

---

Scuola Superiore Sant'Anna  
Istituto di Management  
Laboratorio Management e Sanità

# EXECUTIVE REPORT DEL NETWORK DELLE REGIONI

Basilicata, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Toscana, P.A. Trento, Umbria, Veneto

## REPORT 2024

A cura di:

Milena Vainieri, Alessia Caputo, Alessandro Vinci, Giuseppe D'Orio e Domenico Cerasuolo

© Copyright 2025 Laboratorio MeS

Laboratorio Management e Sanità  
Istituto di Management  
Scuola Superiore Sant'Anna  
Via Pietro Maffi 27, Pisa  
[www.meslab.santannapisa.it](http://www.meslab.santannapisa.it)



---

BOZZA DA APPROVARE  
AL 28/11/2025

---

## EXECUTIVE REPORT 2024 DEL NETWORK DELLE REGIONI

Questo volume, a cura di Milena Vainieri, Alessia Caputo, Alessandro Vinci, Giuseppe D'Orio e Domenico Cerasuolo è stato predisposto grazie al lavoro di tutto il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, coadiuvato dai dirigenti e dal personale di tutte le Regioni e Province Autonome aderenti al Network delle Regioni.

Si ringraziano tutte le operatrici e gli operatori, che hanno contribuito con professionalità e spirito di collaborazione sia all'aggiornamento del sistema di valutazione delle performance, sia al suo utilizzo a supporto del governo del sistema.

Nello specifico, per le Regioni del Network si ringraziano:

**Regione Basilicata:** Giuseppe Montagano, Sergio Sassano, Maria Rosalia Puzo, Vincenzo Perneti, Gabriella Sabino, Maria Luisa Zullo, Pasquale Belviso, Enrico Barone, Marcello Masi, Rosalba Potenza, Pierluigi Tramutoli.

**P.A. Bolzano:** Hubert Messner, Michael Mayr, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Antonio Fanolla, Mirko Bonetti, Antonella Di Munno, Stefania Mocellini, Eva Papa, Roberto Picus, Valeria Rossi, Sabine Weiss, Paola Zuech.

**Regione Friuli Venezia Giulia:** Ivana Burba, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Elisa Riosa, Paola Rossi, Lucian Ejlli, Roberto Peressutti, Daniela Germano, Barbara Alessandrini, Antonella Bulfone, Davide Duri, Caterina Morassutto, Cristina Zappetti, Manlio Palei, Marta Zanolla, Martina Ricci e Eva Miriam Rosaia.

**Regione Puglia:** Vito Montanaro, Giovanni Migliore, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Anna Salvatore, Michele Saracino, Cinzia Tanzarella, Antonio Chieti, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli, Paola Barracano, Concetta Ladalardo, Nehludoff Albano, Caterina Fanizza, Alessandro Musa, Domenico Convertini, Elisabetta Graps, Pantaleo Scoccimarro, Donato Peluso, Francesca Giangrande.

**Regione Toscana:** Simone Bezzini, Serena Spinelli, Federico Gelli, Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Roberta Bottai, Simona Dini, Silvia Fantappiè, Luciano Lippi, Michela Maielli, Claudio Marinai, Monica Marini, Elisa Nannicini, Moraldo Neri, Carla Rizzuti, Barbara Trambusti.

**P.A. Trento:** Maria Adalgisa Gentilini, William Mantovani, Angela Trentin, Enrico Santoprete, Diego Cagol, Paolo Santini, Filippo Re, Marco Frassoni, Riccardo Roni, Marina Ferri, Luca Leonardi, Annalisa Campomori, Giorgio Costa, Angela Moresco, Gino Gobber, Giuliano Brunori, Alberto Della Rosa, Dario Uber, Nicoletta Copat, Giovanna Zanetti, Iaria Trentini, Katia Chistè, Valeria Buzzi, Simone Bilato, Lorenza Vieno, Manuela Campus, Mariangela Soverini, Federica Bresciani, Paola Leonardelli, Francesca Di Stradis, Marina Mastellaro, Laura Battisti, Pirus Fateh Moghadam, Lucia Pilati, Michele Biasion e Giuliano Cattoi.

**Regione Umbria:** Lucio Baldacci, Ombretta Checconi, Enrica Ricci, Paola Casucci, Anna Lisa Lelli,

Giuliana Alessandrini, Marcello De Giorgi, Francesco Cozzolino, Chiara Marini, Chiara Antonini, Livia Convertino, Sara Calandrini, Marianna Giustozzi Giuliano Curti, Bruno Taburchi, Mauro Marchesi, Simona Foresi, Leonardo Bronzetti, Piero Macellari, Lucia Amoni, Sayra Broccatelli, Gabriella Madeo, Alessandro Montedori, Stefania Prandini, Mariangela Rossi, Milena Solfiti.

**Regione Veneto:** Massimo Annicchiarico, Roberto Toniolo, Stefano Kusstatscher, Sandra Zuzzi, Mauro Bonin, Romina Cazzaro, Silvia Vigna, Manuel Zorzi, Michele Tessarin, Denise Signorelli, Anna Maria Saieva, Elena Schievano, Angela Grandis, Francesca Russo, Federica Michieletto, Filippo Da Re, Vera Comiati, Michele Bricchese, Michele Tonon, Elena Narne, Giulia Capodaglio, Anna Turrin, Giovanna Scroccaro, Mario Saia, Anna Cavazzana, Lorenzo Dorigo, Davide Lissandri, Angela Scapin, Roberto Bellamoli, Alessandro Curto, Giorgio Perilongo, Monica Mazzucato, Laura Visonà Dalla Pozza, Luca Giobelli, Gianluca Ranzato, Alessandro Scatto, Giustina De Silvestro, Francesca Rocco, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Laura Cestari, Marco Braggion, Demetrio Pittarello, Pantaleo Corlianò, Roberta Tiso, Patrizia Bonesso, Simone De Bellonia.

**A.O.U. Sant'Andrea:** Daniela Donetti, Christian Napoli, Ermete Gallo, Francesco Stella, Riccardo Macera, Marco Sabatini, Luigi Vittorini.

**Affiliati MeS:** Giorgio Simon.

**Responsabili scientifici del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità del Network delle Regioni:**

Milena Vainieri e Sabina Nuti.

**Coordinamento del Sistema di Valutazione della Performance:**

Alessia Caputo, Alessandro Vinci e Giuseppe D'Orio.

**Coordinamento statistico ed elaborazione dati**

Giuseppe D'Orio.

**Responsabile del sistema informativo:**

Domenico Cerasuolo, con la collaborazione di Fabio Gentile.

**Coordinamento, progettazione editoriale, editing del report:**

Lorenzo Corduas, Francesco Noferi e Alessandro Vinci.

**Il team di ricerca del Laboratorio MeS coinvolto nel Sistema di Valutazione della Performance:**

Nicola Bellè, Paola Cantarelli, Alessia Caputo, Domenico Cerasuolo, Elisa Conti, Lorenzo Corduas, Federica Covre, Benedetta Dal Canto, Piermario Di Grazia, Giuseppe D'Orio, Cristina Facchi, Amerigo Ferrari, Manuela Furlan, Andrea Garuglieri, Fabio Gentile, Sofia Longhi, Elena Maggioni, Claudio Mazzi, Giae Moretti, Anna Maria Murante, Francesco Noferi, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Silvia Podetti, Filippo Quattrone, Chiara Seghieri, Lorenzo Taddeucci, Davide Trinchese, Milena Vainieri, Andrea Vandelli, Davide Vicari e Alessandro Vinci.



---

## Indice

<b>Introduzione</b> di Milena Vainieri	7
<b>Analisi delle performance 2024</b>	11
Percorso materno infantile di Amerigo Ferrari	16
Percorso Oncologico di Sofia Longhi e Filippo Quattrone	29
Percorso Cronicità ed anziani e fragilità di Arianna Bellini, Lorenzo Taddeucci e Davide Vicari	20
Percorso Salute mentale di Elena Maggioni e Francesca Pennucci	26
Percorso Emergenza-Urgenza di Davide Trinchese	30
Sanità digitale di Alessandro Vinci	34
Assistenza farmaceutica e dispositivi di Benedetta Dal Can- to e Giaele Moretti	34
Dinamiche economico-finanziarie ed efficienza operativa di Alessia Caputo e Lorenzo Corduas	42
Assenza del personale e diversità di genere di Nicola Bellè, Paola Cantarelli, Luca Pirrotta e Davide Trinchese	46
<b>Sintesi regionali</b>	51



# INTRODUZIONE

## Introduzione

Nel 2024 il Laboratorio Management e Sanità ha celebrato vent'anni di attività di ricerca nell'ambito della misurazione e valutazione della performance. In questo periodo sono stati pubblicati volumi annuali che sintetizzano e mettono a confronto i risultati di performance tra aziende e regioni.

Le prime edizioni dei report includevano un numero limitato di indicatori, per ciascuno dei quali venivano presentati grafici, valori numerici e schede di calcolo, sia per le misure di valutazione sia per quelle di osservazione.

A partire dal 2007, i risultati sono stati resi disponibili anche attraverso una piattaforma online, pur mantenendo una modalità di comunicazione multicanale — digitale e cartacea — per la diffusione delle sintesi e dei risultati. Questa scelta è stata dettata dalla volontà di rispondere alle diverse preferenze e abitudini di consultazione del pubblico: da un lato, vi sono utenti che privilegiano il formato cartaceo, percepito come più immediato, tangibile e adatto alla consultazione sintetica e divulgativa; dall'altro, il formato digitale consente un accesso più ampio, dinamico e interattivo alle informazioni, sebbene richieda un maggiore sforzo di ricerca e selezione dei contenuti. Tale approccio multicanale si inserisce nella logica della comunicazione integrata, che mira a favorire l'accessibilità e la fruizione dei contenuti in base ai diversi stili cognitivi e preferenze informative (Kotler, 2006; Nielsen, 2000; Mayer, 2009).

Nel corso degli anni lo strumento si è progressivamente arricchito grazie all'introduzione di nuovi indicatori e di modalità di rappresentazione grafica più articolate. Accanto ai tradizionali bersagli sono stati introdotti i pentagrammi e i profili, innovazioni che hanno reso necessaria una selezione più accurata delle informazioni da includere nel rapporto. Di conseguenza, sono stati aggiunti link e QR code che rimandano alla piattaforma online per la consultazione dei dati tabellari e delle schede di calcolo. Inoltre, è stato adottato come criterio di selezione quello di includere nel rapporto esclusivamente gli indicatori di valutazione.

Il rapporto rappresenta dunque una fotografia statica dei risultati, volta a preservare la memoria grafica dell'evoluzione delle performance nel tempo. I commenti e le descrizioni testuali sono stati progressivamente ridotti, per dare maggiore spazio alla rappresentazione visiva dei dati.

Tuttavia, sebbene grafici e numeri costituiscano evidenze fondamentali nella governance dei sistemi complessi, essi non sono di per sé sufficienti a comprendere appieno i fenomeni osservati. In presenza di un'elevata quantità di informazioni, infatti, il rischio di disorientamento è elevato. Le rappresentazioni di sintesi assumono quindi un ruolo centrale nel mantenere la visione multidimensionale del fenomeno e nel facilitare l'interpretazione dei risultati.

Nel corso del tempo, con la crescente diffusione dei canali digitali, è stato più volte posto all'attenzione dei referenti regionali del network il tema dell'opportunità di mantenere o meno l'edizione cartacea del rapporto. I sondaggi condotti hanno costantemente evidenziato la coesistenza di preferenze e finalità differenti tra gli strumenti: alcuni utenti continuano a considerare la versione cartacea più immediata e fruibile, altri invece prediligono l'accesso digitale per la sua maggiore interattività e capacità di aggiornamento.

Parallelamente, i volumi annuali si sono progressivamente ampliati, diventando documenti sempre più complessi da consultare. Per questo motivo, nel corso degli incontri del 2025 è stata decisa la sperimentazione di una nuova modalità di diffusione dei risultati: mantenere il rapporto completo in versione digitale, che consente una consultazione agevole e statica delle informazioni — senza la necessità di effettuare ricerche puntuali sulla piattaforma — e permette al contempo di copiare o esportare facilmente i dati.

Accanto a questa versione integrale, è stato introdotto un report executive contenente le principali sintesi regionali. In esso sono riportati:

- i profili regionali, che descrivono gli elementi di contesto utili a interpretare i risultati di ciascuna regione;
- i bersagli, che rappresentano la sintesi della performance complessiva;
- i pentagrammi, che offrono una visione integrata dei percorsi assistenziali.

Il nuovo report di sintesi regionale si propone come un documento snello, pensato per facilitare la comprensione immediata dei punti di forza e di debolezza delle diverse realtà territoriali. In sostituzione dell'elenco esteso degli indicatori, sono stati inseriti alcuni approfondimenti tematici volti a fornire una lettura critica di specifici percorsi o fenomeni, prendendo le mosse dagli indicatori del sistema di valutazione.

In particolare, l'edizione 2025 introduce una lettura integrata delle informazioni presenti nei pentagrammi, con approfondimenti dedicati ai principali percorsi assistenziali: matero-infantile, oncologico, cronicità, anziani e fragili, emergenza-urgenza e salute mentale.

A tali analisi si affiancano riflessioni su alcune delle sfide strutturali del Servizio Sanitario Nazionale, quali la sostenibilità economico-finanziaria, l'assistenza farmaceutica, la sanità digitale, la carenza di personale e le differenze di genere.

Gli approfondimenti seguono un percorso metodologico articolato in tre momenti: i. una contestualizzazione iniziale, che richiama i principali documenti programmatici e di riferimento; ii. un'analisi della performance registrata nel 2024 dalle regioni appartenenti al network; iii. alcune conclusioni di sintesi, volte a evidenziare tendenze comuni e aree di miglioramento.

L'evoluzione del rapporto testimonia come la misurazione della performance non sia un esercizio statico, ma un processo dinamico che richiede strumenti di analisi, interpretazione e dialogo costantemente aggiornati. L'edizione 2025 si propone pertanto non solo come una raccolta di risultati, ma come una chiave di lettura condivisa delle trasformazioni in atto nel Servizio Sanitario Nazionale e nei suoi contesti regionali. L'evoluzione stessa dei sistemi informativi e della capacità sempre maggiore di produrre evidenze, porta i ricercatori del laboratorio a innovare le modalità di rappresentazione della performance ma ad aumentare la capacità di analisi e interpretazione integrata affinché i dati non restino solo numeri, ma diventino conoscenza utile alla comprensione dei fenomeni complessi e quindi anche essere di supporto all'azione.

Queste interpretazioni intendono inoltre sostenere i referenti regionali e, più in generale, agevolare la lettura e la comprensione dei risultati da parte di tutti, contribuendo a una maggiore capacità di interpretazione e utilizzo consapevole delle informazioni.

L'aggiornamento e lo sviluppo del sistema di valutazione prevedono un sistematico e regolare processo di confronto tra i professionisti individuati dalle Regioni/Province, le tecnostutture regionali/provinciali, il gruppo dei professional affiliate e i ricercatori del Laboratorio MeS e della professoressa Milena Vainieri.

I servizi offerti della piattaforma PES (Performance Evaluation System):

Accesso al catalogo di tutti gli indicatori del Sistema di Valutazione. Questa sezione consente di accedere all'elenco di tutti gli indicatori del sistema di valutazione. La ricerca può essere effettuata per anno e livello di calcolo.

Accesso a tutti i dati disponibili per ciascun indicatore, in particolare è possibile visualizzare:

La Struttura ad albero dove l'indicatore è inserito. Questo permette una navigazione immediata su indicatori che monitorano aspetti diversi dello stesso

- fenomeno;
- La **Scheda Indicatore** contenente tutte le specifiche necessarie per poter calcolare l'indicatore (fonte, modalità di calcolo, numeratore, denominatore, note, etc.);
- **Istogrammi della valutazione**, la **variabilità** ed il **trend**, se previsti per l'indicatore selezionato con livello di dettaglio aziendale e di distretto;
- La **Tabella dei dati scaricabile** in csv, excel e pdf che riporta i dati degli ultimi tre anni dell'indicatore. Sono disponibili il valore, la valutazione, il numeratore, il denominatore, e il criterio di calcolo.

- **I Profili**, elemento di sintesi che illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello regionale e aziendale, differenziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere (AOU).
- **I Bersagli**, che offrono un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati. Lo schema permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I "pallini" rappresentano la performance degli indicatori di sintesi. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa esterna.
- **I Percorsi** utilizzano come strumento di rappresentazione il pentagramma e offrono una lettura, diversa da quella del bersaglio, basata sulla logica del percorso assistenziale in una prospettiva più vicina a quella degli utenti. Nel pentagramma, le note rappresentano gli indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati per fasi, a loro volta rappresentati dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono poi disposti su una delle cinque fasce colorate, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.
- **Sezione download**: E' possibile scaricare la versione digitale del report attuale e delle edizioni passate nell'area download all'indirizzo: [www.performance.santanapisa.it](http://www.performance.santanapisa.it)
- **Application Programming Interface (API)** sono lo strumento scelto dal Laboratorio

MeS per favorire la consultazione, l'utilizzo e la diffusione dei dati relativi ai sistemi di Valutazione. Questa funzionalità di accesso ai dati, basata sull'utilizzo di Web Service RESTful (URL HTTPS - Hypertext Transfer Protocol Secure) facilita l'accesso al sistema e rende possibile la piena integrazione dei dati all'interno in altri software, gestionali applicazioni o siti web. Tutti i dati sono accessibili tramite "Servizi RESTful": questa tecnologia consente di sviluppare moduli software di tipo B2B e quindi realizzare in modo efficiente ed efficace l'integrazione tra il sistema di valutazione (indicatori, valori, valutazioni, numeratori, denominatori, schede di calcolo, razionale) e i software del controllo di gestione e gli altri strumenti di Business analysis della Regione e delle Aziende. Per poter accedere ai Servizi RESTful è necessario utilizzare l'APIKEY personale attribuita dal sistema nella fase di registrazione.

## SCARICA IL TUTORIAL DELLA PIATTAFORMA PES

Per effettuare la scansione del codice QR, è sufficiente scaricare una qualsiasi applicazione da Google play o Apple store, e inquadrare il codice con la fotocamera. L'applicazione aprirà in automatico il contenuto.





# ANALISI DELLA PERFORMANCE

## Percorso Materno Infantile

Amerigo Ferrari

### Introduzione

Il percorso materno-infantile rappresenta un ambito strategico per i sistemi sanitari pubblici, poiché incide sulla salute delle nuove generazioni e costituisce un indicatore chiave della capacità del sistema di garantire qualità, equità e continuità assistenziale. A livello internazionale, la sua rilevanza è stata riconosciuta fin dagli albori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ne ha fatto una delle sue missioni fondamentali, così come dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, che sancisce il diritto di madri e bambini a ricevere protezione e assistenza specifiche.

Nel contesto europeo e italiano, lo sviluppo di percorsi strutturati per la tutela della salute materna e infantile ha trovato spazio nei principali strumenti programmatori, a partire dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2001 fino ai più recenti Piani Regionali della Prevenzione. In un contesto segnato da denatalità, invecchiamento della popolazione e crescente complessità sociale, investire sulla qualità e l'equità del percorso materno-infantile significa incidere in modo strutturale sulla salute pubblica e sulla coesione territoriale. Le Regioni coinvolte nel Network hanno progressivamente aderito al modello di monitoraggio e valutazione delle performance del percorso materno-infantile monitorando indicatori clinici, di equità, di efficienza e di esito.

Questa prospettiva integrata permette di superare la frammentazione dell'assistenza e di individuare con maggiore precisione le aree di forza e criticità lungo l'intero arco del percorso: dal parto, al primo anno di vita fino alla presa in carico del bambino in età pediatrica.

I riferimenti normativi e programmatici che legittimano e rafforzano l'attenzione al percorso materno-infantile sono numerosi. Oltre al già citato Piano Sanitario Nazionale, il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 promuove interventi volti a garantire l'equità nell'accesso ai servizi per l'infanzia e a rafforzare la presa in carico precoce dei bisogni di salute.

Allo stesso tempo, il cambiamento demografico della popolazione italiana ha avuto, e continua ad avere, un impatto sulle caratteristiche delle donne che accedono al percorso materno-infantile. Nel 2023, il tasso di fertilità delle donne italiane è stato di circa 1,2 nati vivi per donna, a fronte di una soglia di sostituzione generazionale pari a 2,1 figli per donna. Tale valore colloca l'Italia tra i Paesi europei con i livelli di natalità più bassi, insieme a Spagna, Polonia e Lituania. Parallelamente, l'aumento della popolazione straniera in età fertile contribuisce in misura crescente ai nuovi nati, ma attenuando solo in parte il declino complessivo della natalità nazionale. L'età media al primo figlio in Italia ha raggiunto i 31,7 anni nel 2023, la più elevata in Europa, seguita da Irlanda, Svizzera, Lussemburgo e Spagna. Questa tendenza demografica interessa, seppure con intensità variabile, tutte le Regioni del Network, determinando un progressivo spostamento della piramide demografica femminile verso le fasce di età più mature. **Le donne che accedono oggi al percorso materno-infantile sono mediamente più anziane, con il 35% delle donne oltre i 35 anni d'età, sono più spesso nullipare e con una maggiore prevalenza di comorbidità croniche (come sindrome metabolica, disfunzioni tiroidee, insulino-resistenza, ipertensione arteriosa, obesità).** Inoltre, **cresce la quota di gravidanze ottenute tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA), con un conseguente aumento del rischio di complicanze ostetriche e perinatali.**

Il percorso materno-infantile non è solo una sequenza di prestazioni, ma un indicatore della capacità complessiva di un sistema sanitario di promuovere salute, ridurre le disuguaglianze e costruire fiducia tra istituzioni e cittadini. Per questo motivo, il suo monitoraggio sistematico e l'analisi comparativa tra territori rappresentano strumenti fondamentali per una sanità più trasparente, responsabile e orientata al miglioramento.

### Risultati delle Performance 2024

Il pentagramma è da anni utilizzato come la rappresentazione più efficace dei percorsi del Network. Per quanto riguarda il percorso materno-infantile, esso si divide in tre parti: 1) fase del parto, 2) primo anno di vita e 3) età pediatrica > 1 anno. In media, la valutazione della fase del parto (1) tra le Regioni del Network (pallino bianco) è buona (fascia gialla-verde), soprattutto per quanto riguarda le episiotomie e i parti operativi. Appare lieve-

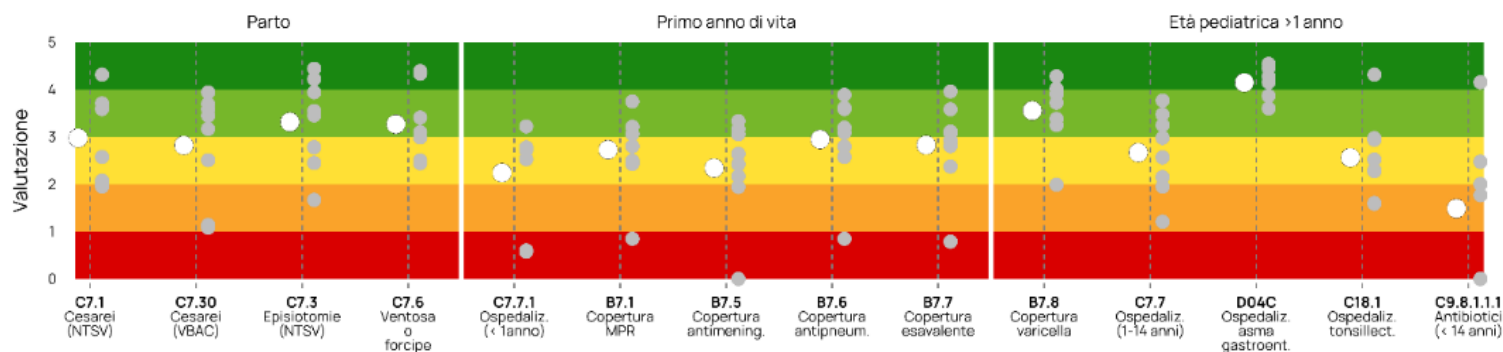


Figura 1. Pentagramma materno-infantile 2024. [La media delle Regioni/PA del Network è rappresentata dal pallino bianco, mentre il pallino grigio indica le singole Regioni/PA]

mente meno performante per quanto riguarda i tagli cesarei e i parti vaginali dopo precedente taglio cesareo. La valutazione media della fase "primo anno di vita" (2) si mantiene in fascia gialla, che riflette una valutazione moderata sia per i tassi di ospedalizzazione sotto l'anno di età sia per le coperture vaccinali. Più altalenante invece la performance nella terza fase del percorso, l'età pediatrica (3), con una performance mediamente buona-ottima per le coperture vaccinali contro la varicella e i tassi di ospedalizzazione per asma e gastroenterite, moderata per i tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia e i tassi di ospedalizzazione in generale, non buona per l'erogazione di antibiotici in età pediatrica.

Nel complesso, il pentagramma conferma una tenuta complessiva positiva del percorso, pur evidenziando margini di miglioramento nell'area del parto (in particolare sui cesarei) e nell'uso appropriato degli antibiotici in età pediatrica. Andremo ora ad analizzare gli indicatori più significativi per ciascuna delle tre fasi che compongono il percorso.

L'indicatore più analizzato nei contesti interregionali è la percentuale di cesarei su nullipare a termine con feto singolo in presentazione cefalica (NTSV) (C7.1). Rappresenta il fulcro della valutazione sulla qualità dell'assistenza ospedaliera durante il parto. Il gruppo di donne NTSV, clinicamente a basso rischio, costituisce infatti la popolazione più omogenea per confrontare le pratiche ostetriche tra strutture e territori, poiché non è influenzato da fattori clinici complessi come pregressi cesarei, gravidanze multiple o presentazioni anomale del feto. Un'elevata percentuale di cesarei in questo gruppo segnala quindi un possibile ricorso eccessivo a interventi chirurgici non strettamente necessari, spesso associato a differenze organizzative, culturali o medico-legali piuttosto che a reali indicazioni cliniche. Già nel 1985, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella dichiarazione di Fortaleza, affermava che "non vi è giustificazione affinché un tasso di tagli cesarei superi il 10-15%", soglia oltre la quale non si osservano benefici aggiuntivi in termini di sopravvivenza materna e neonatale, ma anzi si determina un aumentato rischio di morbidità materno-neonatale. Gli aggiornamenti successivi (OMS, 2015) hanno confermato che il cesareo deve essere eseguito solo quando clinicamente indicato. Monitorare il C7.1 permette dunque di valutare l'appropriatezza dell'assistenza ostetrica, l'aderenza alle buone pratiche e la capacità del sistema sanitario di promuovere un parto sicuro, fisiologico e rispettoso della donna.

Nel 2024, le performance migliori si registrano nella Provincia Autonoma di Trento, nel Friuli Venezia Giulia, in Toscana e nel Veneto, tutte posizionate stabilmente in fascia verde scuro o verde chiaro (Tabella 1). In particolare, Trento si distingue con un tasso di cesarei NTSV pari al 13,40%, il più basso tra le Regioni del Network, seguito da Friuli Venezia Giulia (16,45%), Toscana (16,99%) e Veneto (17,03%), in linea con i valori soglia individuati dalla letteratura come indicatori di buona (<20%) e ottima qualità (<15%).

L'interpretazione del dato sui cesarei NTSV non può prescindere da una lettura congiunta con altri due indicatori, il C7.3 (percentuale di episiotomie NTSV) e il C7.6 (percentuale di parti operativi), poiché tutti e tre descrivono dimensioni complementari della gestione del travaglio e del parto nelle donne a basso rischio. Un tasso contenuto di cesarei è auspicabile solo se ottenuto attraverso un equilibrio appropriato nell'impiego di tecniche ostetriche e non come risultato di un aumento compensatorio di parti operativi o di episiotomie. Un'eccessiva riduzione dei cesarei accompagnata da un incremento di tali procedure può infatti segnalare strategie assistenziali non ottimali o pratiche difensive. Al contrario, un rapporto equilibrato tra questi indicatori riflette un buon livello di orga-

nizzazione del percorso nascita, caratterizzato da un'assistenza clinicamente appropriata, centrata sulla fisiologia del parto e orientata alla sicurezza materno-fetale.

Ad esempio, Trento mostra costanza su tutta la linea: alta appropriatezza nei cesarei, bassa incidenza di episiotomie (C7.3) e utilizzo contenuto del parto operativo (C7.6), il che suggerisce un'elevata qualità complessiva dell'assistenza ostetrica (Tabella 1). Questo risultato è confermato anche dall'andamento triennale della percentuale dei cesarei NTSV, che mostra una stabilità nel tempo per Trento, passata da 14,07% nel 2022 a 13,4% nel 2024. Anche Toscana e Friuli Venezia Giulia raggiungono complessivamente una buona performance, stabile rispetto al 2023, con qualche criticità sulla percentuale di parti operativi (entrambe) e sull'episiotomia (solo Friuli Venezia Giulia) (Tabella 1). Il Veneto ottiene una performance buona (fascia verde chiaro) lungo tutta la fase del parto.

Al contrario, la Basilicata, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Puglia evidenziano maggiori criticità, con percentuali di cesarei NTSV che ricadono in fascia arancione o gialla, segnalando un eccessivo ricorso al parto cesareo in situazioni clinicamente non giustificate. Tra queste ultime tre Regioni, il trend di Basilicata e Provincia Autonoma di Bolzano risulta in aumento (quindi in peggioramento), mentre la Puglia sta registrando un progressivo miglioramento nel corso degli anni. Inoltre, la Provincia Autonoma di Bolzano registra una performance mediocre anche nella percentuale di parti operativi, mentre la percentuale di episiotomie ricade in fascia verde chiaro (Tabella 1). Basilicata e Puglia, che non hanno performance ottimale sui cesarei, hanno invece i tassi più bassi di parti operativi tra le Regioni analizzate, raggiungendo una performance ottimale

Regione	C7.1 - Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	C7.3 - Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	C7.6 - Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
Basilicata	25,25	30,65	3,05
Bolzano	25,02	16,32	7,52
Friuli Venezia Giulia	16,45	21,71	8,89
Puglia	24,6	24,4	3,31
Toscana	16,99	8,45	8,74
Trento	13,4	10,22	7,24
Umbria	22,11	12,44	6,47
Veneto	17,03	15,6	7,5

Tabella 1. Confronto fra le varie tipologie di parto.

L'indicatore C7.30, che misura la percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC), ha assunto negli ultimi anni un ruolo centrale nella valutazione dell'assistenza ostetrica. In passato vigeva il principio "una volta cesareo, sempre cesareo", per cui la quasi totalità delle donne con un precedente taglio cesareo veniva automaticamente indirizzata verso un nuovo intervento chirurgico. A partire dagli anni Duemila, il consolidarsi delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni internazionali ha progressivamente promosso il parto vaginale dopo cesareo come opzione sicura e appropriata per molte

donne selezionate, in presenza di condizioni cliniche e organizzative favorevoli. Secondo la letteratura, il tasso di successo del VBAC si aggira mediamente attorno al 60%. Tale procedura non può essere proposta indistintamente a tutte le donne, poiché la probabilità di successo e il rischio di complicanze — in particolare la rottura d’utero — dipendono da fattori individuali (tipo di incisione uterina, motivo del cesareo precedente, intervallo inter-gravidico, età materna, peso corporeo, comorbidità, storia di parto vaginale). Per questo motivo sono stati sviluppati modelli predittivi di rischio (come il modello di Flamm o i più recenti VBAC calculators) che consentono una valutazione personalizzata e supportano la decisione clinica condivisa.

C7.30 - Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)  
Regioni - Anno 2024

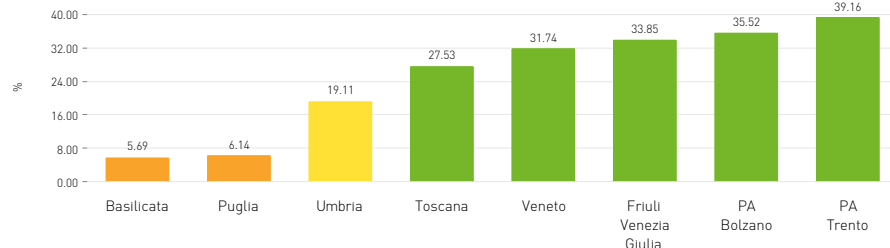


Figura 2. Indicatore C7.30 - Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo.

Proprio per la sua capacità di rappresentare la qualità e l’appropriatezza del percorso nascita, l’indicatore C7.30 è stato inserito nel Programma Nazionale Esiti (PNE) tra gli indicatori di processo in area perinatale, quale misura della qualità organizzativa, della sicurezza clinica e dell’uso appropriato delle risorse nel parto dopo cesareo. Tra le Regioni afferenti al Network, Basilicata e Puglia raggiungono percentuali intorno al 6%, risultando in fascia arancione. Ottengono invece una buona performance (fascia verde chiaro) Toscana, Veneto, Friuli, PA di Trento e PA di Bolzano. Da segnalare, in particolare, il miglioramento di Toscana e Veneto. PA di Bolzano e PA di Trento raggiungono percentuali (35-39%) che si avvicinano alla soglia del 60% fissata dalla letteratura e dalle linee guida internazionali.

La fase del primo anno di vita mostra un quadro tendenzialmente positivo in molte Regioni, specie per quanto riguarda le coperture vaccinali. Gli indicatori copertura morbillo-parotite-rosolia (MPR) (B7.1), copertura antimeningococcica (B7.5), copertura antipneumococcica (B7.6) e copertura esavalente (B7.7) si collocano in fascia gialla o verde chiara per Toscana, Umbria, Veneto e PA di Trento, segno che le campagne vaccinali pediatriche mantengono buona efficacia. Toscana e Umbria mantengono una fascia verde chiaro su tutti e quattro gli indicatori, mentre ricadono in fascia gialla il Veneto sul B7.6 e la PA di Trento sul B7.5.

Le altre Regioni raggiungono complessivamente una performance da attenzionare sulle coperture vaccinali. Fanno eccezione Puglia e Basilicata che registrano una buona per-

mance nella copertura antipneumococcica. La PA di Bolzano conferma anche nel 2024 un quadro critico per quanto riguarda la copertura vaccinale nel primo anno di vita. Tutti gli indicatori relativi ai principali vaccini pediatrici (B7.1 MPR, B7.5 antimeningococcico, B7.6 antipneumococcico, B7.7 esavalente) si collocano in fascia rossa, seppur con un trend di lieve miglioramento in tutti e quattro gli indicatori rispetto al 2023. Ad esempio, la copertura per il vaccino antipneumococcico (B7.6) in provincia di Bolzano è pari al 79,3%, a fronte di valori superiori all’88% registrati in tutte le altre Regioni del Network, inclusa la Basilicata (93,1%) e l’Umbria (94,4%). Questi risultati segnalando una criticità strutturale nella diffusione delle vaccinazioni nella PA di Bolzano.

La copertura vaccinale contro la varicella nella popolazione pediatrica di età superiore a 1 anno risulta buona in tutte le Regioni del Network, con performance particolarmente elevate in Toscana e nella PA di Trento. La scarsa performance della PA di Bolzano sulle coperture vaccinali nel primo anno di vita suggerisce che la sola offerta non sia sufficiente. Occorre investire in comunicazione pubblica, counseling vaccinale e formazione del personale territoriale per superare le barriere culturali e logistiche che ostacolano l’adesione consapevole alle vaccinazioni.

B7.8 - Copertura vaccinale varicella  
Regioni - Anno 2024

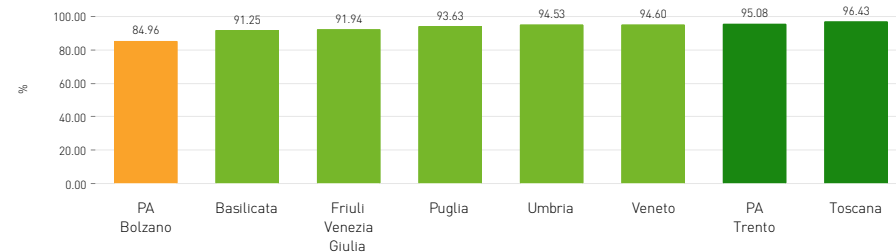


Figura 3. Indicatore B7.8 - Copertura vaccinale contro la varicella.

Il tasso complessivo di ospedalizzazioni (indicatore C7.7) risulta buono in PA di Trento, Veneto e Friuli e mediocre nella PA di Bolzano, Toscana e Umbria. La Basilicata, infine, ricade in fascia arancione.

Nel passaggio dal 2023 al 2024 emergono tre macro-tendenze:

- Stabilità al vertice: Trento, Toscana e in parte Veneto mantengono un buon livello complessivo in tutte le fasi del percorso; anche il Friuli raggiunge una performance medio-buona, ma lievemente inferiore alle altre tre Regioni.
- Lente criticità strutturali: Basilicata e Puglia presentano criticità croniche, in particolare nel primo anno di vita e nella fase del parto (C7.1); Bolzano risulta ancora carente nelle coperture vaccinali.
- Oscillazioni puntuali: Regioni come Umbria e Friuli Venezia Giulia mostrano miglioramenti in alcuni ambiti e peggioramenti in altri, suggerendo una variabilità locale non trascurabile.

## Discussione e conclusioni

Le sfide del percorso materno-infantile confermano come i risultati osservati non possano essere interpretati prescindendo dal profondo cambiamento demografico e sociale che ha trasformato la popolazione femminile italiana negli ultimi decenni. Ad esempio, le donne nullipare che rientrano nella categoria NTSV sono mediamente più anziane che nei decenni passati e fanno più spesso ricorso alla PMA. In un simile contesto, appare evidente come la soglia del 10–15% di cesarei NTSV raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985, pensata in un contesto globale e per popolazioni molto diverse da quelle odierne, non possa essere applicata rigidamente alla realtà italiana del 2024. L'incremento fisiologico della complessità clinica delle gravidanze, la riduzione delle pluripare e la diffusione della PMA contribuiscono a rendere inevitabile un parziale aumento del ricorso al cesareo. Tuttavia, il fatto che diverse Regioni italiane (Trento, Toscana e Veneto) si mantengano stabilmente su valori intorno al 15-17% di cesarei NTSV, ben al di sotto della media europea e statunitense (circa 25-30%), dimostra che la qualità organizzativa e la governance clinica possono mitigare in modo significativo l'impatto dei fattori demografici sfavorevoli.

Questa tenuta delle performance riflette l'efficacia di modelli regionali che hanno investito in formazione, audit clinici, diffusione di linee guida e cultura della fisiologia del parto. In questi contesti, l'assistenza ostetrica è sempre più orientata alla personalizzazione, all'empowerment della donna e alla riduzione degli interventi non necessari. La presenza di équipe stabili, l'uso sistematico di indicatori condivisi e il monitoraggio costante delle performance rappresentano elementi chiave per garantire appropriatezza e sicurezza, anche in presenza di gravidanze più complesse.

Un ulteriore aspetto che lega strettamente demografia e performance riguarda il VBAC. Consentire alle donne con cesareo pregresso di accedere a un travaglio di prova in sicurezza richiede risorse dedicate e protocolli condivisi. Le regioni che mostrano valori più elevati di VBAC sono anche quelle che ottengono i migliori risultati complessivi negli indicatori di esito: ciò suggerisce che la capacità di gestire la complessità clinica senza ricorrere sistematicamente alla chirurgia è un indicatore maturo di qualità del percorso nascita.

## Bibliografia

- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Ministero dell'Interno (2020)
- Natalità e fecondità della popolazione residente, ISTAT (2023)
- Eurostat Fertility Statistics, European Commission (2023)
- WHO Statement on Caesarean Section Rates, WHO (2021)
- Performance evaluation in healthcare: the experience of maternity pathway from Tuscany to the Italian network of regions. Ital J Pediatr (2014)
- New good practice recommendations for vaginal birth after caesarean section, FIGO (2025)

## Percorso Oncologico

Sofia Longhi e Filippo Quattrone

### Introduzione

Le patologie oncologiche sono tra le principali cause di morbilità e mortalità, seconde solo alle patologie cardiovascolari. Circa la metà delle morti e dei nuovi casi sono potenzialmente prevenibili, essendo attribuibili a fattori di rischio modificabili come il fumo di tabacco, l'alimentazione non corretta, la sedentarietà, il consumo di alcol, le infezioni croniche, l'esposizione a inquinanti ambientali e le radiazioni ionizzanti. D'altra parte, sempre più persone guariscono dal tumore, anche grazie alla diagnosi precoce favorita dagli screening. L'oncologia costituisce inoltre un'area prioritaria di innovazione scientifica, organizzativa e tecnologica, con implicazioni cruciali per la sostenibilità dei sistemi sanitari e per l'equità di accesso alle cure.

In Europa, nel 2020, sono stati diagnosticati 2,7 milioni di nuovi casi di tumore e 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa della malattia. L'Unione Europea, pur rappresentando il 10% della popolazione mondiale, registra il 25% dei casi globali di cancro, a testimonianza di un burden elevato. In Italia, le stime parlano di circa 390.000 nuove diagnosi annue e oltre 180.000 decessi, con importanti differenze per sede tumorale, genere e area geografica. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, in progressivo miglioramento, si attesta al 65% nelle donne e al 59% negli uomini, ma con forti disuguaglianze ancora presenti, soprattutto nei tumori a prognosi peggiore (es. pancreas, polmone). Nel 2024 i quattro tumori più comuni nel maschio sono prostata, polmone, colon-retto, vescica, mentre nelle donne, i tumori più frequenti sono mammella, colon-retto, polmone, endometrio, e tiroide. L'alta prevalenza della patologia oncologica si riflette in un forte impatto sulle risorse del Servizio Sanitario Nazionale. Guardando alla spesa farmaceutica, secondo i dati del rapporto OsMed 2024 di AIFA, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori si sono confermati la principale categoria per impatto economico sul Servizio Sanitario Nazionale, con una spesa complessiva pari a 7.358 milioni di euro, che rappresenta il 28,3% della spesa pubblica totale per acquisti diretti, in crescita del +6,4% rispetto al 2022. All'interno di questa categoria, i farmaci antineoplastici (ATC L01) hanno inciso per 4.773,9 milioni di euro, pari al 18,4% della spesa pubblica complessiva, con una crescita annua del +9,6%.

Un ulteriore elemento di contesto è rappresentato dal perdurante impatto della pandemia da COVID-19, che ha determinato ritardi nei programmi di screening, nella diagnosi e nel trattamento dei tumori, con possibili ricadute a medio-lungo termine in termini di incidenza e mortalità. L'attuale fase richiede dunque un'azione di recupero e rafforzamento, con investimenti mirati (es. PNRR) e un monitoraggio sistematico della qualità, dell'accessibilità e dell'equità delle cure.

Nel corso degli ultimi anni, la presa in carico del paziente oncologico è profondamente evoluta. Le cure si sono sempre più orientate verso un approccio personalizzato, multidisciplinare e multiprofessionale, che integra ospedale e territorio e promuove la centralità del paziente lungo tutto il percorso, dalla prevenzione alla riabilitazione e al follow-up. Questa trasformazione si inserisce in una cornice programmatica ben definita. A livello nazionale, il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 costituisce il documento di riferimento per le politiche di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza oncologica. Il Piano riprende

e attualizza le raccomandazioni del Piano Europeo contro il Cancro (Europe's Beating Cancer Plan), adottato nel 2021, e recepisce le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e del Patto per la Salute.

L'adozione del Piano Europeo contro il Cancro ha segnato un cambio di paradigma a livello sovranazionale. Il piano si articola in quattro aree di azione – prevenzione, diagnosi precoce, trattamento, qualità della vita – e punta su innovazione, digitalizzazione, equità e cooperazione. Tra le misure cardine si segnalano: la costituzione dell'EU Knowledge Centre on Cancer, il rafforzamento della European Health Data Space, la promozione della medicina personalizzata e l'uso esteso di tecnologie avanzate (come l'intelligenza artificiale e la genomica).

Il Piano Oncologico Nazionale identifica come priorità strategiche l'integrazione tra livelli di assistenza, lo sviluppo delle Reti Oncologiche Regionali, la diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), il potenziamento della prevenzione e della diagnosi precoce, la riduzione delle disuguaglianze e il miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei lungoviventi oncologici.

La promozione di un'organizzazione per reti è stata sostenuta anche dall'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019, che ha definito le Linee guida per l'organizzazione delle Reti Oncologiche Regionali. Il monitoraggio condotto da AGENAS nel 2023, e sintetizzato nel Sesto Rapporto ROR, evidenzia progressi disomogenei nella strutturazione e nella governance delle reti, nella presa in carico dei pazienti all'interno delle strutture accreditate, nei tempi di attesa e nella prossimità delle cure (chemioterapia e radioterapia). L'indice ISCO (Indice Sintetico Complessivo di valutazione) elaborato da AGENAS restituisce un quadro complesso e variegato, in cui coesistono eccellenze regionali, quali Toscana e Veneto per quel che riguarda le Regioni del Network, e persistenti criticità da affrontare quali importanti quote di mobilità interregionale dovute dall'incompleta risposta al soddisfacimento della domanda interna dei pazienti.

Alla luce di questi elementi, il rafforzamento dei percorsi oncologici – intesi come insieme strutturato di attività e responsabilità cliniche, assistenziali e organizzative – risponde a un'esigenza strategica per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e per la tutela della salute dei cittadini. Intervenire sul percorso oncologico significa non solo migliorare gli esiti clinici e la qualità della vita dei pazienti, ma anche garantire l'appropriatezza, la prossimità e la continuità delle cure, riducendo disuguaglianze territoriali e inefficienze organizzative.

### Risultati delle performance 2024

L'ambito oncologico nel network viene valutato attraverso 60 indicatori, suddivisi in tre ambiti principali: (B5) estensione e adesione agli screening oncologici), (C10) soglie di chirurgia oncologica e performance dei trattamenti e (C28) cure palliative. Di questi, 32 sono indicatori di valutazione e 27 concorrono alla descrizione del percorso oncologico, rappresentato da quest'anno con due distinti pentagrammi: uno dedicato al tumore della mammella e uno agli altri tumori. Gli indicatori compresi nel sistema di valutazione comprendono indicatori sviluppati dalle attività dal network e tratti da altri sistemi (in primis il Nuovo Sistema di Garanzia – NSG e il Piano nazionale Esiti – PNE). La varietà di indicatori afferenti a sistemi e metodologie permette di fornire strumenti di analisi della performance relativi sia all'anno in corso, sia a coorti di pazienti seguite nel tempo (es. NSG PDTA) o

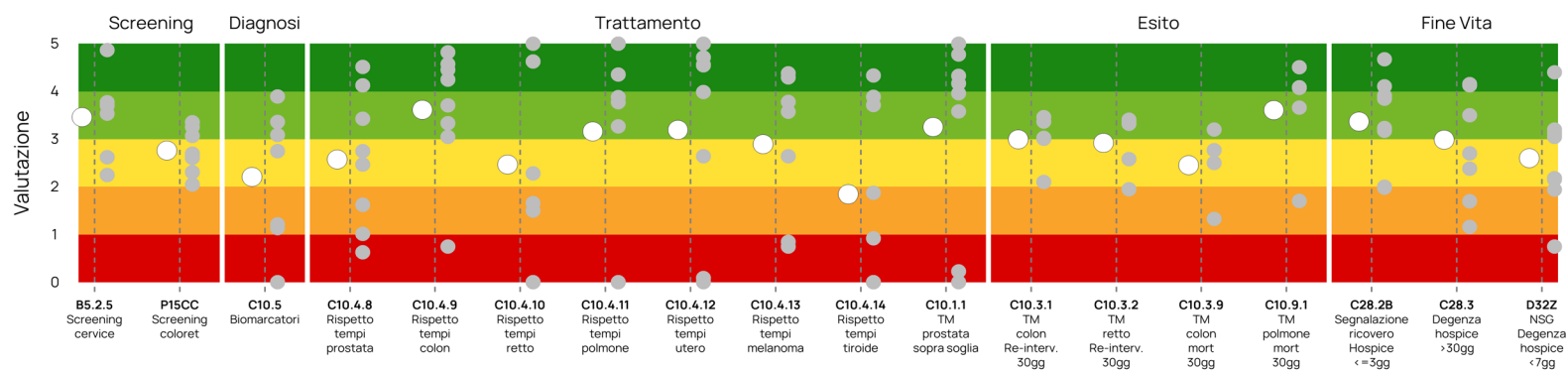


Figura 4. Pentagramma Oncologia 2024 (La media delle Regioni/PA del Network è rappresentata dal pallino bianco, mentre il pallino grigio indica le singole Regioni/PA)

riferiti complessivamente a più anni (Esiti PNE).

Il percorso è articolato in sei fasi: prevenzione, diagnosi, trattamento, follow-up, esiti e fine vita. La fase di prevenzione riguarda la partecipazione ai programmi organizzati di screening per mammella, cervice uterina e colon-retto (indicatori B5.2.5, P15CC, P15CB). Per questa fase, a partire da quest'anno, sono stati adottati gli indicatori del NSG in quanto rappresentativi tanto dell'adesione e dell'estensione e più adatti a consentire un confronto interregionale. La fase diagnostica è rappresentata dall'indicatore sull'uso appropriato dei biomarcatori tumorali (C10.5). Segue la fase di trattamento, che comprende diversi aspetti: il rispetto dei tempi massimi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici in classe di priorità A, in linea con quanto stabilito dal Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa (C10.4.7-C10.4.14); la concentrazione della casistica per i tumori della mammella e della prostata; la qualità delle cure nel tumore mammario, misurata tramite la percentuale di interventi conservativi (C10.2.1A) e la contestuale asportazione del linfonodo sentinella (C10.2.2). A questi si aggiungono gli indicatori PDTA calcolati secondo la metodologia del Ministero della Salute, in particolare quelli relativi alla tempestività dell'intervento chirurgico (PDTA07) e della terapia medica (PDTA08). La fase di follow-up, definita per la sola mammella, riguarda la percentuale di donne sottoposte a mammografia di controllo tra i 6 e i 18 mesi dall'intervento (C10.2.6). La fase degli esiti, introdotta nel 2024, comprende indicatori relativi ai reinterventi (H03C, C10.3.1 e C10.3.2) e alla mortalità post-chirurgica per colon e polmone (C10.3.9, C10.9.1), in coerenza con quanto previsto da NSG e PNE. Infine, la fase del fine vita prende in considerazione la presa in carico da parte della rete di cure palliative (C28.1) e la durata del ricovero in hospice, con soglie di appropriatezza definite come non inferiore a 7 giorni (D32Z) e non superiore a 30 giorni (C28.3). La decisione di rappresentare gli indicatori attraverso due distinti pentagrammi nasce dalla particolare attenzione riservata al tumore della mammella, che costituisce l'ambito oncologico con il maggior numero di indicatori a livello nazionale (NSG). Anche le reti senologiche delle Regioni del network, nel corso degli anni, hanno contribuito a questa centralità, promuovendo la definizione e l'adozione di molteplici indicatori specifici.

Nella fase di screening, l'estensione e l'adesione allo screening cervicale (indicatore

B5.2.5) risultano buone in Veneto, Umbria e Toscana, tutte in fascia di performance buona (verde chiaro, 50-75%), così come in Provincia Autonoma di Trento (verde scuro, >75%). Puglia e Bolzano si collocano in fascia gialla (25-50%), mentre Friuli Venezia Giulia e Basilicata non hanno fornito il dato. Risulta essere lo screening con maggiore variabilità interregionale come evidenziato dal pentagramma di Network. Per la copertura dello screening del colon retto (P15CC), Veneto, Trento e Friuli si distinguono per risultati migliori (verde chiaro, 50-75%), mentre Umbria, Toscana, Puglia e Bolzano si attestano su valutazioni più basse (giallo, 25-50%). Per quanto riguarda lo screening del tumore mammario (P15CB), si osserva il più alto livello di copertura, Toscana, Veneto, Umbria e la Provincia autonoma di Trento sono collocate in fascia verde chiaro (60-80%), Puglia, Friuli Venezia Giulia e Bolzano sono in fascia gialla (35-60%).

La fase di diagnosi, rappresentata dall'indicatore C10.5 sull'appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali, evidenzia una situazione più eterogenea. Veneto, Bolzano e Friuli si posizionano in fascia di performance buona (verde chiaro, 461,50-248,00 prestazioni per 10.000 abitanti), mentre la Toscana si colloca in fascia gialla (675,00-461,50), Umbria e Puglia in arancione (888,50-675,00) e la Basilicata mostra una performance molto scarsa (rosso, >888,50). Il dato non è disponibile per Trento.

Il quadro della fase di trattamento comprende numerosi indicatori (C10.4.7-C10.4.14) relativi al rispetto dei tempi di attesa, la concentrazione della casistica, la tempestività del trattamento. In relazione al rispetto dei tempi massimi per gli interventi chirurgici in classe di priorità A, il Veneto si conferma tra le regioni più performanti, collocandosi in fascia verde scuro (>90% di prestazioni nei tempi) per la maggior parte degli interventi (prostata, colon, retto, polmone, melanoma, mammella), mentre si colloca in fascia verde chiaro (80-90%) per tiroide e utero. Toscana mostra valori anch'essa positivi per quasi tutti gli indicatori, prevalentemente in fascia verde scuro, salvo alcune eccezioni (prostata e polmone, verde chiaro). Anche la Provincia Autonoma di Bolzano si distinguono per un'elevata aderenza al rispetto dei tempi di attesa, con valori prevalentemente in fascia verde scuro. Friuli Venezia Giulia, Umbria e Trento evidenziano una maggiore variabilità, con indicatori che vanno dal verde scuro al rosso (<75%). La Basilicata e la Puglia presentano le situazio-

ni più critiche, con frequenti valori in fascia rossa o arancione (75-80%). Come evidenziato dal pentagramma di network le liste d'attesa si confermano tra quelle con una maggiore variabilità interregionale.

Per quanto riguarda la **concentrazione della casistica**, la quota di ricoveri sopra soglia per tumore alla prostata (C10.1.1) risulta ottimale (>90%) per Friuli Venezia Giulia, Veneto, Toscana e Trento, buona (80-90%) per Puglia e Umbria, scarsa (<60%) per Basilicata e Bolzano. Anche l'indicatore H02Z, relativo ai volumi chirurgici per tumore della mammella, conferma una concentrazione ottimale della casistica in Veneto, Umbria, Toscana, Puglia e Trento (tutte in fascia verde scuro, >90%), con Friuli e Bolzano su livelli di performance più bassi, rispettivamente in verde chiaro (70-90%) e in giallo (40-70%). La percentuale di interventi conservativi per tumore della mammella (C10.2.1A), risulta avere una performance ottimale in tutte le regioni con valori in fascia verde scuro (>64%).

I due indicatori PDTA sulla **tempestività dell'intervento chirurgico e dell'inizio della terapia medica in oncologia mammaria** mostrano una disponibilità parziale. Dove disponibili, i dati indicano sul primo indicatore una situazione buona (verde scuro, >67,55%) per Veneto, Friuli e Toscana e scarsa in Umbria (rosso, <48,66%). L'inizio tempestivo della terapia medica risulta maggiormente problematico con performance nelle fasce arancione (33,89-37,70%) per Toscana, Friuli e Veneto ed in fascia rossa (<33,89%) per la regione Umbria.

Il **follow-up oncologico** viene misurato tramite l'indicatore C10.2.6 sulla percentuale di donne con follow-up mammografico a 6-18 mesi dall'intervento per tumore mammario. Le Province Autonome di Trento e Bolzano si collocano in fascia verde scuro (>89,40%), Toscana, Veneto, Friuli in fascia verde chiaro (79,00-89,40%), mentre Puglia e Umbria si collocano rispettivamente in fascia gialla (68,70-79,00%) e arancione (58,30-68,70%).

Nella fase degli esiti, per i reinterventi a 30 giorni dopo interventi per tumore al colon (C10.3.1) le regioni Toscana, Puglia, Veneto, Bolzano si collocano in fascia verde chiaro (3,39-1,04%), mentre Friuli si colloca in fascia gialla (5,75-3,39%). Per reinterventi a 30 giorni dopo interventi per tumore al retto (C10.3.2) Toscana, Puglia e Bolzano si trovano in fascia verde chiaro (1,92-0,60%), il Veneto in fascia gialla (3,78-1,92%) ed il Friuli in arancione (5,64-3,78%). In merito alla mortalità a 30 giorni dopo interventi chirurgici per TM polmone (C10.9.1), Veneto, Friuli e Umbria raggiungono la fascia verde scuro (<0,5%), la Toscana si attesta su valori intermedi (fascia verde chiaro, 1,33-0,5%), mentre Bolzano si colloca in fascia arancione (5,64-3,78%). Riguardo alla mortalità a 30 giorni dopo interventi chirurgici per TM colon (C10.3.9) il Veneto si colloca in fascia verde chiaro (3-1%), Toscana, Friuli in fascia gialla (6-3%), mentre Bolzano in fascia arancione (8-6%). Infine, per il reintervento dopo chirurgia conservativa al seno (H03C), Puglia e Veneto si trovano in fascia verde scuro (<5%), la Toscana in fascia verde chiaro (8-5%), mentre il Friuli e Bolzano riportano valori meno favorevoli, rispettivamente in fascia gialla (12-8%) ed arancione (18-12%).

Per la fase di fine vita, l'indicatore C28.2B, che valuta la tempestività del ricovero in hospice entro tre giorni, Trento e Basilicata si posizionano in fascia verde scuro (>95,30%), Toscana, Friuli, Puglia e Bolzano in verde chiaro (78,20-95,30%), Veneto, Umbria in fascia arancione (44,00-61,10%). Per quanto riguarda la durata del ricovero in hospice superiore a 30 giorni (C28.3), Umbria, Toscana e Friuli raggiungono la fascia verde scuro (<10%), Bolzano la fascia verde chiaro (10-15%), il Veneto e Trento quella gialla (20-15%), mentre

Puglia e Basilicata risultano in arancione (20-25%). L'indicatore D32Z, che misura la percentuale di ricoveri brevi in hospice (≤7 giorni), mostra un quadro nel complesso positivo: Trento è in fascia verde scuro (<10%), Veneto, Umbria, Basilicata in verde chiaro (20-10%), Puglia, Friuli in fascia gialla (25-20%), Bolzano in fascia arancione (30-25%), mentre la Toscana risulta in fascia rossa con il 35% dei ricoveri con durata subottimale. Come evidenziato dal pentagramma di network gli indicatori del fine vita sono tra quelli con maggiore variabilità interregionale.

Per quanto riguarda il numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative Trento mostra i risultati più alti (57,53%) seguito da Toscana e Friuli, mentre la Puglia il valore più basso (38,73%).

D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore  
Regioni - Anno 2024

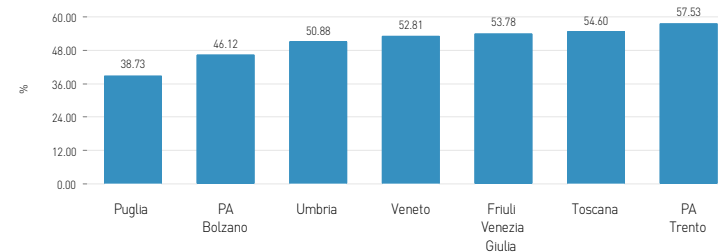


Figura 5. Indicatore D30Z.

L'analisi delle performance a livello subregionale evidenzia una significativa variabilità interna alle Regioni del Network.

## Discussioni e conclusioni

Nel complesso, la lettura integrata dei risultati conferma che il percorso oncologico rappresenta uno degli ambiti dei più complessi da governare, tanto che nessuna Regione ottiene una performance buona o ottimale per tutti gli indicatori del percorso. L'ambito oncologico visto il suo impatto sul piano clinico e di risorse è stato oggetto storicamente di molteplici interventi volti a garantire la qualità delle cure, che si sono però concentrati principalmente a livello ospedaliero, quali la concentrazione delle casistiche chirurgiche e la creazione di unità multiprofessionali, il monitoraggio degli esiti, l'applicazione della medicina basata sull'evidenza per mezzo di linee guida. La **progressiva cronicizzazione delle patologie oncologiche rende possibile un sempre maggiore sviluppo dell'oncologia territoriale**, anche mediante l'utilizzo della telemedicina, che fino ad oggi è stata principalmente legata alla fase della gestione del fine vita. L'ambito preventivo è stato storicamente limitato alla sola diagnosi precoce mediante screening organizzato mentre la prevenzione primaria legata alla promozione dei corretti stili di vita sta entrando solo recentemente nella organizzazione mediante la diffusione dei Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali.

Tra gli indicatori che presentano diffuse cronicità rimangono, pur nei limiti delle modalità

di raccolta del dato, gli indicatori di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni chirurgiche in classe di priorità A, anche in Regioni con performance cliniche generalmente buone.

Il percorso relativo al tumore mammario che è storicamente uno dei più studiati dai sistemi di valutazione della performance a livello nazionale vede in generale buone performance a livello del trattamento chirurgico come probabile sviluppo delle reti senologiche e delle breast unit, con maggiori difficoltà per gli indicatori di tempestività del trattamento medico e chirurgico, segno della necessità di un ulteriore sviluppo delle reti oncologiche territoriali.

**Le cure palliative sono un ambito in cui permangono le maggiori criticità con una limitata capacità di raggiungere i malati terminali da parte delle reti di cure palliative e perduranti problemi nel garantire risposte tempestive, anche in regioni altamente performanti. Il potenziamento delle cure palliative primarie, di un approccio precoce e simultaneo ed una maggiore capacità di tracciare queste prestazioni anche mediante il flusso delle cure palliative domiciliari potrà permettere una maggiore capacità di governance di questa fase del percorso.**

La complessità riscontrata evidenzia come la misurazione della performance non possa limitarsi alla rilevazione di risultati puntuali, ma debba essere interpretata come un processo di apprendimento collettivo. L'esperienza maturata nel network, e in particolare la valorizzazione delle buone pratiche — come recentemente effettuato per il percorso del tumore della mammella— dimostra che la condivisione di esperienze positive e il confronto costruttivo tra territori costituiscono strumenti efficaci per favorire l'allineamento dei comportamenti professionali e il miglioramento continuo.

Il percorso oncologico, per la densità di innovazioni cliniche, organizzative e tecnologiche che lo caratterizzano, richiede inoltre un costante aggiornamento degli indicatori e delle modalità di lettura dei dati. La recente introduzione di un pentagramma separato per la mammella, della fase degli esiti e l'aumento di indicatori relativi al tumore del polmone e del colon-retto riflette questo obiettivo. Non si tratta però soltanto di ampliare il numero delle misure, quanto di rafforzarne la capacità di rappresentare i cambiamenti in atto nei modelli di cura e nella gestione integrata dei pazienti.

## Bibliografia

- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OsMed 2023. Roma: AIFA; 2024.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Programma Nazionale Esiti – Edizione 2024. Roma: AGENAS; 2024.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Sesto Rapporto sulle Reti Oncologiche Regionali – versione finale rettificata 29 maggio 2025. Roma: AGENAS; 2025.
- AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM. I numeri del cancro in Italia 2024. Brescia: Intermedia Editore; 2024.
- European Commission. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022.
- Ferrè, F., Furmenti, M. F., & Zuccarino, S. . Implementing the Learning from Excellence approach to support continuous quality improvement in breast cancer care: a mixed-method study across Italian regions. *Journal of health organization and management*, 39(7), 1335–1351. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2024-0258> (2025)
- Ferrè, F., Vinci, B., & Murante, A. M. (2019). Performance of care for end-of-life cancer patients in Tuscany: The interplay between place of care, aggressive treatments, opioids, and place of death. A retrospective cohort study. *The International journal of health planning and management*, 34(4), 1251–1264. <https://doi.org/10.1002/hpm.2789>
- Furmenti, M.F., Bertarelli, G. & Ferrè, F. Person-centred care in oncological home services: a scoping review of patients' and caregivers' experience and needs. *BMC Health Serv Res* 25, 232 . <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12058-w> (2025)
- Ministero della Salute. Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019–2021 Roma: Ministero della Salute; 2019.
- Ministero della Salute. Piano Oncologico Nazionale 2023–2027: Documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro. Roma: Ministero della Salute; 2023.
- Zuccarino, S., Gioia, A., Quattrone, F., Nuti, S., Emdin, M., & Ferrè, F. . Organisation and management of multi-professional care for cancer patients at end-of-life: state-of-the-art from a survey to community and hospital-based professionals. *Research in health services & regions*, 3(1), 15. <https://doi.org/10.1007/s43999-024-00051-z> (2024)

## Percorso Cronicità ed Anziani e fragilità

Arianna Bellini, Lorenzo Taddeucci e Davide Vicari

### Introduzione

L'Italia, in linea con gli altri Paesi occidentali, sta vivendo un progressivo invecchiamento della popolazione, unito a un aumento della prevalenza di malattie croniche e multimorbidità. Questo fenomeno riflette una tendenza comune nei Paesi ad alto reddito, dove l'aumento della speranza di vita si accompagna a una crescente pressione sui sistemi sanitari e di welfare.

Secondo il Rapporto annuale 2025 dell'Istat, l'Italia si conferma tra i Paesi più anziani al mondo: un quarto della popolazione ha 65 anni o più, e oltre 4,5 milioni di persone hanno superato gli 80 anni. Parallelamente, il calo delle nascite continua a ridisegnare l'equilibrio demografico, con appena 370 mila nuovi nati nel 2024 e un tasso di fecondità sceso a 1,18 figli per donna.

Questi cambiamenti si intrecciano con un'evoluzione profonda delle forme familiari. Aumentano le famiglie monopersonali, oggi oltre un terzo del totale, così come le libere unioni, le famiglie monogenitore e quelle ricostituite, mentre si riduce la quota di nuclei con figli (28,2%). Particolarmente rilevante è il dato secondo cui quasi il 40% delle persone con 75 anni e più vive da solo, spesso si tratta di donne.

Sul fronte sanitario e sociale, la disabilità riguarda circa 2,9 milioni di persone, in prevalenza anziani, e le condizioni di salute percepite da chi vive con disabilità restano critiche. Nel 2023, il 23,6% della popolazione dai 15 anni in su presentava multimorbidità, con una crescita marcata a partire dai 40 anni nelle donne e dai 45 negli uomini, fino a raggiungere il 67,9% tra gli ultraottantenni (73,8% tra le donne, 58,8% tra gli uomini).

Nonostante alcuni miglioramenti osservati tra i 50 e i 64 anni rispetto agli anni '90, in termini assoluti il numero di anziani affetti da multimorbidità è aumentato negli ultimi quindici anni da 6,9 a 7,8 milioni, spinto dal progressivo invecchiamento della popolazione. In questo contesto, la sanità italiana sta attraversando una fase di riorganizzazione dell'as-

sistenza territoriale, guidata dal Decreto Ministeriale 77/2022 che rappresenta l'attuazione operativa della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il Decreto introduce una visione sistemica e integrata dell'assistenza territoriale, delineando un nuovo modello organizzativo basato su una rete di servizi strutturata per livelli di intensità assistenziale. Tale modello è orientato alla presa in carico proattiva, personalizzata e continuativa, con particolare attenzione alle persone con cronicità e fragilità, e si fonda sui principi di prossimità, integrazione multiprofessionale ed equità nell'accesso alle cure. L'obiettivo è superare la frammentazione dell'assistenza e garantire risposte tempestive e appropriate ai bisogni di salute, promuovendo una stretta connessione tra ospedale e territorio.

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato nel 2016 e recentemente aggiornato nel 2024, in linea con le indicazioni del DM 77/2022, delinea un sistema mirato a prevenire e gestire la cronicità che, pur sottoposto a un processo di contestualizzazione che tenga conto di quanto fatto dalle singole Regioni, porti nel tempo al progressivo affermarsi di un disegno unitario che garantisca la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti. Il Piano del 2024 pone l'accento sull'importanza di una presa in carico proattiva e stratificata della popolazione, articolata in cinque fasi operative: 1) stratificazione del rischio e targeting; 2) promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce; 3) gestione personalizzata del paziente mediante piano di cura; 4) coinvolgimento attivo del paziente e dei caregiver; 5) monitoraggio e valutazione della qualità delle cure. In un contesto segnato dalla crescente prevalenza di multimorbidità, l'obiettivo non è tanto la guarigione, quanto il miglioramento del quadro clinico e funzionale, la prevenzione della disabilità e la tutela dell'autonomia, attraverso percorsi personalizzati, continui e sostenibili di presa in carico.

In questa prospettiva, sono stati analizzati in dettaglio i due percorsi che maggiormente rispecchiano le finalità di questa riorganizzazione: il Percorso Cronicità e il Percorso Anziani e Fragilità.

Il Percorso Cronicità si concentra prevalentemente sugli aspetti clinico-sanitari, con par-

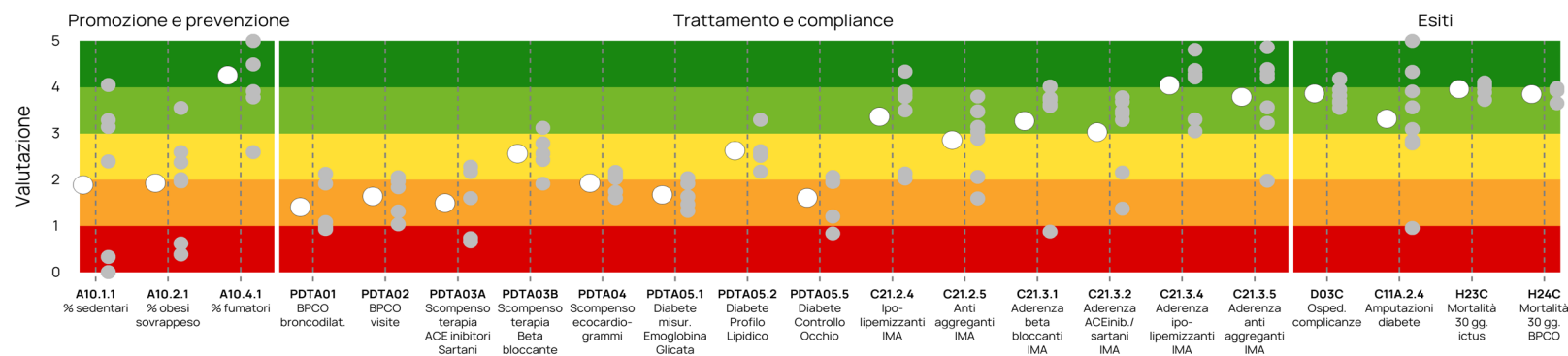


Figura 6. Pentagramma Cronicità 2024 (La media delle Regioni/PA del Network è rappresentata dal pallino bianco, mentre il pallino grigio indica le singole Regioni/PA)

icolare attenzione alla gestione clinica delle patologie croniche e al monitoraggio degli indicatori di salute. Al contrario, il **Percorso Anziani e Fragilità** pone l'accento sulle dimensioni sistemiche, privilegiando la presa in carico globale dell'individuo, l'integrazione multidisciplinare e l'implementazione di interventi orientati alla promozione dell'autonomia e al sostegno dei bisogni socio-assistenziali, per "fragili" si intendono individui, prevalentemente anziani ma non esclusivamente, che presentano una riduzione delle riserve funzionali, dovuta all'interazione tra declino fisiologico, patologie croniche, disabilità o vulnerabilità sociali, e che risultano quindi più esposti a eventi avversi di salute e a perdita di autonomia, richiedendo un supporto assistenziale continuativo e personalizzato.

### Risultati delle performance 2024 del percorso cronicità

Gli ambiti della performance della cronicità pongono al centro la prevenzione e la promozione degli stili di vita, in linea con il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, che guida le strategie di sanità pubblica con un approccio integrato e orientato all'equità. A supporto, il Piano prevede azioni trasversali di formazione e comunicazione, essenziali per sviluppare competenze degli operatori e favorire il coinvolgimento attivo della comunità, garantendo così l'efficacia degli interventi nel percorso della cronicità.

Nell'ambito della gestione della cronicità, la performance assistenziale si misura anche nella capacità di adottare strategie efficaci e personalizzate per malattie come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Il rapporto Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2025 sottolinea come la gestione della BPCO debba puntare a ridurre sia i sintomi respiratori sia il rischio di esacerbazioni, attraverso un approccio integrato che combina interventi farmacologici e non farmacologici, con particolare attenzione alla riduzione dei fattori di rischio, come il fumo, e all'implementazione di nuove terapie e strumenti di follow-up. Questo modello contribuisce a migliorare la qualità di vita del paziente e a prevenire complicanze e riacutizzazioni, rappresentando un elemento chiave della performance nella cura della cronicità.

Un'analoga attenzione è rivolta allo **scompenso cardiaco**, una condizione ad alto impatto epidemiologico e gestionale, che richiede una presa in carico tempestiva e integrata tra ospedale e territorio. Le linee guida ESC 2023 promuovono un approccio centrato sul paziente, che include l'ottimizzazione della terapia farmacologica, il monitoraggio clinico, l'educazione terapeutica e il rispetto dei follow-up programmati. Tra le novità più rilevanti, viene sottolineata l'importanza di una gestione personalizzata basata sul profilo di rischio individuale, in contesti multidisciplinari che favoriscano l'autogestione del paziente, con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ripetuti e migliorare la prognosi.

Infine, anche il **diabete mellito** costituisce una sfida centrale nella gestione della cronicità. L'approccio integrato, in linea con i principi espressi al PNC, pone al centro il controllo dei fattori di rischio e la promozione di stili di vita salutari che, insieme al monitoraggio costante glicemico e a terapie innovative offrono benefici in termini di riduzione della mortalità e delle complicanze.

La figura 6 mostra che nella fase della promozione e prevenzione permangono criticità nelle aree legate all'attività fisica e al controllo del peso corporeo con notevole variabilità tra le regioni del network: la proporzione di soggetti sedentari risulta infatti superiore al 30% in tre delle sette regioni considerate (Umbria: 37,04%; Basilicata: 39,09%; Puglia:

49,06%), con una media complessiva del 29,15%. Analogamente, risulta critico l'indicatore relativo alla percentuale di persone obese o in sovrappeso: solo una regione ottiene una buona valutazione (Toscana: 35,82%), mentre la media regionale supera il 40% (42,3%), con un valore massimo del 48,48% registrato in Puglia. Dall'altro lato, l'indicatore relativo alla proporzione di soggetti fumatori, rappresenta l'unico ambito in cui si registrano performance complessivamente soddisfacenti in tutte le regioni che lo hanno misurato: la media tra le regioni è pari al 23,08%, e tutte – ad eccezione dell'Umbria, che riporta un valore del 28,22% – raggiungono livelli di valutazione inferiori al 25%.

Tale quadro risulta particolarmente preoccupante in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione, poiché la diffusione di stili di vita non salutari può amplificare il rischio di patologie croniche e aggravare il carico assistenziale sui sistemi sanitari regionali.

L'analisi degli indicatori relativi ai principali PDTA evidenzia un livello di aderenza generalmente basso e caratterizzato da marcata disomogeneità, con criticità trasversali nella gestione dei percorsi dedicati a BPCO, Scompenso Cardiaco e Diabete (Tabella 2).

Per quanto riguarda la BPCO, si conferma un quadro particolarmente problematico. L'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione risulta sistematicamente insufficiente in tutte le regioni considerate, con valori particolarmente critici in Toscana (27,93%) e Friuli Venezia Giulia (29,44%). Analogamente, l'indicatore relativo al numero di visite pneumologiche mostra livelli inferiori agli standard attesi, oscillando tra il 30,65% nella PA di Trento e il 47,32% in Toscana, a suggerire una presa in carico discontinua e poco strutturata del paziente con BPCO.

Nella gestione dello scompenso cardiaco emergono criticità analoghe, seppur con differenze tra gli indicatori. L'aderenza al trattamento con ACE-inibitori o sartani varia dal 49,96% in Umbria al 63,44% in Veneto, valori che indicano un impiego ancora insufficiente di queste terapie cardine. Migliori risultati si osservano per i beta-bloccanti, con percentuali comprese tra il 59,42% nella PA di Trento e il 69,38% in Veneto, sebbene la copertura rimanga lontana dall'ottimalità. L'adeguatezza del numero di ecocardiogrammi si conferma invece relativamente bassa in tutte le regioni, con un valore minimo del 17,63% in Toscana e massimo del 26,01% in Friuli Venezia Giulia, segnalando una criticità rilevante nell'accesso agli esami strumentali fondamentali per il follow-up clinico.

Infine, anche il percorso assistenziale del diabete appare ancora lontano dal raggiungimento di standard ottimali. L'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata si mantiene su livelli insufficienti in tutte le regioni (dal 33,28% in Toscana al 40,74% in Umbria). Migliori risultati si osservano per il controllo del profilo lipidico, unico indicatore con una regione (Umbria) in fascia verde grazie a una copertura del 71,48%, mentre le restanti regioni presentano valori compresi tra il 58,94% e il 63,73%. Decisamente critico, infine, il monitoraggio oculistico annuale, con valori inferiori al 20% in tutte le regioni e un minimo dell'8,37% in Umbria, che suggerisce un'importante lacuna nella prevenzione delle complicanze microvascolari.

Nel complesso, i dati delineano una gestione dei principali percorsi assistenziali ancora frammentata e disomogenea, con margini di miglioramento significativi soprattutto per la continuità del monitoraggio e l'integrazione tra cure territoriali e specialistiche.

Indicatore		Regione	Valore
PDTA BPCO	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione	Toscana	27,93
		Friuli Venezia Giulia	29,44
		Veneto	30,5
		PA Trento	35,63
		Umbria	39,19
	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche	Toscana	47,32
		Friuli Venezia Giulia	43,82
		Veneto	46,09
		PA Trento	30,65
		Umbria	35,14
PDTA SCOMPENSO CARDIACO	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani	Toscana	56,32
		Friuli Venezia Giulia	61,24
		Veneto	63,44
		PA Trento	50,38
		Umbria	49,96
	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	Toscana	64,91
		Friuli Venezia Giulia	66,5
		Veneto	69,38
		PA Trento	59,42
		Umbria	63,97
	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi	Toscana	17,63
		Friuli Venezia Giulia	26,01
		Veneto	22,96
		PA Trento	20,63
		Umbria	18,25
PDTA DIABETE	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi	Toscana	33,28
		Friuli Venezia Giulia	39,26
		Veneto	36,33
		PA Trento	34,65
		Umbria	40,74
	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi	Toscana	62,97
		Friuli Venezia Giulia	63,73
		Veneto	62,66
		PA Trento	58,94
		Umbria	71,48
	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi	Toscana	11,65
		Friuli Venezia Giulia	17,65
		Veneto	17,55
		PA Trento	19,87
		Umbria	9,37

Tabella 2. Indicatori relativi ai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali-PDTA delle principali patologie croniche.

In controtendenza, gli indicatori relativi al PDTA per l'infarto miocardico acuto (IMA) raggiungono livelli generalmente più elevati. Questo dato suggerisce una maggiore efficacia dei percorsi post-acute, probabilmente favorita dalla presenza di reti ospedaliere più strutturate e dall'adozione di protocolli condivisi.

I risultati relativi all'aderenza terapeutica evidenziano marcate differenze tra territori e classi farmacologiche. I livelli più bassi si registrano per betabloccanti e ACE-inibitori: in alcune regioni l'aderenza appare appena sufficiente, mentre in altre si mantiene su valori critici. Per gli ACE-inibitori, l'aderenza più elevata si osserva in Veneto (63,44%), mentre la più bassa si registra in Umbria (49,96%). Anche per i betabloccanti il Veneto si conferma la regione con la performance migliore (69,38%), mentre la Provincia Autonoma di Trento presenta il valore più basso (59,42%). Si tratta di un dato di particolare rilievo, considerando che questi farmaci rappresentano pilastri fondamentali nella gestione dello

scompenso cardiaco e dell'ipertensione, patologie ad alta prevalenza e impatto economico per il sistema sanitario.

Decisamente migliori, invece, i risultati relativi all'aderenza ai farmaci ipolipemizzanti e agli antiaggreganti piastrinici, che mostrano una media nazionale più stabile e performance elevate in diverse regioni. Per gli ipolipemizzanti, i valori variano dall'80,41% in Puglia al 98,04% in Toscana; per gli antiaggreganti, dal 69,79% in Puglia al 98,57% in Toscana.

Per quanto riguarda gli indicatori di esito, emergono segnali complessivamente positivi. La valutazione delle ospedalizzazioni per complicanze mostra buone performance, pur con differenze regionali ancora significative: si va da 152,7 ricoveri per 100.000 residenti in Puglia a 257,9 per 100.000 residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano. Anche i dati relativi alla mortalità a 30 giorni dopo un evento acuto, come ictus o riacutizzazione di BPCO, risultano incoraggianti e abbastanza omogenei a livello nazionale, suggerendo l'efficacia e la solidità delle reti di cura dedicate alla gestione dell'acuzie. Il valore più elevato di mortalità a 30 giorni si registra in Friuli Venezia Giulia, con 12,28% per la BPCO e 11,24% per l'ictus. Come è possibile vedere nella Figura 7, i risultati relativi alle amputazioni nei pazienti diabetici, che si collocano su livelli di performance su livelli buoni o ottimi, evidenziano invece margini di miglioramento, soprattutto in alcune regioni dove questo indicatore rimane particolarmente critico: Umbria (25,69 per 1 milione di residenti), Friuli Venezia Giulia (26,23) e Puglia (41,15). Le amputazioni rappresentano una complicanza grave e onerosa, la cui riduzione dipende in larga misura dalla qualità della presa in carico multidisciplinare e dall'accesso tempestivo ai servizi specialistici di prevenzione.

C11A.2.4 - Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) Regioni - Anno 2024

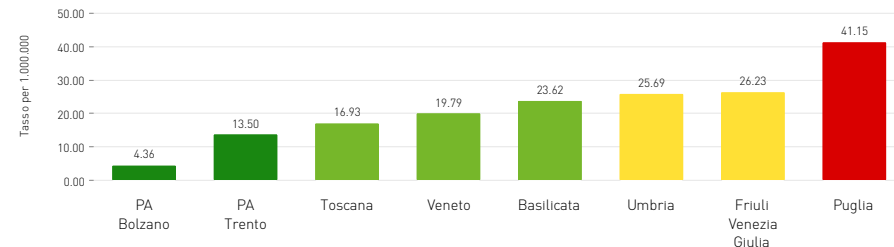


Figura 7. Indicatore C11A.2.4 - Tasso amputazioni per Diabete

Il contrasto nella performance degli stili di vita (positivi nel fumo e critici per sedentari e sovrappeso) sembra essere legato a misure di tipo strutturale e regolatorio, mentre più eterogeneo è l'efficacia di interventi non normativi che richiedono cambiamenti comportamentali quotidiani complessi, come lo svolgimento di attività fisica regolare o una corretta alimentazione. In questo contesto, potrebbe essere utile l'adozione di approcci più integrati e di comunità, orientati prima di tutto alla modifica dei contesti ambientali e sociali, piuttosto all'azione esclusiva sul comportamento individuale.

L'eterogeneità dei risultati degli indicatori di processo relativi ai percorsi clinico-assisten-

ziali segnala una criticità di sistema che va oltre la semplice aderenza clinica e indica la presenza di frammentazione organizzativa e gestionale nella presa in carico delle patologie croniche.

Le performance carenti osservate per la BPCO — con bassi livelli di aderenza al trattamento farmacologico e un follow-up pneumologico disomogeneo — mettono in luce la difficoltà nel garantire una continuità assistenziale strutturata tra territorio e specialistica. Analogamente, nella gestione dello scompenso cardiaco, la variabilità regionale nell'impiego delle terapie cardine e nell'accesso agli esami diagnostici suggerisce una fragilità nei meccanismi di coordinamento e monitoraggio. Anche nel diabete, la scarsa aderenza ai controlli routinari indica una gestione ancora frammentata dei percorsi di prevenzione e follow-up.

Al contrario, la valutazione dei PDTA relativi alla fase post-acuta, come nel caso dell'infarto miocardico, mostra una maggiore tenuta complessiva, e suggerisce la maggiore efficacia di reti cliniche consolidate, protocolli condivisi e una chiara distribuzione delle responsabilità che entrano in gioco dopo un'acuzie gestita in ambiente ospedaliero. Questa differenza tra percorsi post-acute e cronici evidenzia come la principale debolezza del sistema risieda ancora nella limitata integrazione tra le componenti ospedaliere e territoriali, che compromette la continuità assistenziale e la presa in carico proattiva dei pazienti cronici.

### Discussioni e conclusioni del percorso cronicità

Alla luce di queste evidenze, si conferma la necessità di dare piena attuazione ai principi del DM 77, mediante l'impiego di interventi e strumenti volti a favorire il coordinamento tra livelli di cura, l'integrazione multiprofessionale e il rafforzamento della governance territoriale. Inoltre, sistemi informativi interoperabili tra i diversi livelli assistenziali potrebbero favorire una gestione più efficace dei pazienti cronici, attraverso il monitoraggio tempestivo dell'aderenza ai PDTA, e la conseguente attivazione in tempo reale di azioni correttive.

Le performance carenti e disomogenee osservate in ambiti come la gestione di BPCO, scompenso cardiaco e diabete non vanno lette unicamente da un punto di vista clinico, ma come l'espressione di una fragilità strutturale dei servizi territoriali, di una limitata inte-

grazione tra professionisti e dell'assenza di meccanismi di governance realmente orientati agli esiti di salute.

Relativamente all'aderenza terapeutica, si conferma quanto finora osservato, emerge infatti la necessità di lavorare sul monitoraggio continuativo ed efficacie delle terapie, mediante una gestione proattiva e domiciliare delle terapie croniche continuative, al fine di prevenire peggioramenti e ospedalizzazioni potenzialmente evitabili. Un approccio di questo tipo dovrebbe essere supportato da programmi di counselling e accompagnamento che coinvolgano attivamente i pazienti e le loro famiglie, favorendo una migliore alfabetizzazione terapeutica.

Nonostante le criticità emerse fin qui nel percorso, si registrano performance complessivamente positive su tutti gli indicatori relativi agli esiti. Questo suggerisce che, sebbene la riorganizzazione e l'efficientamento del sistema sanitario territoriale siano ancora incompleti, ciò non sembra riflettersi negativamente sugli esiti clinici.

Nel complesso, l'analisi del percorso cronicità suggerisce che, a livello territoriale, gli obiettivi e i principi del riassetto organizzativo previsto dal DM 77/2022, fondato su una presa in carico integrata, prossima e continuativa, non siano ancora stati pienamente recepiti. Risulta pertanto ancora necessaria l'adozione di politiche che incentivino l'implementazione di tali modelli di cura. Investimenti nelle tecnologie digitali per il monitoraggio remoto e nella formazione di professionisti specializzati risultano prioritari per migliorare la gestione delle patologie croniche e ridurre il ricorso alle ospedalizzazioni.

### Risultati della performance 2024 del percorso Anziani e fragilità

Il percorso assistenziale dedicato agli anziani e alle persone fragili è stato introdotto nel network delle regioni nell'edizione 2025. È il primo pentagramma dedicato a un target di utenti, gli anziani. È un pentagramma in fase di sperimentazione, il termine fragilità si riferisce qui solamente ad alcune fasi e per alcuni interventi, non fotografa l'universo della fragilità. Tale percorso si articola in quattro fasi: prevenzione attiva, accesso, presa in carico e esiti di salute.

Come sottolineato nella Dichiarazione di Astana e rafforzato dall'esperienza della pande-

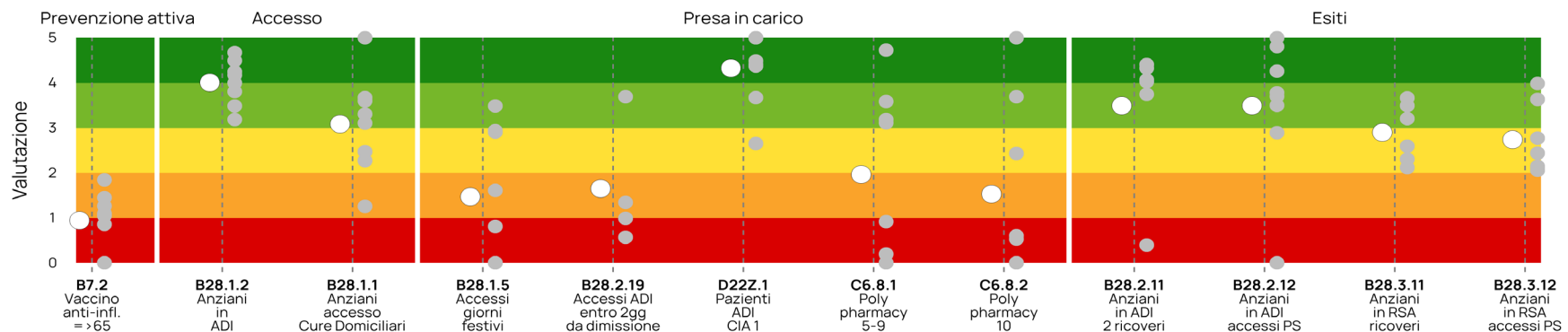


Figura 8. Pentagramma Anziani e fragilità 2024 (La media delle Regioni/PA del Network è rappresentata dal pallino bianco, mentre il pallino grigio indica le singole Regioni/PA)

mia da COVID-19 [11], il ruolo delle cure primarie è sempre più centrale nel mantenimento della salute e del benessere. Le cure domiciliari, definite dal DM 77/2022, riconoscono la casa come luogo primario di cura, individuandola come setting privilegiato all'interno della programmazione sanitaria territoriale. Fondamentale, inoltre, è la gestione dell'assistenza a lungo termine, che riguarda persone con fragilità mentale, fisica o disabilità prolungate, le quali necessitano di supporto nelle attività quotidiane e/o assistenza permanente.

Per questo motivo, il percorso anziani e fragilità (Figura 8) mira a seguire il paziente sin dalle fasi iniziali, prima dell'insorgenza della fragilità, fino agli esiti di salute, assicurando un intervento tempestivo e continuativo, cercando di prevenire problemi più severi. In tema di prevenzione, coerentemente con il percorso cronicità, si evidenzia l'importanza di potenziare l'azione territoriale attraverso iniziative proattive di sanità pubblica, promozione della salute e screening, volte a ridurre la necessità di interventi successivi.

In questo primo pentagramma l'unico indicatore presente è relativo alla copertura del vaccino antinfluenzale nella popolazione over 65 che mostra performance critiche, con una media delle Regioni del 51,76% (figura 9) e una bassa variabilità che rappresentano un significativo limite rispetto agli obiettivi definiti dalle circolari ministeriali sulla prevenzione e il controllo dell'influenza che fissano per gli over 65 un obiettivo minimo di copertura vaccinale del 75% e un target ottimale del 95%. Tale situazione indica una capacità insufficiente del sistema nell'attivare efficaci strategie di promozione della salute e nel coinvolgere attivamente la popolazione target. È pertanto necessario rafforzare la governance della prevenzione, valorizzando il ruolo dei professionisti di prossimità e implementando strumenti comunicativi e facilitativi più efficaci.

B7.2 - Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)  
Regioni - Anno 2024

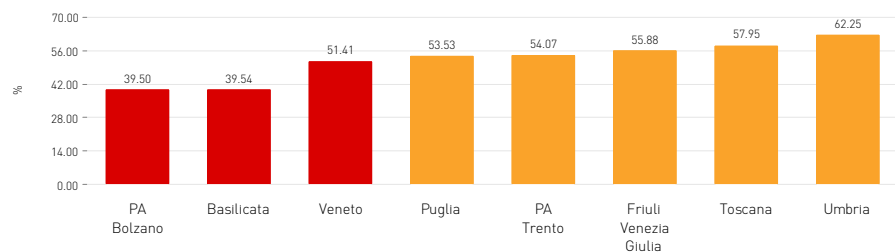


Figura 9. Indicatore B7.2 - Copertura per vaccino antinfluenzale

Per quanto concerne l'accesso ai servizi, gli indicatori presenti nel sistema riguardano parallelamente le cure e l'assistenza domiciliare, in particolare l'indicatore relativo alla percentuale di anziani con almeno una valutazione per cure domiciliari rappresenta un parametro significativo per misurare la capacità del sistema di assicurare una presa in carico vicina al domicilio. Il progressivo avvicinamento agli obiettivi nazionali, con una il valore minimo della Regione Basilicata al 8,58% che insieme alla Puglia al 9,4% si attestano

sotto la soglia del 10% definito dal DM 77/2022, dovrebbe testimoniare un rafforzamento delle politiche di prossimità, essenziali per contenere il rischio di cronicizzazione e sostenere percorsi di cura adeguati, nel rispetto di equità, tempestività e continuità. Tuttavia, i risultati raccolti mostrano un quadro complesso, come mostrato nella tabella 3: mentre la capacità di erogare servizi di assistenza domiciliare integrata appare consolidata nella fase esecutiva, emergono criticità nella fase iniziale di accesso alle cure domiciliari. Questa discrepanza suggerisce difficoltà sistemiche nell'identificare tempestivamente i bisogni o nel rendere effettivamente accessibile il servizio, con conseguenti ostacoli che compromettono equità e tempestività. Affrontare tali fragilità è essenziale per evitare che il potenziale degli interventi domiciliari venga compromesso, con un aggravamento delle disuguaglianze e un rallentamento nell'attuazione della riforma territoriale. È pertanto prioritario rafforzare i meccanismi di identificazione precoce, promuovere l'integrazione tra servizi e attori territoriali, e semplificare i percorsi amministrativi e operativi.

Indicatori	Media Regioni Network	Min – Max Regioni Network
Percentuali di Anziani con valutazione per cure domiciliari	10,82	8,6-12,6
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	5,3	2,2-9,2
Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	44,3	65,1-33,3
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	8,5	4,2-13,0

Tabella 3. Indicatori relativi ai confronti tra accesso e erogazione delle cure domiciliari.

La presa in carico rappresenta un elemento chiave per superare la frammentazione assistenziale e garantire percorsi personalizzati e continuativi, soprattutto nella gestione degli anziani. L'analisi degli indicatori disponibili evidenzia una situazione eterogenea, caratterizzata dalla coesistenza di buone pratiche e criticità, in particolare nei tempi e nelle modalità di attivazione dei servizi. Gli accessi nei giorni festivi e nelle fasce orarie critiche evidenziano una copertura discontinua: Regioni come Bolzano e Trento non raggiungono nemmeno il 5%, Friuli, Veneto e Basilicata non superano il 10%, mentre Puglia, Umbria e Toscana si attestano di poco sopra tale soglia, segnalando limiti strutturali nella capacità di garantire la continuità assistenziale. Analogamente, la tempestività nella presa in carico entro due giorni presenta performance variabili e non standardizzate tra territori, con la best performance del Veneto al 65%. Aspetti positivi si riscontrano nella gestione di assistenza a bassa intensità, con livelli elevati nelle prime rilevazioni, mentre il calo nelle ultime rilevazioni potrebbe riflettere difficoltà nel mantenimento degli standard o

un incremento di casi a intensità più elevata, con impatti sulla capacità complessiva del sistema di risposta.

C6.8.2 - Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)  
Regioni - Anno 2024

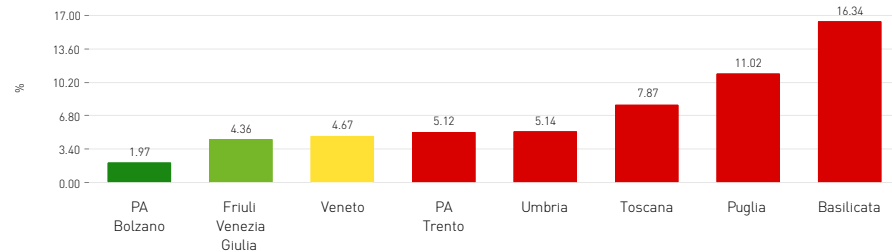


Figura 10. Indicatore C6.8.2 - Dispensazione concomitante >= 10 farmaci

Un'area particolarmente critica riguarda della polipharmacy, che monitora la percentuale di anziani over 65 in trattamento con un numero di farmaci compreso tra 5 e 9 e superiore (Figura 10) o uguale a 10 (Figura 11). Relativamente al secondo indicatore, si osserva invece un'elevata variabilità tra le regioni: Bolzano risulta sotto il 2%, Friuli e Veneto sotto il 5%, mentre le altre regioni si collocano oltre il 5%, fino a raggiungere l'11,02% in Puglia e il 16,34% in Basilicata, confermando il trend anche a livello di azienda e distretto, come rilevabili dalle immagini di seguito. Il monitoraggio degli indicatori relativi alla polipharmacy si rende necessario in quanto la dispensazione concomitante di un numero elevato di farmaci rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di interazioni farmacologiche potenzialmente pericolose che possono compromettere l'efficacia dei trattamenti o determinare eventi avversi, oltre che aumentare il rischio di dimenticanza da parte del paziente al crescere del numero di farmaci assunti.

L'orientamento agli esiti di salute è un pilastro della riforma territoriale, finalizzata a valutare l'efficacia degli interventi e promuovere un miglioramento continuo. L'indicatore sugli anziani in ADI con almeno due ricoveri evidenzia performance positive nella maggior parte delle regioni, con dati sotto al 3,5% ad eccezione della PA Trento al 7,52%, indicando buona capacità nella gestione clinica e nella prevenzione delle complicanze che portano a ospedalizzazioni ripetute. Gli accessi al Pronto Soccorso mostrano invece maggiore variabilità territoriale, con differenze significative nella capacità di evitare accessi in emergenza dal 9,76% della Puglia al 43,36% della Basilicata, fattore che impatta sia sui pazienti sia sul sistema sanitario.

Per gli anziani in strutture residenziali per non autosufficienti, gli esiti relativi a ricoveri multipli e accessi al pronto soccorso risultano complessivamente inferiori rispetto alla popolazione generale, con valori che variano dal 9,37% in Toscana al 20,2% in Puglia per i ricoveri, e dall'8,11% in Umbria al 23,56% nella Provincia Autonoma di Bolzano per gli accessi al pronto soccorso. Questi dati suggeriscono che i contesti residenziali devono ancora affrontare importanti sfide nella gestione delle condizioni cliniche complesse, con

frequenze relativamente elevate di eventi acuti che richiedono ospedalizzazione o intervento urgente.

## Discussione e conclusioni

In sintesi, il monitoraggio degli indicatori del percorso "anziani e fragilità" conferma come le cure domiciliari e la long-term care rappresentino ambiti prioritari per garantire risposte sostenibili e adeguate a una popolazione in progressivo invecchiamento.

Nell'ambito della prevenzione attiva, misurata in particolare attraverso la copertura vaccinale antinfluenzale, emerge un problema strutturale comune a tutte le regioni, che richiede interventi proattivi più incisivi, quali campagne vaccinali mirate, il rafforzamento della medicina di prossimità e il coinvolgimento di team multiprofessionali con approcci educativi e preventivi, al fine di ridurre il carico sanitario nelle fasi successive.

Per quanto riguarda l'accesso, gli indicatori dotati di standard chiari mostrano un sostanziale allineamento tra le diverse regioni, mentre risultano più variabili gli ambiti privi di standard definiti, evidenziando la necessità di consolidare un quadro nazionale omogeneo. In questa prospettiva, rimane fondamentale investire in risorse professionali territoriali e monitorare nel lungo periodo l'efficacia dei modelli organizzativi integrati, supportati da una governance forte e capillare, capace di garantire un accesso equo, tempestivo e continuativo. Inoltre, la politerapia nei pazienti anziani, in particolare nei contesti caratterizzati da una minore integrazione tra medici di medicina generale (MMG), specialisti e farmacisti, andrebbe approfondita anche in setting come le residenze sanitarie assistenziali. A tale riguardo, la Raccomandazione ministeriale n. 17 richiama l'importanza di garantire la ricognizione e la riconciliazione della terapia farmacologica in tutte le transizioni di cura, al fine di prevenire errori terapeutici, duplicazioni o omissioni di trattamento, favorendo così un uso più sicuro e appropriato dei farmaci nella popolazione anziana.

La presa in carico risulta molto eterogenea, in particolare per quanto riguarda la continuità assistenziale nell'arco della settimana e la sicurezza delle cure, con riferimento specifico alla gestione della politerapia. Le differenze regionali richiamano l'urgenza di implementare politiche efficaci di riconciliazione terapeutica e di personalizzazione degli interventi, promuovendo percorsi assistenziali standardizzati e processi condivisi, con particolare attenzione alla tempestività e alla gestione della complessità clinica.

Per quanto concerne gli esiti, si osservano risultati generalmente positivi per l'Assistenza Domiciliare Integrata, salvo alcuni outlier territoriali; al contrario, gli esiti legati alle strutture residenziali per anziani non autosufficienti risultano più variabili e medi, suggerendo la necessità di interventi mirati di rafforzamento qualitativo. La variabilità osservata sottolinea inoltre l'importanza di migliorare l'integrazione tra cure domiciliari e continuità ospedale-territorio, promuovendo modelli capaci di gestire in modo avanzato le instabilità cliniche e di prevenire escalation assistenziali inappropriate.

In conclusione, gli obiettivi della riorganizzazione territoriale risultano in corso di attuazione, ma occorre proseguire nel rafforzamento dell'assistenza territoriale, nel consolidamento degli standard organizzativi e nel supporto ai territori verso un modello di sanità realmente integrata, proattiva e centrata sulla persona.

---

## Bibliografia

European Commission. (2022). Healthier Together: EU non-communicable diseases initiative (June, p. 160). Publications Office of the European Union.

[https://health.ec.europa.eu/publications/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en)

European Commission. Long-term care. Employment, Social Affairs & Inclusion. Retrieved June 23, 2025, from

[https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care\\_en](https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en)

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2025). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2025 report).

ISTAT. (2025). Rapporto annuale 2025: La situazione del Paese. Istituto Nazionale di Statistica.

<https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-Annuale-2025-integrale.pdf>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., ... ESC Scientific Document Group. (2023). 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 44(37), 3627–3639.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. (2016). Piano Nazionale della Cronicità.

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. (2020). Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione e dell'Edilizia Sanitaria. (2024). Piano Nazionale della Cronicità, Aggiornamento 2024.

Ministero della Salute. (2022). Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 144*, 22 giugno 2022.

OECD/European Commission. (2024). Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle. OECD Publishing.

<https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva: WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

World Health Organization. (2018). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018 [WHO/HIS/SDS/2018.61].

<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.61>



## Percorso Salute mentale

Elena Maggioni e Francesca Pennucci

### Introduzione

Nell'attuale scenario globale, è ormai noto quanto il benessere mentale delle persone e delle comunità sia diventato una priorità per la società. Difatti, l'incertezza legata agli eventi passati e presenti quali l'evoluzione del tessuto sociale, la pandemia da Covid-19 e l'esacerbarsi di guerre e conflitti in tutto il mondo, la crisi climatica e il cambiamento degli equilibri internazionali hanno fortemente contribuito ad un peggioramento della salute mentale in tutte le fasce di età.

I dati più recenti mostrano come i disturbi della salute mentale siano emersi tra i principali nel carico globale delle malattie. Nello specifico, tra il 2010 e il 2021, è stato osservato a livello globale un aumento del 16,4% (IC 95% 11,9-21,3) nei Disability Adjusted Life Years (DALYs) standardizzati per età per i disturbi depressivi e del 16,7% (14,0-19,8) per i disturbi d'ansia. Per il 2019 in Europa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che oltre 125 milioni di persone, ossia circa il 13% della popolazione, vivevano con un disturbo della salute mentale, tra cui depressione, ansia, psicosi negli adulti e disturbi dello sviluppo o del comportamento nei bambini e negli adolescenti. Aggiustando il dato per l'impatto in termini di disabilità sulle persone e le condizioni correlate al disturbo principale, si evidenzia come i disturbi della salute mentale rappresentino il 15% degli Years Lived with Disability (YLD). Uno dei temi più centrali degli ultimi anni riguarda sicuramente il peggioramento della salute mentale degli adolescenti e in particolare alcune patologie quali i disturbi dell'ansia e del comportamento alimentare, che hanno registrato un preoccupante aumento e possono compromettere l'intero percorso di vita di quanti ne soffrono.

In Italia, l'attuale sistema dei servizi per la salute mentale nasce dall'esemplare riforma iniziata con il lavoro del dott. Franco Basaglia. Quest'ultima promuove un approccio di presa in carico diffusa sul territorio nonché di riabilitazione e reinserimento sociale delle persone che soffrono di disturbi della salute mentale. La legge 13 maggio 1978, n. 180 ha posto le basi per la costruzione di un sistema diffuso di servizi costituito dai Dipartimenti

di Salute Mentale (DSM) e dalle strutture diurne, semi-residenziali e residenziali che accolgono le pazienti e i pazienti a seconda della valutazione personalizzata dei loro bisogni. Inoltre, la rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) in ospedale rappresenta un elemento fondamentale del modello erogativo, garantendo l'assistenza in fase acuta e per le pratiche di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Come noto, l'accordo Stato Regioni del 2001 prevede che gli SPDC siano nodi della rete del DSM, nonostante siano reparti ospedalieri.

Il sistema d'offerta appena descritto è oggi in fase di riorganizzazione mediante il Piano Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030, redatto nel giugno 2025. Tra gli obiettivi del riordino vi è la definizione di standard di presenza dei professionisti (per gli psichiatri si tratta di un rapporto 1 a 10000) e di nuove linee guida per avvicinare i servizi alle persone più fragili e a rischio di sviluppare patologie. Vengono ribaditi i principi di prossimità e di centralità della persona, così come il bisogno di quest'ultima di una risposta integrata e di un supporto che consideri l'approccio bio-psico-sociale. In tal senso, ancora molto lavoro resta da fare rispetto al coinvolgimento delle famiglie e dei caregiver, che spesso si trovano a gestire problematiche molto complesse senza avere gli strumenti utili a non rimanerne sopraffatti.

Il nuovo Piano propone sei ambiti di intervento principali: (1) promozione della salute mentale, prevenzione e cura dei disturbi, (2) focus specifico per l'infanzia e l'adolescenza, (3) ambito penale e forense, (4) la gestione del rischio clinico, (5) l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, (6) la formazione e la ricerca. Trasversalmente, come precedentemente accennato, il Piano mira a garantire una presa in carico multidisciplinare e personalizzata per i bisogni della persona, posta così al centro della costruzione del percorso di assistenza e riabilitazione. In questo senso, fondamentale il richiamo al coinvolgimento di diversi attori che supportino e integrino le attività che il sistema sanitario è chiamato a mettere in campo per rispondere a questi bisogni.

### Risultati della performance 2024

La valutazione del percorso della salute mentale è condotta secondo un'articolazione in

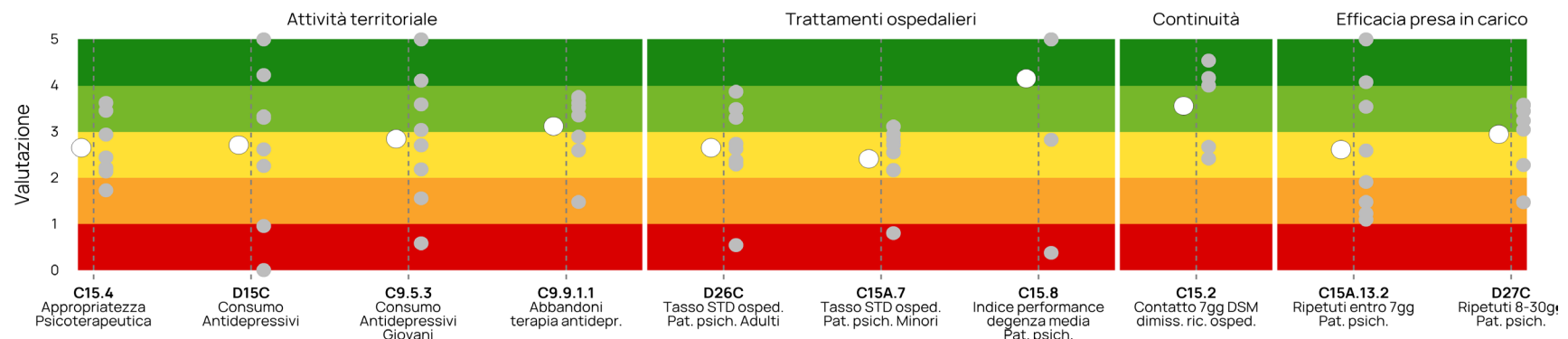


Figura 12. Pentagramma Salute mentale 2024 (La media delle Regioni/PA del Network è rappresentata dal pallino bianco, mentre il pallino grigio indica le singole Regioni/PA)

fasi: Attività territoriale; Trattamenti ospedalieri; Continuità; Efficacia della presa in carico. Gli indicatori afferiscono al processo ed all'esito di cura che considerano anche gli aspetti di integrazione tra l'attività territoriale ed ospedaliera. Ove disponibili, l'albero di valutazione ha integrato gli indicatori corrispondenti del Nuovo Sistema di Garanzia, così da garantire allineamento nella lettura e nell'uso del dato ai fini gestionali. In particolare, per l'attività ospedaliera sono stati considerati il tasso standardizzato di ospedalizzazione per disturbi alimentari (per 100.000 residenti maggiorenni) e lo stesso indicatore calcolato sui residenti minorenni, insieme alla percentuale di pazienti presi in carico dai servizi territoriali dopo un ricovero con Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) sul totale dei pazienti seguiti a livello territoriale.

Partendo da una lettura generale dei pentagrammi regionali, i risultati relativi all'anno 2024 mostrano ancora un'alta variabilità sia intra-regionale che interregionale, ponendo in risalto performance diversificate e con specifiche criticità in ciascun territorio. Allo stesso tempo, non risulta esserci una fase che trasversalmente riporti indicatori con performance negative in tutte le regioni. Procedendo con una lettura più mirata, in merito all'attività territoriale, si rileva una performance in miglioramento per la maggior parte delle regioni sull'appropriatezza psicoterapeutica (indicatore C15.4). L'indicatore misura la percentuale di pazienti in psicoterapia che abbiano ricevuto tra le 8 e le 30 prestazioni in un anno, così da stimare l'appropriatezza della terapia. Quest'ultima, se opportunamente utilizzata, è in grado di apportare sia miglioramenti duraturi dell'outcome di salute che un notevole vantaggio nel rapporto costo-beneficio delle cure, riducendo l'utilizzo di altri servizi da parte dei pazienti trattati con successo. La performance dell'indicatore risulta in miglioramento in quattro regioni (Friuli Venezia Giulia, Puglia, Toscana e Veneto) sulle sette per le quali il dato è disponibile (Tabella 3), pur presentando importanti differenze nel contesto intra-regionale. I valori distrettuali di ciascuna regione, infatti, variano tra lo 0,31% e il 73% dei pazienti presi in carico con una psicoterapia appropriata.

Regione	2023	2024
Friuli Venezia Giulia	39,58	29,62
Puglia	32	30,8
Toscana	36,97	34,18
Veneto	40,19	41,52

Tabella 4 – Percentuale di pazienti in psicoterapia che abbiano ricevuto tra le 8 e le 30 prestazioni in un anno (indicatore C15.4)

In ambito ospedaliero, la performance in termini di tasso di ospedalizzazione riporta un trend in continua crescita per quanto riguarda la popolazione dei minorenni con patologie psichiatriche (indicatore C15A.7, NSG D29C). Analizzando i dati dal 2019 all'ultimo disponibile del 2024, l'unica regione che vede una riduzione delle ospedalizzazioni, sulle otto regioni per le quali il dato è disponibile, è la regione Puglia (riducendo il tasso da 186.26 a 145.50). Il dato mette in evidenza l'impatto esteso della pandemia che ha avuto effetti negativi non solo sul benessere mentale delle ragazze e dei ragazzi, ma anche comportato una riacutizzazione e slatentizzazione di condizioni precedenti all'evento traumatico. La variabilità tra i distretti di ciascuna regione e del Network complessivo risulta elevata,

con dati che vanno da un minimo di 30.38 ad un massimo di 450.3 per il tasso. Le regioni a più alta variabilità risultano essere Toscana (30.38-450.3), Umbria (57.07-326.3) e Veneto (78.36-265.48) mentre la PA di Bolzano (242.5-359.73) riporta una valutazione più critica (Figura 13).

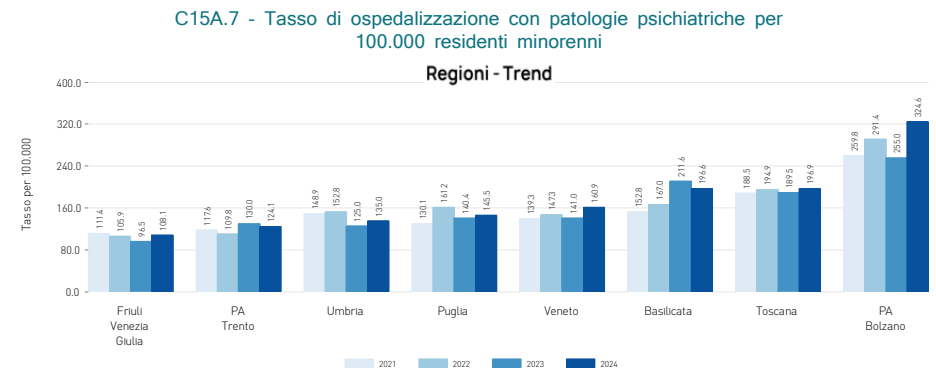


Figura 13. Indicatore C15A.7, (NSG D29C) Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni (Trend)

Sul tema della terapia farmacologica, il pentagramma di valutazione riporta alcuni indicatori in merito al monitoraggio degli antidepressivi. In particolare, l'indicatore D15C monitora la quantità di antidepressivo erogata ogni 1000 residenti durante l'anno in termini di Dose Definita Die. Le regioni del Network presentano un trend omogeneo di lieve crescita, con le uniche eccezioni di Basilicata che riporta un trend in decrescita da 13,714.48 del 2022 a 11,409.24 del 2024) La performance a livello distrettuale è molto eterogenea tra le regioni, con contesti meno variabili di altri. Ad esempio, la distribuzione dei dati in regione Puglia è decisamente meno variabile di quella nella Provincia Autonoma di Bolzano o della regione Umbria. Inoltre, si segnala una preoccupante variabilità per l'indicatore C9.5.3 che rileva il consumo di antidepressivi da parte dei giovani tra i 18 e i 24 anni. Nelle regioni del Network, questo fenomeno interessa da un minimo del 19% (Basilicata) ad un massimo del 59% (Toscana) della popolazione di riferimento. I trend sono in crescita per la maggior parte delle regioni, fatta eccezione per la PA di Trento che vede una riduzione di circa il 10% del consumo nell'ultimo triennio. Ove disponibile, l'indicatore conferma un'elevata variabilità intraregionale per distretto anche nelle Aree con performance buona, come il Friuli Venezia Giulia, e ottima, come l'Umbria (Figura 14).

Sempre rispetto agli antidepressivi, buona la performance relativa all'abbandono di terapia (indicatore C9.9.1.1) che riporta un trend stabile o in diminuzione nella maggior parte delle regioni – fatta eccezione per la Basilicata, regione in cui il trend è ancora in crescita nonostante la riduzione del valore nell'ultimo anno rispetto al precedente. A livello distrettuale troviamo un range che va dal 15% al 31% di pazienti che abbandonano la terapia con antidepressivo. Si segnala una più elevata variabilità intraregionale in Puglia, Toscana e Friuli Venezia Giulia.

Un'ulteriore misura da prendere in considerazione riguarda la percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (indicatore D27C). La performance delle regioni si attesta su valori tendenzialmente stabili in termini di trend per l'ultimo triennio. Fanno eccezione i trend della PA Trento - che passa da 6.61 ricoveri a 8.18 nel 2024 - e della PA di Bolzano - che passa da 5.88 a 7.51 nell'ultimo anno. Approfondendo a livello di distretto si rileva un'elevata variabilità nonché la presenza di contesti in cui i valori di performance sono molto più negativi della media, con un range che va da nessun re-ricovero al 20% di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni.

### Discussione e conclusioni

In sintesi, il percorso della salute mentale presenta alcune criticità da affrontare e meriterebbe un'espansione del set di indicatori che monitorino la salute mentale dei minorenni, le attività di prevenzione e di presa in carico integrata tra territorio ed ospedale auspicando un sempre maggior orientamento ai principi più aggiornati per l'assistenza a chi porta con sé una fragilità mentale.

Da tenere indubbiamente in considerazione la recente necessità dei servizi territoriali di adottare strategie di adattamento alla condizione pandemica, con un conseguente rallentamento dei processi di presa in carico e la impossibilità in alcuni casi di dare continuità alle attività assistenziali previste - ad esempio, tutte le attività in centri diurni hanno visto una difficoltà organizzativa importante.

Le sfide del percorso sulla salute mentale riguardano soprattutto la capacità di misurare in modo adeguato le attività e gli esiti, considerando che i flussi informativi - meno consolidati rispetto alle SDO - non sempre risultano pienamente rappresentativi di un percorso

che si colloca al confine tra sanitario e sociale. In particolare, le sfide nella misurazione riguardano la forte necessità di ampliare il monitoraggio sulla popolazione giovanile che manifesta importanti difficoltà in termini di impatto sul benessere mentale del contesto socioeconomico attuale. Tale priorità è ribadita da studi nazionali e internazionali, volti ad identificare il fenomeno e proporre soluzioni multidisciplinari, innovative e sostenibili.

La difficoltà nell'inserimento di misure non ospedaliere riguarda da un lato le differenze nei modelli organizzativi territoriali, che rendono talvolta complessa l'individuazione di misure che possano cogliere un fenomeno trasversalmente; dall'altro lato, una disponibilità ancora non omogenea di alcuni dati specifici che potrebbero migliorare la possibilità di fornire indicatori di valutazione in maniera più estesa. La possibilità di misurare l'impatto di modelli, spinti a livello nazionale, e di presa in carico dei pazienti, spiccano la figura dello psicologo di base e lo strumento del "Progetto di vita" e del relativo budget di salute.

L'ultima sfida consiste nel comprendere se la variabilità osservata rifletta una maggiore capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione oppure se rappresenti un elemento di disomogeneità da ridurre. Ad oggi l'elevata variabilità geografica nell'ambito del percorso della salute mentale, lasci intendere che vi siano spazi di miglioramento importanti soprattutto in termini di maggiore equità anche tra distretti limitrofi. In tal senso, si evidenzia la performance particolarmente positiva della regione Friuli-Venezia-Giulia e della regione Puglia, che riportano anche una variabilità limitata nella maggior parte dei casi per il livello distrettuale.

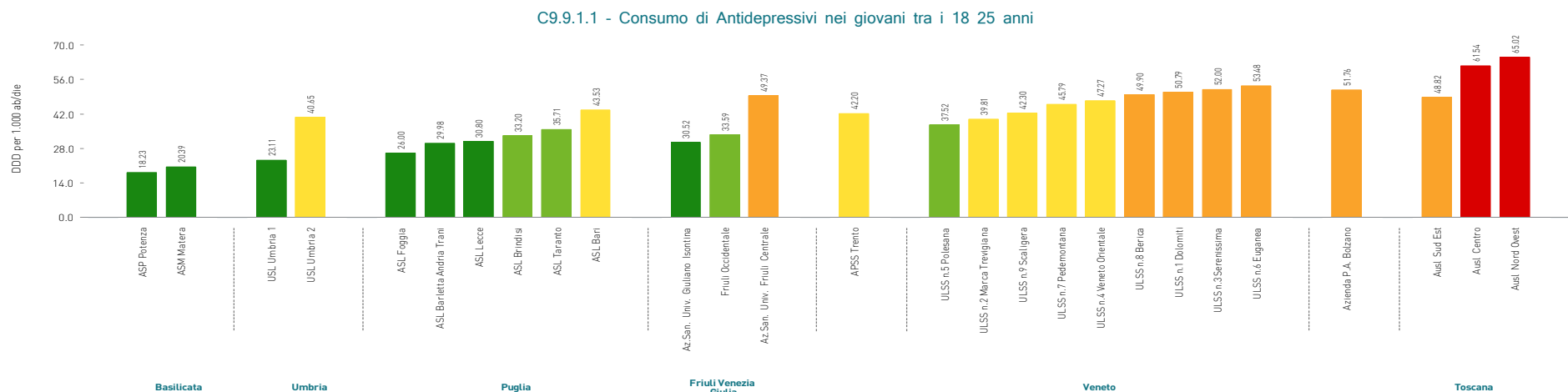


Figura 14. Indicatore C9.9.1.1 - Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 25 anni per Distretto

---

## Bibliografia

Becchi, M. A., & Carulli, N. (s.d.). Le basi scientifiche dell'approccio bio-psi-co-sociale. Indicazioni per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità, Dipartimento Integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, Azienda USL di Modena.

Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Aali, A., Abate, Y. H., Abbafati, C., Abbastabar, H., et al. (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systema. *The Lancet*, 403(10440), 2133–2161.

WHO Regional Office for Europe. (2022). WHO European framework for action on mental health 2021–2025. Copenhagen. [https://www.regione.toscana.it/documents/10180/604297/3\\_2009.pdf/8c9307f5-9541-4a5b-b1bc-ec19e3bf4bbb](https://www.regione.toscana.it/documents/10180/604297/3_2009.pdf/8c9307f5-9541-4a5b-b1bc-ec19e3bf4bbb)

## Percorso emergenza-urgenza

Davide Trinchese

### Introduzione

Il percorso emergenza-urgenza, rappresenta una componente strategica e imprescindibile del sistema sanitario nazionale e regionale. Si tratta del primo punto di contatto tra il cittadino e la rete ospedaliera in situazioni di acuzie o potenziale pericolo di vita, e pertanto svolge una funzione centrale nella tutela della salute pubblica, nella gestione del rischio clinico e nella garanzia dell'equità di accesso alle cure. Nel tempo, il sistema dell'emergenza-urgenza si è trovato al centro di importanti trasformazioni e sfide: l'aumento della domanda di prestazioni sanitarie in pronto soccorso, l'invecchiamento della popolazione, la crescente complessità clinica dei pazienti, le carenze di personale e, più recentemente, l'impatto della pandemia da COVID-19, che ha evidenziato criticità preesistenti e la necessità di un profondo ripensamento organizzativo. In questo scenario, il rafforzamento del percorso emergenza-urgenza assume un ruolo strategico nelle politiche sanitarie nazionali. A livello programmatico, numerosi documenti delineano le direttrici di sviluppo del settore. Tra questi si segnalano: le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'European Society for Emergency Medicine (EUSEM), che sottolineano l'importanza di un approccio sistemico alla gestione dell'urgenza e del miglioramento continuo della qualità, Le Linee guida del Ministero della Salute e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), che promuovono modelli di triage più efficaci, percorsi specifici per la gestione del paziente fragile, e l'integrazione con la medicina territoriale. Il DM 70/2015, che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, con particolare attenzione alla classificazione dei pronto soccorso (generalisti, DEA di I e II livello). Più recentemente, il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), che nella Missione 6 (Salute) prevede interventi mirati a potenziare le reti di emergenza, digitalizzare i percorsi clinici e migliorare la risposta ospedaliera all'urgenza. Dal punto di vista evolutivo, negli ultimi dieci anni si è assistito

a una progressiva transizione da un modello centrato sull'ospedale a un modello, basato su una maggiore integrazione tra pronto soccorso, medicina d'urgenza, servizi territoriali e continuità assistenziale. In molte regioni italiane, inoltre, sono state avviate delle reti per patologie specifiche (trauma, ictus, infarto, sepsi), che consentono una gestione più rapida e mirata, riducendo tempi di attesa e migliorando gli esiti clinici. Parallelamente, si è intensificata la riflessione sulla sostenibilità del sistema, con particolare attenzione alla gestione degli accessi inappropriati e al fenomeno di overcrowding e boarding, che possono compromettere la sicurezza e la qualità delle cure. Numerosi studi hanno evidenziato come l'eccessiva pressione sul pronto soccorso sia spesso legata alla carenza di alternative assistenziali sul territorio, evidenziando la necessità di un rafforzamento specialmente per i codici minori dell'assistenza primaria, dei servizi di guardia medica, e di una maggiore educazione sanitaria della popolazione (Vainieri et al., 2020). In tale contesto, il percorso emergenza-urgenza si propone di monitorare alcuni aspetti che sono cruciali per la qualità del paziente tra cui gli abbandoni da pronto soccorso, le dimissioni da pronto soccorso entro le 8 ore, gli accessi ripetuti entro le 72 ore, la percentuale di inviati in reparti chirurgici da PS che mantengono il DRG chirurgico alla dimissione, la percentuale di inviati a ricovero entro le 8 ore.

### Risultati della performance 2024

Il percorso emergenza-urgenza si compone di una serie di indicatori adottati fine di valutare la qualità dell'assistenza, dall'accesso sino alla dimissione da pronto soccorso oppure l'eventuale trasferimento in reparto. Nello specifico, il percorso si divide in 4 aree: accesso, triage, percorso e ricovero. L'accesso comprende due indicatori: D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1/Rosso - NSG), C8B.1-Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso. Il triage comprende 4 indicatori: C16.1.NA- percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 2 visitati entro i 15 minuti, C16.2.N- percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 3 visitati entro i 60 minuti, C16.3.NA- percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 visitati entro i 120 minuti, C16.4.NA- percentuale di accessi in Pronto soccorso

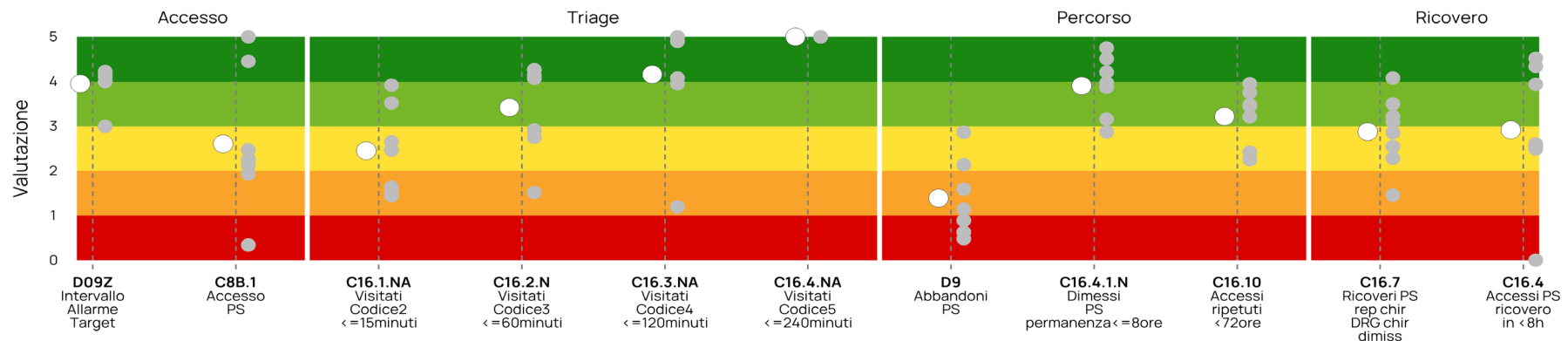


Figura 15. Pentagramma Emergenza - Urgenza [La media delle Regioni/PA del Network è rappresentata dal pallino bianco, mentre il pallino grigio indica le singole Regioni/PA]

con codice priorità 5 visitati entro i 240 minuti. Il percorso comprende 3 indicatori: D9- Percentuale di abbandoni dal pronto soccorso, C16.4.1N- Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso entro le 8 ore, C16.10- Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore. Il ricovero comprende 2 indicatori: C16.7, Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione e C16.4, la Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore.

L'analisi delle performance regionali nel percorso emergenza-urgenza evidenzia un quadro differenziato ma con alcuni elementi comuni.

Bolzano si distingue per un'ottima performance sugli intervalli target e sul triage, mentre mostra una bassa performance nel tasso di accesso al pronto soccorso e negli accessi con codice 2 entro 15 minuti. Buono il percorso complessivo, seppur con una criticità negli abbandoni, e ottima la capacità di garantire il ricovero entro 8 ore.

Trento si posiziona mediamente bene nell'accesso al PS, con buoni risultati nel triage, tranne per i codici 2 e 3. Anche in questo caso, il percorso risulta complessivamente positivo, ma emergono criticità sugli abbandoni. Per quanto riguarda i ricoveri, buoni i tempi di permanenza entro le 8 ore, mentre resta media la performance sui reparti chirurgici.

Il Veneto mostra un'elevata efficienza negli intervalli target e una media nel tasso di accesso. Ottima la gestione del triage (tranne qualche difficoltà nei codici 2), mentre sul percorso la situazione è generalmente media, con un miglior risultato nei dimessi entro 8 ore. L'area dei ricoveri si mantiene su livelli medi.

Il Friuli Venezia Giulia presenta un quadro simile, con ottimi tempi target e un accesso medio. Il triage è buono, seppur con performance inferiori nei codici 2 e 3. Il percorso è complessivamente positivo, ma gli abbandoni rimangono un punto debole. Buoni i risultati nei ricoveri chirurgici, mentre quelli nei ricoveri entro 8 ore sono medi.

La Toscana mostra una performance media negli accessi al PS, con ottimi risultati nella fase di triage. Sul percorso emergono buoni dati, ad eccezione del tasso di abbandoni, che si conferma critico. Per quanto riguarda i ricoveri, la regione si distingue per una buona gestione dei casi chirurgici, mentre la capacità di ricoverare entro 8 ore rimane bassa.

L'Umbria evidenzia un buon andamento complessivo, con una leggera criticità negli accessi al PS. Molto positivo il triage, salvo per i codici 2 e 3. Anche in questo caso gli abbandoni rappresentano un punto debole, mentre si osservano buoni risultati nei ricoveri chirurgici e una performance media nei ricoveri entro 8 ore.

La Basilicata mostra un accesso al PS positivo e un triage quasi sempre ottimo, tranne qualche criticità sui codici 4. Il percorso è buono, con qualche debolezza negli abbandoni e negli accessi ripetuti. Positivi i dati sui dimessi entro 8 ore e i ricoveri chirurgici, mentre la gestione dei ricoveri entro 8 ore risulta eccellente. Inoltre, osservando il grafico di correlazione relativo agli indicatori degli stabilimenti della Regione Toscana, emerge con chiarezza come i diversi indicatori del percorso emergenza-urgenza non possano essere considerati come elementi isolati, ma risultino fortemente correlati tra loro. Alcuni esempi di correlazioni statisticamente significative mostrano come la rapidità di presa in carico dei pazienti influenzi direttamente la successiva capacità di ridurre i tempi di permanenza in pronto soccorso e di garantire un ricovero tempestivo: laddove il paziente viene preso in carico e gestito con maggiore efficienza, diminuiscono gli abbandoni, ed i dimessi entro le 8 nonché gli inviati a ricovero da PS entro le 8 ore. Tuttavia, è importante evidenziare un

aspetto critico: l'aumento della percentuale di pazienti dimessi entro le 8 ore (indicatore di efficienza organizzativa) sembra accompagnarsi a un incremento degli accessi ripetuti entro le 72 ore (indicatore di efficacia clinico-assistenziale). Questo dato suggerisce che un'eccessiva attenzione alla rapidità nella gestione possa talvolta tradursi in una riduzione della qualità e della completezza del percorso di cura, con la conseguenza che il paziente ritorni in pronto soccorso a breve distanza di tempo. Ne deriva quindi la necessità di bilanciare costantemente l'obiettivo di efficienza con quello di efficacia, per evitare che la ricerca di prestazioni più veloci comprometta la solidità del risultato clinico.

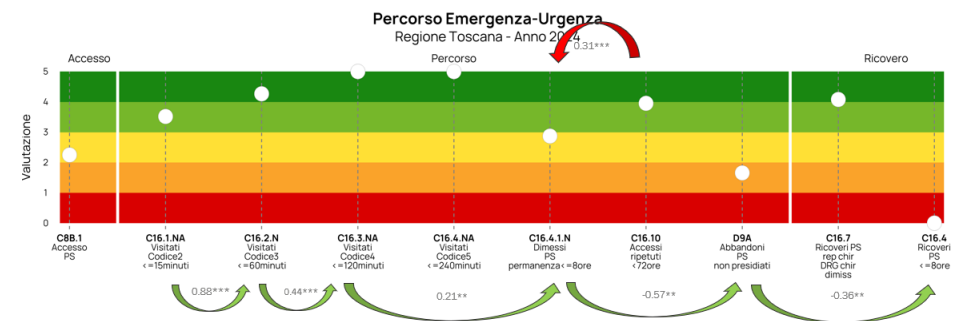


Figura 16. Analisi di correlazione del percorso emergenza-urgenza

### Discussione e conclusioni

Dall'analisi complessiva dei percorsi in Pronto Soccorso, articolata nelle quattro aree fondamentali — accesso, triage, percorso e ricovero — emergono alcune evidenze significative che meritano attenzione, sia in termini di criticità ricorrenti sia di buone pratiche da valorizzare.

Una prima criticità trasversale riguarda il tasso di accesso al Pronto Soccorso, che in molte Regioni si attesta su valori medi o addirittura leggermente negativi. È il caso, ad esempio, di Bolzano, Umbria, Veneto e Toscana. Questo fenomeno può indicare un ricorso non sempre appropriato ai servizi di emergenza, probabilmente legato alla scarsa accessibilità delle cure territoriali, alla percezione del PS come unico punto di riferimento disponibile o, ancora, alla carenza di alternative efficaci come la medicina generale o la continuità assistenziale. Su questo fronte, le recenti politiche nazionali di potenziamento dell'assistenza territoriale (come le Case di Comunità e la Centrale Operativa Territoriale) rappresentano un'opportunità importante da cogliere. Un altro nodo critico riguarda il tempo di presa in carico dei pazienti con codice di priorità 2, che dovrebbe avvenire entro 15 minuti. In quasi tutte le Regioni analizzate, questo indicatore mostra una performance media o negativa, come accade a Bolzano, Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Umbria. Il dato suggerisce tempi di attesa non adeguati per situazioni cliniche urgenti ma non gravissime, che potrebbero comportare rischi evitabili per i pazienti. Critico è anche il tasso di abbandono del Pronto Soccorso, in particolare in Regioni come Trento, Friuli Venezia Giulia, Tosca-

na, Umbria e Basilicata. Per quanto riguarda l'area del ricovero, emergono performance disomogenee: ad esempio, la percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico presenta dati buoni in Basilicata, Umbria e Toscana, ma risulta leggermente negativa in Bolzano e media in Trento. Anche la tempestività del ricovero entro 8 ore è un elemento su cui le Regioni si differenziano notevolmente: eccellenti i risultati di Bolzano, Trento e Basilicata, mentre Toscana e Umbria mostrano margini di miglioramento.

Infine, le evidenze riportate dalle analisi di correlazione dei diversi indicatori, sottolineano l'importanza di non concentrare l'attenzione su singoli punti critici in maniera isolata, ma di lavorare in un'ottica sistemica e sinergica. Il percorso emergenza-urgenza, infatti, funziona come una catena: il miglioramento di un anello si traduce in un effetto positivo sugli altri, mentre una debolezza in un passaggio tende a propagarsi lungo tutto il processo, compromettendo l'efficienza complessiva. In definitiva, la chiave di miglioramento si traduce nell'attivazione di un processo di miglioramento continuo e condiviso, che coinvolga tutte le fasi del percorso emergenza-urgenza e che sappia valorizzare le sinergie tra gli indicatori per ottenere un sistema più efficace ed efficiente.

## Bibliografia

Vainieri, M., Panero, C., & Coletta, L. (2020). Waiting times in emergency departments: A resource allocation or an efficiency issue? *BMC Health Services Research*, 20(1), 549. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05417-w>.

DM 70/2015 – Ministero della Salute. (2015). Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 4 giugno 2015.

EUSEM – European Society for Emergency Medicine. *Guidelines for Emergency Medicine Systems*.

Linee guida – Ministero della Salute & AGENAS. *Linee guida nazionali per i sistemi sanitari* (s.d.).

Piano Nazionale Esiti (PNE). *Piano Nazionale Esiti – Agenas* (s.d.).

PNRR – Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2021). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute*.

WHO – World Health Organization. *Emergency Care System Framework* (s.d.).



## Sanità digitale

Alessandro Vinci

### Introduzione

La sanità digitale rappresenta oggi una leva strategica per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), soprattutto alla luce dell'invecchiamento demografico, dell'aumento della domanda di cure e delle sfide strutturali emerse durante la pandemia di COVID-19. Negli ultimi anni, l'Italia ha incrementato in modo significativo gli investimenti nel digitale sanitario: la spesa complessiva è passata da 1,69 miliardi di euro nel 2021 a 1,8 miliardi nel 2022, fino a raggiungere 2,47 miliardi nel 2024 (+12% rispetto al 2023). Tali risorse, in gran parte provenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR, Missione 6 – Salute), ammontano complessivamente a oltre 15,6 miliardi di euro e hanno l'obiettivo di modernizzare il SSN, ridurre i divari territoriali e potenziare i servizi digitali.

Come sottolineato dal Ministro della Salute Orazio Schillaci, l'innovazione digitale non è più soltanto una priorità strategica ma "una necessità per un sistema più equo ed efficiente". Il PNRR finanzia progetti chiave come la piattaforma nazionale di telemedicina, l'ampliamento e la riprogettazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0) e la costruzione dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS), una rete federata tra le Regioni volta a favorire l'interoperabilità e l'analisi dei dati in chiave di sanità pubblica e ricerca. L'obiettivo principale è rendere l'FSE il punto unico di accesso alla storia clinica del paziente, garantendo continuità, personalizzazione e sicurezza delle cure. Parallelamente, la strategia digitale nazionale prevede investimenti per l'assistenza territoriale – in particolare nelle Case della Comunità e nelle reti di prossimità – e per l'estensione dei servizi di telemedicina, con traguardi ambiziosi: oltre 300.000 pazienti da raggiungere entro la fine del 2025.

Le principali linee guida e i documenti programmatici nazionali riflettono questa direzione. Oltre al PNRR, il Piano Nazionale "Italia Digitale 2026" e le Linee guida per l'attuazione del FSE 2.0 (Gazzetta Ufficiale, luglio 2022) stabiliscono che entro il 2026 tutte le Regioni dovranno disporre di un FSE pienamente operativo e interconnesso. Il Decreto Ministeriale del 7 settembre 2023 ha definito i contenuti minimi del FSE 2.0, mentre nel marzo 2025 è stato approvato il Decreto sull'Ecosistema Dati Sanitari, che istituisce un'architettura federata di Unità di Archiviazione Regionali (UAR) collegate da gateway standardizzati, in linea con il prossimo Regolamento europeo sull'European Health Data Space (EHDS). A livello internazionale, l'Unione Europea ha approvato il regolamento relativo all'EHDS per favorire la libera circolazione dei dati sanitari tra Stati membri e promuovere innovazione, ricerca e servizi transfrontalieri. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha ribadito, attraverso la Global Strategy on Digital Health 2020–2025, la necessità di strategie nazionali integrate per lo sviluppo della salute digitale.

Nel complesso, il percorso di digitalizzazione del SSN ha subito un'accelerazione soltanto negli ultimi anni. Durante la prima fase del PNRR (2021–2022), il FSE e la telemedicina sono stati identificati come progetti prioritari, con un investimento di circa 1,3 miliardi di euro. In precedenza, la digitalizzazione sanitaria era caratterizzata da iniziative frammentate e regionalmente eterogenee, spesso prive di un'integrazione a livello nazionale. L'esperienza pandemica ha rappresentato una svolta: strumenti come la ricetta elettronica, i CUP digitali e le televisite si sono diffusi rapidamente, ma in maniera disomogenea sul

territorio. Da allora, la consapevolezza politica e istituzionale sull'importanza della sanità digitale è cresciuta, portando a un consolidamento delle strategie e a un più forte coordinamento centrale. Parallelamente, stanno emergendo buone pratiche regionali che testimoniano la capacità del sistema di innovare "dal basso". La Regione Puglia, ad esempio, è stata capofila in diversi progetti di telemedicina e registra tassi di adozione elevati: circa il 71% dei cittadini ha attivato il FSE e il 100% dei medici lo utilizza. La Regione Umbria ha recentemente approvato il Piano Digitale 2025–2027, destinando oltre 20,9 milioni di euro alla sanità digitale, con interventi su FSE 2.0, monitoraggio vaccinale, telemedicina e integrazione ospedale–territorio. Le Regioni Toscana e Veneto figurano tra le realtà più virtuose: il Veneto rende disponibili nel FSE il 93% dei documenti previsti (tra cui la cartella clinica, traguardo raggiunto solo da poche altre regioni), mentre la Toscana è stata premiata a livello nazionale per le sue campagne di comunicazione e formazione sul FSE 2.0. Anche le Province Autonome di Trento e Bolzano si distinguono per l'adozione di soluzioni innovative: Trento, in particolare, ha sviluppato la piattaforma TreC+, un modello pionieristico di gestione integrata dei servizi digitali per la salute. Nonostante i progressi, la disponibilità di indicatori solidi per misurare la maturità digitale del sistema sanitario resta limitata. In questo contesto, il lavoro del Network delle Regioni, in collaborazione con il Laboratorio MeS, rappresenta un'iniziativa di valore strategico: ogni anno vengono identificati nuovi indicatori e aree di analisi per comprendere meglio i fenomeni che guidano la trasformazione digitale del sistema sanitario italiano, colmando il gap informativo che ancora ostacola la valutazione di un ambito tanto cruciale.

### Risultati delle performance 2024

L'analisi degli indicatori relativi all'area della Sanità Digitale evidenzia tre principali ambiti di osservazione: ricette dematerializzate, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e servizi digitali disponibili online.

Gli indicatori relativi alla percentuale di ricette farmaceutiche e specialistiche dematerializzate sul totale delle prescrizioni elettroniche per i medici convenzionati (MMG e PLS) risultano ormai prossimi al 100% in tutte le Regioni e Province Autonome per le quali sono disponibili i dati (Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana, Veneto e PA di Trento). Tale omogeneità si riscontra anche a livello aziendale, dove non emergono criticità di rilievo.

La situazione appare più eterogenea. Gli indicatori relativi al FSE sono stati quest'anno allineati a quelli disponibili sul portale ministeriale, garantendo maggiore comparabilità. Per quanto riguarda l'indicatore B24C.2C.1 – Cittadini che hanno utilizzato il FSE nei 90 giorni precedenti la rilevazione, si osservano livelli di utilizzo ancora contenuti: cinque Regioni/PA su otto si collocano in fascia rossa, con valori compresi tra il 3% e il 19%. Veneto e Toscana si posizionano in fascia arancione, rispettivamente al 24% e al 32%, mentre solo la PA di Trento supera il 50%. Decisamente più elevato è invece l'utilizzo del FSE da parte dei professionisti sanitari (MMG e PLS).

B24C.2C.1 - Cittadini che hanno utilizzato il FSE nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione  
Regioni - Anno 2024

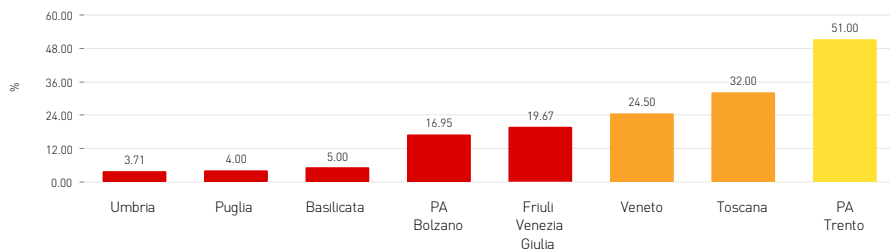


Figura 17. Indicatore B24C.2C.1 - Cittadini che hanno utilizzato il FSE nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazioni

L'indicatore B24C.2C.3.1 - MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione sul FSE nel periodo di riferimento mostra valori pari al 100% in Basilicata, Puglia e PA di Trento, e al 99% in Umbria e Veneto. Toscana e PA di Bolzano registrano valori intorno all'80%, comunque elevati. Emerge, quindi, una chiara discrepanza tra l'uso del FSE da parte dei professionisti, ormai consolidato, e quello da parte dei cittadini, ancora limitato

B24C.2C.3.1 - MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione sul Fascicolo nel periodo di riferimento  
Regioni - Anno 2024

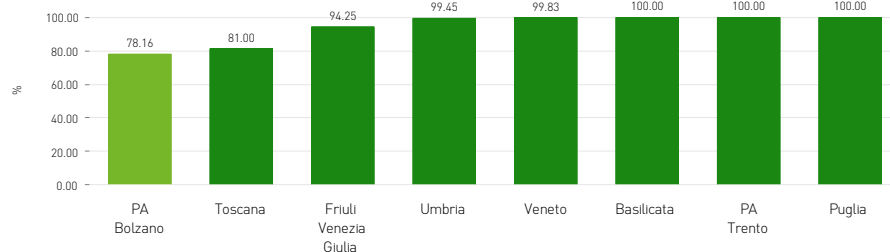


Figura 18. Indicatore B24C.2C.3.1 - MMF e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione sul Fascicolo nel periodo di riferimento.

Nel 2024, il Laboratorio MeS, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha condotto un'indagine nazionale sui servizi di assistenza e cura. All'interno di questa indagine sono state incluse domande relative all'utilizzo — e al mancato utilizzo — dei servizi online per specifiche attività sanitarie. Alcune risposte sono state convertite in indicatori del sistema di valutazione, offrendo un quadro rappresentativo a livello nazionale. L'indicatore

B24I.1 - Percentuale di utilizzo dei servizi online per la prenotazione di visite mediche mostra differenze significative tra le Regioni: le Province Autonome di Bolzano e Trento (dato aggregato per la Regione Trentino-Alto Adige) raggiungono il 74%, seguite da Veneto e Toscana (66%). Friuli Venezia Giulia, Puglia e Umbria si attestano intorno al 60%, mentre la Basilicata registra il valore più basso (51%).

L'indicatore B24I.2 - Percentuale di indisponibilità percepita dei servizi online per prenotazione visite mediche evidenzia invece la quota di cittadini che non hanno utilizzato il servizio non per scelta, ma per mancanza di conoscenza. Anche in questo caso i risultati sono coerenti con i precedenti: in Toscana, ad esempio, l'8% degli utenti dichiara di non conoscere la possibilità di prenotare online. Un quadro analogo emerge dall'indicatore B24I.5 - Percentuale di utilizzo dei servizi online per l'accesso ai propri dati di salute, in cui la Regione Trentino-Alto Adige (PA di Bolzano e PA di Trento) si colloca ai primi posti, seguita da Toscana, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Valori più contenuti si riscontrano in Puglia (45%), Umbria (40%) e Basilicata (35%). Quest'ultima presenta anche la percentuale più elevata (20%) di cittadini che dichiarano di non conoscere il servizio di consultazione online dei propri dati sanitari.

Servizio	Regione	Usato	Non conosciuto
Prenotazione visite mediche online	Basilicata	51,95	15,58
	Friuli-Venezia Giulia	61,69	8,89
	Puglia	60,28	8,96
	Toscana	68,18	8,82
	P.A. Bolzano	74,14	2,59
	P.A. Trento	74,14	2,59
	Umbria	57,58	10,61
	Veneto	66,02	7,67
Consultazione dati di salute online	Basilicata	35,07	20,78
	Friuli-Venezia Giulia	63,68	6,97
	Puglia	45	12,36
	Toscana	66,94	5,65
	P.A. Bolzano	68,97	2,59
	P.A. Trento	68,97	2,59
	Umbria	40,91	11,36
	Veneto	58,22	6,7

Tabella 5. Percentuali di utilizzo e non utilizzo (perché gli utenti non erano a conoscenza dell'esistenza del servizio), degli strumenti online. I colori rappresentano la valutazione dell'indicatore riferito ai dati 2024, all'interno del Sistema di Valutazione del Network delle Regioni, \* I dati della PA di Trento e della PA di Bolzano risultano uniformi poiché l'indagine è stata svolta a livello Nazionale.

## Discussione e conclusioni

L'analisi dei risultati dell'area della Sanità Digitale restituisce un quadro complessivamente positivo in termini di infrastruttura tecnologica e disponibilità di servizi, ma ancora disomogeneo sotto il profilo dell'effettivo utilizzo e della maturità digitale complessiva del sistema. Le evidenze suggeriscono che il processo di digitalizzazione della sanità italiana si trovi oggi in una fase di consolidamento tecnico, ma non ancora di piena integrazione organizzativa e culturale.

La quasi completa dematerializzazione delle prescrizioni rappresenta un risultato ormai strutturale, segno che quando gli interventi digitali vengono accompagnati da norme chiare, incentivi adeguati e standard tecnici condivisi, l'adozione da parte degli operatori può raggiungere livelli prossimi alla totalità. Tuttavia, il passaggio da una digitalizzazione "di processo" a una digitalizzazione "di servizio" richiede una visione sistemica e orientata all'utente, in grado di coniugare tecnologia, competenze e comunicazione.

Il FSE si conferma il principale banco di prova di questa transizione. L'ampio scarto tra l'utilizzo da parte dei professionisti e quello dei cittadini riflette la persistente difficoltà nel trasformare strumenti digitali in servizi percepiti come utili, accessibili e affidabili. Tale divario evidenzia la necessità di rafforzare le strategie di engagement e alfabetizzazione digitale della popolazione, oltre che di garantire una maggiore uniformità nella disponibilità e nella qualità dei contenuti del FSE tra le diverse Regioni.

Parallelamente, i dati sui servizi online (prenotazioni e accesso ai dati di salute) mostrano che l'offerta digitale è ormai diffusa ma non ancora pienamente conosciuta né integrata nei comportamenti di fruizione dei cittadini. Il fatto che una quota non trascurabile di utenti dichiarino di non utilizzare tali servizi per mancanza di consapevolezza della loro esistenza rappresenta un limite sistemico: non tanto di natura tecnologica, quanto di comunicazione istituzionale e accessibilità. Ciò richiama la necessità di una governance unitaria della comunicazione pubblica digitale, capace di promuovere il valore dei servizi e di favorirne l'uso quotidiano.

Nel complesso, le evidenze raccolte indicano che il sistema sanitario digitale italiano dispone oggi di una base tecnologica solida e di esperienze regionali avanzate, ma deve ancora compiere il salto verso una piena maturità d'uso e di integrazione. Le sfide più rilevanti riguardano:

- La sfida del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): se, come mostrano i dati, il FSE appare ormai consolidato come strumento di lavoro per i professionisti abilitati al suo utilizzo, lo stesso non si può dire per i cittadini. Questi ultimi, infatti, faticano ancora a percepirlo come il principale canale di accesso ai propri dati sanitari o come punto di contatto privilegiato con il sistema sanitario. Tale distanza può essere ricondotta, come suggeriscono anche gli indicatori dell'indagine sulla popolazione, a una comunicazione ancora insufficiente o poco efficace da parte delle singole Regioni e Pubbliche Amministrazioni.
- La sfida dell'integrazione e della disponibilità dei dati: un monitoraggio efficace della sanità digitale richiede necessariamente la piena disponibilità e integrazione dei dati. Nei prossimi anni, la vera sfida sarà dunque quella di disporre di misure e nuovi indicatori in grado di descrivere in modo coerente e completo i fenomeni legati alla trasformazione digitale della sanità, così da individuare con maggiore precisione gli

ambiti su cui intervenire per rafforzare e consolidare l'uso delle nuove tecnologie.

In prospettiva, il consolidamento dell'Ecosistema Dati Sanitari e l'attuazione dell'EHDS rappresentano un'occasione cruciale per allineare l'Italia agli standard europei di interoperabilità e uso secondario del dato. Tuttavia, il successo di tale evoluzione dipenderà non solo dalle infrastrutture tecnologiche, ma soprattutto dalla capacità del sistema di coordinare governance, competenze e cultura digitale in modo coerente tra livelli istituzionali e professionali

---

## Bibliografia

jsis.2019.01.003

AGENAS. (2024). Telemedicina – Investimento PNRR M6C111.2.3. Disponibile su: [www.agenas.gov.it/2329-telemedicina](http://www.agenas.gov.it/2329-telemedicina) (accesso: 2024)

AGENAS. (2025). Missione 6 – Salute (PNRR). Disponibile su: [www.agenas.gov.it/missione6](http://www.agenas.gov.it/missione6) (accesso: maggio 2025)

AGENAS. (2025). Report DM 77/2022 – I semestre 2025. Disponibile su: [ww.agenas.gov.it/2644-report-dm-77-2022](http://www.agenas.gov.it/2644-report-dm-77-2022) (accesso: luglio 2025)

Agenda Digitale. (25 maggio 2023). Sanità digitale in Italia a una svolta: ecco il quadro completo. Disponibile su: [www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-digitale-in-italia-a-una-svolta-ecco-il-quadro-completo/](http://www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-digitale-in-italia-a-una-svolta-ecco-il-quadro-completo/) (accesso: luglio 2025)

Agenda Digitale. (3 ottobre 2025). Sanità digitale italiana, tutta la verità: presente e futuro. Disponibile su: [www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-digitale-italiana-tutta-la-verita-presente-e-futuro/](http://www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-digitale-italiana-tutta-la-verita-presente-e-futuro/) (accesso: ottobre 2025)

Fondazione GIMBE. (2025). Aggiornamento del monitoraggio nazionale sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), dati al 31 marzo 2025. Comunicato citato in *Quotidiano Sanità* (16 luglio 2025). Disponibile su: [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130971](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130971) (accesso: luglio 2025)

Fondazione GIMBE. (2025). Utilizzo del FSE da parte dei medici. Estratto da *Quotidiano Sanità* (16 luglio 2025). Disponibile su: [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=130971](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=130971) (accesso: luglio 2025)

Innovazione PA. (2025). Gianmarco Nebbiai – Speciale Veneto: Quadro e prospettive della sanità digitale veneta. Disponibile su: [innovazionepa.soiel.it/speciale-veneto-focus-sanita-digitale/](http://innovazionepa.soiel.it/speciale-veneto-focus-sanita-digitale/) (accesso: agosto 2025)

Kraus, S., Schiavone, F., Pluzhnikova, A., & Invernizzi, A. C. (2021). Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state of research. *Journal of Business Research*, 123, 557–567. [www.doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.030](https://www.doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.030)

Ministero della Salute. (2025). Ecosistema dei dati sanitari. Disponibile su: [www.salute.gov.it/ecosistema-dati-sanitari](http://www.salute.gov.it/ecosistema-dati-sanitari). (accesso: marzo 2025)

Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità (Politecnico di Milano). (2024). Investimenti in sanità digitale 2024: primi dati. Citato in *Quotidiano Sanità* (17 aprile 2024). Disponibile su: [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=129797](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129797) (accesso: luglio 2025)

Vial, G. (2019). Understanding digital transformation: A review and a research agenda. *The Journal of Strategic Information Systems*, 28(2), 118–144. [www.doi.org/10.1016/j.jsis.2019.01.003](https://www.doi.org/10.1016/j.jsis.2019.01.003)

## Assistenza Farmaceutica

Benedetta Dal Canto e Giaele Moretti

### Introduzione

L'assistenza farmaceutica svolge un ruolo cruciale nella prevenzione e nel trattamento delle malattie, contribuendo al miglioramento della qualità della vita e alla riduzione della mortalità. I recenti progressi nell'innovazione farmaceutica hanno portato allo sviluppo di terapie sempre più in grado di rispondere a bisogni clinici prima insoddisfatti. Tuttavia, parallelamente a questi avanzamenti, sono emerse preoccupazioni legate alla sostenibilità economica. Se da un lato si registra un ampliamento dell'accesso ai medicinali innovativi e ad alto costo, dall'altro le risorse pubbliche non crescono con la stessa rapidità, creando sfide in termini di equità e sostenibilità del sistema. In questo scenario, la capacità dei sistemi sanitari di governare l'uso dei farmaci in modo appropriato diventa una leva fondamentale per garantire l'equilibrio tra innovazione, qualità e sostenibilità.

La presenza di variabilità nei livelli di consumo e di performance sul territorio nazionale, ampiamente documentata dai rapporti istituzionali (come il Rapporto OsMed) e dai sistemi di monitoraggio (come il Nuovo Sistema di Garanzia), rappresenta un segnale che merita attenzione. Sebbene tale fenomeno possa in parte riflettere differenze epidemiologiche, sociodemografiche o organizzative, spesso non trova una giustificazione clinica. Questa variabilità, non voluta ma rilevante, deve quindi stimolare una riflessione sulla necessità di promuovere un uso più omogeneo e appropriato dei farmaci, capace non solo di migliorare l'equità di accesso, ma anche di contenere la spesa, liberando risorse da reinvestire nell'innovazione e nei nuovi bisogni assistenziali.

Governare l'appropriatezza prescrittiva costituisce un obiettivo strategico per garantire un servizio farmaceutico efficiente e sostenibile. Un uso appropriato dei farmaci significa scegliere, per ogni paziente, il medicinale più adatto, mantenendo il miglior equilibrio tra benefici e rischi. Una prescrizione è quindi appropriata quando assicura efficacia clinica, sicurezza per il paziente e sostenibilità economica.

Per sostenere e mantenere nel tempo tale appropriatezza, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha introdotto diversi strumenti volti a orientare i comportamenti prescrittivi verso un uso più razionale dei farmaci. Tra questi si distinguono le Note AIFA, le Schede di prescrizione, i Piani Terapeutici e i Registri di Monitoraggio, insieme alle linee guida, che forniscono raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche per un utilizzo sicuro ed efficace dei farmaci nella pratica clinica. A completamento di tali strumenti, i sistemi di monitoraggio e di valutazione della performance consentono di verificare l'effettiva applicazione delle politiche di appropriatezza sul territorio e di individuare tempestivamente eventuali criticità.

### Risultati della performance 2024

L'analisi degli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica evidenzia una significativa variabilità inter- e intraregionale. A livello territoriale, emergono differenze rilevanti nell'utilizzo di alcune classi farmacologiche note per l'elevata eterogeneità dei comportamenti prescrittivi, come antibiotici, antidepressivi e inibitori di pompa protonica. Particolare attenzione è inoltre rivolta alla politerapia negli anziani, ovvero alla prescrizione

concomitante di più classi di farmaci, spesso considerata un potenziale segnale di inappropriata terapia.

Il consumo di antidepressivi (D15C) presenta un'elevata eterogeneità tra le regioni. Il valore più elevato si registra in regione Toscana, con un consumo di antidepressivi pari a 25,45 DDD per 1.000 residenti, mentre quello più contenuto si registra nella regione Basilicata, con un valore pari a 11,41. Da attenzione il trend in aumento in quasi tutte le regioni/PA aderenti al sistema di valutazione, con l'eccezione di Basilicata e Veneto, che mostrano invece un trend in diminuzione.

D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.  
Regioni - Anno 2024

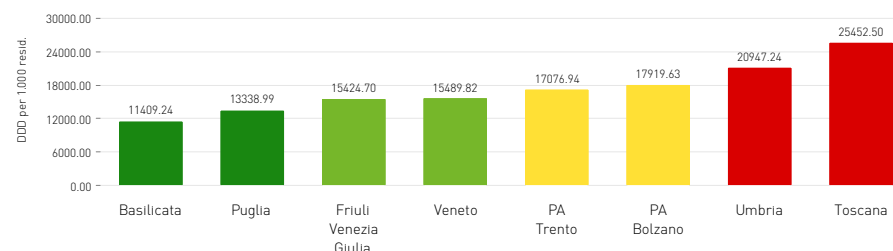


Figura 19. Indicatore D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti

Anche il consumo di antidepressivi nei giovani tra i 18 e i 25 anni (C9.5.3) mostra una marcata variabilità regionale, con un valore minimo di 18,96 DDD per 1.000 abitanti in Basilicata e un massimo di 59,92 registrato in Toscana. Rispetto al 2023, l'indicatore risulta in aumento in tutte le regioni, ad eccezione della Provincia Autonoma di Trento e dell'Umbria. Queste eterogeneità regionali suggeriscono possibili differenze non solo nella prevalenza dei disturbi dell'umore, ma anche nei modelli prescrittivi, nella propensione alla diagnosi e nelle strategie di accesso ai servizi di salute mentale, soprattutto in età giovanile.

C9.5.3 - Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni  
Regioni - Anno 2024

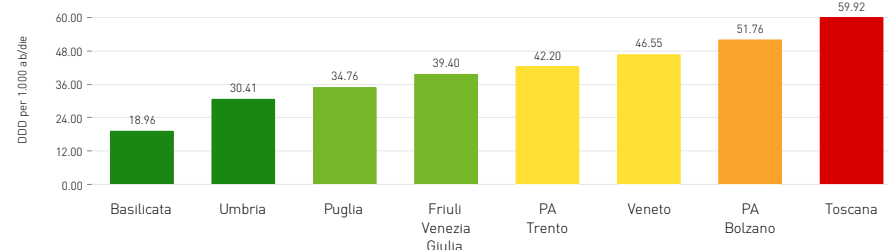


Figura 20. Indicatore C9.5.3 Consumo di Antidepressivi nei giovani

L'indicatore Consumo di inibitori di pompa protonica (C9.1), farmaci notoriamente soggetti a sovra utilizzo, mostra un'ampia variabilità, con valori che variano da 19,39 unità posologiche nella PA di Bolzano a 36,95 nella PA di Trento, più del doppio. La variabilità osservata tende a mantenere una stabilità nel tempo, segnalando la persistenza delle abitudini prescrittive, nonostante la presenza di strumenti di governance – come le Note AIFA – volti a promuovere e garantire un uso appropriato dei farmaci.

#### C9.1 - Consumo di inibitori di pompa protonica

Regioni - Anno 2024

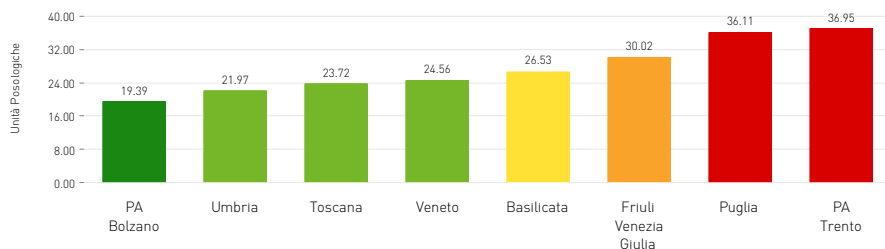


Figura 21. Indicatore C9.1 - Consumo di inibitori di pompa protonica

Gli antibiotici rappresentano un'ulteriore classe farmacologica, la cui prescrizione è da monitorare. Sia per il consumo di antibiotici negli adulti (C9.8.1.1) sia per quello nei bambini (C9.8.1.1.1), si rileva un trend generale di aumento in tutte le regioni.

#### C9.8.1.1 - Consumo di antibiotici negli adulti

Regioni - Anno 2024

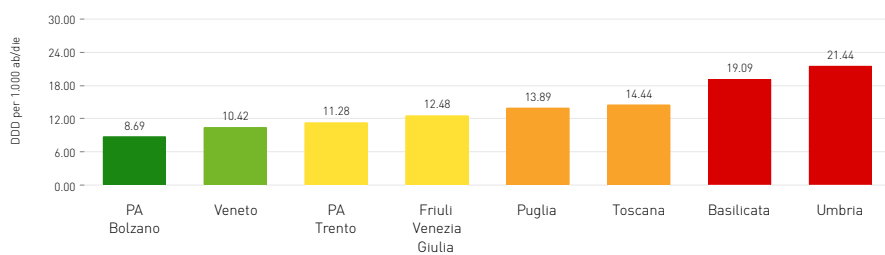


Figura 22. Indicatore C9.8.1.1 - Consumo antibiotici negli adulti

#### C9.8.1.1.1 - Consumo di antibiotici in età pediatrica

Regioni - Anno 2024

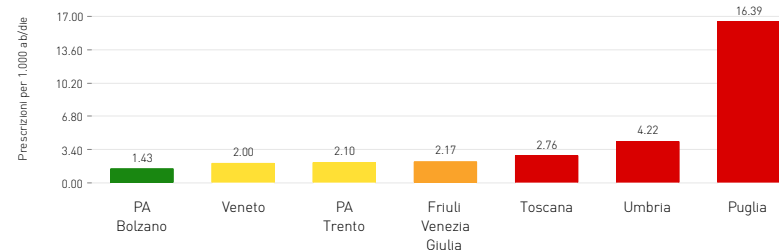


Figura 23. Indicatore C9.8.1.1.1 - Consumo antibiotici in età pediatrica

Nell'ambito territoriale, dunque, si rilevano differenze significative nei comportamenti prescrittivi, come dimostra l'elevata eterogeneità dell'indicatore C6.8.6, che misura la percentuale di amoxicillina rispetto al totale di amoxicillina e amoxicillina/acido clavulanico in età pediatrica, con valori che oscillano dal 22% nella PA di Bolzano al 62% in Friuli Venezia Giulia.

Passando all'ambito ospedaliero, l'analisi conferma la presenza di una variabilità analoga nei pattern di utilizzo degli antibiotici. L'indicatore C9.12 – Consumo di antibiotici nei reparti – mostra, infatti, un consumo più elevato in Toscana, pari a 78 DDD per 100 giornate di degenza, e un andamento complessivamente crescente. In particolare, gli indicatori C9.12A (Consumo di fluorochinoloni nei reparti) e C9.12B (Consumo di carbapenemi nei reparti) evidenziano possibili criticità di appropriata prescrizione: il consumo di fluorochinoloni, ad esempio, presenta un'ampia variabilità, con l'Umbria che registra 53,7 DDD/100 giornate di degenza, quasi il doppio rispetto alla Toscana (28 DDD/100 giornate di degenza).

#### C9.12A - Consumo di fluorochinoloni nei reparti

Regioni - Anno 2024

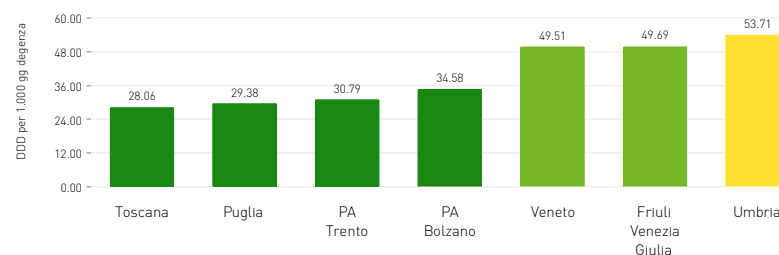


Figura 24. Indicatore C9.12A - Consumo di fluorochinoloni nei reparti

Anche per i carbapenemi si rileva una forte variabilità: l'Umbria raggiunge un valore particolarmente elevato (82,04 DDD/100 giornate di degenza), mentre nelle Province Autonome di Bolzano e Trento si osservano livelli significativamente inferiori, entrambi al di sotto delle 20 DDD/100 giornate di degenza. Tuttavia, è bene ricordare che per interpretare correttamente questi dati è necessario integrarli ai livelli regionali di resistenza antibiotica, al fine di valutarne correttamente l'appropriatezza.

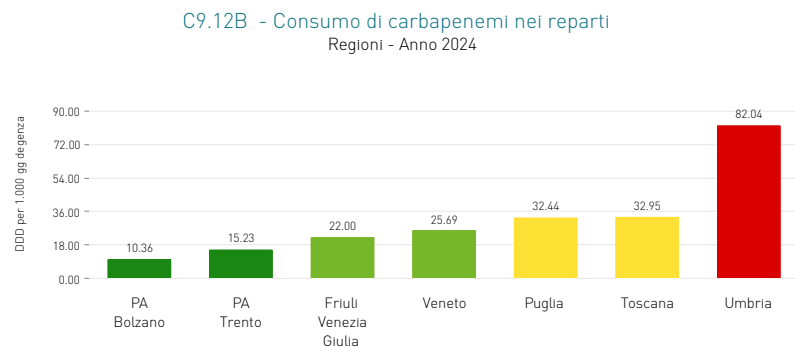


Figura 25. Indicatore C9.12B - Consumo di carbapenemi nei reparti

## Discussioni e conclusioni

L'analisi integrata degli indicatori riferiti all'assistenza farmaceutica mette in luce una marcata variabilità nei modelli di consumo e appropriatezza tra Regioni/PA e Aziende Sanitarie.

Una delle principali criticità emerse riguarda la possibile inappropriatezza prescrittiva, sia in ambito territoriale sia in quello ospedaliero. In particolare, l'elevata variabilità dei livelli di consumo di antibiotici negli adulti, in età pediatrica e, in particolare, in ospedale, evidenzia pratiche prescrittive disomogenee e non sempre allineate alle raccomandazioni. Il consumo elevato di inibitori di pompa protonica e di antidepressivi, anche nella popolazione giovane, solleva interrogativi sull'appropriatezza delle terapie e sull'accesso a percorsi alternativi, come la presa in carico psicologica o la medicina di iniziativa. Le criticità emerse dall'analisi dei dati evidenziano la necessità di potenziare i sistemi di monitoraggio e di lettura dei dati, integrandoli con informazioni cliniche — come diagnosi correlate, profili microbiologici e outcome dei pazienti — per consentire una valutazione più accurata. È inoltre fondamentale promuovere programmi di stewardship antibiotica, in particolare in ambito ospedaliero, attraverso interventi di formazione continua, auditing prescrittivo e feedback ai clinici. Allo stesso tempo, è essenziale identificare e diffondere buone pratiche prescrittive condivise, così da orientare il comportamento clinico verso modelli appropriati e sostenibili.

In questa prospettiva, accanto alle aree di miglioramento, emergono anche esperienze virtuose che meritano di essere valorizzate e adottate come modelli di riferimento. La

Provincia Autonoma di Bolzano, ad esempio, mostra risultati complessivamente positivi nell'uso degli antibiotici, dimostrando come un approccio coordinato e multidisciplinare possa tradursi in una gestione più appropriata delle terapie.

In conclusione, l'analisi mostra come la variabilità, se non adeguatamente governata, costituisca una sfida per l'equità e la sostenibilità del SSN. È quindi necessario identificare, attraverso un benchmarking sistematico, le buone pratiche prescrittive presenti nelle diverse realtà regionali e aziendali, tenendo conto dell'epidemiologia locale, dei profili di resistenza batterica, dei bisogni assistenziali della popolazione e della disponibilità di risorse e di alternative terapeutiche. Definire obiettivi di consumo realistici, clinicamente fondati e orientati al valore rappresenta un passaggio imprescindibile per ridurre l'iperprescrizione e migliorare la qualità dell'assistenza farmaceutica.

Tali obiettivi devono essere condivisi da tutti gli attori del sistema — medici di medicina generale, specialisti e farmacisti — perché solo attraverso una governance partecipata, basata su dati comparabili e trasparenti, sarà possibile trasformare la variabilità in un motore di apprendimento e di progresso organizzativo, orientando il SSN verso un uso sempre più appropriato e sostenibile delle risorse.

---

## Bibliografia

Simoens, S., Abdallah, K., Barbier, L., Lacosta, T. B., Blonda, A., Car, E., Claessens, Z., Desmet, T., De Sutter, E., Govaerts, L., Janssens, R., Lalova, T., Moorkens, E., Saesen, R., Schoefs, E., Vandenplas, Y., Van Overbeeke, E., Verbaanderd, C., & Huys, I. (2022). How to balance valuable innovation with affordable access to medicines in Belgium? *Frontiers in Pharmacology*, 13, 960701. doi: 10.3389/fphar.2022.960701.

AIFA. Rapporti OsMed. Disponibile su: [www.aifa.gov.it/rapporti-osmed](http://www.aifa.gov.it/rapporti-osmed)

AIFA. Elenco Note AIFA. Disponibile su: [www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa](http://www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa)

AIFA. Registri e piani terapeutici. Disponibile su: [www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1](http://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1)

Ministero della Salute. Livelli Essenziali di Assistenza – Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Disponibile su: [www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-nuovo-sistema-di-garanzia-nsg/](http://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-nuovo-sistema-di-garanzia-nsg/)

## Dinamiche economico-finanziarie ed efficienza operativa

Alessia Caputo e Lorenzo Corduas

### Introduzione

Garantire un sistema sanitario universalistico, equo e accessibile richiede oggi un equilibrio sempre più difficile tra la tutela del diritto alla salute e la sostenibilità economica, legata alla spesa sanitaria, cioè all'insieme delle risorse economiche, dei beni e dei servizi impiegati per la salute collettiva. Essa rappresenta una componente strutturale della spesa pubblica ed uno strumento fondamentale di attuazione del diritto alla salute, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana. In Italia, come in altri Paesi ad alto reddito, la spesa sanitaria cresce a un ritmo superiore rispetto al prodotto interno lordo (PIL), trainata da fattori strutturali come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità, la diffusione delle multimorbilità e l'adozione di tecnologie sempre più costose (OECD, 2024). Nel contesto italiano, la sfida della sostenibilità si colloca in un quadro di vincoli fiscali rigidi, crescita economica contenuta e forte eterogeneità territoriale. Queste dinamiche, unite a inefficienze sistemiche e rigidità organizzative, pongono sotto pressione la capacità finanziaria dei sistemi pubblici, con il rischio di ridurre gli spazi di investimento in innovazione e prevenzione.

La sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari non è però un concetto statico. Essa dipende da un equilibrio tra dimensioni economiche, finanziarie, sociali ed epidemiologiche (Olgiate and Danovi, 2015). Un sistema può essere "economicamente" sostenibile, ossia capace di generare valore e salute in modo efficiente, ma risultare "finanziariamente" fragile se le entrate pubbliche non sono sufficienti a coprire stabilmente i costi di esercizio. Analogamente, un sistema può mantenersi in equilibrio contabile ma perdere sostenibilità sociale se l'aumento della spesa privata diretta limita l'accesso alle cure per le fasce più vulnerabili della popolazione.

Dopo le riforme degli anni Novanta, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha consolidato un modello universalistico prevalentemente pubblico, con la componente di spesa pubblica si mantiene intorno al 75% del totale. Ad oggi, il SSN si fonda su due componenti principali: sanità pubblica e sanità privata. La spesa pubblica comprende tutte le risorse impiegate dalle amministrazioni per garantire i servizi sanitari, sia attraverso strutture pubbliche, sia acquistando prestazioni da soggetti privati accreditati. La spesa privata, invece, include sia le spese sostenute direttamente dalle famiglie (out-of-pocket), sia quelle gestite tramite assicurazioni o altri intermediari (spesa intermediata).

La spesa sanitaria complessiva in Italia rappresenta circa il 9,03% del PIL nel 2022 (Global Health Expenditure database), con una quota di spesa pubblica sul PIL pari al 6,2%, la più bassa tra i principali Paesi europei ed una prospettiva per il 2024-2025 pari al 6,5% (Longo et al. 2024). Tra le principali voci di spesa del SSN, la spesa farmaceutica rappresenta una componente rilevante, finanziata attraverso una quota del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) pari al 15,3% della spesa sanitaria pubblica (Legge di Bilancio 2024, n. 213/2023). Il sistema di finanziamento si basa su tetti di spesa che definiscono le risorse massime destinabili. Nel 2024, la quota destinata alla farmaceutica è pari al 15,3% (Urbani, 2019). Dinamiche simili si osservano nel settore dei dispositivi medici, per il quale è previsto un tetto di spesa pari al 4,4%. Negli ultimi anni, la componente privata ha assunto un peso

crescente nel finanziamento complessivo del sistema. La spesa out-of-pocket (OOP) ha raggiunto il 22% della spesa totale (OECD, 2023), indicando che quasi un quarto dei costi sanitari grava direttamente sulle famiglie. Tale quota solleva interrogativi sulla capacità redistributiva del sistema e sulla tenuta del principio di equità nell'accesso ai servizi. Il rapporto OSMED 2023 ha evidenziato una spesa farmaceutica privata pari a 10,6 miliardi di euro, con un aumento del 7,4% rispetto al 2022 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, 2024). La voce include la spesa per farmaci non in regime assistenziale, la differenza rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti e gli eventuali ticket regionali.

La crescita della spesa sanitaria, sia in termini assoluti sia in rapporto al PIL, riflette dunque l'aumento della domanda di prestazioni, la maggiore complessità assistenziale e il progresso medico-scientifico. Per essere sostenibile nel tempo, tale incremento deve essere accompagnato da una programmazione di lungo periodo stabile e coerente, capace di orientare le risorse verso obiettivi strategici e di garantire continuità alle politiche sanitarie. In assenza di una visione strutturata, il ricorso a fondi straordinari, la variabilità normativa e la scarsa stabilità nell'allocazione delle risorse rischiano di limitare la prevedibilità e l'efficacia di una pianificazione a breve e lungo raggio, generando tensioni tra il principio di universalità e la necessità di contenere la spesa pubblica. Per supportare una governance fondata su dati oggettivi e trasparenti, è indispensabile affiancare alla contabilità tradizionale l'utilizzo di indicatori analitici, in grado di misurare la qualità della spesa in relazione ai risultati ottenuti, abbracciando criteri di efficienza allocativa, sostenibilità economica e impatto redistributivo.

### Risultati delle performance 2024

La dimensione economico-finanziaria ha l'obiettivo di valutare come le risorse vengono impiegate all'interno dei sistemi sanitari regionali. L'analisi considera quindi, da un lato, la tenuta economica complessiva attraverso la lettura dei bilanci e dell'equilibrio economico generale, e dall'altro l'efficienza nell'uso di farmaci e dispositivi medici, aree a forte impatto sui costi. Accanto a questi aspetti, la spesa OOP consente di osservare la sostenibilità da un'altra prospettiva: quella dei cittadini, misurando la quota di risorse che le famiglie devono sostenere direttamente per l'accesso ai servizi e alle cure. Non è stata inclusa la spesa per il personale, poiché fortemente influenzata dalle strategie regionali e aziendali di distribuzione delle attività tra pubblico e privato. Di fatti, i vincoli centrali sui costi di personale hanno spesso spinto le regioni a modificare il mix produttivo, orientandosi verso l'acquisto di servizi da soggetti esterni piuttosto che sulla produzione diretta. Ciò rende difficile una lettura comparabile di questa voce di spesa, in quanto rifletterebbe più le scelte organizzative e di governance che il reale andamento dei costi (Noto et al., 2020).

L'equilibrio economico generale (F1.1), espresso dal rapporto tra utile (o perdita) e valore della produzione, misura la capacità complessiva del sistema sanitario regionale e delle singole aziende sanitarie di coprire i propri costi correnti con le risorse disponibili, fornendo una prima indicazione sulla sostenibilità gestionale. Un equilibrio positivo segnala un sistema efficiente e capace di generare valore, mentre disavanzi strutturali indicano tensioni finanziarie e possibili rischi di compromissione dei livelli di assistenza. Nel 2024, con dati da riferirsi all'annualità 2023, l'indicatore mostra una discreta variabilità tra le varie regioni del Network (Figura 26). I dati restituiscono valori che oscillano dal -3,55%

della Basilicata all'1,01% della Provincia Autonoma di Bolzano. A fronte di una sostanziale stabilità nel triennio per le regioni in pareggio di bilancio di segnala un peggioramento della sostenibilità economica per la Basilicata e la Toscana. Al contrario, altre regioni mostrano un miglioramento. Tra queste spiccano la Puglia che, a seguito di due annualità in tensione finanziaria, nel 2023 si avvicina al pareggio di bilancio. Da segnalare l'inversione di tendenza registrata dalla Provincia Autonoma di Bolzano, dal 2023 in grado di realizzare attività sanitaria sostenendo costi in equilibrio con il complesso delle risorse attribuite, passando dunque da un -1,14% a un +1,01%.

F1.1 - Equilibrio economico generale  
Regioni - Anno 2024

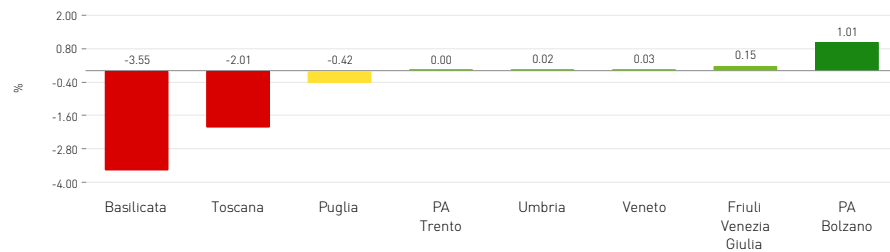


Figura 26. Indicatore F1.1 - Equilibrio economico generale

Il secondo indicatore è il costo sanitario per punto DRG (F18.1), utile a valutare l'efficienza dei processi ospedalieri e la capacità delle strutture di erogare prestazioni in modo appropriato rispetto ai costi sostenuti. Nello specifico, l'indicatore misura l'efficienza dei ricoveri ospedalieri per acuti, valutando il costo medio in relazione alla complessità clinica delle prestazioni erogate. Nel 2024 si osserva una variabilità marcata tra le regioni, con una forbice minimo-massimo superiore al 60%. I valori oscillano dai circa 5.400 euro per punto DRG di Umbria e Toscana, agli 8.800 euro della Provincia Autonoma di Bolzano. Nel complesso, le performance regionali si sono mantenute stabili nel triennio considerato, senza determinare variazioni significative nelle valutazioni complessive. Tuttavia, confrontando il dato con l'andamento pre-pandemico, si nota un sostanziale aumento nella struttura dei costi, con una media Network nell'anno bersaglio 2024 (dati relativi al 2023) pari a circa 6.484€, contro un valore medio delle stesse regioni di 5.539 € nel 2018. Per comprendere l'andamento dei costi, è utile metterlo in relazione con la crescita delle risorse complessive del FSN. Tra il 2018 e il 2024 il finanziamento pubblico è aumentato di circa 17% in termini nominali, ma solo di 5% in termini reali, una volta considerato l'effetto dell'inflazione (Osservatorio conti pubblici italiani). Nello stesso periodo, il costo medio per punto DRG è cresciuto di circa 18% nelle Regioni del Network. Ciò significa che, al netto dell'aumento generale dei prezzi, i costi di produzione ospedaliera sono saliti più rapidamente delle risorse disponibili, anche per effetto del rincaro dell'energia, dell'aumento dei beni sanitari e tecnologici e della maggiore complessità clinica dei pazienti trattati.

F18.1 - Costo medio per punto DRG  
Regioni - Anno 2024

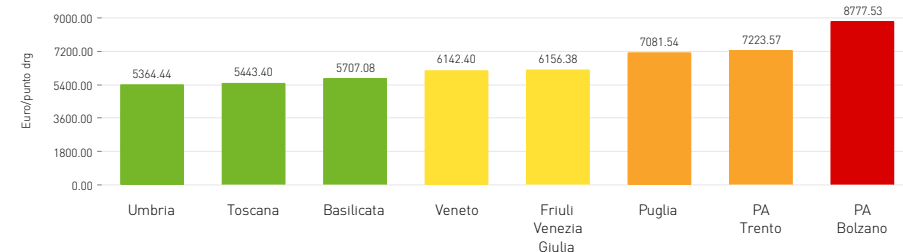


Figura 27. Indicatore F18.1 - Costo medio per punto DRG

Nell'analisi dell'efficienza dei processi ospedalieri, un'attenzione specifica va rivolta alla spesa per dispositivi medici (DM), una delle componenti a più alta innovatività e a maggiore incidenza sui costi di ricovero. La loro spesa mostra una marcata variabilità, a conferma delle differenze organizzative che caratterizzano le Regioni e Province Autonome italiane nella gestione di queste tecnologie. Tale variabilità emerge con chiarezza già nell'analisi dell'indicatore F10.3.1, che misura la spesa per dispositivi di consumo per punto DRG: nel 2024, i valori oscillano da un minimo di circa 12 € (Provincia Autonoma di Bolzano e Puglia) a oltre 22 € in Friuli Venezia Giulia (Figura 28). A fronte dei generali sforzi di contenimento di questa voce di spesa post pandemia, permane una variabilità marcata tra le regioni del Network. Ciò potrebbe indicare che i fattori di crescita della spesa non siano unicamente legati all'emergenza, ma anche a scelte regionali di approvvigionamento, politiche di centralizzazione, standard clinici e modelli organizzativi.

F10.3.1 - Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG  
Regioni - Anno 2024

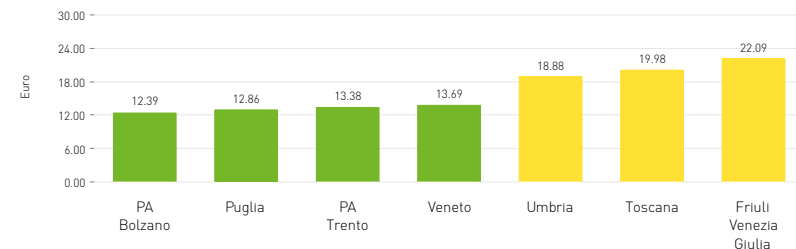


Figura 28. Indicatore F10.3.1 - Spesa per dispositivi di consumo per punto DRG

Il monitoraggio della spesa farmaceutica riveste un ruolo cruciale nel mantenimento della sostenibilità del SSN. In un contesto in continua evoluzione come quello farmaceutico dove l'entrata in commercio di medicinali più costosi rende sempre più oneroso il loro acquisto, è imprescindibile allocare al meglio le risorse disponibili. La presenza in commercio di

biosimilari rappresenta un'occasione per ridurre, a parità di efficacia, la spesa derivante da questa categoria di molecole. Pertanto, si rende necessario monitorarne la spesa. L'indicatore F20.12.1 (Adalimumab) misura la spesa per unità posologica di un farmaco biologico di classe H, acquistato dalle aziende sanitarie tramite gare di appalto e generalmente erogato in distribuzione diretta agli assistiti. Si tratta di una spesa indotta dai prescrittori del SSR e fortemente condizionata dalle strategie di acquisto e dagli esiti delle gare. In questi casi, la capacità di condurre gare efficaci e competitive rappresenta un elemento chiave di efficienza economica. Ad esempio, la Provincia Autonoma di Trento mostra un valore tra i più contenuti (31,9 euro), mentre la Provincia Autonoma di Bolzano presenta un livello sensibilmente più elevato (86,4 euro) (Figura 29). Queste differenze potrebbero riflettere la diversa efficacia delle strategie di gara e la capacità di orientare i prescrittori del SSR verso l'aggiudicatario biologico al prezzo più favorevole, piuttosto che una reale inefficienza strutturale del sistema.

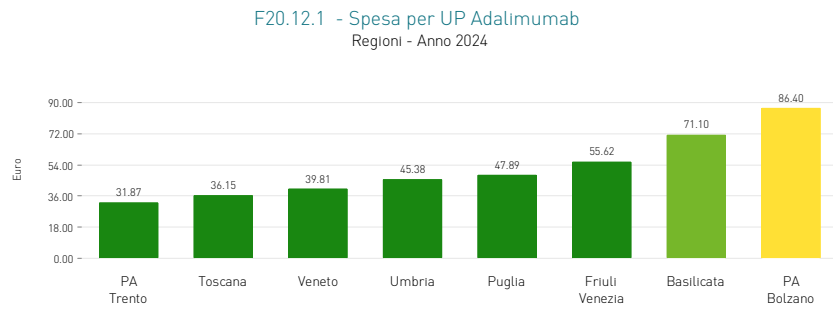


Figura 29. Indicatore F20.12.1 - Spesa per UP Adalimumab

D'altra parte, per l'indicatore F20.20.1 (Teriparatide), la variabilità della spesa per unità posologica può dipendere da due principali fattori: da un lato, gli esiti delle gare di acquisto, che determinano il prezzo di fornitura nelle diverse regioni; dall'altro, la possibilità che il farmaco venga erogato anche in regime di convenzionata, modalità che comporta un costo unitario più elevato rispetto all'erogazione diretta o per conto. Ad esempio, il Veneto presenta un valore più contenuto (219,6 euro) rispetto alla Puglia (307,4 euro), differenza che potrebbe riflettere il diverso peso dei canali di erogazione del farmaco (Figura 30).

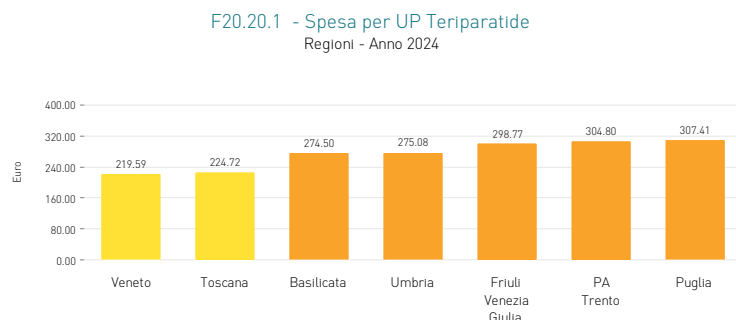


Figura 30. Indicatore F20.20.1 - Spesa per UP Teriparatide

L'analisi della spesa out-of-pocket pro-capite è utilizzata per stimare l'onere economico medio sostenuto dai cittadini e serve come indicatore per valutare disparità territoriali e socioeconomiche nell'accesso ai servizi sanitari. In un contesto di domanda crescente, questi indicatori diventano strategici per misurare l'equità del sistema e la sua capacità di assicurare la copertura universale delle cure. Nello specifico, la spesa out-of-pocket farmaceutica misura il contributo diretto dei cittadini al costo dei medicinali: un aumento della spesa privata, specialmente per farmaci essenziali, può peggiorare l'accessibilità alle cure. Un indicatore importante per l'equità è la spesa di compartecipazione relativa alla quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto. L'indicatore misura la spesa out-of-pocket sostenuta dai cittadini che non scelgono il farmaco al prezzo di riferimento, rapportandola alla popolazione pesata. La pesatura della popolazione serve a standardizzare e compensare le differenze demografiche (età e sesso) tra le regioni. Dai valori 2024 si evince come la maggior parte delle regioni si attesi ad un valore fra i 13 e i 14 euro pro capite, fatta eccezione per Umbria, Puglia e Basilicata (Figura 31).

S1.2.1 - Spesa di compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto  
Regioni - Anno 2024

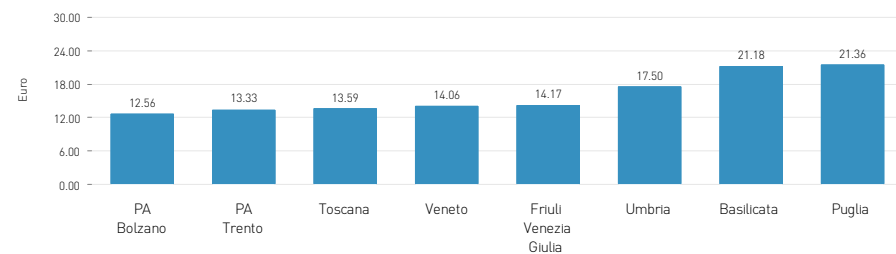


Figura 31. Indicatore S1.2.1 - Spesa di compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento del farmaco a brevetto scaduto

L'indicatore spesa out of pocket per farmaci di classe A misura la quota di spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci essenziali rimborsabili dal SSN. Tale spesa ha mostrato negli anni un incremento, passando da 1.142 milioni del 2013 a 2.021 milioni del 2023 (+ 77 %). L'indicatore misura la spesa farmaci di classe A out of pocket, rapportata alla popolazione pesata. A fronte di un valore medio che si attesta sui 3,15 euro pro capite, è da segnalare distribuzione delle regioni in due classi di spesa. Nel dettaglio, le Province Autonome di Trento e Bolzano, insieme alla Basilicata ed al Friuli Venezia-Giulia, registrano valori inferiori a 2,75€ pro capite, mentre le restanti regioni superano i 3,6€ pro capite (Figura 32).

S1.2.2 - Spesa out of pocket per farmaci di classe A  
Regioni - Anno 2024

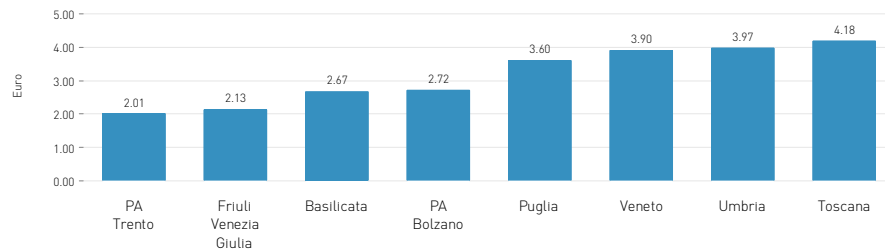


Figura 32. Indicatore S1.2.2 - Spesa out of pocket per farmaci di classe A

## Discussione e conclusioni

La valutazione sull'impiego delle risorse sanitarie si articola sulle dimensioni economico-finanziaria e di efficienza operativa. L'approccio consente un esame sia complessivo, attraverso l'analisi di bilancio, sia analitico, mirato a particolari aspetti come il razionale utilizzo delle risorse destinate al consumo di farmaci. A completare la lettura, è stata presa in considerazione l'ampiezza della spesa privata sostenuta dal cittadino per l'acquisto di farmaci. L'analisi conferma la complessità del quadro di sostenibilità del SSN, evidenziando come le tensioni tra vincoli finanziari e bisogni sanitari emergenti si riflettano tanto sull'equilibrio gestionale quanto sulla capacità redistributiva del sistema.

Nel dettaglio, l'analisi dei risultati relativi all'area dell'efficienza e della sostenibilità restituisce un quadro complessivamente positivo, caratterizzato da un progressivo equilibrio tra risorse impiegate e risorse disponibili. La maggior parte delle Regioni del Network si trovava nel 2023 (anno di valutazione 2024) in una situazione di pareggio di bilancio, segnale di una maggiore capacità del management di programmare e gestire le attività con i fondi a disposizione. Nonostante questa tendenza generale, un certo grado di variabilità di performance regionale è presente. Se da un lato alcune Regioni, come la Provincia Autonoma di Bolzano, sembrano aver raggiunto un equilibrio stabile tra costi e risorse, dall'altro contesti come Basilicata e Toscana evidenziano un progressivo deterioramento della performance economica. Questa disomogeneità suggerisce che i vincoli macro-fiscali e gli strumenti di controllo centrale (come i tetti di spesa) non sono sufficienti a garantire un allineamento della gestione economica, richiedendo una capacità di governance adattata al territorio di riferimento. Il costo sanitario pro capite ha registrato un graduale aumento nel periodo post-pandemico, passando da una media di circa 2.019 euro per residente nel 2018 a circa 2.400 euro nel 2024. Questo andamento, con una crescita del 20% a fronte di una crescita reale del FSN del 5%, riflette un sistema che opera con risorse relativamente più rigide e margini di flessibilità sempre più ridotti. Il confronto tra i costi per ricovero pesati in funzione della complessità dell'intervento, prima e dopo la pandemia, conferma un incremento strutturale dei costi, attribuibile principalmente alla prevalenza di componenti fisse, poco sensibili alle variazioni del volume di prestazioni. Di fatti, l'ana-

lisi dei costi per punto DRG e della spesa per dispositivi medici conferma la presenza di ampie differenze regionali, che superano il 60% tra i valori estremi. Tali scostamenti non possono essere spiegati unicamente da differenze nella complessità dei casi trattati o nella dotazione infrastrutturale, ma sembrano riflettere modelli gestionali e politiche di approvvigionamento eterogenei sul suolo italiano. Spostando l'attenzione sull'efficienza prescrittiva farmaceutica, la lettura congiunta degli indicatori suggerisce che le differenze regionali nella spesa per unità posologica non riflettano necessariamente inefficienze, ma piuttosto scelte organizzative e prescrittive riconducibili a modelli di erogazione diversi. Un'efficienza economica sostenibile dovrebbe essere valutata non solo in base al prezzo unitario più basso, ma anche in relazione alla qualità del servizio, alla continuità terapeutica e all'equità di accesso per i pazienti.

Infine, merita attenzione la spesa out-of-pocket, indicatore cruciale di equità nell'accesso ai servizi sanitari, principio sancito dalla Legge 833/1978. L'Italia presenta livelli di spesa privata superiori alla media europea, segnale di un maggior onere economico per i cittadini e di potenziali disegualtanze territoriali. Per contenere la spesa farmaceutica, il SSN raggruppa i farmaci per equivalenza terapeutica e rimborsa fino al prezzo del farmaco più economico; la differenza è a carico del cittadino. Come evidenzia il Rapporto OSMED 2022, la spesa out-of-pocket tende a essere più alta nelle regioni del Sud, dove la minore diffusione dei farmaci equivalenti si associa a redditi medi più bassi e a una minore fiducia verso questi prodotti. L'indicatore relativo alla spesa out-of-pocket per farmaci di classe A misura la scelta del cittadino di acquistare privatamente un farmaco invece di ottenerlo tramite prescrizione. Tale comportamento può dipendere da ticket regionali elevati o da difficoltà di accesso alla medicina primaria, che spingono all'acquisto diretto e possono generare fenomeni di inappropriata prescrizione.

Nel complesso, i risultati evidenziano una duplice criticità: da un lato, la difficoltà del SSN nel garantire una sostenibilità economico-finanziaria uniforme tra i territori; dall'altro, il rischio di compromettere la sostenibilità sociale del sistema a causa del crescente peso delle spese sanitarie a carico delle famiglie. Gli indicatori qui esaminati permettono di cogliere le tensioni strutturali tra efficienza ed equità, offrendo una lettura integrata della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario. In un contesto di risorse pubbliche limitate, il loro monitoraggio diventa fondamentale per comprendere se il sistema riesce a garantire nel tempo il suo duplice obiettivo: assicurare la salute dei cittadini e mantenere l'equilibrio economico complessivo. In prospettiva, la principale sfida per le politiche sanitarie italiane consiste nel conciliare la disciplina fiscale con strategie di investimento orientate alla prevenzione, all'innovazione e alla generazione di valore. Tuttavia, il passaggio verso una sostenibilità di lungo periodo richiede una governance capace di superare la logica del mero contenimento dei costi, indirizzando le risorse verso interventi che producano benefici misurabili in termini di salute e benessere collettivo.

---

## Bibliografia

Global Health Expenditure database, World Health Organization (WHO), uri: [apps.who.int/nha/database](https://apps.who.int/nha/database), World Health Organization

Longo, Francesco et al. (2024). Tackling the crisis of the Italian National Health Fund. *The Lancet Public Health*, Volume 9, Issue 1, e6 - e7

Noto G, Belardi P, Vainieri M. Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems. *Health Policy*. 2020 Apr;124(4):462-469. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.01.012. Epub 2020 Feb 22. PMID: 32098694.

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

OECD (2024), *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.

Olgiate, S.; Danovi, A. The Financial Unsustainability of the Italian Public Health Care System. *Sinergie* 2015, 33, 239–254

Osservatorio conti pubblici italiani (Osservatorio CPI). (16 maggio 2024). L'evoluzione dei finanziamenti alla sanità in Italia. <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-l-evoluzione-dei-finanziamenti-alla-sanita>

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2023*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2024

Urbani. (Dicembre 2019). Servizio Sanitario Nazionale guarda al futuro. Verso nuovi e più evoluti schemi di governance. EGEA. 9788823846302



## Assenza del personale e diversità di genere

Davide Trinchese

### Introduzione

Il personale sanitario riveste un ruolo centrale nel sistema sanitario nazionale non soltanto per lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali, ma anche per l'impatto complessivo che le condizioni lavorative esercitano sulla qualità dei servizi erogati. Negli ultimi anni, il dibattito sulla gestione delle risorse umane in sanità si è arricchito di nuove prospettive analitiche, con l'obiettivo di comprendere non soltanto le dinamiche di benessere e motivazione professionale, ma anche di garantire una maggiore sostenibilità organizzativa. In questo quadro, nel 2024 l'area del sistema di valutazione della performance dedicata al personale si è evoluta introducendo nuovi indicatori, orientati a indagare due direttrici fondamentali.

La prima riguarda lo studio delle assenze. La letteratura scientifica ha infatti messo in evidenza come i tassi di assenza non vadano interpretati unicamente come una misura di carattere organizzativo, ma possano essere letti anche come segnali indiretti dello stato di soddisfazione lavorativa e della propensione dei dipendenti a lasciare l'organizzazione (intention to leave) (Berry et al., 2012; Clegg, 1983; Hackett & Guion, 1985; Mitra et al., 1992). In quest'ottica, accanto agli indici già esistenti (E2: indice di assenza complessivo ed E2A: indice di assenza disaggregato per genere), sono stati introdotti ulteriori strumenti valutativi che permettono di esplorare aspetti più specifici. È stato introdotto l'indicatore E2A.1, dedicato specificamente alle assenze per malattia, così da isolare questa componente e poterla valutare in maniera distinta rispetto ad altre cause. Parallelamente, l'indicatore E2A.2 consente di osservare le assenze per malattia disaggregate per genere, depurate dal fattore maternità. Infine, l'indicatore E2A.3 si concentra sul tema dei carichi familiari, monitorando le assenze legate all'assistenza regolata dalla Legge 104/1992, anch'esso letto in chiave di genere così da evidenziare eventuali squilibri strutturali, soprattutto considerando che le donne risultano ancora oggi mediamente più esposte agli impegni di cura e assistenza familiare.

Parallelamente, l'analisi delle assenze non ha soltanto una valenza qualitativa, legata al benessere del personale, ma si collega in modo diretto alla sostenibilità organizzativa. Ogni giornata di assenza riduce infatti la disponibilità di ore effettivamente lavorate e, di conseguenza, la capacità operativa complessiva delle aziende sanitarie. La riduzione del tasso di assenze consente di aumentare il full time equivalente senza dover necessariamente incrementare il numero di unità di personale assunto. Ciò significa, concretamente, poter disporre di più ore di lavoro a parità di risorse umane, con effetti positivi sia sul contenimento dei costi, sia sulla continuità dell'assistenza e sulla qualità dei servizi offerti. In un contesto in cui la carenza di professionisti sanitari rappresenta una delle principali criticità del sistema, disporre di strumenti di monitoraggio accurati diventa quindi essenziale per preservare gli equilibri tra fabbisogno assistenziale, motivazione dei lavoratori e capacità complessiva di risposta delle strutture.

La seconda direttrice si concentra invece sulla governance e sulla rappresentanza di genere ai vertici. Sebbene la componente femminile rappresenti oggi la maggioranza del personale sanitario, le posizioni apicali continuano a essere occupate prevalentemente da

uomini. Si tratta di una delle manifestazioni più evidenti del cosiddetto "soffitto di cristallo", ovvero di quell'insieme di barriere più o meno invisibili che impediscono, di fatto, una carriera equamente distribuita tra uomini e donne. La crescente diffusione di indicatori in grado di misurare e quantificare queste disuguaglianze ha favorito l'elaborazione di politiche di equità più consapevoli, in coerenza anche con quanto raccomandato dal Gender Equality Index (EIGE, 2023) e dai principali policy brief internazionali sull'equilibrio di genere nei sistemi sanitari (OECD, 2024).

Va ricordato, tuttavia, che la letteratura sulla performance organizzativa non rileva differenze sostanziali attribuibili al genere dei dirigenti (Naciti et al., 2022; Trinchese, Cantarelli, et al., 2024; Trinchese, Vainieri, et al., 2024). Ciò nonostante, il tema della rappresentanza rimane cruciale: non è solo questione di equità, ma anche di qualità della governance. Una leadership che rispecchia la composizione del personale garantisce infatti processi decisionali più inclusivi, arricchiti da prospettive diversificate, e aumenta la legittimazione dell'organizzazione nei confronti della collettività e dei professionisti che vi operano.

Su questo versante, il sistema di valutazione fa riferimento a due strumenti: l'indice del cosiddetto "soffitto di cristallo" (E2) e il nuovo indicatore E2B.1 (indice di equità di genere). L'indice E2 permette di analizzare in che misura le donne, pur costituendo la maggioranza del personale complessivo, riescano a raggiungere posizioni dirigenziali, segnalando la presenza di eventuali barriere formali o informali che ne ostacolano la progressione di carriera. In altri termini, questo indicatore mette in relazione la percentuale di personale femminile sul totale con la percentuale di donne effettivamente presenti nelle posizioni apicali: se quest'ultima risulta significativamente più bassa, significa che l'accesso alle cariche di vertice non è proporzionato alla composizione della forza lavoro di partenza.

Accanto a questo indicatore, il sistema ha introdotto l'E2B.1, che consente di osservare in maniera più diretta la distribuzione dei ruoli dirigenziali, calcolando il rapporto tra dirigenti uomini e dirigenti donne. Se da un lato l'E2 fotografa la presenza di squilibri potenziali tra chi "entra" e chi "arriva in alto", l'E2B.1 consente invece di leggere il quadro a livello delle posizioni effettivamente ricoperte, offrendo un'informazione immediata e comparabile sugli equilibri di genere nella governance sanitaria.

L'adozione di questi nuovi indicatori nel sistema di valutazione delle performance aziendali deve dunque essere letta come un passo in avanti verso una governance più consapevole, capace di integrare le dimensioni del benessere lavorativo, della sostenibilità organizzativa e dell'equità di genere, basando le scelte su evidenze solide e comparabili.

### Risultati dell performance 2024

L'indicatore E2 relativo alla percentuale di assenza mostra ampia variabilità tra le regioni italiane. I dati restituiscono valori che oscillano da poco meno del 10% fino a oltre il 16%. La Provincia Autonoma di Bolzano e la Provincia Autonoma di Trento si collocano nella fascia migliore, con un tasso di assenza del 9,56% e 9,80% rispettivamente. Questo segnala probabilmente una dinamica organizzativa solida. Lombardia, Toscana e Veneto si attestano su valori simili, poco sopra l'11%, mantenendo comunque un profilo relativamente stabile.

Proseguendo, si trova il Friuli Venezia Giulia, dove le assenze si aggirano intorno al 12%, seguite dalla Basilicata, che raggiunge il 13,5%. Valori più elevati si registrano per Puglia,

14,73%, ed Umbria, che nel 2023 (sistema di valutazione della performance 2024) registra un tasso di assenza del 16,38%, il più alto tra quelli riportati.

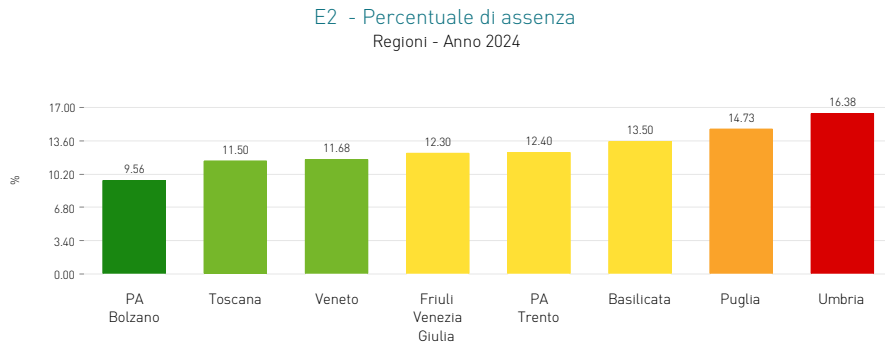


Figura 33. Indicatore E2 - Percentuale di assenza

Osservando l'andamento il trend dell'indicatore (Il triennio di valutazione 2022-2024 fa riferimento al conto annuale del personale 2021-2023) emergono ulteriori spunti interessanti. Nello specifico, ad eccezione dell'Umbria, si registra una diminuzione della percentuale di assenza dell'anno 2023 rispetto al 2022. Pertanto, l'incremento che si era avuto nel 2022 non sembrerebbe avere causa sistematica. Osserviamo inoltre un decremento per Bolzano, Trento, Lombardia, e Friuli Venezia Giulia, ed un incremento – più o meno ampio – per Toscana, Veneto, Basilicata e Puglia. Maggiormente da attenzionare è invece il dato relativo all'Umbria che è rimasto stabile dal 2022 al 2023 (intorno al 16%).

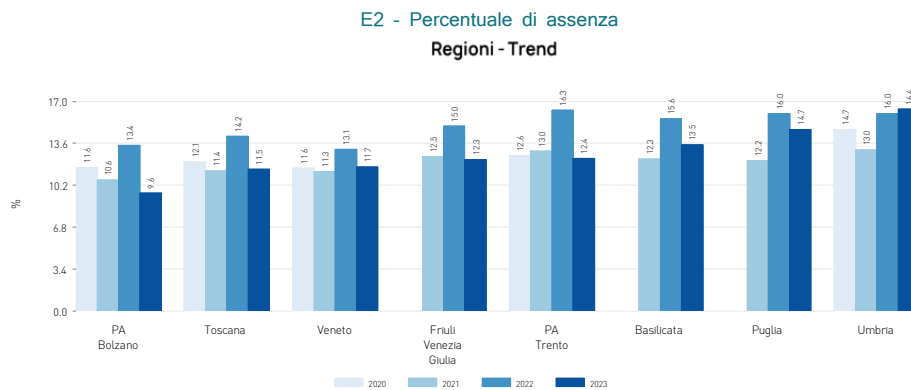


Figura 34. Indicatore E2 - Percentuale di assenza (Trend)

L'analisi dei margini di manovra collegati alle percentuali di assenza, la quale si basa esclusivamente sulle aziende presenti nel Conto Annuale del personale e inserite nella piattaforma PES (Performance Evaluation System), mostra potenziali significativi recuperi

di Full Time Equivalent (FTE). Se tutte le regioni riuscissero a ridurre il proprio tasso di assenza fino alla media nazionale (12,2%), alcune come l'Umbria potrebbero recuperare oltre 400 FTE, mentre la Puglia quasi 900 FTE. Un recupero ancora più consistente si otterrebbe nel caso in cui si raggiungessero le prestazioni delle regioni più virtuose come Bolzano; in questa ipotesi, l'Umbria potrebbe riallocare più di 660 FTE, e la Puglia oltre 1.800. Questi numeri rappresentano un'opportunità concreta di miglioramento sull'efficienza organizzativa e di continuità nell'erogazione delle prestazioni, ottenuta senza incrementare il personale, ma ottimizzando l'utilizzo delle risorse umane esistenti.

Regione/Azienda	Percentuale di assenza	FTE recuperabili se tutte le Regioni raggiungessero una percentuale media	FTE recuperabili se tutte le Regioni raggiungessero la performance migliore
Umbria	16,40%	407,33	660,13
AOU Sant'Andrea	16,30%	60,32	98,5
Puglia	14,70%	891,31	1802,41
Basilicata	13,50%	74,07	219,67
FVG	12,30%	21,26	451,43
Media	12,20%		643,54
Veneto	11,70%		1008,24
Toscana	11,50%		876,16
Lombardia	11,40%		1295,42
PA Trento	9,80%		20,6
PA Bolzano	9,60%		0

Tabella 6. Percentuale di assenza

Spostando lo sguardo sulle differenze di genere, anche analizzando l'indicatore E2A.2, indice di assenza per malattia, il quale è depurato dalla componente maternità, si conferma una persistente disuguale distribuzione: le donne continuano ad assentarsi più degli uomini in tutte le regioni analizzate. I valori di questo indicatore oscillano da un minimo di circa 1.19 in Basilicata e Trento fino a un massimo di 1.44 in Toscana, indicativo di una diffusa maggior presenza femminile nelle assenze per malattia rispetto ai colleghi uomini.

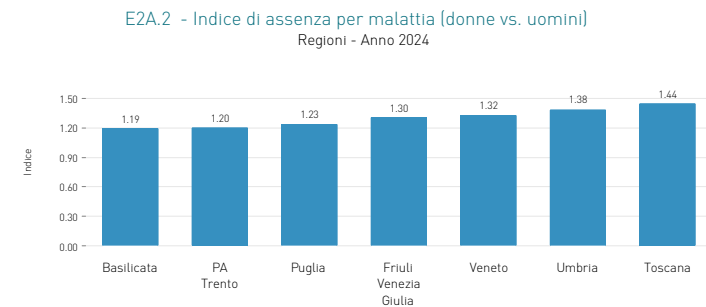


Figura 35. Indicatore E2A.2 - Indice di assenza per malattie (donne vs uomini)

Questa disparità si collega in buona parte ai carichi familiari maggiori che gravano sulle donne, come evidenziato dall'indicatore E2A.3, che misura le assenze correlate alla Legge

104/1992, normativa che tutela lavoratori con carichi di assistenza familiare straordinari. In questo ambito, i valori più alti si registrano in Friuli Venezia Giulia e nella Provincia Autonoma di Trento (entrambe vicine a 1.92), mentre in altre regioni oscillano tra 1.2 e 1.4. Ciò indica come l'impatto dell'organizzazione familiare sul lavoro risulti significativo e variabile sul piano territoriale.

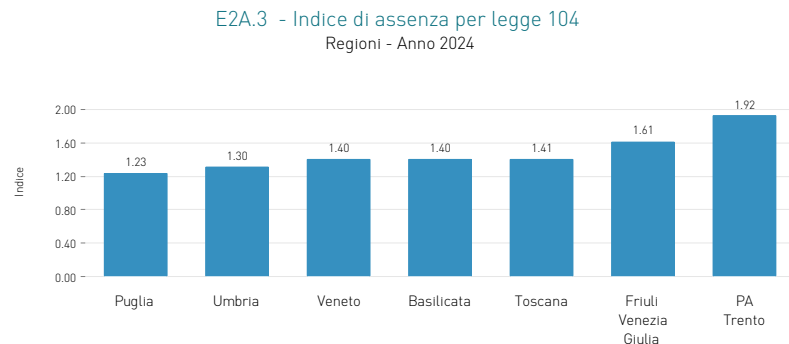


Figura 36. Indicatore E2A.3 - Indice di assenza per legge 104

Infine, questa maggiore presenza di impegni familiari e assenze femminili si riflette anche nella composizione dei ruoli manageriali, come mostrato dall'indicatore E2B, relativo al cosiddetto "soffitto di cristallo". Questo indicatore mette in relazione la percentuale di donne presenti nel personale con quella delle donne nelle posizioni apicali, evidenziando una disparità che persiste in molte regioni. I valori più bassi, ovvero quelli che segnalano una maggiore equità di genere, si registrano a Bolzano (1.54) e Trento (1.62). Al contrario, regioni come Basilicata (2.76), Puglia, Veneto, Umbria e Friuli Venezia Giulia (tutte intorno a 2.20) manifestano forti squilibri, con una presenza femminile molto più bassa nei ruoli di vertice rispetto alla loro rappresentanza complessiva nel personale sanitario.

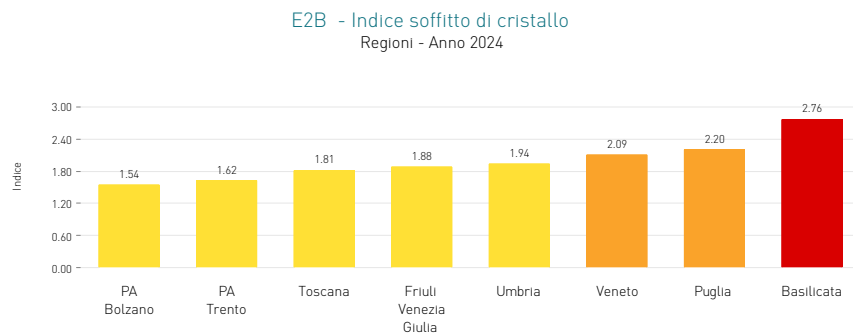


Figura 37. Indicatore E2B - Indice soffitto di cristallo

L'indicatore E2B.1 - Indice di equità di genere, infine, rappresenta un approfondimento rispetto al più generale indice del soffitto di cristallo (E2B). Mentre l'indicatore E2B misura in modo sintetico l'eventuale presenza di difficoltà per le professioniste di genere femmi-

nile di accedere a posizioni apicali rispetto ai professionisti di genere maschile, l'indice E2B.1 rapporta i dirigenti di genere maschile rispetto alle dirigenti di genere femminile. L'analisi congiunta dei due indicatori consente una lettura più articolata delle dinamiche di genere nei contesti regionali.

Le Regioni maggiormente virtuose rispetto all'indice di equità di genere, risultano essere Trento (1.20) e Lombardia (1.39). Al centro della distribuzione troviamo Toscana (1.43), Friuli Venezia Giulia (1.44), Veneto e Umbria (entrambe 1.74), dove l'indice segnala una discreta equità, pur evidenziando una leggera prevalenza del genere maschile nei ruoli dirigenziali. Questi valori non appaiono eccessivamente sbilanciati, ma suggeriscono comunque margini di miglioramento. Maggiormente elevati, invece, sono i valori relativi a Puglia (2.43) e Basilicata (3.29).

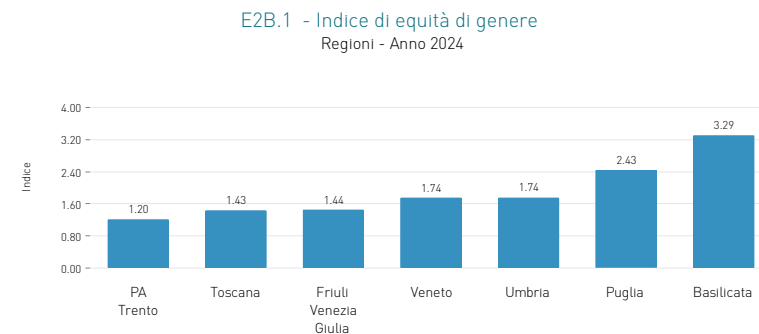


Figura 38. Indicatore E2B.1 - Indice di equità di genere

## Discussione e conclusioni

L'introduzione, nel 2024, di un sistema più articolato di indicatori sul personale del SSN rappresenta un importante progresso verso una governance fondata su evidenze strutturate e di natura multidimensionale. Gli indicatori E2 (assenze) ed E2B (soffitto di cristallo), accompagnati da sotto indicatori mirati, restituiscono un quadro ricco di informazioni che permette non solo il confronto tra regioni, ma anche un'analisi interna più sofisticata delle dinamiche organizzative, del benessere lavorativo e dell'equità.

L'indicatore E2, relativo alla percentuale complessiva di assenza, si conferma uno strumento sensibile nel rilevare le condizioni di salute e sostenibilità lavorativa del personale. Le differenze tra regioni sono significative: si passa da un minimo di 9,56% per Bolzano a oltre il 16% in Umbria. Queste variazioni suggeriscono che il fenomeno delle assenze non può essere letto come un parametro uniforme, bensì come l'esito di molteplici fattori, tra cui l'età media del personale, il carico di lavoro, l'organizzazione interna, le condizioni psico-fisiche e il livello di supporto ai bisogni delle persone. La lettura longitudinale mostra, inoltre, che tali valori non sono statici bensì mutano nel tempo. È importante notare che l'incremento non è necessariamente sinonimo di peggioramento gestionale: può riflettere anche una maggiore attenzione alla salute dei dipendenti, una maggiore propensione alla fruizione di congedi o una crescente sensibilità alla tutela della salute dei dipendenti.

Per comprendere meglio le componenti dell'indicatore E2, risultano fondamentali i sotto indicatori, che analizzano le differenze di genere e le tipologie di assenza.

L'indice E2A.2, che disaggrega le assenze per malattia in base al genere, mostra un divario evidente. Anche depurando la componente di maternità continuano ad esserci, anche se in misura minore, una maggiore assenza del genere femminile rispetto a quello maschile. Un'ulteriore evidenza di tale squilibrio è presentata dall'indicatore E2A.3, che considera le assenze per Legge 104. In quasi tutte le regioni il valore si mantiene intorno a 1.2–1.4, fino a raggiungere un valore pari a 2.99 per il Friuli Venezia Giulia.

Sul fronte dell'equità di genere, l'indicatore E2B – il cosiddetto soffitto di cristallo – restituisce un'immagine complessa. Alcune regioni, come Friuli Venezia Giulia, Trento e Bolzano, mostrano valori contenuti, suggerendo una distribuzione più equilibrata delle posizioni apicali tra uomini e donne. Altre, come ad esempio la Basilicata indicano una maggiore difficoltà per le donne nel raggiungere ruoli di leadership. Il dato, sebbene in parte atteso, solleva interrogativi sulla reale efficacia delle politiche di parità e sugli strumenti volti a ridurre il carico familiare cui soprattutto le donne sono soggette.

L'indicatore E2B.1 – equità di genere – consente di scendere ulteriormente nel dettaglio. Anche in questo caso si osserva coerenza con i dati del soffitto di cristallo: le regioni che presentano i valori più elevati nell'indice E2B risultano anche tra le meno equilibrate dal punto di vista della rappresentanza di genere.

Complessivamente, questi indicatori, più che offrire classifiche, offrono strumenti per riflettere sulle leve del cambiamento: dalla gestione della salute organizzativa al riconoscimento del lavoro di cura, dalla trasparenza nei percorsi di carriera alla promozione del benessere e dell'equità. In questo senso, la sfida vera non è solo leggere correttamente i numeri, ma tradurli in azioni coerenti, continue e condivise.

## Bibliografia

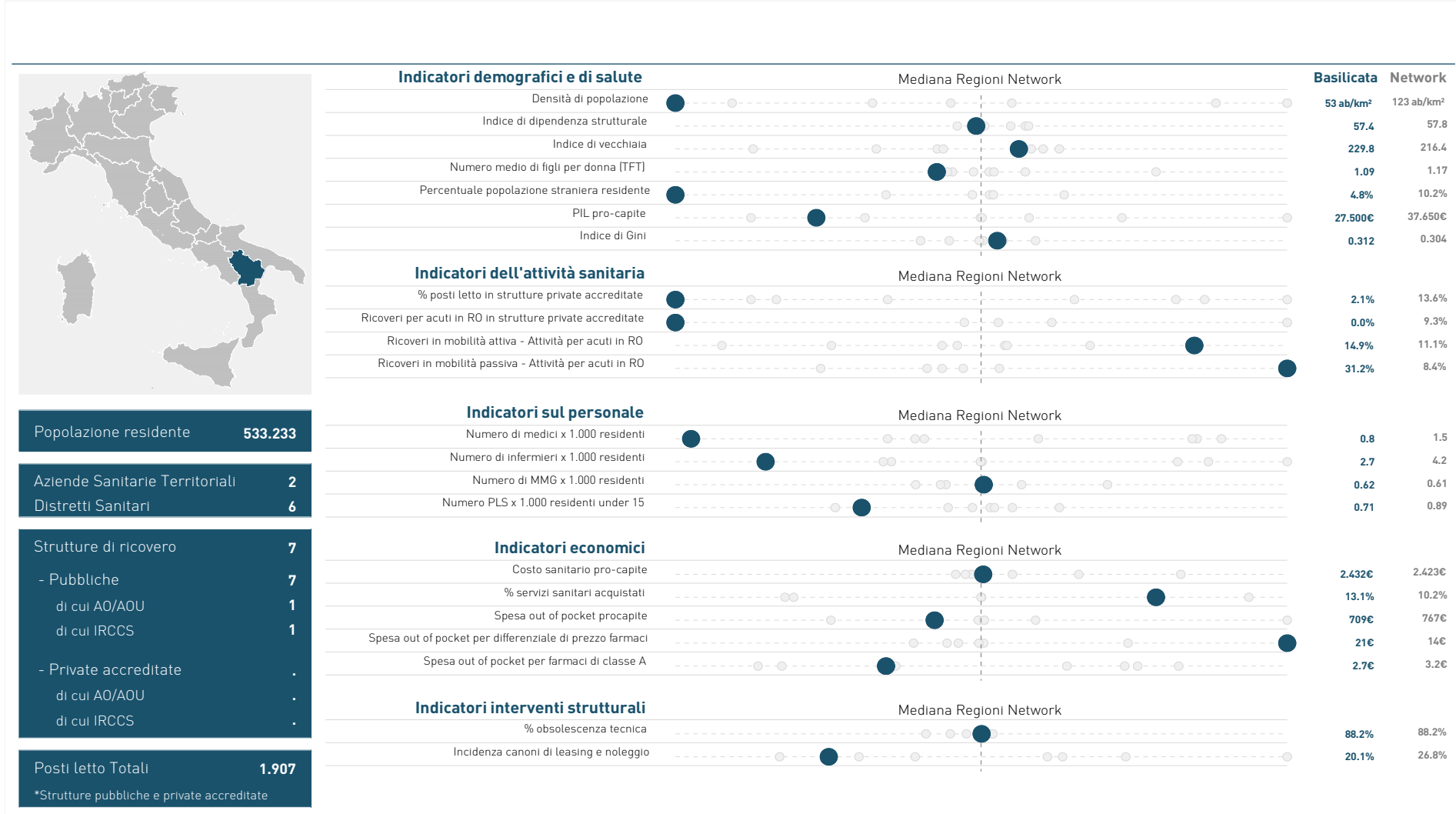
- Berry, C. M., Lelchook, A. M., & Clark, M. A. (2012). A meta-analysis of the interrelationships between employee lateness, absenteeism, and turnover: Implications for models of withdrawal behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 33(5), 678–699. <https://doi.org/10.1002/job.778>
- Clegg, C. W. (1983). Psychology of employee lateness, absence, and turnover: A methodological critique and an empirical study. *Journal of Applied Psychology*, 68(1), 88.
- Hackett, R. D., & Guion, R. M. (1985). A reevaluation of the absenteeism–job satisfaction relationship. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 35(3), 340–381.
- Mitra, A., Jenkins Jr, G. D., & Gupta, N. (1992). A meta-analytic review of the relationship between absence and turnover. *Journal of Applied Psychology*, 77(6), 879.
- Naciti, V., Noto, G., Vermiglio, C., & Barresi, G. (2022). Gender representation and financial performance: An empirical analysis of public hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 35(5), 603–621. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2022-0004>
- Trinchese, D., Cantarelli, P., & Vainieri, M. (2024). Fostering Diversity, Equity and Inclusion: The crucial role of meritocracy and psychological empowerment on employee perceptions of innovation. In *Euram 2024: Fostering innovation to address grand challenges*. Euram. <https://www.iris.sssup.it/handle/11382/567632.3>
- Trinchese, D., Vainieri, M., & Cantarelli, P. (2024). Gender diversity and healthcare performance: A quantitative analysis from the Italian health system. *Health Policy*, 105117. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105117>



# SINTESI REGIONALI

# BASILICATA

La Basilicata si distingue per avere la densità abitativa più bassa rispetto alle Regioni del Network e per un tessuto demografico più anziano, con un indice di vecchiaia elevato (229 contro 216 delle Regioni del Network). La quota di popolazione straniera risulta essere la più bassa del Network (4,8% vs 10,6%). La mobilità sanitaria mostra un saldo positivo, con una mobilità attiva superiore alla mediana del Network, mentre, allo stesso modo, la mobilità passiva risulta essere la più alta fra le Regioni (31,2% vs 8,4%). Inoltre, la quota di servizi sanitari acquistati (13,1% del totale della spesa) risulta superiore alla mediana del Network, segnalando un livello alto di esternalizzazione delle attività assistenziali. I dati sul personale sanitario mostrano una dotazione di medici e infermieri sostanzialmente inferiore alla mediana del Network. Dal punto di vista economico, il costo sanitario pro capite (2.432 € nel 2023) è sostanzialmente allineato alle Regioni del Network, con una spesa out of pocket leggermente inferiore, segno di una discreta protezione finanziaria. Tuttavia, è da segnare una più alta spesa out of pocket per differenziale di prezzo farmaci (la più alta del Network), indicando la maggiore propensione del cittadino ad acquistare un farmaco branded piuttosto che un generico. La spesa out of pocket per i farmaci di classe A, risulta, invece essere sotto la mediana del Network, con 2,7€ rispetto alla mediana di 3,2€, è un indicatore di equità che monitora la quota di spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci essenziali rimborsabili dal SSN.



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 la Regione Basilicata presenta un bersaglio caratterizzato da una distribuzione eterogenea degli indicatori compositi. Accanto a un numero consistente di indicatori collocati nelle fasce più esterne, si distinguono anche aree di buona e ottima performance, che testimoniano la presenza di elementi di solidità all'interno del sistema.

L'area relativa alla governance della domanda e all'appropriatezza mostra un quadro disomogeneo: accanto a indicatori prossimi al centro, che segnalano buoni livelli di gestione dei ricoveri e della domanda, si collocano altri più periferici, in particolare quelli riferiti all'appropriatezza diagnostica, che rimane uno degli ambiti di miglioramento più evidenti.

Nei percorsi assistenziali, la performance varia dal giallo all'arancione per il percorso materno-infantile, mentre, nel percorso oncologico, risulta da monitorare l'area delle soglie per la chirurgia oncologica. Al contrario, si osservano buoni risultati nelle cure palliative, con indicatori più prossimi al centro del bersaglio.

Positivo il quadro dell'assistenza territoriale nel percorso cronicità, con indicatori che evidenziano una buona efficacia complessiva, mentre si distinguono ottime performance per i percorsi della salute mentale e dell'emergenza-urgenza, fatta eccezione per la voce relativa agli abbandoni dal pronto soccorso. Meno performanti, per quanto riguarda il percorso anziani e fragilità, le aree dell'assistenza residenziale, in fascia rossa, e dell'assistenza domiciliare, che mostra margini di miglioramento.

Gli indicatori sulla qualità clinica e di processo si collocano in fascia gialla, a indicare un livello intermedio di performance. Nella responsiveness, a un'evidente criticità legata alle dimissioni volontarie si affianca una performance non ottimale relativa ai tempi di attesa per la chirurgia (PNGLA).

Completano il quadro le aree più periferiche della sanità digitale e delle politiche del personale, che segnalano spazi di sviluppo nell'utilizzo dei servizi digitali e nella gestione delle risorse professionali.

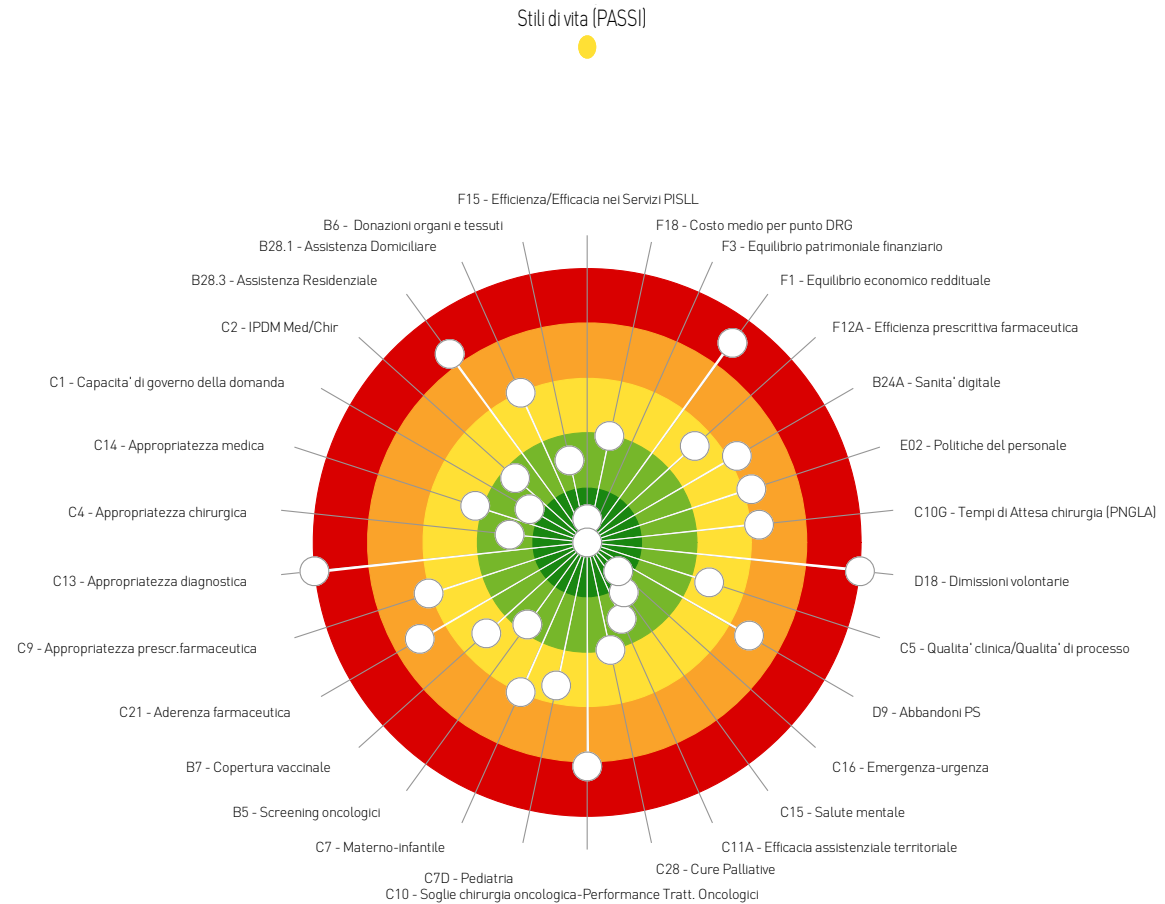
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024

Numero indicatori di valutazione: 95

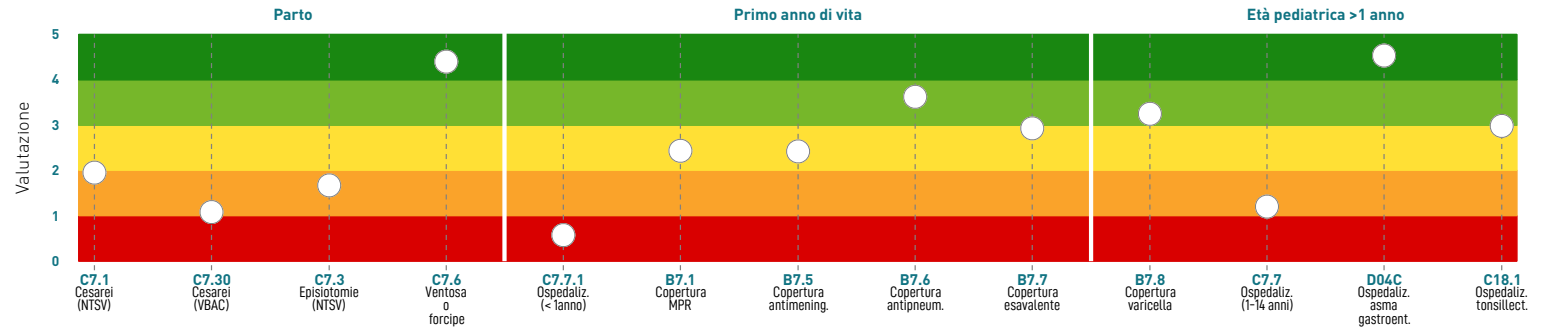
Indicatori Migliorati ↑  
36.8%

Indicatori Stabili =  
18.9%

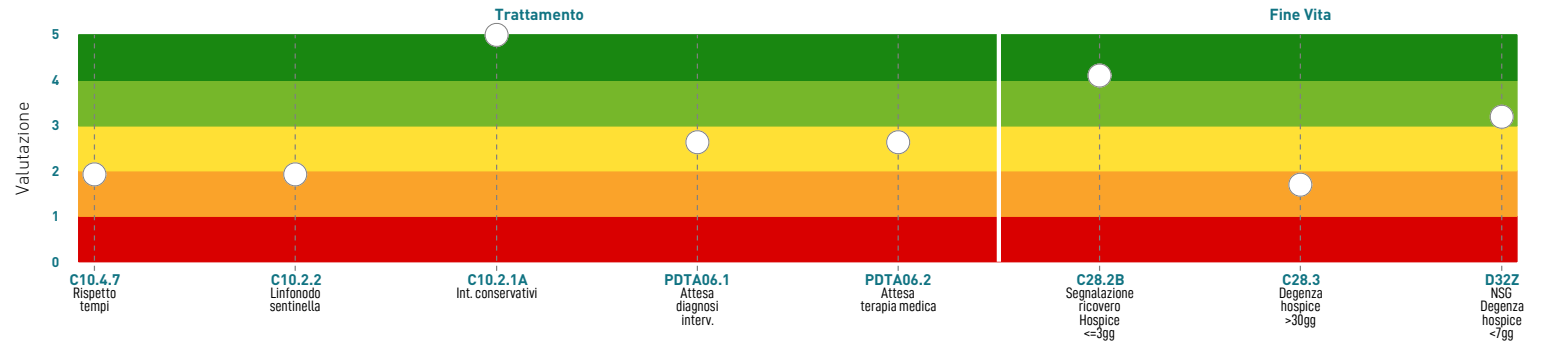
Indicatori Peggiorati ↓  
44.2%



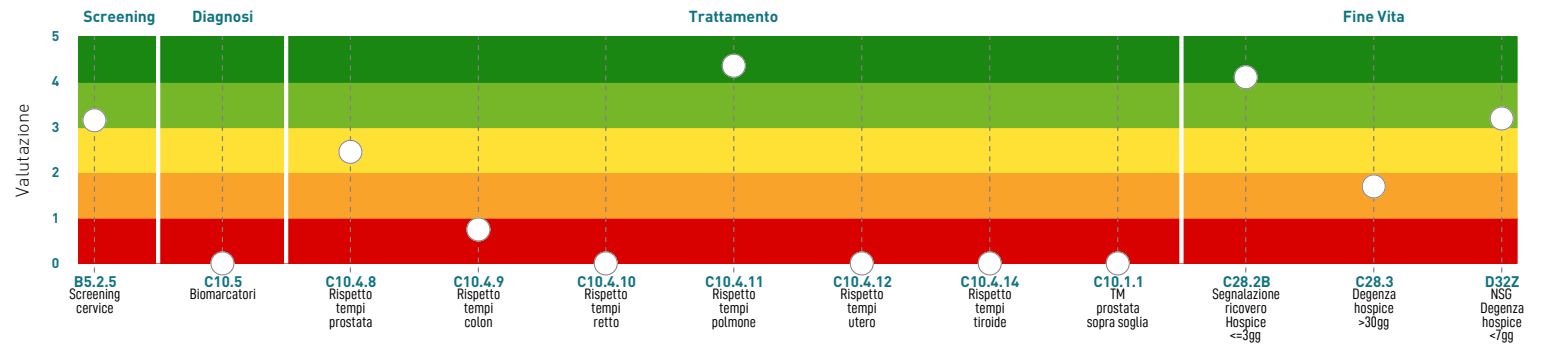
PERCORSO  
MATERNO  
INFANTILE



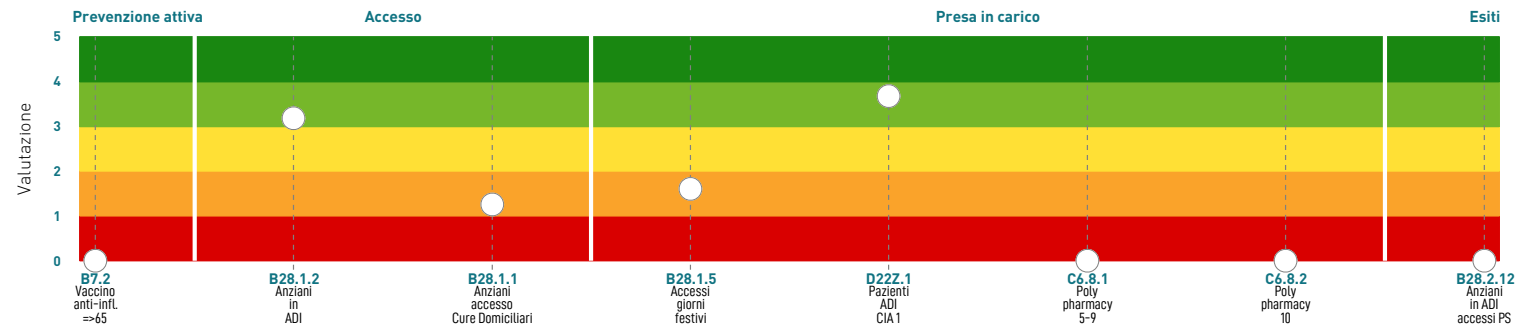
PERCORSO  
ONCOLOGIA -  
TUMORE  
MAMMELLA

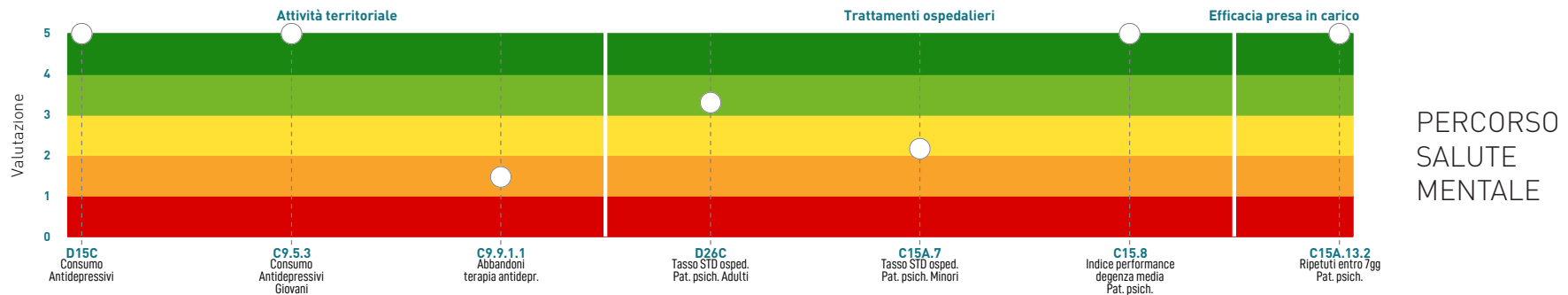


PERCORSO  
ONCOLOGIA  
(ESCLUSO  
TUMORE  
MAMMELLA)

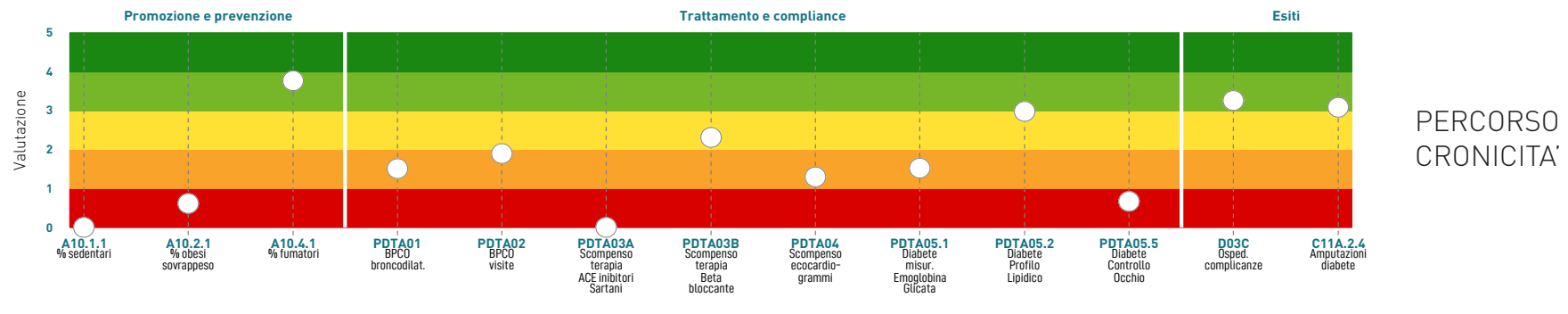


PERCORSO  
ANZIANI E  
FRAGILITA'

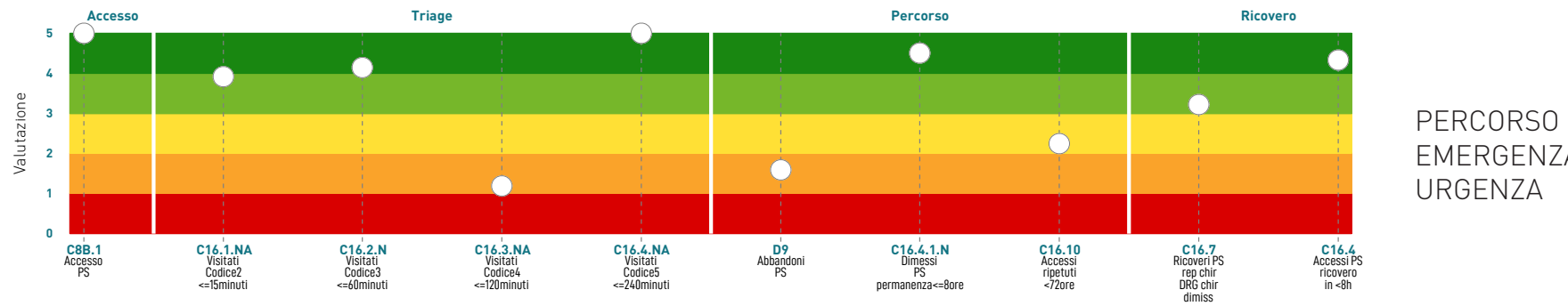




PERCORSO SALUTE MENTALE



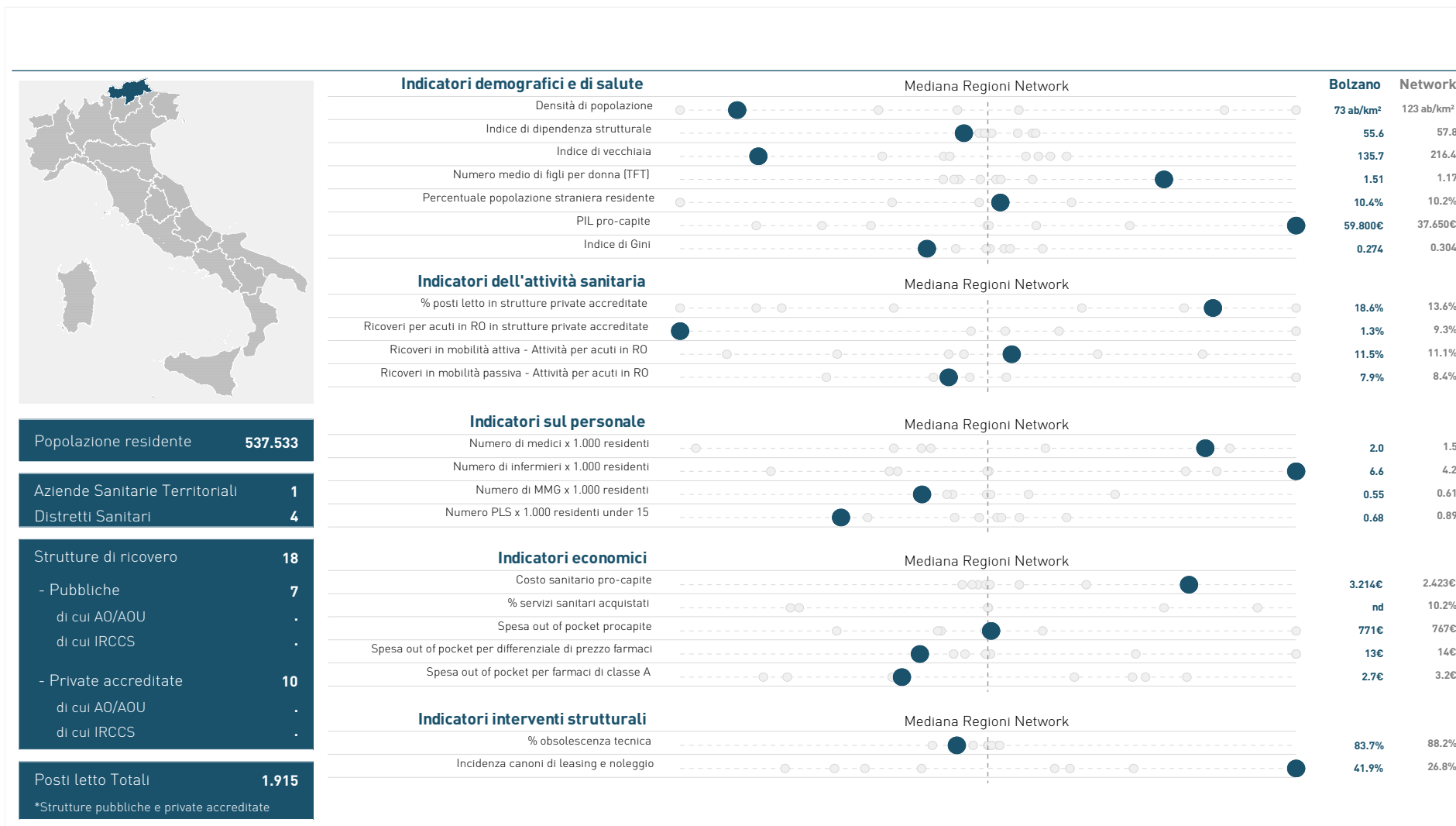
PERCORSO CRONICITA'



PERCORSO EMERGENZA - URGENZA

# P.A. BOLZANO

La P.A di Bolzano si distingue per avere la densità abitativa più bassa rispetto alla mediana delle Regioni del Network, di 73 ab/km<sup>2</sup> e per un tessuto demografico più giovane, con un indice di vecchiaia discretamente basso (135 contro 216 delle Regioni del Network). La quota di popolazione straniera risulta essere perfettamente in linea con la mediana del Network (10.4% vs 10,2%). La mobilità sanitaria mostra un saldo positivo, con una mobilità attiva superiore alla mobilità passiva, indice della capacità del sistema sanitario della provincia autonoma di attrarre pazienti da altre regioni. I dati sul personale sanitario mostrano una dotazione di medici e infermieri sostanzialmente tra le più alte rispetto alle regioni del Network, con ad esempio 6,6 infermieri per 1000 residenti rispetto alla mediana di 4,2. Dal punto di vista economico la spesa out of pocket risulta essere in linea con la mediana del Network. È da segnare una bassa spesa out of pocket per differenziale di prezzo farmaci (la più bassa del Network), indicando la propensione del cittadino ad acquistare un farmaco generico piuttosto che uno di marca. Anche la spesa out of pocket per i farmaci di classe A risulta essere sotto la mediana del Network, con 2,7€ rispetto alla mediana di 3,2€, è un indicatore di equità che monitora la quota di spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci essenziali rimborsabili dal SSN.



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 la Provincia Autonoma di Bolzano presenta una performance complessivamente positiva, con la maggior parte degli indicatori collocati nelle fasce più interne del bersaglio, a testimonianza di un sistema sanitario stabile e ben performante. Permangono tuttavia alcune storiche criticità, in particolare legate all'appropriatezza diagnostica e alla copertura vaccinale, che continuano a rappresentare aree di attenzione.

L'area relativa alla governance della domanda e all'appropriatezza mostra risultati molto buoni: quasi tutti gli indicatori si posizionano nella fascia verde, mentre l'appropriatezza medica e chirurgica si colloca in fascia gialla, stabile rispetto all'anno precedente. Positivi anche i risultati dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza farmaceutica, che evidenziano un livello di consolidamento.

Nelle aree dei percorsi clinico-assistenziali (materno-infantile, oncologico, cronicità e salute mentale), la maggior parte degli indicatori si colloca in fascia gialla, indicando buoni livelli di tenuta complessiva. Spiccano in particolare l'ottimo posizionamento delle cure palliative e la performance elevata del percorso emergenza-urgenza, con indicatori prossimi al centro del bersaglio.

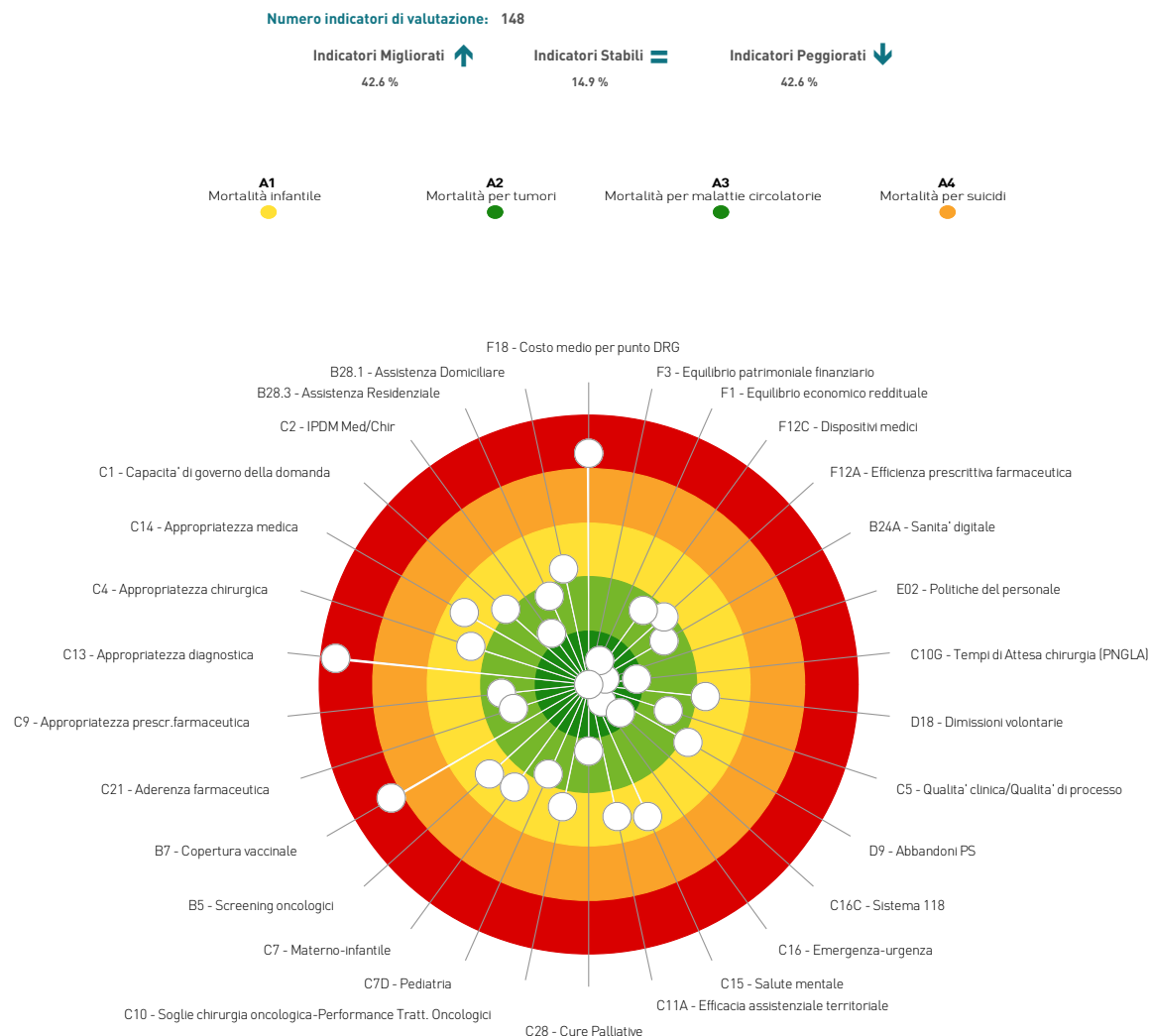
Molto positiva anche l'area della qualità clinica e di processo, che si colloca in fascia verde, segnalando buoni livelli di efficacia e sicurezza.

Eccellente la performance sui tempi di attesa per la chirurgia (PNGLA), che rappresenta uno dei punti di forza del sistema.

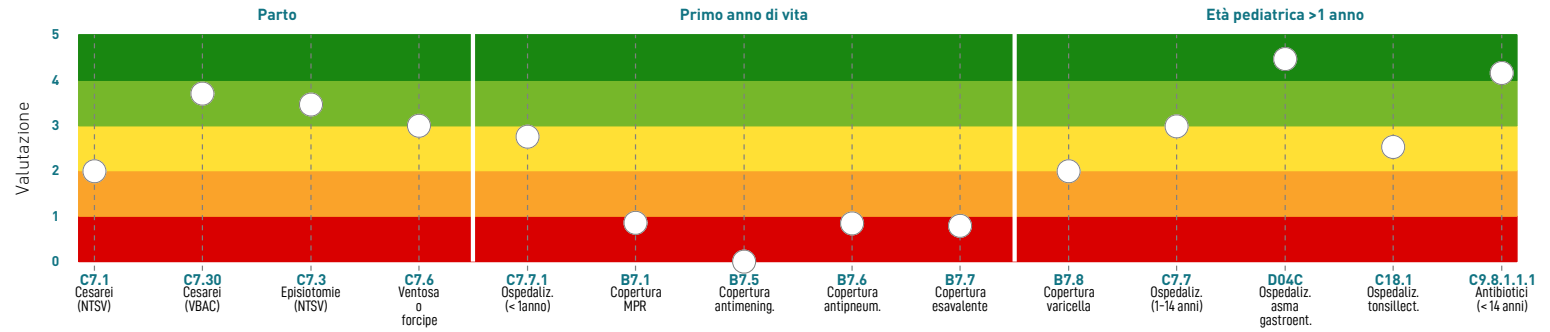
Infine, l'area delle sfide trasversali mostra risultati complessivamente buoni: gli indicatori relativi alle politiche del personale e alla sanità digitale si posizionano nelle fasce centrali del bersaglio, con performance solide ma ancora migliorabili.

Positiva anche la componente relativa ai dispositivi medici, che evidenzia livelli di efficienza e qualità in linea le altre Regioni/PA del Network.

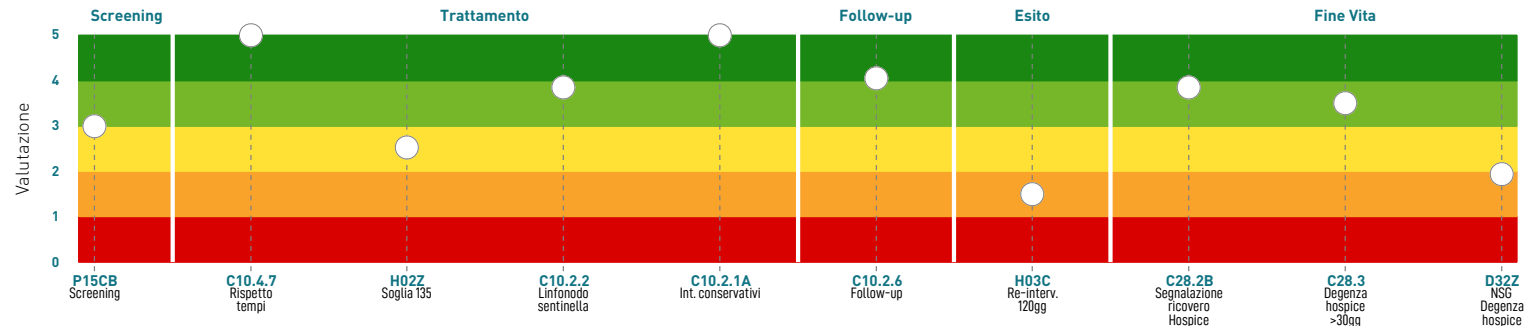
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024



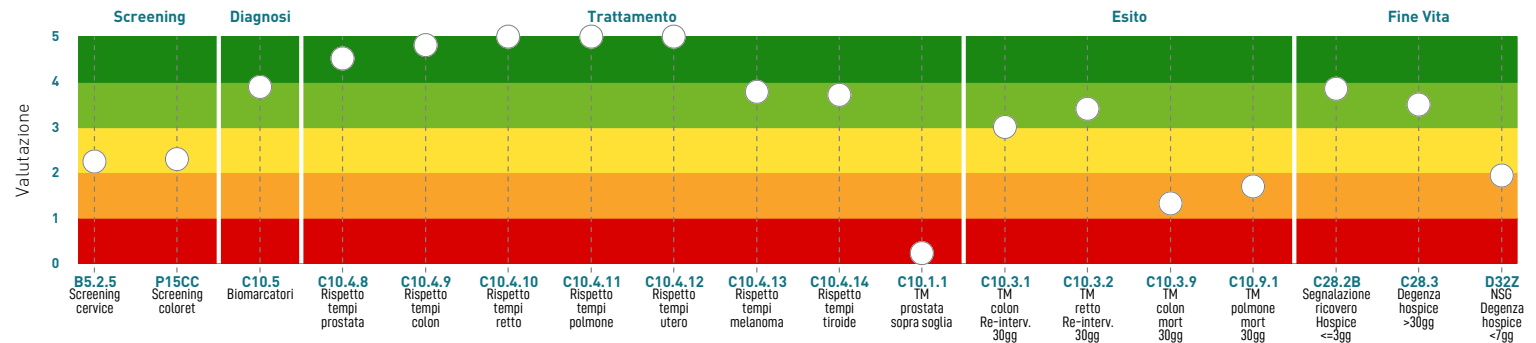
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



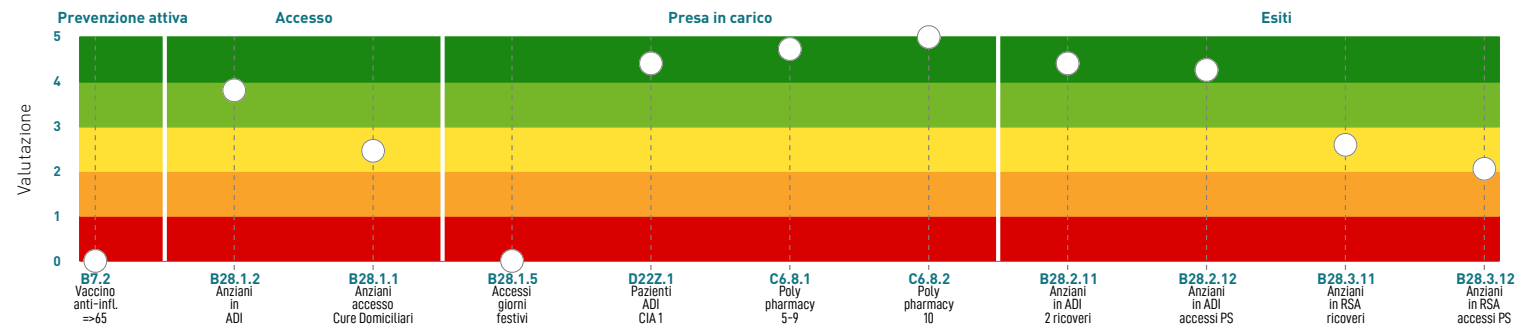
## PERCORSO ONCOLOGIA - TUMORE MAMMELLA

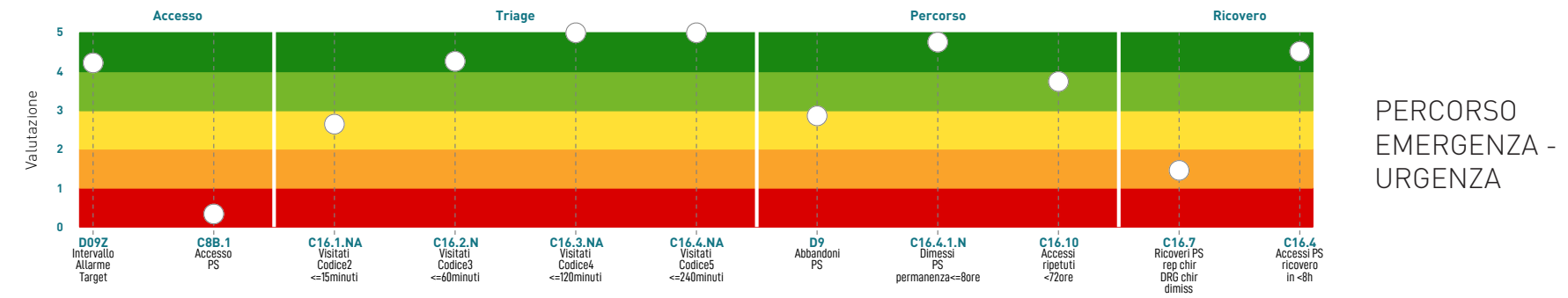
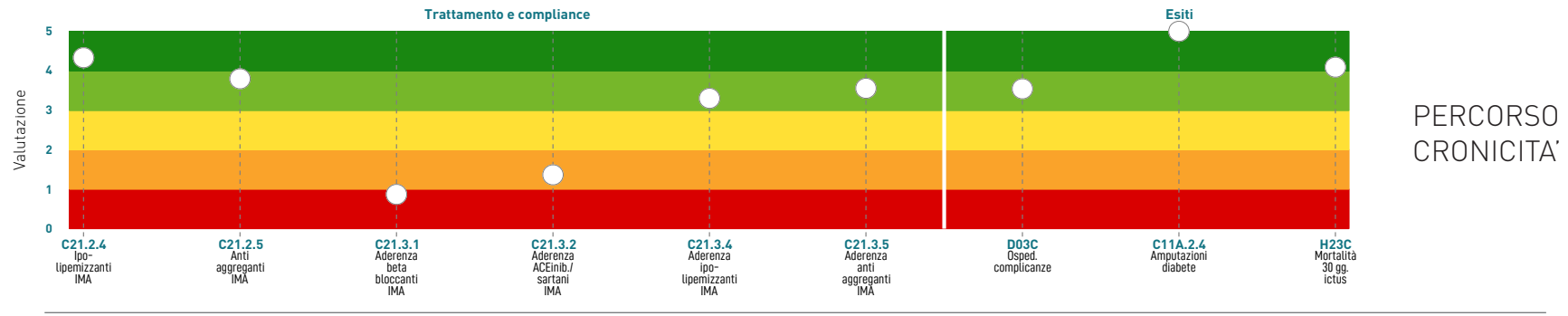
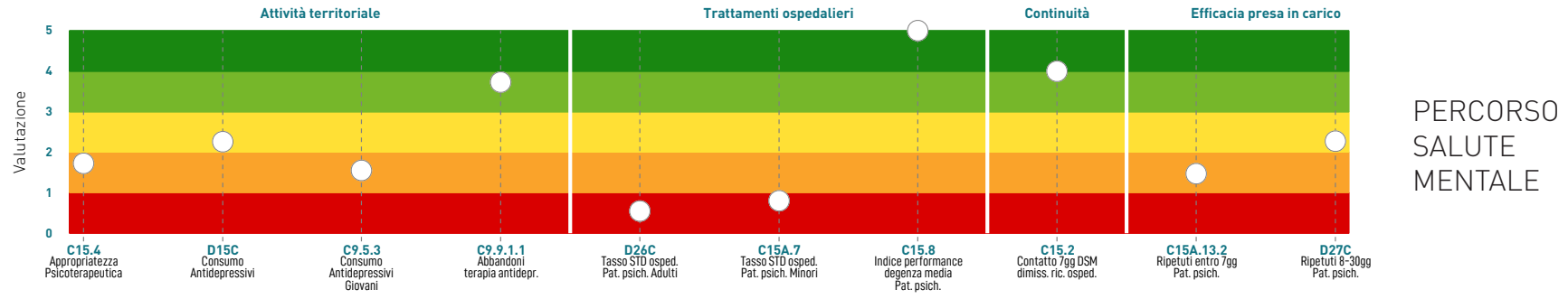


## PERCORSO ONCOLOGIA (ESCLUSO TUMORE MAMMELLA)



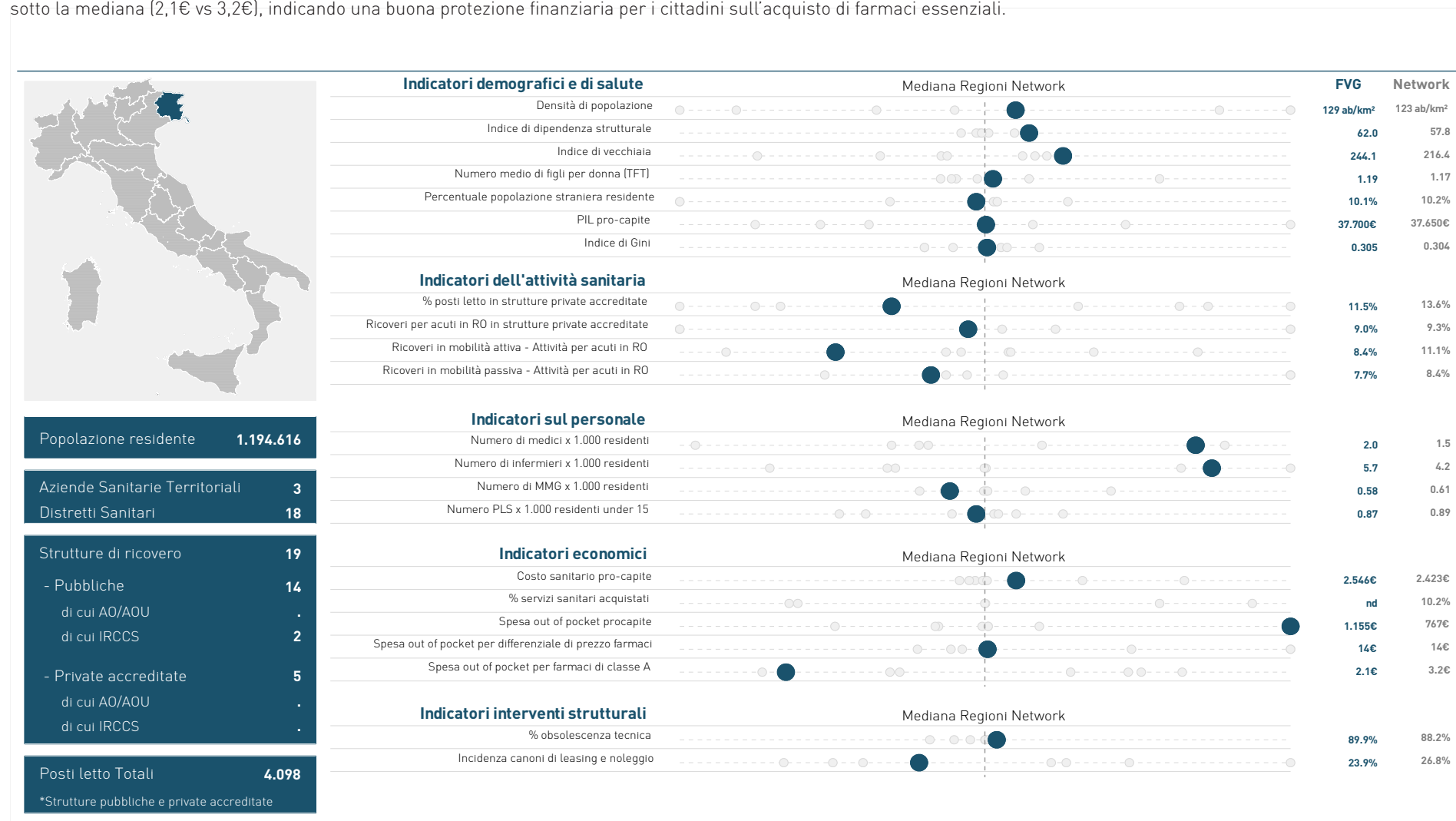
## PERCORSO ANZIANI E FRAGILITA'





# FRIULI VENEZIA GIULIA

Il Friuli Venezia Giulia si caratterizza per una densità abitativa (129 ab/km<sup>2</sup>) leggermente superiore alla mediana delle Regioni del Network e per un tessuto demografico decisamente più anziano, con un indice di vecchiaia (244,1) molto elevato rispetto alla mediana Network (216,4). La quota di popolazione straniera (10,1%) e il PIL pro-capite (37.700€) risultano invece sostanzialmente allineati ai valori medi. La mobilità sanitaria mostra volumi inferiori alla mediana del Network, sia per quella attiva (8,4% vs 11,1%) che per quella passiva (7,7% vs 8,4%). Anche la quota di posti letto in strutture private accreditate (11,9%) è inferiore alla mediana (13,6%). I dati sul personale sanitario evidenziano una dotazione di medici (2,0 per 1.000 residenti) e infermieri (5,7 per 1.000 residenti) superiore alle regioni del Network (rispettivamente 1,5 e 4,2), a fronte di un numero di Medici di Medicina Generale (0,58) leggermente inferiore alla mediana (0,61). Dal punto di vista economico, il costo sanitario pro-capite (2.546€) è lievemente più basso della mediana Network (2.423€). Tuttavia, è da segnare una spesa out of pocket pro-capite (1.155€) marcatamente più alta del Network (767€), evidenziando quindi un maggiore pressione economica a carico delle famiglie per l'accesso alle cure. Mentre la spesa per differenziale di prezzo farmaci (14€) è perfettamente allineata, la spesa out of pocket per i farmaci di classe A risulta essere sensibilmente sotto la mediana (2,1€ vs 3,2€), indicando una buona protezione finanziaria per i cittadini sull'acquisto di farmaci essenziali.



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 il Friuli-Venezia Giulia mostra una performance complessivamente positiva, con una prevalenza di indicatori collocati nelle fasce più interne del bersaglio e una quota significativa di miglioramenti rispetto all'anno precedente. Permangono tuttavia diversi indicatori posizionati tra la fascia verde e quella gialla, a testimonianza di un quadro nel complesso equilibrato, ma con alcuni ambiti ancora in consolidamento. Le criticità rilevabili risultano comunque condivise con molte altre realtà del Network, confermando un andamento omogeneo.

Nell'area della governance della domanda e dell'appropriatezza, si osservano risultati complessivamente buoni: eccellenti le performance del governo della domanda, mentre gli indicatori relativi all'appropriatezza medica e chirurgica si collocano su livelli medi. Positivi anche i risultati dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e dell'aderenza terapeutica, che confermano un andamento stabile.

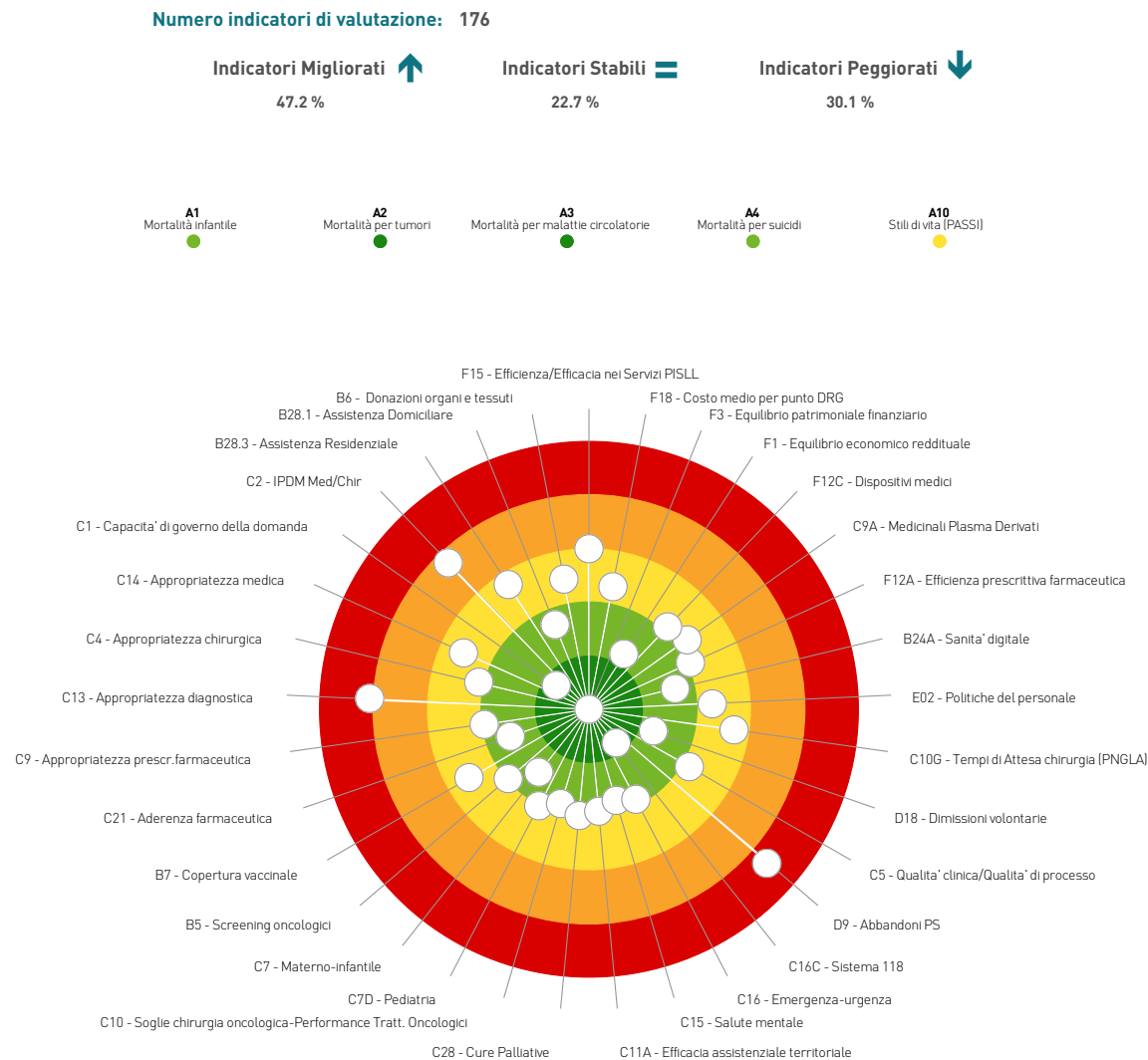
Nei percorsi clinico-assistenziali non emergono particolari criticità: la maggior parte degli indicatori si posiziona tra la fascia gialla e quella verde, segnalando progressi costanti e un trend di miglioramento che, se consolidato, potrà portare questi ambiti verso le fasce di performance più elevate. Da segnalare l'ottima valutazione del sistema 118, che raggiunge la fascia verde, e la criticità condivisa relativa agli abbandoni dal Pronto Soccorso, ancora più periferica.

L'area della qualità clinica e di processo si mantiene sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, con una buona performance complessiva.

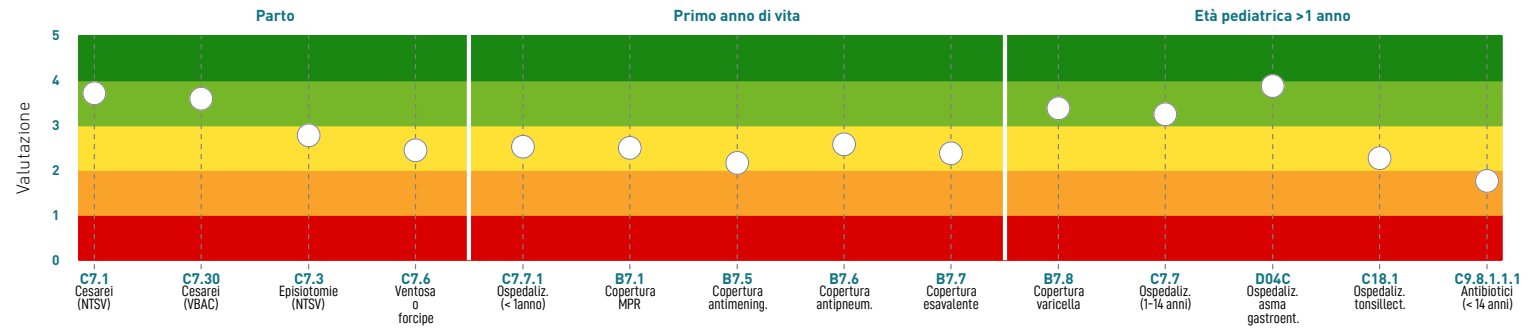
Per quanto riguarda le sfide trasversali, si rileva un miglioramento negli indicatori relativi alle politiche del personale, in particolare per la percentuale di assenza, e una buona performance nell'ambito della sanità digitale, segnale di un progressivo consolidamento delle capacità organizzative e tecnologiche.

Completano il quadro gli indicatori relativi ai dispositivi medici, che mostrano risultati buoni e allineati alla mediana delle Regioni/PA del Network.

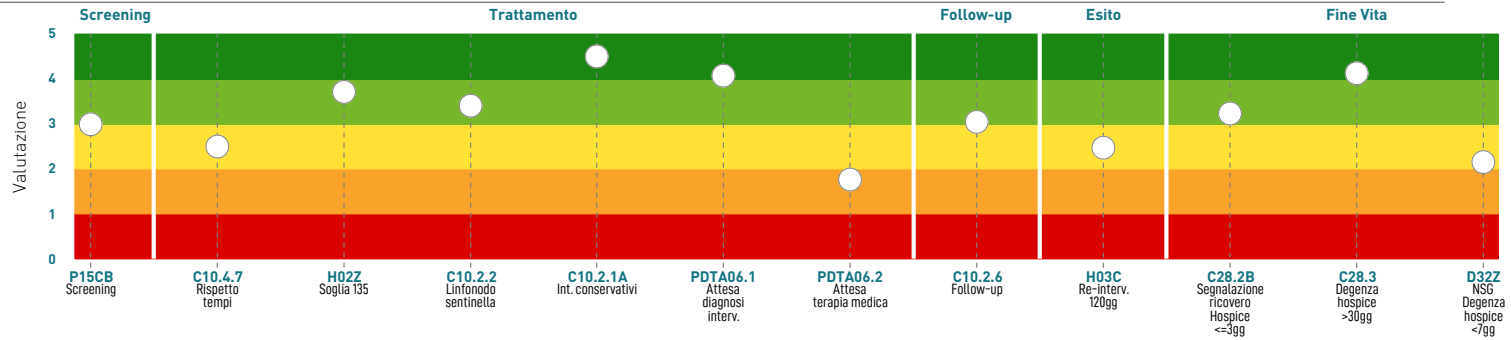
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024



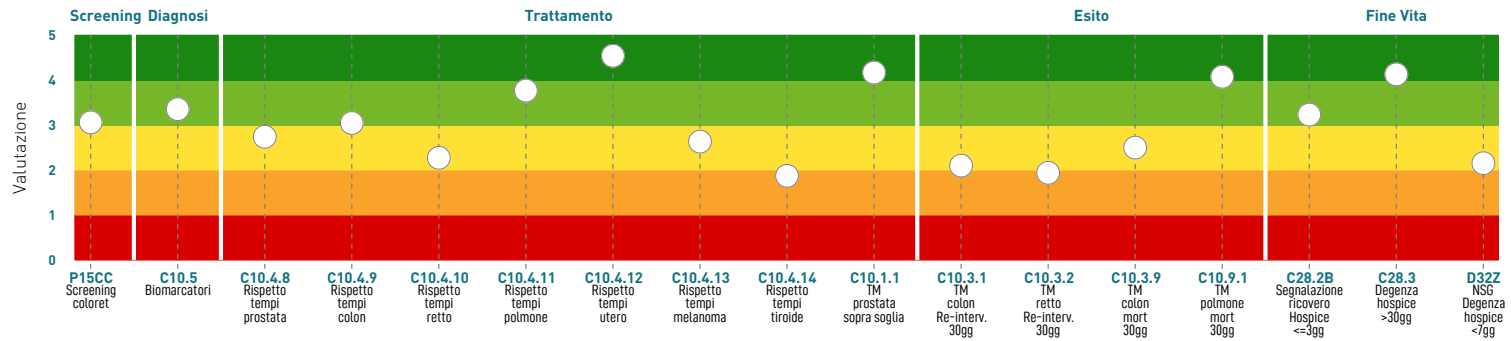
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



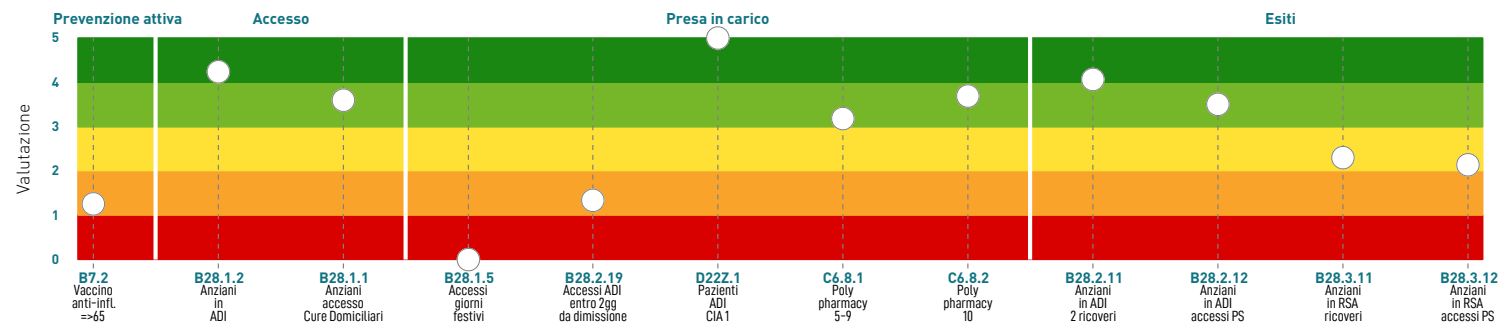
## PERCORSO ONCOLOGIA - TUMORE MAMMELLA

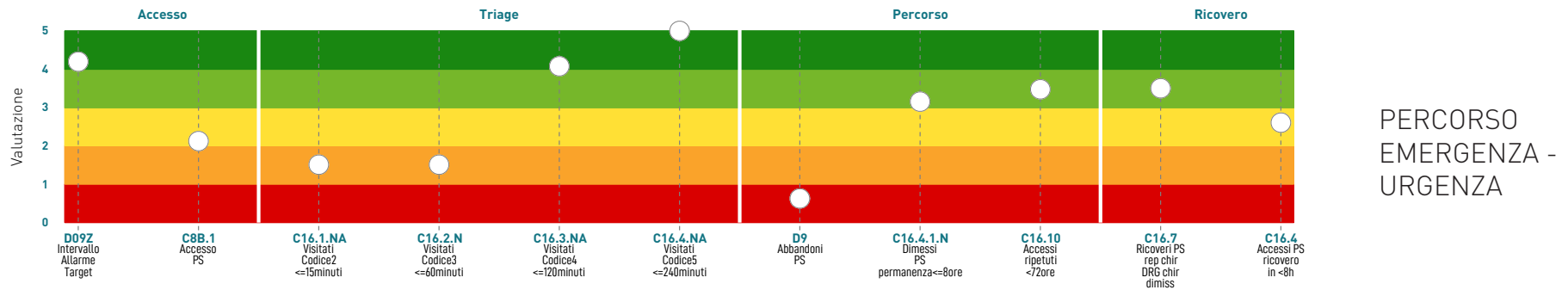
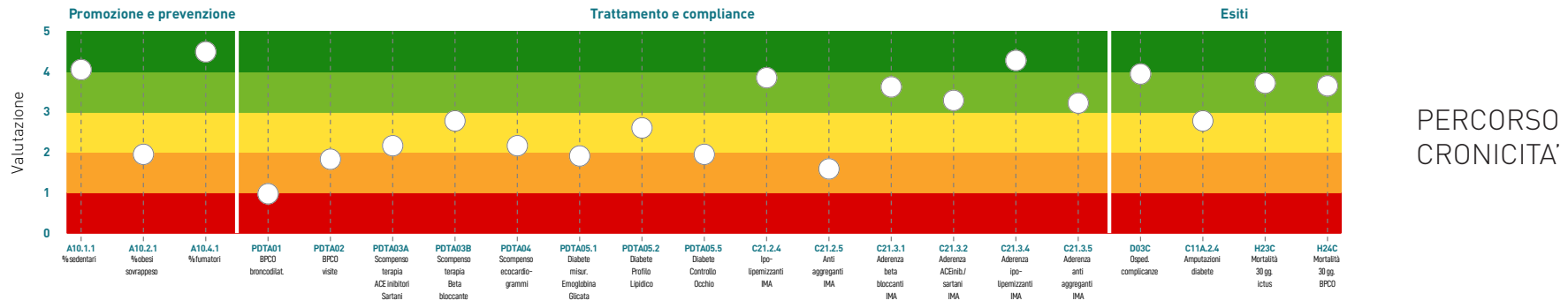
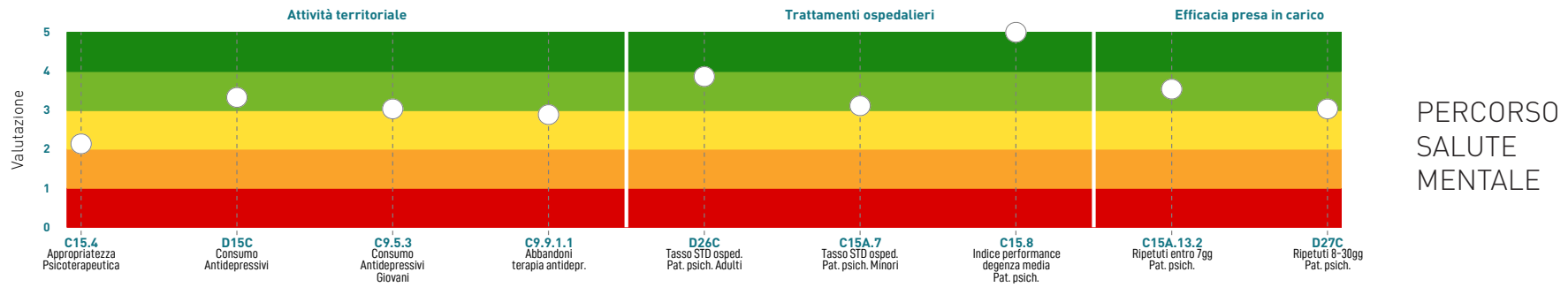


## PERCORSO ONCOLOGIA (ESCLUSO TUMORE MAMMELLA)



## PERCORSO ANZIANI E FRAGILITA'





# PUGLIA

La Regione Puglia si distingue per una densità abitativa (200 ab/km<sup>2</sup>) nettamente superiore alla mediana delle Regioni del Network (123 ab/km<sup>2</sup>) e per un tessuto demografico più giovane, con un indice di vecchiaia (200,8) inferiore alla mediana Network (216,4). La quota di popolazione straniera (3,8%) risulta essere tra le più basse del Network (10,2%). Per quanto riguarda l'attività sanitaria, si nota una quota di posti letto in strutture private accreditate (17,9%) superiore alla mediana (13,6%), ma il dato più rilevante è l'alta incidenza dei ricoveri per acuti in strutture private (43,1%), un valore di molto superiore alla mediana Network (9,3%). La mobilità sanitaria mostra un saldo leggermente negativo: la mobilità attiva (6,4%) è decisamente inferiore alla mediana (11,1%), mentre quella passiva (8,7%) è sostanzialmente allineata (8,4%). I dati sul personale sanitario mostrano una dotazione di medici (1,3 per 1.000 residenti) e infermieri (3,5 per 1.000 residenti) inferiore alla mediana del Network. Al contrario, la dotazione di Medici di Medicina Generale (0,65) e Pediatri (1,00) risulta superiore ai valori medi. Dal punto di vista economico, il costo sanitario pro-capite (2.322€) è inferiore alla mediana Network (2.423€), a fronte di una quota di servizi sanitari acquistati (14,7%) più alta (10,2%), segnale di una maggiore esternalizzazione. La spesa out of pocket pro-capite (579€) è decisamente più bassa della mediana (767€), indicando una buona protezione finanziaria. Tuttavia, è da segnare una spesa out of pocket per differenziale di prezzo farmaci (21€) marcatamente più alta del Network (14€), indice di una maggiore propensione ad acquistare farmaci branded.



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 il bersaglio della Regione Puglia restituisce una panoramica eterogenea. Pur registrando un miglioramento in oltre la metà degli indicatori, molti di essi si collocano ancora nelle fasce intermedie o più esterne, delineando un quadro nel complesso equilibrato ma con alcune aree da attenzionare. Le situazioni di forte criticità risultano limitate, ma sono comunque presenti ambiti che richiedono interventi mirati.

Per quanto riguarda la governance della domanda e l'appropriatezza, si osserva una buona performance per il gruppo di indicatori relativi alla capacità di governo della domanda, all'appropriatezza medica e agli indici di performance della degenza medica e chirurgica. L'appropriatezza chirurgica si colloca in fascia gialla, così come l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e l'aderenza terapeutica, che presentano risultati medi ma stabili rispetto all'anno precedente.

Nei percorsi clinico-assistenziali, la maggior parte degli indicatori si posiziona in fascia intermediana, con un andamento sostanzialmente omogeneo tra i diversi ambiti. Fanno eccezione gli indicatori relativi all'efficacia e all'assistenza territoriale del percorso anziani e fragilità, insieme al sistema 118 del percorso emergenza-urgenza, che mostrano una buona performance, prossima alla fascia verde scuro. In fascia gialla si colloca l'area della qualità clinica e di processo, che mantiene livelli di performance complessivamente buoni ma non ancora ottimali.

Tra le aree da attenzionare, si segnalano le dimissioni volontarie – una criticità condivisa anche con altre realtà del Network – e la performance negativa relativa ai tempi di attesa per la chirurgia (PNGLA), che resta una delle principali aree di debolezza.

Nell'ambito delle sfide trasversali, si rileva la necessità di monitorare l'andamento degli indicatori relativi alle politiche del personale, che mostrano ancora margini di miglioramento, mentre la sanità digitale presenta una performance di livello medio, segnale di un percorso in evoluzione.

Chiude il quadro la buona performance dei dispositivi medici e dell'efficienza prescrittiva farmaceutica, entrambe collocate nelle fasce più interne del bersaglio, in linea con i risultati delle altre Regioni/PA del Network.

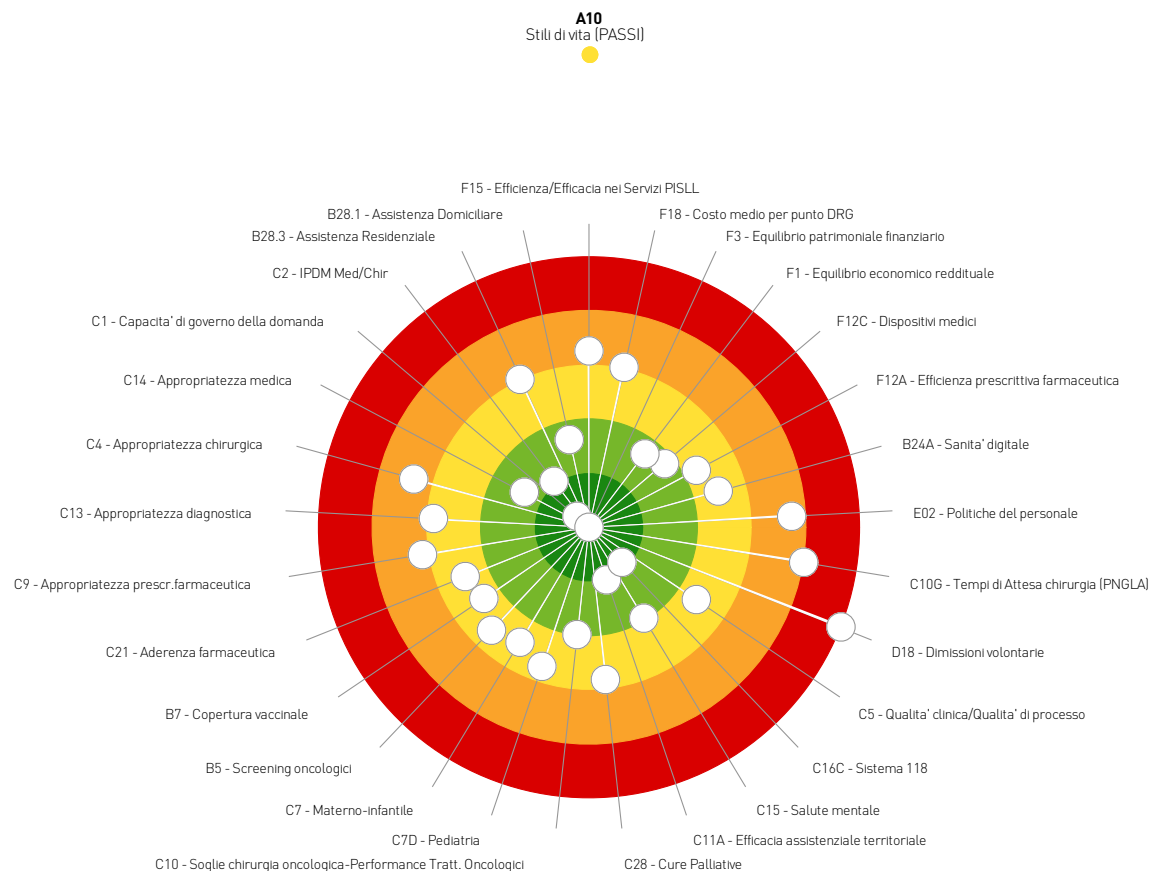
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024

Numero indicatori di valutazione: 124

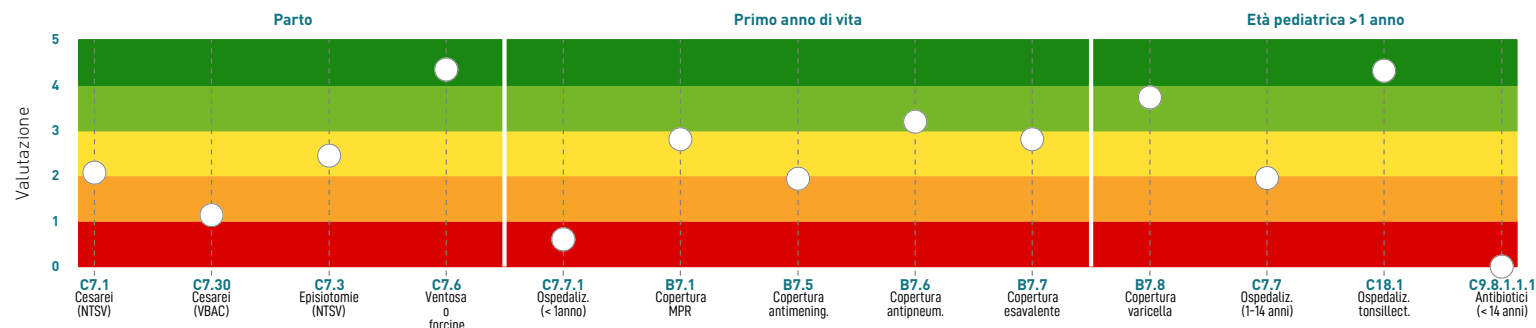
Indicatori Migliorati ↑  
58.1%

Indicatori Stabili =  
12.1%

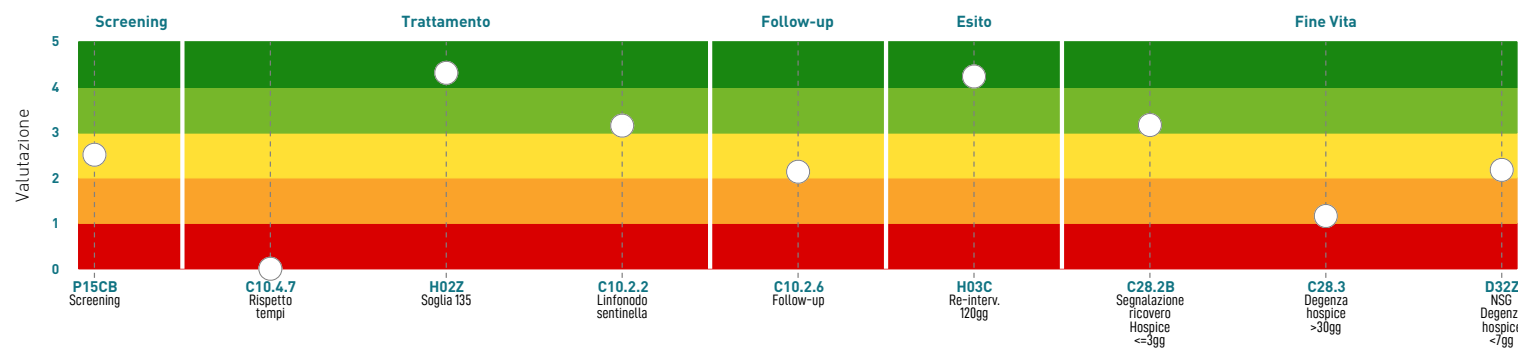
Indicatori Peggiorati ↓  
29.8%



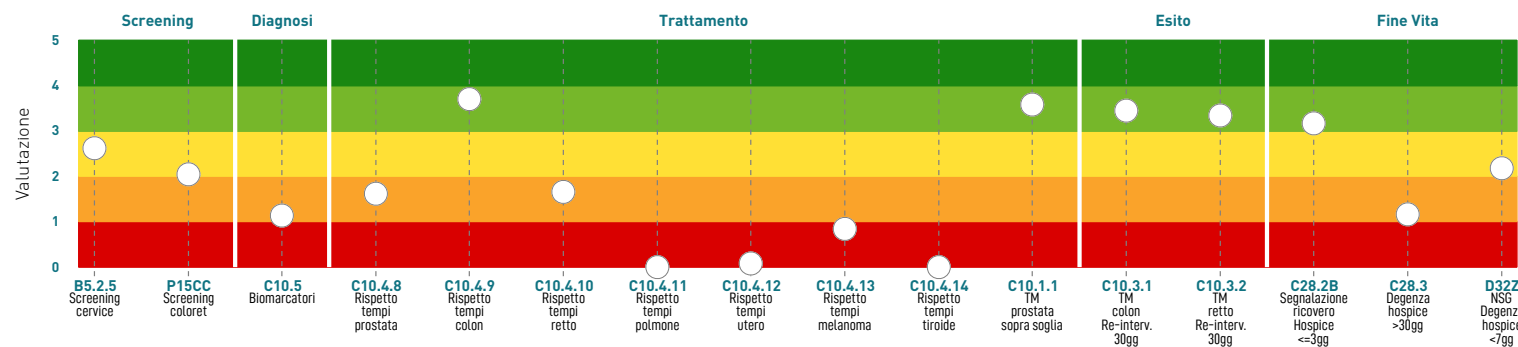
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



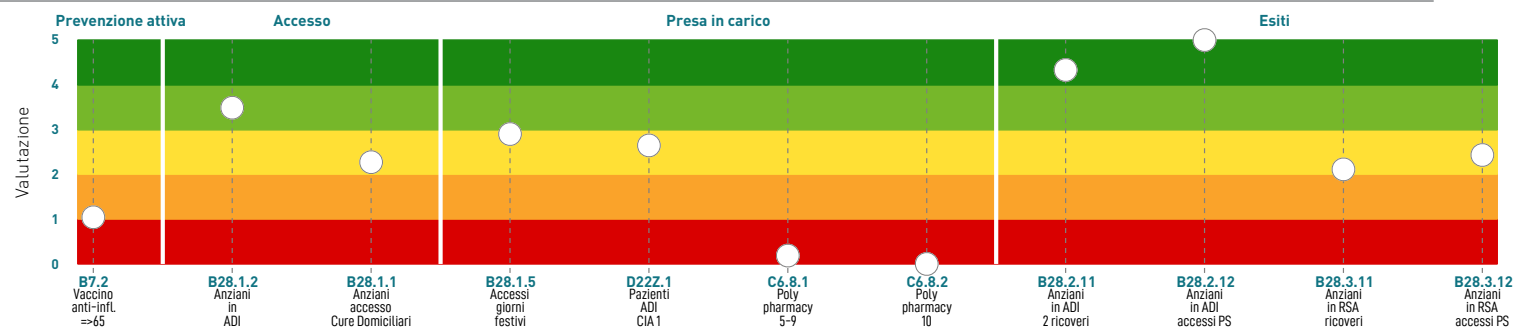
## PERCORSO ONCOLOGIA - TUMORE MAMMELLA

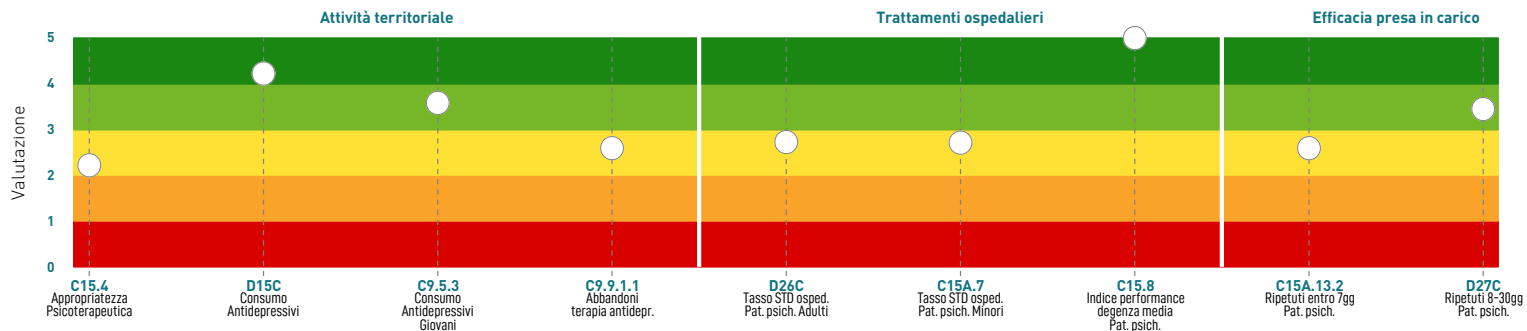


## PERCORSO ONCOLOGIA (ESCLUSO TUMORE MAMMELLA)

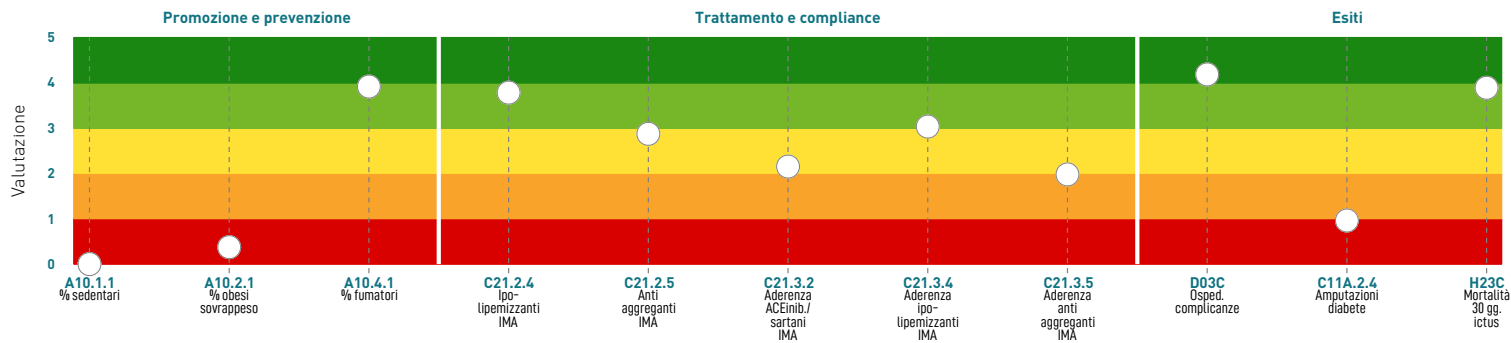


## PERCORSO ANZIANI E FRAGILITA'





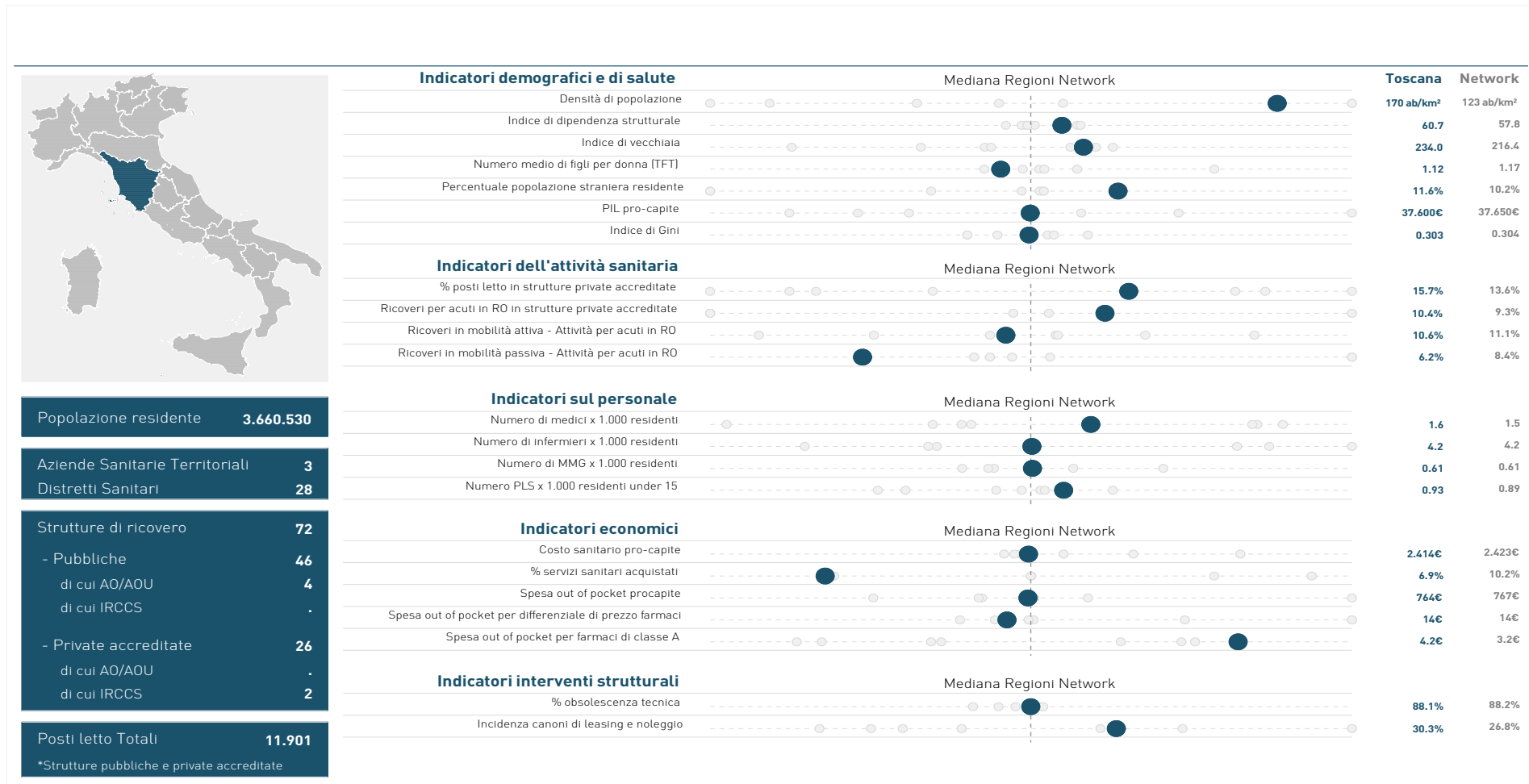
PERCORSO  
SALUTE  
MENTALE



PERCORSO  
CRONICITA'

# TOSCANA

La Toscana si distingue per una densità abitativa superiore alla mediana delle Regioni del Network e per un tessuto demografico più anziano, con un indice di vecchiaia elevato (234 contro 216 delle Regioni del Network). La quota di popolazione straniera è leggermente più alta alla mediana (15,7% vs 13,6%), segno di un moderato ricorso al privato nel sistema regionale. La mobilità sanitaria mostra un saldo positivo, con una mobilità attiva superiore a quella passiva, a indicare la capacità del sistema toscano di attrarre pazienti da altre regioni. Inoltre, la quota di servizi sanitari acquistati (5,8% del totale della spesa) risulta inferiore alla mediana del Network, segnalando un livello contenuto di esternalizzazione delle attività assistenziali. I dati sul personale sanitario, mostrano una dotazione di medici e infermieri sostanzialmente in linea con la mediana del Network. Dal punto di vista economico, il costo sanitario pro capite (2.414 € nel 2023) è sostanzialmente allineato alle Regioni del Network, con una spesa out of pocket leggermente inferiore, segno di una discreta protezione finanziaria. Tuttavia, è da segnare una più alta spesa out of pocket per farmaci di classe A, indicatore di equità che monitora la quota di spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci essenziali rimborsabili dal SSN.



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 la Toscana presenta una performance complessivamente positiva, con un progressivo consolidamento delle aree centrali del bersaglio e una riduzione delle situazioni critiche. Rispetto al 2023, emerge un equilibrio tra indicatori in miglioramento e in peggioramento, segnale di un sistema che mantiene buoni livelli di tenuta complessiva.

Sul fronte della governance della domanda e appropriatezza, si osservano segnali di rafforzamento della capacità di risposta del sistema, con un miglioramento della gestione dei ricoveri e dei percorsi di cura. Permangono tuttavia margini di miglioramento nell'appropriatezza diagnostica e prescrittiva, soprattutto in ambito farmaceutico e pediatrico.

L'area dei percorsi assistenziali mostra un andamento stabile, con buoni risultati nel percorso oncologico — caratterizzato da tempi di trattamento generalmente rispettati e da un'elevata qualità degli esiti — e un rafforzamento del percorso materno-infantile, dove si confermano buone pratiche di appropriatezza clinica. Anche il percorso emergenza-urgenza si mantiene su livelli positivi, pur in presenza di un aumento degli accessi ai Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda la cronicità e la presa in carico delle fragilità, si confermano buoni livelli di aderenza terapeutica, mentre si evidenziano alcune criticità nel mantenimento della continuità assistenziale post-dimissione e nelle coperture vaccinali. In questo ambito, la progressiva integrazione dei servizi territoriali e domiciliari rappresenta una priorità di consolidamento.

Il percorso della sanità digitale mostra segnali di crescita incoraggianti. Si tratta di un ambito in espansione che rafforza la capacità del sistema di integrare strumenti tecnologici nei percorsi assistenziali.

Infine, gli indicatori economico-finanziari evidenziano una fase di assestamento: l'aumento della spesa e dei volumi assistenziali, in linea con il trend nazionale, richiede interventi mirati di efficientamento e una gestione attenta dell'equilibrio tra costi e risorse.

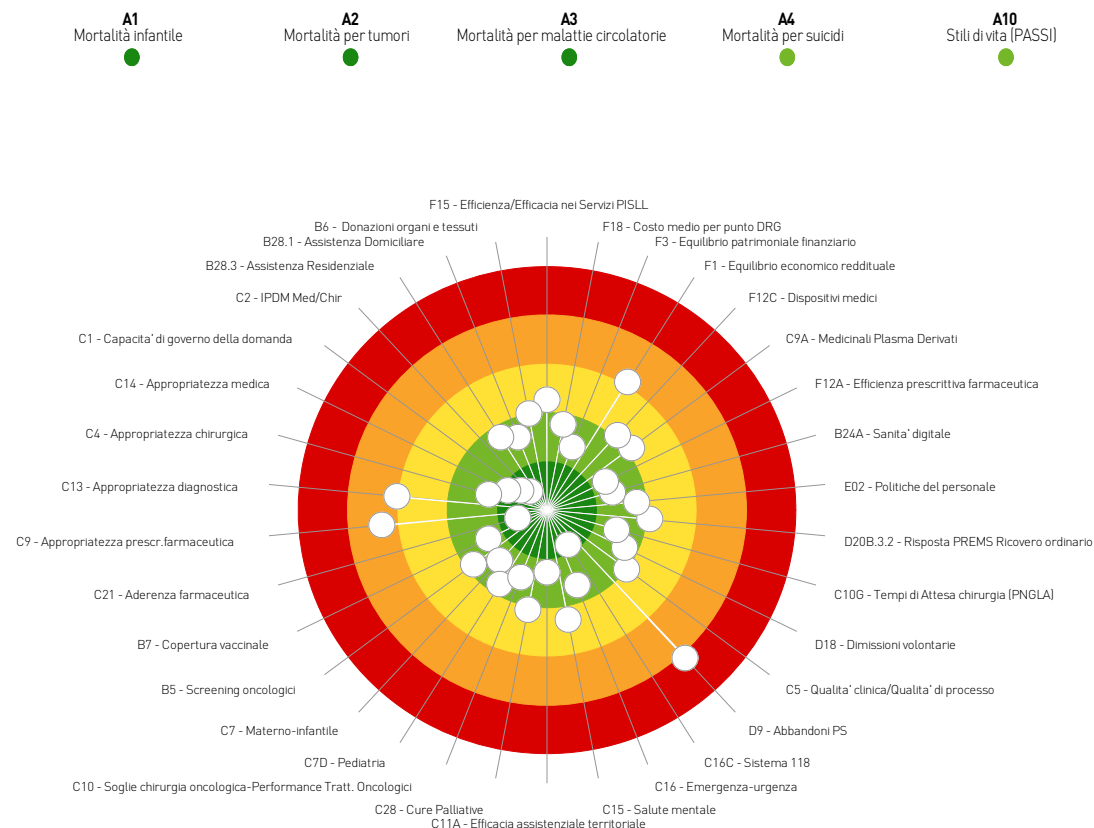
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024

Numero indicatori di valutazione: 178

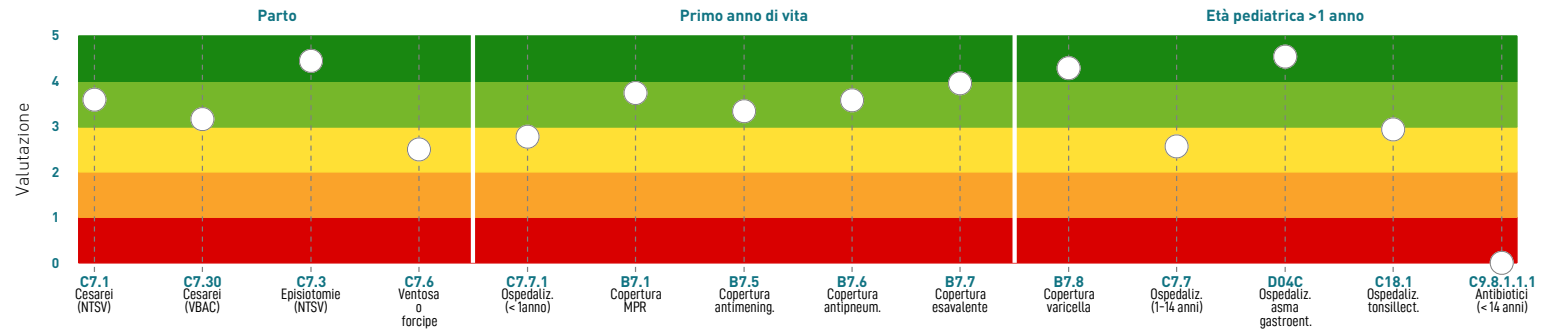
Indicatori Migliorati ↑  
44.4 %

Indicatori Stabili =  
24.7 %

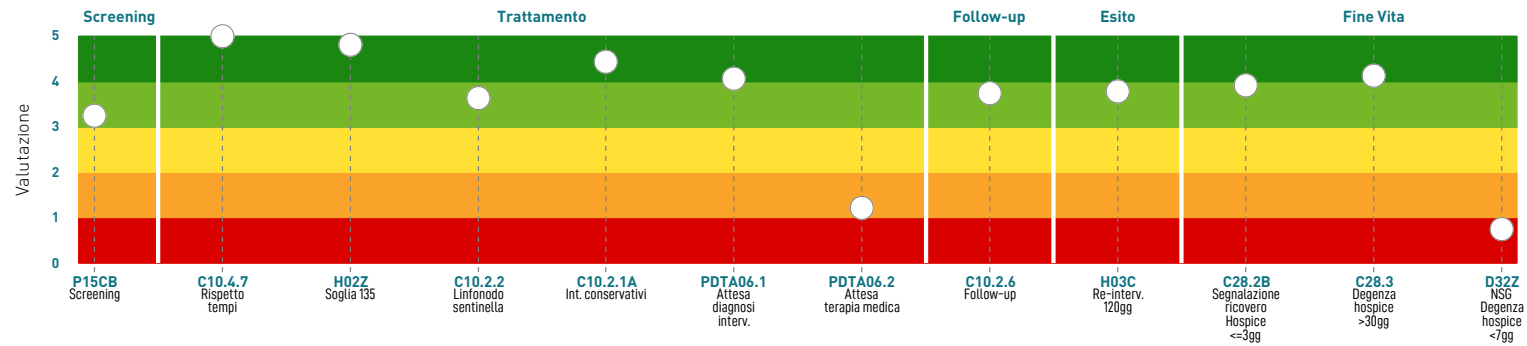
Indicatori Peggiorati ↓  
30.9 %



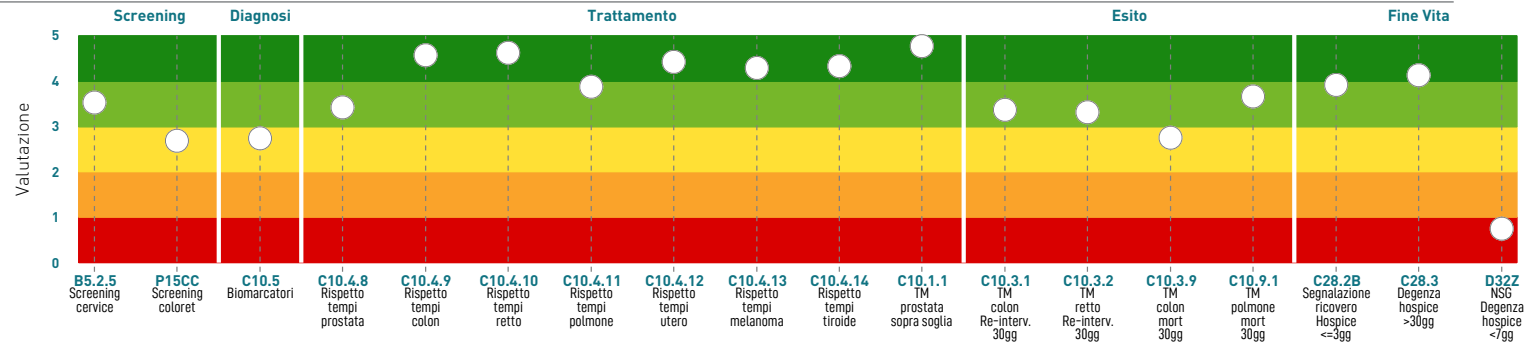
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



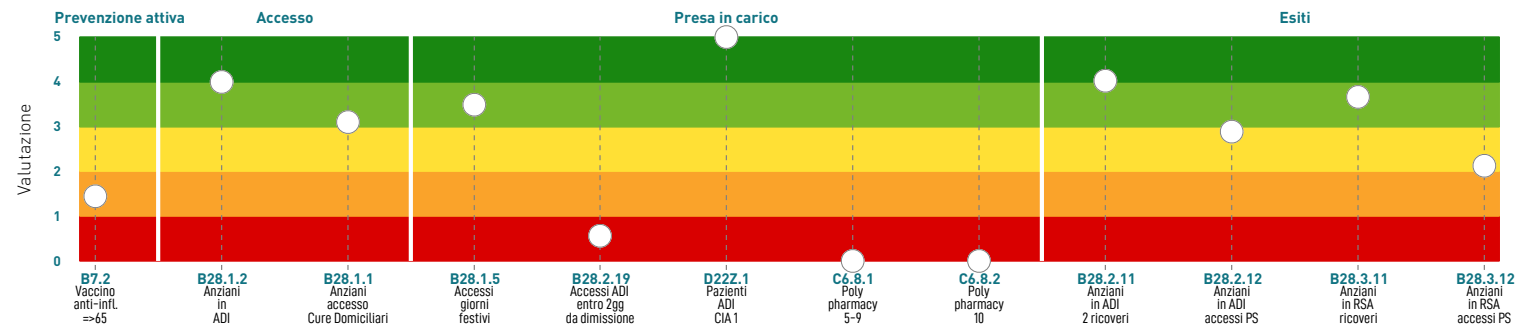
## PERCORSO ONCOLOGIA - TUMORE MAMMELLA

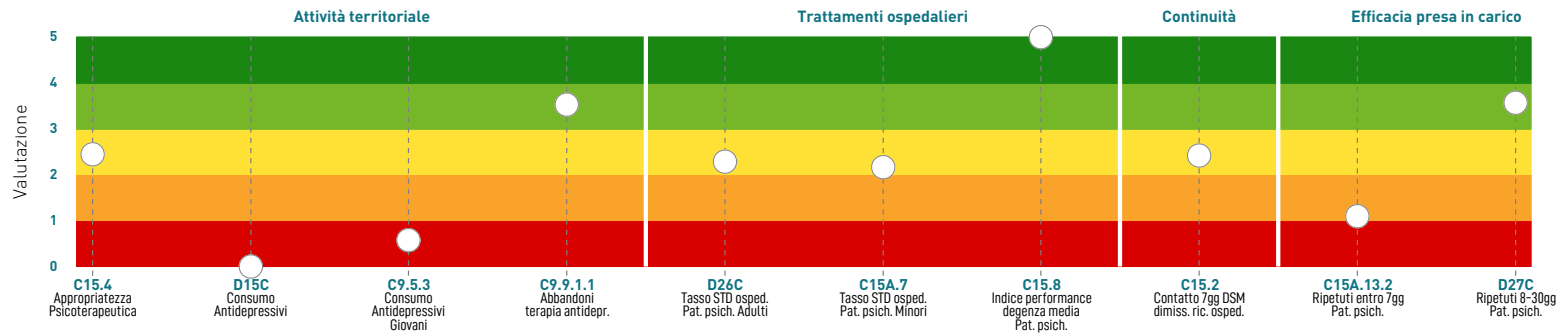


## PERCORSO ONCOLOGIA (ESCLUSO TUMORE MAMMELLA)

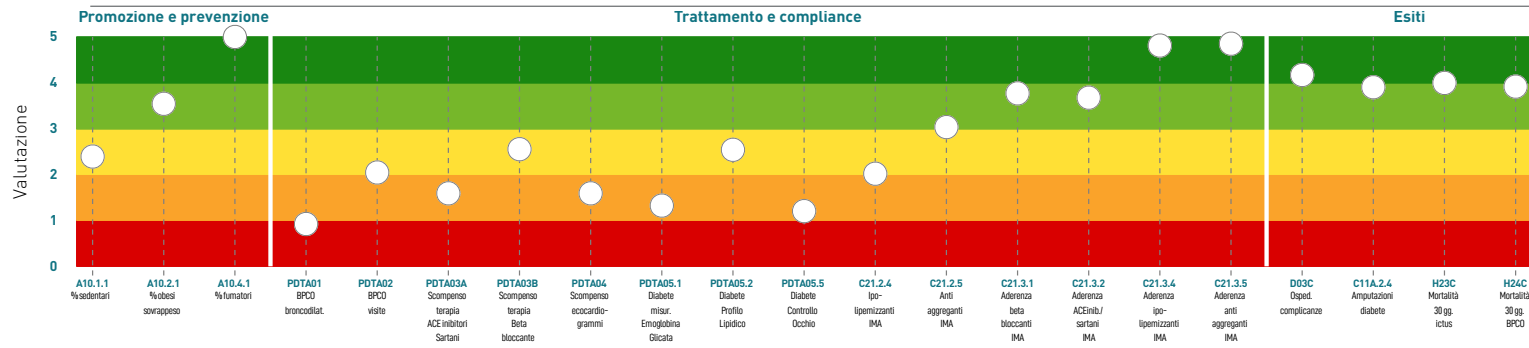


## PERCORSO ANZIANI E FRAGILITA'

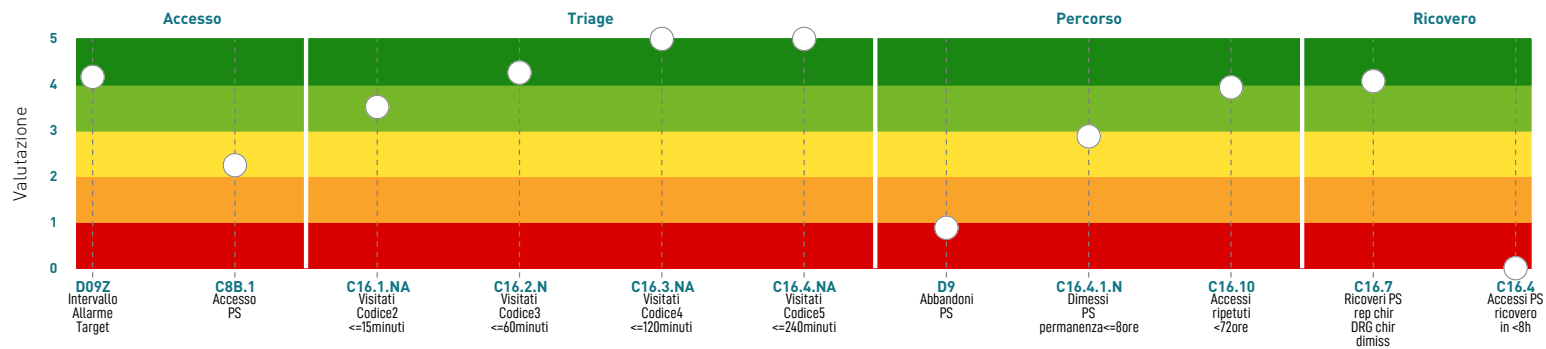




PERCORSO  
SALUTE  
MENTALE



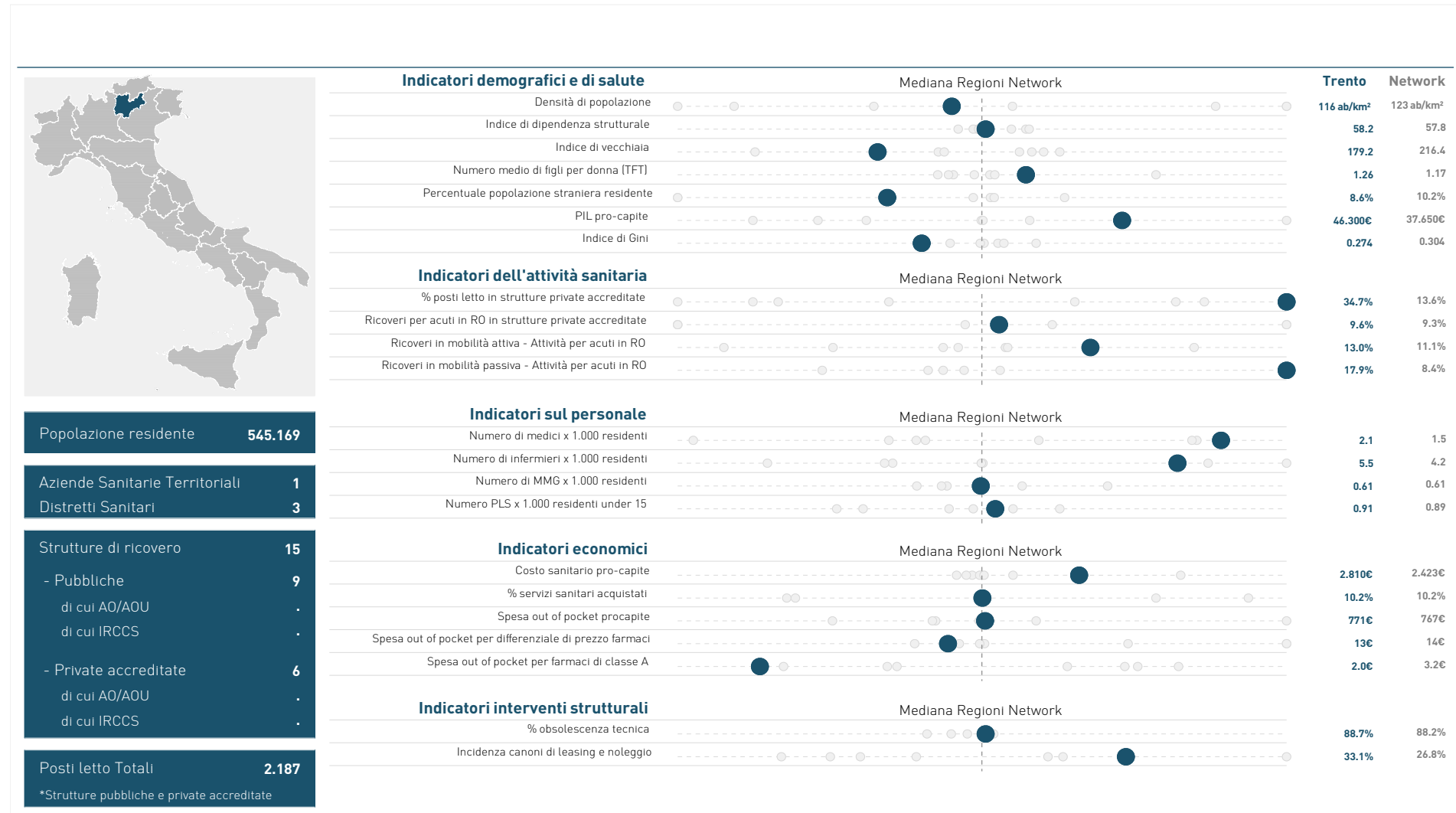
PERCORSO  
CRONICITA'



PERCORSO  
EMERGENZA -  
URGENZA

# P.A. TRENTO

La Provincia Autonoma di Trento si caratterizza per una densità abitativa (116 ab/km<sup>2</sup>) leggermente inferiore alla mediana delle Regioni del Network (123 ab/km<sup>2</sup>) e per un tessuto demografico sensibilmente più giovane, con un indice di vecchiaia (179,2) decisamente più basso del Network (216,4). La quota di popolazione straniera (8,6%) è lievemente inferiore alla mediana, mentre spicca il PIL pro-capite (46.300€). Per quanto riguarda l'attività sanitaria, si evidenzia una quota di posti letto in strutture private accreditate (34,7%) estremamente elevata, più del doppio rispetto alla mediana Network (13,6%). La mobilità sanitaria mostra un saldo negativo: sebbene la mobilità attiva (13,0%) sia superiore alla mediana (11,1%), la mobilità passiva (17,5%) è più del doppio rispetto alle regioni del Network (8,4%), indicando un'alta fuga di pazienti. I dati sul personale sanitario mostrano una dotazione di medici (2,1 per 1.000 residenti) e infermieri (5,5 per 1.000 residenti) significativamente superiore alla mediana del Network (rispettivamente 1,5 e 4,2). Il numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri risulta, invece, risulta perfettamente allineato. Dal punto di vista economico, la spesa out of pocket pro-capite (771€) e la quota di servizi sanitari acquistati (10,2%) sono invece sostanzialmente allineate. Si segnala, tuttavia, una spesa out of pocket per farmaci di classe A (2,0€) tra le più basse del Network (mediana 3,2€), un indicatore di elevata protezione finanziaria per i cittadini sull'acquisto di farmaci essenziali.



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 la Provincia Autonoma di Trento presenta una performance complessivamente positiva, con numerosi indicatori in miglioramento e la quasi totalità posizionata nelle fasce più interne del bersaglio, a conferma della buona tenuta complessiva del sistema sanitario. Le principali criticità, relative all'appropriatezza diagnostica e all'abbandono dal Pronto Soccorso, risultano comuni a molte altre Regioni e Province Autonome del Network.

Nell'area della governance della domanda e dell'appropriatezza, si osserva una performance nel complesso buona, con punte di eccellenza per gli indicatori relativi al governo della domanda. Solo l'appropriatezza chirurgica e l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica si collocano in fascia gialla, pur mostrando un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente.

Tutti gli indicatori dei percorsi clinico-assistenziali si attestano su valori molto positivi, con risultati prossimi alle fasce più interne del bersaglio. In particolare, si distinguono per performance elevata il percorso materno-infantile e il percorso emergenza-urgenza, entrambi caratterizzati da buoni livelli di performance generale.

Buona anche la qualità clinica e di processo, che mantiene un posizionamento stabile e coerente con la fascia verde.

Nell'ambito della responsiveness, meritano attenzione gli indicatori relativi ai tempi di attesa per la chirurgia (PNGLA): in alcune specialità si registra un miglioramento significativo rispetto allo scorso anno, mentre in altre persiste un trend meno favorevole, che richiede monitoraggio.

L'area delle sfide trasversali conferma un quadro nel complesso positivo: gli indicatori sulle politiche del personale risultano in miglioramento, seppur ancora in fascia gialla, mentre la sanità digitale si distingue per una delle migliori performance del Network, posizionandosi stabilmente tra le fasce più interne del bersaglio.

Chiudono le aree relative all'efficienza prescrittiva farmaceutica e ai dispositivi medici, entrambe con risultati ottimali, a testimonianza di un sistema efficiente e orientato alla qualità.

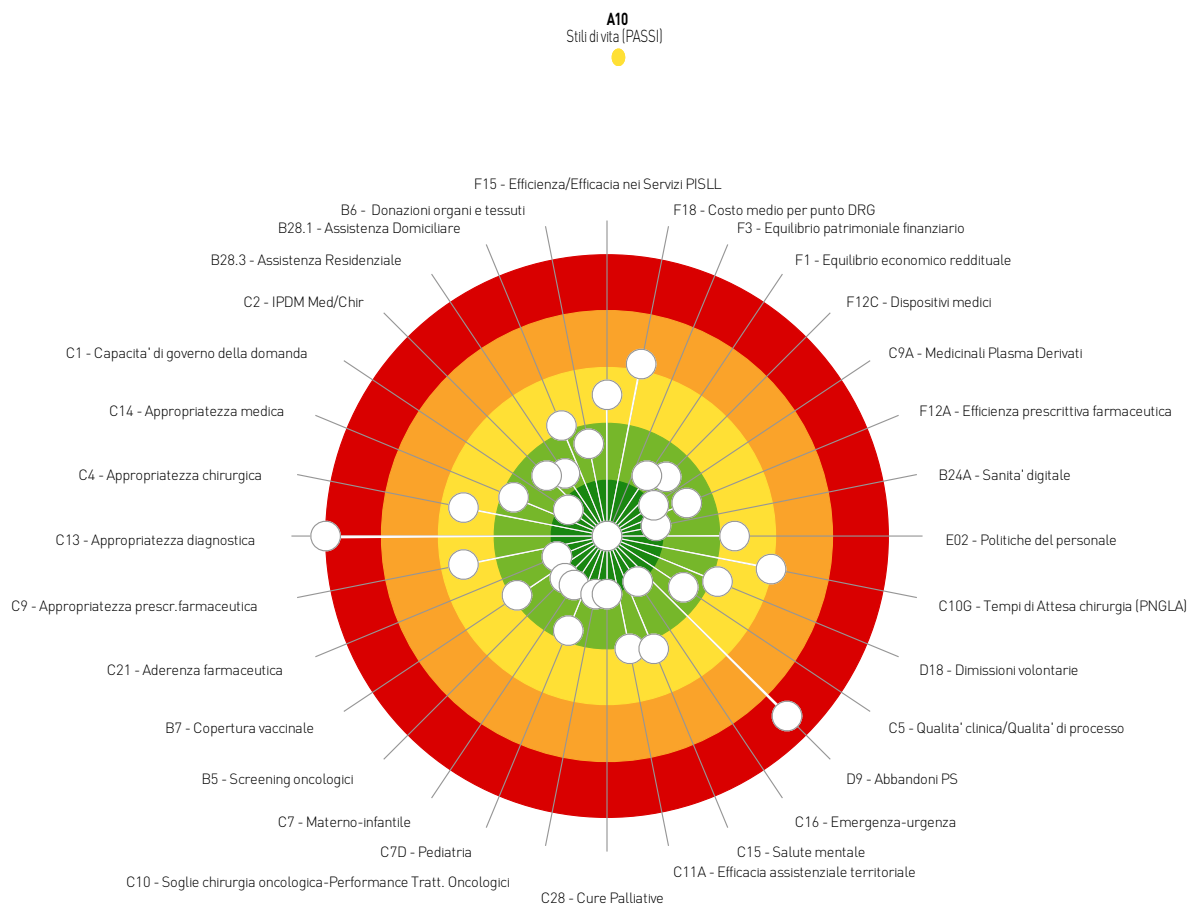
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024

Numero indicatori di valutazione: 158

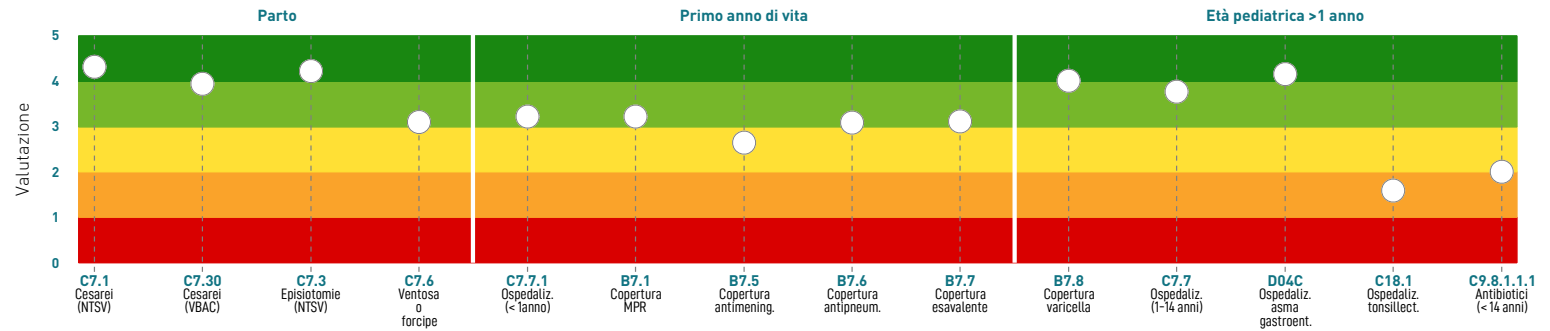
Indicatori Migliorati ↑  
50.0%

Indicatori Stabili =  
13.3%

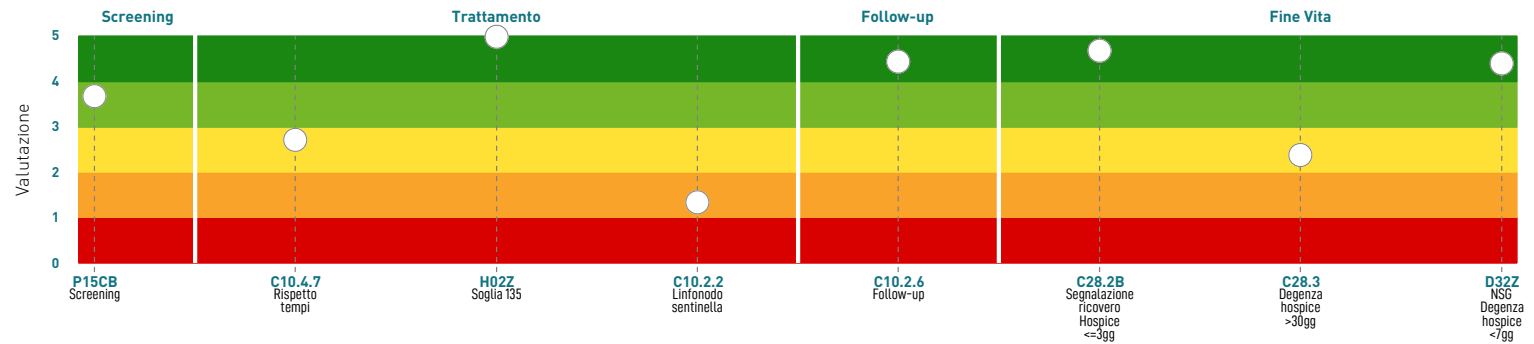
Indicatori Peggiorati ↓  
36.7%



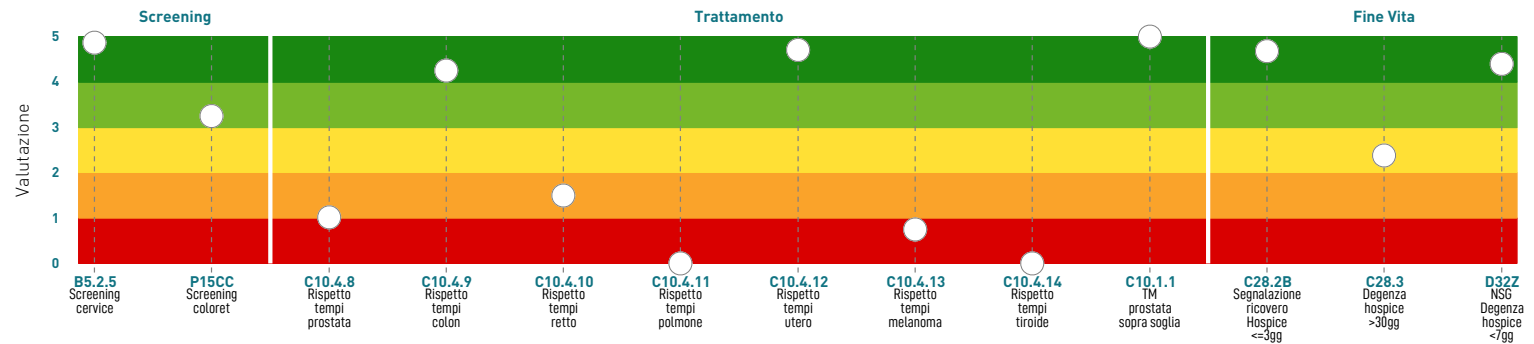
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



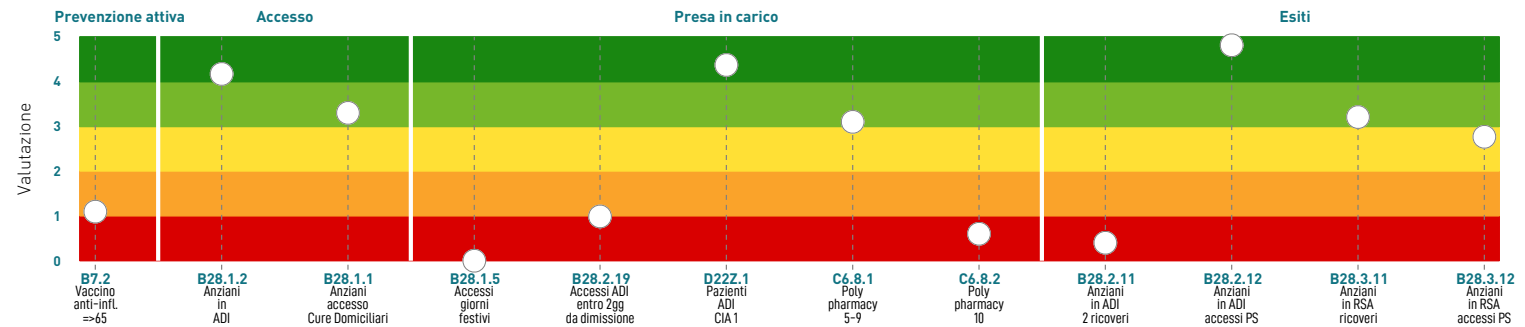
## PERCORSO ONCOLOGIA - TUMORE MAMMELLA

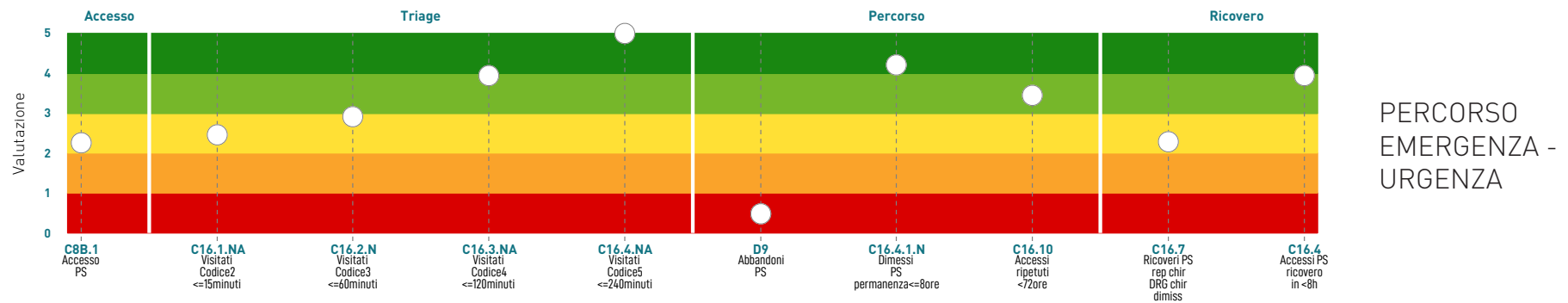
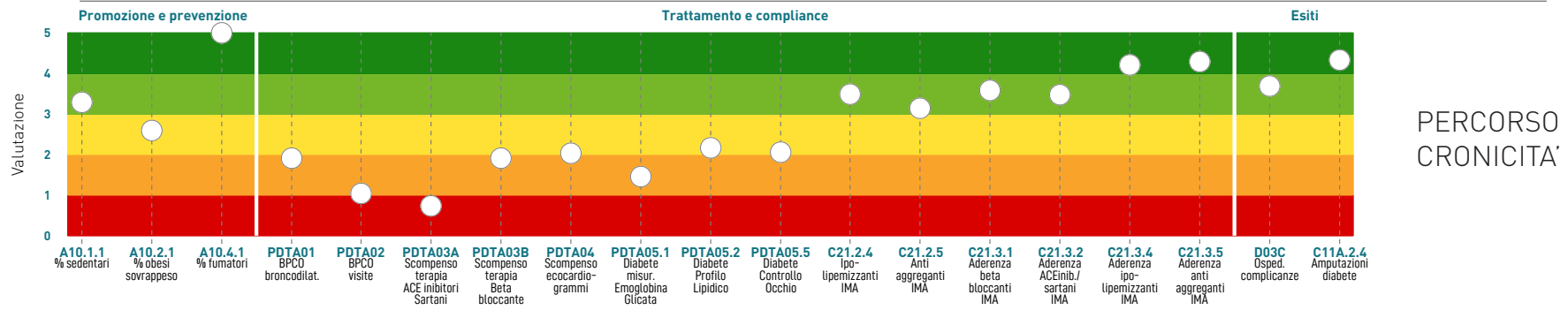
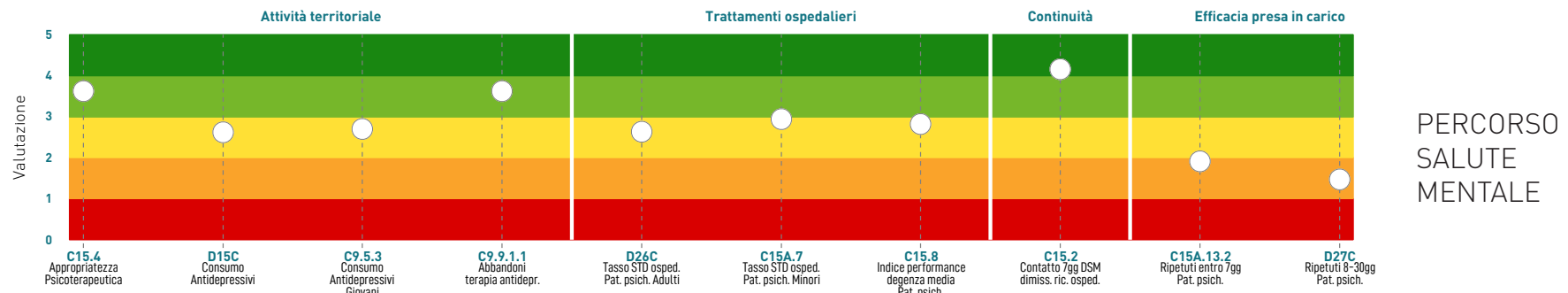


## PERCORSO ONCOLOGIA (ESCLUSO TUMORE MAMMELLA)



## PERCORSO ANZIANI E FRAGILITA'





# UMBRIA

La Regione Umbria si caratterizza per una densità abitativa (101 ab/km<sup>2</sup>) inferiore alla mediana delle Regioni del Network e per un tessuto demografico decisamente più anziano, con un indice di vecchiaia (238,3) molto elevato rispetto alla mediana Network (216,4). La quota di popolazione straniera (10,4%) è allineata alle altre regioni del Network

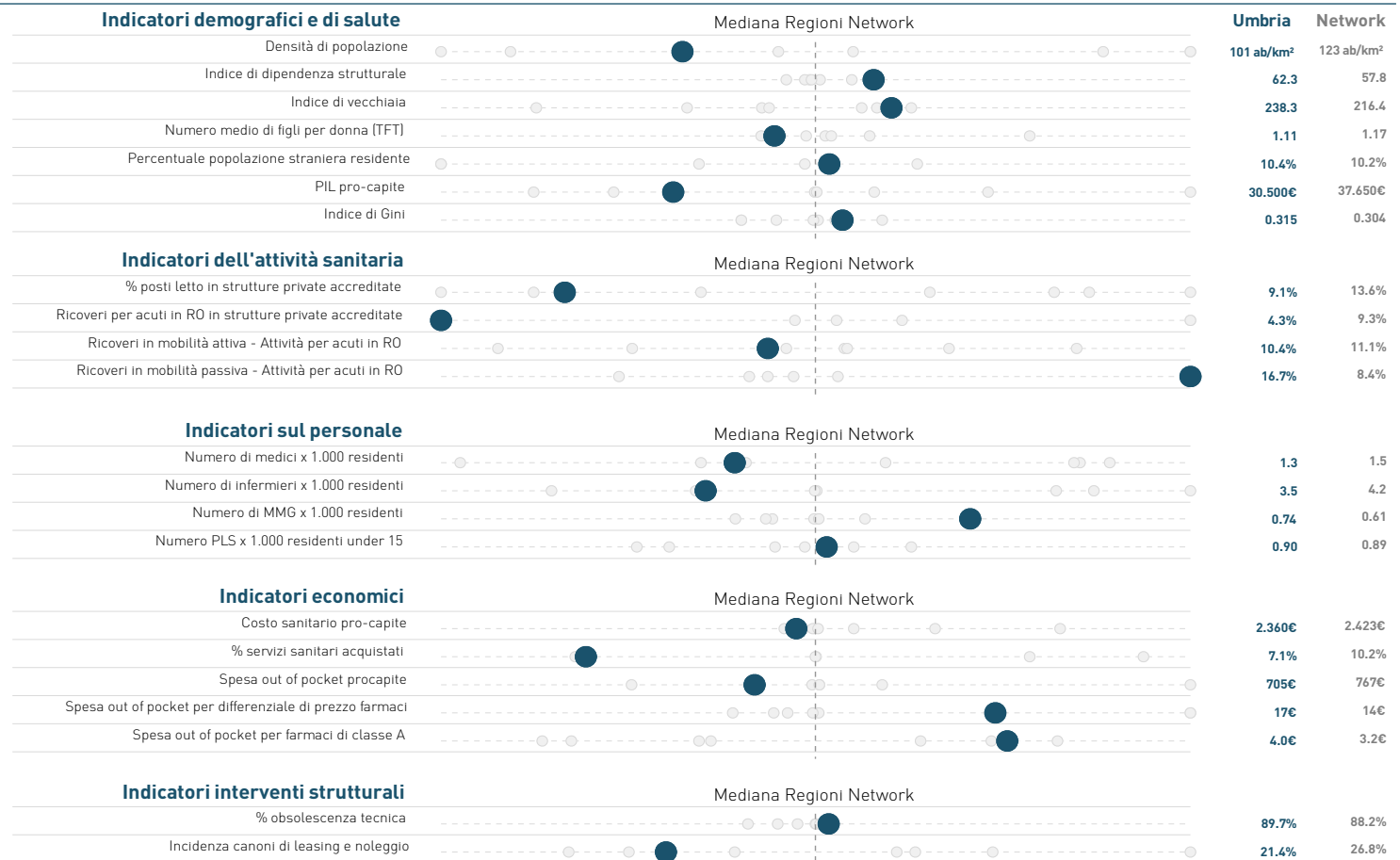
Per quanto riguarda l'attività sanitaria, si osserva un basso ricorso alle strutture private accreditate, sia per i posti letto (9,1% vs 13,6%) sia per i ricoveri per acuti (4,3% vs 9,3%). La mobilità sanitaria mostra un saldo fortemente negativo: a fronte di una mobilità attiva (10,4%) sostanzialmente in linea con la mediana, si registra un livello di mobilità passiva (16,7%) quasi doppio rispetto al Network (8,4%), indicando un'importante fuga di pazienti.

I dati sul personale sanitario evidenziano una dotazione di medici (1,3 per 1.000 residenti) e infermieri (3,5 per 1.000 residenti) inferiore al Network (rispettivamente 1,5 e 4,2). Al contrario, la dotazione di Medici di Medicina Generale (0,74) risulta essere superiore (0,61).

Dal punto di vista economico, il costo sanitario pro-capite (2.360€) è inferiore alla mediana del Network, così come la quota di servizi sanitari acquistati (7,1% vs 10,2%), segnale di una minore esternalizzazione. La spesa out of pocket pro-capite (705€) è tra le più basse del Network. Tuttavia, è da segnare una spesa out of pocket per farmaci superiore alla mediana del Network, sia per il differenziale di prezzo (17€ vs 14€) sia, soprattutto, per i farmaci di classe A (4,0€ vs 3,2€).



Popolazione residente	<b>853.068</b>
Aziende Sanitarie Territoriali	<b>2</b>
Distretti Sanitari	<b>12</b>
Strutture di ricovero	<b>24</b>
- Pubbliche	<b>19</b>
di cui AO/AOU	<b>2</b>
di cui IRCCS	<b>.</b>
- Private accreditate	<b>5</b>
di cui AO/AOU	<b>.</b>
di cui IRCCS	<b>.</b>
Posti letto Totali	<b>3.112</b>
*Strutture pubbliche e private accreditate	



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 il bersaglio della Regione Umbria restituisce una buona performance complessiva. Con un'elevata percentuale di indicatori in miglioramento e la maggior parte collocata nelle fasce più interne del bersaglio, il sistema sanitario regionale mostra una struttura solida e in equilibrio, confermando la capacità di mantenere livelli di performance complessivamente stabili.

Per quanto riguarda la governance della domanda e l'appropriatezza, la performance complessiva è positiva, anche se permangono alcune aree da attenzionare: gli indicatori relativi all'appropriatezza diagnostica e a quella prescrittiva farmaceutica si posizionano infatti in fascia arancione, in continuità con lo scorso anno.

I percorsi clinico-assistenziali presentano una performance di livello medio, con valori distribuiti prevalentemente nelle fasce centrali del bersaglio e senza evidenti criticità. Da segnalare positivamente le buone performance degli indicatori sulla salute mentale e sull'emergenza-urgenza, con l'ormai condivisa criticità relativa agli abbandoni dal Pronto Soccorso, comune anche ad altre Regioni/PA del Network.

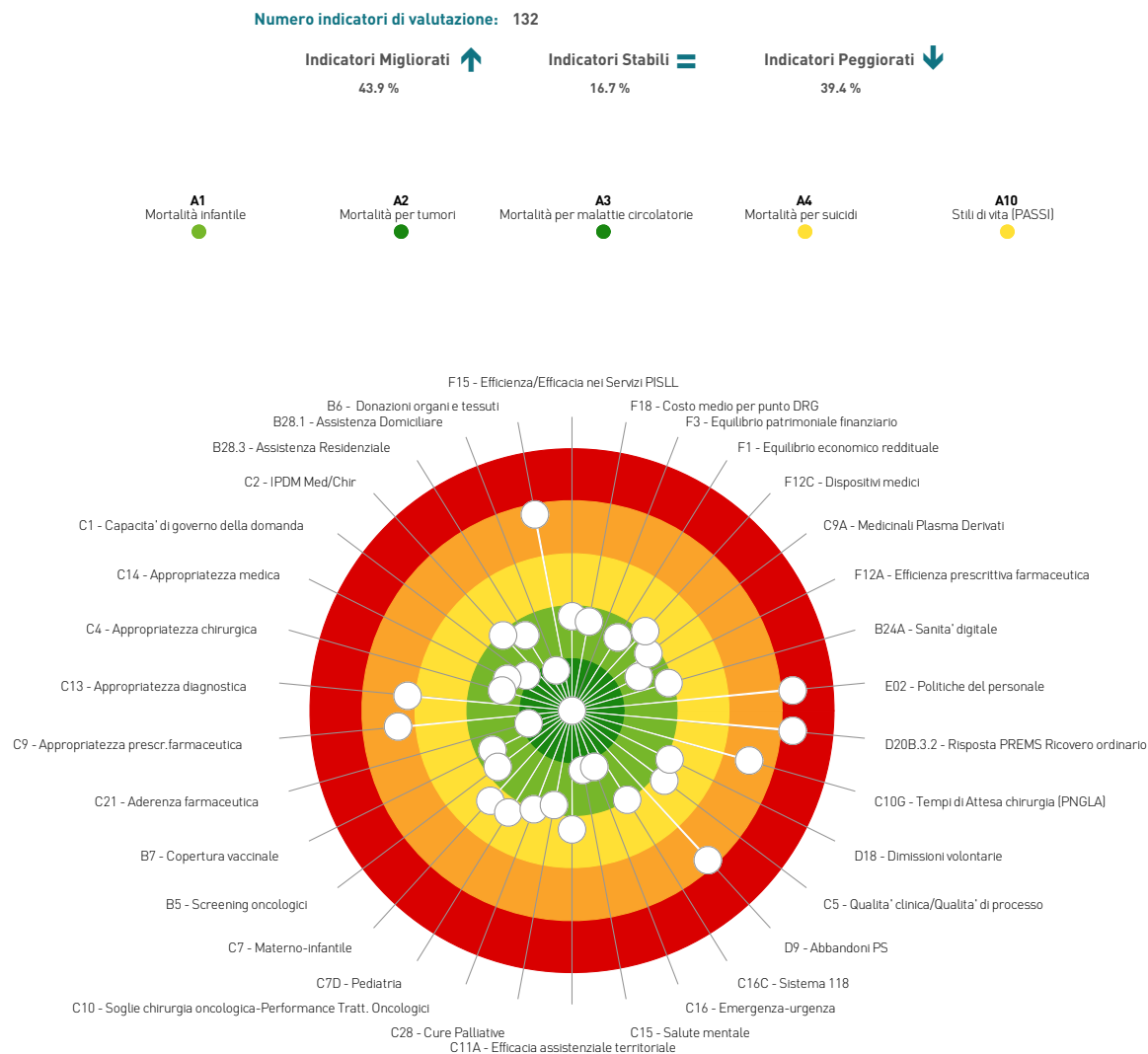
La qualità clinica e di processo mantiene un posizionamento medio, confermando una situazione stabile rispetto all'anno precedente.

Nell'area della responsiveness, è da attenzionare l'andamento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica (PNGLA), che colloca l'Umbria in una fascia intermedia. Sono inoltre disponibili gli indicatori derivanti dall'indagine PREMs sull'esperienza del ricovero ordinario, che restituiscono una performance complessiva non ottimale, segnalando possibili margini di miglioramento nell'esperienza del paziente.

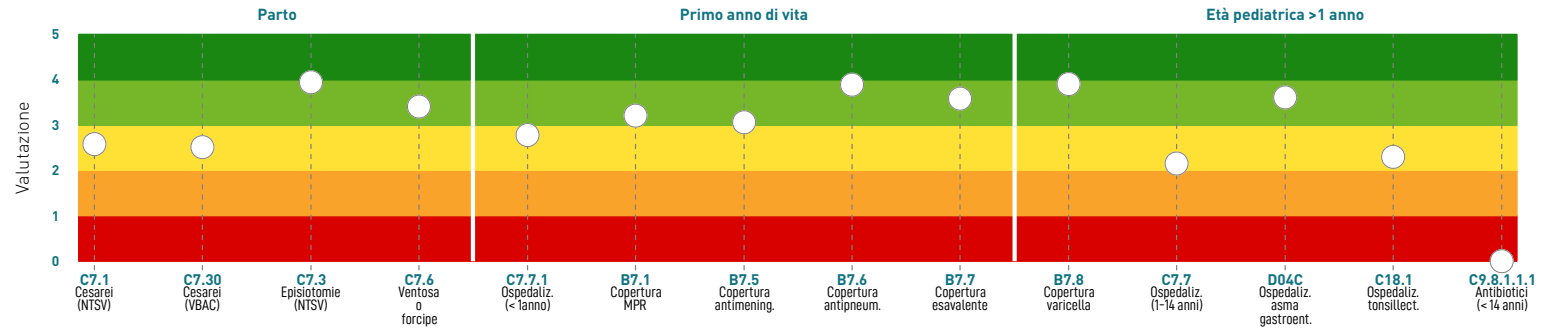
Nell'ambito delle sfide trasversali, si evidenzia una performance critica per gli indicatori relativi alle politiche del personale, contrapposta alla buona performance della sanità digitale, che si conferma in linea con i risultati migliori del Network.

In chiusura, si registra una buona performance per gli indicatori relativi ai dispositivi medici, ai plasma derivati e all'efficienza prescrittiva farmaceutica, tutti collocati nelle fasce più interne del bersaglio, a conferma della solidità di questi ambiti operativi.

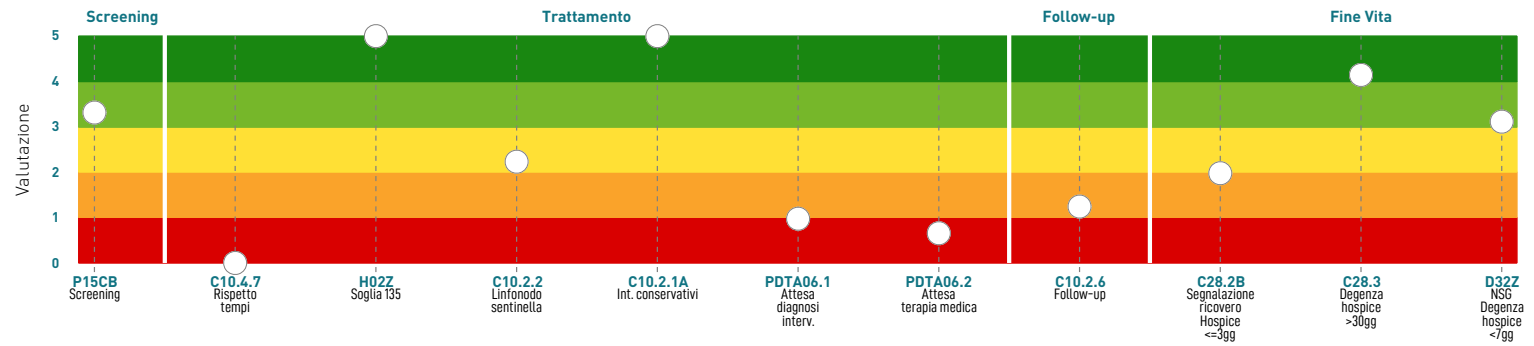
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024



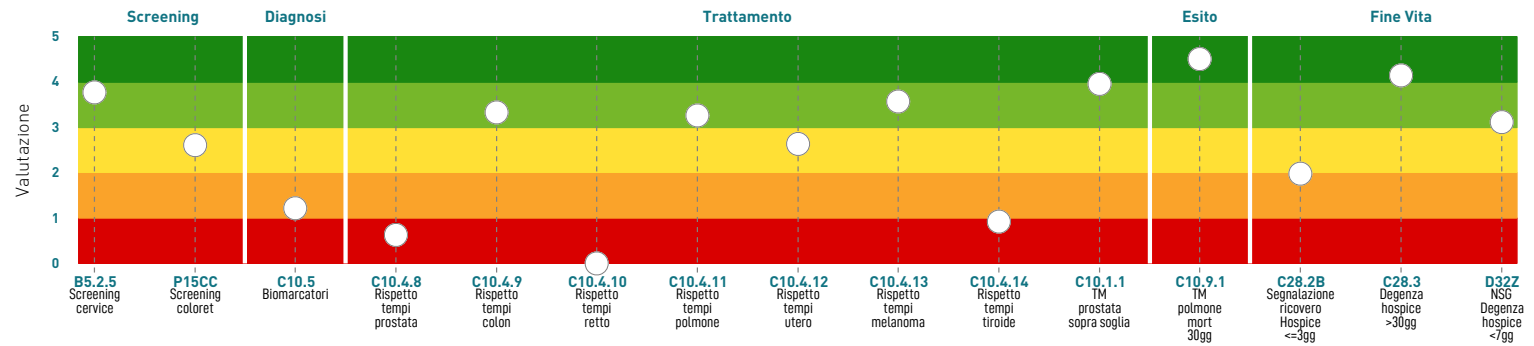
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



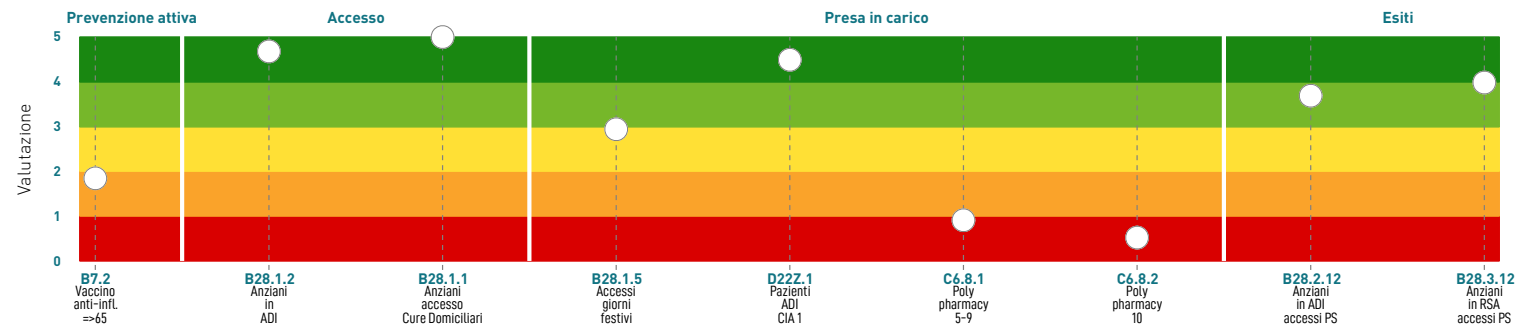
## PERCORSO ONCOLOGIA - TUMORE MAMMELLA

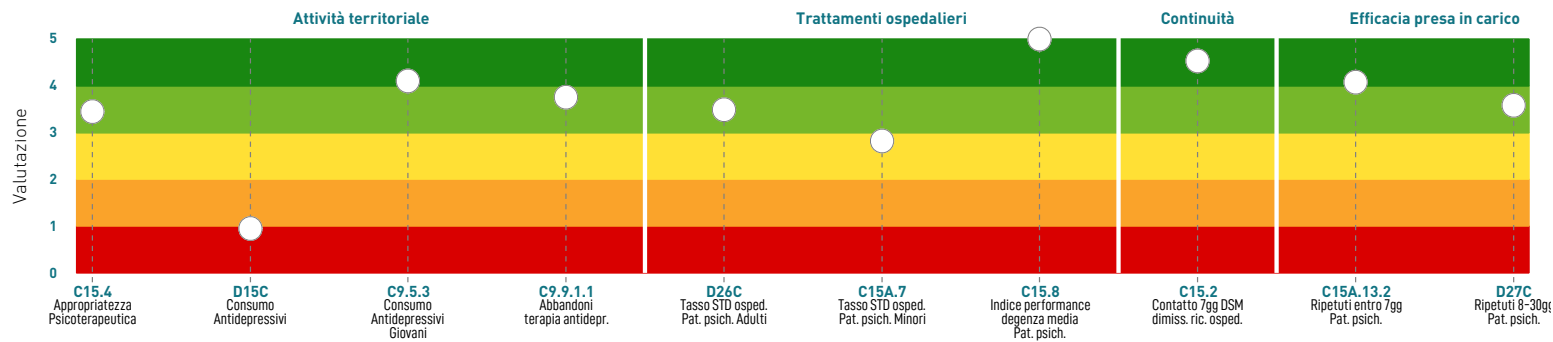


## PERCORSO ONCOLOGIA (ESCLUSO TUMORE MAMMELLA)

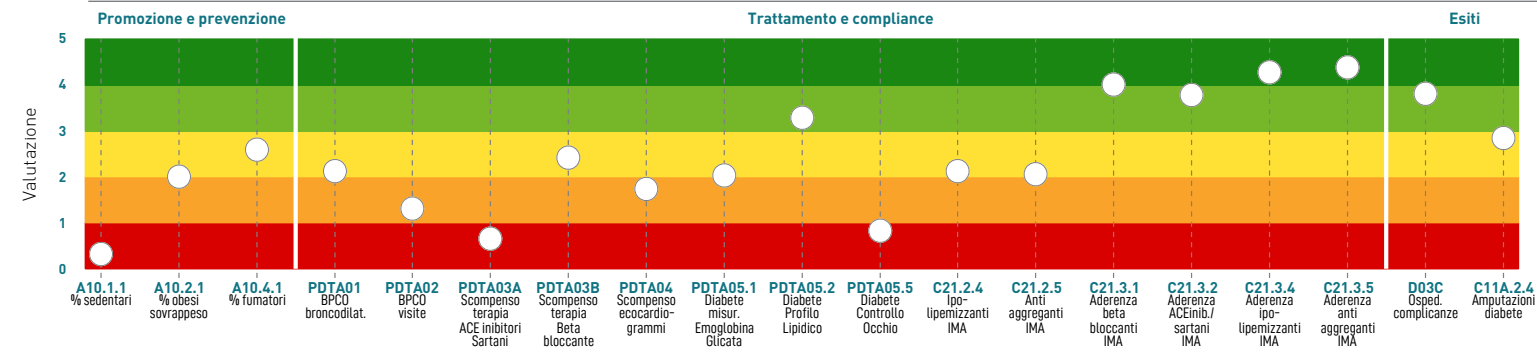


## PERCORSO ANZIANI E FRAGILITA'

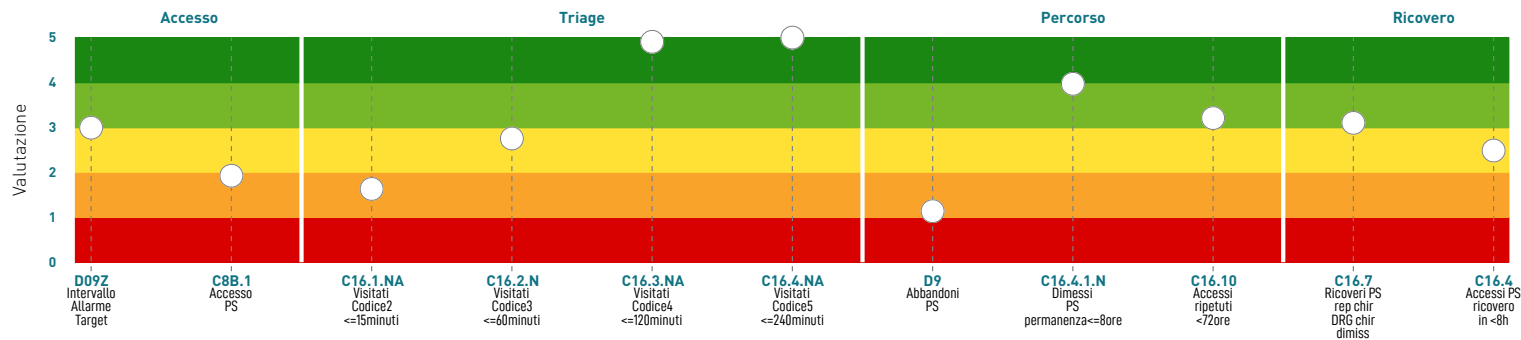




PERCORSO  
SALUTE  
MENTALE



PERCORSO  
CRONICITA'



PERCORSO  
EMERGENZA -  
URGENZA

# VENETO

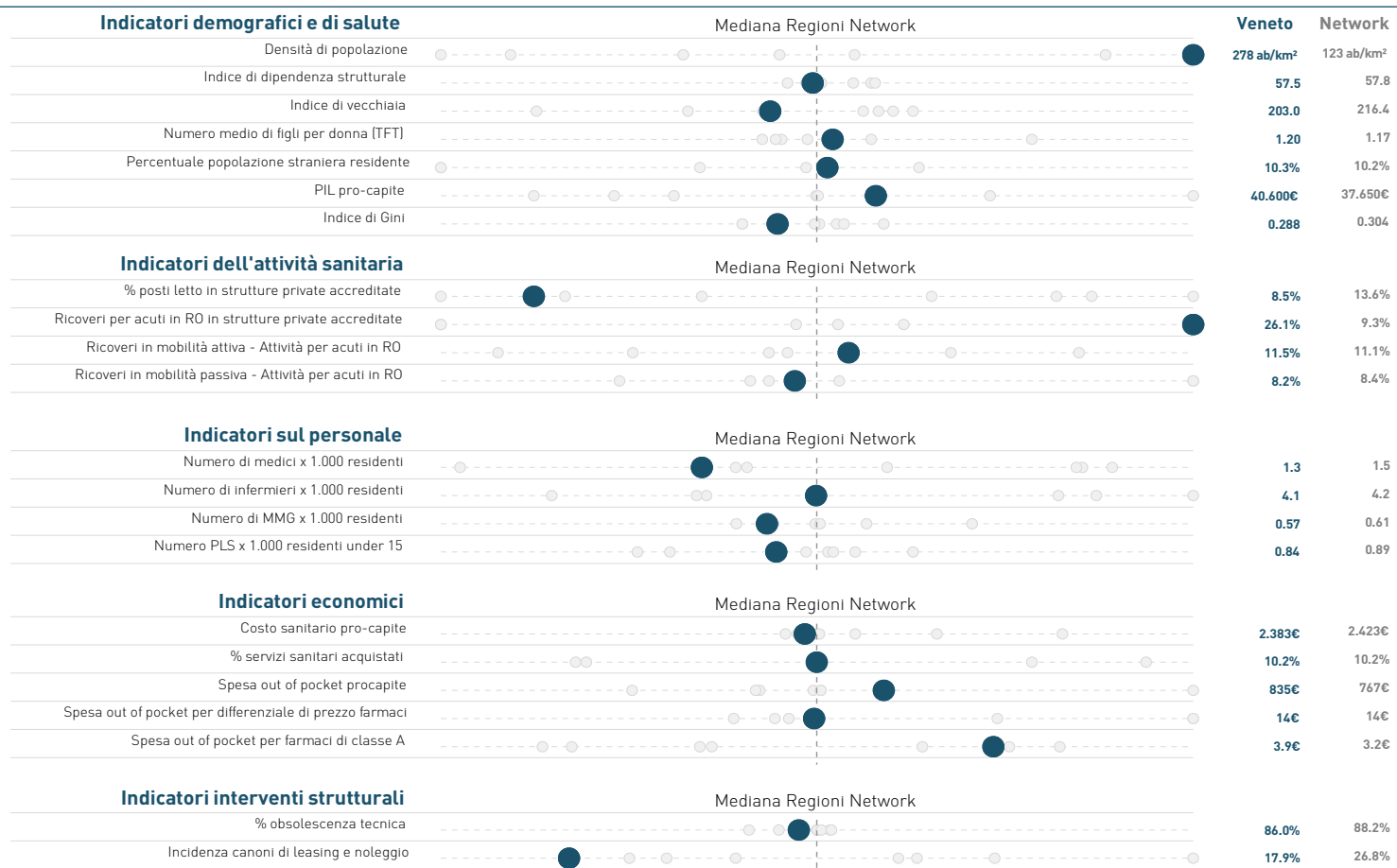
Il Veneto si distingue per una densità abitativa (278 ab/km<sup>2</sup>) estremamente elevata, più del doppio rispetto al valore medianano delle Regioni del Network (123 ab/km<sup>2</sup>). Il tessuto demografico risulta più giovane, con un indice di vecchiaia (203,0) inferiore al dato Network (216,4). Mentre la quota di popolazione straniera (10,3%) è perfettamente allineata, il PIL pro-capite (40.600€) è sensibilmente superiore al valore di riferimento del Network (37.650€).

Per quanto riguarda l'attività sanitaria, si osserva una quota di posti letto in strutture private (8,5%) inferiore rispetto alle altre regioni del Network. Spicca, tuttavia, l'alto tasso di ricoveri per acuti in strutture private accreditate (26,1%), un valore quasi tre volte superiore alla mediana rilevata nel Network (9,3%). La mobilità sanitaria mostra un saldo positivo, con un'attrattività (11,5%) leggermente superiore ai valori delle altre regioni e una mobilità passiva (8,2%) in linea con il Network.

I dati sul personale sanitario mostrano una dotazione di medici (1,3) e infermieri (4,1) lievemente inferiore alle altre regioni (1,5 e 4,2), così come per i Medici di Medicina Generale (0,57 vs 0,61). Dal punto di vista economico, il costo sanitario pro-capite (2.383€) è inferiore al dato medianano del Network (2.623€), a fronte di una spesa out of pocket pro-capite (835€) leggermente superiore (767€). La quota di servizi sanitari acquistati e la spesa per differenziale di prezzo farmaci sono perfettamente allineate. Si segnala, infine, una spesa out of pocket per farmaci di classe A (3,9€) più alta rispetto alla mediana del Network (3,2€).



Popolazione residente	<b>4.841.614</b>
Aziende Sanitarie Territoriali	<b>9</b>
Distretti Sanitari	<b>26</b>
Strutture di ricovero	<b>75</b>
- Pubbliche	<b>47</b>
di cui AO/AOU	<b>2</b>
di cui IRCCS	<b>1</b>
- Private accreditate	<b>28</b>
di cui AO/AOU	<b>.</b>
di cui IRCCS	<b>3</b>
Posti letto Totali	<b>16.333</b>
*Strutture pubbliche e private accreditate	



## COMMENTO PERFORMANCE 2024

Nel 2024 il bersaglio della Regione Veneto restituisce una performance complessivamente molto positiva. Oltre alla presenza di numerosi indicatori in miglioramento, non si evidenziano criticità di rilievo. La quasi totalità degli indicatori si colloca infatti nelle fasce più interne del bersaglio, con soltanto alcuni in fascia gialla, a conferma di un sistema solido e ben equilibrato.

Nell'area della governance della domanda e dell'appropriatezza, si distingue una buona performance complessiva. L'unico gruppo di indicatori da monitorare riguarda l'indice di performance della degenza medica e chirurgica, mentre tutti gli altri si posizionano stabilmente in fascia verde, segnalando un livello di efficienza elevato.

Anche i percorsi clinico-assistenziali mostrano risultati molto buoni: ottime le performance del percorso materno-infantile e di quello di emergenza-urgenza, con la sola eccezione della criticità relativa agli abbandoni dal Pronto Soccorso. In fascia gialla si colloca invece il gruppo di indicatori sulla salute mentale, che evidenzia spazi di miglioramento.

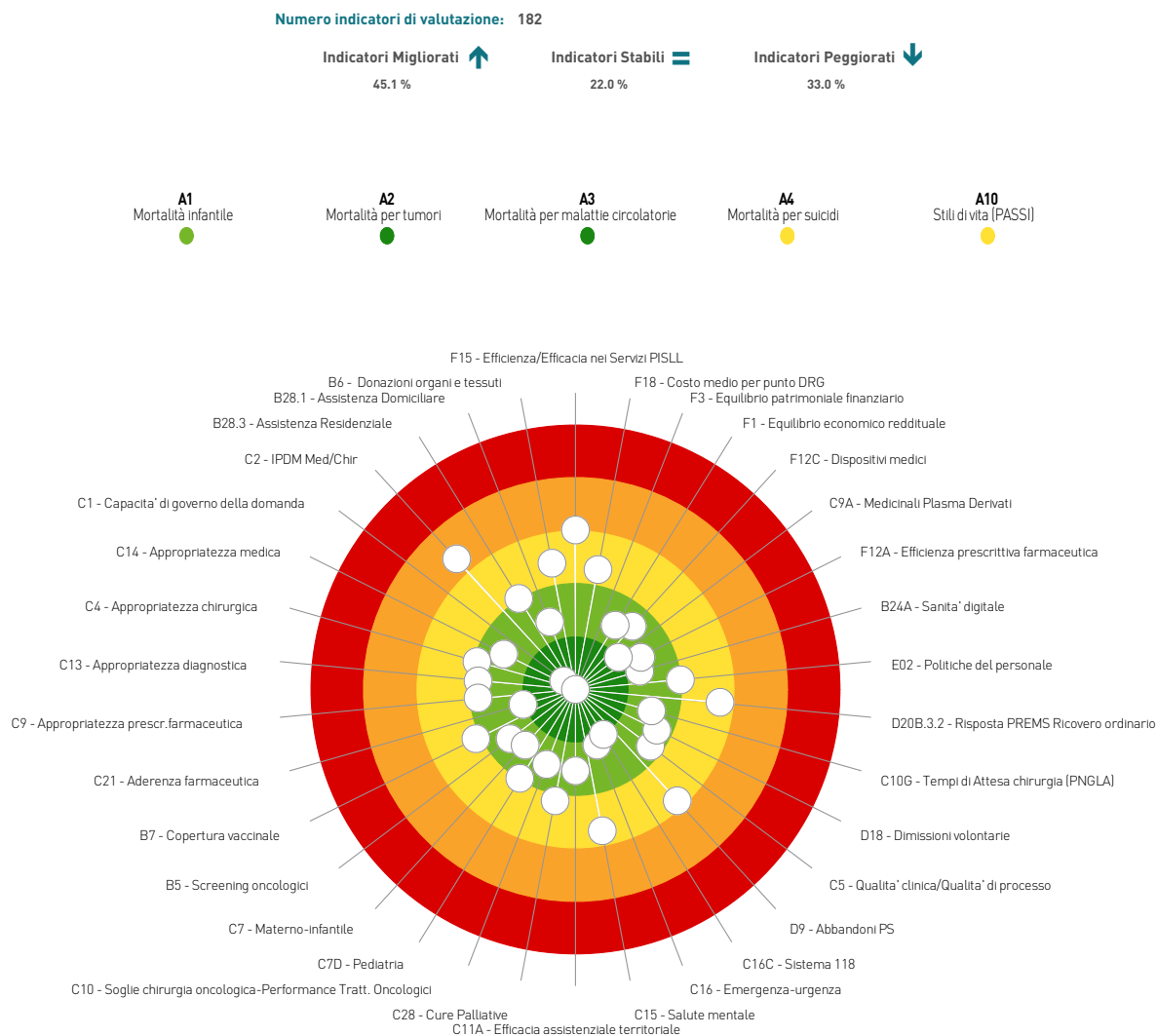
L'area della qualità clinica e di processo mantiene ottimi livelli di performance, in continuità con i risultati già raggiunti negli anni precedenti.

Molto positivi anche i risultati dell'area della responsiveness, con ottime performance nei tempi di attesa per la chirurgia oncologica (PNGLA). Gli indicatori sull'esperienza dei pazienti (PREMs) relativi al ricovero ordinario restituiscono una performance complessivamente mediana.

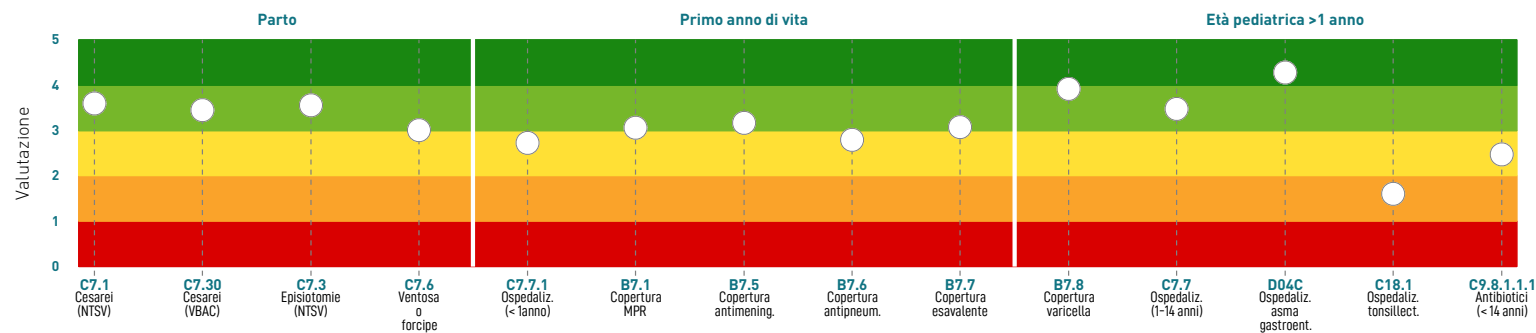
Buoni i risultati delle sfide trasversali, con una performance molto positiva della sanità digitale, che si conferma tra i punti di forza della Regione.

In fascia verde anche gli indicatori relativi all'efficienza prescrittiva farmaceutica, ai medicinali plasma-derivati e ai dispositivi medici, che chiudono il quadro con livelli di performance elevati e stabili.

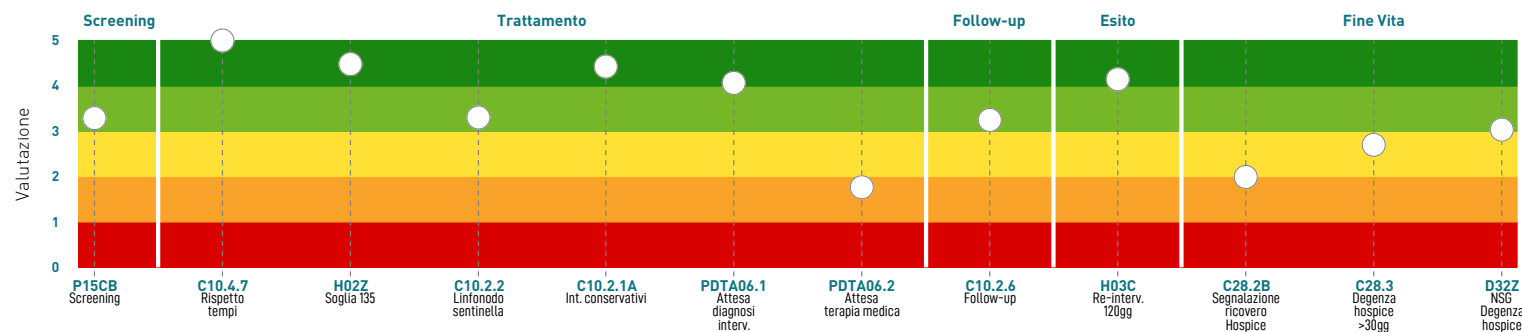
## Andamento indicatori - Trend 2023/2024



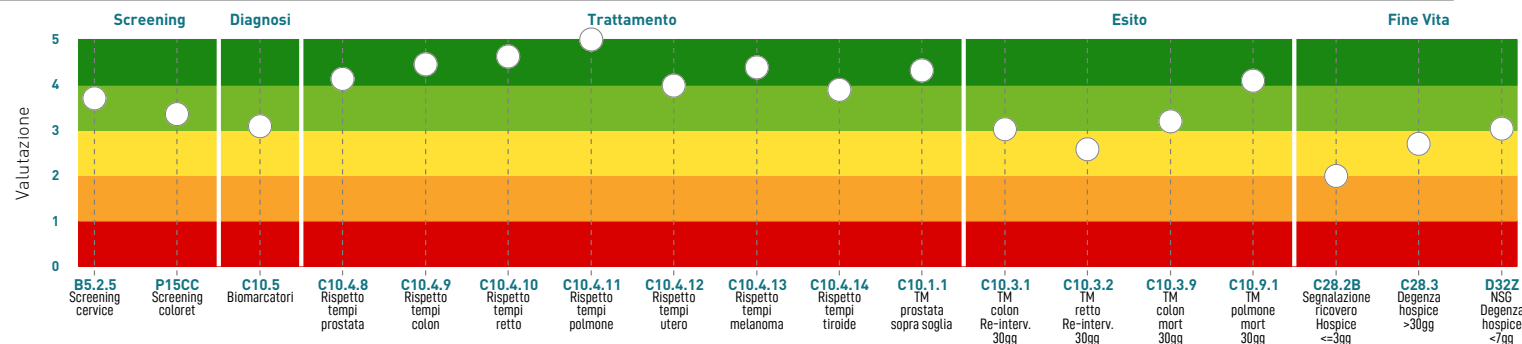
## PERCORSO MATERNO INFANTILE



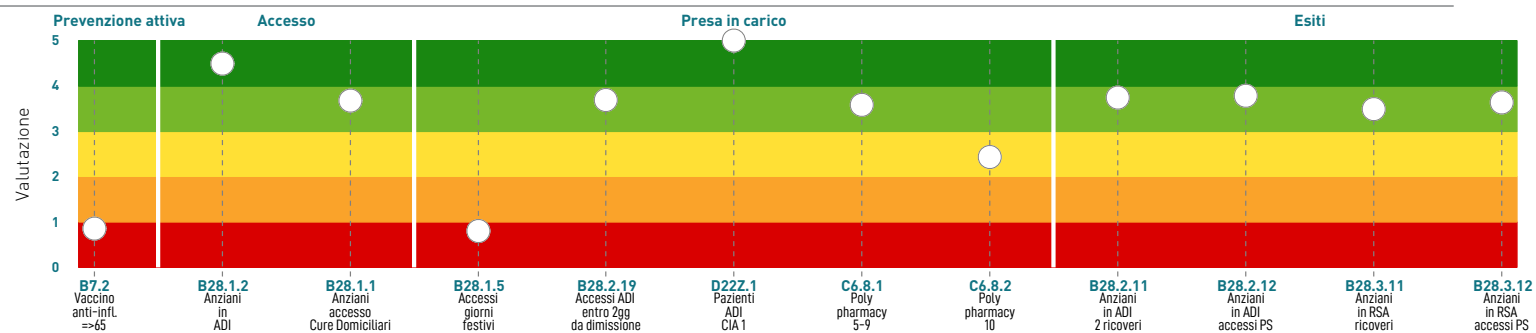
## PERCORSO ONCOLOGIA - TUMORE MAMMELLA

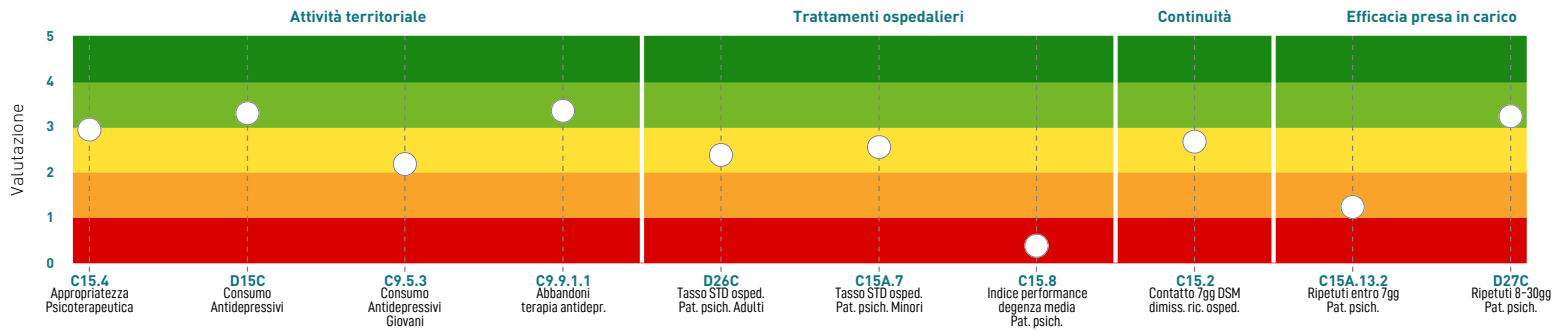


## PERCORSO ONCOLOGIA (ESCLUSO TUMORE MAMMELLA)

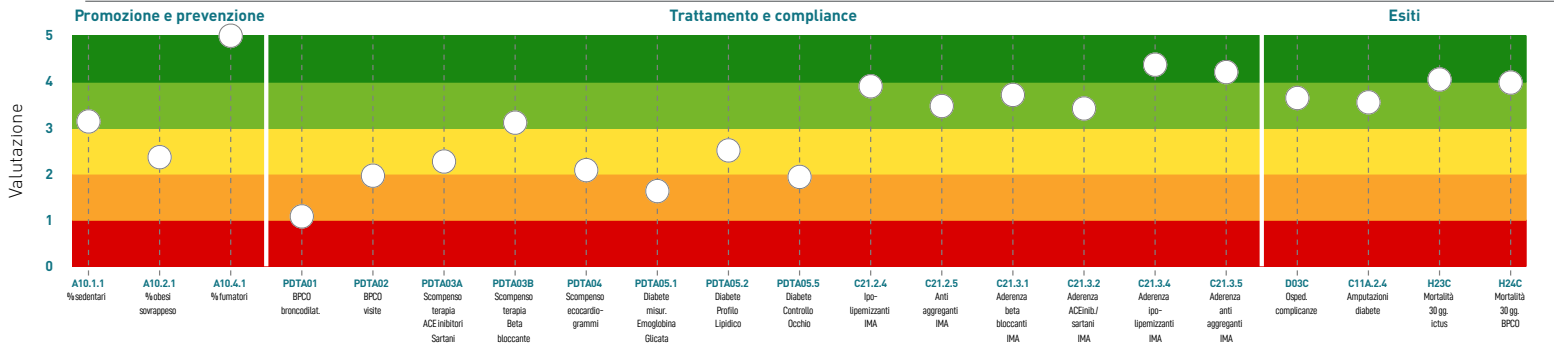


## PERCORSO ANZIANI E FRAGILITA'

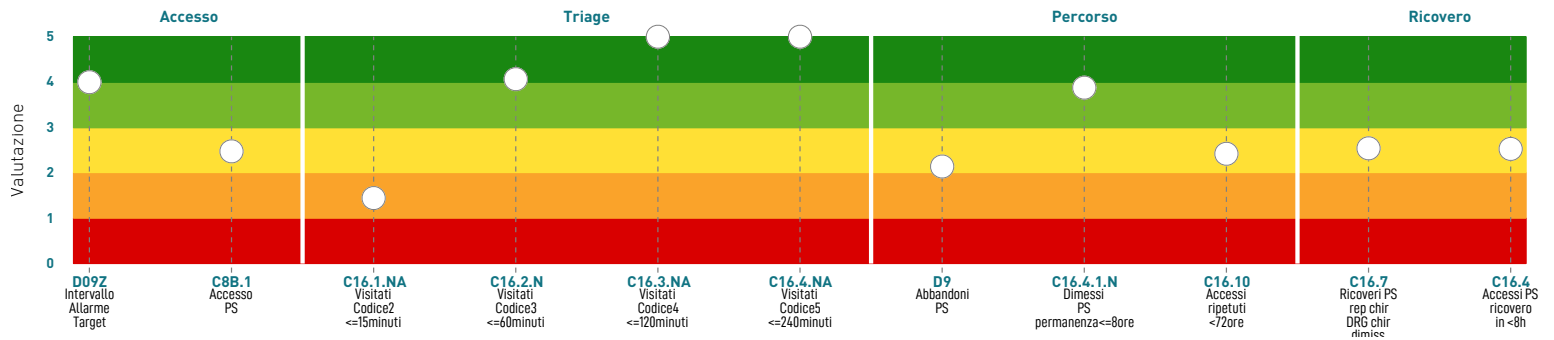




PERCORSO  
SALUTE  
MENTALE



PERCORSO  
CRONICITA'



PERCORSO  
EMERGENZA -  
URGENZA