

a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2019

## 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

 Egea

**Collana CERGAS**

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

## 2 La struttura e le attività del SSN

*di Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Attilio Gugiatti,  
Francesco Petracca<sup>1</sup>*

### 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 europei<sup>2</sup>.

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) mobilità dei Direttori Generali (§2.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§2.3);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§2.4);
- ▶ confronto internazionale in termini di struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari (§2.5);
- ▶ dati che riguardano l'inequità nell'accesso ai servizi sanitari e analisi delle relative politiche nazionali e regionali (§2.6).

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 2.4 e 2.5 sono da attribuirsi a Michela Bobini, il § 2.2 a Gianmario Cinelli, il § 2.6 ad Attilio Gugiatti, i §§ 2.1 e 2.3 a Francesco Petracca.

<sup>2</sup> 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).

Le fonti del capitolo sono così riassumibili<sup>3</sup>:

- ▶ 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 (1998-2017); iv) il data-set relativo alla dotazione di posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2017)<sup>4</sup>;
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2019 (ultimo anno disponibile: 2017).

## 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 processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale<sup>5</sup>, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

1. individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il «gruppo sanitario pubblico regionale»;
2. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);

<sup>3</sup> In tutto il capitolo, si adotta la suddivisione ISTAT del territorio nazionale: il Nord comprende Piemonte, Valle D'Aosta, Lombardia, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna; del Centro fanno parte Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud e le Isole comprendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

<sup>4</sup> Queste fonti, pubblicate entro settembre 2019, sono le ultime messe a disposizione dal Ministero della Salute. Rispetto allo scorso anno, oltre alla pubblicazione dell'Annuario Statistico 2016 e 2017, si segnala la novità relativa alla dotazione dei posti letto ospedalieri del SSN per disciplina di riferimento.

<sup>5</sup> Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

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 tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna<sup>6</sup>. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (Acss)<sup>7</sup>. Da segnalare, infine, che il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio, la Campania e la Liguria hanno soppresso nel corso dell'ultimo decennio la propria Agenzia<sup>8</sup> e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Rispetto alle competenze regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie e nella regolazione delle aziende, nell'Appendice Online disponibile sul sito del CERGAS<sup>9</sup> sono elencati i documenti di programmazione strategica (Piani Sanitari Regionali, Piani di Rientro) e le principali normative regionali in materia di sanità.

### 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 ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo nazionale, regionale e vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico - IRCCS e

<sup>6</sup> Le leggi di istituzione e disciplina delle Agenzie regionali, se presenti, sono riportate in Appendice II, nella sezione relativa alla normativa sanitaria, disponibile nell'apposita sezione sul sito del CERGAS.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013, L.R. 20/2015 e L.R. 17/2016.

<sup>9</sup> Per accedere ai contenuti raggiungere il sito web del Cergas ([www.cergas.unibocconi.eu](http://www.cergas.unibocconi.eu)) e aprire la sezione “Resources” alla pagina “Reserved area: OASI & Mecosan”. Per accedere ai capitoli e alle relative appendici è necessario registrarsi e poi accedere con le proprie credenziali.

Aziende Ospedaliero-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 e rapporto fiduciario con il governo regionale (Del Vecchio e Romiti, 2017). Queste considerazioni hanno spinto nel 2017 gli autori a interrogarsi su un aggiornamento del sistema di classificazione delle forme aziendali che fosse concettualmente solido e coerente con i cambiamenti in atto nei diversi SSR<sup>10</sup>. A partire da quell'anno, quindi, nel computo delle aziende territoriali vengono incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde che, per effetto della recente riforma, sono diventate le uniche responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica<sup>11</sup>. Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali, sono invece confluite nell'insieme degli enti intermedi.

La nuova classificazione adottata prevede, infatti, la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, con l'aggiunta di tre nuovi raggruppamenti: IRCCS pubblici, Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN e, appunto, enti interme-

<sup>10</sup> Si è deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99, secondo il quale la regione ha la responsabilità di individuare “[...] l’articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all’art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera [...]”. Le aziende sanitarie territoriali devono quindi fare riferimento a un territorio, rispetto al quale sono responsabili del mantenimento dei LEA, ed erogare direttamente servizi. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l’analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione delle rinnovate aziende e agenzie lombarde.

<sup>11</sup> 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.

di, 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 31 Luglio 2019 e il numero di Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici), IRCCS Pubblici ed enti intermedi aggiornato al 2019, 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 120 di oggi (-39%), a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale al fine di ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. Il processo ha subito una prima accelerazione tra il 2007 e il 2012, in particolare nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)<sup>12</sup>, per poi rinverire a cavallo tra 2015 e 2017 con i riordini di molti SSR anche del Nord Italia<sup>13</sup>. Nel corso degli ultimi due anni non si registrano invece ulteriori modifiche negli assetti istituzionali e il conteggio delle aziende territoriali degli SSR è rimasto quindi immutato, mentre nuove modifiche potrebbero determinarsi nel prossimo futuro. A partire dal 1 gennaio 2020, infatti,

<sup>12</sup> Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

<sup>13</sup> Ai riordini del SSR lombardo e toscano e alla modifica degli assetti istituzionali delle aziende nell'area metropolitana di Roma occorsi nel 2015, hanno fatto seguito nel corso del 2016 ulteriori riforme regionali che hanno accentuato il processo di contrazione del numero di forme aziendali. In Sardegna è nata l'ASL unica, ribattezzata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), coincidente con l'ambito territoriale della Sardegna e con sede a Sassari. In Veneto, invece, con la L.R. 19/2016, il numero di ULSS è stato ridotto da 21 a 9 ed è stata istituita l'Azienda Zero, che rientra nel computo degli enti intermedi e ha l'obiettivo di perseguire lo sviluppo del servizio sanitario regionale. A gennaio 2017 è stata infine costituita la nuova ASL Città di Torino, nata per effetto della fusione delle ASL To1 e To2.

Tabella 2.1 **Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2019)**

Regione	ASL e ASST					Popolazione media 2019	AO (*)					AO integrate con il SSN (ex Politiclinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici	Enti intermedi (**)
	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2015	Numero al 30/06/2019	Numero al 31/12/95		Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/19	Numero al 30/06/2019	Numero al 30/06/19			
Piemonte	63	22	13	12	7	363.034	7	6	6	-	-	-	-	-
Valle d'Aosta	1	1	1	1	-	125.666	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	27	16	372.614	16	27	29	-	-	5	11	-
PA Bolzano	4	4	4	1	-	531.178	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	-	541.098	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	9	2	545.095	2	2	2	-	-	1	1	-
Friuli VG	12	6	5	5	3	243.044	3	3	2	-	-	2	1	-
Liguria	20	5	5	5	3	310.128	3	3	-	-	-	2	1	-
Emilia Romagna	41	13	8	8	5	557.435	5	5	4	-	-	2	-	-
Toscana	40	12	12	3	4	1.243.214	4	4	4	-	-	-	1	-
Umbria	12	5	4	2	2	441.008	2	2	2	-	-	-	1	-
Marche	24	13	13	1	3	1.525.271	3	4	2	-	-	1	-	-
Lazio	51	12	12	10	3	587.908	3	3	4	1	-	2	-	-
Abruzzo	15	6	6	4	-	327.895	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	-	305.617	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	7	7	7	828.813	7	8	7	2	-	1	-	-
Puglia	55	12	6	6	4	671.509	4	6	1	1	-	2	-	-
Basilicata	7	5	2	2	1	281.435	1	1	1	-	-	1	-	-
Calabria	31	11	5	5	4	389.426	4	4	4	-	-	1	-	-
Sicilia	62	9	9	9	16	555.543	16	17	5	5	-	2	-	-
Sardegna	22	8	8	1	1	1.639.591	1	1	1	2	-	-	1	-
<b>ITALIA</b>	<b>659</b>	<b>228</b>	<b>139</b>	<b>120</b>	<b>81</b>	<b>502.996</b>	<b>81</b>	<b>97</b>	<b>75</b>	<b>43</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>-</b>

(\*) Per AO si intende la somma della Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con l'SSN (ex Politiclinici). Con riferimento al 2016 e al 2017, le ASST lombarde sono state conteggiate come AO.

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

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero), Del Vecchio (2017)

in Friuli verranno costituite tre Aziende di area vasta che comprenderanno al loro interno sia l'area territoriale sia quella ospedaliera. In Sardegna, invece, il Presidente della Regione ha presentato un abbozzo di riforma sanitaria, sul modello Veneto, che prevedrebbe la sostituzione dell'ATS unica con un'Azienda regionale della Salute (ARES) che gestisca centralmente acquisti e personale, mentre le aziende territoriali tornerebbero ad essere cinque.

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 502.996 a gennaio 2019<sup>14</sup>. La regione che presenta la popolazione media regionale più elevata è la Sardegna, il cui territorio corrisponde con quello dell'unica ATS sarda (1.639.591 abitanti), seguita dalle Marche, anch'esse caratterizzate da un'azienda unica, l'ASUR marchigiana (1.525.271). A seguire le aziende toscane, che presentano bacini d'utenza molto maggiori dopo la riforma con una popolazione media pari a 1.243.214 nel 2019 (valore sostanzialmente quadruplicato dopo la riduzione da 12 a 3 sole Asl). Il minimo si registra, invece, nella regione più piccola per dimensionamento e numero di abitanti (Valle D'Aosta - 125.666 abitanti) e l'unica altra regione con una popolazione aziendale media inferiore ai 250.000 abitanti è il Friuli Venezia Giulia (243.044).

A fronte dei processi di riordino sopra elencati, coesistono ora molteplici modelli regionali in termini di assetti istituzionali prevalenti e architetture dei gruppi regionali sanitari pubblici. In alcune regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Valle D'Aosta, PA di Trento<sup>15</sup>, PA di Bolzano e Molise), nelle Marche e, di recente, in Sardegna sono state create ASL uniche. Nelle restanti regioni, il territorio delle ASL tende a coincidere con quello provinciale<sup>16</sup>. 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 riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 43 (-41%)<sup>17</sup>. Rispetto allo scorso anno, anche nel conteggio delle AO non si registrano ulteriori cambiamenti. Nuove modifiche potrebbero, però, determinarsi nel futuro prossimo: in Puglia, per esempio, è prevista l'istituzione del Polo Pe-

<sup>14</sup> La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per l'1 gennaio 2019.

<sup>15</sup> Valle D'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

<sup>16</sup> Anche in alcune regioni in cui la ASL coincide tendenzialmente con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Piemonte, Veneto.

<sup>17</sup> Tale numero risente ovviamente della nuova classificazione adottata a partire dall'edizione 2017 del Rapporto, che ha previsto lo spostamento delle ASST e delle ATS rispettivamente nel computo delle aziende territoriali e in quello degli enti intermedi.

diatrico pugliese tramite lo scorporo dell'ospedale pediatrico Giovanni XXIII dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

Fanno parte degli enti pubblici dei SSR anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Le prime sono attualmente 9, tutte concentrate nel Centro o Sud Italia, mentre si contano 22 IRCCS pubblici, che comprendono anche le 4 Fondazioni IRCCS pubblici con sede in Lombardia.

Per quanto riguarda infine gli enti intermedi, se ne contano attualmente 17. A partire dal 1 gennaio 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 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);

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

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

**Funzioni di governo**

Fonte: Riadattamento da Del Vecchio e Romiti (2017)

- ▶ 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’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 31/07/2019 è disponibile nell’Appendice online accessibile dal sito del CER-GAS, 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 pubbliche<sup>18</sup>

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 profondamente 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 2002<sup>19</sup>. 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; la quarta mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura nelle nomine dei DG. Ulteriori contributi affini a questi temi sono disponibili nel presente Rapporto ai capitoli 8, con un focus sul «mestiere» del Direttore Generale, e 16, che analizza la femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità.

<sup>18</sup> La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti *web* delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

<sup>19</sup> L’analisi si focalizza esclusivamente sulle aziende territoriali, sulle aziende ospedaliere, ivi incluse le aziende ospedaliere integrate con l’Università, e sulle ATS lombarde.

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 2.2 mostra la durata media<sup>20</sup> del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2019. Il valore medio nazionale è pari a 3 anni e 6 mesi circa, in leggera diminuzione (1 mese) rispetto al periodo precedente. Probabilmente, si tratta di un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche. Permangono, inoltre, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,8 anni della Calabria ai 7,5 della PA di Bolzano. L'ultimo anno è stato caratterizzato da un numero molto elevato di cambiamenti (91), in forte aumento rispetto ai 40 del 2018. A seguito del recente ciclo di nomine, si è registrata una riduzione delle durate medie in Lombardia, Campania e Sicilia, le tre regioni dove vi sono stati il maggior numero di avvicendamenti nell'ultimo periodo. In Calabria, invece, sono decaduti i 9 DG con il nuovo commissariamento all'interno dei PdR. 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 2019 registra, invece, una differenza

Tabella 2.2 **Durata media in carica dei DG, per regione e tipo di azienda (1996-2019)**

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

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

Fonte: OASI, 2019

<sup>20</sup> 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  $1 \leq n \leq 23$ ) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

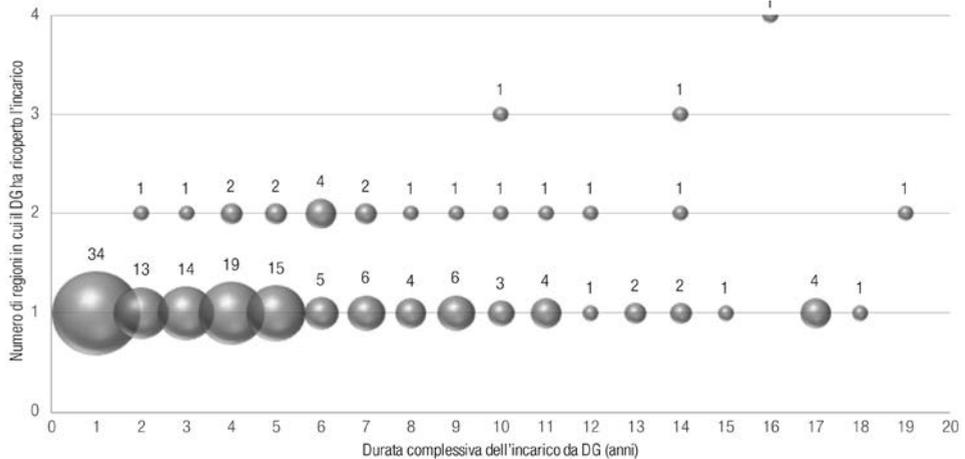
di circa 5 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,8 anni nelle AO e 3,4 anni nelle ASL. Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le regioni. Infatti, in Toscana, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Veneto la stabilità dei DG di ASL e AO è sostanzialmente allineata, mentre nella sola Basilicata la durata degli incarichi dei direttori delle ASL tende a superare quella delle AO (3,2 contro 3,0).

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 DG<sup>21</sup>. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG fotografa l'insieme dei direttori generali attualmente in carica considerando due variabili:

- ▶ anni totali in cui ciascun individuo ha ricoperto la carica, in qualsiasi delle 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

Figura 2.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N = 156)**



Fonte: OASI, 2019

<sup>21</sup> A questo proposito rileva il recente disegno di legge a prima firma Maria Domenica Castellone con le modifiche al decreto legislativo 4 agosto 2016, n.171 in materia di dirigenza sanitaria. L'articolo 2, comma 1 stabilisce infatti che “le regioni nominano i direttori generali esclusivamente tra gli iscritti all’elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale, di cui all’articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul proprio sito internet istituzionale, l’incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell’elenco nazionale”. Inoltre, “La durata dell’incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni” (Art 2, comma 2).

evidenza così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Attualmente, 156<sup>22</sup> persone ricoprono il ruolo di direttore generale in una delle strutture pubbliche del SSN. Il grafico mostra come siano ampiamente prevalenti i DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa l'86%, e che, fra coloro che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in più regioni, prevalgono spostamenti tra aree limitrofe e si tratta di manager che hanno operato in due, tre o, in un solo caso, quattro regioni diverse. Rimane ancora molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 34, 14 e 15). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel tempo, anche se marginalmente, passando da poco più del 55% nel 2003<sup>23</sup> al 40,4% nel 2019. In crescita la percentuale di DG che hanno ricoperto l'incarico per un periodo superiore ai cinque anni, pari al 35% nel 2019 rispetto al 28% se si considera l'intero periodo 1996-2019. 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 29%, in forte aumento rispetto al 2011<sup>24</sup>, quando era circa il 10%.

La terza dimensione riguarda l'età media dei DG in carica di ASL e AO, a livello nazionale e regionale (Tabella 2.3). Il valore medio nazionale è pari a 58 anni e 7 mesi circa. I DG di aziende ospedaliere hanno in media un'età superiore di 2 anni rispetto a quelli di ASL (rispettivamente i valori sono pari a 59 anni e 8 mesi e 57 anni e 8 mesi) e, tralasciando le regioni che presentano un numero di aziende estremamente limitato, le differenze maggiori si riscontrano in Sicilia, Campania e Puglia.

Infine, la quarta dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG, all'interno di un singolo sistema regionale e tra sistemi regionali, sulla base dei due indici proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003) e riportati in Tabella 2.4: l'indice di instabilità del sistema regionale<sup>25</sup> (propensione del sistema

<sup>22</sup> Non sono inclusi i DG che svolgono il ruolo ad interim.

<sup>23</sup> Il dato si riferisce alle persone che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale nel periodo 1996-2003.

<sup>24</sup> Il dato si riferisce alle persone che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale nel periodo 1996-2011.

<sup>25</sup> L'indice di instabilità è 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 1996-2019 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

Tabella 2.3 **Età media dei DG, per regione e tipo di azienda (2019)**

Regione	AO	ASL o ASST	Totale complessivo (*)
Piemonte	58,0	58,7	58,4
Valle D'Aosta	/	62,0	62,0
Lombardia	/	58,8	58,8
PA Bolzano	/	54,0	54,0
PA Trento	/	65,0	65,0
Veneto	62,0	60,7	60,9
Friuli VG	/	57,2	57,2
Liguria	/	56,6	56,6
Emilia Romagna	61,8	58,9	60,1
Toscana	60,8	58,3	59,7
Umbria	66,0	58,5	62,3
Marche	64,0	59,0	61,5
Lazio	58,7	58,8	58,8
Abruzzo	/	61,0	61,0
Molise	/	**	/
Campania	61,7	56,0	58,9
Puglia	59,5	54,7	55,9
Basilicata	52,0	48,0	49,3
Calabria	**	**	/
Sicilia	61,2	54,3	57,1
Sardegna	46,0	**	46,0
<b>ITALIA</b>	<b>59,7</b>	<b>57,7</b>	<b>58,6</b>

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

(\*\*) Non sono presenti dati per la Calabria e le ASL di Molise e Sardegna perché i relativi DG non sono stati ancora nominati nel momento in cui è stata condotta l'analisi.

Fonte: OASI, 2019

a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale<sup>26</sup> (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano

anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

<sup>26</sup> L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2019 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

Tabella 2.4 **Indici di stabilità e apertura, per regione (1996-2019)**

Regione	Indice di instabilità	Indice di apertura
Piemonte	0,29	0,69
Valle D'Aosta	0,30	1,00
Lombardia	0,25	0,58
PA Bolzano	0,08	1,00
PA Trento	0,17	1,00
Veneto	0,19	0,49
Friuli Venezia Giulia	0,28	0,60
Liguria	0,23	0,77
Emilia Romagna	0,20	0,67
Toscana	0,23	0,73
Umbria	0,29	0,57
Marche	0,27	0,84
Lazio	0,34	0,75
Abruzzo	0,25	0,90
Molise	0,26	0,69
Campania	0,31	0,79
Puglia	0,29	0,67
Basilicata	0,29	0,80
Calabria	0,56	0,72
Sicilia	0,30	0,71
Sardegna	0,36	0,80
<b>ITALIA</b>	<b>0,28</b>	<b>0,69</b>

Fonte: OASI, 2019

mono-azienda (Valle D'Aosta e PA di Trento<sup>27</sup>), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto, a meno di turnover 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 0,28: in media, si osserva quindi un cambiamento al vertice ogni 3,6 volte possibile. La Calabria si conferma come la regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice è tornato al livello massimo (pari a 0,56) già registrato nel 2017. Altre regioni che presentano valori elevati, seppur largamente inferiori alla Calabria, sono la Sardegna (0,36), il Lazio (0,34) e la Campania (0,31). Il livello di apertura medio è molto elevato, pari a 0,69 – ciò implica che, in media, 7 nomine su 10

<sup>27</sup> La Regione Valle D'Aosta registra un tasso di instabilità pari a 0,32, mentre la Provincia Autonoma di Trento pari a 0,18.

ricadono su soggetti esterni, ossia su persone che non avevano mai ricoperto il ruolo di direttore generale o che lo avevano fatto in altre regioni. Tralasciando la PA di Bolzano, caratterizzata da un'apertura che si può definire "fittizia"<sup>28</sup>, l'Abruzzo fa registrare l'indice di apertura più alto: delle 32 nomine di DG registrate nel periodo 1996-2019, 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) e la Sardegna (0,80). Al contrario, il Veneto presenta i valori significativamente più bassi: 48 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 tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture di erogazione di servizi sanitari<sup>29</sup>.

### 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 30/12/2016<sup>30</sup>, registrano 446 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 575 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (371 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),

<sup>28</sup> Il direttore dell'ASP unica, in carica fino a giugno 2015, era precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine) e ricopriva il ruolo di DG sin dall'inizio della rilevazione (1996).

<sup>29</sup> Secondo l'attuale schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, adottato dal Ministero della Salute nel 2009, gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

<sup>30</sup> L'ultimo aggiornamento dell'Indirizzario da parte del Ministero della Salute è relativo alle strutture attive al 30 dicembre 2016: le analisi qui riportate presentano dati già pubblicati nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI

ma risultano in crescita negli ultimi anni per via dell'accorgimento metodologico che ha determinato l'attribuzione delle 27 ASST lombarde a tale conteggio. Attualmente, i presidi a gestione diretta risultano principalmente concentrati nelle regioni del Centro e del Sud (69,5% del totale).

Dal confronto con i dati degli anni precedenti, risulta chiaro che l'assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo ventennio di politiche sanitarie: la razionalizzazione è stata introdotta già dai processi di riforma degli anni Novanta e Duemila e questa impostazione è stata ribadita dal Patto per la Salute 2014-2016<sup>31</sup> e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie<sup>32</sup>.

La Tabella A.2.1, che mostra il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia al 30/12/2016 suddivise per tipologia, è disponibile nell'Appendice online a questo capitolo<sup>33</sup>.

La Tabella 2.5 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 646 e 671 PL nel 2017. IRCCS, presidi a gestione diretta delle aziende territoriali e ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 225, 216 e 216 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 84 PL accreditati per la degenza ordinaria.

La Tabella 2.5 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, a partire dal 2000 si sia registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di PL in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta, la cui crescita dimensionale (+17,4%) è conseguenza diretta sia delle dinamiche di accorpamento dei presidi conseguenti ai vari 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

<sup>31</sup> Il Patto per la Salute 2014-2016 ha confermato, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di "presidi territoriali/ospedali di comunità" per ricoveri brevi non complessi (art. 5).

<sup>32</sup> Le cure intermedie sono strutture sanitarie a valenza territoriale e a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio. I pazienti target di tali moduli territoriali sono pazienti in dimissione dai reparti per acuti che hanno bisogno di consolidare le proprie condizioni fisiche o continuare il recupero funzionale, così come individui provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per proseguire le terapie ed evitare un ricovero ospedaliero. Per un approfondimento sulle cure intermedie si consulti il Capitolo 15 del Rapporto OASI 2016.

<sup>33</sup> L'ultimo aggiornamento dell'Indirizzario da parte del Ministero della Salute è relativo alle strutture attive al 30 dicembre 2016: le analisi presentate nell'Appendice online e sintetizzate qui nel testo riportano quindi dati già presenti nel Rapporto OASI 2018.

Tabella 2.5 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2017)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2014	2016	2017	Variazione 2000-2017	Variazione 2016-2017
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	196	207	210	216	17,4%	2,8%
AO e AO integrate con Università	774	660	707	670	661	671	-13,4%	1,5%
AOU integrate con SSN	832	620	669	644	670	646	-22,3%	-3,5%
IRCCS pubblici e privati	247	224	231	231	237	225	-9,0%	-5,1%
Ospedali classificati	223	211	202	214	215	216	-3,0%	0,8%
Case di cura accreditate (1)	89	85	82	83	82	84	-5,6%	1,9%

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

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

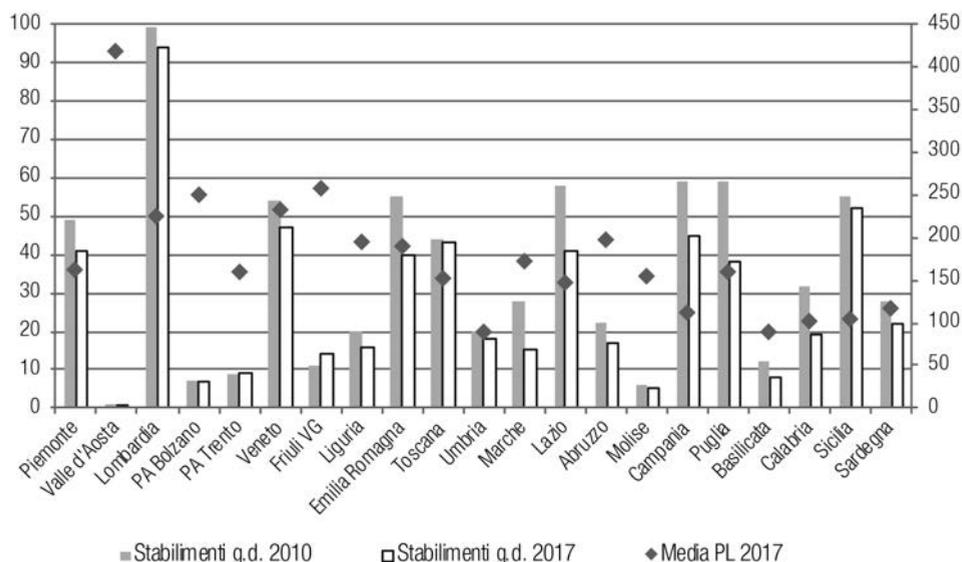
AOU integrate con il SSN (-22,3% tra il 2000 e il 2017) e nelle AO (-13,4%) e nelle case di cura accreditate (-5,6%). Negli ultimi due anni riportati in tabella (2016, 2017) si osserva che, per i presidi a gestione diretta, le dimensioni medie sono cresciute marginalmente, a seguito dell'aggiunta dei presidi lombardi delle ASST e della riduzione di quelli veneti dopo i relativi riordini. Per AO e AO integrate con l'università, da un lato, e AOU integrate con il SSN, dall'altro, si osservano invece trend opposti: per le prime il dimensionamento medio è cresciuto di 10 PL tra 2016 e 2017 (+1,5%)<sup>34</sup>, mentre per le seconde si registra una riduzione media di 24 PL rispetto al 2016 (-3,5%) dovuta esclusivamente alla riduzione dei PL delle strutture, rimaste invariate nel numero. Per le case di cura private accreditate, infine, si verifica una riduzione di 13 unità rispetto al 2016, che è alla base del leggero aumento delle dimensioni medie (+2 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 lombarde<sup>35</sup>) nel 2010 e nel 2017. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni (cfr. paragrafo precedente e Box 4.1), 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

<sup>34</sup> Nel 2017 in Friuli Venezia Giulia sono state costituite le Aziende Sanitarie Universitarie Integrate di Udine e Trieste: per effetto di questa modifica, le AOU sono state trasferite nella sfera di controllo delle relative aziende territoriali e sono uscite dal conteggio delle AOU.

<sup>35</sup> Già in base alla L.R. 31/97 le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa adesso riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASST.

Figura 2.3 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2017) e dimensione media (asse dx; 2017)**

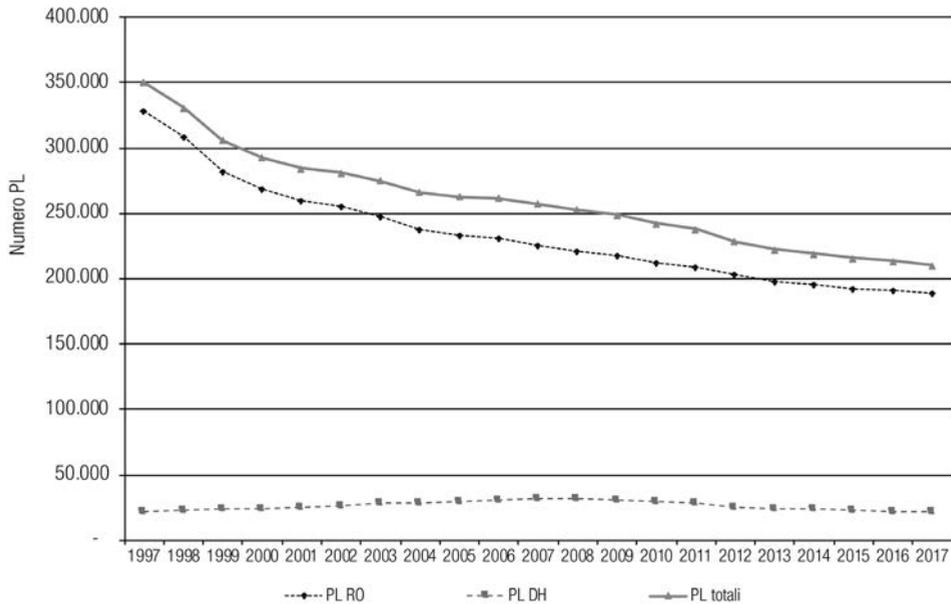


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute - Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

propria attività erano principalmente situati nelle regioni del Sud Italia (Puglia, -34 stabilimenti; Campania, -14; Calabria, -13). Negli ultimi anni invece il fenomeno è esteso a tutto il territorio nazionale e spesso fortemente influenzato dalle tempistiche con cui i vari SSR hanno provveduto alla revisione degli assetti istituzionali. Rispetto al 2016, il numero degli stabilimenti si è ulteriormente ridotto di 29 unità, con il numero massimo di decrementi nelle Marche (-8) e in Emilia Romagna (-6), a seguito della chiusura di una serie di piccoli ospedali.

I dati dimensionali, aggiornati al 2017, evidenziano un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 126 e 144 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 relative Aziende Ospedaliere di Trieste e Udine.

Come evidenziato dalla Figura 2.4, nel 2017 il SSN italiano disponeva di 210.026 PL, di cui 188.748 (89,9%) per degenza ordinaria e 21.278 (10,1%) 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 40,0%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-42,5%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno sono rimasti sostanzial-

Figura 2.4 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2017)**

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

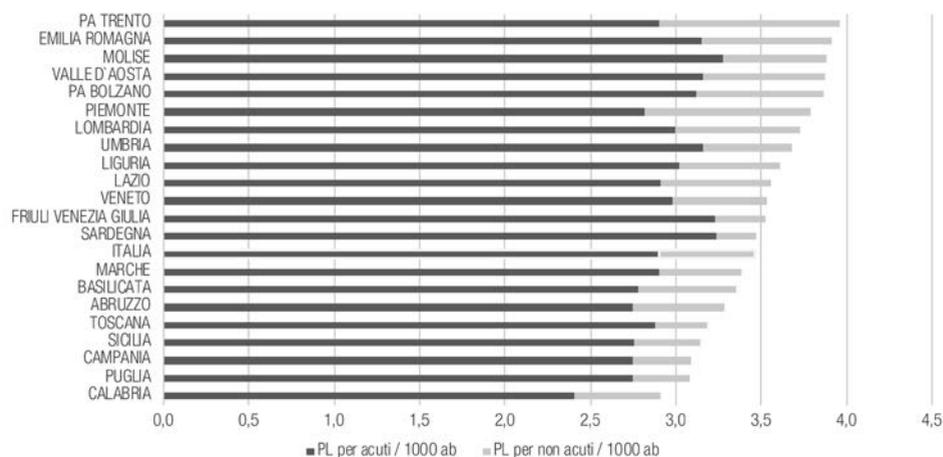
mente stabili (-788 unità, pari al 3,6%). La diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, mentre i posti letto in DH fino al 2008 sono andati aumentando (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale, pari a 31.623 PL); a partire da quell'anno, il trend si è invertito, registrando una rapida riduzione della dotazione di posti letto in regime diurno che è proseguita anche in tempi recenti (-7,0% tra 2015 e 2017). Nell'ultimo biennio analizzato (2015-2017) la tendenza evidenziata è proseguita anche per i PL ordinari, seppure con un tasso inferiore (-2,0%).

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 acuti<sup>36</sup>. 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 2017 la dotazione media na-

<sup>36</sup> 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.

Figura 2.5 **Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2017)**



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

zionale di PL SSN<sup>37</sup> – 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 sette regioni, tutte del Nord Italia ad eccezione del Molise, presentano una dotazione complessiva di PL superiore a 3,7 e nessuna regione supera i 4 PL per 1.000 abitanti, a testimonianza di una progressiva e rapida riduzione rispetto al passato<sup>38</sup>. Persistono invece margini di miglioramento per quanto riguarda i target specifici, 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 Molise (3,27 PL/1.000 ab.) e Sardegna (3,24), per i non acuti nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte (rispettivamente 1,05 e 0,97 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 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 2017 il numero di reparti

<sup>37</sup> Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

<sup>38</sup> 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.

ospedalieri si è ridotto di 795 unità, pari al 5,6% e, nei primi anni che hanno seguito l'emanazione del DM 70/15, non è stata registrata una accelerazione di questo trend<sup>39</sup>. Questo valore rappresenta una percentuale inferiore rispetto alla riduzione di PL registrata nello stesso intervallo di tempo, pari all'8,2%: la contrazione nel numero di PL SSN, evidenziata in precedenza, è quindi frutto sia della soppressione di alcune UOC, sia della riduzione del numero medio di PL nei reparti che sono rimasti attivi, passato da 16,29 a 15,86.

Osservando questi stessi dati a livello regionale, emerge come in quasi tutte le regioni, tra 2012 e 2017, 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 Calabria (-18,7%), Basilicata (-17,4%) e Marche (15,9%). La percentuale di contrazione del numero di reparti è fortemente correlata con la percentuale di riduzione dei PL nello stesso periodo: tra 2012 e 2017 le regioni che hanno ridotto maggiormente la loro dotazione di PL SSN sono state ancora Calabria (-16,5%) e Marche (-14,0%), insieme al Friuli Venezia Giulia (-14,3%), che tuttavia ha ridotto il numero di reparti soltanto del 4,9%.

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; iv) la concentrazione di alcune discipline nei principali sistemi sanitari regionali.

La Tabella 2.6 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 31.526 PL (14,9% del totale SSN), seguita da recupero e riabilitazione (22.844 PL, 10,8%) e chirurgia generale (22.024 PL, 10,4%). Le prime 15 discipline assommano in totale il 78,7% dei PL del SSN.

Le discipline che, in termini assoluti, hanno ridotto maggiormente la loro dotazione strutturale, tra 2012 e 2017, sono state quelle che disponevano e tuttora dispongono del maggior numero di PL: medicina generale (-3.715 PL), chirurgia generale (-3.288 PL) e ostetricia e ginecologia (-2.242 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, come oculistica (-27,8% nel periodo analizzato) e dermatologia (-50,6%). Per quanto riguarda invece i PL diurni, che si sono ridotti all'interno delle specifiche discipline, si osserva tra 2012

<sup>39</sup> La riduzione nel numero di reparti è stata pari a 3,5 punti percentuali tra 2012 e 2015 e a 2,2, punti tra 2015 e 2017.

Tabella 2.6 **Numero di PL per disciplina (2017)**

Disciplina	PL	% PL SSN
Medicina generale	31.526	14,9%
Recupero e riabilitazione	22.844	10,8%
Chirurgia generale	22.024	10,4%
Ortopedia e traumatologia	17.874	8,4%
Ostetricia e ginecologia	14.008	6,6%
Cardiologia	8.511	4,0%
Lungodegenti	8.346	3,9%
Neurologia	6.243	3,0%
Urologia	6.182	2,9%
Psichiatria	5.545	2,6%
Pediatria	5.368	2,5%
Terapia intensiva	5.185	2,5%
Oncologia	5.166	2,4%
Geriatrica	4.158	2,0%
Otorinolaringoiatria	3.629	1,7%
Altre discipline	44.984	21,3%

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

e 2017 un aumento del numero di PL genericamente dedicati al Day Surgery (+847 PL, +63,3%) e Day Hospital (+297, +32.7%) senza specifica destinazione disciplinare.

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 28,9 e 31,6 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 (43,3) e, al Sud Italia, Campania (21,2) e Sicilia (18,5) si riscontra 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 po-

sizionate al Centro-Sud (Lazio – 49,5 PL; Campania – 42,0 PL), mentre i valori minimi, oltre che in Sicilia (20,4), sono quelli registrati in Toscana (17,7) ed Emilia Romagna (21,3).

Per evidenziare il diverso posizionamento regionale nella configurazione della rete ospedaliera, si analizza infine la diversa concentrazione dei PL nelle strutture di erogazione<sup>40</sup>. La Tabella 2.7 riporta, per le sei discipline principali in termini di PL nel 2017 (medicina generale, recupero e riabilitazione, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, cardiologia), la percentuale di PL concentrati nel 10% e nel 25% di strutture più grandi.

Tabella 2.7 **Distribuzione dei PL nelle principali strutture di erogazione, per disciplina e regione**

Regione	Medicina Generale		Recupero e riabilitazione		Chirurgia generale		Ortopedia e traumatologia		Ostetricia e ginecologia		Cardiologia	
	10%	25%	10%	25%	10%	25%	10%	25%	10%	25%	10%	25%
Piemonte	39,7%	75,6%	41,0%	68,0%	41,8%	72,0%	40,4%	69,4%	56,8%	87,5%	39,9%	75,3%
Lombardia	34,8%	62,4%	37,7%	64,7%	36,0%	64,3%	39,9%	65,1%	45,3%	78,9%	48,6%	79,9%
Veneto	46,5%	80,5%	28,6%	57,2%	43,6%	75,6%	41,0%	71,0%	48,9%	89,6%	50,4%	89,1%
Emilia Romagna	43,3%	79,4%	37,4%	73,6%	39,7%	75,0%	36,9%	66,7%	45,3%	88,3%	51,3%	90,2%
Lazio	32,7%	63,8%	59,6%	92,6%	43,4%	71,8%	45,2%	73,2%	50,2%	84,7%	47,6%	86,7%
Campania	37,0%	60,6%	91,6%	100,0%	31,3%	53,2%	36,5%	63,7%	34,7%	60,5%	49,7%	77,4%
Sicilia	35,0%	61,0%	48,4%	83,8%	34,3%	57,1%	35,7%	64,4%	45,1%	79,0%	41,5%	76,5%

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

Dalla Tabella 2.7 emergono alcune differenze significative tra le diverse regioni, fortemente influenzate anche dal numero di strutture d'erogazione private accreditate, specialmente Case di Cura, che, in contesti quali Lombardia, Lazio e Campania, portano ad aumentare in modo rilevante il computo complessivo delle strutture operanti. In tutte le discipline analizzate, ad ogni modo, il 10% delle strutture più grandi somma intorno al 40% dei PL regionali, con l'eccezione della cardiologia, che mostra livelli di concentrazione leggermente superiori. Anche in questo caso non esistono posizionamenti regionali univoci e trasversali su tutte le discipline, quanto piuttosto situazioni particolari che rendono ogni valutazione generale alquanto complessa. Le differenze più marcate tra le regioni analizzate si evidenziano nella riabilitazione, disciplina a minore intensità assistenziale che, nelle attese, dovrebbe mostrare una maggiore distribuzione territoriale. Va nella direzione di questa ipotesi il dato del Veneto, dove il 10% degli stabilimenti più grandi ospita il 28,6% dei PL complessivi a livello

<sup>40</sup> Per garantire una migliore rappresentatività e poter analizzare un numero cospicuo di strutture, l'analisi è limitata ai 7 SSR che presentano il maggior numero di PL nelle discipline considerate: Lombardia, Lazio, Campania, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte e Sicilia

regionale, mentre le regioni del Centro-Sud evidenziano un'inadeguatezza della rete delle post-acuzie dovuta alla scarsità di PL: per effetto di ciò, in Campania il 91,6% dei PL sono concentrati nel 10% delle strutture e particolarmente elevati sono anche i dati di Lazio (59,6%) e Sicilia (48,4%).

### 2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre maggiore attenzione all'assistenza territoriale e di rafforzarne la rilevanza a fronte della razionalizzazione dell'attività ospedaliera. Ciò si è tradotto, principalmente, 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 2.8 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 2.8 **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
<b>ITALIA 2017</b>	<b>8.867</b>	<b>3.086</b>	<b>7.372</b>	<b>5.586</b>	<b>24.911</b>
<b>ITALIA 2013</b>	<b>9.214</b>	<b>2.886</b>	<b>6.834</b>	<b>5.694</b>	<b>24.628</b>
<b>ITALIA 1997</b>	<b>9.335</b>	<b>842</b>	<b>1.820</b>	<b>4.009</b>	<b>16.006</b>

(\*) Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali e, ingenerale, 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'esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica, sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario (si veda il capitolo 3 del presente Rapporto).

La Tabella 2.9 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN<sup>41</sup> tra 2001 e 2017, distinguendo per i diversi ruoli professionali. I dipendenti totali sono diminuiti da 688.378 unità nel 2001 a 647.048 nel 2017

<sup>41</sup> Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università, ma anche quelli delle Agenzie e delle Aziende Pubbliche di servizi alla persona.

Tabella 2.9 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2017)**

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
<b>2001-10</b>	<b>4,2%</b>	<b>2,6%</b>	<b>-5,4%</b>	<b>0,1%</b>
<b>2010-17</b>	<b>-5,4%</b>	<b>-4,3%</b>	<b>-9,1%</b>	<b>-5,8%</b>
<b>2001-17</b>	<b>-1,5%</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-14,0%</b>	<b>-5,8%</b>

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

(-5,8%). Il dato 2017 rappresenta il minimo registrato nell'intero periodo osservato, in leggero calo rispetto a quello 2016 (-1.615 unità). Nel 2017, però, si è interrotto per la prima volta dal 2009 il trend di contrazione del numero dei medici e si registra una lieve crescita (+384 unità).

La numerosità del personale SSN è stata influenzata soprattutto da interventi del livello centrale: la Finanziaria 2010, infatti, ha previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004 diminuiti dell'1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di *turn over*, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (De Pietro, Marsilio e Sartirana, 2014; si veda a questo proposito anche il capitolo 14 del Rapporto 2018). Il periodo d'osservazione 2001-2017 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 personale<sup>42</sup>, dall'altro (-5,4%). A partire dal 2010, invece, si evidenzia un marcato trend di contrazione, pari a 5,8 punti percentuali a livello

<sup>42</sup> Rientra in questa categoria il personale di ruolo amministrativo, tecnico e professionale.

complessivo e comune a tutti i ruoli: medici (-5,4%), ruolo sanitario (4,3%) e altro personale (-9,1%).

Per quanto riguarda invece il numero di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)<sup>43</sup>, i dati 2017 registrano 43.731 MMG e 7.590 PLS. Sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti negli ultimi anni, con una riduzione, tra 2016 e 2017, di 539 unità di MMG (-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, sia per l'assistenza agli adulti (eccetto la Liguria) sia per 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 2.10 riporta anche la percentuale di medici organizzati in forma associativa e che pertanto ricevono l'indennità ad essa collegata prevista negli accordi collettivi nazionali e in quelli integrativi regionali. Oltre a sottolineare che le regioni con i più alti tassi sono rispettivamente la 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 presente Rapporto.

<sup>43</sup> Personale in convenzione con il SSN responsabile dell'assistenza primaria e quindi dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari.

Tabella 2.10 **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
<b>Italia 2017</b>	<b>43.731</b>	<b>1.194</b>	<b>70,5</b>	<b>7.590</b>	<b>883</b>	<b>64,7</b>
<b>Italia 2016</b>	<b>44.270</b>	<b>1.189</b>	<b>70,1</b>	<b>7.656</b>	<b>889</b>	<b>63,2</b>
<b>Italia 2013</b>	<b>45.203</b>	<b>1.160</b>	<b>70,1</b>	<b>7.705</b>	<b>890</b>	<b>65,9</b>
<b>Italia 1997</b>	<b>47.490</b>	<b>1.086</b>	<b>n.d.</b>	<b>6.664</b>	<b>685</b>	<b>n.d.</b>

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico 2017

## 2.4 Le attività del SSN

### 2.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale<sup>44</sup> nel periodo 2001-2017 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 2.11):

- si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (-4.065.050) pari a -31,4% in 16 anni, con un andamento molto differente tra le prime sette rile-

<sup>44</sup> Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2017, essi sono 73.015, pari allo 0,97% del totale annuale.

Tabella 2.11 **Dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale (2001-2017)**

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO (Acuti)	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
2013	9.842.485	64.312.696	14,5%	6,75
2014	9.526.832	63.129.031	13,7%	6,80
2015	9.305.606	62.511.151	13,0%	6,85
2016	9.061.064	61.236.601	12,4%	6,86
2017	8.872.090	59.955.328	10,7%	6,93
<b>2001-2008</b>	<b>-6,5%</b>	<b>-9,0%</b>	/	/
<b>2008-2017</b>	<b>-26,7%</b>	<b>-20,5%</b>	/	/
<b>2001-2017</b>	<b>-31,4%</b>	<b>-27,6%</b>	/	/

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

vazioni (-7,2% nel periodo 2001-2008) e gli ultimi nove anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 26,7% in concomitanza con la spinta verso il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel 2017 i ricoveri sono diminuiti del 2,1% rispetto al 2016;

- ▶ nel periodo 2001-2017 le giornate di ricovero sono diminuite del 27,6%<sup>45</sup>; tra 2016 e 2017 si osserva una riduzione del 2,1%;
- ▶ 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%<sup>46</sup> al 19,1%. Dal 2006 al 2017 si registra, invece, un'inversione di ten-

<sup>45</sup> 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 (-23,4% nel periodo 2005-2017).

<sup>46</sup> Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

denza (-8,2 punti percentuali). Nel 2017 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in *day hospital* più modesto dal 2001, pari al 10,7%<sup>47</sup>;

- la degenza media per acuti in regime ordinario è tendenzialmente stabile nel periodo monitorato, anche se il valore rilevato nel 2017 è il più elevato degli ultimi 16 anni ed è pari a 6,93 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 25,5 e 24,1 giornate, con una marcata riduzione registrata negli ultimi 15 anni per la lungodegenza (-8 giornate rispetto al 2001).

La Tabella 2.12 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (349.634).

Tabella 2.12 **Ricoveri SSN per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2017)**

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	430.591	119.472	92,1%	36.398	2.119	6,4%	8.886	1,5%	597.466
Valle d'Aosta	14.080	5.656	94,1%	1.013	0	4,8%	215	1,0%	20.964
Lombardia	1.100.964	228.824	92,8%	95.895	2.151	6,8%	5.175	0,4%	1.433.009
PA Bolzano	63.863	16.576	93,0%	3.513	192	4,3%	2.314	2,7%	86.458
PA Trento	49.960	20.356	88,2%	5.557	608	7,7%	3.223	4,0%	79.704
Veneto	505.424	108.525	94,1%	27.088	3.695	4,7%	7.939	1,2%	652.671
Friuli VG	133.834	38.587	97,2%	2.766	71	1,6%	2.193	1,2%	177.451
Liguria	172.594	65.479	94,0%	10.060	927	4,3%	4.154	1,6%	253.214
Emilia Romagna	566.083	119.672	92,3%	22.455	3.511	3,5%	31.301	4,2%	743.022
Toscana	401.877	130.923	97,7%	9.986	598	1,9%	2.198	0,4%	545.582
Umbria	104.859	24.912	95,3%	3.952	475	3,3%	1.967	1,4%	136.165
Marche	156.883	54.158	95,9%	4.608	201	2,2%	4.189	1,9%	220.039
Lazio	590.802	260.507	95,1%	30.732	5.881	4,1%	6.948	0,8%	894.870
Abruzzo	137.099	41.879	94,9%	7.059	16	3,7%	2.628	1,4%	188.681
Molise	34.897	12.037	96,3%	1.468	69	3,2%	263	0,5%	48.734
Campania	541.934	290.922	97,4%	12.755	3.951	2,0%	5.753	0,7%	855.315
Puglia	431.050	47.384	96,7%	13.581	984	2,9%	1.685	0,3%	494.684
Basilicata	53.823	15.459	96,1%	2.131	241	3,3%	461	0,6%	72.115
Calabria	151.034	44.179	95,5%	6.332	936	3,6%	1.869	0,9%	204.350
Sicilia	444.114	107.265	96,0%	16.049	3.152	3,3%	3.947	0,7%	574.527
Sardegna	170.260	68.135	97,9%	2.558	672	1,3%	1.810	0,7%	243.435
<b>ITALIA</b>	<b>6.256.025</b>	<b>1.820.907</b>	<b>94,8%</b>	<b>315.956</b>	<b>30.450</b>	<b>4,1%</b>	<b>99.118</b>	<b>1,2%</b>	<b>8.522.456</b>

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

<sup>47</sup> Parte della riduzione degli accessi in *day hospital* può essere imputata alla trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri DH, considerati inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno.

Gli 8,52 milioni di ricoveri ospedalieri SSN del 2017 si compongono, per il 94,8%, di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2016.

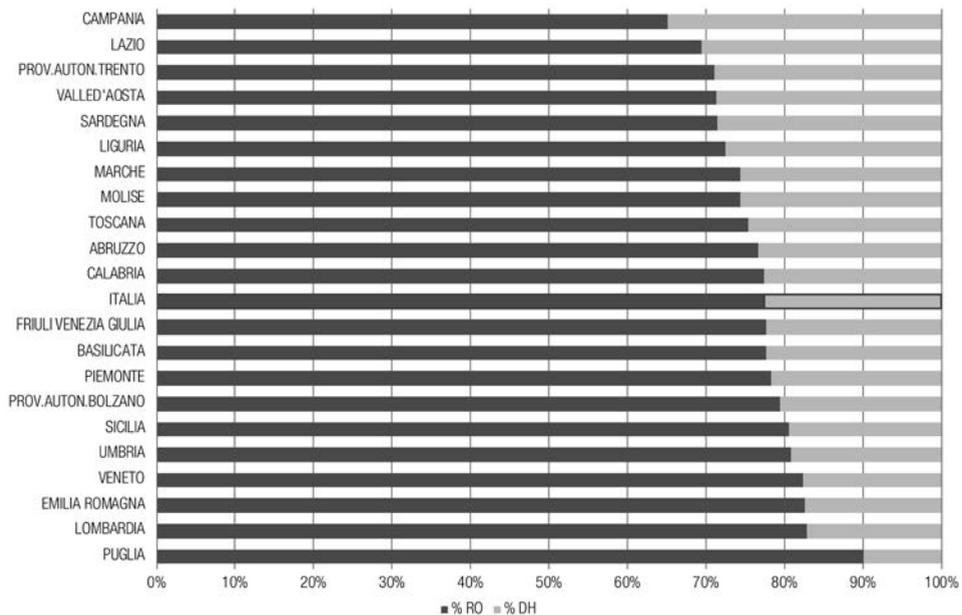
Anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione rimane stabile (4,1%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (91,2% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è molto elevata: è questo il caso di Campania (23,7%), Sardegna (20,8%, anche se in calo di 7 punti percentuali rispetto al valore del 2016) e Lazio (16,2%).

I ricoveri SSN per lungodegenza nel 2017 sono diminuiti rispetto al 2016 (-5.853), continuando a rappresentare una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%), con alcune relative eccezioni regionali (Emilia Romagna, 4,2%; Provincia Autonoma di Trento, 4,0%; Provincia Autonoma di Bolzano, 2,8%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 22,5%, in diminuzione di 1,2 punti percentuali rispetto al 2016 (Figura 2.6). Alcune regioni si discostano sensibilmente dal dato medio nazionale, evidenziando una percentuale inferiore (su tutte, la Puglia, 9,9%, ma anche Lombardia, 17,2%; Emilia Romagna 17,5%; Veneto 17,7%) o, viceversa, superiore (Campania e Lazio, con quote rispettivamente pari al 34,9% e al 30,6%).

Nell'Appendice online, sono disponibili ulteriori dati relativi alla distribuzione delle dimissioni da ricoveri acuti per regime di ricovero e tipo DRG (Tabella A.2.2).

Figura 2.6 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per regione (2017)**



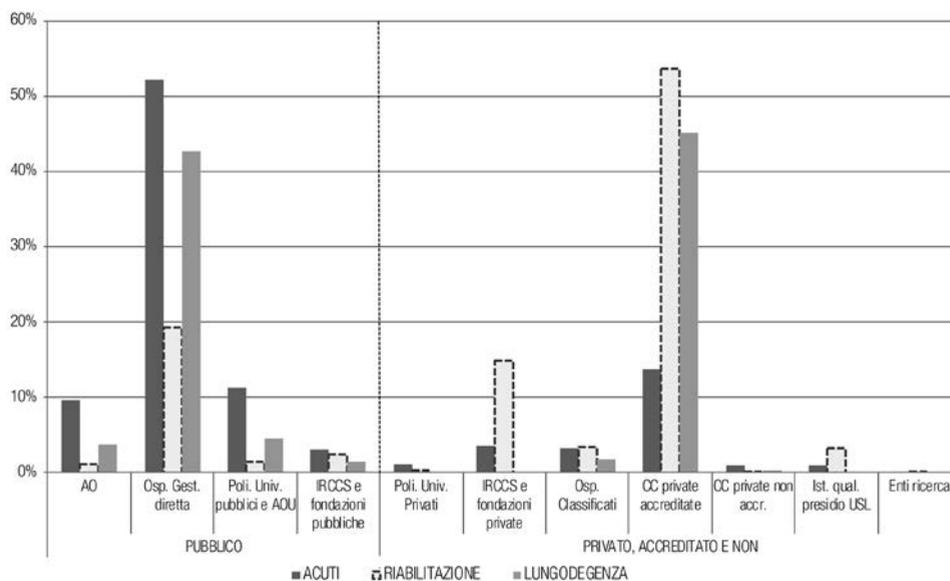
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

La Figura 2.7 illustra la distribuzione dei dimessi da ricoveri in regime ordinario per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale. Nel 2017, la maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (76,3%), in linea con l'anno precedente (76,2%). Del totale dei ricoveri pubblici per acuti, oltre il 60% è riconducibile agli ospedali a gestione diretta (52,2%) e ai Policlinici universitari pubblici e AOU (11,3%)<sup>48</sup>. Rispetto al 2016, le quote di ricoveri per acuti erogati dalle diverse tipologie di strutture pubbliche rimane pressoché invariata.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per la riabilitazione, questi sono prevalentemente erogati dai privati accreditati (75,6%, in lieve aumento rispetto al 75,2% del 2016).

Infine, la lungodegenza è erogata quasi in egual misura da strutture pubbliche (52,4%) e private (47,6%), con un lieve aumento dell'incidenza dei volumi di ricovero degli erogatori pubblici rispetto al 2016, pari a 3,8 punti percentuali.

Figura 2.7 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2017)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2017

<sup>48</sup> 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'adeguamento della classificazione da parte del Ministero della Salute dei presidi delle ASST lombarde, istituite nel 2015 (L.R 23/2015) e inseriti nel computo dei presidi a gestione dirette delle aziende territoriali.

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 71,4% tra 2014 e 2017), a fronte di una importante riduzione del peso pubblico per la riabilitazione (da 48,0% a 40,5% tra il 2014 e 2017). Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si rimanda al capitolo 4 del presente Rapporto.

La Tabella 2.13 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero. Le 58,9 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2017 si compongono per l'81,5% di giornate per acuti, per il 14,5% di giornate di riabilitazione e per il restante 4,1% di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2016, il numero di giornate si riduce complessivamente di 2 punti percentuali: si registra, infatti, una diminuzione delle giornate per acuti (-1,1%), riabilitazione (-2,3) e lungodegenza (-17,5%). Per quanto riguarda la lungodegenza, la con-

Tabella 2.13 **Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2017)**

Regione	GG Ricoveri per acuti			GG Ricoveri per riabilitazione			GG Ricoveri per lungodegenza		Totale giornate
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	2.998.052	262.074	71,2%	974.290	25.576	21,9%	315.663	6,9%	4.575.655
Val d'Aosta	100.704	16.476	82,4%	19.776	0	13,9%	5.228	3,7%	142.184
Lombardia	7.662.326	276.560	76,4%	2.292.593	15.962	22,2%	138.508	1,3%	10.385.949
PA Bolzano	433.835	28.981	79,1%	74.835	1.653	13,1%	45.902	7,8%	585.206
PA Trento	374.132	55.020	67,3%	111.918	8.003	18,8%	88.873	13,9%	637.946
Veneto	3.854.283	173.564	81,8%	626.093	52.222	13,8%	219.335	4,5%	4.925.497
Friuli VG	945.572	141.732	89,5%	78.073	561	6,5%	48.354	4,0%	1.214.292
Liguria	1.317.946	278.098	84,5%	205.702	10.353	11,4%	75.629	4,0%	1.887.728
Emilia Romagna	3.714.992	284.921	78,1%	499.041	42.247	10,6%	578.234	11,3%	5.119.435
Toscana	2.613.909	333.399	91,2%	224.622	6.780	7,2%	53.515	1,7%	3.232.225
Umbria	694.409	67.629	85,6%	98.456	8.611	12,0%	21.574	2,4%	890.679
Marche	1.145.782	175.192	85,4%	141.856	1.194	9,2%	83.622	5,4%	1.547.646
Lazio	4.176.081	697.938	78,6%	935.462	134.329	17,2%	259.964	4,2%	6.203.774
Abruzzo	953.566	99.305	83,7%	162.105	222	12,9%	43.454	3,5%	1.258.652
Molise	246.335	34.412	84,8%	43.342	1.514	13,5%	5.583	1,7%	331.186
Campania	3.455.019	929.170	87,0%	418.758	71.881	9,7%	163.700	3,2%	5.038.528
Puglia	2.897.244	110.475	88,2%	363.962	7.751	10,9%	30.501	0,9%	3.409.933
Basilicata	367.999	53.374	82,6%	69.940	3.793	14,5%	15.117	3,0%	510.223
Calabria	1.022.080	141.269	83,5%	159.852	13.701	12,5%	56.607	4,1%	1.393.509
Sicilia	3.209.996	289.856	84,7%	498.585	41.259	13,1%	92.151	2,2%	4.131.847
Sardegna	1.164.133	198.631	92,4%	58.510	9.104	4,6%	44.413	3,0%	1.474.791
<b>ITALIA</b>	<b>43.348.395</b>	<b>4.648.076</b>	<b>81,5%</b>	<b>8.057.771</b>	<b>456.716</b>	<b>14,5%</b>	<b>2.385.927</b>	<b>4,1%</b>	<b>58.896.885</b>

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2017

sistente riduzione delle giornate è spiegata da una contrazione nel numero di ricoveri (-5,4%), accompagnata da un'importante diminuzione della degenza media, che passa da 27,6 a 24,1. A livello regionale, si registra la diminuzione più netta in termini di giornate per lungodegenza in Campania (-47,2%) e in Emilia Romagna (-34,8%). 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 71,2 e al 67,3 per cento, a fronte di un maggiore peso per riabilitazione e lungodegenza, quest'ultima soprattutto nel caso trentino (13,9 per cento contro il 4,1 a livello nazionale). Toscana e Sardegna sono invece gli SSR in cui il peso delle giornate di ricoveri per acuti è massimo e supera in entrambi i contesti la soglia del 90%.

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera: il tasso di ospedalizzazione (TO). Il TO esprime la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori regione<sup>49</sup>. 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.

Dalla Figura 2.8 risulta un tasso standardizzato<sup>50</sup> per acuti in regime ordinario pari a 94,2 per 1.000 abitanti nel 2017 (-0,8 rispetto al 2016), che rafforza ulteriormente un consolidato e significativo trend di riduzione dell'ospedalizzazione ormai in atto da svariati anni (il tasso era pari a 108 nel 2012). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 29,0 per 1.000 abitanti (da 31,0 nel 2016 e 41,6 nel 2012) pari al 23,5% del TO complessivo, che risulta complessivamente pari a 123,2 per 1.000 abitanti

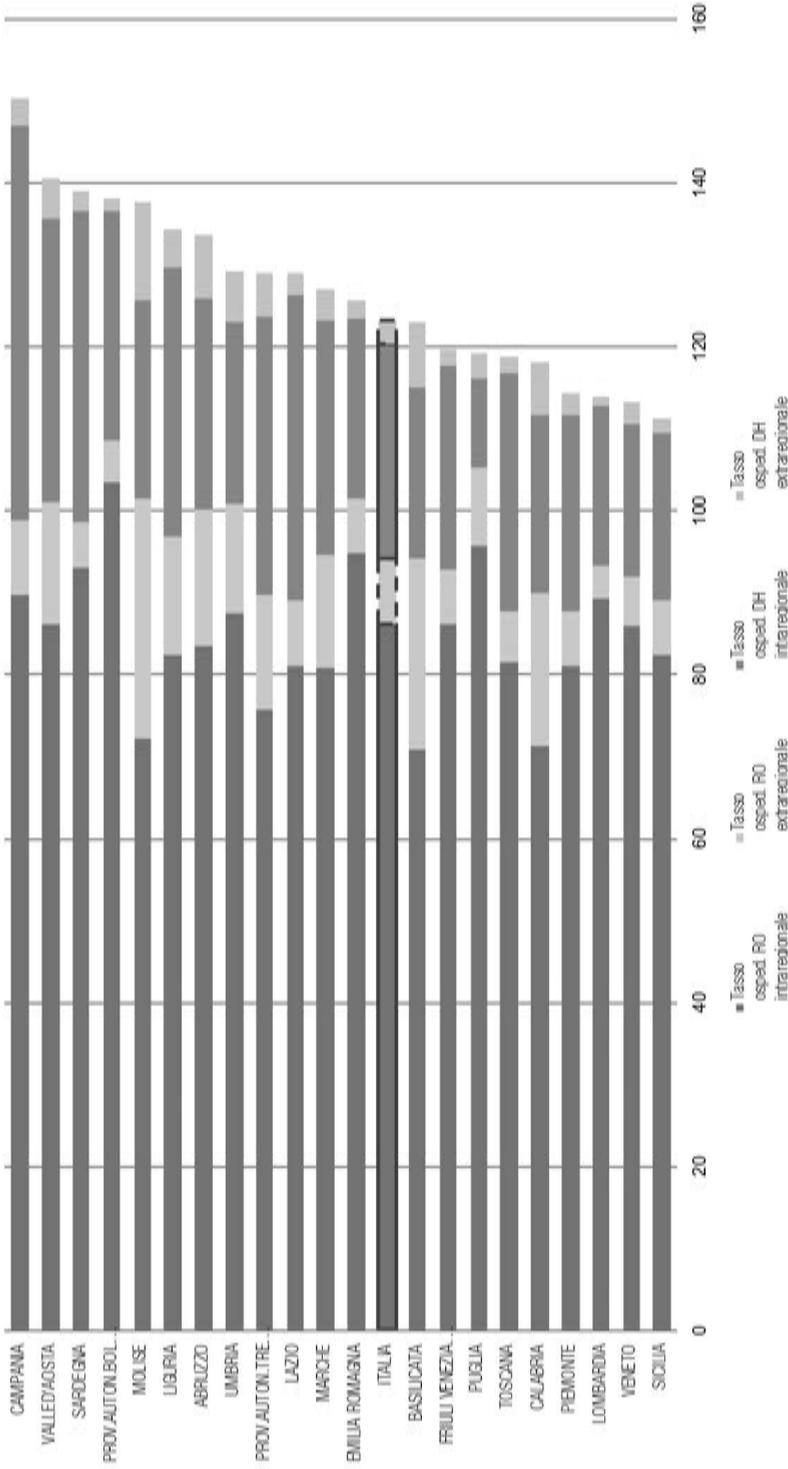
Nonostante tutte le regioni siano ampiamente nei limiti della soglia dei 160 ricoveri per acuti indicata dal D.M. 70/2015, è comunque necessario mettere in evidenza la forte differenziazione regionale (Figura 2.8): Campania (150,2‰), Valle d'Aosta (140,5‰) e Sardegna (138,9‰) rimangono le regioni con i TO più alti a livello nazionale; viceversa, Sicilia (111,3‰) Veneto (113,3‰) e Lombardia (114,0‰) registrano i valori più bassi. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, seppur con valori in riduzione, la PA di Bolzano presenta il tasso più elevato (108,6‰); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, la Campania resta l'unica regione italiana a registrare un valore superiore a quota 50 (51,3 ricoveri per 1.000 abitanti).

Lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mo-

<sup>49</sup> Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

<sup>50</sup> 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 (2017)



Fonte: elaborazioni OASI su Ministero della Salute – Rapporto SDO 2017

bilità 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 (137,9%) e, in misura minore, del Lazio (118,3%). 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 10,9, raggiunge i valori più elevati in Molise (41,4%), Basilicata (31,4%) e Calabria (24,9%).

Agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero, il Ministero della Salute affianca due ulteriori classi:

- ▶ indicatori di complessità, che analizzano le caratteristiche tecniche della produzione sanitaria, come il *case-mix* trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre);
- ▶ indicatori di efficacia e appropriatezza, che verificano se le prestazioni sono erogate a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare, al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne l'utilità.

I dati relativi alla complessità e all'appropriatezza e le relative considerazioni in merito sono disponibili nell'Appendice online al capitolo accessibile dal sito del CER GAS (Figura A.2.1 e Tabella A.2.3).

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 2.14). 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'86,7%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano tra il 44,6% e il 50,0% di punti nascita gestiti da strutture private (accreditate e non). Rispetto al 2009, il numero di PN si è ridotto di 191 unità, con una diminuzione superiore nel privato, accreditato e non (-34,8%), rispetto al pubblico (-27,2%). Nello stesso periodo, la percentuale complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 12 punti percentuali, passando dal 63,3% al 75,3%. Rispetto al 2016, ultimo dato pubblicato nella precedente edizione del Rapporto, si registra un lieve miglioramento, con la percentuale di PN con almeno 500 parti/anno che è aumentata di circa un punto percentuale.

Nonostante il miglioramento a livello nazionale di tale indicatore, permangono 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, 47,1%; PA di Trento, 50,0%; Umbria, 50,0%; Molise, 33,3%).

A completamento del quadro sinora presentato, l'ultima colonna della Ta-

bella 2.14 riporta il numero di punti nascita ogni 1.000 parti registrati con riferimento all'anno 2017: valori prossimi a 1,00 per 1.000 eventi nascita indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN<sup>51</sup>; 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 0,99 per 1.000 neonati. Tale migliora-

Tabella 2.14 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2017)**

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	27	-	-	27	81,5	0,86
Valle d'Aosta	1	-	-	1	100,0	1,06
Lombardia	54	13	1	68	83,8	0,80
P.A. Bolzano	5	-	-	5	80,0	0,87
P.A. Trento	4	-	-	4	50,0	0,92
Veneto	34	3	-	37	73,0	0,97
Friuli Venezia Giulia	9	2	-	11	72,7	1,26
Liguria	9	2	-	11	100,0	1,11
Emilia Romagna	28	-	-	28	67,9	0,80
Toscana	24	-	1	25	80,0	0,90
Umbria	8	-	-	8	50,0	1,18
Marche	14	-	-	14	78,6	1,25
Lazio	23	17	6	46	63,0	0,97
Abruzzo	9	-	-	9	88,9	0,91
Molise	3	-	-	3	33,3	1,57
Campania	31	25	-	56	83,9	1,08
Puglia	25	7	-	32	81,3	1,00
Basilicata	6	-	-	6	66,7	1,41
Calabria	14	1	-	15	73,3	1,00
Sicilia	43	8	-	51	72,5	1,18
Sardegna	15	2	-	17	47,1	1,59
<b>Italia 2017</b>	<b>386</b>	<b>80</b>	<b>8</b>	<b>474</b>	<b>74,3</b>	<b>0,99</b>
<b>Italia 2009</b>	<b>530</b>	<b>124</b>	<b>11</b>	<b>665</b>	<b>63,3</b>	<b>1,17</b>
<b>Delta% 09-17</b>	<b>-27,2%</b>	<b>-35,5%</b>	<b>-27,3%</b>	<b>-28,7%</b>	<b>/</b>	<b>/</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2017

<sup>51</sup> 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

mento 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 1,59 punti nascita ogni 1.000 neonati registrato in Sardegna e lo 0,80 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 Emilia Romagna che a fronte di una percentuale di PN con almeno 500 parti l'anno inferiore a quella nazionale (63,0% e 67,9%), mostrano un indice di PN inferiore a quello italiano (0,97 e 0,80).

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 2017, si contano circa 19,7 milioni di accessi al PS a livello nazionale, in diminuzione del 2,3% rispetto al 2016 (Fonte: PNE, Agenas)<sup>52</sup>. 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». Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali l'attività di specialistica ambulatoriale e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali. Per ulteriori approfondimenti sull'attività domiciliare, inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e il settore sociosanitario, si rimanda al capitolo 5 del presente Rapporto.

Con riferimento alle attività di specialistica ambulatoriale, nel 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 2.15) 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,

<sup>52</sup> Sia il dato assoluto sia la differenza percentuale non ricomprendono gli accessi registrati in regione Sardegna, per cui il dato 2017 non risulta al momento disponibile.

**Tabella 2.15 Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2013-2016)**

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
Piemonte	72.846.720	61.129.201	130.484	115.241	4.250.075	3.733.823	10.865.211	10.082.839	527.935	562.328	4.193.972	3.125.792	2.410.454	1.988.170
Vale d'Aosta	2.910.090	2.196.527	2.530	5.885	155.323	140.337	184.065	225.478	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 VG	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	30.770.689	27.072.661	359.660	132.349	2.909.445	1.966.788	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	7.093.468	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	1.405.593
Lazio	96.002.762	83.093.659	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	2.562.199
Abruzzo	19.572.740	21.174.501	23.604	20.332	1.039.484	1.013.993	1.733.185	2.190.371	42.042	115.568	890.010	982.789	1.291.595	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	59.682
Campania	86.023.199	82.540.139	239.061	154.995	5.590.837	5.154.251	7.528.029	7.315.083	406.975	669.912	2.389.669	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	5.661	1.956.271	1.819.764	374.901	523.330
Calabria	38.260.414	36.489.941	39.500	60.614	1.626.139	1.326.586	2.789.785	2.618.341	83.822	76.185	1.969.885	1.894.054	1.511.142	1.354.147
Sicilia	82.057.067	71.787.624	327.586	194.549	3.867.890	3.988.997	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	3.293.832	2.547.563	126.068	131.649	2.216.223	2.022.732	977.931	1.230.586
<b>Italia</b>	<b>1.016.245.728</b>	<b>999.859.450</b>	<b>2.426.574</b>	<b>1.899.744</b>	<b>58.419.945</b>	<b>53.902.176</b>	<b>116.980.047</b>	<b>114.462.694</b>	<b>5.355.031</b>	<b>6.020.739</b>	<b>50.502.553</b>	<b>44.914.227</b>	<b>39.941.240</b>	<b>35.838.296</b>

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

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.

Un ulteriore aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura proxy è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi. Diabete, asma, influenza nell'anziano e patologie alcool-correlate sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (a livello nazionale, rispettivamente: 12,1; 5,6; 8,2; 26,5 ricoveri ogni 100.000 abitanti), mentre l'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca presenta fisiologicamente valori più elevati ed è spesso curata in ambito ospedaliero (1.051 ricoveri ogni 100.000 anziani over65).

Per tutti gli indicatori si registrano però marcate differenze interregionali (Tabella 2.16). La PA di Bolzano mostra i valori più alti per tutti i tassi, ad eccezione di quello per l'asma: per il diabete, ad esempio, con 29,7 ricoveri per 100.000 abitanti il dato è decisamente superiore al 12,1 di media nazionale (seppure in sensibile riduzione a partire dal 2011), e lo stesso vale per patologie alcool correlate (96,2) e l'influenza nell'anziano (51,4). Per quanto riguarda l'asma, invece, Liguria (8,6), Lombardia (8,4) e Campania (7,6) registrano i dati più alti.

Complessivamente, si nota una diminuzione generalizzata delle ospedalizzazioni tra il 2009 e il 2017, dal minimo relativo dell'insufficienza cardiaca e asma (-14,2%) fino ai massimi di diabete (-53,4%) e asma (-52,6%). Rispetto ai dati 2016, però, si segnala un sensibile aumento del tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano, pari nel 2016 a 8,2 contro il 5,5 dell'anno precedente.

Tabella 2.16 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2017)**

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	4,5	3,5	3,4	20,8	697,3
Valle d'Aosta	1,9	6,5	10,2	88,7	975,3
Lombardia	14,0	8,4	11,7	25,4	1.090,1
PA Bolzano	29,7	6,8	51,4	96,2	1.229,0
PA Trento	14,0	3,4	6,1	27,0	1.111,2
Veneto	17,0	6,0	15,8	31,8	1.177,8
Friuli VG	9,6	4,0	5,4	34,7	1.212,1
Liguria	10,4	8,6	5,4	41,2	881,1
Emilia Romagna	23,4	5,2	19,7	33,5	1.202,7
Toscana	5,5	3,2	6,2	25,5	878,9
Umbria	12,4	4,9	6,7	27,5	1.242,7
Marche	5,5	4,7	1,9	26,4	1.125,3
Lazio	10,5	3,6	2,9	19,3	1.105,3
Abruzzo	10,7	3,1	3,2	27,5	1.284,9
Molise	13,5	1,6	1,3	38,4	1.633,3
Campania	9,5	7,6	2,5	23,4	1.108,7
Puglia	7,4	6,2	8,2	24,3	1.040,8
Basilicata	14,3	4,5	3,1	27,6	1.091,2
Calabria	7,7	6,3	3,4	31,4	896,4
Sicilia	12,7	3,8	2,9	13,8	1.065,5
Sardegna	24,4	5,7	13,3	41,2	826,8
<b>Italia 2017</b>	<b>12,1</b>	<b>5,6</b>	<b>8,2</b>	<b>26,5</b>	<b>1.051,9</b>
<b>Italia 2016</b>	<b>12,9</b>	<b>6,6</b>	<b>5,5</b>	<b>26,4</b>	<b>1.084,7</b>
<b>Italia 2009</b>	<b>26,0</b>	<b>11,8</b>	<b>9,5</b>	<b>41,8</b>	<b>1.244,9</b>
<b>Delta% 09-16</b>	<b>-53,4%</b>	<b>-52,6%</b>	<b>-14,2%</b>	<b>-36,7%</b>	<b>-15,5%</b>

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

### 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 quella di residenza, può essere motivata sia da ragioni fisiologiche (come la presenza di centri di alta specialità o per malattie rare), che da elementi patologici quali esigenze geografiche o familiari, 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 2017 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.

Nel periodo 2008-2017, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti al 8,26% nel 2017. Tra il 2016 e il 2017, 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 4,1%, 5,9% e 6,5%) 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 (20,5%). In alcune regioni, infine, si osserva una diffusa mobilità, con tassi di fuga e attrazione simili ed estremamente elevati: è il caso di Basilicata (con tassi rispettivamente pari a 17,4% e 23,7%) e, con tratti ancora più marcati, Molise, dove il tasso di attrazione raggiunge il 28,1% e il tasso di fuga il 27,2%.

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

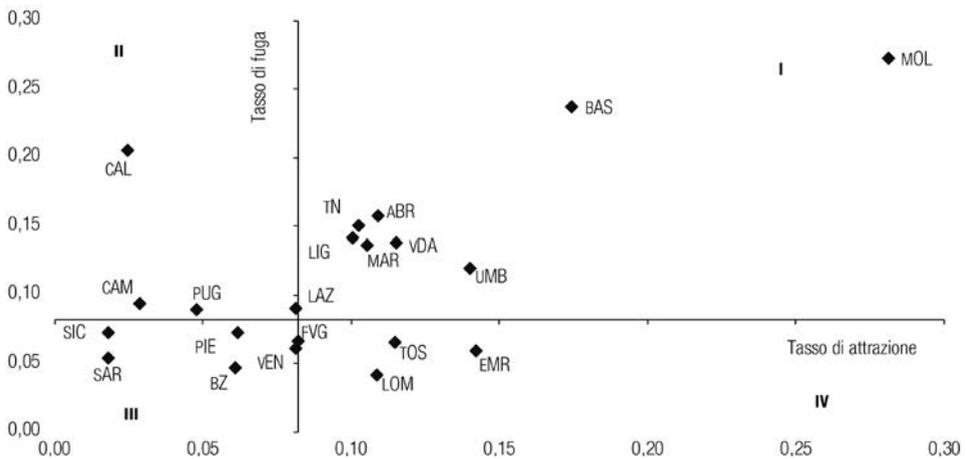
Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le Regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. 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).

Figura 2.9 **Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione (\*) e di fuga (\*\*) (2017)**



(\*) 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.

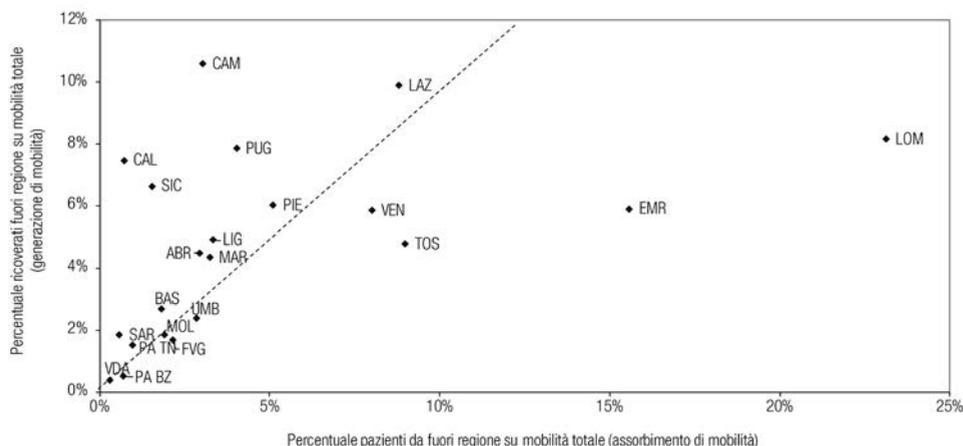
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

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.

Figura 2.10 **Assorbimento (\*) e generazione (\*\*) della mobilità nelle regioni (2017)**



(\*) 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

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 23,1% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (15,6%), Toscana (9,0%) e Lazio (8,8%);
- ▶ se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,6%), seguita da Lazio (9,9%), Lombardia (8,2%), Puglia (7,9%) e Calabria (7,5%).

Per il forte impatto che riveste sia sull'organizzazione del SSN sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA, particolare attenzione viene dedicata al tema delle liste di attesa. A tal fine, il 28

ottobre 2010 è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012. Successivamente è stato adottato il PNGLA per il triennio 2016-2018 mentre il 21 febbraio 2019 è stato approvato il PNGLA 2019-2021. Tali Piani nascono in generale con l'obiettivo di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e hanno individuato determinate procedure con le quali misurare il tempo di attesa, ossia l'attesa media tra la data di prenotazione di una procedura e la data di ammissione nella struttura<sup>53</sup>.

Le procedure individuate dai PNGLA sono riportate all'interno della Tabella 2.17 insieme ai relativi tempi d'attesa (disponibili per le prestazioni in RO

Tabella 2.17 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010-2017)**

Regime Ordinario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ gg 2010-17	Δ % 2010-17
Tumore alla mammella	22,7	22,6	23,2	25,0	24,7	26,0	26,7	26,7	4,0	17,6%
Tumore alla prostata	40,2	43,3	42,6	42,5	45,1	47,5	51,4	53,2	13,0	32,3%
Tumore al colon retto	20,5	21,3	21,4	21,5	21,5	22,8	22,8	23,3	2,8	13,7%
Tumore all'utero	21,5	23,2	23,6	23,2	23,4	24,3	25,5	26,3	4,8	22,3%
Bypass coronarico	23,2	27,2	25,8	22,9	22,7	22,1	23,2	26,8	3,6	15,5%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	27,9	24,8	19,4	19,8	21,3	21,7	30,6	10,0	48,5%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,1	39,6	38,8	40,3	40,7	44,2	47,2	5,2	12,4%
Protesi d'anca	83,3	77,9	79,7	77,2	77,8	79,3	80,2	89,9	6,6	7,9%
Tumore al polmone	19,6	18,4	20,2	20,9	23,1	24,3	23,6	23,2	3,6	18,4%
Tonsillectomia	76,4	81,6	84,8	90,5	91,6	92,1	89,9	118,5	42,1	55,1%

Regime Diurno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ gg 2012-17	Δ % 2012-17
Chemioterapia	–	–	22,2	18,1	11,7	11,3	10,0	10,8	-11,4	-51,4%
Coronarografia	–	–	29,3	31,5	28,5	28,7	27,8	27,4	-1,9	-6,5%
Biopsia percutanea del fegato	–	–	18,6	17,3	15,7	15,1	13,3	14,7	-3,9	-21,0%
Emorroidectomia	–	–	51,6	55,6	53,0	50,5	53,4	66,1	14,5	28,1%
Interventi per ernia inguinale	–	–	59,7	61,0	62,9	64,0	68,8	89,9	30,2	50,6%

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

<sup>53</sup> Più 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.

per il periodo 2010-2017, per quelle in DH per il 2012-2017). 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 2017 un tempo di attesa pari a 118,5 giorni, con un incremento marcato di 42 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 2,8 (colon-retto) e 13,0 (prostata). Il trend è parzialmente compensato da una riduzione dei tempi di avvio dei cicli chemioterapici in DH registrata nel periodo 2012-2017, pari a -11,4 giorni. Desta ancora maggiore preoccupazione la tendenza longitudinale registrata nel 2017: rispetto all'anno precedente, nonostante la crescente attenzione a livello di *policy* e di opinione pubblica, per tutte le procedure, ad eccezione del trattamento chirurgico per tumore al polmone e della coronarografia, si registra un aumento, talvolta anche molto sensibile (41,0% per la PTCA, 31,9% per la tonsillectomia e 30,7% per gli interventi per ernia inguinale), dei tempi attesa.

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

Il presente paragrafo analizza in chiave comparativa il livello di dotazione strutturale, di figure professionali (*input*) e di utilizzo dei servizi (*output*) al fine di descrivere e confrontare i sistemi sanitari in un quadro internazionale. Di seguito si presentano 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)<sup>54</sup> per Paese (Tabella 2.18 e Figura 2.11).

Tra il 2006 e il 2017, 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 3,2). Questa riduzione è stata influenzata, oltre che da specifiche politiche sanitarie (come ad esempio in Italia), dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare alcune patologie in setting ambulatoriale e in regime di *Day Hospital* e *Day Surgery*, rimodulando così l'offerta e riducendo la dotazio-

<sup>54</sup> Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (*curative care beds*), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

Tabella 2.18 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2006-2017)**

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>UE (15)</b>												
Austria	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6	7,6	7,5	7,4	7,4
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
Danimarca	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1	..	3,1	2,7	2,5	2,6	2,6
Finlandia	7,0	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5	4,4	4,0	3,3
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
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
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
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
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
Olanda	4,8	4,7	4,7	4,7	..	..	4,3	4,2	..	3,5	3,4	3,3
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
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
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
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
<b>UE (nuovi Paesi)</b>												
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
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
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
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
<b>Altri Paesi europei</b>												
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
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
<b>Altri Paesi non europei</b>												
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
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
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
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 2019

ne necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). 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).

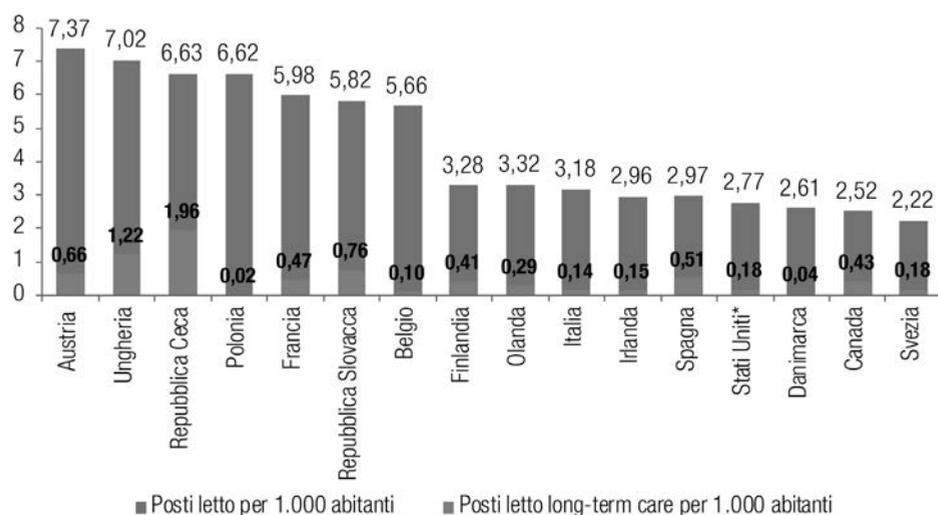
La riduzione è stata anche accompagnata, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle dimissioni ospedaliere e da una riduzione della nella degenza media

(cfr. Tabella 2.19 e Tabella 2.20). Nel 2017, Giappone, Russia e Germania registrano il più alto numero di PL, pari rispettivamente a 13,1, 8,1 e 8,0 PL ogni 1.000 abitanti. La notevole offerta di PL in Germania è associata a un elevato numero di dimissioni ospedaliere (25.478 dimissioni ospedaliere nel 2016 per 100.000 abitanti) e a degenze ospedaliere di maggiore durata (8,9 giorni); in Russia, invece, all'elevato numero di dimissioni (22.224 per 100.000 abitanti). Tra i Paesi OECD<sup>55</sup>, i valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano nel 2017 in Svezia, Regno Unito, Canada, Danimarca e Stati Uniti<sup>56</sup>, 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). 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) e la Cina raggiunge i 4,3 PL ogni 1.000 abitanti.

Osservando la ripartizione dei posti letto ospedalieri tra acuti e *long-term care* (Figura 2.11), si nota un'ampia disomogeneità, con livelli di PL per lungo-

Figura 2.11 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totali e long-term care (2017 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 2019

<sup>55</sup> 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.

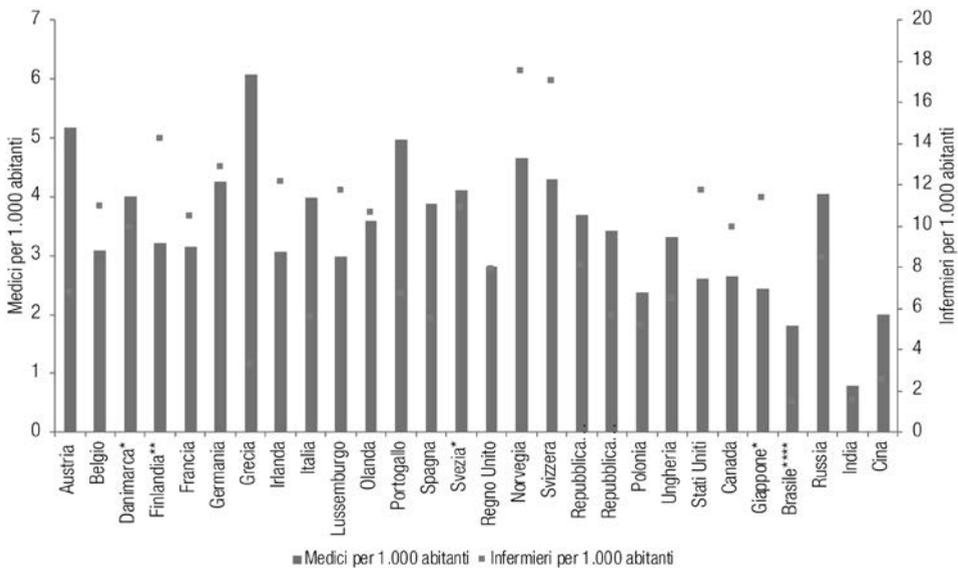
<sup>56</sup> Per gli Stati Uniti l'ultimo dato disponibile fa riferimento al 2016.

degenza (esclusa la riabilitazione) che variano da 1,96 PL ogni 1.000 abitanti in Repubblica Ceca e 1,22 in Ungheria fino a valori prossimi allo zero in Polonia e Danimarca. In Italia in media si registrano 0,14 PL per cure di lungodegenza (esclusa la riabilitazione) ogni 1.000 abitanti, in lieve ma costante calo a partire dal 2010.

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

Nel 2017 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), mentre Brasile (dato 2010) e Cina registrano circa 2 medici ogni 1.000 abitanti (1,8 in Brasile, 2,0 in Cina). La Russia, al contrario, si

Figura 2.12 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2017 o ultimo anno disponibile)**



Note: \* 2016, \*\* 2014, \*\*\*2013, \*\*\*\*2010. Per la Danimarca, la Svezia e il Giappone, il numero di medici è riferito al 2016, mentre il numero di infermieri al 2017. Per la Repubblica Ceca, il numero di medici è riferito al 2013, mentre il numero di infermieri al 2017.

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

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2019

posiziona su livelli molto alti, con 4,0 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 (2,4) e Stati Uniti (2,6), i più elevati in Grecia (6,1), Austria (5,2) e Portogallo (5,0). 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 Polonia, Regno Unito, Lussemburgo, Irlanda e Belgio (tra 2,4 e 3,1). 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 3,4 nel 2017, 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, 17,5 ogni 1.000 abitanti; seguono Svizzera (17,0) e Finlandia (14,3). La Grecia, la Polonia e la Spagna registrano il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,3, 5,2 e 5,5 ogni 1.000 abitanti) tra i Paesi europei. L'Italia si colloca appena sopra, con un numero di infermieri pari a 5,6 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 17,0 infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti) e Norvegia (da 13,6 a 17,5). Tra i Paesi BRIC, la Russia evidenzia dotazioni infermieristiche paragonabili ai Paesi OECD, pari a 8,5 infermieri ogni 1.000 abitanti nel 2017. Decisamente inferiore il numero di infermieri in India, Brasile (dato 2010) e Cina (1,5, 1,5 e 2,5 per 1.000 abitanti, rispettivamente).

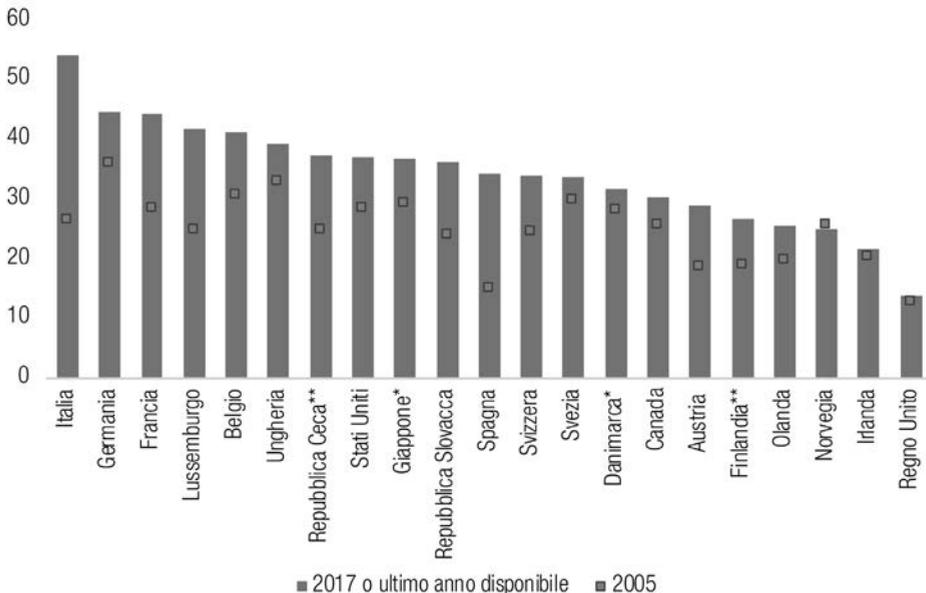
Osservando il rapporto tra infermieri e medici<sup>57</sup>, escludendo i Paesi BRIC, Grecia, Portogallo, Austria, Italia e Spagna presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri per medico (rispettivamente 0,5, 1,3, 1,3, 1,4 e 1,4 infermieri per medico), mentre Svizzera, Finlandia, Stati Uniti, Irlanda e Giappone registrano valori superiori o uguali a 4 infermieri

<sup>57</sup> Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurse density* e *physician density*.

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 Regno Unito).

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 2017 (o ultimo anno disponibile) tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito, l'Irlanda e la Norvegia, dove la quota di medici over55 rimane pressoché invariata e pari rispettivamente a 13,7%, 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 9,2 punti percentuali, con valori che passano dal 25,0% del 2005 al 34,2% del 2017 (o ultimo anno di-

Figura 2.13 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2017 o ultimo anno disponibile)**



Note: \*2016, \*\*2015, \*\*\*2013. Non sono disponibili i dati per Grecia, Portogallo, Polonia e i Paesi BRIC.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2019

sponibile). 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 54,0%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 27,5 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 analizzati<sup>58</sup>, ad esclusione di Spagna, Portogallo e Canada (dato 2016) (Tabella 2.19). 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 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). La Russia presenta un valore più elevato, registrando 22.224 dimissioni ogni 100.000 abitanti nel 2017. 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, Olanda, Svizzera, Giappone e Cina).

Con riferimento alla degenza media (Tabella 2.20), prosegue il trend di diminuzione, tracciabile già agli inizi degli anni '90 (Ferrè e Ricci, 2012)<sup>59</sup>. In alcuni Paesi (Austria, Belgio, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo e Stati Uniti) il dato sembra essersi stabilizzato nel corso dell'ultimo decennio considerato. Tra questi Paesi rientra anche l'Italia dove, infatti, dopo una progressiva riduzione del numero medio di giornate di degenza (da 11,7 nel 1990 a 7,4 nel 2005), il dato si stabilizza intorno alle 7,8 giornate negli anni più recenti, compreso il 2017. Tra i Paesi OECD, Austria, Francia, Germania, Lussemburgo, Ungheria, Repubblica

<sup>58</sup> Media dei Paesi OECD analizzati (2017 o ultimo anno disponibile): 16.376 dimissioni per 100.000 abitanti.

<sup>59</sup> 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 2.19 **Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2006-2017)**

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>UE (15)</b>												
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
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
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.
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
Francia	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.581	18.486	18.301	18.174	18.159	n.d.
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
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.
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
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
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
Olanda	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	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
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
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
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
<b>UE (nuovi Paesi)</b>												
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
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
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
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
<b>Altri Paesi europei</b>												
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
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
<b>Altri Paesi non europei</b>												
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.
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.
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
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.
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
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

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 2019

Ceca e Svizzera presentano valori elevati e superiori o uguali a 8 giorni di degenza media.

Ulteriori dati relativi a un altro indicatore dell'utilizzo dei servizi ospedalieri, le operazioni chirurgiche, sono disponibili nell'Appendice online al capitolo scaricabile al sito [www.cergasbocconi.eu](http://www.cergasbocconi.eu) (Tabella A.2.4).

In seguito alle analisi condotte sul livello di *input* utilizzati e di *output* pro-

Tabella 2.20 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2006-2017)**

Paesi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>UE (15)</b>												
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
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
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.
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
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
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
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.
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
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
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.
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.
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
Svezia	6,6	6,5	6,5	6,3	6,0	..	..	5,8	5,8	5,9	5,8	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
<b>UE (nuovi Paesi)</b>												
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
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
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
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
<b>Altri Paesi europei</b>												
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
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
<b>Altri Paesi non europei</b>												
Stati Uniti	4,8	4,8	4,9	4,9	4,8	n.d.						

Note: Non sono disponibili i dati per Olanda, 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 2019

dotti 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*). Alcuni studi hanno mostrato un aumento della proporzione di parti cesarei in assenza di effettivi rischi clinici, in particolare in strutture private (Declercq *et al.*, 2005; FHF, 2008; Belizan *et al.*, 1999).

Polonia, Ungheria e Italia sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei su 1.000 nati vivi, pari rispettivamente a 393, 373 e 338 (Tabella 2.21). L'Italia ha “perso” nel 2015 il valore più elevato del tasso di parti cesarei tra i Paesi analizzati. Tale risultato è in parte dovuto al graduale e costante trend in diminuzione registrato nel nostro Paese (a seguito di un importante sforzo promosso in sede di programmazione sanitaria nazionale) e in parte dovuto 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'operazione, 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 e Olanda, al di sotto dei 180 tagli cesarei ogni 1.000 nati vivi). Il trend del

Tabella 2.21 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2017)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>UE (15)</b>										
Austria	167,6	238,1	282,5	283,2	288,4	287,8	293,0	286,9	291,8	292,5
Belgio	n.d.	190,3	197,2	201,3	202,3	207,1	207,6	n.d.	210,4	209,7
Danimarca	154,1	200,6	214,4	213,8	211,8	223,5	215,4	210,9	203,6	n.d.
Finlandia	157,8	162,7	161,4	161,8	161,9	158,0	157,7	157,0	164,0	164,9
Francia	171,0	190,6	202,3	202,0	200,4	199,8	196,8	197,3	197,8	197,0
Germania	n.d.	263,0	305,0	308,9	308,9	306,6	308,2	302,1	299,0	301,7
Irlanda	207,4	251,0	260,4	269,1	277,5	284,8	291,2	301,1	314,0	n.d.
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4	361,4	357,0	352,8	349,4	338,2
Lussemburgo	198,8	242,3	259,5	302,1	296,5	293,1	318,1	304,7	310,6	296,8
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	157,8	162,4	161,9	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
Svezia	n.d.	169,8	166,3	164,0	165,2	166,8	172,6	173,1	177,2	166,4
Regno Unito	195,9	225,8	237,8	241,2	242,7	250,9	252,1	261,3	263,5	273,8
<b>UE (nuovi Paesi)</b>										
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,8	248,7	254,4	253,6	237,5	n.d.
Repubblica Slovacca	146,4	200,1	261,0	266,2	303,6	307,2	307,3	302,1	297,5	296,8
Polonia	n.d.	n.d.	260,4	298,9	315,7	345,7	356,5	361,7	385,3	393,0
Ungheria	n.d.	278,6	324,8	332,0	340,1	349,1	356,7	372,1	370,8	373,0
<b>Altri Paesi europei</b>										
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164,6	165,5	161,3	161,9	159,5
Svizzera	n.d.	285,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	332,6	329,3	327,8	318,6
<b>Altri Paesi non europei</b>										
Canada	209,2	261,7	260,9	263,9	263,6	263,4	262,8	268,8	269,9	277,3

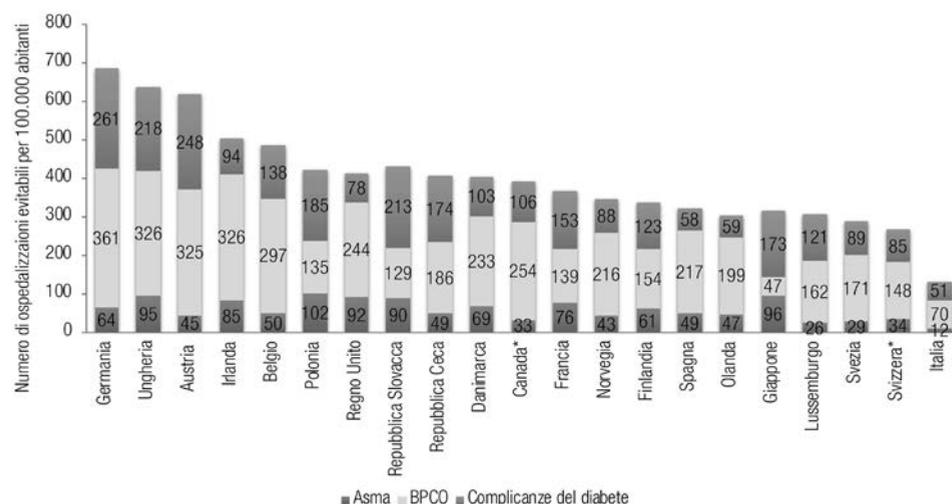
Nota: Non sono disponibili i dati di, Grecia, Portogallo, Svizzera, Stati Uniti e i Paesi BRIC.

Fonte: OECD Health Data, 2019

numero di parti cesarei evidenziato nel corso del presente decennio (2010-2017 o ultimo anno disponibile) è generalmente in crescita in tutti i Paesi, ad esclusione di Italia, Danimarca, Francia, Spagna e Germania (-12,1%, -5,0%, -2,6%, -2,4% e -1,1% 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, la Germania è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate come potenzialmente inappropriate, seguito da Ungheria e Austria (rispettivamente 639 e 618 ricoveri). Italia, Svizzera e Svezia sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 133, 267 e 289 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 dei Paesi osservati, la quale si attesta su un valore di 400 ricoveri inappropriati ogni 100.000 abitanti.

Figura 2.14 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2017 o ultimo anno disponibile)**



Note: \*2015. 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 2019

## 2.6 Politiche regionali e iniquità nella tutela della salute

La salute è un bene sociale che non dipende solo dai servizi sanitari o sociosanitari, ma anche da tutte le politiche che incidono sulle determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e delle comunità. Questo concetto, esplicitato già nella Dichiarazione di Roma del 2007 dei Ministri Europei della Sanità<sup>60</sup>, si è man mano consolidato non solo a livello comunitario, dando origine alla strategia *Health in All Policies* (HiAP), un approccio trasversale alle politiche pubbliche promosso dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) che considera le implicazioni sulla salute delle decisioni e che ricerca sinergie per migliorare la salute delle popolazioni e l'equità della stessa (WHO, 2017). La salute è considerata una determinante, un catalizzatore e un risultato degli obiettivi dello sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals – SDGs*) contenuti nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite<sup>61</sup>, con riferimento in particolare all'Obiettivo 3 “*Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*”. La WHO assegna un grande rilievo alle politiche tese ad affrontare le determinanti sociali della salute e delle disuguaglianze della salute con particolare riferimento alle seguenti aree di azione:

- ▶ Migliorare le condizioni della popolazione nei primi anni di vita (“*improving early child development*”)
- ▶ Migliorare l'accesso a una giusta occupazione e a un lavoro dignitoso (“*improving access to fair employment and decent work*”)
- ▶ Migliorare la protezione sociale attraverso trasferimenti monetari (“*improving social protection through social cash transfers*”)
- ▶ Migliorare gli ambienti di vita (“*improving the living environment*”)

Le misure proposte per attuare questi obiettivi sono molto articolate e spaziano in un insieme eterogeneo di linee e livelli di policy. Si passa dall'utilizzo mirato della leva fiscale (es. *tax expenditures*) a richieste di estensione dei programmi di protezione sociale in termini di copertura, dotazione e accesso attraverso misure che combinino livelli universalistici e categoriali (con uso appropriato di *means test*). Di particolare rilievo ai fini della riduzione delle disuguaglianze nella salute e delle condizioni di vita risultano le politiche ambientali, della mobilità e urbanistiche che debbono sostenere programmi abitativi per le aree più povere, incrementare l'accessibilità alle abitazioni più salubri, valorizzare i be-

<sup>60</sup> Questa strategia avrà poi nella Dichiarazione di Helsinki il suo momento centrale. Si veda a riguardo “*Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki. 2013*” disponibile al sito di WHO.

<sup>61</sup> Tutti gli obiettivi di questa Agenda chiamano in causa politiche orientate all'equità come sottolineato dagli Obiettivi 5 – “*Achieve gender equality and empower all women and girls*”. e 10 “*Reduce inequality within and among countries*”

nefici in termini di salute degli interventi tesi a ridurre i cambiamenti climatici, implementare efficaci politiche di programmazione urbanistica per promuovere sistemi di trasporti e abitazioni più pulite, efficienti dal punto di vista energetico e salutari, che abbiano a cascata effetti positivi sulla salute, i cambiamenti climatici e l'inquinamento.

La « European Roadmap » del WHO per implementare l'Agenda 2030 enfatizza il concetto che investire in salute e in equità sia un fattore determinante dello sviluppo sostenibile (WHO, 2017) e il successivo documento « The Health Equity Status Report (HESR) Initiative » dell'Organizzazione identifica priorità e proposte per accrescere l'equità nella salute e il benessere nei paesi europei (WHO, 2018). La salute come chiave per lo sviluppo umano, sociale ed economico è un concetto ribadito nel programma HEALTH 2020 (WHO, 2013), il modello di *policy* europea di WHO che ha come obiettivo il raggiungimento di standard di salute e di benessere migliori e la riduzione delle disuguaglianze di salute. Si assume, in altri termini, il paradigma che il livello di salute di una società e la loro distribuzione tra i gruppi sociali non dipendano unicamente dall'efficacia e dall'efficienza dei servizi sanitari, ma anche dalle politiche economiche, fiscali, ambientali, culturali, urbanistiche, del lavoro, della formazione, e così via.

Le condizioni economiche degli individui sono un fattore chiave per spiegare i differenti livelli di salute tra i paesi e all'interno di essi, tuttavia queste differenze seguono un forte gradiente sociale secondo la terminologia introdotta da Marmot (Marmot *et al.*, 2010; Marmot e Bell, 2018) e riconosciuta da tutte le scuole di epidemiologia. Vale a dire che 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.

Negli ultimi decenni gli indicatori di salute e di benessere sono significativamente migliorati nei paesi europei, tuttavia questi miglioramenti non sono omogeneamente distribuiti tra i paesi, e all'interno dei gruppi sociali entro lo stesso paese (EC, 2013; WHO, 2012).

Secondo le statistiche di WHO e degli organismi nazionali, in Europa le disuguaglianze di salute sono di intensità variabile (più moderate nei paesi mediterranei, intermedie nell'Europa continentale e del Nord, molto più intense nell'Europa dell'Est) e, anche se si stanno riducendo in senso assoluto (i più poveri hanno beneficiato di una riduzione della mortalità maggiore rispetto ai più ricchi), si stanno ampliando in senso relativo (aumenta il divario tra il rischio di morte dei più poveri rispetto a quello dei più ricchi).

### 2.6.1 Le determinanti della salute

Le determinanti sociali della salute sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Queste condizioni influenzano la possibilità che una persona sia in condizioni di salute, il suo rischio di ammalarsi e le sue aspettative di vita. Le disuguaglianze sociali nella salute sono le ingiuste ed evitabili differenze nello stato di salute nei diversi gruppi sociali e sono il risultato della diseguale distribuzione delle determinanti sociali. Nella spiegazione di questi concetti gli organismi internazionali, a partire da WHO e ONU, seguono uno schema logico di analisi relativamente omogeneo e consolidato:

- ▶ 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);
- ▶ la posizione sociale influenza la probabilità di essere esposti ai fattori di salute fisica e mentale vale a dire:
  - ◀ Fattori di rischio dell'ambiente
  - ◀ Fattori di rischio psicosociali
  - ◀ Stili di vita insalubri
  - ◀ Limitazioni all'accesso alle cure appropriate
- ▶ la posizione sociale influenza la vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei fattori di rischio.

Le determinanti della salute e delle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari sono ampiamente conosciute e classificate, sia in termini di esiti sugli stati di salute dei cittadini e di indicatori di morbilità/mortalità, sia come andamenti temporali<sup>62</sup>. I fattori determinanti di questa condizione sono generalmente distinti in due grandi categorie:

- ▶ Fattori sistemici (organizzazione ed efficacia dei sistemi sanitari, grado di urbanizzazione, condizioni di vita, capitale sociale);
- ▶ Fattori individuali (genere, età, patrimonio genetico, titolo di studio, condizione professionale, livello di reddito).

Questi fattori agiscono in misura differenziata fra le regioni e all'interno delle regioni. In Italia, il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 identifica un approccio efficace e sistematico per affrontare la lotta alle disuguaglianze nel-

<sup>62</sup> Si veda come riferimento UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2014 e Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report. Geneva. WHO, 2008.

lo stato di salute. Nel valutare l'impostazione e i risultati del precedente Piano di Prevenzione, si afferma alle pagine 5-6 che tale documento *“ha marginalmente affrontato il tema delle disuguaglianze di salute o meglio non si è dotato di un approccio efficace e sistematico contro le disuguaglianze (sia nei principi sia negli strumenti operativi), rischiando in tal modo di crearle o aumentarle”*. Il nuovo PNP dedica invece una parte specifica al tema delle determinanti della salute inserendole nei macro-obiettivi 2014-2018 (2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili), sottolineando che *“a partire dai principi della Carta di Ottawa e dalle strategie per la “Salute in Tutte le Politiche” (Health in All Policies), l'ambiente e il contesto hanno assunto il significato di processo globale, sociale e politico che influenza o, per meglio dire, determina la salute. Fattori mondiali come la globalizzazione e l'urbanizzazione, associati all'invecchiamento della popolazione, interagiscono con determinanti sociali, culturali ed economici di salute (scolarità, abitazione, lavoro) nel predisporre gli individui a fattori comportamentali di salute (uso di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo dannoso di alcol) in grado di determinare alterazioni metaboliche e biologiche (aumento della pressione arteriosa, sovrappeso e obesità, aumento della glicemia e dei grassi nel sangue)”*. Il PNP identifica un sistema di azioni che agiscono sull'intero ciclo di vita delle famiglie e che garantiscono la trasversalità degli interventi tra i diversi settori, servizi, aree organizzative. La sfida in Italia e in tutti i paesi europei è inverare e tradurre in pratica questo approccio indispensabile per affrontare temi come l'invecchiamento della popolazione, la diffusione di patologie croniche e invalidanti, la contrazione delle risorse pubbliche, le conseguenze della crisi economica. Le disuguaglianze nello stato di salute dipendono da numerosi fattori correlati e sovrapposti e numerosi fattori esogeni ai servizi sanitari e alla loro organizzazione condizionano i risultati sanitari. Secondo questo approccio, le determinanti dell'assistenza sanitaria (volumi e sistemi di finanziamento, condizioni di accesso ai servizi, dotazione tecnologica, disponibilità di farmaci e dispositivi, qualità del personale e qualità dell'assistenza) spiegano in misura non esaustiva i risultati sanitari in termini di riduzione della mortalità e aumento della qualità della vita e della durata della speranza di vita.

## 2.6.2 Le indagini dell'INMP

L'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) è un organismo del Servizio Sanitario Nazionale vigilato dal Ministero della Salute, centro di riferimento nazionale per il monitoraggio e il coordinamento delle politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute<sup>63</sup>.

<sup>63</sup> Questo istituto è stato creato per promuovere iniziative di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e delle fasce di popolazione coinvolte dalle diverse forme

Nel testo si sottolinea come in Italia, al pari degli altri paesi europei, i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima (Ministero della Salute, 2018). Man mano che si risale lungo la scala sociale, gli indicatori di salute migliorano secondo quella che abbiamo prima definita la legge del gradiente sociale. Si riporta in questa sede un solo dato molto significativo a questo riguardo: tra gli uomini, all’inizio di questo secolo, si osservavano più di 5 anni di differenza nella speranza di vita tra i lavoratori non qualificati e i dirigenti, con aspettative di vita progressivamente crescenti lungo la scala sociale.

I dati analizzati nel documento evidenziano in sintesi tre fenomeni:

- ▶ la scarsa disponibilità individuale di risorse, misurata dal titolo di studio, aumenta il rischio di mortalità prematura;
- ▶ questa scarsa disponibilità individuale incide maggiormente sulla mortalità in alcuni contesti e per specifiche cause (in particolare, al Sud per la mortalità cardiovascolare e al Nord per quella determinata dai tumori);
- ▶ in alcune aree, come il Mezzogiorno, lo svantaggio legato a fattori di contesto (tra cui ad esempio la carenza di servizi adeguati a rispondere al bisogno di salute) gioca a sfavore di tutte le fasce sociali della popolazione, non solo dei meno istruiti.

L’Atlante delle disuguaglianze di mortalità adotta un disegno longitudinale di popolazione arruolata al Censimento 2011 e seguita nel tempo per lo stato in vita, registrando le uscite per morte o trasferimento all’estero (Petrelli e Frova, 2019). Nello studio sono state calcolate mappe provinciali per cause di morte e regionali della frazione di mortalità attribuibile per livello di istruzione. Una sintesi dei risultati di questa importante ricerca può essere descritta nei seguenti aspetti:

- ▶ 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;
- ▶ indipendentemente dal livello di istruzione, i residenti nel Sud Italia perdono un ulteriore anno di vita;

---

del disagio socioeconomico e attraverso l’Osservatorio Epidemiologico e la sua rete nazionale raccoglie e produce informazioni per le politiche sanitarie nazionali e regionali. Tra i suoi progetti è possibile far riferimento alla stesura del testo “L’Italia per equità nella salute”, in collaborazione con ISS, Agenas e AIFA. Tra i progetti dell’INMP si segnalano anche uno studio sullo stato di salute della popolazione immigrata, pubblicato nel 2018 in collaborazione con il WHO, e la redazione dell’Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione, insieme a ISTAT.

- ▶ le diseguaglianze sociali nella mortalità sono presenti in tutte le regioni, ma sono più marcate nel Mezzogiorno;
- ▶ 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 i traumi, 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.

L'Atlante mette in evidenza importanti differenze geografiche nella mortalità, indipendenti da età e condizioni socioeconomiche, con un impatto più significativo nelle regioni più povere del Sud. Secondo i ricercatori dell'Istituto, un livello di istruzione inferiore spiega una quota rilevante dei rischi di mortalità con effetti differenti per area geografica e causa di morte. In conclusione, nel nostro paese "le disuguaglianze di mortalità sono ancora esistenti e rappresentano un mancato guadagno di salute possibile e suggeriscono spunti per una valutazione delle priorità e la definizione di target di salute"<sup>64</sup>.

### 2.6.3 Il ruolo delle Regioni

L'analisi delle diseguaglianze pone in carico ai governi e soprattutto alle regioni europee fondamentali interrogativi e responsabilità. Le regioni, infatti, sono titolari in esclusiva o in maniera concorrente con gli stati delle politiche in una pluralità di settori che sono direttamente responsabili delle determinanti dello sviluppo sostenibile e delle condizioni di salute dei cittadini. Basti ricordare in questa sede, per il caso italiano, le responsabilità delle regioni nella programmazione territoriale e dei trasporti, nell'edilizia pubblica, nel coordinamento delle politiche sociali, nell'istruzione, nella formazione, nelle politiche attive del lavoro. Un insieme molto differenziato di aree di intervento che si affiancano alle politiche sanitarie e sociosanitarie e che giocano un ruolo rilevante nel contrastare le diseguaglianze nelle condizioni di salute e di vita dei cittadini<sup>65</sup>. Se il tema del-

<sup>64</sup> Petrelli A. e Frova L. (cit), pag. 6.

<sup>65</sup> A questo proposito, uno studio della Fondazione Deloitte ("Diseguaglianze Sociali e stato di salute, 2019") riporta una serie di esperienze europee di contrasto agli effetti negativi di molte determinanti sociali della salute. Tra queste si segnalano il Programma Comunitario *Ensemble Prévenons l'Obésité* (EPODE) adottato da 500 comunità locali in 29 paesi europei, Il Programma

le disuguaglianze nelle condizioni di salute è stato indagato in maniera esaustiva rispetto alle analisi sistemiche e ai confronti analitici, manca una valutazione all'interno dei paesi e soprattutto in ambito europeo su come le politiche regionali affianchino i rispettivi sistemi sanitari regionali nell'affrontare queste problematiche. In altri termini, occorre indagare come le diverse politiche regionali assumano i temi delle disuguaglianze delle condizioni di salute e della riduzione delle stesse nel complesso delle loro politiche. Una prima sede di discussione e di scambio di esperienze regionali di policy per la riduzione delle disuguaglianze in un'ottica di benchmarking e apprendimento reciproco è stata promossa dalla Conferenza delle Assemblee Legislative Regionali (CALRE) della UE<sup>66</sup>. Da questo network di lavoro possono sicuramente emergere percorsi condivisi di analisi e di confronto, nonché di validazione di *good practices* per la riduzione delle disuguaglianze della salute. Un network in grado di proporre concrete indicazioni e capace di interloquire e collaborare con le altre organizzazioni che operano per analizzare queste problematiche e per supportare i diversi livelli di governo nelle loro azioni a favore del benessere e della salute dei cittadini, a partire dall'Ufficio Europeo della WHO e per il nostro paese dall'INMP.

## 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.
- Airoldi, G., Brunetti, G., Coda, V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Anessi Pessina, 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.
- Barzan, E., Borsoi, L., Furnari, A., Perobelli, E., Petracca, F. (2018), «I profili under 35 di ruolo amministrativo nei servizi non sanitari: un'analisi esplorativa», in CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Belizán José, M. *et al.* (1999), «Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study», *British Medical Journal*, 319(7200): 1397-1402.

---

ZIPPY'S FRIENDS adottato dalle scuole di oltre 30 paesi coinvolgendo più di un milione di bambini (dai 5 ai 7 anni) che insegna ai più piccoli come sviluppare le giuste modalità per affrontare le difficoltà quotidiane e a gestirle, il Progetto Remote Monitoring and Health Coaching in South Karelia (Finlandia) che favorisce il connubio tra sanità elettronica e tecnologie mobili con coach sanitari personali.

<sup>66</sup> Presso questa Conferenza è attivo un gruppo di lavoro specifico sul tema delle disuguaglianze nella salute e nei servizi sanitari coordinato da Regione Lombardia nella figura del suo vice-Presidente.

- 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.
- Declercq, E. et al. (2005), «Rise in “No indicated risk” Primary Caesarean in the United States 1991-2001: Cross Sectional Analysis». *British Medical Journal*, 330: 71-72.
- 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., 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., Sartirana, M. (2014) «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le regioni in Piano di Rientro a confronto», in CER GAS (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- European Commission (2012), «Health Inequalities in the EU: Final report of a consortium», disponibile *on line* [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/healthinequalitiesineu\\_2013\\_en.pdf](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., Ricci, A. (2011), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Fédération Hospitalière de France FHF (2008), «Études sur les césariennes», FHF, Paris.
- Furnari, A., Ricci, A. (2016), «La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione», in CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Fusco, D., Davoli, M., Pinnarelli, L., Colais, P., D'Ovidio, M., Basigliani, A., Perucci C.A. (2012), «Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE)», *Monitor*, 30: 22-42, Age.Na.S, Roma.
- Gibbons, L., Belizán, J.M., Lauer, J.A., Betrán, A.P., Meriáldi, 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.
- Marmot, M., Bell, R. (2018), “The Sustainable Development Goals and health equity”. *Epidemiology*, 29(1), 5–7.
- Marmot M. *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](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](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](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., Burton, R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», *Report for Congress*. Congressional Research Service. Disponibile [http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175\\_20070917.pdf](http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf)
- Petrelli, A., 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., 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., 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](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](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345599/67wd09e_SDGroadmap_170638.pdf?ua=1)
- 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](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., Lecci, F. (2009), «*Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*», Milano, Egea.