

Assistenza territoriale

L'Assistenza Territoriale è riferibile al concetto di assistenza primaria integrata e orientata alla comunità (1, 2). In questo periodo, il nostro Paese sta attraversando rilevanti trasformazioni in questo ambito, in linea con l'emanazione del DM n. 77 del 2022 (3). Il Decreto ha introdotto un modello organizzativo fortemente innovativo per la realtà territoriale italiana, allineandosi con gli orientamenti europei e internazionali (EU *Commission*, WHO) volti al rafforzamento dell'Assistenza Territoriale.

Nel recepimento di questi indirizzi da parte del DM n. 77/2022, viene esplicitata la rilevanza dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello distrettuale per la salute di individui e popolazioni afferenti a quel livello locale.

Per facilitare tale prospettiva di integrazione, il legislatore ha proposto come modello organizzativo la Casa della Comunità (CdC). Questa scelta risponde contestualmente a diverse esigenze, tra cui la mappatura dei bisogni in un'area geopoliticamente definita, la proattività di iniziativa con azioni volte a rispondere precocemente ai bisogni emergenti, raggiungendo gli assistiti attraverso molteplici modalità, di contatto diretto o mediato digitalmente, la garanzia di continuità dell'assistenza, la proporzionalità degli interventi in relazione al bisogno e la partecipazione attiva di cittadini e risorse comunitarie nella tutela e promozione della salute.

La CdC viene definita come "il luogo fisico e organizzativo dell'assistenza di prossimità, con funzioni di: presa in carico individuale e di comunità, coordinamento delle cure, erogazione integrata di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie".

Le CdC rappresentano, quindi, il luogo elettivo per effettuare proattivamente la presa in carico, secondo modalità di medicina d'iniziativa, verso un bacino d'utenza predefinito. La presa in carico viene intesa come un processo atto a garantire accesso, valutazione integrata dei bisogni socio-sanitari e continuità dell'assistenza per singoli individui o gruppi di popolazione (soggetti con condizioni croniche, fragili e/o non autosufficienti) che si caratterizza per prestazioni di natura preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa, palliativa, di educazione alla salute, *coaching*, *counselling* e monitoraggio. All'interno della CdC viene, quindi, pianificata ed erogata assistenza multidisciplinare integrata (a livello funzionale e normativo tra livelli istituzionali, professionisti e tecnologie) da parte di *équipe* composte da MMG/PLS, infermieri, specialisti, professionisti sanitari alleati e in stretto collegamento e coordinamento con gli assistenti sociali (integrazione tra sistema sociale e sanitario). Inoltre, esse costituiscono anche il luogo in cui viene fornita una prima risposta sanitaria sul territorio per situazioni di minore criticità e bassa complessità.

La presa in carico (2) è, quindi, un processo sistemico, proattivo, multidisciplinare, orientato alla continuità e caratterizzato da elementi essenziali quali: valutazione anticipata dei bisogni di salute, prima che emergano come urgenze incontrollate; costruzione di *équipe* multiprofessionali a geometria variabile, che realizzino interventi anche asincroni e da luoghi diversi; sviluppo di piani di salute individuali (Piano Assistenziale Individualizzato, Progetto di Salute) e programmi comunitari, rispondenti ai bisogni rilevati secondo criteri di appropriatezza; monitoraggio continuo del soddisfacimento dei bisogni (definizione di una metrica opportuna) e della risposta ai piani/programmi; pianificazione e attuazione di azioni correttive tempestive.

Pertanto, si identificano due principali *target* della presa in carico: individui, coinvolti in progetti di salute personalizzati, orientati a ridurre la frequenza degli episodi di riaccutizzazione, le complicanze più gravi e i conseguenti ricoveri inappropriati; popolazioni, intercettate tramite analisi dati e record linkage, con interventi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria e sorveglianza attiva.

Il modello organizzativo della CdC può rendere operativo l'approccio di *Community-Oriented Primary Care* (4), integrando Sanità Pubblica e assistenza primaria e declinandosi attraverso: la presa in carico dell'intera comunità di riferimento (governo della domanda: stratificazione della popolazione in base ai bisogni clinico-assistenziali, modelli predittivi di rischio/assorbimento di risorse sanitarie, definizione delle priorità e pianificazione di programmi che integrano promozione, prevenzione e cura destinati a sottogruppi di popolazione); le forme di partecipazione degli *stakeholder* locali in tutte le fasi del processo di produzione di salute (prioritizzazione, progettazione, produzione e valutazione degli esiti); il *targeting* delle popolazioni fragili e *hard-to-reach* (a garanzia di equità e accessibilità dei servizi).

La CdC, quindi, più che essere interpretata meramente come "edificio" sede di ambulatorio, andrebbe bensì vista come un sottosistema integrato e aperto dell'Assistenza Primaria che agisce con identità logistica per un network integrato di servizi; una cabina di regia per la presa in carico sia individuale sia comunitaria, in particolare per bisogni ad alta integrazione socio-sanitaria; e punto di integrazione tra attori istituzionali pubblici e pri-

vati, attività produttive, Enti del Terzo Settore, Associazioni di volontariato e della società civile, in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle risorse esistenti all'interno della comunità stessa (co-progettazione, co-produzione, co-erogazione e co-valutazione) (2).

Il *target* stabilito dal PNRR (M6C1 sub-componente 1 - Case della Comunità e presa in carico della persona) da raggiungere entro il 2026 è l'attivazione di 1.350 Case della Comunità su tutto il territorio nazionale, con l'implementazione dei modelli organizzativi e il soddisfacimento degli standard previsti dal DM n. 77/2022 (*target*: 1 CdC *Hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, presenza minima di personale: medico H24, 7 giorni su 7 ; 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità; 1 assistente sociale; specialisti ambulatoriali in base ai bisogni locali).

In molte regioni si stanno verificando dei ritardi nell'attivazione delle CdC (5), legati ad una difficoltà di coinvolgimento del personale, in quanto i modelli di governance, contrattuali e retributivi risultano essere ancora poco definiti, così come le opportunità di rete tra CdC *Hub* e vari *spoke* (Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG/PLS, farmacie territoriali etc) sono ancora in via di sviluppo culturale e tecnico.

In conclusione, la presa in carico rappresenta l'essenza dell'Assistenza Primaria moderna personalizzata, comunitaria, anticipatoria e sostenibile. Per realizzarla è necessario che si consolidino alcuni processi fondamentali: cambiamento di paradigma organizzativo (*leadership*, *governance* e strumenti contrattuali adeguati); evoluzione culturale e formativa (formazione strutturata su collaborazione multiprofessionale, competenze manageriali, *problem solving*, comunicazione efficace e uso di tecnologie); innovazione digitale (telemedicina, fascicoli sanitari integrati, interoperabilità delle banche di dati sanitari, sociali e ambientali); reti di cura interdipendenti e coinvolgimento della comunità (co-programmazione con *stakeholder* locali, *targeting* di popolazioni fragili e *hard-to-reach*, *empowerment* e alfabetizzazione sanitaria).

Come di consueto, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dell'Assistenza territoriale, il Rapporto Osservasalute presenta di seguito l'applicazione di indicatori "core" al fine di misurare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, nonché l'appropriatezza e gli 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, Santoli G, Arcaro P. Le implicazioni manageriali del decreto ministeriale (DM) n. 77/2022. Le opportunità in Sanità Pubblica del modello concettuale introdotto dal Community-Oriented Integrated Care (COIC) a trent'anni dalla aziendalizzazione del SSN. Cap. 3. 2023 (e-book).
- (3) Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- (4) Gofin J, Gofin R, Stimpson JP. Community-oriented primary care (COPC) and the affordable care act: an opportunity to meet the demands of an evolving health care system. J Prim Care Community Health. 2015.
- (5) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Report Nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/22 - II semestre 2024, 2024.

Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. La crescente longevità della popolazione italiana, se 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 2023, la speranza di vita alla nascita si attesta a 83 anni, registrando una crescita di 0,4 anni rispetto all'anno precedente, età comunque inferiore ai valori registrati nel 2019. La speranza di vita a 65 anni aumenta rispetto al 2022 a 20,9 anni, attestandosi ad un valore di poco inferiore rispetto al 2019. Nel 2023, il numero complessivo di decessi per tutte le cause è pari a 660 mila unità, in diminuzione di circa 54.000 (-7,6%) rispetto al 2022. I livelli tornano ad attestarsi su valori prossimi a quelli del 2019, dopo un triennio significativamente influenzato dalla pandemia di COVID-19 (1, 2).

Al 1° gennaio 2024 la popolazione, secondo i primi dati provvisori, conta 58 milioni 989 mila unità, 7.000 in meno rispetto all'anno precedente; tale calo presenta, tuttavia, un'intensità minore rispetto a quello osservato dal 2020. La percentuale degli ultra 75enni rispetto all'intera popolazione è in ulteriore incremento rappresentando il 24,3% dei residenti (1). Prosegue il trend di crescita del processo di invecchiamento della popolazione, favorendo un ulteriore aumento dello squilibrio demografico: al 1° gennaio 2024 l'indice di vecchiaia è pari a 199,8 ultra 75enni per 100 giovani al di sotto dei 15 anni, in ulteriore crescita rispetto l'anno precedente (193,1) (1-3).

La percentuale di residenti affetti da almeno una patologia cronica risulta stabile e nel 2023 si attesta al 40,5%. Le patologie cronico-degenerative affliggono, con un lieve incremento rispetto al 2022, il 51,6% della popolazione di età tra i 55-59 anni affermandosi all'85,1% tra le persone ultra 75enni. Il 20,8% della popolazione risulta essere affetto da due o più patologie croniche, dato in lieve diminuzione rispetto al 2022, con differenze di genere marcate negli *over 55* con una frequenza maggiore per il genere femminile ad eccezione delle malattie cardiache e della bronchite cronica (4). Tra gli ultra 75enni la multi-morbilità mostra un trend in lieve diminuzione attestandosi al 64,3%, in particolare a svantaggio del genere femminile (56,4% tra gli uomini e 69,7% tra le donne) (4). 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 65 anni ed oltre (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% a fronte di 65,3% degli uomini), e riferiscono più spesso bisogni di assistenza non soddisfatti (35,5% vs 29,9%) (5). Il quadro che si delinea è quello di una popolazione anziana che deve sostenere un peso elevato in termini di salute e 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 (6).

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 del 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 (7). 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 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 ed ai 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, particolarmente per le forme di cronicità, 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 vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere 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 tutela-

re 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* multidisciplinare, 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 miglio-

rare 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 ulteriori 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 nell'anno di riferimento. Per "prese in carico erogate" si intendono quelle per le quali la Regione/PA ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e tracciato 2 (relativo ad accessi). Le prese in carico con Coefficiente di 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 del 17 dicembre 2008 e s. m. 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 Servizio Sanitario Nazionale" 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.

Per il calcolo degli indicatori sono stati considerati gli assistiti di età ≥ 65 anni relativi a "Prese In Carico erogate" (PIC erogate) nell'anno di riferimento. Per "PIC erogate" si è inteso quelle per le quali ciascuna Regione/PA ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e al tracciato 2 (relativo agli accessi). Le prese in carico con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base e Giorni di Cura (GdC) uguali a 0 sono state escluse. Per ciascuna PIC viene calcolato il CIA come rapporto tra le Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e i GdC. Le GEA corrispondono al numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno 1 accesso a domicilio da parte di un qualunque operatore dall'apertura dell'evento, mentre per GdC si intende il numero di giorni trascorsi tra la data del primo e dell'ultimo accesso all'evento. Nel caso di mancata registrazione di accessi domiciliari, il GdC risulta pari a 0, configurando prese in carico con CIA nullo. Sono escluse anche le

PIC con CIA base ovvero con valori 0,13, corrispondente a meno di 4 accessi domiciliari al mese.

L'indicatore proposto "Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata", per le modalità di calcolo sopra riportate si differenzia pertanto significativamente dall'indicatore con cui si effettua il monitoraggio del raggiungimento dell'obiettivo relativo all'assistenza domiciliare previsto dal DM n. 77/2022, che prende in considerazione le PIC per tutte le classi di CIA (8).

L'attuazione del "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio Sanitario Nazionale", a regime a partire dall'anno 2018, ha comportato l'adeguamento dei sistemi informativi regionali alla trasmissione di dati interconnettibili al NSIS del Ministero della Salute.

Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all'introduzione del già menzionato 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 una generale bonifica del dato tra-

smesso al NSIS con l'eliminazione delle possibili duplicazioni di codici assistito. Pertanto, si è reso necessario rielaborare i dati relativi al periodo tra il 2014 e il 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 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 GEA) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI;

- Durata media (GdC in relazione alle fasi temporali 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 CIA dato dal rapporto tra le GEA (numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore) e le GdC (numero di giorni trascorsi dalla Data primo accesso alla Data di ultimo accesso, al netto dei periodi di sospensione).

Il debito informativo delle Regioni e PA nei confronti del SIAD risulta non pienamente omogeneo; conseguentemente ne deriva che sul territorio nazionale persistono aree con diverso grado di garanzia della completezza delle informazioni previste. Va segnalato, peraltro, che a partire dall'anno 2023 il sistema SIAD è evoluto per consentire la rilevazione delle cure palliative ed ha esteso l'ambito di rilevazione anche alle "cure domiciliari di livello base", costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità medica, infermieristica e/o riabilitativa come previsto dall'art. 22 del DPCM del 12 gennaio 2017, di cui si potrà tenere conto nelle prossime edizioni del Rapporto Osservasalute.

Gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività, con ridotta possibilità di effettuare un'esaustiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle ASL e 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 inter-

regionale. 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 Assistenza Domiciliare Integrata".

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/PA che presentano valori superiori al dato nazionale.

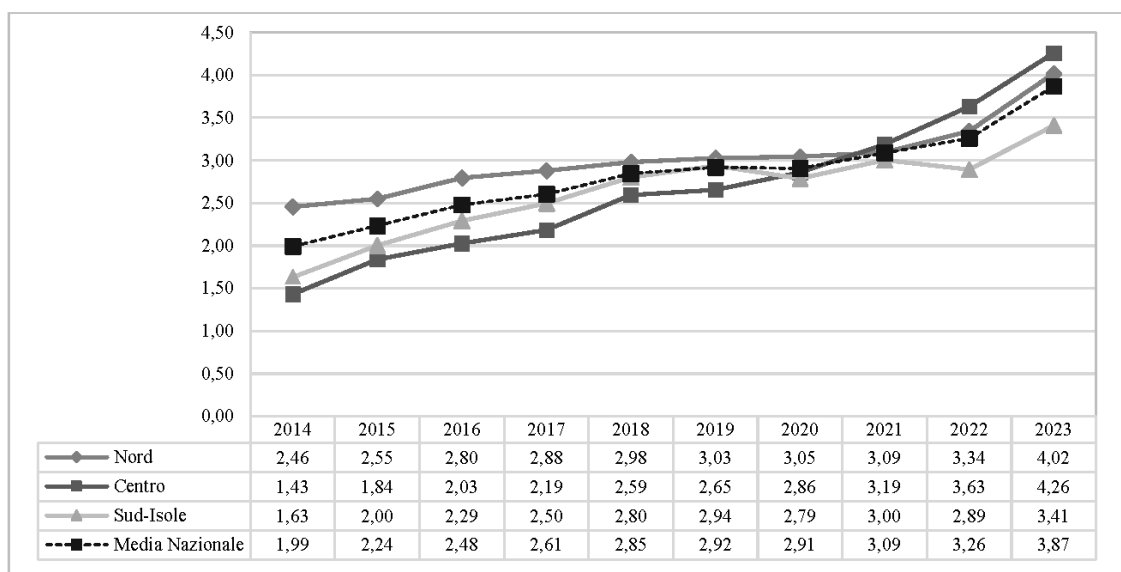
Descrizione dei risultati

In Italia, per l'anno 2023, si contano 549.020 cittadini con età ≥ 65 anni che sono inseriti in ADI, corrispondente al 3,87% della popolazione ultra 65enne media residente. Il numero degli assistiti trattati in ADI con età ≥ 65 anni mostra un netto incremento rispetto l'anno precedente pari al 19,6%, mostrando una continuità dell'andamento in crescita registrato nel 2022.

L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti ultra 75enni in ADI mostra un andamento disomogeneo tra le ripartizioni geografiche, confermando nel 2023 il progressivo ampliamento delle differenze territoriali già rilevato nel 2022. In particolare, si osserva un incremento più marcato nelle regioni del Nord (+20,3%) e del Centro (+17,2%), a fronte di una crescita più contenuta per il Sud ed Isole (+17,8%), che consolida il cambio di tendenza avviato nell'anno precedente (Grafico 1). A livello regionale si scorgono invece importanti disomogeneità: si registra, infatti, un tasso minimo dell'1,65% in Calabria, di cui si segnala il ripristino della disponibilità dei dati del Sistema SIAD; si evidenzia il valore più elevato per il Molise che raggiunge un valore di 7,23% nel 2023; seguono l'Abruzzo (5,75%), la Basilicata (4,93%) e la Toscana (4,68%) (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 6,37% in incremento rispetto al 5,32% dell'anno 2022. Analizzando l'accorpamento per macroaree si evidenzia un trend in crescita per il Nord e il Centro e una flessione per il Sud ed Isole in rapporto alla disponibilità del dato per tutte le regioni e PA. Si registra il tasso più elevato al Centro con 5,87% ultra 75enni assistiti in ADI e inferiore nell'aggregazione Sud ed Isole con il 4,81%. L'analisi a livello regionale mostra una distribuzione per le singole regioni in linea con quella del precedente indicatore. La Calabria presenta il valore inferiore di ricorso all'ADI (2,83%), mentre il Molise il valore maggiore con 11,91% ultra 75enni inseriti in ADI (Tabella 1).

Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di assistiti di età 65 anni ed oltre trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2014-2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale Della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2025.

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 2023

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tassi di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tassi di assistiti 75+
Piemonte	43.588	1.121.870	3,89	37.884	592.634	6,39
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	983	30.725	3,20	774	15.646	4,95
Lombardia	86.565	2.326.530	3,72	73.823	1.213.684	6,08
Bolzano-Bozen	3.553	108.307	3,28	3.093	56.839	5,44
Trento	4.894	126.166	3,88	4.029	64.155	6,28
Veneto	51.920	1.168.563	4,44	44.324	606.511	7,31
Friuli-Venezia Giulia	13.921	321.370	4,33	11.652	173.548	6,71
Liguria	17.298	435.304	3,97	14.743	241.698	6,10
Emilia-Romagna	47.753	1.086.649	4,39	41.094	579.326	7,09
Toscana	44.940	959.361	4,68	38.562	517.527	7,45
Umbria	10.532	229.077	4,60	8.996	122.647	7,33
Marche	16.237	384.637	4,22	14.016	203.485	6,89
Lazio	51.436	1.320.956	3,89	44.527	673.864	6,61
Abruzzo	18.511	321.715	5,75	15.384	162.397	9,47
Molise	5.557	76.879	7,23	4.592	38.545	11,91
Campania	39.870	1.149.394	3,47	31.701	535.065	5,92
Puglia	22.837	930.437	2,45	18.776	460.742	4,08
Basilicata	6.589	133.711	4,93	5.508	65.325	8,43
Calabria	7.195	435.253	1,65	5.907	208.762	2,83
Sicilia	46.034	1.100.270	4,18	36.469	531.202	6,87
Sardegna	8.807	414.123	2,13	7.226	204.003	3,54
Italia	549.020	14.181.297	3,87	463.080	7.267.605	6,37

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati, rispetto alle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, evidenzia per l'anno 2023 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 confermato l'andamento del 2022 consolidando il superamento del rallentamento registrato nel 2021.

Tale andamento è in linea con gli obiettivi posti alle Regioni/PA 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 2023, accorpati per macroaree, emerge che in 3 regioni e PA si osserva un andamento disomogeneo rispetto all'anno precedente. Questo è riconducibile agli effetti dell'epidemia di COVID-19 sulla struttura demografica, alla diversa incidenza del virus nei territori e alle risposte eterogenee dei servizi sanitari regionali. Tuttavia, nel complesso, la forbice tra le macroaree si amplia ulteriormente, in ragione di un incremento più marcato nelle regioni del Nord e del Centro, nonostante il tasso di assistiti torni a crescere anche nel Sud ed Isole, dopo il cambio di tendenza osservato nel 2022. Grazie alla disponibilità dei flussi SIAD per Calabria e Sardegna a partire dal 2022, il 2023 rappresenta il primo anno pienamente confrontabile, mettendo in evidenza una divergenza rispetto all'andamento storico dell'aggregazione Sud ed Isole osservato fino al 2021.

Sebbene l'applicazione del flusso SIAD sintetizzi modelli organizzativi distinti ed evidenzi le difficoltà di una completa valutazione delle differenze rilevate, con il consolidamento di tale flusso e la disponibilità del dato nel 2022 per tutte le regioni e PA si ha progressivamente a disposizione una 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'assi-

stenza 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 epidemico COVID-19 nei diversi contesti regionali. Infine, con l'applicazione di quanto previsto dal DM n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", e lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza, è prevedibile che l'ADI possa trovare nel prossimo futuro una 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 in data 06 marzo 2024.
- 2) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. L'evoluzione recente della sopravvivenza pag. 34.
- 3) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. 1.2.1 L'inverno demografico viene da lontano pag. 31.
- 4) Istat. Annuario Statistico Italiano 2023, Capitolo 4. Sanità e salute. Condizioni di salute, Malattie croniche pag. 170.
- 5) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2022, Capitolo 3. Famiglie, stranieri e nuovi cittadini. pag. 171.
- 6) Cittadinanzattiva - XX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - La cura che (ancora) non c'è.
- 7) 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 in data 07 marzo 2024.
- 8) Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

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 somministrazioni 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 agli anziani e alle persone con disabilità; 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, a persone con disabilità e/o con patologie psichiatriche.

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

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

Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

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

Validità e limiti. Il primo indicatore è stato costruito per due diversi target d'utenza: anziani non autosufficienti (persone di età >65 anni non autosufficienti), e persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o con patologie psichiatriche); 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, circa il 21% dell'universo 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 d'utenza prevalente (anziani non autosufficienti e persone con disabilità) 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 sia 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 d'utenza adottati a partire dall'anno 2014.

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, 328.334, pari a 55,7 ogni 10.000 abitanti. La parte più

ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (189,7 per 10.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità (13,3 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 106 posti letto ogni 10.000 abitanti, mentre la più bassa dotazione di posti letto si riscontra nelle regioni meridionali con livelli minimi in Campania (10,8 per 10.000).

Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (446 posti letto ogni

10.000 abitanti), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello dei tassi scende a 23,8 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge i livelli massimi in Liguria e in Valle d'Aosta (rispettivamente, 26,5 e 28,8 ogni 10.000 abitanti), mentre i valori minimi si registrano ancora una volta in Campania, con un tasso di 7,4 per 10.000 (Tabella 1).

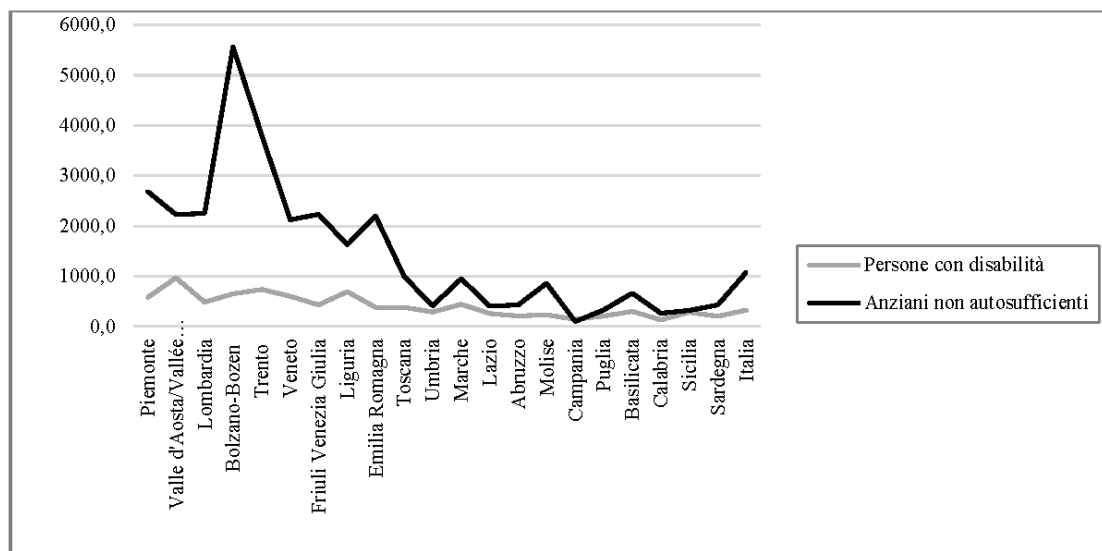
Se consideriamo il secondo indicatore, si osserva un aumento del gradiente Nord-Sud e Isole per entrambi i *target* d'utenza. L'offerta dei servizi residenziali è infatti molto più bassa nel Sud e nelle Isole, dove tuttavia la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

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 2022

Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	17,0	320,5	97,1	0,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,8	305,0	97,7	0,0
Lombardia	13,2	291,9	78,2	1,2
Bolzano-Bozen	14,3	446,0	101,8	0,0
Trento	17,3	399,2	106,0	0,0
Veneto	16,4	288,2	81,9	1,1
Friuli-Venezia Giulia	12,6	320,1	95,3	0,9
Liguria	26,5	238,5	87,7	3,4
Emilia-Romagna	11,9	314,4	86,0	0,4
Toscana	12,0	151,8	48,6	1,6
Umbria	16,7	110,0	41,6	0,5
Marche	18,7	194,0	64,1	2,0
Lazio	11,5	77,6	26,8	1,8
Abruzzo	9,9	87,3	29,5	0,0
Molise	11,1	168,0	52,6	3,4
Campania	7,4	23,8	10,8	5,1
Puglia	12,6	81,9	29,1	3,0
Basilicata	16,3	145,9	48,5	0,7
Calabria	9,3	71,1	23,9	4,5
Sicilia	14,4	67,1	26,5	2,9
Sardegna	12,1	98,7	34,8	2,4
Italia	13,3	189,7	55,7	0,3

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2025.

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 2022



Fonte dei dati: Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. 31 dicembre 2022. Inps: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2025.

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 una efficace alternativa ad una 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 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 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/02/Report-Presidi-2022.pdf.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2023. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2023/Rapporto-SDGs-2023.pdf.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia.

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 d'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).

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 con una rilevante 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.

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

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

Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

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

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, 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 2022, 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* d'utenza adottati a partire dall'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso 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

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 226.696 (159,9 per 10.000 anziani residenti).

Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente, 47.759 (13,4 per 10.000 adulti residenti) e 2.199 (2,4 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, 370,5 e 368,5 per 10.000 anziani residenti).

Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente con valori sensibilmente al di sotto del livello nazionale (159,9 per 10.000) e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 21,1 anziani non autosufficienti.

Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (25,3 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre le regioni del Meridione vedono ridurre 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 (12,9 per 10.000 residenti), mentre i tassi più bassi si registrano soprattutto nelle regioni meridionali con valori minimi in Calabria (0,5 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 2022

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	262,1	0,8	17,2	1,2	4,3	3,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	263,6	0,0	24,5	0,0	12,9	0,0
Lombardia	266,1	0,8	14,5	1,5	2,3	5,6
Bolzano-Bozen	370,5	0,0	20,5	0,0	3,3	0,0
Trento	368,5	0,0	20,0	0,0	2,6	0,0
Veneto	253,9	1,0	15,4	1,2	2,1	3,6
Friuli-Venezia Giulia	265,1	0,8	13,6	1,0	2,2	4,1
Liguria	186,9	2,9	25,3	3,9	3,5	12,4
Emilia-Romagna	226,5	0,6	13,2	0,8	0,9	3,5
Toscana	131,3	1,3	11,7	2,4	2,1	5,4
Umbria	101,0	0,9	19,4	1,0	3,7	3,3
Marche	180,8	1,6	17,6	2,6	2,9	12,5
Lazio	63,0	2,7	12,2	3,4	2,8	7,5
Abruzzo	68,9	0,0	10,0	0,0	1,3	0,0
Molise	108,8	9,4	14,1	7,4	1,0	35,1
Campania	21,1	4,4	6,9	5,7	1,5	12,4
Puglia	74,6	2,7	11,6	4,3	1,9	10,6
Basilicata	95,0	0,6	14,8	1,0	1,6	3,0
Calabria	56,1	4,3	8,9	8,5	0,5	14,1
Sicilia	45,9	3,2	13,1	3,5	3,9	15,8
Sardegna	86,7	3,1	10,5	4,9	3,7	11,1
Italia	159,9	0,9	13,4	1,2	2,4	3,1

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2025.

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 una efficace alternativa ad una 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 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 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/02/Report-Presidi-2022.pdf.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2023. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2023/Rapporto-SDGs-2023.pdf.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia.

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Significato. Negli ultimi anni, in Italia, il tema delle ospedalizzazioni evitabili ha acquisito un'importanza crescente come modalità indiretta di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, il monitoraggio delle condizioni patologiche identificate dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) come "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (1) ha permesso di individuare situazioni cliniche per le quali una gestione efficace a livello ambulatoriale potrebbe ridurre o evitare il ricorso al ricovero ospedaliero.

Questo argomento è stato approfondito nell'ambito del PNE che, a partire dall'Edizione 2021, ha dedicato maggiore attenzione agli indicatori di ospedalizzazione evitabile, in assenza di metodi diretti per la valuta-

zione dell'assistenza territoriale (2).

In continuità con quanto pubblicato nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, si procede in questa Sezione a 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 anche una versione dell'Indice sintetico "corretta" per i livelli complessivi di ospedalizzazione (propensione al ricovero) di ciascuna area territoriale studiata.

Indice sintetico di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per area territoriale

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

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

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 2020-2023.

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 2020-2022 con l'intento di stabilizzare le misure su un arco temporale più lungo. È importante considerare che i tassi rilevati negli anni 2020 e 2021 risultano affetti da una flessione causata dalla pandemia, mentre, per alcune ospedalizzazioni evitabili, i tassi relativi al solo anno 2022 registrano valori più elevati.

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 principale unità di aggregazione per la maggior parte delle regioni; fanno eccezione Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise e Sardegna, nelle quali 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 calcolati gli indicatori di ospedalizzazione evitabile per il triennio 2020-2022 e per l'anno 2023 (ultimo anno disponibile), sotto forma di tassi std 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 riguardo 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), utilizzando l'Indice sintetico, arricchito di un ulteriore fattore di correzione rappresentante la "propen-

sione al ricovero" di ciascuna area. Quest'ultima misura è stata ricavata come rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo (n. 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	Scompenso 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'iterazione 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

Il calcolo degli Indici sintetici (con e senza correzione per la "propensione al ricovero") ha portato 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, per il triennio 2020-2022 e per l'anno 2023. 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 nella Tabella 2 e nella Tabella 3, insieme al livello di ospedalizzazione regionale utilizzato per il calcolo dell'Indice "corretto" per propensione al ricovero.

Con riferimento al triennio 2020-2022, l'Indice sintetico conferma, rispetto al triennio 2017-2019, un punteggio "basso" in metà delle aree del Piemonte, nella ASL di Rieti e nelle Province di Fermo e Massa-

Carrara. Al contempo, il livello di ospedalizzazione evitabile si riduce al *cluster* "basso" nelle ASL di Vercelli, Avellino e Caserta e nell'ASP di Catanzaro, mentre aumenta nelle ASL Imperiese e di Lucca.

Nel *cluster* "medio-basso", il più numeroso con 39 aree territoriali, si confermano buona parte delle aree di Piemonte, Liguria, Lazio, Marche, Sicilia 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. Passano, invece, a un *cluster* "medio-basso", rispetto al periodo precedente, le tre ASL di Napoli e la ASL di Benevento, alcune delle ASL di Puglia, Sicilia e Lombardia, la ASL di Campobasso e quella di Matera. Per 34 aree i risultati di questi due *cluster* tendono a rimanere invariati con l'introduzione del fattore di correzione (propensione al ricovero), ad eccezione di 18 aree, per le quali il moderato tasso di ospedalizzazione evitabile appare comunque superiore rispetto alla bassa propensione al ricovero espressa dal territorio.

Nel *cluster* con punteggi "medi" di ospedalizzazione evitabile sono presenti 37 aree territoriali variamente distribuite in molte regioni e 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'introduzione del fattore correttivo si traduce in un lieve miglioramento dei risultati per sole 3 aree territoriali e in un peggioramento per 9 ASL, per la maggior parte afferenti a Puglia, Sicilia e Lombardia.

I punteggi "medio-alti" di ospedalizzazione evitabile

si associano a 20 aree territoriali (nel periodo 2017-2019 erano 29), 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 calcolo mediante fattore correttivo mostra un miglioramento dei risultati per alcune aree distribuite in tutta Italia e un peggioramento per due aree del Veneto.

Infine, i livelli più elevati di ospedalizzazione per il periodo 2020-2022 (classe "alta") si rilevano nell'ATS di Brescia, nella ASL Spezzino e in quelle dell'Emilia-Romagna, per un totale di 10 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 un terzo delle aree, tra le quali si segnalano 2 ASL dell'Emilia-Romagna (pur rimanendo su livelli di ospedalizzazione medio-alti) e l'ASL Spezzino.

Il confronto dell'anno 2023 con il periodo pre-pandemico (2017-2019) vede le classi di punteggi "medio-alti" e "alti" diminuire, rispettivamente, da 29 a 13 e da 14 a 2 aree territoriali, mentre le classi di punteggi "medio-bassi" e "bassi" aumentano, rispettivamente, da 29 a 47 e da 11 a 20. Tale risultato risente in parte di una sensibile diminuzione dell'ospedalizzazione complessiva, ma anche di una riduzione dei livelli di ospedalizzazione evitabile in quasi tutte le aree territoriali.

Nello specifico, il *cluster* con punteggi "bassi" di ospedalizzazione mantiene la tendenza già osservata

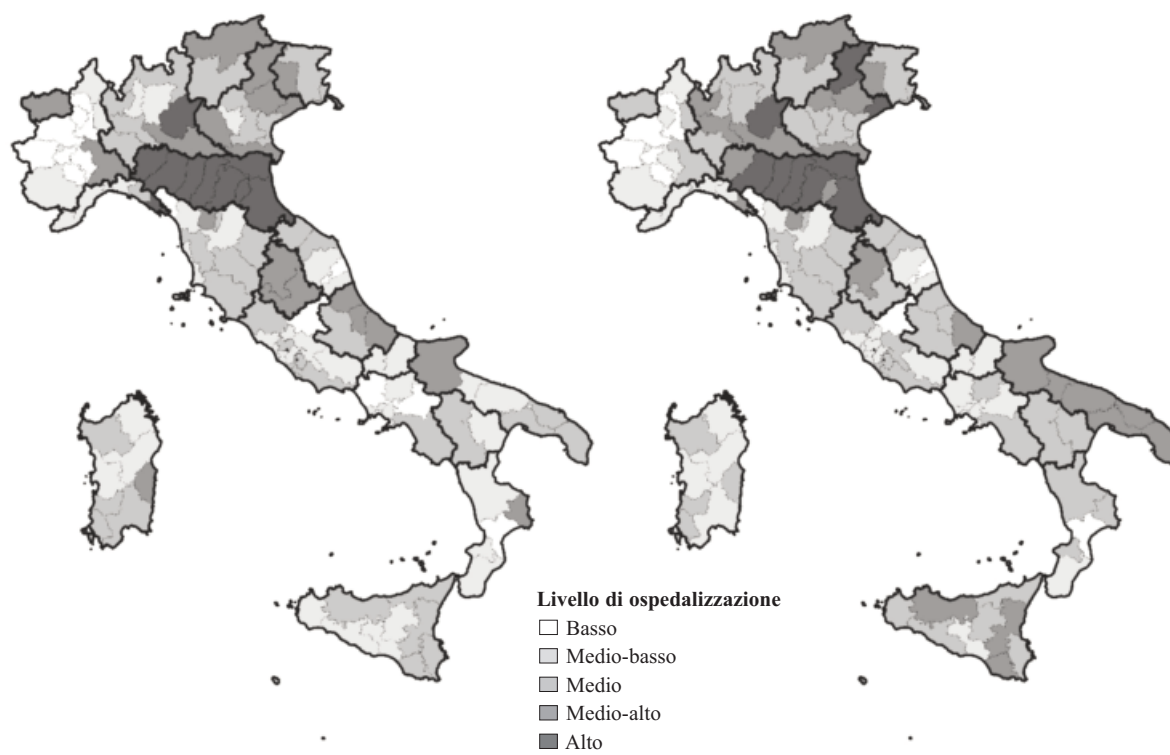
nel triennio pre-pandemico (principalmente per il Piemonte), con l'ingresso nel gruppo di alcune aree della Campania, Calabria e Sicilia; emerge, inoltre, un lieve aumento per l'ASL di Rieti che passa a un livello "medio". L'applicazione del fattore correttivo non comporta sensibili scostamenti.

Il cluster relativo ai livelli "medio-bassi" di ospedalizzazione si compone di 47 aree territoriali. Tra queste, oltre a quelle già segnalate per il triennio, si aggiungono alcune ASL prevalentemente in Lombardia, Marche, Lazio, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia e Sardegna. L'applicazione del fattore correttivo restituisce un peggioramento nei risultati, in particolare per l'ASL di Lecce, e per alcune aree della Lombardia, Lazio, Campania, Puglia, 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 37 aree variamente distribuite sul territorio. Di queste, circa il 62% presenta miglioramenti rispetto al triennio pre-pandemico (Lombardia, Veneto, Toscana, Friuli-Venezia-Giulia, Abruzzo e Sicilia), che però, per alcune aree, vengono annullati a seguito della correzione per la propensione al ricovero.

Con riferimento ai livelli di ospedalizzazione "medio-alti" e "alti", sembrano essere presenti scostamenti apprezzabili fra i due periodi. Si evidenzia, inoltre, che per alcune aree dell'Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, si registrano lievi incrementi nei punteggi alla luce dell'applicazione del fattore correttivo.

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anni 2020-2022



Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anno 2023

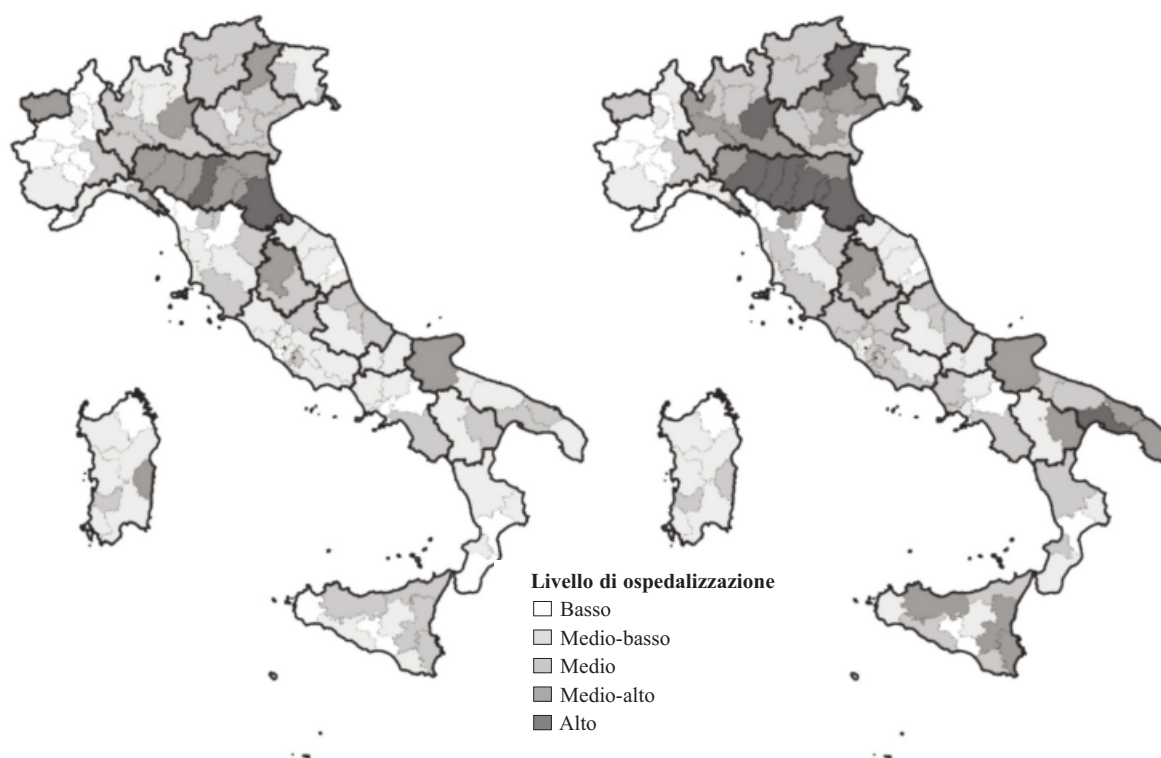


Tabella 2 - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2020-2022

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	0,03	0,45	0,02	0,99	0,03	0,18	0,05	1,75	0,09	130,25
Valle d'Aosta	0,01	0,88	0,02	1,60	0,00	0,12	0,16	2,93	0,18	156,01
Lombardia	0,06	0,91	0,06	1,06	0,08	0,35	0,08	2,60	0,07	118,56
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,42</i>	<i>1,43</i>	<i>0,04</i>	<i>1,24</i>	<i>0,24</i>	<i>0,30</i>	<i>0,18</i>	<i>3,24</i>	<i>0,03</i>	<i>146,79</i>
<i>Trento</i>	<i>0,04</i>	<i>0,62</i>	<i>0,03</i>	<i>1,02</i>	<i>0,10</i>	<i>0,44</i>	<i>0,11</i>	<i>2,84</i>	<i>0,08</i>	<i>138,53</i>
Veneto	0,07	0,81	0,04	0,85	0,11	0,40	0,09	3,08	0,05	123,95
Friuli-Venezia Giulia	0,16	0,92	0,03	1,17	0,07	0,25	0,10	2,92	0,08	131,23
Liguria	0,04	0,58	0,05	1,19	0,06	0,24	0,13	2,11	0,12	149,44
Emilia-Romagna	0,10	1,49	0,04	1,74	0,15	0,43	0,12	3,12	0,17	142,21
Toscana	0,02	0,59	0,02	1,33	0,04	0,18	0,06	2,42	0,04	128,16
Umbria	0,05	0,95	0,03	1,18	0,11	0,27	0,20	2,80	0,18	138,19
Marche	0,01	0,45	0,02	0,86	0,02	0,28	0,08	2,43	0,10	136,13
Lazio	0,02	0,50	0,01	0,84	0,07	0,30	0,15	2,70	0,05	134,02
Abruzzo	0,02	0,28	0,02	1,23	0,04	0,45	0,12	2,91	0,14	135,07
Molise	0,01	0,21	0,01	0,69	0,04	0,30	0,07	3,16	0,08	127,85
Campania	0,01	0,24	0,06	1,11	0,05	0,35	0,18	2,23	0,04	125,86
Puglia	0,03	0,25	0,03	1,55	0,03	0,27	0,16	2,38	0,11	105,95
Basilicata	0,03	0,20	0,01	1,72	0,07	0,23	0,15	2,73	0,02	119,27
Calabria	0,01	0,16	0,03	0,95	0,07	0,29	0,17	1,86	0,11	110,92
Sicilia	0,02	0,28	0,01	0,84	0,07	0,23	0,12	2,81	0,19	111,52
Sardegna	0,03	0,43	0,03	1,06	0,11	0,22	0,08	1,98	0,17	136,35
Italia	0,04	0,62	0,04	1,11	0,07	0,31	0,12	2,55	0,09	125,98

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2022 (numeratore) e Istat 2020-2022 (denominatore). Anno 2025.**Tabella 3** - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anno 2023

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	0,07	0,55	0,02	1,36	0,03	0,16	0,06	1,82	0,09	143,93
Valle d'Aosta	0,16	1,20	0,04	2,54	0,03	0,20	0,17	3,02	0,13	180,77
Lombardia	0,10	1,03	0,10	1,42	0,08	0,39	0,09	2,79	0,06	130,80
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,43</i>	<i>1,41</i>	<i>0,06</i>	<i>1,50</i>	<i>0,23</i>	<i>0,24</i>	<i>0,22</i>	<i>2,99</i>	<i>0,02</i>	<i>159,63</i>
<i>Trento</i>	<i>0,09</i>	<i>0,83</i>	<i>0,05</i>	<i>1,40</i>	<i>0,15</i>	<i>0,40</i>	<i>0,09</i>	<i>2,92</i>	<i>0,09</i>	<i>152,84</i>
Veneto	0,10	0,94	0,06	1,10	0,10	0,42	0,09	3,10	0,05	132,99
Friuli-Venezia Giulia	0,13	1,05	0,03	1,63	0,05	0,21	0,09	2,68	0,08	140,88
Liguria	0,08	0,61	0,06	1,82	0,07	0,20	0,12	2,27	0,09	165,67
Emilia-Romagna	0,11	1,62	0,04	2,22	0,12	0,45	0,13	2,91	0,17	150,30
Toscana	0,06	0,66	0,03	1,72	0,03	0,15	0,05	2,24	0,05	138,02
Umbria	0,07	0,96	0,03	1,54	0,09	0,31	0,15	2,86	0,19	153,62
Marche	0,02	0,45	0,03	1,10	0,02	0,35	0,08	2,46	0,06	147,05
Lazio	0,03	0,72	0,03	1,17	0,08	0,33	0,17	2,95	0,03	146,09
Abruzzo	0,00	0,35	0,01	1,64	0,04	0,52	0,11	2,73	0,10	146,16
Molise	0,04	0,28	0,01	1,04	0,09	0,37	0,09	3,30	0,04	141,36
Campania	0,02	0,28	0,06	1,47	0,05	0,37	0,19	2,18	0,06	136,57
Puglia	0,02	0,33	0,06	2,13	0,03	0,30	0,17	2,56	0,09	118,70
Basilicata	0,04	0,28	0,02	2,10	0,06	0,26	0,14	3,35	0,00	137,62
Calabria	0,04	0,22	0,04	1,24	0,05	0,27	0,20	2,03	0,09	132,32
Sicilia	0,02	0,30	0,02	1,17	0,07	0,24	0,12	2,96	0,17	125,12
Sardegna	0,03	0,50	0,03	1,39	0,07	0,22	0,07	1,86	0,16	151,51
Italia	0,06	0,71	0,05	1,49	0,07	0,32	0,12	2,61	0,08	138,11

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2022 (numeratore) e Istat 2020-2022 (denominatore). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel corso del 2023 si nota un aumento generale della propensione all'ospedalizzazione, che si avvicina ai livelli pre-pandemici. Questo incremento è accompagnato da un lieve aumento delle ospedalizzazioni evitabili rispetto al triennio precedente, periodo influenzato dagli effetti della pandemia di COVID-19, ma anche da una diminuzione delle stesse rispetto al triennio 2017-2019 (ad eccezione delle ospedalizzazioni per infezioni del tratto urinario).

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, Marche, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna caratterizzate da punteggi medio-bassi, e Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna associate a punteggi medio-alti.

Da questo punto di vista, l'introduzione del fattore correttivo legato alla propensione ospedaliera ha messo in evidenza un minor 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 e Sicilia si orientano verso cluster più alti dell'Indice, a seguito dell'applicazione della correzione; restano, invece, medio-alti i livelli di ospedalizzazione evitabile per l'Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.

In presenza di bassi livelli di ospedalizzazione evitabile si raccomanda il mantenimento dei comportamenti "virtuosi" 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 analizzate, 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 processo e di esito su scala territoriale, come il tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco presente nel Nuovo Sistema di Garanzia (D03C), nonché gli indicatori su prime visite e visite di controllo esposti nel presente Capitolo, 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/assets/documentation/report/agenas_pne_report_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) Report PNE 2024. Sezione "Il Treemap come strumento di valutazione sintetica". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2024.pdf.
- 5) Programma Nazionale Esiti. Documento Metodi statistici. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/fonti_metodi/metodi.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 nei 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 di valutare, simultaneamente, la capacità di intercettare il bisogno e di garantire la continuità delle cure. Naturalmente, questi indicatori vanno considerati insieme alle misure di bisogno (ad esempio, prevalenza delle condizioni croniche), di esito (ad esempio, tassi di ricoveri evitabili) e di costo.

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 DL 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 NSIS del Ministero della Salute.

Al fine di individuare la composizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata utilizzata la Classificazione FaRe (3). Tale Classificazione, dall'acronimo delle due Autrici (Fadda A. e Repetto F.), 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.

Per ogni regione di residenza degli assistiti è stato calcolato il numero complessivo di prime visite e visite di controllo erogate e, di queste, la percentuale di visite erogate all'interno o al di fuori della regione di residenza. Tra le sole visite erogate all'interno della propria regione di residenza è stata calcolata la distribuzione per tipologia di prescrittore.

Per ogni regione erogatrice è stato calcolato il tasso std per età (con metodo diretto) di prime visite e visite di controllo erogate ad assistiti residenti nella propria regione, per 100 abitanti, nel periodo 2019-2023, sulla base dei dati riportati nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale (art. 50 del DL n. 269 del 30 settembre 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 del 2019 in classi di età quinquennali dalla fascia 0-4 anni alla fascia 95 anni ed oltre. Le due misure sono state poi visualizzate con un grafico *scatter plot* nel quale le linee che dividono il grafico in quattro quadranti sono rappresentate dai valori mediani.

Descrizione dei risultati

Nell'anno 2023, su un totale di 27.390.393 prime visite erogate ad assistiti residenti in Italia, il 97,4% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza. Su un totale di 28.895.908 visite di controllo, il 96,5% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza (Tabella 1). Il numero complessivo di prime visite e visite di controllo prosegue il trend in crescita dopo la forte flessione osservata nel 2020, ma si mantiene ancora al di sotto dei valori del 2019 per quanto riguarda le visite di controllo, mentre le prime visite si riallineano ai valori pre-pandemici. Ad eccezione della Valle d'Aosta, della Liguria e delle Marche, le regioni con le più alte percentuali di fughe (residenti che effettuano visite fuori dalla propria regione di residenza) si concentrano nel Meridione (Grafico 1).

Tendenzialmente, si tratta di spostamenti su regioni limitrofe da parte di residenti di province di confine. Molise, Valle d'Aosta, Liguria, Basilicata e Umbria

sono le 5 regioni con le più alte percentuali di fughe per quanto riguarda le prime visite, alle quali si aggiunge la Calabria al posto dell'Umbria per le visite di controllo.

Due prime visite su tre sono prescritte dal medico di famiglia, mentre le visite di controllo sono prescritte più frequentemente da uno specialista ospedaliero che ha in carico il paziente (40,4%), seguito dal medico di famiglia (28,0%) (Tabella 2). La distribuzione delle visite per tipologia di prescrittore non ha subito forti cambiamenti dal 2019 al 2023, nonostante il generale calo delle prestazioni erogate e il successivo riallineamento (non ancora completato).

Come detto, nel 2023 i volumi delle prestazioni continuano a salire, pur mantenendosi complessivamente al di sotto dei valori pre-pandemici, a causa del mancato recupero delle visite di controllo. Considerando le sole visite erogate a residenti nella propria regione, nel 2023 complessivamente in Italia sono state erogate 26.677.461 prime visite (pari al 44,3% della popolazione residente) e 27.884.569 visite di controllo (pari al 45,9%). Nel 2019, le prime visite erano state 26.677.489, quelle di controllo 32.734.791, scese, rispettivamente, a 17.724.686 e 22.548.611 nel 2020 (Tabella 3).

La variabilità tra le regioni è piuttosto marcata. Per quanto riguarda le prime visite, nell'anno 2023, si va da un tasso di visite del 18,9% della Liguria al 70,0% dell'Emilia-Romagna. Considerando, invece, le visite di controllo si passa dal 17,5% della Liguria al 67,6% della PA di Bolzano.

Osservando la mappa italiana non è possibile apprezzare un chiaro gradiente geografico Nord-Sud ed Isole. Sia per le prime visite che per le visite di controllo. Infatti, Liguria, Valle d'Aosta e Veneto al Nord e le Marche al Centro, presentano valori decisamente inferiori alle altre regioni della stessa zona geografica (Grafico 2).

La combinazione dei tassi di prime visite e di visite di controllo pone tra le regioni con i valori più bassi su

entrambe le scale, nel 2023, proprio la Liguria e la Valle d'Aosta nel Nord e le Marche nel Centro, ma anche il Molise, la Campania, la Basilicata, la Sicilia e la Sardegna al Meridione (Grafico 3). Tra le regioni con i livelli di erogazione più alti troviamo, invece, alcune regioni del Centro (Lazio, Umbria e Toscana), alcune regioni del Nord (PA Trento, PA di Bolzano, Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna) e per il Sud l'Abruzzo. La distribuzione delle regioni nei 5 anni non ha subito forti stravolgimenti, anche se alcune hanno seguito traiettorie in controtendenza rispetto al trend generale, modificando leggermente il proprio posizionamento in un'ipotetica graduatoria nazionale (Tabella 3). In generale, quasi tutte le regioni hanno visto diminuire i propri tassi di erogazione di prime visite dal 2019 al 2022 (fanno eccezione Lombardia, Campania, Lazio, Toscana, PA di Trento ed Emilia-Romagna) e tutte quante hanno ridotto i tassi di visite di controllo. In particolare, Liguria, Valle d'Aosta e Marche erano le prime 3 regioni per diminuzione relativa rispetto ai valori osservati nel 2019. Nel 2023 non tutte le regioni si sono riportate sui livelli del 2019 per quanto riguarda le prime visite, come osservato a livello italiano: la Liguria (ancora -61,5%), la Valle d'Aosta (-51,5%) e le Marche (-49,7%) sono quelle che ancora mostrano valori che non raggiungono la metà dei volumi del 2019, ma anche Basilicata, Sardegna, PA di Bolzano e Molise nel 2023 sono ancora lontane dai livelli pre-pandemici. La PA di Trento (+15,2%), l'Emilia-Romagna (+14,7%), il Lazio (+8,7%) e la Toscana (+7,7%) sono, invece, le regioni in cui si rileva non solo un recupero, ma un deciso aumento dei volumi di prime visite rispetto al 2019. Per quanto riguarda le visite di controllo, tutte le regioni sono ancora su livelli inferiori rispetto al 2019, ad eccezione della sola Toscana (+2,5%). Il gap maggiore si rileva ancora una volta in Liguria (-67,1%), nelle Marche (-46,3%) e in Basilicata (-35,2%), quello minore in Friuli-Venezia Giulia (-5,2%).

Tabella 1 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per regione di residenza - Anno 2023

Regioni	Prime visite Di cui erogate nella stessa regione di residenza			Visite di controllo Di cui erogate nella stessa regione di residenza		
	N	N	%	N	N	%
Piemonte	2.761.044	2.721.548	98,6	2.811.037	2.744.840	97,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40.973	36.524	89,1	52.866	44.825	84,8
Lombardia	4.613.892	4.552.914	98,7	5.854.991	5.757.814	98,3
Bolzano-Bozen	232.714	229.310	98,5	352.485	346.599	98,3
Trento	266.793	258.642	96,9	264.568	243.287	92,0
Veneto	1.542.798	1.502.180	97,4	2.452.058	2.388.352	97,4
Friuli-Venezia Giulia	618.843	609.098	98,4	480.219	463.984	96,6
Liguria	334.062	298.016	89,2	338.494	290.858	85,9
Emilia-Romagna	3.209.243	3.172.400	98,9	2.432.757	2.377.771	97,7
Toscana	2.163.639	2.136.905	98,8	2.081.632	2.044.108	98,2
Umbria	447.437	427.446	95,5	510.115	480.465	94,2
Marche	358.747	328.271	91,5	417.881	378.264	90,5
Lazio	2.892.130	2.830.630	97,9	3.077.786	3.005.020	97,6
Abruzzo	688.313	655.763	95,3	630.817	583.337	92,5
Molise	114.108	99.098	86,8	129.479	108.682	83,9
Campania	1.819.767	1.739.110	95,6	1.973.023	1.860.235	94,3
Puglia	1.484.749	1.434.009	96,6	1.782.992	1.718.490	96,4
Basilicata	241.020	222.439	92,3	195.984	166.813	85,1
Calabria	893.629	832.128	93,1	752.915	665.992	88,5
Sicilia	2.010.081	1.952.315	97,1	1.599.247	1.532.872	95,8
Sardegna	656.411	638.721	97,3	704.562	681.962	96,8
Italia	27.390.393	26.677.467	97,4	28.895.908	27.884.570	96,5

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2025.

Grafico 1 - Prime visite e visite di controllo (valori per 100) erogate fuori dalla regione di residenza per regione di residenza - Anno 2023

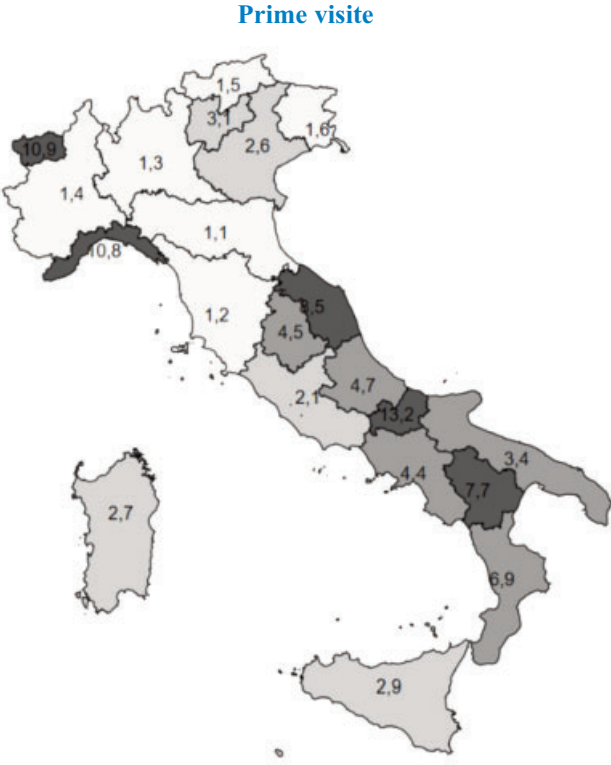


Grafico 1 - (segue) Prime visite e visite di controllo (valori per 100) erogate fuori dalla regione di residenza per regione di residenza - Anno 2022

Visite di controllo

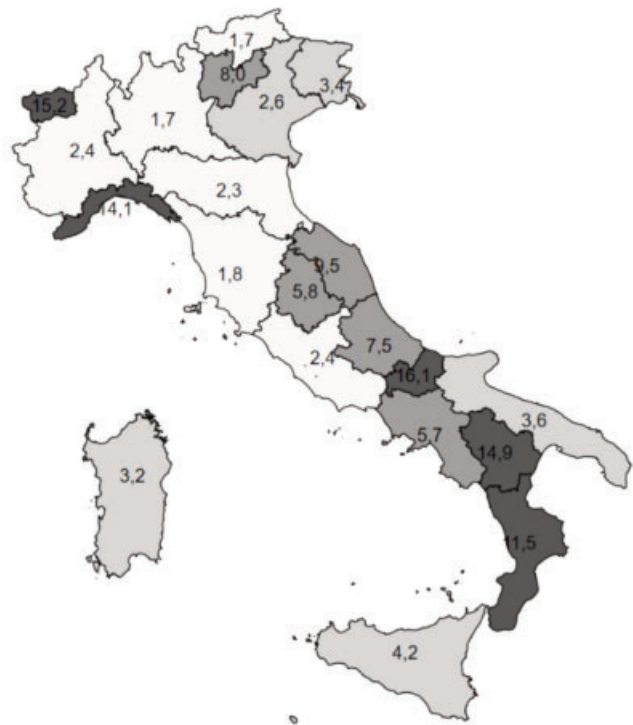


Tabella 2 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate a residenti in regione per prescrittore - Anno 2023

Prescrittore	Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	17.772.519	66,6	7.799.943	28,0
Ospedaliero	3.612.699	13,5	11.278.637	40,4
Non indicato	2.013.085	7,5	1.668.204	6,0
Pediatra di Libera Scelta	1.347.044	5,0	315.207	1,1
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	528.593	2,0	1.898.469	6,8
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	505.304	1,9	2.297.732	8,2
Specialista di struttura privata accreditata	337.035	1,3	1.318.825	4,7
Altra specializzazione	275.853	1,0	719.108	2,6
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	155.194	0,6	452.206	1,6
Guardia Medica	94.520	0,4	58.684	0,2
Altro	35.615	0,1	77.554	0,3
Totale	26.677.461	100,0	27.884.569	100,0

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2025.

Tabella 3 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato per 100) erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anni 2019-2023

Regioni	2019						2020						2021						2022						2023					
	Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo		
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	
Piemonte	2.787.307	61,8	3.113.999	68,5	1.979.185	44,2	2.246.057	49,8	2.476.433	55,7	2.452.353	54,8	2.599.139	58,3	2.547.590	56,4	2.721.548	61,1	2.744.840	60,7										
Valle d'Aosta	75.365	59,1	68.292	53,4	30.365	23,8	35.549	27,8	34.687	27,4	39.769	31,2	31.735	25,1	41.555	32,5	36.524	28,7	44.825	35,0										
Lombardia	4.269.226	42,6	6.881.925	68,8	2.803.107	27,9	4.441.362	44,1	4.141.230	41,3	5.488.979	54,7	4.306.676	42,9	5.658.531	56,2	4.552.914	45,1	5.757.814	56,7										
Bolzano-Bozen	290.306	56,7	426.323	86,1	147.474	28,4	258.846	51,4	177.069	33,9	286.049	56,5	161.707	31,0	274.364	53,9	229.310	44,0	346.599	67,6										
Trento	224.609	42,1	263.103	49,5	164.632	30,5	212.271	39,3	234.930	43,6	219.329	40,7	232.909	43,1	224.932	41,5	258.642	47,5	243.287	44,5										
Veneto	1.548.608	31,5	2.843.835	57,7	963.764	19,6	1.976.891	40,0	1.289.877	26,2	2.169.810	43,8	1.388.352	28,1	2.270.912	45,7	1.502.180	30,3	2.388.352	47,8										
Friuli-Venezia Giulia	578.793	45,6	489.582	37,6	418.520	33,2	370.239	28,4	472.889	37,6	371.402	28,6	561.321	44,7	424.848	32,8	609.098	48,4	463.984	35,7										
Liguria	775.019	46,5	883.480	51,6	397.678	24,4	534.449	31,4	280.376	17,7	286.892	17,2	285.264	18,1	277.961	16,7	298.016	18,9	290.858	17,5										
Emilia-Romagna	2.765.631	61,3	2.805.760	61,2	1.986.188	43,8	2.131.320	46,2	2.774.219	61,6	2.422.091	52,8	2.958.533	65,6	2.307.339	50,4	3.172.400	70,0	2.377.771	51,6										
Toscana	1.984.999	51,9	1.993.909	51,3	1.505.856	39,7	1.630.617	42,3	2.025.431	53,4	1.875.154	48,7	2.013.172	53,1	1.876.853	48,7	2.136.905	56,3	2.044.108	52,8										
Umbria	419.513	45,9	529.772	56,5	270.833	29,8	395.307	42,3	360.986	39,9	418.601	45,0	394.920	43,6	445.005	47,8	427.446	47,1	480.465	51,5										
Marche	652.222	41,5	704.576	44,3	293.859	18,7	400.374	25,1	331.013	21,2	385.908	24,4	329.801	21,1	363.571	23,0	328.271	21,0	378.264	23,8										
Lazio	2.603.216	44,9	3.212.795	55,8	1.845.813	32,3	2.187.619	38,3	2.289.884	40,1	2.392.829	41,7	2.607.520	45,9	2.620.393	45,4	2.830.624	49,6	3.005.019	51,6										
Abruzzo	646.452	48,4	642.830	48,0	457.565	34,3	459.978	34,3	574.406	43,4	504.758	37,8	600.589	45,2	555.573	41,5	655.763	49,1	583.337	43,5										
Molise	109.508	34,5	126.066	39,9	82.176	26,1	82.727	26,2	103.024	33,4	108.161	34,7	82.936	26,8	90.826	29,1	99.098	32,0	108.682	34,7										
Campania	1.692.674	31,9	2.062.045	39,5	1.004.667	19,1	1.252.596	24,0	1.506.435	28,4	1.441.265	27,4	1.720.609	32,3	1.683.656	31,7	1.739.110	32,5	1.860.235	34,8										
Puglia	1.433.469	36,3	1.833.128	46,7	970.786	24,8	1.404.918	36,0	1.266.058	32,1	1.506.290	38,1	1.314.822	33,1	1.554.455	39,1	1.434.009	36,0	1.718.490	42,9										
Basilicata	309.344	54,6	257.454	45,6	163.086	28,9	147.360	26,2	256.967	45,9	189.811	34,0	276.715	49,5	197.124	35,2	222.439	39,6	166.813	29,6										
Calabria	784.171	41,5	785.601	41,8	461.867	24,8	491.460	26,5	560.800	30,2	519.137	28,0	593.069	31,8	548.916	29,4	832.128	44,5	665.992	35,5										
Sicilia	1.903.220	39,3	1.794.389	37,4	1.311.076	27,5	1.256.902	26,5	1.777.974	37,1	1.372.895	28,7	1.788.673	37,1	1.395.120	29,0	1.952.315	40,4	1.532.872	31,7										
Sardegna	823.837	49,2	1.015.927	60,3	466.189	27,9	631.769	37,5	693.322	41,6	791.863	46,9	654.756	38,9	662.511	38,8	638.721	38,0	681.962	39,9										
Italia	26.677.489	44,2	32.734.791	54,2	17.724.686	29,5	22.548.611	37,4	23.628.010	39,5	25.243.346	41,9	24.903.218	41,5	26.022.035	43,0	26.677.461	44,3	27.884.569	45,9										

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario, Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge n. 326/2003), Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2023

Prime visite



Visite di controllo

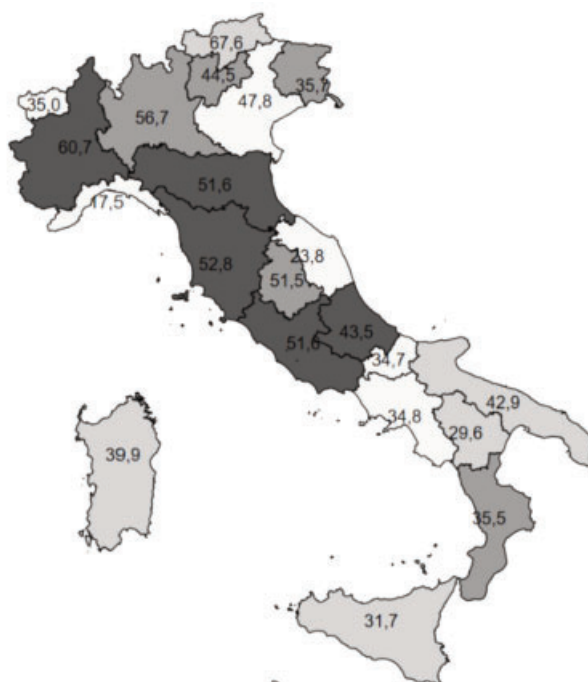
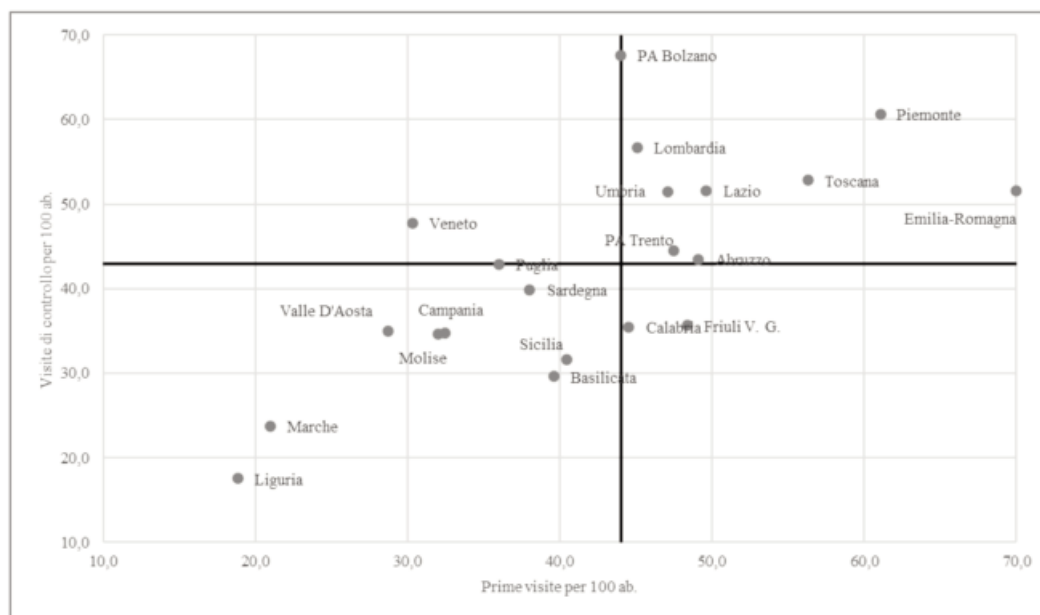


Grafico 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2023



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2025.

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.

Al netto delle fughe extra-regionali, il tasso std per età di prime visite e visite di controllo erogate nelle singole regioni e PA ai propri cittadini, rappresenta un utile indicatore di processo per misurare la capacità dell'assistenza territoriale di intercettare il bisogno di salute, attraverso la richiesta di prime visite, e garantire la continuità delle cure, attraverso le visite di controllo. Nel 2023 si osserva una decisa ripresa dei volumi di erogazione, che ancora però non ha permesso di raggiungere nuovamente i livelli pre-pandemici per quanto riguarda le visite di controllo, con l'eccezione della sola Toscana. Rimane, inoltre, alta la variabilità inter-regionale che non sempre segue un chiaro gradiente geografico dal Meridione al Settentrione.

In una lettura congiunta e integrata con altre misure utili e idonee 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 della struttura e dell'organizzazione del sistema di offerta, dell'appropriatezza prescrittiva relativa all'erogazione di specifiche pre-

stazioni e, quindi, per favorire una programmazione sanitaria coerente con la domanda di salute.

Per quanto finora illustrato, 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 e nell'ottica di una corresponsabilizzazione nella presa in carico complessiva a livello territoriale del bisogno di salute.

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 std per età di prime visite e visite di controllo nella discussione per l'implementazione degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, 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 3 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.

Cure palliative nella rete dell'assistenza territoriale: stato dell'arte e prospettive

Dott.ssa Maria Adelaide Ricciotti, Dott. Edoardo Varratta, Dott.ssa Myriam Macaluso, Dott.ssa Sabrina Dispenza, Prof. Graziano Onder

Le Cure Palliative (CP) rappresentano un pilastro fondamentale del SSN e hanno l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie croniche evolutive e delle loro famiglie, offrendo un supporto globale, continuativo e interdisciplinare. Sono rivolte a malati di qualunque età, affetti da patologie sia oncologiche che non oncologiche in fase avanzata (scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattia neurodegenerativa, insufficienza d'organo) e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono essere, infatti, integrate precocemente nel percorso di cura, anche in concomitanza con i trattamenti specialistici, controllando i sintomi, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale, favorendo la pianificazione condivisa delle cure. Le CP in Italia sono un diritto sancito dalla Legge n. 38/2010 e dai relativi Decreti attuativi, rientrano nei LEA e sono erogate in un modello "a rete" attraverso un insieme integrato di servizi quali *hospice*, unità cure palliative domiciliari, Ospedale, attività ambulatoriale in grado di garantire risposte appropriate sulla base della complessità dei bisogni. La prevalenza del bisogno di CP specialistiche nell'adulto è di 335 persone/100.000 abitanti. Si stima che, in Italia, ogni anno oltre 300 mila persone necessitano di CP, con una quota rilevante rappresentata da pazienti non oncologici.

Hospice e Cure palliative domiciliari

Secondo l'Annuario Statistico del SSN (1) e i flussi informativi Agenas (2), in Italia si contano 307 *hospice* attivi, di cui 7 pediatrici, con una disponibilità di 3.414 posti letto complessivi (Tabella 1). Tuttavia, il rapporto tra posti letto *hospice* e popolazione residente adulta resta al di sotto dello standard previsto dal DM n. 77/2022 di 8 posti letto ogni 100.000 abitanti di età ≥ 18 anni in numerose regioni. Per il 2023, il tasso medio nazionale di utenti assistiti in *hospice* è pari a 89,0 per 100.000 abitanti, con valori più elevati in Lombardia (148,2 per 100.000) ed Emilia-Romagna (129,8 per 100.000) e più bassi in Campania (31,5 per 100.000), Sicilia (33,0 per 100.000) e Calabria (42,6 per 100.000), confermando un marcato gradiente Nord-Sud nell'accesso alle cure palliative residenziali. A ciò si aggiunge una significativa eterogeneità nella distribuzione territoriale: regioni come Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia garantiscono una rete ben strutturata e diffusa, con una presenza capillare di strutture ed *équipe* multidisciplinari, mentre in altre aree, in particolare del Mezzogiorno e delle zone interne rurali, l'accesso è ostacolato da carenze logistiche, cronica carenza di personale sanitario dedicato e mancata integrazione nei sistemi di emergenza territoriale. Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) rappresentano oggi la modalità principale di erogazione di CP, ma anche in questo ambito si registrano profonde disuguaglianze sia in termini quantitativi (numero di accessi e copertura dei Distretti), sia qualitativi (pronta disponibilità h24, presenza di operatori formati e continuità del servizio).

A fronte di un fabbisogno crescente, la capacità di risposta delle reti territoriali appare ancora lontana da una reale universalità ed equità di accesso. Secondo i dati Istat (3), una quota significativa di pazienti oncologici continua a morire in Ospedale, spesso in reparti non specializzati, invece che in *hospice* o al domicilio. Nel 2022, circa il 65% dei decessi per tumore è avvenuto in Ospedale, a fronte di un 20% a domicilio e un 15% in *hospice*, valori che rimangono sostanzialmente invariati rispetto agli anni precedenti. Questo dato riflette non solo la carenza strutturale dei servizi territoriali, ma anche una diffusa difficoltà nel promuovere una cultura dell'accesso precoce alle CP. Il luogo del decesso è da tempo considerato un indicatore indiretto della qualità del sistema di CP, in quanto correlato alla possibilità di garantire scelte informate, rispetto delle preferenze espresse e accessibilità a percorsi dedicati. L'analisi incrociata delle cause di morte e del luogo del decesso rappresenta, pertanto, uno strumento chiave per monitorare l'efficacia delle politiche sanitarie in tema di fine vita e orientare gli interventi di programmazione futura, anche nella prospettiva di ridurre il ricorso a trattamenti futili e a ricoveri ospedalieri inappropriati.

Indicatori di cure palliative nei Livelli Essenziali di Assistenza

Il monitoraggio dei LEA è uno strumento fondamentale per valutare l'erogazione uniforme dei servizi sanitari sul territorio nazionale. Per le CP, diversi indicatori sono inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute. Tra questi, tre rappresentano i principali strumenti di misurazione dell'offerta e dell'appropriatezza assistenziale (Tabella 2):

- D30Z: Numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di CP sul numero totale di deceduti per causa di tumore. Misura la capacità del sistema di garantire l'accesso alle cure palliative domiciliari in fase terminale. Nel 2022, la media nazionale era pari al 37,2%, con valori superiori alla soglia di sufficienza solo in 8 regioni.

- D31C: Variazione percentuale del rapporto tra il numero di giornate di cure palliative domiciliari erogate ai malati oncologici deceduti e il numero totale di tali decessi. È una *proxy* della qualità e dell'intensità dell'assistenza domiciliare. La media nazionale nel 2022 si è attestata intorno a -6,9%, una riduzione delle giornate erogate rispetto al triennio precedente, e suggerendo una presa in carico ancora discontinua e poco intensiva nelle fasi terminali di malattia.

- D32Z: Numero di ricoveri in *hospice* di pazienti oncologici, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con degenza ≤ 7 giorni sul totale dei ricoveri in *hospice*. Questo indicatore riflette la tempestività dell'accesso alle cure residenziali palliative. Per il 2022, il valore nazionale è risultato essere 26,80%, leggermente superiore alla soglia di riferimento (<25%), indicando un accesso mediamente tardivo alle cure palliative residenziali. Valori superiori alla soglia si osservano in Valle d'Aosta, Lombardia, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna, mentre valori inferiori (buona tempestività) in Emilia-Romagna, Veneto, Lazio e Molise.

Dati dal monitoraggio DM n. 77/2022

Il monitoraggio dell'attuazione del DM n. 77/2022 da parte di Agenas nel secondo semestre 2024 (4) ha restituito un quadro ancora disomogeneo sull'integrazione delle CP nella rete territoriale. Solo 11 regioni superano l'80% di copertura distrettuale con almeno un punto di erogazione UCP-DOM. In Lombardia si rileva il numero più elevato di punti di erogazione (895), seguita da Lazio (102) e Puglia (101), mentre in regioni come Calabria, Sicilia e Molise si riscontrano livelli di copertura particolarmente bassi.

La disponibilità di *équipe* di pronta disponibilità h24 e di percorsi strutturati di presa in carico non oncologica varia ampiamente tra le regioni. In Emilia-Romagna e Lombardia tali *équipe* sono attive, rispettivamente, nel 68% e nel 98% dei Distretti, mentre in Calabria e Sicilia si registrano percentuali inferiori al 10%. Inoltre, in molte regioni del Mezzogiorno la presenza di consulenze ospedale-territorio e di percorsi simultanei è residuale o assente.

Anche l'integrazione delle CP nei nuovi assetti organizzativi territoriali risulta insufficiente. Solo 46 Case della Comunità risultano complete di tutti i servizi obbligatori (su 1.717 strutture). Le Centrali Operative Territoriali, pur essendo attive e certificate in 642 casi, raramente svolgono un ruolo strutturato nel coordinamento dei percorsi palliativi.

Tali evidenze mostrano come, a fronte di un impianto normativo ambizioso, la messa a terra delle CP nell'organizzazione territoriale sia ancora limitata da fattori strutturali, diseguaglianze regionali e insufficiente integrazione operativa.

Decessi in hospice per patologia e genere

La tipologia degli assistiti in *hospice* può essere desunta dall'analisi dei dati relativi ai certificati di decesso avvenuti in *hospice* tra il 2011 e il 2022. Questa analisi evidenzia significative differenze tra pazienti oncologici e non oncologici. Grafico 1 presenta il tasso dei decessi per patologie oncologiche avvenuti in *hospice* in rapporto al totale dei decessi per patologie oncologiche ed il tasso dei decessi per patologie non oncologiche in *hospice* in rapporto al totale dei decessi per patologie non oncologiche. Per i decessi dovuti a patologie oncologiche, la percentuale di decessi in *hospice* sul totale dei decessi ha mostrato un incremento costante fino al 2019, passando dal 9,2% al 19,5% negli uomini e dal 9,9% al 20,5% nelle donne. Dopo la flessione del 2020, legata alla pandemia di COVID-19, si è osservato un parziale recupero, con valori nel 2022 pari al 18,2% negli uomini e al 19,2% nelle donne.

Per i decessi dovuti a patologie non oncologiche, pur partendo da valori molto più bassi (0,6% nel 2011), si osserva un incremento costante e progressivo nel corso del decennio, con valori che nel 2022 raggiungono il 2,1% sia negli uomini che nelle donne. Questo dato, seppur ancora distante da quello registrato nei pazienti oncologici, rappresenta un segnale incoraggiante di apertura del sistema degli *hospice* a persone con patologie cronico-degenerative non oncologiche (ad esempio scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva e demenze avanzate e altre gravi patologie neurologiche), tradizionalmente meno rappresentate nei *setting* di cure palliative residenziali.

Il confronto temporale mostra dunque due dinamiche parallele: da un lato, il consolidamento dell'accesso all'*hospice* per i pazienti oncologici; dall'altro, una lenta ma costante crescita per i non oncologici, che rappresenta un'opportunità da consolidare attraverso politiche di equità e formazione specifica degli operatori.

Personale e formazione

Lo sviluppo delle reti di CP è condizionato dalla carenza di professionisti con specifiche competenze ed esperienza (in particolare medici palliativisti ed infermieri) e dalla difficoltà di definire degli standard di personale

per i singoli nodi della rete, anche in considerazione della limitatezza delle risorse. La Società Italiana di Cure Palliative ha proposto alcune raccomandazioni per gli standard di personale delle *équipe* specialistiche delle reti locali di CP dell'adulto (5), con l'auspicio che tale documento potesse costituire un punto di partenza per una interlocuzione istituzionale. La formazione è considerata un elemento strategico di innovazione nell'ambito della rete di CP che, coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della Legge n. 38/2010, deve promuovere programmi di formazione continua per i propri professionisti, al fine di garantire servizi omogenei, coordinati e di alta qualità. Nell'ambito del *Report Survey* ALTEMS-SICP del 2021 (6), il 42% dei medici che lavoravano nell'ambito delle cure palliative aveva più di 56 anni ed era prossimo alla pensione, mentre la percentuale dei medici entranti (fascia di età 25-35 anni) risultava appena pari all'8%. La percentuale di medici ed infermieri che avevano conseguito un master curricolare nel settore ammontava, rispettivamente, al 15,8% e 9,0% e tra i medici tale percentuale era costituita prevalentemente da MMG e da medici che avevano ottenuto una sanatoria per l'equipollenza di specialità. I *master* ad oggi continuano in qualche modo a sopperire a una carenza formativa universitaria che negli ultimi 3 anni è stata solo parzialmente colmata con l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative, che risulta ancora poco attrattiva e non in grado di poter incrementare nell'immediato il numero di specialisti necessari. Nel 2024, ad esempio, a fronte dei 170 contratti banditi per la scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative, ne sono stati assegnati unicamente 37, il 22% del totale (7).

Tabella 1 - Posti letto, utenti e giornate per utente (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) nelle strutture residenziali per assistenza ai pazienti terminali - Anno 2023

Regioni	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti
Piemonte	210	3.548	16	83,5
alle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7	154	13	125,1
Lombardia	846	14.784	17	148,2
Bolzano-Bozen	31	573	14	107,3
Trento	29	495	19	91,2
Veneto	224	3.765	18	77,6
Friuli-Venezia Giulia	64	1.291	12	108,1
Liguria	86	1.526	16	101,2
Emilia-Romagna	313	5.762	17	129,8
Toscana	176	3.768	13	102,9
Umbria	27	511	15	59,7
Marche	74	1.171	16	78,9
Lazio	437	5.352	28	93,6
Abruzzo	56	902	13	70,9
Molise	16	255	17	87,7
Campania	198	1.768	28	31,5
Puglia	246	2.926	24	74,9
Basilicata	45	611	18	113,7
Calabria	82	787	28	42,6
Sicilia	111	1.588	19	33,0
Sardegna	136	951	34	60,3
Italia	3.414	52.488	19	89,0

Nota: le strutture hospice accreditate secondo i già menzionati requisiti sono rilevate, dall'anno 2013, attraverso il modello STS11 "Dati anagrafici delle strutture territoriali" ed i relativi posti letto sono rilevati attraverso il modello STS24 "Attività sanitaria residenziale".

Fonte dei dati: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2025.

Tabella 2 - Indicatori dei Livelli Essenziali di Assistenza di cure palliative (valori per 100) per regione - Anno 2022

Regioni	N deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative sul n deceduti per causa di tumore D30Z	Δ % del rapporto tra il n annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumori e il n di deceduti per causa di tumore D31C	N di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio con durata ≤7 giorni D32Z
Piemonte	36,93	3,75	26,07
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,31	n.d.	35,61
Lombardia	55,23	2,60	29,94
Bolzano-Bozen	47,75	139,79	33,79
Trento	21,87	-72,28	16,62
Veneto	57,03	-14,29	23,39
Friuli-Venezia Giulia	15,82	81,48	25,57
Liguria	37,14	-23,03	23,05
Emilia-Romagna	53,55	0,28	23,58
Toscana	50,03	-6,04	34,23
Umbria	32,81	-5,59	21,13
Marche	24,89	-27,51	30,46
Lazio	16,99	-43,38	17,58
Abruzzo	29,15	-25,31	33,61
Molise	25,52	1.611,11	16,88
Campania	16,64	21,65	28,30
Puglia	36,92	-14,48	29,96
Basilicata	32,38	48,75	20,86
Calabria	11,96	n.d.	24,74
Sicilia	26,59	-31,76	32,19
Sardegna	22,39	n.d.	32,03
Italia	37,27	-6,88	26,80

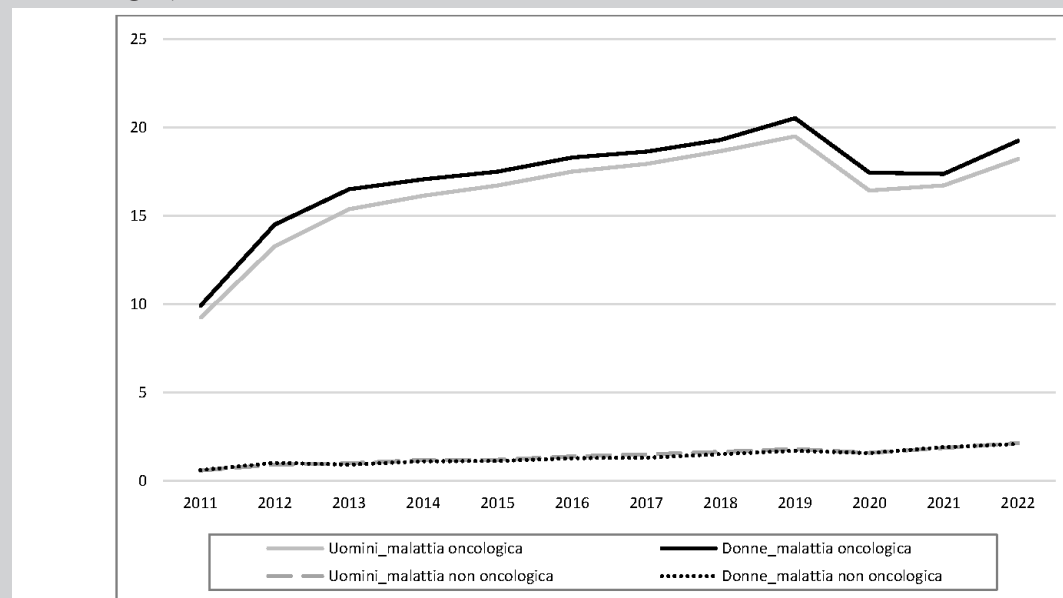
ID30Z: Valore indicatore (%) calcolato sull'intera popolazione nazionale (inclusando anche le regioni con reti CP incomplete o dati parziali).

Soglie di riferimento (valori raccomandati).

D31C: Variazione percentuale >2,50 (Il denominatore di ciascun indicatore è la media dei dati Istat di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili).

D32Z: Valori <25% indicano una quota ridotta di ricoveri brevi o di accessi tardivi (flussi NSIS).

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Agenas, Monitoraggio LEA. Nuovo Sistema di Garanzia, anno 2022, pubblicato nel 2024. Anno 2025.

Grafico 1 - Andamento dei decessi (valori per 100) in hospice per genere e tipo di patologia (oncologica vs non oncologica) - Anni 2011-2022

Fonte dei dati: Elaborazione ISS su dati Istat. Anno 2025.

Conclusioni

La fotografia attuale dell'assistenza palliativa in Italia mostra una rete ancora incompleta e profondamente disomogenea. L'analisi integrata degli indicatori LEA e dei risultati del monitoraggio dell'attuazione del DM n. 77/2022 evidenzia come, nonostante la normativa di riferimento sia chiara e ambiziosa, la sua attuazione sia frenata da ostacoli organizzativi, culturali e di risorse. La copertura dei servizi domiciliari resta insufficiente in molte regioni e l'accesso ai servizi residenziali (*hospice*) avviene spesso in fase troppo avanzata del decorso di malattia. Le differenze regionali appaiono marcate non solo in termini quantitativi ma anche qualitativi, riguardando la capacità di presa in carico precoce, la disponibilità di *équipe* multidisciplinari, la continuità assistenziale e l'accesso per i pazienti non oncologici. Una trattazione a parte meriterebbe, inoltre, lo sviluppo della rete delle CP pediatriche, in cui il percorso di piena attuazione della Legge n. 38 è ancora più articolato rispetto alla rete dell'adulto.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN-2023.
- (2) Agenas. Risultati dell'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative per le regioni/PA e lo stato di attuazione riferite all'anno 2024. Disponibile a Report_Risultati_analisi_Piani_Pot_cp_2024.pdf.
- (3) Istat. Cause di morte e luogo del decesso in Italia, 2023.
- (4) Agenas. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022 II semestre 2024.
- (5) Peruselli et al. Standard di personale per le équipe specialistiche di cure palliative che operano nelle Reti locali di Cure Palliative degli Adulti. RICP 26 (1) 2024.
- (6) Report Survey ALTEMS-SICP. Rilevazione quali-quantitativa dei medici e dei professionisti sanitari operanti nell'ambito delle cure palliative. Giugno 2021.
- (7) Ministero dell'Università e della Ricerca. (2024). Riparto dei contratti di formazione specialistica per le Scuole di Specializzazione di area sanitaria - A.A. 2023/2024 (Allegato al Decreto Direttoriale n. 1589 del 18 settembre 2024).