

# Rapporto OASI 2022

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di  
CERGAS - Bocconi



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



## 2 La struttura e le attività del SSN

*di Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Francesca Meda<sup>1</sup>*

### 2.1 Premessa

Il capitolo dipinge un quadro complessivo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni. Inoltre, il contributo presenta un confronto internazionale sulla struttura dell'offerta, sull'utilizzo di beni e servizi e sull'appropriatezza delle cure in alcuni sistemi sanitari di Paesi europei ed extra europei.

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale, come descritto nel capitolo 1 del Rapporto OASI 2012 (Anessi Pessina e Cantù, 2012). Gli elementi approfonditi sono i seguenti:

- ▶ gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire (i) numerosità e tipologia delle aziende e (ii) profilo dei Direttori Generali (§2.2);
- ▶ gli input, cioè le risorse disponibili secondo le scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§2.3);
- ▶ i dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§2.4);
- ▶ il confronto internazionale in termini di struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari (§2.5);
- ▶ alcune riflessioni relative al post Covid-19 e all'impatto della pandemia sul sistema sanitario nel complesso (§2.6).

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 2.1 è da attribuirsi a Francesca Meda, i §§ 2.2 e 2.3 a Francesca Meda e Simone Manfredi, i §§ 2.4, 2.5 a Simone Manfredi e il § 2.6 ad Attilio Gugiatti.

Le fonti del capitolo sono così riassumibili<sup>2</sup>:

- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso: i) gli Indirizzari delle strutture di ricovero (relativi agli anni tra il 1997 e il 2020); ii) l'Annuario statistico del SSN (1997-2020); iii) il dataset relativo alla dotazione di posti letto per struttura ospedaliera, per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2020); iv) i dati contenuti nel Portale Covid-19 reso disponibile sul sito web di Agenas; v) i dati sui certificati di assistenza al parto (CeDAP, 2020); vi) il Rapporto sulla Salute Mentale (2020);
- ▶ dati pubblicati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato nel Conto Annuale, rilevazione censuaria sulle amministrazioni pubbliche (ultimo anno disponibile: 2020);
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2022 (ultimo anno disponibile: 2020).

Per via dell'intervallo di tempo che precede la pubblicazione dei dati, il dataset relativo alla dotazione di posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina riporta una rappresentazione della struttura del SSN appena prima dell'insorgenza della pandemia (i dati sono infatti aggiornati al 1° gennaio 2020).

Al momento della stesura del presente capitolo (settembre 2022) non risulta ancora pubblicato il rapporto SDO relativo all'anno 2020. Alla luce di questa mancanza, le analisi sull'attività di ricovero del SSN generalmente riportate al § 2.4 sono in parte riformulate nei contenuti poiché tratte da altre fonti informative disponibili (in particolare i dati pubblicati sul Portale Covid-19 di Agenas).

## 2.2 Gli assetti istituzionali

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le

<sup>2</sup> In tutto il capitolo, si adotta la suddivisione ISTAT del territorio nazionale: il Nord comprende Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna; del Centro fanno parte Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud e le Isole comprendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale<sup>3</sup>, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

1. individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il «gruppo sanitario pubblico regionale»;
2. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);
3. strutturare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
4. delineare le politiche complessive del sistema, in termini di caratteristiche delle combinazioni economiche;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono sei le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostuttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (ACSS)<sup>4</sup>. Da segnalare, infine, che il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio, la Campania e la Liguria hanno soppresso nel corso dell'ultimo decennio la propria Agenzia<sup>5</sup> e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Nell'ambito della configurazione degli assetti istituzionali dei SSR, bisogna citare l'attenzione di un numero sempre crescente di regioni verso la costituzione di enti intermedi la cui missione può essere variamente declinata in diverse funzioni (governo, di intermediazione di risorse e di fornitura di servizi di supporto) (Del Vecchio e Romiti, 2017). A partire dalle riforme meno recen-

<sup>3</sup> Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

<sup>4</sup> Tale agenzia, già formalmente prevista della legge regionale dell'agosto 2015, ha il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi più puntuali di monitoraggio delle performance.

<sup>5</sup> Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013, L.R. 20/2015 e L.R. 17/2016.

ti come quella lombarda che, con la L.R. 23/2015, istituisce le ATS (Agenzie di Tutela della Salute) come livello intermedio tra quello di governo centrale e quello aziendale delle ASST (Aziende socio sanitarie territoriali), o quella della Toscana che, con la L.R. 26/2014, istituisce l'ESTAR (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale), negli anni successivi si annoverano altre regioni che compiono scelte affini in termini di riforma del proprio sistema sanitario: sicuramente la Liguria che con la L.R. 17/2016 istituisce A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria) e il Veneto che, con la L.R. 19/2016, riduce il numero di ULSS da 21 a 9 e istituisce l'Azienda Zero. Più recentemente, il Lazio e il Piemonte intraprendono una via simile e istituiscono rispettivamente l'Azienda Lazio.0 (L.R. 17/2021) e l'Azienda Zero (L.R. 26/2021). Si tratta evidentemente di un trend significativo, che comporta cambiamenti importanti nella compagine generale dei SSR che ne vengono investiti e, pertanto, è necessario considerare a pieno titolo gli enti intermedi come parte integrante del “gruppo sanitario pubblico regionale”, come viene spiegato e illustrato nel paragrafo successivo del presente lavoro.

### **2.2.1 Le aziende del “gruppo sanitario pubblico regionale”**

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, stabiliscono la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono. In particolare, esse devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in aziende sanitarie locali (ASL); (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo nazionale o regionale e che vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico – IRCCS e Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti intermedi, quali forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione.

Questa autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di (i) numero e dimensione media delle ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL; (iii) presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali. Il grado di differenziazione delle aziende che popolano oggi il SSN non si limita più alla sola missione (ampia per le aziende territoriali, più focalizzata per quelle ospedaliere), al punto che diventa difficile individuare un sufficiente grado di omogeneità tra le stesse. Il più evidente ambito di continuità, invece, si riscontra negli assetti di

governo, tutti orientati al modello tradizionale con triade direzionale (coadiuvata dal Direttore Sociosanitario in un numero crescente di regioni) e rapporto fiduciario con il governo regionale (Del Vecchio e Romiti, 2017).

Queste considerazioni hanno spinto nel 2017 gli autori a interrogarsi su un aggiornamento del sistema di classificazione delle forme aziendali che fosse concettualmente solido e coerente con i cambiamenti in atto nei diversi SSR<sup>6</sup>. A partire da quell'anno, quindi, nel computo delle aziende territoriali vengono incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde che, per effetto della riforma del 2015, sono diventate le uniche responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica<sup>7</sup>. Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali, sono invece confluite nell'insieme degli enti intermedi.

La classificazione attualmente adottata prevede, infatti, la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, con l'aggiunta di tre raggruppamenti: IRCCS pubblici (comprese le Fondazioni IRCCS), Aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) ed enti intermedi, in aggiunta al conteggio di aziende territoriali e ospedaliere. Per enti intermedi, nello specifico, si intendono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra assessorato e aziende e impattano sugli spazi di azione a disposizione di queste ultime. Nel conteggio di questi enti sono stati inclusi soltanto quelli che operano esclusivamente per il SSR di riferimento e che, di conseguenza, dipendono fortemente dalle operazioni di riordino della sanità regionale. Pertanto, nonostante la rilevanza delle funzioni svolte per il settore sanitario, diversi enti sul territorio regionale (es. Aria in Lombardia, Intercenter in Emilia Romagna, So.Re.Sa in Campania) sono stati in questa sede esclusi perché non operanti esclusivamente in sanità, ma anche per altri soggetti istituzionali come i Comuni.

La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL (e ASST) e di AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2022 e il numero di Aziende Ospe-

<sup>6</sup> Si è deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99, secondo il quale la regione ha la responsabilità di individuare “[...] *l’articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all’art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera* [...]”. Le aziende sanitarie territoriali devono quindi fare riferimento a un territorio, rispetto al quale sono responsabili del mantenimento dei LEA, ed erogare direttamente servizi. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l’analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione delle rinnovate aziende e agenzie lombarde.

<sup>7</sup> La stessa L.R. 23/15 di riforma del Sistema Sanitario Lombardo prevede ancora (all’articolo 15, comma 15) la possibilità di istituire Aziende Ospedaliere, sottolineando la volontà del legislatore regionale di differenziare nettamente le neocostituite ASST dalle «vecchie» AO.

Tabella 2.1 Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2022)

Regione	ASL e ASST					AO 2021 (*)					AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (**)	Enti intermedii (***)		
	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/20	Numero al 30/06/21	Numero al 30/06/22	Popolazione media 2020	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15				Numero al 30/06/19	Numero al 30/06/2020
Piemonte	63	22	13	12	12	12	354.357	7	7	6	6	6	-	1	
Vale d'Aosta	1	1	1	1	1	1	123.337	-	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	84	44	15	27	27	27	369.076	16	27	29	-	-	1	11	
PA Bolzano	4	4	1	1	1	1	535.774	-	-	-	-	-	-	-	
PA Trento	11	1	1	1	1	1	542.158	-	-	-	-	-	1	-	
Veneto	36	22	21	9	9	9	539.404	2	2	2	2	2	1	1	
Friuli VG	12	6	5	3	3	3	399.098	3	3	2	-	-	1	1	
Liguria	20	5	5	5	5	5	301.488	3	3	-	-	-	2	1	
Emilia Romagna	41	13	8	8	8	8	553.977	5	5	4	4	4	2	2	
Toscana	40	12	12	3	3	3	1.225.428	4	4	4	4	4	-	1	
Umbria	12	5	4	2	2	2	429.786	2	2	2	2	2	-	1	
Marche	24	13	13	1	1	1	1.489.789	3	4	2	2	2	1	-	
Lazio	51	12	12	10	10	10	571.519	3	3	4	4	4	2	2	
Abruzzo	15	6	6	4	4	4	318.415	-	-	-	-	-	-	-	
Molise	7	4	4	1	1	1	290.769	-	-	-	-	-	-	-	
Campania	61	13	13	7	7	7	798.669	7	8	7	7	7	2	1	
Puglia	55	12	12	6	6	6	652.028	4	6	1	1	1	2	-	
Basilicata	7	5	5	2	2	2	270.000	1	1	1	1	1	1	-	
Calabria	31	11	11	5	5	5	368.917	4	4	4	4	4	1	-	
Sicilia	62	9	9	9	9	9	533.496	16	17	5	5	5	3	2	
Sardegna	22	8	8	8	1	1	197.398	1	1	1	1	1	2	1	
<b>ITALIA</b>	<b>659</b>	<b>228</b>	<b>197</b>	<b>139</b>	<b>118</b>	<b>118</b>	<b>471.865</b>	<b>81</b>	<b>97</b>	<b>75</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>18</b>	<b>20</b>

(\*) Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

(\*\*) In questa rappresentazione gli IRCCS pubblici sono al netto delle Fondazioni IRCCS per una maggiore comparabilità. Tuttavia va precisato che in Lombardia le quattro Fondazioni IRCCS sono da considerarsi parte integrante delle strutture di ricovero pubbliche, portando quindi il numero da 18 a 22 IRCCS sul territorio nazionale.

(\*\*\*) Tra gli enti intermedi sono qui considerati: l'Azienda Zero del Piemonte, le 8 ATS, AREU, l'Agenzia per la Promozione dei SSL e l'Agenzia dei Controlli per la Lombardia, l'Azienda Zero per il Veneto, l'ARCS per il Friuli-Venezia Giulia, A.Li.Sa. per la Liguria, l'Estar per la Toscana, la CRAS per l'Umbria, l'Azienda ARES 118 e Azienda.0 per il Lazio e l'ARES per la Sardegna.

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero)

daliero-Universitarie integrate con il SSN, IRCCS Pubblici ed enti intermedi, aggiornato a giugno 2022, così da ricostruire l'insieme degli attori pubblici dei SSR.

In attuazione del D. Lgs. 502/92, nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR. Dal 1996 al 2001, le modifiche istituzionali sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale» si sono moltiplicati (Del Vecchio, 2003). Il numero di aziende sanitarie territoriali, a livello nazionale, si è fortemente ridotto, passando dalle 197 del 2001 alle 118 del 2021 (-40%), a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale al fine di ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. Il processo ha subito una prima accelerazione tra il 2007 e il 2012, in particolare nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)<sup>8</sup>, per poi rinvigorire a cavallo tra 2015 e 2017 con i riordini di molti SSR anche del Nord Italia<sup>9</sup>. Va però notato come, nell'ultimo anno, questo processo di progressivo accorpamento e riduzione del numero di ASL abbia subito un'inversione di trend (si passa da 118 ASL a 125) per effetto della riforma del sistema sanitario regionale sardo. La L.R. 24/2020 di fatti “scorpora” la ex Azienda unica in 8 ASL differenti, portando il numero totale di ASL da 118 nel 2021 a 125 nel 2022. In questa direzione si muove anche la più recente riforma della sanità delle Marche che, con la L.R. 19 dell'8 agosto 2022, stabilisce la trasformazione dell'ex ASUR in 5 Aziende Sanitarie Territoriali (AST)<sup>10</sup>.

La serie di riordini regionali intercorsi e la conseguente riduzione del numero di aziende implica una loro crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media per ASL pari a 471.865 a gennaio 2022<sup>11</sup>. Escludendo

<sup>8</sup> Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

<sup>9</sup> Ai riordini del SSR lombardo e toscano e alla modifica degli assetti istituzionali delle aziende nell'area metropolitana di Roma occorsi nel 2015, hanno fatto seguito nel corso del 2016 ulteriori riforme regionali: in Sardegna viene stabilita l'ASL unica, ribattezzata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), successivamente destituita e suddivisa in 8 diverse ASL (L.R. 24/2020), mentre in Veneto con la L.R. 19/2016 il numero di ULSS è stato ridotto da 21 a 9 ed è stata istituita l'Azienda Zero. A gennaio 2017 è stata infine costituita la nuova ASL Città di Torino, nata per effetto della fusione delle ASL To1 e To2.

<sup>10</sup> Una nota di metodo: nella Tabella 2.1 compare ancora l'ASUR per le Marche poiché la fonte informativa utilizzata (Indirizzario strutture di ricovero pubblicato dal Ministero della Salute) riporta una fotografia del SSN a giugno 2022, precedente alla riforma regionale attuata con la L.R. 19 dell'8 agosto 2022.

<sup>11</sup> La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2022.



le Marche che, come anticipato, stanno avviando un processo di trasformazione del proprio SSR, la regione che presenta la popolazione media regionale più elevata è la Toscana (1.225.428 abitanti), seguita da Campania (798.669) e Puglia (652.028). Il minimo si registra, invece, nella regione più piccola per dimensionamento e numero di abitanti (Valle d'Aosta – 123.337 abitanti). Insieme alla Valle d'Aosta, la Sardegna (197.398), la Basilicata (270.000) e il Molise (290.769) sono le regioni con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti. Rispetto al 2021, la compagine è piuttosto differente e mostra come stia progressivamente aumentando il numero di regioni con bacini di utenza dimensionalmente più contenuti (nel 2021 erano solo due le regioni con una popolazione media per ASL inferiore ai 300.000 abitanti, Valle d'Aosta e Basilicata).

A fronte dei processi di riordino sopra elencati, coesistono ora molteplici modelli regionali in termini di assetti istituzionali prevalenti e architetture dei gruppi regionali sanitari pubblici. In alcune regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Valle d'Aosta, PA di Trento<sup>12</sup>, PA di Bolzano e Molise) sono state create ASL uniche. Nelle restanti regioni, il territorio delle ASL tende a coincidere con quello provinciale<sup>13</sup>. Fanno eccezione le regioni in cui sono collocate le principali aree metropolitane del Paese (Roma, Napoli, Torino), dove si annovera un maggior numero di ASL sub-provinciali che suddividono l'area metropolitana, e quelle che hanno di recente vissuto un radicale riordino dei confini aziendali ovvero Toscana, dove sono presenti ASL che coprono bacini d'utenza pluri-provinciali, e Lombardia, dove si annoverano molteplici ASST con confini sub-provinciali.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 43 (-56%)<sup>14</sup>, senza ulteriori cambiamenti rispetto allo scorso anno.

Fanno parte degli enti pubblici dei SSR anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Le prime sono attualmente 9, tutte concentrate nel Centro o Sud Italia, mentre si contano 18 IRCCS pubblici<sup>15</sup>, al netto delle 4 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia, che, sommate, portano il numero totale degli istituti di ricerca a 22 sul territorio nazionale.

<sup>12</sup> Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

<sup>13</sup> Anche in alcune regioni in cui la ASL coincide tendenzialmente con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Piemonte, Veneto.

<sup>14</sup> Tale numero risente ovviamente della nuova classificazione adottata a partire dall'edizione 2017 del Rapporto, che ha previsto lo spostamento delle ASST e delle ATS rispettivamente nel computo delle aziende territoriali e in quello degli enti intermedi.

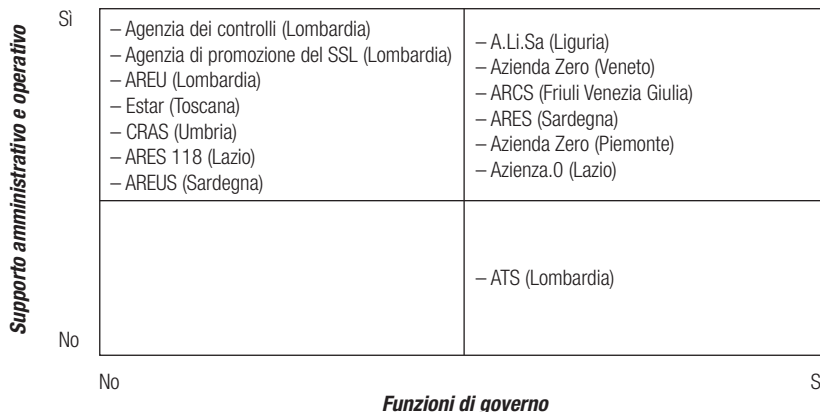
<sup>15</sup> L'elenco completo è disponibile alla seguente pagina del sito del Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2>.

Ulteriori modifiche nel numero di enti pubblici dei SSR sono programmate, o in via di discussione, per il futuro prossimo. Oltre alle già citate riforme in Sardegna e Marche, in Emilia-Romagna continua il lavoro di unificazione iniziato nel 2020 dell’azienda sanitaria e ospedaliero-universitaria sia a Parma sia a Ferrara, in modo analogo a quanto già avvenuto nel 2017 per Reggio Emilia. Si prevede che l’unificazione sia portata a compimento e diventi operativa a partire dal 1° gennaio 2023. In Basilicata, la bozza di riorganizzazione del SSR prevede la costituzione di un’Azienda sanitaria territoriale unica regionale (ASTUR) e di un’Azienda ospedaliera unica regionale (AOUR).

Per quanto riguarda infine gli enti intermedi, se ne contano attualmente 20. A partire dal 2019, in Friuli Venezia Giulia, l’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha sostituito l’EGAS, ampliandone il ruolo all’interno del SSR. I diversi soggetti intermedi possono essere ulteriormente differenziati in termini di ruoli e responsabilità a loro affidati (riadattamento da Del Vecchio e Romiti, 2017): 1) esercizio di funzioni di governo (pianificazione e programmazione operativa, assegnazione di finanziamenti); 2) esercizio di funzioni di supporto amministrativo e/o operativo che attengono alla distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio di attività o alla gestione di processi amministrativi in precedenza svolti dalle aziende. In questa cornice, dalla Figura 2.1 emerge che:

- la maggior parte degli enti intermedi è situata in Lombardia dove, oltre alle sopracitate ATS, che esercitano funzione di governo e a cui è affidato il ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, e controllo, sono presenti tre ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordi-

Figura 2.1 **Assi di sviluppo degli enti intermedi**



Fonte: Elaborazione OASI a partire dal riadattamento di Del Vecchio e Romiti (2017)

namento, promozione e vigilanza (AREU – Agenzia Regionale Emergenza Urgenza; Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo e Agenzia di Controllo);

- ▶ A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), l’Azienda Zero veneta, l’ARES (Azienda regionale sanitaria) della Sardegna, l’ARCS friulana e le recenti Azienda.0 del Lazio e Azienda Zero del SSR piemontese svolgono contestualmente funzioni di governo e di supporto;
- ▶ oltre ai già citati enti intermedi lombardi, si contano altri quattro attori che svolgono attività di supporto nei SSR di riferimento. In particolare, l’Estar (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale) toscano, l’ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118) del Lazio, l’AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra.

## 2.2.2 I Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche<sup>16</sup>

Il ruolo strategico del Direttore Generale (DG) di un’azienda sanitaria pubblica è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni in seguito alle significative trasformazioni degli assetti istituzionali delle aziende, caratterizzate da dimensioni sempre più ampie per effetto dei processi di accorpamento. Il DG, tradizionalmente organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i diversi soggetti del mondo sanitario e sociosanitario (gli stakeholder dell’azienda sanitaria), al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla regione (Zuccatelli *et al.*, 2009).

Il presente sotto-paragrafo aggiorna le analisi sulle caratteristiche e sulla mobilità dei DG delle aziende sanitarie pubblicate nei Rapporti OASI a partire dal 2002<sup>17</sup>. In particolare, il sotto-paragrafo si compone di quattro sezioni: la prima analizza l’età media degli attuali DG a livello nazionale e regionale e la distribuzione in termini di genere; la seconda presenta il turnover dei DG a livello nazionale e regionale; la terza valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie pubbliche; la quarta mette a confronto il grado di stabilità e il grado di apertura dei vari sistemi regionali nelle nomine dei DG. Ulteriori contributi affini a questi temi sono disponibili nel Rapporto OASI 2019 ai capitoli 8, con un focus sul «mestiere» del Direttore Generale, e 16, che analizza il fenomeno della «femminilizzazione» dei ruoli apicali in sanità.

<sup>16</sup> La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti web delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

<sup>17</sup> A partire dal 2020, il database comprende anche i dati delle aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN e degli IRCCS pubblici. Le analisi longitudinali continuano a focalizzarsi esclusivamente sulle aziende territoriali e sulle aziende ospedaliere, ivi incluse le aziende ospedaliere integrate con l’Università.

La prima dimensione di analisi rispetto ai profili dei DG in carica nelle aziende pubbliche dei SSR riguarda l'età media e il genere, indagati a livello nazionale e regionale (Tabella 2.2 e Tabella 2.3). Per quanto riguarda l'età, il valore medio nazionale per il 2022 è pari a 59 anni e cinque mesi circa. I DG di aziende ospedaliere hanno in media un'età superiore di oltre un anno e cinque mesi rispetto a quelli delle ASL (rispettivamente i valori sono pari a 60,6 anni e 59,2 anni), mentre gli attuali DG degli IRCCS e dei Policlinici hanno un'età media rispettivamente di 60 anni e sei mesi e 55 anni e quattro mesi. A livello regionale, Valle d'Aosta e Marche costituiscono le regioni con età media più elevata dei propri DG (rispettivamente pari a 64 anni e 62 anni e quattro mesi), mentre il Molise e la Sardegna presentano i valori più bassi (53 anni e 53 anni e quattro mesi). Infine, rispetto al primo anno di osservazione dei dati relativi all'età anagrafica dei DG (2020), si nota l'aumento di sei mesi dell'età media nazionale dei DG attualmente in carica.

Analizzando la distribuzione dei DG in termini di genere, invece, si continua a registrare una forte maggioranza di direttori generali di sesso maschile (154) rispetto alle parigrado di sesso femminile che risultano essere 42, pari ad

Tabella 2.2 **Età media dei DG, per regione e tipo di azienda (2022)**

Regione	AO	ASL e ASST	IRCCS	Policlinici	Totale complessivo (*)
Abruzzo		61,8			61,8
Basilicata	53,0	60,0			57,7
Bolzano		57,0			57,0
Calabria	60,5	59,5			60,0
Campania	62,9	59,0	64,0	49,0	60,4
Emilia-Romagna	61,0	59,8	54,0		59,7
Friuli-Venezia-Giulia		52,7	56,0		54,0
Lazio	62,7	54,3	65,5	54,0	57,1
Liguria		60,8	62,0		61,1
Lombardia		60,7	62,8		60,9
Marche	60,5	63,0	65,0		62,3
Molise		53,0			53,0
Piemonte	61,2	58,5			59,4
Puglia	52,0	58,2	55,0	61,0	57,2
Sardegna	62,0	52,0		49,5	53,3
Sicilia	62,4	59,1	57,0	60,3	60,1
Toscana	58,8	61,3			59,9
Trento		60,0			60,0
Umbria	51,5	63,0			57,3
Valle d'Aosta		64,0			64,0
Veneto	63,0	60,2	63,0		60,9
<b>ITALIA 2022</b>	<b>60,6</b>	<b>59,2</b>	<b>60,6</b>	<b>55,3</b>	<b>59,4</b>
<b>ITALIA 2020</b>	<b>59,5</b>	<b>58,4</b>	<b>59,2</b>	<b>57,0</b>	<b>58,9</b>

(\*) Valore medio calcolato, a livello sia regionale che nazionale, come media aritmetica delle età medie aziendali

Fonte: OASI, 2022

Tabella 2.3 **Genere dei DG, per regione (2022)**

Regione	Donna	Uomo	% Donna	% Uomo
Abruzzo		4	0%	100%
Basilicata	1	3	25%	75%
PA Bolzano		1	0%	100%
Calabria	2	7	22%	78%
Campania	2	15	12%	88%
Emilia-Romagna	6	7	46%	54%
Friuli-Venezia Giulia	1	4	20%	80%
Lazio	8	9	47%	53%
Liguria		7	0%	100%
Lombardia	6	33	15%	85%
Marche	2	2	50%	50%
Molise		1	0%	100%
Piemonte	4	14	22%	78%
Puglia	1	9	10%	90%
Sardegna	2	2	50%	50%
Sicilia	1	17	6%	94%
Toscana	2	5	29%	71%
PA Trento		1	0%	100%
Umbria		4	0%	100%
Valle d'Aosta		1	0%	100%
Veneto	4	8	33%	67%
<b>ITALIA 2022</b>	<b>42</b>	<b>154</b>	<b>21%</b>	<b>79%</b>
<b>ITALIA 2020</b>	<b>33</b>	<b>158</b>	<b>17%</b>	<b>83%</b>
<b>ITALIA 2015</b>	<b>34</b>	<b>181</b>	<b>16%</b>	<b>84%</b>
<b>ITALIA 2010</b>	<b>24</b>	<b>204</b>	<b>11%</b>	<b>89%</b>
<b>ITALIA 2005</b>	<b>15</b>	<b>263</b>	<b>5%</b>	<b>95%</b>
<b>ITALIA 2000</b>	<b>5</b>	<b>289</b>	<b>2%</b>	<b>98%</b>

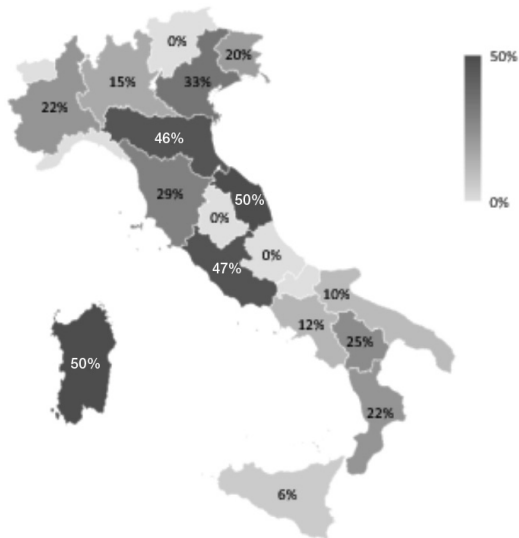
Fonte: OASI, 2022

appena il 21% del totale (Tabella 2.3 e Figura 2.2). Le donne risultano in minoranza in tutti i SSR, con l'eccezione di Marche, Sardegna, Lazio ed Emilia-Romagna, dove si riesce a stento a raggiungere la parità con rispettivamente il 50%, 50%, 47% e 46% dei direttori in carica di sesso femminile. Al contrario, non si è osservata la presenza di alcuna DG di sesso femminile in Abruzzo, PA di Bolzano, Liguria, Molise, PA di Trento, Umbria e Valle d'Aosta. Nonostante ciò, considerando l'evoluzione diacronica del fenomeno, si evidenzia come l'attuale percentuale di donne sia la più alta registrata: nel 2000 i DG di sesso femminile erano appena il 2% del totale. Da quel momento si è assistito a una crescita costante che però risulta ancora troppo lontana dalla parità di genere, rimanendo pertanto un risultato preoccupante.

Proseguendo l'analisi dei profili dei direttori generali, rispetto alla seconda dimensione, la Tabella 2.4 mostra la durata media<sup>18</sup> del periodo in cui ogni DG

<sup>18</sup> La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra

Figura 2.2 % DG donne sul totale dei DG per regione (2022)



Fonte: OASI, 2022

Tabella 2.4 Durata media in carica dei DG, per regione e tipo di azienda (1996-2022)

Regione	A0	ASL e ASST	Totale complessivo (*)
Abruzzo		3,6	3,6
Basilicata	2,9	3,0	3,0
PA Bolzano		7,8	7,8
Calabria	2,2	1,6	1,7
Campania	4,5	3,1	3,7
Emilia-Romagna	4,7	4,0	4,2
Friuli-Venezia Giulia	3,5	3,3	3,4
Lazio	3,1	2,9	3,0
Liguria	5,0	3,6	4,2
Lombardia		4,1	4,1
Marche	3,9	2,9	3,2
Molise		3,8	3,8
Piemonte	3,3	3,3	3,3
Puglia	4,1	3,0	3,4
Sardegna	3,4	2,8	2,9
Sicilia	3,6	2,9	3,4
Toscana	4,4	4,0	4,1
PA Trento		3,9	3,9
Umbria	3,6	2,7	2,9
Valle d'Aosta		2,7	2,7
Veneto	4,3	4,4	4,4
<b>ITALIA</b>	<b>3,8</b>	<b>3,5</b>	<b>3,6</b>

(\*) Valore medio calcolato, a livello sia regionale che nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali.

Fonte: OASI, 2022

è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2022. La durata media nazionale è pari a 3 anni e sette mesi circa, in linea con i valori degli anni precedenti. Se da un lato questo valore rispecchia probabilmente un lasso di tempo limitato rispetto il livello di complessità di gestione delle aziende sanitarie, dall'altro non si discosta dai 4 anni (nella maggior parte dei casi rinnovabili) di durata teorica di molti incarichi regionali di direttori generali. Permangono, comunque, forti differenze tra regioni, dagli 1,7 anni della Calabria ai 7,8 della PA di Bolzano. Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, nonostante nel 2011 si fosse raggiunto un sostanziale allineamento tra i due valori (ASL 3,7 e AO 3,8). Il dato 2022 registra, invece, una differenza di circa 4 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,8 anni nelle AO e 3,5 anni nelle ASL.

La terza dimensione di indagine si concentra sulle persone che attualmente ricoprono il ruolo di DG nelle aziende considerate. L'obiettivo è capire se, a livello nazionale, si stia formando una comunità professionale di DG<sup>19</sup>. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG rappresenta l'insieme dei direttori generali attualmente in carica nelle aziende sanitarie considerando due variabili:

- ▶ anni totali in cui ciascun individuo ha ricoperto la carica nelle aziende considerate;
- ▶ numero di regioni in cui i singoli individui hanno ricoperto la carica di DG.

La Figura 2.3 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe. Sono analizzati i dati di 193 persone che attualmente ricoprono il ruolo di direttore generale in Aziende Territoriali, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici<sup>20</sup>. Tra i DG considerati, si osserva che oltre un terzo ricopre il ruolo da tre o meno anni (24 da un anno, 26 da due e 24 da tre anni), mentre in 33 (il 17,1% del totale) hanno matura-

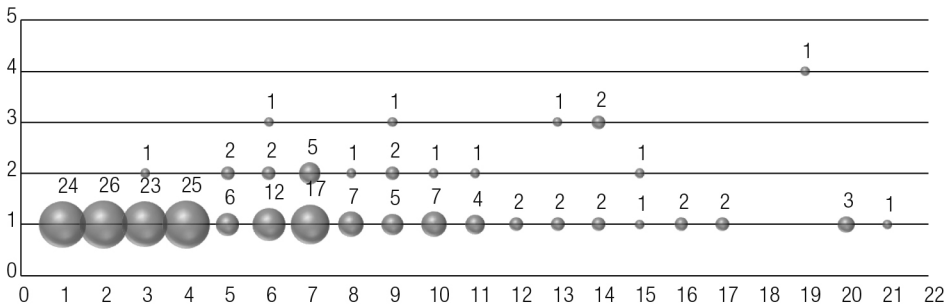
---

il numero di anni  $n$  considerati per una determinata azienda (con  $1 \leq n \leq 27$ ) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

<sup>19</sup> A questo proposito rileva il disegno di legge a prima firma Maria Domenica Castellone con le modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 in materia di dirigenza sanitaria. L'articolo 2, comma 1 stabilisce infatti che “le regioni nominano i direttori generali esclusivamente tra gli iscritti all'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale, di cui all'articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul proprio sito internet istituzionale, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale”. Inoltre, “La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni” (Art. 2, comma 2).

<sup>20</sup> Fino al 2020, la figura riportava i dati relativi a DG di aziende territoriali e ospedaliere.

Figura 2.3 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica**



Fonte: OASI, 2022

to un'esperienza almeno decennale. Inoltre, il grafico mostra come siano ampiamente prevalenti i DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa l'88,6%, e che, fra coloro che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in più regioni, solo in 6 (il 3,1%) hanno operato in tre o più regioni diverse. Nonostante ciò, prosegue l'aumento della percentuale di coloro che hanno lavorato in due o più regioni tra i DG che hanno maturato un'esperienza di almeno cinque anni: oggi è pari al 22,3% (21 DG su 94). Questo dato fa registrare un forte aumento rispetto al 2011<sup>21</sup>, anno in cui questa porzione si attestava attorno al 10%.

Infine, la quarta dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003) e riportati in Tabella 2.5: l'indice di stabilità del sistema regionale<sup>22</sup> (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale<sup>23</sup> (propensione del sistema ad assegnare l'in-

<sup>21</sup> Il dato si riferisce alle persone che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in aziende territoriali e ospedaliere nel periodo 1996-2011.

<sup>22</sup> Calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dalla somma, per ogni azienda esistita all'interno della regione, del numero di anni di attività nel periodo 1996-2020 meno uno, per tenere conto del fatto che nel primo anno non è possibile effettuare un cambio. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a 0; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a 1. Se l'indice è pari a 0, la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1, ogni azienda a livello regionale ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

<sup>23</sup> L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2020 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia



carico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, al posto di ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è calcolato per le regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono-azienda (Valle d'Aosta e PA di Trento<sup>24</sup>), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto, a meno di turnover infra-aziendali. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che, nel corso del periodo di osservazione, sono divenute mono-azienda (Molise, PA di Bolzano e, dal 2017, la Sardegna, oltre alle Marche per quanto riguarda le ASL), oltre che, in generale, per le regioni che hanno un numero contenuto di aziende.

Tabella 2.5 **Indici di stabilità e apertura, per regione (1996-2022)**

Regione	Indice di stabilità	Indice di apertura
Abruzzo	0,25	0,91
Basilicata	0,31	0,83
PA Bolzano	0,07	1,00
Calabria	0,55	0,72
Campania	0,29	0,77
Emilia-Romagna	0,21	0,66
Friuli-Venezia Giulia	0,28	0,59
Lazio	0,35	0,72
Liguria	0,25	0,73
Lombardia	0,24	0,51
Marche	0,24	0,84
Molise	0,26	0,71
Piemonte	0,29	0,67
Puglia	0,28	0,64
Sardegna	0,34	0,81
Sicilia	0,28	0,69
Toscana	0,23	0,68
PA Trento	0,23	1,00
Umbria	0,29	0,63
Valle d'Aosta	0,35	1,00
Veneto	0,19	0,51
<b>ITALIA</b>	<b>0,28</b>	<b>0,68</b>

Fonte: OASI, 2022

in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

<sup>24</sup> La Regione Valle d'Aosta registra un tasso di instabilità pari a 0,30, mentre la Provincia Autonoma di Trento pari a 0,22.

Il livello di instabilità medio regionale, calcolato come media del livello delle singole regioni, è pari a 0,28 punti: in media, si osserva quindi un cambiamento al vertice ogni 3,6 anni, ovvero i DG rimangono in carica 3 anni e sette mesi in media. La Calabria si conferma come la regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice ha raggiunto quest'anno il suo valore massimo (pari a 0,55). Altre regioni che presentano valori elevati, seppur largamente inferiori alla Calabria, sono il Lazio (0,35) e la Sardegna (0,34).

Il livello di apertura medio è molto elevato, pari a 0,68 – ciò implica che, in media, 7 nomine su 10 ricadono su soggetti esterni, ossia su persone che non avevano mai ricoperto il ruolo di direttore generale nelle aziende del SSR considerato. Tralasciando la PA di Bolzano, caratterizzata da un'apertura che si può definire “fittizia”<sup>25</sup>, l'Abruzzo fa registrare l'indice di apertura più alto, pari al 91%. Altre regioni che presentano dati elevati sono le Marche (0,84), la Basilicata (0,83) e la Sardegna (0,83). Al contrario, la Lombardia e il Veneto presentano i valori significativamente più bassi: circa 1 nomina su 2 è stata affidata a persone che avevano già ricoperto il ruolo di direttore generale in regione.

## 2.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta. Tale tendenza ha interessato tanto l'ambito ospedaliero, quanto quello territoriale e dell'emergenza-urgenza.

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture sanitarie<sup>26</sup>.

### 2.3.3 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Per quanto riguarda il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia, gli ultimi dati disponibili, aggiornati al 01/01/2021 (Tabella 2.6), registrano 480

<sup>25</sup> Il direttore dell'ASP unica, in carica fino a giugno 2015, era precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine) e ricopriva il ruolo di DG sin dall'inizio della rilevazione (1996).

<sup>26</sup> Secondo l'attuale schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, adottato dal Ministero della Salute nel 2009, gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

Tabella 2.6 **Strutture di ricovero accreditate pubbliche e private (2000-2020)**

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped.	AO integrate con l'Università	AO (Aziende Osped. + AO integrate con l'Univ.) (2)	SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	Tot. Strutture di ricovero pubbliche (4)	IRCCS privati (5)	Policlinici Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca Cura private accreditate	Totale strutture di ricovero private accreditate (8)	Totale strutture di ricovero pubbliche e private accreditate
Piemonte	20	3	3	6	0	0	26	3	0	0	6	0	38	72
Valle d'Aosta	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Lombardia	83	0	0	0	0	1	84	25	0	5	0	0	63	177
PA Bolzano	7	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	4	13
PA Trento	7	0	0	0	0	1	7	0	0	1	0	0	5	13
Veneto	10	1	1	2	0	1	13	2	0	5	3	0	17	40
Friuli-Venezia Giulia	8	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	4	14
Liguria	6	0	0	0	0	2	8	1	0	2	0	0	8	19
Emilia-Romagna	15	0	4	4	0	2	21	1	0	0	1	0	44	67
Toscana	30	0	4	4	0	0	34	2	0	0	2	1	21	60
Umbria	8	2	0	2	0	0	10	0	0	0	0	0	5	15
Marche	5	1	1	2	0	1	8	0	0	0	0	0	7	15
Lazio	32	2	2	4	1	2	39	4	2	8	0	0	61	114
Abruzzo	17	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	10	27
Molise	3	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	3	8
Campania	34	6	1	7	2	1	44	1	0	4	0	0	61	110
Puglia	24	0	1	1	1	2	28	3	0	2	0	0	26	59
Basilicata	7	1	0	1	0	1	9	0	0	0	0	0	1	10
Calabria	18	4	0	4	0	1	23	0	0	0	0	0	31	54
Sicilia	53	5	0	5	3	2	63	2	0	1	1	0	59	126
Sardegna	22	1	0	1	2	0	25	0	0	0	0	0	9	34

Tabella 2.6 (segue)

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped. integrate con l'Università	AO integrate con l'Università (2)	AO (Aziende Osped. + AO integrate con l'Univ.)	SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	Tot. Strutture di ricovero pubbliche (4)	IRCCS privati (5)	Policlinici Universitari privati (6)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Cura private accreditate	Case di Totale strutture di ricovero private accreditate (8)	Totale strutture di ricovero pubbliche e private accreditate
ITALIA 2020	410	26	17	43	9	18	480	45	2	28	13	2	478	569	1049
ITALIA 2019	412	26	17	43	9	18	482	45	2	28	14	2	472	565	1048
ITALIA 2015	439	28	18	46	9	22	516	41	2	27	18	2	500	590	1106
ITALIA 2010	523	35	18	53	8	23	607	37	2	28	20	3	524	614	1221
ITALIA 2005	528	/	/	95	9	22	654	32	2	40	11	3	536	624	1278
ITALIA 2000	639	/	/	98	9	22	768	29	2	44	13	/	525	613	1381

(1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati nel database del PL del Ministero della Salute aggiornato al 2018. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92). A questi, in coerenza con quanto spiegato nel §2.2.1, sono stati aggiunti anche i presidi delle ASST lombarde.

(2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'Indirizzo ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti.

(3) Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.

(4) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici, ASST. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture "equiparate alle pubbliche".

(5) Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate perché, tra l'altro, spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Ciò spiega le discrepanze con l'elenco degli IRCCS pubblicato dal Ministero della Salute. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni private.

(6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.

(7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88.

(8) Sommatoria di IRCCS di diritto privato, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Presidi qualificati, Enti di ricerca e Case di Cura private accreditate. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 569 strutture private accreditate. Concentrando l'analisi sulle strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (410 in totale). Questi sono stati nel tempo accorpatisi in "Presidi Ospedalieri Unici" come frutto delle operazioni di "ingegneria istituzionale" che hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema (si veda il § 2.2.1).

Dal confronto con i dati degli anni precedenti, risulta chiaro che l'assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo ventennio di politiche sanitarie: la razionalizzazione è stata introdotta già dai processi di riforma degli anni Novanta e Duemila e questa impostazione è stata ribadita dal Patto per la Salute 2014-2016<sup>27</sup> e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie<sup>28</sup>.

La Tabella 2.7 analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, mettendo in evidenza la presenza di tre macro-classi sulla base del numero medio di posti letto per la degenza ordinaria. Le Aziende Ospedaliere (considerando anche le AO integrate con l'Università) e le AO Universitarie integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL), con una media, rispettivamente, di 662 e 651 PL nel 2020. Gli IRCCS, i presidi a gestione diretta delle Aziende territoriali e gli ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 232, 212 e 202 PL. Le

Tabella 2.7 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2020)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Variazione 2020-2000	Variazione 2020-2019
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	199	209	216	212	15,2%	-2,1%
AO e AO integrate con università	774	660	680	664	664	662	-14,5%	-0,4%
AOU integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	832	620	667	642	638	651	-21,8%	2,1%
IRCCS pubblici e privati	247	224	221	226	231	232	-5,9%	0,6%
Ospedali classificati	223	211	207	211	210	202	-9,5%	-3,7%
Case di cura private accreditate	89	85	82	81	84	83	-7,2%	-1,1%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

<sup>27</sup> Il Patto per la Salute 2014-2016 ha confermato, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di "presidi territoriali/ospedali di comunità" per ricoveri brevi non complessi (art. 5).

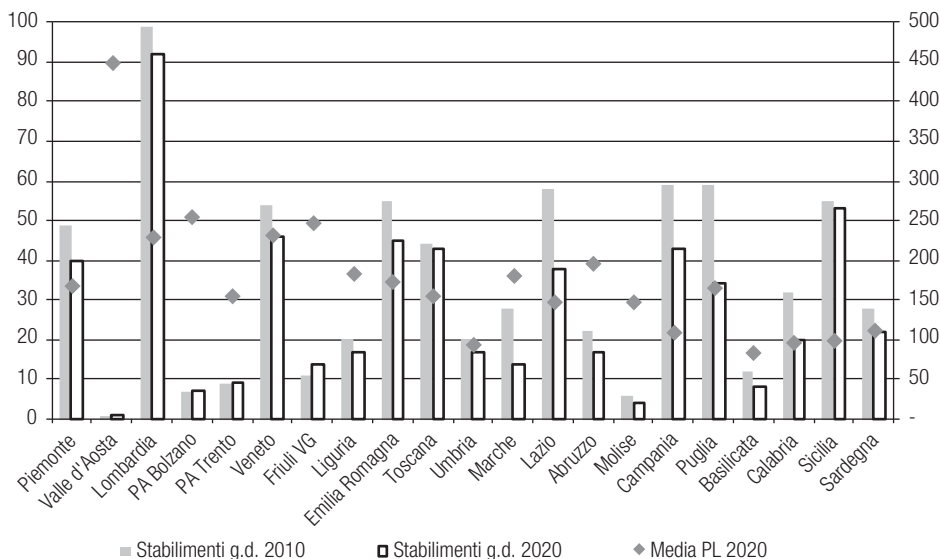
<sup>28</sup> Le cure intermedie sono strutture sanitarie a valenza territoriale e a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio. I pazienti target di tali moduli territoriali sono pazienti in dimissione dai reparti per acuti che hanno bisogno di consolidare le proprie condizioni fisiche o continuare il recupero funzionale, così come individui provenienti dal territorio per i quali il MMG richiede un ambiente protetto per proseguire le terapie ed evitare un ricovero ospedaliero. Per un approfondimento sulle cure intermedie si consulti il Capitolo 15 del Rapporto OASI 2016.

case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 83 PL accreditati per la degenza ordinaria.

La Tabella 2.7 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, a partire dal 2000 si sia registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di PL in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta, la cui crescita dimensionale (+15,2%) è conseguenza diretta sia delle dinamiche di accorpamento dei presidi conseguenti ai vari processi di riordino regionale, sia del passaggio dei presidi delle ASST lombarde all'interno del conteggio dei presidi a gestione diretta, in coerenza con quanto analizzato nel §2.2. Il calo nei PL in regime ordinario, invece, si è verificato, in particolare, nelle AOU integrate con il SSN (-21,8% tra il 2000 e il 2020) e nelle AO (-14,5%).

Concentrando l'analisi sui presidi a gestione diretta ASL, si evidenzia come nella maggior parte delle regioni questi accorpino funzionalmente più stabilimenti ospedalieri. La Figura 2.4 confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde<sup>29</sup>) nel 2010 e nel 2020. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni, gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 144 unità a livello nazionale.

Figura 2.4 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2020) e dimensione media (asse dx; 2020)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

<sup>29</sup> Già in base alla L.R. 31/97 le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa adesso riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASST.

Se tra il 2010 e il 2014 gli stabilimenti che hanno cessato la propria attività erano principalmente situati nelle regioni del Sud Italia (Puglia, -34 stabilimenti; Campania, -14; Calabria, -13), negli ultimi anni invece il fenomeno è esteso a tutto il territorio nazionale, seguendo le tempistiche con cui i vari SSR hanno provveduto alla revisione degli assetti istituzionali. Rispetto al 2019, nel 2020 il numero degli stabilimenti è rimasto invece pressoché invariato (-1 unità). I dati dimensionali evidenziano anche per il 2020 un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud, del Centro e delle Isole (rispettivamente 132, 144 e 105 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (232). Infine, nei singoli contesti regionali, nella maggior parte dei casi vi è stata una riduzione dei PL totali presso presidi a gestione diretta (in Italia -24.380 PL dal 2010 al 2020). Le uniche eccezioni sono rappresentate dall'Umbria (+5 PL) e dal Friuli-Venezia Giulia (+ 1.765). Quest'ultima regione, infatti, a seguito della costituzione delle Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (ASUI) ha spostato nel conteggio dei presidi a gestione diretta le Aziende Ospedaliere di Trieste e Udine.

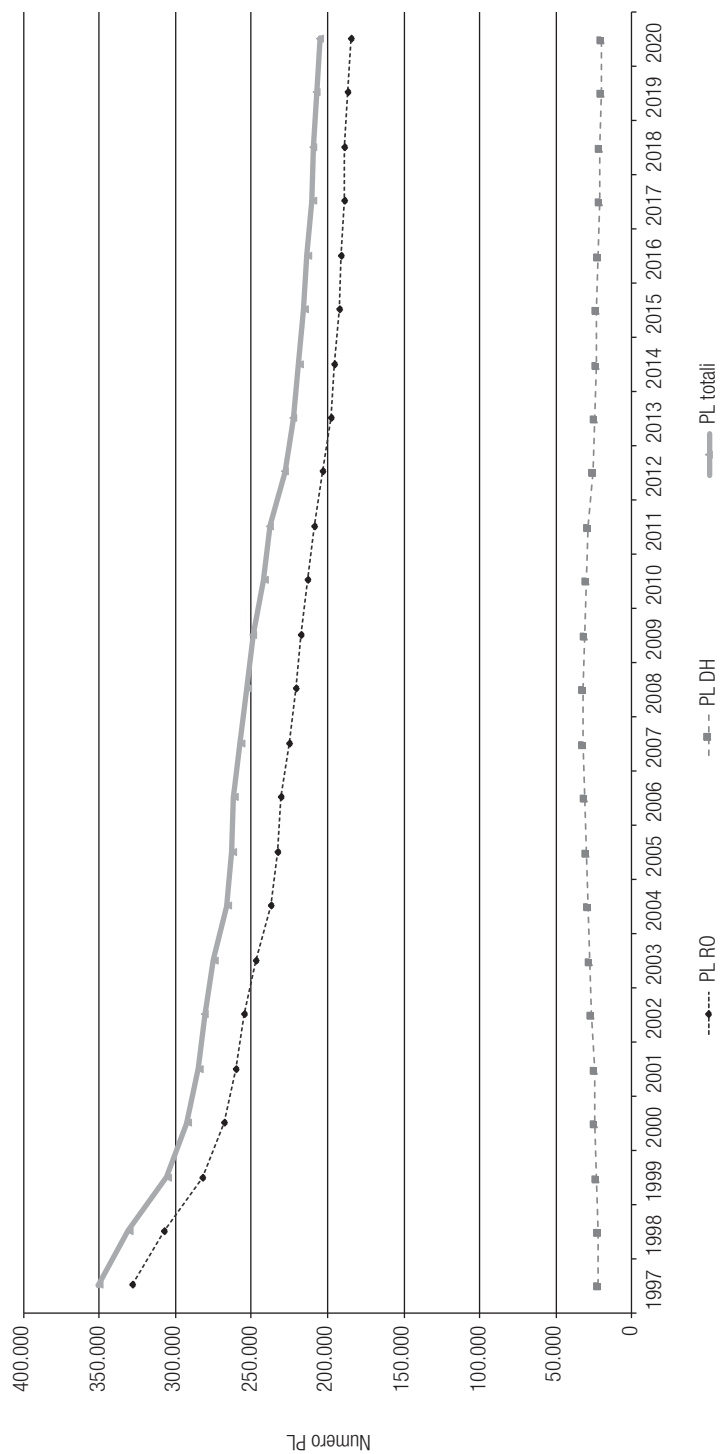
La Figura 2.5 mostra l'andamento del numero di posti letto in Italia dal 1997 al 2020<sup>30</sup>. Nel 2020 il SSN italiano disponeva di 204.888 PL, di cui 184.514 (90,1%) per degenza ordinaria e 20.374 (9,9%) per ricoveri diurni (day hospital – DH e day surgery – DS). Come precedentemente ricordato, il dato è aggiornato al 01/01/2020 e mostra quindi la fotografia delle dotazioni di PL appena prima dello scoppio della pandemia di Covid-19.

Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 41,5%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-43,8%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno hanno subito una contrazione meno marcata (-1.692 unità, pari al -7,7%). La diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, mentre i posti letto in DH sono incrementati fino al 2008 (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale, pari a 31.623 PL); a partire da quell'anno, la tendenza si è invertita, registrando una rapida riduzione della dotazione di posti letto in regime diurno che è proseguita anche in tempi recenti (-11,0% tra il 2015 e 2020).

Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale, in particolare con il D.L. 95 del 06/07/2012, che ha previsto una dotazione-obiettivo pari a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti. Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard dell'assistenza ospedaliera (DM 70/2015) hanno confermato i precedenti indirizzi sulla dotazione strutturale. Inoltre, anche la bozza di revisione del DM 70 pubblicata a ottobre 2021 conferma questi standard. Il potenziale e il fabbisogno di riorganizzazione della rete ospedaliera del SSN erano

<sup>30</sup> Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Figura 2.5 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2020)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina



già stati evidenziati da precedenti contributi del Rapporto (Furnari e Ricci, 2016; Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021).

Rispetto alle indicazioni del D.L. 95/2012, nel 2020 la dotazione media nazionale di PL SSN<sup>31</sup> – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – risulta pari a 2,88 per mille abitanti per gli acuti e a 0,58 per i non acuti (Figura 2.6). Solo sette regioni, tutte del Nord Italia ad eccezione dell’Umbria, presentano una dotazione complessiva di PL superiore o uguale a 3,7. Tra queste, la Valle d’Aosta presenta la più alta dotazione con 4,2 PL per 1.000 abitanti. Tale andamento nazionale testimonia una progressiva e rapida riduzione rispetto al passato<sup>32</sup>. Per quanto riguarda i target specifici, dieci regioni presentano dotazioni superiori ai 3 PL per 1.000 abitanti per acuti: le dotazioni più elevate negli acuti si registrano in Valle d’Aosta (3,5 PL/1.000 ab.), Umbria e Friuli-Venezia-Giulia (entrambe con 3,2). Invece, considerando il target per i non acuti, i livelli di dotazione più alti si registrano nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte (entrambi con 1,0 PL/1.000 ab.) che, insieme a Valle d’Aosta (0,8 PL/1.000 ab.), sono le regioni che superano l’obiettivo di 0,7.

Gli aggiornamenti recenti del database dei PL del Ministero della Salute ricomprendono anche il dettaglio per reparti e disciplina e permettono quindi di analizzare più approfonditamente l’impatto che gli atti normativi hanno fin qui avuto sulla rete ospedaliera.

La Tabella 2.8 riporta il numero di PL totali delle principali discipline ospedaliere e il peso relativo rispetto al totale della dotazione SSN. La disciplina che detiene il maggior numero di PL è la medicina generale, con 30.450 PL (14,9% del totale SSN), seguita da recupero e riabilitazione (23.089 PL, 11,3%) e chirurgia generale (20.789 PL, 10,1%). Le prime 15 discipline assommano in totale il 78,6% dei PL del SSN.

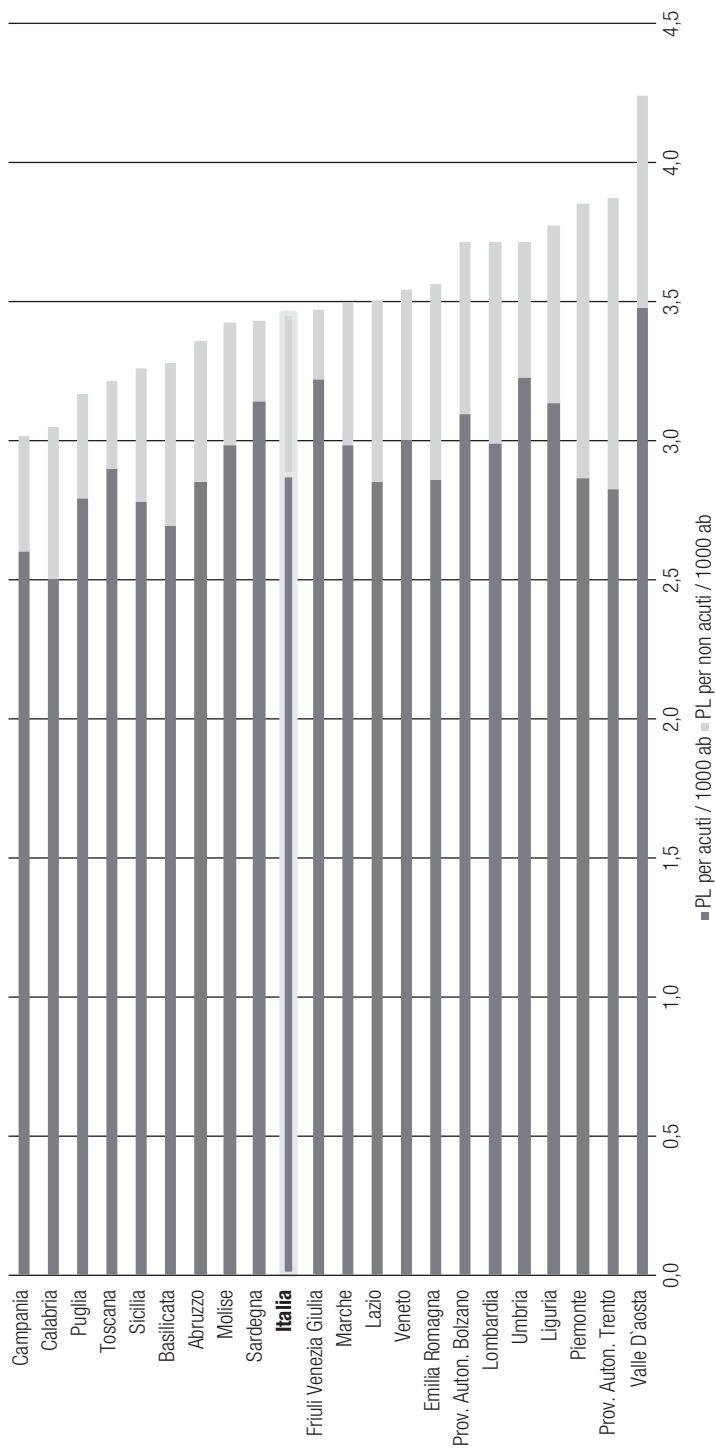
### 2.3.4 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La maggiore attenzione rivolta all’assistenza territoriale con l’obiettivo di rafforzare la rilevanza a fronte della razionalizzazione dell’attività ospedaliera si è tradotta in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono deputati all’organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l’assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle

<sup>31</sup> Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

<sup>32</sup> Nel 2013, poco dopo l’entrata in vigore del Decreto Legge 95/2012, infatti, 12 regioni presentavano una dotazione complessiva di posti letto superiore a 3,7 ogni 1.000 abitanti contro le attuali 7.

Figura 2.6 Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2020)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

Tabella 2.8 **Numero di PL totali per disciplina (2020)**

Disciplina	PL	%PL SSN	%PL SSN cumulata
Medicina generale	30.450	14,90%	14,90%
Recupero e riabilitazione	23.089	11,30%	26,20%
Chirurgia generale	20.789	10,10%	36,30%
Ortopedia e traumatologia	17.367	8,50%	44,80%
Ostetricia e ginecologia	13.307	6,50%	51,30%
Cardiologia	8.410	4,10%	55,40%
Lungodegenti	8.060	3,90%	59,30%
Urologia	6.098	3,00%	62,30%
Neurologia	5.660	2,80%	65,10%
Terapia intensiva	5.277	2,60%	67,70%
Psichiatria	5.172	2,50%	70,20%
Pediatria	5.117	2,50%	72,70%
Oncologia	4.844	2,40%	75,10%
Geriatría	3.934	1,90%	77,00%
Otorinolaringoiatria	3.410	1,70%	78,70%
Altre discipline	43.904	21,40%	100%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali).

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come segue:

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche quali l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori);
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

La Tabella 2.9 presenta la distribuzione delle strutture territoriali (pubbliche e private accreditate) nelle diverse regioni italiane con l'aggiornamento relativo all'anno 2020. Rispetto al 2013, si registra una riduzione pari a 4,5 punti percentuali nel numero di ambulatori e laboratori e una riduzione di 2,4 punti percentuali nel numero di altre strutture territoriali (come centri dialisi, centri di salute mentale, etc.), mentre si conferma il trend positivo nel numero di strutture residenziali (+1.024 strutture, +15,0%) e semiresidenziali (+303 strut-

Tabella 2.9 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2020)**

Regione	Ambulatori e laboratori	Strutture semiresidenz.	Strutture residenziali	Altre strutture territoriali*	Totale strutture territoriali
Piemonte	380	234	1.298	358	2.270
Valle D'Aosta	8	2	21	26	57
Lombardia	640	733	1.483	687	3.543
PA Bolzano	57	9	101	82	249
PA Trento	51	48	100	40	239
Veneto	436	536	877	530	2.379
Friuli Venezia Giulia	96	88	194	104	482
Liguria	334	65	315	125	839
Emilia Romagna	525	546	901	658	2.630
Toscana	578	248	581	430	1.837
Umbria	157	101	192	123	573
Marche	182	80	287	138	687
Lazio	766	82	299	429	1.576
Abruzzo	127	15	90	130	362
Molise	52	14	24	20	110
Campania	1.427	94	175	462	2.158
Puglia	680	184	448	322	1.634
Basilicata	125	11	48	48	232
Calabria	404	15	132	161	712
Sicilia	1.424	66	197	504	2.191
Sardegna	354	18	95	180	647
<b>ITALIA 2020</b>	<b>8.803</b>	<b>3.189</b>	<b>7.858</b>	<b>5.557</b>	<b>25.407</b>
<b>ITALIA 2013</b>	<b>9.214</b>	<b>2.886</b>	<b>6.834</b>	<b>5.694</b>	<b>24.628</b>
<b>ITALIA 1997</b>	<b>9.335</b>	<b>842</b>	<b>1.820</b>	<b>4.009</b>	<b>16.006</b>

\* Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali e, in generale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2020

ture, +10,5%). In generale, si può affermare che le strutture residenziali e semi-residenziali siano aumentate in modo da più che compensare la riduzione delle altre tipologie di strutture territoriali (come laboratori, centri dialisi, etc.).

### 2.3.5 Il personale del SSN

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di un'esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica, sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario.

La Tabella 2.10 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipen-

Tabella 2.10 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2020)**

Anno	Medici	Ruolo sanitario	Altro personale	Totale
2001	112.539	337.409	238.430	688.378
2002	114.662	339.340	238.682	692.684
2003	113.953	338.533	234.693	687.179
2004	115.580	340.815	232.145	688.540
2005	115.829	342.989	229.583	688.401
2006	116.919	342.434	227.152	686.505
2007	116.766	341.455	223.976	682.197
2008	118.041	345.080	226.735	689.856
2009	118.773	346.840	228.103	693.716
2010	117.225	346.025	225.597	688.847
2011	115.449	344.234	222.858	682.541
2012	114.640	340.741	218.035	673.416
2013	113.803	339.890	216.548	670.241
2014	112.741	337.397	213.658	663.796
2015	110.909	333.508	209.054	653.471
2016	110.501	331.192	206.970	648.663
2017	110.885	331.050	205.113	647.048
2018	111.654	334.040	202.813	648.507
2019	112.146	335.053	202.318	649.517
2020	113.105	344.870	206.711	664.686
<b>2001-10</b>	<b>4,2%</b>	<b>2,6%</b>	<b>-5,4%</b>	<b>0,1%</b>
<b>2010-20</b>	<b>-3,5%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-8,4%</b>	<b>-3,5%</b>
<b>2019-20</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,2%</b>	<b>2,3%</b>
<b>2001-20</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,2%</b>	<b>-13,3%</b>	<b>-3,4%</b>

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale

dente del SSN<sup>33</sup> tra 2001 e 2020, distinguendo per i diversi ruoli professionali. I dipendenti totali sono diminuiti da 688.378 unità nel 2001 a 664.686 nel 2020 (-3,4%). Dal 2017 si inverte la rotta di riduzione del personale, dapprima con un leggero incremento annuale fino al 2019 per poi diventare più rilevante nel biennio 2019-2020 per effetto della pandemia da Covid-19. In questi due anni infatti, gli assunti a tempo indeterminato nel SSN hanno toccato la quota di 664.686 unità (+ 15.169 rispetto al 2019). Si tratta di un numero ancora lontano dai livelli del 2010 (688.847), ma che evidenzia una prima inversione di andamento. Bisogna tuttavia sottolineare come, a fronte di nuovi innesti di personale nel SSN, l'età media dello stesso rimane piuttosto elevata, attestandosi a 49,8 anni nel 2020.

La numerosità del personale SSN è stata influenzata soprattutto da inter-

<sup>33</sup> Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università, ma anche quelli delle Agenzie e delle Aziende Pubbliche di servizi alla persona.

venti del livello centrale: la Finanziaria 2010, infatti, ha previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004 diminuiti dell'1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di turn over, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (De Pietro, Marsilio e Sartirana, 2014; si veda a questo proposito anche il capitolo 14 del Rapporto 2018). Negli ultimi due anni gli effetti della pandemia hanno fortemente inciso sul fattore personale, esitando in un aumento dello stesso, benché ancora modesto in termini assoluti.

Il periodo d'osservazione 2001-2020 mostra tre diversi trend. Tra il 2001 e il 2010, infatti, l'organico è rimasto sostanzialmente invariato, seppure con andamenti differenti per medici e personale di ruolo sanitario da un lato (+4,2% e +2,6%, rispettivamente) e altro personale<sup>34</sup>, dall'altro (-5,4%). A partire dal 2010, invece, si evidenzia un marcato trend di contrazione, visibile fino al 2019 e che comporta una riduzione pari a -5,7 punti percentuali a livello complessivo. Come anticipato, la pandemia ha comportato una crescita nell'organico del SSN, differenziato a seconda dei ruoli: l'incremento è stato maggiore per il personale infermieristico e altri ruoli sanitari (+2,9%) e per il personale tecnico, professionale e amministrativo (+2,2%), mentre inferiore per i medici (+0,9%). Si resta comunque nell'ordine di aumenti pari al 2-3%, sicuramente positivi, ma non ancora determinanti per parlare di una vera e propria inversione di rotta. Rispetto alla dotazione di professioni infermieristiche in particolare, il nostro Paese risulta ancora fortemente sotto-dimensionato, se si guarda il rapporto medici/infermieri in altri contesti internazionali, sia europei che extra europei (si veda il § 2.5 a proposito).

Per quanto riguarda invece il numero di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), personale in convenzione con il SSN responsabile dell'assistenza primaria e quindi dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, i dati 2020 registrano 41.707 MMG e 7.285 PLS (Tabella 2.11). Sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti negli ultimi anni con una riduzione di 721 unità di MMG tra 2019 e 2020 (-1,7%) e di 14 unità di PLS (-1,1%). In media un MMG segue 1.238 assistiti (+6,7% rispetto al dato 2013). Il numero massimo di scelte per professionista, sia per i MMG (1.519) sia per i PLS (1.207), si registra nella PA di Bolzano. In generale, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale, per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti (eccetto la Liguria) sia quella ai pazienti pediatrici (eccetto Emilia Romagna). In nessuna delle regioni si registra un numero medio di scelte inferiore a quota 1.000 per gli MMG: è opportuno ricordare che il contratto dei medici di medicina generale e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di ar-

<sup>34</sup> Rientra in questa categoria il personale di ruolo amministrativo, tecnico e professionale.

rivare in deroga fino agli 880 assistiti. Tra i 6 e i 14 anni d'età, inoltre, il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal medico di famiglia. La Tabella 2.11 riporta anche la percentuale di medici organizzati in forma associativa e che pertanto ricevono l'indennità ad essa collegata prevista negli accordi collettivi nazionali e in quelli integrativi regionali. Oltre a sottolineare che le regioni con i più alti tassi sono rispettivamente il Veneto (85,7%) e la PA di Trento per i pediatri (85,9%), è rilevante evidenziare come tra 2013 e 2020 la quota di medici organizzati in forma associativa è decresciuta leggermente per gli MMG (-2,5 punti percentuali). Questo fenomeno può essere ricollegato sia alla crescente anzianità professionale della categoria (il 78% dei MMG ha oltre 27 anni di anzianità di laurea, contro il 12% del 1998 e ulteriormente in

Tabella 2.11 **Numero MMG e PLS, numero medio di scelte e diffusione dell'indennità associativa, per regione (2020)**

Regione	Numero MMG	Numero scelte per MMG	% MMG con indennità per attività in forma associativa	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con indennità per attività in forma associativa
Piemonte	2.946	1.287	74,3	397	1.053	51,1
Valle d'Aosta	82	1.328	70,7	14	927	71,4
Lombardia	5.984	1.426	69,6	1.153	968	59,5
PA Bolzano	292	1.519	46,2	61	1.207	85,2
PA Trento	334	1.382	85,3	71	930	85,9
Veneto	3.070	1.385	85,7	549	993	79,8
Friuli VG	790	1.352	60,8	119	960	18,5
Liguria	1.109	1.204	70,9	161	912	78,9
Emilia Romagna	2.947	1.307	84,5	612	813	70,1
Toscana	2.644	1.225	74,1	430	966	66,0
Umbria	729	1.043	73,5	110	806	60,0
Marche	1.083	1.219	80,0	172	900	55,2
Lazio	4.350	1.163	78,0	772	799	67,2
Abruzzo	1.065	1.056	62,6	151	853	76,2
Molise	247	1.094	64,4	36	786	63,9
Campania	3.732	1.295	44,7	739	873	63,9
Puglia	3.247	1.078	74,9	555	784	75,7
Basilicata	466	1.062	64,2	59	849	62,7
Calabria	1.494	1.058	38,4	254	826	73,6
Sicilia	3.928	1.072	54,6	693	771	74,2
Sardegna	1.168	1.178	49,3	177	777	46,9
<b>ITALIA 2020</b>	<b>41.707</b>	<b>1.238</b>	<b>68,3</b>	<b>7.285</b>	<b>883</b>	<b>66,5</b>
<b>ITALIA 2019</b>	<b>42.428</b>	<b>1.224</b>	<b>68,2</b>	<b>7.408</b>	<b>884</b>	<b>67,5</b>
<b>ITALIA 2013</b>	<b>45.203</b>	<b>1.160</b>	<b>70,1</b>	<b>7.705</b>	<b>890</b>	<b>65,9</b>
<b>ITALIA 1997</b>	<b>47.490</b>	<b>1.086</b>	<b>n.d.</b>	<b>6.664</b>	<b>685</b>	<b>n.d.</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2020

crescita rispetto al 65% del 2013) sia al fatto che le regioni abbiano ormai da tempo iniziato a lavorare su forme aggregative più complesse, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), così da portare in secondo piano il tema dell'associazionismo «classico». Per maggiori approfondimenti a questo riguardo si rimanda al capitolo 11 del Rapporto OASI 2019.

## 2.4 Le attività del SSN

### 2.4.1 Le attività di ricovero

Al momento della stesura del presente paragrafo (settembre 2022) non risulta ancora pubblicato il rapporto SDO relativo all'anno 2020. Alla luce di questa mancanza, le consuete analisi sull'attività di ricovero del SSN sono interrotte e gli autori si focalizzano unicamente su specifici elementi per cui sono a disposizione altre fonti informative. Ove risulta necessario interrompere le serie storiche dei precedenti rapporti OASI, la prospettiva adottata è volta ad evidenziare l'impatto del Covid-19 sul SSN, enfatizzando le sostanziali differenze tra gli anni 2019 e 2020 di alcuni fenomeni che risultano particolarmente significativi. Per una fotografia più completa delle attività di ricovero fino all'anno 2019, si rimanda il lettore al capitolo 2 del Rapporto OASI 2021.

Innanzitutto, dai dati generali sui volumi SDO pubblicati da AGENAS<sup>35</sup> si evince nel periodo 2019-2020 una drammatica contrazione dell'attività di ricovero (Tabella 2.12) che a livello nazionale si assesta a -21,0%. In un solo anno si è verificata una diminuzione dell'attività di ricovero simile a quella registrata nel periodo 2011-2019 (-20,7%). Calabria, Puglia e Basilicata registrano le diminuzioni di attività maggiori, rispettivamente con -30,6%, -28,1% e -27,1%. Al contrario, Veneto, Lazio e Friuli-Venezia Giulia presentano le contrazioni minori, pur segnando rispettivamente -15,2%, -16,4% e -16,6%.

La Tabella 2.13 illustra attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute all'interno dell'Annuario Statistico del SSN (ed. 2020) la distribuzione dei dimessi da ricoveri per acuzie in regime ordinario per causa di ricovero per gli anni 2019 e 2020. Questa rappresentazione consente di declinare l'effetto di Covid-19 rispetto alle diverse cause di ricovero. Notiamo come la diminuzione più significativa in termini di numero di pazienti dimessi si sia verificata per le malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (-37,1%), seguita dalle malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari (-33,4%). Al contrario, l'unica causa di ricovero che segna un aumento

<sup>35</sup> I dati sono disponibili sul portale "Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale" del sito web di AGENAS nella sezione "Andamento ricoveri".



Tabella 2.12 Volumi SDO per regione (2019 e 2020)

Regione	2019	2020	$\Delta 20-19$	$\Delta\%20-19$
Piemonte	614.638	490.053	-124.585	-20,3%
Valle d'Aosta	20.666	15.900	-4.766	-23,1%
Lombardia	1.453.039	1.107.511	-345.528	-23,8%
PA Bolzano	86.338	70.512	-15.826	-18,3%
PA Trento	82.110	66.482	-15.628	-19,0%
Veneto	677.242	574.078	-103.164	-15,2%
Friuli-Venezia giulia	181.848	151.734	-30.114	-16,6%
Liguria	259.765	199.920	-59.845	-23,0%
Emilia-Romagna	754.028	616.133	-137.895	-18,3%
Toscana	546.754	443.673	-103.081	-18,9%
Umbria	135.526	106.965	-28.561	-21,1%
Marche	225.405	177.473	-47.932	-21,3%
Lazio	821.261	686.327	-134.934	-16,4%
Abruzzo	181.207	148.039	-33.168	-18,3%
Molise	46.996	36.108	-10.888	-23,2%
Campania	799.841	599.542	-200.299	-25,0%
Puglia	477.648	343.362	-134.286	-28,1%
Basilicata	70.600	51.435	-19.165	-27,1%
Calabria	212.725	147.562	-65.163	-30,6%
Sicilia	584.531	472.263	-112.268	-19,2%
Sardegna	236.105	188.384	-47.721	-20,2%
<b>ITALIA</b>	<b>8.468.273</b>	<b>6.693.456</b>	<b>-1.774.817</b>	<b>-21,0%</b>

Fonte: dati AGENAS, 2022

del numero di dimessi sono le malattie dell'apparato respiratorio (+4%), tra le quali le polmoniti segnano un drammatico aumento dell'83%.

La Tabella 2.14 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per acuzie in regime ordinario per causa di ricovero per gli anni 2019 e 2020. Coerentemente con il numero di dimessi, notiamo come la diminuzione maggiore delle giornate di ricovero si sia verificata per le malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (-33,1%) e per le malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari (-30,7%). L'unica causa che segna un aumento delle giornate di ricovero sono le malattie dell'apparato respiratorio (+29,2%), trainate dalle giornate di ricovero per polmoniti (+123,8%). Per questa specifica causa di ricovero, inoltre, è significativo anche l'aumento della degenza media, passando da 10,1 giorni nel 2019 a 12,6 nel 2020 (+24,6%). Da rilevare, infine, il peso delle giornate di ricovero per polmoniti rispetto al totale delle giornate: se queste nel 2019 rappresentavano il 3,6% di tutte le giornate di ricovero, nel 2020 passano al 9,2%.

La Tabella 2.15 mostra per gli anni 2019 e 2020 il numero di dimessi e le giornate di degenza effettuate presso le strutture di ricovero pubbliche e pri-

Tabella 2.13 **Distribuzione dei dimessi per acuzie in regime ordinario (2019 e 2020)**

<b>Causa di ricovero</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Δ%20-19</b>
Malattie infettive e parassitarie	131.712	102.505	-22,2%
Tumori	656.555	568.717	-13,4%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	152.207	101.442	-33,4%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	56.884	44.341	-22,1%
Disturbi psichici	144.381	111.291	-22,9%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	174.765	124.495	-28,8%
Malattie del sistema circolatorio	1.004.633	790.433	-21,3%
Malattie dell'apparato respiratorio, di cui:	586.970	610.308	+4,0%
<b>Polmoniti</b>	<b>150.268</b>	<b>274.932</b>	<b>+83,0%</b>
Malattie dell'apparato digerente	587.327	436.663	-25,7%
Malattie dell'apparato genito-urinario	429.034	320.504	-25,3%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	511.489	478.373	-6,5%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	44.210	27.813	-37,1%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	416.611	300.022	-28,0%
Malformazioni congenite	60.940	44.993	-26,2%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	54.484	51.284	-5,9%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	204.077	138.334	-32,2%
Traumatismi e avvelenamenti	540.369	453.258	-16,1%
Ricoveri di natura speciale	251.414	212.912	-15,3%
<b>Totale</b>	<b>6.008.062</b>	<b>4.917.688</b>	<b>-18,1%</b>

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2020

vate accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate. Coerentemente con le rappresentazioni precedenti, si nota una generale diminuzione dell'attività di degenza. Le discipline che più vedono ridursi le attività sono la pediatria (-38,6%) e otorinolaringoiatria (-36,5%) in termini di numero di dimessi, mentre in termini di giornate di degenza pediatria (-35,0%) e lungodegenza (-30,1%). Al contrario, l'attività di terapia intensiva è aumentata nel 2020 rispetto al 2019 del 16,7% in termini di numero di dimissioni e del 20,8% come giornate di ricovero.

Con riferimento ai parti, utilizzando i dati presentati nel documento “Certificato di assistenza al parto – Analisi dell'evento nascita 2020” del Ministero della Salute, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alle soglie di 500 parti/anno (Tabella 2.16). Nel 2020, il numero di PN era pari a 419 unità di cui l'89,3% pubblici. Il 75,4% dei PN presentava 500 o più parti all'anno. Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia risultano le regioni con una maggiore percentuale di PN che superano i 500 parti l'anno, rispettivamente il 100 e l'88,9%. Al contrario, Molise e la PA di Trento presentano le

Tabella 2.14 Giornate di ricovero per acuzie in regime ordinario (2019 e 2020)

Causa di ricovero	2019	2020	Δ%20-19
Malattie infettive e parassitarie	1.540.342	1.290.889	-16,2%
Tumori	5.319.380	4.572.430	-14,0%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	903.155	625.958	-30,7%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	462.586	374.565	-19,0%
Disturbi psichici	1.674.273	1.380.732	-17,5%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	1.035.050	768.031	-25,8%
Malattie del sistema circolatorio	7.866.595	6.316.770	-19,7%
Malattie dell'apparato respiratorio, di cui:	5.228.965	6.755.877	+29,2%
<b>Polmoniti</b>	<b>1.520.130</b>	<b>3.401.673</b>	<b>+123,8%</b>
Malattie dell'apparato digerente	3.879.598	3.036.153	-21,7%
Malattie dell'apparato genito-urinario	2.409.758	1.865.859	-22,6%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	1.978.155	1.787.701	-9,6%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	298.817	199.934	-33,1%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2.122.363	1.506.431	-29,0%
Malformazioni congenite	311.156	252.180	-19,0%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	583.837	557.006	-4,6%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1.197.421	864.453	-27,8%
Traumatismi e avvelenamenti	4.372.512	3.668.856	-16,1%
Ricoveri di natura speciale	1.171.371	1.009.366	-13,8%
<b>Totale</b>	<b>42.355.334</b>	<b>36.833.191</b>	<b>-13,0%</b>

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2020

percentuali inferiori con il 33,3 e il 50%. L'ultima colonna della Tabella 2.16 riporta il numero di punti nascita ogni 1.000 parti registrati con riferimento all'anno 2020: valori prossimi a 1,00 per 1.000 eventi nascita indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN<sup>36</sup>; valori inferiori a 1,00 segnalano un bacino d'utenza medio per PN superiore alle 1.000 unità; valori al di sopra di 1,00 indicano una ridotta capacità media dei PN della regione di raggiungere la soglia di casistica. Nel 2020 tale indice si assesta a 1,05 PN per 1.000 neonati. Con specifico riferimento alle singole regioni, è possibile osservare una discreta variabilità interregionale, con valori che oscillano tra i 2,06 punti nascita ogni 1.000 neonati registrato in Molise e lo 0,75 della Valle d'Aosta.

## 2.4.2 Le attività territoriali

Attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute all'interno dell'Annuario Statistico, si presentano le principali attività territoriali, quali l'attività di specialistica ambulatoriale e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali. Per ulteriori approfondimenti sull'attività domiciliare, inclusa

Tabella 2.15 **Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate (2019 e 2020)**

Disciplina	Dimessi			Giornate di degenza effettuate		
	2019	2020	Δ%20-19	2019	2020	Δ%20-19
Medicina generale	868.129	738.246	-15,0%	8.879.158	7.976.482	-10,2%
Recupero e riabilitazione	122.556	87.346	-28,7%	3.015.406	2.212.288	-26,6%
Chirurgia generale	635.820	477.691	-24,9%	3.920.753	3.103.292	-20,8%
Ortopedia e traumatologia	458.732	353.204	-23,0%	3.188.082	2.461.597	-22,8%
Ostetricia e ginecologia	603.870	530.683	-12,1%	2.360.692	2.023.465	-14,3%
Cardiologia	383.766	309.215	-19,4%	2.377.541	1.965.390	-17,3%
Lungodegenti	54.005	38.882	-28,0%	1.186.110	829.427	-30,1%
Urologia	247.344	191.168	-22,7%	1.212.807	940.094	-22,5%
Neurologia	164.441	133.167	-19,0%	1.551.214	1.273.460	-17,9%
Terapia intensiva	55.674	64.979	+16,7%	763.972	923.189	+20,8%
Psichiatria	99.778	79.275	-20,5%	1.238.721	1.034.622	-16,5%
Pediatria	242.797	149.001	-38,6%	1.102.707	717.093	-35,0%
Oncologia	95.062	82.826	-12,9%	876.875	747.043	-14,8%
Geriatrica	112.145	86.998	-22,4%	1.274.337	1.043.366	-18,1%
Otorinolaringoiatria	136.233	86.561	-36,5%	504.272	357.945	-29,0%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2020

l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e il settore sociosanitario, si rimanda al Capitolo 5 del presente Rapporto.

Con riferimento alle attività di specialistica ambulatoriale, nel 2020 sono state complessivamente erogate 1,046 miliardi di prestazioni, in netta riduzione rispetto al 2019 (ca. 1,207 miliardi; -13,4%). La riduzione più significativa si rileva per la medicina fisica e riabilitativa (-26%) e per l'attività clinica (-25,8%). Al contrario, unicamente i numeri di prestazioni di radioterapia e di diagnostica medico-nucleare crescono tra il 2019 e il 2020, rispettivamente dell'8,4 e del 15,4% (molto significativo l'aumento di diagnostica medico-nucleare in Lombardia). Anche nel 2020, la composizione di queste attività (Tabella 2.17) evidenzia l'estrema rilevanza rivestita dalle prestazioni di laboratorio (81,6% del totale), pur segnando un -10,5% di prestazione tra il 2019 e il 2020.

Nell'ambito delle attività territoriali, nel 2021 il Ministero della Salute ha pubblicato la nuova edizione del Rapporto dedicato alla salute mentale analizzando i dati 2020 e fornendo una ricognizione aggiornata sul personale in servizio, sulle strutture pubbliche e private che offrono assistenza specializzata e un'analisi dettagliata dei principali dati di attività e dell'utenza trattata. Nel 2020 si rilevano 1.299 servizi territoriali (erano 1.328 nel 2019, 1.374 nel 2018 e 1.481 nel 2017), 1.949 strutture residenziali (2.233, 2.220 e 2.346) e 811

Tabella 2.16 **Distribuzione dei punti nascita per regione (2020)**

Regione	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	27	74,1%	0,97
Valle d'Aosta	1	100,0%	0,75
Lombardia	59	84,7%	1,15
P.A. Bolzano	5	80,0%	0,97
P.A. Trento	4	50,0%	1,03
Veneto	34	79,4%	1,06
Friuli-Venezia Giulia	9	88,9%	1,16
Liguria	11	63,6%	1,32
Emilia-Romagna	23	69,6%	0,77
Toscana	24	83,3%	1,06
Umbria	8	62,5%	1,43
Marche	12	75,0%	1,34
Lazio	36	66,7%	0,97
Abruzzo	9	77,8%	1,12
Molise	3	33,3%	2,06
Campania	53	75,5%	1,18
Puglia	26	84,6%	0,99
Basilicata	5	60,0%	1,27
Calabria	12	83,3%	1,01
Sicilia	47	70,2%	1,28
Sardegna	11	63,6%	1,36
<b>ITALIA 2020</b>	<b>419</b>	<b>75,4%</b>	<b>1,05</b>

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – CeDAP 2020

strutture semiresidenziali (872, 879 e 908), che si riferiscono a circa il 94% dei Dipartimenti di Salute Mentale. Nel 2020 si assiste quindi a una generalizzata diminuzione del numero di servizi. Questo dato è però in linea con gli anni precedenti, confermando la tendenza.

Per quanto riguarda la capacità di accoglienza nelle strutture residenziali si registrano 5,3 PL per 10.000 abitanti, mentre 3,0 nelle strutture semiresidenziali. Le differenze interregionali sono significative, soprattutto nel caso delle strutture residenziali, dove si passa dalle disponibilità elevate di PL in Valle d'Aosta, Liguria e Marche (rispettivamente 16,7 PL, 16,0 PL e 11,7 PL per 10.000 abitanti) a dati significativamente inferiori alla media nazionale, come Calabria, PA di Trento e Campania (rispettivamente 1,0 PL, 1,0 PL e 2,5 PL per 10.000 abitanti). Guardando poi ai dati di attività, nel corso del 2020 gli utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche risultano pari a 689.547 unità, segnando una forte diminuzione pari a -136.918 (-16,6%) rispetto al 2019. Infatti, il dato passa da 157,5 utenti presenti in strutture territoriali per 10.000 abitanti adulti nel 2019 a 135,8 nel 2020. Controllando per l'anno, il dato conferma la significativa variabilità tra le regioni (Ta-

**Tabella 2.17 Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2019-2020)**

Regione	Laboratorio		Diagnostica per immagini – Medicina nucleare		Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica		Attività clinica		Radioterapia		Medicina fisica e riabilitazione		Altro	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Piemonte	42.448.478	50.650.460	106.021	81.065	3.151.923	2.868.825	10.316.143	7.322.552	571.187	540.283	2.993.529	1.957.650	1.965.480	1.528.495
Valle d'Aosta	2.211.021	1.873.595	5.638	4.175	142.973	101.307	181.791	157.945	13.020	11.600	158.698	112.998	244.164	136.453
Lombardia	169.037.820	163.912.671	298.695	646.042	10.413.913	8.439.888	23.477.421	16.834.203	626.669	493.492	6.425.405	4.864.509	6.071.214	4.823.859
PAPA Bolzano	7.210.711	6.111.541	10.290	7.211	493.329	388.308	1.718.697	1.201.640	31.761	28.544	649.870	472.635	1.105.238	611.621
PAPA Trento	3.111.291	9.851.893	14.034	12.690	581.821	496.635	1.020.510	901.877	41.042	57.441	530.389	364.993	220.344	168.730
Veneto	80.106.680	75.329.933	138.661	118.113	4.436.021	3.756.188	9.024.813	7.192.365	390.245	381.271	3.757.855	2.998.382	1.398.312	1.084.531
Friuli-Venezia Giulia	22.465.741	17.190.857	16.519	18.408	954.872	738.111	2.700.880	1.860.087	158.019	150.217	716.067	537.886	653.791	435.957
Liguria	30.627.005	25.227.800	148.230	107.625	1.925.265	1.412.795	2.890.515	1.703.817	241.384	213.297	1.369.219	907.478	2.275.105	1.646.410
Emilia-Romagna	67.496.022	57.200.091	76.380	67.464	4.313.627	3.412.688	9.092.511	6.538.628	466.218	466.264	2.289.586	1.693.798	1.614.546	1.157.965
Toscana	57.948.954	51.083.664	60.633	129.526	3.760.411	2.872.904	6.508.562	4.778.125	230.340	196.414	461.301	417.879	4.784.258	3.617.081
Umbria	14.336.382	15.958.355	9.961	12.780	902.120	750.285	976.908	978.855	85.733	127.737	340.495	243.799	768.488	648.106
Marche	30.080.531	27.821.836	49.616	35.940	1.589.197	1.192.803	2.919.286	1.906.508	124.470	79.770	1.145.400	663.705	1.847.645	1.617.111
Lazio	74.327.345	70.243.086	197.174	206.076	3.333.705	2.859.807	10.354.368	8.456.674	915.265	1.450.207	5.790.682	4.549.959	1.789.281	1.633.036
Abruzzo	25.018.995	20.753.306	28.210	32.230	1.245.489	972.401	2.581.313	1.803.963	238.647	283.743	993.477	646.554	839.933	584.265
Molise	7.105.883	6.282.796	27.442	20.009	411.782	329.345	784.197	618.059	87.638	114.060	177.441	136.398	51.138	37.869
Campania	79.530.767	65.652.190	150.112	135.729	6.439.077	3.855.924	6.765.216	5.572.912	697.548	704.302	2.311.496	1.885.902	2.634.952	1.962.736
Puglia	73.841.364	62.512.241	119.172	111.374	3.566.428	2.957.563	6.519.190	4.837.490	254.879	306.955	3.565.286	2.607.398	1.640.937	1.082.553
Basilicata	8.777.341	7.033.932	28.670	25.575	452.922	361.034	900.764	1.016.594	6.691	11.599	2.002.508	1.544.075	200.421	306.512
Calabria	33.808.976	26.735.005	24.950	37.797	1.247.519	1.003.873	2.477.753	2.034.833	116.749	125.034	1.302.015	917.083	985.737	758.035
Sicilia	95.403.167	67.894.787	191.654	157.062	5.309.650	3.088.510	8.673.435	6.047.890	563.336	522.524	3.655.781	2.514.507	2.294.516	1.239.329
Sardegna	28.086.914	23.879.861	19.902	20.061	1.608.505	1.275.000	2.593.810	1.656.554	284.966	363.483	1.974.088	1.476.584	1.319.269	642.679
<b>ITALIA</b>	<b>952.981.328</b>	<b>853.199.900</b>	<b>1.721.964</b>	<b>1.986.952</b>	<b>56.280.449</b>	<b>43.134.194</b>	<b>112.478.083</b>	<b>83.421.571</b>	<b>6.115.807</b>	<b>6.628.237</b>	<b>42.610.588</b>	<b>31.514.172</b>	<b>34.694.769</b>	<b>25.723.333</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2020

Tabella 2.18 **Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche: tassi standardizzati per 10.000 abitanti (2020, 2019, 2015 e differenza 2020-2019 e 2020-2015)**

Regione	2015	2019	2020	Δ 2020-2019	Δ 2020-2015
Abruzzo	141,82	145,70	132,90	-12,80	-8,92
Basilicata	135,73	150,60	140,80	-9,80	5,07
Bolzano			134,20		
Calabria	222,09	225,80	187,70	-38,10	-34,39
Campania	153,06	106,30	113,30	7,00	-39,76
Emilia-Romagna	206,35	213,50	190,20	-23,30	-16,15
Friuli-Venezia Giulia	113,86	136,20	120,50	-15,70	6,64
Lazio	131,45	118,70	109,70	-9,00	-21,75
Liguria	176,26	157,40	137,80	-19,60	-38,46
Lombardia	172,54	176,70	123,80	-52,90	-48,74
Marche	168,84	155,40	121,60	-33,80	-47,24
Molise	167,24	107,30	170,70	63,40	3,46
Piemonte	164,13	162,60	146,80	-15,80	-17,33
Puglia	159,83	165,40	140,20	-25,20	-19,63
Sardegna		122,40	91,50	-30,90	
Sicilia	196,19	178,50	161,60	-16,90	-34,59
Toscana	110,66	118,10	101,20	-16,90	-9,46
Trento	177,27	187,00	173,00	-14,00	-4,27
Umbria	184,12	192,70	189,30	-3,40	5,18
Valle d'Aosta			163,50		
Veneto	142,29	150,40	141,00	-9,40	-1,29
<b>ITALIA</b>	<b>156,31</b>	<b>157,50</b>	<b>135,80</b>	<b>-21,70</b>	<b>-20,51</b>

*Nota:* Non sono disponibili i dati della PA Bolzano e della Valle d'Aosta per alcuni degli anni considerati.

*Fonte:* elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto Salute Mentale 2020

bella 2.18). Interessante però è verificare la differenza del dato tra l'anno 2019 e 2020: dalle marcate contrazioni di Lombardia, Calabria e Marche (-52,90 utenti per 10.000 abitanti adulti, -38,10 e -33,80) ai valori in crescita di Molise e Campania (+63,40 e +7,00).

## 2.5 Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale

Il presente paragrafo si pone l'obiettivo di descrivere e confrontare in chiave comparativa diversi sistemi sanitari del panorama internazionale. Per farlo, si presentano e analizzano, in ordine:

- dati sulla dotazione di posti letto e sul personale medico ed infermieristico (*input*);

- ▶ dati riguardanti il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere (dimissioni e degenza media) (*output*);
- ▶ dati relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate (proporzione dei parti cesarei; ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete) (*outcome*).

Di seguito si illustrano alcuni dati sulle dotazioni di posti letto nelle strutture sanitarie ospedaliere in alcuni Paesi europei ed extra europei selezionati per disponibilità del dato e rilevanza. Innanzitutto, è interessante osservare l'andamento dei posti letto ospedalieri ordinari (PL)<sup>37</sup> per Paese (Tabella 2.19 e Figura 2.7).

Tra il 2010 e il 2020, il numero di PL per 1.000 abitanti è sostanzialmente diminuito in tutti i paesi considerati (con l'unica vera eccezione della Cina) passando da una dotazione media di 5,1 PL ogni 1.000 abitanti a 4,7 (in Italia da 3,6 a 3,2). Questa riduzione è stata influenzata da specifiche politiche sanitarie, tra cui quelle derivanti dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare alcune patologie in setting ambulatoriale e in regime di day hospital e day surgery, rimodulando così l'offerta e riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012)<sup>38</sup>. La riduzione è stata anche accompagnata, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle dimissioni ospedaliere e da una riduzione della degenza media (cfr. Tabella 2.19, Tabella 2.20 e Tabella 2.21).

Nel 2020, Giappone, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL, pari rispettivamente a 12,6, 7,8 e 7,1 PL ogni 1.000 abitanti. Tra i Paesi OECD, i valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano nel 2020 in Svezia, Regno Unito, Canada, Danimarca, Stati Uniti, Finlandia, Irlanda e Olanda tutte al di sotto dei 3 PL ogni 1.000 abitanti.

Il Paese che in assoluto registra il più basso livello di dotazione infrastrutturale è l'India, dove in media è disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (0,5, ultimo dato relativo al 2017). Tra i rimanenti paesi BRIC, il Brasile si assida al livello minimo dei Paesi OECD, con una media di 2,5 PL ogni 1.000 abitanti, mentre la Cina raggiunge i 5 PL ogni 1.000 abitanti.

Osservando la ripartizione dei posti letto ospedalieri tra acuti e long-term care (Figura 2.7), si nota un'ampia disomogeneità, con livelli di PL per lungodegenza (esclusa la riabilitazione) che variano da 1,89 PL ogni 1.000 abitanti in Repubblica Ceca e 1,10 in Ungheria fino a valori prossimi allo zero in Polonia e Danimarca.

<sup>37</sup> Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (curative care beds), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in day-hospital.

<sup>38</sup> Ne è un esempio l'Irlanda: il governo, per contenere i costi ospedalieri, ha promosso la riduzione dei posti letto per ricovero ordinario e contestualmente richiesto una diminuzione delle giornate di degenza (Thomas e Burke, 2012).



Tabella 2.19 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020 o ultimo dato disponibile)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2020
<b>UE (22)</b>					
Austria	8,0	7,7	7,7	7,5	7,1
Belgio	6,7	6,4	6,1	5,8	5,5
Danimarca	4,3	3,9	3,5	2,5	2,6
Estonia	7,0	5,4	5,3	4,8	4,5
Finlandia	7,5	7,1	5,9	4,3	2,8
Francia	8,0	7,2	6,4	6,1	5,7
Germania	9,1	8,5	8,3	8,1	7,8
Grecia	4,8	4,8	4,5	4,3	4,2*
Irlanda			2,7	2,9	2,9
Italia	4,7	4,0	3,6	3,2	3,2
Lettonia	8,8	7,9	5,7	5,7	5,3
Lituania	8,8	7,3	7,2	7,0	6,0
Lussemburgo		5,8	5,4	5,0	4,2
Olanda	4,9	4,4	4,1	3,5	2,9
Polonia		6,5	6,6	6,6	6,2
Portogallo	3,7	3,6	3,4	3,4	3,5
Repubblica Ceca	7,8	7,6	7,3	6,7	6,5
Slovacchia	7,9	6,8	6,5	5,8	5,7
Slovenia	5,4	4,8	4,6	4,5	4,3
Spagna	3,7	3,3	3,1	3,0	3,0
Svezia	3,6	2,9	2,7	2,4	2,1
Ungheria	8,2	7,9	7,2	7,0	6,8
<b>Altri Paesi europei</b>					
Norvegia		5,2	4,3	3,8	3,4
Regno Unito	4,1	3,7	2,9	2,6	2,4
Svizzera	6,3	5,5	5,2	4,7	4,5
<b>Altri Paesi non europei</b>					
Stati Uniti	3,5	3,2	3,1	2,8	2,8*
Canada	3,8	3,1	2,8	2,6	2,6
Giappone	14,7	14,1	13,5	13,2	12,6
Brasile	2,8	2,5	2,6	2,4	2,5
Russia	11,4	11,0	9,4	8,4	8,0*
India	0,7	0,4	0,5	0,6	
Cina	1,7	1,8	2,5	3,8	5,0

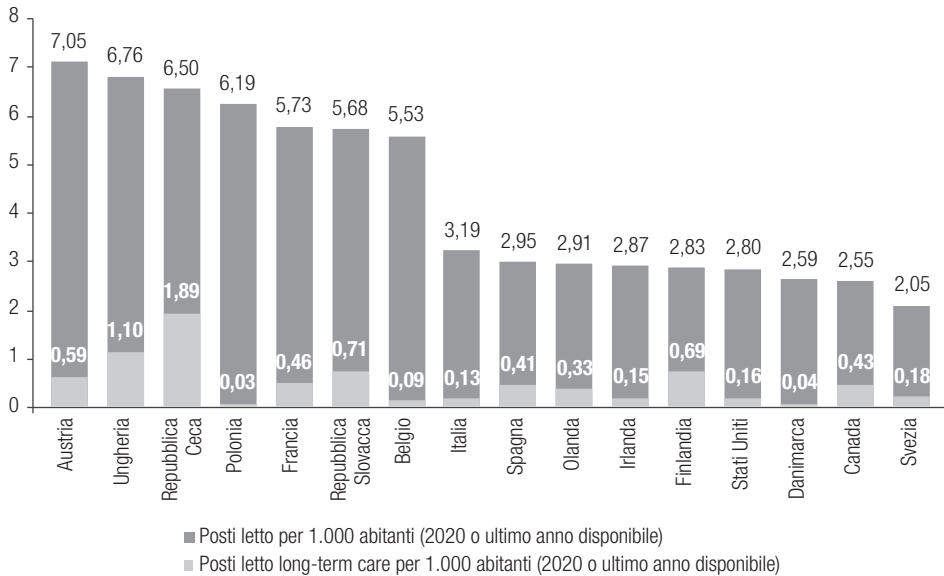
\* Il dato si riferisce al 2019

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Osservate le dotazioni di PL, consideriamo ora un ulteriore input dei sistemi sanitari: il personale. L'analisi dei dati internazionali evidenzia una dotazione di personale sanitario fortemente differenziata nei diversi Paesi (Figura 2.8).

Il numero di medici per 1.000 abitanti risulta mediamente più basso nei Paesi BRIC. In India, infatti, si registra una media di meno di 1 medico ogni

Figura 2.7 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totali e long-term care (2020 o ultimo anno disponibile)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

1.000 abitanti (0,9, dato 2019), mentre Brasile e Cina registrano più di 2 medici ogni 1.000 abitanti (2,1 in Brasile e 2,4 in Cina). La Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con 4,2 medici ogni 1.000 abitanti. Come da tradizione, infatti, la Russia e i Paesi delle ex repubbliche sovietiche contano un alto numero di medici dovuto all'espansione delle facoltà di medicina e alla varietà di branche di specializzazione (Tragakes e Lessof, 2003). Tra i Paesi OECD in tabella, i valori più bassi si registrano in Giappone (2,6), Stati Uniti (2,6, dato 2019) e Canada (2,7); i più elevati in Grecia (6,1), Portogallo (5,5) e Austria (5,4). L'Italia si colloca in una posizione intermedia ma leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, con 4 medici ogni 1.000 abitanti. A partire dal 2005, il numero di medici che esercitano la pratica clinica ogni 1.000 abitanti è lievemente aumentato o è rimasto invariato in tutti i Paesi di cui si dispone di dati longitudinali. Mediamente, il loro numero è passato da 2,9 nel 2005 a 3,7 nel 2020, evidenziando una stabilità nel reclutamento e nel turnover, dopo un periodo di espansione tra il 2006 e il 2008 dovuto al reclutamento di medici stranieri e all'aumento di laureati in medicina nell'area Euro (OECD, 2013).

Considerando invece il numero di infermieri per 1.000 abitanti, nell'ultimo anno a disposizione, la Svizzera e la Norvegia contano la più alta densità di infermieri per popolazione residente, pari rispettivamente a 18,4 e 18 ogni

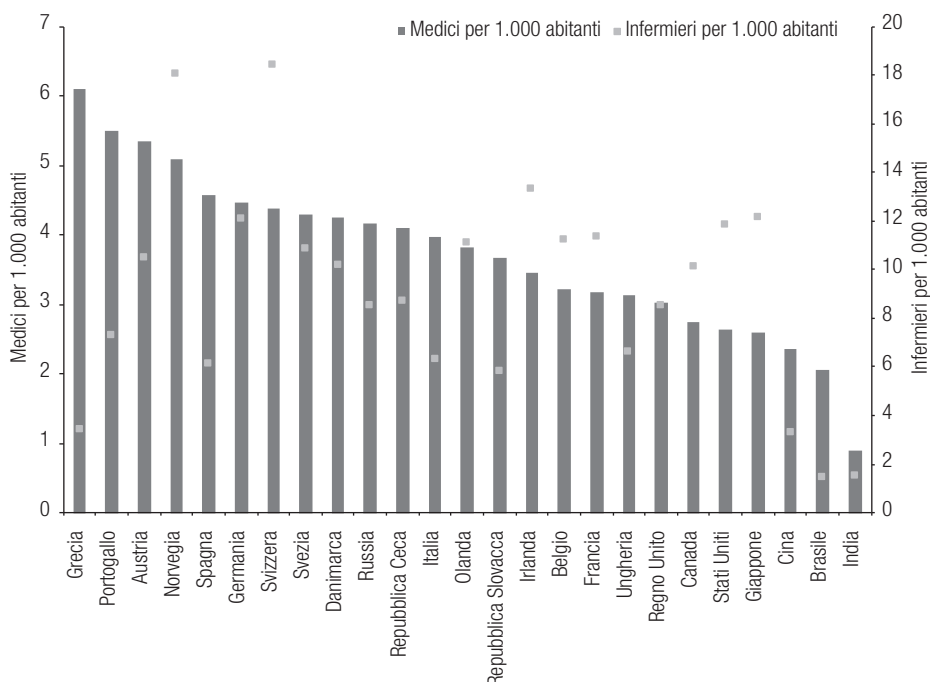
1.000 abitanti. Grecia e Slovacchia registrano invece il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,4, dato 2019, e 5,79) tra i Paesi europei. L'Italia si colloca appena sopra, con un numero di infermieri pari a 6,3 per 1.000 abitanti. Tipicamente, a partire dal 2005 la densità degli infermieri è aumentata nei Paesi OECD considerati; in controtendenza, Grecia, Irlanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca, che hanno visto una lieve inversione della tendenza. L'aumento è stato particolarmente marcato in Svizzera (da 12,7 a 18,4 infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti) e Norvegia (da 13,6 a 18). Tra i Paesi BRIC, la Russia evidenzia dotazioni infermieristiche paragonabili ai Paesi OECD, pari a 8,5 infermieri ogni 1.000 abitanti (dato 2019). Decisamente inferiore il numero di infermieri in Brasile, India e Cina (1,4, 2,4, dato 2018, e 3,3 per 1.000 abitanti, rispettivamente).

Osservando il rapporto tra infermieri e medici<sup>39</sup>, escludendo i Paesi BRIC, Grecia, Portogallo, Spagna, Slovenia e Italia presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri per medico (rispettivamente 0,6, 1,3, 1,3, 1,6 e 1,6 infermieri per medico), mentre Svizzera, Stati Uniti, e Giappone registrano valori superiori o uguali a 4 infermieri per medico. Con specifico riferimento al nostro Paese, è possibile evidenziare come lo skill mix sia tendenzialmente sbilanciato a favore della classe medica, specialmente se confrontato con quello dei principali Paesi europei (Germania, Francia e Olanda).

Particolare attenzione dovrebbe essere posta all'invecchiamento della classe medica. Alla sostanziale stabilità del numero di medici per 1.000 abitanti evidenziata in precedenza, che si protrae ormai da un decennio, consegue un forte aumento dell'incidenza del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici. Ciò evidenzia come la mancanza del personale possa essere considerato un problema diffuso a livello internazionale. La Figura 2.9 mostra come tra 2005 e 2020 (o ultimo anno disponibile) tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per la Norvegia, la Svezia, il Regno Unito e l'Irlanda, dove la quota di medici over55 rimane pressoché invariata o si riduce leggermente. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato pari a 9,4 punti percentuali, con valori che passano dal 25% del 2005 al 34,41% del 2020 (o ultimo anno disponibile). Rispetto a questo indicatore, inoltre, l'Italia fa registrare un duplice risultato negativo: (i) a dati più recenti è il Paese che mostra la maggiore incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni di età (e unico Paese a superare la soglia del 50%, facendo registrare un valore pari a 56,2%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 29,7 punti percentuali.

<sup>39</sup> Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra nurse density e physician density.

Figura 2.8 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2020 o ultimo anno disponibile)**

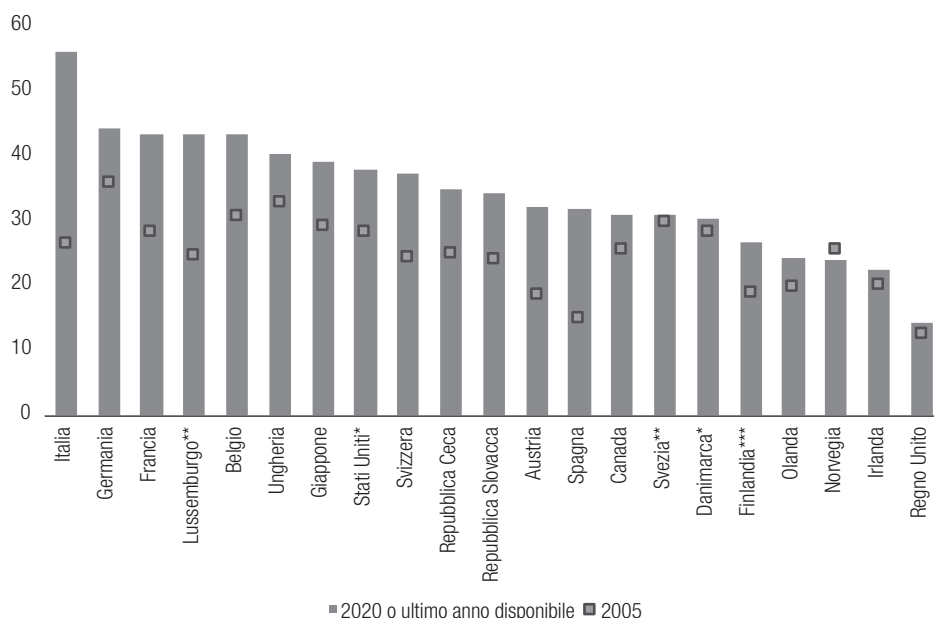


*Nota:* Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica, fornendo rispettivamente cura e assistenza dirette al paziente. Tra i primi sono ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati, mentre sono esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo o di ricerca o i medici praticanti in un Paese; tra i secondi, invece, sono escluse le ostetriche. A causa dell'assenza di dati comparabili, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure "professionalmente attive" nel settore (includendo, tra gli altri, manager, educatori e ricercatori, con un incremento complessivo di circa il 5-10%) e/o le figure con la «licenza di praticare la professione» sia rispetto al numero di medici (Grecia, Portogallo e Repubblica Slovacca) che di infermieri (Francia, Irlanda, Portogallo, Repubblica Slovacca e Stati Uniti).

*Fonte:* Elaborazione su dati OECD Health Data 2022

Definiti gli input dei sistemi sanitari, si passa ora ad analizzare gli output in termini di livello di utilizzo dei servizi sanitari. Con riferimento in particolare all'attività ospedaliera, storicamente l'Italia presenta un numero di dimissioni ospedaliere (*inpatient care*) per 100.000 abitanti inferiore alla maggior parte dei Paesi UE analizzati, ad esclusione di Spagna, Olanda e Portogallo (Tabella 2.20). Tra i fattori che contribuiscono a spiegare i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospedalieri rientra la possibilità che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in setting ambulatoriale in altri contesti: livelli di ospedalizzazione bassi potrebbero quindi segnalare un sistema più incentrato sulle cure ambulatoriali (questo può essere il caso degli Stati Uniti, si veda il contributo di Peterson e Burton, 2007). In altri Paesi, quali il Porto-

Figura 2.9 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2020 o ultimo anno disponibile)**



Nota: \*2018, \*\*2017, \*\*\*2015

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

gallo o la Spagna o il Canada, ad esempio, il basso livello di ospedalizzazione è, invece, associato alla diminuzione del numero di ospedali e dei posti letto avvenuta già a partire dagli anni '70 (WHO Hit Profile 2013, 2011). Di converso, Germania e Austria registrano i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto. Tra i Paesi BRIC di cui si dispone di dati storici, il Brasile (dato 2012) presenta il numero di dimissioni minore tra tutti i Paesi selezionati (5.548), seguito dalla Cina 18.484, dato 2019). La Russia presenta un valore più elevato, registrando 22.233 dimissioni ogni 100.000 abitanti nel 2019.

Estremamente rilevante risulta invece comparare i volumi di dimissioni degli anni 2020 e 2019. Si nota infatti, una forte diminuzione dell'attività ospedaliera in tutti i Paesi. Questo dato non può che essere letto alla luce della pandemia di Covid-19. La maggiore diminuzione dell'attività, in valore assoluto, si registra in Lituania (-6.271 dimissioni ogni 100.000 abitanti, cioè una riduzione di circa un terzo dell'attività), seguita dall'Ungheria (-4.377). Conseguenze meno drammatiche si sono registrate invece in Svezia (-927) e Svizzera (-991). L'Italia, come già evidenziato nei paragrafi precedenti, ha registrato una riduzione delle dimissioni ospedaliere di circa il 18% del totale.

Tabella 2.20 **Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020 e variazione 2020-2019)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Δ20-19	Δ%20-19
<b>UE (22)</b>								
Austria	25.933	27.317	27.637	25.553	24.305	20.179	-4.126	-17,0%
Belgio	16.301	17.242	16.662	16.442	16.719	13.903	-2.816	-16,8%
Danimarca		15.967	16.075	14.775				
Estonia	19.554	17.705	17.561	16.532	15.394	13.549	-1.844	-12,0%
Finlandia		20.130	17.776	16.635		14.322		
Francia	18.954	17.404	18.596	18.174	18.261	16.061	-2.200	-12,0%
Germania	19.961	21.840	23.994	25.534	25.305	21.860	-3.446	-13,6%
Grecia	16.243	18.990	19.960	13.607				
Irlanda	13.806	13.579	13.191	13.989	13.180	11.425	-1.755	-13,3%
Italia		15.489	13.820	11.856	11.299	9.313	-1.986	-17,6%
Lettonia				16.036	16.165	13.925	-2.240	-13,9%
Lituania				23.065	22.025	15.754	-6.271	-28,5%
Lussemburgo	18.859	17.909	16.692	15.224				
Olanda	9.266	10.414	11.937	9.753	8.757	7.670	-1.087	-12,4%
Polonia		14.295	16.172	16.958	16.825	12.626	-4.199	-25,0%
Portogallo	8.970	9.253	8.793	8.493	8.685	7.400	-1.285	-14,8%
Rep. Ceca	20.290	22.366	20.592	20.347	19.133	16.135	-2.998	-15,7%
Rep. Slovacca	19.198	18.550	18.786	19.575	18.914	15.480	-3.434	-18,2%
Slovenia	15.670	15.971	17.132	18.457	17.302	14.286	-3.016	-17,4%
Spagna	11.099	10.717	10.135	10.220	10.340	8.980	-1.361	-13,2%
Svezia	16.114	15.819	16.251	15.312	13.681	12.755	-927	-6,8%
Ungheria		25.330	20.649	20.061	19.051	14.674	-4.377	-23,0%
<b>Altri Paesi europei</b>								
Norvegia	15.469	17.519	17.526	16.823	16.245	14.801	-1.445	-8,9%
Regno Unito	13.145	13.250	13.211	12.837				
Svizzera		15.983	16.912	16.977	16.879	15.877	-1.001	-5,9%
<b>Altri Paesi non europei</b>								
Stati Uniti	12.522	13.072	12.549					
Canada	9.402	8.731	8.277	8.466	8.271	7.236	-1.035	-12,5%
Giappone		10.550	11.528	12.412	13.071			
Brasile			5.793					
Russia			22.274	22.484	22.233			
Cina			6.958	14.965	18.484			

Nota: Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno (day-hospital).

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Con riferimento alla degenza media (Tabella 2.21) in Repubblica Ceca, Ungheria e Spagna si registra un aumento tra il 2020 e il 2019 (+0,8, +0,8 e +0,6 giornate). Tra i Paesi che registrano un leggero aumento rientra anche l'Italia dove, infatti, il dato si era stabilizzato intorno alle 7,8-8,0 giornate negli anni più recenti, per salire, nel 2020, a 8,3.

Dopo aver considerato gli input utilizzati e gli output prodotti dai sistemi

Tabella 2.21 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2000, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2019	2020
<b>UE (22)</b>						
Austria	9,8	8,0	7,9	8,5	8,3	8,5
Belgio	7,7	7,4	6,9		6,0	6,1
Danimarca		7,0	5,9	5,5		
Estonia	8,8	7,7	7,5	7,3	7,5	7,8
Finlandia		12,5	11,6	9,1		7,3
Francia	6,0	5,8	5,7	5,5	8,8	9,1
Germania	10,1	10,2	9,5	9,0	8,8	8,7
Grecia	8,0	8,0	6,6	7,0		
Irlanda	6,4	6,5	6,1	5,7	5,9	5,9
Italia		7,4	7,6	7,8	8,0	8,3
Lettonia				7,9	8,3	8,4
Lituania				7,4	7,5	7,7
Lussemburgo	7,5	8,7	9,0	8,8		
Olanda	8,5	6,8	5,6	4,6	4,4	4,5
Polonia		8,2	7,6	7,3	7,1	7,2
Portogallo	7,3	7,0	7,3	7,6	8,0	8,3
Repubblica Ceca	11,4	10,7	10,2	9,3	9,5	10,3
Repubblica Slovacca	9,8	8,3	7,5	7,3	7,1	7,3
Slovenia	7,3	7,7	7,3	6,8	6,9	6,8
Spagna	8,8	7,1	6,8	6,7	8,1	8,7
Svezia	7,1	6,6	6,0	5,9	5,6	5,4
Ungheria		8,7	9,5	9,5	9,5	10,3
<b>Altri Paesi europei</b>						
Norvegia	6,0	5,1	4,5	5,5	5,3	5,2
Regno Unito	9,5	8,5	7,4	6,8		
Svizzera		10,6	9,0	8,4	8,2	8,2
<b>Altri Paesi non europei</b>						
Stati Uniti	4,9	4,8	4,8			
Canada			8,5	8,0	8,0	

*Nota:* La degenza media è calcolata considerando i ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza in regime ordinario. Sono esclusi i ricoveri in day hospital.

*Fonte:* Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

sanitari, è interessante analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate a livello internazionale. In particolare, vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti cesarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO).

Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons *et al.*, 2010).

Polonia, Ungheria, Irlanda e Italia sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei su 1.000 nati vivi, pari rispettivamente a 392,4; 380,5; 347,1 e 324,5 (Tabella 2.22). L'Italia nel 2015 ha smesso di essere il primo paese per tasso di parti cesarei tra i Paesi analizzati, invertendo la tendenza. Tale risultato è dovuto in parte alla graduale diminuzione registrata nel nostro Paese (a seguito di un importante sforzo promosso in sede di programmazione sanitaria nazionale), in parte all'aumento del valore dell'indicatore in Ungheria e Polonia negli ultimi anni<sup>40</sup>. Di converso, il numero di parti cesarei è relativamente

Tabella 2.22 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000, 2005, 2010, 2015, 2019 e 2020)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2019	2020
<b>UE (20)</b>						
Austria	167,6	238,1	282,5	286,9	296,9	296,9
Belgio		190,3	197,2		210,7	214,5
Danimarca	154,1	200,6	214,4	210,9	178,1	200,9
Estonia	145,1	188,4	203,3	186,6	183,1	195,7
Finlandia	157,8	162,7	161,4	157,0	173,8	180,3
Francia	171,0	190,6	202,3	197,3	197,9	200,5
Germania		263,0	305,0	302,1	296,0	302,6
Irlanda	207,4	251,0	260,4	301,1	337,5	347,1
Italia		390,9	384,6	352,8	326,6	324,5
Lettonia	149,7	199,4	229,5	210,2	216,2	219,1
Lituania	128,3	189,3	248,8	198,2	181,9	187,2
Lussemburgo	198,8	242,3	259,5	304,7	290,5	281,9
Olanda	118,7	135,7	155,9	162,1	151,6	
Polonia			260,4	361,7	389,7	392,4
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	253,6	233,0	238,1
Repubblica Slovacca	146,4	200,1	261,0	302,1	293,4	294,1
Slovenia	109,8	154,6	189,7	207,9	217,1	217,1
Spagna		251,0	249,6	245,1	243,4	241,8
Svezia		169,8	166,3	173,1	172,3	174,2
Ungheria		278,6	324,8	372,1	382,9	380,5
<b>Altri Paesi europei</b>						
Norvegia				161,3	159,1	157,7
Regno Unito	195,9	225,8	237,8	261,3	295,6	312,6
Svizzera		285,3		329,3	316,6	318,8
<b>Altri Paesi non europei</b>						
Canada	209,2	261,7	260,9	268,8	288,8	

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data, 2022

<sup>40</sup> Possibili spiegazioni per l'aumento di parti cesarei sono la riduzione dei rischi dell'operazione, la volontà dei medici di tutelarsi contro accuse di malpratica medica e la convenienza della programmazione dei parti.



basso nei Paesi nordici (Norvegia e Svezia in particolare, al di sotto dei 180 tagli cesarei ogni 1.000 nati vivi). In generale, il trend del numero di parti cesarei evidenziato negli ultimi dieci anni è generalmente in crescita in tutti i Paesi, ad esclusione di Italia, Danimarca, Estonia, Francia, Germania, Lettonia, Lituania e Spagna.

Per finire, si analizzano i dati di ospedalizzazione per condizioni croniche, che rappresentano un ulteriore *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può infatti derivare dalla bassa qualità delle cure primarie, oppure da un deficit strutturale nel numero di medici di famiglia (Menn *et al.*, 2012; Rosano *et al.*, 2013). Oltre metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.10).

Nel 2020 questo dato riscontra la sopracitata drastica riduzione delle attività ospedaliere. Infatti, la media aritmetica degli altri Paesi osservati si attesta su un valore di circa 275 ricoveri inappropriati ogni 100.000 abitanti nel 2020 contro i 400 del 2019. Detto ciò, nel 2020, la Germania con 499 ricoveri «impropri» ogni 100.000 abitanti è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate come potenzialmente inappropriate, seguita da Regno Unito e Irlanda (rispettivamente 431 e 388 ricoveri). Italia, Portogallo ed Estonia sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 71, 145 e 153 ricoveri ogni 100.000). In particolare, si nota come il valore osservato nel nostro Paese sia il più contenuto e ben al di sotto della media aritmetica degli altri Paesi osservati.

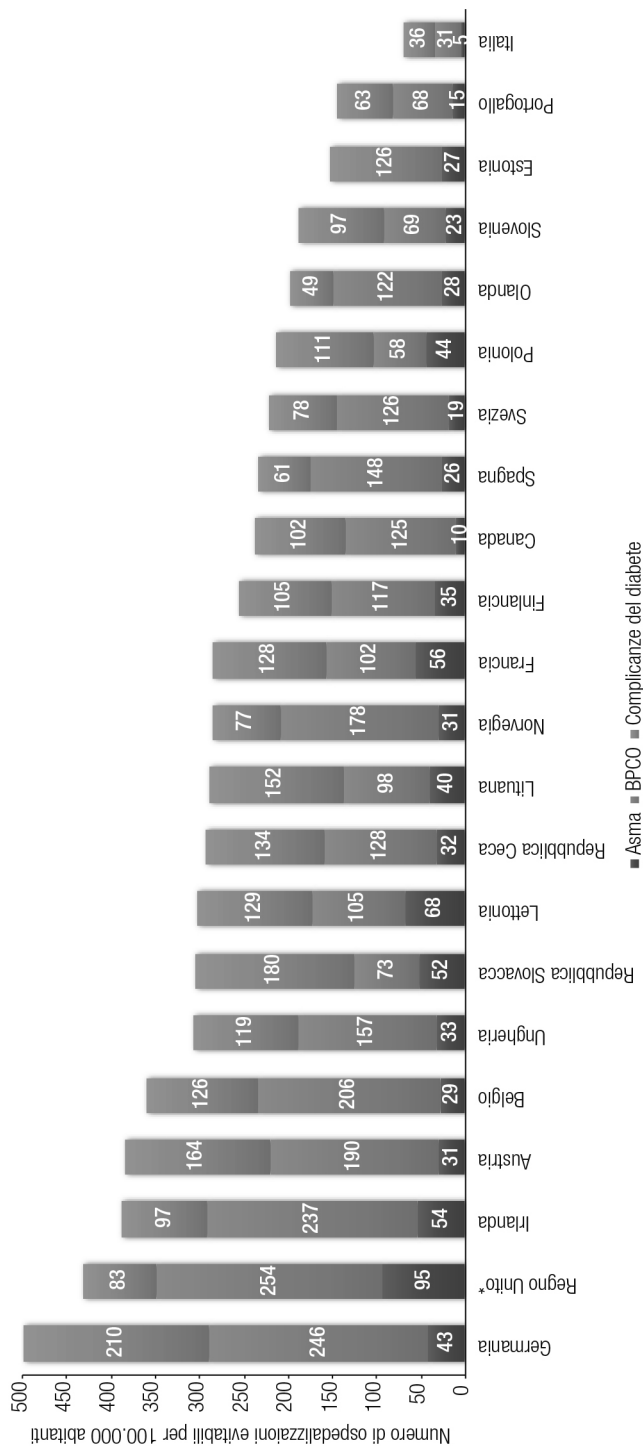
## 2.6 Diseguaglianze, stato di salute della popolazione e impatti della pandemia

*“L’equità è uno dei principi guida del Servizio Sanitario Nazionale italiano, insieme all’universalità della copertura e alla solidarietà del finanziamento.”*<sup>41</sup>

Con questa logica negli ultimi Rapporti OASI abbiamo integrato nel Capitolo dedicato alla struttura e alle attività del SSN una parte conclusiva di analisi e di stimolo alla riflessione in merito alla rilevanza delle diverse forme di diseguaglianza (di condizione economica, di livello di istruzione, territoriali, degli stili di vita, di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari) e ai loro impatti sullo stato di salute della popolazione e nel dettaglio sugli indicatori demografici e di benessere. Nelle scorse edizioni abbiamo sottolineato, in particolare, l’esistenza di alcuni fondamentali gradienti che caratterizzano le

<sup>41</sup> WHO European Region, Una vita sana e prospera per tutti in Italia. Rapporto sullo stato di salute in Italia. Relazione nazionale. Copenhagen: 2022, pag. 3.

Figura 2.10 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2020 o ultimo anno disponibile)**



Note: \* 2018.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

diseguaglianze nella popolazione italiana in relazione ai livelli di salute e alle aspettative di vita<sup>42</sup>:

- ▶ un gradiente di tipo economico (livelli di reddito e ricchezza);
- ▶ un gradiente di tipo territoriale (zone periferiche e rurali e aree metropolitane);
- ▶ un gradiente legato agli stili di vita e alle abitudini alimentari;
- ▶ un gradiente di tipo culturale associato al livello di istruzione.

Le analisi condotte da diversi istituti su queste tematiche sottolineano la forte interdipendenza di questi fattori tale da non permettere la definizione di legami univoci e sempre lineari tra un unico gradiente e le effettive condizioni di salute. Sullo sfondo di queste analisi e nei paragrafi dei Rapporti OASI degli scorsi anni rimaneva e rimane aperta la questione di quale ruolo giochino i servizi sanitari nel contrasto alle diseguaglianze di salute in termini di esiti sugli indicatori e di attore complessivo in grado di mitigare e contrastare questi aspetti.

Un importante contributo al dibattito su questi temi è sicuramente il Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia pubblicato lo scorso agosto dall'Ufficio regionale per l'Europa di WHO a cui hanno dato il loro contributo tra gli altri il Ministero della Salute, ISS e l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). Il Rapporto individua le relazioni tra stato di salute della popolazione e le tendenze delle disuguaglianze nei gruppi socioeconomici a partire dalla crisi finanziaria del 2008 e propone alcune valutazioni sulle prime evidenze degli impatti della pandemia sull'equità. Basandosi sui dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016 e utilizzando tecniche di regressione econometriche in grado di spiegare statisticamente le differenze negli indicatori di salute tra i diversi gruppi socioeconomici, il Rapporto individua 5 determinanti, definite condizioni essenziali, che hanno un impatto sull'equità in salute e che sono necessarie alle persone per vivere una vita sana: i servizi sanitari, la sicurezza del reddito e la protezione sociale, le condizioni di vita, il capitale sociale ed umano, l'occupazione e le condizioni di lavoro.

I contributi che ciascun determinante ha nella spiegazione dei divari di salute tra il 40% della popolazione più ricca e quella più povera in Italia è sostanzialmente simile al quadro europeo. Come nel resto dei 35 Paesi europei osservati, l'impatto maggiore sul divario dello stato di salute tra la popolazione più ricca e quella più povera è dovuto alle disparità nel reddito e nella protezio-

---

<sup>42</sup> Si rimanda ai Capitoli 2 dei precedenti Rapporti OASI e ai riferimenti contenuti, in particolare ai lavori dell'INMP, di Marmot e Bell, WHO Europe.

ne sociale. Questo determinante influisce per il 43% secondo WHO sul divario dello stato di salute tra ricchi e poveri, seguito in ordine di importanza dalle condizioni di vita (22%), dal capitale sociale e umano (15%), dall'occupazione e condizioni di lavoro (11%) e, infine, dai servizi sanitari (9%).

Quali sono gli aspetti principali e le tendenze in ognuna delle cinque aree?

- A. Sicurezza del reddito e protezione sociale. La disuguaglianza di reddito ha registrato un aumento nello scorso decennio: nel 2019 gli appartenenti al gruppo di reddito più alto guadagnavano oltre sei volte in più del gruppo di reddito più basso. Queste differenze sono legate soprattutto al tipo di occupazione, al genere, alla localizzazione territoriale, al livello di istruzione. Secondo WHO, *“le disparità nell'insicurezza del reddito e nella protezione sociale in Italia si traducono in disparità nello stato di salute”*, sottolineando che i livelli generali di sicurezza del reddito sono di importanza capitale per ridurre il rischio di povertà e le sue conseguenze negative sanitarie e sociali<sup>43</sup>.
- B. Condizioni di vita. Condizioni abitative, regimi alimentari, stili di vita, ambiente e fruibilità di luoghi salubri incidono, con percentuali decrescenti, sul divario di salute tra persone più e meno abbienti. Il Rapporto sottolinea che le persone che vivono in alloggi scadenti e insicuri hanno maggiori probabilità di riferire condizioni di scarsa salute e di soffrire di malattie fisiche e disagio mentale. Anche in questo caso le regioni meno favorite sono quelle meridionali che registrano anche i maggiori indici di comportamenti alimentari dannosi per la salute.
- C. Capitale sociale e umano. I livelli di istruzione e di partecipazione alla vita sociale incidono fortemente sul divario di salute. La scarsa fiducia che caratterizza i rapporti sociali in Italia rispetto agli altri Paesi europei e il grado molto differenziato di partecipazione al volontariato spiegano le difficoltà nel promuovere l'inclusione sociale e il benessere psicofisico.
- D. Occupazione e condizioni di lavoro. L'analisi sottolinea che le persone occupate in lavori manuali tendono ad avere una salute psicofisica peggiore rispetto a quelle che svolgono lavori meno fisici o dirigenziali. Sul divario di salute incide anche lo stato di disoccupazione, più diffuso tra gli adulti con la sola scuola dell'obbligo, in particolare tra le donne. Un impatto fortemente negativo sui rischi per la salute viene individuato, inoltre, nel lavoro precario.
- E. Servizi sanitari. La scarsa qualità dei servizi viene individuata come la componente del divario di salute attribuibile ai servizi sanitari, mentre tra le cause che impediscono di accedere ai servizi sanitari, il Rapporto individua la distanza, i tempi di attesa, gli orari di lavoro, le responsabilità di cura e i costi proibitivi.

<sup>43</sup> WHO European Region, cit. pagg-38-39.

Quando l'Italia è entrata nella pandemia Covid-19, esistevano già vari gradienti sociali, economici e culturali all'interno della popolazione, che ne determinavano una condizione di (già) elevata disuguaglianza: in termini ad esempio di disuguaglianze di reddito, di accesso alle cure e all'istruzione, con conseguenti impatti negativi in termini di stato di salute, etc.<sup>44</sup> Le persone con livelli più bassi di reddito o di istruzione hanno maggiori possibilità di essere soggette a malattie non trasmissibili, sovrappeso, malattie depressive o seguire diete non salutari. Le disuguaglianze di reddito cresciute tra il 2008 e il 2019, le forme di lavoro precario, le condizioni di vita e di inclusione sociale specie in alcune aree del Paese, la povertà lavorativa e le condizioni dei migranti appaiono ancora essere elementi ostativi per la riduzione delle iniquità delle condizioni di salute per molte fasce di popolazione<sup>45</sup> e hanno rappresentato un fattore di potenziale inasprimento dell'impatto e delle conseguenze provocate dalla pandemia.

#### *L'impatto della pandemia da Covid-19*

Le ultime stime di WHO indicano oltre 603 milioni di casi confermati nel mondo di Covid-19 nelle sue diverse varianti e 6,5 milioni di morti, di cui oltre 2 milioni solo in Europa<sup>46</sup>. La stessa organizzazione ritiene comunque che i casi confermati e la mortalità siano sottostimati e valuta che il bilancio completo delle vittime associato direttamente o indirettamente alla pandemia di Covid-19 (descritta come "mortalità in eccesso") tra il primo gennaio 2020 e il 31 dicembre 2021 sia stato molto più alto: almeno 14,9 milioni (compreso tra 13,3 milioni e 16,6 milioni)<sup>47</sup>.

L'eccesso di mortalità include i decessi associati a Covid-19 direttamente (a causa della malattia) o indirettamente (a causa dell'impatto della pandemia sui sistemi sanitari e sulla società). I decessi legati indirettamente al Covid-19 sono attribuibili ad altre condizioni di salute per le quali le persone non sono state in grado di accedere alla prevenzione e al trattamento perché i sistemi sanitari erano sovraccarichi a causa della pandemia. Il numero stimato di decessi in

<sup>44</sup> WHO, cit. pag. 61.

<sup>45</sup> Secondo il Rapporto WHO rispetto alle persone più abbienti e con istruzione universitaria, le persone con minor sicurezza finanziaria e un titolo di studio basso registrano maggiori livelli di sovrappeso, livelli più alti di malattie non trasmissibili come il diabete, maggior diffusione di problemi di salute mentale e maggiori probabilità di essere fumatori. Per molti di questi indicatori la dimensione del divario, nel decennio 2008-2018, è rimasta invariata e per alcuni è aumentata, ad esempio l'incidenza del sovrappeso nei giovani, una condizione associata a elevata mortalità e fattore di rischio per le principali patologie croniche, tra cui le malattie cardiovascolari e i tumori.

<sup>46</sup> WHO, Health Emergency Dashboard, 7 settembre 2022.

<sup>47</sup> L'eccesso di mortalità è calcolato come la differenza tra il numero di decessi che si sono verificati e il numero che ci si aspetterebbe in assenza della pandemia sulla base dei dati degli anni precedenti.

eccesso può essere influenzato anche dai decessi evitati durante la pandemia a causa dei minori rischi di determinati eventi, come incidenti automobilistici o infortuni sul lavoro.

Se anche l'Economist nella sua indagine sulla diffusione dell'epidemia e sulle cause dei decessi da Covid-19 sottolinea che “*la diseguaglianza ha un potere esplicativo elevato*”<sup>48</sup>, una riflessione in questo senso appare obbligata. Riporiamo alcuni riferimenti contenuti nel Rapporto di OXFAM *La Pandemia della Diseguaglianza*, del gennaio 2022:

- ▶ in Brasile i neri hanno 1,5 volte più possibilità di morire di Covid-19 rispetto ai bianchi;
- ▶ negli USA i nativi americani, i latini e i neri hanno avuto da due a tre volte più probabilità di morire dei bianchi a causa del Covid-19 e l'aspettativa di vita si è ridotta in un anno di 2,9 anni per i neri e 3 anni per i latini rispetto ai 1,2 anni per i bianchi;
- ▶ in Australia e nel Regno Unito le persone più vulnerabili e i residenti nelle aree più povere hanno una probabilità da 2,6 a 4 volte maggiore di morire per la malattia rispetto alle persone più ricche<sup>49</sup>.

Per quanto riguarda il nostro Paese alcune prime analisi di questi aspetti erano state proposte e commentate nello scorso Rapporto OASI sempre nel paragrafo finale del Capitolo 2. Anche nel nostro Paese, considerando le caratteristiche sociodemografiche ed economiche dei territori, si evidenziava l'esistenza di un'associazione negativa tra diffusione e impatti relativi al Covid-19 e livelli di reddito e istruzione, nonché dimensioni delle famiglie<sup>50</sup>.

Armillei *et al.* (2020), utilizzando dati a livello comunale, aggiungevano la presenza di un forte gradiente geografico centro-periferia come spiegazione dei diversi andamenti della pandemia<sup>51</sup>. Nella prima fase della pandemia le aree più altamente colpite sono state quelle periferiche dove alle variabili economiche si aggiungono una struttura demografica con popolazione più anziana e distribuita territorialmente (le zone di montagna e le valli, aree interne con comuni più distanti dai centri attrattivi ed erogatori di servizi), con minore

<sup>48</sup> The Economist, Why have some places suffered more covid-19 deaths than others?, 31 luglio 2021.

<sup>49</sup> Si rimanda alla bibliografia contenuta nel Rapporto per le relative citazioni.

<sup>50</sup> La letteratura sui diversi fattori collegati alla diffusione e agli impatti della pandemia, dalle caratteristiche economiche e demografiche dei territori al clima, dal capitale sociale all'etnicità è molto ampia e crescente. In questa sede ricordiamo solo alcuni studi facilmente reperibili in rete: Davies (2021), Economic inequality and Covid-19 Death Rates in the First wave, a Cross-Country Analysis, CESIFO WP no. 8957; The Health Foundation (2021), Unequal pandemic, fairer recover: the Covid impact inquiry report; oltre ai Rapporti Annuali di OXFAM.

<sup>51</sup> Armillei F., Filippucci F., «Dai dati comunali una mappa del rischio coronavirus» in [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info), 25 agosto 2020.

presenza di servizi sanitari e sociosanitari. Le indicazioni dei successivi report a cura di ISTAT e ISS hanno confermato queste conclusioni<sup>52</sup>.

*La mortalità per la pandemia in Italia: una distribuzione disomogenea*

Prima che la pandemia da Covid-19 invertisse la tendenza, l'aspettativa di vita in Italia era in aumento, con le donne più longeve degli uomini e alcune significative differenziazioni regionali. Nel 2019 la speranza di vita alla nascita era in Italia di 81,13 anni per gli uomini con un range tra 82,05 anni in Umbria e 79,68 in Campania (Nord Italia 81,43 anni, Centro 81,61, Mezzogiorno 80,41). Per le donne, sempre secondo ISTAT, la speranza di vita era salita a 85,42 anni con valori più elevati in Trentino (86,45), Umbria (86,23) e Veneto e Marche (86,1) e più bassi ancora in Campania (83,92), Sicilia (84,17) e Basilicata e Calabria (84,8). Nel 2020 l'aspettativa di vita è scesa a livello nazionale a 79,8 anni per i maschi e 84,47 anni per le femmine. In valore assoluto la pandemia è risultata responsabile in un solo anno di una diminuzione della speranza di vita alla nascita di un anno per le donne e di 1,3 anni per gli uomini. In termini relativi differenze rilevanti in negativo si sono verificate in tutto il territorio nazionale per entrambi i sessi, con evidenze particolari nelle regioni del Nord (-2,23% per i maschi e -1,60% per le femmine) e in particolare in Lombardia (rispettivamente -3,27% e -2,25%). Nel 2021 l'aspettativa di vita è risalita in tutte le regioni italiane pur rimanendo ancora al di sotto dei valori pre-pandemici (80,14 anni per i maschi e 84,69 per le femmine).

Rispetto agli impatti dell'epidemia sulla mortalità totale, ISTAT stima in 178 mila decessi l'eccesso di mortalità totale, rispetto alla media 2015-2019, dall'inizio della pandemia (marzo 2020) a gennaio 2022<sup>53</sup>. Nel 2020 i decessi sono stati complessivamente 746.146, pari al valore più alto mai registrato dal secondo dopoguerra, con oltre 100mila morti in eccesso rispetto alla media verificata nel periodo 2015-2019. Nel 2021 il numero dei decessi è calato a 709.035, un valore comunque maggiore di 63mila unità rispetto alla media degli anni immediatamente precedenti. Occorre sottolineare che gran parte dell'eccesso dei decessi del 2021 si è verificato nel primo quadrimestre quando la copertura vaccinale era ancora molto bassa<sup>54</sup> e che, nel complesso, esistono diversi riferimenti e metodi per il calcolo complessivo delle morti da Covid-19, il che comporta consequenzialmente risultati anche sensibilmente diversi.<sup>55</sup>

<sup>52</sup> Cfr. il sesto e il settimo Rapporto ISTAT ISS, Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Ed. 2021 e 2022.

<sup>53</sup> ISTAT-ISS, *Settimo Rapporto ISTAT-ISS. Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anni 2020-2021 e gennaio 2022*, 2 marzo 2022.

<sup>54</sup> *Ibidem*, pag. 2.

<sup>55</sup> Alcuni autori valutano in maniera molto differente l'eccesso di mortalità dovuto alla pandemia. Blanciardo et. al. (2021) dell'Imperial College su Nature Communications stimavano valori inferiori a 100 mila unità, mentre l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Tralasciando queste valutazioni, quello che preme rimarcare in questa sede è la disomogeneità della diffusione nel nostro Paese degli impatti della pandemia su cui tutti gli studiosi concordano. Gli studi condotti evidenziano ampie differenze territoriali (a livello di macro aree, province e comuni) in termini di impatto della pandemia sulla mortalità.<sup>56</sup>

Considerando dapprima la distribuzione dei casi, la prima fase della pandemia è stata caratterizzata da un marcato gradiente Nord-Centro-Sud, con Veneto, Valle d'Aosta, Lombardia e P.A. di Bolzano come regioni maggiormente colpite. Rispetto ad un tasso di incidenza standardizzato nazionale del 2020 pari a 3.438 casi ogni 100.000 abitanti, i valori maggiori sono stati rilevati per la P.A. di Bolzano (5.395), il Veneto (5.156), la Valle d'Aosta (5.095) e la Lombardia (4.362). Nel 2021, di fronte ad un raddoppio dei casi dovuti alla variante Omicron, l'incidenza maggiore si è verificata ancora a Bolzano, ma con valori alti anche in Emilia-Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia. Le regioni con minor diffusione sono state nel 2020 la Calabria e la Basilicata, nel 2021 il Molise e la Sardegna.

Passando ai dati di mortalità le differenze regionali appaiono ancora più significative. Nel 2020, confrontando i tassi standardizzati sulla popolazione standard europea 2013, per quanto riguarda i decessi da Covid-19 si passava da valori per 100.000 abitanti superiori a 100 in Lombardia e Valle d'Aosta e comunque superiori a 50 in tutto il Nord Italia tranne il Friuli (46), a valori di 24 per il Molise e l'Umbria, a 23 per la Sardegna, a 21 per la Basilicata fino agli 11 per la Calabria<sup>57</sup>. Nel 2021 i tassi standardizzati di mortalità sono stati relativamente più omogenei sul territorio nazionale con maggiori livelli nelle regioni meridionali (Molise e Campania oltre le 50 unità, Puglia 49, Sicilia 45), anche se il picco è rimasto il Friuli (66), seguito dall'Emilia Romagna (51).

Rispetto a questi dati ISTAT nota che il gradiente Nord-Sud si è capovolto a sfavore del Centro-Sud e che quindi l'eccesso di mortalità del 2021 dovuto alla pandemia sia stato significativamente più alto al Centro e nel Mezzogiorno. Questo in un quadro che vede la percentuale di decessi da Covid-19 sul totale della mortalità passare dal 10,3% del 2020 all'8,3% del 2021. Per una trattazione più approfondita sull'impatto del Covid-19 in termini di esiti di salute, si rimanda al Capitolo 7 del presente Rapporto.

---

dell'Università di Seattle, responsabile anche del Global Burden of Disease, si spingeva fino a quasi 260mila decessi in più nel biennio 2020-2021, stima successivamente corretta e sulla quale sia ISS che ISTAT hanno espresso dubbi circa la sua fondatezza. Tuttavia, occorre ricordare per completezza di analisi che il sistema di sorveglianza Covid-19 potrebbe non aver conteggiato e quindi sottostimato i deceduti nella prima fase della pandemia non sottoposti a tampone per verificarne la positività, oltre ai deceduti, sempre nella prima fase, per polmonite e influenza in eccesso rispetto alla media degli anni precedenti e non diagnosticati Covid positivi.

<sup>56</sup> Ibidem.

<sup>57</sup> Nel 2020 i decessi Covid segnalati dal Sistema di sorveglianza integrata di ISS sono stati in Italia complessivamente 77.165 con un tasso standardizzato di 51 casi ogni 100.000 abitanti. Nel 2021 i decessi sono stati 58.705 e il tasso standardizzato è sceso a 40 casi.



### *Quali lezioni per il futuro*

Appare evidente che le azioni politiche e gli interventi sul SSN contenuti o meno nel PNRR dopo la crisi causata dalla pandemia coprono numerose aree e si prestino a valutazioni non sempre concordanti. Avendo come riferimento il tema della riduzione delle disuguaglianze e del loro impatto sullo stato di salute e benessere della popolazione, è logico adottare una prospettiva di lungo termine, introducendo interventi di carattere strutturale la cui declinazione è al centro delle misure previste dal PNRR.

Partendo dalle 5 aree/determinanti individuate nel Rapporto WHO, risultano infatti necessarie politiche di ampio respiro in grado di abbracciare e coordinare interventi molto diversificati: dal miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari (liste d'attesa, qualità dei servizi, costi a carico del cittadino) alle iniziative per favorire stili di vita sani e ridurre i rischi per la salute. La riduzione della povertà (reddituale, culturale, sociale) appare comunque l'elemento decisivo per la promozione della salute e la riduzione delle differenze sociali e di genere.

Un ultimo aspetto merita, tuttavia, di essere sottolineato anche in questa edizione del Rapporto OASI: la riduzione delle iniquità nella salute deve diventare sempre di più un obiettivo per il SSN e un motore di sviluppo dell'economia e della società nel suo insieme. Le risorse umane ed economiche messe in campo dal PNRR possono rappresentare una svolta in questa direzione.

## **2.7 Bibliografia**

- Anessi Pessina E. e Cantù E. (2012), «Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Buongiorno Sottoriva C., Furnari A. e Ricci A. (2021), «Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale: dinamiche evolutive e rimodulazioni delle principali specialità medico-chirurgiche», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Romiti A. (2017), «Il riaccentramento nel contesto pubblico: implicazioni per il governo dei sistemi e delle aziende sanitarie», *Azienda Pubblica*, 1:13-32.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), *Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis*, Vol. 18, No. 1.
- Furnari A. e Ricci A. (2016), «La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.

- Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., Betrán A.P., Merialdi M., Althabe F. (2010), «The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage», *World Health Report (2010)*, Background Paper, No. 30.
- Menn P. et al. (2012), «Direct Medical Cost of CODP – An Excess Cost Approach Based on two Population-Based Studies», *Respiratory Medicine*, 106:540-548.
- OECD (2013), «Health at a glance: Europe 2013», OECD Publishing.
- Peterson C.L. e Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», Report for Congress, Congressional Research Service. Disponibile [http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175\\_20070917.pdf](http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf)
- Rosano A., Loha C.A., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G. e de Belvis A.G. (2013), «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review», *The European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360.
- Thomas S., Burke S. (2012), «Coping with Austerity in the Irish Health System», *Eurohealth*, 18(1): pp. 7-9.
- Tragakes, E. e Lessof, S. (2003), «Health care systems in transition: Russian Federation», *European Observatory on Health Systems and Policies*, 5(3).
- WHO (2013), «Canada: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO (2011), «Portugal: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO European Region (2022), «Una vita sana e prospera per tutti in Italia. Rapporto sullo stato di salute in Italia», Relazione nazionale, Copenhagen: 2022
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Milano, Egea.