

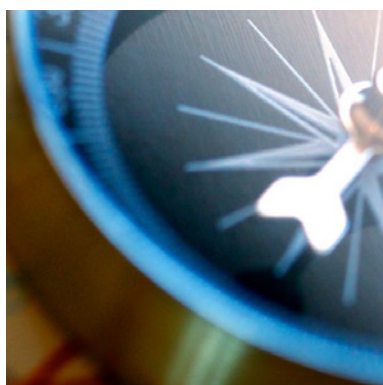


Fondazione
Bruno
Visentini

Orientarsi nella Trasformazione



Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza



I Rapporto 2022



Fondazione
Bruno
Visentini

Orientarsi nella Trasformazione

Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza

Si ringrazia per il supporto scientifico alle attività di ricerca:



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



Si ringraziano per il contributo al Rapporto attraverso la redazione dei Box tematici:



Coordinatore dell'Osservatorio e curatore del rapporto

Duilio Carusi – Adjunct Professor, Luiss Business School

Comitato Scientifico Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Duilio Carusi – Coordinatore dell'Osservatorio

Francesco Gabrielli – Direttore Centro Nazionale di Telemedicina, ISS

Marcello Garzia – Presidente, FASI

Giuseppe Marabotto – Direttore Generale, FASDAC

Fabio Marchetti – Condirettore scientifico, Fondazione Bruno Visentini

Luciano Monti – Condirettore scientifico, Fondazione Bruno Visentini

Gruppo di Ricerca

Camilla Russo – Fondazione Bruno Visentini

Anna Rita Ceddia – Fondazione Bruno Visentini

Claudia Cioffi – Fondazione Bruno Visentini

Valerio Martinelli – Fondazione Bruno Visentini

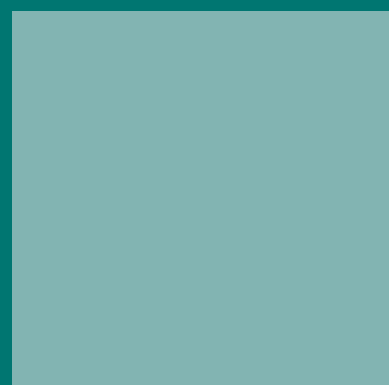
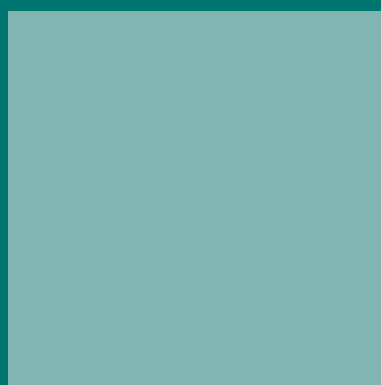
Indice

1. Salute e benessere in un contesto trasformato dalla pandemia.....	6
1.1 Lo shock e benessere in un contesto trasformato dalla pandemia	6
1.2 Stewardship come modello di governance per la resilienza trasformativa	7
1.3 Partnership in sanità.....	9
1.4 L’approccio One Health	9
1.5 La resilienza trasformativa	10
1.6 Gli strumenti recenti di resilienza: il NextGenerationEU e il Recovery and Resilience facility.....	12
1.7 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano	12
1.8 La salute oltre la sanità.....	15
2. L’Osservatorio Salute Benessere e Resilienza	18
2.1 Perché un Osservatorio Salute Benessere e Resilienza.....	18
2.2 Health in all policies – Il traguardo della salute in tutte le politiche.....	19
BOX TEMATICO ASVIS - One Health e salute globale.....	20
2.3 Le componenti e i determinanti della salute	22
2.4 Strumenti per la misurazione di fenomeni complessi	24
BOX TEMATICO ISTAT Governare le potenzialità dell’interconnessione dei dati come strumento a supporto delle decisioni strategiche: il Sistema dei Registri in ISTAT	24
3. L’Indice di Vicinanza della Salute	28
3.1 Il concetto di Vicinanza della Salute.....	28
3.2 L’Indice composito.....	29
3.3 Metodologia e Fonti	30
3.3.1 L’imputazione dei dati mancanti	31
3.3.2 Il metodo di normalizzazione delle serie storiche	32
3.3.3 Il metodo di ponderazione dell’Indice	33
3.4 La tassonomia dell’Indice	33
3.4.1 I Domini della Tassonomia e le Missioni del PNRR	34
4. Analisi – Risultati dell’indagine	36
4.1 L’andamento dell’Indice sintetico di Vicinanza della salute	37
4.2 L’andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali	38
4.2.1 Condizione di salute.....	39
4.2.2 Literacy.....	41
BOX TEMATICO - ISS Cultura scientifica e contrasto alla povertà educativa	43
4.2.3 Stile di vita.....	44
BOX TEMATICO SENIOR ITALIA - La silver economy.....	46
4.2.4 Mental Health	47
BOX TEMATICO ASVIS - L’Asvis per il benessere psichico dei giovani: un evento nel festival 2022....	49
4.2.5 Cronicità	50
BOX TEMATICO SENIOR ITALIA - Demenza e deficit cognitivo	52

4.2.6	Isolamento.....	54
	BOX TEMATICO ACLI - Solitudine e longevità: l’esperienza e l’impegno delle Acli.....	55
4.2.7	Coesione sociale	57
4.2.8	Vulnerabilità	59
4.2.9	Condizione economica.....	60
4.3	L’andamento del Contesto Sistema organizzativo.....	62
4.3.1	Prevenzione.....	63
	BOX TEMATICO FASI - Il ruolo chiave della prevenzione per il benessere dei lavoratori	65
4.3.2	Assistenza	67
4.3.3	Mortalità evitabile.....	69
4.3.4	Disponibilità di servizi.....	70
4.3.5	Responsiveness.....	72
4.3.6	Welfare integrativo.....	74
4.3.7	Sostenibilità	75
4.3.8	Omogeneità territoriale.....	77
4.4	L’andamento del Contesto Ambiente e luoghi di vita	78
4.4.1	Abitazione	79
4.4.2	Urban health	80
	BOX TEMATICO HCI - Governance dell’Urban Health: un’alleanza per la salute nelle città.....	82
4.4.3	Emissioni inquinanti	83
4.4.4	Antibiotico-resistenza.....	85
4.4.5	Eventi meteorologici.....	86
	BOX TEMATICO VIGILI DEL FUOCO - L’azione del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco nel sistema di salute nazionale.....	88
4.4.6	Ecoansia.....	91
4.5	Digitalizzazione	92
4.5.1	Rinuncia alle prestazioni sanitarie.....	94
	BOX TEMATICO FASDAC - Il medico a casa tua: il videoconsulto medico-specialistico Un progetto sperimentale del FASDAC per avvicinare gli assistiti alla sanità digitale.....	96
4.5.2	Digital Health e Digital Literacy.....	98
4.5.3	Invecchiamento e competenze.....	100
4.5.4	La telemedicina.....	101
	BOX TEMATICO ChatGPT - L’impatto dell’intelligenza artificiale sul sistema salute italiano.....	103
5.	Conclusioni.....	106
6.	Autori	108
7.	Ringraziamenti	108
8.	Bibliografia	109

1

Salute e benessere in un contesto trasformato dalla pandemia



1. Salute e benessere in un contesto trasformato dalla pandemia

1.1 Lo shock pandemico e la necessità di un nuovo paradigma

L'avvento dello scenario pandemico ad inizio 2020 ha dato l'avvio ad una trasformazione globale, cambiando irrimediabilmente le prospettive sanitarie, sociali ed economiche a livello globale.

Molti processi di trasformazione già in atto sono stati velocizzati ed altri processi trasformativi che giacevano sopiti nelle agende nazionali ed internazionali sono diventati immediatamente prioritari.

Le nuove ed urgenti necessità di coordinamento delle informazioni e delle iniziative a carattere sanitario hanno gettato nuova luce sulle dinamiche di raccordo sovranazionali e sulle tematiche di Authority in ambito di salute, e non solo. Anche le filiere della produzione e della trasformazione come pure le catene di approvvigionamento dei beni sono state fortemente impattate da questo nuovo scenario, motivando ulteriormente la necessità di adottare nuovi e forti strumenti di programmazione per la ripresa e la resilienza, sia a livello Paese che a livello sovranazionale.

A corredo di uno scenario così descritto e di per sé già sfavorevole e problematico, si inserisce un ulteriore shock internazionale dovuto al conflitto russo-ucraino in territorio ucraino che ha da un lato ulteriormente aggravato il bilancio della catastrofe umanitaria, dall'altro avviato dei processi di crescente difficoltà nell'approvvigionamento di materie prime alimentari e di energia in maniera diretta per tutti i paesi del blocco euro-asiatico ed indirettamente il resto del mondo.

Lo sviluppo dello scenario bellico inoltre ha innescato un progressivo processo di indebolimento del multilateralismo, prerequisite necessario per lo sviluppo dei 17 Goals dell'Agenda 2030. La guerra, di più, non ha certamente aiutato ad arrestare la diffusione pandemica: poiché i rifugi sovraffollati e le precarie condizioni igieniche in cui gli sfollati sono soggetti a sopravvivere si dimostrano essere un terreno fertile per la diffusione di malattie respiratorie come il Covid, la polmonite e la tubercolosi^{1 2}.

Ancora, il conflitto ha esacerbato una crisi energetica e, conseguentemente, economica già in atto e, nello specifico circa il nostro sistema, dipesa dalla dipendenza energetica italiana da altri Paesi. La dipendenza energetica italiana non si esaurisce nell'importazione di gas ma si estende ad altre fonti, rinnovabili e non, comportando un aumento generalizzato di quasi tutte le materie prime e dei costi energetici: questo meccanismo ha fatto sentire fortemente i suoi effetti anche sulla sfera sanitaria, costringendo il Governo italiano, nell'ultima Legge di Bilancio 2023, a destinare circa il 70% delle risorse riservate all'aumento del fondo sanità (ovvero circa 1,4 Mld su circa 2 Mld totali) per far fronte agli aumenti del costo dell'energia (cd caro bollette) piuttosto che poterle rendere disponibili per iniziative di sviluppo del sistema.

Lo shock pandemico e la crisi bellica quindi hanno rapidamente dimostrato quanto sia necessaria la trasformazione dei sistemi sanitari, economici e sociali, attraverso lo sviluppo di economie

¹ ((WHO) W. H., 2020)

² (UNHCR, 2020)

solide, sostenibili e resilienti, nonché di sistemi sanitari e di welfare che si basino su una governance multilivello, che rispetti i dettami di quel paradigma prettamente olistico connotato nell'approccio *One Health* e che possa diventare la chiave di un nuovo sistema di salute nazionale rapido e preparato al cambiamento.

Affinché un simile cambiamento sia possibile, diviene necessario abbandonare l'idea di sanità come semplice voce di costo per orientarsi, invece, sul concetto di salute sia come valore e occasione di investimento per il nostro Paese, sia soprattutto come necessaria condizione abilitante per lo sviluppo di tutti i processi di crescita, ripresa e resilienza sul piano produttivo, economico, sociale e demografico.

1.2 *Stewardship* come modello di governance per la resilienza trasformativa³

I lenti mutamenti del sistema salute a cui assistiamo da anni, se non decenni, quali ad esempio la riorganizzazione del sistema di cura attraverso nuovi setting assistenziali o lo sviluppo di tecnologie e modalità digitali a supporto della salute, hanno trovato nella pandemia un forte elemento di accelerazione. Il COVID-19 non ha portato, infatti, solo una rinnovata consapevolezza circa la stretta interconnessione fra salute umana, animale e ambientale in un approccio olistico *One Health*, ma ha comportato anche una profonda modifica delle priorità nell'agenda delle politiche nazionali e internazionali dettate dalla necessità di rispondere in maniera resiliente e poi trasformativa allo shock pandemico. La pandemia ha, dunque, messo in luce quanto la salute sia interconnessa e globalizzata e necessiti di una salda cooperazione internazionale: risulta, quindi, necessario implementare una governance globale di settore e intersettoriale, secondo i principi *One Health* e di **Salute in tutte le politiche**⁴.

La resilienza, sia nella sua dimensione pratica e sostanziale sia nei singoli adempimenti formali e procedurali, vuole sostenere i livelli di benessere individuali e sociali, mentre il carattere trasformativo si riferisce alla necessità di cambiare quando le sollecitazioni raggiungono un'intensità e/o una durata superiore a quella che i sistemi e le organizzazioni riescono ad assorbire. Per realizzare un tale processo trasformativo, sono disponibili due tipologie di strumenti: da una parte le risorse economiche introdotte a livello nazionale ed europeo, come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e i fondi della Politica di Coesione; dall'altra le risorse immateriali costituite dalle relazioni inter-istituzionali tra Stato e Regioni che si ispirano al principio di leale collaborazione, da quelle che legano le istituzioni alle persone in un'ottica di sussidiarietà e da quelle relazioni orizzontali che coinvolgono attori pubblici e privati nelle reti di partenariato.

Partendo da questi assunti, le riflessioni sui principali mutamenti che si stanno delineando nelle relazioni inter-istituzionali e in quelle orizzontali portano a un quadro che vede la necessità anche di nuove forme di governo del cambiamento per poter effettivamente attuare una resilienza trasformativa che le accolga. Sul fronte dei mutamenti che interessano le relazioni

³ (Carusi, *Stewardship come modello di governance per la resilienza trasformativa*, 2022)

⁴ (Collicelli, 2022)

inter-istituzionali, una delle tematiche chiave che sta guidando i profondi interventi di trasformazione e di innovazione post pandemia è quella della dimensionalità.

Le misure di distanziamento sociale, il tracciamento contatti in tempo reale, le attività per lo sviluppo di piattaforme di telemedicina e di collezione dati come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la reingegnerizzazione delle catene di approvvigionamento e della logistica (le cosiddette supply chain), la revisione dei bacini di utenza, la riforma della assistenza territoriale: sono tutte azioni dettate dalla **necessità di agire sul ridisegno delle infrastrutture in funzione di un nuovo rapporto spazio-temporale che deve intercorrere tra servizi e fruitori**. La pandemia, infatti, ha costretto a trovare nuovi strumenti per essere vicini nello spazio anche in maniera virtuale, come pure a ripensare ai tempi di fornitura di qualunque genere di bene o servizio. La creazione di strumenti digitali sempre più nuovi e lo sviluppo di piattaforme per utilizzare tali strumenti ha comportato, e sta comportando, l'evoluzione di sistemi basati su linee guida uniformanti, la cui implementazione è orientata a omogenizzare la gestione degli utenti/platea. I medesimi sistemi abilitano i provider ad avere, anche in ambito sanitario, una conoscenza e un profiling one-to-one, cioè una profilazione personalizzata dei destinatari delle proprie azioni e prestazioni. Sulla falsa riga di quanto è già accaduto nel broadcasting all'interno del cosiddetto modello Netflix, superando il modello one-to-many, proprio della televisione tradizionale, e consentendo meccanismi di feedback individuali.

Si prospetta una centralizzazione delle piattaforme di gestione dati: ad esempio grazie allo sviluppo della piattaforma di telemedicina, del FSE e dell'anagrafe assistiti attraverso la tessera sanitaria. Lo sviluppo e l'implementazione di queste tecnologie non solo abilita il cambiamento delle modalità di erogazione e fruizione della salute, ma porta a una spinta al cambiamento anche nel rapporto fra Pubblica Amministrazione (PA) centrale, enti territoriali, enti locali, strutture erogatrici e utenti finali. Il digitale tende a rendere più omogenea la base di dati e li rende tutti potenzialmente aggregabili a prescindere dalla fonte dai quali sono stati prodotti, fino a poterli rendere interrogabili e verificabili in tempo reale in maniera aggregata, ma anche con un livello di dettaglio scalato fino alla dimensione atomico-individuale.

È facile comprendere come questa dinamica possa comportare una revisione della dialettica fra amministrazioni centrali e amministrazioni periferiche, fino ai rapporti con il fruitore finale. Anzi, si veda come un'evoluzione di tale rapporto possa diventare uno strumento necessario e fondamentale per lo sviluppo di un più robusto apparato di *preparedness* e *response* (preparazione e risposta) nazionale, se visto dal punto di vista della proprietà e gestione dei dati e dei flussi informativi.

Sempre alla luce di una *preparedness* e *response* nazionale, un altro degli elementi messi in luce con forza dallo shock pandemico, sul fronte dei mutamenti che interessano le relazioni orizzontali, è il ruolo che i diversi attori (operatori privati, no profit, secondo pilastro, Terzo settore) hanno avuto in pandemia, soprattutto nelle aree più colpite nei momenti di maggiore criticità.

È risultato evidente sia quanto il tema dell'integrazione dei vari attori sia ormai determinante per il sistema, sia come un certo spontaneismo delle iniziative, a cui si è assistito in fase emergenziale, vada superato tramite un rinnovato e rafforzato modello di coordinamento generale. Simile coordinamento deve essere frutto di una strategia nazionale unitaria, che includa queste componenti tra gli attori in grado di tutelare la salute all'interno degli opportuni strumenti di Pianificazione Sanitaria Nazionale come, ad esempio, un nuovo Piano Sanitario Nazionale inclusivo delle varie componenti del sistema salute.

1.3 Partnership in sanità

Negli ultimi anni si è assistito ad una profonda trasformazione del sistema sanitario italiano, sia in termini culturali, politici che di governance, lungo una direttiva che rispecchiasse il modello di partnership pubblico-privato. Tale cambiamento ha, dunque, portato all'adozione di forme privatistiche di gestione del servizio sanitario pubblico⁵.

Caratteristica principale di questo processo è la contemporanea presenza, nella governance sanitaria, di una logica istituzionale professionale e di una logica manageriale. Un simile approccio di gestione riguarda, inoltre, l'integrazione di capacità e nozioni di attori diversi e aventi mandati differenti, in funzione di una capacità di azione, rapidità di intervento e per ottenere un quadro informativo altrimenti difficilmente raggiungibile agendo in maniera isolata e puramente pubblica.

Date le seguenti premesse, diviene importante esaminare tale processo di cambiamento del sistema sanitario, che assume, così, le fattezze di una società mista: studiando da un lato in che modo operano e coesistono la logica di governance di mano pubblica e quella manageriale del privato, no profit e terzo settore e comprendendo, dall'altro, come queste due logiche combinate possano generare qualità del servizio e una migliore responsiveness per i cittadini.

Di fatto, considerando le numerose trasformazioni politiche, storiche e sociali a cui è stato soggetto il sistema sanitario, ultima la pandemia da COVID-19, è sorta spontanea una ridefinizione delle strategie, delle strutture e dei processi del sistema salute che hanno condotto e conducono a collaborazioni virtuose e modalità di gestione tra pubblico e privato, no profit e terzo settore, per far sì che il sistema possa rispondere in modo più efficiente ai vari cambiamenti e crisi contingenti.

Per armonizzare la convergenza di esperienze ed aspettative differenti, diviene importante stabilire regole chiare e trasparenti tra pubblico e privato, in un quadro in cui il pubblico da un lato non deve rinunciare a svolgere il proprio ruolo di coordinamento centrale, di monitoraggio e valutazione e di gestione complessiva delle attività, trovando nella **stewardship** il proprio modello di governance e dall'altro, nel contempo, deve favorire la spinta all'**innovazione** che proviene dalla compagine privata (come i recenti esempi di adozione di soluzioni di telemedicina hanno mostrato).

1.4 L'approccio One Health

L'approccio *One Health* rappresenta il principale riferimento e obiettivo di una riforma sistemica che vuole mirare a definire un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Tale visione olistica caratterizza un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse e che, quindi, riconosce come la salute umana, animale e dell'ecosistema siano strettamente legate e interdipendenti, considerando, di rimando, l'ampio spettro di determinanti che emergono da questa relazione.

La logica *One Health* diventa l'unico paradigma possibile per favorire collaborazione tra molteplici settori, discipline e attori a vari livelli della società; al fine di affrontare in modo sistemico le crisi futu-

5 (Anselmi, 2014)

re, oltre che per soddisfare i bisogni e le necessità delle persone sulla base della relazione tra la loro salute e l'ambiente in cui vivono.

Simile approccio si traduce nell'adozione su più fronti di una serie di azioni e decisioni coerenti e prioritarie che aiutino a evolvere rapidamente verso un sistema integrato e digitalizzato, incentrato e flessibile alle necessità di benessere e qualità di vita delle persone, soggetta a continui cambiamenti. In questo frangente, è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ad aver accelerato la progettazione e l'implementazione di un nuovo assetto del sistema salute, in primis con l'elaborazione della Missione 6 e nello specifico, con la previsione di nuovi elementi per poter identificare un nuovo modello di assistenza territoriale. Nel PNRR viene inoltre menzionata la definizione di un nuovo "assetto istituzionale" per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, seppur da meglio definirsi e declinarsi operativamente.

Tale assetto vede come suo pilastro fondante la visione olistica *One Health* attraverso la cooperazione tra diversi ambiti, che risulta fondamentale per identificare le cause multifattoriali, individuare e valutare i rischi il più precocemente possibile, coinvolgere più attori e stakeholder e rendere accessibili informazioni e dati in modo trasversale e trasparente.

La prospettiva *One Health* diviene dunque indispensabile per lo sviluppo e il rafforzamento dei citati meccanismi di *Stewardship* e di *Partnership*, ed è funzionale al rafforzamento della *Prevention* e della *Preparedness* del sistema sanitario nazionale⁶.

1.5 La resilienza trasformativa

La complessità del tema salute è caratterizzata - al netto degli aspetti tecnico-scientifici specialistici- da fenomeni multidimensionali e multilivello e può essere sinteticamente ricondotta su tre livelli principali, ovvero il livello *micro o individuale* (come la consapevolezza del corso della vita); il livello *meso o organizzativo* (inerenti i sistemi sanitari e di protezione sociale e le relazioni con gli interventi di politiche pubbliche) e il livello *macro* (relativi ai principi di coesione sociale e mutuale della responsabilità – oltre che delle condizioni economiche)⁷.

Alcuni autori, come Clare Bambra (2016)⁸ si sono spinti al punto di dichiarare che – oltre ai fattori genetici – le scelte politiche siano "*le cause delle cause delle cause*" delle iniquità sociali nella salute, e che quindi la salute sia in sostanza una scelta politica i cui aspetti vadano oltre il settore della salute pubblica. Pur non adottando una lettura di questo tipo, ciò che rimane indubbio è invece il ruolo che le scelte di *policy* possono avere nelle riduzioni dei divari socio-economici e territoriali nell'ambito della salute. Infatti, proprio dalla dimensione territoriale e da una lettura *funzionale* del territorio sviluppata negli ultimi anni⁹, emergono nuove considerazioni rispetto al ruolo degli attori locali nella gestione dei flussi e della mobilità delle persone, che fondamentalmente supera la divisione amministrativa locale.

⁶ (Istituto Superiore di Sanità, *One Health*, 2022)

⁷ (Cardano, Giarelli, & Vicarelli, 2020)

⁸ (Bambra, 2016)

⁹ (Istat, *Cities & Functional urban areas*, 2011)

Se i divari dipendono da condizioni socio-economiche ereditate, bisogna altresì considerare che a queste si aggiungono l'interferenza di nuove dinamiche intervenienti, i così detti shock, che effettivamente e potenzialmente minacciano la capacità di risposta di soggetti individuali e collettivi. In questo periodo, identificato da diversi studiosi come epoca dell'Antropocene¹⁰, la magnitudo di questi disturbi non solo ha acquisito una nuova scala di misurazione, ma per certi aspetti resta ancora sconosciuta, esponendo comunità e soggetti fragili a rischi e costi di risposta sempre maggiori proprio perché non ancora identificati o assimilati in una consapevolezza e conoscenza diffusa. Quindi, leggere la realtà è essenziale per la maturazione di scelte consapevoli ed interventi efficaci, ma necessita di analisi in grado di cogliere gli aspetti multidisciplinari che la compongono con un approccio integrato e sistemico.

Mentre è sempre meno fattibile continuare a perpetuare attività *business as usual*, per via dell'insorgenza degli effetti di disturbi intervenienti e d'altro canto dei cambiamenti di policy già in atto, agli attori nazionali, istituzionali e privati, resta la possibilità di scegliere in che modo catalizzare le risorse a propria disposizione per contrastare gli effetti di questi shock, al fine di non fare un passo indietro nell'assicurare una buona qualità della vita, e anzi di cogliere queste situazioni come occasione per riorganizzarsi e sviluppare azioni per stabilizzare, adattarsi, e trasformarsi.

Il dibattito che ha portato alla definizione degli obiettivi dell'Agenda 2030 e la promozione di un sistema economico che metta al centro le persone e la coesione, hanno complementariamente fornito le basi concettuali per la c.d. *resilienza trasformativa*¹¹, ovvero la capacità di reagire agli shock che dipende dalle scelte degli individui, in tutti i vari livelli di aggregazione. L'assunto finale è che la resilienza, intesa nella sua dimensione più pratica e sostanziale piuttosto che nei singoli adempimenti formali e procedurali, mira a sostenere i livelli di benessere individuali e sociali, mentre il suo carattere trasformativo si riferisce alla necessità di cambiare quando i disturbi intervenienti hanno un'intensità e/o una durata superiore a quella che i sistemi e le organizzazioni riescono ad attenuare e assorbire seguendo schemi basati su presupposti antecedenti a questi shock, se non addirittura anacronistici.

Le risorse messe in campo a livello nazionale ed europeo, come il *Piano di Ripresa e Resilienza* e i fondi della *Politica di Coesione* costituiscono parte delle risorse disponibili per implementare un processo trasformativo. L'altra parte delle risorse è fondamentalmente immateriale, e consiste nelle relazioni inter-istituzionali tra Stato e Regioni che si ispirano al principio di leale collaborazione, quelle che legano Istituzioni (su vari livelli di governance) alle persone in un'ottica di sussidiarietà, e quelle relazioni "orizzontali" coinvolgono attori pubblici e privati nelle reti di Partenariato.

Tuttavia, anche le principali azioni di intervento (Prevenzione, Preparazione, Protezione, Promozione e Trasformazione), possono comportare dei costi e delle perdite nelle fasi di riallocazione di risorse economiche e di professionalità, che senza interventi organici potrebbero limitare gli effetti positivi del processo di cambiamento¹².

¹⁰ (Commissione Europea, 2022)

¹¹ (Manca, Benczur, & Giovannini, 2017)

¹² (Manca, Benczur, & Giovannini, 2017)

1.6 Gli strumenti recenti di resilienza: il NextGenerationEU e il Recovery and Resilience facility

Le criticità scaturite dallo shock pandemico a livello internazionale, hanno condotto all'interno dell'Unione Europea all'elaborazione ed istituzione di uno strumento di ripresa e resilienza, quale il *NextGenerationEU* (NGEU); la cui progettazione risponde alla necessità di realizzare investimenti massicci in modo rapido e nella misura necessaria per la ripresa europea.

Il *NextGenerationEU* è uno strumento temporaneo del valore di oltre 800 miliardi di euro, da collocare nell'ambito del bilancio a lungo termine dell'UE e da integrare con nuovi finanziamenti che provengono dal ricorso al mercato finanziario¹³. I fondi raccolti, convogliati attraverso i programmi dell'UE previsti nel Quadro finanziario pluriennale 2021-2027, vogliono sostenere le misure urgenti previste per il triennio 2021-2023, indispensabili per la progettazione dei mezzi di sussistenza, per la rimessa in sesto dell'economia e per una crescita futura sostenibile e resiliente¹⁴.

Fulcro del programma di misure europee è il *Dispositivo europeo per la ripresa e la resilienza (Recovery and Resilience Facility)*, dedicato principalmente a sostenere la ripresa e la resilienza dei Paesi che ne fanno ricorso. Tale strumento si caratterizza per la sua duplice natura: per quanto riguarda la ripresa, mira ad assicurare che questa sia più veloce possibile, con l'intento di attenuare nel breve periodo l'impatto e i danni sociali ed economici prodotti dalla crisi; per quanto riguarda il principio legato al concetto di resilienza, vuole sostenere l'elaborazione e l'adozione di riforme che colmino le carenze strutturali delle governance nazionali, aumentando la produttività e la competitività dei singoli Stati, rendendoli pronti ad affrontare le sfide future.

L'ambito di applicazione dello strumento viene delineato dai sei pilastri europei che vertono sulla: *Transizione verde; Trasformazione digitale; Crescita intelligente, sostenibile e inclusiva; Coesione sociale e territoriale; Salute e resilienza economica, sociale e istituzionale; Politiche per le generazioni future*. Tali macro-direttrici trovano applicazione nei singoli Piani nazionali, che vedono, però, l'adozione di riforme coerenti con la situazione e le sfide specifiche di ogni Stato membro.

Dunque, nell'ottica di affrontare simili fenomeni e problematiche, il *NextGenerationEU* (NGEU) e più nello specifico il *Recovery and Resilience facility* vogliono aiutare a perseguire e realizzare politiche nazionali per attenuare l'impatto economico e sociale della crisi e rendere ogni Paese membro (e di conseguenza l'intera Unione) più equo, verde e inclusivo, con un'economia maggiormente competitiva, dinamica e innovativa.

1.7 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano si caratterizza per la sua estensione, essendo il più ampio nel panorama europeo. La scelta del legislatore è stata infatti quella di intervenire in

¹³ (Commissione europea, 2021)

¹⁴ (Monti, 2021)

un vastissimo numero di settori, al fine di superare le multiformi debolezze strutturali del nostro Paese¹⁵.

Il Piano è strutturato coerentemente sia per affrontare le sfide e le priorità specifiche nazionali e individuate nel contesto del I Semestre europeo 2021, sia per seguire le linee guida contenute: nei Programmi nazionali di riforma, nei Piani nazionali per l'energia e il clima, nei Piani territoriali per una transizione giusta, nei Piani nazionali per l'attuazione della Garanzia Giovani e negli Accordi di partenariato¹⁶. Inoltre, la strategia nazionale adottata intende contribuire allo sviluppo della parità di genere e alle pari opportunità, aiutando l'attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali¹⁷.

Al suo interno, il PNRR definisce: i target intermedi e finali, il calendario indicativo dell'attuazione delle riforme e degli investimenti; oltre a fissare le modalità per il monitoraggio e l'attuazione del Piano, tramite l'uso di indicatori specifici e condivisi a livello europeo.

Tutte le misure del Piano, sia gli investimenti che le riforme, sono cadenzate da un calendario di attuazione e strutturate secondo un elenco di obiettivi da raggiungere, conditio sine qua non per l'erogazione dei fondi da parte della Commissione europea. In particolare, a ciascuna riforma e investimento viene associata una descrizione delle finalità della misura e degli indicatori che ne riflettono gli obiettivi e, quindi, il metro di misura per la loro valutazione. Questi indicatori si dividono in due gruppi, rispettivamente per valutare i *Milestone* e i *Target*, oltre che per descrivere minuziosamente l'avanzamento e i risultati delle riforme e degli investimenti che si propongono di attuare.

Le *Milestone*, o traguardi, rappresentano generalmente fasi sostanziali dell'attuazione, di natura amministrativa e procedurale. Si riferiscono a traguardi qualitativi, da raggiungere tramite una determinata misura del Piano e indicano di solito una sequenza di attività connesse al raggiungimento degli obiettivi. I *Target*, o obiettivi, sono stimati da indicatori quantitativi, poiché si configurano come risultati numerabili. A differenza delle *Milestone*, i *Target* vengono raggiunti tramite una precisa misura del Piano: come l'incremento di personale o il numero di imprese che beneficia di determinati incentivi.

Le *Milestone* e i *Target* prefissati sono stati elaborati rispettando i tre pilastri su cui regge la struttura del PNRR italiano: la digitalizzazione, la transizione ecologica e l'inclusione sociale. Da questi si snodano le 6 Missioni del Piano (Missione 1 – Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; Missione 2 – Rivoluzione verde e transizione ecologica; Missione 3 – Infrastrutture per una mobilità sostenibile; Missione 4 – Istruzione e ricerca; Missione 5 – Inclusione e coesione; Missione 6 – Salute) e le 16 componenti ad esse riconducibili.

Come accennato precedentemente, la crisi pandemica ha riportato il tema salute al centro dell'agenda politica, con l'intento di tutelare il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale. Lungo questa linea d'azione si inserisce il PNRR: attraverso gli obiettivi e le riforme tracciate dalla sesta Missione, in sinergia con le altre, vuole riqualificare un settore critico, quale quello sanitario, aiutandolo ad affrontare sfide di grande rilievo come quella degli ultimi anni.

¹⁵ (Corte dei Conti, 2022)

¹⁶ (Camera dei Deputati, 2022)

¹⁷ (Commissione, Consiglio, & Parlamento, 2017)

Questo poiché l'impatto della crisi sanitaria ha dimostrato quanto sia importante rendere la rete dell'assistenza primaria territoriale equa e capillare, in grado di rispondere al bisogno di prevenzione e cura su tutto il territorio nazionale, eliminando le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud. Il miglioramento delle prestazioni erogate dal SSN vuole essere perseguito attraverso il potenziamento e la creazione di nuove strutture e presidi territoriali, come le Case e gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali. Mentre, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare sfrutta appieno le opportunità derivanti dall'utilizzo della telemedicina e di tecnologie innovative, dall'avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale sanitario¹⁸.

Negli ultimi anni si è assistito, ad un esacerbarsi delle disuguaglianze sociali, di genere e territoriali già in essere nel nostro Paese, in un simile contesto si inserisce la quinta Missione del Piano, strutturata per arginare la nascita di nuovi e possibili divari e, quindi, per proteggere il tessuto sociale del Paese e mantenerlo coeso. L'obiettivo è facilitare l'accesso e la partecipazione al mercato del lavoro, attraverso lo sviluppo di maggiori competenze, grazie ad una più capillare e diffusa formazione e tramite il potenziamento delle politiche attive del lavoro, facilitando l'inclusione sociale. Gli interventi previsti nella Missione mirano a riformare il sistema delle politiche attive del lavoro e della formazione professionale, al fine di introdurre e implementare livelli essenziali delle prestazioni e di favorire l'occupabilità dei lavoratori in transizione e delle persone disoccupate e inoccupate. Inoltre, obiettivo fondamentale è quello di valorizzare e aumentare il livello di partecipazione delle donne nel mercato del lavoro, sostenendo le imprese a conduzione femminile e favorendo, quindi, un cambiamento culturale. Infine, per ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale, diviene imprescindibile riqualificare le aree pubbliche e supportare persone con disabilità o non autosufficienti¹⁹.

Alla luce della crisi ambientale e climatica e in linea con gli obiettivi del Piano d'azione per l'economia circolare varato dall'Unione europea, la seconda Missione del Piano si prefigge di colmare le lacune strutturali della nostra società e del mondo dell'industria. Queste, di fatto, ostacolano lo sviluppo di un'economia a impatto ambientale pari a zero e il raggiungimento di un nuovo equilibrio tra natura, sistemi alimentari e circolarità delle risorse, che garantisca un sistema alimentare equo, sano e rispettoso dell'ambiente²⁰. Strettamente connessa alla seconda, la prima *Missione Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo* è stata congeniata al fine di rilanciare la competitività e la produttività del nostro Paese: intervenendo su alcuni temi-chiave del sistema economico, sulla connettività di cittadini, imprese e Pubblica Amministrazione; adeguando il sistema produttivo e valorizzando il patrimonio culturale e turistico.

Le principali riforme contenute nella Missione mirano a favorire la diffusione di connessioni veloci in tutto il Paese, tramite l'implementazione della banda ultralarga oltre che con l'adozione di tecnologie innovative e lo sviluppo di maggiori competenze digitali.

I target e gli obiettivi perseguiti necessitano di un lavoro sinergico tra settori e aree di intervento diversi, tra pubblico e privato, affinché vengano realizzati e si possa raggiungere il benessere collettivo.

¹⁸ (Presidenza del Consiglio dei Ministri)

¹⁹ (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

²⁰ (Ministero della Transizione Ecologica, s.d.)

1.8 La salute oltre la sanità²¹

Lo svilupparsi della pandemia, le azioni di contrasto alla diffusione del virus e lo scoppio della guerra alle porte dell'Europa, hanno segnato un punto di svolta nella coscienza collettiva: ci si è resi conto che è necessario un momento di profonda verifica sui principali sistemi infrastrutturali ed organizzativi. Compreso, ovviamente, quello sanitario.

In tale ambito, fronteggiando sfide mai viste prima, ci si è anche resi conto di come sia necessario gettare nuove basi, per far sì che il sistema diventi il più possibile preparato ad affrontare ulteriori imprevisti. Occorre superare il tradizionale concetto di sanità, ampliandone la nozione in un'ottica multidimensionale, considerando la salute e il benessere del cittadino come la risultante anche dei contributi provenienti dal mondo socio-sanitario, solidaristico, mutualistico integrativo, scolastico, che andrebbero riconosciuti a pieno titolo come componenti del sistema sanitario.

L'adozione di un modello inclusivo della gestione della salute - la Stewardship, che l'Organizzazione mondiale della sanità definisce «accurata e responsabile gestione del benessere della popolazione» -, rappresenta uno dei passaggi per poter strutturalmente garantire elasticità di intervento al sistema, accorciando i tempi di reazione e aumentando la rapidità di risposta. Quanto sia importante un aggiornamento del sistema di governance è nei numeri anche dello stesso PNRR: l'incidenza degli stanziamenti della Missione 6 - «Salute» - sul volume complessivo è pari all'8,2%, ma rappresenta il 21,1% degli interventi assegnati alla componente territoriale.

La quota attribuita a soggetti attuatori territoriali è di 14,9 miliardi (95,3% degli stanziamenti Missione 6), mentre quella dei soggetti nazionali è di 738 milioni (4,7%), numeri che lasciano bene comprendere la rilevanza del tema del coordinamento e integrazione sia tra Stato ed Enti territoriali, sia tra Regioni.

Se da un lato quindi è vero che le azioni definite dalla Missione 6 vanno a ridefinire il paradigma del nostro sistema sanitario attraverso una rivoluzione dell'approccio alle cure territoriali e la dotazione di strutture di prossimità, dall'altro lato in questo nuovo approccio risulta necessario contemplare anche componenti ancora solitamente considerate fuori dal perimetro sanitario.

Un primo passo è intendere e leggere le parole chiave della Missione 6 (prossimità, interconnessione, competenze) unitariamente con quelle contenute nella Missione 5 «Inclusione e Coesione» (lavoro, famiglie, comunità, terzo settore), collegandole trasversalmente con i contenuti delle altre missioni del PNRR: digitalizzazione, transizione ecologica, infrastrutture, formazione e ricerca. Per passare dalla dimensione sanitaria a un sistema salute servono strumenti ulteriori rispetto al PNRR.

Nella ripartizione degli stanziamenti previsti dalla Finanziaria 2023 in discussione in Parlamento alla sanità sono stati stanziati circa due miliardi in larghissima misura a copertura del caro-bollette per le strutture sanitarie, senza individuare altri capitoli di spesa. La contingenza prevedeva certamente come prioritario arginare il caro-energia e i vincoli delle disponibilità economiche non consentivano andare oltre, ma senza una programmazione nazionale a livello Paese difficilmente si sarebbe potuto (né si potrà) inserire in agenda altre voci. Esistono temi come lo sviluppo e la formazione del personale sanitario, l'inquadramento della figura del caregiver, lo sviluppo delle competenze

²¹ (Carusi & Monti, La buona sanità: oltre il PNRR, 2022)

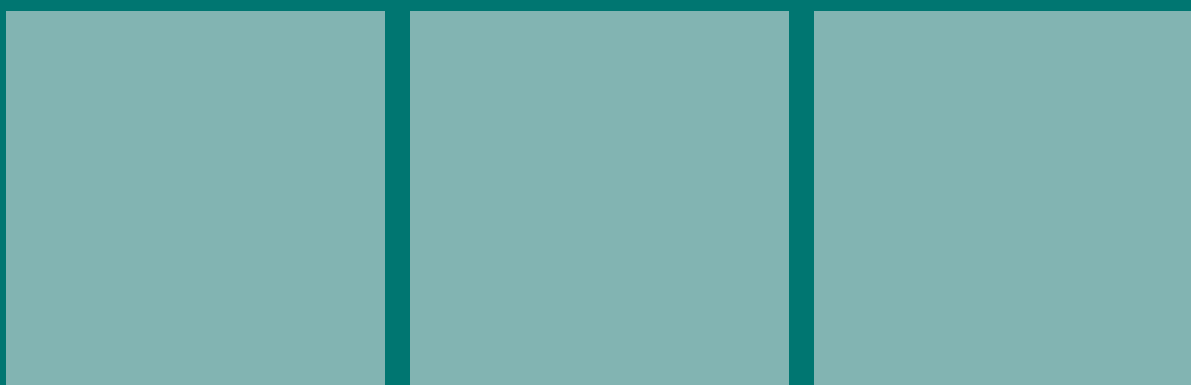
digitali della popolazione anziana (e dei caregiver) che non sono previsti dal Porr ma che ne sono condizioni abilitanti. Si pensi alla telemedicina che entro il 2025 dovrà intercettare 200 mila persone (primariamente «cronici», quindi in maggioranza persone over 65), supponendo che posseggano competenze digitali adeguate, mentre ad oggi da calcoli Agid su dati Istat hanno competenze di base solo il 15% degli over 65.

È necessario ora approcciarsi al tema con uno strumento di natura più strategica e con un respiro politico in grado di ridare alla salute una piena e strutturale programmazione nazionale in grado di sussumere temi essenziali anche per la realizzazione dello stesso PNRR.

Questo strumento strategico è previsto dal nostro ordinamento ed è il Piano sanitario nazionale (che potrebbe evolvere in un Piano Nazionale di Salute), ma l'ultimo in vigore risale al 2008 e la sua riedizione non è tra gli obiettivi del PNRR.

2

L'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza



2. L'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

2.1 Perché un Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

L'Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza ha tra i suoi mandati quello di intercettare e descrivere i connotati di un sistema salute e, di conseguenza, le aree che necessitano di un intervento mirato e prioritario, attraverso la promozione del dibattito e di proposte di policy condivise tra gli attori del sistema salute.

Appare chiara la necessità di adottare un approccio diverso, integrato e multidisciplinare che superi la tradizionale logica a silos, figlia di un vecchio *modus operandi* e che mal si concilia con l'adozione di metriche e linguaggi nuovi connessi alla logica *One Health* e in linea con gli obiettivi strategici pianificati nel più ampio framework dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e del PNRR - *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*.

L'esigenza di tale revisione e trasformazione del nostro sistema nasce, inoltre, da alcuni trend demografici ormai in aumento da diversi anni, come la tendenza all'invecchiamento della popolazione e la crescente fragilità e multi-cronicità degli anziani. Nonché da ragioni quali: la crisi sanitaria e il mutato concetto di benessere e di qualità della vita, che porta tra le sue conseguenze l'aumento di aspettative su salute, benessere e qualità della vita da parte dei cittadini. Il tutto in un quadro di forte cambiamento sia sotto il profilo tecnologico e digitale – che richiede sempre nuove competenze, pena l'esclusione dal sistema – e sia sotto il profilo ambientale e meteo-climatico, con tutte le ricadute del caso generate dalla transizione ecologica ed energetica.

Tale prospettiva richiede l'implementazione di un nuovo trasferimento culturale realizzabile tramite un'estensione del sistema salute a nuove componenti e conoscenze, con l'intento di rivolgersi sia al cittadino ed utente, affinché quest'ultimo acquisisca maggiore consapevolezza di sé e controllo delle proprie scelte ed azioni, non solo nell'ambito personale ma anche in quello della vita politica e comunitaria (empowerment); sia al decisore, primo attore che deve prendere contezza di uno spettro di studio ed intervento ampliato e interdipendente.

In linea con un simile cambiamento si inserisce il lavoro dell'Osservatorio come strumento di orientamento e indirizzo nella trasformazione, le cui attività si fondano sull'adozione di un framework teorico più complesso e innovativo, che vuole rispettare l'interdipendenza di tutti quei fenomeni sociali, economici ed ambientali che condizionano la salute e il benessere del cittadino. Tutto questo grazie la ricerca e lo studio di dati disponibili e reperiti da fonti attendibili e pubblicamente accessibili, interpretati e rielaborati attraverso una nuova prospettiva e con un criterio di aggregazione utile per la traduzione pratica da parte del decisore per l'elaborazione di policy efficaci.

Considerati tali propositi, il lavoro dell'Osservatorio si presenta funzionale ad istituzioni, operatori istituzionali e sociali e alla società civile, al fine di promuovere un dibattito costruttivo orientato su tematiche di salute e benessere. Alla base di un simile *modus operandi* vi è l'in-

tento di integrare ed implementare nel nostro sistema i meccanismi di **stewardship** e **partnership**, poiché la compresenza di questi due modelli rappresenta un fondamentale strumento di **preparedness** e resilienza per il nostro Paese²². La *Preparedness*, in particolare, si è visto essere decisiva poiché rappresenta quel complesso di attività di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione volte a minimizzare i rischi posti da malattie e virus infettivi e per mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento: locale, regionale, nazionale o internazionale²³.

2.2 Health in all policies – Il traguardo della salute in tutte le politiche

Dopo lo shock Pandemico è sorta la consapevolezza della necessità di ripensare il modello di welfare e di Servizio sanitario nazionale, promuovendo innovazioni per far fronte alle future emergenze e per migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema²⁴.

Diviene necessario superare il tradizionale concetto di sanità, ampliando la nozione in maniera più estesa e integrata e contemplando il contributo apportato alla salute e al benessere da tutte quelle componenti provenienti dal mondo sociosanitario, solidaristico, mutualistico integrativo, scolastico, urbano, le quali andrebbero riconosciute a pieno titolo nella loro funzione di attori della salute.

L'adozione di questo modello inclusivo della gestione della salute, cioè la cosiddetta *stewardship*, definita dall'OMS come *"accurata e responsabile gestione del benessere della popolazione"*, rappresenta uno dei passaggi per poter strutturalmente garantire elasticità di intervento al sistema, accorciando i tempi di reazione e aumentando la rapidità di risposta. In quest'ottica risulta importante considerare il framework definito dalla strategia *"Health in all policies"*, che l'OMS considera *"un approccio alle politiche pubbliche in tutti i settori che tiene conto sistematicamente delle implicazioni delle decisioni sulla salute e sui sistemi sanitari, cerca sinergie ed evita impatti dannosi sulla salute, al fine di migliorare la salute della popolazione e l'equità sanitaria"*. All'interno di tale framework serve adottare una impostazione orientata alla *stewardship*, in modo da superare sia la visione a silos all'interno della sanità, sia la visione per cui la sanità stessa è considerata come un elemento distinto e separato dagli altri elementi della società.

Per gestire i mutamenti in atto e agire in prospettiva di una resilienza trasformativa è necessario un nuovo approccio per la forma di governo del sistema salute da parte della PA centrale, caratterizzato da nuove forme di partecipazione e di coordinamento di attori diversi, in modo da poter gestire le nuove dinamiche all'interno di un programma unitario. L'obiettivo è quello di arrivare a traguardare la visione di un ecosistema salute che, diriga al meglio i numerosi step di riforma ancora da realizzare presenti nel PNRR, riprendendo i principi ispiratori dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite - per la quale i Goal sono tutti interrelati tra loro e orientati al raggiungimento di un obiettivo comune.

²² (Carusi, Programma operativo Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza, 2021)

²³ (Istituto Superiore di Sanità, Attività di preparedness nell'ambito della risposta alla pandemia COVID - 19 in Italia: esempi nelle attività dell' ISS, 2020)

²⁴ (Colicelli, 2022)

In questo senso a livello europeo, per tracciare una rotta che fosse univoca e comune, vi è stata la volontà di allineare i vari interventi ascrivibili ai singoli Piani Paese nel quadro degli obiettivi e goals fissati dall'Agenda 2030 dell'ONU. La volontà è quella di rispettare quei precetti e disposizioni afferenti alla visione olistica dell'approccio One Health e che ben si conciliano con l'intento delle Nazioni Unite di esaminare e dimostrare l'interdipendenza tra i cambiamenti ambientali, climatici, sociali ed economici e le ricadute che questi hanno su qualsiasi aspetto della salute, del benessere e della vita delle popolazioni²⁵.

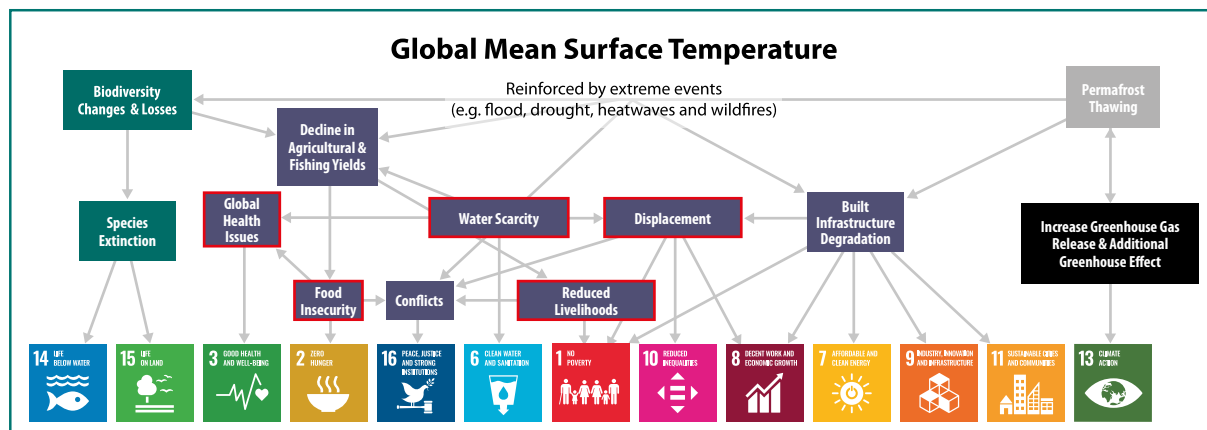


Figura 1 Onu - Climate Indicators and Sustainable Development. Demonstrating the Interconnections.

A corredo di ciò si veda il Sustainable Development Report 2022, From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond²⁶: il settimo rapporto sullo sviluppo sostenibile che esamina i progressi compiuti ogni anno sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile dalla loro adozione, nel 2015, da parte dei 193 Stati membri delle Nazioni Unite.

In questo momento storico i principi fondamentali degli SDG – l’inclusione sociale, la cooperazione internazionale, la produzione e il consumo responsabili e l’accesso universale all’energia pulita – risultano essere più che mai necessari per combattere le molteplici sfide sanitarie, di sicurezza e climatiche.

BOX TEMATICO ASVIS - One Health e salute globale

A cura di: Carla Collicelli

La salute, come “completo stato di benessere fisico e psichico” è da molti anni obiettivo prioritario mondiale, e la storia dell’approccio olistico alla salute ed al benessere è una storia lunga, che vede una delle prime tappe nel lancio ad Alma Ata nel 1978 del principio della “Salute in tutte le politiche” da parte dall’Organizzazione Mondiale della Salute (OMS). A quella dichiarazione hanno fatto seguito studi e riflessioni sulla salute come processo sistemico, che include cioè il benessere della natura e del mondo animale, un vero e proprio “sistema psico-somato-ambientale” secondo la formulazione coniata dal Censis alla fine del secolo scorso. Un processo sancito

²⁵ ((WMO), 2021)

²⁶ (D. Sachs, Lafortune, Kroll, Fuller, & Woelm, 2022)

con l'adozione del termine di *One Health*, utilizzato per la prima volta da parte della *Wild Conservation Society* nel 2004 e utilizzato però per molti anni quasi esclusivamente in relazione alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti ed all'antibiotico resistenza.

Un passo avanti fondamentale si colloca nel 2015, quando viene sottoscritta da quasi tutti i paesi del mondo l'Agenda ONU al 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, che comprende, tra i suoi 17 obiettivi, il raggiungimento di condizioni di salute e benessere avanzate ed uguali per tutti, in un'ottica di integrazione sistemica con gli altri obiettivi, e che pone il tema del rapporto tra salute, ambiente, produzione e democrazia, segnalando l'importanza dei determinanti della salute in tutti gli ambiti della vita collettiva (scuola, formazione, lavoro, economia, stili di vita, ambiente, energia, ecc.). Nello stesso anno Papa Francesco rilasciava l'Enciclica "Laudato si'", che pone anch'essa in termini nuovi e profetici la questione del rapporto tra umanità e pianeta. E se è vero che non erano mancati negli anni precedenti studi e pubblicazioni degli ambiti biologico, biomedico e biosociale, che indicavano i rischi insiti in uno stravolgimento degli equilibri naturali all'interno del pianeta e l'importanza delle connessioni tra ambiente naturale, specie animali e specie umana, si può dire che è solo con l'anno 2015, e a seguito della pubblicazione dei due Atti citati, che l'umanità comincia a prendere coscienza in forma più ampia della serietà della questione. Per quanto riguarda l'Italia, l'anno successivo, il 2016, riveste una importanza particolare, in quanto vede la nascita dell'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS), fondata per promuovere il raggiungimento degli obiettivi dell'ONU in Italia attraverso il coinvolgimento della società civile e di tutti gli stakeholder interessati.

In questo quadro gli ultimi 5 anni si caratterizzano per l'importanza crescente del dibattito sul cosiddetto Antropocene, termine coniato nel secolo scorso in ambito biologico e chimico, e che oggi viene utilizzato per rappresentare il modello di sviluppo recente, con il quale l'umanità incide pericolosamente, con le sue azioni, sugli equilibri naturali del pianeta. Come esperti delle diverse aree disciplinari ci segnalano, anche le emergenze virali in campo sanitario sono in buona parte risultato della rottura di un equilibrio tra uomo, natura ed altre specie animali, e le strategie di mitigazione della crisi ambientale fino ad oggi in corso non risultano sufficienti a promuovere una sostenibilità effettiva e globale dello sviluppo umano e del benessere dell'umanità. Sostenibilità che va promossa più decisamente attraverso interventi di maggiore impatto rispetto all'inquinamento, alla progettazione urbana, agli assetti del sistema produttivo e dei trasporti, e non ultimo rispetto alla messa a frutto delle potenzialità tecnologiche disponibili ai fini dello sviluppo sostenibile. In questo senso vanno intesi il concetto di *One Health* e quello di circolarità della vita sul pianeta, che da semplici modelli di riflessione teorica sono diventati strumenti effettivi per lo studio e la applicazione di strategie ed interventi che promuovano la salvaguardia del capitale umano, sociale e materiale insieme, evitando gli sprechi e producendo equilibri virtuosi.

In ambito sanitario, la riflessione su *One Health* richiama la necessità di una attenzione particolare rispetto alla difficile sostenibilità di un sistema della salute che si trova ad affrontare la doppia sfida dell'aumento delle patologie croniche e dell'età anziana e della recrudescenza delle patologie da virus - di cui Covid-19 è l'esempio vivo e attuale -. Una doppia sfida che è alla base di molti dei decessi registrati negli ultimi due anni di anziani, malati cronici e soggetti fragili, per cui la situazione che si è venuta a creare a seguito dell'accavallarsi di pandemia e altre patologie ci invita drammaticamente a riflettere in termini nuovi sulle politiche per la salute, in particolare

per quanto riguarda la medicina preventiva e del territorio. Come hanno scritto i medici dell'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo il 21 marzo 2020, allo scoppio della pandemia, si è rivelata fondamentale in pandemia la dimensione della comunità e dell'ambiente di vita, non solo per le patologie croniche e le disabilità - come si sapeva -, ma anche rispetto alle epidemie di tipo infettivo, che provocano vere crisi umanitarie, e richiedono un approccio di popolazione e di territorio. In altre parole, un approccio di *One Health*.

Il tema delle connessioni tra discipline e politiche è di conseguenza di fondamentale importanza, in quanto proprio la separazione tra culture, ideologie e territori ha messo a dura prova la nostra salute ed il nostro benessere. Ci siamo resi conto, in altre parole, che occorre puntare su di un approccio olistico e integrato, per sviluppare una piattaforma comune di valori e di strategie condivise come punto di riferimento per le decisioni da prendere rispetto al benessere, alla salute ed al futuro dell'umanità. E le connessioni vanno cercate anche nella collaborazione necessaria tra le tre anime della società contemporanea e delle sue istituzioni (statualità, socialità e mercato).

A questi temi è stato dedicato l'evento nazionale promosso da ASviS nell'ambito del 4° Festival dello Sviluppo Sostenibile il 5 ottobre 2020, dal titolo "Ecosistema benessere. *One Health*: verso una nuova visione interconnessa di salute", nel corso del quale si è posto l'accento anche sull'ulteriore passo avanti effettuato rispetto alla attuazione del principio di *One Health* grazie ai contenuti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sviluppato dall'Italia nell'ambito del Programma europeo Next generation. Il Piano prevede infatti una lunga serie di investimenti per la tutela ambientale ed una corretta utilizzazione delle tecnologie informatiche. Abbracciare l'approccio *One Health* e della Salute in tutte le politiche, significa infatti anche mettere in campo gli strumenti e le risorse per riqualificare la scuola, l'università e la ricerca, migliorare la sicurezza dei lavoratori e degli impianti produttivi, promuovere la qualità degli spazi di vita nelle città e nei territori extra-urbani, promuovere l'agricoltura sostenibile e di prossimità, salvaguardare la qualità degli alimenti e delle produzioni alimentari, sviluppare la medicina del territorio, la telemedicina e le tecnologie sanitarie complesse, migliorare l'efficienza del sistema sanitario, rafforzare l'educazione sanitaria, la promozione degli stili di vita salutari e la sorveglianza sanitaria in ambito scolastico.

2.3 Le componenti e i determinanti della salute

Con i determinanti della salute si considerano tutti quei fenomeni multidimensionali e multi-livello che caratterizzano e compongono il concetto stesso di salute. I determinanti possono essere divisi in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici. Queste categorie riflettono pienamente il modello di welfare europeo che intende tutelare il diritto alla salute a 360° e rispettare la logica *One Health*.

Lo studio dei determinanti della salute costituisce, dunque, uno dei fondamenti della salute pubblica, perché consente di analizzare e possibilmente intervenire su quei fattori che in varia misura influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie e di stati di disagio.

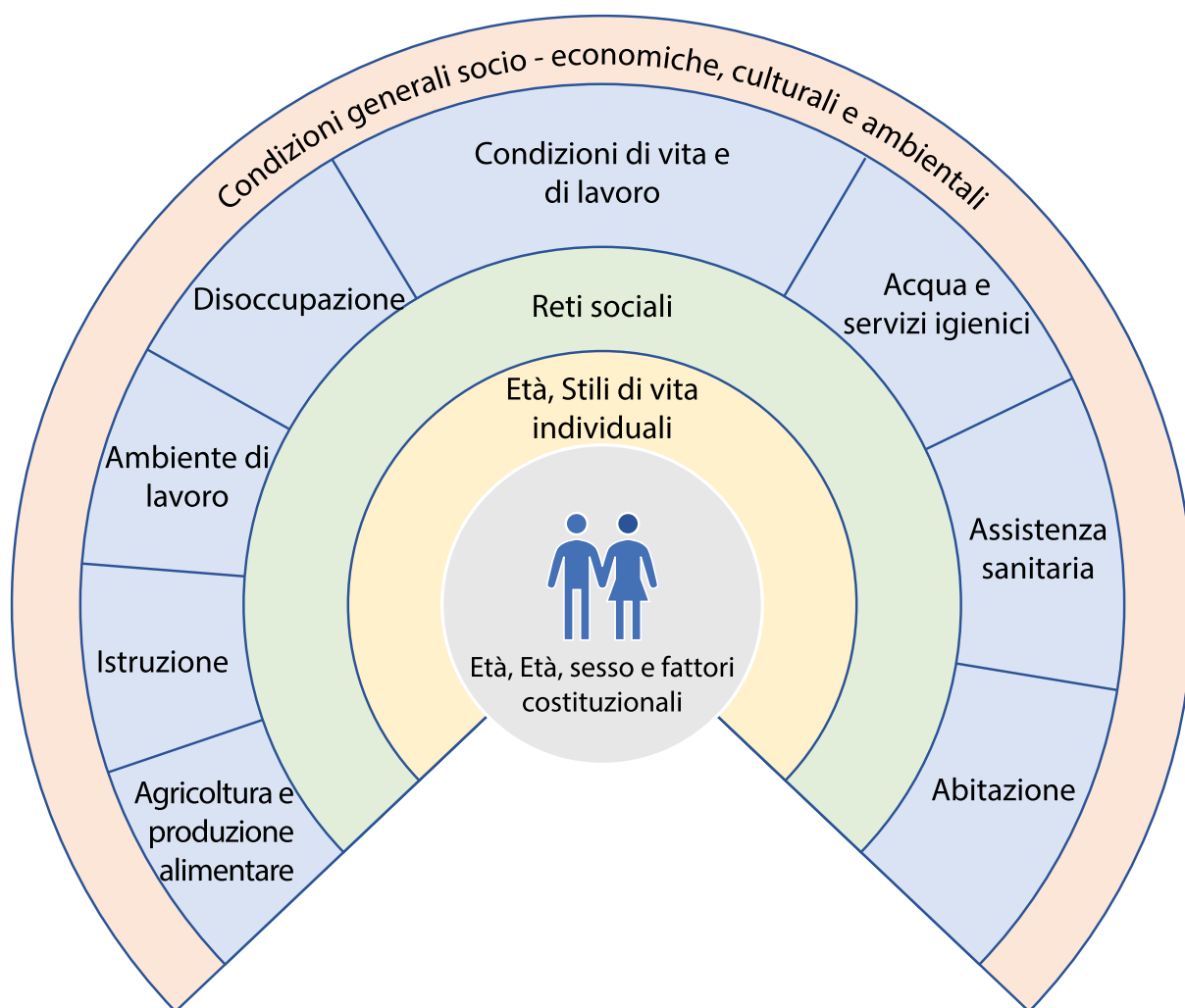


Figura 2 - I determinanti sociali della salute

Secondo il modello dei determinanti delle scuole di sanità pubblica del nord Europa²⁷, le varie categorie si distribuiscono in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. Al centro rimane l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche che rappresentano quei determinanti immutabili: il sesso, l'età, il patrimonio genetico.

I determinanti modificabili, ovvero quelli soggetti a correzioni e trasformazioni, si collocano nei vari strati da quelli più vicini all'individuo a quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali, l'ambiente, la qualità di vita e di lavoro, il contesto politico, economico e culturale.

Il monitoraggio del benessere della popolazione o di campioni di essa si traduce, quindi, in una raccolta regolare di dati sulle componenti rilevanti della salute e sui suoi determinanti, finalizzata a informare il processo di politica sanitaria pubblica. Tale approccio si fonda sull'assunto che i parametri sui quali valutare il benessere di una società non debbano essere solo di carattere economico ma anche sociale e ambientale, considerando, pertanto, anche misure di disuguaglianza e sostenibilità.

²⁷ (Maciocco, 2009)

2.4 Strumenti per la misurazione di fenomeni complessi

Il monitoraggio dello stato di salute pubblica fornisce ai governi informazioni utili per la pianificazione e la valutazione delle proprie politiche, aiutando a identificare le disparità tra gruppi della popolazione e a valutare i progressi nel raggiungimento degli obiettivi di salute²⁸.

Misurare quantitativamente e qualitativamente lo stato di salute e la qualità della vita delle persone richiede la costruzione di strumenti capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di benessere, includendo caratteristiche e percezione dello stato fisico, mentale e sociale.

La creazione di un indice composito per la misurazione dei fenomeni socio-economici legate al tema della salute si dimostra essere uno sforzo addirittura necessario per l'analisi e la valutazione dell'allineamento e della coerenza delle policy in ambito non solo sanitario e inerenti al benessere individuale e collettivo, in un contesto articolato e complesso come quello che si sta dipanando già dal 2020.

BOX TEMATICO ISTAT Governare le potenzialità dell'interconnessione dei dati come strumento a supporto delle decisioni strategiche: il Sistema dei Registri in ISTAT

A cura di: Alessandra Burgio - ISTAT

L'ISTAT dal 2016 ha modernizzato la produzione di dati della statistica ufficiale realizzando il Sistema Integrato dei Registri (SIR), che ha l'obiettivo di costruire Registri statistici basati sull'integrazione di dati derivati dalle fonti amministrative, dalle indagini statistiche condotte dall'Istituto e da altre fonti. In questo modo si moltiplica l'informazione disponibile rispetto a quella di ciascuna fonte presa singolarmente, si ottengono dati di migliore qualità, eliminando le ridondanze e diminuendo il carico statistico sui rispondenti. Il SIR si compone di Registri statistici sugli individui, sulle unità economiche, sulle posizioni di lavoro e sui luoghi. I Registri, dotati di codici identificativi univoci che impediscono l'identificazione diretta delle unità, consentono di connettere a livello micro i fenomeni economici e sociali. Le indagini statistiche completano il quadro informativo con variabili non disponibili nelle fonti amministrative e consentono di analizzare fenomeni specifici. Anche i big data saranno sempre più utili per aumentare la tempestività delle informazioni, ampliare le opportunità di analisi e contribuire a migliorare la qualità delle stime.

Dal lato degli individui l'Istat ha realizzato il Registro Base degli Individui (RBI) che, avvalendosi anche delle informazioni raccolte con il Censimento permanente della popolazione, dispone per ogni individuo di informazioni relative a luogo di nascita, data di nascita, genere, luogo di residenza, cittadinanza, titolo di studio, condizione occupazionale e composizione familiare. A questo si aggiungono i Registri tematici su redditi, istruzione e formazione, disabilità. Dal lato delle unità economiche, analogamente, i registri si compongono di un registro di base

²⁸ (Istituto Superiore di Sanità, 2013)

(agricoltura, industria e servizi, pubblica amministrazione, ecc.) e del registro tematico sui conti economici delle unità economiche e delle unità locali. Il Registro tematico del lavoro (RTL), inoltre, collega gli individui alle unità economiche con tutte le informazioni sulle posizioni lavorative, sia per lavoratori dipendenti che autonomi. Infine, il Registro dei luoghi mappa tutte le unità amministrative, le microzone, i sistemi locali, gli edifici, ecc. Il SIR (Sistema Integrato dei Registri) garantisce quindi una gestione unitaria delle diverse tematiche (statistiche sociali, ambientali, economiche, ecc.) ed una integrazione concettuale e statistica, oltre che fisica, tra le unità statistiche che lo compongono. Il Censimento permanente della popolazione costituisce un'ulteriore fonte di dati potenzialmente utile consentendo, tra l'altro, la costruzione di indici di vulnerabilità sociale e materiale (misura sintetica di un set di indicatori) a livello comunale e sub-comunale.

Questo patrimonio informativo diventa particolarmente promettente e prezioso nel momento in cui lo si rendesse disponibile per l'interconnessione con le basi dati relative ai flussi sanitari, per approfondire gli aspetti delle diseguaglianze sociali nella salute e l'equità. Le sfide poste al sistema sanitario italiano dall'emergenza sanitaria da Covid-19, da una popolazione sempre più anziana per il costante calo della fecondità e dal numero crescente di persone "fragili" per la presenza di patologie croniche invalidanti nelle età più avanzate della vita, richiedono sempre più una conoscenza articolata delle condizioni di salute e sociali degli individui per mettere in campo interventi mirati e risorse adeguate al fabbisogno.

Lo sviluppo dell'informazione digitale ha dato un forte impulso alla circolazione dei dati e una spinta significativa alla conoscenza in tutti i campi della ricerca teorica e applicata. L'aumento della quantità di dati e della loro disponibilità è reso possibile dall'innovazione tecnologica e dalla costruzione di numerosi *cloud* sulla rete web, che hanno favorito la creazione di enormi *repository*, accessibili da una platea di utenti sempre più vasta. **Il processo che si è avviato costituisce una grande opportunità per tutti i settori della società, per gli stakeholder, i politici e gli operatori, perché consente di supportare le decisioni attraverso dati e informazioni sempre più puntuali e capillari.**

L'interconnessione dei flussi sanitari e la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) consentono la ricostruzione della storia sanitaria di un soggetto che, se completata con le informazioni socio-demografiche ed economiche delle persone, consentirebbe importanti sviluppi futuri per una moderna organizzazione dell'assistenza sanitaria.

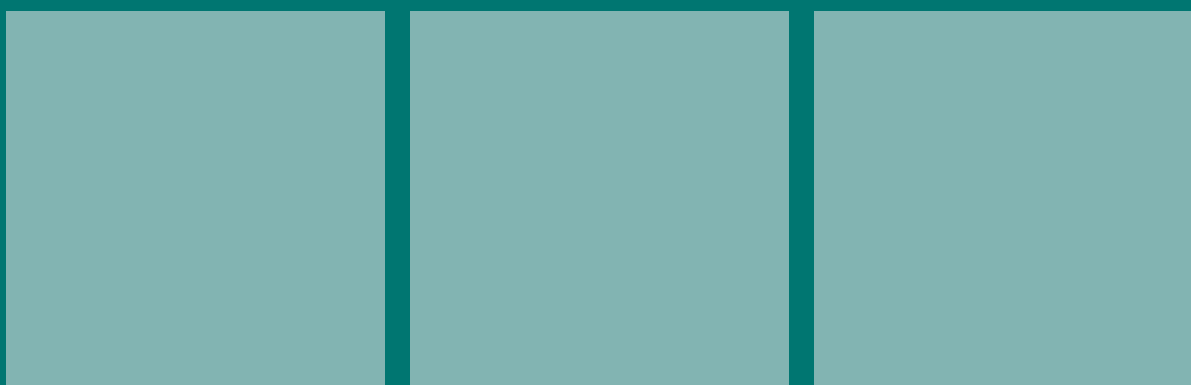
Tuttavia, queste enormi potenzialità necessitano di essere governate, per le numerose implicazioni etiche derivanti dall'incrocio di una grande mole di dati, che possono determinare pericolose intrusioni nella vita privata delle persone e l'uso delle informazioni per finalità illecite. Per tale motivo è necessario costruire un impianto normativo ad hoc e singoli atti autorizzativi da parte del Garante per la protezione dei dati personali, per trattare dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati (dati sensibili). Allo stato attuale tale impianto non è ancora completato e pertanto non è ancora realizzabile la piena interoperabilità tra flussi sanitari e dati dei Registri e delle cause di morte dell'Istat. Per le finalità statistiche è possibile prevedere il trattamento nel Programma Statistico Nazionale; per altre finalità devono essere predisposte norme ad hoc. Questi requisiti, se da un lato costituiscono una garanzia per la pri-

vacy del cittadino, dall'altro rendono in alcuni casi inutilizzabili molti archivi di dati, limitando quindi le potenzialità dell'eccezionale patrimonio informativo già disponibile sulla salute dei cittadini.

L'auspicio è che le amministrazioni pubbliche coinvolte lavorino in sinergia per rendere possibile, in un futuro non troppo lontano, di caratterizzare i percorsi sanitari degli assistiti anche in relazione alle loro caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, contesto familiare, titolo di studio) e socio-economiche (situazione reddituale e patrimoniale) nel rispetto della protezione dei dati personali.

3

L'Indice di Vicinanza della Salute



3. L'Indice di Vicinanza della Salute

3.1 Il concetto di Vicinanza della Salute

La definizione di salute più diffusa è quella accettata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) all'indomani della Seconda guerra mondiale e incardinata nel preambolo della propria convenzione istitutiva: *"Tutti i popoli hanno diritto ad accedere al migliore stato di salute possibile, intendendosi con salute uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità"*. Si tratta di una definizione, che meglio di altre sintetizza la totalità dell'esperienza umana e dell'interdipendenza tra le sue componenti – biologica, psichica, sociale – oltre a considerare il preminente ruolo dell'assistenza sanitaria nell'influenzare e determinare il benessere della popolazione. Con salute, perciò, non viene identificata solamente l'assenza di malattia o di sintomi, ma anche una condizione sociale e mentale positiva, che consenta all'individuo di svolgere le normali attività giornaliere. La salute può essere identificata come risorsa della vita quotidiana, attraverso cui una persona può da una parte realizzare le proprie ambizioni sociali e soddisfare i propri bisogni, dall'altra evolvere con l'ambiente, adattarsi ad esso, superare gli inevitabili periodi di crisi.

Quindi, il concetto di salute può essere declinato in almeno quattro dimensioni:

- Una dimensione propriamente medica: salute come assenza di malattia.
- Un'accezione sociale: salute come possibilità di svolgere un ruolo sociale.
- Una visione idealistica: salute come pieno benessere fisico, psichico e sociale.
- Un'accezione umanistica: salute come capacità di adattarsi positivamente alle situazioni problematiche della vita²⁹.

In quest'ottica si delinea una definizione talmente ampia da approssimarsi e intersecarsi al concetto di felicità e serenità di vita, uno stato ideale a cui tendere e che privilegia le percezioni soggettive. Il concetto di salute è, così, strettamente connesso a quello di *qualità della vita*, che si identifica con il livello di benessere individuale in relazione al contesto socioculturale e ambientale circostante.

Con il concetto di *vicinanza della salute* si intende *la relazione nello spazio e nel tempo che sussiste tra la persona e la disponibilità del bene salute e la possibilità di fruirne*³⁰. Ovvero, far sì che siano il più vicini possibile (nel tempo e nello spazio) il momento in cui il bisogno di salute si origina, il momento in cui questo bisogno viene captato e il momento in cui vi si fornisce una risposta.

Un simile concetto si traduce, ad esempio, in un accesso equo e universale a un'istruzione di qualità a tutti i livelli, all'assistenza sanitaria e alla protezione sociale, delineando una società in cui il benessere fisico, mentale e sociale sia assicurato a 360° e omogeneamente disponibili su tutto il territorio nazionale. Oltre agli obiettivi prioritari di sviluppo, come l'eliminazione della povertà, la tutela del

²⁹ (Zanella, 2011)

³⁰ (Carusi, Programma operativo Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza, 2021)

diritto all'istruzione, la promozione della sicurezza alimentare e della nutrizione, stabilisce un'ampia gamma di obiettivi economici, sociali e ambientali.

La sfera semantica è, dunque, quella della solidarietà, della inclusività, della integrazione e del mutuo soccorso sociale e relazionale.

In base alla distanza in tempo e spazio che intercorre tra l'originarsi del bisogno e la capacità di intervento sullo stesso, si possono individuare e classificare tre contesti, sovrapponibili i livelli di analisi sociale precedentemente citati: *micro*, *meso* e *macro*.

Dunque, la complessità del concetto di *vicinanza della salute* è caratterizzata da fenomeni multidimensionali e multilivello, che riconduce i citati tre livelli d'analisi rispettivamente a tre livelli principali, ovvero: un livello *individuale*; un livello *sistemico*; un livello *ambientale*. Questo poiché l'analisi delle strutture sociali e del mutamento (*macro*) non è alternativa allo studio delle interazioni e della vita quotidiana (*micro*), ma individua orizzonti complementari di ricerca. Il livello *meso* è un livello di connessione tra il focus sull'individuo e il focus sui sistemi sociali. Secondo tale logica, le attuali azioni di programmazione e finanziamento a tema salute vengono interpretate in un'ottica unitaria, sintetizzate nel concetto di *salute*, inteso come *bene* da disporre nella misura più vicina possibile al cittadino. Dove l'individuo viene inteso come primo attore e quindi punto di origine della misurazione su cui calibrare la *vicinanza*.

3.2 L'Indice composito

Per poter migliorare il nostro sistema salute, sulla scia dei citati modelli di *Stewardship* e di *Partnership*, diviene necessario, in primis, poter tratteggiare una fotografia puntuale dello stato dell'arte e, a ritroso, della sua evoluzione; così da poter individuare prontamente sia gli aspetti positivi che le criticità su cui intervenire.

Tutto questo diviene possibile grazie all'uso di strumenti statistici quali indici compositi e indicatori, che permettono, dopo una prima fase di analisi e acquisizione dei dati, di proseguire lo studio attraverso la fase di monitoraggio e osservazione dell'andamento nel tempo dei fenomeni in esame.

Forse il sistema salute più di tutti richiede la disponibilità di simili strumenti, in grado di cogliere e leggere le dinamiche interne e strutturali dei numerosi processi sociali, economici e ambientali, che interagiscono e si condizionano tra di loro nel corso del tempo.

Per far fronte a tali necessità, è stato progettato l'*Indice di Vicinanza della Salute* che, in linea con la ratio di qualsivoglia indice composito, non vuole avere la pretesa di esaurire universalmente tutte le possibili dimensioni del fenomeno *salute*; ma intende superare la preminente componente sanitaria, per poter ampliare i suoi confini in maniera non deterministicamente definita. L'indice rappresenta uno strumento di facile lettura capace di esprimere con un unico trend sintetico i diversi aspetti di un fenomeno di natura multidimensionale: l'andamento annuale delle componenti del nostro ecosistema salute rispetto all'anno di riferimento (2010).

L'*Osservatorio Salute Benessere e Resilienza*, intende svolgere, con lo sviluppo del suddetto Indice, attività di ricerca e analisi sia delle componenti del sistema di salute nazionale e, di rimando anche del PNRR di cui nello specifico le Missioni 1 (Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e

turismo), 5 (Inclusione e coesione) e 6 (Salute), le cui componenti e relativi interventi contribuiscono ad implementare e migliorare il principio di *vicinanza* della salute. In quest'ottica, l'Indice, attraverso i suoi domini, aiuta a comprendere le dinamiche e i fenomeni complessi che si sviluppano dietro il raggiungimento dei vari obiettivi e missioni del PNRR.

La rilevazione dei fenomeni sociali, economici, culturali, sanitari, demografici legati al tema della salute, si concretizza nella restituzione di una misurazione annuale, pubblicamente disponibile, contenente una lettura integrata dei fenomeni rilevati, descritti attraverso l'Indice sintetico. L'elaborato di reporting annuale sarà, dunque, costituito delle risultanze delle attività di rilevazione da fonti primarie e secondarie, descrivendo in che misura si sono concretizzati gli scenari prescelti ed individuando aree di miglioramento e intervento. A corredo della ricerca operativa, il momento attuale di rivoluzione dei paradigmi organizzativi in ambito sanitario apre alla possibilità di indagare le profonde dinamiche in atto a livello di ordinamento giuridico, verso le quali si potranno istituire momenti di confronto e approfondimento.

L'Indice di Vicinanza della Salute è inteso come una misura sintetica costruita al fine di rilevare la sussistenza di condizioni e interventi ritenuti variabili positive per la salute e quindi anche, per converso, di rilevare gap e delay che allontanano la disponibilità del bene salute dall'individuo. Con l'elaborazione di un simile strumento, quindi, si vuole rispondere alla domanda sempre più incalzante di disporre di misure e parametri di semplice interpretazione ma efficaci per definire interventi e riforme da attuare sul territorio e monitorarne la corretta implementazione, in un'ottica che tenga conto di vari fattori tra loro interdipendenti e multilivello.

3.3 Metodologia e Fonti

Per misurare correttamente la *vicinanza della salute*, l'indice composito è stato concepito lungo tre direttrici, ovvero i tre contesti: individuale; sistemico e ambientale. I tre contesti sono stati individuati secondo un quadro teorico di partenza che pone al centro la sfera individuale, inserita in due ambiti con un perimetro d'esame sempre più ampio, fino ad arrivare al sistema ambientale.

Ogni Contesto racchiude al suo interno un numero vario di domini, che rappresentano le aree di indagine e i fenomeni che si è scelto di monitorare.

Data la complessità e la numerosità dei domini considerati, sono stati adoperati per ognuno di essi due o più indicatori, selezionati secondo specifici criteri e requisiti metodologici.

Il paniere di indicatori preso in considerazione rappresenta, dunque, la scelta finale di una lunga ed attenta analisi di possibili combinazioni e aggregazioni di varie variabili e fenomeni in grado di generare un'informazione pertinente rispetto al framework teorico individuato per la costruzione dell'indicatore composito.

Su un set iniziale di oltre 280 candidati indicatori, si è proceduto alla verifica dei requisiti richiesti per ogni indicatore, attività che ha permesso di ridurre il set a circa 170 indicatori; successivamente si è dimostrato indispensabile effettuare un'ulteriore scrematura, al fine di capire quali e quanti di questi fossero effettivamente i più idonei a descrivere la natura dell'Indice di Vicinanza della salute, arrivando ad un totale finale di 81 indicatori (di cui 75 indicatori concorrono all'Indice e ulteriori 6

osservano il fenomeno della Digitalizzazione, pur non essendo inclusi nell'Indice per mancanza di serie temporali adeguate agli standard prefissi).

La selezione degli indicatori è avvenuta principalmente secondo quattro criteri:

- Validità: gli indicatori sono stati selezionati tra quelli già adoperati ed elaborati da vari istituti statistici, enti istituzionali e di ricerca e sistemi di sorveglianza nazionale, pubblicamente accessibili, tra cui: AIFA - Rapporto uso degli antibiotici in Italia; ASviS; Agenas PNE; ANIA; COVIP; Eurostat; ISPRA; ISTAT; ISS - Epicentro (Passi e Passi d'Argento); ESWD - European Severe Weather Database; Nello specifico, gli indicatori adoperati sono stati selezionati da 10 fonti diverse.
- Disponibilità dei valori in una serie storica adeguata: sono stati selezionati quegli indicatori aventi una serie storica completa e consistente, affinché si potessero confrontare i valori nel tempo, in un arco temporale a partire almeno dal 2010.
- Comparabilità spaziale e generazionale: ossia la possibilità di osservare i valori tra le varie unità regionali e fasce d'età.
- Non-sostituibilità di ogni indicatore: l'impossibilità di compensare o sostituire i valori di un indicatore con quelli di un altro.

3.3.1 L'imputazione dei dati mancanti

Nel novero della selezione finale degli indicatori *prescelti* si è scelto di mantenere in taluni casi specifici, relativi ad indicatori ritenuti di particolare rilevanza, anche alcuni indicatori che non rispettassero pienamente il criterio metodologico della completezza della serie storica.

Si è quindi proceduto con l'imputazione dei dati mancanti, con la quale s'intende la sostituzione dei valori mancanti o errati di un dato record con alternative coerenti e plausibili. Le procedure d'imputazione hanno l'obiettivo di ridurre le distorsioni introdotte dalla presenza di dati mancanti e di offrire, inoltre, maggiori garanzie sulla coerenza dei risultati derivati dalle analisi applicate. Di conseguenza, a seconda della fattispecie relativa al dato mancante, si è deciso di intervenire colmando il gap attraverso l'utilizzo di strumenti e formule statistiche.

Si sono individuate tre fattispecie di valori mancanti e, a seconda dei casi, si è valutato di intervenire in maniera differente:

- Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti all'avvio della serie, è stata adoperata la funzione lineare della *previsione*³¹. Nello specifico, il dato mancante viene calcolato tramite una regressione lineare³². Prendendo come riferimento i valori dei primi tre anni disponibili, si è stimato il valore dell'anno precedente.
- Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti all'interno della serie, si è proceduto appli-

³¹ Previsione: calcolare o prevedere un valore usando i valori esistenti. Il valore è un valore y per un determinato valore x. I valori esistenti sono valori x e y noti e il valore stimato viene previsto usando la regressione lineare. (Microsoft excel).

³² La retta di regressione, viene usata in statistica per studiare una relazione di tipo lineare tra due variabili quantitative. Il parametro a è il coefficiente angolare, cioè la pendenza della retta, il parametro b è l'intercetta, ovvero il punto in cui la retta interseca l'asse delle Y. La retta di regressione viene applicata all'interno del modello di regressione lineare semplice per stimare il valore di una variabile dipendente Y in funzione di una variabile indipendente X. La regressione si basa, dunque, su un rapporto di correlazione tra due variabili, dove una è in relazione diretta con l'altra.

cando una formula di *interpolazione* matematica³³. L'interpolazione matematica è stata usata per calcolare dei valori all'interno di un intervallo di dati già stimati ed è stata applicata per due casi specifici.

- Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti alla fine della serie (2021), si è deciso di valersi della funzione di previsione tramite l'applicazione dell'algoritmo di smorzamento esponenziale (ETS, Exponential Smoothing). L'algoritmo ETS calcola una previsione futura attraverso una media ponderata su tutte le osservazioni e i valori passati del set di dati temporali. I pesi sono esponenzialmente in diminuzione e, quindi, decrescono nel corso del tempo. Tali pesi dipendono da un parametro costante, noto come parametro di livellamento. Si sceglie come previsione una media pesata in modo tale che attribuisca più importanza agli ultimi valori rispetto ai precedenti³⁴. Per la maggior parte delle previsioni così adoperate si è preferito basare il calcolo lungo tutta la sequenza temporale a disposizione, quindi selezionando come valore di partenza quello riferito all'anno 2010, in modo da ottenere una misurazione più accurata. Il valore previsto è risultato, quindi, una stima il più possibile aderente ai valori cronologici precedenti. Nel caso di serie storiche con valori mancanti alla fine della serie e che mostravano un'anomalia nell'ultimo anno disponibile (2020), analizzando qualitativamente la natura dell'indicatore in questione e partendo dall'assunto che tale anomalia potesse essere stata generata dallo shock pandemico e che questo fenomeno potesse trascinarsi anche nel 2021; si è deciso di intervenire sulla formula di previsione ETS in maniera differente: sono stati utilizzati, per il calcolo della previsione ETS, solo i dati relativi agli ultimi tre anni disponibili, in modo da assegnare maggior valore all'anomalia ed al diverso andamento conseguente.

3.3.2 Il metodo di normalizzazione delle serie storiche

Si è scelto di individuare come anno di partenza delle varie serie storiche il 2010, poiché rappresentava l'anno con il miglior trade-off tra lunghezza minima necessaria per le serie storiche e la disponibilità degli indicatori; come ultimo anno di riferimento viene prescelto l'ultimo disponibile dalle fonti, ovvero al momento della pubblicazione il 2021. Il paniere di indicatori fin qui costituito, sebbene rappresenti un insieme omogeneo dal punto di vista dei criteri di selezione stabiliti, in un primo momento era caratterizzato da un'elevata eterogeneità delle unità di misura propria di ogni indicatore, che non permetteva un confronto diretto tra i vari valori degli indicatori.

Questa iniziale disomogeneità derivava dal fatto che i diversi indicatori rispondevano alla misurazione di fenomeni eterogenei e differenti; di conseguenza, ognuno di essi aveva funzioni e obiettivi specifici che comportavano differenti modalità di rilevazione e, in ultimo, valori dei dati (es. dati in valore assoluto, percentuale ecc.).

Dunque, ai fini delle necessità di calcolo dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute – ovvero ai fini della misurazione dell'andamento delle sue componenti – è sorto indispensabile applicare una procedura di indicizzazione e quindi normalizzare tutti i dati in valori percentuali.

³³ Per interpolazione in statistica e in analisi numerica si intende il procedimento mediante cui, considerati come noti alcuni valori ordinati $x_1 < \dots < x_n$ di una variabile X indipendente e, in corrispondenza di questi, altrettanti valori y_1, \dots, y_n di una variabile Y dipendente; si determinano i valori non noti di Y in corrispondenza dei valori di X , appartenenti all'intervallo $[x_1, x_n]$, ma diversi dai precedenti (Treccani, 2013).

³⁴ (Metodo di smorzamento esponenziale (SE))

Si è individuato il 2010 come anno di riferimento per l'indicizzazione della serie storica, e ogni indicatore è stato calcolato su una nuova base che partisse dal valore percentuale di 100 assegnato all'anno di riferimento, applicando due formule differenti a seconda della polarità del singolo indicatore:

- In caso di polarità positiva, si è calcolato il numero indice a base fissa 2010;
- In caso di polarità negativa³⁵ si è applicata una formula inversa, sommando 100 alla differenza tra 100 e il numero indice a base fissa 2010.

3.3.3 Il metodo di ponderazione dell'Indice

La tassonomia dell'Indice di Vicinanza alla Salute (affrontata nel dettaglio successivamente) è articolata in 23 domini, alimentati da 81 indicatori e organizzati in 3 contesti. Circa il metodo di ponderazione dell'indice, si è scelto di procedere attribuendo lo stesso peso – come valenza statistica – ad ogni Dominio, che quindi assume valenza 1. Tale scelta, ovvero di non assegnare una diversa valenza statistica ad ogni area di studio che compone l'Indice, è legata alla volontà di non conferire, inevitabilmente, più importanza ad un aspetto d'indagine piuttosto che ad un altro, rimandando eventualmente tale approccio metodologico ad analisi successive. I 76 indicatori sono ripartiti in maniera eterogenea nei vari domini, di conseguenza non si può attribuire un peso univoco per tutti gli indicatori, come, invece, si è preferito procedere per i domini. Ogni indicatore assume valenza statistica pari ad $1/n$ calcolata attraverso una media semplice e, dunque, in relazione al numero di indicatori che afferiscono al Dominio in esame.

3.4 La tassonomia dell'Indice

La tassonomia dell'Indice si articola in tre contesti relativi ad ambiti con un perimetro crescente a partire dalla dimensione individuale:

- *Contesto Individuo e relazioni sociali*: si connota come il novero di quegli ambiti di interesse e di intervento che hanno distanza minima dall'individuo stesso in quanto appartenenti proprio alla sfera individuale.
- *Contesto Sistema organizzativo*: rappresenta un livello più esterno rispetto alla sfera individuale e si connota per condizioni date e per capacità di intervento che risentono di una certa latenza nella loro modifica, in funzione della capacità di organizzazione e di risposta del sistema sanitario.
- *Contesto Ambiente e luoghi di vita*: è il più esterno di tutti, e rappresenta il Contesto in cui i vincoli e le condizioni date si modificano in un arco temporale più ampio, anche per via delle concause tra loro interrelate che ne definiscono i connotati.

Tale struttura dell'indice rispecchia il bisogno di poter approfondire e studiare singolarmente ogni Contesto, mantenendo una visione complessiva dei livelli e rispettando la loro inevitabile interdipendenza. Ad esempio, i processi ambientali e socioeconomici, che caratterizzano problematiche complesse come: il benessere, le disparità territoriali e lo sviluppo sostenibile, tra le altre, necessitano di un'analisi ad adeguata scala spaziale e temporale, per assicurare una valutazione coerente della complessità del-

³⁵ Polarità negativa è stata assegnata a quegli indicatori che misurano lo sviluppo di un fenomeno sfavorevole, ovvero dove l'andamento crescente dei valori nel tempo rispecchia una riduzione della Vicinanza della Salute.

le loro interazioni. Al tempo stesso, benessere, disparità territoriali e sviluppo sostenibile sono concetti non mutualmente esclusivi ma che trovano ragione di una comune griglia analitica di comprensione ed interpretazione, considerando le intime connessioni logiche e definitorie. L'indice permette, quindi, di mantenere coerenza tra varie componenti e fenomeni, ad esempio tra i problemi di salute e le loro determinanti, in termini di creazione e comprensione dei meccanismi di salute, malattia e disagi sociali.

La tassonomia dello strumento consente di affrontare una lettura differenziata per contesti e di muoversi a seconda del grado di monitoraggio richiesto, lungo una scala di analisi che facilita il passaggio da una visione *globale* ad una più puntuale, grazie all'articolazione di ogni Contesto in vari domini, per un totale di ventitré. Dunque, si può studiare la fisionomia delle varie dinamiche interne ai tre contesti e, quindi, le diverse determinanti che caratterizzano gli andamenti difforni e peculiari dei rispettivi macro-livelli. Ogni Dominio intende descrivere e misurare diversi ambiti, tra cui:

- Per il Contesto Individuo e relazioni sociali: *Condizione di salute; Literacy; Stile di vita; Mental Health; Cronicità; Isolamento; Coesione sociale; Vulnerabilità; Condizione economica.*
- Per il Contesto Sistema organizzativo: *Prevenzione; Assistenza; Mortalità evitabile; Disponibilità di servizi; Responsiveness; Welfare integrativo; Sostenibilità; Coesione territoriale.*
- Per il Contesto Ambiente e luoghi di vita: *Abitazione di vita; Urban Health; Emissioni inquinanti; Antibioticoresistenza; Eventi meteorologici; Ecoansia.*

3.4.1 I Domini della Tassonomia e le Missioni del PNRR

La Tassonomia completa dell'Indice comprende 23 Domini e le aree indagate per l'elaborazione dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute sono fortemente interrelate con le dimensioni del PNRR, soprattutto con le Missioni 5, 6 e 2.

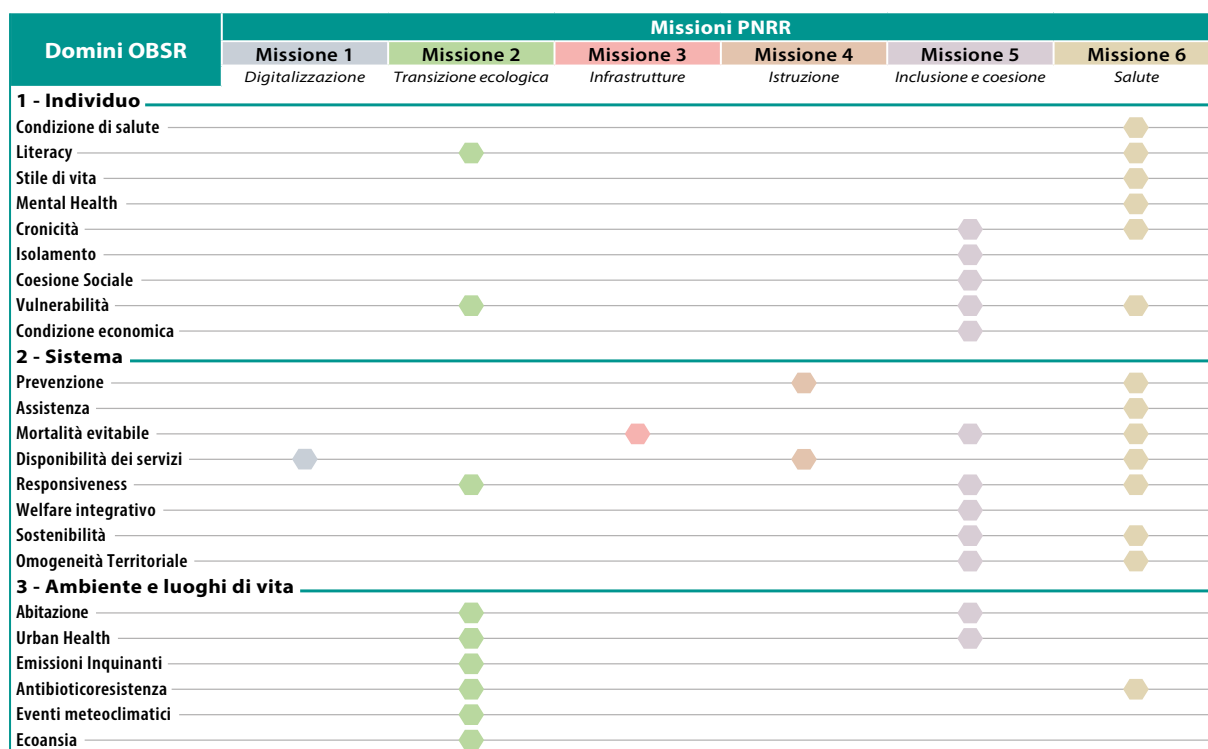
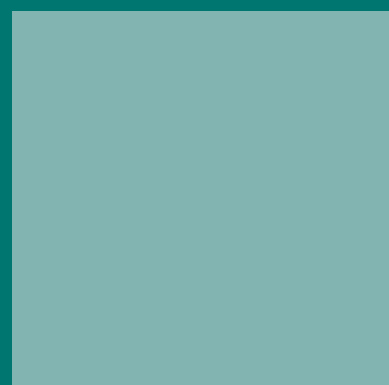
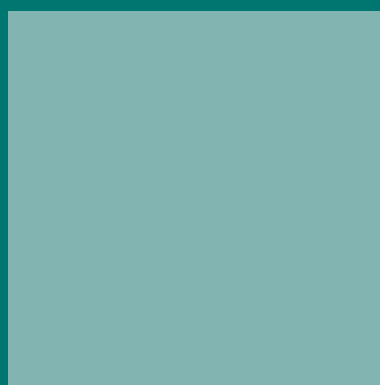


Figura 3 - Raccordo domini OSBR e PNRR

4

Analisi – Risultati dell'indagine



4. Analisi – Risultati dell'indagine

Di seguito si procede con l'illustrazione dei risultati della prima indagine annuale dell'Osservatorio sul tema della Vicinanza della salute, restituendo in forma grafica e quantitativa gli andamenti rilevati per le singole dimensioni che compongono la tassonomia dell'Indice di Vicinanza della salute. Nell'esposizione verrà adottato un grado di dettaglio sempre maggiore passando dall'andamento generale dell'Indice a quello dei suoi Contesti fino ad arrivare ai singoli Domini coinvolti. La struttura tassonomica dell'Indice consente infatti di dirigere l'analisi secondo una lettura differenziata per contesti e domini: potendo scegliere, di volta in volta, di adottare una visione d'insieme oppure disaggregata con focus mirati ai vari temi e fenomeni trattati. Lo strumento consente, così, di studiare la fisionomia delle varie dinamiche riferibili ai tre Contesti e, di conseguenza, individuare i vari Domini e Indicatori che ne caratterizzano maggiormente i rispettivi andamenti e sviluppi. Partendo da una visione più generale e, quindi, studiando l'andamento dei singoli Contesti, l'indagine proseguirà ponendo in risalto l'evoluzione dei vari fenomeni sottesi ai singoli Domini. La struttura di ogni Dominio, a sua volta composto da altre sottocomponenti, permette di approfondire lo studio e affrontare l'indagine dei risultati catturati dai singoli Indicatori.

Premessa alla lettura dei risultati

Come indicato in metodologia) alcuni indicatori hanno "polarità negativa", ovvero tradotto in termini pratici questo significa che all'aumentare dei valori rilevati per il fenomeno indagato, la situazione peggiora sotto il profilo della "vicinanza della salute". A titolo di esempio si pensi al livello di emissione nell'aria di polveri sottili: in caso di aumento della presenza degli stessi nell'atmosfera avremo una diminuzione di Vicinanza della salute e, per conseguenza un grafico con un andamento peggiorativo e dei punteggi parimenti più bassi. Si tenga quindi bene a mente durante la lettura dei risultati che i valori registrati e riportati attraverso i relativi grafici si riferiscono sempre al contributo che il fenomeno di volta in volta osservato fornisce al portare il "bene salute" più vicino alla persona e quindi all'andamento della Vicinanza della salute.

4.1 L'andamento dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute

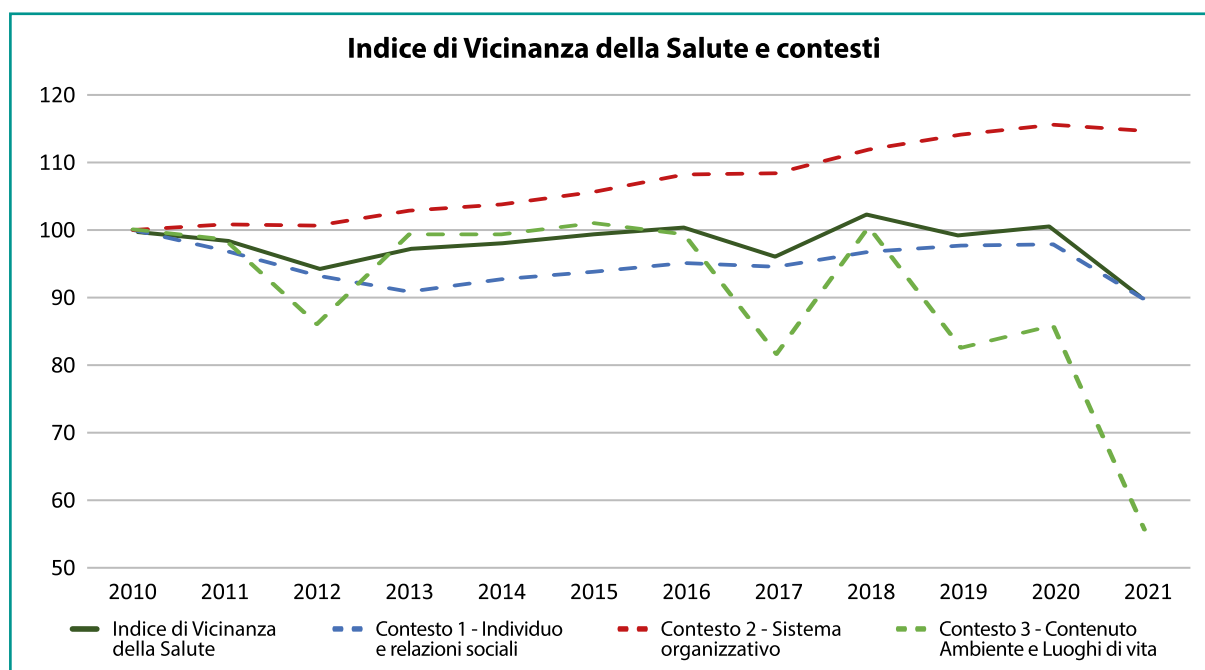


Figura 4 - Indice sintetico di Vicinanza della Salute

L'andamento tracciato dall'Indice di Vicinanza della Salute rappresenta una sintesi dei singoli andamenti dei ventitré domini che ne compongono la tassonomia.

Nella Figura 4 è rappresentato l'andamento complessivo dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute con anche il dettaglio dell'andamento dei tre Contesti che lo compongono.

Si possono immediatamente notare le diverse forze in gioco e le relative spinte, anche contrastanti, che portano al risultato sintetico complessivo.

L'Indice nel suo complesso non descrive un andamento lineare, ma nel corso degli anni si presenta altalenante, poiché sensibile alle dinamiche e ai vari mutamenti interni ai contesti eterogenei di natura sociale, economica ed ambientale. In questo modo viene riflessa pienamente la logica insita nell'approccio *One Health*, in cui ogni aspetto e cambiamento sia interno alla sfera individuale, sia esterno ad essa – quindi afferente a dinamiche che si collocano al di là della capacità di azione del singolo – abbia poi ricadute importanti sulla vita delle persone, con conseguenze positive o negative sulla vicinanza della salute.

L'esposizione dei contenuti della ricerca ha evidenziato come l'Indice di Vicinanza della salute, rilevato a partire dal 2010 (anno di riferimento base con punteggio 100), abbia subito una marcata flessione negli ultimi anni arrivando nel 2021 al suo minimo storico con il punteggio di 90.

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

Dall'analisi dell'Osservatorio si evince infatti come questo risultato sia influenzato dall'andamento negativo di alcune delle componenti dell'Indice di Vicinanza della salute, ovvero: il Contesto di inda-

gine dedicato ad “Ambiente e luoghi di vita”, che risente dell’intensificarsi degli effetti del cambiamento climatico ed arriva a toccare un punteggio di 55; il Contesto “Individuo e relazioni sociali” che risente delle restrizioni adottate durante la pandemia e presenta un punteggio di 90.

Da ultimo l’andamento del Contesto di indagine “Sistema organizzativo”, in costante crescita fino al 2019, arresta poi a partire da quell’anno la crescita storica e mostra negli ultimi anni un “plateau” che non consente di compensare al rialzo la flessione delle altre componenti negative.

Una analisi di maggior dettaglio dei singoli Domini che compongono i Contesti, consente di comprendere ulteriormente i fattori che contribuiscono all’andamento delle curve generali, aiutando ad orientarsi nella comprensione del fenomeno e ad identificarne le cause.

Si procede quindi di seguito con una disamina dei risultati dell’indagine per Contesti e Domini.

4.2 L’andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali

Il Contesto *Individuo e relazioni sociali* è composto da nove Domini: *Condizione di salute, Literacy, Stile di vita, Mental Health, Cronicità, Isolamento, Coesione sociale, Vulnerabilità e Condizione economica*.

Tale Contesto prende in esame vari fenomeni e dinamiche legati alla sfera individuale ed alle relazioni sociali e si connota come il novero di quegli ambiti di interesse e di intervento immediatamente legati alla persona.

Così strutturato, il Contesto Individuo e relazioni sociali è orientato ad intercettare principalmente le tematiche proprie della Missione 5 – Inclusione e coesione e della Missione 6 – Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

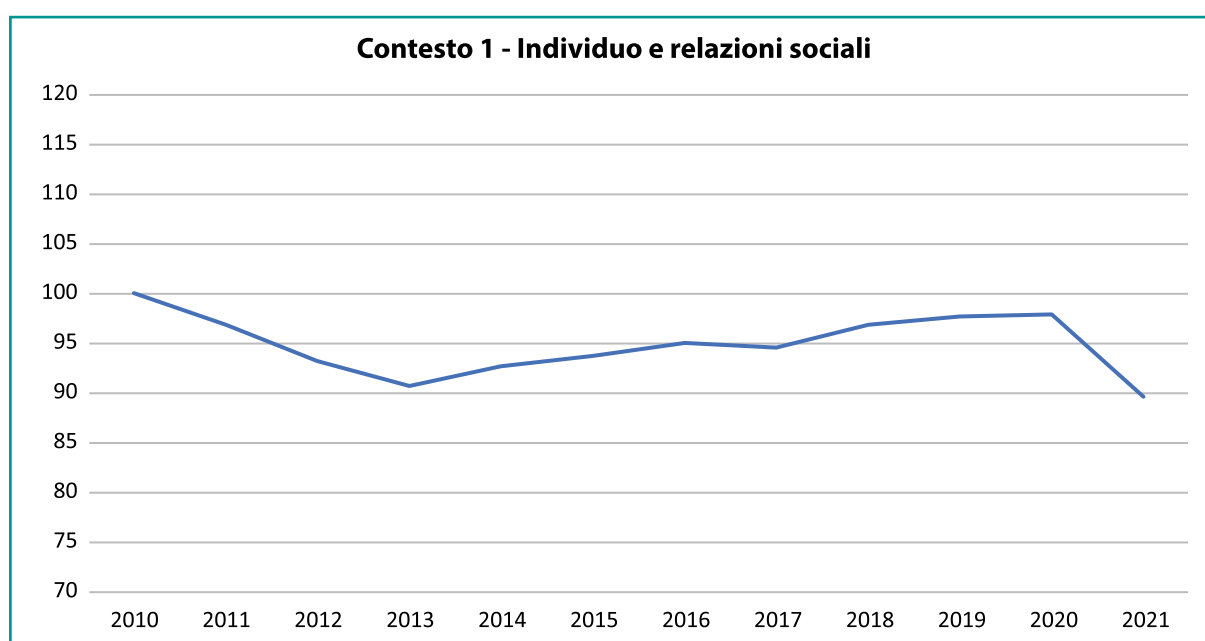


Figura 5 - Contesto Individuo e relazioni sociali e relazioni sociali: andamento generale

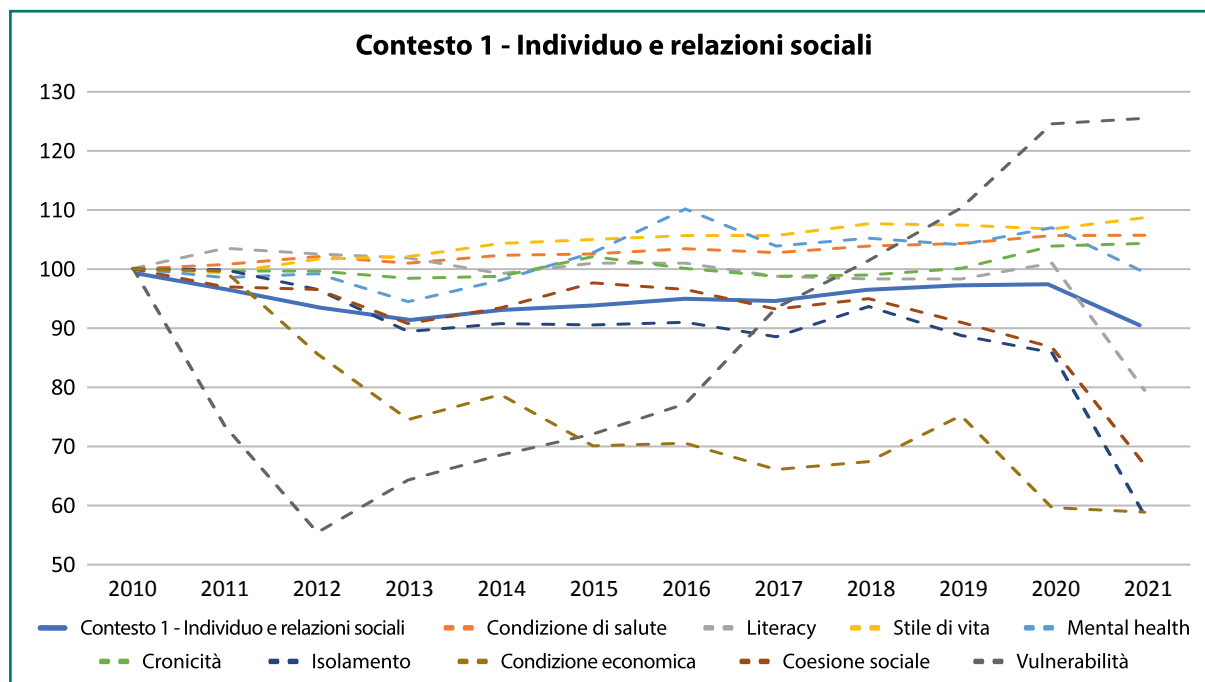


Figura 6 - Contesto Individuo e relazioni sociali: dettaglio domini

Il primo grafico del Contesto *Individuo e relazioni sociali* mostra l'andamento generale del Contesto, che rappresenta la sintesi degli andamenti dei nove Domini che lo compongono.

Partendo dal valore standard di 100 punti del 2010 e lungo la serie storica in esame, il trend traccia dapprima una marcata decrescita, fino al 2013 dove fa segnare un valore di 91 punti; nel corso dei sette anni successivi si registra, al contrario, una crescita moderata e quasi lineare che riporta la curva a valori prossimi a quelli del 2010. Infine, si registra nuovamente una brusca flessione per l'anno 2021, che con il valore di 90 punti fa segnare il minimo storico nell'andamento del Contesto.

Nel secondo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto e si evidenziano immediatamente gli andamenti dei domini Literacy, Coesione sociale, Isolamento, come pure - in misura minore - Mental health i cui valori precipitano negli anni della pandemia.

Di seguito vengono descritti singolarmente i Domini che compongono il Contesto.

4.2.1 Condizione di salute

Con *Condizione di salute* si intende lo stato di benessere fisico e mentale, l'assenza di malattia o di infermità. Queste condizioni psico-fisiche sono misurate non solo tramite dati oggettivamente misurabili, ma anche attraverso una valutazione soggettiva del singolo e devono essere integrate con dinamiche ambientali e sociali, per poter determinare non solo l'aspettativa di vita della popolazione, ma anche l'aspettativa di vita in buona salute oggettivamente e soggettivamente percepita.

Appare chiaro il vantaggio di poter disporre di una dimensione quantitativa e qualitativa della *condizione di salute* delle persone prodromica all'individuazione in termini demografici ed epidemiologici di quelle parti della popolazione che richiedono maggiori interventi preventivi ed

assistenziali e che divengono oggetto prioritario di programmazione sanitaria sia a livello centrale che locale.

A quest'area di indagine afferiscono quattro indicatori: *Buona salute percepita*; *Speranza di vita in buona salute alla nascita*; *Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni*; *Speranza di vita alla nascita (computo oltre i 75 anni)*. Complessivamente i seguenti indicatori intendono monitorare l'andamento, oltre che dello stato di salute percepito, del numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in buona salute.

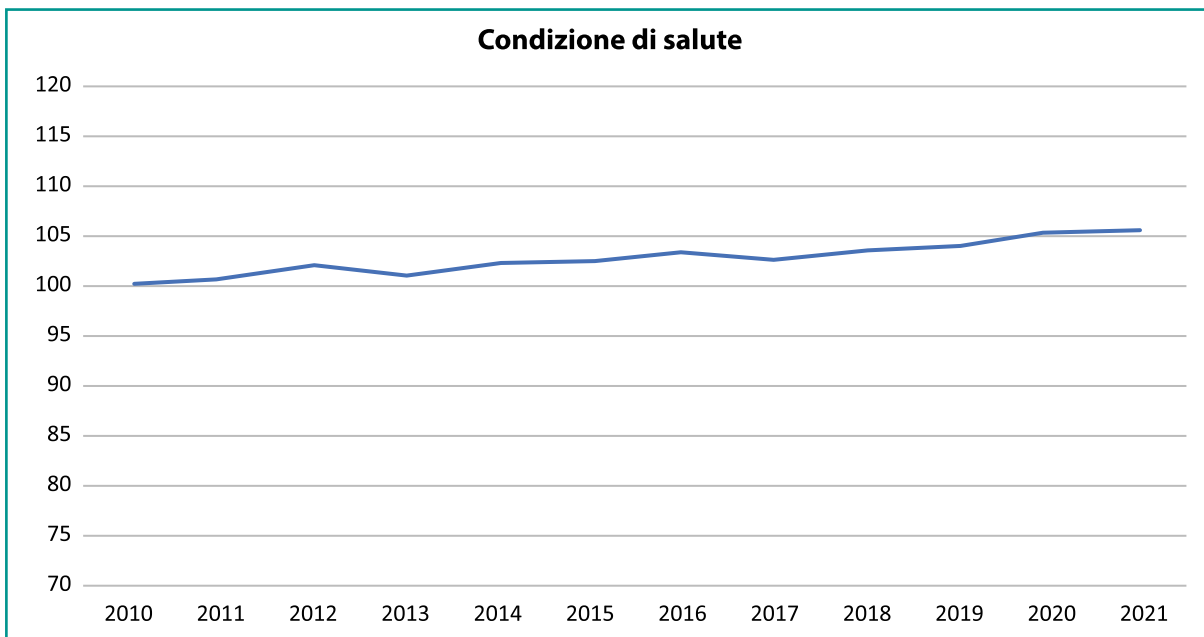


Figura 7 - Dominio Condizione di salute: andamento generale

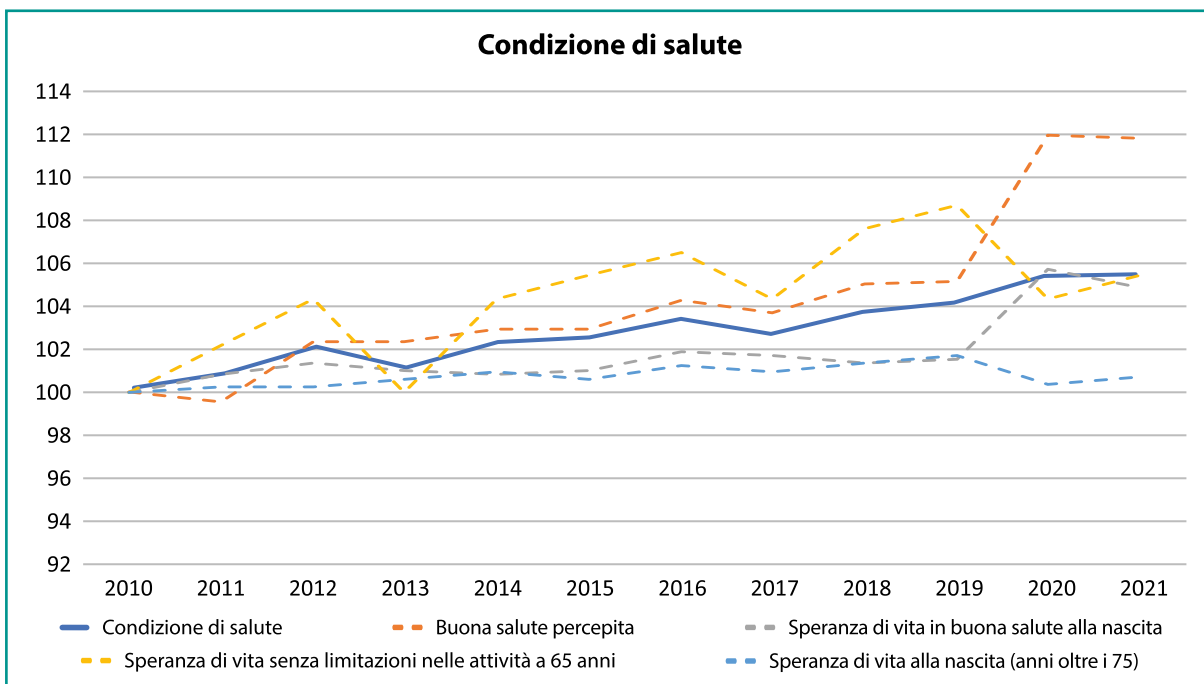


Figura 8 - Dominio Condizione di salute: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento che, sebbene a tratti altalenante, si presenta complessivamente in crescita dal 2010 al 2020 in cui fa registrare il punteggio massimo di 106. Nel 2021 si ferma il trend di crescita riportando lo stesso valore (106) dell'anno precedente.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia la repentina crescita e poi stasi (in perfetto parallelo) degli indicatori *Buona salute percepita* e *Speranza di vita in buona salute alla nascita*. Il dato di quest'ultimo indicatore va letto con attenzione per via dell'insita costruzione del suo razionale che può risentire di un eccesso di mortalità nelle fasce più anziane della popolazione negli anni della pandemia.

4.2.2 Literacy

Il concetto di *literacy* descrive la capacità delle persone di acquisire nuove competenze e la capacità di identificare, comprendere, interpretare, creare e comunicare utilizzando materiale scritto e non, derivante da vari contesti. *“La literacy identifica un apprendimento continuo negli individui quando tendono ai loro traguardi, allo sviluppo della loro conoscenza e delle loro potenzialità e alla piena partecipazione alla vita delle comunità e delle società”* (UNESCO, 2005).

L'alfabetizzazione è la componente che agisce ad un livello profondo e basilare e rappresenta l'investimento da compiere in tema di formazione e diffusione culturale per tutta la società. un alto livello di *literacy* diffuso tra la popolazione influenza positivamente e profondamente la condizione di benessere degli individui, poiché influenza scelte di vita più salutari e comportamenti meno rischiosi, oltre a contribuire alla diminuzione delle disuguaglianze.

Studiare ed esaminare la *literacy* significa indagare anche la conformazione di tale fenomeno, che assume connotazioni diverse in base ai contesti in cui viene inserito, nello specifico sono prese in esame due sue ramificazioni: l'*Health literacy* e la *Digital literacy*. Questi due macrotrend sono tra loro inevitabilmente correlati, soprattutto quando si incontrano nel campo della telemedicina.

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

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

Il Dominio *literacy* si compone di quattro indicatori: *Usa di internet per cercare informazioni sanitarie*; *Lettura dei quotidiani almeno una volta a settimana*; *Partecipazione culturale fuori casa*; *Abbandono scolastico*. La scelta di questi indicatori soddisfa l'esigenza di monitorare lo sviluppo del livello culturale e conoscitivo delle persone, non solo per quanto riguarda il sistema d'istruzione, ma anche per ciò che concerne la sfera personale e il desiderio di conoscenza individuale.

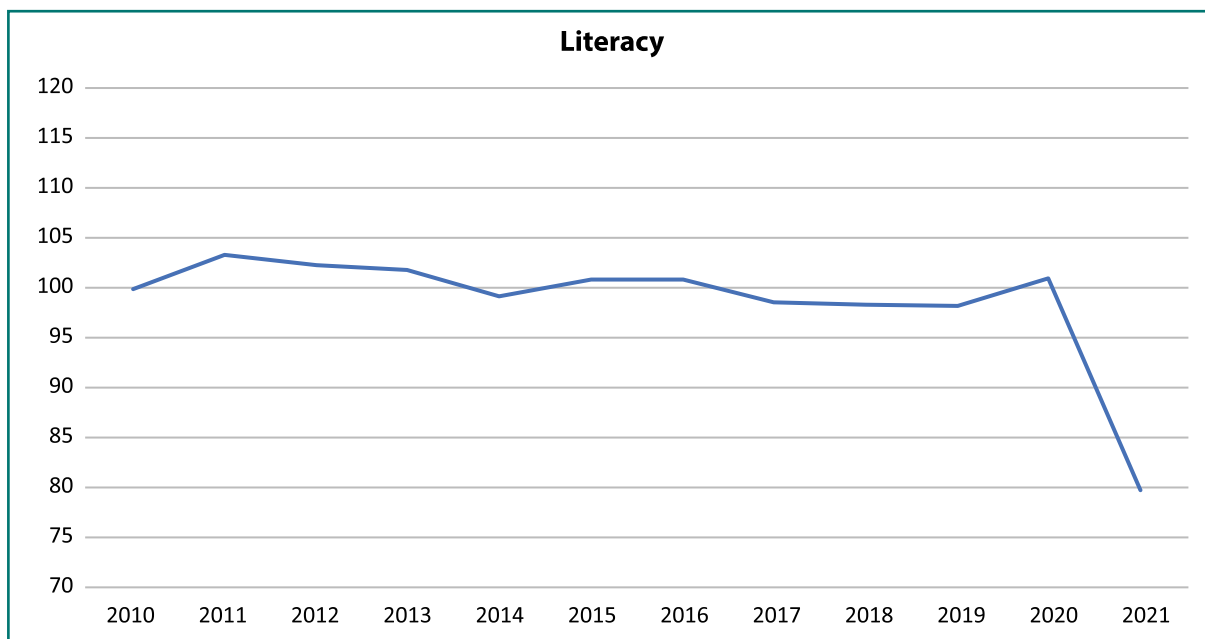


Figura 9 - Dominio Literacy: andamento generale

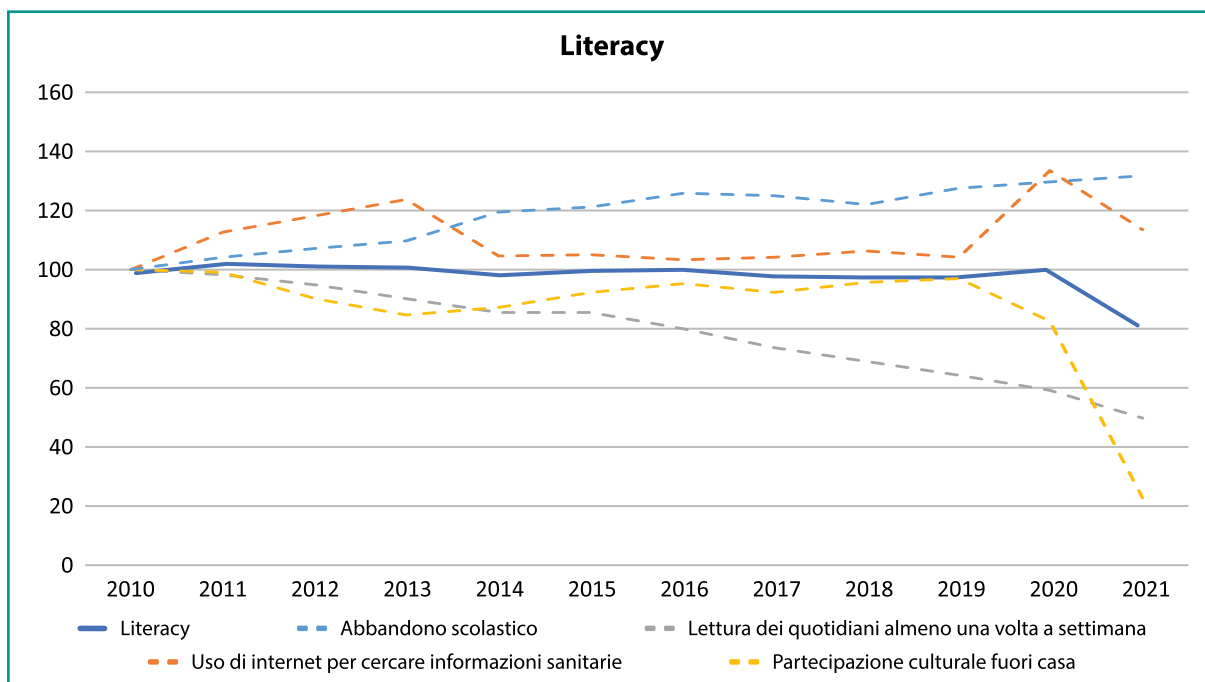


Figura 10 - Dominio Literacy: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive fino al 2020 un andamento lineare e con variazioni molto limitate rispetto al valore standard di 100. Per il 2021 si manifesta invece un peggioramento netto nel punteggio che fa registrare il valore minimo storico di 80 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia il crollo dell'indicatore relativo alla *Partecipazione culturale fuori casa*, evidentemente condizionato dalle azioni di contenimento e mitigazione della diffusione virale in piena fase pandemica.

Emerge inoltre la costante decrescita nella *Lettura dei quotidiani almeno una volta alla settimana*, mentre di contro aumenta l'*Uso di internet per cercare informazioni sanitarie* sebbene vada correttamente monitorata la disponibilità su internet di informazioni appropriate sul tema salute per non correre il rischio di avere una paradossale diminuzione della vicinanza della salute a causa del fenomeno delle cosiddette *fake news*.

BOX TEMATICO - ISS Cultura scientifica e contrasto alla povertà educativa

A cura di: Luigi Bertinato - Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è il principale centro di ricerca, controllo e consulenza tecnico-scientifica in materia di sanità pubblica in Italia, che lavora con l'obiettivo di tutela la salute dei cittadini, avvalendosi di figure professionali quali: ricercatori, tecnici e personale amministrativo.

Le principali attività dell'ISS sono distribuite in 6 Dipartimenti, 16 Centri nazionali, 2 Centri di riferimento, 5 Servizi tecnico-scientifici e un Organismo notificato per la valutazione dell'idoneità dei dispositivi medici. L'Istituto si pone, insieme al Ministero della Salute, alle Regioni e all'intero Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come ente di orientamento e indirizzo delle politiche e misure sanitarie sulla base di studi ed evidenze scientifiche.

Il fulcro delle attività di ricerca e controllo dell'ISS rientra in tutto ciò che concerne la salute umana: considerando tutti i determinanti e i fattori che incidono su di essa, in perfetta linea con l'approccio **One Health**. L'istituto, di fatto, lavora in ottemperanza del principio secondo cui esiste una stretta interdipendenza tra la salute dell'uomo, quella del mondo animale e vegetale, soprattutto nell'ottica della **prevenzione** e della **preparedness**. Questo affinché sia sempre possibile affrontare prontamente possibili minacce emergenti dall'interfaccia uomo-animale-ambiente.

La legge n. 24/2017 sulla responsabilità professionale ha affidato un ruolo preminente al SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida) con la redazione delle linee guida. Tali documenti di raccomandazioni e criteri sanitari rappresentano, dunque, il mandato principale del Sistema, il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della Salute.

Essendo il SNLG incardinato nella struttura dell'ISS, a quest'ultimo viene conferito il ruolo di garante metodologico e di governance nazionale, tramite il processo di validazione e diffusione di best practice e knowledge condivise all'interno della comunità scientifica, fondate su evidenze scientifiche e rispondenti ai bisogni di salute del Paese.

L'istituto identifica le migliori pratiche non solo per le procedure di profilassi sanitaria e per la pratica clinica, ma anche per uso e conoscenza collettiva. **Contrasta, in questo modo, la povertà educativa nell'ottica di favorire la condivisione della cultura scientifica, da sempre inscindibilmente legata alla promozione della salute.**

Tali attività, insieme al coordinamento del sistema di sorveglianza, hanno acquisito maggiore rilevanza durante la pandemia da COVID-19. L'ISS negli ultimi anni ha avviato una serie di at-

tività focalizzate alla divulgazione dell'informazione e comunicazione pubblica: è stato disposto un portale informativo con lo scopo di fornire ai cittadini informazioni chiare e basate su evidenze scientifiche. Il portale si presenta come un'enciclopedia digitale ed interattiva, che adotta un linguaggio semplice ed accessibile a chiunque e che offre alle persone la possibilità di studiare e condividere i vari contenuti circa gli stili di vita, la prevenzione, l'ambiente e la salute in generale.

4.2.3 Stile di vita

Lo stile di vita può essere descritto come il modo in cui gli individui si definiscono ed evolvono all'interno della realtà e società in cui sono inseriti; si tratta, dunque, del proprio profilo di pensiero e di azione. Lo stile di vita incide in modo significativo sulla salute delle persone: tale ambito racchiude tutti quei comportamenti, valori, interessi e abitudini che hanno ricadute rilevanti sullo stato di benessere e sulla qualità della vita del singolo. Secondo una radice prettamente sociologica³⁶, lo stile di vita si riferisce a profili di pensiero e comportamentali che sono fortemente influenzati da diverse variabili esterne all'individuo, quali: i fattori ambientali, economici e sociali.

Dal punto di vista sanitario, ciò che caratterizza maggiormente lo stile di vita individuale riguarda le decisioni inerenti alla dieta alimentare, l'attività fisica praticata e le cattive abitudini acquisite, quali: il vizio del fumo ed il consumo di alcolici.

Tale Dominio racchiude, quindi, al suo interno cinque indicatori: *Adeguata alimentazione; Persone che non praticano sport; Eccesso di peso; Consumo di Alcool; Abitudine al fumo.*

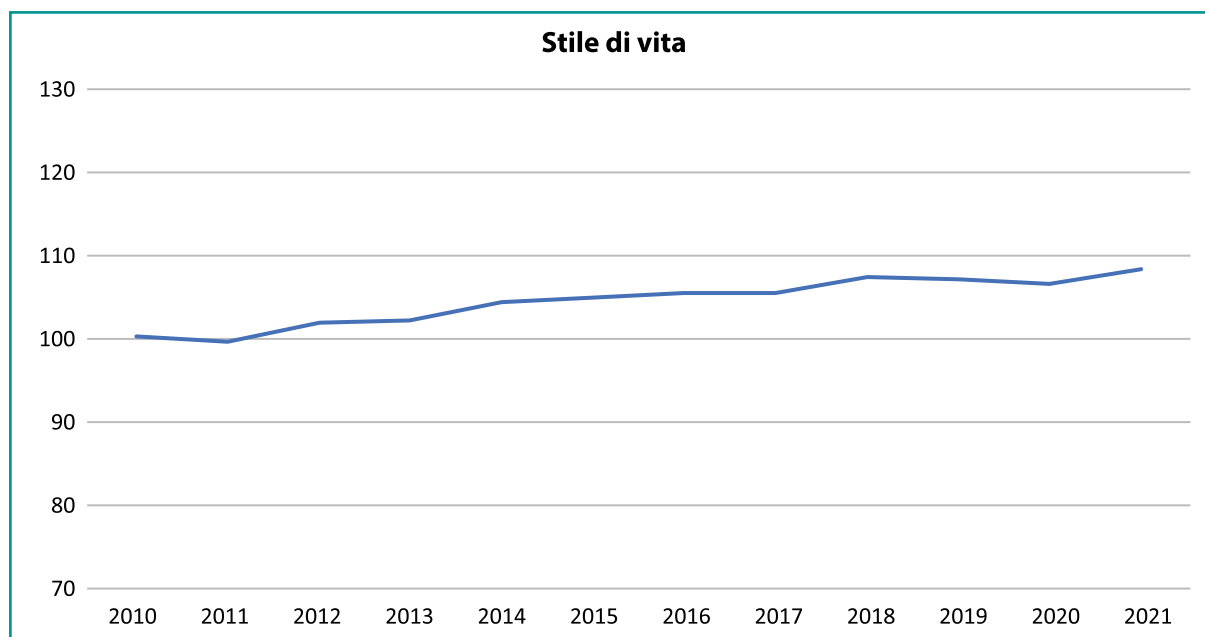


Figura 11 - Dominio Stile di vita: andamento generale

³⁶ Thorstein Veblen & Max Weber

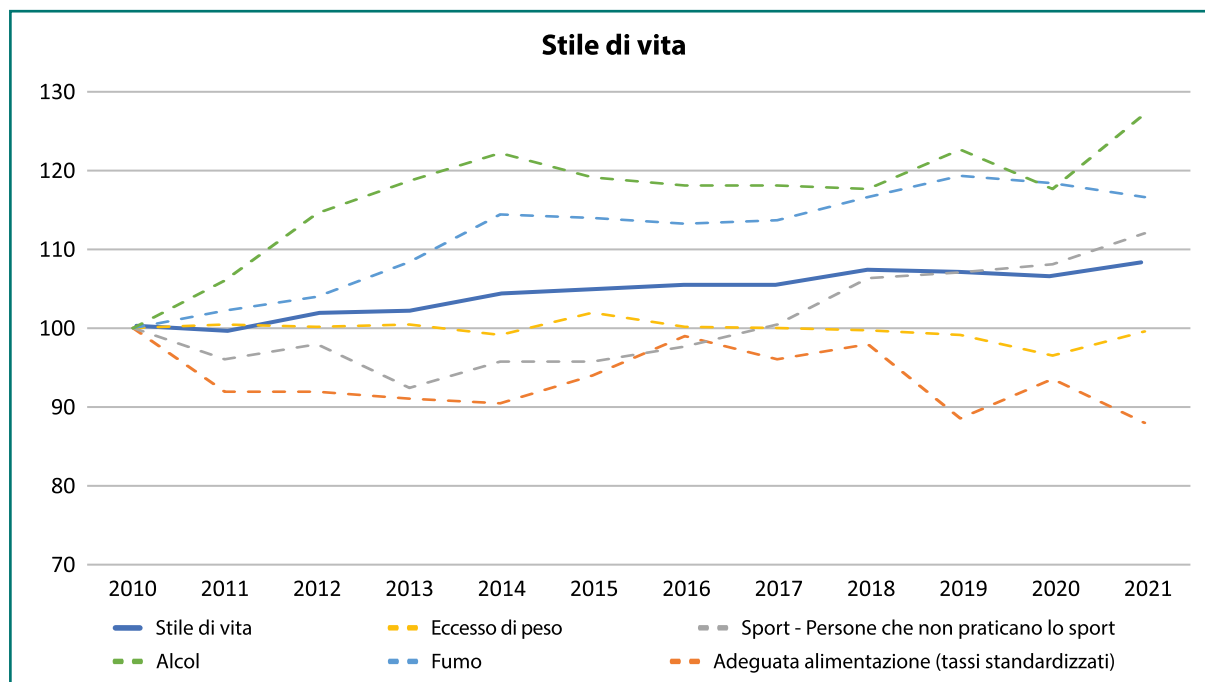


Figura 12 - Dominio Stile di vita: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento di crescita moderata, ma costante che fa registrare per l'annualità 2021 un valore di 109 punti.

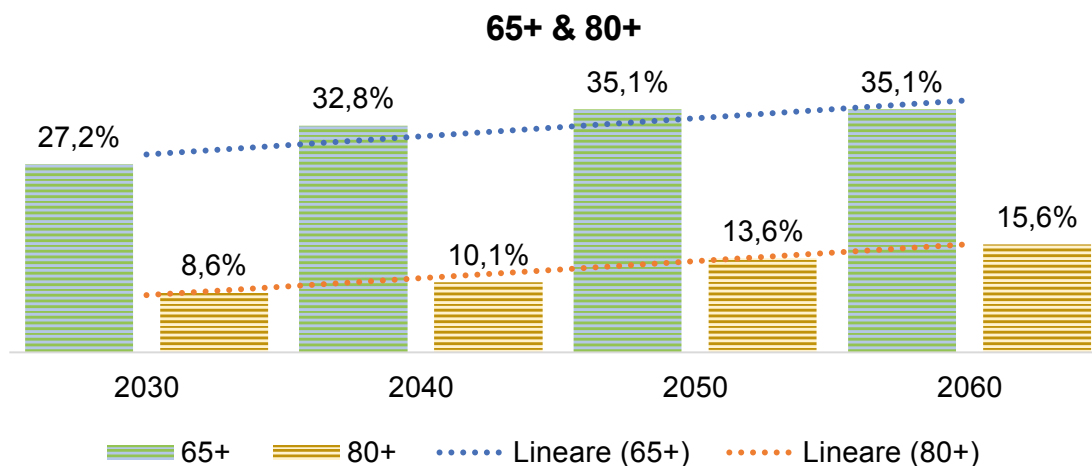
Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come il risultato generale del dominio sia la risultante delle spinte contrastanti degli indicatori sottostanti divisi tra quelli che performano storicamente in maniera positiva (*Alcool e Fumo*) e quelli di contro che performano storicamente in maniera negativa come l'*Adeguata alimentazione*. Quest'ultimo indicatore trova un suo controparte in termini di vicinanza della salute nell'andamento positivo della rilevazione sulle *Persone che non praticano sport* (che riducendosi di numero apportano un contributo positivo alla Vicinanza).

BOX TEMATICO SENIOR ITALIA - La silver economy

A cura di: Roberto Messina – Senior Italia

Nel 2022 gli over 65 ammontano a circa 14 mln, pari al 23,8% della popolazione totale; nello stesso anno gli over 80 ammontano a circa 4,5 mln, pari al 7,6% del totale.

Secondo le previsioni, nel **2030** gli **over 65** saranno **15,6 mln**, pari al **27,2%** della popolazione totale; mentre gli **over 80** saranno **4,9 mln**, pari al **8,6%** del totale.



In considerazione del fenomeno della longevità di massa i comportamenti, i modelli di consumo e quelli di risparmio si sono modificati e l’invecchiamento si sta evolvendo in fenomeno «cool» e in un elemento di sviluppo economico.

Si tratta della “Senior Economy”, l’insieme delle opportunità economiche derivanti dalle spese e dai consumi legati alla soddisfazione dei bisogni della popolazione senior.

La Senior Economy ha la potenzialità di diventare la terza economia su scala globale, è un’economia che riguarda moltissimi settori: farmaceutico, sanitario, servizi per il cittadino, turismo, tecnologia e domotica, residenze per anziani, alimentare, abbigliamento, turismo, servizi culturali e ricreativi etc.

Più attivi e più presenti nella società: lo dicono anche i numeri dell’economia. I senior oggi vivono più a lungo perché vivono meglio. Sono longevi ma anche attivi, tanto che oltre 7 milioni di anziani contribuiscono con proprie risorse economiche al benessere della famiglia, di figli e nipoti, e il valore del loro sostegno alle famiglie dei figli ogni anno, in forma diretta o di acquisti di beni necessari, prodotti e servizi, è pari a 38,2 miliardi.

Il 39,9% del totale della ricchezza posseduta dalle famiglie è nelle mani degli over 65. La spesa degli over 65 nel nostro Paese viene stimata in 200 miliardi, ovvero un quinto dell’intero ammontare dei consumi delle famiglie, cifra che entro il 2030, secondo le proiezioni, dovrebbe salire al 25% del totale e nei successivi venti anni al 30%.

I nonni italiani sono i più occupati in Europa nella cura dei nipoti, mentre i genitori lavorano, durante i loro impegni, nei momenti di emergenza, quando i bambini sono malati, e 27,6 miliardi

di euro annui è il valore di questo baby-sitting, un lavoro non pagato che è parte di una vera e propria economia sommersa, decisiva per il nostro paese dato che rappresenta il pilastro del welfare.

Tutto questo e altro va considerato quando si parla di Senior Economy (Silver Economy), ovvero economia della longevità, quell'insieme di beni, servizi, consumi, stili di vita che ruotano attorno a questo universo sempre più dinamico, pari a 4.200 miliardi di Prodotto Interno Lordo e 78 milioni di occupati nei vari settori in tutta Europa.

Milioni di persone in Italia e nel mondo, che oggi e sempre di più in futuro rappresenteranno una risorsa economica e sociale per il sistema paese, un nuovo potere politico-decisionale ed economico di cui tener conto.

L'essere «anziani» dipende dal proprio stile di vita quotidiana. Esiste ormai un vero e proprio «Senior lifestyle»: le abitudini della popolazione over 65 sono migliorate, di pari passo con uno stile di vita in un'ottica di sana longevità.

4.2.4 Mental Health

L'OMS definisce la Salute Mentale come *“uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”*.

lo stato di salute mentale è quindi parte integrante della salute e del benessere e riveste un ruolo fondamentale affinché le persone possano condurre una vita sana e produttiva. Di conseguenza, la presenza di un problema di salute mentale può avere un impatto significativo, contribuendo, ad esempio, a risultati scolastici peggiori, tassi di disoccupazione più elevati e uno stato di salute fisica peggiore.

La Mental Health, come altri aspetti del benessere, può essere influenzata da diversi fattori socio-economici sui quali è necessario agire con strategie nazionali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government generale.

Lo stato di salute mentale può essere analizzato servendosi di indicatori quali: la *salute percepita*, spesso utilizzata come indicatore globale dello stato di salute; e la *qualità della vita* del soggetto nei suoi aspetti più generali. Devono essere prese in considerazione, inoltre, le diverse dimensioni di benessere: quindi gli aspetti relazionali, funzionali, partecipativi, di adattamento; insieme a patologie croniche riferite, ricorso a servizi sanitari, prevenzione e stili di vita.

Il Dominio si compone di quattro indicatori: *Sintomi di depressione*; *Soddisfazione per la vita (per niente soddisfatti)*; *Indice di suicidi*; *Soddisfazione per il lavoro svolto (per niente soddisfatti)*.

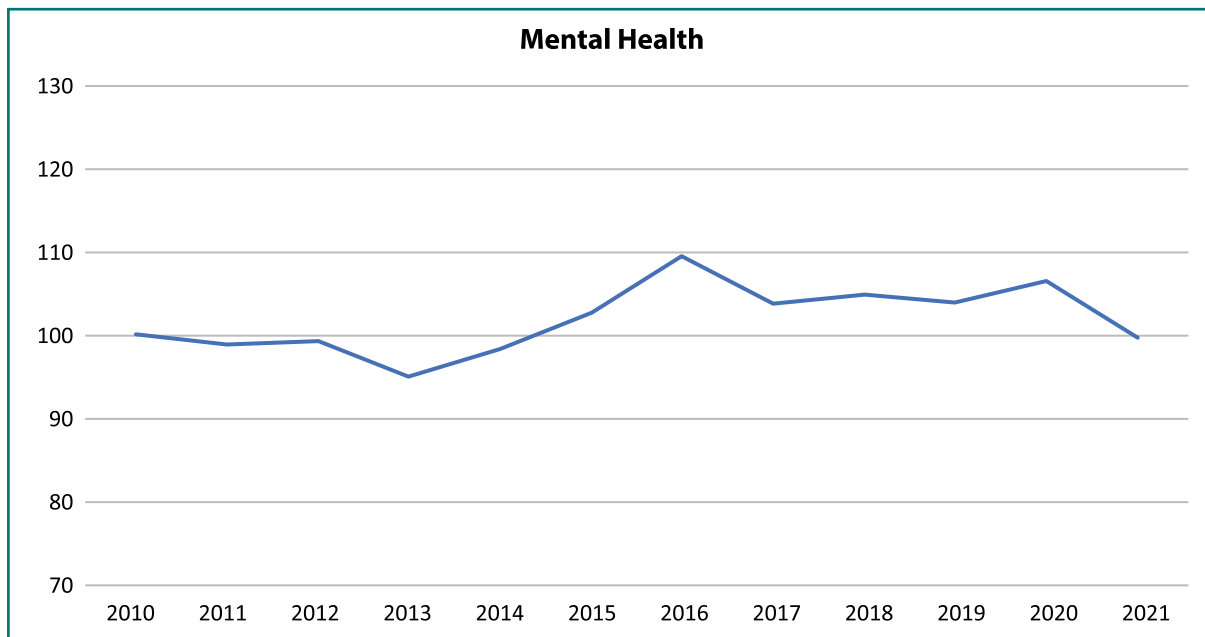


Figura 13 - Dominio Mental Health: andamento generale

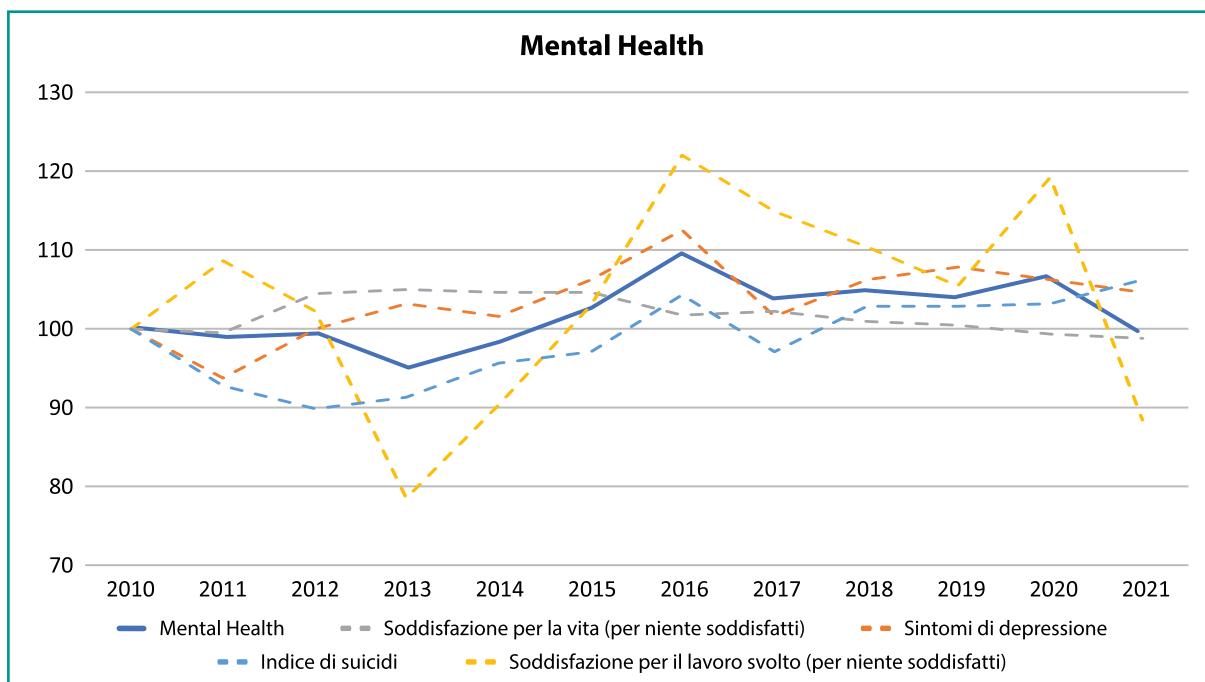


Figura 14 - Dominio Mental Health: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive negli anni un andamento altalenante, seppur con delle oscillazioni che risultano essere sempre piuttosto prossime al valore di riferimento standard di 100 punti. Nel 2021 il valore generale del dominio si attesta a 99 punti, in netto calo però rispetto al punteggio di 107 punti registrato nel precedente anno 2020.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia l'azione concomitante della flessione dell'indicatore *Sintomi di depressione* e del crollo dell'indicatore *Per niente soddisfatti per*

il lavoro svolto (entrambi collegati all'aumento dei due fenomeni negativi), che hanno risentito fortemente dello scenario pandemico e che condizionano l'andamento generale del dominio. Di portata minore, ma da non sottovalutarsi per le ricadute potenziali, il costante andamento negativo di *Per niente soddisfatti della propria vita* (che attesta un aumento di persone che dichiarano di non trovare alcuna soddisfazione attuale nella propria vita).

BOX TEMATICO ASVIS - L'Asvis per il benessere psichico dei giovani: un evento nel festival 2022

A cura di: Gruppo di Lavoro Goal 3 Salute e Benessere

Nel mese di ottobre 2022 si è tenuto il Festival ASviS dello Sviluppo Sostenibile, una manifestazione giunta alla 6° edizione e che raggiunge ogni anno milioni di italiani, in forma diffusa sul territorio e on line, con l'obiettivo di sensibilizzare sulla sostenibilità economica, sociale e ambientale. Nell'evento di apertura sono stati presentati il Rapporto ASviS 2022 ed i risultati di una ricerca demoscopica sulla conoscenza dell'Agenda ONU, che ha permesso di verificare che la conoscenza nel paese degli SDG's (gli obiettivi di sviluppo sostenibile) è molto diffusa (quasi la totalità degli italiani). Al tempo stesso, però, l'avanzamento verso il raggiungimento degli obiettivi è troppo lento e sembra essersi incagliato con la recente crisi. Il Rapporto ci dice a questo proposito che, nonostante la riforma degli articoli 9 e 41 della Costituzione, con la introduzione di tutela dell'ambiente, biodiversità e giustizia intergenerazionale, a 7 anni dalla sottoscrizione dell'Agenda, nel 2021 l'Italia registra miglioramenti solo per due Goal: 7 (energia sostenibile) e 8 (crescita economica); un sostanziale stallo per altri due: il 2 (buona alimentazione) e 13 (lotta al cambiamento climatico); mentre per tutti i restanti Goal il livello del 2021 è tornato al di sotto di quello del 2019. Tra cui anche il livello dell'Obiettivo 3 (Salute e Benessere per tutti). E in tal senso il Rapporto contiene una serie di proposte trasversali, le "Dieci idee per un'Italia sostenibile" per la ripresa del percorso interrotto.

Proprio rispetto ad uno degli aspetti di maggiore rilievo della salute e del benessere, nell'ambito delle iniziative del Festival (circa un migliaio tra Italia ed estero) se ne è tenuta una promossa a livello nazionale dal Gruppo di Lavoro del Goal 3 dal titolo "Incertezza del futuro, distopie nel presente: la salute mentale dei nostri giovani", che ha inteso richiamare l'attenzione sul disagio psichico dei giovani adolescenti. (<https://asvis.it/notizie-sull-alleanza/19-13636/per-tutelare-la-salute-mentale-dei-giovani-bisogna-coinvolgere-tutta-la-comunita>)

Come è stato scritto nell'invito, la pandemia ha accentuato un disagio preesistente, legato per molti aspetti alla crisi di fiducia e di prospettive per il futuro di cui da molti anni a questa parte la parte più giovane della società soffre, e di cui sono corollari causali e concorrenti il progressivo indebolimento del tessuto sociale, la denatalità, la quantità di giovani che non lavorano e non studiano (i cosiddetti Neet), la disoccupazione giovanile, la fuga dal meridione e dalle zone interne, e recentemente anche la fuga dal lavoro per motivi legati a forme varie di malessere. Una situazione particolarmente grave per gli adolescenti, fascia di età di per sé ad alto rischio di marginalità e di disagio sul piano psichico e fisico (dall'ansia,

alla depressione, alle forme di violenza interpersonale e di autolesionismo, ad anoressia e bulimia). Con la pandemia e la sindemia, come viene chiamato comunemente l'insieme dei problemi di salute, ambientali, sociali ed economici legati alle epidemie, tra didattica a distanza, paura dei contagi, incertezze sul futuro dei propri cari, e poi ancora con lo scoppio della guerra in Ucraina, le conseguenze sui giovani della crisi planetaria dell'ultimo periodo sono state pesanti.

L'evento si è articolato in una serie di testimonianze e di contributi scientifici, che hanno analizzato molti degli aspetti problematici citati, cercando di focalizzare l'attenzione anche e soprattutto su esperienze positive di intervento e cura, nella consapevolezza che occorre partire dalle risorse positive che pure esistono nel tessuto sociale, dal volontariato, all'impegno civico per l'ambiente, alle famiglie, agli insegnanti e agli operatori sanitari. E nella convinzione che sia necessario fare uno sforzo collettivo per promuovere il benessere psico-fisico dei giovani su due piani: la consapevolezza dei problemi, il primo, e la presentazione di progetti, iniziative ed esperienze positive, il secondo. In un'ottica che non può non essere di tipo intersettoriale e globale, come ribadito e documentato nel Quaderno ASviS del Goal 3 pubblicato anch'esso a ottobre 2022, dal titolo "Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici, Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da Covid-19".

4.2.5 Cronicità

Lo stato di cronicità è determinato dall'irreversibilità di una condizione morbosa a lento decorso, con scarse possibilità di risoluzione e guarigione. Tutto ciò è associato ad un declino di vari aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità³⁷. Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete. Il paziente cronico si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate, permettono una discreta qualità della vita.

Descrivere e monitorare una condizione cronica può risultare complesso, poiché si deve tenere conto di tutte quelle dinamiche legate non solo al punto di vista puramente sanitario e fisico, ma anche riguardo tutte quelle difficoltà e svantaggi sociali associati ad un simile stato e che contribuiscono a generare effetti sfavorevoli sulla salute e sulla qualità della vita.

Date queste premesse, sono stati selezionati tre indicatori per delineare il fenomeno in esame: *Percentuale di cronici in buona salute; Percentuale di persone di 75 anni e più con multicronicità e limitazioni gravi; Percentuale di persone con una o più patologie croniche sulla popolazione.*

³⁷ (Ministero della Salute, Piano Nazionale della Cronicità, 2016)

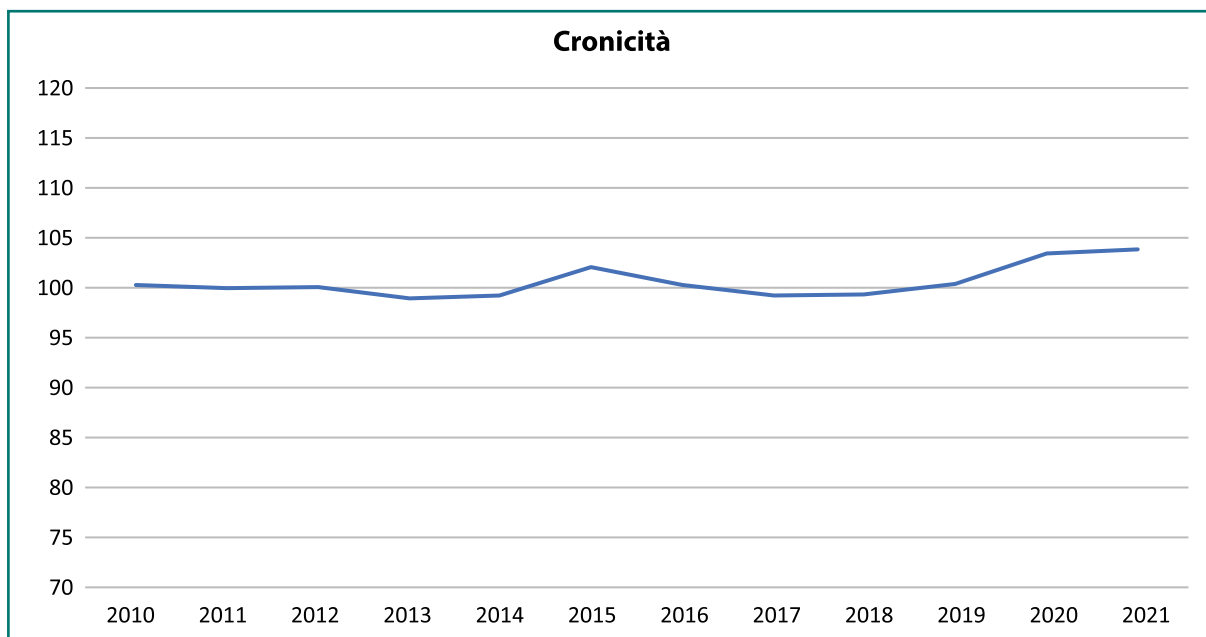


Figura 15 - Dominio Cronicità: andamento generale

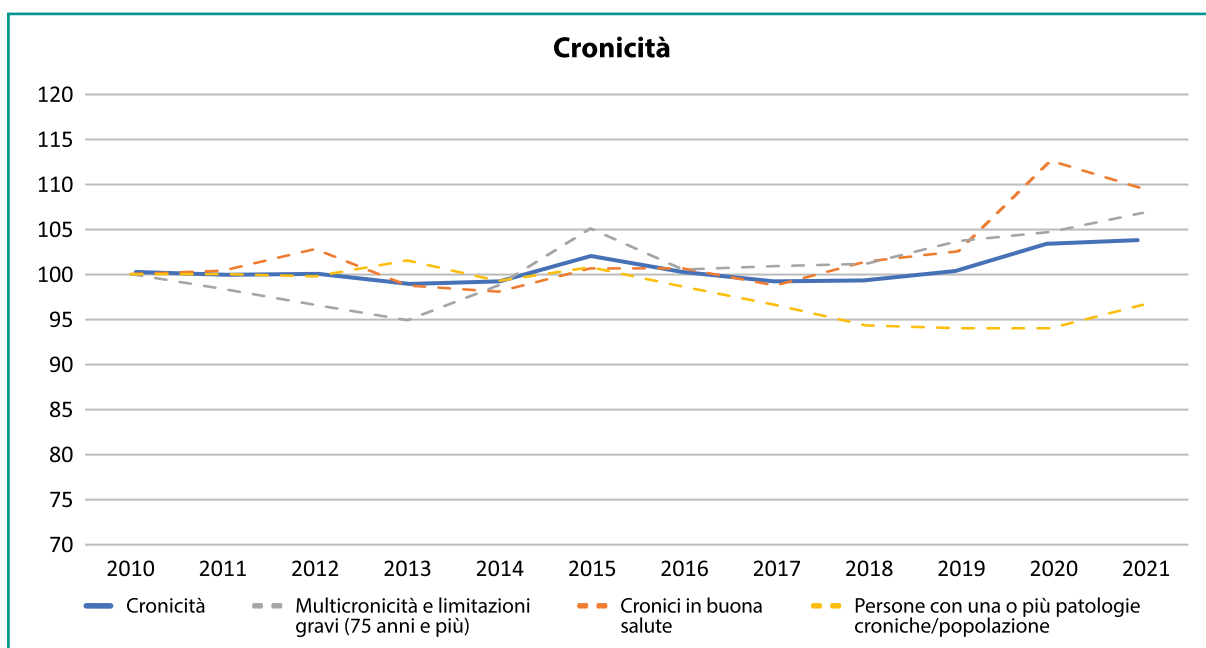


Figura 16 - Dominio Cronicità: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento con valori molto prossimi al valore standard di base 100, mostrando infine un miglioramento per gli anni 2020 e 2021 nei quali arriva a toccare il valore di 104 punti.

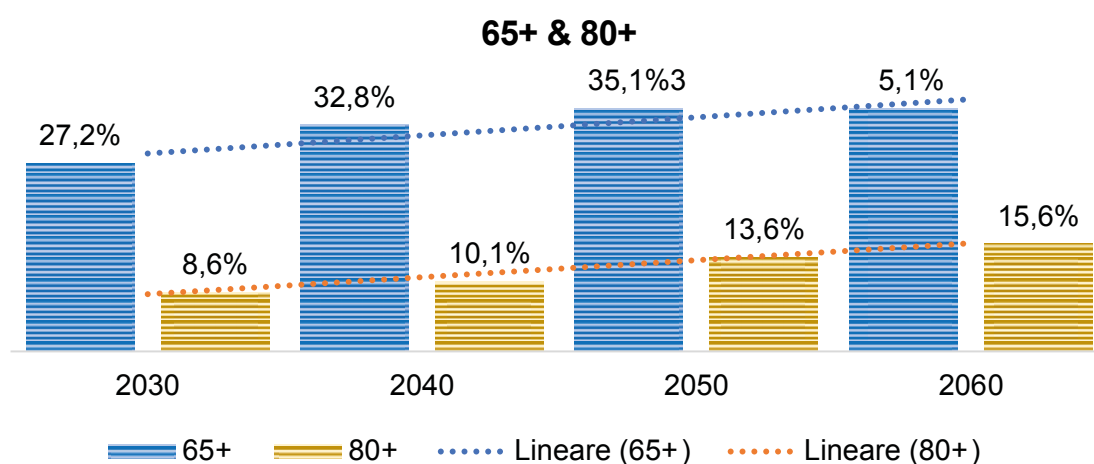
Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia una spinta al ribasso da parte dell'indicatore *Persone con una o più patologie croniche su popolazione* dovuto ad un aumento dell'incidenza di questo tipo di soggetti sulla popolazione generale. L'indicatore ha una ripresa tra il 2020 ed il 2021 laddove però può concorrere a questo andamento anche l'eccesso di mortalità registrato in quel periodo a causa Covid nella popolazione anziana, che tipicamente ospita la maggior parte dei soggetti con patologie croniche. Migliorano negli anni i valori dell'indicatore riferito ai *Cronici in buona salute* ed alle *Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)*, anche in questo caso con i caveat di cui sopra.

BOX TEMATICO SENIOR ITALIA - Demenza e deficit cognitivo

A cura di: Roberto Messina – Senior Italia

Il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti, esperti e non. Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del XXI secolo è il fatto di assistere a una redistribuzione demografica senza precedenti, in cui si prevede che entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare.

L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati. Osservando in dettaglio il nostro Paese, attualmente la percentuale di over 65 è del 23,8% e si stima che nel 2050 arriverà al 35,1% della popolazione totale, con una percentuale di ultraottantenni che passerà dall'attuale 7,6% al 13,6% del 2050.



In breve, l'impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, perché sarà necessario fronteggiare i fabbisogni di una quota crescente di anziani insieme ai conseguenti effetti sul mercato del lavoro, sulla programmazione economica, sul mantenimento del livello di welfare necessario al Paese.

Se svisceriamo le analisi statistiche della popolazione si evidenzia che all'incremento della longevità, all'aumentata aspettativa di vita, si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle croniche, fra le quali anche le demenze.

In Italia si stima infatti ci siano attualmente 1.487.368 persone con demenza 600.000 dei quali colpiti da Alzheimer: un numero destinato ad aumentare del 56% entro il 2050, quando le persone con demenza saranno 2.316.951. in aggiunta a questi, si stimano ulteriori 2,5 mln di soggetti definiti "sopiti" che, a causa del lockdown obbligatorio frutto della pandemia Covid-19 e attraverso "l'auto lockdown" autoimpostosi dai cittadini anziani e non, hanno di fatto nel corso di questi ultimi 2 anni diminuito la loro socialità favorendo così, attraverso la diminuzione dei contatti, della convivialità e della socialità in genere, l'assopimento delle funzioni cognitive e agevolando così, senza nessun intervento, un potenziale deficit cognitivo permanente.

Si tratta di cifre molto preoccupanti che comunque, secondo gli esperti, sottovalutano la vera portata del problema.

L'aumento della popolazione anziana e uno stile di vita scorretto determinano ogni anno un numero sempre maggiore di casi di declino cognitivo, sia nella sua forma lieve (a cui ci si riferisce anche con l'acronimo di MCI) sia nello sviluppo di una condizione di demenza più grave e intrattabile.

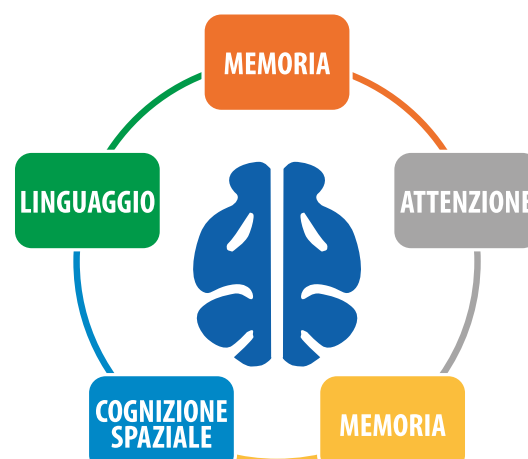
Il Mild Cognitive Impairment (MCI) è una patologia neurologica che si manifesta quando le facoltà mentali, pur non compromettendo il normale svolgimento delle attività quotidiane, risultano deficitarie. Colpisce gli individui over 65 e, per le sue caratteristiche, rappresenta la fase intermedia tra il normale processo d'invecchiamento dovuto all'età ed il quadro patologico della demenza.

I soggetti affetti da MCI presentano, rispetto alle persone non colpite, un rischio maggiore di sviluppare una qualsiasi forma di demenza, in particolare nei primi 4 anni successivi all'esordio della patologia.

Il Deficit Cognitivo è una condizione che comporta la progressiva compromissione delle funzioni conoscitive in modo tale da pregiudicare il mantenimento di una vita autonoma.

Il deterioramento delle facoltà intellettive si caratterizza per essere cronico e progressivo, cioè che permane nel tempo e tende gradualmente ad aggravarsi fino a privare la persona di gran parte delle sue facoltà mentali. Vengono dunque meno le principali funzioni cognitive che consentono all'uomo di comprendere l'ambiente in cui vive e di interagire con esso:

- Attenzione
- Memoria
- Linguaggio
- Prassi
- Capacità di orientamento nel tempo e nello spazio
- Riconoscimento
- Pensiero astratto, pianificazione
- Funzioni di controllo esecutivo.



La demenza è attualmente la settima causa di morte tra tutte le malattie e una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra le persone anziane a livello globale. Si tratta di una patologia che ha impatti fisici, psicologici, sociali ed economici, non solo per le persone che vivono con la demenza, ma anche per chi li assiste, le famiglie e la società in generale.

Ci troviamo di fronte a situazioni di difficile gestione e che nella maggioranza dei casi ricadono sulle spalle delle famiglie, chi assiste, infatti, si deve adattare alle esigenze delle persone affette da demenza. La persona va infatti aiutata in tutti i suoi bisogni e la famiglia deve essere supportata nel complicato e faticoso lavoro di cura.

Il carico sulle famiglie per l'assistenza dei propri anziani soprattutto se affetti da complessi quadri pluri-patologici risulta ancora estremamente oneroso sia in termini umani che economici.

Obiettivo intervenire: esercitando tutte le capacità disponibili per promuovere la qualità di vita e il benessere della persona colpita e della famiglia.

Il trattamento della demenza comprende una serie di interventi, farmacologici e non farmacologici, rivolti non solo al controllo dei deficit cognitivi, ma anche alla cura dei sintomi non cognitivi, delle malattie coesistenti, al miglioramento dello stato funzionale, o mirati a fornire un supporto al paziente e alla famiglia durante il decorso della malattia.

4.2.6 Isolamento

La tendenza all'isolamento e la perdita di contatto con il mondo esterno sono manifestazioni di condizioni particolari di malessere, che contribuiscono a inficiare lo stato di salute mentale e fisico delle persone. Uno dei rischi più significativi che possono scaturire dall'isolamento si configura in una crescente difficoltà e demotivazione del singolo a confrontarsi con la vita sociale, problematica che può condurre ad un vero e proprio rifiuto della stessa. Solitudine e isolamento concorrono inoltre allo sviluppo di condizioni di stress e depressione, oltre a contribuire ad una diminuzione della qualità e quantità del sonno. Tutto questo influenza la qualità della vita percepita, impattando negativamente sull'uso dei servizi sanitari e sulla mortalità stessa dell'individuo³⁸.

Il fenomeno in questione vuole essere esaminato secondo la sua accezione di solitudine e, quindi, legato alla qualità dei contatti interpersonali; ma anche e soprattutto come isolamento sociale: cioè la mancanza di contatti e connessioni sociali. Tale indagine viene affrontata con l'ausilio di quattro indicatori: *Percentuale di persone di 14 anni e più che sono molto soddisfatte delle relazioni familiari; Percentuale di persone sole su totale popolazione; Percentuale di persone di sei anni e più che non incontrano amici nel tempo libero; Percentuale di famiglie con abitazione lontana dai familiari.*

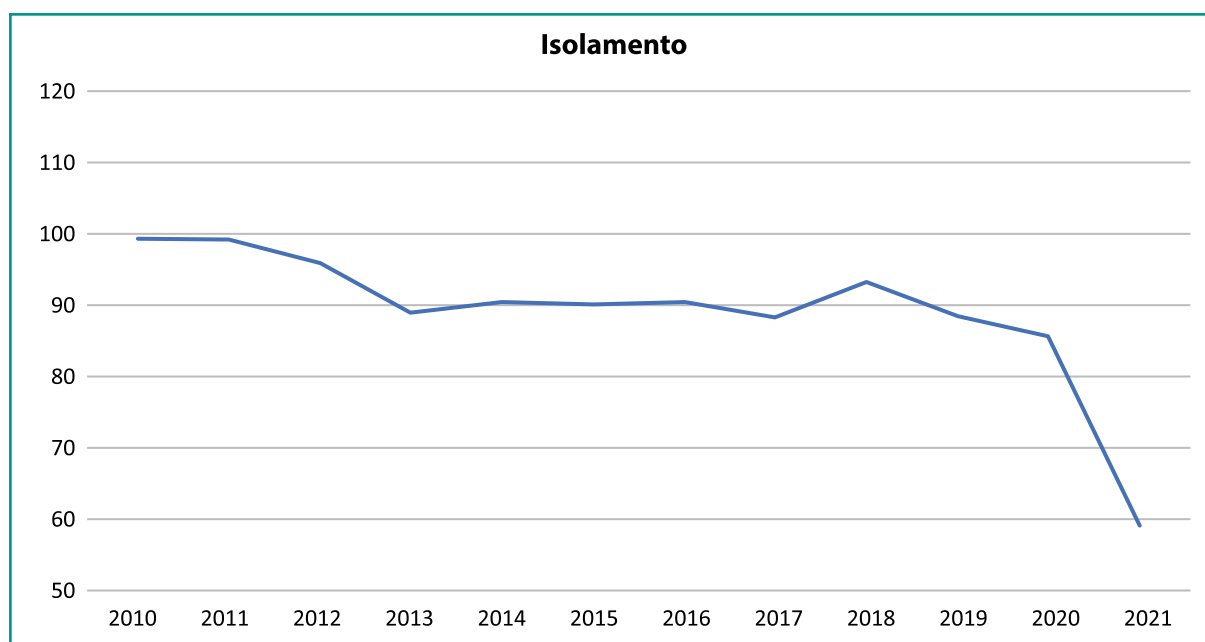


Figura 17 - Dominio Isolamento: andamento generale

³⁸ (Leigh-Hunt N, 2017)

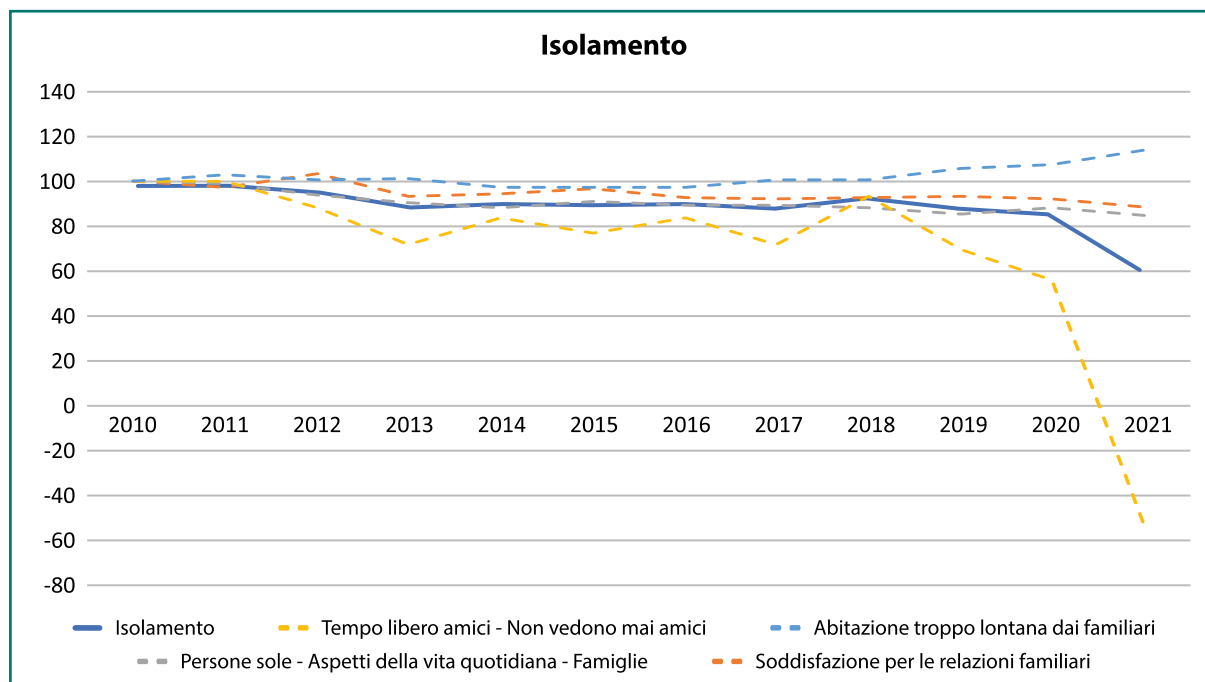


Figura 18 - Dominio Isolamento: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in continua e costante decrescita, attestando quindi un peggioramento in termini di Vicinanza causato dall'aumento dei fenomeni legati all'Isolamento. Questo andamento di decrescita costante mostra un ulteriore e brusco calo per l'annualità 2021 in cui raggiunge il minimo storico con il valore di 58 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia soprattutto il comportamento dell'indicatore *Persone che non vedono mai amici nel tempo libero*, che mostra un importante calo a partire dal 2018 per poi subire nel 2020 una *debacle* che porta nel 2021 addirittura a valori sotto lo zero. In questo fenomeno si ritrovano anche gli effetti delle misure di contenimento alla pandemia che hanno giocato a forza aumentato l'isolamento individuale e modificato abitudini e comportamenti. Sul tema una fonte di preoccupazione è data dalla percentuale di popolazione infantile (fino ai 6 anni di età) che non vede amici nel tempo libero, che risulta in forte crescita.

BOX TEMATICO ACLI - Solitudine e longevità: l'esperienza e l'impegno delle Acli

A cura di: Antonio Russo

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo. Secondo i dati Censis, entro il 2030, la vita continuerà ad allungarsi fino a 82,2 anni per gli uomini e 87,5 anni per le donne. Attualmente, circa 7 milioni di italiani hanno più di 75 anni d'età (12% della popolazione): un numero destinato ad aumentare a 12 milioni fra venti anni, secondo le stime de il Sole24ore.

Vivere più a lungo, in un Paese che registra sempre meno nascite, è indiscutibilmente un fatto importante. Se pur positivo, questo dato pone almeno due interrogativi fondamentali perché la longevità si coniughi con una altrettanto migliore qualità della vita: come gestire i circa 3 milioni di non autosufficienti, che nel 2030 potrebbero arrivare a 5 milioni? Come far fronte alla solitudine dei 2,6 milioni di

persone anziane, che non hanno reti di riferimento e che sono destinati ad aumentare nel tempo? Nel primo rapporto Censis sulla *silver economy* emerge che la quota di ricchezza posseduta dagli anziani è più alta della media del 13,5%, mentre quella dei *millennials* è inferiore del 54,6%. Ciò significa che in un quarto di secolo la "ricchezza silver" è aumentata in termini reali di circa l'80%. Dunque, seppure la popolazione anziana può, in prevalenza, contare su una maggiore solidità economica, sempre più abbisogna di servizi di cura e di rapporti e relazioni umane di qualità. Nel binomio qualità della vita/longevità, i determinanti sociali della salute, occupano una loro posizione cruciale. Se a questa analisi, accostiamo il principio per il quale la solitudine è tra i nuovi archetipi della modernità, la sfida della tessitura (o ri-tessitura) di legami sociali capaci di includere, di non isolare e di generare luoghi di cura e di crescita delle relazioni umane, sarà sempre più affidata alle comunità. **Per quanto sommersi ogni giorno da comunità virtuali che pure hanno un loro specifico valore, saranno sempre più i quartieri, i condomini, le città, i circoli ricreativi, i luoghi fisici di incontro a rappresentare la vera dote di comunità coese e accoglienti.**

L'esperienza delle Acli, che in quasi 80 anni di vita hanno "abitato" piccoli centri urbani e grandi città metropolitane, ce lo insegna. Grazie alla capillarità della sua presenza territoriale, delle strutture di base e dei suoi Servizi, l'Associazione è ormai parte integrante del tessuto sociale delle comunità in cui vivono e dove quotidianamente incontrano cittadini di età differenti e con bisogni diversi. Nella esperienza delle Acli, caratterizzata da una particolare attenzione alla "inter-generazionalità", gli anziani vivono una piena cittadinanza associativa e di rappresentanza politica, non solo nelle attività svolte nei circoli, ma anche grazie alla disponibilità di servizi di promozione e di tutela dei loro diritti socio-sanitari. Attraverso la Federazione Anziani e Pensionati, prende poi vita l'attività di rappresentanza sindacale.

L'attenzione alla dimensione sociale e l'opportunità di elaborazione di un indirizzo politico consentono lo sviluppo e la realizzazione di progetti che, superando la logica esclusivamente riparativa, agiscono sulla programmazione delle politiche territoriali attraverso percorsi di programmazione condivisa. Presenza attiva nelle comunità e azione sociale agevolano la promozione di importanti proposte legislative, come ad esempio la riforma della Non Autosufficienza, realizzata in collaborazione con altre circa 50 organizzazioni del c.d. Terzo Settore riunite in alleanza. Come noto, attesa da circa trenta anni, tale riforma è prevista dal PNRR e si ispira al concetto di integrazione sociosanitaria, valorizzando, accanto all'importante aspetto della salute, tutte le altre dimensioni del vivere quotidiano che ruotano intorno al benessere totale del cittadino, non più al massimo delle sue capacità psicomotorie. Il disegno di riordino della non autosufficienza prevede, così come riportato nel PNRR stesso, una complessa infrastrutturazione locale, incardinata nelle Case della Comunità. Diverse per approccio alla multidimensionalità dei fattori che agiscono sulla salute dei cittadini, queste sono dei veri e propri luoghi fisici che superano il concetto di servizio e prestazione sanitaria tradizionale e che, valorizzando le risorse sociali e sanitarie presenti sui territori, provano a concepire un altro modo di fare welfare. La scelta stessa di chiamare questi luoghi "Case" ha un significato politico-culturale preciso, che le rende diverse da un poliambulatorio sanitario. Casa, infatti, è il luogo della cura intesa in senso lato. È un posto che si abita, con cui si ha familiarità, confidenza. Così pensate dal legislatore e fortemente sostenute da un network di associazioni di cui le Acli fanno parte, le Case della Comunità rispondono a precisi principi ispiratori non derogabili, quali la completa presa in carico della persona da parte di una struttura sociosanitaria e di una comunità di soggetti presenti sul territorio. Non solo il luogo in cui ricevere una buona prestazione sanitaria, ma il luogo della relazione e della prevenzione. Gli anni

della pandemia, che speriamo di lasciarci alle spalle, nel seminare paura e morte ci hanno consegnato qualche importante insegnamento: ripensare l'organizzazione della medicina territoriale anche alla luce di un Paese diseguale con differenti sistemi di politiche sanitarie. L'emergenza pandemica ha esasperato le differenze territoriali che necessitano di un riequilibrio affinché il principio universalistico iscritto nell'Art. 32 della Costituzione trovi pienamente compimento. Seguendo la trama di un diritto alla salute accessibile a tutti ed effettivamente esigibile, andrà azzerato il gap della differenza territoriale che fa registrare nel Meridione una vita media più breve rispetto Settentrione e, in particolare, in Campania, Calabria e Sicilia, i tassi di longevità più bassi d'Italia. Insufficienti o mancati screening preventivi e inadeguatezza delle cure, spesso dovute alla lontananza da centri ospedalieri di eccellenza, continuano ad alimentare il fenomeno largamente diffuso in Italia delle c.d. "migrazioni sanitarie".

A partire da queste considerazioni, in un quadro di profondi cambiamenti e di indispensabili riforme, la sfida che abbiamo di fronte è quella di un vero cambio di paradigma culturale e politico che dovrà trovare le sue più immediate ricadute in un diverso modo di pensare alla salute degli italiani. Grazie ai cambiamenti tecnologici, ai progressi della medicina e alle migliori condizioni sociali, siamo riusciti ad allungare la vita delle persone fino a rendere molte di esse centenarie. Tuttavia, ora è il momento di riempire di benessere questo tempo di vita. Nelle nostre mani sono custodite le ferite di un tempo difficile ma anche le opportunità di questa fase storica. Si tratta di renderle feconde nell'idea di un Paese a misura di tutti.

4.2.7 Coesione sociale

Il concetto di coesione sociale si articola diversamente quando viene legato a differenti dimensioni della società:

- La dimensione strutturale che riguarda i meccanismi di inclusione ed esclusione sociale e il grado di mobilità sociale;
- La dimensione culturale che identifica il grado di condivisione di norme e valori;
- La dimensione identitaria che definisce la misura di appartenenza alla comunità, il riconoscimento o il rifiuto di determinati gruppi sociali e il grado di tolleranza;
- La dimensione dell'azione che riguarda la partecipazione alle attività collettive e l'impegno all'interno delle varie associazioni, reti e ambiti operativi.

Nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute, per coesione sociale si intende l'insieme di diversi fattori che caratterizzano una comunità, tra cui: la fiducia e la soddisfazione per le relazioni interpersonali, la predisposizione a partecipare ad attività e ad aderire ad associazioni di volontariato. Di fatto, risulta fondamentale la relazione che persiste tra coesione sociale e capitale sociale, dove quest'ultimo, unito alle relazioni sociali, può essere considerato come elemento costitutivo della coesione sociale, quando essa è vista nell'ottica del "poter fare qualcosa per la società".

I fenomeni sottostanti tale Dominio vengono esaminati da tre indicatori, quali: *Percentuale di persone di 14 anni e più molto soddisfatte delle relazioni con gli amici*; *Percentuale di persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto almeno una attività di partecipazione sociale*; *Percentuale di persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività gratuita per associazioni o gruppi di volontariato*.

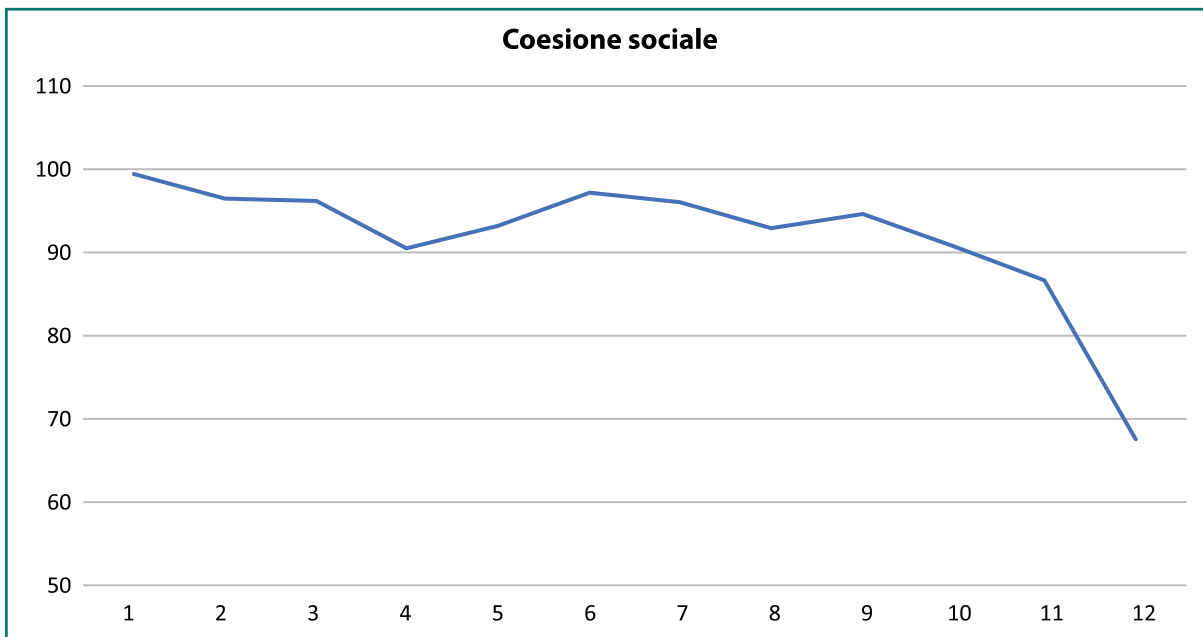


Figura 19 - Dominio Coesione Sociale: andamento generale

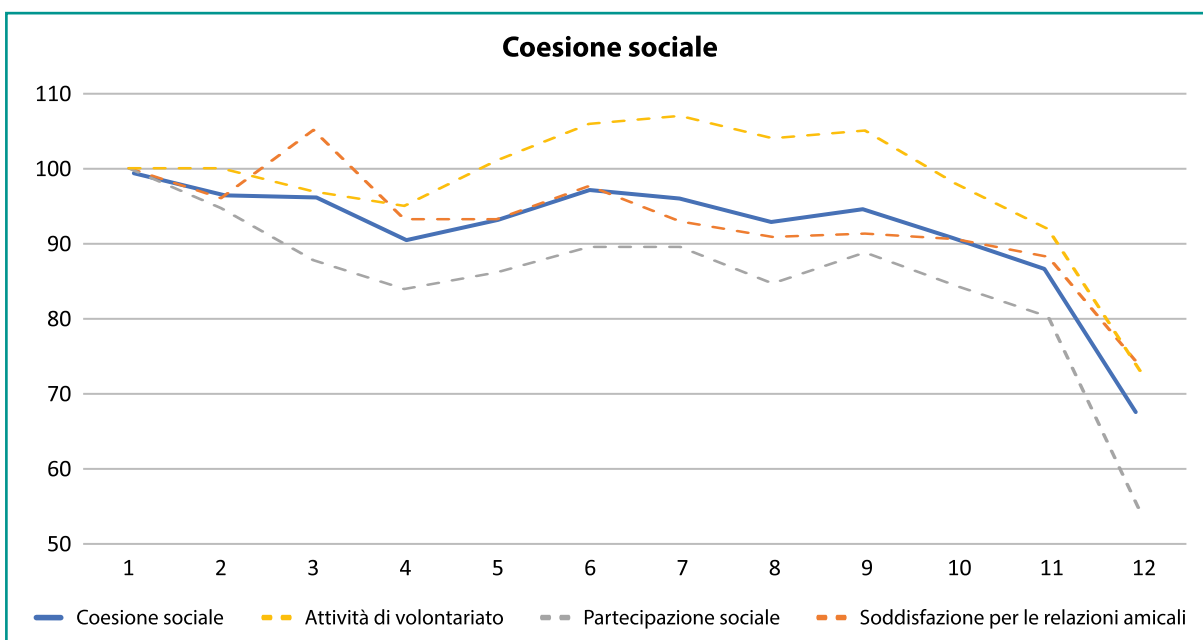


Figura 20 - Dominio Coesione Sociale: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in continua e moderata decrescita fino al 2018, laddove negli anni successivi si accentua il trend negativo fino ad arrivare al 2021 che fa segnare il minimo storico con il valore di 67 punti. Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un andamento coerente di tutti gli indicatori coinvolti che, già in calo negli anni precedenti, dal 2020 mostrano una pendenza ancora più accentuata e risentono verosimilmente anche delle dinamiche legate alle iniziative di contenimento della pandemia. Tra tutti spicca la *Partecipazione sociale* che fa segnare un valore minimo di 54 punti.

4.2.8 Vulnerabilità

Con specifico riferimento alla disuguaglianza economica, il concetto di Vulnerabilità è utilizzato per analizzare specifici disagi e problematiche sociali che, soprattutto negli ultimi anni, determinano un senso di maggiore instabilità e precarietà nella popolazione. Si veda come la diffusione dell'instabilità reddituale, la crescita dei lavori temporanei, le difficoltà di conciliazione tra cura e lavoro colpiscano, in gradi diversi, una platea più ampia della società, aumentando la vulnerabilità di tutti i ceti. In generale, negli ultimi quarant'anni alcuni grandi cambiamenti socio-demografici e occupazionali hanno modificato la struttura e la natura dei rischi sociali, facendo emergere nuovi bisogni e problematiche: la riduzione della dimensione media familiare e la fragilità delle unioni familiari hanno, infatti, ridotto sensibilmente la possibilità di fare affidamento sulle reti parentali in caso di problemi economici ed esigenze di cura diminuendo il ruolo di ammortizzatore sociale storicamente svolto dalla famiglia³⁹.

L'analisi del fenomeno investe prevalentemente le fasce di popolazione più sfavorite, che riscontrano serie difficoltà ad usufruire di beni essenziali o nell'affrontare spese mediche. Più in generale, l'intento è quello di indagare quella dimensione della disuguaglianza che articola la sfera economica negli ambiti di intervento socioassistenziali e sanitari. Per affrontare ciò sono stati adoperati quattro indicatori, quali: *Percentuale di persone che vivono in famiglie a rischio di povertà; Percentuale di famiglie che non possono riscaldare adeguatamente la casa; Percentuale di famiglie che dichiarano di poter sostenere spese per malattie; Percentuale di persone in famiglie che registrano segnali di deprivazione materiale.*

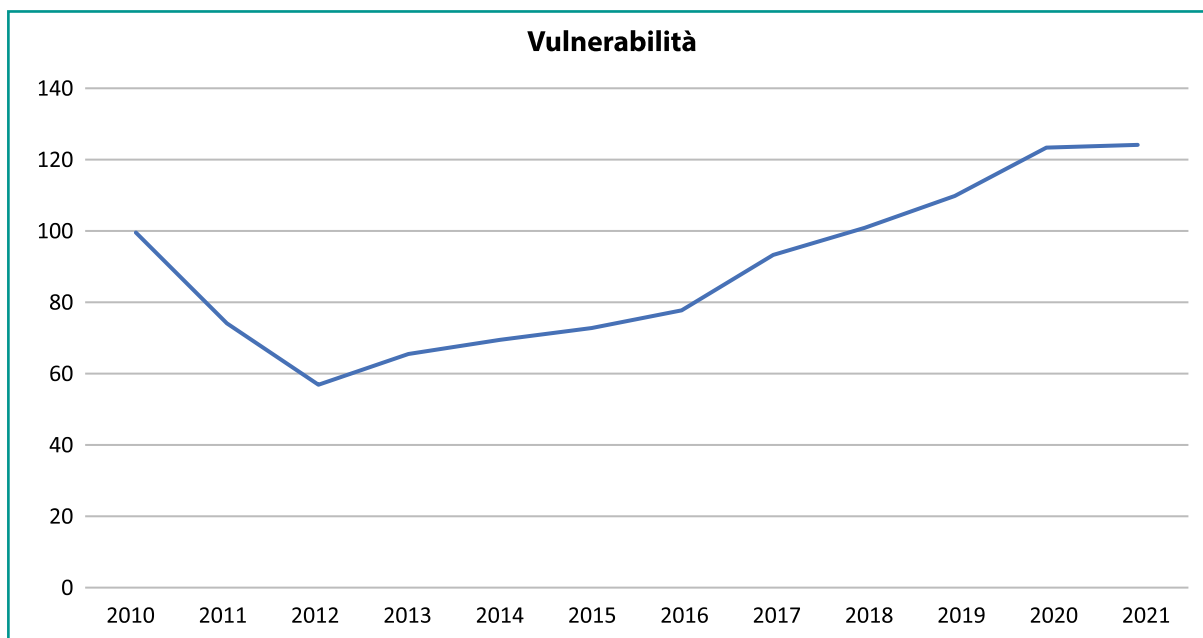


Figura 21 - Dominio Vulnerabilità: andamento generale

³⁹ (Ferrera 2006)

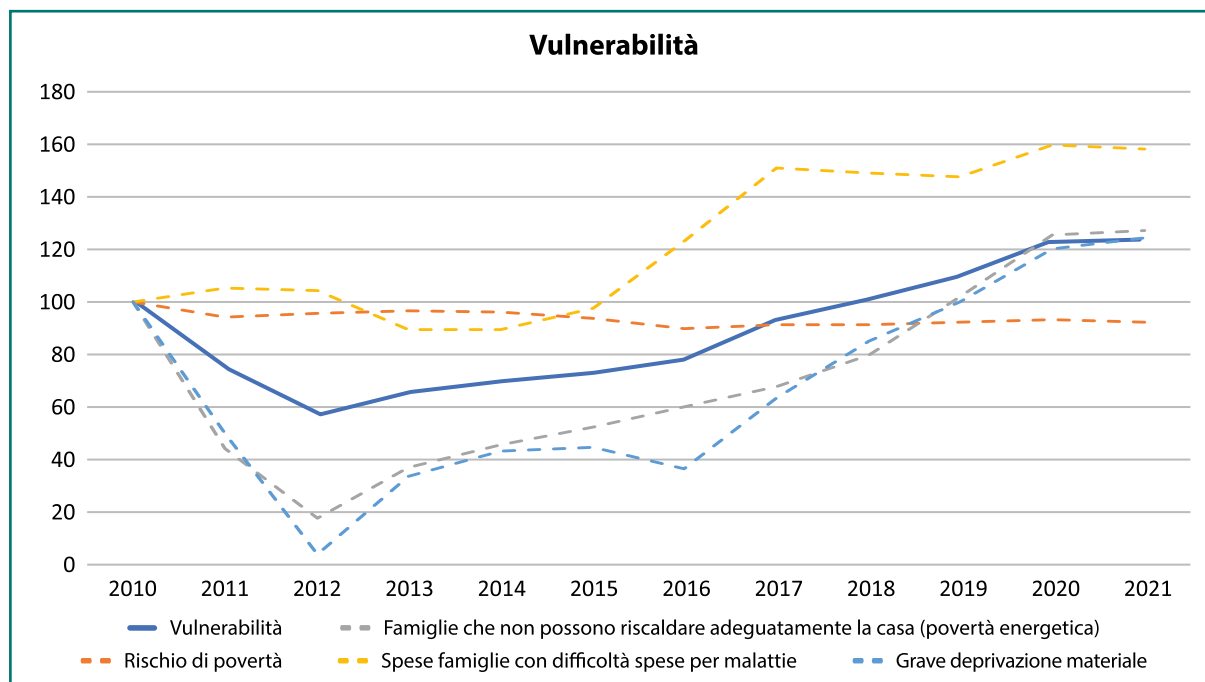


Figura 22 - Dominio Vulnerabilità: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in costante crescita a partire dal 2013, dopo aver toccato il punto di minima con il punteggio di 55 nel 2012 verosimilmente a seguito degli effetti della cd crisi del debito sovrano di quegli anni. La curva raggiunge il suo punteggio più alto con il valore di 125 punti nel 2020 e lo mantiene invariato nel 2021. Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come aumenti costantemente negli anni il *Rischio di povertà*, laddove invece a partire dal 2013 tutti gli altri indicatori fanno segnare dei sensibili miglioramenti che però subiscono una battuta d'arresto nel 2020, appiattendosi le curve e riportando all'anno successivo i medesimi valori.

4.2.9 Condizione economica

Il Dominio Condizione economica offre una sintesi della situazione economica del nostro Paese nel corso degli undici anni di riferimento: in questo modo si vuole definire un quadro di riferimento che integri anche i dati economici per fornire una visione completa e polivalente delle interrelazioni e dell'interdipendenza tra economia, salute e qualità della vita. Analizzando i vari determinanti della salute si può notare come la prosperità economica abbia ricadute su diversi aspetti della vita sociale: il livello di istruzione, il rispetto ambientale e il senso civico delle persone; inoltre, si registra un'attenzione maggiore circa il proprio stato di salute.

Il Dominio è, quindi, costituito da tre indicatori, imprescindibili per delineare un ritratto nazionale propedeutico agli scopi perseguiti dall'Indice di Vicinanza della Salute: *Reddito disponibile lordo pro capite*; *Percentuale di povertà assoluta*; *Disuguaglianza del reddito netto*.

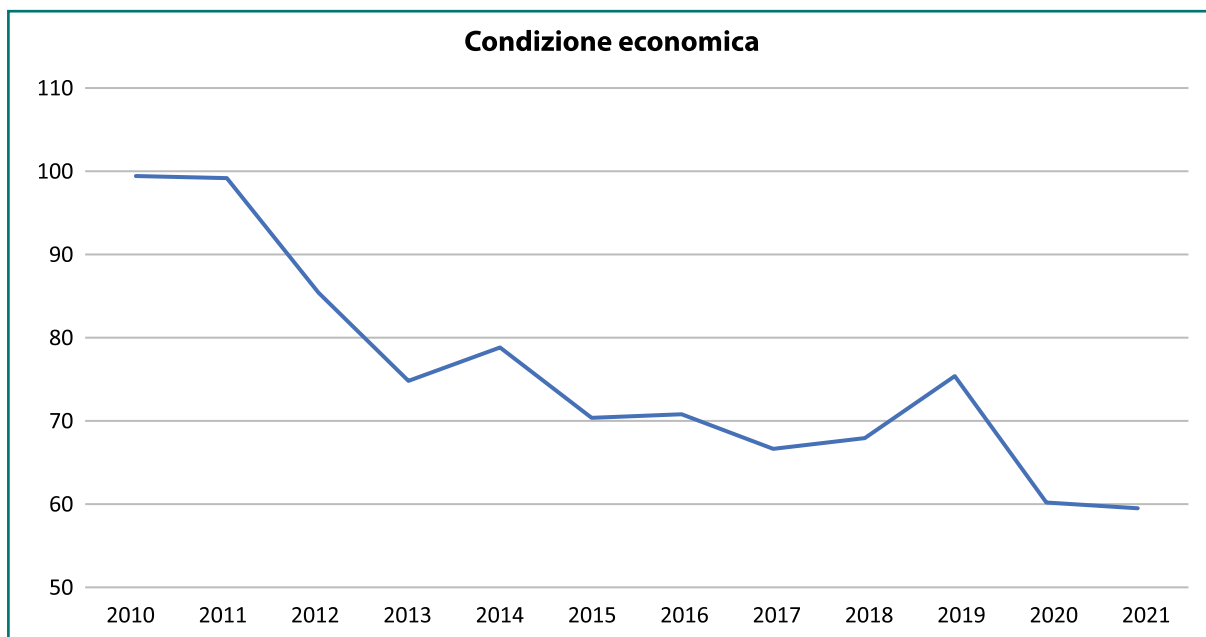


Figura 23 - Dominio Condizione economica: andamento generale

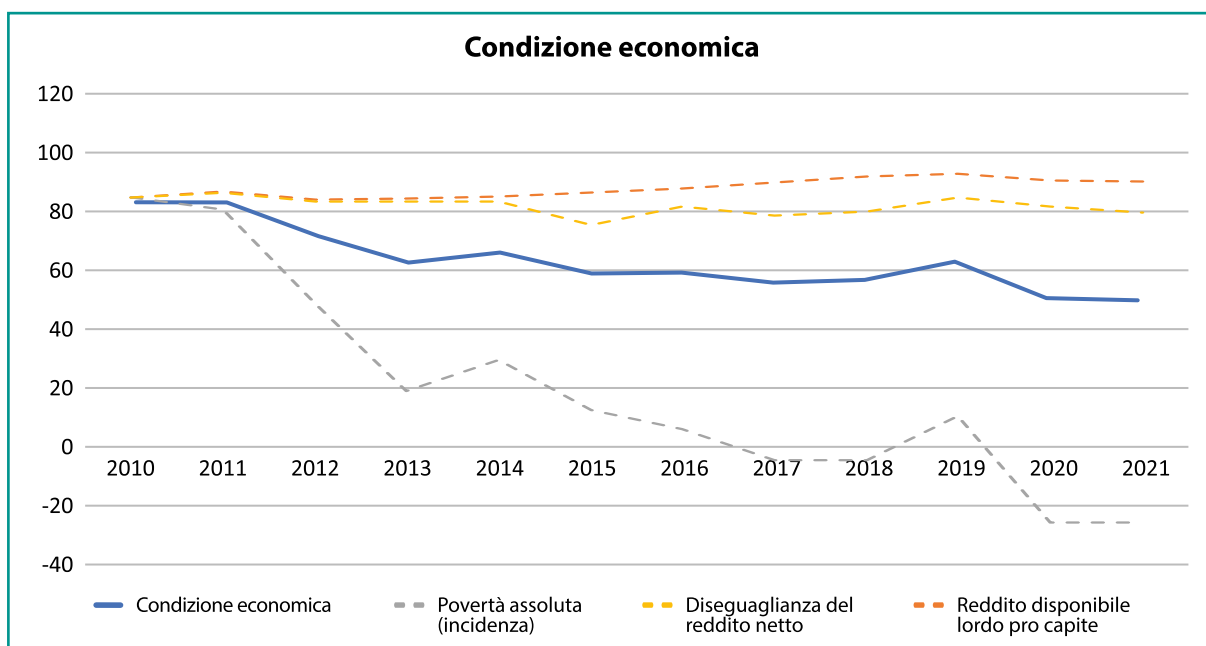


Figura 24 - Dominio Condizione economica: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento nel complesso decrescente, che fa segnare il suo valore minimo nel 2021 con 59 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia fortemente l'andamento dell'indicatore relativo all'*Incidenza della povertà assoluta* che in maniera allarmante, triplicandosi la popolazione interessata al fenomeno negli anni in esame, raggiunge per il 2021 valori negativi.

4.3 L'andamento del Contesto Sistema organizzativo

Il Contesto Sistema organizzativo è composto da otto domini: *Prevenzione, Assistenza, Mortalità evitabile, Disponibilità di servizi, Responsiveness, Welfare integrativo, Sostenibilità, Coesione territoriale.*

Tale ambito d'esame rappresenta un livello più esterno rispetto alla sfera individuale e ma intermedio rispetto alla sfera ambientale e si caratterizza per condizioni date e per capacità di intervento che risentono, quasi totalmente, della capacità di organizzazione e di responsiveness del sistema sanitario. Data la sua composizione, il Contesto copre campi di intervento inerenti primariamente la Missione 5 – Inclusione e Coesione e la Missione 6 – Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

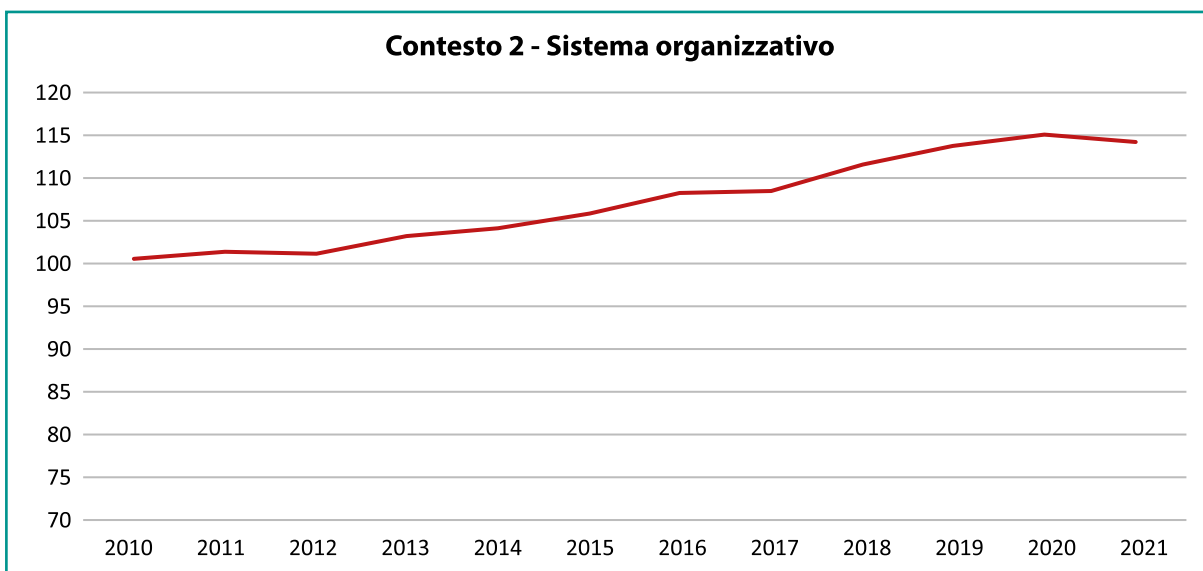


Figura 25 - Contesto Sistema organizzativo: andamento generale

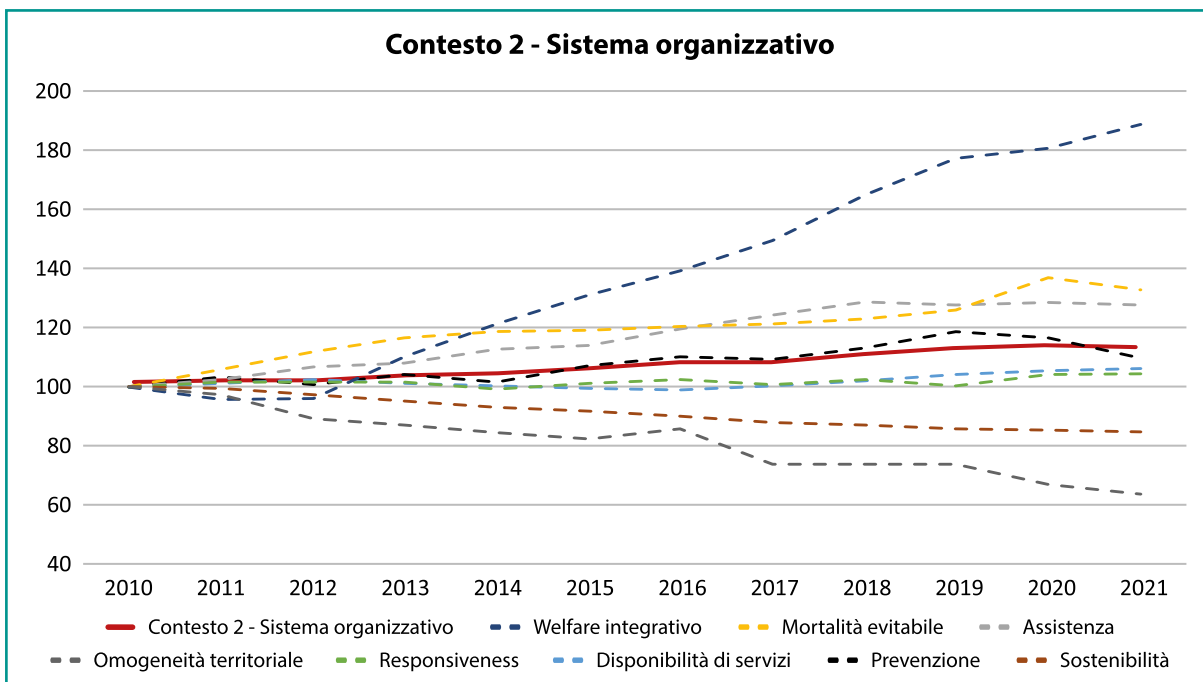


Figura 26 - Contesto Sistema organizzativo: dettaglio domini

Il primo grafico del Contesto *Sistema organizzativo* mostra l'andamento generale del Contesto, che rappresenta la sintesi degli andamenti degli otto Domini che lo compongono.

Partendo dal valore standard di 100 punti del 2010 e lungo la serie storica in esame, si evidenzia dapprima una crescita costante e quasi lineare, che frena nell'ultimo triennio esitando in un "plateau": nel 2019 si ha un punteggio di 114, nel 2020 dove si registra il valore massimo del periodo di 116 punti che però rappresenta anche un punto di flesso nell'andamento del grafico che conduce ad un valore di 115 punti per l'anno 2021.

Nel secondo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto e si evidenziano immediatamente: in senso positivo l'andamento del dominio *Welfare integrativo*; in senso negativo gli andamenti dei domini *Omogeneità territoriale* e *Sostenibilità*.

Di seguito vengono descritti singolarmente i Domini che compongono il Contesto.

4.3.1 Prevenzione

La Prevenzione, nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute, viene affrontata considerando l'insieme di tutte quelle misure, che, se opportunamente sviluppate e messe in atto, risultano necessarie per tutelare la salute delle persone a 360°. Dunque, la prevenzione così intesa comprende a sua volta tre tipologie di intervento:

- La prevenzione primaria: che si identifica: negli interventi che mirano a combattere e mutare i comportamenti e le abitudini scorrette delle persone che predispongono all'insorgenza di malattie; nelle attività di campionamento e controllo delle filiere produttive in diversi settori.
- La prevenzione secondaria: che ha l'obiettivo di individuare precocemente i soggetti ammalati o ad alto rischio, affinché questi possano arrivare alla guarigione in tempi rapidi o per arrestare la progressione della malattia. Ad esempio, un intervento su pochi individui è rappresentato dalle indagini epidemiologiche, a seguito di un caso di malattia infettiva, oppure dagli interventi rivolti a grandi gruppi omogenei, come gli screening.
- La prevenzione terziaria: cerca di limitare i problemi di malattie ormai diagnosticate e, a volte, ad uno stadio cronico, lavorando per ridurre l'aggravio e l'insorgenza di complicazioni.

Il Dominio in esame è composto da due indicatori, intesi come proxy del fenomeno studiato: *Numero di dosi di vaccino somministrate alla popolazione anziana*; *Percentuale di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto*.

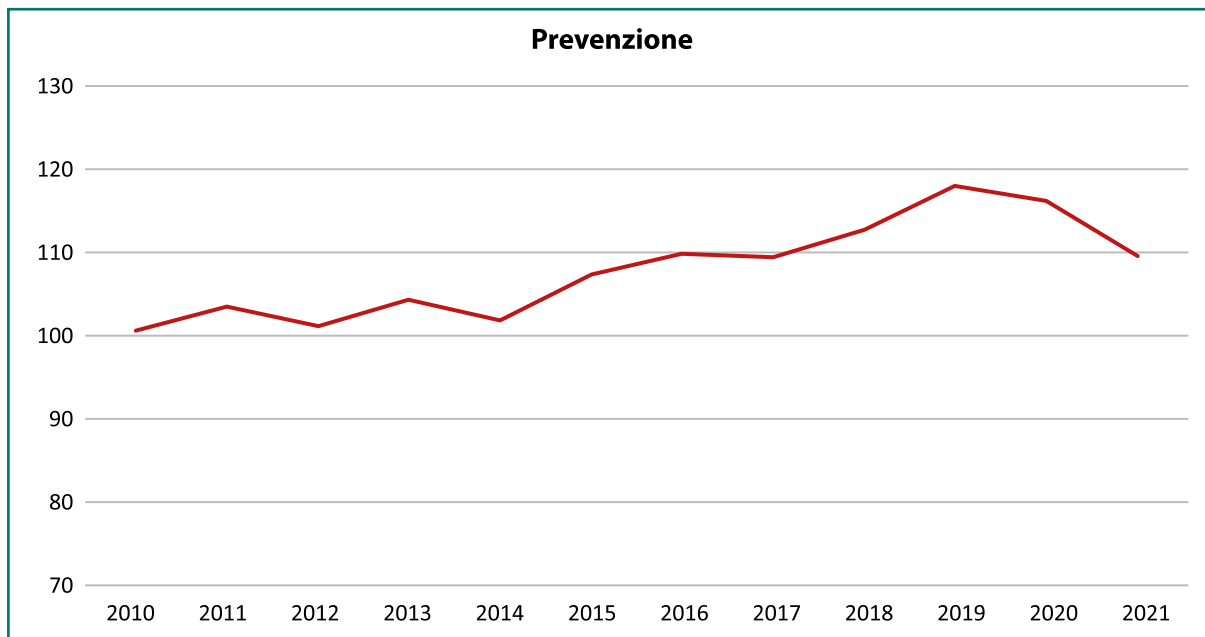


Figura 27 - Dominio Prevenzione: andamento generale

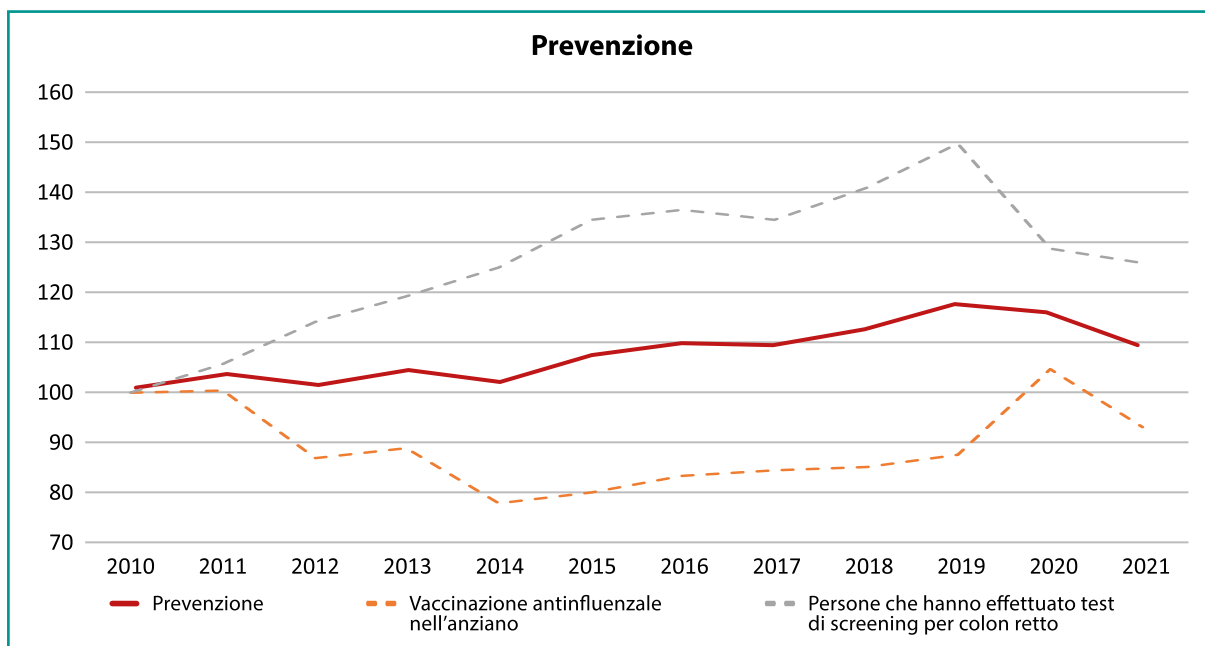


Figura 28 - Dominio Prevenzione: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento di sostanziale crescita fino all'annualità 2019 dove fa segnare il massimo storico con il valore di 119 punti. Successivamente si evidenzia una flessione che per il 2021 fa registrare il punteggio di 109, ritornando ai livelli già registrati precedentemente nell'anno 2017.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenziano due comportamenti differenti. Da un lato la *Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano*, in ripresa dal 2014, fa segnare un picco significativo per l'annualità 2020, verosimilmente sospinta dalla campagna di vaccinazione per i soggetti fragili in pandemia, poi seguita da una flessione nel 2021.

Dall'altro lato le *Persone che hanno effettuato test di screening per colon retto* fanno segnare dapprima una costante crescita fino al 2019, per poi far registrare un crollo drastico per il 2020 e, anche se in misura minore, per il 2021, anche in questo caso patendo gli effetti della pandemia che ha causato una forte rinuncia alle prestazioni non urgenti con un impatto sensibile (ed in prospettiva preoccupante) per le prestazioni di prevenzione.

BOX TEMATICO FASI - Il ruolo chiave della prevenzione per il benessere dei lavoratori

A cura di: Marcello Garzia

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo. Secondo i dati Censis, entro il 2030, la vita continuerà ad allungarsi fino a 82,2 anni per gli uomini e 87,5 anni per le donne. Attualmente, circa 7 milioni di italiani hanno più di 75 anni d'età (12% della popolazione): un numero destinato ad aumentare a 12 milioni fra venti anni, secondo le stime de il Sole24ore.

Tutelare la salute sul luogo di lavoro è un tema affrontato sin dalla seconda metà del 1600 con Bernardino Ramazzini⁴⁰ che per primo al mondo ha realizzato uno studio sistematico sulla relazione fra attività lavorativa e malattie professionali, dopo una meticolosa osservazione delle condizioni di lavoro di oltre cinquanta tipologie di professioni dell'epoca, dalle "levatrici" ai "beccamorti". Egli propose misure di prevenzione dei rischi legati alle sostanze manipolate e alle posture, elaborando una serie di suggerimenti atti a prevenire i danni del lavoro sintetizzabili nella sua ormai nota espressione "**prevenire è di gran lunga meglio che curare**".

A partire dal secondo dopoguerra il perimetro del concetto di salute si è ampliato fino a comprendere anche la dimensione del benessere dell'individuo, in linea con la definizione di salute dal WHO⁴¹. Il **benessere, inteso come processo** e non come condizione statica, abbraccia vari aspetti ed è, pertanto, una variabile multidimensionale: numerosi sono gli indicatori, sia quantitativi sia qualitativi, che consentono di misurare sia il benessere che la soddisfazione ad esso associata, dal lato dei lavoratori e dal lato delle imprese.

Lato lavoratori, gli indicatori spaziano dalla tradizionale quota di occupati sulla popolazione alla mancata partecipazione al mondo del lavoro (somma dei soggetti senza lavoro ma che lo cercano e dei soggetti che non lo cercano ma sono disponibili a lavorare) alla quantificazione della soddisfazione per il lavoro svolto, offrendo la possibilità di analizzare anche fenomeni più complessi quali il mismatch verticale (o sovraistruzione), l'asimmetria nel lavoro familiare, il differenziale dell'occupazione tra donne con e senza figli, l'insicurezza dell'occupazione soprattutto per i giovani e il part-time involontario.

Lato imprese, la sensibilità al tema del benessere dei propri lavoratori emerge dalla preferenza che queste mostrano per le iniziative a favore dello sviluppo professionale, per la tutela delle pari opportunità e per il coinvolgimento dei lavoratori negli obiettivi aziendali. Anche la **conciliazione dei tempi di vita-lavoro**, promossa tramite la flessibilità dell'orario, i permessi/congedi

⁴⁰ Autore del trattato *De Morbis Artificum Diatriba*.

⁴¹ Il World Health Organisation definisce il concetto di salute come "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità."

per la genitorialità o con il lavoro a distanza⁴², permette un incremento della soddisfazione lavorativa, innescando in questo modo un circolo virtuoso che migliora la produttività individuale all'interno dell'azienda, riducendo al contempo il *turnover* tramite l'*employee retention* e l'attrazione di talenti. Per le aziende, puntare sulla motivazione o l'*engagement* (Gallup 2022⁴³) risulta inoltre cruciale poiché la salute ed il benessere dei lavoratori sono diventati elementi centrali all'interno dell'ESG scoring e degli SDGs dell'Agenda 2030.

Finora il dibattito sulla prevenzione nei luoghi di lavoro è stato spesso focalizzato sulla questione della sicurezza contro gli infortuni e gli altri danni alla salute del lavoratore. Mantenendo sempre alta l'attenzione su questo tema, come sottolineato anche dalle parole del Presidente della Repubblica in occasione delle celebrazioni del 1° maggio 2022: *«l'integrità della persona e della salute dei lavoratori è parte essenziale della visione che ispira il nostro patto costituzionale»*, oggi stiamo assistendo ad un vero e proprio cambio di paradigma, passando dalla prevenzione della salute del lavoratore, alla **prevenzione della salute della persona**.

Prescindendo quindi dall'attività svolta, il datore di lavoro è chiamato a tutelare la salute e il benessere dei propri dipendenti, non solo indirizzandoli verso i percorsi di prevenzione e i check up clinici più idonei, ma anche incentivandoli ad assumere dei comportamenti e stili di vita corretti e sostenibili. Il Fasi, Fondo di assistenza sanitaria dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi integrativo rispetto alle tutele già erogate dall'SSN, è attento a queste tematiche: dal 2011 offre la possibilità di usufruire di pacchetti di prevenzione e dal 2020 contribuisce alla sensibilizzazione e alla diffusione della **cultura della salute e della prevenzione**, da coltivare sin da giovani e sin da quando si è sani.

Tuttavia, negli ultimi anni, soprattutto sotto la spinta della crisi pandemica, le necessità di tutela sanitaria in generale, e quella dei lavoratori in particolare, sono evolute e ciò impone un'evoluzione anche del modo in cui si fa prevenzione.

Il Fasi, al pari degli altri Fondi sanitari integrativi, è chiamato ad assumere un ruolo proattivo verso il tema salute, volto ad anticipare tendenze e a intercettare l'insorgenza problemi di salute attraverso un'attenta pianificazione di nuove strategie e azioni e il corretto ed efficace utilizzo delle innovazioni tecnologiche. È necessario, pertanto, da un lato affrontare la rapida ed inevitabile **trasformazione digitale** che sta interessando il nostro sistema salute, sfruttando, ad esempio, le numerose possibilità di applicazione dell'intelligenza artificiale per migliorare il processo di cura e assistenza dei pazienti, e dall'altro rispondere in maniera efficace alla crescente attenzione rivolta alla salute mentale⁴⁴ e alla non autosufficienza.

I Fondi sanitari, con i loro oltre **14 milioni di iscritti**⁴⁵, costituiscono difatti lo strumento di elezione per garantire una maggiore tutela, in termini di salute e benessere, dei lavoratori, e stanno

⁴² Nel 2021 la quota di occupati che erogano la prestazione lavorativa a distanza ha raggiunto il 15%, più che triplicata rispetto al 2019, elaborazioni Centro Studi Fasi su dati ISTAT.

⁴³ (Gallup, 2022)

⁴⁴ L'indice di salute mentale dell'ISTAT pari nel 2021 a 68,4 (il massimo è 100) è sintesi di ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico

⁴⁵ (Ministero della Salute, 2° Reporting System - Anagrafe Fondi Sanitari, 2021)

inoltre assumendo il ruolo, altrettanto fondamentale per le aziende, di strumenti di sostenibilità, in particolare sostenibilità sociale d'impresa.

Alla luce di queste considerazioni, la governance del Fasi ha da tempo orientato la strategia del Fondo verso la **prevenzione come strumento di sostenibilità**, poiché da essa deriva il **miglioramento della vita delle persone** sia sul luogo di lavoro sia nel loro privato. Le iniziative di prevenzione sanitaria messe in campo dal Fasi, abbracciano, infatti, le diverse fasce di età della popolazione assistita, ciascuna con le proprie peculiarità ed esigenze, a prescindere dalla loro condizione lavorativa⁴⁶.

Poiché oltre il 50% dei Dirigenti iscritti al Fasi è costituito da Dirigenti in pensione, per loro sono stati studiati e realizzati degli specifici progetti legate all'**active aging**: a partire dall'iniziativa di informazione su salute, benessere e nutrizione "Fasi in pillole", fino a ParkinsonCare e Fasi Non Autosufficienza, il Fondo è impegnato sia nella tutela dei soggetti anziani che nella prevenzione dell'insorgenza di patologie o condizioni di fragilità. Ma allo stesso tempo, sono state avviate importanti azioni a favore del *wellbeing* delle fasce di popolazione più giovane, come testimonia, da ultimo, la sponsorizzazione del **premio Giovane Manager 2022** organizzato dal Gruppo Giovani di Federmanager capillarmente nelle sedi delle macro-aree territoriali con la finale nazionale presso il Politecnico di Milano a febbraio 2023.

Il Fondo ritiene, infatti, che il proprio intervento integrativo debba essere orientato non solo verso le prestazioni necessarie per tutelare la salute attuale degli assistiti, ma anche verso le prestazioni che nel futuro saranno indispensabili alla luce delle nuove esigenze di cura che si stanno configurando, legate all'invecchiamento della popolazione, agli stili di vita e ai nuovi scenari di crisi sanitarie mondiali.

4.3.2 Assistenza

Nel dominio *Assistenza* vengono ricomprese le componenti legate all'assistenza sanitaria tradizionalmente inquadrate sia nella dimensione ospedaliera sia nella dimensione territoriale. Nello specifico, il seguente Dominio persegue l'intendimento di definire, attraverso una sintesi dei principali indicatori classici, una proxy del grado di efficienza, qualità e capacità assistenziale e di gestione della componente sistemica dell'assistenza sanitaria.

A tal proposito, sono stati adoperati cinque indicatori, di cui: alcuni di processo, affinché dessero una misura dell'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento – linee guida, percorsi assistenziali – e altri indicatori di esito, che quindi fornissero informazioni sull'outcome del processo assistenziale.

⁴⁶ Le iniziative di prevenzione sanitaria messe in campo dal Fasi, il cui costo è interamente a carico del Fondo, comprendono: screening per il cancro alla prostata, per il cancro della cervice uterina, del collo utero, del colon-retto e del seno, per il cancro alla tiroide; accertamenti per maculopatia e glaucoma; pacchetti di prevenzione contro il melanoma e delle patologie respiratorie, quali la sindrome delle apnee notturne per adulti e bambini, l'asma bronchiale infantile, la broncopneumopatia cronico ostruttiva e le patologie respiratorie per fumatori o ex fumatori; prevenzione odontoiatrica per bambini e adulti.

Dunque, il Dominio comprende: *Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore da accesso in struttura di ricovero; Mortalità a trenta giorni dal ricovero per ictus ischemico; Tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); Guardia medica: visite effettuate per 100mila abitanti; Assistenza domiciliare integrata: media totale ore per caso.*

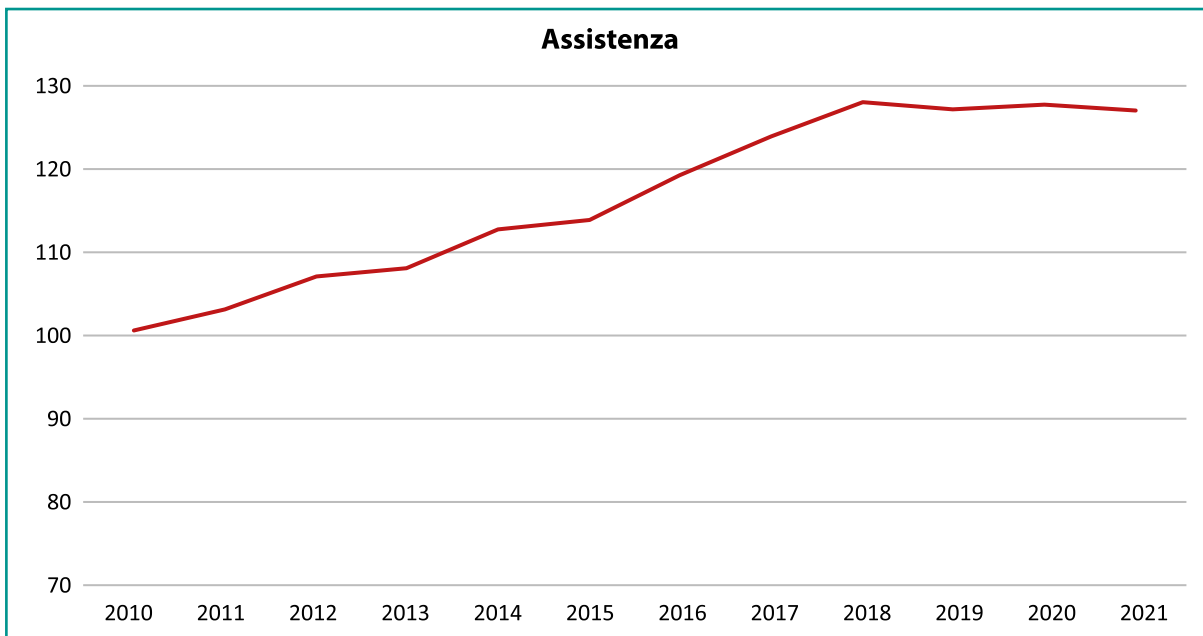


Figura 29 - Dominio Assistenza: andamento generale

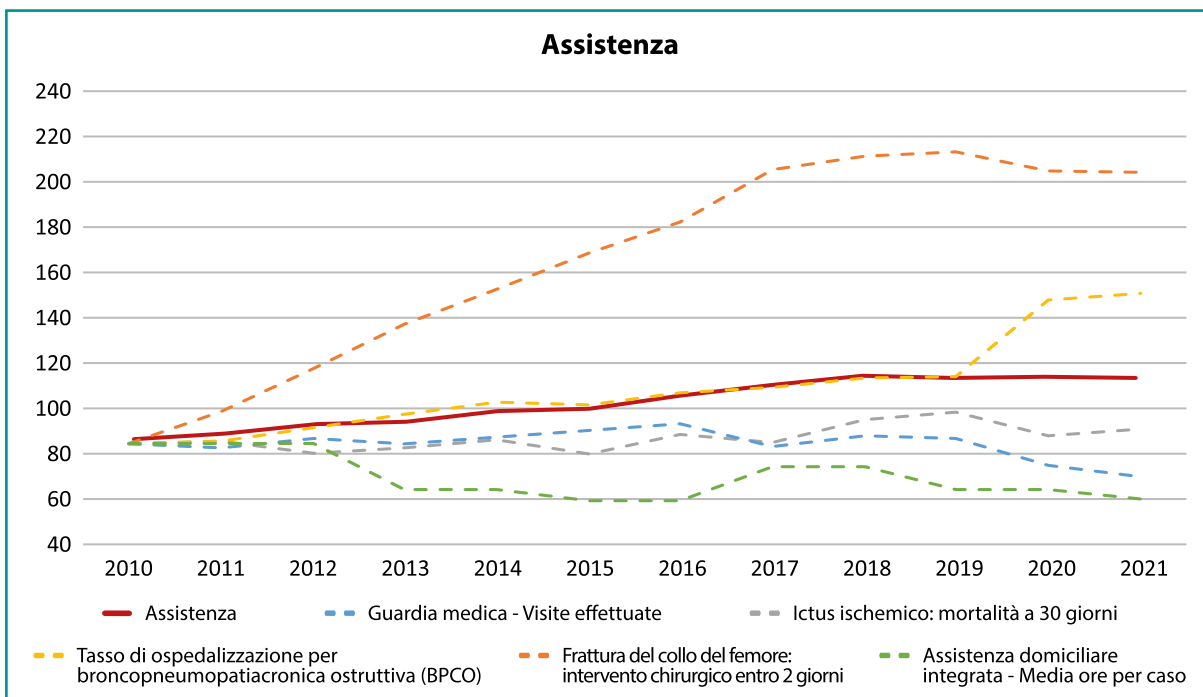


Figura 30 - Dominio Assistenza: dettaglio domini

Il Dominio in esame descrive un andamento di crescita costante fino all'annualità 2018 in cui fa registrare il massimo storico con il valore di 129 punti, a cui fa seguito un plateau che si protrae fino al 2021 che fa registrare un valore di 128 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come vi sia stata una crescita marcata fino al 2017 dell'indicatore di outcome *Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni*, crescita che rallenta nella pendenza fino a toccare il valore massimo storico di 216 punti nel 2019, per poi ricadere nel 2021 ai livelli del 2017, ovvero al punteggio di 208 punti.

E' questo indicatore che di fatto spinge l'andamento del dominio, potendosi osservare però anche il miglioramento del *Tasso di ospedalizzazione per BPCO* che verosimilmente beneficia dei differenti protocolli attivati per le patologie respiratorie durante la crisi pandemica.

Sugli altri indicatori si registrano andamenti negativi con particolare attenzione all'*Assistenza Domiciliare Integrata – Media ore per caso trattato* laddove pur ampliandosi la platea degli assistiti, si osserva un affievolirsi dell'assistenza prestata rappresentata da una costante riduzione delle ore dedicate annualmente al singolo paziente.

4.3.3 Mortalità evitabile

Il concetto di mortalità evitabile comprende i fenomeni che riguardano i decessi che avvengono per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con azioni ed interventi di maggiore prevenzione e tutela sul lavoro, oltre ad un'efficace assistenza sanitaria, con diagnosi precoci e terapie efficaci.

Il monitoraggio della mortalità evitabile si presenta, dunque, come uno strumento vantaggioso per la valutazione e l'orientamento di riforme e di policy, non solo sanitarie, ma finalizzate a contrastare i decessi dovuti a cause di morte altrimenti prevenibili e trattabili; quindi, attraverso una prevenzione a 360⁴⁷. L'Indice composito vuole monitorare tale problematica attraverso lo studio di vari fenomeni sottostanti ad essa e descritti da tre indicatori: *Tasso di mortalità per incidenti stradali*; *Percentuale di decessi evitabili (Mortalità evitabile 0-74)*; *Tasso di infortuni mortali e inabilità permanenti (incidenti sul lavoro)*.

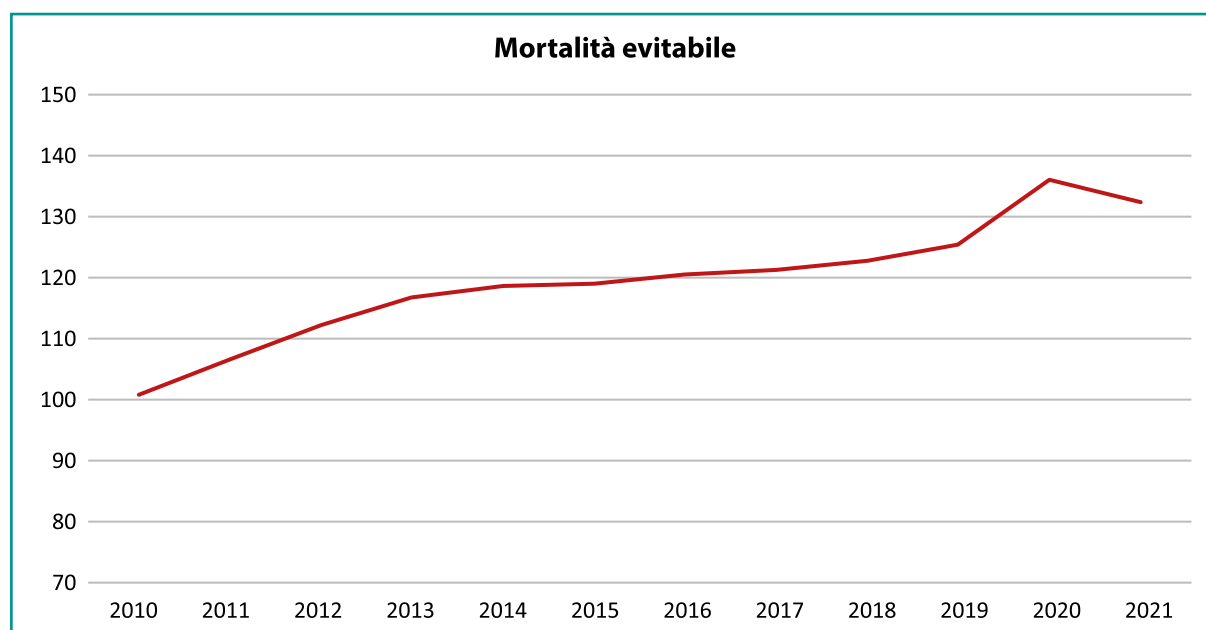


Figura 31 - Dominio Mortalità evitabile: andamento generale

⁴⁷ (Centro Studi Nebo, 2021)

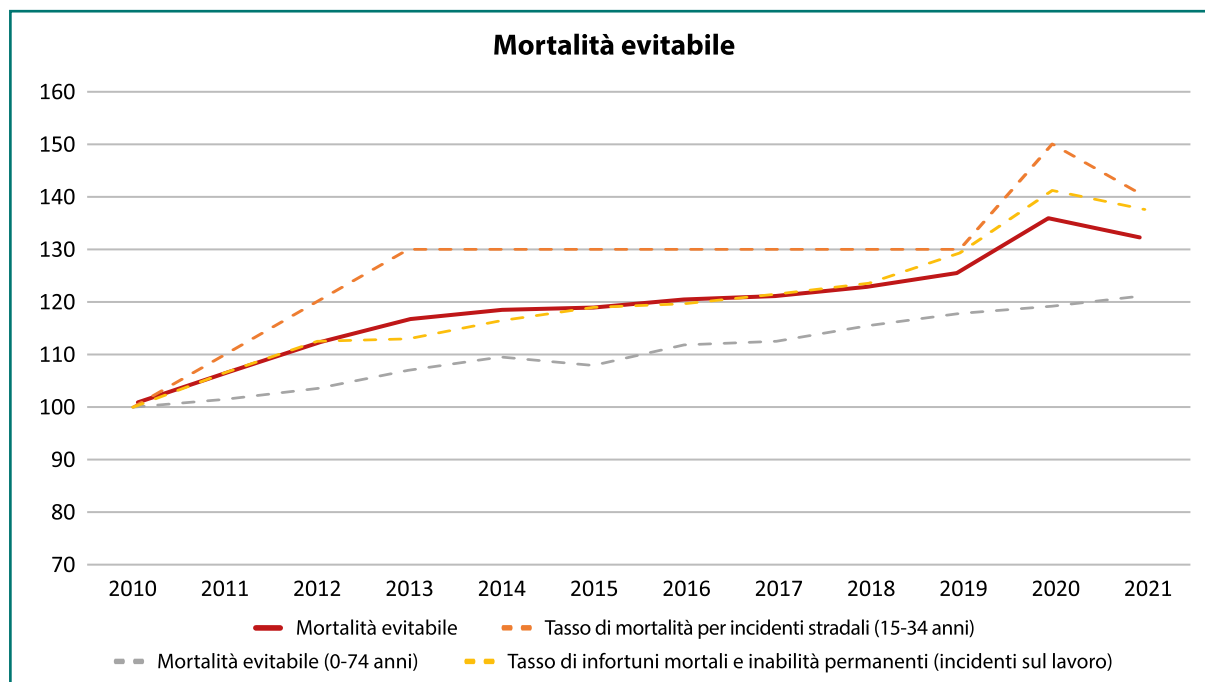


Figura 32 - Dominio Mortalità evitabile: dettaglio domini

Il Dominio in esame descrive una crescita costante durante l'intero periodo d'indagine e fa segnare nel 2021 un valore di 133 punti. Il valore massimo del periodo pari a 137 punti si registra invece nell'annualità 2020, anche a seguito di dinamiche peculiari dell'anno legate alle restrizioni a contrasto della pandemia che hanno limitato l'esposizione a certi tipi di rischi collegati alla mobilità ed alla attività lavorativa.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un costante miglioramento della gestione della *Mortalità evitabile (0-74 anni)* che arriva nel 2021 al valore massimo di 121 punti. L'andamento del *Tasso di mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)* e del *Tasso di infortuni mortali e inabilità permanenti (incidenti sul lavoro)* fanno segnare il loro valore massimo nell'annualità 2020 e in misura minore nell'annualità 2021, anni in cui le restrizioni imposte per il contrasto alla pandemia hanno ridotto sia la circolazione in auto, sia l'attività lavorativa fuori casa limitando quindi la casistica oggetto di rilevazione di questi indicatori.

4.3.4 Disponibilità di servizi

La definizione di Vicinanza della salute contempla la disponibilità del bene salute e la possibilità di fruirne come condizione necessaria per il raggiungimento di un migliore stato di salute e benessere.

In questo senso va sicuramente letto il mandato del nostro Sistema Sanitario Nazionale⁴⁸ di assicurare e garantire a tutti i cittadini l'accesso universale ed un'erogazione equa delle prestazioni sanitarie e dei farmaci essenziali, senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche, garantendo parità di beneficio in rapporto a uguali bisogni di salute. A questo si aggiunga, in un

⁴⁸ (Pani, 2014)

quadro più ampio di benessere sociale, anche l'importanza di servizi non sanitari che diventano fondamentali per il corretto sviluppo della vita familiare e quotidiana, concorrendo a rafforzare la componente sociale della salute.

Il seguente Dominio è composto, quindi, da specifici indicatori, quali: *Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: Farmacie; Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: Pronto soccorso; Servizi socio-educativi per la prima infanzia: Servizi offerti dai comuni (asili nido); Percentuale di medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre soglia.*

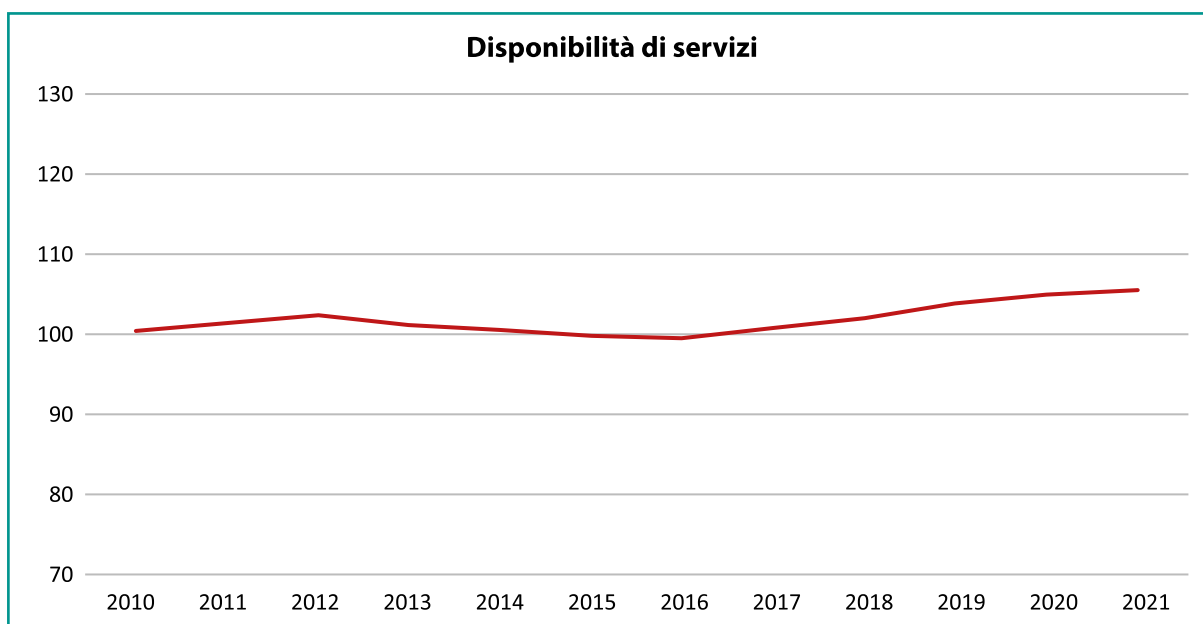


Figura 33 - Dominio Disponibilità di servizi: andamento generale

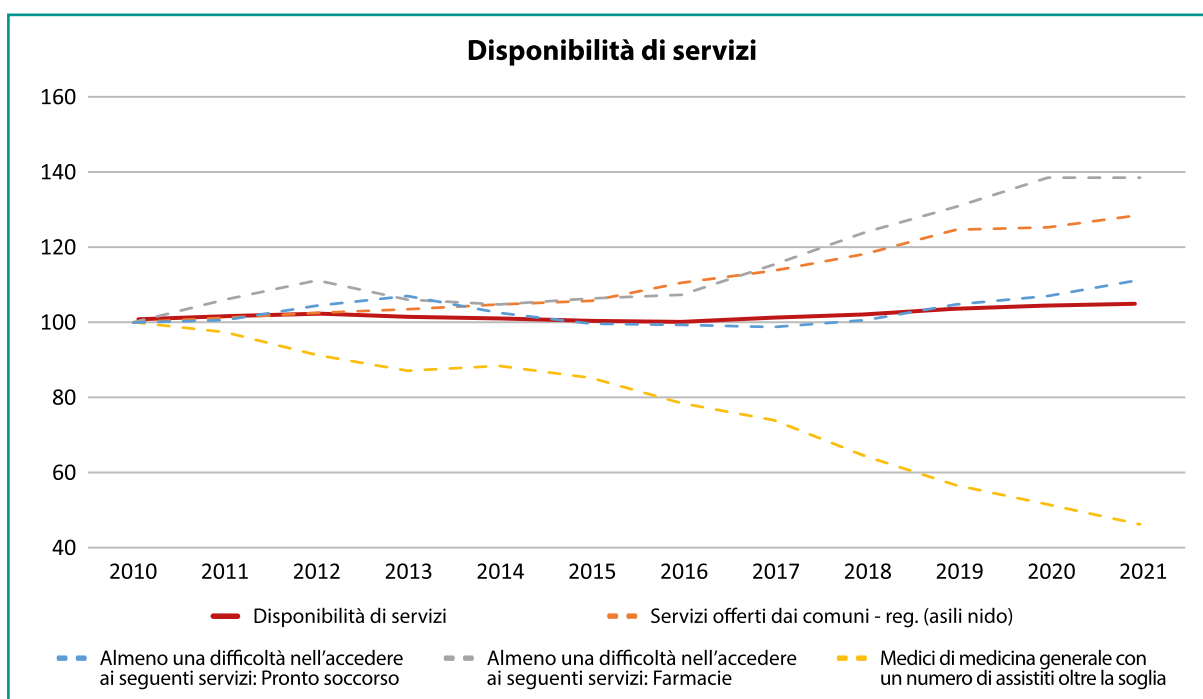


Figura 34 - Dominio Disponibilità di servizi: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento di crescita complessivamente moderata, che porta a registrare nel 2021 un valore massimo di 106 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenziano due spinte contrastanti: da una parte un aumento della Vicinanza della salute data da un costante miglioramento degli indicatori legati all'aumento dei *Servizi offerti dai comuni (Asili nido)* ed alla riduzione nella *difficoltà ad Accedere ai servizi: Farmacie*; dall'altra parte una forte spinta contraria dovuta alla sempre crescente incidenza dei *Medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre soglia*. Quest'ultimo fenomeno risulta ulteriormente critico nei termini di accessibilità e fruibilità della salute, se letto insieme ai fenomeni indagati nel dominio *Sostenibilità* relativi dell'aumento degli indici di vecchiaia e di consumo farmaceutico, che descrivono un sempre crescente carico di lavoro verso MMG già sovraccarichi.

4.3.5 Responsiveness

Un obiettivo cardine dei sistemi sanitari nazionali è consentire un'ottima capacità di risposta (responsiveness) verso i propri cittadini. I sistemi reattivi anticipano e si adattano ai bisogni sanitari esistenti e futuri, contribuendo così a migliorare i risultati sanitari. Tra tutti gli obiettivi dei sistemi sanitari, la reattività è quello meno studiato, forse per la mancanza di quadri di riferimento completi che vadano oltre le caratteristiche normative di responsiveness. L'Indice, in questo senso, contribuisce a promuovere una conoscenza crescente, sebbene ancora limitata, di questo argomento, in quanto si è cercato di rispettare un quadro concettuale che tenesse in considerazione la natura sensibile e articolata del concetto di reattività. Tale quadro teorico si sviluppa lungo tre aree:

- La prima stima la Responsiveness a seguito dell'esperienza reale di interazione delle persone con il sistema sanitario.
- La seconda tiene in considerazione il fatto che l'esperienza di interazione è condizionata sia dalle persone e dalle loro aspettative iniziali, da un lato, sia dall'effettiva risposta dei sistemi sanitari, dall'altro.
- Infine, studiare il concetto di reattività vuol dire considerare che il rapporto di interazione tra pazienti e sistema sanitario è soggetto a giudizi mutevoli, condizionati dalle varie passate esperienze⁴⁹.

Pertanto, al fine di migliorare la valutazione della Responsiveness, diviene necessario riconoscere e analizzare entrambi i lati dell'interazione, che vede protagonisti gli utenti e i sistemi sanitari con i rispettivi fattori determinanti. In quest'ottica, alla capacità di risposta del sistema sanitario l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato la seguente definizione formale, identificandola come la *"capacità del sistema sanitario di soddisfare le legittime aspettative della popolazione riguardo alla propria interazione con il sistema sanitario, prescindendo dalle aspettative di miglioramento della salute o del benessere"*⁵⁰.

Il Dominio Responsiveness è costituito da tre indicatori: *Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero - medica*; *Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero - infermieristica*; *Fiducia nei vigili del fuoco*.

⁴⁹ (Mirzoev & Kane, 2017)

⁵⁰ (Darby, Valentine, Murray, & de Silva)

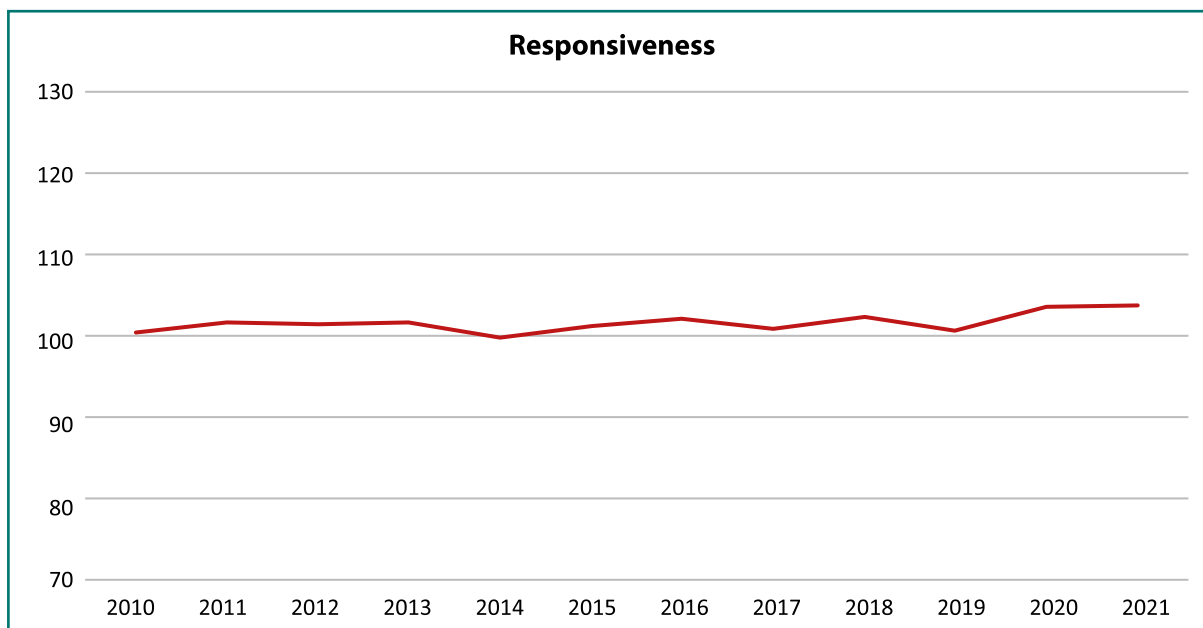


Figura 35 - Dominio Responsiveness: andamento generale

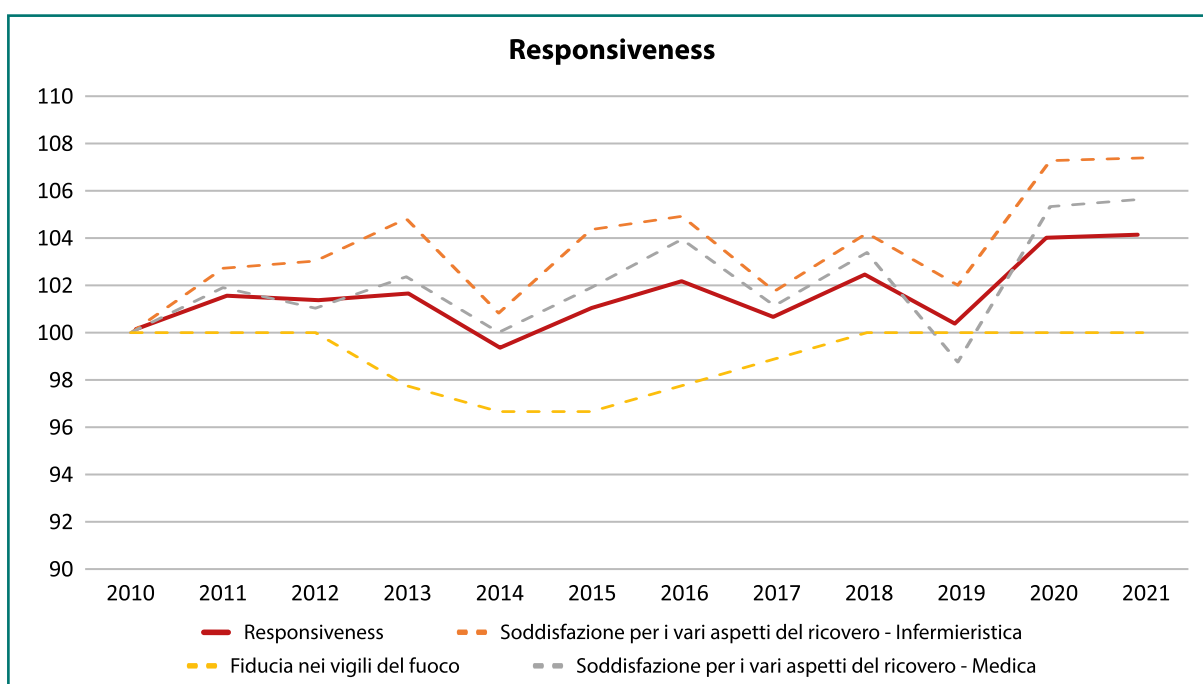


Figura 36 - Dominio Responsiveness: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento di crescita moderata nel corso del periodo analizzato e fa segnare il proprio valore massimo di 104 punti negli anni 2020 e 2021.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come gli indicatori relativi alla *Soddifazione per i vari aspetti del ricovero* riferita sia alla componente medica, sia alla componente infermieristica, abbiano un andamento parallelo di miglioramento che li porta ad raggiungere il loro massimo storico proprio negli anni 2020 e 2021, facendo segnare un punteggio di 106 per la componente medica e di 107 per la componente infermieristica, a maggior riprova dell'impatto

che gli sforzi del personale sanitario hanno avuto sulla popolazione negli anni più segnati dalla pandemia.

L'indicatore *Fiducia nei Vigili del Fuoco* presenta valori stabili nel tempo, laddove questa stabilità nell'andamento descrive il risultato sottostante (in termini assoluti) del più alto valore di fiducia tra tutte le istituzioni che viene stabilmente assegnato al Corpo dei Vigili del Fuoco da parte della popolazione nazionale.

4.3.6 Welfare integrativo

Il Dominio *Welfare integrativo* comprende l'insieme di iniziative e servizi a disposizione dei cittadini, per aumentare il loro benessere e favorire la conciliazione tra vita privata e professionale. Due delle principali forme di welfare integrativo sono costituite dalla previdenza complementare, erogata attraverso i Fondi pensione, e dalla sanità integrativa, erogata attraverso i Fondi sanitari: i primi hanno l'obiettivo di integrare la pensione di base pubblica erogata dall'INPS, i secondi per rimborsare il costo sostenuto dai cittadini per usufruire di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale o da operatori privati.

Entrambe queste forme di welfare nascono da iniziativa di soggetti privati (sindacati, associazioni di categoria o singole aziende) e hanno natura mutualistica.

Un'ulteriore forma di welfare è costituita dal sistema assicurativo privato, su base individuale e volontaria. I contratti assicurativi possono assumere numerose forme, fra cui le polizze LTC, polizze del ramo vita e malattia, coperture opzionali aggiuntive su altri prodotti.

Il Dominio in esame è formato da tre indicatori: *Numero totale iscritti al fondo previdenza integrativa*; *Numero totale iscritti ai fondi sanitari integrativi*; *Totale portafoglio assicurazioni vita*.

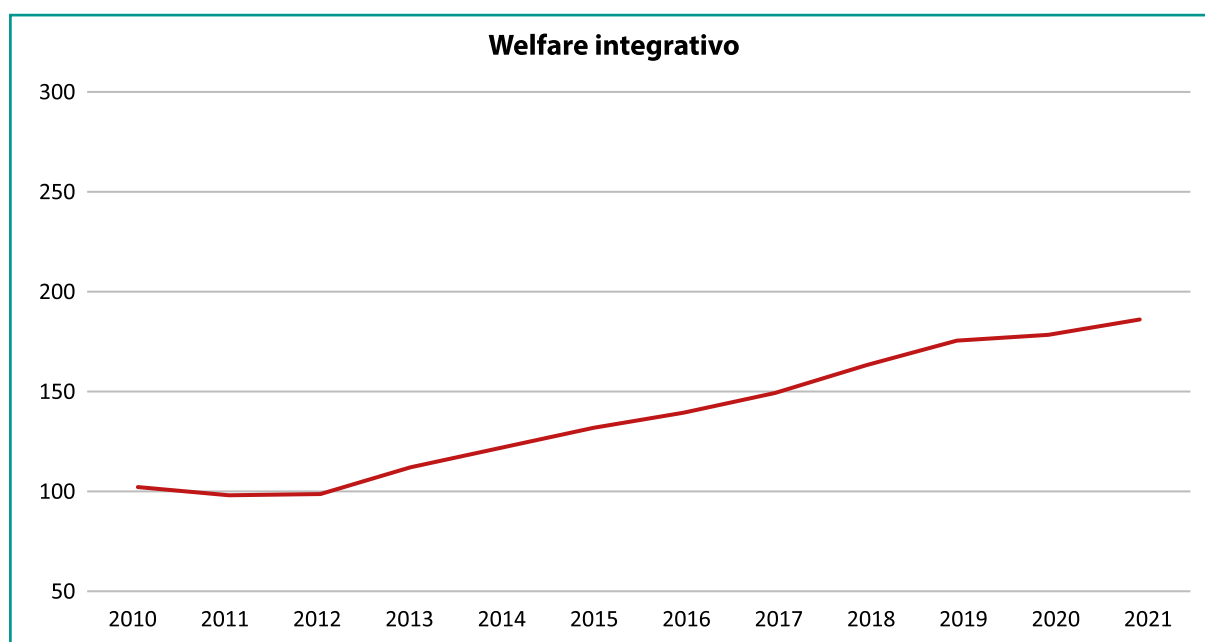


Figura 37 - Dominio Welfare integrativo: andamento generale

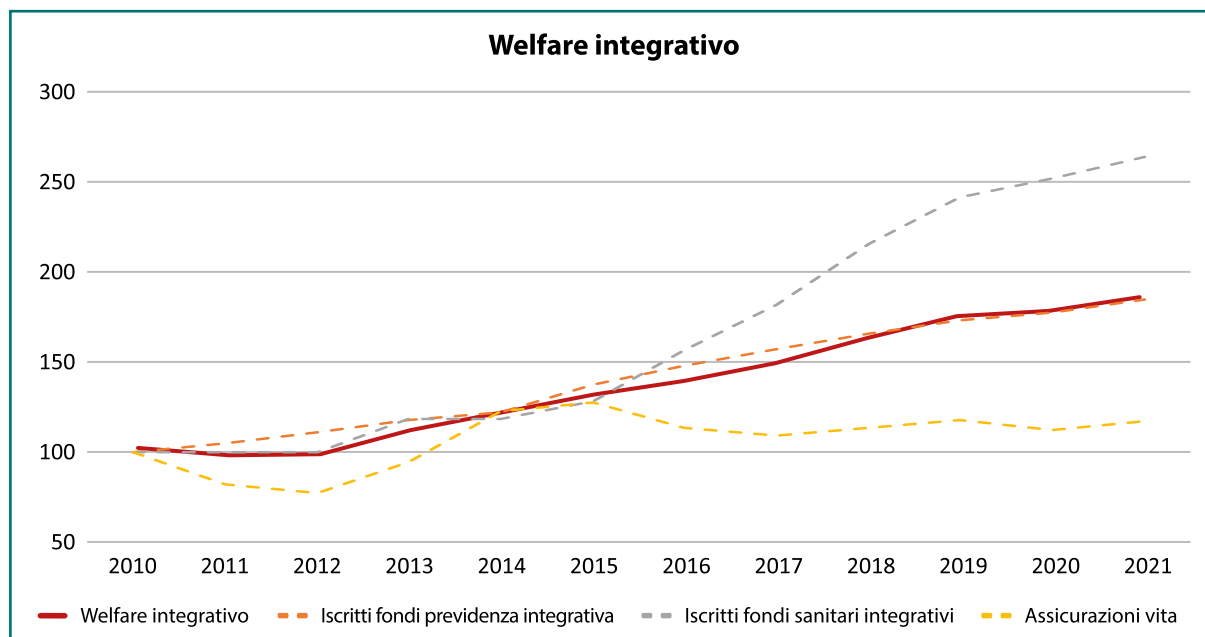


Figura 38 - Dominio Welfare integrativo: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento complessivo in forte crescita e fa segnare il suo valore più elevato nel 2021 con 189 punti, a riprova del ruolo crescente che le forme di sanità e previdenza integrativa stanno avendo nell'aumentare la Vicinanza della salute supportando il sistema sanitario e pensionistico pubblico. Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenziano tassi di crescita differenti per le varie componenti, con l'incremento più marcato che contraddistingue l'andamento del numero di *Iscritti ai fondi sanitari integrativi* e *Iscritti ai fondi di previdenza integrativa*, strumenti di welfare sempre più presenti nella contrattualistica lavorativa per andare a sopperire ai diversi problemi di accessibilità e sostenibilità del sistema pubblico nazionale.

4.3.7 Sostenibilità

Nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute, il Dominio in esame fa riferimento alla sostenibilità del sistema sanitario. Ovvero, vuole monitorare se vi sia un adeguato equilibrio sociodemografico ed economico tra le risorse del sistema che consentano il soddisfacimento dei bisogni di salute e di cura delle persone non solo nel tempo attuale, ma attendibilmente anche con continuità in un futuro prossimo. In un simile equilibrio giocano un ruolo fondamentale non solo le dimensioni economica e finanziaria, ma anche e soprattutto le disuguaglianze e le variazioni generazionali della popolazione e della forza lavoro dal lato dell'offerta e l'evoluzione dei consumi di salute dal lato della domanda. Per misurare la sostenibilità sono stati adoperati quattro indicatori: *Numero di medici ed infermieri per strutture pubbliche ed equiparate*; *Indice di dipendenza anziani*; *Indice di vecchiaia*; *Numero di persone che hanno consumato farmaci nei due giorni precedenti (Totale Over 55)*.

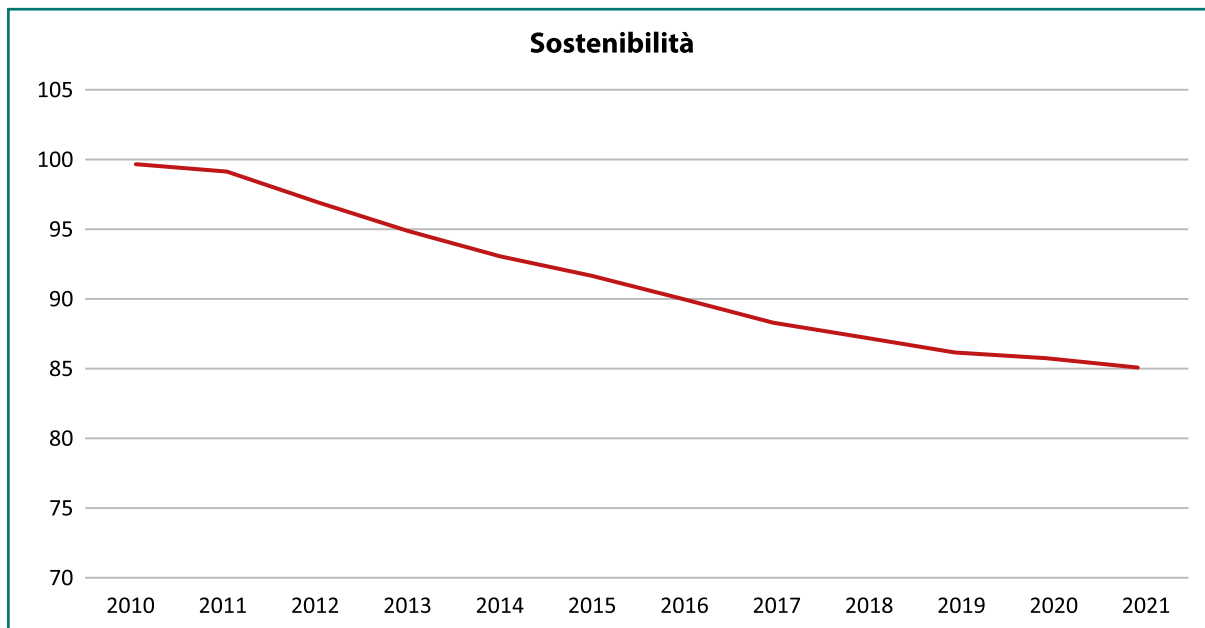


Figura 39 - Dominio Sostenibilità: andamento generale

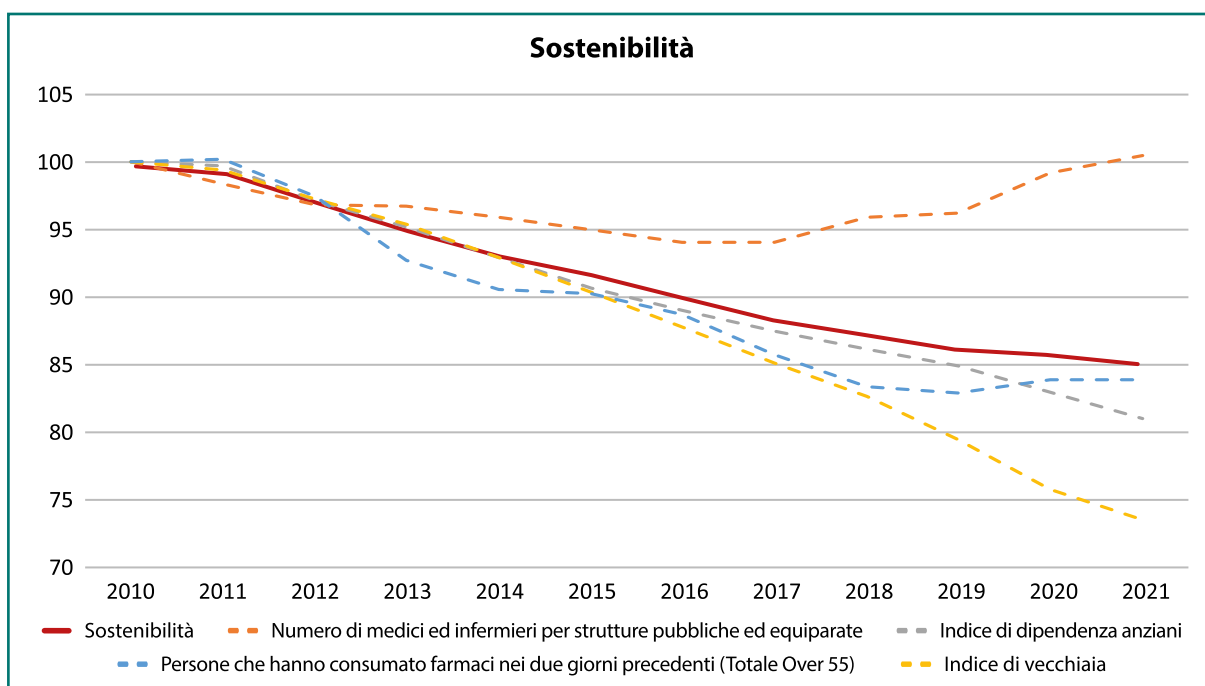


Figura 40 - Dominio Sostenibilità: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento in costante e rilevante decrescita che fa segnare negli anni 2020 e 2021 il suo valore più basso con 85 punti, segnale di una criticità di natura prioritaria per la continuità del sistema nella forma attuale.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia l'andamento costantemente decrescente dell'Indice di vecchiaia (74 punti) e dell'Indice di dipendenza anziani (81 punti) che congiuntamente testimoniano dell'invecchiamento della popolazione non supportato da un adeguato ricambio generazionale sia nella fascia giovanile, sia nella fascia di popolazione attiva lavorativamente, con le ovvie ricadute in termini di aumento dell'età media della popolazione occupata.

Negli anni della pandemia, a causa delle mutate condizioni e necessità, aumenta il *Numero di medici e infermieri per strutture pubbliche e private* e si riduce il consumo di farmaci (totale over 55).

4.3.8 Omogeneità territoriale

Nel quadro teorico di riferimento dell'Indice composito, il concetto di Omogeneità territoriale si riferisce all'obiettivo di sviluppare e mirare ad una completa equità, uguaglianza e quindi maggiore coesione tra tutte le aree del nostro Paese al fine di garantire che la Vicinanza della salute risulti omogeneamente distribuita su tutto il territorio nazionale.

In particolare, tale Dominio intende osservare le possibili problematiche insite nelle disparità di distribuzione ed efficienza dei servizi e delle prestazioni erogate in tutto il nostro territorio; una tra tutte: la tendenza dei cittadini, sempre più diffusa, a spostarsi da una regione ad un'altra – tipicamente secondo un flusso migratorio dal Sud verso il Nord - per soddisfare necessità di salute. Tale fenomeno viene misurato dall'indicatore *Emigrazione ospedaliera in altra regione*, che elabora il rapporto tra la mobilità sanitaria delle varie aree del Paese.

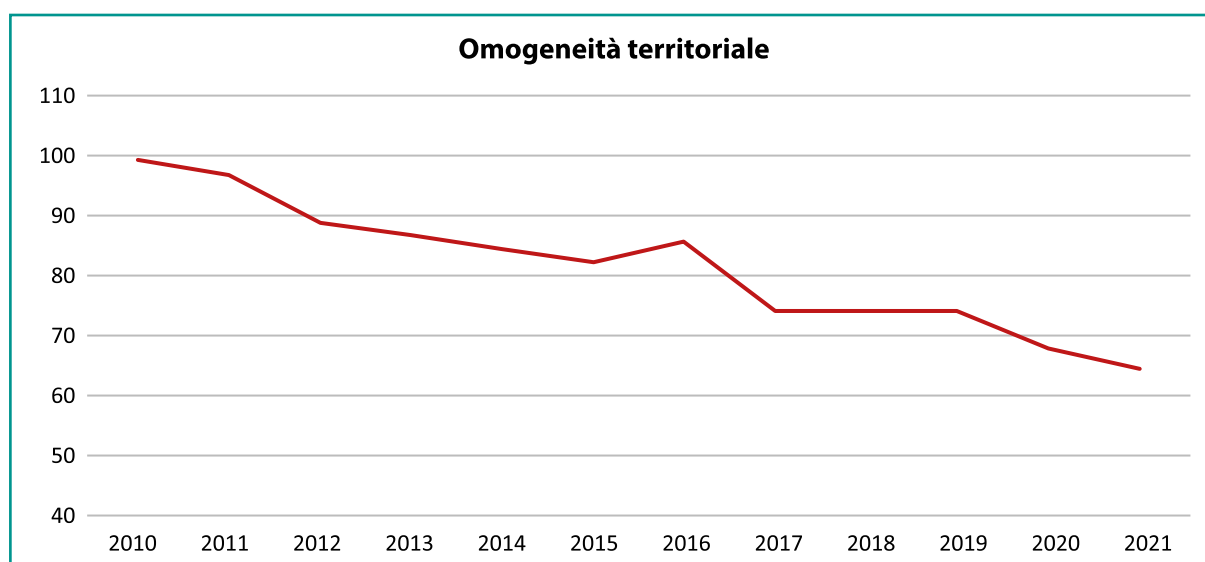


Figura 41 - Dominio Omogeneità territoriale: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un andamento costantemente e preoccupantemente decrescente, che fa segnare il suo minimo nell'annualità 2021 con un valore di 64 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia l'indicatore *Emigrazione ospedaliera in altra regione* rappresenta il differenziale calcolato tra le regioni del Nord e del Sud sul rapporto percentuale tra le dimissioni ospedaliere effettuate in regioni diverse da quella di residenza e il totale delle dimissioni dei residenti nella regione. Avendo polarità negativa, la tendenza decrescente raffigurata nel grafico corrisponde ad un allontanamento dal concetto di *Vicinanza della Salute* e rispecchia, dunque, un'intensificazione del fenomeno di emigrazione ospedaliera da regioni del Sud verso quelle del Nord. Si osserva un peggioramento quasi costante nell'arco temporale individuato e acuito negli ultimi due anni, raggiungendo valori molto al di sotto di quelli del 2010.

4.4 L'andamento del Contesto Ambiente e luoghi di vita

Il Contesto Ambiente e luoghi di vita è costituito da sei domini: *Abitazione*; *Urban health*; *Emissioni*; *Antibioticoresistenza*; *Eventi avversi*; *Ecoansia*.

Date le sue componenti, tale Contesto rappresenta l'area di indagine più esterna: sono qui osservati i fenomeni e le condizioni che si modificano in un arco temporale più ampio e che possono non essere condizionati dall'azione e dalla volontà dell'essere umano.

I fenomeni presi in esame in tale contesto permettono di intercettare le tematiche proprie della Missione 2 - Transizione ecologica del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

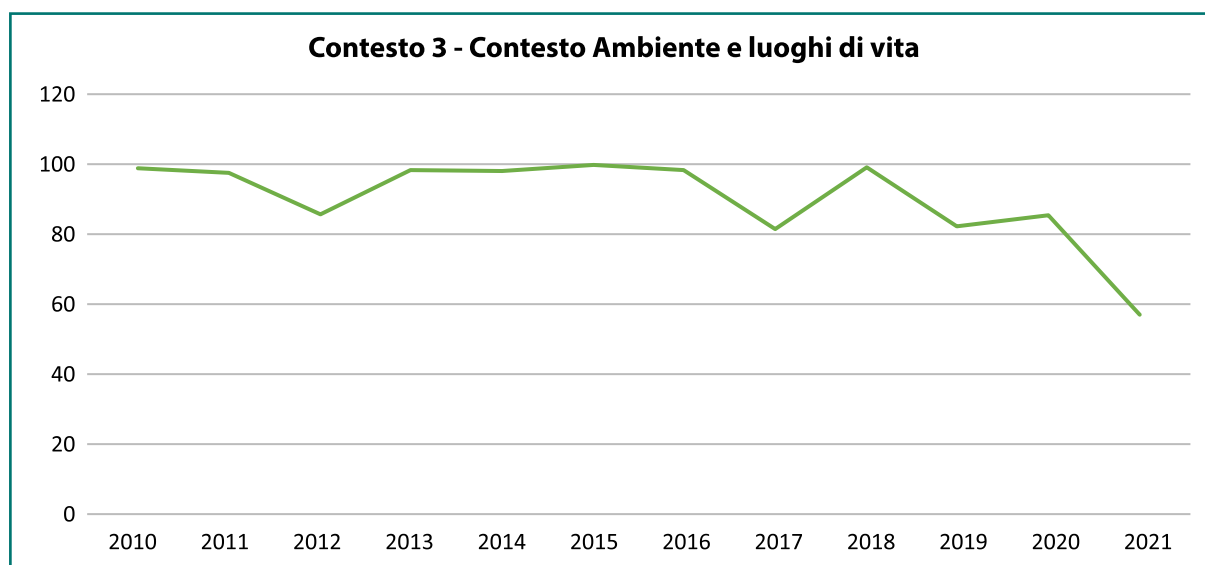


Figura 42 - Contesto Ambiente e luoghi di vita: andamento generale

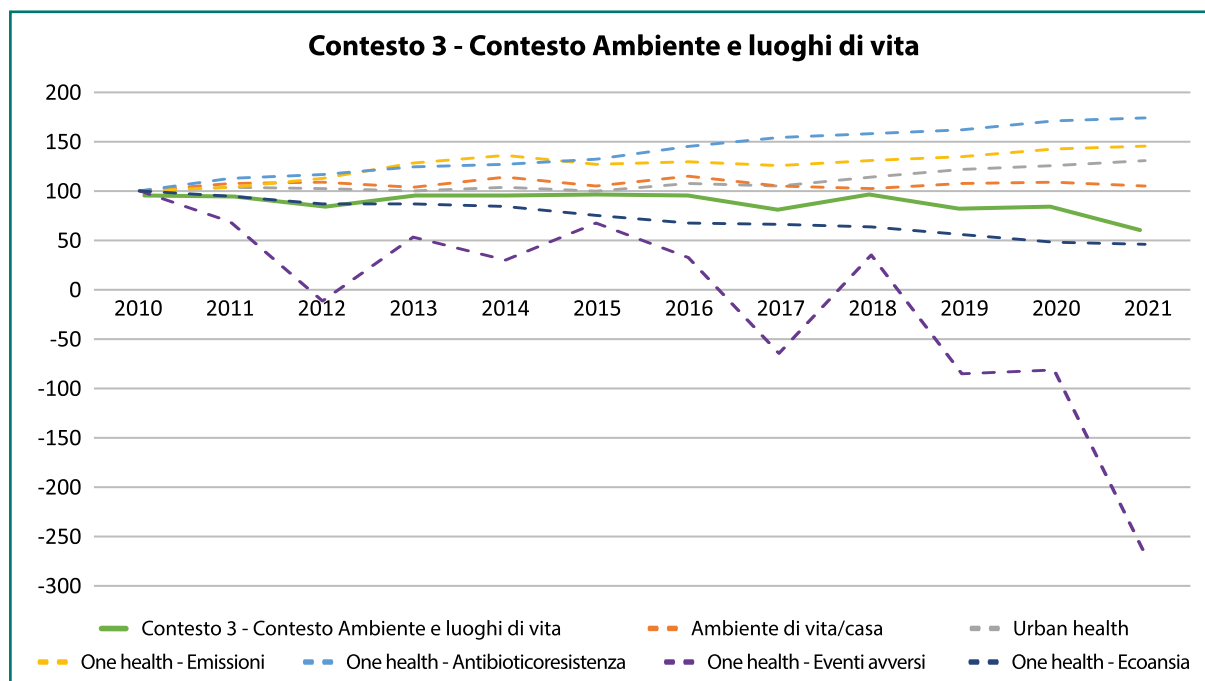


Figura 43 - Contesto Ambiente e luoghi di vita: dettaglio domini

Il primo grafico del Contesto Ambiente e luoghi di vita mostra l'andamento generale del Contesto, che rappresenta la sintesi degli andamenti dei sei Domini che lo compongono. Partendo dal valore standard di 100 punti del 2010 e lungo la serie storica in esame, si evidenzia dapprima un andamento stabile attorno al valore standard di 100 fino al 2018, per poi manifestarsi una repentina decrescita che conduce fino al valore di 56 per l'anno 2021.

Nel secondo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto e si evidenzia immediatamente l'andamento del dominio One health – Eventi avversi seguito dal dominio relativo alla Ecoansia che condizionano l'andamento dell'intero Contesto.

Di seguito vengono descritti singolarmente i Domini che compongono il Contesto.

4.4.1 Abitazione

Per Abitazione si intendono i luoghi adibiti a dimora (oggi con lo *smartworking* sempre di più anche luoghi ibridi di lavoro) che, considerata la loro conformazione, struttura e disponibilità di servizi, incidono inevitabilmente sullo stato di salute e benessere delle persone. Dunque, con tale Dominio vengono esaminate alcune condizioni di vita delle persone, tra cui varie problematiche e disagi legati all'erogazione di beni primari quali: acqua e corrente elettrica. Questo poiché vivere in un'abitazione adeguata ai bisogni essenziali ed individuali rappresenta un diritto basilare per tutti.

Il Dominio in esame è composto da tre indicatori: *Presenza di almeno un problema nell'abitazione; Numero medio per utente delle interruzioni del servizio elettrico; Percentuale di famiglie che denunciano irregolarità nell'erogazione dell'acqua.*

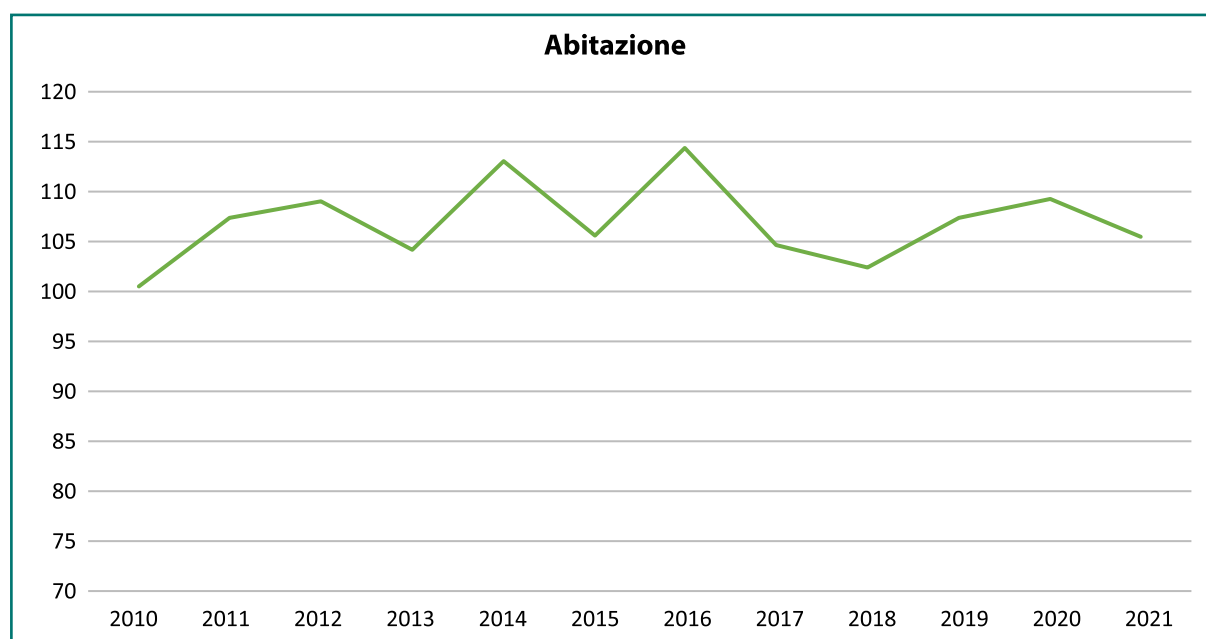


Figura 44 - Dominio Abitazione: andamento generale

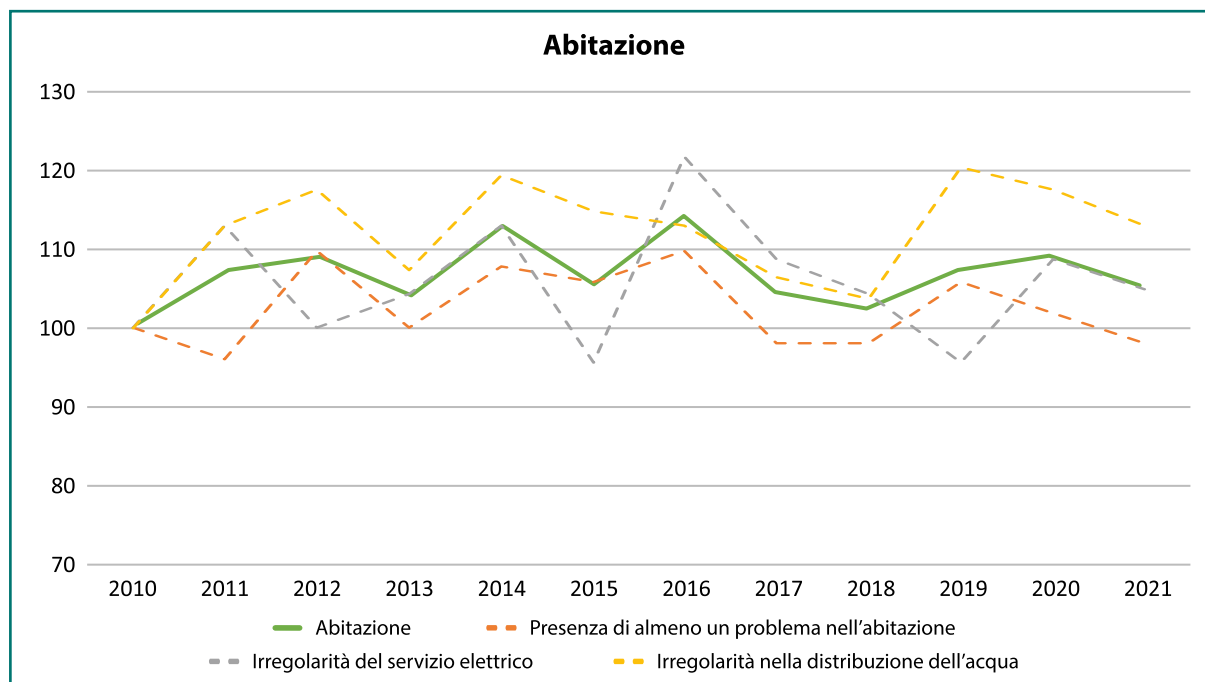


Figura 45 - Dominio Abitazione: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento irregolare durante tutto il periodo che esita in un generale moderato miglioramento che per l'annualità 2021 fa registrare un valore di 105 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia una discontinuità nell'andamento di tutti gli indicatori considerati che condiziona l'andamento generale senza consentire previsioni attendibili per il periodo successivo. In questo senso la mancanza di un miglioramento continuo nella regolarità del servizio elettrico e nella distribuzione dell'acqua può rappresentare una possibile criticità a livello di politiche per il benessere abitativo.

4.4.2 Urban health

Con il termine Urban Health si fa riferimento ad un approccio strategico che integra le azioni di tutela e promozione della salute nella progettazione territoriale, favorendo processi lungimiranti e sostenibili di rigenerazione urbana⁵¹. Lo sviluppo di ambienti sani e favorevoli costituisce un elemento importante per il benessere collettivo: la struttura urbana, la sicurezza, l'offerta dei servizi, il trasporto pubblico e la disponibilità e fruibilità di percorsi da percorrere a piedi – *walkability* – incidono fortemente sulla qualità della vita.

Considerato ciò, vengono esaminate le caratteristiche e la conformazione dei luoghi, aperti e confinati, in cui si svolgono attività di vita o semplicemente di svago (parchi, spazi pubblici ecc), sottolineando così la forte dipendenza tra il benessere fisico, psichico e sociale e il luogo in cui si vive. In quest'ottica, la collaborazione tra il settore ambientale e quello sanitario è fondamentale per proteggere la salute dell'uomo dai rischi derivanti da un ambiente pericoloso o dannoso e per creare ambienti fisici e sociali ottimali.

⁵¹ (Ministero della Salute, Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica, 2021)

Il Dominio Urban Health si compone di cinque indicatori: *Disponibilità di verde urbano fruibile nei comuni capoluogo di provincia/città metropolitana*; *Percezione di sicurezza camminando da soli quando è buio*; *Percentuale di utenti soddisfatti dei servizi di mobilità*; *Percentuale di rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata sul totale dei rifiuti urbani*; *Percentuale di persone che vedono spesso elementi di degrado sociale e ambientale nella zona in cui vivono*.

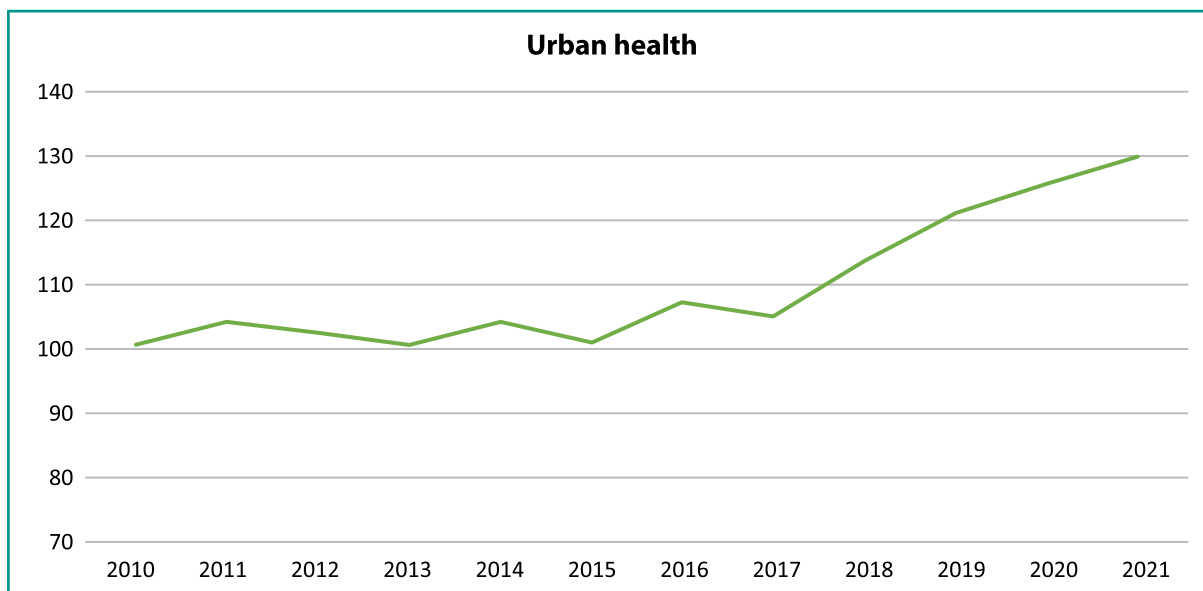


Figura 46 - Dominio Urban Health: andamento generale

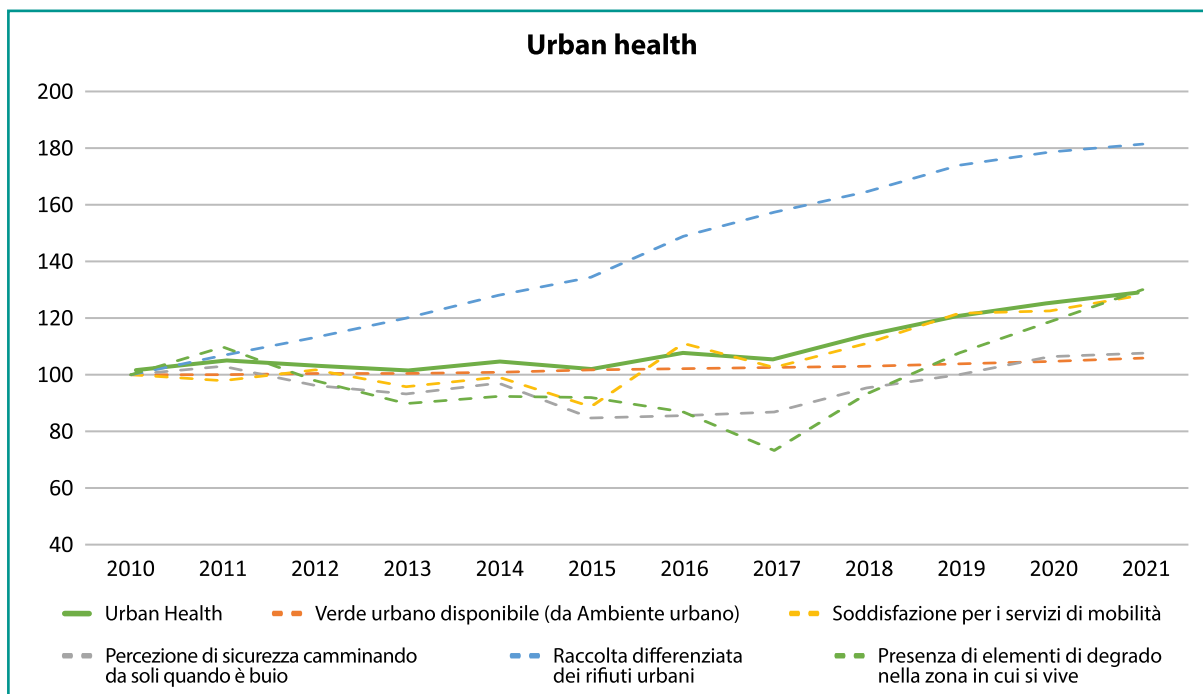


Figura 47 - Dominio Urban Health: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento positivo che fa segnare un andamento stabile fino all'annualità 2017 in cui si registra un valore di 104 punti, per arrivare a far segnare il valore massimo nell'anno 2021 in cui viene raggiunto il punteggio di 131 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia in particolar modo: la ripresa a partire dal 2017 dell'indicatore *Presenza di elementi di degrado nella zona in cui si vive* che attesta una importante attività di contrasto al degrado in abito urbano; la costante crescita dell'indicatore *Raccolta differenziata dei rifiuti urbani* che nel 2021 fa segnare un valore massimo di 181 punti e contribuisce in maniera determinante all'andamento positivo dell'intero Dominio.

BOX TEMATICO HCI - Governance dell'Urban Health: un'alleanza per la salute nelle città

A cura di: Chiara Spinato - Health City Institute

Secondo le stime dell'ONU, entro il 2050 circa due terzi della popolazione mondiale vivranno nelle città e la percentuale di urbanizzazione salirà fino al 70%, con la proliferazione di megalopoli soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Di conseguenza, salute e benessere sono, innanzitutto, traguardi da raggiungere in città, intesa quale ambiente principale di vita dell'uomo e il benessere umano è un benessere urbano, del resto esplicitato dall'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 11 "Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili". La pandemia globale da COVID-19 ha reso ancora più evidente e urgente l'esigenza di soffermarsi sul rapporto tra città, benessere e salute e ha svelato la necessità di un cambio di paradigma concreto.

In questo ambito, alle PA locali, e al sindaco in particolare, non dovrebbe più competere solo l'attività autoritativa connessa alle ordinanze contingibili e urgenti, quanto piuttosto quella relativa alla promozione della salute in virtù del mandato e della responsabilità di governare per il benessere della comunità: come rileva il vostro Rapporto, così come gli studi pubblicati da Health City Institute relativi ad alcune delle maggiori città italiane, maggiore il divario socioeconomico all'interno della popolazione cittadina, maggiore la percentuale di persone fragili nella popolazione; peggiori la salute fisica e mentale, più bassa l'aspettativa di vita (e vita in salute); minori i tassi di alfabetizzazione e istruzione, più comune l'abuso di droghe e più alto il tasso di criminalità, per citare solo alcuni degli indicatori di correlazione. E se dal punto di vista giuridico occorre che tale competenza, e i relativi conseguenti strumenti e risorse, siano ridefiniti all'interno di un processo di revisione del TUEL, le implicazioni di policy in questo ambito si presentano già oggi in una dimensione unitaria che coinvolge direttamente anche la sfera psicologica, il tessuto sociale e culturale, gli aspetti familiari e relazionali, i settori educativi e lavorativi dei cittadini e i loro stili di vita, tutti settori che sono di diretta competenza del primo cittadino e che un'amministrazione locale non può non considerare.

Oggi si parla di approccio "One Health", un approccio intersettoriale, che guarda alle molteplici connessioni tra salute umana, animale e ambientale, al fine di valutare e gestire la complessità dei rischi per la salute. Ecco quindi che le città diventano i contesti ideali per promuovere un nuovo modello di governance della salute. Le città debbono diventare protagoniste di una nuova "architettura della salute", attraverso il potenziamento delle reti di prossimità territoriali e la pianificazione di servizi in grado di tragguardare la logica prestazio-

nale individuale per abbracciare una dimensione collettiva. Ciò si renderà possibile solo se saranno attivate forti collaborazioni a livello interistituzionale, transdisciplinare, intersettoriale: studiare e monitorare i determinanti di salute in maniera sinergica, attivando processi partecipativi di co-progettazione e co-programmazione, partenariati pubblico-privati (profit e no profit), percorsi di alfabetizzazione, informazione e formazione garantirà la nascita di modelli di governance efficaci e più equi, fondamentali per garantire la sostenibilità stessa del nostro servizio sanitario nazionale.

Lo sviluppo di politiche pubbliche che contemplino la salute come “bene comune” in quanto obiettivo, e non conseguenza, delle stesse, è un fattore chiave per città più sostenibili, specie nella fase storica che stiamo attraversando in cui, grazie al PNRR, i territori sono di fronte alla grande opportunità di aumentare il proprio livello di capacitazione rispetto a questo tema e di rendersi più resilienti. Tra le risposte che Health City Institute ha dato in questi anni, grazie alla collaborazione con ANCI-Associazione Nazionale Comuni Italiani, vi è il supporto per la formazione di giovani under 35 e per la gestione a livello urbano delle politiche di salute tramite l’inserimento di una nuova figura, l’Health City Manager, un professionista al servizio della “salute in tutte le politiche”, in grado di coordinare e misurare gli impatti di salute delle scelte di politica pubblica a livello locale.

4.4.3 Emissioni inquinanti

Nel rispetto dell’approccio *One Health*, con il Dominio Emissioni inquinanti si vuole fornire una fotografia sullo stato della qualità dell’aria e sull’uso di energie rinnovabili nel nostro Paese.

La qualità dell’aria e l’uso di fonti rinnovabili sono due temi interdipendenti e cruciali per la salute e il benessere delle persone, oltre che per l’ambiente. Le politiche su clima ed energia hanno attraversato una fase di profonda revisione a seguito della sottoscrizione dell’Accordo di Parigi nel 2015 ed è in tale contesto che è stato definito il Piano Energia e Clima (PNIEC), che stabilisce gli obiettivi nazionali al 2030 sull’efficienza energetica, sulle fonti rinnovabili e sulla riduzione delle emissioni di gas serra, oltre agli obiettivi in tema di mercato unico dell’energia e competitività, sviluppo e mobilità sostenibile⁵².

Dunque, appare fondamentale monitorare le quantità di gas a effetto serra e di inquinanti rilasciati in atmosfera, grazie alle misurazioni dell’Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) ed il consumo di energia elettrica proveniente da fonti rinnovabili, grazie all’elaborazioni statistiche ufficiali dell’intero settore elettrico nazionale prodotte Terna.

Il Dominio Emissioni inquinanti si compone di due indicatori: *Percentuale di misurazioni superiori al valore di riferimento per la salute sul totale delle concentrazioni medie annuali di PM_{2,5}*; *Percentuale di consumi di energia elettrica coperti da fonti rinnovabili*.

⁵² (ISPRA & Sistema nazionale per la protezione dell’ambiente, 2022)

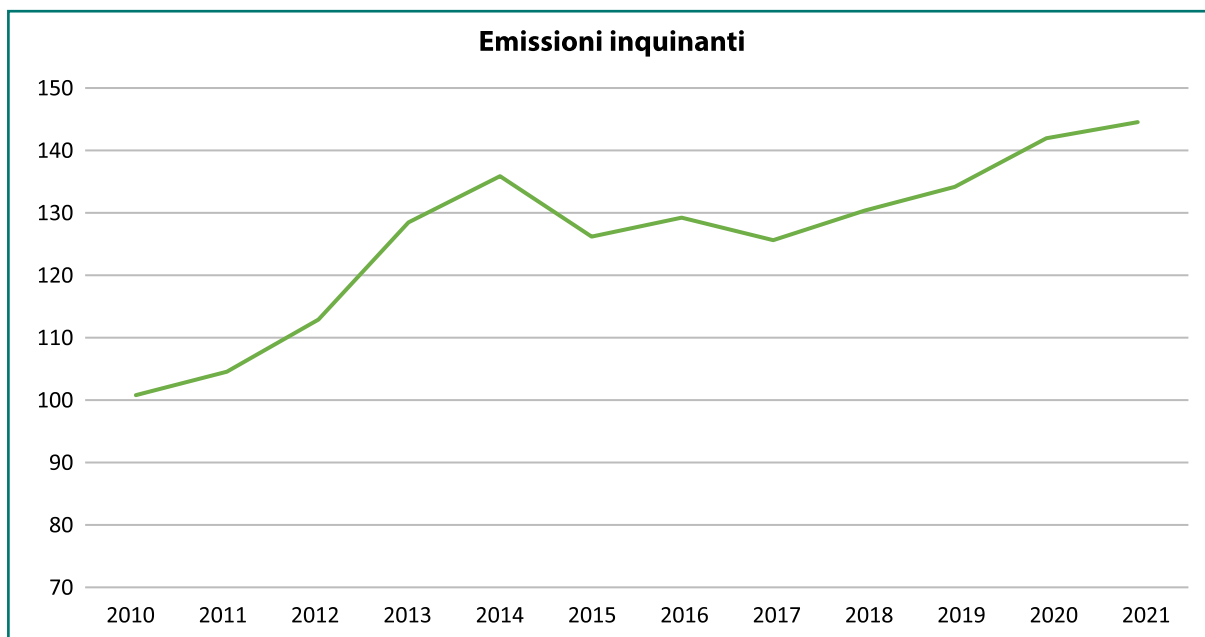


Figura 48 - Dominio Emissioni inquinanti: andamento generale

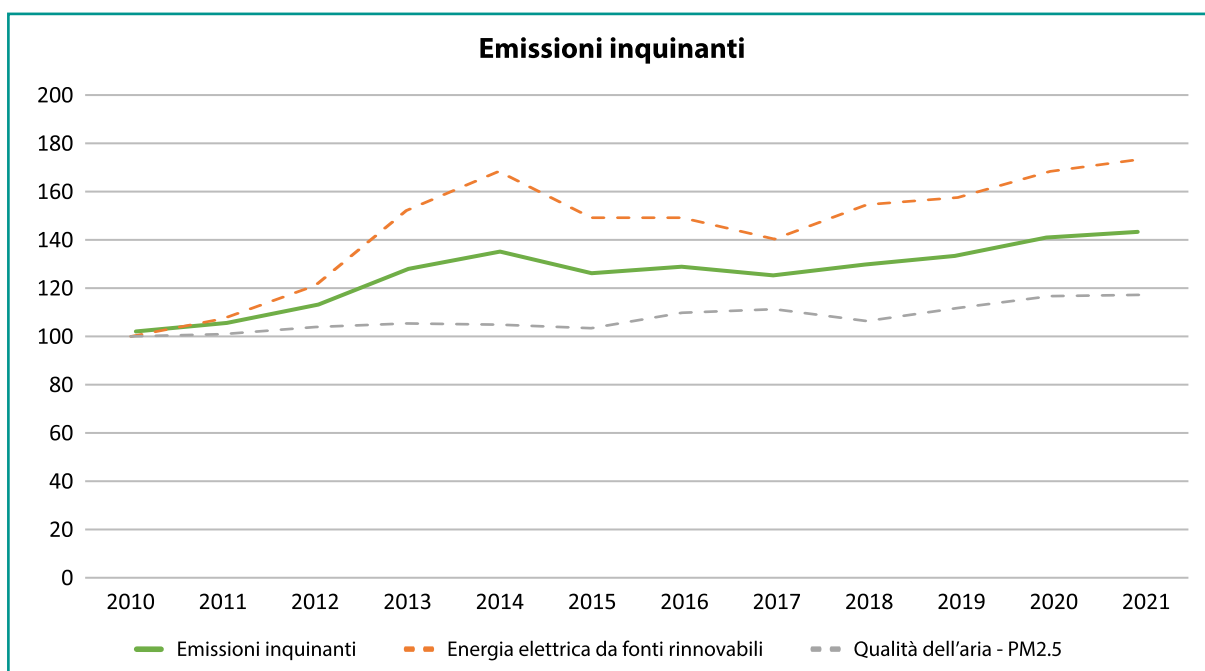


Figura 49 - Dominio - Emissioni inquinanti: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento generalmente crescente che fa registrare un primo picco nel 2014 con un valore di 136 punti e a seguire raggiunge il valore massimo del periodo nell'annualità 2021 in cui si registra un punteggio di 145 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un andamento crescente per entrambi gli indicatori interessati, sebbene nel 2021 la crescita dell'indicatore *Qualità dell'aria PM 2.5* si attesti al suo massimo valore di 117 punti e quella dell'indicatore *Energia elettrica da fonti rinnovabili* si attesti ad un valore di 173 punti, evidenziando la particolare sensibilizzazione in corso sul tema della produzione di energia da fonti rinnovabili.

4.4.4 Antibiotico-resistenza

La resistenza agli antibiotici, o antibiotico-resistenza, è un fenomeno biologico di adattamento di alcuni microrganismi, che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antibatterico, che è generalmente sufficiente ad inibire o uccidere microrganismi della stessa specie⁵³.

Si possono individuare due tipologie di resistenze: intrinseca, quando è dovuta alla natura stessa del microrganismo; acquisita, quando il microrganismo sviluppa in un secondo momento la resistenza. Dunque, un uso eccessivo o non corretto di antibiotici favorisce l'insorgenza e la diffusione di ceppi batterici resistenti a determinati farmaci, rendendo problematica la terapia di molte infezioni. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un problema complesso e può presentare numerose insidie, richiede, dunque, un'attenta valutazione.

Il Dominio è costituito da due indicatori: *Andamento delle vendite di medicinali veterinari contenenti sostanze antibiotiche*; *Usa totale di farmaci antibiotici in DDD/1000 ab die*.

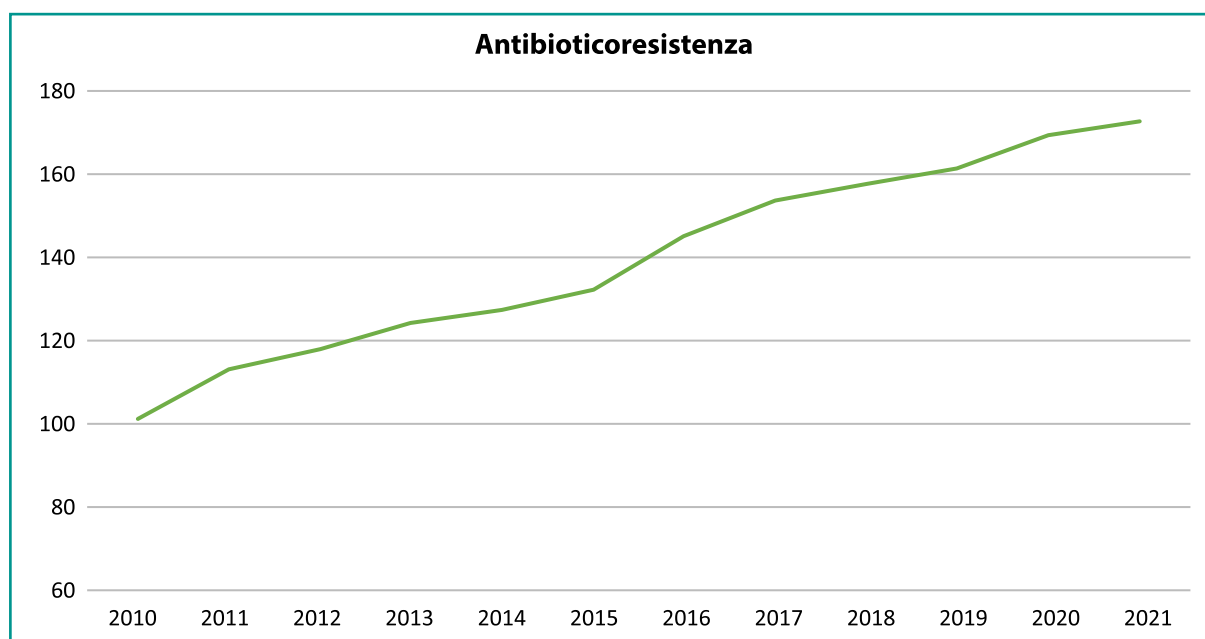


Figura 50 - Dominio Antibioticoresistenza: andamento generale

⁵³ (Ministero della Salute, Antibiotico-resistenza nel settore umano, 2022)

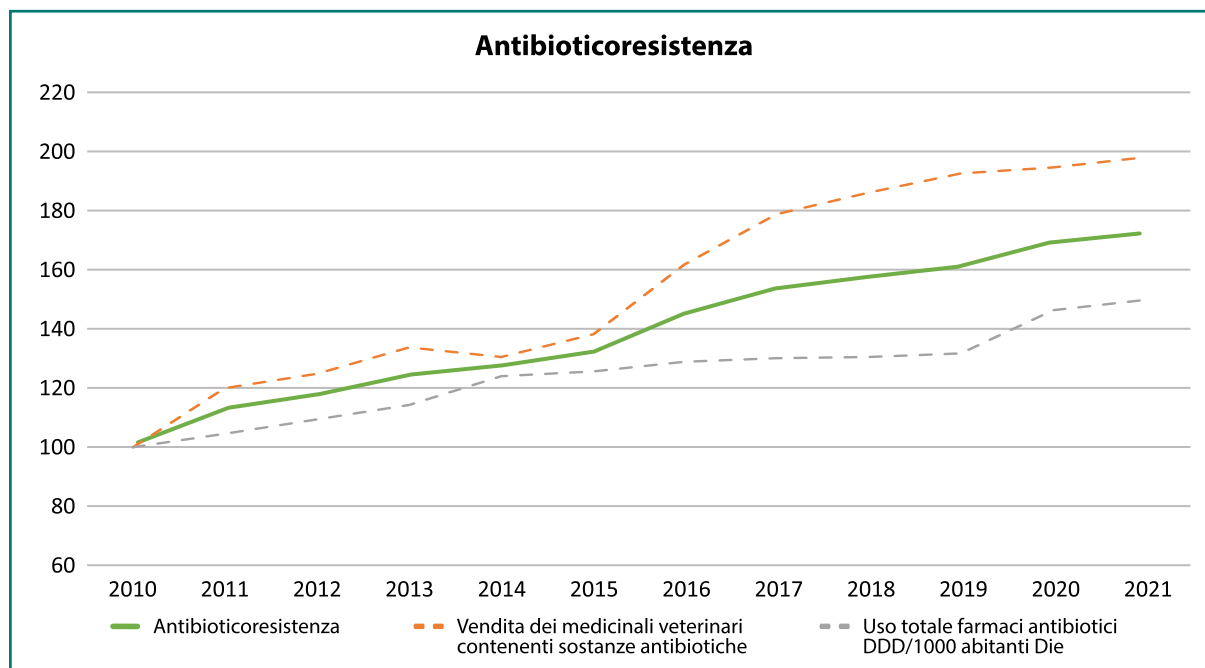


Figura 51 - Dominio Antibioticoresistenza: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame presenta un quadro positivo e in stretta crescita, con un aumento di più del 75% rispetto al 2010. I due indicatori che compongono il Dominio hanno polarità negativa, dunque la tendenza crescente dei valori, visibile nel secondo grafico, corrisponde ad un minore impiego di sostanze antibiotiche per uso veterinario e un minor consumo di farmaci antibiotici per uso umano comportando quindi un aumento delle iniziative a contrasto dell'antibiotico resistenza e un avvicinamento al concetto di vicinanza della salute.

Il Dominio in esame descrive un andamento di crescita ampia e costante che fa registrare il suo massimo nell'annualità 2021 con un valore di 174 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia una crescita marcata per entrambi gli indicatori interessati, a testimonianza di un forte impegno per il contrasto al fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Nell'annualità 2021 si registra il valore massimo (e quindi un impiego di antibiotici minimo) per l'indicatore *Vendita dei medicinali veterinari contenenti sostanze antibiotiche* pari a 198 punti e per l'indicatore *Uso totale di farmaci antibiotici DDD/1000 abitanti Die* pari a 150 punti.

4.4.5 Eventi meteo climatici

Con il Dominio Eventi meteo climatici si osservano i fenomeni metereologici severi, il cui aumento rappresenta il segnale del cosiddetto cambiamento climatico, con il relativo impatto su salute e benessere. Vengono monitorati quei fenomeni meteorologici particolarmente violenti ed intensi, in grado di determinare gravi danni sia al territorio dove si verificano, sia alla popolazione, come: allagamenti, siccità prolungate, frane da piogge intense, temperature estreme, crisi idriche, uragani, cicloni etc. Non tutti gli eventi meteorologici estremi sono causati o legati al cambiamento climatico, ma negli ultimi anni si è riscontrato come questi si possano ricondurre, sempre di più, alle conseguenze dell'aumento delle temperature a livello globale. L'emergenza eventi estremi richiede un

monitoraggio continuo e costante a livello planetario e ancor più in area mediterranea: stando alla relazione 2022 del Gruppo intergovernativo sul cambiamento climatico (IPCC) il Mediterraneo è un *hotspot* del cambiamento climatico e le temperature nell'area del Mediterraneo stanno aumentando di circa il 20% più rapidamente rispetto alla media globale. Il dominio si compone di due indicatori: *Numero fenomeni metereologici locali e violenti* e *Impatto degli incendi boschivi*.

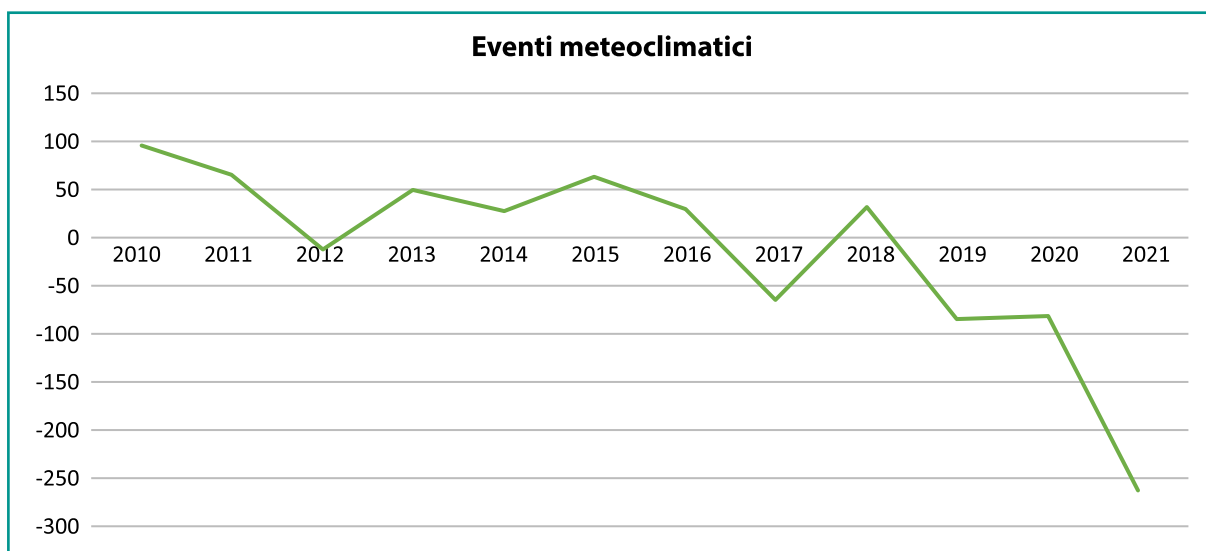


Figura 52 - Dominio Eventi meteo climatici: andamento generale

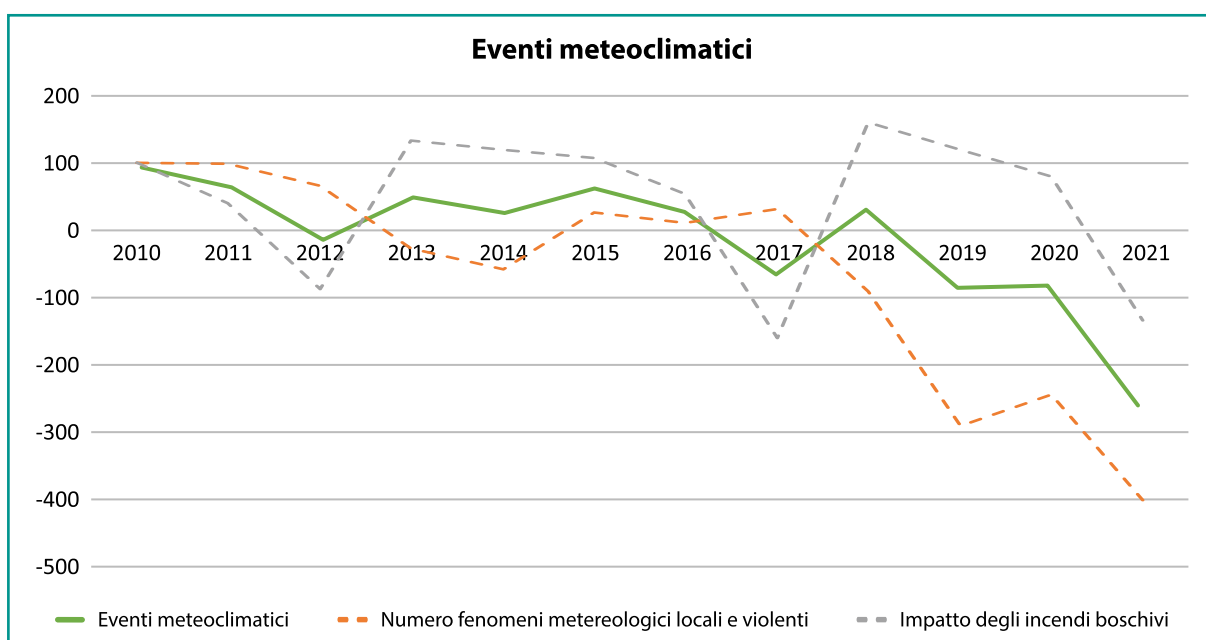


Figura 53 - Dominio Eventi meteo climatici: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento decrescente che addirittura tracolla negli ultimi anni passando da un valore di 35 punti nel 2018 ad un valore minimo di -265 punti nel 2021. Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come l'indicatore *Numero dei fenomeni metereologici locali e violenti* accentui il suo andamento negativo a partire dal 2017, mentre l'indicatore *Impatto degli incendi boschivi* faccia segnare un crollo dall'annualità 2018 passando da un valore di 160 punti ad un valore per il 2021 di -133 punti.

Entrambi gli indicatori che compongono il Dominio in esame hanno polarità negativa, quindi all'andamento discendente dei valori registrati corrisponde ad un aumento dei fenomeni monitorati.

BOX TEMATICO VIGILI DEL FUOCO - L'azione del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco nel sistema di salute nazionale

A cura di: Mauro Bertini – Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

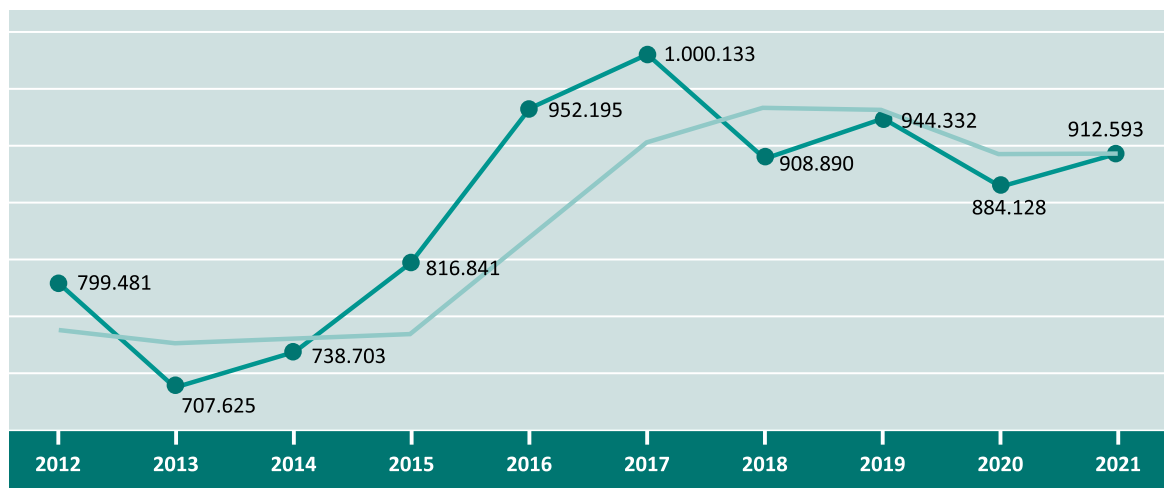
Il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (CNVVF), inizialmente frammentato in vari organismi municipali, è stato istituito come tale dal Regio Decreto del 27 febbraio 1939, poi convertito nella Legge 1570 del 27 dicembre 1941, ed era inizialmente chiamato "a tutelare l'incolumità personale e la salvezza delle cose, attraverso la prevenzione e lo spegnimento degli incendi e la fornitura di servizi tecnici in generale, compresi quelli relativi alla difesa aerea".

In seguito allo sviluppo del Paese questi compiti sono diventati sempre più complessi e variegati, fino a quando il Decreto Legislativo n. 139 dell'8 marzo 2006 ha stabilito che: "Il Corpo nazionale dei vigili del fuoco e del soccorso, è una struttura ad ordinamento civile dello Stato, incardinata nel Ministero dell'Interno - Dipartimento dei vigili del fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile per mezzo della quale il Ministero dell'Interno assicura su tutto il territorio nazionale, anche per la difesa civile, il servizio di soccorso pubblico e di prevenzione ed estinzione degli incendi, ivi compresi gli incendi boschivi, nonché lo svolgimento delle altre attività assegnate al Corpo nazionale dalle leggi e dai regolamenti."

Il Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco, componente fondamentale del servizio nazionale di protezione civile ai sensi dell'articolo 11 della legge 24 febbraio 1992 n. 225, al fine di garantire la tutela della vita umana e la salvaguardia dei beni e dell'ambiente, nel rispetto del principio di prossimità ai bisogni dei cittadini, si articola sul territorio nazionale in Direzioni regionali, Comandi, distaccamenti permanenti e volontari, reparti e nuclei speciali attraverso circa ottocento sedi di servizio e più di 35.000 unità tra professionisti e volontari.

Di seguito il grafico con l'andamento nel periodo di riferimento 2012-2021 del numero complessivo degli interventi di soccorso tecnico urgente effettuati dal Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco.

Numero interventi Vigili del Fuoco periodo 2012-2021



Oltre agli interventi di soccorso tecnico urgente e all'attività di prevenzione incendi espletata anche nel settore dei rischi di incidente rilevante, il Corpo nazionale assicura la vigilanza antincendio negli impianti sportivi e nei locali di pubblico spettacolo, la formazione degli addetti alla sicurezza antincendio, i presidi antincendio nei principali porti ed aeroporti civili, svolge inoltre le funzioni di organo di vigilanza ai sensi della vigente normativa per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché in materia di lotta attiva contro gli incendi boschivi.

Il CNVVF, al fine di tutelare l'incolumità delle persone e l'integrità dei beni, svolge attività di soccorso e assistenza tecnica che richiede competenze tecniche anche per l'impiego di attrezzature altamente specializzate e risorse adeguate, ed effettua studi tecnici e prove sperimentali nei settori di specifica competenza.

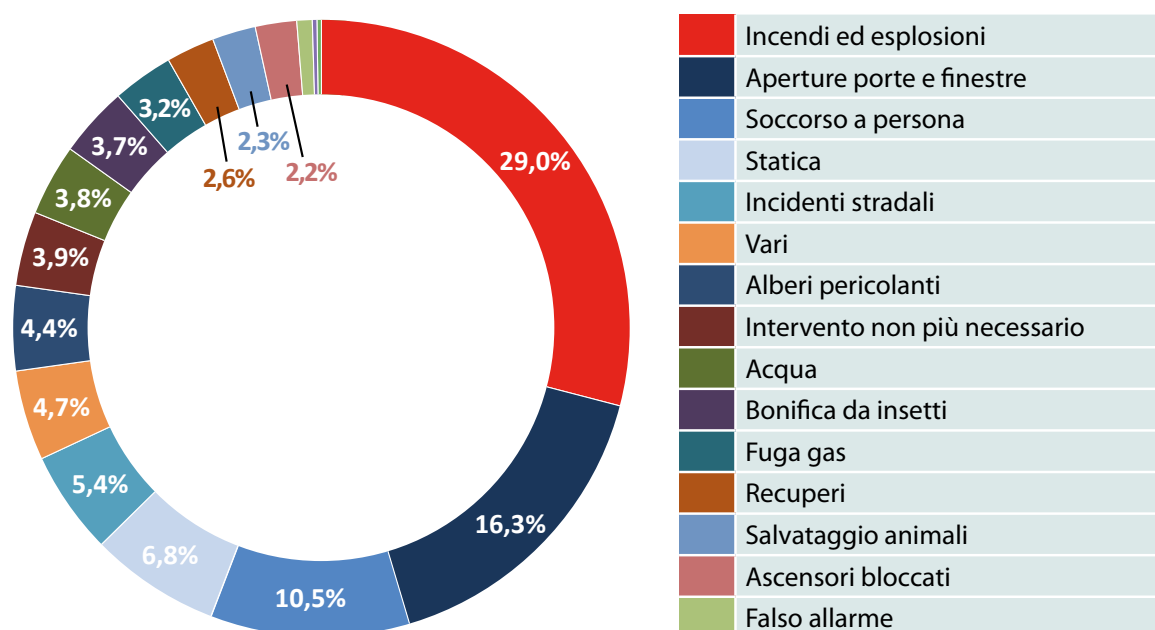
In tal senso il Corpo è beneficiario di un investimento del PNRR (il 4.4.3 del M2C2) per il rinnovo del parco dei propri veicoli in chiave green, anche al fine di minimizzare l'impatto ecologico e ambientale dei propri mezzi.

Il CNVVF dispone di una propria rete radio, utilizzata nei servizi di emergenza e durante i disastri, e di un sistema informativo di proprietà e gestione indipendente, utilizzato anche per migliorare la gestione delle operazioni di soccorso nelle attività di protezione civile.

La rapidità di intervento, la competenza e l'esperienza maturata nelle attività di protezione civile sono fondamentali per il soccorso alle popolazioni colpite da calamità naturali o da gravi disastri. Il sempre più frequente manifestarsi di eventi meteo climatici severi sta comportando sfide sempre crescenti per il CNVVF impegnato ad assicurare il soccorso tecnico durante incendi, rilasci incontrollati di energia, crolli strutturali improvvisi o minacciosi, frane, alluvioni o altre calamità pubbliche.

Ecco la distribuzione degli interventi di soccorso tecnico urgente suddivisi per tipologia effettuati dal Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco nel 2021.

Distribuzione interventi Vigili del Fuoco nel 2021



Con la recente modifica dell'art. 9 della Costituzione, l'Italia ha compiuto un passo importante verso la tutela della biodiversità e degli ecosistemi. Vengono dunque ridefiniti i confini della protezione ambientale, sottolineando quella chiara correlazione tra il cambiamento climatico e i danni severi, estesi e durevoli inflitti all'ambiente e la loro capacità di pregiudicare la salute delle persone e delle future generazioni.

Su tali priorità si indirizza l'azione del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco a tutela del Patrimonio culturale e ambientale del nostro Paese. Oltre all'attività di intervento tecnico ed emergenziale i VVF svolgono attività di Prevenzione e Formazione, contribuendo in questo modo sia alla diffusione della cultura del soccorso, sia alla diffusione delle competenze necessarie per il coinvolgimento in attività di salvaguardia e tutela della vita e della salute. Il Vigile del Fuoco indossa dunque anche la veste di educatore civile e sociale: ruolo imprescindibile per alimentare l'informazione e la conoscenza dei cittadini verso comportamenti di tutela e autoprotezione. Viene così diffusa la formazione alla cultura della sicurezza, indispensabile per incentivare quel cambiamento culturale legato ad una prospettiva di prevenzione e tutela più ampia di quella del soccorso urgente.

Sul fronte dell'innovazione per conseguire la sicurezza della vita umana, la protezione dei beni e dell'ambiente il CNVVF è attivo attraverso la promozione, lo studio, la preparazione, la sperimentazione di misure, standard, dispositivi e modalità d'azione volti a prevenire o limitare il verificarsi di un incendio e le relative conseguenze.

Ogni giorno, ogni notte, i vigili del fuoco sono pronti ad intervenire per salvare le persone, per salvaguardare i beni, per proteggere l'ambiente: lo spirito di servizio che caratterizza l'operato dei Vigili viene percepito dalla popolazione che premia il CNVVF con il più alto grado di fiducia riposto verso le istituzioni, così come rilevato annualmente da ISTAT attraverso il proprio rapporto sulla "Fiducia nelle Istituzioni del Paese" in cui si attesta che dal 2012 ad oggi quasi il 90% dei cittadini di 14 anni e più colloca tra 6 e 10, e quasi il 70% tra 8 e 10, il giudizio di fiducia nei confronti dei Vigili del Fuoco.

Occorre tuttavia considerare che nell'attività istituzionale di soccorso tecnico urgente alla popolazione, la sicurezza dell'attività espletata dal personale del CNVVF viene perseguita, in primis, assicurando l'incolumità individuale dell'operatore del soccorso.

In coerenza a tale principio, di fatto precorrendo la vigente normativa in materia di tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, con D.P.R. 210 risalente al 1984 veniva istituito un Libretto individuale sanitario e di rischio (Art. 13) contenente i dati dei controlli periodici disposti dall'amministrazione, effettuati tramite strutture sanitarie pubbliche o ad esse equiparate, al fine di accertare le condizioni di salute del personale del CNVVF in relazione al servizio istituzionale prestato, alle mansioni assegnate e ai riconoscimenti previsti dalla vigente legislazione per le malattie e gli infortuni contratti per causa di servizio. Pertanto, nei confronti del personale del CNVVF risulta attiva da epoca remota una sorveglianza sanitaria preventiva e periodica finalizzata ad escludere la presenza di controindicazioni di carattere sanitario all'espletamento dell'attività istituzionale, con specifici protocolli e periodicità che sono modulati in relazione all'effettivo rischio lavorativo.

Gli investimenti previsti dal PNRR verranno impiegati anche per la digitalizzazione del Libretto individuale sanitario e di rischio, riconoscendo nello strumento della informatizzazione un imprescindibile esigenza di implementazione delle misure di prevenzione e assistenza sanitaria del personale, oltre che di monitoraggio degli infortuni e delle malattie del personale del Corpo, con una particolare attenzione alle misure di tutela che è possibile attuare nei confronti di lesioni e infermità che possono essere correlate al servizio prestato.

4.4.6 Ecoansia

L'ecoansia è definita come *“la sensazione generalizzata che le basi ecologiche dell'esistenza siano in procinto di crollare”*⁵⁴. Con tale termine si identificano le esperienze di ansia e preoccupazione relative alla crisi ambientale, le cui forme più diffuse sono legate al cambiamento climatico, al riscaldamento globale, all'innalzamento del livello del mare, inclusa l'estinzione di animali, l'inquinamento globale e la deforestazione.

Questa forma di ansia e paura può condurre ad episodi quotidiani di disagio, insonnia e depressione.

Tali sintomi e problematiche evidenziando lo stretto rapporto che persiste tra salute dell'ecosistema ambientale e salute umana.

Per descrivere l'Ecoansia sono stati adoperati due indicatori: *Percentuale di persone preoccupate per la perdita di biodiversità; Percentuale di persone preoccupate per i cambiamenti climatici.*

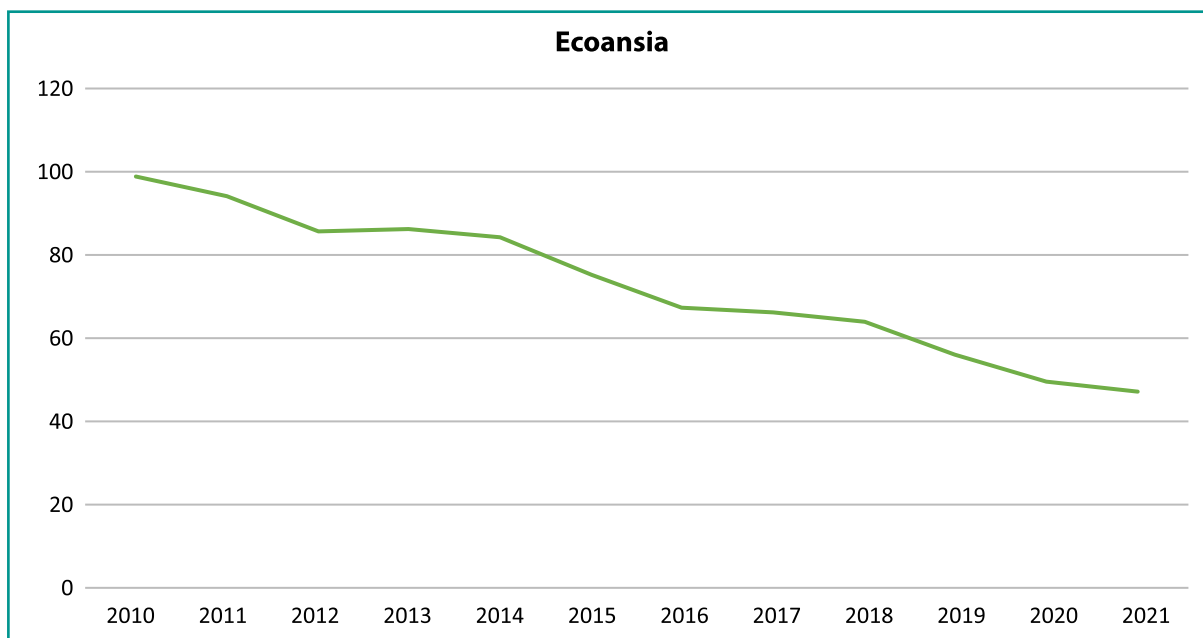


Figura 54 - Dominio Ecoansia: andamento generale

⁵⁴ Definizione del filosofo ambientale Glenn Albrecht, 2019.

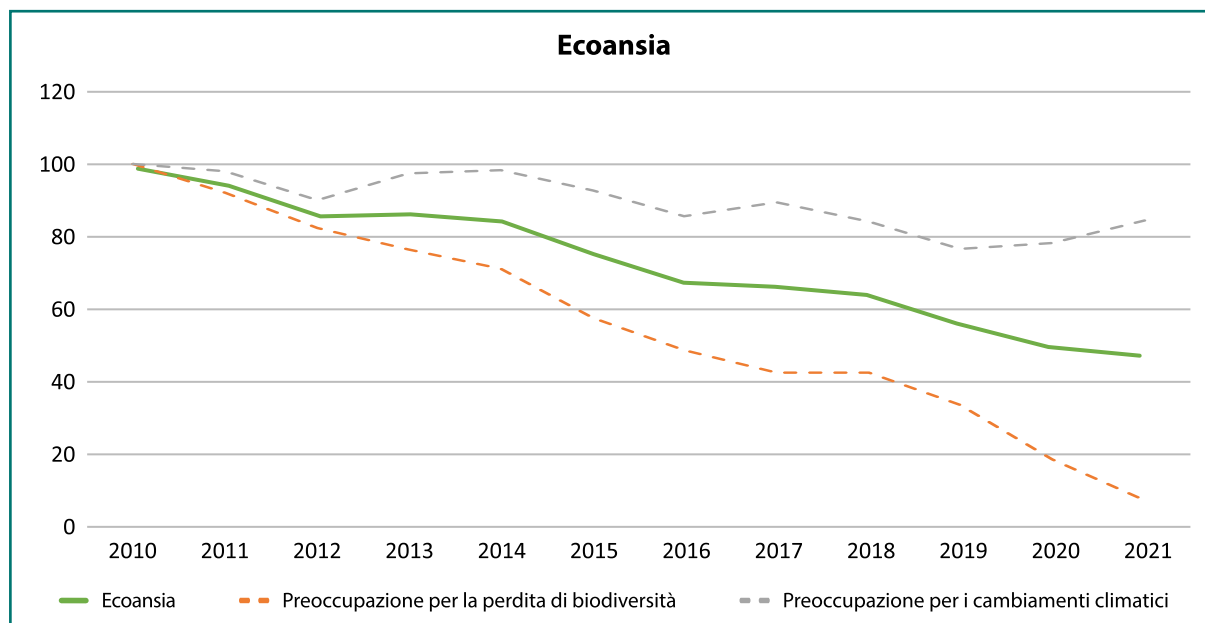


Figura 55 - Dominio Eventi meteo climatici: dettaglio indicatori

Il Dominio in esame descrive un andamento costantemente e marcatamente decrescente che fa segnare il suo minimo nel 2021 con il valore di 46 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come entrambi gli indicatori mostrino un andamento decrescente, seppur con pendenze diverse: mentre l'indicatore *Preoccupazione per la perdita di biodiversità* decresce in maniera costante e più marcata e fa segnare il suo minimo nell'annualità 2021 con un valore di 7 punti, l'indicatore *Preoccupazione per i cambiamenti climatici* fa registrare il suo minimo nell'annualità 2019 con 77 punti per poi risalire al 2021 ad un valore di 84 punti.

4.5 Digitalizzazione

Nel quadro più ampio tracciato dalle riforme del PNRR, la trasformazione digitale si pone come un tassello fondamentale per poter stabilire standard ed erogare prestazioni sanitarie uniformemente su tutto il territorio nazionale. Tale rivoluzione sistemica pone le sue basi su due pilastri architettonici e di processo: il nuovo **Fascicolo Sanitario Elettronico** e la **piattaforma di telemedicina** e su una riforma: **l'Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale (ASD)**.

Il nuovo Sistema FSE nazionale deve rappresentare il punto unico di accesso ai servizi sanitari online, che racchiude dati e documenti del paziente secondo standard internazionali (ad esempio formato standard HL7). Strettamente connesso a quest'ultimo è il processo di potenziamento e adeguamento dei percorsi di telemedicina, per facilitare la presa in carico del paziente, favorire la deospedalizzazione e potenziare e migliorare la qualità delle cure di prossimità. Per governare un simile apparato e, quindi, garantire specifici asset assistenziali, è stata implementata la piattaforma abilitante nazionale, ovvero la **Piattaforma Nazionale di Telemedicina – PNT**.

Indispensabile per la completezza di un simile processo è la riforma abilitante che vede l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali assumere anche il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD).

Questi elementi concorrono nel realizzare un nuovo modello di erogazione di servizi e processi di sanità, digitalizzati e più capillari sul territorio, a favore non solo dei cittadini, ma anche dei professionisti.

Essendo la transizione digitale in materia di salute un fenomeno ancora in fieri, non è stato possibile consultare indicatori statistici specifici che potessero tracciarne una precisa evoluzione e monitorarne lo sviluppo, almeno non in un arco temporale sufficiente a tracciare ed elaborare un andamento su dati puntuali e affidabili, compatibili con i criteri adottati per l'adozione nell'Indice di Vicinanza della salute che prevedono una serie storica di dati disponibili a partire dal 2010.

È stato però possibile effettuare un'analisi di contesto generale, studiando diversi fattori afferenti al più ampio concetto di digitalizzazione, che già da diversi anni investe la nostra società.

Il repentino sviluppo del fenomeno di digitalizzazione ha investito diversi ambiti, soprattutto a livello di infrastrutture e servizi, ed è in questo contesto così interconnesso e tecnologico che si devono incardinare le prestazioni di *telehealth*.

Diviene quindi fondamentale indagare lo stato dell'arte dei principali aspetti della digitalizzazione, racchiusi in un'analisi dedicata appositamente a tale fenomeno.

Tra i vari fattori studiati vi sono: la *percentuale di famiglie con connessione a banda larga (fissa o mobile)*; la *percentuale di famiglie che dispongono di almeno un personal computer e della connessione ad internet*; la *percentuale di persone che usano internet regolarmente*; la *percentuale di comuni che erogano online almeno un servizio rivolto alle famiglie*.

Tutti e quattro gli indicatori individuati tracciano un andamento positivo e in continua crescita dal 2010, registrando nel periodo una crescita del fenomeno di più del 100%, arrivando a registrare nell'annualità 2021 un valore di 202 punti.

Si delinea, dunque, un quadro favorevole per l'implementazione e lo sviluppo di ulteriori sistemi digitali che possano migliorare anche altri aspetti della vita delle persone, in primis quello dell'assistenza sanitaria.

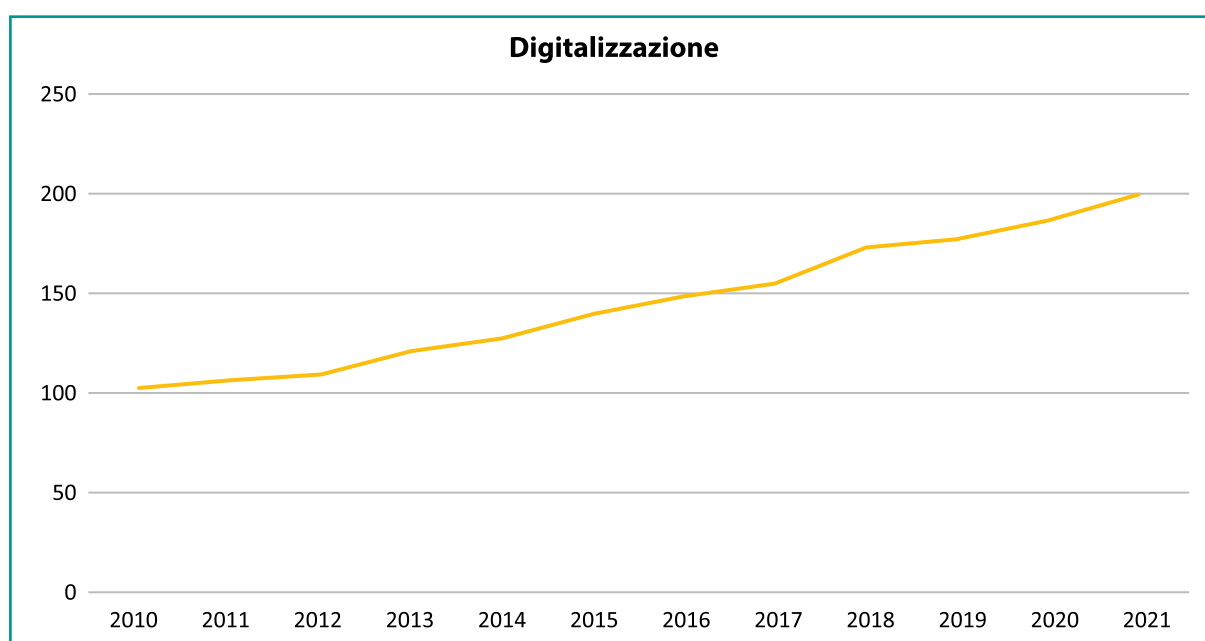


Figura 56 - Digitalizzazione: andamento generale

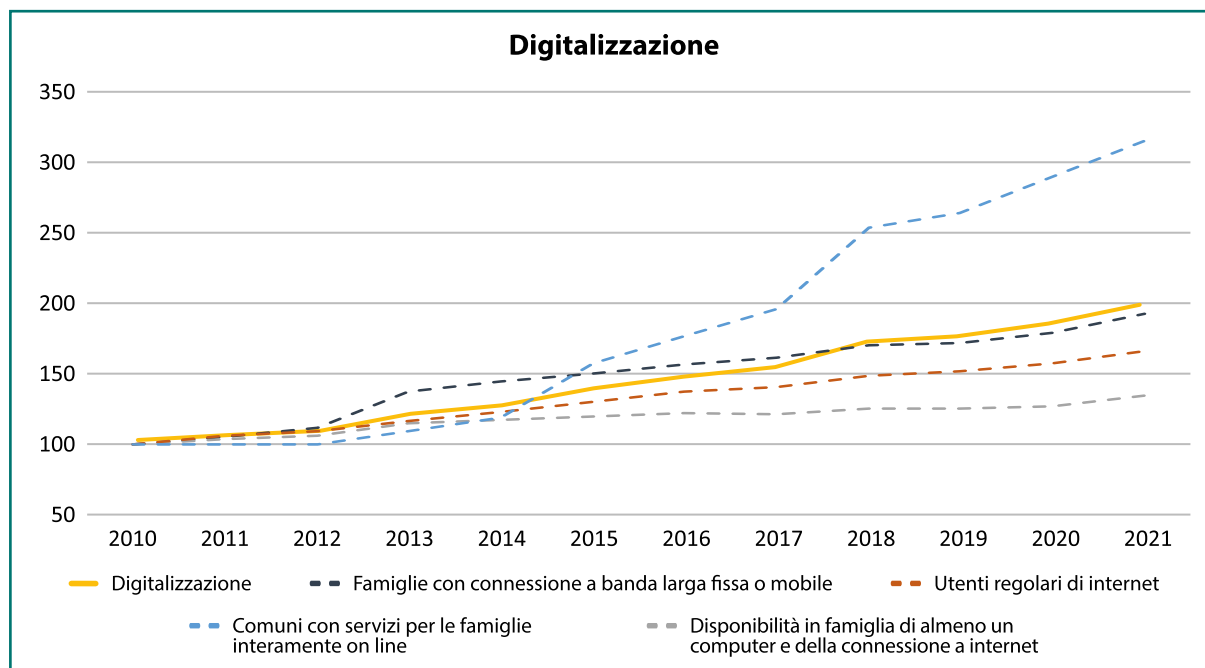


Figura 57 - Digitalizzazione: dettaglio indicatori

4.5.1 Rinuncia alle prestazioni sanitarie

La rinuncia alle prestazioni sanitarie è divenuta una tematica centrale nel dibattito nazionale: le lunghe liste d'attesa e le difficoltà economiche, per una contingente parte di popolazione, inducono sempre più persone a rinunciare alle cure o a posticiparle, con gravi ricadute sul proprio stato di salute.

Già prima della crisi pandemica, nel 2019, si era registrato un aumento di richieste a favore delle prestazioni private: in 28 casi su 100 le persone sceglievano di rivolgersi a strutture private, avuta notizia di tempi d'attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, con delle percentuali diverse per aree geografiche: 22,6% nel Nord-Ovest, 20,7% nel Nord-Est, 31,6% al Centro e 33,2% al Sud⁵⁵.

Sempre nel 2019 è stato istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, di tutte le Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.

L'Osservatorio ha attività di monitoraggio e il compito di supportare le Regioni e le Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021)⁵⁶. Tale Piano mira ad individuare elementi di tutela e di garanzia al fine di incrementare il grado di equità di accesso dei servizi disponibili; oltre ad intervenire sul livello di efficienza e organizzazione del sistema sanitario pubblico.

Si consideri però come la governance delle liste di attesa sia fortemente interconnessa ad altri processi e fenomeni contingenti al rapporto domanda-offerta delle prestazioni. Uno tra tutti, la

⁵⁵ (CENSIS, 2019)

⁵⁶ (Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, 2019) (Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, 2019)

gestione e presa in carico dei pazienti cronici, che incide profondamente nella riorganizzazione delle strutture sanitarie⁵⁷.

Nel corso degli anni il fenomeno di rinuncia a visite e accertamenti sanitari ha seguito due sviluppi diversi lungo il territorio nazionale: tra il Sud e il Nord vi è sempre stata una differenza consistente, posizionando nello specifico il Mezzogiorno in forte svantaggio, è stata però la crisi pandemica a rendere tale problematica omogenea sul territorio.

Negli ultimi anni, a problemi di gestione e organizzazione già esistenti si è aggiunta la sospensione dell'offerta dei programmi di screening organizzati, che ha condotto a forti rallentamenti, con migliaia di diagnosi mancate e liste d'attesa da smaltire. Dal 2020 si è registrato un calo significativo nella copertura da screening organizzato, soprattutto quello mammografico, che, solo in parte, sembra essersi convertito in un aumento del ricorso ai test di screening su iniziativa spontanea⁵⁸. Sui ritardi accumulati dai programmi di screening sospesi si devono sommare quelli nella loro riattivazione, avvenuta a maggio 2020 ma con tempistiche, intensità e modalità diverse in tutto il territorio nazionale.

A tal proposito, l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), che si è proposto di monitorare l'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus, ha evidenziato nei suoi rapporti un ritardo diagnostico medio in continuo aumento, pari a circa 5 mesi per le varie tipologie di screening⁵⁹. Questa incapacità di recuperare il ritardo accumulato verrà compensato, solo per alcuni, da un maggiore ricorso a prestazioni al di fuori del circuito di offerta pubblica, presso strutture convenzionate o private. Mentre per una gran parte della popolazione resterà un problema irrisolvibile, con conseguenze sempre più influenti sulle terapie e nell'accesso alle cure. Tutto questo viene confermato dai dati più recenti consultabili nel rapporto sul Benessere equo e sostenibile (Bes) pubblicato da ISTAT: nel 2021 l'11% delle persone (circa 6 mln) è stato costretto a rinunciare a visite specialistiche o esami diagnostici di cui avevano bisogno, per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio.

Grazie ad un'elaborazione di dati rilevati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), si può osservare come rispetto al 2019, nel 2020 e nel 2021 siano state effettuate in meno oltre 12,8 milioni di prime visite e 17,1 milioni di visite di controllo. Per quanto riguarda gli esami, sono stati persi 1,3 milioni di ecografie all'addome e sono saltati 3,1 milioni di elettrocardiogrammi e più di mezzo milione di mammografie⁶⁰. Si attesta che *"almeno una prestazione ambulatoriale su cinque è stata rinviata"*.

Si può osservare come la *rinuncia a prestazioni sanitarie* abbia, quindi, un andamento in aumento nel corso degli ultimi anni. Le cause per cui tale fenomeno non riesce ad arrestarsi devono essere ricercate nelle difficoltà organizzative e di pianificazione delle strutture sanitarie accentuate ulteriormente dalla pandemia e aggravate, ora più che mai, da carenze strutturali di organico.

⁵⁷ (Ministero della Salute, Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021, 2019)

⁵⁸ (Istituto Superiore di Sanità, Gli screening oncologici e l'impatto della pandemia: i dati dalla sorveglianza PASSI, 2022)

⁵⁹ (Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2020)

⁶⁰ (Gabanelli & Ravizza, 2023)

I valori osservati sono le percentuali di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura fontana, mancanza di trasporti, orari scomodi): lista d’attesa lunga⁶¹.

Il grafico, non segue dunque la normalizzazione a base fissa 2010 adottata per gli altri indicatori selezionati per l’Indice di Vicinanza della Salute, ma riporta i valori puntuali della percentuale di popolazione che ha rinunciato a prestazioni sanitarie.

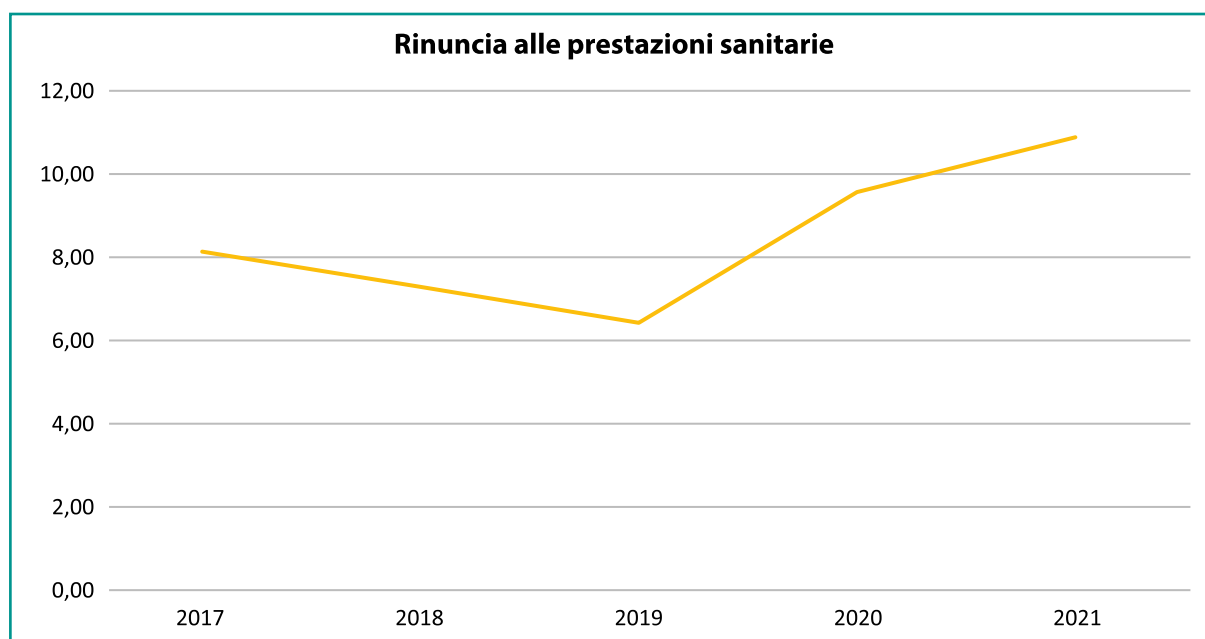


Figura 58 - Rinuncia alle prestazioni sanitarie

BOXTEMATICO FASDAC - Il medico a casa tua: il videoconsulto medico-specialistico

Un progetto sperimentale del FASDAC per avvicinare gli assistiti alla sanità digitale

A cura di: Giuseppe Marabotto

“Vediamo cosa mi dice dottor Google”.

A quanti di noi capita di curiosare su internet semplicemente digitando i sintomi di un malessere magari per un’autodiagnosi o per autotracciarci un percorso di cura senza però averne le competenze. Accade per il 73% di coloro che utilizzano internet per prendere decisioni sulla propria salute.

“Ho un sacco di lavoro e non ho tempo per recarmi in ambulatorio. E poi, troverò subito parcheggio? Quanto tempo dovrò aspettare in sala d’attesa? Dopotutto non mi sembra che sia nulla di importante... Preferisco rinunciare alla visita medica”.

⁶¹ (Istat, Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia 2021, 2022)

Esempi concreti che hanno in comune un elemento: “allontanarci” dalla salute o perché ci fanno accedere in modo inappropriato alle informazioni sanitarie, spesso non attendibili, o perché ci fanno rinunciare alle indicazioni che solo un professionista medico ci può dare durante una visita. Tutto a discapito della nostra salute, il bene più prezioso che abbiamo.

Esattamente il contrario di quanto il Fasdac si prefigge da sempre: “avvicinare” l’assistito al bene salute. Non solo attraverso il tradizionale rimborso delle spese sostenute ma facilitando, sin dal 1992, l’accesso alle cure tramite le strutture convenzionate - oggi il Fondo vanta una rete proprietaria di oltre 7.500 sedi operative - e poi ancora promuovendo dal 2005 specifici programmi di prevenzione.

Ora, grazie alle nuove tecnologie, il Fasdac promuove un progetto sperimentale a “costo 0” per gli assistiti. Parliamo dei **videoconsulto medico-specialistici** ovvero della possibilità offerta a un iscritto o a un suo familiare di colloquiare a distanza con un medico-specialista, condividere dati clinici, trasmettere referti di analisi o file di radiografie eseguite e scaricare prescrizioni di farmaci o di approfondimenti diagnostici.

Perché questo nuovo servizio?

Il dirompente progresso tecnologico tende ad espandersi in tutti gli ambiti del nostro vivere. E anche la sanità tende a reiventarsi sviluppando modelli digitali. Nascono nuove modalità di accesso alle cure delle quali oggi un soggetto come il Fondo, preposto ad erogare servizi, non può non confrontarsi. Il videoconsulto medico si colloca in questo nuovo contesto e diventa una opportunità da cogliere.

Con quali i vantaggi?

Migliorare l’accesso alle cure, in particolar modo a chi è più avanti con l’età, facilitando il contatto con il medico ovunque ci si trovi (non c’è necessità di spostarsi fisicamente per andare in ambulatorio o presso lo studio medico, trovare parcheggio, attendere in sala d’attesa).

Consentire l’interlocuzione con il medico anche nelle zone meno servite riducendo il divario territoriale.

Accedere più rapidamente, al momento del bisogno, alle informazioni e ai consigli da parte di un medico specialista.

Intercettare per tempo alcune patologie.

Nelle intenzioni del Fondo il videoconsulto medico è un ulteriore momento per favorire quell’ “avvicinamento” al bene salute di cui abbiamo parlato. Una opportunità, si è detto. Allora perché non coglierla?

Il contesto di riferimento.

La medicina digitale, o la “telemedicina” (come viene spesso definita) negli ultimi anni ha fatto grandi passi in avanti. La pandemia ha accelerato l’utilizzo delle tecnologie digitali perché ha costretto molti di noi a evitare gli ambulatori per il timore di contrarre il COVID e gli ospedali, peraltro prioritariamente impegnati a gestire l’emergenza.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) scommette molto sulle tecnologie digitali a partire dal Fascicolo Sanitario Elettronico, concepito come punto unico di ingresso per i cittadini al Servizio Sanitario Nazionale, fino ai servizi da erogare mediante la telemedicina tanto da stanziare un miliardo di Euro da qui al 2026. Il Fasdac intende affiancare il servizio pubblico in questo percorso che è anche di crescita culturale.

Il ruolo del Fondo nel nuovo contesto della sanità digitale.

Come reagiremo quando un domani la visita con il medico la faremo in video e non in presenza?

Saremo in grado di trasmettergli i referti degli accertamenti eseguiti, scaricare eventuali prescrizioni di farmaci o di ulteriori approfondimenti diagnostici?

Saremo tutti in grado di utilizzare il nostro pc, piuttosto che lo smartphone o l'iPad o la telemedicina è destinata a rimanere appannaggio dei più giovani?

A che punto siamo in questo processo di cambiamento?

Il Fondo intende far crescere la propensione dei propri assistiti alla telemedicina e decide di farlo gradualmente, partendo dal primo gradino, quello del videoconsulto medico in quanto più facilmente ed immediatamente praticabile. Una sorta di **“alfabetizzazione” all’uso degli strumenti digitali**, un momento in cui far crescere le competenze e l’abilità al loro utilizzo, un modo per **far prendere confidenza con essi anche a chi, meno avvezzo per motivi anagrafici al loro utilizzo, deve ricorrere all’aiuto di un proprio familiare**. Perché non sfruttare la vicinanza del Fondo alla platea dei propri assistiti atteso che circa il 90% dei nuclei familiari almeno una volta all’anno fa ricorso alle prestazioni offerte?

Operativamente il Fasdac mette a disposizione degli assistiti una App che consente di mettersi in contatto a distanza con medici esperti appartenenti ad oltre 20 branche specialistiche. Una piattaforma che possiamo interpretare e utilizzare come una vera e propria convenzione con un ambulatorio medico che non ha una sede fisica ma è accessibile contemporaneamente da tutti gli assistiti e su tutto il territorio. Così, nell’attuale modello assistenziale, il videoconsulto diventa una pratica diretta a “costo 0” per l’assistito, come accade per la prevenzione con la quale condivide la stessa finalità: promuovere la salute.

Il progetto si rivolge a tutti gli assistiti (titolari e familiari aventi diritto) appartenenti a tutte le categorie: dirigenti in servizio, proscrittori volontari, pensionati diretti e indiretti.

Oggi impariamo ad utilizzare questo nuovo servizio come assistiti del Fasdac. Domani lo faremo come cittadini. Il futuro della sanità digitale è dietro l’angolo.

4.5.2 Digital Health e Digital Literacy

Come accennato precedentemente, la crisi pandemica ha accelerato quel processo di digitalizzazione che già da diversi anni influenza le nostre vite: non solo per quanto riguarda l’ambito sociale, ma per le potenzialità che le nuove tecnologie ed internet assumono in ambito sanitario ed assistenziale.

Di fatto, attraverso la *Digital Health* si vuole creare un nuovo strumento cardine per la tutela e l'esercizio del diritto alla salute: la sua messa a punto e diffusione ha come primo intento quello di garantire un'assistenza immediata e più accessibile, tramite l'impiego di un'ampia gamma di tecnologie utilizzate per curare i pazienti e raccogliere, condividere e monitorare le informazioni sul loro stato salute⁶². Simili tecnologie comprendono: applicazioni mobili, wearable (dispositivi indossabili), telemedicina, big data, robotica e intelligenza artificiale. Tutto questo comporta l'adozione di cartelle cliniche elettroniche, lo svolgimento della terapia via smartphone, con l'assistenza al paziente tramite interfacce vocali e la diffusione di ricette elettroniche. Gli esempi sono molteplici e tutti indirizzati ad aumentare la possibilità e la capacità di diagnosticare con precisione le malattie e di fornire terapie e cure adeguate ai cittadini, anche a distanza.

Per implementare efficacemente la digital health, che sia a supporto della medicina classica o per uso indipendente, diviene imprescindibile monitorare e interpretare lo stato di avanzamento del *digital divide* nella popolazione, ovvero individuare chi ha accesso effettivo alle tecnologie dell'informazione – grazie a dispositivi digitali e connettività internet – e chi ne è escluso, in modo parziale o totale. Considerando come lo stato di esclusione possa essere condizionato da diverse variabili: condizioni economiche, livello d'istruzione, qualità delle infrastrutture, differenze di età o di sesso, appartenenza a diversi gruppi etnici, provenienza geografica.

Dunque, la digital health offre nuove opportunità per migliorare la qualità dell'offerta e dei servizi e per affrontare sfide sanitarie future. L'individuo, in quanto primo attore e responsabile della propria salute, rimane però il punto di riferimento su cui calibrare l'implementazione e lo sviluppo di tali assetti organizzativi, volendo mirare sempre di più sulla personalizzazione della cura. Tale sistema ed approccio trova, però, maggiori difficoltà nella sua messa a punto quando si scontra con un basso livello di *Health Literacy* e *Digital Literacy* diffusa nella popolazione, in particolare in quella anziana.

Tema determinante in ambito di digital divide è quello delle digital skills o competenze digitali, la cui distribuzione tra le differenti fasce di età della popolazione non è omogenea e apre ulteriori gap di carattere generazionale (con la popolazione più anziana largamente impreparata alla fruizione di servizi digitali). Si è constatato che una carente alfabetizzazione sanitaria nella popolazione implichino scelte di vita meno salutari, comportamenti più rischiosi, una minore indipendenza e un uso improprio dei servizi sanitari.

Di fatto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito l'*Health Literacy* tra i termini del Glossario di Promozione della Salute, indicandola come un'importante strategia di empowerment: *"L'Health Literacy indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute. L'health Literacy implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi, tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. Pertanto, Health Literacy non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di empowerment che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace"*⁶³.

⁶² (Santoro)

⁶³ ((WHO) W.)

Si evince come raggiungere un elevato livello di Health Literacy nella popolazione rappresenti un fondamentale obiettivo, da conseguire favorendo quella trasformazione culturale e la condivisione di conoscenze mirate per tutti gli attori ed utenti del sistema salute. Questo approccio implica migliorare la collaborazione e il rapporto tra il paziente e l'operatore sanitario e, più nello specifico, aiuta le persone a sviluppare una maggiore confidenza con i servizi messi a disposizione dalla digital health. Strettamente collegato all'alfabetizzazione sanitaria è quella digitale, la carenza di una o di entrambe contribuisce ad un minor livello di presa in cura del cittadino, oltre a contribuire all'incremento dei costi a carico del sistema sanitario.

4.5.3 Invecchiamento e competenze

Con competenze digitali o digital skills si fa riferimento all'insieme di abilità tecnologiche che permettono di utilizzare con dimestichezza e spirito critico le tecnologie digitali.

Le principali competenze digitali del cittadino sono:

- l'alfabetizzazione informatica, digitale e mediatica;
- la comunicazione e la collaborazione;
- la creazione di contenuti digitali;
- la sicurezza e il pensiero critico;
- le questioni legate alla proprietà intellettuale;
- la risoluzione di problemi.

Pertanto, al fine di migliorare la valutazione della Responsiveness, diviene necessario riconoscere e analizzare entrambi i lati dell'interazione, che vede protagonisti gli utenti e i sistemi sanitari con i rispettivi fattori determinanti.

Dai dati Eurostat 2021, si evince come l'Italia stia complessivamente migliorando sull'utilizzo di Internet e sulle competenze digitali, con incrementi generali del 10% dei valori nel biennio 2020-2021 e una riduzione del divario rispetto alla media UE⁶⁴.

Mentre sono i dati riportati nel più recente rapporto BES 2021 di Istat a dimostrare come la variabile **territoriale** influisca sulle abilità di utilizzo di Internet: di fatto, alle regioni del Sud sono assegnate prestazioni con valori al di sotto di quelli del Nord, con un divario di oltre il 20% tra la provincia di Trento, avente la migliore percentuale di utenti Internet, e il Molise, con la percentuale più bassa⁶⁵.

A seguito della trasformazione digitale in atto da diversi anni e delle riforme programmate nel PNRR, lo Stato promuove sempre di più l'uso e la diffusione della cultura digitale in primis per i servizi e le professioni pubbliche e anche tra le persone.

In tale contesto si inserisce lo sviluppo della piattaforma nazionale di telemedicina insieme al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): questi si presentano come i due pilastri della strategia di rinnovamento e digitalizzazione del sistema sanitario nazionale e della sanità digitale. L'implementazione

⁶⁴ (Iacono, 2022)

⁶⁵ Ibid.

di tali strumenti favorisce lo sviluppo di percorsi di telemedicina su tutto il territorio nazionale, al fine di facilitare la presa in carico del paziente, potenziare la qualità delle cure di prossimità e accelerare il processo di deospedalizzazione.

In particolare, il nuovo FSE nazionale dovrebbe divenire il fulcro per l'accesso ai servizi sanitari on line attraverso la trasformazione da *archivio di documenti a ecosistema di dati e servizi*⁶⁶.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico comporterebbe un vero cambio di paradigma nel nostro sistema welfare, sebbene la sua implementazione richieda un nuovo e più alto livello di competenze, non solo da parte dei professionisti sanitari ma anche per quanto concerne gli stessi pazienti e i caregiver.

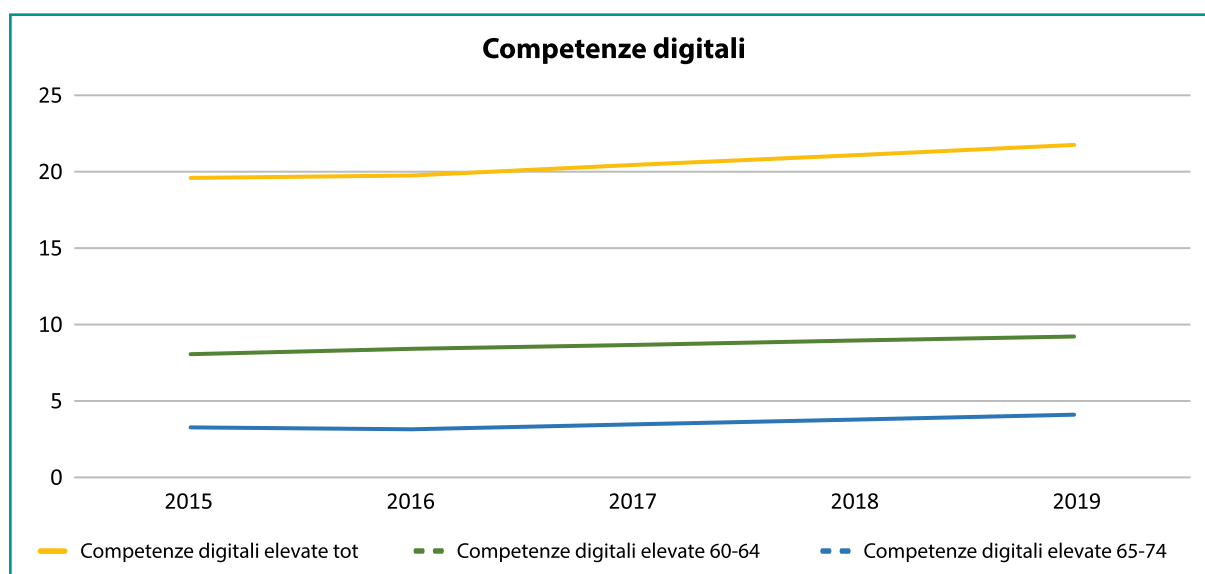


Figura 59 - Competenze digitali elevate

Nel grafico relativo a *Competenze digitali elevate* si nota come lo sviluppo delle competenze digitali sia strettamente collegato alle fasce di età e quindi alle nuove generazioni. Comparando la media nazionale con il trend per le fasce d'età 60-64 e 65-74 è evidente quale sia la parte della popolazione che necessita di più attenzione. È soprattutto per loro che lo sviluppo dei servizi di teleassistenza e telemedicina deve e può rappresentare una rivoluzione di portata copernicana nella fruizione dell'assistenza sanitaria.

Tali sistemi e competenze serviranno a modificare in maniera importante le modalità di erogazione e fruizione dei sistemi di salute e del concetto stesso di prossimità e di capillarità di diffusione dei servizi, per una cultura della salute più partecipativa, preventiva e predittiva.

4.5.4 La telemedicina

Nelle Linee di indirizzo nazionali⁶⁷ del Ministero della Salute viene fornita una chiara definizione di telemedicina: "Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication

⁶⁶ (Agenas, 2022)

⁶⁷ (Ministero della Salute, Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali, 2022)

Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.”

Con il termine Telehealth si intende, dunque, l’insieme di tecnologie e di personale che sono in grado di monitorare, assistere e informare da remoto i pazienti e i loro caregiver, e trasferire i dati e le informazioni così raccolte ai medici e allo staff clinico dell’ospedale che li ha in cura⁶⁸.

Il sistema di Telemedicina è costituito da due anime distinte ma intimamente integrate: la prima riguarda la raccolta e la consultazione dei dati clinici. In base alla modalità di raccolta delle informazioni, è previsto l’uso di device medicali semplici e più complessi, a seconda che il paziente autogestisca e rilevi autonomamente i propri parametri da casa; oppure nel caso in cui si tratti di dispositivi usati da medici e infermieri per eseguire esami e visite sempre presso il domicilio dell’assistito. In entrambi i casi i dati e i valori rilevati sono trasmessi in tempo quasi reale a una piattaforma accessibile dallo staff del centro clinico che ha in cura il paziente.

La seconda anima, imprescindibile dalla raccolta dati, è il monitoraggio del paziente, che viene effettuato da personale sanitario: ovvero infermieri e medici che costituiscono la parte umana della Telemedicina. Questi professionisti effettuano un primo filtro sulla regolarità dei parametri raccolti dai pazienti con i device, assistono tramite video-chiamate per visite di follow up ed educano alla corretta gestione della terapia e all’uso dei dispositivi tecnologici medicali.

Lo sviluppo della *Telehealth* rappresenta, dunque, una rivoluzione di portata copernicana nella fruizione dell’assistenza sanitaria. Un sistema così articolato permette di modificare considerevolmente le modalità di erogazione e fruizione dei sistemi di salute e del concetto stesso di prossimità e di capillarità di diffusione dei servizi.

Più recentemente, l’approvazione delle Linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio⁶⁹ rappresenta un traguardo decisivo per la regolamentazione della telemedicina: sono stati delineati i requisiti funzionali e minimi dei servizi di telemedicina, oltre che tecnologici; affinché venga garantita l’erogazione omogenea dei servizi sanitari su tutto il territorio. Inoltre, sono state definite le caratteristiche formative necessarie per lo sviluppo e l’efficacia dei servizi per professionisti e utenti, che appaiono indispensabili per raggiungere l’efficienza nell’attuazione dei servizi di telemedicina⁷⁰.

⁶⁸ (Aboutpharma, 2018)

⁶⁹ (Ministero della Salute, Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali, 2022)

⁷⁰ Ibid.

BOX TEMATICO ChatGPT - L'impatto dell'intelligenza artificiale sul sistema salute italiano

Quesito posto a ChatGPT di cui si riporta di seguito la risposta generata automaticamente:

L'intelligenza artificiale (IA) sta avendo un impatto sempre più significativo sul sistema sanitario italiano. Questa tecnologia sta aiutando a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, aumentare l'efficienza e ridurre i costi.

In primo luogo, l'IA sta facendo progressi significativi nella diagnosi medica. Ad esempio, alcuni algoritmi di IA sono stati addestrati per riconoscere le malattie sulla base di immagini mediche, come raggi X e tac, e possono effettuare diagnosi più accurate e veloci rispetto ai medici umani. Inoltre, l'IA sta anche aiutando a identificare i pazienti a maggior rischio di sviluppare determinate patologie, permettendo ai medici di intervenire precocemente per prevenire la progressione della malattia.

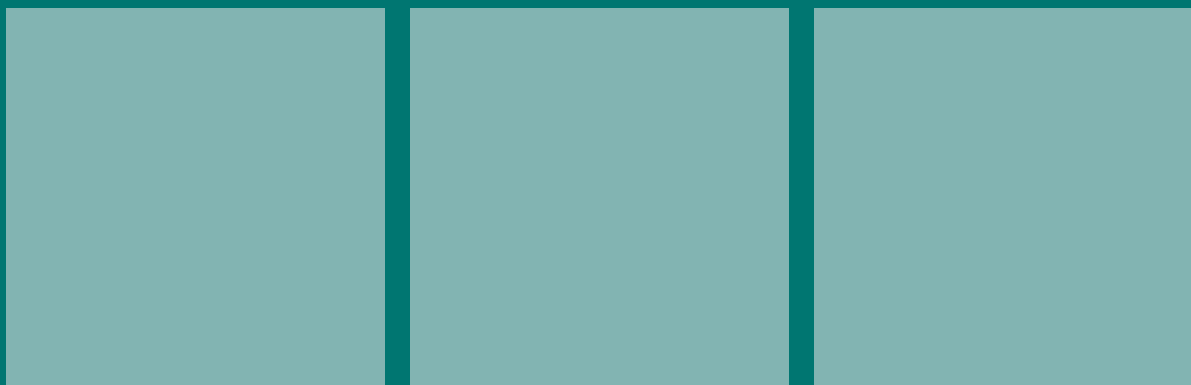
Inoltre, l'IA sta contribuendo a ottimizzare la gestione delle informazioni sanitarie. Ad esempio, i sistemi di IA possono analizzare grandi quantità di dati clinici, identificare pattern e tendenze, e fornire informazioni preziose per migliorare la qualità delle cure. Inoltre, l'IA sta anche aiutando a ridurre gli errori nella prescrizione di farmaci e nella gestione dei piani di trattamento, migliorando così la sicurezza del paziente.

Infine, l'IA sta anche contribuendo a rendere il sistema sanitario più accessibile e efficiente. Ad esempio, i chatbot alimentati da IA stanno aiutando a fornire informazioni sulle malattie e sui trattamenti ai pazienti, liberando così i medici dalle richieste di informazioni di routine e permettendo loro di concentrarsi su casi più complessi. Inoltre, i sistemi di telemedicina alimentati da IA stanno rendendo possibile fornire cure a distanza, riducendo i tempi d'attesa e migliorando l'accessibilità alle cure per le persone che vivono in aree rurali o remote.

In sintesi, l'IA sta avendo un impatto significativo sul sistema sanitario italiano, migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria, aumentando l'efficienza e riducendo i costi. Tuttavia, è importante continuare a monitorare gli sviluppi e le implicazioni dell'IA nel settore sanitario, al fine di garantire che la tecnologia venga utilizzata in modo etico e responsabile e che i pazienti continuino a ricevere le cure di cui hanno bisogno.

5

Conclusioni



5. Conclusioni

Lo sviluppo dell'Indice di Vicinanza della Salute consente di svolgere attività di ricerca e analisi delle componenti del sistema di salute nazionale e, di rimando, anche del PNRR, le cui componenti e relative misure concorrono positivamente allo sviluppo del principio di Vicinanza della Salute.

La rilevazione da parte dell'Indice dei fenomeni sociali, economici, culturali, sanitari, demografici e ambientali che caratterizzano il tema salute, si concretizza nella restituzione di una misurazione annuale, resa disponibile pubblicamente dall'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, contenente una lettura integrata dei fenomeni osservati.

Il fine è quello di fornire uno strumento di orientamento e di supporto al processo di decisione politica futura, in vari modi: trasformando in informazioni facilmente utilizzabili conoscenze di pertinenti ad ambiti diversi e complementari; aiutando a rilevare gap e delay del sistema e calibrando così il progresso verso obiettivi di sviluppo sostenibile; provvedendo a fornire informazioni anche sulle linee di tendenza dei fenomeni indagati, così da intercettare anche le criticità attese negli ambiti sociali, ambientali ed economici. In un'ottica più ampia, può essere identificato come un veicolo per condividere e comunicare idee, pensieri e valori.

Dalle risultanze del lavoro di ricerca fino ad ora condotto, si evince quanto sia fondamentale investire meglio e di più nel sistema sanitario per fronteggiare prioritariamente le criticità rilevate (negli ambiti della sostenibilità, della omogenità dell'offerta di salute sul territorio nazionale, del recupero delle prestazioni di prevenzione accumulate in pandemia), ma anche come sia necessario superare il tradizionale approccio "a silos" per sviluppare una prospettiva più ampia sul tema salute, coinvolgendo in maniera sistemica tutte le componenti e gli attori che concorrono al sistema salute e ad aumentare la Vicinanza della salute ai cittadini attraverso la tutela dell'ambiente e dei luoghi di vita e attraverso lo sviluppo delle condizioni abilitanti della salute a livello individuale e relazionale.

La trasformazione sistemica in corso, richiesta dagli eventi pandemici e sindemici, non riguarda solo il nostro Servizio Sanitario Nazionale ed il sottostante mosaico regionale, ma comporta una trasformazione sociale e culturale che deve ricomprendere tutte le componenti di quello che potrebbe definirsi il "sistema di salute" nazionale.

Occorre superare il tradizionale concetto di sanità, ampliandone la nozione in maniera più estesa ed integrata, contemplando il contributo che alla salute ed al benessere del cittadino apportano le componenti provenienti dal mondo sociosanitario, solidaristico, mutualistico integrativo, scolastico, urbano -per citarne alcune tra le principali- che andrebbero riconosciute a pieno titolo nella loro funzione di attori della salute.

Per poter dare applicazione operativa agli interventi di policy che si rendono necessari per fronteggiare gli aspetti critici rilevati, diventa necessario integrare tutte le dimensioni che concorrono alla Vicinanza della salute in un unico strumento di pianificazione strategica nazionale.

Oggi questo ruolo di programmazione viene impropriamente assegnato al PNRR che invece, al contrario, ha patito nella sua stesura proprio della mancanza di una pianificazione nazionale condivisa in

materia di salute (l'ultimo Piano Sanitario Nazionale disponibile è stato redatto nel 2008) che facesse da riferimento ex-ante per le priorità di intervento e per le modalità organizzative necessarie a dar vita operativa agli investimenti previsti e che invece al contrario vedono tuttora in corso, a posteriori, la redazione degli strumenti normativi e delle linee guida operative necessarie a definire i parametri organizzativi per il corretto funzionamento degli interventi in materia di salute previsti nel PNRR.

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

6. Autori

Rapporto:

Duilio Carusi - Luiss Business School, Fondazione Bruno Visentini

Annarita Ceddia - Fondazione Bruno Visentini

Camilla Russo - Fondazione Bruno Visentini

Box tematici:

Luigi Bertinato, ISS - Istituto Superiore di Sanità

Lucio Bertini, CNVVF, Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

Alessandra Burgio, ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica

Carla Collicelli, ASVIS – Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile

Luigi Diaferio, CNVVF - Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

Marcello Garzia, FASI - Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa

Giuseppe Marabotto, FASDAC – Fondo Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali

Roberto Messina, Senior Italia FederAnziani

Antonio Russo, ACLI - Associazioni Italiane Lavoratori Italiane

Chiara Spinato, HCI - Health City Institute

7. Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione:

Mariaflavia Cascelli, ASVIS – Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile

Roberta Cialesi, ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica

Marcello Cuomo, AGENAS – Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali

Marina Davoli, DEP – Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Lazio

Katia De Luca, LegaCoop Italia

Giorgia Duranti, AGENAS – Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali

Francesco Gabbrielli, ISS - Istituto Superiore di Sanità

Roberta Gazzarata, HL7 - Health Level 7 Italia

Mauro Lusetti, LegaCoop Italia

Eleonora Mazzoni, i-Com – Istituto per la Competitività

Maria Cristina Pisani, CNG - Consiglio Nazionale Giovani

Giovani Maurizio Pozzi, SaniCoop Italia

Francesca Sica, FASI - Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa

Alessandro Solipaca, ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica

Silvia Surricchio, FASI - Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa

8. Bibliografia

- Aboutpharma. (2018, Ottobre 12). Il telehealth: benefici del supporto a distanza. Tratto da Aboutpharma: <https://www.aboutpharma.com/senza-categoria/il-telehealth-benefici-del-supporto-a-distanza/>
- Agenas. (2022, Novembre 21). Piattaforma di telemedicina e FSE. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2090-piattaforma-telemedicina-fse#:~:text=Lo%20sviluppo%20della%20piattaforma%20nazionale,qualit%C3%A0%20delle%20cure%20di%20prossimit%C3%A0>
- Anselmi, L. (2014). Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni. Torino: Giappichelli.
- ASvIS. (s.d.). Sviluppo sostenibile. Tratto da ASvIS: <https://asvis.it/sviluppo-sostenibile>
- Bambra, C. (2016). Health Divides: Where You Live Can Kill You. Policy Press.
- Camera dei Deputati. (2022, Giugno 07). Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Tratto da Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare: <https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>
- Cardano, M., Giarelli, G., & Vicarelli, G. (2020). Sociologia della salute e della medicina. Il Mulino.
- Carusi, D. (2021). Programma operativo Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza. Tratto da Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza: <https://www.osservatoriosalute.it/l-osservatorio>
- Carusi, D. (2022, Ottobre). Stewardship come modello di governance per la resilienza trasformativa. SALUTE GLOBALE E DETERMINANTI SOCIALI, AMBIENTALI, ECONOMICI. Quaderno ASvIS Goal 3. Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da COVID-19.
- Carusi, D., & Monti, L. (2022, Dicembre 16). La buona sanità: oltre il PNRR. L'Economia del Corriere della Sera, p. 20.
- CENSIS. (2019, Giugno 13). Sanità: 19,6 milioni di italiani costretti a pagare di tasca propria per ottenere prestazioni essenziali prescritte dal medico. Tratto da CENSIS: <https://www.censis.it/welfare-e-salute/sanit%C3%A0-196-milioni-di-italiani-costretti-pagare-di-tasca-propria-ottenere>
- Centro Studi Nebo. (2021). Rapporto MEV(i): mortalità evitabile.
- Collicelli, C. (2022, Novembre 23). L'Italia e il Goal 3: ripensare il modello di welfare e di Servizio sanitario. Tratto da ASvIS: <https://asvis.it/notizie-sull-alleanza/19-13911/litalia-e-il-goal-3-ripensare-il-modello-di-welfare-e-di-servizio-sanitario>
- Commissione europea. (2021). Recovery plan for Europe. Tratto da European Commission: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_en
- Commissione Europea. (2022, Novembre 28). The Megatrends Hub. Tratto da Commissione Europea: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/foresight/tool/megatrends-hub_en
- Commissione, e., Consiglio, d., & Parlamento, e. (2017, Aprile 26). Pilastro europeo dei diritti sociali. Tratto da https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_it.pdf
- Corte dei Conti. (2022, Marzo 29). Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Tratto da <https://www.corteconti.it/Download?id=ece03c3a-0a39-449a-8d19-3105b75ded32>
- D. Sachs, J., Lafortune, G., Kroll, C., Fuller, G., & Woelm, F. (2022). Sustainable Development report 2022. From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond. Cambridge: Cambridge University Press.

Darby, C., Valentine, N., Murray, C., & de Silva, A. (s.d.). World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. EIP/GPE/FAR World Health Organization, GPE Discussion Paper Series (No. 23).

Gabanelli, M., & Ravizza, S. (2023). Sanità: liste d'attesa per visite ed esami: ecco perché sono sempre più lunghe. Corriere della Sera.

Gallup. (2022). State of the Global Workplace: 2022 Report. Gallup.

Iacono, N. (2022, Aprile 29). Competenze digitali, l'Italia comincia a migliorare: i dati Eurostat. Tratto da Agenda Digitale: <https://iforgot.apple.com/password/verify/appleid?returnUrl=https%3A%2F%2Fwww.icloud.com%2F>

ISPRA, & Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente. (2022). Le emissioni di gas serra in Italia alla fine del secondo periodo del Protocollo di Kyoto: obiettivi di riduzione e di efficienza energetica. Roma: ISPRA.

Istat. (2011). Cities & Functional urban areas. Tratto da Istat: <https://www.istat.it/it/informazioni-territoriali-e-cartografiche/cities-and-functional-urban-areas>

Istat. (2022). Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia 2021. Roma: Istat.

Istituto Superiore di Sanità. (2013, maggio 1). Qualità della vita e salute. Tratto da Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/approfondimentoGiorniSalute>

Istituto Superiore di Sanità. (2020). attività di preparedness nell'ambito della risposta alla pandemia COVID - 19 in Italia: esempi nelle attività dell' ISS. Roma.

Istituto Superiore di Sanità. (2022, Febbraio 3). Gli screening oncologici e l'impatto della pandemia: i dati dalla sorveglianza PASSI. Tratto da Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/passi/focus/screening-oncologici-impatto-pandemia-dati-passi-2020>

Istituto Superiore di Sanità. (2022, Settembre 26). One Health. Tratto da Istituto Superiore di Sanità: <https://www.iss.it/one-health>

Leigh-Hunt N, B. D. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health.

Maciocco, G. (2009, Gennaio 25). I determinanti della salute. Una nuova, originale cornice concettuale. Tratto da Salute Internazionale: <https://www.saluteinternazionale.info/2009/01/i-determinanti-della-salute-una-nuova-originale-cornice-concettuale/>

Manca, A. R., Benczur, P., & Giovannini, E. (2017). Building a Scientific Narrative Towards a More Resilient EU Society Part 1: a Conceptual Framework. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Metodo di smorzamento esponenziale (SE). (s.d.). Tratto da <http://users.dma.unipi.it/~flandoli/StatlmetodoSET.pdf>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (s.d.). Attuazione Interventi PNRR. Tratto da <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Attuazione-Interventi-PNRR/Pagine/default.aspx>

Ministero della Salute. (2016, Settembre 15). Piano Nazionale della Cronicità. Tratto da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

Ministero della Salute. (2019, Luglio 10). Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioContenutiListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=5235&area=listeAttesa&menu=vuoto>

Ministero della Salute. (2019, Marzo 7). Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioContenutiListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=5140&area=listeAttesa&menu=vuoto>

- Ministero della Salute. (2021, Ottobre). 2° Reporting System - Anagrafe Fondi Sanitari . Tratto da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3215_allegato.pdf
- Ministero della Salute. (2021, ottobre 06). Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica. Tratto da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3125
- Ministero della Salute. (2022, Novembre 16). Antibiotico-resistenza nel settore umano. Tratto da Ministero della Salute: [dettaglioContenutiAntibioticoResistenza](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3125)
- Ministero della Salute. (2022, Novembre 2). Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali. Tratto da Ministero della Salute: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg>
- Ministero della Transizione Ecologica. (s.d.). Missione 2 (M2) Rivoluzione verde e transizione ecologica. Tratto da <https://www.mite.gov.it/pagina/missione-2-m2-rivoluzione-verde-e-transizione-ecologica>
- Mirzoev, T., & Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMG Global Health*.
- Monti, L. (2021). I fondi europei. Guida al NextGenerationEU e al QFP - Quadro finanziario pluriennale 2021-2027. Roma: Luiss .
- Osservatorio Nazionale Screening (ONS). (2020). Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020 . Roma: Osservatorio Nazionale Screening (ONS).
- Pani, L. (2014, gennaio 21). Il diritto alle cure per tutti: una sfida per l'intero Sistema Sanitario Nazionale. Tratto da AIFA: <https://www.aifa.gov.it/-/il-diritto-alle-cure-per-tutti-una-sfida-per-l-intero-sistema-sanitario-nazionale>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. (s.d.). PNRR: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo. Tratto da <https://www.governo.it/it/approfondimento/digitalizzazione-innovazione-competitivita-e-cultura/16701>
- Santoro, E. (s.d.). Digital Health. Tratto da Osservatorio Terapie Avanzate: <https://www.osservatorioterapieavanzate.it/innovazioni-tecnologiche/digital-health>
- UNHCR. (2020, Dicembre 22). UNHCR COVID-19 Preparedness and Response. Tratto da UNHCR: <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Global%20COVID-19%20Emergency%20Response%2022%20December%202020.pdf>
- WHO, W. (s.d.). Health literacy. Tratto da World Health Organization: <https://www.who.int/europe/teams/behavioural-and-cultural-insights/health-literacy#:~:text=Health%20literacy%20empowers%20people%20to,personal%20lifestyles%20and%20living%20conditions.>
- WHO, W. H. (2020, Aprile 17). Preparedness, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) for refugees and migrants in non-camp settings. Tratto da World Health Organization: [https://www.who.int/publications/i/item/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings](https://www.who.int/publications/i/item/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-(covid-19)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings)
- WMO, W. M. (2021). Climate Indicators and Sustainable Development. Demonstrating the Interconnections. Tratto da World Meteorological Organization (WMO): https://library.wmo.int/?lvl=notice_display&id=21953#.Y-491OzMITU
- Zanella, R. (2011). Manuale di economia sanitaria. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Finito di stampare
nel mese di maggio 2023
presso **Editron srl** - Roma

Progetto grafico e impaginazione
KNOWLEDGE for **B**USINESS



Fondazione
Bruno
Visentini

Orientarsi nella trasformazione 2022 è il primo Rapporto annuale dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini.

Presentato in Luiss Guido Carli il 22 febbraio 2023, il Rapporto si sviluppa attorno alla misurazione dell'**Indice di Vicinanza della salute**.

Il nuovo concetto di "Vicinanza", elaborato a seguito delle attività di analisi e ricerca condotte dall'Osservatorio, è definito come la relazione nello spazio e nel tempo che sussiste tra la persona, la disponibilità del bene salute e la possibilità e capacità di fruirne.

I risultati della misurazione esposti nel Rapporto riflettono un periodo storico-sociale drasticamente mutato ed in continua evoluzione, caratterizzato da shock sindemici che hanno dimostrato quanto sia necessario lo sviluppo di sistemi produttivi ed economici solidi, sostenibili e resilienti; nonché di sistemi sanitari e di welfare incentrati su un approccio **One Health** in grado di offrire la miglior preparazione possibile al verificarsi di eventi avversi.

In linea con il principio di sinergia di pensiero e lavoro di attori e settori diversi della società, la redazione del Report vede anche il contributo attivo di vari istituti ed enti, che collaborano a delineare delle *best practice* per l'implementazione di un nuovo trasferimento culturale nel sistema salute.

Il Rapporto si presenta come strumento di orientamento e indirizzo per tale trasformazione, grazie alla ricerca e allo studio di dati disponibili e reperiti da fonti attendibili e pubblicamente accessibili, interpretati e rielaborati attraverso una nuova prospettiva e con un criterio di aggregazione utile per la traduzione pratica da parte del decisore per l'elaborazione di *policy* efficaci.



ISBN 979-12-210-3031-0



9 791221 030310