

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



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 Francesca Guerra, Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Natalia Oprea¹

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);
- ▶ la pandemia e le diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari (§2.6).

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 2.2 è da attribuirsi a Simone Manfredi e Natalia Oprea, il § 2.3 è da attribuirsi a Francesca Guerra e Natalia Oprea, il § 2.4 è da attribuirsi a Simone Manfredi e Natalia Oprea, il § 2.5 è da attribuirsi a Simone Manfredi, il § 2.6 è da attribuirsi ad Attilio Gugiatti. Si ringrazia Claudio Buongiorno Sottoriva per il prezioso supporto nella stesura del § 2.3.3.

Inoltre, il §2.7 presenta un glossario per aiutare il lettore nella terminologia adottata dagli autori.

Le fonti del capitolo sono così riassumibili²:

- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso: i) l'elenco delle Aziende sanitarie locali (relativi agli anni tra il 1997 e il 2023) e delle Strutture di ricovero (relativi agli anni tra il 1997 e il 2023); ii) l'Annuario statistico del SSN (1997-2021); iii) il dataset relativo alla dotazione di posti letto per struttura ospedaliera, per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2021); iv) i dati sui certificati di assistenza al parto (CeDAP, 2021); v) il Rapporto sulla Salute Mentale (2021);
- ▶ dati pubblicati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato nel Conto Annuale, rilevazione censuaria sulle amministrazioni pubbliche (ultimo anno disponibile: 2021);
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2023 (ultimo anno disponibile: 2021).

Al momento della stesura del presente capitolo (settembre 2023) non risulta ancora pubblicato il rapporto SDO relativo all'anno 2021. 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, coerentemente all'edizione OASI 2022.

2.2 Gli assetti istituzionali

L'autonomia delle regioni italiane nello stabilire la struttura del proprio sistema si è manifestata attraverso scelte molto diverse, creando una notevole eterogeneità tra le varie regioni 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. La classificazione attualmente adottata³ prevede

² 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.

³ A partire dal 2017, si è deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99. Il decreto stabilisce che le regioni sono responsabili 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 [...]». Pertanto, le aziende sanitarie territoriali sono responsabili di una specifica area territoriale, e hanno l'obbligo di mantenere i LEA e di erogare servizi direttamen-

la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde, le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia e 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. Gli enti intermedi sono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra l'Assessorato regionale e le aziende sanitarie e influenzano come queste ultime operano. Nel conteggio di questi enti sono stati inclusi solo quelli che occupano esclusivamente delle attività del SSR e quindi sono strettamente collegati alla riorganizzazione della sanità regionale⁴.

Per le attività di programmazione e analisi, le regioni italiane si organizzano attraverso diversi apparati amministrativi, spesso istituendo un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). Attualmente, sei regioni dispongono di un'ASR come parte dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna e Lombardia⁵. È importante notare che altre regioni, come Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Umbria, Veneto, Lazio, Campania e Liguria, hanno invece eliminato la propria Agenzia⁶ negli ultimi due decenni, decidendo di trasferire le sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti. L'ultima modifica in questa direzione è avvenuta in Emilia-Romagna che ha recentemente riorganizzato le sue strutture tecnico-amministrative, sopprimendo l'Agenzia sanitaria e sociale regionale⁷. Le modifiche includono anche l'istituzione di un nuovo Settore dedicato all'innovazione nei servizi sanitari e sociali, al fine di potenziare l'assessorato regionale. Queste configurazioni regionali riflettono diversi approcci nell'organizzazione e nel coordinamento delle strutture sanitarie regionali, ciascuno con il proprio modello di *governance*.

Nel contesto dell'organizzazione degli assetti istituzionali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), va sottolineato l'interesse crescente di numerose regioni verso la costituzione di enti intermedi. Attualmente, se ne contano 20, che pos-

te. 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.

⁴ Nonostante la rilevanza delle funzioni svolte per il settore sanitario, alcuni enti presenti sul territorio regionale (es. Aria in Lombardia, Intercenter in Emilia-Romagna e So.Re.Sa in Campania) sono stati esclusi perché non operanti esclusivamente in sanità, ma anche per altri soggetti come i Comuni.

⁵ L'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), costituita nel 2016 e formalmente prevista dalla legge regionale del 2015, ha il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi precisi di monitoraggio delle performance.

⁶ 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.

⁷ Delibera Giunta Regionale n. 325 del 7/03/2022, Delibera Giunta Regionale n. 1615 del 28/09/2022.

sono essere differenziati in base ai ruoli e alle responsabilità assegnate. Alcuni esercitano funzioni di governo, come la pianificazione e la programmazione operativa. Altri svolgono funzioni di supporto amministrativo e/o operativo, come la distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio delle attività (Del Vecchio e Romiti, 2017).

Nel panorama dei vari SSR possiamo distinguere 3 «macro-tendenze». La prima si è manifestata attraverso un sistema commisto di enti con funzioni di governo insieme ad enti principalmente con funzioni di coordinamento. Un esempio è la riforma sanitaria della L.R. 23/2015 in Lombardia, che oltre alle ATS (Agenzie di Tutela della Salute), che esercitano funzioni di governo e rappresentano un livello intermedio tra il governo della regione e le ASST (Aziende socio-sanitarie territoriali), sono presenti tre ulteriori enti intermedi con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU - Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, l'Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo e l'Agenzia di Controllo - ACSS).

In seguito, altre regioni hanno adottato scelte diverse per riformare il proprio sistema sanitario. Ad esempio, la Liguria, con la L.R. 17/2016 ha istituito A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), e il Veneto, con la L.R. 19/2016, che ha ridotto il numero di ULSS da 21 a 9 e istituito l'Azienda Zero. Più recentemente, anche il Lazio e il Piemonte hanno intrapreso una via simile con la creazione rispettivamente dell'Azienda Lazio.0 (L.R. 17/2021) e dell'Azienda Zero (L.R. 26/2021). A partire dal 2019, Friuli-Venezia Giulia, con la L.R. 27/2018, ha istituito l'ARCS (Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute) che ha ampliato il ruolo all'interno del SSR. Come emerge dalla Figura 2.1 gli enti sopracitati svolgono sia un ruolo di governo sia di supporto amministrativo e operativo.

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

Supporto amministrativo e operativo	Sì	<ul style="list-style-type: none"> – Agenzia dei controlli (Lombardia) – Agenzia di promozione del SSL (Lombardia) – AREU (Lombardia) – Estar (Toscana) – CRAS (Umbria) – ARES 118 (Lazio) – AREUS (Sardegna) 	<ul style="list-style-type: none"> – A.Li.Sa (Liguria) – Azienda Zero (Veneto) – ARCS (Friuli Venezia Giulia) – ARES (Sardegna) – Azienda Zero (Piemonte) – Azienda.0 (Lazio)
	No		<ul style="list-style-type: none"> – ATS (Lombardia)
		No	Sì

Funzioni di governo

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

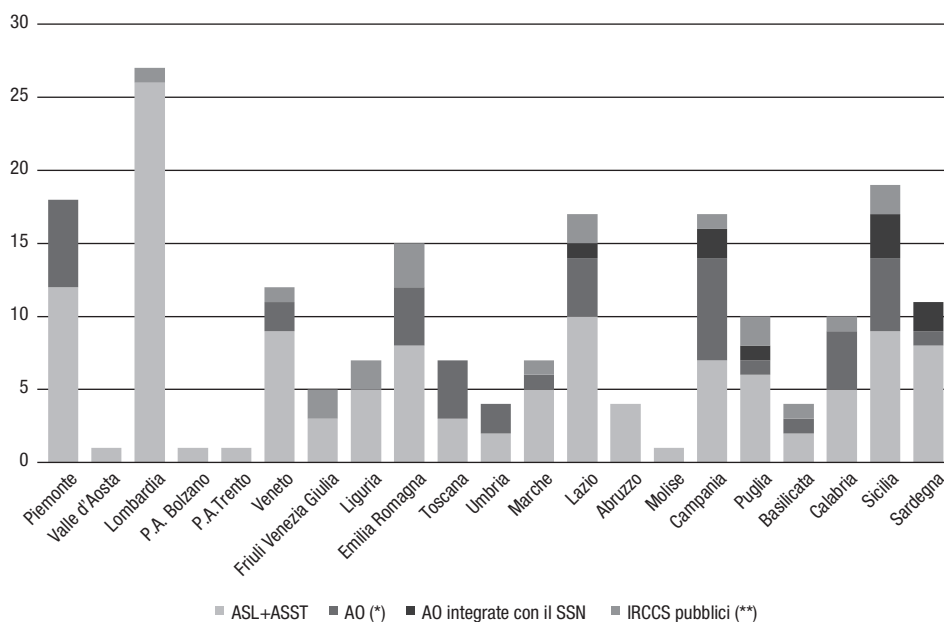
Infine, altri attori intermedi svolgono attività di supporto amministrativo e operativo nelle regioni. Oltre ai già citati enti intermedi lombardi, citiamo l'Estar toscano (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale), l'ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118) del Lazio, l'AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra.

2.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

La Figura 2.2 presenta un quadro generale delle principali aziende nei sistemi sanitari regionali: ASL (e ASST), AO, Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN, IRCCS Pubblici aggiornato a giugno 2023⁸.

Diverse ondate di riforme, iniziate nei primi anni '90, hanno avuto come conseguenza il riassetto dei SSR e la riduzione, a livello nazionale, del numero di aziende sanitarie territoriali. Nell'arco di poco più di due decenni osservati,

Figura 2.2 Ricognizione degli enti pubblici dei SSR (2023)



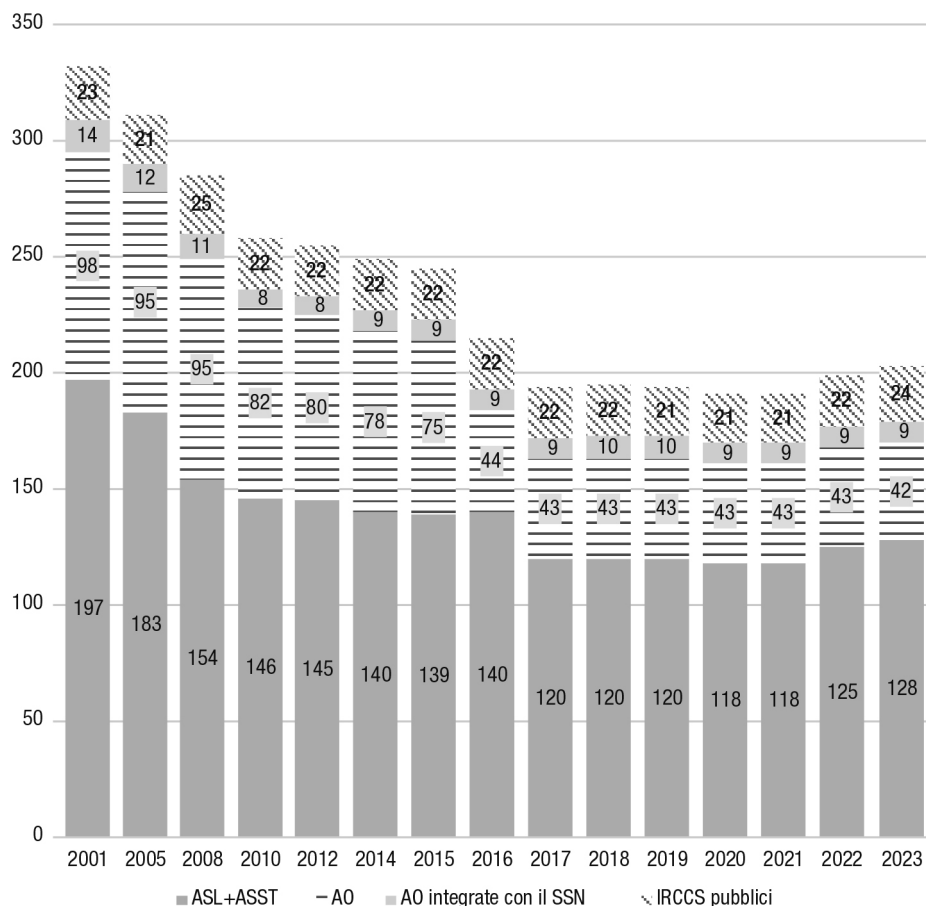
(*) Per AO si intende la somma della Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

(**) In questa rappresentazione gli IRCCS pubblici sono al netto delle Fondazioni IRCCS per una maggiore comparabilità. Tuttavia, va precisato che in Lombardia le cinque Fondazioni IRCCS sono da considerarsi parte integrante delle strutture di ricovero pubbliche, portando quindi il numero da 19 a 24 IRCCS sul territorio nazionale.

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

⁸ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.3 **Aziende d'erogazione pubbliche del SSN, per anno e tipo di azienda (2001-2023)**



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

il numero delle aziende è diminuito da 197 nel 2001 a 128 nel 2023 (Figura 2.3). Durante questo periodo, molte regioni hanno avviato processi di fusione con l'obiettivo di cercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende sanitarie. La prima accelerazione di queste fusioni si è verificata tra il 2007 e il 2012, soprattutto nelle regioni soggette ai Piani di Rientro (PdR), dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tre le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo 2012)⁹. Nella seconda ondata, tra 2015-2017, i riordini

⁹ 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).

dei SSR sono seguiti nelle regioni del Centro-Nord Italia. Tuttavia, negli ultimi due anni, è stata osservata un'inversione di tendenza limitata ad alcune regioni medio-piccole. L'ultima modifica è stata introdotta dalla riforma della sanità nella regione Marche, che istituisce 5 Aziende Sanitarie Territoriali al posto della precedente ASUR.

In seguito ai vari processi di riordino, ora esistono numerosi modelli regionali con diverse configurazioni istituzionali e architetture di gruppi sanitari pubblici a livello regionale. In alcune regioni di dimensioni limitate e/o con bassa densità abitativa (come Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento¹⁰, Provincia Autonoma di Bolzano e Molise), sono state create ASL (Aziende Sanitarie Locali) uniche. Nelle altre regioni, le ASL tendono a coincidere con le unità provinciali¹¹, con alcune eccezioni dove esistono ASL che coprono bacini d'utenza pluri-provinciali, e la Lombardia, dove sono presenti diverse ASST con confini sub-provinciali. Sempre in Lombardia, nel corso dell'ultimo anno, il numero di ASST è passato a 26 a causa della trasformazione dell'ASST di Monza in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS) San Gerardo dei Tintori.

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 42 (-57%)¹². L'ultima modifica è stata adottata nella regione Marche con la riforma del 2022, dove rimane la sola Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, essendo l'AO «Ospedale Riuniti Marche Nord» incorporata nelle Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro-Urbino.

Una conseguenza della progressiva riduzione del numero di aziende è stata la loro crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media per ASL pari a 458.792 utenti a gennaio 2023¹³. La regione con la popolazione media più elevata è la Toscana (1.217.051 abitanti), seguita da Campania (798.882) e Puglia (650.142). La popolazione aziendale media più bassa, invece, si registra nella regione più piccola in termini di dimensioni e numero di abitanti (Valle d'Aosta - 122.955 abitanti). Insieme alla Valle d'Aosta, Sardegna (196.879), Basilicata (268.330), Molise (289.840) e Marche (296.168) sono le regioni con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti. Rispetto all'anno precedente, la situazione è tuttavia differente e mostra un progressivo aumento del numero di regioni con bacini di utenza dimensionali più contenuti. Nel

¹⁰ Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2023.

2021, erano solo due le regioni con una popolazione media per ASL inferiore ai 300.000 abitanti, ovvero Valle d'Aosta e Basilicata.

Gli enti pubblici dei SSR includono anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Attualmente, ci sono 9 Aziende Ospedaliero-Universitarie concentrate principalmente nel Centro e Sud Italia, e 19 IRCCS pubblici¹⁴, escluse le 5 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia, che insieme portano il numero totale degli istituti di ricerca a 24 sull'intero territorio nazionale.

2.2.2 I Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹⁵

Il presente sotto-paragrafo si articola in tre dimensioni di analisi: la prima si concentra sull'età media degli attuali DG delle aziende sanitarie pubbliche 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. Ulteriori contributi affini a questi temi sono disponibili nel Rapporto OASI 2019 ai capitoli 8, con un focus sulla professione del Direttore Generale, e 16, che analizza il fenomeno della «femminilizzazione» dei ruoli apicali in sanità.

La prima dimensione di analisi rispetto i profili dei DG in carica nelle aziende pubbliche dei SSR riguarda l'età media e il genere, indagati a livello nazionale e regionale (Tabella 2.1 e Tabella 2.2). Per quanto riguarda l'età, il valore medio nazionale per il 2022 è pari a 60 anni e due mesi. Rispetto al primo anno di osservazione dei dati relativi all'età anagrafica dei DG (2020), si nota l'aumento di un anno e tre mesi dell'età media nazionale dei DG attualmente in carica.

Analizzando la distribuzione dei DG in termini di genere, anche nel 2023 si perpetua il forte sbilanciamento verso direttori generali di sesso maschile (157) rispetto alle parigrado di sesso femminile che risultano essere 41, pari ad appena il 21% del totale (Figura 2.4). Le donne risultano in minoranza in tutti i SSR, con l'eccezione di Emilia-Romagna, Toscana e Marche dove si riesce a malapena a raggiungere la parità. Al contrario, non si è osservata la presenza di alcuna DG di aziende sanitarie pubbliche di sesso femminile in Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Liguria, Umbria, Molise. Nonostante ciò, l'attuale percentuale di donne risulta la più alta registrata: infatti, nel 2000 i DG di sesso femminile erano appena il 2% del totale. Da quel momento si è

¹⁴ 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>.

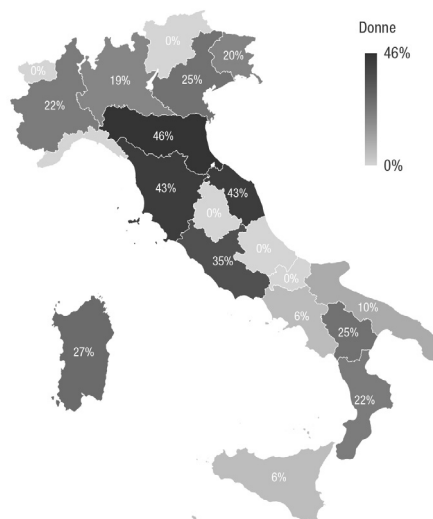
¹⁵ La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti web delle Aziende e delle testate giornalistiche locali. A partire dal 2020, il database comprende anche i dati delle aziende ospedaliero universitarie integrate con il SSN e degli IRCCS pubblici.

Tabella 2.1 **Età media dei DG, per regione e tipo di azienda (2023)**

Regione	AO	ASL e ASST	IRCCS	Totale complessivo*
Abruzzo		62,8		62,8
Basilicata	54,0	61,0		58,7
Bolzano		58,0		58,0
Calabria	65,0	62,0		63,5
Campania	61,2	59,6	65,0	60,8
Emilia-Romagna	64,0	61,6	56,0	61,3
Friuli-Venezia Giulia		55,3	57,0	56,0
Lazio	57,6	55,9	66,5	57,6
Liguria		60,6	62,5	61,1
Lombardia		61,0	64,2	61,5
Marche	63,0	61,4	55,0	60,7
Molise		54,0		54,0
Piemonte	57,3	59,8		59,0
Puglia	57,5	58,3	56,0	57,7
Sardegna	54,7	59,6		58,3
Sicilia	63,3	59,7	58,0	61,1
Toscana	55,5	62,3		58,4
Trento		61,0		61,0
Umbria	59,0	64,0		61,5
Valle D'Aosta		65,0		65,0
Veneto	64,0	61,8	64,0	62,3
Totale complessivo	60,0	60,2	61,0	60,2

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

Fonte: OASI, 2023

Figura 2.4 **% DG aziende sanitarie pubbliche donne sul totale dei DG per regione (2022)**

Fonte: OASI, 2023

Tabella 2.2 **Durata media in carica dei DG, per regione e tipo di azienda (1996-2023 e 1996-2005)**

Regione	A0	ASL e ASST	Totale 1996-2023*	Totale 1996-2005*
Abruzzo		3,7	3,7	4,2
Basilicata	3,0	3,0	3,0	3,3
Bolzano		7,8	7,8	7,5
Calabria	2,2	1,6	1,7	1,7
Campania	3,9	3,0	3,5	4,1
Emilia-Romagna	5,0	4,1	4,2	3,9
Friuli-Venezia Giulia	3,5	3,3	3,4	4,0
Lazio	2,7	2,9	2,9	2,7
Liguria	4,9	3,6	4,0	3,1
Lombardia		4,9	4,9	4,1
Marche	3,8	2,8	3,0	3,1
Molise		3,8	3,8	4,0
Piemonte	3,2	3,3	3,3	3,5
Puglia	4,1	3,0	3,4	3,8
Sardegna	3,2	2,3	2,5	3,1
Sicilia	3,5	3,0	3,3	2,9
Toscana	4,3	4,0	4,1	3,8
Trento		4,0	4,0	5,0
Umbria	3,3	2,6	2,8	2,7
Valle d'Aosta		2,8	2,8	2,5
Veneto	4,1	4,5	4,5	4,2
ITALIA	3,6	3,6	3,6	3,6

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

Fonte: OASI, 2022

assistito a una crescita costante che rimane però troppo lontana dalla parità di genere¹⁶.

Proseguendo l'analisi dei profili dei direttori generali, la Tabella 2.2 mostra la durata media¹⁷ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2023. La durata media nazionale è pari a 3 anni e sei mesi. Tale dato risulta invariato rispetto al periodo 1996-2005 e sottolinea l'aderenza ai 4 anni di durata teorica di molti incarichi regionali di direttori generali (nella maggior parte dei casi rinnovabili). Permangono, comunque, forti differenze tra regioni, dagli 1,7 anni della Calabria ai 7,8 della PA di Bolzano.

La terza dimensione di indagine si concentra sul grado di «professionalizzazione» dei DG considerando due variabili:

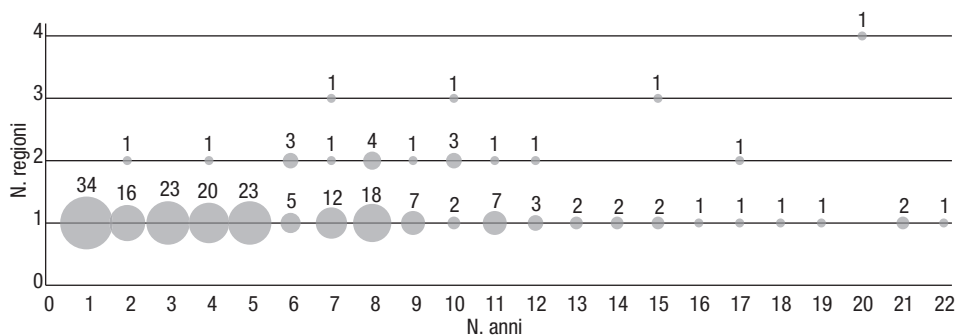
¹⁶ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

¹⁷ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni n considerati per una determinata azienda (con $1 \leq n \leq 28$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

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

La Figura 2.5 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 204 persone che attualmente ricoprono il ruolo di direttore generale in Aziende Territoriali, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Policlinici¹⁸. Tra i DG considerati, si osserva che quasi metà ricopre il ruolo da quattro o meno, mentre in 34 (il 17% del totale) hanno maturato un'esperienza almeno decennale. Inoltre, il grafico mostra come siano ampiamente prevalenti i DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa il 90%.

Figura 2.5 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (2023)**



Fonte: OASI, 2023

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 ospedaliera e territoriale. Tali dinamiche di razionalizzazione, tuttavia, hanno visto un momento di arresto nell'anno 2020 a causa della pandemia da Covid-19, durante il quale alcuni dei fenomeni analizzati in questo contributo hanno assistito a una marcata inversione di tendenza.

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture sanitarie¹⁹.

¹⁸ Fino al 2020, la figura riportava i dati relativi a DG di aziende territoriali e ospedaliere.

¹⁹ Secondo l'attuale schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, adottato dal Ministero

2.3.1 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 (Figura 2.6), registrano 451 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 572 strutture private accreditate. La figura permette di apprezzare come le strutture pubbliche siano diminuite molto drasticamente negli ultimi 20 anni a differenza di quelle private, per le quali registriamo una diminuzione decisamente meno marcata²⁰. Concentrando l'analisi sulle strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (409 in totale). Questi sono stati nel tempo accorpati 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 2014-2016²¹ e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie.

La Tabella 2.3 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 721 e 759 PL nel 2021. Gli IRCCS, i presidi a gestione diretta delle Aziende territoriali e gli ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 291, 244 e 241 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 90 PL accreditati per la degenza ordinaria.

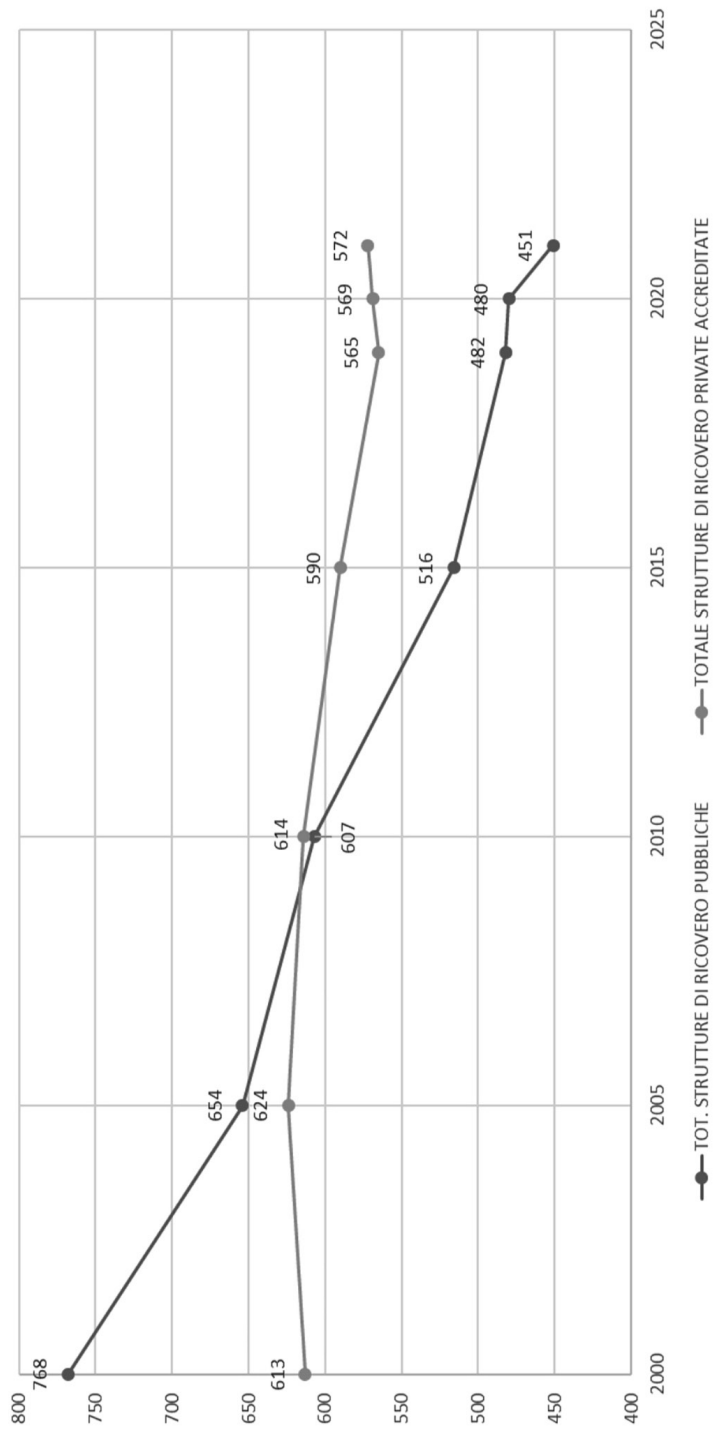
La variazione positiva di PL nel biennio 2020-2021 è in contrasto con il trend di riduzione nelle dimensioni medie delle strutture registrato negli ultimi anni ma è da ricondursi alla pandemia da Covid-19 soprattutto per quanto riguarda le AO, AO integrate con università e AOU integrate SSN, che hanno dovuto rafforzare la propria dotazione per fronteggiare l'emergenza pandemica.

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.

²⁰ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

²¹ 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).

Figura 2.6 **Strutture di ricovero accreditate pubbliche e private (2000-2021)**

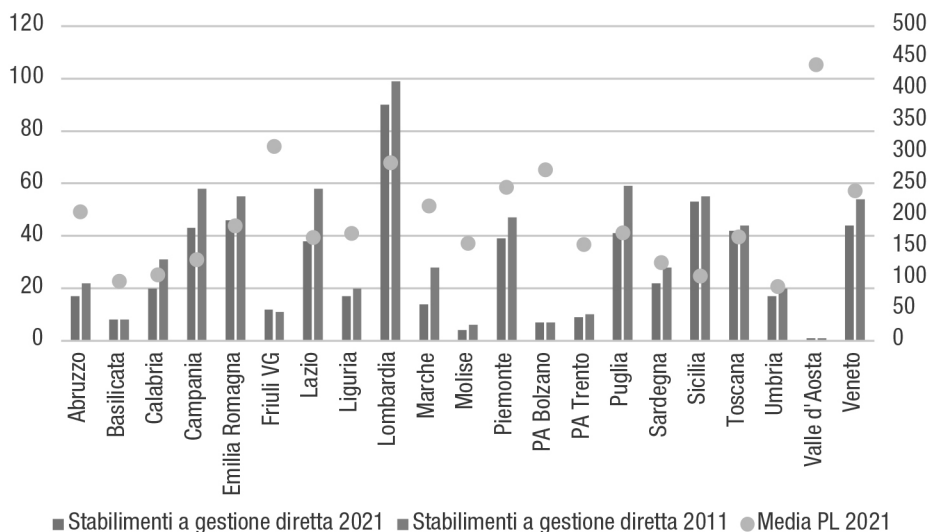


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

Tabella 2.3 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2021)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021	Variazione 2021-2000	Variazione 2021-2020
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	199	209	216	212	244	32,6%	15,0%
AO e AO integrate con università	774	660	680	664	664	662	721	-6,8%	9,0%
AOU integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	832	620	667	642	638	651	759	-8,8%	16,5%
IRCCS pubblici e privati	247	224	221	226	231	232	291	17,7%	25,4%
Ospedali classificati	223	211	207	211	210	202	241	8,2%	19,4%
Case di cura private accreditate	89	85	82	81	84	83	90	0,7%	7,9%

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

Figura 2.7 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2021) e dimensione media (asse dx; 2021)**

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

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 2.7 confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde²²) nel 2011 e nel 2021. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse

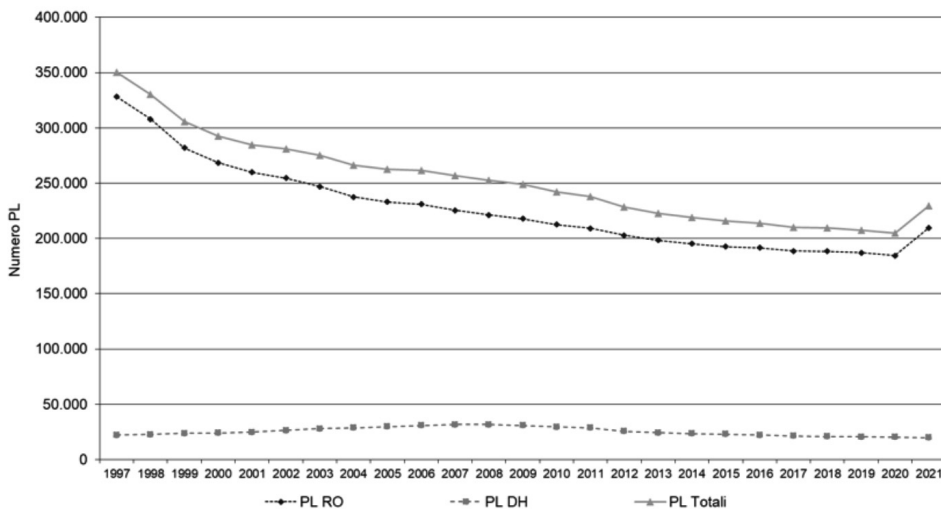
²² Già in base alla L.R. 31/97 le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa adesso riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASST.

regioni, gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 137 unità a livello nazionale.

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 2020, nel 2021 il numero degli stabilimenti è rimasto invece invariato. I dati dimensionali evidenziano anche per il 2021 un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud, del Centro e delle Isole (rispettivamente 147, 159 e 109 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (242). Infine, all'interno del trend di diminuzione dei PL totali negli ultimi 10 anni (in Italia -7650 fra il 2011 e il 2021), si è assistito a una inversione di tendenza fra gli anni 2020 e 2021 con un aumento di 12.532 PL causato dalla necessità di fronteggiare i mesi più duri della pandemia da Covid-19.

La Figura 2.8 mostra l'andamento del numero di posti letto in Italia dal 1997 al 2021²³. Nel 2021 il SSN italiano disponeva di 229.464 PL, di cui 209.568 (91,3%) per degenza ordinaria e 19.896 (8,7%) per ricoveri diurni (day hospital – DH e day surgery – DS). Come precedentemente ricordato, il dato è aggiornato al 01/01/2021 e mostra quindi la fotografia delle dotazioni di PL a seguito dell'inizio della pandemia da Covid-19. Tutte le considerazioni riportate dovranno quindi tenere conto di questa contingenza.

Figura 2.8 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2021)**



Note: dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento

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

²³ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 34,5%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-36,1%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno hanno subito una contrazione meno marcata (-2.170 unità, pari al -9,8%). 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 già stati evidenziati da precedenti contributi del Rapporto (Furnari e Ricci, 2016; Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021).

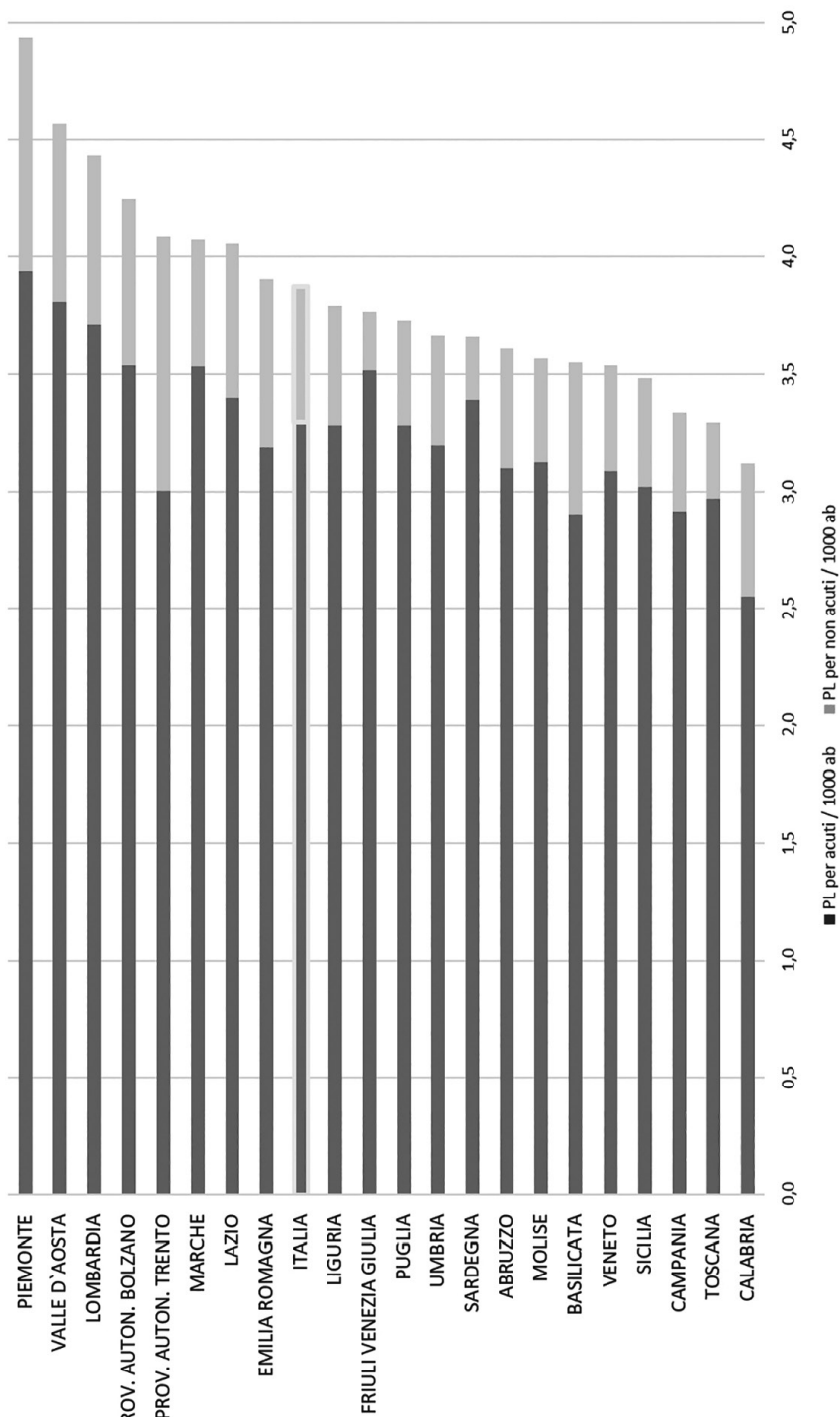
Rispetto alle indicazioni del D.L. 95/2012, nel 2020 la dotazione media nazionale di PL SSN²⁴ – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – risulta pari a 3,3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.9). La maggior parte delle regioni (ad eccezione di Abruzzo, Molise e Basilicata, che raggiungono il 3,6, Veneto e Sicilia il 3,5, Campania e Toscana il 3,3 e Calabria il 3,1) ha aumentato la propria dotazione di PL, raggiungendo l'obiettivo di 3,7 per 1.000 abitanti. Per quanto riguarda i target specifici, tutte le regioni escluse Campania, Toscana e Calabria presentano dotazioni superiori ai 3 PL per 1.000 abitanti per acuti: le dotazioni più elevate negli acuti si registrano in Piemonte (3,9), Valle d'Aosta (3,8), Lombardia (3,7). Invece, considerando il target per i non acuti, la PA di Trento, il Piemonte, la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna, la Lombardia, la PA di Bolzano e il Lazio raggiungono (o superano nel caso delle prime tre) il target di 0,7 PL/1.000 abitanti.

Gli aggiornamenti recenti del database dei PL del Ministero della Salute comprendono 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 2.4 riporta il numero di PL totali delle principali discipline ospedaliere e il peso relativo rispetto al totale della dotazione SSN. La disciplina

²⁴ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Figura 2.9 **Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2021)**



Note: dai calcoli sono esclusi i PL per degenze a pagamento

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

Tabella 2.4 **Numero di PL totali per disciplina (2021)**

Disciplina	PL	%PL SSN	%PL SSN cumulata
Medicina generale	40.633	17,59%	17,59%
Recupero e riabilitazione	23.145	10,02%	27,61%
Chirurgia generale	20.296	8,79%	36,40%
Ortopedia e traumatologia	17.057	7,38%	43,78%
Ostetricia e ginecologia	13.204	5,72%	49,50%
Malattie infettive e tropicali	9.710	4,20%	53,70%
Terapia intensiva	8.720	3,78%	57,48%
Cardiologia	8.473	3,67%	61,14%
Lungodegenti	7.994	3,46%	64,60%
Urologia	5.989	2,59%	67,20%
Pneumologia	5.770	2,50%	69,70%
Neurologia	5.571	2,41%	72,11%
Pediatria	5.113	2,21%	74,32%
Psichiatria	5.067	2,19%	76,51%
Oncologia	4.797	2,08%	78,59%
Altre discipline	4.149	21,41%	100,00%

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

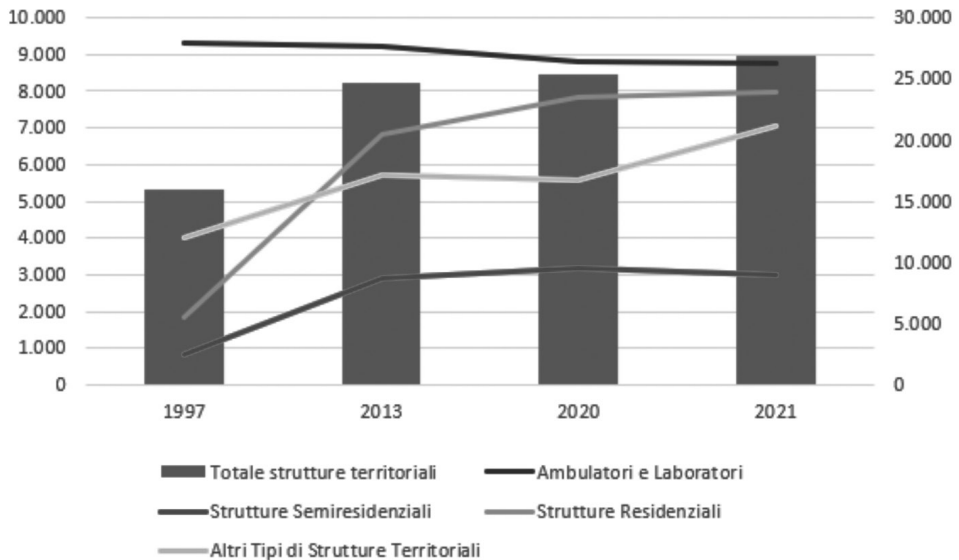
che detiene il maggior numero di PL è la medicina generale, con 30.450 PL (14,9% del totale SSN), seguita da recupero e riabilitazione (23.089 PL, 11,3%) e chirurgia generale (20.789 PL, 10,1%). Le prime 15 discipline assommano in totale il 78,6% dei PL del SSN.

2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La maggiore attenzione rivolta all'assistenza territoriale con l'obiettivo di rafforzarne 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 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;

Figura 2.10 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2021)**

(*) 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

- ▶ 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 Figura 2.10 rappresenta l'andamento delle strutture territoriali (pubbliche e private accreditate) nel periodo 1997-2021²⁵. Rispetto al 2020, si registra una riduzione pari a 0,3 punti percentuali nel numero di ambulatori e laboratori, confermando il trend decrescente registrato nella rilevazione del 2020. Più marcata la riduzione delle strutture semiresidenziali che diminuiscono di 5,8 punti percentuali. Le altre tipologie di strutture, al contrario, registrano un trend crescente: le «altre strutture territoriali» (centri dialisi, centri di salute mentale, etc.) vedono un incremento di 27,1 punti percentuali dal 2020, e del 16,8 per quelle residenziali. L'aumento di queste ultime due tipologie di strutture ha più che compensato la riduzione del numero di ambulatori e laboratori e del numero di strutture semiresidenziali, in un trend di generale aumento delle strutture territoriali, come mostrato in figura.

²⁵ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

2.3.3 Il personale del SSN

Il personale è un elemento chiave del Servizio Sanitario Nazionale, di rilevante importanza per una completa comprensione delle aziende sanitarie. Si tratta di una risorsa critica, poiché la qualità dei servizi erogati dipende in massima misura dalle persone che contribuiscono a erogarli, oltre a costituire una quota significativa dei costi del sistema sanitario.

La Figura 2.11 mostra l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN²⁶ tra il 2001 e il 2021, distinguendo i diversi ruoli professionali²⁷. Nel corso degli anni, il numero totale dei dipendenti è diminuito, passando da 689.475 unità nel 2001 a 670.566 nel 2021 (una diminuzione del 2,7%)²⁸. Tuttavia, a partire dal 2017 si è verificata una inversione di tendenza, con un leggero incremento annuale fino al 2019 e un aumento più rilevante nel biennio 2020-2021, influenzato dalle politiche di risposta alla pandemia del Covid-19. Distinguendo per i diversi profili professionali, nel 2021 si registravano 108.250 medici, 280.315 infermieri e 123.143 operatori tecnici e sociosanitari.

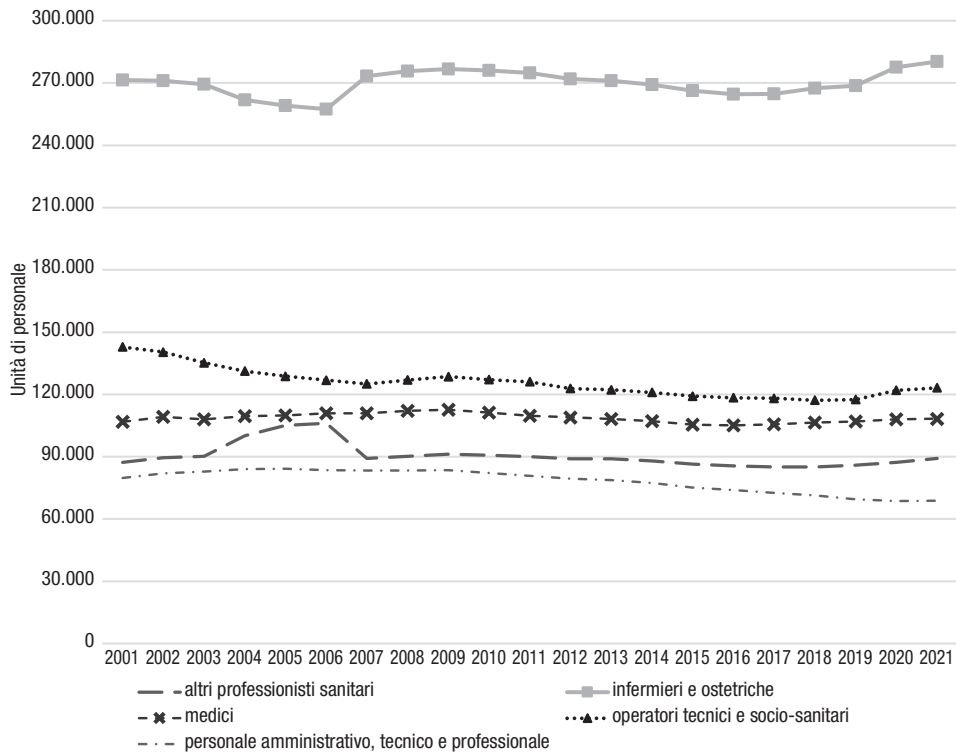
Nel periodo di osservazione, dal 2001 al 2021, emergono tre diverse tendenze nell'organico del SSN. Tra il 2001 e il 2010, l'organico è rimasto sostanzialmente stabile (-0,1%). Tuttavia, è possibile osservare andamenti eterogenei tra medici, infermieri, personale tecnico-amministrativo (+4,3%, +1,7% e +3,1%, rispettivamente) e operatori tecnici e sociosanitari (-11%). A partire dal 2011 si è invece evidenziato un marcato trend di contrazione, visibile fino al 2019, che ha comportato una riduzione complessiva del personale pari a 4,9%, con la maggiore riduzione tra il personale tecnico-amministrativo (-14%) e tra gli operatori tecnici sociosanitari (-6,8%).

La pandemia da Covid-19, come già descritto anche nel Rapporto OASI precedente, ha avuto un profondo impatto sul dimensionamento dell'organico del SSN, con variazioni significative tra i vari ruoli. Nel lasso di tempo 2019-2021, abbiamo osservato un incremento degli operatori tecnici e sociosanitari (4,8%), del personale infermieristico e ostetrico (4,4%), e dei vari professionisti sanitari (3,8%), mentre i medici hanno registrato un aumento inferiore (1,1%). Per comprendere meglio questa tendenza, abbiamo confrontato il numero assoluto di professionisti nel periodo 2019-2021 con quello del periodo precedente

²⁶ Sono inclusi i dipendenti appartenenti al CCNL Sanità.

²⁷ Nella categoria 'altri professionisti sanitari' rientrano i professionisti sanitari diversi da medici ed infermieri iscritti ad un ordine professionale (ad es. chimici, farmacisti, odontoiatri, psicologi, dirigenti sanitari non medici). Come 'personale amministrativo, tecnico e professionale' si intendono figure non sanitarie con ruolo amministrativo o compiti specifici (ad es. dirigenti amministrativi, dirigenti ruolo tecnico, architetti, avvocati, informatici). Infine, nella categoria 'operatori tecnici e sociosanitari' sono inclusi i profili con ruolo tecnico di natura non professionale, ovvero principalmente operatori sociosanitari e operatori tecnici addetti all'assistenza.

²⁸ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.11 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2021)**

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

2010-2019. Durante il decennio precedente, c'erano state significative riduzioni nel personale infermieristico e ostetrico (-7.360 unità), negli operatori tecnici e socio sanitari (-9.522 unità) e nei medici (-4.247 unità). Tuttavia, nel solo periodo 2019-2021, abbiamo assistito ad un aumento del personale infermieristico e ostetrico (+11.678 unità), degli operatori sociosanitari (+5.585) e dei medici (+1.206). Nonostante questi incrementi, i numeri rimangono modesti e non sono ancora sufficienti per colmare i vuoti accumulati nel decennio precedente o a soddisfare eventuali aumenti degli standard di servizio. In particolare, la dotazione di professionisti infermieri e ostetriche in Italia risulta ancora notevolmente sottodimensionata, specialmente se confrontato il rapporto medici/infermieri con altre realtà internazionali, sia europee che extra europee (si veda il § 2.5 per maggiori informazioni a riguardo). Inoltre, è necessario considerare l'età media dei professionisti del settore. Nel 2021, l'età media dei medici era di 50,5 anni, 46,8 anni per il personale infermieristico e ostetrico e di 52,5 anni per il personale tecnico-amministrativo.

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 2021 registrano 40.250 MMG e 7.022 PLS (Tabella 2.11). Nel corso degli ultimi anni, sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti. Tra il 2020 e il 2021, si è verificata una diminuzione di 1.457 unità di MMG (-3,5%) e 263 unità di PLS (-3,6%). Inoltre, la media di assistiti per ogni MMG è aumentata del 8,6% rispetto al dato del 2013 raggiungendo un valore medio 1.260 assistiti per medico. Per quanto riguarda le scelte per professionista, la P.A. Bolzano si conferma come quella con il numero massimo sia per gli MMG (1.519) sia per i PLS (1.207). In linea con gli anni precedenti, 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 l'Emilia-Romagna). In tutte le regioni si registra un numero medio di scelte superiore a quota 1.000 per gli MMG. È opportuno ricordare

Tabella 2.5 **Numero MMG e PLS, numero medio di scelte e diffusione dell'indennità associativa, per regione (2021)**

Regione	Numero MMG	Numero scelte MMG	% MMG con indennità per attività in forma associativa	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con indennità per attività in forma associativa
Piemonte	2.882	1.303	72,9	375	1.076	42,4
Valle D'Aosta	79	1.352	64,6	14	916	85,7
Lombardia	5.774	1.430	70,0	1.121	963	66,5
P.A. Bolzano	292	1.519	45,2	61	1.207	85,2
P.A. Trento	330	1.436	80,0	70	912	100,0
Veneto	2.995	1.408	79,5	538	986	84,9
Friuli-Venezia Giulia	768	1.377	82,8	116	968	17,2
Liguria	1.054	1.239	71,3	156	915	78,8
Emilia-Romagna	2.850	1.351	84,3	595	812	71,3
Toscana	2.653	1.221	72,2	448	966	60,3
Umbria	719	1.055	75,8	105	805	53,3
Marche	1.042	1.253	83,1	166	898	57,2
Lazio	4.244	1.186	74,1	741	800	66,7
Abruzzo	1.036	1.074	58,6	147	854	76,9
Molise	244	1.084	20,9	36	745	36,1
Campania	3.631	1.278	49,3	730	887	61,5
Puglia	3.144	1.100	75,1	538	782	83,1
Basilicata	435	1.098	61,4	56	849	62,5
Calabria	1.089	1.325	35,8	186	962	77,4
Sicilia	3.871	1.078	49,9	656	781	74,5
Sardegna	1.118	1.200	46,6	167	760	44,3
ITALIA 2021	40.250	1.260	67,5	7.022	890	67,5
ITALIA 2020	41.707	1.238	68,3	7.285	883	66,5
ITALIA 2013	45.203	1.160	70,1	7.705	890	65,9

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2021

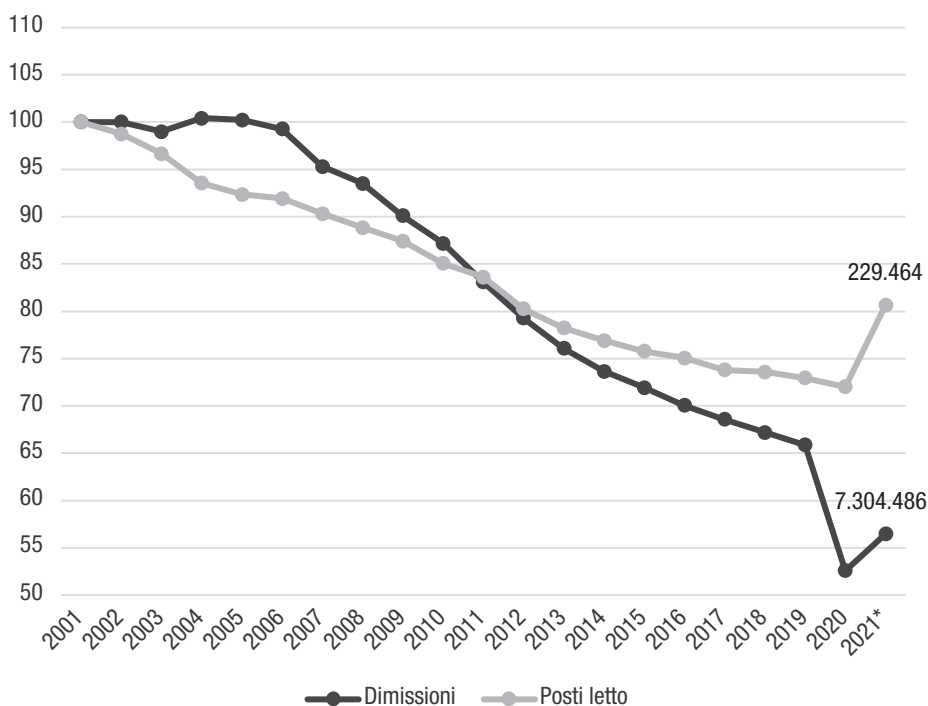
che il contratto dei medici di medicina generale e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di arrivare in deroga fino agli 880 assistiti. Tra i 6 e i 14 anni d'età, inoltre, il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal medico di famiglia. La Tabella 2.5 fornisce anche la percentuale di medici che sono organizzati in forma associativa e, di conseguenza, ricevono l'indennità collegata prevista negli accordi collettivi nazionali e regionali integrativi. Tra le regioni con i tassi più alti, si distinguono l'Emilia-Romagna (84,3%) e la PA di Trento per i pediatri (100%). È rilevante notare come nel periodo tra il 2013 e il 2021 la percentuale di medici organizzati in forma associativa è diminuita leggermente per gli MMG (-2,6 punti percentuali). Questo fenomeno può essere attribuito, in parte, all'aumento dell'anzianità professionale all'interno della categoria (il 75% dei MMG ha oltre 27 anni di anzianità di laurea, contro il 65% del 2013, e soltanto 1,6% dei MMG hanno meno di 6 anni di servizio). D'altra parte, occorre anche considerare il fatto che le regioni da tempo hanno iniziato a lavorare su forme aggregative più complesse, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), con l'intento di ridimensionare il ruolo dell'associazionismo «classico».

2.4 Le attività del SSN

2.4.1 Le attività di ricovero

Al momento della stesura del presente paragrafo (settembre 2023) non risulta ancora pubblicato il rapporto SDO relativo all'anno 2021. 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, 2020 e 2021 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 si evince nel periodo 2019-2020 una drammatica contrazione dell'attività di ricovero (Figura 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%). Al contrario, come confermato dal Rapporto PNE 2022 (Agenas 2022), nel 2021 si è registrato un aumento dei volumi SDO pari a +501.158

Figura 2.12 **Trend dimissioni e PL, numeri indice con base 100, Italia (2001-2021)**

Note: *Nell'indisponibilità del dato sui volumi SDO 2021, gli autori hanno stimato il dato 2021 sommando al dato disponibile per l'anno 2020 l'aumento in termini assoluti indicato nel Rapporto PNE 2022 (Agenas 2022, p. 21).

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO (più anni), Agenas – Rapporto PNE (2022) e Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera (più anni).

ricoveri rispetto al 2020, aumento non sufficiente per colmare il precedente crollo: persiste una contrazione del 14% di ricoveri confrontando i dati 2021 e 2019.

La Tabella 2.6 illustra attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute all'interno dell'Annuario Statistico del SSN la distribuzione dei dimessi da ricoveri per acuzie in regime ordinario per causa di ricovero per gli anni 2019, 2020 e 2021. Questa rappresentazione consente di declinare l'effetto di Covid-19 rispetto alle diverse cause di ricovero e verificarne l'eventuale ripresa nel 2021. Nonostante dal confronto tra il 2021 e il 2020 si evinca un generale aumento dei volumi di ricovero (+5,7%), con l'unica sostanziale eccezione dei ricoveri per polmonite (-9,8%), il confronto tra il 2021 e il 2019 ribadisce il diffuso calo dei ricoveri. In termini assoluti, le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente segnano la contrazione più marcata (rispettivamente -155.462 e -111.444 ricoveri confrontando il dato 2021 e 2019).

Tabella 2.6 **Distribuzione dei dimessi per acuzie in regime ordinario (2019, 2020 e 2021)**

Causa di ricovero	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Malattie infettive e parassitarie	131.712	102.505	109.208	6,5%	-17,1%
Tumori	656.555	568.717	604.319	6,3%	-8,0%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	152.207	101.442	117.010	15,3%	-23,1%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	56.884	44.341	44.905	1,3%	-21,1%
Disturbi psichici	144.381	111.291	117.868	5,9%	-18,4%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	174.765	124.495	133.201	7,0%	-23,8%
Malattie del sistema circolatorio	1.004.633	790.433	849.171	7,4%	-15,5%
Malattie dell'apparato respiratorio, di cui	586.970	610.308	595.429	-2,4%	1,4%
Polmoniti	150.268	274.932	248.028	-9,8%	65,1%
Malattie dell'apparato digerente	587.327	436.663	475.883	9,0%	-19,0%
Malattie dell'apparato genito-urinario	429.034	320.504	354.424	10,6%	-17,4%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	511.489	478.373	465.863	-2,6%	-8,9%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	44.210	27.813	27.711	-0,4%	-37,3%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	416.611	300.022	356.170	18,7%	-14,5%
Malformazioni congenite	60.940	44.993	52.572	16,8%	-13,7%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	54.484	51.284	54.398	6,1%	-0,2%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	204.077	138.334	139.974	1,2%	-31,4%
Traumatismi e avvelenamenti	540.369	453.258	476.041	5,0%	-11,9%
Ricoveri di natura speciale	251.414	212.912	221.931	4,2%	-11,7%
TOTALE	6.008.062	4.917.688	5.196.078	5,7%	-13,5%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Similmente, la Tabella 2.7 mostra il numero di giornate di ricovero per acuzie in regime ordinario per gli anni 2019, 2020 e 2021. Anche in questo caso, nonostante dal confronto tra il 2021 e il 2020 si evinca un generale aumento delle giornate di ricovero (+4,5%), il confronto tra il 2021 e il 2019 conferma la contrazione dell'attività. In termini assoluti, le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente segnano la contrazione più marcata (rispettivamente -1.164.338 e -698.071 giornate di ricovero confrontando il dato 2021 e 2019).

La Tabella 2.8 mostra per gli anni 2019, 2020 e 2021 il numero di dimessi presso le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate. Nel 2021, a fronte di un generale aumento del numero di ricoveri rispetto al 2020 fatta eccezione per la lungodegenza (-17,9%), si registra per tutte le discipline selezionate una sostanziale diminuzione rispetto al 2019 tranne per la terapia intensiva che segna un aumento di quasi il 20% dei ricoveri. Le contrazioni più significative in termini assoluti sono rappresentate dai ricoveri in medicina generale (-145.449 ricoveri per il 2021 rispetto al 2019) e in chirurgia generale (-117.220).

Tabella 2.7 Giornate di ricovero per acuzie in regime ordinario (2019, 2020 e 2021)

Causa di ricovero	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Malattie infettive e parassitarie	1.540.342	1.290.889	1.379.098	6,8%	-10,5%
Tumori	5.319.380	4.572.430	4.632.534	1,3%	-12,9%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	903.155	625.958	677.106	8,2%	-25,0%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	462.586	374.565	389.816	4,1%	-15,7%
Disturbi psichici	1.674.273	1.380.732	1.406.582	1,9%	-16,0%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	1.035.050	768.031	806.516	5,0%	-22,1%
Malattie del sistema circolatorio	7.866.595	6.316.770	6.702.257	6,1%	-14,8%
Malattie dell'apparato respiratorio, di cui	5.228.965	6.755.877	7.073.004	4,7%	35,3%
Polmoniti	1.520.130	3.401.673	3.281.608	-3,5%	115,9%
Malattie dell'apparato digerente	3.879.598	3.036.153	3.181.527	4,8%	-18,0%
Malattie dell'apparato genito-urinario	2.409.758	1.865.859	2.016.561	8,1%	-16,3%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	1.978.155	1.787.701	1.737.588	-2,8%	-12,2%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	298.817	199.934	198.177	-0,9%	-33,7%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2.122.363	1.506.431	1.716.011	13,9%	-19,1%
Malformazioni congenite	311.156	252.180	270.256	7,2%	-13,1%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	583.837	557.006	562.764	1,0%	-3,6%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1.197.421	864.453	882.135	2,0%	-26,3%
Traumatismi e avvelenamenti	4.372.512	3.668.856	3.853.455	5,0%	-11,9%
Ricoveri di natura speciale	1.171.371	1.009.366	1.002.441	-0,7%	-14,4%
TOTALE	42.355.334	36.833.191	38.487.828	4,5%	-9,1%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Tabella 2.8 Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate: dimessi (2019, 2020 e 2021)

Disciplina	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Medicina generale	868.129	738.246	722.680	-2,1%	-16,8%
Recupero e riabilitazione	122.556	87.346	85.499	-2,1%	-30,2%
Chirurgia generale	635.820	477.691	518.600	8,6%	-18,4%
Ortopedia e traumatologia	458.732	353.204	380.725	7,8%	-17,0%
Ostetricia e ginecologia	603.870	530.683	536.310	1,1%	-11,2%
Cardiologia	383.766	309.215	338.573	9,5%	-11,8%
Lungodegenti	54.005	38.882	31.920	-17,9%	-40,9%
Urologia	247.344	191.168	210.061	9,9%	-15,1%
Neurologia	164.441	133.167	138.438	4,0%	-15,8%
Terapia intensiva	55.674	64.979	66.769	2,8%	19,9%
Psichiatria	99.778	79.275	81.218	2,5%	-18,6%
Pediatria	242.797	149.001	161.096	8,1%	-33,6%
Oncologia	95.062	82.826	82.938	0,1%	-12,8%
Geriatrica	112.145	86.998	87.689	0,8%	-21,8%
Otorinolaringoiatria	136.233	86.561	94.105	8,7%	-30,9%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Similmente, la Tabella 2.9 mostra per gli anni 2019, 2020 e 2021 il numero di giornate di degenza effettuate presso le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate. Nel 2021, a fronte di un generale aumento del numero di giornate di ricovero rispetto al 2020 fatta eccezione per la lungodegenza (-25,4%), si registra per tutte le discipline selezionate una sostanziale diminuzione rispetto al 2019 tranne per la terapia intensiva che segna un aumento di quasi il 20% delle giornate di ricovero. Le contrazioni più significative in termini assoluti sono rappresentate dai ricoveri in recupero e riabilitazione funzionale (-855.425 ricoveri per il 2021 rispetto al 2019) e in chirurgia generale (-751.808).

Infine, il documento «Certificato di assistenza al parto – Analisi dell’evento nascita 2021» del Ministero della Salute fornisce utili dati per osservare il numero di parti e il numero e caratteristiche dei punti nascita (PN) (Tabella 2.10). Nel 2021, si sono registrati in Italia 395.079 parti dei quali il 99,4% è avvenuto in uno dei 399 PN pubblici, accreditati o privati. Nel 2021, il 75,9% dei PN presentava 500 o più parti all’anno. Valle d’Aosta e Marche risultano le regioni con una maggiore percentuale di PN che superano i 500 parti l’anno, rispettivamente il 100 e il 90,9%. Al contrario, Molise e la PA di Trento presentano le percentuali inferiori con il 33,3 e il 50%. L’ultima colonna della Tabella 2.10 riporta il numero di punti nascita PN ogni 1.000 parti registrati con riferimento all’anno 2021: valori prossimi a 1,00 indicano una buona capacità di allinea-

Tabella 2.9 **Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate: giornate di degenza (2019, 2020 e 2021)**

DISCIPLINA	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Medicina generale	8.879.158	7.976.482	8.283.893	3,9%	-6,7%
Recupero e riabilitazione	3.015.406	2.212.288	2.159.981	-2,4%	-28,4%
Chirurgia generale	3.920.753	3.103.292	3.168.945	2,1%	-19,2%
Ortopedia e traumatologia	3.188.082	2.461.597	2.566.953	4,3%	-19,5%
Ostetricia e ginecologia	2.360.692	2.023.465	2.034.218	0,5%	-13,8%
Cardiologia	2.377.541	1.965.390	2.086.772	6,2%	-12,2%
Lungodegenti	1.186.110	829.427	618.881	-25,4%	-47,8%
Urologia	1.212.807	940.094	999.464	6,3%	-17,6%
Neurologia	1.551.214	1.273.460	1.336.275	4,9%	-13,9%
Terapia intensiva	763.972	923.189	1.038.080	12,4%	35,9%
Psichiatria	1.238.721	1.034.622	1.017.541	-1,7%	-17,9%
Pediatria	1.102.707	717.093	759.108	5,9%	-31,2%
Oncologia	876.875	747.043	748.415	0,2%	-14,6%
Geriatría	1.274.337	1.043.366	1.063.581	1,9%	-16,5%
Otorinolaringoiatria	504.272	357.945	378.148	5,6%	-25,0%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Tabella 2.10 **Distribuzione dei punti nascita per regione (2020)**

Regione	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	26	76,9%	1,00
Valle d'Aosta	1	100,0%	1,37
Lombardia	55	81,8%	0,81
P.A. Bolzano	5	80,0%	0,97
P.A. Trento	4	50,0%	1,01
Veneto	32	81,3%	0,99
Friuli-Venezia Giulia	10	60,0%	1,30
Liguria	10	80,0%	1,23
Emilia-Romagna	20	85,0%	0,67
Toscana	24	79,2%	1,06
Umbria	6	83,3%	1,08
Marche	11	90,9%	1,26
Lazio	33	66,7%	0,89
Abruzzo	9	77,8%	1,10
Molise	3	33,3%	2,26
Campania	52	73,1%	1,21
Puglia	26	76,9%	0,99
Basilicata	5	60,0%	1,38
Calabria	11	90,9%	0,88
Sicilia	45	73,3%	1,23
Sardegna	11	54,5%	1,39
ITALIA 2021	399	75,9%	1,01
ITALIA 2019	443	74,0%	1,02
ITALIA 2009	665	63,3%	1,17

mento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN, mentre valori al di sopra di 1,00 indicano una ridotta capacità media dei PN di raggiungere la soglia di casistica. Nel 2021 tale indice si assesta in Italia a 1,01 PN per 1.000 neonati.

2.4.2 Le attività territoriali

Attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute all'interno dell'Annuario Statistico, vengono presentate le principali attività territoriali, inclusa l'attività di specialistica ambulatoriale e l'assistenza fornita da strutture residenziali e semiresidenziali. Per ulteriori dettagli sull'attività domiciliare, inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e sul settore sociosanitario, si invita a consultare il Capitolo 5 del presente Rapporto.

Nel 2021, le prestazioni di specialistica ambulatoriale hanno raggiunto complessivamente 1,298 miliardi, evidenziando un netto aumento rispetto al 2020 (circa 1,046 miliardi; +24,1%). È importante notare che le prestazioni sono aumentate in tutti gli ambiti di attività per il forte calo subito nel 2020 a

Tabella 2.11 **Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2020-2021)**

Regione	Laboratorio		Diagnostica per immagini - Medicina nucleare		Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica		Attività clinica		Radioterapia		Medicina fisica e riabilitazione		Altro	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Piemonte	50.650.460	62.236.953	81.065	96.814	2.868.825	3.366.721	7.322.552	8.199.852	540.283	552.479	1.957.650	2.250.271	1.528.495	1.572.633
Valle D'Aosta	1.873.595	2.344.358	4.175	5.352	101.307	121.722	157.945	195.136	11.600	12.342	112.998	137.308	136.453	159.347
Lombardia	163.912.671	190.234.201	646.042	236.566	8.439.888	10.791.515	16.834.203	21.071.205	493.492	508.659	4.864.509	5.326.091	4.823.859	5.451.739
P.A. Bolzano	6.111.541	9.232.203	7.211	6.304	388.308	415.934	1.201.640	1.278.231	28.544	34.643	472.635	587.386	611.621	722.041
P.A. Trento	9.851.893	11.076.101	12.690	13.936	496.635	565.822	901.877	1.084.242	57.441	47.255	364.993	406.362	168.730	120.510
Veneto	75.329.933	87.299.227	118.113	126.470	3.756.188	4.130.305	7.192.365	8.006.674	381.271	372.051	2.998.382	3.236.363	1.084.531	1.242.771
Friuli-Venezia Giulia	17.190.857	19.570.599	18.408	18.259	738.111	836.284	1.860.087	2.211.130	150.217	171.193	537.886	611.201	435.957	329.734
Liguria	25.227.800	26.887.476	107.625	57.868	1.412.795	1.651.885	1.703.817	2.060.027	213.297	225.892	907.478	1.032.488	1.646.410	1.962.972
Emilia-Romagna	57.200.091	75.412.355	67.464	80.673	3.412.688	4.382.511	6.538.628	7.638.048	466.264	511.185	1.693.798	1.985.925	1.157.965	1.246.489
Toscana	51.083.664	77.884.212	129.526	62.727	2.872.904	3.402.847	4.778.125	5.939.967	196.414	204.790	417.879	537.104	3.617.081	4.560.766
Umbria	15.958.355	19.416.346	12.780	13.191	750.285	851.312	978.855	1.120.616	127.737	125.725	243.799	271.491	648.106	689.369
Marche	27.821.836	33.113.522	35.940	40.322	1.192.803	1.641.453	1.906.508	2.171.253	79.770	93.844	663.705	778.629	1.617.111	1.534.279
Lazio	70.243.086	88.761.804	206.076	806.163	2.859.807	3.546.734	8.456.674	10.091.305	1.450.207	1.736.620	4.549.959	5.040.427	1.633.036	1.409.309
Abruzzo	20.753.306	24.062.562	32.230	57.705	972.401	1.105.639	1.803.963	2.146.749	283.743	291.316	646.554	729.473	584.265	717.724
Molise	6.282.796	8.894.698	20.009	23.492	329.345	355.893	618.059	573.251	114.060	122.789	136.398	136.926	37.869	43.063
Campania	65.652.190	93.361.656	135.729	153.751	3.855.924	5.003.879	5.572.912	6.154.588	704.302	755.702	1.885.902	2.185.276	1.962.736	2.379.570
Puglia	62.512.241	67.895.418	111.374	120.147	2.957.563	2.849.678	4.837.490	5.156.815	306.955	296.550	2.607.398	3.092.294	1.082.553	1.336.588
Basilicata	7.033.932	9.707.222	25.575	36.254	361.034	447.146	1.016.594	1.069.337	11.599	23.678	1.544.075	1.655.543	306.512	577.158
Calabria	26.735.005	26.954.102	37.797	22.370	1.003.873	1.060.036	2.034.833	1.658.773	125.034	126.958	917.083	1.034.559	758.035	719.095
Sicilia	67.894.787	87.711.077	157.062	178.777	3.088.510	3.709.453	6.047.890	7.182.776	522.524	584.623	2.514.507	4.010.137	1.239.329	1.167.741
Sardegna	23.879.861	52.972.611	20.061	17.966	1.275.000	1.406.319	1.656.554	2.069.046	363.483	330.033	1.476.584	1.738.879	642.679	668.661
ITALIA	853.199.900	1.075.028.703	1.986.952	2.175.107	43.134.194	51.643.088	83.421.571	97.079.021	6.628.237	7.108.327	31.514.172	36.784.133	25.723.333	28.611.559

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

causa dell'emergenza Covid-19, tornando nel 2021 a livelli confrontabili con quelli pre-pandemia (erano 1,207 miliardi nel 2019). Tra il 2020 e il 2021, l'incremento più considerevole si è verificato nel campo delle prestazioni di laboratorio (+26%) e in quello della diagnostica strumentale e per immagini (+20%). Sempre in queste due categorie, particolarmente significativo è il numero di prestazioni erogate in Lombardia nel 2021, rispettivamente 190 milioni e 10 milioni. Anche nel 2021, la composizione di queste attività (Tabella 2.11) evidenzia l'estrema rilevanza delle prestazioni di laboratorio (82,8% del totale).

Nel 2022, il Ministero della Salute ha pubblicato la nuova edizione del Rapporto sulla salute mentale, focalizzandosi sui dati del 2021 e offrendo un aggiornamento esaustivo riguardo al personale attivo, alle strutture pubbliche e private che forniscono assistenza specializzata e un'analisi dettagliata dei principali dati di attività e dell'utenza trattata.

Dal rapporto emerge, che nel 2021, sono stati identificati 1.245 servizi territoriali (contro i 1.299 del 2020, e 1.481 del 2017), 1.983 strutture residenziali (rispetto ai 1.949 del 2020, e 2.346 del 2017), e 742 strutture semiresidenziali (a confronto con le 811 del 2020 e 908 del 2017). Anche nel 2021 si assiste ad una generale riduzione del numero di servizi, ad eccezione di quelli residenziali. È opportuno sottolineare che questi dati sono coerenti con la tendenza degli anni precedenti.

Per quanto riguarda la capacità di accoglienza nelle strutture residenziali, si rileva una media di 5,2 PL per 10.000 abitanti, mentre nelle strutture semiresidenziali tale valore scende a 2,9 PL. Queste cifre mostrano significative differenze interregionali, soprattutto nel caso delle strutture residenziali. Ad esempio, si passa da disponibilità elevata di PL in Valle d'Aosta, Liguria e Marche (rispettivamente 14,9 PL, 15,2 PL e 11,9 PL per 10.000 abitanti), a dati notevolmente inferiori alla media nazionale in regioni come Calabria, Campania e PA Bolzano (rispettivamente 2,2 PL, 2,4 PL e 3,2 PL per 10.000 abitanti). Analizzando i dati di attività nel corso del 2021, si contano complessivamente 778.737 utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche, segnando una crescita del 12,9% rispetto al 2020 (un aumento di 89.190 utenti). Inoltre, il dato di utenti presenti in strutture territoriali per 10.000 abitanti adulti passa da 135,8 nel 2020 a 145,1 nel 2021. Emerge una rilevante variabilità tra le regioni, come mostrato nella Tabella 2.12. Tuttavia, in Liguria e PA Bolzano, tra il 2020 e il 2021, si riscontra un marcato aumento, rispettivamente +231,9 utenti per 10.000 abitanti adulti e +105,3. Le uniche regioni che registrano contrazioni nei valori sono la Sicilia e l'Emilia-Romagna (-14,4 e -15,0).

Tabella 2.12 **Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche: tassi standardizzati per 10.000 abitanti (2021, 2020, 2019 e differenza 2021-2020 e 2021-2019)**

Regione	2019	2020	2021	Δ 2021-2020	Δ 2021-2019
Abruzzo	145,7	132,9	139,0	6,1	-6,7
Basilicata	150,6	140,8	154,0	13,2	3,4
Bolzano		134,2	366,1	231,9	
Calabria	225,8	187,7			-38,1
Campania	106,3	113,3	153,5	40,2	47,2
Emilia-Romagna	213,5	190,2	175,2	-15,0	-38,3
Friuli Venezia Giulia	136,2	120,5	174,2	53,7	38,0
Lazio	118,7	109,7	119,5	9,8	0,8
Liguria	157,4	137,8	243,1	105,3	85,7
Lombardia	176,7	123,8	155,4	31,6	-21,3
Marche	155,4	121,6	115,3	-6,3	-40,1
Molise	107,3	170,7	190,5	19,8	83,2
Piemonte	162,6	146,8	148,8	2,0	-13,8
Puglia	165,4	140,2	144,8	4,6	-20,6
Sardegna	122,4	91,5	111,4	19,9	-11,0
Sicilia	178,5	161,6	147,2	-14,4	-31,3
Toscana	118,1	101,2	94,3	-6,9	-23,8
Trento	187	173	177,6	4,6	-9,4
Umbria	192,7	189,3	193,5	4,2	0,8
Valle d'Aosta	150,3	163,5	197,9	34,4	47,6
Veneto	150,4	141	149,4	8,4	-1,0
ITALIA	157,5	135,8	145,1	9,3	-12,4

Nota: Non sono disponibili i dati della PA Bolzano per l'anno 2019 e della Calabria per l'anno 2021. Nel caso della Valle d'Aosta, il dato riportato si riferisce all'anno prima disponibile nella serie storica, il 2018.

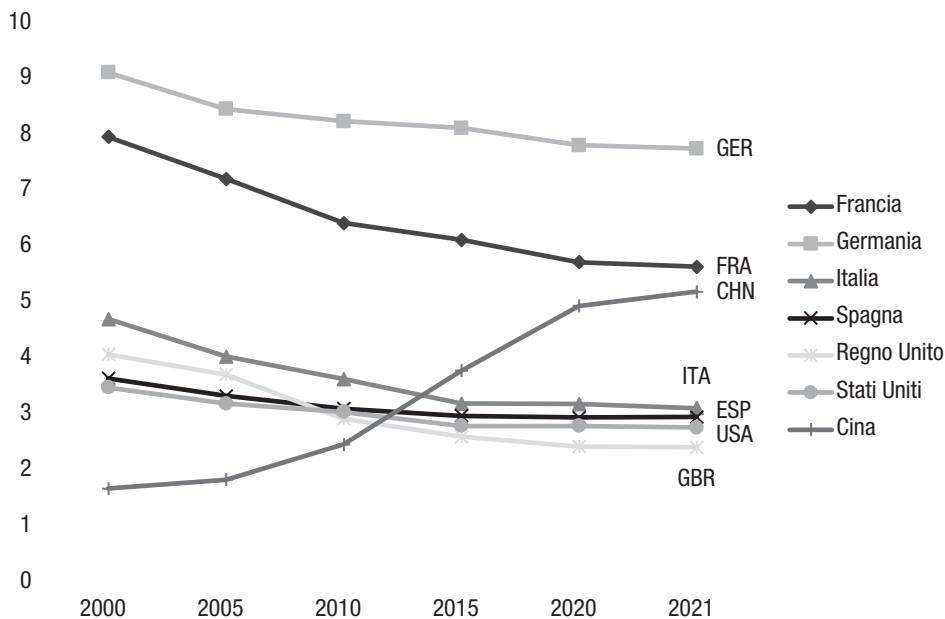
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM), 2021.

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

Il presente paragrafo descrivere in chiave comparativa alcuni sistemi sanitari del panorama internazionale analizzando:

- ▶ 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*).

Figura 2.13 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Di seguito si illustra l'andamento delle dotazioni di posti letto in regime ordinario²⁹ nelle strutture sanitarie ospedaliere in alcuni Paesi selezionati per disponibilità del dato e rilevanza (Figura 2.13)³⁰.

Tra il 2000 e il 2021, il numero di PL per 1.000 abitanti è sostanzialmente diminuito in tutti i paesi considerati con l'unica eccezione della Cina che passa da una dotazione di 1,7 PL ogni 1.000 abitanti nel 2000 a 5,2 nel 2021. Certamente l'evoluzione tecnologica ha 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). La riduzione è stata anche accompagnata, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle dimissioni ospedaliere e da una riduzione della degenza media, più avanti nel paragrafo.

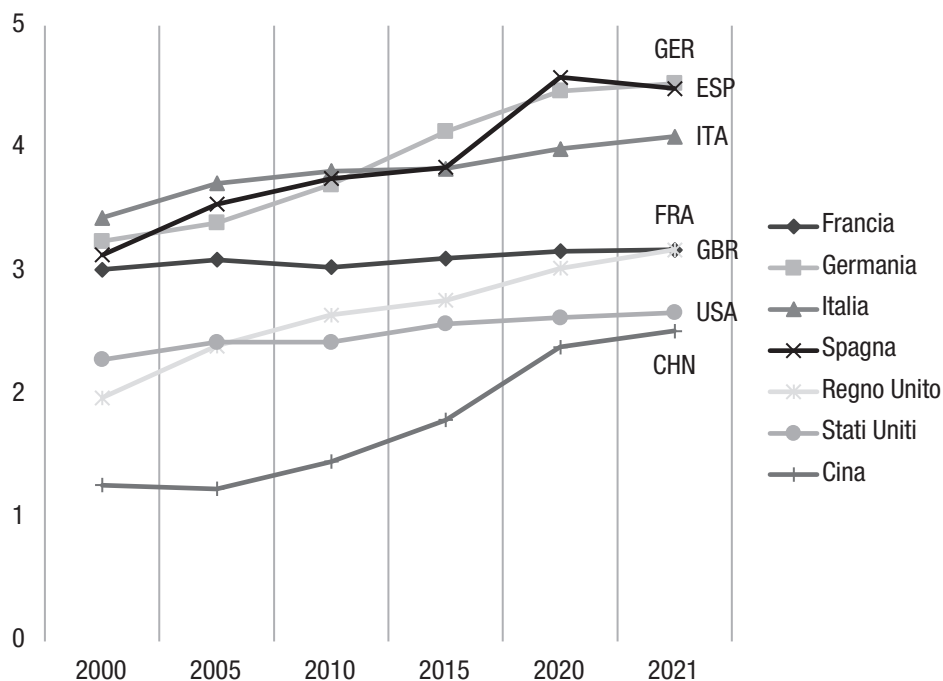
Osservate le dotazioni di PL, consideriamo ora un ulteriore input dei sistemi sanitari: il personale³¹. L'analisi dei dati internazionali evidenzia una dota-

²⁹ Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (curative care beds), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in day-hospital.

³⁰ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

³¹ Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica. Tra i primi sono

Figura 2.14 **Numero medici ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2023

zione di personale sanitario fortemente differenziata nei diversi Paesi (Figura 2.14)³².

Anche in termini di personale medico, la Cina ha sperimentato un sostanziale aumento negli ultimi venti anni, registrando 2,5 medici ogni 1.000 abitanti nel 2021. Tra gli altri Paesi considerati, gli Stati Uniti registrano il valore più basso (2,7). L'Italia si colloca in una posizione intermedia ma leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, con 4,1 medici ogni 1.000 abitanti. La Germania registra invece i valori più elevati tra i Paesi considerati con 4,5 medici ogni 1.000 abitanti nel 2021.

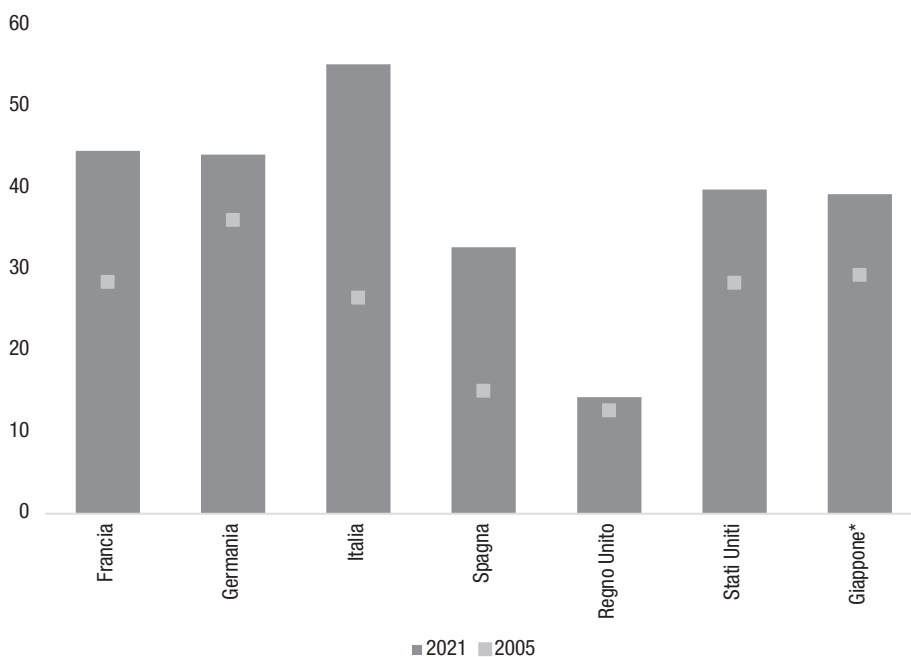
ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati, mentre sono esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo o di ricerca o i medici praticanti in un altro Paese; tra i secondi, invece, 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).

³² Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Particolare attenzione dovrebbe essere posta all'invecchiamento della classe medica. Alla sostanziale stabilità del numero di medici per 1.000 abitanti consegue un aumento del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici. La Figura 2.15 mostra come tra 2005 e 2021 tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato pari a 13,4 punti percentuali, con valori che passano dal 25,2% del 2005 al 38,6% del 2021. Rispetto a questo indicatore, 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 (il 55,22%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 28,7 punti percentuali.

Considerando invece il numero di infermieri per 1.000 abitanti, nel 2021 (Figura 2.16), la Germania conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, pari a 12,0 infermieri ogni 1.000 abitanti. L'Italia, con 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, risulta avere metà degli infermieri della Germania. A partire dal 2000 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi considerati, specialmente in Cina che registra +252% infermieri ogni 1.000 abitanti tra il 2000 e il 2021, passando da 1 a 3,52.

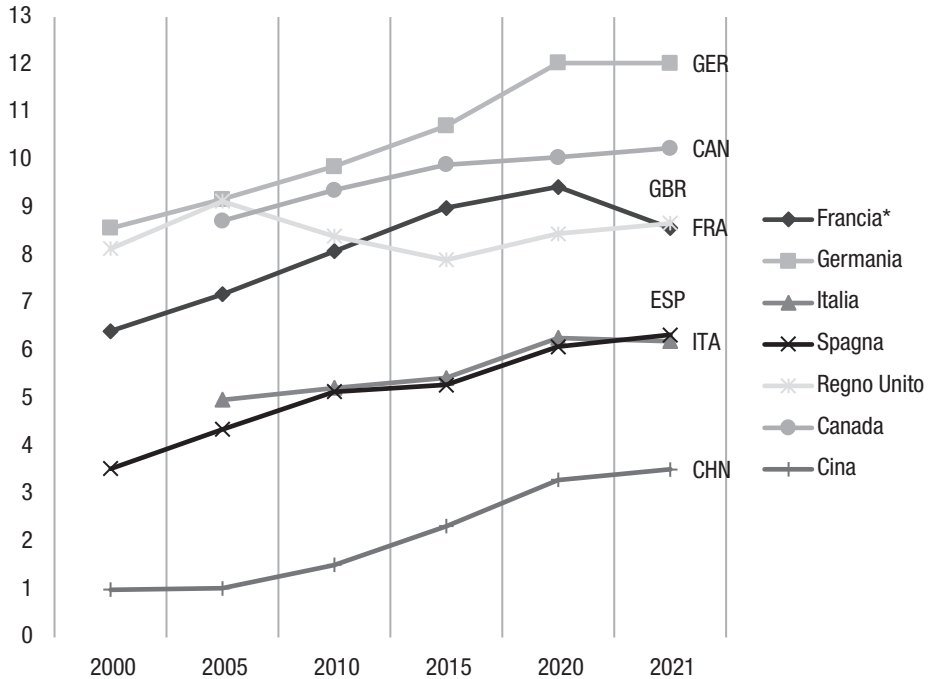
Figura 2.15 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2021)**



Nota: *2020

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Figura 2.16 **Numero infermieri ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Nota: *Per la Francia sono considerati gli infermieri professionalmente attivi, tranne per il 2021 dove il dato, coerentemente agli altri Paesi, è relativo agli infermieri che praticano la professione.

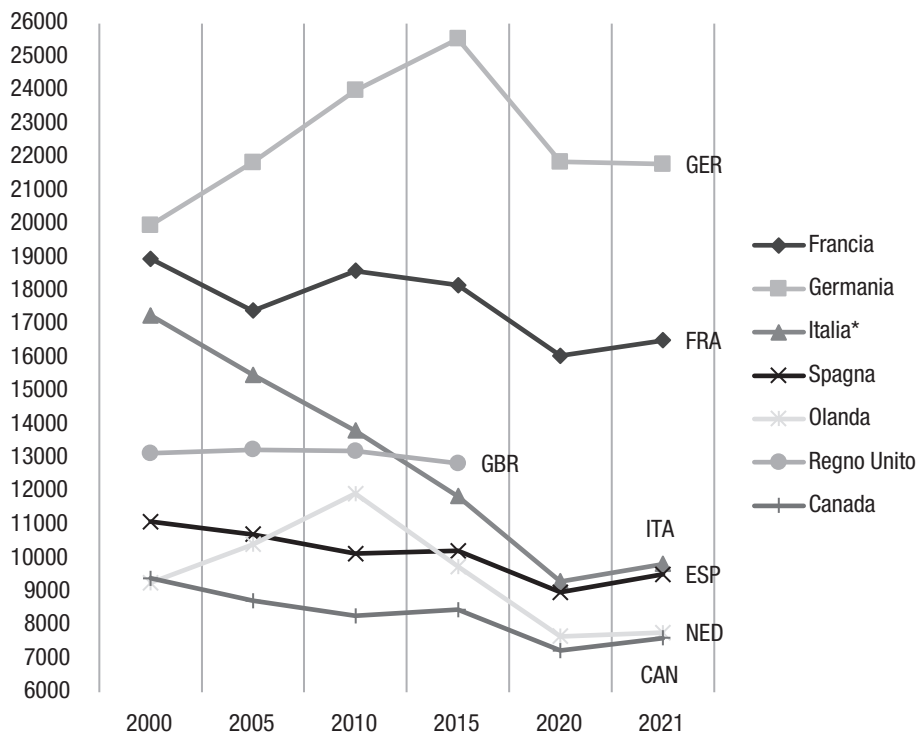
Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2023

Osservando il rapporto tra infermieri e medici³³ è possibile rappresentare lo *skill mix* nei Paesi considerati. Italia, Spagna e Cina presentano nel 2021 una minore disponibilità di infermieri per medico (rispettivamente 1,4, 1,5 e 1,4 infermieri per medico), il Canada registra il valore più alto (con 3,7 infermieri per medico) ed infine Germania, Francia e Regno Unito registrano valori medi (tutti pari a 2,7 infermieri per medico).

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 e Olanda (Figura 2.17). Tra i fattori che contribuiscono a spiegare i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospe-

³³ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurse density* e *physician density*.

Figura 2.17 **Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020 e 2021)**



Nota: Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno (day-hospital). * Per l'Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2023

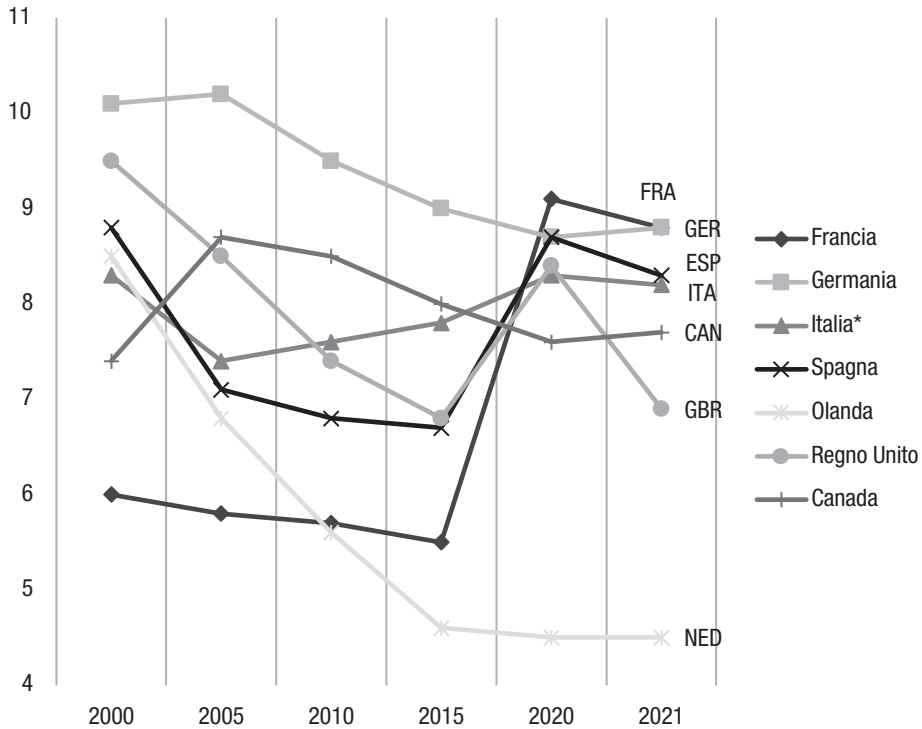
dalieri rientra la possibilità che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in setting ambulatoriale (Peterson e Burton, 2007) oppure così come la diminuzione del numero di ospedali e dei posti letto avvenuta già a partire dagli anni '70 (WHO Hit Profile 2013, 2011). Di converso, la Germania registra i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto.

Estremamente rilevante risulta comparare i volumi di dimissioni degli anni 2019, 2020 e 2021³⁴. Si nota infatti, una sostanziale diminuzione dell'attività ospedaliera in tutti i Paesi nell'anno 2020. Questo dato non può che essere letto alla luce della pandemia di Covid-19. Nel 2021 nessuno dei Paesi considerati per i quali sono disponibili i dati è tornato a livelli pre-pandemia.

Con riferimento alla degenza media (Figura 2.18) tra i Paesi considerati si

³⁴ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.18 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2000, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020)**



Note: La degenza media è calcolata considerando i ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza in regime ordinario. Sono esclusi i ricoveri in day hospital. * Per l'Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

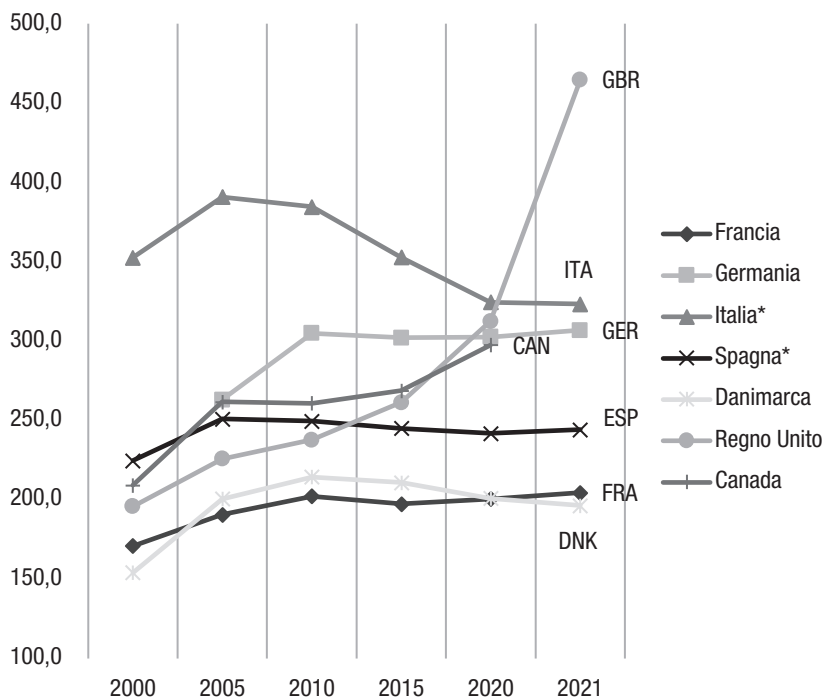
Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2023

registra una generalizzata diminuzione dei giorni tra il 2000 e il 2021, con l'eccezione di Francia (i dati segnano un'interruzione nel 2016) e Canada. Il 2020 (anno dello scoppio della pandemia) ha però segnato una variazione delle serie storiche in molti dei Paesi analizzati, invertendo in molti casi la generalizzata diminuzione dei giorni di degenza media (è possibile fare riferimento al capitolo 2 del rapporto OASI 2022). Osservando invece la differenza tra il 2021 e il 2020 si torna ad osservare una riduzione dei giorni di degenza media in Francia, Spagna e Regno Unito, mentre una sostanziale stabilità per Germania, Italia, Olanda e Canada³⁵.

Dopo aver considerato gli output dei sistemi sanitari, è interessante analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate. In particolare, vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti ce-

³⁵ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.19 **Numero di parti cesarei ogni 1.000 nati vivi (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Nota: * Per Italia e Spagna, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data, 2022

sarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO).

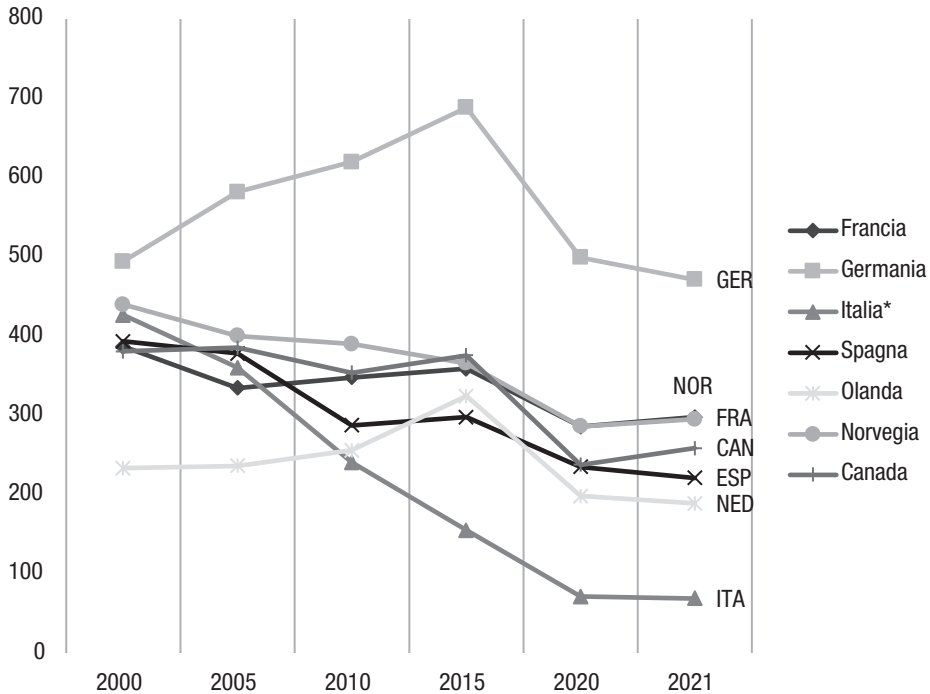
Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons *et al.*, 2010).

Nonostante ciò, nessuno dei Paesi considerati si attesta su valori prossimi all'indicazione del WHO (Figura 2.19). L'Italia, tra i Paesi con proporzioni più alte, dal 2015 ha invertito la tendenza di aumento e si attesta nel 2021 su valori prossimi a quelli tedeschi³⁶.

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*

³⁶ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.20 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Note: * Per Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

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 2.20)³⁷.

Anche nel 2021, come per l'anno 2020, il dato sulle ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete riscontra la drastica riduzione delle attività ospedaliere per effetto della pandemia. Nonostante ciò, nel 2021, la Germania con 471 ricoveri ogni 100.000 abitanti è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate come potenzialmente inappropriate. L'Italia, al contrario, è il Paese tra quelli in analisi in cui si osserva il valore più contenuto (69).

³⁷ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

2.6 La pandemia e le diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari³⁸

2.6.1 La rinuncia alle prestazioni sanitarie

Dall'edizione 2019 del Rapporto OASI, il paragrafo finale del Capitolo sulla struttura e le attività dell'SSN è dedicato al tema delle diseguaglianze nelle condizioni di salute nei loro vari aspetti, soprattutto nelle loro conseguenze in termini di benessere dalla popolazione e di implicazioni di carattere epidemiologico e demografico. Questa scelta è stata pensata per permettere una lettura delle attività delle organizzazioni sanitarie che avesse come riferimento uno dei principi fondamentali del SSN, l'universalità dell'accesso ai servizi.

Nelle edizioni precedenti del Rapporto abbiamo evidenziato l'esistenza di notevoli differenziazioni negli stati di salute e negli indicatori demografici fra le diverse aree del paese (aree interne e periferiche, territori metropolitani, regioni settentrionali e meridionali) e all'interno delle regioni stesse. In particolare, abbiamo sottolineato l'esistenza di evidenti gradienti nelle condizioni di salute della popolazione:

- a. un gradiente Nord-Sud per quanto riguarda la speranza di vita e le condizioni di salute;
- b. un gradiente legato alle condizioni economiche, al grado di istruzione, alle condizioni abitative che agisce in maniera trasversale su queste variabili;
- c. l'esistenza di forti relazioni tra le abitudini alimentari, gli stili di vita, il consumo di alcool e il fumo, con le condizioni economiche e le aree di residenza e come queste variabili abbiano effetti importanti sulla salute e il benessere.

Ragionare su questi fattori e sulle loro conseguenze in termini di condizioni di salute e di consumi sanitari è importante momento per l'organizzazione dei servizi sanitari e la loro differenziazione, sia come aree di intervento (preven-

³⁸ Per la stesura di questo paragrafo si è fatto riferimento alle fonti utilizzate nelle scorse edizioni del Rapporto OASI cui rimandiamo, ai dati ufficiali ISTAT (BES, Aspetti della vita quotidiana, Le spese delle famiglie), nonché ai seguenti documenti:

- Senato della Repubblica, Decima Commissione, Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva del sistema di welfare e di tutela della salute. Audizioni e contributi di Banca d'Italia, Istat, Agenas, Censis, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e Gimbe nel corso delle varie audizioni del 2023;
- Eurispes-Empam, Osservatorio salute, legalità e previdenza, Secondo Rapporto sul Sistema Sanitario Italiano, Roma, 2023;
- Agenas (a cura di Randazzo, M.P.), Mobilità sanitaria e liste d'attesa. Il portale statistico di Agenas, 2023;
- Gimbe, La sanità integrativa, Report Osservatorio GIMBE 1/2019;
- Banco Farmaceutico-Osservatorio Povertà Sanitaria, Decimo Rapporto, Donare per curare. Povertà sanitaria e donazione farmaci, 2023.

zione, cura e riabilitazione), sia come ambiti territoriali (ospedale, cure intermedie e cure primarie).

Gli ultimi tre anni hanno poi necessariamente fatto sommare a queste aree tematiche gli effetti differenziati e rilevanti della pandemia le cui conseguenze hanno avuto caratteristiche notevolmente diverse sui territori, tra le classi di età della popolazione e tra gli individui rispetto a condizione sociale ed economica.

In questa edizione del Rapporto OASI intendiamo approfondire in maniera più analitica sulla base dei dati e della documentazione disponibile le diseguglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie, sia nelle loro cause e motivazioni, sia come conseguenze sulla domanda di servizi, partendo dall'analisi dei dati disponibili sulla rinuncia alle cure da parte dei cittadini³⁹.

Ogni discussione su queste tematiche deve oggi partire dalla pandemia Covid-19 e dai suoi impatti sui servizi sanitari e i comportamenti degli individui. Se è riconosciuto unanimemente che l'emergenza sanitaria causata dalla pandemia Covid-19 sia stata affrontata con un forte impegno economico e umano, d'altro canto ha ulteriormente peggiorato gli aspetti critici che influiscono sull'accessibilità alle prestazioni sanitarie⁴⁰. Durante l'emergenza sanitaria, la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie è quasi raddoppiata, passando dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020 sino all'11,1% nel 2021.

Le serie storiche delle indagini campionarie Eurispes mostrano dati ancora più allarmanti, evidenziando che relativamente al 2022 quasi un quarto delle famiglie denunciava difficoltà economiche relativamente alle prestazioni sanitarie (quasi il 30% nelle Regioni meridionali) e che un terzo dei cittadini avesse dovuto rinunciare a prestazioni e/o interventi sanitari per indisponibilità delle strutture sanitarie.

2.6.2 Condizioni economiche e accesso ai servizi

Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica negli ultimi anni hanno indebolito il sistema di offerta e prestazioni sanitarie, aumentando le difficoltà di accesso alle cure e ampliando le diseguglianze. Conseguenza di queste criticità sono la crescita del fenomeno della rinuncia alle prestazioni e l'aumenta-

³⁹ La rinuncia a prestazioni sanitarie è calcolata come percentuale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico pur avendone bisogno a causa di diverse motivazioni di ordine economico, logistico o delle lunghe liste d'attesa. La fonte di questi indicatori è l'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana», vari anni.

⁴⁰ Memoria dell'Istituto Nazionale di Statistica alla Decima Commissione del Senato della Repubblica, 5 maggio 2023, pagg. 8 e seguenti.

ta spesa direttamente sostenuta dai cittadini (out-of-pocket)⁴¹. La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome enfatizzava quest'ultimo elemento e sottolineava come *«l'aumento considerevole e continuo della spesa privata (...) sia strettamente collegato al sottofinanziamento del SSN»*⁴².

Sulla spesa privata in sanità rimandiamo al Capitolo di OASI ad essa dedicata. Qui preme sottolineare come le condizioni economiche delle famiglie siano uno dei fattori che condizionino l'accesso o il non accesso ai servizi sanitari.

Il peggioramento delle condizioni reddituali spinge le famiglie a contenere i consumi, inclusi quelli di tipo sanitario⁴³.

Secondo ISTAT nel 2022 il numero di famiglie in condizioni di povertà assoluta sfiorava i 2 milioni di unità pari ad una popolazione di 5,571 milioni di individui, valori sostanzialmente simili a quelli registrati durante la pandemia. I dati sulla povertà assoluta mostrano una forte caratterizzazione territoriale con punte del 10% fra le famiglie nel Mezzogiorno (12,1% fra le persone) nel 2021, rispetto, nello stesso anno, al 6,7% dei nuclei familiari del Nord e il 5,6% nel Centro.

Le elaborazioni dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria sui dati ISTAT «La spesa delle famiglie» mettono in rilievo che la spesa pro capite mensile per servizi sanitari e spese per la salute sia attorno ai 60 Euro (61,62 Euro nel 2021). Il valore e le componenti di questa spesa si differenziano notevolmente tra famiglie considerate povere e quelle non povere. Per le prime, la spesa mensile pro capite è stata negli ultimi anni attorno ai 10 Euro destinati in gran parte all'acquisto di medicinali, mentre per le seconde è salita nel 2021 a 66 Euro. Per le famiglie povere l'incidenza delle spese mensili per servizi dentistici, ausili sanitari, attrezzature terapeutiche erano nello stesso anno inferiori a 1 Euro pro capite.

Questa differenza nella spesa sanitaria tra famiglie povere e famigli non povere *«non è imputabile al minor bisogno di cure di chi è indigente, né tantomeno a migliori condizioni di salute»*, ma al fatto che la povertà economica aumenti la povertà sanitaria⁴⁴. Una bassa spesa pro capite delle famiglie povere può essere naturalmente associata all'effetto delle esenzioni in sede di compartecipazione ai servizi del SSN, ma diventa problema sociale e sanitario quando si associa alla rinuncia alle cure e all'attività di prevenzione.

Sempre secondo i dati dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria fra il 2019 e il 2020 le famiglie povere che hanno rinunciato a visite e accertamenti diagnostici per ragioni economiche sono aumentate del 27%, mentre quelle non

⁴¹ Cdr. Report Osservatorio GIMBE 1/2019, pagg.3-7.

⁴² Documento presentato in Decima Commissione del Senato della Repubblica, 19 aprile 2023, pag. 1.

⁴³ Cfr. Documento presentato da Banca d'Italia in Decima Commissione del Senato della Repubblica, 26 giugno 2023, pag.6.

⁴⁴ Osservatorio sulla povertà sanitaria, cit. pag. 27.

in condizioni di povertà sono diminuite del 6%. Nel complesso le rinunce alle prestazioni sanitarie per motivi economici hanno interessato poco meno di un sesto delle famiglie italiane⁴⁵.

Si ricorda a questo proposito che il pagamento di eventuali ticket su farmaci e prestazioni sanitarie e l'acquisto di farmaci di classe C o da banco e di materiale sanitario non dispensato dal SSN (es. per medicazioni, monitoraggio temperature e altri parametri) è comunque un onere rilevante proprio per le famiglie con maggiori difficoltà economiche. Senza considerare l'esclusione dai LEA e quindi dalla gratuità di prestazioni di grande impatto di ordine economico sulle famiglie come gran parte delle cure odontoiatriche.

L'indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie mette in rilievo due tipi di comportamento, riconducibili a motivazioni di ordine economico, rispetto alle spese per visite mediche e accertamenti diagnostici di controllo preventivo: da una parte, le famiglie possono rinunciare alle visite/esami (14% delle famiglie nel 2021), dall'altra, possono rivolgersi a centri/servizi più economici (4%). Percentuali che salgono al 27,5% e 5,4% per le famiglie considerate povere, con valori vicini al 40% nel Meridione dove hanno cercato di limitare le spese sanitarie. Tuttavia, occorre segnalare un peggioramento di questi dati negli ultimi anni anche nelle Regioni del Nord con una tendenziale convergenza con il Sud Italia. «*Ciò significa che le difficoltà dei poveri residenti al Nord e nel Mezzogiorno sono molto simili*»⁴⁶, con una ovvia riflessione sulle politiche di sostegno al reddito necessarie al di là della collocazione territoriale degli individui.

Il gradiente territoriale che ha sempre caratterizzato l'indicatore ISTAT sulla rinuncia alle cure, con valori sempre inferiori nelle regioni settentrionali rispetto al resto del paese, sembra essersi annullato a partire dal 2020. Secondo ISTAT «*anche le diseguaglianze sociali nella rinuncia a prestazioni mostrano, dopo il Covid differenziali minori – le fasce più abbienti sembrano dunque aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie in misura maggiore che negli anni precedenti la pandemia*»⁴⁷.

A questo proposito Banca d'Italia aggiunge che le fasce di popolazione «*più abbienti sembrerebbero aver rinunciato a prestazioni sanitarie in misura maggiore rispetto al periodo pre-pandemico*», sottolineando il ruolo della lunghezza delle liste d'attesa accanto a motivazioni economiche come fattore fondamentale per la rinuncia alle cure⁴⁸.

⁴⁵ Cfr. Banca d'Italia, cit. pag. 7.

⁴⁶ Idem, pag. 40.

⁴⁷ Documento ISTAT presentato alla decima Commissione del Senato della Repubblica, 5 maggio 2023, pag. 9.

⁴⁸ Cfr. Banca d'Italia, cit. pag. 7.

2.6.3 Le liste d'attesa

La Legge di Bilancio 2022 (art. 1 commi 276-279) ha stanziato 500 milioni di Euro per l'attuazione del recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della pandemia, quindi per l'attività straordinaria di erogazione di servizi. Le regioni erano tenute a stilare propri Piani di recupero con il criterio clinico prioritario del recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati alle patologie maggiori. Il confronto fra i volumi di attività del I semestre del 2022 con quelli del I semestre 2019 indica tuttavia un percorso in salita: le prestazioni di specialistica ambulatoriale (escluso il laboratorio) erano inferiori del 12,6%, le prime visite specialistiche di oltre il 16% e le visite di controllo erano inferiori di quasi il 20%⁴⁹.

Complessivamente la percentuale di persone che hanno effettuato visite specialistiche è scesa dal 42,3% del 2019 al 38,8% del 2022, mentre coloro che hanno effettuato accertamenti diagnostici scendono dal 35,7% al 32,0%. Queste diminuzioni sono riscontrabili in tutte le classi di età, con maggiore rilevanza per le donne e le persone anziane, mentre le Regioni con più difficoltà nel recupero dei precedenti livelli di prestazioni sono risultate quelle meridionali in genere, ma anche regioni come il Piemonte, le Marche e il Friuli Venezia Giulia.

Conseguenza di questa situazione è il cambiamento della composizione delle dinamiche che cercano di interpretare i motivi della rinuncia alle prestazioni. Le liste d'attesa costituiscono infatti il principale motivo di questo comportamento. Nel 2019 la quota di cittadini che indicava nelle condizioni economiche il motivo principale della rinuncia alle cure era del 4,3%, mentre nel 2022 questa percentuale scende al 2,9%. Allo stesso tempo le lunghe liste d'attesa come barriera all'accesso sono diventate il fattore principale (3,8% della popolazione), in particolare al Nord e nelle zone più ricche del paese. La rinuncia alle prestazioni nel Nord Italia fra le persone in buone condizioni di salute (triplicate fra il 2019 e il 2022) evidenzia, nota ISTAT⁵⁰, come le barriere all'accesso alle prestazioni siano aumentate per le difficoltà del sistema di soddisfare la domanda di assistenza dopo l'emergenza sanitaria.

Le liste d'attesa rappresentano, inoltre, una spinta al ricorso alle prestazioni pagate direttamente dai cittadini o intermedie dalle diverse forme di sanità integrativa (fondi e assicurazioni sanitarie) con ovvie distorsioni a livello territoriale e sociale causate da questi comportamenti indotti dalle carenze dell'offerta pubblica di servizi.

⁴⁹ Dati del sistema di monitoraggio Piani di Recupero delle ambulatoriali a cura di Agenas.

⁵⁰ Documento ISTAT, cit., pag. 11.

2.6.4 Conclusioni

Sulla capacità delle regioni di affrontare la complessa materia delle liste d'attesa e delle loro conseguenze in termini di accesso e rinuncia alle cure pesano complessi fattori oramai consolidati. Ricordiamo solo questi punti più volte oggetto di attente analisi da parte dei ricercatori OASI anche in questo Rapporto:

- ▶ la riduzione del personale del SSN, in particolare nelle regioni sottoposte a Piani di Rientro, e in generale le misure di contenimento delle assunzioni per il personale a tempo indeterminato;
- ▶ il crescente ricorso all'utilizzo anche per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche a personale con contratti di impiego flessibile, temporaneo o di tipo libero professionale⁵¹;
- ▶ la carenza di personale nelle diverse qualifiche (medici, infermieri, personale tecnico-sanitario) dovuta in parte ai fenomeni crescenti di fuga all'estero alla ricerca di migliori opportunità economiche e di carriera, nonché al numero insufficiente di accessi ai corsi specialistici per professionisti sanitari;
- ▶ le rigidità dei modelli organizzativi aziendali come fattori che ostacolano il pieno utilizzo delle strutture e dei fattori produttivi;
- ▶ le relazioni, spesso conflittuali e non improntate a comuni finalità, tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere nella gestione del fenomeno.

Al di là di questi elementi e delle iniziative aziendali e regionali messe in atto per ridurre gli impatti e migliorare le performance complessive del sistema, destano tuttavia preoccupazione le conseguenze a medio lungo termine delle rinunce alle cure e alle attività di prevenzione dovute alle condizioni economiche e sociali del paese e al ruolo assegnato dalle politiche di bilancio alla sanità pubblica.

Il quadro che emerge dall'insieme di dati e di fonti informative richiamate in questo paragrafo non può non indurre a riflessioni sull'effettiva capacità di risposta ai bisogni di salute e cura da parte del SSN, nonché sull'efficacia delle politiche sociali e delle misure di sostegno al reddito come fattore di inclusione e contrasto delle diseguaglianze. In questo contesto destano ovvie preoccupazioni le recenti previsioni contenute nella Nota di Aggiornamento del documento di programmazione economica (NADEF) per i prossimi anni in cui si prospetta una progressiva riduzione della quota della spesa SSN sul PIL fino ad arrivare nel 2026 a poco più del 6,0%.

⁵¹ Secondo Eurispes durante la pandemia oltre il 6% dei medici e il 26% degli infermieri sono stati inseriti con contratti a tempo determinato o con contratti libero-professionali. Cfr. Eurispes-Enpam, 2° Rapporto sul Sistema Sanitario Italiano, 2023.

Più in generale, non si può non condividere l'appello del Presidente della Repubblica quando ricorda la necessità di una continua difesa dei principi fondativi del SSN tra i quali l'equità di accesso alle cure e ai servizi rimane un aspetto centrale.

2.7 Glossario

Assetto istituzionale

L'assetto istituzionale delle aziende, secondo la dottrina economico-aziendale, viene inteso come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse. 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 regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale, 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.

Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni (LEA) 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.

Competenza delle regioni nell'organizzare il sistema sanitario pubblico regionale

In qualità di capogruppo, le regioni devono:

1. definire l'articolazione del territorio regionale in aziende sanitarie locali (ASL);
2. 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;
3. definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico - IRCCS e Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale;
4. identificare eventuali altri soggetti intermedi, quali forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione.

Cure intermedie

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 richieda 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).

Ruolo del Direttore Generale nel SSN

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 regione⁵².

⁵² Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.

2.8 Bibliografia

- Agenas (2022), «Programma Nazionale Esiti. Edizione 2022», Ministero della Salute: Roma
- 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 CER GAS (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.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, 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: pp. 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 CER GAS (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: pp. 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 a questo link: 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), pp. 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.

