

7 **Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale**

di Vittoria Ardito, Oriana Ciani, Carlo Federici, Alessandro Furnari, Laura Giudice e Rosanna Tarricone¹

7.1 Introduzione

Il presente capitolo del Rapporto OASI, da alcuni anni ormai, è dedicato ad analizzare quali siano gli esiti di salute prodotti nel SSN italiano e quale sia la performance complessiva del SSN nello svolgimento dei suoi compiti precipui.

Se la Costituzione stabilisce all'art.32 la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, nonché interesse della collettività, monitorare alcune misure epidemiologiche come l'aspettativa di vita alla nascita, complessiva o in buona salute, oppure i tassi di mortalità, generale o per cause specifiche, equivale a monitorare il rispetto di un diritto costituzionalmente garantito, la cui responsabilità è ad oggi di competenza concorrente di Stato e Regioni. Lo «stato di salute» del nostro Paese può essere valutato in ottica comparativa a livello internazionale, sulla base di confronti con Paesi vicini e simili al nostro, ma anche in ottica comparativa a livello nazionale, sulla base di confronti interregionali, che potrebbero far emergere eventuali divari e quindi situazioni di diseguaglianza sul territorio nazionale. L'universalità e l'equità del diritto alla salute rappresentano principi fondamentali del SSN sin dalla sua istituzione, grazie alla lungimirante consapevolezza delle fondatrici e dei fondatori di ritenere che sistemi iniqui avrebbero costituito una soluzione non efficiente (Berkowitz *et al.*, 2020). Se la mobilità sanitaria contribuisce da un lato a garantire una maggiore equità di accesso alle prestazioni erogate dal SSN, dall'altro esiste il rischio concreto che questo fenomeno crei una significativa discriminazione fra chi può e chi non può trasferirsi in regioni non sempre limitrofe per ricevere assistenza. Queste considerazioni paiono

¹ Sebbene il paragrafo sia frutto del lavoro congiunto degli autori il paragrafo 7.1 è attribuibile a Oriana Ciani, il paragrafo 7.2 a Vittoria Ardito e Oriana Ciani, il paragrafo 7.3 a Vittoria Ardito, Laura Giudice e Alessandro Furnari, il paragrafo 7.4 a Carlo Federici, il paragrafo 7.5 a tutti gli autori.

particolarmente attuali alla luce della Legge 26 giugno 2024 n. 86 recante disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni, rispetto a cui le principali critiche emerse dal mondo sociale, amministrativo e politico si appuntano proprio sul rischio di una sanità diseguale per i cittadini e le cittadine del nostro Paese.

La tutela della salute passa necessariamente per l'erogazione di servizi, oltre ad altre funzioni quali raccolta e allocazione di risorse, investimenti in persone, infrastrutture e attrezzature, combinazione di risorse e lavoro rispetto al sistema di attese delle comunità di riferimento. Valutare la performance del SSN è importante per stabilire se il raccordo tra programmazione strategica nazionale, tattiche e azioni implementate avvicino il sistema all'obiettivo finale. A livello di sistema Paese, il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresenta un importante sistema strutturato di valutazione multidimensionale della performance, punto di riferimento per la verifica degli adempimenti richiesti alle Regioni circa le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini. A questo riguardo, anche quest'anno analizziamo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dei LEA, diventato formalmente operativo nel 2020 e ormai prossimo ad essere ancorato, quantomeno sulla parte degli indicatori cosiddetti CORE, allo sblocco della quota integrativa premiale per le Regioni adempienti. Rispetto agli scorsi anni, in questo capitolo osserviamo un elemento ulteriore, ovvero come i vari SSR impiegano le metriche NSG-CORE nei processi di responsabilizzazione delle direzioni aziendali, consapevoli del ruolo essenziale di questi strumenti nell'orientare comportamenti, scelte e riflessioni sul legame tra programmazione, processi, risultati e dimensioni della valutazione.

In questo quadro, il presente capitolo è così strutturato: il paragrafo 7.2 è dedicato alla prospettiva internazionale sugli esiti di salute, con un focus su aspettativa di vita (7.2.1) e mortalità (paragrafo 7.2.2); il paragrafo 7.3 approfondisce il contesto nazionale, con dettagli relativi a esiti di salute (i.e., speranza di vita) a livello regionale e diffusione della cronicità (paragrafo 7.3.1). A seguire un approfondimento dedicato ai sistemi di programmazione, monitoraggio e valutazione delle performance del SSN, esplorando le diverse accezioni che queste possono avere all'interno del SSN (7.3.2) e alle ricadute sugli obiettivi delle direzioni generali aziendali (7.3.3). Il paragrafo 7.4 propone un approfondimento sul tema della mobilità inter-regionale e qualità delle istituzioni. Il capitolo si conclude con una sintesi delle evidenze riportate e conseguenti riflessioni per la programmazione del SSN.

7.2 Lo stato di salute della popolazione: una prospettiva internazionale

Il presente paragrafo propone alcune considerazioni generali sullo stato di salute della popolazione, in ottica di comparazione internazionale², rappresentando un aggiornamento rispetto alla precedente edizione del Rapporto (Ardito *et al.*, 2023).

Le fonti informative considerate sono i principali osservatori e database di monitoraggio presenti a livello internazionale:

- ▶ OECD (*OECD Health Statistics 2024*), con riferimento all'anno 2022 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ WHO (*Global Health Observatory database*), con riferimento al 2022 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ GBD (*Global Burden of Disease*), con riferimento al 2022 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ Eurostat, con riferimento all'eccesso di mortalità dovuta a COVID-19 al 2023.

L'analisi si concentra su alcuni indicatori rilevanti per la definizione delle priorità di policy di salute pubblica. In particolare, sono qui considerati l'aspettativa di vita generale e in buona salute, oltre ai tassi di mortalità.

7.2.1 Aspettativa di vita

La prima dimensione presa in esame riguarda la speranza di vita nei 28 Paesi considerati tra il 2000 e il 2022, con particolare riferimento all'aspettativa di vita alla nascita (Tabella 7.1).

All'interno dei paesi in esame si osserva un aumento di circa tre anni e mezzo (+3,7 anni) nell'aspettativa di vita tra il 2000 e il 2022. I primi tre paesi in base a tale indicatore sono rispettivamente il Giappone (84,1), la Svizzera (83,7) e la Spagna (83,2), con l'Italia che si trova al sesto posto con un'aspettativa di vita pari a 82,8 anni. Si nota che la gran parte di questo trend crescente si registra nella prima parte del periodo (2000-2010), mentre tra 2010 e 2022 si denota un graduale appiattimento delle differenze su base temporale.

Prendendo come riferimento il 2019 quale ultima rilevazione precedente alla pandemia da Covid-19, in totale l'aspettativa di vita si è ridotta in media di

² Sono stati considerati i principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti USA, Canada, Giappone e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

Tabella 7.1 **Aspettativa di vita alla nascita (2000, 2010, 2022)**

| Paesi | 2000 | 2010 | 2022 | Differenza 2000-2010 | Differenza 2010-2022 | Differenza 2000-2022 |
|---------------------|------|------|------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Giappone | 81,2 | 82,9 | 84,1 | 1,7 | 1,2 | 2,9 |
| Svizzera | 79,9 | 82,6 | 83,7 | 2,7 | 1,1 | 3,8 |
| Spagna | 79,3 | 82,4 | 83,2 | 3,1 | 0,8 | 3,9 |
| Svezia | 79,7 | 81,6 | 83,1 | 1,9 | 1,5 | 3,4 |
| Lussemburgo | 78,0 | 80,7 | 83,0 | 2,7 | 2,3 | 5,0 |
| Italia | 79,9 | 82,1 | 82,8 | 2,2 | 0,7 | 2,9 |
| Irlanda | 76,6 | 80,8 | 82,6 | 4,2 | 1,8 | 6,0 |
| Norvegia | 78,8 | 81,2 | 82,6 | 2,4 | 1,4 | 3,8 |
| Francia | 79,2 | 81,8 | 82,3 | 2,6 | 0,5 | 3,1 |
| Belgio | 77,8 | 80,3 | 81,8 | 2,5 | 1,5 | 4,0 |
| Portogallo | 76,9 | 80,0 | 81,8 | 3,1 | 1,8 | 4,9 |
| Olanda | 78,2 | 81,0 | 81,7 | 2,8 | 0,7 | 3,5 |
| Canada | 79,0 | 81,1 | 81,6 | 2,1 | 0,5 | 2,6 |
| Austria | 78,2 | 80,7 | 81,4 | 2,5 | 0,7 | 3,2 |
| Danimarca | 76,9 | 79,3 | 81,3 | 2,4 | 2,0 | 4,4 |
| Finlandia | 77,7 | 80,2 | 81,2 | 2,5 | 1,0 | 3,5 |
| Grecia | 78,6 | 80,7 | 80,8 | 2,1 | 0,1 | 2,2 |
| Germania | 78,2 | 80,5 | 80,7 | 2,3 | 0,2 | 2,5 |
| Regno Unito | 77,9 | 80,6 | 80,4 | 2,7 | -0,2 | 2,5 |
| Repubblica Ceca | 75,1 | 77,7 | 79,0 | 2,6 | 1,3 | 3,9 |
| Cina | 72,0 | 75,3 | 78,2 | 3,3 | 2,9 | 6,2 |
| Polonia | 73,8 | 76,5 | 77,2 | 2,7 | 0,7 | 3,4 |
| Repubblica Slovacca | 73,4 | 75,6 | 77,0 | 2,2 | 1,4 | 3,6 |
| U.S.A. | 76,7 | 78,6 | 76,4 | 1,9 | -2,2 | -0,3 |
| Ungheria | 71,9 | 74,7 | 76,0 | 2,8 | 1,3 | 4,1 |
| Russia | 65,6 | 69,0 | 73,2 | 3,4 | 4,2 | 7,6 |
| Brasile | 70,1 | 73,9 | 72,8 | 3,8 | -1,1 | 2,7 |
| India | 62,6 | 66,7 | 67,2 | 4,1 | 0,5 | 4,6 |

Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2024

0,6 anni nei paesi in esame tra il 2019 e il 2022, raggiungendo il picco di -2,5 anni negli Stati Uniti. Con riferimento all'Italia, l'aspettativa di vita risulta pari a 82,8 anni nel 2022 (+0,1 rispetto al 2021). Nella rilevazione precedente alla pandemia da COVID-19 del 2019, l'Italia si posizionava tra i primi paesi al mondo per aspettativa di vita (83,6 anni), inferiore solo a Giappone, Svizzera e Spagna. Nel 2022 l'Italia si colloca invece al sesto posto per speranza di vita, al pari di quanto osservato con i dati del 2021 (Ardito *et al.*, 2023), ma perdendo posizioni rispetto ai paesi che registrano valori più elevati per tale indicatore (Giappone, Svizzera, Spagna, Svezia e Lussemburgo) rispetto alle precedenti rilevazioni.

In aggiunta a questa misura che esprime la «quantità» di vita attesa, l'aspettativa di vita in buona salute (*healthy life expectancy*) offre un'indicazione sulla

sua «qualità». L'aspettativa di vita in buona salute permette infatti di monitorare la salute in quanto fattore produttivo, valutare l'occupabilità dei lavoratori anziani e controllare i progressi compiuti in termini di accessibilità, qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria. Non a caso, questo indicatore figura tra i principali indicatori strutturali europei e la sua importanza è stata riconosciuta nella Strategia di Lisbona (Commissione Europea, 2017). Tale indicatore fornisce un'idea della quantità media di tempo vissuto con una patologia invalidante nell'arco della vita. Durante questi anni il cittadino sarà verosimilmente più a contatto con il sistema sanitario e di assistenza sociale del proprio Paese, beneficiando di servizi e assorbendo risorse. Queste metriche sono di estrema importanza nel disegno dei sistemi di tutela della salute, in considerazione della loro potenziale rilevanza nel consumo di servizi sanitari e nell'evoluzione dei bisogni di salute di una popolazione. Nel momento in cui si scrive (agosto 2024), non è stato possibile aggiornare tale indicatore per mancato rilascio di dati più recenti, per cui si rimanda alle precedenti edizioni del rapporto per una lettura dei dati al 2019 (Ardito *et al.*, 2023; Ardito *et al.*, 2022; Ardito *et al.*, 2021).

7.2.2 Dati di mortalità a confronto

Le considerazioni sull'aspettativa di vita possono essere integrate dall'analisi dei tassi di mortalità per cause di morte. Nonostante ci siano alcuni limiti riconosciuti nell'uso della mortalità come stimatore del bisogno (ad esempio, non restituisce informazioni sulla severità delle patologie, la sua evoluzione dipende da fattori che evolvono lentamente nel tempo e non sempre sono riconducibili all'azione degli enti preposti alla tutela della salute pubblica), i tassi di mortalità restano indicatori utili a livello macro per offrire un quadro dello stato di salute di una popolazione. Questo si riscontra anche in virtù della loro diffusione e comparabilità su dimensioni, come le sopracitate cause di morte, che l'aspettativa di vita non permette di rappresentare.

Un ulteriore aspetto rilevante è legato all'andamento dei tassi di mortalità per alcune cause specifiche, la cui riduzione è spesso identificata come obiettivo strategico verso cui tendere nei più importanti documenti di programmazione sanitaria, sia internazionali (WHO) sia nazionali (es. Piano Sanitario Nazionale). Secondo il *Global Burden of Disease Study* (GBD), a livello globale, le malattie non trasmissibili sono la causa principale di *disability adjusted life years* (DALY), contribuendo sia alla componente di anni vita persi (YLL) sia a quella di anni di vita trascorsi con disabilità (YLD). Le malattie cardiovascolari e i tumori sono i primi tra i 22 gruppi di malattie e lesioni considerate nello studio. In particolare, l'analisi per indice sociodemografico indica che, per i contesti agiati, i DALY legati al cancro hanno superato i DALY legati alle malattie cardiovascolari, rendendo i tumori la principale causa del carico totale di malattia nel 2019 (Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration).

A partire da queste considerazioni, la Tabella 7.2 mostra i tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti per specifiche cause di morte. In Italia (dati del 2020) la mortalità per malattie cardiovascolari (231,9 per 100.000 abitanti, in diminuzione rispetto alla rilevazione del 2017 pari a 249,0) è superiore a quella per tumori (206,2 per 100.000 abitanti, in riduzione rispetto al dato della precedente rilevazione del 2017 pari a 215,9). Nonostante la riduzione generalizzata registrata nella mortalità dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio nel corso degli ultimi due decenni in Italia, i tassi relativi al nostro Paese risultano ancora distanti da quelli registrati in Francia (139,3, dato del 2020), Giappone (144,4, dato del 2021), Danimarca (169,4, dato del 2021), o Lussemburgo (175,1, dato del 2022). A titolo esemplificativo, si consideri che in Italia nel 1990 il tasso di mortalità per questo tipo di patologie era pari a 469,3 per 100.000 abitanti, a cui corrispondeva una mortalità per neoplasie maligne pari a 264,7 per 100.000 abitanti. Già nel 2006 si registrava, invece, un significativo calo del tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (292,6 per 100.000 abitanti; -37,7%) a fronte di una riduzione più contenuta registrata nella mortalità per cause tumorali (226,4 per 100.000 abitanti; -22,6%). Oggi l'Italia si colloca al quindicesimo posto nel campione analizzato per mortalità dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio (stabile rispetto alla posizione occupata nella precedente edizione del Rapporto), con un dato di mortalità di 231,9 decessi ogni 100.000 abitanti rispetto alla media di 277,3 decessi ogni 100.000 abitanti del campione analizzato.

Entrambe le aree di patologia rientrano tra le cosiddette malattie non trasmissibili (*non communicable diseases* – *NCDs*), su cui da tempo è posta l'attenzione dei responsabili di sanità pubblica a livello internazionale, dato che a queste si deve oltre il 71% della mortalità osservata e circa 15 milioni di morti premature all'anno nella fascia di età tra 30 e 69 anni (WHO, 2018). Rispetto alla mortalità osservata, nei Paesi ad alto reddito la percentuale di morti dovute a NCDs arriva a rappresentare circa il 90% dei decessi (Figura 7.1). Fino al 2019, la percentuale delle cause di morte (trasmissibili, non trasmissibili e cause esterne) era rimasta pressoché invariata per i paesi considerati rispetto agli ultimi anni (88% Italia, 92% Spagna e Germania, 90% USA, 89% Regno Unito, 87% Francia per le non trasmissibili). Con le rilevazioni del 2021, si nota invece un peso percentuale più alto delle malattie trasmissibili, presumibilmente riconducibile alla pandemia di COVID-19 (14,49% per la Spagna, 14,51% per la Germania, 14,52% per la Francia, 14,54% per l'Italia, 116,16% per gli USA e 16,25% per il Regno Unito).

Con riferimento ai 15 milioni di morti premature annue³, nel mondo l'80%

³ Per morti premature si fa riferimento ai decessi tra i 30 e i 70 anni di età per malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche. Tale indicatore è calcolato sulla base dei tassi di mortalità specifici per età per le quattro cause di morte considerate (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3411>)

Tabella 7.2 **Mortalità per 100.000 abitanti per causa di morte – tasso standardizzato* (2022 o ultimo anno disponibile)**

| Paese | Malattie del sistema circolatorio | Tumori | Malattie dell'apparato respiratorio | Cause esterne di mortalità | Malattie dell'apparato digerente | Sintomi, segni, cause indefinite | Malattie del sistema nervoso | Disturbi mentali e del comportamento | Malattie dell'apparato endocrino | Altro | Tutte le cause | Anno di riferimento |
|---------------------|-----------------------------------|--------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------|----------------|---------------------|
| Austria | 281,7 | 199,3 | 36,6 | 47,1 | 29,7 | 33,7 | 31,2 | 32,3 | 42,1 | 37,7 | 842,7 | 2021 |
| Belgio | 178,4 | 199,0 | 71,6 | 53,4 | 34,9 | 57,4 | 38,8 | 36,4 | 18,9 | 47,9 | 885,6 | 2020 |
| Brasile | 286,1 | 162,1 | 109,3 | 77,8 | 49,2 | 66,9 | 39,1 | 11,7 | 71,0 | 108,0 | 1.265,1 | 2021 |
| Canada | 178,4 | 194,0 | 57,8 | 55,8 | 34,6 | 43,0 | 35,2 | 64,8 | 26,2 | 43,9 | 779,6 | 2022 |
| Danimarca | 169,4 | 225,4 | 82,5 | 28,9 | 32,5 | 67,2 | 44,6 | 53,0 | 26,4 | 44,6 | 774,5 | 2021 |
| Finlandia | 252,1 | 184,7 | 23,2 | 52,6 | 36,9 | 8,9 | 145,7 | 41,0 | 12,6 | 14,0 | 784,8 | 2021 |
| Francia | 139,3 | 200,1 | 40,3 | 47,3 | 28,1 | 71,9 | 39,5 | 26,1 | 24,3 | 36,5 | 726,5 | 2020 |
| Giappone | 144,4 | 179,3 | 65,8 | 36,7 | 24,8 | 64,2 | 22,4 | 9,1 | 10,1 | 35,8 | 599,8 | 2021 |
| Germania | 282,4 | 213,2 | 52,4 | 39,0 | 38,2 | 32,8 | 30,2 | 49,5 | 31,2 | 48,3 | 850,0 | 2020 |
| Grecia | 278,9 | 211,7 | 73,7 | 35,2 | 22,2 | 54,3 | 26,3 | 16,4 | 18,5 | 58,4 | 828,7 | 2020 |
| Irlanda | 215,5 | 226,7 | 79,9 | 36,2 | 26,3 | 6,2 | 38,1 | 45,7 | 21,8 | 37,7 | 781,6 | 2020 |
| Italia | 231,9 | 206,2 | 58,7 | 29,1 | 25,4 | 26,5 | 35,4 | 26,6 | 35,7 | 42,6 | 802,6 | 2020 |
| Lussemburgo | 175,1 | 172,9 | 49,3 | 37,8 | 29,6 | 27,8 | 33,6 | 44,4 | 22,9 | 45,9 | 675,7 | 2022 |
| Norvegia | 204,0 | 212,7 | 81,8 | 48,6 | 23,8 | 39,8 | 39,2 | 51,4 | 18,8 | 44,8 | 764,7 | 2021 |
| Olanda | 181,8 | 226,2 | 62,0 | 53,4 | 25,6 | 58,2 | 44,2 | 64,5 | 19,1 | 50,1 | 825,1 | 2022 |
| Polonia | 445,7 | 244,4 | 69,1 | 54,8 | 50,6 | 90,4 | 21,6 | 12,3 | 28,5 | 29,4 | 1.273,1 | 2021 |
| Portogallo | 214,3 | 210,4 | 78,8 | 39,7 | 34,1 | 44,7 | 28,4 | 35,8 | 32,9 | 47,0 | 766,4 | 2019 |
| Regno Unito | 196,3 | 227,2 | 88,6 | 38,0 | 42,6 | 22,5 | 58,6 | 66,7 | 15,5 | 35,2 | 895,9 | 2020 |
| Repubblica Ceca | 422,7 | 226,5 | 65,5 | 47,6 | 45,5 | 26,9 | 35,0 | 18,2 | 52,2 | 46,4 | 1.199,0 | 2021 |
| Repubblica Slovacca | 536,5 | 239,6 | 134,0 | 50,9 | 61,9 | 33,0 | 22,3 | 10,1 | 18,2 | 56,4 | 1.432,8 | 2021 |
| Russia | 741,3 | 219,6 | 57,1 | 119,9 | 72,9 | 134,4 | 48,9 | 11,7 | 21,7 | 48,3 | 1.475,9 | 2015 |
| Spagna | 178,6 | 191,1 | 53,3 | 29,4 | 35,5 | 13,5 | 38,2 | 28,6 | 22,8 | 49,7 | 703,7 | 2021 |
| Svezia | 213,0 | 182,9 | 38,6 | 43,0 | 24,4 | 27,2 | 44,2 | 44,2 | 23,6 | 40,9 | 723,8 | 2021 |

Tabella 7.2 (segue)

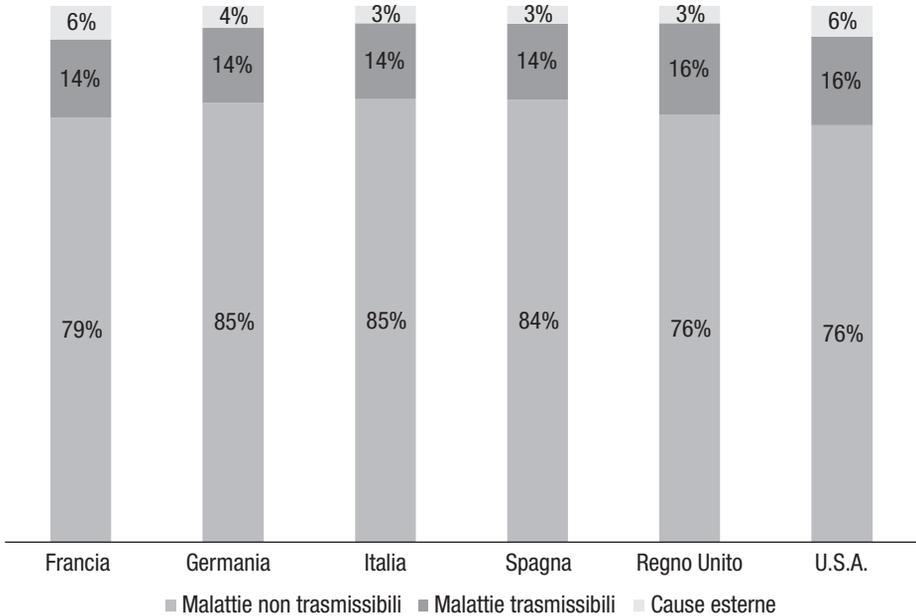
| Paese | Malattie del sistema circolatorio | Tumori | Malattie dell'apparato respiratorio | Cause esterne di mortalità | Malattie dell'apparato digerente | Sintomi, segni, cause indefinite | Malattie del sistema nervoso | Disturbi mentali e del comportamento | Malattie dell'apparato endocrino | Altro | Tutte le cause | Anno di riferimento |
|--------------|-----------------------------------|--------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------|----------------|---------------------|
| Svizzera | 180,0 | 169,4 | 33,7 | 38,8 | 24,3 | 40,0 | 30,2 | 48,0 | 16,2 | 34,3 | 670,4 | 2021 |
| U.S.A. | 285,3 | 186,3 | 76,3 | 95,8 | 40,5 | 10,6 | 78,7 | 42,7 | 52,1 | 61,3 | 1.056,5 | 2021 |
| Ungheria | 596,0 | 277,2 | 61,9 | 51,9 | 61,5 | 3,9 | 20,6 | 41,8 | 38,2 | 32,8 | 1.256,9 | 2022 |
| Media | 277,3 | 207,2 | 65,5 | 49,6 | 36,8 | 42,5 | 41,2 | 35,9 | 27,8 | 45,3 | 909,3 | |

* Il numero di decessi in base a genere e cause è estratto dal WHO Mortality Database. L'età rappresenta il criterio di standardizzazione, calcolato dall'OECD Secretariat utilizzando la distribuzione per età della popolazione 2010 dei Paesi OECD. Le cause di morte seguono la classificazione ICD-10 (International Classification of Diseases 10).

Per Canada, Lussemburgo, Olanda e Ungheria si fa riferimento all'anno 2022; per Austria, Brasile, Danimarca, Finlandia, Giappone, Norvegia, Polonia, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Spagna, Svezia, Svizzera e Stati Uniti si fa riferimento all'anno 2021; per Belgio, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia e Regno Unito al 2020; per Portogallo al 2019; per Russia al 2015. Non sono presenti dati relativi a India e Cina.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2024

Figura 7.1 **Distribuzione percentuale delle cause di morte sul totale dei decessi per macro-categoria, principali Paesi, 2021**

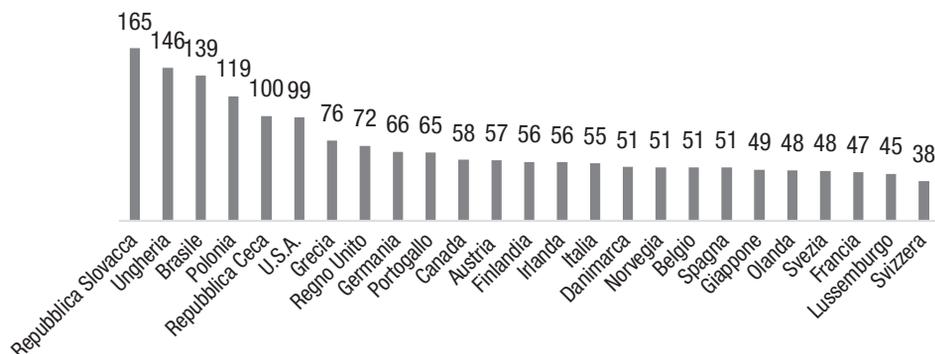


Fonte: Elaborazioni su dati del Global Burden of Disease Database.

è dovuto a malattie cardiovascolari (35%), cancro (28%), malattie respiratorie (12%) e diabete (5%). In tutti i Paesi, il dato è maggiore per gli uomini rispetto alle donne e, tra il 2000 e il 2016, si è assistito a un trend decrescente della mortalità prematura dovuta a NCDs nei principali Paesi del mondo, soprattutto grazie agli investimenti in prevenzione nelle regioni ad alto reddito (Boscolo *et al.*, 2017).

A integrazione di quanto appena evidenziato, la Figura 7.2 riporta un altro interessante indicatore legato alla mortalità, l'*amenable mortality*, utile a comprendere quanto questa possa essere imputabile a eventuali carenze dei sistemi sanitari in termini di efficacia e tempestività delle cure e degli interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia nel rispondere all'insorgere della causa primaria di morte dell'individuo. I dati riferiti al 2022 (o ultimo anno disponibile) restituiscono un quadro tutto sommato confortante per l'Italia (55 decessi ogni 100.000 abitanti under 75 a dati del 2020), con appena 10 Paesi con un valore dell'indicatore più contenuto, seppur di poco: Danimarca, Norvegia, Belgio e Spagna, 51 per 100.000 abitanti; Giappone, 49; Olanda, 48; Svezia, 48; Francia, 47; Lussemburgo, 45 e Svizzera, 38. Il fatto che i dati relativi all'Italia siano datati al 2020 (più vecchi rispetto alle rilevazioni di altri Paesi e dunque rispetto alla disponibilità dei dati connessi al Covid-19) potrebbe comportare

Figura 7.2 **Mortalità riconducibile ai servizi sanitari (amenable mortality), tasso standardizzato di morti premature (under 75) ogni 100.000 abitanti (2022 o ultimo anno disponibile)**



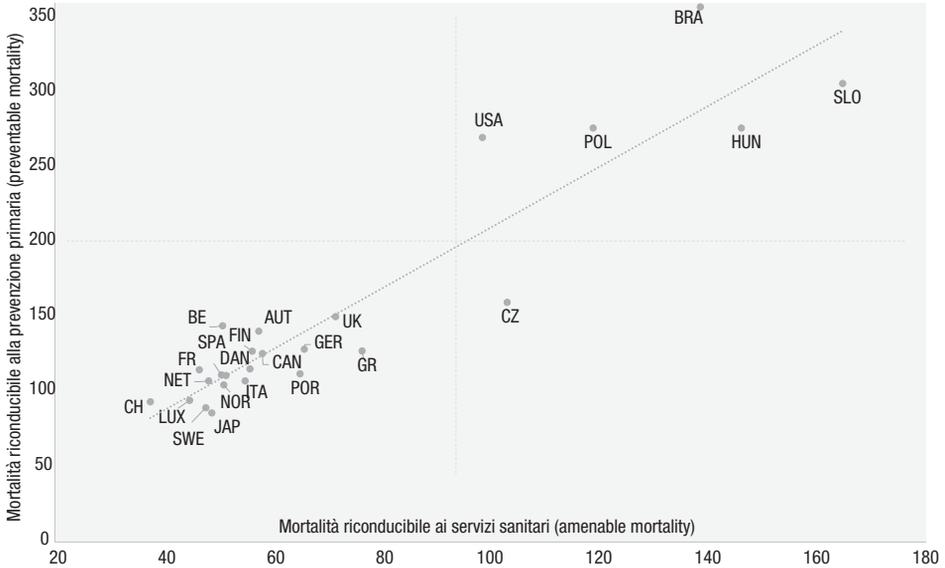
I dati relativi a Canada, Lussemburgo, Olanda, Svezia, Ungheria fanno riferimento al 2022; quelli relativi ad Austria, Brasile, Danimarca, Finlandia, Giappone, Spagna, Svizzera, Repubblica Slovacca, Polonia, e USA fanno riferimento al 2021; quelli relativi a Belgio, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia e Regno Unito al 2020; quelli relativi al Portogallo al 2019; quelli relativi alla Repubblica Ceca al 2017; quelli relativi alla Norvegia al 2016.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2024

una posizione reale migliore dal punto di vista di tale indicatore al tempo presente.

In aggiunta alla prospettiva di analisi appena illustrata e in modo complementare, la Figura 7.3 propone un confronto sulla mortalità evitabile, in particolare guardando all'incidenza della «*treatable (o amenable) mortality*» e della «*preventable mortality*». La prima è relativa ai decessi potenzialmente evitabili tramite sistemi sanitari in grado di operare in modo tempestivo ed efficace, compreso attraverso programmi di prevenzione secondaria volti a contenere a valle la fatalità delle malattie/patologie; la seconda riguarda i decessi potenzialmente evitabili tramite buone politiche di sanità pubblica e prevenzione primaria volte a ridurre a monte l'incidenza delle malattie. Il grafico mostra un trend lineare: nel quadrante in alto a destra figurano paesi con elevata mortalità lungo entrambe le dimensioni di analisi, come ad esempio Slovenia, Brasile, Polonia e Ungheria; nel quadrante in basso a sinistra, invece, figurano Paesi come Svizzera, Giappone, Svezia e Lussemburgo, che, evidenziando valori contenuti in entrambe le dimensioni di indagine, sono indicativi di sistemi sanitari in grado di intervenire efficacemente a monte e a valle, sia sulla prevenzione di primo e secondo livello, sia sul trattamento. In questo senso, il caso dell'Italia è piuttosto rassicurante, assumendo valori in linea con quelli degli altri Paesi simili per complessità dei sistemi sanitari e per struttura socio-economica.

Figura 7.3 **Confronto tra la mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*amenable mortality*) e la mortalità riconducibile alla prevenzione primaria (*preventable mortality*) ogni 100.000 abitanti (tassi standardizzati)**



Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2024

7.3 Esiti e performance: il contesto nazionale

Il presente paragrafo propone una rappresentazione di alcune rilevanti misure di esito e di performance che mirano a inquadrare lo stato di salute della popolazione italiana e del suo SSN. In questo quadro, il paragrafo riporta il confronto interregionale di speranza di vita generale e in buona salute (par. 7.3.1), con l'aggiunta di un rinnovato approfondimento sulla prevalenza delle cronicità e sulla mortalità evitabile rispetto alla precedente edizione del capitolo (Ardito *et al.*, 2023). Propone inoltre un approfondimento sui sistemi di monitoraggio del SSN (par. 7.3.2) e sulle modalità di definizione delle priorità di alcuni SSR attraverso l'analisi degli obiettivi assegnati alle direzioni strategiche aziendali nell'ultimo anno disponibile (par. 7.3.3). A tal fine, sono state considerate le seguenti fonti informative:

- ▶ ISTAT (Sistema di nowcast per indicatori demografici), con riferimento agli anni 2002-2023 o ultima rilevazione disponibile;
- ▶ BES (Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2024), con riferimento all'anno 2023;
- ▶ ISTAT (Indagine su decessi e cause di morte), con riferimento agli anni 1990-2023 o ultima rilevazione disponibile;

- ▶ ISTAT (Indagine su stato di salute e comorbidità), con riferimento agli anni 2002-2023 o ultima rilevazione disponibile;
- ▶ Ministero della Salute (Griglia di Monitoraggio LEA – Nuovo Sistema di Garanzia), con riferimento agli anni 2019-2022;
- ▶ Le Delibere regionali di assegnazione degli obiettivi annuali alle direzioni aziendali, con specifico riferimento a Piemonte (DGR 7-8279 del 2024), Lombardia (DGR 512/2023), Emilia-Romagna (DGR 945/2024), Lazio (DGR 1111/2022), Sicilia (DGR 195/2024).

7.3.1 Speranza di vita e cronicità nel paese

La Tabella 7.3 mostra come la speranza di vita alla nascita tra il 2005 e il 2022 sia aumentata di 1,9 anni a livello nazionale, raggiungendo un valore di 82,6 anni. Le Regioni che nel 2022 fanno registrare la più elevata speranza di vita

Tabella 7.3 **Speranza di vita alla nascita e a 65 anni (2005, 2010, 2015, 2022)**

| Regione | Speranza di vita alla nascita | | | | Speranza di vita a 65 anni | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2005 | 2010 | 2015 | 2022 | 2005 | 2010 | 2015 | 2022 |
| Piemonte | 80,6 | 81,6 | 82,1 | 82,5 | 19,2 | 20,0 | 20,2 | 20,2 |
| Valle d'Aosta | 79,7 | 81,3 | 81,1 | 82,3 | 19,1 | 19,8 | 19,9 | 20,7 |
| Lombardia | 80,9 | 82,0 | 82,8 | 83,2 | 19,4 | 20,1 | 20,5 | 20,8 |
| P.A. Bolzano | 81,3 | 82,7 | 83,2 | 83,4 | 19,9 | 20,8 | 21,2 | 21,1 |
| P.A. Trento | 81,4 | 82,5 | 83,5 | 84,2 | 20,0 | 20,7 | 21,2 | 21,7 |
| Veneto | 81,4 | 82,4 | 82,9 | 83,4 | 19,7 | 20,3 | 20,7 | 20,9 |
| Friuli-Venezia Giulia | 80,6 | 81,8 | 82,4 | 83,0 | 19,4 | 20,1 | 20,5 | 20,8 |
| Liguria | 80,7 | 81,6 | 82,2 | 82,5 | 19,5 | 19,9 | 20,4 | 20,3 |
| Emilia-Romagna | 81,3 | 82,3 | 82,9 | 83,3 | 19,8 | 20,4 | 20,7 | 20,9 |
| Toscana | 81,5 | 82,4 | 82,8 | 83,3 | 19,7 | 20,4 | 20,7 | 20,8 |
| Umbria | 81,1 | 82,3 | 82,9 | 83,3 | 19,5 | 20,5 | 20,8 | 21,0 |
| Marche | 82,1 | 82,8 | 83,0 | 83,3 | 20,3 | 20,8 | 20,9 | 20,9 |
| Lazio | 80,4 | 81,2 | 82,2 | 82,9 | 19,1 | 19,6 | 20,3 | 20,6 |
| Abruzzo | 81,1 | 81,6 | 82,3 | 82,6 | 19,5 | 20,1 | 20,5 | 20,4 |
| Molise | 80,6 | 81,6 | 82,1 | 81,9 | 19,3 | 20,3 | 20,4 | 20,1 |
| Campania | 79,1 | 80,0 | 80,5 | 81,0 | 18,1 | 18,8 | 19,0 | 19,3 |
| Puglia | 80,9 | 82,0 | 82,4 | 82,6 | 19,4 | 20,1 | 20,3 | 20,6 |
| Basilicata | 80,6 | 81,8 | 82,0 | 82,1 | 19,2 | 20,1 | 20,3 | 20,3 |
| Calabria | 80,5 | 81,5 | 81,9 | 81,7 | 19,1 | 20,0 | 20,1 | 19,9 |
| Sicilia | 80,0 | 80,8 | 81,3 | 81,4 | 18,6 | 19,3 | 19,6 | 19,5 |
| Sardegna | 80,6 | 81,8 | 82,2 | 82,0 | 19,6 | 20,5 | 20,7 | 20,3 |
| Nord | 81,0 | 82,1 | 82,7 | 83,1 | 19,5 | 20,2 | 20,5 | 20,7 |
| Centro | 81,1 | 81,9 | 82,6 | 83,1 | 19,5 | 20,1 | 20,5 | 20,7 |
| Sud | 80,1 | 81,1 | 81,6 | 81,8 | 18,8 | 19,6 | 19,8 | 19,9 |
| ITALIA | 80,7 | 81,7 | 82,3 | 82,6 | 19,3 | 20,0 | 20,3 | 20,4 |

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2024

nel Paese sono la P.A. di Trento, la P.A. di Bolzano e il Veneto (rispettivamente 84,2, 83,4 e 83,4 anni), mentre i valori più modesti si osservano in Campania, Sicilia e Calabria (rispettivamente 81, 81,4 e 81,7 anni). Rispetto ai dati pre-COVID del 2019, tuttavia, l'aspettativa di vita alla nascita si riduce in tutte le regioni italiane di un valore medio pari a -0,5 anni. Le Regioni in cui ad oggi si osserva una riduzione più pronunciata sono Molise (-1,1 anni) e Sardegna (-1,0 anni), anche se in leggera ripresa rispetto ai dati della precedente edizione del Rapporto (Ardito *et al.*, 2023).

Anche con riferimento all'aspettativa di vita a 65 anni si registra un aumento generalizzato nel periodo in analisi e a livello nazionale si raggiunge un valore pari a 20,4 anni, con un incremento di +1,13 anni tra il 2005 e il 2022. Tuttavia, rispetto alle precedenti rilevazioni, si riscontra una riduzione anche rispetto a questo indicatore. Tutte le regioni fanno registrare una riduzione tra il 2019 e il 2022 (rilevazione pre-COVID), con i cali più alti registrati anche in questo caso in Molise (-1,1 anni), Sardegna (-1,0 anni) e Abruzzo (-0,9 anni) e, più in generale, un calo leggermente più significativo nelle regioni del Centro-Sud rispetto alle regioni del Nord d'Italia (rispettivamente, -0,6 anni nel Centro e Sud d'Italia, e -0,5 anni nel Nord d'Italia).

Dopo aver analizzato la «quantità» di vita attesa, è interessante valutarne la «qualità» utilizzando come *proxy* la speranza di vita in buona salute. La Tabella 7.4 permette di osservare come la speranza di vita in buona salute alla nascita nel nostro Paese mostri una rilevante eterogeneità interregionale: si passa dai 52,8 anni della Calabria (in riduzione rispetto ai dati del 2022) ai 66,5 della P.A. di Bolzano (pure in riduzione rispetto ai dati del 2022), con un dato medio nazionale di 59,2 anni, in riduzione rispetto al dato 2022 (60,1 anni; -0,9). In generale, il 2023 si contraddistingue per la riduzione di questo indicatore rispetto al valore della precedente rilevazione in 14 Regioni, con i maggiori decrementi osservati in Basilicata (-5,1 anni), Molise ed Umbria (-3,9 anni) e Puglia (-2,9 anni). Se si considera la popolazione con oltre 65 anni di età, a fronte di una speranza di vita a 65 anni pari a 20,4 anni (rif. tabella precedente) circa la metà degli anni di vita (10 anni) trascorrono mediamente senza limitazioni nelle attività quotidiane a livello nazionale, nonostante l'aumento dell'incidenza di malattie croniche legate all'invecchiamento e dei pazienti multi-cronici. La P.A. di Trento vanta la maggior aspettativa di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni pari a 12,5 anni (in aumento di +0,3 anni rispetto al 2022), seguita da P.A. di Bolzano e Veneto (12,2 anni), Piemonte e Liguria (11,8). I valori più modesti si riscontrano invece in Sicilia e Calabria (8,8 anni), Puglia (9,1 anni) e Molise e Basilicata (9,6 anni). È interessante notare che tale indicatore si riduce rispetto al corrispettivo valore del 2022 in 7 Regioni (Lombardia, P.A. di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Puglia e Calabria).

Mettendo in relazione le diverse variabili indagate finora, emerge come a livello nazionale il differenziale tra aspettativa di vita alla nascita generale e in

Tabella 7.4 **Speranza di vita in buona salute alla nascita e speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (2023, dati provvisori)**

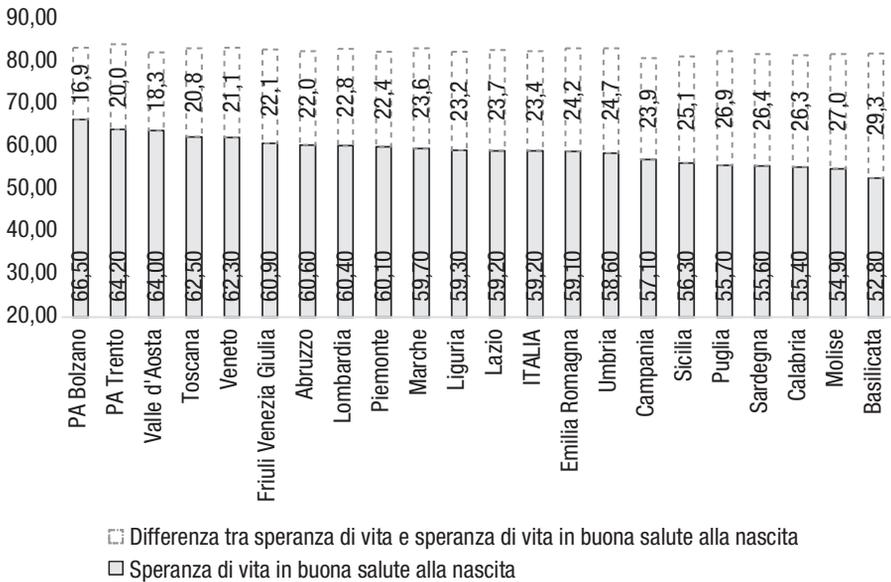
| Regione | Speranza di vita in buona salute alla nascita | Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni |
|-----------------------|---|--|
| Piemonte | 60,1 | 11,8 |
| Valle d'Aosta | 64,0 | 11,6 |
| Lombardia | 60,4 | 11,2 |
| P.A. Bolzano | 66,5 | 12,2 |
| P.A. Trento | 64,2 | 12,5 |
| Veneto | 62,3 | 12,2 |
| Friuli-Venezia Giulia | 60,9 | 11,2 |
| Liguria | 59,3 | 11,8 |
| Emilia-Romagna | 59,1 | 10,8 |
| Toscana | 62,5 | 10,9 |
| Umbria | 58,6 | 10,0 |
| Marche | 59,7 | 11,6 |
| Lazio | 59,2 | 10,4 |
| Abruzzo | 60,6 | 11,0 |
| Molise | 54,9 | 9,6 |
| Campania | 57,1 | 9,7 |
| Puglia | 55,7 | 9,1 |
| Basilicata | 52,8 | 9,6 |
| Calabria | 55,4 | 8,8 |
| Sicilia | 56,3 | 8,8 |
| Sardegna | 55,6 | 9,8 |
| ITALIA | 59,2 | 10,6 |

Fonte: Rapporto BES 2024

buona salute sia pari a 23,4 anni, in aumento rispetto alla precedente edizione del Rapporto, quando era pari a 22,4 anni (Ardito *et al.*, 2023). Similmente a quanto osservato nelle precedenti edizioni, a dati 2022-2023 le Regioni che fanno registrare i valori più elevati di tale differenziale sono Basilicata (29,3 anni), Molise (27 anni) e Puglia (26,9 anni). Viceversa, le Regioni con il differenziale più contenuto sono P.A. di Bolzano (16,9 anni), Valle d'Aosta (18,3 anni) e P.A. di Trento (20,0 anni) (Figura 7.4). Sebbene la stima della speranza di vita in buona salute alla nascita sia stata derivata da misure soggettive (sulla base del numero di individui che rispondono «bene» o «molto bene» alla domanda sulla salute percepita dell'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana»), va sottolineato come i valori dell'indicatore siano fortemente correlati alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari, oltre a cogliere la variabilità degli effetti che i diversi eventi patologici producono sulla qualità della vita dei soggetti (Crialesi *et al.*, 2014).

Oltre alla speranza di vita, alla nascita e a 65 anni, un altro dato interessante per illustrare le condizioni di salute di un paese è relativo alla prevalenza delle

Figura 7.4 **Differenziale in anni tra speranza di vita (2022) e speranza di vita in buona salute alla nascita (2023, dati provvisori), per regione**



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2024 e Rapporto BES 2024

cronicità. In continuità con l'edizione precedente del rapporto (Ardito *et al.*, 2023), si propone pertanto un approfondimento sulla diffusione delle malattie croniche in Italia, con uno spaccato per regioni, contesto abitativo di riferimento, e titolo di studio, aggiungendo inoltre una vista per classe di reddito.

In particolare, la Tabella 7.5 e la Tabella 7.6 classificano i malati cronici con 6 anni o più rispettivamente in base alla provenienza geografica e al contesto abitativo di riferimento. Nello specifico, le tabelle riportano il dettaglio delle persone con almeno una o due malattie croniche, con malattie croniche in buona salute e delle persone che non soffrono di alcun tipo di cronicità. Si nota come nel Nord Italia ci siano più persone in buona salute (70,2 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche, a fronte di una media nazionale di 68,7) o con malattie croniche in buona salute (46,2 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche, a fronte di una media nazionale di 42,9), mentre nel Sud Italia e nelle isole vi è una maggiore concentrazione di persone con almeno due malattie croniche ogni 100 persone con le medesime caratteristiche (rispettivamente 22,0 e 23,8 persone, a fronte di una media nazionale di 20,8). In particolare, le Regioni che riportano un miglior dato di persone in buona salute sono P.A. di Bolzano (79,6 persone) e P.A. di Trento (75,5) e Valle D'Aosta (74,4), mentre le Regioni con il più alto tasso di persone con almeno due malattie croniche sono Molise (26,5 persone), Sardegna (25,3) e Basilicata (24,2). Guardando invece

Tabella 7.5 **Malati cronici con 6 anni o più in base alla provenienza geografica, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2023)**

| Malati cronici con 6 anni o più in base all'area geografica | Persone con almeno una malattia cronica | Persone con almeno due malattie croniche | Persone con malattie croniche in buona salute | Persone in buona salute |
|---|---|--|---|-------------------------|
| Abruzzo | 39,0 | 20,9 | 44,2 | 70,2 |
| Basilicata | 44,0 | 24,2 | 33,3 | 60,2 |
| Calabria | 39,1 | 23,8 | 33,4 | 64,8 |
| Campania | 37,4 | 21,1 | 38,7 | 68,7 |
| Emilia-Romagna | 43,2 | 21,7 | 43,3 | 68,4 |
| Friuli-Venezia Giulia | 39,5 | 20,2 | 46,9 | 69,4 |
| Lazio | 41,0 | 21,1 | 43,0 | 68,8 |
| Liguria | 43,9 | 22,6 | 42,2 | 65,9 |
| Lombardia | 40,4 | 19,5 | 45,3 | 70,3 |
| Marche | 39,5 | 19,5 | 41,9 | 68,1 |
| Molise | 45,9 | 26,5 | 38,0 | 61,7 |
| Piemonte | 41,5 | 20,4 | 45,6 | 68,9 |
| P.A. Bolzano | 29,7 | 13,1 | 59,2 | 79,6 |
| P.A. Trento | 36,9 | 17,1 | 55,1 | 75,5 |
| Puglia | 42,7 | 22,4 | 38,7 | 64,9 |
| Sardegna | 44,5 | 25,3 | 38,3 | 63,1 |
| Sicilia | 39,8 | 23,3 | 35,7 | 66,3 |
| Toscana | 39,4 | 18,2 | 47,9 | 71,6 |
| Umbria | 44,8 | 23,8 | 40,3 | 66,0 |
| Valle d'Aosta | 39,6 | 20,4 | 51,7 | 74,4 |
| Veneto | 38,9 | 18,1 | 50,5 | 72,6 |
| Nord | 40,6 | 19,8 | 46,2 | 70,2 |
| Centro | 40,6 | 20,2 | 44,1 | 69,4 |
| Sud | 39,8 | 22,0 | 38,2 | 66,7 |
| Isole | 41,0 | 23,8 | 36,4 | 65,5 |
| Italia | 40,5 | 20,8 | 42,9 | 68,7 |

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2024

al contesto abitativo di riferimento, si conferma il trend osservato nella precedente edizione del rapporto (Ardito *et al.*, 2023), ma in opposizione rispetto a quanto osservato in edizioni ancora precedenti (Ardito *et al.*, 2022). Vi è infatti una maggiore probabilità di essere in buona salute se si vive in periferia (70,9), piuttosto che nel centro di un'area metropolitana (67,4 persone), così come di sviluppare almeno una malattia cronica nelle zone metropolitane rispetto a quelle periferiche (rispettivamente, 41,4 e 39,5 persone ogni cento con le stesse caratteristiche).

A seguire, la Tabella 7.7 categorizza i malati cronici con 6 anni o più in base al titolo di studio conseguito. È infatti ampiamente documentato in letteratura che livelli di istruzione più elevati sono tradizionalmente associati

Tabella 7.6 **Malati cronici con 6 anni o più in base al contesto abitativo di riferimento, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2023)**

| Malati cronici con 6 anni o più in base al contesto abitativo di riferimento* | Persone con almeno una malattia cronica | Persone con almeno due malattie croniche | Persone con malattie croniche in buona salute | Persone in buona salute |
|---|---|--|---|-------------------------|
| fino a 2,000 ab, | 42,2 | 22,3 | 40,1 | 66,3 |
| 2,001 – 10,000 ab, | 40,6 | 21,0 | 42,5 | 68,1 |
| 10,001 – 50,000 ab, | 39,6 | 20,1 | 44,5 | 69,1 |
| 50,001 ab, e più | 41,0 | 20,7 | 43,9 | 69,1 |
| centro area metropolitana | 41,4 | 22,1 | 40,7 | 67,4 |
| periferia area metropolitana | 39,5 | 19,9 | 43,0 | 70,9 |

Per quanto riguarda il contesto abitativo, si distingue tra comuni appartenenti all'area metropolitana (suddivisi in comuni centro dell'area metropolitana (Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania, Cagliari) e comuni che gravitano intorno ai comuni centro dell'area metropolitana) e comuni non appartenenti all'area metropolitana suddivisi in: comuni aventi fino a 2.000 abitanti; comuni con 2.001-10.000 abitanti; comuni con 10.001-50.000 abitanti; comuni con oltre 50.000 abitanti) (Fonte: Istat).

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2024

Tabella 7.7 **Malati cronici con 6 anni o più in base al titolo di studio conseguito, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2023)**

| Malati cronici con 6 anni o più in base al titolo di studio | Artrosi artrite | Bronchite cronica | Diabete | Disturbi nervosi | Ipertensione | Allergie | Malattie del cuore | Osteoporosi | Ulcera gastrica o duodenale |
|---|-----------------|-------------------|------------|------------------|--------------|-------------|--------------------|-------------|-----------------------------|
| licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio | 25,3 | 9,0 | 12,1 | 8,5 | 28,4 | 8,4 | 7,7 | 16,2 | 2,5 |
| licenza di scuola media | 16,3 | 7,1 | 7,4 | 5,0 | 20,7 | 11,1 | 4,5 | 7,3 | 2,4 |
| diploma | 11,5 | 5,2 | 4,3 | 3,5 | 16,6 | 12,3 | 3,2 | 5,5 | 1,8 |
| laurea e post-laurea | 9,9 | 4,4 | 3,2 | 3,3 | 15,0 | 12,9 | 3,0 | 4,7 | 1,6 |
| totale | 15,3 | 6,3 | 6,5 | 4,9 | 19,8 | 11,3 | 4,5 | 8,0 | 2,1 |

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2024

a migliori *outcome* di salute, compreso una minore prevalenza ed incidenza di malattie croniche (Choi *et al.*, 2011; Oude *et al.*, 2019, Raghupathi *et al.*, 2020). In questo caso, si riporta lo spaccato per tipologia specifica di cronicità: artrosi/artrite, broncopolmonite cronica, diabete, disturbi nervosi, ipertensione, allergie, malattie del cuore, osteoporosi, ulcera gastrica o duodenale. Similmente a quanto osservato nel precedente Rapporto, anche i dati del 2023 mostrano che, per ogni caso considerato, la probabilità di soffrire di patologie croniche è inversamente proporzionale rispetto al titolo di studio conseguito. Si osservano meno cronicità in chi ha conseguito un corso di laurea o post-laurea rispetto a chi ha conseguito un diploma di scuola superiore; meno cro-

nicità in chi ha un titolo di diploma superiore rispetto a chi ha una licenza di scuola media, e così via.

Infine, la Tabella 7.8 classifica i malati cronici con 15 anni o più in base alle categorie professionali (tra cui, dirigente, quadro, lavoratore in proprio, operaio/a, studente, casalingo/a), e allo stato occupazionale (ossia, occupato, in cerca di prima occupazione, disoccupato/a in cerca di nuova occupazione, ritirato/a dal lavoro, e in altra condizione). Ogni 100 persone con le medesime caratteristiche, 78,3 dirigenti, imprenditori, e liberi professionisti sono in buona salute, a fronte di soli 76,5 operai e apprendisti. Si nota un maggior numero di casalinghi/e con almeno una o almeno due malattie croniche (rispettivamente, 56,5 e 36,1 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche), rispetto alle altre categorie professionali. Guardando invece allo stato occupazionale, i soggetti in cerca di prima occupazione sono la categoria con il maggior numero di persone in buona salute ogni 100 con le stesse caratteristiche, chiaramente anche per motivazioni anagrafiche. Confrontando i soggetti occupati con quelli disoccupati in cerca di nuova occupazione, nei primi si contano 76,6 persone in buona salute ogni 100 con le stesse caratteristiche, mentre nei secondi tale dato scende a 67,5 persone. Similmente, i primi contano un minor numero di persone ogni 100 con le stesse caratteristiche con almeno una o due malattie croniche (rispettivamente, 32,4 e 10,8), rispetto ai secondi (rispettivamente, 38,0 e 15,3).

Tabella 7.8 **Malati cronici con 15 anni o più in base alle categorie professionali e allo stato occupazionale, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2023)**

| Malati cronici con 15 anni o più in base a categorie professionali e stato occupazionale | Persone con almeno una malattia cronica | Persone con almeno due malattie croniche | Persone con malattie croniche in buona salute | Persone in buona salute |
|--|---|--|---|-------------------------|
| Dirigenti, imprenditori, liberi professionisti | 35,0 | 11,8 | 60,7 | 78,3 |
| Direttivo, quadro, impiegato | 33,3 | 10,9 | 57,2 | 76,4 |
| Lavoratore in proprio, coadiuvante familiare, co.co.co. | 32,8 | 10,7 | 57,0 | 75,6 |
| Operaio, apprendista | 30,2 | 10,3 | 55,1 | 76,5 |
| Casalinga-o | 56,5 | 36,1 | 31,7 | 51,4 |
| Studente | 16,7 | 2,9 | 78,0 | 89,5 |
| Occupato | 32,4 | 10,8 | 57,0 | 76,6 |
| In cerca di prima occupazione | 21,8 | 6,0 | 51,5 | 77,5 |
| Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione | 38,0 | 15,3 | 44,2 | 67,5 |
| Ritirato-a dal lavoro | 77,9 | 52,6 | 32,8 | 41,2 |
| In altra condizione | 79,6 | 52,4 | 17,5 | 24,6 |
| Totale | 45,3 | 23,6 | 42,1 | 64,9 |

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2024

Tabella 7.9 **Mortalità evitabile (prevenibile e trattabile), tassi standardizzati per 10.000 residenti di 0-74 anni**

| Regione | Mortalità evitabile (dati 2021) |
|-----------------------|---------------------------------|
| Piemonte | 19,7 |
| Valle d'Aosta | 17,6 |
| Lombardia | 17,2 |
| P.A. Bolzano | 15,1 |
| P.A. Trento | 15,1 |
| Veneto | 16,2 |
| Friuli-Venezia Giulia | 19,7 |
| Liguria | 18,3 |
| Emilia-Romagna | 17,2 |
| Toscana | 17,0 |
| Umbria | 17,5 |
| Marche | 16,7 |
| Lazio | 20,6 |
| Abruzzo | 19,0 |
| Molise | 23,2 |
| Campania | 25,0 |
| Puglia | 20,3 |
| Basilicata | 18,2 |
| Calabria | 20,6 |
| Sicilia | 22,0 |
| Sardegna | 19,6 |
| ITALIA | 19,2 |

Fonte: Rapporto BES 2024

In ultimo, si propone un approfondimento sulla mortalità evitabile a livello nazionale (Tabella 7.9). In linea con quanto osservato all'interno del precedente paragrafo 7.2.2, la mortalità evitabile (prevenibile e trattabile)⁴ si riferisce ai decessi che potrebbero essere significativamente ridotti attraverso la promozione di stili di vita più sani, la riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali e l'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata e accessibile. A livello nazionale, a dati 2021 si osservano 19,2 morti evitabili ogni 10.000 persone di 0-74 anni. Le Regioni con i tassi più bassi di mortalità evitabile sono la P.A. di Trento e la P.A. di Bolzano (entrambe 15,1) e il Veneto (16,2), mentre le Regioni in cui la situazione è più critica sono la Campania (25,0), il Molise (23,2), e la Sicilia (22,0). Anche rispetto a tale indicatore, pertanto, si osservano le differenze tra profili regionali lungo il gradiente nord-sud.

⁴ In questa sede, si considerano pertanto congiuntamente le due fattispecie di «amenable mortality» e «preventable mortality», che erano invece trattate separatamente nel paragrafo 7.2.2.

7.3.2 Sistemi di monitoraggio e valutazione del SSN

Il monitoraggio del SSN nelle sue diverse articolazioni è un'attività centrale per cogliere e provare a rappresentarne la sostenibilità e l'efficacia nel perseguimento degli obiettivi di sistema. Si tratta di un complesso meccanismo che investe i diversi livelli istituzionali che lo caratterizzano e che richiede un reciproco adattamento tra priorità trasversali e capacità di approfondire specifici ambiti clinico-assistenziali. Un andamento complessivo soddisfacente può essere di fatto garantito soltanto bilanciando le due componenti. Nel farlo, inevitabilmente, è necessario che siano individuate delle priorità a monte, tipicamente soggettive, che investono tanto il livello tecnico-manageriale quanto il suo raccordo con il sistema di attese di una comunità e il livello politico che ne esprime la rappresentanza. Questi ultimi due elementi sono essenziali per cogliere l'importanza della ciclicità delle attività di programmazione e monitoraggio, con specificità chiaramente differenziate in base all'oggetto e al livello istituzionale di osservazione.

In questo contesto, la Figura 7.5 propone una schematizzazione dei principali strumenti che guidano e/o orientano il funzionamento complessivo del SSN nelle sue diverse articolazioni. Si tratta di un primo tentativo di catturare e isolare in un'unica rappresentazione i principali strumenti di programmazione e monitoraggio del sistema sanitario. Trattandosi di una forma di rappresentazione sintetica, non è stato possibile includere la totalità degli strumenti in dotazione al SSN. Tuttavia, è stata proposta un'accurata selezione di quelli ritenuti principali a livello nazionale e regionale, provando a offrire un quadro ampio e sufficientemente esaustivo di come il SSN cerchi di governare nella complessità. In particolare, ne sono state identificate tre famiglie:

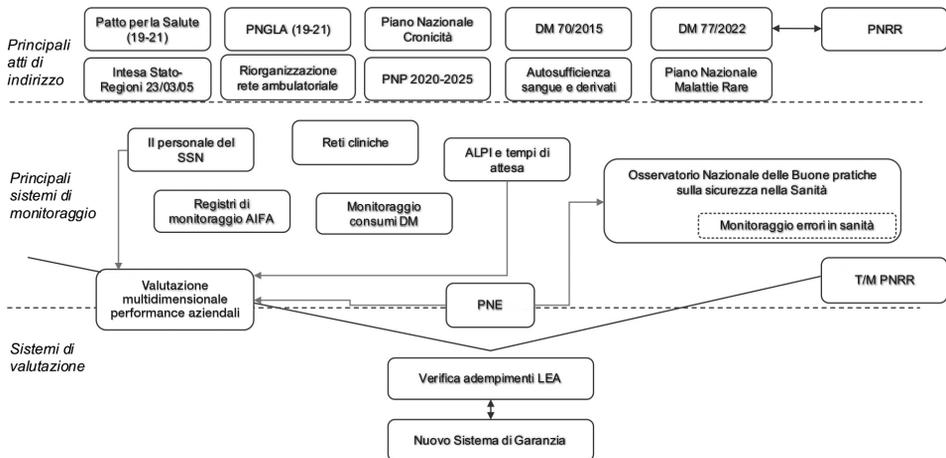
- ▶ **Atti di indirizzo:** documenti programmatici che indicano le principali linee di indirizzo rispetto a specifici temi (es. configurazione della rete ospedaliera, rete territoriale, modalità di azione per rispondere ai fabbisogni di salute).
- ▶ **Sistemi di monitoraggio:** complesso di strumenti destinati a verificare l'andamento di specifici ambiti di attività attraverso la selezione di elementi prioritari che li caratterizzano e parametri che li descrivono.
- ▶ **Sistemi di valutazione:** complesso di strumenti e meccanismi attivati per definire e regolare il ciclo di verifica e ri-programmazione del conseguimento di obiettivi da parte di organizzazioni e livelli istituzionali sovraordinati.

Le tre famiglie rappresentano tre momenti diversi nel ciclo della programmazione sanitaria. La prima mira a offrire la direzione di politica sanitaria del Paese; la seconda ha l'obiettivo di accompagnare la gestione dei diversi livelli istituzionali e sostenere il SSN nelle sue articolazioni attraverso la verifica della congruenza tra indirizzo e implementazione e/o attraverso lo sviluppo di

metriche disegnate ad hoc; la terza offre sinteticamente elementi e criteri per osservare in modo critico il livello di conseguimento degli obiettivi istituzionali da parte del sistema sanitario. Ambito trasversale, il passaggio essenziale è dettato dalla fase di definizione della misurazione, tanto più cruciale quanto più rende operative le priorità nel provare a rappresentare attraverso misure oggettive il fenomeno che cerca di descrivere.

In sintesi, i diversi atti di indirizzo rappresentano la cornice all'interno della quale si inseriscono le scelte regionali e aziendali di configurazione dei servizi e di allocazione delle risorse, successivamente monitorati dal Comitato LEA in sede di valutazione degli adempimenti LEA, recentemente aggiornata a dati 2019. Qui per «verticali» si intendono i diversi ambiti disciplinari (prevenzione, assistenza ospedaliera, attività trasfusionale, ...) che caratterizzano le attività del SSN. Essi sono dotati di appositi strumenti di monitoraggio e, laddove non espressamente previsto, richiedono l'individuazione di soggetti responsabili a livello regionale e, a cascata, aziendale. In questo senso, il Programma Nazionale Esiti (PNE) rappresenta un primo connettore di ambiti disciplinari, fungendo da punto di raccordo delle diverse prospettive di osservazione del SSN e dei SSR in termini di appropriatezza organizzativa e clinica ed esiti di salute generati. In seconda battuta, il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG, descritto nel capoverso successivo), cerca di rendere omogenee le diverse prospettive di cui si compone il SSN, offrendo una rappresentazione di sintesi dei livelli di risul-

Figura 7.5 **Programmazione sanitaria e sistemi di monitoraggio del SSN: quadro sinottico***



* L'acronimo PNGLA fa riferimento al Piano Nazionale Governo Liste di Attesa; PNP si riferisce al Piano Nazionale Prevenzione; PNHTA-DM fa riferimento al Piano Nazionale HTA per i dispositivi medici. Nei sistemi di monitoraggio non è stato esplicitamente inserito il riferimento alle metriche disegnate in ambito PNHTA-DM, in quanto non ancora operative.

Fonte: rielaborazione degli autori su fonti istituzionali

tato in termini di erogazione dei LEA. Il tentativo, non sempre pienamente raggiunto, è quello di rappresentare in ottica integrata ed esaustiva le diverse dimensioni che compongono gli ambiti di attività del SSN e di rapportarlo ai fabbisogni di salute espressi dalla popolazione. Nello schema proposto, è stato incluso inoltre anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che viene descritto nel perimetro degli attuali sistemi di monitoraggio. Come noto, si tratta di un programma di spesa che avrà impatto sulla gestione e le modalità di erogazione dei servizi. L'impatto e l'eventuale effetto «moltiplicatore» che potrà generare in termini di benefici sui meccanismi operativi aziendali e sui risultati regionali e nazionali sono tutti da costruire. Il fatto che il PNRR offra modesti spazi di approfondimento circa le metriche di monitoraggio dei risultati effettivamente conseguibili dal 2026 (termine fissato per la realizzazione degli interventi) in avanti rappresenta il motivo per cui viene posizionato solo tangenzialmente all'interno del framework qui proposto.

Come già trattato in precedenti versioni del Rapporto (Ardito *et al.*, 2021), l'attività di monitoraggio dell'erogazione dei LEA rappresenta un importante e strutturato momento di verifica multidimensionale del profilo quali-quantitativo dei servizi erogati dal SSN e, implicitamente, della sua performance. Rappresenta un punto di riferimento per la verifica degli adempimenti richiesti alle Regioni circa le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire ai cittadini. In questo quadro, il NSG rappresenta lo strumento attraverso cui concretizzare il monitoraggio delle condizioni di qualità, appropriatezza e uniformità dei servizi erogati dal SSN. Recentemente aggiornato rispetto alla precedente versione (DM 12 marzo 2019), è costituito da un sistema descrittivo, di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata nelle diverse regioni, disegnato allo scopo di integrare il lavoro del Comitato LEA in sede di verifica degli adempimenti dei SSR e monitorare l'erogazione dei LEA nelle regioni con riferimento a efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia ed appropriatezza clinica e sicurezza delle cure. Il NSG è organizzato per macro-livelli di monitoraggio: ai tradizionali tre già previsti dal precedente sistema di garanzia (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) ne vengono aggiunti due che provano a rappresentare in maniera più ampia il tema dell'evoluzione della domanda e della capacità del sistema di rispondere ai fabbisogni emergenti (elementi di contesto per la stima del bisogno sanitario, aspetti di equità sociale e monitoraggio PDTA). Per ciascuna macro-area sono individuate delle batterie di indicatori, per un totale di 88. In particolare:

- ▶ 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- ▶ 33 per l'assistenza distrettuale;
- ▶ 24 per l'assistenza ospedaliera;
- ▶ 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;

- ▶ 1 indicatore di equità sociale;
- ▶ 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

All'interno del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori cosiddetto «CORE» (Tabella 7.10), distribuito sulle aree «Prevenzione collettiva e sanità pubblica», «Assistenza Distrettuale» e «Assistenza Ospedaliera», da utilizzare a regime per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA e il conseguente accesso alla quota integrativa del FSN da parte delle Regioni.

In discontinuità rispetto alla vecchia griglia LEA, dove il punteggio per ciascuna regione veniva calcolato in forma aggregata per i diversi macro-livelli sottoposti a monitoraggio, con il nuovo sistema i punteggi dei livelli di prevenzione, assistenza ospedaliera e distrettuale/territoriale vengono riportati in forma separata, ciascuno su una scala normalizzata da 0 a 100, e calcolati come una media pesata dei punteggi degli indicatori per ciascun macro-livello. La soglia minima ai fini della «sufficienza» in ciascun livello è stabilita al 60% (mentre per la griglia LEA, il punteggio totale minimo per essere considerati adempienti era 160, corrispondente a circa il 70% del punteggio massimo ottenibile). Analizzando i risultati sperimentali fatti registrare dalle singole regioni sulle singole aree identificate dal NSG, emerge un quadro sostanzialmente confortante, almeno rispetto alla soglia di sufficienza impiegata come metrica per la valutazione del livello quali-quantitativo di erogazione dei LEA, sebbene non manchino spazi importanti di miglioramento. In sintesi, a dati 2022 (Tabella 7.11):

- ▶ Otto Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna) figurerebbero come «non adempienti».
- ▶ Una Regione (Valle d'Aosta) registra in tutte le aree valori al di sotto della soglia di «sufficienza».
- ▶ Aumenta, rispetto al 2021, il numero di regioni che soffre in maniera particolare sul fronte della prevenzione, con 7 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna) contro le 2 del 2021.
- ▶ L'unica Regione a registrare difficoltà nell'area ospedaliera è la Valle D'Aosta, nonostante sia stato il principale oggetto di attenzione dello scorso decennio (si pensi, ad esempio, al DM 70 del 2015 e all'iniziale focalizzazione del PNE su metriche ospedaliere).
- ▶ L'area distrettuale registra criticità in Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna, oltre alla già citata Valle d'Aosta.

Indagando le singole aree, è interessante notare l'andamento dei singoli indicatori in ottica comparata. La Figura 7.6 ne offre una sintesi sviluppata lungo due direttrici: da un lato, la variabilità dei risultati conseguiti dalle singole regioni

Tabella 7.10 **Indicatori «core» del Nuovo Sistema di Garanzia per area di monitoraggio**

| Area prevenzione | Area distrettuale | Area ospedaliera |
|--|---|--|
| P01C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | D03C* – Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a b/l termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente |
| P02C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | D04C* – Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | H02Z – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui |
| P10Z – Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino | D09Z – Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario |
| P12Z – Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale | D10Z – Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B | H05Z – Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni |
| P14C – Indicatore composito stili di vita | D14C – Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici | H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario |
| P15C – Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, colon e mammella | D22Z – Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) | H17C – Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti |
| | D27C – Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche | H18C – Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti |
| | D30Z – Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | |
| | D33Za – Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) | |

* Indicatori D03C e D04C da inserire nel CORE ad anni alterni. Nell'anno 2022 è stato inserito nel CORE l'indicatore D03C

Tabella 7.11 **Applicazione indicatori CORE-NSG: sintesi 2022**

| Regione | 2022 | | | Adempienza 2022 |
|-----------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | Area Prevenzione | Area Distrettuale | Area Ospedaliera | |
| Piemonte | 88,79 | 86,55 | 87,07 | ✓ |
| Valle d'Aosta | 48,48 | 47,25 | 55,23 | ✗ |
| Lombardia | 90,18 | 94,66 | 86,09 | ✓ |
| P.A. Bolzano | 54,14 | 77,03 | 75,23 | ✗ |
| P.A. Trento | 94,27 | 76,45 | 98,35 | ✓ |
| Veneto | 94,08 | 96,40 | 91,36 | ✓ |
| Friuli Venezia Giulia | 71,24 | 73,30 | 75,29 | ✓ |
| Liguria | 61,41 | 86,81 | 77,49 | ✓ |
| Emilia Romagna | 96,13 | 95,57 | 93,50 | ✓ |
| Toscana | 86,57 | 96,42 | 92,32 | ✓ |
| Umbria | 79,59 | 83,88 | 84,42 | ✓ |
| Marche | 60,91 | 91,03 | 91,26 | ✓ |
| Lazio | 74,08 | 72,07 | 81,30 | ✓ |
| Abruzzo | 49,31 | 62,18 | 73,10 | ✗ |
| Molise | 50,69 | 61,23 | 67,54 | ✗ |
| Campania | 69,68 | 55,76 | 68,66 | ✗ |
| Puglia | 75,97 | 70,02 | 79,69 | ✓ |
| Basilicata | 68,46 | 61,92 | 78,03 | ✓ |
| Calabria | 36,59 | 34,88 | 63,78 | ✗ |
| Sicilia | 47,18 | 58,04 | 78,38 | ✗ |
| Sardegna | 46,55 | 50,45 | 69,11 | ✗ |

Nota: le celle in grigio scuro della tabella si riferiscono a quei valori che non raggiungono la soglia di 60 nella singola area di riferimento.

Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2024)

(espresso dal coefficiente di variazione⁵ – CV – della distribuzione); dall'altro il punteggio medio (range 0-100; soglia di «accettazione»: 60) attorno a cui si distribuisce questa variabilità. Il combinato disposto dei due fattori consente infatti di offrire una fotografia circa (i) il grado di convergenza/divergenza dei risultati conseguiti dalle regioni e (ii) il livello di performance mediamente raggiunto dai SSR, considerati in forma aggregata, sui singoli indicatori. Per entrambe le dimensioni sono stati individuati tre sotto-livelli di classificazione. In particolare:

- La variabilità interregionale è stata considerata «contenuta» o «nulla» (alto livello di convergenza) in presenza di $CV < 0,10$, «media» in presenza di un CV compreso tra 0,10 e 0,35 (estremi inclusi, convergenza media), «elevata» (basso livello di convergenza) in presenza di $CV > 0,35$.

⁵ Il coefficiente di variazione è un indice di dispersione che permette di confrontare misure di fenomeni riferite a unità di misura differenti; è, dunque, una grandezza a-dimensionale, ossia non riferita ad alcuna unità di misura, ed è calcolato come rapporto tra la deviazione standard di una distribuzione (misura di dispersione dati intorno a un indice di posizione) e la sua media.

- Per quanto riguarda il punteggio medio, invece, in caso di valori al di sotto della soglia di 60, le performance complessive sono state ritenute modeste e al di sotto della soglia di accettazione minima; nel caso di valori compresi tra 60 e 80 (estremi inclusi), le performance dei SSR sono state considerate di livello medio; con valori superiori alla soglia discrezionale di 80, infine, le performance sono state considerate elevate/eccellenti.

Utilizzando queste lenti, la Figura 7.6 offre una fotografia del posizionamento delle metriche NSG-CORE nel 2022, comparandolo con il 2019. In entrambi gli anni di rilevazione emerge innanzitutto come nessun indicatore presenti bassi livelli di performance uniti a bassa variabilità, nè livelli elevati in entrambe le dimensioni. Nel primo caso, si tratta di una nota estremamente positiva, nella misura in cui nessuno degli indicatori vede un generalizzato sotto-raggiungimento dei valori soglia previsti. Nel secondo caso, invece, l'assenza di indicatori con punteggio elevato ed alta variabilità è più legata al metodo impiegato per l'analisi: il range limitato di punteggi medi (80-100) considerato per rappresentare elevati livelli di performance limita la possibilità di ottenere valori elevati del coefficiente di variazione. Parallelamente, non si segnalano nemmeno indicatori caratterizzati simultaneamente da: (i) bassa variabilità e livelli di performance medi e (ii) da variabilità media e livelli di performance bassi, al di sotto della soglia di 60. Per il 2022, si segnala, invece, come:

- Per buona parte delle metriche NSG-CORE (5 sui 20 considerati – 25%; erano 4 nel 2019), i risultati conseguiti dai SSR sono caratterizzati da un livello di performance medio (punteggio medio compreso tra 60 e 80) e un'elevata variabilità ($CV > 0,35$). Dunque, alcune regioni fanno registrare valori particolarmente elevati nei valori dei singoli indicatori, mentre altre, al contrario, registrano dei punteggi particolarmente bassi. La distribuzione delle metriche lungo le tre aree di osservazione è abbastanza bilanciata: in un caso si tratta di metriche legate all'area prevenzione, in due casi all'assistenza distrettuale e a quella ospedaliera rispettivamente.
- in modo strettamente collegato, in 6 casi (30% delle 20 misure considerate – così come nel 2019) gli indicatori fanno registrare nuovamente livelli di performance medi, ma in questo caso accompagnati da una minore variabilità (CV compreso tra 0,10 e 0,35). Rispetto al raggruppamento precedente, in questo caso l'omogeneità tra i risultati conseguiti dalle regioni è maggiore, sebbene persista una certa divaricazione tra regioni con punteggi elevati e regioni con valori più contenuti. Tre delle metriche appartenenti a questo gruppo fanno riferimento all'area distrettuale, due a quella ospedaliera e una all'area della prevenzione.
- Per 5 indicatori (25% del campione – erano 8 nel 2019, dato in significativo peggioramento) le regioni fanno registrare diffusamente dei punteggi medi

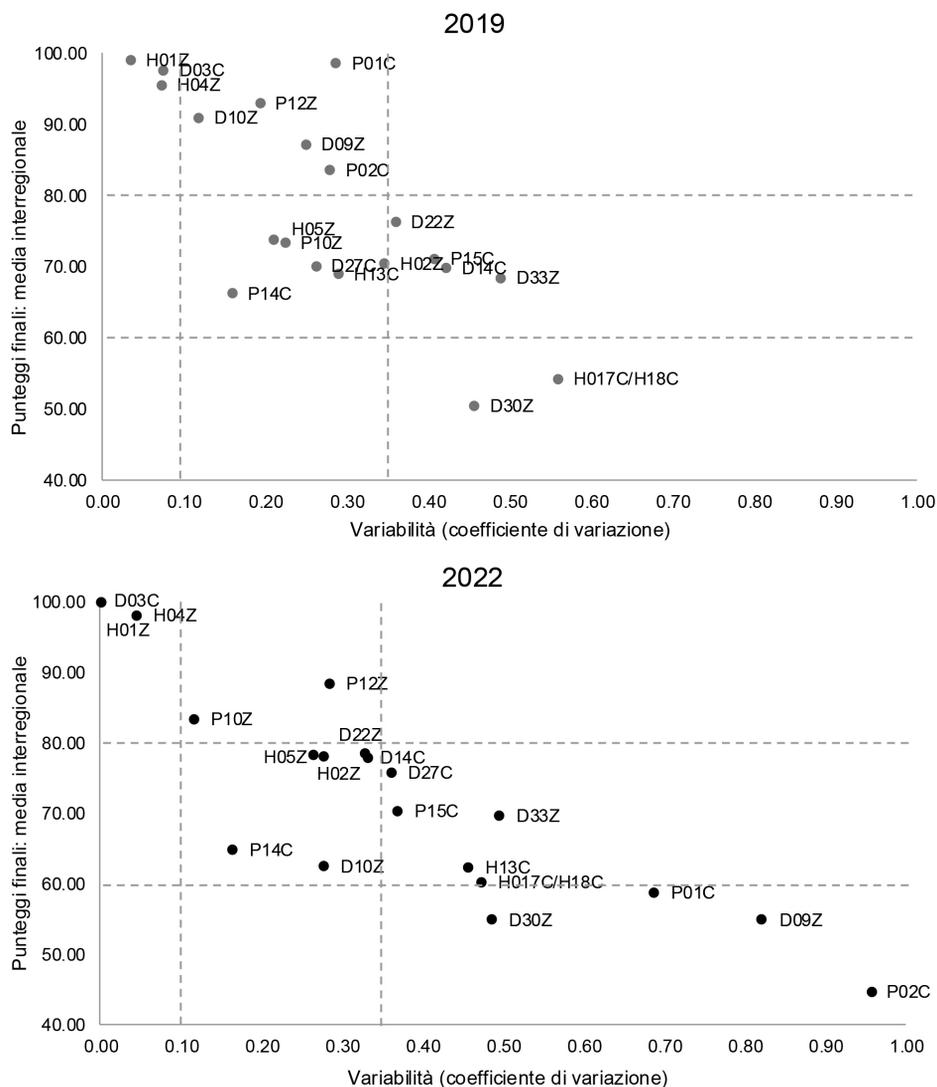
elevati (range 80-100). In tre di questi casi (uno per ciascuna area, quadrante in alto a sinistra della Figura), la variabilità è pressoché nulla, mostrando una generalizzata convergenza da parte di tutte le regioni nel raggiungimento di elevati standard sulla metrica considerata. Nei restanti due casi, entrambi dell'area distrettuale, la variabilità osservata è media (CV rispettivamente pari a 0,12 e 0,28), testimoniando la presenza di poche regioni in cui l'indicatore registra un punteggio modesto.

- Infine, in 4 casi (20% – erano 2 nel 2019, anche in questo in significativo peggioramento), gli indicatori mostrano livelli di performance bassi accompagnati da elevati livelli di variabilità. In questo caso, dunque, le regioni si posizionano in maniera profondamente differenziata ed eterogenea rispetto al conseguimento dei valori target degli indicatori.

La fotografia qui descritta ha delle potenziali implicazioni anche se vista in termini prospettici. Se, infatti, si va oltre la lettura statica e di posizionamento dei singoli indicatori e si prova ad adottare un approccio maggiormente orientato alla programmazione, è infatti interessante notare come le metriche possano essere fondamentalmente organizzate in tre famiglie: (i) aree di generalizzato mantenimento dei risultati conseguiti, caratterizzate da una variabilità molto contenuta e in cui tendenzialmente tutte le regioni fanno registrare valori elevati degli indicatori osservati; (ii) aree di possibile miglioramento, laddove a livelli di performance medi corrisponde una variabilità media o elevata; (iii) aree diffusamente da potenziare, laddove i livelli di performance registrati sono particolarmente modesti e sono accompagnati da una variabilità elevata. Queste ultime due aree riguardano nel 2022 ben 15 indicatori sui 20 (75%) e testimoniano come esistano spazi di miglioramento significativi per buona parte dei SSR sulle dimensioni selezionate, specialmente se si considera il peggioramento rispetto al periodo pre-pandemico (le misure in queste due aree erano 12 nel 2019).

Analizzando l'andamento nel tempo delle tre macro-aree oggetto di sperimentazione, le Figure che seguono rappresentano l'evoluzione nel periodo 2019-2022 rispettivamente per l'area prevenzione (Figura 7.7), l'area distrettuale (Figura 7.8) e l'area ospedaliera (Figura 7.9). Con riferimento alla prima area si osserva un peggioramento piuttosto generalizzato rispetto alle performance del 2021, in quanto 12 regioni presentano punteggi inferiori all'anno precedente (in 10 casi su 12 la flessione supera il 10%, fanno eccezione Toscana e Lazio con peggioramenti più contenuti). Le performance del 2022 delineano un peggioramento diffuso anche rispetto al periodo pre-pandemico, dal momento che solo 3 Regioni su 21 (P.A. Trento, P.A. Bolzano, Emilia-Romagna) hanno migliorato il proprio punteggio rispetto al 2019 (rispettivamente + 0,7%, + 19,9%, + 1,8%). Nel caso dell'area distrettuale, si osserva una situazione più variegata: in 11 contesti regionali si registra un peggioramento dei punteggi

Figura 7.6 **Indicatori CORE – NSG: rapporto tra punteggio medio e variabilità interregionale, 2019 e 2022***

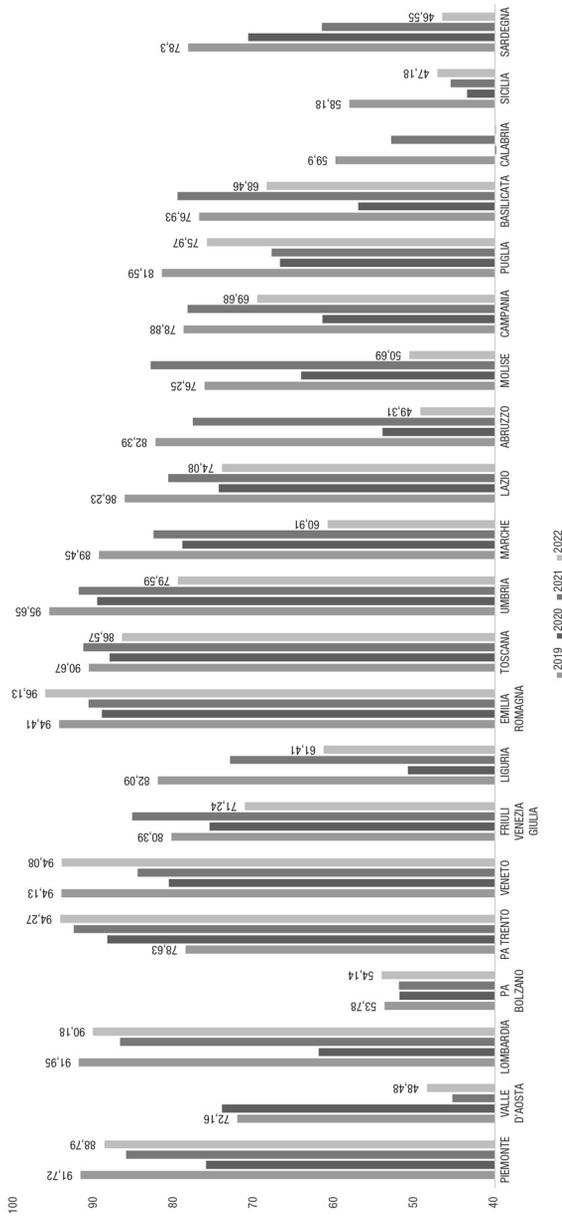


È stata considerata la variabilità, in termini di coefficiente di variazione, fatta registrare dai punteggi conseguiti su ciascuna metrica da parte delle regioni. Non sono invece stati considerati i pesi relativi attribuiti a ciascuna di esse.

Fonte: Rielaborazione degli autori su dati Nuovo Sistema di Garanzia (2024)

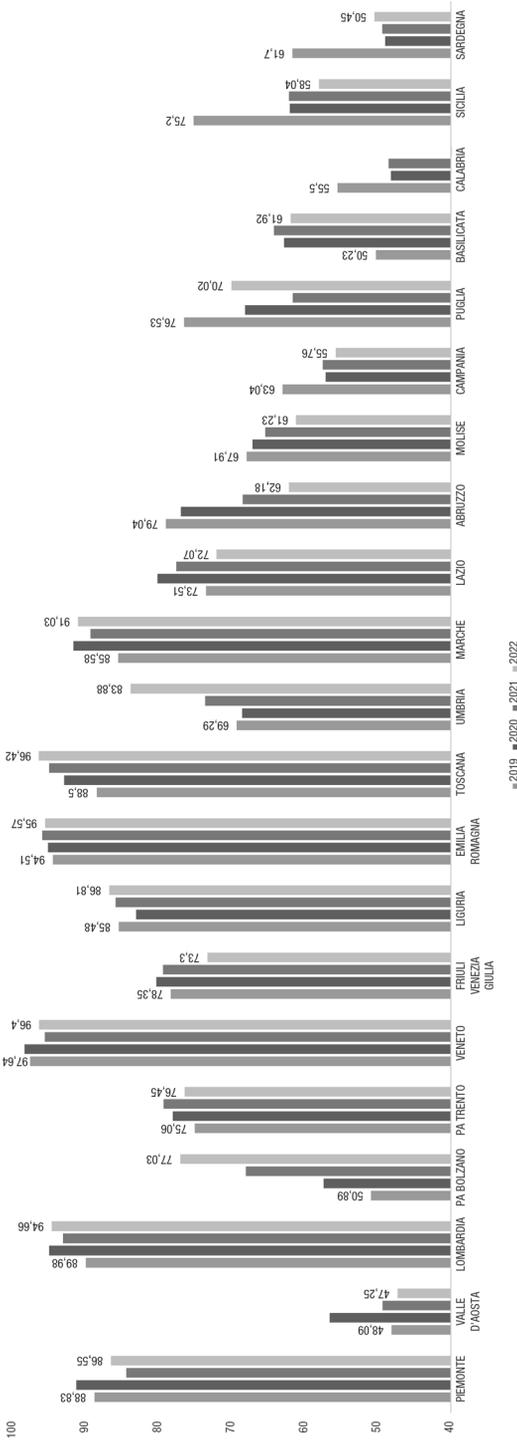
rispetto al 2021; rispetto al 2019, però, ben 9 Regioni vedono un miglioramento della propria performance. In alcuni casi si tratta di incrementi lievi (Lombardia, +5,2%, P.A. di Trento + 1,9%, Liguria +1,6%, Emilia-Romagna +1,1%, Marche +6,4%, Toscana + 8,9%) in altri di incrementi più consistenti (P.A. di

Figura 7.7 Indicatori CORE-NSG: area prevenzione, andamento 2019-2022



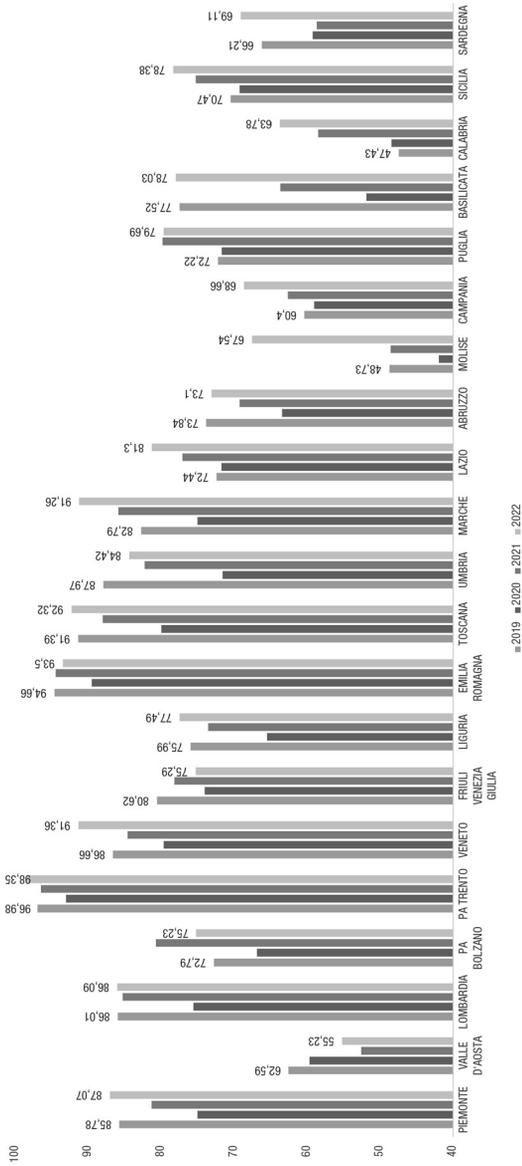
Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2024)

Figura 7.8 Indicatori CORE-NSG: area distrettuale, andamento 2019-2022



Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2024)

Figura 7.9 Indicatori CORE-NSG: area ospedaliera, andamento 2019-2022



Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2024)

Bolzano +51,4%, Umbria +21,1%, Basilicata +23,3%). Nell'area ospedaliera, infine, si osserva un quadro di diffuso miglioramento rispetto al 2021, anno caratterizzato da un positivo recupero del contraccollo dovuto all'emergenza Covid-19 osservabile nei dati 2020, con punteggi in aumento in 17 regioni. Fanno eccezione solo P.A. di Bolzano (-6,8%), Friuli-Venezia Giulia (-3,7%), Emilia-Romagna (-1,1%), Puglia (-0,2%). Complessivamente, anche rispetto al periodo pre-Covid (2019) si apprezza un diffuso miglioramento relativo nella maggioranza degli SSR, ad eccezione di Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria e Abruzzo.

7.3.3 Le ricadute sugli obiettivi delle direzioni generali aziendali

Nel raccordo istituzionale è fisiologico che l'impiego di sistemi di monitoraggio e valutazione a livello nazionale, con annesso sblocco della quota premiale del FSN, abbia delle ricadute sulle modalità di rappresentazione delle priorità e della loro declinazione dei livelli regionale e aziendale. A questo proposito, è dunque interessante approfondire le prassi, quantomeno istituzionali, con cui le regioni tendono a incorporare macro-aree e metriche del NSG. Nel proporre questo tipo di riflessione, la Tabella 7.12 mostra innanzitutto una sintesi di alcune Delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche⁶. Nello specifico sono state analizzate le Delibere regionali di 5 SSR: Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia. Questo tipo di rappresentazione è utile per fotografare gli oggetti considerati prioritari per i diversi SSR e la rilevanza relativa attribuita a ciascuno di essi. A questa considerazione se ne aggiungono almeno altre tre: (i) se e in che termini sono attivati processi qualitativi/discrezionali di valutazione dell'operato delle direzioni; (ii) la presenza di eventuali strategie di concentrazione (numero limitato di dimensioni presidiate e alto peso specifico di ciascuna) e/o frammentazione (tante dimensioni presidiate e peso specifico di ciascuna modesto) del meccanismo di identificazione formale delle priorità degli SSR; (iii) il grado di personalizzazione previsto per le singole aziende dei diversi SSR, tenendo conto della tipologia di azienda (es. azienda di produzione vs azienda territoriale) e/o delle specificità ambientali e del modello di offerta della singola azienda nell'attribuzione dei pesi.

⁶ Il contenuto della Tabella è frutto di una rielaborazione concettuale da parte degli autori. Per tale motivo potrebbe non esserci perfetto allineamento tra il contenuto rappresentato nei documenti istituzionali consultati e la classificazione qui proposta. A titolo esemplificativo, la Sicilia fa riferimento nella propria DGR alla categoria «esiti» proponendo come contenuti della sezione le prestazioni sentinella ex DM 70/2015 (per approfondimenti si veda Ardito *et al.*, 2022), confluita nella Tabella 7.12 nella famiglia degli obiettivi relativi a «Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza» per garantire coerenza interpretativa con gli altri SSR analizzati.

Tabella 7.12 **La rappresentazione formale degli obiettivi delle direzioni strategiche aziendali: macro-obiettivi e relativi pesi, 2024 o ultimo anno disponibile**

| Macro-obiettivi | Piemonte | Lombardia | Emilia | Lazio | | Sicilia | |
|---|------------|-----------|---------|------------|--------------|------------|------------|
| | ASL/AO/AOU | ASST/ATS | Romagna | ASL | AO/AOU/IRCCS | ASP | AO/AOU |
| Economico-finanziario e governo dei fattori produttivi | 37 | | ✓ | 43 | 51 | | |
| Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza | 12 | | ✓ | 12 | 18 | 21 | 24 |
| Area veterinaria | | 10 | ✓ | | | | |
| Assistenza ospedaliera | | | ✓ | | | 8 | 18 |
| Assistenza territoriale | | | ✓ | | | 12 | 12 |
| Tempi di attesa | 17 | 15 | ✓ | 15 | 10 | 10 | 10 |
| Donazione organi e tessuti | 1 | 5 | | | | 5 | 9 |
| Attuazione PNRR (M6 Salute) | 12 | 15 | | 3 | 3 | | |
| Miglioramento Pronto Soccorso | | 15 | | 2 | 3 | 4 | 8 |
| Farmaceutica | 3 | | ✓ | 8 | 9 | 5 | 5 |
| Patrimonio edilizio e innovazione tecnologica | | | | 5 | 6 | 8 | 8 |
| Percorso di certificabilità | | | | | | 3 | 3 |
| Prevenzione | 12 | 10 | ✓ | | | 24 | 3 |
| Obiettivi Azienda Zero | 6 | | | | | | |
| Adempimenti amministrativi | | | ✓ | 12 | | | |
| Totale | 100 | 70 | | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: elaborazione degli autori su elaborazione degli autori su delibere di assegnazione degli obiettivi regionali alle direzioni aziendali. Nello specifico si riportano di seguito i documenti consultati: la DGR 7-8279 del 2024 di Regione Piemonte; la DGR 512/2023 di Regione Lombardia; la DGR 945/2024 della Regione Emilia-Romagna; la DGR 1111/2022 del Lazio; la DGR 195/2024 della Regione Siciliana.

In sintesi, seguendo l'ordine di rappresentazione appena rappresentato, è possibile evidenziare come:

- ▶ Sono 15 i macro-obiettivi in capo alle direzioni strategiche formalmente presenti negli atti di programmazione degli SSR considerati, con una media di circa 8 aree per ciascun SSR.
- ▶ I singoli macro-obiettivi sono mediamente rappresentati in 3 SSR sui 5 analizzati. L'unico presente in tutti gli SSR è rappresentato dai «tempi d'attesa»; «governo dei fattori produttivi» e «percorsi di certificabilità dei bilanci» sono al contrario presenti come obiettivo solo in uno degli SSR (rispettivamente Piemonte e Sicilia).
- ▶ L'Emilia-Romagna è l'unica Regione in cui non vengono espressamente attribuiti i pesi specifici alle dimensioni di valutazione delle direzioni aziendali. In questo SSR, infatti, il peso specifico di ciascuna dimensione è tara-

to sulle specificità espresse dalle singole aziende e sulla base del contesto socio-economico in cui esse operano.

- ▶ In Lombardia, a integrazione delle percentuali assegnate ai macro-obiettivi rappresentati in Tabella (70% del peso complessivo), la valutazione delle direzioni aziendali è accompagnata da una componente più discrezionale caratterizzata dai «punteggi indicati da un Comitato ristretto di Assessori (Presidente, Assessore al Welfare, Assessore al Bilancio e Finanza) sulla base di una valutazione sulla qualità/comportamenti manageriali dalla presenza di un monitoraggio discrezionale» (30% del peso complessivo).
- ▶ Al netto dei «tempi d'attesa» e, in parte, dell'«appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza», che presentano pesi specifici diffusamente elevati e almeno pari a 10, non emergono altre aree di responsabilizzazione che registrino valori significativi.

Queste evidenze segnalano come i diversi SSR si diano ambiti di intervento prioritario differenziati nel confronto interregionale e di come la maggior parte di essi tenda a parcellizzare gli obiettivi, presidiando un numero elevato di dimensioni a cui sono attribuiti pesi relativi modesti. Emergono sotto questo profilo almeno tre modi di interpretare l'autonomia decisionale nell'indirizzare l'operato e le scelte delle direzioni aziendali: (i) chi predilige individuare relativamente poche aree di risultato attribuendo pesi specifici mediamente significativi (Lombardia); (ii) chi identifica i macro-obiettivi customizzando l'importanza relativa da attribuire a ciascuno sulla base dei contributi attesi (diversificati) dalle singole aziende nel conseguimento degli obiettivi regionali (Emilia-Romagna); (iii) chi identifica un macro-obiettivo *flagship* a cui attribuisce un peso specifico particolarmente elevato (Lazio, Piemonte); (iv) chi presidia più macro-obiettivi attribuendo mediamente pesi specifici non elevati (Sicilia). In generale, eccezione fatta per l'Emilia-Romagna, sembra dunque diffusa la tendenza a non personalizzare gli obiettivi da attribuire alle direzioni aziendali, né considerando il tipo di azienda (es. se azienda di erogazione o territoriale), né considerando il contesto socio-economico in cui operano (es. grandi centri urbani vs aree suburbane).

In continuità con le differenti soluzioni abbracciate dai singoli contesti regionali analizzati, anche l'inserimento più o meno marcato delle metriche del NSG è caratterizzato da una certa eterogeneità. Quest'ultima investe sia la loro numerosità che la modalità con cui esse vengono rappresentate. La Tabella 7.13 ne mostra il quadro sinottico ed evidenzia come:

- ▶ Sotto il profilo della numerosità: Piemonte (con un'unica eccezione) ed Emilia-Romagna inseriscono l'intero panel di indicatori NSG-CORE, la Sicilia ne include la metà (10), mentre Lombardia e Lazio sono più selettive, prevenendo l'inserimento, rispettivamente, solo di 3 e 2 indicatori.

Tabella 7.13 **La rappresentazione formale degli obiettivi delle direzioni strategiche aziendali: gli indicatori CORE-NSG, 2024**

| Macro-obiettivi | Piemonte | Lombardia | Emilia | Lazio | | Sicilia | |
|---|--|-----------------|-----------------------------------|-----------|------------------|---|--|
| | ASL/AO/AOU | ASST/ATS | Romagna | ASL | AO/AOU/ IRCCS | ASP | AO/AOU |
| Economico-finanziario | | | | | | | |
| Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza | Sezione dedicata, presenti tutti gli indicatori CORE ad eccezione del P14C | | D27C, D33Z | H17C/H18C | H17C/ H18C | | |
| Area veterinaria | | P10Z (solo ATS) | P10Z, P12Z | | | | |
| Assistenza ospedaliera | | | D09Z, H02Z, H04Z, H05Z, H17C-H18C | | | H02Z, H04Z (All'interno di una sezione dedicata agli NSG)* | H02Z, H04Z (All'interno di una sezione dedicata agli NSG)* |
| Assistenza territoriale | | | D03C, D04C, D30Z, D22Z | | | D03C, D04C, D22Z, D30Z* (All'interno di una sezione dedicata agli NSG)* | D03C, D04C, D22Z, D30Z* (All'interno di una sezione dedicata agli NSG)* |
| Tempi di attesa | | D10Z | D10Z | D10Z | D10Z | | |
| Donazione organi e tessuti | | | | | | | |
| Attuazione PNRR (M6 Salute) | | | | | | | |
| Miglioramento Pronto Soccorso | | | | | | | |
| Farmaceutica | | | D14C | | | | |
| Patrimonio edilizio e innovazione tecnologica | | | | | | | |
| Percorso di certificabilità | | | | | | | |
| Prevenzione | | P15C | P14C, P01C, P02, P15C | | | P01C, P02C, P10Z, P12Z, P14C (All'interno di una sezione dedicata agli NSG)* | |
| Obiettivi Azienda Zero | | | | | | | |
| Adempimenti amministrativi | | | | | | | |

* la Sicilia presenta una macro-sezione degli obiettivi regionali denominata «Area della performance – garanzia dei LEA nelle Aree della Prevenzione, dell'Assistenza Territoriale e dell'Assistenza ospedaliera secondo il Nuovo Sistema di Garanzia» all'interno della quale confluiscono tutte le metriche presentate in Tabella. Questa sezione presenta a sua volta una sotto-ripartizione in «Ospedaliera», «Territoriale» e «Prevenzione», da cui origina l'attribuzione degli indicatori nei macro-obiettivi qui considerati.

Fonte: elaborazione degli autori su delibere di assegnazione degli obiettivi regionali alle direzioni aziendali. Nello specifico si riportano di seguito i documenti consultati: la DGR 7-8279 del 2024 di Regione Piemonte; la DGR 512/2023 di Regione Lombardia; la DGR 945/2024 della Regione Emilia-Romagna; la DGR 1111/2022 della Regione Lazio; la DGR 195/2024 della Regione Siciliana.

- ▶ Sotto il profilo della modalità di rappresentazione: il Piemonte concentra le metriche NSG-CORE all'interno di un'unica sub-area del macro-obiettivo «Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza»; la Sicilia abbina le metriche per area di riferimento del NSG («prevenzione», «territoriale/distrettuale», «ospedaliera»), l'Emilia-Romagna distribuisce le metriche in corrispondenza del singolo macro-obiettivo di riferimento, così come Lombardia e Lazio, sebbene in queste ultime si tratti di una casistica limitata.
- ▶ Fisiologicamente, meno della metà dei macro-obiettivi presentati nella precedente Tabella 7.12 (7 su 15) accolgono al proprio interno metriche NSG-CORE.

Coerentemente a quanto osservato in precedenza, è dunque possibile individuare almeno tre distinte posture assunte dagli SSR analizzati: (i) SSR che attivano un monitoraggio ad hoc dell'intero NSG attraverso la creazione di una sub-area dedicata e conseguente responsabilizzazione «a cascata» e lineare del top management aziendale (Piemonte e Sicilia); (ii) SSR che diluiscono gli indicatori NSG nei diversi macro-obiettivi di riferimento, integrati ad altri indicatori e con un sistema di responsabilizzazione del top management delle singole aziende personalizzato sulla base delle specificità aziendali e di contesto (Emilia-Romagna); (iii) selettività marcata nella scelte delle metriche NSG-CORE da far confluire nel processo di responsabilizzazione del top management aziendale, con un monitoraggio parallelo del ciclo di programmazione e controllo sui risultati del sistema NSG (Lazio e Lombardia).

7.4 Mobilità inter-regionale e qualità delle istituzioni

Pochi mesi prima della pubblicazione del presente capitolo è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale la legge 26 giugno 2024, n. 86 recante disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario. Il provvedimento è stato accompagnato da un acceso dibattito, tuttora in corso, sulla opportunità di questa misura e sulle ripercussioni che essa potrà avere a livello di unità nazionale, discriminazioni e disparità di accesso ai servizi essenziali – inclusi quelli sanitari – sul territorio. Alla luce di questa premessa, in questo paragrafo di approfondimento è stata analizzata la mobilità per prestazioni sanitarie tra regioni e come questa sia associata a un indice multi-composito di qualità delle istituzioni, e nello specifico ad un indice di «efficacia di governo». Questa analisi ha l'obiettivo di fornire una fotografia di come la qualità delle istituzioni possa essere associata ai trend osservati di mobilità sanitaria interregionale attiva e passiva e al più ampio tema della equità nell'accesso alle cure da parte dei residenti in ciascuna regione.

A tale proposito sono state utilizzate le seguenti fonti:

- ▶ Il set di indicatori della indagine ISTAT su Benessere e Sostenibilità, anni disponibili 2004 – 2023;
- ▶ Il sistema informativo territoriale ISTAT *Health for All*, anni disponibili 1982-2022;
- ▶ *L'institutional quality index database*, anni disponibili 2004-2019 (Nifo e Vecchione, 2014);
- ▶ Il rapporto SDO per i dati di mobilità attiva e passiva tra regioni, anni disponibili 2014-2022.

Il paragrafo propone in primo luogo una serie di analisi descrittive delle due variabili prese in esame, e successivamente discute il livello di associazione osservato tra queste.

7.4.1 Indice di qualità delle istituzioni

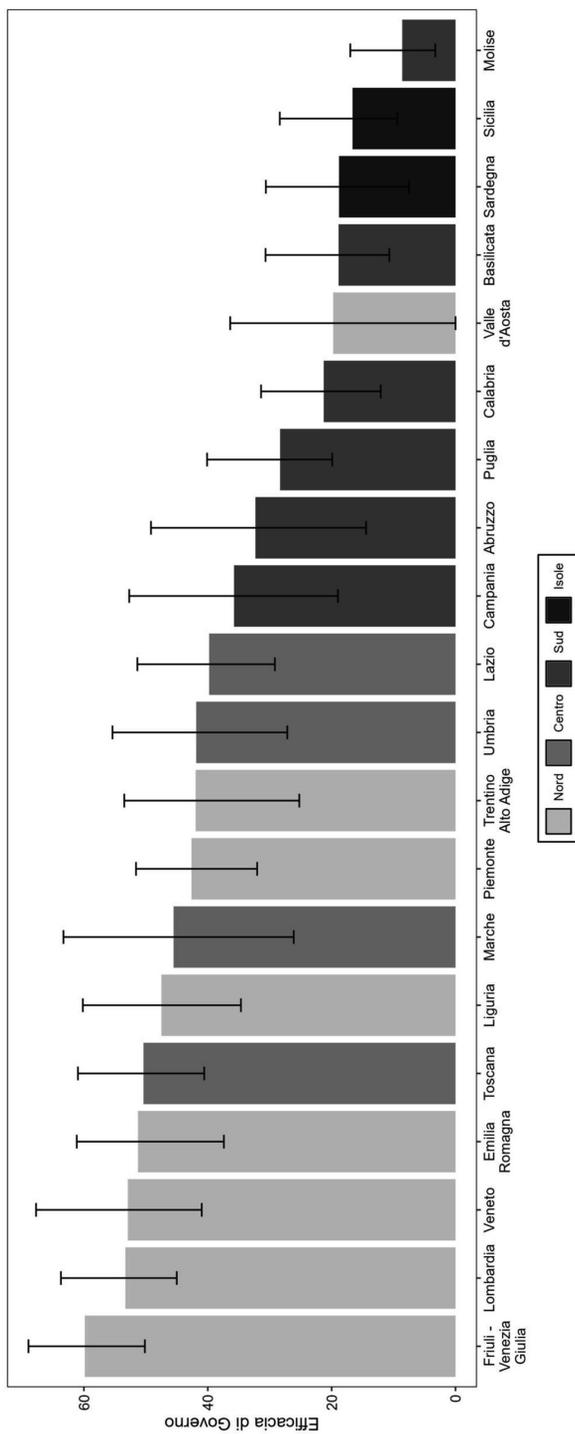
L'indice per qualità delle istituzioni utilizzato (*Institutional Quality Index*, IQI) è stato derivato dal *World Governance Indicator* (WGI) promosso dalla Banca Mondiale (Kaufmann *et al.*, 2010). Il WGI è un indicatore complesso pensato per misurare la qualità della *governance* in 213 paesi nel mondo. L'indicatore comprende diversi domini, inclusi: *Voice and accountability*, *Government effectiveness*, *Regulatory Quality*, *Rule of Law*, e *Corruption*. I valori italiani a livello regionale sono stati derivati da Nifo e Vecchione (2014).

In particolare, ai fini della presente analisi, ci si è focalizzati sulla dimensione di Efficacia di Governo (*Government effectiveness*, *GE*), definita come: «La dotazione delle strutture sociali ed economiche nelle province italiane e la capacità amministrativa dei governi provinciali e regionali in relazione alle politiche riguardanti la salute, la gestione dei rifiuti e l'ambiente». Questo sottodominio è a sua volta un indice multicomposito che contiene i seguenti indicatori: dotazione di strutture sociali, dotazione di strutture economiche, deficit sanitario regionale, raccolta di rifiuti differenziata e indice ambientale urbano. La scelta di questa specifica dimensione per l'analisi è dovuta alla sua più stretta attinenza all'ambito dell'assistenza sanitaria rispetto alle altre dimensioni⁷. L'indice è normalizzato su una scala da 0 a 100 dove un punteggio più alto corrisponde ad una più alta qualità della efficacia di Governo.

La Figura 7.10 mostra la media dei valori di GE a livello regionale per gli anni dal 2004 al 2019. Il grafico mostra chiaramente una distribuzione dei valori che vede le regioni al Nord e al Centro con un indice medio tendenzialmen-

⁷ Come validazione, l'analisi è stata ripetuta anche considerando l'indice totale, senza evidenziare sostanziali differenze nei principali risultati.

Figura 7.10 **Indice della qualità delle istituzioni secondo il World Governance Indicator, sottodomino della «Efficacia del Governo» per Regione – Media anni 2004-2019**



Fonte: elaborazione autori su fonti varie

Tabella 7.14 **Indice della qualità delle istituzioni, sottodominio della «Efficacia del Governo» per Regione – trend 2004 – 2019 e Tasso di Crescita Annuale Composto (TCAC)**

| Regione | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | TCAC 2004- 2007 | TCAC 2008- 2011 | TCAC 2012- 2015 | TCAC 2016- 2019 | TCAC 2004- 2019 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Abruzzo | 47,4 | 41,9 | 41,2 | 39,1 | 37,4 | 18,0% | 8,7% | 8,2% | -3,7% | 6,6% |
| Basilicata | 20,7 | 11,2 | 11,4 | 10,7 | 25,4 | 11,5% | 5,5% | -0,2% | 31,5% | 4,2% |
| Calabria | 21,9 | 22,6 | 30,2 | 31,4 | 31,4 | 22,2% | -0,5% | 11,9% | 11,6% | 6,6% |
| Campania | 49,4 | 43,9 | 44,5 | 45,0 | 44,8 | 10,5% | 5,8% | 8,7% | 0,7% | 5,9% |
| Emilia-Romagna | 60,0 | 55,2 | 56,4 | 55,1 | 56,4 | 9,3% | 0,4% | 1,7% | 0,7% | 2,8% |
| Friuli-Venezia Giulia | 63,9 | 61,1 | 63,2 | 60,2 | 60,3 | 3,8% | 2,9% | -1,8% | -0,4% | 1,2% |
| Lazio | 50,3 | 50,2 | 50,1 | 51,4 | 50,5 | 0,2% | 3,9% | 10,8% | 0,1% | 2,9% |
| Liguria | 60,2 | 55,8 | 53,6 | 52,2 | 49,9 | 1,3% | 1,9% | 7,0% | -3,7% | 1,0% |
| Lombardia | 61,2 | 52,9 | 54,6 | 56,5 | 56,6 | 5,0% | -1,9% | 4,4% | 2,3% | 1,3% |
| Marche | 60,4 | 57,8 | 54,3 | 52,8 | 53,0 | 11,5% | 5,3% | 5,2% | -2,8% | 4,8% |
| Molise | 9,9 | 7,0 | 8,0 | 5,7 | 3,3 | 32,6% | 0,1% | 17,0% | -22,4% | -4,7% |
| Piemonte | 47,6 | 43,2 | 42,8 | 41,8 | 40,6 | 8,5% | -0,2% | -0,3% | -2,1% | 1,6% |
| Puglia | 35,5 | 29,1 | 31,1 | 32,7 | 31,1 | 12,3% | -1,1% | 7,5% | 2,2% | 3,0% |
| Sardegna | 23,8 | 15,9 | 16,4 | 15,6 | 16,1 | 30,5% | 4,2% | -3,3% | 0,5% | 5,2% |
| Sicilia | 17,9 | 18,8 | 17,2 | 16,5 | 18,7 | 20,6% | 1,8% | 8,6% | -0,1% | 4,7% |
| Trentino Alto Adige | 42,8 | 44,2 | 48,0 | 44,2 | 43,7 | 18,8% | 1,8% | -7,2% | -0,4% | 3,3% |
| Toscana | 58,2 | 53,2 | 52,6 | 53,4 | 52,8 | 7,9% | 0,1% | 2,3% | -0,2% | 1,8% |
| Umbria | 48,2 | 48,1 | 46,7 | 46,6 | 47,2 | 12,3% | 3,7% | -0,7% | -0,6% | 3,8% |
| Valle d'Aosta | 0,0 | 6,0 | 13,2 | 13,8 | 13,3 | 10,4% | 6,6% | -100,0% | 30,6% | -2,3% |
| Veneto | 67,1 | 57,1 | 58,9 | 55,6 | 55,4 | 6,7% | -0,2% | 6,5% | -1,0% | 2,0% |

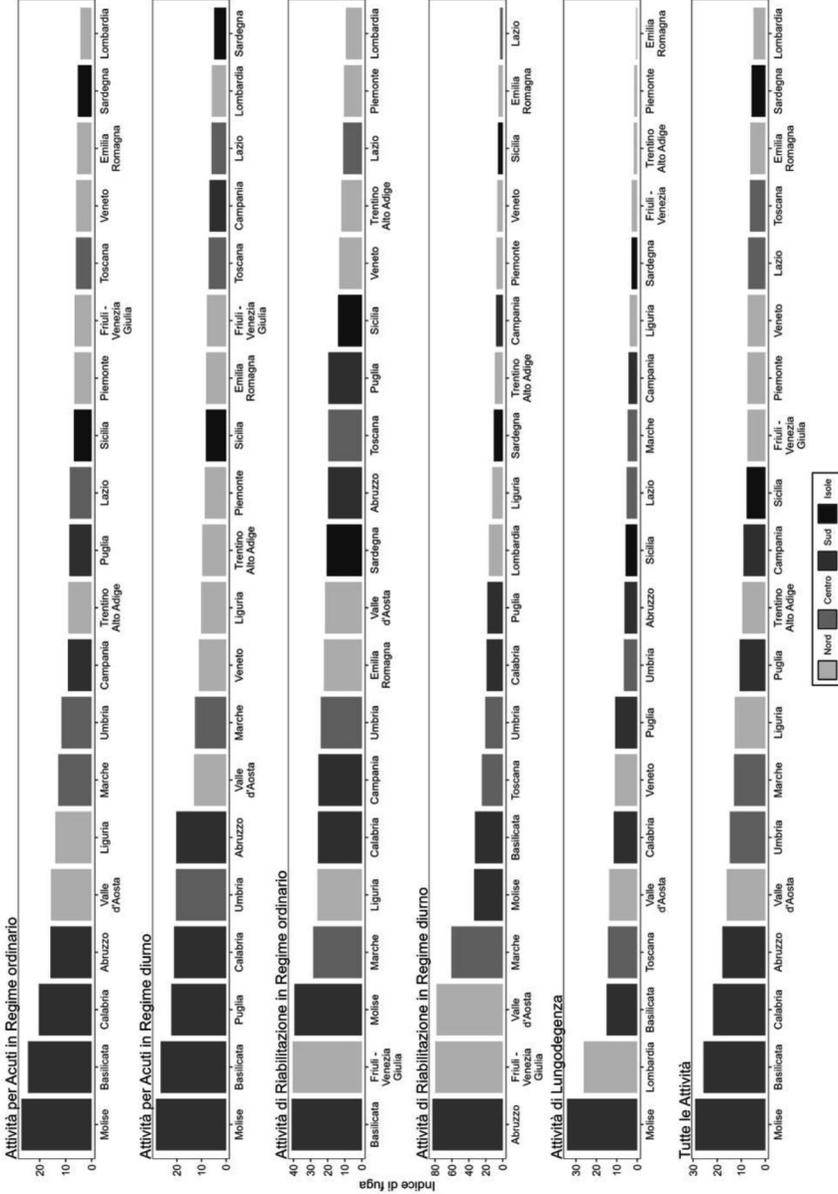
Fonte: elaborazione autori su fonti varie

te più alto delle regioni al Sud e nelle Isole, con l'unica eccezione della Valle d'Aosta, che è sedicesima nel ranking regionale, soprattutto per via di un calo del valore dell'indicatore dal 2012 al 2019. In generale, il trend nell'indice di GE rimane piuttosto stabile tra il 2004 e il 2019. Valle d'Aosta e Molise sono le uniche due Regioni che hanno registrato una leggera diminuzione dell'indice, mentre tutte le altre regioni hanno registrato un miglioramento, seppur leggero, nel corso del tempo (Tabella 7.14).

7.4.2 Indice di fuga

L'indice di fuga (IF), una misura di mobilità sanitaria, a livello regionale è stato calcolato utilizzando i dati SDO relativi agli anni ricompresi tra il 2014 e il 2022. L'indice è definito come il volume di ricoveri o prestazioni in mobilità passiva, diviso per il volume di ricoveri o prestazioni erogato ai residenti di una regione, e può variare tra 0 e 100 con valori più alti per regioni dove è più alto il numero di prestazioni erogate in mobilità passiva.

Figura 7.11 **Indice di fuga per regime e tipo di attività – media anni 2014-2022**



Fonte: elaborazione autori su fonti varie

La Figura 7.11 mostra i valori medi per gli anni 2014-2022 dell'IF regionale per tipo di attività. Anche in questo caso, se si guarda a tutte le attività, le regioni del Nord registrano una performance migliore, con un IF generalmente più basso rispetto alle regioni del Centro e del Sud, mentre Sicilia e Sardegna registrano invece un IF generalmente più basso e comparabile con la media delle regioni del Nord. Questo dato non sorprende e probabilmente misura in modo eloquente come la debolezza di alcuni sistemi regionali induca i cittadini a cercare risposte altrove. Questo trend è maggiormente osservabile per alcuni tipi di attività, come le attività per acuti in regime diurno e ordinario, mentre per altri tipi di attività, come le attività di lungodegenza, e le attività di riabilitazione, si osserva una maggiore variabilità inter-regionale e un gradiente Nord-Sud meno marcato.

La Tabella 7.15 mostra i valori degli IF regionali per il 2022 e il tasso di crescita annuale composto (TCAC) dal 2014 al 2022. Con riferimento al totale delle attività, il valore medio regionale dell'IF nel 2022 è pari a 12,52. Il Molise è la regione con l'IF più alto (IF=32), seguito dalla Basilicata (20,17), dalla Calabria (21,3) e dalla Valle d'Aosta (18). L'indicatore è rimasto piuttosto costante nel periodo 2014-2022 con un TCAC medio del 1,3% e una ridotta variabilità inter-regionale (deviazione standard nei valori dell'IF pari a 7,3).

Le attività di Riabilitazione in regime ordinario e in regime diurno sono le attività con l'IF mediamente più alto (IF 22,8 e 33,1 rispettivamente) e con maggiore variabilità inter-regionale (deviazione standard nei valori dell'IF pari a 13,6 e 33,5). Nell'intero periodo 2014-2022, per le attività di Riabilitazione in regime ordinario, il Friuli-Venezia Giulia ha visto aumentare maggiormente l'IF (+9,4%) mentre la Sardegna è la Regione che ha registrato una maggiore riduzione dell'indice (-8%). Per le attività di Riabilitazione in regime diurno, il maggiore incremento nel periodo 2014-2022 si è registrato in Molise (+22,7%) e il maggiore decremento in Liguria (-4%).

La Tabella 7.16 mostra l'IF per prestazioni relative a tumori e trattamenti di chemioterapia. Per l'anno 2022, le attività di Chemioterapia presentano una maggiore variabilità inter-regionale dell'IF (deviazione standard uguale a 24 e 18,2 per le attività di Chemioterapia in regime ordinario e diurno rispettivamente). Per le attività di Chemioterapia in regime ordinario, nel 2022 la Valle d'Aosta registra l'IF più alto, pari a 100, dovuto al fatto che i dati SDO riportano solo 29 prestazioni, erogate tutte in mobilità passiva. Seguono Basilicata (60,8), e Abruzzo (58,2). Le Regioni invece con l'IF più basso per questo tipo di prestazioni sono la Lombardia (IF=2,4), il Lazio (5,9) e il Friuli-Venezia Giulia (8,6). Per le attività di Chemioterapia in regime diurno invece, nel 2022 le Regioni con i valori di IF più alti sono state la Calabria (60,6), l'Abruzzo (54,3) e il Veneto (41,4), mentre le Regioni con i valori di IF più bassi sono state, la Sardegna (0,9), le Marche (1,3) e il Friuli-Venezia Giulia (1,6).

Per quanto riguarda invece l'indice di fuga per le prestazioni relative ai tu-

Tabella 7.15 Indice di Fuga per Regione e tipo di attività, valori 2022 e Tasso di Crescita Annuale Composto (TCAC) per gli anni 2014 – 2022

| Regione | Acuti in regime ordinario | | Acuti in regime diurno | | Riabilitazione in regime ordinario | | Riabilitazione in regime diurno | | Riabilitazione in regime di lungodegenza | | Tutte le Attività | |
|-----------------------|---------------------------|----------------|------------------------|----------------|------------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|--|----------------|-------------------|----------------|
| | 2022 | TCAC 2014-2022 | 2022 | TCAC 2014-2022 | 2022 | TCAC 2014-2022 | 2022 | TCAC 2014-2022 | 2022 | TCAC 2014-2022 | 2022 | TCAC 2014-2022 |
| Piemonte | 6,4 | -0,9% | 8,6 | 0,9% | 8,9 | -2,5% | 6,0 | -0,8% | 1,7 | 6,0% | 6,9 | -0,5% |
| Valle d'Aosta | 18,4 | 1,8% | 14,8 | 3,1% | 25,7 | 1,0% | 100,0 | 20,9% | 6,0 | 9,8% | 17,9 | 2,3% |
| Liguria | 14,7 | 0,5% | 10,4 | 2,1% | 25,4 | 1,7% | 8,5 | -4,0% | 4,6 | -3,2% | 13,9 | 1,0% |
| Lombardia | 5,0 | 3,4% | 5,0 | -3,2% | 10,7 | 2,6% | 22,1 | 5,0% | 27,7 | 1,7% | 5,4 | 1,9% |
| Trentino Alto Adige | 8,9 | 0,5% | 9,2 | -1,1% | 11,5 | -1,8% | 10,8 | 4,4% | 1,4 | -4,5% | 9,0 | -0,1% |
| Veneto | 6,2 | 0,1% | 11,4 | 2,0% | 16,2 | 3,9% | 6,4 | -0,7% | 27,9 | 26,3% | 7,6 | 0,8% |
| Friuli-Venezia Giulia | 7,4 | 3,9% | 7,7 | -1,6% | 64,2 | 9,4% | 98,5 | 11,4% | 2,8 | 3,9% | 8,2 | 2,5% |
| Emilia-Romagna | 5,4 | -0,6% | 8,8 | 3,2% | 26,4 | 3,8% | 6,0 | 13,7% | 0,6 | 1,8% | 6,2 | 0,5% |
| Toscana | 6,3 | 1,1% | 7,4 | -0,2% | 19,1 | 0,6% | 23,0 | 1,8% | 14,8 | 3,6% | 6,8 | 0,6% |
| Umbria | 13,0 | 2,7% | 20,7 | -0,9% | 20,1 | -3,4% | 15,2 | -0,2% | 4,1 | -14,9% | 14,6 | 1,4% |
| Marche | 13,4 | 1,5% | 13,2 | 1,0% | 21,8 | -4,2% | 83,0 | 9,8% | 7,5 | 19,4% | 13,5 | 1,3% |
| Lazio | 7,3 | -1,7% | 5,1 | -1,5% | 9,9 | -0,5% | 2,9 | -0,5% | 4,5 | 0,1% | 6,8 | -1,5% |
| Abruzzo | 15,9 | 0,0% | 20,9 | 1,9% | 19,0 | 0,1% | 96,0 | 1,7% | 7,2 | -0,4% | 17,2 | 0,5% |
| Molise | 30,3 | 3,2% | 35,3 | 6,4% | 43,0 | 2,4% | 58,0 | 22,7% | 66,6 | 29,0% | 32,0 | 4,1% |
| Campania | 9,8 | 2,1% | 7,6 | 3,9% | 22,2 | -2,6% | 9,4 | 2,3% | 5,0 | 6,5% | 9,4 | 2,7% |
| Puglia | 9,2 | 1,6% | 30,7 | 14,1% | 21,1 | 0,8% | 24,9 | 14,0% | 11,2 | 0,7% | 11,6 | 3,4% |
| Basilicata | 28,4 | 3,0% | 26,4 | -0,8% | 46,9 | -0,7% | 46,4 | 7,0% | 4,5 | -2,1% | 28,1 | 1,8% |
| Calabria | 21,2 | 0,7% | 21,9 | 2,4% | 20,3 | -4,6% | 19,7 | -0,8% | 13,9 | 2,6% | 21,2 | 0,9% |
| Sicilia | 6,9 | 1,0% | 9,0 | 3,3% | 10,7 | -5,6% | 5,9 | 0,4% | 6,2 | 0,3% | 7,4 | 1,1% |
| Sardegna | 5,9 | 1,8% | 4,9 | 0,7% | 12,2 | -8,0% | 18,1 | 8,3% | 3,6 | 6,6% | 5,7 | 1,3% |
| Media Italia | 12,0 | 1,3% | 13,9 | 1,8% | 22,8 | -0,4% | 33,0 | 5,8% | 11,1 | 4,7% | 12,5 | 1,3% |

Fonte: elaborazione autori su fonti varie

Tabella 7.16 **Indice di Fuga per Regione per Tumori e trattamenti di chemioterapia; valori 2022 e Tasso di Crescita Annuale Composto (TCAC) per gli anni 2014 – 2022**

| Regione | Tumore – Regime ordinario | | Tumore – Regime diurno | | Chemioterapia – Regime ordinario | | Chemioterapia – Regime diurno | |
|-----------------------|---------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|
| | 2022 | TCAC 2022-2014 | 2022 | TCAC 2022-2014 | 2022 | TCAC 2022-2014 | 2022 | TCAC 2022-2014 |
| Piemonte | 7,6 | -0,6% | 5,9 | -0,5% | 27,2 | 1,8% | 4,3 | 0,3% |
| Valle d'Aosta | 28,6 | 9,1% | 29,4 | 12,3% | 100,0 | 0,0% | 4,9 | -3,9% |
| Liguria | 14,2 | -0,2% | 8,4 | 6,6% | 29,5 | -6,0% | 2,1 | -12,7% |
| Lombardia | 4,0 | 4,5% | 4,6 | -3,9% | 2,4 | 3,9% | 15,9 | -2,2% |
| Trentino Alto Adige | 16,7 | 3,5% | 13,9 | 2,4% | 30,4 | 5,3% | 5,2 | -3,5% |
| Veneto | 4,5 | -4,1% | 4,3 | -4,7% | 19,4 | -0,8% | 41,4 | -7,4% |
| Friuli-Venezia Giulia | 7,0 | 5,4% | 5,6 | -0,1% | 8,6 | -1,1% | 1,6 | -4,4% |
| Emilia-Romagna | 5,7 | 1,6% | 6,8 | 4,4% | 10,8 | -4,3% | 34,6 | 55,0% |
| Toscana | 5,0 | -1,8% | 5,1 | -5,8% | 17,1 | 0,8% | 2,1 | -4,1% |
| Umbria | 16,0 | 5,1% | 10,0 | 2,8% | 33,7 | 0,6% | 10,2 | 1,4% |
| Marche | 14,5 | 1,3% | 7,5 | -1,2% | 35,8 | 0,9% | 1,3 | -13,9% |
| Lazio | 5,9 | -1,8% | 3,5 | -4,8% | 5,9 | -2,4% | 4,9 | 1,3% |
| Abruzzo | 21,3 | 1,1% | 18,4 | 4,3% | 58,2 | -1,0% | 54,3 | 20,4% |
| Molise | 43,5 | 3,1% | 22,9 | 5,2% | 46,7 | 15,3% | 10,1 | -11,1% |
| Campania | 15,2 | -0,3% | 8,6 | -1,2% | 14,5 | 0,8% | 2,9 | -7,8% |
| Puglia | 10,8 | -1,3% | 36,6 | 16,7% | 23,4 | 1,1% | 22,1 | 12,7% |
| Basilicata | 34,1 | 3,8% | 10,8 | -4,0% | 60,8 | 6,5% | 7,7 | -9,9% |
| Calabria | 38,7 | 0,3% | 22,6 | 3,9% | 56,3 | 6,3% | 60,6 | 18,1% |
| Sicilia | 11,6 | 0,3% | 9,8 | 2,2% | 16,6 | 0,2% | 14,9 | -5,0% |
| Sardegna | 9,7 | 1,5% | 5,4 | 2,4% | 10,3 | 6,0% | 0,9 | -12,0% |
| Media Italia | 15,7 | 1,5% | 12,0 | 1,8% | 30,3 | 1,7% | 15,1 | 0,6% |

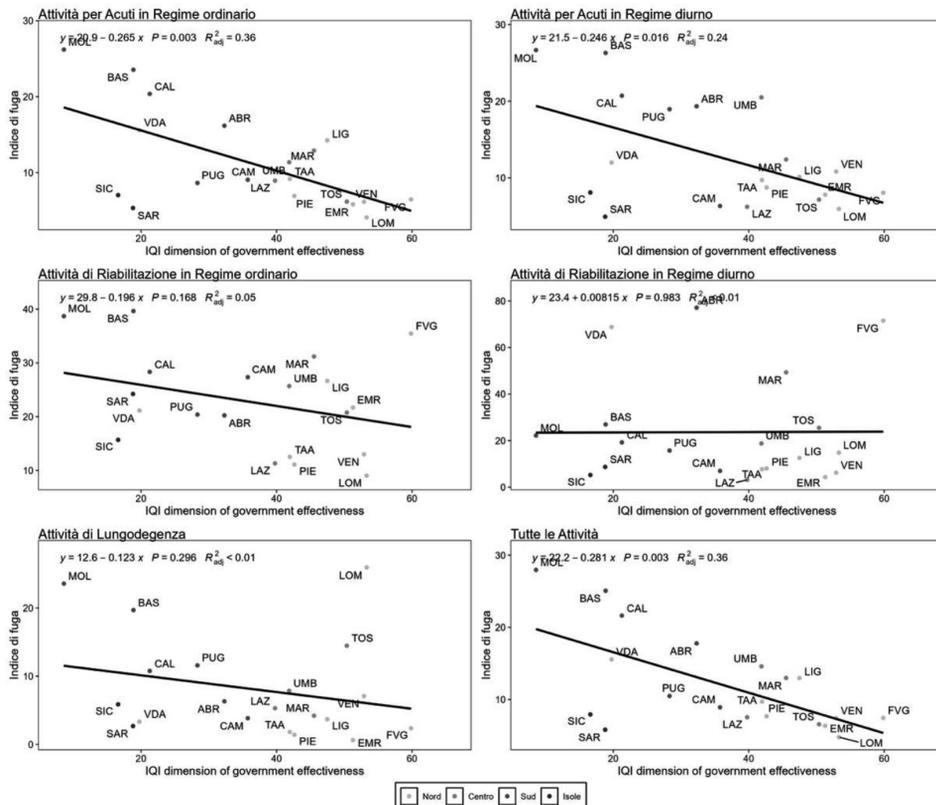
Fonte: elaborazione autori su fonti varie

mori, risulta generalmente sempre evidente un gradiente nord-sud. Le Regioni con l'IF più alto sono Molise (43,5), Calabria (38,7) e Basilicata (34,1) per le prestazioni in regime ordinario, e Puglia (36,6), Valle d'Aosta (29,4) e Molise (22,9) per le prestazioni in regime diurno. Le Regioni invece meglio performanti per questo tipo di prestazioni sono state nel 2022 Lombardia (4), Veneto (4,5) e Toscana (5) per le prestazioni in regime ordinario, e Lazio (3,5), Veneto (4,3) e Lombardia (4,6) per le prestazioni in regime diurno.

7.4.3 Associazione tra efficacia di governo e indice di fuga

Se si analizza la relazione tra le due variabili esaminate, la dimensione dell'IQI Efficacia di Governo e l'Indice di Fuga, si nota per diversi tipi di attività una associazione inversa evidente. Maggiore il valore dell'indice di efficacia di go-

Figura 7.12 **Associazione tra Indice di Fuga e Efficacia di Governo per tipo di attività – Medie Regionali anni 2014-2022**



Fonte: elaborazione autori su fonti varie

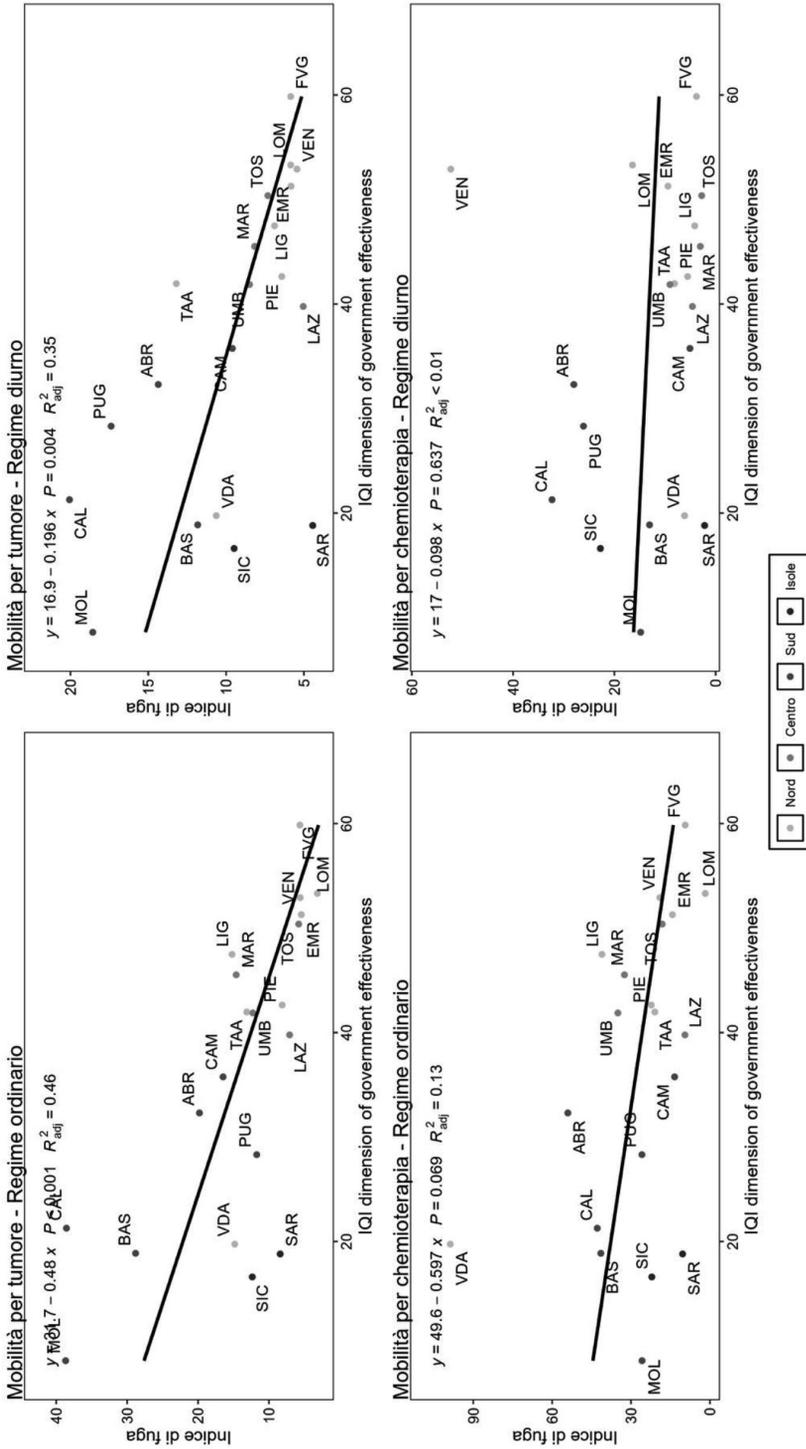
verno, minore il valore dell'IF. Questa associazione è particolarmente evidente per le attività per acuti in regime ordinario e diurno, mentre è meno marcata per le attività di riabilitazione e le attività di lungodegenza (Figura 7.12).

Analizzando invece l'associazione tra GE e IF per attività legate ai Tumori e alle prestazioni di Chemioterapia in regime ordinario o diurno si osserva nuovamente una marcata associazione inversa, e in particolar modo per la mobilità per tumore in regime ordinario e diurno (Figura 7.13).

7.5 Discussioni e conclusioni

Come in ogni edizione del Rapporto OASI, all'interno di questo capitolo riassumiamo le principali misure di esito di salute per il nostro Paese e discutiamo i principali indicatori di performance del SSN in base ai dati più aggiornati

Figura 7.13 **Associazione tra Indice di Fuga e Efficacia di Governo, prestazioni per tumori e chemioterapia – Medie Regionali anni 2014-2022**



Fonte: elaborazione autori su fonti varie

disponibili. Il primo blocco mira a stabilire in che misura l'obiettivo principale del SSN, ovvero la tutela equa e universale (almeno dichiarata) della salute dei cittadini sia raggiunto. Il secondo valuta in che modo, con quali azioni e con quali risultati intermedi, il SSN implementi i suoi principi fondanti.

L'Italia continua a vantare una delle aspettative di vita alla nascita più elevate a livello internazionale, con una media di 82,8 anni, inferiore solo a Giappone, Svizzera, Spagna, Svezia e Lussemburgo. Questi dati ovviamente possono essere letti in coppia con quelli sulla mortalità, che continua a essere in larga parte dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio (231,9 per 100.000 abitanti) e tumori (206,2 per 100.000 abitanti). Entrambi i valori sono in riduzione rispetto alla precedente rilevazione, oltre a essere inferiori rispetto alla media registrata tra un campione di Paesi OCSE selezionati per l'analisi. Tuttavia, i tassi relativi al nostro Paese risultano ancora peggiori di quelli registrati in alcuni paesi vicini, come la Francia.

A livello nazionale, i dati ISTAT mostrano nel 2022 un'aspettativa di vita inferiore di circa 1,5 anni in meno al Sud (81,8) rispetto al Nord e al Centro (83,1 anni), e una speranza di vita a 65 anni di circa 20,4 anni, con differenze più contenute tra le tre aree geografiche. La speranza di vita in buona salute alla nascita nel 2023 è in ulteriore peggioramento rispetto agli scorsi anni con un dato nazionale di 59,2 anni (passando dai 66,5 anni della P.A. di Bolzano ai 52,8 anni della Basilicata). Il differenziale tra aspettativa di vita alla nascita generale e in buona salute è in media pari a 23,4 anni, in aumento di 1 anno rispetto alla rilevazione precedente. L'aspettativa di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni è pari invece a 10,6 anni, con una forbice che va da 12,5 anni nella P.A. di Trento a 8,8 anni in Sicilia e Calabria. Queste evidenze confermano come i bisogni della popolazione e i profili epidemiologici possano variare notevolmente sul territorio, e ribadiscono la necessità di politiche che garantiscano uguaglianza ed equità nel sistema.

Oltre a valutare gli esiti raggiunti, è quindi importante proporre alcune considerazioni sulle modalità con cui oggi vengono monitorate le attività promosse dal SSN, per rappresentarne punti di forza e debolezza, oltre che fotografarne l'evoluzione ad oggi e quella potenziale dei prossimi anni. A differenza delle precedenti edizioni del Rapporto, dove perlopiù si è privilegiato il monitoraggio dei livelli di aderenza rispetto alle soglie previste dal DM 70/2015 («Standard quantitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera») su alcune prestazioni «sentinella», in questa edizione si è provato prevalentemente a sistematizzare le diverse fonti di monitoraggio attive a livello di SSN, con alcuni affondi su strumenti e loro applicazione ai diversi livelli istituzionali. Ovviamente, una trattazione sui sistemi di monitoraggio del SSN non può tralasciare il Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA, diventato formalmente operativo nel 2020 e ormai prossimo ad essere ancorato, quantomeno sulla parte degli indicatori cosiddetti CORE, allo sblocco

della quota integrativa premiale per le regioni adempienti. Al 2022, i risultati di questo sottoinsieme CORE mostrano otto Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna) come «non adempienti», ovvero con un punteggio inferiore alla sufficienza in almeno una delle tre macro-aree, quali prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera. La situazione più critica è probabilmente quella della Valle d'Aosta che registra valori al di sotto della soglia in tutti e tre gli ambiti. Sul fronte della prevenzione, si osserva un arretramento rispetto agli esiti della sperimentazione 2021 con sette regioni, anziché due, considerate inadempienti. Infine, cinque regioni sono inadempienti nell'ambito dell'assistenza distrettuale. Il Ministero della Salute consiglia, ragionevolmente, di valutare gli indicatori per almeno un triennio, garantendo stabilità per un arco temporale medio, prima di procedere a una possibile rotazione con altre misure. L'analisi dei trend temporali 2019 – 2022 che abbiamo realizzato mostra un peggioramento piuttosto generalizzato rispetto all'area della prevenzione e, per certi aspetti, dell'assistenza distrettuale, mentre si osserva un quadro di diffuso miglioramento rispetto al 2021 per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

L'utilizzo di strumenti di valutazione di questo tipo ha l'indubbio vantaggio di porre enfasi sulla definizione di logiche di benchmark che possano contribuire a confrontare l'andamento degli SSR, e di farlo adottando approcci *evidence-based* che imprimano ulteriore spinta allo sviluppo della cultura del dato come fattore per ridurre la discrezionalità di alcuni elementi decisionali. Allo stesso tempo, questi strumenti hanno potenzialmente il vantaggio di orientare il comportamento degli attori in gioco, ad esempio attraverso l'incorporazione nei sistemi operativi regionali e aziendali. È tuttavia necessario prestare attenzione alla capacità dei sistemi di misurazione di esprimere caratteristiche utili rispetto ai fenomeni che cercano di descrivere e dotarsi di adeguati flussi informativi, ad oggi non sempre solidi e tempestivi. Infatti, interpretare la multidimensionalità sotto il mero profilo degli input (o al massimo output) di sistema, tenendo fuori aspetti legati ad outcome clinici o funzionali e/o collegati al governo dei consumi, riduce la possibilità di proporre riflessioni più approfondite e strutturate sul collegamento tra dimensioni e cicli programmatori di risorse, processi, risultati. In questo quadro, il capitolo ha permesso di evidenziare altresì come esistano diverse posture degli SSR nell'impiegare le metriche NSG-CORE nei processi di responsabilizzazione delle direzioni aziendali. Ci sono ad esempio contesti che attivano un monitoraggio ad hoc dell'intero NSG attraverso la creazione di una sub-area di monitoraggio dedicata e conseguente responsabilizzazione «a cascata» e lineare del top management aziendale. In altri casi, invece, si preferisce collocare gli indicatori NSG nei macro-obiettivi strategici di riferimento, integrandoli ad altre metriche e con un sistema di responsabilizzazione del top management delle singole aziende personalizzato sulla base delle specificità aziendali e di contesto. In altri casi ancora si registra

una marcata selettività nella scelta delle metriche NSG da far confluire nel processo di responsabilizzazione del top management aziendale. A questa interessante eterogeneità di approcci se ne accompagna una seconda: dall'analisi di cinque casi regionali sono infatti emersi 15 macro-obiettivi complessivamente in capo alle direzioni strategiche aziendali formalmente presenti negli atti di programmazione regionale, ciascuno dei quali è mediamente rappresentato in 3 SSR su 5 e con un'importanza relativa fortemente differenziata. Vi è una certa tendenza alla parcellizzazione degli obiettivi attraverso il presidio di un numero elevato di dimensioni con pesi relativi modesti, senza peraltro tenere in eccessiva considerazione la diversa tipologia di azienda cui questi si rivolgono (es. ASL vs AO). Vi sono, tuttavia, anche SSR che individuano relativamente poche aree di risultato attribuendo pesi specifici mediamente significativi e altri che identificano i macro-obiettivi customizzando l'importanza relativa da attribuire a ciascuno sulla base dei contributi attesi (diversificati) dalle singole aziende nel conseguimento degli obiettivi regionali.

La ricognizione degli adempimenti LEA su base triennale e l'analisi sulle diverse strategie di identificazione delle priorità promosse dagli SSR sono particolarmente attuali alla luce della Legge 26 giugno 2024 n. 86 recante disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni. Il provvedimento stabilisce infatti che l'attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme di autonomia in ambito civile e sociale è subordinata alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP). Tali livelli indicano la soglia costituzionalmente necessaria e costituiscono il nucleo invalicabile per rendere effettivi i predetti diritti su tutto il territorio nazionale e per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale. La determinazione dei LEP avviene sulla base di una ricognizione della spesa storica dello Stato in ogni regione nell'ultimo triennio, e per la sanità questo si traduce nella ricognizione dei LEA. In una fase di cronico sottofinanziamento, insoddisfazione diffusa negli operatori, criticità nel governo dell'erogazione tempestiva delle prestazioni, e disparità già evidenti tra Nord e Sud del Paese, l'approvazione della legge sulla autonomia differenziata ha suscitato un vivace dibattito che ha già portato alla raccolta delle 500.000 firme necessarie per procedere con il referendum abrogativo. Per fornire dati ed evidenze su cui sviluppare la discussione, abbiamo considerato il ruolo della qualità istituzionale nello spiegare le variazioni di mobilità passiva nel nostro paese. Questa analisi si inserisce in un filone di letteratura a livello internazionale che conferma sistematicamente come il livello di alcune variabili che qualificano il livello istituzionale influenza direttamente lo stato di salute della popolazione in termini di aspettativa di vita, mortalità infantile, mortalità generale, salute mentale, o una combinazione di misure oggettive o auto-riferite dello stato di salute (Antonelli e Marini, 2024).

La qualità istituzionale è misurata tramite un indice proposto da Nifo e Vecchione (2014), che si sono ispirati a loro volta ad altri indicatori e iniziative

precedenti. L'indice comprende sia elementi di istituzioni formali (es. lo stato di diritto misurato in termini di reati contro persone o proprietà, produttività dei magistrati, tempi dei processi, evasione fiscale ed economia sommersa) che informali (es. impegno civico, cooperazione sociale, partecipazione politica e vivacità culturale), con la componente «*efficacia di governo*» particolarmente rilevante nel garantire l'efficacia nella gestione delle politiche pubbliche come quella sanitaria. L'indice di fuga, che coglie la mobilità passiva nel nostro Paese, ovvero prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in una regione diversa da quella di residenza, così come altre misurazioni, restituisce una nazione spaccata in regioni che attraggono e regioni che invece non riescono a soddisfare tutta la domanda espressa da cittadini sul proprio territorio. Le analisi di correlazione effettuate rilevano un'associazione negativa e significativa tra indice di fuga e livello di qualità istituzionale, soprattutto per quello che riguarda le attività per acuti in regime ordinario e diurno e le attività legate ai tumori e alle prestazioni di chemioterapia, in regime ordinario o diurno.

Oltre a essere un driver per lo stato di salute della popolazione a livello regionale, questi risultati preliminari sembrano suggerire che la qualità istituzionale è anche un antecedente dei fenomeni di mobilità sanitaria. Ulteriori analisi econometriche sono necessarie per rafforzare l'affidabilità dei risultati e verificare eventuali legami causali; tuttavia, queste suggestioni supportano azioni strutturali e culturali di potenziamento delle istituzioni pubbliche. Tali azioni sono infatti volte a garantire i principi di equità ed universalismo su tutto il territorio nazionale tramite, ad esempio, l'investimento in capitale umano, il sostegno ai professionisti e l'implementazione di processi innovativi.

7.6 Bibliografia

- Acciai F., Firebaugh G., (2017), «Why did life expectancy decline in the United States in 2015? A gender-specific analysis», *Soc Sci Med* 2017; 190:174–80. doi:10.1016/j.socscimed.2017.08.004.
- AGENAS (2023). «Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle Aziende Ospedaliere». Disponibile online: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/24maggio/slide_Sistema_performance_Aziende_Ospedaliere_Agenas_24_maggio_2023.pdf.
- AIFA (2020). «Linee guida per la compilazione del Dossier a supporto della domanda di rimborsabilità e prezzo di un medicinale». Available at: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/AIFA_Linee+Guida_v.+16.9.2020+per+consultazione+pubblica.pdf/64f8d5b5-69df-a799-9ae7-36a5743d5f17.
- Andrade L.F., Ludwig K., Ramos-Goni J.M., Oppe M., de Pouvourville G. (2020), «A French Value Set for the EQ-5D-5L». *Pharmacoeconomics*; 38(4):413-425.

- Antonelli MA, Marini G. Do institutions matter for citizens' health status? Empirical evidence from Italy. *Eur J Health Econ.* 2024 May 9. doi: 10.1007/s10198-024-01689-9.
- Ardito V., Ciani O., Federici C., Furnari A., Finch A., Jommi C., Malandrini F., Meregaglia M, Tarricone R. (2021), «Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale» in *CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2021*, Milano, EGEA.
- Ardito V., Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2022), «Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale» in *CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2022*, Milano, EGEA.
- Bailey H., Janssen M.F., La Foucade A., Kind P. (2019), «EQ-5D-5L population norms and health inequalities for Trinidad and Tobago», *PLoS One.* 2019;14(4): e0214283.
- Barchielli A, Balzi D, Ciani Passeri A, Marseglia AR, Miceli M. Uso dei flussi informativi sanitari regionali per stimare la prevalenza dei disturbi mentali e il ricorso ai servizi sanitari nella popolazione di una Asl della Toscana [Use of regional health administrative databases to estimate the prevalence of mental disorders and health service utilization in a Local Health Unit of Tuscany Region (Central Italy)]. *Epidemiol Prev.* 2016 Jan-Feb;40(1):65-73. Italian. doi: 10.19191/EP16.1.P065.016. PMID: 26951704.
- Berkowitz S.A., Cené C.W., Chatterjee A. (2020), «COVID-19 and Health Equity – Time to Think Big» *N Engl J Med.* doi:10.1056/NEJMp2021209.
- Bosa I, Castelli A, Castelli M, Ciani O, Compagni A, Galizzi MM, Garofano M, Ghislandi S, Giannoni M, Marini G, Vainieri M. Corona-regionalism? Differences in regional responses to COVID-19 in Italy. *Health Policy.* 2021 Jul 31:S0168-8510(21)00197-4. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.07.012. Epub ahead of print.
- Buehler J.W., Devine O.J., Berkelman R.L., Chevarley F.M. (1990), «Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality trends in young men, United States», *American Journal of Public Health*, vol. 80, no. 9, pp. 1080-1086.
- Boscolo P., Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2017), «Gli esiti di salute del Servizio Sanitario Nazionale» in *CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Campbell D. (2017), «Rise in life expectancy has stalled since 2010, research shows», *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/society/2017/jul/18/rise-in-life-expectancy-has-stalled-since-2010-research-shows>.
- Casadei G., Tolley K., Bettio M., Bozza F., Cafaro A., Dall'Ara M.C., Pedrazzini A., Scintu V., Zanotti G., Bignamini A.A. (2020), «Investigation of Health-Related Quality of Life Outcomes in Cancer Patients: Findings from an Observational Study Using the EQ-5D in Italy», *SN Comprehensive Clinical Medicine*; 2:1579–1584.

- Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, Dalexis RD, Goulet MA, Labelle PR. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021 Jan;295:113599. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113599. Epub 2020 Nov 26.
- Commissione Europea (2017), «Anni di vita in buona salute», https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it.
- COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. *Lancet.* 2022 Apr 16;399(10334):1513-1536. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02796-3. Epub 2022 Mar 10.
- Choi AI, Weekley CC, Chen SC, Li S, Kurella Tamura M, Norris KC, Shlipak MG. Association of educational attainment with chronic disease and mortality: the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis.* 2011 Aug;58(2):228-34. doi: 10.1053/j.ajkd.2011.02.388. Epub 2011 May 20. PMID: 21601328; PMCID: PMC3144262.
- Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2019), «Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale» in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2019, Milano, EGEA.
- Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2018), «Gli esiti di salute del Servizio Sanitario Nazionale» in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2018, Milano, EGEA.
- Corrao G, Rea F, Di Martino M, Lallo A, Davoli M, Di Palma R, Belotti L, Merlino L, Pisanti P, Lipi L, Skrami E. Effectiveness of adherence to recommended clinical examinations of diabetic patients in preventing diabetes-related hospitalizations. *International Journal for Quality in Health Care.* 2019 Jul 1;31(6):464-72.
- Corrao G, Rea F, Mancina G, Perseghin G, Merlino L, Martini N, Carbone S, Carle F, Bucci A, Dajko M, Arcà S. Cost-effectiveness of the adherence with recommendations for clinical monitoring of patients with diabetes. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases.* 2021 Oct 28;31(11):3111-21.
- Corrao G, Rea F, Di Felice E, Di Martino M, Davoli M, Merlino L, Carle F, Di Palma R. Influence of adherence with guideline-driven recommendations on survival in women operated for breast cancer: Real-life evidence from Italy. *The Breast.* 2020 Oct 1;53:51-8.
- Crialesi R., Gargiulo L., Iannucci L. (2014), presentazione «L'indagine Istat sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari», disponibile online: <http://www.ceistorvergata.it/public/CEIS/file/press/L%E2%80%99indagine%20Istat%20sulle%20condizioni%20di%20salute%20ed%20il%20ricorso%20ai%20servizi%20sanitari.pdf>.

- Czaja C.A., Miller L., Colborn K., Cockburn M.G., Alden N., Herlihy R.K., Simões E.A. (2020), «State-level estimates of excess hospitalizations and deaths associated with influenza», *Influenza and other respiratory viruses*, vol. 14, no. 2, pp. 111-121.
- Deaths and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention (2020). Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm>
- De Filippo O., D'Ascenzo F., Angelini F., et al. (2020), «Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during COVID-19 Outbreak in Northern Italy», *N Engl J Med*, 383(1):88-89.
doi:10.1056/NEJMc2009166
- de Maria R. (2020), «Caratteristiche ed errori della gestione sanitaria della pandemia da COVID-19 in Italia: una défaillance di sistema», *Rivista Trimestrale di SCIENZA DELL'AMMINISTRAZIONE*.
- Encheva M., Djambazov S., Vekov T., Golicki D. (2020), «EQ-5D-5L Bulgarian population norms». *Eur J Health Econ*; 21(8):1169-1178.
- EuroQol Research Foundation (2018), «EQ-5D is a recommended tool for use in cost-utility analyses around the globe». Available at: <https://euroqol.org/eq-5d-is-a-recommended-tool-for-use-in-cost-utility-analyses-around-the-globe/>.
- Fattore G. (2009), «Le linee-guida AIES sulla valutazione economica degli interventi sanitari» *PharmacoEconomics Italian Research Articles*; 11:81-82.
- Furnari A., Ricci A. (2016), «La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione» in *CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2016, Milano, EGEA*.
- Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration. Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *JAMA Oncol*. 2022;8(3):420–444. doi:10.1001/jamaoncol.2021.6987
- Golicki D., Niewada M. (2017), «EQ-5D-5L Polish population norms». *Arch Med Sci*;13(1):191-200.
- ISTAT (2020), *Indagine su decessi e cause di morte*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2020), *Sistema di nowcast per indicatori demografici*, dati disponibili online: <http://dati.istat.it/> (sezione «Popolazione e famiglie», Indicatori demografici).
- ISTAT (2019), *Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2019*. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2021), *Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2021*. Roma, ISTAT. Disponibile online: <https://www.istat.it/it/archivio/269316>
- ISTAT (2012), *Il lavoro femminile in tempo di crisi, 2012*.

- Janssen B., Szende A. (2014), «Population Norms for the EQ-5D» in *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*, Springer Open, 2014, pp. 19-30
- Jiang R., Janssen M.F.B., Pickard A.S. (2021), «US population norms for the EQ-5D-5L and comparison of norms from face-to-face and online samples». *Qual Life Res*;30(3):803-816.
- Kaufmann, Daniel and Kraay, Aart and Mastruzzi, Massimo, *The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues* (September 2010). World Bank Policy Research Working Paper No. 5430, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1682130>
- Ludwig K., Graf von der Schulenburg J.M., Greiner W. (2018), «German Value Set for the EQ-5D-5L» *Pharmacoeconomics*; 36(6):663-674.
- Mallet J, Massini C, Dubreucq J, Padovani R, Fond G, Guessoum SB. Santé mentale et Covid : toutes et tous concernés. Une revue narrative [Mental health during the Covid pandemic, a narrative review]. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2022 Sep;180(7):707-712. French. doi: 10.1016/j.amp.2022.07.019. Epub 2022 Aug 6.
- Mazzucco S., Campostrini S. (2022), Life expectancy drop in 2020. Estimates based on Human Mortality Database. *PLoS ONE* 17(1): e0262846. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262846>
- Ministero della Salute (2020), «Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)», online: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- Ministero della Salute e AGENAS (2020), Portale del programma nazionale Esiti 2019. Disponibile on line: <https://pne.agenas.it/>.
- Ministero della Salute 2006, Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.
- Nifo and G. Vecchione (2014), «Do Institutions Play a Role in Skilled Migration? The Case of Italy», *Regional Studies*, Volume 48, Issue 10, 2014, pages 1628-1649. DOI: 10.1080/00343404.2013.835799.
- OECD (2020), «OECD Health Data», OECD Health Statistics database.
- OECD (2022), «Caesarean sections» (indicator), <https://doi.org/10.1787/adc-3c39f-en>
- Oude Hengel K, Robroek SJW, Eekhout I, van der Beek AJ, Burdorf A. Educational inequalities in the impact of chronic diseases on exit from paid employment among older workers: a 7-year prospective study in the Netherlands. *Occup Environ Med*. 2019 Oct;76(10):718–25.
- Our World in Data (2020), disponibile online: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Ultimo accesso: 04/08/2020.
- Palladino A. (2020), Coronavirus, linee guida vecchie e fondi spesi male. Così il piano pandemico dell'Italia è andato in tilt.
- Pfoh ER, Chan KS, Dinglas VD, Cuthbertson BH, Elliott D, Porter R, Bienve-

- nu OJ, Hopkins RO, Needham DM. The SF-36 Offers a Strong Measure of Mental Health Symptoms in Survivors of Acute Respiratory Failure. A Tri-National Analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2016 Aug;13(8):1343-50. doi: 10.1513/AnnalsATS.201510-705OC. PMID: 27111262; PMCID: PMC5021072.
- Pisano G.P., Sadun R., Zanini M. (2020), «Lessons from Italy's Response to Coronavirus», *Harvard Business Review*, disponibile online: <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>.
- Prevolnik Rupel V., Ogorevc M. (2020), «EQ-5D-5L Slovenian population norms». *Health Qual Life Outcomes*;18(1):333.
- Raghupathi, V., Raghupathi, W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Arch Public Health* 78, 20 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>
- Rapporto Salute e Equità. Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA. 8° Report. 2022. Disponibile online: <https://www.panoramasanita.it/wp-content/uploads/2022/06/Report-Gap-Analysis-NSG-LEA-ok-15-giugno.pdf>
- Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2020. Disponibile online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3212_allegato.pdf
- Roth G., [...], Murray C.J.L. (2018), «Global, regional, and national age-sex specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017», *Lancet*, 18;392(10159):1736-1788.
- Serfling R.E. (1963), «Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths», *Public health reports*, vol. 78, no. 6, pp. 494.
- Tarricone R., Torbica A., Tozzi V.D. (2020), «Per Aspera ad Astra: Italy and COVID-19», *Economia & Management Plus*, disponibile online: <https://emplus.egeaonline.it/en/396/coronavirus-emergency/1158/per-aspera-ad-astra-italy-and-covid-19>.
- UK Office for National Statistics (2020), «Deaths involving COVID-19, England and Wales: deaths occurring in June 2020» pubblicato il 17 luglio 2020.
- Varma P., Junge M., Meaklim H., Jackson M.L. (2021), «Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey», *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 109:110236.
- Van Ginneken E, Siciliani L, Reed S, Eriksen A, Tille F, Zapata T. Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic. *TEN*. 2022;28(1):35.
- Versteegh M.M., Vermeulen K.M., Evers S.M.A.A., Ardine de Wit G., Prenger R., Stolk E.A. (2016), «Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D». *Value Health*; 19(4):343-52.

- Washington Post (2020). «Coronavirus is becoming America's leading cause of death», <https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/04/16/coronavirus-leading-cause-death/?arc404=true>
- Weinberger D.M., Chen J., Cohen T., Crawford F.W., Mostashari F., Olson D., Pitzer V.E., Reich N.G., Russi M., Simonsen L. (2020), «Estimation of excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in the United States, March to May 2020», *JAMA Internal Medicine*.
- WHO (2022). «Mental health: strengthening our response». Disponibile online: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO (2018). «World Health Statistics». Global Health Observatory database.
- WHO (2017), «Non-Communicable Diseases». Disponibile online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Eurostat Birth and Fertility Data (2021). Women in the EU are having their first child later.
- Xie F., Pullenayegum E., Gaebel K., Bansback N., Bryan S., Ohinmaa A., Poissant L., Johnson J.A., Canadian EQ-5D-5L Valuation Study Group (2016), A Time Trade-off-derived Value Set of the EQ-5D-5L for Canada. *Med Care*; 54(1):98-105.
- Zylke J.W., Bauchner H. (2020), «Mortality and Morbidity: The Measure of a Pandemic», *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.11761.

Appendice

Variabili esplicative

| Indicatore | Anni | Fonte | Scaricato | Codice |
|--|-----------------------|--|-----------|----------------|
| Reddito disponibile lordo pro capite | 2004-2023 | Gli indicatori del Bes – Istat | si | 04BEC001 |
| Persone con almeno il diploma (25-64 anni) | 2018-2023 | Gli indicatori del Bes – Istat | si | 02IST002-N22 |
| Tasso di disoccupazione 15-64 | 2004-2023 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 0450 |
| Disuguaglianza del reddito netto (s80/s20) | 2004-2021 | Gli indicatori del Bes – Istat | Si | 04BEC002 |
| Alcol (tassi standardizzati) | 2004-2023 | Gli indicatori del Bes – Istat | Si | 01SAL011 |
| PDR | | | No | |
| LEA score | | | No | |
| Institutional Quality Index | 2004-2019 | Institutional Quality Index – IQI Dataset (google.com) | Si | IQI_reg |
| IQI dimension of rule of law at regional level | 2004-2019 | Institutional Quality Index – IQI Dataset (google.com) | Si | Ruleoflaw_reg |
| IQI dimension of government effectiveness | 2004-2019 | Institutional Quality Index – IQI Dataset (google.com) | Si | government_reg |
| % popolazione residente 65+ M+F | 1982-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 0043 |
| Popolazione residente M+F | 1982-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 0000 |
| Tasso personale infermieristico istituti cura pubblici,privati accreditati | 1995-2022 (buco 2018) | ISTAT Health for all (APP) | Si | 9142 |
| Tasso medici,odontoiatri istituti cura pubblici,privati accreditati | 1995-2022 (buco 2018) | ISTAT Health for all (APP) | Si | 9141 |
| Tasso personale funzioni riabilitazione ist. cura pubblici,privati accred. | 1995-2022 (buco 2018) | ISTAT Health for all (APP) | Si | 9144 |
| Tasso posti letto ospedalieri priv.accr.ordinari | 1996-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 7226 |
| Tasso posti letto ospedalieri priv.accr.ordinari acuti | 1996-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 7227 |
| Tasso posti letto ospedalieri priv.accr.ordinari lungodegenza e riabilitazione | 1996-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 7228 |
| Tasso posti letto ospedalieri pubbl.ordinari | 1996-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 7223 |
| Tasso posti letto ospedalieri pubbl.ordinari acuti | 1996-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 7224 |
| Tasso posti letto ospedalieri pubbl.ordinari lungodegenza e riabilitazione | 1996-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 7225 |
| Tasso personale tecnico-sanitario istituti cura pubblici,privati accred. | 1996-2022 | ISTAT Health for all (APP) | Si | 9143 |

Variabili dipendenti

| Indicatore | Anni | Fonte | Scaricato | Codice |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------|
| Indice di Fuga – acuti in regime ordinario | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IF_Acuti_ordinario |
| Indice di Fuga – acuti in regime diurno | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IF_Acuti_diurno |
| Indice di Fuga – riabilitazioni in regime ordinario | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IF_Riabilitazione_ordinario |
| Indice di Fuga – riabilitazioni in regime diurno | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IF_Riabilitazione_diurno |
| Indice di Fuga – lungodegenza | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IF_Lungodegenza |
| Indica di attrattività – acuti in regime ordinario | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IA_Acuti_ordinario |
| Indica di attrattività – acuti in regime diurno | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IA_Acuti_diurno |
| Indica di attrattività – riabilitazioni in regime ordinario | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IA_Riabilitazione_ordinario |
| Indica di attrattività – riabilitazioni in regime diurno | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IA_Riabilitazione_diurno |
| Indica di attrattività – lungodegenza | 2014-2022 (con buco 2017) | Rapporto SDO (calcolato) | Si | IA_Lungodegenza |

