



Fondazione
Bruno
Visentini

La *quasi* terza età: salute e benessere nella popolazione over 65



Osservatorio
Salute
Benessere
e Resilienza



1° Rapporto over 65
2024

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



Curatore del Rapporto

Duilio Carusi – Fondazione Bruno Visentini, Adjunct Professor Luiss Business School

Team di ricerca

Camilla Russo – Fondazione Bruno Visentini (Capitoli 3 e 7)

Valerio Martinelli – Fondazione Bruno Visentini (Capitolo 4)

Francesca Furriolu – Fondazione Bruno Visentini

Claudia Cioffi – Fondazione Bruno Visentini

Giulio Vannini – Fondazione Bruno Visentini

Comitato scientifico Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Duilio Carusi – Coordinatore dell'Osservatorio

Simona Camerano – Responsabile dell'Area Scenari Economici e Strategie Settoriali, Cassa Depositi e Prestiti

Daniele Damele – Presidente, FASI

Francesco Gabbrielli – Direttore, Centro Nazionale Telemedicina Istituto Superiore di Sanità

Giuseppe Marabotto – Direttore Generale, FASDAC

Fabio Marchetti – Fondazione Bruno Visentini

Luciano Monti – Fondazione Bruno Visentini

Sommario

INTRODUZIONE	5
1. L'OSSERVATORIO SALUTE BENESSERE E RESILIENZA	6
1.1. Perché un Osservatorio Salute Benessere e Resilienza	6
2. I PRINCIPI ISPIRATORI	8
2.1. Gli approcci One health e Health in all policies	8
2.2. <i>Stewardship</i> come modello di governance	9
2.3. Partnership in sanità	10
2.4. I determinanti della salute	11
3. CONTESTO SOCIO-SANITARIO.....	13
4. L'EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	18
5. L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE OVER 65	25
5.1. Strumenti per la misurazione di fenomeni complessi	25
5.2. Il concetto di Vicinanza della Salute	25
5.3. L'Indice composito	26
5.4. Metodologia e Fonti	27
5.4.1. L'imputazione dei dati mancanti	28
5.4.2. Il metodo di normalizzazione delle serie storiche	29
5.4.3. Il metodo di ponderazione dell'Indice	29
5.5. La tassonomia dell'Indice	30
5.5.1. I Domini della Tassonomia e le Missioni del PNRR	31
6. ANALISI – RISULTATI DELL'INDAGINE	32
6.1. L'andamento dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute over 65	32
6.2. L'andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali	34
6.2.1. Condizione di salute	36
6.2.2. Literacy	38
6.2.3. Stile di vita	40
6.2.4. Mental Health	42
6.2.5. Cronicità	44
6.2.6. Isolamento	46
6.2.7. Coesione sociale	48
6.2.8. Fragilità economica	50
6.2.9. Autosufficienza	52

6.3.	L'andamento del Contesto Sistema organizzativo	55
6.3.1.	Prevenzione	56
6.3.2.	Assistenza	58
6.3.3.	Mortalità evitabile	60
6.3.4.	Disponibilità di servizi	62
6.3.5.	Responsiveness	64
6.3.6.	Welfare integrativo	66
6.3.7.	Sostenibilità	67
6.3.8.	Omogeneità territoriale	69
	Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea	70
6.3.9.	Rinuncia a prestazioni sanitarie	70
6.4.	L'andamento del Contesto Luoghi di vita e ambiente	72
6.4.1.	Abitazione	74
6.4.2.	Urban health	75
6.4.3.	Emissioni inquinanti	77
6.4.4.	Antibiotico-resistenza	79
6.4.5.	Eventi meteoclimatici	81
6.4.6.	Ecoansia	82
7.	DIGITALIZZAZIONE.....	85
7.1.	Digital Health	87
7.2.	Literacy e competenze digitali	89
7.3.	Invecchiamento e competenze	91
8.	CONCLUSIONI.....	93
	BIBLIOGRAFIA.....	95

Introduzione

Negli ultimi decenni, la popolazione over 65 ha subito trasformazioni significative nelle sue caratteristiche non solo demografiche, ma anche economico-sociali, ridefinendo così il concetto stesso di "terza età": è da questo radicale mutamento in atto che nasce il titolo del seguente Rapporto "La *quasi* terza età: salute e benessere della popolazione over 65".

Le attività di ricerca condotte hanno l'obiettivo di esaminare in profondità gli aspetti peculiari di questa fascia di popolazione, con l'obiettivo di fornire una panoramica completa e aggiornata sulla salute e il benessere della popolazione over 65. Analizzando, ad esempio, i fattori di fragilità che rendono gli anziani più vulnerabili, la prevalenza di condizioni croniche e le disuguaglianze che possono influenzare la qualità della vita in età avanzata; lo studio intende indirizzare le politiche pubbliche a promuovere specifiche strategie e misure necessarie per supportare questa fascia di popolazione, ormai sempre più ampia, promuovendo un invecchiamento attivo e in buona salute.

In Italia, infatti, l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno particolarmente rilevante: attualmente, gli over 65 costituiscono il 24,1% della popolazione totale¹, una percentuale destinata a salire al 35% entro il 2050².

Questo cambiamento demografico non solo evidenzia la necessità di affrontare le sfide associate all'invecchiamento, ma sottolinea anche le opportunità e le risorse che una popolazione over 65 dinamica e attiva può offrire. Gli over 65 di oggi si differenziano notevolmente da quelli di qualche decennio fa, tanto che si può parlare di una nuova e inedita generazione di *quasi anziani*. Questi individui sono più propensi a mantenere uno stile di vita attivo, partecipando a attività sociali, culturali e sportive, e spesso continuano a contribuire in maniera significativa alla società, assumendo dunque una **nuova prospettiva sociale**.

La consapevolezza che gli over 65 rappresentino una componente significativa e in crescita della nostra società deve aiutare a riflettere su come meglio integrare e valorizzare tale risorsa. Solo attraverso una profonda comprensione delle loro esigenze e potenzialità si possono sviluppare interventi efficaci per migliorare la qualità di vita e garantire un futuro sostenibile per tutte le generazioni.

¹ (ISTAT, 2023)

² Ibid

1. L'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

1.1. Perché un Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva, ma radicale, trasformazione sociale e sistemica che ha investito tutti gli ambiti e gli attori della società e che, quindi, non può essere relegata alla sola sfera sanitaria.

Diversi fattori hanno inoltre alimentato e accelerato tale trasformazione, configurando quella che viene definita una *sindemia*³: dapprima la crisi pandemica ha inciso profondamente sulla società, ricalibrando la vita delle persone e il modo di concettualizzare tutto il sistema salute.

Successivamente, l'attuale conflitto russo-ucraino ha innescato un ulteriore shock internazionale, con incisive ricadute sulle catene di approvvigionamento, avviando processi di crescente difficoltà nella fornitura di materie prime alimentari e di energia, in maniera diretta per tutti i paesi del blocco euro-asiatico ed indirettamente per il resto del mondo^{4 5 6 7}.

Queste profonde evoluzioni e rivoluzioni del contesto sociale e sanitario a livello internazionale e globale, non hanno mancato di produrre il loro impatto nel contesto nazionale nostrano, amplificando la portata della trasformazione sistemica su più piani già attivi. Al fine di intercettare le dinamiche e la portata della trasformazione in corso in Italia, la **Fondazione Bruno Visentini** ha istituito nel 2021 un **Osservatorio Salute Benessere e Resilienza** al quale ha affidato lo sviluppo di un nuovo strumento di misurazione sintetico dell'impatto sulla salute che fosse innovativo e che integrasse alla ricerca in ambito sanitario anche quella in ambito sociale ed economico.

Dunque, l'Osservatorio ha tra i suoi mandati quello di intercettare e descrivere i connotati di un sistema salute in trasformazione 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 la strategia politica *Health in all Policies* e gli obiettivi pianificati nel più ampio framework dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e del PNRR - *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*.

L'esigenza di sostenere e implementare tale approccio trasversale e multilivello nasce, inoltre, dallo sviluppo di 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: 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 storico di forte cambiamento, in primis sotto il profilo geopolitico, si vedano i conflitti internazionali in atto, oltre che 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.

Simile 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 pubblico, primo attore che deve prendere contezza di uno spettro di studio ed intervento ampliato e interdipendente.

³ (Horton, 2020)

⁴ (Food and Agriculture Organization , 2023)

⁵ (World Food Programme, 2022)

⁶ (Food Security Information Network, 2023)

⁷ (European Council, 2023)

Il lavoro dell'Osservatorio si inserisce nel contesto odierno 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 alla 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, l'attività 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'intento 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 Paese⁸. 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 internazionale⁹.

In linea con l'attività di ricerca diretta, l'Osservatorio promuove una collana di Simposi sulla Vicinanza della salute. Tali simposi si strutturano come una serie di incontri concepiti per approfondire i temi di maggiore impatto su quei meccanismi e fenomeni che sono in grado di portare la salute più vicina al cittadino. Si intendono dunque affrontare temi e dinamiche che risentono profondamente del contesto odierno, caratterizzato da profonde trasformazioni politiche, sociali, ambientali ed economiche, non solo nazionali ma mondiali.

Nel corso dell'annualità 2023 sono stati svolti i seguenti incontri:

- il primo Simposio - **One Health e Vicinanza intergenerazionale** – ha dato l'avvio di questo ciclo di incontri. Il tema centrale è stato dedicato all'inserimento delle tematiche ambientali e intergenerazionali nell'impianto normativo Costituzionale ed allo sviluppo dell'approccio **One Health**. Il tema della One Health e delle sue evoluzioni, come ad esempio la **planetary health**, è stato declinato in funzione dell'impatto che la tutela dei luoghi di vita ha sulla salute umana e sulla vicinanza del bene salute alla persona. La componente della **intergenerazionalità** è stata declinata come sostegno infrastrutturale di medio e lungo periodo, visto come condizione abilitante per sviluppo occupazionale, professionale e industriale per le giovani generazioni del Paese;
- il secondo Simposio - **Presentazione dei risultati della 1° Survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato** – ha permesso di far emergere fenomeni cruciali in atto e, di conseguenza, di individuare ambiti di intervento prioritario per il corretto sviluppo della telemedicina nei prossimi anni;
- il terzo Simposio - **Tessuto connettivo della salute: nuove forme di Vicinanza** – ha voluto volgere l'attenzione verso l'evoluzione dei bisogni di salute individuale e collettiva, su nuove forme di assistenza e sugli strumenti che si candidano ad intercettare questi bisogni che si stanno affacciando sul panorama della salute. Si è posto l'accento su nuove forme di coesione e interconnessione, sullo sviluppo della sussidiarietà orizzontale e sull'ibridazione in corso di soggetti tipicamente al di fuori del perimetro del sistema salute. Quest'ultimi, in verità, stanno diventando "attori della salute" come conseguenza sia della nuova visione della salute in

⁸ (Carusi, D., 2021)

⁹ (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

epoca post pandemica e sia delle nuove tecnologie disponibili, che abilitano forme di partnership e di integrazione delle competenze finora inedite.

2. I principi ispiratori

L'attività di ricerca e di orientamento di policy dell'Osservatorio si basano su principi ispiratori imprescindibili per lo sviluppo di un sistema salute resiliente e interconnesso, che si strutturi sull'operato di diversi attori e sull'utilizzo di varie risorse integrati tra loro.

2.1. Gli approcci One health e Health in all policies

L'Istituto Superiore di Sanità individua la **One Health** come “*un approccio ideale per raggiungere la salute globale perché affronta i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge*”¹⁰. In questo senso risulta chiaro sia l'attualità dell'approccio One Health in correlazione a una pandemia di origine zoonotica, sia come si debba ampliare il quadro interpretativo della salute anche a fenomeni non direttamente legati al bisogno sanitario, ma correlati ad uno spettro più ampio di determinanti sociali, culturali ed economici¹¹.

Inscindibile da questa lettura risulta pertanto la promozione della salute in tutte le politiche, propria della visione **Health in all policies** (HiAP) che esce dai confini canonici dell'intervento sanitario, ponendo la salute come condizione abilitante per il corretto sviluppo della vita umana sotto il profilo individuale, sociale e produttivo. Questo status della salute come condizione abilitante di tutte le altre funzioni e attività umane è risultato particolarmente evidente quando gli interventi di mitigazione e contrasto alla diffusione virale durante la pandemia da Covid-19 hanno paralizzato il sistema sociale e produttivo globale, sovvertito i normali cicli di vita e delle relazioni umane, interrotto le catene di approvvigionamento dei principali beni e servizi a livello planetario, costringendo buona parte dell'umanità a una riprogettazione della propria organizzazione sociale ed economica^{12 13 14}.

Si ritrova un caso di chiara applicazione dei principi della strategia *HiAP* e dell'approccio olistico *One Health* per il sistema salute nel sistema di analisi e osservazione per lo sviluppo e il raggiungimento degli *SDGs* elaborato dalle Nazioni Unite: nel *Sustainable Development Report 2022, From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond*¹⁵, il settimo rapporto sullo sviluppo sostenibile, viene esaminata 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 popolazioni¹⁶.

Un esempio immediato dell'importanza di un approccio che interpreti la salute in tutte le politiche è fornita all'interno del rapporto “*Climate Indicators and Sustainable Development - Demonstrating the Interconnections*” del World Meteorological Organization¹⁷ delle Nazioni Unite in cui si evidenzia come dallo studio dei principali fenomeni del cambiamento climatico, emergano una serie

¹⁰ (Istituto Superiore di Sanità, 2022)

¹¹ (World Health Organization; UNICEF, 1978)

¹² (Forman & Mossialos, 2021)

¹³ (Commissione Europea, 2023)

¹⁴ (International Labour Organization, 2023)

¹⁵ (D. Sachs, Lafortune, Kroll, Fuller, & Woelm, 2022)

¹⁶ (World Meteorological Organization, 2021)

¹⁷ Ibid

di interconnessioni, nessi di causalità, interrelazioni che impattano contemporaneamente sulla capacità di raggiungimento una molteplicità di obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU.

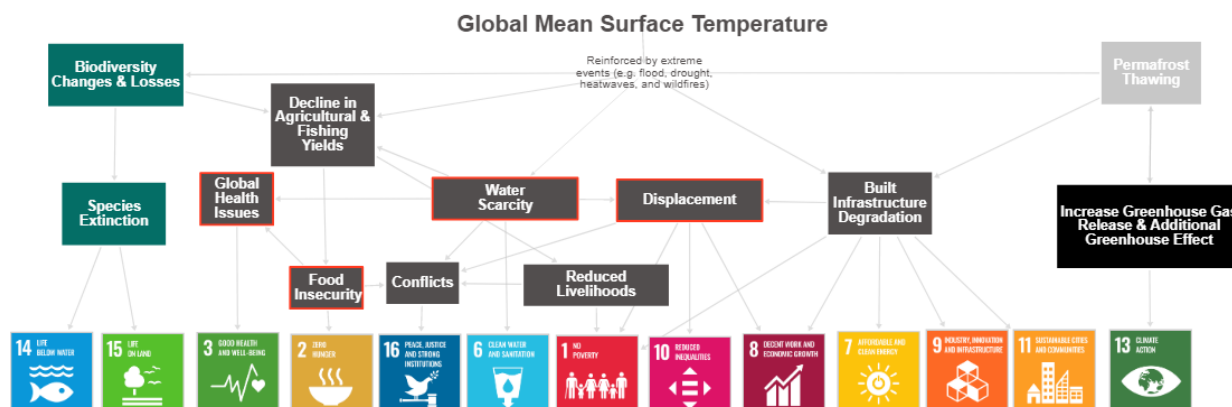


Figura 1 Onu - Climate Indicators and Sustainable Development. Demonstrating the Interconnections.

Dalla figura si evince, ad esempio, come il fenomeno dell'aumento della temperatura media della superficie terrestre, comportando un impatto sulla biodiversità, le colture e gli allevamenti, produca problematiche di approvvigionamento alimentare. Di conseguenza, si assiste a un calo della sopravvivenza e dell'aspettativa di vita di alcune popolazioni che, per reazione all'inasprirsi delle proprie condizioni di vita, generano flussi migratori e/o conflitti, alimentando ulteriormente problematiche sanitarie sia dal punto di vista di fenomeni endemici, sia dal punto di vista della diffusione di malattie connesse ai flussi migratori. Questa semplice digressione aiuta la comprensione della necessità di un approccio integrato al tema della salute, che non si limiti ai soli aspetti sanitari per definire il perimetro dell'analisi e dell'azione, includendo invece necessariamente componenti ambientali, sociali, relazionali ed economiche.

2.2. Stewardship come modello di governance¹⁸

L'implementazione dell'approccio *One Health*, declinato secondo la strategia *HiAP*, deve ambire ad una strategia di governance sanitaria partecipativa ed inclusiva, superando il tradizionale approccio "a silos" che ancora connota la maggior parte degli aspetti programmatori e gestionali in sanità.

Il modello individuato è quello della **Stewardship**^{19 20}, che presuppone una strategia di governance sanitaria partecipativa e proposta con forza dall'WHO²¹, nella quale il ruolo di steward può essere assunto a livelli diversi dalle autorità sanitarie centrali e anche locali: al fine di eliminare doppi standard e promuovere la fiducia nel governo, di rendere trasparente l'allocazione delle risorse e i sistemi incentivanti, monitorare adeguatamente la performance del sistema sanitario e sostenere tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere della popolazione.

Dal punto di vista sistemico, il combinato disposto di questi approcci, modelli e strategie diviene allora il presupposto fondamentale, per poter rendere il Paese capace di affrontare le molteplici sfide sanitarie, di sicurezza e climatiche.

Dal punto di vista individuale, risulta invece tema imprescindibile e centrale, lo sviluppo dei fattori abilitanti la fruizione della salute, a partire dal potenziamento della *literacy* di base e quindi l'acquisizione di nuove competenze per tutti: professionisti, decisori pubblici e cittadini.

¹⁸ (Carusi, D., 2022)

¹⁹ (Neelesh Kapoor, 2014)

²⁰ (Derick W. Brinkerhoff, Harry E. Cross, Suneeta Sharma, Taylor Williamson, 2019)

²¹ (World Health Organization, 2000)

La pandemia, in particolare, con il sovraccarico di stress con il quale ha assediato il nostro sistema sanitario ha evidenziato quanto un approccio basato su paradigmi organizzativi tradizionali e tipicamente “a silos”, mal si conciliano con l’ormai acclamata e necessaria visione olistica *One Health* e con la menzionata strategia *Health in All Policies* sostenuta dal WHO, che contemplano l’adozione di nuove forme di integrazione e l’ibridazione di vari meccanismi e settori della società.

La promozione di un modello di sviluppo multidimensionale e sostenibile, basato su rapporti di collaborazione tra stakeholder e settori diversi (da quello ambientale a quello sociale ed economico) è alla base dell’Agenda 2030 per gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) delle Nazioni Unite, nonché delle politiche di coesione e ripresa europee e dei conseguenti Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza.

Passo decisivo per l’avanzamento di questo processo è definire una strategia di governo che persegua delle politiche coerenti e coese tra tutti i settori e ambiti della società e che quindi non consideri la tutela della salute delle persone come di unica competenza delle politiche sanitarie.

La strategia *HiAP* e l’approccio *One Health*, che sono entrati attivamente a far parte dell’Agenda istituzionale nazionale e internazionale, hanno proprio l’obiettivo di massimizzare i benefici per la salute delle persone, sostenendo azioni di intervento e collaborazione intersettoriali.

"Tutti i popoli hanno diritto ad accedere al migliore stato di salute possibile, intendendosi con salute uno stato di completo benessere fisico, mentale e social e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità": la definizione di salute più diffusa ed accettata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) meglio di altre sintetizza la totalità dell’essenza umana e dell’interdipendenza tra le sue componenti: biologica, psichica, sociale²².

Con salute, dunque, 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, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni, ma soprattutto evolvere con l’ambiente, adattarsi ad esso e superare eventuali crisi.

Il concetto di salute può, quindi, essere declinato in almeno quattro dimensioni:

1. Una dimensione propriamente medica: salute come assenza di malattia.
2. Un’accezione sociale: salute come possibilità di svolgere un ruolo sociale.
3. Una visione idealistica: salute come pieno benessere fisico, psichico e sociale.
4. Un’accezione umanistica: salute come capacità di adattarsi positivamente alle situazioni problematiche della vita²³

2.3. 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 pubblico²⁴.

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.

²² (World Health Organization, 1948)

²³ (Zanella, 2011)

²⁴ (Anselmi, 2014)

Possono essere numerosi i vantaggi nello sviluppo di una Partnership Pubblico-Privato: in primis per quanto concerne le risorse finanziarie, le organizzazioni private possono sicuramente contribuire con investimenti significativi, riducendo il carico finanziario sul settore pubblico. In aggiunta, si potrebbe sicuramente raggiungere una maggiore flessibilità nel rispondere alle esigenze del mercato e alle mutevoli esigenze sanitarie, consentendo un adattamento più rapido alle nuove sfide.

Non solo, il settore privato può facilitare l'introduzione a nuove tecnologie e pratiche mediche innovative, migliorando la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari.

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, con una migliore responsiveness per i cittadini ed efficienza operativa.

Di fatto, considerando le numerose trasformazioni politiche, storiche e sociali a cui è stato soggetto il sistema sanitario, come 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).

2.4. I determinanti della salute

La salute è strettamente connessa alla **qualità della vita**, che si identifica con il livello di benessere individuale in relazione al contesto socioculturale e ambientale circostante e che privilegia le percezioni soggettive.

La salute e il benessere sono caratterizzati e influenzati da vari fenomeni che operano su diversi livelli e che interagiscono tra di loro: i cosiddetti **determinanti della salute**^{25 26}. I determinanti possono essere divisi in varie categorie che si distribuiscono in una serie di cerchi concentrici con un grado maggiore di influenza sull'individuo, quest'ultimo rimane al centro con le sue caratteristiche biologiche e che rappresentano i determinanti immutabili (il sesso, l'età, il patrimonio genetico)²⁷. I determinanti modificabili, invece, sono quelli soggetti a correzioni e trasformazioni, come: gli stili di vita individuali, le reti sociali, l'ambiente, la qualità di vita e di lavoro, il contesto politico, economico e culturale.

²⁵ (Whitehead & Dahlgren, 1991)

²⁶ (Marmot, Friel, & Bell, 2008)

²⁷ (Maciocco, 2009)

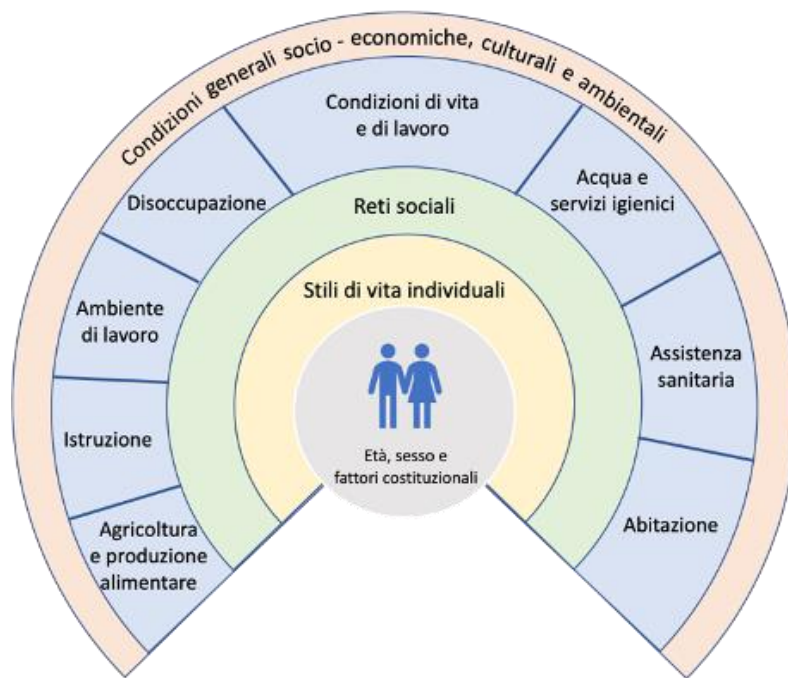


Figura 2 - I determinanti della salute

Dunque, l'analisi dei determinanti della salute si dimostra fondamentale poiché investe aspetti chiave delle condizioni e stili di vita e di lavoro delle persone e della loro rete sociale. Oltre a coprire lo studio delle implicazioni per la salute delle politiche economiche e sociali, nonché dei benefici che possono derivare dagli investimenti nelle politiche sanitarie.

Ad oggi diviene indispensabile tracciare un quadro di riferimento che tenga conto dei **determinanti della salute** inserendoli nel più ampio scenario definito dagli obiettivi strategici tracciati dall'Agenda 2030 e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nell'ottica di monitorare quanto e come il "bene salute" sia effettivamente fruibile e disponibile per le persone. Per ottenere una fotografia dello stato dell'arte risulta necessario raccogliere regolarmente dati sui fenomeni rilevanti del sistema salute e sui suoi determinanti, al fine di informare e influenzare il processo di decisione delle politiche pubbliche.

Si evince come lo stato di salute e benessere di una Paese non possa essere valutato solo tramite parametri di carattere economico – si pensi al più comune PIL – ma analizzando anche altri contesti di carattere sociale e ambientale e considerando, pertanto, anche misure di disuguaglianza e sostenibilità, sempre nell'ottica di rispettare il nuovo assetto dettato prima dalla strategia *HIAP* e poi dalla logica *One Health* e connaturato al PNRR²⁸.

Questi due approcci – *Health in all policies & One Health* – rappresentano i canoni di riferimento per gestire la **trasformazione culturale e sistemica** in atto, che vuole mirare a definire un nuovo assetto multilivello e multisettoriale che sottolinei il legame inscindibile tra gli ambiti sanitario, ambientale e climatico, al fine di promuovere e tutelare a 360° la salute delle persone²⁹.

Come già sostenuto dalla strategia *HiAP*, si deve riconoscere come la salute sia condizionata da una moltitudine di fattori che vanno al di là dell'assistenza sanitaria e, in molti casi, al di là della portata delle tradizionali attività di sanità pubblica. Questa visione si può concretizzare unicamente tramite l'adozione di una serie di azioni e decisioni coerenti e prioritarie che aiutino a evolvere rapidamente verso un sistema integrato e digitalizzato, che, a sua volta, necessita di un metodo di valutazione e di un meccanismo di monitoraggio altrettanto strutturato e metodologico.

²⁸ (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021)

²⁹ (World Health Organization, 2015)

3. Contesto socio-sanitario

La transizione demografica e l'invecchiamento della popolazione rappresentano una delle sfide principali per il nostro sistema salute e, di conseguenza, per il sistema sanitario. Questa transizione si caratterizza per un'inversione della piramide demografica, con un incremento significativo della popolazione anziana a discapito di quella più giovane. In Italia tale fenomeno è particolarmente evidente ed è il risultato di una combinazione di diverse variabili, tra cui: bassi tassi di natalità, aumento della speranza di vita e miglioramenti nelle condizioni di vita e di salute.

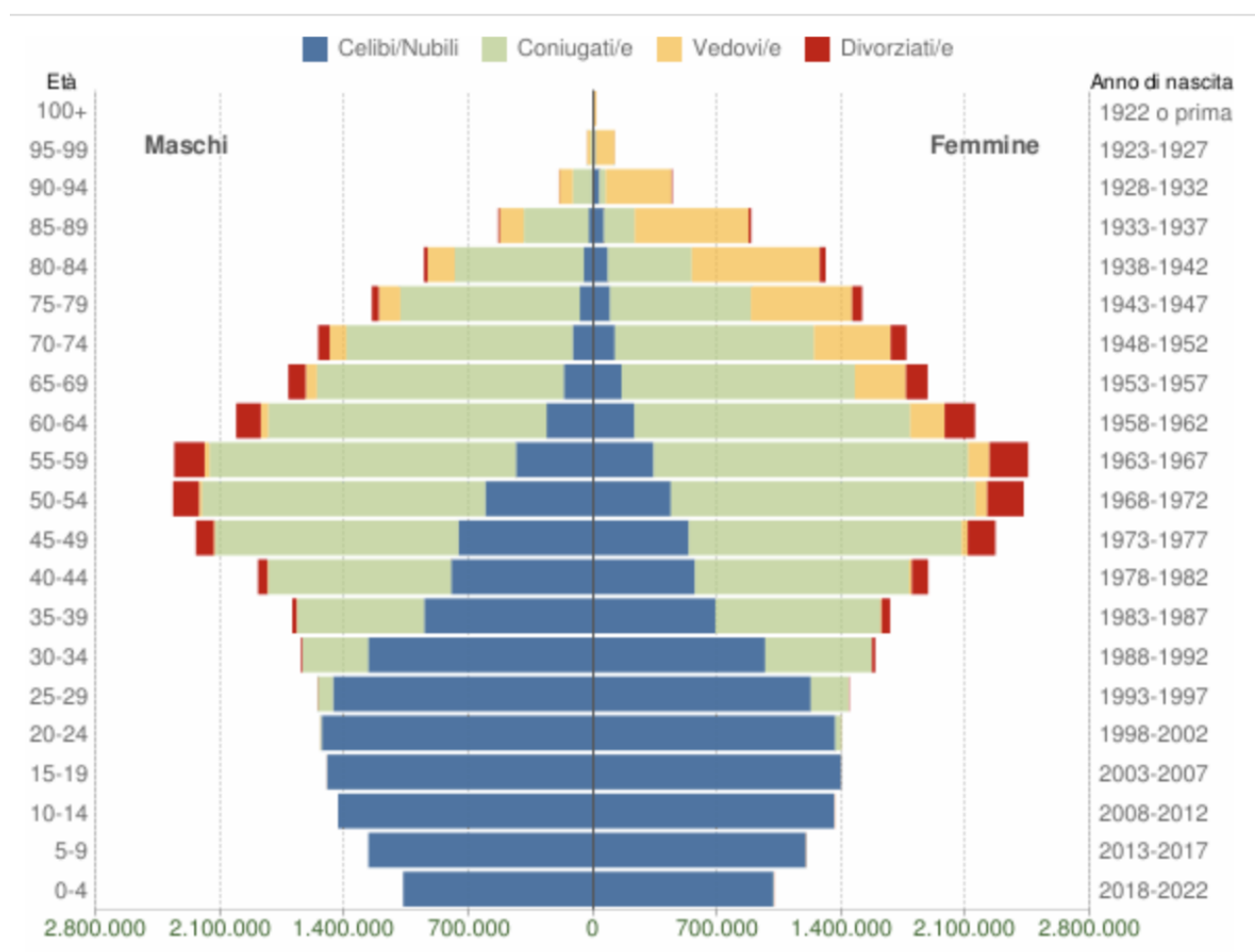


Figura 3 - Piramide della popolazione Italiana per età

La transizione demografica impone un ripensamento profondo del nostro sistema sociale ed economico che parta da un approccio integrato e multidisciplinare e che, quindi, tenga conto delle innovazioni organizzative, tecnologiche, farmacologiche, dell'incidenza della silver economy e dell'importanza dell'invecchiamento attivo, oltre che delle mutate aspettative relativamente al livello di benessere individuale della "terza età".

Per delineare un quadro di riferimento si possono prendere alcuni dati riportati da uno studio di Confindustria³⁰, che mostra, ad esempio, come gli over 65 rispetto agli under 35 si caratterizzino per:

- un consumo pro-capite medio annuo più elevato, 15,7mila euro contro i 12,5mila euro dei più giovani;
- un reddito medio più alto, 20mila euro a fronte di 16mila;
- una maggiore ricchezza reale pro-capite, 232mila euro versus 110mila;

³⁰ (Rodà & Sica, 2020)

- un'incidenza della povertà inferiore della metà rispetto agli under 35 (13% vs 30%);
- una solidità finanziaria superiore, con 1 anziano su 10 indebitato a fronte di quasi 1 su 3 tra gli under 40.

La silver economy rappresenta una risposta concreta del mercato al mutamento sociale ed economico contemporaneo, offrendo prodotti, servizi e tecnologie mirati alle esigenze degli anziani. Questo settore in crescita abbraccia diverse aree, dall'assistenza sanitaria all'abitare, dal turismo alla tecnologia, e gioca un ruolo importante nell'innovazione dei modelli di cura e nell'inclusione sociale degli anziani.

Se da sempre tutti gli aspetti legati all'invecchiamento della popolazione sono tradizionalmente trattati dal lato dei costi, assumendo implicitamente che il fenomeno si configuri come un peso per la collettività, si può invece operare un cambio di prospettiva, valorizzando l'opportunità di creare ed investire in nuove soluzioni che migliorino la qualità della vita degli anziani e contribuiscano al benessere della società nel suo complesso.

L'aumento della speranza di vita non sempre coincide però con un aumento degli anni di vita in buona salute; molte persone vivono più a lungo nonostante la presenza di una o più malattie croniche.

I dati Eurostat mostrano come il nostro Paese si caratterizzi per avere una popolazione mediamente molto longeva: nel 2022 l'aspettativa di vita è di circa 83 anni, mentre ci si aspetta si possa vivere senza complicazioni croniche o problemi di salute fino a 68 anni³¹.

La transizione demografica condiziona direttamente la maggiore incidenza delle malattie non trasmissibili (NCDs) o più precisamente delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), essendo queste malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, come anche disturbi muscoloscheletrici, tumori ecc. Di fatto, l'invecchiamento della popolazione comporta inevitabilmente un aumento di persone inclini a sviluppare simili condizioni critiche tipicamente associate all'età.³²

In aggiunta, fenomeni come l'urbanizzazione, oltre che la globalizzazione, la rivoluzione tecnologica e il cambiamento climatico hanno condotto a profondi cambiamenti sociali e culturali che hanno inciso profondamente sullo stile di vita della popolazione e, quindi, hanno contribuito all'aumento delle NCDs; si pensi ai fattori di rischio modificabili legati alle diete inadeguate, all'inattività fisica, al consumo di tabacco e alcol.

In questo scenario critico, l'active ageing - o invecchiamento attivo - diviene uno strumento chiave: essendo quel processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza³³, che vuole promuovere l'adozione di uno stile di vita sano e attivo per gli anziani.

L'analisi condotta da ISTAT nel rapporto annuale 2023³⁴ mostra come “alcuni indicatori” per la popolazione over 65, relativi ai determinanti della salute modificabili, mettano in evidenza varie differenze e mutamenti relativi a comportamenti ed abitudini che sono intercorsi nelle varie generazioni a circa 20 anni di distanza.

³¹ Dato 2021 (Eurostat)

³² (Ministero della Salute, 2024)

³³ OMS

³⁴ (ISTAT, 2023)

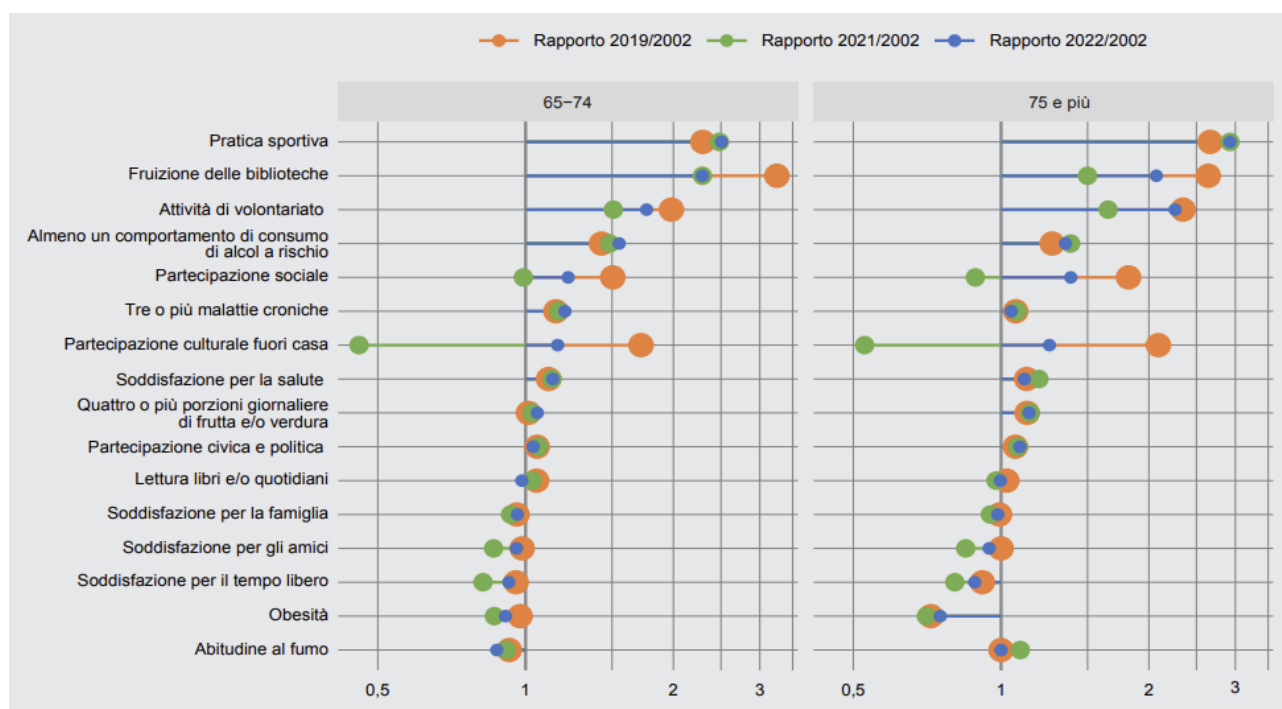


Figura 4 – Dati Istat. “Rapporto di alcuni indicatori su diversi ambiti della vita tra le persone over 65”

Si evidenzia quanto la recente crisi sanitaria abbia avuto forti ricadute sullo stile di vita delle persone, in particolare per le fasce più anziane, determinando la perdita di alcuni miglioramenti registrati fino a prima della crisi pandemica. Superata l'emergenza sanitaria si è visto un progressivo recupero, sebbene su molti aspetti ci si trovi ancora lontani dai livelli pre-pandemici³⁵.

La tendenza all'invecchiamento della popolazione e le rispettive condizioni di vita meno salutari pongono inevitabilmente un problema di sostenibilità della spesa pubblica sanitaria e, più in generale di salute, nel lungo periodo, anche in considerazione dell'erosione della quota della popolazione attiva sul totale nazionale, sulla quale inoltre ricadono sempre più spesso gli oneri (diretti ed indiretti) di assistenza contemporaneamente ai propri genitori ed ai propri figli (fenomeno denominato “sandwich generation”)

³⁵ (ISTAT, 2023)

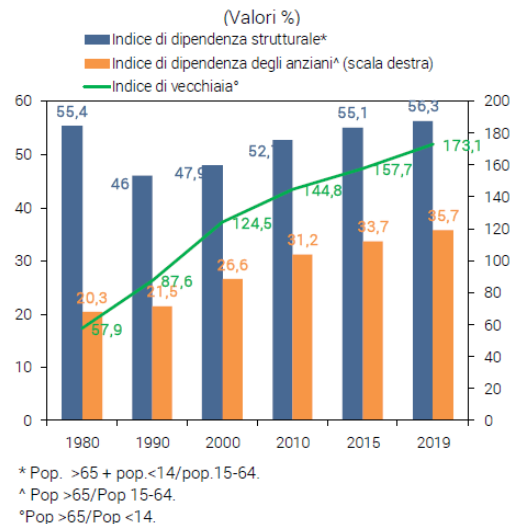


Figura 5 - Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione italiana. Fonte: elaborazione Centro Studi Confindustria su dati ISTAT

Da un punto di vista sanitario sono numerosi gli studi che evidenziano come una crescente prevalenza delle NCDs impatti sui sistemi sanitari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le NCDs sono responsabili di circa il 74% di tutti i decessi a livello globale, con significative implicazioni per la qualità della vita e l'economia, come riportato nel più recente rapporto *Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*³⁶, pubblicato a settembre 2022.

Dai dati rilevati per Paese dal *Noncommunicable Diseases Data Portal* si osserva come in Italia la percentuale sul totale di decessi salga al 91%, di cui 90% per gli uomini e 91% per le donne³⁷.

La presenza diffusa di queste patologie ha implicazioni significative per i sistemi sanitari, richiedendo un'evoluzione verso modelli di assistenza focalizzati sulla prevenzione, sulla gestione a lungo termine delle condizioni croniche (LTC) e sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali.

In tal senso, si inserisce il concetto di *burden of disease* o carico di malattia, diffuso dal *Global Burden of Disease Study* (GBD)³⁸, che nasce da uno studio a livello globale diretto a valutare sistematicamente l'impatto delle principali malattie, infortuni e fattori di rischio sulla salute. Queste ricerche ed analisi, condotte periodicamente, forniscono dati dettagliati e aggiornati che descrivono un quadro as-is di salute pubblica a livello mondiale, nazionale e locale.

Il GBD ha evidenziato, nello specifico, l'aumento del carico delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), come le malattie cardiovascolari, il cancro e il diabete, rispetto alle malattie infettive, in particolare nei paesi a basso e medio reddito, segnalando un cambiamento nelle priorità di salute pubblica a livello globale, in modo da poter migliorare i sistemi sanitari ed eliminare le disparità.

Il "burden of disease" viene misurato attraverso il DALY (Disability Adjusted Life Years)³⁹ e, quindi, con gli indicatori *Anni di Vita Persi* (YLL, Years of Life Lost) e *Anni Vissuti con Disabilità* (YLD, Years Lived with Disability) ed intende quindi superare gli indicatori di mortalità, misurando la salute delle popolazioni in modo standard e confrontabile. Questo al fine di aiutare a prendere decisioni in termini di sanità pubblica che non siano basate solo sulla aspettativa di vita alla nascita; ma grazie al confronto dello stato di salute di una o più popolazioni in due diversi istanti temporali, rendendo possibili eventuali analisi di costo-efficacia di particolari interventi sanitari.

³⁶ (OMS, Invisible numbers The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them, 2022)

³⁷ (OMS, Noncommunicable Diseases)

³⁸ (IHME)

³⁹ DALYs = YLLs + YLDs (Years of Life Lost -YLLs) ; (Years of Life lived with Disability -YLDs).

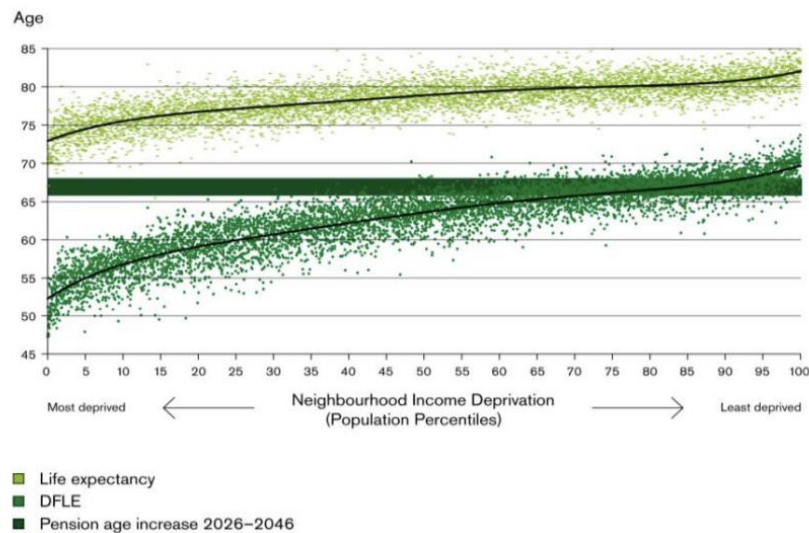


Figura 6 - Life expectancy and disability-free life expectancy (DFLE) at birth, persons by neighbourhood income level, England, 2009

In quest'ottica, la curva di Marmot⁴⁰ illustra efficacemente come l'aspettativa di vita (*Life expectancy*) e quella in salute (*Disability-free life expectancy*) presentino un gap consistente e profondamente condizionato dalle variabili e condizioni socio-economiche. L'analisi del grafico conferma la presenza di una disparità di salute tra i diversi strati sociali, ma soprattutto mostra l'incidenza effettiva della disabilità e delle patologie croniche sulla popolazione e, conseguentemente, il peso economico e assistenziale che ci si aspetta ricada sui sistemi sanitari.

Nel contesto nazionale italiano, il Ministero della Salute e Agenas attraverso il progetto PON GOV Cronicità⁴¹ e l'elaborazione del relativo Manuale Operativo, hanno inteso sviluppare uno strumento operativo di guida per rispondere efficacemente a questa sfida per il nostro sistema Paese, proponendo una pianificazione e una strategia integrate e digitali per la gestione delle malattie croniche, con un forte accento sulla prevenzione secondaria e terziaria.

Attraverso la definizione e sistematizzazione di strumenti concettuali e metodologici a supporto dell'analisi, progettazione e valutazione di interventi e del change management, si vogliono stimolare processi innovativi ed ottimizzare gli sforzi di innovazione, promuovendo l'uso e l'adattamento di soluzioni tecnologiche per la presa in carico di pazienti cronici.

Questo approccio si concentra non solo sul trattamento delle malattie esistenti ma anche sulla prevenzione delle complicazioni e sulla promozione di uno stile di vita sano tra la popolazione affetta da condizioni croniche, attraverso l'educazione sanitaria e il supporto psicosociale.

Nel 2028 si prevede che il numero di malati cronici in Italia salirà a 25 milioni, mentre i multicronici saranno 14 milioni, questi rappresenteranno una popolazione cospicua che si affaccerà per la prima volta alla non autosufficienza o che assisterà ad un aggravarsi delle proprie condizioni fisiche⁴².

La long term care, o assistenza a lungo termine, assume un ruolo cruciale in questo panorama, offrendo soluzioni per il sostegno continuativo a persone con esigenze di assistenza prolungate, sia per condizioni legate all'invecchiamento che per malattie croniche. Il nostro sistema di assistenza a lungo termine è un mix complesso di servizi pubblici e privati, assistenza formale e informale, che cerca di rispondere ai bisogni di un target specifico della popolazione.

⁴⁰ (Geddes, Allen, Allen, & Morrissey)

⁴¹ (Ministero della Salute, Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità, 2023)

⁴² (Osservatoriosalute, 2018)

Il continuo mutamento dei bisogni e delle condizioni della popolazione over 65 influenzerà con sempre maggiore incidenza la nostra società ed economia, richiedendo una capacità di adattamento e flessibilità continua dei servizi erogati e delle politiche adottate. Le esigenze di questa fascia di popolazione sono in evoluzione, con un crescente desiderio di indipendenza, partecipazione sociale e accesso a cure di alta qualità. Per rispondere a queste aspettative diviene fondamentale sviluppare un approccio olistico che integri aspetti sanitari, sociali, economici e ambientali, promuovendo un invecchiamento attivo e sano.

4. L'evoluzione del quadro normativo di riferimento

Le rapide trasformazioni sociali e la conseguente evoluzione normativa in ambito tanto europeo, quanto nazionale, entrambe innescate dagli effetti della pandemia da Covid-19, hanno posto le basi per attuare riforme e modifiche strutturali in diversi ambiti. Tra questi, naturalmente, rientra quello della sanità, fortemente messa alla prova dall'impatto dell'emergenza. Il PNRR⁴³, in questo senso, costituisce un'importante opportunità per l'Italia per approntare riforme necessarie per adeguarsi alle rinnovate esigenze del tessuto socioeconomico.

Nello specifico, la Missione 6 del PNRR⁴⁴ sul tema "Salute", dispone gli investimenti e le riforme che l'Italia si è impegnata a realizzare entro il 2026 al fine di superare le criticità che affliggono il Sistema sanitario nazionale (SSN): tra le altre, viene fatto riferimento alla disparità territoriale nella distribuzione delle prestazioni sanitarie, all'inadeguata integrazione tra i servizi e il territorio, ai lunghi tempi di attesa per accedere ad alcune prestazioni e all'incapacità del Sistema sanitario nazionale di coinvolgere professionalità esterne. Queste risorse rappresentano un'opportunità per rispondere alle esigenze di vicinanza ai cittadini e per fornire una soluzione alle criticità che caratterizzano il nostro sistema sanitario.

Gli interventi che ne discendono sono diretti a riformare l'assetto organizzativo del SSN e a migliorare l'articolazione dei suoi servizi in un'ottica di prossimità e domiciliarità (anche se, in questa sede, preferiamo parlare di vera e propria "vicinanza" intesa in senso estensivo) intervenendo sulle sue dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, sull'innovazione e sullo sviluppo di nuove e più specifiche competenze tecnico-professionali e manageriali del personale. La prospettiva evolutiva poc'anzi delineata ha reso necessario porre le basi per l'avvio di un riassetto organizzativo del Ministero della Salute e, nello specifico, della rete di servizi del SSN, in un'ottica di rafforzamento ed efficientamento dell'assistenza sul territorio.

Uno dei primi interventi normativi che ha dato inizio alla stagione di riforme promosse e stimulate dal PNRR è rappresentato dal decreto ministeriale n. 77/2022⁴⁵, il quale, in quell'ottica sopracitata di vicinanza alla persona e di presa in carico del paziente, ha disegnato le basi di un nuovo modello di assistenza territoriale, che dovrà gradualmente concretizzarsi e vedere la luce nei prossimi anni.

⁴³ Nel quadro del *Next Generation EU*, l'Unione Europea ha approvato un nuovo strumento finanziario in grado di sostenere le economie degli Stati membri attraverso la possibilità di avviare processi di ripresa e rinascita socioeconomica. L'accesso alle risorse di questo strumento è stato reso possibile sulla base di un Piano nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), con il quale ciascuno Stato membro ha definito un pacchetto di riforme e investimenti dilazionati nel periodo tra 2021 e 2026.

⁴⁴ La Missione 6 del PNRR, dedicata alla Salute e articolata in due componenti: la prima, dedicata a Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; e la seconda, per Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

⁴⁵ Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022 n. 77, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, consultabile al seguente link <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>.

In questo senso, il decreto definisce i modelli e gli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale, avendo come obiettivi quelli di migliorare l'accessibilità, la qualità e la sostenibilità dei servizi offerti dal Sistema sanitario nazionale. In questa prospettiva, un ruolo di primo piano è assegnato alla telemedicina e alla sua capacità di poter rendere la sanità più efficace e di qualità e, soprattutto, più accessibile ai cittadini, a prescindere da dove abitino e dalle loro possibilità di spostamento. Essa, del resto, consente l'erogazione di prestazioni a distanza e facilita il confronto fra clinici da remoto, attraverso il c.d. "teleconsulto"; di conseguenza, la telemedicina si contraddistingue anche per una maggior sostenibilità sia da un punto di vista economico, sia ambientale.

In questo processo di riforma, d'altronde, il Legislatore assegna all'innovazione tecnologica e, nello specifico, alla telemedicina un ruolo molto importante. A conferma di questo, si richiamano due distinti decreti, emanati a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro nel settembre 2023, contenenti le istruzioni per un'effettiva introduzione della telemedicina all'interno del Sistema sanitario nazionale. Il primo è il decreto del 21 settembre 2022, il quale, per la prima volta, introduce una disciplina obbligatoria sui requisiti minimi per l'esercizio della telemedicina. La rilevanza e l'importanza di questo decreto si comprendono se pensiamo che, sino all'entrata in vigore di dette linee guida, la materia della telemedicina seguiva le avvertenze contenute nelle *"Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina"*, risalenti al 2014, e nelle *"Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina"* del 17 dicembre 2020, i quali prevedevano *standard* di servizio consigliabili ma privi di carattere vincolante.

Il secondo, quindi, è il decreto 30 settembre 2022, il quale, invece, introduce, con l'Allegato A, le indicazioni operative per la presentazione dei progetti regionali di telemedicina con cui, poi, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) acquisirà il piano operativo e il fabbisogno di ciascuna Regione e Provincia autonoma per i servizi minimi di telemedicina e, con l'Allegato B, le linee di indirizzo per i servizi di telemedicina a supporto delle regioni e delle province autonome nella definizione e composizione delle iniziative progettuali sui servizi di telemedicina finanziabili.

Al fine di rispettare gli impegni e le tempistiche del PNRR, il decreto del 30 settembre 2022 riconosce a tutte le Regioni e Province autonome la possibilità di attivare soluzioni di telemedicina la cui valutazione di conformità è affidata ad un processo di valutazione nazionale⁴⁶, precisando che *"le regioni che possiedono soluzioni di telemedicina già diffuse su scala regionale possono scegliere di non avvalersi delle soluzioni sopra-citate, indicandolo nel piano in oggetto purché le soluzioni possedute rispettino le Linee guida sopra indicate. «Linee guida per i servizi di telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2» definiscono i requisiti generali, funzionali e tecnologici per tutti i moduli che compongono l'infrastruttura regionale di telemedicina"*⁴⁷.

Diviene necessario, pertanto, che le attività di telemedicina siano integrate con le altre attività socioassistenziali e sanitarie e che, in questa attività a distanza, vengano garantite qualità delle prestazioni, rapporto con il paziente e protezione delle informazioni sanitarie trattate. La telemedicina

⁴⁶ Ministero della Salute, Decreto 30 settembre 2022, *Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*, Allegato A, il quale precisa che le soluzioni di telemedicina *"sono individuate tramite gare promosse dalle regioni capofila, come stabilito tramite verbale del CITD del 15 dicembre 2021 e dal decreto interministeriale con cui il presente format viene approvato. I requisiti tecnici con cui saranno selezionate tali soluzioni saranno dettagliati in altra documentazione"*.

⁴⁷ Ministero della Salute, Decreto 30 settembre 2022, *Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina*, Allegato A.

è chiamata a svolgere un importante ruolo per la completa attuazione delle riforme che interessano il Sistema sanitario nazionale; pertanto, sarà interessante seguire le applicazioni delle disposizioni normative qui richiamate, per capire se saremo in grado di sfruttare al meglio l'opportunità offerta dal PNRR e dar vita a un Sistema sanitario effettivamente "più vicino" alle persone e ai territori.

Il modello organizzativo che emerge dal DM n. 77/2022, peraltro, ruota intorno al Distretto sanitario. Questo, oltre a costituire un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL), costituisce un luogo strategico per la gestione e il coordinamento della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali. In un'ottica di presa in carico integrale della persona, il Distretto consente di fornire un'assistenza integrata al paziente sotto diversi profili: risorse, strumenti e competenze professionali⁴⁸.

Di nuovo nell'ottica di garantire maggior capillarità dei servizi sanitari territoriali e, quindi, una più efficace prossimità, il decreto prevede anche che all'interno del Distretto operino le c.d. "Case della Comunità", che rappresentano non soltanto il luogo fisico che rende effettivamente possibile avvicinare la sanità a tutti i cittadini, ma anche il luogo in cui il Servizio sanitario nazionale riesce a coordinare e integrare il proprio sistema con i servizi sociali, diventando una sede privilegiata per progettare ed erogare nuove soluzioni di servizio e intervento sul territorio.

Lo sviluppo delle Case di Comunità si regge sull'equità di accesso, sulla prossimità del servizio e la sua capillarità sul territorio; pertanto, è stata prevista la costituzione di una rete di assistenza territoriale secondo il modello *hub e spoke*⁴⁹. In questa prospettiva evolutiva, il decreto n. 77/2022 stabilisce che *"Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere"*.

La vicinanza e la capillarità sul territorio dei servizi passano anche attraverso un rafforzamento dell'assistenza domiciliare⁵⁰, che decreto prevede ribadendo il concetto della *"casa come primo luogo di cura"* del paziente, laddove le condizioni cliniche e le cure da somministrare lo consentano, e un rafforzamento della rete delle cure palliative, la quale consente ai singoli e alle loro famiglie di poter usufruire di servizi e strutture in grado di garantire una presa in carico globale.

Nella struttura organizzativa del Sistema sanitario prevista dal decreto, al fianco dei Distretti e delle Case di Comunità, sono poi chiamati a svolgere un'importante funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero in ospedale gli Ospedali di Comunità⁵¹. Queste strutture serviranno ad evitare ricoveri ospedalieri impropri o a favorire dimissioni protette in luoghi più idonei laddove il paziente presenti ancora fabbisogni assistenziali; oppure, si occuperanno della stabilizzazione clinica del paziente qualora lo stesso necessiti di recuperi funzionali o di riabilitazione.

La riforma, comunque, non si occupa soltanto di disciplinare le strutture operative del Sistema sanitario e il loro coordinamento, ma si sofferma anche sul personale e sulle figure di riferimento per

⁴⁸ Il D.M. 77/2022, Allegato 1, pagg. 10 e ss indica le funzioni che possono essere ricondotte ai Distretti e che consentono a quest'ultimi di fornire una risposta assistenziale integrata.

⁴⁹ Per quanto riguarda le differenze tra Casa di Comunità *hub* e Casa di Comunità *spoke* si rinvia a quanto stabilito dal D.M. n. 77/2022, pagg. 14 e ss.

⁵⁰ Sul punto il D.M. n. 77/2022 definisce le cure domiciliari *"(..) nelle sue forme previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato"*.

⁵¹ Nello specifico, il D.M. n. 77/2022, pagg. 24 e ss. si preoccupa di indicare anche le principali categorie di pazienti e la durata della degenza negli OdC.

mettere in pratica le novità introdotte. Il decreto, infatti, delinea la figura dell'infermiere di famiglia o di Comunità, inteso quale figura professionale che, attraverso una presenza costante e attiva nell'ambito di competenza, sia in grado di garantire ai pazienti un'assistenza sanitaria interdisciplinare dei servizi e dei professionisti.

In quest'ottica di avvicinamento dei servizi ai territori e alle comunità, come già anticipato, un ruolo fondamentale per un Sistema sanitario più efficiente e più sostenibile è svolto dalla telemedicina e dalla capacità degli addetti ai lavori di introdurla all'interno della rete dei servizi in tutte le sue articolazioni. La telemedicina, come dicevamo, costituisce un importante elemento abilitante per l'attuazione della gran parte degli interventi di riforma del SSN: infatti, è pacifico nell'ambito sanitario che l'innovazione tecnologica *“può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale”*⁵².

La telemedicina consente, del resto, l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso delle nuove tecnologie e di internet, supportando e favorendo l'interazione e lo scambio di informazioni tra professionisti al fine di ridurre rendere i servizi più prossimi al cittadino e armonizzare gli standard di cura su tutto il territorio. Il decreto⁵³, dunque, dà attuazione alla Missione 6, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza andando a ridisegnare le funzioni e gli *standard* dell'assistenza sanitaria territoriale⁵⁴.

Un passo in avanti ulteriore rispetto a queste direttive è stato fatto attraverso la legge delega del 23 marzo 2023, n. 33 in tema di politiche in favore delle persone anziane e non autosufficienti. Non è qui necessario dilungarci troppo in un'analisi approfondita della legge delega, ma è giusto soffermarci sugli aspetti che richiamano i concetti di vicinanza e domiciliarità dei servizi sanitari e sociosanitari già richiamati nel decreto sopracitato, per capire le novità e le specifiche introdotte.

Tra le modalità di coordinamento delle strutture organizzative e dei servizi che compongono il SSN⁵⁵, la legge delega 33/2023 inserisce il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), definito come *“modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta (..) di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti di Stato, regioni e comuni che mantengano le titolarità esistenti”*⁵⁶.

Favorire la prossimità degli interventi sanitari e sociosanitari per gli anziani è un altro aspetto che viene ripreso e ribadito dalla legge delega, la quale, sul punto, prevede la collocazione di punti unici di accesso per i servizi e gli interventi sanitari, sociali e socioassistenziali presso le Case della Comunità, al fine di fornire agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie un supporto informativo, amministrativo e per l'accesso ai servizi e agli interventi⁵⁷.

Il tema della prossimità e il concetto della *“casa quale primo luogo di cura”* vengono nuovamente ribaditi nella delega quando essa tratta il tema delle prestazioni assistenziali domiciliari per gli anziani non autosufficienti. Sul punto, oltre a richiedere il necessario coinvolgimento degli ambiti territoriali sociali (ATS) e del Servizio sanitario nazionale, essa prevede *“l'integrazione e il coordinamento dei*

⁵²Ministero della Salute, Telemedicina Linee guida nazionali, consultabili al seguente link https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf.

⁵³ Il modello di sviluppo del nuovo Sistema sanitario e i suoi principi sono contenuti nell'Allegati 1 (a carattere descrittivo) e nell'Allegato 2 (a carattere prescrittivo). L'allegato 3, invece, contiene il glossario degli acronimi impiegati.

⁵⁴ Ministero della Salute, D.M. n. 77/2022, Allegato 1.

⁵⁵ Il D.M. n. 77/2022, in merito, richiama la Centrale operativa territoriale e la Centrale operativa 116117.

⁵⁶ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. b.

⁵⁷ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. i.

*servizi e delle terapie erogati a domicilio, anche attraverso strumenti di telemedicina, per il tramite di erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, anche del Terzo Settore, che possano garantire la gestione e il coordinamento delle attività individuate nell'ambito del Piano di Assistenza Individuale (PAI)*⁵⁸. Ecco che, di nuovo, la telemedicina viene identificata quale importante elemento abilitante per l'attuazione dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti.

Per riprendere le fila degli interventi normativi che hanno fatto seguito al decreto ministeriale 77/2022, dobbiamo fare un salto indietro rispetto alla legge delega sulla non autosufficienza. Ci interessa, in particolare, l'art. 6-bis del decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173⁵⁹ convertito con modificazioni nella legge 16 dicembre 2022, n. 204 che ha introdotto un'importante ristrutturazione dell'assetto organizzativo del Ministero della Salute. Nello specifico, l'attuale struttura, che prevede la presenza di un segretario generale e dodici Direzioni generali, è stata completamente rivista mediante l'introduzione di una struttura organizzativa articolata in quattro Dipartimenti e dodici Direzioni generali⁶⁰.

La disposizione non manca, poi, di precisare che i regolamenti vigenti⁶¹ restano in vigore fintanto che non sia approvato un nuovo Regolamento organizzativo che, secondo quanto disposto dall'art. 13 del decreto-legge 11 novembre 2022, n. 173, è assoggettato a una procedura di approvazione semplificata⁶². Sul punto, si rileva che l'approvazione del predetto regolamento è avvenuta da parte del Consiglio dei Ministri il 30 ottobre 2023. La riorganizzazione generale del Ministero della Salute è ribadita anche dalla direttiva programmatica del 2023, che identifica le modifiche all'organizzazione ministeriale come un elemento importante per rafforzare l'efficienza del sistema, dedicando a questo uno specifico paragrafo⁶³.

Nella nuova struttura organizzativa del Ministero della Salute, in particolare, spicca il Dipartimento della Salute umana, della Salute animale e dell'Ecosistema e dei Rapporti internazionali, che si articola al suo interno nella Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, nella Direzione generale dell'igiene e della sicurezza alimentare e nella Direzione generale della salute animale. Detto Dipartimento richiama un modello sanitario *One Health*, basato “*sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente*”⁶⁴.

L'approccio *One Health* è riconosciuto dal Ministero della Salute, dalla Commissione Europea e da tutte le organizzazioni internazionali come una “*strategia rilevante in tutti i settori che beneficiano della collaborazione tra diverse discipline (medici, veterinari, ambientalisti, economisti, sociologi etc.)*”⁶⁵. Questo framework, infatti, consente di individuare e rispondere ai bisogni e alle necessità delle persone più vulnerabili in modo integrale, dando risalto alla relazione esistente tra la loro salute e l'ambiente in cui vivono.

⁵⁸ Legge-delega n. 33/2023, art. 4, comma 2, lett. n, punto 4.

⁵⁹ L'art. 6-bis del D.L. 11 novembre 2022, n. 173, riformando l'art. 47-quater, comma 1, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, è intervenuto sull'assetto organizzativo del Ministero della salute, introducendo una struttura più complessa in linea con l'evoluzione del quadro socio-normativo degli ultimi anni.

⁶⁰ Ministero della Salute, Direttiva Generale per l'attività amministrativa e la gestione, 2023, pag. 55, nel quale si stabilisce che a ciascuno dei quattro Dipartimenti “*sarà affidata un'ampia area di materie omogenee e una regia accentrata ed efficiente della connessa gestione delle risorse strumentali, finanziarie e umane attribuite (..)*”.

⁶¹ Il riferimento è al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 11 febbraio 2014, n. 59.

⁶² L'art. 13 del D.L. 11 novembre 2022, n. 173 prevede, infatti, l'adozione di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

⁶³ Ministero della Salute, Direttiva Generale per l'attività amministrativa e la gestione, 2023, pagg. 54 e ss.

⁶⁴ Si rinvia alla pagina del sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità dedicata al One Health, link: [One Health - ISS](#).

⁶⁵ Si rinvia alla pagina del sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità dedicata al One Health, link: [One Health - ISS](#).

Le modifiche al SSN sin qui analizzate mostrano come le istituzioni abbiano preso coscienza del mutato scenario e abbiano deciso di adottare una nuova configurazione, che vede nell'approccio olistico *One Health* l'unica soluzione per tutelare la salute come bene comune e collettivo.

L'applicazione operativa di questo paradigma identifica come sue colonne portanti, *in primis*, il **Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici**⁶⁶ di cui fanno parte:

- Regioni e Province autonome, alle quali, in sintesi, sono assegnati come compiti:
 - L'istituzione del Sistema Regionale prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) assicurando un approccio *One Health* “nella sua versione evoluta *Planetary Health*”;
 - L'individuazione della struttura, tra i soggetti che fanno parte del SNPS, che dovrà fungere da centro di coordinamento nonché responsabile dell'attuazione delle politiche di prevenzione;
 - La definizione e l'attuazione a livello regionale le politiche di prevenzione primaria;
 - Lo sviluppo e il consolidamento della funzione di osservazione epidemiologica a livello regionale e aziendale e, a tal fine, garantire l'integrazione dei sistemi informativi regionali, dei dipartimenti di prevenzione, delle strutture sanitarie e sociosanitarie e degli altri enti competenti presenti nel territorio;
 - Provvedere ad assicurare ai dipartimenti di prevenzione risorse strumentali e umane adeguate;
 - Programmare e realizzare interventi di formazione per promuovere il miglioramento della capacità gestionale territoriale di prevenire e controllare i rischi sanitari associati, direttamente o indirettamente a eventi ambientali, climatici e/o socioeconomici.
- Istituti zooprofilattici sperimentali a cui, tra le altre, sono riconducibili i seguenti compiti:
 - Collaborare alla programmazione nazionale e regionale al fine di integrare la sorveglianza, il monitoraggio, l'analisi dei fattori di rischio collegati all'utilizzo degli animali e dei prodotti di origine animale;
 - Partecipare e supportare all'implementazione degli atti di programmazione in materia di prevenzione;
 - Contribuiscono alla definizione e all'attuazione dei livelli essenziali di assistenza associati a priorità di prevenzione;
- Istituto Superiore di Sanità, il quale come riporta l'art. 4 del decreto 9 giugno 2022 del Ministero della Salute “*Fatte salve le competenze delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, l'Istituto superiore di sanità, di concerto con il Ministero della salute, svolge funzioni di coordinamento, indirizzo e supporto tecnico-scientifico del SNPS, al fine di contribuire allo sviluppo e all'armonizzazione dello stesso Ministero della salute*”⁶⁷.
- Ministero della Salute, il quale è chiamato a svolgere, di concerto con l'Istituto Superiore di Sanità, i compiti di garantire il coordinamento delle strutture regionali del SNPS e l'uniforme applicazione delle disposizioni del decreto 9 giugno 2022 nonché di promuovere

⁶⁶ Ministero della Salute, Decreto 9 giugno 2022, *Individuazione dei compiti dei soggetti che fanno parte del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)*. Consultabile al seguente link <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/07/05/22A03866/sg>.

⁶⁷ Il Decreto del 9 giugno 2022 del Ministero della Salute all'art. 4, comma 2, inoltre, elenca, in via prioritaria, i compiti di coordinamento e di supporto svolti dall'Istituto Superiore di Sanità.

l'identificazione delle aree prioritarie di prevenzione e controllo dei rischi sanitari associati, direttamente o indirettamente, a eventi ambientali e climatici⁶⁸.

La seconda colonna che regge l'implementazione di un approccio One Health è il **Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente (SNPA)** preposto per compiti come le attività ispettive nell'ambito delle funzioni di controllo ambientale, il monitoraggio dello stato dell'ambiente; il controllo delle fonti e dei fattori di inquinamento; l'attività di ricerca finalizzata a sostegno delle proprie funzioni; il supporto tecnico-scientifico alle attività degli enti statali, regionali e locali che hanno compiti di amministrazione attiva in campo ambientale; e la raccolta, organizzazione e diffusione dei dati ambientali. La riorganizzazione del sistema sanitario prevede, quindi, un riassetto complessivo del sistema salute, contemplando anche altre realtà a questa interconnesse, al fine di migliorare il grado di *responsiveness* verso i cittadini. Per queste ragioni è stata prevista anche una cabina di regia che possa coordinare il lavoro dei due Sistemi e l'interscambio e l'integrazione delle informazioni disponibili.

Gli interventi normativi richiamati e visti sin qui sono diretti a rendere il Sistema sanitario nazionale più efficiente e adeguato a quelle che sono e saranno le esigenze sanitarie e sociosanitarie della popolazione italiana, la quale, in prospettiva, si presenta come sempre più anziana e, per questo, maggiormente bisognosa di assistenza⁶⁹. In quest'ottica, le riforme stanno lavorando nella direzione di abbattere le liste di attesa, rafforzare l'assistenza domiciliare e il coordinamento tra strutture, servizi e personale sanitario e sociosanitario, migliorando lo scambio di informazioni e la programmazione ed erogazione di servizi e prestazioni.

Ciononostante, dobbiamo constatare come durante la fase acuta della pandemia ed a seguito di questa, abbiamo assistito ad una proliferazione di interventi normativi che ad oggi appaiono poco raccordati e spesso connotati da sovrapposizioni dei perimetri applicativi.

In questo senso appare sempre più necessario ritornare ad uno sforzo di pianificazione a livello paese, in grado di definire i parametri generali dello sviluppo del sistema di salute e orientato all'inclusione dei diversi attori della salute e che conduca ad uno strumento concreto che potremmo definire un "Piano nazionale di salute", che dopo la pandemia riprenda ed integri su più dimensioni la buona pratica di dotarsi di un piano sanitario nazionale, assente dalle scene dal lontano 2008.

⁶⁸ Il Decreto del 9 giugno 2022 del Ministero della Salute all'art. 5, comma 2, elenca i compiti assegnati esclusivamente al Ministero della Salute.

⁶⁹ Censis, LVII Rapporto annuale, 2023.

5. L'Indice di Vicinanza della Salute over 65

5.1. 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 salute⁷⁰.

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 socioeconomici 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.

5.2. 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 social 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:

- 1 Una dimensione propriamente medica: salute come assenza di malattia.
- 2 Un'accezione sociale: salute come possibilità di svolgere un ruolo sociale.
- 3 Una visione idealistica: salute come pieno benessere fisico, psichico e sociale.
- 4 Un'accezione umanistica: salute come capacità di adattarsi positivamente alle situazioni problematiche della vita⁷¹.

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*⁷². 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

⁷⁰ (Istituto Superiore di Sanità, 2013)

⁷¹ (Zanella, 2011)

⁷² (Carusi, D., 2021)

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 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*.

5.3. 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 over 65* 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 (2017).

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 è inteso come una misura sintetica costruita al fine di rilevare la sussistenza di condizioni e interventi ritenuti variabili positive per la salute nella popolazione over 65 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.

5.4. 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 over 65, arrivando ad un totale finale di 84 indicatori (di cui 76 indicatori concorrono all'Indice e ulteriori 7 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:

1. 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.
2. 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 2017.
3. Comparabilità spaziale e generazionale: ossia la possibilità di osservare i valori tra le varie unità regionali e fasce d'età.
4. Non-sostituibilità di ogni indicatore: l'impossibilità di compensare o sostituire i valori di un indicatore con quelli di un altro.

5.4.1. 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:

1. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti all'avvio della serie, è stata adoperata la funzione lineare della *previsione*⁷³. Nello specifico, il dato mancante viene calcolato tramite una regressione lineare⁷⁴. Prendendo come riferimento i valori dei primi tre anni disponibili, si è stimato il valore dell'anno precedente.
2. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti all'interno della serie, si è proceduto applicando una formula di *interpolazione* matematica⁷⁵. 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
3. Nel caso di serie storiche che mostrassero valori mancanti alla fine della serie (2022), 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 precedenti⁷⁶. 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 2017, 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 (2021), 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 2022; 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

⁷³ 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).

⁷⁴ 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.

⁷⁵ 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).

⁷⁶ (Metodo di smorzamento esponenziale (SE))

relativi agli ultimi tre anni disponibili, in modo da assegnare maggior valore all'anomalia ed al diverso andamento conseguente.

5.4.2. Il metodo di normalizzazione delle serie storiche

Si è scelto di individuare come anno di partenza delle varie serie storiche il 2017, 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 2022.

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 etc.).

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.

Si è individuato il 2017 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 2017;
- In caso di polarità negativa⁷⁷ si è applicata una formula inversa, sommando 100 alla differenza tra 100 e il numero indice a base fissa 2017.

5.4.3. 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 76 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.

⁷⁷ 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.

5.5. 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:

1. *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.
2. *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.
3. *Contesto Luoghi di vita e ambiente*: 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 delle 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 diffusi e peculiari dei rispettivi macro-livelli. Ogni Dominio intende descrivere e misurare diversi ambiti, tra cui:

1. Per il Contesto Individuo e relazioni sociali: *Condizione di salute; Literacy; Stile di vita; Mental Health; Cronicità; Isolamento; Coesione sociale; Fragilità economica.*
2. Per il Contesto Sistema organizzativo: *Prevenzione; Assistenza; Mortalità evitabile; Disponibilità di servizi; Responsiveness; Welfare integrativo; Sostenibilità; Coesione territoriale.*
3. Per il Contesto Luoghi di vita e ambiente: *Abitazione; Urban Health; Emissioni inquinanti; Antibiotico-resistenza; Eventi meteorologici; Ecoansia.*

5.5.1. I Domini della Tassonomia e le Missioni del PNRR



Figura 7 - La tassonomia dell'Indice di Vicinanza della Salute over 65

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 e con l'ultima Missione 7 prevista dal nuovo capitolo ReactPowerEU.

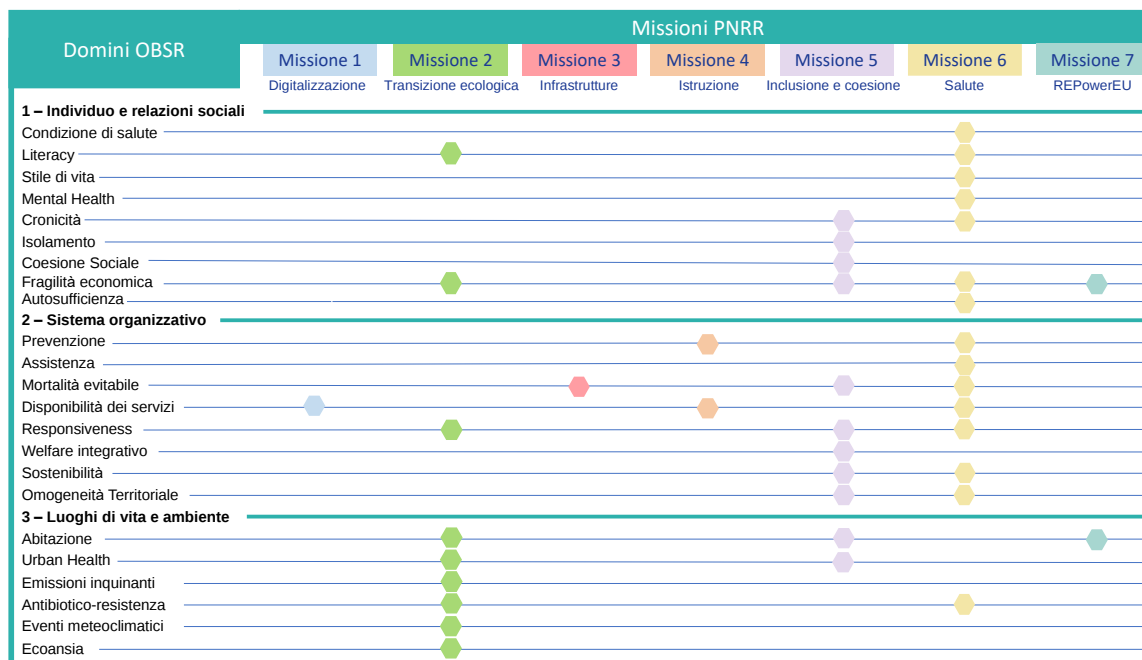


Figura 8 - Raccordo Domini IVS over 65 e Missioni PNRR

6. Analisi – Risultati dell'indagine

Di seguito sono illustrati risultati dell'indagine 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 over 65.

Nell'esposizione è 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, in questo modo, 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 prosegue 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 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, di conseguenza, un grafico con un andamento peggiorativo e dei valori inferiori. 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.

Per tutti i Domini del Contesto *Individuo e relazioni sociali* e per alcuni afferenti ai Contesti *Sistema organizzativo* e *Luoghi di vita e ambiente* è stato possibile declinare i valori dei rispettivi indicatori per la popolazione over 65, essendo fenomeni osservabili per fasce di età. Questo ha permesso, di calcolare e riprodurre graficamente due andamenti: la media per l'intera popolazione nazionale e quella per la popolazione over 65. I due trend a confronto consentono di osservare i vari fenomeni e lo sviluppo di condizioni peculiari per la popolazione anziana nel quinquennio in esame e, conseguentemente, rilevare quantitativamente il gap presente con la media nazionale.

6.1. L'andamento dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute over 65

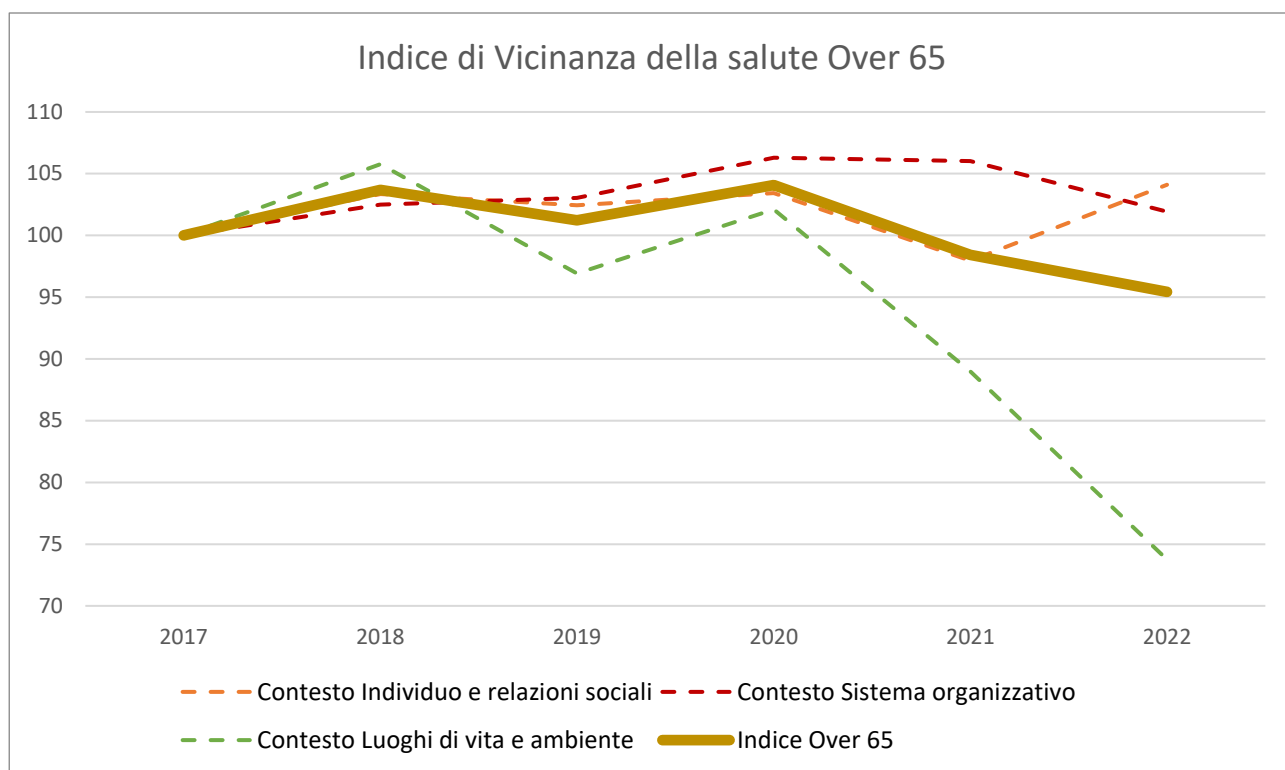


Figura 9 - Indice sintetico di Vicinanza della Salute Over 65

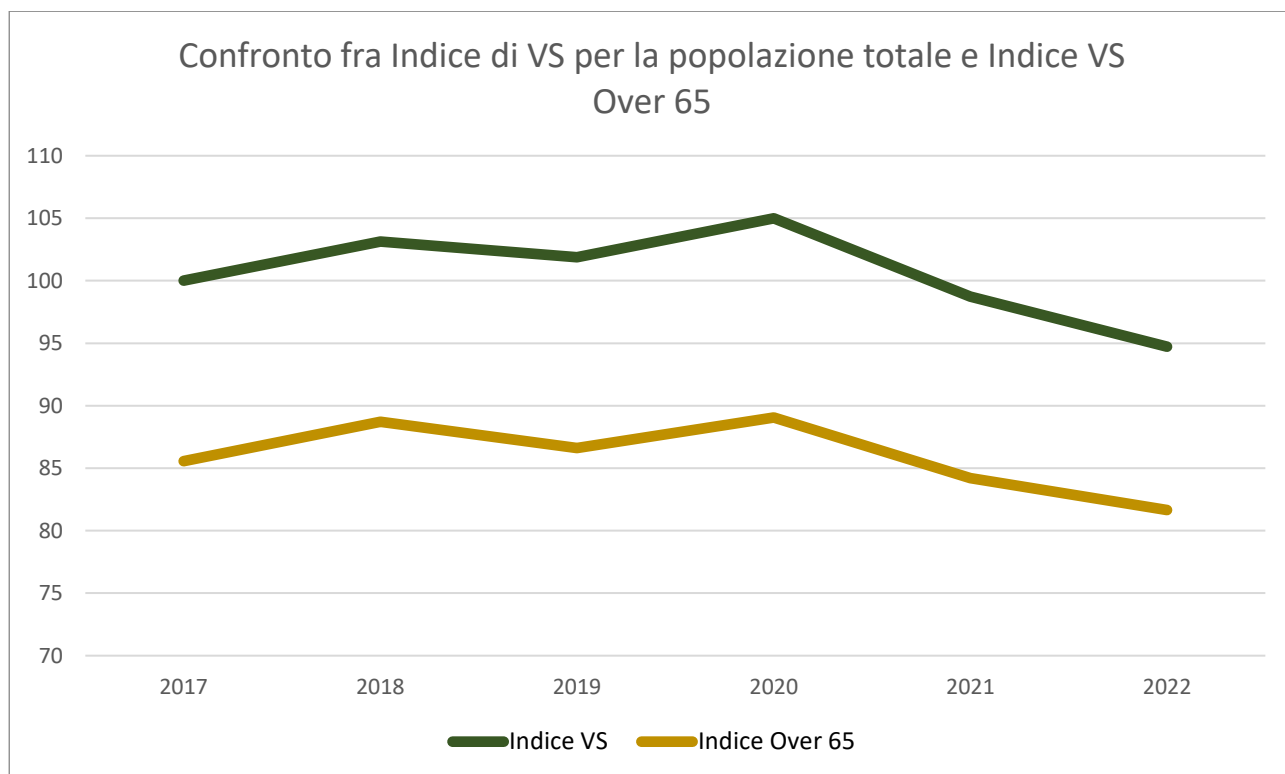


Figura 10 – Indici

L'andamento tracciato dall'Indice di Vicinanza della Salute over 65 rappresenta una sintesi dei singoli andamenti dei ventidue domini che ne compongono la tassonomia.

Nella prima figura sono rappresentati l'andamento complessivo dell'Indice sintetico di Vicinanza della salute Over 65 e il dettaglio dell'andamento dei tre Contesti che lo compongono.

Si può immediatamente notare come le diverse forze in gioco e le relative spinte, anche contrastanti, concorrano a delineare la tendenza raffigurata.

L'Indice nel suo complesso è caratterizzato da un andamento non lineare: manifesta una variabilità nel corso degli anni, riflettendo la sensibilità alle dinamiche e ai mutamenti interni ai diversi contesti eterogenei di natura sociale, economica ed ambientale. Tale variazione rispecchia la logica insita nell'approccio *One Health*, nel quale ogni aspetto e cambiamento, sia esso endogeno e quindi appartenente alla sfera individuale, sia esterno ad essa, e pertanto afferente a dinamiche che si collocano al di là della capacità di azione del singolo, abbia ricadute importanti sulla vita delle persone, con conseguenze positive o negative sulla vicinanza della salute.

L'Indice di Vicinanza della Salute over 65, rilevato a partire dal 2017 (anno di riferimento base con valore 100), evidenzia inizialmente una modesta crescita fino al 2020. Successivamente, si osserva una tendenza discendente, fino all'ultimo anno osservato, arrivando al minimo storico con il valore di 82.

Il risultato non è dovuto esclusivamente allo shock pandemico, come potrebbe essere inizialmente supposto, ma è anche influenzato da altre cause riconducibili ai diversi Contesti. Dall'analisi condotta dall'Osservatorio emerge che questo risultato sia stato influenzato dal deterioramento di alcune componenti dell'Indice di Vicinanza della Salute over 65. In particolare, si osserva un declino relativo Contesto di indagine dedicato ad "Ambiente e luoghi di vita", che risente degli effetti sempre più intensi del cambiamento climatico, arrivando a registrare un valore di 74 punti.

Il Contesto "Individuo e relazioni sociali", dopo aver subito gli effetti negativi delle restrizioni imposte durante la pandemia, mostra una ripresa e raggiunge un valore di 104 punti.

Da ultimo l'andamento del Contesto di indagine "Sistema organizzativo" in costante aumento fino al 2020, arresta poi a partire da quell'anno la crescita rimanendo costante per il 2020, e mostrando nell'ultimo anno una decrescita, raggiungendo un valore di 102 punti.

Una analisi più dettagliata dei singoli Domini che compongono i Contesti permette di comprendere ulteriormente i fattori che hanno contribuito all'andamento delle curve generali, facilitando la comprensione del fenomeno e l'identificazione delle cause.

Di seguito, procederemo con l'approfondimento dei risultati dell'indagine suddivisi per Contesti e Domini.

6.2. 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 e Fragilità economica*. Tale Contesto esamina una gamma di fenomeni e dinamiche legati alla sfera individuale ed alle relazioni sociali e si caratterizza come l'insieme di quegli ambiti di interesse e di intervento strettamente legati alla persona.

La struttura del Contesto "Individuo e relazioni sociali" è progettata per affrontare le principali tematiche inerenti la *Missione 5 – Inclusione e coesione* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della *Missione 6 – Salute*.

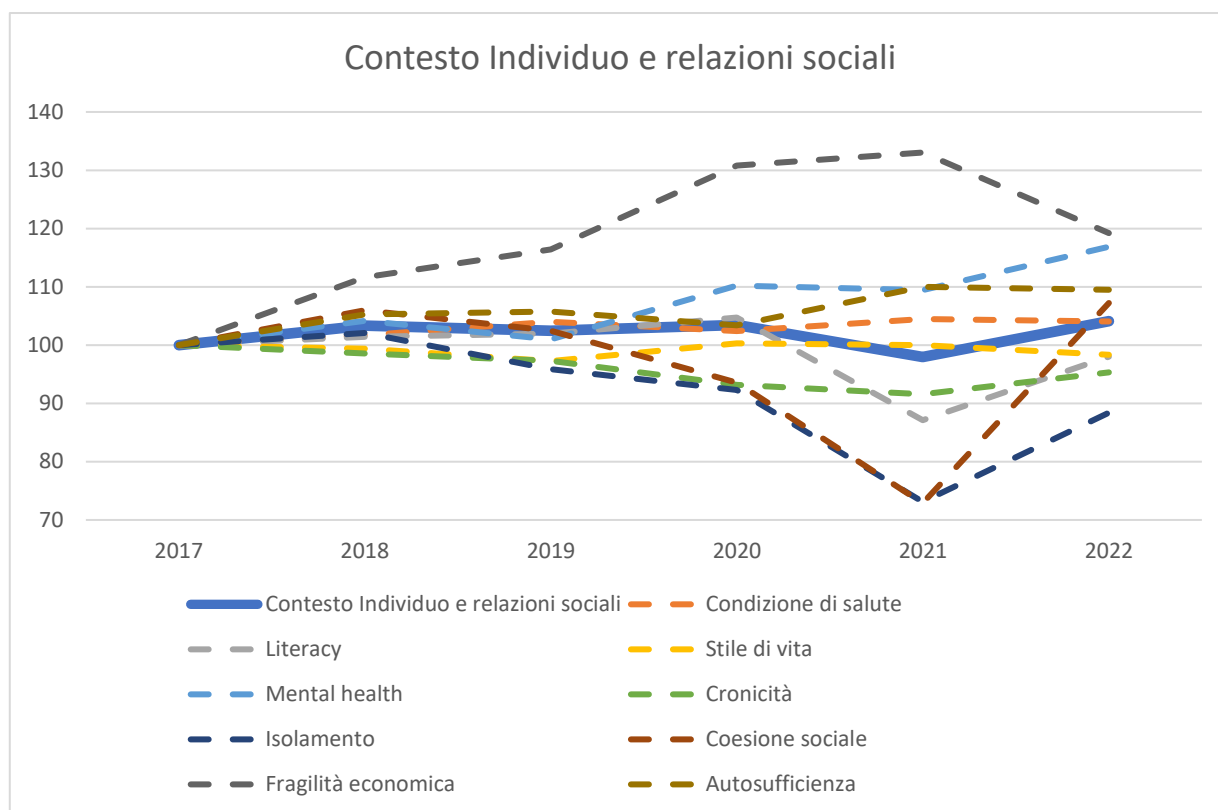


Figura 11 - Contesto Individuo e relazioni sociali e relazioni sociali: dettaglio domini

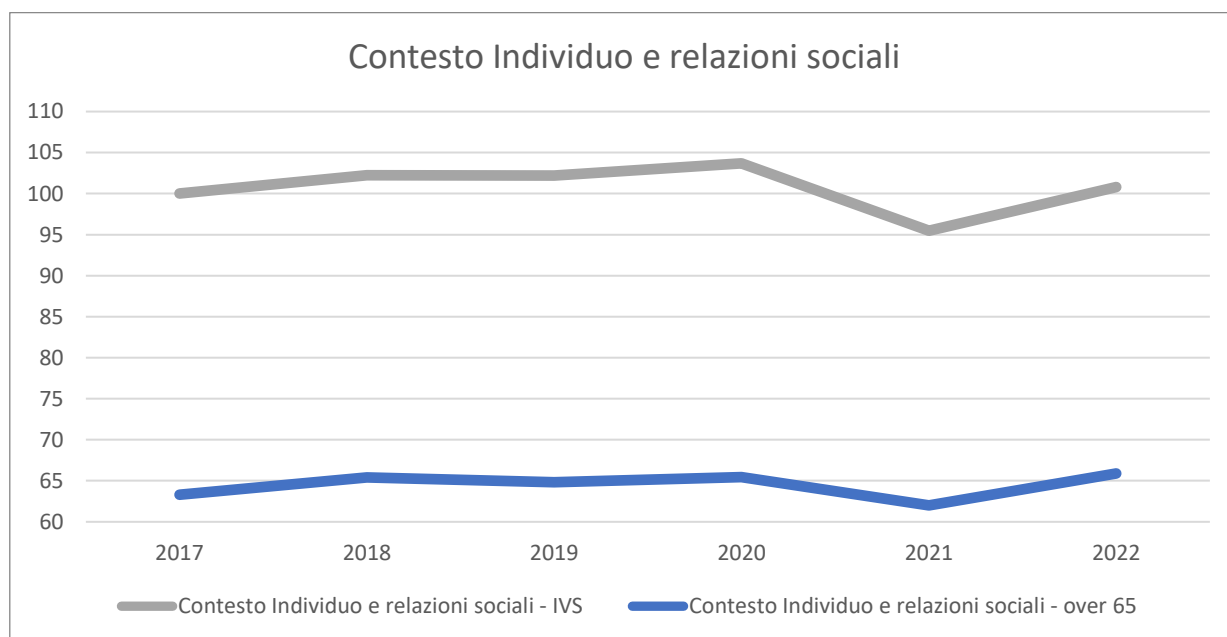


Figura 12 - Contesto Individuo e relazioni sociali: confronto tra IVS e over 65

Il primo grafico presenta l'andamento del Contesto *Individuo e relazioni sociali* per l'Indice di Vicinanza della salute over 65 e dei Domini che lo compongono.

Emerge il trend incrementale, al netto dell'ultimo anno, del Dominio *Fragilità economica*. I Domini *Coesione sociale* ed *Isolamento* evidenziano tendenze simili: entrambi sono influenzati dalle restrizioni applicate durante la pandemia, subendo un drastico declino nel 2021. Tuttavia, tale tendenza discendente si arresta per l'anno 2022, dove si osserva una completa ripresa per il Dominio *Coesione sociale*, che raggiunge il massimo storico per i 5 anni osservati, ed un parziale recupero per il Dominio *Isolamento*.

Il secondo grafico illustra i due andamenti generali del Contesto *Individuo e relazioni sociali* per l'Indice di Vicinanza della Salute per la popolazione totale e per l'Indice di Vicinanza della Salute per la popolazione over 65, quest'ultimo rappresenta la sintesi degli andamenti dei nove Domini che lo compongono.

Il Contesto *Individuo e relazioni sociali* per l'Indice di Vicinanza della salute per la popolazione totale ha registrato una crescita moderata ma continua fino al 2020. Successivamente, a causa della crisi pandemica e delle relative misure e condizioni sociali ad essa associate, si registra per l'anno 2021 un calo di 9 punti, parzialmente compensato nell'ultimo anno osservato, durante il quale viene raggiunto un valore di 101.

L'andamento del Contesto per la popolazione over 65 presenta un valore di partenza nettamente al di sotto della media nazionale, attestandosi su un valore di 63 punti. Nei cinque anni osservati il trend per gli over 65 mostra un andamento simile a quello nazionale, sebbene venga sempre mantenuto un gap di circa 35 punti. Il 2022, come per il contesto nazionale, mostra un lieve aumento raggiungendo il valore storicamente più alto di 66 punti.

Questa differenza sostanziale è attribuibile a varie condizioni individuali e sociali che evolvono in maniera differente nel quinquennio osservato, per la popolazione over 65 rispetto a quella totale. In media, rispetto all'andamento dei Domini dell'Indice per la popolazione totale, i diversi fenomeni analizzati per gli over 65 mostrano delle condizioni di partenza e un andamento più critico, evidenziando le maggiori sfide che questa fascia di popolazione affronta nel rispondere ai mutamenti del contesto storico sociale negli ultimi 5 anni.

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

6.2.1. Condizione di salute

Il concetto di *Condizione di salute* descrive lo stato di benessere fisico e mentale di un individuo, caratterizzato dalla presenza o meno di malattie o infermità. Queste condizioni psico-fisiche sono misurate non solo tramite dati oggettivamente misurabili, ma anche attraverso la percezione soggettiva del singolo e devono essere integrate con dinamiche ambientali e sociali. Questo approccio consente di determinare non solo l'aspettativa di vita della popolazione, ma anche l'aspettativa di vita in buona salute oggettivamente e soggettivamente percepita.

È evidente il vantaggio derivante dalla possibilità di disporre di una dimensione quantitativa e qualitativa della *condizione di salute* delle persone prodromica all'individuazione, in termini demografici ed epidemiologici, delle parti della popolazione che necessitano di 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 tali indicatori mirano a 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 13 - Dominio Condizione di salute: dettaglio indicatori

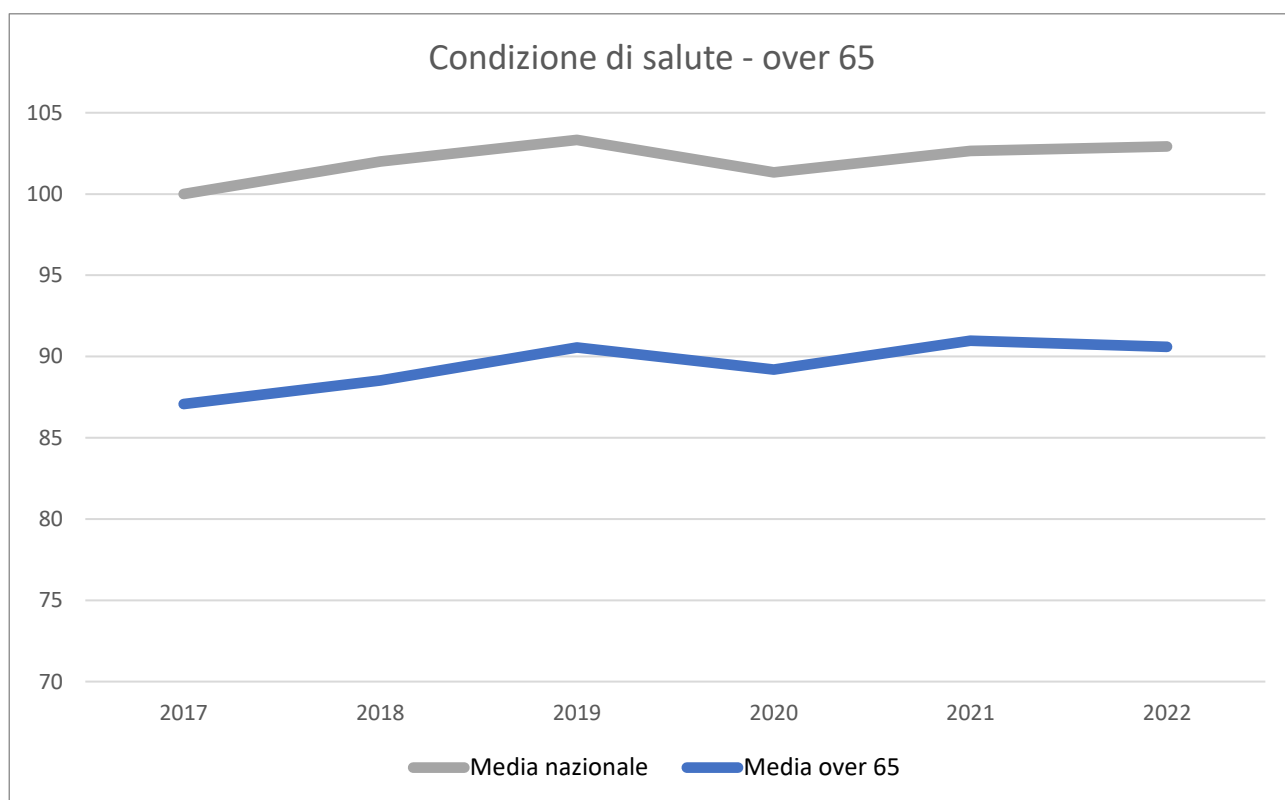


Figura 14 - Dominio Condizione di salute: confronto tra IVS e over 65

L'analisi del Dominio “Condizioni di salute” evidenzia un andamento in lieve e costante crescita dal 2017 fino al 2021, rimasto costante per il 2022.

Per quanto concerne gli indicatori legati al Dominio (figura in alto), nel quinquennio 2017-2022 quasi tutti mostrano un trend crescente, ad eccezione del fenomeno osservato per l'indicatore *Speranza di vita alla nascita (oltre i 75)*. Quest'ultimo presenta una marcata diminuzione tra il 2019 e il 2020, a cui fa seguito una lieve ripresa dall'anno successivo, riconducendo il fenomeno al valore di partenza di 100 punti.

Tra gli indicatori, emerge in particolare “*Buona salute percepita*”, il quale presenta un andamento complessivamente positivo, in particolare tra il 2019 ed il 2021. Si evidenzia tuttavia una lieve diminuzione per l'ultimo anno osservato, sebbene il valore raggiunto rimanga ampiamente sopra quello di riferimento per il 2017.

Nel secondo grafico sono confrontati gli andamenti del Dominio *Condizione di salute* rispettivamente per la popolazione totale e per la popolazione over 65. I trend dei due Domini presentano un gap di 13 punti che rimane invariato sin dall'anno di riferimento per le prime rilevazioni.

6.2.2. 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 no, 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: *Uso 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.

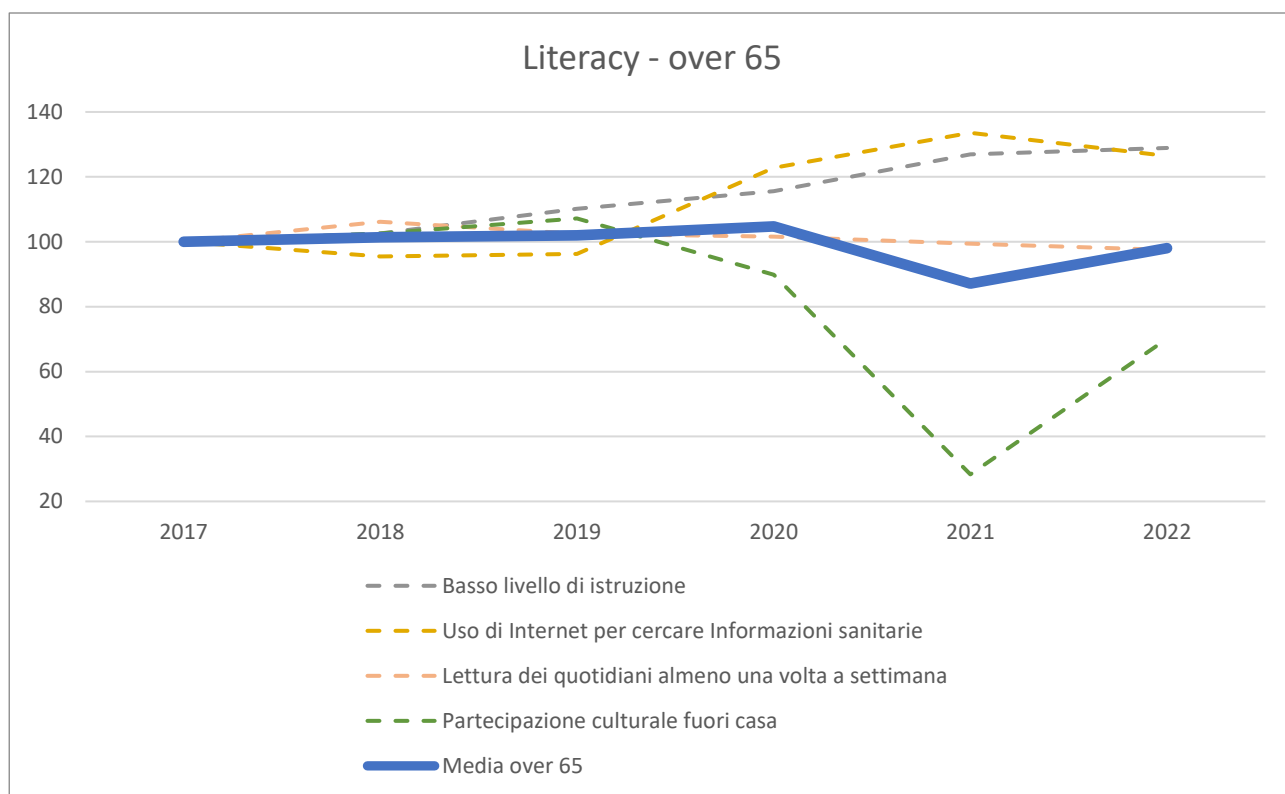


Figura 15 - Dominio Literacy: dettaglio indicatori

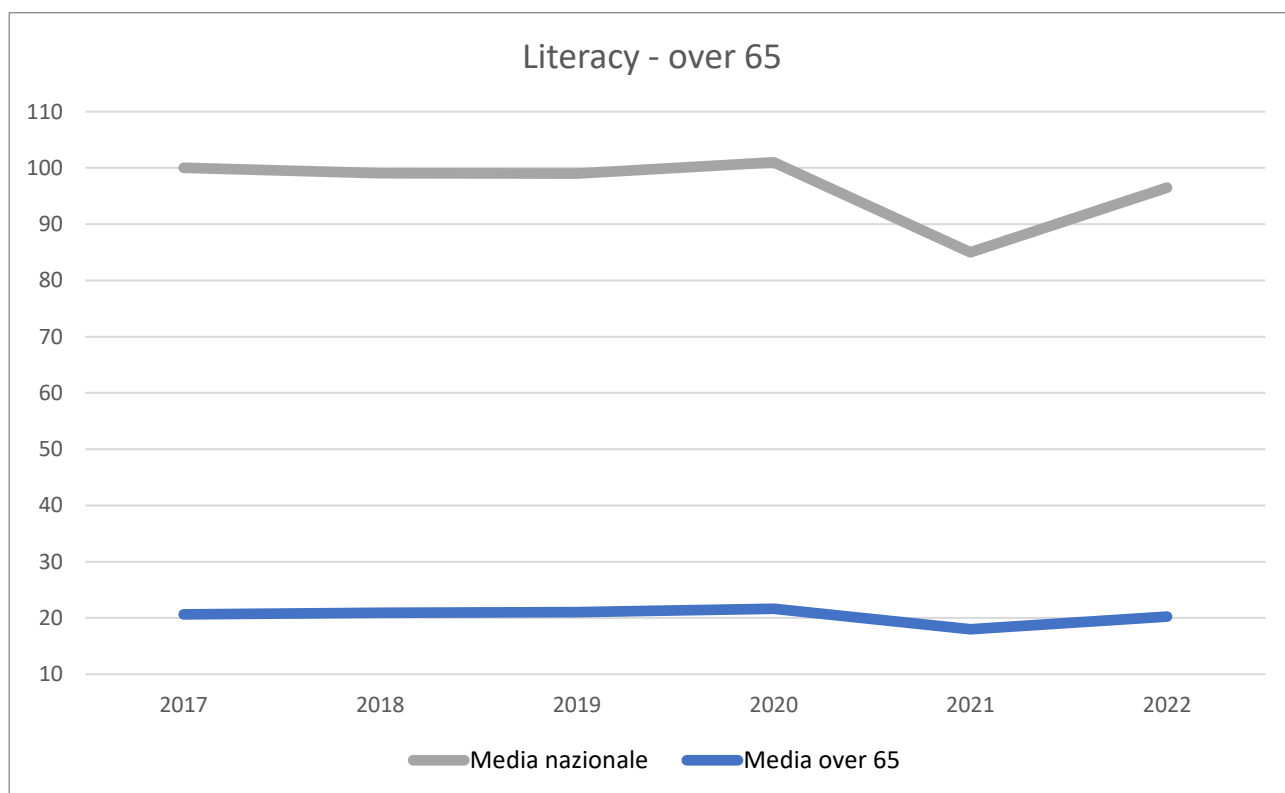


Figura 16 - Dominio Literacy: confronto tra IVS e over 65

Il Dominio Literacy presenta fino al 2020 un andamento lineare e con una crescita molto limitata rispetto al valore di riferimento di 100. A seguito del netto peggioramento registrato nel 2021, con un

valore di 87, si registra una crescita di 11 punti che riconduce il Dominio sul valore di standard di 100.

Tra gli Indicatori sottostanti al Dominio, si evidenzia un crollo dell'indicatore relativo alla *Partecipazione culturale fuori casa* per l'anno 2021, fenomeno influenzato dalle restrizioni in vigore durante la fase pandemica. Superata la crisi e rimosse le misure di contenimento e mitigazione della diffusione virale, si osserva un recupero del fenomeno, pur senza raggiungere nuovamente i valori precedenti la pandemia.

Gli indicatori *Lettura dei quotidiani almeno una volta alla settimana*, e *Uso di internet per cercare informazioni sanitarie* hanno registrato trend opposti: caratterizzato dal 2018 da una costante decrescita, e che, dopo un primo aumento da 96 a 134 nel biennio 2020/2021, registra un calo di 8 punti.

Nel secondo grafico vengono mostrati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Literacy* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65. Appare evidenziare come il trend del Dominio della popolazione over 65 mostri sin dal 2017 una marcata distanza rispetto all'andamento del Dominio nazionale. Il gap di circa 80 punti diminuisce solo di 3 punti percentuali nel 2021, accentuandosi nuovamente per l'ultimo anno in esame. Si osservi, inoltre, come l'andamento della media over 65 si sviluppi in maniera più lineare rispetto a quello nazionale, attestandosi sempre intorno al valore di 20 punti.

6.2.3. Stile di vita

Lo stile di vita rappresenta il complesso delle modalità con cui gli individui si definiscono e si sviluppano all'interno del contesto sociale nel quale sono immersi; si tratta, dunque, del proprio profilo di pensiero e di azione. Lo stile di vita incide in modo significativo sulla salute delle persone, racchiudendo una serie di comportamenti, valori, interessi e abitudini che hanno ricadute rilevanti sullo stato di benessere e sulla qualità della vita del singolo.

Da una prospettiva prettamente sociologica⁷⁸, 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 abitudini acquisite, come il consumo di tabacco e 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*.

⁷⁸ Thorstein Veblen & Max Weber

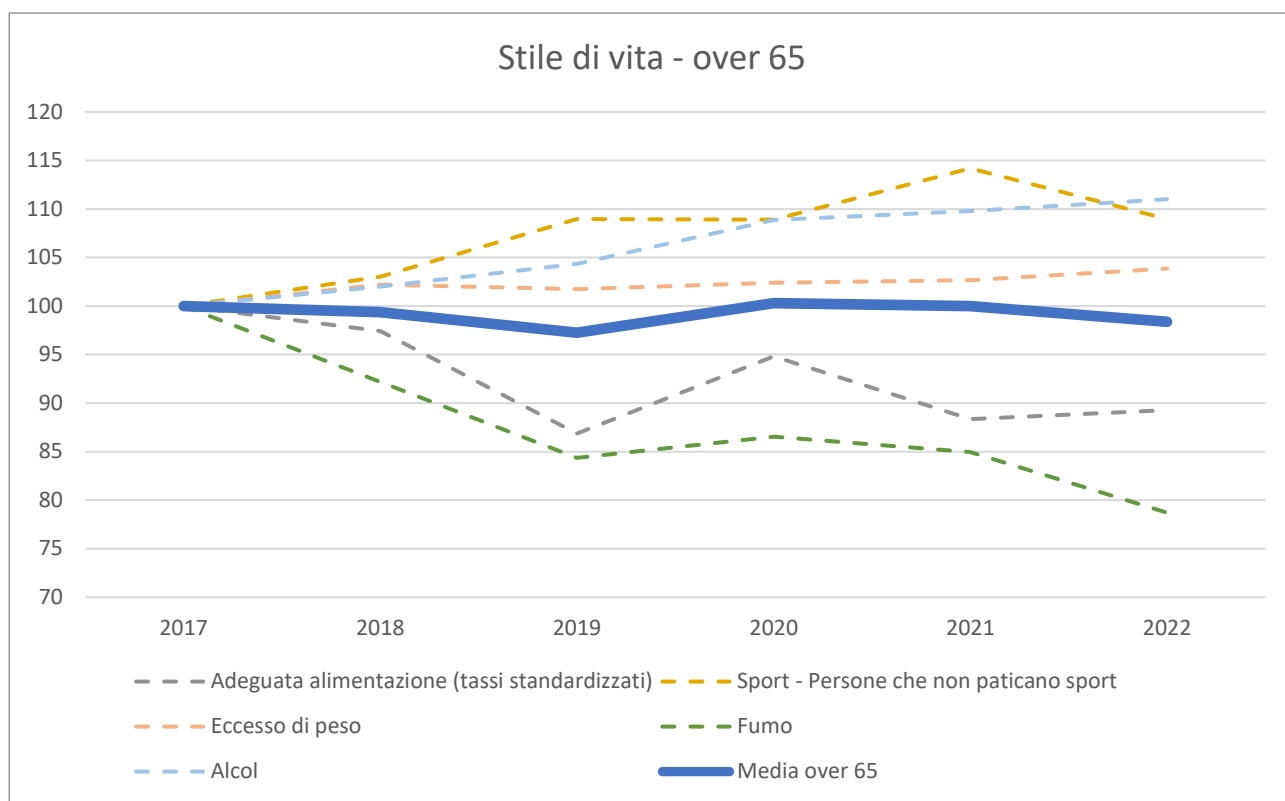


Figura 17 - Dominio Stile di vita: andamento generale

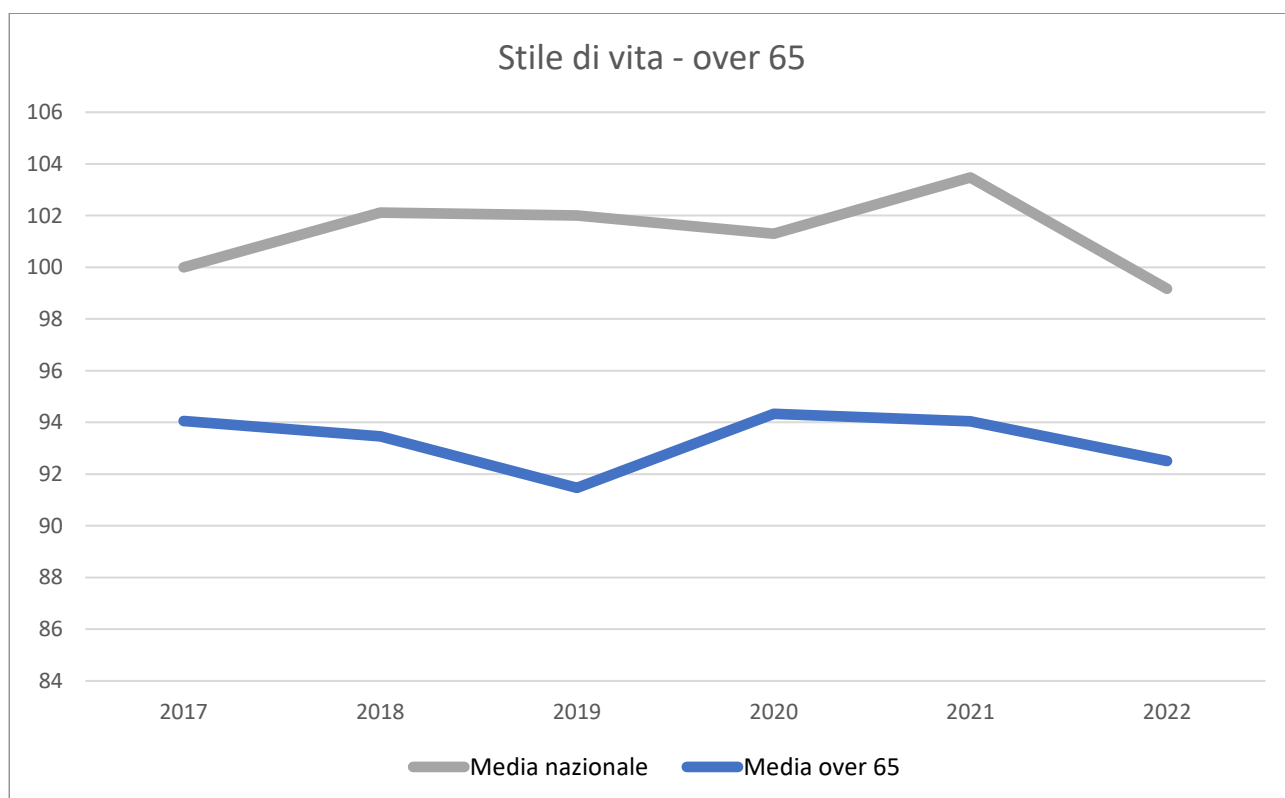


Figura 18 - Dominio Stile di vita: confronto tra IVS e over 65

Il Dominio in esame mostra, fino al 2021, un andamento generalmente costante che oscilla tra 97 e 100 punti.

Tuttavia, nella dinamica degli Indicatori sottostanti si evidenziano tendenze divergenti: la maggior parte di questi presenta dei valori in aumento e positivi in termini di Vicinanza della salute, mentre *Adeguata alimentazione* e l'abitudine al *Fumo* presentano due trend storicamente decrescenti e critici. Questi ultimi fenomeni denotano un aumento delle persone che non adottano comportamenti e abitudini volti a preservare la propria salute. La dinamica del Dominio risulta pertanto bilanciata dalle spinte contrastanti dei vari Indicatori, che si collocano sia al di sopra che al di sotto della tendenza media.

Nel secondo grafico sono comparati i due andamenti del Dominio *Stile di vita* rispettivamente per la popolazione totale e per la popolazione over 65. I Domini presentano due andamenti significativamente differenti. Non sorprende che lo stile di vita della popolazione anziana presenti delle condizioni più critiche rispetto alla media totale: il gap rilevato di 6 punti percentuali si mantiene pressoché inalterato lungo il quinquennio osservato, accentuandosi nel 2019 e nel 2021.

6.2.4. 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 svolge un ruolo fondamentale nel consentire alle persone di condurre una vita sana e produttiva. Di conseguenza, la presenza di un problema di salute mentale può avere un impatto significativo su diversi aspetti della vita quotidiana, contribuendo, ad esempio, a risultati scolastici peggiori, tassi di disoccupazione più elevati e uno stato di salute fisica peggiore.

La Mental Health, analogamente ad altri aspetti del benessere, può essere influenzata da diversi fattori socioeconomici sui quali è necessario intervenire con strategie nazionali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in nell'ambito di un approccio di *governance* complessiva

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, compresi gli aspetti relazionali, funzionali, partecipativi, di adattamento, insieme alla presenza di patologie croniche, al ricorso ai servizi sanitari, alla prevenzione e agli 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)*.

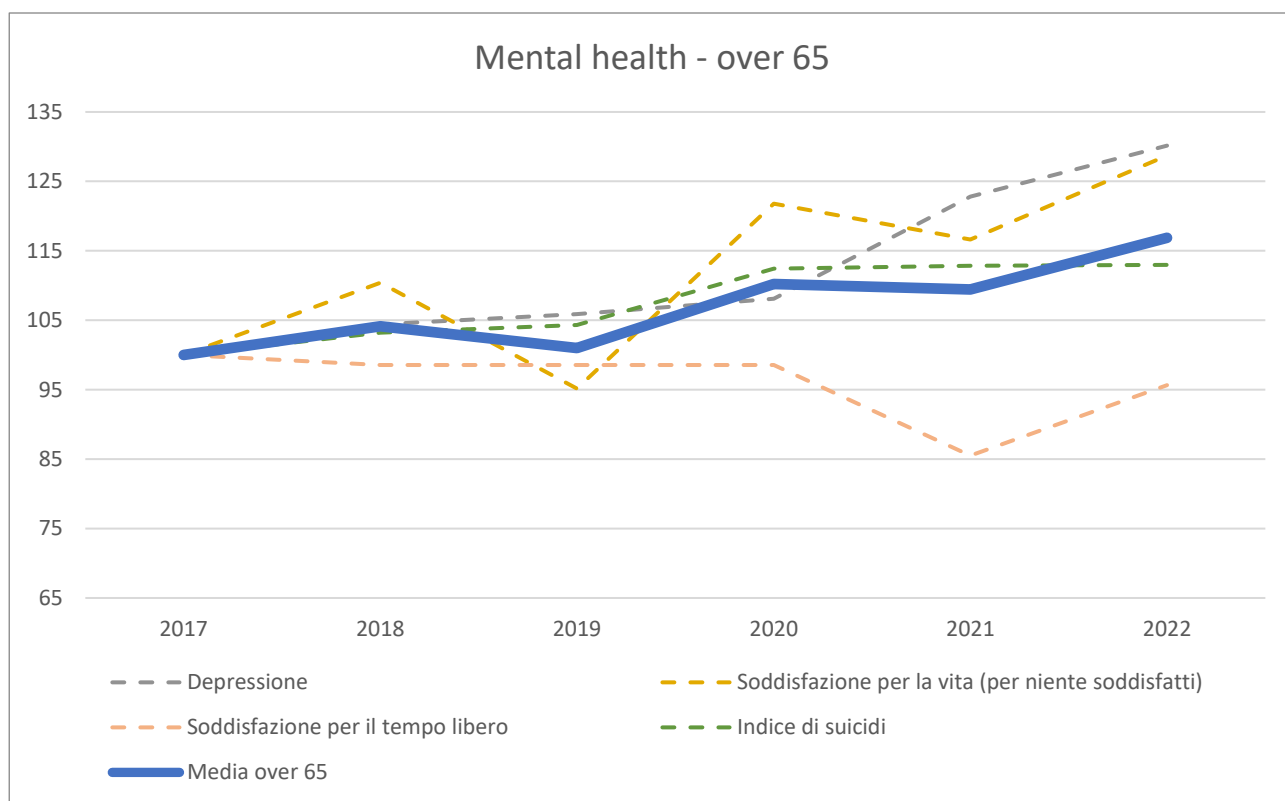


Figura 19 - Dominio Mental Health: dettaglio indicatori

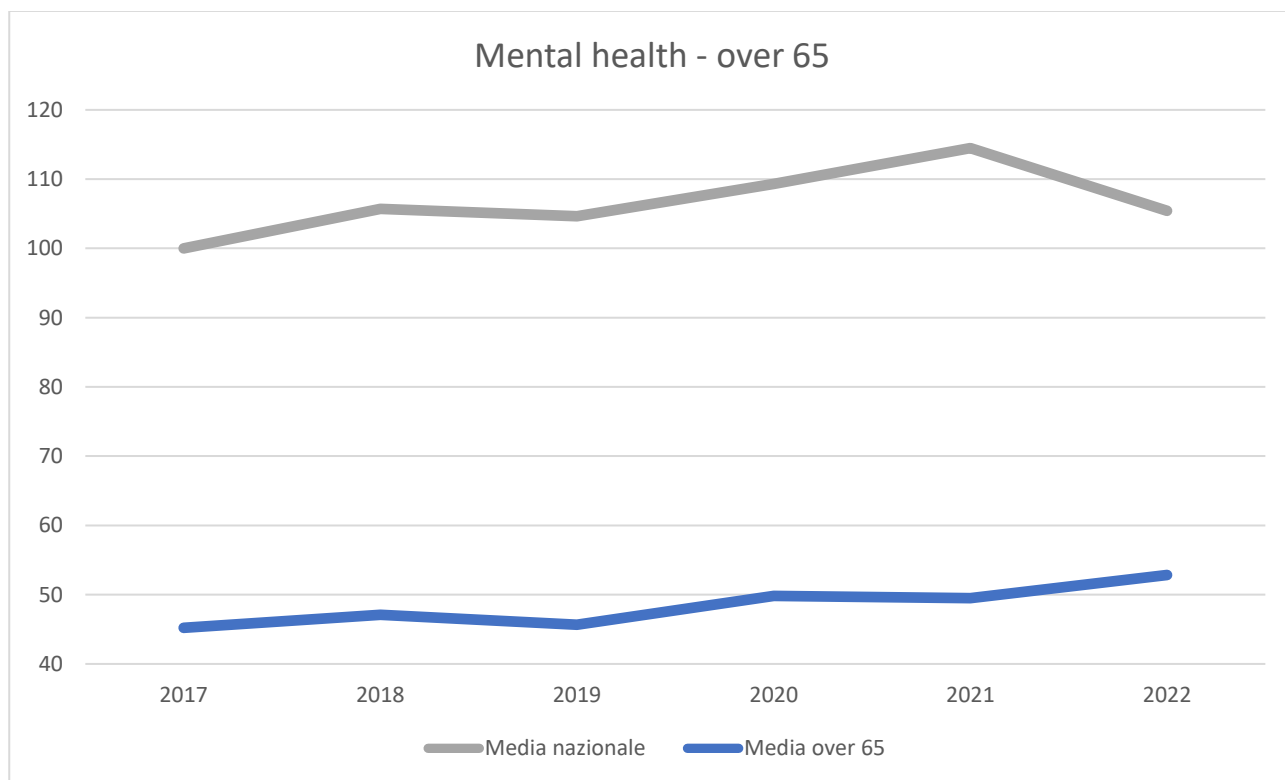


Figura 20 - Dominio Mental Health: confronto tra IVS e over 65

Nel corso degli anni, l'evoluzione del Dominio presenta un trend in forte crescita nonostante alcune lievi fluttuazioni. Nel 2022 il valore complessivo del Dominio ha raggiunto i 117 punti, rappresentando il valore massimo del quinquennio in esame.

Dall'analisi degli Indicatori associati al Dominio emergono i trend positivi per *Depressione* e *Soddifazione per la vita (per nulla soddisfatti)*, i quali hanno contribuito in modo significativo

all'incremento complessivo del Dominio *Mental Health*. *Soddisfazione della propria vita (per niente soddisfatti)* si dimostra l'unico indicatore con un andamento critico ed altalenante, quasi in costante peggioramento dal valore di riferimento del 2017. Il suo trend negativo si accentua notevolmente durante la crisi pandemica, come si evince dal peggioramento di 13 punti tra 2020 e 2021. Nell'ultimo anno si rileva tuttavia una decisa ripresa, attestandosi a 96, solo 3 punti sotto il dato pre-pandemico. Nel secondo grafico vengono mostrati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Mental Health* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

I valori del Dominio *Mental Health* sono variati in maniera differente tra la popolazione totale e quella over 65: fino al 2021 la tendenza positiva nazionale era più marcata di quella over 65, tuttavia la decrescita del valore relativo alla popolazione nel 2022 e la continuazione della crescita della media della popolazione anziana ha portato ad un leggero avvicinamento dei due valori. La forbice, nonostante quanto detto, rimane molto ampia, attestandosi a 52.

6.2.5. Cronicità

Lo stato di cronicità si caratterizza per l'irreversibilità di una condizione morbosa a lento decorso, con scarse possibilità di risoluzione e guarigione. Questo fenomeno è associato ad un declino di diversi aspetti della vita tra cui 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 di mortalità⁷⁹. Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete. I pazienti cronici devono convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate e gestite, permettono un ragionevole mantenimento della 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.*

⁷⁹ (Ministero della Salute, 2016)

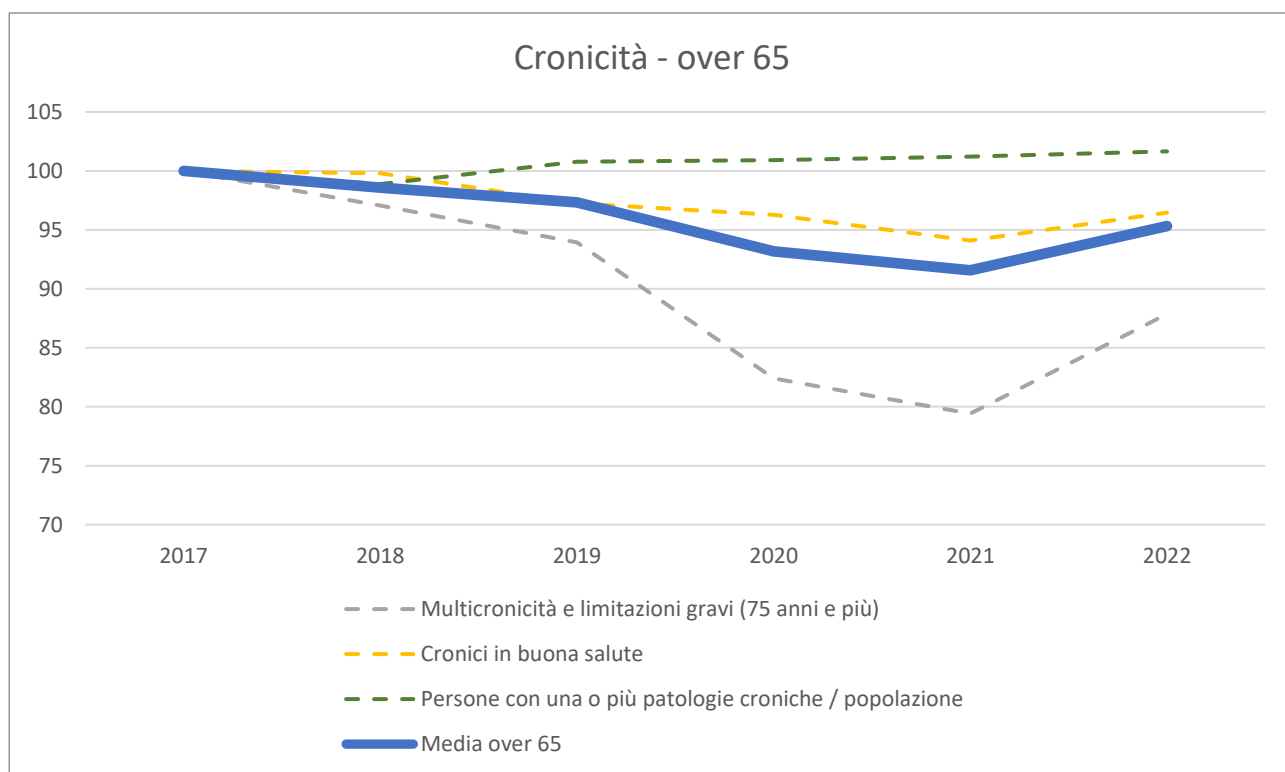


Figura 21 - Dominio Cronicità: dettaglio indicatori

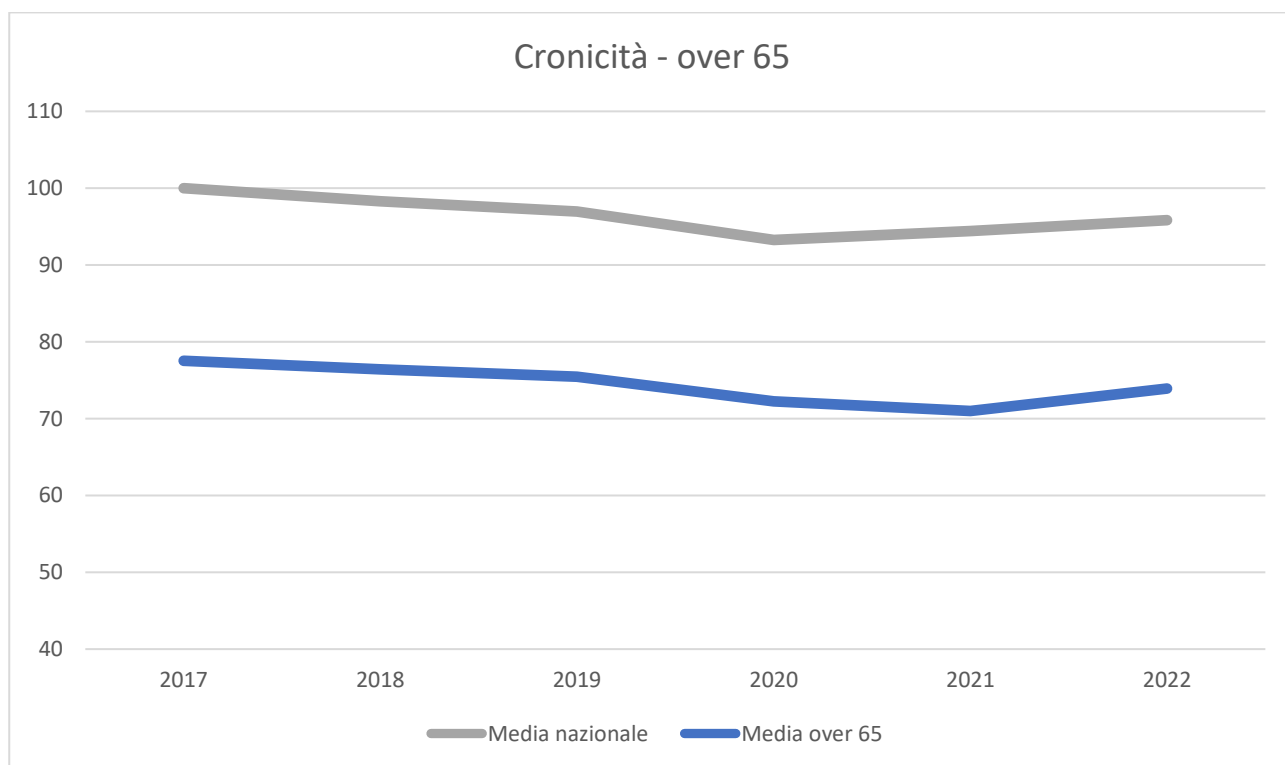


Figura 22 - Dominio Cronicità: confronto tra IVS e over 65

Il Dominio in esame descrive un andamento in diminuzione nel corso degli anni che, nel 2022 dopo una crescita di 3 punti, si è attestato ad un valore di 95.

Nella dinamica degli Indicatori si evidenzia come il principale contribuente alla decrescita del Dominio sia l'indicatore *Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)* sebbene nell'ultimo anno osservato mostri un trend in aumento. Presenta una tendenza negativa, anche se meno marcata, pure

l'indicatore *Cronici in buona salute* decrescita che sembra arrestarsi per l'anno 2022 risalendo verso valori pre-pandemici.

A condizionare positivamente l'andamento del Dominio è l'indicatore *Persone con una o più patologie croniche / popolazione*, che mostra un lieve aumento dal 2017 raggiungendo un valore di 102 punti per l'anno 2022.

Nel secondo grafico sono confrontati i due andamenti del Dominio *Cronicità* rispettivamente per la popolazione totale e per la popolazione over 65.

I due andamenti si presentano pressoché identici, mantenendo costante la forbice di 22 punti tra il valore totale e quello over 65 durante l'intero il periodo analizzato.

6.2.6. Isolamento

La tendenza all'isolamento e la perdita di contatto con il mondo esterno costituiscono manifestazioni di condizioni particolari di malessere, che possono avere gravi conseguenze sullo 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, e ha un impatto negativo sull'uso dei servizi sanitari e sulla mortalità stessa dell'individuo⁸⁰.

Il fenomeno dell'isolamento sociale è esaminato sotto diversi aspetti: secondo la sua accezione di solitudine e, quindi, legato alla qualità dei contatti interpersonali, ma anche e soprattutto come isolamento sociale, definito come 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*.

⁸⁰ (Leigh-Hunt, 2017)

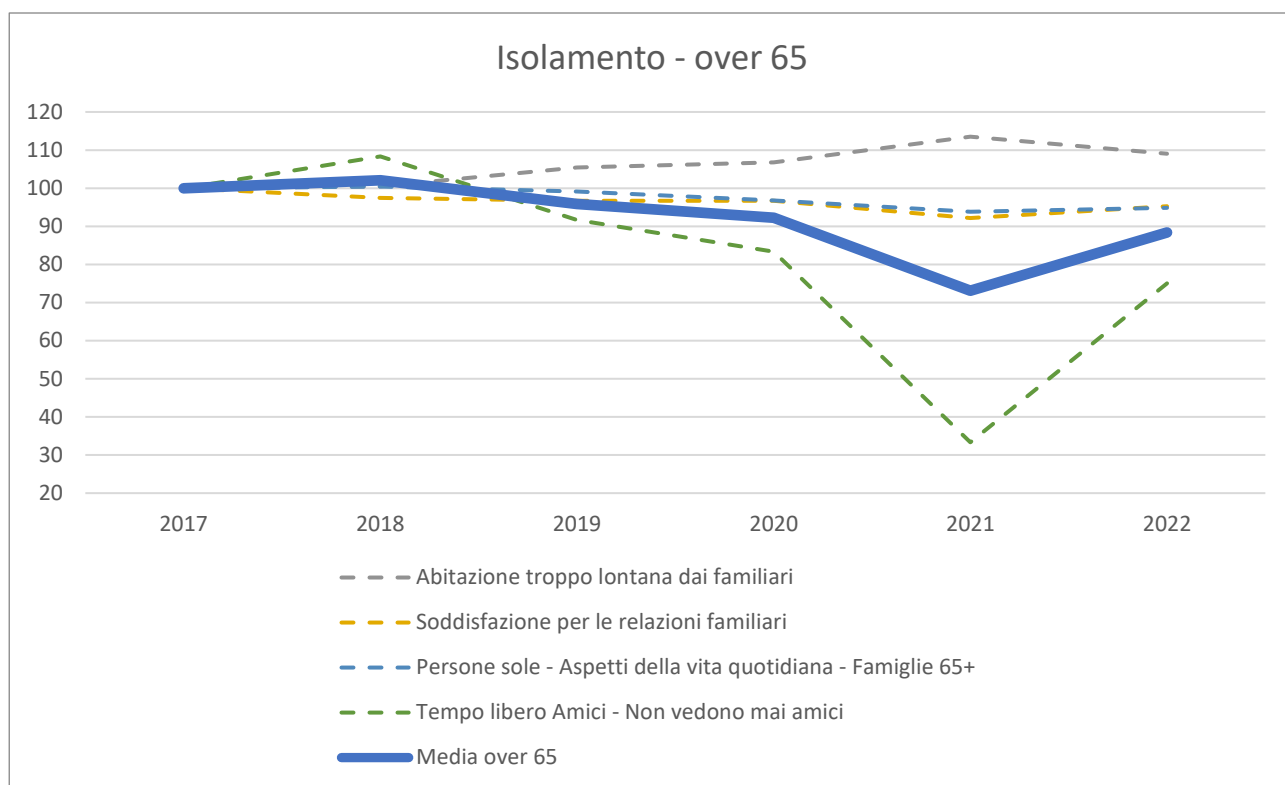


Figura 23 - Dominio Isolamento: dettaglio indicatori

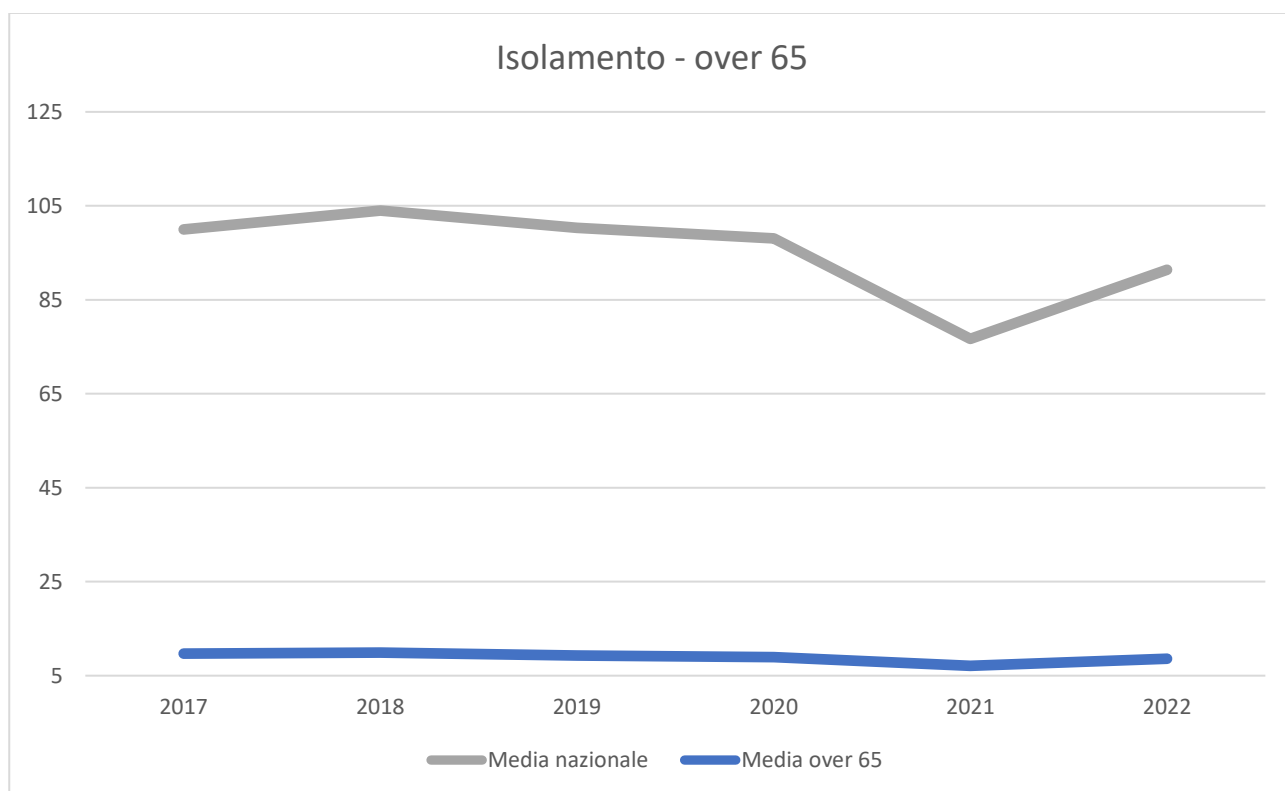


Figura 24 - Dominio Isolamento: confronto tra IVS e over 65

Il Dominio “Isolamento” mostra un andamento in decrescita dal 2018 fino al 2021, attestando un peggioramento in termini di Vicinanza della salute causato dall’aumento dei fenomeni legati all’Isolamento. Tuttavia, per l’anno 2022 si osserva un cambiamento significativo con una netta ripresa, registrando un aumento di 15 punti e raggiungendo il valore di 88. Tale recupero, pur significativo, non riesce a superare né ad eguagliare i valori pre-pandemici.

Nell'analisi dei parametri associati al Dominio si nota un notevole cambiamento nell'indicatore *Persone che non vedono mai amici nel tempo libero*. Questo indicatore ha registrato una significativa decrescita a partire dal 2018 e ha subito un brusco declino nel 2020, portando i valori ad un minimo storico di 33. Tale fenomeno riflette l'impatto delle misure di contenimento legate alla pandemia, che hanno inevitabilmente aumentato l'isolamento individuale e influenzato le abitudini e i comportamenti delle persone. Nel 2022 si nota invece come il trend dell'indicatore abbia una risalita netta arrivando a 75, confermando comunque la tendenza storicamente decrescente. Gli indicatori *Persone sole* e *Soddisfazione per le relazioni familiari* si mostrano stabili anche se in lieve decrescita al netto del quinquennio. L'unico andamento positivo nel periodo in esame è dell'indicatore *Abitazione troppo lontana dai familiari*, che nonostante il calo di 5 punti dell'ultimo anno rimane superiore ai valori pre-pandemici.

Nel secondo grafico sono confrontati i due andamenti del Dominio *Cronicità* rispettivamente per la popolazione totale e per la popolazione over 65.

Risulta evidente come le condizioni sociali legate alla popolazione over 65 si mostrino critiche rispetto alla media della popolazione totale.

In particolare, l'andamento del Dominio in esame per la fascia over 65 si mantiene su valori uguali o inferiori ai 10 punti percentuali, durante tutto il quinquennio osservato. Il gap rilevato tra le due medie oscilla tra un massimo di 94, registrato nel 2018, ed un minimo di 70 per il 2021. Nell'ultimo anno la forbice è aumentata nuovamente, raggiungendo una differenza di 82 punti.

6.2.7. Coesione sociale

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

1. La dimensione strutturale che riguarda i meccanismi di inclusione ed esclusione sociale e il grado di mobilità sociale;
2. La dimensione culturale che identifica il grado di condivisione di norme e valori;
3. 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;
4. 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 over 65, 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*.

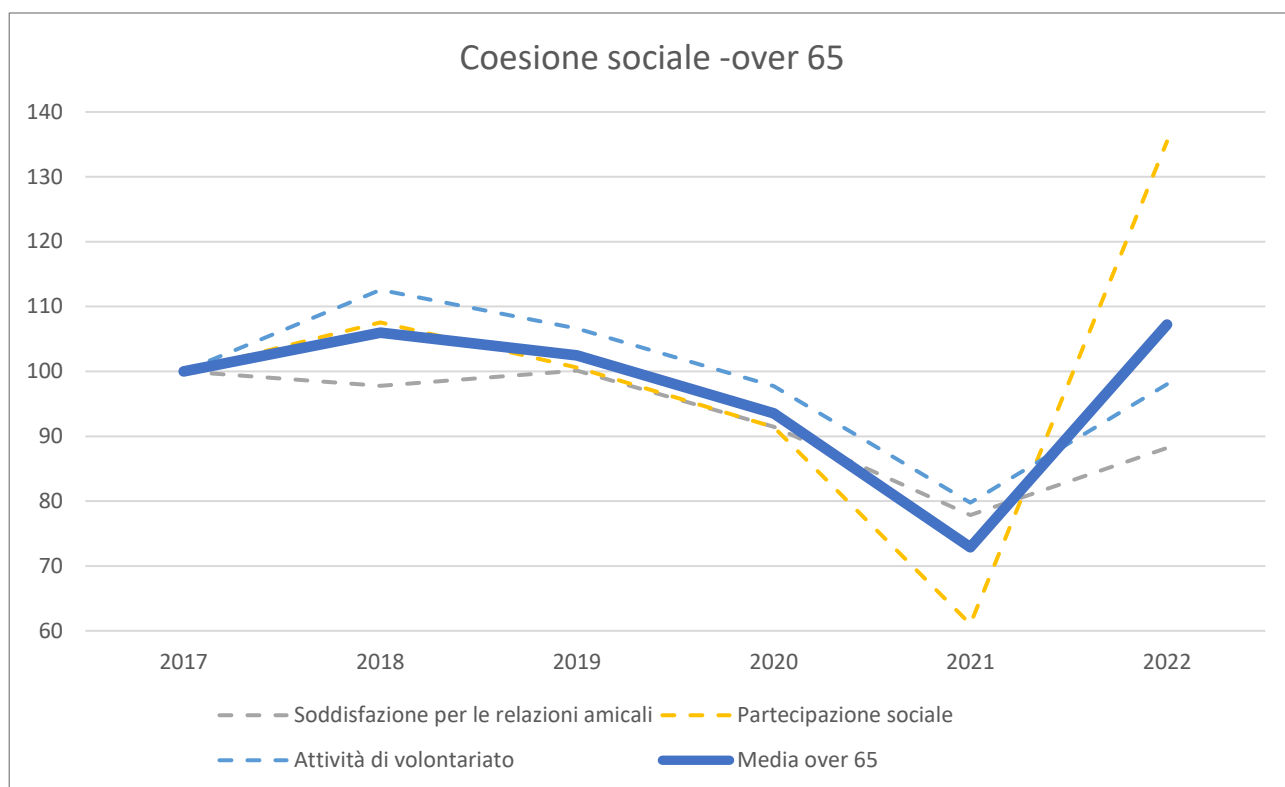


Figura 25 - Dominio Coesione Sociale: dettaglio indicatori

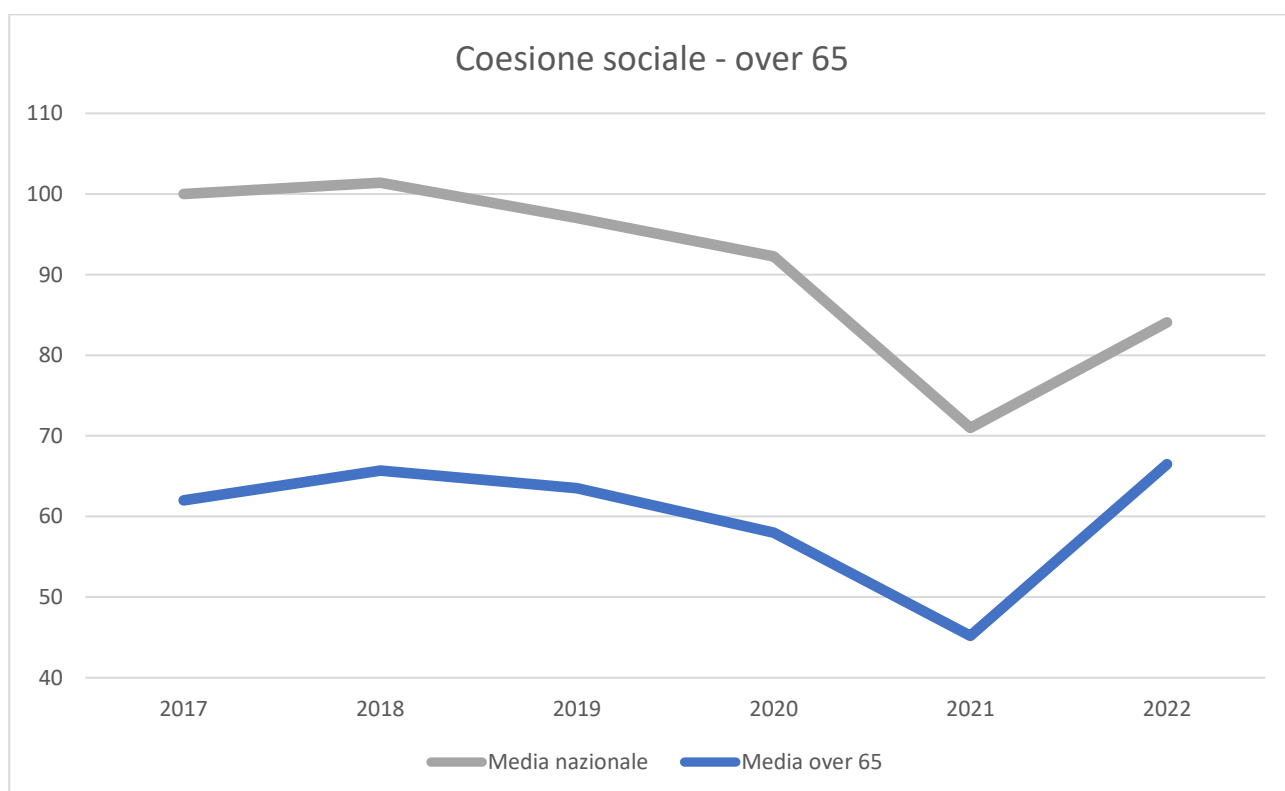


Figura 26 - Dominio Coesione Sociale: confronto tra IVS e over 65

Il Dominio analizzato mostra dal 2018 un accentuato declino, culminato nel 2021 con il minimo storico di 73 punti. Tuttavia, si verifica una marcata inversione di tendenza per l'anno 2022, in cui si osserva un aumento generale che permette di raggiungere un valore di 107 punti, valore più alto registrato nel periodo in esame.

All'interno del quadro d'analisi dei parametri connessi al Dominio, emerge un andamento omogeneo tra tutti gli indicatori presi in esame. Nello specifico, è l'indicatore *Partecipazione sociale* a condizionare maggiormente l'andamento positivo del Dominio per il 2022, anno nel quale l'indicatore mostra un valore di 135 punti, superando i valori pre-pandemici.

Nel secondo grafico sono riportati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Coesione Sociale* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

I due andamenti si presentano sostanzialmente simili e sensibili alle varie ricadute sociali dovute alle restrizioni applicate durante la crisi pandemica. Nell'anno di partenza, 2017, si osserva una differenza di 38 punti, che nel corso degli anni è considerevolmente diminuita. In particolare, nell'ultimo anno osservato la forbice si è ridotta ad un valore di 18 punti, grazie al trend in maggiore crescita per gli over 65.

6.2.8. Fragilità economica

Il concetto di Fragilità economica viene utilizzato per analizzare specifici disagi e problematiche sociali che, soprattutto negli ultimi anni, determinano un senso di maggiore instabilità e precarietà nella popolazione. Fattori come la sempre più diffusa instabilità reddituale o la marcata presenza di lavori temporanei, soprattutto tra le nuove generazioni, contribuiscono a generare disagio economico, e quindi una condizione di fragilità; che, nei casi più estremi, comporta la difficoltà di far fronte a spese di importanza primaria e ad avere accesso a beni e servizi sociali essenziali e primari.

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 famiglia⁸¹.

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 quattro indicatori, imprescindibili per delineare un ritratto nazionale propedeutico agli scopi perseguiti dall'Indice di Vicinanza della Salute over 65: *Percentuale di persone che vivono in famiglie a rischio di povertà*; *Percentuale di famiglie che non possono riscaldare adeguatamente la casa*; *Percentuale di povertà assoluta*; *Percentuale di persone in famiglie che registrano segnali di deprivazione materiale*.

⁸¹ (Ferrera, 2006)

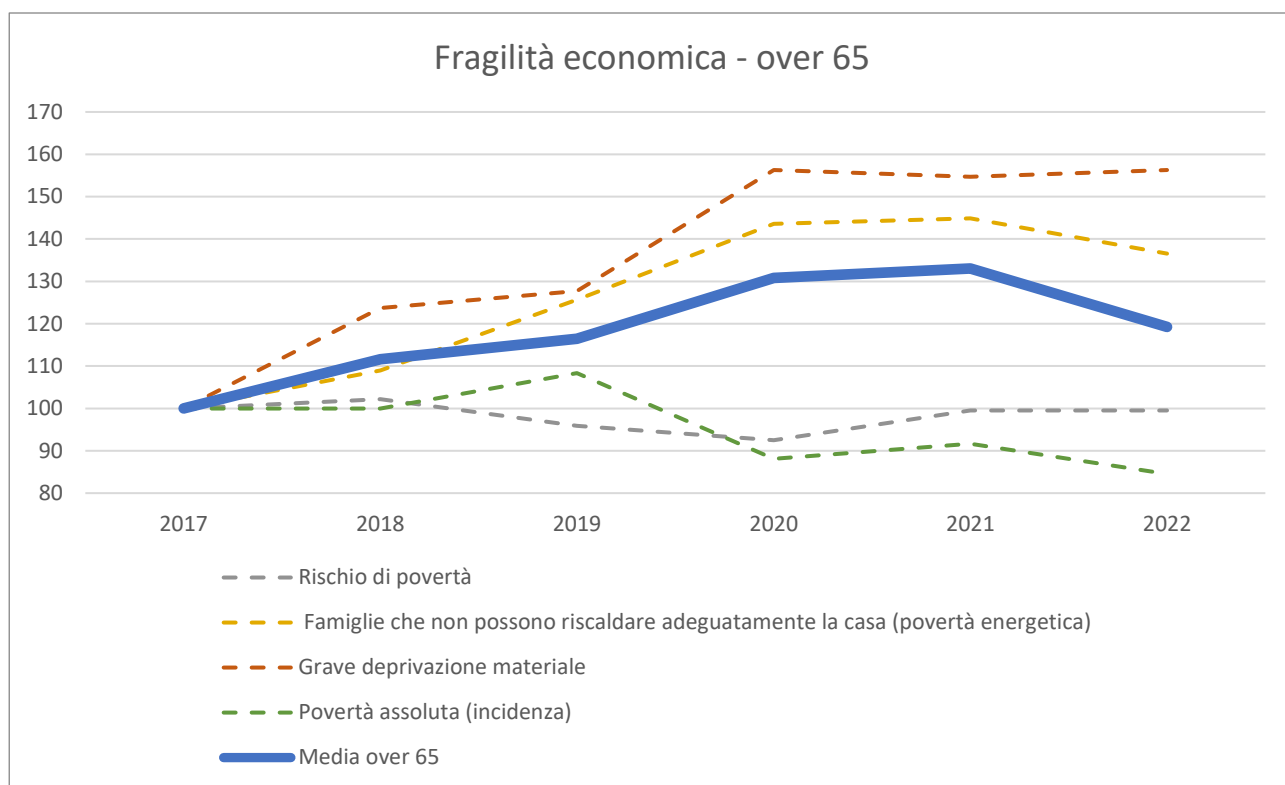


Figura 27 - Dominio Fragilità economica: dettaglio indicatori

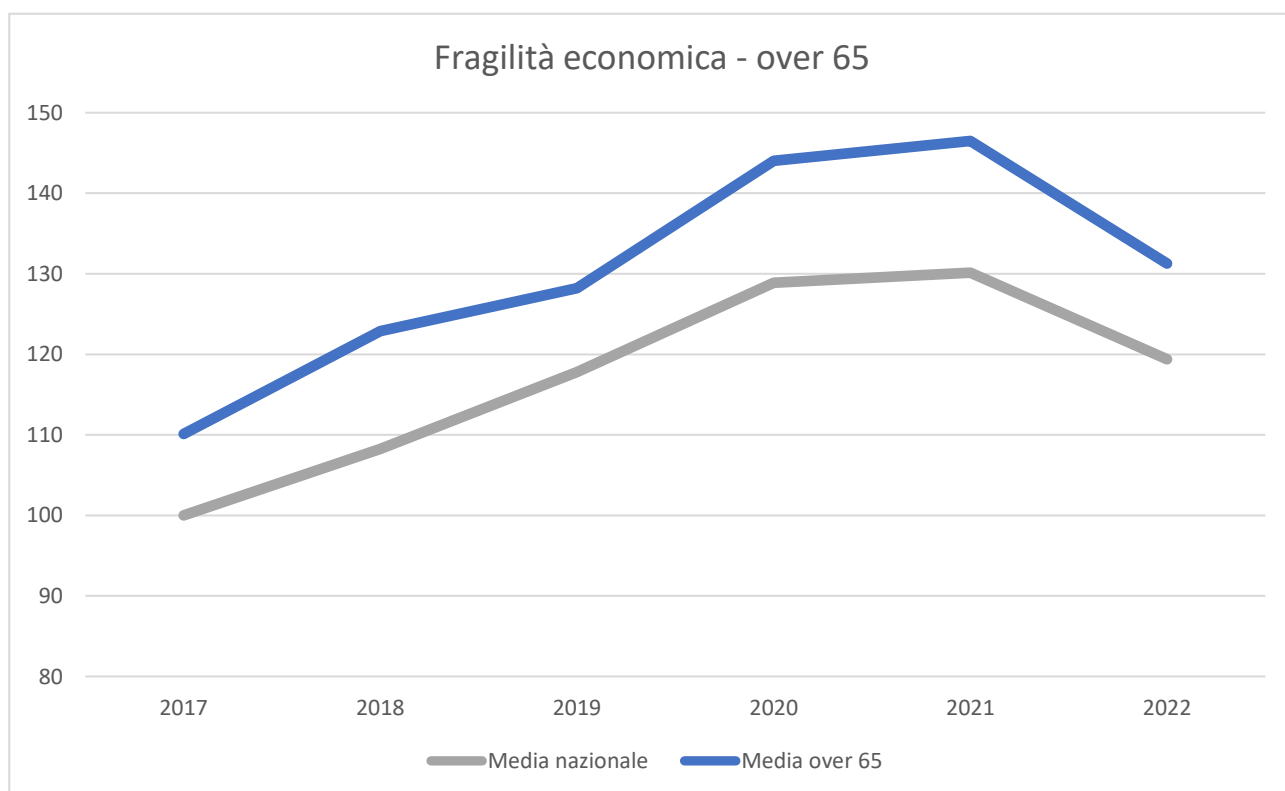


Figura 28 - Dominio Fragilità economica: confronto tra IVS e over 65

Il Dominio in esame descrive un andamento in crescita fino al 2021, a seguito del quale viene rilevato un calo che riporta il trend su valori simili al 2019.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si osserva come siano i due indicatori: *Povertà assoluta* e *Rischio di povertà* a condizionare negativamente l'andamento generale. L'Incidenza della

povertà assoluta, in particolare, presenta un trend in decrescita dal 2019, raggiungendo un valore di 85 per il 2022.

Al contrario, sono gli altri due indicatori a tracciare una tendenza marcatamente positiva fino al 2020, a cui segue: per *Grave deprivazione materiale* un plateau per i due anni successivi, che dimostra come si sia pressoché stabilizzato il numero di persone che non possono permettersi determinati beni considerati come necessari per una vita adeguata.

Mentre, per *Povertà energetica delle famiglie* si osserva una decrescita per il 2022, laddove a pesare sono verosimilmente i rincari dell'energia dovuti al riassetto geopolitico causato dal conflitto tra Russia e Ucraina.

Nel secondo grafico sono rappresentati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Fragilità economica* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

Per la prima volta si osserva per la popolazione over 65 una condizione complessivamente migliore rispetto alla media nazionale. Sebbene il trend over 65 presenti una crescita soggetta a più fluttuazioni e quindi meno costante rispetto a quella nazionale fino al 2020, per i restanti due anni i due andamenti si sviluppano in maniera simile, con un calo più marcato per la media over 65 per il 2022.

6.2.9. Autosufficienza

Il Dominio *Autosufficienza* è stato concepito specificatamente per l'Indice di Vicinanza over 65, pensando a peculiarità e condizioni fisiche specifiche della popolazione oggetto di esame nel seguente rapporto.

Con il concetto di Autosufficienza si è inteso indagare in che misura sussiste, per la popolazione over 65, la capacità di svolgere in modo autonomo le attività fondamentali per la vita di ogni giorno. Una condizione di parziale autosufficienza, o l'assenza di quest'ultima, ha inevitabilmente un impatto significativo sulla qualità della vita, limitando considerevolmente la capacità di essere indipendenti. Per l'analisi di tale fenomeno sono stati presi in riferimento diverse dimensioni e aspetti della quotidianità; quindi, le attività giornaliere e basilari come la capacità di alimentarsi, vestirsi, muoversi e le attività più strumentali, che includono ad esempio la gestione della propria casa, fare la spesa, cucinare, gestire le finanze o utilizzare mezzi di trasporto.

Conditio sine qua non lo svolgimento di simili attività giornaliere diventa la possibilità di godere di un buon stato di salute e quindi possedere delle condizioni fisiche adeguate, nonostante l'avanzare dell'età e la comparsa di relative complicazioni.

Dunque, per osservare la moltitudine di aspetti considerati si è deciso di selezionare quattro indicatori: *Disabilità; Problemi di vista; Problemi di udito e Fragilità*; i cui andamenti andranno a tracciare un trend complessivo che intende rappresentare e descrivere come si sviluppa la condizione di autosufficienza per la popolazione over 65 nell'ultimo quinquennio.

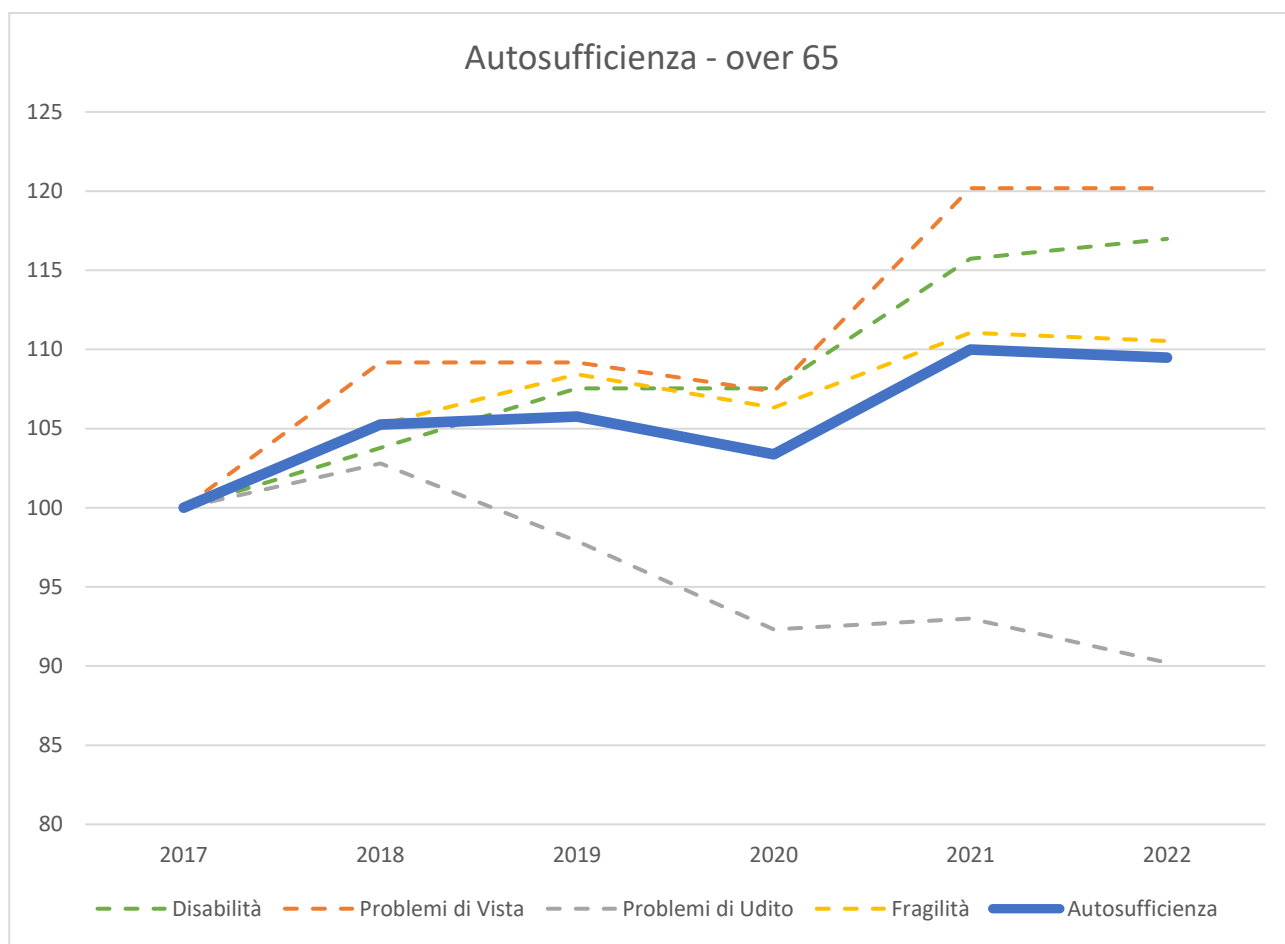


Figura 29 - Dominio Autosufficienza: dettaglio indicatori

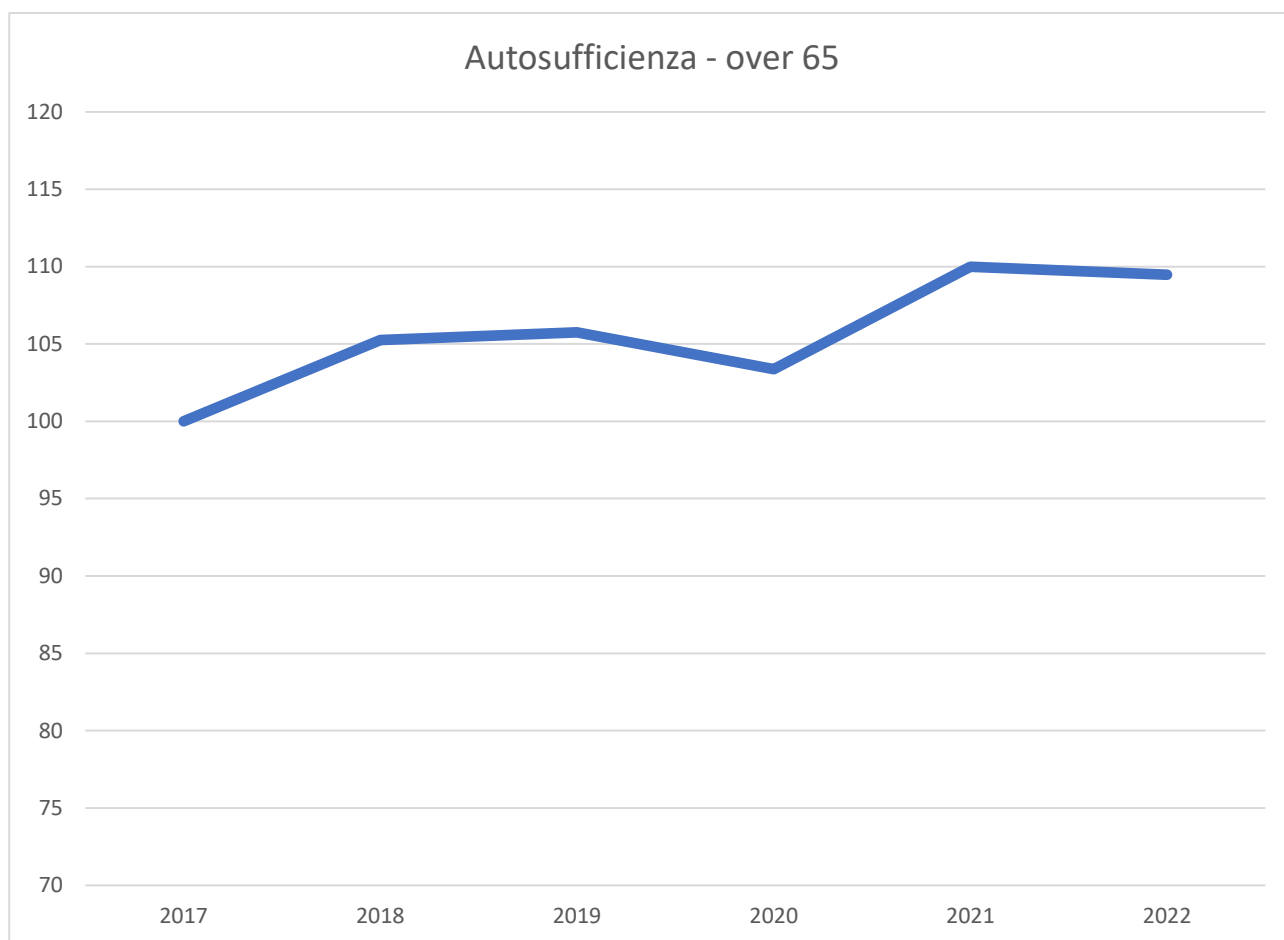


Figura 30 - Dominio Autosufficienza: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un trend complessivamente in crescita nel quinquennio di riferimento, nonostante un lieve calo per l'anno 2019.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si osservano degli andamenti positivi e in aumento per la maggior parte di questi, sebbene tale crescita presenti un arresto generale per il 2022. L'unica eccezione è rappresentata dall'indicatore *Problemi di Udito* che si mostra in costante decrescita dal 2018, fino a raggiungere un valore di 90 punti per l'ultimo anno osservato.

6.3. 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, 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 alla *Missione 5 – Inclusione e coesione* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della *Missione 6 – Salute* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

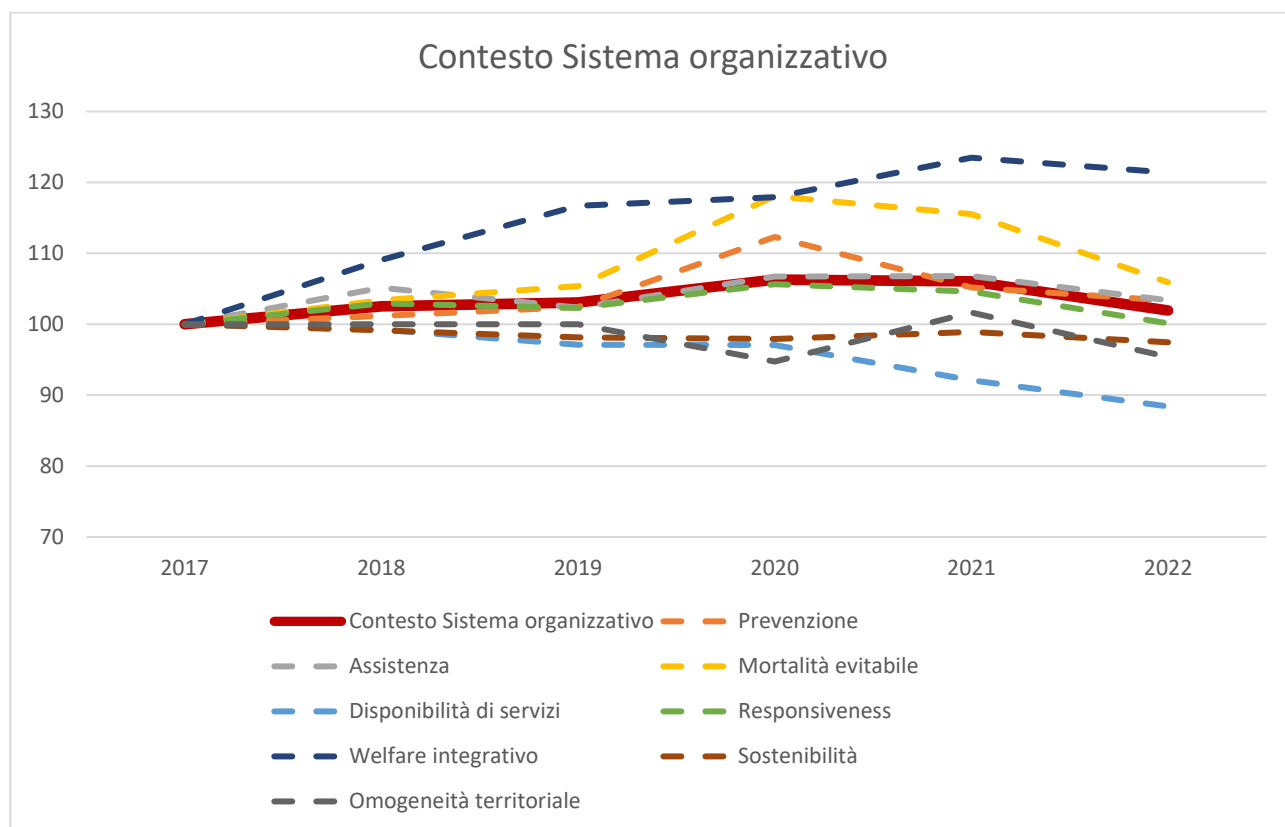


Figura 31 - Contesto Sistema organizzativo: dettaglio domini

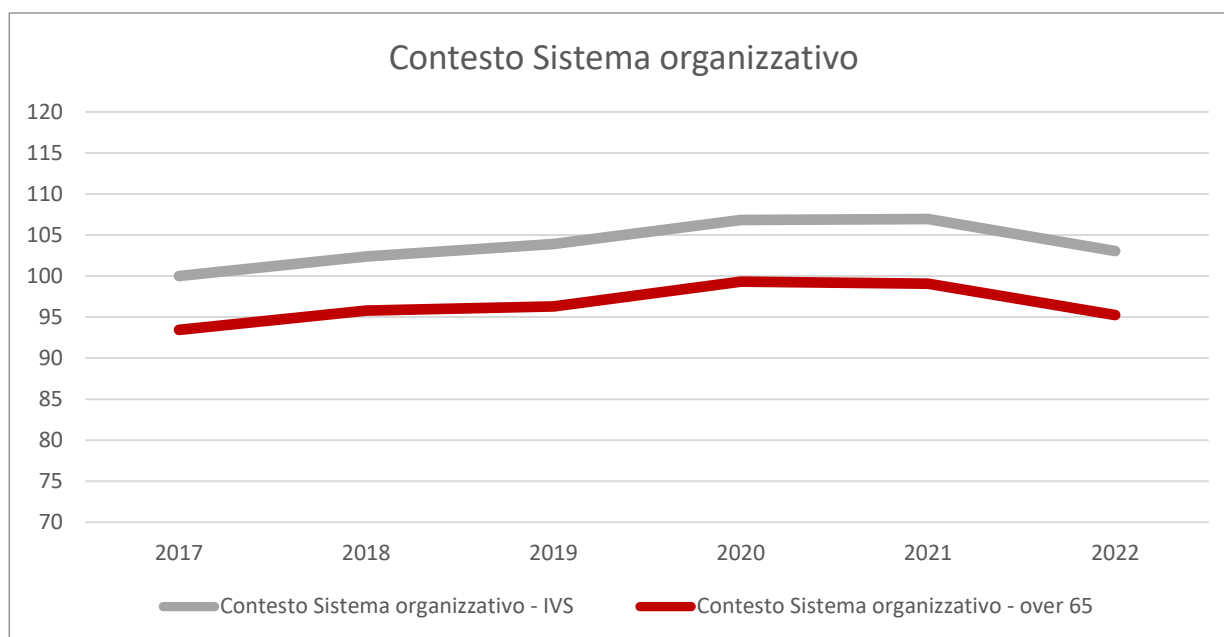


Figura 32 - Contesto Sistema organizzativo: confronto tra IVS e over 65

Nel primo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto, tra cui risaltano: per il suo trend positivo, il Dominio *Welfare integrativo*; e per i loro andamenti negativi i Domini *Omogeneità territoriale*, *Sostenibilità* e *Disponibilità di servizi*.

Il secondo grafico mostra, a confronto, l'andamento generale del Contesto per l'Indice di Vicinanza della Salute nazionale (in grigio) e per l'Indice di Vicinanza della Salute over 65 (in rosso), che rappresenta la sintesi degli andamenti degli otto Domini che lo compongono.

L'andamento tracciato dalla media nazionale permette di evidenziare, lungo la serie storica in esame, una tendenza positiva costante e quasi lineare, trend che frena la sua crescita nell'ultimo biennio e diminuisce di 4 punti nel 2022. L'andamento del Contesto per la popolazione over 65, invece, parte da un valore di 93 punti e presenta un trend che segue in maniera praticamente speculare quello nazionale, registrando valori sempre più bassi di circa 7 punti. Il Contesto per l'over 65, a seguito della decrescita rilevata, raggiunge nell'ultimo anno in esame valori simili al 2018, con un valore di 95 punti.

Di seguito vengono descritti singolarmente i Domini che lo compongono.

6.3.1. Prevenzione

La Prevenzione, nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute over 65, 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: 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: 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 ridurne 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*.

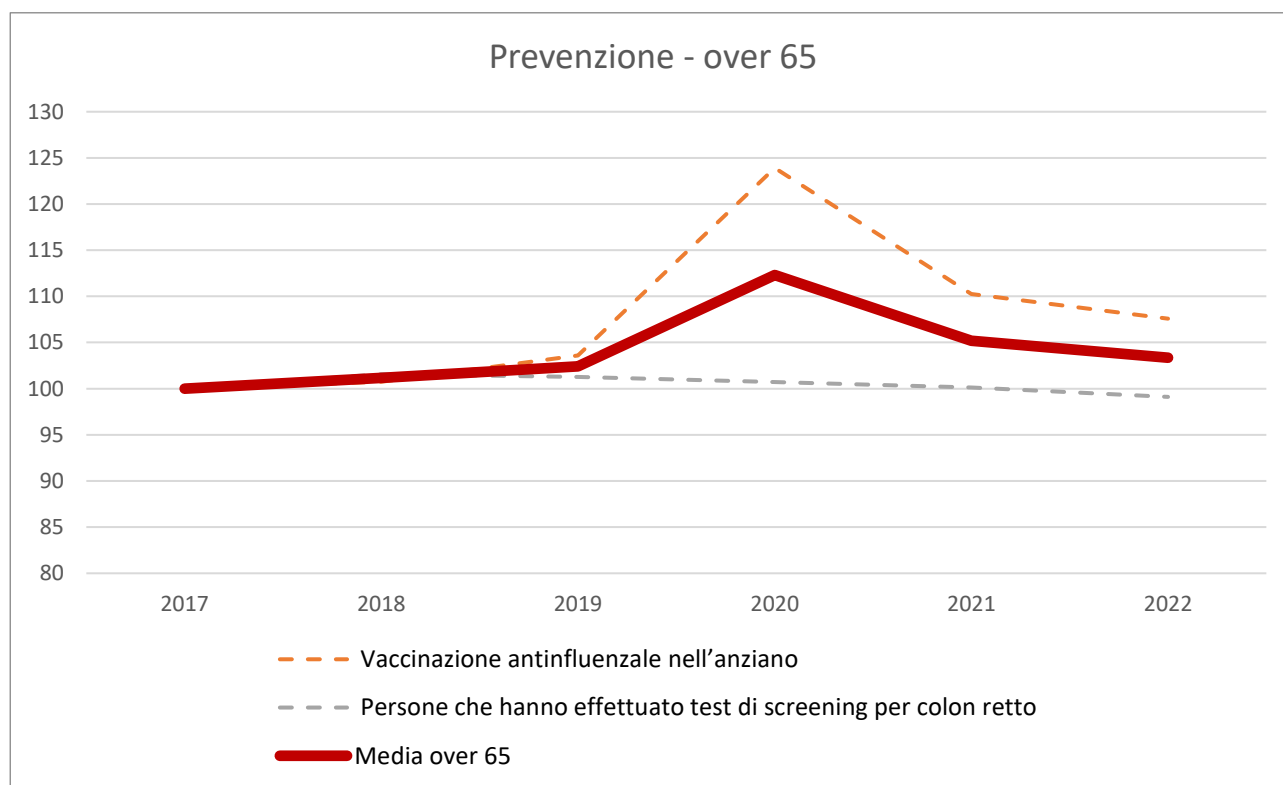


Figura 33 - Dominio Prevenzione: dettaglio domini

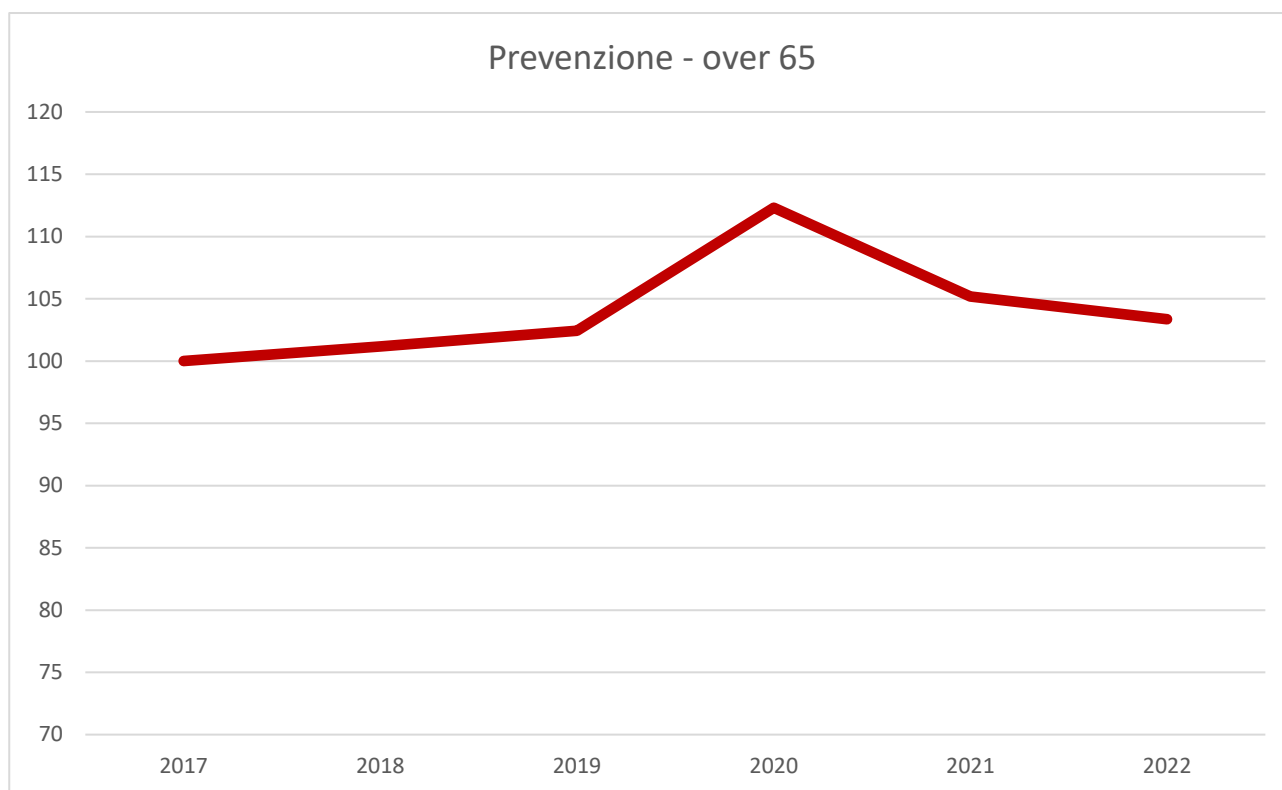


Figura 34 - Dominio Prevenzione: andamento generale

L'andamento del Dominio in esame manifesta una fase di sostanziale crescita fino al 2020 arrivando al valore di 112 (sospinta anche dai timori pandemici e dalla diffusione vaccinale per Covid), per poi diminuire negli anni a seguire, ritornando ai valori del 2019 nel 2022.

Tra gli Indicatori riconducibili al Dominio emergono due tendenze divergenti. Da un lato *Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano*, presumibilmente a causa della campagna di vaccinazione durante la pandemia, presenta un picco nel 2020 e, a seguire, un calo nel 2021 che prosegue anche nell'anno successivo, rimanendo comunque a livelli superiori al 2019. D'altra parte, *Persone che hanno effettuato test di screening per colon retto*, che ha registrato una debole crescita nel 2018, presenta una lieve ma costante diminuzione a partire dal 2020 che l'ha portato ad un valore di 99 nell'ultimo anno.

6.3.2. Assistenza

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

La selezione degli indicatori del Dominio sconta la storica peculiarità del sistema sanitario di poter disporre in tempi ragionevoli dei dati relativi alla produzione sanitaria che, in alcuni casi presentano fino a tre anni di ritardo per il loro rilascio, risultando inidonei agli scopi preposti.

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.

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.

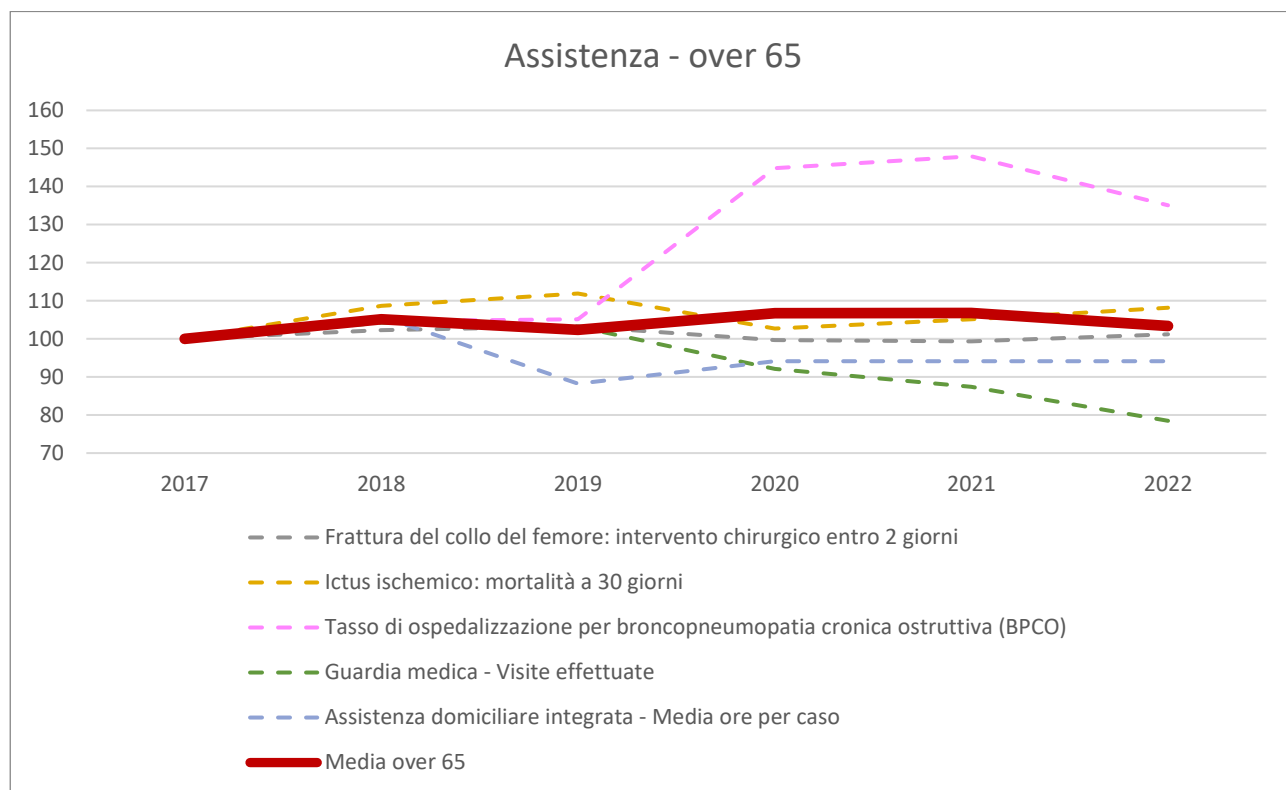


Figura 35 - Dominio Assistenza: dettaglio domini

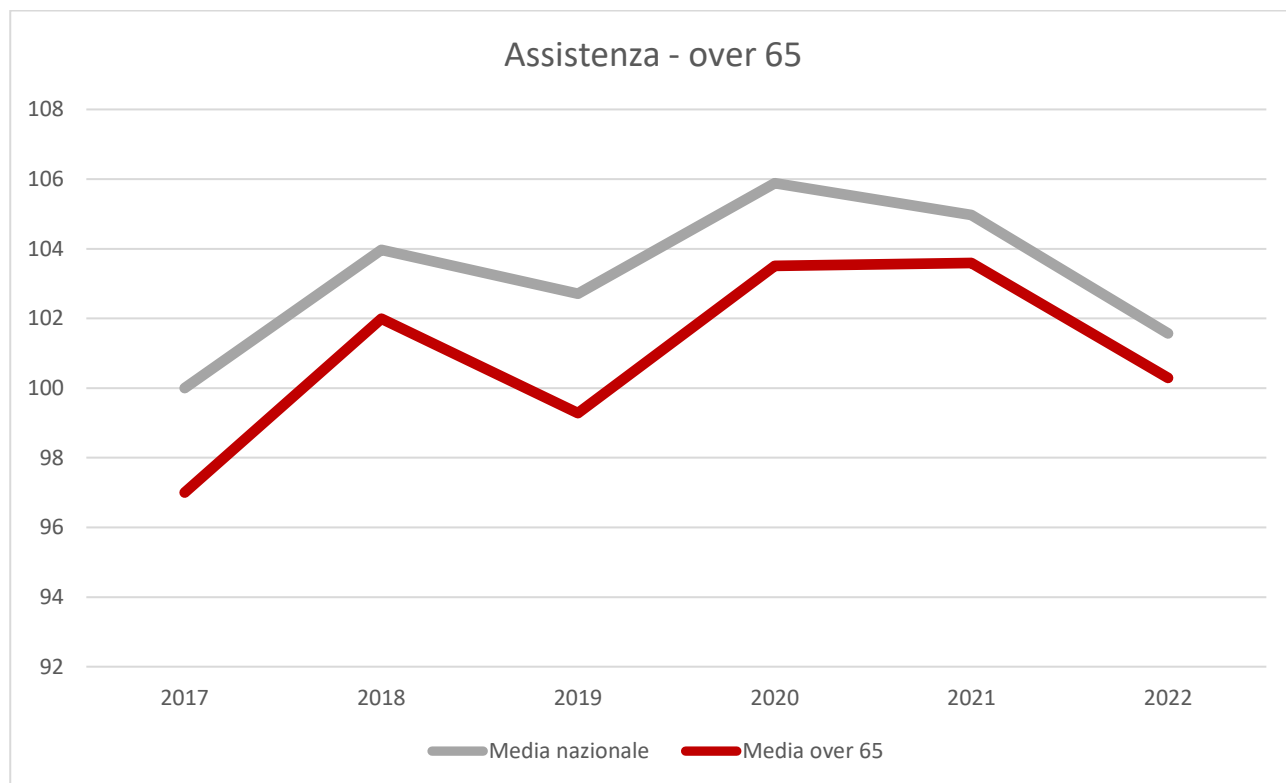


Figura 36 - Dominio Assistenza: confronto IVS e over 65

Il Dominio in esame descrive un andamento altalenante, ma in crescita fino al 2021. L'ultimo anno osservato mostra una lieve decrescita registrando 103 punti, valore che non arresta il trend positivo poiché al sopra del dato di partenza per il 2017.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si distingue il trend in aumento dell'indicatore *Tasso di ospedalizzazione per BPCO* che nel 2021 segna il valore di 148 punti, per poi diminuire nel 2022 raggiungendo 135 punti.

Tra gli andamenti pressoché costanti degli altri indicatori, si osserva una netta decrescita per *Guardia Medica-Visite effettuate*, in costante calo dal 2019 e che nell'ultimo anno registra 78 punti. *Assistenza domiciliare integrata-media ore per caso* invece, dopo la netta diminuzione nel 2019, mostra un andamento costante per i tre anni successivi.

Nel secondo grafico sono raffigurati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Assistenza* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

I due trend si presentano speculari per tutto il quinquennio osservato, con una differenza trascurabile, che fluttua tra i 4 e i 2 punti percentuali e che tende a diminuire per gli ultimi due anni in esame.

6.3.3. 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 360°⁸². 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)*.

⁸² (Centro Studi Nebo, 2021)

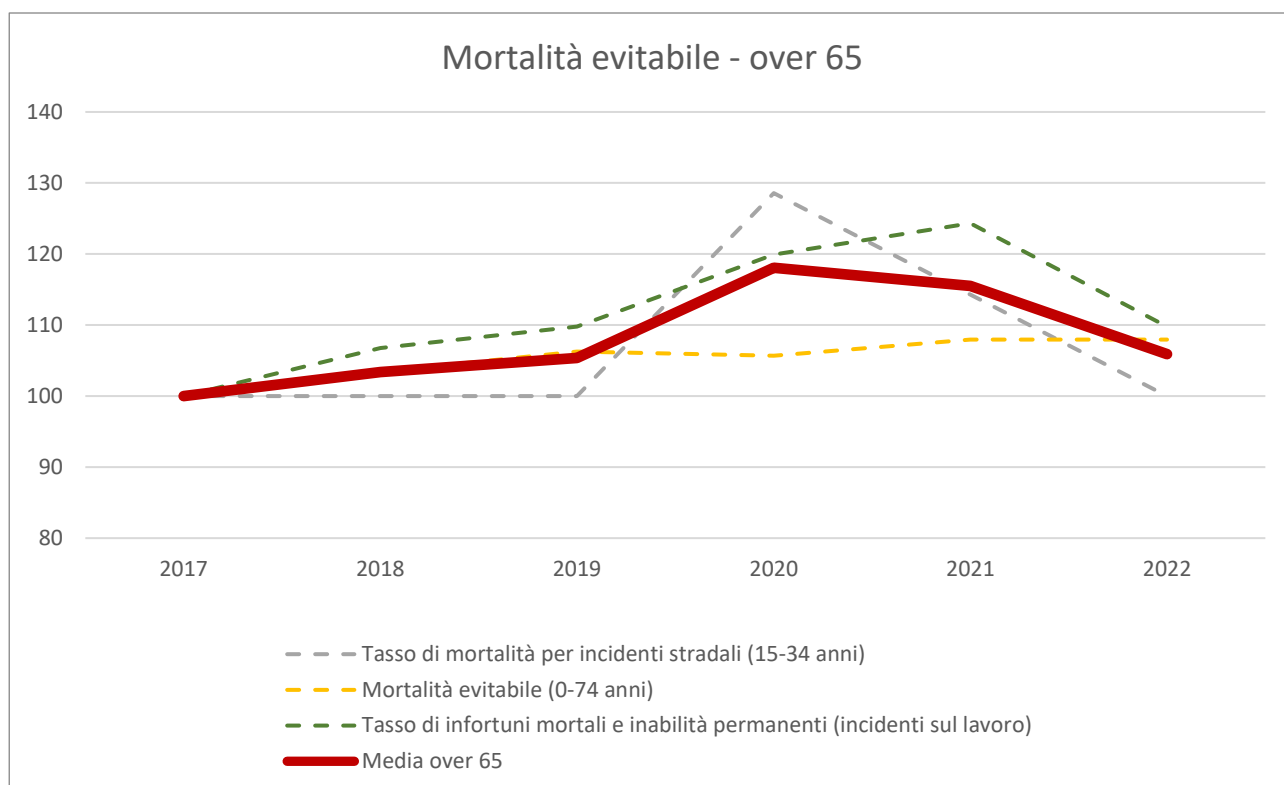


Figura 37 - Dominio Mortalità evitabile: dettaglio domini

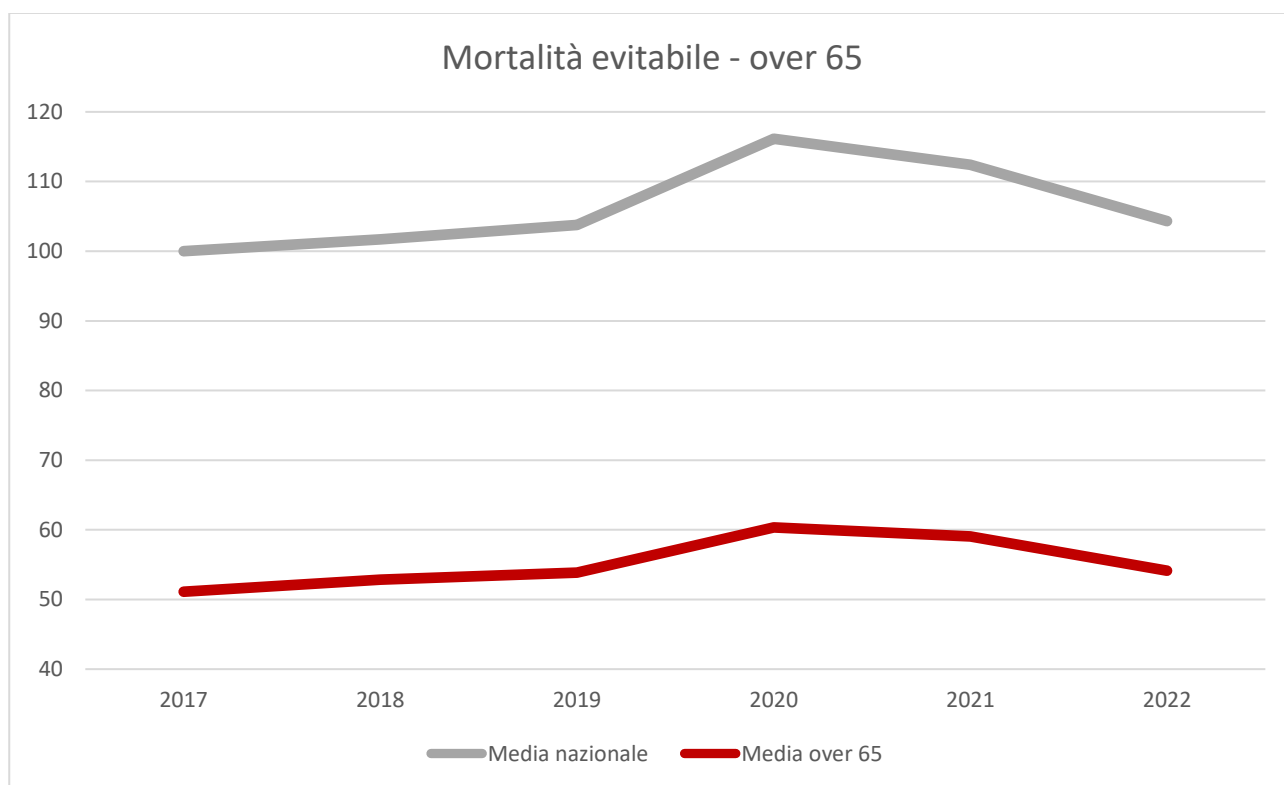


Figura 38 - Dominio Mortalità evitabile: confronto IVS e over 65

Il Dominio in esame descrive una crescita costante che culmina nel 2020 con un valore di 118, dovuto principalmente a causa delle restrizioni implementate per contrastare la pandemia, le quali hanno limitato l'esposizione a determinati rischi legati alla mobilità e all'attività lavorativa. Dal 2021 si registra un calo che riporta il valore a 106 nelle ultime rilevazioni, molto prossimo ai valori pre-pandemici ed attestando una mancanza di iniziative di miglioramento sul tema nel biennio precedente.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un peggioramento simile relativo agli indicatori *Tasso di mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)* e *Tasso di infortuni mortali e inabilità permanenti (incidenti sul lavoro)* rispetto agli anni precedenti, con un ritorno ai valori del 2019 pre-pandemia. Ciò può essere dovuto all'allentamento delle misure di contenimento messe in atto durante la pandemia. L'indicatore *Mortalità evitabile (0-74 anni)* invece durante il quinquennio aumenta debolmente attestandosi nel 2022 a 108.

Nel secondo grafico sono rappresentati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Mortalità evitabile* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

Il trend tracciato per la media over 65 presenta uno sviluppo molto simile alla media nazionale, seppur attestandosi su valori estremamente bassi e non superando mai i 60 punti, massimo storico registrato nel 2020. Il gap tra i due andamenti si mantiene quasi costante per tutto il quinquennio in esame, rimanendo intorno ai 50 punti.

6.3.4. 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 Nazionale⁸³ 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 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 socioeducativi per la prima infanzia: Servizi offerti dai comuni (asili nido); Percentuale di medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre soglia.*

⁸³ (Pani, 2014)

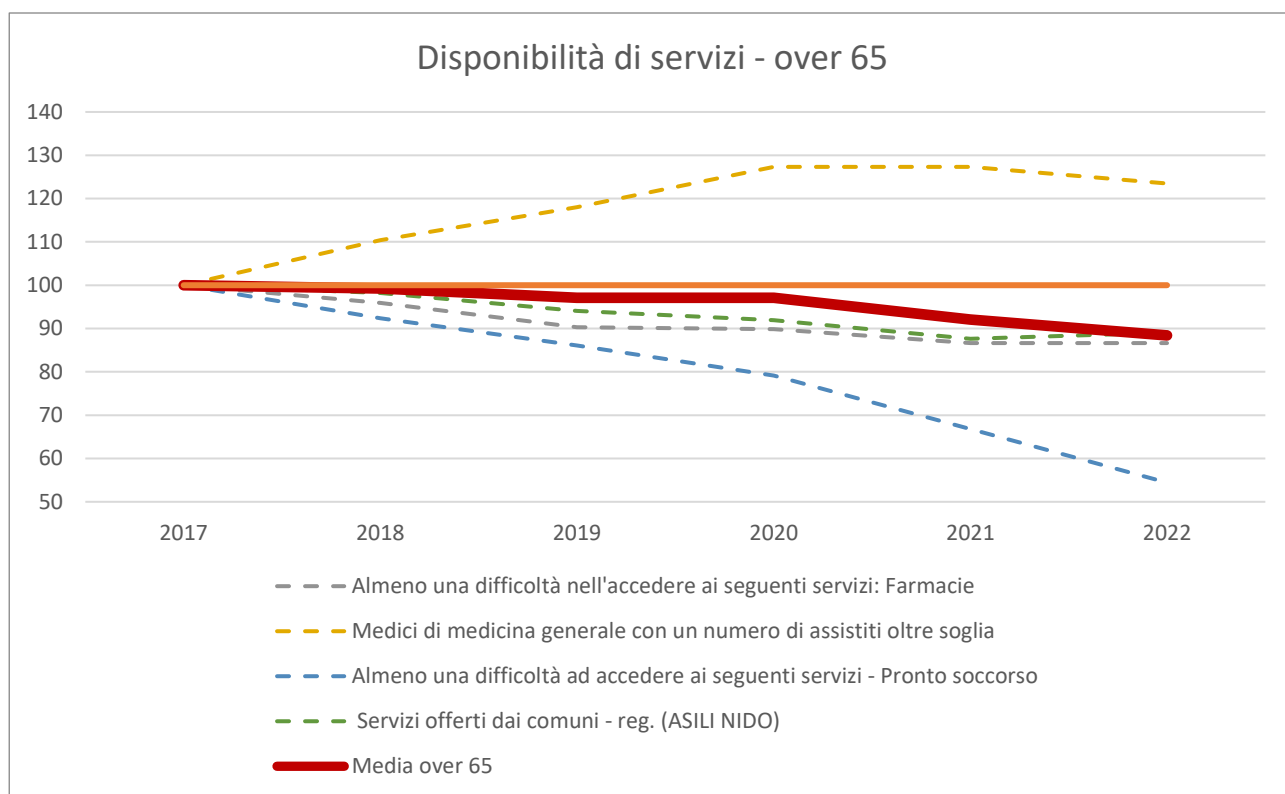


Figura 39 - Dominio Disponibilità di servizi: dettaglio indicatori

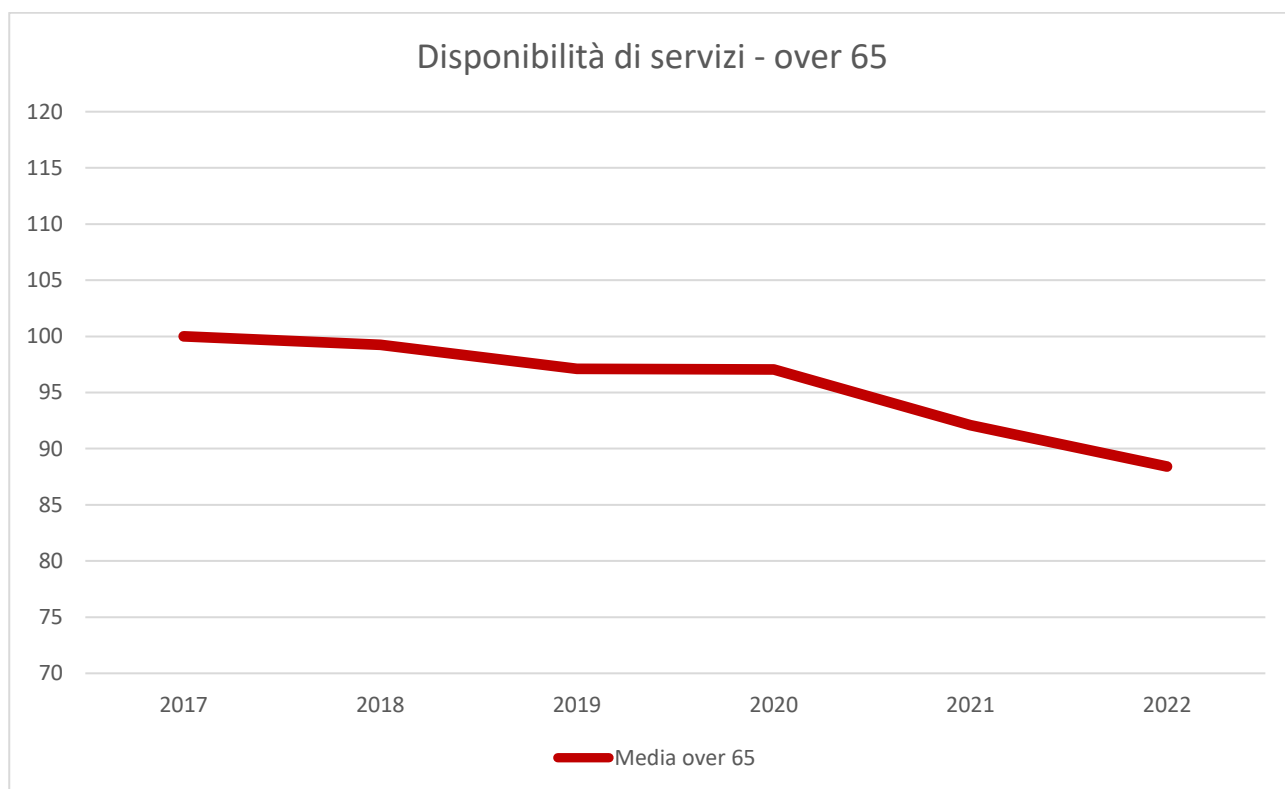


Figura 40 - Dominio Disponibilità di servizi: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un trend in costante decrescita, stabilizzatasi nel 2019 e successivamente accentuatasi durante la crisi pandemia, fino a raggiungere un valore di 88 punti nel 2022.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio emerge come *Percentuale di medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre soglia* influenzi notevolmente l'andamento generale del Dominio in maniera negativa. Si sottolinea che l'indicatore presenta polarità negativa. Questo può essere visto alla luce dell'aumento dell'Indice di vecchiaia e del consumo di farmaci nel Dominio Sostenibilità, fenomeni che comportano dunque un carico di lavoro sempre più gravoso per i medici di medicina generale. Diminuiscono i valori degli indicatori *Servizi offerti dai comuni (asili nido)* e *Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere al Pronto soccorso*, arrivando rispettivamente a 87 e 89 punti. L'unico indicatore che mostra un trend crescente è *Percentuale di persone che dichiarano di avere almeno una difficoltà nell'accedere alle Farmacie*, valore che rimane superiore ai dati pre-pandemici nonostante una lieve decrescita nelle ultime rilevazioni.

6.3.5. 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:

1. La prima stima la Responsiveness a seguito dell'esperienza reale di interazione delle persone con il sistema sanitario.
2. 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.
3. 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 esperienze⁸⁴.

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*"⁸⁵.

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*.

⁸⁴ (Mirzoev & Kane, 2017)

⁸⁵ (Darby, Valentine, Murray, & de Silva)

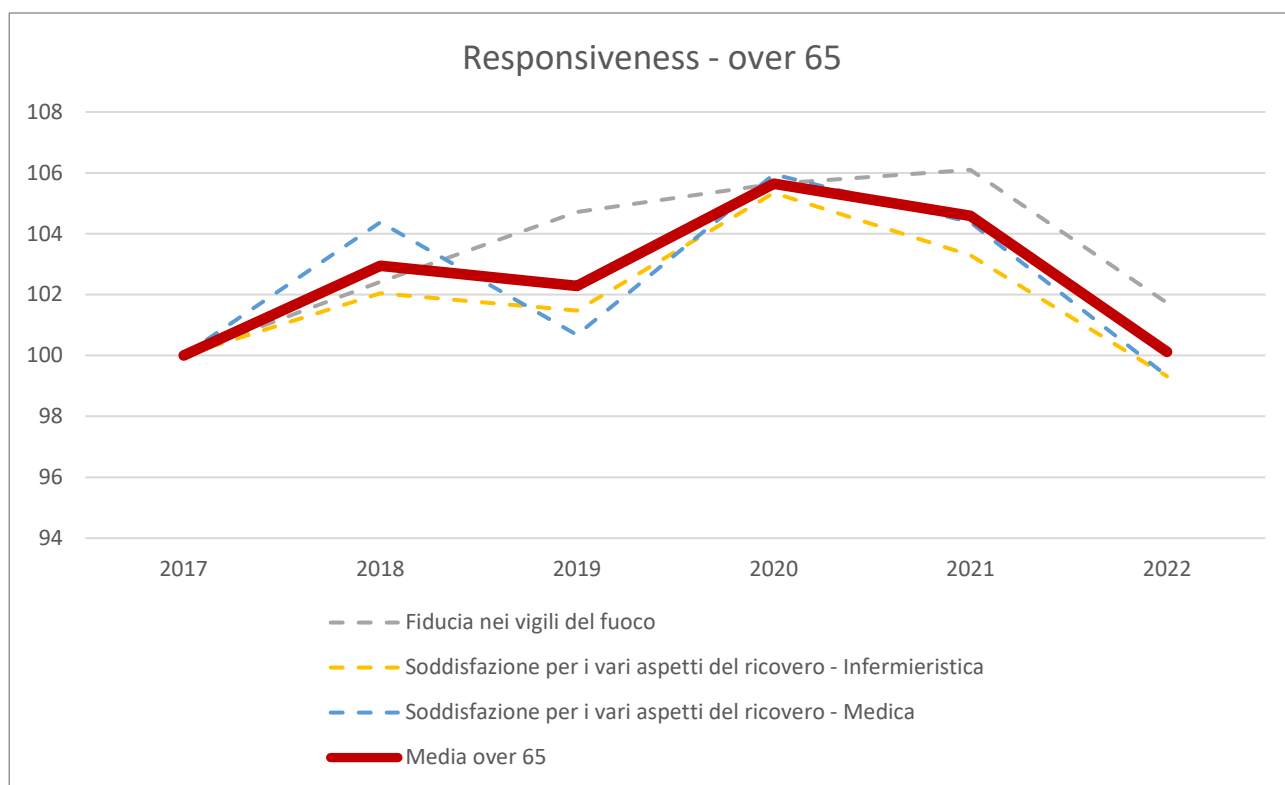


Figura 41 - Dominio Responsiveness: dettaglio indicatori

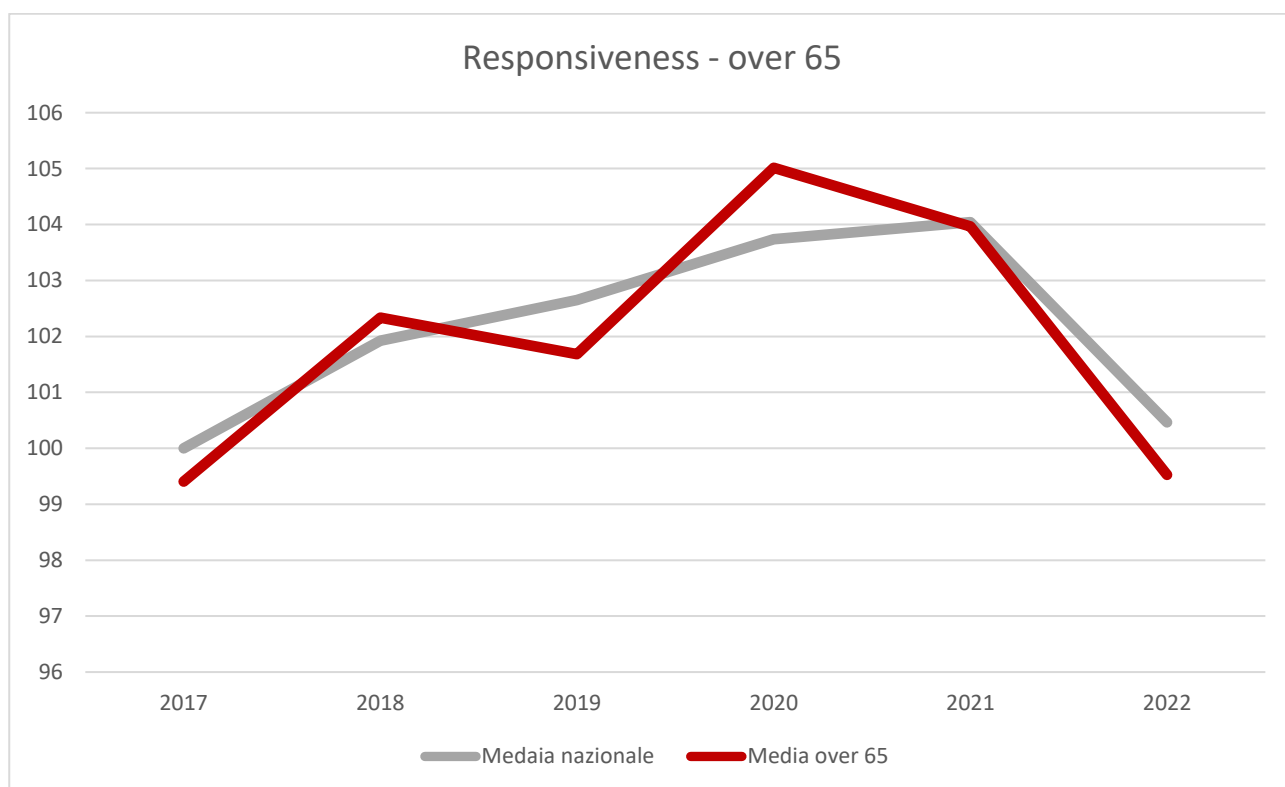


Figura 42 - Dominio Responsiveness: confronto IVS e over 65

Il Dominio in esame presenta un andamento irregolare, soggetto a diverse fluttuazioni nel corso dei 5 anni osservati. Il massimo storico è stato raggiunto nel 2020, con un valore di 105 punti, a un netto declino che conduce il trend al valore iniziale di rilevazione di 100.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si osservano andamenti simili per gli indicatori legati alla *Soddifazione per i vari aspetti del ricovero* sia per la componente *medica* che

infermieristica. L'indicatore *Fiducia nei vigili del fuoco* mostra tra il 2017 ed il 2021 un andamento di costante crescita, sebbene nel 2022 abbia subito un calo di 4 punti, in linea con il trend in diminuzione degli altri indicatori.

Nel secondo grafico sono raffigurati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Responsiveness* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

Le due medie si sviluppano in un range di valori simile, tra i 99 e i 105 punti percentuali, sebbene con andamenti diversi. Risulta evidente come il trend per la popolazione over 65 si presenti molto più altalenante di quello nazionale, che invece mostra una crescita quasi lineare fino al 2021.

Fa eccezione a questa dinamica l'ultimo anno osservato, durante il quale entrambe le medie diminuiscono drasticamente, con un calo più accentuato per gli over 65.

6.3.6. Welfare integrativo

Il Dominio *Welfare integrativo* comprende l'insieme di iniziative e servizi a disposizione dei cittadini, finalizzati ad 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 sociosanitarie 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*.

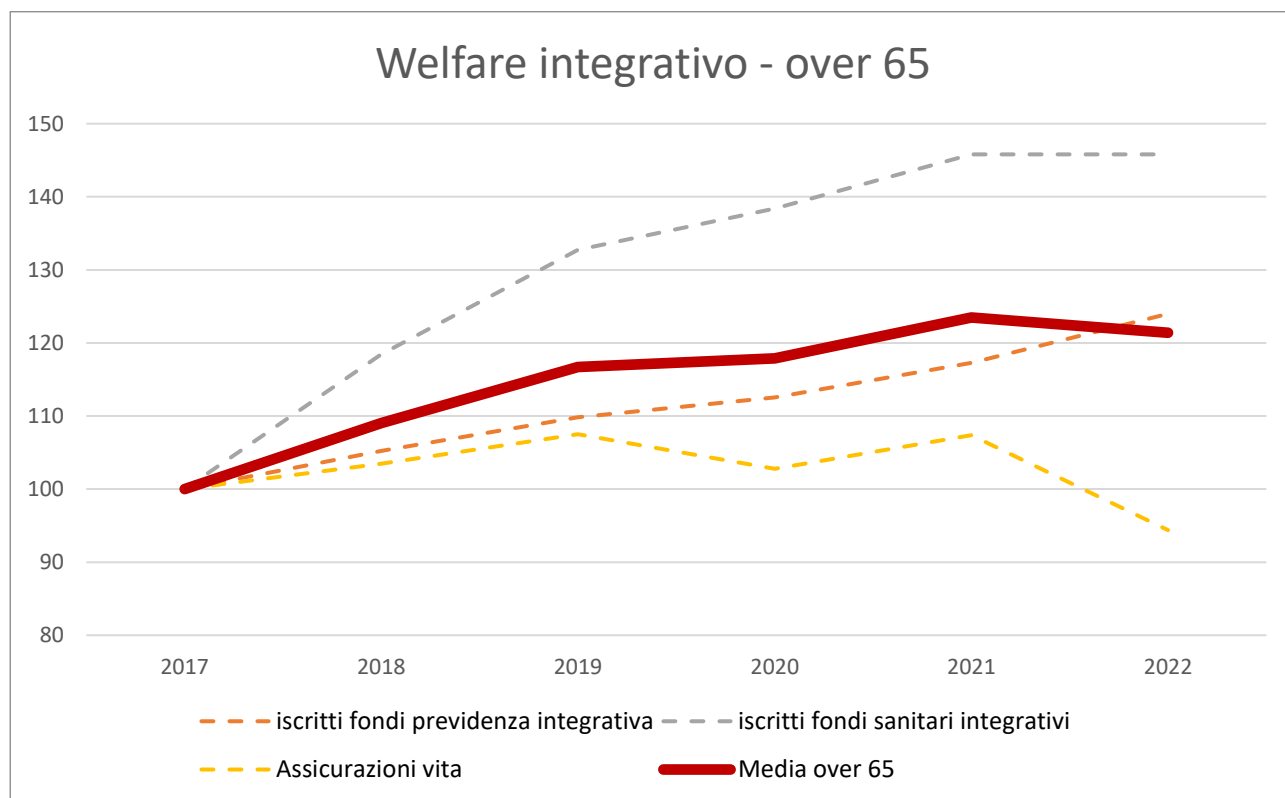


Figura 43 Dominio Welfare integrativo: dettaglio indicatori

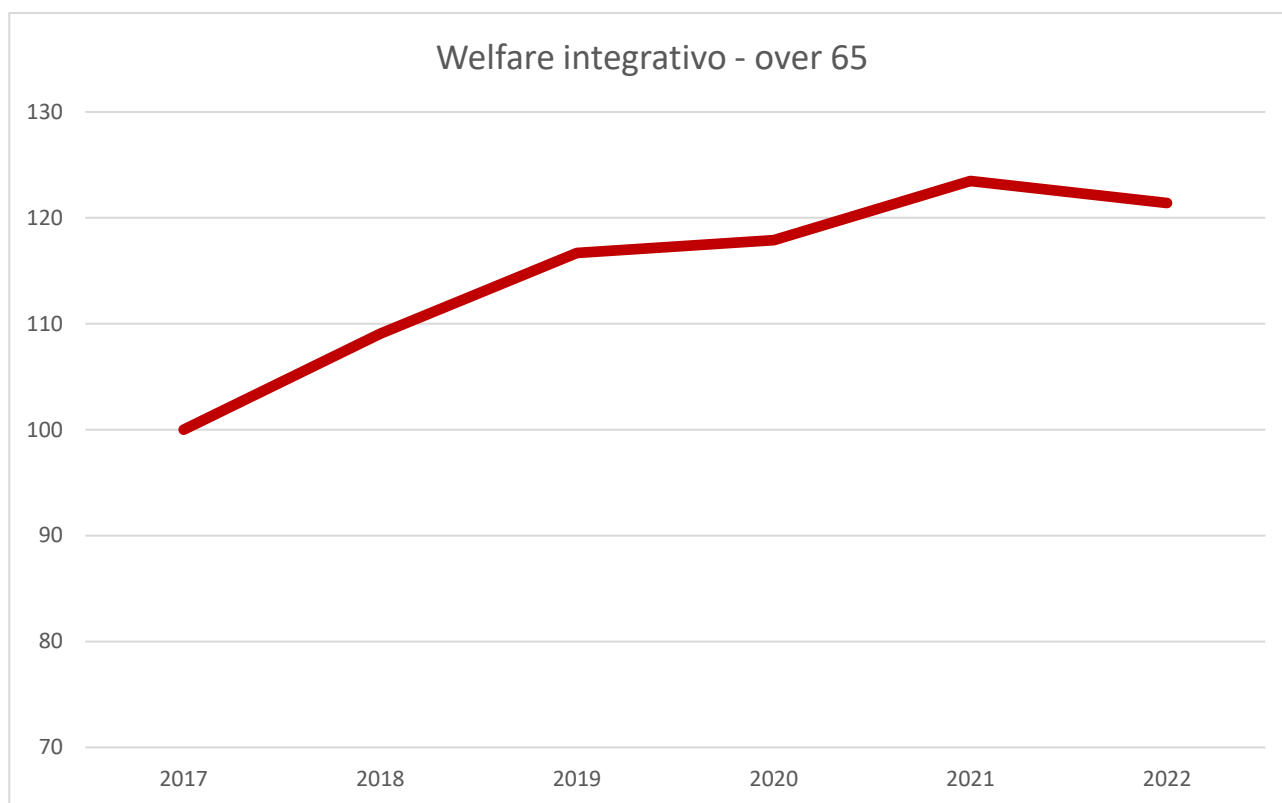


Figura 44 - Dominio Welfare integrativo: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un andamento complessivamente in crescita fino al 2021, segnando un massimo storico di 123 punti, e un lieve calo nell'anno successivo: questo andamento sottolinea il ruolo che le forme di sanità e previdenza integrativa assumono nel condizionare positivamente la Vicinanza della salute.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenziano due forze contrastanti. Da un lato si osserva l'indicatore *Assicurazioni vita*, che descrive un trend irregolare fino al 2021 e un calo di 13 punti per l'ultimo anno rilevato. Di contrasto, *Iscritti ai fondi sanitari integrativi* presenta un andamento in decisa crescita, sebbene parzialmente arrestata per il 2022, anno in cui si registrano gli stessi valori dell'anno precedente. *Iscritti ai fondi di previdenza integrativa* conferma una crescita costante raggiungendo nel 2022 il valore di 121.

6.3.7. Sostenibilità

Nel framework dell'Indice di Vicinanza della Salute over 65, 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)*.

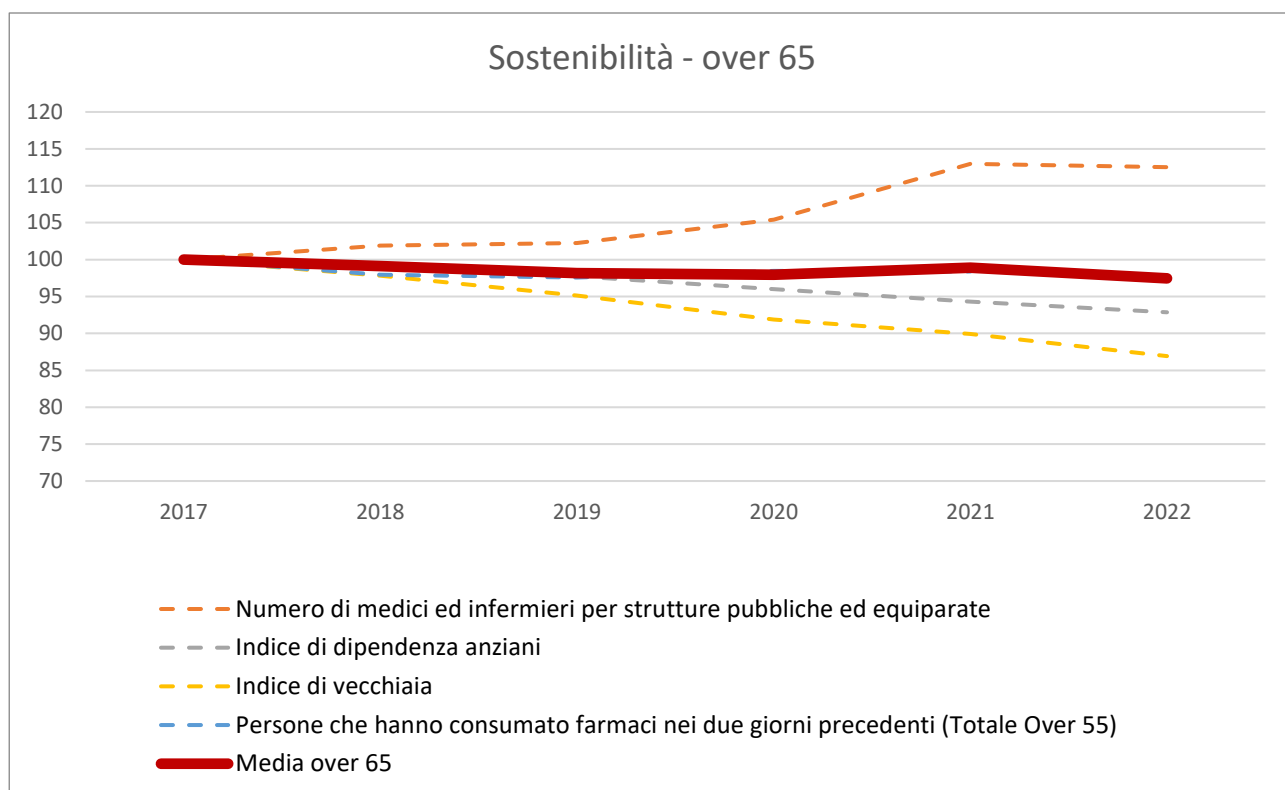


Figura 45 - Dominio Sostenibilità: dettaglio indicatori

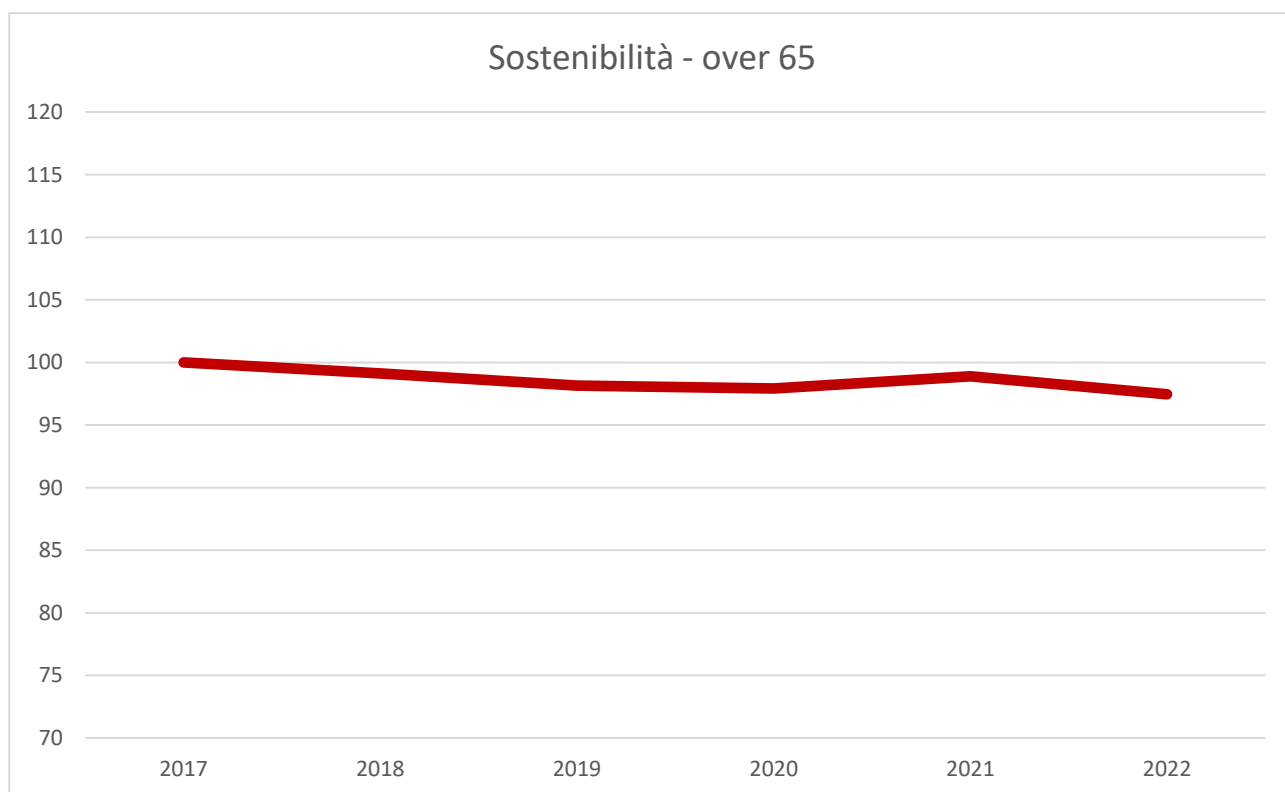


Figura 46 - Dominio Sostenibilità: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un andamento in lieve decrescita, registrando un valore di 98 punti per il 2022.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si osserva un trend negativo per l'*Indice di vecchiaia*, che raggiunge un valore di 87 punti e per l'*Indice di dipendenza anziani*, che scende a 93 punti. Avendo entrambi polarità negativa, tale declino rappresenta in realtà un aumento dei fenomeni analizzati. Di conseguenza, si osserva un andamento che condiziona negativamente il concetto di *Vicinanza della salute* non solo per gli over 65, ma per l'intera popolazione.

Arresta la sua crescita l'indicatore *Numero di medici ed infermieri per strutture pubbliche ed equiparate* che si attesta su un valore di 113 punti, comunque superiore al valore rilevato durante la crisi pandemica.

6.3.8. 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. Viene evidenziato in un box a parte l'indicatore relativo al gettito Irpef per Macroaree che, risultando con un divario accentuato ma costante negli anni non avrebbe reso il suo giusto contributo se inserito nell'indice come andamento tendenziale poichè sarebbe risultato “piatto”.

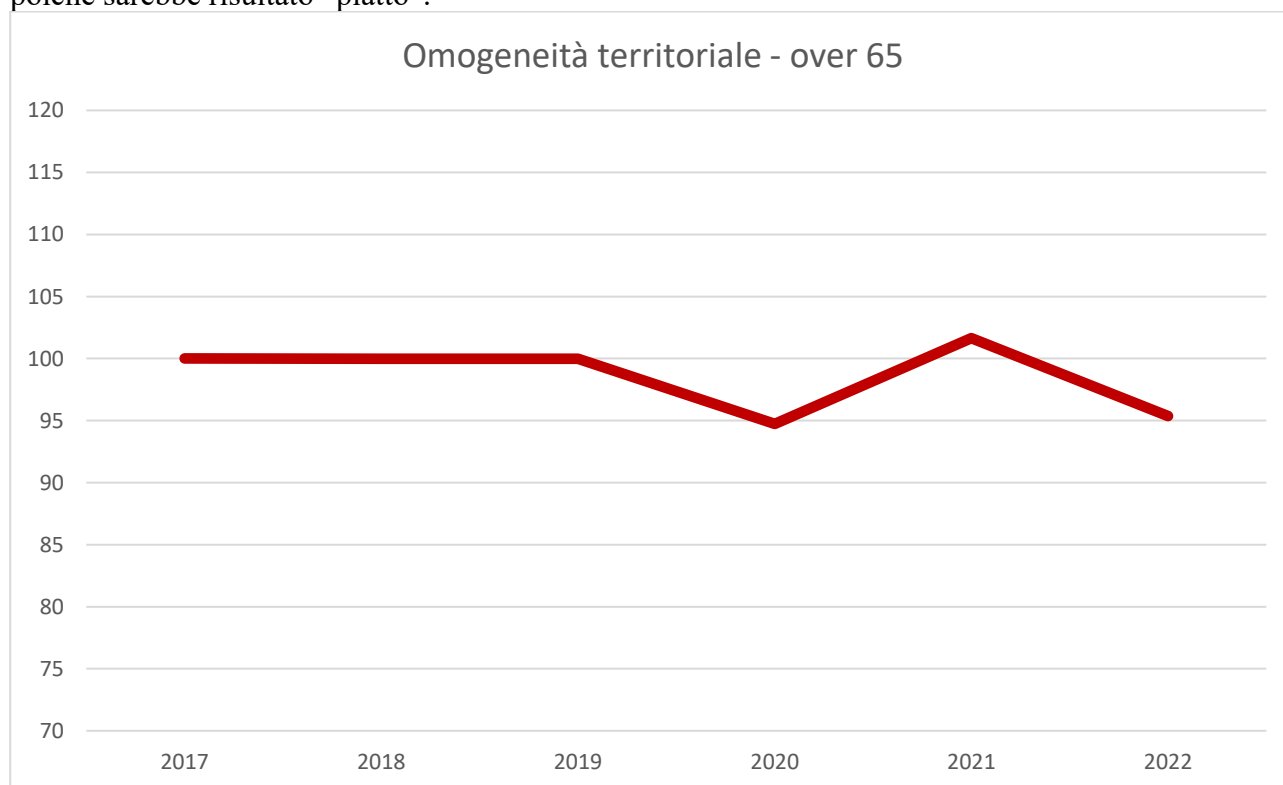


Figura 47 - Dominio Omogeneità territoriale: andamento generale

Il Dominio in esame dopo un periodo di stabilità del primo biennio mostra un andamento altalenante e in decrescita, che però non discosta troppo i suoi valori rispetto al dato 100 di riferimento.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia l'indicatore *Emigrazione ospedaliera in altra regione*, il quale con una polarità negativa e un andamento decrescente, al netto

degli anni presi in esame, indica un aumento del fenomeno di emigrazione ospedaliera dalle regioni del Sud verso quelle del Nord.

Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea

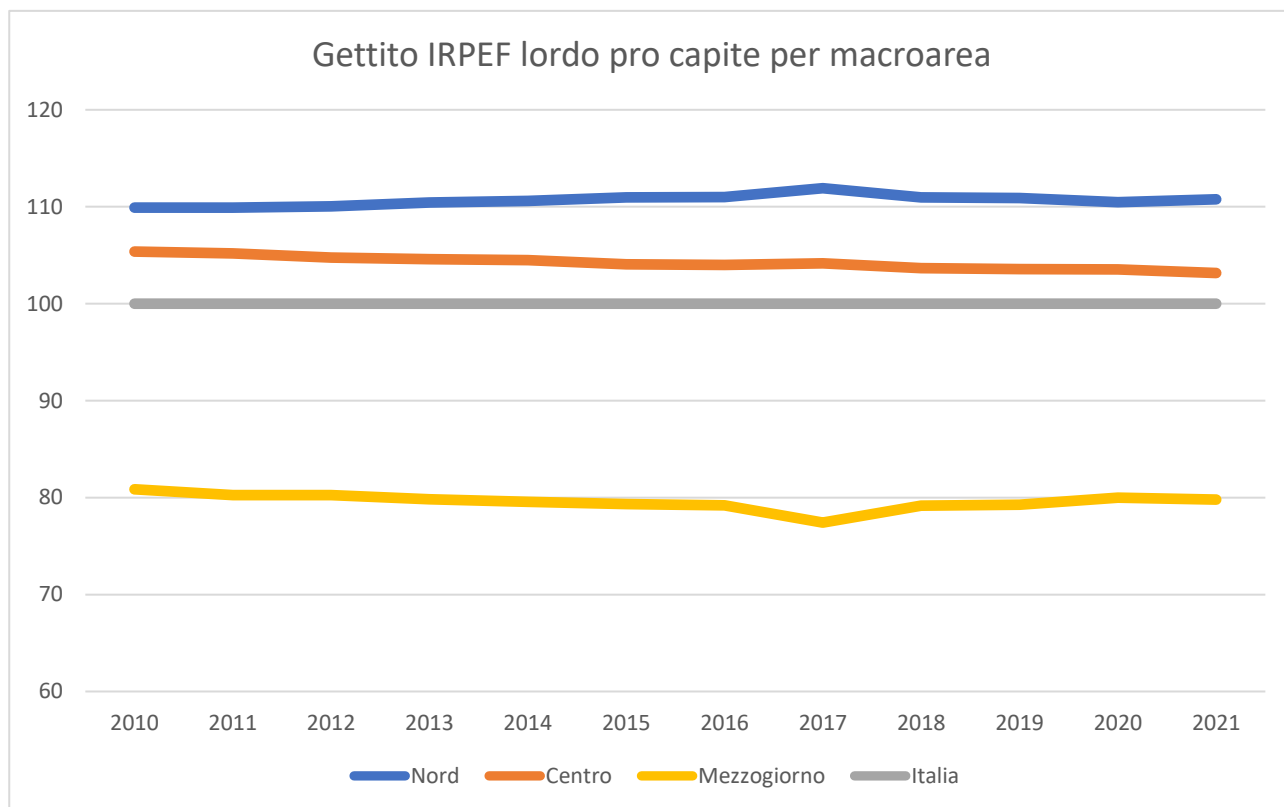


Figura 48- Gettito IRPEF lordo pro capite per macroarea

Pur non entrando a far parte degli indicatori che compongono l'IVS, l'elaborazione relativa al gettito IRPEF lordo pro capite (effettuata su base dati MEF 2023) attesta una costante disparità reddituale tra le varie macroaree del Paese. Questa condizione, che alla luce delle misurazioni effettuate, può definirsi “cronica”, conferma ed amplifica la portata di quanto rilevato dal Dominio “Omogeneità Territoriale”, non lasciando spazio a previsioni di un immediato recupero dei gap accumulati dalle regioni del Mezzogiorno rispetto al resto d'Italia.

6.3.9. Rinuncia a 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 Sud⁸⁶. 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,

⁸⁶ (CENSIS, 2019)

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)⁸⁷. 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 gestione e presa in carico dei pazienti cronici, che incide profondamente nella riorganizzazione delle strutture sanitarie⁸⁸.

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 spontanea⁸⁹. 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 screening⁹⁰. 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 mammografie⁹¹. 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 fino al 2021. Le cause per cui tale fenomeno è stato caratterizzato da una simile crescita devono essere ricercate nelle difficoltà organizzative e di pianificazione delle strutture sanitarie accentuate ulteriormente dalla pandemia e aggravate da carenze strutturali di organico.

Il 2022, al contrario, mostra dati confortanti: il fenomeno sembra aver invertito il suo trend di crescita ritornando a valori pre-pandemici.

⁸⁷ (Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, 2019) (Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, 2019)

⁸⁸ (Ministero della Salute, Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021, 2019)

⁸⁹ (Istituto Superiore di Sanità, Gli screening oncologici e l'impatto della pandemia: i dati dalla sorveglianza PASSI, 2022)

⁹⁰ (Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2020)

⁹¹ (Gabanelli & Ravizza, 2023)

La strategia per recuperare il ritardo accumulato al momento passa da un maggior finanziamento del budget destinato al ricorso a prestazioni fornite dal privato accreditato e ad un maggiore incentivo economico all'attività svolta in straordinario dalle professionalità mediche e sanitarie del SSN.

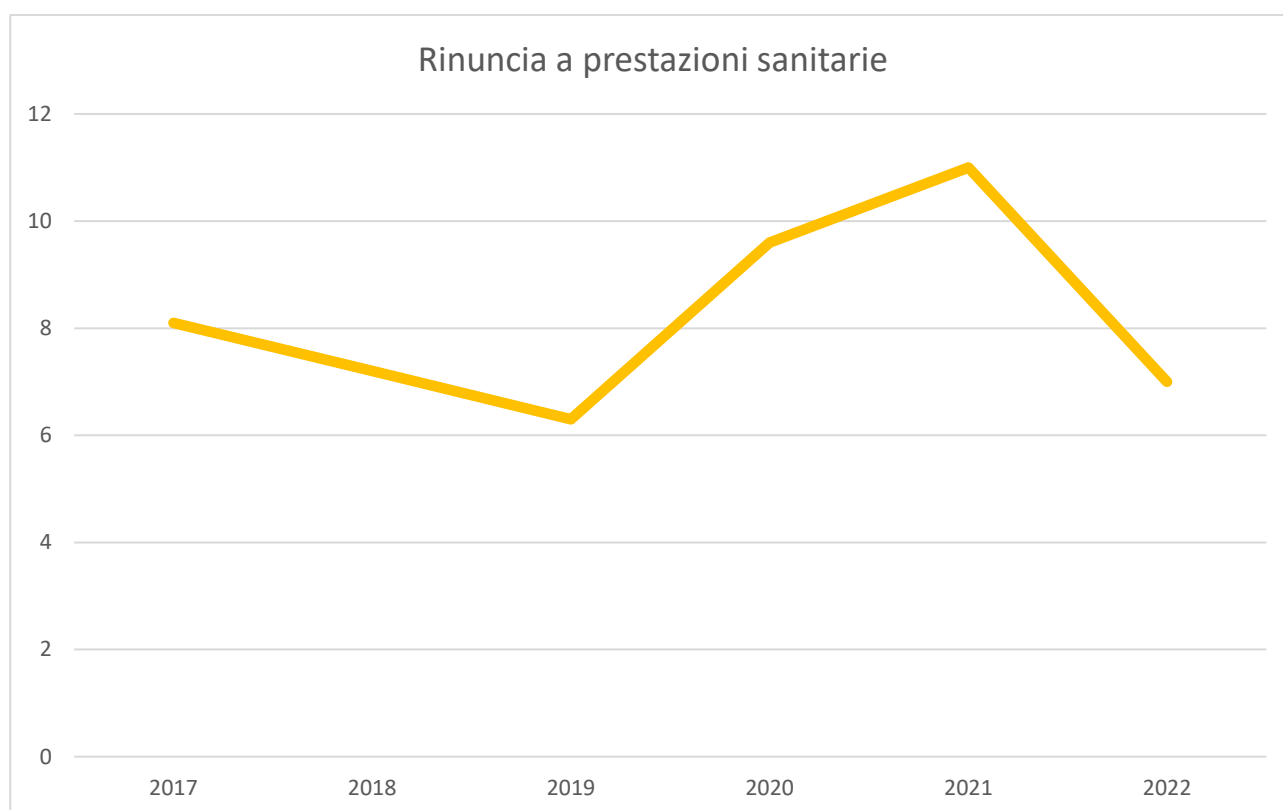


Figura 49 - Rinuncia a prestazioni sanitarie

Il grafico **non segue la normalizzazione a base fissa 2017** adottata per gli altri indicatori selezionati per l'Indice di Vicinanza della Salute over 65, ma riporta i valori puntuali della percentuale di popolazione che ha rinunciato a prestazioni sanitarie.

I valori osservati e rappresentati nel grafico indicano quindi 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 lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lista d'attesa lunga⁹².

6.4. L'andamento del Contesto Luoghi di vita e ambiente

Il Contesto Luoghi di vita e ambiente è costituito da sei domini: *Abitazione; Urban health; Emissioni inquinanti; Antibiotico-resistenza; Eventi meteorologici; 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 solo dall'azione e dalla volontà dell'essere umano.

Data la sua composizione, il Contesto interseca gli obiettivi della *Missione 2 – Rivoluzione verde e transizione ecologica*, *Missione 6 – Salute*, *Missione 7 – RePowerEU*.

⁹² (Istat, Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia 2021, 2022)

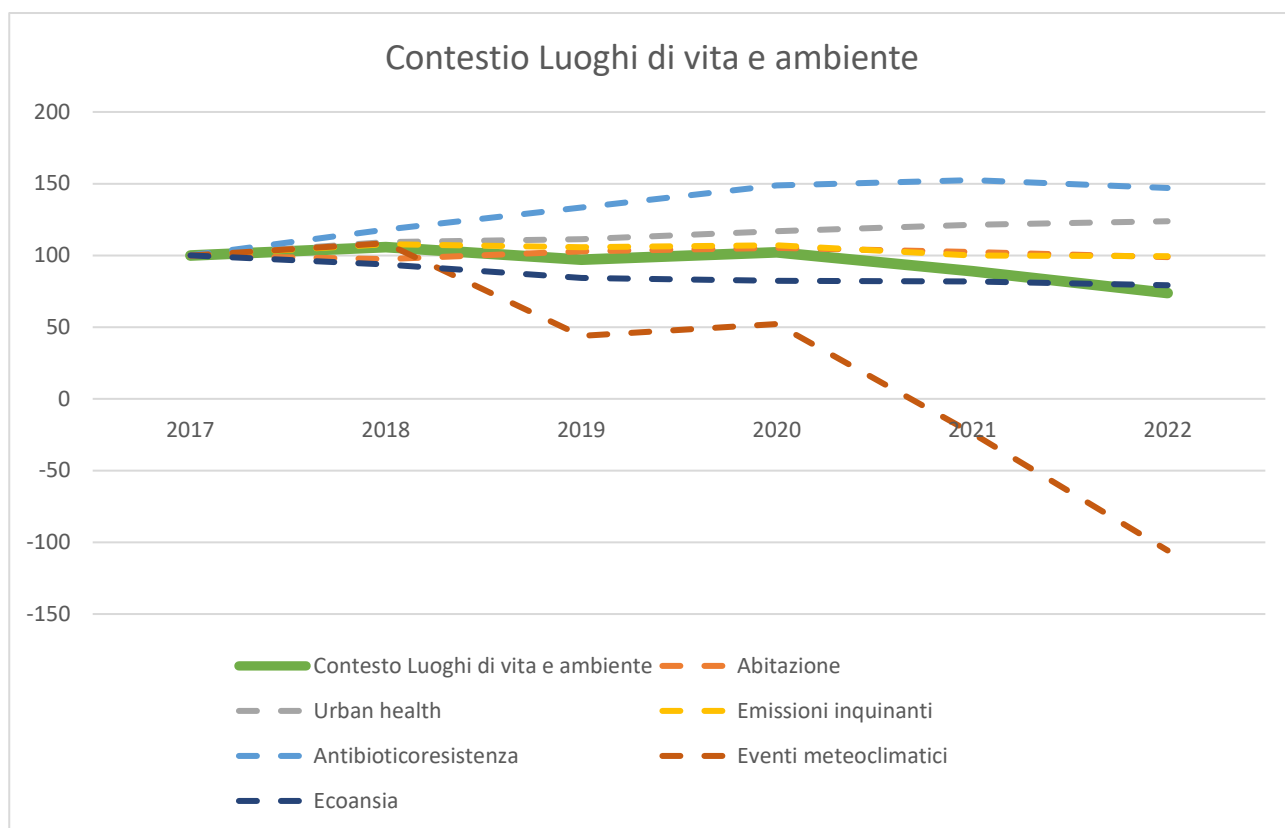


Figura 50 - Contesto Luoghi di vita e ambiente: dettaglio domini

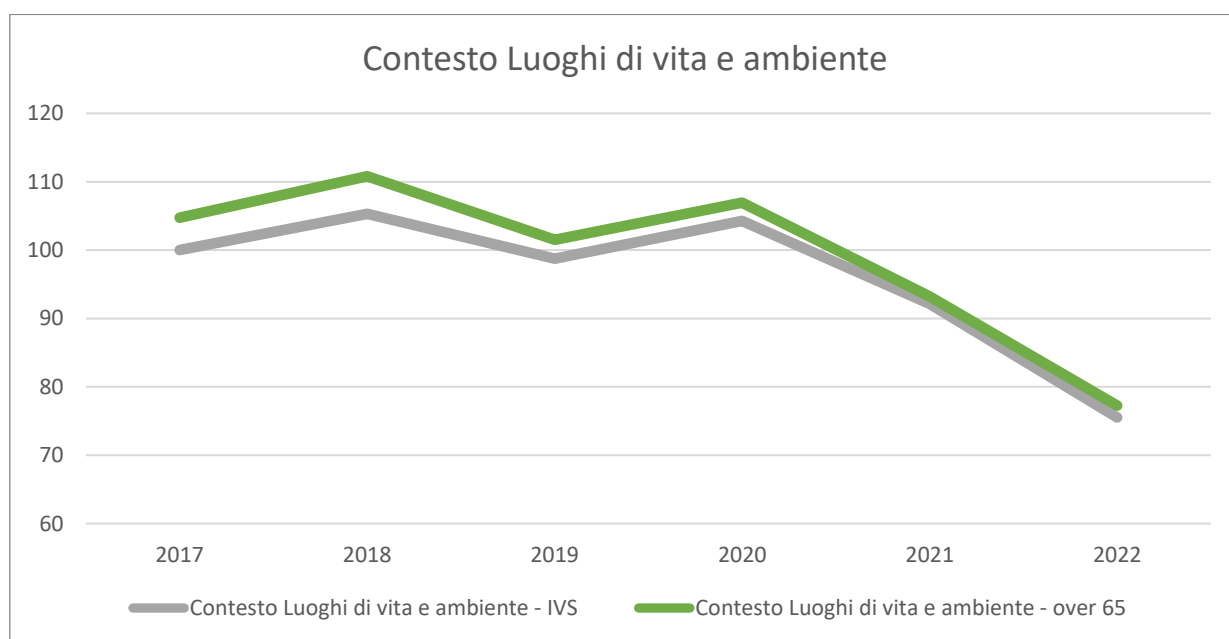


Figura 51 - Contesto Luoghi di vita e ambiente: confronto IVS e over 65

Nel primo grafico si possono osservare gli andamenti dei singoli Domini afferenti al Contesto per l'Indice over 65. Risalta tra tutti l'andamento del Dominio *Eventi meteorologici*, drasticamente in declino. Segue il Dominio *Ecoansia* con un trend meno marcato, ma sempre in decrescita. A condizionare in modo positivo l'andamento generale del Contesto sono i Domini *Urban health* e *Antibioticoresistenza*.

Il secondo grafico mostra l'andamento del Contesto *Luoghi di vita e ambiente* sia a livello nazionale che con riferimento alla popolazione over 65. Questo rappresentano la sintesi dei 6 domini che lo compongono.

Entrambi i Contesti raffigurano un andamento altalenante fino al 2020, trend che decresce in maniera costante nell'ultimo biennio, registrando per l'ultimo anno osservato valori di 77 e 76 punti.

La media over 65 presenta nel primo anno di rilevazione una differenza di 5 punti dal valore nazionale, gap che diminuisce nel corso degli anni, fino quasi ad azzerarsi. Il Contesto per l'Indice over 65 presenta dunque un andamento simile a quello nazionale.

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

6.4.1. Abitazione

Per Abitazione si intendono i luoghi adibiti a dimora (oggi con lo *smartworking* sempre di più anche luoghi ibridi di lavoro e con il PNRR anche “primo luogo di cura”) 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*.

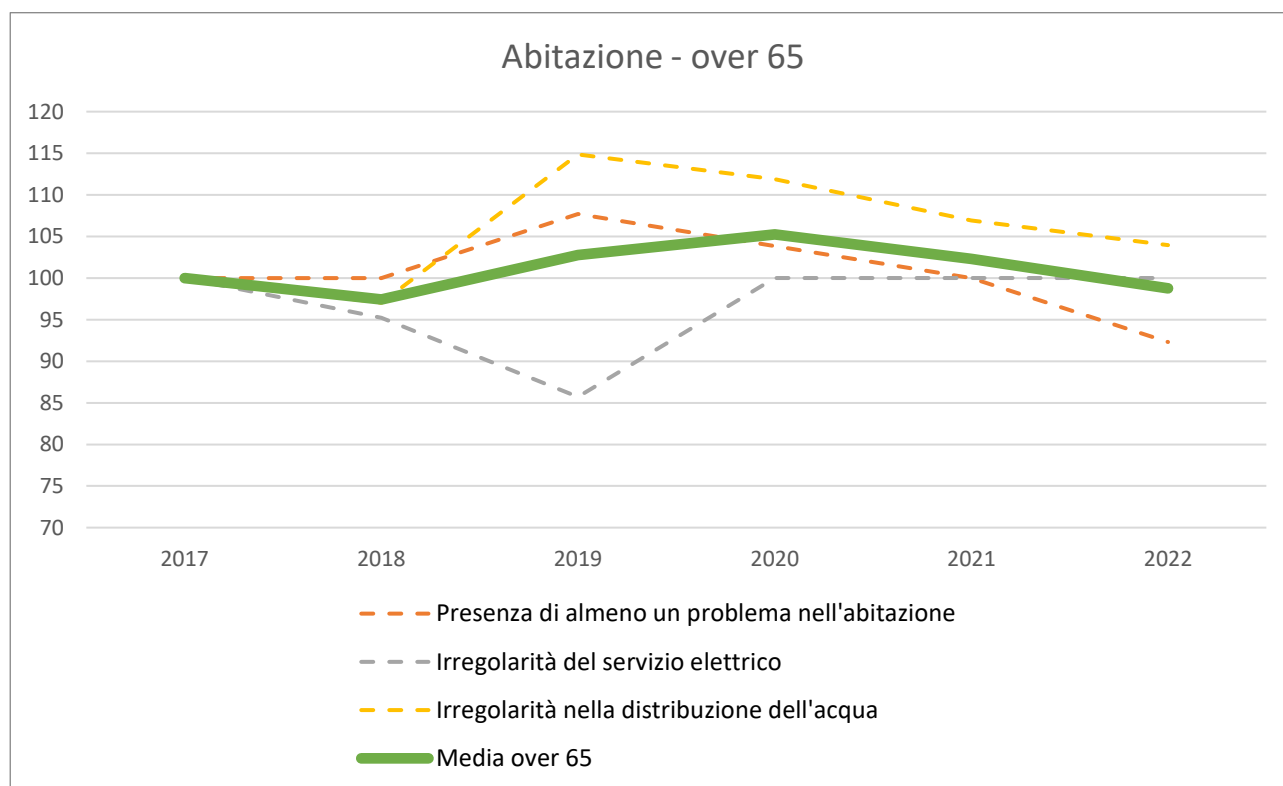


Figura 52 - Dominio Abitazione: dettaglio indicatori

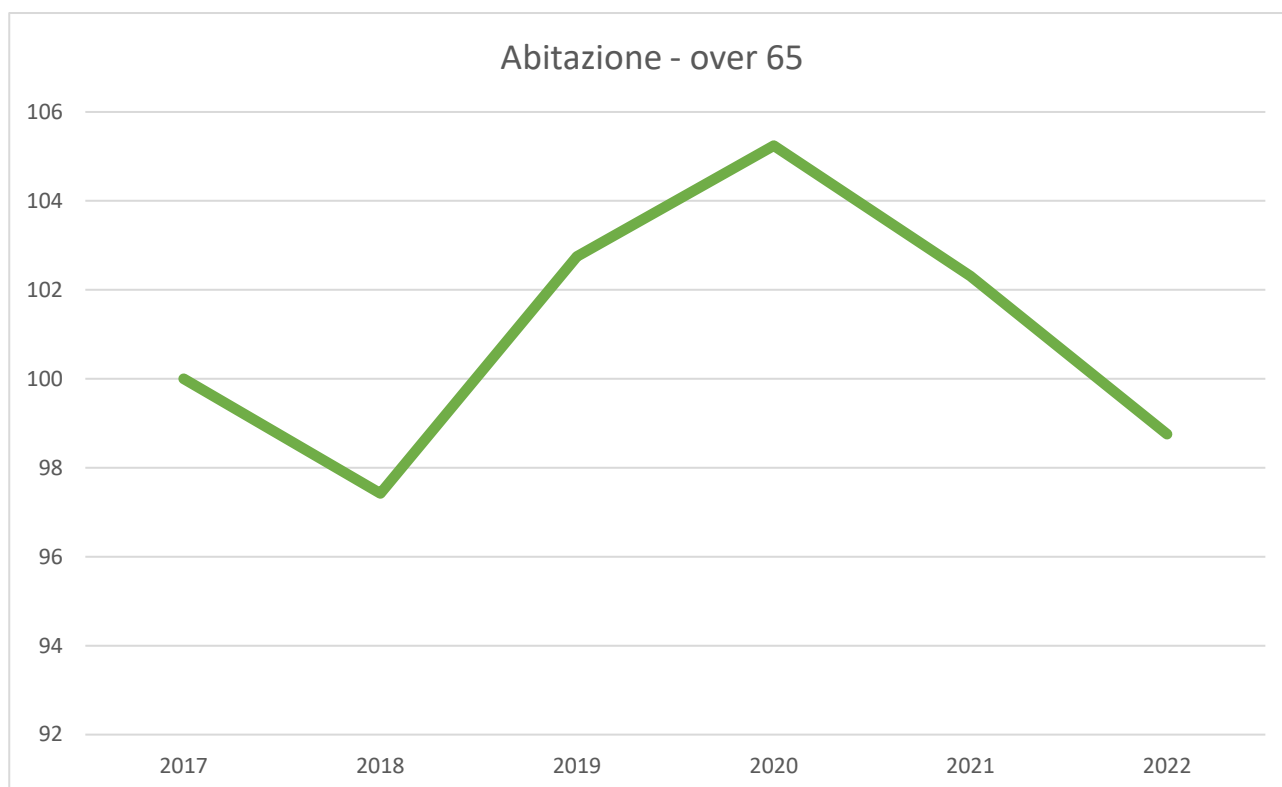


Figura 53 - Dominio Abitazione: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un andamento non uniforme durante tutto il periodo, con un peggioramento nell'ultimo biennio, raggiungendo per il 2022 un valore simile a quello del 2017.

Nella disamina degli indicatori afferenti al Dominio si nota una discontinuità nell'andamento di tutti i fenomeni studiati, la quale influisce sul trend generale e rende difficile la formulazione di previsioni affidabili per il periodo successivo. L'elaborazione dei dati raccolti raffigura un andamento in decrescita per gli indicatori *Presenza di almeno un problema nell'abitazione* e *Irregolarità nella distribuzione dell'acqua*. Diversamente, *Irregolarità del servizio elettrico* sembra essersi stabilizzato sul valore standard di 100 per l'ultimo biennio.

L'assenza di un miglioramento continuo nella regolarità del servizio elettrico e nella distribuzione dell'acqua influenzano profondamente la formulazione di politiche legate al benessere abitativo. L'andamento decrescente degli ultimi anni, relativamente alla *Presenza di almeno un problema nell'abitazione* accende un campanello di allarme sulle effettive condizioni delle abitazioni, candidate ad essere addirittura "primo luogo di cura".

6.4.2. 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 urbana⁹³. 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 etc.), 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

⁹³ (Ministero della Salute, 2021)

proteggere la salute dell'uomo dai rischi derivanti da un ambiente pericoloso o dannoso e per creare ambienti fisici e sociali ottimali.

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*.

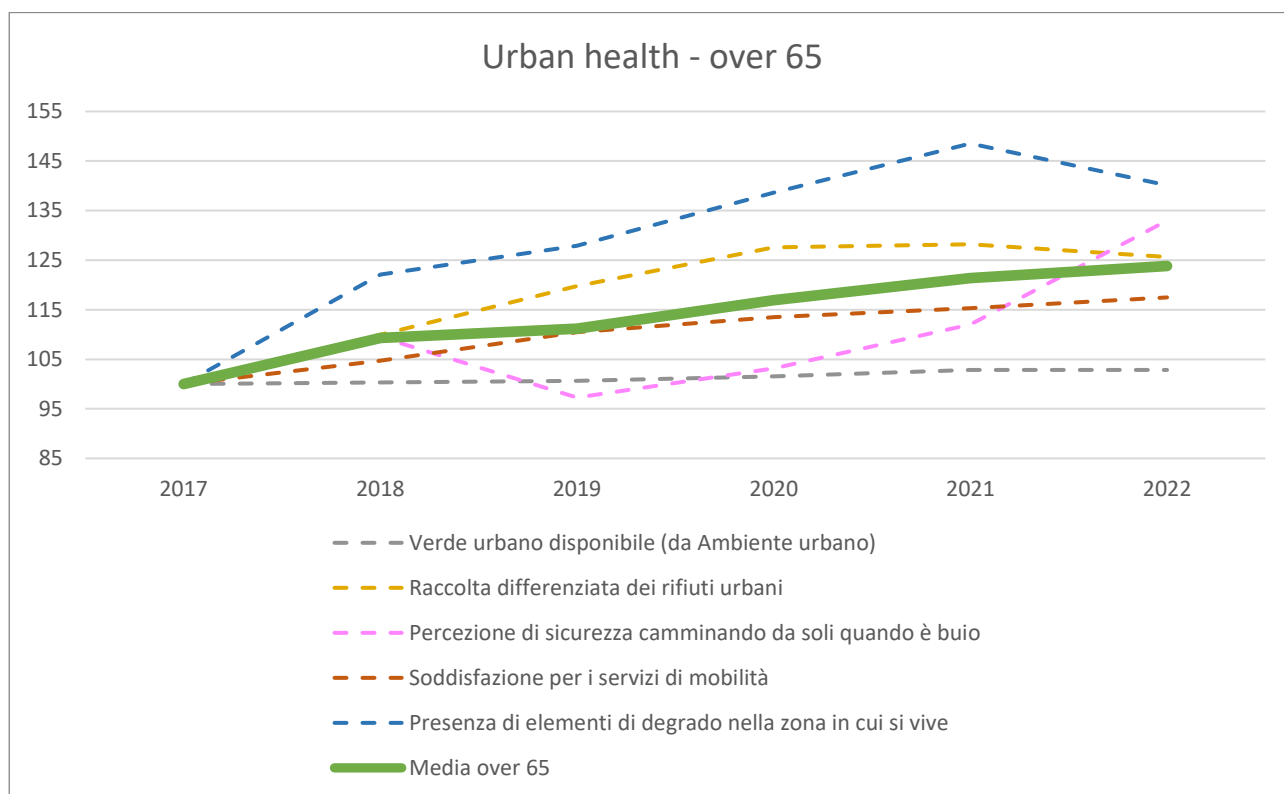


Figura 54 - Dominio Urban Health: dettaglio indicatori

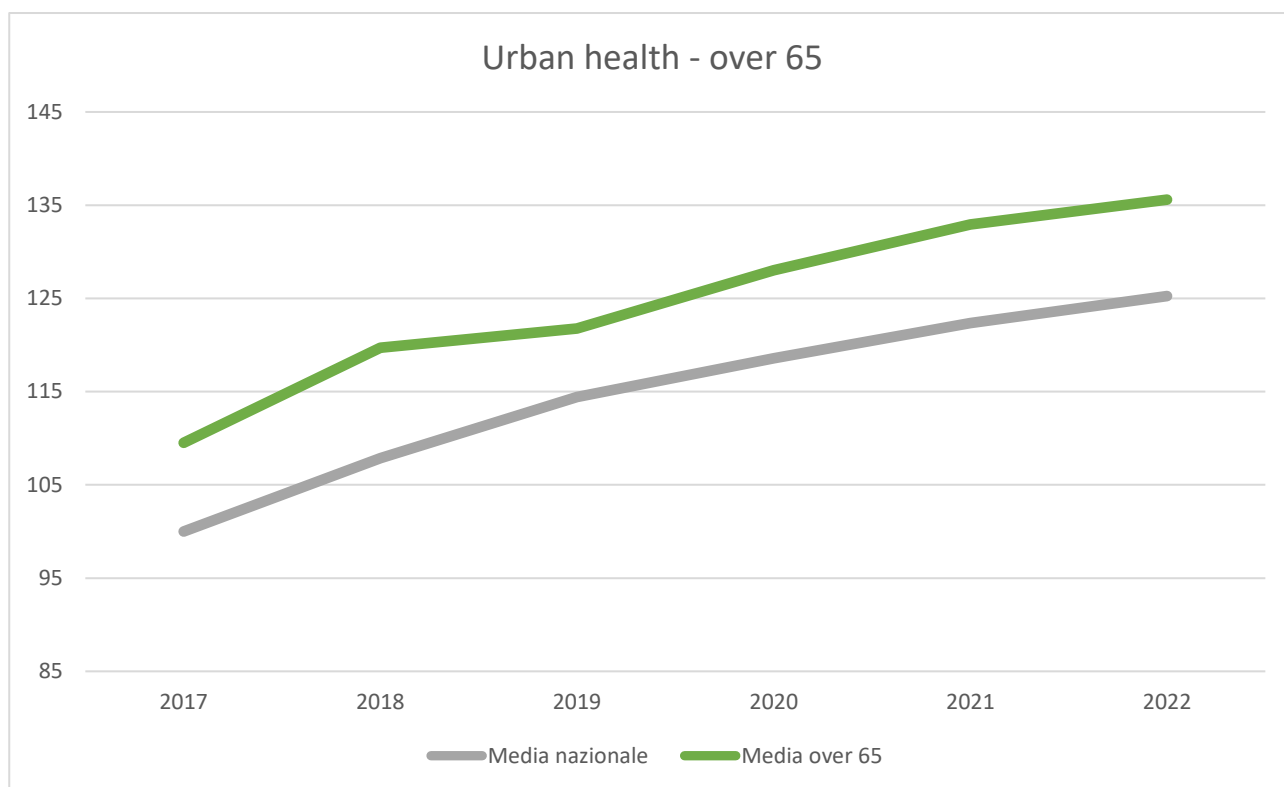


Figura 55 - Dominio Urban Health: confronto IVS e over 65

Il Dominio in esame presenta una tendenza positiva, con un aumento costante culminato nell'ultimo anno con il raggiungimento del valore massimo di 124 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia una crescita generale, con incrementi più o meno marcati. Risalta tra tutti l'indicatore *Presenza di elementi di degrado nella zona in cui si vive* che, avendo polarità negativa, rappresenta una condizione di maggior decoro socio-ambientale nei quartieri cittadini.

Si osserva anche la netta crescita rilevata per *Percezione di sicurezza camminando da soli quando è buio*, che nell'ultimo triennio passa da un valore di 97 ad uno di 133.

Nel secondo grafico sono raffigurati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Urban Health* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

La media della popolazione nazionale e quella over 65 presentano un andamento quasi speculare, entrambe sono caratterizzate da una crescita costante. La media over 65 mantiene un trend superiore alla media nazionale durante tutto il periodo osservato, con un gap che si mantiene intorno ai 10 punti percentuali.

6.4.3. 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 sostenibile⁹⁴.

⁹⁴ (ISPRA & Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente, 2022)

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 PM2,5*; *Percentuale di consumi di energia elettrica coperti da fonti rinnovabili*.

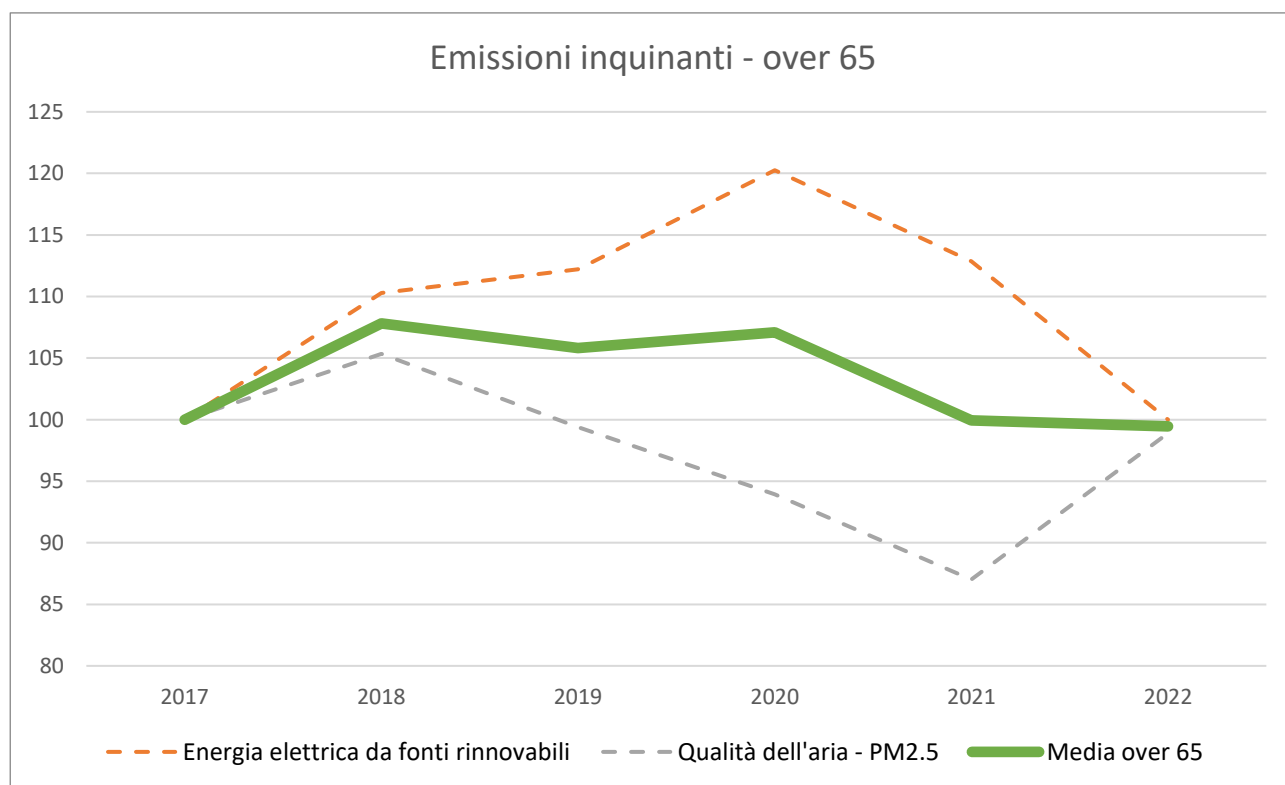


Figura 56 - Dominio Emissioni inquinanti: dettaglio indicatori

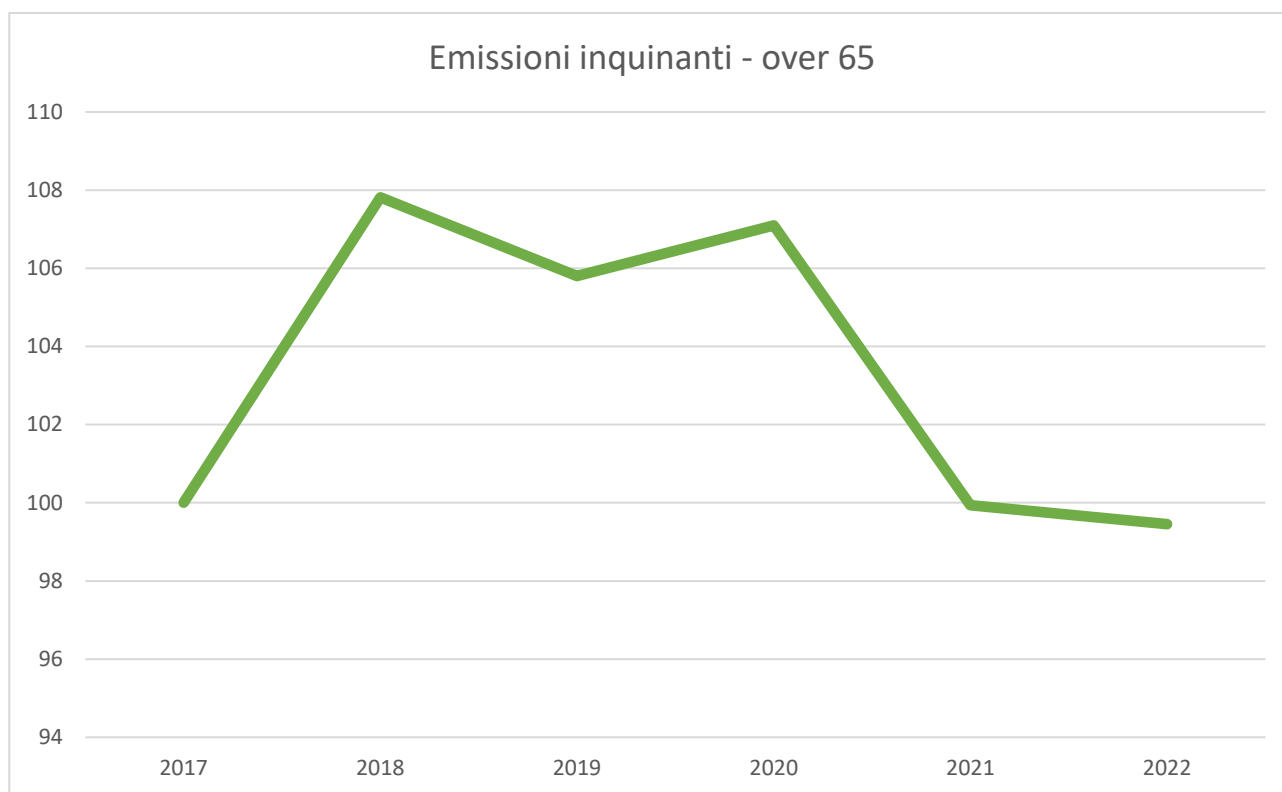


Figura 57 - Dominio Emissioni inquinanti: andamento generale

Il Dominio in esame descrive un andamento pressoché stabile, nonostante un'iniziale crescita il trend è diminuito nell'ultimo biennio, registrando valori vicino a 100.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia un andamento opposto per gli indicatori *Energia elettrica da fonti rinnovabili* e *Qualità dell'aria PM 2.5*. *Energia elettrica da fonti rinnovabili* raggiunge il massimo storico nel 2020 con un valore di 120 punti; *Qualità dell'aria* invece tocca un minimo di 87 nel 2021. Nonostante questi sviluppi, entrambi nelle ultime rilevazioni sono conversti verso il livello standard di 100.

6.4.4. 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 specie⁹⁵.

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*; *Uso totale di farmaci antibiotici in DDD/1000 ab die*.

⁹⁵ (Ministero della Salute, 2022)

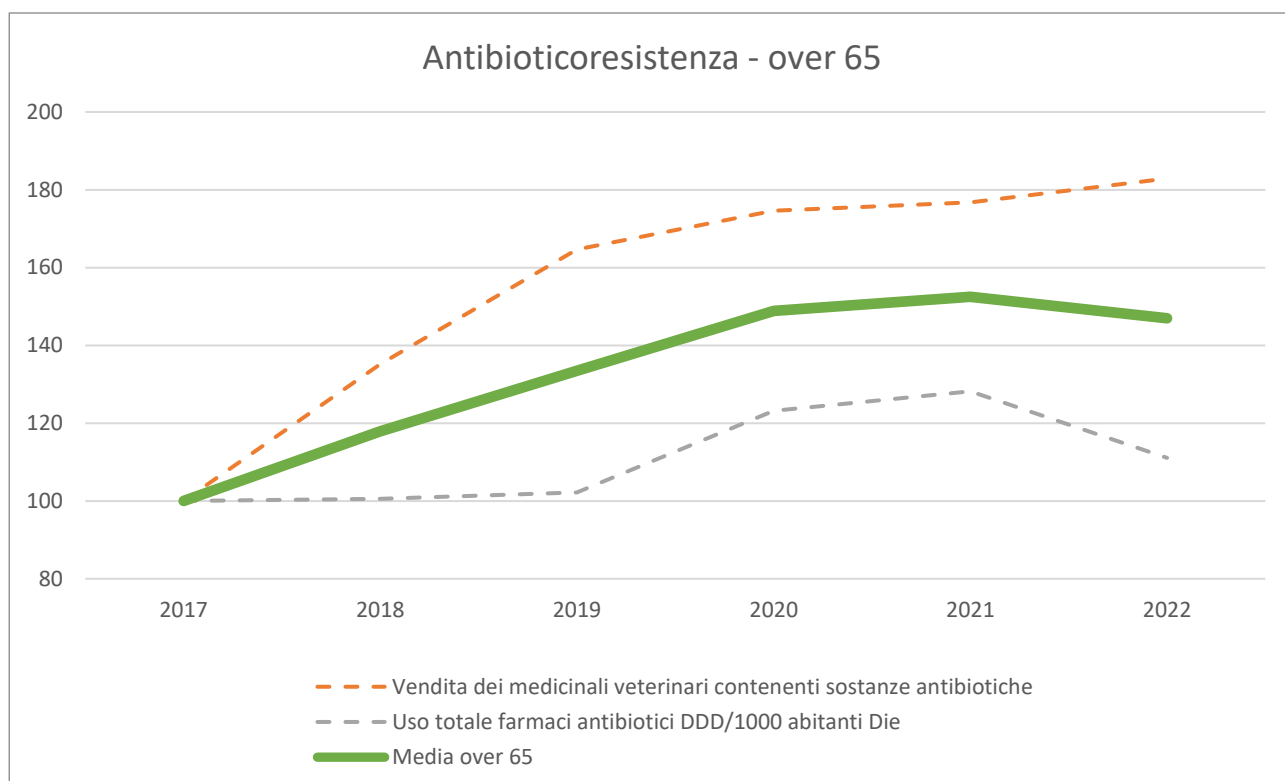


Figura 58 - Dominio Antibiotico-resistenza: dettaglio indicatori

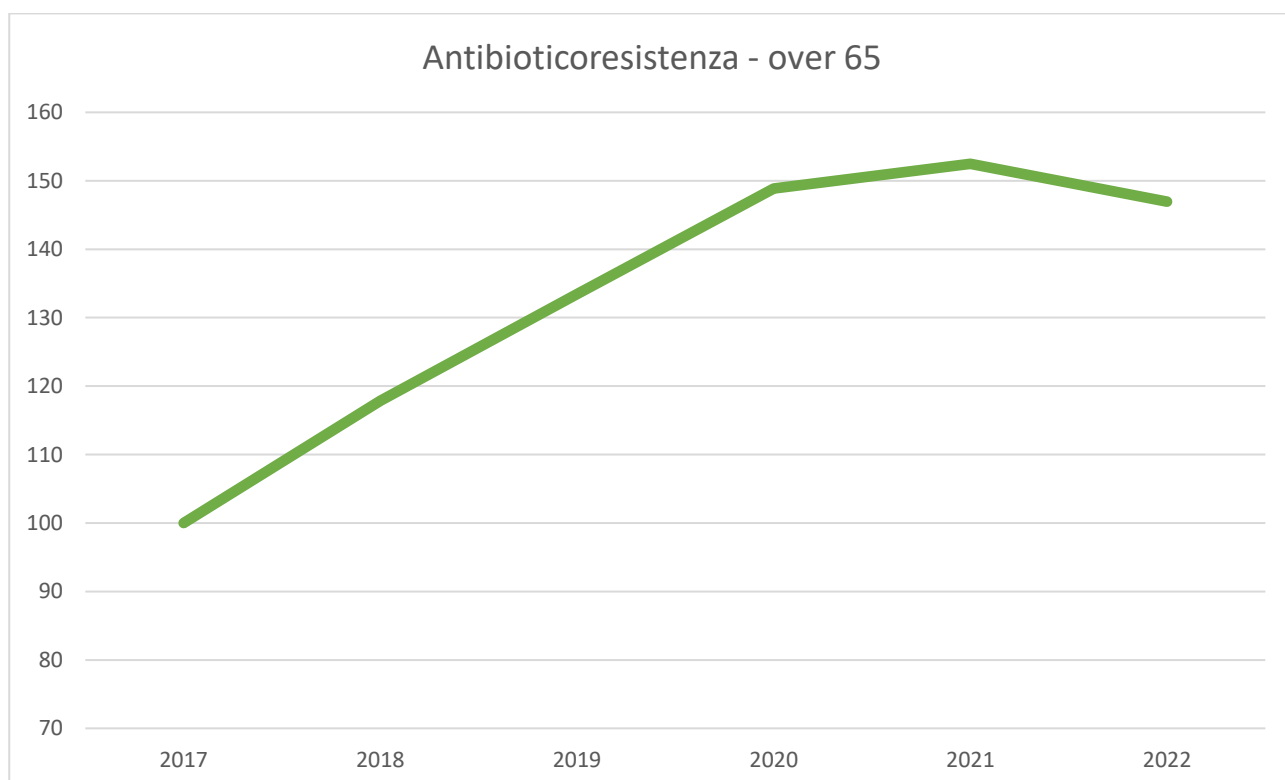


Figura 59 - Dominio Antibiotico-resistenza: andamento generale

Il Dominio in esame presenta un quadro generale positivo, con un lieve calo per l'ultimo anno, in cui si attesta un valore di 147.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si osservano due spinte opposte: da un lato l'andamento più critico dell'indicatore *Uso totale farmaci antibiotici DDD/1000 abitanti Die*, che

presenta una lieve crescita durante gli anni pandemici, seguita da un calo per l'ultimo anno rilevato. A mitigare tali sviluppi negativi contribuisce la crescita costante dell'indicatore *Vendita dei medicinali veterinari contenenti sostanze antibiotiche*, il quale raggiunge un valore di 183 per il 2022. I due indicatori hanno polarità negativa, per cui ad un incremento dei valori corrisponde un minor impiego di sostanze antibiotiche per uso veterinario e un consumo ridotto per uso umano e viceversa.

6.4.5. Eventi meteoroclimatici

Con il Dominio Eventi meteoroclimatici si osservano i fenomeni meteorologici 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 meteorologici locali e violenti* e *Impatto degli incendi boschivi*.

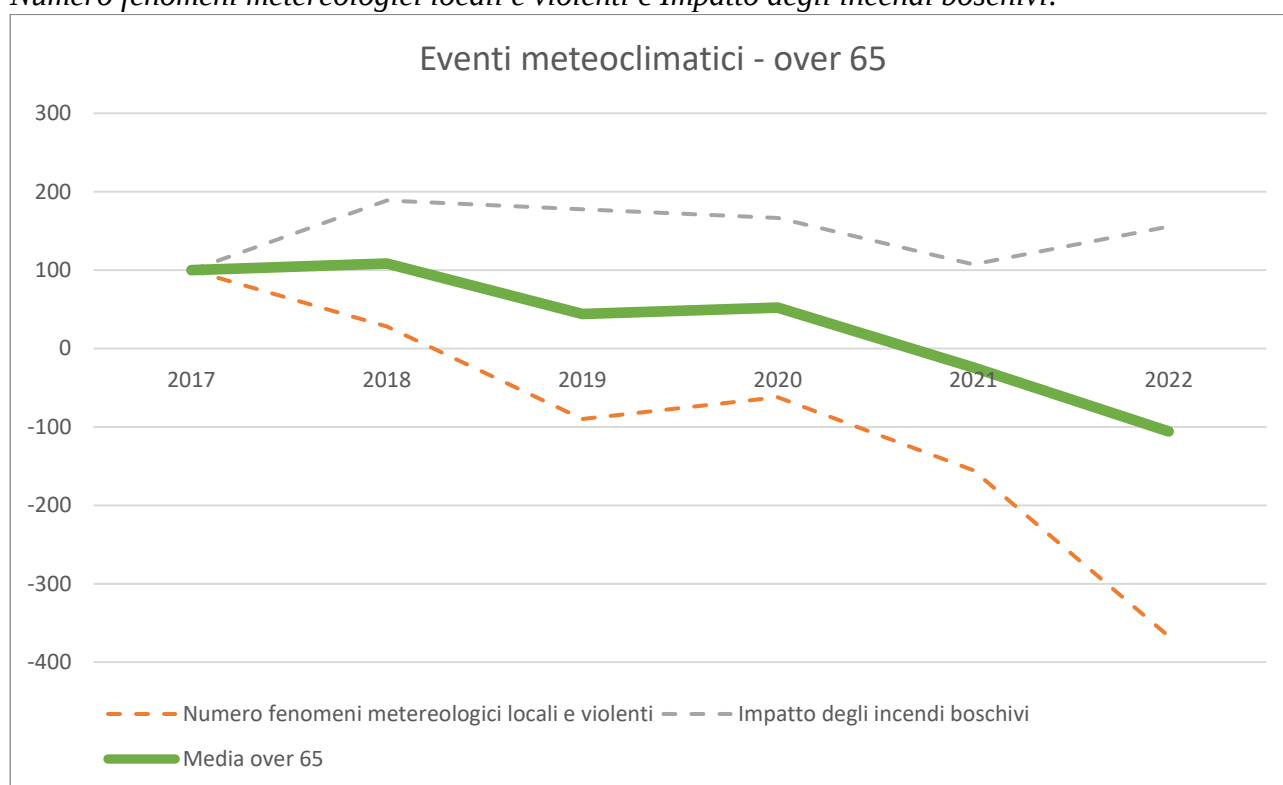


Figura 60 - Dominio Eventi meteoroclimatici: dettaglio indicatori

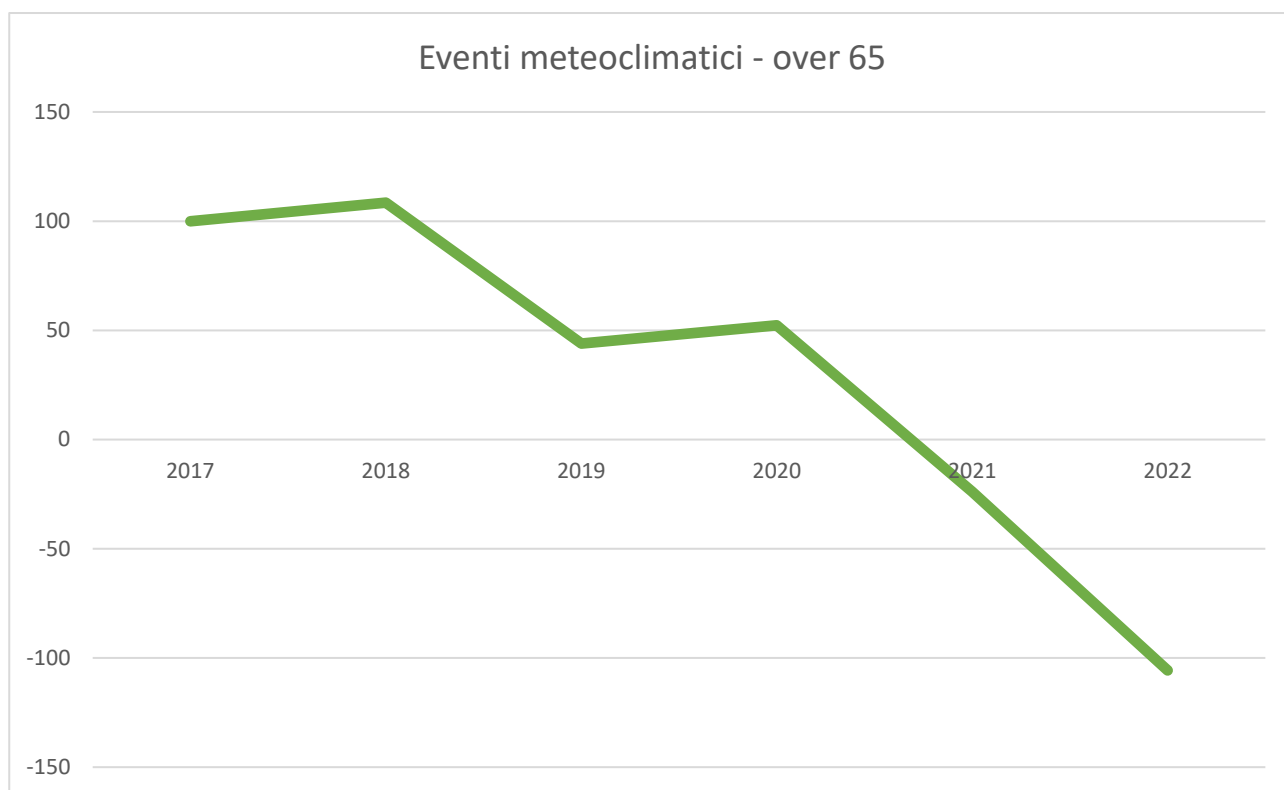


Figura 61 - Dominio Eventi meteoclimatici: andamento generale

Il Dominio in esame raffigura un quadro in costante declino, evidenziando un netto calo negli ultimi anni, passando dal valore standard di 100 nel 2018 a -106 per il 2022.

Dall'analisi degli Indicatori del Dominio, emerge come *Numero dei fenomeni metereologici locali e violenti* incida profondamente sul trend critico complessivo, condizionando la tendenza negativa iniziata nel 2018. Contemporaneamente, l'indicatore *Impatto degli incendi boschivi* mostra un trend positivo e in risalita per l'ultimo anno osservato, arrivando a 156 punti.

Entrambi gli Indicatori presentano una polarità negativa. Di conseguenza, la diminuzione dei valori registrati si traduce in una crescita nei fenomeni monitorati.

6.4.6. Ecoansia

L'ecoansia è definita come “*la sensazione generalizzata che le basi ecologiche dell'esistenza siano in procinto di crollare*”⁹⁶. 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*.

⁹⁶ Definizione del filosofo ambientale Glenn Albrecht, 2019.

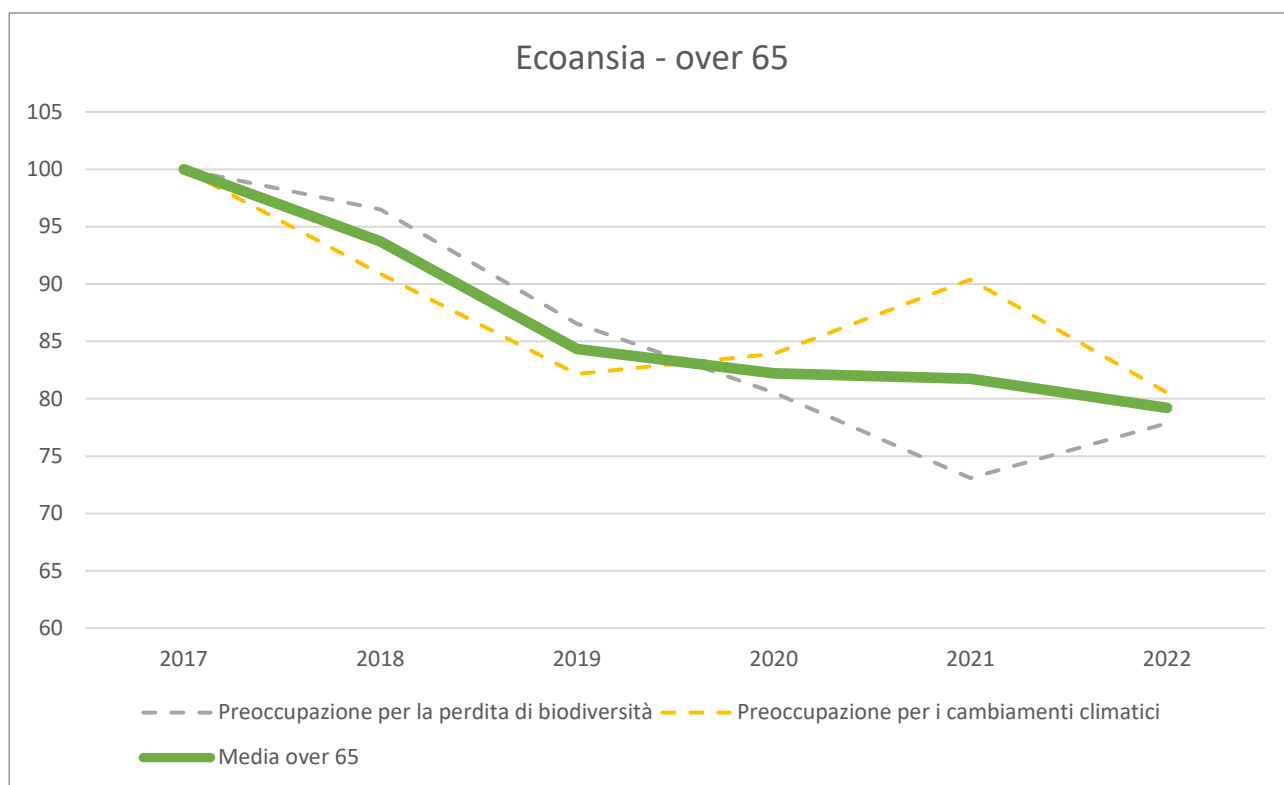


Figura 62 - Dominio Ecoansia: dettaglio indicatori

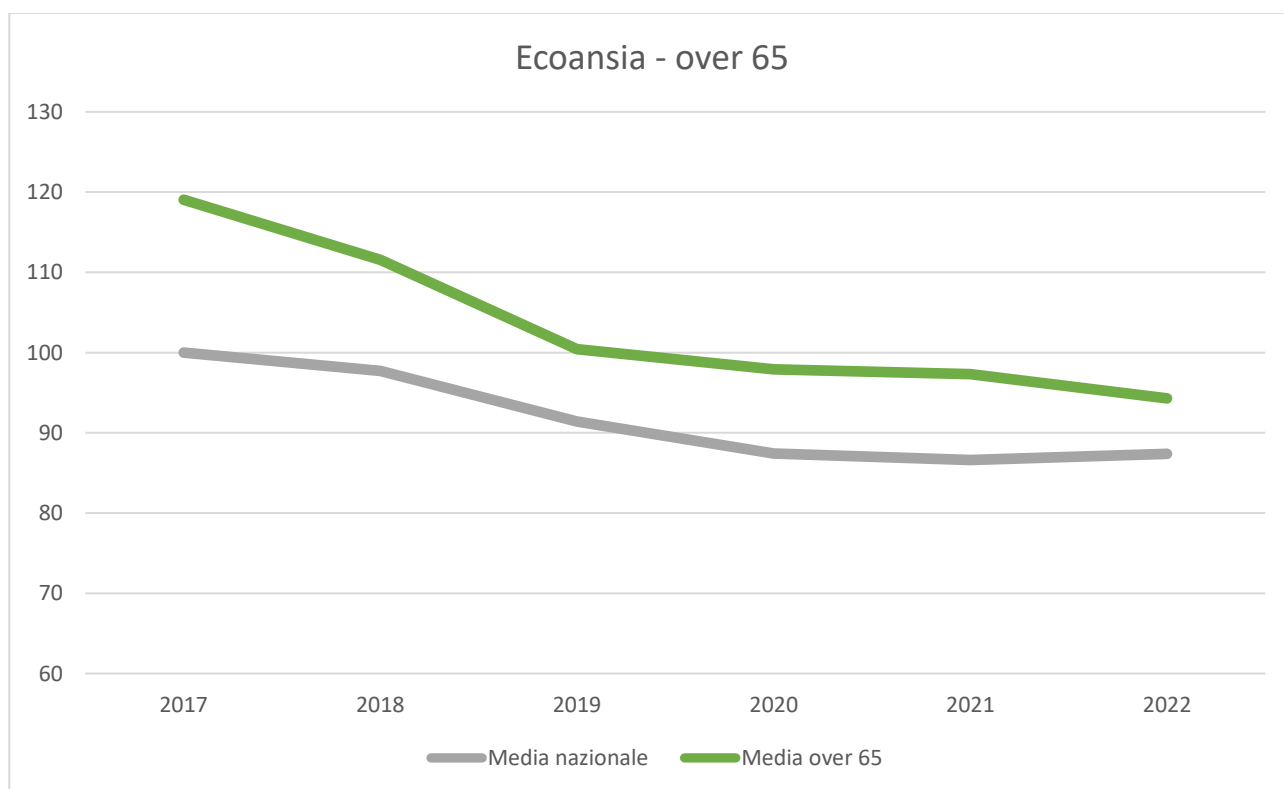


Figura 63 - Dominio Ecoansia: confronto IVS e over 65

Il Dominio in esame descrive un andamento decrescente e costante fino al 2022, anno in cui raggiunge il minimo storico di 79 punti.

Nella dinamica degli Indicatori sottostanti al Dominio si evidenzia come entrambi gli indicatori mostrino un andamento complessivamente in diminuzione.

Nel 2022 si nota una lieve crescita per l'indicatore *Preoccupazione per la perdita di biodiversità*, che sale a 78 punti, valore comunque più basso di quanto registrato nel 2020. Al contrario, l'indicatore

Preoccupazione per i cambiamenti climatici, nonostante un biennio positivo che aveva registrato valori simili al 2018, mostra un andamento nuovamente decrescente, attestandosi ad un minimo storico di 81.

Nel secondo grafico sono raffigurati, a confronto, i due andamenti del Dominio *Ecoansia* rispettivamente per la popolazione nazionale e per l'over 65.

Le due medie presentano un andamento simile, sebbene quella per la popolazione over 65 si attesti su valori più alti, partendo da un valore di 119. Quest'ultima mostra, inoltre, una decrescita più marcata rispetto alla media nazionale. Nel quinquennio osservato, l'andamento per la popolazione over 65 registra un calo di 25 punti, rispetto ai 13 della popolazione nazionale. Di conseguenza, nel corso degli anni si è notevolmente ridotto il gap tra le due medie, riducendosi a solo 7 punti.

7. Digitalizzazione

La revisione del PNRR⁹⁷ approvata dalla Commissione, in linea con il rispetto degli obiettivi e delle tempistiche stabilite, prevede 145 nuove misure, intese a rafforzare diverse riforme, tra cui quelle per la transizione verde e digitale; incentivando lo sviluppo di tecnologie innovative, sostenendo le start up, la ricerca e lo sviluppo del Paese. In particolare, il Piano si arricchisce con l'introduzione del capitolo REPowerEU, portando il numero totale delle Missioni da 6 a 7. Questo rappresenta un cambiamento significativo per la modernizzazione e l'adeguamento del Paese ai nuovi standard europei in materia di energia, ambiente ed innovazione. La stessa Commissione ha sottolineato come, dalle modifiche proposte dal Governo italiano, sia evidente l'ambizione di investire nel digitale e nell'innovazione, favorendo lo sviluppo di nuove tecnologie, di startup innovative e investendo nella ricerca.

Già la Strategia per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione del Paese 2025⁹⁸ nasceva per l'innovazione e la digitalizzazione, affinché facessero parte di una riforma strutturale dello Stato, delineando un percorso chiaro per affrontare la sfida dello "Sviluppo inclusivo e sostenibile". Il principale obiettivo è rimasto quello di **promuovere un'innovazione etica, inclusiva, trasparente e sostenibile al fine di migliorare il benessere della società**. Le cui principali linee guida comprendono il **potenziamento delle competenze digitali** delle persone, lo sviluppo tecnologico e la formazione continua dei cittadini per prepararli ai lavori del futuro. Al centro di tale strategia vi è il progetto di una Repubblica Digitale, avente l'obiettivo di combattere il digital divide ed educare sulle tecnologie del futuro.

Il piano triennale per l'informatica 2024-2026 di AgID⁹⁹ in quest'ottica si presenta come strumento essenziale per promuovere tale trasformazione del Paese, ponendosi come principale riferimento nella pianificazione delle azioni di digitalizzazione per la PA. In particolare, lo scopo è favorire lo sviluppo e la diffusione di nuove tecnologie digitali nel tessuto operativo e produttivo italiano, affinché i servizi pubblici mettano al centro i cittadini, le imprese e il territorio, nel rispetto della sostenibilità ambientale.

Sorge evidente come le competenze digitali siano centrali per la crescita sociale ed economica, dove tre condizioni di evoluzione sostenibile devono essere realizzate: consapevolezza digitale crescente nella popolazione, miglioramento dei servizi pubblici e privati basato sull'utente, e organizzazione del sistema educativo per coprire le esigenze di sviluppo delle competenze digitali¹⁰⁰.

La Coalizione Nazionale per le competenze e le professioni digitali¹⁰¹ promossa dall'AgID già nel 2013 ed aderente alla Grand Coalition for Digital Skills and Jobs della Commissione Europea¹⁰², ha di fatto rappresentato un passo decisivo in tale direzione, che vuole e deve essere perseguito dalle riforme del PNRR.

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 over 65 che prevedono una serie storica di dati disponibili a partire dal 2017.

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.

⁹⁷ (Il nuovo PNRR italiano, 2023)

⁹⁸ (Agenzia per l'Italia Digitale)

⁹⁹ (Agenzia per l'Italia Digitale, 2023)

¹⁰⁰ Ibid

¹⁰¹ (Agenzia per l'Italia Digitale)

¹⁰² (Commissione europea)

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 2022 un valore di 208 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.

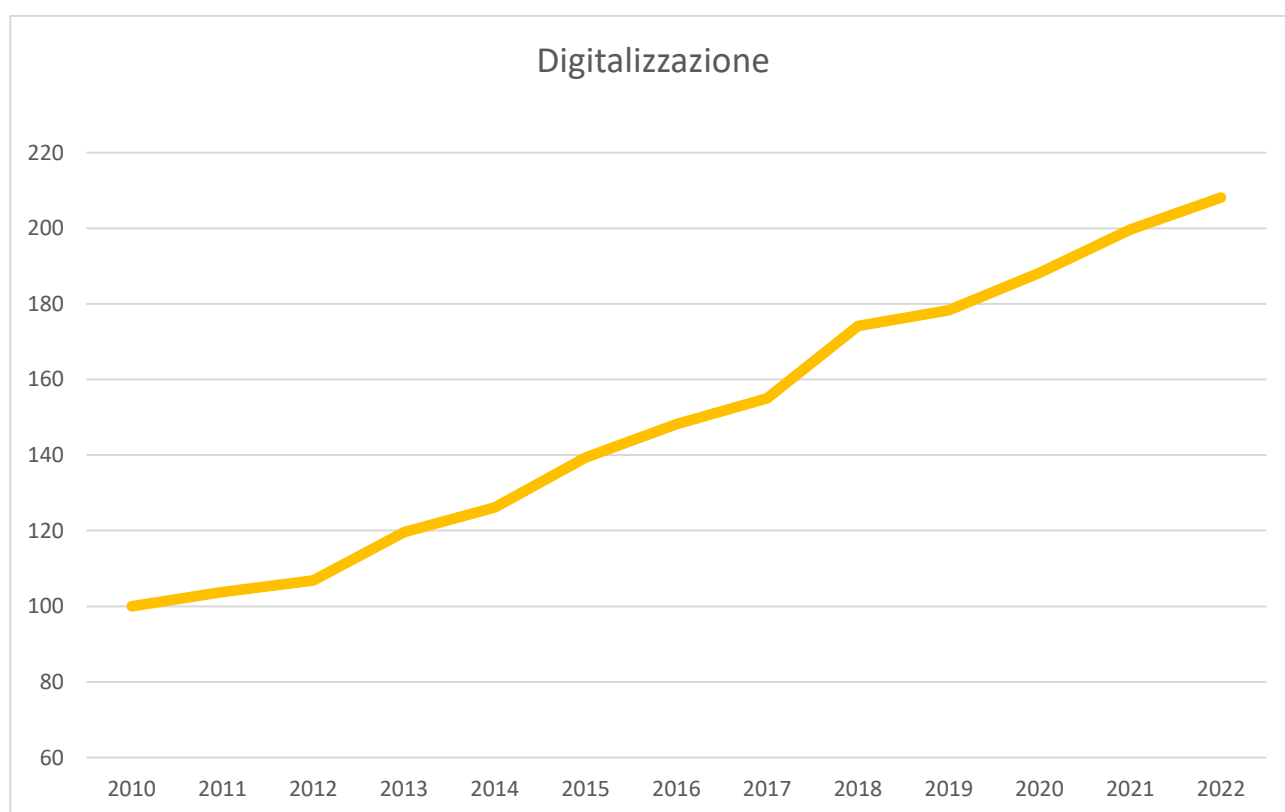


Figura 64 – Digitalizzazione: andamento generale

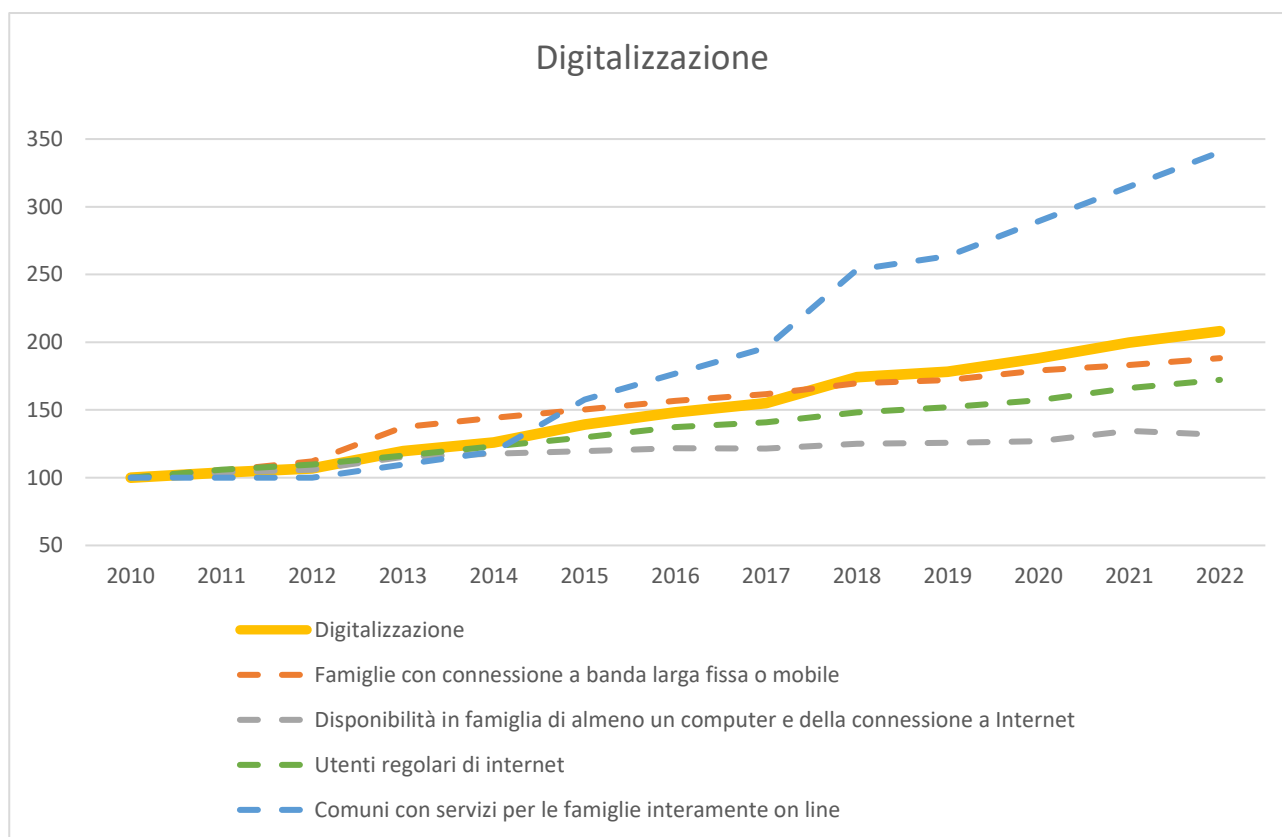


Figura 65 – Digitalizzazione: dettaglio indicatori

7.1. Digital Health

Nel quadro più ampio tracciato dalle riforme europee e nazionali, la trasformazione digitale si pone come un tassello fondamentale soprattutto per l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

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 hanno 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 di salute¹⁰³.

La trasformazione digitale, con la digitalizzazione dei processi e l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche, si presenta come una sfida trasversale alle varie problematiche che il sistema Salute sta attualmente affrontando, come: la carenza di skill e di competenze; la carenza e l'invecchiamento del personale sanitario; la disparità territoriale; l'invecchiamento costante della popolazione e la crescente domanda di personalizzazione dei servizi sanitari.

Sia la disparità territoriale che la richiesta di personalizzazione dei servizi sanitari trovano una loro diretta soluzione nell'adozione di soluzioni digitali: si pensi a come l'adozione di tali strumenti agevoli la prenotazione delle prestazioni, favorisca l'accessibilità dell'assistenza, riducendo i tempi di attesa e come la Telemedicina permetta di offrire una migliore fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali.

L'adozione di nuovi modelli di prevenzione, cura e monitoraggio secondo l'approccio della *Connected Health* fa sì che il Sistema Sanitario si rivoluzioni tramite l'uso di servizi digitali e

¹⁰³ (Santoro)

innovativi, modificando l'esperienza del paziente così come il ruolo e le competenze degli operatori e dei professionisti sanitari.

L'adozione di nuove tecnologie è inevitabilmente accompagnata da un riassetto organizzativo e, a seguito dell'introduzione del DM77, specificamente dell'assistenza territoriale, con i servizi sanitari e sociosanitari sul territorio che sono in procinto di subire una radicale trasformazione.

Essendo a metà del ciclo di progettualità previsto dal PNRR, si è superata la fase iniziale di emanazione di decreti e linee guida necessari per uniformare le procedure a livello nazionale e gli obiettivi da perseguire.

Il principale ostacolo alla corretta implementazione delle riforme previste e all'uso efficiente degli strumenti digitali è rappresentato da una scarsa fiducia e consapevolezza verso la telemedicina da parte degli operatori sanitari e una carenza di competenze digitali da parte dei cittadini, questo è quanto emerge dalla **1° Survey sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato**, condotta dall'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza con l'intento di delineare un primo quadro sullo stato dell'arte dei servizi di telemedicina sul territorio nazionale, e di cui si dettaglierà compiutamente nella Appendice dedicata.

La digitalizzazione della salute rappresenta quindi un obiettivo strategico per la Missione 6 - Salute del PNRR, di cui lo sviluppo della telemedicina ne è il pilastro fondamentale.

Con il nuovo Piano vengono infatti destinati ulteriori 750 milioni di euro per l'Assistenza domiciliare integrata e la telemedicina, per rafforzare l'assistenza territoriale e l'approccio innovativo alla tutela della salute e con l'obiettivo, entro il 2025, di raggiungere 300.000 persone¹⁰⁴.

È su questo obiettivo che Agenas intende investire circa 200 milioni¹⁰⁵ per i dispositivi necessari e avviare un percorso formativo sulle nuove modalità di cura. Con l'intento di favorire una maggiore implementazione nei percorsi di telemedicina su tutto il territorio nazionale ed in questo senso la **Piattaforma Nazionale di Telemedicina** faciliterà la presa in carico del paziente e migliorerà l'accessibilità dei servizi.

L'accesso a determinati strumenti è sicuramente un aspetto fondamentale, ma altrettanto importante è che i cittadini abbiano la capacità di utilizzare in modo corretto i servizi e che sappiano orientarsi nella quantità di informazioni disponibili e tra i soggetti che erogano le prestazioni.

Si parla quindi non solo di digitalizzazione della salute ma anche di digital health literacy, ovvero di quel complesso di conoscenze e competenze che consentono alle persone di poter fruire in modo idoneo dei servizi digitali, laddove il fattore abilitante della **Vicinanza della salute** risiede proprio nell'essere in grado di fruire correttamente dei servizi di salute.

La digital health literacy è quindi un elemento essenziale per il successo della diffusione dell'eHealth.

L'individuo, in quanto primo attore e responsabile della propria salute, rimane 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. 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. Di fatto, **esiste un legame diretto tra i livelli di alfabetizzazione sanitaria digitale, le disparità socioeconomiche e la qualità dello stile di vita**¹⁰⁶. Pertanto, la rapida digitalizzazione dei servizi sanitari e sociali deve tenere conto dei diversi livelli di Health Literacy e Digital Literacy.

¹⁰⁴ (Il nuovo PNRR italiano, 2023)

¹⁰⁵ (Il Sole 24 Ore, 2023)

¹⁰⁶ (Euro Health Net, 2021)

Se da un lato l'adozione di soluzioni digitali offre una maggiore accessibilità per tutti, dall'altro rischia di ampliare le disuguaglianze in materia di salute, in quanto non tutti hanno le stesse capacità di digital health literacy e di prevenzione alla disinformazione e alle fake news. Pertanto, diviene indispensabile adottare un approccio multidisciplinare che responsabilizzi i cittadini e contribuisca a creare le competenze necessarie affinché tutti gli utenti possano accedere ai servizi sanitari e sociali e trarne beneficio.

Questo approccio implica migliorare la collaborazione e il rapporto tra il paziente e l'operatore sanitario e, più nello specifico, aiutare 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.

7.2. Literacy e competenze digitali

Dal 2014, la Commissione europea segue i progressi degli Stati membri nel campo digitale pubblicando relazioni sull'**Indice di Digitalizzazione dell'Economia e della Società (DESI)**¹⁰⁷. L'Indice fornisce un quadro di analisi sui principali ambiti della politica digitale europea, aiutando ad identificare, per i vari Paesi membri, i settori di intervento prioritari. Il DESI crea infatti una classifica degli Stati basandosi sul loro livello di digitalizzazione e monitorando il loro progresso in un arco di cinque anni.

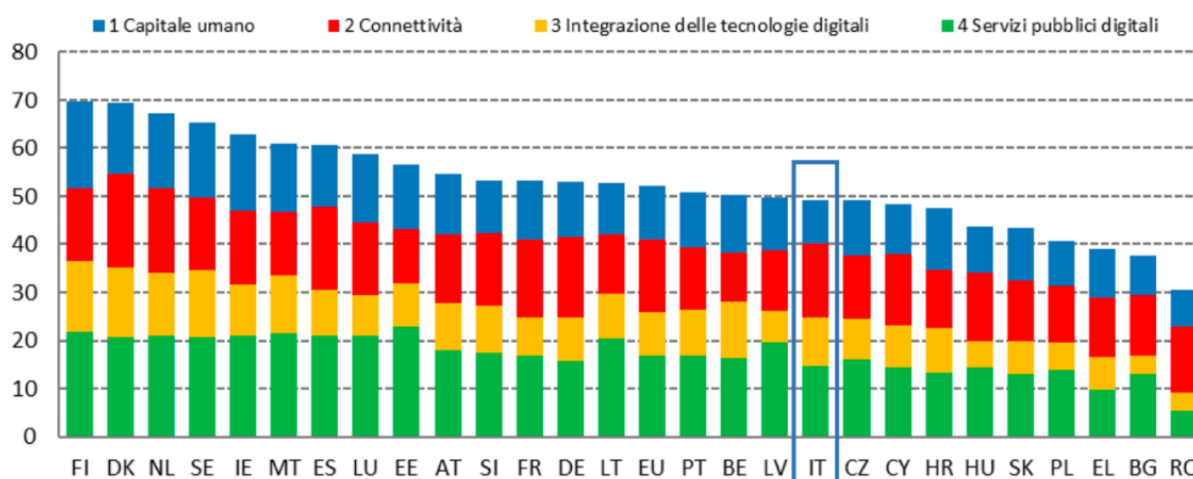


Figura 66 – Indice di digitalizzazione dell'economia e della società (DESI), Ranking 2022

¹⁰⁷ (Commissione europea, 2022)

	Italia		UE
	posizione in classifica	punteggio	punteggio
DESI 2022	18	49,3	52,3

Figura 67 – Posizionamento dell'Italia nella classifica europea del DESI

Nell'edizione 2022 del DESI, l'Italia è posizionata al 18° posto sui 27 Stati membri, questo poiché la trasformazione digitale nel nostro Paese procede ad un ritmo più lento rispetto ad altre realtà europee. Come è evidente dal grafico, le difficoltà di sviluppo e implementazione di tale trasformazione derivano in primis dal capitale umano e, quindi, dalla formazione e dalle competenze delle persone. Simile condizione ha conseguenti ricadute nell'integrazione delle nuove tecnologie nella vita lavorativa e privata dei cittadini.

Più recentemente la Commissione ha aggiornato e allineato il DESI alle quattro direttive individuate nel programma strategico *Percorso per il Decennio Digitale*¹⁰⁸: Competenze; Trasformazione digitale delle imprese; Infrastrutture digitali sicure e sostenibili; Digitalizzazione dei servizi pubblici. Il programma si basa su un meccanismo di cooperazione annuale che coinvolge la Commissione e gli Stati membri, tale meccanismo comprende un sistema di monitoraggio strutturato, trasparente e condiviso basato sul DESI per misurare i progressi compiuti verso ciascuno degli obiettivi per il 2030. Inoltre, è prevista una relazione annuale da parte della Commissione per valutare i vari progressi ed esprimere eventuali raccomandazioni. A settembre di quest'anno è stata pubblicata la prima relazione sullo stato del decennio digitale¹⁰⁹, in cui si evidenzia come il successo del Decennio digitale sarà di fatto fondamentale per la futura prosperità dell'UE. La realizzazione dell'agenda del Decennio digitale dell'UE potrebbe sbloccare un valore economico di oltre 2,8 trilioni di euro, pari al 21% dell'economia attuale dell'Europa.

Nella relazione specifica pubblicata per l'Italia¹¹⁰, emerge come solo il 45,6% delle persone possieda competenze digitali di base o superiori. Percentuale che **si posiziona ampiamente sotto la media europea** del 54%, secondo i dati Eurostat pubblicati sulla piattaforma *Digitalisation in Europe*¹¹¹. Significativi sono anche i dati riferiti ai professionisti e laureati in ICT, riportati nella relazione annuale. Il numero di laureati in ICT in Italia rimane significativamente al di sotto delle ambizioni del Decennio Digitale dell'UE, questo conduce inevitabilmente ad un mancato soddisfacimento della domanda di professionisti qualificati da parte delle imprese. Sebbene l'offerta formativa sia in evoluzione e sia stata ampliata da nuove offerte incentrate sulle STEM, la quota di laureati in ICT rimane all'1,5%, insufficiente e significativamente inferiore alla media UE del 4,2%¹¹².

Nel nostro Paese, come in altri paesi europei, la diffusione delle competenze digitali è strettamente correlata alle caratteristiche socioculturali della popolazione. Dai dati Eurostat¹¹³ emerge come tra i giovani italiani e quelli europei vi sia una differenza di 11 punti percentuali nella diffusione di digital skills.

¹⁰⁸ (Commissione europea)

¹⁰⁹ (Commissione europea)

¹¹⁰ (Commissione europea)

¹¹¹ (Eurostat, 2023)

¹¹² (Commissione europea)

¹¹³ (Eurostat, 2023)

Dato più interessante è la rilevazione a livello nazionale delle **competenze digitali stratificate per età**, dove si riscontra un sostanziale **divario** di punti (44 punti percentuali) tra le due fasce di età 20-24 e 75-74 per quanto riguarda le competenze digitali almeno di base.

In quest'ottica il dominio *Competenze digitali elevate*, elaborato ad hoc dall'Osservatorio a corredo dell'Indice di Vicinanza della Salute over 65, vuole fornire un'analisi di contesto sull'andamento di tale fenomeno sia a livello nazionale che in particolare per la fascia di popolazione over 60, comparando il trend generale con le fasce d'età 60-64 e 65-74. È evidente come lo sviluppo delle competenze digitali elevate sia strettamente collegato alle nuove generazioni e quindi, di contro, quale sia la parte della popolazione che necessita di più attenzione e specifiche misure di supporto.

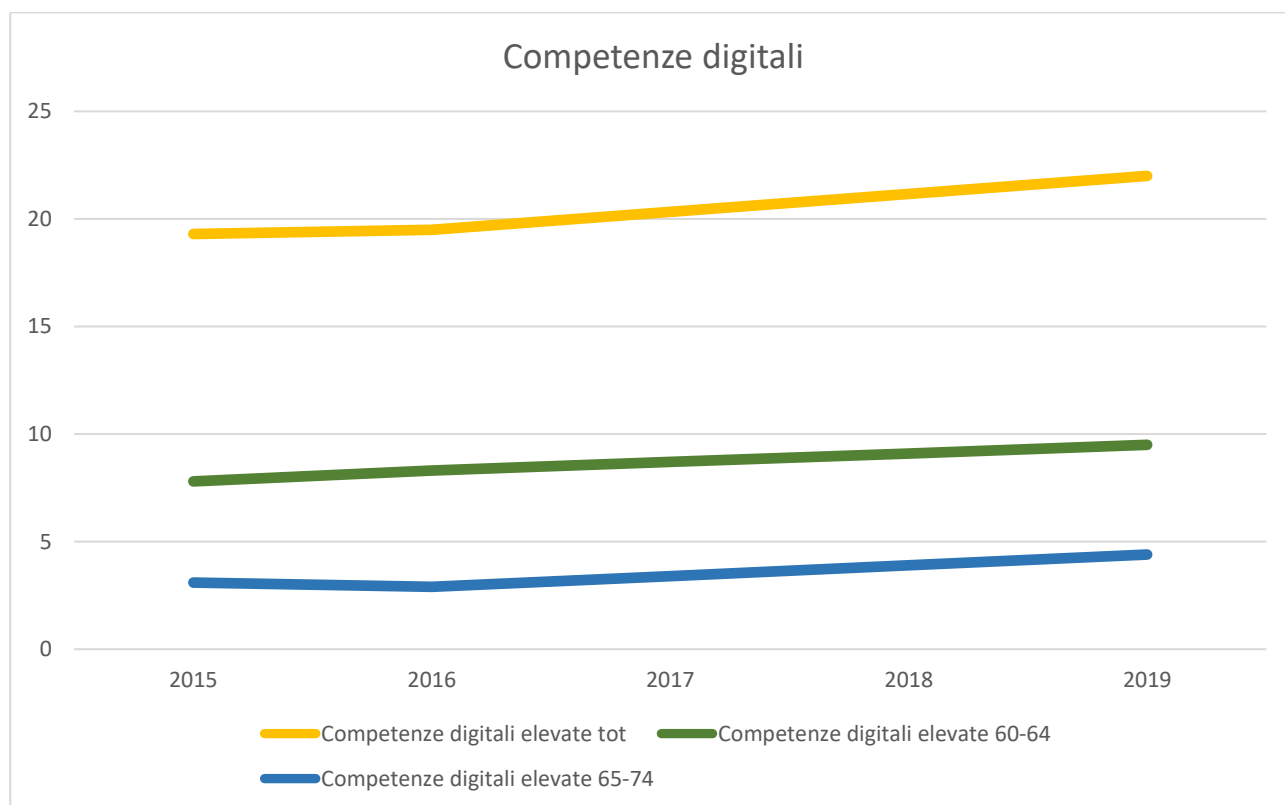


Figura 68 - Competenze digitali elevate

Si tratta di un fenomeno su cui si dovrebbe intervenire rapidamente se si pensa alla trasformazione demografica in atto che tende ad un progressivo invecchiamento della popolazione nazionale, soprattutto in funzione delle politiche di salute verso l'anziano e verso popolazione over 65, che è costitutivamente il primo destinatario delle forme di assistenza domiciliare e rivolte alla cronicità, che si intende fronteggiare principalmente attraverso gli strumenti di sanità digitale.

Considerando, inoltre, che l'Italia è la terza economia dell'UE per dimensioni, l'ampio margine di progresso individuato per il nostro Paese diventa determinante al fine di raggiungere obiettivi del Decennio Digitale entro il 2030 per l'intera Unione Europea. Vengono richiesti interventi risolutivi al fine di colmare le varie lacune emerse ed il PNRR fornisce i fondi e gli strumenti necessari per accelerare tale processo.

7.3. Invecchiamento e competenze

Nel prossimo decennio, la riduzione in termini numerici e l'invecchiamento costante della popolazione europea potrebbero avere impatti negativi sulla competitività a lungo termine del continente. Questa tendenza demografica rappresenta un fenomeno significativo a livello globale, poiché si prevede che la popolazione mondiale continuerà a crescere nel corso del XXI secolo, con un invecchiamento generale sempre più evidente. Le dinamiche demografiche variano tra i paesi, ma si stima che la maggior parte della crescita globale avverrà nelle nazioni a basso reddito¹¹⁴.

Queste tendenze influenzeranno la quota dell'UE nella popolazione mondiale, riducendola dal 6% attuale a meno del 4% nel 2070.

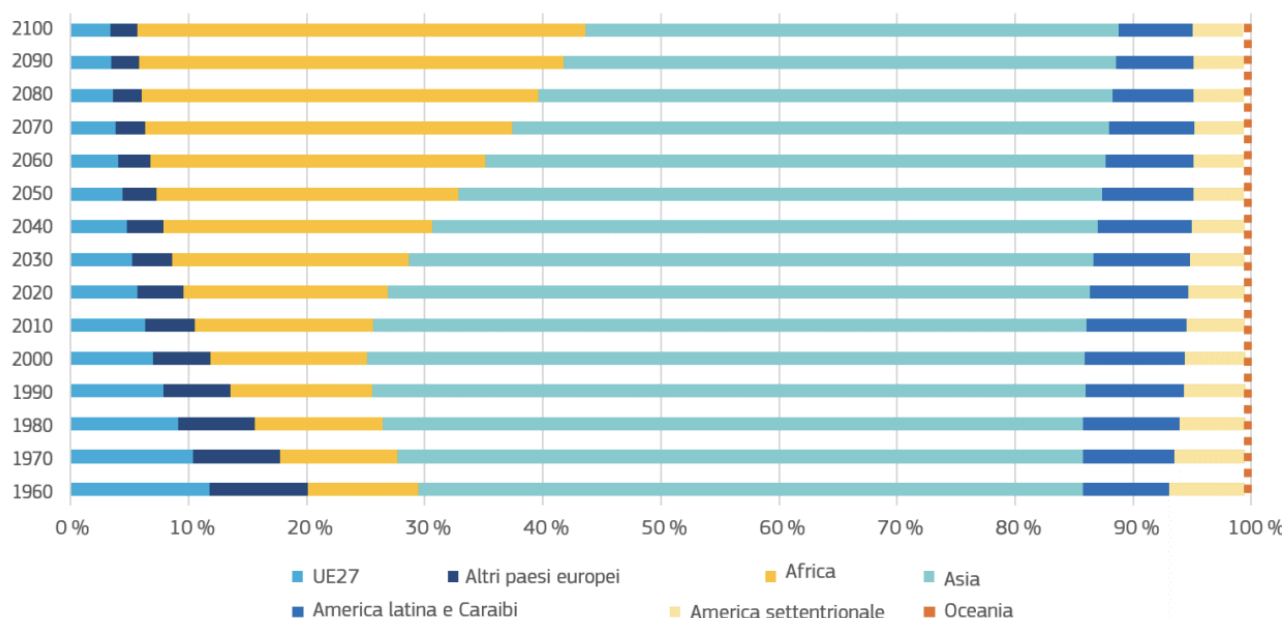


Figura 69 - Quota stimata e prevista della popolazione mondiale per Continente, 1960 -2100. Commissione europea

All'interno dell'Unione Europea l'invecchiamento e la diminuzione delle nascite porteranno la popolazione a toccare il picco intorno al 2026, con una successiva diminuzione graduale nei decenni successivi.

Le previsioni indicano una diminuzione della popolazione in età lavorativa dell'UE con un conseguente aumento dell'indice di dipendenza degli anziani, che passerà dal 33% al 60% entro il 2100¹¹⁵. Questo potrebbe condurre ad una diminuzione del peso relativo del mercato unico europeo nell'economia globale, con conseguente ridimensionamento del ruolo geopolitico dell'Europa.

L'invecchiamento della popolazione è un trend innegabile e rappresenta una sfida, non solo per l'Italia, ma per tutti gli Stati membri, in particolar modo per le ricadute che avrà sui sistemi sanitari e su quelli pensionistici.

Pertanto, risulta determinante consentire agli anziani di rimanere attivi nel mercato del lavoro e investire nel mantenimento e nello sviluppo delle loro competenze. Per formulare politiche mirate a rispondere alle sfide derivanti dall'invecchiamento della popolazione, diviene essenziale acquisire una conoscenza approfondita dei processi che influenzano l'evoluzione e il declino delle competenze nelle diverse fasce d'età¹¹⁶.

La trasformazione demografica si intreccia con altre importanti tendenze globali, come le transizioni verde e digitale. In tale contesto storico, la tecnologia offre molte opportunità in ottica di **Vicinanza**

¹¹⁴ (Commissione europea, 2023)

¹¹⁵ Ibid

¹¹⁶ (OECD, 2019)

della salute, ovvero al fine rendere il “bene salute” effettivamente fruibile e disponibile per le persone su tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, la presenza di infrastrutture digitali insufficienti e bassi livelli di competenze digitali possono contribuire ad ampliare le disparità tra regioni, gruppi demografici e generazioni.

Nasce dunque la necessità di intervenire su tali carenze ed inefficienze, iniziando con una rapida implementazione del nuovo modello territoriale e organizzativo del nostro sistema sanitario, promosso in primis dal DM77. Tale riforma si basa principalmente su un’erogazione dei servizi più capillare sul territorio, grazie soprattutto allo sviluppo e all’adozione di strumenti di Telemedicina.

Emerge quindi la necessità di monitorare e misurare la diffusione di tale modalità innovativa per poter individuare tempestivamente e risolvere le criticità riscontrate non solo dai cittadini ma anche dalle strutture e professionisti sanitari.

In quest’ottica si inserisce il lavoro di ricerca e indagine promosso dall’Osservatorio con lo sviluppo della 1° Survey sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato, di cui si possono leggere i risultati nella Appendice dedicata.

8. Conclusioni

I risultati emersi dalla misurazione dell’Indice di Vicinanza della Salute over 65 tracciano un quadro composito delle trasformazioni e delle sfide legate all’invecchiamento della popolazione italiana, proponendo una visione integrata e multidisciplinare del concetto di salute e benessere per gli over 65.

L’andamento dell’Indice, tendenzialmente positivo fino al 2020, prosegue con un trend in declino fino al 2022. Questa decrescita riflette l’impatto della pandemia, che ha esacerbato le fragilità preesistenti e ha introdotto nuove sfide per la popolazione over 65. Un aspetto ricorrente nei vari Domini dell’Indice è infatti il trend di recupero che non riesce a riportare i livelli di salute ai valori pre-pandemici, con una continua decrescita osservata nei fenomeni già in declino prima del 2020.

La sfera sanitaria è fortemente coinvolta in questo fenomeno di mancato recupero, ma non è l’unica ad essere interessata. Di fatto, sebbene il Contesto “Sistema organizzativo” abbia mostrato come l’affanno del sistema sanitario abbia reso impossibile un recupero completo in pochi anni - a causa della combinazione di personale sanitario sottodimensionato e il ritardo nel recupero delle prestazioni sanitarie accumulate -, è però il Contesto “Individuo e relazioni sociali” a mostrare le maggiori criticità. Tale Contesto osserva aspetti specifici e significativi della vita degli anziani, riflettendo la complessità e le interconnessioni delle varie dimensioni del benessere individuale e sociale. Nello specifico, l’Isolamento e la Literacy rimangono tra le sfide più urgenti da affrontare per migliorare la qualità della vita degli over 65 nel nostro Paese.

Nell’ultimo anno è aumentato il numero di over 65 che dichiara di vivere troppo lontano dai familiari, mentre è rimasto pressoché costante il numero di coloro che riconosce di essere in uno stato di solitudine. Tale condizione è inevitabilmente associata a un aumento del rischio di problemi di salute mentale, come la depressione, e peggiora la qualità della vita complessiva.

Il livello di literacy, o alfabetizzazione, influenza direttamente la capacità degli over 65 di comprendere correttamente le informazioni sanitarie e di conseguenza prendere decisioni consapevoli e corrette riguardo il loro stato salute. Sviluppare tale capacità e competenza diviene essenziale anche per evitare nuove forme di “disabilità digitale” e superare il fenomeno del digital divide: una delle condizioni critiche più significative per la popolazione over 65. In generale, per gli anziani, il digital divide comporta limitazioni considerevoli nell’accesso ai servizi e alle opportunità offerte dalla tecnologia, con implicazioni dirette sulla loro qualità di vita e sulla loro inclusione sociale.

Possedere competenze digitali adeguate permetterebbe di superare il diffuso sentimento di diffidenza nei confronti dei servizi e strumenti tecnologici e digitali (si pensi alla telemedicina), necessari per un’efficace gestione delle malattie croniche, più in generale per la presa in carico del paziente, e per la prevenzione di complicazioni del quadro clinico.

In quest'ottica anche mantenere uno stato di Autosufficienza diventa una sfida sempre più rilevante, influenzata da vari fattori come la salute fisica, il supporto sociale e le condizioni abilitanti.

Andrà monitorato con estrema attenzione l'andamento della Fragilità economica che per la prima volta fa segnare un andamento negativo. La crescente esposizione ai fenomeni della Povertà assoluta ed al Rischio di povertà, si lega alle nuove necessità di utilizzare risorse proprie per affrontare il sempre crescente numero di anni residui oltre la soglia della vita lavorativa.

Emerge quindi la necessità di comprendere più precisamente i connotati di una popolazione over 65 che andrà sempre di più ad ampliarsi e a mutare nel corso degli anni. Questo al fine di capire anche le nuove aspettative di qualità di vita e Salute che dovranno essere soddisfatte, ridefinendo i confini del concetto di salute e benessere e provando ad identificare che tipo di risposta si potrà essere in grado di fornire a livello Paese. Elaborare un nuovo **Piano nazionale di Salute** appare l'unico modo per definire nuovi standard, livelli di assistenza e prestazioni ed una nuova forma attuativa del mandato costituzionale della “**tutela della salute**”, che rispetti un approccio integrato e multilivello.

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%20dell'e%20cure%20di%20prossimit%C3%A0>
- Agenzia per l'Italia Digitale. (2023, dicembre). *Piano triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione 2024-2026*. Tratto da https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/piano_triennale_per_linformatica_nella_pa_2024-2026.pdf
- Agenzia per l'Italia Digitale. (s.d.). *Patto della Coalizione nazionale per le Competenze Digitali*. Tratto da AGID: https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/documenti_indirizzo/patto_coalizione_nazionale_competenze_digitali.pdf
- Agenzia per l'Italia Digitale. (s.d.). *Strategia per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione del Paese 2025*. Tratto da AGID: <https://docs.italia.it/italia/mid/piano-nazionale-innovazione-2025-docs/it/stabile/index.html>
- 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). *Indice di digitalizzazione dell'economia e della società (DESI)*. Tratto da L'Italia nel Digital Economy and Society Index: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/policies/desi-italy>
- Commissione Europea. (2022, Novembre 28). *The Megatrends Hub*. Tratto da Commissione Europea: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/foresight/tool/megatrends-hub_en

- Commissione europea. (2023, Ottobre 11). Tratto da Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni. Cambiamento demografico in Europa: strumento d'intervento: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0577>
- Commissione europea. (2023, Settembre). *Digital Decade Country Report 2023: Italy*. Tratto da Plasmare il futuro digitale dell'Europa: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/library/2023-report-state-digital-decade>
- Commissione europea. (2023, Settembre). *Relazione 2023 sullo stato del decennio digitale*. Tratto da <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/library/2023-report-state-digital-decade>
- Commissione Europea. (2023, Luglio 3). *The EU's response to the COVID-19 pandemic*. Tratto da European Commission: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/>
- Commissione europea. (s.d.). *Coalizione per le competenze digitali e l'occupazione*. Tratto da <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/policies/digital-skills-coalition>
- Commissione europea. (s.d.). *Decennio digitale europeo: obiettivi digitali per il 2030*. Tratto da https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/europes-digital-decade-digital-targets-2030_it
- 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
- Conferenza Stato-Regioni. (2023, Settembre 21). *Report Conferenza Stato-Regioni. Seduta ordinaria del 21 settembre 2023*.
- 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. J., & 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).
- Derick W. Brinkerhoff, Harry E. Cross, Suneeta Sharma, Taylor Williamson. (2019, gennaio 24). *Stewardship and health systems strengthening: An overview*. Tratto da Public Administration and Development: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pad.1846>
- Euro Health Net. (2021). *Digital health literacy for Europe's digital future*. Tratto da https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2022/220225_digital_health_literacy_seminar_final_event_report.pdf
- European Council. (2021, Luglio 13). *Council gives green light to first recovery disbursements*. Tratto da <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/07/13/council-gives-green-light-to-first-recovery-disbursements/>
- European Council. (2023, Giugno 6). *Impact of Russia's invasion of Ukraine on the markets: EU response*. Tratto da European Council: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-response-ukraine-invasion/impact-of-russia-s-invasion-of-ukraine-on-the-markets-eu-response/>
- Eurostat. (2023). *Digitalisation in Europe*. Tratto da <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2023>
- Ferrera, M. (2006). *Le politiche sociali: l'Italia in prospettiva comparata*.
- Food and Agriculture Organization . (2023, Maggio 5). *Global Report on Food Crises: Number of people facing acute food insecurity rose to 258 million in 58 countries in 2022*. Tratto da FAO: <https://www.fao.org/newsroom/detail/global-report-on-food-crises-GRFC-2023-GNAFC-fao-wfp-unicef-ifpri/en>

- Food Security Information Network. (2023). *The Global Report on Food Crises 2023*. Tratto da FSIN: <https://www.fsinplatform.org/sites/default/files/resources/files/GRFC2023-hi-res.pdf>
- Forman, R., & Mossialos, E. (2021, Novembre 10). *The EU Response to COVID-19: From Reactive Policies to Strategic Decision-Making*. Tratto da National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8657336/>
- 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.
- Geddes, I., Allen, J., Allen, M., & Morrissey, L. (s.d.). *The Marmot Review: implications for Spatial Planning*.
- Horton, R. (2020, Settembre 26). *Offline: COVID-19 is not a pandemic*. Tratto da The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
- 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>
- IHME. (s.d.). *Global Burden of Disease (GBD)*. Tratto da <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
- Il nuovo PNRR italiano*. (2023, Novembre 24). Tratto da Dipartimento per le Politiche Europee: <https://www.politicheeuropee.gov.it/it/ministro/comunicati-stampa/24-nov-23-pnrr/>
- Il Sole 24 Ore. (2023, Dicembre 4). *Pnrr: da gennaio la piattaforma nazionale di telemedicina, 50% farmacie già attive*. Tratto da <https://www.ilsole24ore.com/art/parte-gennaio-piattaforma-telemedicina-50percento-farmacie-gia-attive-AFwPYJuB>
- International Labour Organization. (2023, marzo 1). *COVID-19 Country policy responses*. Tratto da International Labour Organization: <https://www.ilo.org/static/english/covid-19/country-policy-responses/covid-EU-response-2023-03-01.pdf>
- 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.
- ISTAT. (2023). *Rapporto annuale 2023. La situazione del Paese*. Tratto da <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2023/Rapporto-Annuale-2023.pdf>
- 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. (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>
- Istituto Superiore di Sanità. (2022, Settembre 26). *Salute globale e disuguaglianze di salute. One Health*. Tratto da Istituto Superiore di Sanità: <https://www.iss.it/one-health>
- Leigh-Hunt, N. B. (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.
- Marmot, M., Friel, S., & Bell, R. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Lancet.
- Metodo di smorzamento esponenziale (SE). (s.d.). Tratto da <http://users.dma.unipi.it/~flandoli/StatIImetodoSET.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 6). *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](#)
- Ministero della salute. (2022, Settembre 21). *Decreto ministeriale. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg>
- Ministero della salute. (2022, Settembre 30). *Decreto ministeriale. Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/12/22/22A07125/sg>
- Ministero della salute. (2022, Maggio 23). *Decreto ministeriale. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- Ministero della salute. (2022, Giugno 9). *Decreto. Individuazione dei compiti dei soggetti che fanno parte del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/07/05/22A03866/sg>
- 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 salute. (2023). *Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione*. Tratto da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3304_allegato.pdf

- Ministero della Salute. (2023). *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità*.
- Ministero della salute. (2023, Settembre). *Regolamento di organizzazione del Ministero della salute*. Tratto da Quotidiano sanità: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1693928281.pdf>
- Ministero della salute. (2023, Luglio 26). *Schema di decreto del Ministero della salute, di ripartizione delle risorse di cui all'investimento PNRR M6C1I1.2.3.2 - "Servizi di Telemedicina"*. Tratto da <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1695219442.pdf>
- Ministero della Salute. (2024, febbraio 7). *Malattie croniche non trasmissibili*. Tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5762&area=prevenzione&menu=obiettivi2020#:~:text=Le%20malattie%20croniche%20non%20trasmissibili,la%20maggior%20parte%20delle%20quali>
- 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.
- Neelesh Kapoor, D. K. (2014, Giugno). *Core attributes of stewardship; foundation of sound health system*. Tratto da PMC PubMed Central: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075105/>
- OECD. (2019). *Survey of Adult Skills (PIAAC)*. Tratto da https://www.oecd-ilibrary.org/education/skills-matter_1f029d8f-en
- OMS. (2022). *Invisible numbers The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*. Tratto da <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362800/9789240057661-eng.pdf?sequence=1>
- OMS. (s.d.). *Noncommunicable Diseases*. Tratto da <https://ncdportal.org/>
- 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).
- Osservatoriosalute. (2018). *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*.
- 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>
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. (2021). Tratto da Italia Domani: <https://www.italiadomani.gov.it/it/home.html>
- 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>
- Rodà, M., & Sica, F. (2020, febbraio 5). *L'economia della terza età: consumi, ricchezza e nuove opportunità per le imprese*. Tratto da CONFINDUSTRIA: <https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/scenari-geo-economici/dettaglio/silver-economy-l-economia-della-terza-eta-consumi-ricchezza-e-nuove-opportunita-per-le-imprese>
- 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>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.

- World Food Programme. (2022, Settembre 30). *War in Ukraine Drives Global Food Crisis*. Tratto da World Food Programme: <https://www.wfp.org/publications/war-ukraine-drives-global-food-crisis-0>
- World Health Organization. (1948, Aprile 7). *Constitution of the World Health Organization*. Tratto da WHO: <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>
- World Health Organization. (2000, Marzo 29). *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Tratto da https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/ea4.pdf
- World Health Organization. (2015, Giugno 21). *Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities*. Tratto da WHO: <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>
- World Health Organization. (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)
- World Health Organization. (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>.
- World Health Organization; UNICEF. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Tratto da WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
- World Meteorological Organization (WMO). (2021). *Climate Indicators and Sustainable Development: Demonstrating the Interconnections*. No. 1271. Geneva: WMO.
- World Meteorological Organization. (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.