

2 La struttura e le attività del SSN

di Giulia Broccolo, Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Natalia Oprea, Agnese Palvarini¹

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);
- ▶ uno sguardo complessivo sull'evoluzione del SSN (§2.6).

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

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 ad Agnese Palvarini e Natalia Oprea, il § 2.4 è da attribuirsi a Simone Manfredi e Natalia Oprea, il § 2.5 è da attribuirsi a Giulia Broccolo, il § 2.6 è da attribuirsi ad Attilio Gugiatti. Si ringrazia Claudio Buongiorno Sottoriva per il prezioso contributo nella stesura del § 2.3.3.

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 2024) e delle Strutture di ricovero (relativi agli anni tra il 1997 e il 2024); ii) l'Annuario statistico del SSN (1997-2023); iii) il dataset relativo alla dotazione di posti letto per struttura ospedaliera, per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2022); iv) il Rapporto SDO (1998-2023); v) l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
- ▶ dati pubblicati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali relativi all'attuazione del DM n. 77 (2024);
- ▶ dati pubblicati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato nel Conto Annuale, rilevazione censuaria sulle amministrazioni pubbliche (ultimo anno disponibile: 2022);
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2025 (ultimo anno disponibile: 2023);
- ▶ dati originali CERGAS relativi alla ricognizione delle Direttrici e dei Direttori Generali (DG) delle aziende sanitarie pubbliche (1996-2025).

2.2 Gli assetti istituzionali

L'autonomia delle regioni italiane nello stabilire la struttura del proprio servizio sanitario si è manifestata attraverso scelte molto diverse nel corso degli anni, creando una notevole eterogeneità tra le varie regioni in termini di: (i) numero e dimensione media delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (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

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 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 direttamente. 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.

prevede la ricognizione di tutti gli enti pubblici che compongono il Sistema Sanitario Regionale (SSR), distinguendo da una parte le aziende erogatrici di servizi come le aziende territoriali e ospedaliere, le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde e l'aggiunta di tre raggruppamenti: IRCCS pubblici (comprese le Fondazioni IRCCS), Aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) – e le altre entità che svolgono funzioni intermedie. 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 si 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 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 SSR, va sottolineato l'interesse crescente di numerose regioni verso la costituzione di enti intermedi. Attualmente, se ne contano 20, che possono essere differenziati in base ai ruoli e alle responsabilità assegnate. Alcuni esercitano funzioni di governo, come la pianificazione, l'acquisto di servizi sanitari da strutture ac-

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.

creditate e il controllo. 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, dove, 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 due ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU – Agenzia Regionale Emergenza Urgenza 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.

Infine, altri sistemi si sono dotati di attori intermedi che svolgono attività di supporto amministrativo e operativo nelle regioni, mentre le funzioni di governo sono rimaste allocate a livello regionale. Oltre ai già citati enti intermedi

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

Supporto amministrativo e operativo	Sì	<ul style="list-style-type: none"> – Agenzia di Controllo (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)

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 2024⁸.

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, il numero delle aziende è diminuito da 197 nel 2001 a 128 nel 2024 (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 tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo 2012)⁹. Nella seconda ondata, tra il 2015 e il 2017, i riordini dei SSR hanno interessato le regioni del Centro-Nord Italia. Tuttavia, negli ultimi tre anni, è stata osservata un'inversione di tendenza limitata ad alcune regioni medio-piccole. L'ultima modifica ha riguardato la sanità nella regione Marche, che ha istituito 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 uniche. Nella maggior parte delle regioni, le ASL tendono a coincidere con le unità provinciali¹¹. Esistono però sistemi regionali che costituiscono delle eccezioni: in

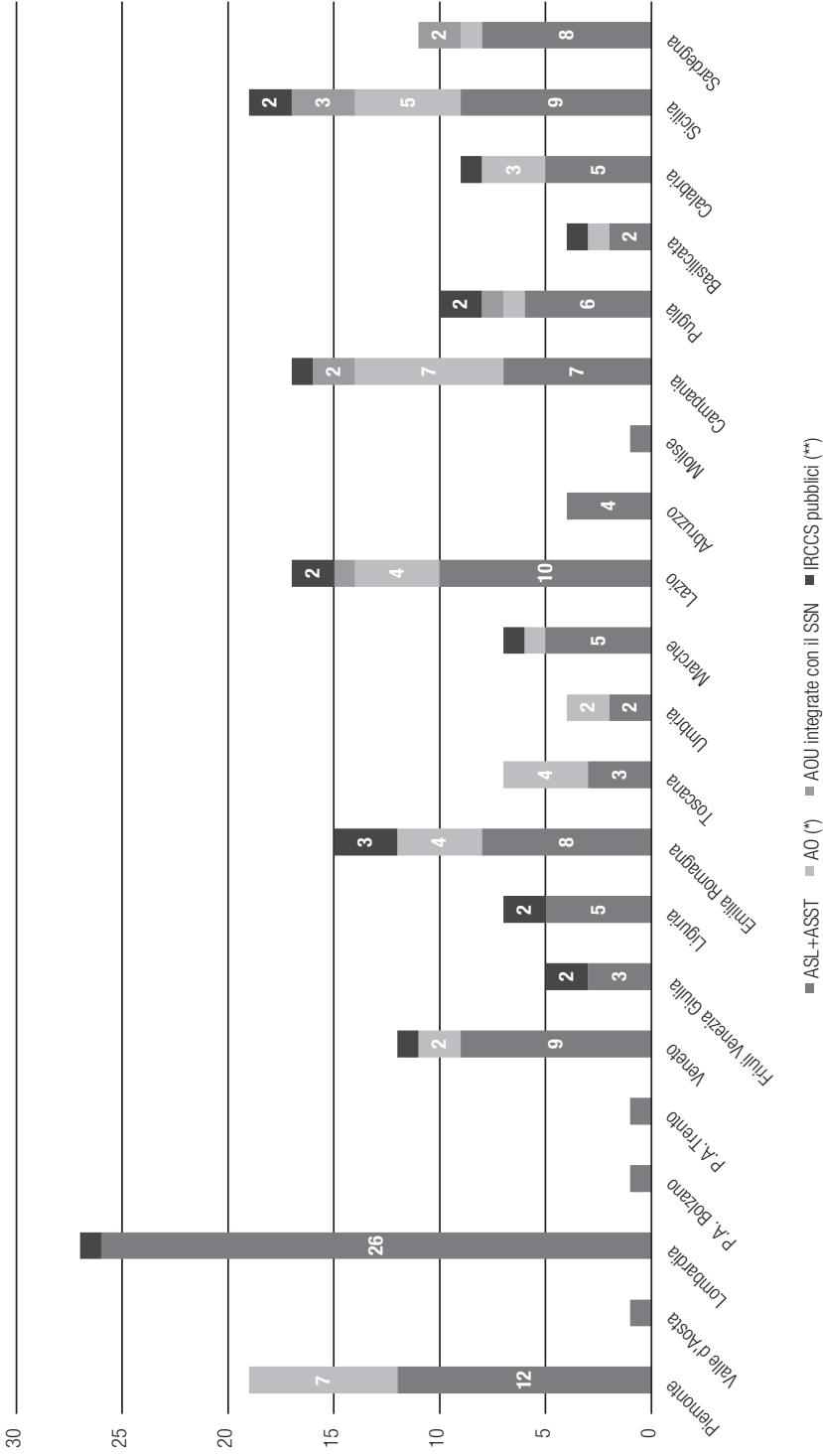
⁸ I dati aggiornati al 2024, disponibili sul sito del Ministero della Salute, riguardano esclusivamente le ASL. Per quanto riguarda le strutture di ricovero, le informazioni disponibili sono aggiornate al 2023. Nelle Figure 2.2 e 2.3, l'aggiornamento dei dati al 2024 è frutto di un'elaborazione realizzata dalle autrici e dagli autori sulla base dell'evoluzione normativa regionale. A ottobre 2025, il quadro rappresentato risulta sostanzialmente ancora valido.

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).

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, Liguria, Piemonte, Veneto, Campania, Lazio.

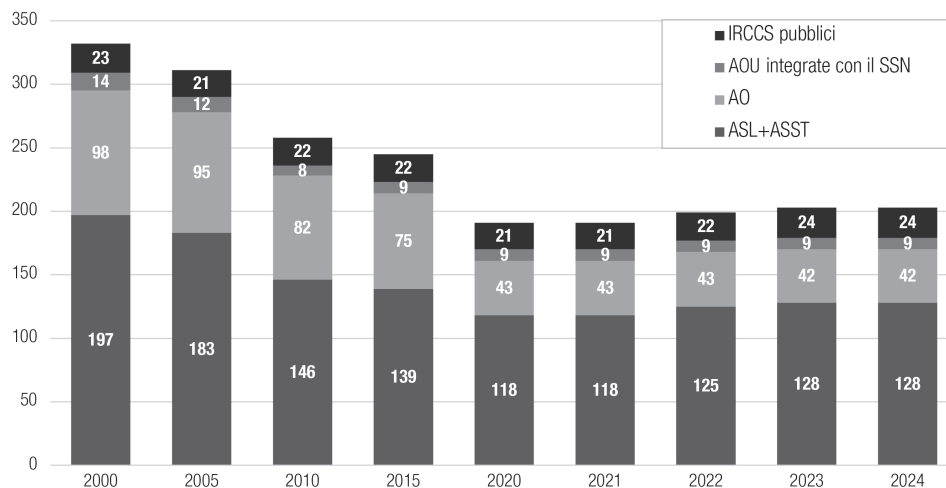
Figura 2.2 Ricognizione degli enti pubblici dei SSR (2024)



(*) 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: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute, 2024

Figura 2.3 **Aziende d'erogazione pubbliche del SSN, per anno e tipo di azienda (2001-2024)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute, 2024

Toscana le ASL coprono bacini d'utenza sovra-provinciali. In Lombardia, la norma è osservare ASST con territori di riferimento sub-provinciali. Sempre in Lombardia, nel corso del 2023, il numero di ASST è passato da 27 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 Piemonte, dove con l'atto della giunta regionale¹³, a partire dal 1° gennaio 2024 è stata costituita l'AO «Ospedale Infantile Regina Margherita» di Torino, precedentemente nell'AO «Città della Salute e della Scienza».

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 2024¹⁴. La regione con la popolazione media più elevata è la Toscana (1.221.599 abitanti), seguita da Campania (798.582) e Puglia (648.375). La popolazione aziendale media più bassa, invece, si registra nella regione più piccola in termini di dimensioni e numero di

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 D.P.G.R., 28 Dicembre 2023, n. 61, della Regione Piemonte

¹⁴ La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2024.

abitanti (Valle d'Aosta – 123.018 abitanti). Insieme alla Valle d'Aosta, Sardegna (196.229), Basilicata (266.818), Molise (289.443) e Marche (296.885) sono le regioni con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti. Rispetto agli anni precedenti al 2022, la situazione è tuttavia differente e mostra un aumento del numero di regioni con bacini di utenza dimensionali più contenuti. Nel 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 pubblici¹⁵, 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 Le Direttrici e i Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche

Il presente sotto-paragrafo si articola in tre dimensioni di analisi delle DG e dei DG: la prima si concentra sull'età media e sulla distribuzione in termini di genere a livello nazionale e regionale; la seconda presenta il turnover di 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. Le analisi sono condotte prendendo come unità d'analisi le aziende (198 sono quelle ad oggi analizzate, 206 includendo le ATS lombarde – considerate qui quali enti intermedi ed escluse dalla maggior parte delle analisi). In alcuni casi, dove indicato, l'unità di analisi sono le persone che ricoprono il ruolo di DG che risultano 191, avendo 6 di questi contemporaneamente l'incarico di DG e di Commissario in due aziende distinte e l'ASP Vibo Valentia una Commissione Straordinaria composta da tre dirigenti. 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. Inoltre, dall'edizione 2024 è stata introdotta un'ulteriore fonte informativa: l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario nazionale¹⁶.

¹⁵ L'elenco completo è disponibile alla seguente pagina del sito del Ministero della Salute: <https://www.dati.salute.gov.it/it/dataset/aziende-ospedaliere-aziende-ospedaliere-universitarie-e-irccs-pubblici-anche-costituiti/>

¹⁶ L'elenco è disponibile sul sito internet del Ministero della Salute

La prima dimensione di analisi rispetto i profili delle e dei DG riguarda l'età media e il genere, indagati a livello nazionale e regionale (Tabella 2.1 e Figura 2.4). Per quanto riguarda l'età, il valore medio nazionale per il 2025 è pari a 60 anni. Rispetto al 2019, l'età media è aumentata di 1 anno e cinque mesi.

Rispetto alla distribuzione di genere, nel 2025 si conferma il forte sbilanciamento verso direttori generali di genere maschile (146) rispetto alle parigrado di genere femminile che risultano essere 52, pari ad appena il 26% del totale (Figura 2.4). Le donne risultano in netta minoranza in tutti i SSR, con l'eccezione di Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Calabria dove si oltrepassa la soglia del 40%. Nonostante ciò, l'attuale percentuale di donne risulta la più alta mai registrata: infatti, nel 2000 le DG di sesso femminile erano appena il 2% del totale. Da quel momento si è assistito a una crescita costante che rimane però ancora lontana dalla parità di genere¹⁷. Interessante, inoltre, verificare come tale disparità si evidenzi anche nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di DG per l'SSN. Infatti, nel 2024 dei 1.264 soggetti in elenco solo

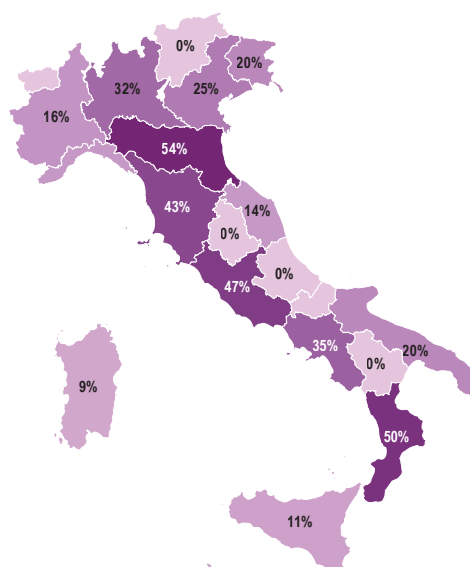
Tabella 2.1 **Età media DG, per regione e tipo di azienda (2025)**

Regione	AO	ASL e ASST	IRCCS	Totale complessivo
Abruzzo		61,0		61,0
Basilicata	56,0	61,0	65,0	60,8
Bolzano		54,0		54,0
Calabria	64,0	65,0		64,7
Campania	59,2	60,3	70,0	60,3
Emilia-Romagna	57,7	58,9	60,5	58,8
Friuli-Venezia Giulia		57,3	59,0	58,0
Lazio	59,6	59,7	57,5	59,4
Liguria		62,0	64,5	62,7
Lombardia		58,5	63,2	59,3
Marche	65,0	64,4	57,0	63,4
Molise		64,0		64,0
Piemonte	56,6	58,1		57,5
Puglia	64,0	57,7	51,5	57,7
Sardegna	62,3	61,4		61,6
Sicilia	62,6	60,7	64,0	61,7
Toscana	54,3	53,0	69,0	55,9
Trento		63,0		63,0
Umbria	61,0	55,0		58,0
Valle D'Aosta		67,0		67,0
Veneto	66,0	63,6	68,0	64,3
Totale complessivo	60,0	59,9	61,7	60,1

Fonte: OASI, 2025

¹⁷ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.4 **% donne DG aziende sanitarie pubbliche sul totale dei DG per regione (2025)**



Fonte: OASI, 2025

il 27% è donna. Dunque, questo sbilanciamento sembra legato non solo alla selezione in sé, ma a motivazioni più profonde nello sviluppo di carriera.

Proseguendo l'analisi, la Tabella 2.2 mostra la durata media¹⁸ del periodo in cui ogni DG è rimasta/o in carica in una data azienda tra il 1996 e il 2025. La durata media nazionale è pari a 3 anni e sei mesi. Tale dato risulta sostanzialmente invariato rispetto al periodo 1996-2005 e sottolinea, da un lato, una certa aderenza ai 4 anni di durata teorica di molti incarichi regionali di DG (nella maggior parte dei casi rinnovabili); dall'altro, l'evidenza per cui la maggior parte dei mandati è tendenzialmente breve e si conclude prima del suo termine formale. Permangono forti differenze tra regioni: dagli 1,7 anni della Calabria ai 7,4 della PA di Bolzano.

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

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

¹⁸ La durata media dell'incarico di DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni n considerati per una determinata azienda (con $1 \leq n \leq 30$) e il numero complessivo di DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

Tabella 2.2 **Durata media in carica dei DG, per regione e tipo di azienda (1996-2025 e 1996-2005)**

Regione	Totale 1996-2025	Totale 1996-2005
Abruzzo	3,8	4,2
Basilicata	2,9	3,3
PA Bolzano	7,4	7,5
Calabria	1,7	1,7
Campania	3,5	4,1
Emilia-Romagna	4,0	3,9
Friuli-Venezia Giulia	3,4	4,0
Lazio	2,7	2,7
Liguria	3,9	3,1
Lombardia	4,3	4,1
Marche	3,0	3,1
Molise	3,8	4,0
Piemonte	3,3	3,5
Puglia	3,4	3,8
Sardegna	2,8	3,1
Sicilia	3,2	2,9
Toscana	4,1	3,8
PA Trento	4,1	5,0
Umbria	2,8	2,7
Valle d'Aosta	2,9	2,5
Veneto	4,4	4,2
ITALIA	3,5	3,6

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

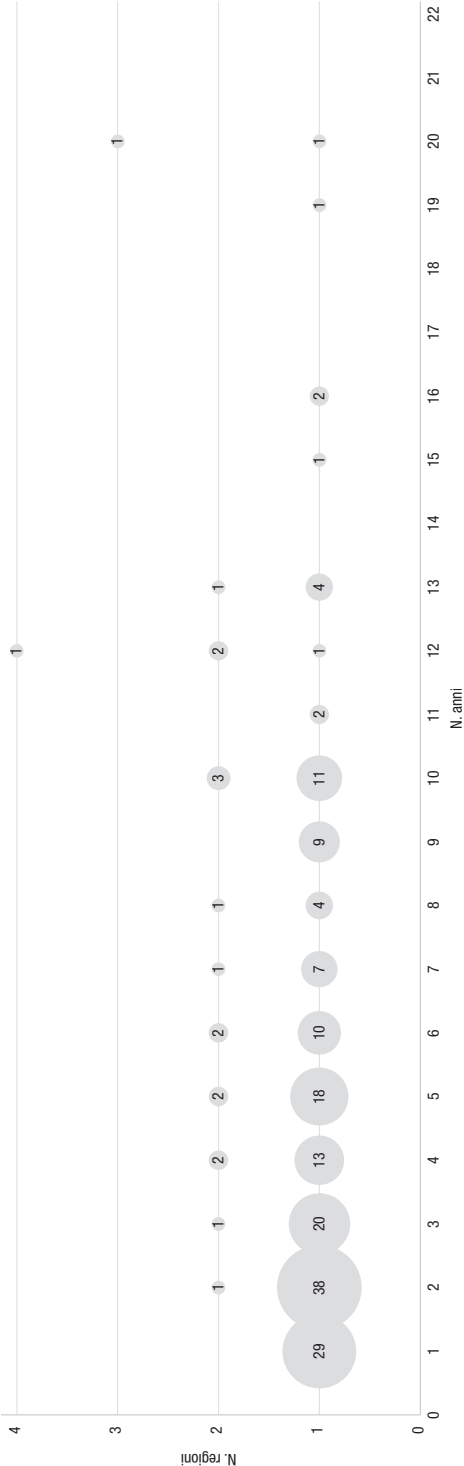
Fonte: OASI, 2025

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 192 persone che attualmente ricoprono il ruolo di direttore generale in Aziende Territoriali, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Policlinici¹⁹. Tra le DG e i DG considerati, si osserva che oltre metà ricopre il ruolo da quattro anni o meno, mentre in 34 (il 18% del totale) hanno maturato un'esperienza almeno decennale. Inoltre, il grafico mostra come siano ampiamente prevalenti DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa il 91%.

Anche rispetto all'istituzione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di DG per l'SSN, è utile concentrare l'attenzione sulla mobilità inter-regionale che tale elenco dovrebbe promuovere. Con riferimento al periodo

¹⁹ Sei DG ricoprono attualmente l'incarico di Direttore Generale e Commissario in due aziende distinte.

Figura 2.5 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (2025)**

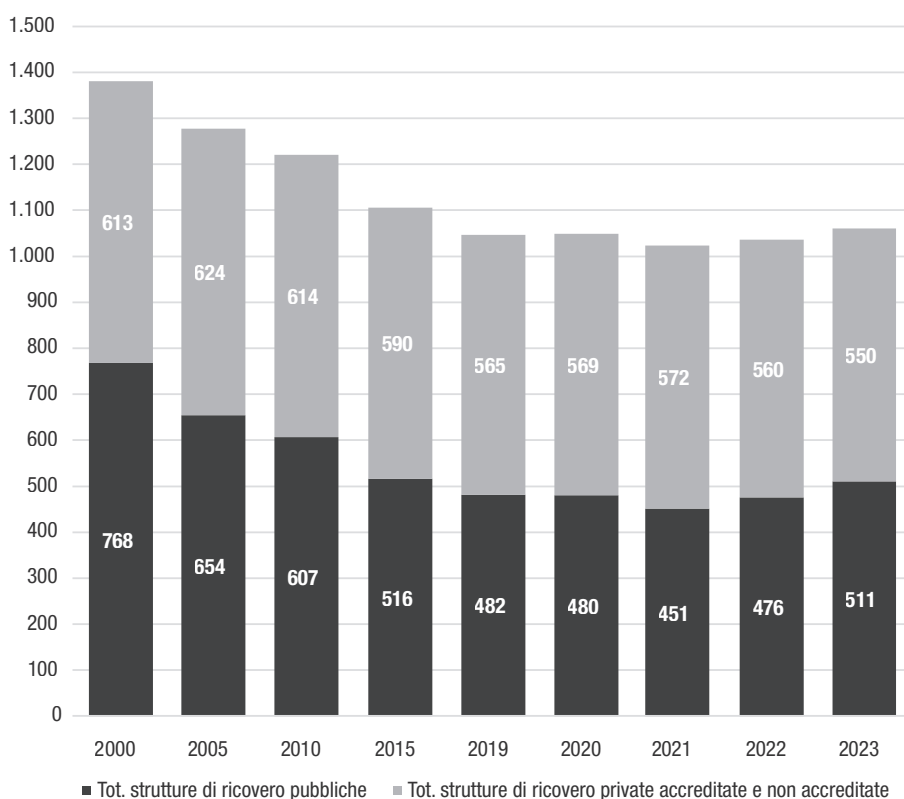


Fonte: OASI, 2025

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 01/01/2023 (Figura 2.7), registrano 511 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 476 strutture private accreditate²⁰. 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 marcata. Il trend di riduzione delle strutture pubbliche appare tuttavia più contenuto a partire dal 2020, registrando un incremento tra il 2022 e il 2023. Concentrando l'analisi sulle strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (406 in totale). Questi sono stati nel tempo accorpati in “Presidi Ospedalieri

Figura 2.7 **Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate (2000-2023)**



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

²⁰ In questo contesto il termine *struttura* va inteso in senso organizzativo-funzionale (l'ospedale come organizzazione) e non come *stabilimento* (l'ospedale come edificio).

Unici” come frutto delle operazioni di “ingegneria istituzionale” che hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema.

Dal confronto con i dati degli anni precedenti, risulta chiaro che l’assetto dell’offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l’ultimo ventennio di politiche sanitarie: la razionalizzazione è stata introdotta già dai processi di riforma degli anni Novanta e Duemila e questa impostazione è stata ribadita dal Patto per la Salute 2014-2016 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 696 e 668 PL nel 2023. Gli IRCCS, i presidi a gestione diretta delle Aziende territoriali e gli ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 273, 224 e 198 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 86 PL accreditati per la degenza ordinaria.

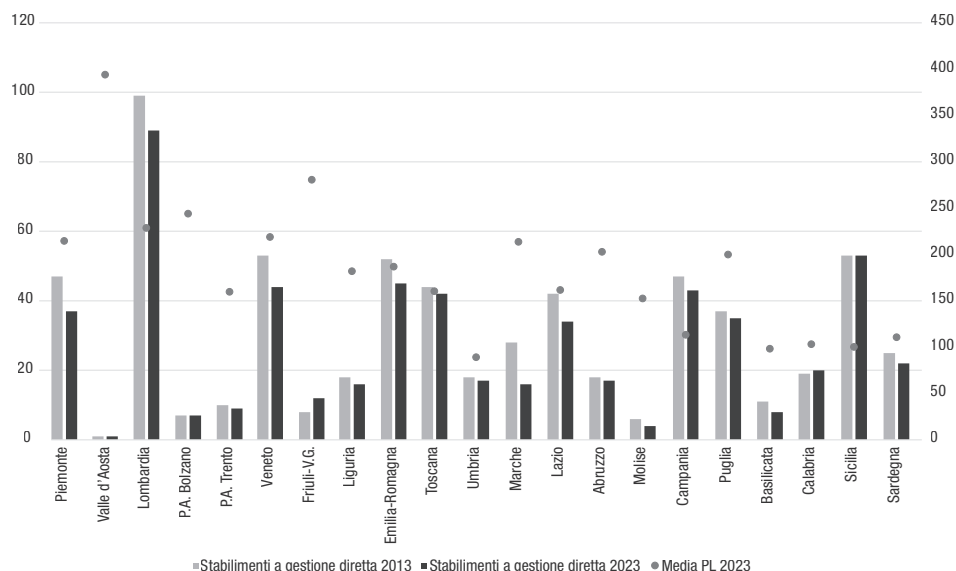
Tabella 2.3 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2023).**

Tipologia di struttura	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Variazione 2000-2023	Variazione 2022-2023
Ospedali a gestione diretta	184	193	199	209	216	212	244	234	224	21,7%	-4,2%
AO e AO integrate con Università	774	660	680	664	664	662	721	697	696	-10,1%	-0,2%
AOU integrate con SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	832	620	667	642	638	651	759	732	668	-19,7%	-8,8%
IRCCS pubblici e privati	247	224	221	226	231	232	291	280	273	10,5%	-2,5%
Ospedali classificati o assimilati	223	211	207	211	210	202	241	222	198	-11,2%	-10,8%
Case di cura private accreditate	89	85	82	81	84	83	90	89	86	-3,4%	-3,6%

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

La variazione negativa di PL nel biennio 2022-2023 è in linea con il trend di riduzione nelle dimensioni medie delle strutture registrato negli ultimi anni, salvo quanto accaduto nel 2021. Tale eccezione – riconducibile alla pandemia da Covid-19 – ha riguardato soprattutto AO, AO integrate con università e

Figura 2.8 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2013; 2023) e dimensione media (asse dx; 2023)**



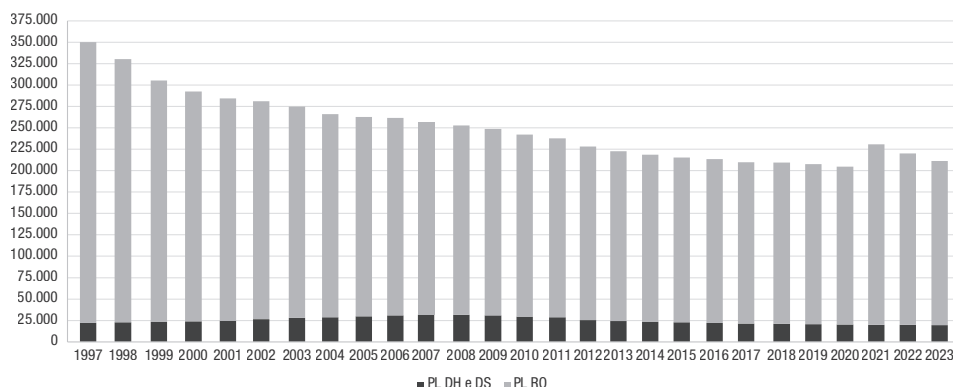
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

AOU integrate SSN, le quali hanno dovuto rafforzare la propria dotazione di PL per fronteggiare l'emergenza pandemica.

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 2.8 confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde⁴) nel 2013 e nel 2023. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni, gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 72 unità a livello nazionale (-11,2%) .

Complessivamente, rispetto al 2022, nel 2023 il numero degli stabilimenti si è solo lievemente ridotto da 579 a 571. I dati dimensionali evidenziano per il 2023 un numero medio di PL per gli stabilimenti del Centro, del Sud e delle Isole (rispettivamente 109, 127 e 75 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (260). Infine, all'interno del trend di diminuzione dei PL totali negli ultimi 10 anni (in Italia -7.125 fra il 2013 e il 2023), 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. Il trend di diminuzione della dotazione di posti letto è tuttavia ripreso nel biennio successivo (-4.819 PL fra il 2021 e 2022).

La Figura 2.9 mostra l'andamento del numero di posti letto in Italia dal 1997 al 2023⁵. Nel 2023 il SSN italiano disponeva di 211.223 PL, di cui 191.547

Figura 2.9 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2023)**

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

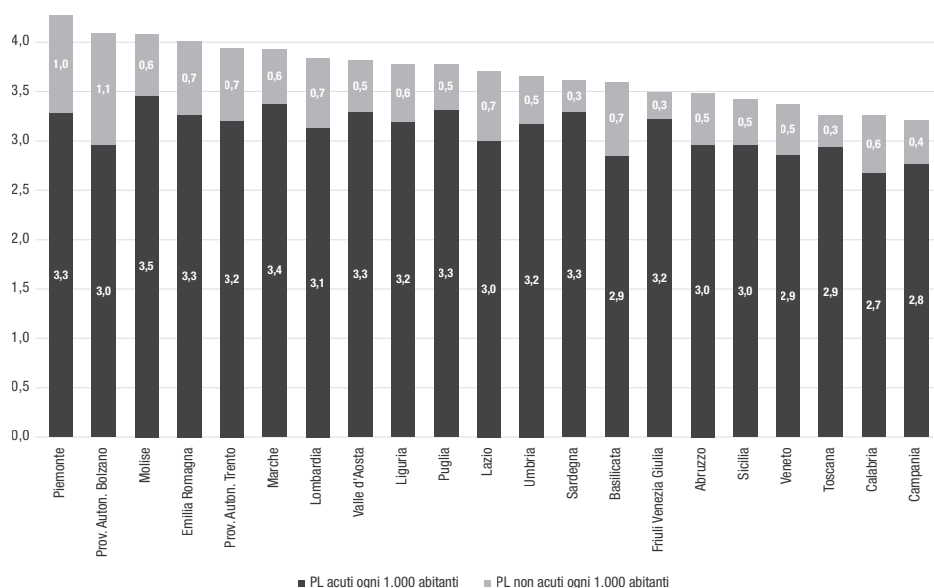
(90,7%) per degenza ordinaria e 19.676 (9,3%) per ricoveri diurni (day hospital, DH e day surgery, DS). Come precedentemente ricordato, il dato è aggiornato al 01/01/2022 e mostra quindi la fotografia delle dotazioni di PL a seguito della pandemia da Covid-19. Tutte le considerazioni riportate dovranno quindi tenere conto di questa contingenza.

Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 39,7%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-41,6%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno hanno subito una contrazione meno marcata (-2.390 unità, pari al -10,8%). 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 (-14,0% tra il 2015 e il 2023).

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 2023 la dotazione media nazio-

Figura 2.10 **Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2023)**



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

nale di PL SSN – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – risulta pari a 3,1 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.10). La maggior parte delle regioni ha aumentato la propria dotazione di PL, raggiungendo l'obiettivo di scendere al di sotto 3,7 per 1.000 abitanti (ad eccezione di Sardegna e Basilicata che raggiungono il 3,6, Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo con il 3,5, Sicilia e Veneto con il 3,4, Toscana e Calabria con il 3,3 e Campania con il 3,2). Per quanto riguarda i target specifici per regime di ricovero, tutte le regioni escluse Calabria, Campania, Basilicata, Veneto e Toscana presentano dotazioni superiori a 3 PL per 1.000 abitanti per acuti. Le dotazioni più elevate negli acuti si registrano in Molise (3,5) e nelle Marche (3,4). Invece, considerando il target per i non acuti, solo nella Provincia Autonoma di Bolzano (1,1) e in Piemonte (1,0) si supera l'obiettivo di 0,7 PL ogni 1.000 abitanti, mentre Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Lazio e Basilicata eguagliano tale obiettivo.

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 discipli-

Tabella 2.4 **Numero di PL totali per disciplina (2023)**

Disciplina	PL	%PL SSN	%PL SSN cumulata
Medicina generale	33.962	16,1%	16,1%
Recupero e riabilitazione	23.469	11,1%	27,2%
Chirurgia generale	20.067	9,5%	36,7%
Ortopedia e traumatologia	17.109	8,1%	44,8%
Ostetricia e ginecologia	12.789	6,1%	50,8%
Cardiologia	8.417	4,0%	54,8%
Lungodegenti	7.583	3,6%	58,4%
Terapia intensiva	7.046	3,3%	61,8%
Urologia	6.004	2,8%	64,6%
Neurologia	5.604	2,7%	67,3%
Malattie infettive e tropicali	5.003	2,4%	69,6%
Pediatria	4.994	2,4%	72,0%
Oncologia	4.708	2,2%	74,2%
Psichiatria	4.639	2,2%	76,4%
Pneumologia	4.100	1,9%	78,4%
Geriatria	3.992	1,9%	80,2%
Otorinolaringoiatria	3.149	1,5%	81,7%
Neurochirurgia	2.703	1,3%	83,0%
Neuro-riabilitazione	2.442	1,2%	84,2%
Nefrologia	2.180	1,0%	85,2%
Altre	31.263	14,8%	100,0%
TOTALE	211.223	100,0%	–

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

na che detiene il maggior numero di PL è la Medicina Generale, con 33.962 PL (15,8% del totale SSN), seguita da Recupero e Riabilitazione (23.469 PL, 10,9%) e Chirurgia Generale (20.067 PL, 9,4%). Le prime 20 discipline assommano in totale l'85,2% dei PL del SSN.

2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

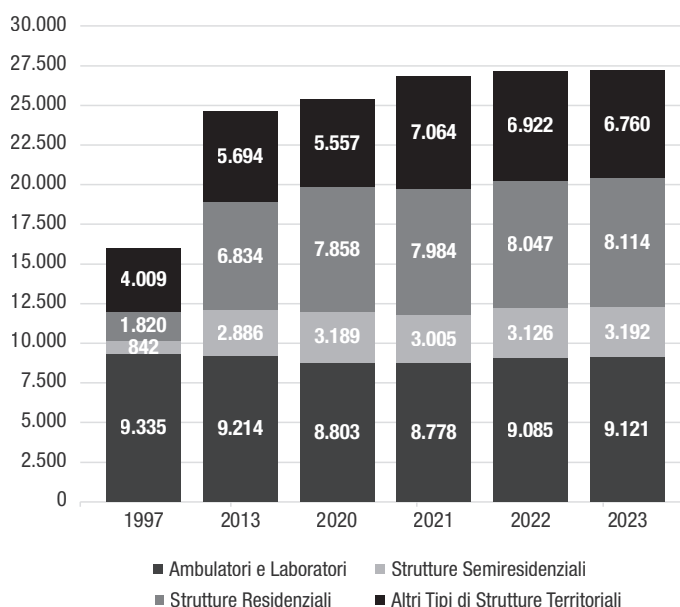
La maggiore attenzione rivolta all'assistenza territoriale con l'obiettivo di rafforzare la rilevanza a fronte della razionalizzazione dell'attività ospedaliera si è tradotta in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono deputati all'organizzazione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

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

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

La Figura 2.11 rappresenta l'andamento delle strutture territoriali (pubbliche e private accreditate) nel periodo 1997-2023. Rispetto al 2022, nel 2023 si registra una sostanziale stabilità del numero di Ambulatori e Laboratori (+0,4%), in contrasto con la decrescita registrata nelle rilevazioni antecedenti al 2021. Nello stesso periodo, lievemente più marcato è l'incremento delle Strutture Semiresidenziali, che aumentano del +2,1%. Anche il numero di Strutture Residenziali rimane pressoché invariato (+0,8%), mentre gli Altri Tipi di Strutture Territoriali (centri dialisi, centri di salute mentale, etc.) diminuiscono del 2,3% nel biennio 2022-2023. Come mostrato in figura, il trend generale vede un co-

Figura 2.11 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2023)**



(*) 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 2023

stante aumento del numero complessivo di Strutture Territoriali nel periodo 1997-2023 (da 16.006 a 27.187; +69,9%).

Oltre alla situazione attuale delle strutture territoriali già analizzata, è cruciale considerare anche le dinamiche introdotte dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede un programma di investimento e potenziamento delle «reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale». La riforma complessiva dell’assistenza territoriale si articola attraverso tre linee principali di investimento: (i) le Case della Comunità (CdC) e la presa in carico della persona; (ii) la «Casa come primo luogo di cura» e la telemedicina; e (iii) il rafforzamento dell’assistenza intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità, OdC). Con l’entrata in vigore del Decreto Ministeriale n. 77, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale nel giugno 2022, è stato introdotto un nuovo modello organizzativo che stabilisce standard strutturali, organizzativi e tecnologici per le strutture territoriali previste dagli investimenti del PNRR. La Tabella 2.5 illustra lo stato di implementazione delle Strutture territoriali attive previste dal DM n. 77/2022, con ultimo aggiornamento a dicembre 2024.

Tabella 2.5 **Strutture territoriali previste dal DM n. 77/2022 e strutture dichiarate attive (2024)**

Tipologia	Case della Comunità (CDC)	Centrali Operative Territoriali (COT)	Ospedali di Comunità (OdC)
Previsto	2.361 mln di euro risorse complessive	116 mln di euro risorse complessive	1.089 mln di euro risorse complessive
	1717 strutture	650 setting	568 strutture
	da edificare: 367	da edificare: 81	da edificare: 115
	da ristrutturare: 1052	da ristrutturare: 523	da ristrutturare: 318
	Informazioni non disponibili: 11	Informazioni non disponibili: 7	Informazioni non disponibili: 1
Realizzato	485 strutture (*)	642 setting	124 strutture

(*) Sono considerate anche le CdC attive solo in sede provvisoria con almeno un servizio attivo.

Fonte: elaborazione OASI su dati AGENAS – Monitoraggio attuazione DM n. 77 del 2022 – II semestre 2024

2.3.3 Il personale del SSN

Il personale è un elemento chiave del Servizio Sanitario Nazionale, di fondamentale importanza per comprendere appieno il funzionamento delle aziende sanitarie. Si tratta infatti di una risorsa critica: la qualità dei servizi erogati dipende in larga misura dalle persone che contribuiscono a fornirli, oltre a costituire una quota significativa dei costi del sistema sanitario.

La Figura 2.12 mostra l’andamento della numerosità del personale dipenden-

te del SSN²¹ tra il 2001 e il 2023, distinguendo i diversi ruoli professionali²². Nel corso di due decenni, si è registrata una diminuzione costante del numero totale dei dipendenti, passando da 691.456 unità nel 2001 a 683.057 nel 2021 (una riduzione dell'1,2%)²³. Tuttavia, a partire dal 2017 – anno in cui si è registrato il numero più basso – si è osservata una inversione di tendenza. Dal 2017 al 2019 si è verificato un lieve incremento annuale, mentre nel periodo 2020-2023 si è registrata una crescita più marcata, influenzata dalle politiche di risposta alla pandemia del Covid-19. Nel 2023, complessivamente, si contavano 714.139 lavoratori sanitari al livello nazionale. A questi vanno aggiunti 44.952 lavoratori con contratto a tempo determinato, la metà dei quali impiegati in ruoli amministrativi e in altri profili non sanitari. Nello stesso anno, si registravano 109.025 medici, 289.545 infermieri e 101.882 operatori tecnici e sociosanitari.

Nel periodo di osservazione 2001-2023 emergono tre diverse fasi nell'andamento dell'organico del SSN. Tra il 2001 e il 2010, il personale è rimasto sostanzialmente stabile (+1%), con andamenti eterogenei: medici +5%, infermieri +1%, personale tecnico-amministrativo -15% e operatori tecnici e sociosanitari +17%. 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 al 5%, con la riduzione più rilevante tra il personale tecnico-amministrativo (-13%) e tra gli operatori tecnici e sociosanitari (-3%).

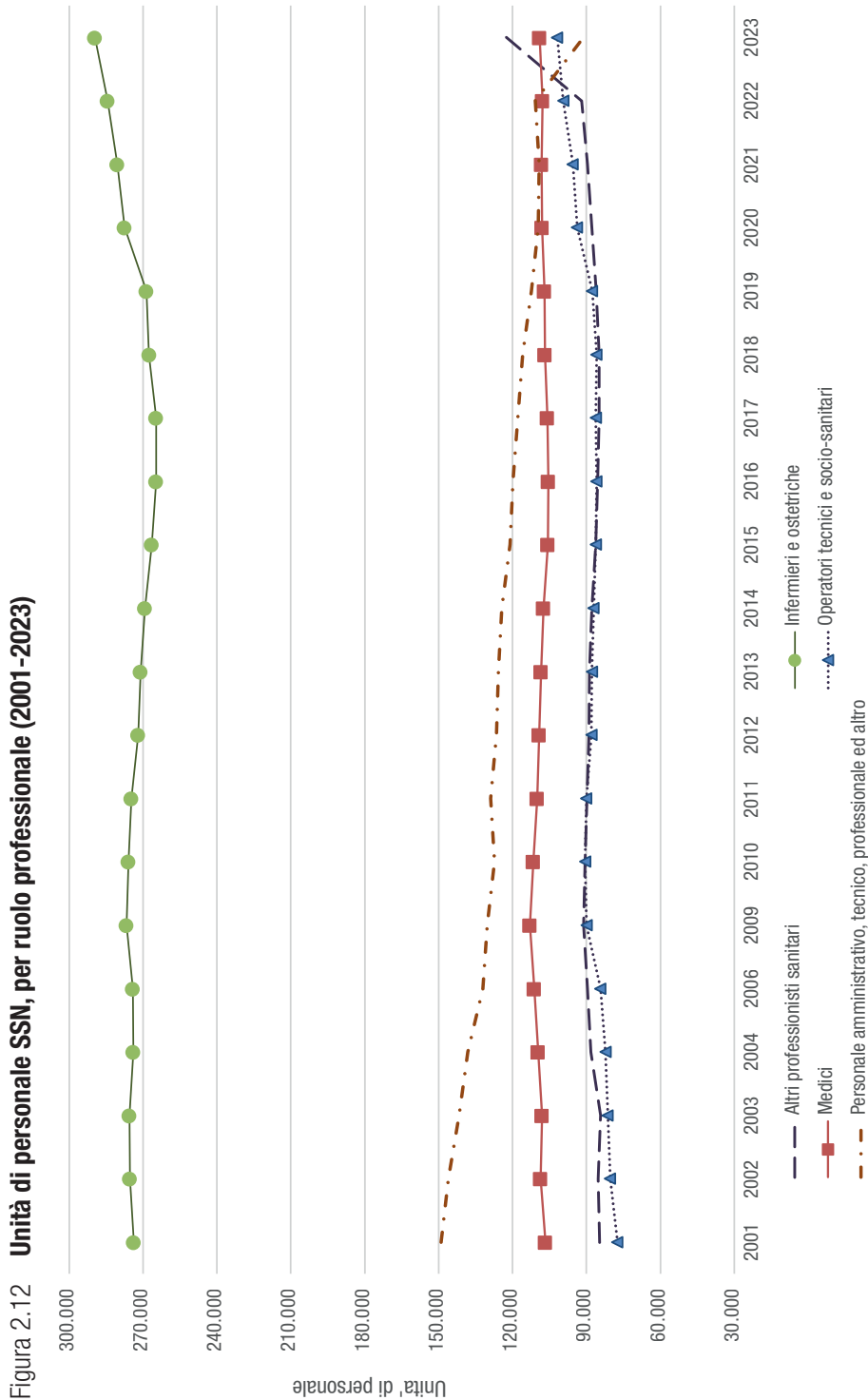
La pandemia da Covid-19, come descritto anche nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI, ha avuto un profondo impatto sul dimensionamento dell'organico del SSN, con variazioni significative tra i diversi ruoli. Nel periodo 2019-2023, si è registrato un incremento del personale tecnico e sociosanitario (+16,2%), del personale infermieristico e ostetrico (+7,8%), e in misura più contenuta, del numero dei medici (+1,9%). Per comprendere meglio queste dinamiche, abbiamo confrontato il numero assoluto di professionisti nel periodo 2019-2023 con quello del decennio precedente (2010-2019).

Durante il decennio precedente, si erano verificate significative riduzioni nel personale infermieristico e ostetrico (-7.288 unità), tra operatori tecnici e sociosanitari (-2.860 unità) e tra i medici (- 4.588 unità). Al contrario, nel solo periodo 2019-2023, il personale infermieristico e ostetrico è aumentato di 20.908 unità, gli operatori tecnici e sociosanitari di 14.192 unità e i medici di

²¹ Sono inclusi i dipendenti appartenenti al CCNL Sanità.

²² 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, professionale ed altro' 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.

²³ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.



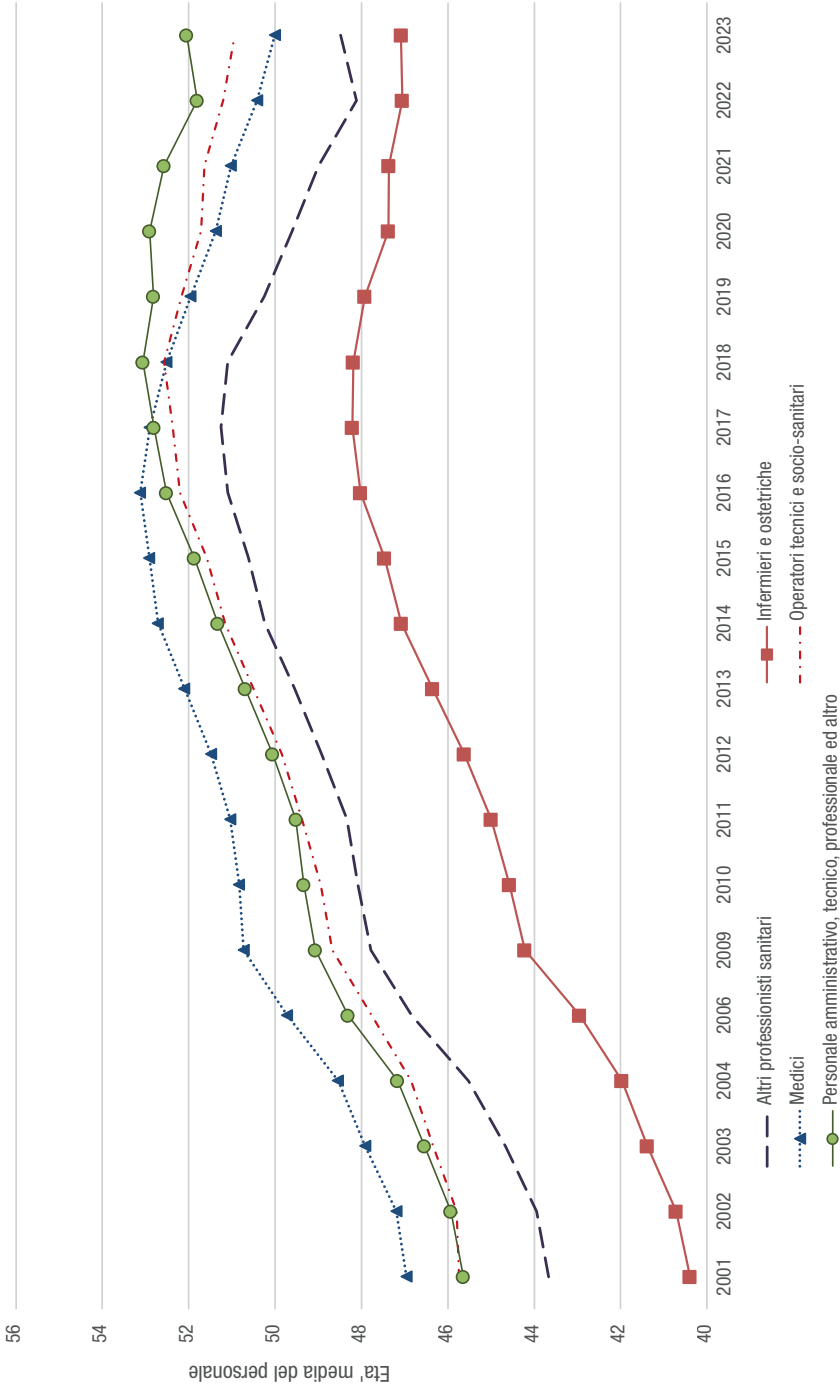
Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale

1981 unità. Per consolidare questo trend, anche nel 2023, il numero degli operatori tecnici e sociosanitari è cresciuto del 2,5%, degli infermieri e ostetriche dell'1,8% e quello dei medici dell'1,2%. Un'eccezione è rappresentata dal personale tecnico-amministrativo, che nello stesso anno ha registrato una contrazione del 17,7% (-19.674 unità).

Nonostante questi incrementi, per alcuni profili professionali i numeri rimangono modesti e non sono ancora sufficienti per colmare i vuoti accumulati nel decennio precedente o a rispondere ad eventuali aumenti degli standard di servizio. In particolare, la dotazione di professionisti infermieri e ostetriche in Italia rimane ancora 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 rilevante considerare la dimensione anagrafica del personale sanitario. Nel 2023, l'età media dei medici era pari a 50 anni, quella del personale infermieristico e ostetrico a 47,1 anni e quella del personale tecnico-amministrativo a 50,9 anni. Come mostra la Figura 2.13, l'età media del personale è progressivamente aumentata nel tempo, con un leggero calo osservabile a partire dal 2019, con probabilità riflesso delle nuove assunzioni nel settore di cui sopra discusso.

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 2023 registrano 37.983 MMG e 6.706 PLS (Tabella 2.6). Nel corso degli ultimi anni, sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti. Tra il 2022 e il 2023, si è verificata una diminuzione di 1.383 unità di MMG (-3,5%) e 256 unità di PLS (-3,7%), mentre tale diminuzione è stata pari a 7.220 MMG (-16%) e a 999 PLS (-13%) dal 2013. Infatti, la media di assistiti per ogni MMG è aumentata del 15% rispetto al dato del 2013 raggiungendo un valore medio 1.335 assistiti per medico. Per quanto riguarda le scelte per professionista, la Lombardia si conferma come quella con il numero massimo di MMG (1.547), mentre la P.A. di Bolzano per quella con il numero maggiore di PLS (1.118). 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 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 2.6 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 re-

Figura 2.13 L'andamento dell'età media del personale sanitario (2001-2023)



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

Tabella 2.6 **Numero MMG e PLS, numero medio di scelte e diffusione dell'indennità associativa, per regione (2023)**

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	2.732	1.377	61,90	352	1.102	38,9
Valle D'Aosta	72	1.430	66,67	11	1.049	81,8
Lombardia	5.277	1.547	72,41	1.062	981	67,5
Prov. Auton. Bolzano	292	1.534	55,14	56	1.118	82,1
Prov. Auton. Trento	330	1.415	87,27	68	906	89,7
Veneto	2.764	1.524	86,25	513	1.006	85,8
Friuli Venezia Giulia	712	1.460	88,34	112	3.154	32,1
Liguria	994	1.314	72,13	157	879	86,6
Emilia Romagna	2.673	1.437	86,53	565	832	73,3
Toscana	2.814	1.179	64,00	474	924	55,1
Umbria	635	1.188	80,63	103	795	69,9
Marche	946	1.374	64,69	151	892	68,9
Lazio	4.023	1.251	77,48	727	807	65,2
Abruzzo	950	1.168	57,37	130	869	69,2
Molise	241	1.052	19,50	29	814	100,0
Campania	3.396	1.371	94,26	701	893	67,8
Puglia	2.811	1.214	76,88	500	802	85,4
Basilicata	443	1.089	51,69	54	854	61,1
Calabria	1.263	1.208	17,81	221	871	71,0
Sicilia	3.654	1.119	51,18	580	818	78,3
Sardegna	961	1.487	26,43	140	803	20,0
Italia 2023	37.983	1.335	70,10	6.706	936	68,6
Italia 2022	39.366	1.301	69,2	6.962	891	69,1
Italia 2013	45.203	1.160	70,1	7.705	890	65,9
Italia 1997	47.490	1.086	n.d.	6.664	685	n.d.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2023

gionali integrativi. Tra le regioni con i tassi più alti, si distinguono la Campania (94,3%) per i MMG e il Molise per i pediatri (100%). È rilevante notare come nel periodo tra il 2013 e il 2023 la percentuale di medici organizzati in forma associativa è rimasta invariabile al 70,1% per gli MMG, segnando una lieve crescita rispetto al 2022 (+0,9 punti percentuali). Questo fenomeno può essere attribuito, in parte, all'aumento dell'anzianità professionale all'interno della categoria (il 68,5% dei MMG ha oltre 27 anni di anzianità di laurea, contro il 65% del 2013, e soltanto 4,5% 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".

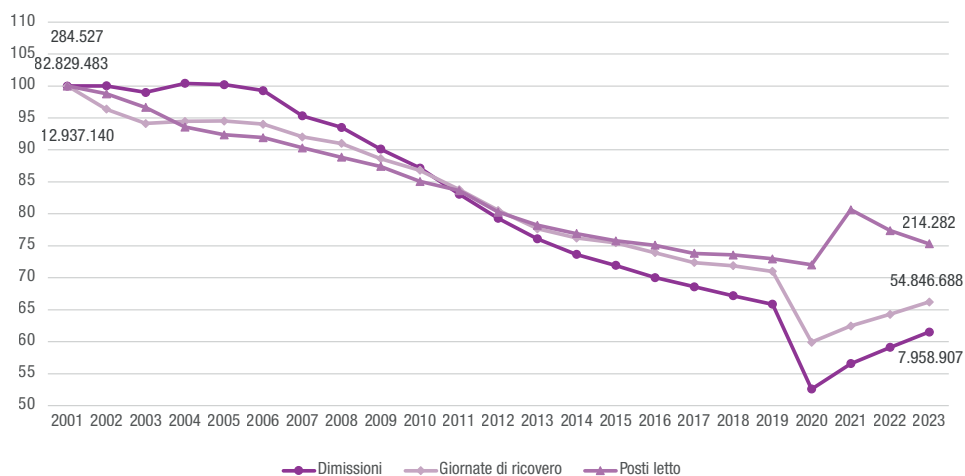
2.4 Le attività del SSN

2.4.1 Le attività di ricovero

Si segnala come la drammatica contrazione dell'attività di ricovero dall'anno 2019 all'anno 2020 (-21,0% a livello nazionale) sia stata in buona parte riasorbita al 2023 (Figura 2.14). Infatti, nel 2023 si è registrato un aumento dei volumi SDO pari a +1.155.579 dimissioni e +5.277.830 giornate di ricovero rispetto al 2020 e il volume 2023 risulta pari al 93,4% delle dimissioni e al 93,3% delle giornate di ricovero del 2019. Queste percentuali sono sostanzialmente analoghe a quelle registrate tra il 2019 e il 2015 e suggeriscono che il volume effettivo 2023 sia di poco inferiore a quello ipotetico nel caso in cui la tendenza registrata negli anni precedenti alla crisi pandemica si fosse confermata anche nel periodo 2019-2023.

La Tabella 2.7 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni di neonate e neonati sani. I 7,67 milioni di ricoveri ospedalieri del 2023 si compongono per il 94,9% di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile nel corso degli anni. La maggior parte di questi sono erogati in regime ordinario (76,8%). Anche la quota di ricoveri per riabilitazione rimane sostanzialmente stabile attorno al 4%. I ricoveri per riabilitazione sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (91,7% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in

Figura 2.14 **Trend dimissioni, giornate di ricovero e posti letto, numeri indice con base 100, Italia (2001-2023)**



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

Tabella 2.7 **Ricoveri per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2023)**

Regione	Ricoveri per acuti			Ricoveri per riabilitazione			Ricoveri per lungodegenza		Totale ricoveri
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	411.404	117.117	92,1%	36.565	2.143	6,7%	6.892	1,2%	574.121
Valle d'Aosta	12.760	5.655	95,1%	813	0	4,2%	145	0,7%	19.373
Lombardia	942.929	267.437	93,6%	77.171	1.297	6,1%	4.543	0,4%	1.293.377
P.A. Bolzano	59.119	16.665	93,4%	3.193	266	4,3%	1.927	2,4%	81.170
P.A. Trento	48.579	19.358	88,3%	6.178	551	8,7%	2.305	3,0%	76.971
Veneto	475.049	111.137	95,1%	25.840	2.974	4,7%	1.408	0,2%	616.408
Friuli V.G.	118.146	36.691	98,1%	2.111	3	1,3%	924	0,6%	157.875
Liguria	153.593	64.590	94,4%	9.270	1.083	4,5%	2.704	1,2%	231.240
Emilia R.	527.387	124.374	93,6%	17.002	2.197	2,8%	25.097	3,6%	696.057
Toscana	362.923	117.054	98,1%	7.556	590	1,7%	1.303	0,3%	489.426
Umbria	88.700	24.529	95,3%	4.148	383	3,8%	995	0,8%	118.755
Marche	139.882	46.225	95,8%	4.994	101	2,6%	3.029	1,6%	194.231
Lazio	558.541	240.815	95,1%	27.806	5.795	4,0%	7.578	0,9%	840.535
Abruzzo	119.450	37.819	95,3%	6.522	7	4,0%	1.278	0,8%	165.076
Molise	28.050	8.110	96,4%	1.317	26	3,6%	7	0,0%	37.510
Campania	458.651	190.557	96,7%	14.609	3.414	2,7%	4.213	0,6%	671.444
Puglia	368.867	30.733	96,2%	12.875	658	3,3%	2.109	0,5%	415.242
Basilicata	42.073	14.401	95,6%	1.489	77	2,7%	1.007	1,7%	59.047
Calabria	132.729	45.267	94,2%	8.363	1.098	5,0%	1.435	0,8%	188.892
Sicilia	406.301	103.432	95,6%	17.545	2.899	3,8%	2.939	0,6%	533.116
Sardegna	139.346	68.492	97,5%	3.998	498	2,1%	796	0,4%	213.130
ITALIA	5.594.479	1.690.458	94,9%	289.365	26.060	4,1%	72.634	0,9%	7.672.996

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2023

cui la percentuale di DH è più elevata, come nel caso della Campania (18,9%), Lazio (17,2%) e Sicilia (14,2%). I ricoveri per lungodegenza continuano a rappresentare una quota molto esigua dei ricoveri totali (meno dell'1% nel 2023), con alcune relative eccezioni regionali (Emilia-Romagna, 3,6% e Provincia Autonoma di Trento, 3,0%).

La Tabella 2.8 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero, escludendo anche qui dal computo le dimissioni delle neonate e dei neonati sani. Le 53,96 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2023 si compongono per l'81,5% di giornate per acuti, per il 15,0% di giornate di riabilitazione e per il restante 3,5% di giornate in lungodegenza. A livello regionale, in linea con la tendenza storica, Piemonte e PA di Trento sono i contesti che presentano i valori minimi per quanto riguarda l'incidenza delle giornate di degenza per acuti, rispettivamente pari al 72,0% e al 67,1%. Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Sardegna sono invece gli SSR in cui il peso delle giornate di ricovero per acuti è massimo e supera la soglia del 90%.

Tabella 2.8 **Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2023)**

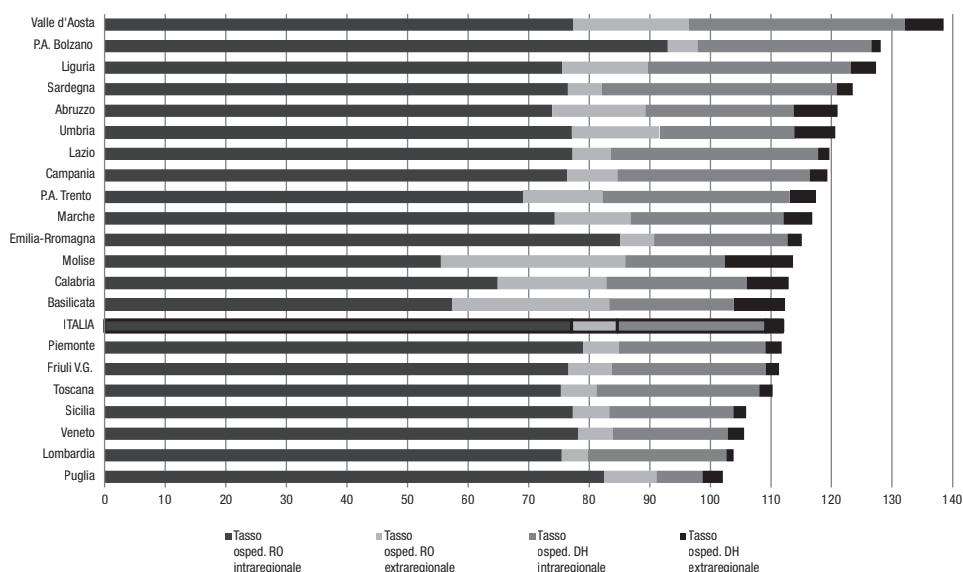
Regione	GG Ricoveri per acuti			GG Ricoveri per riabilitazione			GG Ricoveri per lungodegenza		Totale giornate
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	2.853.800	244.533	72,0%	957.152	27.821	22,9%	220.745	5,1%	4.304.051
Val d'Aosta	112.385	20.147	88,4%	13.483	0	9,0%	3.844	2,6%	149.859
Lombardia	6.837.473	309.517	77,4%	1.922.615	18.005	21,0%	146.409	1,6%	9.234.019
PA Bolzano	362.695	25.286	75,3%	75.474	2.709	15,2%	49.416	9,6%	515.580
PA Trento	349.615	51.270	67,1%	122.591	5.721	21,5%	68.649	11,5%	597.846
Veneto	3.579.057	152.277	84,9%	593.644	39.623	14,4%	29.389	0,7%	4.393.990
Friuli VG	887.797	142.778	92,0%	61.607	56	5,5%	28.515	2,5%	1.120.753
Liguria	1.234.399	294.064	85,9%	194.858	11.860	11,6%	44.164	2,5%	1.779.345
Emilia Romagna	3.666.579	243.554	79,9%	455.211	29.096	9,9%	500.757	10,2%	4.895.197
Toscana	2.381.200	319.041	91,5%	206.763	7.220	7,3%	36.143	1,2%	2.950.367
Umbria	656.103	60.503	86,0%	96.075	7.114	12,4%	13.496	1,6%	833.291
Marche	1.010.191	169.742	84,9%	139.406	387	10,1%	70.699	5,1%	1.390.425
Lazio	3.973.533	571.751	77,4%	911.943	129.875	17,7%	286.548	4,9%	5.873.650
Abruzzo	902.048	169.012	86,1%	147.346	104	11,8%	25.960	2,1%	1.244.470
Molise	194.939	26.298	84,5%	39.937	429	15,4%	166	0,1%	261.769
Campania	2.961.179	652.130	83,5%	482.411	82.996	13,1%	146.043	3,4%	4.324.759
Puglia	2.474.360	90.035	86,2%	359.712	9.019	12,4%	40.962	1,4%	2.974.088
Basilicata	320.277	51.718	82,5%	47.319	1.328	10,8%	30.140	6,7%	450.782
Calabria	946.314	133.274	79,1%	217.391	17.225	17,2%	51.251	3,8%	1.365.455
Sicilia	2.967.357	289.051	83,8%	517.848	42.813	14,4%	67.317	1,7%	3.884.386
Sardegna	1.070.869	231.750	92,3%	80.625	4.583	6,0%	24.075	1,7%	1.411.902
ITALIA	39.742.170	4.247.731	81,5%	7.643.411	437.984	15,0%	1.884.688	3,5%	53.955.984

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2023

Un ulteriore significativo indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è il tasso di ospedalizzazione (TO). Il TO esprime la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori la propria regione di residenza²⁴. Per tale indicatore, che permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura orientata a favorire il processo di deospedalizzazione per il trattamento dei casi meno gravi, il par. 3.1 del D.M. 70/2015 ha confermato un TO di riferimento di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti, di cui il 25% erogati in DH.

²⁴ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

Figura 2.15 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e regione (2023)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2023

Dalla Figura 2.15 risulta un tasso standardizzato²⁵ per acuti in regime ordinario pari a 84,6 per 1.000 abitanti nel 2023 (era pari a 90,1 nel 2019 e 115,8 nel 2010). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 27,3 per 1.000 abitanti (era 27,8 nel 2019 e 41,6 nel 2012). Complessivamente il TO si attesta a 112,0 per 1.000 abitanti (da 117,9 nel 2019), ampiamente sotto i limiti della soglia dei 160 ricoveri per acuti indicata dal D.M. 70/2015.

La media nazionale nasconde una rilevante eterogeneità a livello regionale (Figura 2.15): Valle d'Aosta (138,5%), Provincia Autonoma di Bolzano (128,1) e Liguria (127,4%) rimangono le regioni con i TO più alti a livello nazionale – pur rispettando il valore obiettivo massimo; viceversa, Puglia (102,1%), Lombardia (103,8%) e Veneto (105,6%) registrano i valori più bassi. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, la Provincia Autonoma di Bolzano presenta il tasso più elevato (97,9%), mentre in riferimento ai tassi in regime diurno sono la Valle d'Aosta e la Sardegna a registrare i valori più alti (rispettivamente, 42,1 e 41,4 ricoveri per 1.000 abitanti).

Inoltre, lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità interregionale, approfondita anche in seguito. Molise (41,7%), Ba-

²⁵ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle varie regioni.

Tabella 2.9 **Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche per alcune discipline ospedaliere selezionate: dimessi (2019-2023)**

Disciplina	Dimessi						
	2019	2020	2021	2022	2023	Δ%23-20	Δ%23-19
Medicina generale	868.129	738.246	722.680	717.929	731.170	-1,0%	-15,8%
Chirurgia generale	635.820	477.691	518.600	566.839	604.743	26,6%	-4,9%
Ostetricia e ginecologia	603.870	530.683	536.310	543.220	540.774	1,9%	-10,4%
Ortopedia e traumatologia	458.732	353.204	380.725	412.226	433.105	22,6%	-5,6%
Cardiologia	383.766	309.215	338.573	355.180	383.107	23,9%	-0,2%
Urologia	247.344	191.168	210.061	231.731	253.737	32,7%	2,6%
Pediatria	242.797	149.001	161.096	188.750	206.261	38,4%	-15,0%
Neurologia	164.441	133.167	138.438	144.397	149.601	12,3%	-9,0%
Otorinolaringoiatria	136.233	86.561	94.105	110.591	122.997	42,1%	-9,7%
Recupero e riabilitazione	122.556	87.346	85.499	93.823	106.579	22,0%	-13,0%
Geriatria	112.145	86.998	87.689	88.716	95.698	10,0%	-14,7%
Psichiatria	99.778	79.275	81.218	86.356	89.752	13,2%	-10,0%
Oncologia	95.062	82.826	82.938	83.692	86.553	4,5%	-9,0%
Terapia intensiva	55.674	64.979	66.769	58.407	54.368	-16,3%	-2,3%
Lungodegenti	54.005	38.882	31.920	33.028	33.263	-14,5%	-38,4%

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

silicata (34,4‰), Valle d'Aosta (25,4‰) e Calabria (24,9‰) presentano il tasso di ospedalizzazione extra-regione più elevati, mentre, al contrario, Emilia-Romagna (8,0‰), PA di Bolzano (6,4‰) e Lombardia (5,5‰) registrano i minori livelli di ospedalizzazione extra-regione.

La Tabella 2.9 mostra per gli anni dal 2019 al 2023 il numero di dimessi presso le strutture di ricovero pubbliche per alcune discipline ospedaliere selezionate. Nel 2023, si registra per tutte le discipline selezionate, fatta eccezione per la lungodegenza, la terapia intensiva e la medicina generale, un generale aumento del numero di ricoveri rispetto al 2020. Di converso, confrontando i volumi del 2023 con il 2019 si evidenzia una persistente diminuzione tranne per urologia. Le contrazioni più significative in termini assoluti sono rappresentate dai ricoveri in medicina generale (-136.959 ricoveri per il 2023 rispetto al 2019) e in ostetrica e ginecologia (-63.096).

Recentemente, la chiusura di piccoli reparti di maternità ha catalizzato il dibattito pubblico. In tal senso, è opportuno osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati caratterizzati da un volume di erogazione superiore alle soglie di 1.000 parti/anno (Tabella 2.8). I PN si distribuiscono per l'83,5% in strutture pubbliche (il dato era pari all'82,4% nel 2019 e al 79,7% nel 2009). Campania e Lazio sono le regioni caratterizzate da una maggiore presenza del privato, con la percentuale di strutture pubbliche pari al 57,0% (era il 54,5% nel 2019) e al 65,8% (era il 53,7% nel 2019). Prosegue la riduzione del numero complessivo di PN che passa da 665 nel 2009 a 405 nel 2023, con una diminu-

zione più marcata nel privato accreditato e non (-50,8%), rispetto al pubblico (-36,3%) dal 2009 al 2023.

A completamento del quadro sui PN, l'ultima colonna della Tabella 2.10 riporta il numero di punti nascita ogni 1.000 parti registrati con riferimento all'anno 2023: valori prossimi a 1,00 per 1.000 eventi nascita indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN²⁶; valori inferiori a 1,00 segnalano un bacino d'utenza medio per PN superiore alle 1.000 unità, dunque migliore rispetto allo standard richiesto; vicever-

Tabella 2.10 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2023)**

Regione	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate	Strutture private non accreditate	TOTALE		
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 1.000 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	26	0	1	27	25,9	1,04
Valle d'Aosta	1	0		1	0,0	1,34
Lombardia	43	12		55	41,8	0,79
P.A. Bolzano	6	0		6	33,3	1,20
P.A. Trento	5	0		5	20,0	1,31
Veneto	29	3		32	28,1	1,01
Friuli-Venezia-Giulia	9	2		11	27,3	1,38
Liguria	7	2		9	33,3	1,06
Emilia Romagna	19	0		19	68,4	0,62
Toscana	23	0	1	24	33,3	1,07
Umbria	6	0		6	33,3	1,14
Marche	11	0		11	18,2	1,22
Lazio	25	9	4	38	28,9	1,00
Abruzzo	9	0		9	22,2	1,12
Molise	3	0		3	0,0	2,35
Campania	28	21		49	36,7	1,08
Puglia	21	4		25	36,0	0,93
Basilicata	5	0		5	20,0	1,44
Calabria	12	1		13	30,8	0,98
Sicilia	38	7		45	28,9	1,21
Sardegna	12	0		12	16,7	1,55
ITALIA 2023	338	61	6	405	32,8	1,01
ITALIA 2019	365	71	7	443	/	1,02
ITALIA 2009	530	124	11	665	/	1,17

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2023

²⁶ Le linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo hanno fissato la soglia di almeno 1.000 parti/anno quale parametro standard cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.

sa, valori al di sopra di 1,00 indicano una ridotta capacità media dei PN della regione di raggiungere la soglia di casistica. A livello nazionale, rispetto al 2009, si osserva un importante miglioramento del valore dell'indice, che passa da 1,17 a 1,01 per 1.000 neonati. Con riferimento alle singole regioni, si osserva una discreta variabilità interregionale, con valori che oscillano tra 2,35 punti nascita ogni 1.000 neonati registrato in Molise e 0,62 in Emilia-Romagna. Coerentemente, si registra un'elevata percentuale di PN con oltre 1.000 parti l'anno in Emilia-Romagna (il 68,4%) e l'assenza di PN con tali caratteristiche in Molise (lo 0%).

2.4.2 Le attività territoriali

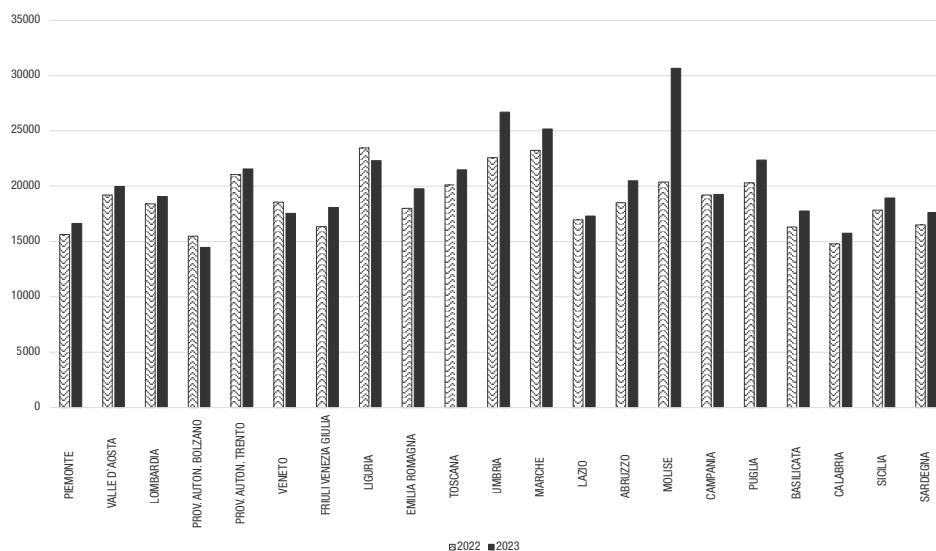
Attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute nell'Annuario Statistico, vengono presentate le principali attività territoriali, inclusa l'attività di specialistica ambulatoriale e l'assistenza fornita da strutture residenziali e semiresidenziali. Per ulteriori dettagli sull'attività domiciliare,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

Nel 2023, il numero totale di prestazioni di specialistica ambulatoriale ha raggiunto 1,379 miliardi, segnando un aumento del 4,4% rispetto al 2022 (circa 1,320 miliardi). L'attività di laboratorio si conferma la categoria predominante, rappresentando l'82,4% del totale. Rispetto alla situazione pre-pandemia, tutte le macrocategorie hanno registrato un aumento; tuttavia, le prestazioni di riabilitazione insieme all'attività clinica stanno recuperando più lentamente e restano inferiori ai livelli del 2019, rispettivamente del -7,9% e -4%. Guardando al confronto con il 2022, si nota un'inversione di tendenza: le prestazioni di radioterapia e diagnostica strumentale e per immagini, che l'anno precedente erano in crescita, nel 2023 sono diminuite rispettivamente del 7% e del 4,5%. Anche l'attività di diagnostica – medicina nucleare ha registrato un calo del 2%²⁷.

Analizzando le prestazioni cliniche per branca specialistica, emerge una rilevante differenziazione regionale nei volumi erogati. I dati regionali sulle prestazioni per 1.000 abitanti mostrano una notevole variabilità nell'attività di laboratorio: Molise e Umbria presentano non solo i valori più elevati ma anche i tassi di crescita maggiori rispetto all'anno precedente, con rispettivamente 30.659 e 26.687 test effettuati (+50% in Molise) (Figura 2.16). Per quanto riguarda la diagnostica strumentale e l'attività di medicina fisica e riabilitativa, Liguria e Basilicata si distinguono per livelli di prestazioni superiori alla media: 1.230 prestazioni per 1.000 abitanti di diagnostica per immagini-radiologia in Liguria e 4.137 prestazioni per la riabilitazione in Basilicata. Infine, l'attività

²⁷ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.16 Volumi di prestazioni di laboratorio per 1.000 abitanti (2023)



Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2023

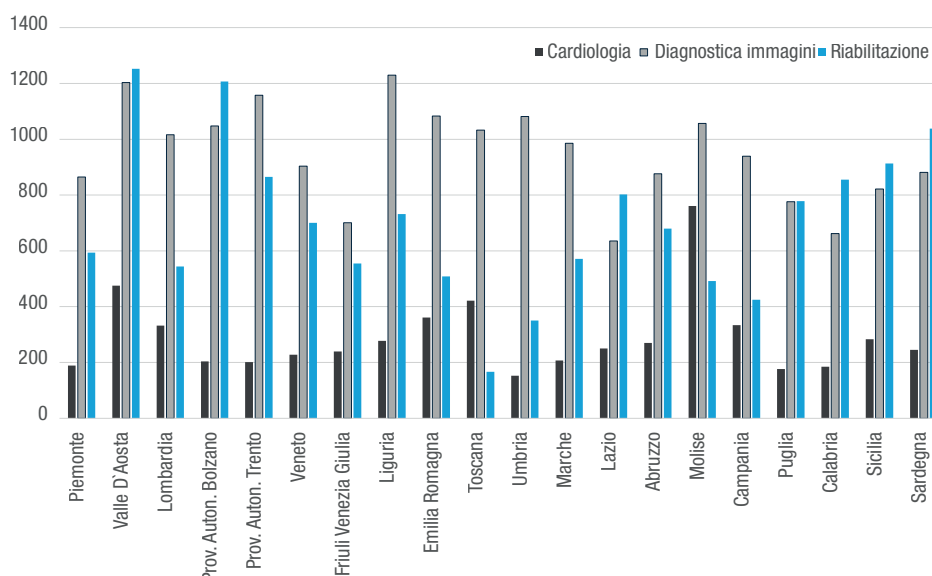
cardiologica risulta particolarmente elevata in Molise rispetto ad altre regioni italiane (Figura 2.17).

Come di consueto, anche nel 2024, il Ministero della Salute ha pubblicato la nuova edizione del Rapporto sulla Salute Mentale, con dati aggiornati al 2023. Il documento offre un quadro esaustivo riguardo al personale attivo, alle strutture pubbliche e private che forniscono assistenza specializzata e include un'analisi dettagliata delle principali attività e dell'utenza trattata.

Dal rapporto emerge che, nel 2023, sono stati identificati 1.248 servizi territoriali (rispetto ai 1.222 del 2022 e ai 1.481 del 2017), 1.833 strutture residenziali (rispetto ai 2.001 del 2022, e ai 2.346 del 2017), e 689 strutture semiresidenziali (a confronto con le 776 del 2021 e 908 del 2017). Si registra dunque una riduzione complessiva in tutte le tipologie di strutture pubbliche e private presenti sul territorio rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda la capacità di accoglienza nelle strutture residenziali, si rileva una media di 5,1 PL per 10.000 abitanti, mentre nelle strutture semi-residenziali tale valore scende a 2,7 PL. Anche in questo caso emergono significative differenze territoriali, in particolare per le strutture residenziali. Ad esempio, la disponibilità di posti letto varia notevolmente, con valori elevati in Liguria, Marche e Valle d'Aosta (rispettivamente 15,9 PL, 12,4 PL e 9,4 PL per 10.000 abitanti), mentre valori ben inferiori alla media nazionale caratterizzano regioni come Calabria, Campania e Toscana (rispettivamente 2,7 PL, 2,3 PL e 3,2 PL per 10.000 abitanti).

Figura 2.17 **Volumi di prestazioni cardiologia, riabilitazione e radiologia diagnostica per 1.000 abitanti (2023)**



Nota: La Basilicata è stata esclusa dal grafico poiché i suoi livelli di prestazione per la riabilitazione risultano significativamente più alti rispetto a quelli delle altre regioni, alterando la scala di rappresentazione.

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2023

Nel 2023 sono stati complessivamente assistiti 854.040 utenti con almeno un contatto presso strutture psichiatriche territoriali, pari a un incremento del 10% rispetto al 2022 (+77.211 utenti). Tuttavia, il numero di utenti presenti in strutture territoriali per 10.000 abitanti adulti passa da 146,6 nel 2022 a 144,1 nel 2023. Anche in questo caso si rileva una forte variabilità interregionale, come mostrato nella Tabella 2.11. Tra il 2022 e il 2023, quasi metà delle regioni ha registrato contrazioni, in particolare in Calabria (-99 utenti per 10.000 abitanti) e nelle Marche (-29 utenti per 10.000 abitanti adulti). Al contrario, aumenti significativi si osservano in Molise (+79) e Sardegna (+42 utenti per 10.000 abitanti).

2.4.3 Alcuni indicatori di efficacia gestionale

La rappresentazione dei livelli di efficacia (rapporto *output/outcome*) raggiunti dal SSN sono approfonditi nel Capitolo 7 del presente Rapporto. Questo paragrafo intende evidenziare alcuni elementi strettamente legati all'analisi delle attività qui presentate.

Un primo aspetto particolarmente rilevante riguarda la migrazione sanita-

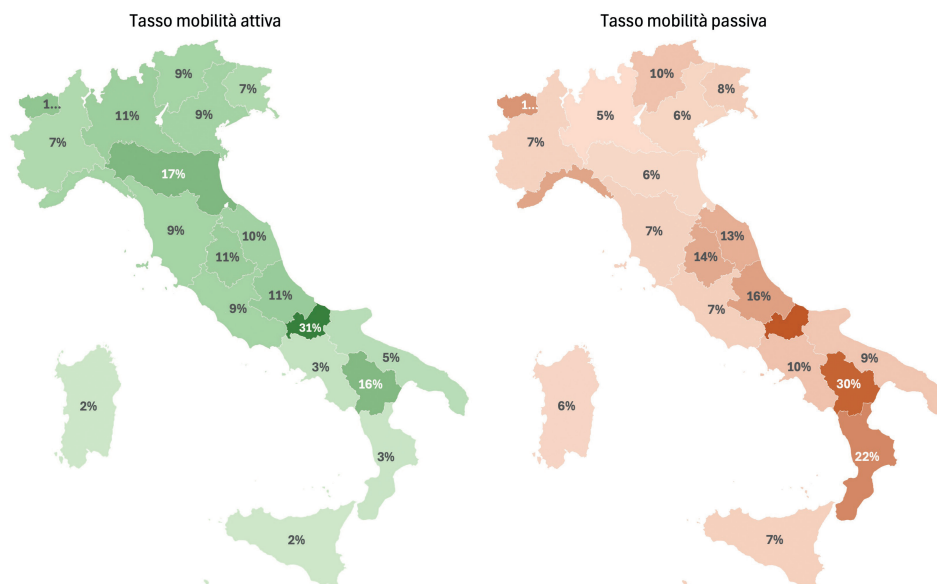
Tabella 2.11 **Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche: tassi standardizzati per 10.000 abitanti (2023, 2022, 2021) e differenza 2023-2022 e 2023-2021**

REGIONE	2021	2022	2023	Δ 2023-2022	Δ 2023-2021
Abruzzo	139,0	139,6	–	–	–
Basilicata	154,0	134,6	140,9	6,3	13,1
Bolzano	366,1	269,4	275,6	6,2	-90,5
Calabria	187,7	216,2	117,3	-99,0	-70,4
Campania	153,5	126,4	104,8	-21,6	-48,7
Emilia-Romagna	175,2	208,2	216,0	7,8	40,8
Friuli Venezia Giulia	174,2	107,4	112,0	4M6	-62,2
Lazio	119,5	125,0	123,1	-1,9	3,6
Liguria	243,1	156,7	197,1	40,4	-45,9
Lombardia	155,4	166,2	175,5	9,3	20,1
Marche	115,3	96,1	69,3	-26,9	-46,1
Molise	190,5	96,4	175,6	79,2	-14,9
Piemonte	148,8	155,6	162,0	6,4	13,2
Puglia	144,8	158,0	157,6	-0,4	12,9
Sardegna	111,4	72,4	114,5	42,0	3,0
Sicilia	147,2	123,1	146,6	23,6	-0,5
Toscana	94,3	83,8	81,9	-1,9	-12,4
Trento	177,6	181,0	192,3	11,3	14,6
Umbria	193,5	192,2	204,8	12,6	11,3
Valle d'Aosta	197,9	207,0	184,6	-22,4	-13,3
Veneto	149,4	153,3	141,6	-11,8	-7,8
ITALIA	145,1	146,6	144,1	-2,5	-1,0

Nota: Non sono disponibili i dati per l'Abruzzo per l'anno 2023. Per la Calabria si fa riferimento al 2020 invece che al 2021.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, NSIS – Sistema informativo salute mentale (SISM), 2023.

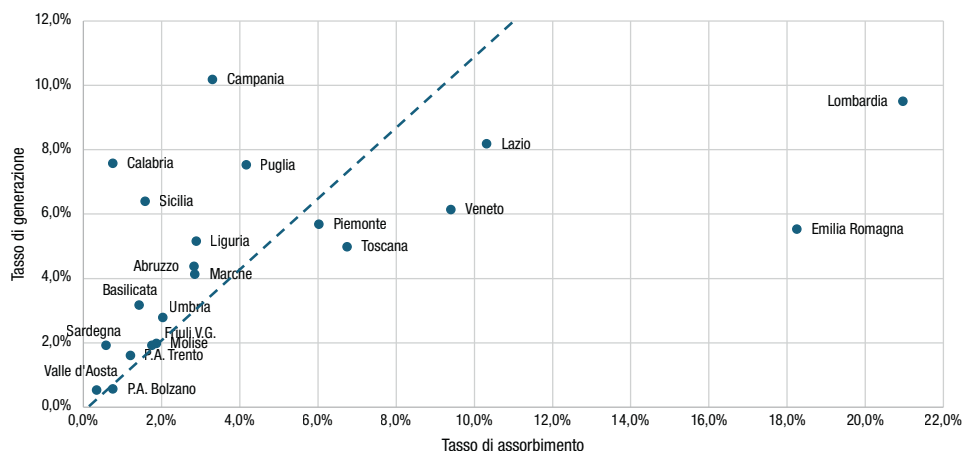
ria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra regione o in un altro Paese rispetto a quelli di residenza. Tale fenomeno può essere motivato sia da ragioni fisiologiche (come la presenza di centri di alta specialità o per malattie rare) o da ragioni proprie del paziente (esigenze geografiche o familiari), che da elementi patologici come un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, disinformazione, oppure differenze reali o percepite nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali. L'analisi dei flussi di mobilità può essere, quindi, utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una proxy della reputazione delle stesse. La Figura 2.18 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2023 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, evidenziando il tasso di mobilità attiva (ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri della regione) e il tasso di

Figura 2.18 **Regioni per tasso di mobilità attiva e passiva (2023)**

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2023

mobilità passiva (percentuale di ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri della regione) nelle diverse regioni italiane. Dal 2008 al 2023, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,4% dei ricoveri ordinari per acuti all'8,5% nel 2023 (cioè, in termini assoluti, 468.570 ricoveri nel 2023), dopo una sostanziale diminuzione durante il periodo pandemico (7,2% nel 2020 e 4,9% nel 2021). Il dato 2023 è nuovamente allineato a quello registrato nel 2019 (8,3%). A livello regionale, Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana si distinguono per tassi di mobilità passiva contenuti a fronte di tassi di mobilità attiva sopra la media nazionale (c.d., regioni “attrattive”, Cantù, 2002). In Calabria si riscontra, invece, la condizione opposta con un tasso di mobilità attiva molto contenuto e un tasso di mobilità passiva elevato (c.d., regioni “in deficit”). In alcune regioni, infine, si osserva una diffusa mobilità, con tassi di mobilità attiva e passiva molto al di sopra della media nazionale: è il caso della Basilicata o del Molise (c.d., regioni “specializzate”).

Infine, nella Figura 2.19 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando l'assorbimento e la generazione di mobilità. L'assorbimento della mobilità è definito come il rapporto tra la mobilità attiva di una regione e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni, mentre la generazione della mobilità è definita come il rapporto tra la mobilità passiva di una regione e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni. Questi indicatori, dunque, non considerano le

Figura 2.19 **Tasso di assorbimento e generazione della mobilità nelle regioni (2023)**

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2023

dimensioni relative delle diverse regioni in termini di attività sanitaria, ma, al contrario, sono utili a fornire una rappresentazione immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione relativamente alla mobilità italiana complessiva. Da queste elaborazioni è possibile verificare che, nel 2023, la Lombardia attrae il 21,0% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia-Romagna (18,2%), Lazio (10,3%) e Veneto (9,4%). Al contrario, se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,2%), seguita da Lombardia (9,5%), Lazio (8,2%), Calabria (7,6%) e Puglia (7,5%). Interessante anche considerare la differenza tra tasso di generazione e tasso di assorbimento di mobilità per definire un dato “netto”. L’Emilia-Romagna risulta al netto la Regione che più assorbe mobilità, seguita dalla Lombardia. Viceversa, Campania, Calabria e Sicilia risultano le regioni che, al netto, generano maggiore mobilità.

Un ultimo aspetto particolarmente rilevante qui esposto è il tema delle liste di attesa. Le liste di attesa hanno rivestito un ruolo importante nel dibattito pubblico in seguito alla pandemia di Covid-19 e ancora oggi appaiono al centro dell’attenzione collettiva. Esse hanno infatti un forte impatto sia sul SSN che sul diritto dei cittadini a beneficiare delle prestazioni definite nell’ambito dei LEA. Il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2019 aveva già istituito l’Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa, mentre nel corso del 2024 il Decreto-Legge 7 giugno 2024 n. 73 ha previsto l’istituzione presso AGENAS della Piattaforma nazionale delle liste di attesa al fine di realizzare l’interoperabilità tra le diverse regioni. La Tabella 2.12 Tempi medi di attesa per proce-

Tabella 2.12 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010; 2015; 2019-2023)**

Regime Ordinario	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Agg 2023-19	Δ% 2023-15
Tumore alla mammella	22,7	26,0	26,6	26,4	26,7	30,1	26,7	0,1	0,7
Tumore alla prostata	40,2	47,5	52,8	48,8	47,9	51,0	55,0	2,2	7,5
Tumore al colon retto	20,5	22,8	23,1	22,8	21,3	25,7	17,9	-5,2	-4,9
Tumore all'utero	21,5	24,3	25,2	24,0	23,9	30,3	25,6	0,4	1,3
Bypass coronarico	23,2	22,1	22,3	23,3	23,6	23,5	11,3	-11,0	-10,8
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	21,3	27,3	26,8	24,3	28,0	10,2	-17,1	-11,1
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,7	44,2	50,7	43,8	42,5	38,3	-5,9	-2,4
Protesi d'anca	83,3	79,3	80,5	82,2	81,0	83,7	55,2	-25,3	-24,1
Tumore al polmone	19,6	24,3	23,6	23,0	22,8	24,7	23,3	-0,3	-1,0
Tonsillectomia	76,4	92,1	121,9	154,0	161,5	146,2	146,5	24,6	54,4

Regime Diurno	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Agg 2023-19	Δ% 2023-15
Chemioterapia	-	11,3	9,6	9,4	9,2	11,9	8,3	-1,3	0,7
Coronarografia	-	28,7	29,5	33,8	32,6	32,9	28,0	-1,5	7,5
Biopsia percutanea del fegato	-	15,1	13,0	13,2	12,0	11,9	11,7	-1,3	-4,9
Emorroidectomia	-	50,5	97,1	101,7	98,3	115,0	126,8	29,7	1,3
Interventi per ernia inguinale	-	64,0	104,2	108,2	130,5	135,7	128,8	24,6	-10,8

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2023

ture in RO e DH (2010; 2015; 2019-2023) mostra alcuni dati nazionali che nascondono però significative differenziazioni tra regioni, aziende e stabilimenti ospedalieri. A livello nazionale si conferma la capacità di rispondere in tempi più brevi alle condizioni più gravi, mostrando invece tempi di attesa più lunghi per gli interventi che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente. Dopo le evidenti difficoltà legate agli effetti della pandemia di Covid-19, si evidenzia un diffuso miglioramento che consente, in molti casi, di ridurre i giorni di attesa medi del 2023 rispetto al 2019, se non anche al 2015.

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*);

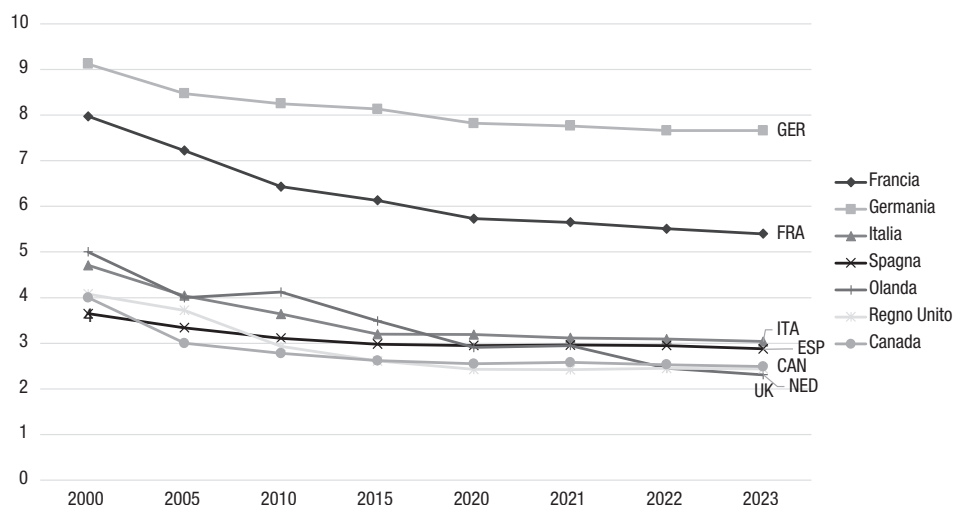
- dati relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate (proporzione dei parti cesarei; ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete – *outcome*).

Di seguito si illustra l'andamento delle dotazioni di posti letto in regime ordinario²⁸ nelle strutture sanitarie ospedaliere in alcuni Paesi selezionati per disponibilità del dato e rilevanza (Figura 2.20)²⁹.

Tra il 2000 e il 2023, il numero di PL per 1.000 abitanti è sostanzialmente diminuito in tutti i paesi considerati. 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, più avanti nel paragrafo.

Il secondo rilevante input da considerare nell'analisi dei sistemi sanitari è il personale³⁰. L'analisi dei dati internazionali evidenzia una dotazione di personale sanitario fortemente differenziata nei diversi Paesi.

Figura 2.20 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021; 2022; 2023)**



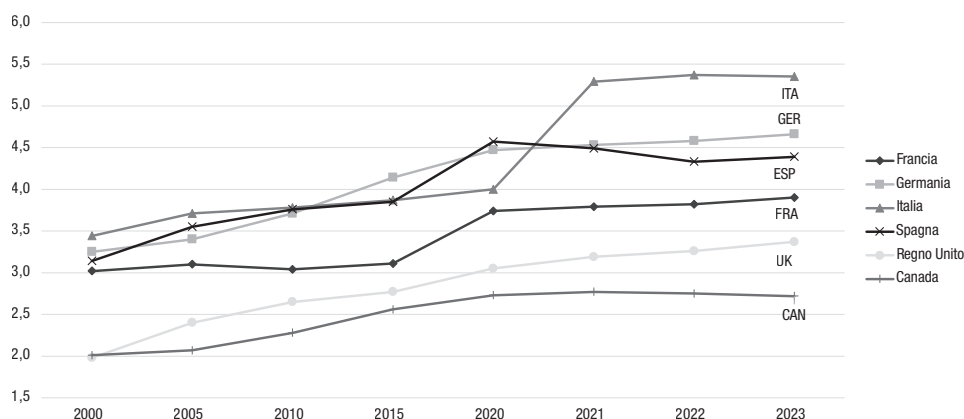
Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2025

²⁸ Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (curative care beds), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in day-hospital.

²⁹ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

³⁰ Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica. Tra i primi sono ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari

Figura 2.21 **Numero medici ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022; 2023)**



Fonte: Elaborazione su dati OECD 2025

Anche in termini di personale medico (Figura 2.21)³¹, l'Italia registra i valori più elevati tra i Paesi considerati con 5,4 medici ogni 1.000 abitanti nel 2023, seguita da Germania (4,7) e Spagna (4,4). Tuttavia, a livello regionale si nota un aumento nel numero di medici ogni 1.000 abitanti tra il 2015 ed il 2020, per poi stabilizzarsi negli anni a seguire.

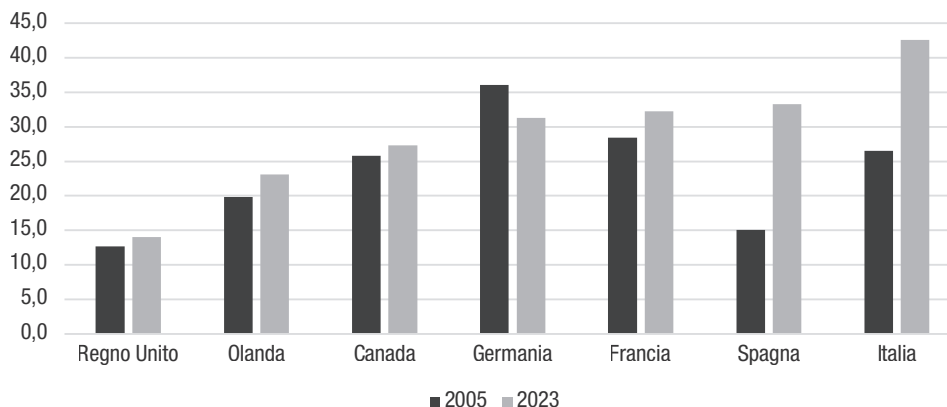
Particolare attenzione deve essere posta all'invecchiamento del personale medico. Si segnala infatti un diffuso aumento del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici. La Figura 2.22 mostra come tra 2005 e 2023 tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per la Germania. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato pari al 20%, con valori che passano dal 26,5% del 2005 al 42,6% del 2023 in Italia. 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 (42,6%, nel 2023, in miglioramento rispetto al 2022 quando il dato era pari a 51,6%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente.

Considerando invece il numero di infermieri per 1.000 abitanti, nel 2023

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. Laddove necessario, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure "professionalmente attive" nel settore. Tale modifica è di volta in volta segnalata in nota.

³¹ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

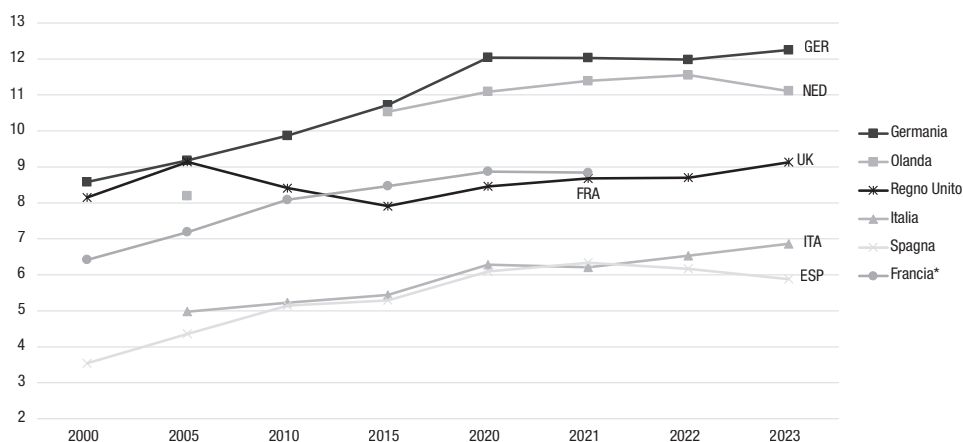
Figura 2.22 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2023)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2025

(Figura 2.23), tra i Paesi considerati la Germania conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, pari a 12,3 infermieri ogni 1.000 abitanti. L'Italia, con 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, risulta avere poco più della metà degli infermieri della Germania. A partire dal 2000 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi considerati, anche se dal 2020 al 2023 il rapporto risulta generalmente stabile per quei Paesi con dati disponibili.

Figura 2.23 **Numero infermieri ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022; 2023)**



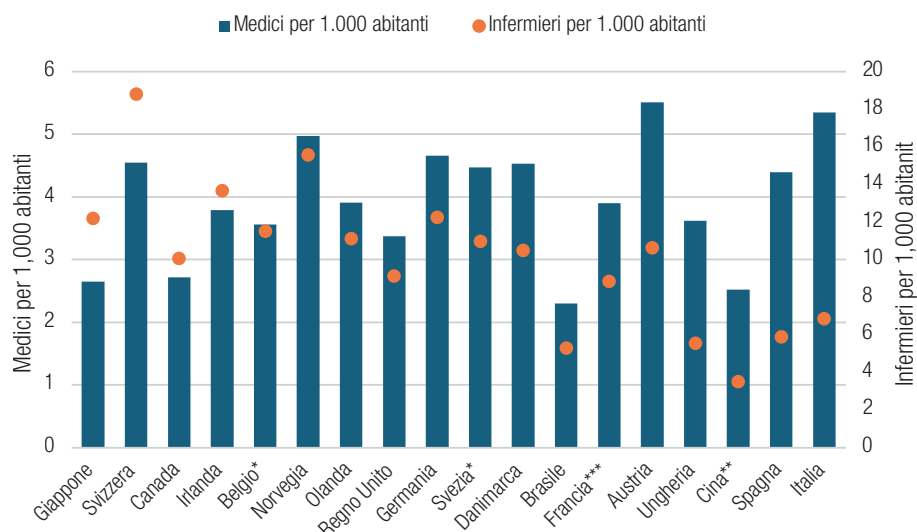
Nota: *Per la Francia sono considerati gli infermieri professionalmente attivi, tranne per il 2021 dove il dato, coerentemente agli altri Paesi, è relativo agli infermieri che praticano la professione.

Fonte: Elaborazione su dati OECD 2025

Osservando il rapporto tra infermieri e medici (Figura 2.24)³² è possibile rappresentare lo skill-mix in alcuni Paesi considerati. Italia, Spagna, Cina e Ungheria presentano nel 2023 (o nell'ultimo anno disponibile) una minore disponibilità di infermieri per medico (rispettivamente 1,3, 1,3, 1,4 e 1,5 infermieri per medico), al contrario di Giappone, Svizzera e Canada (tra i 3,7 e 4,6 infermieri per medico). Infine, Olanda, Francia, Regno Unito e Germania registrano valori medi (tra il 2,3 e il 2,6 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 Canada (Figura 2.25). Di converso, la Germania registra i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto precedentemente illustrata. Tra i fattori che contribuiscono a spiegare i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospedalieri rientra la possibilità che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in setting ambulatoriale (Peterson e Burton, 2007).

Figura 2.24 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2023 o ultimo anno disponibile)**

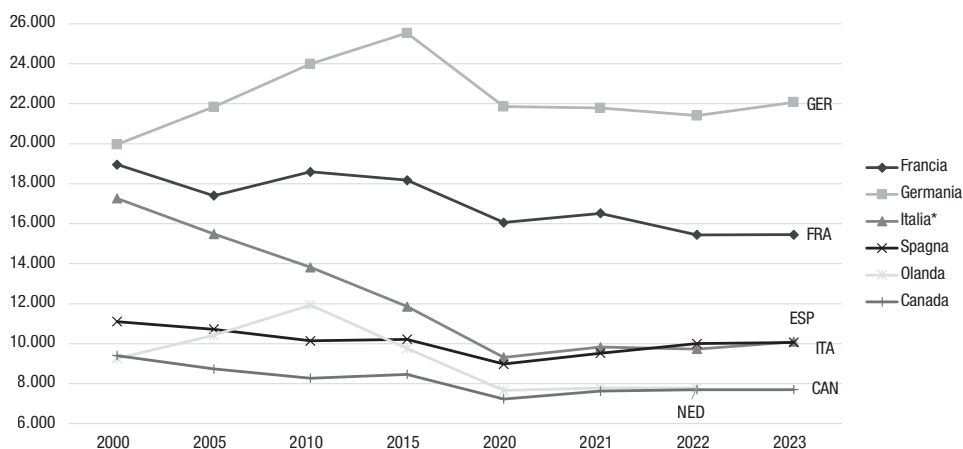


Nota: *Dati relativo al 2022, ultimo disponibile. **Dati relativo al 2021, ultimo disponibile. ***Dato per infermieri relativo al 2022, ultimo disponibile

Fonte: Elaborazione su dati OECD 2025

³² Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra nurse density e physician density.

Figura 2.25 **Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2023)**



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 2025

Estremamente rilevante risulta comparare i volumi di dimissioni degli anni della pandemia di Covid-19³³. Si nota infatti, una sostanziale diminuzione dell'attività ospedaliera in tutti i Paesi nell'anno 2020. Nel 2023 nessuno dei Paesi considerati per i quali sono disponibili i dati è tornato a livelli pre-pandemia.

Con riferimento alla degenza media (Figura 2.26) tra i Paesi considerati si registra una generalizzata diminuzione dei giorni tra il 2000 e il 2023. 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 tendenza (è possibile fare riferimento al capitolo 2 del rapporto OASI 2022)³⁴.

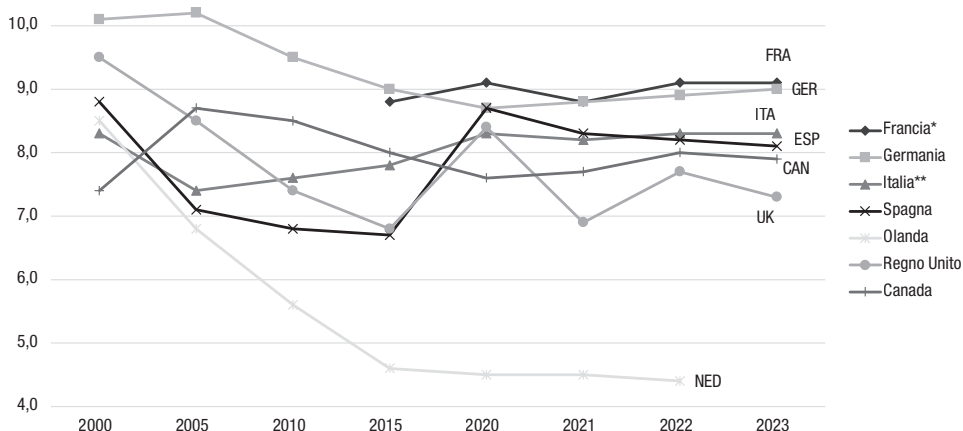
Dopo aver considerato gli output dei sistemi sanitari, è interessante analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate. In particolare, vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: la proporzione dei parti cesarei sul numero di nati vivi (per il quale l'ultimo dato disponibile è relativo al 2021) 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 2.27). L'Italia, tra i Paesi con pro-

³³ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

³⁴ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

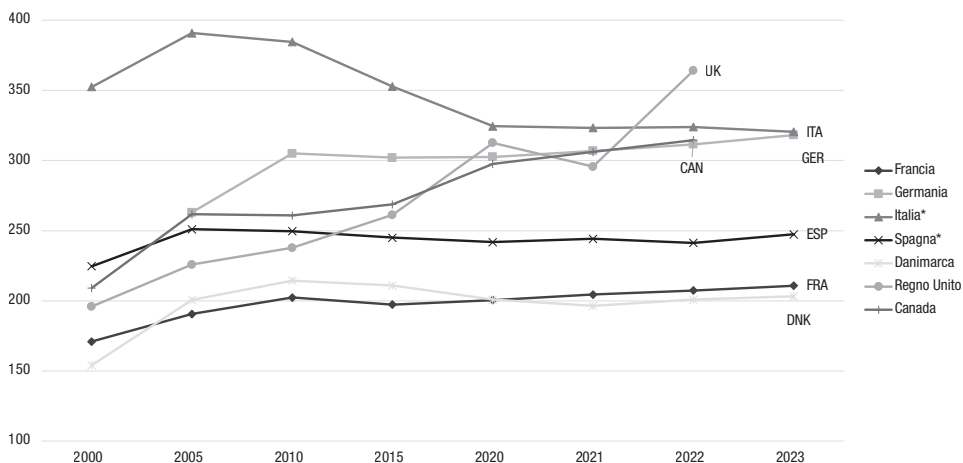
Figura 2.26 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022; 2023)**



Note: La degenza media è calcolata escludendo i ricoveri in day hospital. *) I dati del 2015 si riferiscono al 2016 per un'interruzione della serie storica. **) I dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2025

Figura 2.27 **Numero di parti cesarei ogni 1.000 nati vivi (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022, 2023)**



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

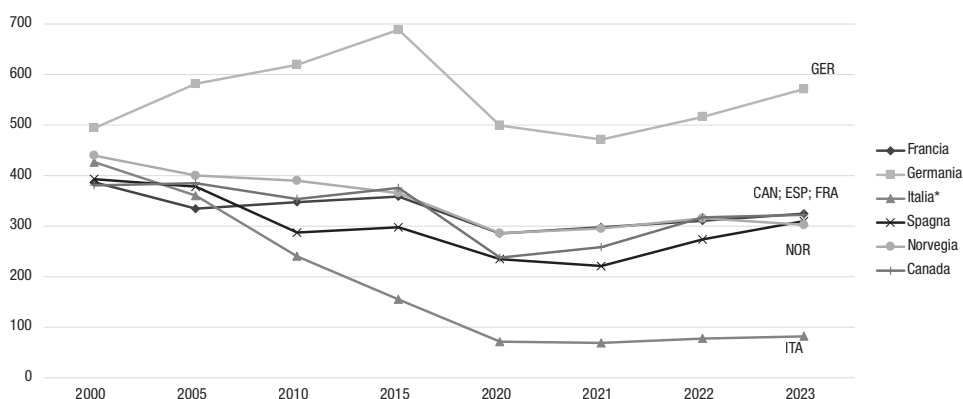
Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2024

porzioni più alte, dal 2011 ha invertito la tendenza e si attesta nel 2023 su valori prossimi a quelli tedeschi³⁵.

Per finire, si analizzano i dati di ospedalizzazione per condizioni croniche, che rappresentano un'ulteriore misura *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può infatti derivare dalla bassa qualità delle cure primarie, oppure da un deficit strutturale nel numero di medici di famiglia (Menn *et al.*, 2012; Rosano *et al.*, 2013). Oltre metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.28)³⁶.

Nel 2023, in continuità con il 2022 e a differenze degli anni 2020 e 2021, il dato sulle ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete riscontra un generalizzato lieve aumento, tranne che per la Norvegia, in seguito all'attenuazione della riduzione delle attività ospedaliere per effetto della pandemia. Anche nel 2023, la Germania con 571 ricoveri ogni 100.000 abitanti è il Paese tra quelli considerati 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 (82).

Figura 2.28 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022; 2023)**



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

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2024

³⁵ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

³⁶ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

2.6 Uno sguardo complessivo sull'evoluzione del SSN

Anche in questa edizione del Rapporto OASI questo Capitolo è dedicato alla struttura e alle attività del SSN e alla loro evoluzione nel corso degli ultimi anni.

Gli elementi approfonditi stati diversi e li riassumiamo in conclusione con alcune caratterizzazioni:

- a. gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR). Dopo un decennio caratterizzato da una forte centralità delle iniziative di ridisegno istituzionale e di modifiche nella numerosità e nel ruolo delle aziende sanitarie e degli enti regionali intermedi, gli ultimi anni hanno visto un relativo consolidamento degli assetti organizzativi dei servizi regionali. Occorre comunque segnalare la creazione di Aziende di governo intermedie denominate in genere Aziende 0 come tratto distintivo delle scelte di numerose regioni e del conseguente orientamento ad assegnare a queste aziende funzioni crescenti e differenziate. Le 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, il numero delle aziende è diminuito da 197 nel 2001 a 128 nel 2024. 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 2024.
- b. Gli input. Negli ultimi anni le esigenze di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale con una marcata riduzione delle strutture di offerta ospedaliere e dei posti letto complessivi. Questa situazione si è riflessa anche nella tendenza alla riduzione complessiva del personale dipendente del SSN. Dal 2020, tuttavia, la pandemia da Covid-19, ha imposto un arresto a queste tendenze in quello che appare secondo gli ultimi dati disponibili un consolidamento della situazione. In questo contesto si inseriscono sia la spinta al potenziamento dell'assistenza territoriale secondo le dinamiche della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sia la ripresa sul piano occupazionale anche se con difficoltà nel colmare le carenze degli anni precedenti.
- c. i dati di output. In base agli ultimi dati disponibili si rileva che la drammatica contrazione dell'attività di ricovero dall'anno 2019 all'anno 2020 sia stata in buona parte riassorbita dal 2023, mentre permangono evidenti differenze tra le regioni in merito alla distribuzione percentuale della composizione dei ricoveri (ordinari, in DH per lungodegenti) e soprattutto in relazione ai livelli di mobilità attiva e passiva tra le regioni stesse. Lo stesso discorso può essere fatto per le prestazioni specialistiche e ambulatoriali che hanno

raggiunto dimensioni pre-pandemiche. Le analisi svolte nei precedenti paragrafi sottolineano comunque che due grandi tematiche (le dimensioni della mobilità sanitaria tra regioni e il fenomeno delle liste di attesa, soprattutto per le visite specialistiche e gli esami strumentali più che per le tempistiche dei ricoveri con caratteristiche di emergenza) rimangono aperte e sulle quali si concentra l'attenzione, sia dell'opinione pubblica e dei pazienti, sia dei decisori e del management sanitario.

- d. Alcuni dati a livello di sistemi sanitari nei vari paesi. Se per tutti i paesi alcuni indicatori appaiono univoci (es. la progressiva riduzione dei PL per 1.000 abitanti), per altri persistono differenze come nella dotazione di personale sanitario. Al dato italiano elevato sul numero di medici per 1000 abitanti corrisponde un dato negativo sulla loro età media e soprattutto sul rapporto esistente tra personale medico e personale infermieristico.

Questi elementi, presi nel loro insieme, illustrano un quadro di relativa stabilità negli ultimi anni dopo gli shock dei due anni critici caratterizzati dalla pandemia. Sebbene i volumi di attività siano tornati in gran parte, come sottolineato nei paragrafi precedenti, ai livelli pre Covid con evidenti recuperi rispetto alla domanda di prestazioni rimasta inevasa nelle fasi più acute del biennio 2020-2021, permangono grosse criticità nella capacità del sistema di rispondere in maniera coerente ai bisogni di salute rispetto alle aspettative della popolazione in termini di tempi di risposta, rafforzamento della medicina territoriale e creazione delle nuove strutture assistenziali previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Le cause di queste criticità rimandano in molti casi a fenomeni endogeni al SSN, come la persistenza di liste di attesa per prestazioni specialistiche e ambulatoriali, il mancato aggiornamento dei LEA, il rinvio sine die dell'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche, l'invecchiamento del personale e le difficoltà nel turn-over dello stesso per alcune professioni (es. medici di medicina generale e personale infermieristico), l'eccesso di mobilità sanitaria all'interno e tra le regioni a cui è costretta per molte specializzazioni un'ampia fascia di pazienti. In altri casi e su diversi livelli agiscono tendenze esogene al sistema o comunque non direttamente imputabili ad esso come la povertà sanitaria dovuta alle condizioni di salute e alle cure, oppure la rinuncia alle cure stesse per motivi economici. A questi aspetti abbiamo dedicato nelle scorse edizioni del Rapporto OASI il paragrafo finale di questo Capitolo e in questo volume sono contenuti numerosi richiami e approfondimenti relativi a queste problematiche, in particolare nel Capitoli dedicati alla spesa privata e agli esiti dell'assistenza.

Anche in questa edizione riteniamo importante richiamare l'attenzione sulla sfida più profonda per il nostro SSN attuale e futuro, cioè l'impegno costante e necessario che tutte le sue organizzazioni e strutture, indipendentemente

dagli assetti istituzionali e delle architetture di governo, devono dedicare alla riduzione delle disuguaglianze nella salute³⁷. La loro persistenza indebolisce la sostenibilità sociale del Servizio Sanitario Nazionale.

Occorre ribadire che il SSN sia fondato sui principi di uguaglianza, universalità ed equità e abbia rappresentato e rappresenti un pilastro della coesione sociale. Tuttavia, le sue capacità di garantire pari opportunità di salute sono messe alla prova da disparità nel rispetto delle garanzie previste dai LEA tra Regioni (come sottolineato nel Capitolo sugli esiti di questo Rapporto a cui si rimanda), dalle differenze significative nelle dotazioni tecnologiche e professionali nelle strutture sanitarie e nelle regioni, responsabili di livelli di accessibilità diseguale ai servizi e di evidenti differenze nel ruolo e nella funzione della medicina territoriale³⁸. Le categorie maggiormente vulnerabili, come migranti, lavoratori precari e persone con basso livello di istruzione, restano maggiormente esposte ai rischi sanitari e spesso meno protette dai meccanismi di protezione sociale. In questo contesto, l'equità non può essere considerata acquisita, ma va perseguita attraverso politiche attive, cross-settoriali e orientate alla giustizia sociale. È unanimemente riconosciuto che le disuguaglianze nella salute rappresentano una delle più grandi sfide del nostro tempo, radicandosi in profonde iniquità sociali, economiche e culturali. La persistenza di queste disuguaglianze e il loro contrasto richiedono un impegno esplicito, strutturato e monitorabile da parte anche delle politiche e del management sanitario e ad ogni livello.

In conclusione, rimaniamo convinti che per rendere effettivo il diritto alla salute per tutte le persone, in modo uniforme e non discriminatorio, occorra un cambio di paradigma: l'equità, per diventare un criterio guida delle politiche sanitarie, deve cessare di essere solo una dichiarazione di principio.

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 temperamento 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

³⁷ Nelle scorse edizioni del Rapporto OASI abbiamo dedicato a queste problematiche il paragrafo finale del Capitolo 2 prendendo in esame la situazione italiana e le sfide per i servizi e le strutture del SSN.

³⁸ Tutte criticità rimarcate da più istituzioni e documenti. In particolare ci riferiamo all'analisi della Corte dei Conti, 2023

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 regionale³⁹, 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.

Il 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

³⁹ Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

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 regione⁴⁰.

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).

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 CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Corte dei Conti (2023), *Relazione sulla gestione della spesa sanitaria regionale*.
- 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*, 1:13-32.

⁴⁰ Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.

- Furnari A. e Ricci A. (2016), «La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione», in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2016, Milano, Egea.
- ISTAT (2023), *Indicatori demografici*.
- Kickbusch, I. (2016). *Global health governance challenges 2016 – Are we ready?* International Journal of Health Policy and Management, 5(6), 349–353. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.27>
- Ministero della Salute (2022), Rapporto screening oncologici.
- Missoni, E. (2023a). The Political Economy of Global Health. In M. C. B. Raviglione *et al.* (Eds.), *Global Health Essentials* (pp. 469-478). Springer.
- OECD (2022), *Health at a Glance: Europe*.
- Peterson C.L. e Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», Report for Congress. Congressional Research Service. Disponibile http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf
- United Nations (2015), *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- WHO – World Health Organization (2008), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*.
- WHO – World Health Organization, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*, 2014.
- WHO – World Health Organization, *World report on social determinants of health equity*, 2025.
- WHO. (2014). *Health in All Policies: Framework for country action*. World Health Organization.