



Assistenza territoriale

Nel restituire puntualmente una sintesi accurata della *performance* dell'Assistenza Territoriale (AT), nel corso degli anni ogni Edizione di questo Capitolo ha anche contribuito a caratterizzarne progressivamente l'ambito concettuale e operativo, secondo logiche e strumenti esplicitati in modo coerente, allineati tanto all'evidenza scientifica quanto alle dinamiche di sviluppo del contesto nazionale.

Si è giunti, dunque, a definire l'AT come un "sistema complesso di offerta di salute a destinatario individuale e comunitario, caratterizzato da relazioni evolutive e interdipendenti tra l'assistito, gli *stakeholder* comunitari e gli attori coinvolti nei vari *setting* assistenziali di una determinata area geo-politica" (1). Un sistema che, oltre alla funzione di primo contatto tesa a fornire risposte al cittadino che sua sponte si rivolge ai servizi territoriali per problematiche di nuova insorgenza, assolve soprattutto la funzione di presa in carico, garantendo accesso ai servizi più appropriati e continuità dell'assistenza a livello informativo, gestionale e relazionale (1). Come esplicitato nelle precedenti Edizioni di questo Capitolo, la presa in carico non riguarda solo persone affette da condizioni di cronicità ma, in un approccio *life-course*, si estende anche a persone sane o apparentemente tali verso cui indirizzare interventi di prevenzione e promozione della salute (2). In una prospettiva di così ampio raggio, risulta quindi fondamentale sottolineare come la presa in carico, ancor prima che individuale, debba essere di comunità, per garantire piena efficacia e sostenibilità all'intero sistema di offerta di salute. In ciò, appare dirimente il ruolo della *governance* di sistema che, tramite l'utilizzo integrato di flussi informativi correnti, analizza e stratifica i bisogni di salute socio-sanitari dell'intera popolazione, sviluppando programmi e interventi calibrati per ciascun sottogruppo identificato. Da una medicina di popolazione si passa, quindi, a una medicina personalizzata, attraverso il reclutamento elettivo dei soggetti che vengono inseriti in Piani Assistenziali Individualizzati elaborati, attuati e monitorati da *équipe* multiprofessionali (3). Nell'adempimento di questa logica sistemica di presa in carico si concretizza, di fatto, il cambio di paradigma da una medicina di attesa, prettamente prestazionale e reattiva, ad una sanità di iniziativa proattiva che anticipa il bisogno di salute, intercettandolo prima che si renda manifesto. A completamento della sintesi di elementi caratterizzanti l'AT, nelle varie Edizioni del Rapporto Osservasalute è sempre stata posta particolare enfasi all'*engagement* di individui e comunità, necessario per realizzare una co-produzione di salute allargata, in una prospettiva di assistenza primaria integrata e *community-oriented*. Del resto, solo una condivisione partecipata e responsabile di obiettivi, risorse, strumenti ed esiti tra tutti gli attori coinvolti a vario titolo nel sistema può garantirne nel lungo periodo qualità, equità e sostenibilità.

La visione di AT sopra esposta rappresenta, quindi, la restituzione sintetica di quanto preconizzato in tutte le precedenti Edizioni del Capitolo, elaborate con la finalità di diffondere una maggiore consapevolezza tra i *decision-maker* sulla necessità di caratterizzare e qualificare l'attuale ambito dell'assistenza primaria, secondo evidenze scientifiche. Tale configurazione trova, oggi, piena rispondenza e armonica declinazione nel piano di riordino dell'AT regolamentato dal DM n. 77 del 23 maggio 2022, che sostanzia e dettaglia quanto previsto nella Componente 1 della Missione Salute del PNRR, "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (4, 5). Nello specifico, il DM n. 77/2022 definisce modelli e standard strutturali, organizzativi e tecnologici per garantire un'attuazione omogenea della riforma sul territorio nazionale, pur concedendo ampio margine di discrezionalità a Regioni e PA in fase di declinazione operativa. I modelli, le logiche e gli strumenti che fondano l'intelaiatura del piano di riordino dell'AT sono la medicina di popolazione, la sanità di iniziativa, la stratificazione della popolazione e il Progetto di Salute che, complessivamente, si fanno garanti di una presa in carico pianificata e proattiva di individui e comunità.

- La medicina di popolazione mira a promuovere e ottimizzare la salute della popolazione a lungo termine, caratterizzandosi per gli sforzi multidisciplinari nell'affrontare i determinanti biomedici, psicologici, sociali e ambientali della salute (6).

- La sanità di iniziativa rappresenta un modello assistenziale di prevenzione e gestione delle cronicità che assicura una presa in carico proattiva dell'individuo (dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinico-assistenziale, fino alla prevenzione delle complicanze), al quale rivolge interventi mirati, rapportati al livello di rischio. Tutte le attività connesse con la sanità di iniziativa verranno garantite dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali e dalle Unità Complesse di Cure Primarie, in collaborazione con gli Infermieri di Famiglia o Comunità.

- La stratificazione della popolazione utilizza algoritmi predittivi per operare una classificazione sulla base del livello di rischio, bisogno di salute e consumo di risorse. Consente, pertanto, di differenziare strategie di intervento per profilo di rischio ed effettuare valutazioni di processo ed esito, tanto a livello del singolo quanto della comunità di riferimento.





- Il Progetto di Salute rappresenta, infine, lo strumento di programmazione, verifica e controllo della presa in carico dell'individuo, garantendo accesso e continuità dell'assistenza nel tempo e tra i diversi *setting* di cura. Viene redatto al primo accesso della persona al SSN o nel momento in cui viene identificata come portatrice di fattori di rischio e, sulla base dei bisogni sanitari e socio-assistenziali rilevati, si differenzia in Progetto di Salute semplice e complesso. Questo strumento identifica standard essenziali nelle risposte preventive, diagnostiche, clinico-socio-assistenziali e riabilitative, prevedendo un'*équipe* multiprofessionale a geometria variabile in funzione della complessità clinico-assistenziale della persona e della sua evoluzione nel tempo.

Sulla base di questi principi cardine e del sotteso concetto di integrazione multidimensionale che governa l'offerta di servizi, la nuova configurazione della rete sanitaria territoriale prevede in particolare:

- la realizzazione di forme organizzative con funzione prettamente erogativa (ad esempio, gli Ospedali di Comunità e le Unità di Continuità Assistenziale), altre con funzione di coordinamento e raccordo (ad esempio, le Centrali Operative Territoriali) e le Case della Comunità, infine, come luogo fisico e organizzativo sia di erogazione che di regia del *network* integrato di servizi;
- il potenziamento della telemedicina;
- l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Lo scenario che inizia a prospettarsi per l'AT appare, quindi, complessivamente promettente e in linea con quanto finora profuso in termini di ricerca e sperimentazioni, a livello nazionale e internazionale. La sfida attuale sarà ovviamente la declinazione a livello operativo delle disposizioni del DM n.77/2022, a beneficio di un sistema effettivamente garante di un'assistenza di qualità, in una prospettiva di sviluppo sostenibile.

Al fine di perseguire un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza territoriale, il Rapporto Osservasalute attribuisce consueta rilevanza alla scelta di indicatori "core" per un monitoraggio accurato dei bisogni di salute delle popolazioni e dell'appropriatezza ed esiti dei processi assistenziali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Damiani G, Arcaro P, Michelazzo MB. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2021, Assistenza territoriale, 2021.
- (2) Damiani G, Acampora A, Corsaro A. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2016, Assistenza territoriale, 2016.
- (3) Damiani G, Acampora A, Frisicale ME, Silvestrini G. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2015, Assistenza territoriale, 2015.
- (4) Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022).
- (5) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), 2021. Disponibile sul sito: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf. Ultimo accesso il 31 gennaio 2023.
- (6) Wang C, Chen S, Shan G, Leng Z, Bärnighausen T, Yang W. Strengthening population medicine to promote public health. *Chin Med J (Engl)*. 2022 May 20; 135 (10): 1.135-1.137.

Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. La crescente longevità della popolazione italiana da un lato rappresenta certamente un rilevante esito del servizio sanitario pubblico che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronico-degenerative. Nel 2021 la speranza di vita alla nascita si attesta a 82,5 anni, registrando una crescita di 0,4 anni rispetto all'anno precedente, età comunque inferiore ai valori registrati dal 2016 al 2019. Anche la speranza di vita a 65 anni riprende a crescere nel 2021 rispetto al 2020, portandosi a 20,4 anni (+0,4 anni). Permane il contributo alla mortalità dei decessi per COVID-19: nel 2021 il totale dei decessi per tutte le cause è stato pari a 709 mila unità, in calo rispetto al 2020 (-5,0%), tuttavia, più alto rispetto alla media dei decessi del periodo 2015-2019 (+9,8%) (1-3).

Al 1° gennaio 2022 la popolazione residente in Italia, secondo i primi dati provvisori, scende a 58 milioni 983 mila unità, 253 mila in meno rispetto all'anno precedente; mentre la quota degli ultra 65enni è in ulteriore incremento rappresentando il 23,8% dei residenti (3). Prosegue, nonostante l'eccesso di mortalità registrato nell'ultimo biennio, la crescita del processo di invecchiamento della popolazione e si assiste, pertanto, all'aumento dello squilibrio demografico: al 1° gennaio 2022 l'Indice di Vecchiaia è pari a 187,9 ultra 65enni per 100 giovani di età <15 anni; in ulteriore crescita rispetto all'anno precedente (183,3 ultra 65enni per 100 giovani di età <15 anni) ed aumentato di oltre 56 punti percentuali in 20 anni (4).

La percentuale di residenti affetti da almeno una patologia cronica si stabilizza attestandosi al 40,9%. Le patologie cronico-degenerative affliggono, con una lieve deflessione rispetto al 2019, il 53,8% della popolazione di età 55-59 anni, raggiungendo la quota dell'86,3% tra le persone ultra 75enni. Il 20,8% della popolazione risulta essere affetto da due o più patologie croniche con una frequenza maggiore per il genere femminile, ad eccezione delle malattie cardiache e della bronchite cronica (5). Tra gli ultra 75enni la multimorbilità continua l'andamento in crescita attestandosi al 65,1%, in particolare a svantaggio del genere femminile (56,8% tra gli uomini e 70,7% tra le donne) (5). Sono circa 4,6 milioni gli anziani in Italia con moderate o gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività della vita domestica che dichiarano di aver bisogno di aiuto per svolgere tali attività, e tra questi sono oltre 2 milioni gli individui di età >65 anni (il 33,7%) che non si sentono adeguatamente aiutati pur avendo livelli di autonomia compromessa; le donne esprimono un maggior bisogno di aiuto (76,2% vs

65,3% degli uomini) e riferiscono più spesso bisogni di assistenza non soddisfatti (35,5% vs 29,9%) (6). Il quadro che si delinea è quello di una popolazione anziana che deve sostenere un peso elevato in condizioni di elevato disagio in termini di salute ed in termini economici, a causa della lunga durata delle malattie cronico-degenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (7).

Al fine di garantire un'assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (art. 22 DPCM 12 gennaio 2017). Secondo la definizione del Ministero della Salute, l'ADI consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità (8). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli Atti approvati dalle Regioni/PA in materia di assistenza socio-sanitaria.

L'ADI si rivolge ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, come i pazienti post-acuti dimessi dall'Ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in una reiterazione del ricovero ospedaliero e pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di riacutizzazione, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra diverse figure professionali. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di vita del paziente, a cui si aggiungono anche benefici economici rispetto a forme di ricovero ospedaliero o extraospedaliero.

In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di ADI con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le cure domiciliari integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito. A prescindere dalle forme dell'ADI, la responsabilità clinica è del MMG o del PLS che ha in carico il paziente, mentre l'*équipe* mul-

tidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei casi, da un infermiere professionale, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e da medici specialisti che possono essere di supporto per migliorare la presa in carico del paziente, concorrendo alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico e alla definizione del “Progetto di

Assistenza Individuale” (PAI) socio-sanitario integrato. L’ADI costituisce, pertanto, un servizio in grado di garantire un’adeguata continuità ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione delle possibili complicanze che possono determinare o peggiorare la disabilità.

Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistiti di età 65 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100
Denominatore	Popolazione media residente di età 65 anni ed oltre	

Tasso di assistiti di età 75 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistiti di età 75 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100
Denominatore	Popolazione media residente di età 75 anni ed oltre	

*Sono considerati gli assistiti relativi a “Prese in Carico Erogate” (PIC erogate) nell’anno di riferimento. Per PIC erogate si intendono quelle per le quali la regione ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e tracciato 2 (relativo ad accessi). Le prese in carico con Coefficiente Intensità Assistenziale base e Giornate di Cura 0 sono escluse.

Validità e limiti. I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) istituito con DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. nell’ambito del NSIS. Con il DM della Salute n. 262/2016 è stato adottato il “Regolamento recante procedure per l’interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN” con l’obiettivo di costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN anche nell’ambito dell’assistenza domiciliare. L’attuazione del già menzionato regolamento, a regime a partire dall’anno 2018, ha comportato l’adeguamento dei sistemi informativi regionali e la trasmissione di dati interconnettibili al NSIS del Ministero della Salute.

Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all’introduzione del predetto Regolamento, si è ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati già trasmessi al NSIS prima della pubblicazione del Regolamento. A tale fine, è stata effettuata un’attività di “recupero” dei codici assistito “old” attraverso l’associazione di questi ultimi con i codici univoci generati secondo le regole indicate dal Ministero della Salute. Tale attività di recupero e, più in generale, la generazione per ogni assistito di un codice univoco a livello nazionale, definito dal Ministero della Salute, ha consentito l’effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale. Si è resa possibile così una generale bonifica del dato trasmesso al NSIS con l’eliminazione di situazioni di duplicazio-

ni di codici assistito. Pertanto, si è reso necessario rielaborare i dati relativi al periodo 2014-2018.

Le informazioni rilevate dal Sistema sono le seguenti: caratteristiche anagrafiche dell’assistito, valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell’assistito e dei relativi bisogni assistenziali, dati inerenti alle fasi di erogazione, sospensione della presa in carico e dimissione dell’assistito. All’interno del mandato conferito dalla Commissione nazionale dei LEA era prevista “la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari” quali standard qualificanti le attività di cure domiciliari per livelli differenziati in funzione di:

- complessità (Valore Giornate Effettive di Assistenza) in funzione del *case mix* e dell’impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI;
- durata media (Giornate di Cura) in relazione alle fasi temporali, ovvero intensiva, estensiva e di lungo-assistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari;
- natura del bisogno definita attraverso l’individuazione di un Coefficiente di Intensità Assistenziale dato dal rapporto tra le Giornate Effettive di Assistenza (numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore) e le Giornate di Cura (numero di giorni trascorsi dalla data di primo accesso alla data di ultimo accesso, al netto dei periodi di sospensione).

Le predette informazioni devono essere trasmesse al NSIS con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni richieste per singolo assistito. Tali eventi

sono identificabili con le seguenti fasi del processo assistenziale: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione. Il debito informativo delle Regioni e PA nei confronti del SIAD non è pienamente omogeneo e ne deriva che sul territorio nazionale persistono aree con diverso grado di garanzia della completezza delle informazioni previste.

Gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività, con ridotta possibilità di effettuare un'esaustiva riflessione sia sulla qualità dell'ADI erogata dalle ASL e sia sulla tipologia dei casi trattati in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'*outcome* finale. La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale per la valutazione dei bisogni assistenziali, oltre alla presenza di diverse modalità organizzative e assistenziali sviluppate nelle diverse Regioni e PA (formulazione, erogazione, gestione e remunerazione del PAI) comporta una sensibile limitazione nella validità di un confronto interregionale.

A partire dall'anno 2018, a causa della interconnessione delle banche dati, non è stato possibile calcolare l'indicatore delle precedenti Edizioni "Tasso di assistiti in ADI".

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio delle regioni che presentano valori superiori al dato nazionale.

Descrizione dei risultati

In Italia, per l'anno 2021, si contano 406.741 cittadini con età ≥ 65 anni che sono inseriti in ADI, corrispondente al 3,09% della popolazione ultra 65enne media residente. Il numero degli assistiti trattati in ADI di età

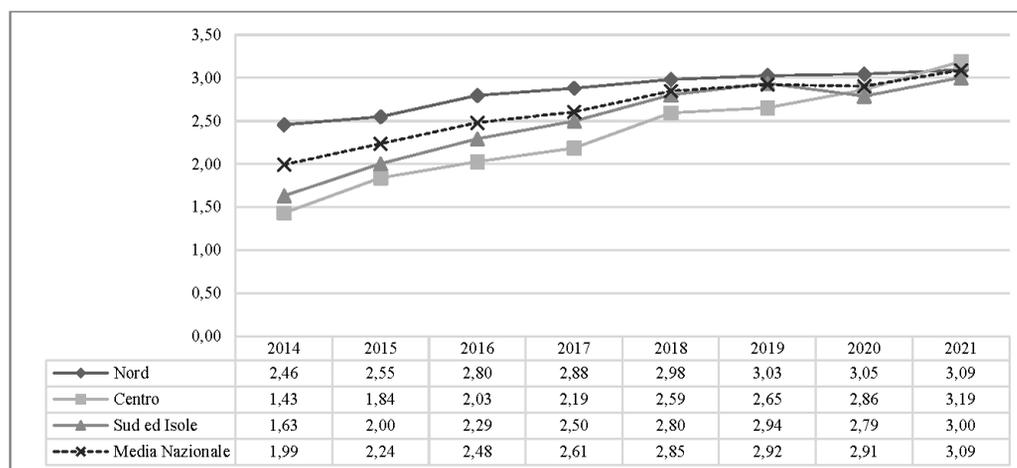
≥ 65 anni mostra una variazione rispetto l'anno precedente pari al 6,3%, mostrando una ripresa dell'andamento storico e superando la riduzione dello 0,5% registrata nel 2020.

L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti ultra 65enni in ADI mostra un andamento omogeneo tra le ripartizioni geografiche mantenendo la tendenza alla riduzione della variabilità. In particolare, emerge una ripresa del tasso di assistiti per il Meridione (+7,5%), superando la riduzione registrata nell'anno precedente (-5,1%), una crescita per il Nord in linea rispetto alla tendenza nella serie storica dei 5 anni precedenti (+1,6%) e una conferma dell'accelerazione dell'incremento per le regioni del Centro (+11,5%) (Grafico 1).

A livello regionale si scorgono, invece, importanti disomogeneità: si registra, infatti, un tasso minimo pari a 0,43% nella PA di Bolzano (di cui si segnala la disponibilità dei dati del Sistema SIAD a partire dalla rilevazione 2019) e 0,44% in Valle d'Aosta; si evidenzia il mantenimento del valore più elevato in Abruzzo, che raggiunge il 4,69% nel 2021; seguono il Veneto (4,31%) e la Sicilia (4,18%) (Tabella 1).

Se si analizza un *target* di età più elevato, nello specifico gli ultra 75enni, si registra un tasso di assistiti in ADI pari al 5,02%, in incremento rispetto al 4,72% dell'anno 2020. L'analisi a livello regionale mostra una distribuzione per le singole regioni in linea con quella del precedente indicatore, la PA di Bolzano si attesta, nel terzo anno per cui i dati SIAD siano disponibili, al valore inferiore di ricorso all'ADI (0,65%) e l'Abruzzo, con 7,68%, al valore massimo (Tabella 1). L'accorpamento per macroaree mostra in ognuna un trend in crescita e si registra il tasso più elevato al Centro con il 5,10% di ultra 75enni assistiti in ADI, mentre è inferiore nel Nord con il 4,98%.

Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di assistiti di età 65 anni ed oltre trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2014-2021



Nota: sono escluse dal calcolo dell'indicatore per macroarea e cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

Fonte dei dati: NSIS - SIAD - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2022.

Tabella 1 - Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2021

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tassi di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tassi di assistiti 75+
Piemonte	23.123	1.114.484	2,07	19.252	581.496	3,31
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	135	30.374	0,44	101	15.296	0,66
Lombardia	65.325	2.295.320	2,85	54.298	1.178.769	4,61
Bolzano-Bozen	461	106.164	0,43	364	55.756	0,65
Trento	3.779	122.879	3,08	3.065	61.712	4,97
Veneto	49.563	1.148.917	4,31	41.297	588.332	7,02
Friuli Venezia Giulia	10.026	319.509	3,14	8.365	168.982	4,95
Liguria	13.376	435.969	3,07	11.255	239.368	4,70
Emilia-Romagna	39.940	1.075.787	3,71	34.250	567.406	6,04
Toscana	36.428	953.920	3,82	28.622	505.952	5,66
Umbria	5.417	227.854	2,38	4.696	121.145	3,88
Marche	14.173	381.643	3,71	11.987	201.867	5,94
Lazio	35.319	1.299.402	2,72	30.347	654.959	4,63
Abruzzo	14.924	317.914	4,69	12.276	159.872	7,68
Molise	2.246	76.324	2,94	1.841	38.300	4,81
Campania	24.640	1.126.004	2,19	19.777	517.566	3,82
Puglia	17.345	914.093	1,90	14.002	446.259	3,14
Basilicata	5.146	131.986	3,90	4.292	64.837	6,62
Calabria	n.d.	427.989	n.d.	n.d.	204.563	n.d.
Sicilia	45.375	1.084.708	4,18	35.459	519.229	6,83
Sardegna	n.d.	385.769	n.d.	n.d.	194.997	n.d.
Italia	406.741	13.591.237	2,99	335.546	6.687.099	5,02

n.d. = non disponibile.

Nota: sono escluse dal calcolo dell'indicatore cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

Fonte dei dati: NSIS - SIAD - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati rispetto alle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute evidenzia, per l'anno 2021, una crescita a livello nazionale dell'attività dell'ADI sottesa dall'implementazione progressiva dei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie sostenuta da diverse velocità di sviluppo; viene superato il rallentamento registrato nel 2020, in particolare nelle regioni del Sud e nelle Isole.

Tale andamento è in linea con gli obiettivi posti alle Regioni per la diminuzione del tasso di ospedalizzazione attraverso l'erogazione di forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs. n. 135/2012, la cosiddetta *spending review* della sanità (tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000, durata media di degenza per i ricoveri ordinari <7 giorni, tasso occupazione dei posti letto di almeno il 90%).

Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI nel 2021, accorpata per macroaree, emerge che in un quarto delle regioni permane un andamento in discontinuità rispetto agli anni precedenti in relazione all'impatto della pandemia di COVID-19 sulla struttura demografica associata alla diversità di incidenza e alle disomogeneità nella risposta dei servizi sanitari regionali. Tuttavia, nel complesso, la forbice si limita progressivamente grazie all'incremento del tasso di assistiti nelle regioni del Centro e al superamento del-

la deflessione registrata nell'anno precedente nelle regioni del Sud e nelle Isole.

Sebbene l'applicazione del flusso SIAD sintetizzi modelli organizzativi distinti ed evidenzia le difficoltà di una completa valutazione delle differenze rilevate, con il consolidamento di tale flusso e con l'incremento delle Regioni e PA che rendono disponibile il dato, si ha progressivamente a disposizione la possibilità di analizzare le diverse fasi del percorso e la caratterizzazione di profili di cura domiciliari. La completezza del flusso SIAD, promossa dall'introduzione degli indicatori distrettuali del Nuovo Sistema di Garanzia, consentirà così di valutare l'intensità e la complessità dell'assistenza erogata e la natura del bisogno coerentemente a quanto definito dai LEA anche in presenza di modelli organizzativi eterogenei, in considerazione anche del loro ridisegno in risposta all'evento pandemico nei diversi contesti regionali. Infine, con l'applicazione di quanto previsto dal DM n. 77 del 23 maggio 2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", e lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza, è prevedibile che l'ADI possa trovare nel prossimo futuro un'ulteriore progressione nella capacità della presa in carico dei pazienti favorendo maggiormente l'integrazione delle diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Istat. Tavole statistiche - Indicatori demografici. Disponibile sul sito: <https://demo.istat.it/tavole/?t=indicatori&l=it>. Ultimo accesso 15 febbraio 2023.
- (2) Istat. Rapporto Annuale 2022 - La situazione del Paese, Capitolo 2. Lo Shock da pandemia: Impatto demografico e conseguenze demografiche pag. 80.
- (3) Istat. Report Indicatori Demografici Anno 2021, pag. 4.
- (4) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2022, Capitolo 3. Famiglie, stranieri e nuovi cittadini. pag. 148.
- (5) Istat. Annuario Statistico Italiano 2021, Capitolo 4.

Sanità e salute. Condizioni di salute, Malattie croniche pag.164-165.

(6) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2022, Capitolo 3. Famiglie, stranieri e nuovi cittadini. pag. 171.

(7) Cittadinanzattiva - XX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - La cura che (ancora) non c'è.

(8) Ministero della Salute. Cure Domiciliari. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria. Ultimo accesso 15 febbraio 2023.



Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e anziani

Significato. Le strutture residenziali di tipo socio-sanitario forniscono assistenza e cure mediche di lungo periodo a persone in condizione di non autosufficienza o con elevata necessità di tutela sanitaria.

I servizi erogati includono sia prestazioni prettamente sanitarie (cure mediche e infermieristiche, trattamenti riabilitativi e somministrazione di terapie) con diversi livelli d'intensità, sia prestazioni a carattere sociale come, ad esempio, i servizi di cura alla persona (aiuti per il movimento, per l'alimentazione e per l'igiene personale).

La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e

assistenza sociale.

L'indicatore proposto permette di confrontare l'entità dell'offerta di residenzialità destinata alle persone con disabilità e agli anziani; i dati sono stati rilevati con l'indagine dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Le strutture considerate sono quelle caratterizzate da una significativa componente sanitaria (presenza di almeno una figura che svolge attività di tipo socio-sanitario oltre al MMG) che forniscono, in prevalenza, ospitalità ad anziani e a persone con disabilità e/o con patologie psichiatriche.

Tasso di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Popolazione media residente per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Beneficiari di prestazioni per la disabilità per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Validità e limiti. Il primo indicatore è stato costruito per due diversi target di utenza: persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o con patologie psichiatriche) e anziani non autosufficienti (persone di età >65 anni non autosufficienti); l'assegnazione dei posti letto al target di utenza è stata effettuata sulla base delle prevalenze di assistiti dichiarate dalle strutture censite, pertanto, non si esclude che i posti letto possano essere utilizzati anche per altre tipologie di utenti.

I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, corrispondente a circa il 21% dell'insieme di riferimento. Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte, è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Il secondo indicatore è stato costruito rapportando i posti letto di ciascun target di utenza prevalente (persone con disabilità e anziani non autosufficienti) ai "beneficiari di pensioni per persone con disabilità" stimati dall'Istat attraverso i dati provenienti dal Casellario centrale dei pensionati, nel quale l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale raccoglie i principali dati sulle prestazioni pensionistiche erogate da tutti gli Enti previdenziali italiani, sia pubblici che privati.

L'obiettivo è quello di rapportare l'offerta residenzia-

le ad una misura che meglio rappresenti la dimensione del bisogno di assistenza residenziale.

È importante sottolineare che il numero di beneficiari di pensioni per persone con disabilità, pur rappresentando una sovrastima della domanda di servizi residenziali, fornisce una dimensione che, rispetto alla popolazione complessiva, ricalca più adeguatamente sul territorio la distribuzione della domanda potenziale di assistenza residenziale.

Per avere una stima più accurata della domanda complessiva di residenzialità, sarebbe opportuno conoscere anche l'entità del bisogno assistenziale e la presenza di servizi alternativi di tipo domiciliare.

Eventuali variazioni in serie storica possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei target di utenza adottati a partire dall'anno 2014.

Nell'analizzare gli indicatori relativi all'anno 2020 è, inoltre, necessario considerare gli effetti che la pandemia da COVID-19 ha avuto sull'organizzazione dell'attività residenziale. Per far fronte all'emergenza sanitaria, infatti, molte strutture residenziali, dovendo rispettare le regole sul distanziamento, hanno visto ridursi la loro capacità ricettiva. Inoltre, nelle regioni con elevata diffusione del virus, alcuni presidi residenziali sono stati convertiti in veri e propri Reparti COVID-19.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento, poiché il rapporto ideale tra posti letto residenziali e popolazione dipende dall'offerta di forme di assistenza alternative e dall'orientamento delle singole regioni.

Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 321.962, pari a 54,4 per 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (189,6 per 10.000), quote residuali sono invece rivolte ad utenti con disabilità (12,7 per 10.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e si riduce sensibilmente nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano nella PA di Trento con 102,7

posti letto per 10.000; la più bassa dotazione di posti letto si riscontra invece nelle regioni del Meridione, con livelli minimi in Campania (10,4 posti letto per 10.000).

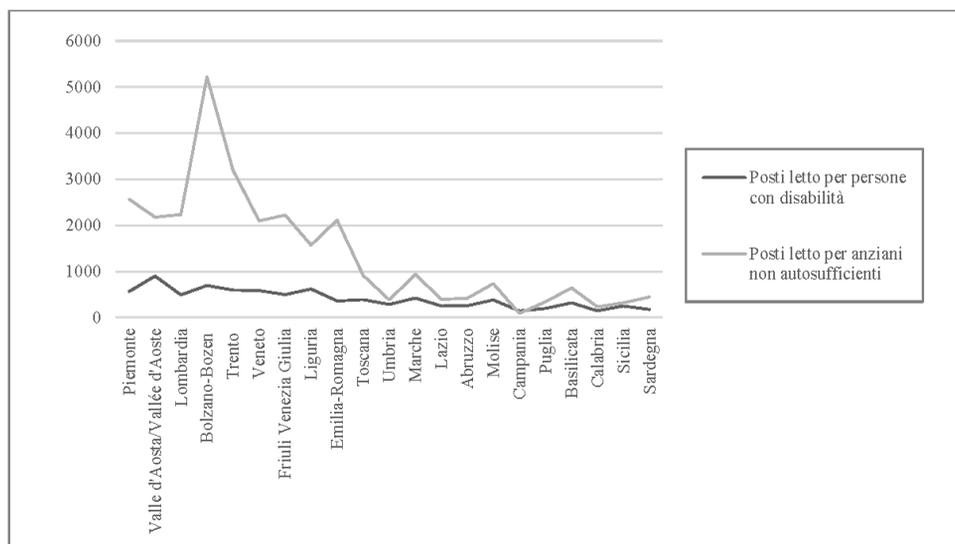
Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (451,4 per 10.000), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello del tasso scende a 22,0 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge i livelli massimi in Valle d'Aosta e in Liguria (rispettivamente, 26,0 e 23,6 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano ancora una volta in Campania, con un tasso di 7,5 per 10.000 (Tabella 1). Se consideriamo il secondo indicatore, il gradiente Nord-Sud ed Isole aumenta per entrambi i target d'utenza, con un'offerta di servizi residenziali molto più bassa nel Sud e nelle Isole, dove la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2020

Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	16,2	315,7	94,1	0,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,0	323,4	98,6	0,0
Lombardia	13,0	289,0	76,3	1,2
Bolzano-Bozen	15,5	451,4	101,5	0,0
Trento	15,0	405,2	102,7	0,0
Veneto	15,5	291,6	80,3	0,9
Friuli Venezia Giulia	14,6	335,8	100,0	1,3
Liguria	23,6	242,6	86,5	2,7
Emilia-Romagna	11,0	308,6	82,9	0,4
Toscana	12,2	145,9	46,7	1,5
Umbria	15,6	104,2	38,9	0,4
Marche	17,7	199,8	64,0	2,4
Lazio	10,9	79,0	26,3	1,8
Abruzzo	12,1	88,1	30,9	1,4
Molise	18,2	151,8	52,7	10,1
Campania	7,5	22,0	10,4	3,1
Puglia	11,3	84,6	28,3	3,0
Basilicata	16,6	145,3	47,6	0,8
Calabria	10,0	64,2	22,4	3,2
Sicilia	12,7	70,9	25,7	3,3
Sardegna	10,3	104,6	34,1	2,1
Italia	12,7	189,6	54,4	0,3

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2022.

Grafico 1 - Tasso (valori per 10.000 beneficiari di pensioni per persone con disabilità) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2018. INPS: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000, che rappresenta una risposta mirata ai bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta un'efficace alternativa ad un'ospedalizzazione impropria ed una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.

È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a

favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2020. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/277776.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES. Aggiornamento intermedio giugno 2020. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/benessere-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-%28bes%29/gli-indicatori-del-bes.

Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

Significato. Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua ad aumentare come conseguenza dell'ormai consolidato processo di invecchiamento che coinvolge tutti i Paesi occidentali. La necessità di rispondere adeguatamente ad una crescente domanda di assistenza a lungo termine diventa uno dei principali obiettivi del nostro sistema di *welfare* che deve trovare risposte appropriate disponendo di risorse finanziarie limitate. Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto).

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti anziani nei presidi residenziali	
		x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	

Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali	
		x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	

Validità e limiti. Gli indicatori calcolati mostrano una discreta variabilità regionale che può dipendere da diversi fattori, quali una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno e un diverso livello di offerta residenziale, cui può associarsi una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare, per l'anno 2020, un tasso di risposta pari al 79%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori, è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* di utenza adottati a partire dall'anno 2014.

Nell'analizzare gli indicatori è, inoltre, necessario tenere conto della crisi causata dalla pandemia di COVID-19 che ha investito il nostro Paese a partire dal 2020 e che, determinando un incremento dei decessi tra gli anziani ospiti delle residenze (+43%), ha fatto registrare, rispetto agli anni precedenti, un tasso di residenzialità sensibilmente più basso.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso

La presente Sezione prende in considerazione l'attività di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani non autosufficienti (di età >65 anni) e delle persone con disabilità (<65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o persone con patologia psichiatrica).

Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza e con una notevole componente sanitaria, rilevate con l'indagine dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Pertanto, sono state selezionate le strutture residenziali caratterizzate dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al MMG, che svolge attività di tipo socio-sanitario.

so individuare un valore di riferimento, poiché la quota di soggetti istituzionalizzati dipende dal diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e da una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

Descrizione dei risultati

Nel 2020 gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono 203.987 (146,3 per 10.000 anziani residenti). Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 46.557 (13,0 per 10.000 adulti residenti) e 1.643 (1,8 per 10.000 minori residenti). In linea con il quadro di offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 361,6 e 301,1 per 10.000 anziani residenti).

Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 19,0 anziani non autosufficienti, valori sensibilmente al di sotto del livello nazionale (146,3 per 10.000).

Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (23,0 ospiti adulti per 10.000), mentre le regioni del Meridione vedono ridursi considerevolmente i livelli del tasso.

L'andamento regionale risulta confermato anche in riferimento agli ospiti minori con disabilità. Per questa categoria di ospiti la Valle d'Aosta risulta essere la regione con il più elevato tasso di ricovero (9,9 per

10.000 residenti), mentre i tassi più bassi si registrano soprattutto nelle regioni meridionali con valori minimi in Basilicata e Molise (rispettivamente, 0,4 e 0,8 per 10.000 minori residenti) (Tabella 1).

Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, ospiti adulti con disabilità e ospiti minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2020

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	225,8	0,8	16,8	1,1	3,4	3,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	242,8	0,0	22,1	0,0	9,9	0,0
Lombardia	231,6	0,8	14,0	1,5	1,8	6,3
Bolzano-Bozen	361,6	0,0	22,8	0,0	4,6	0,0
Trento	301,1	0,0	19,0	0,0	2,1	0,0
Veneto	227,0	0,9	15,6	1,0	1,7	3,3
Friuli Venezia Giulia	246,9	1,7	15,4	1,8	1,2	9,7
Liguria	174,6	2,6	23,0	3,4	2,5	10,9
Emilia-Romagna	230,5	0,5	11,8	0,8	1,2	2,7
Toscana	116,5	1,3	11,8	2,2	1,9	5,1
Umbria	93,2	0,7	17,3	0,8	2,5	3,1
Marche	173,1	1,6	16,0	2,3	2,3	13,3
Lazio	62,9	2,5	10,4	3,0	1,9	7,5
Abruzzo	66,6	1,1	10,5	1,4	1,1	4,0
Molise	97,0	8,9	18,9	11,3	0,8	32,3
Campania	19,0	3,8	7,1	5,4	1,1	15,0
Puglia	71,9	3,0	10,7	4,7	1,6	10,2
Basilicata	84,4	0,6	15,5	1,1	0,4	3,2
Calabria	50,8	4,7	8,0	8,1	1,3	16,1
Sicilia	50,3	3,9	14,6	3,9	1,1	14,7
Sardegna	83,5	2,9	8,6	4,3	1,5	13,3
Italia	146,3	0,9	13,0	1,1	1,8	2,5

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta un'efficace alternativa ad un'ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare. È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i rilevanti divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al

paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2020. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/277776.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES. Aggiornamento intermedio giugno 2020. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/benessere-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-%28bes%29/gli-indicatori-del-bes.

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica

Significato. Numerosi studi mostrano che, sia a livello individuale che di comunità, i bambini ricoverati frequentemente per asma tendono ad avere meno visite programmate a livello di assistenza territoriale e una minore aderenza alla terapia farmacologica (1). Queste evidenze suggeriscono che una carente organizzazione dell'assistenza territoriale e una scarsa accessibilità alle cure possono essere responsabili di un aumentato ricorso alle cure ospedaliere (1, 2). Su queste basi concettuali il tasso di ospedalizzazione

per asma, come proposto dall'*Agency for Healthcare Research and Quality*, intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in Ospedale.

L'indicatore di seguito presentato è inserito nel Programma Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma

$$\text{Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da asma*}}{\text{Popolazione media residente di età 0-17 anni}} \times 1.000$$

*Sono escluse dal numeratore le dimissioni afferenti al MDC14 (gravidanza, parto e puerperio), i casi trasferiti da altro Ospedale o da altra struttura sanitaria e i casi con codici di diagnosi per fibrosi cistica o altre anomalie del sistema respiratorio.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per asma in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino. Inoltre, in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie.

Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza e dalla qualità delle codifiche presenti nelle SDO.

Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nell'indicatore non solo i RO, ma anche i DH, poiché una quota considerevole delle ospedalizzazioni evitabili per asma in età pediatrica rientra in questo regime di ricovero, con notevoli differenze tra le regioni (3).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.

Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli IC al 95% usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (4, 5).

Si è scelto di escludere dalle analisi il Lazio perché il suo tasso di ospedalizzazione, oltre quattro volte superiore rispetto a quello nazionale (1,43 per 1.000), non può ritenersi interamente ascrivibile a differenze nella qualità delle cure primarie. Un'analisi secondaria condotta separatamente sui RO e i DH ha, infatti, mostrato che il tasso di ricovero in DH nel Lazio è 6,6 volte superiore al valore di riferimento nazionale

(1,19 vs 0,18 per 1.000), rappresentando dunque una eccezione nel panorama italiano. È verosimile che questa differenza sia dovuta alla gestione amministrativa dei ricoveri in DH dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che accoglie più del 40% delle ospedalizzazioni pediatriche del Lazio e i cui ricoverati sono per oltre il 70% residenti in regione. Come confermato dai dati divulgati dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, infatti, nell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni singolo accesso ospedaliero, anche se relativo ad uno stesso paziente (6).

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2021, il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,20 per 1.000, in lieve rialzo rispetto al 2020 (0,17 per 1.000, +17,65%) ma comunque inferiore rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -50,00%).

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per asma è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR = 4,33; IC 95% = 3,34-5,60), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 6,44; IC 95% = 5,33-7,78), 5-9 anni (RR = 2,61; IC 95% = 2,14-3,18) e 10-14 anni (RR = 2,81; IC 95% = 2,30-3,44) (dati non presenti in tabella).

L'aumento delle ospedalizzazioni per asma in età pediatrica tra il 2020 e il 2021 ha coinvolto 12 regioni (Lombardia, PA di Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata e Sicilia), mentre nelle restanti 8

regioni il tasso è diminuito o rimasto invariato. Queste 8 regioni sono, nello specifico: PA di Bolzano (da 0,17 a 0,08 per 1.000, -52,94%), Piemonte (da 0,10 a 0,06 per 1.000, -40,00%), Valle d'Aosta (da 0,31 a 0,21 per 1.000, -32,26%), Veneto (da 0,12 a 0,09 per 1.000, -25,00%), Puglia (da 0,17 a 0,13 per 1.000, -23,53%), Friuli Venezia Giulia (da 0,13 a 0,11 per 1.000, -15,38%), Calabria (da 0,26 a 0,24 per 1.000, -7,69%) e Sardegna (da 0,11 a 0,11 per 1.000, +0,00%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati

per età a livello regionale. A parziale conferma di quanto osservato nel 2020, le regioni che presentano *performance* significativamente peggiori rispetto al dato nazionale sono Lombardia, Liguria e Campania. In Piemonte, PA di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Puglia e Sardegna i tassi sono significativamente inferiori al valore italiano, mentre in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono in linea con il dato nazionale (Valle d'Aosta, PA di Trento, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia).

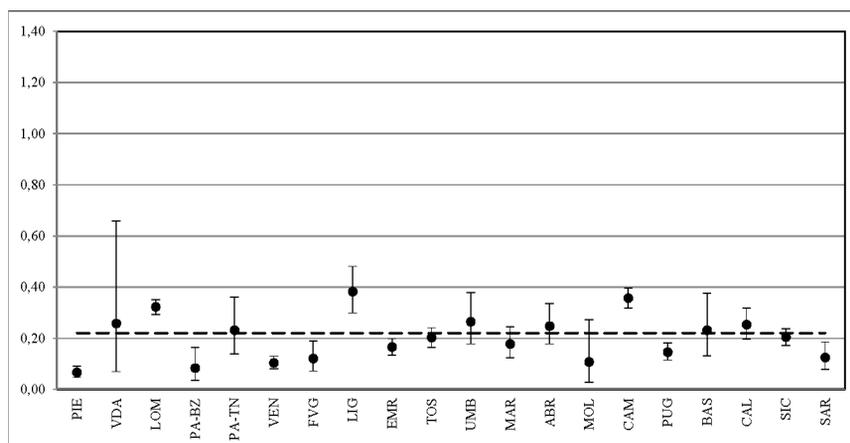
Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2021

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	0,07	0,12	0,06	0,05	0,03	0,06
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,15	0,00	0,00	0,00	0,21
Lombardia	0,52	0,89	0,20	0,11	0,05	0,29
Bolzano-Bozen	0,00	0,14	0,07	0,09	0,04	0,08
Trento	0,00	0,68	0,15	0,14	0,00	0,21
Veneto	0,06	0,20	0,09	0,09	0,02	0,09
Friuli Venezia Giulia	0,00	0,22	0,10	0,14	0,03	0,11
Liguria	0,12	0,37	0,22	0,70	0,23	0,36
Emilia-Romagna	0,47	0,33	0,13	0,10	0,03	0,15
Toscana	0,04	0,06	0,18	0,37	0,20	0,20
Umbria	0,57	0,43	0,16	0,32	0,03	0,24
Marche	0,00	0,36	0,20	0,15	0,00	0,16
Abruzzo	0,48	0,66	0,15	0,11	0,02	0,22
Molise	0,00	0,26	0,18	0,00	0,00	0,10
Campania	0,43	0,45	0,35	0,42	0,12	0,34
Puglia	0,15	0,38	0,10	0,07	0,03	0,13
Basilicata	0,29	0,73	0,14	0,05	0,00	0,20
Calabria	0,22	0,23	0,27	0,32	0,15	0,24
Sicilia	0,35	0,36	0,17	0,17	0,07	0,19
Sardegna	0,12	0,26	0,11	0,07	0,04	0,11
Italia	0,28	0,42	0,17	0,19	0,07	0,20

Nota: il Lazio è escluso dalle analisi poiché nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni accesso in DH, anche se relativo a uno stesso paziente.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2021



Nota: il Lazio è escluso dalle analisi poiché nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni accesso in DH, anche se relativo a uno stesso paziente.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.



Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2021, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma in età pediatrica è risultato pari a 0,20 ogni 1.000 abitanti. Questo risultato, benché in lieve rialzo rispetto al 2020 (0,17 per 1.000, +17,65%), conferma la drastica riduzione degli accessi impropri in Ospedale rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -50,00%). La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti diretti e indiretti della pandemia da COVID-19, quali le indicazioni di limitare gli accessi al PS, l'applicazione di periodi di *lockdown* ed il timore del contagio.

Benché 3 regioni continuino a manifestare un dato significativamente superiore alla media nazionale, l'osservazione di un decremento nelle ospedalizzazioni evitabili può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero, favorendo una maggiore attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività

territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente con asma in età pediatrica, e potrebbe celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- (1) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 4.5). PDI #14 asthma admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
- (2) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122: e416-e425.
- (3) Luciano L, Lenzi J, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical validation of the "Pediatric Asthma Hospitalization Rate" indicator. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 7.
- (4) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
- (5) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.
- (6) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. I ricoveri in età pediatrica nel Lazio. Anno 2012. Roma: Regione Lazio; 2012.



Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica

Significato. La gastroenterite è una malattia comune nei bambini e, per quanto alcuni ricoveri ad essa riconducibili siano da considerarsi inevitabili, nella maggior parte dei casi una tempestiva ed efficace cura a livello territoriale pare essere associata a una riduzione del rischio di ospedalizzazione (1, 2).

Come per l'asma, anche nel caso delle gastroenteriti il tasso di ospedalizzazione può descrivere la qualità dei

servizi territoriali in termini di accessibilità e di appropriatezza delle cure presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero ospedaliero (1, 3, 4).

L'indicatore di seguito presentato è inserito nel Programma Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da gastroenterite

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da gastroenterite*	
Denominatore	Popolazione media residente di età 0-17 anni	x 1.000

*In diagnosi principale o diagnosi secondaria quando la diagnosi principale è la disidratazione.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per gastroenterite in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile della tempestività, accessibilità e appropriatezza delle cure territoriali rivolte al bambino; in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie.

Un limite alla validità dell'indicatore in oggetto può essere riconducibile alla completezza e alla qualità delle codifiche presenti nelle SDO.

Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nel conteggio delle ospedalizzazioni evitabili per gastroenterite non solo i RO, ma anche i DH, poiché la loro quota, benché contenuta a livello medio nazionale (<1%), mostra una variabilità abbastanza accentuata a livello regionale (5).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.

Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli IC al 95% usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (6, 7).

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2021, il tasso di ospedalizzazioni per gastroenterite in età pediatrica è pari a 0,73 per 1.000, in lieve rialzo rispetto al 2020 (0,59 per 1.000, +23,73%) ma comunque inferiore rispetto

al 2019 (1,64 per 1.000, -55,49%).

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per gastroenterite è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR = 22,59; IC 95% = 19,83-25,73), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 14,35; IC 95% = 12,70-16,21), 5-9 anni (RR = 3,63; IC 95% = 3,19-4,14) e 10-14 anni (RR = 2,42; IC 95% = 2,11-2,78) (dati non presenti in tabella).

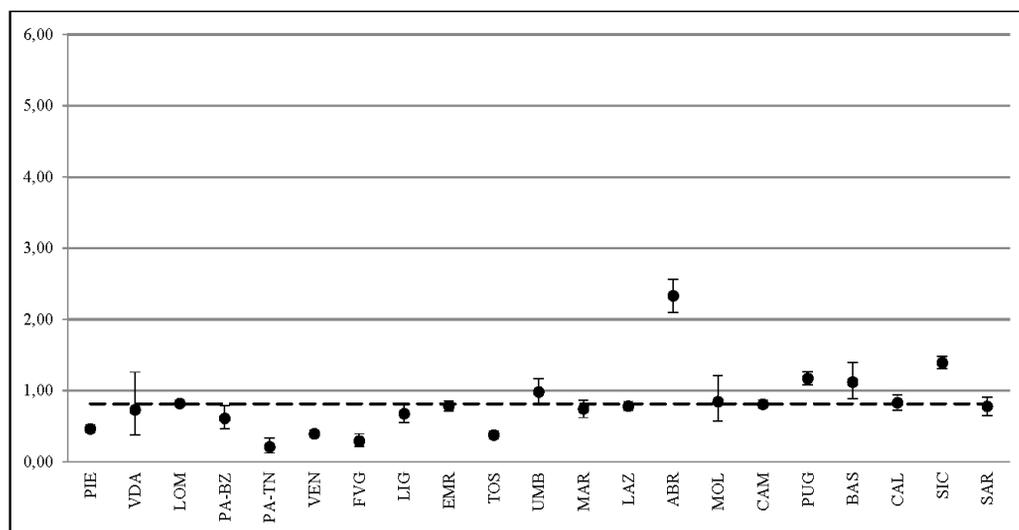
L'aumento delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2020 e il 2021 ha coinvolto tutto il territorio nazionale ad eccezione di 4 regioni: PA di Trento (da 0,37 a 0,20 per 1.000, -45,95%), Piemonte (da 0,44 a 0,41 per 1.000, -6,82%), Puglia (da 1,10 a 1,03 per 1.000, -6,36%) e Friuli Venezia Giulia (da 0,27 a 0,27 per 1.000, +0,00%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati per età a livello regionale. A conferma di quanto osservato nel 2020, le regioni del Mezzogiorno presentano *performance* significativamente peggiori (Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sicilia) o in linea con il dato nazionale (Molise, Campania, Calabria e Sardegna), mentre la maggior parte delle regioni del Nord e del Centro mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore nazionale (Piemonte, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana). Le restanti regioni presentano valori in linea con il dato nazionale (Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche e Lazio).

Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2021

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	1,82	0,95	0,25	0,22	0,12	0,41
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,62	1,44	0,00	0,42	0,89	0,68
Lombardia	3,61	1,84	0,36	0,30	0,19	0,73
Bolzano-Bozen	1,55	1,35	0,64	0,18	0,00	0,59
Trento	0,97	0,40	0,19	0,00	0,09	0,20
Veneto	1,68	0,76	0,24	0,18	0,11	0,35
Friuli Venezia Giulia	0,95	0,56	0,20	0,12	0,18	0,27
Liguria	2,42	1,43	0,34	0,36	0,19	0,60
Emilia-Romagna	3,64	1,72	0,38	0,26	0,16	0,70
Toscana	1,86	0,78	0,17	0,16	0,05	0,32
Umbria	4,19	2,17	0,59	0,19	0,34	0,87
Marche	2,78	1,79	0,32	0,34	0,06	0,64
Lazio	2,78	1,86	0,39	0,33	0,12	0,69
Abruzzo	7,27	6,02	1,27	0,71	0,27	2,07
Molise	3,56	1,81	0,70	0,20	0,00	0,75
Campania	3,20	2,02	0,37	0,27	0,05	0,72
Puglia	3,60	2,78	0,75	0,46	0,13	1,03
Basilicata	1,76	2,33	1,04	0,72	0,11	1,02
Calabria	1,85	1,78	0,54	0,54	0,19	0,77
Sicilia	3,54	3,14	1,24	0,51	0,09	1,28
Sardegna	2,19	1,90	0,47	0,30	0,16	0,67
Italia	2,94	1,87	0,47	0,32	0,13	0,73

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2021

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2021, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica è risultato pari a 0,73 ogni 1.000 abitanti. Questo risultato, benché in lieve rialzo rispetto al 2020 (0,59 per 1.000, +23,73%), conferma la drastica riduzione degli accessi impropri in Ospedale rispetto al 2019 (1,64 per 1.000, -55,49%). La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti

diretti e indiretti della pandemia di COVID-19, quali le indicazioni di limitare gli accessi al PS, l'applicazione di periodi di *lockdown* e il timore di contagio. Benché 4 regioni continuino a manifestare un dato significativamente superiore alla media nazionale, l'osservazione di un decremento nelle ospedalizzazioni evitabili può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero,

favorendo una maggiore attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente con gastroenterite in età pediatrica, e potrebbe celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- (1) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122: e416-e425.
- (2) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 4.5). PDI #16 gastroenteritis admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
- (3) Beal AC, Co JP, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality measures for children's health care. *Pediatrics* 2004; 113: 119-209.
- (4) Sedman A, Harris JM 2nd, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for children's hospitals. *Pediatrics* 2005; 115: 135-145.
- (5) Lenzi J, Luciano L, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical examination of the indicator 'pediatric gastroenteritis hospitalization rate' based on administrative hospital data in Italy. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 14.
- (6) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
- (7) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Significato. Negli ultimi anni, il tema delle ospedalizzazioni evitabili ha assunto in Italia un ruolo di primaria importanza nella valutazione indiretta dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, il monitoraggio di quelle condizioni patologiche definite come "Ambulatory Care Sensitive Conditions" dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (1) ha permesso di evidenziare una serie di casistiche sanitarie per le quali un'adeguata gestione garantita a livello di cure ambulatoriali si rivela potenzialmente in grado di prevenire il ricovero ospedaliero. Esempi di trattazione di questa tematica possono ritrovarsi nei numerosi Approfondimenti che il Rapporto Osservasalute ha pubblicato in questi anni, nonché nell'attività di analisi svolta in seno al PNE che dall'Edizione 2021 ha

dedicato ampio risalto alla valutazione "indiretta" dell'assistenza territoriale (2).

Facendo seguito a quanto già discusso nel Rapporto Osservasalute, Edizione 2021, si procede in questa Sezione ad un aggiornamento dell'Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile, calcolato come combinazione dei diversi tassi di ospedalizzazione monitorati dal PNE per area territoriale, al fine di far emergere la variabilità nella gestione locale delle patologie oggetto di studio, sulla base delle conclusioni già emerse a tale riguardo in precedenti studi (3). Alla suddetta misura si affianca, inoltre, il confronto con la nuova versione dell'Indice sintetico, che tiene conto dei livelli complessivi di ospedalizzazione (propensione al ricovero) di ciascuna area territoriale studiata.

Indice sintetico di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per area territoriale

$$IS^x = (\sum_i TA^x_i P_i) / 100 \quad (\text{senza correzione})$$

$$IS^{x*} = (\sum_i (TA^x_i / F^x) P_i) / 100 \quad (\text{con correzione})$$

Significato delle variabili: x = area territoriale di valutazione (Azienda Sanitaria Locale/provincia);

i = indicatore (vedi Tabella 1);

TA^x_i = tasso aggiustato standardizzato (z -score) dell'indicatore i per l'area territoriale x ;

F^x = rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo dell'area territoriale x e il tasso medio italiano;

P_i = peso percentuale dell'indicatore i (vedi Tabella 1).

Validità e limiti. La fonte dei dati è rappresentata dalle SDO relative ai pazienti ricoverati presso strutture pubbliche e private accreditate negli anni 2017-2021. La metodologia di aggregazione delle differenti misure di ospedalizzazione per gli ambiti nosologici considerati è stata mutuata da quella attualmente in uso per la costruzione dei *Treemap* del PNE, la quale prevede l'attribuzione di pesi specifici agli indicatori prescelti, nonché la riclassificazione degli indici così ottenuti secondo criteri di concordanza tra gruppi omogenei (4). In particolare, per il calcolo degli indicatori di ospedalizzazione evitabile sono stati accorpati i dati del triennio 2017-2019 e del biennio 2020-2021 con il duplice intento di stabilizzare le misure su un arco temporale più lungo e valutare l'impatto del COVID-19 sul fenomeno oggetto di studio.

Il livello di dettaglio territoriale del calcolo ha seguito la nuova classificazione delle aree territoriali del PNE che, a partire dall'Edizione 2021, considera le ASL come la principale unità di aggregazione per la maggior parte delle regioni; fanno eccezione Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise e Sardegna, in cui le Aziende sanitarie territoriali incorporano più province o addirittura coincidono con l'intero territorio regionale; in tal caso, si è scelto di mantenere la provincia come unità di analisi.

Sono stati, quindi, calcolati gli indicatori di ospedalizzazione evitabile per il triennio 2017-2019 e per il biennio 2020-2021, sotto forma di tassi aggiustati standardizzati per età e genere e specifici per area territoriale, secondo le metodologie e i protocolli utilizzati per il PNE (5).

La selezione degli indicatori e l'attribuzione dei relativi pesi per la costruzione dell'Indice sintetico ha tenuto conto di caratteristiche, quali l'uniformità delle patologie oggetto di studio e la possibilità di sovrapposizioni nei criteri di selezione per differenti indicatori. Sulla base di queste considerazioni, gli indicatori sono stati suddivisi in cinque ambiti nosologici, a ciascuno dei quali è stato attribuito un peso del 20% sul totale complessivo dell'indice. In questo modo, si è riconosciuto a ciascun ambito un peso equivalente, indipendentemente dall'ampiezza della casistica e, dunque, dall'ordine di grandezza delle misure di ospedalizzazione (che avrebbe penalizzato gli ambiti a più bassa numerosità ma non meno rilevanti per la Sanità Pubblica, come quello della salute mentale). Laddove un ambito abbia previsto più indicatori, il peso è stato ulteriormente frazionato sulla base del numero di ricoveri di ciascun indicatore (Tabella 1).

Si sottolinea, peraltro, come tale sistema di attribuzione dei pesi sia frutto di scelte metodologiche, a riguar-

do delle quali sarà opportuno effettuare ulteriori approfondimenti e verifiche. Al fine di uniformare i punteggi dei differenti indicatori, si è proceduto a calcolare gli z-score (in riferimento alla media e alla deviazione standard della distribuzione di ciascun indicatore per area territoriale), con l'aggiunta, in questa Edizione, dello sviluppo di una seconda versione dell'Indice sintetico, arricchita di un ulteriore fattore di correzione rappresentante la "propensione al ricovero" di ciascu-

na area. Quest'ultima misura è stata ricavata come rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo (numero totale SDO su popolazione residente) delle singole aree territoriali rispetto al tasso medio nazionale. Successivamente, si è provveduto a calcolare e a confrontare le due differenti versioni dell'Indice sintetico come media dei punteggi standardizzati dei nove indicatori, ponderate per i rispettivi pesi.

Tabella 1 - *Ambiti nosologici e indicatori di ospedalizzazione considerati per la costruzione dell'Indice sintetico*

Ambito nosologico	Tassi di ospedalizzazione (per 1.000)	Pesi per il calcolo dell'Indice sintetico (%)
Malattie infettive	Influenza (età 65 anni ed oltre)	1
	Infezioni del tratto urinario	19
Malattie dell'apparato respiratorio	Asma negli adulti (età 18 anni ed oltre)	1
	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva	19
Diabete	Diabete non controllato senza complicanze	4
	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	16
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	Scempenso cardiaco	19
	Iipertensione arteriosa	1
Salute mentale	Trattamento Sanitario Obbligatorio	20

Valore di riferimento/Benchmark. In accordo con la metodologia di calcolo del *Treemap* utilizzata per le sintesi degli indicatori del PNE, i punteggi degli indici di sintesi delle differenti aree territoriali sono stati categorizzati mediante l'utilizzo dei *natural breaks*, tecnica di classificazione non supervisionata che prevede l'accorpamento dei punteggi in *cluster* aventi massima omogeneità interna e massima eterogeneità se confrontati l'uno con l'altro (6). Attraverso l'interazione di modelli proponenti differenti numeri di *cluster*, si è osservato un risultato ottimale in presenza di una suddivisione in cinque categorie, associate a differenti livelli di ospedalizzazione (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto).

Descrizione dei risultati

La riclassificazione dei tassi di ospedalizzazione in forma di Indice sintetico (con e senza correzione per la "propensione al ricovero") ha condotto alla rappresentazione grafica illustrata nei Cartogrammi presentati di seguito, nei quali è possibile visualizzare le 119 aree territoriali classificate secondo i cinque *cluster* di riferimento, rispettivamente per il triennio 2017-2019 e per il biennio 2020-2021. Inoltre, al fine di offrire una visione d'insieme dei risultati, gli indicatori sono stati calcolati anche su base regionale, con i relativi valori mostrati in dettaglio in Tabella 2 e Tabella 3, insieme al livello di ospedalizzazione regionale utilizzato per il calcolo dell'Indice "corretto" per propensione al ricovero.

Con riferimento al periodo pre-pandemico (Cartogramma 1), l'Indice sintetico ha fatto registrare i punteggi più bassi in metà delle aree del Piemonte, nella ASL di Rieti ed in quella Imperiese e nelle

Province di Fermo, Massa-Carrara e Lucca.

Allo stesso tempo, si posizionano nel *cluster* "medio-basso" buona parte delle restanti aree del Piemonte, Toscana, Lazio, Marche e Sardegna; a queste aree si associano tassi di ospedalizzazione al di sotto della media nazionale per la maggior parte degli indicatori, con poche eccezioni per le quali lo scostamento dalla media nazionale è comunque contenuto. I risultati di questi due *cluster* tendono a rimanere invariati con l'introduzione del fattore di correzione (propensione al ricovero), ad eccezione delle Aziende Sanitarie Provinciali di Agrigento e Trapani, per le quali il moderato tasso di ospedalizzazione evitabile appare comunque superiore rispetto alla bassa propensione al ricovero espressa dal territorio.

Il *cluster* con punteggi "medi" di ospedalizzazione evitabile è il più numeroso: in esso sono presenti 36 aree territoriali variamente distribuite in molte regioni, che fanno registrare tassi di ospedalizzazione globalmente in linea con la media nazionale, al netto di alcune realtà che presentano andamenti dissimili tra differenti indicatori. L'implementazione del fattore correttivo si traduce in un lieve miglioramento dei risultati per 14 aree territoriali (prevalentemente concentrate nel Centro-Sud ed Isole) e in un peggioramento per 8 ASL, afferenti in maggioranza a regioni quali Puglia e Sicilia.

I punteggi "medio-alti" di ospedalizzazione evitabile si associano a 29 aree territoriali, alle quali corrispondono tassi di ospedalizzazione in linea o superiori alla media nazionale, principalmente in riferimento agli indicatori ai quali è attribuito un peso maggiore nel calcolo dell'Indice sintetico. Il risultato si mantiene tendenzialmente costante per la durata del triennio, e



il calcolo mediante fattore correttivo mostra un miglioramento dei risultati per alcune aree del Centro-Sud ed Isole, tra le quali le ASL di Toscana e Campania.

Infine, i livelli più elevati di ospedalizzazione per il periodo 2017-2019 (classe “alta”) si rilevano nell’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, nelle ASL di Spezzino, Foggia, Taranto e Crotona, nella provincia di Ogliastro e nelle Aziende Unità Sanitarie Locali dell’Emilia-Romagna, per un totale di 14 aree. Tali aree presentano tassi di ospedalizzazione superiori alla media nazionale per la maggior parte degli indicatori che compongono l’Indice sintetico.

L’implementazione del fattore correttivo permette di osservare lievi miglioramenti nei tassi per circa la metà delle aree, tra le quali si segnalano alcune ASL dell’Emilia-Romagna (pur rimanendo su livelli di ospedalizzazione medio-alti) e la zona dell’Ogliastro. Il confronto con il biennio 2020-2021 evidenzia una generale riduzione nell’Indice sintetico di ospedalizzazione (Cartogramma 2), che vede le classi di punteggi “medio-alti” e “alti” diminuire, rispettivamente, a 20 e 11 aree territoriali. Tale risultato va, comunque, interpretato alla luce di una sensibile riduzione dell’ospedalizzazione complessiva sia a livello nazionale che di singole regioni in conseguenza della pandemia di COVID-19 (Tabella 2, Tabella 3).

Nello specifico, il *cluster* con punteggi “bassi” di ospedalizzazione mantiene la tendenza già osservata nel triennio precedente, con l’ingresso nel gruppo di alcune grandi ASL di Campania e Calabria, il consolidamento delle aree del Piemonte, ed un lieve aumento dei valori per alcune aree di Liguria e Toscana, che pur si mantengono su livelli “medio-bassi” di ospedalizzazione evitabile. Anche l’applicazione del fattore

correttivo non comporta sensibili scostamenti, peraltro prevalentemente relativi alle aree del Meridione già evidenziate nel periodo precedente.

Il *cluster* relativo ai livelli “medio-bassi” di ospedalizzazione si compone di 37 aree territoriali. Tra queste, oltre a quelle già segnalate per il triennio pre-pandemico, si aggiungono alcune grandi ASL di Lombardia, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia; si sottolinea in ogni caso come l’applicazione del fattore correttivo restituisca un peggioramento nell’interpretazione dei risultati per alcune di queste regioni, in particolare Lombardia, Calabria e Sicilia, per le quali i livelli complessivi di propensione al ricovero si sono attestati su valori sensibilmente più bassi della rispettiva media nazionale.

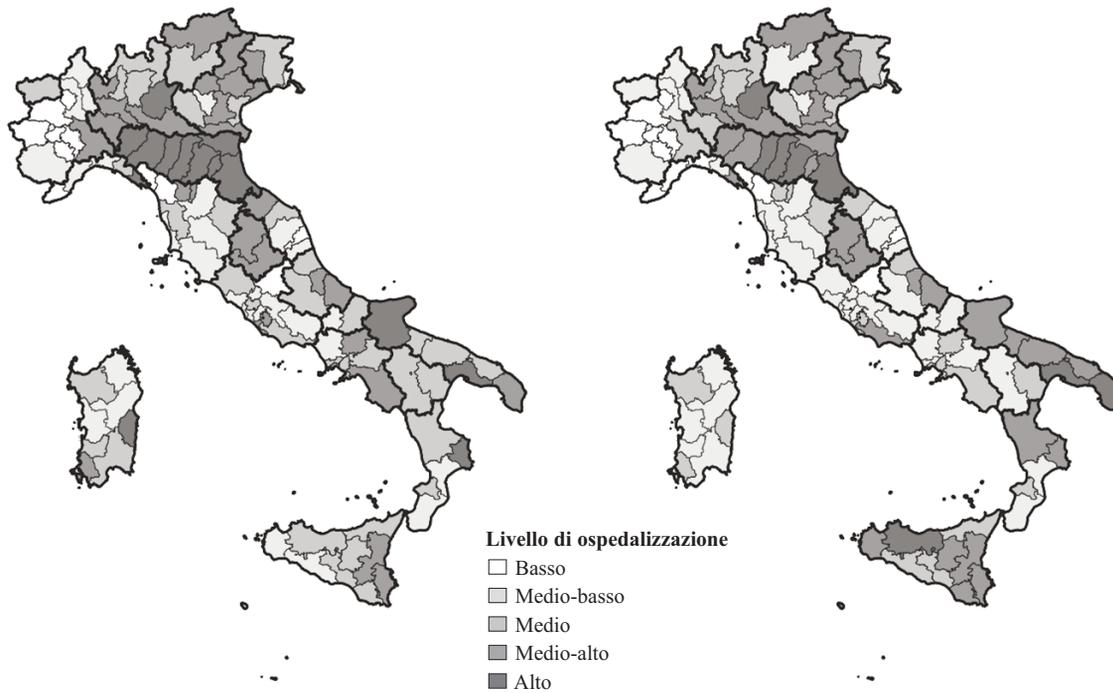
Al centro della distribuzione, il *cluster* “medio” è relativo a 41 aree territoriali, variamente distribuite tra le varie regioni. Di queste, circa la metà presenta valori differenti di classificazione rispetto ai 3 anni precedenti: prevalentemente miglioramenti (in Lombardia e in alcune grandi regioni del Meridione), i quali però, similmente a quanto osservato per il precedente *cluster*, si annullano a seguito della correzione per propensione al ricovero.

Con riferimento ai livelli di ospedalizzazione “medio-alti” e “alti”, non sembrano essere presenti spostamenti apprezzabili nei due periodi, se non per alcune grandi ASL dell’Abruzzo; si sottolinea ad ogni modo che queste ultime, al pari di alcune zone dell’Emilia-Romagna, Veneto e Sardegna, fanno registrare lievi decrementi nei risultati alla luce dell’applicazione del fattore correttivo, pur attestandosi comunque su tassi di ospedalizzazione evitabile superiori alle medie nazionali.

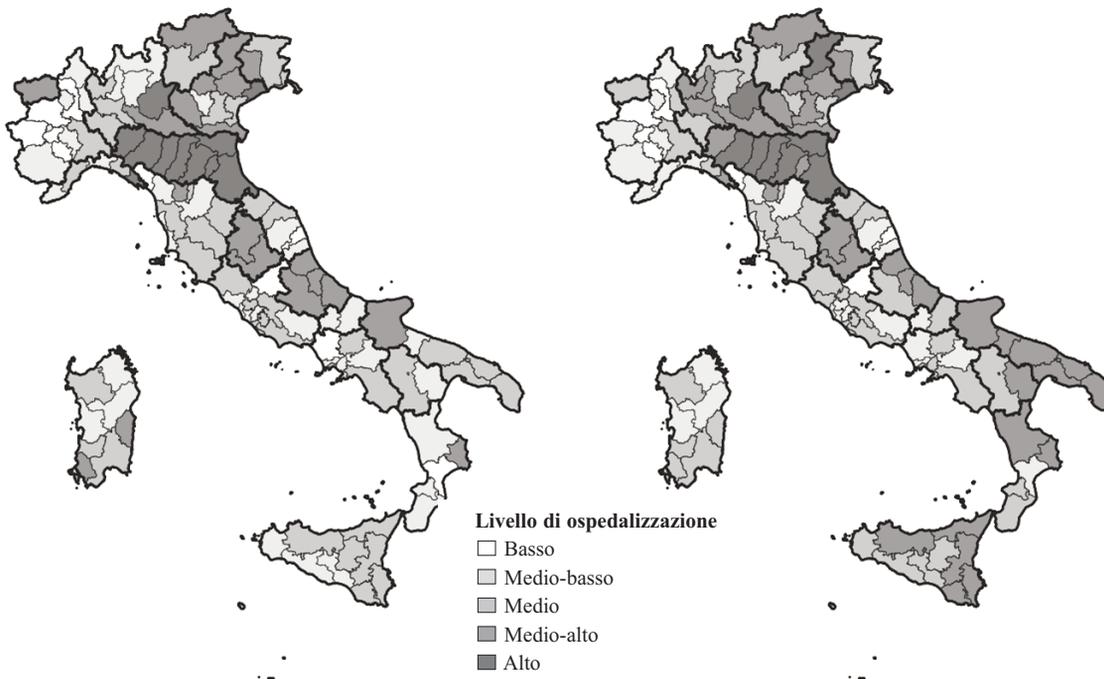




Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anni 2017-2019



Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anni 2020-2021



ASSISTENZA TERRITORIALE

431

Tabella 2 - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2017-2019

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,08	0,51	0,04	1,46	0,04	0,25	0,08	2,37	0,11	149,50
Valle d'Aosta	0,08	0,73	0,04	2,25	0,02	0,11	0,12	3,30	0,17	183,52
Lombardia	0,13	0,96	0,13	1,80	0,13	0,49	0,13	3,38	0,10	140,47
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,72</i>	<i>1,55</i>	<i>0,09</i>	<i>1,81</i>	<i>0,32</i>	<i>0,41</i>	<i>0,28</i>	<i>4,01</i>	<i>0,04</i>	<i>170,29</i>
<i>Trento</i>	<i>0,11</i>	<i>0,63</i>	<i>0,04</i>	<i>1,39</i>	<i>0,13</i>	<i>0,47</i>	<i>0,14</i>	<i>3,35</i>	<i>0,13</i>	<i>160,92</i>
Veneto	0,18	0,81	0,08	1,38	0,15	0,51	0,13	3,90	0,07	141,31
Friuli Venezia Giulia	0,21	1,06	0,06	1,90	0,11	0,31	0,21	3,91	0,04	153,82
Liguria	0,08	0,61	0,07	1,70	0,08	0,26	0,14	2,64	0,13	176,05
Emilia-Romagna	0,29	1,41	0,07	2,50	0,21	0,48	0,19	3,94	0,19	163,55
Toscana	0,08	0,61	0,04	1,87	0,05	0,26	0,08	2,76	0,06	146,32
Umbria	0,09	1,01	0,07	1,73	0,14	0,32	0,29	3,74	0,25	161,36
Marche	0,04	0,60	0,05	1,48	0,05	0,25	0,12	3,68	0,14	159,12
Lazio	0,04	0,45	0,03	1,45	0,09	0,38	0,29	3,48	0,08	150,65
Abruzzo	0,07	0,43	0,04	1,91	0,10	0,48	0,23	4,36	0,16	157,01
Molise	0,03	0,29	0,04	1,31	0,09	0,35	0,18	4,74	0,07	158,76
Campania	0,02	0,35	0,11	2,47	0,09	0,47	0,34	3,58	0,07	160,97
Puglia	0,07	0,42	0,06	2,80	0,07	0,45	0,28	3,76	0,17	132,55
Basilicata	0,02	0,35	0,04	2,93	0,12	0,25	0,25	3,58	0,04	145,99
Calabria	0,04	0,31	0,07	2,01	0,08	0,42	0,33	2,70	0,17	135,69
Sicilia	0,04	0,39	0,04	1,58	0,12	0,33	0,17	3,58	0,25	128,25
Sardegna	0,18	0,65	0,08	1,69	0,20	0,29	0,19	2,73	0,21	162,67
Italia	0,11	0,67	0,07	1,88	0,11	0,40	0,19	3,42	0,12	148,17

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2017-2019 (numeratore) e Istat 2017-2019 (denominatore). Anno 2022.**Tabella 3** - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2020-2021

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,02	0,44	0,02	0,92	0,03	0,18	0,05	1,73	0,09	125,45
Valle d'Aosta	0,00	0,81	0,02	1,47	0,00	0,12	0,15	2,85	0,18	149,96
Lombardia	0,06	0,86	0,06	0,96	0,08	0,34	0,08	2,53	0,07	114,35
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,26</i>	<i>1,40</i>	<i>0,04</i>	<i>1,13</i>	<i>0,23</i>	<i>0,29</i>	<i>0,19</i>	<i>3,17</i>	<i>0,03</i>	<i>143,36</i>
<i>Trento</i>	<i>0,01</i>	<i>0,59</i>	<i>0,02</i>	<i>0,87</i>	<i>0,10</i>	<i>0,44</i>	<i>0,10</i>	<i>2,74</i>	<i>0,08</i>	<i>134,24</i>
Veneto	0,06	0,75	0,03	0,80	0,11	0,41	0,10	3,05	0,05	121,35
Friuli Venezia Giulia	0,15	0,91	0,03	1,09	0,07	0,26	0,10	3,01	0,07	129,46
Liguria	0,03	0,56	0,04	1,08	0,06	0,26	0,13	2,07	0,12	144,35
Emilia-Romagna	0,08	1,42	0,03	1,59	0,15	0,43	0,13	3,07	0,17	139,39
Toscana	0,02	0,56	0,02	1,21	0,04	0,19	0,06	2,42	0,04	126,03
Umbria	0,04	0,95	0,03	1,08	0,10	0,26	0,20	2,74	0,19	134,13
Marche	0,01	0,44	0,02	0,79	0,02	0,27	0,08	2,37	0,11	132,50
Lazio	0,02	0,44	0,01	0,80	0,07	0,29	0,16	2,63	0,06	130,97
Abruzzo	0,03	0,28	0,02	1,15	0,04	0,46	0,13	2,98	0,15	131,79
Molise	0,01	0,18	0,01	0,65	0,04	0,28	0,07	3,18	0,10	124,21
Campania	0,01	0,24	0,07	1,07	0,04	0,35	0,17	2,24	0,03	122,46
Puglia	0,03	0,24	0,02	1,49	0,03	0,27	0,16	2,39	0,12	103,08
Basilicata	0,04	0,19	0,01	1,66	0,07	0,21	0,15	2,70	0,02	113,82
Calabria	0,01	0,16	0,03	0,95	0,06	0,27	0,17	1,84	0,11	104,48
Sicilia	0,02	0,28	0,01	0,82	0,07	0,24	0,13	2,75	0,19	108,69
Sardegna	0,03	0,45	0,03	1,02	0,12	0,22	0,10	2,08	0,17	134,43
Italia	0,04	0,59	0,03	1,04	0,07	0,30	0,12	2,52	0,09	122,54

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2017-2019 (numeratore) e Istat 2017-2019 (denominatore). Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte dei risultati maturati per entrambi i periodi in studio, si osserva una tendenza all'eterogeneità dell'Indice sintetico a livello intra-regionale.

Situazioni di omogeneità totale o parziale permangono sia in alcune regioni con basso numero di aree territoriali (Basilicata, Umbria e Abruzzo), che in regioni più grandi, con Piemonte, Toscana e Lazio caratterizzate da punteggi medio-bassi, e Campania, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna associate a punteggi medio-alti.

Da questo punto di vista, l'implementazione del fattore correttivo legato alla propensione ospedaliera ha messo in evidenza un maggior ricorso all'ospedalizzazione evitabile per alcune grandi regioni del Meridione, caratterizzate da bassi livelli di accessi ospedalieri. In particolare, la maggior parte delle aree di Puglia, Calabria e Sicilia si orientano verso i *cluster* più alti dell'Indice, in entrambi i periodi di studio, a seguito dell'applicazione della correzione.

In presenza di bassi livelli di ospedalizzazione evitabile, si raccomanda il mantenimento del comportamento positivo e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio delle *performance*, al fine di protrarre nel tempo il risultato ottenuto. Di contro, alti livelli di ospedalizzazione evitabile suggerirebbero l'adozione di politiche di miglioramento dell'assistenza territoriale e di contenimento dei ricoveri ospedalieri per le patologie ana-

lizzate, nonché una valutazione sulla coerenza e uniformità delle azioni svolte a livello regionale in presenza di eterogeneità intra-regionale.

Infine, si segnala l'opportunità di affiancare la lettura "critica" dell'Indice sintetico di ospedalizzazione ad altri indicatori di bisogno e processo su scala territoriale, al fine di ottenere una valutazione globale e completa della problematica in esame.

Riferimenti bibliografici

(1) Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ahrq.gov) October 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.

(2) Report PNE 2021. Sezione "L'Assistenza Territoriale: una valutazione indiretta". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2021.pdf.

(3) Manzoli L, Flacco ME, De Vito C, et al. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. *European Journal of Public Health* 2013; 24 (5): 745-50.

(4) Programma Nazionale Esiti. Documento "Treemap: definizioni e metodi". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/sintesi/sintesi_vis/croc/Treemap_meto di_2021.pdf.

(5) Programma Nazionale Esiti. Documento Metodi statistici. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/main/doc/metodi_statistici_PNE2021.pdf.

(6) Jenks GF. The Data Model Concept in Statistical Mapping. *International Yearbook of Cartography* 1967; 7: 186-1.

Prime visite e visite di controllo

Significato. L'assistenza specialistica ambulatoriale è un'attività ricompresa nel LEA distrettuale (1). Nel contesto di questa attività, le visite specialistiche ambulatoriali costituiscono una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e possono essere distinte in prime visite, prevalentemente prescritte dal MMG/PLS e finalizzate a rispondere ad un quesito diagnostico, e in visite di controllo, prevalentemente prescritte dal medico specialista agli assistiti già conosciuti che hanno la necessità di essere seguiti nel tempo. Un'adeguata erogazione di prime visite risulta, quindi, necessaria per assicurare l'intercettazione del bisogno di cura, mentre un'adeguata erogazione di visite di controllo risulta necessaria per assicurare la continuità delle cure. La lettura combinata dei tassi di erogazione di queste prestazioni permette, quindi, di valutare simultaneamente la capacità di intercettare il

bisogno e di garantire la continuità delle cure.

Naturalmente questi indicatori vanno considerati contestualmente a misure di bisogno (ad esempio, prevalenza delle condizioni croniche), di esito (ad esempio, tassi di ricoveri evitabili) e di costo.

Per ogni regione è stato calcolato il tasso standardizzato per età (con metodo diretto) di prime visite e di visite di controllo per 100 abitanti negli anni 2019, 2020 e 2021, sulla base dei dati riportati nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale (art. 50 del Decreto Legge n. 269/2003) e della popolazione residente a inizio anno secondo l'Istat (2).

Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana residente al 1° gennaio dell'anno. Le due misure sono state poi visualizzate con un grafico *scatter plot*.

Tasso standardizzato di prime visite

Numeratore	Prime visite erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno	
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno	x 100

Tasso standardizzato di visite di controllo

Numeratore	Visite di controllo erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno	
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno	x 100

Validità e limiti. Il flusso della specialistica ambulatoriale è disciplinato dall'art. 50 del Decreto Legge n. 269/2003, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326/2003, e rileva i dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate sulla base delle prescrizioni mediche a carico del SSN. Le informazioni sono trasmesse, su base individuale, con cadenza mensile dalle strutture sanitarie al Ministero dell'Economia e delle Finanze (Sistema Tessera Sanitaria) che poi le mette a disposizione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute.

Al fine di individuare la composizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata utilizzata la Classificazione FaRe (3). Tale Classificazione, proposta dalla Regione Emilia-Romagna, attribuisce ad ogni prestazione uno specifico raggruppamento superando, pertanto, la distinzione in branche, individuando cinque grandi tipologie di prestazioni: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione.

Descrizione dei risultati

Nel corso del 2019, sono state erogate poco meno di 26 milioni e 700 mila prime visite, circa due terzi delle quali prescritte da un MMG. Nel corso del 2020, le pri-

me visite sono diminuite di circa un terzo, ammontando a circa 17 milioni e 700 mila, con una leggera flessione anche della percentuale di visite prescritte da un MMG. Nel 2021 i volumi tornano a salire, anche se ancora si mantengono su valori inferiori all'anno pre-pandemico: poco più di 23 milioni e 600 mila prime visite, con la percentuale di prescrizioni da parte dei MMG che si riavvicina a quella del 2019 (Tabella 1). Nel corso del 2019, sono state erogate circa 32 milioni e 700 mila visite di controllo, quasi la metà delle quali prescritte da un medico specialista. Nel corso del 2020, anche le visite di controllo sono diminuite di circa un terzo, ammontando a circa 22 milioni e 500 mila, con un leggero aumento della percentuale di visite prescritte da un medico specialista. Rispetto al trend osservato per le prime visite, quelle di controllo nel 2021 aumentano meno: quasi 3 milioni in più rispetto al 2020, a fronte di circa 6 milioni di prime visite in più. In totale, nel 2021 sono state erogate 25 milioni e 243.346 visite di controllo, delle quali circa il 58% prescritte da un medico specialista (Tabella 2). Nel corso del 2019, in Italia, sono state erogate 44,20 prime visite per 100 abitanti (standardizzando per età, da 31,48 per 100 in Veneto a 61,82 per 100 in

Piemonte) e 54,23 visite di controllo per 100 abitanti (standardizzando per età, da 37,42 per 100 in Sicilia a 86,09 per 100 nella PA di Bolzano). Nel corso del 2020, sono state erogate 29,72 prime visite per 100 abitanti (standardizzando per età, da 18,80 per 100 nelle Marche a 44,44 per 100 in Piemonte), e 37,81 visite di controllo per 100 abitanti (standardizzando per età, da 24,31 per 100 in Campania a 51,85 per 100 nella PA di Bolzano). Nel 2021, le prime visite sono state 39,89 per 100 abitanti (standardizzando per età, da 17,78 per 100 in Liguria a 62,10 per 100 in Emilia-Romagna), mentre le visite di controllo 42,61 per 100 abitanti (standardizzando per età, da 17,42 per 100 in Liguria a 57,14 per 100 nella PA di Bolzano) (Tabella 3).

Per quanto riguarda le prime visite, nel 2019, oltre al Veneto, hanno avuto tassi particolarmente bassi Campania, Molise, Puglia e Sicilia e, oltre al Piemonte, hanno avuto tassi particolarmente alti Emilia-Romagna, Valle d'Aosta e PA di Bolzano (Cartogramma 1).

Nel 2020, oltre alle Marche, hanno tassi particolarmente bassi Campania, Veneto, Valle d'Aosta e Liguria e, oltre al Piemonte, hanno tassi relativamente alti Emilia-Romagna, Toscana e Abruzzo (Cartogramma 2).

Nel 2021, oltre alla Liguria, hanno tassi particolarmente bassi Marche, Veneto, Valle d'Aosta e Campania e, oltre all'Emilia-Romagna, hanno tassi relativamente alti Piemonte, Toscana e Basilicata (Cartogramma 3).

Per quanto riguarda le visite di controllo, nel 2019, oltre alla Sicilia, hanno avuto tassi particolarmente bassi Friuli Venezia Giulia, Campania, Molise e Calabria e, oltre alla PA di Bolzano, hanno avuto tassi particolarmente alti Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna e Sardegna (Cartogramma 4).

Nel 2020, la situazione rimane pressoché invariata per quanto riguarda i valori più alti, con la sola eccezione della Sardegna, mentre tra le regioni con i valori più bassi troviamo Campania, Marche, Basilicata, Molise e Calabria (Cartogramma 5).

Nel 2021, oltre alla Liguria, hanno tassi particolarmente bassi Marche, Campania, Calabria e Friuli Venezia Giulia e, oltre alla PA di Bolzano, hanno tassi relativamente alti Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna (Cartogramma 6).

Valutando contemporaneamente i tassi standardizzati per età di prime visite e di visite di controllo, le regioni e le PA possono essere suddivise in quattro quadranti a seconda che si trovino sotto o sopra i rispettivi valori mediani.

Nel 2019, le regioni meridionali (ad eccezione di Basilicata, Abruzzo e Sardegna) tendono a disporsi nel quadrante contraddistinto da bassi tassi sia di prime visite che di visite di controllo, mentre le regioni del Nord (ad eccezione di PA Trento, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia) tendono a disporsi nel quadrante contraddistinto da alti tassi sia di prime visite che di visite di controllo (Grafico 1).

Nel 2020, diversi livelli di resilienza apportano modifiche soprattutto nella disposizione di alcune regioni e PA del Nord, con Valle d'Aosta e Liguria che si collocano nel quadrante con bassi tassi sia di prime visite che di visite di controllo e la PA di Trento che si colloca, invece, nel quadrante con alti tassi di prime visite e visite di controllo (Grafico 2).

Nel 2021, salvo alcune regioni che si trovavano al limite dei vari quadranti, il posizionamento delle regioni non subisce grosse variazioni rispetto all'anno precedente, pur basandosi su volumi mediamente maggiori (Grafico 3).

Tabella 1 - Prime visite (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per prescrittore - Anni 2019-2021

Prescrittore	2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	17.507.126	65,6	11.012.814	62,1	15.331.330	64,9
Ospedaliero	3.576.887	13,4	2.699.131	15,2	3.091.315	13,1
Non indicato	2.514.752	9,4	2.039.754	11,5	2.318.346	9,8
Pediatra di Libera Scelta	1.182.788	4,4	674.986	3,8	1.185.417	5,0
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	562.759	2,1	337.076	1,9	469.599	2,0
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	447.658	1,7	316.820	1,8	403.095	1,7
Specialista di struttura privata accreditata	342.407	1,3	256.260	1,4	317.469	1,3
Altra specializzazione	227.001	0,9	175.442	1,0	238.680	1,0
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	175.521	0,7	118.267	0,7	135.492	0,6
Guardia Medica	94.890	0,4	68.187	0,4	106.371	0,5
Altro	45.700	0,2	25.949	0,1	30.896	0,1
Totale	26.677.489	100,0	17.724.686	100,0	23.628.010	100,0

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2022.

ASSISTENZA TERRITORIALE

435

Tabella 1 - Visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per presrittore - Anni 2019-2021

Prescrittore	2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	10.827.637	33,1	6.860.016	30,4	7.428.334	29,4
Ospedaliero	11.694.308	35,7	8.437.999	37,4	9.493.406	37,6
Non indicato	2.646.097	8,1	2.036.179	9,0	2.398.075	9,5
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	2.204.676	6,7	1.347.912	6,0	1.513.394	6,0
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	2.054.117	6,3	1.568.253	7,0	1.832.128	7,3
Specialista di struttura privata accreditata	1.453.268	4,4	1.036.312	4,6	1.187.687	4,7
Altra specializzazione	753.752	2,3	531.589	2,4	561.118	2,2
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	526.158	1,6	385.531	1,7	411.177	1,6
Pediatra di Libera Scelta	441.797	1,3	246.595	1,1	285.620	1,1
Guardia medica	52.151	0,2	41.799	0,2	57.046	0,2
Altro	80.830	0,2	56.426	0,3	75.361	0,3
Totale	32.734.791	100,0	22.548.611	100,0	25.243.346	100,0

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2022.

Tabella 3 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato e specifico per 100) per regione - Anni 2019-2021

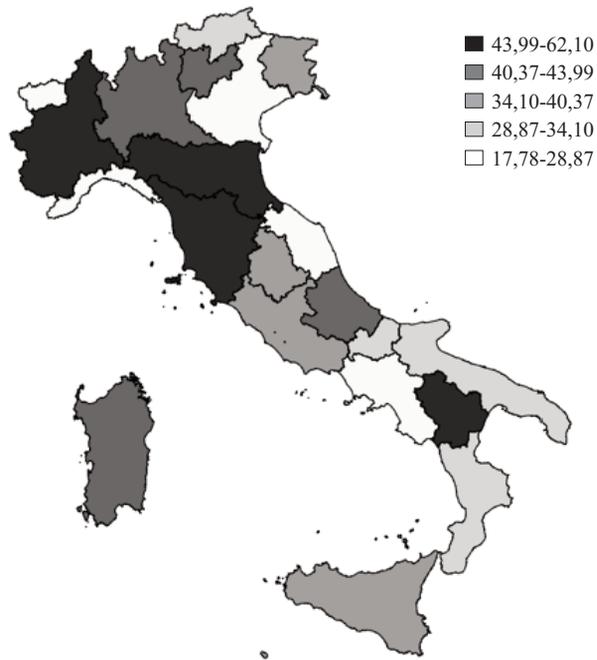
Regioni	2019				2020				2021			
	Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	2.787.307	61,82	3.113.999	68,48	1.979.185	44,44	2.246.057	50,13	2.476.433	56,28	2.452.353	55,43
Valle d'Aosta	75.365	59,14	68.292	53,37	30.365	23,97	35.549	27,97	34.687	27,60	39.769	31,59
Lombardia	4.269.226	42,61	6.881.925	68,82	2.803.107	28,08	4.441.362	44,57	4.141.230	41,79	5.488.979	55,59
Bolzano-Bozen	290.306	56,66	426.323	86,09	147.474	28,49	258.846	51,85	177.069	34,10	286.049	57,14
Trento	224.609	42,03	263.103	49,45	164.632	30,60	212.271	39,62	234.930	43,91	219.329	41,23
Veneto	1.548.608	31,48	2.843.835	57,72	963.764	19,70	1.976.891	40,35	1.289.877	26,42	2.169.810	44,41
Friuli Venezia Giulia	578.793	45,53	489.582	37,56	418.520	33,35	370.239	28,68	472.889	37,92	371.402	29,09
Liguria	775.019	46,51	883.480	51,58	397.678	24,50	534.449	31,68	280.376	17,78	286.892	17,42
Emilia-Romagna	2.765.631	61,25	2.805.760	61,20	1.986.188	44,06	2.131.320	46,66	2.774.219	62,10	2.422.091	53,70
Toscana	1.984.999	51,87	1.993.909	51,32	1.505.856	39,90	1.630.617	42,59	2.025.431	53,79	1.875.154	49,21
Umbria	419.513	45,87	529.772	56,52	270.833	30,03	395.307	42,78	360.986	40,37	418.601	45,77
Marche	652.222	41,45	704.576	44,28	293.859	18,80	400.374	25,34	331.013	21,46	385.908	24,76
Lazio	2.603.216	44,90	3.212.795	55,77	1.845.813	32,44	2.187.619	38,67	2.289.884	40,36	2.392.829	42,36
Abruzzo	646.452	48,36	642.830	47,95	457.565	34,67	459.978	34,73	574.406	43,99	504.758	38,52
Molise	109.508	34,49	126.066	39,87	82.176	26,31	82.727	26,52	103.024	33,81	108.161	35,26
Campania	1.692.674	31,94	2.062.045	39,51	1.004.667	19,26	1.252.596	24,31	1.506.435	28,87	1.441.265	28,01
Puglia	1.433.469	36,29	1.833.128	46,75	970.786	25,00	1.404.918	36,46	1.266.058	32,55	1.506.290	38,93
Basilicata	309.344	54,59	257.454	45,65	163.086	29,26	147.360	26,50	256.967	46,67	189.811	34,55
Calabria	784.171	41,50	785.601	41,82	461.867	25,05	491.460	26,82	560.800	30,72	519.137	28,58
Sicilia	1.903.220	39,32	1.794.389	37,42	1.311.076	27,73	1.256.902	26,83	1.777.974	37,62	1.372.895	29,27
Sardegna	823.837	49,15	1.015.927	60,27	466.189	28,15	631.769	37,98	693.322	42,18	791.863	47,77
Italia	26.677.489	44,20	32.734.791	54,23	17.724.686	29,72	22.548.611	37,81	23.628.010	39,89	25.243.346	42,61

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2022.

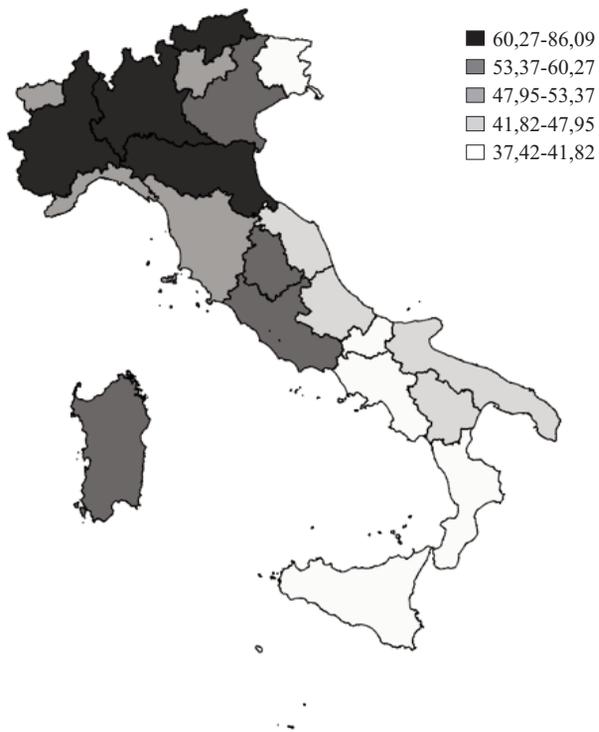


ASSISTENZA TERRITORIALE

Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite. Anno 2021

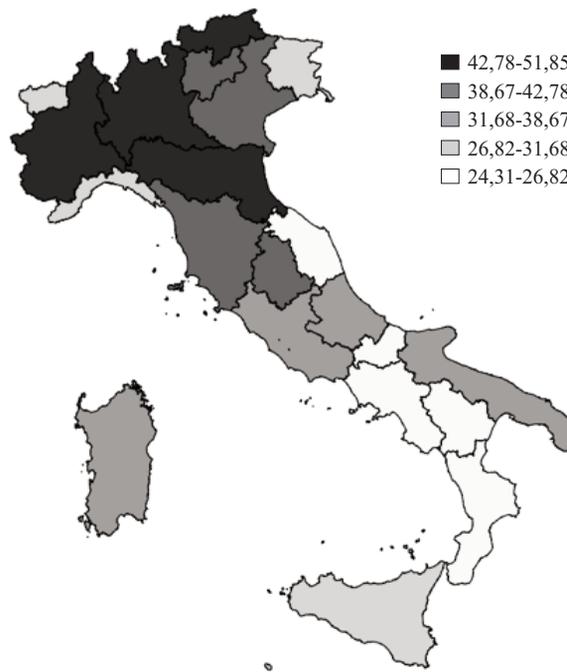


Tasso (standardizzato e specifico per 100) di visite di controllo. Anno 2019





Tasso (standardizzato e specifico per 100) di visite di controllo. Anno 2020



Tasso (standardizzato e specifico per 100) di visite di controllo. Anno 2021

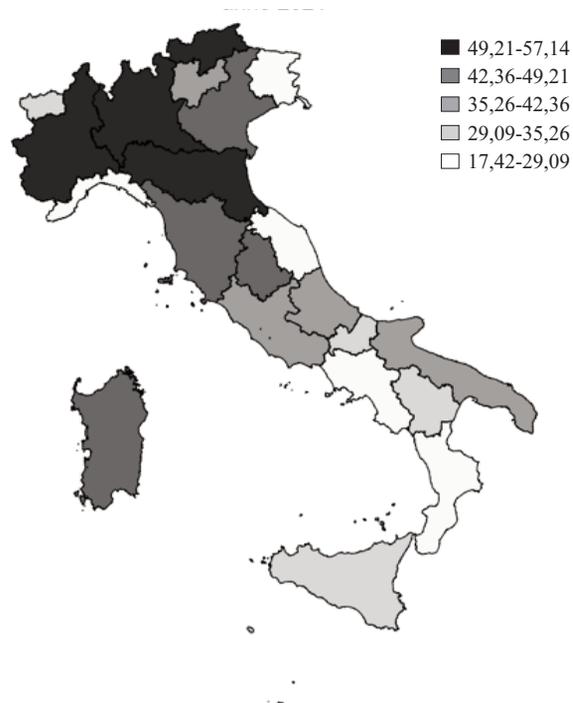
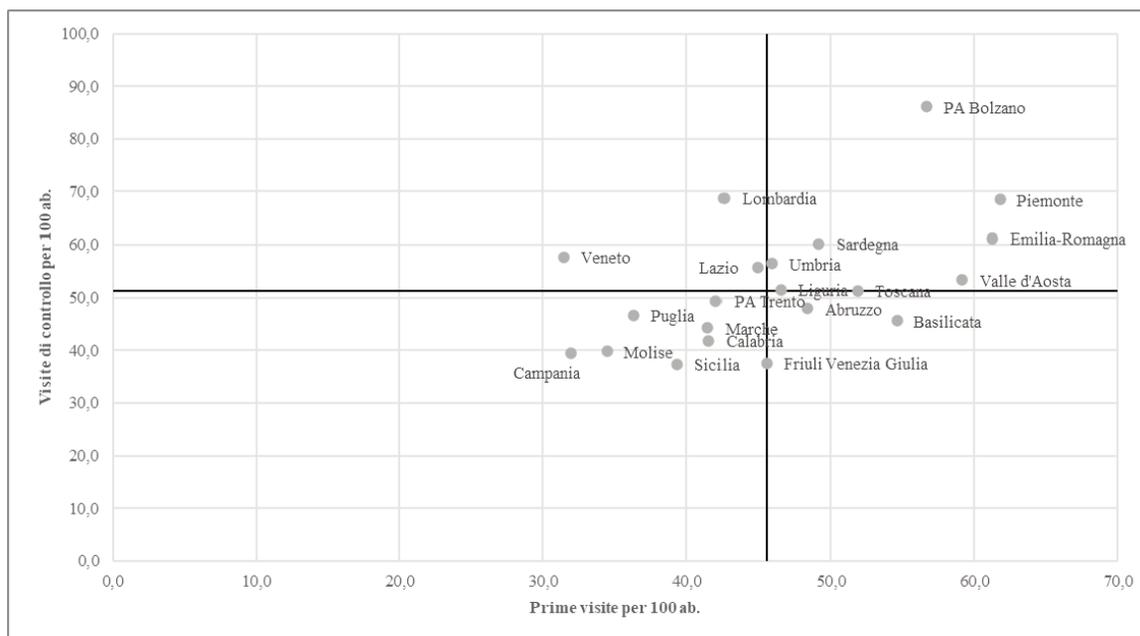
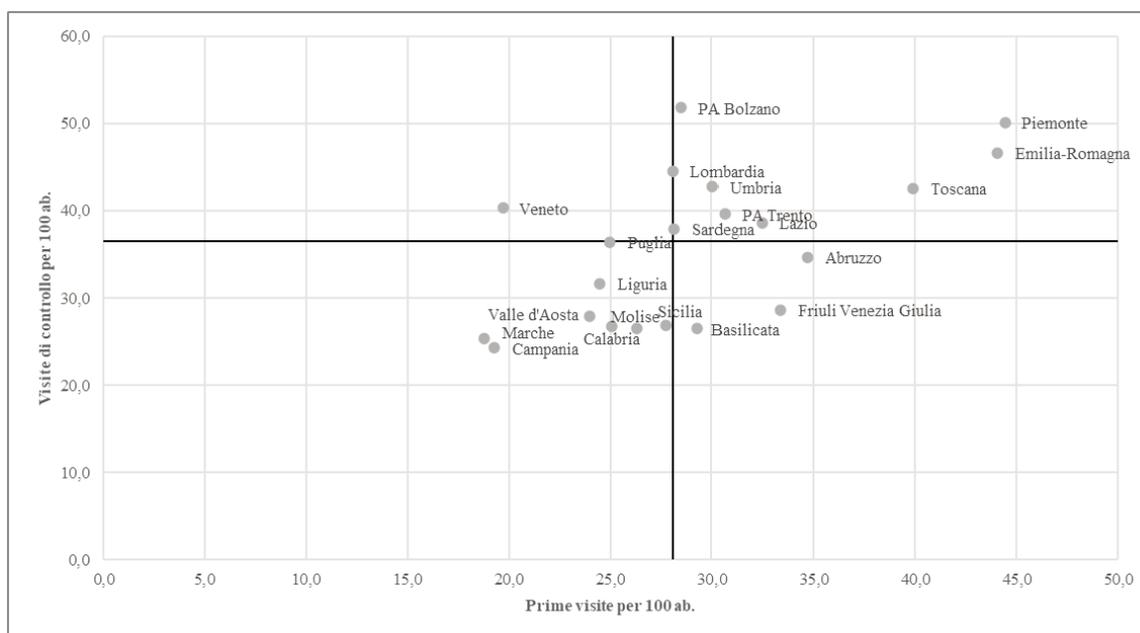


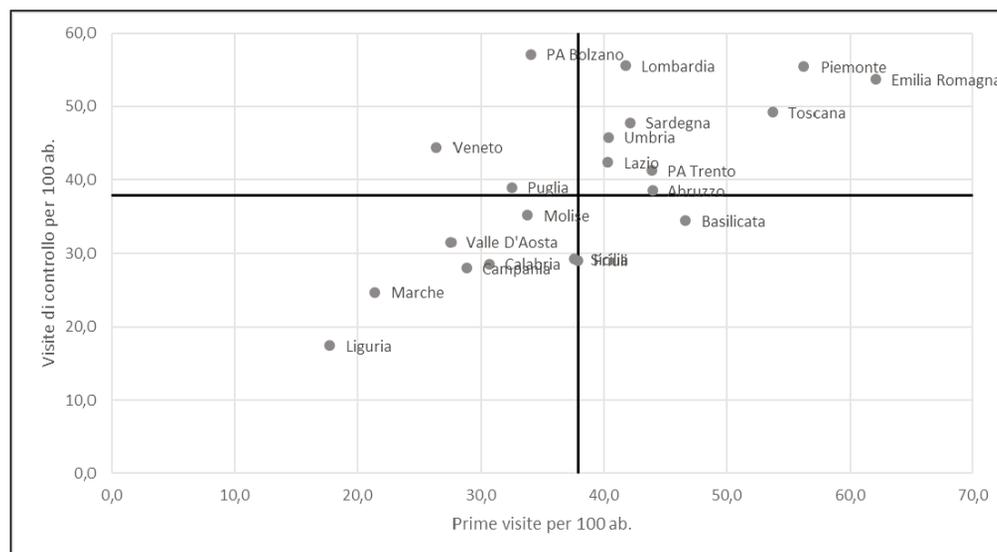
Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo per regione - Anno 2019

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2022.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo per regione - Anno 2020

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2022.

Grafico 3 - - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo per regione - Anno 2021



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito dei LEA, le visite specialistiche si collocano nell'attività clinica dell'assistenza specialistica ambulatoriale, afferente alla macroarea dell'assistenza distrettuale.

Il tasso di prime visite e visite di controllo, standardizzato per età, rappresenta un utile indicatore di processo sia per misurare la capacità dell'assistenza territoriale di intercettare il bisogno di salute, attraverso la richiesta di prime visite, sia per garantire la continuità delle cure, attraverso la richiesta di visite di controllo. L'analisi dei dati del 2019 (anno pre-pandemico) mostra una notevole disomogeneità interregionale, con un gradiente Nord-Sud ed Isole a sfavore delle regioni meridionali. A causa dell'emergenza da COVID-19, che ha indotto un'importante contrazione dell'attività programmata ambulatoriale, i dati del 2020, confrontati con quelli del 2019, mostrano una diminuzione media delle visite ambulatoriali di circa un terzo a livello nazionale, con diminuzioni particolarmente cospicue anche per alcune regioni del Nord. Nel 2021 si evidenzia una ripresa dell'attività assistenziale ambulatoriale, più marcata nel caso delle prime visite, senza però tornare ai valori pre-pandemici. In generale, le regioni con meno resilienza nel 2020 mostrano aumenti nel 2021 più contenuti. Rimane comunque alta la variabilità interregionale.

In una lettura congiunta e integrata con altre misure atte a valutare il bisogno di salute della popolazione (ad esempio, la prevalenza di patologie croniche), le ospedalizzazioni evitabili, gli accessi in PS potenzialmente impropri etc., questo indicatore rappresenta un'opportunità per restituire un quadro di sintesi completo delle performance dell'assistenza territoriale nella presa in carico. Costituisce, pertanto, uno strumento aggiuntivo

di valore a disposizione dei *policy maker* per analisi di settore finalizzate ad attuare politiche di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa per l'erogazione di specifiche prestazioni e una programmazione sanitaria coerente con la domanda di salute.

Per quanto finora esplicitato, si consiglia l'utilizzo di tale indicatore anche per un confronto e monitoraggio intraregionale, sia a livello aziendale che distrettuale, al fine di far emergere eventuali difformità, in termini di disuguaglianze sanitarie tra le aree geo-politiche considerate. Ciò anche in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità, nell'ottica di una co-responsabilizzazione del bisogno di salute nella presa in carico complessiva a livello territoriale. In linea con la finalità di perseguire un continuo miglioramento della qualità, si raccomanda, infine, l'opportunità per i tavoli tecnici di considerare il tasso di prime visite e visite di controllo standardizzato per età, nella discussione per l'implementazione degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzie, per il monitoraggio e la verifica dei LEA.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. LEA: assistenza distrettuale. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.
- (2) Istat. Popolazione residente al 1° gennaio. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460>. Ultimo accesso 03 marzo 2022.
- (3) Regione Emilia-Romagna. Nomenclatore tariffario regionale della specialistica. Tipologia delle prestazioni contenute nel Nomenclatore (aggregazioni FA-RE). Disponibile sul sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/nomenclatore-tariffario-rer>. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.



Assistenza farmaceutica territoriale

Il settore farmaceutico è una delle aree dei servizi sanitari maggiormente regolate: ogni farmaco, prima di poter essere utilizzato, ha bisogno di ottenere un'autorizzazione che viene rilasciata dopo studi tossicologici, farmacologici e clinici, a cui seguono le decisioni sulla rimborsabilità e la determinazione del prezzo, fino alla fase di effettiva commercializzazione con la vigilanza sulla qualità dei processi produttivi e sulla sicurezza clinica, il governo della spesa e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

Il processo è altamente standardizzato. A livello globale, il Progetto *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* (1) riunisce le Autorità preposte alla regolamentazione dei farmaci in Europa, Giappone e Stati Uniti ed esperti dell'industria farmaceutica per discutere gli aspetti tecnici e scientifici della registrazione dei prodotti farmaceutici. Attraverso una serie di Linee Guida di buona pratica clinica (*Good Clinical Practice*), l'armonizzazione ha come obiettivi: un utilizzo più economico delle risorse umane, animali e materiali; l'eliminazione di ritardi non necessari nella disponibilità di nuove medicine; la salvaguardia di qualità, sicurezza ed efficacia; la creazione di vincoli per proteggere la salute pubblica.

Sono, tuttavia, presenti nella letteratura scientifica, in particolare a partire dal 1990 dopo la pubblicazione dell'*Harvard Study* (2), vari Report in cui si analizzano i problemi collegati all'utilizzo dei farmaci (*medication-related problems*), tra i quali: sovra e sottoconsumo, prescrizioni di farmaci a pazienti che non ne hanno necessità e pluri-prescrizioni di farmaci in pazienti anziani con patologie croniche (3-5).

Più recentemente, in Italia, è stato eseguito uno studio che, utilizzando i dati della Tessera Sanitaria e sulla base di indicatori predefiniti, ha valutato l'appropriatezza prescrittiva su tutta la popolazione anziana (65 anni ed oltre), dimostrando una elevata frequenza di utilizzo non ottimale dei farmaci (6).

Per tali motivi, diventa estremamente importante monitorare, a livello nazionale, regionale e sub-regionale, il consumo dei farmaci e la spesa che ne deriva per il SSN.

Inoltre, poiché non esistono dei valori standard di riferimento del consumo appropriato, è anche molto importante effettuare dei confronti geografici in maniera da poter valutare le eventuali differenze tra aree, tenendo conto delle differenze demografiche, socio-economico-culturali e di diffusione delle patologie.

Nel nostro Paese, l'erogazione dei farmaci da parte del SSN avviene, principalmente, attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica territoriale (nel 2021 sono state dispensate circa 1,8 miliardi di confezioni, registrando una lieve riduzione pari al -1,4% rispetto al 2020) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

A livello nazionale, regionale ed in molte ASL, il consumo dei farmaci erogati a carico del SSR è costantemente monitorato attraverso un sistema informativo.

Questo sistema di monitoraggio, principalmente originato dai dati di dispensazione delle farmacie, è in grado di produrre informazioni aggiornate su utilizzo e spesa dei farmaci, con possibilità di disaggregare i dati dalle varie classi terapeutiche alle singole confezioni e, geograficamente, dal livello nazionale a quello di singola ASL.

Questo approccio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi europei per capacità di monitorare, in maniera analitica ed in tempo reale, l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica (7).

Nel 2021, la spesa farmaceutica pubblica lorda, pari a 22,3 miliardi di €, rappresenta il 69,2% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,4% della spesa sanitaria pubblica ed è in lieve aumento rispetto al 2020 (+2,6%).

La voce a maggior incidenza sulla spesa è rappresentata da ASL, Aziende Ospedaliere, Residenze Sanitarie Assistenziali e Istituti penitenziari (43,5% della spesa pubblica). Al fine di contribuire alla riduzione della spesa farmaceutica nel nostro Paese, sono previste delle forme di compartecipazione alla spesa o *co-payment*. La spesa a carico del cittadino, comprendente la quota della compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento), l'acquisto privato dei medicinali di Classe A e la spesa dei farmaci di Classe C, ha registrato un totale di 9,2 miliardi di € con un aumento del 6,3% rispetto al 2020. La compartecipazione a carico dei cittadini (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) è stata pari al 15,2% della spesa farmaceutica convenzionata lorda e mostra un lieve incremento (+0,4% rispetto al 2020). L'ammontare complessivo, relativo alla spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di Classe A è risultato pari a 1.481 milioni di € facendo registrare una lieve diminuzione (-0,4%) rispetto all'anno precedente. Rispetto al 2020, la variazione della spesa (-0,4%) è stata essenzialmente determinata dalla riduzione della spesa relativa al ticket per ricetta/confezione (-2,7%), mentre rimane stabile la compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+0,4%) (8).



**Riferimenti bibliografici**

(1) Disponibile sul sito: www.ich.org/about/mission.html.

(2) Leape LL. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991, 324: 377-84.

(3) Kara O et al. Potentially inappropriate prescribing according to the STOPP/START criteria for older adults. *Aging Clin Exp Res* 2015.

(4) Dalleur O et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging* 2012, 29: 829-37.

(5) Hill-Taylor B et al. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther* 2013, 38: 360-72.

(6) Onder et al. High prevalence of poor quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014 Apr; 69 (4): 430-7.

(7) Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (2) suppl 1. Disponibile sul sito: www.epiprev.it/pubblicazioni/valutazione-comparativa-di-esito-degli-interventi-sanitari.

(8) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022.



Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'OMS, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come DDD, che rappresentano "la dose media giornaliera di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti" (1).

Il consumo in DDD è, generalmente, espresso come "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abi-

tanti. L'indicatore consente di:

- sommare e confrontare i consumi di tutti i farmaci, non considerando le differenze legate al tipo di confezione e alla posologia;
- valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (Stato, regione e ASL);
- realizzare confronti fra realtà territoriali;
- effettuare confronti nel tempo.

Consumo farmaceutico territoriale di farmaci di Classe A a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Consumo farmaceutico territoriale di farmaci di Classe A a carico del Servizio Sanitario Nazionale in <i>Defined Daily Dose</i>	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata per età x 365	

Validità e limiti. Dato che il consumo territoriale di farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata con il SSN, risultano esclusi dall'indicatore i consumi ospedalieri, la Distribuzione Diretta (DD), vale a dire la distribuzione dei farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'Ospedale, come avviene, ad esempio, per il primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera o alla visita ambulatoriale, e la Distribuzione per Conto (DpC), ovvero l'erogazione di farmaci acquistati da parte delle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private.

La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, genere ed epidemiologia degli stati morbosi). Al fine di minimizzare le differenze dipendenti da età e genere e rendere maggiormente confrontabili i dati regionali, i consumi vengono ponderati utilizzando il sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute e costituito da sette fasce di età, con una ulteriore suddivisione fra uomini e donne per la classe di età 15-44 anni. I dettagli sulla necessità di pesare i dati di consumo e sui metodi di pesatura sono disponibili nei riferimenti bibliografici (2, 3).

La metodologia adottata per porre a confronto il consumo dei farmaci è denominata *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e DDD. L'uso delle DDD evita l'introduzione di distorsioni indotte dal cambiamento di confezione di alcune specialità presenti nell'anno precedente con un diverso numero di DDD per singolo pezzo. La classificazione ATC e le DDD vengono assegnate e mantenute, a livello internazionale, dal Centro Collaborativo per le Statistiche sui Farmaci di Oslo dell'OMS, che pubblica annualmente la lista ufficiale dei farmaci classificati secondo l'ATC in DDD.

In Italia, il Centro di riferimento per il sistema ATC/DDD è il *Drug Utilization Research Group* (DURG), una Associazione scientifica affiliata all'*European DURG* che dal 1995 mantiene e distribuisce un archivio dei farmaci in commercio in Italia con ATC e DDD.

L'ATC individua un sistema di classificazione dei principi attivi dei farmaci, raggruppandoli in differenti categorie sulla base dell'apparato/organo su cui essi esercitano l'azione terapeutica e in funzione delle loro proprietà chimiche e farmacologiche.

I dati di consumo dei farmaci a carico del SSN sono raccolti dalla Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia. Sebbene siano flussi di dati amministrativi raccolti a scopo contabile, sono da considerarsi la migliore fonte attualmente disponibile e consolidata da anni. Si riferiscono all'uso territoriale dei medicinali prescritti a carico del SSN.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura aggregata dell'indicatore non è possibile suggerire un valore di riferimento definito.

Descrizione dei risultati

Nel 2021, la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a circa 21,2 miliardi di € ed è aumentata rispetto all'anno precedente del 3,2%. Sempre nell'anno in esame, la spesa farmaceutica pro capite, sommata nelle sue componenti, è stata di 365,3€, con un aumento pari al 5,0% rispetto al 2020 (348,0€).

In regime di assistenza convenzionata, invece, in media ogni giorno sono state consumate 1.133,2 dosi ogni 1.000 abitanti di farmaci di fascia A rimborsati dal SSN, riprendendo, dopo il decremento osservato nel 2020, l'andamento crescente del periodo pre-pan-

demico (2) (Tabella 1).

Si propone di seguito una analisi più dettagliata delle principali classi terapeutiche di farmaci per consumo, cui si associano anche alcuni dati di spesa riportati in Tabella 2.

A livello nazionale, i farmaci cardiovascolari rappresentano la classe terapeutica a maggiore consumo nel canale della convenzionata (486,9 DDD/1.000 ab die) e la seconda categoria terapeutica a maggior spesa pubblica per il 2021, con un impatto pari a 3.318 milioni di € (14,1% della spesa pubblica totale) (Tabella 2). La spesa pro capite complessiva per i suddetti farmaci è stata pari a 56,0€, prevalentemente giustificata dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (49,5€ pro capite), stabile rispetto all'anno precedente.

A livello regionale, il consumo più elevato di farmaci cardiovascolari (590,6 DDD/1.000 ab die) si registra in Umbria, seguita da Campania (542,2 DDD/1.000 ab die), Sicilia (529,4 DDD/1.000 ab die) e Puglia (512,7 DDD/1.000 ab die).

I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo presentano dei valori di consumo superiori nelle regioni meridionali, in particolare in Campania (401,8 DDD/1.000 ab die), Basilicata (331,8 DDD/1.000 ab die), Sardegna (324,3 DDD/1.000 ab die) e Puglia (321,0 DDD/1.000 ab die). I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo rappresentano la terza categoria terapeutica a maggior spesa pubblica per il 2021, pari a 3.064 milioni di €. La spesa pro capite

complessiva per questi farmaci è stata pari a 51,7€, prevalentemente giustificata dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (32,3€ pro capite), valori pressoché stabili rispetto all'anno precedente.

Nell'analisi dei consumi, seguono a distanza i farmaci destinati al trattamento di malattie del sangue e degli organi emopoietici (89,6 DDD/1.000 ab die), i farmaci per il sistema nervoso (68,9 DDD/1.000 ab die), i farmaci per l'apparato genito-urinario e gli ormoni sessuali (43,7 DDD/1.000 ab die) e, infine, i farmaci per il sistema respiratorio (39,8 DDD/1.000 ab die). Inoltre, in termini di spesa pro capite totale per il SSN (assistenza farmaceutica convenzionata + acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche), la distribuzione dei farmaci vede al primo posto gli antineoplastici e immunomodulatori (112,0€ pro capite), seguiti dai farmaci cardiovascolari (56,0€ pro capite), dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (51,7€ pro capite) e dagli antimicrobici (42,2€ pro capite). Per le sopracitate categorie di farmaci, è interessante evidenziare il contributo dell'assistenza farmaceutica convenzionata sulla spesa pro capite totale: antineoplastici e immunomodulatori 4,4€ pro capite (consumo 6,3 DDD/1.000 ab die); cardiovascolari 49,5€ pro capite (consumo 486,9 DDD/1.000 ab die); apparato gastrointestinale e metabolismo 32,3€ (consumo 284,3 DDD/1.000 ab die); antimicrobici 9,5€ pro capite (consumo 12,4 DDD/1.000 ab die) (Tabella 1, Tabella 2).

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

445

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale in regime di assistenza convenzionata per singolo farmaco di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2021

Regioni	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Piemonte	240,1	82,9	449,5	4,1	40,7	34,7	9,6	6,5	32,1	73,5	1,0	33,6	23,1	0,0	1.031,4
Valle d'Aosta	238,4	65,0	374,6	3,6	38,8	30,4	8,9	5,5	32,1	64,8	1,0	34,7	19,2	0,0	917,0
Lombardia	301,6	78,2	455,0	3,6	40,3	27,0	9,9	8,5	27,3	71,9	1,2	35,7	17,2	0,3	1.077,7
Bolzano-Bozen	196,2	56,4	353,5	3,5	29,8	28,6	6,1	5,8	23,1	74,5	0,8	27,4	15,8	0,0	821,4
Trento	265,0	100,5	417,8	5,1	40,5	42,5	10,4	7,1	31,5	66,4	1,1	39,6	16,4	0,0	1.043,8
Veneto	251,8	54,4	466,6	4,3	38,3	30,9	8,7	6,8	27,5	62,5	1,1	31,4	18,8	0,0	1.003,1
Friuli Venezia Giulia	263,9	83,1	486,6	4,7	37,2	37,6	8,9	7,7	34,5	59,5	1,3	32,2	23,1	0,1	1.080,4
Liguria	260,5	55,4	415,5	3,9	43,5	21,7	8,7	6,4	28,2	79,3	0,6	39,0	20,7	0,0	983,5
Emilia-Romagna	240,5	100,8	501,7	4,5	44,1	40,8	9,7	2,6	31,2	65,0	1,1	34,1	27,2	0,0	1.103,3
Toscana	225,9	101,2	479,7	4,6	42,1	42,7	10,5	1,3	33,2	84,3	1,3	38,5	26,3	0,0	1.091,7
Umbria	252,6	91,2	590,6	4,2	48,4	46,8	13,5	7,0	38,4	79,7	1,3	36,1	24,5	0,1	1.234,5
Marche	227,0	88,2	505,6	3,8	51,4	41,9	13,4	6,5	42,4	71,6	1,0	32,7	30,1	0,1	1.115,6
Lazio	276,0	114,3	498,9	5,1	46,4	44,2	14,1	6,9	43,8	67,4	1,1	45,2	21,9	0,1	1.185,2
Abruzzo	289,4	116,0	476,9	4,8	45,4	42,5	15,2	6,5	49,2	75,9	0,9	36,9	26,2	0,2	1.186,0
Molise	299,9	99,4	478,6	5,0	41,5	45,3	14,0	6,2	47,1	62,7	0,6	33,6	16,0	0,1	1.150,0
Campania	401,8	86,1	542,2	8,5	48,5	36,3	19,2	6,2	46,9	60,3	0,8	24,5	18,2	0,1	1.334,3
Puglia	321,0	112,5	512,7	5,3	48,6	45,6	16,5	6,7	54,2	65,5	0,6	47,1	19,1	0,1	1.255,6
Basilicata	331,8	111,6	498,2	6,1	50,9	45,1	15,2	6,3	52,5	66,1	0,6	43,8	20,9	0,1	1.249,1
Calabria	295,7	114,8	509,8	6,3	45,0	39,1	16,8	7,0	51,1	68,4	0,9	39,7	19,6	0,3	1.214,3
Sicilia	288,0	89,9	529,4	6,3	45,4	36,1	15,5	6,0	44,0	61,9	0,9	42,0	17,6	0,1	1.182,9
Sardegna	324,3	85,5	467,8	5,4	45,4	45,3	11,3	7,9	47,3	77,8	1,0	44,6	19,7	0,1	1.183,4
Italia	284,3	89,6	486,9	5,0	43,7	36,8	12,4	6,3	37,6	68,9	1,0	39,8	20,9	0,1	1.133,2

Legenda: A = Gastrointestinale e metabolismo, B = Sangue e organi emopoietici, C = Cardiovascolare, D = Dermatologici, G = Genito-urinario e ormoni sessuali, H = Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali, J = Antimicrobici, L = Farmaci antineoplastici e immunomodulatori, M = Nervoso, P = Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti, R = Respiratorio, S = Organi di senso, V = Vari.

Fonte dei dati: AIFA. Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia. Anno 2022.

Consumo (valori in DDD/1.000 ab die pesate) farmaceutico territoriale totale in regime di assistenza convenzionata di farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2021

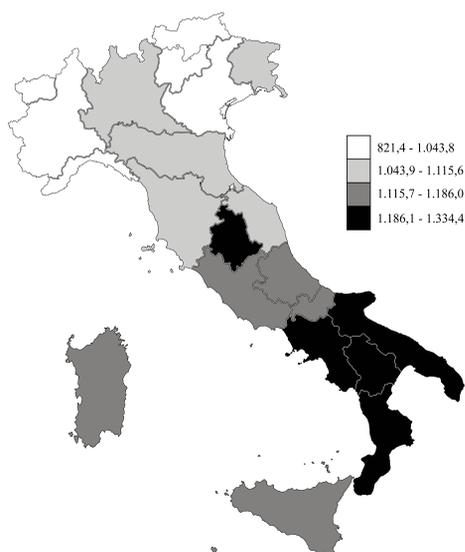


Tabella 2 - Spesa (valori in milioni di €) pubblica totale e pubblica pro capite (totale, per assistenza farmaceutica convenzionata, per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche) per farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2021

Farmaci di Classe A	Spesa pubblica totale	Spesa pubblica pro capite		
		Spesa pro capite totale	Per assistenza farmaceutica convenzionata	Per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche
Cardiovascolare	3.318	56,0	49,5	6,5
Apparato gastrointestinale e metabolismo	3.064	51,7	32,3	19,4
Sangue e Organi emopoietici	2.349	39,7	7,6	32,0
Sistema nervoso	1.918	32,2	24,0	8,2
Respiratorio	1.325	22,4	16,1	6,2
Sistema muscolo-scheletrico	533,5	9,0	5,2	3,8
Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	409,4	6,9	5,5	1,4
Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	477,4	8,1	3,8	4,2
Antimicrobici	2.504	42,2	9,5	32,8
Organi di senso	399,5	6,7	3,7	3,0
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	6.633	112,0	4,4	107,6
Dermatologici	199,2	3,4	1,3	2,0
Vari	379,2	6,4	0,1	6,3

Nota: la spesa non è inclusiva dell'ossigeno.

Fonte dei dati: AIFA. Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di prodotti farmaceutici rappresenta una importante quota di spesa per il SSN. Per i farmaci di Classe A, la distribuzione può essere di due tipologie: tramite strutture sanitarie pubbliche o mediante assistenza farmaceutica territoriale convenzionata.

L'analisi sopra proposta, ha analizzato questa seconda modalità di distribuzione sulla quale eventuali misure correttive potrebbero essere efficaci in quanto insistono su comportamenti dei singoli cittadini.

Esiste, in Italia, una notevole variabilità geografica in termini di consumo, con chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole per determinate classi farmaceutiche.

Le regioni con consumi più elevati dovrebbero attentamente monitorare l'utilizzo di farmaci nel proprio territorio, sviluppando strumenti di valutazione e di indagine per analizzare i consumi in termini di appropriatezza e di impatto sulla salute pubblica, soprattutto nella popolazione anziana che è molto spesso poli medicata e, pertanto, particolarmente soggetta a rischi derivanti da un utilizzo non appropriato.

Parallelamente, tutte le regioni dovrebbero implementare misure volte a garantire l'uso corretto ed appropriato dei farmaci, anche mediante sensibilizzazione ed educazione della popolazione e campagne di prevenzione volte alla correzione degli stili di vita.



ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

447

Riferimenti bibliografici

(1) Guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo 2012.

(2) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022.



Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. La spesa farmaceutica lorda pro capite territoriale rappresenta la spesa relativa ai farmaci a carico del SSN distribuiti dalle farmacie pubbliche e

private, comprensiva degli sconti obbligatori di legge e della quota per compartecipazione, incluso il ticket (per le regioni dove è applicato).

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore Spesa farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Denominatore Popolazione residente pesata per età

Validità e limiti. I dati presentati non includono la spesa farmaceutica derivante dalla Distribuzione Diretta (DD), cioè la distribuzione dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'Ospedale, come avviene, ad esempio, per il primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera o alla visita ambulatoriale. I dati, inoltre, non includono la Distribuzione per Conto (DpC), ovvero l'erogazione di farmaci acquistati da parte delle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private. Pur con i limiti citati, l'indicatore permette di effettuare un confronto dei dati di spesa tra le diverse regioni, tenendo conto delle differenze anagrafiche della popolazione sul territorio. Per i motivi illustrati nell'indicatore precedente, "Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale", la spesa viene pesata in rapporto alla distribuzione della popolazione per fasce di età (1, 2).

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore, non è possibile individuare un valore di riferimento.

Descrizione dei risultati

Nel 2021, la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del SSN (163,3€) è rimasta pressoché invariata rispetto al 2020 (163,0€).

Le regioni con la spesa pro capite per farmaci più elevata sono Campania (199,9€), Calabria (187,8€), Basilicata (186,8€), Puglia (184,9€) e Lazio (181,6€). Per contro, le regioni con il valore più basso sono la

PA di Bolzano (113,4€), con un valore molto inferiore rispetto al dato nazionale, l'Emilia-Romagna (126,8€), la Valle d'Aosta (129,6€), il Veneto (130,8€), la Toscana (134,7€), la PA di Trento (136,8€) e il Piemonte (138,1€). Nell'arco temporale 2001-2021, tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa lorda pro capite e, a livello nazionale, la riduzione è pari a -22,2% (da 209,9€ del 2001 vs 163,3€ del 2021) (3).

In particolare, in Liguria e Sicilia si evidenziano le maggiori riduzioni di spesa pro capite (rispettivamente, -32,9% e -32,8%), seguite da PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Lazio, Veneto, Valle d'Aosta, Toscana, Piemonte, Sardegna, Campania, Puglia e Calabria dove le riduzioni sono >20%. Le regioni, invece, con la minore riduzione di spesa pro capite, nel periodo considerato, sono Lombardia e Basilicata con, rispettivamente, una riduzione del 5,2% e dell'11,2%. Per quanto riguarda, infine, le variazioni rispetto al 2020, 13 su 21, tra regioni e PA, presentano una riduzione anche se minima, mentre il resto delle regioni presenta un aumento. A livello nazionale si registra un minimo incremento pari allo 0,2%. Le regioni che presentano la maggiore diminuzione sono Valle d'Aosta e Sicilia (pari merito -1,7%), seguite da Molise (-1,4%) e Friuli Venezia Giulia (-1,0%), mentre le regioni che presentano un aumento maggiore rispetto al 2020 sono Basilicata (3,0%) ed Emilia-Romagna (2,6%), seguite da Campania (1,3%) e PA di Trento (0,9%). Tra tutte le regioni, soltanto la Toscana presenta valori stabili.

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

449

Tabella 1 - Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale* lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2001, 2010-2021

Regioni	2001	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ % (2021-2001)	Δ % (2021-2020)
Piemonte	183,2	194,0	182,0	170,3	166,7	160,5	155,9	151,5	151,4	144,8	143,4	138,2	138,1	-24,6	-0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	176,5	185,9	175,7	167,9	163,7	158,5	154,1	141,8	139,2	136,4	135,4	131,9	129,6	-26,6	-1,7
Lombardia	187,1	198,4	191,9	185,1	179,4	171,9	174,9	173,1	175,3	174,4	175,4	176,4	177,4	-5,2	0,6
Bolzano-Bozen ^o	160,4	152,8	149,0	132,5	129,1	129,8	129,3	128,7	123,3	120,1	117,8	114,4	113,4	-29,3	-0,9
Trentino ^o	160,4	167,9	162,2	153,9	147,1	145,2	145,3	145,4	144,0	139,9	139,7	135,6	136,8	-14,7	0,9
Veneto	179,3	189,2	177,6	168,6	162,1	156,1	151,3	147,5	144,0	136,9	134,8	131,0	130,8	-27,0	-0,2
Friuli Venezia Giulia	170,2	193,7	187,2	171,4	164,7	160,5	158,6	157,6	158,4	149,8	147,8	144,6	143,1	-15,9	-1,0
Liguria	213,4	197,8	188,3	166,8	160,6	153,7	151,7	148,6	152,5	147,8	146,9	144,2	143,2	-32,9	-0,7
Emilia-Romagna	176,0	179,4	170,2	153,3	145,4	139,2	136,6	132,2	130,9	127,2	126,9	123,6	126,8	-28,0	2,6
Toscana	181,6	176,6	167,7	153,4	148,6	143,7	143,0	141,6	144,7	140,0	137,4	134,7	134,7	-25,8	0
Umbria	186,0	187,1	180,9	172,3	170,9	164,0	165,4	165,7	168,3	166,8	167,1	164,1	163,7	-12,0	-0,2
Marche	194,4	197,3	190,0	176,5	178,8	179,0	178,8	177,4	177,0	167,2	164,5	157,7	157,8	-18,8	0,1
Lazio	249,7	248,5	234,4	220,1	216,2	205,4	203,3	198,1	194,6	187,6	187,1	182,1	181,6	-27,3	-0,3
Abruzzo	221,6	230,5	221,9	206,5	204,3	203,3	205,1	201,3	201,8	192,0	180,8	177,8	179,2	-19,1	0,8
Molise	196,5	207,9	206,1	190,3	186,0	178,9	177,1	165,9	169,2	164,7	166,2	163,1	160,8	-18,2	-1,4
Campania	257,8	241,0	232,0	231,2	228,0	224,0	222,5	217,6	204,1	201,2	199,9	197,3	199,9	-22,5	1,3
Puglia	235,1	257,4	235,0	220,3	219,2	218,0	214,8	213,1	203,7	190,6	188,9	185,0	184,9	-21,4	-0,1
Basilicata	210,4	205,2	197,1	180,3	179,2	179,7	180,2	178,7	181,7	179,4	181,9	181,4	186,8	-11,2	3,0
Calabria	237,7	267,8	231,2	223,0	216,6	213,3	208,9	204,5	199,8	190,7	191,8	188,8	187,8	-21,0	-0,5
Sicilia	260,3	266,0	258,1	245,2	235,9	207,5	197,0	188,9	180,6	175,2	176,3	178,1	175,0	-32,8	-1,7
Sardegna	219,9	234,5	229,0	229,4	209,1	203,6	202,5	188,7	181,6	172,3	167,3	167,8	167,0	-24,1	-0,5
Italia	209,9	215,1	204,3	193,0	187,7	180,4	178,3	174,4	172,0	166,5	165,5	163,0	163,3	-22,2	0,2

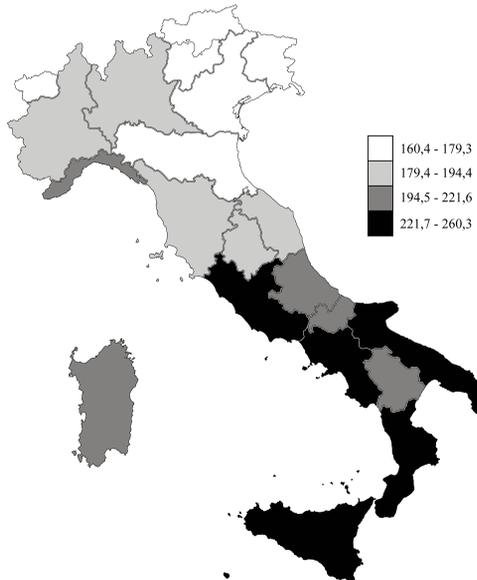
*Escluse la Distribuzione Diretta e la Distribuzione per Conto.

^oI dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per l'anno 2001. Il dato riportato in tabella per tali anni va inteso, dunque, come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

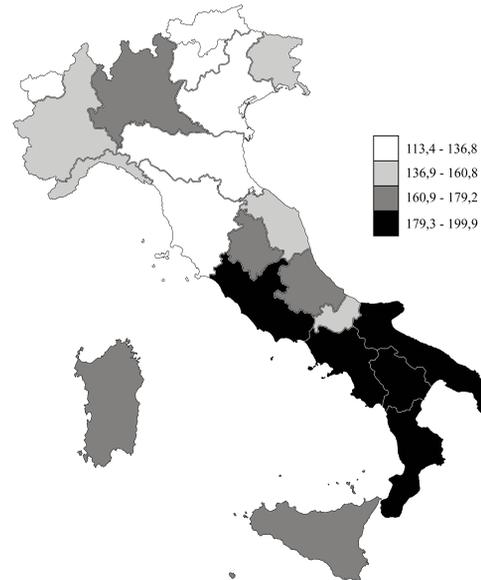
Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2021. Anno 2022.



Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2001



Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2021



Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni hanno l'obbligo di contenere la spesa farmaceutica entro il limite del tetto della spesa sanitaria complessiva, fissato dall'art. 5 della Legge n. 222/2007, "Conversione in legge, con modificazioni, del DL n. 159/2007, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale". Questo obiettivo va perseguito attraverso meccanismi di razionalizzazione ed aumenti di efficienza dei SSR. Le ampie differenze tra le regioni nei valori attuali e nei trend di spesa fanno presupporre che, in alcune realtà, siano ancora perseguibili larghi margini di efficienza.

Riferimenti bibliografici

- (1) I consumi dei farmaci: dati grezzi e pesati. In Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2012.
- (2) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero, Milano 2003.
- (3) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022.

