

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

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

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT





2 La struttura e le attività del SSN

*di Gianmario Cinelli, Attilio Gugiatti, Francesca Meda,
Francesco Petracca¹*

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 europei².

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);

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 2.3 è da attribuirsi a Gianmario Cinelli, i §§ 2.4 e 2.5 sono da attribuirsi a Francesca Meda, il § 2.6 ad Attilio Gugiatti, i §§ 2.1 e 2.2 a Francesco Petracca.

² 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 relativo all’impatto della recente pandemia sull’equità nella tutela della salute, con particolare riferimento ai dati di mortalità (§2.6).

Le fonti del capitolo sono così riassumibili³:

- ▶ 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 (1997-2017); iii) il Rapporto SDO (1998-2018); iv) il data-set relativo alla dotazione di posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2018); v) il Rapporto sulla salute mentale (2017-2018);
- ▶ dati pubblicati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato nel Conto Annuale, rilevazione censuaria sulle amministrazioni pubbliche (ultimo anno disponibile: 2018);
- ▶ dati pubblicati dall’OECD nel 2020 (ultimo anno disponibile: 2018).

Per via del fisiologico intervallo di tempo che precede la pubblicazione dei dati, nessuna delle fonti utilizzate è in grado di intercettare l’impatto del Covid-19 sulle variabili oggetto d’analisi. Il capitolo riporta quindi una rappresentazione dettagliata della struttura e delle attività del SSN prima dell’insorgenza della pandemia. In alcune sezioni del capitolo sono in ogni caso presenti approfondimenti relativi all’impatto della pandemia sull’oggetto di interesse basati su fonti locali e su report istituzionali. 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. Altri capitoli del presente Rapporto, invece, approfondiscono dettagliatamente l’impatto generato dal virus con un focus circoscritto a oggetti di analisi più specifici.

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 temperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell’azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del

³ 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.

processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione nel governo dell'azienda sanitaria. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale⁴, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

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

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono sei le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostuttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (Acss)⁵. Da segnalare, infine, che il Friuli-Venezia Giulia, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio, la Campania e la Liguria hanno soppresso nel corso dell'ultimo decennio la propria Agenzia⁶ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

⁴ 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.

⁵ Tale agenzia, già formalmente prevista dalla legge regionale dell'agosto 2015, ha il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi più puntuali di monitoraggio delle performance.

⁶ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013, L.R. 20/2015 e L.R. 17/2016.

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 che vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico – IRCCS e Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all’interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti intermedi, quali forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione.

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

Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali. Il grado di differenziazione delle aziende che popolano oggi il SSN non si limita più alla sola missione (ampia per le aziende territoriali, più focalizzata per quelle ospedaliere), al punto che diventa difficile individuare un sufficiente grado di omogeneità tra le stesse. Il più evidente ambito di continuità, invece, si riscontra negli assetti di governo, tutti orientati al modello tradizionale con triade direzionale (coadiuvata dal Direttore Sociosanitario in un numero crescente di regioni) e rapporto fiduciario con il governo regionale (Del Vecchio e Romiti, 2017). Queste considerazioni hanno spinto nel 2017 gli autori a interrogarsi su un aggiornamento del sistema di classificazione delle forme aziendali che fosse concettualmente solido e coerente con i cambiamenti in atto nei diversi SSR⁷. A partire da quell’anno, quindi, nel computo delle aziende territoriali vengono incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde che, per effetto della riforma del 2015,

⁷ Si è deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99, secondo il quale la regione ha la responsabilità di individuare “[...] l’articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all’art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera [...]”. Le aziende sanitarie territoriali devono quindi fare riferimento a un territorio, rispetto al quale sono responsabili del mantenimento dei LEA, ed erogare direttamente servizi. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l’analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione delle rinnovate aziende e agenzie lombarde.

sono diventate le uniche responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica⁸. Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali, sono invece confluite nell'insieme degli enti intermedi.

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

La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL (e ASST) e di AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2020 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 moltiplicati (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)⁹, per poi rinvigorire a cavallo tra 2015 e 2017 con i riordini

⁸ 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.

⁹ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

Tabella 2.1 Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2020)

Regione	ASL e ASST					AO(*)					AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici	Enti intermedi (**)	
	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/19	Numero al 30/06/20	Popolazione media 2020	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/19				Numero al 30/06/2020
Piemonte	63	22	13	12	12	361.781	7	7	6	6	6	-	-	-
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	126.501	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	27	27	374.221	16	27	29	-	-	-	4	11
PA Bolzano	4	4	4	1	1	532.080	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	1	542.739	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	9	9	545.300	2	2	2	2	2	-	1	1
Friuli VG	12	6	5	5	3	403.786	3	3	2	-	-	-	2	1
Liguria	20	5	5	5	5	308.625	3	3	-	-	-	-	2	1
Emilia Romagna	41	13	8	8	8	558.390	5	5	5	4	4	-	3	-
Toscana	40	12	12	3	3	1.240.910	4	4	4	4	4	-	-	1
Umbria	12	5	2	2	2	440.143	2	2	2	2	2	-	-	1
Marche	24	13	1	1	1	1.518.400	3	4	2	2	2	-	1	-
Lazio	51	12	12	10	10	586.554	3	3	4	3	3	-	2	1
Abruzzo	15	6	4	4	4	326.443	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	1	302.265	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	7	7	7	826.552	7	8	7	7	7	-	1	-
Puglia	55	12	6	6	6	668.049	4	6	1	1	1	-	2	-
Basilicata	7	5	2	2	2	278.467	1	1	1	1	1	-	1	-
Calabria	31	11	5	5	5	384.940	4	4	4	4	4	-	-	-
Sicilia	62	9	9	9	9	552.046	16	17	5	5	5	-	2	-
Sardegna	22	8	8	1	1	1.630.474	1	1	1	1	1	-	2	1
ITALIA	659	228	197	139	120	510.548	81	97	75	42	42	10	21	18

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

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

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

di molti SSR anche del Nord Italia¹⁰. Rispetto allo scorso anno, il conteggio delle aziende territoriali si è ridotto di due unità, a seguito della costituzione in Friuli-Venezia Giulia di tre Aziende di area vasta, due delle quali sono nate per via 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".

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 abitanti a gennaio 2020¹¹. 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, i confini delle cui aziende sono molto più estesi dopo la riforma del SSR, con una popolazione media pari a 1.240.910 abitanti nel 2020. Il minimo si registra, invece, nella regione più piccola per dimensione 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 Trento¹², 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 provinciale¹³. Fanno eccezione le regioni in cui sono collocate le principali aree metropolitane del Paese (Roma, Napoli, Torino), dove si annoverano ASL sub-provinciali che suddividono l'area metropolitana, e quelle che hanno di recente vissuto un radicale riordino dei confini aziendali ovvero Toscana, dove sono presenti ASL che coprono bacini d'utenza pluriprovinciali e Lombardia, dove si annoverano molteplici ASST con confini sub-provinciali.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riatri-

¹⁰ 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.

¹¹ La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2020.

¹² Valle D'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

¹³ 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.

buzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 42 (-57%)¹⁴, 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 2020, 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, a inizio settembre 2020 il Consiglio regionale ha varato una nuova riforma del SSR che prevede 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, che gestirà a livello centrale gli acquisti e la selezione del personale) 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:

- ▶ 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

¹⁴ 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**

Supporto amministrativo e operativo	Si	– Agenzia dei controlli (Lombardia) – Agenzia di promozione del SSL (Lombardia) – AREU (Lombardia) – Estar (Toscana) – CRAS (Umbria) – ARES 118 (Lazio) – AREUS (Sardegna)	– A.Li.Sa (Liguria) – Azienda Zero (Veneto) – ARCS (Friuli Venezia Giulia)
	No		– ATS (Lombardia)
		No	Si

Funzioni di governo

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

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);

- ▶ A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), l’Azienda Zero veneta e l’ARCS friulana svolgono contestualmente funzioni di governo e di supporto;
- ▶ oltre ai già citati enti intermedi lombardi, si contano altri quattro attori che svolgono attività di supporto nei SSR di riferimento. In particolare, l’Estar (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale) toscano, l’ARES 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.

La cronologia completa delle modifiche nel numero di strutture dal 2002 al 31/07/2020 è disponibile nell’Appendice I al termine del capitolo, insieme all’elenco delle forme inter-aziendali o sovra-aziendali di coordinamento e di quelle per la centralizzazione di determinate funzioni (per esempio, acquisti) frequentemente istituite dalle regioni.

2.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹⁵

Sebbene sia un attore composito, il soggetto strategico di un’azienda sanitaria pubblica si incentra sulla figura del Direttore Generale (DG), il cui ruolo è pro-

¹⁵ La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti *web* delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

fondamente mutato nel corso degli ultimi anni, a seguito delle trasformazioni dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende, caratterizzate da dimensioni 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 2002¹⁶. In particolare, il sotto-paragrafo è diviso in quattro parti: 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 media¹⁷ 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 2020. Il valore medio 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 massima parte dei casi rinnovabili) di durata teorica di molti incarichi regionali dei direttori generali. Permangono, inoltre, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,7 anni della Calabria ai 7,6 della PA di Bolzano. L'ultimo anno è stato caratterizzato da un numero contenuto di cambiamenti (43), decisamente inferiore rispetto ai 90 del 2019. A seguito del recente ciclo di nomine, si è registrata una riduzione delle durate medie in Emilia-Romagna, la regione che ha registrato il maggior numero di avvicendamenti insieme alla Calabria, dove permangono aziende commissariate e con direzione vacante nell'ultimo periodo. Anche nella Provincia autonoma di Trento si registra una riduzione

¹⁶ 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.

¹⁷ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni "n" considerati per una determinata azienda "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 (1996-2020)**

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

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

Fonte: Elaborazioni OASI, 2020

della durata media della carica, a seguito del cambio nella direzione generale avvenuto nel mese di luglio. Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, anche se, nel 2011, si era raggiunto un allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Il dato 2020 registra, invece, una differenza di circa 5 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,8 anni nelle AO e 3,4 anni nelle ASL. Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le regioni. Infatti, in Piemonte, Emilia-Romagna e Basilicata la stabilità dei DG di ASL e AO è sostanzialmente allineata.

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 DG¹⁸. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG fotografa l'insieme

¹⁸ 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 iscrit-

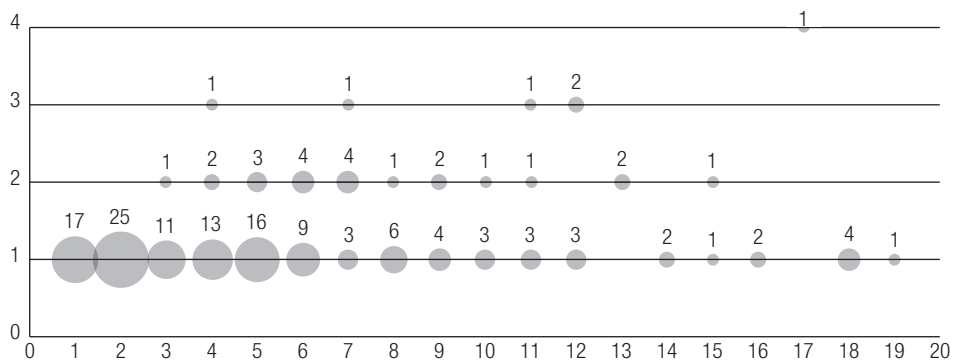
dei direttori generali attualmente in carica nelle aziende territoriali ed ospedaliere considerando due variabili:

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

La Figura 2.2 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, 151 persone ricoprono il ruolo di direttore generale nelle aziende territoriali e ospedaliere del SSN¹⁹. Il grafico mostra come, tra questi, siano ampiamente prevalenti i DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa l'81,5%, e che, fra coloro che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in più regioni, solo in sei (il 3,9%) hanno operato in tre o quattro regioni diverse, con prevalenza di spostamenti tra aree limitrofe. Tra i DG considerati, 17 e 25

Figura 2.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=151)**



Fonte: Elaborazioni OASI, 2020

ti 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).

¹⁹ Il computo fa esclusivamente riferimento ai DG di aziende territoriali e ospedaliere, per le quali è disponibile il dato longitudinale a partire dal 1996. L'asse orizzontale fa dunque riferimento al numero di anni in carica in aziende di queste tipologie e non considera eventuali anni di carica in IRCCS e Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN. Nel computo inoltre non sono inseriti i Direttori Generali facenti funzioni.

persone sono rispettivamente al primo e al secondo anno in carica (il 27,8% del totale), mentre in 28 (il 18,5% del totale) hanno maturato un'esperienza almeno decennale come direttore generale. L'incidenza dei DG con esperienza non superiore a 3 anni si è comunque ridotta nel tempo, passando da poco più del 55% nel 2003²⁰ al 35,7% nel 2020. Inoltre, 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 33,9%, in forte aumento rispetto al 2011²¹, 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). Per quanto riguarda l'età, il valore medio nazionale è pari a 58 anni e 11 mesi circa. I DG di aziende ospedaliere hanno in media un'età superiore di circa 2 anni rispetto a quelli delle ASL (rispettivamente i valori sono pari a 59 anni e 6 mesi e 57 anni e 5

Tabella 2.3 **Età media dei DG, per regione e tipo di azienda (2020)**

Regione	AO	ASL	IRCCS	Policlinici	Totale complessivo (*)
Abruzzo	–	58,8	–	–	58,8
Basilicata	53,0	55,5	–	–	54,7
Bolzano	–	55,0	–	–	55,0
Calabria	62,3	56,5	–	–	60,3
Campania	60,7	57,0	62,0	47,0	58,3
Emilia Romagna	59,2	57,9	52,0	–	57,9
Friuli Venezia Giulia	–	56,3	52,0	–	55,3
Lazio	57,7	57,9	61,0	62,0	58,7
Liguria	–	57,6	59,0	–	58,0
Lombardia	59,7	60,0	59,0	–	59,7
Marche	58,5	61,0	63,0	–	60,3
Molise	–	51,0	–	–	51,0
Piemonte	57,7	59,8	–	–	59,1
Puglia	60,5	55,7	62,0	–	57,9
Sardegna	47,0	67,0	–	65,0	59,7
Sicilia	62,2	56,4	55,0	49,0	58,0
Toscana	61,8	59,3	–	–	60,7
Trento	–	59,0	–	–	59,0
Umbria	47,5	61,0	–	–	54,3
Valle D'Aosta	–	63,0	–	–	63,0
Veneto	63,0	61,7	64,0	–	62,1
ITALIA	59,5	58,4	59,2	57,0	58,9

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

Fonte: Elaborazioni OASI, 2020

²⁰ Il dato si riferisce alle persone che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale nel periodo 1996-2003.

²¹ Il dato si riferisce alle persone che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale nel periodo 1996-2011.

mesi), mentre gli attuali DG degli IRCCS e dei Policlinici hanno un'età media rispettivamente di 59 e 3 mesi e 57 anni. A livello regionale Valle d'Aosta, Veneto e Toscana costituiscono le regioni con età media più elevata dei propri DG (rispettivamente pari a 63, 62 e 61 anni), mentre Molise (con valore minimo pari a 51 anni), Umbria e Basilicata sono le uniche regioni con età media inferiore ai 55 anni. Per quanto riguarda la distribuzione dei DG in termini di genere, invece, si registra una decisa maggioranza di direttori generali di sesso maschile (158) rispetto alle parigrado di sesso femminile, che risultano essere 33, pari al 17% del totale (Tabella 2.4). Le donne risultano in minoranza in tutti gli SSR, con l'eccezione di Marche e Calabria, dove raggiungono il 50% dei direttori in carica. Tra le regioni con il maggior numero di aziende, non si registra alcun DG di sesso femminile in Puglia e Veneto, mentre in Lombardia, dove le aziende pubbliche di erogazione sono in totale 39, le donne che rivestono il ruolo apicale dell'organizzazione sono sei, pari al 15% del totale. Leggermente superiori sono le percentuali di quote rosa in Lazio (35% del totale) ed Emilia-Romagna (38%), dove il numero di DG (o Commissari) donne è cresciuto a seguito della recente tornata di nomine.

Infine, la quarta dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003) e riportati in Tabella 2.5: l'indice di instabilità del

Tabella 2.4 **Genere dei DG, per regione (2020)**

Regione	Donna	Uomo	% Donna	% Uomo
Abruzzo		4	0%	100%
Basilicata		4	0%	100%
Bolzano		1	0%	100%
Calabria	3	3	50%	50%
Campania	3	14	18%	82%
Emilia Romagna	5	8	38%	62%
Friuli Venezia Giulia	1	4	20%	80%
Lazio	6	11	35%	65%
Liguria	2	5	29%	71%
Lombardia	6	33	15%	85%
Marche	2	2	50%	50%
Molise		1	0%	100%
Piemonte	2	16	11%	89%
Puglia		10	0%	100%
Sardegna		3	0%	100%
Sicilia	1	16	6%	94%
Toscana	2	5	29%	71%
Trento		1	0%	100%
Umbria		4	0%	100%
Valle D'Aosta		1	0%	100%
Veneto		12	0%	100%
ITALIA	33	158	17%	83%

Fonte: Elaborazioni OASI, 2020

Tabella 2.5 **Indici di stabilità e apertura, per regione (1996-2020)**

Regione	Indice di instabilità	Indice apertura
Abruzzo	0,27	0,91
Basilicata	0,31	0,84
Calabria	0,59	0,70
Campania	0,31	0,81
Emilia Romagna	0,22	0,65
Friuli Venezia Giulia	0,29	0,61
Lazio	0,35	0,77
Liguria	0,23	0,83
Lombardia	0,23	0,56
Marche	0,27	0,84
Molise	0,28	0,71
PA Bolzano	0,08	1,00
PA Trento	0,22	1,00
Piemonte	0,29	0,67
Puglia	0,29	0,68
Sardegna	0,36	0,75
Sicilia	0,31	0,70
Toscana	0,23	0,68
Umbria	0,33	0,61
Valle D'Aosta	0,30	1,00
Veneto	0,19	0,49
ITALIA	0,29	0,69

Fonte: Elaborazioni OASI, 2020

sistema regionale²² (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale²³ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per

²² 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.

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

la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono-azienda (Valle D'Aosta e PA di Trento²⁴), 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* infraziendali. 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 0,29 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 0,59). Altre regioni che presentano valori elevati, seppur largamente inferiori alla Calabria, sono la Sardegna (0,36), il Lazio (0,35) e l'Umbria (0,33). Il livello di apertura medio è molto elevato, pari a 0,69 – 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”²⁵, l'Abruzzo fa registrare l'indice di apertura più alto (0,91): delle 32 nomine di DG registrate nel periodo 1996-2020, 29 sono state affidate a soggetti esterni, mentre solo in tre occasioni si è fatto ricorso a persone che già avessero ricoperto il ruolo in regione. Altre regioni che presentano dati elevati sono le Marche (0,84), la Basilicata (0,84) e la Liguria (0,83). Al contrario, il Veneto presenta i valori significativamente più bassi (0,49): 46 nomine di DG su 94 sono state affidate 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

²⁴ La Regione Valle D'Aosta registra un tasso di instabilità pari a 0,30, mentre la Provincia Autonoma di Trento pari a 0,22.

²⁵ 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).

tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture di erogazione di servizi sanitari²⁶.

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 31/12/2018 (Tabella 2.6), registrano 484 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 564 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (410 in totale). Questi sono stati nel tempo accorpati in “Presidi Ospedalieri Unici” come frutto delle operazioni di “ingegneria istituzionale” che hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema (si veda il § 2.2.1).

Dal confronto con i dati degli anni precedenti, risulta chiaro che l’assetto dell’offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l’ultimo ventennio di politiche sanitarie: la razionalizzazione è stata introdotta già dai processi di riforma degli anni Novanta e Duemila e questa impostazione è stata ribadita dal Patto per la Salute 2014-2016²⁷ e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie²⁸.

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 637 e 661 PL nel 2018. IRCCS, presidi a gestione diretta delle aziende territoriali e ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 227, 219 e 211 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 85 PL accreditati per la degenza ordinaria.

²⁶ 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.

²⁷ 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).

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

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

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped.	AO integrate con l'Università	AO integrate con l'Univ.) (2)	AO (Aziende Osped. + AO integrate con l'Univ.) (2)	AO integrate con l'Università	IRCCS pubblici (3)	Tot. Strutture di ricovero pubbliche (4)	IRCCS privati (5)	Policlinici Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Cure private accreditate	Totale strutture di ricovero private accreditate (8)	Totale strutture di ricovero pubbliche e private accreditate
Abruzzo	17	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	10	10	27
Basilicata	7	1	1	1	1	1	9	0	0	0	0	0	0	1	1	10
Calabria	17	4	4	1	22	1	22	0	0	0	0	0	27	27	49	49
Campania	32	6	1	7	2	1	42	1	1	4	4	1	62	67	109	109
Emilia Rom. (*)	15	4	4	4	2	2	21	1	1	1	1	1	44	46	67	67
Friuli VG	8	0	0	0	10	2	10	0	0	0	0	0	5	5	15	15
Lazio	32	2	2	4	1	2	39	4	4	2	8	2	59	75	114	114
Liguria	6	0	0	0	8	2	8	1	1	2	2	0	7	10	18	18
Lombardia	83	0	0	0	5	5	88	21	21	5	5	0	65	91	179	179
Marche	5	1	1	2	8	1	8	0	0	0	0	0	8	8	16	16
Molise	3	0	0	0	3	1	3	1	1	0	0	1	3	3	8	8
PA Bolzano	7	0	0	0	7	0	7	0	0	0	0	0	6	6	13	13
PA Trento	7	0	0	0	7	0	7	0	0	1	1	0	5	6	13	13
Piemonte	21	3	3	6	27	3	27	3	3	0	2	6	37	46	73	73
Puglia	24	1	1	1	28	3	28	3	3	2	2	0	26	31	59	59
Sardegna	22	1	1	1	25	2	25	0	0	0	0	0	8	8	33	33
Sicilia	53	5	5	3	63	2	63	2	2	1	1	1	59	63	126	126
Toscana	31	4	4	4	35	2	35	2	2	0	0	2	21	26	61	61
Umbria	8	2	2	2	10	0	10	0	0	0	0	0	6	6	16	16
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Veneto	11	1	1	2	14	2	14	2	2	5	5	2	17	26	40	40
Italia 2018	410	26	17	43	9	22	484	41	41	2	28	14	2	477	564	1048
Italia 2015	439	28	18	46	9	22	516	41	41	2	27	18	2	500	590	1106
Italia 2010	523	35	18	53	8	23	607	37	37	2	28	20	3	524	614	1221
Italia 2005	528	/	/	95	9	22	654	32	32	2	40	11	3	536	624	1278
Italia 2000	639	/	/	98	9	22	768	29	29	2	44	13	/	525	613	1381

- (1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati nel database dei 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'Indirizzoario 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.
- (*) In Emilia Romagna, l'Indirizzoario del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'Indirizzoario. Inoltre, a partire da luglio 2017, la titolarità di tale IRCCS è stata trasferita alla nuova Azienda Usl.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute 2018.

Tabella 2.7 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2018)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2014	2016	2017	2018	Variazione 2000-2018	Variazione 2017-2018
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	196	207	210	216	219	19,1%	1,5%
AO e AO integrate con Università	774	660	707	670	661	671	661	-14,6%	-1,4%
AOU integrate con SSN	832	620	669	644	670	646	637	-23,4%	-1,4%
IRCCS pubblici e privati	247	224	231	231	237	225	227	-8,1%	1,1%
Ospedali classificati	223	211	202	214	215	216	211	-5,3%	-2,4%
Case di cura accreditate (1)	89	85	82	83	82	84	85	-5,1%	0,5%

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

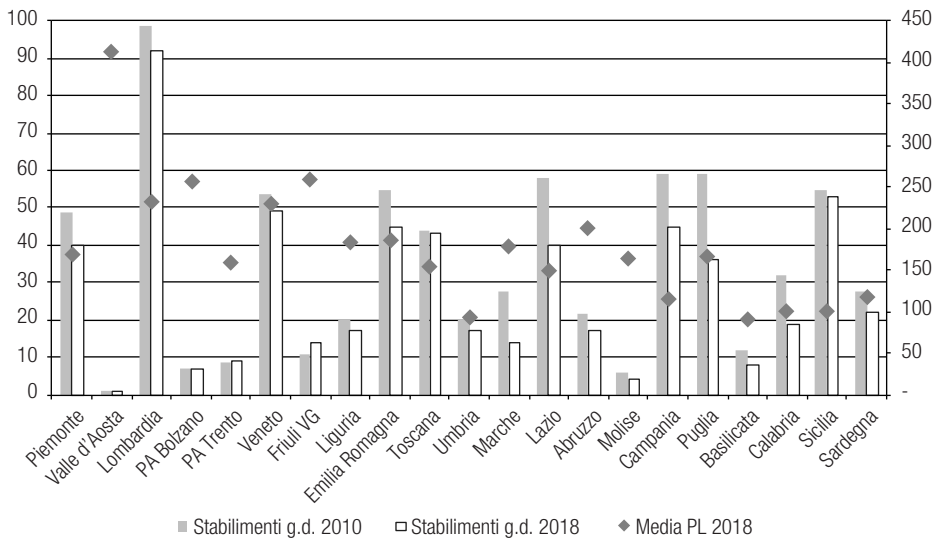
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute - Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

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 (+19,1%) è conseguenza diretta sia delle dinamiche di accorpamento dei presidi conseguenti ai vari processi di riordino regionale, sia del passaggio dei presidi delle ASST lombarde all'interno del conteggio dei presidi a gestione diretta, in coerenza con quanto analizzato nel § 2.2. Il calo nei PL in regime ordinario, invece, si è verificato, in particolare, nelle AOU integrate con il SSN (-23,4% tra il 2000 e il 2018), nelle AO (-14,6%) e nelle case di cura accreditate (-5,1%). Negli ultimi due anni riportati in tabella (2017, 2018) si osserva che, per i presidi a gestione diretta e per gli IRCCS, le dimensioni medie sono cresciute marginalmente. Per AO e AO integrate con l'università, da un lato, e AOU integrate con il SSN, dall'altro, si osserva un trend analogo: per entrambe il dimensionamento medio si è ridotto del 1,4%, pari rispettivamente ad una riduzione di 10 e 9 PL.

I presidi a gestione diretta ASL nella maggior parte delle realtà regionali raggruppano più stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati. La Figura 2.3 confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde²⁹) nel 2010 e nel 2018. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni, gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 136 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 ter-

²⁹ 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.

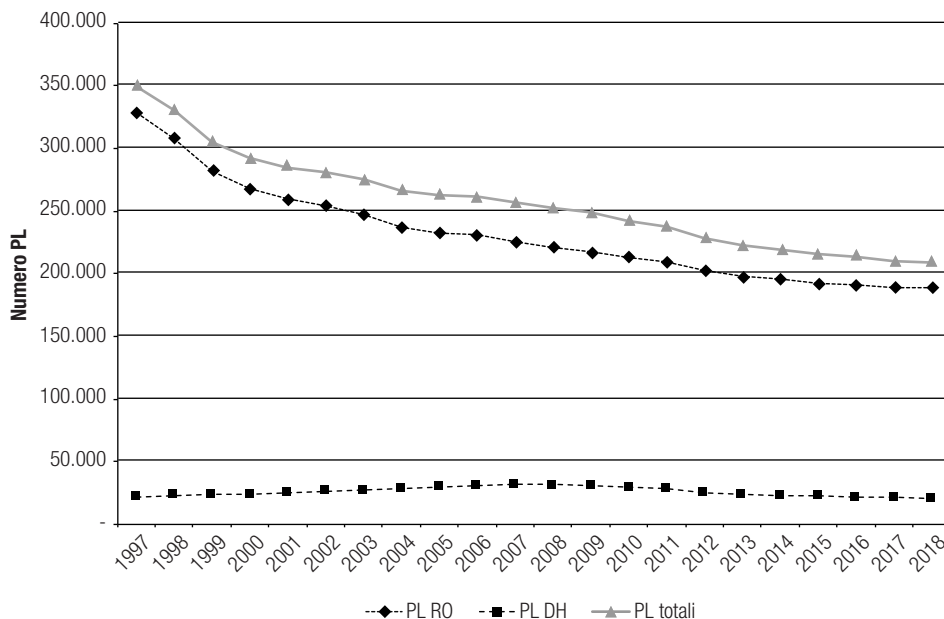
Figura 2.3 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2018) e dimensione media (asse dx; 2018)**



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

ritorio nazionale e spesso fortemente influenzato dalle tempistiche con cui i vari SSR hanno provveduto alla revisione degli assetti istituzionali. Rispetto al 2017, il numero degli stabilimenti è rimasto invariato a livello nazionale. I dati dimensionali, aggiornati al 2018, evidenziano un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 126 e 146 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (212). Per quanto riguarda, infine, i singoli contesti regionali, tutti mostrano una riduzione dei PL totali presso presidi a gestione diretta. L'unica significativa eccezione è quella del 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 2018 il SSN italiano disponeva di 209.337 PL, di cui 188.451 (90,0%) per degenza ordinaria e 20.886 (10,0%) 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 40,2%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-42,6%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno sono rimasti sostanzialmente stabili (-1.180 unità, pari al 5,3%). La diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, mentre i posti letto in DH fino al 2008 sono andati aumentando (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale, 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

Figura 2.4 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2018)**

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

anche in tempi recenti (-18,2% tra 2012 e 2018). Nell'ultimo triennio analizzato (2015-2018) la tendenza evidenziata è proseguita anche per i PL ordinari, seppure con un tasso inferiore (-2,2%).

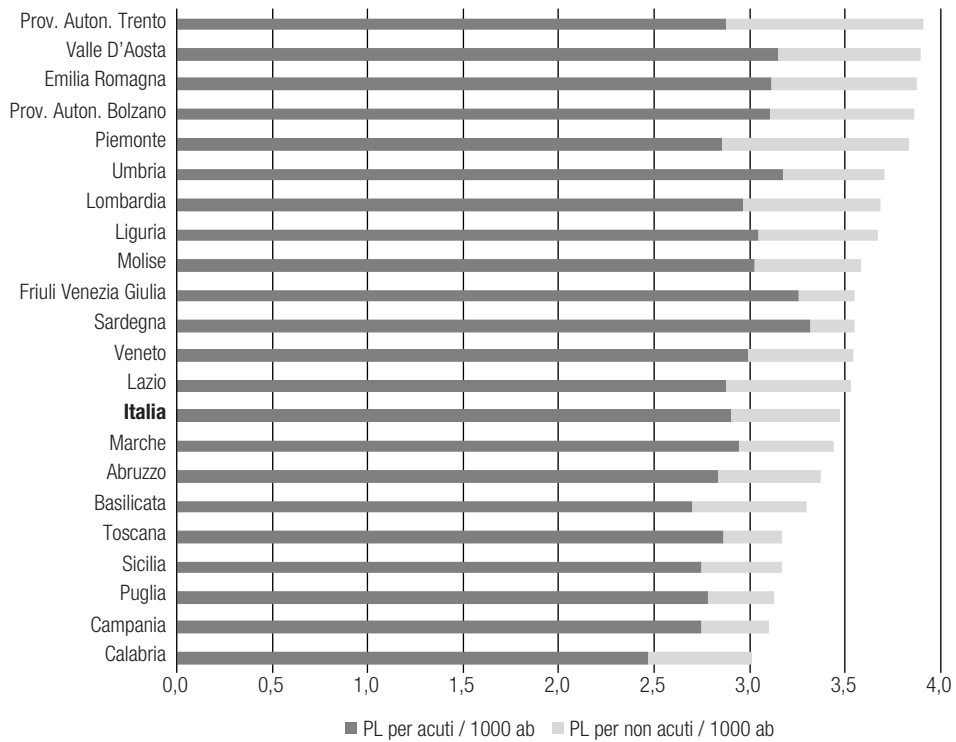
Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale, in particolare con il D.L. 95 del 06/07/2012, che ha previsto una dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti³⁰. Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard degli ospedali (DM 70/2015) hanno confermato i precedenti indirizzi sulla dotazione strutturale.

Rispetto alle indicazioni del D.L. 95/2012, nel 2018 la dotazione media nazionale di PL SSN³¹ – 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

³⁰ 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.

³¹ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Figura 2.5 **Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2018)**



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

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 passato³². Particolarmente significativo il caso del Molise, tradizionalmente tra i SSR con la più alta dotazione di PL, che negli ultimi due anni ha ridotto significativamente il numero di PL (-13,8%) e rispetta oggi la dotazione-obiettivo prevista dalla normativa. 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 Sardegna (3,32 PL/1.000 ab.) e Friuli-Venezia Giulia (3,26 PL/1.000 ab.), per i non acuti nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte (rispettivamente 1,04 e 0,98 PL/1.000 ab.).

Come riportato in precedenza, la riduzione dei PL è stata fortemente sospinta dagli interventi normativi ed è stata conseguita anche tramite la soppressione

³² 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.

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. Complessivamente, tra 2012 e 2018 il numero di reparti ospedalieri si è ridotto di 812 unità, pari al 5,7% e, nei primi anni che hanno seguito l'emanazione del DM 70/15, non si registra una accelerazione di questo trend³³. Questo valore rappresenta una percentuale inferiore rispetto alla riduzione di PL registrata nello stesso intervallo di tempo, pari all'8,3%: la contrazione nel numero di PL SSN evidenziata in precedenza è quindi frutto sia della soppressione di alcune UOC, ma anche della riduzione del numero medio di PL dei reparti che sono rimasti attivi, passato da 16,15 a 15,70.

Osservando questi stessi dati a livello regionale, emerge come in quasi tutte le regioni tra 2012 e 2018 si è ridotto il numero di reparti ospedalieri, con le eccezioni di: Valle d'Aosta, Province Autonome di Trento Bolzano, Umbria e Lazio. In termini percentuali, le regioni che hanno ridotto maggiormente il numero di reparti sono state Basilicata (-19,9%), Marche (-18,8%) e Calabria (-18,5%). La percentuale di contrazione del numero di reparti è fortemente correlata con la percentuale di riduzione dei PL nello stesso periodo: tra 2012 e 2018 le regioni che hanno ridotto maggiormente la loro dotazione di PL SSN sono state ancora Calabria (-15,4%) e Emilia Romagna (-14,3%), insieme al Friuli Venezia Giulia (-14,2%), che pure ha ridotto il numero di reparti soltanto del 2,9%.

L'analisi dei PL per disciplina permette inoltre di mettere in evidenza ulteriori elementi di interesse relativi a: i) le discipline ospedaliere con il maggior numero di PL; ii) le discipline con la maggiore riduzione di PL nel periodo considerato; iii) il numero di PL medio per reparto.

La Tabella 2.8 riporta il numero di PL 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 31.387 PL (14,9% del totale SSN), seguita da recupero e riabilitazione (22.883 PL, 10,8%) e chirurgia generale (21.758 PL, 10,3%). Le prime 15 discipline assommano in totale il 78,8% dei PL del SSN. La diffusione della pandemia Covid-19 potrà modificare sensibilmente la dotazione strutturale del SSN. In particolare, il governo durante la fase di emergenza ha previsto un incremento della dotazione di

³³ La riduzione nel numero di reparti è stata pari a 3,5 punti percentuali tra 2012 e 2015 e a 2,3 punti tra 2015 e 2018.

Tabella 2.8 Numero di PL per disciplina (2018)

Disciplina	PL	% PL SSN
Medicina generale	31.387	14,9%
Recupero e riabilitazione	22.883	10,8%
Chirurgia generale	21.758	10,3%
Ortopedia e traumatologia	17.951	8,5%
Ostetricia e ginecologia	13.908	6,6%
Cardiologia	8.561	4,1%
Lungodegenti	8.391	4,0%
Neurologia	6.230	3,0%
Urologia	6.211	2,9%
Psichiatria	5.559	2,6%
Pediatria	5.380	2,6%
Terapia intensiva	5.293	2,5%
Oncologia	4.958	2,4%
Geriatrics	4.086	1,9%
Otorinolaringoiatria	3.573	1,7%
Altre discipline	44.778	21,2%

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

almeno 3.500 posti letto in terapia intensiva e 4.225 posti letto in area semi-intensiva³⁴.

Le discipline che in termini assoluti hanno ridotto maggiormente la loro dotazione strutturale tra 2012 e 2018 sono state quelle che disponevano e tuttora dispongono del maggior numero di PL: medicina generale (-3.854 PL), chirurgia generale (-3.554 PL) e ostetricia e ginecologia (-2.342 PL) hanno contribuito quasi per il 50% alla riduzione complessiva di PL. In termini percentuali, però, la contrazione di PL di queste discipline si posiziona tra i 10 e i 15 punti e risulta inferiore rispetto ad altre discipline: si considerino a tal proposito gli esempi di oculistica (-31,1% nel periodo analizzato) e dermatologia (-51,0%). Per quanto riguarda invece i PL diurni, che si sono ridotti all'interno delle specifiche discipline, si osserva tra 2012 e 2018 un aumento del numero di PL genericamente dedicati al *Day Surgery* (63,3%) e *Day Hospital* (+32,7%) senza specifica destinazione disciplinare. Inoltre, è possibile analizzare il trend nella dotazione strutturale delle discipline che sono state maggiormente interessate dalla diffusione della pandemia Covid-19. In particolare, tra il 2012 e il 2018, la dotazione di PL in terapia intensiva è incrementata del 6,6%. Al contrario, il numero di PL in malattie infettive e pneumologia, diminuito rispettivamente del 14,1% e 11,7%, ha registrato tassi superiori rispetto alla media nazionale (-8,5%).

³⁴ Lo stanziamento è stato previsto dal decreto legge n.34, 19 maggio 2020, recante 'Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Rispetto al dimensionamento medio dei reparti ospedalieri, le discipline con il maggior numero assoluto di PL (medicina generale e recupero e riabilitazione) sono anche quelle con il maggior numero di PL per reparto ospedaliero (rispettivamente 29,2 e 31,4 PL). Le altre tre principali discipline a bassa specialità, chirurgia generale, ortopedia e ostetricia, si posizionano tutte nell'intorno dei 20 PL per reparto, mentre il dimensionamento medio dei reparti tende fisiologicamente a diminuire al crescere della specialità degli stessi. Al netto del posizionamento nazionale complessivo, si registrano anche significative differenze regionali, che dipendono non solo dalla complessità assistenziale della disciplina e dall'aver riorganizzato o meno la propria rete ospedaliera, ma anche da altre variabili quali la rilevanza del privato accreditato, la presenza di IRCCS e il dimensionamento stesso della regione. Nel caso della medicina generale, ad esempio, limitandosi ai principali SSR in termini di assistiti, mentre alcuni si trovano in linea con il dato nazionale (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Lazio), in Veneto si superano i 40 PL medi per reparto (43,8) e, al Sud Italia, Campania (21,1) e Sicilia (18,5) hanno un dato significativamente inferiore alla media nazionale. Ad ogni modo il posizionamento regionale cambia sensibilmente a seconda della disciplina considerata: considerando lo stesso paniere di SSR, nel caso del recupero e della riabilitazione la variabilità interregionale è ancora maggiore e le regioni con più PL per reparto sono posizionate al Centro-Sud (Lazio – 49,9 PL; Campania – 45,5 PL), mentre i valori minimi, oltre che in Sicilia (19,9), sono quelli registrati in Toscana (17,2) ed Emilia Romagna (21,3).

2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

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

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

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche quali l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori);
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;

- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

La Tabella 2.9 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane con l'aggiornamento relativo all'anno 2017. Rispetto al 2013, si registra una riduzione pari a 3,8 punti percentuali nel numero di ambulatori e laboratori e la conferma del trend positivo nel numero di strutture residenziali (+ 538 strutture, +7,9%) e semiresidenziali (+ 200 strutture, +6,9%). A livello regionale, tra 2013 e 2017 l'aumento nel numero di strutture residenziali è stato trainato soprattutto da Piemonte (+234 strutture nel periodo), Puglia (+94) e Lombardia (+66), mentre, per quanto riguarda le strutture semiresidenziali, il delta positivo massimo si registra in Puglia (+58 strutture tra 2013 e 2017).

Tabella 2.9 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2017)**

Regione	Ambulatori e laboratori	Strutture semiresidenz.	Strutture residenziali	Altre strutture territoriali (*)	Totale strutture territoriali
Piemonte	397	231	1.256	361	2.245
Valle d'Aosta	8	2	13	25	48
Lombardia	663	717	1.466	708	3.554
PA Bolzano	51	9	95	79	234
PA Trento	50	39	95	40	224
Veneto	442	516	833	528	2.319
Friuli VG	108	88	187	98	481
Liguria	335	66	296	121	818
Emilia Romagna	447	546	853	605	2.451
Toscana	551	252	502	466	1.771
Umbria	159	94	180	127	560
Marche	185	66	254	142	647
Lazio	789	77	288	435	1.589
Abruzzo	141	15	87	132	375
Molise	54	14	17	18	103
Campania	1.439	88	138	474	2.139
Puglia	685	151	386	320	1.542
Basilicata	124	8	48	50	230
Calabria	393	21	133	161	708
Sicilia	1.499	66	168	521	2.254
Sardegna	347	20	77	175	619
ITALIA 2017	8.867	3.086	7.372	5.586	24.911
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, in generale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2017

2.3.3 Il personale del SSN

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di un'esaustiva 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 (si veda il capitolo 3 del presente Rapporto).

La Tabella 2.10 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN³⁵ tra 2001 e 2018, distinguendo per i diversi ruoli professionali. I dipendenti totali sono diminuiti da 688.378 unità nel 2001 a 648.507 nel 2018 (-5,8%). Rispetto ai dati 2017, vi è stato un leggero incremento nel numero di medici (+769 unità) e di personale di ruolo sanitario (+2.990 unità).

La numerosità del personale SSN è stata influenzata soprattutto da interventi del livello centrale: la Finanziaria 2010, infatti, ha previsto un tetto alla

Tabella 2.10 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2018)**

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
2001-10	4,2%	2,6%	-5,4%	0,1%
2010-18	-4,8%	-3,5%	-10,1%	-5,9%
2001-18	-0,8%	-1,0%	-14,9%	-5,8%

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

³⁵ 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.

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 2001-2018 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 personale³⁶ dall'altro (-5,4%). A partire dal 2010, invece, si evidenzia un marcato trend di contrazione, pari a 5,9 punti percentuali a livello complessivo e comune a tutti i ruoli: medici (-4,8%), ruolo sanitario (-3,5%) e altro personale (-10,1%).

La diffusione della pandemia di Codiv-19 potrebbe invertire il trend di diminuzione del personale. Infatti, il governo ha previsto lo stanziamento di 660 milioni di euro per l'anno 2020 che dovrebbero garantire un incremento di circa 20.000 unità di personale nel settore sanitario³⁷.

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 2017 registrano 43.731 MMG e 7.590 PLS (Tabella 2.11). Sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti negli ultimi anni con una riduzione di 539 unità di MMG tra 2016 e 2017 (-1,2%) e di 66 unità di PLS (-0,9%). In media un MMG segue 1.194 assistiti (+2,9% rispetto al dato 2013), mentre un PLS ha in media 883 assistiti, dato sostanzialmente invariato rispetto al 2013 nonostante il numero di bambini per pediatria si sia ridotto di 3,3 punti percentuali. Il numero massimo di scelte per professionista, sia per i MMG (1.579) sia per i PLS (1.039), si registra nella PA di Bolzano. In generale, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale, per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti (eccetto la Liguria) sia quella ai pazienti pediatrici (eccetto 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

³⁶ Rientra in questa categoria il personale di ruolo amministrativo, tecnico e professionale.

³⁷ Lo stanziamento è stato previsto dal decreto legge 9 marzo 2020, n. 14, recante 'Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza Covid-19'.

Tabella 2.11 **Numero MMG e PLS, numero medio di scelte e diffusione dell'indennità associativa, per regione (2017)**

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	3.038	1.251	79,4	421	1.026	55,3
Valle d'Aosta	86	1.267	73,3	16	873	50,0
Lombardia	6.245	1.381	68,9	1.188	975	62,1
PA Bolzano	279	1.579	44,4	63	1.039	52,4
PA Trento	361	1.273	85,3	75	901	77,3
Veneto	3.198	1.331	84,9	558	1.006	74,9
Friuli VG	873	1.231	51,9	120	992	37,5
Liguria	1.151	1.181	74,4	165	903	75,2
Emilia Romagna	2.995	1.284	82,9	626	817	64,7
Toscana	2.718	1.185	86,6	452	880	69,7
Umbria	719	1.075	76,6	113	830	56,6
Marche	1.125	1.187	78,1	179	920	53,1
Lazio	4.600	1.109	78,3	784	827	68,8
Abruzzo	1.105	1.045	68,5	175	821	73,7
Molise	264	1.054	51,5	37	806	56,8
Campania	4.297	1.161	56,1	765	908	55,8
Puglia	3.286	1.081	72,9	568	795	73,2
Basilicata	486	1.032	69,3	61	841	54,1
Calabria	1.604	1.012	34,3	268	809	69,4
Sicilia	4.089	1.055	60,5	754	770	69,9
Sardegna	1.212	1.160	56,4	202	766	46,0
ITALIA 2017	43.731	1.194	70,5	7.590	883	64,7
ITALIA 2016	44.270	1.189	70,1	7.656	889	63,2
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: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico 2017

negli accordi collettivi nazionali e in quelli integrativi regionali. Oltre a sottolineare che le regioni con i più alti tassi sono rispettivamente la Toscana per i MMG (86,6%) e la PA di Trento per i pediatri (77,3%), è rilevante evidenziare come tra 2013 e 2017 la quota di medici organizzati in forma associativa è rimasta sostanzialmente inalterata, ed è anzi decresciuta nel caso dei PLS (-1,2 punti percentuali). Questo fenomeno può essere ricollegato sia alla crescente anzianità professionale della categoria (il 73,5% 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 nazionale³⁸ nel periodo 2001-2018 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 2.12):

- si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (-4.245.502) pari a -32,8% in 17 anni, con un andamento molto differente tra le prime sette rilevazioni (-6,5% nel periodo 2001-2008) e gli ultimi dieci anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 28,2% in concomitanza con la spinta verso il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello ambulatoriale. Nel 2018 i ricoveri sono diminuiti del 2% rispetto al 2017;

Tabella 2.12 **Dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale (2001-2018)**

Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO (Acuti)	Degenza media (2)
12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
9.842.485	64.312.696	14,5%	6,75
9.526.832	63.129.031	13,7%	6,80
9.305.606	62.511.151	13,0%	6,85
9.061.064	61.236.601	12,4%	6,86
8.872.090	59.955.328	10,7%	6,93
8.691.638	59.533.633	10,5%	7,00
-6,5%	-9,0%	/	/
-28,2%	-21,0%	/	/
-32,8%	-28,1%	/	/

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 2018

³⁸ Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2018, essi sono 66.032, pari a circa l'1% del totale annuale.

- ▶ nel periodo 2001-2018 le giornate di ricovero sono diminuite del 28,1%³⁹; tra il 2017 e il 2018 si osserva una riduzione dello 0,70%;
- ▶ 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 2018 si registra, invece, un'inversione di tendenza (-8,5 punti percentuali). Nel 2018 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in *day hospital* più modesto dal 2001, pari al 10,5%. Parte della riduzione degli accessi in DH può essere imputata alla trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri DH, considerati inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno⁴⁰;
- ▶ la degenza media per acuti in regime ordinario è tendenzialmente stabile nel periodo monitorato, anche se il valore rilevato nel 2018 è il più elevato degli ultimi 17 anni ed è pari a 7,00 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 26,1 e 24,2 giornate, con una marcata riduzione registrata negli ultimi 17 anni per la lungodegenza (-8 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 (334.592 nel 2018).

Gli 8,36 milioni di ricoveri ospedalieri SSN del 2018 si compongono, per il 94,8%, di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile da anni.

Anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione rimane stabile (4,1%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (91,7% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è molto elevata: è questo il caso di Campania (22,5%), Sardegna (20,3%) e Lazio (16,8%).

I ricoveri SSN per lungodegenza nel 2018 sono diminuiti rispetto al 2017 (-1.859), continuando a rappresentare una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%), con alcune relative eccezioni regionali (Emilia-Romagna, 4,3%; Provincia Autonoma di Trento, 4,0%; Provincia Autonoma di Bolzano, 2,9%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 22,3%, in diminuzione di 0,2 punti percentuali rispetto al 2017 (Figura 2.6). Alcune regioni si discostano sensibilmente dal dato medio nazionale, evidenziando una percentuale inferiore (su tutte, la Puglia, 8,3%, ma anche Lombardia, 17,5%; Emilia-Romagna 17,9%; Veneto

³⁹ 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 (-23,6% nel periodo 2006-2018).

⁴⁰ Ad esempio, si pensi alla terapie oncologiche post operatorie, svolte ormai prevalentemente in setting ambulatoriali.

Tabella 2.13 **Ricoveri SSN per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2018)**

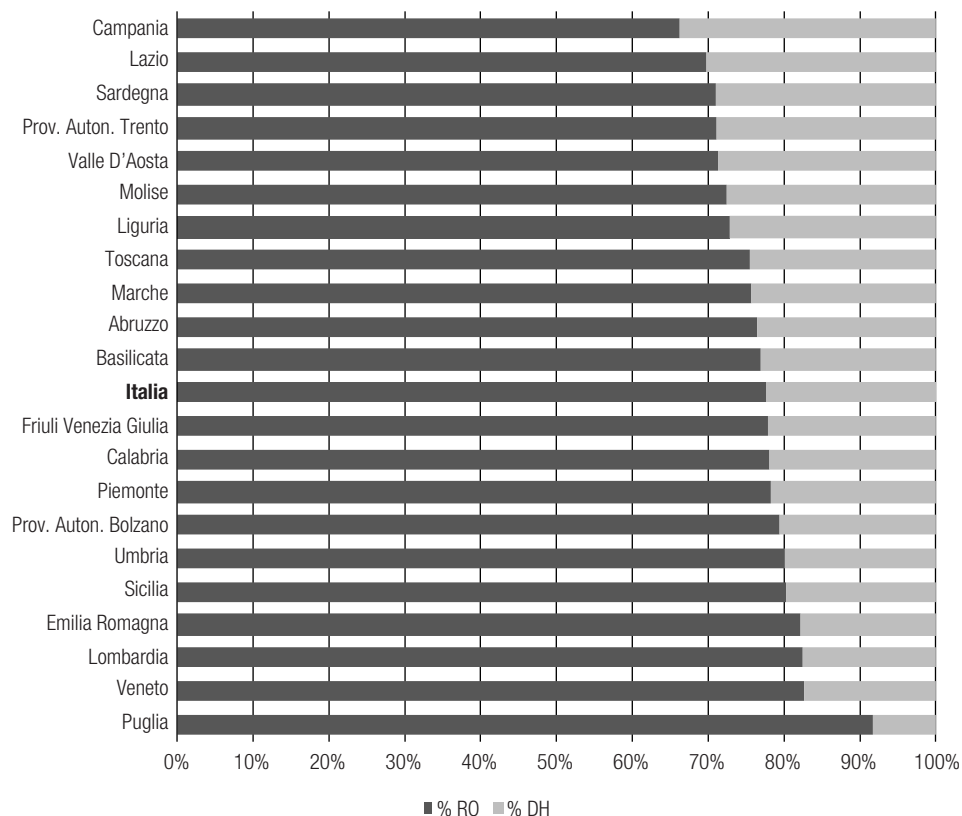
Regione	Ricoveri per acuti			Ricoveri per riabilitazione			Ricoveri per lungodegenza		Totale ricoveri
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	429.612	119.375	91,8%	38.063	1.986	6,7%	8.921	1,5%	597.957
Valle d'Aosta	13.854	5.589	94,5%	973	0	4,7%	157	0,8%	20.573
Lombardia	1.077.160	228.578	92,8%	94.050	1.734	6,8%	5.335	0,4%	1.406.857
PA Bolzano	63.156	16.361	92,9%	3.468	173	4,3%	2.445	2,9%	85.603
PA Trento	48.593	19.740	87,8%	5.664	733	8,2%	3.076	4,0%	77.806
Veneto	501.408	105.147	94,1%	27.030	3.609	4,8%	7.550	1,2%	644.744
Friuli VG	134.484	38.289	97,4%	2.520	68	1,5%	2.070	1,2%	177.431
Liguria	170.355	63.622	93,8%	10.180	689	4,4%	4.656	1,9%	249.502
Emilia Romagna	561.112	121.975	92,8%	18.925	2.769	2,9%	31.315	4,3%	736.096
Toscana	396.910	128.612	97,6%	10.034	619	2,0%	2.271	0,4%	538.446
Umbria	101.538	25.329	95,2%	4.061	433	3,4%	1.924	1,4%	133.285
Marche	160.627	51.655	96,0%	4.747	178	2,2%	3.884	1,8%	221.091
Lazio	582.818	252.798	95,2%	29.226	5.909	4,0%	6.564	0,7%	877.315
Abruzzo	134.510	41.350	95,0%	6.744	15	3,7%	2.505	1,4%	185.124
Molise	32.689	12.448	96,8%	1.351	63	3,0%	73	0,2%	46.624
Campania	523.401	266.549	97,4%	13.076	3.794	2,1%	4.311	0,5%	811.131
Puglia	420.713	38.105	96,5%	13.745	739	3,0%	1.955	0,4%	475.257
Basilicata	52.216	15.646	96,1%	2.194	142	3,3%	417	0,6%	70.615
Calabria	150.620	42.345	95,3%	6.904	908	3,9%	1.710	0,8%	202.487
Sicilia	429.271	105.398	95,6%	17.035	3.215	3,6%	4.250	0,8%	559.169
Sardegna	166.675	68.163	97,9%	2.433	620	1,3%	1.870	0,8%	239.761
ITALIA	6.151.722	1.767.074	94,8%	312.423	28.396	4,1%	97.259	1,2%	8.356.874

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

17,3%) o, viceversa, superiore (Campania e Lazio, con quote rispettivamente pari al 33,7% e al 30,3%).

La Figura 2.7 illustra la distribuzione dei dimessi da ricoveri in regime ordinario per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale. Nel 2018, la maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (76,2%), in linea con l'anno precedente (76,3%). Del totale dei ricoveri ordinari per acuti, oltre il 60% è riconducibile agli ospedali a gestione diretta (52,2%) e ai Policlinici universitari pubblici e AOU (11,9%)⁴¹. Rispetto al 2017, le quote

⁴¹ A partire dal 2015 si rileva una diminuzione del peso delle AO di circa 10 punti percentuali (20,1% nel 2015), accompagnata da un aumento del peso dei presidi a gestione diretta di simile entità (+10,9 punti percentuali). Si segnala come questa diminuzione sia influenzata dall'aggiornamento 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 2.6 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per regione (2018)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

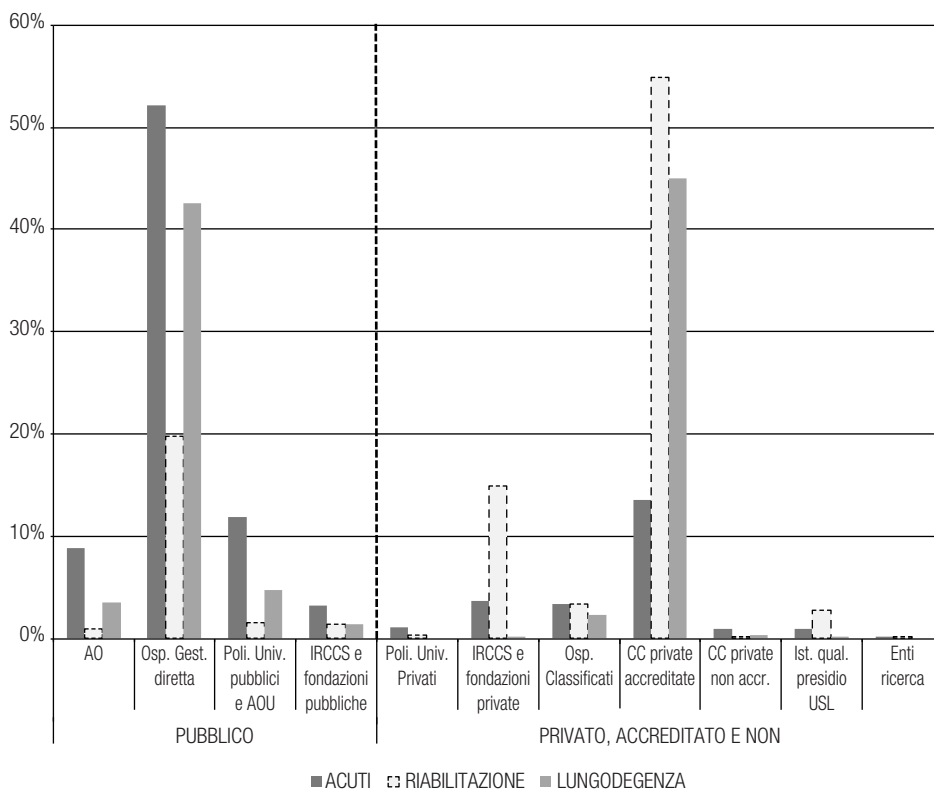
di ricoveri per acuti erogati dalle diverse tipologie di strutture pubbliche rimangono pressoché invariate.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per la riabilitazione, questi sono prevalentemente erogati dai privati accreditati (76,3%, in lieve aumento rispetto al 75,6% del 2017).

Infine, la lungodegenza è erogata quasi in egual misura da strutture pubbliche (52,1%) e private (47,9%), dati sostanzialmente in linea con le percentuali registrate nel 2017 (rispettivamente, 52,4% e 47,6%).

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 2018), a fronte di una importante riduzione del peso pubblico per la riabilitazione (da 48,0% a 40,4% tra il 2014 e 2018). Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si rimanda al capitolo 4 del presente Rapporto.

Figura 2.7 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2018)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

La Tabella 2.14 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero. Le 58,5 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2018 si compongono per l'81,3% di giornate per acuti, per il 14,7% di giornate di riabilitazione e per il restante 4% di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2017 (58,9 mln di giornate di ricovero), il numero di giornate si riduce complessivamente di 0,63 punti percentuali: si registra una diminuzione delle giornate per tutti e tre i regimi, acuti (-0,9%), riabilitazione (-1%) e lungodegenza (-1,2%). 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 70,9% e al 66,9%, a fronte di un maggiore peso per riabilitazione e lungodegenza, quest'ultima soprattutto nel caso trentino (13,8% contro il 4% 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%.

Tabella 2.14 **Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2018)**

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	3.009.099	260.930	70,9%	1.005.412	26.263	22,4%	310.853	6,7%	4.612.557
Val d'Aosta	105.536	16.219	84,5%	18.554	0	12,9%	3.852	2,7%	144.161
Lombardia	7.575.527	271.139	76,3%	2.276.729	15.714	22,3%	145.168	1,4%	10.284.277
PA Bolzano	420.837	27.708	78,4%	75.107	1.158	13,3%	47.441	8,3%	572.251
PA Trento	372.359	55.176	66,9%	114.659	8.661	19,3%	88.265	13,8%	639.120
Veneto	3.872.111	167.557	81,9%	624.305	48.696	13,6%	219.528	4,5%	4.932.197
Friuli VG	949.116	134.152	89,8%	74.927	408	6,2%	47.052	3,9%	1.205.655
Liguria	1.309.236	273.965	84,2%	206.056	7.575	11,4%	84.366	4,5%	1.881.198
Emilia Romagna	3.767.015	267.334	78,1%	493.092	37.585	10,3%	601.613	11,6%	5.166.639
Toscana	2.574.156	344.083	91,0%	232.116	7.739	7,5%	48.359	1,5%	3.206.453
Umbria	684.030	64.877	85,4%	97.564	8.173	12,1%	21.955	2,5%	876.599
Marche	1.158.870	172.732	85,4%	144.748	1.219	9,4%	81.529	5,2%	1.559.098
Lazio	4.180.892	669.728	78,4%	954.458	131.094	17,5%	251.484	4,1%	6.187.656
Abruzzo	948.692	100.213	84,4%	153.629	211	12,4%	39.429	3,2%	1.242.174
Molise	226.781	35.847	86,2%	40.013	1.051	13,5%	1.131	0,4%	304.823
Campania	3.337.039	901.613	87,2%	421.553	69.167	10,1%	132.377	2,7%	4.861.749
Puglia	2.839.460	94.108	87,7%	370.917	7.331	11,3%	32.238	1,0%	3.344.054
Basilicata	369.629	53.788	83,1%	70.580	2.271	14,3%	13.365	2,6%	509.633
Calabria	1.041.478	138.899	82,8%	189.264	13.637	14,2%	42.179	3,0%	1.425.457
Sicilia	3.143.109	284.898	83,5%	544.210	36.346	14,1%	98.017	2,4%	4.106.580
Sardegna	1.149.403	202.821	92,4%	57.485	7.656	4,4%	46.804	3,2%	1.464.169
ITALIA	43.034.375	4.537.787	81,3%	8.165.378	431.955	14,7%	2.357.005	4,0%	58.526.500

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

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 regione⁴². 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.

⁴² Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

Dalla Figura 2.8 risulta un tasso standardizzato⁴³ per acuti in regime ordinario pari a 92,4 per 1.000 abitanti nel 2018, (-1,9% rispetto al 2017), 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, -20,2% da allora). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 28,1 per 1.000 abitanti (da 31,0 nel 2016 e 41,6 nel 2012) pari al 23,3% del TO complessivo, che risulta complessivamente pari a 120,5 per 1.000 abitanti.

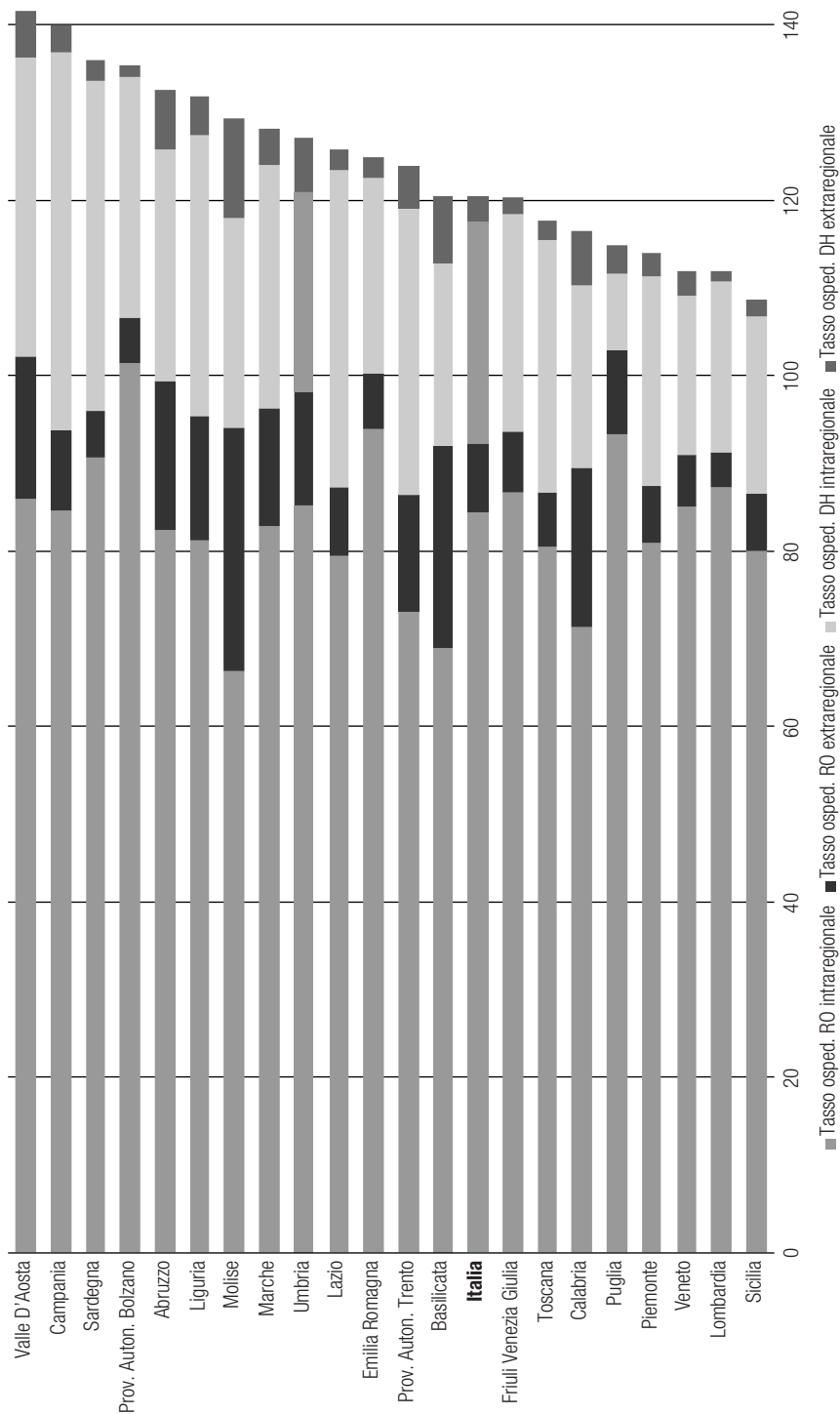
Nonostante tutte le regioni siano ampiamente nei limiti della soglia dei 160 ricoveri per acuti indicata dal D.M. 70/2015, è comunque necessario mettere in evidenza la forte differenziazione regionale (Figura 2.8): Valle d'Aosta (141,7‰), Campania (140‰, evidenziando tuttavia una significativa riduzione rispetto al 2017, di 6,8 punti percentuali) e Sardegna (135,9‰) rimangono le regioni con i TO più alti a livello nazionale; viceversa, Sicilia (108,7‰), Lombardia (111,9‰) e Veneto (112‰) registrano i valori più bassi. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, seppur con un valore in riduzione di 2 punti percentuali rispetto al 2017, la PA di Bolzano presenta il tasso più elevato (106,6‰); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, la Campania e la Sardegna registrano i valori più alti (rispettivamente, 46,3 e 40 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 (127,7‰) e, in misura minore, del Lazio (115,5‰). 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 10,7, raggiunge i valori più elevati in Molise (39‰), Basilicata (30,6‰) e Calabria (24,5‰).

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 44,6% e il 44,4% di punti nascita gestiti da strutture private (accreditate e non). Rispetto al 2009, il numero di PN si è ridotto di 205 unità, con una diminuzione superiore nel privato, accreditato e non (-40%), rispetto al pubblico (-28,5%). Nello stesso periodo, la percentuale complessiva di PN che

⁴³ 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 (2018)



Fonte: elaborazioni OASI su Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

Tabella 2.15 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2018)**

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	0,88
Valle d'Aosta	1	0	0	1	100,0	1,10
Lombardia	55	12	–	67	82,1	0,82
P.A. Bolzano	6	0	0	6	66,7	1,06
P.A. Trento	4	0	0	4	50,0	0,96
Veneto	34	3	0	37	73,0	1,01
Friuli-Venezia-Giulia	10	1	0	11	72,7	1,28
Liguria	9	2	0	11	100,0	1,16
Emilia Romagna	24	0	0	24	75,0	0,70
Toscana	24	0	1	25	80,0	0,95
Umbria	8	0	0	8	62,5	1,24
Marche	13	0	0	13	84,6	1,22
Lazio	25	14	6	45	57,8	0,99
Abruzzo	9	0	0	9	88,9	0,97
Molise	3	0	0	3	66,7	1,67
Campania	31	25	0	56	80,4	1,12
Puglia	23	7	0	30	86,7	0,98
Basilicata	5	0	0	5	60,0	1,19
Calabria	12	1	0	13	84,6	0,92
Sicilia	43	8	0	51	68,6	1,20
Sardegna	14	1	0	15	46,7	1,52
ITALIA 2018	379	74	7	460	75,2	1,00
ITALIA 2009	530	124	11	665	63,3	1,17
Delta% 09-18	-28,5%	-40,3%	-36,4%	-30,8%	/	/

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 12 punti percentuali, passando dal 63,3% al 75,2%. Il dato 2018 rimane sostanzialmente in linea con quanto registrato nel 2017 (75,3%), in lievissimo peggioramento di 0,1 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, 46,7%; PA di Trento, 50,0%; Lazio, 57,8%).

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 2018: valori prossimi a 1,00 per 1.000 eventi nascita indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti

l'anno per PN⁴⁴; 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 1,00 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 discreta 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 Lazio e Trento che, a fronte di una percentuale di PN con almeno 500 parti l'anno inferiore a quella nazionale (57,8% e 50%), mostrano un indice di PN inferiore a quello italiano (0,99 e 0,96).

Infine, il presente paragrafo si occupa di analizzare le attività di primo contatto diretto con le strutture ospedaliere in tutte quelle situazioni legate a casi di emergenza o urgenza. Secondo i dati 2016, si contano circa 20,1 milioni di accessi al PS a livello nazionale, in diminuzione del 2% rispetto al 2017 (Fonte: PNE, Agenas). Tra 2016 e 2017 particolarmente marcata è la riduzione nel numero di accessi soprattutto in Lombardia (-16,0%) e PA Trento (-14,6%). Gli aumenti più significativi, invece, si registrano in Veneto (+7,0%) e Campania (+5,4%). Rispetto al tasso di accesso ogni 1.000 abitanti complessivo a livello nazionale (pari a 334,0 nel 2017), si osserva un tasso superiore alla media nazionale nelle regioni del Nord e del Centro (349,4 e 344,2 per 1.000 abitanti, rispettivamente), mentre al Sud il tasso medio di ricorso al PS risulta più contenuto (305,3).

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»⁴⁵. 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.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ I dati relativi alle attività territoriali sono tratti dall'ultima edizione disponibile dell'Annuario Statistico del SSN relativa al 2017.

Con riferimento alle attività di specialistica ambulatoriale, nel 2017 sono state complessivamente erogate 1,257 miliardi di prestazioni appartenenti a questa categoria, in riduzione rispetto al 2013 (1,290 miliardi; -2,5%). La composizione di queste attività (Tabella 2.16) evidenzia l'estrema rilevanza rivestita dalle prestazioni di laboratorio (79,5% del totale, con contenuta variabilità a livello interregionale e punte superiori all'82% nelle Marche, in Umbria, Campania, Puglia, Calabria e Sardegna). Segue l'attività clinica, rappresentata in gran parte da visite specialistiche, con il 9,1% del totale e un valore delle prestazioni di poco superiore a 114 milioni di euro. L'attività riabilitativa e la diagnostica strumentale e per immagini raggiungono valori intorno al 4% (rispettivamente pari a 3,6% e 4,4%).

In termini intertemporali, invece, tutte le branche analizzate riportano, rispetto al dato 2013 disponibile nella precedente edizione dell'Annuario Statistico, un ulteriore calo (particolarmente rilevante quello della medicina nucleare, superiore a 20 punti percentuali, così come quello dell'attività di medicina fisica e riabilitazione, pari a 11,1 punti percentuali), ad eccezione della radioterapia (+12,4% 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 2019 il Ministero della Salute ha pubblicato la nuova edizione del Rapporto dedicato alla salute mentale, 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 2018 si rilevano 1.374 servizi territoriali, 2.220 strutture residenziali e 879 strutture semiresidenziali, che si riferiscono a circa il 95% dei Dipartimenti di Salute Mentale (Tabella 2.17). Per quanto riguarda la capacità di accoglienza delle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle prime si registrano 5,1 PL per 10.000 abitanti e nelle seconde 2,9. Guardando poi ai dati di attività, nel corso del 2018 gli utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche risultano pari a 791.943 unità, ovvero 158,7 per 10.000 abitanti adulti, con una significativa variabilità tra le regioni: da livello minimo di 88,7 nelle Marche al livello più elevato in Calabria (242,0). In entrambi i casi si registra una diminuzione del tasso rispetto al dato 2017: decisamente più marcata nelle Marche (-22,8), significativa ma meno pronunciata in Calabria (-13,1). Regioni che invece registrano un aumento importante del tasso rispetto al 2017 sono PA Trento (+67,7), Friuli-Venezia Giulia (+29,8), Sardegna (+23,3) e Campania (+18,6).

Un ulteriore aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura

Tabella 2.16 Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2013-2017)

Regione	Laboratorio			Diagnostica per immagini - Medicina nucleare			Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica			Attività clinica			Radioterapia			Medicina fisica e riabilitazione			Altro		
	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	
Piemonte	72.846.720	61.129.201	130.484	115.241	4.250.075	3.733.823	10.865.211	10.865.839	527.935	562.328	4.193.972	3.125.792	2.410.454	1.988.170							
Valle D'Aosta	2.510.090	2.196.527	2.530	5.885	155.323	140.337	225.478	184.065	12.350	10.116	165.384	156.024	239.432	224.138							
Lombardia	182.612.070	158.903.102	303.616	253.145	11.055.471	10.202.333	24.532.334	22.913.937	779.293	666.639	8.057.575	6.649.890	6.351.778	6.072.335							
PA Bolzano	5.877.983	6.569.948	9.613	10.189	496.715	499.285	1.717.619	1.727.062	23.226	33.300	594.845	649.464	657.948	1.079.816							
PA Trento	10.745.905	10.223.856	13.065	14.833	609.552	641.688	1.119.146	1.156.797	40.023	47.654	484.293	521.454	228.635	226.251							
Veneto	82.686.176	81.542.437	164.045	152.445	4.779.211	4.431.841	9.643.166	9.181.501	387.999	418.580	6.306.563	4.327.226	2.701.466	1.567.749							
Friuli Venezia Giulia	20.071.005	20.114.649	31.323	20.209	996.779	921.935	1.974.667	2.853.800	133.207	140.738	780.916	719.690	1.684.835	651.792							
Liguria	30.770.699	27.072.661	359.660	323.349	2.909.445	1.996.788	2.819.543	2.816.315	235.064	266.750	1.646.453	1.461.306	2.918.168	2.650.676							
Emilia Romagna	72.493.621	70.113.486	92.232	81.677	4.255.648	4.322.781	7.853.280	8.803.649	467.362	481.251	2.254.245	2.309.633	1.739.627	1.667.052							
Toscana	62.130.213	54.282.926	109.646	69.847	3.800.725	3.475.039	6.746.772	7.093.458	218.442	208.774	384.675	812.333	4.448.090	5.046.646							
Umbria	17.533.133	17.870.942	21.812	13.141	1.010.486	1.044.609	1.355.443	1.205.545	78.376	96.974	373.689	347.335	1.139.160	977.657							
Marche	30.321.573	36.150.925	51.882	55.335	1.590.077	1.424.743	2.991.684	2.726.044	167.660	149.029	1.397.057	1.180.384	1.510.450	1.405.583							
Lazio	96.002.762	83.098.659	298.898	276.882	4.567.644	4.013.743	12.175.610	11.513.194	756.549	1.207.294	7.308.164	6.466.135	2.106.226	2.582.199							
Abruzzo	19.572.740	21.174.501	23.604	20.332	1.039.484	1.013.993	1.733.185	2.196.371	42.042	115.568	890.010	982.789	1.291.585	731.799							
Molise	7.482.653	6.686.053	25.779	26.338	424.615	400.300	915.531	772.353	155.308	95.344	259.527	199.495	73.371	59.662							
Campania	86.029.199	82.540.139	239.061	154.995	5.580.837	5.154.251	7.526.029	7.315.083	406.875	669.912	2.399.669	2.320.235	2.803.865	2.124.581							
Puglia	61.641.888	73.740.892	90.604	179.451	3.455.949	3.320.635	6.936.432	7.364.789	218.211	194.775	3.246.664	3.371.377	2.363.971	1.766.525							
Basilicata	9.406.130	8.497.861	19.466	40.390	516.950	487.494	991.694	966.746	114.234	114.234	5.661	1.956.271	1.819.764	374.901							
Calabria	38.260.414	36.488.941	39.500	60.614	1.626.139	1.326.586	2.789.785	2.618.341	83.822	76.185	1.969.885	1.884.054	1.511.142	1.354.147							
Sicilia	82.057.067	71.787.624	327.586	194.549	3.867.890	3.868.997	8.783.606	8.423.242	380.985	442.218	3.626.473	3.587.115	2.408.205	2.027.592							
Sardegna	25.193.687	69.674.120	72.168	21.897	1.430.930	1.460.975	3.283.832	2.547.563	126.068	131.649	2.216.223	2.022.732	977.931	1.230.586							
Italia	1.016.245.728	999.659.450	2.426.574	1.899.744	58.419.945	53.902.176	116.980.047	114.462.694	5.355.031	6.020.739	50.502.553	44.914.227	39.941.240	35.938.296							
Percentuali Relative	78,8%	79,5%	0,2%	0,2%	4,5%	4,3%	9,1%	9,1%	0,4%	0,5%	3,9%	3,6%	3,1%	2,9%							
Delta 2013-2016	-1,6%	-21,7%	-2,2%	-7,7%	-2,2%	12,4%	-11,1%	-10,0%													

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2017

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

Regione	2018	2017	Delta 2017-2018
Piemonte	156,0	165,7	-9,6
Valle D'Aosta	0,0	0,0	0,0
Lombardia	177,1	175,5	1,6
PA Bolzano			
PA Trento	181,8	114,1	67,7
Veneto	149,4	179,8	-30,4
Friuli Venezia Giulia	147,7	117,9	29,8
Liguria	157,1	178,0	-20,9
Emilia Romagna	211,5	211,9	-0,4
Toscana	115,1	112,3	2,8
Umbria	167,2	243,9	-76,7
Marche	88,7	111,5	-22,8
Lazio	123,2	104,7	18,5
Abruzzo	150,0	134,5	15,5
Molise	185,2	185,8	-0,6
Campania	138,0	119,5	18,6
Puglia	163,2	158,4	4,7
Basilicata	114,0	117,9	-3,9
Calabria	242,0	255,1	-13,1
Sicilia	187,9	181,9	6,0
Sardegna	94,1	70,4	23,7
Italia	158,7	155,2	3,5

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto Salute Mentale 2018

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: 10,8; 5,9; 11,1; 25,3 ricoveri ogni 100.000 abitanti), mentre l'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca presenta fisiologicamente valori più elevati ed è spesso curata in ambito ospedaliero (1.001,3 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 29,7 ricoveri per 100.000 abitanti il dato è decisamente superiore al 10,8 di media nazionale (seppure in sensibile riduzione a partire dal 2011), e lo stesso vale per patologie alcool-correlate (85,5, comunque in netta diminuzione rispetto al 96,2 del 2017) e l'influenza nell'anziano (70,2, dato in-

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 (2018)**

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	4,9	3,8	7,4	19,9	695,6
Valle d'Aosta	2,8	5,3	10,1	83,1	906,8
Lombardia	12,6	9,2	13,0	23,9	1013,8
PA Bolzano	29,7	7,4	70,2	85,5	1274,9
PA Trento	12,1	1,8	6,8	25,3	959,2
Veneto	13,9	5,6	17,0	31,0	1111,3
Friuli VG	14,8	4,9	15,5	32,0	1113,3
Liguria	8,9	9,9	15,6	39,4	860,1
Emilia Romagna	20,7	6,0	32,5	33,0	1157,3
Toscana	4,8	3,2	6,9	22,6	864,8
Umbria	15,6	8,5	13,0	28,1	1227,5
Marche	5,9	4,4	5,6	31,5	1131,5
Lazio	9,2	3,2	3,5	19,2	1001,5
Abruzzo	9,0	2,5	11,3	24,7	1302,4
Molise	8,7	2,6	5,4	35,2	1573,5
Campania	7,8	8,5	1,9	23,0	998,7
Puglia	6,7	5,6	6,8	24,1	1028,6
Basilicata	12,0	3,4	1,6	23,4	1090,7
Calabria	6,4	6,6	4,8	24,2	809,4
Sicilia	11,5	3,1	2,9	13,7	1038,9
Sardegna	19,0	7,0	21,5	38,5	817,3
ITALIA 2018	10,8	5,9	11,1	25,3	1001,3
ITALIA 2017	12,1	5,6	8,2	26,5	1.051,9
ITALIA 2009	26,0	11,8	9,5	41,8	1.244,9
Delta% 09-18	-58,5%	-50,4%	17,2%	-39,5%	-19,6%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

vece in significativo peggioramento rispetto al 51,4 del 2017). Per quanto riguarda l'asma, invece, Liguria (9,9), Lombardia (9,2), Umbria (8,5) e Campania (8,5) registrano i dati più alti.

Complessivamente, si nota una diminuzione generalizzata di tutte queste ospedalizzazioni tra il 2009 e il 2018, con delta percentuali che variano dal minimo registrato per l'influenza nell'anziano (-17,2%) fino ai massimi di diabete (-58,5%) e asma (-50,4%). Rispetto ai dati 2017, però, si segnala un sensibile aumento del tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano, pari nel 2018 a 11,1 contro l'8,2 dell'anno precedente, confermando il trend significativamente crescente 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 rappresentazione 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), sia 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.

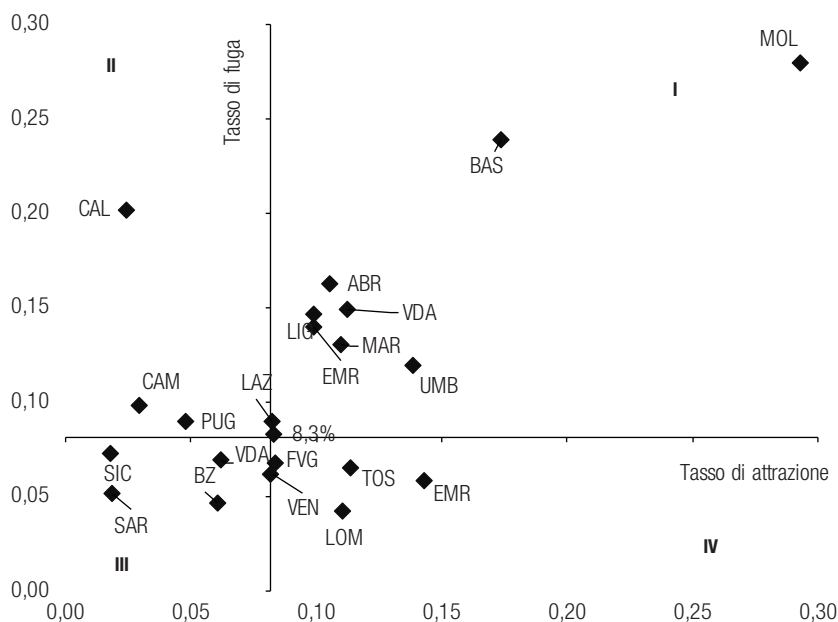
L'analisi dei flussi di mobilità può essere, quindi, utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse. Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

La Figura 2.9 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2018 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, 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.

Figura 2.9 **Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2018)**



(*) 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 2018

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

Regioni «SPECIALIZZATE» (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 2008-2018, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,4% dei ricoveri ordinari per acuti al 8,3% nel 2018. Tra il 2017 e il 2018, 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 4,2%, 5,9% e 6,6%) 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 2,4% e un tasso di fuga molto elevato (20,2%). 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 17,3% e 23,9%) e, con tratti ancora più marcati, Molise, dove il tasso di attrazione raggiunge il 29,3% e il tasso di fuga il 28%.

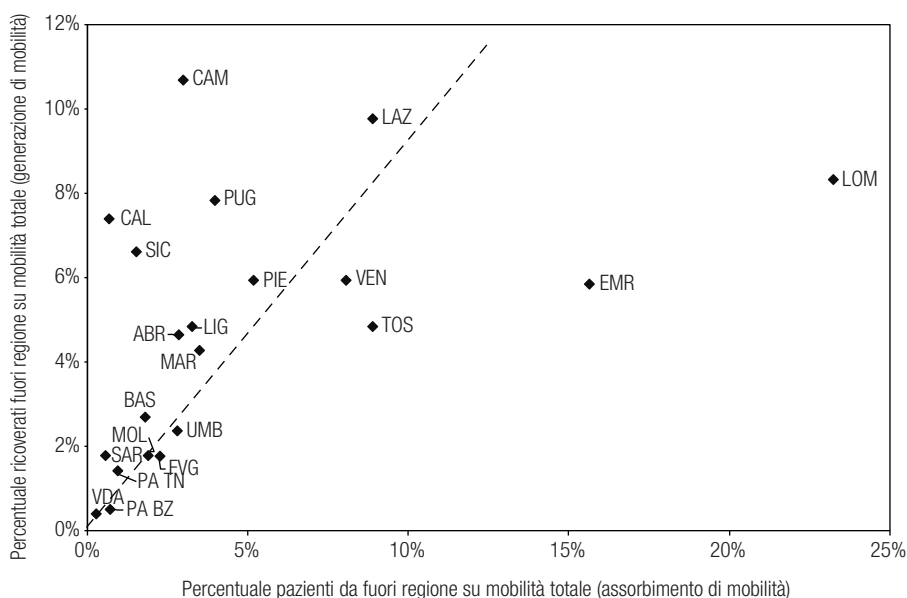
Nella Figura 2.10 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

- ▶ 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. 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 (15,7%), Toscana (8,9%) e Lazio (8,9%);
- ▶ 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 (9,8%), Lombardia (8,3%), Puglia (7,9%) e Calabria (7,4%).

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

Figura 2.10 **Assorbimento (*) e generazione (**) della mobilità nelle regioni (2018)**

(*) 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 2018

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 struttura⁴⁶.

⁴⁶ 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.

Tabella 2.19 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010-2018)**

Regime Ordinario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ gg 2010-18	Δ % 2010-18
Tumore alla mammella	22,7	22,6	23,2	25,0	24,7	26,0	26,7	26,7	26,3	3,6	15,9%
Tumore alla prostata	40,2	43,3	42,6	42,5	45,1	47,5	51,4	53,2	55,1	14,9	37,1%
Tumore al colon retto	20,5	21,3	21,4	21,5	21,5	22,8	22,8	23,3	23,7	3,2	15,6%
Tumore all'utero	21,5	23,2	23,6	23,2	23,4	24,3	25,5	26,3	27,3	5,8	27,0%
Bypass coronarico	23,2	27,2	25,8	22,9	22,7	22,1	23,2	26,8	21,0	-2,2	-9,5%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	27,9	24,8	19,4	19,8	21,3	21,7	30,6	26,6	6,0	29,1%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,1	39,6	38,8	40,3	40,7	44,2	47,2	43,7	1,7	4,0%
Protesi d'anca	83,3	77,9	79,7	77,2	77,8	79,3	80,2	89,9	83,4	0,1	0,1%
Tumore al polmone	19,6	18,4	20,2	20,9	23,1	24,3	23,6	23,2	24,9	5,3	27,0%
Tonsillectomia	76,4	81,6	84,8	90,5	91,6	92,1	89,9	118,5	125,8	49,4	64,7%

Regime Diurno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ gg 2012-18	Δ % 2012-18
Chemioterapia	–	–	22,2	18,1	11,7	11,3	10,0	10,8	9,2	-13,0	-58,6%
Coronarografia	–	–	29,3	31,5	28,5	28,7	27,8	27,4	28,4	-0,9	-3,1%
Biopsia percutanea del fegato	–	–	18,6	17,3	15,7	15,1	13,3	14,7	14,2	-4,4	-23,7%
Emorroidectomia	–	–	51,6	55,6	53,0	50,5	53,4	66,1	80,8	29,2	56,6%
Interventi per ernia inguinale	–	–	59,7	61,0	62,9	64,0	68,8	89,9	94,7	35,0	58,6%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2018

Le procedure ospedaliere individuate dai PNGLA sono riportate all'interno della Tabella 2.19 insieme ai relativi tempi d'attesa (disponibili per le prestazioni in RO per il periodo 2010-2018, per quelle in DH per il 2012-2018). 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 brevi alle condizioni più gravi, mostrando 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 2018 un tempo di attesa pari a 125,8 giorni, con un incremento marcato di 49 giorni rispetto al 2010). Tuttavia, diverse prestazioni urgenti, come tutti i trattamenti chirurgici dei tumori, hanno registrato negli ultimi sette anni disponibili un aumento delle giornate d'attesa compreso tra 3,2 (colon-retto) e 14,9 (prostata). Il trend è parzialmente compensato da una riduzione dei tempi di avvio dei cicli chemioterapici in DH registrata nel periodo 2012-2018, pari a -13 giorni. Desti ancora maggiore preoccupazione la tendenza longitudinale registrata nel 2018: rispetto all'anno precedente, no-

nostante la crescente attenzione a livello di *policy* e di opinione pubblica, per tutte le procedure, ad eccezione degli interventi di bypass coronarico e biopsia percutanea del fegato, si registra un aumento, talvolta anche molto sensibile (37,1% per il tumore alla prostata, 64,7% per la tonsillectomia e 58,6% per gli interventi per ernia inguinale), dei tempi attesi.

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)⁴⁷ per Paese (Tabella 2.20 e Figura 2.11).

Tra il 2006 e il 2018, il numero di PL per 1.000 abitanti è 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 4,8 (in Italia da 4,0 a 3,0). 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).⁴⁸

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 2018, Giappone, Austria e Russia registrano il

⁴⁷ Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (*curative care beds*), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

⁴⁸ Ne è un esempio l'Irlanda: il governo, per contenere i costi ospedalieri, ha promosso la riduzione dei posti letto per ricovero ordinario e contestualmente richiesto una diminuzione delle giornate di degenza (Thomas e Burke, 2012).

Tabella 2.20 Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2006-2018)

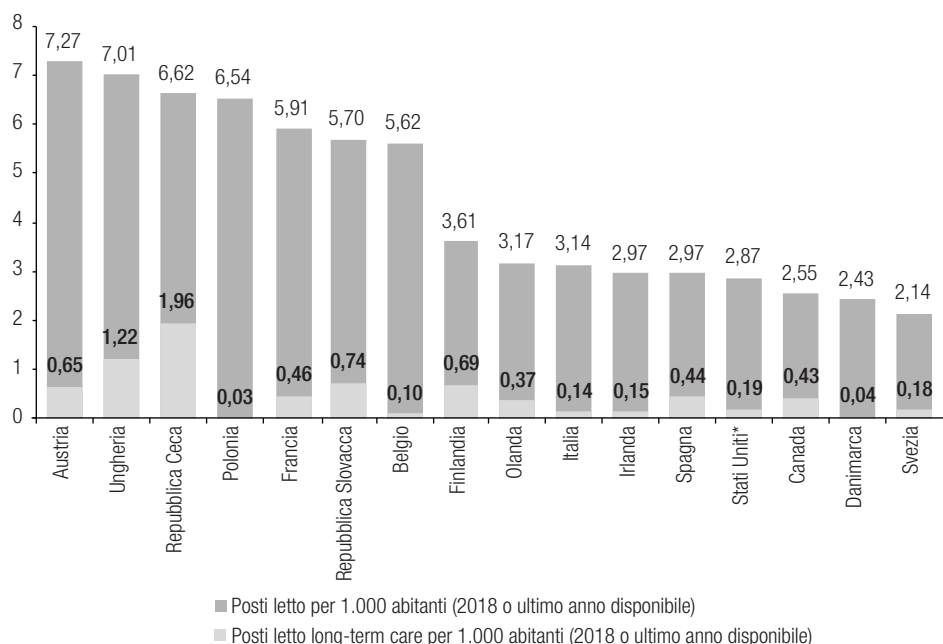
Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
UE (15)													
Austria	7,7	7,8	7,7	7,7	0,0	7,7	7,7	7,6	7,6	7,5	7,4	7,4	7,3
Belgio	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,0	5,9	5,9	5,8	5,8	5,7	5,6
Danimarca	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1	..	3,1	2,7	2,5	2,6	2,6	2,4
Finlandia	7,0	6,7	0,0	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5	4,4	4,0	3,3	3,6
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
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	..
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
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
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	3,0
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
Olanda	4,8	4,7	4,7	4,7	..	..	4,3	4,2	..	3,5	3,4	3,3	3,2
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
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
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
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
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
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
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
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
Altri Paesi europei													
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
Svizzera	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6	4,6	4,6	4,5	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	..	..
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
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
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
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	4,1	4,3	..

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2020

più alto numero di PL, pari rispettivamente a 13, 7,3, e 7,1 PL ogni 1.000 abitanti. Anche in Germania risulta un elevato numero di PL/1.000 abitanti, pari a 8,0 (dato 2017). La notevole offerta di PL in Austria è associata a un elevato numero di dimissioni ospedaliere (24.702 dimissioni ospedaliere nel 2018 per 100.000 abitanti) e a degenze ospedaliere di maggiore durata (8,3 giorni); in Russia, invece, all'elevato numero di dimissioni (22.365 per 100.000 abitanti). Tra i Paesi OECD⁴⁹, i valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano nel

⁴⁹ 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.

Figura 2.11 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totali e long-term care (2018 o ultimo anno disponibile)**



* 2016

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 2020

2018 in Svezia, Regno Unito, Canada, Danimarca e Stati Uniti⁵⁰, tutte al di sotto dei 3 PL ogni 1.000 abitanti.

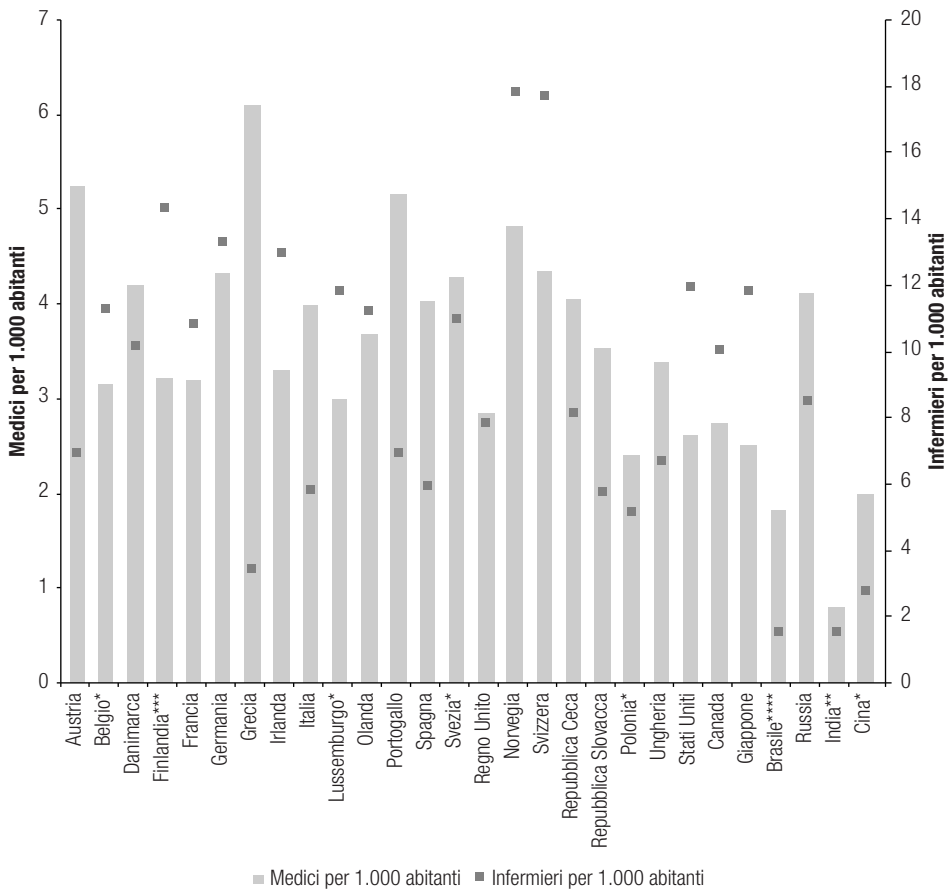
Il Paese che in assoluto registra il più basso livello di dotazione infrastrutturale è l'India, dove in media è disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (0,5, ultimo dato relativo al 2017). Tra i rimanenti paesi BRIC, il Brasile si avvicina al livello minimo dei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

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 (0,8) (dato 2017), mentre Brasile (dato 2010) e Cina registrano circa 2

⁵⁰ Per gli Stati Uniti l'ultimo dato disponibile fa riferimento al 2016.

Figura 2.12 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2018 o ultimo anno disponibile)**



Note: * 2017, ** 2016, ***2014, ****2010. Per il Lussemburgo, la Svezia, la Polonia, l'India e la Cina il numero di medici è riferito al 2017. Per la Finlandia al 2014. Per il Brasile al 2010.

Per il Belgio, Lussemburgo, la Svezia, la Polonia, la Cina il numero di infermieri è riferito al 2017. Per la Finlandia al 2014. Per l'India al 2016 e per il Brasile al 2010.

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 2020

medici ogni 1.000 abitanti (1,8 in Brasile, 2,0 in Cina). La Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con 4,1 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), Giappone (2,5) e Stati Uniti (2,6); i più elevati in Grecia (6,1), Austria (5,2) e Portogallo (5,2). L'Italia si colloca in una posizione intermedia ma leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, con 4,0 medici ogni 1.000 abitanti. Concentrando l'attenzione alla sola Europa, inoltre, una bassa dotazione di medici si registra anche in Lussemburgo, Irlanda e Belgio (tra 3,0 e 3,7). 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 3,5 nel 2018, 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).

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 Norvegia conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, 17,7 ogni 1.000 abitanti; seguono Svizzera (17,6) e Finlandia (14,3, dato 2014). La Grecia e la Polonia 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 5,7 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 17,6 infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti) e Norvegia (da 13,6 a 17,7). Tra i Paesi BRIC, la Russia evidenzia dotazioni infermieristiche paragonabili ai Paesi OECD, pari a 8,5 infermieri ogni 1.000 abitanti nel 2018. Decisamente inferiore il numero di infermieri in India (dato 2016), Brasile (dato 2010) e Cina (dato 2017) (1,5, 1,5 e 2,7 per 1.000 abitanti, rispettivamente).

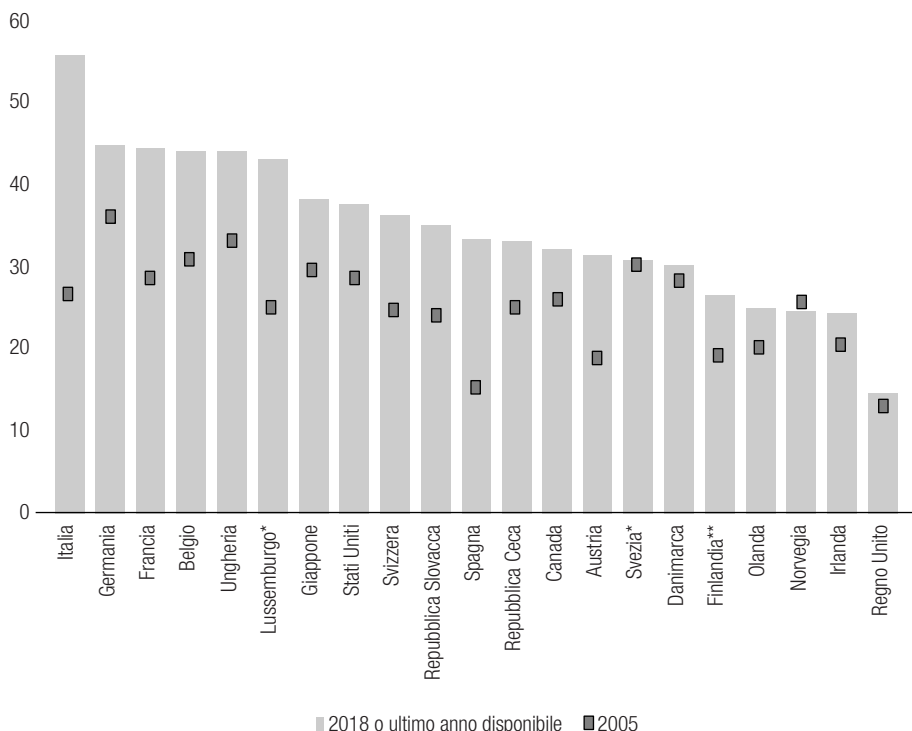
Osservando il rapporto tra infermieri e medici⁵¹, escludendo i Paesi BRIC, Grecia, Portogallo, Austria, Italia e Spagna presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri per medico (rispettivamente 0,6, 1,3, 1,3, 1,4 e 1,5 infermieri per medico), mentre Svizzera, Finlandia, Stati

⁵¹ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurse density* e *physician density*.

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 2018 (o ultimo anno disponibile) tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per

Figura 2.13 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2018 o ultimo anno disponibile)**



Note: *2017, **2015. Non sono disponibili i dati per Grecia, Portogallo, Polonia e i Paesi BRIC.

Fonte: elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2020

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 25,0% del 2005 al 34,8% del 2018 (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 55,8%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 29,3 punti percentuali.

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 analizzati⁵², ad esclusione di Portogallo e Canada (dato 2016) (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 Canada e Portogallo, 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 2017) 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 selezionati (5.548), seguito dalla Cina (17.336, dato 2017). La Russia presenta un valore più elevato, registrando 22.365 dimissioni ogni 100.000 abitanti nel 2018. 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)⁵³. In alcuni Paesi (Austria, Belgio, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo) il dato sembra essersi stabilizzato nel corso dell'ultimo decennio considerato. Tra questi

⁵² Media dei Paesi OECD analizzati (2018 o ultimo anno disponibile): 15.794 dimissioni per 100.000 abitanti.

⁵³ 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.

Tabella 2.21 Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2006-2018)

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	UE (15)												
Austria	27.656	27.935	28.115	27.913	27.637	27.443	27.030	26.557	26.262	25.553	25.310	24.926	24.702
Belgio	16.239	16.175	16.697	16.671	16.662	16.597	16.655	16.540	16.582	16.442	16.613	16.528	16.555
Danimarca	16.024	15.996	15.680	16.031	16.075	15.661	15.346	15.173	15.156	14.775	14.492	n.d.	14.000
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
Francia	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.581	18.486	18.301	18.174	18.159	18.887	18.666
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	n.d.
Grecia	19.272	19.743	20.050	20.636	19.960	19.803	19.646	14.567	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	14.176	14.198	13.664	13.418	13.191	13.138	13.397	14.038	14.079	13.989	13.790	13.585	13.625
Italia	15.369	14.862	14.526	14.238	13.820	13.238	12.878	12.377	12.004	11.856	11.671	11.597	11.415
Lussemburgo	17.016	17.447	17.448	17.318	16.693	16.855	16.423	15.938	15.595	15.224	15.110	14.599	14.280
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.
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
Spagna	11.616	11.585	11.495	11.367	11.251	11.111	11.005	11.036	11.327	11.416	11.497	11.453	11.516
Svezia	15.972	16.135	16.172	16.265	16.236	16.368	16.462	16.008	15.686	15.318	14.728	13.096	13.979
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
	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
Repubblica Slovacca	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.034	n.d.	19.427	19.575	19.733	19.508	19.094
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
Ungheria	24.514	20.955	21.081	21.237	20.597	20.608	20.220	20.157	20.343	20.011	19.900	19.450	19.255
Altri Paesi europei													
Norvegia	18.674	18.188	18.177	19.818	19.684	19.644	19.537	19.339	19.420	16.437	16.402	16.167	15.942
Svizzera	15.567	15.951	16.167	16.860	17.008	17.055	16.939	17.010	17.043	16.973	17.223	17.066	16.958
	Altri Paesi non europei												
Stati Uniti	13.072	13.019	12.743	13.083	13.091	12.549	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	8.731	8.575	8.448	8.365	8.283	8.277	8.350	8.352	8.438	8.417	8.435	n.d.	n.d.
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
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.
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
Cina	4.450	5.171	5.498	6.278	7.004	7.865	9.255	13.896	14.650	15.070	16.194	17.336	n.d.

Note: Non sono disponibili i dati per l'India. Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2020

Tabella 2.22 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2006-2018)**

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
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
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
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.
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
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
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	n.d.
Grecia	7,0	6,9	6,6	6,7	6,6	6,8	7,0	8,0	n.d.	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
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
Lussemburgo	8,5	8,8	8,7	8,8	8,9	8,6	8,7	8,7	8,7	8,8	8,9	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
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
Svezia	6,6	6,5	6,5	6,3	6,0	..	..	5,8	5,8	5,9	5,8	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	6,8	6,6
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
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
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
Ungheria	8,7	8,9	9,2	9,2	9,5	9,5	9,6	9,4	9,5	9,5	9,5	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
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
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.

Note: Non sono disponibili i dati per Canada, 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 2020

Paesi rientra anche l'Italia dove, infatti, dopo una progressiva riduzione del numero medio di giornate di degenza (da 11,7 nel 1990 a 7,4 nel 2005), il dato si stabilizza intorno alle 7,9 giornate negli anni più recenti, compreso il 2018. 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 e Italia sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei su 1.000 nati vivi, pari rispettivamente a 389, 380 e 332 (Tabella 2.23). L'Italia ha “perso” nel 2015 il valore più elevato del tasso di parti cesarei tra i Paesi analizzati. 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 anni. Possibili spiegazioni per l'aumento di parti cesarei sono la riduzione dei rischi dell'ope-

Tabella 2.23 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2018)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
UE (15)											
Austria	167,6	238,1	282,5	283,2	288,4	287,8	293,0	286,9	291,8	292,5	290,1
Belgio	n.d.	190,3	197,2	201,3	202,3	207,1	207,6	n.d.	210,4	209,7	211,3
Danimarca	154,1	200,6	214,4	213,8	211,8	223,5	215,4	210,9	203,6	n.d.	191,8
Finlandia	157,8	162,7	161,4	161,8	161,9	158,0	157,7	157,0	164,0	164,9	163,9
Francia	171,0	190,6	202,3	202,0	200,4	199,8	196,8	197,3	197,8	197,0	195,0
Germania	n.d.	263,0	305,0	308,9	308,9	306,6	308,2	302,1	299,0	301,7	296,2
Irlanda	207,4	251,0	260,4	269,1	277,5	284,8	291,2	301,1	314,0	n.d.	331,4
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4	361,4	357,0	352,8	349,4	338,2	332,4
Lussemburgo	198,8	242,3	259,5	302,1	296,5	293,1	318,1	304,7	310,6	296,8	299,8
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	157,8	162,4	161,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	251,0	249,6	249,1	251,5	251,6	250,4	245,1	245,6	243,7	245,4
Svezia	n.d.	169,8	166,3	164,0	165,2	166,8	172,6	173,1	177,2	166,4	170,8
Regno Unito*	195,9	225,8	237,8	241,2	242,7	250,9	252,1	261,3	263,5	273,8	285,5
UE (nuovi Paesi)											
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,8	248,7	254,4	253,6	237,5	n.d.	231,0
Repubblica Slovacca	146,4	200,1	261,0	266,2	303,6	307,2	307,3	302,1	297,5	296,8	292,9
Polonia	n.d.	n.d.	260,4	298,9	315,7	345,7	356,5	361,7	385,3	393,0	389,2
Ungheria	n.d.	278,6	324,8	332,0	340,1	349,1	356,7	372,1	370,8	373,0	380,3
Altri Paesi europei											
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164,6	165,5	161,3	161,9	159,5	158,3
Svizzera	n.d.	285,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	332,6	329,3	327,8	318,6	316,2
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	n.d.

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

Fonte: OECD Health Data, 2020

razione, la volontà dei medici di tutelarsi contro accuse di malpratica medica e la convenienza della programmazione dei parti. Di converso, il numero di parti cesarei è relativamente basso nei Paesi nordici (Finlandia, Norvegia, Svezia, al di sotto dei 180 tagli cesarei ogni 1.000 nati vivi). Il trend del numero di parti cesarei evidenziato nel corso del presente decennio (2010-2018 o ultimo anno disponibile) è generalmente in crescita in tutti i Paesi, ad esclusione di Italia, Danimarca, Francia, Germania e Spagna (-13,6%, -10,5%, -3,6%, -2,9% e -1,7% rispettivamente).

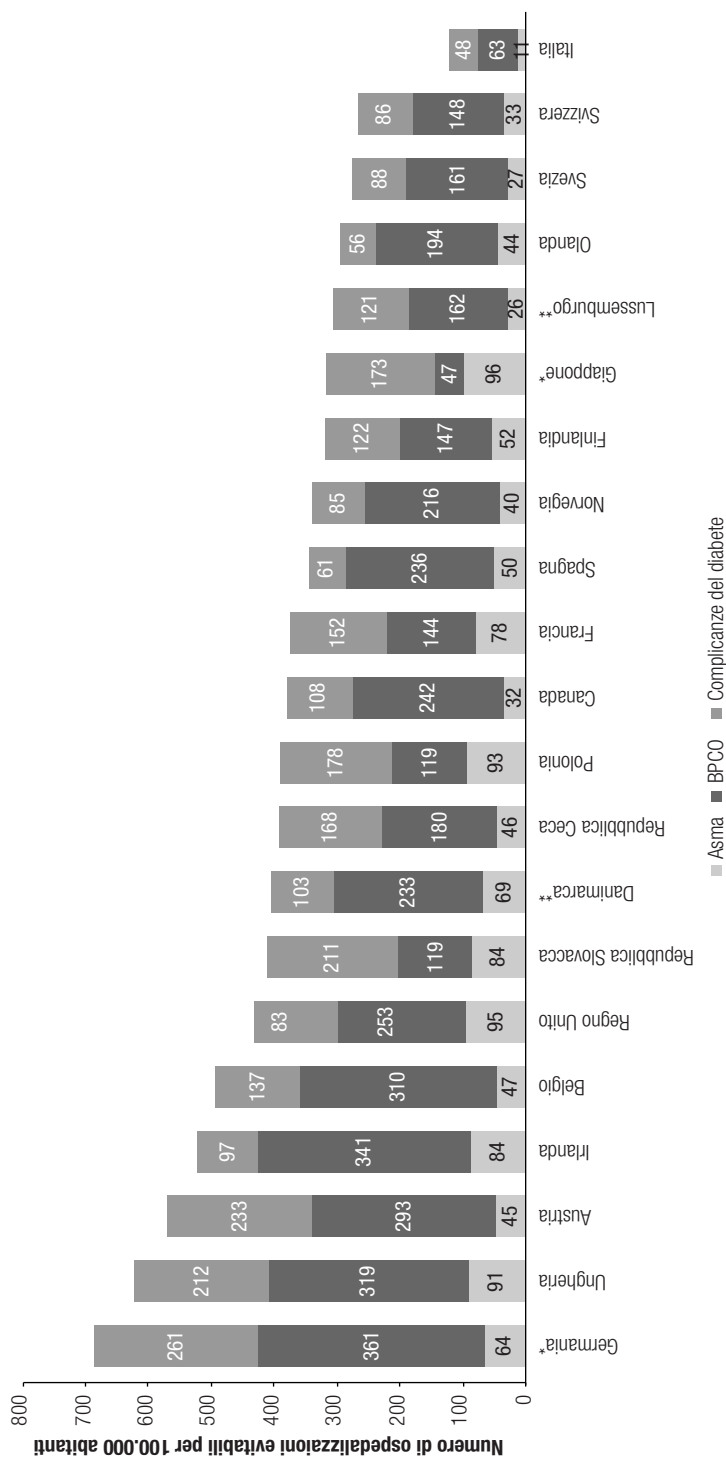
Per finire, si analizzano i dati di ospedalizzazione per condizioni croniche, che rappresentano un ulteriore *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, come già evidenziato nel § 2.4. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può infatti derivare dalla 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 evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.14). Con 686 ricoveri «impropri» ogni 100.000 abitanti (dato 2017), la Germania è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate come potenzialmente inappropriate, seguito da Ungheria e Austria (rispettivamente 621 e 571 ricoveri). Italia, Svizzera e Svezia sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 123, 267 e 276 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.

2.6 La pandemia e le iniquità nella tutela della salute

Negli ultimi due Rapporti OASI, il paragrafo finale del Capitolo dedicato alla struttura e alle attività del SSN ha inteso approfondire le tematiche relative alle iniquità nella tutela della salute e il ruolo delle determinanti sociali sui livelli di benessere delle popolazioni. Alla base di questa scelta vi è sicuramente il riferimento alla strategia *Health in All Policies* assunta a livello comunitario e internazionale – un approccio trasversale alle politiche pubbliche che, considerando le implicazioni sulla salute delle decisioni in diverse aree di *policy*, ricerca sinergie per migliorare la salute delle popolazioni e migliorare l'equità nella salute⁵⁴ – e, più in generale, agli obiettivi dello sviluppo sostenibile contenuti

⁵⁴ Si vedano i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità su queste tematiche, in particolare: 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*; WHO Regional Office for Europe (2013) *Health 2020, a European strategy and policy framework for health for the 21st century*.

Figura 2.14 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2018 o ultimo anno disponibile)**



Note: * 2017, ** 2016. Non sono disponibili i dati per asma per la Grecia. Non sono disponibili i dati per i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2020

nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite⁵⁵. Agli sforzi per migliorare gli standard di salute e benessere vanno affiancate, secondo questi orientamenti, misure in grado di: a) ridurre le diseguaglianze territoriali e sociali nell'accesso ai servizi sanitari e nella loro efficacia; b) incidere positivamente sulle determinanti economiche, sociali e ambientali della salute.

Nel Rapporto OASI 2019 si è sottolineato come le differenze di salute sono dipendenti dalla posizione di un individuo o di un gruppo sociale nella società, che si traduce in differenze nell'accesso, nelle risorse, nelle opportunità in settori come l'istruzione, l'occupazione, l'abitazione, fino alla partecipazione nella società civile (Marmot e Bell, 2018). Inoltre, le determinanti sociali influenzano la possibilità che una persona sia in buone condizioni di salute, il suo rischio di ammalarsi e le sue aspettative di vita. Le diseguaglianze sociali nella salute sono le ingiuste ed evitabili differenze nello stato di salute dei diversi gruppi sociali, cioè il risultato della diseguale distribuzione delle determinanti sociali⁵⁶, e dipendono quindi da numerosi fattori correlati e sovrapposti.

Nel caso italiano abbiamo fatto riferimento ai lavori dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP), e al suo Osservatorio Epidemiologico in collaborazione con l'ISTAT.

Nel rapporto *L'Italia per l'equità nella salute* pubblicato dal Ministero della Salute nel 2018 si sottolinea come in Italia, al pari degli altri paesi europei, i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendano ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Risultati approfonditi possono essere trovati nell'Atlante delle disuguaglianze di mortalità (ed. 2019)⁵⁷, che mette in evidenza importanti

⁵⁵ Tutti gli obiettivi dell'Agenda 2030 chiamano in causa politiche orientate all'equità come sottolineato dagli Obiettivi 10 (*Reduce inequality within and among countries*) e 5 (*Achieve gender equality and empower all women and girls*).

⁵⁶ A questo proposito ricordiamo lo schema interpretativo proposto da WHO:

- A. il contesto economico e sociale, le politiche di sviluppo e i sistemi di welfare sono le variabili fondamentali che determinano la posizione sociale degli individui (risorse materiali, status, determinanti sociali);
- B. la posizione sociale influenza la probabilità di essere esposti ai fattori di salute fisica e mentale vale a dire:
 1. Fattori di rischio dell'ambiente;
 2. Fattori di rischio psicosociali;
 3. Stili di vita insalubri;
 4. Limitazioni all'accesso alle cure appropriate;
- C. la posizione sociale influenza la vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei fattori di rischio.

⁵⁷ I principali aspetti sottolineati da questo testo sono:

- le persone meno istruite di sesso maschile mostrano ovunque sul territorio nazionale una speranza di vita alla nascita inferiore di 3 anni rispetto alle persone più istruite;

differenze geografiche nella mortalità, indipendenti da età e condizioni socio-economiche, con un impatto più significativo nelle regioni più povere del Sud.

Un solo e significativo esempio in questo senso sono i dati del rapporto AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) 2019 sul cancro in Italia, dove si riportano i valori di incidenza per tutte le forme tumorali che variano da 716 casi su 100.000 abitanti del Friuli-Venezia Giulia a 559 casi per 100.000 abitanti in Calabria con livelli generalmente inferiori nelle regioni meridionali. Queste ultime presentano tuttavia, come sottolineato da ISTAT, valori della speranza di vita significativamente inferiori rispetto al Nord e al Centro Italia.

2.6.1 Pandemia e speranza di vita

Gli effetti della pandemia di Covid-19 che ha interessato il nostro Paese a partire dalla fine di gennaio 2020 cominciano in maniera parziale ad essere analizzati e interpretati in relazione ai loro impatti sugli indicatori demografici e sui loro differenziali territoriali. Anche per l'Italia, la difficoltà maggiore che si presenta dal punto di vista analitico è che la pandemia ha avuto una diffusione geograficamente eterogenea fra le regioni e soprattutto all'interno delle stesse. Questo vale sia nelle prime fasi della diffusione dell'epidemia, sia nei successivi mesi estivi che hanno visto svilupparsi focolai in territori differenziati e distanti da quelli iniziali del lodigiano e del Veneto.

Un primo elemento di discussione è stato il documento del presidente dell'ISTAT pubblicato alla fine di aprile (Blangiardo, 2020): concentrandosi sui dati di mortalità rilevati nel periodo 1 marzo-4 aprile 2020 in 5.069 Comuni (su un totale di poco meno di 8.000) si è rilevato un aumento dei decessi del 41% rispetto al 2019. Fra le municipalità analizzate, la crescita dei decessi:

- ▶ è maggiore di 10 volte in 48 casi:
- ▶ è maggiore di 5 volte in 140 casi.

-
- le diseguaglianze sociali nella mortalità sono presenti in tutte le regioni, ma sono più marcate nel Mezzogiorno, dove i residenti, indipendentemente dal livello di istruzione, perdono un ulteriore anno di vita;
 - le differenze geografiche, al netto delle differenti strutture della popolazione per età e titolo di studio, producono differenziali di mortalità per tutte le cause da -15% a +30% nelle donne e da -13% a +26% negli uomini;
 - fra i principali gruppi di cause di morte, i differenziali geografici sono maggiori per le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e gli accidenti, mentre sono minori per molte sedi di patologie tumorali;
 - si osserva un netto gradiente di mortalità con eccesso al Sud per le malattie cardiovascolari, dove vi sono aree in cui la mortalità tra i più istruiti è superiore a quella dei meno istruiti residenti in alcune aree del Nord;
 - in tutta Italia la mortalità per tutte le cause attribuibili al basso livello di istruzione, al netto della struttura della popolazione per età; è del 13,4% nelle donne e del 18,3% negli uomini.

Pur nella difficoltà di ipotizzare scenari robusti relativi alla prima fase dell'epidemia, il documento ISTAT indicava l'eccesso complessivo di mortalità fra i 123 mila e i 34 mila casi con impatti sulla speranza di vita tra 1,4 e 0,42 anni. Si trattava, come visto, di un primo tentativo di quantificare almeno a livello nazionale e complessivo l'impatto pandemico in termini di variazione del numero dei decessi in un periodo relativamente breve e prossimo all'esplosione del problema Covid-19.

Successivamente ISTAT ha prodotto un terzo Rapporto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), pubblicato a luglio 2020, che presenta un'analisi della mortalità totale e dei soggetti positivi al Covid-19 deceduti nel mese di maggio 2020. In questo rapporto si osservava una drastica riduzione dell'eccesso di mortalità totale, misurato in termini di variazione percentuale dei decessi rispetto allo stesso periodo del 2015-2019, soprattutto nelle aree che per prime sono state colpite più duramente dall'epidemia. Ad esempio, a Bergamo i decessi di maggio 2020 sono risultati lievemente inferiori alla media del quinquennio precedente, dopo aver fatto registrare incrementi nell'ordine del 574% a marzo e del 126% ad aprile.

Molto opportunamente, in questo terzo Rapporto ISTAT segnalava che “a causa della forte concentrazione del fenomeno sul territorio, la sintesi a livello regionale non dà conto dell'intensità drammaticamente elevata che questo ha assunto in alcuni contesti” e che, a tale scopo, “un livello di dettaglio territoriale più efficace è senz'altro quello provinciale”, evidenziando la persistenza in alcune province di un eccesso di mortalità, come Varese e Vicenza (11% circa), oltre che Venezia (9%), ma anche in altre con una minore diffusione della pandemia come Foggia (6%), Barletta-Andria-Trani (6%), Latina (2,7%) e Siracusa (2,1%).

Già in queste prime analisi si enfatizzava un aspetto che risulta centrale ai nostri fini: sui dati di mortalità, la pandemia ha agito a livello molto differenziato a livello territoriale. Con questo intento, utilizzando la media dei decessi nel quinquennio precedente il 2020, gli autori Ghislandi e Scotti stimano su base stagionale una riduzione della speranza di vita per gli uomini di 5,1 anni nella provincia di Brescia e di 7,8 in quella di Bergamo, mentre per le donne il calo varia da 3,2 anni nella provincia di Piacenza a 5,8 anni in quella di Bergamo⁵⁸ (Ghislandi e Scotti, 2020).

Le regioni più colpite dalla pandemia in termini di numero di positivi al virus e mortalità sono state sicuramente, per tutta la fase I, quelle settentrionali (Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna), alle quali occorre affiancare alcune aree meno territorialmente rilevanti nelle Marche e in alcune parti

⁵⁸ Su base annua invece, secondo lo studio l'aspettativa di vita nel 2020 nella provincia di Bergamo si riduce di 3,5 anni per gli uomini e 2,5 anni per le donne rispetto alla media 2015-2019, attestandosi su livelli di 15 anni fa.

dell'Italia Centro-Meridionale. Queste regioni hanno sperimentato un deciso incremento nei dati di mortalità diretta e indiretta legata alla pandemia, specie per la popolazione più anziana, tale da prevedere a livello nazionale un arretramento del dato della speranza di vita e una spinta al riequilibrio dello stesso tra regioni che prima del 2020 presentavano, come sottolineato da ISTAT e INMP, valori sensibilmente differenziati fra loro. Un effetto paradossale di riduzione delle diseguaglianze demografiche che rischia, tuttavia, di risolversi in un grande abbaglio.

Gli effetti sulla mortalità del Covid-19 sono stati infatti molto differenziati, non solo fra le regioni, ma soprattutto al loro interno. È necessario quindi guardare all'impatto eterogeneo del virus all'interno delle regioni colpite dove "un gran numero di comuni con caratteristiche diverse è stato esposto all'epidemia, registrando però tassi di mortalità diversi"⁵⁹. Questa prospettiva richiede, quindi, di discutere due ordini diversi di problemi: (i) perché la pandemia si è diffusa in maniera eterogenea e ha avuto impatti diversi in aree territoriali differenziate, (ii) quali conseguenze è lecito aspettarsi sulle variabili epidemiologiche e demografiche che definiscono i livelli di iniquità presenti nel nostro Paese.

2.6.2 Possibili spiegazioni dei diversi andamenti

Per quanto riguarda la diffusione eterogenea del virus, dall'insorgere della pandemia sono stati intrapresi numerosi filoni di studio classificati in maniera esaustiva in un *paper* di Armillei e Filippucci (Armillei e Filippucci, 2020). In sintesi, la letteratura prodotta a partire dagli esordi della pandemia ipotizza e analizza alcune potenziali correlazioni tra diffusione del Covid-19 e 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 climatici.

Nel loro lavoro questi autori sottolineano che i territori che hanno avuto minori impatti sui livelli di mortalità sono stati quelli con maggiore livello di reddito e quota di occupati nel settore dei servizi e del commercio, maggiore livello di istruzione degli abitanti e prezzi più elevati delle abitazioni. All'opposto, un maggior numero di decessi si è avuto in comuni caratterizzati da minori livelli di reddito, maggior presenza di attività manifatturiere e maggiore numerosità media delle famiglie. Questi primi risultati si osservano sia nei confronti regionali, sia all'interno delle regioni.

Volendo sintetizzare in termini di possibili correlazioni e non causalità le possibili interpretazioni dei differenti andamenti della mortalità nei comuni italiani di fronte alla pandemia e utilizzando in maniera appropriata i dati presenti nel database ISTAT sui decessi durante i primi 6 mesi del 2020, possiamo

⁵⁹ Armillei F, Filippucci F, «Dai dati comunali una mappa del rischio coronavirus» in *www.lavoce.info*, 25 agosto 2020.

far riferimento, oltre che ai differenziali in termini di reddito e ricchezza, alle diverse dotazioni di capitale sociale dei territori⁶⁰, nonché alle caratteristiche del sistema produttivo locale, più o meno orientate sul versante manifatturiero o dei servizi.

Restano sullo sfondo e da indagare, a nostro parere, altre possibili aree interpretative che hanno giocato un ruolo importante nella diffusione della pandemia e nei suoi impatti.

Occorre riflettere almeno su altri quattro temi fondamentali che si presentano in maniera molto eterogenea nelle aree colpite:

- ▶ le caratteristiche dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri in termini di presenza, efficacia e risposta all'emergenza⁶¹;
- ▶ il livello di istituzionalizzazione delle persone anziane e la presenza di una rete di offerta di strutture residenziali o semiresidenziali rivolte alla non autosufficienza totale e parziale;
- ▶ le relazioni istituzionali e organizzative tra i servizi sanitari e ospedalieri, da un lato, e quelli sociosanitari e assistenziali, dall'altro;
- ▶ i legami tra livelli di inquinamento da alcuni composti, come il PM10 e soprattutto il PM2,5, e la diffusione di patologie respiratorie e infettive.

Si tratta di un insieme di variabili di ordine economico, sociale, politico e ambientale strettamente correlate tra loro, dove la ricerca di rapporti di causalità rischia di scontrarsi con evidenti problemi di multicollinearità, ma che tuttavia rimandano con vigore al tema delle determinanti sociali della salute e alla necessità di politiche orientate alla riduzione delle diseguaglianze territoriali.

2.6.3 Pandemia e iniquità

Gli effetti diretti e indiretti, a breve e a lungo termine, della pandemia rischiano di avere un effetto di ampliamento delle diseguaglianze in termini di aspettative di vita e di benessere. Le conseguenze della pandemia in termini di diffusione delle persone infettate e di mortalità appaiono dai dati a livello infraregionale più evidenti nelle aree interne e periferiche, relativamente meno dotate di servizi, sanitari e altri, meno favorite economicamente, con minore dotazione di capitale sociale e civismo (Armillei e Filippucci, 2020). Questo vale per le aree periferiche di regioni relativamente ricche e sviluppate come la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna e per quelle meridionali dove la carenza di servizi

⁶⁰ In termini di relazioni, civismo, partecipazione, circolazione delle informazioni.

⁶¹ Si fa riferimento, in particolare, alla distribuzione delle terapie intensive, alla numerosità dei loro posti letto per numero di abitanti, ai modelli organizzativi dei servizi della medicina primaria, al ruolo svolto nei primi mesi della pandemia dai MMG e PLS.

sanitari territoriali e ospedalieri adeguati all'emergenza ha evidenziato tradizionali lacune organizzative e istituzionali.

Gli ultimi dati disponibili sulla diffusione della pandemia nei mesi estivi vanno in questa direzione valutativa, evidenziando incrementi dei casi positivi in molti comuni e territori coinvolti in maniera meno rilevante nella fase di maggiore espansione della pandemia.

Nel periodo 17-30 agosto 2020 sono stati registrati 14.268 casi distribuiti in 2.366 comuni con una importante diffusione sul territorio nazionale di nuovi casi di infezione con almeno 1 caso segnalato in tutte le Regioni/PPAA. Se i valori di incidenza a 14 giorni per 100.000 abitanti si mantengono elevati in regioni come il Veneto e l'Emilia-Romagna (35,19 e 30,98 casi), si osserva una netta crescita in regioni meno coinvolte nei mesi precedenti: Lazio (32,46 casi), Liguria (30,59), Sardegna (30,30) e Umbria (28,06)⁶².

Tendenza confermata dall'ultima rilevazione ISTAT-ISS del 18 settembre 2020, nella quale si legge che "Il virus oggi circola in tutto il paese. Dieci Regioni/PPAA hanno riportato un aumento nel numero di casi diagnosticati rispetto alla settimana precedente che non può essere attribuito unicamente ad un aumento di casi importati da stato estero e/o da altra Regione. (...) È in diminuzione da due settimane la percentuale casi importati da altra Regione/PA". Questo elemento dovrebbe far riflettere anche sul ruolo che i movimenti turistici hanno nella diffusione del virus. Allo stesso modo dovrebbero essere presi in considerazione i dati complessivi di casi segnalati ad oggi dall'inizio della pandemia che evidenziano la rilevanza della diffusione in aree meno abitate e periferiche del Paese. Si ricordano, ad esempio, i 687 casi positivi ad oggi di Cosenza rispetto ai 242 di Catanzaro, i 3.159 casi di Pesaro/Urbino rispetto ai 1.918 di Ancona e in altre Regioni i valori di La Spezia (1.706 casi), Latina (986), Caserta (1.278), Foggia (1.556) e Sassari (1.453 casi rispetto ai 470 di Cagliari). Tutti dati disponibili nell'ultima rilevazione dell'ISS aggiornata al 15 settembre 2020 dove si registra un'incidenza sul territorio nazionale della pandemia di 29,63 casi ogni 100.000 abitanti nel periodo 31 agosto-13 settembre, con punte significative verso l'alto nella PA di Trento (77,75 casi), in Liguria (61,37) e in Sardegna (39,67), ma non in una regione turistica come la Valle D'Aosta (12,75).

Il forte decremento della mortalità associata alle infezioni da Covid-19 non deve far spostare l'attenzione da questi aspetti, che anzi devono rimanere centrali nelle future decisioni di policy.

Per analisi anche quantitative più approfondite su alcune di queste tematiche si rimanda al capitolo 7 del presente Rapporto, che approfondisce analiticamente il tema degli esiti di salute.

⁶² Cfr. ISS, Epidemia Covid-19, Aggiornamento nazionale, 1 settembre 2020, pag. 2.

2.7 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
- Airoldi 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 CERGAS (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 CERGAS (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 CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Fusco D., Davoli M., Pinnarelli L., Colais P., D' Ovidio M., Basiglioni 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 Syntesis 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 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 31/07/20

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). Costituzione della Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario lombardo (Acss)

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 dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (Arcs) che succede all'Egas
- 2020: Riduzione del numero di aziende sanitarie, che passano da 5 a 3 Aziende di area vasta: l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO), l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU Gi) e l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC).

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 UsI 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 Commissario *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).