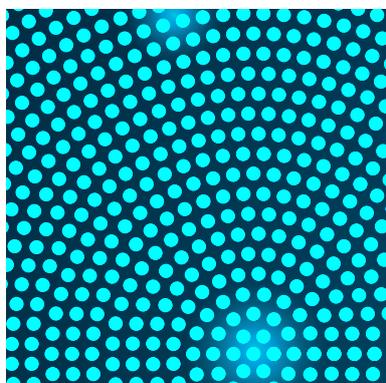


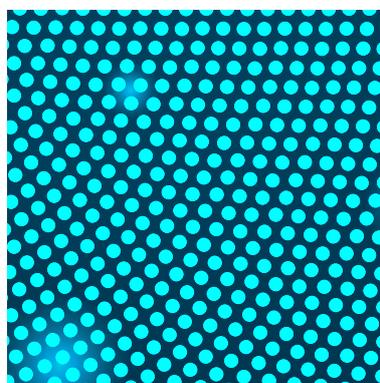
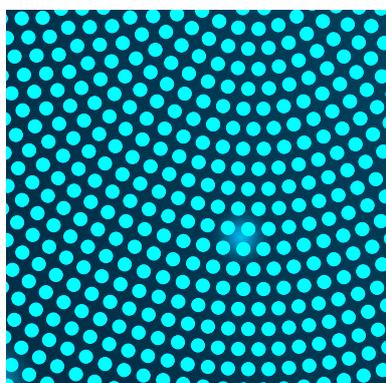


Fondazione
Bruno
Visentini

Unire i puntini verso un Piano nazionale di salute



Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza



II Rapporto 2023



Fondazione
Bruno
Visentini

Unire i puntini verso un Piano nazionale di salute

Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza

Si ringrazia per il supporto scientifico alle attività di ricerca:



CENTRO NAZIONALE
TELEMEDICINA E NUOVE
TECNOLOGIE ASSISTENZIALI

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



Fondo
Assistenza
Sanitaria
Dirigenti
Aziende
Commerciali



FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA



CONSORZIO
dafne

Curatore del Rapporto

Duilio Carusi - Fondazione Bruno Visentini, Adjunct Professor Luiss Business School

Team di ricerca

Camilla Russo - Fondazione Bruno Visentini

Valerio Martinelli - Fondazione Bruno Visentini

Francesca Furriolu - Fondazione Bruno Visentini

Claudia Cioffi - Fondazione Bruno Visentini

Giulio Vannini - Fondazione Bruno Visentini

Comitato scientifico Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Duilio Carusi - Coordinatore dell'Osservatorio

Simona Camerano - Responsabile dell'Area Scenari Economici e Strategie Settoriali, Cassa Depositi e Prestiti

Daniele Damele - Presidente, Fasi

Francesco Gabbrielli - Direttore, Centro Nazionale Telemedicina Istituto Superiore di Sanità

Giuseppe Marabotto - Direttore Generale, FASDAC

Fabio Marchetti - Fondazione Bruno Visentini

Luciano Monti - Fondazione Bruno Visentini

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 Stewardship come modello di governance | 15 |
| 2.3 Partnership in sanità | 17 |
| 2.4 I determinanti della salute | 17 |
| 3. L'evoluzione del quadro normativo di riferimento | 21 |
| 4. L'Indice di Vicinanza della Salute | 29 |
| 4.1 Strumenti per la misurazione di fenomeni complessi | 30 |
| 4.2 Il concetto di Vicinanza della Salute | 30 |
| 4.3 L'Indice composito | 31 |
| 4.4 Metodologia e Fonti | 32 |
| 4.4.1 L'imputazione dei dati mancanti | 33 |
| 4.4.2 Il metodo di normalizzazione delle serie storiche | 34 |
| 4.4.3 Il metodo di ponderazione dell'Indice | 35 |
| 4.5 La tassonomia dell'Indice | 35 |
| 4.5.1 I Domini della Tassonomia e le Missioni del PNRR | 36 |
| 5. Analisi - Risultati dell'indagine | 39 |
| 5.1 L'andamento dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute | 41 |
| 5.2 L'andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali | 42 |
| 5.2.1 Condizione di salute | 43 |
| 5.2.2 Literacy | 45 |
| 5.2.3 Stile di vita | 47 |
| 5.2.4 Mental Health | 48 |
| 5.2.5 Cronicità | 50 |
| 5.2.6 Isolamento | 51 |
| 5.2.7 Coesione sociale | 53 |
| 5.2.8 Fragilità economica | 55 |
| 5.3 L'andamento del Contesto Sistema organizzativo | 56 |
| 5.3.1 Prevenzione | 58 |
| 5.3.2 Assistenza | 59 |
| 5.3.3 Mortalità evitabile | 61 |
| 5.3.4 Disponibilità di servizi | 62 |
| 5.3.5 Responsiveness | 64 |

| | |
|---|------------|
| 5.3.6 Welfare integrativo | 66 |
| 5.3.7 Sostenibilità | 67 |
| 5.3.8 Omogeneità territoriale | 69 |
| Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea | 70 |
| 5.3.9 Rinuncia a prestazioni sanitarie | 70 |
| 5.4 L'andamento del Contesto Luoghi di vita e ambiente | 73 |
| 5.4.1 Abitazione | 74 |
| 5.4.2 Urban health | 75 |
| 5.4.3 Emissioni inquinanti | 77 |
| 5.4.4 Antibiotico-resistenza | 78 |
| 5.4.5 Eventi meteorologici | 80 |
| 5.4.6 Ecoansia | 81 |
| 6. Digitalizzazione | 83 |
| 6.1 Digital Health | 86 |
| 6.2 Literacy e competenze digitali | 88 |
| 6.3 Invecchiamento e competenze | 91 |
| 7. Conclusioni | 93 |
| | |
| APPENDICE - Indagine sullo stato dell'arte della Telemedicina in ambito ambulatoriale privato 2023 | 97 |
| Premessa | 98 |
| A.1 Le strutture partecipanti alla survey | 98 |
| A.2 La diffusione della telemedicina | 103 |
| A.3 Le modalità di erogazione dei servizi di telemedicina | 105 |
| A.4 Le specialità cliniche nell'offerta di telemedicina | 107 |
| A.5 I volumi di attività in telemedicina | 109 |
| A.6 L'aderenza alle Linee Guida nella produzione dei documenti sanitari | 110 |
| 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 | 120 |
| A.11 In sintesi | 122 |
| Autori | 124 |
| | |
| Ringraziamenti | 124 |
| | |
| Bibliografia | 125 |

Introduzione

Il titolo di questo nuovo Rapporto, così come nel caso del suo predecessore, racchiude in una riga lo spirito di un anno di ricerca. Il Rapporto 2022 ci vedeva appena usciti dall'emergenza pandemica e dallo shock che questa aveva comportato a tutti i 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 **"Orientarsi nella trasformazione"**.

Volutamente nel titolo del I Rapporto 2022 non c'erano rimandi alla salute o alla sfera sanitaria, tanto ampia, pervasiva e onnicomprensiva era la trasformazione a cui si faceva riferimento.

Diverso è lo scenario sul quale si affaccia il II Rapporto 2023.

Posatesi in larga misura le polveri dell'esplosione sindemica, passato lo stordimento da sovraesposizione informativa e mediatica, tirate le somme sia dei danni materiali che di quelli immateriali provocati dalle interruzioni dei servizi e delle catene di approvvigionamento, tirate anche le somme delle risorse stanziare per la "ripresa e resilienza", e dopo aver preso le prime misure della inevitabile ed irreversibile trasformazione subita dalla nostra "normalità", l'impegno è quello di tentare di ricostruire un quadro unitario dei fenomeni agenti sul sistema di salute nazionale: cominciare a **"Unire i puntini"**.

A cominciare dal marzo 2020 abbiamo assistito ad una produzione normativa in materia sanitaria caratterizzata da una **"ipertrofia"** che non trova pari negli anni recenti. Prevenzione, cronicità, telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, assistenza territoriale hanno costituito, e continuano tutt'ora a rappresentare, l'oggetto di svariate iniziative normative che si sono tra loro sovrapposte ed interrelate (embricate direbbe qualcuno) su più piani differenti.

Il passo di questo proliferare di norme è stato spesso affrettato da necessità contingenti dettate dal rispetto di *milestone* e *target*, rimandando ad ulteriori e successivi atti la definizione attuativa di quanto inizialmente previsto, con ulteriori complicazioni in fase di messa in opera. Tali complicazioni sono state in parte rappresentate da **imprevisti "reali"** come il vertiginoso aumento dei prezzi dell'energia e delle materie prime, e altre volte da **imprevisti "prevedibili"** come la carenza di personale medico-sanitario necessario all'attuazione delle ipotizzate riforme.

Data la complessità e l'impatto sull'attuale assetto organizzativo delle riforme citate e la sovrapposizione sul piano dimensionale-territoriale che queste riforme comportano sulle funzioni delle articolazioni coinvolte, si è reso necessario anche creare dei tavoli di lavoro ad hoc per la gestione dei **perimetri** di azione delle differenti iniziative.

Un esempio emblematico della difficoltà da gestire è rappresentato dalla istituzione (e successivi ampliamenti) del tavolo di lavoro per "lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera DM70 e dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale DM77", arrivato a toccare nel giro di più decreti la cifra di 79 componenti, tanto da essere soprannominato giornalmisticamente "parlamentino".

Questa complessità di gestione di piani differenti e concorrenti evidenzia una evoluzione importante del sistema di assistenza e cura nazionale, ovvero l'**ibridazione** della tripartizione classica tra prevenzione, ospedale e territorio.

La trasformazione della pratica organizzativa orientata all'intensità di cura, lo sviluppo in chiave gestionale della figura infermieristica, l'evoluzione generale delle professioni sanitarie, una forte spinta tecnologica orientata all'assistenza da remoto, oltre che il differente contesto demografico (con le nuove esigenze legate ad invecchiamento e active ageing) sono tra i fattori che stanno portando al superamento della tripartizione classica.

Laddove la Prevenzione classicamente definiva le attività volte alla tutela della salute che avvenivano antecedentemente il manifestarsi della patologia, oggi si parla di prevenzione secondaria e di prevenzione terziaria che vengono agite successivamente all'insorgenza della patologia stessa.

Procede verso una **trasversalità** "cross-sector" su prevenzione, ospedale e territorio anche lo sviluppo dell'istituto dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) supportata dalla maggiore possibilità di ricorso al telemonitoraggio e teleriabilitazione, come pure in questo senso va la diffusione più in generale dei vari servizi di telemedicina che ora si affacciano anche negli ipermercati e a breve nelle stazioni ferroviarie, superando il confinamento tipico delle prestazioni di cura nei luoghi di cura, abilitando alle cure nuovi luoghi e "non luoghi" fino ad eleggere addirittura l'abitazione a "primo luogo di cura".

Evidentemente in questa fase storica riuscire ad unire tutti questi puntini sarebbe di per sé già una impresa notevole, ma non sufficiente a garantire uno sviluppo del sistema nazionale di salute armonico e coerente con le mutate necessità di una popolazione sempre più anziana e con sempre maggiori aspettative assistenziali e di benessere.

Inoltre una rinnovata sensibilità verso "l'**ambiente**, la biodiversità, gli ecosistemi anche nell'interesse delle future generazioni" che è stata oggetto della recente modifica dell'Art. 9 della nostra Costituzione, ha portato ad ulteriori iniziative di coordinamento tra attività con perimetri limitrofi ed in parte sovrapposti con cui confrontarsi: l'istituzione del nuovo Sistema nazionale di prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) che ha come riferimento ISS, che andrà ad interfacciarsi e raccordarsi con il Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente (SNPA), che ha come riferimento ISPRA, attraverso una Cabina di regia con il compito di far dialogare in maniera integrata e sinergica i due sistemi.

Non possiamo infatti dimenticare che non solo ci troviamo in un contesto generale di cambiamento climatico planetario a cui nessuno sfugge, in cui i diversi nessi di causa ed effetto risultano tra loro strettamente concatenati, ma l'Italia nello specifico si trova inserita nel contesto del Mediterraneo, principale hot-spot del cambiamento climatico e da sempre teatro di importantissimi flussi migratori e di interscambio sociale, economico e culturale.

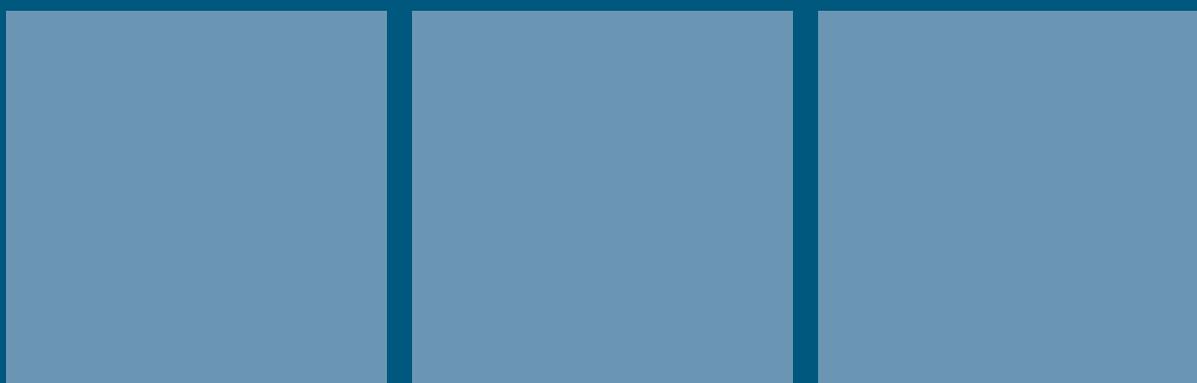
Per poter gestire unitariamente, olisticamente, le varie istanze con il fine auspicato di riuscire a programmare compiutamente e lucidamente delle azioni di risposta ai bisogni di salute nazionale, appare sempre più necessario pensare ad una **pianificazione nazionale** in grado di ridare le direttrici cardinali all'azione programmatica, riaffermando il ruolo di stewardship a livello centrale, valorizzando gli strumenti di partnership per i momenti attuativi, riconoscendo l'azione dei diversi attori

della salute, riprendendo lo strumento principe della pianificazione in materia sanitaria, qual era il Piano Sanitario Nazionale assente dalle scene dal 2008, ampliandone il perimetro dalla sanità alla salute per costituire un nuovo strumento di programmazione: andare “**verso un piano nazionale di salute**”.

Identificare le componenti ed i connotati di un Piano nazionale di salute è il primo passo di un tema che andrà ad ampliarsi, emergendo il bisogno di comprendere a che tipo di domanda di salute si dovrà andare a rispondere nei prossimi anni, ridefinendo i confini del concetto di salute e benessere e provando ad identificare che tipo di risposta si potrà essere in grado di fornire a livello Paese, con quali livelli di assistenza e prestazioni e con quale forma attuativa del mandato costituzionale della “**tutela della salute**”.

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, l'attuale 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 euro-asiatico ed indirettamente per il resto del mondo^{2 3 4 5}.

Queste profonde evoluzioni e rivoluzioni del contesto sociale e sanitario a livello internazionale e globale, 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 Bruno Visentini** ha istituito nel 2021 un **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: 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.

¹ (Horton, 2020)

² (Food and Agriculture Organization, 2023)

³ (World Food Programme, 2022)

⁴ (Food Security Information Network, 2023)

⁵ (European Council, 2023)

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 interdependente.

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 Paese⁶. 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 internazionale⁷.

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.

Nel corso dell'annualità 2023 sono stati svolti i seguenti incontri:

- il primo Simposio - **One Health e Vicinanza intergenerazionale** - ha dato l'avvio di questo ciclo di incontri. Il tema centrale è stato dedicato all'inserimento delle tematiche ambientali e intergenerazionali nell'impianto normativo Costituzionale ed allo sviluppo dell'approccio **One Health**. Il tema della One Health e delle sue evoluzioni, come ad esempio la **planetary health**, è stato declinato in funzione dell'impatto che la tutela dei luoghi di vita ha sulla salute umana e sulla vicinanza del bene salute alla persona. La componente della **intergenerazionalità** è stata declinata come

⁶ (Carusi, D., 2021)

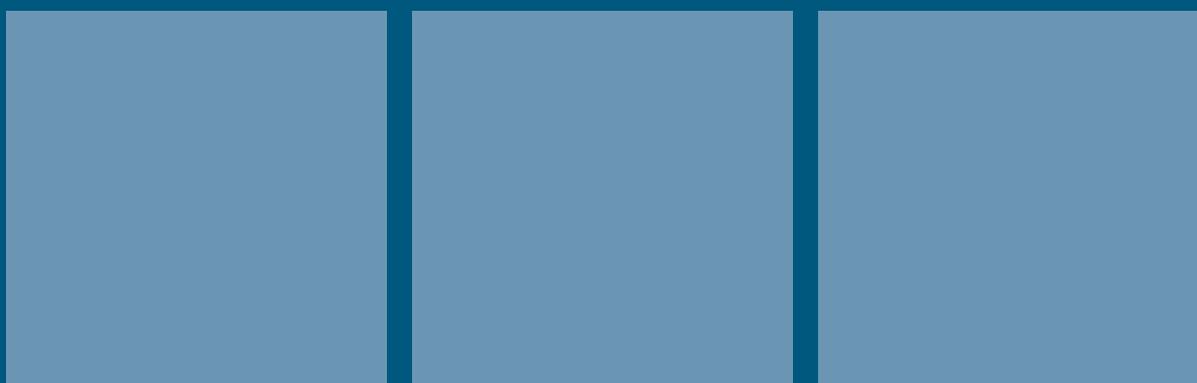
⁷ (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

sostegno infrastrutturale di medio e lungo periodo, visto come condizione abilitante per sviluppo occupazionale, professionale e industriale per le giovani generazioni del Paese;

- il secondo Simposio - **Presentazione dei risultati della 1° Survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato** - ha permesso di far emergere fenomeni cruciali in atto e, di conseguenza, di individuare ambiti di intervento prioritario per il corretto sviluppo della telemedicina nei prossimi anni;
- il terzo Simposio - **Tessuto connettivo della salute: nuove forme di Vicinanza** - ha voluto volgere l'attenzione verso l'evoluzione dei bisogni di salute individuale e collettiva, su nuove forme di assistenza e sugli strumenti che si candidano ad intercettare questi bisogni che si stanno affacciando sul panorama della salute. Si è posto l'accento su nuove forme di coesione e interconnessione, sullo sviluppo della sussidiarietà orizzontale e sull'ibridazione in corso di soggetti tipicamente al di fuori del perimetro del sistema salute. Quest'ultimi, in verità, stanno diventando "attori della salute" come conseguenza sia della nuova visione della salute in epoca post pandemica e sia delle nuove tecnologie disponibili, che abilitano forme di partnership e di integrazione delle competenze finora inedite.

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"*⁸. 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 economici⁹.

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^{10 11 12}.

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*¹³, 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 popolazioni¹⁴.

⁸ (Istituto Superiore di Sanità, 2022)

⁹ World Health Organization; UNICEF, 1978)

¹⁰ (Forman & Mossialos, 2021)

¹¹ (Commissione Europea, 2023)

¹² (International Labour Organization, 2023)

¹³ (D. Sachs, Lafortune, Kroll, Fuller, & Woelm, 2022)

¹⁴ (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 Organization¹⁵ 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.

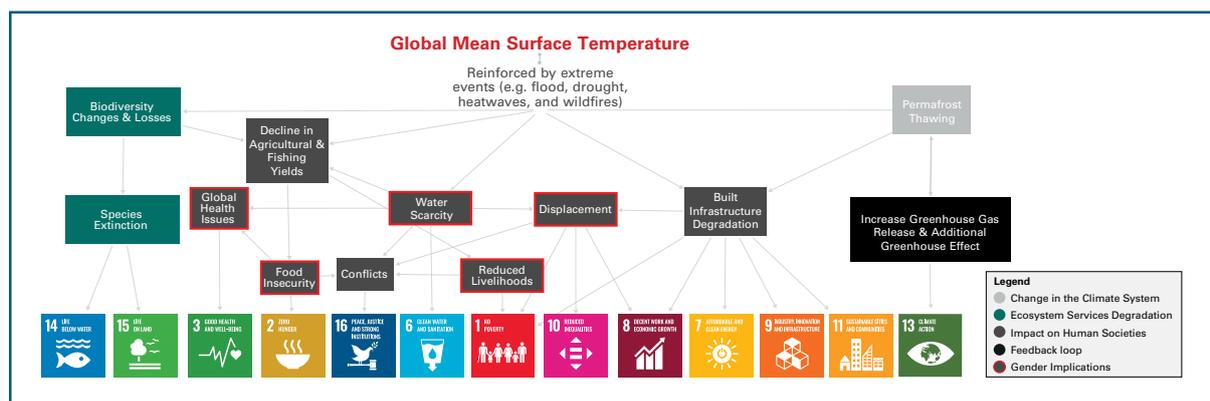


Figura 1 Onu - *Climate Indicators and Sustainable Development. Demonstrating the Interconnections.*

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 governance¹⁶

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 programmatici e gestionali in sanità.

Il modello individuato è quello della **Stewardship**^{17 18}, che presuppone una strategia di governance sanitaria partecipativa e proposta con forza dall'WHO¹⁹, nella quale il ruolo di steward può essere assunto a livelli diversi dalle autorità sanitarie centrali e anche locali: al fine di eliminare doppi stan-

¹⁵ Ibid

¹⁶ (Carusi, D., 2022)

¹⁷ (Neelesh Kapoor, 2014)

¹⁸ (Derick W. Brinkerhoff, Harry E. Cross, Suneeta Sharma, Taylor Williamson, 2019)

¹⁹ (World Health Organization, 2000)

dard 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, sociale²⁰.

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 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 vita²¹.

²⁰ (World Health Organization, 1948)

²¹ (Zanella, 2011)

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 pubblico²².

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.

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.

²² (Anselmi, 2014)

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**^{23,24}. 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)²⁵. 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.

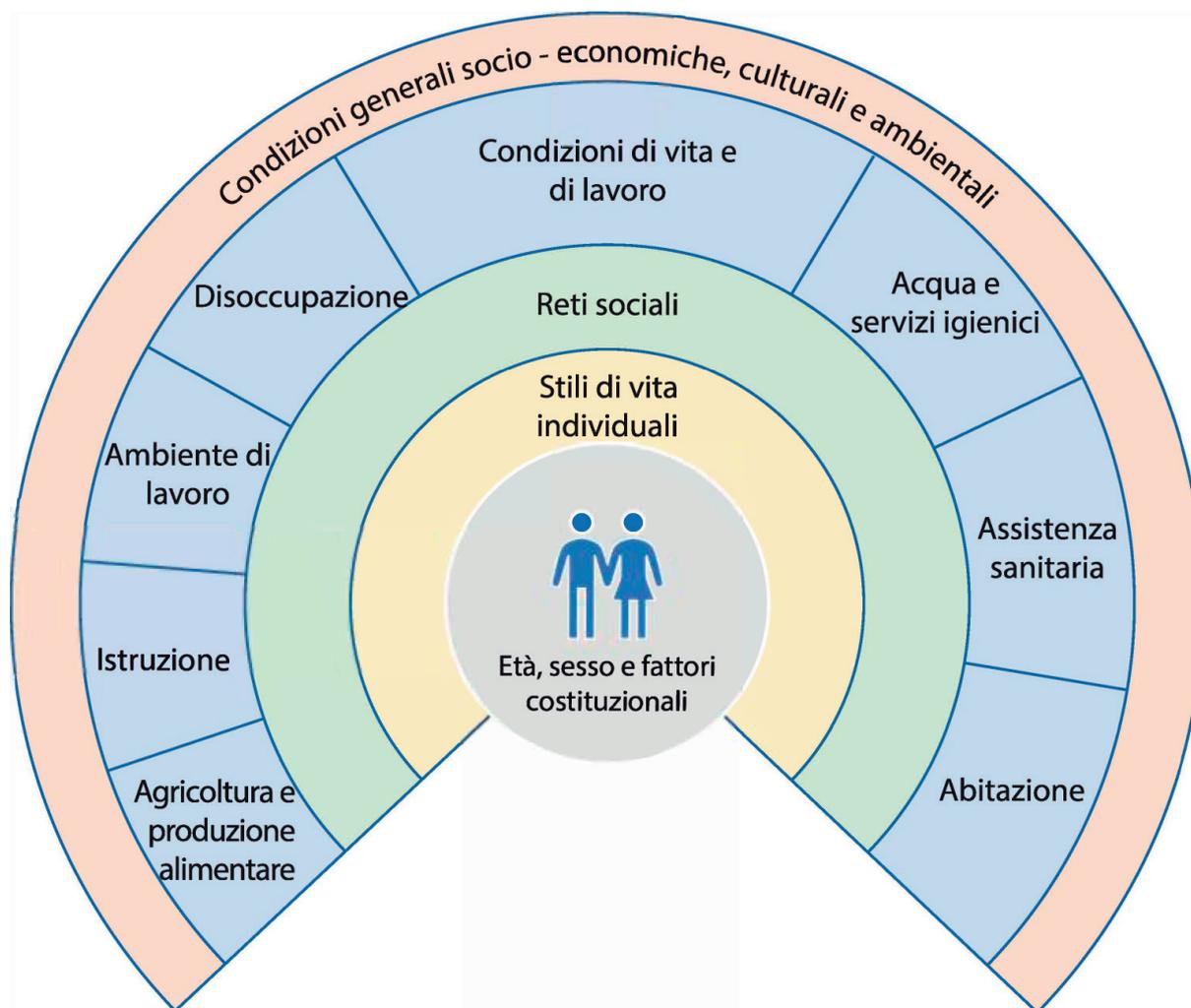


Figura 2 - I determinanti della salute

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.

²³ (Whitehead & Dahlgren, 1991)

²⁴ (Marmot, Friel, & Bell, 2008)

²⁵ (Maciocco, 2009)

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 PNRR²⁶.

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 persone²⁷.

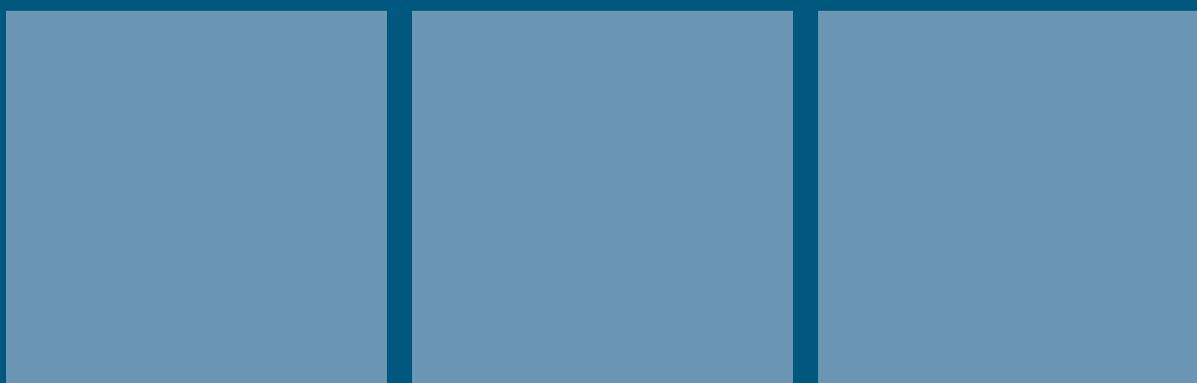
Come già sostenuto dalla strategia *HiAP*, si deve riconoscere come la salute sia condizionata da una moltitudine di fattori che vanno al di là dell'assistenza sanitaria e, in molti casi, al di là della portata delle tradizionali attività di sanità pubblica. Questa visione si può concretizzare unicamente 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.

²⁶ (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021)

²⁷ (World Health Organization, 2015)

3

L'evoluzione del quadro normativo di riferimento



3. L'evoluzione del quadro normativo di riferimento

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 PNRR²⁸, 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 PNRR²⁹ 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. 77/2022³⁰, 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.

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

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ 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>.

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 2023, 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 nazionale³¹, 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"*³².

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 prestazioni, 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

³¹ 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".

³² 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 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 professionali³³.

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*³⁴. 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 domiciliare³⁵, 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 Comunità³⁶. Queste strutture serviranno ad evitare ricoveri 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.

³³ 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.

³⁴ 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.

³⁵ 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"*.

³⁶ 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.

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"*³⁷.

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 decreto³⁸, 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 territoriale³⁹.

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 SSN⁴⁰, 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 mantengono le titolarità esistenti"*⁴¹.

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 interventi⁴².

³⁷ Ministero della Salute, Telemedicina Linee guida nazionali, consultabili al seguente link https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf

³⁸ 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.

³⁹ Ministero della Salute, D.M. n. 77/2022, Allegato 1.

⁴⁰ Il D.M. n. 77/2022, in merito, richiamava la Centrale operativa territoriale e la Centrale operativa 116117.

⁴¹ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. b.

⁴² Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. i.

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)”*⁴³. 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. 173⁴⁴ 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 generali⁴⁵.

La disposizione non manca, poi, di precisare che i regolamenti vigenti⁴⁶ 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, e assoggetto a una procedura di approvazione semplificata⁴⁷.

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 paragrafo⁴⁸.

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”*⁴⁹.

⁴³ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. n, punto 4.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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 (...)”*.

⁴⁶ Il riferimento è al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 11 febbraio 2014, n. 59.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Ministero della Salute, Direttiva Generale per l’attività amministrativa e la gestione, 2023, pagg. 54 e ss.

⁴⁹ Si rinvia alla pagina del sito internet dell’Istituto Superiore di Sanità dedicata al One Health, link: One Health - ISS.

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.)"⁵⁰. 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**⁵¹ 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 sociosanitarie 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 socioeconomici.
- 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;
 - > 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*"⁵².

⁵⁰ Si rinvia alla pagina del sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità dedicata al One Health, link: One Health - ISS.

⁵¹ 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>.

⁵² 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.

- 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 climatici⁵³.

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 assistenza⁵⁴. 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 ricordati e spesso connotati da sovrapposizioni dei perimetri applicativi.

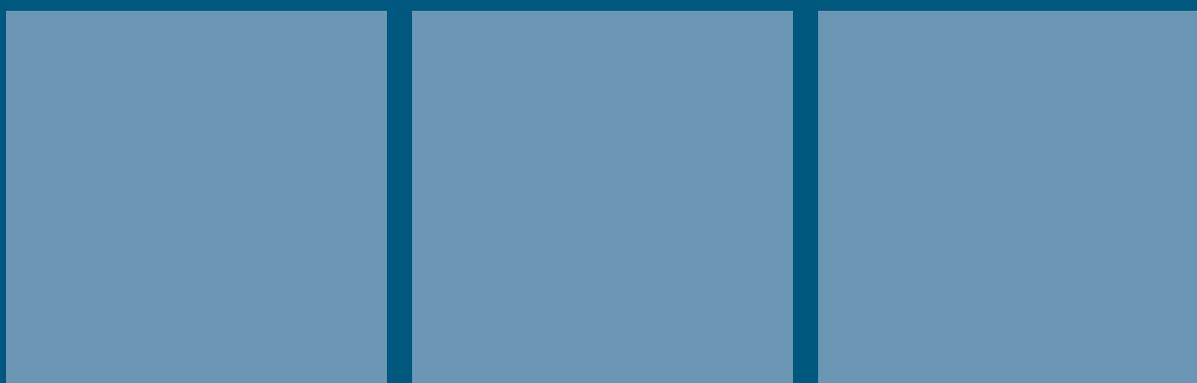
In questo senso appare sempre più necessario ritornare ad uno sforzo di pianificazione a livello paese, in grado di definire i parametri generali dello sviluppo del sistema di salute e orientato all'inclusione dei diversi attori della salute e che conduca ad uno strumento concreto che potremmo definire 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.

⁵³ Il Decreto del 9 giugno 2022 del Ministero della Salute all'art. 5, comma 2, elenca i compiti assegnati esclusivamente al Ministero della Salute.

⁵⁴ Censis, LVII Rapporto annuale, 2023.

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 salute⁵⁵.

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 salute⁵⁶ 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 sociale 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 vita⁵⁷.

⁵⁵ (Istituto Superiore di Sanità, 2013)

⁵⁶ (D. Carusi & C. Russo, L'indice di Vicinanza della salute: un nuovo strumento di misurazione per individuare gli interventi di salute oltre la sanità, Amministrazione in cammino, 2024)

⁵⁷ (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*⁵⁸. 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.

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.

⁵⁸ (Carusi, D., 2021)

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:

- 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.
- 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.
- Comparabilità spaziale e generazionale: ossia la possibilità di osservare i valori tra le varie unità regionali e fasce d'età.
- 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 previsione⁵⁹. Nello specifico, il dato mancante viene calcolato tramite una regressione lineare⁶⁰. Prendendo come riferimento i valori dei primi tre anni disponibili, si è stimato il valore dell'anno precedente.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ 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.

2. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti all'interno della serie, si è proceduto applicando una formula di *interpolazione* matematica⁶¹. 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. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti alla fine della serie (2021), si è deciso di valersi della funzione di previsione tramite l'applicazione dell'algoritmo di smorzamento esponenziale (ETS, Exponential Smoothing). L'algoritmo ETS calcola una previsione futura attraverso una media ponderata su tutte le osservazioni e i valori passati del set di dati temporali. I pesi sono esponenzialmente in diminuzione e, quindi, decrescono nel corso del tempo. Tali pesi dipendono da un parametro costante, noto come parametro di livellamento. Si sceglie come previsione una media pesata in modo tale che attribuisca più importanza agli ultimi valori rispetto ai precedenti⁶². Per la maggior parte delle previsioni così adoperate si è preferito basare il calcolo lungo tutta la sequenza temporale a disposizione, quindi selezionando come valore di partenza quello riferito all'anno 2010, in modo da ottenere una misurazione più accurata. Il valore previsto è risultato, quindi, una stima il più possibile aderente ai valori cronologici precedenti. Nel caso di serie storiche con valori mancanti alla fine della serie e che mostravano un'anomalia nell'ultimo anno disponibile (2020), analizzando qualitativamente la natura dell'indicatore in questione e partendo dall'assunto che tale anomalia potesse essere stata generata dallo shock pandemico e che questo fenomeno potesse trascinarsi anche nel 2021; si è deciso di intervenire sulla formula di previsione ETS in maniera differente: sono stati utilizzati, per il calcolo della previsione ETS, solo i dati relativi agli ultimi tre anni disponibili, in modo da assegnare maggior valore all'anomalia ed al diverso andamento conseguente.

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 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).

⁶² (Metodo di smorzamento esponenziale (SE))

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 negativa⁶³ 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

⁶³ 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

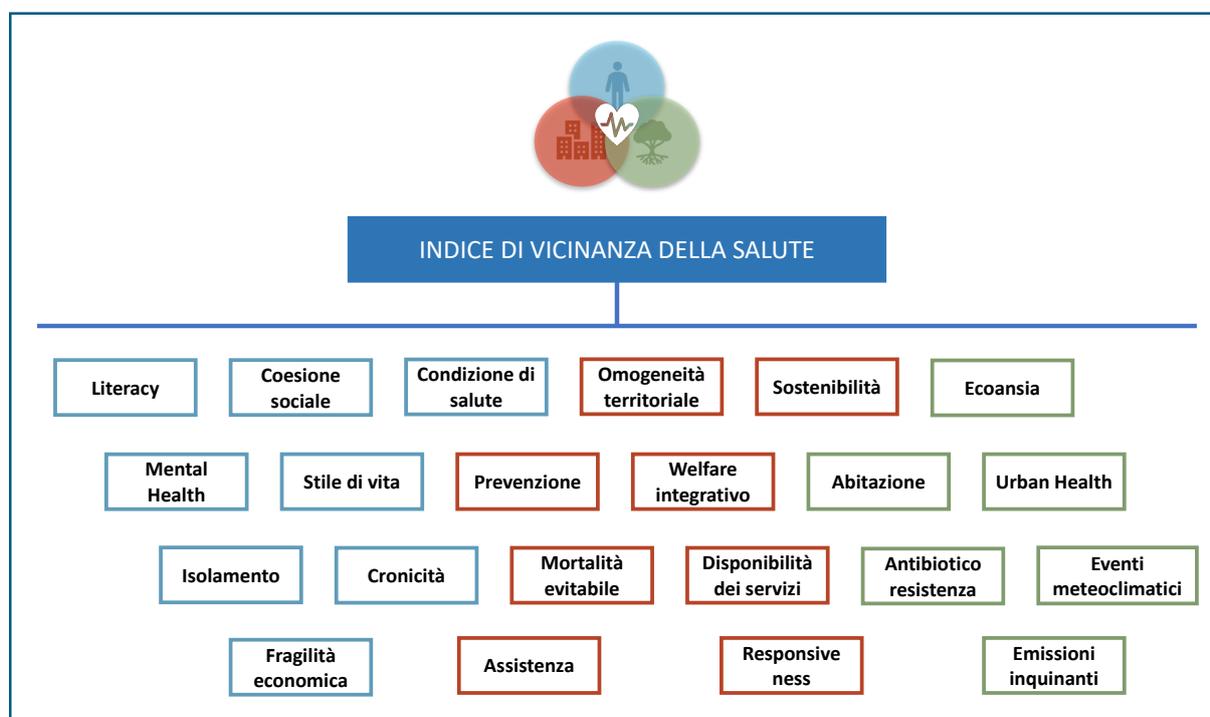


Figura 3 - La tassonomia dell'Indice di Vicinanza della salute

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.

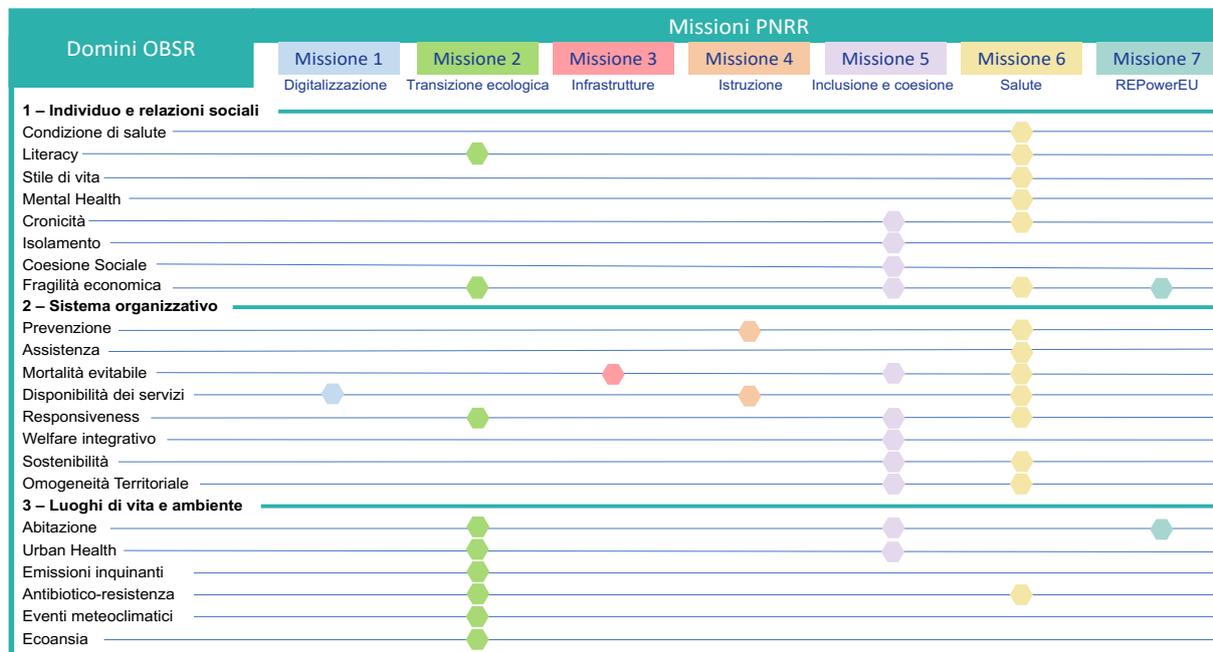
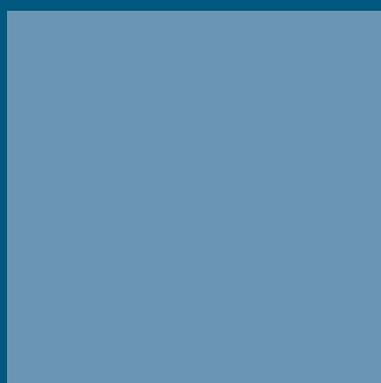


Figura 4 - Raccordo Domini IVS e Missioni PNRR

5

Analisi - Risultati dell'indagine



5. Analisi - Risultati dell'indagine

Di seguito si procede con l'illustrazione dei risultati della prima 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

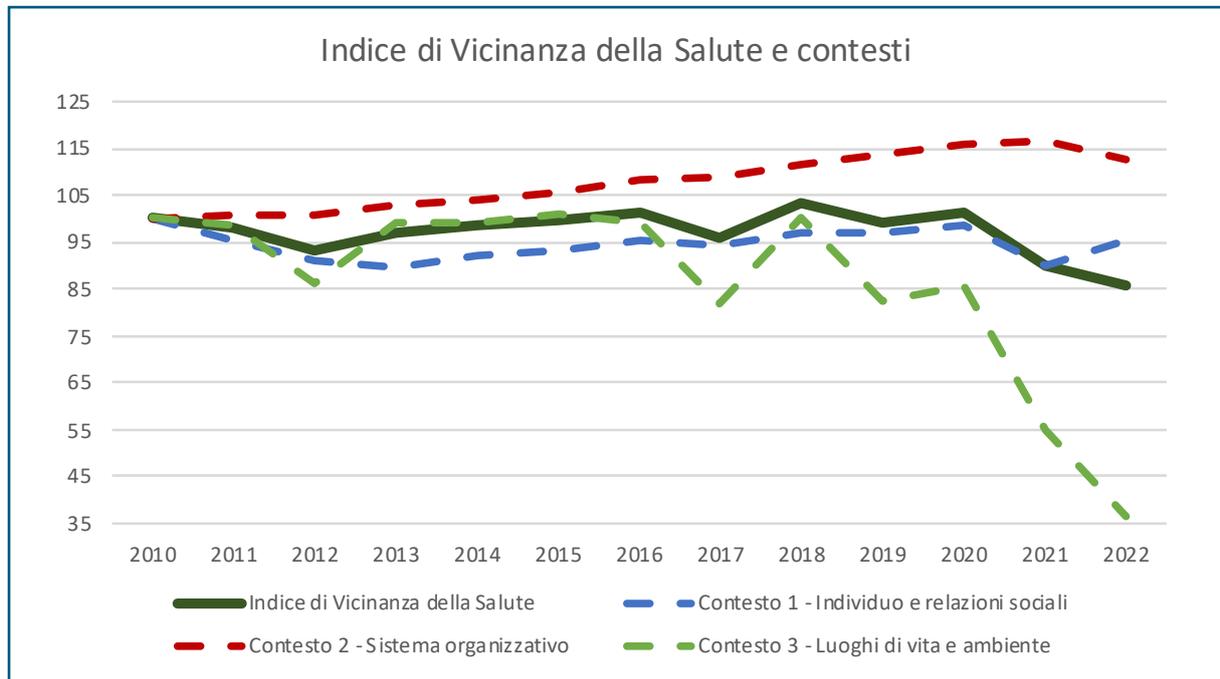


Figura 5 - Indice sintetico di Vicinanza della Salute

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.

Sono gli ultimi due anni a mostrare un marcato declino, arrivando nel 2022 al minimo storico con il punteggio di 86.

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

Dall'analisi dell'Osservatorio si evince infatti come questo risultato sia influenzato dall'andamento negativo di alcune delle componenti dell'Indice di Vicinanza della salute, ovvero: il Contesto di indagine dedicato ad "Ambiente e luoghi di vita", che risente dell'intensificarsi degli effetti del cambiamento climatico ed arriva a toccare un punteggio di 37.

Il Contesto "Individuo e relazioni sociali" che, dopo aver risentito delle restrizioni adottate durante la pandemia, ha ripreso a crescere arrivando ad un punteggio di 96.

Da ultimo l'andamento del Contesto di indagine "Sistema organizzativo", in costante aumento fino al 2019, arresta poi a partire da quell'anno la crescita storica e mostra negli ultimi anni un "plateau", per invertire il trend e descrivere una decrescita marcata nell'ultimo anno.

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*.

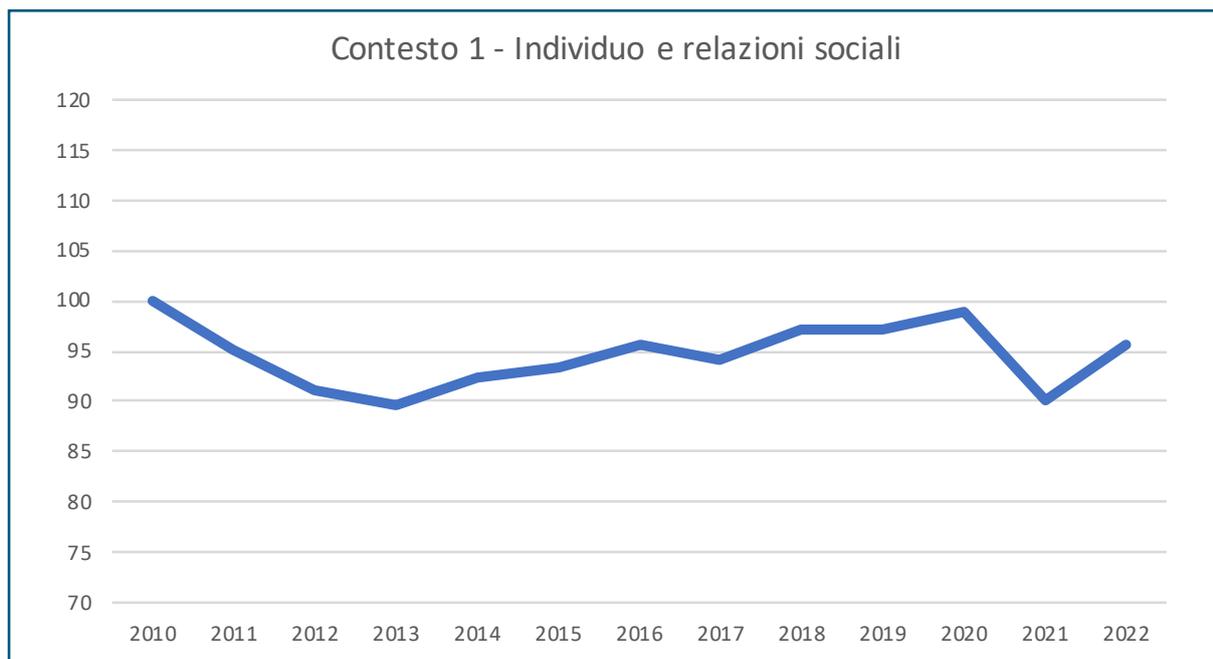


Figura 6 - Contesto Individuo e relazioni sociali e relazioni sociali: andamento generale

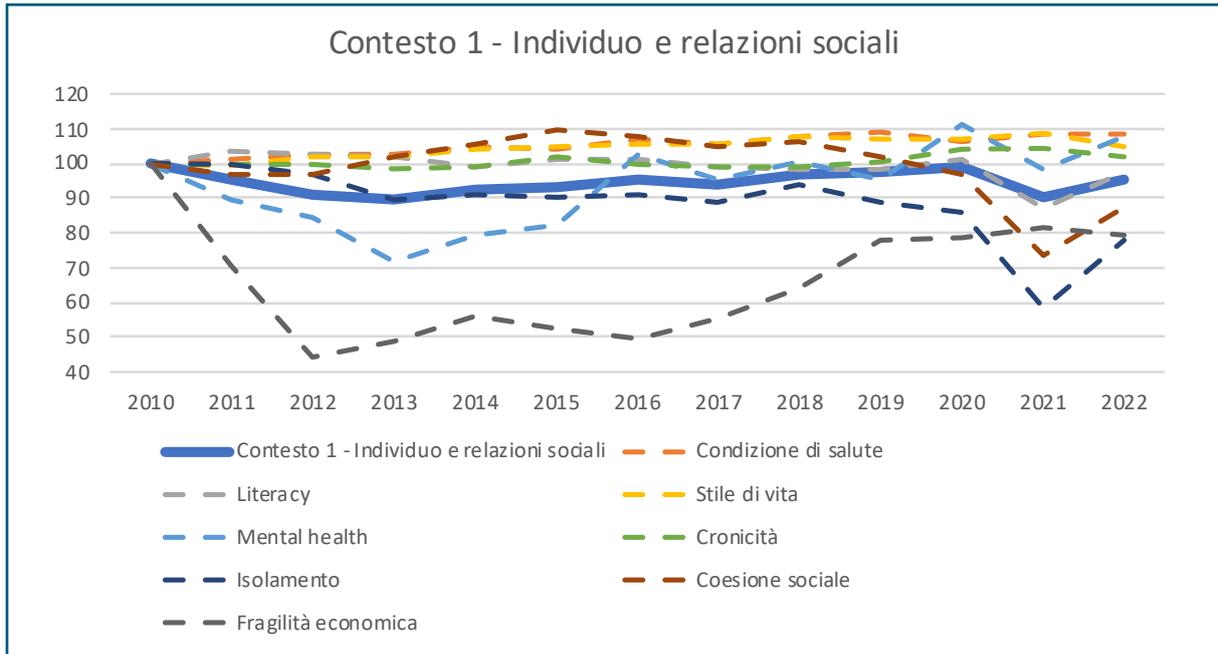


Figura 7 - Contesto Individuo e relazioni sociali: dettaglio domini

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 91 punti; per proseguire 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 dell'ultimo anno, risalendo ad un valore di 96 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.

A quest'area di indagine afferiscono 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)*. Complessivamente i seguenti indicatori intendono monitorare l'andamento, oltre che dello stato di salute percepito, del numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in buona salute.

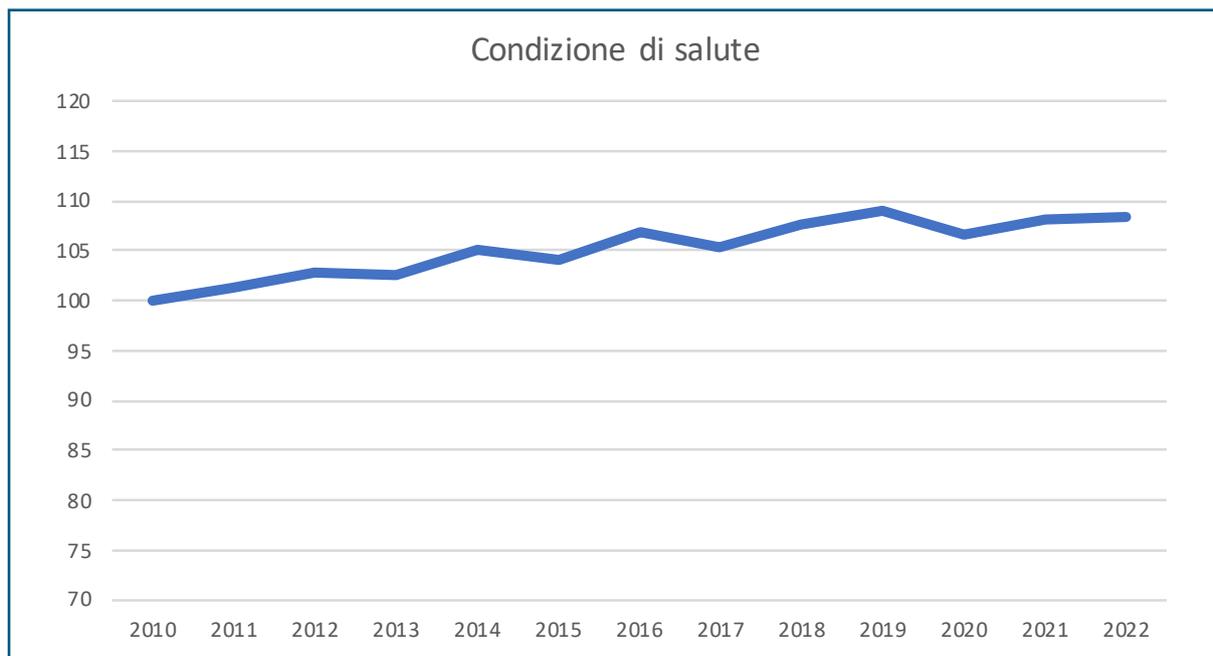


Figura 8 - Dominio Condizione di salute: andamento generale

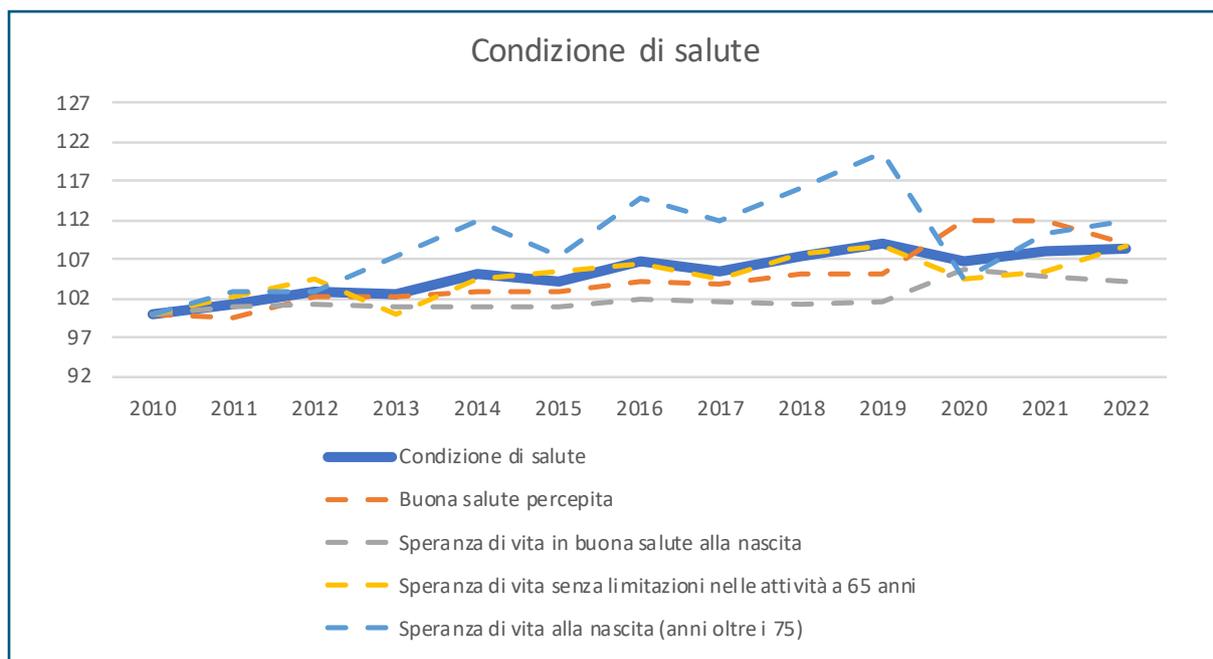


Figura 9 - Dominio Condizione di salute: dettaglio indicatori

L'analisi del Dominio in questione mostra un andamento caratterizzato da variazioni intermittenti, ma in crescita costante dal 2010 al 2020. Dal 2021 ad oggi, tuttavia, i valori si fermano a 108.

Per quanto riguarda gli Indicatori legati al Dominio, si evidenzia una lieve decrescita di *Buona salute percepita* e *Speranza di vita in buona salute alla nascita*. La valutazione di questo specifico indicatore richiede un'attenzione particolare a causa della sua struttura intrinseca, che può essere influenzata da un aumento della mortalità nelle fasce più anziane durante il periodo della pandemia. *Speranza di vita in buona salute alla nascita per la fascia d'età oltre i 75 anni* presenta una lieve risalita nel 2022 rispetto al 2021, sebbene lontana dai livelli degli anni precedenti.

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. Nello specifico sono prese in esame due sue ramificazioni: l'*Health literacy* e la *Digital literacy*. Questi due macrotrend sono tra loro inevitabilmente correlati, soprattutto quando si incontrano nel campo della telemedicina.

Secondo i risultati della prima indagine *Health Literacy population based survey HLS19*, condotta nel 2021 dall'Istituto Superiore di Sanità, il 23% degli intervistati italiani è risultato con una alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) inadeguata, il 35% o “problematica”, il 34% “sufficiente” e il 9% “eccellente”. Le rispettive medie del totale dei 17 paesi sono state il 13%, 33%, 40% e 15%.

L'Italia ha aggiunto un modulo dedicato all'emergenza della pandemia da Covid-19, per valutare quanto sia facile reperire, comprendere, valutare e prendere decisioni in base alle informazioni sulla salute disponibili. L'esito è stato che per il 6% del campione è “molto difficile”, per il 25% “difficile”, per il 52% “facile” e per il 17% “molto facile”.

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.

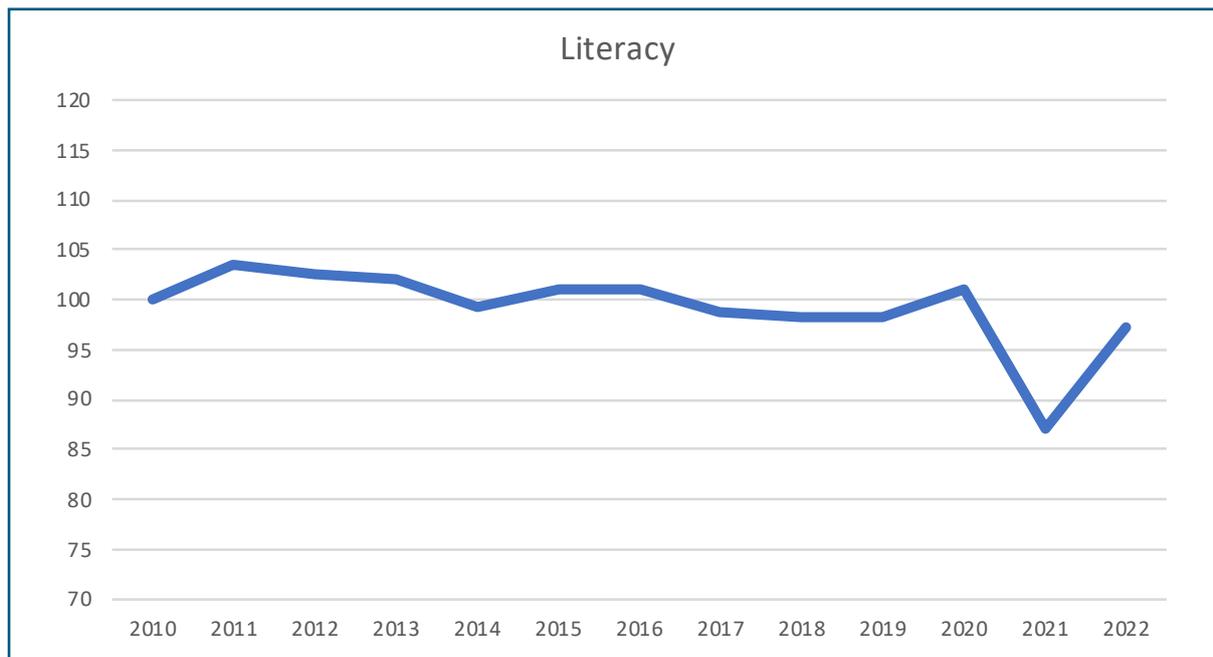


Figura 10 - Dominio Literacy: andamento generale

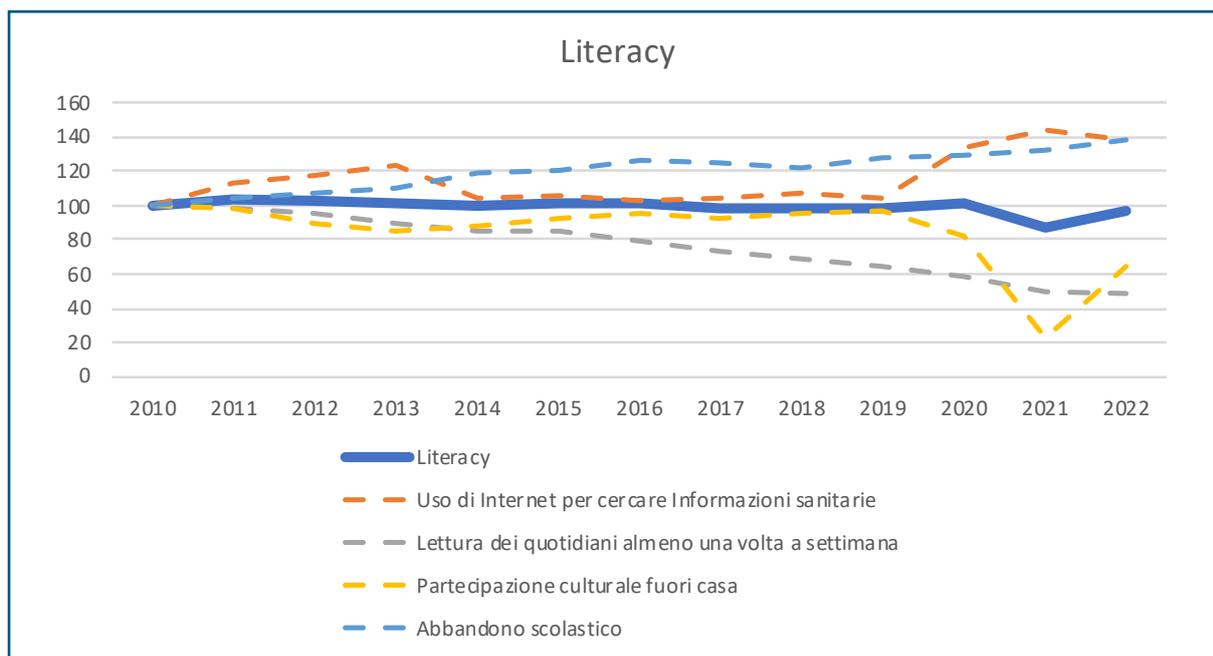


Figura 11 - Dominio Literacy: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive fino al 2020 un andamento lineare e con variazioni molto limitate rispetto al valore standard di 100. A seguito del netto peggioramento del 2021 con un valore di 87, si registra una crescita di 10 punti che riconduce il trend generale su valori usuali.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio, si evidenzia un crollo dell'indicatore relativo alla *Partecipazione culturale fuori casa* per l'anno 2021, andamento che ha risentito delle restrizioni in vigore durante la fase pandemica. Superata la crisi e, conseguentemente, abbandonate le azioni di

contenimento e mitigazione della diffusione virale, il fenomeno in esame acquisisce un trend positivo, pur senza raggiungere nuovamente i valori precedenti la pandemia.

Contrariamente vi sono gli andamenti degli indicatori: *Lettura dei quotidiani almeno una volta alla settimana*, caratterizzato da una costante decrescita, e *l'Uso di internet per cercare informazioni sanitarie* che, dopo un primo aumento, registra un calo di 6 punti.

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 sociologica⁶⁴, 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.*

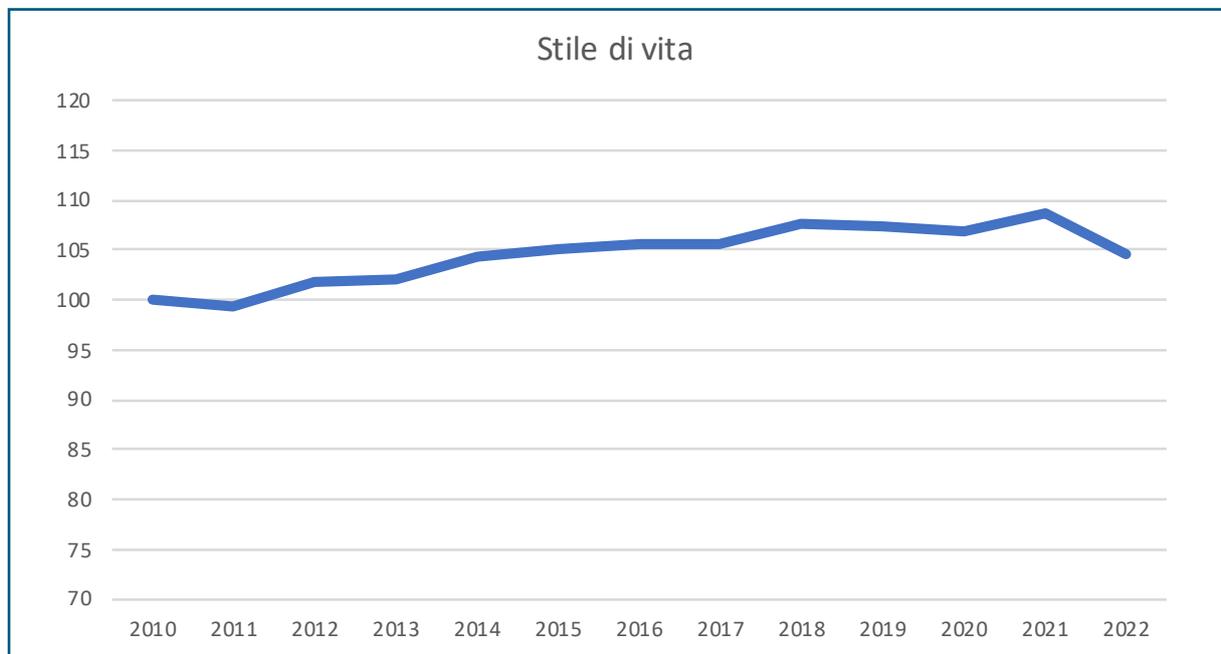


Figura 12 - Dominio Stile di vita: andamento generale

⁶⁴ Thorstein Veblen & Max Weber

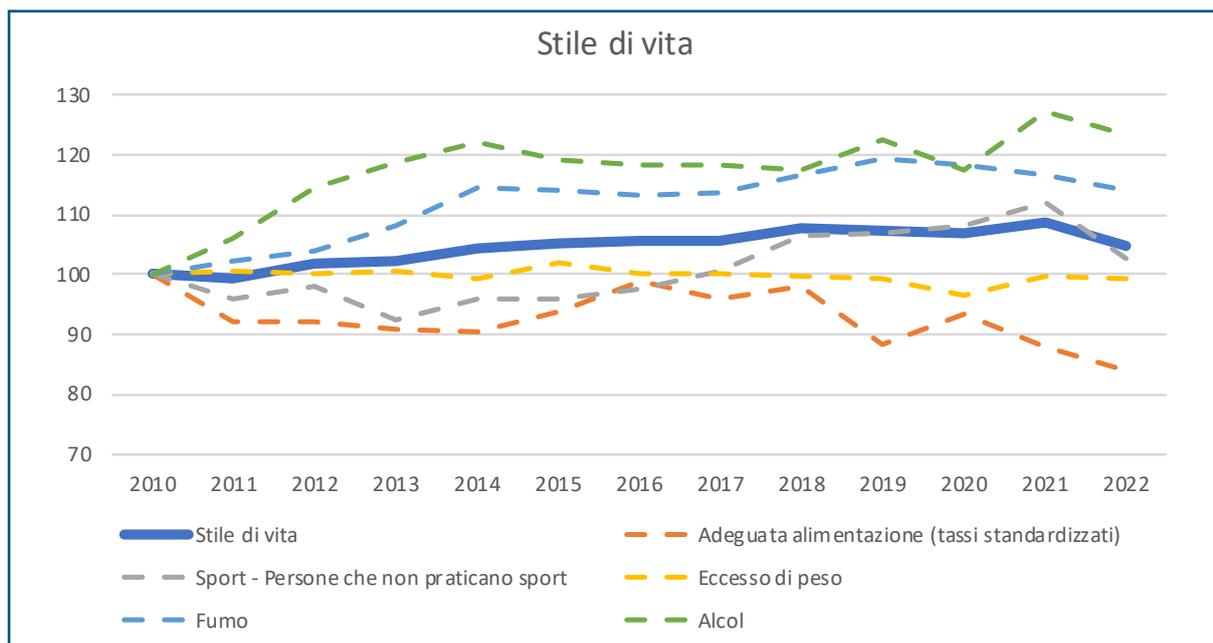


Figura 13 - Dominio Stile di vita: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame registra, fino al 2021, un andamento di crescita moderata e costante, che flette però nell'ultimo anno scendendo ad un valore di 105 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come la maggioranza degli indicatori condizioni la decrescita generale, solo l'indicatore *Eccesso di peso* mantiene un andamento quasi costante.

L'andamento del Dominio viene bilanciato dalle spinte contrastanti dei vari indicatori, che si dividono al di sopra e al di sotto della tendenza media. L'abitudine al *Fumo* e il consumo di *Alcool* storicamente tracciano un trend positivo in termini di Vicinanza della salute, nonostante i vari alti e bassi. Continuano a performare in maniera negativa sia l'indicatore *Adeguata alimentazione*, dopo un apparente incremento, sia *Persone che non praticano sport*, a discapito della crescita fiduciosa descritta negli anni precedenti.

L'andamento di questi fenomeni constata un aumento del numero di persone che di fatto non seguono comportamenti ed abitudini volti a tutelare e permettere il mantenimento della propria salute.

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 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)*.

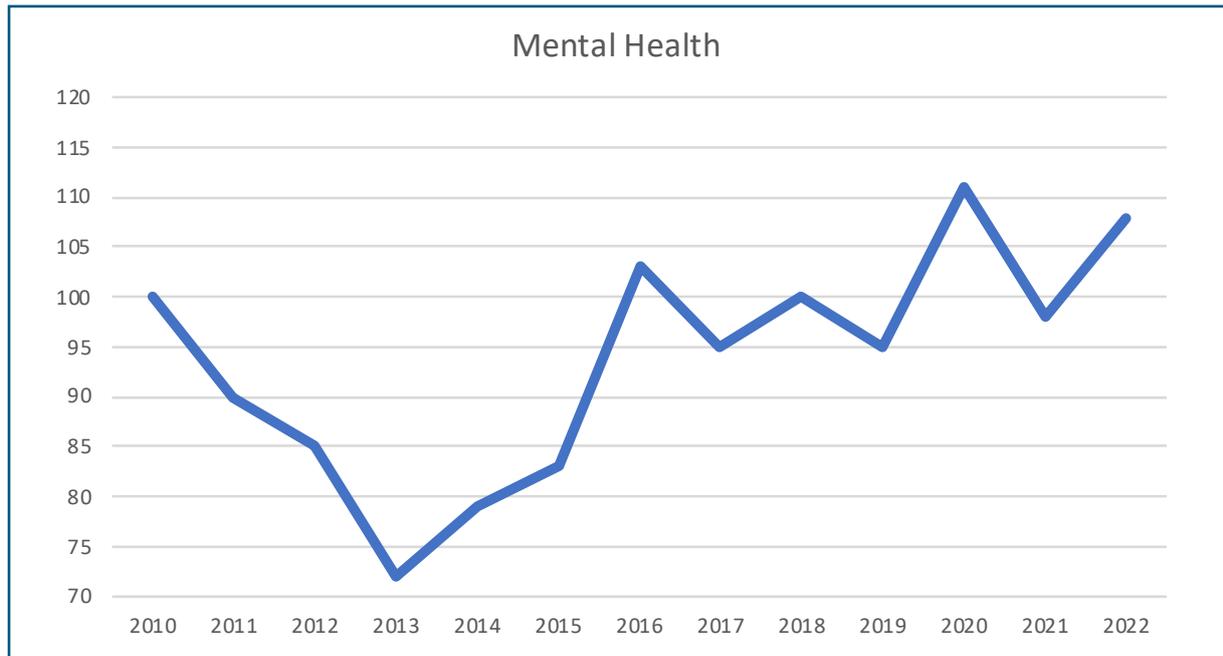


Figura 14 - Dominio Mental Health: andamento generale

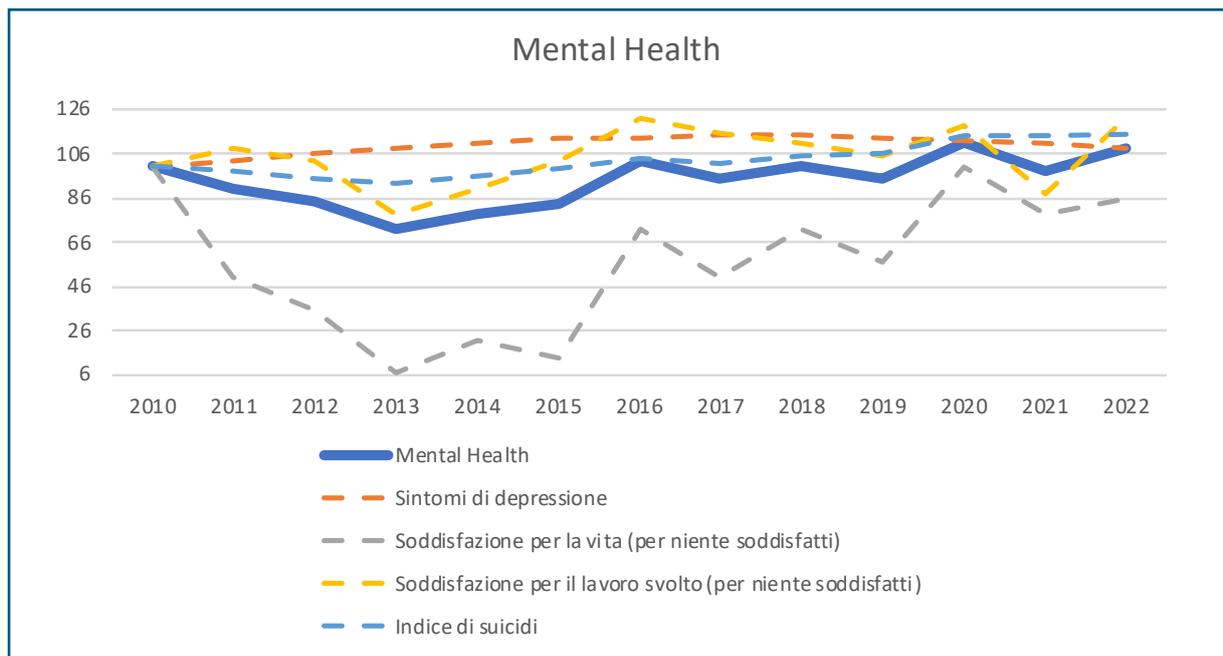


Figura 15 - Dominio Mental Health: dettaglio indicatori

Nel corso degli anni, l'evoluzione del Dominio in esame presenta fluttuazioni. Nel 2022 il valore generale del dominio raggiunge 108 punti, in risalita rispetto al punteggio di 98 dell'anno precedente e più vicino ai valori del 2020.

Dall'analisi degli Indicatori associati al Dominio, emerge un rialzo dell'indicatore *Per niente soddisfatti per il lavoro svolto*, che ritorna ai valori pre-pandemici. Da non sottovalutare poi l'andamento di coloro che si riconoscono come *Per niente soddisfatti della propria vita*, il quale continua a seguire un percorso altalenante, sebbene caratterizzato da un leggero aumento nell'ultimo anno.

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 mortalità⁶⁵. 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.

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*.

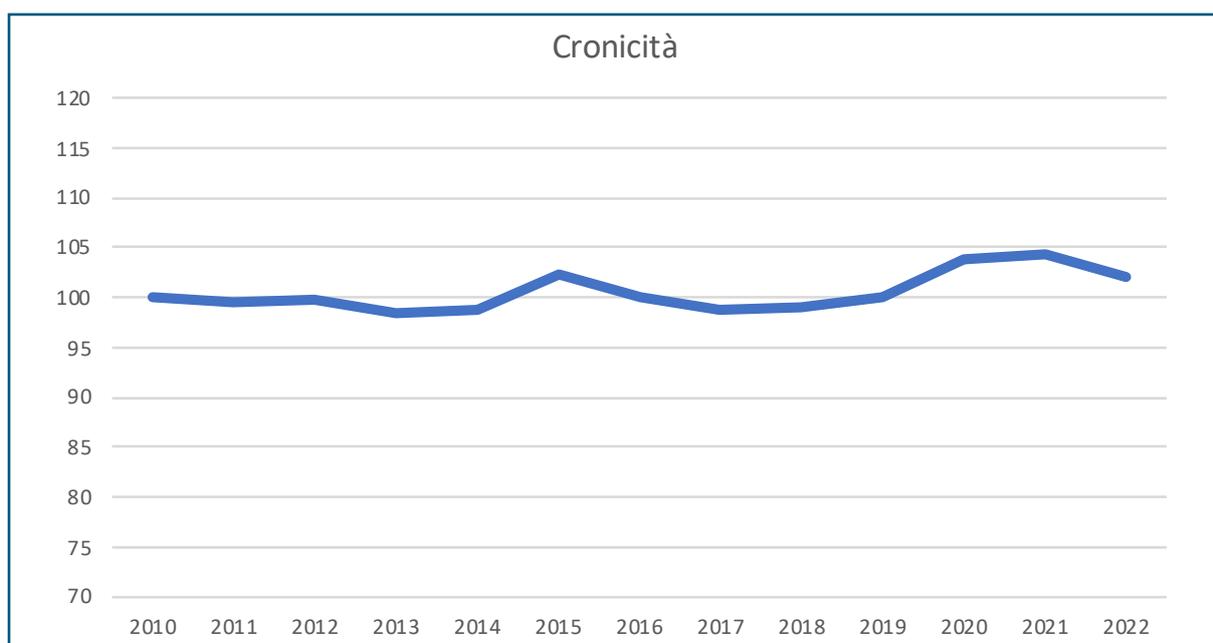


Figura 16 - Dominio Cronicità: andamento generale

⁶⁵ (Ministero della Salute, 2016)

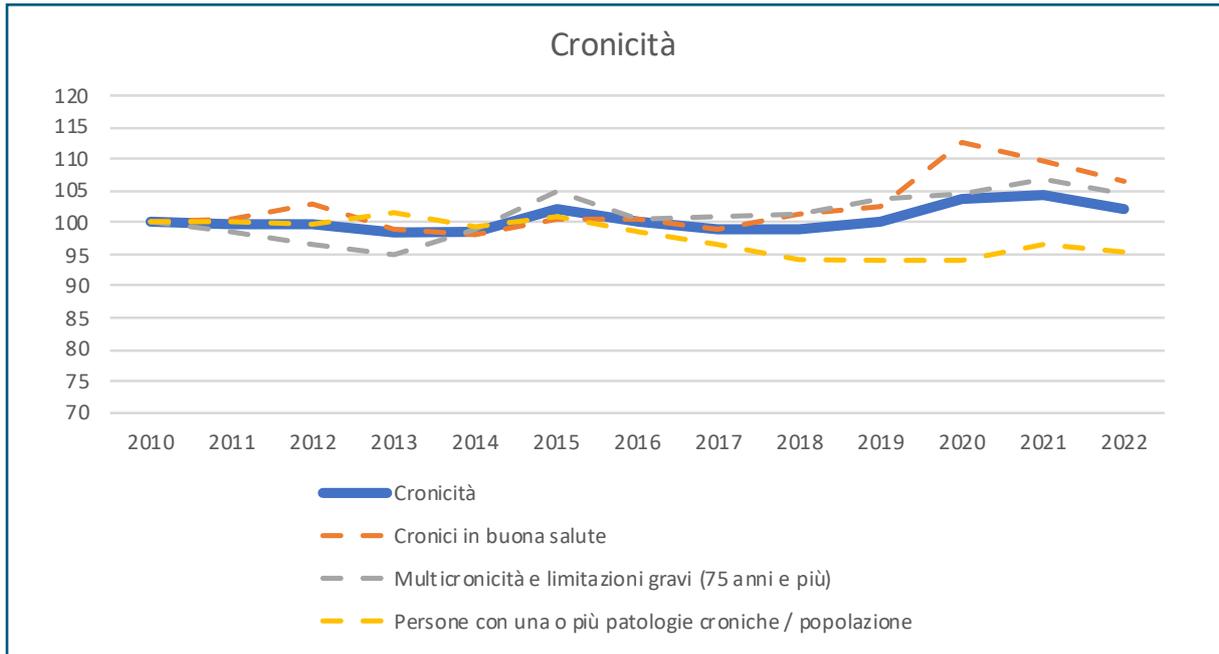


Figura 17 - Dominio Cronicità: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento con valori molto prossimi al valore standard di base 100, al miglioramento per gli anni 2020 e 2021 segue una leggera variazione, che vede il valore per il 2022 decrescere di due punti, arrivando a 102.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia una spinta al ribasso da parte di tutti e tre i fenomeni monitorati, in particolare se si guarda all'andamento dell'indicatore *Persone con una o più patologie croniche su popolazione*, che, sebbene con fasi alterne, non vede fermare la sua tendenza negativa.

Contribuisce alla decrescita generale l'indicatore *Cronici in buona salute*, il cui trend positivo, con un massimo storico di 113 punti per l'anno 2020, lascia spazio ad un netto calo, arrivando ad un valore di 102. Ugualmente in decrescita, seppure con una tendenza diversa, l'indicatore *Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)*.

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'individuo⁶⁶.

⁶⁶ (Leigh-Hunt, 2017)

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*.

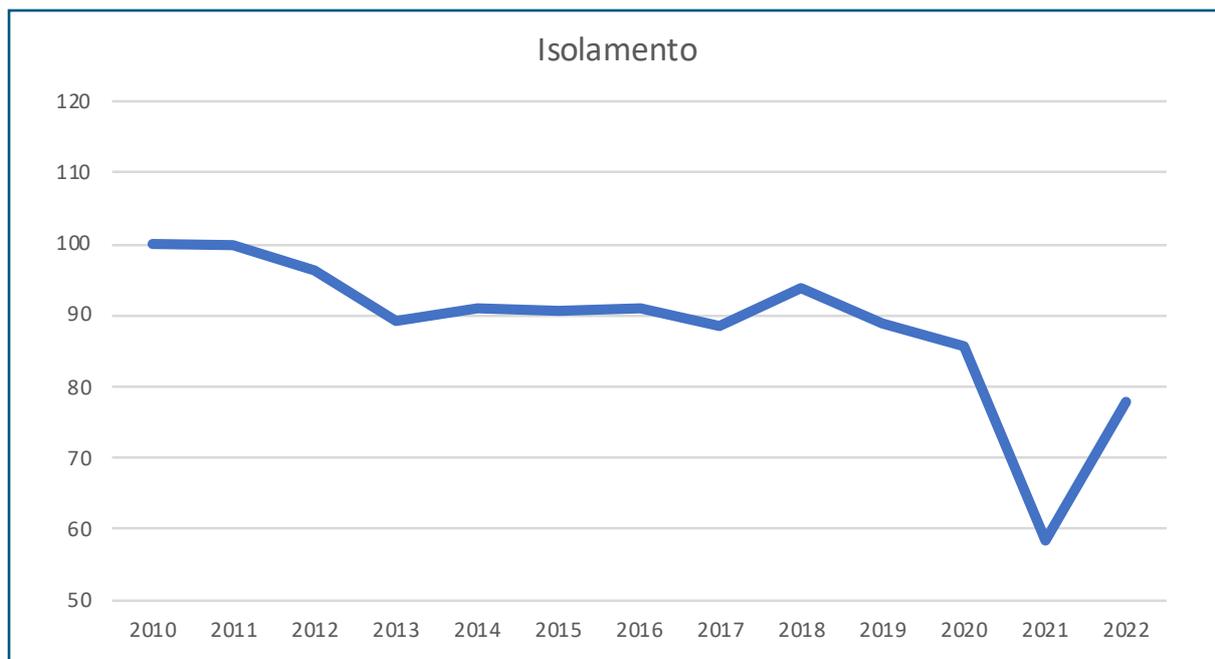


Figura 18 - Dominio Isolamento: andamento generale

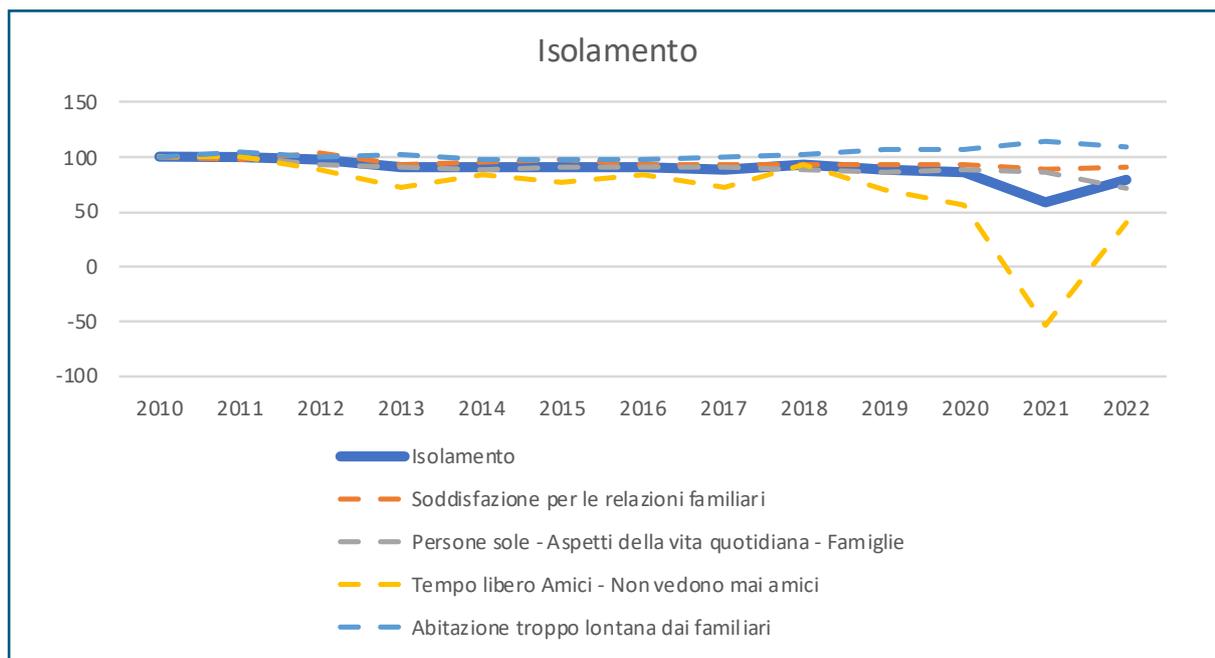


Figura 19 - Dominio Isolamento: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in continua e costante decrescita fino al 2021, attestando un peggioramento in termini di Vicinanza della salute causato dall'aumento dei fenomeni legati all'isolamento. Questo andamento critico registra un cambio di rotta per l'annualità 2022, dove mostra una netta ripresa, aumentando di 20 punti e raggiungendo il valore di 78, che però non riesce né a superare, né a eguagliare i valori pre pandemici.

Nell'analisi dei parametri associati al Dominio si nota un notevole cambiamento nell'indicatore *Persone che non vedono mai amici nel tempo libero*. Questo indicatore ha registrato un significativo declino a partire dal 2018 e ha subito una brusca diminuzione nel 2020, portando i valori addirittura sotto lo zero nell'anno seguente. Questo fenomeno riflette anche l'impatto delle misure di contenimento legate alla pandemia, che hanno inevitabilmente aumentato l'isolamento individuale e influenzato le abitudini e i comportamenti delle persone.

Nel 2022 si nota invece come il punteggio dell'indicatore abbia una risalita netta arrivando a 40, confermando comunque il trend storicamente decrescente. Al contrario, l'indicatore *Personale sole*, continua la sua decrescita rispetto all'anno precedente, passando da un punteggio di 85 a uno di 71 e indicando una situazione di isolamento persistente per un segmento della popolazione.

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*.

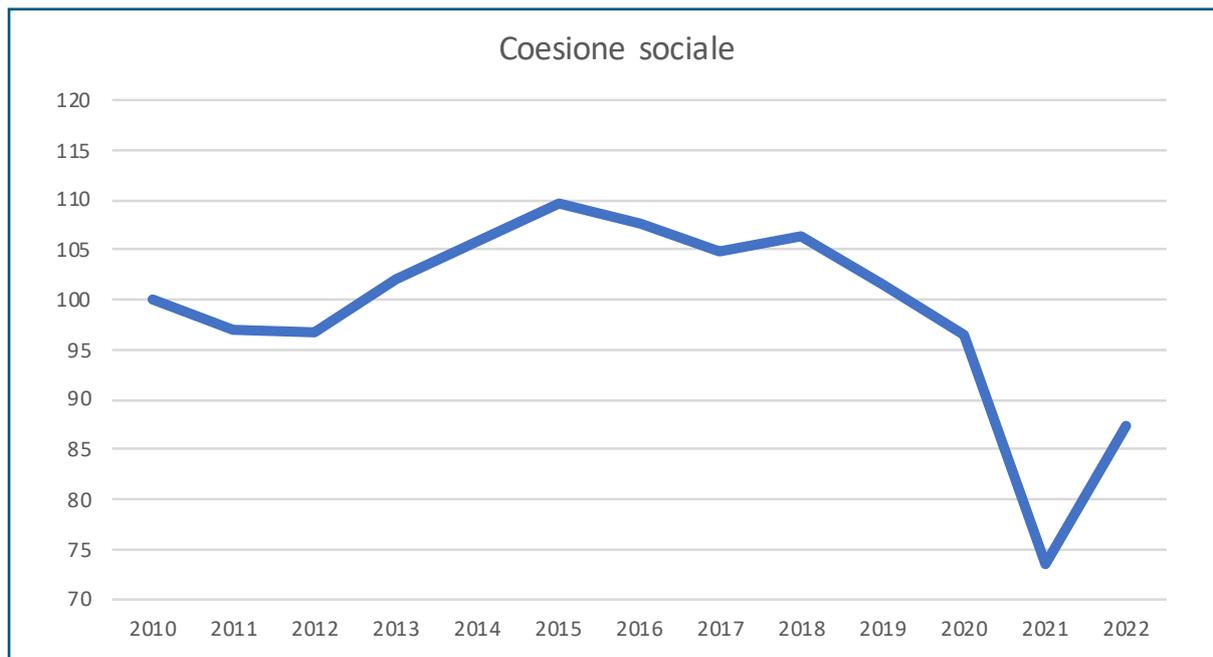


Figura 20 - Dominio Coesione Sociale: andamento generale

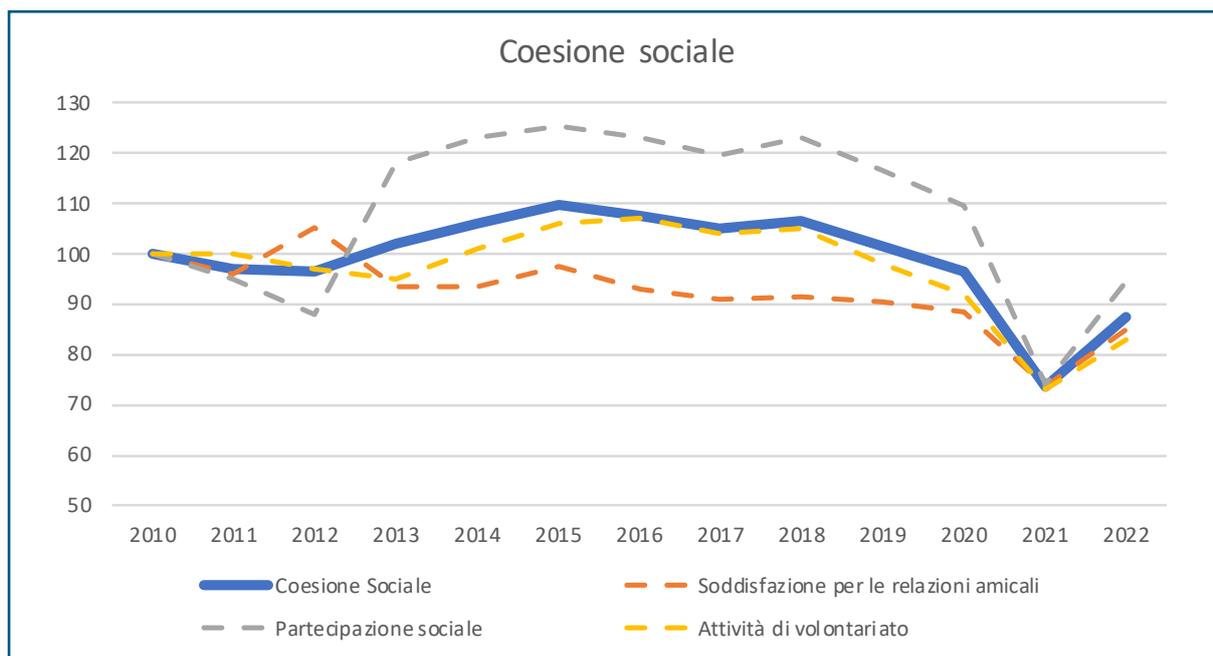


Figura 21 - Dominio Coesione Sociale: dettaglio indicatori

Il Dominio analizzato mostra una costante diminuzione fino al 2018, seguita da un accentuato declino negli anni a seguire, culminando nel 2021 con il valore minimo storico di 67 punti.

Tuttavia, si verifica una significativa inversione di tendenza per l'anno 2022, in cui si osserva un notevole aumento nel punteggio del Dominio che registra un valore di 87, rispetto a 74 dell'anno precedente.

All'interno del quadro d'analisi dei parametri connessi al Dominio, emerge un andamento omogeneo tra tutti gli indicatori presi in esame. Questi erano in una fase di declino dal 2020, probabilmente influen-

zata dalle misure di contenimento della pandemia. Diversamente, a partire dal 2022 hanno manifestato un cambiamento di trend rilevante, che risulta però in linea con l'andamento decrescente generale.

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 famiglia⁶⁷.

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.

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.*

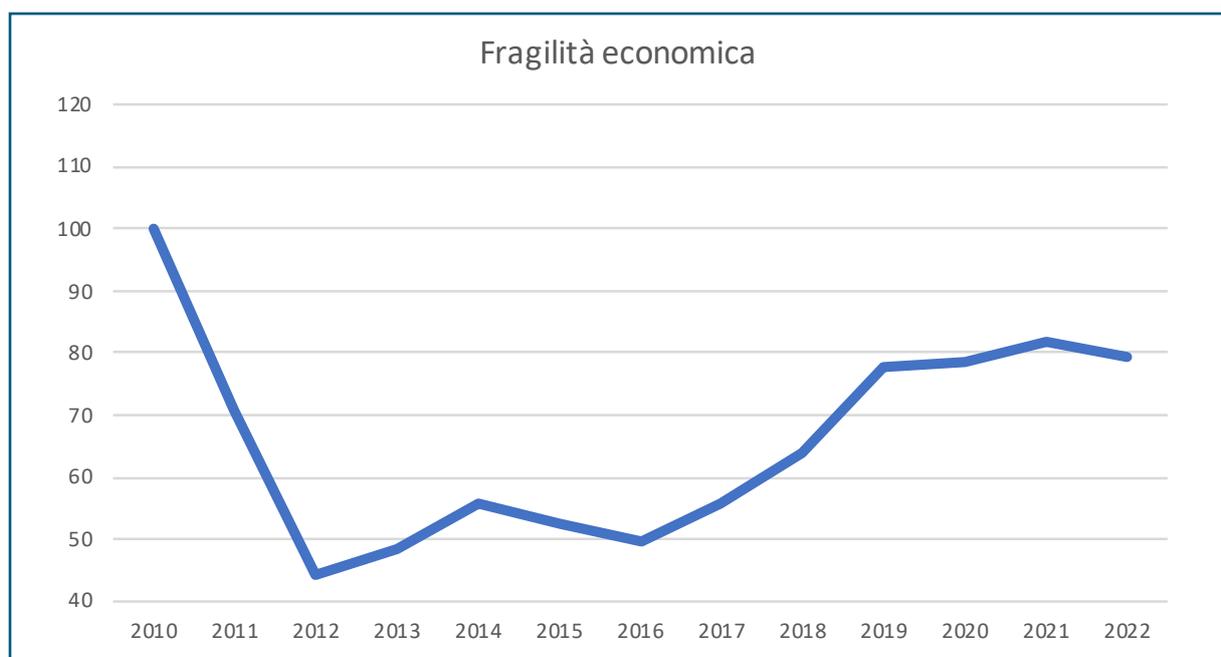


Figura 22 - Dominio Fragilità economica: andamento generale

⁶⁷ (Ferrera, 2006)

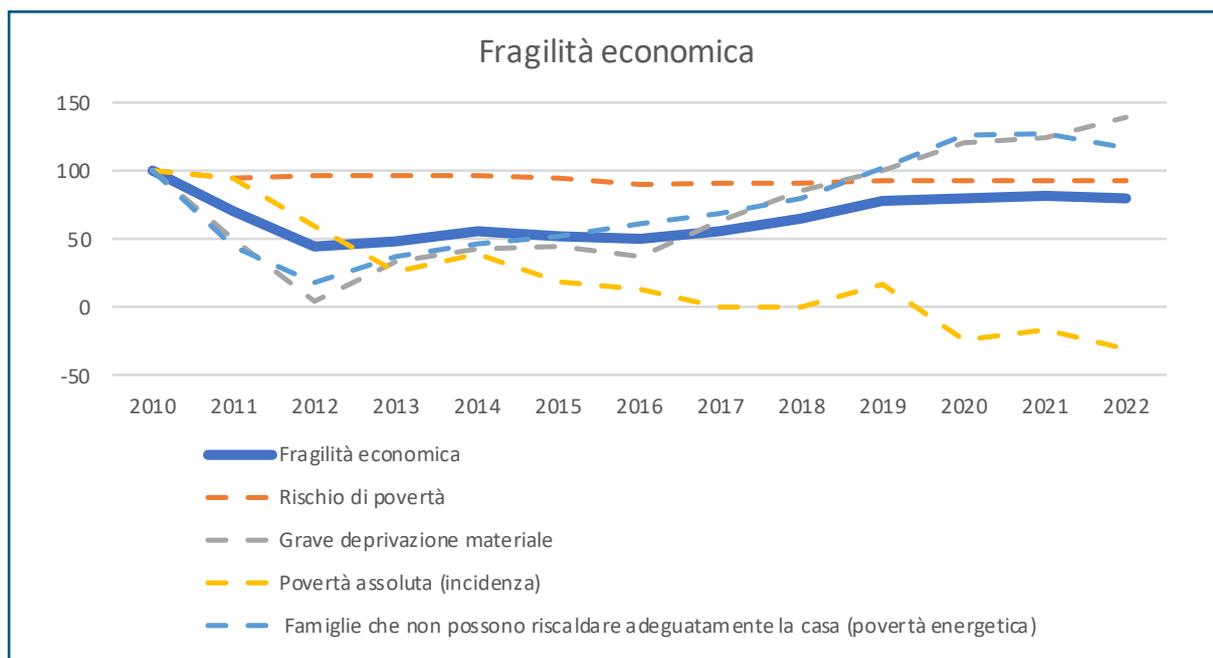


Figura 23 - Dominio Fragilità economica: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in discesa fino al 2013. Successivamente, si registra una breve ripresa, per poi tornare nel 2017 agli stessi valori del 2014. Dal 2017 ai due anni successivi i valori aumentano, e dal 2019 rimangono pressoché invariati, attestandosi a 79 punti nel 2022.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia la tendenza dell'indicatore relativo all'*Incidenza della povertà assoluta*, che raggiunge valori fortemente negativi anche nell'ultimo anno rappresentando un campanello d'allarme tra i più preoccupanti dell'intera ricerca. Si nota poi come l'andamento dell'indicatore *Rischio di povertà* non subisca variazioni, mentre si registra una decrescita, nel 2022, per la *Povertà energetica delle famiglie*, laddove a pesare sono verosimilmente i rincari dell'energia dovuti al riassetto geopolitico causato dal conflitto tra Russia e Ucraina. A condizionare l'andamento del Dominio è il trend positivo che rappresenta la *Grave deprivazione materiale*. Il suo aumento indica, di fatto, una diminuzione del fenomeno monitorato e quindi un minor numero di persone che non possono permettersi determinati beni considerati come necessari per una vita adeguata.

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.

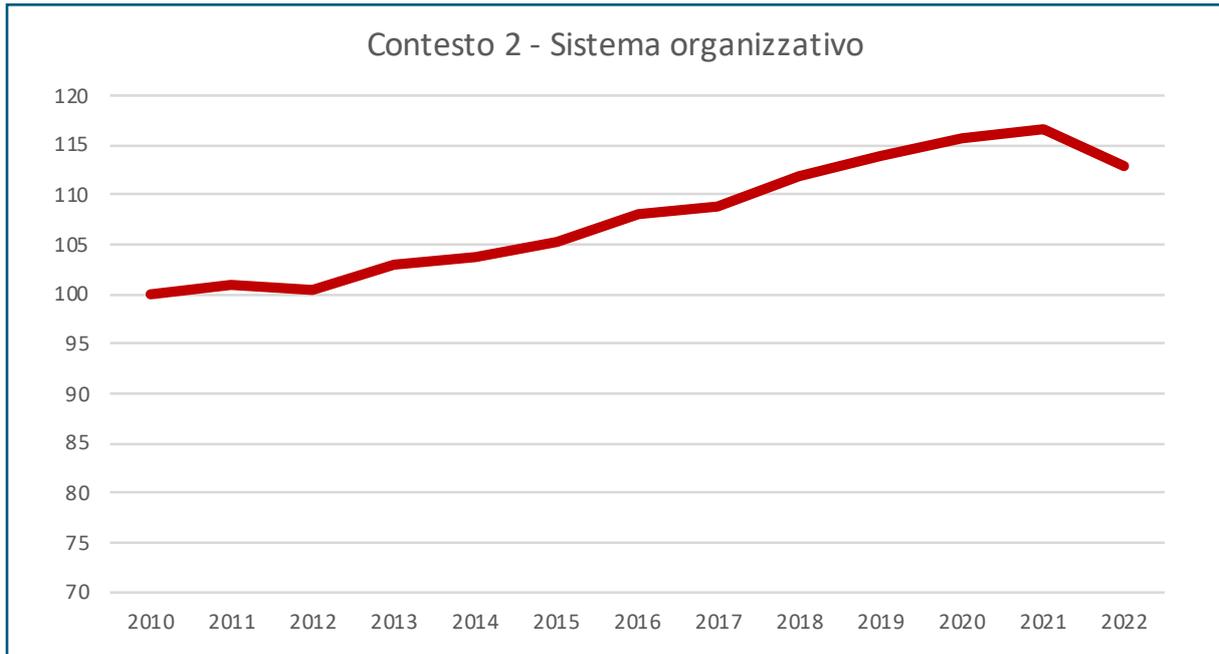


Figura 24 - Contesto Sistema organizzativo: andamento generale

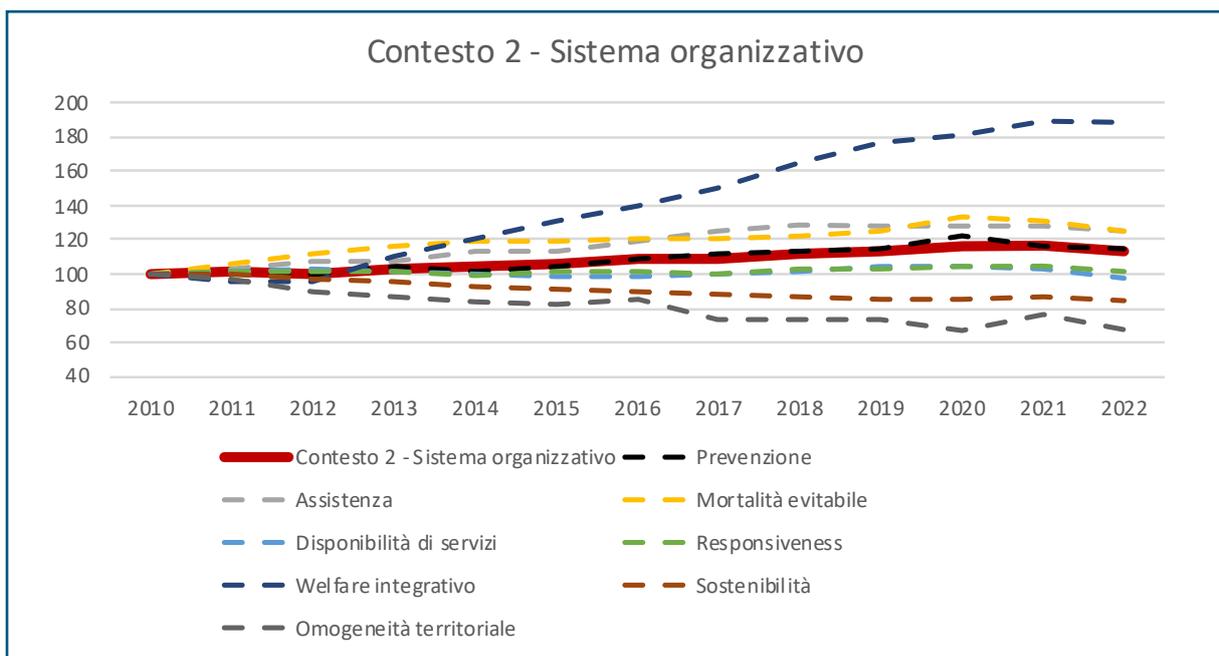


Figura 25 - Contesto Sistema organizzativo: dettaglio domini

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 nell'ultimo triennio esitando in un "plateau". Nel 2021 si registra il valore massimo storico di 117 punti che però rappresenta anche un punto di flesso nell'andamento del grafico che conduce ad un valore di 113 punti per l'anno 2022. Per la prima volta avviene quindi una inversione di tendenza nell'andamento del contesto.

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; 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 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*.

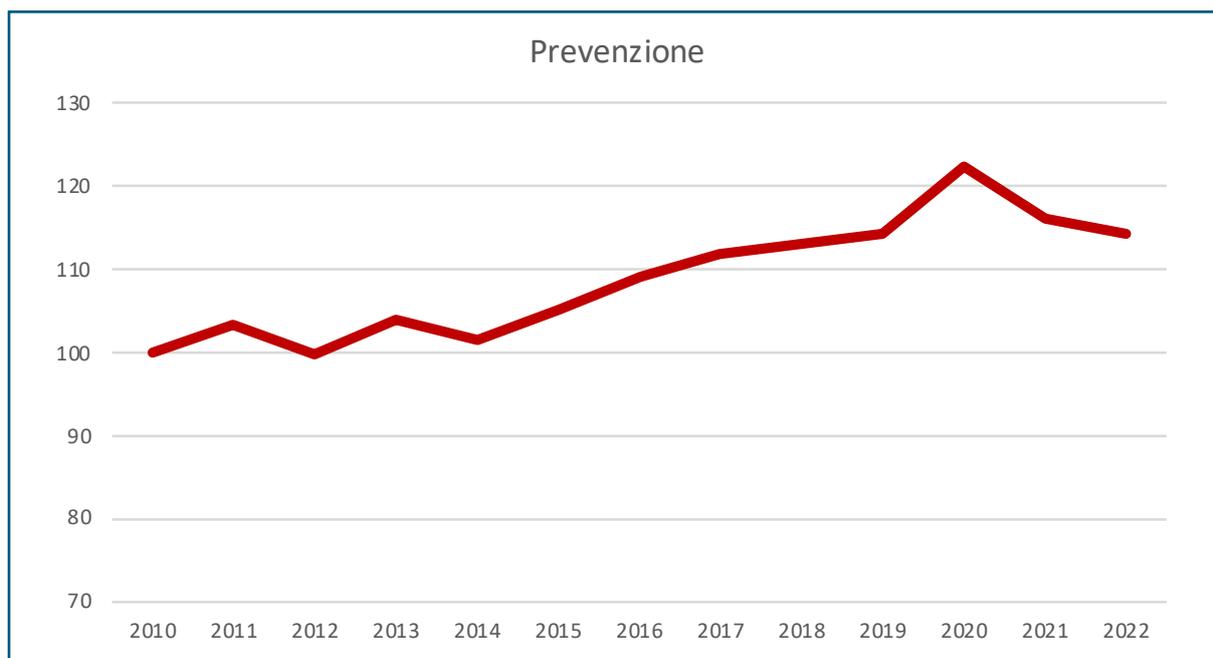


Figura 26 - Dominio Prevenzione: andamento generale

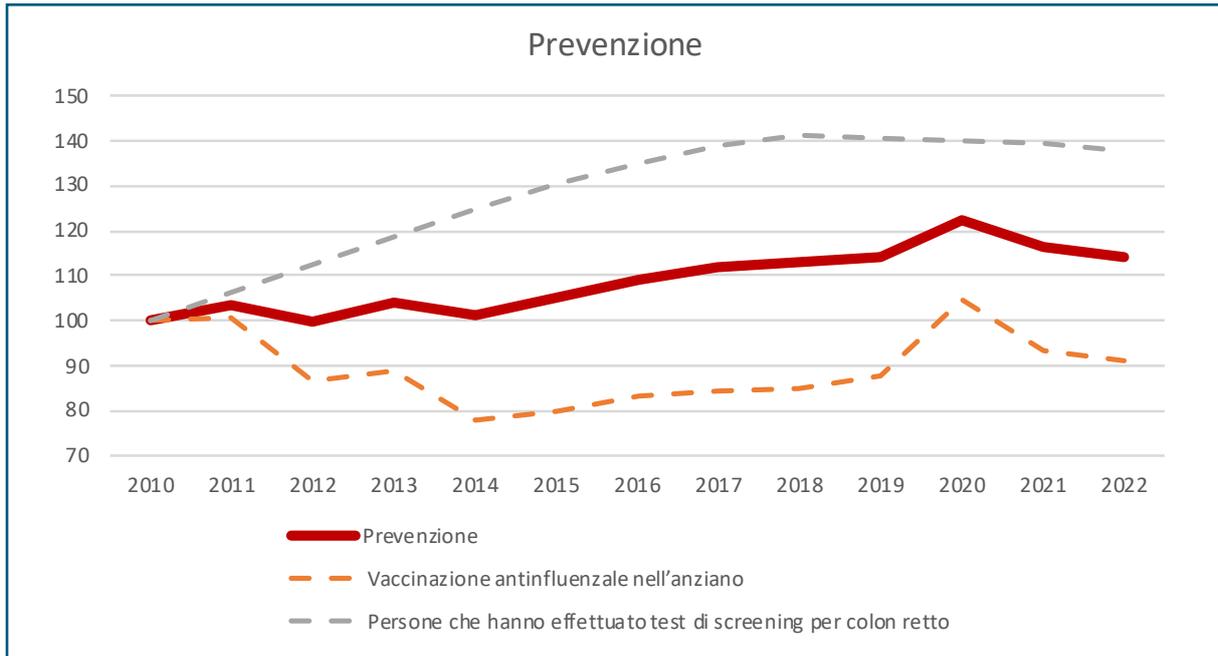


Figura 27 - Dominio Prevenzione: dettaglio indicatori

L'andamento del Dominio in esame manifesta una fase di sostanziale crescita fino al 2020 arrivando al valore di 122 (sospinta anche dai timori pandemici e dalla diffusione vaccinale per Covid), per poi diminuire negli anni a seguire, ritornando ai valori del 2019 nel 2022.

Tra gli Indicatori riconducibili al Dominio emergono due tendenze divergenti. Da un lato *Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano*, presumibilmente a causa della campagna di vaccinazione durante la pandemia, presenta un picco nel 2020 e, a seguire, un calo nel 2021 che prosegue anche nell'anno successivo. D'altra parte, *Persone che hanno effettuato test di screening per colon retto*, che dal 2010 ha registra una notevole crescita, presenta una lieve diminuzione a partire dal 2020.

5.3.2 Assistenza

Nel dominio *Assistenza* vengono ricomprese le componenti legate all'assistenza sanitaria tradizionalmente inquadrate sia nella dimensione ospedaliera sia nella dimensione territoriale. Nello specifico, il seguente Dominio persegue l'intendimento di 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 inidonei 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.*

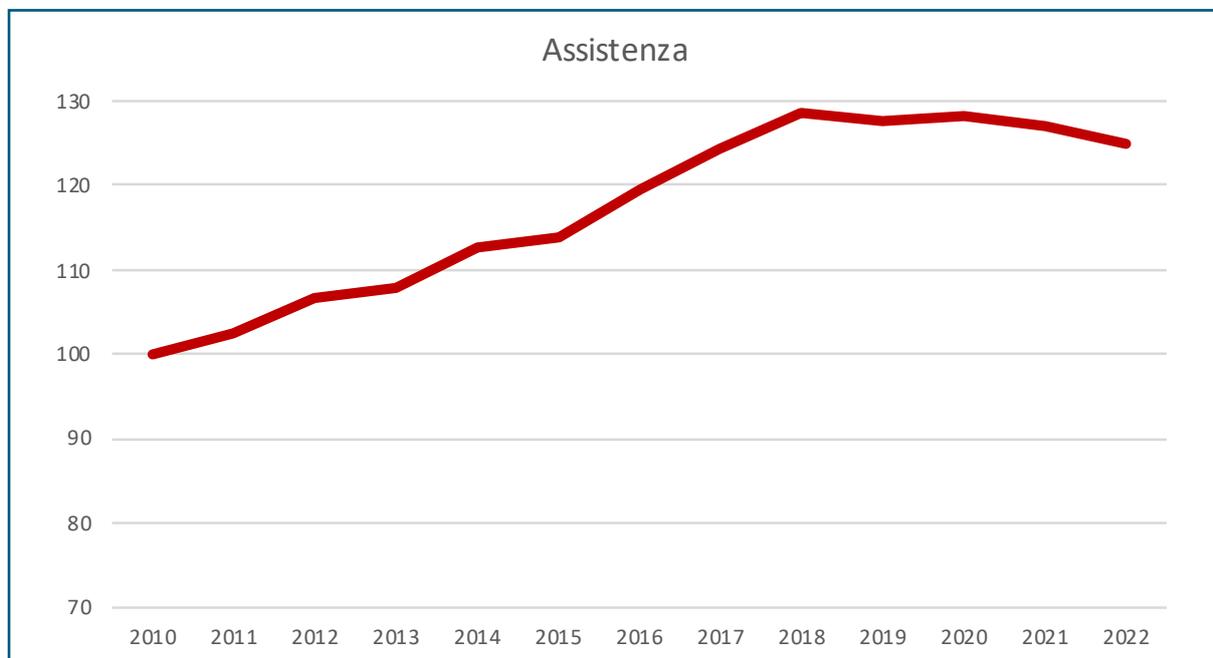


Figura 28 - Dominio Assistenza: andamento generale

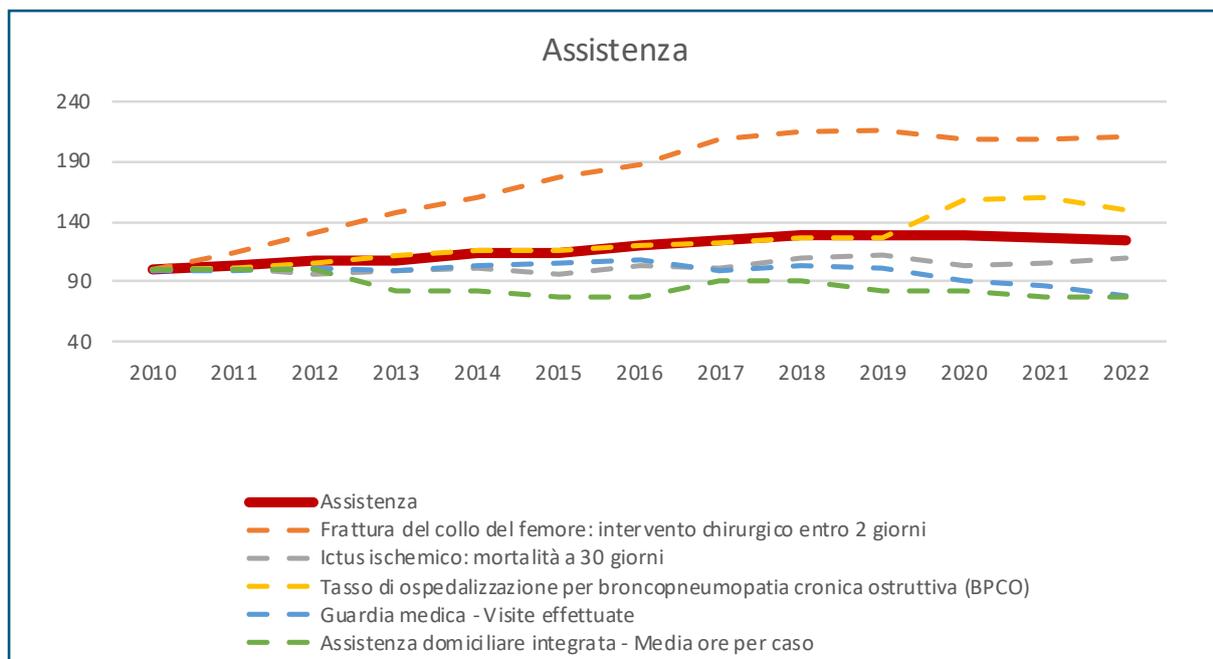


Figura 29 - Dominio Assistenza: dettaglio domini

Il Dominio in esame descrive un andamento di crescita fino al 2018 in cui arriva al massimo storico di 129 punti. Negli anni a seguire rimane costante per poi presentare una lieve discesa nel 2022 con un valore di 125 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si sottolinea una crescita significativa fino al 2017 dell'indicatore *Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni*, con una successiva diminuzione negli anni seguenti e una ripresa a partire dall'anno 2022. Inoltre, l'indicatore *Tasso di ospedalizzazione per BPCO*, segna un miglioramento dal 2020 al 2021, tuttavia, per l'anno corrente si registra un calo, passando da un valore di 160 a 150.

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°⁶⁸. 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)*.

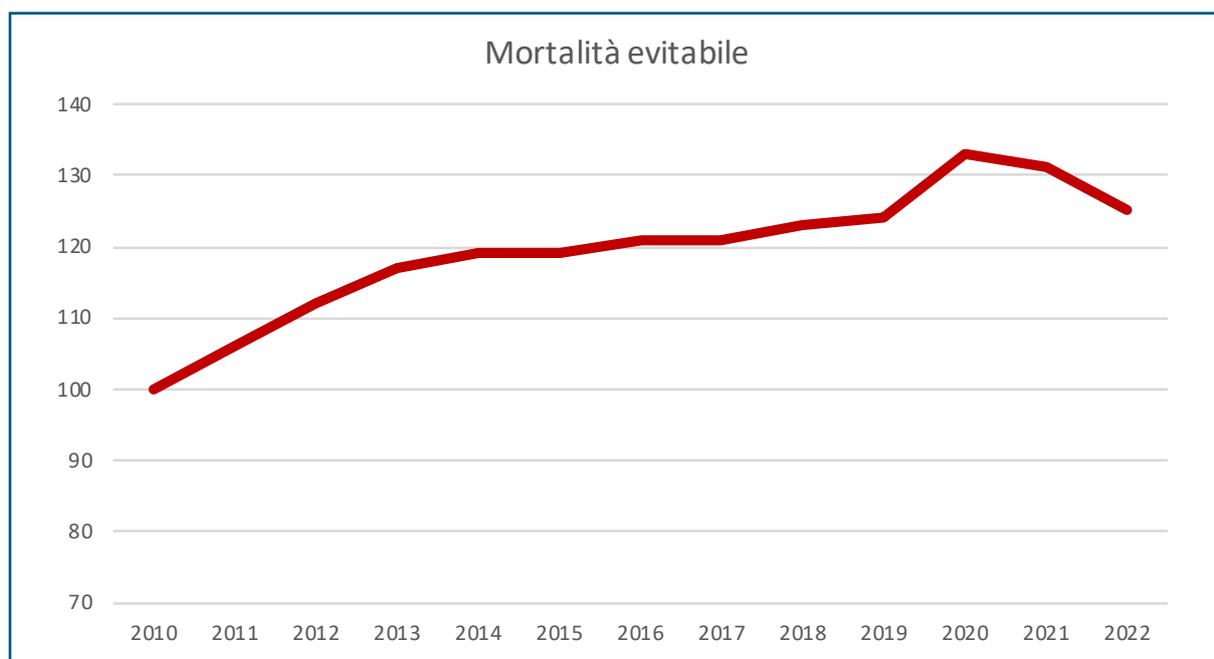


Figura 30 - Dominio Mortalità evitabile: andamento generale

⁶⁸ (Centro Studi Nebo, 2021)

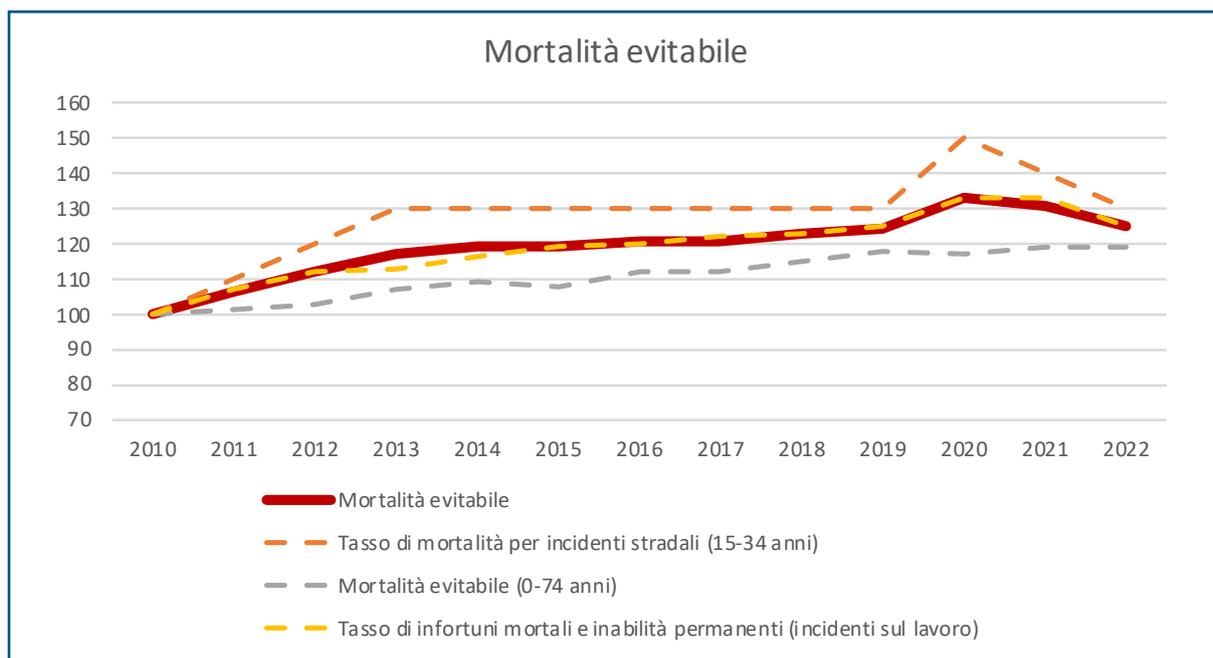


Figura 31 - Dominio Mortalità evitabile: dettaglio domini

Il Dominio in esame descrive una crescita costante che culmina nel 2020 con un punteggio di 133, dovuto principalmente a causa delle restrizioni implementate per contrastare la pandemia, le quali hanno limitato l'esposizione a determinati rischi legati alla mobilità e all'attività lavorativa. Dal 2021 si registra un calo che persiste nell'ultimo anno fino ad arrivare ad un valore di 125, molto prossimo ai valori pre-pandemici attestando una mancanza di iniziative di miglioramento sul tema nel biennio precedente.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un peggioramento in parallelo relativo agli indicatori *Tasso di mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)* e *Tasso di infortuni mortali e inabilità permanenti (incidenti sul lavoro)* rispetto agli anni precedenti, con un ritorno ai valori del 2019 pre-pandemia. Ciò può essere dovuto all'allentamento delle restrizioni messe in atto durante la pandemia. L'indicatore *Mortalità evitabile (0-74 anni)* rimane invece pressoché invariato.

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 Sistema Sanitario Nazionale⁶⁹ di assicurare e garantire a tutti i cittadini l'accesso universale ed un'erogazione equa delle prestazioni sanitarie e dei farmaci essenziali, senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche, garantendo parità di beneficio in rapporto a uguali bisogni di salute. A questo si aggiunga, 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.

⁶⁹ (Pani, 2014)

Il seguente Dominio 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.*

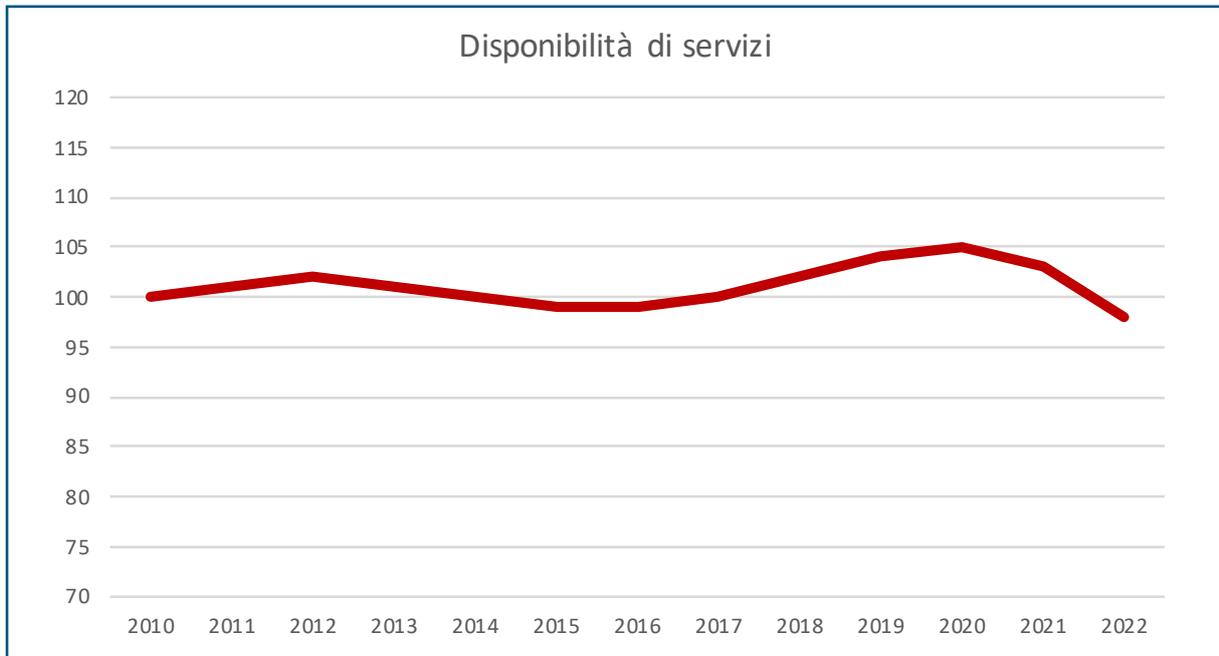


Figura 32 - Dominio Disponibilità di servizi: andamento generale

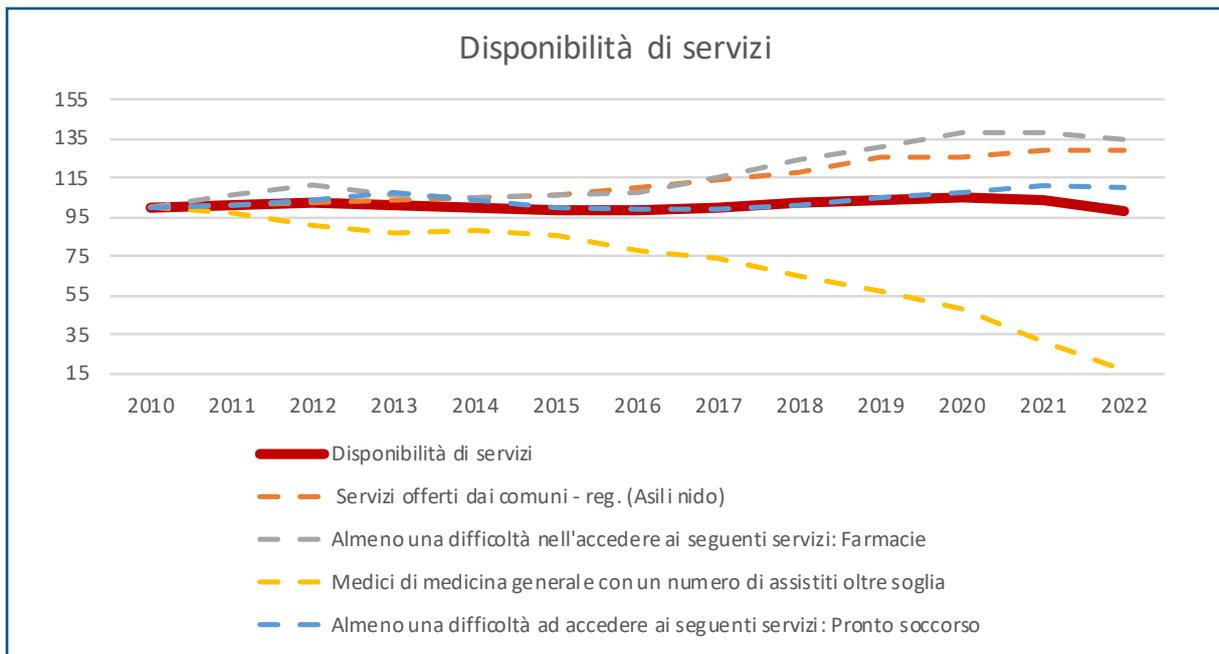


Figura 33 - Dominio Disponibilità di servizi: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in lieve decrescita, che registra nel 2022 un valore di 98 rispetto al valore di 103 dell'anno precedente.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio emerge come la *Percentuale di medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre soglia* influenzi notevolmente l'andamento generale del Dominio in maniera negativa. Si sottolinea che l'indicatore presenta polarità negativa. Questo può essere visto alla luce dell'aumento dell'Indice di vecchiaia e del consumo di farmaci nel Dominio Sostenibilità e perciò un carico di lavoro sempre più gravoso per i medici di medicina generale. Rimangono pressoché inalterati i valori degli indicatori *Servizi offerti dai comuni (asili nido)* e *Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere al Pronto soccorso*.

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 esperienze⁷⁰.

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, alla capacità di risposta del sistema sanitario l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato la seguente definizione formale, 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*"⁷¹.

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*.

⁷⁰ (Mirzoev & Kane, 2017)

⁷¹ (Darby, Valentine, Murray, & de Silva)

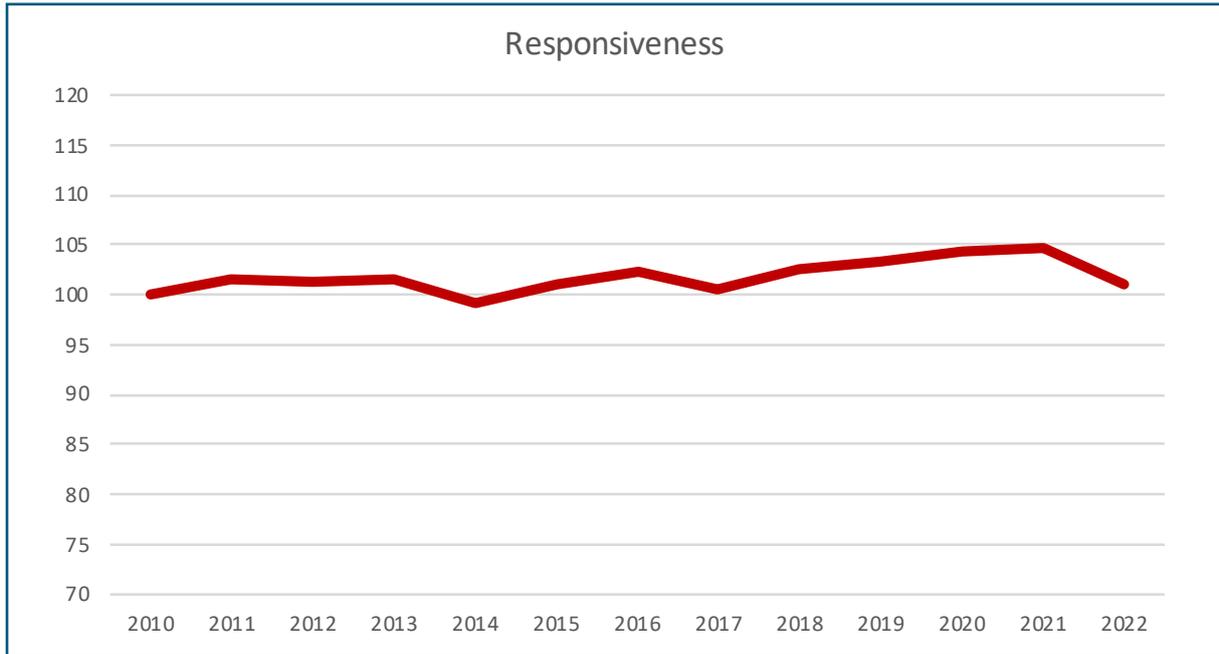


Figura 34 - Dominio Responsiveness: andamento generale

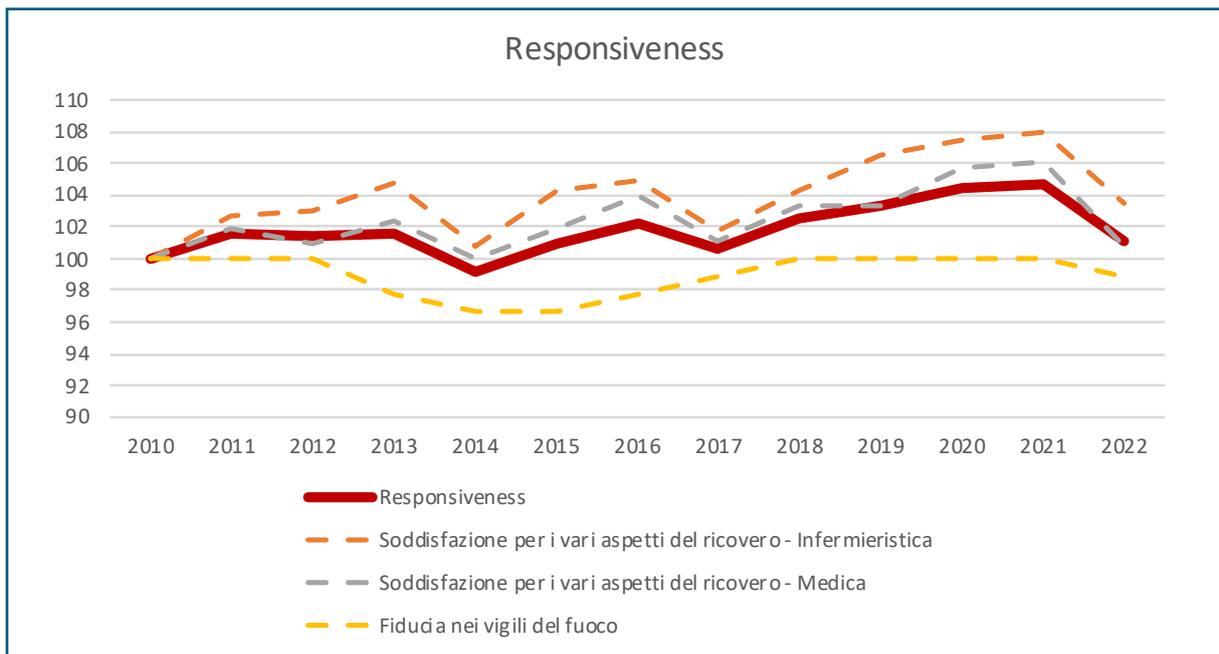


Figura 35 - Dominio Responsiveness: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame presenta una crescita leggera e costante dal 2014 al 2021, fino a segnare il valore di 101 nel 2022, in calo rispetto agli anni precedenti e ritornando ai valori del 2017.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio emerge un andamento parallelo degli indicatori legati a *Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero* sia per la componente medica che infermieristica. In contrasto con l'andamento dell'anno precedente, nel 2022 si nota una discesa, che influenza l'andamento generale del Dominio. L'indicatore *Fiducia nei vigili del fuoco* presenta pari andamento in diminuzione, sebbene quasi impercettibile, passando da un punteggio di 100 nel 2021 a 99 nel 2022.

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*.

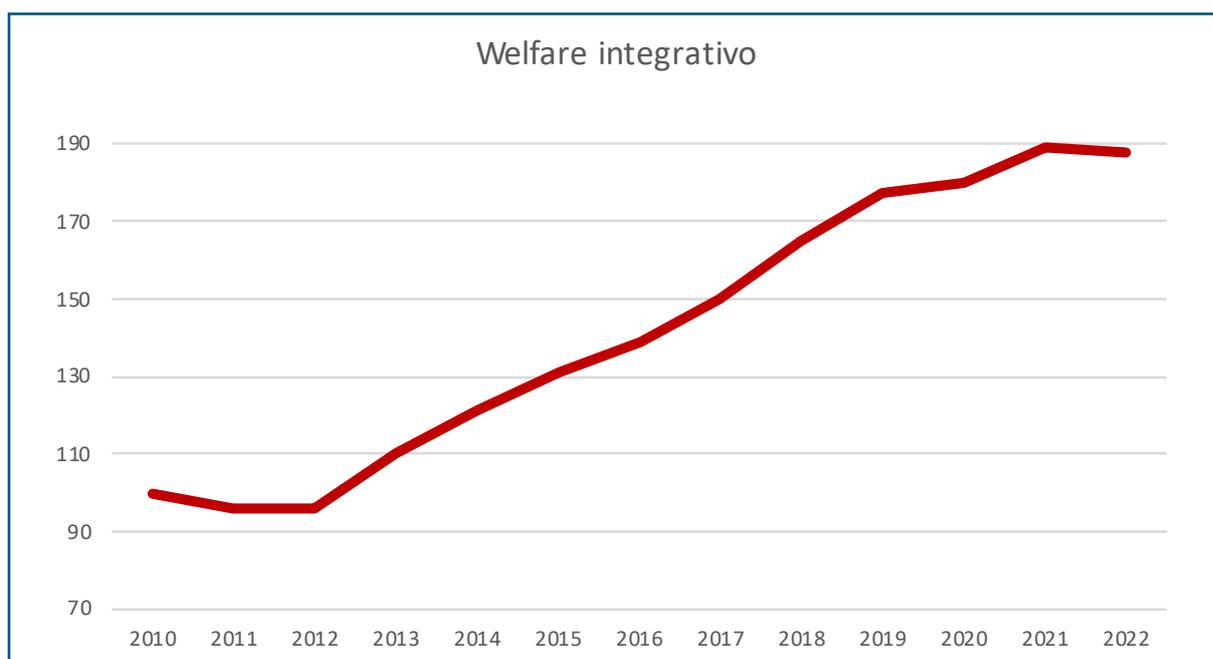


Figura 36 Dominio Welfare integrativo: andamento generale

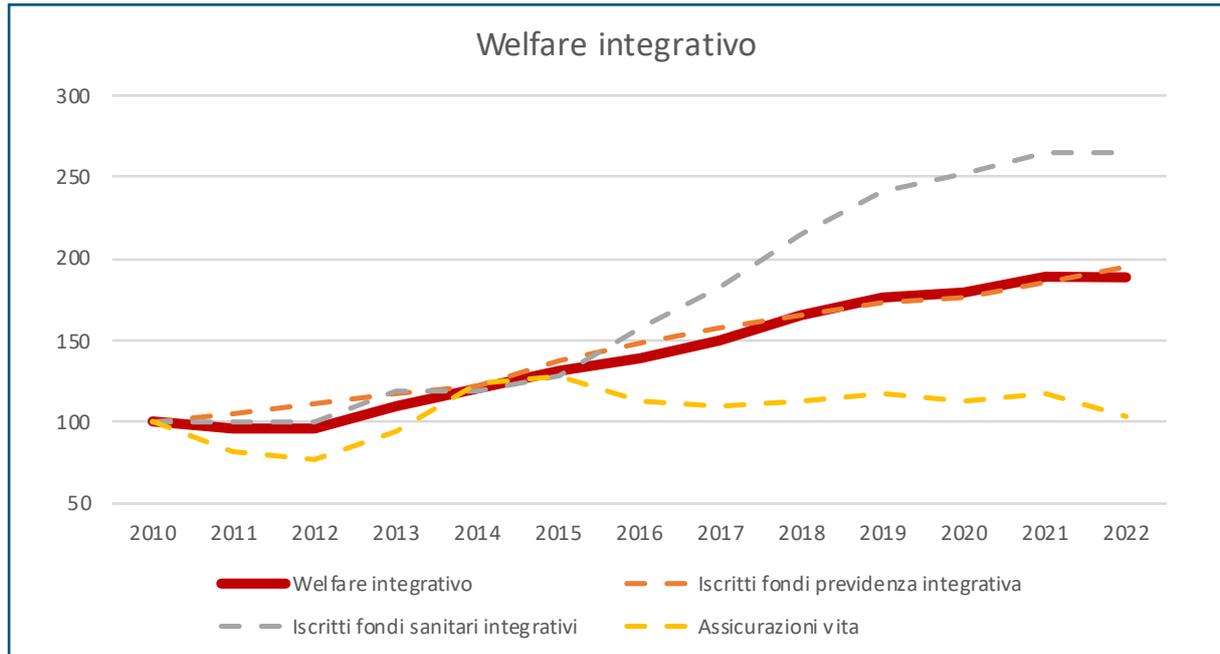


Figura 37 - Dominio Welfare integrativo: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento complessivo in forte crescita fino al 2021 segnando un valore di 189 punti, e un lieve calo nell'anno a seguire, con 188 punti. Questo sottolinea ad ogni modo il ruolo delle forme di sanità e previdenza integrativa nell'aumentare la Vicinanza della salute.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenziano due forze contrastanti. Da un lato, l'indicatore *Assicurazioni vita* presenta fluttuazioni nei diversi anni, e una recente discesa che lo porta da un valore di 117 nel 2021 ad uno di 103 nel 2022. D'altra parte, *Iscritti ai fondi sanitari integrativi* arresta parzialmente la sua salita mantenendo gli stessi valori dell'anno precedente. *Iscritti ai fondi di previdenza integrativa* aumenta poi di 10 punti percentuali in confronto al 2021.

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)*.

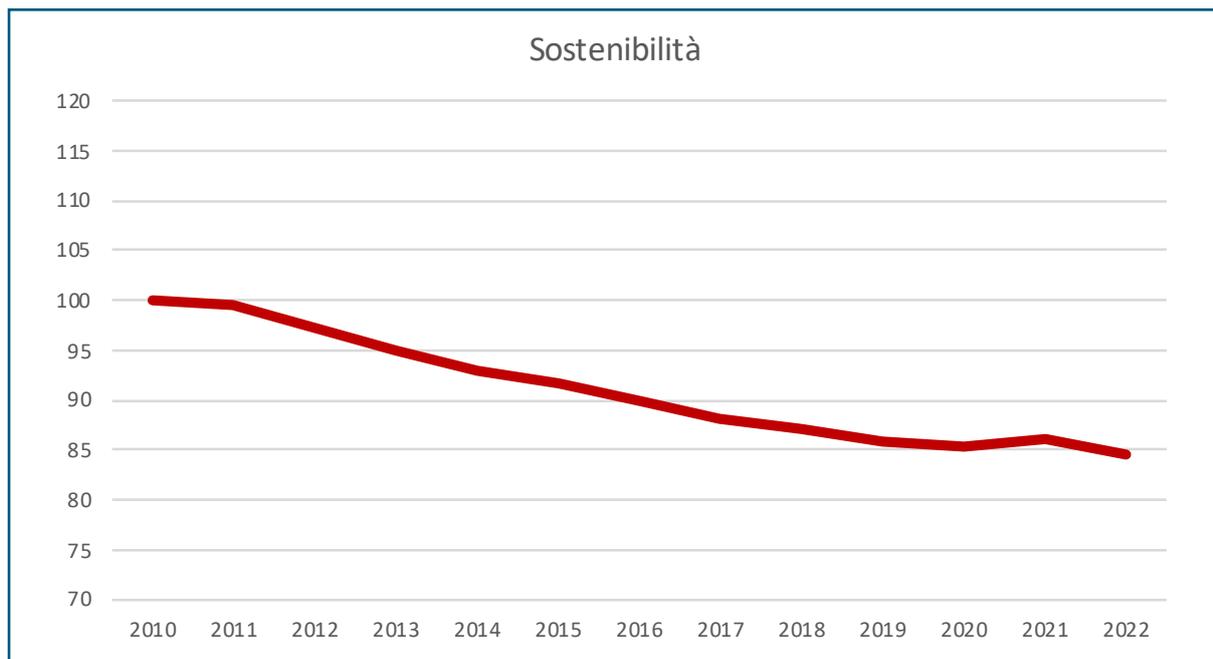


Figura 38 - Dominio Sostenibilità: andamento generale

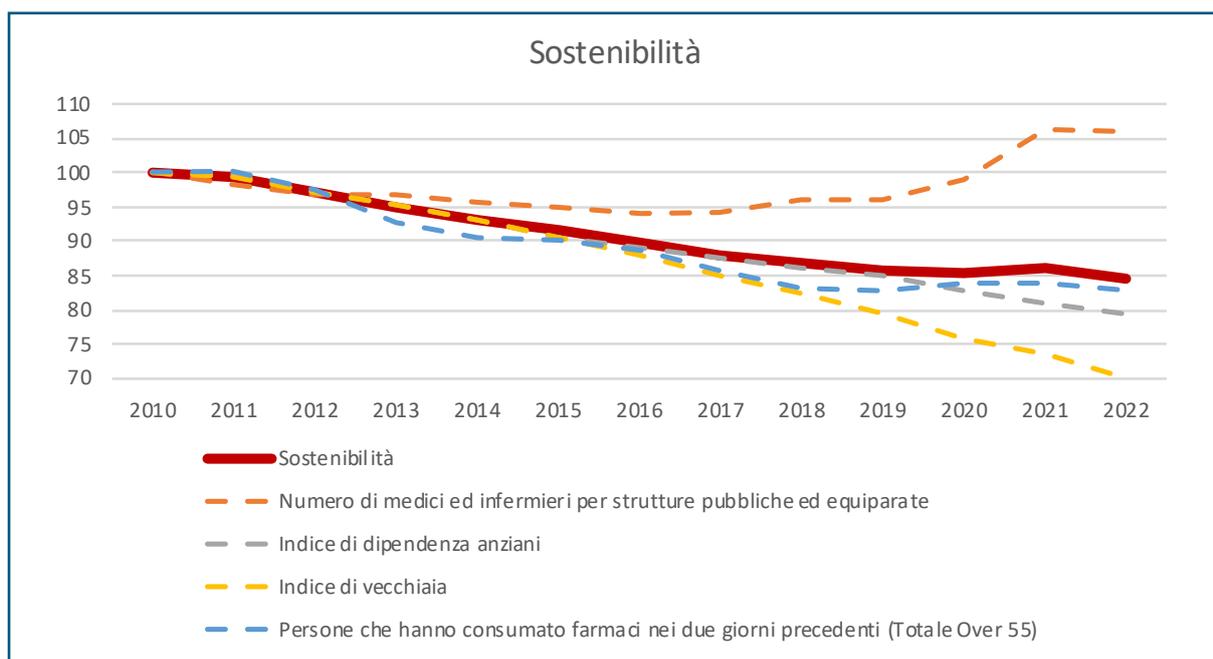


Figura 39 - Dominio Sostenibilità: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in costante e significativa diminuzione, raggiungendo nell'anno 2022 un punteggio di 85.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio emerge una consistente discesa dell'Indice di vecchiaia a 70 punti e dell'Indice di dipendenza anziani a 79 punti. Si evidenzia che i due indicatori hanno polarità negativa. Rimane invece invariato rispetto al 2021 il Numero di medici ed infermieri per strutture pubbliche ed equiparate con un valore di 106, sebbene in aumento rispetto al valore di 99 del 2020.

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 poichè sarebbe risultato "piatto".

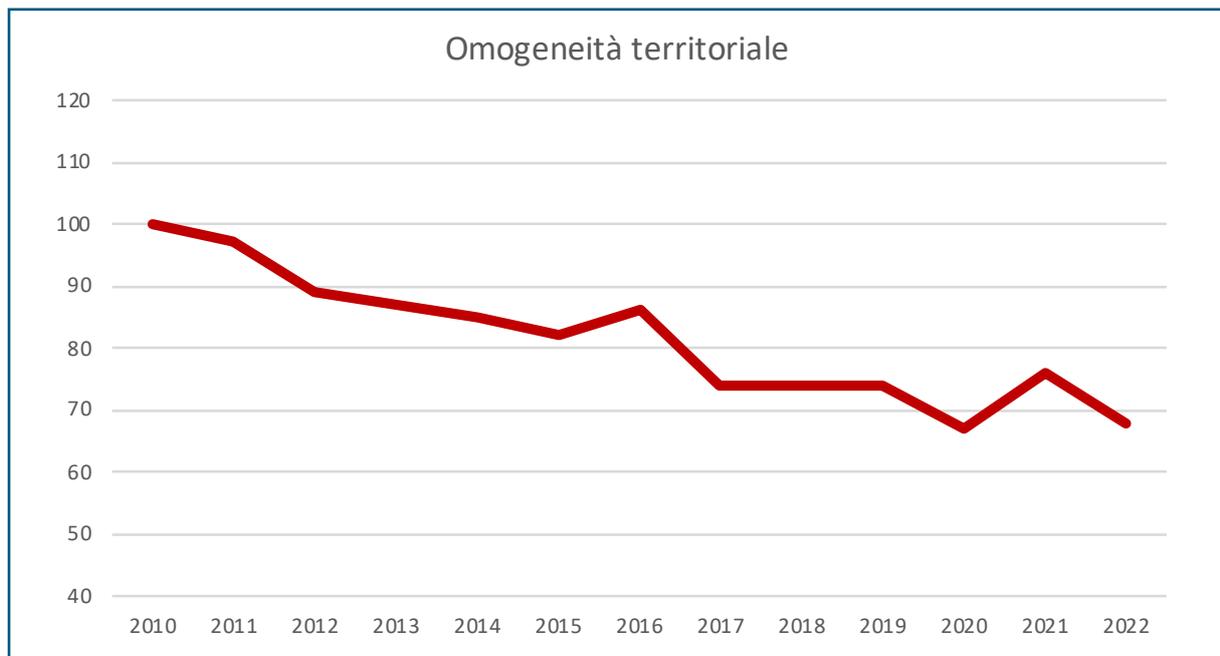


Figura 40 - Dominio Omogeneità territoriale: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un andamento altalenante e in discesa, che nel 2022 segna 68 punti, un valore notevolmente inferiore rispetto a quelli registrati nei primi anni presi in considerazione.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia l'indicatore *Emigrazione ospedaliera in altra regione*, il quale con una polarità negativa e un andamento decrescente indica un allontanamento dal concetto di *Vicinanza della Salute* e un aumento del fenomeno di emigrazione ospedaliera dalle regioni del Sud verso quelle del Nord.

Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea

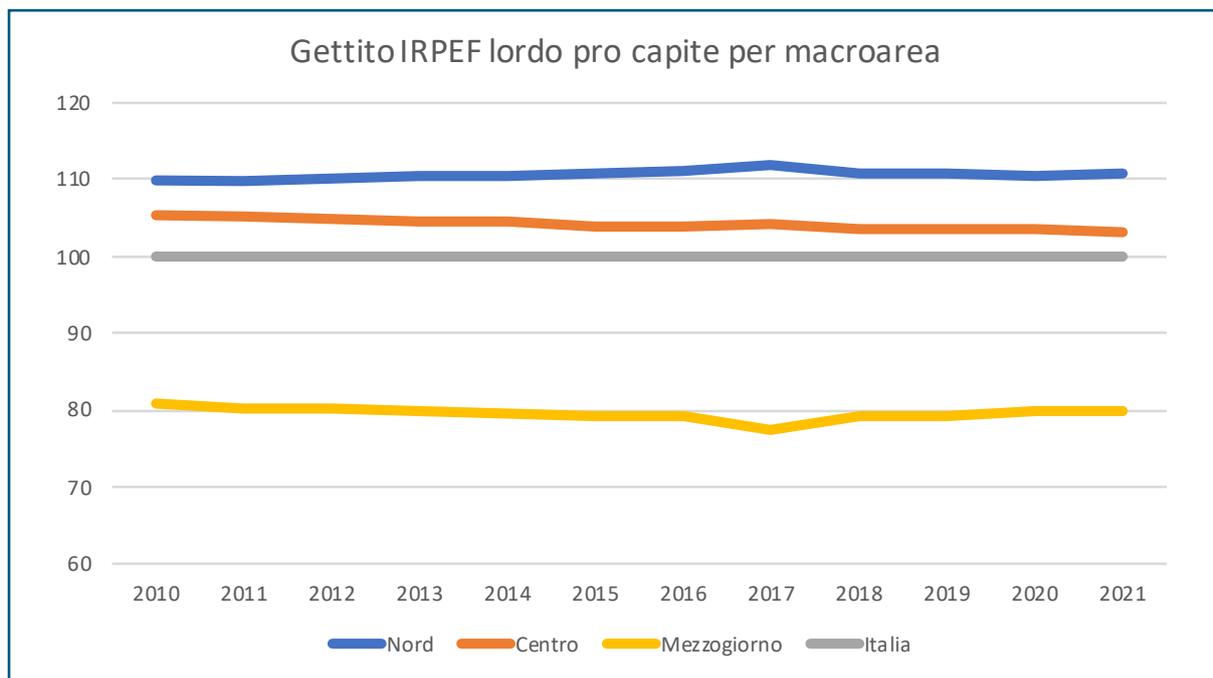


Figura 41- Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea

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. 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.

5.3.9 Rinuncia a prestazioni sanitarie

La rinuncia alle prestazioni sanitarie è divenuta una tematica centrale nel dibattito nazionale: le lunghe liste d'attesa e le difficoltà economiche, per una contingente 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 private: in 28 casi su 100 le persone sceglievano di rivolgersi a strutture private, 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 Sud⁷².

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.

⁷² (CENSIS, 2019)

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)⁷³. 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 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 sanitarie⁷⁴.

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.

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 spontanea⁷⁵. 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.

A tal proposito, l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), che si è proposto di monitorare l'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus, ha evidenziato nei suoi rapporti un ritardo diagnostico medio in continuo aumento, pari a circa 5 mesi per le varie tipologie di screening⁷⁶. Tutto questo viene confermato dai dati più recenti consultabili nel rapporto sul Benessere equo e sostenibile (Bes) pubblicato da ISTAT: nel 2021 l'11% delle persone (circa 6 mln) è stato costretto a rinunciare a visite specialistiche o esami diagnostici di cui avevano bisogno, per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio.

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 mammografie⁷⁷. Si attesta che *"almeno una prestazione ambulatoriale su cinque è stata rinviata"*.

⁷³ (Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, 2019) (Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, 2019)

⁷⁴ (Ministero della Salute, Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021, 2019)

⁷⁵ (Istituto Superiore di Sanità, Gli screening oncologici e l'impatto della pandemia: i dati dalla sorveglianza PASSI, 2022)

⁷⁶ (Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2020)

⁷⁷ (Gabanelli & Ravizza, 2023)

Si può osservare come la *rinuncia a prestazioni sanitarie* abbia, quindi, un andamento in aumento fino al 2021. Le cause per cui tale fenomeno è stato caratterizzato da una simile crescita devono essere ricercate nelle difficoltà organizzative e di pianificazione delle strutture sanitarie accentuate ulteriormente dalla pandemia e aggravate da carenze strutturali di organico.

Il 2022, al contrario, mostra dati confortanti: il fenomeno sembra aver invertito il suo trend di crescita ritornando a valori pre-pandemici.

La strategia per recuperare il ritardo accumulato al momento passa da un maggior finanziamento del budget destinato al ricorso a prestazioni fornite dal privato accreditato e ad un maggiore incentivo economico all'attività svolta in straordinario dalle professionalità mediche e sanitarie del SSN.

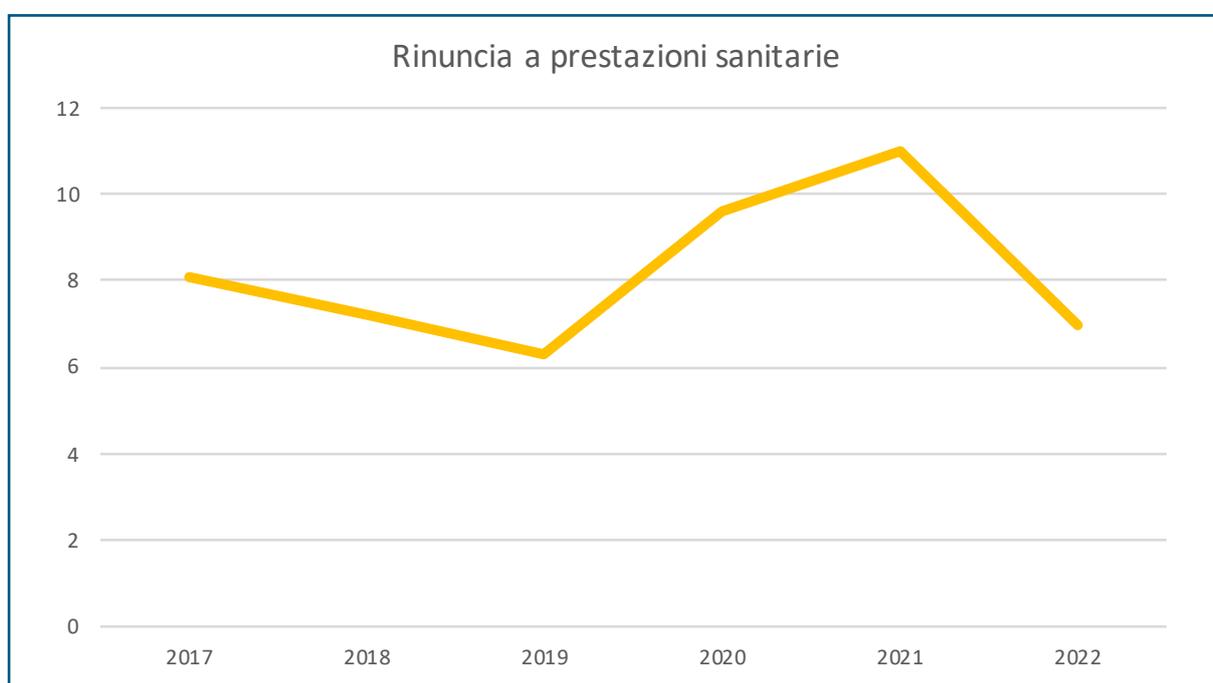


Figura 42 - Rinuncia a prestazioni sanitarie

Il 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 nel grafico indicano quindi le percentuali di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche 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 lunga⁷⁸.

⁷⁸ (Istat, Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia 2021, 2022)

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 meteorologici*; *Ecoansia*.

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.

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



Figura 43 - Contesto Luoghi di vita e ambiente: andamento generale

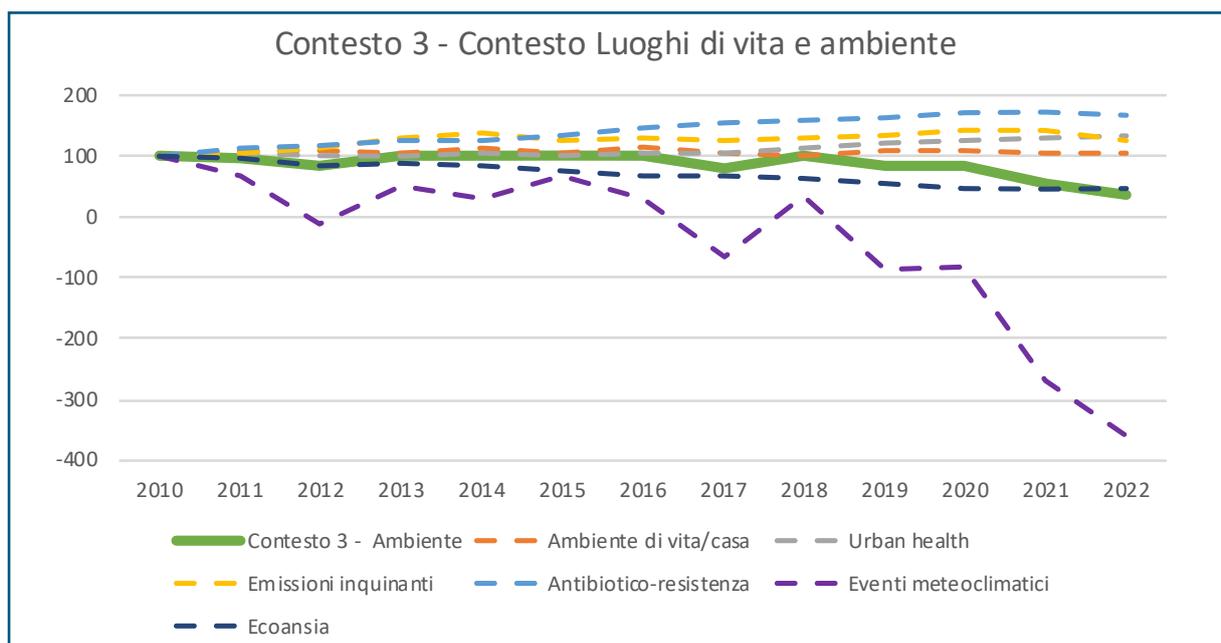


Figura 44 - Contesto Luoghi di vita e ambiente: dettaglio domini

Il primo grafico del Contesto *Luoghi di vita e ambiente* mostra l'andamento generale del Contesto, che rappresenta la 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 evidenzia dapprima un andamento stabile attorno al valore standard di 100 fino al 2018, per poi manifestarsi una repentina decrescita che conduce fino al valore di 37 per l'anno 2022.

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 vengono 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*.

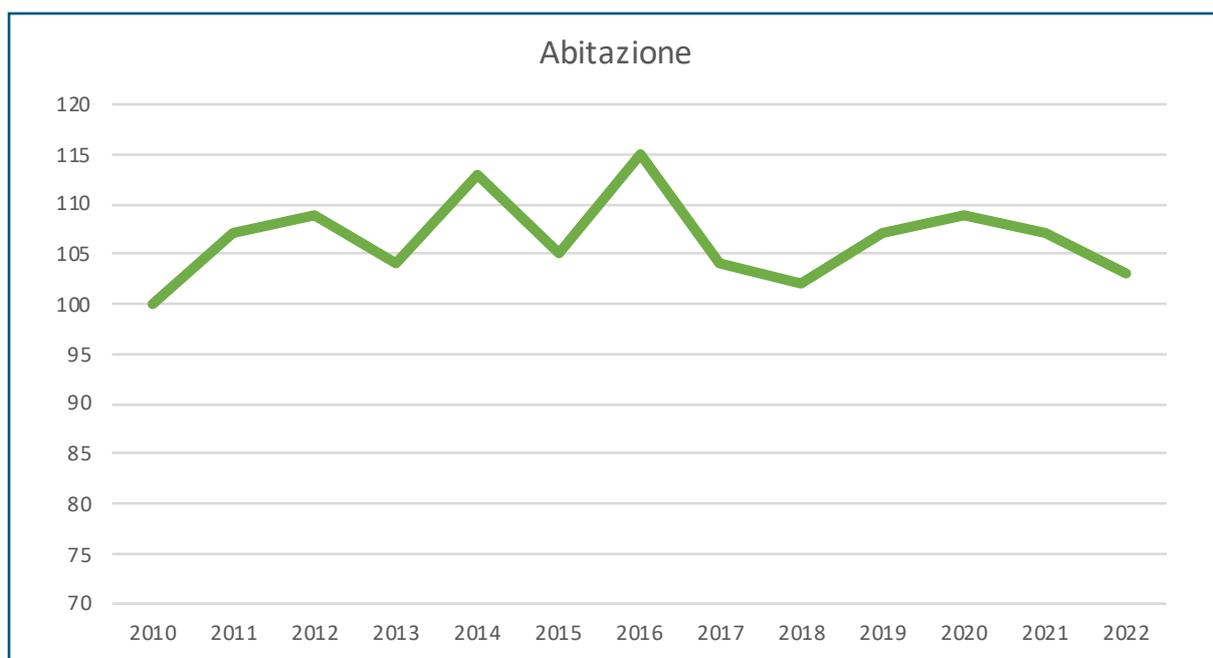


Figura 45 - Dominio Abitazione: andamento generale

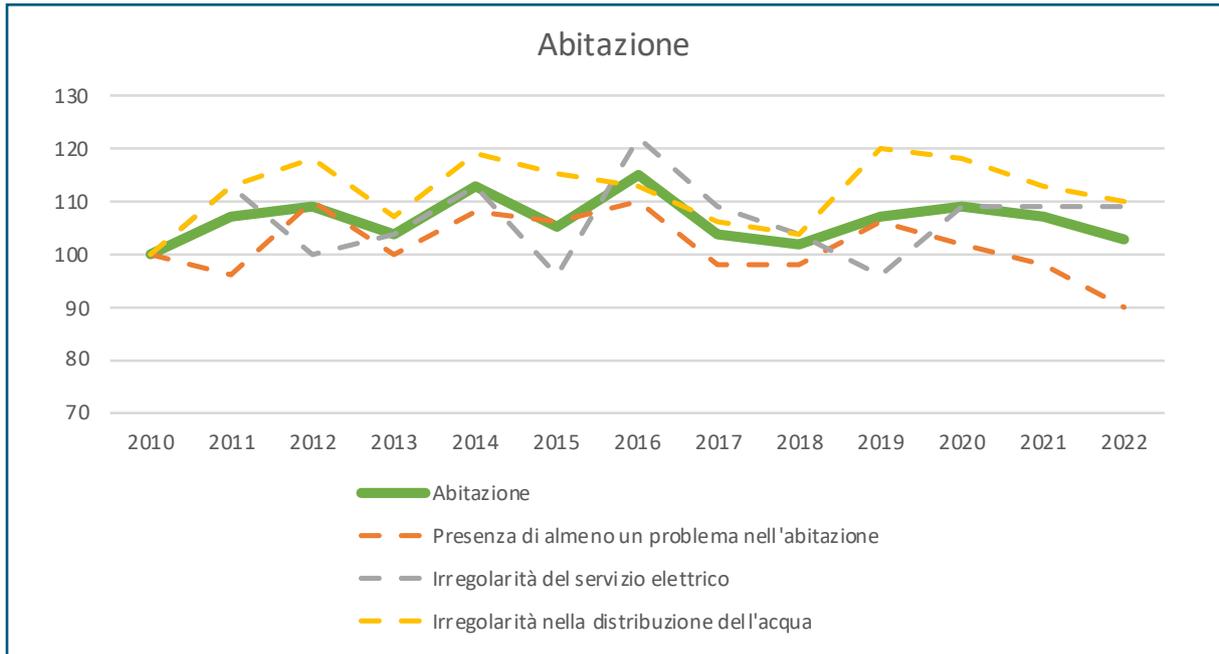


Figura 46 - Dominio Abitazione: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento non uniforme durante tutto il periodo, con un miglioramento nel 2022 in cui si registra un valore di 103 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si nota una discontinuità nell'andamento di tutti gli indicatori considerati, la quale influisce sull'andamento generale e rende difficile la formulazione di previsioni affidabili per il periodo successivo. In questo senso, l'assenza di un miglioramento continuo nella regolarità del servizio elettrico e nella distribuzione dell'acqua influenzano profondamente la formulazione di politiche legate al benessere abitativo. L'andamento decrescente degli ultimi anni relativamente alla "Presenza di almeno un problema nell'abitazione" accende un campanello di allarme sulle effettive condizioni delle abitazioni, candidate ad essere addirittura "primo luogo di cura".

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 urbana⁷⁹. 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 proteggere la salute dell'uomo dai rischi derivanti da un ambiente pericoloso o dannoso e per creare ambienti fisici e sociali ottimali.

⁷⁹ (Ministero della Salute, 2021)

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.*

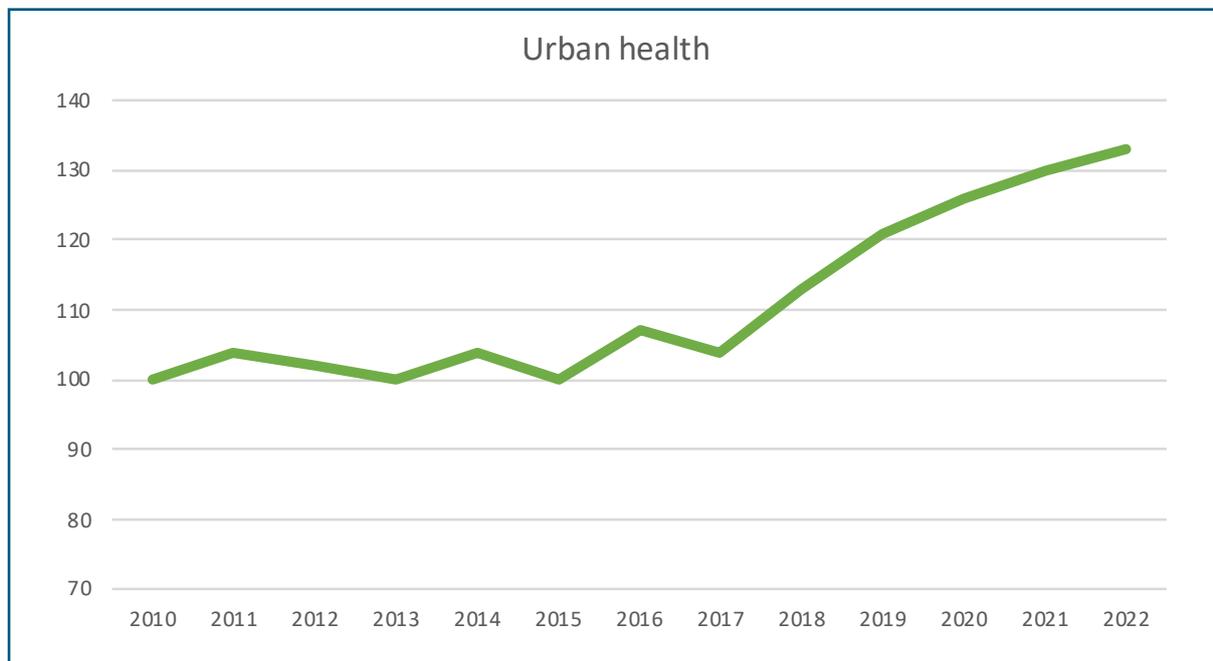


Figura 47 - Dominio Urban Health: andamento generale

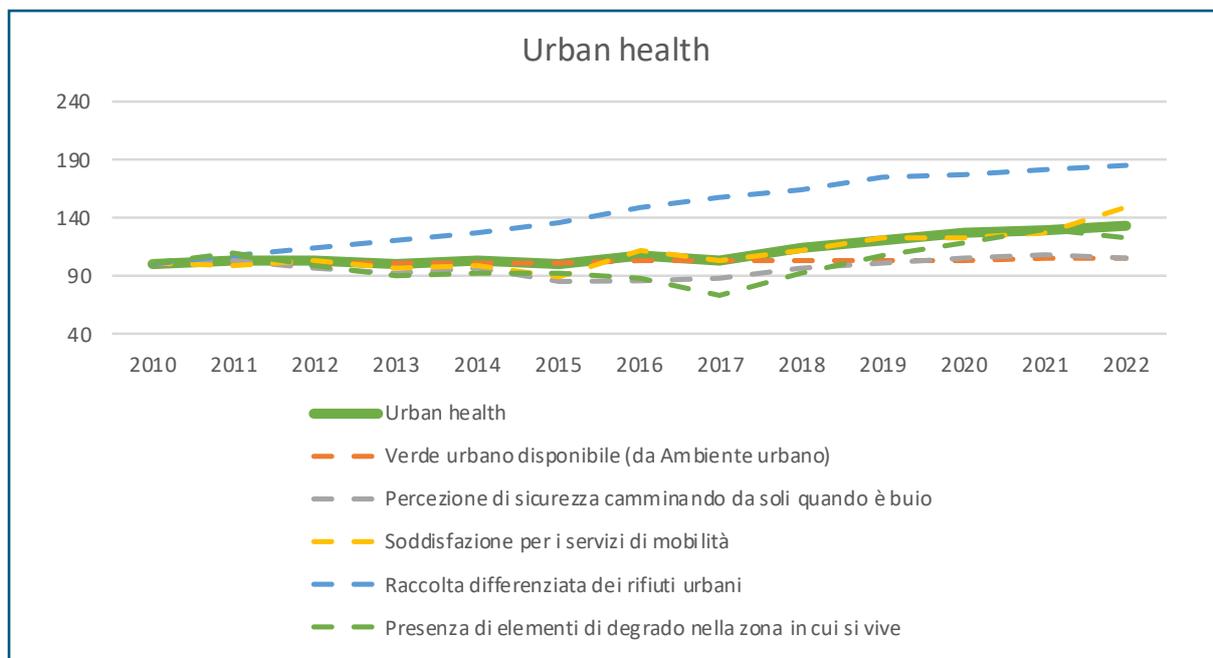


Figura 48 - Dominio Urban Health: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame presenta una tendenza positiva, con un aumento costante culminato nell'ultimo anno con il raggiungimento del valore massimo di 131 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia una crescita cospicua del valore dell'indicatore *Soddisfazione per i servizi di mobilità* rispetto all'anno 2021, passando da un punteggio di 128 a 149 punti. Emerge inoltre come l'indicatore *Raccolta differenziata dei rifiuti urbani* sia in continuo miglioramento dal 2010. Invece, sebbene la *Presenza di elementi di degrado nella zona di residenza* presentasse segni di ripresa a partire dal 2017, nell'ultimo anno si attesta a 123 punti, in contrasto con i 130 dell'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 sostenibile⁸⁰.

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*.

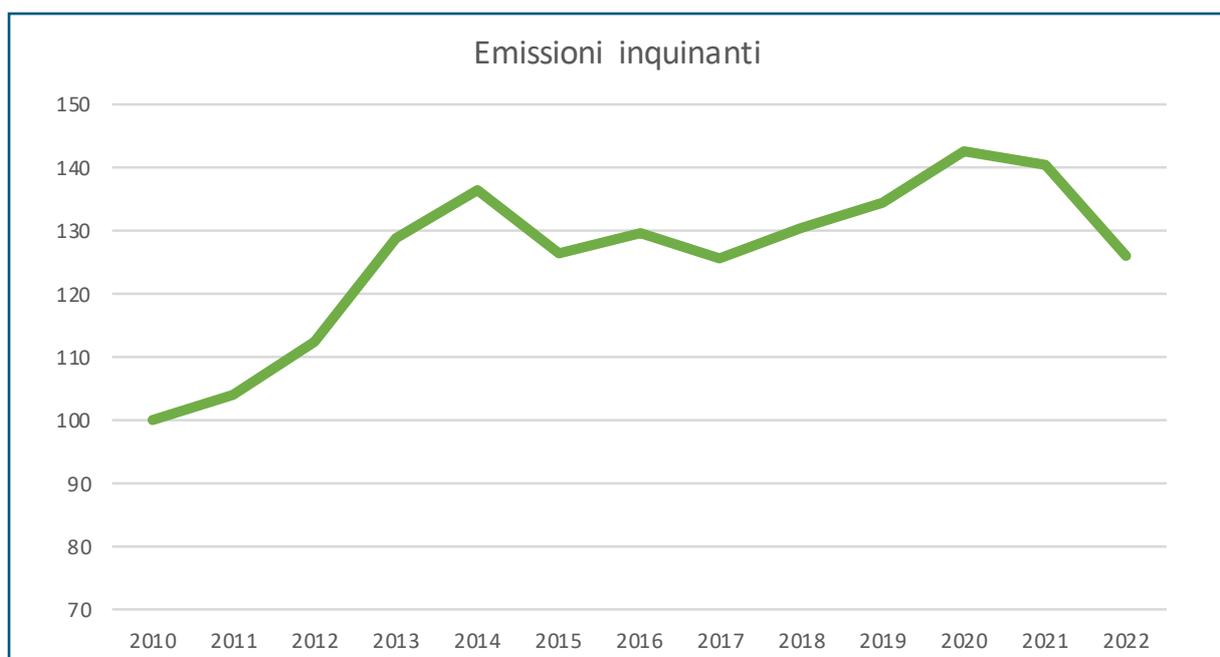


Figura 49 - Dominio Emissioni inquinanti: andamento generale

⁸⁰ (ISPRA & Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente, 2022)

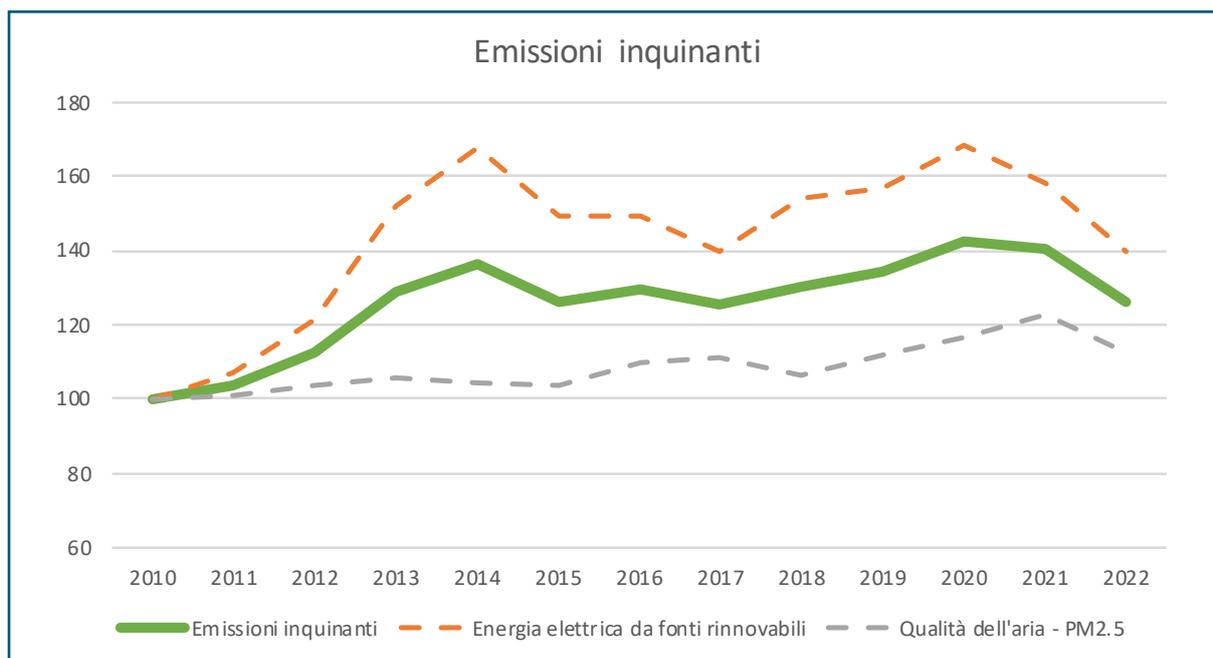


Figura 50 - Dominio Emissioni inquinanti: dettaglio indicatori

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 invece il punteggio massimo di 143 punti. Mantiene un livello stabile nell'anno successivo ma nel 2022 registra un calo sostanziale con 126 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un aumento generale per entrambi, sebbene nell'ultimo anno l'indicatore *Energia elettrica da fonti rinnovabili* si attesti a un valore di 140, rispetto a 158 dell'anno precedente. L'indicatore *Qualità dell'aria PM 2.5*, che nel 2021 aveva raggiunto il suo valore massimo di 123 punti, presenta un calo e registra un valore di 112 punti.

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 specie⁸¹.

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.

⁸¹ (Ministero della Salute, 2022)

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.*

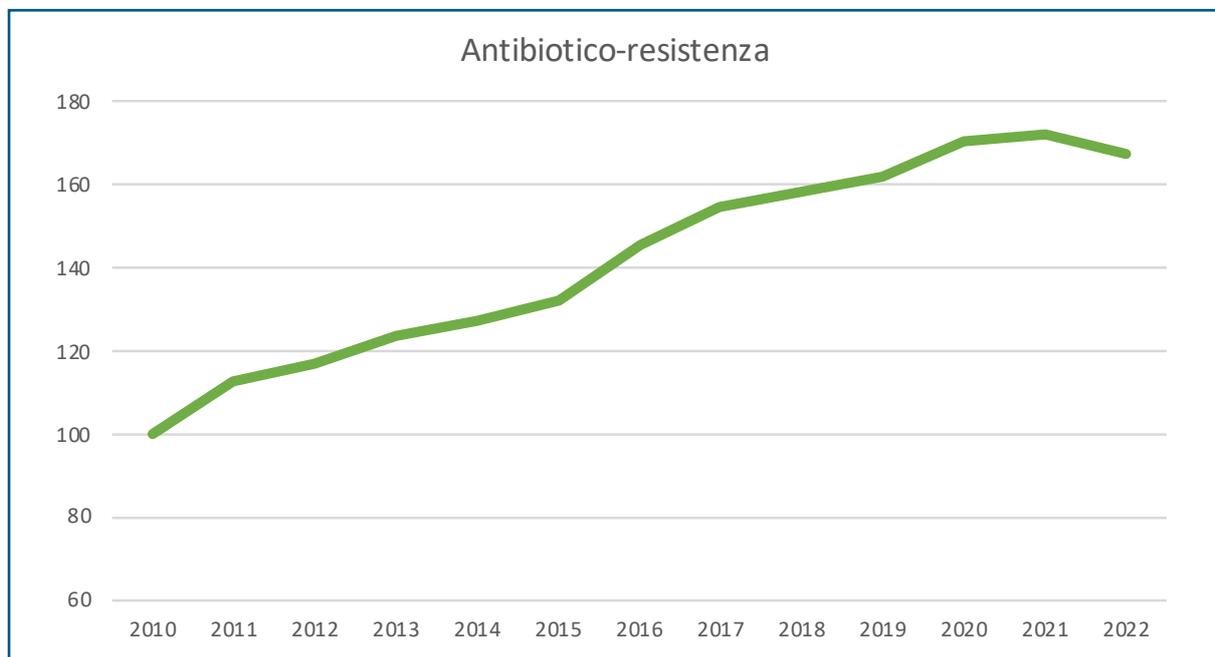


Figura 51 - Dominio Antibiotico-resistenza: andamento generale

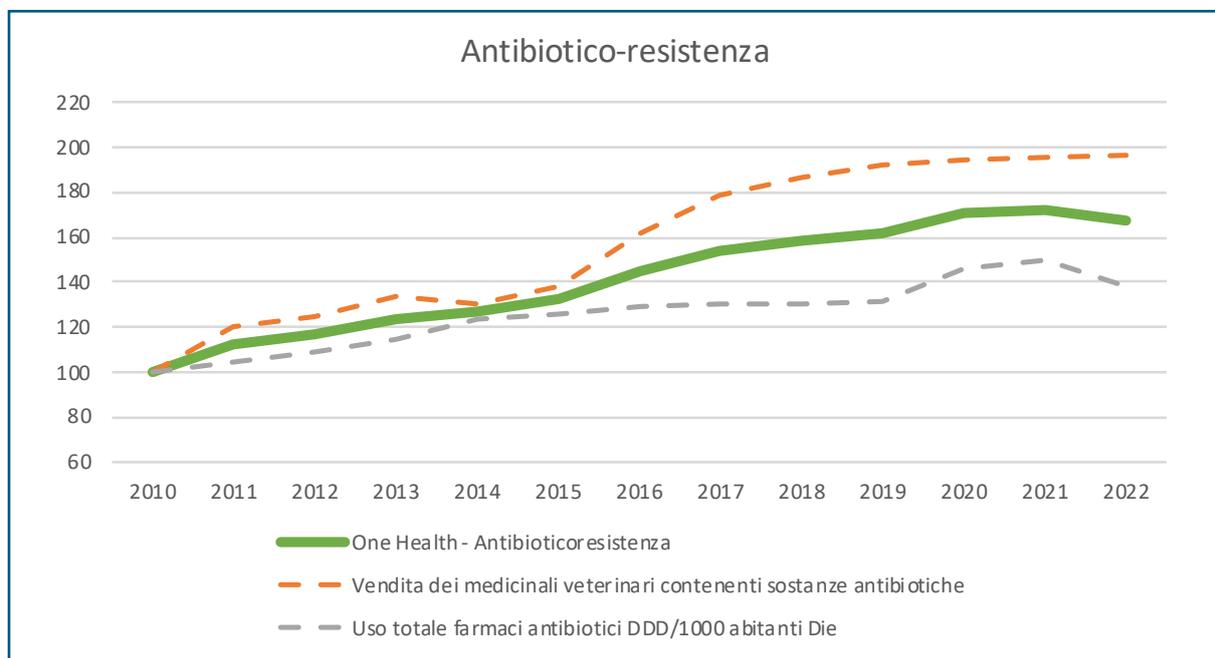


Figura 52 - Dominio Antibiotico-resistenza: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame presenta un quadro generale positivo, con un lieve calo per l'ultimo anno, in cui si attesta un valore di 167.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si osserva una decrescita per l'indicatore *Uso totale farmaci antibiotici DDD/1000 abitanti Die*, che passa da un valore di 150 nell'anno 2021 a 138 nell'anno seguente. Al contrario, i valori dell'indicatore *Vendita dei medicinali veterinari contenenti sostanze antibiotiche* continuano a crescere dal 2010, fino a raggiungere un punteggio di 196 nel 2022. I due indicatori hanno polarità negativa, per cui ad un incremento dei valori, corrisponde un minor impiego di sostanze antibiotiche per uso veterinario e un consumo ridotto per uso umano e viceversa.

5.4.5 Eventi meteoclimatici

Con il Dominio Eventi meteoclimatici si osservano i fenomeni metereologici 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 metereologici locali e violenti* e *Impatto degli incendi boschivi*.

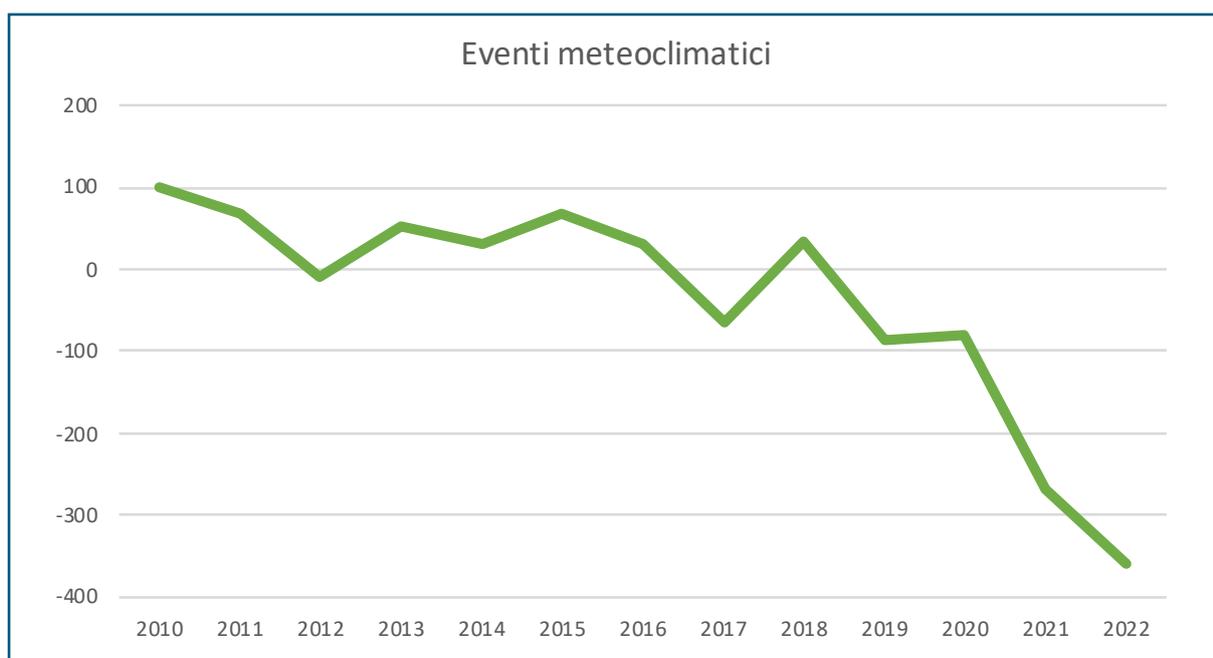


Figura 53 - Dominio Eventi meteoclimatici: andamento generale

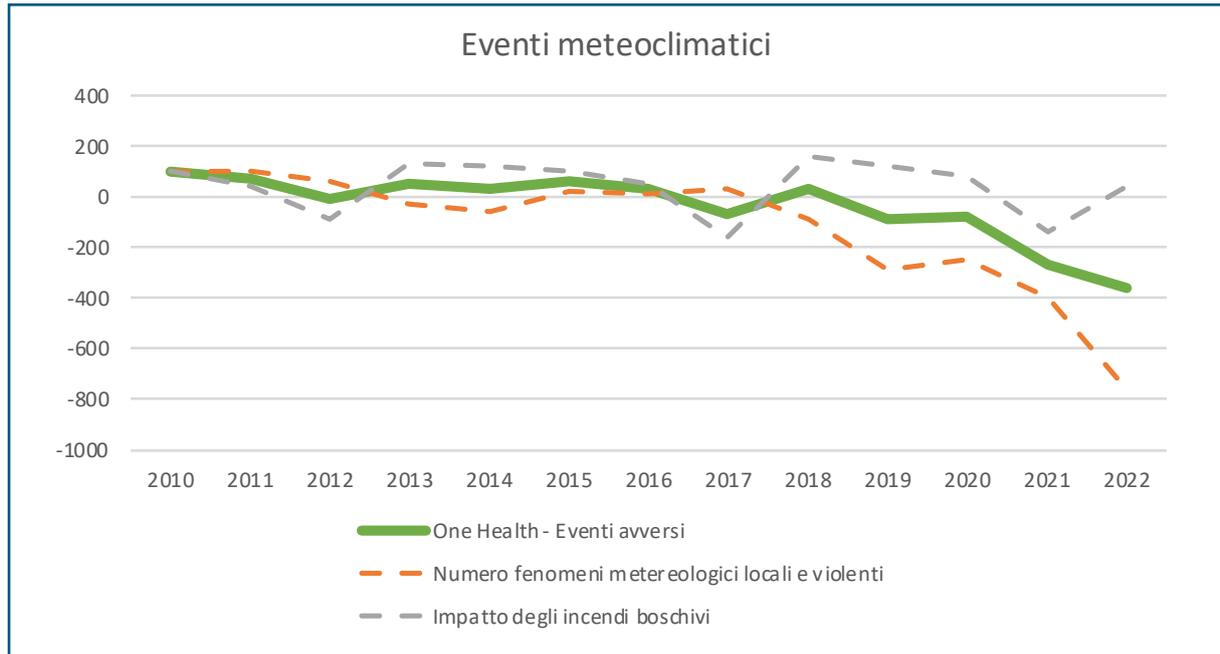


Figura 54 - Dominio Eventi meteoclimatici: dettaglio indicatori

Il Dominio preso in considerazione dipinge un quadro in discesa, evidenziando una netta caduta negli ultimi anni, passando da un valore di 35 punti nel 2018 ad un minimo di 359 punti nel 2022.

Dall'analisi degli Indicatori del Dominio, emerge che l'indicatore relativo al *Numero dei fenomeni meteorologici locali e violenti* abbia amplificato la sua tendenza negativa iniziata nel 2017. Allo stesso tempo, il valore dell'indicatore *Impatto degli incendi boschivi* sia in risalita arrivando a 40 punti nel 2022, rispetto a un crollo nell'anno precedente per un valore di -133 punti.

Entrambi gli Indicatori in questione presentano una polarità negativa. Di conseguenza, la diminuzione dei valori registrati si traduce in una crescita nei fenomeni monitorati.

5.4.6 Ecoansia

L'ecoansia è definita come *"la sensazione generalizzata che le basi ecologiche dell'esistenza siano in procinto di crollare"*⁸². 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*.

⁸² Definizione del filosofo ambientale Glenn Albrecht, 2019.

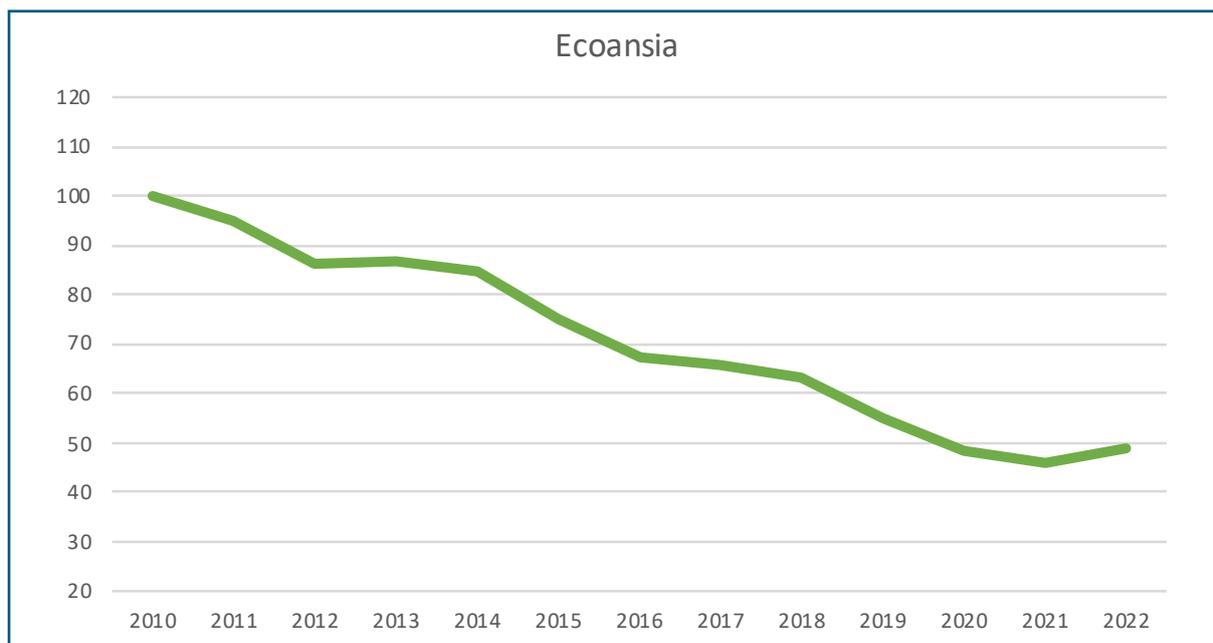


Figura 55 - Dominio Ecoansia: andamento generale

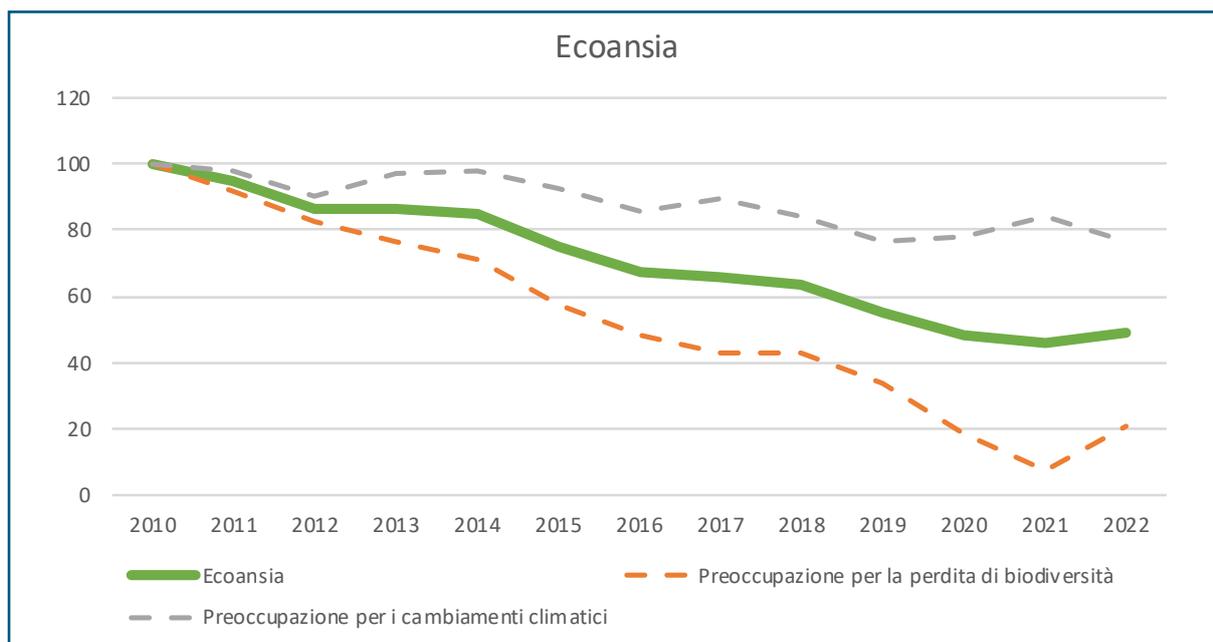


Figura 56 - Dominio Ecoansia: dettaglio indicatori

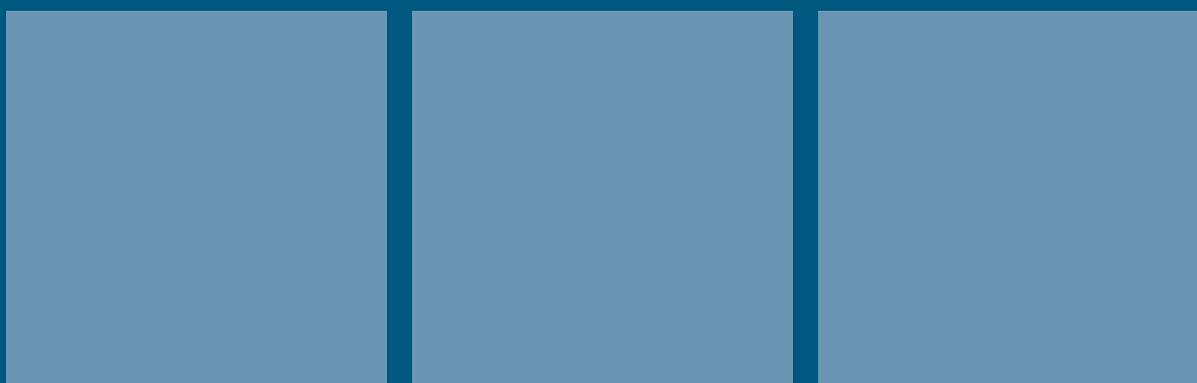
Il Dominio in esame descrive un andamento costantemente e marcatamente decrescente fino al 2021, anno in cui raggiunge il minimo storico. Trend che inverte la rotta solo nell'ultimo anno, salendo ad un punteggio di 49.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come entrambi gli indicatori mostrassero un andamento decrescente fino al 2021, seppur con pendenze diverse.

Nel 2022 si nota come la tendenza positiva del Dominio sia condizionata dall'andamento dell'indicatore **Preoccupazione per la perdita di biodiversità**, che sale a 21 punti. Quest'ultimo registra dunque una crescita di tre volte il punteggio dell'anno precedente. Al contrario, l'indicatore *Preoccupazione per i cambiamenti climatici* continua la sua decrescita rilevando nuovamente un punteggio di 77, come nel 2019.

6

Digitalizzazione



6. Digitalizzazione

La revisione del PNRR⁸³ 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 2025⁸⁴ 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 digitali⁸⁵.

La Coalizione Nazionale per le competenze e le professioni digitali⁸⁶ promossa dall'AGID già nel 2013 ed aderente alla Grand Coalition for Digital Skills and Jobs della Commissione Europea⁸⁷, 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.

⁸³ (Il nuovo PNRR italiano, 2023)

⁸⁴ (Agenzia per l'Italia Digitale)

⁸⁵ Ibid

⁸⁶ (Agenzia per l'Italia Digitale)

⁸⁷ (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 2022 un valore di 208 punti.

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.

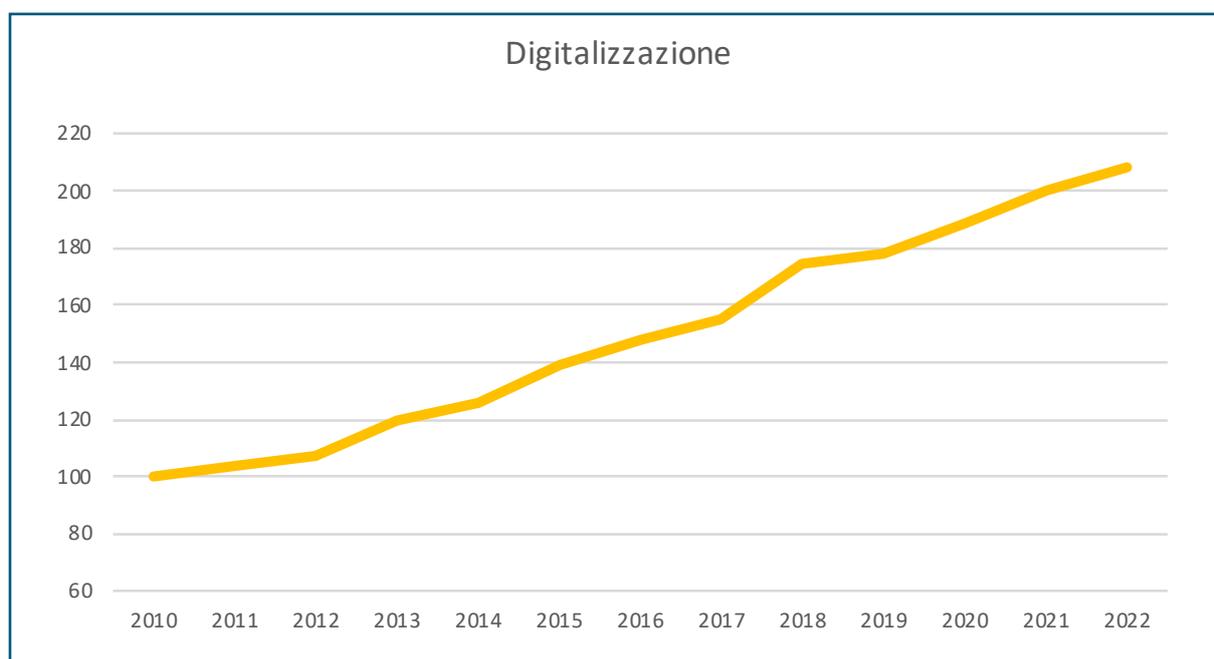


Figura 57 - Digitalizzazione: andamento generale

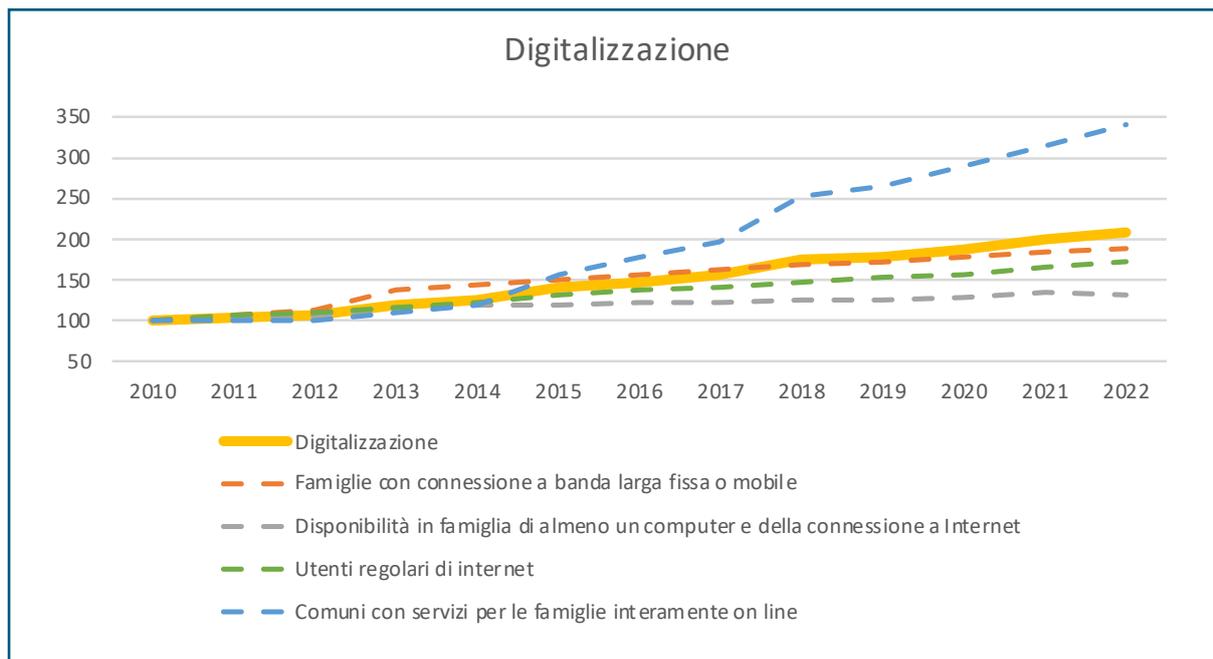


Figura 58 - Digitalizzazione: dettaglio indicatori

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 salute⁸⁸.

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.

⁸⁸ (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.

Essendo a 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 corretta implementazione delle riforme previste 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 **1° Survey sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato**, 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 vengono infatti destinati ulteriori 750 milioni di euro per l'Assistenza domiciliare integrata e la telemedicina, per rafforzare l'assistenza territoriale e l'approccio innovativo alla tutela della salute e con l'obiettivo, entro il 2025, di raggiungere 300.000 persone⁸⁹.

È su questo obiettivo che Agenas intende investire circa 200 milioni⁹⁰ 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** faciliterà la presa in carico del paziente e migliorerà 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

⁸⁹ (Il nuovo PNRR italiano, 2023)

⁹⁰ (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**⁹¹. 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)**⁹². 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.

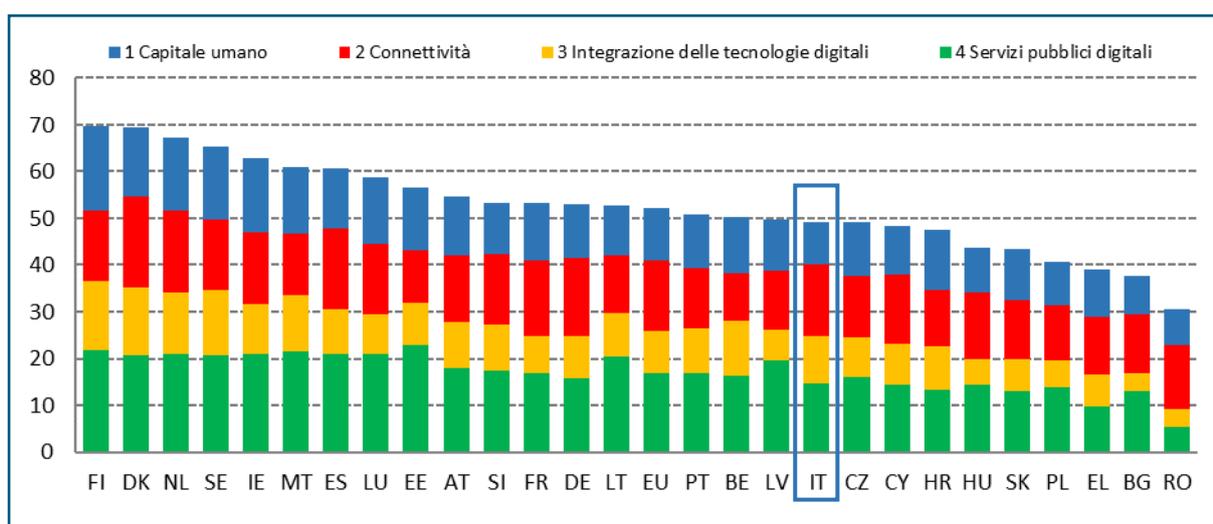


Figura 59 - Indice di digitalizzazione dell'economia e della società (DESI), Ranking 2022

⁹¹ (Euro Health Net, 2021)

⁹² (Commissione europea, 2022)

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

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

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.

Come è evidente dal grafico, le difficoltà di sviluppo e implementazione di tale trasformazione derivano in primis dal capitale umano e, quindi, dalla formazione e dalle competenze delle persone. Simile condizione ha conseguenti ricadute nell'integrazione delle nuove tecnologie nella vita lavorativa e privata dei cittadini.

Più recentemente la Commissione ha aggiornato e allineato il DESI alle quattro direttive individuate nel programma strategico *Percorso per il Decennio Digitale*⁹³: Competenze; Trasformazione digitale delle imprese; Infrastrutture digitali sicure e sostenibili; Digitalizzazione dei servizi pubblici.

Il programma si basa su un meccanismo di cooperazione annuale che coinvolge la Commissione e gli Stati membri, tale meccanismo comprende un sistema di monitoraggio strutturato, trasparente e condiviso basato sul DESI per misurare i progressi compiuti verso ciascuno degli obiettivi per il 2030.

Inoltre, è prevista una relazione annuale da parte della Commissione per valutare i vari progressi ed esprimere eventuali raccomandazioni. A settembre di quest'anno è stata pubblicata la prima relazione sullo stato del decennio digitale⁹⁴, in cui si evidenzia come il successo del Decennio digitale sarà di fatto fondamentale per la futura prosperità dell'UE. La realizzazione dell'agenda del Decennio digitale dell'UE potrebbe sbloccare un valore economico di oltre 2,8 trilioni di euro, pari al 21% dell'economia attuale dell'Europa.

Nella relazione specifica pubblicata per l'Italia⁹⁵, emerge come solo il 45,6% delle persone possiede competenze digitali di base o superiori. Percentuale che **si posiziona ampiamente sotto la media europea** del 54%, secondo i dati Eurostat pubblicati sulla piattaforma *Digitalisation in Europe*⁹⁶.

Significativi sono anche i dati riferiti ai professionisti e laureati in ICT, riportati nella relazione annuale. Il numero di laureati in ICT in Italia rimane significativamente al di sotto delle ambizioni del Decennio Digitale dell'UE, questo conduce inevitabilmente ad un mancato soddisfacimento della domanda di professionisti qualificati da parte delle imprese. Sebbene l'offerta formativa sia in evoluzione e sia stata ampliata da nuove offerte incentrate sulle STEM, la quota di laureati in ICT rimane all'1,5%, insufficiente e significativamente inferiore alla media UE del 4,2%⁹⁷.

⁹³ (Commissione europea)

⁹⁴ (Commissione europea)

⁹⁵ (Commissione europea)

⁹⁶ (Eurostat, 2023)

⁹⁷ (Commissione europea)

Nel nostro Paese, come in altri paesi europei, la diffusione delle competenze digitali è strettamente correlata alle caratteristiche socioculturali della popolazione. Dai dati Eurostat⁹⁸ emerge come tra i giovani italiani e quelli europei vi sia una differenza di 11 punti percentuali nella diffusione di digital skills.

Dato più interessante è la rilevazione a livello nazionale delle **competenze digitali stratificate per età**, dove si riscontra un sostanziale **divario** di punti (44 punti percentuali) tra le due fasce di età 20-24 e 65-74 per quanto riguarda le competenze digitali almeno di base.

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.

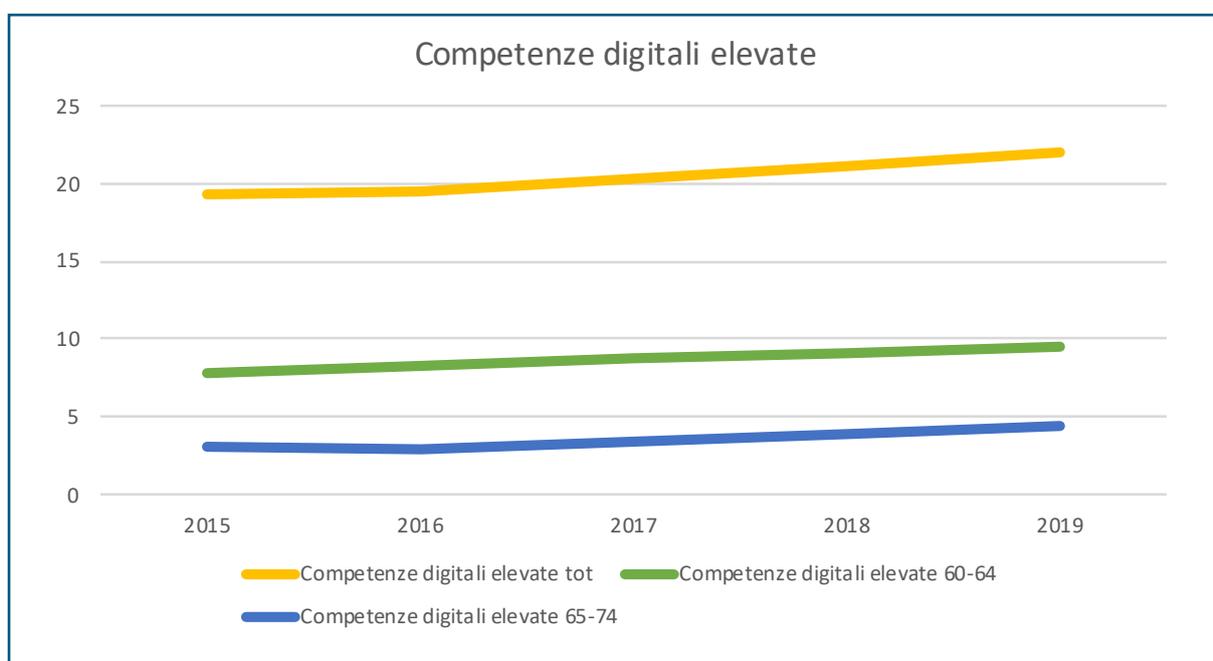


Figura 61 - Competenze digitali elevate

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.

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.

⁹⁸ (Eurostat, 2023)

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 reddito⁹⁹.

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

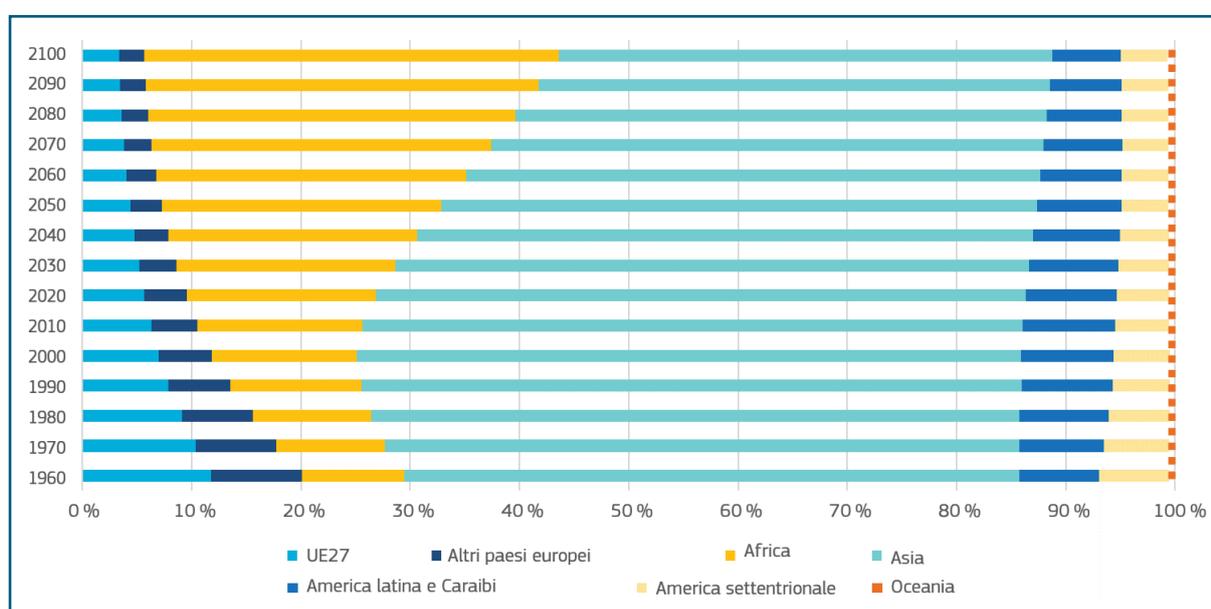


Figura 62 - Quota stimata e prevista della popolazione mondiale per Continente, 1960-2100. Commissione europea

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 2100¹⁰⁰. 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.

⁹⁹ (Commissione europea, 2023)

¹⁰⁰ 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'età¹⁰¹.

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.

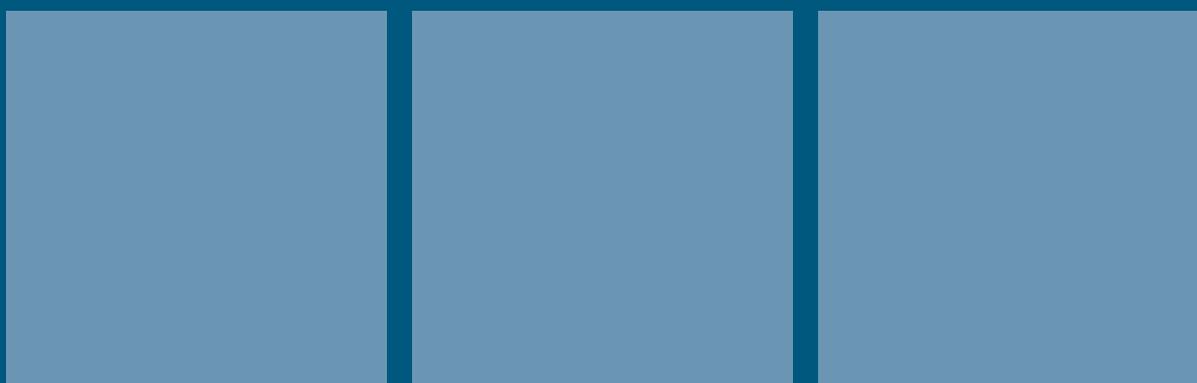
Emerge quindi la necessità di monitorare e misurare la diffusione di tale modalità innovativa per poter individuare tempestivamente e risolvere le criticità riscontrate non solo dai cittadini ma anche dalle strutture e professionisti sanitari.

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

¹⁰¹ (OECD, 2019)

7

Conclusioni



7. Conclusioni

“Si ritiene allora, alla luce dei risultati rilevati, che il primo passo necessario per incrementare la Vicinanza della salute sia la definizione di un nuovo documento di pianificazione strategica nazionale in materia di salute, un Piano Nazionale della Salute che possa sussumere tutti i contributi delle componenti coinvolte e degli attori della salute sopraccitati al fine di raccordarli secondo un modello di stewardship in grado di implementare concretamente un approccio One health (pure citato nel PNRR) e fare della sinergia tra i vari settori e pilastri della salute un nuovo strumento di preparedness nazionale.”

Così concludevamo il precedente Rapporto 2022 “Orientarsi nella trasformazione” che analizzava i dati disponibili fino al 2021.

Alla luce dei risultati che si sono resi disponibili in questa successiva annualità di ricerca non possiamo che essere rafforzati nel convincimento che sia necessario uno strumento di pianificazione nazionale in tema salute, convincimento così radicato al punto di costituire l’auspicio presente nel titolo di questo Il Rapporto 2023 “Unire i puntini: verso un Piano nazionale di salute”.

Dall’analisi degli ultimi valori disponibili degli indicatori che compongono l’Indice di Vicinanza della salute emerge, infatti, il quadro di una ripresa solo parziale avvenuta durante il 2022, che in parte limitata recupera il terreno perso durante la pandemia; un quadro che non può essere affrontato con una moltitudine di singoli interventi ad hoc, ma che necessita di un piano di intervento più ampio e integrato su molteplici dimensioni.

Uno degli scenari più frequenti riscontrati nella maggior parte dei Domini è infatti un andamento di ripresa della Vicinanza della salute, ma con livelli che non riescono ad eguagliare i valori pre-pandemici, restandone in varia misura al di sotto.

In altri termini laddove si assisteva già nel corso degli anni precedenti ad un declino di alcuni fenomeni, al netto della ulteriore débacle dell’annus horribilis 2021, ritroviamo nel 2022 la prosecuzione dello stesso trend decrescente in termini di Vicinanza della salute.

Evidentemente l’annualità 2022, nonostante i molteplici interventi normativi, non è stata sufficiente ad invertire i trend negativi acuitisi durante l’anno precedente, e le molteplici iniziative previste dal PNRR (molte delle quali ancora sulla carta) non sono ancora pienamente arrivate a migliorare lo stato della Vicinanza della salute per i cittadini italiani.

Il fenomeno della non completa ripresa interessa certamente in maniera primaria la sfera sanitaria, pur senza però limitarsi a questa.

All’interno del Contesto “Sistema organizzativo” era prevedibile che in ambito sanitario l’affanno del sistema causato dai gravami eccezionali della pandemia avrebbe reso impossibile la ripresa in un solo anno. In questo ambito, i fisiologici tempi di recupero dalla stanchezza e dal “burnout” di un personale sanitario sottodimensionato, e lo sforzo -ancora in corso- per il recupero delle prestazioni sanitarie che la pandemia ha fatto accumulare per rinuncia o indisponibilità, hanno, infatti, non solo comportato un recupero parziale rispetto ai valori pre-pandemici, ma addirittura fatto segnare una

inversione nel trend in Domini storicamente positivi come Assistenza e Prevenzione. Dato quest'ultimo estremamente allarmante che, se letto in combinato con la serie negativa che caratterizza i Domini Sostenibilità e Omogeneità territoriale, contribuisce a definire un quadro di un sistema sanitario le cui crepe un tempo ritenute "superficiali", ora ne interessano le fondamenta.

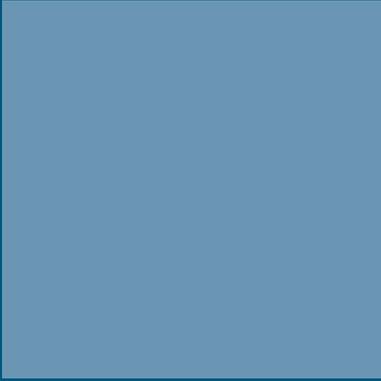
Oltre alla sfera sanitaria questo effetto di "rimbalzo a metà" si ritrova in maniera importante nel Contesto "Individuo e relazioni sociali" e testimonia che alcuni Domini come l'Isolamento, la Coesione sociale, la Fragilità economica, la Literacy per citarne alcuni, hanno risentito in maniera importante e sistemica dello shock pandemico non ritornando ai livelli precedenti, mentre altri Domini come Stile di vita o Cronicità hanno invertito (in negativo) la loro tendenza.

In questo contesto i tempi di resilienza sembrano essere più lunghi rispetto ad ottimistiche attese e si assiste a latenze nella ripresa di comportamenti in linea con la "normalità" pre-pandemica cui eravamo abituati. La partecipazione culturale fuori casa, il vedere amici nel tempo libero ed altre condotte che erano state inibite dalle azioni di restrizione alla libertà di movimento e di distanziamento sociale, non hanno ripreso i precedenti valori dopo la cessazione delle limitazioni imposte. A corredo di questi fenomeni, si osservano anche l'aumento di sintomi di depressione e la diffusione di problematiche legate al Dominio della Mental health, che fanno riflettere su una possibile modifica strutturale dell'assetto psicologico e di vita post-pandemia.

Sul fronte del Contesto "Ambiente e luoghi di vita" l'annualità 2022 ha visto il peggioramento di alcuni fenomeni, come attesta la flessione del Dominio legato alle Emissioni inquinanti e, preoccupantemente, del Dominio relativo all'Antibiotico resistenza: quest'ultimo deteriorato a causa del peggioramento della componente legata all'Uso totale di farmaci antibiotici per consumo umano.

Mitigano questo andamento negativo generalizzato alcuni Domini, che, invece, contribuiscono ad avvicinare la salute alla persona: è il caso del Welfare integrativo e dell'Urban health che, in continuità con l'annualità precedente confermano un trend positivo. Le iniziative di miglioramento della salute in ambito urbano e la capillarità degli interventi affidati al secondo pilastro contribuiscono favorevolmente alla Vicinanza della salute e costituiscono una eccezione in un quadro che, diversamente dalle attese iniziali che auspicavano una rapida resilienza, vedono una performance generale dell'Indice di Vicinanza della salute che peggiora rispetto all'anno precedente.

La multidimensionalità e l'interrelazione delle cause di questo peggioramento generalizzato e la molteplicità ed eterogeneità delle componenti in gioco costituisce il fondamento di un appello a trattare la questione salute su un piano che sia nazionale e che sia in grado almeno di individuare tutte le componenti (anche quelle nuove) che identificano l'ecosistema di salute nazionale e che devono essere sinergicamente chiamate all'appello e raccordate secondo un modello di stewardship in grado di invertire quella che risulta ormai una conclamata tendenza al peggioramento della Vicinanza della salute nel Paese.



APPENDICE

Indagine sullo stato dell'arte
della Telemedicina in ambito
ambulatoriale privato 2023



APPENDICE - Indagine sullo stato dell'arte della Telemedicina in ambito ambulatoriale privato 2023

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.

Ad oggi vi è una carenza di dati primari e informazioni sull'evoluzione di tale fenomeno, per questo motivo l'attività di ricerca dell'Osservatorio, con lo sviluppo della 1° Survey sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato, ha inteso delineare un primo 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 e condotto in partnership con il **Centro nazionale per la Telemedicina dell'Istituto superiore di Sanità** e il **Fondo di sanità integrativa Fasdac** su oltre 300 strutture ambulatoriali private e convenzionate SSN.

I risultati hanno permesso di conoscere e comprendere le intenzioni e la posizione delle strutture ambulatoriali private 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 trasferimento culturale e tecnologico nel sistema sanitario.

Diviene, quindi, 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 Le strutture partecipanti alla survey

L'analisi dei risultati della survey rivela dati significativi relativi al coinvolgimento di 300 strutture sanitarie distribuite su tutto il territorio nazionale. La partecipazione coinvolge sia strutture private che strutture private convenzionate, offrendo così uno sguardo approfondito sulla diffusione della telemedicina nel contesto ambulatoriale.

Da un punto di vista geografico, emerge che il 49% delle strutture coinvolte si trova nelle regioni settentrionali, il 37% nel Centro e il 14% nel Sud del Paese.

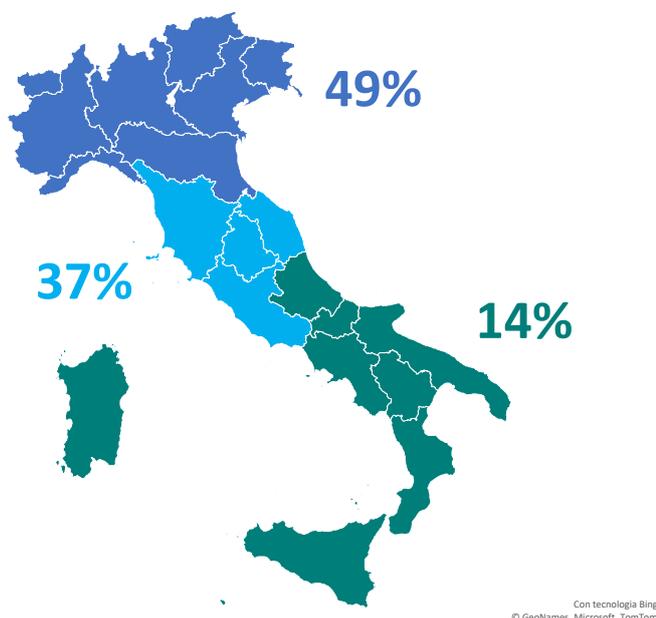


Figura 1 - Distribuzione del campione per macroarea

Approfondendo la tipologia delle strutture partecipanti, emerge un quadro variegato con il 62% costituito da ambulatori, il 21% da strutture ospedaliere e di ricovero, mentre il restante 17% include laboratori e strutture per la diagnostica per immagini. Questa diversificazione riflette la pluralità di contesti in cui la telemedicina viene adottata, evidenziando la sua rilevanza in ambiti diversificati della sanità.



Figura 2 - Distribuzione dei partecipanti per tipologia

Portando il focus sulle prestazioni annue erogate, emerge che l'11% delle strutture fornisce meno di 1000 prestazioni, il 42% offre tra 1000 e 10.000 prestazioni, il 28% varia tra 10.000 e 50.000 prestazioni, mentre solo il 19% supera le 50.000 prestazioni annuali. Questa disamina quantitativa evidenzia la vasta gamma di scale di erogazione dei servizi tra le strutture coinvolte nella survey, fornendo una prospettiva dettagliata sulla portata della telemedicina in ambito ambulatoriale privato.

Nel sottogruppo degli adottanti della telemedicina, si osserva che solo il 4% eroga meno di 1000 prestazioni annue, il 45% fornisce prestazioni tra 1000 e 10.000, il 23% varia tra 10.000 e 50.000 presta-

zioni, mentre il 28% supera le 50.000 prestazioni annuali. Questo ulteriore sguardo allinea la crescita della telemedicina con la dimensione delle prestazioni erogate, rivelando un aumento significativo nelle strutture che forniscono servizi su larga scala.

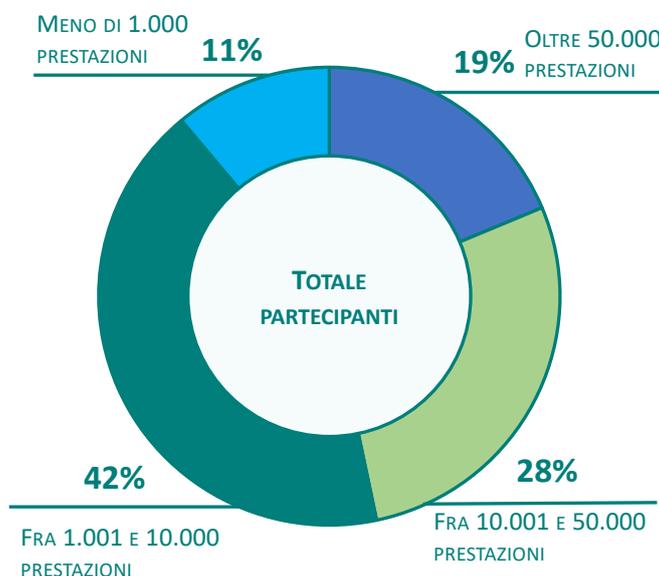


Figura 3 - Distribuzione dei partecipanti per volume di prestazioni ambulatoriali

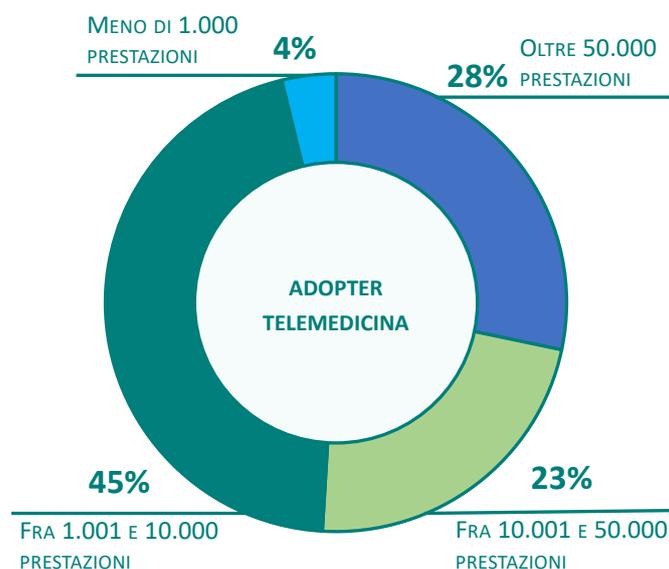


Figura 4 - Distribuzione degli adopter per volume di prestazioni ambulatoriali

Riguardo al regime di esercizio, emerge che il 49% delle strutture coinvolte è costituito da strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre il rimanente 51% rappresenta strutture esclusivamente private. Esaminando i sottogruppi degli adottanti della telemedicina, le percentuali risultano simili: il 40% è composto da strutture private convenzionate con l'SSN, mentre il 60% costituisce strutture esclusivamente private. Questi dati sottolineano la presenza sia di un'adozione diffusa all'interno del sistema sanitario pubblico che di una significativa partecipazione da parte delle strutture private indipendenti dal sistema pubblico, evidenziando un quadro diversificato di approcci alla telemedicina nell'ambito ambulatoriale privato.

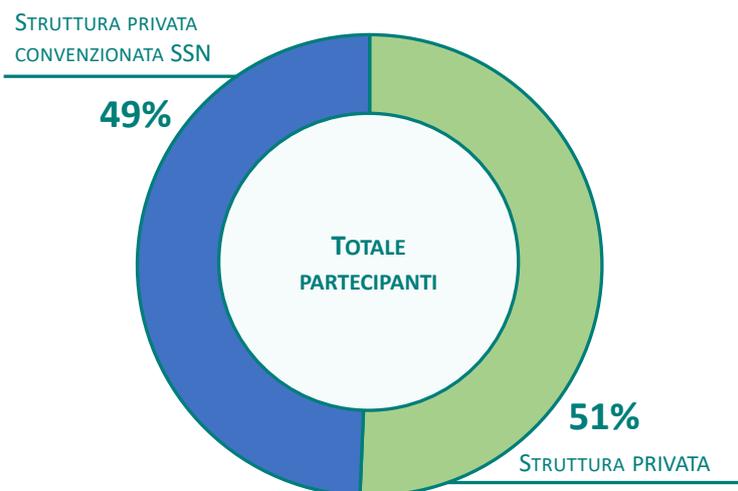


Figura 5 - Distribuzione dei partecipanti per regime di esercizio

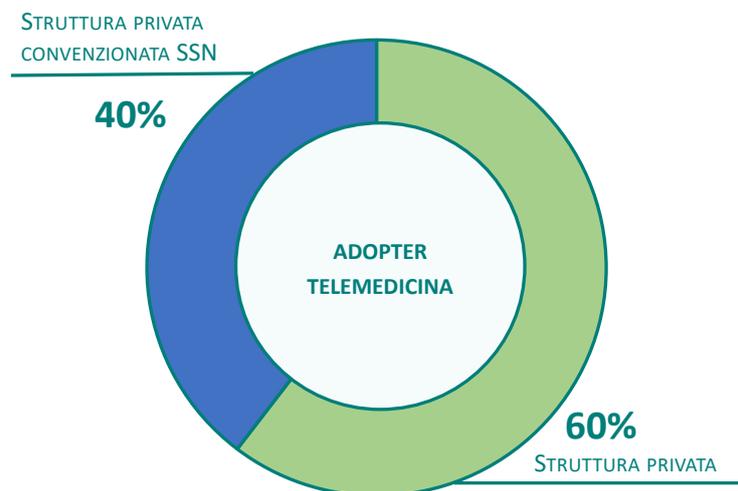


Figura 6 - Distribuzione degli adopter per regime di esercizio

L'analisi per area di insediamento rivela una varietà di contesti, ciascuno con implicazioni uniche per l'adozione e l'efficacia della telemedicina.

Il dato che il 59% delle strutture sia localizzato in un'area urbana al centro sottolinea la concentrazione prevalente nel cuore delle città. Questa prevalenza potrebbe essere attribuita a una maggiore accessibilità da parte della popolazione, rendendo la telemedicina, per le strutture che la adottano o intendono farlo, una risorsa chiave per la fornitura di servizi sanitari in contesti urbani densamente popolati.

Il 27% delle strutture situate in area urbana periferica indica una discreta diffusione nelle zone limitrofe ai centri urbani principali. Questa distribuzione può essere influenzata da diversi fattori, come la necessità di raggiungere comunità più distanti dai centri urbani centrali e la presenza di infrastrutture sanitarie in aree urbane in espansione. La telemedicina, in un simile contesto, potrebbe fungere da ponte tra le aree urbane centrali e periferiche, garantendo un accesso più equo ai servizi sanitari.

Il 7% delle strutture situate in un'area urbana di transito/servizi sottolinea la presenza strategica in luoghi di intensa attività, come stazioni, parcheggi di scambio o centri commerciali. Questo può indicare una tendenza a fornire servizi sanitari in contesti di elevato flusso di persone, sfruttando le opportunità offerte da luoghi di transito frequentati. La telemedicina in queste aree potrebbe offrire servizi rapidi e convenienti, adattandosi al ritmo frenetico di questi ambienti.

Il restante 7% distribuito tra aree extraurbane industriali e commerciali, insieme a una piccola percentuale in aree rurali, pone l'accento su una presenza anche al di fuori degli ambienti urbani. In ottica futura, questa distribuzione potrebbe agevolare il tentativo di estendere i benefici della telemedicina a comunità meno dense, affrontando sfide di accesso ai servizi sanitari in aree meno sviluppate o remote.

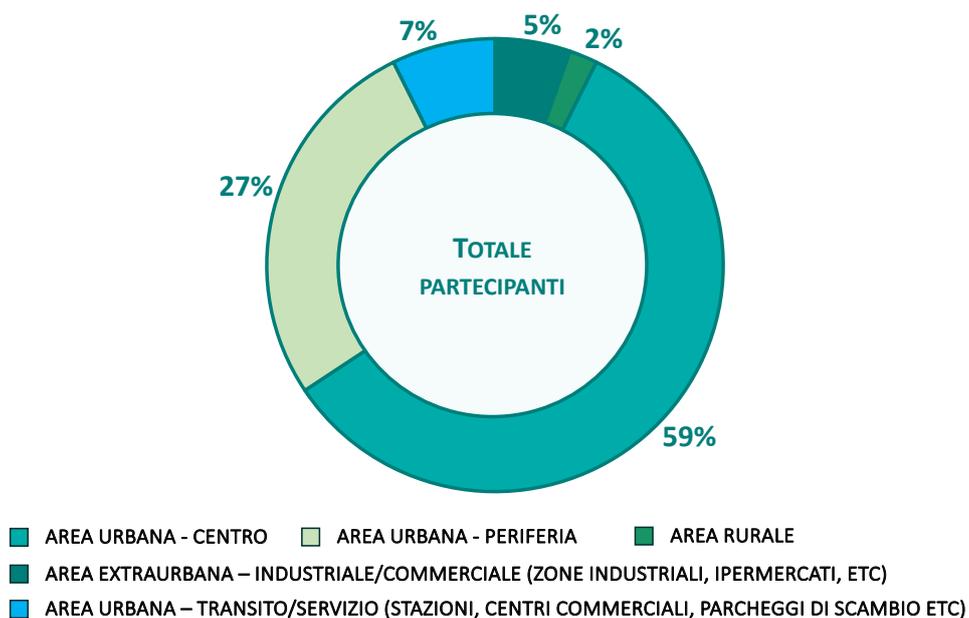


Figura 7 - Distribuzione dei partecipanti per area di insediamento

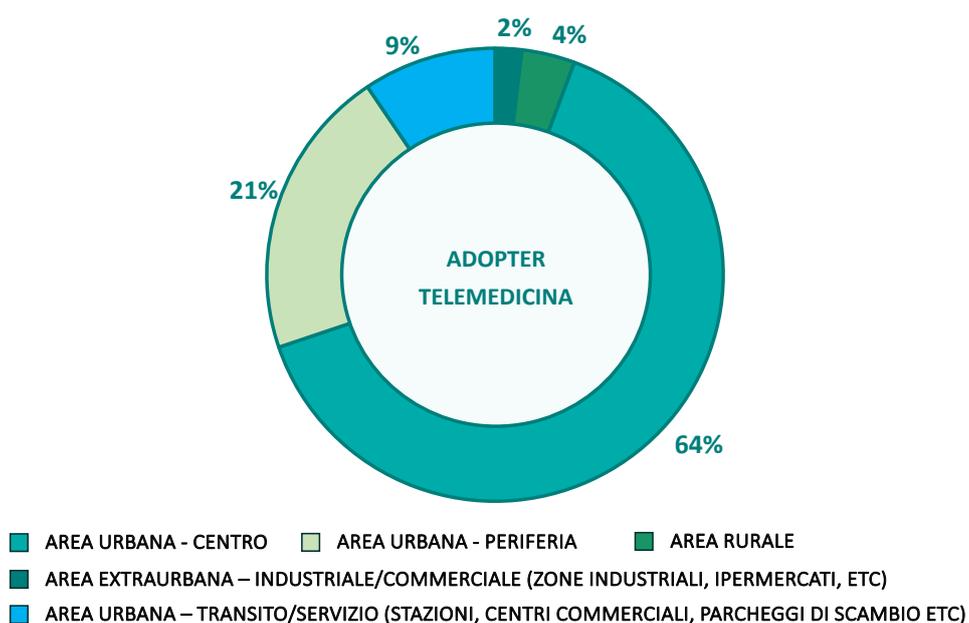


Figura 8 - Distribuzione degli adopter per area di insediamento

La distribuzione geografica delle strutture partecipanti sottolinea la loro flessibilità nell'adattarsi a una varietà di contesti. Questi dati offrono spunti interessanti per orientare futuri sviluppi e strategie nell'implementazione della telemedicina, garantendo una copertura più ampia e un accesso equo ai servizi sanitari in tutto il territorio.

A.2 La diffusione della telemedicina

La rilevazione che solo il 18% delle strutture partecipanti alla survey abbia dichiarato di aver adottato iniziative di telemedicina è un punto focale di analisi, evidenziando la sfida dell'implementazione diffusa di questa tecnologia nell'ambito ambulatoriale privato e non solo.

Diverse ragioni potrebbero sottostare a questa percentuale apparentemente limitata. Innanzitutto, potrebbe essere indicativo di ostacoli e barriere tecnologiche o infrastrutturali che limitano l'accesso delle strutture a soluzioni di telemedicina. La percentuale potrebbe, inoltre, riflettere un livello 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 avere riserve legate a questioni di privacy, sicurezza o resistenza al cambiamento.

Simili dinamiche e criticità, osservate e monitorate grazie alla seguente survey, saranno oggetto di analisi più avanti nella relazione, questo poiché diviene fondamentale esaminare più approfonditamente le ragioni alla base di questa percentuale per delineare strategie mirate all'incremento dell'adozione della telemedicina. 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.

Inoltre, l'analisi dei motivi per cui l'82% 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.

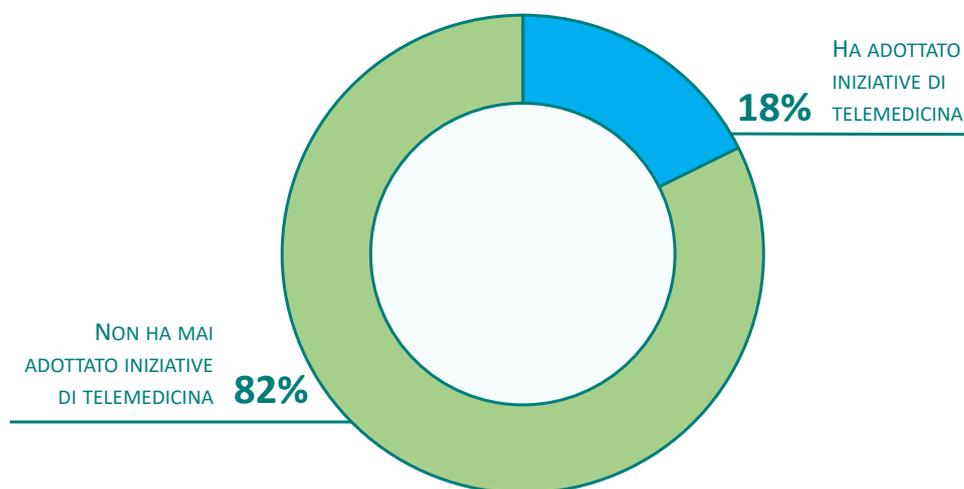


Figura 9 - Diffusione della telemedicina nelle strutture partecipanti

L'approfondimento sulla distribuzione delle strutture che hanno dichiarato di adottare servizi di telemedicina, rappresentando il 18% del campione, rivela una varietà interessante nelle tipologie di strutture coinvolte.

Dai dati della survey emerge come la telemedicina sia presente rispettivamente per il 20% nelle strutture ambulatoriali, per il 17% nelle strutture ospedaliere e per il 10% nei laboratori e strutture diagnostiche per immagini che hanno partecipato all'indagine.

L'analisi di questa distribuzione evidenzia l'adozione differenziata della telemedicina in diverse tipologie di strutture, ciascuna con le proprie esigenze e sfide specifiche, sottolineando la sua adattabilità a una vasta gamma di contesti sanitari. Questa eterogeneità può essere sfruttata per guidare strategie mirate e personalizzate e per incoraggiare ulteriormente l'adozione della telemedicina nelle varie tipologie di strutture.

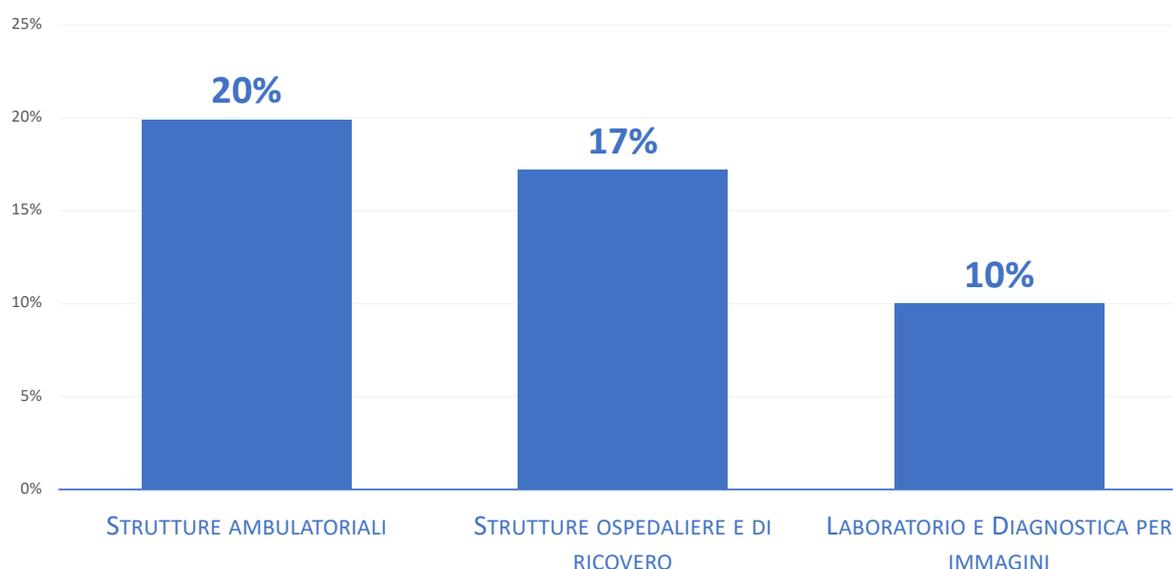


Figura 10 - Diffusione della telemedicina nelle strutture partecipanti - per tipologia

La diffusione della telemedicina tra i vari cluster dimensionali delle strutture coinvolte offre spunti interessanti sulla relazione tra le dimensioni della struttura e l'adozione di servizi di telemedicina.

Le strutture che producono fino a 10.000 prestazioni potrebbero incontrare limitazioni nelle risorse e nella capacità operativa, influenzando in questo modo l'adozione della telemedicina. Tuttavia, il fatto che questa categoria sia coinvolta indica una sensibilità crescente verso l'importanza di offrire servizi di telemedicina anche in contesti con un carico di lavoro inferiore.

Le strutture di media dimensione, che producono tra le 10.000 e le 50.000 prestazioni, rappresentano un punto intermedio. La loro adozione della telemedicina potrebbe essere influenzata da una combinazione di risorse adeguate e una domanda di servizi più avanzati da parte dei pazienti.

La presenza significativa della telemedicina all'interno delle strutture di grandi dimensioni, che producono oltre 50.000 prestazioni, suggerisce un collegamento tra la dimensione della struttura e la propensione a implementare servizi avanzati. Strutture più grandi possono beneficiare

maggiormente dall'implementazione di soluzioni di telemedicina a causa delle loro risorse e capacità di gestione più ampie, considerando anche la maggiore base di utenza servita da queste strutture.

Risulta evidente la necessità di sviluppare una strategia mirata per supportare e facilitare le strutture di piccole e medie dimensioni nell'adozione dei servizi di telemedicina, ottimizzando al contempo l'attività e la predisposizione delle strutture più grandi verso tali innovazioni.

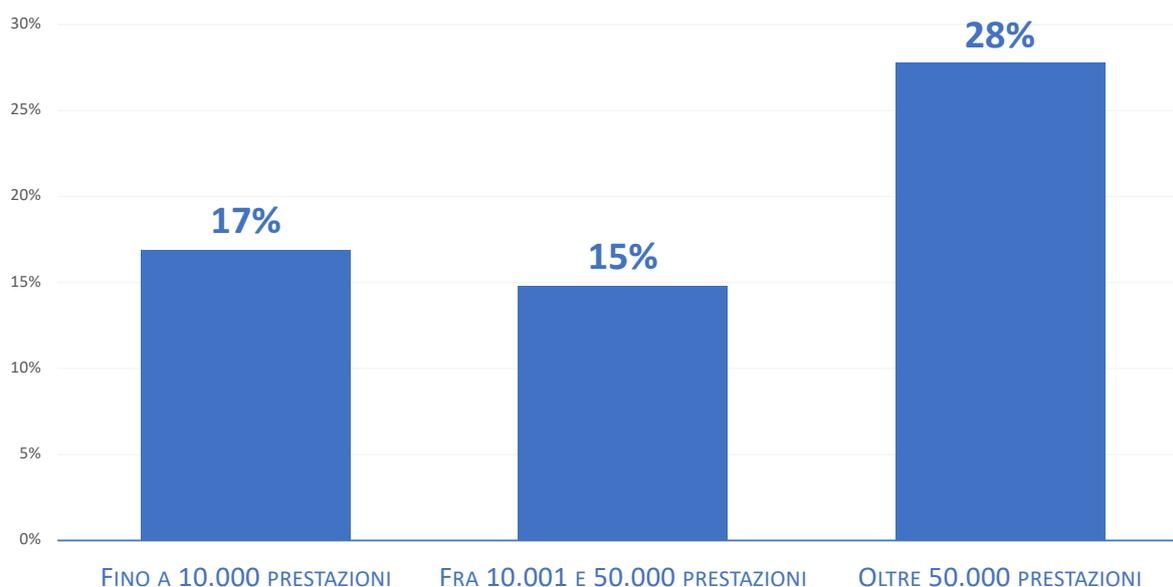


Figura 11 - Diffusione della telemedicina nelle strutture partecipanti - per volume di prestazioni

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 delle risposte della survey condotta è emerso che:

- Il 35% delle strutture ha dichiarato di fare riferimento a una piattaforma digitale via web.
- Il 18% utilizza una piattaforma attraverso un'app dedicata.
- Il 16% fa uso di apparecchiature dedicate.
- Il restante 31% è suddiviso tra l'uso di e-mail (15%) e altre modalità, inclusa la messaggistica cellulare come WhatsApp e altre forme di utilizzo improprio della telemedicina.

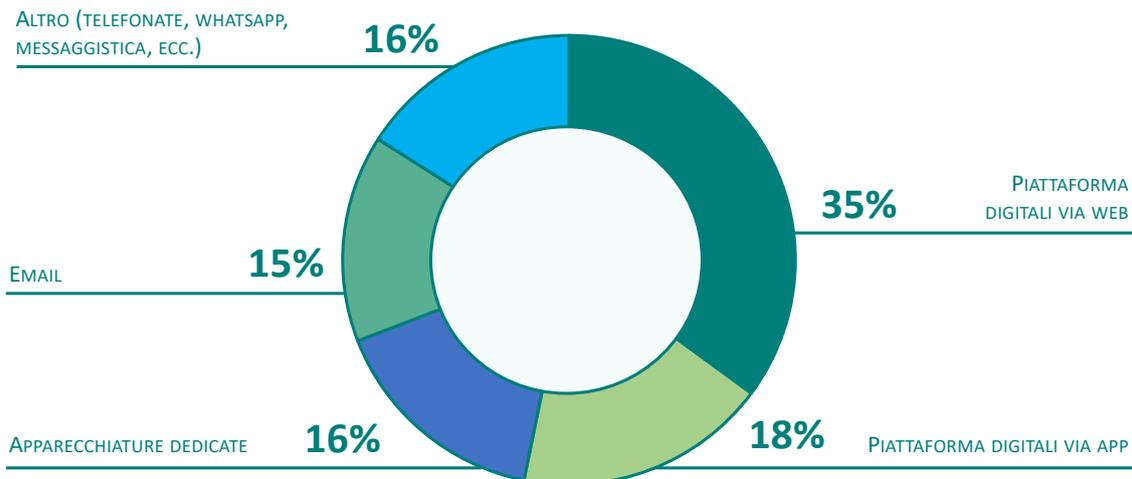


Figura 12 - Distribuzione degli adopter per modalità di erogazione dei servizi di telemedicina

La categoria “altro” sembra concentrarsi principalmente nelle strutture di dimensioni più ridotte, indicando un’adesione più forte a soluzioni fai-da-te o a metodologie non strutturate in questo contesto.

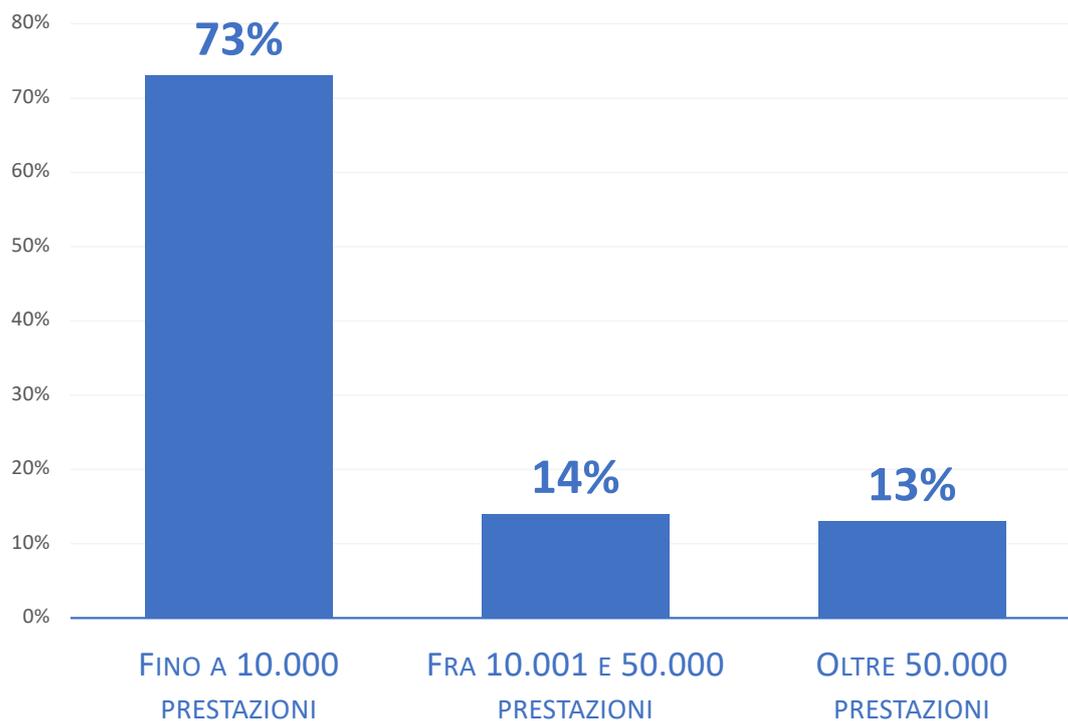


Figura 13 - Distribuzione degli adopter che hanno dichiarato “altro e/o email” per volume di prestazioni

Ad una prima analisi l’idea di sviluppare piattaforme in-house potrebbe apparire come un valore aggiunto o una vantaggiosa peculiarità per le strutture sanitarie ambulatoriali; tuttavia, è essenziale considerare che questa circostanza potrebbe essere indicativa di un approccio di tipo autarchico. Questa tendenza potrebbe essere influenzata da limitazioni finanziarie, da esigenze specifiche della struttura o da una preferenza per il controllo diretto sui sistemi utilizzati.

Lo sviluppo in-house potrebbe garantire maggiore personalizzazione e controllo, ma potrebbe anche comportare costi elevati, risorse dedicate e la necessità di competenze specializzate. Inoltre, potrebbe limitare l'accesso a innovazioni già presenti sul mercato.

È cruciale notare che, secondo i dati della survey, oltre la metà (58%) delle strutture che hanno adottato una soluzione di piattaforma in-house sono costituite da entità di dimensioni ridotte, che gestiscono fino a 10.000 prestazioni.

D'altro canto, le strutture di dimensioni maggiori hanno maggiormente adottato soluzioni più strutturate, con il 77% che utilizza piattaforme acquistate da terzi e il 23% che ha sviluppato piattaforme in house, ognuna con i propri vantaggi e svantaggi. L'opzione di adottare soluzioni più consolidate e pronte all'uso può essere ricondotta alla volontà di sfruttare le economie di scala e beneficiare di funzionalità avanzate senza gli oneri legati allo sviluppo interno.

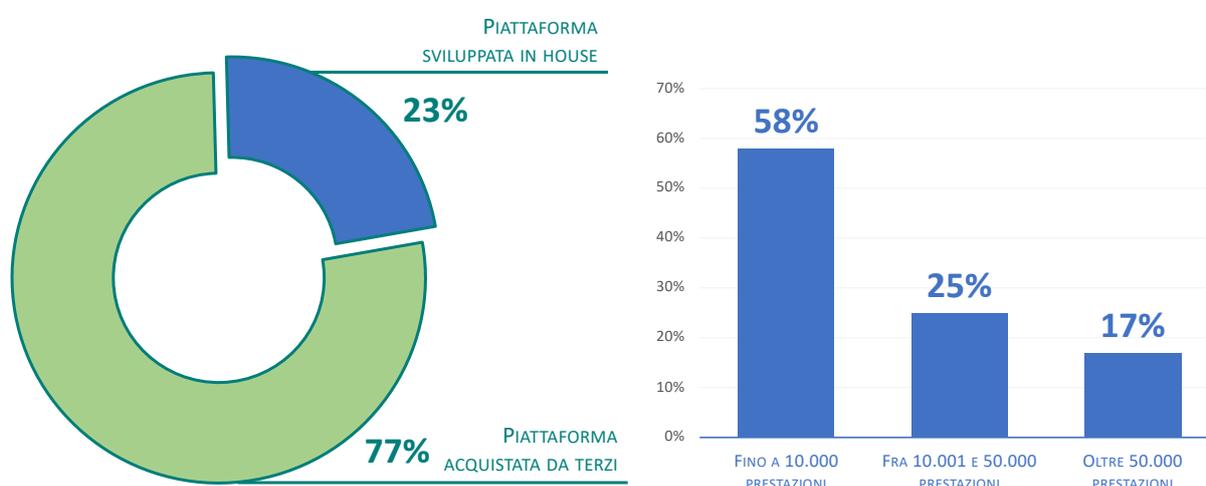


Figura 14 - Distribuzione degli adopter per tipologia di piattaforma adottata per servizi di telemedicina e distribuzione degli adopter che adottano piattaforma in house per volume di prestazioni

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 16, la cardiologia emerge come la specialità prevalente, rappresentando il 10% dei servizi di telemedicina forniti dalle strutture sanitarie partecipanti; la neurologia segue da vicino, rappresentando il 7% dei servizi di telemedicina attivati; le discipline relative alla salute mentale, come la psichiatria e la psicologia, ne costituiscono il 7%. La presenza della pneumologia e della scienza dell'alimentazione indica 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 chirurgico e all'area di servizi. Questa considerazione suggerisce che la telemedicina potrebbe estendersi ulteriormente per coprire non solo le specialità mediche, ma anche ambiti più specifici e orientati ai servizi, indicando un futuro potenzialmente ricco di innovazioni e applicazioni avanzate.

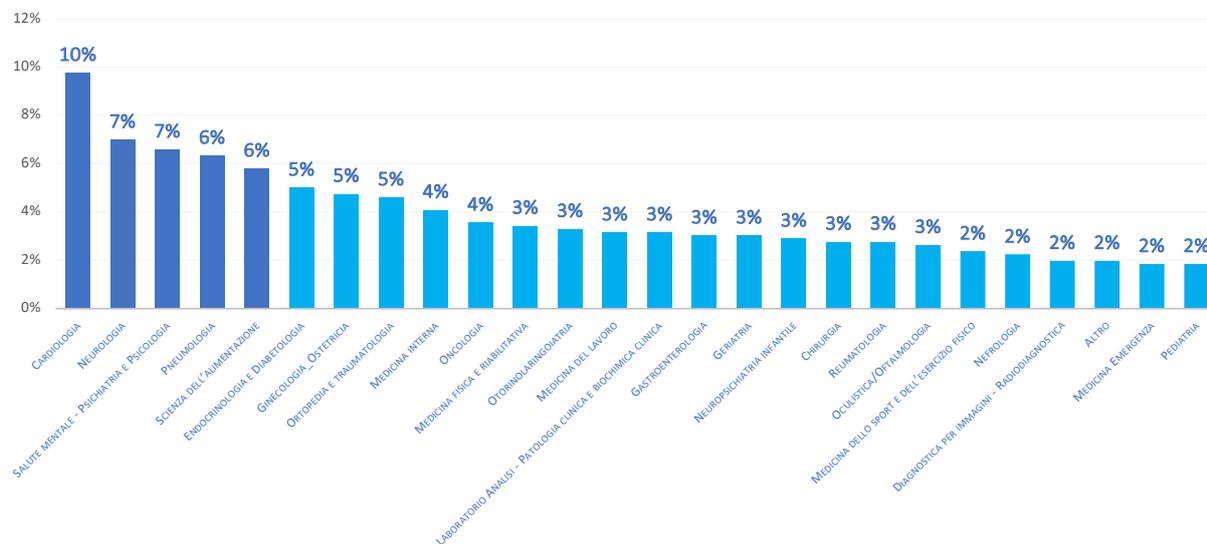


Figura 15 - Distribuzione dei servizi di telemedicina attivati per specialità cliniche

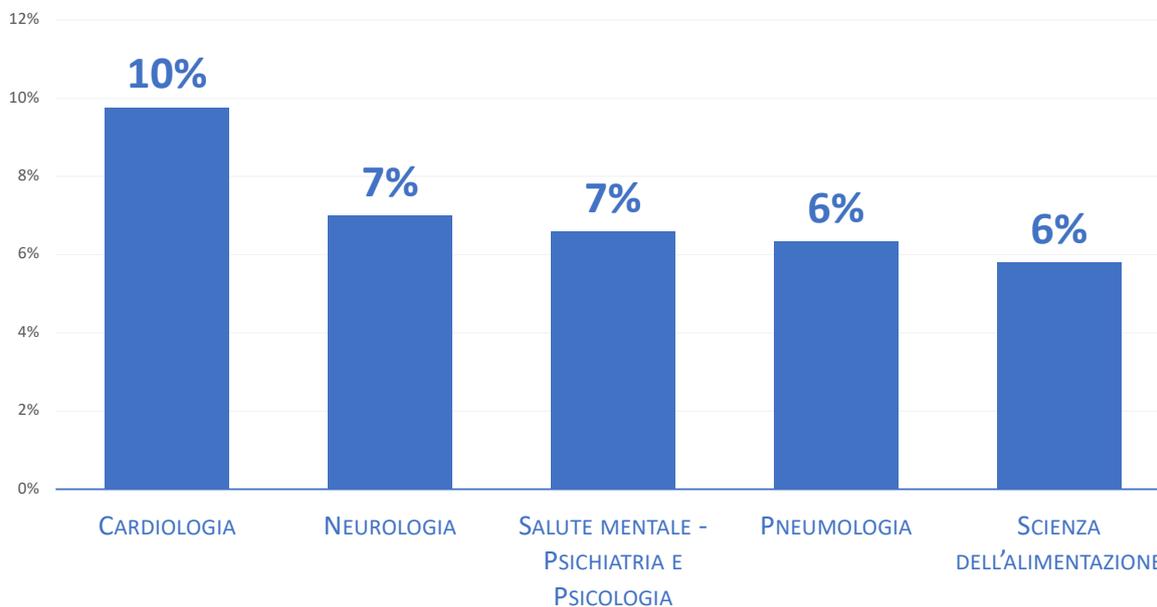


Figura 16 - Distribuzione dei servizi di telemedicina attivati per specialità cliniche - Top 5

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 delle cure in piccola scala, suggerendo che c'è un notevole margine di crescita e sviluppo per il settore.

Il fatto che solo il 18% delle strutture sanitarie abbia dichiarato di aver adottato servizi di telemedicina sottolinea inequivocabilmente che questo fenomeno è ancora 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 51% delle strutture offre meno di 100 prestazioni di telemedicina all'anno, il 26% si colloca nella fascia tra le 100 e le 500 prestazioni, mentre solo il 9% delle strutture eroga oltre 500 prestazioni annuali attraverso la telemedicina. Inoltre, un significativo 13% delle strutture non ha evidenza dei volumi erogati in questa modalità.

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 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 monitorare lo sviluppo e l'andamento del fenomeno, per acquisire maggiore consapevolezza delle sfide e delle opportunità della telemedicina nel panorama sanitario nazionale.

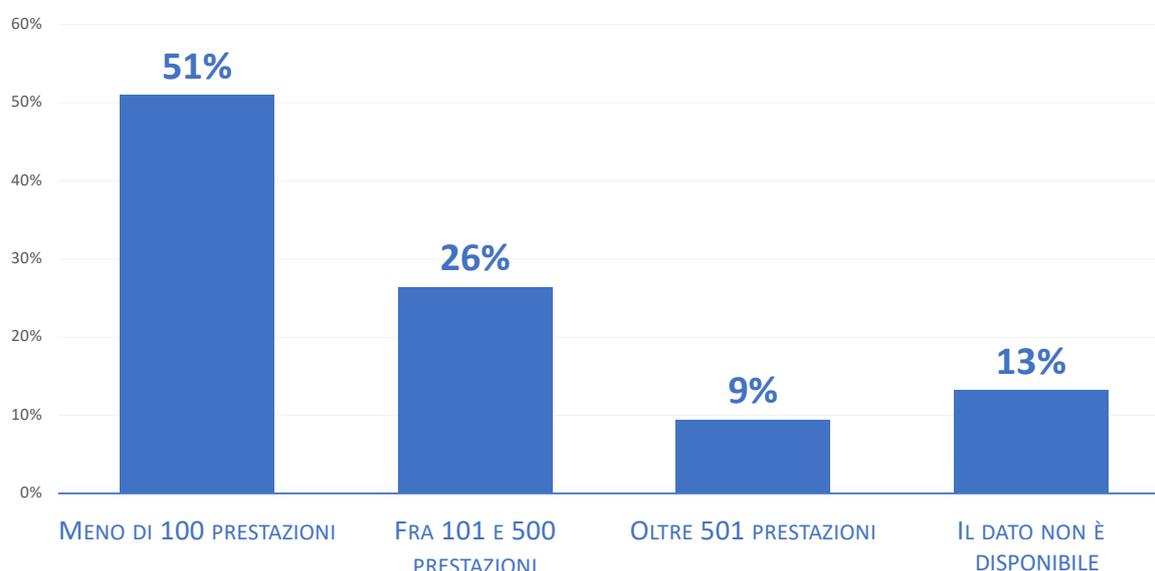


Figura 17 - Distribuzione degli adopter per volumi di prestazioni di telemedicina erogate annualmente

L'emergere del fatto che il 13% delle strutture non sia in grado di fornire una stima dei volumi di pazienti coinvolti nella fornitura di prestazioni di telemedicina evidenzia l'assenza di un sistema informativo adeguato a monitorare il fenomeno. La mancanza di registrazione di dati rappresenta una criticità, in quanto impedisce la capacità di misurare, analizzare e regolare l'adozione della telemedicina in conformità con le esigenze e le normative vigenti.

Inoltre, è interessante notare come le percentuali relative ai volumi di pazienti coinvolti nelle prestazioni di telemedicina riflettano una tendenza simile a quelle riscontrate nei volumi di prestazioni erogate annualmente. Il 55% delle strutture offre prestazioni a meno di 100 assistiti, il 25% si colloca nella fascia tra 100 e 500 assistiti, mentre solo l'8% serve più di 500 assistiti attraverso la telemedicina. Queste percentuali suggeriscono che, al momento, le prestazioni di telemedicina coinvolgono un numero relativamente limitato di pazienti all'interno delle strutture.

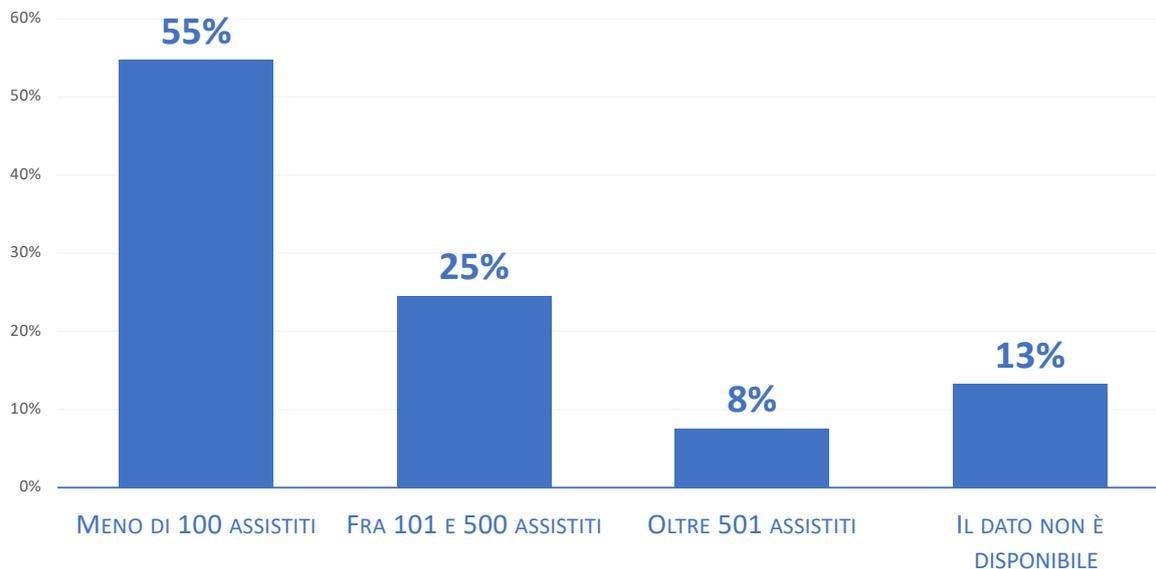


Figura 18 - Distribuzione degli adopter per volume di pazienti coinvolti annualmente nell'erogazione di prestazioni di telemedicina

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 55% delle strutture sanitarie rispondenti dichiara di non aver adottato le linee guida tecniche, evidenziando un'assenza di conformità con gli standard previsti.

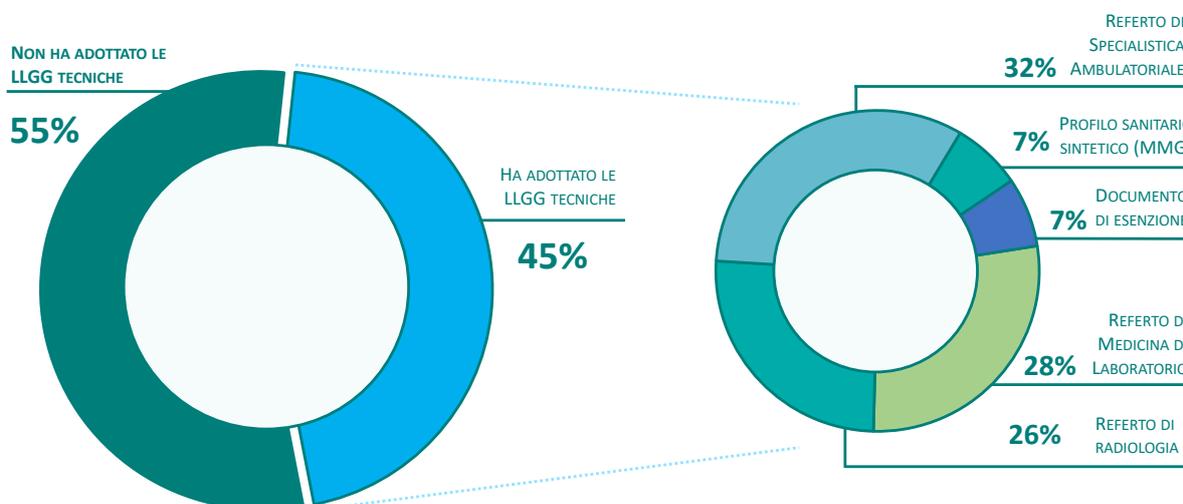


Figura 19 - Produzione dei documenti sanitari conformi a linee guida tecniche di riferimento in ambito nazionale per lo standard HL7 CDA R2

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:

- **Adeguamento alle Linee Guida tecniche (47%):** il 47% delle strutture sanitarie rispondenti ha espresso 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 ha dichiarato 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'aderire a pratiche standardizzate.
- **Mancanza di conoscenza delle Linee Guida tecniche (40%):** un dato che desta 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 richiederà sforzi significativi per informare e formare le strutture sanitarie sulle normative, le linee guida vigenti e le prospettive di sviluppo della telemedicina. Inoltre, la creazione di risorse informative e la promozione dell'educazione continua saranno fondamentali per garantire che le strutture seguano pratiche corrette e siano in grado di beneficiare appieno della telemedicina.

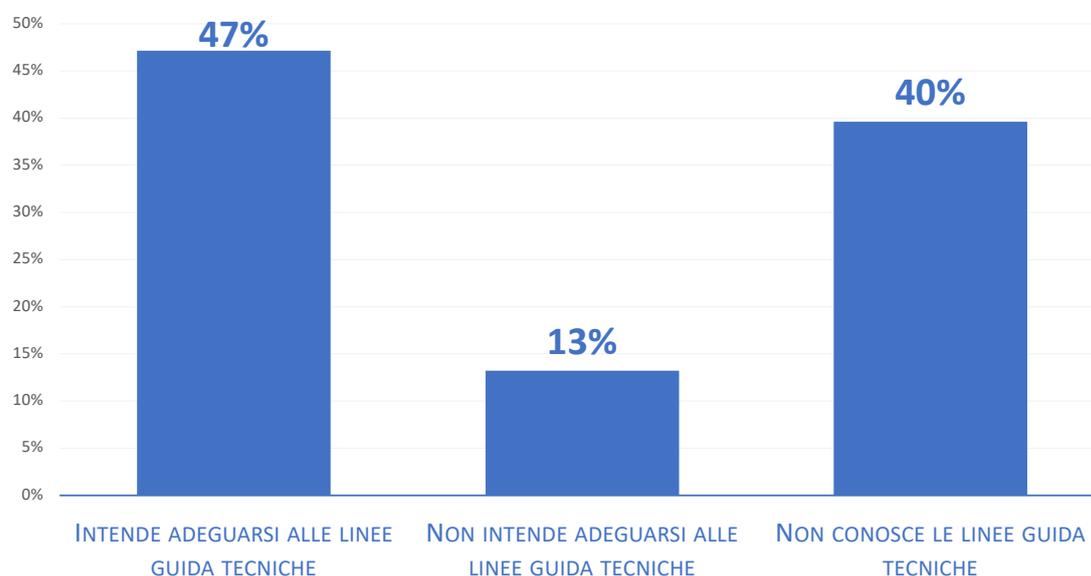


Figura 20 - Intenzione di adeguare la produzione dei documenti sanitari alle linee guida tecniche di riferimento in ambito nazionale

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

Nella survey sono state indagate anche le intenzioni delle strutture sanitarie di adottare o ampliare i servizi di telemedicina nel prossimo futuro. Dai dati emerge che:

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

Analizzando più nel dettaglio le risposte offerte dal 34% di strutture che ha dichiarato di avere intenzione di sviluppare l'offerta di servizi di telemedicina, emerge che le specialità mediche per lo sviluppo della Telemedicina sono:

- **Cardiologia (15%):** mentre la cardiologia rappresenta il 10% delle attuali offerte di telemedicina, è incoraggiante notare che il 15% delle strutture intende 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.
- **Ortopedia e Traumatologia (6%):** l'ortopedia e la traumatologia sono altre aree di interesse. L'interesse nell'area chirurgica rappresenta una novità rispetto allo stato attuale, in cui si è principalmente focalizzati sull'area medica. Questo potrebbe indicare un potenziale utilizzo della telemedicina per consulenze preoperatorie, follow-up post-operatori o discussioni di casi complessi con i chirurghi.
- **Laboratori di Analisi (6%) e Diagnostica per Immagini (6%):** queste discipline sembrano aprirsi al mondo della telemedicina, indicando la possibilità di offrire servizi di consultazione e interpretazione di risultati di laboratorio e diagnostica a distanza.
- **Neurologia (5%):** la neurologia rappresenta un'altra specialità di interesse per lo sviluppo della telemedicina, indicando che la telemedicina potrebbe essere utilizzata per il monitoraggio e la gestione delle condizioni neurologiche.

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.

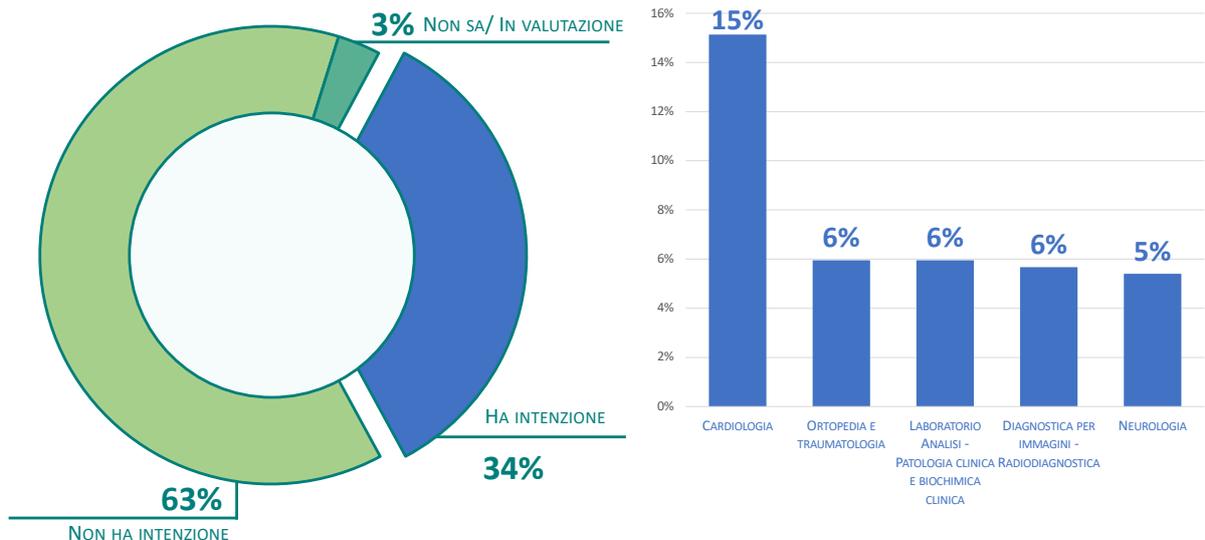


Figura 21 - Intenzione di adottare una soluzione di telemedicina o di ampliare l'offerta di servizi nel corso dei prossimi 12 mesi

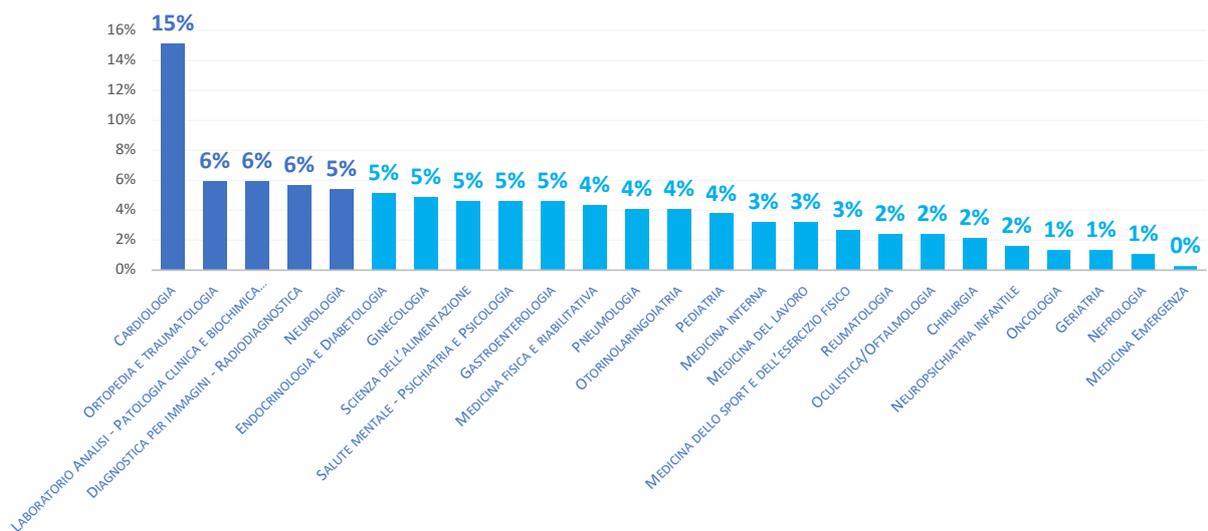


Figura 22 - Intenzione di adottare una soluzione di telemedicina o di ampliare l'offerta di servizi nel corso dei prossimi 12 mesi - Elenco delle specialità prescelte

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: mentre la maggior parte delle strutture non ha ancora adottato la telemedicina, è evidente una certa incertezza ed eterogeneità di atteggiamenti nei confronti della sua adozione e sviluppo nel prossimo futuro

- Il 13% 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 24% delle strutture non ha ancora adottato la telemedicina, ma intende svilupparla nei prossimi 12 mesi.
- Il 58% 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, sottolineano 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.

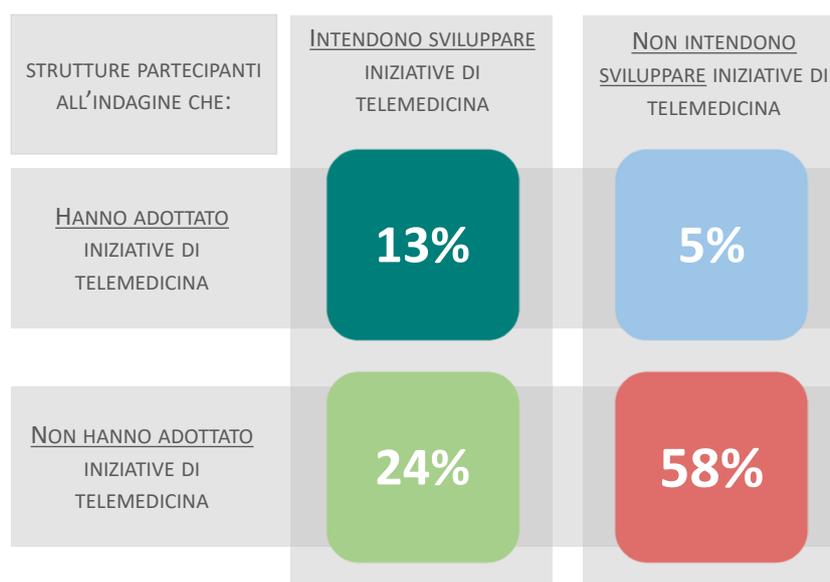


Figura 23 - Matrice dello sviluppo dell'offerta di telemedicina

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

I risultati dell'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 (12%):**
Il 12% delle strutture ha dichiarato di non incontrare ostacoli nell'implementazione della telemedicina: questo suggerisce una positiva adozione senza particolari difficoltà. 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 (28%):**
Alla precedente percentuale di strutture che hanno dichiarato di non aver incontrato ostacoli si aggiunge un ulteriore 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 (60%):**

Il 60% delle strutture partecipanti ha dichiarato di aver riscontrato ostacoli nell'implementazione dei servizi di telemedicina.

Nello specifico i principali ostacoli emersi sono:

> **Complessità in termini organizzativi (24%):**

Il 24% 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 (15%):**

Il 15% 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 (11%):**

La presenza dell'onerosità economica come ostacolo per l'11% 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 (9%):**

La mancanza di dotazioni tecnologiche, segnalata dal 9% 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 richiederà 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 saranno fondamentali per superare queste sfide e promuovere una più ampia adozione della telemedicina in Italia.

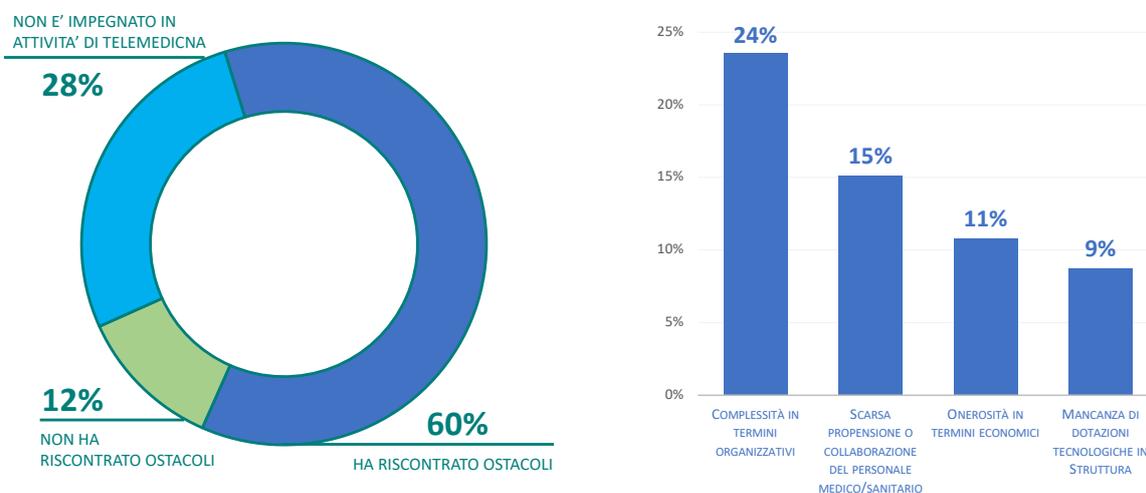


Figura 24 - Ostacoli riscontrati nello sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina – Top 4

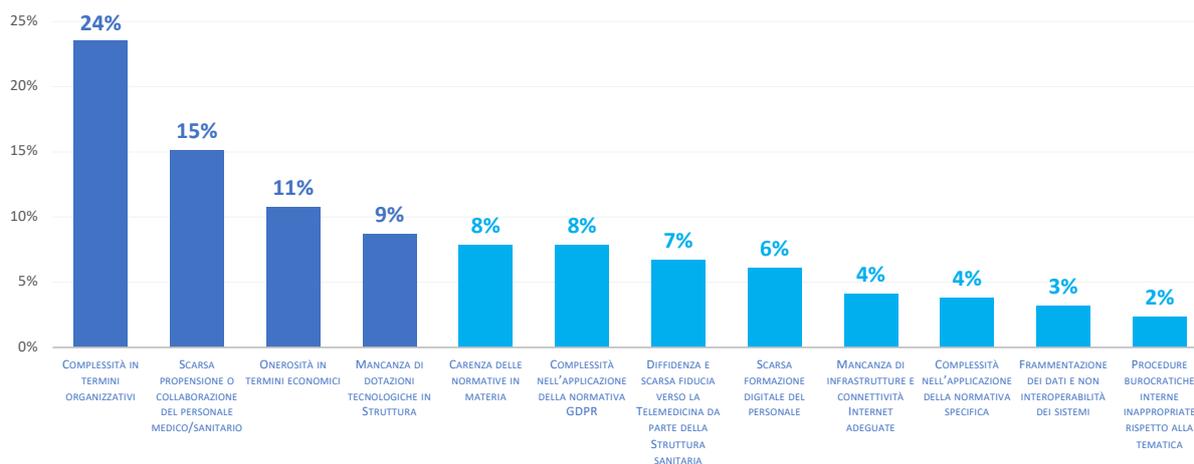


Figura 25 - Ostacoli riscontrati nello sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina – Elenco degli ostacoli

Il 24% del totale dei partecipanti alla survey dichiara come primo ostacolo la *complessità in termini organizzativi*, segue il 15% per la *scarsa propensione o collaborazione del personale medico/sanitario* e subito dopo l'*onerosità in termini economici*.

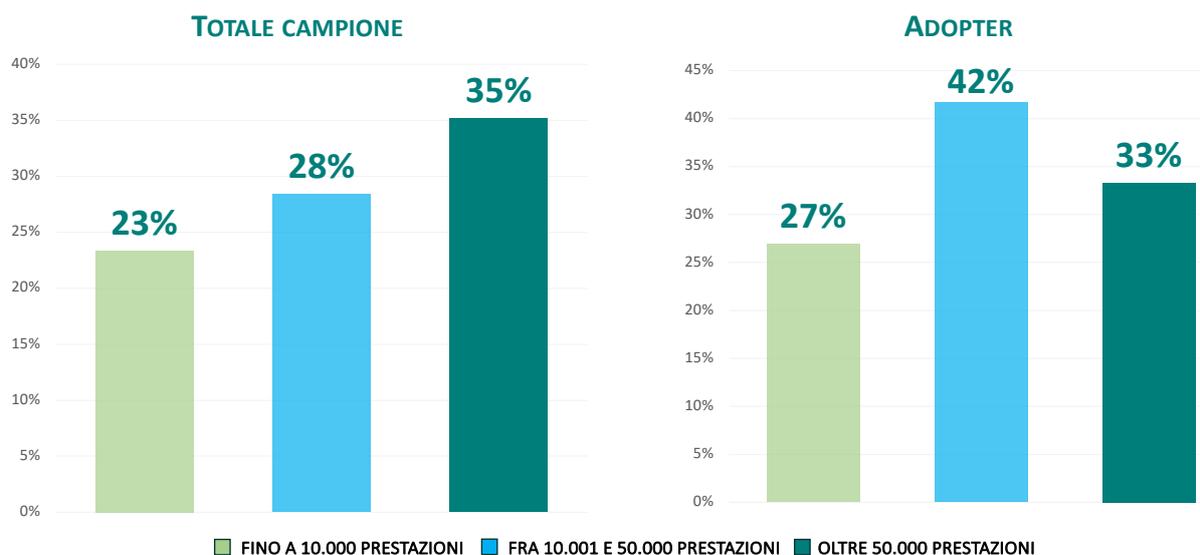


Figura 26 - Distribuzione dei partecipanti che hanno dichiarato "complessità in termini organizzativi" per volume di prestazioni

Nello specifico si veda come la *complessità in termini organizzativi* è un ostacolo rilevante a prescindere dalla dimensione della struttura sanitaria e dall'effettiva adozione dei servizi di telemedicina. Nello specifico, i partecipanti che hanno dichiarato tale ostacolo sono per il 35% strutture di grandi dimensioni (oltre le 50 mila prestazioni), per il 28% strutture di medie dimensioni (fra i 10 mila e le 50 mila) e il restante 23% sono piccole strutture.

Le percentuali della distribuzione cambiano se vengono interrogate solo le strutture adopter. Emerge come le strutture di medie dimensioni rappresentino la maggioranza delle strutture adopter che hanno dichiarato di avere difficoltà nella capacità organizzativa (il 42%).

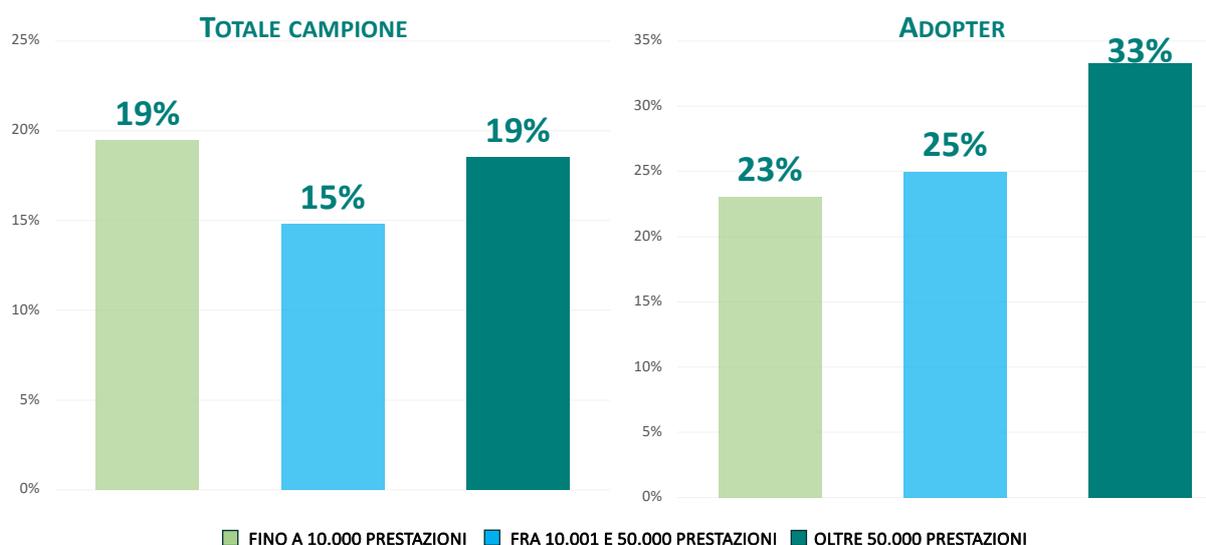


Figura 27 - Distribuzione delle strutture partecipanti che hanno dichiarato "scarsa propensione o collaborazione del personale medico/sanitario" per volume di prestazioni

La scarsa propensione o collaborazione del personale medico/sanitario è il secondo ostacolo dichiarato dalla maggioranza dei partecipanti. Le strutture che hanno dichiarato tale problematica sono distribuite equamente tra piccole e grandi dimensioni (19%), il 15% di queste rappresenta strutture di medie dimensioni.

Questa distribuzione cambia drasticamente se si considerano esclusivamente le strutture adopter. Di fatto, i partecipanti che adottano servizi di telemedicina e che hanno dichiarato di riscontrare tale ostacolo sono in prevalenza quelli di grandi dimensioni (33%).

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:

- L'onerosità in termini economici è rilevante per il 3% delle strutture di dimensioni piccole, ma diventa un problema molto più significativo (14%) per le strutture di grandi dimensioni. Questo potrebbe indicare che le strutture più grandi siano consapevoli dei costi associati all'implementazione della telemedicina, mentre le strutture più piccole potrebbero sottovalutare tali costi o trovare soluzioni più economiche.
- Le sfide legate alla complessità organizzativa e alla scarsa propensione del personale medico hanno percentuali rilevanti (12% e 17% rispettivamente) sia tra le strutture piccole che tra le più grandi: 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.
- Le strutture di piccole dimensioni lamentano la carenza di normative in materia di telemedicina in misura significativamente maggiore rispetto alle strutture di grandi dimensioni. Questo potrebbe indicare che, mentre le normative possono non essere carenti, le strutture più grandi potrebbero avere risorse e competenze per interpretarle e applicarle in modo efficace rispetto a quelle di minori dimensioni.

- La complessità nell'applicazione della normativa GDPR emerge come un problema rilevante per le strutture di grandi dimensioni (9%). 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.

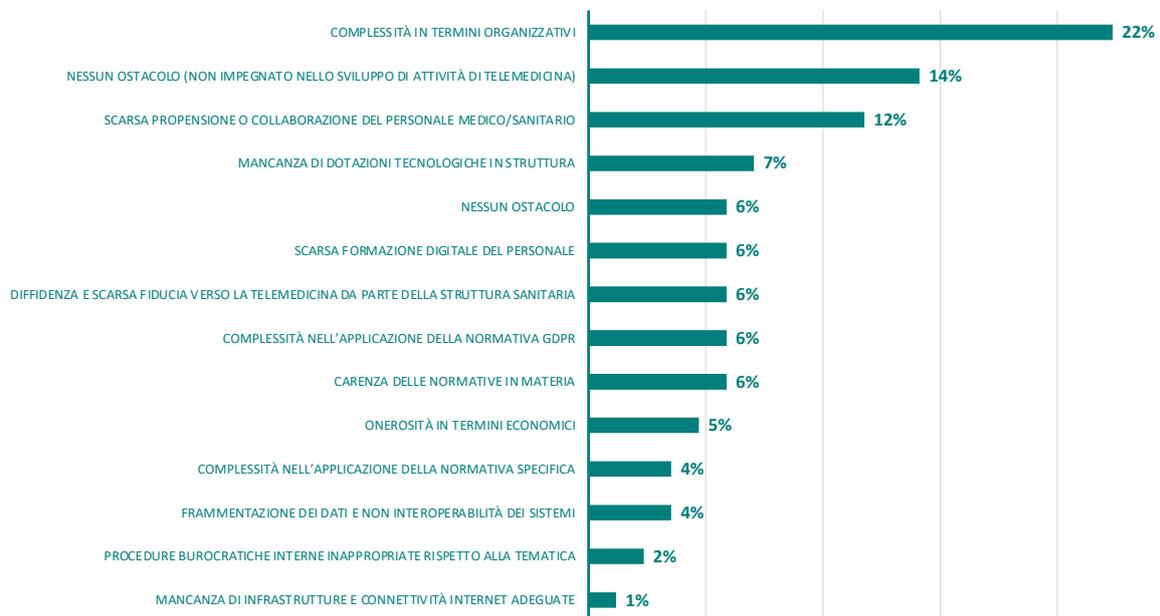


Figura 28 - Distribuzione delle strutture di grandi dimensioni per tipologia di ostacoli dichiarati

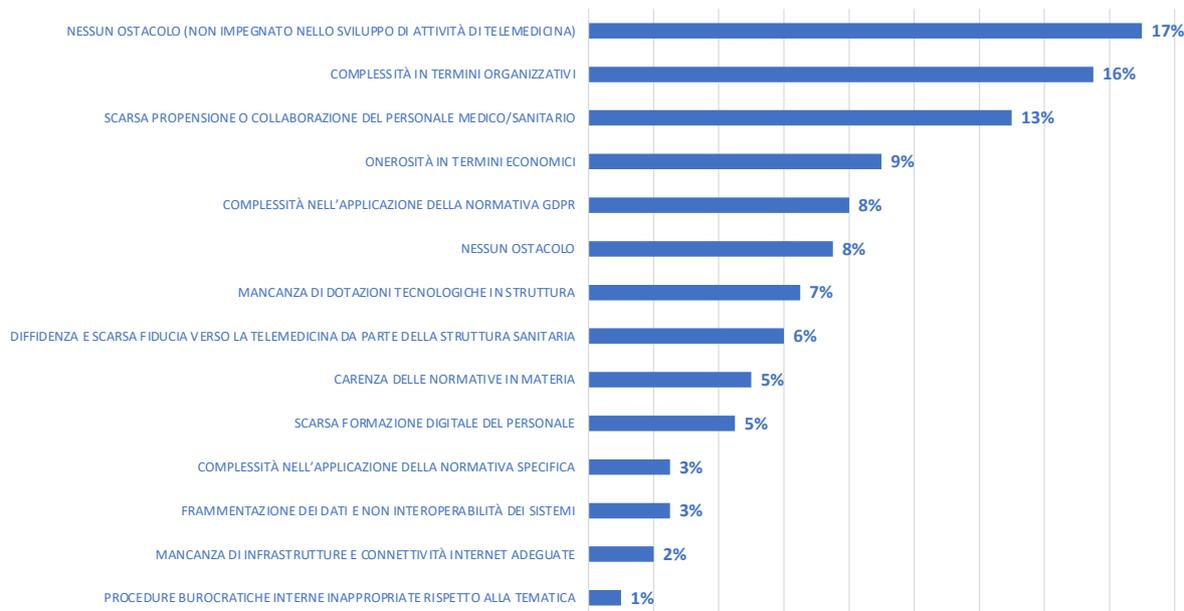


Figura 29 - Distribuzione delle strutture di piccole dimensioni per tipologia di ostacoli dichiarati

Partendo da queste premesse, emerge come quel 58% di strutture sanitarie che non aderiscono alla telemedicina (si veda la matrice dello sviluppo dell'offerta di Telemedicina) rappresenta 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.

Analizzando nel dettaglio le risposte fornite dalle strutture rispondenti all'indagine che non hanno mai adottato soluzioni di telemedicina e non intendono svilupparla, il 35% di esse evidenzia l'assenza di ostacoli significativi nell'implementazione di servizi di telemedicina, indicando una mancanza di interesse o di volontà da parte degli attori coinvolti nell'adottare questo tipo di iniziative.

D'altra parte, il 18% evidenzia complessità nell'ambito dell'organizzazione, mentre il 12% segnala una limitata inclinazione alla collaborazione da parte del personale. Questi rappresentano i primi due ostacoli rilevanti da affrontare per promuovere lo sviluppo di servizi di telemedicina

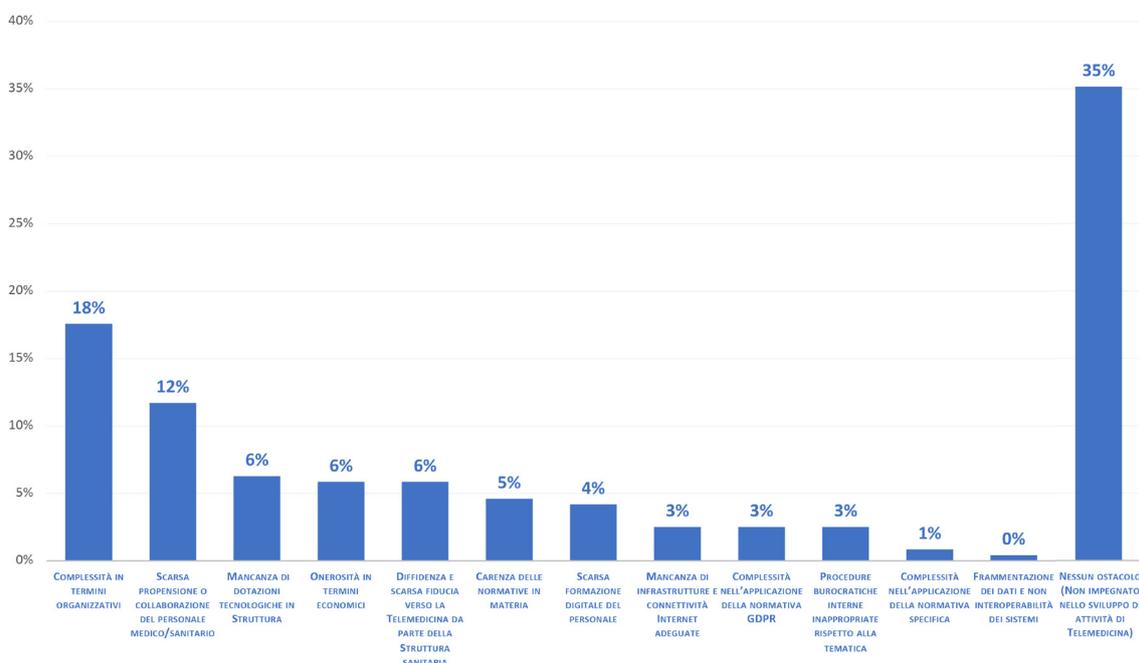


Figura 30 - Distribuzione delle tipologie di ostacoli dichiarati da parte delle strutture che non hanno mai adottato servizi di telemedicina e non intendono svilupparla

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 survey, le strutture sanitarie ritengono che le principali sfide riscontrate dai pazienti siano costituite da:

- **Diffidenza verso la Telemedicina (27%):** un significativo 27% 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 informazione sui servizi erogati in Telemedicina (24%):** 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.

- **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 (17%):** 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.

La somma delle problematiche legate alla diffidenza, alla mancanza di informazioni, alla scarsa familiarità con le tecnologie informatiche e alle difficoltà nell'uso del software e dei dispositivi supera il 40% delle risposte: 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.

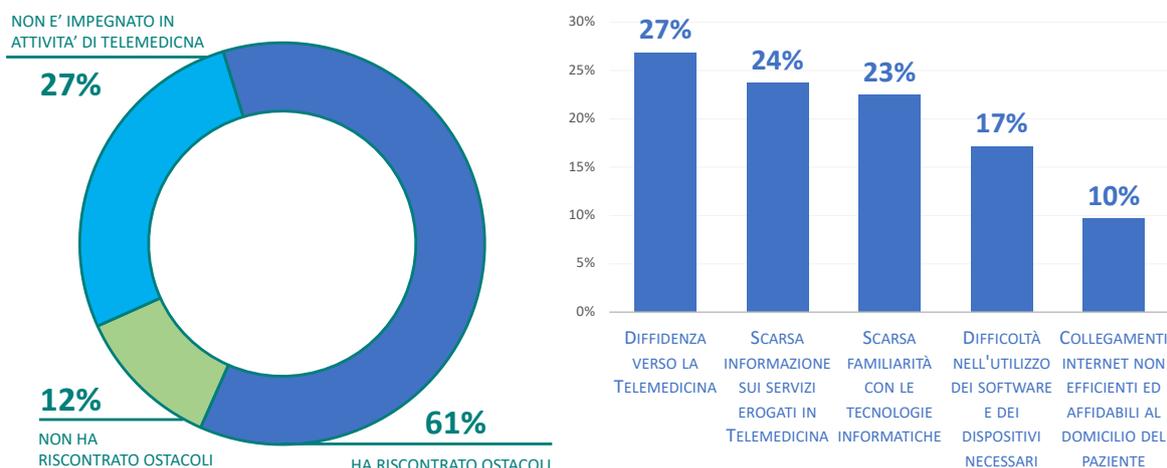


Figura 31 - Distribuzione degli ostacoli dichiarati nello sviluppo dell'offerta di servizi di telemedicina relativamente ai pazienti

A.10 Il livello di fiducia nella telemedicina

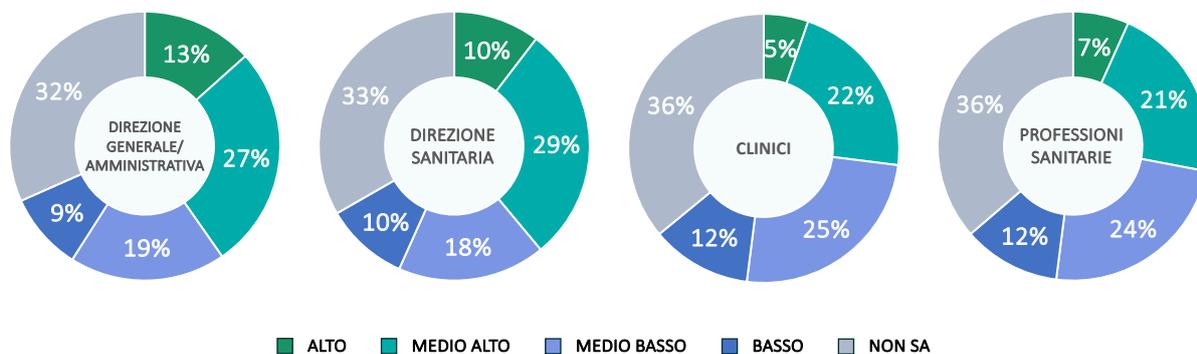


Figura 32 - Distribuzione del livello di fiducia nelle prestazioni di telemedicina da parte dei diversi profili professionali della struttura

L'analisi del livello di fiducia nella telemedicina da parte dei diversi profili professionali all'interno delle strutture sanitarie rivela una serie di tendenze significative:

- Le direzioni generali amministrative mostrano un livello di fiducia relativamente più alto nella telemedicina, con rispettivamente il 40% e il 39% 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 27 e 28% 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.

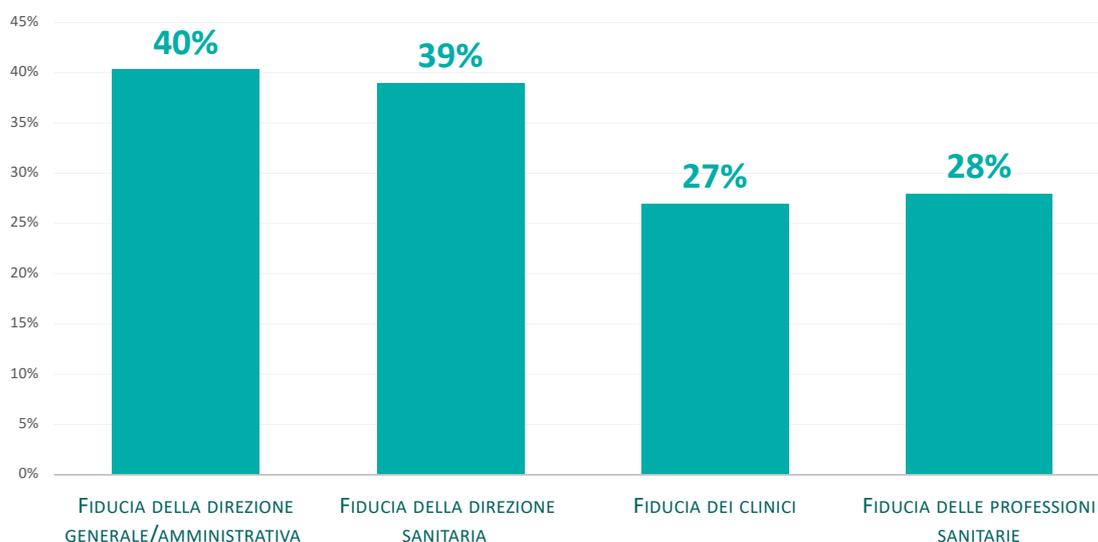


Figura 33 - Livello di fiducia "alto" e "medio alto" nella telemedicina da parte dei diversi profili professionali della struttura

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.

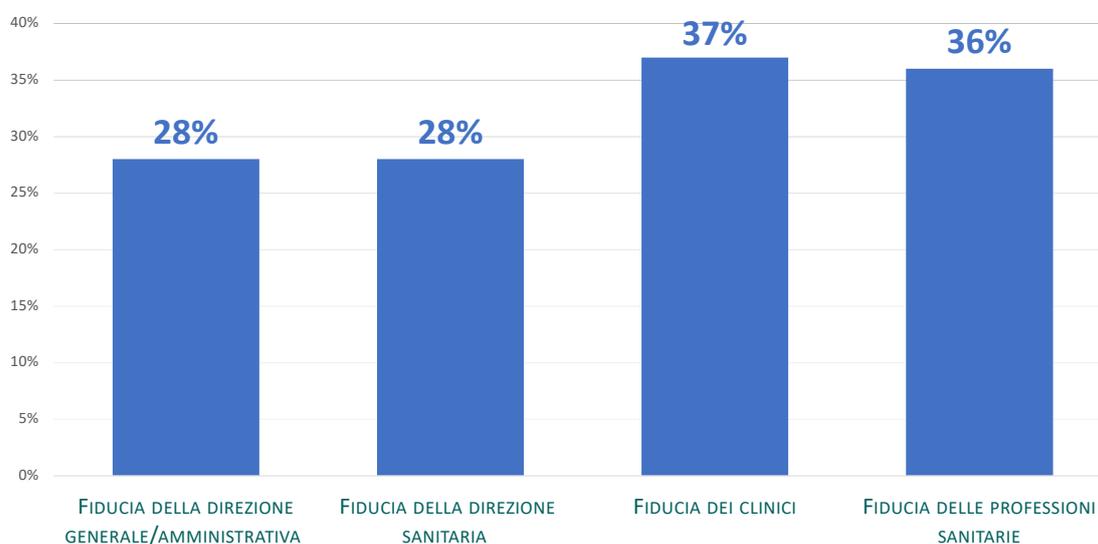


Figura 34 - Livello di fiducia "basso" e "medio basso" nella telemedicina da parte dei diversi profili professionali della struttura

A.11 In sintesi

L'analisi condotta rivela che l'adozione della telemedicina in ambito ambulatoriale privato in Italia è ancora in una fase embrionale, con solo il 18% delle strutture rispondenti che offre questi servizi.

Dall'indagine emergono con chiarezza gli importanti ostacoli ancora da superare per far sì che la telemedicina diventi a pieno titolo uno strumento per avvicinare la salute al cittadino, laddove la maggior parte delle problematiche non sono di natura tecnica, ma organizzativa e culturale.

È presente una forte resistenza al cambiamento da superare, rappresentata da un 58% di strutture che non offrono servizi di telemedicina e non intendono inserirla nella loro offerta.

Il tipo di cambiamento da affrontare è soprattutto di tipo organizzativo e culturale piuttosto che tecnico, come attestato dalle problematiche relative a difficoltà organizzativa e sfiducia da parte dei clinici.

A seconda dei cluster considerati rivestono maggiore importanza problematiche di carattere diverso, dovendosi ipotizzare strategie per la diffusione della telemedicina diverse per le varie tipologie di struttura.

Emerge un tema di applicazione e conoscenza delle linee guida che sono ancora poco diffuse visto che il 55% non si adegua alle linee guida e il 40% non le conosce, con un conseguente utilizzo improprio di strumenti che non sono conformi alle linee guida: un 31% che si appoggia alle mail e a whatsapp.

Preoccupa uno dei temi più critici rappresentato dal basso livello di fiducia da parte degli operatori sul campo che si attesta solo al 27%.

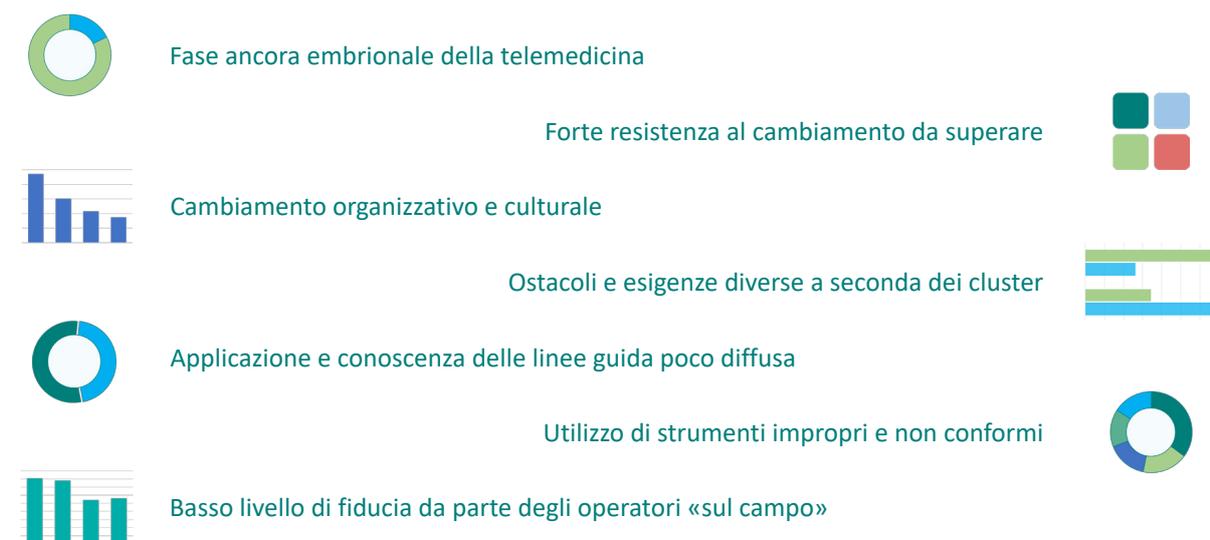


Figura 35 - Principali risultati emersi dall'indagine condotta

Il panorama è ampio e sfaccettato, e per gestire al meglio questa sfida al cambiamento, diventa necessario poter meglio comprendere quale sia lo stato dell'arte della diffusione della telemedicina, quale sia la posizione degli operatori nei confronti della telemedicina, quali siano le loro intenzioni per lo sviluppo dell'offerta di prestazioni di telemedicina nel prossimo futuro.

I risultati di questa indagine costituiscono pertanto una prima preziosa risorsa per sviluppare strategie in grado di superare queste sfide e di incentivare lo sviluppo della telemedicina sia a livello generale come sul fronte tariffario, che specifico, come sul fronte organizzativo e normativo.

Autori

Duilio Carusi - Luiss Business School, Fondazione Bruno Visentini (Autore e curatore del Rapporto)

Camilla Russo - Fondazione Bruno Visentini (Capitolo 6)

Valerio Martinelli - Fondazione Bruno Visentini (Capitolo 3)

Francesca Furriolu - Fondazione Bruno Visentini

Ringraziamenti

Si ringraziano per il prezioso supporto:

Domenico Alvaro - Preside di Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma

Giovanni Arcuri - Direttore Tecnico, ICT ed innovazione tecnologica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCSS

Luigi Bertinato - Responsabile della Segreteria Scientifica del Presidente, Istituto Superiore di Sanità

Simona Camerano - Responsabile dell'Area Scenari Economici e Strategie Settoriali, Cassa Depositi e Prestiti

Mariaflavia Cascelli - Referente Goal 1-10, Goal 3, Gdl trasversale Organizzazioni giovanili, ASVIS

Carla Collicelli - Referente Goal 3 Salute e Benessere, ASviS

Daniele Damele - Presidente Fasi

Roberto Dattola - Ammiraglio Ispettore, Marina Militare Italiana

Katia De Luca - LegaCoop Italia

Andrea Di Luccio - SME Sanità - Analista Digital Healthcare, AlmavivA

Giovanni Di Nardo - Head Digital Health, AlmavivA

Federico Esposti - Direttore Operativo, IRCSS Ospedale San Raffaele

Irene Facchinetti - Head of Advocacy & Community Enhancement presso Consorzio Dafne

Francesco Gabbrielli - Direttore Centro Nazionale Telemedicina, ISS

Simone Gamberini - Presidente, Legacoop Italia

Sandro Gambuzza - Vicepresidente, Confagricoltura

Barbara Gobbi - Giornalista, Il Sole 24 Ore

Laura Lega - Capo Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione - Ministero dell'Interno

Giuseppe Marabotto - Direttore Generale Fasdac

Daniele Marazzi - Consigliere Delegato, Consorzio DAFNE

Francesco Marchionni - Consigliere di Presidenza, Consiglio Nazionale Giovani

Emilio Meneschincheri - Direzione Tecnica ICT e Innovazione Tecnologie Sanitarie, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCSS

Fabio Pengo - Vicepresidente Fasi
 Bernardino Petrucci - Vicepresidente Fasdac
 Andrea Piccioli - Direttore Generale, Istituto Superiore di Sanità
 Fabrizio Pulcinelli - Presidente Fasdac
 Maria Cristina Pisani - Presidente, Consiglio Nazionale Giovani
 Antonio Russo - Vicepresidente, ACLI e Portavoce Nazionale, Alleanza contro la povertà in Italia
 Chiara Schettino - Ceo e Founder, Rosso
 Gennaro Sosto - Presidente Sud Italia, Federsanità e Direttore Generale, Asl Salerno
 Silvia Surricchio - Project Manager, Fasi
 Eleonora Vanni - Vicepresidente, Legacoop e Presidente, Legacoopsociali
 Dario Vizza - Professore di Cardiologia, Università La Sapienza
 Ylenia Zambito - Senatrice, Segretario della 10ª 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 07). *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: strumentario 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 Plasmare 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)
- lacono, 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. (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/StatII-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*. Tratto da Ministero della Salute: dettaglioContenutiAntibioticoResistenza
- 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). *Decreto ministeriale. 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 M6C1I1.2.3.2 - "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 gennaio 2024
presso Editron srl - Roma

Progetto grafico e impaginazione
KNOWLEDGE for BUSINESS



Fondazione
Bruno
Visentini

Unire i puntini: verso un Piano nazionale di salute 2023 è il secondo Rapporto annuale dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini.

Il Rapporto si sviluppa attorno all'aggiornamento dell'Indice di Vicinanza della salute per l'anno 2022. Il nuovo concetto di "Vicinanza", elaborato a seguito delle attività di analisi e ricerca condotte dall'Osservatorio, è definito come la relazione nello spazio e nel tempo che sussiste tra la persona, la disponibilità del bene salute e la possibilità e capacità di fruirne. I risultati della misurazione esposti nel Rapporto riflettono un periodo storico-sociale drasticamente mutato ed in continua evoluzione, caratterizzato da shock pandemici che hanno dimostrato quanto sia necessario lo sviluppo di sistemi produttivi ed economici solidi, sostenibili e resilienti; nonché di sistemi sanitari e di welfare incentrati su un approccio One Health in grado di offrire la miglior preparazione possibile al verificarsi di eventi avversi.

In linea con il principio di sinergia di pensiero e lavoro di attori e settori diversi della società, le attività di ricerca e di analisi esposte vedono anche il contributo attivo di vari istituti ed enti, che collaborano a delineare delle best practice per l'implementazione di un nuovo trasferimento culturale nel sistema salute.

Il Rapporto si presenta come strumento di orientamento e indirizzo per l'identificazione delle componenti e dei connotati indispensabili per l'elaborazione di un **Piano nazionale di salute**: ridefinendo i confini del concetto di salute e benessere e provando ad identificare che tipo di risposta si potrà essere in grado di fornire a livello Paese, con quali Livelli Essenziali di Prestazioni (LEP) e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e con quale forma attuativa del mandato costituzionale della "tutela della salute".



ISBN 979-12-210-5344-9



9 791221 053449