



Fondazione RiES
Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale ETS

Nuove proporzioni sinergie per la salute in un mondo trasformato



Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza



III Rapporto 2024



Fondazione RiES
Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale ETS

Nuove proporzioni sinergie per la salute in un mondo trasformato

**Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza**

Si ringraziano per il supporto economico non condizionante alle attività di ricerca:



Curatore del Rapporto

Duilio Carusi - Coordinatore Osservatorio Salute Benessere e Resilienza Fondazione RiES, Adjunct Professor Luiss Business School

Indice

Introduzione	5
1. L'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza	9
1.1 Perché un Osservatorio Salute Benessere e Resilienza	10
2. I principi ispiratori	13
2.1 Gli approcci One health e Health in all policies	14
2.2 <i>Stewardship</i> come modello di governance	15
2.3 Partnership in sanità	17
2.4 I determinanti della salute	18
3. L'evoluzione del quadro normativo di riferimento	21
3.1 Evoluzione del quadro normativo post pandemico fino al 2023	22
3.2 Evoluzione del quadro normativo post pandemico - 2024	29
4. L'Indice di Vicinanza della Salute	33
4.1 Strumenti per la misurazione di fenomeni complessi	34
4.2 Il concetto di Vicinanza della Salute	34
4.3 L'Indice composito	35
4.4 Metodologia e Fonti	36
4.4.1 L'imputazione dei dati mancanti	37
4.4.2 Il metodo di normalizzazione delle serie storiche	38
4.4.3 Il metodo di ponderazione dell'Indice	39
4.5 La tassonomia dell'Indice	39
4.5.1 I Domini della Tassonomia e le Missioni del PNRR	40
5. Analisi - Risultati dell'indagine	43
5.1 L'andamento dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute	45
5.2 L'andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali	46
5.2.1 Condizione di salute	47
5.2.2 Literacy	49
5.2.3 Stile di vita	51
5.2.4 Mental Health	52
5.2.5 Cronicità	54
5.2.6 Isolamento	56
5.2.7 Coesione sociale	57
5.2.8 Fragilità economica	59
5.3 L'andamento del Contesto Sistema organizzativo	60
5.3.1 Prevenzione	62
5.3.2 Assistenza	64
5.3.3 Mortalità evitabile	65

5.3.4	Disponibilità di servizi	67
5.3.5	Responsiveness	68
5.3.6	Welfare integrativo	70
5.3.7	Sostenibilità	72
5.3.8	Omogeneità territoriale	73
5.3.9	Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea	74
5.3.10	Rinuncia a prestazioni sanitarie	75
5.4	L'andamento del Contesto Luoghi di vita e ambiente	77
5.4.1	Abitazione	79
5.4.2	Urban health	80
5.4.3	Emissioni inquinanti	82
5.4.4	Antibiotico-resistenza	84
5.4.5	Eventi meteo climatici	85
5.4.6	Ecoansia	87
6.	Digitalizzazione	89
6.1	Digital Health	92
6.2	Literacy e competenze digitali	94
6.3	Invecchiamento e competenze	97
7.	Conclusioni	99
APPENDICE - Indagine sullo stato dell'arte della Telemedicina in ambito ambulatoriale privato - II edizione		103
Premessa		104
A.1	Principali aspetti emersi nella precedente edizione	104
A.2	La diffusione della telemedicina	105
A.3	Le modalità di erogazione dei servizi di telemedicina	106
A.4	Le specialità cliniche nell'offerta di telemedicina	108
A.5	I volumi di attività in telemedicina	109
A.6	L'aderenza alle Linee Guida nella produzione dei documenti sanitari	111
A.7	Le prospettive di sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina	112
A.8	La matrice dello sviluppo dell'offerta di telemedicina	113
A.9	Gli ostacoli allo sviluppo dell'offerta di telemedicina	114
A.10	Il livello di fiducia nella telemedicina	118
A.11	In sintesi	120
Ringraziamenti		121
Bibliografia		122

Introduzione

Come nelle precedenti edizioni, anche questo nuovo Rapporto racchiude nel proprio titolo un anno di ricerca e di riflessioni.

Il I Rapporto 2022 **“Orientarsi nella trasformazione”** si confrontava con la rilevazione di uno scenario immediatamente successivo al termine dell'emergenza pandemica e con lo shock che questa aveva generato a molteplici livelli, sul piano sanitario, economico, organizzativo e, persino, emotivo: la necessità che intravedevamo, il mandato a cui volevamo rispondere con la nostra ricerca era allora quello di cercare una bussola, un orientamento non solo sanitario, ma generale per continuare a garantire salute e benessere alla popolazione.

Il II Rapporto 2023 **“Unire i puntini: verso un piano nazionale di salute”** osservava una situazione in parte mutata rispetto all'anno precedente, in cui le polveri dell'esplosione sindemica cominciavano a posarsi e lo stordimento da sovraesposizione informativa e mediatica stava lasciando il posto alla conta dei danni materiali e immateriali provocati dalle interruzioni dei servizi e delle catene di approvvigionamento, come pure delle risorse stanziare per la “ripresa e resilienza”: la necessità era quella di tentare di ricostruire un quadro unitario dei fenomeni agenti sul sistema di salute nazionale, cominciando a unire tra di loro i puntini per poter arrivare alla definizione di un piano di azione in senso olistico sui temi della salute e benessere dei cittadini, che andasse oltre la sola sfera sanitaria, auspicato e invocato dall'Osservatorio con il nome di Piano Nazionale di Salute.

Questo III Rapporto 2024 **“Nuove proporzioni: sinergie per la salute in un mondo trasformato”** parte dalla presa d'atto dei **nuovi connotati** che si sono definiti e sedimentati dopo la pandemia a livello globale e nazionale e che costituiscono ad oggi la necessaria base concettuale di partenza per sviluppare riflessioni di carattere programmatico volte a promuovere scelte strategiche e strumenti operativi per la salvaguardia della salute. In tale prospettiva, il Rapporto sottolinea l'importanza dell'**integrazione sinergica** delle diverse componenti e dell'azione dei diversi attori, riconoscendo che “fare cose vecchie in modo nuovo” non costituisca la migliore strategia per garantire la tutela della salute della popolazione.

Oggi si è di fronte a uno scenario che impone **un completo ripensamento del sistema di salute**, sia comportando **la revisione di ruoli e funzioni degli attori della salute**, sia attivando **un ragionamento nativamente olistico** che integri la prospettiva *One Health* con il quadro concettuale dei determinanti sociali della salute.

Si ritrova la necessità di gettare nuove fondamenta: per la progettazione di **infrastrutture di base** per la garanzia della salute (si pensi al fondamentale ruolo dell'approvvigionamento idrico, fino a ieri problema sconosciuto al nostro Paese); per lo sviluppo di **supply chain strategiche** al mantenimento della salute della popolazione (si pensi al ruolo della disponibilità di cibo e della sicurezza alimentare messi in difficoltà dal cambiamento climatico); per la garanzia di una **assistenza alla persona** che sia in linea con le necessità correnti (si pensi alla dotazione quali-quantitativa di personale medico -e ancor più delle professioni infermieristiche e sanitarie- ed alla ridefinizione delle competenze di caregiver e assistenti sociosanitari).

Lo scenario di **un mondo trasformato anche dal punto di vista geopolitico** ha visto a livello globale 76 Paesi -con oltre la metà della popolazione mondiale- andare al voto nel 2024 e, all'atto della redazione di questo Rapporto, riscontrare all'orizzonte ulteriori tensioni e criticità: la caduta del governo in Francia e in Germania l'approssimarsi di nuove elezioni anticipate sostanzialmente motivate da ragioni di economia nazionale; sempre in Germania importantissime agitazioni sindacali in corso nel settore dell'*automotive*, locomotrice storica -ora in affanno- di una economia europea che risente pesantemente sia delle crisi internazionali e sia delle scelte politiche europee in materia di mobilità e green deal; poco più a est si assiste ad una ulteriore evoluzione dei rapporti internazionali con scelte importanti relative all'interruzione del transito energetico sul confine Russo-Ucraino con probabili ricadute in termini dell'ulteriore aumento del costo dell'energia in Europa; spostandosi oltreoceano si è recentemente assistito alla rielezione negli Stati Uniti di un presidente repubblicano che ha annunciato discontinuità rispetto alla strategia politica precedente con un cambio di rotta sul fronte energetico e delle importazioni/esportazioni; con il Sudamerica i rapporti si evolvono e si modificano, con la sottoscrizione - storica, ma da più parti contestata e contrastata - dell'accordo EU-Mercosur.

Anche solo questi brevi cenni sullo scenario internazionale, pur non esaurendone la complessità, bastano per costatare come, per dirla con Bob Dylan, "*The times they are a-changing*", ovvero: i tempi stanno cambiando.

Nel frattempo, **a livello climatico** il 2024 è stato l'anno dei record dal punto di vista del riscaldamento globale, con i dati del servizio di monitoraggio climatico europeo Copernicus che hanno indicato il superamento della soglia indicata dall'Accordo di Parigi, riscontrando che la temperatura media globale è stata superiore di 1,5 gradi Celsius rispetto ai livelli pre-industriali.

Come diretta conseguenza si è assistito all'intensificarsi di forza e frequenza degli **eventi meteorologici estremi** -aggravati fortemente da fattori come fragilità territoriale, urbanizzazione e consumo di suolo- che hanno comportato catastrofi ambientali con impatti senza precedenti sulla salute delle popolazioni colpite. Tra gli esempi più drammatici, si pensi alla tragedia di Valencia ed agli episodi alluvionali che hanno nuovamente colpito duramente gli abitanti della Pianura Padana e della Emilia-Romagna.

L'Italia - che sempre nel 2024 ha affrontato il ruolo di presidenza del G7 - si trova ad affrontare tutte le sfide poste dalle diverse transizioni che sono in atto contemporaneamente e che si fanno sentire con particolare intensità nel nostro Paese, in particolare: sul fronte **demografico** per la peculiare composizione della popolazione italiana che risulta tra le più anziane del mondo seconda solo al Giappone; sul fronte **ecologico** per via della posizione geografica della nostra penisola posta al centro del Mediterraneo che è l'hotspot maggiormente interessato a livello globale dal mutamento climatico in termini di surriscaldamento.

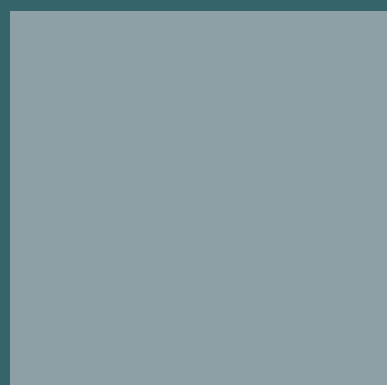
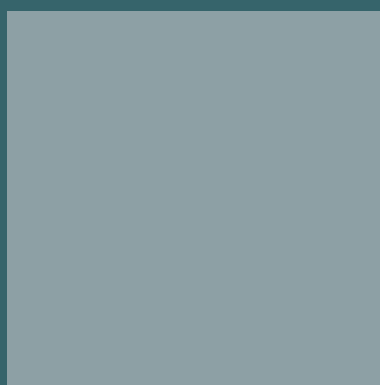
Fenomeni che portano con sé sfide significative per la salute, sia in maniera diretta, impattando sugli ambiti dell'assistenza sanitaria e sociale, sia in maniera indiretta, in tema di **preparedness**, intervenendo sul fronte delle supply chain dei beni primari, della food security, della povertà energetica, delle infrastrutture per l'approvvigionamento idrico, del reshoring delle linee di produzione, della protezione economica, della tutela del territorio e dell'ambiente.

Proprio il settore dell'assistenza sanitaria e sociale si confronta oggi con uno scenario che appare profondamente mutato dallo spartiacque della pandemia dal punto di vista demografico (in termini di invecchiamento e di età degli assistiti e degli operatori), della adeguatezza quali-quantitativa nella dotazione del personale, delle aspettative (più o meno) razionali dell'utenza.

Non che ci siano stati particolari rivoluzioni o stravolgimenti - i numeri della demografia hanno già in sé la previsione piuttosto accurata della storia dei successivi 20 anni - ma la sensazione è di essersi "svegliati" di colpo dopo la pandemia senza più alibi, trovandosi a fare i conti con una popolazione in larga misura anziana e con bisogni assistenziali che, probabilmente già sedimentati in maniera silente negli anni precedenti, sono emersi prepotentemente a galla in questi ultimi tre anni e con carenze infrastrutturali da dover gestire e colmare nel minor tempo possibile.

1

L'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza



1. L'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

1.1 Perché un Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva, ma radicale, trasformazione sociale e sistemica che ha investito tutti gli ambiti e gli attori della società e che, quindi, non può essere relegata alla sola sfera sanitaria.

Diversi fattori hanno inoltre alimentato e accelerato tale trasformazione, configurando quella che viene definita una sindemia¹: dapprima la crisi pandemica ha inciso profondamente sulla società, ricalibrando la vita delle persone e il modo di concettualizzare tutto il sistema salute.

Successivamente, il conflitto russo-ucraino ha innescato un ulteriore shock internazionale, con incisive ricadute sulle catene di approvvigionamento, avviando processi di crescente difficoltà nella fornitura di materie prime alimentari e di energia, in maniera diretta per tutti i paesi del blocco eu-ro-asiatico ed indirettamente per il resto del mondo².

Queste profonde evoluzioni e rivoluzioni del contesto sociale e sanitario a livello internazionale e globale, che oggi esitano in una sostanziale modifica degli equilibri geopolitici, non hanno mancato di produrre il loro impatto nel contesto nazionale nostrano, amplificando la portata della trasformazione sistemica su più piani già attivi. Al fine di intercettare le dinamiche e la portata della trasformazione in corso in Italia, la **Fondazione RiES** (*Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale ETS, già Fondazione Bruno Visentini*) ha istituito nel 2021 l'**Osservatorio Salute Benessere e Resilienza** al quale ha affidato lo sviluppo di un nuovo strumento di misurazione sintetico dell'impatto sulla salute che fosse innovativo e che integrasse alla ricerca in ambito sanitario anche quella in ambito sociale ed economico.

Dunque, l'Osservatorio ha tra i suoi mandati quello di intercettare e descrivere i connotati di un sistema salute in trasformazione e, di conseguenza, le aree che necessitano di un intervento mirato e prioritario, attraverso la promozione del dibattito e di proposte di policy condivise tra gli attori del sistema salute. Appare chiara la necessità di adottare un approccio diverso, integrato e multidisciplinare che superi la tradizionale logica a silos, figlia di un vecchio *modus operandi* e che mal si concilia con l'adozione di metriche e linguaggi nuovi connessi alla logica *One Health* e in linea con la strategia politica *Health in all Policies* e gli obiettivi pianificati nel più ampio framework dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e del PNRR - *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*.

L'esigenza di sostenere e implementare tale approccio trasversale e multilivello nasce, inoltre, dallo sviluppo di trend demografici ormai in aumento da diversi anni, come la tendenza all'invecchiamento della popolazione e la crescente fragilità e multi-cronicità degli anziani. Nonché da ragioni quali:

¹ (Horton, 2020)

² (Food and Agriculture Organization, 2023)
(World Food Programme, 2022)
(Food Security Information Network, 2023)
(European Council, 2023)

il mutato concetto di benessere e di qualità della vita, che porta tra le sue conseguenze l'aumento di aspettative su salute, benessere e qualità della vita da parte dei cittadini.

Il tutto in un quadro storico di forte cambiamento, in primis sotto il profilo geopolitico, si vedano i conflitti internazionali in atto, oltre che sotto il profilo tecnologico e digitale - che richiede sempre nuove competenze, pena l'esclusione dal sistema - e sia sotto il profilo ambientale e meteo-climatico, con tutte le ricadute del caso generate dalla transizione ecologica ed energetica.

Simile prospettiva richiede l'implementazione di un **nuovo trasferimento culturale** realizzabile tramite un'estensione del sistema salute a nuove componenti e conoscenze, con l'intento di rivolgersi sia al cittadino ed utente, affinché quest'ultimo acquisisca maggiore consapevolezza di sé e controllo delle proprie scelte ed azioni, non solo nell'ambito personale ma anche in quello della vita politica e comunitaria (empowerment); sia al decisore pubblico, primo attore che deve prendere contezza di uno spettro di studio ed intervento ampliato e interdipendente.

Il lavoro dell'Osservatorio si inserisce nel contesto odierno come strumento di orientamento e indirizzo nella trasformazione, le cui attività si fondano sull'adozione di un framework teorico più complesso e innovativo, che vuole rispettare l'interdipendenza di tutti quei fenomeni sociali, economici ed ambientali che condizionano la salute e il benessere del cittadino. Tutto questo grazie alla ricerca e lo studio di dati disponibili e reperiti da fonti attendibili e pubblicamente accessibili, interpretati e rielaborati attraverso una nuova prospettiva e con un criterio di aggregazione utile per la traduzione pratica da parte del decisore per l'elaborazione di policy efficaci.

Considerati tali propositi, l'attività dell'Osservatorio si presenta funzionale ad istituzioni, operatori istituzionali e sociali e alla società civile, al fine di promuovere un dibattito costruttivo orientato su tematiche di salute e benessere. Alla base di un simile modus operandi vi è l'intento di integrare ed implementare nel nostro sistema i meccanismi di **stewardship e partnership**, poiché la compresenza di questi due modelli rappresenta un fondamentale strumento di **preparedness** e resilienza per il nostro Paese³. La *Preparedness*, in particolare, si è visto essere decisiva poiché rappresenta quel complesso di attività di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione volte a minimizzare i rischi posti da malattie e virus infettivi e per mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento: locale, regionale, nazionale o internazionale⁴.

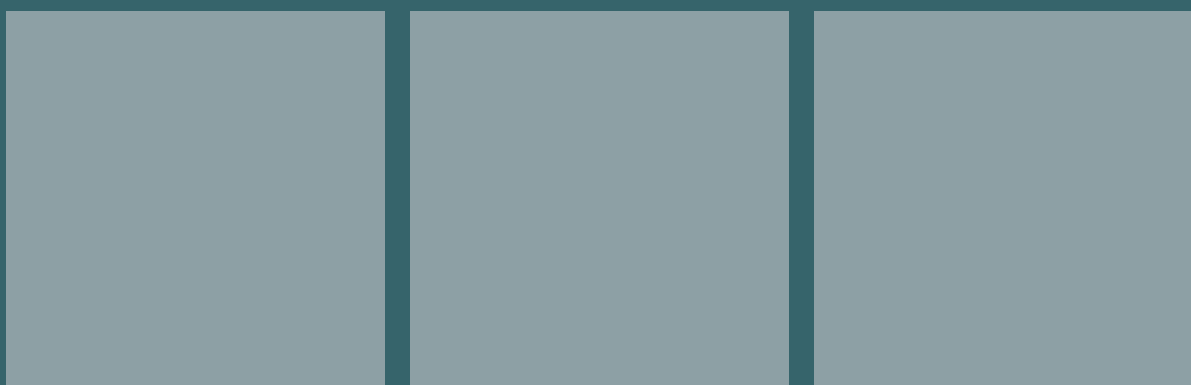
In linea con l'attività di ricerca diretta, l'Osservatorio promuove una collana di Simposi sulla Vicinanza della salute. Tali simposi si strutturano come una serie di incontri concepiti per approfondire i temi di maggiore impatto su quei meccanismi e fenomeni che sono in grado di portare la salute più vicina al cittadino. Si intendono dunque affrontare temi e dinamiche che risentono profondamente del contesto odierno, caratterizzato da profonde trasformazioni politiche, sociali, ambientali ed economiche, non solo nazionali ma mondiali.

³ (Carusi, 2021)

⁴ (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

2

I principi ispiratori



2. I principi ispiratori

L'attività di ricerca e di orientamento di policy dell'Osservatorio si basano su principi ispiratori imprescindibili per lo sviluppo di un sistema salute resiliente e interconnesso, che si strutturi sull'operato di diversi attori e sull'utilizzo di varie risorse integrati tra loro.

2.1 Gli approcci One health e Health in all policies

L'Istituto Superiore di Sanità individua la **One Health** come *"un approccio ideale per raggiungere la salute globale perché affronta i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge"*⁵. In questo senso risulta chiaro sia l'attualità dell'approccio One Health in correlazione a una pandemia di origine zoonotica, sia come si debba ampliare il quadro interpretativo della salute anche a fenomeni non direttamente legati al bisogno sanitario, ma correlati ad uno spettro più ampio di determinanti sociali, culturali ed economici⁶.

Inscindibile da questa lettura risulta pertanto la promozione della salute in tutte le politiche, propria della visione **Health in all policies** (HiAP) che esce dai confini canonici dell'intervento sanitario, ponendo la salute come condizione abilitante per il corretto sviluppo della vita umana sotto il profilo individuale, sociale e produttivo. Questo status della salute come condizione abilitante di tutte le altre funzioni e attività umane è risultato particolarmente evidente quando gli interventi di mitigazione e contrasto alla diffusione virale durante la pandemia da Covid-19 hanno paralizzato il sistema sociale e produttivo globale, sovvertito i normali cicli di vita e delle relazioni umane, interrotto le catene di approvvigionamento dei principali beni e servizi a livello planetario, costringendo buona parte dell'umanità a una riprogettazione della propria organizzazione sociale ed economica^{7 8 9}.

Si ritrova un caso di chiara applicazione dei principi della strategia *HiAP* e dell'approccio olistico *One Health* per il sistema salute nel sistema di analisi e osservazione per lo sviluppo e il raggiungimento degli *SDGs* elaborato dalle Nazioni Unite: nel *Sustainable Development Report 2022, From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond*¹⁰, il settimo rapporto sullo sviluppo sostenibile, viene esaminata l'interdipendenza tra i cambiamenti ambientali, climatici, sociali ed economici e le ricadute che questi hanno su qualsiasi aspetto della salute, del benessere e della vita delle popolazioni¹¹.

⁵ (Istituto Superiore di Sanità, 2022)

⁶ (World Health Organization; UNICEF, 1978)

⁷ Forman & Mossialos, 2021)

⁸ (Commissione Europea, 2023)

⁹ (International Labour Organization, 2023)

¹⁰ (D. Sachs, Lafortune, Kroll, Fuller, & Woelm, 2022)

¹¹ (World Meteorological Organization, 2021)

Un esempio immediato dell'importanza di un approccio che interpreti la salute in tutte le politiche è fornita all'interno del rapporto *"Climate Indicators and Sustainable Development - Demonstrating the Interconnections"* del World Meteorological Organization¹² delle Nazioni Unite in cui si evidenzia come dallo studio dei principali fenomeni del cambiamento climatico, emergano una serie di interconnessioni, nessi di causalità, interrelazioni che impattano contemporaneamente sulla capacità di raggiungimento una molteplicità di obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU.

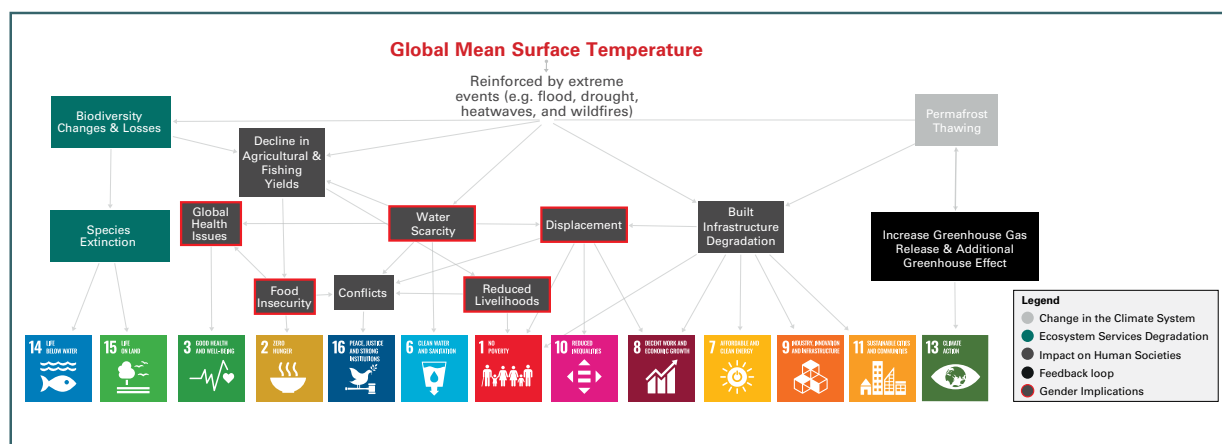


Figura 1 Onu - *Climate Indicators and Sustainable Development. Demonstrating the Interconnections*

Dalla figura si evince, ad esempio, come il fenomeno dell'aumento della temperatura media della superficie terrestre, comportando un impatto sulla biodiversità, le colture e gli allevamenti, produca problematiche di approvvigionamento alimentare. Di conseguenza, si assiste a un calo della sopravvivenza e dell'aspettativa di vita di alcune popolazioni che, per reazione all'inasprirsi delle proprie condizioni di vita, generano flussi migratori e/o conflitti, alimentando ulteriormente problematiche sanitarie sia dal punto di vista di fenomeni endemici, sia dal punto di vista della diffusione di malattie connesse ai flussi migratori. Questa semplice digressione aiuta la comprensione della necessità di un approccio integrato al tema della salute, che non si limiti ai soli aspetti sanitari per definire il perimetro dell'analisi e dell'azione, includendo invece necessariamente componenti ambientali, sociali, relazionali ed economiche.

2.2 Stewardship come modello di governance¹³

L'implementazione dell'approccio *One Health*, declinato secondo la strategia *HiAP*, deve ambire ad una strategia di governance sanitaria partecipativa ed inclusiva, superando il tradizionale approccio "a silos" che ancora connota la maggior parte degli aspetti programmatori e gestionali in sanità.

¹² Ibid

¹³ Carusi, D., 2022)

Il modello individuato è quello della **Stewardship**^{14 15}, che presuppone una strategia di governance sanitaria partecipativa e proposta con forza dall'WHO¹⁶, nella quale il ruolo di steward può essere assunto a livelli diversi dalle autorità sanitarie centrali e anche locali: al fine di eliminare doppi standard e promuovere la fiducia nel governo, di rendere trasparente l'allocazione delle risorse e i sistemi incentivanti, monitorare adeguatamente la performance del sistema sanitario e sostenere tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere della popolazione.

Dal punto di vista sistemico, il combinato disposto di questi approcci, modelli e strategie diviene allora il presupposto fondamentale, per poter rendere il Paese capace di affrontare le molteplici sfide sanitarie, di sicurezza e climatiche.

Dal punto di vista individuale, risulta invece tema imprescindibile e centrale, lo sviluppo dei fattori abilitanti la fruizione della salute, a partire dal potenziamento della *literacy* di base e quindi l'acquisizione di nuove competenze per tutti: professionisti, decisori pubblici e cittadini.

La pandemia, in particolare, con il sovraccarico di stress con il quale ha assediato il nostro sistema sanitario ha evidenziato quanto un approccio basato su paradigmi organizzativi tradizionali e tipicamente "a silos", mal si conciliano con l'ormai acclamata e necessaria visione olistica *One Health* e con la menzionata strategia *Health in All Policies* sostenuta dal WHO, che contemplano l'adozione di nuove forme di integrazione e l'ibridazione di vari meccanismi e settori della società.

La promozione di un modello di sviluppo multidimensionale e sostenibile, basato su rapporti di collaborazione tra stakeholder e settori diversi (da quello ambientale a quello sociale ed economico) è alla base dell'Agenda 2030 per gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) delle Nazioni Unite, nonché delle politiche di coesione e ripresa europee e dei conseguenti Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza.

Passo decisivo per l'avanzamento di questo processo è definire una strategia di governo che persegua delle politiche coerenti e coese tra tutti i settori e ambiti della società e che quindi non consideri la tutela della salute delle persone come di unica competenza delle politiche sanitarie.

La strategia *HiAP* e l'approccio *One Health*, che sono entrati attivamente a far parte dell'Agenda istituzionale nazionale e internazionale, hanno proprio l'obiettivo di massimizzare i benefici per la salute delle persone, sostenendo azioni di intervento e collaborazione intersettoriali.

"Tutti i popoli hanno diritto ad accedere al migliore stato di salute possibile, intendendosi con salute uno stato di completo benessere fisico, mentale e social e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità": la definizione di salute più diffusa ed accettata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) meglio di altre sintetizza la totalità dell'essenza umana e dell'interdipendenza tra le sue componenti: biologica, psichica, sociale¹⁷.

Con salute, dunque, non viene identificata solamente l'assenza di malattia o di sintomi, ma anche una condizione sociale e mentale positiva, che consenta all'individuo di svolgere le normali attività

¹⁴ (Neelesh Kapoor, 2014)

¹⁵ (Derick W. Brinkerhoff, Harry E. Cross, Suneeta Sharma, Taylor Williamson, 2019)

¹⁶ (World Health Organization, 2000)

¹⁷ (World Health Organization, 1948)

giornaliere, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni, ma soprattutto evolvere con l'ambiente, adattarsi ad esso e superare eventuali crisi.

Il concetto di salute può, quindi, essere declinato in almeno quattro dimensioni:

1. Una dimensione propriamente medica: salute come assenza di malattia.
2. Un'accezione sociale: salute come possibilità di svolgere un ruolo sociale.
3. Una visione idealistica: salute come pieno benessere fisico, psichico e sociale.
4. Un'accezione umanistica: salute come capacità di adattarsi positivamente alle situazioni problematiche della vita¹⁸

2.3 Partnership in sanità

Negli ultimi anni si è assistito ad una profonda trasformazione del sistema sanitario italiano, sia in termini culturali, politici che di governance, lungo una direttiva che rispecchiasse il modello di partnership pubblico-privato. Tale cambiamento ha, dunque, portato all'adozione di forme privatistiche di gestione del servizio sanitario pubblico¹⁹.

Caratteristica principale di questo processo è la contemporanea presenza, nella governance sanitaria, di una logica istituzionale professionale e di una logica manageriale. Un simile approccio di gestione riguarda, inoltre, l'integrazione di capacità e nozioni di attori diversi e aventi mandati differenti, in funzione di una capacità di azione, rapidità di intervento e per ottenere un quadro informativo altrimenti difficilmente raggiungibile agendo in maniera isolata e puramente pubblica.

Possono essere numerosi i vantaggi nello sviluppo di una Partnership Pubblico-Privato: in primis per quanto concerne le risorse finanziarie, le organizzazioni private possono sicuramente contribuire con investimenti significativi, riducendo il carico finanziario sul settore pubblico. In aggiunta, si potrebbe sicuramente raggiungere una maggiore flessibilità nel rispondere alle esigenze del mercato e alle mutevoli esigenze sanitarie, consentendo un adattamento più rapido alle nuove sfide.

Non solo, il settore privato può facilitare l'introduzione a nuove tecnologie e pratiche mediche innovative, migliorando la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari.

Date le seguenti premesse, diviene importante esaminare tale processo di cambiamento del sistema sanitario, che assume, così, le fattezze di una società mista: studiando da un lato in che modo operano e coesistono la logica di governance di mano pubblica e quella manageriale del privato, no profit e terzo settore e comprendendo, dall'altro, come queste due logiche combinate possano generare qualità del servizio, con una migliore responsiveness per i cittadini ed efficienza operativa.

Di fatto, considerando le numerose trasformazioni politiche, storiche e sociali a cui è stato soggetto il sistema sanitario, come la pandemia da COVID-19, è sorta spontanea una ridefinizione delle strategie, delle strutture e dei processi del sistema salute che hanno condotto e conducono a collaborazioni virtuose e modalità di gestione tra pubblico e privato, no profit e terzo settore, per far sì che il sistema possa rispondere in modo più efficiente ai vari cambiamenti e crisi contingenti.

¹⁸ (Zanella, 2011)

¹⁹ (Anselmi, 2014)

Per armonizzare la convergenza di esperienze ed aspettative differenti, diviene importante stabilire regole chiare e trasparenti tra pubblico e privato, in un quadro in cui il pubblico da un lato non deve rinunciare a svolgere il proprio ruolo di coordinamento centrale, di monitoraggio e valutazione e di gestione complessiva delle attività, trovando nella **stewardship** il proprio modello di governance e dall'altro, nel contempo, deve favorire la spinta all'**innovazione** che proviene dalla compagine privata (come i recenti esempi di adozione di soluzioni di telemedicina hanno mostrato).

2.4 I determinanti della salute

La salute è strettamente connessa alla **qualità della vita**, che si identifica con il livello di benessere individuale in relazione al contesto socioculturale e ambientale circostante e che privilegia le percezioni soggettive.

La salute e il benessere sono caratterizzati e influenzati da vari fenomeni che operano su diversi livelli e che interagiscono tra di loro: i cosiddetti **determinanti della salute**^{20,21}. I determinanti possono essere divisi in varie categorie che si distribuiscono in una serie di cerchi concentrici con un grado maggiore di influenza sull'individuo, quest'ultimo rimane al centro con le sue caratteristiche biologiche e che rappresentano i determinanti immutabili (il sesso, l'età, il patrimonio genetico)²². I determinanti modificabili, invece, sono quelli soggetti a correzioni e trasformazioni, come: gli stili di vita individuali, le reti sociali, l'ambiente, la qualità di vita e di lavoro, il contesto politico, economico e culturale.

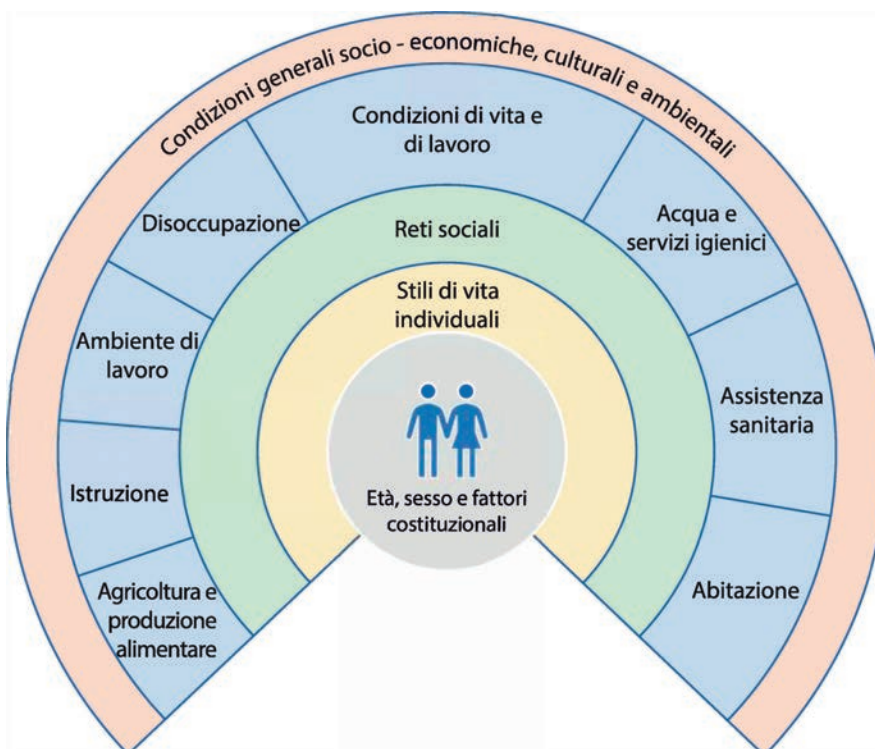


Figura 2 - I determinanti della salute

²⁰ (Whitehead & Dahlgren, 1991)

²¹ (Marmot, Friel, & Bell, 2008)

²² (Maciocco, 2009)

Dunque, l'analisi dei determinanti della salute si dimostra fondamentale poiché investe aspetti chiave delle condizioni e stili di vita e di lavoro delle persone e della loro rete sociale. Oltre a coprire lo studio delle implicazioni per la salute delle politiche economiche e sociali, nonché dei benefici che possono derivare dagli investimenti nelle politiche sanitarie.

Ad oggi diviene indispensabile tracciare un quadro di riferimento che tenga conto dei **determinanti della salute** inserendoli nel più ampio scenario definito dagli obiettivi strategici tracciati dall'Agenda 2030 e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nell'ottica di monitorare quanto e come il "bene salute" sia effettivamente fruibile e disponibile per le persone. Per ottenere una fotografia dello stato dell'arte risulta necessario raccogliere regolarmente dati sui fenomeni rilevanti del sistema salute e sui suoi determinanti, al fine di informare e influenzare il processo di decisione delle politiche pubbliche.

Si evince come lo stato di salute e benessere di una Paese non possa essere valutato solo tramite parametri di carattere economico - si pensi al più comune PIL - ma analizzando anche altri contesti di carattere sociale e ambientale e considerando, pertanto, anche misure di disuguaglianza e sostenibilità, sempre nell'ottica di rispettare il nuovo assetto dettato prima dalla strategia *HiAP* e poi dalla logica *One Health* e connesso al PNRR²³.

Questi due approcci - *Health in all policies & One Health* - rappresentano i canoni di riferimento per gestire la **trasformazione culturale e sistemica** in atto, che vuole mirare a definire un nuovo assetto multilivello e multisettoriale che sottolinei il legame inscindibile tra gli ambiti sanitario, ambientale e climatico, al fine di promuovere e tutelare a 360° la salute delle persone²⁴.

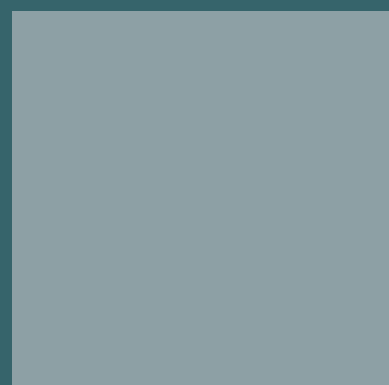
Come già sostenuto dalla strategia *HiAP*, si deve riconoscere come la salute sia condizionata da una moltitudine di fattori che vanno al di là dell'assistenza sanitaria e, in molti casi, al di là della portata delle tradizionali attività di sanità pubblica. Questa visione si può concretizzare unicamente tramite l'adozione di una serie di azioni e decisioni coerenti e prioritarie che aiutino a evolvere rapidamente verso un sistema integrato e digitalizzato, che, a sua volta, necessita di un metodo di valutazione e di un meccanismo di monitoraggio altrettanto strutturato e metodologico.

²³ (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021)

²⁴ (World Health Organization, 2015)

3

L'evoluzione del quadro normativo di riferimento



3. L'evoluzione del quadro normativo di riferimento

3.1 Evoluzione del quadro normativo post pandemico fino al 2023

Le rapide trasformazioni sociali e la conseguente evoluzione normativa in ambito tanto europeo, quanto nazionale, entrambe innescate dagli effetti della pandemia da Covid-19, hanno posto le basi per attuare riforme e modifiche strutturali in diversi ambiti. Tra questi, naturalmente, rientra quello della sanità, fortemente messa alla prova dall'impatto dell'emergenza. Il PNRR²⁵, in questo senso, costituisce un'importante opportunità per l'Italia per approntare riforme necessarie per adeguarsi alle rinnovate esigenze del tessuto socioeconomico.

Nello specifico, la Missione 6 del PNRR²⁶ sul tema "Salute", dispone gli investimenti e le riforme che l'Italia si è impegnata a realizzare entro il 2026 al fine di superare le criticità che affliggono il Sistema sanitario nazionale (SSN): tra le altre, viene fatto riferimento alla disparità territoriale nella distribuzione delle prestazioni sanitarie, all'inadeguata integrazione tra i servizi e il territorio, ai lunghi tempi di attesa per accedere ad alcune prestazioni e all'incapacità del Sistema sanitario nazionale di coinvolgere professionalità esterne. Queste risorse rappresentano un'opportunità per rispondere alle esigenze di vicinanza ai cittadini e per fornire una soluzione alle criticità che caratterizzano il nostro sistema sanitario.

Gli interventi che ne discendono sono diretti a riformare l'assetto organizzativo del SSN e a migliorare l'articolazione dei suoi servizi in un'ottica di prossimità e domiciliarità (anche se, in questa sede, preferiamo parlare di vera e propria "vicinanza" intesa in senso estensivo) intervenendo sulle sue dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, sull'innovazione e sullo sviluppo di nuove e più specifiche competenze tecnico-professionali e manageriali del personale. La prospettiva evolutiva poc'anzi delineata ha reso necessario porre le basi per l'avvio di un riassetto organizzativo del Ministero della Salute e, nello specifico, della rete di servizi del SSN, in un'ottica di rafforzamento ed efficientamento dell'assistenza sul territorio.

Uno dei primi interventi normativi che ha dato inizio alla stagione di riforme promosse e stimolate dal PNRR è rappresentato dal decreto ministeriale n. 77/2022²⁷, il quale, in quell'ottica sopracitata di vicinanza alla persona e di presa in carico del paziente, ha disegnato le basi di un nuovo modello di assistenza territoriale, che dovrà gradualmente concretizzarsi e vedere la luce nei prossimi anni.

²⁵ Nel quadro del *Next Generation EU*, l'Unione Europea ha approvato un nuovo strumento finanziario in grado di sostenere le economie degli Stati membri attraverso la possibilità di avviare processi di ripresa e rinascita socioeconomica. L'accesso alle risorse di questo strumento è stato reso possibile sulla base di un Piano nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), con il quale ciascuno Stato membro ha definito un pacchetto di riforme e investimenti dilazionati nel periodo tra 2021 e 2026.

²⁶ La Missione 6 del PNRR, dedicata alla Salute e articolata in due componenti: la prima, dedicata a Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; e la seconda, per Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

²⁷ Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022 n. 77, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, consultabile al seguente link <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

In questo senso, il decreto definisce i modelli e gli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale, avendo come obiettivi quelli di migliorare l'accessibilità, la qualità e la sostenibilità dei servizi offerti dal Sistema sanitario nazionale. In questa prospettiva, un ruolo di primo piano è assegnato alla telemedicina e alla sua capacità di poter rendere la sanità più efficace e di qualità e, soprattutto, più accessibile ai cittadini, a prescindere da dove abitino e dalle loro possibilità di spostamento. Essa, del resto, consente l'erogazione di prestazioni a distanza e facilita il confronto fra clinici da remoto, attraverso il c.d. "teleconsulto"; di conseguenza, la telemedicina si contraddistingue anche per una maggior sostenibilità sia da un punto di vista economico, sia ambientale.

In questo processo di riforma, d'altronde, il Legislatore assegna all'innovazione tecnologica e, nello specifico, alla telemedicina un ruolo molto importante. A conferma di questo, si richiamano due distinti decreti, emanati a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro nel settembre 2022, contenenti le istruzioni per un'effettiva introduzione della telemedicina all'interno del Sistema sanitario nazionale.

Il primo è il decreto del 21 settembre 2022, il quale, per la prima volta, introduce una disciplina obbligatoria sui requisiti minimi per l'esercizio della telemedicina. La rilevanza e l'importanza di questo decreto si comprendono se pensiamo che, sino all'entrata in vigore di dette linee guida, la materia della telemedicina seguiva le avvertenze contenute nelle "*Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina*", risalenti al 2014, e nelle "*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina*" del 17 dicembre 2020, i quali prevedevano standard di servizio consigliabili ma privi di carattere vincolante.

Il secondo, quindi, è il decreto 30 settembre 2022, il quale, invece, introduce, con l'Allegato A, le indicazioni operative per la presentazione dei progetti regionali di telemedicina con cui, poi, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) acquisirà il piano operativo e il fabbisogno di ciascuna Regione e Provincia autonoma per i servizi minimi di telemedicina e, con l'Allegato B, le linee di indirizzo per i servizi di telemedicina a supporto delle regioni e delle province autonome nella definizione e composizione delle iniziative progettuali sui servizi di telemedicina finanziabili.

Al fine di rispettare gli impegni e le tempistiche del PNRR, il decreto del 30 settembre 2022 riconosce a tutte le Regioni e Province autonome la possibilità di attivare soluzioni di telemedicina la cui valutazione di conformità è affidata ad un processo di valutazione nazionale²⁸, precisando che "*le regioni che possiedono soluzioni di telemedicina già diffuse su scala regionale possono scegliere di non avvalersi delle soluzioni sopra-citate, indicandolo nel piano in oggetto purché le soluzioni possedute rispettino le Linee guida sopra indicate. «Linee guida per i servizi di telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2» definiscono i requisiti generali, funzionali e tecnologici per tutti i moduli che compongono l'infrastruttura regionale di telemedicina*"²⁹.

Diviene necessario, pertanto, che le attività di telemedicina siano integrate con le altre attività socioassistenziali e sanitarie e che, in questa attività a distanza, vengano garantite qualità delle presta-

²⁸ Ministero della Salute, Decreto 30 settembre 2022, *Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*, Allegato A, il quale precisa che le soluzioni di telemedicina "sono individuate tramite gare promosse dalle regioni capofila, come stabilito tramite verbale del CITD del 15 dicembre 2021 e dal decreto interministeriale con cui il presente format viene approvato. I requisiti tecnici con cui saranno selezionate tali soluzioni saranno dettagliati in altra documentazione".

²⁹ Ministero della Salute, Decreto 30 settembre 2022, *Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*, Allegato A.

zioni, rapporto con il paziente e protezione delle informazioni sanitarie trattate. La telemedicina è chiamata a svolgere un importante ruolo per la completa attuazione delle riforme che interessano il Sistema sanitario nazionale; pertanto, sarà interessante seguire le applicazioni delle disposizioni normative qui richiamate, per capire se saremo in grado di sfruttare al meglio l'opportunità offerta dal PNRR e dar vita a un Sistema sanitario effettivamente "più vicino" alle persone e ai territori.

Il modello organizzativo che emerge dal DM n. 77/2022, peraltro, ruota intorno al Distretto sanitario. Questo, oltre a costituire un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL), costituisce un luogo strategico per la gestione e il coordinamento della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali. In un'ottica di presa in carico integrale della persona, il Distretto consente di fornire un'assistenza integrata al paziente sotto diversi profili: risorse, strumenti e competenze professionali³⁰.

Di nuovo nell'ottica di garantire maggior capillarità dei servizi sanitari territoriali e, quindi, una più efficace prossimità, il decreto prevede anche che all'interno del Distretto operino le c.d. "Case della Comunità", che rappresentano non soltanto il luogo fisico che rende effettivamente possibile avvicinare la sanità a tutti i cittadini, ma anche il luogo in cui il Servizio sanitario nazionale riesce a coordinare e integrare il proprio sistema con i servizi sociali, diventando una sede privilegiata per progettare ed erogare nuove soluzioni di servizio e intervento sul territorio.

Lo sviluppo delle Case di Comunità si regge sull'equità di accesso, sulla prossimità del servizio e la sua capillarità sul territorio; pertanto, è stata prevista la costituzione di una rete di assistenza territoriale secondo il modello *hub* e *spoke*³¹. In questa prospettiva evolutiva, il decreto n. 77/2022 stabilisce che *"Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere"*.

La vicinanza e la capillarità sul territorio dei servizi passano anche attraverso un rafforzamento dell'assistenza domiciliare³², che decreto prevede ribadendo il concetto della *"casa come primo luogo di cura"* del paziente, laddove le condizioni cliniche e le cure da somministrare lo consentano, e un rafforzamento della rete delle cure palliative, la quale consente ai singoli e alle loro famiglie di poter usufruire di servizi e strutture in grado di garantire una presa in carico globale.

Nella struttura organizzativa del Sistema sanitario prevista dal decreto, al fianco dei Distretti e delle Case di Comunità, sono poi chiamati a svolgere un'importante funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero in ospedale gli Ospedali di Comunità³³. Queste strutture serviranno ad evitare ricoveri

³⁰ Il D.M. 77/2022, Allegato 1, pagg. 10 e ss indica le funzioni che possono essere ricondotte ai Distretti e che consentono a quest'ultimi di fornire una risposta assistenziale integrata.

³¹ Per quanto riguarda le differenze tra Casa di Comunità *hub* e Casa di Comunità *spoke* si rinvia a quanto stabilito dal D.M. n. 77/2022, pagg. 14 e ss.

³² Sul punto il D.M. n. 77/2022 definisce le cure domiciliari *"(...) nelle sue forme previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato"*.

³³ Nello specifico, il D.M. n. 77/2022, pagg. 24 e ss. si preoccupa di indicare anche le principali categorie di pazienti e la durata della degenza negli OdC.

ospedalieri impropri o a favorire dimissioni protette in luoghi più idonei laddove il paziente presenti ancora fabbisogni assistenziali; oppure, si occuperanno della stabilizzazione clinica del paziente qualora lo stesso necessiti di recuperi funzionali o di riabilitazione.

La riforma, comunque, non si occupa soltanto di disciplinare le strutture operative del Sistema sanitario e il loro coordinamento, ma si sofferma anche sul personale e sulle figure di riferimento per mettere in pratica le novità introdotte. Il decreto, infatti, delinea la figura dell'infermiere di famiglia o di Comunità, inteso quale figura professionale che, attraverso una presenza costante e attiva nell'ambito di competenza, sia in grado di garantire ai pazienti un'assistenza sanitaria interdisciplinare dei servizi e dei professionisti.

In quest'ottica di avvicinamento dei servizi ai territori e alle comunità, come già anticipato, un ruolo fondamentale per un Sistema sanitario più efficiente e più sostenibile è svolto dalla telemedicina e dalla capacità degli addetti ai lavori di introdurla all'interno della rete dei servizi in tutte le sue articolazioni. La telemedicina, come dicevamo, costituisce un importante elemento abilitante per l'attuazione della gran parte degli interventi di riforma del SSN: infatti, è pacifico nell'ambito sanitario che l'innovazione tecnologica *"può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale"*³⁴.

La telemedicina consente, del resto, l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso delle nuove tecnologie e di internet, supportando e favorendo l'interazione e lo scambio di informazioni tra professionisti al fine di ridurre rendere i servizi più prossimi al cittadino e armonizzare gli standard di cura su tutto il territorio. Il decreto³⁵, dunque, dà attuazione alla Missione 6, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza andando a ridisegnare le funzioni e gli *standard* dell'assistenza sanitaria territoriale³⁶.

Un passo in avanti ulteriore rispetto a queste direttive è stato fatto attraverso la legge delega del 23 marzo 2023, n. 33 in tema di politiche in favore delle persone anziane e non autosufficienti. Non è qui necessario dilungarci troppo in un'analisi approfondita della legge delega, ma è giusto soffermarci sugli aspetti che richiamano i concetti di vicinanza e domiciliarità dei servizi sanitari e sociosanitari già richiamati nel decreto sopracitato, per capire le novità e le specifiche introdotte.

Tra le modalità di coordinamento delle strutture organizzative e dei servizi che compongono il SSN³⁷, la legge delega 33/2023 inserisce il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), definito come *"modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta (...) di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti di Stato, regioni e comuni che mantengano le titolarità esistenti"*³⁸.

³⁴ Ministero della Salute, Telemedicina Linee guida nazionali, consultabili al seguente link https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf

³⁵ Il modello di sviluppo del nuovo Sistema sanitario e i suoi principi sono contenuti nell'Allegati 1 (a carattere descrittivo) e nell'Allegato 2 (a carattere prescrittivo). L'allegato 3, invece, contiene il glossario degli acronimi impiegati.

³⁶ Ministero della Salute, D.M. n. 77/2022, Allegato 1.

³⁷ Il D.M. n. 77/2022, in merito, richiamava la Centrale operativa territoriale e la Centrale operativa 116117.

³⁸ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. b.

Favorire la prossimità degli interventi sanitari e sociosanitari per gli anziani è un altro aspetto che viene ripreso e ribadito dalla legge delega, la quale, sul punto, prevede la collocazione di punti unici di accesso per i servizi e gli interventi sanitari, sociali e socioassistenziali presso le Case della Comunità, al fine di fornire agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie un supporto informativo, amministrativo e per l'accesso ai servizi e agli interventi³⁹.

Il tema della prossimità e il concetto della *"casa quale primo luogo di cura"* vengono nuovamente ribaditi nella delega quando essa tratta il tema delle prestazioni assistenziali domiciliari per gli anziani non autosufficienti. Sul punto, oltre a richiedere il necessario coinvolgimento degli ambiti territoriali sociali (ATS) e del Servizio sanitario nazionale, essa prevede *"l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogati a domicilio, anche attraverso strumenti di telemedicina, per il tramite di erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, anche del Terzo Settore, che possano garantire la gestione e il coordinamento delle attività individuate nell'ambito del Piano di Assistenza Individuale (PAI)"*⁴⁰. Ecco che, di nuovo, la telemedicina viene identificata quale importante elemento abilitante per l'attuazione dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti.

Per riprendere le fila degli interventi normativi che hanno fatto seguito al decreto ministeriale 77/2022, dobbiamo fare un salto indietro rispetto alla legge delega sulla non autosufficienza. Ci interessa, in particolare, l'art. 6-bis del decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173⁴¹ convertito con modificazioni nella legge 16 dicembre 2022, n. 204 che ha introdotto un'importante ristrutturazione dell'assetto organizzativo del Ministero della Salute. Nello specifico, l'attuale struttura, che prevede la presenza di un segretario generale e dodici Direzioni generali, è stata completamente rivista mediante l'introduzione di una struttura organizzativa articolata in quattro Dipartimenti e dodici Direzioni generali⁴².

La disposizione non manca, poi, di precisare che i regolamenti vigenti⁴³ restano in vigore fintanto che non sia approvato un nuovo Regolamento organizzativo che, secondo quanto disposto dall'art. 13 del decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173, è assoggetto a una procedura di approvazione semplificata⁴⁴.

Sul punto, si rileva che l'approvazione del predetto regolamento è avvenuta da parte del Consiglio dei Ministri il 30 ottobre 2023. La riorganizzazione generale del Ministero della Salute è ribadita anche dalla direttiva programmatica del 2023, che identifica le modifiche all'organizzazione ministeriale come un elemento importante per rafforzare l'efficienza del sistema, dedicando a questo uno specifico paragrafo⁴⁵.

³⁹ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. i.

⁴⁰ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. n, punto 4.

⁴¹ L'art. 6-bis del D.L. 11 novembre 2022, n. 173, riformando l'art. 47-quater, comma 1, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, è intervenuto sull'assetto organizzativo del Ministero della salute, introducendo una struttura più complessa in linea con l'evoluzione del quadro socio-normativo degli ultimi anni.

⁴² Ministero della Salute, Direttiva Generale per l'attività amministrativa e la gestione, 2023, pag. 55, nel quale si stabilisce che a ciascuno dei quattro Dipartimenti *"sarà affidata un'ampia area di materie omogenee e una regia accentrata ed efficiente della connessa gestione delle risorse strumentali, finanziarie e umane attribuite (...)"*.

⁴³ Il riferimento è al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 11 febbraio 2014, n. 59.

⁴⁴ L'art. 13 del D.L. 11 novembre 2022, n. 173 prevede, infatti, l'adozione di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

⁴⁵ Ministero della Salute, Direttiva Generale per l'attività amministrativa e la gestione, 2023, pagg. 54 e ss.

Nella nuova struttura organizzativa del Ministero della Salute, in particolare, spicca il Dipartimento della Salute umana, della Salute animale e dell'Ecosistema e dei Rapporti internazionali, che si articola al suo interno nella Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, nella Direzione generale dell'igiene e della sicurezza alimentare e nella Direzione generale della salute animale. Detto Dipartimento richiama un modello sanitario *One Health*, basato "sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente"⁴⁶.

L'approccio *One Health* è riconosciuto dal Ministero della Salute, dalla Commissione Europea e da tutte le organizzazioni internazionali come una "strategia rilevante in tutti i settori che beneficiano della collaborazione tra diverse discipline (medici, veterinari, ambientalisti, economisti, sociologi etc.)"⁴⁷. Questo framework, infatti, consente di individuare e rispondere ai bisogni e alle necessità delle persone più vulnerabili in modo integrale, dando risalto alla relazione esistente tra la loro salute e l'ambiente in cui vivono.

Le modifiche al SSN sin qui analizzate mostrano come le istituzioni abbiano preso coscienza del mutato scenario e abbiano deciso di adottare una nuova configurazione, che vede nell'approccio olistico *One Health* l'unica soluzione per tutelare la salute come bene comune e collettivo.

L'applicazione operativa di questo paradigma identifica come sue colonne portanti, *in primis*, il **Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici**⁴⁸ di cui fanno parte:

- Regioni e Province autonome, alle quali, in sintesi, sono assegnati come compiti:
 - > L'istituzione del Sistema Regionale prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) assicurando un approccio *One Health* "nella sua versione evoluta *Planetary Health*";
 - > L'individuazione della struttura, tra i soggetti che fanno parte del SNPS, che dovrà fungere da centro di coordinamento nonché responsabile dell'attuazione delle politiche di prevenzione;
 - > La definizione e l'attuazione a livello regionale le politiche di prevenzione primaria;
 - > Lo sviluppo e il consolidamento della funzione di osservazione epidemiologica a livello regionale e aziendale e, a tal fine, garantire l'integrazione dei sistemi informativi regionali, dei dipartimenti di prevenzione, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e degli altri enti competenti presenti nel territorio;
 - > Provvedere ad assicurare ai dipartimenti di prevenzione risorse strumentali e umane adeguate;
 - > Programmare e realizzare interventi di formazione per promuovere il miglioramento della capacità gestionale territoriale di prevenire e controllare i rischi sanitari associati, direttamente o indirettamente a eventi ambientali, climatici e/o socio-economici.
- Istituti zooprofilattici sperimentali a cui, tra le altre, sono riconducibili i seguenti compiti:
 - > Collaborare alla programmazione nazionale e regionale al fine di integrare la sorveglianza, il monitoraggio, l'analisi dei fattori di rischio collegati all'utilizzo degli animali e dei prodotti di origine animale;

⁴⁶ Si rinvia alla pagina del sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità dedicata al One Health, link: One Health - ISS.

⁴⁷ Si rinvia alla pagina del sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità dedicata al One Health, link: One Health - ISS.

⁴⁸ Ministero della Salute, Decreto 9 giugno 2022, *Individuazione dei compiti dei soggetti che fanno parte del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)*. Consultabile al seguente link <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/07/05/22A03866/sg>

- > Partecipare e supportare all'implementazione degli atti di programmazione in materia di prevenzione;
- > Contribuiscono alla definizione e all'attuazione dei livelli essenziali di assistenza associati a priorità di prevenzione;
- Istituto Superiore di Sanità, il quale come riporta l'art. 4 del decreto 9 giugno 2022 del Ministero della Salute "*Fatte salve le competenze delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, l'Istituto superiore di sanità, di concerto con il Ministero della salute, svolge funzioni di coordinamento, indirizzo e supporto tecnico-scientifico del SNPS, al fine di contribuire allo sviluppo e all'armonizzazione dello stesso Ministero della salute*"⁴⁹.
- Ministero della Salute, il quale è chiamato a svolgere, di concerto con l'Istituto Superiore di Sanità, i compiti di garantire il coordinamento delle strutture regionali del SNPS e l'uniforme applicazione delle disposizioni del decreto 9 giugno 2022 nonché di promuovere l'identificazione delle aree prioritarie di prevenzione e controllo dei rischi sanitari associati, direttamente o indirettamente, a eventi ambientali e climatici⁵⁰.

La seconda colonna che regge l'implementazione di un approccio One Health è il **Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente (SNPA)** preposto per compiti come le attività ispettive nell'ambito delle funzioni di controllo ambientale, il monitoraggio dello stato dell'ambiente; il controllo delle fonti e dei fattori di inquinamento; l'attività di ricerca finalizzata a sostegno delle proprie funzioni; il supporto tecnico-scientifico alle attività degli enti statali, regionali e locali che hanno compiti di amministrazione attiva in campo ambientale; e la raccolta, organizzazione e diffusione dei dati ambientali. La riorganizzazione del sistema sanitario prevede, quindi, un riassetto complessivo del sistema salute, contemplando anche altre realtà a questa interconnesse, al fine di migliorare il grado di *responsiveness* verso i cittadini. Per queste ragioni è stata prevista anche una cabina di regia che possa coordinare il lavoro dei due Sistemi e l'interscambio e l'integrazione delle informazioni disponibili.

Gli interventi normativi richiamati e visti sin qui sono diretti a rendere il Sistema sanitario nazionale più efficiente e adeguato a quelle che sono e saranno le esigenze sanitarie e sociosanitarie della popolazione italiana, la quale, in prospettiva, si presenta come sempre più anziana e, per questo, maggiormente bisognosa di assistenza⁵¹. In quest'ottica, le riforme stanno lavorando nella direzione di abbattere le liste di attesa, rafforzare l'assistenza domiciliare e il coordinamento tra strutture, servizi e personale sanitario e sociosanitario, migliorando lo scambio di informazioni e la programmazione ed erogazione di servizi e prestazioni.

Ciononostante, dobbiamo constatare come durante la fase acuta della pandemia ed a seguito di questa, abbiamo assistito ad una proliferazione di interventi normativi che ad oggi appaiono poco raccordati e spesso connotati da sovrapposizioni dei perimetri applicativi.

⁴⁹ Il Decreto del 9 giugno 2022 del Ministero della Salute all'art. 4, comma 2, inoltre, elenca, in via prioritaria, i compiti di coordinamento e di supporto svolti dall'Istituto Superiore di Sanità.

⁵⁰ Il Decreto del 9 giugno 2022 del Ministero della Salute all'art. 5, comma 2, elenca i compiti assegnati esclusivamente al Ministero della Salute.

⁵¹ Censis, LVII Rapporto annuale, 2023.

In questo senso appare sempre più necessario ritornare ad uno sforzo di pianificazione a livello paese, in grado di definire i parametri generali dello sviluppo del sistema di salute e orientato all'inclusione dei diversi attori della salute e che conduca ad uno strumento concreto che potremmo definire un "Piano nazionale di salute", che dopo la pandemia riprenda ed integri su più dimensioni la buona pratica di dotarsi di un piano sanitario nazionale, assente dalle scene dal lontano 2008.

3.2 Evoluzione del quadro normativo post pandemico - 2024

In continuità con i precedenti, il 2024 ha rappresentato un anno cruciale per il settore della salute in Italia, segnando la naturale prosecuzione di un percorso di riforme e interventi previsti e realizzati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano.

In particolare, la Missione 6 "Salute" si è confermata il fulcro di un ampio programma di innovazione volto a rispondere in modo strutturale alle principali criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale, emerse in modo inequivocabile dagli impatti della pandemia da Covid-19, ma già presenti nel nostro sistema salute ben prima della crisi pandemica.

In questo quadro, caratterizzato da rapidi mutamenti sociali ed economici e una rapidissima evoluzione tecnologica e clinica, la Missione 6 si configura come un elemento strategico per il futuro della sanità italiana, grazie a riforme e investimenti mirati che puntano a superare alcune delle più radicate problematiche del sistema, quali ad esempio l'eterogeneità territoriale nella distribuzione delle prestazioni, l'integrazione ancora insufficiente tra i servizi ospedalieri e territoriali, i tempi di attesa prolungati per accedere a specifiche cure e la difficoltà del sistema nel coinvolgimento di risorse professionali esterne.

Attraverso gli interventi legislativo portati avanti nel 2024, si è voluto non solo rafforzare la vicinanza del sistema salute ai cittadini, ma anche garantire un accesso uniforme ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale, promuovendo equità ed efficienza.

Pur in presenza di sfide operative e di una naturale resistenza al cambiamento, i progressi compiuti nell'anno offrono una chiara indicazione della direzione intrapresa: un sistema trasformato, che tenta di superare le frammentazioni del passato e di garantire una sanità di qualità per tutti i cittadini.

In questo ricco e variegato processo di trasformazione, il 2024 si è caratterizzato per due interventi normativi di particolare rilievo, che hanno segnato un ulteriore avanzamento nel raggiungimento degli obiettivi della Missione 6.

Il primo di questi interventi è rappresentato dalla **Legge n. 107 del 29 luglio 2024**, di conversione del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73⁵², recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie (c.d. **DL Liste D'Attesa**) entrato in vigore il 1° agosto 2024.

Tale normativa ha introdotto un insieme di misure organiche che vogliono aumentare l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario nazionale, e quindi andare a soddisfare in modo sempre più tempestivo e adeguato le esigenze dei cittadini italiani e nello specifico, propongono una serie di soluzio-

⁵² Legge del 29 luglio 2024, n. 107 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

ni, di monitoraggio, organizzative e finanziarie, per limitare la problematica relativa al c.d. “smaltimento delle liste d’attesa”, ossia vogliono diminuire e ottimizzare i tempi di attesa perché i cittadini possano usufruire delle prestazioni sanitarie secondo le priorità indicate nella ricetta.

Dal punto di vista del monitoraggio, la norma ha posto un’attenzione particolare sulla capacità delle Regioni di ridurre i tempi di attesa, attraverso una serie di strumenti che combinano vincoli finanziari e controlli operativi e ha previsto un nuovo sistema di monitoraggio più efficace e strumenti di controllo: è stata istituita presso l’Agenas una Piattaforma nazionale per il monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, di cui si avvale il Ministero della Salute. Particolarmente interessante è l’aspetto che, in caso di inefficienze o anomalie, l’Agenzia può svolgere audit presso le Regioni, supportando con le sue rilevazioni eventuali controlli da parte del Ministero verso gli erogatori. La piattaforma ha inoltre l’obiettivo di realizzare l’interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa di ciascuna Regione e Provincia Autonoma. In questo modo, è garantito il monitoraggio a livello nazionale, fra vari aspetti, della modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità, dell’attuazione del DM 77/2022⁵³ (Regolamento sull’assistenza territoriale), e dell’appropriatezza nell’accesso alle prestazioni, anche attraverso l’utilizzo di piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle Linee guida e suggerite nelle Buone pratiche clinico-assistenziali.

Sempre sul fronte del monitoraggio, è stato istituito un Organismo di verifica e controllo dell’assistenza sanitaria, alle dirette dipendenze del Ministero della Salute, volto a rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria (SIVeAS). Tale Organismo può accedere alle strutture sanitarie del SSN e private accreditate per verificare il rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza, nonché il funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi regionali per il recupero delle liste stesse.

Dal punto di vista organizzativo, invece, la normativa prevede che vi sia centralizzazione e trasparenza delle agende, nello specifico con l’integrazione delle agende anche del privato accreditato con il CUP regionale ed è stato ribadito il divieto di sospensione o chiusure dell’attività di prenotazione per gli erogatori pubblici e privati.

Un secondo intervento legislativo significativo è stato rappresentato dall’entrata in vigore, il 30 dicembre 2024, del c.d. DM Tariffe⁵⁴. Questo decreto ha l’obiettivo di provvedere al necessario e atteso aggiornamento del nomenclatore, ossia l’elenco delle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale nell’ambito dell’assistenza specialistica sanitaria ambulatoriale e protesica: è, infatti, previsto l’aggiornamento di 1.113 tariffe associate alle prestazioni sanitarie sulle 3.171 che compongono il nomenclatore, ovvero il 35% del totale, con l’obiettivo di allinearle ai costi attuali e alle innovazioni medico-scientifiche.

La versione del testo normativo approvata a novembre in Conferenza Stato-Regioni aveva accolto la richiesta delle Regioni di posticipare l’entrata in vigore del Decreto al 30 dicembre 2024 rivedendo, dopo 28 anni, il nomenclatore delle prestazioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, dopo 25 anni, quello dell’assistenza protesica fermi rispettivamente al 1996 al 1999⁵⁵.

⁵³ Decreto del 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

⁵⁴ Decreto 23 giugno 2023 - Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.

⁵⁵ Il DM 27 agosto 1999 n. 332 conteneva modalità di erogazione e tariffe delle prestazioni di assistenza protesica erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale.

Tuttavia, proprio il giorno in cui la norma sarebbe dovuta entrare in vigore, il TAR del Lazio ha accolto il ricorso di alcuni laboratori - sospendendo in via cautelativa il "Decreto Tariffe" - che riteneva insussistente il criterio di "urgenza" attuato dal decreto in considerazione del fatto che il nuovo elenco delle prestazioni fosse stato «adottato dopo oltre 20 anni dai precedenti nomenclatori»⁵⁶. Il TAR aveva inoltre stabilito la trattazione collegiale della questione alla Camera di Consiglio per il 28 gennaio 2025. Lo stop imposto dal TAR del Lazio ha rischiato però di mettere in seria difficoltà le Regioni che, avendo già adeguato i nomenclatori con i nuovi codici delle prestazioni, difficilmente sarebbero riuscite a ripristinare i sistemi con le vecchie tariffe, nonché a sospendere le prestazioni che nei vecchi nomenclatori non erano presenti. Il Ministero della Salute, attraverso l'Avvocatura dello Stato, ha presentato al TAR un'istanza di revoca del decreto di sospensione evidenziando come, di fronte a tali problematiche, si sarebbe corso il rischio di «un blocco del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione, con conseguente disservizio all'utenza e ritardi nell'erogazione delle prestazioni e, in ultima analisi, con un impatto sulla salute dei pazienti».⁵⁷ Il TAR ha perciò preso atto della situazione e, il 31 dicembre 2024, ha deciso di revocare il Decreto, confermando però, l'udienza in Camera di Consiglio per il 28 gennaio 2025, al fine di valutare se e quali modifiche apportare ai nuovi tariffari.

Il nuovo tariffario ha comportato un incremento delle risorse stanziato dal Governo, raggiungendo i 550 milioni di euro complessivi, con una particolare attenzione all'uniformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni.

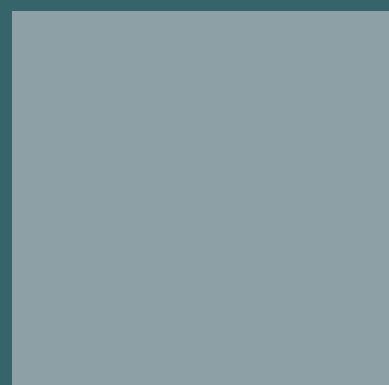
Tra le principali novità introdotte, si segnalano l'inclusione su tutto il territorio di prestazioni avanzate come la procreazione medicalmente assistita, la diagnostica di alta precisione e trattamenti innovativi in ambiti come la radioterapia stereotassica e l'adroterapia. Questi aggiornamenti, tuttavia, hanno incontrato delle resistenze: nello stesso giorno della pubblicazione del decreto, il TAR del Lazio ha sospeso l'esecutività del tariffario per la specialistica ambulatoriale, a seguito di un ricorso presentato da associazioni di categoria. L'udienza collegiale per la discussione è stata fissata per gennaio 2025, ma la sospensione non ha intaccato il valore strategico del provvedimento, che rappresenta un passo cruciale verso l'armonizzazione dei LEA in tutte le regioni.

⁵⁶ Tar Lazio - Sez. III-quater - decreto 6017/2024 Nuovi Lea.

⁵⁷ Istanza ex art. 56, comma 4, D.lgs. 104/2010 per la revoca del decreto monocratico n. 6017/2024 depositato in data 30.12.2024 nel giudizio n.r.g. 14203/4, con il quale il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze chiedono "una rinnovata ponderazione della fattispecie all'origine del concesso decreto cautelare e - per l'effetto - la revoca del decreto stesso".

4

L'Indice di Vicinanza della Salute



4. L'Indice di Vicinanza della Salute

4.1 Strumenti per la misurazione di fenomeni complessi

Il monitoraggio dello stato di salute pubblica fornisce ai governi informazioni utili per la pianificazione e la valutazione delle proprie politiche, aiutando a identificare le disparità tra gruppi della popolazione e a valutare i progressi nel raggiungimento degli obiettivi di salute⁵⁸.

Misurare quantitativamente e qualitativamente lo stato di salute e la qualità della vita delle persone richiede la costruzione di strumenti capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di benessere, includendo caratteristiche e percezione dello stato fisico, mentale e sociale.

La creazione di un indice composito per la misurazione dei fenomeni socioeconomici legate al tema della salute si dimostra essere uno sforzo addirittura necessario per l'analisi e la valutazione dell'allineamento e della coerenza delle policy in ambito non solo sanitario e inerenti al benessere individuale e collettivo, in un contesto articolato e complesso come quello che si sta dipanando già dal 2020.

4.2 Il concetto di Vicinanza della Salute

La definizione di salute più diffusa è quella accettata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) all'indomani della Seconda guerra mondiale e incardinata nel preambolo della propria convenzione istitutiva: *"Tutti i popoli hanno diritto ad accedere al migliore stato di salute possibile, intendendosi con salute uno stato di completo benessere fisico, mentale e social e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità"*.

Si tratta di una definizione, che meglio di altre sintetizza la totalità dell'esperienza umana e dell'interdipendenza tra le sue componenti - biologica, psichica, sociale - oltre a considerare il preminente ruolo dell'assistenza sanitaria nell'influenzare e determinare il benessere della popolazione. Con salute, perciò, non viene identificata solamente l'assenza di malattia o di sintomi, ma anche una condizione sociale e mentale positiva, che consenta all'individuo di svolgere le normali attività giornaliere. La salute può essere identificata come risorsa della vita quotidiana, attraverso cui una persona può da una parte realizzare le proprie ambizioni sociali e soddisfare i propri bisogni, dall'altra evolvere con l'ambiente, adattarsi ad esso, superare gli inevitabili periodi di crisi.

Quindi, il concetto di salute può essere declinato in almeno quattro dimensioni:

1. Una dimensione propriamente medica: salute come assenza di malattia.
2. Un'accezione sociale: salute come possibilità di svolgere un ruolo sociale.
3. Una visione idealistica: salute come pieno benessere fisico, psichico e sociale.
4. Un'accezione umanistica: salute come capacità di adattarsi positivamente alle situazioni problematiche della vita⁵⁹.

⁵⁸ (Istituto Superiore di Sanità, 2013)

⁵⁹ (Zanella, 2011)

In quest'ottica si delinea una definizione talmente ampia da approssimarsi e intersecarsi al concetto di felicità e serenità di vita, uno stato ideale a cui tendere e che privilegia le percezioni soggettive.

Il concetto di salute è, così, strettamente connesso a quello di *qualità della vita*, che si identifica con il livello di benessere individuale in relazione al contesto socioculturale e ambientale circostante.

Con il concetto di *vicinanza della salute* si intende *la relazione nello spazio e nel tempo che sussiste tra la persona e la disponibilità del bene salute e la possibilità di fruirne*⁶⁰. Ovvero, far sì che siano il più vicini possibile (nel tempo e nello spazio) il momento in cui il bisogno di salute si origina, il momento in cui questo bisogno viene captato e il momento in cui vi si fornisce una risposta.

Un simile concetto si traduce, ad esempio, in un accesso equo e universale a un'istruzione di qualità a tutti i livelli, all'assistenza sanitaria e alla protezione sociale, delineando una società in cui il benessere fisico, mentale e sociale sia assicurato a 360° e omogeneamente disponibili su tutto il territorio nazionale. Oltre agli obiettivi prioritari di sviluppo, come l'eliminazione della povertà, la tutela del diritto all'istruzione, la promozione della sicurezza alimentare e della nutrizione, stabilisce un'ampia gamma di obiettivi economici, sociali e ambientali.

La sfera semantica è, dunque, quella della solidarietà, della inclusività, della integrazione e del mutuo soccorso sociale e relazionale.

In base alla distanza in tempo e spazio che intercorre tra l'originarsi del bisogno e la capacità di intervento sullo stesso, si possono individuare e classificare tre contesti, sovrapponibili i livelli di analisi sociale precedentemente citati: *micro*, *meso* e *macro*.

Dunque, la complessità del concetto di *vicinanza della salute* è caratterizzata da fenomeni multidimensionali e multilivello, che riconduce i citati tre livelli d'analisi rispettivamente a tre livelli principali, ovvero: un livello *individuale*; un livello *sistemico*; un livello *ambientale*. Questo poiché l'analisi delle strutture sociali e del mutamento (*macro*) non è alternativa allo studio delle interazioni e della vita quotidiana (*micro*), ma individua orizzonti complementari di ricerca. Il livello *meso* è un livello di connessione tra il focus sull'individuo e il focus sui sistemi sociali. Secondo tale logica, le attuali azioni di programmazione e finanziamento a tema salute vengono interpretate in un'ottica unitaria, sintetizzate nel concetto di *salute*, inteso come *bene* da disporre nella misura più vicina possibile al cittadino. Dove l'individuo viene inteso come primo attore e quindi punto di origine della misurazione su cui calibrare la *vicinanza*.

4.3 L'Indice composito

Per poter migliorare il nostro sistema salute, sulla scia dei citati modelli di *Stewardship* e di *Partnership*, diviene necessario, in primis, poter tratteggiare una fotografia puntuale dello stato dell'arte e, a ritroso, della sua evoluzione; così da poter individuare prontamente sia gli aspetti positivi che le criticità su cui intervenire.

Tutto questo diviene possibile grazie all'uso di strumenti statistici quali indici compositi e indicatori, che permettono, dopo una prima fase di analisi e acquisizione dei dati, di proseguire lo studio attraverso la fase di monitoraggio e osservazione dell'andamento nel tempo dei fenomeni in esame.

⁶⁰ Carusi, D., 2021)

Forse il sistema salute più di tutti richiede la disponibilità di simili strumenti, in grado di cogliere e leggere le dinamiche interne e strutturali dei numerosi processi sociali, economici e ambientali, che interagiscono e si condizionano tra di loro nel corso del tempo.

Per far fronte a tali necessità, è stato progettato l'*Indice di Vicinanza della Salute* che, in linea con la ratio di qualsivoglia indice composito, non vuole avere la pretesa di esaurire universalmente tutte le possibili dimensioni del fenomeno *salute*; ma intende superare la preminente componente sanitaria, per poter ampliare i suoi confini in maniera non deterministicamente definita. L'indice rappresenta uno strumento di facile lettura capace di esprimere con un unico trend sintetico i diversi aspetti di un fenomeno di natura multidimensionale: l'andamento annuale delle componenti del nostro ecosistema salute rispetto all'anno di riferimento (2010).

L'*Osservatorio Salute Benessere e Resilienza*, intende svolgere, con lo sviluppo del suddetto Indice, attività di ricerca e analisi sia delle componenti del sistema di salute nazionale e, di rimando anche del PNRR di cui nello specifico le Missioni 1 (Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo), 5 (Inclusione e coesione) e 6 (Salute), le cui componenti e relativi interventi contribuiscono ad implementare e migliorare il principio di vicinanza della salute. In quest'ottica, l'Indice, attraverso i suoi domini, aiuta a comprendere le dinamiche e i fenomeni complessi che si sviluppano dietro il raggiungimento dei vari obiettivi e missioni del PNRR.

La rilevazione dei fenomeni sociali, economici, culturali, sanitari, demografici legati al tema della salute, si concretizza nella restituzione di una misurazione annuale, pubblicamente disponibile, contenente una lettura integrata dei fenomeni rilevati, descritti attraverso l'Indice sintetico. L'elaborato di reporting annuale sarà, dunque, costituito delle risultanze delle attività di rilevazione da fonti primarie e secondarie, descrivendo in che misura si sono concretizzati gli scenari prescelti ed individuando aree di miglioramento e intervento. A corredo della ricerca operativa, il momento attuale di rivoluzione dei paradigmi organizzativi in ambito sanitario apre alla possibilità di indagare le profonde dinamiche in atto a livello di ordinamento giuridico, verso le quali si potranno istituire momenti di confronto e approfondimento.

L'Indice di Vicinanza della Salute è inteso come una misura sintetica costruita al fine di rilevare la sussistenza di condizioni e interventi ritenuti variabili positive per la salute e quindi anche, per converso, di rilevare *gap* e *delay* che allontanano la disponibilità del bene salute dall'individuo. Con l'elaborazione di un simile strumento, quindi, si vuole rispondere alla domanda sempre più incalzante di disporre di misure e parametri di semplice interpretazione ma efficaci per definire interventi e riforme da attuare sul territorio e monitorarne la corretta implementazione, in un'ottica che tenga conto di vari fattori tra loro interdipendenti e multilivello.

4.4 Metodologia e Fonti

Per misurare correttamente la *vicinanza della salute*, l'indice composito è stato concepito lungo tre direttrici, ovvero i tre contesti: individuale, sistemico e ambientale. I tre contesti sono stati individuati secondo un quadro teorico di partenza che pone al centro la sfera individuale, inserita in due ambiti con un perimetro d'esame sempre più ampio, fino ad arrivare al sistema ambientale.

Ogni Contesto racchiude al suo interno un numero vario di domini, che rappresentano le aree di indagine e i fenomeni che si è scelto di monitorare.

Data la complessità e la numerosità dei domini considerati, sono stati adoperati per ognuno di essi due o più indicatori, selezionati secondo specifici criteri e requisiti metodologici.

Il paniere di indicatori preso in considerazione rappresenta, dunque, la scelta finale di una lunga ed attenta analisi di possibili combinazioni e aggregazioni di varie variabili e fenomeni in grado di generare un'informazione pertinente rispetto al framework teorico individuato per la costruzione dell'indicatore composito.

Su un set iniziale di oltre 280 candidati indicatori, si è proceduto alla verifica dei requisiti richiesti per ogni indicatore, attività che ha permesso di ridurre il set a circa 170 indicatori; successivamente si è dimostrato indispensabile effettuare un'ulteriore scrematura, al fine di capire quali e quanti di questi fossero effettivamente i più idonei a descrivere la natura dell'Indice di Vicinanza della salute, arrivando ad un totale finale di 78 indicatori (di cui 72 indicatori concorrono all'Indice e ulteriori 6 osservano il fenomeno della Digitalizzazione, pur non essendo inclusi nell'Indice per mancanza di serie temporali adeguate agli standard prefissi).

La selezione degli indicatori è avvenuta principalmente secondo quattro criteri:

1. Validità: gli indicatori sono stati selezionati tra quelli già adoperati ed elaborati da vari istituti statistici, enti istituzionali e di ricerca e sistemi di sorveglianza nazionale, pubblicamente accessibili, tra cui: AIFA - Rapporto uso degli antibiotici in Italia; ASviS; Agenas PNE; ANIA; COVIP; Eurostat; ISPRA; ISTAT; ISS - Epicentro (Passi e Passi d'Argento); ESWD - European Severe Weather Database; Nello specifico, gli indicatori adoperati sono stati selezionati da 10 fonti diverse.
2. Disponibilità dei valori in una serie storica adeguata: sono stati selezionati quegli indicatori aventi una serie storica completa e consistente, affinché si potessero confrontare i valori nel tempo, in un arco temporale a partire almeno dal 2010.
3. Comparabilità spaziale e generazionale: ossia la possibilità di osservare i valori tra le varie unità regionali e fasce d'età.
4. Non-sostituibilità di ogni indicatore: l'impossibilità di compensare o sostituire i valori di un indicatore con quelli di un altro.

4.4.1 L'imputazione dei dati mancanti

Nel novero della selezione finale degli indicatori *prescelti* si è scelto di mantenere in taluni casi specifici, relativi ad indicatori ritenuti di particolare rilevanza, anche alcuni indicatori che non rispettassero pienamente il criterio metodologico della completezza della serie storica.

Si è quindi proceduto con l'imputazione dei dati mancanti, con la quale s'intende la sostituzione dei valori mancanti o errati di un dato record con alternative coerenti e plausibili. Le procedure d'imputazione hanno l'obiettivo di ridurre le distorsioni introdotte dalla presenza di dati mancanti e di offrire, inoltre, maggiori garanzie sulla coerenza dei risultati derivati dalle analisi applicate. Di conseguenza, a seconda della fattispecie relativa al dato mancante, si è deciso di intervenire colmando il gap attraverso l'utilizzo di strumenti e formule statistiche.

Si sono individuate tre fattispecie di valori mancanti e, a seconda dei casi, si è valutato di intervenire in maniera differente:

1. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti all'avvio della serie, è stata adoperata la funzione lineare della *previsione*⁶¹. Nello specifico, il dato mancante viene calcolato tramite una regressione lineare⁶². Prendendo come riferimento i valori dei primi tre anni disponibili, si è stimato il valore dell'anno precedente.
2. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti all'interno della serie, si è proceduto applicando una formula di *interpolazione* matematica⁶³. L'interpolazione matematica è stata usata per calcolare dei valori all'interno di un intervallo di dati già stimati ed è stata applicata per due casi specifici.
3. Gli indicatori dell'Indice sono valorizzati utilizzando l'ultimo dato disponibile per l'annualità oggetto del Rapporto. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti alla fine della serie per mancanza di aggiornamenti nei database di riferimento entro la chiusura del Rapporto, gli indicatori vengono valorizzati utilizzando i dati dell'ultima annualità disponibile.

4.4.2 Il metodo di normalizzazione delle serie storiche

Si è scelto di individuare come anno di partenza delle varie serie storiche il 2010, poiché rappresentava l'anno con il miglior trade-off tra lunghezza minima necessaria per le serie storiche e la disponibilità degli indicatori; come ultimo anno di riferimento viene prescelto l'ultimo disponibile dalle fonti, ovvero al momento della pubblicazione il 2021.

Il paniere di indicatori fin qui costituito, sebbene rappresenti un insieme omogeneo dal punto di vista dei criteri di selezione stabiliti, in un primo momento era caratterizzato da un'elevata eterogeneità delle unità di misura propria di ogni indicatore, che non permetteva un confronto diretto tra i vari valori degli indicatori.

Questa iniziale disomogeneità derivava dal fatto che i diversi indicatori rispondevano alla misurazione di fenomeni eterogenei e differenti; di conseguenza, ognuno di essi aveva funzioni e obiettivi specifici che comportavano differenti modalità di rilevazione e, in ultimo, valori dei dati (es. dati in valore assoluto, percentuale etc.).

Dunque, ai fini delle necessità di calcolo dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute - ovvero ai fini della misurazione dell'andamento delle sue componenti - è sorto indispensabile applicare una procedura di indicizzazione e quindi normalizzare tutti i dati in valori percentuali.

⁶¹ Previsione: calcolare o prevedere un valore usando i valori esistenti. Il valore è un valore y per un determinato valore x . I valori esistenti sono valori x e y noti e il valore stimato viene previsto usando la regressione lineare. (Microsoft Excel).

⁶² La retta di regressione viene usata in statistica per studiare una relazione di tipo lineare tra due variabili quantitative. Il parametro a è il coefficiente angolare, cioè la pendenza della retta, il parametro b è l'intercetta, ovvero il punto in cui la retta interseca l'asse delle Y . La retta di regressione viene applicata all'interno del modello di regressione lineare semplice per stimare il valore di una variabile dipendente Y in funzione di una variabile indipendente X . La regressione si basa, dunque, su un rapporto di correlazione tra due variabili, dove una è in relazione diretta con l'altra.

⁶³ Per interpolazione in statistica e in analisi numerica si intende il procedimento mediante cui, considerati come noti alcuni valori ordinati $x_1 < \dots < x_n$ di una variabile X indipendente e, in corrispondenza di questi, altrettanti valori y_1, \dots, y_n di una variabile Y dipendente; si determinano i valori non noti di Y in corrispondenza dei valori di X , appartenenti all'intervallo $[x_1, x_n]$, ma diversi dai precedenti (Treccani, 2013).

Si è individuato il 2010 come anno di riferimento per l'indicizzazione della serie storica, e ogni indicatore è stato calcolato su una nuova base che partisse dal valore percentuale di 100 assegnato all'anno di riferimento, applicando due formule differenti a seconda della polarità del singolo indicatore:

- In caso di polarità positiva, si è calcolato il numero indice a base fissa 2010;
- In caso di polarità negativa⁶⁴ si è applicata una formula inversa, sommando 100 alla differenza tra 100 e il numero indice a base fissa 2010.

4.4.3 Il metodo di ponderazione dell'Indice

La tassonomia dell'Indice di Vicinanza alla Salute (affrontata nel dettaglio successivamente) è articolata in 22 domini, alimentati da 72 indicatori e organizzati in 3 contesti.

Circa il metodo di ponderazione dell'indice, si è scelto di procedere attribuendo lo stesso peso - come valenza statistica - ad ogni Dominio, che quindi assume valenza 1. Tale scelta, ovvero di non assegnare una diversa valenza statistica ad ogni area di studio che compone l'Indice, è legata alla volontà di non conferire, inevitabilmente, più importanza ad un aspetto d'indagine piuttosto che ad un altro, rimandando eventualmente tale approccio metodologico ad analisi successive. I 72 indicatori sono ripartiti in maniera eterogenea nei vari domini, di conseguenza non si può attribuire un peso univoco per tutti gli indicatori, come, invece, si è preferito procedere per i domini. Ogni indicatore assume valenza statistica pari ad $1/n$ calcolata attraverso una media semplice e, dunque, in relazione al numero di indicatori che afferiscono al Dominio in esame.

4.5 La tassonomia dell'Indice

La tassonomia dell'Indice si articola in tre contesti relativi ad ambiti con un perimetro crescente a partire dalla dimensione individuale:

1. *Contesto Individuo e relazioni sociali*: si connota come il novero di quegli ambiti di interesse e di intervento che hanno distanza minima dall'individuo stesso in quanto appartenenti proprio alla sfera individuale.
2. *Contesto Sistema organizzativo*: rappresenta un livello più esterno rispetto alla sfera individuale e si connota per condizioni date e per capacità di intervento che risentono di una certa latenza nella loro modifica, in funzione della capacità di organizzazione e di risposta del sistema sanitario.
3. *Contesto Luoghi di vita e ambiente*: è il più esterno di tutti, e rappresenta il Contesto in cui i vincoli e le condizioni date si modificano in un arco temporale più ampio, anche per via delle concause tra loro interrelate che ne definiscono i connotati.

Tale struttura dell'indice rispecchia il bisogno di poter approfondire e studiare singolarmente ogni Contesto, mantenendo una visione complessiva dei livelli e rispettando la loro inevitabile interdipendenza. Ad esempio, i processi ambientali e socioeconomici, che caratterizzano problematiche complesse come: il benessere, le disparità territoriali e lo sviluppo sostenibile, tra le altre, necessitano

⁶⁴ Polarità negativa è stata assegnata a quegli indicatori che misurano lo sviluppo di un fenomeno sfavorevole, ovvero dove l'andamento crescente dei valori nel tempo rispecchia una riduzione della Vicinanza della Salute.

di un’analisi ad adeguata scala spaziale e temporale, per assicurare una valutazione coerente della complessità delle loro interazioni. Al tempo stesso, benessere, disparità territoriali e sviluppo sostenibile sono concetti non mutualmente esclusivi ma che trovano ragione di una comune griglia analitica di comprensione ed interpretazione, considerando le intime connessioni logiche e definitorie. L’indice permette, quindi, di mantenere coerenza tra varie componenti e fenomeni, ad esempio tra i problemi di salute e le loro determinanti, in termini di creazione e comprensione dei meccanismi di salute, malattia e disagi sociali.

La tassonomia dello strumento consente di affrontare una lettura differenziata per contesti e di muoversi a seconda del grado di monitoraggio richiesto, lungo una scala di analisi che facilita il passaggio da una visione *globale* ad una più *puntuale*, grazie all’articolazione di ogni Contesto in vari domini, per un totale di ventitré. Dunque, si può studiare la fisionomia delle varie dinamiche interne ai tre contesti e, quindi, le diverse determinanti che caratterizzano gli andamenti difforni e peculiari dei rispettivi macro-livelli. Ogni Dominio intende descrivere e misurare diversi ambiti, tra cui:

1. Per il Contesto Individuo e relazioni sociali: *Condizione di salute; Literacy; Stile di vita; Mental Health; Cronicità; Isolamento; Coesione sociale; Fragilità economica.*
2. Per il Contesto Sistema organizzativo: *Prevenzione; Assistenza; Mortalità evitabile; Disponibilità di servizi; Responsiveness; Welfare integrativo; Sostenibilità; Coesione territoriale.*
3. Per il Contesto Luoghi di vita e ambiente: *Abitazione; Urban Health; Emissioni inquinanti; Antibiotico-resistenza; Eventi metereologici; Ecoansia.*

4.5.1 I Domini della Tassonomia e le Missioni del PNRR

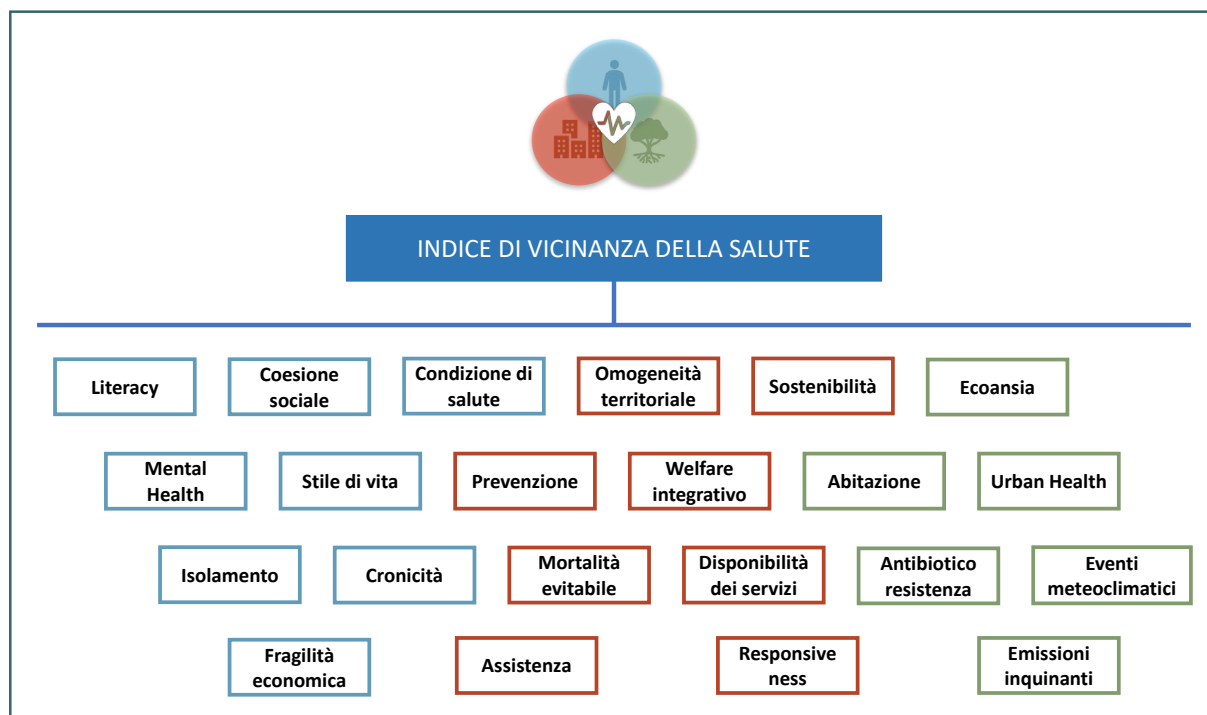


Figura 3 - La tassonomia dell'Indice di Vicinanza della salute

La Tassonomia completa dell'Indice comprende 22 Domini e le aree indagate per l'elaborazione dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute sono fortemente interrelate con le dimensioni del PNRR, soprattutto con le Missioni 5, 6 e 2 e con l'ultima Missione 7 prevista dal nuovo capitolo ReactPowerEU.

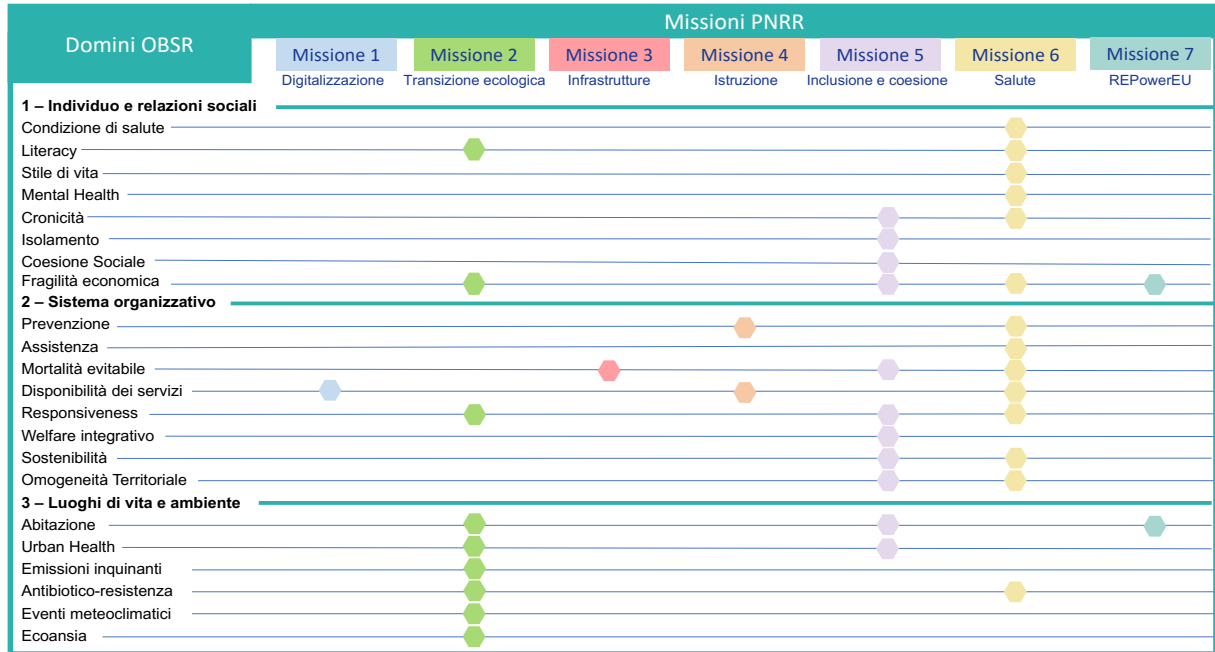


Figura 4 - Raccordo Domini IVS e Missioni PNRR

La Tassonomia dell'Indice di Vicinanza della salute dialoga anche in maniera integrata con gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e con le dimensioni per l'Equità della Salute identificate da WHO Europe nell'iniziativa HESR volta alla riduzione delle disuguaglianze di salute nella regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

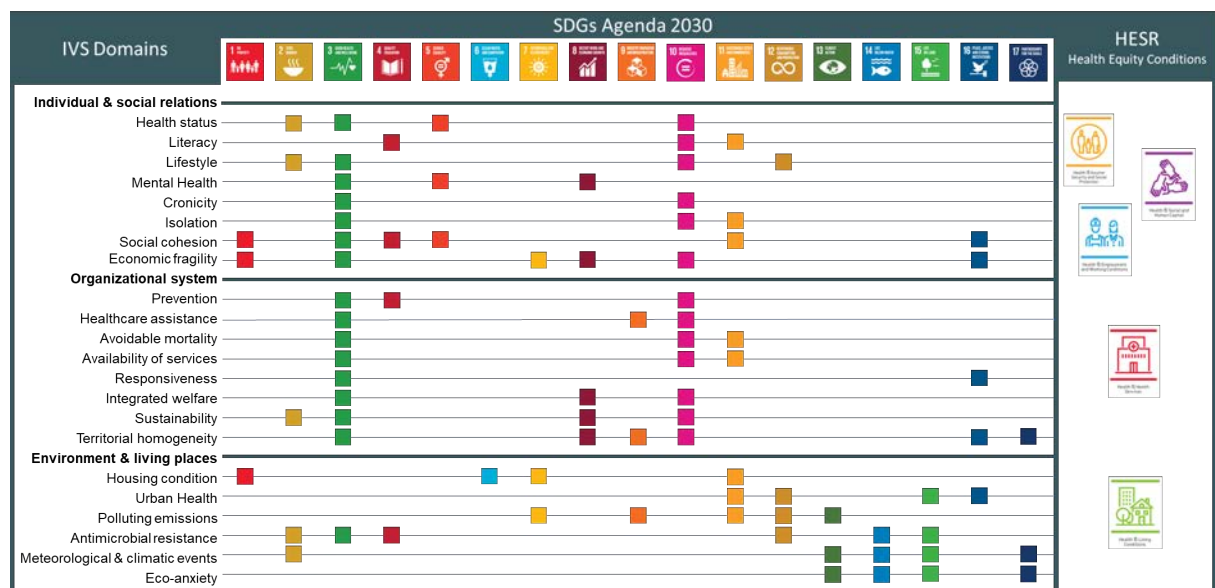
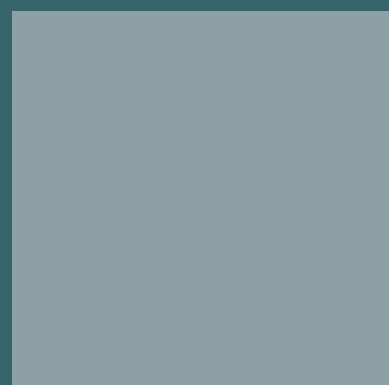
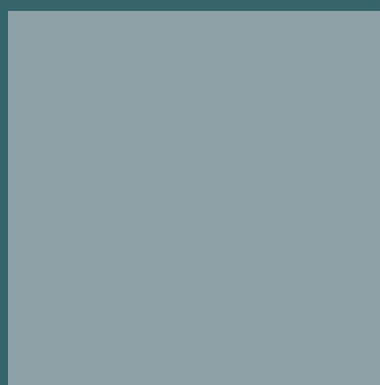


Figura 5 - Raccordo Domini IVS, SDGs UN Agenda 2030, WHO Europe HESR

5

Analisi - Risultati dell'indagine



5. Analisi - Risultati dell'indagine

Di seguito si procede con l'illustrazione dei risultati dell'indagine annuale dell'Osservatorio sul tema della Vicinanza della salute, restituendo in forma grafica e quantitativa gli andamenti rilevati per le singole dimensioni che compongono la tassonomia dell'Indice di Vicinanza della salute. Nell'esposizione verrà adottato un grado di dettaglio sempre maggiore passando dall'andamento generale dell'Indice a quello dei suoi Contesti fino ad arrivare ai singoli Domini coinvolti.

La struttura tassonomica dell'Indice consente infatti di dirigere l'analisi secondo una lettura differenziata per contesti e domini: potendo scegliere, di volta in volta, di adottare una visione d'insieme oppure disaggregata con focus mirati ai vari temi e fenomeni trattati.

Lo strumento consente, così, di studiare la fisionomia delle varie dinamiche riferibili ai tre Contesti e, di conseguenza, individuare i vari Domini e Indicatori che ne caratterizzano maggiormente i rispettivi andamenti e sviluppi.

Partendo da una visione più generale e, quindi, studiando l'andamento dei singoli Contesti, l'indagine proseguirà ponendo in risalto l'evoluzione dei vari fenomeni sottesi ai singoli Domini.

La struttura di ogni Dominio, a sua volta composto da altre sottocomponenti, permette di approfondire lo studio e affrontare l'indagine dei risultati catturati dai singoli Indicatori.

Premessa alla lettura dei risultati

Come indicato in metodologia, alcuni indicatori hanno "polarità negativa", ovvero tradotto in termini pratici questo significa che all'aumentare dei valori rilevati per il fenomeno indagato, la situazione peggiora sotto il profilo della "vicinanza della salute". A titolo di esempio si pensi al livello di emissione nell'aria di polveri sottili: in caso di aumento della presenza degli stessi nell'atmosfera avremo una diminuzione di Vicinanza della salute e, per conseguenza un grafico con un andamento peggiorativo e dei punteggi parametri più bassi. Si tenga quindi bene a mente durante la lettura dei risultati che i valori registrati e riportati attraverso i relativi grafici si riferiscono sempre al contributo che il fenomeno di volta in volta osservato fornisce al portare il "bene salute" più vicino alla persona e quindi all'andamento della Vicinanza della salute.

5.1 L'andamento dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute

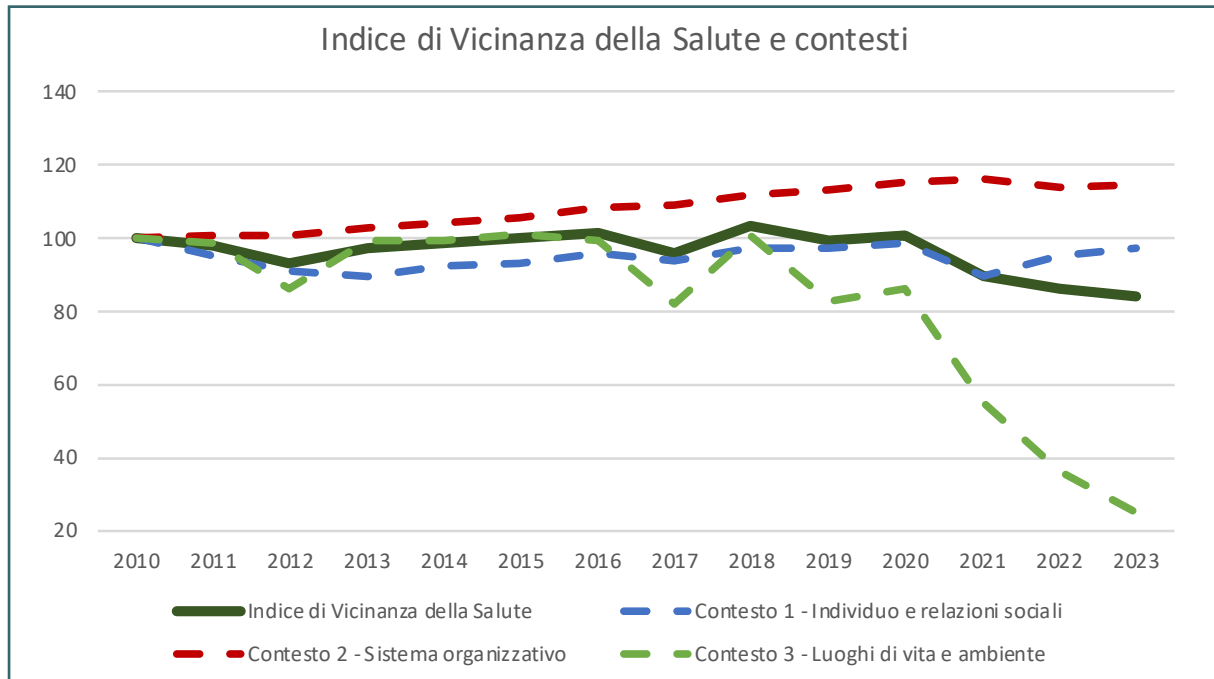


Figura 6 - Indice sintetico di Vicinanza della Salute

L'andamento tracciato dall'Indice di Vicinanza della Salute rappresenta una sintesi dei singoli andamenti dei ventidue domini che ne compongono la tassonomia.

Nella Figura 5 è rappresentato l'andamento complessivo dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute con anche il dettaglio dell'andamento dei tre Contesti che lo compongono.

Si può immediatamente notare come le diverse forze in gioco e le relative spinte, anche contrastanti, contribuiscano a delineare la tendenza raffigurata.

L'Indice nel suo complesso non descrive un andamento lineare, ma nel corso degli anni si presenta altalenante, poiché sensibile alle dinamiche e ai vari mutamenti interni ai contesti eterogenei di natura sociale, economica ed ambientale. In questo modo viene riflessa pienamente la logica insita nell'approccio *One Health*, in cui ogni aspetto e cambiamento sia interno alla sfera individuale, sia esterno ad essa - quindi afferente a dinamiche che si collocano al di là della capacità di azione del singolo - abbia poi ricadute importanti sulla vita delle persone, con conseguenze positive o negative sulla vicinanza della salute.

L'Indice di Vicinanza della salute, rilevato a partire dal 2010 (anno di riferimento base con punteggio 100), presenta dapprima una marcata flessione durante gli anni della crisi del debito sovrano (2011 - 2012), per poi proseguire il suo andamento con una tendenza crescente e costante fino al 2016.

Gli ultimi tre anni mostrano un marcato declino, arrivando nel 2023 al minimo storico con il punteggio di 84.

Questo risultato non è dovuto esclusivamente allo shock pandemico e alla crisi energetica, come immediatamente verrebbe da pensare, ma anche ad altre cause concorrenti afferenti ai diversi Contesti.

L'analisi dell'Osservatorio evidenzia come questo risultato sia condizionato dal trend negativo di alcune componenti dell'Indice di Vicinanza della salute. In particolare, il Contesto di indagine relativo ad "Ambiente e luoghi di vita" risente significativamente dell'aggravarsi degli effetti del cambiamento climatico, registrando un punteggio di 25.

Il Contesto "Individuo e relazioni sociali", dopo aver risentito delle restrizioni adottate durante la pandemia, prosegue nella sua crescita, registrando un punteggio di 97.

Da ultimo l'andamento del Contesto "Sistema organizzativo", in costante aumento fino al 2021, subisce una battuta d'arresto a partire da quell'anno. Nel 2022 si registra una flessione, seguita da una ripresa nel 2023, quando il valore raggiunge 115, rispetto ai 114 dell'anno precedente.

Una analisi di maggior dettaglio dei singoli Domini che compongono i Contesti, consente di comprendere ulteriormente i fattori che contribuiscono all'andamento delle curve generali, aiutando ad orientarsi nella comprensione del fenomeno e a identificarne le cause.

Si procede quindi di seguito con una disamina dei risultati dell'indagine per Contesti e Domini.

5.2 L'andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali

Il Contesto *Individuo e relazioni sociali* è composto da nove Domini: *Condizione di salute, Literacy, Stile di vita, Mental Health, Cronicità, Isolamento, Coesione sociale e Fragilità economica*.

Tale Contesto prende in esame vari fenomeni e dinamiche legati alla sfera individuale ed alle relazioni sociali e si connota come il novero di quegli ambiti di interesse e di intervento immediatamente legati alla persona. Così strutturato, il Contesto Individuo e relazioni sociali è orientato ad intercettare anche le principali tematiche proprie della *Missione 5 - Inclusione e coesione* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della *Missione 6 - Salute*.

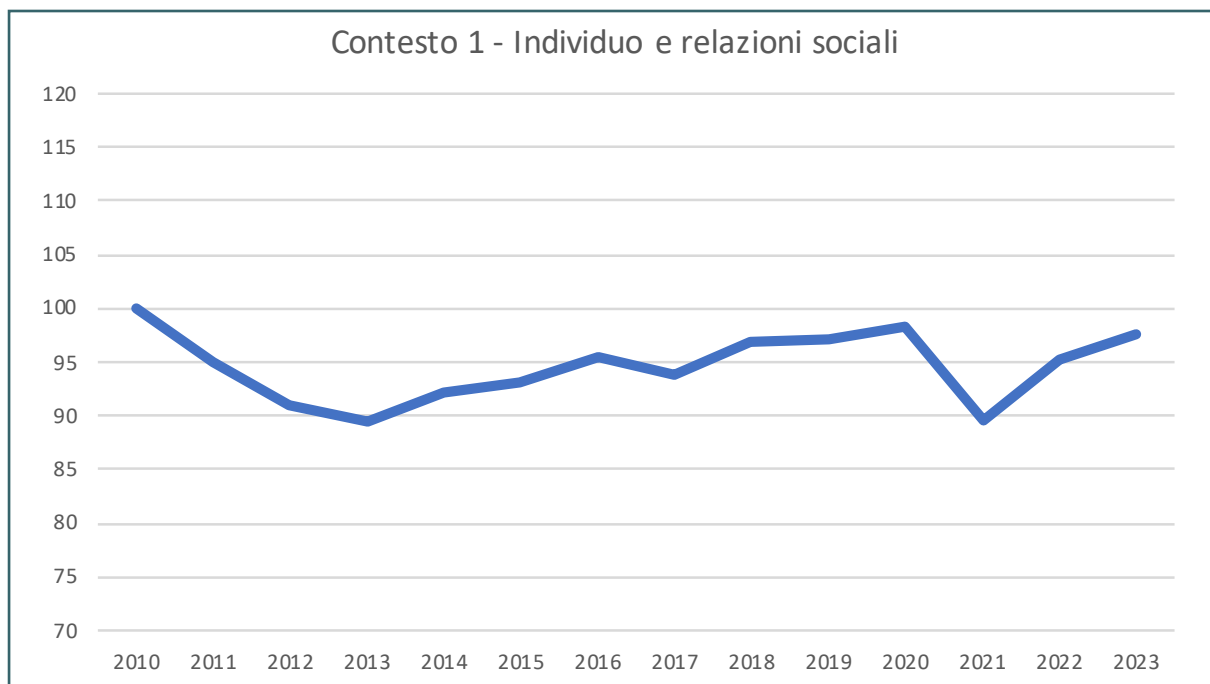


Figura 7 - Contesto Individuo e relazioni sociali e relazioni sociali: andamento generale

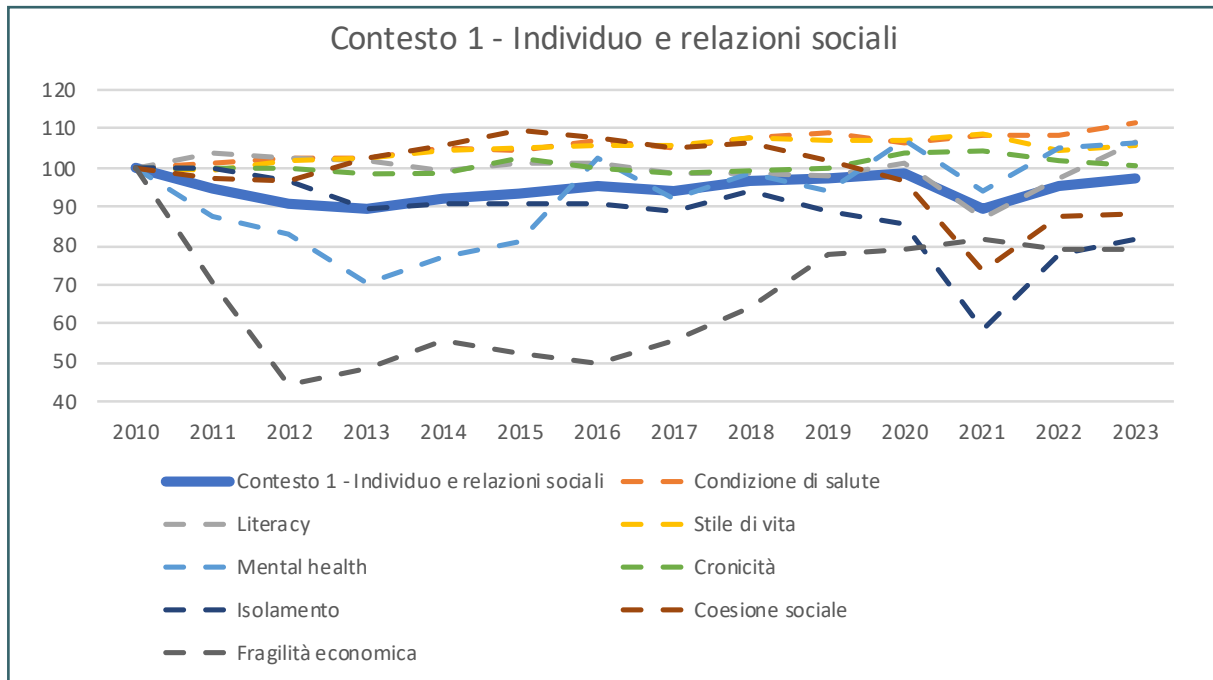


Figura 8 - Contesto Individuo e relazioni sociali: dettaglio domini

Il primo grafico del *Contesto Individuo e relazioni sociali* mostra l'andamento generale del Contesto, che rappresenta la sintesi degli andamenti degli otto Domini che lo compongono.

Partendo dal valore standard di 100 punti del 2010 e lungo la serie storica in esame, il trend traccia dapprima una marcata decrescita, fino al 2013 dove viene registrato un valore di 89 punti. Prosegue fino al 2020 con una crescita moderata e pressoché lineare, che riporta la curva a valori prossimi a quelli del 2010.

Le ricadute della Pandemia si possono osservare nella drastica flessione rilevata nel 2021, dove il valore di 90 punti rappresenta il minimo storico nell'andamento del Contesto. Trend che riprende la sua crescita nel corso del 2022, risalendo ad un valore di 95 punti e prosegue la risalita nell'ultimo anno, in cui raggiunge un valore di 97 punti.

Nel secondo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto e si evidenziano immediatamente gli andamenti dei domini Fragilità economica, Coesione sociale, ed Isolamento. In particolare, i valori di questi ultimi due precipitano negli anni della pandemia. Di seguito vengono descritti singolarmente i Domini che compongono il Contesto.

5.2.1 Condizione di salute

Con *Condizione di salute* si intende lo stato di benessere fisico e mentale, l'assenza di malattia o di infermità. Queste condizioni psico-fisiche sono misurate non solo tramite dati oggettivamente misurabili, ma anche attraverso una valutazione soggettiva del singolo e devono essere integrate con dinamiche ambientali e sociali, per poter determinare non solo l'aspettativa di vita della popolazione, ma anche l'aspettativa di vita in buona salute oggettivamente e soggettivamente percepita.

Appare chiaro il vantaggio di poter disporre di una dimensione quantitativa e qualitativa della *condizione di salute* delle persone prodromica all'individuazione in termini demografici ed epidemiologici

di quelle parti della popolazione che richiedono maggiori interventi preventivi ed assistenziali e che divengono oggetto prioritario di programmazione sanitaria sia a livello centrale che locale.

L'area di indagine oggetto di studio comprende quattro indicatori: *Buona salute percepita*; *Speranza di vita in buona salute alla nascita*; *Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni*; *Speranza di vita alla nascita (computo oltre i 75 anni)*. Questi indicatori sono concepiti per monitorare l'andamento, oltre che dello stato di salute percepito, del numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in condizioni di buona salute.

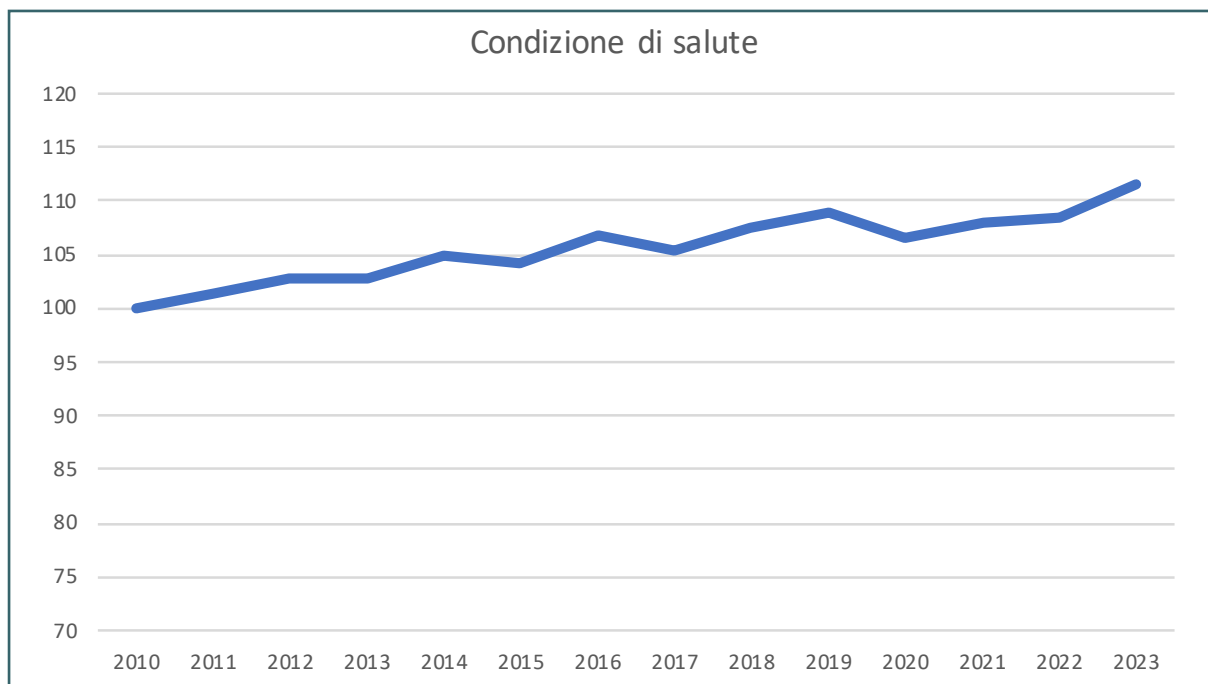


Figura 9 - Dominio Condizione di salute: andamento generale

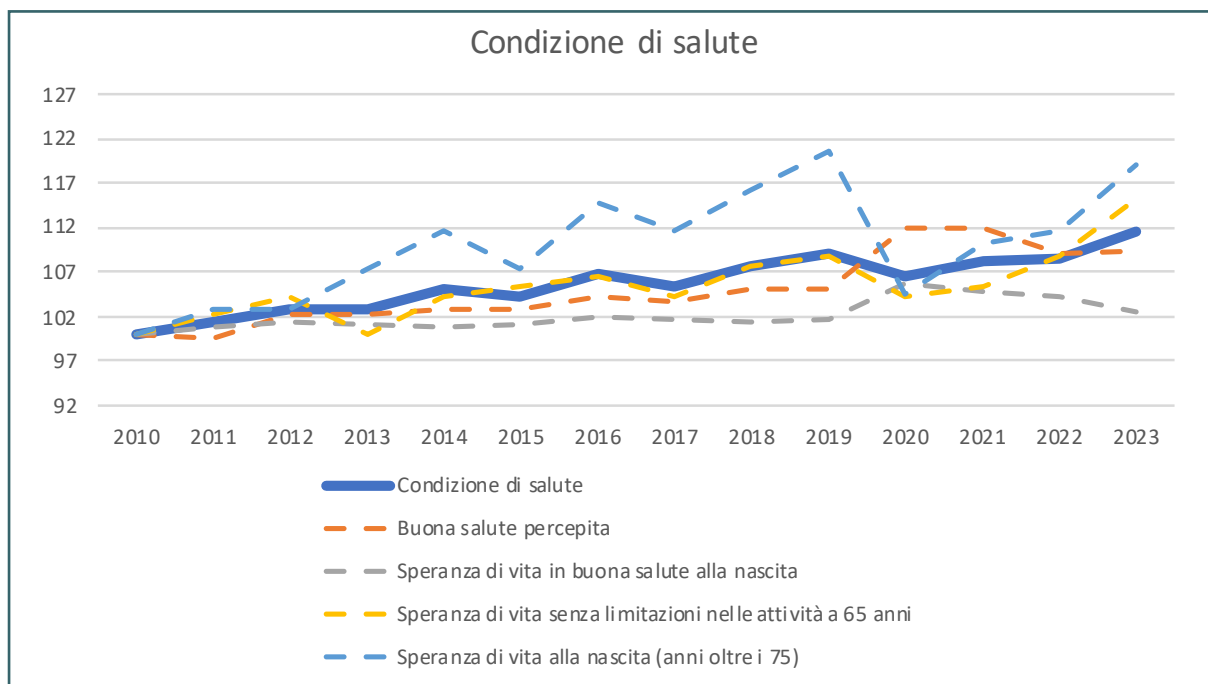


Figura 10 - Dominio Condizione di salute: dettaglio indicatori

L'analisi del Dominio mostra un andamento complessivamente positivo dal 2010 al 2020, caratterizzato da una crescita progressiva e costante. Tuttavia, nel biennio 2021-2022 si osserva una stagnazione dei valori, che si stabilizzano a quota 108, interrompendo la tendenza crescente. Nel 2023, invece, si registra una ripresa, con un incremento che porta il valore complessivo a 112, segnalando un ritorno a una dinamica positiva..

Un'osservazione più approfondita dei singoli Indicatori legati al Dominio, mostra come il valore di *Buona salute percepita* mantenga valori stabili nel tempo, mentre *Speranza di vita in buona salute alla nascita* registra, al contrario, una lieve flessione rispetto ai periodi precedenti. *Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni* e *Speranza di vita in buona salute alla nascita per la fascia d'età oltre i 75 anni* presentano una risalita nel 2023 rispetto all'anno precedente, e quest'ultima si riavvicina ai livelli del 2019.

5.2.2 Literacy

Il concetto di *literacy* descrive la capacità delle persone di acquisire nuove competenze e la capacità di identificare, comprendere, interpretare, creare e comunicare utilizzando materiale scritto e no, derivante da vari contesti. *“La literacy identifica un apprendimento continuo negli individui quando tendono ai loro traguardi, allo sviluppo della loro conoscenza e delle loro potenzialità e alla piena partecipazione alla vita delle comunità e delle società”* (UNESCO, 2005).

L'alfabetizzazione è la componente che agisce ad un livello profondo e basilare e rappresenta l'investimento da compiere in tema di formazione e diffusione culturale per tutta la società. Un alto livello di *literacy* diffuso tra la popolazione influenza positivamente e profondamente la condizione di benessere degli individui, poiché influenza scelte di vita più salutari e comportamenti meno rischiosi, oltre a contribuire alla diminuzione delle disuguaglianze.

Studiare ed esaminare la *literacy* significa indagare anche la conformazione di tale fenomeno, che assume connotazioni diverse in base ai contesti in cui viene inserito. In questo ambito, particolare attenzione è dedicata a due ramificazioni principali: l'*Health literacy* e la *Digital literacy*, due macro-trend strettamente interconnessi, specialmente nel campo della telemedicina.

Secondo i risultati della prima indagine *Health Literacy population based survey HLS19*, condotta nel 2021 dall'Istituto Superiore di Sanità, emerge che il 23% degli intervistati italiani presenta un livello di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) inadeguato, il 35% un livello “problematico”, il 34% “sufficiente” e solo il 9% “eccellente”. Tali dati si discostano dalle medie complessive dei 17 Paesi partecipanti, che registrano rispettivamente il 13%, 33%, 40% e 15%.

L'Italia ha inoltre integrato un modulo specifico dedicato alla pandemia da Covid-19, al fine di valutare la capacità della popolazione di reperire, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni sanitarie disponibili. I risultati evidenziano che il 6% del campione trova queste attività “molto difficili”, il 25% “difficili”, il 52% “facili” e il 17% “molto facili”.

Il Dominio *literacy* si compone di quattro indicatori: *Uso di internet per cercare informazioni sanitarie*; *Lettura dei quotidiani almeno una volta a settimana*; *Partecipazione culturale fuori casa*; *Abbandono scolastico*. La scelta di questi indicatori soddisfa l'esigenza di monitorare lo sviluppo del livello culturale e conoscitivo delle persone, non solo per quanto riguarda il sistema d'istruzione, ma anche per ciò che concerne la sfera personale e il desiderio di conoscenza individuale.

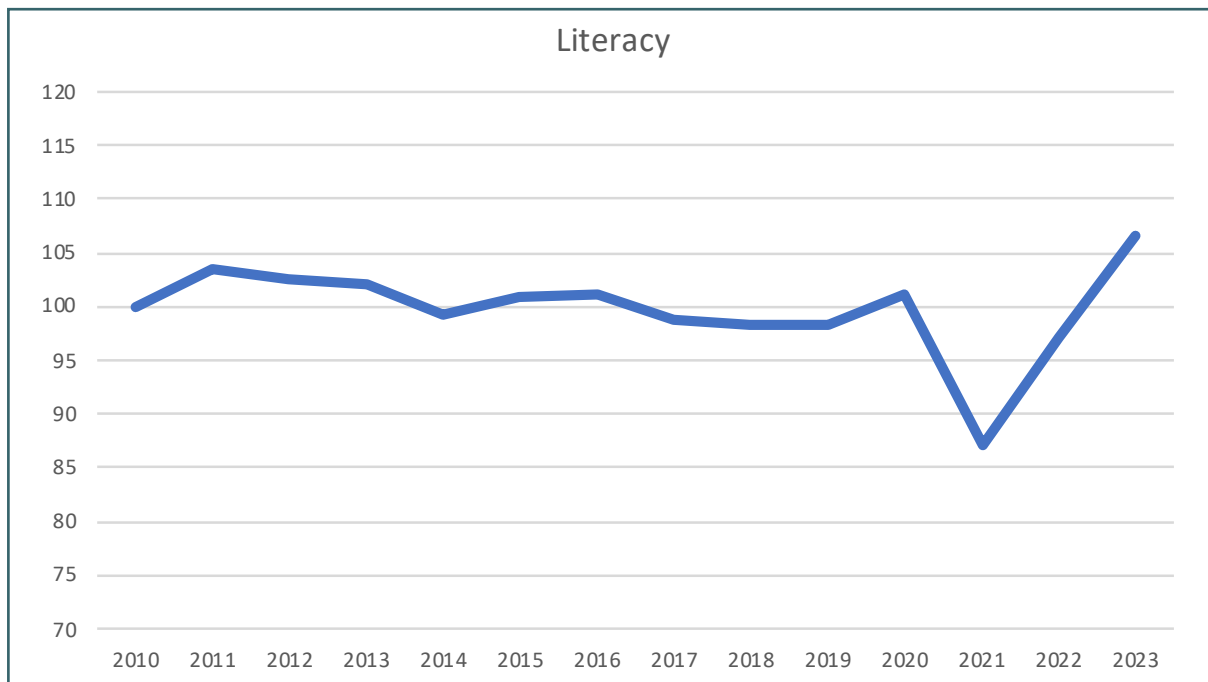


Figura 11 - Dominio Literacy: andamento generale

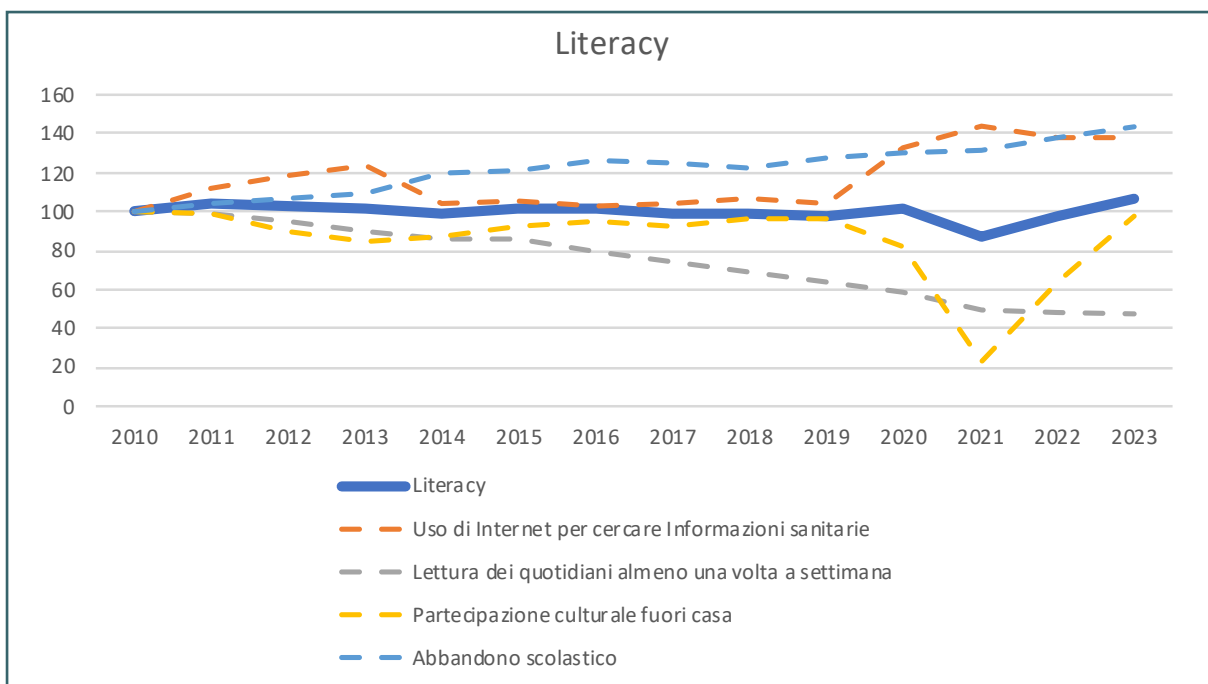


Figura 12 - Dominio Literacy: dettaglio indicatori

Il Dominio presenta un andamento lineare fino al 2020 con variazioni minime rispetto al valore standard di 100. Tuttavia, nel 2021 si registra un calo significativo, verosimilmente influenzato dalle conseguenze della pandemia. Successivamente, il trend generale mostra una ripresa, ritornando ai valori standard nel 2022 e segnando, nell'ultimo anno, un incremento di 10 punti, con un punteggio di 107. Analizzando i singoli indicatori, si osserva che l'indicatore *Lettura dei quotidiani almeno una*

volta alla settimana continua la sua tendenza decrescente. Al contrario, l'indicatore *Partecipazione culturale fuori casa*, dopo il rilevante calo post-pandemico, evidenzia una crescita progressiva a partire dal 2022 e, nell'anno corrente, recupera i livelli registrati nel 2019.

5.2.3 Stile di vita

Lo stile di vita può essere descritto come il modo in cui gli individui si definiscono ed evolvono all'interno della realtà e società in cui sono inseriti; si tratta, dunque, del proprio profilo di pensiero e di azione. Lo stile di vita incide in modo significativo sulla salute delle persone: tale ambito racchiude tutti quei comportamenti, valori, interessi e abitudini che hanno ricadute rilevanti sullo stato di benessere e sulla qualità della vita del singolo. Secondo una radice prettamente sociologica⁶⁵, lo stile di vita si riferisce a profili di pensiero e comportamentali che sono fortemente influenzati da diverse variabili esterne all'individuo, quali: i fattori ambientali, economici e sociali.

Dal punto di vista sanitario, ciò che caratterizza maggiormente lo stile di vita individuale riguarda le decisioni inerenti alla dieta alimentare, l'attività fisica praticata e le cattive abitudini acquisite, quali: il vizio del fumo ed il consumo di alcolici.

Tale Dominio racchiude, quindi, al suo interno cinque indicatori: *Adeguata alimentazione; Persone che non praticano sport; Eccesso di peso; Consumo di Alcool; Abitudine al fumo.*

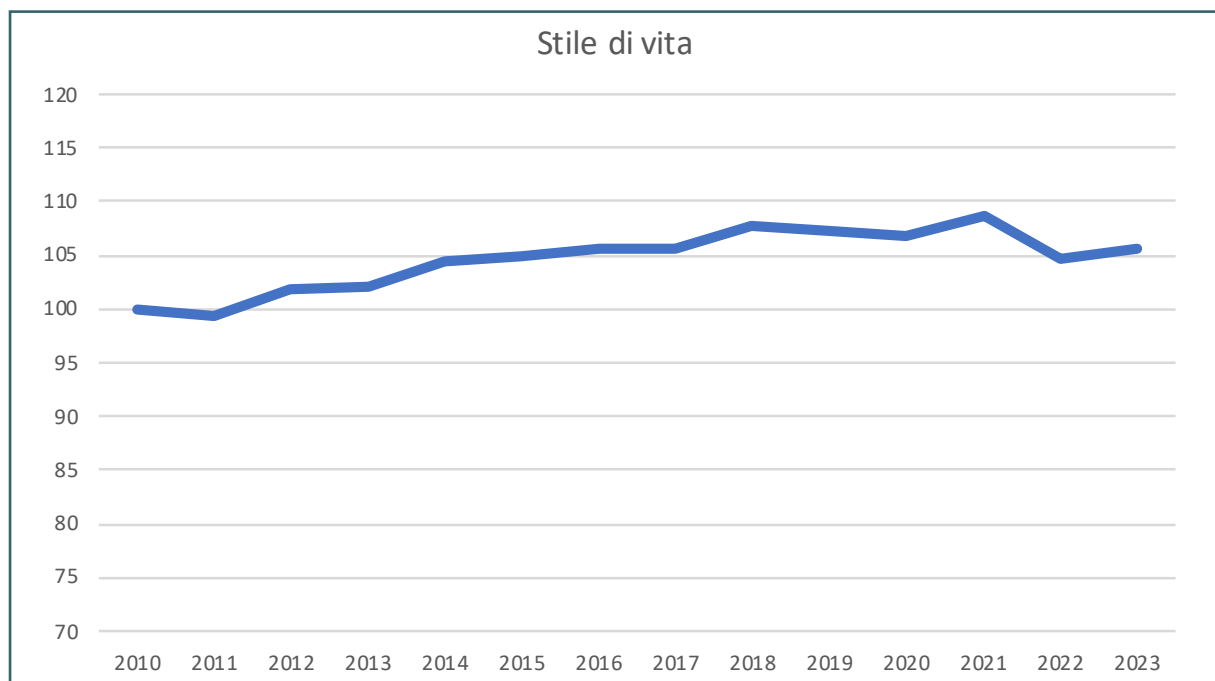


Figura 13 - Dominio Stile di vita: andamento generale

⁶⁵ Thorstein Veblen & Max Weber

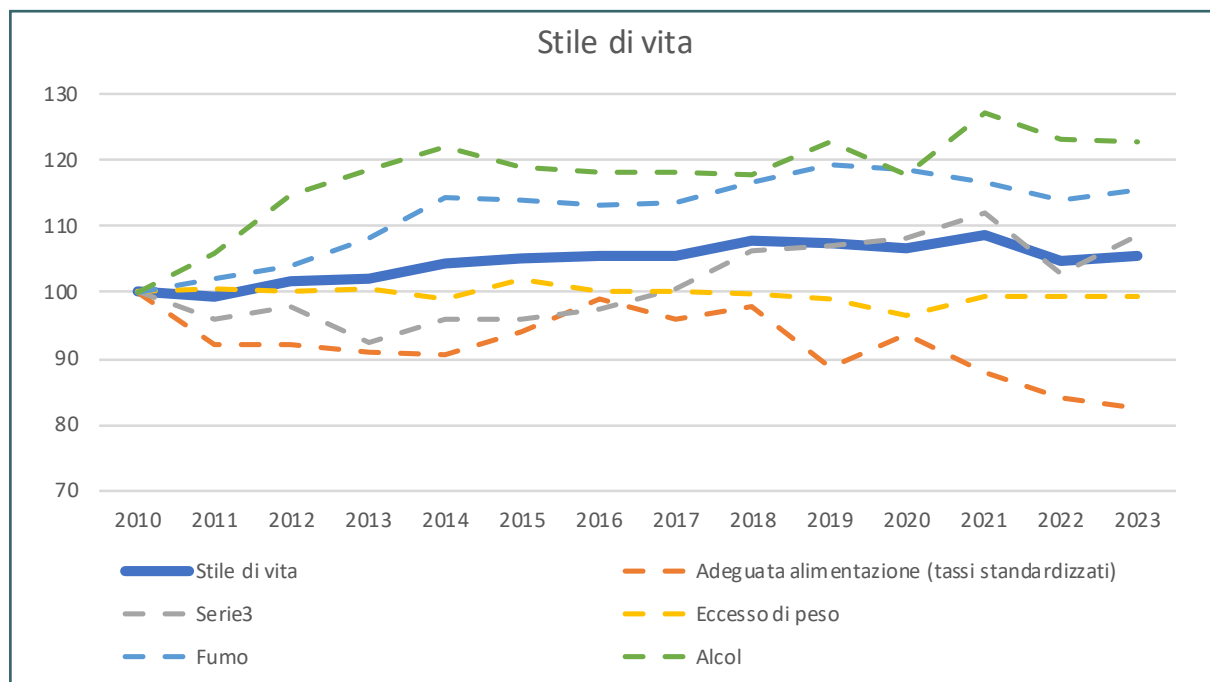


Figura 14 - Dominio Stile di vita: dettaglio indicatori

Il Dominio, che fino al 2021 aveva seguito un andamento di crescita moderata e costante, ha registrato nel 2022 una flessione significativa, per poi mostrare una lieve ripresa nell’ultimo anno, raggiungendo un punteggio complessivo di 106. Tuttavia, l’andamento complessivo del dominio risulta influenzato dalle spinte contrastanti dei singoli indicatori sottostanti.

L’abitudine al *Fumo* registra una lieve crescita rispetto all’anno precedente pur rimanendo al di sotto dei livelli osservati negli anni precedenti, suggerendo un andamento ancora lontano dal recupero. Continua a performare in maniera negativa dall’anno precedente

L’indicatore *Adeguata alimentazione* continua a performare in modo negativo, confermando una persistente criticità in quest’area. *Eccesso di peso* e consumo di *alcol* si mantengono sostanzialmente stabili rispetto all’anno precedente. Tuttavia, il consumo di *alcol* registra una decrescita rispetto al picco massimo raggiunto nel 2021, quando aveva toccato un valore di 127. *Persone che non praticano sport*, nonostante la crescita registrata negli anni precedenti, mostra attualmente un incremento rispetto all’anno scorso, ma rimane inferiore ai livelli del 2021, considerato il picco massimo per questo parametro.

Complessivamente, l’analisi degli indicatori sottostanti evidenzia un quadro di sostanziale inerzia, con una quasi totale assenza di cambiamenti significativi nelle abitudini poco salutari della popolazione.

5.2.4 Mental Health

L’OMS definisce la Salute Mentale come “uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l’individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all’interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti”.

ti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni".

Lo stato di salute mentale è quindi parte integrante della salute e del benessere e riveste un ruolo fondamentale affinché le persone possano condurre una vita sana e produttiva. Di conseguenza, la presenza di un problema di salute mentale può avere un impatto significativo, contribuendo, ad esempio, a risultati scolastici peggiori, tassi di disoccupazione più elevati e uno stato di salute fisica peggiore.

La Mental Health, come altri aspetti del benessere, può essere influenzata da diversi fattori socioeconomici sui quali è necessario agire con strategie nazionali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government generale.

Lo stato di salute mentale può essere analizzato servendosi di indicatori quali: la *salute percepita*, spesso utilizzata come indicatore globale dello stato di salute; e la *qualità della vita* del soggetto nei suoi aspetti più generali. Devono essere prese in considerazione, inoltre, le diverse dimensioni di benessere: quindi gli aspetti relazionali, funzionali, partecipativi, di adattamento; insieme a patologie croniche riferite, ricorso a servizi sanitari, prevenzione e stili di vita.

Il Dominio si compone di quattro indicatori: *Sintomi di depressione*; *Soddisfazione per la vita (per niente soddisfatti)*; *Indice di suicidi*; *Soddisfazione per il lavoro svolto (per niente soddisfatti)*.

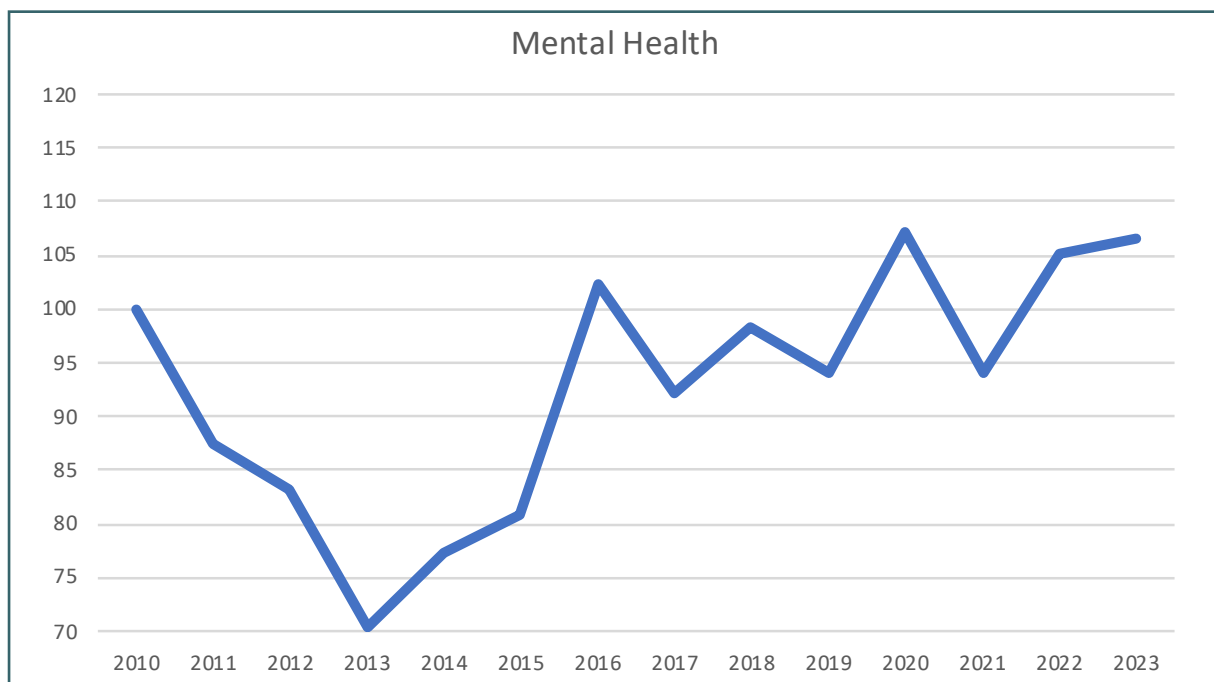


Figura 15 - Dominio Mental Health: andamento generale

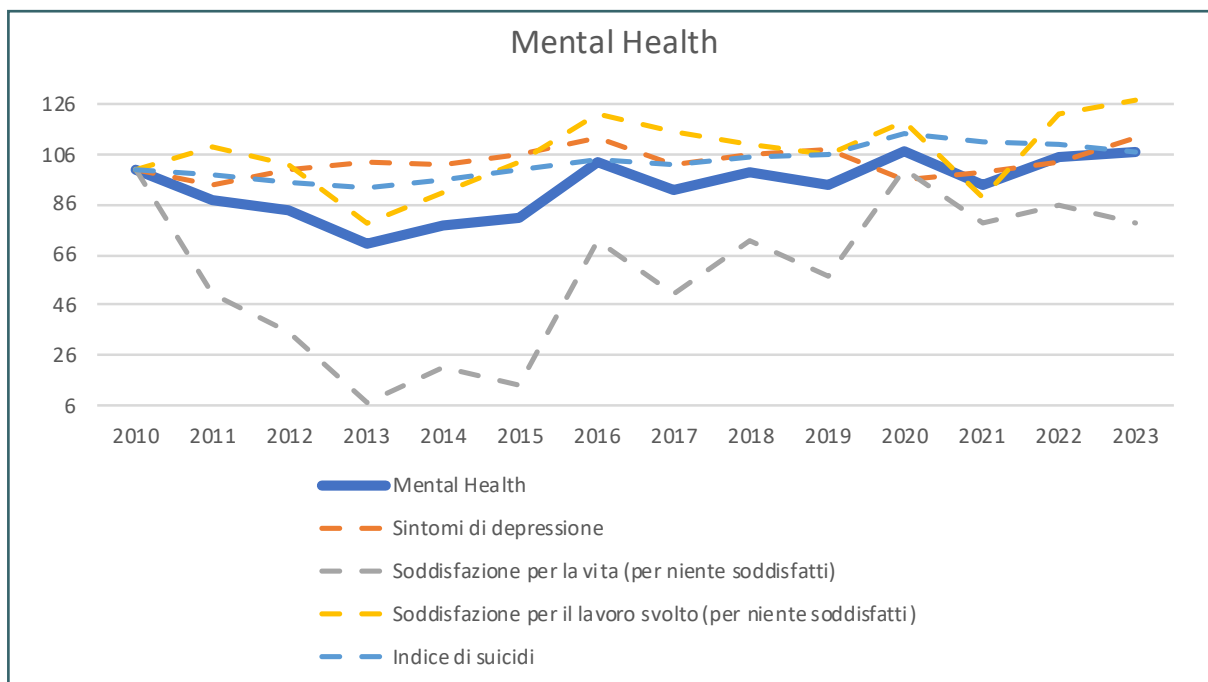


Figura 16 - Dominio Mental Health: dettaglio indicatori

Nel 2023, l'andamento generale del Dominio in esame mostra un leggero incremento attestandosi a 106 punti, proseguendo la tendenza positiva già osservata nel 2022, quando il valore si era attestato a 105. L'analisi degli indicatori associati al dominio evidenzia un aumento dell'Indicatore *Per niente soddisfatti per il lavoro svolto* segnalando un peggioramento della percezione legata all'ambito lavorativo. Al contrario, l'Indicatore *Per niente soddisfatti della propria vita*, mostra un andamento più variabile: dopo un aumento registrato nel 2022, il valore ritorna ai livelli del 2021, continuando a seguire un pattern altalenante nel tempo. Un segnale positivo emerge dall'*indice di suicidi* che registra un lieve declino nel 2023, in controtendenza rispetto agli anni immediatamente precedenti.

5.2.5 Cronicità

Lo stato di cronicità è determinato dall'irreversibilità di una condizione morbosa a lento decorso, con scarse possibilità di risoluzione e guarigione. Tutto ciò è associato ad un declino di vari aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità⁶⁶. Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete. Il paziente cronico si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate, permettono una discreta qualità della vita.

Descrivere e monitorare una condizione cronica può risultare complesso, poiché si deve tenere conto di tutte quelle dinamiche legate non solo al punto di vista puramente sanitario e fisico, ma anche riguardo tutte quelle difficoltà e svantaggi sociali associati ad un simile stato e che contribuiscono a generare effetti sfavorevoli sulla salute e sulla qualità della vita.

⁶⁶ (Ministero della Salute, 2016)

Date queste premesse, sono stati selezionati tre indicatori per delineare il fenomeno in esame: *Percentuale di cronici in buona salute; Percentuale di persone di 75 anni e più con multicronicità e limitazioni gravi; Percentuale di persone con una o più patologie croniche sulla popolazione.*

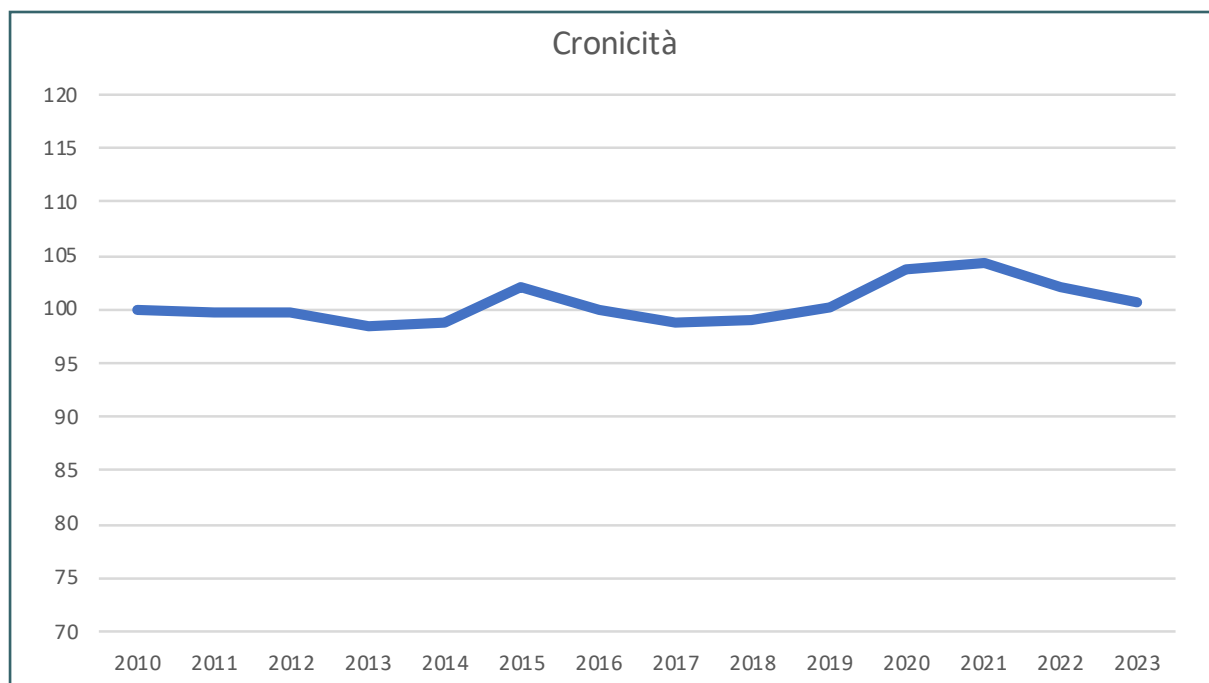


Figura 17 - Dominio Cronicità: andamento generale

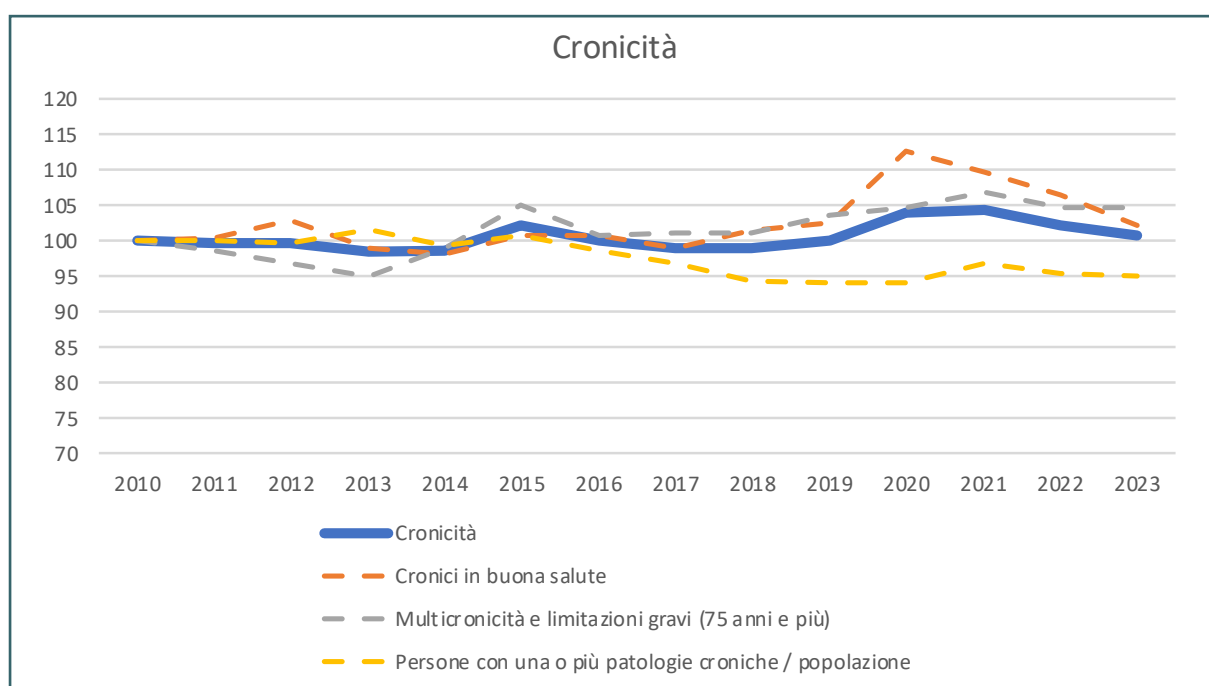


Figura 18 - Dominio Cronicità: dettaglio indicatori

L'andamento del Dominio si mantiene su valori prossimi al valore standard di 100. Nel biennio 2020-2021 si registra un miglioramento, con un punteggio che raggiunge i 104 punti, evidenziando una

fase di crescita moderata. Tuttavia, a partire dal 2022 si osserva una decrescita progressiva, che prosegue fino all'anno corrente, quando il valore complessivo si attesta a 101.

L'analisi della dinamica degli indicatori sottostanti al Dominio rivela una tendenza al ribasso generalizzata, che coinvolge tutti e tre i fenomeni monitorati.

In particolare, l'indicatore relativo ai *Cronici in buona salute* si distingue per il suo contributo significativo alla contrazione complessiva. Dopo aver raggiunto un massimo storico di 113 punti nel 2020, questo indicatore mostra un declino marcato, fermandosi a 102 punti nel 2023.

5.2.6 Isolamento

La tendenza all'isolamento e la perdita di contatto con il mondo esterno sono manifestazioni di condizioni particolari di malessere, che contribuiscono a inficiare lo stato di salute mentale e fisico delle persone. Uno dei rischi più significativi che possono scaturire dall'isolamento si configura in una crescente difficoltà e demotivazione del singolo a confrontarsi con la vita sociale, problematica che può condurre ad un vero e proprio rifiuto della stessa. Solitudine e isolamento concorrono inoltre allo sviluppo di condizioni di stress e depressione, oltre a contribuire ad una diminuzione della qualità e quantità del sonno. Tutto questo influenza la qualità della vita percepita, impattando negativamente sull'uso dei servizi sanitari e sulla mortalità stessa dell'individuo⁶⁷.

Il fenomeno in questione vuole essere esaminato secondo la sua accezione di solitudine e, quindi, legato alla qualità dei contatti interpersonali; ma anche e soprattutto come isolamento sociale: cioè la mancanza di contatti e connessioni sociali. Tale indagine viene affrontata con l'ausilio di quattro indicatori: *Percentuale di persone di 14 anni e più che sono molto soddisfatte delle relazioni familiari*; *Percentuale di persone sole su totale popolazione*; *Percentuale di persone di sei anni e più che non incontrano amici nel tempo libero*; *Percentuale di famiglie con abitazione lontana dai familiari*.

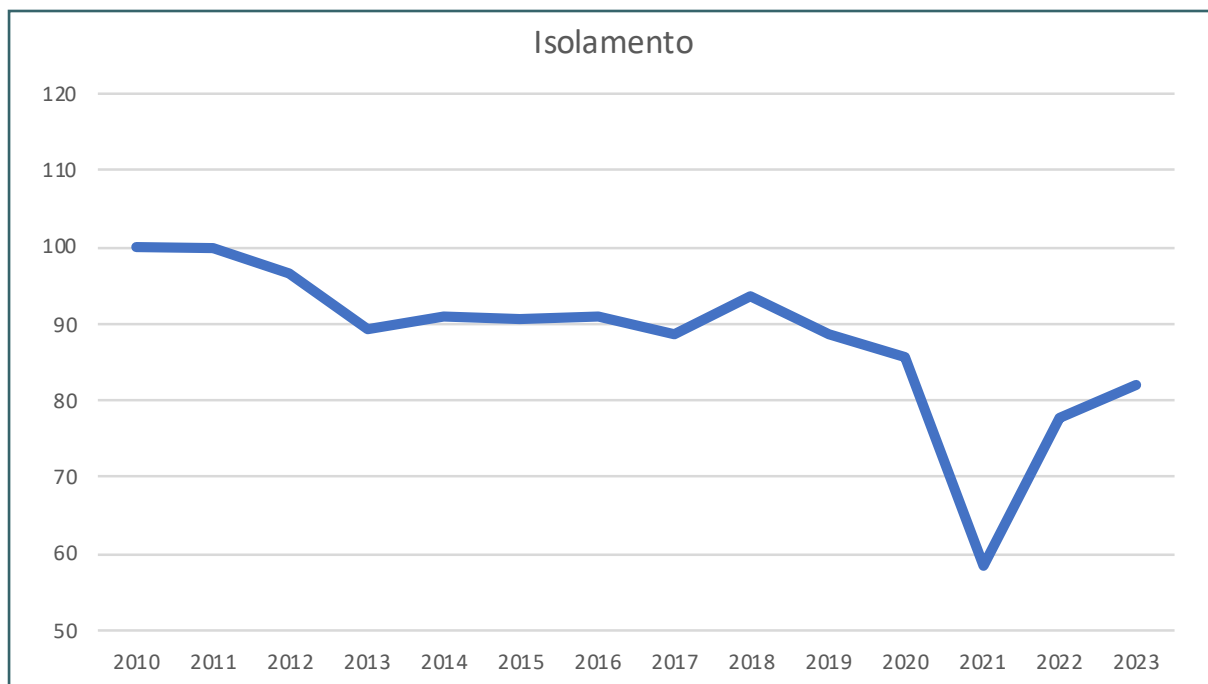


Figura 19 - Dominio Isolamento: andamento generale

⁶⁷ (Leigh-Hunt, 2017)

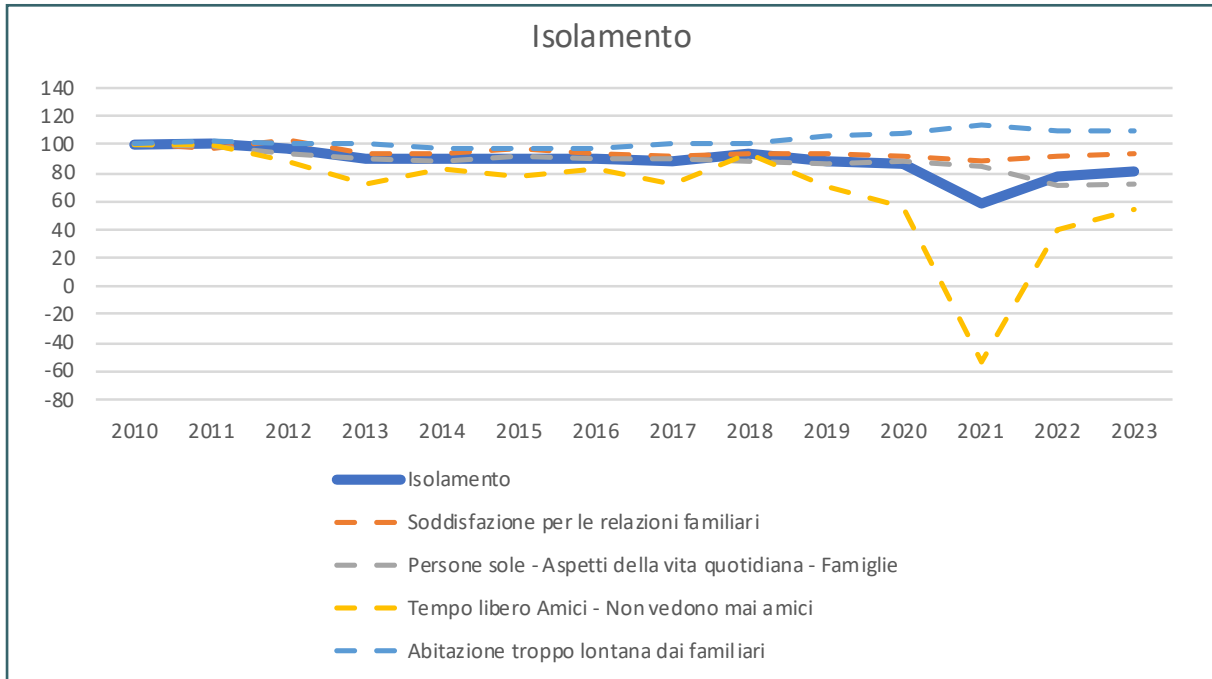


Figura 20 - Dominio Isolamento: dettaglio indicatori

Il Dominio in analisi registra una crescita rispetto agli anni precedenti, pur rimanendo al di sotto dei livelli pre-pandemici. Dopo aver raggiunto un punteggio di 78 nel 2022, con un incremento significativo di 20 punti rispetto al 2021, il dominio registra un ulteriore miglioramento nell'anno corrente, attestandosi a un valore di 82. L'indicatore *Persone che non vedono mai amici nel tempo libero* evidenzia un miglioramento per il secondo anno consecutivo. Questo progresso segue un calo marcato osservato dal 2019 e un crollo particolarmente significativo nel 2021, suggerendo una parziale ripresa delle interazioni sociali. Tuttavia, il punteggio attuale continua a essere inferiore ai livelli registrati nel periodo pre-pandemico, riflettendo una persistente difficoltà nella normalizzazione delle relazioni interpersonali. L'indicatore *Persone sole* mostra un lieve incremento, passando da 71 a 72 rispetto all'anno precedente, pur rimanendo al di sotto dei livelli degli anni precedenti. Questo dato segnala una situazione di isolamento ancora diffusa, con effetti potenzialmente negativi sul benessere complessivo della popolazione. Parallelamente, *Soddisfazione per le relazioni familiari* registra un lieve miglioramento, mentre *Abitazione troppo lontana dai familiari* rimane stabile.

5.2.7 Coesione sociale

Il concetto di coesione sociale si articola diversamente quando viene legato a differenti dimensioni della società:

1. La dimensione strutturale che riguarda i meccanismi di inclusione ed esclusione sociale e il grado di mobilità sociale;
2. La dimensione culturale che identifica il grado di condivisione di norme e valori;
3. La dimensione identitaria che definisce la misura di appartenenza alla comunità, il riconoscimento o il rifiuto di determinati gruppi sociali e il grado di tolleranza;
4. La dimensione dell'azione che riguarda la partecipazione alle attività collettive e l'impegno all'interno delle varie associazioni, reti e ambiti operativi.

Nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute, per coesione sociale si intende l'insieme di diversi fattori che caratterizzano una comunità, tra cui: la fiducia e la soddisfazione per le relazioni interpersonali, la predisposizione a partecipare ad attività e ad aderire ad associazioni di volontariato.

Di fatto, risulta fondamentale la relazione che persiste tra coesione sociale e capitale sociale, dove quest'ultimo, unito alle relazioni sociali, può essere considerato come elemento costitutivo della coesione sociale, quando essa è vista nell'ottica del "poter fare qualcosa per la società".

I fenomeni sottostanti tale Dominio vengono esaminati da tre indicatori, quali: *Percentuale di persone di 14 anni e più molto soddisfatte delle relazioni con gli amici; Percentuale di persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto almeno una attività di partecipazione sociale; Percentuale di persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività gratuita per associazioni o gruppi di volontariato.*

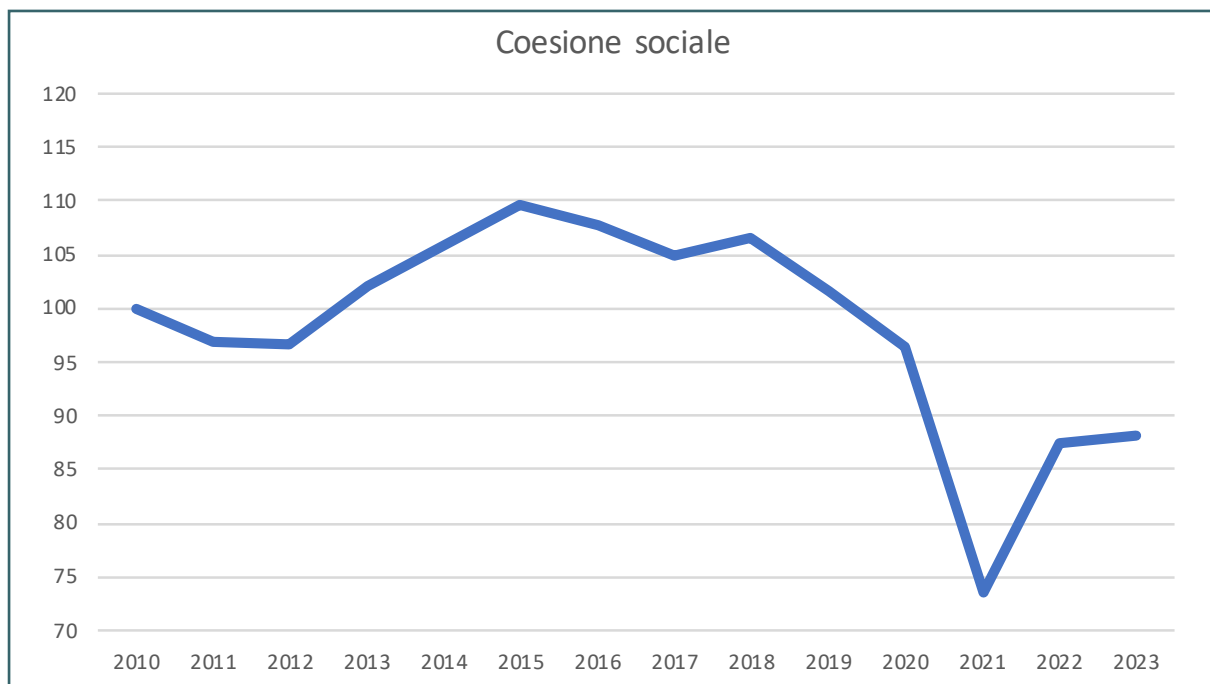


Figura 21 - Dominio Coesione Sociale: andamento generale

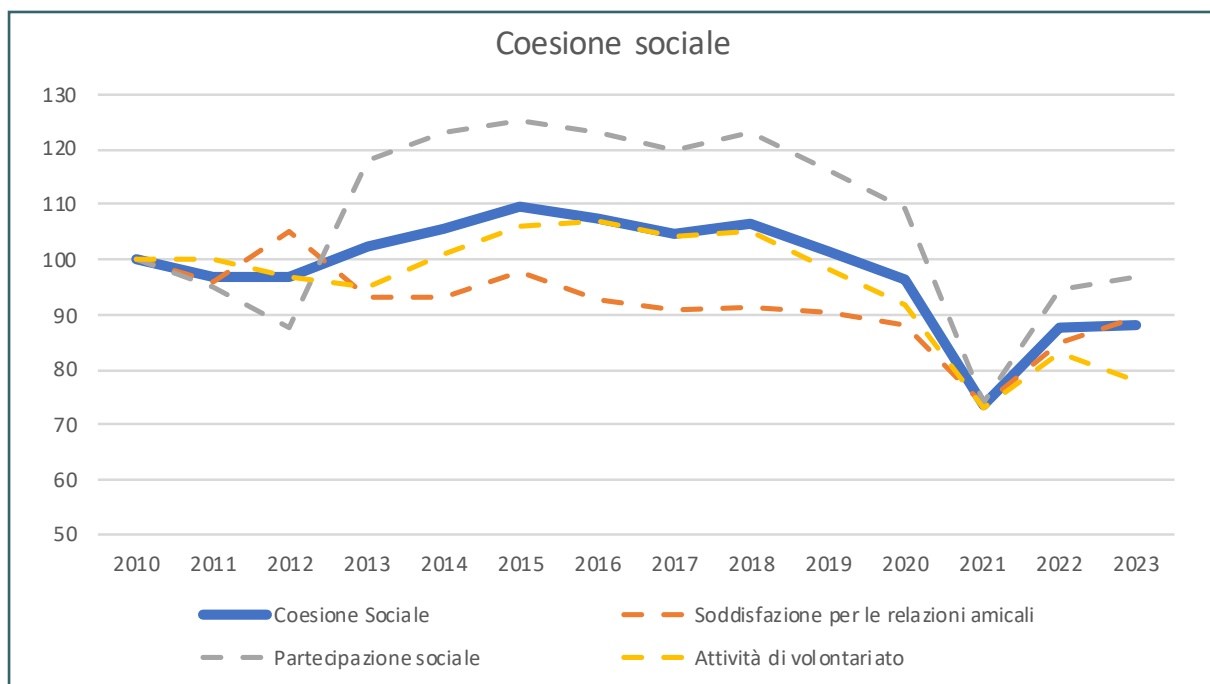


Figura 22 - Dominio Coesione Sociale: dettaglio indicatori

Il Dominio analizzato evidenzia una tendenza in declino fino al 2018, seguita da una flessione più marcata negli anni a seguire, che culmina nel 2021 con il raggiungimento del valore minimo storico di 74 punti. Dal 2022 si registra un'inversione di tendenza, attestandosi ad un valore di 88 per il 2023.

All'interno del quadro d'analisi dei parametri connessi al Dominio, emerge un andamento omogeneo tra gli indicatori *Soddisfazione per le relazioni amicali* e *Partecipazione sociale*, mentre *Attività di volontariato* registra una decrescita rispetto all'anno precedente e passa da un punteggio di 83 a 78.

5.2.8 Fragilità economica

Il concetto di Fragilità economica viene utilizzato per analizzare specifici disagi e problematiche sociali che, soprattutto negli ultimi anni, determinano un senso di maggiore instabilità e precarietà nella popolazione. Fattori come la sempre più diffusa instabilità reddituale o la marcata presenza di lavori temporanei, soprattutto tra le nuove generazioni, contribuiscono a generare disagio economico, e quindi una condizione di fragilità; che, nei casi più estremi, comporta la difficoltà di far fronte a spese di importanza primaria e ad avere accesso a beni e servizi sociali essenziali e primari.

In generale, negli ultimi quarant'anni alcuni grandi cambiamenti socio-demografici e occupazionali hanno modificato la struttura e la natura dei rischi sociali, facendo emergere nuovi bisogni e problematiche: la riduzione della dimensione media familiare e la fragilità delle unioni familiari hanno, infatti, ridotto sensibilmente la possibilità di fare affidamento sulle reti parentali in caso di problemi economici ed esigenze di cura diminuendo il ruolo di ammortizzatore sociale storicamente svolto dalla famiglia⁶⁸.

Analizzando i vari determinanti della salute si può notare come la prosperità economica abbia ricadute su diversi aspetti della vita sociale: il livello di istruzione, il rispetto ambientale e il senso civico delle persone; inoltre, si registra un'attenzione maggiore circa il proprio stato di salute.

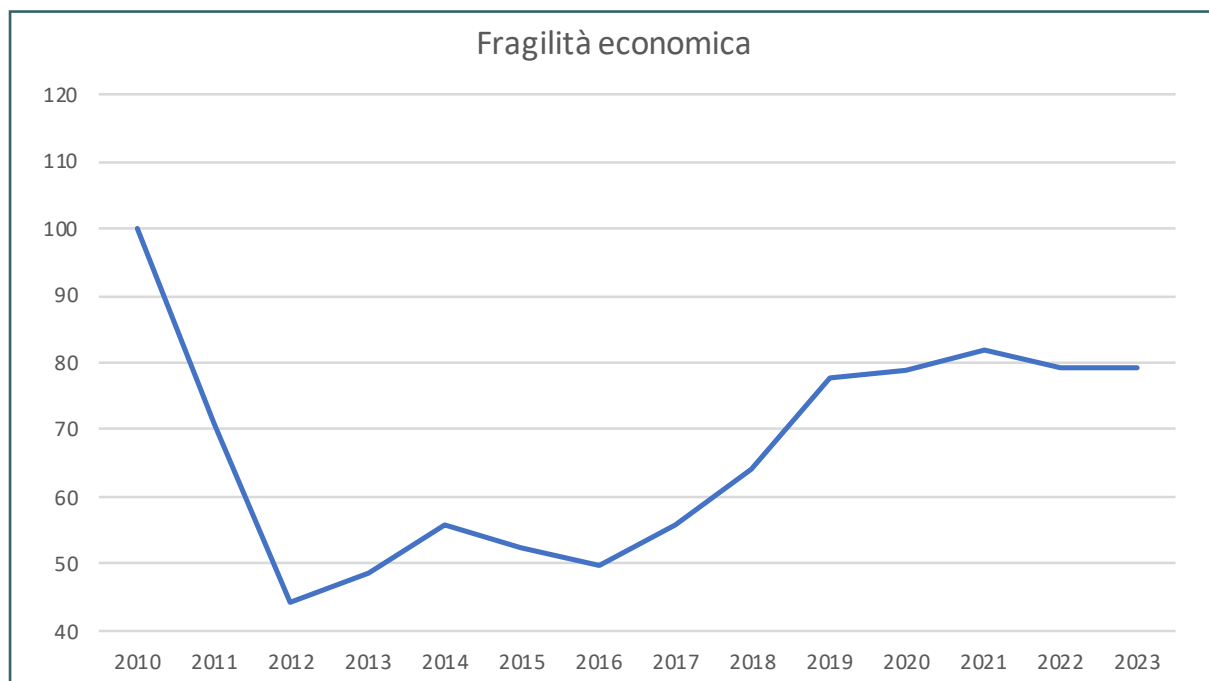


Figura 23 - Dominio Fragilità economica: andamento generale

⁶⁸ (Ferrera, 2006)

Il Dominio è, quindi, costituito da quattro indicatori, imprescindibili per delineare un ritratto nazionale propeedeutico agli scopi perseguiti dall'Indice di Vicinanza della Salute: *Percentuale di persone che vivono in famiglie a rischio di povertà; Percentuale di famiglie che non possono riscaldare adeguatamente la casa; Percentuale di povertà assoluta; Percentuale di persone in famiglie che registrano segnali di deprivazione materiale.*

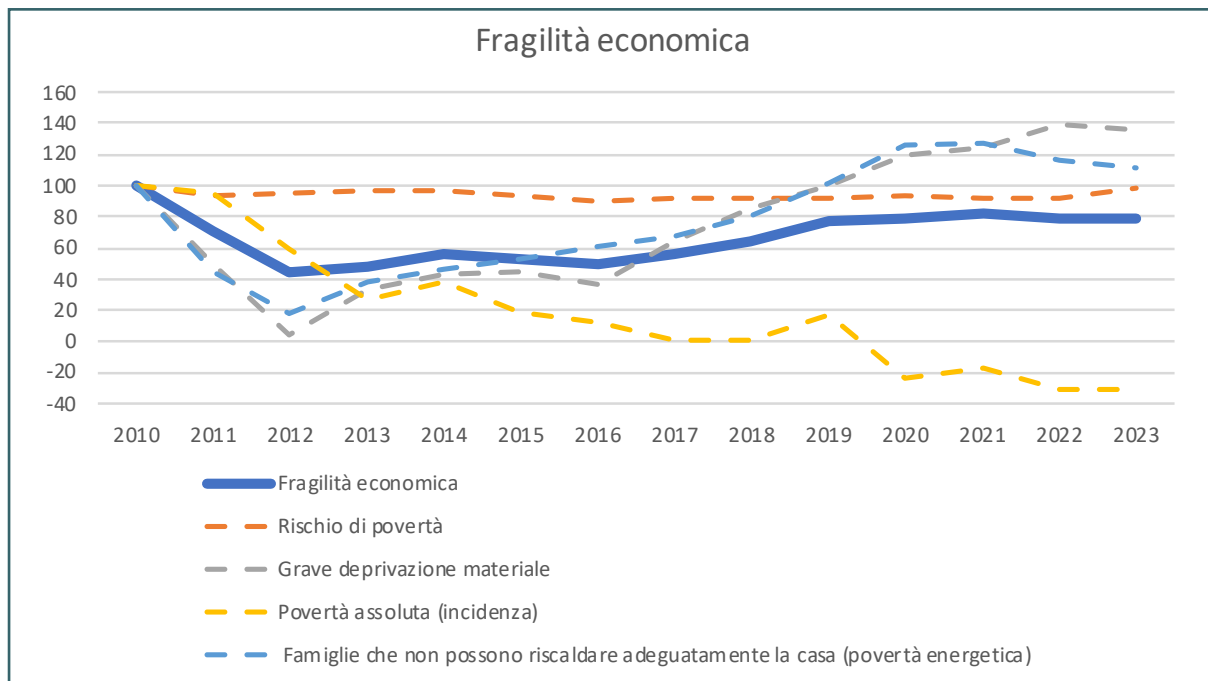


Figura 24 - Dominio Fragilità economica: dettaglio indicatori

Il Dominio analizzato evidenzia un’evoluzione caratterizzata da un calo fino al 2012, seguito da una breve ripresa e da un ritorno ai valori del 2014 nel 2017. A partire da quest’ultima data, si osserva un incremento significativo che si protrae negli anni successivi, per poi stabilizzarsi dal 2019 in avanti. Nell’ultimo biennio, il dominio registra un punteggio di 79, indicando un consolidamento della situazione senza variazioni di rilievo.

Tra gli indicatori che compongono il Dominio, il fenomeno *Incidenza della povertà assoluta* continua a rappresentare una delle principali criticità. Questo fenomeno evidenzia una situazione di persistente vulnerabilità economica, costituendo un campanello d’allarme per la sostenibilità sociale e il benessere della popolazione. Al contrario, l’indicatore *Rischio di povertà* mostra un aumento sebbene non risultino variazioni significative nel periodo più recente. *Povertà energetica delle famiglie* continua la sua decrescita, mentre un andamento positivo è rappresentato dall’indicatore *Grave deprivazione materiale*, che registra un lieve calo rispetto all’anno precedente, pur mantenendosi su livelli superiori a quelli dei primi anni considerati. Questa dinamica suggerisce una graduale riduzione del numero di persone in condizioni di estrema privazione, pur senza recuperare completamente i livelli precedenti.

5.3 L’andamento del Contesto Sistema organizzativo

Il Contesto Sistema organizzativo è composto da otto domini: *Prevenzione, Assistenza, Mortalità evitabile, Disponibilità di servizi, Responsiveness, Welfare integrativo, Sostenibilità, Coesione territoriale.*

Tale ambito d'esame rappresenta un livello più esterno rispetto alla sfera individuale, ma intermedio rispetto alla sfera ambientale e si caratterizza per condizioni date e per capacità di intervento che risentono, quasi totalmente, della capacità di organizzazione e di responsiveness del sistema sanitario. Data la sua composizione, il Contesto copre campi di intervento inerenti alla *Missione 5 - Inclusione e coesione* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della *Missione 6 - Salute* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

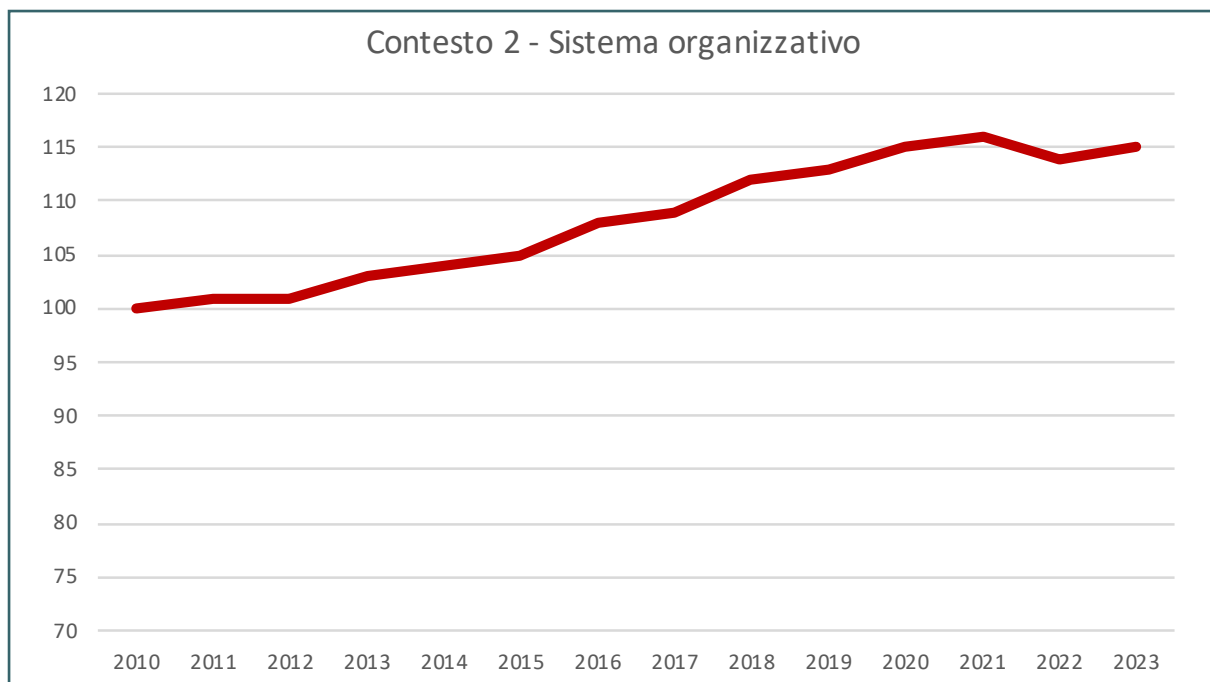


Figura 25 - Contesto Sistema organizzativo: andamento generale

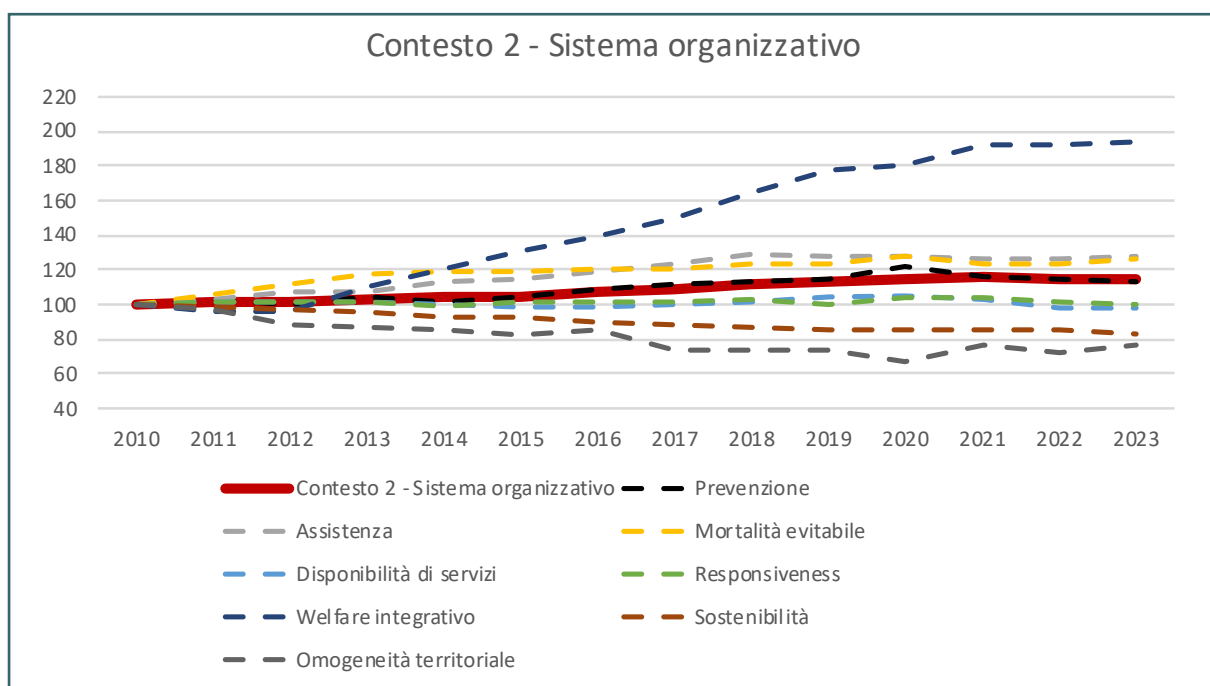


Figura 26 - Contesto Sistema organizzativo: dettaglio domini

Il primo grafico del Contesto *Sistema organizzativo* mostra l'andamento generale del Contesto, che rappresenta la sintesi degli andamenti degli otto Domini che lo compongono.

Partendo dal valore standard di 100 punti del 2010 e lungo la serie storica in esame, si evidenzia dapprima una crescita costante e quasi lineare, che frena nel 2021. Nel 2021 si registra il valore massimo storico di 116 punti che però rappresenta anche un punto di flesso nell'andamento del grafico che conduce ad un valore di 114 punti per l'anno 2022. Per la prima volta avviene quindi una inversione di tendenza nell'andamento del contesto. Nell'anno 2023 il trend si inverte nuovamente, ritornando ai valori del 2020 e suggerendo una ripresa rispetto alla flessione osservata in precedenza.

Nel secondo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto e si evidenziano immediatamente: in senso positivo l'andamento del dominio *Welfare integrativo*; in senso negativo gli andamenti dei domini *Omogeneità territoriale*, *Sostenibilità*, *Responsiveness* e *Disponibilità di servizi*.

Di seguito vengono descritti singolarmente i Domini che compongono il Contesto.

5.3.1 Prevenzione

La Prevenzione, nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute, viene affrontata considerando l'insieme di tutte quelle misure, che, se opportunamente sviluppate e messe in atto, risultano necessarie per tutelare la salute delle persone a 360°. Dunque, la prevenzione così intesa comprende a sua volta tre tipologie di intervento:

- La prevenzione primaria si identifica negli interventi che mirano a combattere e mutare i comportamenti e le abitudini scorrette delle persone che predispongono all'insorgenza di malattie ma anche nelle attività di campionamento e controllo delle filiere produttive in diversi settori.
- La prevenzione secondaria ha l'obiettivo di individuare precocemente i soggetti ammalati o ad alto rischio, affinché questi possano arrivare alla guarigione in tempi rapidi o per arrestare la progressione della malattia. Ad esempio, un intervento su pochi individui è rappresentato dalle indagini epidemiologiche, a seguito di un caso di malattia infettiva, oppure dagli interventi rivolti a grandi gruppi omogenei, come gli screening.
- La prevenzione terziaria cerca, invece, di limitare i problemi di malattie ormai diagnosticate e, a volte, ad uno stadio cronico, lavorando per ridurre l'aggravio e l'insorgenza di complicazioni.

Il Dominio in esame è composto da due indicatori, intesi come proxy del fenomeno studiato: *Numero di dosi di vaccino somministrate alla popolazione anziana*; *Percentuale di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto*.

L'analisi del Dominio di Prevenzione evidenzia un andamento caratterizzato inizialmente da una fase di crescita, culminata nel 2020 con il valore massimo di 122, probabilmente sostenuta dalle paure legate alla pandemia e dalla campagna vaccinale anti-Covid. Tuttavia, a partire dal 2021, si osserva un progressivo calo che riporta -nel 2023- i valori ai livelli registrati nel 2018.

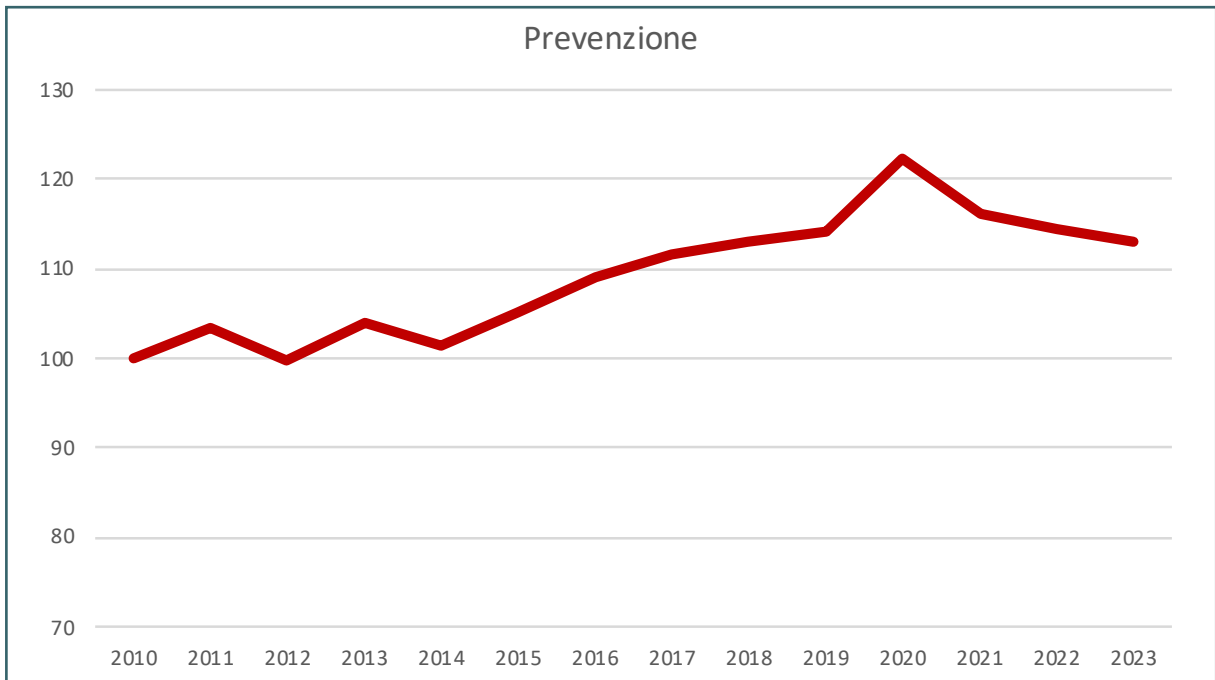


Figura 27 - Dominio Prevenzione: andamento generale

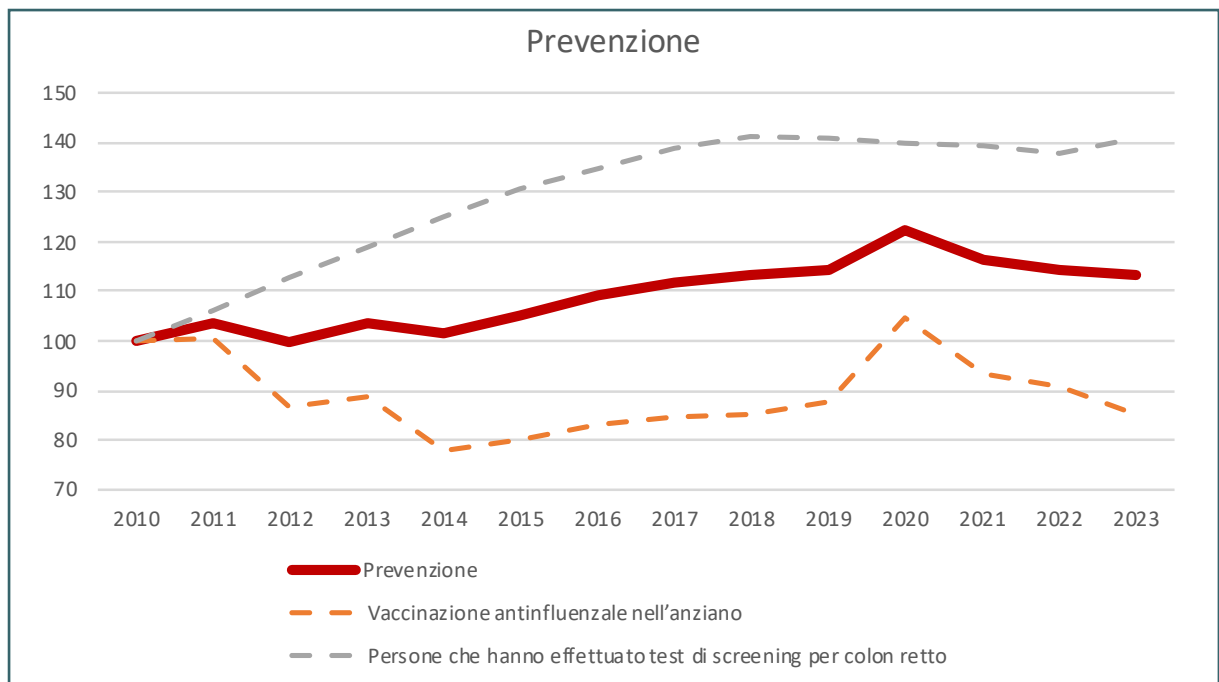


Figura 28 - Dominio Prevenzione: dettaglio indicatori

A livello degli indicatori che compongono il Dominio, emergono dinamiche contrastanti. Da una parte, la *Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano* ha raggiunto un picco durante il 2020, per poi registrare un decremento negli anni successivi, incluso il 2023. Dall'altra parte, *Persone che hanno effettuato test di screening per colon retto* mantiene valori relativamente stabili dal 2017.

5.3.2 Assistenza

Nel dominio *Assistenza* vengono ricomprese le componenti legate all’assistenza sanitaria tradizionalmente inquadrata sia nella dimensione ospedaliera sia nella dimensione territoriale. Nello specifico, il seguente Dominio vuole definire, attraverso una sintesi dei principali indicatori classici, una proxy del grado di efficienza, qualità e capacità assistenziale e di gestione della componente sistemica dell’assistenza sanitaria.

La selezione degli indicatori del Dominio sconta la storica peculiarità del sistema sanitario di poter disporre in tempi ragionevoli dei dati relativi alla produzione sanitaria che, in alcuni casi, presentano fino a tre anni di ritardo per il loro rilascio, risultando inadatti agli scopi preposti.

A tal proposito, sono stati adoperati cinque indicatori, di cui alcuni di processo, affinché dessero una misura dell’appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento - linee guida, percorsi assistenziali - e altri indicatori di esito, che quindi fornissero informazioni sull’*outcome* del processo assistenziale.

Dunque, il Dominio comprende: *Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore da accesso in struttura di ricovero; Mortalità a trenta giorni dal ricovero per ictus ischemico; Tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); Guardia medica: visite effettuate per 100mila abitanti; Assistenza domiciliare integrata: media totale ore per caso.*

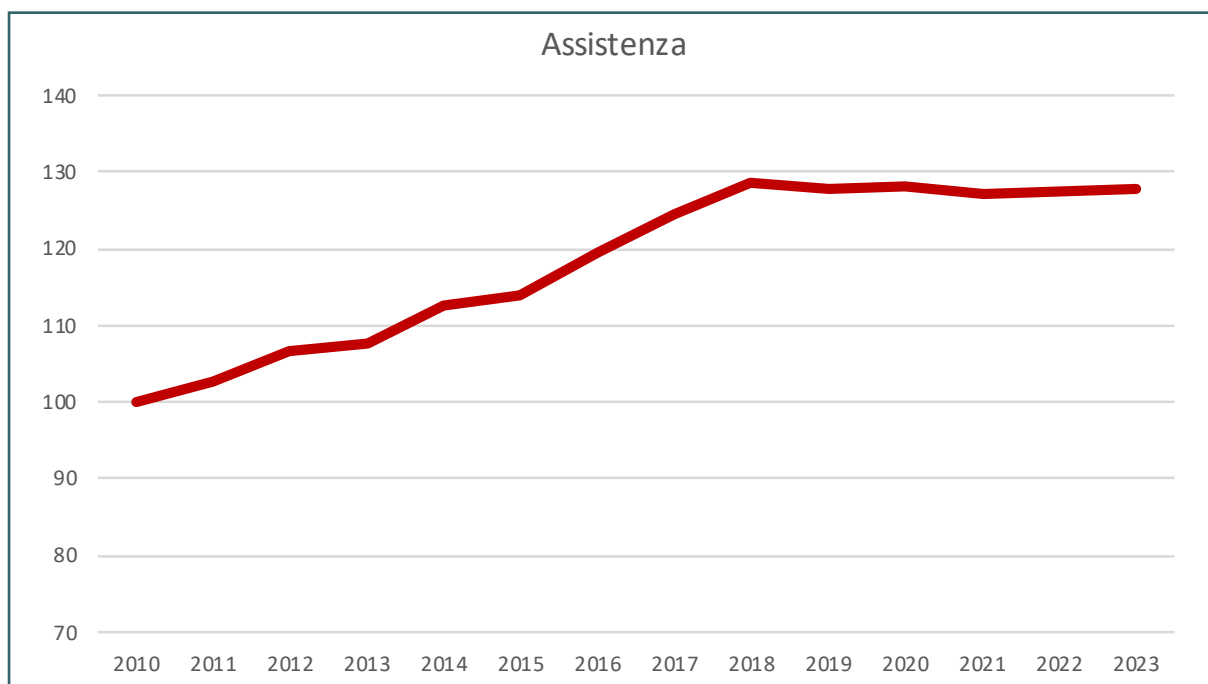


Figura 29 - Dominio Assistenza: andamento generale

Il Dominio analizzato descrive un andamento di crescita che culmina nel 2018, anno in cui raggiunge il massimo storico di 129 punti. Negli anni successivi registra una lieve flessione, per poi risalire nel 2023 con un valore di 128.

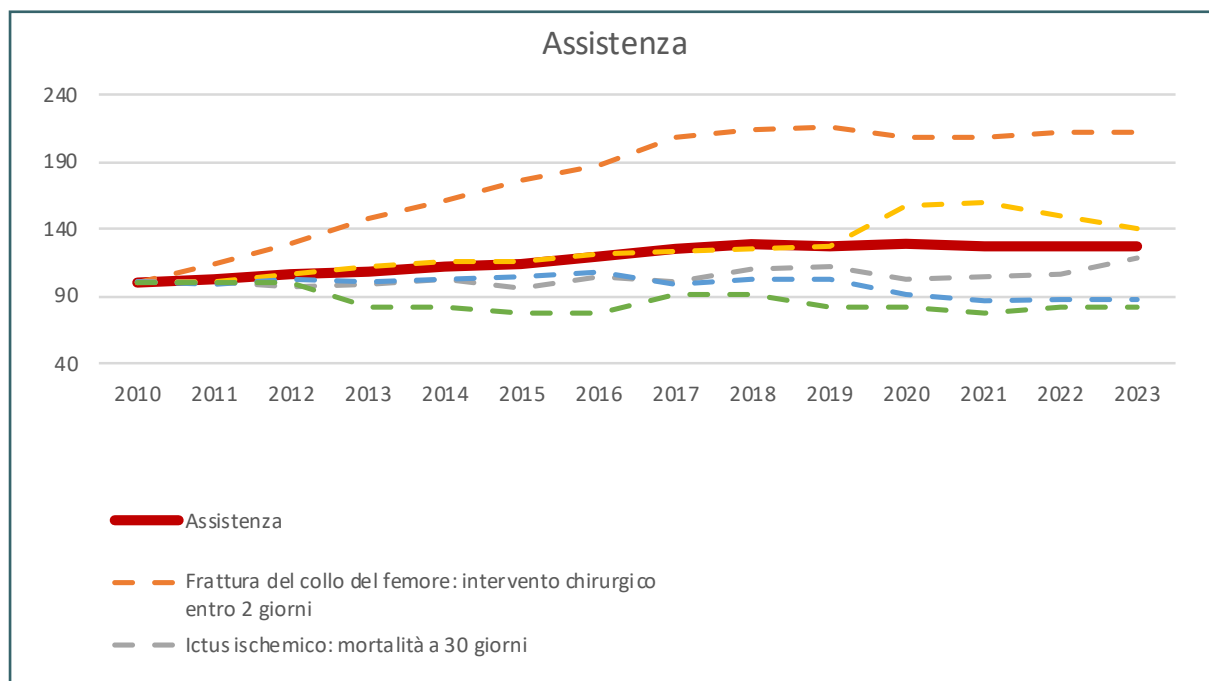


Figura 30 - Dominio Assistenza: dettaglio domini

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio, l'indicatore *Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni* rimane sul valore di 211 del 2022, stabilizzandosi. *Mortalità a trenta giorni dal ricovero per ictus ischemico* registra allo stesso modo una crescita, di 11 punti.

Inoltre, l'indicatore *Tasso di ospedalizzazione per BPCO* continua a decrescere rispetto all'anno precedente e passa da un valore di 150 a 140.

5.3.3 Mortalità evitabile

Il concetto di mortalità evitabile comprende i fenomeni che riguardano i decessi che avvengono per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con azioni ed interventi di maggiore prevenzione e tutela sul lavoro, oltre ad un'efficace assistenza sanitaria, con diagnosi precoci e terapie efficaci.

Il monitoraggio della mortalità evitabile si presenta, dunque, come uno strumento vantaggioso per la valutazione e l'orientamento di riforme e di policy, non solo sanitarie, ma finalizzate a contrastare i decessi dovuti a cause di morte altrimenti prevenibili e trattabili; quindi, attraverso una prevenzione a 360°⁶⁹. L'Indice composito vuole monitorare tale problematica attraverso lo studio di vari fenomeni sottostanti ad essa e descritti da tre indicatori: *Tasso di mortalità per incidenti stradali*; *Percentuale di decessi evitabili (Mortalità evitabile 0-74)*; *Tasso di infortuni mortali e inabilità permanenti (incidenti sul lavoro)*.

⁶⁹ (Centro Studi Nebo, 2021)

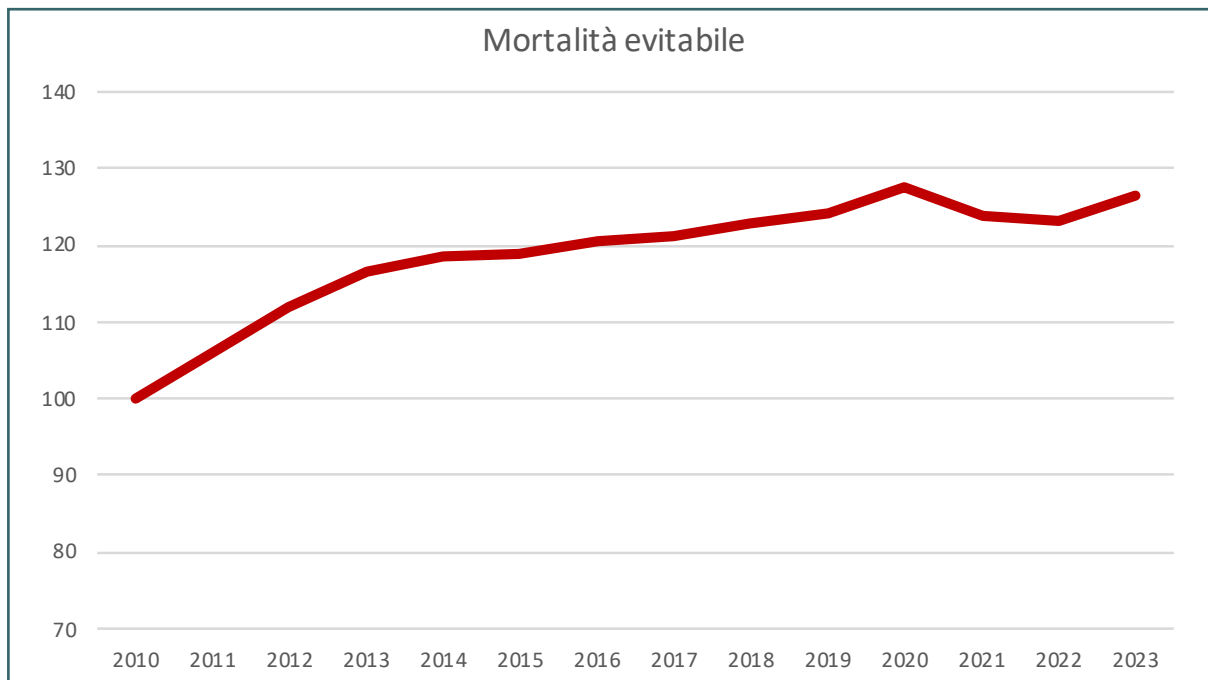


Figura 31 - Dominio Mortalità evitabile: andamento generale

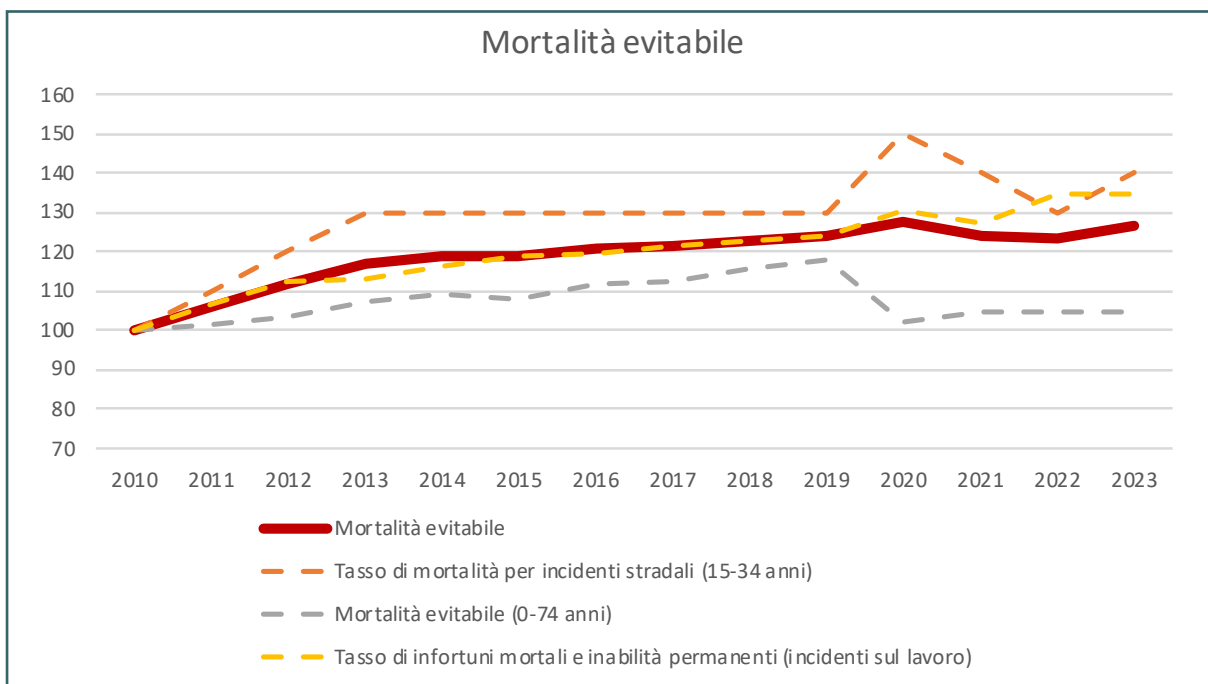


Figura 32 - Dominio Mortalità evitabile: dettaglio domini

Il Dominio in esame evidenzia una crescita costante fino al 2020, seguita da un calo registrato tra il 2021 e il 2022. Nell'anno oggetto di analisi, il dominio mostra una lieve ripresa, raggiungendo un valore complessivo di 126.

L'analisi degli Indicatori sottostanti al Dominio rivela alcune tendenze chiave. L'Indicatore *Tasso di mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)*, dopo una diminuzione osservata nel 2022, ritorna ai valori

del 2021, indicando una recrudescenza del fenomeno. L'indicatore *Tasso di infortuni mortali e inabilità permanenti (incidenti sul lavoro)* mostra una dinamica di ripresa già iniziata nel 2022, dopo il calo registrato nel 2021. L'indicatore *Mortalità evitabile (0-74 anni)* rimane invece pressoché invariato rispetto agli anni precedenti.

5.3.4 Disponibilità di servizi

La definizione di Vicinanza della salute contempla la disponibilità del bene salute e la possibilità di fruirne come condizione necessaria per il raggiungimento di un migliore stato di salute e benessere.

In questo senso va sicuramente letto il mandato del nostro Servizio Sanitario Nazionale⁷⁰ di assicurare e garantire a tutti i cittadini l'accesso universale ed un'erogazione equa delle prestazioni sanitarie e dei farmaci essenziali, senza alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche, garantendo parità di beneficio in rapporto a uguali bisogni di salute. A questo si aggiunge, in un quadro più ampio di benessere sociale, anche l'importanza di servizi non sanitari che diventano fondamentali per il corretto sviluppo della vita familiare e quotidiana, concorrendo a rafforzare la componente sociale della salute.

Il Dominio *Disponibilità di servizi* è composto, quindi, da specifici indicatori, quali: *Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: Farmacie; Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: Pronto soccorso; Servizi socioeducativi per la prima infanzia; Servizi offerti dai comuni (asili nido); Percentuale di medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre soglia.*

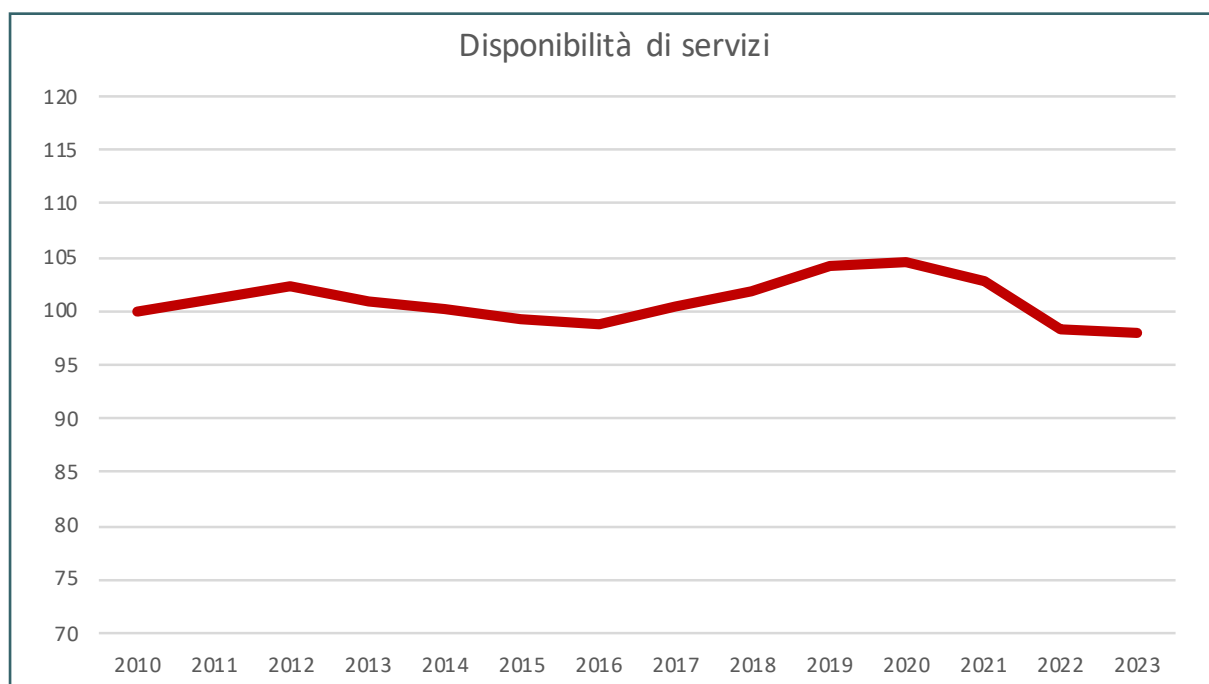


Figura 33 - Dominio *Disponibilità di servizi*: andamento generale

⁷⁰ (Pani, 2014)

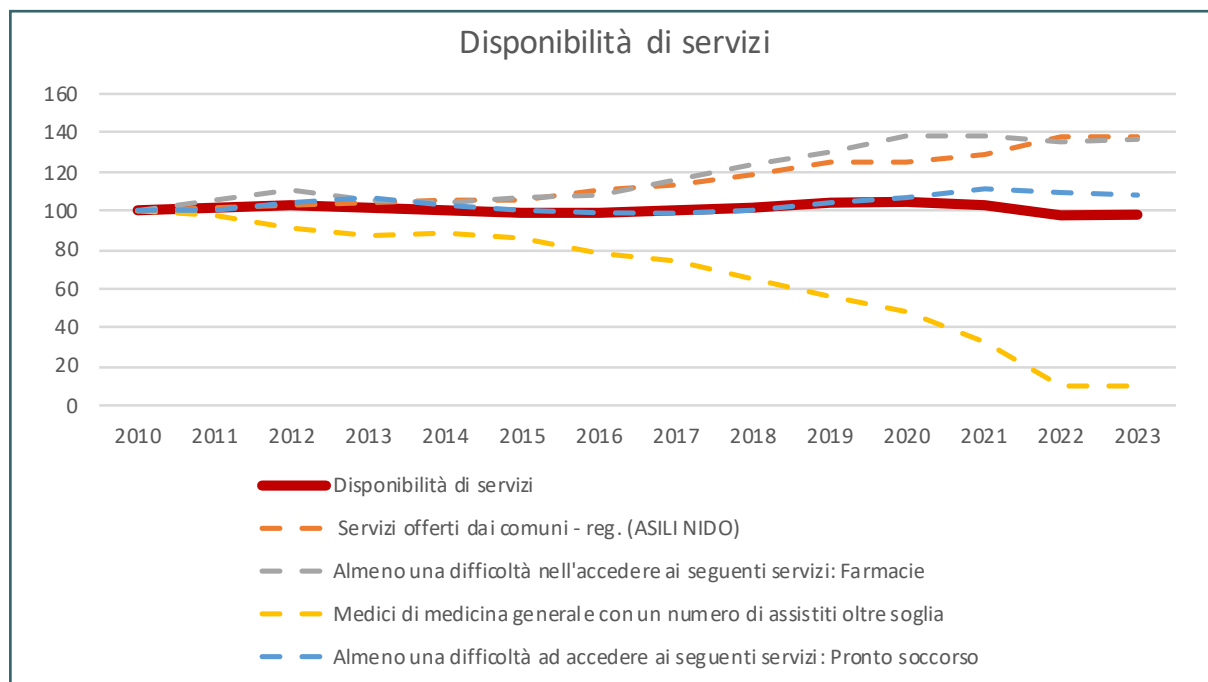


Figura 34 - Dominio Disponibilità di servizi: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in lieve decrescita dal 2020, fino a registrare un valore di 98 nell'anno corrente.

Dalla dinamica degli indicatori sottostanti al Dominio risulta un'influenza negativa da parte dell'indicatore *Percentuale di medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre soglia*, il quale presenta polarità negativa. Emerge inoltre una lieve decrescita nella *Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere al pronto soccorso*, e contrariamente, un lieve aumento nella *Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere alle farmacie*.

5.3.5 Responsiveness

Un obiettivo cardine dei sistemi sanitari nazionali è consentire un'ottima capacità di risposta (*responsiveness*) verso i propri cittadini. I sistemi reattivi anticipano e si adattano ai bisogni sanitari esistenti e futuri, contribuendo così a migliorare i risultati sanitari. Tra tutti gli obiettivi dei sistemi sanitari, la reattività è quello meno studiato, forse per la mancanza di quadri di riferimento completi che vadano oltre le caratteristiche normative di *responsiveness*. L'Indice, in questo senso, contribuisce a promuovere una conoscenza crescente, sebbene ancora limitata, di questo argomento, in quanto si è cercato di rispettare un quadro concettuale che tenesse in considerazione la natura sensibile e articolata del concetto di reattività. Tale quadro teorico si sviluppa lungo tre aree:

1. La prima stima la *Responsiveness* a seguito dell'esperienza reale di interazione delle persone con il sistema sanitario.

2. La seconda tiene in considerazione il fatto che l'esperienza di interazione è condizionata sia dalle persone e dalle loro aspettative iniziali, da un lato, sia dall'effettiva risposta dei sistemi sanitari, dall'altro.
3. Infine, studiare il concetto di reattività vuol dire considerare che il rapporto di interazione tra pazienti e sistema sanitario è soggetto a giudizi mutevoli, condizionati dalle varie passate esperienze⁷¹.

Pertanto, al fine di migliorare la valutazione della Responsiveness, diviene necessario riconoscere e analizzare entrambi i lati dell'interazione, che vede protagonisti gli utenti e i sistemi sanitari con i rispettivi fattori determinanti.

In quest'ottica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato la seguente definizione formale di capacità di risposta del sistema sanitario, identificandola come la "*capacità del sistema sanitario di soddisfare le legittime aspettative della popolazione riguardo alla propria interazione con il sistema sanitario, prescindendo dalle aspettative di miglioramento della salute o del benessere*"⁷².

Il Dominio Responsiveness è costituito da tre indicatori: *Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero - medica; Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero - infermieristica; Fiducia nei vigili del fuoco.*

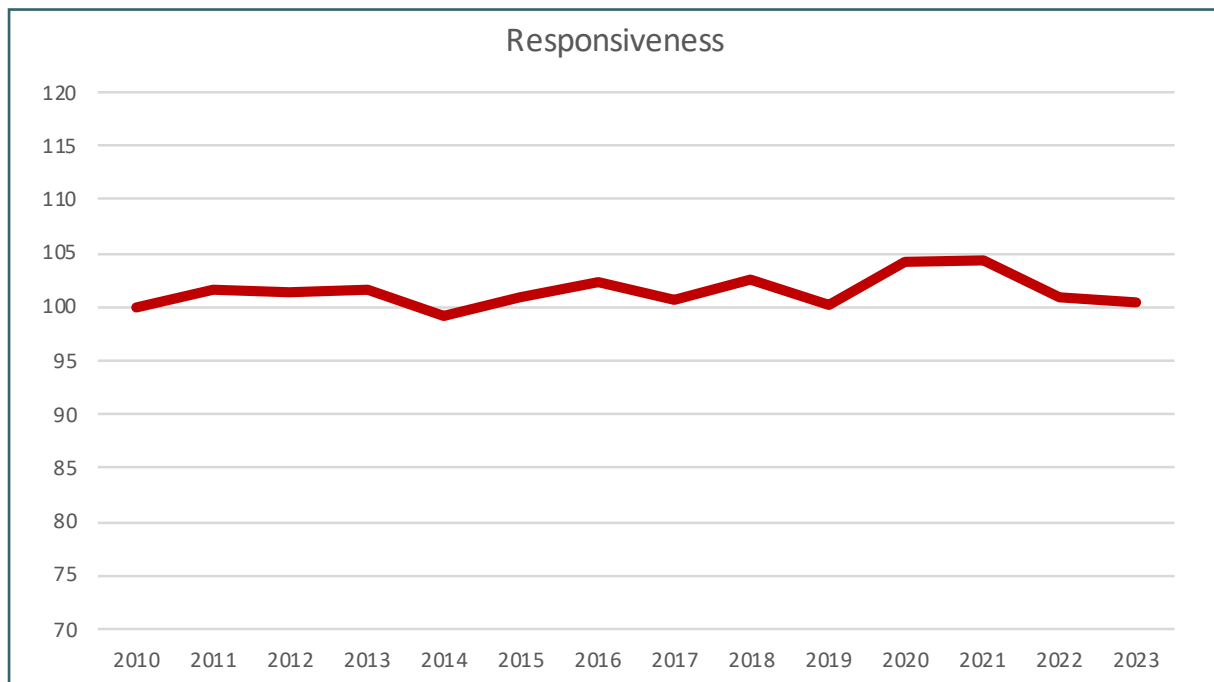


Figura 35 - Dominio Responsiveness: andamento generale

Il Dominio esaminato mostra un andamento variabile negli ultimi anni, con un calo complessivo nel 2023, dove si attesta a 100 e ritorna ai livelli del 2019.

⁷¹ (Mirzoev & Kane, 2017)

⁷² (Darby, Valentine, Murray, & de Silva)

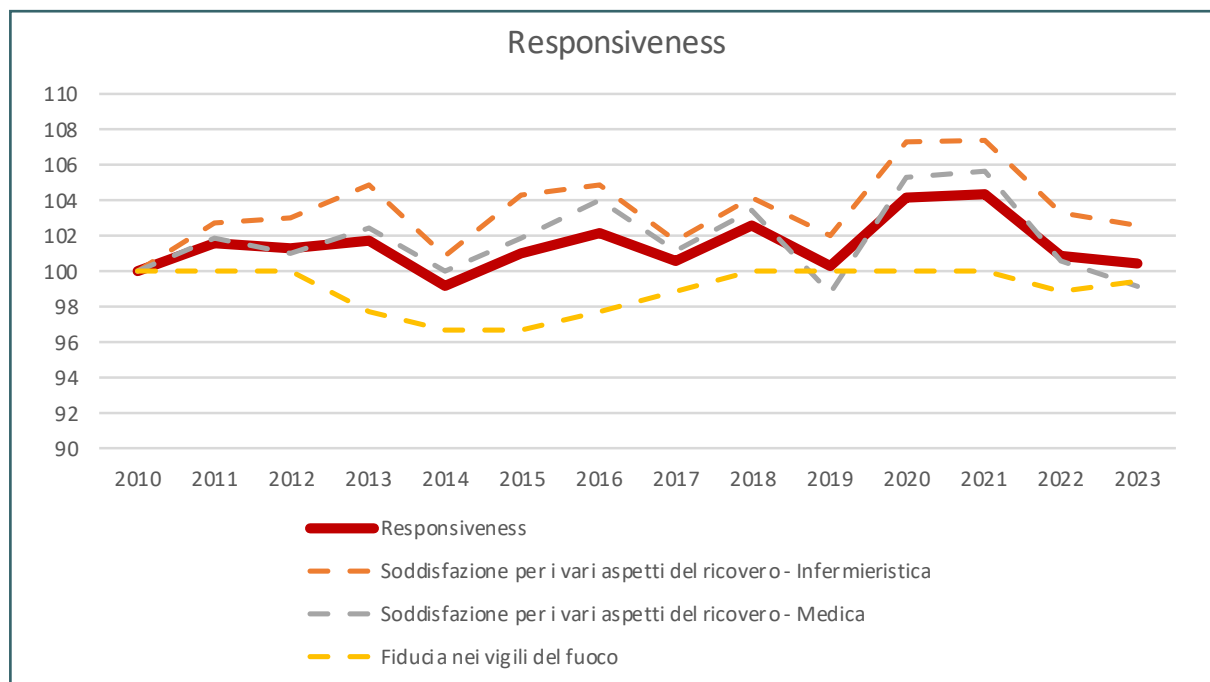


Figura 36 - Dominio Responsiveness: dettaglio indicatori

Tra gli indicatori sottostanti, l'indicatore relativo alla *Fiducia nei vigili del fuoco* e la componente infermieristica di *Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero* si mantengono costanti rispetto al 2022. Rispetto all'anno precedente, la componente medica di *Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero* registra un lieve calo, tornando ai valori del 2019.

5.3.6 Welfare integrativo

Il Dominio *Welfare integrativo* comprende l'insieme di iniziative e servizi a disposizione dei cittadini, per aumentare il loro benessere e favorire la conciliazione tra vita privata e professionale. Due delle principali forme di welfare integrativo sono costituite dalla previdenza complementare, erogata attraverso i Fondi pensione, e dalla sanità integrativa, erogata attraverso i Fondi sanitari: i primi hanno l'obiettivo di integrare la pensione di base pubblica erogata dall'INPS, i secondi per rimborsare il costo sostenuto dai cittadini per usufruire di prestazioni sanitarie o sociosanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale o da operatori privati.

Entrambe queste forme di welfare nascono da iniziativa di soggetti privati (sindacati, associazioni di categoria o singole aziende) e hanno natura mutualistica.

Un'ulteriore forma di welfare è costituita dal sistema assicurativo privato, su base individuale e volontaria. I contratti assicurativi possono assumere numerose forme, fra cui le polizze LTC, polizze del ramo vita e malattia, coperture opzionali aggiuntive su altri prodotti.

Il Dominio in esame è formato da tre indicatori: *Numero totale iscritti al fondo previdenza integrativa*; *Numero totale iscritti ai fondi sanitari integrativi*; *Totale portafoglio assicurazioni vita*.

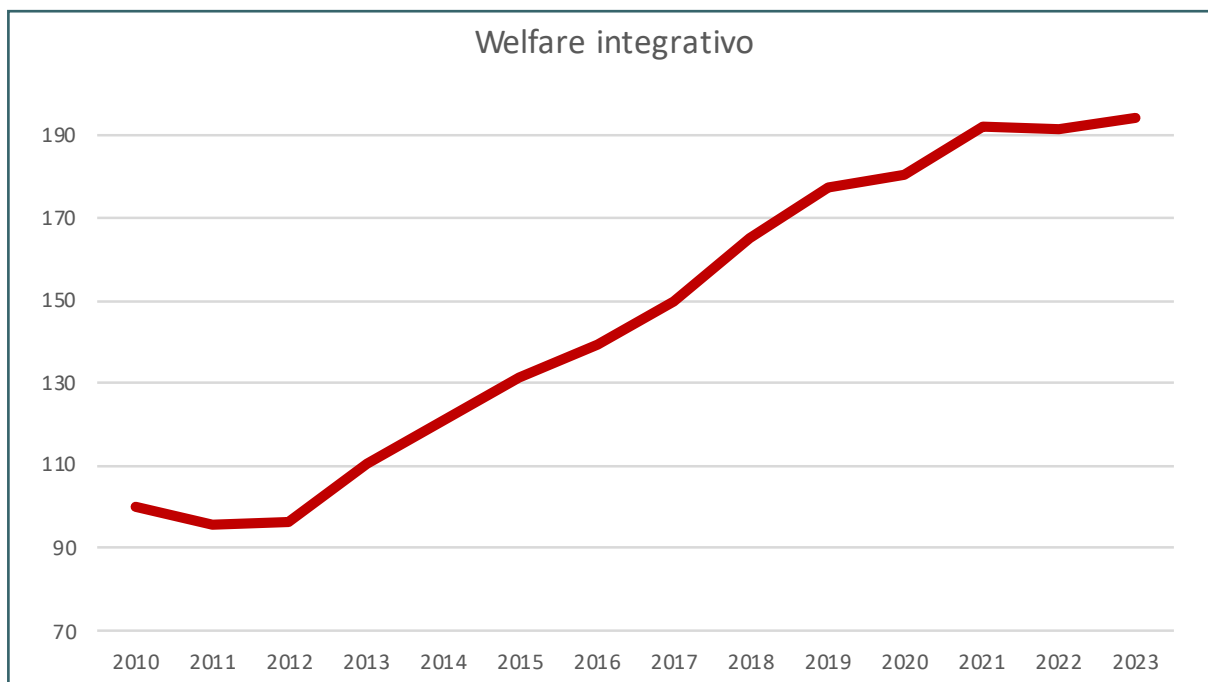


Figura 37 Dominio Welfare integrativo: andamento generale

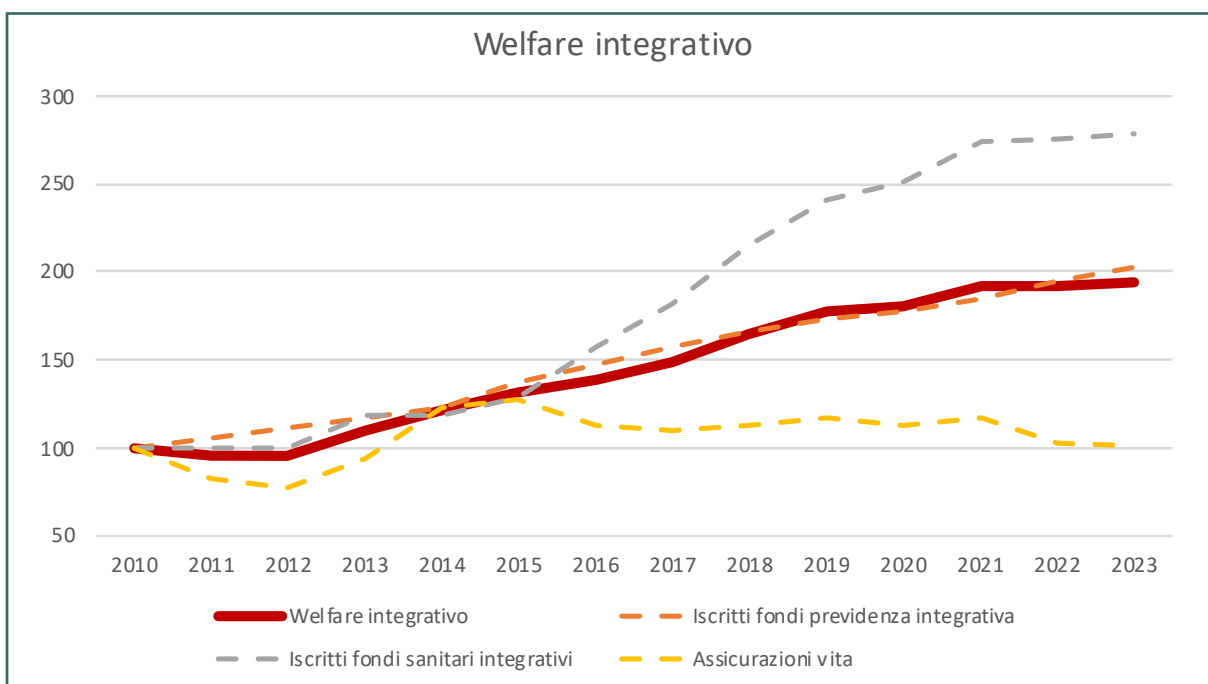


Figura 38 - Dominio Welfare integrativo: dettaglio indicatori

Il Dominio analizzato mostra una crescita marcata fino al 2021, si stabilizza sul valore di 192 per il 2022, e nel 2023 sembra riprendere la sua crescita raggiungendo un punteggio di 194.

Da un esame più approfondito degli Indicatori sottostanti al Dominio emergono due tendenze opposte. Mentre l'Indicatore *Iscritti fondi di previdenza integrativa* continua la sua lieve risalita rispetto all'anno precedente con un sostanziale appiattimento della curva negli ultimi anni, l'indicatore *Assi-*

curazioni vita presenta un andamento oscillante fino al 2021, e una discesa significativa a partire dal 2022, che si protrae anche nell'ultimo anno di osservazione.

L'indicatore *Iscritti fondi sanitari integrativi*, invece, si discosta nettamente da questa tendenza negativa, proseguendo nel suo trend di crescita costante e raggiungendo il suo culmine nell'ultimo anno di analisi con un punteggio di 279. Questo valore risulta significativamente superiore rispetto ai 203 punti registrati per l'indicatore *Iscritti fondi di previdenza integrativa* e ai 101 punti dell'indicatore *Assicurazioni vita*, evidenziando una dinamica di espansione più marcata nel settore della sanità integrativa.

5.3.7 Sostenibilità

Nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute, il Dominio in esame fa riferimento alla sostenibilità del sistema sanitario. Ovvero, vuole monitorare se vi sia un adeguato equilibrio sociodemografico ed economico tra le risorse del sistema che consentano il soddisfacimento dei bisogni di salute e di cura delle persone non solo nel tempo attuale, ma attendibilmente anche con continuità in un futuro prossimo. In un simile equilibrio giocano un ruolo fondamentale non solo le dimensioni economica e finanziaria, ma anche e soprattutto le disuguaglianze e le variazioni generazionali della popolazione e della forza lavoro dal lato dell'offerta e l'evoluzione dei consumi di salute dal lato della domanda.

Per misurare la sostenibilità sono stati adoperati quattro indicatori: *Numero di medici ed infermieri per strutture pubbliche ed equiparate; Indice di dipendenza anziani; Indice di vecchiaia; Numero di persone che hanno consumato farmaci nei due giorni precedenti (Totale Over 55)*.

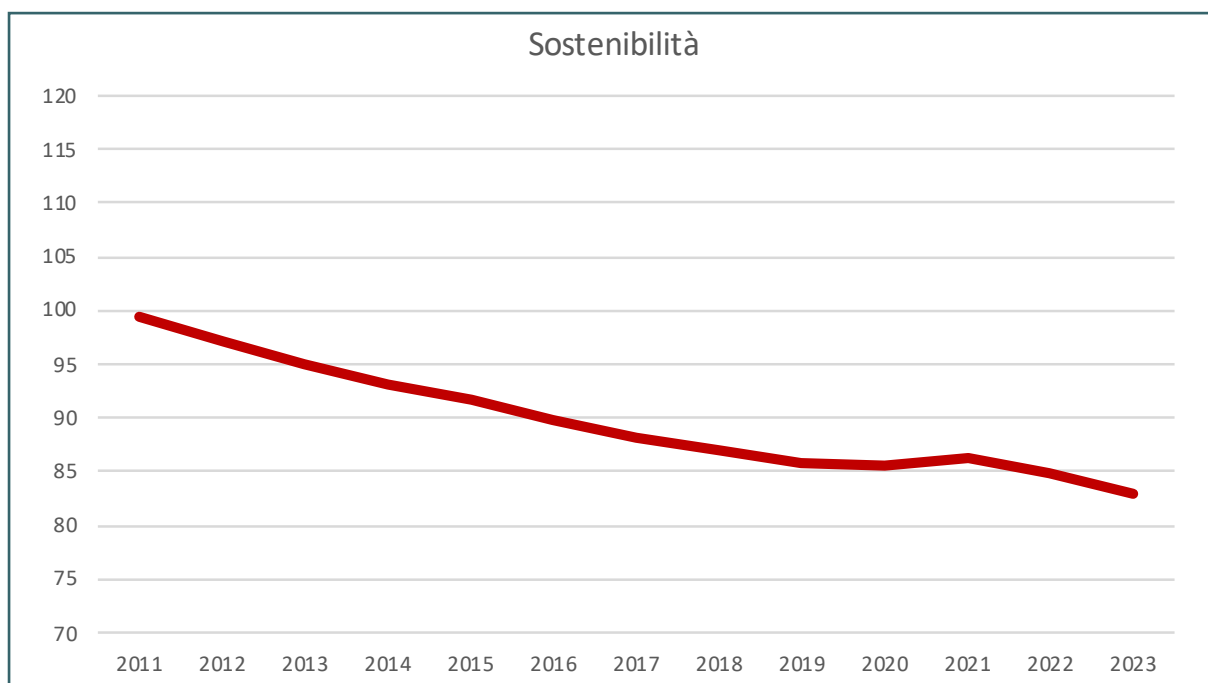


Figura 39 - Dominio Sostenibilità: andamento generale

Il Dominio in esame evidenzia una tendenza decrescente, registrando nell'anno 2023 un valore pari ad 83.

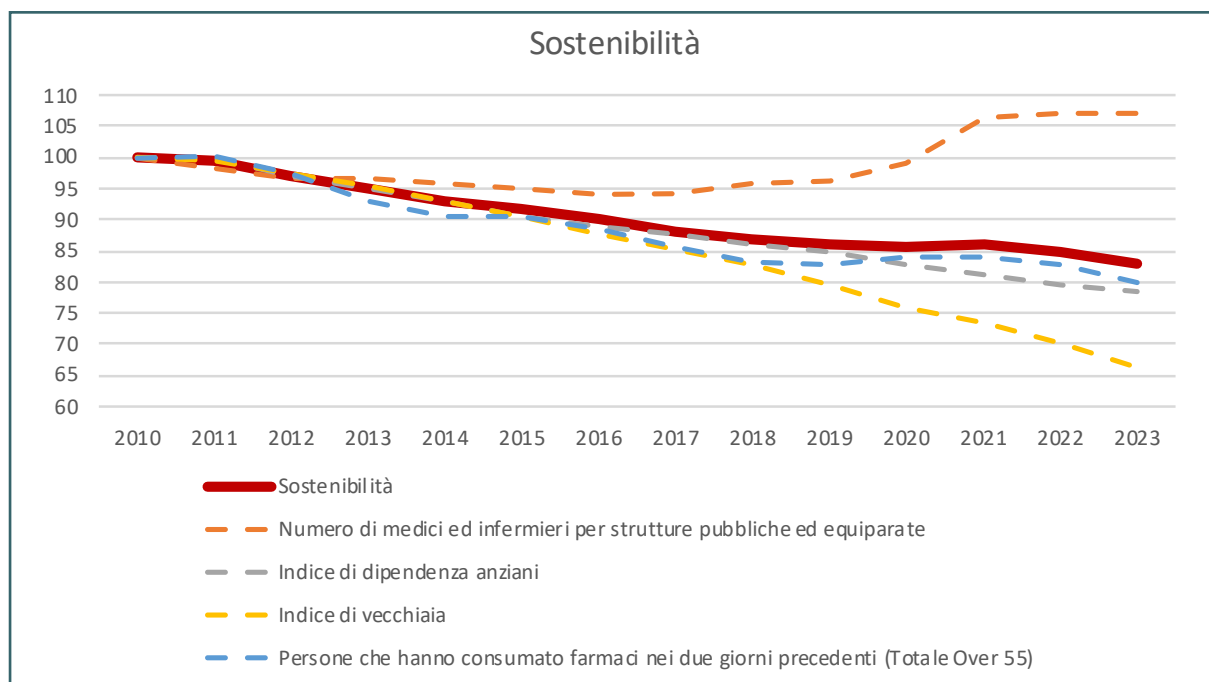


Figura 40 - Dominio Sostenibilità: dettaglio indicatori

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio, emerge una significativa diminuzione dell'*Indice di vecchiaia*, che scende fino ad arrivare a 66 punti, e dell'*Indice di dipendenza anziani*, che nell'anno 2023 si attesta a 78 punti. È opportuno sottolineare che entrambi gli indicatori hanno polarità negativa. Il *Numero di medici ed infermieri per strutture pubbliche ed equiparate*, in seguito al rilevante aumento nell'anno 2021, vede una lieve crescita a partire dal 2022, con un passaggio da 106 a 107 punti.

5.3.8 Omogeneità territoriale

Nel quadro teorico di riferimento dell'Indice composito, il concetto di Omogeneità territoriale si riferisce all'obiettivo di sviluppare e mirare ad una completa equità, uguaglianza e quindi maggiore coesione tra tutte le aree del nostro Paese al fine di garantire che la Vicinanza della salute risulti omogeneamente distribuita su tutto il territorio nazionale.

In particolare, tale Dominio intende osservare le possibili problematiche insite nelle disparità di distribuzione ed efficienza dei servizi e delle prestazioni erogate in tutto il nostro territorio; una tra tutte: la tendenza dei cittadini, sempre più diffusa, a spostarsi da una regione ad un'altra - tipicamente secondo un flusso migratorio dal Sud verso il Nord - per soddisfare necessità di salute. Tale fenomeno viene misurato dall'indicatore *Emigrazione ospedaliera in altra regione*, che elabora il rapporto tra la mobilità sanitaria delle varie aree del Paese. Viene evidenziato in un box a parte l'indicatore relativo al gettito Irpef per Macroree che, risultando con un divario accentuato ma costante negli anni non avrebbe reso il suo giusto contributo se inserito nell'indice come andamento tendenziale poiché sarebbe risultato "piatto".

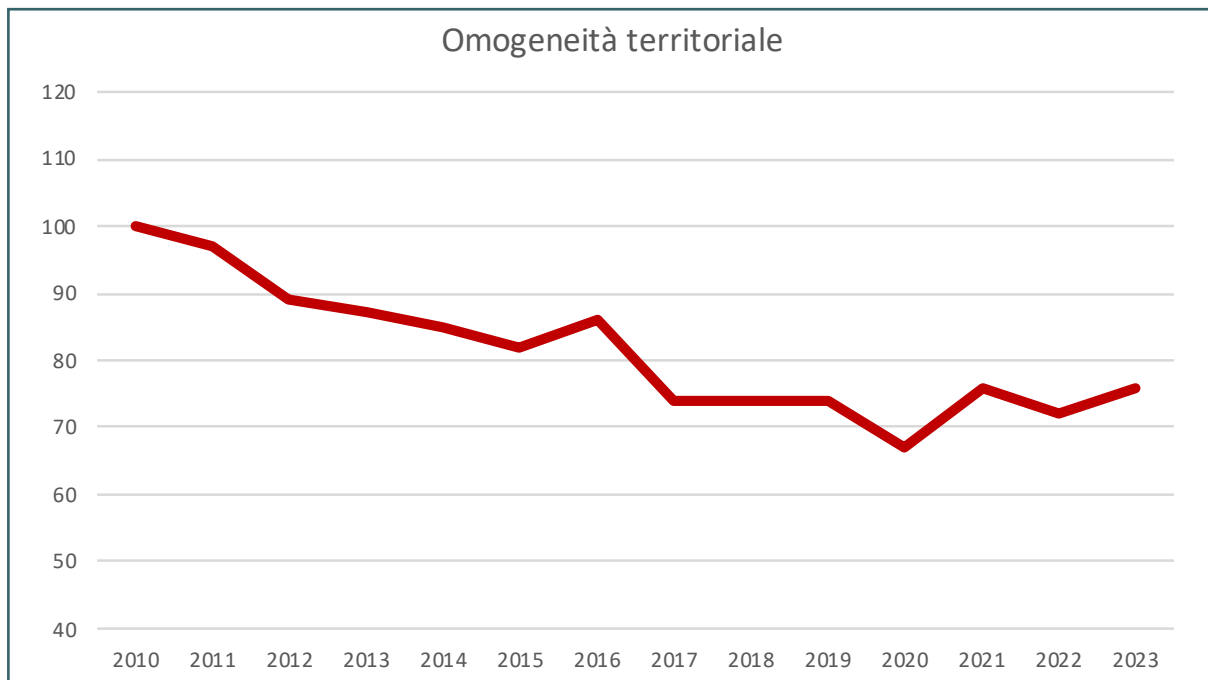


Figura 41 - Dominio Omogeneità territoriale: andamento generale

Il Dominio in esame presenta una tendenza complessivamente decrescente rispetto al valore iniziale, sebbene si registri una lieve ripresa nel 2023, con un valore di 76. Questo andamento evidenzia come il livello di Omogeneità territoriale rimanga distante dagli standard più alti rilevati nel 2010. Tra gli indicatori che contribuiscono a questa dinamica, il Dominio *Emigrazione ospedaliera in altra regione*, caratterizzato da una polarità negativa, riflette un incremento della mobilità ospedaliera dal Sud verso il Nord del Paese.

5.3.9 Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea

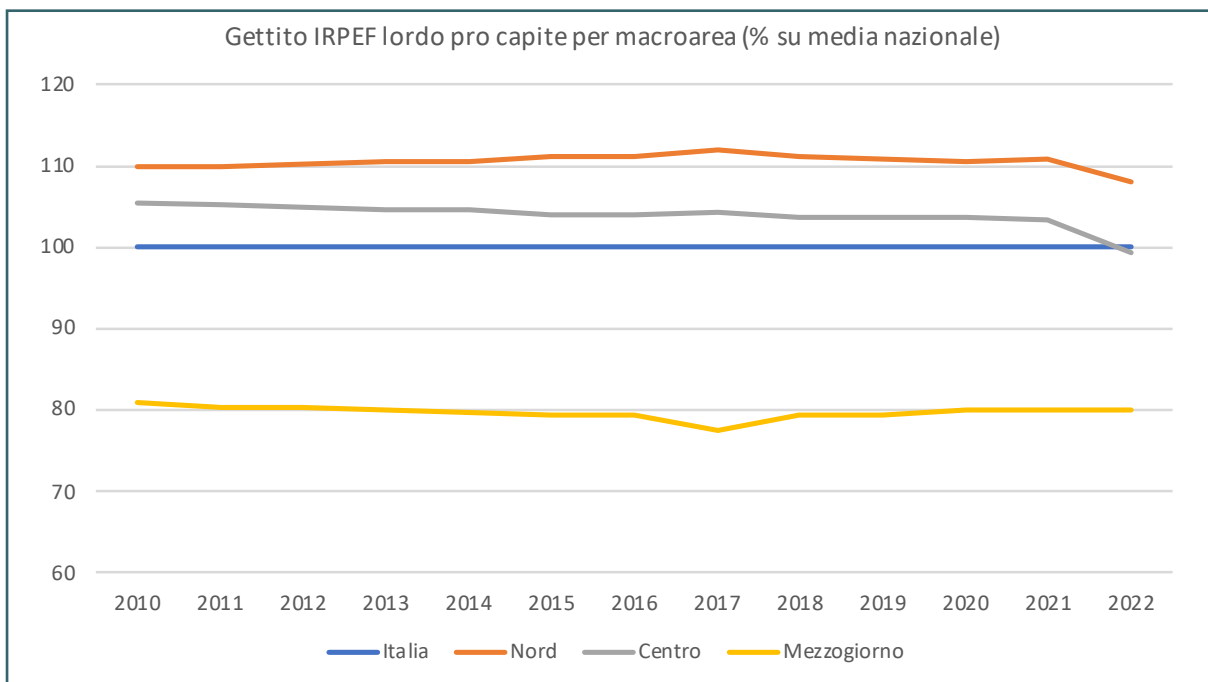


Figura 42- Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea

Pur non entrando a far parte degli indicatori che compongono l'IVS, l'elaborazione relativa al gettito IRPEF lordo pro capite (effettuata su base dati MEF 2023) attesta una costante disparità reddituale tra le varie macroaree del Paese, con un livello medio procapite per i cittadini delle regioni del Mezzogiorno che si attesta ad un livello pari all'80% del livello medio nazionale; per converso il livello medio del gettito IRPEF lordo pro capite per un cittadino di una regione del Nord Italia è storicamente pari al 110%, con una lieve flessione al 108% nell'ultimo anno. Questa condizione, che alla luce delle misurazioni effettuate, può definirsi "cronica", conferma ed amplifica la portata di quanto rilevato dal Dominio "Omogeneità Territoriale", non lasciando spazio a previsioni di un immediato recupero dei gap accumulati dalle regioni del Mezzogiorno rispetto al resto d'Italia.

5.3.10 Rinuncia a prestazioni sanitarie

La rinuncia alle prestazioni sanitarie si conferma essere una tematica centrale nel dibattito nazionale: le lunghe **liste d'attesa** e le **difficoltà economiche**, per una consistente parte di popolazione, inducono sempre più persone a rinunciare alle cure o a posticiparle, con gravi ricadute sul proprio stato di salute.

Già prima della crisi pandemica, nel 2019, si era registrato un aumento di richieste a favore delle prestazioni in regime privato: in 28 casi su 100 le persone sceglievano di rivolgersi alle strutture in regime privato, avuta notizia di tempi d'attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, con delle percentuali diverse per aree geografiche: 22,6% nel Nord-Ovest, 20,7% nel Nord-Est, 31,6% al Centro e 33,2% al Sud⁷³.

Sempre nel 2019 è stato istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, di tutte le Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.

L'Osservatorio ha attività di monitoraggio e il compito di supportare le Regioni e le Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021)⁷⁴. Tale Piano mira ad individuare elementi di tutela e di garanzia al fine di incrementare il grado di equità di accesso dei servizi disponibili; oltre ad intervenire sul livello di efficienza e organizzazione del sistema sanitario pubblico. Si evidenzia che alla data di redazione di questo report, il PNGLA 2019-2021 risulta ancora vigente fino alla adozione del prossimo PNGLA 2024-26.

Si consideri però come la governance delle liste di attesa sia fortemente interconnessa ad altri processi e fenomeni contingenti al rapporto domanda-offerta delle prestazioni. Uno tra tutti, la gestione e presa in carico dei **pazienti cronici**, che incide profondamente nella riorganizzazione delle strutture sanitarie⁷⁵.

Nel corso degli anni il fenomeno di rinuncia a visite e accertamenti sanitari ha seguito due sviluppi diversi lungo il territorio nazionale: tra il Sud e il Nord vi è sempre stata una differenza consistente, posizionando nello specifico il **Mezzogiorno** in forte svantaggio, è stata però la crisi pandemica a rendere tale problematica omogenea sul territorio.

⁷³ (CENSIS, 2019)

⁷⁴ (Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, 2019)

⁷⁵ (Ministero della Salute, Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021, 2019)

Negli ultimi anni, a problemi di gestione e organizzazione già esistenti si è aggiunta la sospensione dell'offerta dei programmi di screening organizzati, che ha condotto a forti rallentamenti, con migliaia di diagnosi mancate e liste d'attesa da smaltire. Dal 2020 si è registrato un calo significativo nella copertura da screening organizzato, soprattutto quello mammografico, che, solo in parte, sembra essersi convertito in un aumento del ricorso ai test di screening su iniziativa spontanea⁷⁶. Sui ritardi accumulati dai programmi di screening sospesi si devono sommare quelli nella loro riattivazione, avvenuta a maggio 2020 ma con tempistiche, intensità e modalità diverse in tutto il territorio nazionale.

In questo contesto, l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), che ha monitorato l'andamento dei programmi di screening durante l'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Coronavirus, ha rilevato nei propri rapporti un significativo incremento dei ritardi diagnostici. Nel 2020, tale ritardo ha raggiunto valori medi pari a circa 5 mesi per le varie tipologie di screening⁷⁷. Tuttavia, grazie ad un moderato incremento nell'attuazione dei programmi di screening, questo ritardo si è progressivamente ridotto, stabilizzandosi nel 2022 a circa due mesi.

Tali dinamiche trovano conferma nei dati più recenti riportati nel rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) pubblicato dall'ISTAT. Nel 2019, il 6,3% della popolazione italiana dichiarava di aver rinunciato a cure mediche; tale percentuale è aumentata sensibilmente nel 2021, raggiungendo l'11% (circa 6 milioni di persone), costrette a rinunciare a visite specialistiche o esami diagnostici necessari a causa di difficoltà economiche o di accesso ai servizi. **Nel 2023, questa quota si è attestata al 7,6%, con un incremento specifico della proporzione di chi ha rinunciato a causa delle lunghe liste d'attesa, passata dal 2,8% del 2019 al 4,5% nel 2023.**

Grazie ad un'elaborazione di dati rilevati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), si può osservare come rispetto al 2019, nel 2020 e nel 2021 siano state effettuate in meno oltre 12,8 milioni di prime visite e 17,1 milioni di visite di controllo. Per quanto riguarda gli esami, sono stati persi 1,3 milioni di ecografie all'addome e sono saltati 3,1 milioni di elettrocardiogrammi e più di mezzo milione di mammografie⁷⁸. Si attesta che *"almeno una prestazione ambulatoriale su cinque è stata rinviata"*.

In questo contesto, la situazione del sistema sanitario italiano appare ulteriormente compromessa da una significativa **carezza di personale medico e sanitario** e da una crescente sfiducia da parte dei cittadini.

In particolare, il rapporto BES evidenzia come, a seguito dell'emergenza pandemica, il SSN si trovi ad affrontare una duplice sfida: da un lato, un numero significativo di **medici di medicina generale** è prossimo al pensionamento (il 77% ha superato i 54 anni) e, dall'altro, la loro presenza è in calo da anni, passando da 7,5 medici ogni 10.000 abitanti nel 2012 a 6,7 nel 2022. Parallelamente, si registra un netto aumento dei medici di medicina generale cosiddetti "massimalisti", con più di 1.500 assistiti, la cui quota è passata dal 27,3% al 47,7% nello stesso periodo.

La crisi del personale sanitario non risparmia gli **infermieri**, il cui numero si è attestato a 6,8 ogni 1.000 abitanti nel 2022, un valore insufficiente a rispondere alle crescenti esigenze del sistema.

A tutto ciò si aggiunge un **peggioramento della fiducia** dei cittadini verso il personale sanitario negli ultimi tre anni. Nel 2023, il 20,1% dei cittadini ha assegnato un giudizio basso (tra 0 e 5) ai medici, mentre il 21,3%

⁷⁶ (Istituto Superiore di Sanità, Gli screening oncologici e l'impatto della pandemia: i dati dalla sorveglianza PASSI, 2022)

⁷⁷ (Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2020)

⁷⁸ (Gabanelli & Ravizza, 2023)

ha espresso lo stesso grado di insoddisfazione nei confronti del restante personale sanitario. Tali percentuali raggiungono valori ancora più alti nel Mezzogiorno, dove si attestano rispettivamente al 24,2% e al 26,6%.

Questo scenario complesso sottolinea la necessità di interventi tempestivi e mirati per rafforzare il personale sanitario e ricostruire la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario nazionale, oltre che **cam-biare il paradigma dell'assistenza in considerazione della trasformazione del burden of disease della popolazione, con un aumento delle patologie a bassa intensità assistenziale gestibili attraverso un più cospicuo uso di personale afferente a professioni sanitarie e sociosanitarie.**

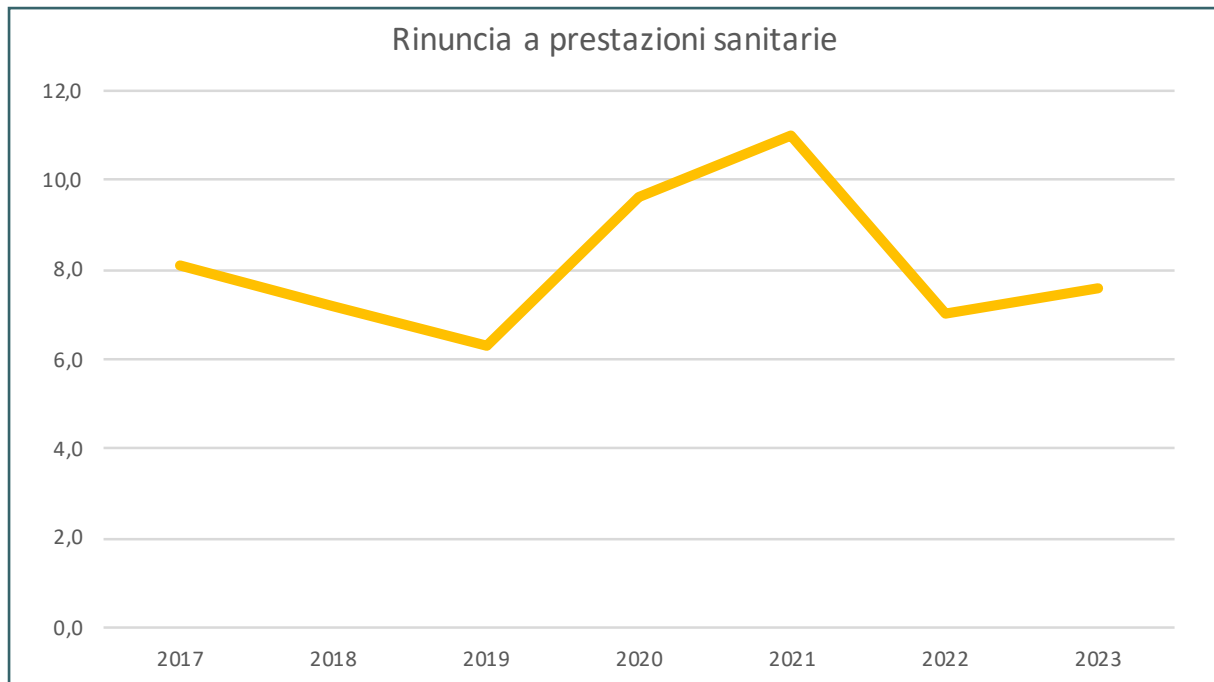


Figura 43 - Rinuncia a prestazioni sanitarie

Si evidenzia che questo grafico **non segue la normalizzazione a base fissa 2010** adottata per gli altri indicatori selezionati per l'Indice di Vicinanza della Salute, ma riporta i valori puntuali della percentuale di popolazione che ha rinunciato a prestazioni sanitarie.

I valori osservati e rappresentati indicano quindi le percentuali di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato ad almeno una visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura fontana, mancanza di trasporti, orari scomodi): lista d'attesa lunga⁷⁹.

5.4 L'andamento del Contesto Luoghi di vita e ambiente

Il Contesto Luoghi di vita e ambiente è costituito da sei Domini: *Abitazione; Urban health; Emissioni inquinanti; Antibiotico-resistenza; Eventi meteo-climatici; Ecoansia.*

⁷⁹ (Istat, Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia 2021, 2022)

Date le sue componenti, tale Contesto rappresenta l'area di indagine più esterna: sono qui osservati i fenomeni e le condizioni che si modificano in un arco temporale più ampio e che possono non essere condizionati solo dall'azione e dalla volontà dell'essere umano.

In virtù della sua composizione, il Contesto interseca gli obiettivi della *Missione 2 - Rivoluzione verde e transizione ecologica*, *Missione 6 - Salute*, *Missione 7 - RePowerEU*.

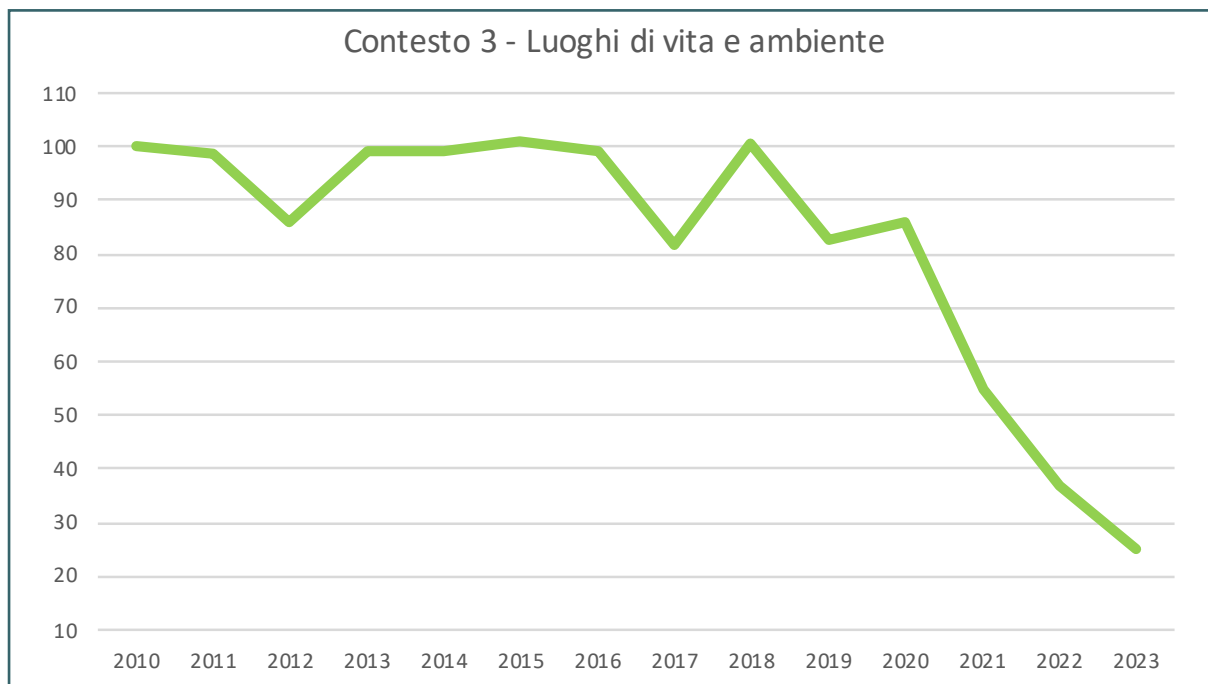


Figura 44 - Contesto Luoghi di vita e ambiente: andamento generale

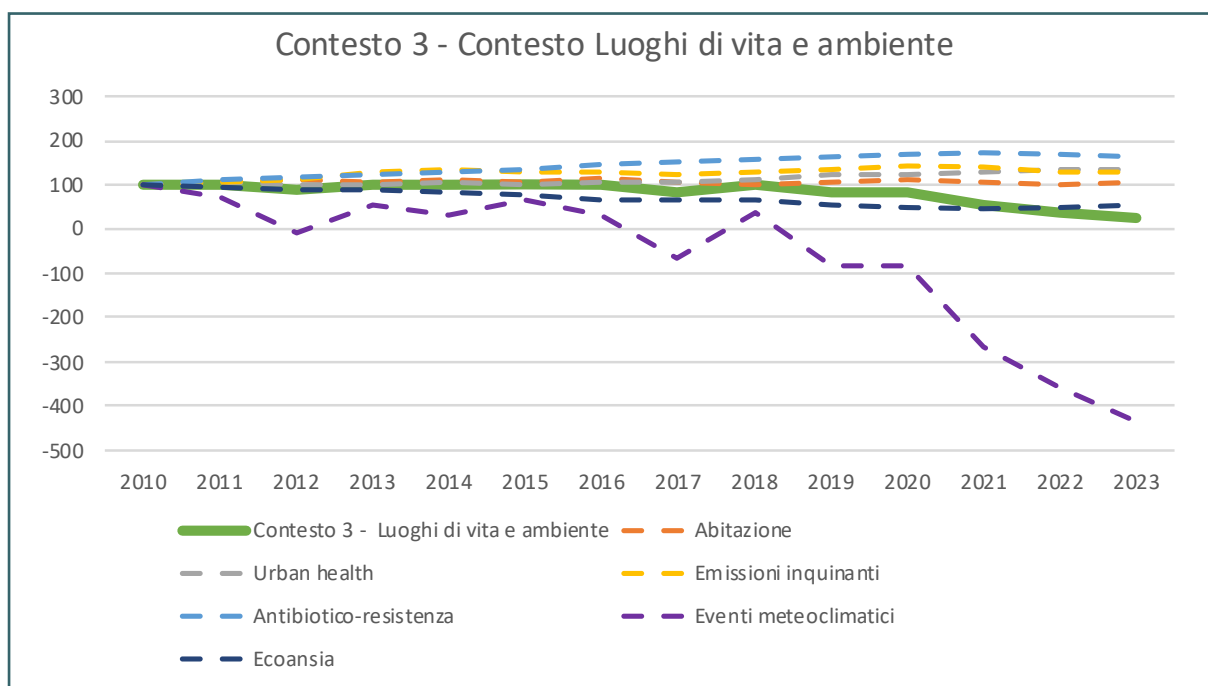


Figura 45 - Contesto Luoghi di vita e ambiente: dettaglio domini

Il primo grafico del Contesto *Luoghi di vita e ambiente* mostra l'andamento generale del Contesto, sintesi degli andamenti dei sei Domini che lo compongono.

Partendo dal valore standard di 100 punti del 2010 e lungo la serie storica in esame, si osserva una fase di stabilità iniziale fino al 2018, seguita da una significativa flessione, che culmina in un valore di 25 punti per l'ultimo anno analizzato (2023). Questa tendenza riflette una progressiva e consistente degradazione delle condizioni osservate nel contesto.

Nel secondo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto e si evidenzia immediatamente l'andamento del dominio *Eventi meteo climatici* seguito dal dominio relativo alla *Ecoansia* che condizionano l'andamento dell'intero Contesto.

Di seguito sono descritti singolarmente i Domini che compongono il Contesto.

5.4.1 Abitazione

Per Abitazione si intendono i luoghi adibiti a dimora (oggi con lo *smartworking* sempre di più anche luoghi ibridi di lavoro e con il PNRR anche "primo luogo di cura") che, considerata la loro conformazione, struttura e disponibilità di servizi, incidono inevitabilmente sullo stato di salute e benessere delle persone. Dunque, con tale Dominio vengono esaminate alcune condizioni di vita delle persone, tra cui varie problematiche e disagi legati all'erogazione di beni primari quali: acqua e corrente elettrica. Questo poiché vivere in un'abitazione adeguata ai bisogni essenziali ed individuali rappresenta un diritto basilare per tutti.

Il Dominio in esame è composto da tre indicatori: *Presenza di almeno un problema nell'abitazione*; *Numero medio per utente delle interruzioni del servizio elettrico*; *Percentuale di famiglie che denunciano irregolarità nell'erogazione dell'acqua*.

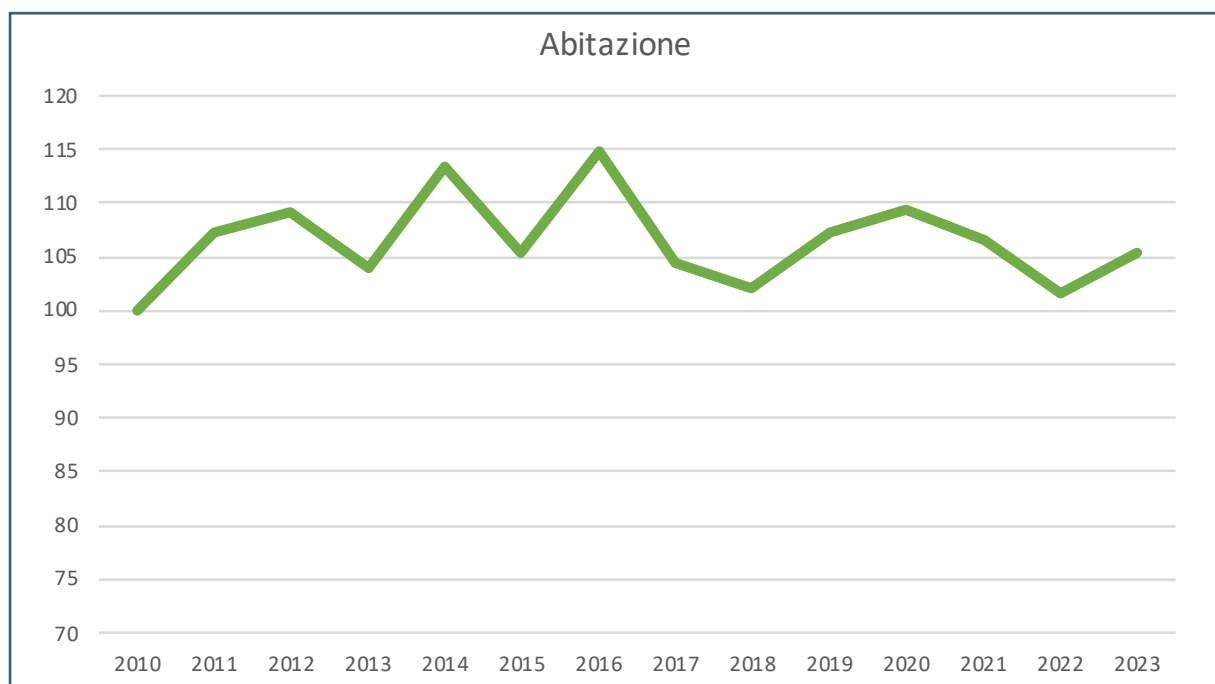


Figura 46 - Dominio Abitazione: andamento generale

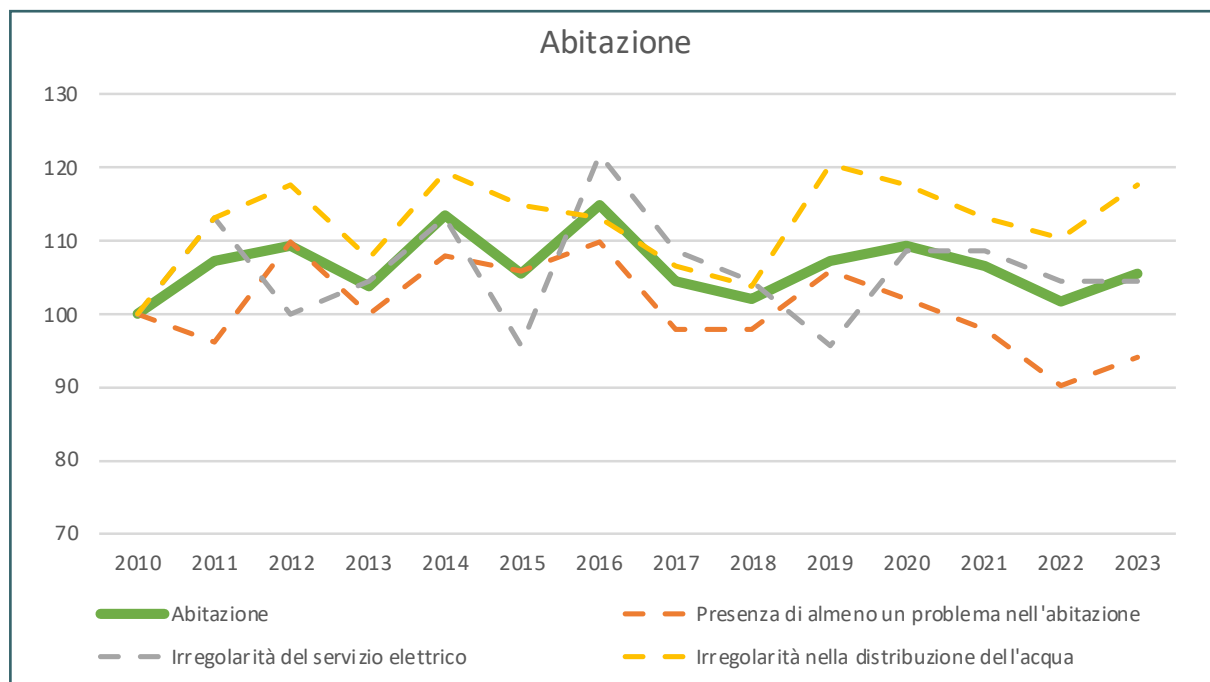


Figura 47 - Dominio Abitazione: dettaglio indicatori

Il Dominio presenta fluttuazioni significative lungo tutto il periodo in esame, attestandosi ad un valore di 105 al 2023.

Tale andamento disomogeneo, attribuibile alla variabilità degli indicatori sottostanti, rende complessa l’elaborazione di proiezioni affidabili per il futuro del dominio nel suo complesso.

In particolare, si evidenzia come l’assenza di un miglioramento costante in servizi essenziali, quali la fornitura di energia elettrica e la distribuzione dell’acqua, rappresenti un elemento critico. Questa situazione influisce negativamente sulla capacità di pianificare e implementare politiche strutturate e sostenibili in tali ambiti.

5.4.2 Urban health

Con il termine Urban Health si fa riferimento ad un approccio strategico che integra le azioni di tutela e promozione della salute nella progettazione territoriale, favorendo processi lungimiranti e sostenibili di rigenerazione urbana⁸⁰. Lo sviluppo di ambienti sani e favorevoli costituisce un elemento importante per il benessere collettivo: la struttura urbana, la sicurezza, l’offerta dei servizi, il trasporto pubblico e la disponibilità e fruibilità di percorsi da percorrere a piedi - *walkability* - incidono fortemente sulla qualità della vita.

Considerato ciò, vengono esaminate le caratteristiche e la conformazione dei luoghi, aperti e confinati, in cui si svolgono attività di vita o semplicemente di svago (parchi, spazi pubblici etc.), sottolineando così la forte dipendenza tra il benessere fisico, psichico e sociale e il luogo in cui si vive. In quest’ottica, la collaborazione tra il settore ambientale e quello sanitario è fondamentale per pro-

⁸⁰ (Ministero della Salute, 2021)

teggere la salute dell'uomo dai rischi derivanti da un ambiente pericoloso o dannoso e per creare ambienti fisici e sociali ottimali.

Il Dominio Urban Health si compone di cinque indicatori: *Disponibilità di verde urbano fruibile nei comuni capoluogo di provincia/città metropolitana; Percezione di sicurezza camminando da soli quando è buio; Percentuale di utenti soddisfatti dei servizi di mobilità; Percentuale di rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata sul totale dei rifiuti urbani; Percentuale di persone che vedono spesso elementi di degrado sociale e ambientale nella zona in cui vivono.*

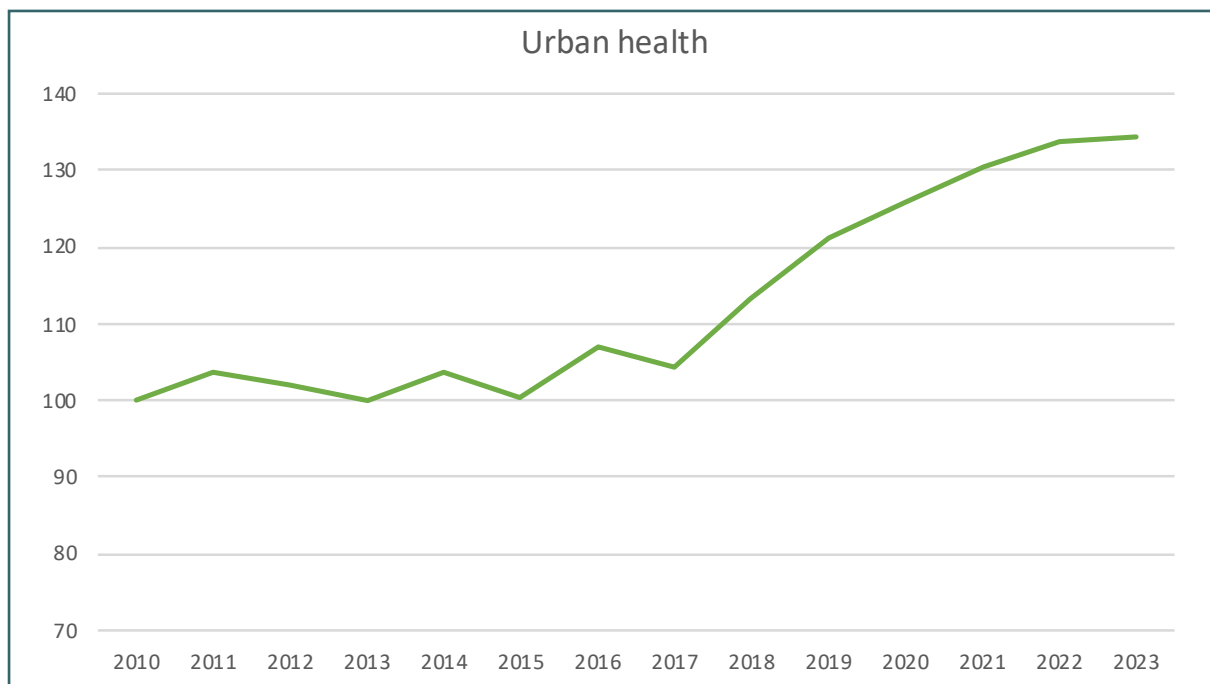


Figura 48 - Dominio Urban Health: andamento generale

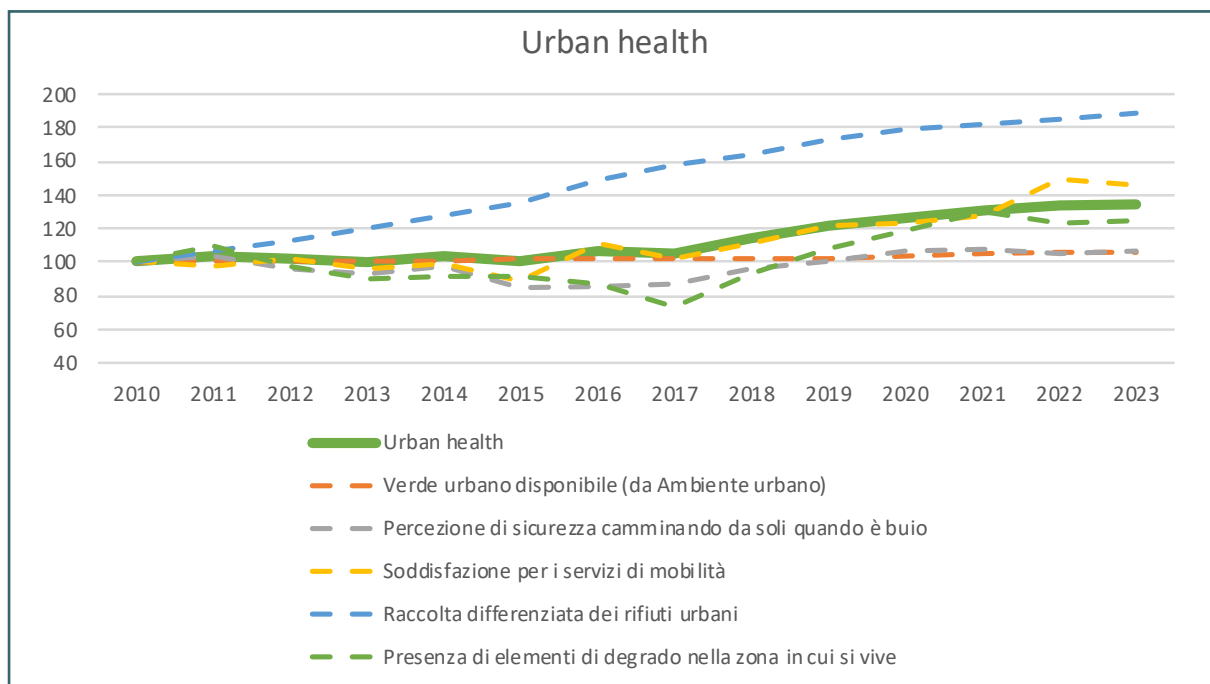


Figura 49 - Dominio Urban Health: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive una tendenza positiva, caratterizzata da una crescita costante che culmina nel 2022, con un valore massimo di 131 punti, mantenuto anche nel 2023.

Tra gli indicatori sottostanti al Dominio, si segnala una lieve flessione nell'indicatore *Soddisfazione per i servizi di mobilità*, che dopo una marcata crescita tra il 2021 e il 2022, registra una lieve flessione da 149 a 146 punti tra il 2022 e il 2023. L'indicatore *Raccolta differenziata dei rifiuti urbani* prosegue invece il suo trend di miglioramento costante, iniziato nel 2010, consolidando il contributo positivo al dominio.

Al contrario, l'indicatore relativo alla *Presenza di elementi di degrado nella zona di residenza*, con polarità negativa, mostra un aumento fino a 124 punti nel 2023, segnalando un peggioramento delle condizioni osservate. Infine, l'indicatore *Percezione di sicurezza camminando da soli quando è buio* registra un lieve miglioramento, passando da 105 a 107 punti rispetto all'anno precedente.

5.4.3 Emissioni inquinanti

Nel rispetto dell'approccio *One Health*, con il Dominio Emissioni inquinanti si vuole fornire una fotografia sullo stato della qualità dell'aria e sull'uso di energie rinnovabili nel nostro Paese.

La qualità dell'aria e l'uso di fonti rinnovabili sono due temi interdipendenti e cruciali per la salute e il benessere delle persone, oltre che per l'ambiente. Le politiche su clima ed energia hanno attraversato una fase di profonda revisione a seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Parigi nel 2015 ed è in tale contesto che è stato definito il Piano Energia e Clima (PNIEC), che stabilisce gli obiettivi nazionali al 2030 sull'efficienza energetica, sulle fonti rinnovabili e sulla riduzione delle emissioni di gas serra, oltre agli obiettivi in tema di mercato unico dell'energia e competitività, sviluppo e mobilità sostenibile⁸¹.

Dunque, appare fondamentale monitorare le quantità di gas a effetto serra e di inquinanti rilasciati in atmosfera, grazie alle misurazioni dell'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) ed il consumo di energia elettrica proveniente da fonti rinnovabili, grazie all'elaborazioni statistiche ufficiali dell'intero settore elettrico nazionale prodotte Terna.

Il Dominio Emissioni inquinanti si compone di due indicatori: *Percentuale di misurazioni superiori al valore di riferimento per la salute sul totale delle concentrazioni medie annuali di PM_{2,5}*; *Percentuale di consumi di energia elettrica coperti da fonti rinnovabili*.

Il Dominio in esame descrive un andamento di crescita generale, che registra un primo picco nel 2014 con un valore di 136 punti. Nell'annualità 2020 raggiunge il punteggio massimo di 143 punti. Nel 2021 si mantiene stabile ma nel 2022 registra un calo significativo, scendendo a 128 punti, valore che rimane invariato nel 2023.

⁸¹ (ISPRA & Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente, 2022)

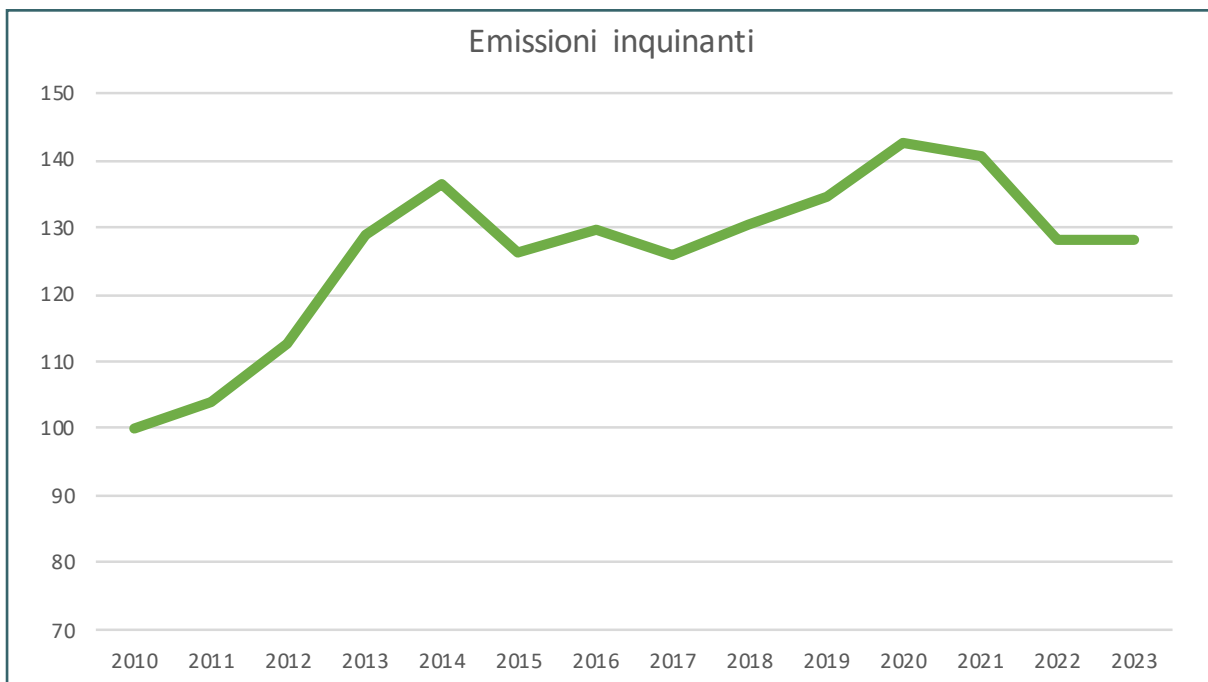


Figura 50 - Dominio Emissioni inquinanti: andamento generale

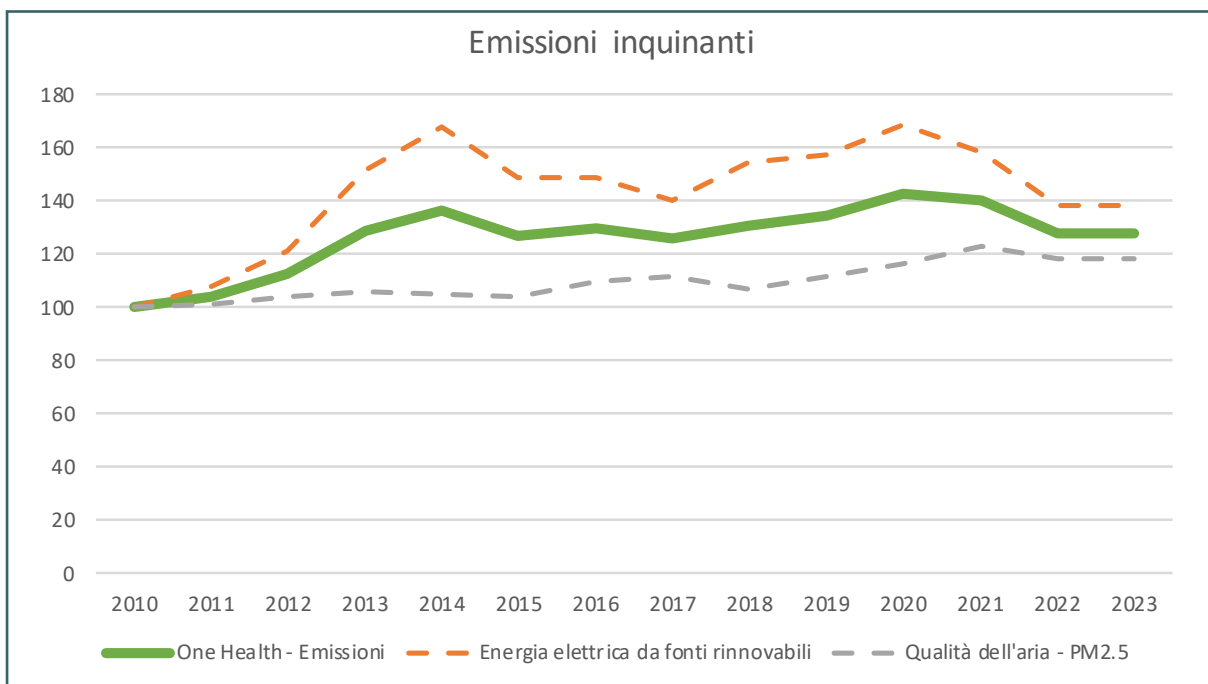


Figura 51 - Dominio Emissioni inquinanti: dettaglio indicatori

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un aumento generale per entrambi. Tuttavia, a partire dal 2022 l'indicatore *Energia elettrica da fonti rinnovabili* ha registrato una discesa significativa rispetto al 2021. Parallelamente, l'indicatore *Qualità dell'aria PM 2.5*, che nel 2021 aveva toccato il suo valore massimo storico di 123 punti, presenta una lieve flessione, attestandosi a un valore di 118.

5.4.4 Antibiotico-resistenza

La resistenza agli antibiotici, o antibiotico-resistenza, è un fenomeno biologico di adattamento di alcuni microrganismi, che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antibatterico, che è generalmente sufficiente ad inibire o uccidere microrganismi della stessa specie⁸².

Si possono individuare due tipologie di resistenze: intrinseca, quando è dovuta alla natura stessa del microrganismo; acquisita, quando il microrganismo sviluppa in un secondo momento la resistenza. Dunque, un uso eccessivo o non corretto di antibiotici favorisce l’insorgenza e la diffusione di ceppi batterici resistenti a determinati farmaci, rendendo problematica la terapia di molte infezioni. Il fenomeno dell’antibiotico-resistenza è un problema complesso e può presentare numerose insidie, richiede, dunque, un’attenta valutazione.

Il Dominio è costituito da due indicatori: *Andamento delle vendite di medicinali veterinari contenenti sostanze antibiotiche; Uso totale di farmaci antibiotici in DDD/1000 ab die.*

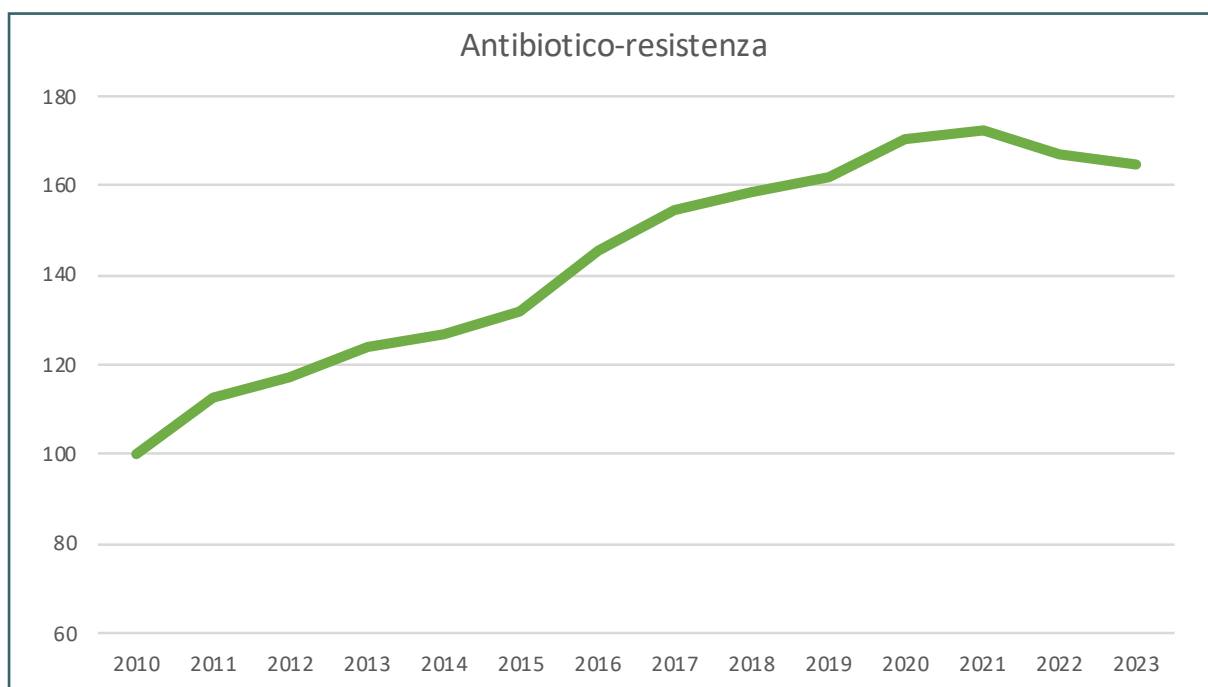


Figura 52 - Dominio Antibiotico-resistenza: andamento generale

Il Dominio in esame presenta un quadro generale positivo fino al 2021, seguito da un calo a partire dal 2022. Dopo aver raggiunto un picco di 172 punti nel 2021, il valore nell’ultimo anno si attesta infatti a 165.

⁸² (Ministero della Salute, 2022)

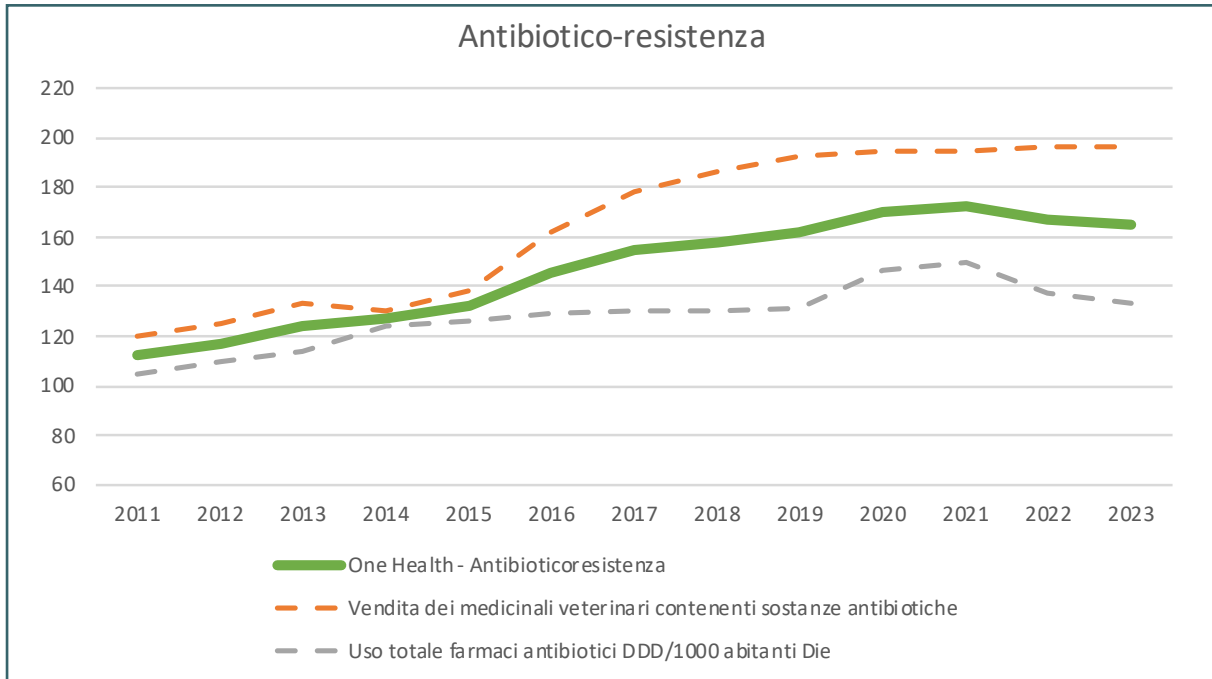


Figura 53 - Dominio Antibiotico-resistenza: dettaglio indicatori

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio evidenzia tendenze divergenti: da un lato, l'indicatore *Uso totale farmaci antibiotici DDD/1000 abitanti Die* continua a registrare una decrescita, confermando una progressiva riduzione, mentre i valori dell'indicatore *Vendita dei medicinali veterinari contenenti sostanze antibiotiche* continuano a crescere dal 2010. Entrambi gli indicatori presentano polarità negativa.

5.4.5 Eventi meteorologici

Con il Dominio Eventi meteorologici si osservano i fenomeni meteorologici severi, il cui aumento rappresenta il segnale del cosiddetto "cambiamento climatico", con il relativo impatto su salute e benessere. Vengono monitorati quei fenomeni meteorologici particolarmente violenti ed intensi, in grado di determinare gravi danni sia al territorio dove si verificano, sia alla popolazione, come: allagamenti, siccità prolungate, frane da piogge intense, temperature estreme, crisi idriche, uragani, cicloni etc. Non tutti gli eventi meteorologici estremi sono causati o legati al cambiamento climatico, ma negli ultimi anni si è riscontrato come questi si possano ricondurre, sempre di più, alle conseguenze dell'aumento delle temperature a livello globale. L'emergenza eventi estremi richiede un monitoraggio continuo e costante a livello planetario e ancor più in area mediterranea: stando alla relazione 2022 del Gruppo intergovernativo sul cambiamento climatico (IPCC) il Mediterraneo è un *hotspot* del cambiamento climatico e le temperature nell'area del Mediterraneo stanno aumentando di circa il 20% più rapidamente rispetto alla media globale.

Il dominio si compone di due indicatori: *Numero fenomeni meteorologici locali e violenti* e *Impatto degli incendi boschivi*.

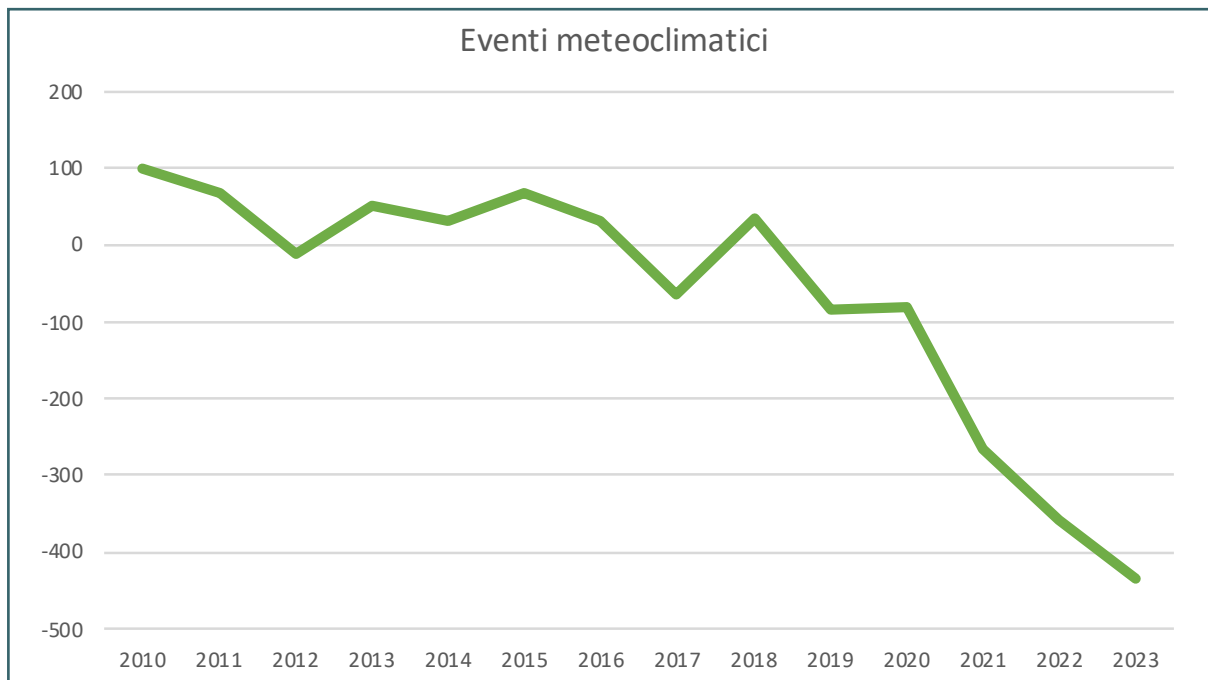


Figura 54 - Dominio Eventi meteoclimatici: andamento generale

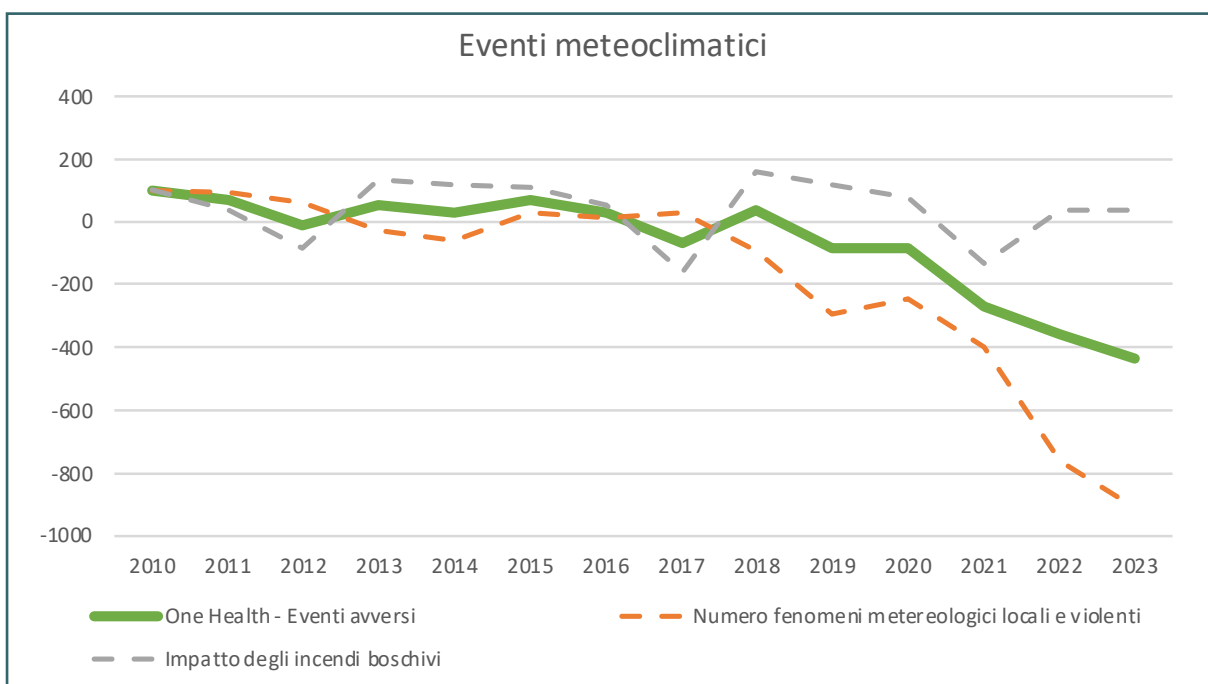


Figura 55 - Dominio Eventi meteoclimatici: dettaglio indicatori

Il Dominio preso in considerazione descrive calo decisivo a partire dal 2021, passando da un valore di 35 nel 2018 a un valore di -435 nel 2023.

Dalla dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio, emerge che l'indicatore *Numero dei fenomeni meteorologici locali e violenti* ha amplificato la sua tendenza negativa iniziata nel 2017, influenzando

fortemente l'andamento dell'intero Dominio. Il valore dell'indicatore *Impatto degli incendi boschivi* risulta invece in risalita dal 2022, anno in cui ha registrato 40 punti, rispetto a un crollo nell'anno precedente per un valore di -133 punti. Si noti che entrambi gli Indicatori in questione presentano una polarità negativa.

5.4.6 Ecoansia

L'ecoansia è definita come *"la sensazione generalizzata che le basi ecologiche dell'esistenza siano in procinto di crollare"*⁸³. Con tale termine si identificano le esperienze di ansia e preoccupazione relative alla crisi ambientale, le cui forme più diffuse sono legate al cambiamento climatico, al riscaldamento globale, all'innalzamento del livello del mare, inclusa l'estinzione di animali, l'inquinamento globale e la deforestazione.

Questa forma di ansia e paura può condurre ad episodi quotidiani di disagio, insonnia e depressione. Tali sintomi e problematiche evidenziando lo stretto rapporto che persiste tra salute dell'ecosistema ambientale e salute umana.

Per descrivere l'Ecoansia sono stati adoperati due indicatori: *Percentuale di persone preoccupate per la perdita di biodiversità; Percentuale di persone preoccupate per i cambiamenti climatici.*

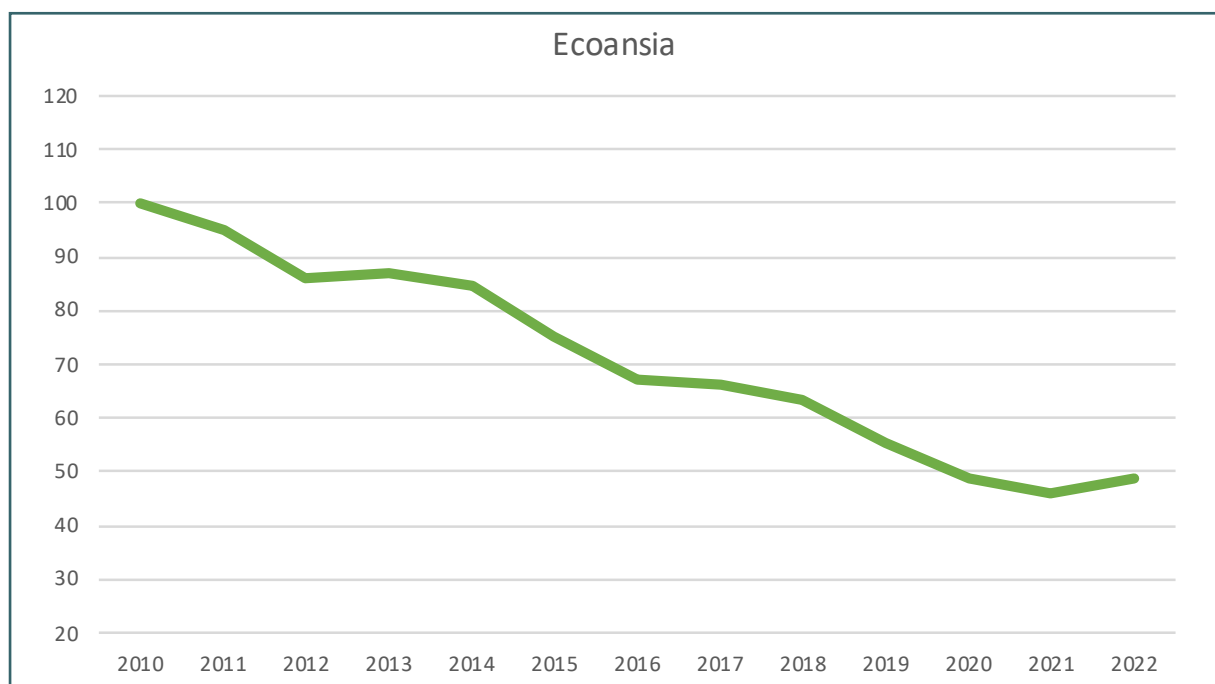


Figura 56 - Dominio Ecoansia: andamento generale

⁸³ Definizione del filosofo ambientale Glenn Albrecht, 2019.

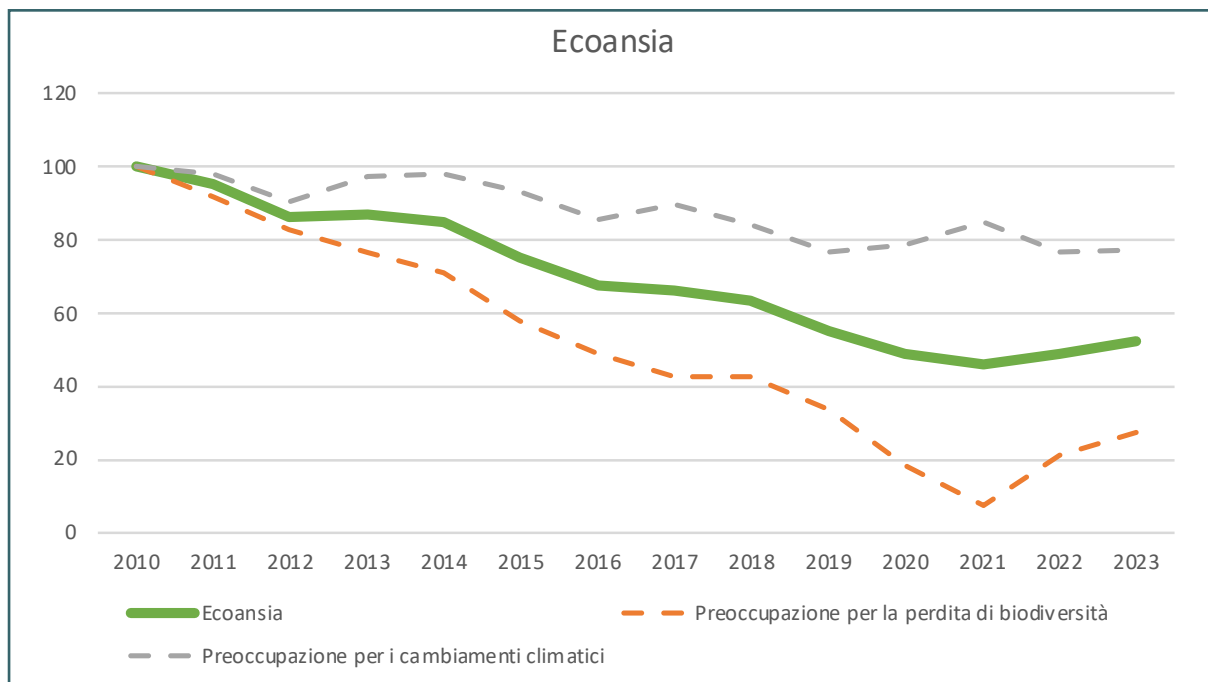


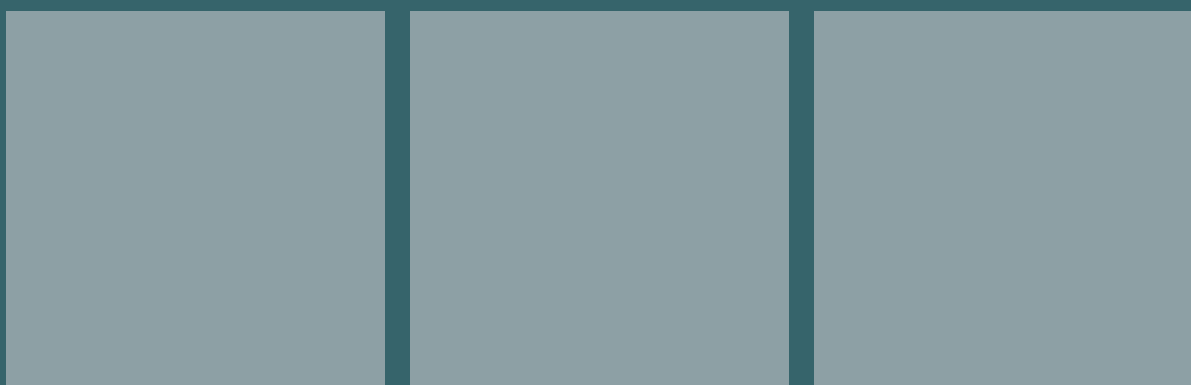
Figura 57 - Dominio Ecoansia: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento costantemente e marcatamente decrescente fino al 2021, anno in cui raggiunge il minimo storico. Il trend inverte la rotta nel 2022 e raggiunge un punteggio di 52 nell’ultimo anno.

Dal contesto degli Indicatori sottostanti al Dominio nel 2023 emerge come la tendenza positiva del Dominio sia condizionata dall’andamento dell’indicatore *Preoccupazione per la perdita di biodiversità*, che registra 28 punti. L’indicatore *Preoccupazione per i cambiamenti climatici* rimane costante rispetto all’anno 2022 con un punteggio di 77, lontano dai livelli precedenti al 2019.

6

Digitalizzazione



6. Digitalizzazione

La revisione del PNRR⁸⁴ approvata dalla Commissione, in linea con il rispetto degli obiettivi e delle tempistiche stabilite, prevede 145 nuove misure, intese a rafforzare diverse riforme, tra cui quelle per la transizione verde e digitale; incentivando lo sviluppo di tecnologie innovative, sostenendo le start up, la ricerca e lo sviluppo del Paese. In particolare, il Piano si arricchisce con l'introduzione del capitolo REPowerEU, portando il numero totale delle Missioni da 6 a 7. Questo rappresenta un cambiamento significativo per la modernizzazione e l'adeguamento del Paese ai nuovi standard europei in materia di energia, ambiente ed innovazione. La stessa Commissione ha sottolineato come, dalle modifiche proposte dal Governo italiano, sia evidente l'ambizione di investire nel digitale e nell'innovazione, favorendo lo sviluppo di nuove tecnologie, di startup innovative e investendo nella ricerca.

Già la Strategia per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione del Paese 2025⁸⁵ nasceva per l'innovazione e la digitalizzazione, affinché facessero parte di una riforma strutturale dello Stato, delineando un percorso chiaro per affrontare la sfida dello "Sviluppo inclusivo e sostenibile". Il principale obiettivo è rimasto quello di **promuovere un'innovazione etica, inclusiva, trasparente e sostenibile al fine di migliorare il benessere della società**. Le cui principali linee guida comprendono il **potenziamento delle competenze digitali** delle persone, lo sviluppo tecnologico e la formazione continua dei cittadini per prepararli ai lavori del futuro. Al centro di tale strategia vi è il progetto di una Repubblica Digitale, avente l'obiettivo di combattere il digital divide ed educare sulle tecnologie del futuro.

Sorge evidente come le competenze digitali siano centrali per la crescita sociale ed economica, dove tre condizioni di evoluzione sostenibile devono essere realizzate: consapevolezza digitale crescente nella popolazione, miglioramento dei servizi pubblici e privati basato sull'utente, e organizzazione del sistema educativo per coprire le esigenze di sviluppo delle competenze digitali⁸⁶.

La Coalizione Nazionale per le competenze e le professioni digitali⁸⁷ promossa dall'AGID già nel 2013 ed aderente alla Grand Coalition for Digital Skills and Jobs della Commissione Europea⁸⁸, ha di fatto rappresentato un passo decisivo in tale direzione, che vuole e deve essere perseguito dalle riforme del PNRR.

Essendo la transizione digitale in materia di salute un fenomeno ancora in fieri, non è stato possibile consultare indicatori statistici specifici che potessero tracciarne una precisa evoluzione e monitorarne lo sviluppo, almeno non in un arco temporale sufficiente a tracciare ed elaborare un andamento su dati puntuali e affidabili, compatibili con i criteri adottati per l'adozione nell'Indice di Vicinanza della salute che prevedono una serie storica di dati disponibili a partire dal 2010.

⁸⁴ (Il nuovo PNRR italiano, 2023)

⁸⁵ (Agenzia per l'Italia Digitale)

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ (Agenzia per l'Italia Digitale)

⁸⁸ (Commissione europea)

È stato però possibile effettuare un'analisi di contesto generale, studiando diversi fattori afferenti al più ampio concetto di digitalizzazione, che già da diversi anni investe la nostra società.

Il repentino sviluppo del fenomeno di digitalizzazione ha investito diversi ambiti, soprattutto a livello di infrastrutture e servizi, ed è in questo contesto così interconnesso e tecnologico che si devono incardinare le prestazioni di *telehealth*.

Diviene quindi fondamentale indagare lo stato dell'arte dei principali aspetti della digitalizzazione, racchiusi in un'analisi dedicata appositamente a tale fenomeno.

Tra i vari fattori studiati vi sono: la *percentuale di famiglie con connessione a banda larga (fissa o mobile)*; la *percentuale di famiglie che dispongono di almeno un personal computer e della connessione ad internet*; la *percentuale di persone che usano internet regolarmente*; la *percentuale di comuni che erogano online almeno un servizio rivolto alle famiglie*.

Tutti e quattro gli indicatori individuati tracciano un andamento positivo e in continua crescita dal 2010, registrando nel periodo una crescita del fenomeno di più del 100%, arrivando a registrare nell'annualità 2023 un valore di 209punti.

Si delinea, dunque, un quadro favorevole per l'implementazione e lo sviluppo di ulteriori sistemi digitali che possano migliorare anche altri aspetti della vita delle persone, in primis quello dell'assistenza sanitaria.

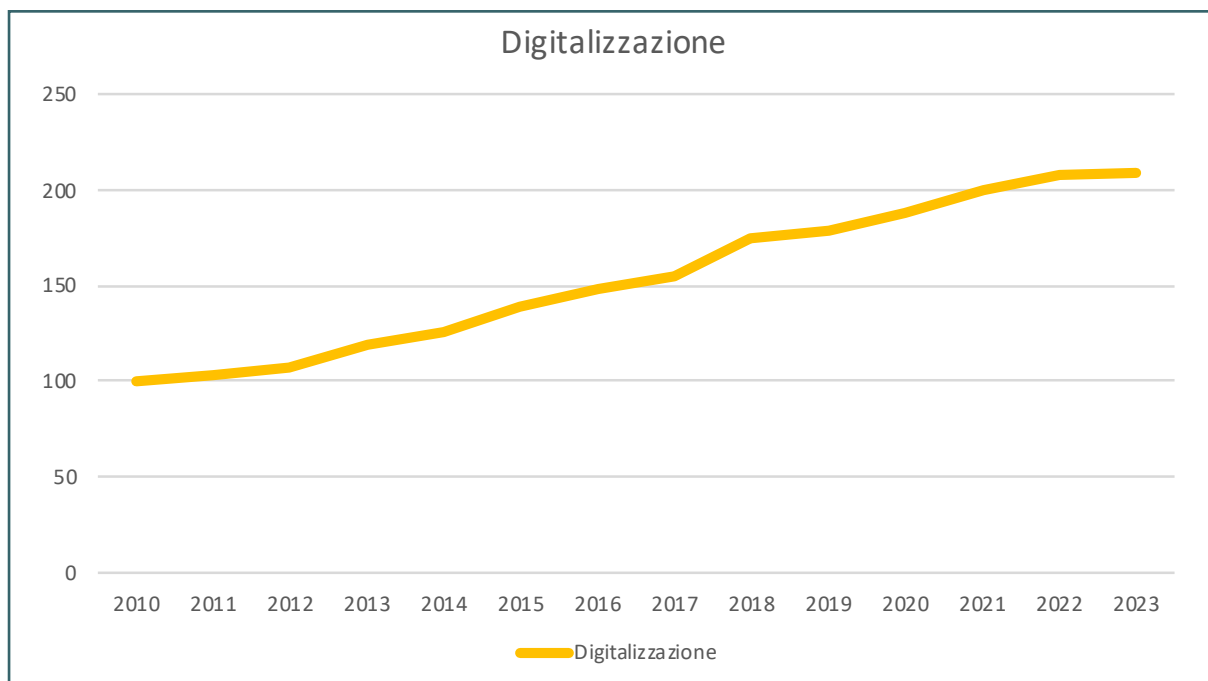


Figura 58 – Digitalizzazione: andamento generale

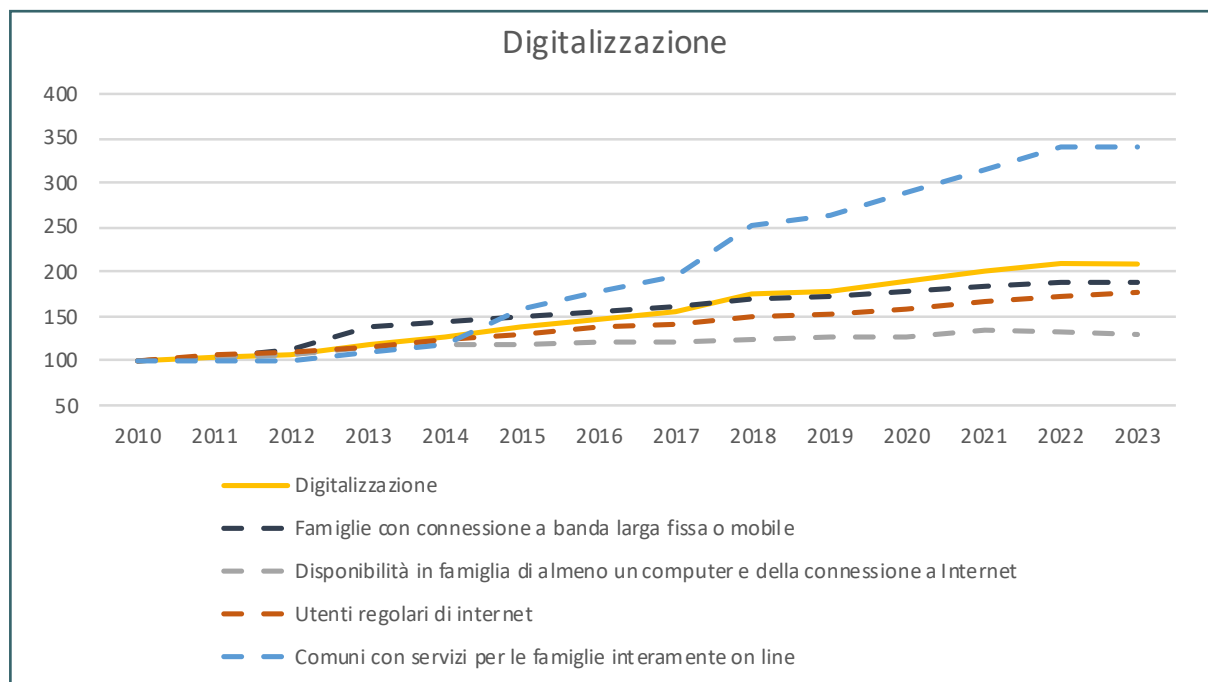


Figura 59 – Digitalizzazione: dettaglio indicatori

6.1 Digital Health

Nel quadro più ampio tracciato dalle riforme europee e nazionali, la trasformazione digitale si pone come un tassello fondamentale soprattutto per l’erogazione di servizi e prestazioni sanitarie in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

Di fatto, attraverso la *Digital Health* si vuole creare un nuovo strumento cardine per la tutela e l’esercizio del diritto alla salute: la sua messa a punto e diffusione hanno come primo intento quello di garantire un’assistenza immediata e più accessibile, tramite l’impiego di un’ampia gamma di tecnologie utilizzate per curare i pazienti e raccogliere, condividere e monitorare le informazioni sul loro stato di salute⁸⁹.

La trasformazione digitale, con la digitalizzazione dei processi e l’adozione di nuove soluzioni tecnologiche, si presenta come una sfida trasversale alle varie problematiche che il sistema Salute sta attualmente affrontando, come: la carenza di skill e di competenze; la carenza e l’invecchiamento del personale sanitario; la disparità territoriale; l’invecchiamento costante della popolazione e la crescente domanda di personalizzazione dei servizi sanitari.

Sia la disparità territoriale che la richiesta di personalizzazione dei servizi sanitari trovano una loro diretta soluzione nell’adozione di soluzioni digitali: si pensi a come l’adozione di tali strumenti agevoli la prenotazione delle prestazioni, favorisca l’accessibilità dell’assistenza, riducendo i tempi di attesa e come la Telemedicina permetta di offrire una migliore fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali.

⁸⁹ (Santoro)

L'adozione di nuovi modelli di prevenzione, cura e monitoraggio secondo l'approccio della *Connected Health* fa sì che il Sistema Sanitario si rivoluzioni tramite l'uso di servizi digitali e innovativi, modificando l'esperienza del paziente così come il ruolo e le competenze degli operatori e dei professionisti sanitari.

L'adozione di nuove tecnologie è inevitabilmente accompagnata da un riassetto organizzativo e, a seguito dell'introduzione del DM77, specificamente dell'assistenza territoriale, con i servizi sanitari e sociosanitari sul territorio che sono in procinto di subire una radicale trasformazione.

Avendo superato la metà del ciclo di progettualità previsto dal PNRR, si è superata la fase iniziale di emanazione di decreti e linee guida necessari per uniformare le procedure a livello nazionale e gli obiettivi da perseguire.

Il principale ostacolo alla diffusione degli strumenti di telemedicina e all'uso efficiente degli strumenti digitali è rappresentato da una scarsa fiducia e consapevolezza verso la telemedicina da parte degli operatori sanitari e una carenza di competenze digitali da parte dei cittadini. Questo è quanto emerge dalla **Indagine conoscitiva sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato** (arrivata alla sua seconda edizione) condotta dall'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza con l'intento di delineare un primo quadro sullo stato dell'arte dei servizi di telemedicina sul territorio nazionale, e di cui si dettaglierà compiutamente nella Appendice dedicata.

La digitalizzazione della salute rappresenta quindi un obiettivo strategico per la Missione 6 - Salute del PNRR, di cui lo sviluppo della telemedicina ne è il pilastro fondamentale.

Con il nuovo Piano ulteriori 750 milioni di euro sono stati destinati all'Assistenza domiciliare integrata e la telemedicina, per rafforzare l'assistenza territoriale e l'approccio innovativo alla tutela della salute e con l'obiettivo di raggiungere 300.000 persone⁹⁰.

È su questo obiettivo che anche Agenas ha voluto investire circa 200 milioni⁹¹ per i dispositivi necessari e avviare un percorso formativo sulle nuove modalità di cura. Con l'intento di favorire una maggiore implementazione nei percorsi di telemedicina su tutto il territorio nazionale ed in questo senso la Piattaforma Nazionale di Telemedicina vuole facilitare la presa in carico del paziente e migliorare l'accessibilità dei servizi.

L'accesso a determinati strumenti è sicuramente un aspetto fondamentale, ma altrettanto importante è che i cittadini abbiano la capacità di utilizzare in modo corretto i servizi e che sappiano orientarsi nella quantità di informazioni disponibili e tra i soggetti che erogano le prestazioni.

Si parla quindi non solo di digitalizzazione della salute ma anche di digital health literacy, ovvero di quel complesso di conoscenze e competenze che consentono alle persone di poter fruire in modo idoneo dei servizi digitali, laddove il fattore abilitante della **Vicinanza della salute** risiede proprio nell'essere in grado di fruire correttamente dei servizi di salute.

La digital health literacy è quindi un elemento essenziale per il successo della diffusione dell'eHealth.

L'individuo, in quanto primo attore e responsabile della propria salute, rimane il punto di riferimento su cui calibrare l'implementazione e lo sviluppo di tali assetti organizzativi, volendo mirare sempre di più sulla personalizzazione della cura. Tale sistema ed approccio trova, però, maggiori difficoltà nella

⁹⁰ (Il nuovo PNRR italiano, 2023)

⁹¹ (Il Sole 24 Ore, 2023)

sua messa a punto quando si scontra con un basso livello di **Health Literacy** e **Digital Literacy** diffusa nella popolazione, in particolare in quella anziana. La carenza di una o di entrambe contribuisce ad una minor livello di presa in cura del cittadino, oltre a contribuire all'incremento dei costi a carico del sistema sanitario. Di fatto, **esiste un legame diretto tra i livelli di alfabetizzazione sanitaria digitale, le disparità socioeconomiche e la qualità dello stile di vita**⁹². Pertanto, la rapida digitalizzazione dei servizi sanitari e sociali deve tenere conto dei diversi livelli di Health Literacy e Digital Literacy.

Se da un lato l'adozione di soluzioni digitali offre una maggiore accessibilità per tutti, dall'altro rischia di ampliare le disuguaglianze in materia di salute, in quanto non tutti hanno le stesse capacità di digital health literacy e di prevenzione alla disinformazione e alle fake news. Pertanto, diviene indispensabile adottare un approccio multidisciplinare che responsabilizzi i cittadini e contribuisca a creare le competenze necessarie affinché tutti gli utenti possano accedere ai servizi sanitari e sociali e trarne beneficio.

Questo approccio implica migliorare la collaborazione e il rapporto tra il paziente e l'operatore sanitario e, più nello specifico, aiutare le persone a sviluppare una maggiore confidenza con i servizi messi a disposizione dalla digital health. Strettamente collegato all'alfabetizzazione sanitaria è quella digitale, la carenza di una o di entrambe contribuisce ad una minor livello di presa in cura del cittadino, oltre a contribuire all'incremento dei costi a carico del sistema sanitario.

6.2 Literacy e competenze digitali

Dal 2014, la Commissione europea segue i progressi degli Stati membri nel campo digitale pubblicando relazioni sull'**Indice di Digitalizzazione dell'Economia e della Società (DESI)**⁹³. L'Indice fornisce un quadro di analisi sui principali ambiti della politica digitale europea, aiutando ad identificare, per i vari Paesi membri, i settori di intervento prioritari. Il DESI crea infatti una classifica degli Stati basandosi sul loro livello di digitalizzazione e monitorando il loro progresso in un arco di cinque anni.

A partire dal 2023, e in linea con il programma strategico per il decennio digitale 2030, il DESI è stato integrato nella *Relazione sullo stato del decennio digitale* ed utilizzato per monitorare i progressi compiuti verso il conseguimento degli obiettivi digitali.

Il decennio digitale stabilisce traguardi e obiettivi per il 2030, fondamentali per il successo della trasformazione digitale che promuove la competitività, la resilienza, la sovranità e la sostenibilità ed è in linea con i valori europei.

	Italia		UE
	posizione in classifica	punteggio	punteggio
DESI 2022	18	49,3	52,3

Figura 60 - Posizionamento dell'Italia nella classifica europea del DESI

⁹² (Euro Health Net, 2021)

⁹³ (Commissione europea, 2022)

Nell'edizione 2022 del DESI, l'Italia è posizionata al 18° posto sui 27 Stati membri, questo poiché la trasformazione digitale nel nostro Paese procede ad un ritmo più lento rispetto ad altre realtà europee.

Tuttavia negli ultimi anni, anche sulla base del Piano di ripresa e resilienza, l'Italia ha messo in atto sforzi significativi per la trasformazione digitale del Paese, intensificando le iniziative per digitalizzare la pubblica amministrazione, sostenere la digitalizzazione delle imprese e migliorare le competenze digitali in tutto il Paese.⁹⁴

Rimangono però le difficoltà di sviluppo e implementazione di tale trasformazione, che derivano in primis dal capitale umano e, quindi, dalla formazione e dalle competenze delle persone. Nel 2023, solo il 45,8 % delle persone in Italia possiede almeno le competenze digitali di base, con divari tra tutte le fasce di età. Questo dato rimane ben al di sotto della media UE del 55,6% e ha mostrato una dinamica limitata negli ultimi anni. Una simile condizione ha conseguenti ricadute nell'integrazione delle nuove tecnologie nella vita lavorativa e privata dei cittadini.

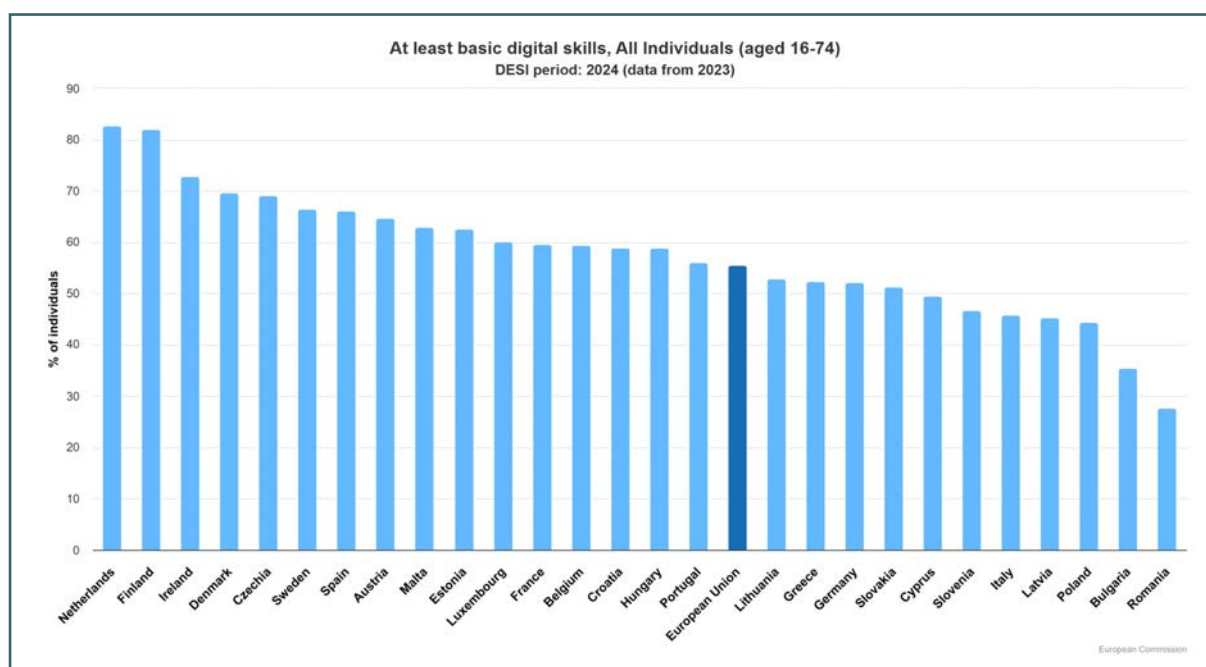


Figura 61 - Competenze digitali almeno di base, DESI 2024

Dato più interessante risulta essere la stratificazione per età delle competenze digitali nella popolazione; nel nostro Paese solo il 59% delle persone di età compresa tra i 16 e i 24 anni e il 54% di quelle di età compresa tra i 25 e i 54 anni possiede almeno le competenze digitali di base. Le medie dell'UE sono superiori di 10 punti percentuali, rispettivamente 70% e 64%⁹⁵.

La rilevazione a livello nazionale delle **competenze digitali stratificate per età**, inoltre, fa emergere un sostanziale **divario** (44 punti percentuali) tra le due fasce di età 20-24 e 65-74 per quanto riguarda le competenze digitali almeno di base.

⁹⁴ (Commissione europea, Digital Decade Country Report 2024: Italy, 2024)

⁹⁵ (Commissione europea, Digital Decade Country Report 2024: Italy, 2024)

In quest’ottica il dominio *Competenze digitali elevate*, elaborato ad hoc dall’Osservatorio a corredo dell’Indice di Vicinanza della salute, vuole fornire un’analisi di contesto sull’andamento di tale fenomeno sia a livello nazionale che in particolare per la fascia di popolazione over 60, comparando il trend generale con le fasce d’età 60-64 e 65-74. È evidente come lo sviluppo delle competenze digitali elevate sia strettamente collegato alle nuove generazioni e quindi, di contro, quale sia la parte della popolazione che necessita di più attenzione e specifiche misure di supporto.

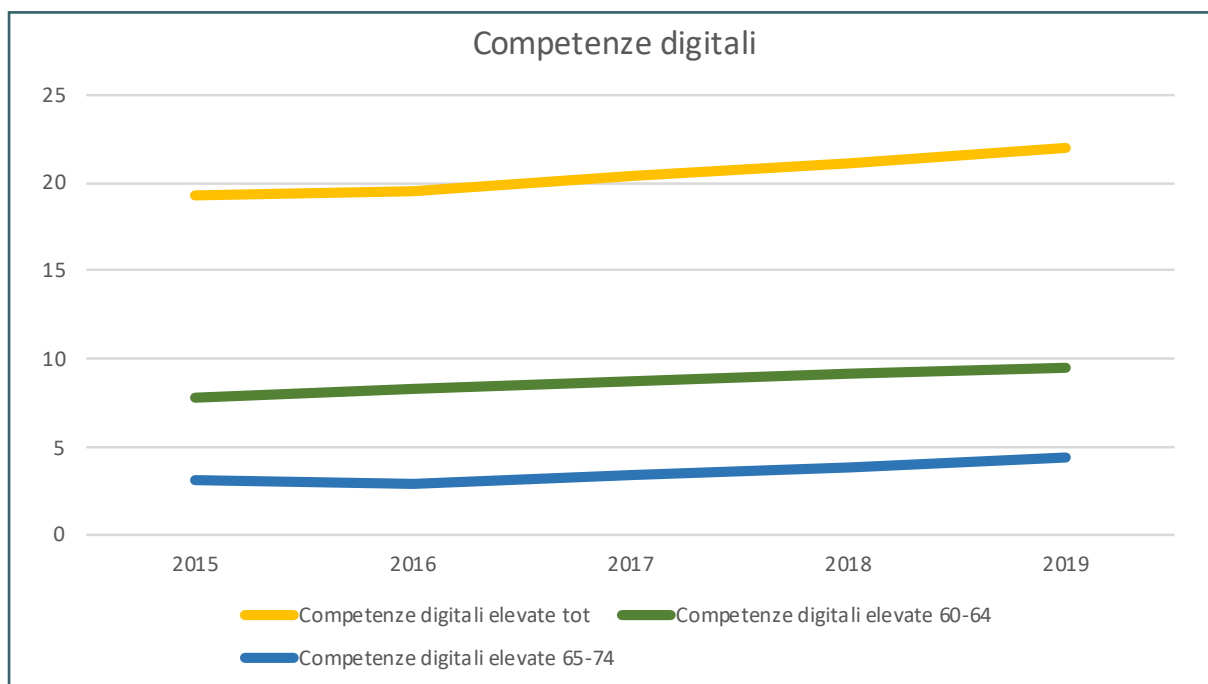


Figura 62 - Competenze digitali elevate

Si tratta di un fenomeno su cui si dovrebbe intervenire rapidamente se si pensa alla trasformazione demografica in atto che tende ad un progressivo invecchiamento della popolazione nazionale, soprattutto in funzione delle politiche di salute verso l’anziano e verso popolazione over 65, che è costitutivamente il primo destinatario delle forme di assistenza domiciliare e rivolte alla cronicità, che si intende fronteggiare principalmente attraverso gli strumenti di sanità digitale.

A tutto questo si aggiunge, infine, la condizione per cui la disponibilità di servizi pubblici digitali per i cittadini è ancora inferiore alla media UE e questo dimostra come i principali progetti e investimenti di e-government in corso non stiano ancora mostrando il loro pieno impatto.

Considerando, inoltre, che l’Italia è la terza economia dell’UE per dimensioni, l’ampio margine di progresso individuato per il nostro Paese diventa determinante al fine di raggiungere obiettivi del Decennio Digitale entro il 2030 per l’intera Unione Europea. Vengono richiesti interventi risolutivi al fine di colmare le varie lacune emerse ed il PNRR fornisce i fondi e gli strumenti necessari per accelerare tale processo.

6.3 Invecchiamento e competenze

Nel prossimo decennio, la riduzione in termini numerici e l'invecchiamento costante della popolazione europea potrebbero avere impatti negativi sulla competitività a lungo termine del continente. Questa tendenza demografica rappresenta un fenomeno significativo a livello globale, poiché si prevede che la popolazione mondiale continuerà a crescere nel corso del XXI secolo, con un invecchiamento generale sempre più evidente. Le dinamiche demografiche variano tra i paesi, ma si stima che la maggior parte della crescita globale avverrà nelle nazioni a basso reddito⁹⁶.

Queste tendenze influenzeranno la quota dell'UE nella popolazione mondiale, riducendola dal 6% attuale a meno del 4% nel 2070.

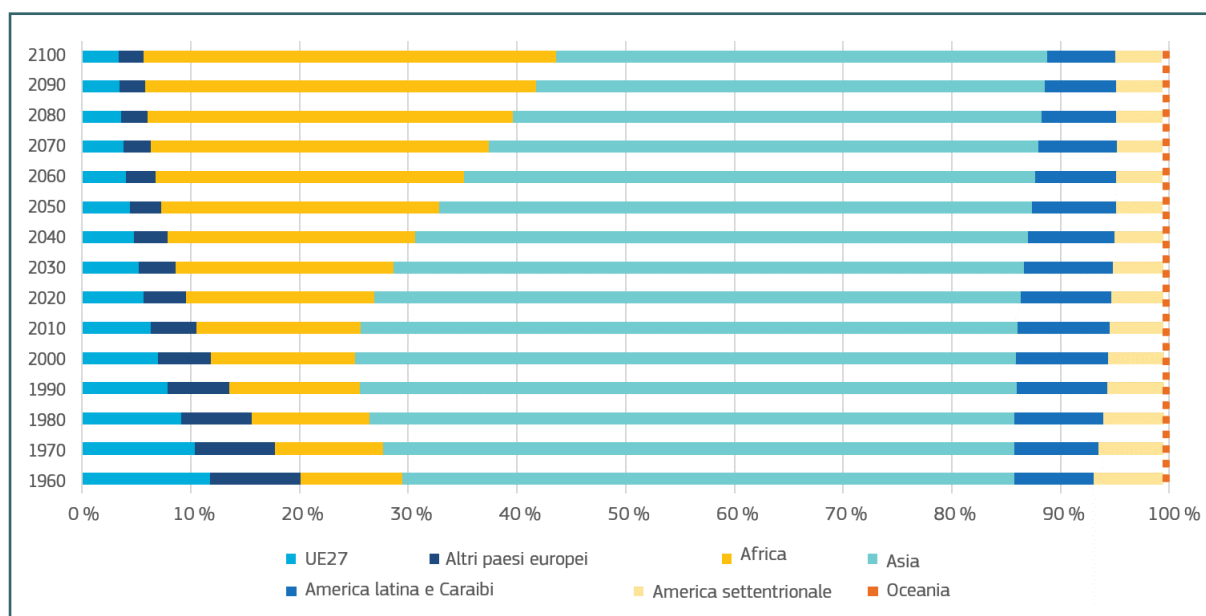


Figura 63 - Quota stimata e prevista della popolazione mondiale per Continente, 1960-2100. Commissione europea

All'interno dell'Unione Europea l'invecchiamento e la diminuzione delle nascite porteranno la popolazione a toccare il picco intorno al 2026, con una successiva diminuzione graduale nei decenni successivi.

Le previsioni indicano una diminuzione della popolazione in età lavorativa dell'UE con un conseguente aumento dell'indice di dipendenza degli anziani, che passerà dal 33% al 60% entro il 2100⁹⁷. Questo potrebbe condurre ad una diminuzione del peso relativo del mercato unico europeo nell'economia globale, con conseguente ridimensionamento del ruolo geopolitico dell'Europa.

L'invecchiamento della popolazione è un trend innegabile e rappresenta una sfida, non solo per l'Italia, ma per tutti gli Stati membri, in particolar modo per le ricadute che avrà sui sistemi sanitari e su quelli pensionistici.

⁹⁶ (Commissione europea, 2023)

⁹⁷ Ibid

Pertanto, risulta determinante consentire agli anziani di rimanere attivi nel mercato del lavoro e investire nel mantenimento e nello sviluppo delle loro competenze. Per formulare politiche mirate a rispondere alle sfide derivanti dall'invecchiamento della popolazione, diviene essenziale acquisire una conoscenza approfondita dei processi che influenzano l'evoluzione e il declino delle competenze nelle diverse fasce d'età⁹⁸.

La trasformazione demografica si intreccia con altre importanti tendenze globali, come le transizioni verde e digitale. In tale contesto storico, la tecnologia offre molte opportunità in ottica di **Vicinanza della salute**, ovvero al fine rendere il "bene salute" effettivamente fruibile e disponibile per le persone su tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, la presenza di infrastrutture digitali insufficienti e bassi livelli di competenze digitali possono contribuire ad ampliare le disparità tra regioni, gruppi demografici e generazioni.

Nasce dunque la necessità di intervenire su tali carenze ed inefficienze, iniziando con una rapida implementazione del nuovo modello territoriale e organizzativo del nostro sistema sanitario, promosso in primis dal DM77. Tale riforma si basa principalmente su un'erogazione dei servizi più capillare sul territorio, grazie soprattutto allo sviluppo e all'adozione di strumenti di Telemedicina.

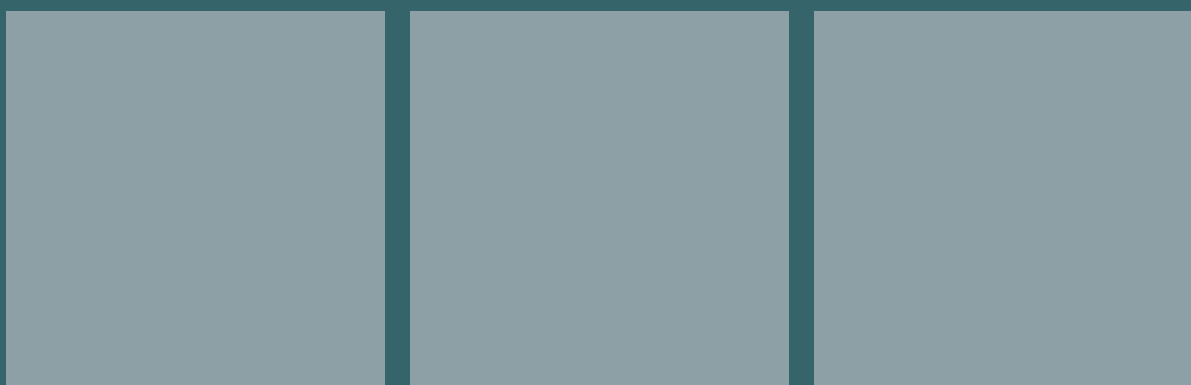
Emerge quindi la necessità di monitorare e misurare la diffusione di tale modalità innovativa per poter individuare tempestivamente e risolvere le criticità riscontrate non solo dai cittadini ma anche dalle strutture e professionisti sanitari.

In quest'ottica si inserisce il lavoro di ricerca e indagine promosso dall'Osservatorio con lo sviluppo della 1° e della 2° Survey sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato, di cui si possono leggere i risultati nella Appendice dedicata.

⁹⁸ (OECD, 2019)

7

Conclusioni



7. Conclusioni

Come spesso accade a seguito di un evento traumatico, le conseguenze potrebbero richiedere del tempo per manifestarsi, dovendo capire se ci si trova di fronte ad una **trasformazione elastica** e quindi il sistema riuscirà a ripristinarsi in condizioni simili a quelle di partenza, oppure si è di fronte ad una **trasformazione plastica** e quindi il sistema si modificherà irrimediabilmente assumendo una nuova conformazione a seguito del carico ricevuto.

I dati raccolti a oltre tre anni dalla cessazione dello stato di emergenza da Covid-19 nel nostro Paese indicano su varie dimensioni una **mancata ripresa dei valori prepandemici**, con una tendenza a stabilizzarsi su livelli inferiori, suggerendo di trovarci di fronte ad un sistema che ha subito un impatto significativo ed ha modificato i suoi connotati in maniera stabile.

Ad oggi, nonostante il mandato del PNRR, sul fronte salute, la ripresa sembra aver esaurito la sua spinta iniziale e la resilienza del sistema rimane ancora tutta da dimostrare.

È il caso ad esempio di quanto rilevato nel contesto “Individuo e relazioni sociali” alla voce “Isolamento” e “Coesione sociale”, dove si assiste all'affievolirsi dell'effetto rebound e della spinta alla ripresa dei valori prepandemici. L'andamento complessivo lascia ipotizzare un new normal con connotati sociali maggiormente disgregati ed una propensione ad iniziative associazionistiche e volontaristiche decisamente ridotta, acuendo uno dei principali problemi che segnano la popolazione in generale e quella anziana in particolare.

Guardando al contesto “Sistema organizzativo” emergono con forza le crescenti criticità legate alla “Sostenibilità” del sistema e alla “Omogeneità territoriale” che continuano la loro deriva a valori sempre inferiori. La scarsità di personale sanitario, con relativo sovraccarico, e la polarizzazione geografica di centri di eccellenza in ambito sanitario, segnano inesorabilmente l'andamento di un contesto che beneficerebbe di una spinta che riporti l'equità dell'assistenza sull'intero suolo nazionale.

In questo senso preoccupano anche i dati rilevati attraverso l'indagine conoscitiva sulla telemedicina in ambito ambulatoriale privato promossa dall'Osservatorio, e giunta alla sua seconda edizione, che attestano il mancato decollo nell'utilizzo degli strumenti digitali e delle modalità organizzative proprie della telemedicina, che sarebbero utili ed innovativi alleati per l'erogazione capillare dei servizi di salute.

All'interno del contesto “Ambiente e luoghi di vita” è invece eclatante l'aumento esponenziale del numero degli eventi meteorologici estremi che si manifestano annualmente - con i relativi scenari emergenziali che affliggono popolazioni e territori colpiti - e che richiederebbero importanti investimenti infrastrutturali per mitigare l'impatto degli stessi. Nello stesso contesto preoccupa anche l'andamento dell'“Antibioticoresistenza” che evidenzia dopo la pandemia un aumento del consumo di antibiotici per uso umano.

Tutto questo non può rimanere confinato ad un approccio a silos che vede le varie componenti come entità separate, ma vanno considerate come un tutt'uno, facendo emergere le interrelazioni che le legano e collegano per portare a quello che noi abbiamo definito essere la “**vicinanza della**

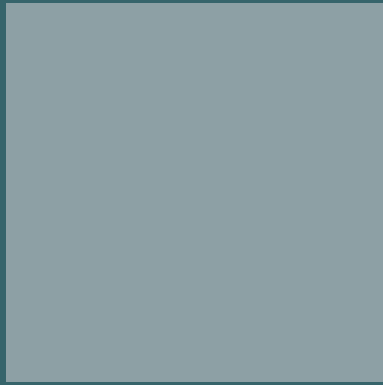
salute": un nuovo paradigma nella strutturazione delle politiche, del pensiero e dell'azione volto a garantire che tutte le componenti e le determinanti della salute siano affrontate in maniera congiunta, in modo che nessuno venga lasciato indietro.

Emerge la necessità di intervenire anche sugli strumenti di governo del sistema e nei modelli di governance laddove l'Osservatorio propone in capo alla Pubblica Amministrazione centrale una **stewardship** rinnovata e più robusta, poiché, a fronte di problematiche internazionali, la spinta di regionalizzazione e di localizzazione non può più rappresentare una risposta adeguata

Alla luce delle premesse evidenziate a livello nazionale e globale, bisogna affrontare una riforma strutturale, filosofica, strategica del nostro sistema di salute, per venire incontro alle mutate esigenze della popolazione, facendo evolvere anche alcuni paradigmi dell'assistenza e ricordandoci che **la salute è un costo, il benessere è un investimento**.

Per **coprire il costo della salute**, è necessario investire nei **sistemi produttivi nazionali**, mentre per **promuovere il benessere**, è fondamentale investire nello sviluppo di **nuovi modelli di assistenza e di cura** che passano dall'impiego di modelli di integrazione pubblico-privato e dai sempre più indispensabili strumenti di welfare integrativo, che la stessa mano pubblica propone di estendere ai propri dipendenti, promuovendo di fatto un approccio differente che vede il welfare come una risorsa importantissima sia da un punto di vista pensionistico sia da un punto di vista sanitario, a sostegno e a garanzia del benessere attuale e futuro della nostra popolazione.

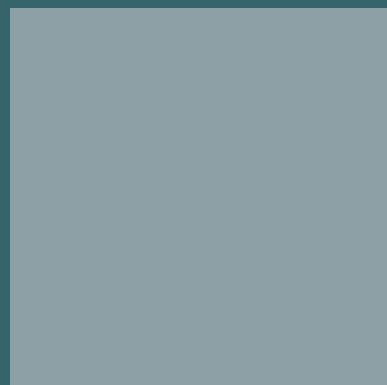
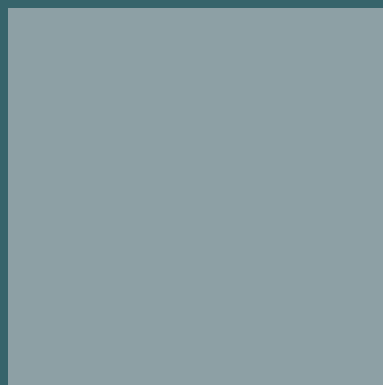
L'auspicio è, quindi, quello di una **rinnovata sinergia** tra gli attori della salute e di una **rinnovata integrazione** delle loro capacità operative all'interno degli strumenti di programmazione nazionale. Tale sinergia dovrà rispondere alla **sfida delle nuove proporzioni** attraverso un **sistema integrato di "vasi comunicanti"**, che colleghi e armonizzi le diverse sfere di azione e di intervento. Questa visione si riflette nell'immagine proposta nella nostra copertina, che simboleggia la connessione e l'interdipendenza tra i vari elementi coinvolti nel **garantire un sistema di salute solidale, equo, resiliente e sostenibile**.



APPENDICE

Indagine sullo stato dell'arte
della Telemedicina in ambito
ambulatoriale privato

II edizione



APPENDICE - Indagine sullo stato dell'arte della Telemedicina in ambito ambulatoriale privato - II edizione

Attività condotta in partnership con:



Premessa

Definire le linee di indirizzo e regolamentare le modalità di diffusione ed erogazione delle prestazioni di telemedicina è solo il primo passo per una sua più corretta ed efficace implementazione; lo step successivo consiste nell'esaminare e studiare il fenomeno già dai suoi esordi.

Stante la novità del fenomeno, ad oggi vi è una carenza di dati primari e informazioni sulla sua evoluzione, per questo motivo l'attività di ricerca dell'Osservatorio, con lo sviluppo della survey "Indagine conoscitiva sperimentale sulla telemedicina in ambito ambulatoriale privato", intende delineare un quadro sullo stato dell'arte dei servizi di telemedicina sul territorio nazionale, poiché conoscere è il primo passo per decidere.

Lo studio è stato realizzato dall'Osservatorio con il disegno scientifico del **Centro nazionale per la Telemedicina dell'Istituto superiore di Sanità** e condotto in partnership con il **fondo di sanità integrativa Fasdac**.

Alla seconda edizione della survey hanno partecipato **278 strutture ambulatoriali private e private convenzionate SSN** distribuite sul territorio nazionale: i risultati emersi permettono di conoscere e comprendere come si stanno evolvendo le intenzioni e la posizione delle strutture sull'adozione dei servizi di telemedicina, oltre a far emergere la presenza di diversi ostacoli che rallentano la diffusione e l'implementazione di questo nuovo strumento del sistema sanitario così fortemente connesso ad un relativo cambiamento culturale di fondo.

Rimane fondamentale capire come facilitare un cambiamento di tale portata, che porta con sé un forte impatto non solo sulle strutture e sui professionisti, ancora frenati da una certa diffidenza e scarsa conoscenza; ma soprattutto sul paziente, il quale deve adattarsi a modalità di erogazione e fruizione delle prestazioni totalmente nuove e digitalizzate.

A.1 Principali aspetti emersi nella precedente edizione

I risultati emersi dalla prima edizione dell'Indagine hanno rappresentato una preziosa risorsa iniziale per sviluppare strategie in grado di superare le varie sfide ancora presenti e per incentivare lo sviluppo della telemedicina: a livello generale, sul fronte tariffario, oltre che sul fronte organizzativo e normativo.

Di seguito si riportano i principali topic emersi:

- Si rivelava come l'adozione della telemedicina in ambito ambulatoriale privato in Italia fosse ancora in una fase embrionale.
- Emergevano con chiarezza gli ostacoli da superare per una corretta implementazione dei servizi di telemedicina: laddove la maggior parte delle problematiche non erano di natura tecnica, ma organizzativa e culturale.
- Uno dei principali cambiamenti da affrontare risultava essere soprattutto di tipo organizzativo e culturale, piuttosto che tecnico: come attestavano le strutture partecipanti, dichiarando problematiche relative a difficoltà organizzativa e sfiducia da parte dei clinici.
- Si osservava una forte resistenza al cambiamento: rappresentata da un 58% di strutture che non offrivano servizi di telemedicina e non intendevano inserirla nella loro offerta.
- A seconda dei cluster considerati, rivestivano maggiore importanza problematiche di carattere diverso: emergeva così l'importanza di ipotizzare strategie per la diffusione della telemedicina diverse per le varie tipologie di struttura.
- Si mostrava nodale il tema di applicazione e conoscenza delle linee guida, ancora poco diffuse con il 40% delle strutture intervistate che dichiarava di non conoscerle.
- Veniva rilevato un consistente utilizzo improprio degli strumenti ritenuti essere di telemedicina, ma di fatto non conformi alle linee guida come, ad esempio, la messaggistica su cellulare.
- Uno dei temi più critici emersi era rappresentato dal basso livello di fiducia da parte degli operatori sanitari, che si attestava solo al 27%.

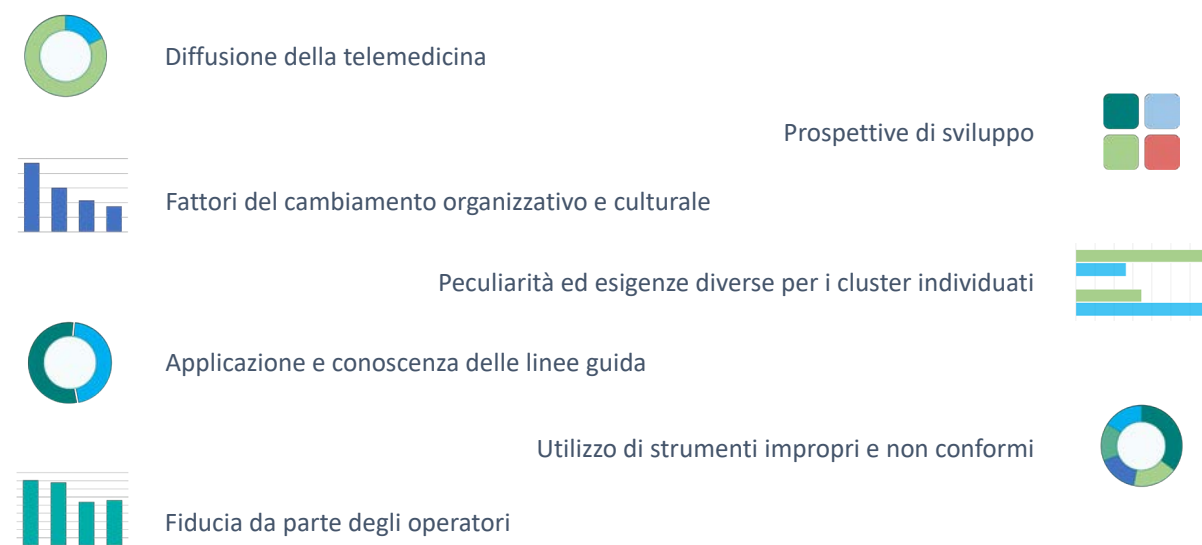


Figura 1 - Principali risultati emersi dalla 1° indagine condotta

A.2 La diffusione della telemedicina

La rilevazione che solo il 15% delle strutture partecipanti alla survey abbia dichiarato di aver adottato iniziative di telemedicina è un punto focale di analisi, evidenziando come sia ancora lungo e complesso il percorso per l'implementazione diffusa di questa modalità operativa nell'ambito ambulatoriale privato e non solo.

Possano essere molteplici le ragioni che condizionano questa percentuale ancora limitata. Innanzitutto, potrebbe essere indicativa la presenza, ancora preminente, di ostacoli e barriere tecnologiche o infrastrutturali che limitano l'accesso delle strutture a soluzioni di telemedicina. La percentuale potrebbe, inoltre, riflettere un livello ancora molto variabile di consapevolezza, accettazione e fiducia della telemedicina tra le strutture partecipanti. Alcune potrebbero essere più avanti nella comprensione dei benefici della telemedicina, mentre altre potrebbero continuare ad avere riserve legate a questioni di privacy, sicurezza o resistenza al cambiamento.

Simili dinamiche e criticità, osservate e monitorate grazie alla precedente e seguente survey, saranno oggetto di analisi più avanti nella relazione, questo poiché risulta fondamentale esaminare più approfonditamente le ragioni alla base di questa percentuale ancora bassa, al fine di delineare strategie mirate all'incremento dell'adozione della telemedicina. Tra le possibili soluzioni, potrebbe essere necessario implementare programmi di formazione, fornire incentivi finanziari o promuovere una maggiore consapevolezza riguardo ai vantaggi della telemedicina per superare le barriere attuali.

L'analisi dei motivi per cui ad oggi l'85% delle strutture non ha ancora adottato la telemedicina potrebbe portare a una comprensione più dettagliata delle sfide specifiche incontrate. Queste informazioni possono alimentare ulteriori ricerche, discussioni e politiche finalizzate a creare un ambiente più favorevole all'adozione della telemedicina nell'ambito ambulatoriale privato.

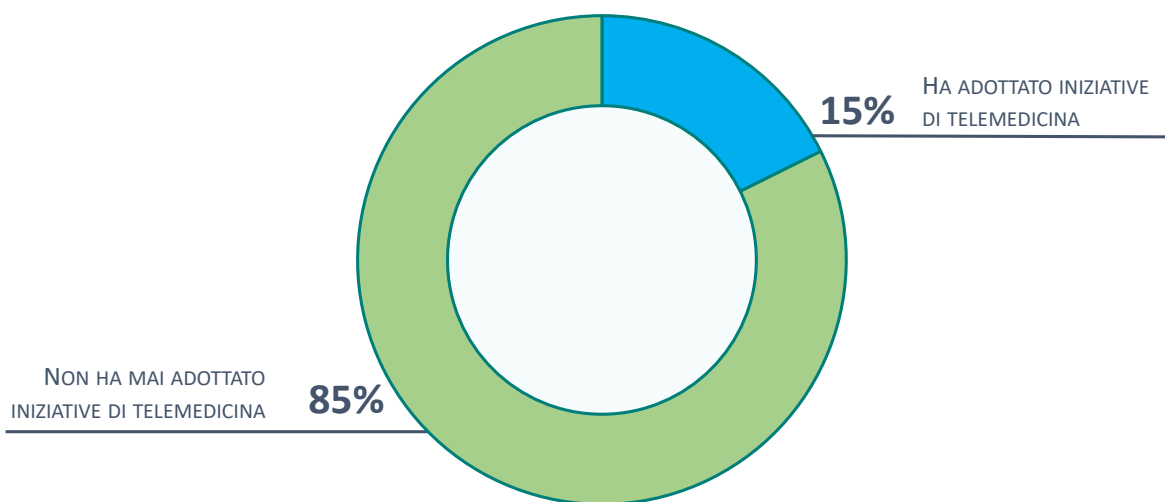


Figura 2 - Diffusione della telemedicina nelle strutture partecipanti

A.3 Le modalità di erogazione dei servizi di telemedicina

Le sfide per la diffusione della "corretta" telemedicina, ovvero una telemedicina non intesa ancora come uso di e-mail e messaggistica telefonica, bensì come modalità di erogazione che segue le linee guida vigenti, sono considerevoli poiché esiste ancora un notevole utilizzo improprio di strumenti di messaggistica che vengono erroneamente considerati come strumenti di telemedicina. Questo comporta problematiche relative alla sicurezza dei dati sanitari e spesso si utilizzano termini impropri, si improvvisano modalità di erogazione dei servizi, creando confusione e mancanza di trasparenza verso i pazienti.

Dall'analisi dei dati della 2° survey, si delinea un panorama in leggero miglioramento, rispetto al 2023, al netto dell'utilizzo di piattaforme digitali via web:

- Il 32% delle strutture ha dichiarato di fare riferimento a una piattaforma digitale via web (35% nel 2023).
- Il 23% utilizza una piattaforma attraverso un'app dedicata (18% nel 2023).
- Il 20% fa uso di apparecchiature dedicate (16% nel 2023).
- Il restante 25%, in diminuzione rispetto alla precedente survey (31%), è suddiviso tra l'uso di e-mail (11%) e altre modalità, inclusa la messaggistica cellulare come WhatsApp e altre forme di utilizzo improprio della telemedicina (14%).

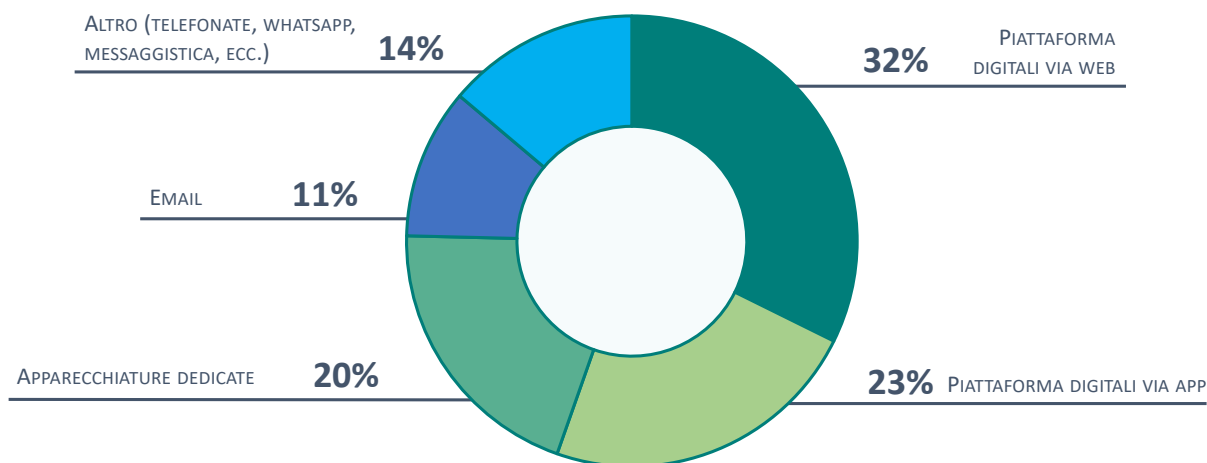


Figura 3 - Modalità di erogazione dei servizi di telemedicina

Rispetto alla 1° Survey, si evidenzia quindi la crescita nell'adozione di modalità di erogazione più consone per un corretto utilizzo degli strumenti di telemedicina.

Di seguito si riporta il confronto tra le modalità adottate dalle strutture partecipanti alla 1° survey con quelle della 2°.

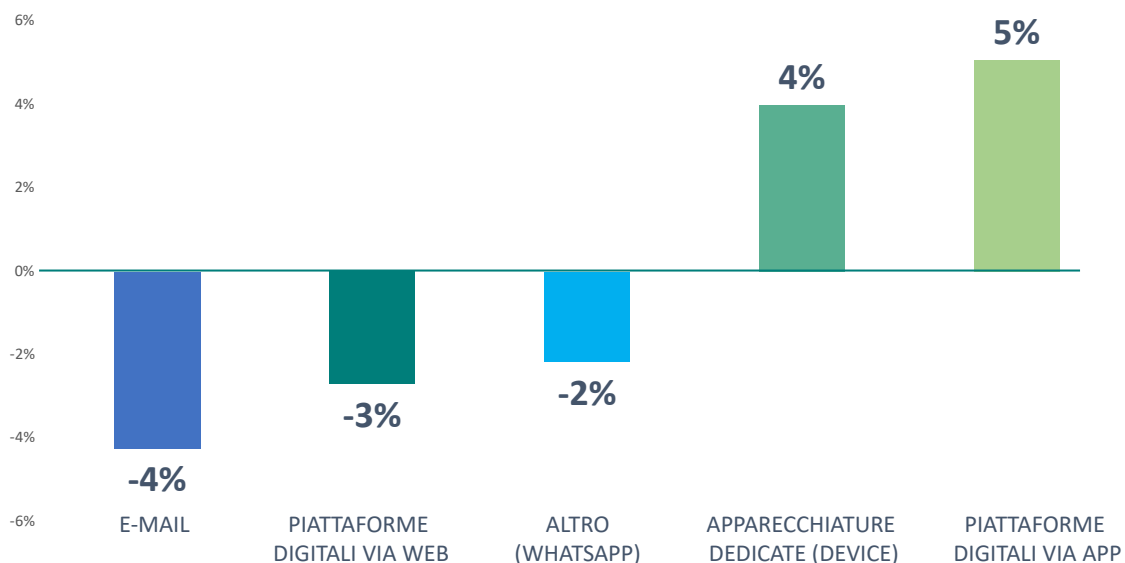


Figura 4 - Modalità di erogazione dei servizi di telemedicina 2024 vs 2023

A.4 Le specialità cliniche nell’offerta di telemedicina

Nel corso della ricerca, sono state analizzate le specialità cliniche coinvolte nell’ambito dei servizi di telemedicina forniti dalle varie strutture sanitarie. I servizi di telemedicina considerati comprendono diverse modalità quali telemonitoraggio, teleassistenza e teleconsulto.

Come evidenziato nella figura sottostante, Salute mentale (Psichiatria e Psicologia) insieme a Cardiologia si posizionano al primo posto, rappresentando entrambe il 6% dei servizi di telemedicina forniti dalle strutture sanitarie partecipanti.

Seguono al 5% Diagnostica per immagini (radiodiagnostica), Endocrinologia e Diabetologia, Scienza dell’alimentazione.

Rispetto alla precedente survey, dove Pneumologia e Neurologia si posizionavano nei primi 5 posti, si osserva una diversificazione verso altre specialità mediche, evidenziando l’adattabilità della telemedicina in contesti clinici vari.

È particolarmente interessante notare che, nelle prospettive di sviluppo, sono contemplate specialità riconducibili all’ambito riabilitativo e della medicina dello sport indicando un futuro potenzialmente ricco di innovazioni e applicazioni avanzate anche in ambiti diversificati.

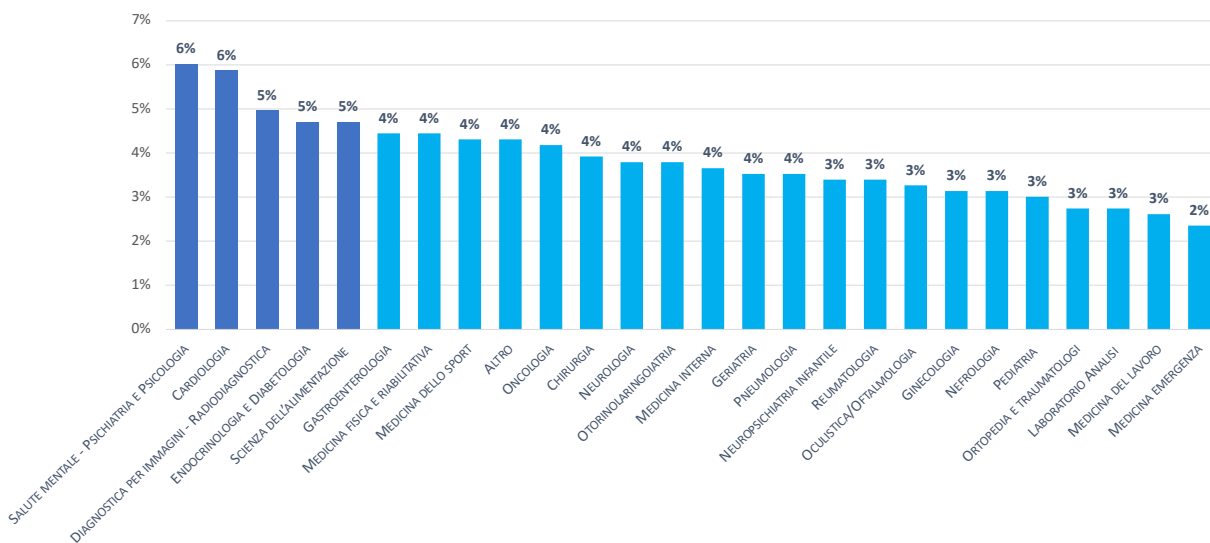


Figura 5 - Specialità cliniche per totale di servizi di telemedicina attivati 2024

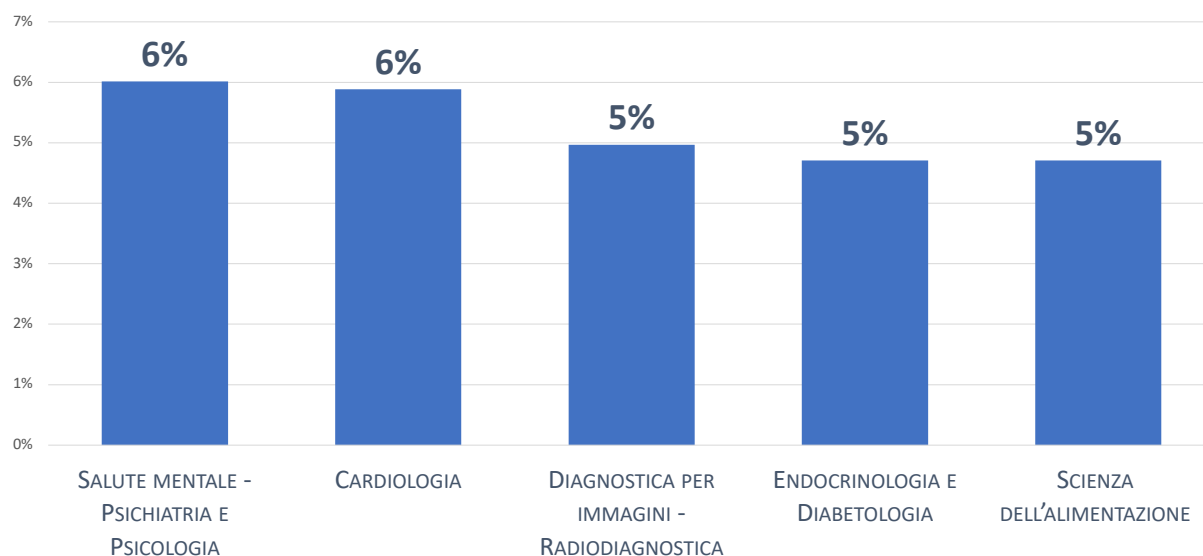


Figura 6 - Specialità cliniche per totale di servizi di telemedicina attivati - top 5 2024

A.5 I volumi di attività in telemedicina

La distribuzione per volumi di attività delle strutture rispondenti evidenzia ulteriormente come l'adozione della telemedicina in ambito ambulatoriale privato in Italia sia ancora in fase embrionale. La maggior parte delle strutture sta sperimentando questa modalità di erogazione dell'assistenza in piccola scala, suggerendo che c'è un notevole margine di crescita e sviluppo per il settore.

Il fatto che solo il 15% delle strutture sanitarie abbia dichiarato di aver adottato servizi di telemedicina sottolinea inequivocabilmente che questo fenomeno è ancora fermo ai primi passi nel contesto sanitario italiano.

Un indicatore ulteriore di questa fase iniziale è rappresentato dai volumi limitati di prestazioni di telemedicina erogati annualmente. I dati rivelano che il 48% delle strutture offre meno di 100 prestazioni di telemedicina all'anno, il 37% si colloca nella fascia tra le 100 e le 500 prestazioni, mentre solo il 15% delle strutture eroga oltre 501 prestazioni annuali attraverso la telemedicina.

La limitata diffusione della telemedicina potrebbe essere attribuita a diversi fattori, analizzati in dettaglio nella sezione dedicata appositamente a *Gli ostacoli allo sviluppo dell'offerta di telemedicina*.

Tuttavia, il trovarsi ancora in una fase iniziale può rappresentare anche un'opportunità. L'adozione graduale della telemedicina consente alle strutture sanitarie di acquisire esperienza, di affinare le best practices e di affrontare gradualmente le sfide emergenti. Il settore ha di fronte un potenziale significativo per crescere, espandersi e contribuire a migliorare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi sanitari in Italia. Per questo motivo diviene necessario continuare a monitorare lo sviluppo e l'andamento del fenomeno, per acquisire maggiore consapevolezza delle sfide e delle opportunità della telemedicina nel panorama sanitario nazionale.

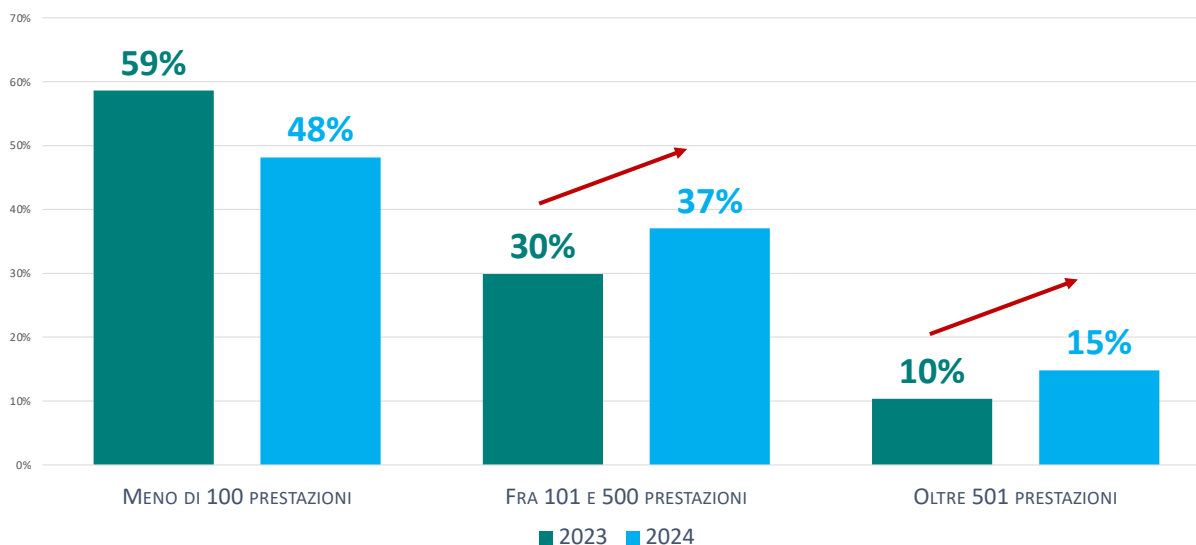


Figura 7 - Volumi di prestazioni di telemedicina erogate annualmente 2024 vs 2023

Rispetto alla 1° Survey si osserva un aumento dell’adozione della telemedicina per volumi di attività oltre le 101 prestazioni: nello specifico + 7% per volumi fra 101 e 500 prestazioni e + 5% per volumi oltre le 501.

Diviene interessante notare, inoltre, come le percentuali relative ai volumi di pazienti coinvolti nelle prestazioni di telemedicina riflettano una tendenza più o meno simile a quelle riscontrate nei volumi di prestazioni erogate annualmente.

Il 57% delle strutture offre prestazioni a meno di 100 assistiti, in diminuzione del 6% rispetto al 2023, il 29% si colloca nella fascia tra 101 e 500 assistiti in continuità rispetto al precedente anno. Mentre è in aumento la percentuale di strutture che assistono più di 501 pazienti attraverso la telemedicina, il 14% rispetto al 9% del 2023.

Queste percentuali suggeriscono però che, al momento, le prestazioni di telemedicina coinvolgono un numero relativamente limitato di pazienti all’interno delle strutture.

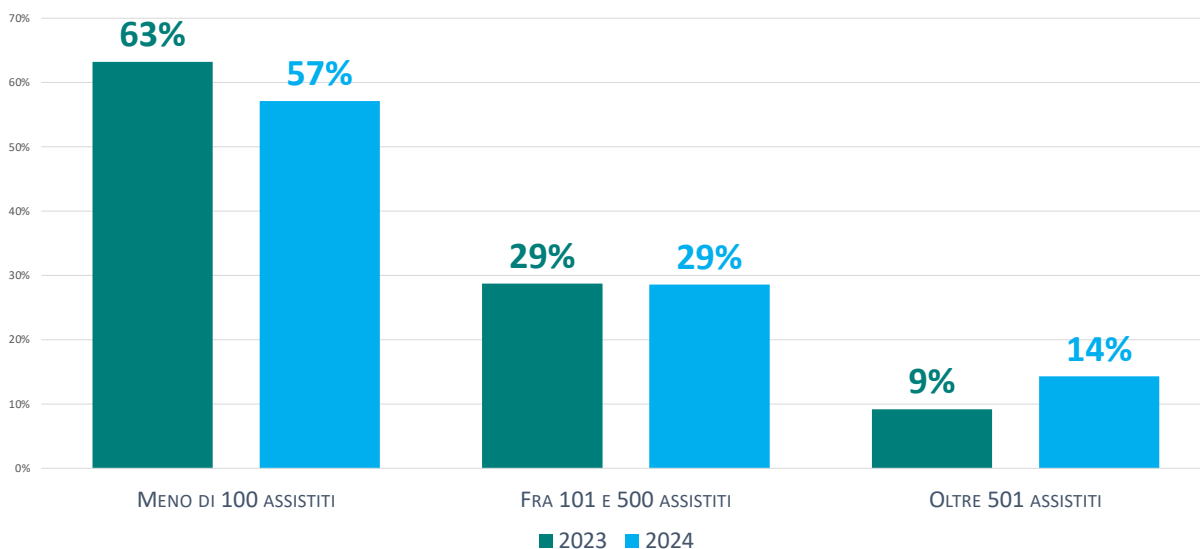


Figura 8 - Volumi di pazienti coinvolti nell'erogazione di prestazioni di telemedicina annualmente 2024 vs 2023

A.6 L'aderenza alle Linee Guida nella produzione dei documenti sanitari

L'adeguamento alle linee guida tecniche è cruciale al fine di garantire che l'erogazione dei servizi di telemedicina sia conforme agli standard e alle *best practice* del settore.

Dall'indagine condotta è tuttavia emerso che il 60% delle strutture sanitarie rispondenti dichiara di non aver adottato le linee guida tecniche, evidenziando un'assenza di conformità con gli standard previsti.

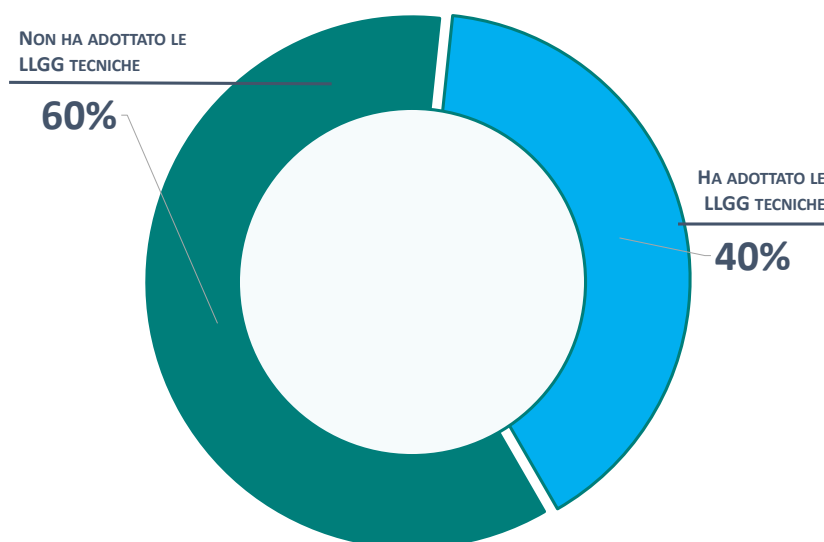


Figura 9 - Produzione dei documenti sanitari conformi a linee guida tecniche di riferimento in ambito nazionale per lo standard HL7 CDA R2

Nello specifico, l'analisi delle risposte alla survey rivela una serie di dati interessanti e significativi riguardo all'adesione delle strutture alle linee guida tecniche per la telemedicina, in linea con i risultati dell'anno precedente:

- **Adeguamento alle Linee Guida tecniche (47%):** il 47% delle strutture sanitarie rispondenti continua ad esprimere l'intenzione di adeguarsi alle Linee Guida tecniche per la telemedicina. Questo rappresenta un segnale positivo di consapevolezza e volontà di adottare pratiche corrette nella fornitura dei servizi di telemedicina.
- **Nessun adeguamento alle Linee Guida tecniche (13%):** il 13% delle strutture dichiara di non avere intenzione di adeguarsi alle linee guida tecniche. Questo potrebbe riflettere una scelta consapevole di non adeguarsi a tali standard o potrebbe indicare una mancanza di interesse nell'addeire a pratiche standardizzate.
- **Mancanza di conoscenza delle Linee Guida tecniche (40%):** un dato che desta ancora preoccupazione è il 40% delle strutture che non conosce le linee guida tecniche per la telemedicina. Questo potrebbe indicare una mancanza di informazioni o di consapevolezza su quale dovrebbe essere l'approccio corretto alla telemedicina.

La mancanza di conoscenza delle linee guida tecniche rappresenta un ostacolo significativo per l'adozione corretta della telemedicina. Affrontare questa carenza richiede sforzi significativi per informare e formare le strutture sanitarie sulle normative, le linee guida vigenti e le prospettive di svilup-

po della telemedicina. Inoltre, la creazione di risorse informative e la promozione dell'educazione continua diventano azioni fondamentali per garantire che le strutture seguano pratiche corrette e siano in grado di beneficiare appieno della telemedicina.

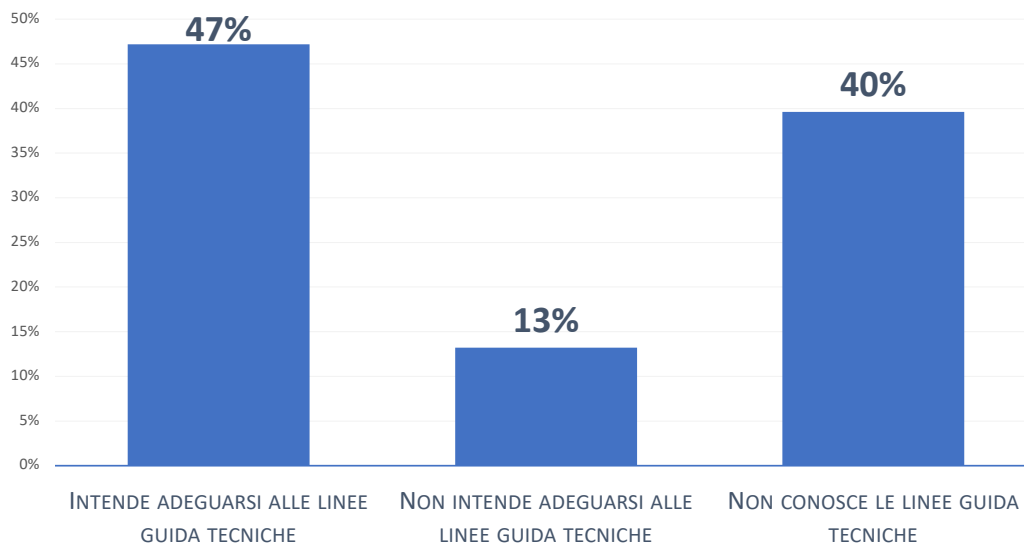


Figura 10 - Intenzione di adeguare la produzione dei documenti sanitari alle linee guida tecniche di riferimento in ambito nazionale

A.7 Le prospettive di sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina

Anche nella 2° survey sono state indagate le intenzioni delle strutture sanitarie di adottare o ampliare i servizi di telemedicina nel prossimo futuro. Dai dati emerge una tendenza leggermente più critica rispetto a quella dell'anno precedente:

- Il 65% (63% nel 2023) delle strutture rispondenti non ha intenzione di adottare o ampliare i servizi di telemedicina. Questo può riflettere la continua presenza di una certa cautela o la necessità di risorse aggiuntive per l'espansione della telemedicina.
- Il 4% (3% nel 2023) è indeciso o sta valutando le opzioni, il che suggerisce un certo grado di interesse o curiosità riguardo alla telemedicina.
- Il 31% (34% nel 2023) ha l'intenzione di sviluppare nuovi servizi di telemedicina. Questo rimane un segnale positivo, che indica una crescente adozione di questa modalità di erogazione delle cure.

Analizzando più nel dettaglio le risposte offerte dal 31% delle strutture che hanno dichiarato di avere intenzione di sviluppare l'offerta di servizi di telemedicina, emerge che le specialità mediche per lo sviluppo della Telemedicina rimangono più o meno simili a quelle del 2023; al netto delle specialistiche di Medicina fisica e riabilitativa e Endocrinologia e Diabetologia, presenti quest'anno nei primi posti al posto di Laboratori di Analisi e Neurologia. Nel dettaglio:

- **Cardiologia (16%):** la cardiologia rappresenta il 6% delle attuali offerte di telemedicina, è incoraggiante notare come anche quest'anno una buona percentuale delle strutture intenda sviluppare ulteriori servizi di cardiologia tramite telemedicina nel prossimo futuro. Questo suggerisce un interesse crescente nell'applicazione della telemedicina per la gestione delle condizioni cardiache.

- **Diagnostica per Immagini (7%):** queste discipline sembrano continuare ad aprirsi al mondo della telemedicina, indicando la possibilità di offrire servizi di consultazione e interpretazione di risultati di laboratorio e diagnostica a distanza.
- **Medicina fisica e riabilitativa (7%):** rispetto al 2023, questa specialità rappresenta un'area di interesse nuova per lo sviluppo della telemedicina, indicando come tali strumenti possano essere utili per il monitoraggio e la gestione delle condizioni fisiche.
- **Endocrinologia e Diabetologia (5%):** L'interesse nell'area Endocrinologia e diabetologia sia tra le attuali offerte già erogate, che in prospettiva futura, si mostra una novità rispetto alla precedente Survey.
- **Ortopedia e Traumatologia (5%):** l'ortopedia e la traumatologia si confermano aree di interesse. Questo potrebbe indicare un potenziale utilizzo della telemedicina per consulenze preoperatorie, follow-up post-operatori o discussioni di casi complessi con i chirurghi.

Questi dati suggeriscono una crescente consapevolezza dell'importanza della telemedicina in diverse specialità mediche e la volontà di espanderne l'uso. Ciò potrebbe aprire nuove opportunità per migliorare l'accesso alle cure sanitarie e l'efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari in Italia.

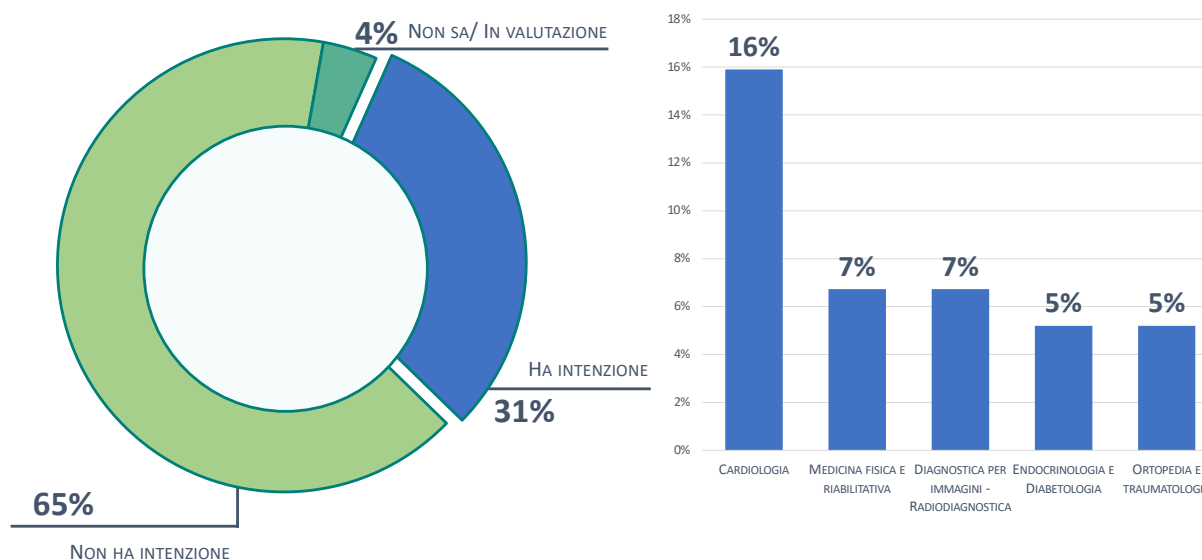


Figura 11 - Intenzione di adottare una soluzione di telemedicina o di ampliare l'offerta di servizi nel corso dei prossimi 12 mesi - 2024

A.8 La matrice dello sviluppo dell'offerta di telemedicina

La matrice dello sviluppo dell'offerta di telemedicina riflette l'eterogeneità nelle risposte delle strutture sanitarie partecipanti rispetto all'adozione e allo sviluppo della telemedicina. Rispetto al 2023 si evidenzia una tendenza negativa: la maggior parte delle strutture continua a non adottare la telemedicina e si conferma una certa reticenza nei confronti della sua adozione e sviluppo nel prossimo futuro.

- Il 10% delle strutture offre servizi di telemedicina e ha intenzione di sviluppare ulteriormente la propria offerta.
- Il 5% delle strutture ha già adottato iniziative di telemedicina ma non ha intenzione di svilupparle ulteriormente.

- Il 25% delle strutture non ha ancora adottato la telemedicina, ma intende svilupparla nei prossimi 12 mesi.
- Il 60% delle strutture intervistate dichiara di non offrire servizi di telemedicina e di non avere intenzione di inserire tali servizi nella propria offerta nel prossimo futuro;

Questi risultati, in particolar modo l'ultimo dato, relativo ad una così importante percentuale di strutture "refrattarie" alla telemedicina, confermano la necessità di approfondire la comprensione delle motivazioni e delle barriere che influenzano l'adozione della telemedicina in Italia al fine di guidare futuri sforzi di sviluppo e promozione.

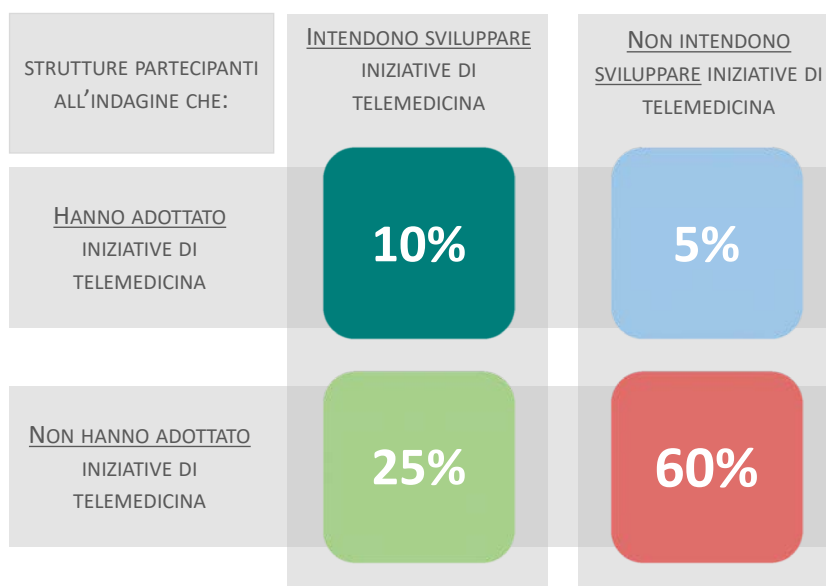


Figura 12 - Matrice dello sviluppo dell'offerta di telemedicina 2024

A.9 Gli ostacoli allo sviluppo dell'offerta di telemedicina

I risultati della 2° indagine evidenziano chiaramente una serie di ostacoli significativi che le strutture hanno incontrato nell'implementazione dei servizi di telemedicina. Analizzando più approfonditamente ciascun ostacolo individuato, emerge che:

- **Non ha incontrato ostacoli (5%):**
Diminuisce la percentuale di strutture che dichiara di non incontrare ostacoli nell'implementazione della telemedicina (12% nel 2023). Queste strutture possono aver beneficiato di una preparazione organizzativa e di una predisposizione culturale che hanno facilitato l'adozione dei servizi di telemedicina.
- **Non ha incontrato ostacoli e non è impegnato in attività di telemedicina (37%):**
Alla precedente percentuale di strutture che hanno dichiarato di non aver incontrato ostacoli si aggiunge un ulteriore 37%, in aumento rispetto alla 1° Survey (28%), che ha dichiarato di non aver incontrato ostacoli. Questa percentuale è stata volontariamente separata dalla precedente

poiché rappresenta un insieme di strutture che, di fatto, non è impegnato nell'erogazione di servizi di telemedicina. Tale condizione trasferisce quindi un minore contributo informativo circa l'assenza di ostacoli o problematiche riscontrate.

- **Ha riscontrato ostacoli (58%):**

Il 58% delle strutture partecipanti ha dichiarato di aver riscontrato ostacoli nell'implementazione dei servizi di telemedicina (60% nel 2023).

La distribuzione delle risposte non risulta troppo dissimile da quella del precedente anno: si consolidano i primi 4 ostacoli dichiarati dalle strutture. Nello specifico:

- > **Complessità in termini organizzativi (22%):**

Il 22% delle strutture ha segnalato la complessità organizzativa come principale ostacolo. Questo sottolinea la necessità di ristrutturare i processi e i flussi di lavoro per integrare efficacemente la telemedicina nelle pratiche quotidiane. Potrebbe implicare la ridefinizione dei ruoli, delle responsabilità e delle procedure operative per adeguarsi all'erogazione di servizi di telemedicina in conformità alle linee guida.

- > **Scarsa Propensione o Collaborazione del Personale Medico (18%):**

Il 18% delle strutture ha indicato la resistenza o la scarsa propensione alla collaborazione del personale medico come un ostacolo rilevante. Questo sottolinea l'importanza di coinvolgere attivamente il personale medico e sanitario nel processo di adozione, fornendo formazione, supporto e comunicazione efficace per superare le varie resistenze.

- > **Onerosità Economica (9%):**

La presenza dell'onerosità economica come ostacolo per il 9% delle strutture suggerisce la necessità di investimenti significativi in infrastrutture, formazione e sicurezza dei dati per implementare con successo la telemedicina. Affrontare queste sfide richiederà strategie finanziarie e modelli di sostenibilità adeguati.

- > **Mancanza di Dotazioni Tecnologiche (8%):**

La mancanza di dotazioni tecnologiche, segnalata dal 8% delle strutture, indica la necessità di investire in hardware e software specifici per supportare l'erogazione dei servizi di telemedicina. Questo potrebbe includere l'acquisto di apparecchiature mediche connesse e l'implementazione di piattaforme software adatte.

Affrontare con successo questi ostacoli richiede una strategia integrata che consideri aspetti organizzativi, culturali, economici e tecnologici. La collaborazione tra i vari attori del settore sanitario, l'implementazione di politiche di incentivo, e la promozione di una cultura favorevole all'innovazione si dimostrano fondamentali per superare queste sfide e promuovere una più ampia adozione della telemedicina in Italia.

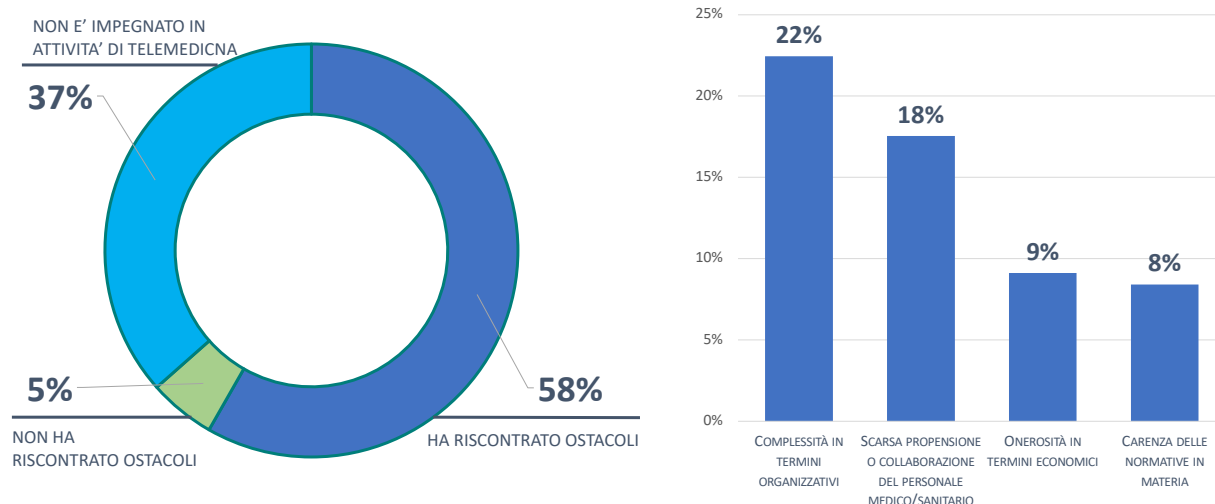


Figura 13 - Ostacoli riscontrati nello sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina - Top 4

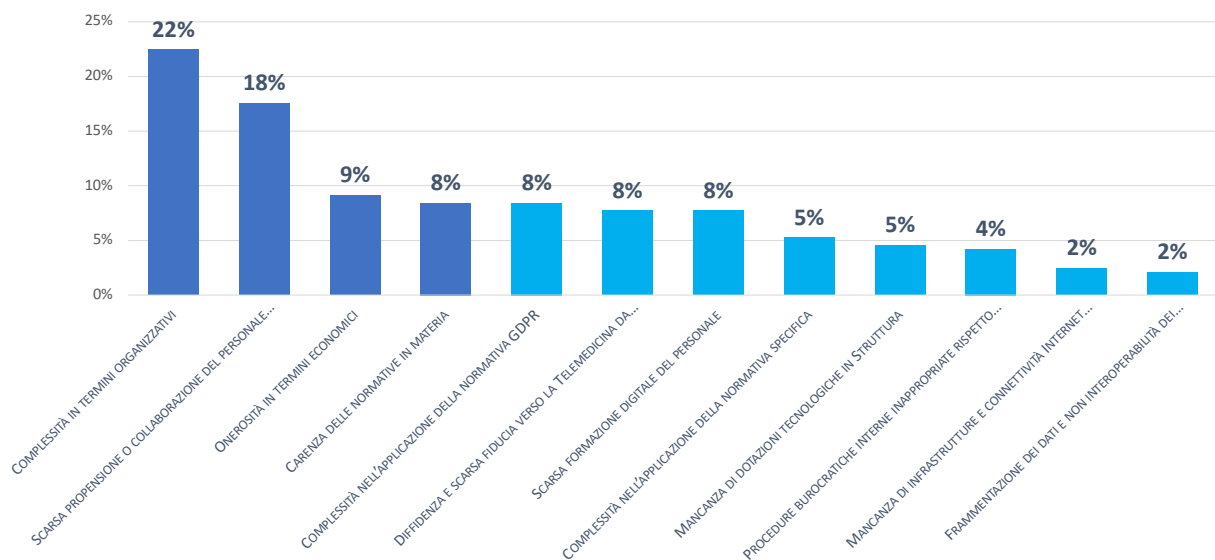


Figura 14 - Ostacoli riscontrati nello sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina

La percezione degli ostacoli nello sviluppo dei servizi di telemedicina varia in base alla dimensione della struttura sanitaria.

Nello specifico dall'indagine è emerso che:

- Le sfide legate alla complessità organizzativa e alla scarsa propensione del personale medico hanno percentuali rilevanti sia tra le strutture piccole (19% per entrambi gli ostacoli) che tra le più grandi (20% per complessità organizzativa e 18% scarsa collaborazione): queste percentuali suggeriscono che la complessità organizzativa e la resistenza al cambiamento del personale medico rappresentano sfide universali nell'adozione della telemedicina, indipendentemente dalle dimensioni della struttura.
- Emerge per entrambe le tipologie di struttura una forte diffidenza e scarsa fiducia verso la telemedicina da parte della struttura sanitaria: 11% per le grandi e 9% per le piccole.

- La complessità nell'applicazione della normativa GDPR emerge come un problema rilevante per le strutture di grandi dimensioni (14%). Questo suggerisce che, all'aumentare della complessità e dell'estensione dei servizi di telemedicina, si rende necessaria una gestione più sofisticata dei dati e una maggiore attenzione alla sicurezza dei sistemi.



Figura 15 - Ostacoli riscontrati nello sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina per cluster di struttura 2024

Partendo da queste premesse, emerge come quel 60% di strutture sanitarie che non aderiscono alla telemedicina (si veda la matrice dello sviluppo dell'offerta di Telemedicina) rappresenta ancora una sfida significativa. Alla base di questa situazione, si riscontra una resistenza al cambiamento e all'innovazione all'interno del settore sanitario e, più nello specifico, in quello ambulatoriale privato. Diviene quindi fondamentale individuare e comprenderne pienamente i motivi, per elaborare e sviluppare delle soluzioni efficaci.

Nell'offerta dei servizi di telemedicina, i pazienti possono riscontrare diversi problemi che influenzano la loro percezione e la loro adesione a questa modalità di cura. Dalla 2° survey, le strutture sanitarie ritengono che le principali sfide riscontrate dai pazienti siano costituite da:

- **Diffidenza verso la Telemedicina (30%):** un significativo 30% delle strutture sanitarie ritiene che i pazienti possano avere diffidenza verso la telemedicina. Questo potrebbe essere dovuto a preoccupazioni sulla qualità delle cure, sulla sicurezza dei dati o sulla mancanza di interazione fisica con i professionisti sanitari.
- **Scarsa familiarità con le tecnologie informatiche (23%):** la mancanza di familiarità con le tecnologie informatiche rappresenta un ostacolo significativo. Questo potrebbe includere la mancanza di competenze informatiche necessarie per partecipare con successo alle sessioni di telemedicina o per utilizzare gli strumenti necessari.
- **Difficoltà nell'uso dei software e dei dispositivi (22%):** la difficoltà nell'uso dei software e dei dispositivi necessari è un altro problema importante. Questo potrebbe riguardare la comprensione delle interfacce utente, la configurazione dei dispositivi o la navigazione nei servizi online.

- **Scarsa informazione sui servizi erogati in Telemedicina (18%):** un altro problema rilevante è la mancanza di informazioni sui servizi erogati in telemedicina. Questo suggerisce che i pazienti potrebbero non essere a conoscenza delle opportunità e dei servizi disponibili attraverso questa modalità di cura.

Tali risultati evidenziano la necessità di fornire un supporto adeguato ai pazienti, inclusa l’educazione e la formazione, per migliorare la loro comprensione e comfort nell’uso della telemedicina. La diffidenza e l’insicurezza possono essere affrontate con una maggiore trasparenza, educazione e supporto da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti della salute.

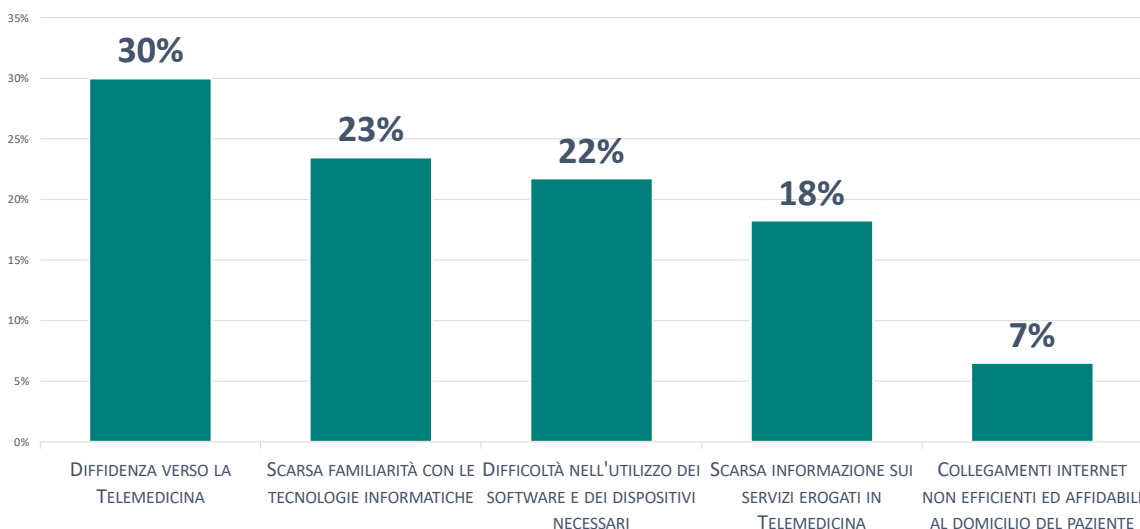


Figura 16 - Ostacoli riscontrati nello sviluppo dell’offerta di servizi di telemedicina relativamente ai pazienti

A.10 Il livello di fiducia nella telemedicina

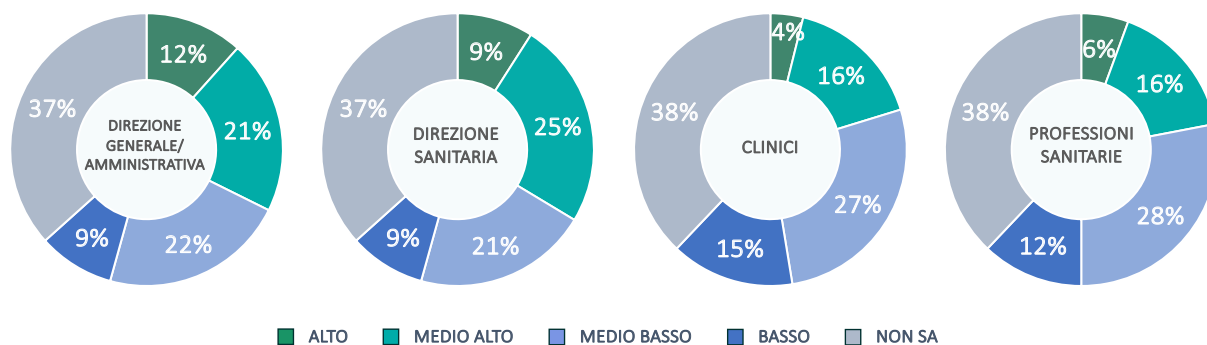


Figura 17 - livello di fiducia nella telemedicina da parte dei diversi profili professionali della struttura 2024

L’analisi del livello di fiducia nella telemedicina da parte dei diversi profili professionali all’interno delle strutture sanitarie continua a rivelare una serie di tendenze critiche significative e in trend negativo rispetto al precedente anno:

- Le direzioni generali amministrative mostrano un livello di fiducia relativamente più alto nella telemedicina, con rispettivamente il 32% e il 34% che esprime un livello di fiducia alto o medio alto. Questo potrebbe scaturire dalla loro condizione legata al prendere esclusivamente decisioni a livello amministrativo e strategico, e non nell'effettiva attuazione dei servizi.
- In contrasto, solo il 20 e 22% dei Clinici e Professioni Sanitarie rispettivamente, mostra un livello di fiducia alto o medio alto. Questo dato potrebbe essere dovuto ad una serie di fattori, tra cui: scetticismo sull'impatto della telemedicina sulla qualità delle cure, la sicurezza dei dati sensibili e non, o la mancanza o carenza di esperienza diretta con tali servizi.

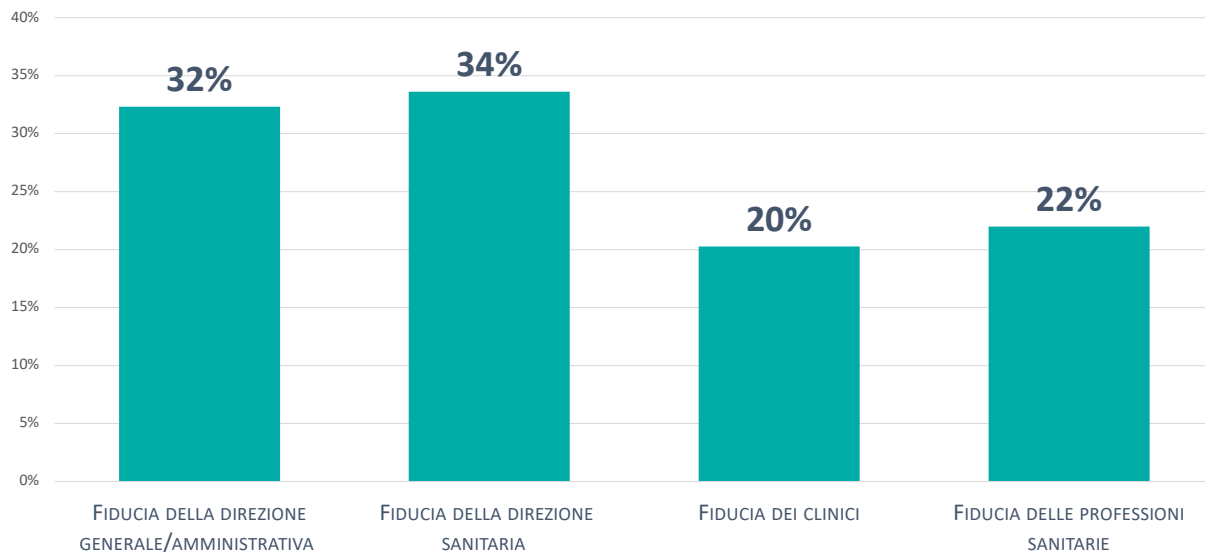


Figura 18 - Livello di fiducia "alto" e "medio alto" nella telemedicina da parte dei diversi profili professionali della struttura

Le percentuali di sfiducia nei servizi di telemedicina da parte dei diversi profili professionali, e quindi il rapporto converso del livello di fiducia dichiarata, evidenzia la poca fiducia da parte dei clinici e sanitari, rispetto alle direzioni.

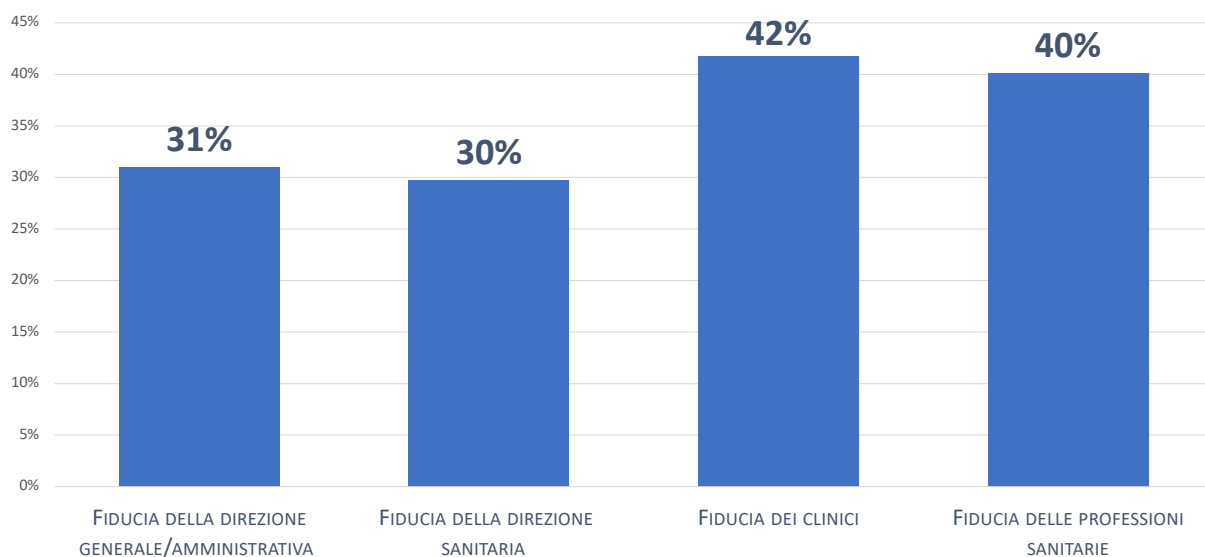


Figura 19 - Livello di fiducia "basso" e "medio basso" nella telemedicina da parte dei diversi profili professionali della struttura

A.11 In sintesi

Di seguito le principali tematiche emerse dalla 2° Survey condotta:

- L'analisi condotta rivela come permanga una fase ancora embrionale circa l'adozione della telemedicina in ambito ambulatoriale privato in Italia, con solo il 15% delle strutture rispondenti che offre questi servizi.
- Si osserva ancora una forte resistenza al cambiamento, poiché vi è un 60% di strutture che non offrono servizi di telemedicina e non intendono inserirla nella loro offerta.
- I principali ostacoli da affrontare per agevolare l'implementazione della telemedicina rimangono soprattutto di tipo organizzativo e culturale.
- I diversi cluster analizzati continuano a mostrare ostacoli ed esigenze diverse.
- Si attesta una criticità legata alla scarsa applicazione e conoscenza delle linee guida, che favorisce un utilizzo di strumenti impropri e non conformi: come l'ancora diffuso uso di mail e messaggistica cellulare.
- Si conferma un basso livello di fiducia da parte degli operatori, che si attesta 20%.

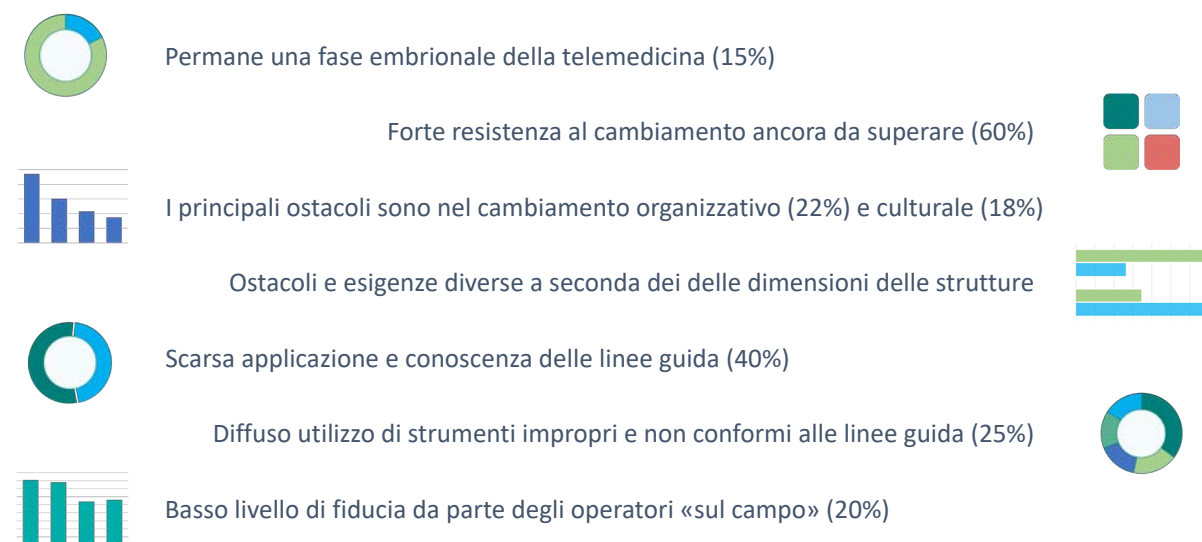


Figura 20 - Principali risultati emersi dalla 2° indagine condotta

Il panorama delineato rimane ampio e sfaccettato, come le sfide e le criticità che continuano a presentarsi. Per gestirle al meglio risulta necessario poter continuare ad analizzare e comprendere quale sia lo stato dell'arte della diffusione della telemedicina, quale sia la posizione degli operatori nei confronti della telemedicina e quali siano le loro intenzioni per lo sviluppo dell'offerta di prestazioni di telemedicina nel prossimo futuro.

Ringraziamenti

Si ringraziano per il prezioso supporto apportato ai lavori 2024 dell'Osservatorio:

Camilla Russo, Research Team Leader, Fondazione RiES

Massimo Anelli, SME of Digital Healthcare, Almaviva

Stefano Bartoli, Direttore Generale, Federazione Italiana Tabaccai

Maria Teresa Bellucci, Viceministro, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Luigi Bertinato, Senior Consultant European Office for Investment for Health and Development, WHO Europe

Chris Brown, Head of European Office for Investment for Health and Development, WHO Europe

Simona Camerano, Responsabile Scenari Economici e Strategie Settoriali, CDP

Michele Camisasca, Direttore Generale, ISTAT

Americo Cicchetti, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

Guido Crozzoli, Direttore Mercato, Imprese e PA, Poste Italiane

Daniele Damele, Presidente, FASI

Francesco Enrichens, Esperto Agenas per Portale della Trasparenza e PNRR, Agenas

Federico Esposti, Direttore Operativo, IRCSS Ospedale San Raffaele

Barbara Funari, Assessore alle Politiche Sociali e alla Salute, Roma Capitale

Francesca Furriolu, Researcher, Fondazione RiES

Francesco Gabbrielli, Docente E-Health, Università San Raffaele Roma

Germano Gallina, Direttore Generale, FASI

Barbara Gobbi, Giornalista, Il Sole 24 Ore

Laura Lega, Capo Dipartimento Libertà Civili e Immigrazione, Ministero dell'Interno

Maurizio Mauro, Direttore Generale, FASDAC

Emilio Meneschincheri, ICT Manager, Fondaz. Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCSS

Elena Murelli, Senatrice della Repubblica, Componente 10^a Commissione permanente

Elisa Pirro, Senatrice della Repubblica, Componente 10^a Commissione permanente

Vincenzo Paglia, Presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, Ministero della salute

Fabio Pengo, Vicepresidente, FASI

Giovanni Petrosillo, Vice Presidente, Federfarma

Bernardino Petrucci, Vicepresidente, FASDAC

Ettore Prandini, Presidente Nazionale, Coldiretti

Antonio Russo, Vicepresidente, ACLI

Antonino Salvia, Direttore Sanitario, IRCCS Fondazione Santa Lucia

Ferdinando Santoriello, Direttore Cittadinanza del Dipartimento Libertà civili e Immigrazione Ministero degli Interni

Simona Seravesi, Technical Officer One Health, WHO Europe

Gennaro Sosto, Direttore Generale Asl Salerno e Vice Presidente, Federsanità

Silvia Surricchio, Responsabile PMO, FASI

Ignazio Zullo, Senatore della Repubblica, Componente 10^a Commissione permanente

Ylenia Zambito, Senatrice, Segretario della 10^a Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

Bibliografia

- Aboutpharma. (2018, Ottobre 12). *Il telehealth: benefici del supporto a distanza*. Tratto da Aboutpharma: <https://www.aboutpharma.com/senza-categoria/il-telehealth-benefici-del-supporto-a-distanza/>
- Agenas. (2022, Novembre 21). *Piattaforma di telemedicina e FSE*. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2090-piattaforma-telemedicina-fse#:~:text=Lo%20sviluppo%20della%20piattaforma%20nazionale,qualit%C3%A0%20delle%20cure%20di%20prossimit%C3%A0>
- Agenzia per l'Italia Digitale. (s.d.). *Patto della Coalizione nazionale per le Competenze Digitali*. Tratto da AGID: https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/documenti_indirizzo/patto_coalizione_nazionale_competenze_digitali.pdf
- Agenzia per l'Italia Digitale. (s.d.). *Strategia per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione del Paese 2025*. Tratto da AGID: <https://docs.italia.it/italia/mid/piano-nazionale-innovazione-2025-docs/it/stabile/index.html>
- Anselmi, L. (2014). *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*. Torino: Giappichelli.
- ASvIS. (s.d.). *Sviluppo sostenibile*. Tratto da ASvIS: <https://asvis.it/sviluppo-sostenibile>
- Bambra, C. (2016). *Health Divides: Where You Live Can Kill You*. Policy Press.
- Camera dei Deputati. (2022, Giugno 7). *Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*. Tratto da Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare: <https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>
- Cardano, M., Giarelli, G., & Vicarelli, G. (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. Il Mulino.
- Carusi, D. (2021). *Programma operativo Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza*. Tratto da Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza: <https://www.osservatoriosalute.it/l-osservatorio>
- Carusi, D. (2022, Ottobre). Stewardship come modello di governance per la resilienza trasformativa. *SALUTE GLOBALE E DETERMINANTI SOCIALI, AMBIENTALI, ECONOMICI. Quaderno ASvIS Goal 3. Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da COVID-19*.
- Carusi, D., & Monti, L. (2022, Dicembre 16). La buona sanità: oltre il PNRR. *L'Economia del Corriere della Sera*, p. 20.
- CENSIS. (2019, Giugno 13). *Sanità: 19,6 milioni di italiani costretti a pagare di tasca propria per ottenere prestazioni essenziali prescritte dal medico*. Tratto da CENSIS: <https://www.censis.it/welfare-e-salute/sanit%C3%A0-196-milioni-di-italiani-costretti-pagare-di-tasca-propria-ottenere>
- Centro Studi Nebo. (2021). *Rapporto MEV(i): mortalità evitabile*.
- Collicelli, C. (2022, Novembre 23). *L'Italia e il Goal 3: ripensare il modello di welfare e di Servizio sanitario*. Tratto da ASvIS: <https://asvis.it/notizie-sull-alleanza/19-13911/litalia-e-il-goal-3-ripensare-il-modello-di-welfare-e-di-servizio-sanitario>
- Commissione europea. (2021). *Recovery plan for Europe*. Tratto da European Commission: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_en
- Commissione europea. (2022). *Indice di digitalizzazione dell'economia e della società (DESI)*. Tratto da L'Italia nel Digital Economy and Society Index: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/policies/desi-italy>

- Commissione Europea. (2022, Novembre 28). *The Megatrends Hub*. Tratto da Commissione Europea: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/foresight/tool/megatrends-hub_en
- Commissione europea. (2023, Ottobre 11). Tratto da Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni. Cambiamento demografico in Europa: strumento d'intervento: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0577>
- Commissione europea. (2023, Settembre). *Digital Decade Country Report 2023: Italy*. Tratto da Plasma-re il futuro digitale dell'Europa: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/library/2023-report-state-digital-decade>
- Commissione europea. (2023, Settembre). *Relazione 2023 sullo stato del decennio digitale*. Tratto da <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/library/2023-report-state-digital-decade>
- Commissione Europea. (2023, Luglio 3). *The EU's response to the COVID-19 pandemic*. Tratto da European Commission: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/>
- Commissione europea. (s.d.). *Coalizione per le competenze digitali e l'occupazione*. Tratto da <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/policies/digital-skills-coalition>
- Commissione europea. (s.d.). *Decennio digitale europeo: obiettivi digitali per il 2030*. Tratto da https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/europes-digital-decade-digital-targets-2030_it
- Commissione, e., Consiglio, d., & Parlamento, e. (2017, Aprile 26). *Pilastro europeo dei diritti sociali*. Tratto da https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_it.pdf
- Conferenza Stato-Regioni. (2023, Settembre 21). *Report Conferenza Stato-Regioni. Seduta ordinaria del 21 settembre 2023*.
- Corte dei Conti. (2022, Marzo 29). *Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*. Tratto da <https://www.corteconti.it/Download?id=ece03c3a-0a39-449a-8d19-3105b-75ded32>
- D. Sachs, J., Lafortune, G., Kroll, C., Fuller, G., & Woelm, F. (2022). *Sustainable Development report 2022. From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Darby, C., Valentine, N., Murray, C. J., & de Silva, A. (s.d.). World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. *EIP/GPE/FAR World Health Organization, GPE Discussion Paper Series* (No. 23).
- Derick W. Brinkerhoff, Harry E. Cross, Suneeta Sharma, Taylor Williamson. (2019, gennaio 24). *Stewardship and health systems strengthening: An overview*. Tratto da Public Administration and Development: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pad.1846>
- Euro Health Net. (2021). *Digital health literacy for Europe's digital future*. Tratto da https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2022/220225_digital_health_literacy_seminar_final_event_report.pdf
- European Council. (2021, Luglio 13). *Council gives green light to first recovery disbursements*. Tratto da <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/07/13/council-gives-green-light-to-first-recovery-disbursements/>
- European Council. (2023, Giugno 6). *Impact of Russia's invasion of Ukraine on the markets: EU response*. Tratto da European Council: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-response-ukraine-invasion/impact-of-russia-s-invasion-of-ukraine-on-the-markets-eu-response/>

Eurostat. (2023). *Digitalisation in Europe*. Tratto da <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2023>

Ferrera, M. (2006). *Le politiche sociali: l'Italia in prospettiva comparata*.

Food and Agriculture Organization. (2023, Maggio 5). *Global Report on Food Crises: Number of people facing acute food insecurity rose to 258 million in 58 countries in 2022*. Tratto da FAO: <https://www.fao.org/newsroom/detail/global-report-on-food-crises-GRFC-2023-GNAFC-fao-wfp-unicef-ifpri/en>

Food Security Information Network. (2023). *The Global Report on Food Crises 2023*. Tratto da FSIN: <https://www.fsinplatform.org/sites/default/files/resources/files/GRFC2023-hi-res.pdf>

Forman, R., & Mossialos, E. (2021, Novembre 10). *The EU Response to COVID-19: From Reactive Policies to Strategic Decision-Making*. Tratto da National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8657336/>

Gabanelli, M., & Ravizza, S. (2023). Sanità: liste d'attesa per visite ed esami: ecco perché sono sempre più lunghe. *Corriere della Sera*.

Gallup. (2022). *State of the Global Workplace: 2022 Report*. Gallup.

Horton, R. (2020, Settembre 26). *Offline: COVID-19 is not a pandemic*. Tratto da The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

Iacono, N. (2022, Aprile 29). *Competenze digitali, l'Italia comincia a migliorare: i dati Eurostat*. Tratto da Agenda Digitale: <https://iforgot.apple.com/password/verify/appleid?returnUrl=https%3A%2F%2Fwww.icloud.com%2F>

Il nuovo PNRR italiano. (2023, Novembre 24). Tratto da Dipartimento per le Politiche Europee: <https://www.politicheeuropee.gov.it/it/ministro/comunicati-stampa/24-nov-23-pnrr/>

Il Sole 24 Ore. (2023, Dicembre 4). *Pnrr: da gennaio la piattaforma nazionale di telemedicina, 50% farmacie già attive*. Tratto da <https://www.ilsole24ore.com/art/parte-gennaio-piattaforma-telemedicina-50percento-farmacie-gia-attive-AFwPYJuB>

International Labour Organization. (2023, marzo 1). *COVID-19 Country policy responses*. Tratto da International Labour Organization: <https://www.ilo.org/static/english/covid-19/country-policy-responses/covid-EU-response-2023-03-01.pdf>

ISPRA, & Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente. (2022). *Le emissioni di gas serra in Italia alla fine del secondo periodo del Protocollo di Kyoto: obiettivi di riduzione e di efficienza energetica*. Roma: ISPRA.

Istat. (2011). *Cities & Functional urban areas*. Tratto da Istat: <https://www.istat.it/it/informazioni-territoriali-e-cartografiche/cities-and-functional-urban-areas>

Istat. (2022). *Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia 2021*. Roma: Istat.

Istituto Superiore di Sanità. (2013, Maggio 1). *Qualità della vita e salute*. Tratto da Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/approfondimentoGiorniSalute>

Istituto Superiore di Sanità. (2020). *Attività di preparedness nell'ambito della risposta alla pandemia COVID - 19 in Italia: esempi nelle attività dell'ISS*. Roma.

Istituto Superiore di Sanità. (2022, Febbraio 3). *Gli screening oncologici e l'impatto della pandemia: i dati dalla sorveglianza PASSI*. Tratto da Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/passi/focus/screening-oncologici-impatto-pandemia-dati-passi-2020>

Istituto Superiore di Sanità. (2022, Settembre 26). *One Health*. Tratto da Istituto Superiore di Sanità: <https://www.iss.it/one-health>

- Istituto Superiore di Sanità. (2022, Settembre 26). *Salute globale e disuguaglianze di salute. One Health*. Tratto da Istituto Superiore di Sanità: <https://www.iss.it/one-health>
- Leigh-Hunt, N. B. (2017). *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health*.
- Maciocco, G. (2009, Gennaio 25). *I determinanti della salute. Una nuova, originale cornice concettuale*. Tratto da Salute Internazionale: <https://www.saluteinternazionale.info/2009/01/i-determinanti-della-salute-una-nuova-originale-cornice-concettuale/>
- Manca, A. R., Benczur, P., & Giovannini, E. (2017). *Building a Scientific Narrative Towards a More Resilient EU Society Part 1: a Conceptual Framework*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Marmot, M., Friel, S., & Bell, R. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Lancet.
- Metodo di smorzamento esponenziale (SE)*. (s.d.). Tratto da <http://users.dma.unipi.it/~flandoli/Statll-metodoSET.pdf>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (s.d.). *Attuazione Interventi PNRR*. Tratto da <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Attuazione-Interventi-PNRR/Pagine/default.aspx>
- Ministero della Salute. (2016, Settembre 15). *Piano Nazionale della Cronicità*. Tratto da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
- Ministero della Salute. (2019, Luglio 10). *Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa*. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioContenutiListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=5235&area=listeAttesa&menu=vuoto>
- Ministero della Salute. (2019, Marzo 7). *Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021*. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioContenutiListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=5140&area=listeAttesa&menu=vuoto>
- Ministero della Salute. (2021, Ottobre). *2° Reporting System - Anagrafe Fondi Sanitari*. Tratto da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3215_allegato.pdf
- Ministero della Salute. (2021, Ottobre 6). *Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica*. Tratto da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3125
- Ministero della Salute. (2022, Novembre 16). *Antibiotico-resistenza nel settore umano*.
- Ministero della Salute. (2022, Settembre 21). *Decreto ministeriale. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg>
- Ministero della Salute. (2022, Settembre 30). *Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/12/22/22A07125/sg>
- Ministero della Salute. (2022, Maggio 23). *Decreto ministeriale. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- Ministero della Salute. (2022, Giugno 9). *Decreto. Individuazione dei compiti dei soggetti che fanno parte del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/07/05/22A03866/sg>

Ministero della Salute. (2022, Novembre 2). *Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali*. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg>

Ministero della Salute. (2023). *Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione*. Tratto da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3304_allegato.pdf

Ministero della Salute. (2023, Settembre). *Regolamento di organizzazione del Ministero della Salute*. Tratto da Quotidiano sanità: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1693928281.pdf>

Ministero della Salute. (2023, Luglio 26). *Schema di decreto del Ministero della Salute, di ripartizione delle risorse di cui all'investimento PNRR M6C111.2.3.2 - "Servizi di Telemedicina"*. Tratto da <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1695219442.pdf>

Ministero della Transizione Ecologica. (s.d.). *Missione 2 (M2) Rivoluzione verde e transizione ecologica*. Tratto da <https://www.mite.gov.it/pagina/missione-2-m2-rivoluzione-verde-e-transizione-ecologica>

Mirzoev, T., & Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMG Global Health*.

Monti, L. (2021). *I fondi europei. Guida al NextGenerationEU e al QFP - Quadro finanziario pluriennale 2021-2027*. Roma: Luiss .

Neelesh Kapoor, D. K. (2014, Giugno). *Core attributes of stewardship; foundation of sound health system*. Tratto da PMC PubMed Central: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075105/>

OECD. (2019). *Survey of Adult Skills (PIAAC)*. Tratto da https://www.oecd-ilibrary.org/education/skills-matter_1f029d8f-en

Osservatorio Nazionale Screening (ONS). (2020). *Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020*. Roma: Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

Pani, L. (2014, gennaio 21). *Il diritto alle cure per tutti: una sfida per l'intero Sistema Sanitario Nazionale*. Tratto da AIFA: <https://www.aifa.gov.it/-/il-diritto-alle-cure-per-tutti-una-sfida-per-l-intero-sistema-sanitario-nazionale>

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. (2021). Tratto da Italia Domani: <https://www.italiadomani.gov.it/it/home.html>

Presidenza del Consiglio dei Ministri. (s.d.). *PNRR: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo*. Tratto da <https://www.governo.it/it/approfondimento/digitalizzazione-innovazione-competitivita-e-cultura/16701>

Santoro, E. (s.d.). *Digital Health*. Tratto da Osservatorio Terapie Avanzate: <https://www.osservatorio-terapieavanzate.it/innovazioni-tecnologiche/digital-health>

UNHCR. (2020, Dicembre 22). *UNHCR COVID-19 Preparedness and Response*. Tratto da UNHCR: <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Global%20COVID-19%20Emergency%20Response%2022%20December%202020.pdf>

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.

World Food Programme. (2022, Settembre 30). *War in Ukraine Drives Global Food Crisis*. Tratto da World Food Programme: <https://www.wfp.org/publications/war-ukraine-drives-global-food-crisis-0>

World Health Organization. (1948, Aprile 7). *Constitution of the World Health Organization*. Tratto da WHO: <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>

World Health Organization. (2000, Marzo 29). *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Tratto da https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/ea4.pdf

World Health Organization. (2015, Giugno 21). *Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities*. Tratto da WHO: <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>

World Health Organization. (2020, Aprile 17). *Preparedness, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) for refugees and migrants in non-camp settings*. Tratto da World Health Organization: [https://www.who.int/publications/i/item/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings](https://www.who.int/publications/i/item/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-(covid-19)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings)

World Health Organization. (s.d.). *Health literacy*. Tratto da World Health Organization: <https://www.who.int/europe/teams/behavioural-and-cultural-insights/health-literacy#:~:text=Health%20literacy%20empowers%20people%20to,personal%20lifestyles%20and%20living%20conditions>.

World Health Organization; UNICEF. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Tratto da WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

World Meteorological Organization (WMO). (2021). *Climate Indicators and Sustainable Development: Demonstrating the Interconnections*. No. 1271. Geneva: WMO.

World Meteorological Organization. (2021). *Climate Indicators and Sustainable Development. Demonstrating the Interconnections*. Tratto da World Meteorological Organization (WMO): https://library.wmo.int/?lvl=notice_display&id=21953#.Y-491OzMITU

Zanella, R. (2011). *Manuale di economia sanitaria*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2025
presso Editron srl - Roma

Progetto grafico e impaginazione
KNOWLEDGE for BUSINESS

Nuove proporzioni: sinergie per la salute in un mondo trasformato 2024 è il terzo Rapporto annuale dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione RiES.

A oltre tre anni dalla cessazione dello stato di emergenza da Covid-19 nel nostro Paese, i dati raccolti indicano una mancata ripresa dei valori pre pandemici su varie dimensioni, con una tendenza a stabilizzarsi su livelli inferiori, suggerendo di trovarci di fronte ad un sistema che ha subito un impatto significativo ed ha modificato i suoi connotati in maniera stabile.

Ad oggi, nonostante il mandato del PNRR, sul fronte della salute la ripresa sembra aver esaurito la sua spinta iniziale e la resilienza del sistema rimane ancora tutta da dimostrare.

Per raggiungere la "**Vicinanza della salute**" occorre un nuovo paradigma nella strutturazione delle politiche, del pensiero e dell'azione volto a garantire che tutte le componenti e le determinanti della salute siano affrontate in maniera congiunta, in modo che nessuno venga lasciato indietro.

Questo Rapporto parte quindi dalla presa d'atto dei **nuovi connotati** che si sono definiti e sedimentati dopo la pandemia a livello globale e nazionale e li considera la necessaria base concettuale di partenza per sviluppare riflessioni di carattere programmatico volte a promuovere scelte strategiche e strumenti operativi per la salvaguardia della salute.

In tale prospettiva, il Rapporto sottolinea l'importanza dell'integrazione sinergica delle diverse componenti e dell'azione dei diversi attori, riconoscendo che "fare cose vecchie in modo nuovo" non costituisce la migliore strategia per garantire la tutela della salute della popolazione.



ISBN 979-12-210-8501-3

