

2 La struttura e le attività del SSN

2.1 Premessa

Il capitolo fornisce una visione d'insieme 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 nei sistemi sanitari di 28 Paesi europei ed extra europei¹.

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);
- ▶ 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);
- ▶ prime riflessioni ed evidenze preliminari relative al post Covid-19 (§2.6);

¹ Si tratta dei principali Paesi europei (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Spagna, Svezia, Svizzera, Ungheria), a cui sono stati aggiunti Canada, Giappone, Stati Uniti e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

- ▶ un approfondimento su alcune iniziative regionali per la riduzione delle diseguaglianze nella salute (§2.7);
- ▶ alcune note sugli impatti della pandemia Sars-COV-2 sulle diseguaglianze di salute (§2.8).

Le fonti del capitolo sono così riassumibili²:

- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso: i) gli Indirizzari delle strutture di ricovero (relativi agli anni tra il 1997 e il 2016); ii) l'Annuario statistico del SSN (1997-2018); iii) il Rapporto SDO (1998-2019); iv) il data-set relativo alla dotazione di posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2019); v) il Rapporto sulla salute mentale (2018);
- ▶ dati pubblicati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato nel Conto Annuale, rilevazione censuaria sulle amministrazioni pubbliche (ultimo anno disponibile: 2019);
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2021 (ultimo anno disponibile: 2019).

Per via dell'intervallo di tempo che precede la pubblicazione dei dati, nessuna delle fonti utilizzate è in grado di intercettare propriamente l'impatto del Covid-19 sulle variabili oggetto d'analisi. Il capitolo riporta quindi una rappresentazione dettagliata della struttura e delle attività del SSN appena prima dell'insorgenza della pandemia (la maggior parte dei dati e delle fonti analizzate riguarda infatti il 2019). Nella sezione 2.6 del capitolo, tuttavia, si è cercato di sviluppare alcune riflessioni preliminari in termini di impatto provocato dal Covid-19 sul sistema sanitario nel suo complesso, guardando nello specifico a tre dimensioni principali: i ricoveri complessivi Covid-19, i ricoveri non-Covid e la conseguente "perdita" generata nei livelli di attività, i nuovi reclutamenti di personale SSN. Informazioni più approfondite sul generale impatto della pandemia da Covid-19 sulla configurazione e sulle attività del SSN saranno disponibili nelle future edizioni del Rapporto OASI. Altri capitoli del presente Rapporto, invece, approfondiscono dettagliatamente l'impatto generato dal virus con un focus circoscritto a oggetti di analisi più specifici.

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.

2.2 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale³, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

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

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le regioni sono spesso ricorse all'istituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono sei le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostuttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (Accs)⁴. Da segnala-

³ 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.

⁴ Tale agenzia, già formalmente prevista della legge regionale dell'agosto 2015, ha il compito di

re, infine, che il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio, la Campania e la Liguria hanno soppresso nel corso dell'ultimo decennio la propria Agenzia⁵ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

2.2.1 Le aziende del “gruppo sanitario pubblico regionale”

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

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

Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali. Il grado di differenziazione delle aziende che popolano oggi il SSN non si limita più alla sola missione (ampia per le aziende territoriali, più focalizzata per quelle ospedaliere), al punto che diventa difficile individuare un sufficiente grado di omogeneità tra le stesse. Il più evidente carattere di continuità, invece, si riscontra negli assetti di governo, tutti orientati al modello tradizionale con triade direzionale (coadiuvata dal Direttore Sociosanitario in un numero crescente di regioni) e rapporto fiduciario con il governo regionale (Del Vecchio e Romiti, 2017). Queste considerazioni hanno spinto nel 2017 gli autori a interrogarsi su un aggiornamento del sistema di classificazione delle forme aziendali che fosse concettualmente solido e coerente con i cambiamenti in atto nei diversi SSR⁶. A partire

coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi più puntuali di monitoraggio delle performance.

⁵ 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.

⁶ Si è deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99, secondo il quale la regione ha la responsabilità di

da quell'anno, quindi, nel computo delle aziende territoriali vengono incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde che, per effetto della riforma del 2015, sono diventate le uniche responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica⁷. Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali, sono invece confluite nell'insieme degli enti intermedi.

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

La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL (e ASST) e di AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 luglio 2021 e il numero di Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN, IRCCS Pubblici ed enti intermedi aggiornato al 2020, così da ricostruire l'insieme degli attori pubblici dei SSR.

In attuazione del D. Lgs. 502/92, nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR. Dal 1996 al 2001, le modifiche istituzionali sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale» si sono multipli-

individuare “[...] l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all'art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera [...]”. Le aziende sanitarie territoriali devono quindi fare riferimento a un territorio, rispetto al quale sono responsabili del mantenimento dei LEA, ed erogare direttamente servizi. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l'analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione delle rinnovate aziende e agenzie lombarde.

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

cati (Del Vecchio, 2003). Il numero di aziende sanitarie territoriali, a livello nazionale, si è fortemente ridotto, passando dalle 197 del 2001 alle 118 di oggi (-40%), a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale al fine di ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. Il processo ha subito una prima accelerazione tra il 2007 e il 2012, in particolare nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)⁸, per poi rinvigorire tra 2015 e 2017 con i riordini di molti SSR anche del Nord Italia⁹. Tra il 2020 e il 2021, il conteggio delle aziende territoriali è rimasto invariato.

La serie di riordini regionali intercorsi e la conseguente riduzione del numero di aziende implica una loro notevole crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media per ASL pari a 510.548 a gennaio 2021. La regione che presenta la popolazione media regionale più elevata è la Sardegna, il cui territorio corrisponde all'unica ATS sarda (1.630.474 abitanti), seguita dalle Marche, anch'esse caratterizzate da un'azienda unica, l'ASUR marchigiana (1.518.400). L'unica altra regione con bacini d'utenza medi superiori al milione di assistiti è la Toscana, dato che in questa regione i confini delle aziende sono molto più estesi dopo la riforma del SSR, con una popolazione media pari a 1.240.910 nel 2021. Il minimo si registra, invece, nella regione più piccola per dimensionamento e numero di abitanti (Valle D'Aosta – 125.501 abitanti) che, insieme alla Basilicata (278.467 assistiti in media), è l'unica altra regione con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti.

A fronte dei processi di riordino sopra elencati, coesistono ora molteplici modelli regionali in termini di assetti istituzionali prevalenti e architetture dei gruppi regionali sanitari pubblici. In alcune regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Valle D'Aosta, PA di Trento¹⁰, PA di Bolzano e Molise), nelle Marche e, più di recente, in Sardegna sono state create ASL uniche. Nelle restanti regioni, il territorio delle ASL tende a coincidere con quello provinciale¹¹. Fanno eccezione le regioni in cui sono collocate le principali aree metropolitane del Paese (Roma, Napoli, Torino), dove si annoverano ASL sub-

⁸ 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).

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

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

¹¹ Anche in alcune regioni in cui la ASL coincide tendenzialmente con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Piemonte, Veneto.

provinciali che suddividono l'area metropolitana, e quelle che hanno di recente vissuto un radicale riordino dei confini aziendali: Toscana, dove sono presenti ASL che coprono bacini d'utenza pluri-provinciali e Lombardia, dove si annoverano molteplici ASST con confini sub-provinciali.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 42 (-57%)¹², senza ulteriori cambiamenti rispetto allo scorso anno.

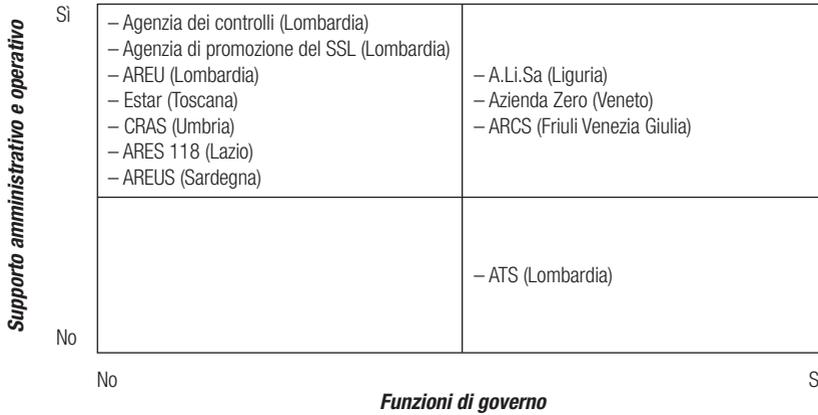
Fanno parte degli enti pubblici dei SSR anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Le prime sono attualmente 10, tutte concentrate nel Centro o Sud Italia, mentre si contano 21 IRCCS pubblici, che comprendono anche le 4 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia.

Ulteriori modifiche nel numero di enti pubblici dei SSR sono programmate, o in via di discussione, per il futuro prossimo. In Emilia-Romagna, in occasione delle nomine dei direttori generali delle Aziende del SSR di fine giugno 2021, è stata ufficializzata la volontà di lavorare all'unificazione dell'azienda sanitaria e ospedaliero universitaria sia a Parma sia a Ferrara, in modo analogo a quanto già avvenuto nel 2017 per Reggio Emilia. In Sardegna, invece, dopo il rallentamento imputabile alla pandemia Covid-19, è stato nuovamente avviato il ripristino di otto aziende territoriali (ognuna con personalità giuridica), il contestuale ridimensionamento dei poteri dell'ATS unica (che verrà sostituita dall'ARES – Azienda Regionale della Salute) e la costituzione di Aziende miste ospedaliero universitarie (Amou) a Cagliari e Sassari. In Basilicata, infine, la bozza di riorganizzazione del SSR prevede la costituzione di un'Azienda sanitaria territoriale unica regionale (Astur) e di un'Azienda ospedaliera unica regionale (Aour).

Per quanto riguarda infine gli enti intermedi, se ne contano attualmente 18. A partire dal 2019, in Friuli Venezia Giulia, la neo costituita Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha sostituito EGAS, ampliandone il ruolo all'interno del SSR. I diversi soggetti intermedi possono essere ulteriormente differenziati in termini di ruoli e responsabilità a loro affidati (riadattamento da Del Vecchio e Romiti, 2017): 1) esercizio di funzioni di governo (pianificazione e programmazione operativa, assegnazione di finanziamenti); 2) esercizio di funzioni di supporto amministrativo e/o operativo che attengono alla distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio di attività o alla gestione di processi amministrativi in precedenza svolti dalle aziende. In questa cornice, dalla Figura 2.1 emerge che:

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.

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



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

- ▶ la maggior parte degli enti intermedi è situata in Lombardia dove, oltre alle sopracitate ATS, che esercitano funzione di governo e a cui è affidato il ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, e controllo, sono presenti tre ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU – Agenzia Regionale Emergenza Urgenza; Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo e Agenzia di Controllo);
- ▶ oltre ai già citati enti intermedi lombardi, si contano altri quattro attori che svolgono attività di supporto nei SSR di riferimento. In particolare, l'Estar (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale) toscano, l'ARES 188 (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.
- ▶ A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), l'Azienda Zero veneta e l'ARCS friulana svolgono contestualmente funzioni di governo e di supporto;

La cronologia completa delle modifiche nel numero di strutture dal 2002 al 31/07/2021 è disponibile nell'Appendice I al termine del capitolo.

2.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹³

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria pubblica è da riscontrarsi nella figura del Direttore Generale (DG): attore composito, il cui ruolo è profonda-

¹³ La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti *web* delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

mente mutato nel corso degli ultimi anni, in seguito alle significative trasformazioni degli assetti istituzionali delle aziende, caratterizzate da dimensioni sempre più ampie, per effetto dei processi di accorpamento. Il DG, tradizionale organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i vari soggetti del mondo sanitario e socio-sanitario, al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla Regione (Zuccatelli *et al.*, 2009).

Alla luce delle suddette considerazioni, questo sotto-paragrafo aggiorna le analisi sul turnover dei DG delle aziende sanitarie pubblicate nei Rapporti OASI a partire dal 2002¹⁴. In particolare, il sotto-paragrafo si compone di quattro sezioni: la prima presenta il turnover dei DG a livello nazionale e regionale; la seconda valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie pubbliche; la terza analizza l'età media degli attuali DG a livello nazionale e regionale e la distribuzione in termini di genere; la quarta mette a confronto il grado di stabilità e il grado di apertura dei vari sistemi regionali nelle nomine dei DG. Ulteriori contributi affini a questi temi sono disponibili nel Rapporto OASI 2019 ai capitoli 8, con un focus sul «mestiere» del Direttore Generale, e 16, che analizza la femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità.

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 2.2 mostra la durata media¹⁵ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda territoriale e ospedaliera, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2021. La durata media nazionale è pari a 3 anni e 6 mesi circa, in linea con i valori registrati negli anni precedenti. Da un lato si tratta di un orizzonte di gestione probabilmente troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche, dall'altro questo valore non si discosta in modo significativo dai 4 anni (nella maggior parte dei casi rinnovabili) di durata teorica di molti incarichi regionali di direttori generali. Permangono, inoltre, forti differenze interregionali, dagli 1,9 anni della Calabria ai 7,7 della PA di Bolzano. Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, sebbene, nel 2011, si fosse raggiunto un allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Il dato 2021 registra, invece, una differenza di circa 2 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,7 anni nelle AO e 3,5 anni nelle ASL.

¹⁴ A partire dal 2020, il database è stato integrato anche con i dati delle aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN e degli IRCCS pubblici. Le analisi longitudinali continuano a focalizzarsi esclusivamente sulle aziende territoriali esulle aziende ospedaliere, ivi incluse le aziende ospedaliere integrate con l'Università.

¹⁵ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni "n" considerati per una determinata azienda "x" (con $1 \leq n \leq 24$) e il numero complessivo dei 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 (1996-2021)**

Regione	AO	ASL o ASST	Totale complessivo (*)
Abruzzo		3,5	3,5
Basilicata	2,9	3,1	3,0
Calabria	2,2	1,5	1,9
Campania	4,6	3,1	3,8
Emilia-Romagna	4,3	4,1	4,2
FVG	3,5	3,3	3,4
Lazio	3,0	2,9	2,9
Liguria	5,0	3,6	4,3
Lombardia		4,0	4,0
Marche	3,5	2,9	3,2
Molise		3,8	3,8
PA Bolzano		7,7	7,7
PA Trento		4,3	4,3
Piemonte	3,2	3,3	3,3
Puglia	4,1	3,1	3,6
Sardegna	3,7	2,6	3,1
Sicilia	3,5	2,8	3,2
Toscana	4,2	3,9	4,1
Umbria	3,5	2,5	3,0
Valle D'Aosta		2,9	2,9
Veneto	4,1	4,3	4,2
ITALIA	3,7	3,5	3,6

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

Fonte: OASI, 2021

La seconda dimensione di indagine ha come oggetto le persone che stanno svolgendo attualmente il ruolo di DG nelle aziende considerate. L'obiettivo è capire se, a livello nazionale, si stia formando una comunità professionale di DG¹⁶. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG fotografa l'insieme dei direttori generali attualmente in carica nelle aziende territoriali ed ospedaliere considerando due variabili:

¹⁶ A questo proposito rileva il disegno di legge a prima firma Maria Domenica Castellone con le modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n.171 in materia di dirigenza sanitaria. L'articolo 2, comma 1 stabilisce infatti che “le regioni nominano i direttori generali esclusivamente tra gli iscritti all'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale, di cui all'articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul proprio sito internet istituzionale, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale”. Inoltre, “La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni” (Art 2, comma 2).

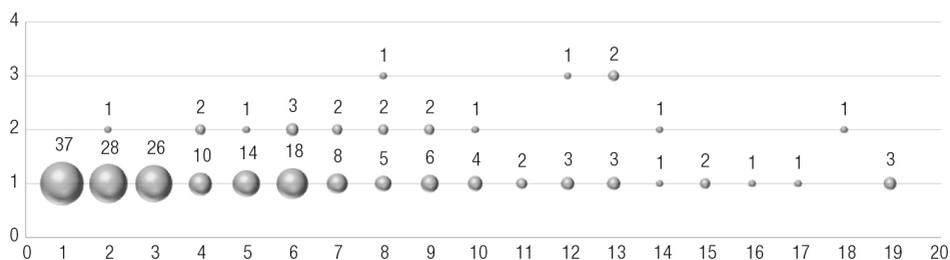
- ▶ anni totali in cui ciascun individuo ha ricoperto la carica nelle aziende considerate;
- ▶ numero di regioni in cui i singoli individui hanno ricoperto la carica di DG.

La Figura 2.2 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.

Attualmente, 204 persone ricoprono il ruolo di direttore generale in Aziende Territoriali, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Policlinici¹⁷. Il grafico mostra come, tra questi, siano ampiamente prevalenti i DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa l'89,64%, e che, fra coloro che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in più regioni, solo in 4 (il 2,1%) hanno operato in tre regioni diverse, con prevalenza di spostamenti tra aree limitrofe. Tra i DG considerati, 37 e 29 persone sono rispettivamente al primo e al secondo anno in carica, mentre in 27 (il 14,0% del totale) hanno maturato un'esperienza almeno decennale come direttore generale. Nel sottoinsieme delle persone che hanno maturato un'esperienza di oltre cinque anni, risulta in crescita la percentuale di coloro che hanno lavorato in due o più regioni: oggi è pari al 21,6%, in forte aumento rispetto al 2011¹⁸, quando si attestava nell'intorno del 10%.

La terza dimensione riguarda l'età media e il sesso dei DG in carica di tutte le aziende pubbliche dei SSR, a livello nazionale e regionale (Tabella 2.3 e Tabella 2.4). Per quanto riguarda l'età, il valore medio nazionale è pari a 58 anni e 7 mesi circa. I DG di aziende ospedaliere hanno in media un'età superiore di oltre 1 anno rispetto a quelli delle ASL (rispettivamente i valori sono pari

Figura 2.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=193)**



Fonte: OASI, 2021

¹⁷ Fino al 2020, la figura riportava i dati relativi a DG di aziende territoriali e ospedaliere. Nel computo non sono inseriti i Direttori Generali facenti funzioni.

¹⁸ Il dato si riferisce alle persone che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in aziende territoriali e ospedaliere nel periodo 1996-2011.

a 59 anni e 6 mesi e 58 anni e 1 mesi), mentre gli attuali DG degli IRCCS e dei Policlinici hanno un'età media rispettivamente di 59 anni e 55 anni e due mesi. A livello regionale Calabria e Marche costituiscono le regioni con età media più elevata dei propri DG (rispettivamente pari a 61 anni e 8 mesi e 61 anni e quattro mesi), mentre la Sardegna presenta il valore più basso (50 anni e 10 mesi). Per quanto riguarda la distribuzione dei DG in termini di genere, invece, si registra una decisa maggioranza di direttori generali di sesso maschile (151) rispetto alle parigrado femminile che risultano essere 42, pari al 22% del totale (Tabella 2.4). Le donne risultano in minoranza in tutti gli SSR, con l'eccezione di Lazio, Marche e Calabria, dove raggiungono rispettivamente il 53, 50 e 50% dei direttori in carica. Tra le regioni con il maggior numero di aziende, non si registra alcun DG di sesso femminile in Puglia, mentre in Lombardia, dove le aziende pubbliche di erogazione sono in totale 37, le donne che rivestono il ruolo apicale dell'organizzazione sono cinque, pari al 14% del totale.

Infine, la quarta dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici proposti nel Rapporto

Tabella 2.3 **Età media dei DG, per regione e tipo di azienda (2021)**

Regione	AO	ASL	IRCCS	Policlinici	Totale complessivo (*)
Piemonte	60,3	57,5	–	–	58,4
Valle D'Aosta	–	53,0	–	–	53,0
Lombardia	59,8	61,0	62,0	–	60,3
PA Bolzano	–	52,0	–	–	52,0
PA Trento	–	52,0	–	–	52,0
Veneto	62,0	59,2	62,0	–	59,9
Friuli VG	–	51,7	53,0	–	52,0
Liguria	–	59,8	61,0	–	60,1
Emilia Romagna	60,0	59,1	53,0	–	58,9
Toscana	58,0	60,3	–	–	59,0
Umbria	48,5	62,0	–	–	55,3
Marche	59,5	62,0	64,0	–	61,3
Lazio	59,3	54,6	62,0	53,0	56,1
Abruzzo	–	60,8	–	–	60,8
Molise	–	52,0	–	–	52,0
Campania	61,7	58,0	63,0	48,0	59,3
Puglia	63,0	56,7	54,0	60,0	57,1
Basilicata	52,0	51,5	60,0	–	53,8
Calabria	59,5	64,7	–	–	61,7
Sicilia	61,4	58,1	56,0	59,3	59,1
Sardegna	48,0	51,0	–	52,0	50,8
ITALIA	59,5	58,1	59,0	55,1	58,6

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

Fonte: Elaborazione OASI, 2021

Tabella 2.4 **Genere dei DG, per regione (2021)**

Regione	Donna	Uomo	% Donna	% Uomo
Piemonte	4	14	22%	78%
Valle D'Aosta	0	1	0%	100%
Lombardia	5	32	14%	86%
PA Bolzano	0	1	0%	100%
PA Trento	0	1	0%	100%
Veneto	4	8	33%	67%
Friuli VG	1	4	20%	80%
Liguria	0	7	0%	100%
Emilia Romagna	5	8	38%	62%
Toscana	2	5	29%	71%
Umbria	0	4	0%	100%
Marche	2	2	50%	50%
Lazio	9	8	53%	47%
Abruzzo	0	4	0%	100%
Molise	0	1	0%	100%
Campania	3	14	18%	82%
Puglia	0	10	0%	100%
Basilicata	1	3	25%	75%
Calabria	4	4	50%	50%
Sicilia	1	17	6%	94%
Sardegna	1	3	25%	75%
ITALIA	42	151	22%	78%

Fonte: OASI, 2021

OASI 2003 (Carbone, 2003) e riportati in Tabella 2.5: l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁹ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale²⁰ (propensione del sistema ad assegnare

¹⁹ Calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dalla somma, per ogni azienda esistita all'interno della regione, del numero di anni di attività nel periodo 1996-2020 meno uno, per tenere conto del fatto che nel primo anno non è possibile effettuare un cambio. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a 0; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a 1. Se l'indice è pari a 0, la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1, ogni azienda a livello regionale ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

²⁰ L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2019 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

Tabella 2.5 **Indici di stabilità e apertura, per regione (1996-2021)**

Regione	Indice di instabilità	Indice apertura
Piemonte	0,29	0,68
Valle D'Aosta	0,32	1,00
Lombardia	0,23	0,55
PA Bolzano	0,07	1,00
PA Trento	0,20	1,00
Veneto	0,20	0,51
Friuli Venezia Giulia	0,29	0,60
Liguria	0,23	0,82
Emilia Romagna	0,21	0,67
Toscana	0,23	0,68
Umbria	0,30	0,63
Marche	0,26	0,84
Lazio	0,34	0,76
Abruzzo	0,26	0,91
Molise	0,27	0,71
Campania	0,29	0,80
Puglia	0,26	0,69
Basilicata	0,30	0,88
Calabria	0,56	0,73
Sicilia	0,29	0,71
Sardegna	0,35	0,79
ITA	0,28	0,70

Fonte: OASI, 2021

l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è calcolato per le regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono-azienda (Valle D'Aosta e PA di Trento²¹), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto, a meno di turnover infrazziendali. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che, nel corso del periodo di osservazione, sono divenute mono-azienda (Molise, PA di Bolzano e, dal 2017, la Sardegna, oltre alle Marche per quanto riguarda le ASL), oltre che, in generale, per le regioni che hanno un numero contenuto di aziende.

Il livello di instabilità medio regionale è pari a 0,28 punti: in media, si osserva quindi un cambiamento al vertice ogni 3,5 volte possibile. La Calabria si conferma come la regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice ha raggiunto quest'anno il suo valore massimo (pari a 0,56). Altre

²¹ La Regione Valle D'Aosta registra un tasso di instabilità pari a 0,30, mentre la Provincia Autonoma di Trento pari a 0,22.

regioni che presentano valori elevati, seppur largamente inferiori alla Calabria, sono la Sardegna (0,35), il Lazio (0,34) e l'Umbria (0,30). Il livello di apertura medio è molto elevato, pari a 0,70 – ciò implica che, in media, 7 nomine su 10 ricadono su soggetti esterni, ossia su persone che non avevano mai ricoperto il ruolo di direttore generale nelle aziende del SSR considerato. Tralasciando la PA di Bolzano, caratterizzata da un'apertura che si può definire “fittizia”²², l'Abruzzo fa registrare l'indice di apertura più alto, pari al 91%. Altre regioni che presentano dati elevati sono le Marche (0,84), la Basilicata (0,88) e la Liguria (0,82). Al contrario, il Veneto presenta i valori significativamente più bassi: circa 1 nomina su 2 è stata affidata a persone che avevano già ricoperto il ruolo di direttore generale in regione.

2.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture di erogazione di servizi sanitari²³.

2.3.1 La capacità di offerte delle strutture ospedaliere

Per quanto riguarda il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia, gli ultimi dati disponibili, aggiornati al 31/12/2019 (Tabella 2.6), registrano 482 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 565 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (412 in totale). Questi sono stati nel tempo accorpati in “Presidi Ospedalieri Unici” come frutto delle operazioni di “ingegneria istituzionale” che hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema (si veda il § 2.2.1).

²² Il direttore dell'ASP unica, in carica fino a giugno 2015, era precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine) e ricopriva il ruolo di DG sin dall'inizio della rilevazione (1996).

²³ Secondo l'attuale schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, adottato dal Ministero della Salute nel 2009, gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

Tabella 2.6 Strutture di ricovero autorizzate pubbliche e private (2000-2018)

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped. integrate con l'Università	AO (Aziende Osped. + AO integrate con l'Univ.) (2)	SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	Tot. Strutture di ricovero pubbliche (4)	IRCCS privati (5)	Policlinici Universitari privati (6)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca accreditate	Casa private accreditate	Totale strutture di ricovero private accreditate (8)	Totale strutture di ricovero pubbliche e private accreditate
Abruzzo	17	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	10	10	27
Basilicata	7	1	1	0	1	9	0	0	0	0	0	1	1	10
Calabria	18	4	4	0	1	23	0	0	0	0	0	29	29	52
Campania	34	6	7	2	1	44	1	0	4	0	0	59	64	108
Emilia Rom.	15	0	4	0	2	21	1	0	0	1	0	44	46	67
Friuli VG	8	0	0	0	2	10	0	0	0	0	0	5	5	15
Lazio	32	2	4	1	2	39	4	2	8	2	0	59	75	114
Liguria	6	0	0	0	2	8	1	0	2	0	0	8	11	19
Lombardia	83	0	0	0	1	84	25	0	5	0	0	64	94	178
Marche	5	1	2	0	1	8	0	0	0	0	0	8	8	16
Molise	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	3	5	8
PA Bolzano	7	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	3	6	13
PA Trento	7	0	0	0	0	7	0	0	1	0	0	5	6	13
Piemonte	20	3	6	0	0	26	3	0	0	6	0	38	46	73
Puglia	24	0	1	1	2	28	3	0	2	0	0	26	31	59
Sardegna	22	1	0	2	0	25	0	0	0	0	0	7	7	32
Sicilia	53	5	5	3	2	63	2	0	1	1	0	59	63	126
Toscana	31	0	4	0	0	35	2	0	0	2	1	21	26	61
Umbria	8	2	0	2	0	10	0	0	0	0	0	5	5	15
Valle D'Aosta	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2
Veneto	11	1	2	0	1	14	2	0	5	2	0	17	26	40
Italia 2019	412	26	17	43	9	482	45	2	28	14	2	472	565	1048
Italia 2015	439	28	18	46	9	516	41	2	27	18	2	500	590	1106
Italia 2010	523	35	18	53	8	607	37	2	28	20	3	524	614	1221
Italia 2005	528	/	/	95	9	654	32	2	40	11	3	536	624	1278
Italia 2000	639	/	/	98	9	768	29	2	44	13	/	525	613	1381

Tabella 2.6 (segue)

- (1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati nel database del PL del Ministero della Salute aggiornato al 2018. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92). A questi, in coerenza con quanto spiegato nel §2.2.1, sono state aggiunti anche i presidi delle ASST lombarde.
- (2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'Indirizzo ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti.
- (3) Si contengono sia le sedi centrali sia le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.
- (4) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici, ASST. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture "equiparate alle pubbliche".
- (5) Si contengono sia le sedi centrali sia le sedi distaccate perché, tra l'altro, spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Ciò spiega le discrepanze con l'elenco degli IRCCS pubblicato dal Ministero della Salute. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni private.
- (6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.
- (7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88.
- (8) Sommatoria di IRCCS di diritto privato, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Presidi qualificati, Enti di ricerca e Case di Cura private accreditate. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012.

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

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 2014-2016²⁴ e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie²⁵.

La Tabella 2.7 analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, mettendo in evidenza la presenza di tre macro-classi sulla base del numero medio di posti letto per la degenza ordinaria. Le AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e le AOU integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL), con una media, rispettivamente, di 638 e 664 PL nel 2019. IRCCS, presidi a gestione diretta delle aziende territoriali e ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 231, 216 e 210 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 84 PL accreditati per la degenza ordinaria.

La Tabella 2.7 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, a partire dal 2000 si sia registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di PL in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta, la cui crescita dimensionale (+17,4%) è conseguenza diretta sia delle dinamiche di accorpamento dei presidi conseguenti ai vari di processi di riordino regionale, sia del passaggio dei presidi delle ASST lombarde all'interno del conteggio dei presidi a gestione diretta, in coerenza con quanto analizzato nel §2.2. Il calo nei PL in regime ordinario, invece, si è verificato, in particolare, nelle AOU integrate con il SSN (-23,4% tra il 2000 e il 2019) e nelle AO (-14,2%) e nelle case di cura accreditate (-6,2%). Negli ultimi due anni riportati in tabella (2018, 2019) si osserva che dimensioni medie di IRCSS, AO e AO integrate con l'università e AOU integrate con il SSN sono cresciute marginalmente. Al contrario, il numero di posti letto in regime ordinario è diminuito lievemente per i presidi a gestione diretta, gli ospedali classificati e le case di cura accreditate.

I presidi a gestione diretta ASL nella maggior parte delle realtà regionali raggruppano più stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati. La Figura 2.3

²⁴ Il Patto per la Salute 2014-2016 ha confermato, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di "presidi territoriali/ospedali di comunità" per ricoveri brevi non complessi (art. 5).

²⁵ 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.

Tabella 2.7 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2019)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2014	2016	2017	2018	2019	Variazione 2000-2019	Variazione 2018-2019
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	199	209	209	216	219	216	17,4%	-1,5%
AO e AO integrate con università	774	660	680	664	656	671	661	664	-14,2%	0,5%
AOU integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	832	620	667	642	667	646	637	638	-23,4%	0,1%
IRCCS pubblici e privati	247	224	221	226	227	225	227	231	-6,5%	1,8%
Ospedali classificati	223	211	207	211	220	216	211	210	-6,0%	-0,7%
Case di cura accreditate	89	85	82	81	82	84	85	84	-6,2%	-1,2%

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

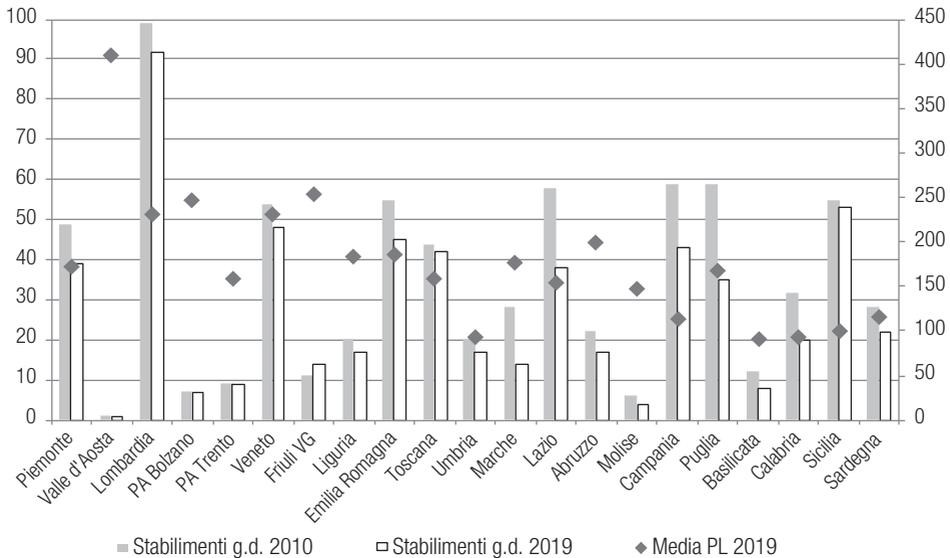
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde²⁶) nel 2010 e nel 2019. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni, gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 143 unità a livello nazionale. Nei primi anni considerati (tra 2010 e 2014) gli stabilimenti che hanno cessato la propria attività erano principalmente situati nelle regioni del Sud Italia (Puglia, -34 stabilimenti; Campania, -14; Calabria, -13). Negli ultimi anni invece il fenomeno è esteso a tutto il territorio nazionale e spesso fortemente influenzato dalle tempistiche con cui i vari SSR hanno provveduto alla revisione degli assetti istituzionali. Rispetto al 2018, nel 2019 il numero degli stabilimenti è diminuito di 7 unità. I dati dimensionali, anch'essi aggiornati al 2019, evidenziano un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 129 e 149 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (212). Per quanto riguarda, infine, i singoli contesti regionali, nella maggior parte dei casi vi è stata una riduzione dei PL totali presso presidi a gestione diretta. Le uniche eccezioni sono rappresentate dall'Umbria e dal Friuli Venezia Giulia che, a seguito della costituzione delle Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (ASUI), ha spostato nel conteggio dei presidi a gestione diretta le Aziende Ospedaliere di Trieste e Udine.

Come evidenziato dalla Figura 2.4, nel 2019 il SSN italiano disponeva di 207.572 PL, di cui 187.010 (90,1%) per degenza ordinaria e 20.562 (9,9%) per ricoveri diurni (*day hospital* – DH e *day surgery* – DS). Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 40,7%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie

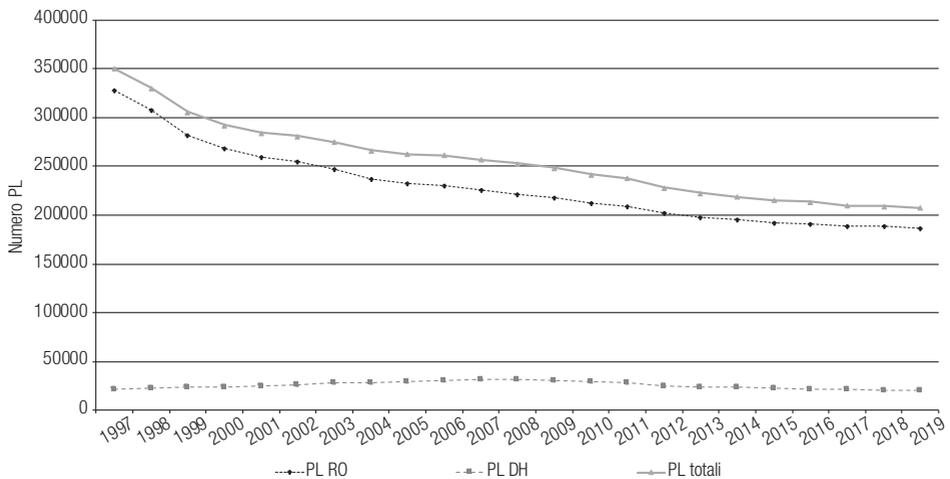
²⁶ Già in base alla L.R. 31/97 le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa adesso riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASST.

Figura 2.3 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2019) e dimensione media (asse dx; 2019)**



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

Figura 2.4 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2019)**



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

(-43,0%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno sono rimasti sostanzialmente stabili (-1.504 unità, pari al -6,8%). 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 struttural-

le, pari a 31.623 PL); a partire da quell'anno, il trend si è invertito, registrando una rapida riduzione della dotazione di posti letto in regime diurno che è proseguita anche in tempi recenti (-23,8% tra il 2008 e 2019).

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 a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti²⁷. Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard degli ospedali (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.

Rispetto alle indicazioni del D.L. 95/2012, nel 2019 la dotazione media nazionale di PL SSN²⁸ – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – risulta pari a 2,9 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.5). Solo sei regioni, tutte del Nord Italia ad eccezione dell'Umbria, presentano una dotazione complessiva di PL superiore a 3,7 e nessuna regione supera i 4 PL per 1.000 abitanti, a testimonianza di una progressiva e rapida riduzione rispetto al passato²⁹. Per quanto riguarda i target specifici previsti dal D.L. 95/2012 permangono invece margini di miglioramento a livello nazionale, soprattutto per gli acuti: otto regioni infatti presentano dotazioni superiori ai 3 PL per 1.000 abitanti per acuti indicati dalla normativa. Le dotazioni più elevate negli acuti si registrano in Friuli-Venezia Giulia (3,30 PL/1.000 ab.) e Sardegna (3,24), per i non acuti nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte (rispettivamente 1,10 e 0,98 PL/1.000 ab.).

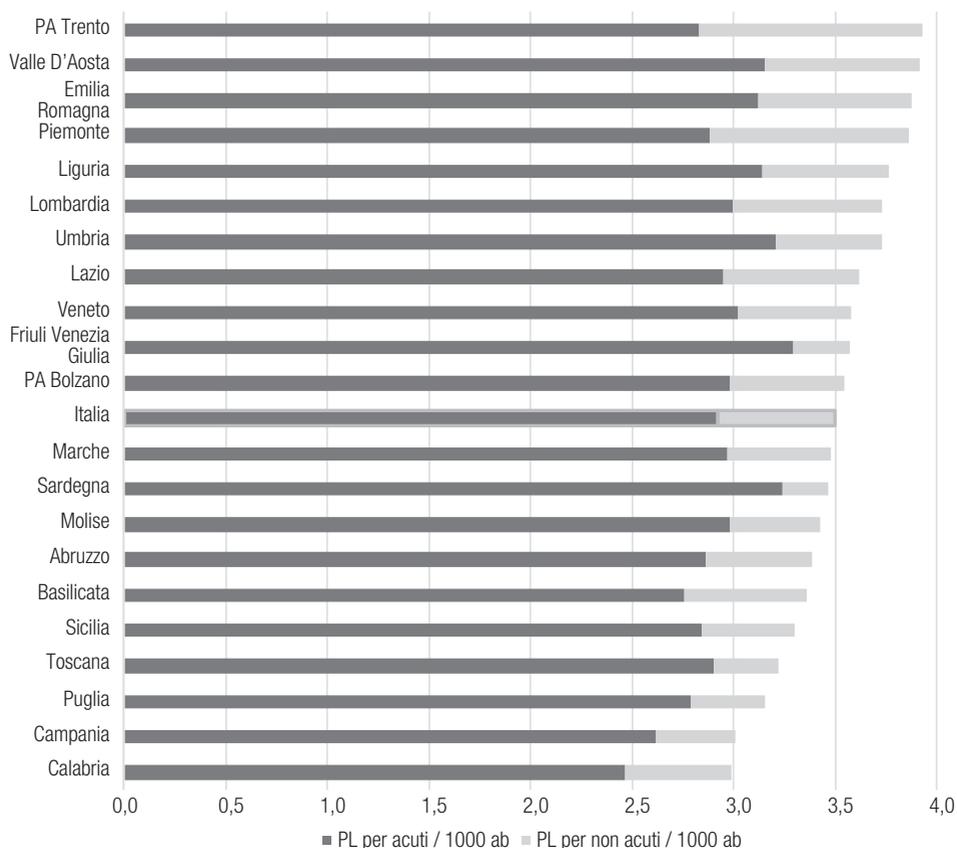
Come riportato in precedenza, la riduzione dei PL è stata fortemente spinta dagli interventi normativi ed è stata conseguita anche tramite la soppressione di Unità Operative Complesse (UOC) precedentemente esistenti. Il potenziale e il fabbisogno di riorganizzazione della rete ospedaliera del SSN erano già stati evidenziati da precedenti contributi del Rapporto (Furnari e Ricci, 2016). Il più recente aggiornamento del database dei PL del Ministero della Salute ricomprende anche il dettaglio per reparti e disciplina e permette quindi di analizzare più approfonditamente l'impatto che gli atti normativi hanno fin qui avuto sulla rete ospedaliera.

²⁷ I già citati standard ospedalieri hanno specificato che almeno 0,2 PL per 1.000 abitanti devono essere riferiti ad attività di lungodegenza. Il D.L. 95, convertito con modificazioni dalla L.135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di Unità Operative Complesse, con l'obiettivo di raggiungere un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui almeno il 25% erogati in DH.

²⁸ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

²⁹ Nel 2013, poco dopo l'entrata in vigore del Decreto Legge 95/2012, 12 regioni presentavano una dotazione complessiva di posti letto superiore a 3,7 ogni 1.000 abitanti.

Figura 2.5 **Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2019)**



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

La Tabella 2.8 riporta il numero di PL totali delle principali discipline ospedaliere e il peso relativo rispetto al totale della dotazione SSN. La disciplina che detiene il maggior numero di PL è la medicina generale, con 31.347 PL (15,0% del totale SSN), seguita da recupero e riabilitazione (23.204 PL, 11,1%) e chirurgia generale (21.524 PL, 10,3%). Le prime 15 discipline assommano in totale il 78,6% dei PL del SSN.

2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La maggiore attenzione rivolta all'assistenza territoriale con l'obiettivo di rafforzarne la rilevanza a fronte della razionalizzazione dell'attività ospedaliera si è spesso tradotta in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono deputati all'organizzazione dei

Tabella 2.8 Numero di PL totali per disciplina (2019)

Disciplina	PL	% PL SSN
Medicina generale	31.347	15,0%
Recupero e riabilitazione	23.204	11,1%
Chirurgia generale	21.524	10,3%
Ortopedia e traumatologia	17.852	8,5%
Ostetricia e ginecologia	13.694	6,5%
Cardiologia	8.495	4,1%
Lungodegenti	8.207	3,9%
Neurologia	5.762	2,8%
Urologia	6.212	3,0%
Psichiatria	5.224	2,5%
Pediatria	5.226	2,5%
Terapia intensiva	5.291	2,5%
Oncologia	4.880	2,3%
Geriatria	4.050	1,9%
Otorinolaringoiatria	3.475	1,7%
Altre discipline	44.714	21,4%

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

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 Tabella 2.9 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane con l'aggiornamento relativo all'anno 2019. Rispetto al 2013, si registra una riduzione pari a 4,5 punti percentuali nel numero di ambulatori e laboratori (- 416 strutture) e la conferma del trend positivo nel numero di strutture residenziali (+ 849 strutture, +12,4%) e semiresidenziali (+ 321 strutture, +11,1%).

Tabella 2.9 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2019)**

Regione	Ambulatori e laboratori	Strutture semiresidenz.	Strutture residenziali	Altre strutture territoriali (*)	Totale strutture territoriali
Piemonte	390	235	1.286	369	2.280
Valle D'Aosta	8	2	20	26	56
Lombardia	652	741	1.504	715	3.612
PA Bolzano	51	10	94	83	238
PA Trento	51	47	100	40	238
Veneto	442	540	860	530	2.372
Friuli Venezia Giulia	99	89	182	102	472
Liguria	333	67	297	122	819
Emilia Romagna	516	556	892	632	2.596
Toscana	550	250	558	452	1.810
Umbria	170	98	187	123	578
Marche	182	78	280	141	681
Lazio	781	82	293	439	1.595
Abruzzo	129	16	85	131	361
Molise	51	14	23	20	108
Campania	1.418	88	166	460	2.132
Puglia	683	173	403	322	1.581
Basilicata	126	11	47	47	231
Calabria	379	18	125	157	679
Sicilia	1.442	68	182	505	2.197
Sardegna	345	24	99	188	656
Italia 2019	8.798	3.207	7.683	5.604	25.292
Italia 2013	9.214	2.886	6.834	5.694	24.628
Italia 1997	9.335	842	1.820	4.009	16.006

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

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

2.3.3 Il personale del SSN

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

La Tabella 2.10 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN³⁰ tra 2001 e 2019, distinguendo per i diversi ruoli professionali.

³⁰ Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università, ma anche quelli delle Agenzie e delle Aziende Pubbliche di servizi alla persona.

Tabella 2.10 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2019)**

Anno	Medici	Ruolo sanitario	Altro personale	Totale
2001	112.539	337.409	238.430	688.378
2002	114.662	339.340	238.682	692.684
2003	113.953	338.533	234.693	687.179
2004	115.580	340.815	232.145	688.540
2005	115.829	342.989	229.583	688.401
2006	116.919	342.434	227.152	686.505
2007	116.766	341.455	223.976	682.197
2008	118.041	345.080	226.735	689.856
2009	118.773	346.840	228.103	693.716
2010	117.225	346.025	225.597	688.847
2011	115.449	344.234	222.858	682.541
2012	114.640	340.741	218.035	673.416
2013	113.803	339.890	216.548	670.241
2014	112.741	337.397	213.658	663.796
2015	110.909	333.508	209.054	653.471
2016	110.501	331.192	206.970	648.663
2017	110.885	331.050	205.113	647.048
2018	111.654	334.040	202.813	648.507
2019	112.146	335.053	202.318	649.517
2001-10	4,2%	2,6%	-5,4%	0,1%
2010-19	-4,3%	-3,2%	-10,3%	-5,7%
2001-19	-0,3%	-0,7%	-15,1%	-5,6%

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

I dipendenti totali sono diminuiti da 688.378 unità nel 2001 a 649.517 nel 2019 (-5,6%). Rispetto ai dati 2018, vi è stato un leggero incremento nel numero di medici (+492 unità) e di personale di ruolo sanitario (+1.013 unità).

La numerosità del personale SSN è stata influenzata soprattutto da interventi a livello centrale: la Finanziaria 2010, infatti, ha previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004 diminuiti dell'1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di *turn over*, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (De Pietro, Marsilio e Sartirana, 2014; si veda a questo proposito anche il capitolo 14 del Rapporto 2018). Il periodo d'osservazione 2001-2019 mostra, come conseguenza, due diversi trend. Tra 2001 e 2010, infatti, l'organico è rimasto sostanzialmente invariato, seppure con andamenti differenti per medici e personale di ruolo sanitario da un lato (+4,2% e +2,6%, rispettivamente) e altro personale³¹, dall'altro (-5,4%). A partire dal 2010, in-

³¹ Rientra in questa categoria il personale di ruolo amministrativo, tecnico e professionale.

vece, si evidenzia un marcato trend di contrazione, pari a 5,7 punti percentuali a livello complessivo e comune a tutti i ruoli: medici (-4,3%), ruolo sanitario (-3,2%) e altro personale (-10,3%).

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 2019 registrano 42.428 MMG e 7.408 PLS (Tabella 2.11). Sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti negli ultimi anni con una riduzione di 559 unità di MMG tra 2018 e 2019 (-1,3%) e di 91 unità di PLS (-1,2%). In media un MMG segue 1.224 assistiti (+5,5% rispetto al dato 2013). Il numero massimo di scelte per professionista, sia per i MMG (1.551) sia per i PLS (1.165), si registra nella PA di Bolzano. In generale, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale, per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti

Tabella 2.11 **Numero MMG e PLS, numero medio di scelte e diffusione dell'indennità associativa, per regione (2019)**

Regione	Numero MMG	Numero scelte per MMG	% MMG con indennità per attività in forma associativa	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con indennità per attività in forma associativa
Piemonte	2.952	1.289	77,5	401	1.057	54,6
Valle d'Aosta	84	1.291	77,4	16	853	93,8
Lombardia	6.091	1.408	71,3	1.165	975	63,9
PA Bolzano	284	1.551	59,2	63	1.063	81,0
PA Trento	340	1.357	86,2	72	920	86,1
Veneto	3.123	1.365	83,6	551	1.000	78,6
Friuli VG	809	1.320	19,3	121	977	32,2
Liguria	1.139	1.179	71,5	165	909	80,0
Emilia Romagna	2.949	1.302	84,0	615	815	70,6
Toscana	2.622	1.241	66,7	438	936	68,0
Umbria	728	1.049	75,0	115	791	60,0
Marche	1.094	1.209	79,2	174	912	54,6
Lazio	4.462	1.138	78,3	773	809	67,8
Abruzzo	1.078	1.059	65,5	166	829	74,7
Molise	258	1.059	67,1	36	798	58,3
Campania	4.037	1.225	48,2	754	889	65,3
Puglia	3.260	1.078	74,9	559	786	74,2
Basilicata	475	1.052	65,9	60	840	61,7
Calabria	1.496	1.055	40,0	256	826	73,8
Sicilia	4.000	1.059	57,2	721	768	71,7
Sardegna	1.147	1.226	53,3	187	771	47,6
ITALIA 2019	42.428	1.224	68,2	7.408	884	67,5
ITALIA 2018	42.987	1.225	66,6	7.499	985	63,4
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

(eccetto la Liguria) sia quella ai pazienti pediatrici (eccetto Valle d'Aosta ed Emilia Romagna). In nessuna delle regioni si registra un numero medio di scelte inferiore a quota 1.000 per gli MMG: è opportuno ricordare che il contratto dei medici di medicina generale e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di 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 2.11 riporta anche la percentuale di medici organizzati in forma associativa e che pertanto ricevono l'indennità ad essa collegata prevista negli accordi collettivi nazionali e in quelli integrativi regionali. Oltre a sottolineare che le regioni con i più alti tassi sono rispettivamente la PA di Trento per i MMG (86,2%) e la Valle d'Aosta per i pediatri (93,8%), è rilevante evidenziare come tra 2013 e 2019 la quota di medici organizzati in forma associativa è decresciuta leggermente per gli MMG (-2,7 punti percentuali), mentre debolmente aumentata per i PLS (+2,4 punti percentuali): dopo un decremento significativo protrattosi fino al 2018 infatti, nel 2019 viene invertito positivamente il trend. In generale, una bassa percentuale di professionisti organizzati in forma associativa può essere ricollegata sia alla crescente anzianità professionale della categoria (nel 2019 il 77,8% dei MMG ha oltre 27 anni di anzianità di laurea, contro il 12% del 1998 e ulteriormente in crescita rispetto al 65% del 2013), sia al fatto che le regioni stiano ormai lavorando su forma aggregative più complesse, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), così da portare in secondo piano il tema dell'associazionismo «classico». Per maggiori approfondimenti a questo riguardo si rimanda al capitolo 11 del Rapporto OASI 2019.

2.4 Le attività del SSN

2.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale³² nel periodo 2001-2019 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 2.12):

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (-4.416.339) pari a -34,1% in 18 anni, con un andamento molto differente tra le prime sette rilevazioni (-6,5% nel periodo 2001-2008) e le successive per il periodo 2008-2019, in cui il numero di dimissioni si riduce del 29,6% in concomitanza con

³² Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2019, essi sono 70.454, pari a circa l'1% del totale annuale.

Tabella 2.12 **Dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale (2001-2019)**

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO (Acuti)	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,40%	6,8
2002	12.939.492	79.823.905	15,10%	6,7
2003	12.808.615	77.969.619	17,00%	6,7
2004	12.990.109	78.241.122	18,40%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,10%	6,7
2006	12.843.634	77.876.800	19,10%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,60%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,20%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,50%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,20%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,70%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,20%	6,79
2013	9.842.485	64.312.696	14,50%	6,75
2014	9.526.832	63.129.031	13,70%	6,8
2015	9.305.606	62.511.151	13,00%	6,85
2016	9.061.064	61.236.601	12,40%	6,86
2017	8.872.090	59.955.328	10,70%	6,93
2018	8.691.638	59.533.633	10,50%	7
2019	8.520.801	58.799.017	10,40%	7,04
2001-2008	-6,5%	-9,0%	/	/
2008-2019	-29,6%	-22,0%	/	/
2001-2019	-34,1%	-29,0%	/	/

Note: (1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza. Il dato include i ricoveri dei neonati sani.

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

la spinta verso il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello ambulatoriale. Nel 2019 i ricoveri sono diminuiti del 2% rispetto al 2018, confermando il trend del biennio precedente 2018-2017;

- nel periodo 2001-2019 le giornate di ricovero sono diminuite del 29%³³; tra il 2018 e il 2019 si osserva una riduzione dello 1,2%;
- le giornate erogate in regime di *day hospital* rispetto a quelle in regime ordinario sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2005 passando dal 13,4% al 19,1%. Dal 2006 al 2019 si registra, invece, un'inversione di tendenza (-8,7 punti percentuali). Nel 2019 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in *day hospital* più modesto dal 2001, pari al 10,4%. Parte della riduzione degli accessi in DH può essere imputata alla trasformazione in

³³ Si segnala che tra 2001 e 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%) per aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006 (-24,5% nel periodo 2006-2019).

prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri DH, considerati inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno³⁴;

- la degenza media per acuti in regime ordinario è tendenzialmente stabile nel periodo monitorato, anche se il valore rilevato nel 2019 è il più elevato degli ultimi 18 anni ed è pari a 7,04 giornate di degenza media. Per i ricoveri per riabilitazione in regime ordinario e per lungodegenza (dati non riportati in Tabella) la degenza media è invece pari rispettivamente a 26,2 e 24,5 giornate, con una marcata riduzione registrata negli ultimi 18 anni per la lungodegenza (-7,5 giornate rispetto al 2001).

La Tabella 2.13 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (308.624 nel 2019).

Tabella 2.13 **Ricoveri SSN per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2019)**

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	433.967	120.777	91,8%	38.539	2.181	6,7%	8.743	1,4%	604.207
Valle d'Aosta	13.689	5.178	94,1%	962	0	4,8%	217	1,1%	20.046
Lombardia	1.040.372	260.957	92,9%	93.175	1.629	6,8%	5.275	0,4%	1.401.408
P.A. Bolzano	62.278	16.039	93,0%	3.390	149	4,2%	2.389	2,8%	84.245
P.A. Trento	49.938	19.076	87,8%	5.742	806	8,3%	3.036	3,9%	78.598
Veneto	503.598	110.135	94,2%	26.829	3.543	4,7%	7.268	1,1%	651.373
Friuli V.G.	134.997	36.862	97,6%	2.557	6	1,5%	1.576	0,9%	175.998
Liguria	172.494	65.556	93,8%	10.214	850	4,4%	4.725	1,9%	253.839
Emilia Romagna	558.483	124.102	92,8%	19.033	2.637	2,9%	31.660	4,3%	735.915
Toscana	395.487	125.236	97,8%	9.045	717	1,8%	1.958	0,4%	532.443
Umbria	98.134	26.857	95,0%	4.153	429	3,5%	2.010	1,5%	131.583
Marche	155.370	53.480	95,8%	4.940	115	2,3%	4.199	1,9%	218.104
Lazio	549.879	236.030	94,9%	29.031	5.964	4,2%	7.385	0,9%	828.289
Abruzzo	127.397	38.331	94,8%	6.698	16	3,8%	2.433	1,4%	174.875
Molise	31.880	12.329	96,8%	1.386	52	3,1%	45	0,1%	45.692
Campania	505.421	235.949	97,0%	14.103	3.887	2,4%	4.651	0,6%	764.011
Puglia	407.785	33.658	96,4%	13.451	653	3,1%	2.161	0,5%	457.708
Basilicata	50.095	14.592	96,1%	1.318	124	2,1%	1.218	1,8%	67.347
Calabria	149.791	44.146	94,9%	7.780	981	4,3%	1.721	0,8%	204.419
Sicilia	421.139	105.856	95,4%	17.913	3.227	3,8%	4.254	0,8%	552.389
Sardegna	158.272	66.439	97,9%	2.419	561	1,3%	1.851	0,8%	229.542
ITALIA	6.020.466	1.751.585	94,6%	312.678	28.527	4,2%	98.775	1,2%	8.212.031

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

³⁴ Ad esempio, si pensi alla terapie oncologiche post operatorie, svolte ormai prevalentemente in *setting* ambulatoriali.

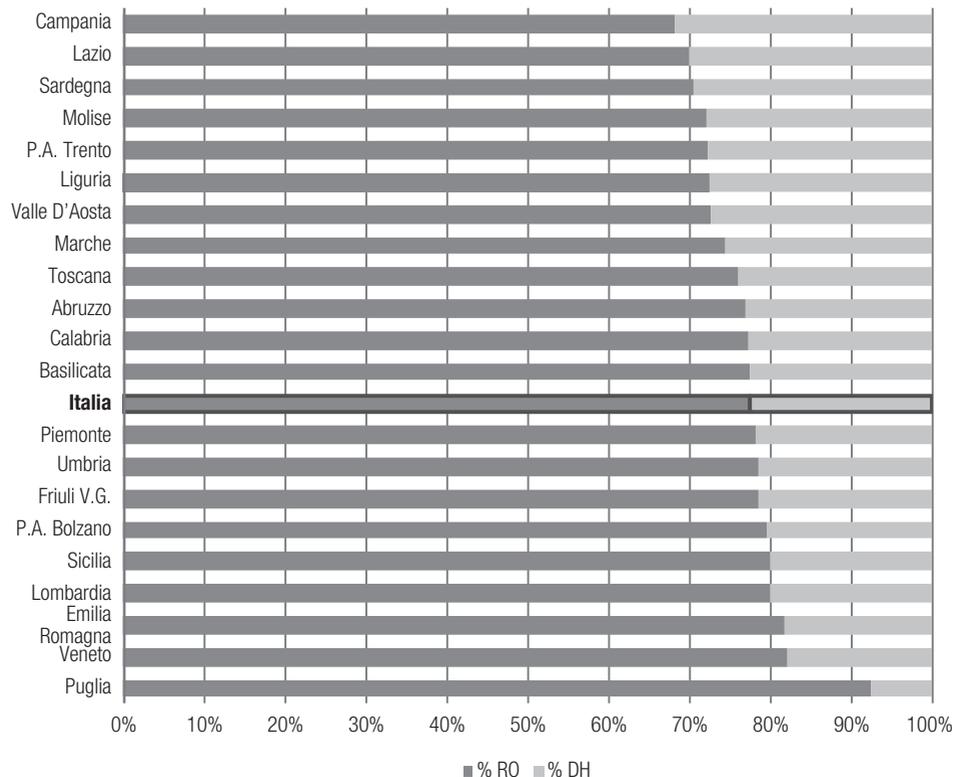
Gli 8,21 milioni di ricoveri ospedalieri SSN del 2019 si compongono, per il 94,6%, di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile da anni.

Anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione rimane stabile (4,2%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (91,6% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è molto elevata: è questo il caso di Campania (21,6%), Sardegna (18,8%) e Lazio (17%).

I ricoveri SSN per lungodegenza continuano a rappresentare una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2% nel 2019, così come nel 2018), con alcune relative eccezioni regionali (Emilia-Romagna, 4,3%; Provincia Autonoma di Trento, 3,9%; Provincia Autonoma di Bolzano, 2,8%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 22,54%, in aumento di 0,2 punti percentuali rispetto al 2018 (Figura 2.6). Alcune regioni si discostano sensibilmente dal dato medio nazionale, evidenziando una percentuale inferiore (su tutte, la Puglia, 7,6%, che evidenzia il dato più basso, ma anche Emilia-Romagna

Figura 2.6 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per regione (2019)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

18,2% e Veneto 17,9%) o, viceversa, superiore (Campania e Lazio, con quote rispettivamente pari al 31,8% e al 30%).

La Figura 2.7 illustra la distribuzione dei dimessi da ricoveri in regime ordinario per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale. Nel 2019, la maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (76,2%), in linea con l'anno precedente (76,2% anche nel 2018). Del totale dei ricoveri ordinari per acuti, oltre il 60% è riconducibile agli ospedali a gestione diretta (51,8%) e ai Policlinici universitari pubblici e AOU (12,1%)³⁵. Rispetto al 2018, le quote di ricoveri per acuti erogati dalle diverse tipologie di strutture pubbliche rimangono pressoché invariate.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per la riabilitazione, questi sono prevalentemente erogati dai privati accreditati (76,6%, in lievissimo aumento rispetto al 76,5% del 2018).

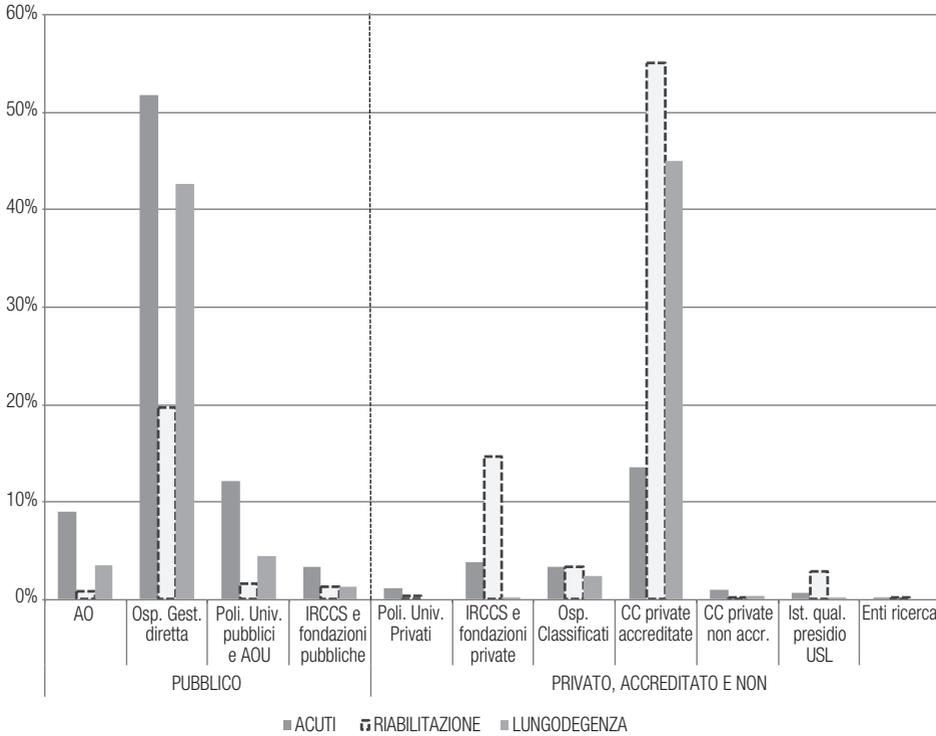
Infine, la lungodegenza è erogata quasi in egual misura da strutture pubbliche (51,9%) e private (48,1%), dati sostanzialmente in linea con le percentuali registrate nel 2018 (rispettivamente, 52,1% e 47,9%) e anzi, che confermano in modo ancora più solido il peso equivalente di strutture pubbliche e private nell'erogazione delle attività in lungodegenza.

Considerando, invece, l'erogazione di ricoveri in DH (non riportato in Figura), si nota una sostanziale stabilità della quota pubblica per quanto riguarda gli acuti (da 72,4% a 71,9% tra 2014 e 2019), a fronte di una importante riduzione del peso pubblico per la riabilitazione (da 48,0% a 39% tra il 2014 e 2019). Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si rimanda al Capitolo 4 del presente Rapporto.

La Tabella 2.14 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero. Le 57,9 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2019 si compongono per l'80,9% di giornate per acuti, per il 14,9% di giornate di riabilitazione e per il restante 4,2% di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2018 (58,5 mln di giornate di ricovero), il numero di giornate si riduce complessivamente di 1,1 punti percentuali: si registra una diminuzione rilevante per quanto riguarda le giornate per acuti (-1,6%), mentre un aumento per quelle relative a riabilitazione (+0,5%) e soprattutto lungodegenza (+2,6%). A livello regionale, 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 70,7% e al 66,1%, a fronte di un maggiore peso per riabilitazione e lungodegenza, quest'ultima soprattutto nel caso trentino (13,7% contro il 4,2%

³⁵ A partire dal 2015 si rileva una diminuzione del peso delle AO di circa 10 punti percentuali (era 20,1% nel 2015, mentre risulta pari a 9,0% nel 2019), accompagnata da un aumento del peso dei presidi a gestione diretta di simile entità (+11 punti percentuali). Si segnala come questa diminuzione sia influenzata dall'adeguamento della classificazione da parte del Ministero della Salute dei presidi delle ASST lombarde, istituite nel 2015 (L.R 23/2015) e inserite nel computo dei presidi a gestione dirette delle aziende territoriali.

Figura 2.7 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2019)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

a livello nazionale). Toscana e Sardegna sono invece gli SSR in cui il peso delle giornate di ricoveri per acuti è massimo e supera in entrambi i contesti la soglia del 90%.

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera: 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 regione³⁶. Per tale indicatore, che permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura, l'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012, poi confermato dal par. 3.1 del D.M. 70/2015, ha fissato un TO di riferimento di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti, di cui il 25% erogati in DH.

³⁶ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

Tabella 2.14 **Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2019)**

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	3.008.205	265.803	70,7%	1.019.608	29.294	22,6%	308.175	6,7%	4.631.085
Val d'Aosta	104.435	16.786	83,1%	18.717	-	12,8%	6.013	4,1%	145.951
Lombardia	7.462.817	307.447	76,3%	2.256.323	16.200	22,3%	145.794	1,4%	10.188.581
PA Bolzano	408.656	25.552	78,5%	72.328	892	13,2%	45.416	8,2%	552.844
PA Trento	371.958	53.521	66,1%	121.276	8.917	20,2%	87.903	13,7%	643.575
Veneto	3.903.201	164.606	82,2%	612.029	47.103	13,3%	221.924	4,5%	4.948.863
Friuli VG	963.149	139.166	91,0%	73.394	102	6,1%	35.177	2,9%	1.210.988
Liguria	1.324.044	271.544	84,5%	205.156	8.824	11,3%	78.521	4,2%	1.888.089
Emilia Romagna	3.794.885	253.855	78,0%	497.653	35.221	10,3%	607.595	11,7%	5.189.209
Toscana	2.567.232	323.232	91,6%	218.447	8.273	7,2%	38.713	1,2%	3.155.897
Umbria	672.819	63.683	84,8%	101.532	7.643	12,6%	22.824	2,6%	868.501
Marche	1.131.703	179.560	85,1%	145.953	1.028	9,5%	82.727	5,4%	1.540.971
Lazio	3.926.303	615.831	77,0%	949.597	134.538	18,4%	273.657	4,6%	5.899.926
Abruzzo	897.549	95.428	84,1%	151.177	220	12,8%	35.663	3,0%	1.180.037
Molise	224.848	35.477	85,7%	41.718	719	14,0%	897	0,3%	303.659
Campania	3.252.327	833.486	85,6%	460.535	78.125	11,3%	147.511	3,1%	4.771.984
Puglia	2.759.311	88.772	87,3%	367.583	7.293	11,5%	39.255	1,2%	3.262.214
Basilicata	358.159	55.660	83,4%	42.673	1.937	9,0%	37.607	7,6%	496.036
Calabria	1.045.860	136.765	80,6%	211.318	15.639	15,5%	57.540	3,9%	1.467.122
Sicilia	3.106.631	287.477	82,8%	567.327	40.693	14,8%	98.876	2,4%	4.101.004
Sardegna	1.111.607	204.951	92,2%	55.438	8.651	4,5%	46.532	3,3%	1.427.179
ITALIA	42.395.699	4.418.602	80,9%	8.189.782	451.312	14,9%	2.418.320	4,2%	57.873.715

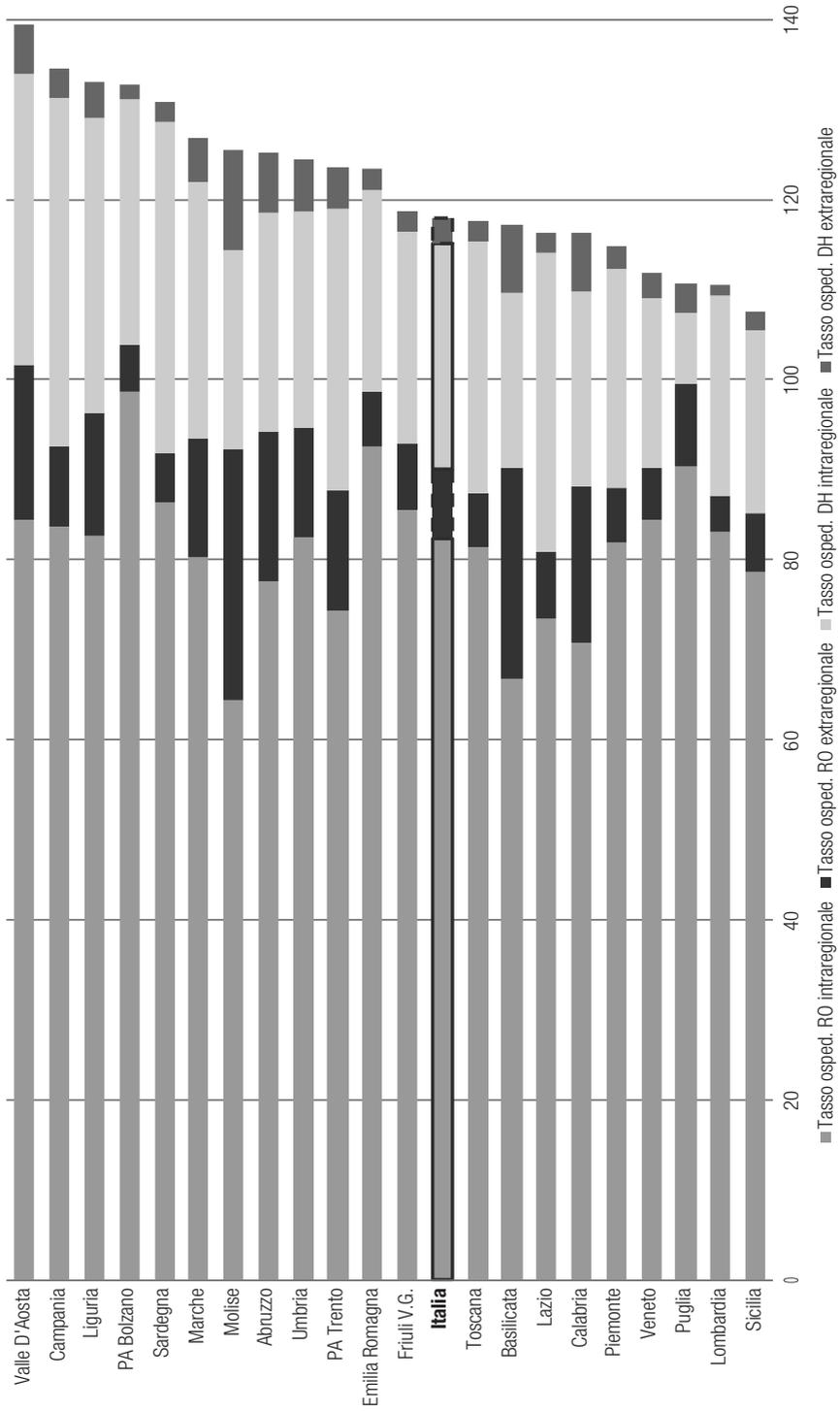
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

Dalla Figura 2.8 risulta un tasso standardizzato³⁷ per acuti in regime ordinario pari a 90,1 per 1.000 abitanti nel 2019, (-2,5% rispetto al 2018), confermando un consolidato e significativo trend di riduzione dell'ospedalizzazione ormai in atto da svariati anni (il tasso era pari a 115,8 nel 2010, -22,2% da allora). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 27,8 per 1.000 abitanti (da 31,0 nel 2016 e 41,6 nel 2012) pari al 23,6% del TO complessivo, che risulta complessivamente pari a 117,9 per 1.000 abitanti.

Nonostante tutte le regioni siano ampiamente nei limiti della soglia dei 160 ricoveri per acuti indicata dal D.M. 70/2015, è comunque necessario mettere in evidenza la forte differenziazione regionale (Figura 2.8): Valle d'Aosta

³⁷ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle varie regioni.

Figura 2.8 Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e regione (2019)



Fonte: elaborazioni OASI su Ministero della Salute – Rapporto SDO

(139,5%), Campania (134,5%, evidenziando tuttavia una significativa riduzione rispetto al 2018, di 5,5 punti percentuali) e Sardegna (130,9%) rimangono le regioni con i TO più alti a livello nazionale; viceversa, Sicilia (107,5%), Lombardia (110,5%), Puglia (110,6%) e Veneto (111,8%) registrano i valori più bassi. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, seppur con un valore in riduzione di 2,5 punti percentuali rispetto al 2018, la PA di Bolzano presenta il tasso più elevato (103,9%); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, la Campania e la Sardegna registrano i valori più alti (rispettivamente, 42 e 39,1 ricoveri per 1.000 abitanti).

Lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità interregionale che sfuggono alla classica dicotomia Nord-Sud. Le grandi regioni continentali del Centro-Sud evidenziano alti tassi di ospedalizzazione intra-regionali: si veda il dato della Campania (122,5%) e, in misura minore, del Lazio (106,7%). Allo stesso tempo, evidentemente, esercitano una forte attrattiva anche sulle regioni limitrofe più piccole: il tasso di ospedalizzazione extra-regione, che fa registrare un dato a livello Paese pari a 10,5, raggiunge i valori più elevati in Molise (39%), Basilicata (30,9%) e Calabria (23,9%).

Con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alle soglie di 500 parti/anno (Tabella 2.15). I PN, che in anni recenti hanno catalizzato il dibattito pubblico nel corso dei processi di chiusura dei piccoli reparti di maternità, si distribuiscono, per l'82,4%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano tra il 45,5% e il 46,3% di punti nascita gestiti da strutture private (accreditate e non). Rispetto al 2009, il numero di PN si è ridotto di 222 unità, passando da 665 a 443, con una diminuzione superiore nel privato, accreditato e non (-43%), rispetto al pubblico (-31%). Nello stesso periodo, la percentuale complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 10,7 punti percentuali, passando dal 63,3% al 74,0%. Il dato 2019 rimane sostanzialmente in linea con quanto registrato nel 2018 (75,2%), anche se registra un peggioramento di 1,2 punti percentuali.

Focalizzando l'attenzione ai singoli contesti regionali, si nota come permangano delle importanti differenze interregionali, testimoniate dai valori significativamente al di sotto della media nazionale registrati in alcune regioni caratterizzate da specificità legate al territorio (Sardegna, 50%; PA di Trento, 50,0%; Lazio, 51,2%).

A completamento del quadro sinora presentato, l'ultima colonna della Tabella 2.15 riporta il numero di punti nascita ogni 1.000 parti registrati con riferimento all'anno 2019: valori prossimi a 1,00 per 1.000 eventi nascita indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti

Tabella 2.15 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2019)**

Regione	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate	Strutture private non accreditate	TOTALE		
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	26	0	0	26	80,8	0,90
Valle d'Aosta	1	0	0	1	100,0	1,17
Lombardia	50	10	0	60	88,3	0,77
P.A. Bolzano	6	0	0	6	66,7	1,09
P.A. Trento	4	0	0	4	50,0	0,95
Veneto	32	3	0	35	80,0	1,01
Friuli V.G.	10	1	0	11	63,6	1,33
Liguria	9	2	1	12	75,0	1,32
Emilia Romagna	23	0	0	23	78,3	0,70
Toscana	25	0	1	26	73,1	1,04
Umbria	8	0	0	8	50,0	1,26
Marche	12	0	0	12	83,3	1,20
Lazio	22	14	5	41	51,2	1,05
Abruzzo	9	0	0	9	88,9	1,27
Molise	3	0	0	3	33,3	1,72
Campania	30	25	0	55	78,2	1,10
Puglia	21	6	0	27	92,6	0,93
Basilicata	5	0	0	5	40,0	1,32
Calabria	12	1	0	13	76,9	0,96
Sicilia	43	9	0	52	67,3	1,45
Sardegna	14	0	0	14	50,0	1,52
ITALIA 2019	365	71	7	443	74,0	1,02
ITALIA 2009	530	124	11	665	63,3	1,17
Delta% 09-19	-31,1%	-42,7%	-36,4%	-33,4%	/	/

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

l'anno per PN³⁸; valori inferiori a 1,00 segnalano un bacino d'utenza medio per PN superiore alle 1.000 unità; viceversa, 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 1,02 per 1.000 neonati. Tale miglioramento è dovuto prevalentemente alla graduale riduzione del numero di punti nascita, che favorisce la concentrazione della casistica.

Con specifico riferimento alle singole regioni, è possibile osservare una di-

³⁸ 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.

screta variabilità interregionale, con valori che oscillano tra 1,52 punti nascita ogni 1.000 neonati registrato in Sardegna e lo 0,70 dell'Emilia-Romagna.

Ragionevolmente, si registra un alto grado di coerenza con la percentuale di punti nascita con oltre 500 parti l'anno analizzato in precedenza. Tuttavia, si registrano alcune eccezioni, come ad esempio la PA di Trento che, a fronte di una percentuale di PN con almeno 500 parti l'anno inferiore a quella nazionale (50%), mostra un indice di PN inferiore a quello italiano (0,95).

2.4.2 Le attività territoriali

I dati di attività relativi all'assistenza territoriale sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute, che confluisce nel documento «Annuario Statistico del SSN»³⁹. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali l'attività di specialistica ambulatoriale e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali. Per ulteriori approfondimenti sull'attività domiciliare, inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e il settore sociosanitario, si rimanda al Capitolo 5 del presente Rapporto.

Con riferimento alle attività di specialistica ambulatoriale, nel 2019 sono state complessivamente erogate 1,206 miliardi di prestazioni appartenenti a questa categoria, in riduzione rispetto al 2013 (ca. 1,290 miliardi; -6,4%). La composizione di queste attività (Tabella 2.16) evidenzia l'estrema rilevanza rivestita dalle prestazioni di laboratorio (79% del totale, con contenuta variabilità a livello interregionale e punte superiori all'80% in Abruzzo, in Molise, Campania, Puglia e Umbria, ma anche Friuli Venezia Giulia e Veneto). Segue l'attività clinica, rappresentata in gran parte da visite specialistiche, con il 9,3% del totale. L'attività riabilitativa e la diagnostica strumentale e per immagini raggiungono valori intorno al 4% (rispettivamente pari a 3,5% e 4,8%).

In termini intertemporali, invece, tutte le branche analizzate riportano, rispetto al dato 2013, un ulteriore calo (particolarmente rilevanti quelli della medicina nucleare, pari a -29 punti percentuali, e quello dell'attività di medicina fisica e riabilitazione, pari a -15,6 punti percentuali), ad eccezione della radioterapia (+14,2% a livello nazionale). In virtù del processo di deospedalizzazione in cui il Paese è inserito (cfr. par. 2.3.1 e 2.4.1), può in parte sorprendere la riduzione osservata nei volumi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che, invero, in una logica di generale razionalizzazione, può essere altresì interpretata come espressione di maggiore appropriatezza in termini di contenimento di casistica inappropriata.

Nell'ambito delle attività territoriali, nel 2021 il Ministero della Salute ha pubblicato la nuova edizione del Rapporto dedicato alla salute mentale ana-

³⁹ I dati relativi alle attività territoriali sono tratti dall'ultima edizione disponibile dell'Annuario Statistico del SSN relativa al 2019.

Tabella 2.16 **Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2013-2019)**

Regione	Laboratorio		Diagnostica per immagini – Medicina nucleare		Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica		Attività clinica		Radioterapia		Medicina fisica e riabilitazione		Altro	
	2013	2019	2013	2019	2013	2019	2013	2019	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Piemonte	72.846.720	42.448.478	130.484	106.021	4.250.075	3.151.823	10.885.211	10.316.143	527.935	571.187	4.193.972	2.993.529	2.410.454	1.965.480
Valle D'Aosta	2.510.090	2.211.021	2.530	5.638	155.323	142.973	225.478	181.791	12.350	13.020	165.384	158.698	239.432	244.164
Lombardia	182.612.070	169.037.820	303.616	298.695	11.055.471	10.413.913	24.532.334	23.477.421	779.293	626.669	8.057.575	6.425.405	6.351.778	6.071.214
Pa Bolzano	5.877.983	7.210.711	9.613	10.290	496.715	493.329	1.717.619	1.718.697	23.226	31.761	594.845	649.870	657.948	1.105.238
Pa Trento	10.745.905	3.111.291	13.065	14.034	609.552	581.821	1.119.146	1.020.510	40.023	41.042	484.293	530.389	228.635	220.344
Veneto	82.686.176	80.106.680	164.045	138.661	4.779.211	4.436.021	9.643.166	9.024.813	387.999	390.245	6.306.563	3.757.855	2.701.466	1.398.312
Friuli Venezia Giulia	20.071.005	22.465.741	31.323	16.519	996.779	954.872	1.974.667	2.700.880	133.207	158.019	780.916	716.067	1.684.835	653.791
Liguria	30.770.699	30.627.005	359.660	148.230	2.909.445	1.925.265	2.819.543	2.890.515	235.064	241.384	1.646.453	1.369.219	2.918.168	2.275.105
Emilia Romagna	72.493.621	67.496.022	92.232	76.380	4.255.648	4.313.627	7.853.280	9.082.511	467.362	466.218	2.254.245	2.289.586	1.739.627	1.614.546
Toscana	62.130.213	57.948.954	109.646	60.633	3.800.725	3.760.411	6.746.772	6.508.562	218.442	230.340	384.675	461.301	4.448.090	4.784.258
Umbria	17.533.133	14.336.382	21.812	9.961	1.010.486	902.120	1.355.443	976.908	78.376	85.733	373.689	340.495	1.139.160	758.488
Marche	30.321.573	30.080.531	51.882	49.616	1.590.077	1.589.197	2.991.684	2.919.286	167.660	124.470	1.397.057	1.145.400	1.510.450	1.847.645
Lazio	96.002.762	74.327.345	298.898	197.174	4.567.644	3.333.705	12.175.610	10.354.368	756.549	915.265	7.308.164	5.790.682	2.106.226	1.789.281
Abruzzo	19.572.740	25.018.935	23.804	28.210	1.039.484	1.245.489	1.733.185	2.581.313	42.042	238.647	890.010	993.477	1.291.565	839.933
Molise	7.482.653	7.105.883	25.779	27.442	424.615	411.782	915.531	784.197	155.308	87.638	259.527	177.441	73.371	51.138
Campania	86.029.199	79.530.767	239.061	150.112	5.580.837	6.439.077	7.526.029	6.765.216	406.875	697.548	2.389.669	2.311.496	2.803.865	2.634.952
Puglia	61.641.888	73.841.364	90.604	119.172	3.455.949	3.566.428	6.936.432	6.519.190	218.211	254.879	3.246.664	3.565.266	2.363.971	1.640.937
Basilicata	9.406.130	8.777.341	19.466	28.670	516.950	452.922	991.694	900.764	114.234	6.691	1.956.271	2.002.508	374.901	200.421
Calabria	38.260.414	33.808.976	39.500	24.950	1.626.139	1.247.519	2.789.785	2.477.753	83.822	116.749	1.969.885	1.302.015	1.511.142	985.737
Sicilia	82.057.067	95.403.167	327.586	191.654	3.867.890	5.309.650	8.783.606	8.673.435	380.985	553.336	3.626.473	3.665.781	2.408.205	2.294.516
Sardegna	25.193.687	28.086.914	72.168	19.902	1.430.930	1.608.505	3.283.832	2.593.810	126.068	264.966	2.216.223	1.974.088	977.931	1.319.269
Italia	1.016.245.728	952.981.328	2.426.574	1.721.964	58.419.945	56.280.449	116.980.047	112.478.083	5.355.031	6.115.807	50.502.553	42.610.568	39.941.240	34.694.769

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

lizzando i dati 2019 e fornendo una ricognizione aggiornata sul personale in servizio, sulle strutture pubbliche e private che offrono assistenza specializzata e un'analisi dettagliata dei principali dati di attività e dell'utenza trattata. Nel 2019 si rilevano 1.328 servizi territoriali, 2.233 strutture residenziali e 872 strutture semiresidenziali, che si riferiscono a circa il 98% dei Dipartimenti di Salute Mentale. Per quanto riguarda la capacità di accoglienza delle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle prime si registrano 5,3 PL per 10.000 abitanti e nelle seconde 2,9. Le differenze interregionali sono significative, soprattutto nel caso delle strutture residenziali, dove si passa dalle disponibilità elevate di PL in Valle d'Aosta, Liguria e Marche (rispettivamente 16,7 PL, 15,5 PL, 11 PL per 10.000 abitanti) a dati significativamente inferiori alla media nazionale, come Calabria, Campania e Toscana (rispettivamente 1 PL, 2,2 PL e 3,3 PL per 10.000 abitanti). Guardando poi ai dati di attività, nel corso del 2019 gli utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche risultano pari a 826.465 unità (+34.522 rispetto al 2018), ovvero 157,5 per 10.000 abitanti adulti, con una significativa variabilità tra le regioni (Tabella 2.17): dal

Tabella 2.17 **Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche: tassi standardizzati per 10.000 abitanti (2019 e 2018)**

Regione	2019	2018	Delta 2018-2019
Piemonte	162,6	156,0	6,5
Valle D'Aosta	–	–	–
Lombardia	176,7	177,1	-0,4
Pa Bolzano	–	–	–
Pa Trento	187,0	181,8	5,2
Veneto	150,4	149,4	1,0
Friuli Venezia Giulia	136,2	147,7	-11,5
Liguria	157,4	157,1	0,3
Emilia Romagna	213,5	211,5	2,0
Toscana	118,1	115,1	3,0
Umbria	192,7	167,2	25,5
Marche	155,4	88,7	66,7
Lazio	118,7	123,2	-4,5
Abruzzo	145,7	150,0	-4,3
Molise	107,3	185,2	-77,9
Campania	106,3	138,0	-31,8
Puglia	165,4	163,2	2,2
Basilicata	150,6	114,0	36,7
Calabria	225,8	242,0	-16,2
Sicilia	178,5	187,9	-9,3
Sardegna	122,4	94,1	28,3
Italia	157,5	158,7	-1,2

Nota: Non sono disponibili i dati della PA Bolzano e della Valle d'Aosta.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto Salute Mentale 2021

livello minimo di 106,3 in Campania al livello più elevato in Calabria (225,8). In entrambi i casi si registra una diminuzione del tasso rispetto al dato 2018: decisamente più marcata in Campania (-31,8), significativa ma meno pronunciata in Calabria (-16,2). Regioni che invece registrano un aumento importante del tasso rispetto al 2017 sono le Marche (+66,7), Basilicata (+36,7), Sardegna (+28,3) e Umbria (+25,5).

Un ulteriore aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite primariamente sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali. Diabete, asma, influenza nell'anziano e patologie alcool-correlate sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (a livello nazionale, rispettivamente: 10,2; 5; 12,4; 24,4 ricoveri ogni 100.000 abitanti), mentre l'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca presenta fisiologicamente valori più elevati ed è spesso curata in ambito ospedaliero (994,7 ricoveri ogni 100.000 anziani over65).

Per tutti gli indicatori si registrano però marcate differenze interregionali (Tabella 2.18). La PA di Bolzano mostra i valori più alti per tre tassi su cinque: per il diabete, con 32,3 ricoveri per 100.000 abitanti il dato è decisamente superiore al 10,2 di media nazionale (ed è aumentato rispetto al dato 2018 pari a 29,7), e lo stesso vale per patologie alcool-correlate (88,2, comunque in netta diminuzione rispetto al 96,2 del 2017 e al 85,5 del 2018) e l'influenza nell'anziano (88,4, dato invece in significativo peggioramento rispetto al 51,4 del 2017 e 70,2 del 2018). Per quanto riguarda l'asma, invece, Campania (8,8), Umbria (6,9) e Lombardia (6,8) registrano i dati più alti.

Complessivamente, si nota una diminuzione generalizzata di tutte queste ospedalizzazioni tra il 2009 e il 2019, con delta percentuali che variano dal minimo registrati per l'insufficienza cardiaca nella popolazione anziana (-20,1%) fino ai massimi di diabete (-60,6%) e asma (-57,4%). Continua però ad aumentare il tasso di ospedalizzazione per l'influenza nell'anziano: nel 2017 risultava pari a 8,2 per poi passare a 11,1 nel 2018 e a 12,4 nel 2019, confermando un trend significativamente crescente oramai dal 2016 (in cui si registrava un dato pari a 5,5).

2.4.3 Alcuni indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie

Lo stato di salute della popolazione è influenzato, oltre che dalle politiche sanitarie pregresse e dall'operato delle aziende, anche da molteplici fattori sociali e demografici. Su quest'ultimo punto si concentra il presente paragrafo, attraverso l'individuazione di alcuni indicatori in grado di integrare la rappre-

Tabella 2.18 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2019)**

Regione	TO per diabete non controllato	TO per asma nell'adulto	TO per influenza nell'anziano	TO std per patologie correlate all'alcool	TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni)
Piemonte	3,9	3,3	11,8	20,1	674,9
Valle d'Aosta	1,9	1,3	3,3	81,9	971,2
Lombardia	11,8	6,8	12,9	23,4	1.029,9
PA Bolzano	32,3	5,8	88,4	88,2	1.217,8
PA Trento	13,0	3,4	20,9	26,9	1.036,2
Veneto	14,0	5,5	20,6	30,5	1.114,4
Friuli VG	10,7	3,9	35,9	34,2	1.111,8
Liguria	10,2	6,9	10,4	38,8	835,5
Emilia Romagna	19,8	6,0	33,3	30,7	1.175,6
Toscana	5,6	3,7	11,6	23,2	936,4
Umbria	15,6	6,9	8,0	30,0	1.188,2
Marche	3,5	4,2	3,2	28,5	1.123,9
Lazio	7,9	1,7	4,1	18,3	957,3
Abruzzo	8,9	3,4	6,4	24,9	1.200,5
Molise	6,1	2,1	1,3	23,2	1.329,6
Campania	7,3	8,8	2,0	19,3	978,2
Puglia	6,4	4,1	6,9	21,8	992,3
Basilicata	9,4	1,4	0,8	28,1	1.100,5
Calabria	9,3	6,6	2,1	26,4	831,8
Sicilia	10,2	2,9	4,4	12,3	1.017,5
Sardegna	18,0	6,0	17,2	35,6	802,8
ITALIA 2019	10,2	5,0	12,4	24,4	994,7
ITALIA 2018	10,8	5,9	11,1	25,3	1.001,3
ITALIA 2009	26,0	11,8	9,5	41,8	1.244,9
Delta% 09-19	-60,6%	-57,4%	30,4%	-41,8%	-20,1%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

sentazione dei livelli di efficacia (rapporto *output/outcome*) raggiunti dal SSN e presentati nel Capitolo 7 del presente Rapporto.

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi a (Cantù, 2002):

- ▶ flussi di mobilità;
- ▶ tempi di attesa;
- ▶ scelte di uscita dal sistema pubblico di tutela della salute per accedere alle prestazioni sanitarie e relative motivazioni;
- ▶ rinuncia a prestazioni sanitarie;
- ▶ grado di soddisfazione dei cittadini per le prestazioni sanitarie.

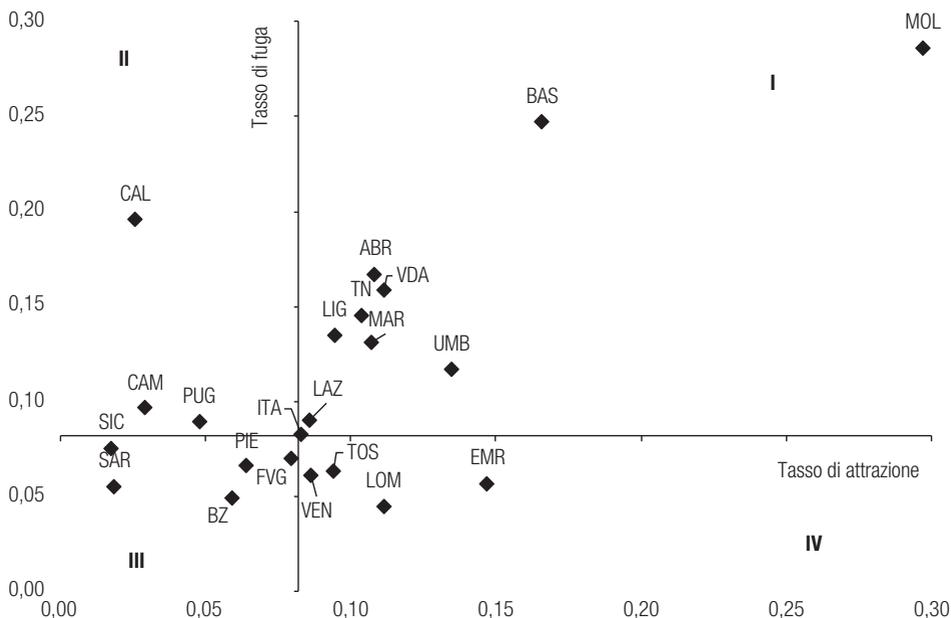
Di seguito si presentano dati relativi ai primi due temi.

La migrazione sanitaria, 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, può essere motivata 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. Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

La Figura 2.9 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2019 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accredita-

Figura 2.9 **Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione* e di fuga** (2019)**



* Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

** Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

te, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna regione due variabili:

- I. tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione;
- II. tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione.

In questo modo, è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le regioni come indicato nel Riquadro 2.1.

Riquadro 2.1 **Classificazione delle Regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002)**

Regioni «SPECIAZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le Regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. Allo stesso tempo, si tratta di regioni che riescono ad attrarre pazienti dalle zone confinanti per alcune specialità).

Regioni «IN DEFICIT» (quadrante II) con elevata mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).

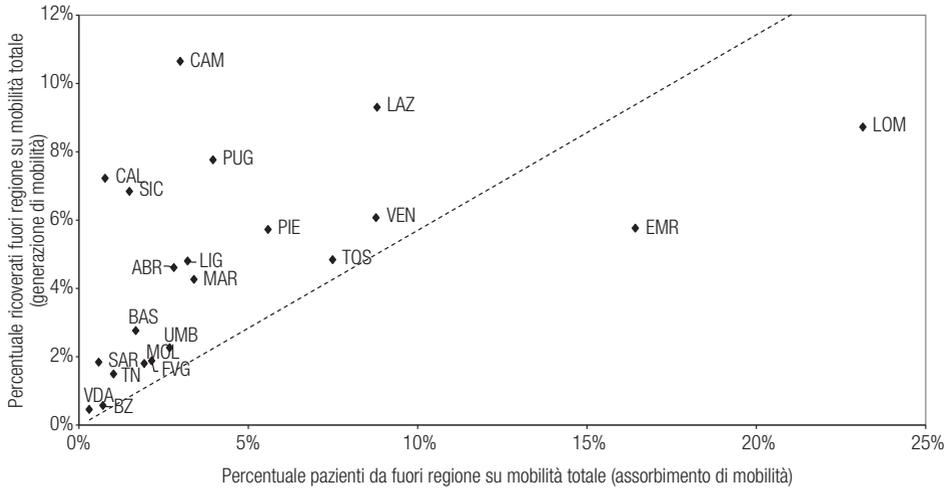
Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata e in uscita.

Regioni «ATTRATTIVE» (quadrante IV) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).

Nel periodo 2008-2019, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,4% dei ricoveri ordinari per acuti al 8,3% nel 2019. Tra il 2018 e il 2019, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga.

Tra i posizionamenti più netti, Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana si distinguono per tassi di fuga molto contenuti (rispettivamente 4,5%, 5,7% e 6,3%) a fronte di tassi di attrazione sopra la media nazionale. In Calabria si riscontra, invece, la condizione opposta con un tasso di attrazione pari al 2,6% e un tasso di fuga molto elevato (19,6%). In alcune regioni, infine, si osserva una diffusa mobilità, con tassi di attrazione e fuga simili ed estremamente elevati: è il caso di Basilicata (con tassi rispettivamente pari a 16,6% e 24,7%) e, con tratti ancora più marcati, Molise, dove il tasso di attrazione raggiunge il 29,7% e il tasso di fuga il 28,6%.

Nella Figura 2.10 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

Figura 2.10 **Assorbimento* e generazione** della mobilità nelle regioni (2019)**

* Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

** Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

- ▶ assorbimento della mobilità: rapporto tra la mobilità attiva di una regione (numero di pazienti provenienti da fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni;
- ▶ generazione della mobilità: rapporto tra la mobilità passiva di una regione (numero di pazienti ricoverati fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni.

A differenza della Figura 2.9, gli indicatori utilizzati nella Figura 2.10 non scontano le dimensioni relative delle diverse regioni in termini di attività sanitaria. Sono, quindi, meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione. Le regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo negativo, le altre positivo. In particolare:

- ▶ la Lombardia attrae il 23,2% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia-Romagna (16,4%), Lazio (8,8%) e Toscana (7,5%);
- ▶ se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,7%), seguita da Lazio (9,3%), Lombardia (8,7%), Puglia (7,8%) e Calabria (7,3%).

Per il forte impatto che riveste sia sull'organizzazione del SSN sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA, particolare attenzione viene dedicata al tema delle liste di attesa. A tal fine, il 28 ottobre 2010 è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012. Successivamente è stato adottato il PNGLA per il triennio 2016-2018 mentre il 21 febbraio 2019 è stato approvato il PNGLA 2019-2021. Tali Piani nascono in generale con l'obiettivo di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e hanno individuato determinate procedure con le quali misurare il tempo di attesa, ossia l'attesa media tra la data di prenotazione di una procedura e la data di ammissione nella struttura⁴⁰.

Le procedure ospedaliere individuate dai PNGLA sono riportate all'interno della Tabella 2.19 insieme ai relativi tempi d'attesa⁴¹. Naturalmente, bisogna considerare che il dato nazionale nasconde significative differenziazioni tra regioni, aziende e stabilimenti ospedalieri e non permette univocamente di distinguere la classe di priorità delle relative procedure.

A livello nazionale, emerge 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 (si veda il caso della tonsillectomia, che ha raggiunto nel 2019 un tempo di attesa pari a 121,9 giorni, con un incremento marcato di 45,5 giorni rispetto al 2010). Tuttavia, diverse prestazioni urgenti, come tutti i trattamenti chirurgici dei tumori, hanno registrato negli ultimi nove anni disponibili un aumento delle giornate d'attesa compreso tra 2,6 (colon-retto) e 12,6 (prostata). Il trend è parzialmente compensato da una riduzione dei tempi di avvio dei cicli chemioterapici in DH registrata nel periodo 2012-2019, pari a -12,6 giorni. In ogni caso, desta lieve preoccupazione la tendenza longitudinale registrata nel 2019: rispetto all'anno precedente, nonostante la crescente attenzione a livello di *policy* e di opinione

⁴⁰ Più nello specifico, per il PNGLA 2019-2021 sono stati stanziati 350 milioni di euro in tre anni per ridurre le liste d'attesa. Si prevede che, qualora per prime prestazioni in classe di priorità venga superata la soglia prevista, il paziente potrà recarsi in una struttura privata convenzionata senza costi aggiuntivi. Sono inoltre favorite la prenotazione diretta da parte dello specialista senza passaggio da MMG/PLS per la prescrizione, una sempre maggiore adozione del CUP elettronico per facilitare la gestione e la modifica delle prenotazioni, e la possibilità di concordare con i professionisti l'attivazione di una "libero professione aziendale" che contribuisca, come strumento eccezionale, a governare le liste d'attesa e sia sostenuta economicamente dall'azienda. Il nuovo PNGLA fissa inoltre un limite massimo anche le prestazioni programmate, che non potrà superare 120 giorni. Infine, l'Intesa prevede che, per le strutture che non garantiranno il rispetto dei tempi d'attesa individuati dopo il recepimento a livello regionale, si potrà attuare il blocco della libera professione intramuraria e arrivare fino alla rimozione del Direttore Generale.

⁴¹ I dati sono disponibili per le prestazioni in RO per il periodo 2010-2019, per quelle in DH per il 2012-2019.

Tabella 2.19 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010-2019)**

Regime Ordinario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %	Δ %
											2010-19	2018-19
Tumore alla mammella	22,7	22,6	23,2	25,0	24,7	26,0	26,7	26,7	26,3	26,6	17,4%	1,3%
Tumore alla prostata	40,2	43,3	42,6	42,5	45,1	47,5	51,4	53,2	55,1	52,8	31,4%	-4,2%
Tumore al colon retto	20,5	21,3	21,4	21,5	21,5	22,8	22,8	23,3	23,7	23,1	12,5%	-2,7%
Tumore all'utero	21,5	23,2	23,6	23,2	23,4	24,3	25,5	26,3	27,3	25,2	17,1%	-7,8%
Bypass coronarico	23,2	27,2	25,8	22,9	22,7	22,1	23,2	26,8	21,0	22,3	-4,1%	6,0%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	27,9	24,8	19,4	19,8	21,3	21,7	30,6	26,6	27,3	32,4%	2,6%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,1	39,6	38,8	40,3	40,7	44,2	47,2	43,7	44,2	5,2%	1,1%
	83,3	77,9	79,7	77,2	77,8	79,3	80,2	89,9	83,4	80,5	-3,4%	-3,5%
Tumore al polmone	19,6	18,4	20,2	20,9	23,1	24,3	23,6	23,2	24,9	23,6	20,5%	-5,2%
Tonsillectomia	76,4	81,6	84,8	90,5	91,6	92,1	89,9	118,5	125,8	121,9	59,6%	-3,1%

Regime Diurno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %	Δ %
											2010-19	2018-19
Chemioterapia	-	-	22,2	18,1	11,7	11,3	10,0	10,8	9,2	9,6	-56,9%	4,0%
Coronarografia	-	-	29,3	31,5	28,5	28,7	27,8	27,4	28,4	29,5	0,6%	3,8%
Biopsia percutanea del fegato	-	-	18,6	17,3	15,7	15,1	13,3	14,7	14,2	13,0	-30,2%	-8,5%
Emorroidectomia	-	-	51,6	55,6	53,0	50,5	53,4	66,1	80,8	97,1	88,1%	20,1%
Interventi per ernia inguinale	-	-	59,7	61,0	62,9	64,0	68,8	89,9	94,7	104,2	74,5%	10,0%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

pubblica, per gli interventi di bypass coronarico, PTCA ed endoarteriectomia carotidea si registra un aumento dei tempi di attesa (rispettivamente, del 6%, del 2,6% e dell'1,1%).

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

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

- ▶ dati sulla dotazione di posti letto e sul personale medico ed infermieristico (*input*);
- ▶ dati riguardanti il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere (dimissioni e degenza media) (*output*);
- ▶ dati relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate (proporzione dei parti cesarei; ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete) (*outcome*).

Di seguito si illustrano alcuni dati sulle dotazioni di posti letto nelle strutture sanitarie ospedaliere nei 28 Paesi europei ed extra europei considerati. Innanzitutto, è interessante osservare il trend dei posti letto ospedalieri ordinari (PL)⁴² per Paese (Tabella 2.20 e Figura 2.11).

Tra il 2006 e il 2019, il numero di PL per 1.000 abitanti è sostanzialmente diminuito in tutti i paesi considerati (fatta eccezione per la Polonia, l'India e la Cina) passando da una dotazione media di 5,5 PL ogni 1.000 abitanti a 4,9 (in

Tabella 2.20 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2006-2019)**

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UE (15)														
Austria	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6	7,6	7,5	7,4	7,4	7,3	7,2
Belgio	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,0	5,9	5,9	5,8	5,8	5,7	5,6	5,6
Danimarca	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1		3,1	2,7	2,5	2,6	2,6	2,4	2,6
Finlandia	7,0	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5	4,4	4,0	3,3	3,6	3,4
Francia	7,1	7,1	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,0	5,9	5,8
Germania	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,3	8,3	8,2	8,1	8,1	8,0	8,0	7,9
Grecia	4,9	4,9	4,8	4,9	4,5	4,5	4,5	4,2	4,2	4,3	4,2	4,2	4,2	4,2
Irlanda	5,3	5,1	4,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,6	2,6	2,9	3,0	3,0	3,0	2,88
Italia	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,2
Lussemburgo	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	4,9	4,8	4,7	4,5	4,3
Olanda		4,3	4,3	4,3	4,2	4,1	3,8	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	2,5
Portogallo	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5
Spagna	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Svezia	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1
Regno Unito*	3,5	3,4	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5
UE (nuovi Paesi)														
Repubblica Ceca	7,5	7,3	7,2	7,1	7,3	7,1	6,9	6,7	6,7	6,7	6,7	6,6	6,6	6,6
Repubblica Slovacca	6,7	6,8	6,6	6,5	6,5	6,1	5,9	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,7	5,8
Polonia	6,5	6,4	6,6	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,2
Ungheria	8,0	7,2	7,1	7,1	7,2	7,2	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	6,9
Altri Paesi europei														
Regno Unito*	3,5	3,4	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5
Norvegia	5,0	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5
Svizzera	5,4	5,4	5,2	5,1	5,2	5,1	5,0	4,9	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,6
Altri Paesi non europei														
Stati Uniti	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,9	2,8	...
Canada	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,6	2,5
Giappone	14,0	13,9	13,7	13,6	13,5	13,4	13,4	13,3	13,2	13,2	13,1	13,1	13,0	12,8
Brasile	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	...	...	...	...	...	...	...
Russia	10,9	10,7	9,9	9,7	9,4	9,4	9,3	9,1	8,8	8,4	8,2	8,1	7,1	8,0
India	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	...	...
Cina	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,7	3,0	3,3	3,6	3,8	4,0	4,3	4,6	4,8

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2021

⁴² Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (*curative care beds*), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

Italia da 4,0 a 3,2). Questa riduzione è stata influenzata, oltre che da specifiche politiche sanitarie (come ad esempio in Italia), dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare alcune patologie in *setting* ambulatoriale e in regime di *day hospital* e *day surgery*, rimodulando così l'offerta e riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria (*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2012)⁴³.

La riduzione è stata anche accompagnata, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle dimissioni ospedaliere e da una riduzione della degenza media (cfr. Tabella 2.20 e Tabella 2.21). Nel 2019, Giappone, Russia, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL, pari rispettivamente a 12,8, 8, 7,9 e 7,2 PL ogni 1.000 abitanti. La notevole offerta di PL in Austria è associata a un elevato numero di dimissioni ospedaliere (24.305 dimissioni ospedaliere nel 2019 per 100.000 abitanti) e a degenze ospedaliere di maggiore durata (8,3 giorni); in Russia, invece, all'elevato numero di dimissioni (22.233 per 100.000 abitanti). Tra i Paesi OECD⁴⁴, i valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano nel 2019 in Svezia, Regno Unito, Canada e Danimarca⁴⁵, tutte al di sotto dei 3 PL ogni 1.000 abitanti.

Il Paese che in assoluto registra il più basso livello di dotazione infrastrutturale è l'India, dove in media è disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (0,5, ultimo dato relativo al 2017). Tra i rimanenti paesi BRIC, il Brasile si avvicina al livello minimo dei Paesi OECD, con una media di 2,3 PL ogni 1.000 abitanti (ultimo dato relativo al 2012), mentre la Cina raggiunge i 4,8 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2019).

Osservando la ripartizione dei posti letto ospedalieri tra acuti e *long-term care* (Figura 2.11), si nota un'ampia disomogeneità, con livelli di PL per lungodegenza (esclusa la riabilitazione) che variano da 1,96 PL ogni 1.000 abitanti in Repubblica Ceca e 1,18 in Ungheria fino a valori prossimi allo zero in Polonia e Danimarca.

Spostando il focus sul personale dei diversi sistemi sanitari, dall'analisi dei dati internazionali risulta evidente come la dotazione di personale sanitario sia fortemente differenziata nei diversi Paesi (Figura 2.12).

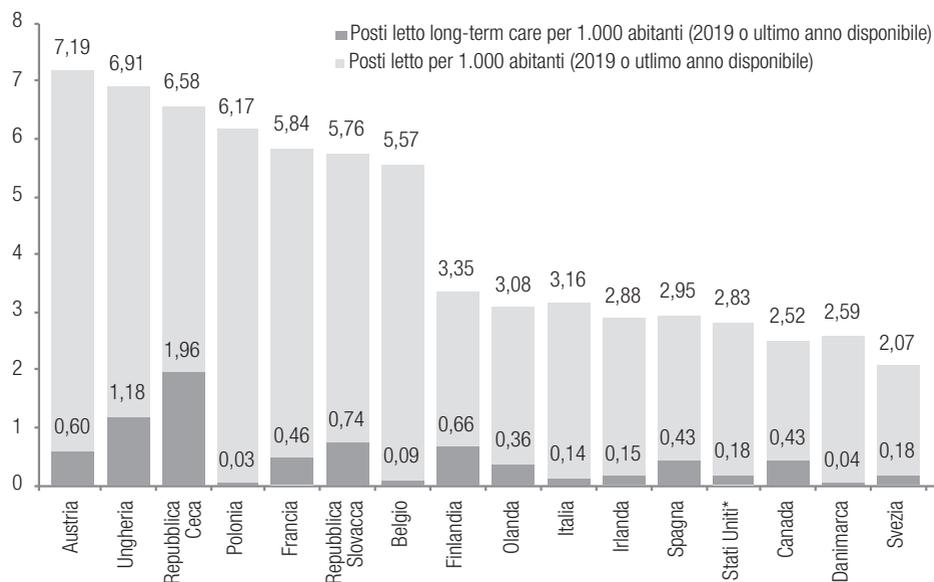
Il numero di medici per 1.000 abitanti risulta mediamente più basso nei Paesi BRIC. In India, infatti, si registra una media di meno di 1 medico ogni 1.000 abitanti (0,9), mentre Brasile e Cina (dato 2018) registrano circa 2 medici ogni

⁴³ Ne è un esempio l'Irlanda: il governo, per contenere i costi ospedalieri, ha promosso la riduzione dei posti letto per ricovero ordinario e contestualmente richiesto una diminuzione delle giornate di degenza (Thomas e Burke, 2012).

⁴⁴ I Paesi OECD considerati nella presente analisi sono Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito, Norvegia, Svizzera, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria, Stati Uniti, Canada, Giappone.

⁴⁵ Per gli Stati Uniti l'ultimo dato disponibile fa riferimento al 2016.

Figura 2.11 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totali e long-term care (2019 o ultimo anno disponibile)**



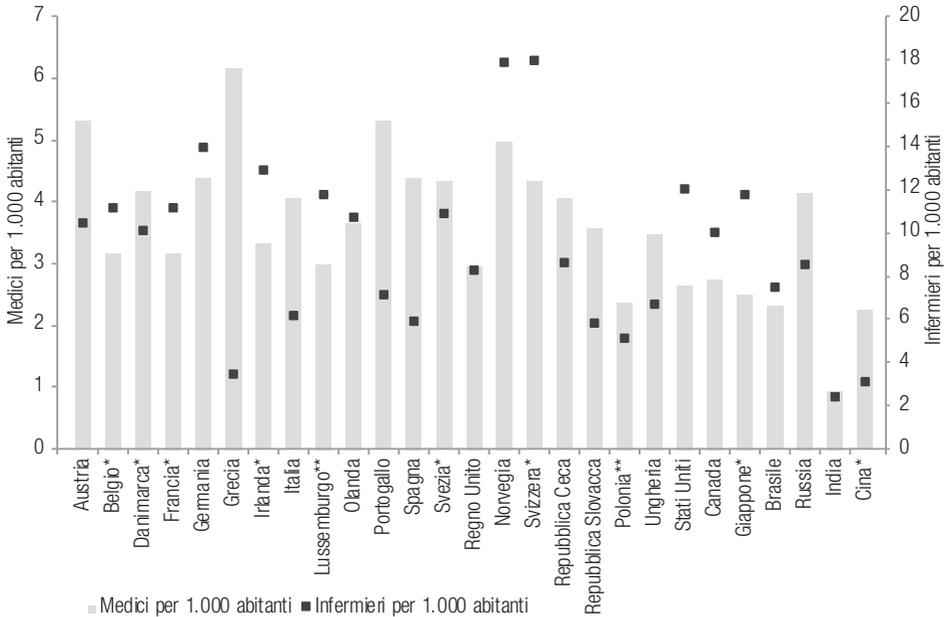
*2018

Nota: Non sono disponibili i dati sui PL long-term care per Portogallo, Regno Unito, Svizzera e i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2021

1.000 abitanti (2,3 in Brasile, 2,2 in Cina). La Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con 4,2 medici ogni 1.000 abitanti. Come da tradizione, infatti, la Russia e i Paesi delle ex repubbliche sovietiche contano un alto numero di medici dovuto all'espansione delle facoltà di medicina e alla varietà di branche di specializzazione (Szalay *et al.*, 2003). Tra i Paesi OECD, i valori più bassi si registrano in Polonia (2,4, dato 2017), Giappone (2,5, dato 2018) e Stati Uniti (2,6); i più elevati in Grecia (6,2), Austria (5,3) e Portogallo (5,3). L'Italia si colloca in una posizione intermedia ma leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, con 4,1 medici ogni 1.000 abitanti. Concentrando l'attenzione alla sola Europa, inoltre, una bassa dotazione di medici si registra anche in Lussemburgo (dato 2017), Irlanda (dato 2018) e Belgio (dato 2018) (rispettivamente: 3, 3,3 e 3,2 medici/1.000 abitanti). A partire dal 2005, il numero di medici che esercitano la pratica clinica ogni 1.000 abitanti è lievemente aumentato o è rimasto invariato in tutti i Paesi di cui si dispone di dati longitudinali. Mediamente, il loro numero è passato da 2,9 nel 2005 a 3,6 nel 2019, evidenziando una stabilità nel reclutamento e nel *turnover*, dopo un periodo di espansione tra il 2006 e il 2008 dovuto al reclutamento di medici stranieri e all'aumento di laureati in medicina nell'area Euro (OECD, 2013).

Figura 2.12 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2019 o ultimo anno disponibile)**



Nota: * 2018, ** 2017. Per quanto riguarda il dato relativo al numero di medici/1000 abitanti, il dato è riferito al 2018 per Danimarca, Svezia, Svizzera, Giappone e Cina; mentre è riferito al 2017 per Lussemburgo e Polonia. Per quanto riguarda il dato relativo al numero degli infermieri/1000 abitanti, il dato è riferito al 2018 per Belgio, Danimarca, Francia, Irlanda, Svezia, Giappone; mentre il dato è riferito al 2017 per Lussemburgo e Polonia.

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

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2021

Anche il personale infermieristico svolge un ruolo primario nell'assicurare l'assistenza sanitaria. L'indicatore «*nurse density*» include il numero (per 1.000 abitanti) di infermieri certificati o registrati che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici. Nell'ultimo anno a disposizione, la Svizzera e la Norvegia contano la più alta densità di infermieri per popolazione residente, pari rispettivamente a 18 e 17,9 ogni 1.000 abitanti; segue la Germania con 14 infermieri/1.000 abitanti. La Grecia e la Polonia (dato 2017) registrano il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,4 e 5,1 ogni 1.000 abitanti) tra i Paesi europei. L'Italia si colloca appena sopra, con un numero di

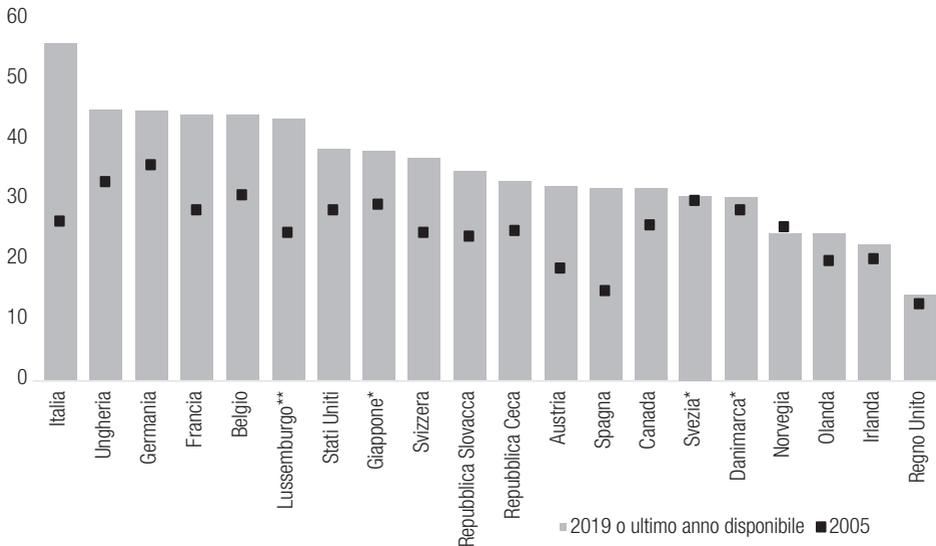
infermieri pari a 6,2 per 1.000 abitanti. Tipicamente, a partire dal 2005 la densità degli infermieri è aumentata nei Paesi OECD considerati; in controtendenza, Grecia, Irlanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca, che hanno visto una lieve inversione del trend. L'aumento è stato particolarmente marcato in Svizzera (da 12,7 a 18 infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti) e Norvegia (da 13,6 a 17,9). Tra i Paesi BRIC, la Russia evidenzia dotazioni infermieristiche paragonabili ai Paesi OECD, pari a 8,5 infermieri ogni 1.000 abitanti nel 2019. Decisamente inferiore il numero di infermieri in India e Cina (dato 2018) (2,4 e 3,1 per 1.000 abitanti, rispettivamente).

Osservando il rapporto tra infermieri e medici⁴⁶, escludendo i Paesi BRIC, Grecia, Portogallo, Austria, Italia e Spagna presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri per medico (rispettivamente 0,5, 1,3, 1,9, 1,5 e 1,3 infermieri per medico), mentre Svizzera, Stati Uniti, Irlanda e Giappone registrano valori superiori o uguali a 4 infermieri per medico. Con specifico riferimento al nostro Paese, è possibile evidenziare come lo *skill mix* sia tendenzialmente sbilanciato a favore della classe medica, specialmente se confrontato con quello dei principali Paesi europei (Germania, Francia e Olanda).

Importanti opportunità di ribilanciamento di questo *skill mix*, e un rilevante punto d'attenzione per i *policymaker* nazionali, sono però collegate all'invecchiamento della classe medica. Alla sostanziale stabilità nella densità medica evidenziata in precedenza, che si protrae ormai da un decennio, consegue infatti un forte aumento dell'incidenza percentuale del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici, che evidenzia come lo *shortage* del personale possa essere considerato un problema diffuso a livello internazionale. La Figura 2.13 mostra infatti come tra 2005 e 2019 (o ultimo anno disponibile) tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito, l'Irlanda e la Norvegia, dove la quota di medici over55 rimane pressoché invariata e pari rispettivamente ai livelli del 2005, 12,7%, 20,2% e 25,5%. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato pari a 9,8 punti percentuali, con valori che passano dal 25,3% del 2005 al 35,1% del 2019 (o ultimo anno disponibile). Rispetto a questo indicatore, inoltre, l'Italia fa registrare un duplice risultato negativo: (i) a dati più recenti è il Paese che mostra la maggiore incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni di età (e unico Paese a superare la soglia del 50%, facendo registrare un valore pari a 56,1%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 29,6 punti percentuali.

⁴⁶ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurse density* e *physician density*.

Figura 2.13 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2019 o ultimo anno disponibile)**



Note: *2018, **2017. Non sono disponibili i dati per Grecia, Portogallo, Polonia e i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2021

Per quanto concerne il livello di utilizzo dei servizi sanitari, con riferimento in particolare all'attività ospedaliera, l'Italia presenta un numero di dimissioni ospedaliere (*inpatient care*) per 100.000 abitanti inferiore alla maggior parte dei Paesi OECD analizzati⁴⁷, ad esclusione di Portogallo ed il Canada (Tabella 2.21). Tra i fattori che contribuiscono a spiegare i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospedalieri rientra la possibilità che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in *setting* ambulatoriale in altri contesti: livelli di ospedalizzazione bassi potrebbero quindi segnalare un sistema più incentrato sulle cure ambulatoriali (questo può essere il caso degli Stati Uniti, si veda il contributo di Peterson e Burton, 2007). In altri Paesi, quali il Portogallo o la Spagna o il Canada, ad esempio, il basso livello di ospedalizzazione è, invece, associato alla diminuzione del numero di ospedali e dei posti letto avvenuta già a partire dagli anni '70 (WHO Hit Profile 2013, 2011). Di converso, Austria e Germania (dato 2018) registrano i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, intorno o superiori alle 25.000 unità, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto. Tra i Paesi BRIC di cui si dispone di dati, il Brasile (dato 2012) presenta il numero di dimissioni minore tra tutti i Paesi

⁴⁷ Media dei Paesi OECD analizzati (2019 o ultimo anno disponibile): 15.629 dimissioni per 100.000 abitanti.

Tabella 2.21 Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2006-2019)

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	UE (15)													
Austria	27.656	27.935	28.115	27.913	27.637	27.443	27.030	26.557	26.261	25.553	25.310	24.926	24.702	24.305
Belgio	16.627	16.559	16.697	16.671	16.662	16.598	16.652	16.544	16.582	16.442	16.613	16.528	16.555	16.457
Danimarca	16.024	15.996	15.680	16.031	16.075	15.661	15.346	15.173	15.156	14.775	14.492	14.123	14.000	14.619
Finlandia	19.175	18.610	18.406	18.044	17.776	17.612	17.361	16.947	16.877	16.635	16.555	16.424	16.162	15.828
Francia	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.581	19.365	19.234	19.094	19.079	18.887	18.666	18.424
Germania	22.041	22.710	23.259	23.670	23.994	24.751	25.093	25.224	25.602	25.534	25.686	25.478	25.246	n.d.
Grecia	19.272	19.743	20.050	20.636	19.960	19.803	19.646	14.567	13.935	13.718	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	14.175	14.198	13.664	13.418	13.191	13.138	13.397	14.038	14.079	13.763	13.803	13.596	13.625	13.425
Italia	15.371	14.864	14.526	14.238	13.820	13.238	12.878	12.377	12.004	11.856	11.671	11.597	11.415	11.299
Lussemburgo	17.016	17.447	17.419	17.318	16.692	16.855	16.423	15.938	15.594	15.224	15.109	14.612	14.280	14.297
Olanda	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	11.207	11.418	11.442	11.187	11.101	11.153	10.959	10.877	10.847	10.886	10.927	10.986	10.972	10.681
Spagna	11.616	11.585	11.495	11.367	11.223	11.085	11.048	11.036	11.327	11.416	11.497	11.453	11.516	11.421
Svezia	15.972	16.135	16.172	16.265	16.236	16.368	16.462	16.008	15.686	15.320	14.731	14.183	13.979	13.800
	UE (nuovi Paesi)													
Repubblica Ceca	21.572	21.549	21.118	20.900	20.592	20.196	20.374	20.377	20.627	20.347	19.995	19.814	19.590	19.133
Repubblica Slovacca	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.034	19.427	19.427	19.575	19.733	19.508	19.094	18.914
Polonia	14.926	14.591	14.803	16.234	16.172	16.346	16.423	16.699	17.135	16.958	17.923	18.152	17.303	16.825
Ungheria	24.585	21.026	21.157	21.302	20.649	20.660	20.268	20.207	20.396	20.061	19.942	19.494	19.255	19.048
	Altri Paesi europei													
Norvegia	19.831	19.336	19.358	19.818	19.684	19.644	19.537	19.339	19.420	16.437	16.402	16.167	15.942	15.801
Svizzera	15.567	15.951	16.167	16.860	16.912	16.965	16.636	16.699	16.820	16.977	17.227	17.093	16.958	16.879
Regno Unito*	13.391	13.335	13.583	13.589	13.566	13.418	13.366	13.254	13.265	13.198	13.099	13.144	13.121	12.725
	Altri Paesi non europei													
Canada	8.575	8.448	8.365	8.283	8.277	8.351	8.361	8.455	8.440	8.466	8.467	8.410	8.411	8.274
Giappone	11.199	11.159	11.162	11.231	11.528	11.598	11.854	11.958	12.112	12.412	12.639	12.794	12.955	13.071
Brasile	6.048	5.981	6.123	5.736	5.793	5.697	5.548	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Russia	23.667	n.d.	22.421	22.475	22.274	21.926	21.508	21.287	23.447	22.484	22.410	22.224	22.365	22.233
Cina	4.419	5.136	5.461	6.236	6.958	7.813	9.194	13.805	14.553	14.965	16.073	17.196	17.781	18.484

Nota: Non sono disponibili i dati per l'India e gli Stati Uniti. Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno (day-hospital).

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2021

selezionati (5.548), seguito dalla Cina (18.484). La Russia presenta un valore più elevato, registrando 22.233 dimissioni ogni 100.000 abitanti nel 2019. In tutti i Paesi, il numero di dimissioni ospedaliere mostra un trend piuttosto variabile: la tendenza prevalente sembra essere quella della riduzione nel numero di dimissioni, anche se non mancano rilevanti eccezioni (su tutte, Germania, Polonia, Svizzera, Giappone e Cina).

Con riferimento alla degenza media (Tabella 2.22) prosegue il trend di diminuzione, tracciabile già agli inizi degli anni '90 (Ferré e Ricci, 2012)⁴⁸. In alcuni Paesi (Austria, Belgio, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo) il dato sembra essersi stabilizzato nel corso dell'ultimo decennio considerato. Tra questi Paesi rientra anche l'Italia dove, infatti, dopo una progressiva riduzione del numero medio di giornate di degenza (da 11,7 nel 1990 a 7,5 nel 2006), il dato si stabilizza intorno alle 7,9 – 8,0 giornate negli anni più recenti, compreso il 2019. Tra i Paesi OECD, Austria, Francia, Germania, Ungheria, Repubblica Ceca e Svizzera presentano valori elevati e superiori o uguali a 8 giorni di degenza media.

In seguito alle analisi condotte sul livello di *input* utilizzati e di *output* prodotti dai sistemi sanitari, è interessante analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate a livello internazionale. In particolare, vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti cesarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO).

Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons *et al.*, 2010), che rappresenta un valore soglia significativamente inferiore rispetto a quello fissato per l'Italia dal Ministero della Salute (pari al 30%, si veda *supra*).

Polonia, Ungheria, Irlanda e Italia sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei su 1.000 nati vivi, pari rispettivamente a 389,7; 382,9; 337,5 e 326 (Tabella 2.23). L'Italia nel 2015 ha smesso di essere il primo paese per tasso di parti cesarei tra i Paesi analizzati, invertendo il trend. Tale risultato è dovuto in parte al graduale e costante trend in diminuzione registrato nel nostro Paese (a seguito di un importante sforzo promosso in sede di programmazione sanitaria nazionale), in parte all'aumento del valore dell'indicatore in Ungheria e Polonia negli ultimi anni⁴⁹. Di converso, il numero di parti cesarei è relativamente basso nei Paesi nordici (Norvegia e Svezia in particolare, al di sotto dei 180 tagli cesarei ogni 1.000 nati vivi). Il trend del numero di parti

⁴⁸ Diversi sono i fattori che spiegano questa tendenza: l'introduzione delle tariffe per DRG per la remunerazione dei ricoveri, l'utilizzo di procedure chirurgiche meno invasive, lo sviluppo di programmi per dimissioni precoci e il passaggio da ricoveri per acuti a cure intermedie.

⁴⁹ Possibili spiegazioni per l'aumento di parti cesarei sono la riduzione dei rischi dell'operazione, la volontà dei medici di tutelarsi contro accuse di malpratica medica e la convenienza della programmazione dei parti.

Tabella 2.22 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2006-2019)**

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UE (15)														
Austria	7,9	7,9	7,9	7,8	7,9	7,8	7,9	8,1	8,2	8,5	8,2	8,3	8,3	8,3
Belgio	7,3	7,2	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7	6,6	6,5	n.d.	6,3	6,2	6,2	6,0
Danimarca	6,7	6,5	6,9	6,1	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5	5,5	5,4	n.d.	n.d.	n.d.
Finlandia	12,7	12,9	12,4	12,5	11,6	11,2	11,0	10,6	10,5	9,1	8,6	7,8	7,7	n.d.
Francia	5,7	5,7	5,7	5,6	5,7	5,6	5,6	5,6	5,6	5,5	8,8	8,8	8,8	8,8
Germania	10,1	10,1	9,8	9,7	9,5	9,3	9,2	9,1	9,0	9,0	8,9	8,9	8,9	n.d.
Grecia	7,0	6,9	6,6	6,7	6,6	6,8	7,0	8,0	7,0	7,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	6,3	6,2	6,2	6,1	6,1	5,9	5,6	5,6	5,6	5,7	5,7	5,7	5,8	5,9
Italia	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,7	7,7	7,7	7,8	7,8	7,8	7,8	7,9	8,0
Lussemburgo	8,5	8,8	8,8	8,9	9,0	8,6	8,8	8,7	8,7	8,8	8,9	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	7,0	7,1	7,2	7,3	7,3	7,3	7,4	7,5	7,5	7,6	n.d.	n.d.	7,9	7,9
Spagna	7,0	7,2	7,0	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,6	6,7	7,0	7,5	8,3	8,1
Svezia	6,6	6,5	6,5	6,3	6,0	n.d.	n.d.	5,8	5,8	5,9	5,8	5,6	5,6	5,6
Regno Unito*	8,2	7,7	7,7	7,5	7,4	7,1	7,0	7,0	6,9	6,8	6,8	n.d.	6,6	n.d.
UE (nuovi Paesi)														
Repubblica Ceca	10,5	10,4	10,2	10,2	10,2	9,8	9,5	9,4	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,5
Repubblica Slovacca	8,2	n.d.	7,8	7,7	7,5	7,3	7,6	n.d.	7,4	7,3	7,3	7,3	7,1	7,1
Polonia	8,0	7,8	7,9	7,7	7,6	7,4	7,1	7,0	6,9	7,3	7,1	7,0	7,0	7,1
Ungheria	8,7	8,9	9,2	9,2	9,5	9,5	9,6	9,4	9,5	9,5	9,4	9,6	9,6	9,6
Altri Paesi europei														
Norvegia	5,0	5,0	4,8	4,6	4,5	6,0	5,7	5,6	5,6	5,5	5,4	5,4	5,4	5,3
Svizzera	10,2	9,7	9,5	9,2	9,0	8,8	8,7	8,6	8,5	8,4	8,3	8,2	8,2	8,2
Altri Paesi non europei														
Stati Uniti	4,8	4,8	4,9	4,9	4,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	8,4	8,4	8,5	8,5	8,5	8,3	8,2	8,1	8,1	8,0	8,0	7,9	8,0	8,0

Nota: Non sono disponibili i dati per Russia, Brasile ed India. La degenza media è calcolata considerando i ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza in regime ordinario. Sono esclusi i ricoveri in day hospital.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2021

cesarei evidenziato nel corso del presente decennio (2010-2019 o ultimo anno disponibile) è generalmente in crescita in tutti i Paesi, ad esclusione di Italia, Danimarca, Francia, Germania e Spagna (-15,1%, -16,9%, -2,2%, -3% e -2,5% rispettivamente).

Per finire, si analizzano i dati di ospedalizzazione per condizioni croniche, che rappresentano un ulteriore *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, come già evidenziato nel §2.4. 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

Tabella 2.23 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2019)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UE (15)												
Austria	167,6	238,1	282,5	283,2	288,4	287,8	293,0	286,9	291,8	292,4	290,1	296,9
Belgio	n.d.	190,3	197,2	201,3	202,3	207,1	207,6	n.d.	210,3	209,6	211,3	213,5
Danimarca	154,1	200,6	214,3	213,9	211,8	223,5	215,4	210,9	203,6	205,9	191,8	178,1
Finlandia	157,8	162,8	161,4	161,8	161,9	158,0	157,7	157,0	164,0	164,9	163,9	187,6
Francia	171,0	190,6	202,3	202,0	200,4	199,8	196,8	197,3	197,8	197,0	195,0	197,9
Germania	n.d.	263,0	305,0	308,9	308,9	306,6	308,2	302,1	299,0	301,7	296,2	296,0
Irlanda	207,5	250,9	260,4	269,0	277,4	284,8	290,4	303,3	315,9	316,8	331,4	337,5
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4	361,4	357,0	352,8	349,4	338,2	332,4	326,6
Lussemburgo	198,7	242,2	259,3	302,2	296,7	293,4	318,1	305,0	310,6	296,6	299,8	290,5
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	157,8	162,4	161,6	162,1	159,6	156,7	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	251,0	249,6	249,1	251,5	251,6	250,4	245,1	245,6	244,1	245,4	243,4
Svezia	n.d.	169,8	166,3	164,0	165,2	166,8	172,6	173,1	177,2	166,6	170,8	166,6
Regno Unito*	195,9	225,8	237,8	241,3	242,7	250,9	252,1	261,3	263,5	273,8	285,5	295,4
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,9	248,7	254,4	253,6	237,5	235,8	231,0	233,0
Repubblica Slovacca	146,4	200,1	261,0	266,2	303,6	307,2	307,3	302,1	297,5	296,8	292,9	293,4
Polonia	n.d.		260,4	298,9	315,7	345,7	356,5	361,7	385,3	393,0	389,2	389,7
Ungheria	n.d.	278,5	324,8	332,0	340,1	349,1	356,7	372,1	370,8	373,0	380,3	382,9
Altri Paesi europei												
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164,6	165,5	161,4	161,9	159,5	158,3	159,1
Svizzera	n.d.	285,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	332,6	329,3	327,8	318,6	316,2	316,6
Altri Paesi non europei												
Canada	209,2	261,7	260,9	263,9	263,6	263,4	262,8	268,8	269,9	277,3	283,9	n.d.

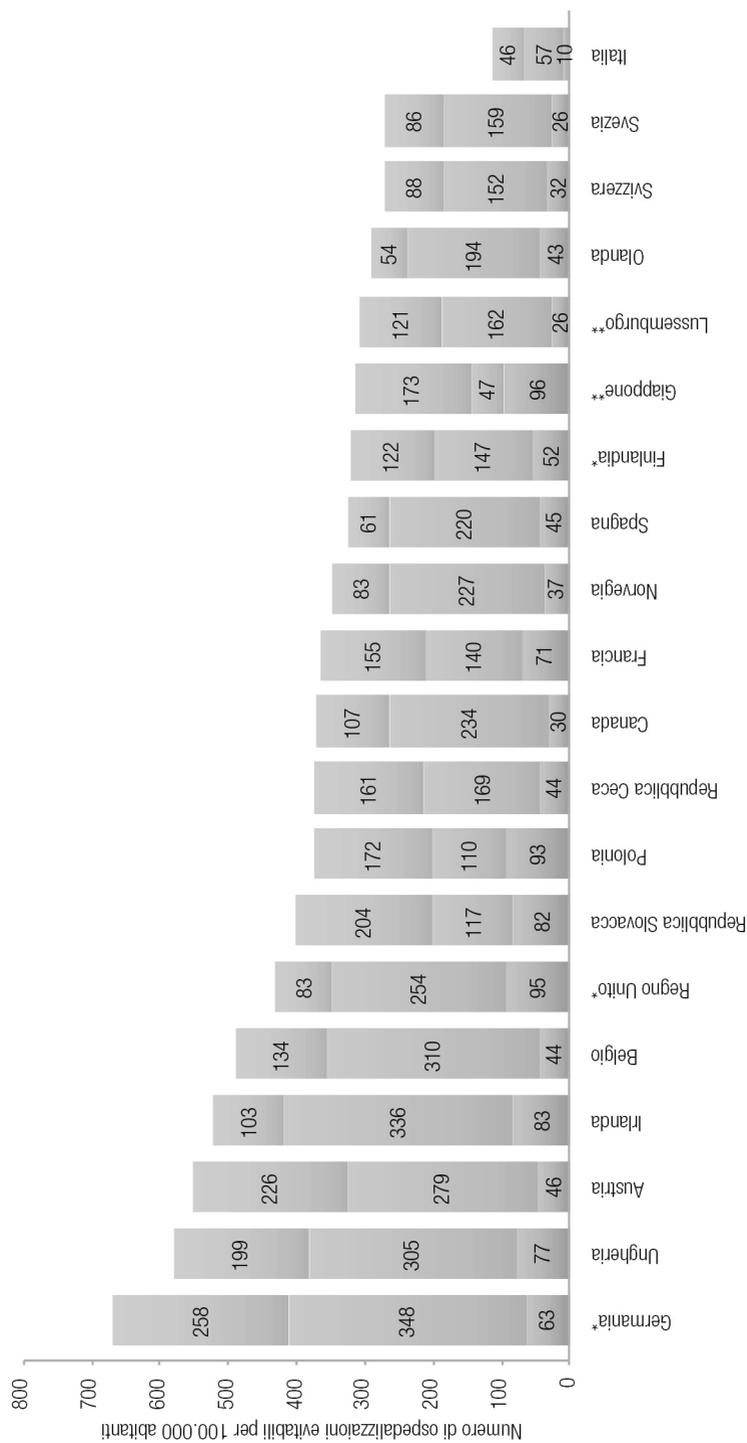
Nota: Non sono disponibili i dati di, Grecia, Portogallo, Svizzera, Stati Uniti e i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data, 2021

zazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.14).

Con 669 ricoveri «impropri» ogni 100.000 abitanti (dato 2018), la Germania è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate come potenzialmente inappropriate, seguito da Ungheria e Austria (rispettivamente 581 e 552 ricoveri). Italia, Svezia e Svizzera sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 113, 271 e 272 ricoveri ogni 100.000). In particolare, si nota come il valore osservato nel nostro Paese sia il più contenuto e ben al di sotto della media aritmetica degli altri Paesi osservati, la quale si attesta su un valore di circa 400 ricoveri inappropriati ogni 100.000 abitanti.

Figura 2.14 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2019 o ultimo anno disponibile)**



Note: * 2018, ** 2016. Non sono disponibili i dati per la Grecia. Non sono disponibili i dati per i Paesi BRIC.

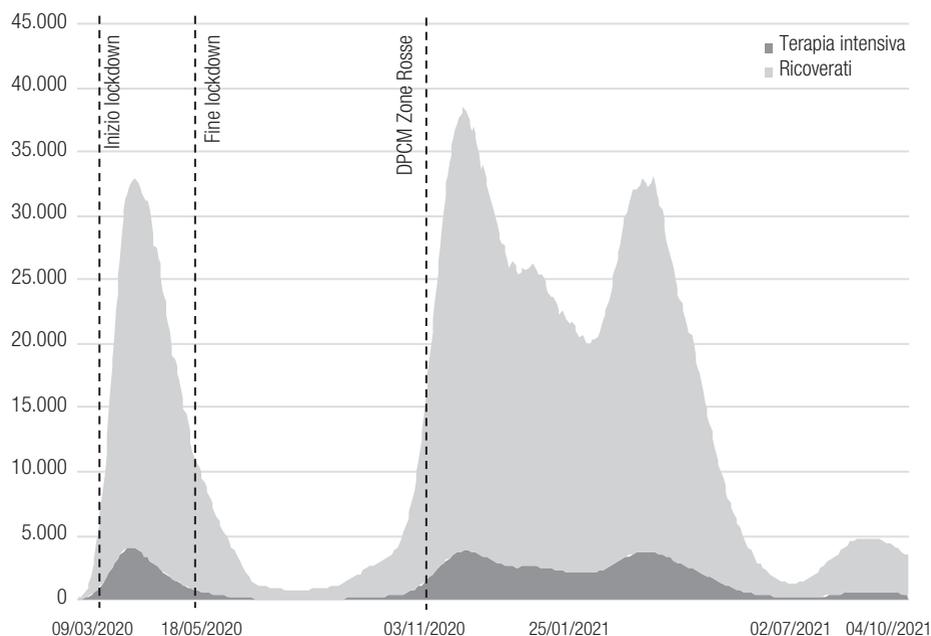
Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2021

2.6 Evidenze e riflessioni preliminari del post pandemia da Covid-19

I dati resi disponibili dalle fonti ufficiali utilizzate in questo capitolo, sia relative al contesto nazionale (Rapporto SDO, Annuario Statistico del SSN, Rapporto SISM, etc.) che a quello internazionale (principalmente OECD Health Data), fanno riferimento ad un contesto che è precedente all'emergenza pandemica da Covid-19 e che quindi non permette ancora di analizzarne a pieno gli effetti e le conseguenze prodotte sul sistema sanitario. Tuttavia, è possibile offrire qualche evidenza preliminare in merito innanzitutto ai ricoveri Covid-19, dall'inizio della pandemia alla data in cui si scrive (4 ottobre 2021), analizzando anche il peso relativo dei ricoveri in terapia intensiva sul totale; alla contrazione dei ricoveri non-Covid durante la prima ondata, offrendo una stima dell'impatto economico provocato; all'ingresso di nuovo personale nel SSN italiano, per tipologia di incarico e figura professionale.

Guardando al trend dei ricoveri Covid-19 giornalieri nel nostro Paese dall'inizio dell'emergenza pandemica (fine febbraio 2020) fino alla data odierna (4 ottobre 2021) (Figura 2.15), si possono chiaramente notare le tre "ondate" pandemiche, che corrispondono ai picchi elevati del numero dei ricoverati e conseguentemente anche ad un aumento significativo dei ricoveri in terapia

Figura 2.15 **Trend dei ricoveri giornalieri per Covid-19 e dei ricoveri in terapia intensiva, marzo 2020-ottobre 2021**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, Portale Nuovo Coronavirus (ottobre, 2021)

intensiva. I dati messi (giornalmente) a disposizione da parte del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, del Dipartimento della Protezione Civile restituiscono un'immagine sempre aggiornata della situazione attuale, confermando dall'inizio della pandemia circa 4,7 milioni di casi registrati a fronte di 4,5 milioni di dimessi/guariti e più di 130mila persone decedute.

Chiaramente, dato lo sconvolgimento provocato dall'emergenza pandemica, l'attenzione è stata rivolta in modo prioritario alla raccolta e all'analisi di questi dati, per monitorare l'andamento della pandemia. Tuttavia, è importante prestare attenzione anche a quanto è stato "perso" o posposto per effetto del Covid-19. AGENAS, nell'ambito del proprio portale digitale dedicato al Covid-19, ha raccolto i dati relativi alle dimissioni ospedaliere (flusso SDO), confrontando i volumi del 2019 con quelli del 2020, per valutare la capacità "di risposta" del sistema sanitario e il relativo grado di resilienza all'emergenza pandemica. Nella Tabella 2.24 vengono mostrati i volumi complessivi di dimissioni ospedaliere per i due anni 2019-2020, il delta in valore assoluto e la variazione percentuale⁵⁰. Emerge innanzitutto una variabilità importante nella contrazione dei volumi tra i singoli territori: rispetto al dato nazionale (-21%), vi sono contesti regionali che si posizionano significativamente al di sopra (si tratta principalmente delle regioni del Sud, come Calabria, Puglia, Basilicata e Campania); altri che invece mostrano una variazione più contenuta (come Veneto e Friuli Venezia Giulia). Naturalmente il solo dato della contrazione nei volumi dei ricoveri non può spiegare come la pandemia sia stata affrontata nei singoli contesti regionali e catturare i numerosi fattori di differenziazione tra una regione e l'altra; può però offrire alcune prime impressioni. Questa variabilità infatti, potrebbe suggerire che le diverse scelte organizzative a livello regionale abbiano avuto un impatto rilevante sui livelli di assistenza erogati, a prescindere dall'impatto del Covid-19 sul territorio.

Per approfondire ulteriormente il confronto tra 2019 e 2020, Cicchetti *et al.* (2021) si sono soffermati sul periodo della prima ondata, comparandolo con lo stesso periodo dell'anno precedente. Gli autori segnalano come durante la prima ondata (marzo-giugno 2020), siano stati effettuati circa 1,1 milione di ricoveri in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-41% in media). Questa riduzione importante nel numero dei ricoveri, oltre ad avere certamente provocato un impatto significativo sugli esiti di salute della popolazione – su cui sarà necessario approfondire con ulteriori evidenze e studi in merito –, ha inoltre comportato una diminuzione del valore delle attività erogate pari a circa 3,5 miliardi di euro. Tale stima si ottiene utilizzando il valore di remunerazione media per i ricoveri acuti urgenti pari a €3.342,45; per i ricoveri programmati pari a €3.938,47; per i ricoveri in DH pari a €1.293,84. La contrazione maggiore

⁵⁰ Da specificare che, mentre i dati 2019 sono definitivi, i dati 2020 sono da ritenersi provvisori ad aprile 2021 e in via di consolidamento.

Tabella 2.24 **Volumi totali di dimissioni ospedaliere (flusso SDO), 2019 e 2020 a confronto**

Regioni	Volumi 2019	Volumi 2020	Delta	Variazione Percentuale
Abruzzo	181.207	148.039	-33.168	-18,30%
Basilicata	70.600	51.435	-19.165	-27,10%
Calabria	212.725	147.562	-65.163	-30,60%
Campania	799.841	599.542	-200.299	-25,00%
Emilia Romagna	754.028	616.133	-137.895	-18,30%
Friuli Venezia Giulia	181.848	151.734	-30.114	-16,60%
Lazio	821.261	686.327	-134.934	-16,40%
Liguria	259.765	199.920	-59.845	-23,00%
Lombardia	1.453.039	1.107.511	-345.528	-23,80%
Marche	225.405	177.473	-47.932	-21,30%
Molise	46.996	36.108	-10.888	-23,20%
PA Bolzano	86.338	70.512	-15.826	-18,30%
PA Trento	82.110	66.482	-15.628	-19,00%
Piemonte	614.638	490.053	-124.585	-20,30%
Puglia	477.648	343.362	-134.286	-28,10%
Sardegna	236.105	188.384	-47.721	-20,20%
Sicilia	584.531	472.263	-112.268	-19,20%
Toscana	546.754	443.673	-103.081	-18,90%
Umbria	135.526	106.965	-28.561	-21,10%
Valle d'Aosta	20.666	15.900	-4.766	-23,10%
Veneto	677.242	574.078	-103.164	-15,20%
ITALIA	8.468.273	6.693.456	-1.774.817	-21,00%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO e su dati AGENAS – Portale Covid-19

risulta, in valore assoluto, nei ricoveri ordinari programmati (-514.775 ricoveri, per un valore economico pari a €-2.027.427.931). In termini percentuali, invece, la riduzione più significativa appare per i ricoveri in DH (-60,1%). Guardando poi ai singoli contesti regionali (Tabella 2.24), si nota che, in termini assoluti, la Lombardia è la regione con la contrazione più elevata di ricoveri totali (-202.711), mentre è la Campania la regione con la più alta riduzione di ricoveri urgenti (-34.123). In termini percentuali, risulta invece la Puglia la regione con la più significativa contrazione di ricoveri totali (-51,29%), seguita da Basilicata (-50,80%) e Campania (-50,64%).

Infine, per completare questi primi spunti su (alcuni) degli effetti più rilevanti dell'emergenza pandemica, è opportuno riportare alcune riflessioni preliminari in merito al tema del personale SSN, che verrà successivamente ripreso e trattato nel Capitolo 16 del presente volume. È indubbio che la pandemia abbia messo ben in evidenza quelle che erano criticità ormai sistemiche del nostro sistema sanitario: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di

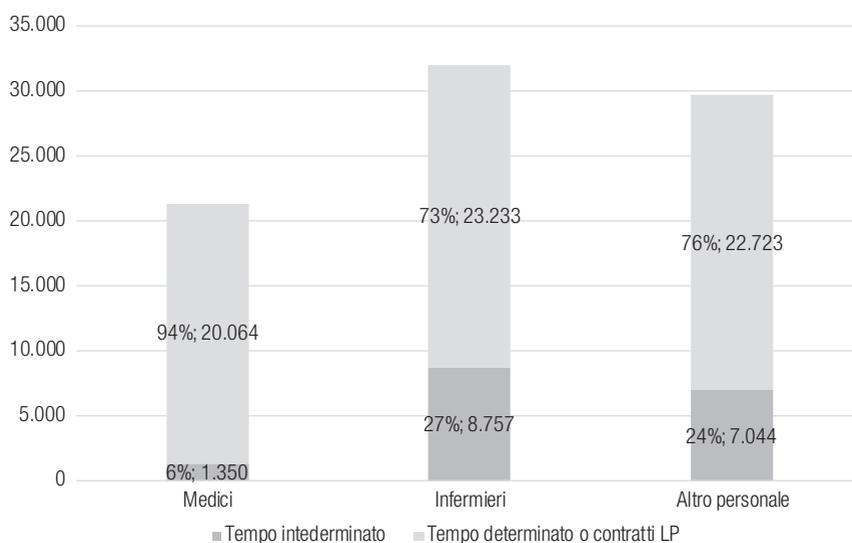
Tabella 2.25 **Andamento ricoveri: confronto marzo-giugno 2020 vs. marzo-giugno 2019, per regione**

Regioni	Variazione Ricoveri Marzo – Giugno 2019 vs. 2020 (n)				Variazione ricoveri Marzo – Giugno 2019 vs. 2020 (%)			
	Urgenti	Ordinari Programmati	DH	Totale	Urgenti	Ordinari Programmati	DH	Totale
Abruzzo	-7.670	-11.445	-8.231	-27.346	-29,68%	-52,33%	-67,47%	-45,64%
Basilicata	-4.022	-4.018	-3.468	-11.508	-35,22%	-59,85%	-76,76%	-50,80%
Calabria	-9.128	-12.924	-9.994	-32.046	-29,24%	-58,34%	-68,18%	-47,10%
Campania	-34.123	-42.987	-50.661	-127.771	-36,45%	-49,13%	-71,16%	-50,64%
Emilia Romagna	-16.435	-50.577	-25.930	-92.942	-16,11%	-49,57%	-60,13%	-37,60%
Friuli Venezia Giulia	-5.754	-8.350	-6.233	-20.337	-21,49%	-39,61%	-52,59%	-34,06%
Lazio	-17.827	-32.099	-31.706	-81.632	-17,81%	-36,36%	-41,11%	-30,75%
Liguria	-9.178	-14.019	-10.614	-33.811	-25,48%	-56,30%	-60,90%	-43,16%
Lombardia	-21.388	-118.504	-62.819	-202.711	-12,02%	-56,66%	-66,87%	-42,14%
Marche	-12.420	-15.668	-11.660	-39.748	-42,61%	-57,40%	-67,50%	-53,92%
Molise	-3.078	-4.240	-3.284	-10.602	-55,12%	-73,61%	-84,57%	-69,63%
PA Bolzano	-3.412	-2.740	-2.893	-9.045	-27,13%	-35,55%	-54,97%	-35,41%
PA Trento	-2.300	-4.099	-2.915	-9.314	-21,25%	-45,58%	-48,31%	-36,03%
Piemonte	-11.919	-43.665	-23.509	-79.093	-16,40%	-51,16%	-55,77%	-39,51%
Puglia	-33.055	-38.386	-8.761	-80.202	-41,11%	-59,87%	-74,02%	-51,29%
Sardegna	-11.774	-9.360	-14.339	-35.473	-33,21%	-48,01%	-66,58%	-46,38%
Sicilia	-21.860	-30.498	-23.143	-75.501	-25,32%	-46,48%	-63,54%	-40,08%
Toscana	-20.868	-30.835	-25.716	-77.419	-27,29%	-49,51%	-62,94%	-43,10%
Umbria	-5.487	-7.038	-5.840	-18.365	-26,10%	-47,99%	-61,86%	-40,69%
Valle d'Aosta	-696	-1.134	-1.250	-3.080	-24,58%	-53,14%	-72,80%	-46,09%
Veneto	-18.504	-32.189	-15.750	-66.443	-19,35%	-38,06%	-41,57%	-30,47%
Totale	-270.898	-514.775	-348.716	-1.134.389	-23,89%	-49,90%	-60,09%	-41,31%

Fonte: Cicchetti et al. (22 aprile 2021), Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19, Instant Report 49

personale specialistico. Sappiamo infatti che, tra il 2012 e il 2017, il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le ASL, le AO, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici è passato da 653 mila a 626 mila unità con una flessione di poco meno di 27 mila unità (-4%). Nello stesso periodo, il ricorso a personale flessibile in crescita di 11.500 unità ha compensato questo calo solo in parte. Per fronteggiare l'emergenza, sono state implementate misure e procedure straordinarie di reclutamento del personale, in particolare per il potenziamento delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di virologia e pneumologia. Il Rapporto della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica (2021) riporta l'immissione di più di 83 mila unità di personale sanitario nel periodo marzo 2020-aprile 2021, di cui 21,4 mila medici, quasi 32 mila infermieri e 30 mila unità di altro personale (OSS, etc.) (Figura 2.16). Pare dunque evidente la potenza delle misure straordinarie adottate, in termini sia quantitativi per totalità di ingressi, che "qualitativi", dato l'effettivo "ringiovanimento" e ingresso di nuova forza lavoro. Bisogna però sottolineare come ben l'80% dei nuovi contratti risulta a tempo determinato (alcuni peraltro già terminati) o in libera professione. Pare evidente come politiche di *skill-mix change* e ricambio generazionale del personale non possano poggiarsi su misure che hanno un orizzonte temporale di breve termine: è pertanto necessaria una riflessione che allarghi lo sguardo ad una prospettiva di più lungo termine.

Figura 2.16 **Reclutamenti di personale SSN per profilo e tipologia contrattuale, marzo 2020-aprile 2021**



Fonte: elaborazione OASI su dati Corte dei Conti, Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica (2021).

È inoltre necessario leggere il fenomeno dei nuovi reclutamenti alla luce della dinamica complessiva delle uscite registrate nello stesso periodo, per avere contezza degli ingressi “netti”. Non risulta ancora disponibile a livello complessivo su tutto il territorio nazionale, ma alcune riflessioni possono essere avanzate grazie all’analisi sviluppata nel Capitolo 16, qui brevemente riportata e che parte dalla considerazione di un campione di 13 aziende sanitarie. Gli autori hanno rilevato i dati 2020 relativi ai reclutamenti e alle cessazioni per le diverse figure professionali e hanno rilevato, in media, un rapporto tra ingressi netti e unità reclutate pari a circa 40,5%. Pare dunque evidente che, nonostante le misure straordinarie adottate, rimanga ancora molto da fare in termini di personale SSN, soprattutto in vista degli (ambiziosi e sfidanti) obiettivi prefissati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che guardando al potenziamento delle rete territoriale e della sanità digitale in via prioritaria, richiedono importanti investimenti in termini sia di personale (*capacity*) che di (nuove) conoscenze (*competences*).

2.7 Alcune note sugli impatti della pandemia Sar-COV-2 sulle disuguaglianze di salute

In altre parti del presente Rapporto OASI sono approfonditi dati e tematiche inerenti gli impatti nel nostro paese della pandemia, evidenziandone le caratteristiche e le criticità delle risposte dei servizi sanitari regionali. In questo paragrafo intendiamo proseguire le riflessioni fatte nelle ultime edizioni che avevano come oggetto il tema delle disuguaglianze nella salute e nei servizi sanitari.

In primo luogo, è necessario sottolineare che l’impatto del virus Covid-19 sia stato tutt’altro che omogeneo dal punto di vista geografico. Questo vale analizzando le differenze fra i vari paesi colpiti più o meno duramente dalla pandemia, ma anche all’interno dei paesi in cui sono emerse differenze significative tra le varie aree⁵¹. Per il nostro paese questo concetto può essere facilmente verificato analizzando la diffusione della pandemia durante le 3 fasi del 2020:

- ▶ I fase febbraio-maggio. Rapidissima diffusione del contagio e dei decessi con una forte concentrazione nel Nord Italia, in particolare in Lombardia;
- ▶ II fase giugno-settembre. Diffusione della pandemia molto più contenuta e distribuita.
- ▶ III fase ottobre-dicembre. Aumento consistente dei casi con una distribuzione mutata sia in termini quantitativi che di distribuzione geografica⁵².

⁵¹ Armillei, F., Filippucci, F., Fletcher, T., Did Covid-19 hit harder in peripheral areas? The case of Italian municipalities, *Economics and Human Biology*, 42 (2021).

⁵² Cfr. ISTAT-ISS, *Impatto dell’epidemia Covid-19 sulla mortalità della popolazione residente*. Anno 2020, 5 marzo 2021,

Complessivamente dall'inizio della pandemia fino al 31 dicembre 2020 sono stati segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrato 2.105.738 casi positivi di Covid-19 diagnosticati dai Laboratori di Riferimento regionale. Di questi casi positivi oltre l'85% è attribuibile alla terza fase della diffusione anche per l'incremento della capacità diagnostica dell'infezione con l'utilizzo di tamponi molecolari e la ricerca attiva di casi secondari. Una indagine di siero prevalenza condotta da ISTAT e Ministero della Salute ha stimato infatti che nel periodo iniziale della pandemia il rapporto tra casi segnalati e casi reali fosse almeno nel rapporto 1 a 6⁵³.

Come sottolineato è importante mettere in evidenza come sia fortemente cambiata la distribuzione territoriale dell'infezione: i casi nelle regioni del Sud rappresentavano il 9% del totale nel periodo febbraio-maggio per salire al 26% da giugno a settembre e il 25% da ottobre a dicembre.

In termini assoluti oltre un terzo dei casi segnalati nel 2020 era relativo a due regioni (Lombardia e Veneto), mentre utilizzando il tasso standardizzato di incidenza cumulata gennaio-dicembre ogni 100.000 abitanti possiamo sostanzialmente dividere il nostro paese in tre parti:

- ▶ 7 regioni e province autonome (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, PA Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia) con valori oltre i 4.000 casi ogni 100.000 abitanti;
- ▶ 3 regioni (Sardegna, Calabria, e Basilicata) con valori inferiori a 2.000 casi;
- ▶ tutte le altre regioni con valori compresi tra i 2 e i 4.000 casi.

Queste differenze possono essere colte anche analizzando gli andamenti dei decessi e soprattutto l'eccesso di mortalità rispetto agli ultimi anni. Sulla mortalità la pandemia ha agito sia direttamente, sia indirettamente a causa del mancato o ritardato accesso ai servizi sanitari sottoposti alla tensione dell'emergenza. Nel 2020 il totale dei decessi a livello nazionale, per qualsiasi causa è stato di 745.145 unità con un incremento del 15,5% rispetto alla media dei decessi 2015-2019 e di questi quelli diagnosticati positivi al COVID ammontano a 75.891, un dato sottostimato per le modalità di classificazione delle cause di morte e per la verifica di un test di positività al virus.

Nel periodo febbraio-maggio 2020 l'eccesso di mortalità per tutte le cause rispetto alla media dei decessi 2015-2019 è stato del 61,1% nelle regioni del Nord (+111,8% in Lombardia), dell'8,1% in quelle del Centro e del 5,1% in quelle meridionali. Considerando invece tutto l'anno la distribuzione dell'incremento dei decessi appare più relativamente omogenea con una variazione percentuale in crescita del 24,6% per il Nord, del 7,5% per il Centro e del 7,7% al Sud.

⁵³ Cfr. www.istat.it/it/archivio/246156

ISTAT stima che il contributo Covi-19 alla mortalità sia stato complessivamente del 14,5% al Nord, il 6,8% al Centro e il 5,2% al Sud.

La diminuzione nazionale della speranza di vita alla nascita (in un solo anno) è stimata in 0,9 anni (Lombardia -2,4 anni; Valle d'Aosta, -1,8, Puglia e Emilia Romagna -1,2 anni; nessuna variazione in Basilicata e Calabria).

Sempre ISTAT, analizzando la mortalità per diversi livelli di istruzione, evidenzia che il divario di mortalità tra meno e più istruiti si è ulteriormente allargato⁵⁴.

In conclusione, sia l'analisi della diffusione del contagio, sia quella dei decessi indicano che nel corso dell'anno sia mutata la distribuzione territoriale della pandemia che ha interessato via via tutte le aree del paese seppur con livelli di incidenza e mortalità differenziate⁵⁵.

Per avvicinarci al tema dell'esistenza e del grado di importanza di impatti territorialmente disomogenei della pandemia e quindi come le caratteristiche socio-economiche dei territori possono aver influenzato la diffusione del virus l'analisi deve passare necessariamente a livelli territoriali meno vasti delle regioni.

L'eccesso di mortalità registrato nel 2020 sulla media dei decessi 2015-2019 varia infatti dallo 0,3% della provincia di Catanzaro al 60,6% di quella di Bergamo. Un esempio significativo a questo proposito riguarda la regione Puglia in cui l'eccesso di mortalità è stato del 20,7% nella provincia di Foggia, del 19,9% in quella di Barletta-Andria-Trani, per scendere al 14% per Bari, all'8,5% per Taranto, al 7,6% per Brindisi fino al 4,8% per la provincia di Lecce.

Su scala provinciale si è verificato un eccesso di mortalità superiore al 30% in 12 province, tra il 10 e il 30% in 49 e superiore al 10% in 47. Sostanzialmente si può parlare di 3 Italie in cui la pandemia si è diffusa e abbia avuto impatti molto diversi.

Nello scorso rapporto OASI 2020 avevamo sintetizzato i filoni di ricerca proposti dalla letteratura sulle cause dei differenti andamenti dell'epidemia in grandi aree di analisi delle variabili territoriali come il reddito, il capitale sociale, la dotazione di servizi sanitari, la struttura urbana, i profili demografici, l'inquinamento, l'etnicità, i fenomeni climatici⁵⁶.

⁵⁴ "Analizzando la mortalità per i diversi livelli di istruzione, si scopre che in corrispondenza della prima ondata della pandemia il divario tra mortalità tra meno e più istruiti, che si osservava già nel 2019, si è ulteriormente allargato; i meccanismi che espongono al rischio di morte hanno, infatti, agito con maggiore virulenza sulle persone meno istruite." ISTAT, BES 2020, pag. 44. A questo proposito si rimanda alle conclusioni di uno studio di Ghislandi e Scotti che utilizzando dati INPS sulle categorie occupazionali stimava, prima della pandemia, un differenziale di 4-5 anni nella speranza di vita a 65 anni tra individui occupati in professioni altamente qualificate e addetti in occupazioni manuali poco qualificate. Cfr. Ghislandi, S., Scotti, B., Disuguaglianze di longevità in Italia: nuove evidenze dai dati INPS, INPS, *Allegato al XX Rapporto annuale*, pagg. 51-55

⁵⁵ Su questi aspetti si veda anche ISTAT, Il Benessere Equo e Sostenibile. BES 2020, pagg. 39-57.

⁵⁶ Cfr. Rapporto OASI 2020, paragrafo 3.5.

Da parte nostra, proponevamo di riflettere su altri temi fondamentali (le caratteristiche dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, il livello di istituzionalizzazione delle persone anziane, le relazioni istituzionali e organizzative tra i servizi sanitari e ospedalieri, i legami tra livelli di inquinamento e la diffusione di patologie respiratorie e infettive), un insieme di variabili più attinenti alle caratteristiche istituzionali ed organizzative dei servizi sanitari regionali che hanno impattato in maniera diversa sulle determinanti sociali della salute.

Per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche ed economiche dei territori, gli studi effettuati nei diversi paesi, tra cui il nostro, evidenziano l'esistenza di una associazione negativa tra diffusione e impatti relativi al Covid-19 e livelli di reddito e istruzione, nonché dimensioni delle famiglie⁵⁷.

A questo elemento, lo studio di Armillei ed al., (2020) utilizzando dati a livello comunale, aggiunge la presenza di un forte gradiente geografico centro-periferia come spiegazione dei diversi andamenti della pandemia. Nella prima fase della pandemia le aree più altamente colpite sono state quelle periferiche dove alle variabili economiche prima sottolineate si aggiungono una struttura demografica con popolazione più anziana e distribuita territorialmente (le zone di montagna e le valli, aree interne con comuni più distanti dai centri attrattivi ed erogatori di servizi) con minore presenza di servizi sanitari e socio-sanitari. Le indicazioni dei successivi report a cura di ISTAT e ISS sembrano andare in questa direzione⁵⁸.

⁵⁷ La letteratura nell'ultimo anno ha raccolto una serie importante di contributi sui diversi fattori collegati alla diffusione e agli impatti della pandemia, dalle caratteristiche economiche e demografiche dei territori al clima, dal capitale sociale all'etnicità. In questa sede ricordiamo solo i contributi pubblicati nel 2020 di Borjas, G.J., *Demographic Determinants of Testing Incidence and Covid-19 Infections in New York City Neighborhoods*, NBER, 2020; Knittel, C.R., *What Does and Does Not Correlate With Covid-19 Death Rates*, NBER; Sa, F., *Socioeconomic Determinants of Covid-19 Infections and Mortality. Evidence from England and Wales*, IZA Policy Papers; Borgonovi, F. Subramanian, S.V., *Community-level social capital and covid-19 infections and fatality in the United States*, Covid Econ (32).

⁵⁸ Il sesto rapporto ISTAT ISS, *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020 e gennaio-aprile 2021*, riporta questi dati di sintesi:

- In Italia, dall'inizio dell'epidemia con evidenza di trasmissione (20 febbraio 2020) fino al 30 aprile 2021 sono stati segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrato 4.035.367 casi positivi di Covid-19 diagnosticati dai Laboratori di Riferimento regionale, di cui 1.867.940 nei primi 4 mesi del 2021, il 46% del totale;
- rispetto al 2020, nei primi quattro mesi del 2021 l'impatto dei decessi per Covid-19 sui decessi totali è aumentato soprattutto nelle regioni del Centro e del Mezzogiorno; questo accade sia perché è aumentata la capacità di rilevazione dei decessi Covid-19 da parte delle Regioni sia per lo scenario di diffusione del virus che è notevolmente mutato interessando le regioni del Centro e del Mezzogiorno, le quali avevano registrato una scarsa presenza del virus nella prima ondata (marzo-maggio 2020);
- analizzando la diffusione del virus nei primi mesi del 2021 le Province con il maggior tasso di incidenza sono state quelle del versante Nord-orientale: Bologna, Gorizia, Forlì-Cesena, Udi-

I modelli organizzativi, la capillarità, la gamma di prestazioni erogate, le modalità di coinvolgimento di tutti i professionisti delle cure primarie e l'efficacia degli interventi dei servizi sanitari territoriali emergono quindi come momento essenziale dell'analisi e punto di partenza indispensabile per ripensare l'organizzazione della sanità durante e soprattutto dopo la pandemia.

2.8 Iniziative regionali per la riduzione delle disuguaglianze nella salute: una rassegna

Pur essendo la sanità una materia di competenza nazionale, i Trattati costitutivi della UE considerano il miglioramento della salute pubblica uno dei principi che regolano la definizione e l'attuazione delle politiche comunitarie. Dalle fasi iniziali della pandemia di COVID-19 gli organismi europei hanno promosso e sostenuto interventi basati sulla cooperazione e il coordinamento delle azioni tra i paesi dell'UE per rafforzare la capacità di risposta emergenziale e per prevenire situazioni che favoriscono la crescita di nuove ed inedite disuguaglianze⁵⁹.

Le disuguaglianze di salute sono oggetto di uno specifico gruppo di lavoro della CALRE Conferenza delle Assemblee Legislative delle Regioni d'Europa, coordinato dal Consiglio regionale della Lombardia⁶⁰, le cui attività sono state brevemente illustrate nei precedenti Rapporti OASI.

Nel 2019 il Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università Bocconi di Milano ha supportato questo gruppo di lavoro e, partendo dall'esigenza di conoscere e contrastare le disuguaglianze di accesso alle cure e della salute, ha collaborato allo studio *“Good practices di policy per la riduzione dell'iniquità nella tutela della salute.”* In questo documento vengono elencati i principali fattori di tipo sistemico ed individuale che la letteratura e la ricerca scientifica indicano come cause scatenanti delle disuguaglianze, sia tra le Regioni sia nei territori all'interno delle stesse. Una delle conseguenze operative di questo studio è stata quella di sollecitare le regioni europee appartenenti alla CALRE a individuare e offrire alla discussione le iniziative messe in atto a livello regionale per il contrasto alle

ne, Rimini, Bolzano/Bozen. Molto bassa appare l'incidenza in alcune province della Sardegna (Sud Sardegna, Oristano, Sassari), in alcune Province della Calabria (Catanzaro, Cosenza, Crotona) e della Sicilia (Ragusa, Enna, Agrigento);

• dal 1° gennaio 2021 al 30 aprile sono stati riportati alla Sorveglianza 42.957 decessi.

⁵⁹ In particolare, l'azione della UE è stata orientata sui seguenti settori: il sostegno ai sistemi sanitari nazionali; la fornitura di vaccini; il sostegno alle attività economiche e alla ripresa; il coordinamento della mobilità dei cittadini all'interno della UE; l'aiuto a paesi extracomunitari. Una rassegna delle misure della UE durante la pandemia è disponibile al sito www.consilium.europa.eu/it/policies/coronavirus/.

⁶⁰ Si veda il sito www.calrenet.eu/working-groups/better-regulation-and-policy-evaluation-2

disuguaglianze di carattere sociosanitario. A questo proposito è stato predisposto uno specifico questionario somministrato alle 74 assemblee legislative regionali che fanno parte della CALRE⁶¹.

Sulla base dello schema riportato nella seguente tabella si sono invitate le Regioni europee a indicare alcune buone prassi delle loro politiche finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nella salute, nell'accesso ai servizi sanitari e nella loro efficacia.

Box 2.1 **Fattori che determinano le disuguaglianze e politiche regionali di contrasto alle disuguaglianze**

Fattori che determinano le disuguaglianze	Politiche regionali di contrasto alle disuguaglianze
Territori urbani e rurali	Programmazione territoriale, trasporti, programmi di edilizia pubblica, localizzazione dei servizi
Differenze di genere e di nazionalità	Politiche per l'inclusione e la cittadinanza, sostegno ai diritti civili
Differenze di reddito e condizione sociale	Istruzione, formazione, servizi per l'impiego, fiscalità, diritto allo studio
Patologie "molto seguite" e patologie "trascurate"	Politiche sanitarie e sociosanitarie
Differenze tra le regioni	Mobilità sanitaria, programmazione delle strutture
Livello di istruzione e accesso ai servizi sanitari	Politiche sanitarie, comunicazione, informazione, prevenzione

Le risposte ai questionari pervenute dalle singole assemblee regionali sono state quindi esaminate sulla base delle seguenti linee guida:

- 1) Individuazione dei fattori di disuguaglianza e azioni di contrasto messe in atto (come le Regioni hanno affrontato i fattori di disuguaglianza con l'obiettivo di migliorare i trattamenti sociosanitari);

⁶¹ Hanno risposto 15 Assemblee:

- Consiglio regionale del Veneto
- Consiglio regionale della Lombardia
- Consiglio regionale del Friuli-Venezia Giulia
- Consiglio regionale della Calabria
- Consiglio regionale della Sardegna
- Consiglio della Provincia Autonoma di Trento
- Parlamento dei Paesi Baschi
- Assemblea dell'Estremadura
- Parlamento delle Isole Baleari
- Assemblea Legislativa della Regione Autonoma di Madeira
- Assemblea Legislativa della Regione Autonoma delle Azzorre
- Landtag della Carinzia
- Landtag dell'Alta Austria
- Landtag di Salisburgo
- Land della Baviera

- 2) Approfondimento delle policy adottate dalle Regioni (esame dell'efficacia delle azioni messe in pratica dalle Regioni, e della loro possibile applicabilità in altri contesti);
- 3) Focus sugli strumenti sociali utilizzati (analisi degli interventi di sensibilizzazione sociale messi in atto dalle Regioni allo scopo di completare l'azione sanitaria messa in pratica contro i fattori di disuguaglianza).

Le iniziative di contrasto alle disuguaglianze nella salute e nei servizi sanitari messe in atto sono state in seguito valutate e selezionate dal gruppo di lavoro sulla base di 3 elementi analitici:

- a) identificazione dei fattori critici che hanno motivato gli interventi;
- b) operatività delle azioni che abbiano superato le fasi di sperimentazione;
- c) trasferibilità delle stesse in altri contesti regionali.

Tra le buone prassi individuate riportiamo in questa edizione del Rapporto OASI alcune iniziative che possono essere la base per la discussione e l'implementazione potenzialmente efficace su altre scale territoriali.

Box 2.2 **Esempi di buone prassi e iniziative per contrastare le diverse forme di disuguaglianza, presenti e attive in diversi contesti nazionali**

Fattore di disuguaglianza	Regione	Progetto	Caratteristiche del progetto
Patologie trascurate	Veneto	Progetto di Intervento sulla Strongiloidosi	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Ussl 20 di Verona, Centro malattie tropicali di Negrar, 7 centri ospedalieri del nord Italia – coordinamento del Ministero della salute. • Destinatari della buona prassi: Stranieri immigrati da Africa, Asia, America Latina e italiani anziani. • Misure adottate: Creazione e pubblicazione di opuscoli e poster redatti in lingua italiana e nelle maggiori lingue straniere, per essere fruibili ai destinatari non italiani.
Cittadinanza	Upper Austria	Progetto MiMi con e per i migranti	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Il programma, supportato dall'Ethno – Medizinisches Zentrum e dall'Istituto Leibniz per la ricerca e prevenzione epidemiologica di Brema, è attivo in 8 regioni tedesche e 2 austriache, con 71 sedi totali. • Destinatari della buona prassi: Migranti che non hanno una buona conoscenza della lingua tedesca. • Misure adottate: Il programma ha visto la formazione di stranieri già integrati nel territorio come mediatori culturali specializzati circa il funzionamento dei sistemi sanitari e la prevenzione sanitaria. Sono state inoltre organizzate sessioni informative e sono stati creati libretti informativi multilingue circa le tematiche sanitarie.

Fattore di disuguaglianza	Regione	Progetto	Caratteristiche del progetto
Età	Carinzia Austria	Progetto Consenso – Alpine Space	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Carinzia (Austria), Piemonte, Liguria, Oblano Krāska (Slovenia), La Var (Francia), con la partecipazione dell'Accademia Nazionale di Medicina italiana, dell'Istituto di Prevenzione Sociale sloveno, dell'Università di Primorska e altre 2 associazioni professionali. • Destinatari della buona prassi: Anziani residenti in aree alpine. • Misure adottate: Il progetto ha previsto la formazione del personale infermieristico attraverso corsi di formazione transnazionale coordinati dalla Slovenia e dall'Italia. Creazione di strumenti digitali per favorire lo sviluppo del progetto e di una app per collezionare e processare i dati utili alla valutazione finale delle attività svolte.
Genere	Estremadura Spagna	Programma di Rilevamento precoce del cancro al seno	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Gobierno de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud (SES). • Destinatari della buona prassi: Donne tra i 50 ed i 69 anni senza precedenti di cancro al seno in famiglia, e donne nella fascia d'età 40 – 49 con precedenti in famiglia. • Misure adottate: Il Piano pone quindi un focus particolare sulla prevenzione del cancro al seno, attraverso il Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM), iniziato nel 1998 e che si articola in sessioni biennali di screening. Il programma si compone di un'Unità centrale di coordinamento presso il Servizio sanitario regionale, 11 Unità fisse poste negli ospedali dei maggiori centri urbani della regione ed 8 Unità di analisi; per dare una continuità territoriale, nonché 2 Unità mobili che operano nel territorio della comunità ed eseguono mammografie su donne residenti in località in cui non è presente un ospedale, o dove l'ospedale stesso non partecipa al programma.
Reddito	Regione autonoma delle Azzorre Portogallo	Vale Saude	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Servizio Nazionale Sanitario portoghese. • Destinatari della buona prassi: Tutti i cittadini iscritti alle liste di attesa per sottoporsi ad un intervento chirurgico. • Misure adottate: Per raggiungere lo scopo del programma, è stata predisposta l'emissione di un documento numerato e personale che copre la spesa economica per un intervento chirurgico programmato in un'unità ospedaliera delle Azzorre o al di fuori della regione, e consegnato ai pazienti in lista di attesa che non riuscirebbero a ricevere l'intervento chirurgico entro 25 giorni nel proprio ospedale di riferimento. Il "Bonus" emesso tiene conto del tempo di permanenza nella lista di attesa e della distanza della struttura ospedaliera disponibile rispetto alla residenza del paziente.

Box 2.2 (segue)

Fattore di disuguaglianza	Regione	Progetto	Caratteristiche del progetto
Reddito	Baviera Germania	Progetto di Promozione e prevenzione della salute destinato a disoccupati	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Centro Statale per la Salute, Agenzie regionali per l'impiego, Associazione per la promozione della salute e la prevenzione di malattie della Baviera. • Destinatari della buona prassi: Coloro che sperimentano una prolungata situazione di non occupazione, rientrando nella categoria di soggetti maggiormente a rischio da un punto di vista sanitario. • Misure adottate: Sessioni informative di prevenzione in materia di salute, incontri finalizzati alla sensibilizzazione sulle condizioni di vita e salute dei disoccupati, seminari di orientamento al lavoro per adulti, attività di consulenza nell'avviamento di progetti locali e coordinamento tra gli attori regionali e nazionali coinvolti.
Condizioni lavorative	Isole Baleari Spagna	Progetto Governanti di Hotel e Salute	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Servizio Sanitario delle Isole Baleari, tramite il Centro di Gestione delle Cure Primarie di Maiorca. • Destinatari della buona prassi: circa 1000 donne, su un totale stimato di 12-18 mila operatrici. • Misure adottate: Il progetto prevede un costo di circa 1,27 milioni di €, di cui circa 900.000 finanziati attraverso l'imposta di soggiorno turistica. Il progetto intende valutare e diminuire i fattori di rischio per la salute del personale operante nelle strutture turistiche di tutte le isole Baleari.
Condizioni lavorative	Carinzia Austria	Programma Fit to Work	<ul style="list-style-type: none"> • Attori regionali coinvolti: Servizio del mercato del lavoro, il Fondo assicurativo sanitario austriaco, il Fondo pensioni austriaco, il Ministero per gli Affari Sociali e la Protezione dei Consumatori e l'ufficio Federale dei Servizi Sociali. • Destinatari della buona prassi: Le aziende che ne facciano richiesta e i singoli lavoratori affetti da una condizione di malattia fisica o mentale prolungata e debilitante. • Misure adottate: Attività di supporto e consulenza per il singolo lavoratore tramite programmi di riabilitazione, supporto psicologico, ri-orientamento al lavoro, aiuto finanziario, formazione professionale.
Territorio di residenza	Regione autonoma delle Azzorre Portogallo	Programma di Assistenza Domiciliare Integrata	<ul style="list-style-type: none"> • Regione autonoma delle Azzorre Portogallo) • Attori regionali coinvolti: Programma Nazionale di Implementazione delle Unità di Ospedalizzazione Domiciliare, Servizio Nazionale di Sanità e Ministero della Salute portoghesi. • Destinatari della buona prassi: Tutti coloro che a seguito di un intervento invasivo o a causa di una malattia cronica devono affrontare un periodo di degenza e riabilitazione.

Fattore di disuguaglianza	Regione	Progetto	Caratteristiche del progetto
			<ul style="list-style-type: none"> Misure adottate: La possibilità di ricevere cure mediche presso il proprio domicilio aiuta il paziente a vivere meglio il periodo di degenza ed alla rete sanitaria ad offrire un servizio più efficiente, attento e personalizzato, tramite assistenza medica domiciliare da parte di un team di dottori e infermieri in base alle esigenze del paziente e in collaborazione con assistenti sociali e psicologi.

2.9 Bibliografia

- AGENAS (2014), *Piani sanitari regionali vigenti*, <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/psr-vigenti-2013>, ultimo accesso 04/08/2014.
- AIOM (2019), *I numeri del cancro in Italia*, disponibile *on line* https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-operatori-web.pdf
- Airoidi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- 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.
- Armillei F., Filippucci F., «Dai dati comunali una mappa del rischio coronavirus» in www.lavoce.info, 25 agosto 2020.
- Armillei F., Filippucci F. (2020), «The heterogenous impact of Covid-19. Evidence from Italian municipalities», disponibile *on line* <https://www.localopportunitieslab.it/wp-content/uploads/2020/08/The-heterogenous-impact-of-Covid19-Evidence-from-Italian-municipalities-Armillei-and-Filippucci.pdf>
- Barzan E., Borsoi L., Furnari A, Perobelli E. e Petracca F. (2018), «I profili under 35 di ruolo amministrativo nei servizi non sanitari: un'analisi esplorativa», in CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Blangiardo G. C. (2020), «Scenari sugli effetti demografici di Covid-19 per l'anno 2020», disponibile *on line* https://www.istat.it/it/files/2020/04/Scenari-sugli-effetti-demografici-di-Covid-19_Blangiardo.pdf.
- Cantù E. (2000), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, 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.

- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. e Romiti A. (2017), «Il riaccentramento nel contesto pubblico: implicazioni per il governo dei sistemi e delle aziende sanitarie», *Azienda Pubblica*, 14(1).
- De Pietro, C., Marsilio, M. e Sartirana, M. (2014) «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le regioni in Piano di Rientro a confronto», in CER GAS (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea
- European Commission (2012), «Health Inequalities in the EU: Final report of a consortium», disponibile *on line* https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf
- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), *Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis*, Vol. 18, No. 1.
- Ferrè F. e Ricci A. (2011), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, 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 CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Fusco D., Davoli M., Pinnarelli L., Colais P., D' Ovidio M., Basiglini A. e Perucci C.A. (2012), «Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE)», *Monitor*, 30: 22-42, Age.Na.S, Roma.
- Ghislandi S., Scotti B., «Con il Covid-19 si riduce anche la speranza di vita», in www.lavoce.info, 25 maggio 2020.
- Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., Betrán A.P., Merialdi M., Althabe F. (2010), «The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage». *World Health Report* (2010). Background Paper, No. 30.
- ISTAT e ISS (2020), «Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-maggio 2020», disponibile *on line* https://www.istat.it/it/files/2020/07/Rapp_Istat_Iss_9luglio.pdf
- Marmot M. e Bell, R. (2018), «The Sustainable Development Goals and health equity». *Epidemiology*, 29(1), 5-7.

- Marmot et al. (2010), «Fair Society Healthy Lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010.
- Menn P. et al. (2012), «Direct Medical Cost of CODP – An Excess Cost Approach Based on two Population-Based Studies». *Respiratory Medicine*, 106:540-548.
- Ministero della Salute (2018), “L’Italia per l’equità nella salute”, disponibile *on line* <https://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>
- Ministero della Salute (2018), *Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina– anni 2010-2017*, disponibile *on line* <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=96>
- Ministero della Salute (2019), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2016*, disponibile *on line* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2859
- Ministero della Salute (2018), *Rapporto SDO 2017*, disponibile *on line* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=31
- Ministero della Salute (2018), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile *on line* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?id=13
- OECD (2013), «Health at a glance: Europe 2013», OECD Publishing.
- Peterson C.L. e Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», *Report for Congress*. Congressional Research Service. Disponibile http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf
- Petrelli A. e Frova L. (2019), “Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione”, *Epidemiologia & Prevenzione*, 43(1), pp. 6-122.
- Rosano A., Loha C.A., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G. e de Belvis A.G. (2013), «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review», *The European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360.
- Spillman B.C. e Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.
- Thomas S., Burke S. (2012), «Coping with Austerity in the Irish Health System», *Eurohealth*, 18(1): pp. 7-9.
- WHO (2017), «Health in All Policies: Framework for Country Action».
- WHO (2013), «Canada: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO (2011), «Portugal: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO, Regional Committee for Europe (2018), «Flyer – Health Equity Status Report Initiative», disponibile *on line* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/386922/hesri-flyer-eng.pdf?ua=1

- WHO, Regional Committee for Europe (2017), «Roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development, building on Health 2020, the European policy for health and well-being», disponibile *on line* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345599/67wd09e_SDGroadmap_170638.pdf?ua=1
- WHO, Regional Office for Europe (2017), «Key Policies for addressing the Social Determinants of Health and Health Inequities. Health Evidence Network Synthesis Report», disponibile *on line* <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/key-policies-for-addressing-the-social-determinants-of-health-and-health-inequities-2017>
- WHO, Regional Committee for Europe (2013), «Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century», disponibile *on line* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
- WHO, Regional Committee for Europe (2012), «Environmental health inequalities in Europe. Assessment report», disponibile *on line* <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-assessment-report>
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «*Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*», Milano, Egea.

Appendice I. Quadro delle principali modifiche nell'assetto istituzionale dei SSR

Box A.2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 15/07/19

PIEMONTE

- 2004: Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (LR 39/04).
- 2006: Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL.
- 2012: Accorpamento di tre AO Torinesi (S. G. Battista – Molinette, CTO – Maria Adelaide, OIRM – Sant'Anna) nell'AO "Città della Salute e della Scienza", integrata con la Facoltà di Medicina di Torino.
- 2017: Istituzione della nuova ASL Città di Torino per effetto della fusione di ASL TO1 e ASL TO2.

LOMBARDIA

- 1997: Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14.
- 1997: Costituzione di 11 nuove AO (DCR 742/97).
- 1998: Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (LR 15/98).
- 2002: Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (DCR 401/02)
- 2003: Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (DCR 747/03).
- 2016: Riassetto del SSR: istituzione di 8 Agenzie di Tutela della Salute – ATS – e 27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali – ASST (LR 23/2015).

PA BOLZANO

- 2007: Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (LP 9/2007).

VENETO

- 1996: Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (DGR 6368/96).
- 2017: Riassetto del SSR: riduzione del numero di ULSS da 21 a 9 e istituzione dell'Azienda Zero (LR 19/2016).

FRIULI VENEZIA GIULIA

- 2015: Riordino del SSR: accorpamento delle aziende per i servizi sanitari "Isontina" e "Bassa Friulana" nell'azienda per l'assistenza sanitaria (A.A.S.) n.2 "Bassa Friulana-Isontina"; accorpamento dell'azienda per i servizi sanitari "Friuli Occidentale" e dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" nella A.A.S. n.5 "Friuli Occidentale".
- 2016: Istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Trieste per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti» di Trieste nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n.1 «Triestina» e istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Udine per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Santa Maria della Misericordia» di Udine nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n.4 «Friuli Centrale» (LR 17/2014).
- 2019: Costituzione di tre Aziende di area vasta, due delle quali sono nate a seguito della fusione tra le preesistenti Aziende sanitarie universitarie di Trieste e Udine con le aziende per l'assistenza sanitaria "Bassa-Friulana Isontina" e "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli". (LR 27/2018).

LIGURIA

- 2008: Soppressione dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale S. Corona» e dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi», con ritorno dei presidi ospedalieri alla gestione diretta ASL.

2012: Accorpamento dell'Ospedale S. Martino di Genova e dell'IST – Istituto nazionale per la ricerca sul cancro – e relativo riconoscimento della nuova struttura ("AOU IST San Martino") come IRCCS pubblico, in base alla LR 2/2011.

EMILIA ROMAGNA

2003: Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (LR 21/03) che accorpa le tre ASL della provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione della ASL di Imola.

2014: Istituzione della nuova AUSL della Romagna che accorpa le quattro AUSL di Ravenna, Cesena, Forlì e Rimini.

2017: Nascita della nuova Azienda Usl di Reggio Emilia a seguito della fusione dell'AUSL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova".

MARCHE

1996: Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (DGR 3959/96).

2003: Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione).

2009 Accorpamento strutture ospedaliere San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano nella nuova Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord (LR 21/2009).

UMBRIA

1998: Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (LR 3/98).

2013: La nuova Azienda USL Umbria 1 sostituisce la ex Az. USL 1 – Città di Castello e la ex Az. USL 2 – Perugia. La nuova Azienda ASL Umbria 2 sostituisce invece la ex Az. USL 3 – Foligno e la ex Az. USL 4 – Terni.

LAZIO

1999: Costituzione dell'AO Universitaria S. Andrea (DPCM 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero.

2015: Riorganizzazione dell'AO San Filippo Neri in Presidio Ospedaliero a gestione diretta dell'ASL Roma E.

2016: Riorganizzazione delle aziende dell'area metropolitana di Roma: istituzione dell'ASL «Roma 1» per effetto della fusione delle aziende «Roma A» e «Roma E»; istituzione dell'ASL «Roma 2» per effetto della fusione delle aziende «Roma B» e «Roma C»; ridenominazione delle aziende «Roma D», «Roma F», «Roma G» e «Roma H» in «Roma 3», «Roma 4», «Roma 5» e «Roma 6».

ABRUZZO

2010: Riassetto del SSR attraverso la fusione in 2 ASL di 4 delle 6 preesistenti ASL (LR 5/2008): l'ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila per accorpamento dell'ASL di Avezzano-Sulmona (ex ASL 1) con l'ASL dell'Aquila (ex ASL 4) e l'ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti per accorpamento delle ASL di Chieti (ex ASL 2) e di Lanciano-Vasto (ex ASL 3).

MOLISE

2005: Riorganizzazione del SSR (LR 9/05) con la costituzione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (ASREM), in cui sono state accorpate le precedenti 4 ASL.

CAMPANIA

1997: Costituzione dell'AO «Cotugno» tramite scorporo dall'AO «Monaldi Cotugno» di Napoli (DGR 8048/97 e 22782/97).

2008 Riorganizzazione del SSR con la creazione di 4 ASL provinciali (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno), in virtù della fusione delle rispettive ASL sub provinciali, e di 3 ASL nella Provincia di Napoli: Napoli 1, Napoli 2 (accorpamento delle ASL NA2 e NA3) e Napoli 3 (accorpamento delle ASL NA4 e NA5).

2011 Costituzione per accorpamento delle precedenti AO dell'AO di rilievo nazionale Monaldi – Cotugno – CTO (Decreto Comm471ssario *ad acta* 70/2010).

PUGLIA

1996: Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (Decreto Pres GR 53/96).

1997: Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (Decreto Pres GR 44/97).

2002: Soppressione di 4 AO (su 6 restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari) (DGR 1429/02), con ritorno dei presidi ospedalieri alla gestione diretta ASL.

2006: Riassetto del SSR: costituzione dell'ASL BAT (ex ASL BA/1) e fusione in 3 nuove ASL di 9 ASL preesistenti: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2 (LR 39/2006).

BASILICATA

2008: Riassetto del SSR con creazione di due nuove ASL provinciali: ASP (ASL di Potenza) e ASM (ASL di Matera) (LR 12/2008).

CALABRIA

2007: Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti: ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria.

2012: Accorpamento ASL Locri e ASL Reggio Calabria (Palmi e Reggio) nell'ASP Reggio Calabria.

SICILIA

2009: Riassetto del SSR attraverso la definizione di 9 Aziende Sanitarie Provinciali, 3 Aziende Ospedaliere di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS).

SARDEGNA

2017: Riassetto del SSR: costituzione dell'ASL unica, ribattezzata ATS – Azienda per la Tutela della Salute (LR 17/2016).