-19, in quanto questa ha influito su alcuni indicatori e in modo non omogeneo sul territorio.

tra aree e rispetto alla media nazionale. Dall'altro, ricostruiamo i cambiamenti intercorsi nel decennio per ogni macro area rispetto alla sua situazione iniziale, al fine di valutarne la direzione e la dimensione dello sforzo profuso nel periodo preso in esame.

Indicatori di domanda. – Tra il 2010 e il 2019 si è osservato per tutte le macro aree un tendenziale miglioramento dei vari fattori di domanda, ad eccezione di un generalizzato peggioramento del contesto demografico e di una sostanziale stabilità degli indicatori ambientali (fig. 3).

Figura 3



Fonte: Istat, Health for All, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile in Italia, Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana.

(1) I dati esprimono condizioni di salute, demografiche ed economico-sociali migliori, rispetto al 2010, al crescere del radiante, ovvero di una riduzione della domanda; cfr. Nota metodologica., i valori del 2010, per ogni indicatore e per ogni area, sono stati posti pari a 100 e si sono analizzati i cambiamenti nel 2019 per ogni macro area considerata di-stintamente rispetto alla sua situazione iniziale.

Tuttavia, nonostante la direzione del cambiamento sia risultata piuttosto omogenea sul territorio, l'intensità con cui essa è avvenuta non ha consentito di colmare il divario iniziale: nel 2019 le regioni del Centro-Nord continuavano a porsi in una situazione relativamente più favorevole rispetto a quelle del Mezzogiorno (tav. 11 e fig. 4). Tale area presentava nel 2019 indicatori relativamente migliori solo sotto il profilo demografico, nonostante nel periodo considerato l'invecchiamento della popolazione sia

avvenuto a un ritmo superiore al resto del Paese. Il contesto sociale e l'accesso alle cure sono le dimensioni della domanda che hanno evidenziato il miglioramento più significativo nell'area; tuttavia anche per questi indicatori il divario iniziale con il Centro Nord, sebbene in riduzione, rimane elevato. Lo stato di salute, pur migliorando rispetto al 2010, mostra invece un accentuarsi del divario negativo rispetto alle altre aree.

Tra le macro aree del Centro Nord, caratterizzate già nel 2010 da una situazione più omogenea, si evidenzia la convergenza di alcune dimensioni della domanda. Gli indicatori riferiti allo stato di salute e agli stili di vita mostrano per il Nord Ovest il permanere, nel 2019, di un contesto relativamente migliore, mentre le regioni del Nord Est e quelle del Centro si allineano entrambe al dato medio nazionale, per effetto di un miglioramento significativo del Centro e molto contenuto del Nord Est, che peggiora così la sua posizione relativa iniziale. Per il contesto economico si osserva invece una convergenza nel 2019 le due aree del Nord, per effetto di un peggioramento nel Nord Ovest e di un miglioramento nel Nord Est; anche per l'accesso alle cure vi è una convergenza tra le due aree, espressione in tal caso di un miglioramento in entrambe. Infine, rimane sostanzialmente invariata la posizione relativa tra le macro aree per i fattori ambientali e per il quadro demografico, frutto di dinamiche molto simili che nel periodo hanno caratterizzato l'intero Paese, con una situazione solo lievemente peggiore per la demografia nel Nord Ovest.

Domanda assistenza territoriale (1) (a) 2019 (b) 2010 (Italia 2019=100) (Italia 2010=100) stato di salute stili di vita stili di vita demografia accesso alle cure accesso alle cure demografia contesto contesto sociale contesto contesto sociale Nord Ovest ◆Nord Est ◆Centro ◆Sud e Isole ◆Italia Nord Ovest →Nord Est Centro

Figura 3

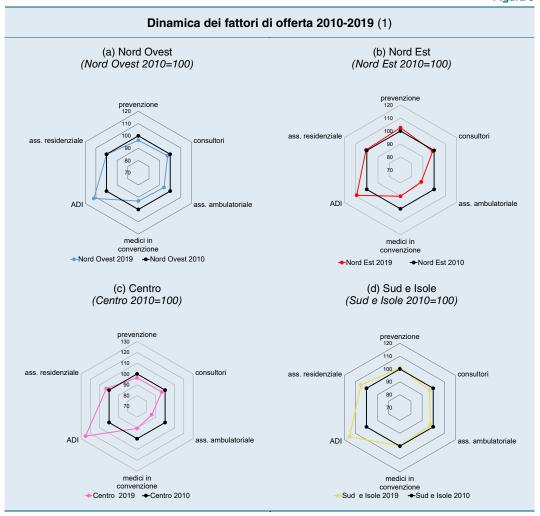
Fonte: Istat, Health for All, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile in Italia, Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana.

(1) I dati esprimono condizioni di salute, demografiche ed economico-sociali migliori al crescere del radiante, ovvero una riduzione della domanda di salute; cfr. Nota metodologica.

Indicatori di offerta. – Ai fattori di domanda, anche quando si presentano tra loro abbastanza simili, corrispondono modelli di offerta molto eterogenei tra le macro aree. Le differenze osservabili nel 2010 in molte dimensioni dell'offerta si sono spesso mantenute quasi invariate a dieci anni di distanza, nonostante l'impegno profuso da parte di tutte le Regioni nel miglioramento dell'assistenza territoriale (tav. 12 e fig. 5 e 6). Nel valutare tali cambiamenti occorre tener conto che non è possibile fare un confronto

temporale per le nuove forme di assistenza sanitaria; solo la fotografia al 2019 ci restituisce dunque un quadro completo di tutte le forme di offerta presenti alle soglie dell'emergenza pandemica.

Figura 5



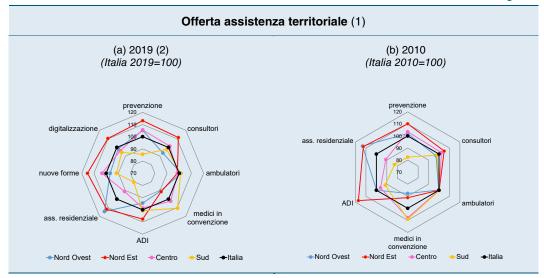
Fonte: Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano, Monitoraggio dei LEA, Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale; Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC); Istat, Health for All; Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica-Sorveglianza PASSI; Agenzia per l'Italia Digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Camera dei Deputati, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.

(1) Il grafico esprime un'offerta più ampia rispetto al 2010, al crescere del radiante; ogni indicatore sintetizza sia aspetti legati al numero di strutture/operatori sia alla dimensione dell'attività svolta; cfr. Nota metodologica. L'assenza dei dati al 2010 per FSE e Nuove forme di assistenza, non ha consentito un confronto temporale per gli indicatori di nuove forme di assistenza territoriale e di digitalizzazione.

In generale, per quasi tutte le forme di offerta qui monitorate, è il Nord Est a mostrare le condizioni migliori di assistenza territoriale. Nell'attività di prevenzione e nella dotazione dei consultori tale area rafforza nel 2019 la sua posizione di vantaggio iniziale, grazie al miglioramento nella prevenzione e alla sostanziale invarianza dei consultori, variabili entrambe peggiorate nelle altre macroaree. L'attività ambulatoriale si ridimensiona in generale - per effetto sia di una riorganizzazione dell'offerta sia di una maggiore attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni - e con intensità sostanzialmente analoga tra le aree, che mantengono così invariata la posizione tra loro allineata

esistente nel 2010. Anche la dotazione di medici in convenzione risulta in calo generalizzato, ad eccezione del Mezzogiorno che continua a evidenziare un valore dell'indicatore più alto rispetto al resto del Paese; è questa l'unica dimensione dell'offerta in cui il Nord Est si pone al di sotto della media nazionale. L'assistenza residenziale migliora sia nel Mezzogiorno sia, in misura più contenuta, nel Centro, senza però riuscire a recuperare il forte divario iniziale che separava tali aree da quelle del Nord. L'indicatore relativo all'ADI è quello che presenta una maggiore convergenza tra macro aree<sup>30</sup>, con uno sforzo di miglioramento che è stato più intenso da parte delle regioni del Centro e del Sud, pur a fronte di una situazione di vantaggio del Nord Est che permane ancora nel 2019.

Figura 6



Fonte: Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano, Monitoraggio dei LEA, Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale; Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC); Istat, Health for All; Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica-Sorveglianza PASSI; Agenzia per l'Italia Digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Camera dei Deputati, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.

(1) Il grafico esprime un'offerta più ampia al crescere del radiante; ogni indicatore sintetizza sia aspetti legati al numero di strutture/operatori sia alla dimensione dell'attività svolta; cfr. Nota metodologica. – (2) Dati non disponibili al 2010 per FSE e Nuove forme di assistenza, non determinabili gli indicatori di nuove forme di assistenza territoriale e di digitalizzazione.

Per il 2019 è inoltre possibile estendere l'analisi a nuove forme di assistenza territoriale, ossia all'associazionismo tra medici, alla diffusione delle Case della salute e degli Ospedali di comunità, insieme al grado di digitalizzazione dell'assistenza territoriale. Anche in questi ambiti si osserva un diverso livello di sviluppo sul territorio; il loro inserimento nell'analisi contribuisce pertanto ad accentuare ulteriormente i divari osservabili dal lato dell'offerta. In particolare, le differenze risultano molto forti tra le regioni del Nord Est e quelle del Mezzogiorno, rispettivamente espressione massima e minima delle nuove forme di assistenza. Il Nord Est si contraddistingue inoltre per l'elevato ricorso alle tecnologie digitali nell'assistenza territoriale, mentre la diffusione dell'ICT risulta più omogenea e limitata nelle altre aree del Paese.

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> Spesso i cambiamenti osservabili nel periodo sono stati indotti dal costante monitoraggio del perseguimento dei LEA e dal connesso sistema di premialità; nell'ambito dei LEA una grande attenzione è stata progressivamente posta nei confronti dell'assistenza domiciliare.

## 7. Una mappatura dell'assistenza sanitaria a livello regionale

L'analisi fin qui svolta evidenzia come, dal lato sia della domanda sia soprattutto dell'offerta di assistenza sanitaria, permangano ancora nel 2019 ampie differenze sul territorio. Da qui deriva l'interrogativo se l'analisi per macro aree sia sufficientemente rappresentativa dei divari esistenti o se, invece, all'interno di una stessa area si osservino significative difformità su scala regionale. Questo può riflettere in parte il contesto normativo che, attribuendo alle Regioni competenza e autonomia in materia di organizzazione dei propri sistemi sanitari, può aver inciso sul consolidarsi di modelli di governance e di offerta tra loro differenziati.

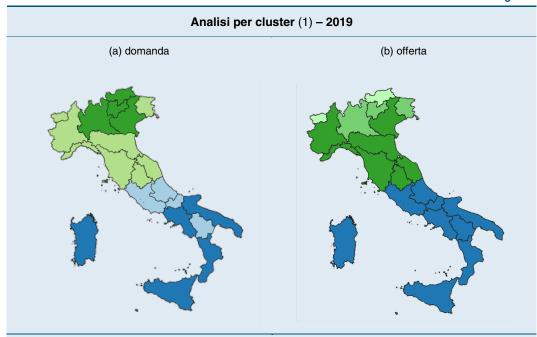
Al fine di evidenziare le difformità esistenti tra le varie regioni e garantirne al contempo una rappresentazione il più possibile sintetica, si è utilizzata nel seguito un'analisi per cluster. Questa consente di costruire raggruppamenti di regioni tra loro il più possibile omogenee sotto il profilo delle caratteristiche degli indicatori di domanda e di quelli di offerta di servizi sanitari territoriali.

Relativamente ai fattori di domanda, una prima segmentazione in due cluster distinti separa le regioni del Centro Nord, con esclusione del Lazio, da quelle del Mezzogiorno (fig. 7.a). Le prime presentano un migliore stato di salute e più favorevoli condizioni socio-economiche e di accesso alle cure, insieme a una peggiore demografia. Gli stili di vita, più omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale, evidenziano una minore variabilità. All'interno di questi due grandi cluster è possibile individuare due ulteriori segmentazioni. Nel Centro Nord, Lombardia, Veneto e le due Province Autonome presentano, rispetto alle altre regioni, migliori indicatori dello stato di salute e più favorevoli condizioni demografiche. Nell'altro cluster, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Basilicata costituiscono un sotto insieme caratterizzato da un migliore contesto sociale e, in minor misura, economico rispetto al cluster di appartenenza.

Il raggruppamento nelle quattro aree omogenee spiega circa il 75 per cento della variabilità totale osservata negli indicatori di domanda regionali, mentre la variabilità all'interno dei quattro cluster individuati è contenuta.

Anche dal lato dell'offerta è presente una distinzione analoga in due cluster principali, ossia tra le regioni del Centro Nord da un lato e Mezzogiorno più il Lazio dall'altro (fig. 7.b). In questo secondo cluster l'offerta di servizi sanitari territoriali è più orientata verso soluzioni di tipo "tradizionale": meno consultori e più contenuta attività di prevenzione, minore diffusione dell'assistenza di tipo residenziale e maggiore incidenza del personale in convenzione. I divari con il resto del paese si ritrovano anche nell'utilizzo delle tecnologie digitali e nell'adozione di nuove forme organizzative dell'offerta, meno diffuse che altrove. La variabilità interna tra le regioni di quest'area appare contenuta.

Figura 7



## Valori medi dei cluster

| Fattori di domanda |              |               |            |                     |                       |                      |  |
|--------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------------|----------------------|--|
|                    | stato salute | stili di vita | demografia | contesto<br>sociale | contesto<br>economico | accesso alle<br>cure |  |
|                    |              |               |            |                     | 000110111100          |                      |  |
|                    | 105,7        | 100,4         | 89,9       | 108,0               | 113,7                 | 106,8                |  |
| Т                  | 102,2        | 98,6          | 82,9       | 108,5               | 111,2                 | 102,2                |  |
| 4                  | 112,7        | 104,1         | 104,0      | 107,1               | 118,6                 | 116,1                |  |
|                    | 91,5         | 92,6          | 104,9      | 92,0                | 84,4                  | 86,5                 |  |
| H                  | 87,7         | 95,5          | 109,3      | 79,9                | 78,8                  | 82,9                 |  |
| 4                  | 96,1         | 88,5          | 99,4       | 107,2               | 91,3                  | 91,0                 |  |

| Fattori di offer | +~ |
|------------------|----|

| T GREET GI STIERG |                                    |           |                         |       |            |                  |                                      |                    |
|-------------------|------------------------------------|-----------|-------------------------|-------|------------|------------------|--------------------------------------|--------------------|
|                   | assi-<br>stenza<br>ambula-<br>tor. | personale | assistenza<br>residenz. | ADI   | consultori | preven-<br>zione | nuove<br>forme di<br>assi-<br>stenza | digitaliz-<br>zaz. |
|                   | 101,9                              | 94,2      | 107,3                   | 96,1  | 108,7      | 107,1            | 100,6                                | 100,3              |
| Н                 | 100,8                              | 99,6      | 103,6                   | 101,4 | 108,6      | 109,6            | 109,5                                | 97,4               |
| H                 | 98,9                               | 87,1      | 115,7                   | 95,7  | 89,7       | 110,3            | 86,7                                 | 106,2              |
| 4                 | 110,4                              | 86,2      | 107,5                   | 78,2  | 137,4      | 93,8             | 90,4                                 | 101,3              |
|                   | 102,5                              | 110,4     | 80,1                    | 102,6 | 98,4       | 89,8             | 94,5                                 | 92,8               |

(1) Il grafico esprime raggruppamenti di regioni costruiti in modo di rendere il più possibile omogenee al loro interno le caratteristiche, rispettivamente, degli indicatori di domanda e di offerta.

Più forte invece la variabilità tra le altre regioni del Centro Nord, dove è possibile identificare tre cluster. La Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano presentano un ritardo nell'ADI<sup>31</sup>, compensato da un maggior livello di attività di tipo ambulatoriale e dei consultori socio-sanitari; anche l'adozione di nuove forme organizzative di offerta è meno diffusa in queste due regioni, che rappresentano quindi un sotto

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> Nel valutare tali dati occorre tener conto le Regioni a statuto speciale, non essendo soggette al monitoraggio dei LEA, non erano tenute né a fornire una completa rappresentazione di tali dati né al rispetto dei relativi parametri.

cluster all'interno di quello principale. La Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Trento evidenziano ulteriori caratteristiche distintive: la carenza di personale in convenzione, elemento che caratterizza tutto il Centro Nord, è più accentuata; l'offerta dei servizi dei consultori socio-sanitari è più contenuta e la diffusione di nuove forme di organizzazione dell'offerta è minore, a fronte di una maggiore presenza di strutture per l'assistenza residenziale, spesso di natura privata convenzionata. Le restanti regioni del cluster Centro Nord risultano più orientate verso le nuove forme di assistenza, inclusa quella domiciliare integrata, insieme a una dotazione relativamente maggiore di personale.

L'aggregazione nei quattro cluster individuati per i fattori di offerta spiegano il 57 per cento della variabilità totale degli indicatori regionali e segnalano una difformità dei modelli regionali di offerta all'interno dei cluster maggiore rispetto a quella osservata per le condizioni di domanda.

## 8. Uno sguardo al futuro

Gli interventi previsti dal PNRR. – La gestione dell'emergenza pandemica ha messo in evidenza in tutti i paesi l'importanza di disporre di un'assistenza sul territorio sufficientemente sviluppata e capillare e al contempo coordinata con altre forme di assistenza, in particolare con quella ospedaliera.

A tal fine, nell'ambito del PNRR, è stata dedicata un'intera missione alla Salute (Missione 6), focalizzata soprattutto sul potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'integrazione fra servizi sanitari e sociali e l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali, quale strumento per garantire un approccio integrato alla cura del paziente. L'obiettivo è quello di adeguare il SSN ai cambiamenti demografici e alle nuove richieste di salute, eliminando inoltre le disparità geografiche, in particolare tra il Nord e il Sud del Paese.

Per l'attuazione di tali obiettivi, al fine di costruire un modello di erogazione dei servizi condiviso e omogeneo sul territorio nazionale, il Ministero della Salute ha emanato il DM 77/2022<sup>32</sup>. Tale decreto ridisegna le funzioni del Distretto e definisce gli standard qualitativi, organizzativi, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario e ambientale.

Le nuove forme di assistenza previste sono essenzialmente le seguenti: Case della Comunità, Ospedali di comunità, Centrali operative, Unità di continuità assistenziale, Infermiere di famiglia, Assistenza domiciliare integrata, Prevenzione, Rete delle cure palliative, Telemedicina e strumenti informatici. Nel seguito, senza la pretesa di essere esaustivi, verranno esaminate alcune di tali forme assistenziali, focalizzandosi in particolare su quelle che erano già contemplate, sia pure con una configurazione in parte diversa, nella normativa precedente al PNRR.

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" (GU n. 144, 22 giugno 2022).

In particolare, il Piano, come recentemente rimodulato<sup>33</sup>, prevede la costruzione di 1.308 Case della Comunità e la realizzazione di almeno 307 Ospedali di comunità (rispettivamente 1.350 e 400 nel piano originario). Per la prima misura sono stati assegnati 2 miliardi di euro, a cui si aggiunge circa 1 miliardo per gli Ospedali di comunità. Destinatari di tali risorse sono le Regioni e le Province Autonome quali soggetti attuatori; la ripartizione territoriale ha privilegiato il Mezzogiorno, in misura maggiore della quota di riserva del 40 per cento prevista in via ordinaria dal PNRR (45 per cento delle risorse per le Case di Comunità), al fine di colmare il divario nella dotazione iniziale di tali strutture rispetto al resto del paese.

Un altro importante obiettivo è relativo all'Assistenza domiciliare integrata. Il Piano prevede che entro il 2026 sia trattato in ADI il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, con una stima di un incremento, rispetto ai livelli attuali, di quasi 842 mila persone assistite (800 mila nella precedente versione del piano). Le risorse complessivamente destinate a tale intervento ammontano a circa 3 miliardi di euro e sono state assegnate alle singole regioni per il 75 per cento in proporzione alla popolazione residente di età superiore ai 65 anni, e per il restante 25 per cento tenendo conto del divario iniziale nella presa in carico degli anziani rispetto all'obiettivo del 10 per cento. Alle regioni del Mezzogiorno è stato attribuito circa il 43 per cento delle risorse, a cui è corrisposta una richiesta da parte delle restanti Regioni di una compensazione in sede di riparto del FSN (rientrando tra i LEA, l'ADI viene in parte finanziata in via ordinaria tramite il FSN)<sup>34</sup>.

Nell'ambito della Missione 6 Salute, sono inoltre previste risorse per 280 milioni di euro per la realizzazione di 480 (erano 600 prima della rimodulazione) Centrali operative territoriali (COT). Non si tratta di un modello organizzativo nuovo, in quanto a livello nazionale esistono già delle Centrali operative per la gestione delle emergenze<sup>35</sup> e recentemente hanno iniziato a diffondersi Centrali operative regionali<sup>36</sup>, sebbene con un'operatività limitata sul territorio. Le Centrali operative territoriali finanziate nell'ambito del PNRR si inquadrano nella fattispecie di COT di Distretto, con un bacino di utenza analogo e con la funzione di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche utilizzando strumenti informatici e di telemedicina. Le risorse del PNRR sono destinate a finanziare non solo la realizzazione delle COT (103 milioni di euro), ma anche aspetti gestionali che mirano a realizzare l'interconnessione aziendale (42,6 milioni), l'acquisto di dispositivi a supporto degli operatori e dei pazienti (58 milioni), i progetti per i servizi di Intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria (50

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> La rimodulazione è stata approvata dal Consiglio Europeo dell'8 dicembre 2023. In particolare per la missione Salute non sono stati previsti definanziamenti degli interventi, ma una rimodulazione (quantitativa e/o temporale) dei target da perseguire.

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> Ad oggi non sono disponibili informazioni relative a eventuali revisioni dei criteri adottati, facciamo quindi riferimenti ai criteri del piano originario.

<sup>35</sup> Le Centrali Operative 112 e 118, dedicate alla gestione dell'emergenza-urgenza.

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> La Centrale Operativa Regionale 116117, che fa riferimento al numero europeo armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti: aiuta i cittadini ad accedere ai servizi sanitari e sociosanitari, fattore ancora critico in molti territori, per via di un ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e al pronto soccorso. La Centrale Operativa Regionale agisce mediamente su un bacino di utenza di 1-2 milioni di persone, e fornisce informazioni sull'offerta dei servizi territoriali erogati e sulla loro modalità di accesso.

milioni) e il potenziamento del Portale della Trasparenza (25 milioni). Le risorse sono state ripartite proporzionalmente al numero di strutture da realizzare per regione (una ogni 100 mila abitanti); conseguentemente la quota destinata al Mezzogiorno è scesa al 34 per cento.

Il tema della digitalizzazione rappresenta un obiettivo trasversale a tutto il Piano; nell'ambito della Missione 6 vi rientrano l'incremento del ricorso alla telemedicina e la maggior diffusione del FSE. Nel primo caso si prevede il raggiungimento entro il 2026 di almeno 200 mila persone assistite con strumenti di telemedicina, grazie anche a iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali della sanità e dell'assistenza. Per quanto riguarda il FSE, l'obiettivo è l'incremento sia del suo utilizzo, sia dell'alimentazione dei dati da parte dei MMG (con l'obiettivo dell'85 per cento dei MMG che aggiornano il FSE).

Le risorse destinate alla misura "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" ammontano a 1,5 milioni di euro <sup>37</sup>, destinate per 250 mila euro alla Piattaforma di telemedicina, prevedendone l'integrazione con gli altri sistemi digitali sanitari,
in particolare con il FSE, e la restante parte ai servizi (in particolare a progetti per
gestire l'interazione a distanza medico-paziente con riferimento soprattutto ad attività
di diagnostica e di monitoraggio). Non è prevista a priori una ripartizione regionale
delle risorse ma l'individuazione di due regioni capofila, Lombardia e Puglia, con il
compito specifico di provvedere, anche avvalendosi delle proprie centrali di committenza, alle procedure di acquisizione di soluzioni di telemedicina conformi alle Linee
guida<sup>38</sup>. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), in qualità di soggetto attuatore dell'investimento, stipula con le Regioni capofila apposite convenzioni.
Le singole Regioni devono predisporre un piano operativo contenente il proprio fabbisogno per i servizi di telemedicina per l'infrastruttura regionale, valutato da specifica
Commissione.

Con riferimento al FSE, l'Agenzia per l'Italia digitale, nella sua periodica rilevazione sull'andamento e sullo stato di attuazione del FSE, rileva a fine 2022 un suo generalizzato avanzamento. La realizzazione delle infrastrutture di rete, il completamento dell'anagrafe degli assistiti, degli operatori e delle aziende sanitarie, i servizi di accesso (autenticazione, raccolta e gestione del consenso) e l'interoperabilità interregionale sono a uno stato avanzato in tutte le regioni. Anche la raccolta del consenso degli assistiti all'alimentazione e all'uso delle informazioni è pressoché completata su tutto il territorio nazionale. Appare invece ancora assai diversificato il grado di utilizzo del FSE: la quota di MMG/PLS abilitati che hanno utilizzato il FSE è elevata nelle regioni del Nord-Est, in Lombardia, Puglia e Sardegna mentre è assai contenuta in Liguria e nelle altre regioni del Mezzogiorno.

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> La recente rimodulazione ha incrementato i fondi destinati alla telemedicina di 500 milioni, incrementando anche il target finale di 100.000 persone, portando a 300.000 assistiti con servizi di Telemedicina il totale da raggiungere entro il termine del 2025.

<sup>&</sup>lt;sup>38</sup> In base a quanto disposto in materia, ai sensi del comma 15-undecies, lettera a) dell'art. 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

Le proiezioni demografiche. – L'Italia si caratterizza, analogamente alla maggior parte dei paesi europei, per un progressivo invecchiamento della popolazione, insieme all'aumento dell'aspettativa di vita e dell'età media. Sotto il profilo sanitario questo comporta una crescita delle condizioni di cronicità e di non autosufficienza e, conseguentemente, una maggiore domanda verso tutte le forme di assistenza sul territorio.

Molti degli interventi previsti nell'ambito del PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale sono parametrizzati alla popolazione residente e in particolare a quella anziana. In base alle proiezioni demografiche dell'Istat, nel 2026, quando dovrà concludersi l'attuazione delle misure previste nell'ambito del PNRR, la popolazione italiana risulterà in calo rispetto a quella attuale, mentre quella di età uguale o superiore a 65 anni crescerà in termini numerici e, conseguentemente, come incidenza sulla popolazione complessiva (sarà pari a 14,7 milioni, il 25,2 per cento del totale). In un orizzonte temporale più ampio, la popolazione anziana è prevista crescere ulteriormente, di quasi 3 milioni nel decennio 2026-2036 e di ulteriori 1,5 entro il 2046, quando arriverà a superare i 19 milioni, a fronte di un calo demografico complessivo.

Con riferimento in particolare all'ADI, che è stata parametrizzata per servire un'utenza di 1,5 milioni di persone (il 10 per cento della popolazione anziana nel 2026), si pone l'interrogativo se il SSN riuscirà a sostenere nel tempo un obiettivo del 10 per cento di anziani assistiti a domicilio, adeguando progressivamente l'offerta, o se invece rimarrà invariata la capacità di rispondere a una domanda di circa 1,5 milioni di individui, riducendo di conseguenza la percentuale di popolazione anziana assistita in ADI. Le proiezioni demografiche indicano inoltre come l'invecchiamento della popolazione tenderà a essere più intenso nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese, capovolgendo così il vantaggio demografico fino ad ora goduto dell'area, ed enfatizzandone ulteriormente le difficoltà iniziali in tale tipo di assistenza.

Il personale: una risorsa scarsa. – La riforma dell'assistenza territoriale vede come elemento portante non solo la creazione di nuove strutture ma soprattutto la valorizzazione del ruolo del personale sanitario in esse operante. Assumono particolare rilevanza la figura del MMG e quella dell'infermiere. Alcune esperienze estere mostrano infatti come l'attribuzione agli infermieri di ruoli più avanzati, inserendoli nelle cure primarie in parte in sostituzione ai medici, sia associata a un miglioramento nell'accesso alle cure e a una riduzione dei tempi di attesa.

Al fine di rafforzare la dotazione di personale, il PNRR ha previsto il finanziamento di 2.700 borse aggiuntive per la formazione universitaria specialistica, di cui 900 già attivate per la formazione di MMG. Vi si è aggiunto un ulteriore ampliamento dell'offerta formativa ordinaria sia in campo medico che infermieristico.

In un proprio studio Agenas (Agenas, 2022), tenuto conto degli standard di organico definiti dal DM 77/2022 che si incentrano soprattutto sui profili infermieristici, ha stimato il fabbisogno aggiuntivo di tale figura professionale necessario per l'implementazione delle misure previste dal PNRR (Case di comunità, OdC, ADI e Centrali Operative). In base a tali stime, ne deriverebbe un fabbisogno aggiuntivo variabile indicativamente tra le 20 e le 27 mila unità. Tuttavia, l'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB, 2023) evidenzia come tale fabbisogno risulti sottostimato, in quanto parametrizzato prevalentemente su di una domanda di servizio "base" e non con un bisogno

di cure di intensità superiore (verso cui, tra l'altro, dovrebbe indirizzarsi il progressivo invecchiamento della popolazione).

Una corretta stima del fabbisogno futuro di personale è alla base di un'adeguata pianificazione dell'attività formativa. A tal fine, occorre tener conto che nei prossimi anni si avranno anche notevoli flussi in uscita per pensionamento di medici e di infermieri, stante la presenza di una curva per età del personale del SSN molto concentrata sulle classi più anziane. Sempre in base alle stime di Agenas, nel quinquennio 2022-27 è prevista una fuoriuscita dal SSN per pensionamento<sup>39</sup> di oltre 21 mila infermieri e 29 mila medici, a cui si aggiungeranno quasi 12 mila ulteriori pensionamenti dei MMG. Tale fenomeno risente in gran parte delle conseguenze del blocco del turnover, che ha avuto un impatto maggiore nelle regioni del Mezzogiorno, quasi tutte soggette a piano di rientro. La situazione a fine 2021 vedeva infatti per il personale medico dipendente del SSN, dove si osservano le maggiori criticità, un'incidenza di medici con più di 60 anni sul relativo organico pari al 37 per cento nel Mezzogiorno, 10 punti percentuali in più delle regioni del Centro e valore quasi doppio rispetto al dato del Nord (20 per cento).

L'Agenas evidenzia come, anche in presenza di un ampliamento dell'offerta formativa, permangano alcune criticità. Da un lato, per il personale medico le carenze principali riguardano figure specialistiche spesso poco ambite dagli aspiranti medici; l'effettivo rafforzamento di tali figure non può quindi prescindere dalle scelte individuali. Dall'altro, per il personale infermieristico il nostro Paese sconta un notevole divario rispetto alla media europea: nel 2020 operavano in Italia 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, a fronte degli 8,8 della media europea e di valori molto più elevati di paesi limitrofi (18 in Svizzera, 13 in Germania e 11 in Francia). Il solo raggiungimento dello standard medio europeo del 2020 comporterebbe un ulteriore fabbisogno di figure infermieristiche, con una domanda che andrebbe ad aggiungersi a quella in precedenza stimata per esigenze di pensionamento e di attuazione del PNRR. Questi fattori andrebbero ad aumentare ulteriormente le esigenze dell'offerta formativa di personale infermieristico, tenuto conto che la situazione attuale nel confronto internazionale pone l'Italia in quartultima posizione tra i paesi OCSE per numero di posti a disposizione negli atenei per la laurea in infermieristica.

Altro fattore da considerare è l'elevato flusso verso l'estero di medici e di infermieri, per cui l'offerta formativa deve scontare anche la migrazione internazionale di figure professionali formate in Italia. In base a elaborazioni su dati OCSE, nella media del triennio 2019-21 sarebbero migrati all'estero circa 1.200 medici ogni anno; tale flusso in uscita risulta solo parzialmente compensato da personale formato all'estero che viene a lavorare in Italia.

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> La stima è basata sul personale dipendente del SSN che ha almeno 60 anni di età e collegato esclusivamente al pensionamento per raggiungimento dei 65 anni di età; non si considerano quindi altre ipotesi di fuoriuscita del personale.

#### 9. Conclusioni

L'analisi fin qui svolta ha consentito di cogliere la rilevanza dell'assistenza sanitaria territoriale, mettendo al tempo stesso in luce le fragilità e i limiti con cui le diverse regioni si sono trovate ad affrontare l'emergenza derivante dal Covid-19. L'assenza di un modello unitario, insieme a carenze nell'offerta osservabili in alcune aree del paese, hanno reso più difficile una risposta immediata e unitaria alla pandemia.

Ripercorrendo i principali interventi normativi che hanno interessato il servizio sanitario nazionale è possibile individuare molte indicazioni a favore di un potenziamento dell'assistenza sul territorio, in particolare in alcune sue forme che sono state oggi oggetto di finanziamento nell'ambito del PNRR. La mancanza di indicatori e di standard specifici a livello nazionale per la loro attuazione, insieme a meccanismi solo parziali di valutazione e di incentivazione sotto il profilo finanziario, non ne hanno favorito lo sviluppo nel tempo. Quando questo è avvenuto, è spesso risultato differenziato sul territorio, in relazione all'autonomia goduta dalle Regioni nell'organizzazione dei propri sistemi sanitari.

La situazione esistente nel 2019 fotografa forti differenze tra le diverse aree del Paese, in particolare tra il Centro Nord da un lato e il Mezzogiorno dall'altro. In quest'ultima area i vari indicatori utilizzati per misurare la domanda di salute risultano relativamente peggiori, tranne per la demografia, vantaggio che tuttavia si è andato progressivamente attenuando. Vi corrisponde un'offerta più elevata solo per i medici in convenzione, a fronte in generale di una carenza sugli altri strumenti, in particolare nell'attività di prevenzione. Il Centro Nord, pur a fronte di condizioni di domanda più favorevoli e di strumenti di offerta più sviluppati, si caratterizza tuttavia al suo interno per un'estrema variabilità e differenziazione dei modelli di assistenza forniti.

L'analisi dei cambiamenti intercorsi tra il 2010 e il 2019 mostra come i divari osservabili nel 2019 non siano tanto il frutto di un diverso percorso intrapreso nel periodo dalla varie regioni, quanto piuttosto il riflesso di differenze iniziali che non sono state colmate nel tempo.

Al fine di ovviare in parte a tali problemi, il PNRR ha dedicato un'intera missione al potenziamento dell'assistenza sanitaria, con una quota significativa di risorse destinata in particolare a quella territoriale. L'obiettivo è duplice: rafforzare tale tipo di assistenza e superare al contempo i divari iniziali tra regioni, in particolare tra quelle del Mezzogiorno e il resto del Paese. Per realizzare tale secondo scopo sono state assegnate maggiori risorse a favore delle regioni del Sud. Tuttavia, è importante che a queste si associ un adeguato sforzo organizzativo e di implementazione di forme di assistenza ancora scarsamente sviluppate nell'area. Inoltre, per poter funzionare nel tempo queste necessitano di adeguate risorse, in termini non solo finanziari ma anche professionali e gestionali. In un contesto in cui la quota di fondi destinati alla sanità in rapporto al PIL ha subito una decurtazione nel tempo, e a fronte di un invecchiamento della popolazione che richiede cure sempre maggiori, è importante interrogarsi su come rendere tra loro conciliabili questi due aspetti.

La pandemia da Covid-19 ha mostrato come risulti importante disporre di una rete di assistenza territoriale idonea non solo a far fronte all'evolvere "ordinario" della

domanda, ma anche ad affrontare di volta in volta le nuove sfide che i cambiamenti epidemiologici, demografici e tecnologici rappresentano per i sistemi sanitari; tutto questo richiede di operare nella direzione di un suo continuo adeguamento. L'ulteriore interrogativo che si pone dunque, in una prospettiva di medio-lungo termine, è se il nostro sistema sanitario sarà in grado di non "cristallizzare" l'offerta sanitaria sull'esistente ma di adeguarla progressivamemente, in parallelo con l'evolvere dei bisogni e del contesto di riferimento.

## LISTA DEGLI ACRONIMI

ACN: Accordi collettivi nazionali ADI: Assistenza domiciliare integrata

AFT: Aggregazioni funzionali territoriali

ASL: Aziende sanitarie locali

FSE: Fascicolo sanitario elettronico

HPV: Human Papilloma Virus

ICT: Information and communication technologies

LEA: Livelli essenziali di assistenza MMG: Medici di medicina generale NSG: Nuovo sistema di garanzia

OdC: Ospedali di comunità

OMS: Organizzazione mondiale della sanità

PLS: Pediatri di libera scelta PM<sub>10</sub>: Particolato grossolano

PM<sub>2,5</sub>: Particolato fine

PNRR: Piano nazionale di ripresa e resilienza POMI: Progetto obiettivo materno infantile

PSN: Piano sanitario nazionale

RSA: Residenze sanitarie assistenziali

SISAC: Società interregionale sanitari convenzionati

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

UCCP: Unità complesse di cure primarie

USL: Unità sanitarie locali

## NOTA METODOLOGICA

## La costruzione di indicatori compositi

Per la rappresentazione sintetica delle dimensioni di domanda e di offerta dell'assistenza sanitaria territoriale è stato adottato il metodo Mazziotta-Pareto corretto (AMPI; cfr. Mazziotta e Pareto (2013 e 2014)), metodologia adoperata dall'Istat per la costruzione degli indicatori compositi (indicatori di Benessere Equo e Sostenibile e indice di Vulnerabilità Sociale e Materiale<sup>1</sup>.

Ciascun indicatore elementare ( $I_{ij}$  relativo al j-esimo indicatore dell'osservazione i-esima) è inizialmente normalizzato rispetto a due *goalposts*, ovvero un minimo e un massimo in funzione del campo di variazione dell'indicatore stesso (min-max normalization). In formule:

$$r_{ij} = \frac{I_{ij} - \text{Min}_{I_{j}}}{\text{Max}_{I_{j}} - \text{Min}_{I_{j}}} *60 + 70$$
 se l'indicatore ha polarità positiva (a un valore maggiore dell'indicatore elementare corrisponde una maggiore intensità del fenomeno)

elementare corrisponde una maggi  

$$r_{ij} = \frac{\text{Max}_{I_j} \cdot I_{ij}}{\text{Max}_{I_j} \cdot \text{Min}_{I_j}} *60+70$$
 se l'indicatore ha polarità negativa

dove  $\max_{I_j} \operatorname{e} \operatorname{Min}_{I_j}$  sono i valori dei *goalposts* per l'indicatore *j*. Questi sono fissati in modo da porre uguale a 100 un valore di riferimento dell'indicatore j ( $Rif_{I_j}$ ); nel nostro esercizio sono stati scelti come riferimento alternativamente il valore dell'indicatore per l'Italia e quello per le macro aree. I valori *goalposts* sono determinati aggiungendo e sottraendo a tali valori la metà della distanza min-max della distribuzione degli indicatori elementari. In formule:

$$\begin{aligned} & \operatorname{Min}_{I_{,j}} = Rif_{I_{,j}} - \Delta_{I_{,j}} \\ & \operatorname{Max}_{I_{,j}} = Rif_{I_{,j}} + \Delta_{I_{,j}} \\ & \Delta_{I_{,j}} = \left( \max_{i} I_{,i} - \min_{i} I_{,i} \right) / 2 \end{aligned}$$

L'indicatore così normalizzato assume valori compresi approssimativamente nell'intervallo [70,130].

Gli indicatori sintetici sono poi ottenuti come media aritmetica semplice degli indicatori normalizzati, penalizzata dalla variabilità "orizzontale" degli indicatori stessi, correttivo posto per tener conto della sostituibilità solo parziale delle componenti (metodo non compensativo). L'indicatore sintetico per l'osservazione *i*-esima è ottenuto dalla formula:

$$\mathcal{A}MPI_{\boldsymbol{i}} = \mathrm{M}_{r_i}(1-cv_i^2) = \mathrm{M}_{r_i} - \mathrm{S}_{r_i} \cdot cv_i$$

dove  $M_{r_i} = \frac{\sum_{j=1}^m r_{ij}}{m}$  e  $S_{r_i} = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^m (r_{ij} - M_{r_i})^2}{m}}$  sono rispettivamente la media e la deviazione standard degli m indicatori normalizzati dell'i-esima osservazione oggetto di aggregazione e  $\alpha_i = \frac{S_{r_i}}{M_{r_i}}$  è il loro coefficiente di variazione.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> La scelta della metodologia è stata preceduta da una analisi comparata dei diversi approcci disponibili (media semplice degli indicatori normalizzati, analisi dei componenti principali, scostamenti interquartilici, metodo Pareto Mazziotta e Metodo Pareto Mazziotta modificato). Gli indicatori sintetici, calcolati per ciascuna regione, hanno consentito la formazione di un ranking per ciascuna dimensione di domanda e di offerta. Il metodo AMPI si è rivelato quello con maggiore stabilità dei risultati e quello che meglio rappresentava le informazioni degli indicatori individuali sottostanti.

## APPENDICE STATISTICA

Tavola 1

|  |            |          |                    |             | Tavoia  |  |  |  |  |  |
|--|------------|----------|--------------------|-------------|---------|--|--|--|--|--|
| Inappropriatezza ospedaliera (valori per 100.000 ab.)  |            |          |                    |             |         |  |  |  |  |  |
| VOCI   | Nord Ovest | Nord Est | Centro             | Sud e Isole | Italia  |  |  |  |  |  |
|  |            |          | 2019               |             |         |  |  |  |  |  |
| Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti in codice bianco o verde    | 89,9       | 68,9     | 67,3               | 49,6        | 67,7    |  |  |  |  |  |
| Accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti in codice bianco o verde | 79,2       | 62,7     | 62,1               | 45,5        | 61,2    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per asma nell'adulto (1)  | 5,9        | 5,4      | 3,0                | 5,4         | 5,0     |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (2)  | 283,4      | 342,4    | 305,1              | 289,4       | 301,3   |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (3)  | 905,4      | 1.138,5  | 991,1              | 986,4       | 995,0   |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per influenza nell'anziano (3)  | 12,2       | 29,9     | 6,8                | 5,2         | 12,4    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione standardizzata per patologie correlate all'alcool (4)                               | 24,4       | 33,4     | 22,0               | 20,7        | 24,4    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per malattie polmonari croniche ostruttive (5)                                      | 61,2       | 63,7     | 36,7               | 37,7        | 48,8    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per diabete con complicanze (5)   | 29,6       | 34,9     | 21,1               | 25,3        | 27,5    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per diabete non controllato (2)   | 9,4        | 16,6     | 7,2<br><b>2010</b> | 9,0         | 10,2    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per asma nell'adulto (1)  | 11,4       | 9,2      | 8,1                | 13,8        | 11,2    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (2)  | 321,5      | 374,6    | 342,4              | 363,5       | 350,2   |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (3)  | 1.132,3    | 1.369,8  | 1.208,2            | 1.425,8     | 1.286,8 |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per influenza nell'anziano (3)  | 1,6        | 4,5      | 4,0                | 5,0         | 3,7     |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione standardizzata per patologie correlate all'alcool (4)                               | 40,9       | 47,1     | 33,0               | 37,4        | 39,4    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per malattie polmonari croniche ostruttive (5)                                      | 105,9      | 119,5    | 82,4               | 170,5       | 125,9   |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per diabete con complicanze (5)   | 42,9       | 31,1     | 24,6               | 45,9        | 38,0    |  |  |  |  |  |
| Ospedalizzazione per diabete non controllato (2)   | 22,5       | 25,2     | 14,4               | 25,3        | 22,4    |  |  |  |  |  |

Fonte: per gli accessi al pronto soccorso, elaborazione su dati NSG; per gli indicatori di ospedalizzazione, Ministero Salute, *Schede SDO*.

(1) Età 18-64 anni. – (2) Età >= 18 anni. – (3) Età >= 65 anni. – (4) Tasso standardizzato per età e sesso rispetto alla popolazione italiana. – (5) Età >= 15 anni.

Tavola 2

| VOCI                                    | Nord Ovest | Nord Est | Centro     | Sud e Isole | Italia |
|---|------------|----------|------------|-------------|--------|
|   |            |          | Demografia |             |        |
| le popolazione con età maggiore 64 anni | 24,1       | 23,6     | 23,7       | 21,4        | 23,0   |
| ipendenza strutturale (1)               | 58,8       | 58,0     | 57,4       | 53,3        | 56,4   |
|   |            |          |            |             |        |

Fattori di domanda di assistenza territoriale - 2019 (valori e valori percentuali)

|   |             |             | Demografia              |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|
| Percentuale popolazione con età maggiore 64 anni                            | 24,1        | 23,6        | 23,7                    | 21,4        | 23,0        |
| Indice di dipendenza strutturale (1)  | 58,8        | 58,0        | 57,4                    | 53,3        | 56,4        |
| Indice di dipendenza anziani (2)  | 38,2        | 37,2        | 37,3                    | 32,8        | 36,0        |
|   |             |             | Stili di vita           |             |             |
| Percentuale di obesi (età superiore a 18 anni)                              | 9,6         | 11,2        | 9,7                     | 12,0        | 10,8        |
| Percentuale di fumatori (età superiore a 15 anni)                           | 18,2        | 16,8        | 21,1                    | 18,6        | 18,6        |
| Percentuale soggetti con consumo alcol a rischio                            | 19,7        | 26,1        | 15,9                    | 11,1        | 16,8        |
| Percentuale di persone inattive   | 26,8        | 24,7        | 35,8                    | 48,6        | 35,6        |
|   |             |             | Stato di salute         |             |             |
| Tasso standardizzato di almeno due cronicità (3)                            | 16,5        | 17,1        | 17,5                    | 20,2        | 18,0        |
| Tasso standardizzato di gravi limitazioni nelle attività                    | 3,9         | 4,5         | 4,6                     | 5,1         | 4,5         |
| Tasso standardizzato di gravi limitazioni con età mag-<br>giore 64 anni     | 11,9        | 14,3        | 14,3                    | 16,2        | 14,2        |
|   |             | Contest     | o economico e           | sociale     |             |
| Reddito disponibile pro capite (4)  | 20.582      | 20.033      | 18.254                  | 12.915      | 17.401      |
| Indice di povertà   | 9,1         | 8,1         | 9,7                     | 25,8        | 14,7        |
| Indice di grave deprivazione materiale                                      | 4,1         | 2,9         | 5,5                     | 13,6        | 7,4         |
| Percentuale popolazione con al massimo licenza media                        | 46,9        | 45,5        | 43,7                    | 54,6        | 48,6        |
| Uscita precoce dal sistema di istruzione                                    | 11,2        | 9,6         | 10,9                    | 18,2        | 13,5        |
| Percentuale di famiglie con almeno 5 componenti                             | 3,2         | 3,7         | 3,5                     | 5,2         | 4,0         |
|   |             | Α           | ccesso alle cure        | •           |             |
| Difficoltà di accesso alle farmacie   | 13,3        | 13,1        | 15,9                    | 21,4        | 16,4        |
| Difficoltà di accesso al Pronto soccorso                                    | 44,5        | 46,9        | 52,8                    | 62,6        | 52,5        |
|   |             | -,-         | 0=,0                    | ,-          | 02,0        |
| Rinuncia a prestazioni sanitarie  | 5,4         | 4,7         | 6,9                     | 7,5         | 6,3         |
| Rinuncia a prestazioni sanitarie  | 5,4         | ,           |                         |             | •           |
| Rinuncia a prestazioni sanitarie  Qualità dell'aria - presenza di PM2.5 (5) | 5,4<br>91,2 | ,           | 6,9                     |             | •           |
|   | ,           | 4,7         | 6,9<br>Ambiente         | 7,5         | 6,3         |
| Qualità dell'aria - presenza di PM2.5 (5)                                   | 91,2        | 4,7<br>91,2 | 6,9<br>Ambiente<br>74,4 | 7,5<br>73,4 | 6,3<br>81,9 |

Fonte: elaborazione su dati Istat, Health for All, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile in Italia, Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana;

per la popolazione dati Istat.

(1) L'indice di dipendenza strutturale esprime il rapporto percentuale tra popolazione in età nnn attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni).

– (2) L'indice di dipendenza degli anziani esprime il rapporto percentuale tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni).

– (3) Il tasso standardizzato di almeno due cronicità esprime la percentuale delle persone con almeno due malattie croniche in rapporto alla popolazione standardizzata per età. Rientrano nelle malattie croniche patologie che implicano cattive condizioni di salute e un elevato livello di limitazioni. – (4) Reddito disponibile in termini reali, deflazionato con l'indice nazionale dei prezzi al consumo FOI a prezzi base 2010. – (5) Non si dispone degli indicatori distinti per Nord Ovest e Nord Est, ma solo l'indicatore riferito al

### Fattori di domanda di assistenza territoriale - 2010 (valori e valori percentuali)

| VOCI  | Nord Ovest | Nord Est | Centro          | Sud e Isole | Italia |
|---|------------|----------|-----------------|-------------|--------|
| ¥001  | Noiu Ovest | NOIU ESI | Cernio          | Suu e isole | Ilalia |
|   |            |          | Demografia      |             |        |
| Percentuale popolazione con età maggiore 64 anni                        | 21,5       | 21,1     | 21,5            | 18,1        | 20,3   |
| Indice di dipendenza strutturale (1)                                    | 54,0       | 53,6     | 53,5            | 49,4        | 52,2   |
| Indice di dipendenza anziani (2)  | 33,1       | 32,4     | 33,0            | 27,1        | 30,8   |
|   |            |          | Stili di vita   |             |        |
| Percentuale di obesi (età superiore a 18 anni)                          | 9,5        | 10,2     | 9,9             | 11,8        | 10,5   |
| Percentuale di fumatori (età superiore a 15 anni)                       | 22,6       | 21,3     | 24,9            | 23,4        | 23,1   |
| Percentuale soggetti con consumo alcol a rischio                        | 20,4       | 24,5     | 15,6            | 11,9        | 16,9   |
| Percentuale di persone inattive   | 31,6       | 24,6     | 36,6            | 52,0        | 38,3   |
|   |            |          | Stato di salute |             |        |
| Tasso standardizzato di almeno due cronicità (3)                        | 17,6       | 18,3     | 18,9            | 20,6        | 18,9   |
| Tasso standardizzato di gravi limitazioni nelle attività                | 4,2        | 4,8      | 5,2             | 5,4         | 4,9    |
| Tasso standardizzato di gravi limitazioni con età mag-<br>giore 64 anni | 13,4       | 14,7     | 17,0            | 17,0        | 15,6   |
|   |            | Contes   | to economico e  | sociale     |        |
| Reddito disponibile pro capite  | 20.915     | 19.914   | 19.271          | 13.089      | 17.677 |
| Indice di povertà (4)   | 4,4        | 4,4      | 7,2             | 18,8        | 9,6    |
| Indice di grave deprivazione materiale                                  | 3,5        | 3,8      | 5,5             | 13,3        | 7,4    |
| Percentuale popolazione con al massimo licenza media                    | 53,1       | 52,9     | 50,7            | 60,4        | 55,1   |
| Uscita precoce dal sistema di istruzione                                | 17,7       | 15,1     | 14,6            | 22,3        | 18,6   |
| Percentuale di famiglie con almeno 5 componenti                         | 2,8        | 3,6      | 3,5             | 7,0         | 4,5    |
|   |            | A        | ccesso alle cu  | re          |        |
| Difficoltà di accesso alle farmacie                                     | 16,1       | 19,3     | 19,7            | 27,2        | 21,0   |
| Difficoltà di accesso al Pronto soccorso                                | 48,5       | 49,1     | 52,7            | 66,2        | 55,1   |
|   |            |          | Ambiente        |             |        |
| Qualità dell'aria - presenza di PM2.5 (4)                               | 97,5       | 97,5     | 92,2            | 84,6        | 92,9   |
| Dispersione da rete idrica comunale (4)                                 | 26,2       | 26,2     | 32,2            | 39,7        | 32,1   |
| Percentuale di raccolta differenziata                                   | 46,3       | 52,7     | 27,1            | 21,2        | 35,3   |
| Soddisfazione per la situazione ambientale (4)                          | 73,1       | 73,1     | 70,0            | 63,1        | 69,0   |

Fonte: elaborazione su dati Istat, Health for All, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile in Italia, Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana;

per la popolazione dati Istat.

(1) L'indice di dipendenza strutturale esprime il rapporto percentuale tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni).

(2) L'indice di dipendenza degli anziani esprime il rapporto percentuale tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni).

(3) Il tasso standardizzato di almeno due cronicità esprime la percentuale delle persone con almeno due malattie croniche in rapporto alla popolazione standardizzata per età. Rientrano nelle malattie croniche patologie che implicano cattive condizioni di salute e un elevato livello di limitazioni.

(4) Non si dispone degli indicatori distinti per Nord Ovest e Nord Est, ma solo l'indicatore riferito al Nord.

Tavola 4

| Strutture pubbliche e | private per    | tipologia di    | assistenza | territoriale |
|-----------------------|----------------|-----------------|------------|--------------|
|                       | (valori e valo | ri nercentuali) | 1          |              |

|                     |                       |            | (va        | ilori e valori <sub>l</sub> | percentuali)          |                                    |                           |                      |                         |
|---------------------|-----------------------|------------|------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| AREE<br>GEOGRAFICHE | Distretti<br>attivati | Consultori | Ambulatori | Residen-<br>ziale           | Semiresi-<br>denziale | Riabilita-<br>tiva<br>(ex art. 26) | Altra assi-<br>stenza (1) | Case della<br>salute | Ospedali di<br>comunità |
|                     |                       |            |            | N                           | umero di stru<br>2019 | tture                              |                           |                      |                         |
| Nord Ovest          | 105                   | 479        | 1.383      | 3.107                       | 1.045                 | 163                                | 753                       | 75                   | 26                      |
| Nord Est            | 105                   | 613        | 1.159      | 2.128                       | 1.242                 | 35                                 | 774                       | 201                  | 95                      |
| Centro              | 97                    | 474        | 1.683      | 1.318                       | 508                   | 326                                | 681                       | 127                  | 34                      |
| Sud e Isole         | 264                   | 711        | 4.573      | 1.130                       | 412                   | 617                                | 1.119                     | 90                   | 8                       |
| Italia              | 571                   | 2.277      | 8.798      | 7.683                       | 3.207<br>2010         | 1.141                              | 3.327                     | 493                  | 163                     |
| Nord Ovest          | 176                   | 568        | 1.548      | 2.593                       | 928                   | 116                                | 704                       |                      | -                       |
| Nord Est            | 139                   | 625        | 1.148      | 1.991                       | 1.100                 | 34                                 | 715                       |                      | -                       |
| Centro              | 115                   | 565        | 1.970      | 907                         | 392                   | 256                                | 603                       |                      | =                       |
| Sud e Isole         | 292                   | 792        | 4.969      | 662                         | 224                   | 565                                | 942                       |                      | =                       |
| Italia              | 722                   | 2.550      | 9.635      | 6.153                       | 2.644                 | 971                                | 2.964                     |                      | -                       |
|                     |                       |            | ı          | Numero di st                | trutture ogni         | 100.000 abitar                     | nti                       |                      |                         |
|                     |                       |            |            |                             | 2019                  |                                    |                           |                      |                         |
| Nord Ovest          | 0,7                   | 3,0        | 8,6        | 19,4                        | 6,5                   | 1,0                                | 4,7                       | 0,5                  | 0,2                     |
| Nord Est            | 0,9                   | 5,3        | 10,0       | 18,3                        | 10,7                  | 0,3                                | 6,7                       | 1,7                  | 0,8                     |
| Centro              | 0,8                   | 4,0        | 14,2       | 11,1                        | 4,3                   | 2,8                                | 5,8                       | 1,1                  | 0,3                     |
| Sud e Isole         | 1,3                   | 3,5        | 22,6       | 5,6                         | 2,0                   | 3,1                                | 5,5                       | 0,4                  | 0,0                     |
| Italia              | 1,0                   | 3,8        | 14,8       | 12,9                        | 5,4                   | 1,9                                | 5,6                       | 0,8                  | 0,3                     |
|                     |                       |            |            |                             | 2010                  |                                    |                           |                      |                         |
| Nord Ovest          | 1,1                   | 3,6        | 9,8        | 16,3                        | 5,8                   | 0,7                                | 4,4                       |                      | -                       |
| Nord Est            | 1,2                   | 5,4        | 10,0       | 17,3                        | 9,6                   | 0,3                                | 6,2                       |                      | -                       |
| Centro              | 1,0                   | 4,8        | 16,8       | 7,7                         | 3,3                   | 2,2                                | 5,1                       |                      | -                       |
| Sud e Isole         | 1,4                   | 3,8        | 23,8       | 3,2                         | 1,1                   | 2,7                                | 4,5                       |                      | -                       |
| Italia              | 1,2                   | 4,3        | 16,1       | 10,3                        | 4,4                   | 1,6                                | 4,9                       |                      | -                       |
|                     |                       |            |            | Quota di str                |                       | accreditate (2                     | 2)                        |                      |                         |
|                     |                       |            |            |                             | 2019                  |                                    |                           |                      |                         |
| Nord Ovest          | -                     |            | 40,1       | 88,6                        | 81,1                  | 92,0                               | 12,6                      | -                    | -                       |
| Nord Est            | -                     |            | 43,2       | 84,9                        | 79,7                  | 97,1                               | 14,9                      | -                    | -                       |
| Centro              | -                     |            | 54,4       | 71,3                        | 40,6                  | 62,6                               | 6,1                       | -                    | =                       |
| Sud e Isole         | -                     |            | 73,0       | 79,3                        | 57,0                  | 82,0                               | 16,3                      | -                    | -                       |
| Italia              | -                     |            | 60,3       | 83,2                        | 71,1                  | 78,4                               | 13,0                      | -                    | -                       |
|                     |                       |            |            |                             | 2010                  |                                    |                           |                      |                         |
| Nord Ovest          | -                     |            | 42,2       | 82,5                        | 73,0                  | 87,9                               | 9,2                       | -                    | -                       |
| Nord Est            | -                     |            | 43,6       | 78,6                        | 72,5                  | 97,1                               | 14,1                      | -                    | -                       |
| Centro              | -                     |            | 51,2       | 55,9                        | 30,1                  | 58,6                               | 7,0                       | -                    | -                       |
| Sud e Isole         | -                     |            | 72,8       | 65,0                        | 30,4                  | 78,9                               | 14,8                      | -                    | -                       |
| Italia              | -                     |            | 60,0       | 75,4                        | 62,8                  | 75,3                               | 11,7                      | -                    | -                       |

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano*; per la popolazione dati Istat; per le Case della salute e gli Ospedali di comunità, informazioni tratte dal lavoro della Camera dei Deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, n. 144, 1° marzo 2021.

(1) Centri dialisi ad assistenza limitata, Stabilimenti idrotermali, Centri di salute mentale, Centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

– (2) Il dato relativo ad "altra assistenza" include anche i consultori.

Tavola 5

|  |            |          |        |             | Tavola 5 |  |  |  |  |  |  |
|--|------------|----------|--------|-------------|----------|--|--|--|--|--|--|
| Prevenzione vaccinale e oncologica (1) (valori percentuali)    |            |          |        |             |          |  |  |  |  |  |  |
| VOCI   | Nord Ovest | Nord Est | Centro | Sud e Isole | Italia   |  |  |  |  |  |  |
|  |            |          | 2019   |             |          |  |  |  |  |  |  |
| Copertura vaccino antinfluenzale popolazione 65 anni e più     | 47,1       | 57,8     | 54,4   | 55,1        | 53,1     |  |  |  |  |  |  |
| Copertura vaccinale meningococco                               | 92,4       | 90,2     | 81,0   | 63,1        | 79,4     |  |  |  |  |  |  |
| Copertura vaccinale polio                                      | 95,9       | 94,4     | 95,9   | 94,3        | 95,0     |  |  |  |  |  |  |
| Screening collo dell'utero (partecipazione totale)             | 84,2       | 88,9     | 86,2   | 69,5        | 79,9     |  |  |  |  |  |  |
| Screening collo dell'utero (partecipazione programma pubblico) | 41,4       | 63,3     | 51,6   | 36,5        | 48,7     |  |  |  |  |  |  |
| Screening mammografico (partecipazione totale)                 | 82,8       | 86,0     | 82,0   | 61,9        | 74,8     |  |  |  |  |  |  |
| Screening mammografico (partecipazione programma pubblico)     | 70,4       | 71,5     | 59,9   | 38,6        | 55,3     |  |  |  |  |  |  |
| Screening colon-retto (partecipazione totale)                  | 60,2       | 71,4     | 55,2   | 27,7        | 47,6     |  |  |  |  |  |  |
| Screening colon-retto (partecipazione programma pubblico)      | 54,9       | 65,6     | 45,2   | 19,4        | 39,6     |  |  |  |  |  |  |
|  |            |          | 2010   |             |          |  |  |  |  |  |  |
| Copertura vaccino antinfluenzale popolazione 65 anni e più     | 62,7       | 68,7     | 69,5   | 66,0        | 65,6     |  |  |  |  |  |  |
| Copertura vaccinale meningococco                               | 75,6       | 88,8     | 78,8   | 60,2        | 77,1     |  |  |  |  |  |  |
| Copertura vaccinale polio                                      | 96,1       | 94,5     | 96,5   | 95,0        | 95,7     |  |  |  |  |  |  |
| Screening collo dell'utero (partecipazione totale)             | 81,5       | 87,4     | 82,7   | 62,3        | 78,7     |  |  |  |  |  |  |
| Screening collo dell'utero (partecipazione programma pubblico) | 30,0       | 52,0     | 43,4   | 27,7        | 41,7     |  |  |  |  |  |  |
| Screening mammografico (partecipazione totale)                 | 80,1       | 83,3     | 76,5   | 51,8        | 71,0     |  |  |  |  |  |  |
| Screening mammografico (partecipazione programma pubblico)     | 61,6       | 65,5     | 56,2   | 30,9        | 51,4     |  |  |  |  |  |  |
| Screening colon-retto (partecipazione totale)                  | 50,8       | 62,7     | 38,8   | 17,4        | 40,8     |  |  |  |  |  |  |
| Screening colon-retto (partecipazione programma pubblico)      | 43,4       | 54,8     | 28,1   | 10,3        | 32,8     |  |  |  |  |  |  |
|  |            |          |        |             |          |  |  |  |  |  |  |

Fonte: elaborazione su dati Istat, Health for all, e Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica-Sorveglianza PASSI. (1) I dati 2010 della copertura vaccinale polio e meningococco sono riferiti al 2013, primo anno disponibile; i dati sulla prevenzione oncologica non sono disponibili per anno: i dati per misurare la prevenzione per il 2019 sono una media del periodo 2016-2019, mentre per il 2010 una media del periodo 2011-2014 (primo periodo di disponibilità dei dati).

|                     |                        |                              |                             |                                |                              |                         |           |                          | Tavoia  |
|---------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|--------------------------|---|
|                     |                        |                              |                             | onale in co<br>lori e valori p | onvenzione<br>percentuali)   |                         |           |                          |   |
| AREE<br>GEOGRAFICHE | Assistenza<br>primaria | Pediatri di<br>libera scelta | Continuità<br>assistenziale | Emergenza<br>sanitaria         | Specialisti<br>ambulatoriali | Medicina<br>dei servizi | Psicologi | Altro conven-<br>zionato | Totale perso-<br>nale in con-<br>venzione (1) |
|                     |                        |                              |                             |                                | Numero<br>2019               |                         |           |                          |   |
| Nord Ovest          | 10.265                 | 1.765                        | 3.192                       | 419                            | 2.822                        | 279                     | 526       | 57                       | 19.325  |
| Nord Est            | 7.423                  | 1.414                        | 2.148                       | 190                            | 2.373                        | 126                     | 253       | 30                       | 13.957  |
| Centro              | 8.618                  | 1.495                        | 2.816                       | 415                            | 3.508                        | 592                     | 235       | 92                       | 17.771  |
| Sud e Isole         | 15.703                 | 2.699                        | 9.595                       | 1.970                          | 6.114                        | 465                     | 323       | 224                      | 37.093  |
| Italia              | 42.009                 | 7.373                        | 17.751                      | 2.994                          | 14.817                       | 1.462                   | 1.337     | 403                      | 88.146  |
|                     |                        |                              |                             |                                | <b>2010</b> (2)              |                         |           |                          |   |
| Nord Ovest          | 11.382                 | 1.826                        | 2.720                       | 406                            | 3.077                        | 358                     | 448       | 33                       | 20.250  |
| Nord Est            | 7.973                  | 1.413                        | 2.110                       | 104                            | 2.615                        | 166                     | 136       | 21                       | 14.538  |
| Centro              | 9.743                  | 1.526                        | 2.554                       | 456                            | 3.854                        | 888                     | 148       | 61                       | 19.230  |
| Sud e Isole         | 16.690                 | 2.952                        | 9.075                       | 1.751                          | 6.074                        | 579                     | 186       | 133                      | 37.440  |
| Italia              | 45.788                 | 7.717                        | 16.459                      | 2.717                          | 15.620                       | 1.991                   | 918       | 248                      | 91.458  |
|                     |                        |                              |                             | Numero (                       | ogni 100.000 a               | bitanti (3)             |           |                          |   |
|                     |                        |                              |                             |                                | 2019                         |                         |           |                          |   |
| Nord Ovest          | 73,7                   | 86,0                         | 20,0                        | 2,6                            | 17,6                         | 1,7                     | 3,3       | 0,4                      | 120,9   |
| Nord Est            | 73,4                   | 93,5                         | 18,5                        | 1,6                            | 20,4                         | 1,1                     | 2,2       | 0,3                      | 120,0   |
| Centro              | 83,4                   | 99,8                         | 23,8                        | 3,5                            | 29,7                         | 5,0                     | 2,0       | 0,8                      | 150,2   |
| Sud e Isole         | 89,6                   | 101,2                        | 47,5                        | 9,8                            | 30,3                         | 2,3                     | 1,6       | 1,1                      | 183,7   |
| Italia              | 80,9                   | 95,4                         | 29,8                        | 5,0                            | 24,8                         | 2,5                     | 2,2       | 0,7                      | 147,8   |
|                     |                        |                              |                             |                                | <b>2010</b> (2)              |                         |           |                          |   |
| Nord Ovest          | 83,0                   | 84,3                         | 17,1                        | 2,6                            | 19,4                         | 2,3                     | 2,8       | 0,2                      | 127,5   |
| Nord Est            | 84,1                   | 93,1                         | 19,2                        | 0,9                            | 23,8                         | 1,5                     | 1,2       | 0,2                      | 132,1   |
| Centro              | 95,9                   | 97,1                         | 21,8                        | 3,9                            | 32,9                         | 7,6                     | 1,3       | 0,5                      | 164,0   |
| Sud e Isole         | 94,1                   | 95,2                         | 43,6                        | 8,4                            | 29,2                         | 2,8                     | 0,9       | 0,6                      | 179,7   |
| Italia              | 89,6                   | 92,4                         | 27,7                        | 4,6                            | 26,3                         | 3,3                     | 1,5       | 0,4                      | 153,9   |
|                     |                        |                              | Scelte pe                   | er medico / C                  | Dre di assisten              | za per 100.00           | 0 ab. (4) |                          |   |
|                     |                        |                              |                             |                                | 2019                         |                         |           |                          |   |
| Nord Ovest          | 1.348                  | 986                          | 20.864                      | 5.413                          | 17.384                       | 1.488                   | 4.054     | 636                      | 49.840  |
| Nord Est            | 1.342                  | 917                          | 23.233                      | 2.927                          | 25.688                       | 1.429                   | 2.766     | 416                      | 56.459  |
| Centro              | 1.170                  | 856                          | 27.781                      | 7.346                          | 34.696                       | 5.020                   | 2.132     | 1.144                    | 78.118  |
| Sud e Isole         | 1.117                  | 816                          | 61.087                      | 20.498                         | 44.249                       | 2.464                   | 2.263     | 1.551                    | 132.113                                       |
| Italia              | 1.224                  | 884                          | 36.317                      | 10.419                         | 31.534                       | 2.508                   | 2.815     | 1.004                    | 84.597  |
|                     |                        |                              |                             |                                | <b>2010</b> (2)              |                         |           |                          |   |
| Nord Ovest          | 1.246                  | 925                          | 19.126                      | 5.517                          | 17.787                       | 2.204                   | 3.083     | 296                      | 48.012  |
| Nord Est            | 1.207                  | 907                          | 25.109                      | 2.069                          | 26.693                       | 1.571                   | 1.546     | 292                      | 57.281  |
| Centro              | 1.067                  | 836                          | 25.997                      | 8.791                          | 31.673                       | 5.828                   | 1.058     | 698                      | 74.043  |
| Sud e Isole         | 1.097                  | 821                          | 53.277                      | 16.673                         | 35.620                       | 2.666                   | 1.057     | 782                      | 110.075                                       |
| Italia              | 1.147                  | 864                          | 33.560                      | 9.435                          | 28.426                       | 2.963                   | 1.689     | 545                      | 76.618  |

Fonte: elaborazioni su dati Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC); per il numero di scelte per medico Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano; per la popolazione dati Istat.

(1) Esclusi i veterinari. – (2) Non sono disponibili i dati relativi alla Provincia Autonoma di Bolzano; i pro capite sono stati calcolati escludendo la relativa popolazione dal totale italiano e della macro area. – (3) In rapporto alla popolazione di riferimento (fino a 14 anni per i pediatri di libera scelta, dai 15 anni per i medici di assistenza primaria, popolazione totale per tutti gli altri casi). – (4) Per i medici di assistenza primaria e per i pediatri di libera scelta, numero di pazienti per medico; in tutti gli altri casi ore di assistenza per 100.000 abitanti.

Tavola 7

## Medici in base al carico di pazienti, all'anzianità di servizio e all'esercizio dell'attività in forma associata (valori percentuali)

|  | Nord                   | Ovest                           | Nord                   | l Est                           | Cer                    | ntro                            | Sud e                  | Isole                           | Ita                    | lia                             |
|--|------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| VOCI   | Assistenza<br>primaria | Pediatri di<br>libera<br>scelta |
|  |                        |                                 |                        |                                 | 20                     | 19                              |                        |                                 |                        |                                 |
| Oltre valore soglia per numero di pazienti (1) | 51,5                   | 79,7                            | 47,1                   | 75,5                            | 32,5                   | 75,7                            | 22,5                   | 63,0                            | 36,0                   | 71,9                            |
| Maggiore anzianità (2)                         | 74,7                   | 70,2                            | 73,2                   | 67,7                            | 77,7                   | 87,8                            | 82,1                   | 86,7                            | 77,8                   | 79,4                            |
| Esercizio attività in forma associata (3)      | 73,1                   | 63,6                            | 76,0                   | 71,7                            | 74,7                   | 65,7                            | 57,6                   | 68,8                            | 68,2                   | 67,5                            |
|  |                        |                                 |                        |                                 | 20                     | 10                              |                        |                                 |                        |                                 |
| Oltre valore soglia per numero di pazienti (1) | 36,7                   | 76,6                            | 30,1                   | 76,8                            | 19,7                   | 73,6                            | 17,8                   | 65,6                            | 25,1                   | 71,8                            |
| Maggiore anzianità (2)                         | 52,6                   | 42,5                            | 54,3                   | 42,2                            | 55,1                   | 59,2                            | 54,8                   | 30,3                            | 54,2                   | 41,0                            |
| Esercizio attività in forma associata (3)      | 74,0                   | 62,8                            | 72,7                   | 61,2                            | 68,7                   | 68,8                            | 58,0                   | 52,6                            | 66,9                   | 59,7                            |

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano*; per la popolazione dati Istat.

(1) Percentuale di medici con numero di pazienti oltre valore soglia. Nel 2019 il valore soglia era stabilito in 1.500 pazienti per i medici di assistenza primaria e in 800 pazienti per i pediatri di libera scelta. – (2) Percentuale di medici si assistenza primaria con anzianità dalla laurea maggiore di 27 anni e pediatri di libera scelta con anzianità dalla specializzazione maggiore di 23 anni. – (3) Percentuale di medici che esercitano l'attività in forma associata.

Tavola 8

|                                    |               |                  |               |                       |               |                  |               |                  |               | i avoia o        |
|------------------------------------|---------------|------------------|---------------|-----------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
|                                    |               |                  | Attivit       | à ambulat<br>(valori) | oriale        |                  |               |                  |               |                  |
|                                    | Nord Ovest    |                  | Nord Est      |                       | Centro        |                  | Sud e Isole   |                  | Italia        |                  |
| VOCI                               | Pro<br>capite | Per<br>struttura | Pro<br>capite | Per<br>struttura      | Pro<br>capite | Per<br>struttura | Pro<br>capite | Per<br>struttura | Pro<br>capite | Per<br>struttura |
|                                    |               |                  |               |                       | 2             | 019              |               |                  |               |                  |
| Prestazioni totali                 | 20,0          | 231.625          | 19,7          | 197.590               | 19,1          | 134.063          | 21,4          | 94.448           | 20,2          | 137.177          |
| specialistiche e diagnosti-<br>che | 4,8           | 54.963           | 4,2           | 41.947                | 4,1           | 29.076           | 4,0           | 17.568           | 4,3           | 28.859           |
| analisi di laboratorio             | 15,3          | 176.663          | 15,5          | 155.643               | 14,9          | 104.987          | 17,4          | 76.880           | 16,0          | 108.318          |
|                                    |               |                  |               |                       | 2             | 010              |               |                  |               |                  |
| Prestazioni totali                 | 23,9          | 244.733          | 23,9          | 239.166               | 22,7          | 135.013          | 20,6          | 86.218           | 22,5          | 139.886          |
| specialistiche e diagnosti-<br>che | 5,3           | 54.173           | 5,4           | 53.649                | 4,9           | 29.139           | 4,5           | 19.002           | 5,0           | 30.854           |
| analisi di laboratorio             | 18,6          | 190.560          | 18,5          | 185.517               | 17,8          | 105.874          | 16,0          | 67.216           | 17,5          | 109.032          |

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano; per la popolazione dati Istat.

Tavola 9

|   |         |                                   |         |                                   |            |                                   |            |                                   |           | Tavola 9                         |
|---|---------|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|-----------|----------------------------------|
|   | Assist  | tenza dom                         |         | ntegrata, r<br>ori e valori p     |            | ale e sem<br>i)                   | iresidenz  | ziale                             |           |                                  |
|   | Nord    | Ovest                             | Nor     | d Est                             | Ce         | entro                             | Sud        | e Isole                           | Ita       | lia                              |
| VOCI  | Totale  | <i>di cui:</i> an-<br>ziani (65+) | Totale  | <i>di cui:</i> an-<br>ziani (65+) | Totale     | <i>di cui:</i> an-<br>ziani (65+) | Totale     | <i>di cui:</i> an-<br>ziani (65+) | Totale    | <i>di cui:</i> an-<br>ziani (65+ |
|   |         |                                   |         | Assiste                           |            | iliare integra                    | ata (ADI)  |                                   |           |                                  |
|   |         |                                   |         |                                   | 20         | 019                               |            |                                   |           |                                  |
| Percentuale di anziani<br>trattati in ADI – SIAD (1)                        | -       | 4,8                               | -       | 8,1                               | -          | 4,8                               | -          | 3,6                               | -         | 5,1                              |
| Percentuale di anziani<br>trattati in ADI – indica-<br>tore griglia LEA (2) | -       | 2,7                               | -       | 3,5                               | -          | 2,6                               | -          | 3,0                               | -         | 2,9                              |
| Prese in carico per 100<br>ab. (3) (4)                                      | 1,4     | 5,0                               | 2,9     | 10,0                              | 1,8        | 6,3                               | 1,3        | 4,8                               | 1,8       | 6,2                              |
| Prese in carico (3)   | 231.630 | 193.059                           | 336.187 | 277.452                           | 207.101    | 178.450                           | 272.305    | 209.935                           | 1.047.223 | 858.896                          |
| Ore per caso (3)  | 13,4    | 11,2                              | 11,4    | 10,6                              | 20,4       | 14,9                              | 30,2       | 26,4                              | 18,4      | 15,4                             |
| Ore per abitante (3) (4)  | 0,2     | 0,6                               | 0,3     | 1,1                               | 0,4        | 0,9                               | 0,4        | 1,3                               | 0,3       | 1,0                              |
|   |         |                                   |         |                                   | 20         | 010                               |            |                                   |           |                                  |
| Percentuale di anziani<br>trattati in ADI - indica-<br>tore griglia LEA (2) | -       | 1,7                               | -       | 2,5                               | -          | 0,8                               | -          | 0,5                               | -         | 1,3                              |
| Prese in carico (3)   | 144.276 | 121.184                           | 218.837 | 192.102                           | 119.733    | 100.390                           | 114.305    | 87.986                            | 597.151   | 501.607                          |
| Prese in carico per 100<br>ab. (3) (4)                                      | 0,9     | 3,5                               | 1,9     | 7,8                               | 1,0        | 4,0                               | 0,5        | 2,3                               | 1,0       | 4,1                              |
| Ore per caso (3)  | 19,3    | 17,6                              | 15,6    | 15,4                              | 20,6       | 18,0                              | 37,6       | 37,2                              | 22,0      | 20,0                             |
| Ore per abitante (3) (4)  | 0,2     | 0,6                               | 0,3     | 1,3                               | 0,2        | 0,7                               | 0,2        | 0,9                               | 0,2       | 0,8                              |
|   |         |                                   | A       | ssistenza ı                       | residenzia | ale e semire                      | esidenzial | е                                 |           |                                  |
|   |         |                                   |         |                                   | 20         | 019                               |            |                                   |           |                                  |
| Posti   | 137.184 | 103.751                           | 100.333 | 71.801                            | 45.755     | 31.253                            | 34.103     | 14.381                            | 317.375   | 221.186                          |
| Posti per 100.000 ab. (4)   | 858     | 2.674                             | 863     | 2.599                             | 387        | 1.103                             | 169        | 328                               | 532       | 1.596                            |
| Utenti per 100.000 ab. (4)  | 1.276   | 3.671                             | 1.354   | 3.606                             | 709        | 1.876                             | 315        | 589                               | 853       | 2.316                            |
| Giornate per utente   | 195     | 218                               | 180     | 218                               | 147        | 172                               | 135        | 153                               | 175       | 205                              |
|   |         |                                   |         |                                   | 20         | 10                                |            |                                   |           |                                  |
| Posti   | 120.213 | 92.770                            | 88.485  | 63.285                            | 32.264     | 21.916                            | 19.692     | 6.537                             | 260.654   | 184.508                          |
| Posti per 100.000 ab. (4)   | 757     | 2.680                             | 769     | 2.585                             | 275        | 863                               | 95         | 172                               | 435       | 1.506                            |
| Utenti per 100.000 ab. (4)  | 1.087   | 3.759                             | 1.262   | 4.098                             | 478        | 1.346                             | 157        | 321                               | 678       | 2.259                            |
| Giornate per utente   | 209     | 224                               | 189     | 213                               | 165        | 199                               | 162        | 166                               | 192       | 214                              |
|   |         |                                   |         |                                   |            |                                   |            |                                   |           |                                  |

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano, Monitoraggio dei LEA; Agenas, Monitor 45 (2021); per la popolazione dati Istat

<sup>(1)</sup> Elaborazione su dati tratti da Monitor 45 (2021) di Agenas, basati sul Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD); dati non disponibili per il 2010. – (2) Elaborazione su dati tratti dal Monitoraggio del LEA (basati sul SIAD, ma riferiti alle sole prese in carico con almeno un accesso nell'anno in esame e con un coefficiente di intensità assistenziale (CIA) diverso da "base"). Per il 2010 si è utilizzato il dato disponibile più vicino, ossia quello relativo al 2012. Non essendo disponibili i dati relativi alla Sardegna e alla Provincia Autonoma di Bolzano per il 2012, e alla sola Sardegna per il 2019, la relativa popolazione è stata esclusa dal calcolo del totale italiano e delle rispettive macro aree. – (3) I dati, di fonte Annuario Statistico, si riferiscono ai casi presi in carico nell'anno e alle relative ore di assistenza; si possono verificare più prese in carico per uno stesso assistito nel periodo. Ove non disponibili le ore di assistenza per le Province Autonome di Trento e Bolzano, la relativa popolazione è stata esclusa dal calcolo del totale italiano e della relativa macro area. – (4) Dati riferiti al totale della popolazione residente o alla sola popolazione anziana.

Tavola 10

# **Digitalizzazione** (valori e valori percentuali)

|                  | Fascicolo sanita                        | ario elettronico            | Telemedicina (1)                 |  |  |  |
|------------------|---|-----------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| AREE GEOGRAFICHE | Attivazione delle tecnologie abilitanti | Uso dei medici<br>abilitati | Assistiti<br>per 100.000 ab. (2) | Numero medio di<br>anni di attivazione (3) |  |  |
| Italia           | 93,6                                    | 54,5                        | 2.303                            | 4,8  |  |  |
| Nord Ovest       | 95,0                                    | 60,9                        | 309                              | 5,2  |  |  |
| Nord Est         | 95,8                                    | 95,5                        | 4.952                            | 6,7  |  |  |
| Centro           | 95,8                                    | 18,2                        | 2.100                            | 3.8  |  |  |
| Sud e Isole      | 90,4                                    | 32,4                        | 2.446                            | 4,1  |  |  |

Fonte: Agenzia per l'Italia Digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Ministero della Salute, Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale. (1) I dati non includono quelli della Toscana. – (2) Dati riferiti al 2020. – (3) Dati riferiti al 2018.

Tavola 11

|                    |                                     |  |                         | l avola 1   |
|--------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|-------------|
| Indica             | tori sintetici dei fattori di<br>(i | domanda di assister<br>indice; Italia=100) | nza sanitaria territori | ale         |
| VOCI               | Nord Ovest                          | Nord Est                                   | Centro                  | Sud e Isole |
|                    |                                     | 20   | 19                      |             |
| Demografia         | 92,3                                | 95,5                                       | 96,0                    | 110,7       |
| Stato di salute    | 108,5                               | 101,7                                      | 100,7                   | 91,2        |
| Stili di vita      | 104,2                               | 100,3                                      | 96,2                    | 94,9        |
| Contesto sociale   | 107,9                               | 109,6                                      | 110,7                   | 82,5        |
| Contesto economico | 116,1                               | 116,2                                      | 109,1                   | 71,8        |
| Accesso alle cure  | 110,2                               | 109,3                                      | 99,0                    | 86,3        |
| Ambiente           | 104,9                               | 106,4                                      | 97,4                    | 91,6        |
|                    |                                     | 20   | 10                      |             |
| Demografia         | 93,1                                | 95,2                                       | 93,8                    | 111,3       |
| Stato di salute    | 108,4                               | 102,7                                      | 96,7                    | 93,2        |
| Stili di vita      | 103,0                               | 102,8                                      | 98,7                    | 93,6        |
| Contesto sociale   | 108,0                               | 109,9                                      | 113,5                   | 81,2        |
| Contesto economico | 118,9                               | 116,5                                      | 106,3                   | 72,3        |
| Accesso alle cure  | 111,8                               | 106,8                                      | 103,6                   | 83,0        |
| Ambiente           | 107,0                               | 108,6                                      | 97,9                    | 89,7        |
|                    |                                     |  |                         |             |

Fonte: elaborazione su dati Istat, Health for All, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile in Italia, Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana; per la popolazione dati Istat. Cfr. Nota metodologica.

Tavola 12

80,3

#### (indice; Italia=100) VOCI Nord Ovest Nord Est Centro Sud e Isole 2019 105,2 105,1 85,6 prevenzione 113,2 consultori 93,5 111,5 101,5 97,7 ambulatori 101,4 98,8 98,5 101,1 medici in convenzione 90,7 91,4 102,5 110,6 ADI 93,6 107,7 98,0 100,5

111,7

91,1

Indicatori sintetici dei fattori di offerta di assistenza sanitaria territoriale

| nuove forme di assistenza | 96,7  | 115,3 | 103,4 | 91,5  |  |  |  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|--|--|--|
| digitalizzazione          | 98,4  | 110,4 | 96,1  | 94,3  |  |  |  |
|                           |       | 2010  |       |       |  |  |  |
| prevenzione               | 102,0 | 110,1 | 103,5 | 82,5  |  |  |  |
| consultori                | 97,2  | 104,9 | 102,4 | 98,1  |  |  |  |
| ambulatori                | 99,7  | 100,1 | 100,0 | 100,3 |  |  |  |
| medici in convenzione     | 87,7  | 91,2  | 107,9 | 109,1 |  |  |  |
| ADI                       | 99,8  | 117,2 | 96,0  | 91,5  |  |  |  |
| assistenza residenziale   | 113,3 | 112,5 | 90,9  | 82,6  |  |  |  |

114,4

assistenza residenziale

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano, Monitoraggio dei LEA, Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale; Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC); Agenzia per l'Italia Digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Istat, Health for All; Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica-Sorveglianza PASSI; Camera dei Deputati, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Cfr. Nota metodologica.

Tavola 13

Indicatori sintetici regionali dei fattori di domanda di assistenza sanitaria nel 2019 (indice; Italia 2019=100)

| Regioni               | Demografia | Stato di salute | Stili di vita | Contesto sociale | Contesto economico | Accesso alle cure | Ambiente |
|-----------------------|------------|-----------------|---------------|------------------|--------------------|-------------------|----------|
| Piemonte              | 82         | 109             | 99            | 106              | 113                | 106               | 103      |
| Valle d'Aosta         | 92         | 112             | 98            | 101              | 111                | 91                | 126      |
| Lombardia             | 101        | 109             | 107           | 110              | 114                | 113               | 105      |
| Bolzano               | 115        | 109             | 101           | 98               | 134                | 125               | 116      |
| Trento                | 101        | 125             | 105           | 109              | 113                | 116               | 117      |
| Veneto                | 99         | 107             | 103           | 111              | 114                | 110               | 101      |
| Friuli-Venezia Giulia | 79         | 106             | 98            | 110              | 111                | 109               | 104      |
| Liguria               | 64         | 103             | 101           | 117              | 114                | 101               | 99       |
| Emilia-Romagna        | 92         | 90              | 96            | 111              | 115                | 108               | 107      |
| Toscana               | 84         | 104             | 101           | 107              | 111                | 102               | 103      |
| Umbria                | 82         | 95              | 93            | 110              | 109                | 103               | 98       |
| Marche                | 87         | 100             | 103           | 106              | 106                | 98                | 112      |
| Lazio                 | 108        | 100             | 90            | 113              | 101                | 97                | 90       |
| Abruzzo               | 95         | 97              | 100           | 111              | 96                 | 87                | 96       |
| Molise                | 92         | 99              | 76            | 102              | 82                 | 95                | 103      |
| Campania              | 124        | 96              | 92            | 75               | 71                 | 78                | 90       |
| Puglia                | 105        | 94              | 99            | 80               | 81                 | 98                | 90       |
| Basilicata            | 103        | 88              | 88            | 103              | 86                 | 86                | 97       |
| Calabria              | 108        | 89              | 98            | 82               | 83                 | 69                | 91       |
| Sicilia               | 109        | 87              | 89            | 75               | 68                 | 84                | 83       |
| Sardegna              | 99         | 72              | 102           | 87               | 91                 | 86                | 109      |
| Italia                | 100        | 100             | 100           | 100              | 100                | 100               | 100      |

Fonte: elaborazione su dati Istat, Health for All, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile in Italia, Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana; per la popolazione dati Istat. Cfr. Nota metodologica.

Tavola 14
ndicatori sintetici regionali dei fattori di domanda di assistenza sanitaria nel 2010

Indicatori sintetici regionali dei fattori di domanda di assistenza sanitaria nel 2010 (indice; Italia 2010=100) Contesto Contesto Accesso Stili di vita Regioni Demografia Stato di salute Ambiente sociale economico alle cure Piemonte Valle d'Aosta Lombardia Bolzano Trento Veneto Friuli-Venezia Giulia Liguria Emilia-Romagna Toscana Umbria Marche Lazio Abruzzo Molise Campania Puglia Basilicata Calabria Sicilia Sardegna Italia 

Fonte: elaborazione su dati Istat, Health for All, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile in Italia, Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana; per la popolazione dati Istat. Cfr. Nota metodologica.

Tavola 15

# Indicatori sintetici regionali dei fattori di offerta di assistenza sanitaria nel 2019 (indice; Italia 2019=100)

|                       |             |            | (          | u = 0.0 .00)          |     |                            |                |                       |
|-----------------------|-------------|------------|------------|-----------------------|-----|----------------------------|----------------|-----------------------|
| Regioni               | Prevenzione | Consultori | Ambulatori | Medici in convenzione | ADI | Assistenza<br>residenziale | Nuove<br>forme | Digitalizza-<br>zione |
| Piemonte              | 102         | 100        | 97         | 97                    | 91  | 112                        | 104            | 88                    |
| Valle d'Aosta         | 106         | 146        | 109        | 98                    | 78  | 91                         | 92             | 117                   |
| Lombardia             | 107         | 89         | 102        | 84                    | 94  | 118                        | 93             | 104                   |
| Bolzano               | 81          | 129        | 111        | 74                    | 78  | 125                        | 89             | 85                    |
| Trento                | 112         | 87         | 94         | 89                    | 90  | 129                        | 93             | 114                   |
| Veneto                | 113         | 106        | 98         | 90                    | 104 | 118                        | 124            | 104                   |
| Friuli-Venezia Giulia | 112         | 93         | 101        | 87                    | 100 | 101                        | 74             | 101                   |
| Liguria               | 105         | 100        | 111        | 111                   | 98  | 100                        | 95             | 85                    |
| Emilia-Romagna        | 114         | 123        | 98         | 96                    | 114 | 105                        | 121            | 118                   |
| Toscana               | 114         | 109        | 100        | 100                   | 104 | 97                         | 111            | 86                    |
| Umbria                | 115         | 114        | 97         | 110                   | 97  | 93                         | 97             | 106                   |
| Marche                | 104         | 107        | 105        | 92                    | 97  | 100                        | 114            | 96                    |
| Lazio                 | 98          | 93         | 96         | 105                   | 94  | 83                         | 95             | 95                    |
| Abruzzo               | 88          | 106        | 102        | 107                   | 105 | 85                         | 102            | 70                    |
| Molise                | 87          | 86         | 108        | 116                   | 126 | 81                         | 112            | 87                    |
| Campania              | 82          | 90         | 96         | 108                   | 99  | 76                         | 85             | 87                    |
| Puglia                | 87          | 99         | 100        | 107                   | 94  | 92                         | 91             | 107                   |
| Basilicata            | 100         | 110        | 112        | 112                   | 115 | 70                         | 90             | 90                    |
| Calabria              | 86          | 97         | 96         | 118                   | 80  | 86                         | 88             | 92                    |
| Sicilia               | 84          | 100        | 105        | 107                   | 111 | 70                         | 95             | 105                   |
| Sardegna              | 96          | 105        | 105        | 113                   | 97  | 77                         | 91             | 102                   |
| Italia                | 100         | 100        | 100        | 100                   | 100 | 100                        | 100            | 100                   |
|                       |             |            |            |                       |     |                            |                |                       |

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano, Monitoraggio dei LEA, Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale; Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC); Agenzia per l'Italia Digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Istat, Health for All e Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica-Sorveglianza PASSI, Camera dei Deputati, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Cfr. Nota metodologica.

Tavola 16

# Indicatori sintetici regionali dei fattori di offerta di assistenza sanitaria nel 2010 (indice; Italia 2010=100)

| Regioni               | Prevenzione | Consultori | Ambulatori | Medici in convenzione | ADI | Assistenza residenziale |
|-----------------------|-------------|------------|------------|-----------------------|-----|-------------------------|
| Piemonte              | 101         | 99         | 100        | 98                    | 96  | 106                     |
| Valle d'Aosta         | 104         | 151        | 105        | 93                    | 84  | 76                      |
| Lombardia             | 102         | 94         | 98         | 79                    | 100 | 119                     |
| Bolzano               | 78          | 124        | 104        | nd                    | 81  | 124                     |
| Trento                | 105         | 92         | 97         | 95                    | 102 | 128                     |
| Veneto                | 109         | 104        | 102        | 88                    | 104 | 117                     |
| Friuli-Venezia Giulia | 99          | 96         | 96         | 89                    | 101 | 110                     |
| Liguria               | 94          | 108        | 113        | 104                   | 107 | 101                     |
| Emilia-Romagna        | 117         | 108        | 98         | 94                    | 138 | 106                     |
| Toscana               | 114         | 112        | 100        | 100                   | 90  | 101                     |
| Umbria                | 116         | 104        | 95         | 98                    | 107 | 95                      |
| Marche                | 101         | 95         | 102        | 96                    | 100 | 84                      |
| Lazio                 | 94          | 97         | 100        | 116                   | 98  | 84                      |
| Abruzzo               | 87          | 104        | 103        | 105                   | 112 | 90                      |
| Molise                | 101         | 91         | 112        | 118                   | 113 | 78                      |
| Campania              | 73          | 94         | 99         | 111                   | 90  | 79                      |
| Puglia                | 89          | 99         | 96         | 97                    | 87  | 87                      |
| Basilicata            | 108         | 113        | 114        | 107                   | 118 | 84                      |
| Calabria              | 82          | 95         | 96         | 115                   | 88  | 87                      |
| Sicilia               | 81          | 99         | 102        | 102                   | 86  | 78                      |
| Sardegna              | 82          | 100        | 102        | 120                   | 101 | 82                      |
| Italia                | 100         | 100        | 100        | 100                   | 100 | 100                     |

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Italiano, Monitoraggio dei LEA, Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nazionale; Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC); Agenzia per l'Italia Digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Istat, Health for All; Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica-Sorveglianza PASSI; Camera dei Deputati, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Cfr. Nota metodologica.

## Bibliografia

Afonso A. e M. St. Aubyn (2005), Non-Parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries, "Journal of Applied Economics", 8:2, pp. 227-246.

Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) (2022), Il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) (2021), Piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione Salute, Monitor n. 45.

Aimone Gigio L., D. Alampi, S. Camussi, G. Ciaccio, P. Guaitini, M. Lozzi, A. L. Mancini, E. Panicara e M. Paolicelli (2018), *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, 427.

Aimone Gigio L., Ivaldi G., Mancini A.L., Messina G. (2022), La sanità italiana all'appuntamento con la pandemia: debolezze strutturali e prospettive di riforma, Politica Economica, 1, pp. 91-151.

Altems (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari) (2022), Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19, "Instant Report", 91.

Barbabella F., A. Poli, M. Di Rosa e G. Lamura (2019), L'assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei, "I luoghi della cura rivista online", 3, https://www.luoghicura.it/pubblicazioni/numero-3-2019/.

Barsanti S. (2021), I servizi residenziali. Un'agenda per il dibattito, in NNA Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto 2020/2021, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli, pp. 63-81.

Birnbaum H.G., Carley C.D., Desai U., Ou S. e P.R. Zuckerman (2020), Measuring The Impact Of Air Pollution On Health Care Costs, "Health Affairs", 39,12.

Bobini M., G. Cinelli, M. Del Vecchio e F. Longo (2020), Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto, in Cergas (a cura di), Rapporto OASI 2020, Milano, Egea, pp. 347-378.

Bonciani M., S. Barsanti e D. Matarrese (2015), Esperienze di integrazione nell'assistenza primaria basate sulla colocation dei servizi: quali prospettive per il modello della Casa della Salute? "MECOSAN – Management ed economia sanitaria", 96, pp. 81-121.

Bucci M., E. Gennari, G. Ivaldi, G. Messina e L. Moller (2021), *I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso*, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, 635.

Camera dei deputati (2021), "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale", Documentazione e ricerche, n. 144, Roma, Camera dei deputati.

Cannari L. e G. D'Alessio (2016), *Socio-Economic Conditions and Mortality in Italy*, "Politica economica", 2, pp. 331-350.

Carrilero N., A. García-Altés, V.M. Mendicuti e B. Ruiz García (2021), Do governments care about socioeconomic inequalities in health? Narrative review of reports of EU-15 countries, "European Policy Analysis", 7, pp. 521-536.

Di Mauro G., L. Mariniello e R. Liguori (2002), *La storia e l'organizzazione della pediatria di famiglia in Italia*, Atti del Convegno FIMP "Giornate pediatriche meridionali" 29-31 maggio 2002, Simeri (CZ).

Dirindin N. (2021), Salute, diseguaglianze sociali e assistenza territoriale, in A. Bonaldi, S. Celotto, P. Lauriola e A. Mereu (a cura di), Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care, Perugia, Cultura e Salute Editore Perugia, pp. 33-39.

European Environment Agency (2020), Air quality in Europe -Report

Fattore E., V. Paiano, A. Borgini, A. Tittarelli, M. Bertoldi, P. Crosignani e R. Fanelli (2011), *Human health risk in relation to air quality in two municipalities in an industrialized area of Northern Italy*, "Environmental Research", 111:8, pp. 1321-1327.

Felder S. e H. Tauchmann (2013), Federal state differentials in the efficiency of health production in Germany: an artifact of spatial dependence?, "The European journal of health economics", 14:1, pp. 21-39.

Francese, M. e M. Romanelli (2011), *Healthcare in Italy: expenditure determinants and regional differentials*, Banca d'Italia, Temi di discussione, 828.

Garattini L., A. Curto e N. Freemantle (2016), Access to primary care in Italy: time for a shake-up?, "The European journal of health economics", 17:2, pp. 113-116.

Grandolfo M.E. (2010), *Il percorso nascita nel POMI*, Atti del Convegno "Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile – POMI", 28 aprile 2010, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Grosskopf S., S. Self ed O. Zaim (2006), Estimating the efficiency of the system of healthcare financing in achieving better health, "Applied Economics", 38:13, pp. 1477-1488.

Grossman M. (2017), *Determinants of Health: An Economic Perspective*, New York Chichester, West Sussex, Columbia University Press.

Hansen J., P.P. Groenewegen, W.G. Boerma e D.S. Kringos (2015), Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions, "Health Affairs", 34:9, pp. 1531-1537.

Hao L., X. Xu, M.E. Dupre, A. Guo, X. Zhang, L. Qiu, Y. Zhao e D. Gu (2020), Adequate access to healthcare and added life expectancy among older adults in China, "BMC Geriatrics", 20:129.

Haque M, Islam T, N.A.A. Rahman, J McKimm, A. Abdullah e S. Dhingra (2020), *Strengthening Primary Health-Care Services to Help Prevent and Control Long-Term (Chronic) Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*, "Risk management and healthcare policy", 13, pp. 409–426.

Henseke G. (2018), Good jobs, good pay, better health? The effects of job quality on health among older European workers, "The European journal of health economics", 19, pp. 59-73.

Jakubowski E., R. Busse (1998), *Health Care Systems in the EU-a Comparative Study*. Luxembourg: European Parliament Directorate General for Research, Public Health and Consumer Protection Series, 101.

Kampa, M. e E. Castanas (2008), *Human Health Effects of Air Pollution*. Environmental Pollution, 151, 362-367. http://dx.doi.org/10.1016/j.envpol.2007.06.012.

Kathuria V. e D. Sankar (2005), Inter-State Disparities in Health Outcomes in Rural India: An Analysis Using a Stochastic Production Frontier Approach, "Development Policy Review", 23:2, pp. 145-163.

Lallo C. e M. Raitano (2018), Life expectancy inequalities in the elderly by socioeconomic status: evidence from Italy, "Population Health Metrics", 16, 7.

Lega I. (2019), I risultati dell'indagine a livello aziendale, Atti del Convegno "I Consultori Familiari a 40 anni dalla loro nascita tra passato, presente e futuro", 12 gennaio 2019, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Levasseur P., K. Erdlenbruch e C. Gramaglia. (2022), The health and socioeconomic costs of exposure to soil pollution: evidence from three polluted mining and industrial sites in Europe, "Journal of Public Health", 30:10, pp. 2533–2546.

LUISS Business School (2016), "L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto. Per costruire il Servizio Sanitario Nazionale del futuro", Roma.

Manisalidis I., E. Stavropoulou, A. Stavropoulos, ed E. Bezirtzoglou (2020), *Environmental and Health Impacts of Air Pollution: A Review*, "Frontiers in Public Health", 8.

Mazziotta M. e A. Pareto (2014), A Composite Index for measuring italian regions development over time, "Rivista italiana di economia, demografia e statistica", 68:(3-4), pp. 127-134.

Mazziotta M. e A. Pareto (2013), A Non-compensatory Composite Index for Measuring Well-being over Time, "Cogito. Multidisciplinary Research Journal", 4, pp. 93-104.

Ministero della Salute (2021), Mappatura delle esperienze di telemedicine sul territorio.

McGovern L., G. Miller e P. Hughes-Cromwick (2014), Health Policy Brief: The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes, "Health Affairs", August 21.

Nardo M, M. Saisana, A. Saltelli, S. Tarantola, A. Hoffmann e E. Giovannini (2008), *Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide*. Paris (France): OECD publishing.

OECD statistics, Health, Long Term Care resources and utilization, Beds in residential long-term care facilities.

Pope III C. A. e D.W. Dockery (2006), Health Effects of Fine Particulate Air Pollution: Lines that Connect "Journal of the Air & Waste Management Association", 56, 6.

Rao M. e E. Pilot (2014), The missing link—the role of primary care in global health, "Global Health Action",7.

Rosano L. et al. (2012), The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review, "European Journal of Public Health", 23:3, pp. 356-360.

Santos M.E. e G. Santos (2014), *Composite Indices of Development*, in B. Currie-Alder, R. Kanbur, D. Malone e R. Medhora (a cura di), *International Development: Ideas, Experience and Prospects*, Oxford, Oxford University Press, pp. 133-150.

Schlenker W. e W. R. Walker (2016), Airports, Air Pollution, and Contemporaneous Health, "The Review of Economic Studies", 83, 2, pp. 768–809.

Schulz, A. J., Zenk S., Odoms-Young A., Hollis-Neely T., Nwankwo R., Lockett M., Ridella W., e S. Kannan (2005), *Healthy Eating and Exercising to Reduce Diabetes: Exploring the Potential of Social Determinants of Health Frameworks Within the Context of Community-Based Participatory Diabetes Prevention*, "Am J Public Health". 2005 April; 95(4): 645–651.doi: 10.2105/AJPH.2004.048256.

Ufficio Parlamentare di bilancio (2019), Lo stato della sanità in Italia, Focus tematico n. 6.

Ufficio Parlamentare di bilancio (2023), L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale stato della sanità in Italia, Focus tematico n. 2.

Wang Q., M. Kwan, K. Zhou, J. Fan, Y. Wang e D. Zhan (2019), *The impacts of urbanization on fine particulate matter (PM2.5) concentrations: Empirical evidence from 135 countries worldwide*, "Environmental Pollution", 247, pp. 989-998.

Zarulli V, Toffolutti S.E.V. e A. Lenart (2021), Health care system efficiency and life expectancy: A 140-country study. "PLoS ONE", 16, (7), e0253450. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253450.