

21° OSPEDALI & SALUTE

VENTUNESIMO RAPPORTO ANNUALE 2023



COLLANA

Aiop

ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI
E DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI E TERRITORIALI DI DIRITTO PRIVATO

FrancoAngeli 

Gruppo di Lavoro:

Francesco Maietta (Coordinatore)

Claudia Donati, Gabriella Addoniso, Vittoria Coletta, Sara Lena, (Censis)

Angelo Cassoni, Alice Basiglini (Aiop)

Progetto grafico e impaginazione:

FrancoAngeli Edizioni

Copertina:

Andrea Albanese

Si ringrazia per la collaborazione la sede nazionale e le sedi regionali Aiop

AIOP

Associazione Italiana delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali e delle Aziende Socio-Sanitarie Residenziali e Territoriali di Diritto Privato

Presidente:

Barbara Cittadini

Vice Presidente:

Gabriele Pelissero

Direttore Generale:

Filippo Leonardi

CENSIS

Centro Studi Investimenti Sociali

Presidente:

Giuseppe De Rita

Segretario Generale:

Giorgio De Rita

Direttore Generale:

Massimiliano Valerii



21° OSPEDALI & SALUTE

VENTUNESIMO RAPPORTO ANNUALE 2023

COLLANA

Aiop

ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLE AZIENDE SANITARIE
OSPEDALIERE E TERRITORIALI E DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE
RESIDENZIALI E TERRITORIALI DI DIRITTO PRIVATO

FrancoAngeli 



OPEN ACCESS la soluzione FrancoAngeli

Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: <https://www.francoangeli.it/autori/21>

Grafica della copertina: Andrea Albanese

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Stampa: Geca Industrie Grafiche, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese.

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835164609

Indice

Introduzione

di *Barbara Cittadini, Presidente Nazionale AIOP* pag. I

Parte prima IL SERVIZIO SANITARIO VISTO E VISSUTO DAGLI ITALIANI

1. Una bussola per tempi difficili	»	11
1.1. Risorse, criticità e nuove sfide	»	11
1.2. I numeri che più contano in pillole	»	14
2. Il difficile accesso: la domanda che eccede il Servizio sanitario	»	19
2.1. La centralità delle esperienze dei cittadini	»	19
2.2. Dalla richiesta di prenotazione nel Servizio sanitario alla sanità a pagamento	»	19
2.3. Le prestazioni fuoriuscite dal Servizio sanitario	»	24
2.4. La fuoriuscita verso l' <i>intramoenia</i>	»	27
3. Le liste di attesa	»	31
3.1. Gli (<i>eccezionali</i>) numeri	»	31
3.2. Tempi d'attesa tagliati per chi paga	»	37
3.3. Impressive durate	»	39
3.4. Esperienze diverse di rapporto con le liste di attesa	»	40
3.5. Percorsi ibridi tra Servizio sanitario e sanità a pagamento	»	43
4. Le valutazioni dei cittadini	»	52
4.1. Giudizi diversificati in una sanità frammentata	»	52
4.2. L'insoddisfazione più alta dei vulnerabili	»	56

4.3. Più lo frequenti, meno lo apprezzati	pag.	57
4.4. Il personale che resiste	»	58
4.5. L'evoluzione percepita	»	61
5. La mobilità sanitaria e le diversità regionali	»	65
5.1. Gli spostamenti all'interno della Regione	»	65
5.2. La mobilità sanitaria interregionale come fattore individuale di tutela rispetto alle diversità regionali	»	67
6. Uno sguardo nuovo al sistema sanitario	»	75
6.1. Articolato sin dall'origine	»	75
6.2. Conoscenza del privato accreditato e criteri di scelta degli italiani	»	78
6.3. Far coesistere efficienza e qualità: una virtù da riconoscere	»	84
7. Volti e conseguenze della spesa sanitaria	»	87
7.1. Numeri per capire	»	87
7.2. Il rinnovato fardello per i cittadini	»	90
7.3. Più quantità e più qualità per la spesa pubblica sanitaria	»	95
8. Gli italiani e la salute	»	101
8.1. L'importanza amplificata della salute nei nuovi stili mentali degli italiani	»	101
8.2. Cattiva informazione	»	104
8.3. Dal pluralismo alla cultura da ecosistema	»	105
8.4. L'ineludibile <i>upgrading</i> culturale	»	108
9. Il futuro arriva presto	»	110
9.1. Senza interventi appropriati, la sanità non potrà che peggiorare	»	110
9.2. Meno Servizio sanitario, più incertezza per tutti	»	112

Parte seconda

GLI INDICATORI DI SISTEMA

1. I dati di struttura	»	121
1.1. Gli istituti ospedalieri della componente di diritto pubblico e di diritto privato del Servizio sanitario nazionale	»	121
1.2. La distribuzione dei posti letto	»	127
2. I dati di attività	»	136
2.1. Le giornate di degenza e il tasso di occupazione	»	136

2.2. Le tipologie dei ricoveri e delle giornate di degenza	pag.	138
2.3. I DRG più diffusi	»	141
2.4. Le attività classificate per disciplina	»	174
2.5. Volume di ricoveri e prestazioni mancate	»	186
2.6. Le valutazioni di complessità e di qualità	»	193
2.7. La mobilità sanitaria	»	204
3. Le informazioni sul personale	»	208
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	208
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	213
4. I dati di spesa	»	218
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	218
4.2. La spesa sanitaria nel confronto internazionale	»	222
4.3. Spesa sanitaria e tendenze di finanza pubblica	»	225
Allegati		
1. Nota metodologica	»	231
2. Indice di tabelle e figure	»	233

Introduzione

di *Barbara Cittadini, Presidente Nazionale AIOP*

“Il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese” è il primo obiettivo che il Legislatore si è posto nella redazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

A 45 anni dalla nascita del nostro modello universalistico e solidale di Sanità dobbiamo, oggi, domandarci se sia stato, in tutto oppure in parte, realizzato.

La situazione che emerge da questa edizione del Rapporto Ospedali&Salute ci obbliga a confrontarci con una realtà fortemente frammentata, a tutti i livelli – geografico, economico e socio-culturale – al punto da contribuire a produrre quelle disuguaglianze, in termini formali e sostanziali, che il Servizio sanitario nazionale intendeva ridimensionare.

Guardando alla ricchezza di contenuti di questo lavoro, sono due i dati che desidero evidenziare.

Il primo riguarda il dato di **regressività sociale**, che emerge dal lavoro fenomenologico; il secondo – trattato nella sezione dedicata agli indicatori di sistema – attiene, invece, le **prestazioni mancate** e le **ricadute in termini di qualità**.

Da sempre, il Rapporto ha voluto coniugare la selezione delle evidenze più rilevanti e metodologicamente robuste, elaborate dal Ministero della Salute, da Agenas e dagli altri osservatori privilegiati, con il dato esperienziale dei cittadini-pazienti.

Il punto di vista dell’utente, desidero sottolinearlo, è imprescindibile per una duplice ragione: in primo luogo, per sopperire all’assenza di fonti informative e di analisi valide per alcuni aspetti cruciali della Sanità (pensiamo alle liste d’attesa, al ricorso all’intramoenia, al fenomeno della rinuncia alle cure); in secondo luogo, per l’inevitabile centralità che occorre dare al lato della “domanda” di prestazioni sanitarie quando si vuole valutare l’efficienza

e l'efficacia della risposta ai bisogni di salute degli individui e della collettività.

Con il 21° Rapporto abbiamo voluto inaugurare un nuovo corso, nel quale la rilevazione degli aspetti qualificanti il Servizio sanitario nazionale, così come visto e vissuto dagli italiani, è curata dal Censis, il principale istituto di ricerca socio-economica italiano.

La deriva verso **una sanità per censo** è un rischio concreto, che queste pagine restituiscono con estrema chiarezza: ogni 100 tentativi di prenotazione nel SSN, la quota che rinuncia e si rivolge alla sanità a pagamento – intesa come privato puro e *intramoenia*, con o senza intermediazione assicurativa – è allarmante.

Si tratta del 34,4% dei redditi più bassi, del 40,2% di quelli medio-bassi, del 43,6% dei medio-alti e del 41,7% dei più alti.

Questo dato deve essere letto unitamente sia a quello relativo alla procrastinazione involontaria dei trattamenti e degli interventi sanitari, sia a quello relativo alla rinuncia alle cure.

La percentuale di persone che hanno dovuto fruire in ritardo di prestazioni sanitarie a causa di tempi d'attesa troppo lunghi è maggiore per i redditi più bassi: il 31% dei redditi fino a 15 mila euro, contro il 18,7% di quelli oltre i 50 mila euro.

Hanno, invece, dovuto sacrificare altre spese per sostenere quelle sanitarie il 50,4% delle persone economicamente più svantaggiate e il 22,6% dei più abbienti, mentre, rispettivamente, il 42% e il 14,7% sono stati costretti a posticipare o rinunciare alle cure a causa del costo troppo elevato.

Nelle situazioni nelle quali le fasce più deboli – le più fragili, anche, in termini di salute – sono quelle maggiormente costrette a subire le conseguenze di liste d'attesa incongruenti ai bisogni assistenziali, quando la salute personale viene collocata nel "*paniere dei beni*" alla stregua di qualsiasi altro prodotto scambiabile sul mercato, vengono progressivamente meno tutti i principi fondanti il nostro SSN: l'universalità, la solidarietà e l'equità.

La spesa sanitaria privata rappresenta il 24% della spesa sanitaria totale: una cartina di tornasole dell'iniquità di **un sistema sì universalistico, ma solo al 76%**.

E non è tutto qui. La percezione di una caduta libera si manifesta, anche, nel sentimento di sfiducia che permea la popolazione: più di un italiano su due si rivolge direttamente al mercato delle prestazioni sanitarie, senza neanche tentare di prenotare nel SSN. Una sorta di rassegnazione che erode il patto sociale alla base del Servizio sanitario nazionale.

È vero che nel 2022 si assiste a un sostanziale riallineamento dei ricoveri ospedalieri rispetto al periodo pre-pandemico ma è, anche, vero che questo

riallineamento va decodificato in un contesto di spesa privata, sistematicamente, in aumento: a due anni dalla crisi Covid, possiamo definitivamente affermare che il tanto auspicato recupero delle prestazioni mancate non sia avvenuto.

Nonostante siano stati stanziati finanziamenti *ad hoc* per il recupero delle liste d'attesa, è stata utilizzata solo una parte delle risorse destinate a questo obiettivo e, in particolare, le strutture di diritto pubblico del Servizio sanitario nazionale – probabilmente già al limite della propria capacità di erogazione – hanno incrementato solo parzialmente l'attività programmata.

Già il 2021 avrebbe dovuto essere l'anno della ripresa, quello che avrebbe dovuto segnare il passaggio dalla resilienza al recupero: la crisi pandemica era alle spalle e la sanità pubblica veniva chiamata non solo a tornare sui livelli di produzione pre-pandemici ma, anche, a colmare il divario delle prestazioni non erogate o rimandate nell'emergenza Covid.

Tra queste, le più urgenti erano sicuramente quelle oncologiche.

Considerando, altresì, la battuta d'arresto che hanno avuto gli screening oncologici nella fase acuta dell'emergenza, si può presumere che, per molte sedi tumorali, si sia concretizzato il rischio di diagnosi tardiva e di interventi in fase più avanzata.

Una criticità, quest'ultima, che insiste su un sistema fortemente polarizzato in termini di qualità delle prestazioni fornite ai pazienti.

Si tratta di una eterogeneità qualitativa che supera la dialettica Nord-Sud e che si esprime in una variabilità tra aree geografiche, all'interno di una stessa area geografica e, anche, tra le strutture appartenenti allo stesso territorio e aventi la stessa natura giuridica.

Non solo, l'analisi degli *outcome* ci insegna che non esistono “eccellenze”.

Sono poche le strutture che riportano esiti positivi in tutte le discipline; ci confrontiamo, piuttosto, con un universo articolato e complesso, composto da specifiche aree cliniche e prestazioni che, all'interno di una stessa struttura ospedaliera, possono riportare risultati, di volta in volta, in linea o non in linea con gli standard di efficacia, sicurezza e appropriatezza.

Ed ecco che la regressività sociale e la frammentazione territoriale si intrecciano, in quanto risultati di un depotenziamento strutturale del Servizio sanitario nazionale.

Nonostante questo quadro affatto confortante, in qualità di Presidente nazionale Aiop, condivido la stessa fiducia di quel 90% di italiani che ritiene il Servizio sanitario nazionale un'istituzione insostituibile della nostra società.

Dobbiamo partire da questo ineluttabile riconoscimento “di sacralità” per reinventare la Sanità pubblica nel nostro Paese, investendo di più, recuperando i vistosi margini di sprechi e inefficienze e cominciando con il riconoscere il ruolo e gli attori che, all’interno del sistema, sono in grado di utilizzare al meglio le risorse investite.

Una vera e propria “rivoluzione copernicana” che appare possibile solo superando, con raziocinio e buon senso, ogni pregiudizio e ideologia che limita, aprioristicamente, l’agire del decisore pubblico.

Si tratta, infatti, – desidero affermarlo con chiarezza e con forza – di una rivoluzione copernicana necessaria, imprescindibile, ineludibile.

Una rivoluzione che ci riguarda tutti: come italiani, come imprenditori, come soggetti chiamati a responsabilità alte nei confronti della nostra società.

Parte prima

*Il Servizio sanitario
visto e vissuto dagli italiani*

1. Una bussola per tempi difficili

1.1. Risorse, criticità e nuove sfide

Il presente testo è come un grande affresco che condensa il racconto di uno straordinario viaggio nel quotidiano delle relazioni tra gli italiani e il Servizio sanitario.

Gli eccezionali risultati si inquadrano in un contesto in cui il rapporto con la salute, nella nostra società, è al vertice dell'agenda delle priorità di individui e collettività, non solo a causa delle ansie e delle paure impostesi con le continue emergenze che si sono succedute negli anni, ma anche perché sempre più gli italiani, in un mondo percepito come altamente ostile, ricercano un benessere soggettivo psicofisico sostenibile, che coincide anche con un buono stato di salute.

Dai risultati emergono con cristallina precisione le difficoltà del Servizio sanitario italiano e le conseguenze sociali e culturali che ne discendono.

È una situazione non certo estemporanea o generatasi di recente, perché è l'esito ormai visibile di scelte e processi di lunga deriva. Le difficoltà attuali vengono da lontano, per questo hanno bisogno di scelte strutturali, capaci di praticare una profonda discontinuità con un progresso ultradecennale di erosione del Servizio sanitario.

Infatti, la lunghezza delle liste di attesa e la quota di prestazioni che trasmigrano nella sanità a pagamento certificano che il Servizio sanitario oggi non riesce a dare copertura all'insieme dei fabbisogni sanitari degli italiani.

Le difficoltà di accesso alle strutture pubbliche e del privato accreditato nel Servizio sanitario generano i *forzati della sanità a pagamento*: persone che hanno provato a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario ma, vista la lunghezza o il blocco della lista di attesa, hanno poi proceduto a farla a pagamento, di solito nel privato puro o in *intramoenia*.

È una fuoriuscita ampia e non volontaria dal Servizio sanitario di una domanda di prestazioni espressa da persone costrette a cercarle altrove, ricorrendo a risorse proprie. Ecco l'esito diretto del consolidato e ormai ordinario meccanismo di funzionamento del Servizio sanitario: il razionamento sanitario.

Conseguenza diretta è la deriva verso una *sanità per censo*, dove chi dispone di risorse può sempre e comunque ridurre drasticamente i tempi di accesso alle cure, acquistando le prestazioni con risorse proprie, mentre i meno dotati economicamente sono sempre più costretti ad attendere i *poco men che biblici* tempi di attesa del Servizio sanitario.

Il drastico taglio dei tempi di accesso alle prestazioni di cui beneficiano le persone che trasmigrano nel privato puro e nell'*intramoenia*, rispetto a quelli del Servizio sanitario, certifica che utilizzare risorse proprie per acquistare le prestazioni significa poterne disporre con largo anticipo.

Ecco l'impressiva potenza della regressività sociale dei vincoli all'offerta del Servizio sanitario, poiché *chi più ha, più facilmente salta* le barriere d'accesso alle prestazioni andando nella sanità a pagamento.

La *sanità per censo* è fatta anche di tanta *sanità negata*, con quote di persone, soprattutto tra i bassi redditi, che semplicemente sono costrette a rinviare il ricorso a determinate prestazioni per l'insostenibilità dei costi oppure, vista l'inflazione e la rincorsa verso l'alto della spesa privata per la salute, a tagliare altre spese per finanziare quelle sanitarie.

In buona sostanza, il vincolo all'espansione dell'offerta del Servizio sanitario erode la copertura sanitaria degli italiani ed ha effetti profondi di disuguaglianza sociale e territoriale.

Le sperimentate difficoltà di accesso modificano l'immaginario collettivo degli italiani rispetto al Servizio sanitario, e al sogno della *sanità per tutti* si sostituisce la realtà di una sanità dove, secondo gli italiani, i benestanti riescono a curarsi prima e meglio degli altri.

Il Servizio sanitario, la più apprezzata istituzione sociale italiana, vede lentamente depotenziare la sua missione storica di incarnare il welfare universalistico, poiché non riesce più a garantire la tutela della salute a tutti, ovunque e senza discriminazioni, né a contenere le disparità sociali, che anzi contribuisce di molto ad ampliare.

E tuttavia è anche evidente che ci sono ancora tutte le condizioni per un rilancio in grande stile del Servizio sanitario, invertendo il trend della sua fragilizzazione e valorizzandone persone, competenze e esperienze, incluse tante buone pratiche.

Quali sono i punti di tenuta nel prolungato scivolamento in basso delle performance del Servizio sanitario? Di sicuro la sua elevata *social reputation*

che, come evidenziato, la rende ancora un'istituzione amatissima dagli italiani.

Poi l'inscalfibile fiducia degli italiani nei medici, infermieri e negli altri operatori, percepiti come insormontabili tutori del primato della salute su ogni altro criterio, economico-finanziario o tecnologico che sia.

E, ancora, la pluralità delle culture, delle competenze e delle risorse con la compresenza antica e consolidata di pubblico e privato accreditato, di cui gli italiani hanno consapevolezza e che considerano costitutivo del Servizio sanitario.

Per esperienze e per convinzioni gli italiani equiparano il pubblico e il privato accreditato, considerandoli componenti naturalmente legittime del Servizio sanitario. A contare per i cittadini è il confine tra Servizio sanitario e sanità a pagamento, mentre pubblico e privato accreditato incarnano entrambi il Servizio sanitario.

Ecco perché non può sorprendere che gli italiani considerino una buona opportunità, oltre che una necessità, la possibilità di espandere l'offerta del Servizio sanitario tramite il privato accreditato. Mentre, al contrario, la persistenza di tetti alla capacità di rendere disponibili tempestivamente più prestazioni è percepita come un modo per rinsaldare quel vincolo all'offerta sanitaria origine di tanti effetti socialmente regressivi.

Affinché non prevalga definitivamente un clima di disillusione da promesse non mantenute, gli italiani si attendono:

— nel breve o addirittura brevissimo periodo, una rapida espansione delle prestazioni sanitarie disponibili, che consentirebbe un taglio drastico alle liste di attesa e alle fughe obbligate nella sanità a pagamento;

— nel medio periodo, un percorso di robusto aumento di risorse pubbliche correnti per il Servizio sanitario, che consenta di stabilizzare in alto quantità e qualità dell'offerta sanitaria, con finalmente dotazioni di personale, tecnologie e risorse di vario tipo in linea con i reali fabbisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione.

Più risorse, da utilizzare meglio: ecco la convinzione che gli italiani si sono fatti, sperimentando collettivamente la sfinente corsa quotidiana a optare per le modalità migliori per accedere a prestazioni sanitarie, garantendo comunque la sostenibilità del proprio budget familiare. E, nel rilancio del Servizio sanitario, l'altra priorità consiste nell'inversione dell'erosiva tendenza alla frammentazione territoriale delle performance sanitarie, che ricalca l'altrettanto pernicioso moltiplicazione regionale di modelli di gover-

nance, organizzativi e funzionali che alimenta una diseconomica mobilità sanitaria tra Regioni.

Molte delle scelte giuste per rilanciare il Servizio sanitario vanno fatte qui e subito, perché è ancora possibile cambiare drasticamente rotta, uscendo da inibenti e fuorvianti pregiudizi ideologici e da comode ma autolesionistiche inerzie, anche perché guardando al futuro i neri presagi che incombono sulla nostra società sono a tutti visibili e noti e annunciano sfide ancor più stringenti.

Dinamiche demografiche e altri grandi trend globali, come il riscaldamento climatico, avranno negli anni a venire conseguenze rilevanti per la sanità: ecco perché muoversi bene e per tempo è oggi essenziale.

Sarebbe già un notevole salto culturale in avanti la convinzione collettiva che per condividere le scelte giuste, la *sanità vista e vissuta dagli italiani* sia la bussola migliore e più affidabile. E scegliere l'orientamento partendo da questa constatazione sarebbe un modo molto efficace per rendere concreto il tuttora possibile rilancio della sanità italiana.

1.2. I numeri che più contano in pillole

Tempi di attesa quasi biblici. Oltre 5 mesi di attesa per l'accesso a una mammografia, a una risonanza magnetica o a una colonscopia, oltre 4 mesi per visite specialistiche gastroenterologiche, dermatologiche o addirittura oncologiche e, poi, intorno a 3 mesi di attesa per ricoveri ospedalieri ordinari, programmati, come bypass aortocoronarico o angioplastica coronarica. Ecco le barriere davanti alle quali si trovano i cittadini quando tentano di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario. Si tratta di valori medi, che significa che ci sono picchi anche molto più alti per talune prestazioni in alcuni dei territori. Sono inoltre il portato di un processo di lungo periodo di progressivo innalzamento di barriere d'accesso al Servizio sanitario.

I forzati della sanità a pagamento. I valori citati sono altamente impressionanti, e spiegano di per sé stessi perché, su 100 tentativi di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario, quasi 35 approdino nella sanità a pagamento, soprattutto verso l'*intramoenia* e il privato puro. La situazione è peggiore del pre-Covid poiché nel 2019, per ogni 100 tentativi di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario ne fuoriuscivano 28 verso la sanità a pagamento. Il confronto temporale certifica che le difficoltà attuali del Servizio sanitario hanno radici antiche e che l'attuale clima da promesse non mantenute viene da lontano.

Più fuoriuscite verso la sanità a pagamento ovunque. Per ogni 100 tentativi di prenotare nel Servizio sanitario, nel 2019 le prestazioni in fuga nel Nord-Ovest erano 22,6 e sono diventate 29,9, al Nord-Est da 20,7% sono diventate il 26,5%, al Centro da 31,6% sono passate a 39,3% e nel Sud-Isole da 33,2% a 40,7%. Persistono le diversità territoriali ma all'interno di una corsa verso il *peggio* che coinvolge tutte le macroaree. Fuoriescono dal Servizio sanitario una molteplicità di prestazioni diverse, poiché, ogni 100 tentativi di prenotazione, per ciascuna specifica prestazione finiscono nella sanità con costi a carico dei cittadini 41,5 visite specialistiche, 33,6 accertamenti diagnostici, 55,4 prestazioni di riabilitazione, 21,7 analisi di laboratorio e 42 ricoveri ospedalieri ordinari programmati. È evidente che il vincolo all'espansione dell'offerta del Servizio sanitario viene oggi aggirato attivando con le risorse dei cittadini il privato puro e l'*intramoenia*.

Direttamente nella sanità a pagamento. C'è anche una domanda sanitaria che si rivolge direttamente a privato puro e *intramoenia*. Infatti, il 51,6% degli italiani ha scelto di fare una prestazione nella sanità a pagamento, senza nemmeno provare a prenotare nel pubblico. Lo ha fatto il 40,6% dei bassi redditi, il 48,7% dei redditi medio-bassi, il 57% dei redditi medio-alti e il 63,3% dei redditi più alti. Il ricorso diretto alla sanità a pagamento è socialmente regressivo perché visibilmente più facile per i benestanti. Alta è però anche la quota di bassi redditi che lo fa, presumibilmente, perché ci sono situazioni di urgenza sanitaria percepita che spingono anche chi ha meno risorse a evitare prenotazioni nel Servizio sanitario, optando direttamente per la sanità a pagamento.

Il taglio dei tempi di attesa si paga. Nel passaggio dal Servizio sanitario alla sanità a pagamento si ottengono tagli drastici dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Infatti, il 16,4% degli italiani ha avuto un taglio dei tempi di attesa fino a 15 giorni, il 22% da 15 giorni a un mese, il 17,9% da 1 a 2 mesi, il 19,7% da 2 a 5 mesi e il 24% addirittura di almeno 5 mesi. Ecco la sanità per censo: pagando è sempre possibile accedere più tempestivamente alle prestazioni.

La spesa che pesa. La spesa sanitaria privata è stata nel 2022 pari a 42,2 miliardi di euro, raggiungendo il picco di un lungo periodo di incrementi. Quella pro-capite dal 2012 al 2022 ha registrato un +21,1%. Il 61,6% degli italiani ha registrato in un anno l'aumento delle proprie spese per visite, farmaci, ecc. Il 77,6% attribuisce l'aumento di spesa privata all'incremento del costo dei farmaci e delle prestazioni che paga di tasca propria nel privato puro o nell'*intramoenia*. Il 65,2% alla necessità, indotta dalle difficoltà del Servizio sanitario, di ricorrere in misura maggiore al privato o all'*intramoenia* pagando di tasca propria. Così il 36,9% ha rinunciato ad altre spese per

sostenere quelle sanitarie (soprattutto i redditi bassi, tra i quali è il 50,4% ad aver tagliato altre spese). Inoltre, il 29,1%, a causa del costo elevato di prestazioni o farmaci, ha dovuto rinviare la prestazione o astenersi dall'acquisto. La nuova pressione sui budget familiari delle spese per la salute è conferma ulteriore dei regressivi effetti sociali delle difficoltà del Servizio sanitario in questa fase. I dati più recenti poi sono l'espressione attuale di un trend di lungo periodo, segnato dall'incremento dell'impegno finanziario privato in sanità delle famiglie italiane.

È una sanità per censo. L'84,2% degli italiani ritiene che ormai i benestanti possono curarsi prima e meglio dei meno abbienti. Idea condivisa dall'85,5% dei residenti nel Nord-Ovest, dall'81,2% nel Nord-Est, dall'83,1% al Centro e dall'85,4% nel Sud-Isole. E poi anche dal 90,5% degli anziani e dall'80,6% delle persone con cattivo stato di salute. Inoltre, il 73,2% è convinto che le diversità tra le sanità regionali siano aumentate nel tempo e il 72,9% che sono destinate ad aumentare ulteriormente nel futuro prossimo. La regressività sociale e quella territoriale si intrecciano, come esiti del depotenziamento strutturale del Servizio sanitario, e della sua perniciosa frammentazione per modelli di governance, organizzativi e funzionali. Guai a sottovalutare che questa deriva non data da oggi, ma è andata consolidandosi nel lungo periodo, imponendosi come la degenerazione patologica più grave indotta dalla fragilizzazione del Servizio sanitario.

I nomadi del Servizio sanitario. Il 41,4% degli italiani, nell'ultimo anno, si è spostato almeno una volta, per motivi sanitari, in un altro Comune (36,3%) e/o in un'altra Provincia della stessa Regione di residenza (18,8%). Il 46,7% di costoro ha dovuto percorrere più di 50 Km. Con un più sentito bisogno di qualità e tempi rapidi, è il 28,1% degli italiani in cattiva salute a muoversi sul territorio provinciale, e quest'ultimi sono anche coloro che più frequentemente hanno dovuto percorrere lunghi tragitti (57,0%). La migrazione verso altre Regioni ha coinvolto il 10,1% degli italiani, spinti dalla ricerca di tempi più rapidi (31,6%) o di una maggiore qualità delle prestazioni (26,5%).

Punti di tenuta e di ripartenza...

Una very good social reputation. L'88,7% degli italiani ritiene il Servizio sanitario un'istituzione essenziale della nostra società: lo pensa il 76,7% dei giovani, l'88,6% degli adulti e il 97,8% degli anziani. Poi, l'83,6% dei bassi redditi, il 90% dei medio-bassi, il 90,9% dei medio-alti e l'87,6% di quelli alti. E ancora l'89,7% nel Nord-Ovest, il 90,5% nel Nord-Est, l'85,3% nel

Centro e l'89% nel Sud-Isole. Dopo oltre 45 anni di attività, il Servizio sanitario beneficia di una riconosciuta sacralità istituzionale, perché per gli italiani è un collante decisivo della società e della nazione di fronte a rischi di frammentazione sociale e territoriale.

I dati citati sono un indicatore importante delle potenzialità attuali di rilancio del Servizio sanitario, i cui valori sono profondamente radicati nel DNA della società italiana.

Virtuosità del fattore umano. Alta la fiducia nel personale, con il 71,2% degli italiani che esprime un giudizio di ottimo o buono sui medici: lo condivide il 66% dei giovani, il 69,9% degli adulti e il 77,3% degli anziani. E poi anche il 76,7% al Nord-Ovest, il 75,1% al Nord-Est, il 71,2% al Centro e il 64,5% al Sud-Isole. Solo quote molto residuali danno un giudizio di insufficienza sui medici. Inoltre, il 68,3% degli italiani esprime un giudizio di ottimo o buono sugli infermieri. Anche in questo caso il giudizio positivo è trasversale a territori e gruppi sociali, con residuali quote di valutazioni negative. Il fattore umano nel tempo ha salvato il Servizio sanitario, e ciò ha cementato un rapporto di fiducia con gli italiani. Ecco un'altra formidabile conferma delle potenzialità di rilancio del Servizio sanitario oltre le sue attuali difficoltà.

Risorsa pluralismo. Il 60,6% degli italiani conosce la natura e il ruolo delle strutture private accreditate nel Servizio sanitario e le equipara a quelle pubbliche, il 17,2% le considera strutture private diverse da quelle pubbliche convinto che le prestazioni siano pagate dai pazienti di tasca propria e il 22,2% non ha idee precise in merito. Per il 68,5% degli italiani, poi, non importa se una struttura sia pubblica o del privato accreditato, in quanto a contare è la qualità delle prestazioni erogate nel Servizio sanitario. Ecco il senso comune molto più raziocinante di ogni ideologia: dal lato dei cittadini, il Servizio sanitario ha due volti intercambiabili, perché quel che conta è la qualità delle prestazioni.

Espandere qui e ora l'offerta del Servizio sanitario. Di fronte allo *shortage* di prestazioni rispetto alla domanda sanitaria, il 55,6% degli italiani ritiene la possibilità di espandere l'offerta del privato accreditato una opportunità buona e necessaria, a cui non si deve rinunciare, il 24,7% una modalità efficace per ampliare l'offerta, garantendo standard qualitativi equivalenti, il 24,3% una maniera positiva per ampliare la libertà di scelta del cittadino e il 14,9% un modo per innalzare la qualità complessiva del Servizio sanitario.

Più quantità e più qualità per la spesa sanitaria pubblica. Cuore delle promesse per una sanità migliore è un *boost* consistente e permanente alla spesa sanitaria pubblica. Dati Ocse del 2022, espressi in valori pro-capite in dollari PPA, indicano che in Italia la spesa sanitaria pubblica è pari a 3.255

dollari, mentre in Germania vale il 112,9% in più, in Francia il 72,8% in più, in Svezia il 69,8% in più e nel Regno unito il 37,6% in più. Esiste nella società italiana una convergenza alta sulla necessità di aumentarla subito in modo consistente. Lo pensa il 75,2% degli italiani. E in particolare il 77,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 75,1% al Nord-Est, il 72,5% al Centro e il 75,2% al Sud-Isole; il 70,5% dei bassi redditi, il 75,6% di quelli medio-bassi, l'80% di quelli medio-alti e il 74,7% di quelli alti; il 67,7% dei giovani, il 74,7% degli adulti e l'81,6% degli anziani. Aumentare la spesa dando spazio a chi meglio la sa utilizzare: ecco il nuovo sogno degli italiani per la sanità.

2. Il difficile accesso: la domanda che eccede il Servizio sanitario

2.1. La centralità delle esperienze dei cittadini

Qual è il rapporto operativo, concreto, funzionale degli italiani con il Servizio sanitario?

Questo è il quesito chiave a cui occorre rispondere in prima istanza, per poi delineare le reali problematiche della tutela della salute in questa fase storica, enucleando le priorità sulle cose da fare per oltrepassare le eventuali criticità.

Il nodo è il grado di copertura reale del Servizio sanitario, al di là delle dichiarazioni di principio, che dal punto di vista dei cittadini coincide con la sua capacità di erogare in tempi appropriati le prestazioni di cui hanno bisogno.

Per questo motivo è fondamentale partire dalle esperienze concrete delle persone nell'accedere al Servizio sanitario, verificando se e in che misura sono riuscite a beneficiare di risposte congrue con i propri fabbisogni sanitari, in termini di qualità e di tempi di accesso.

Per costruire il quadro delle concrete esperienze dei cittadini nel rapporto con il Servizio sanitario si è fatto ricorso ad un'indagine di popolazione su un campione nazionale rappresentativo di 2.000 italiani maggiorenni, che ha consentito di rilevare dati originali, aggiornati, relativi a dimensioni della sanità su cui è difficile avere riferimenti quantitativi precisi.

2.2. Dalla richiesta di prenotazione nel Servizio sanitario alla sanità a pagamento

Nel corso di un anno, l'89,3% degli italiani ha provato a prenotare almeno una prestazione sanitaria nel Servizio sanitario e per ogni 100 tentativi di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario:

— il 60,6% ha scelto di attendere la durata della lista di attesa per poi svolgere la prestazione nel pubblico o nel privato accreditato all'interno del Servizio sanitario, gratuitamente perché esente o pagando il ticket (tab. 1, fig. 1);

— il 34,9% l'ha svolta in intramoenia, nel privato puro o nel privato sociale, pagando di tasca propria, valore che sale al 40,7% nelle Regioni del Mezzogiorno (fig. 2);

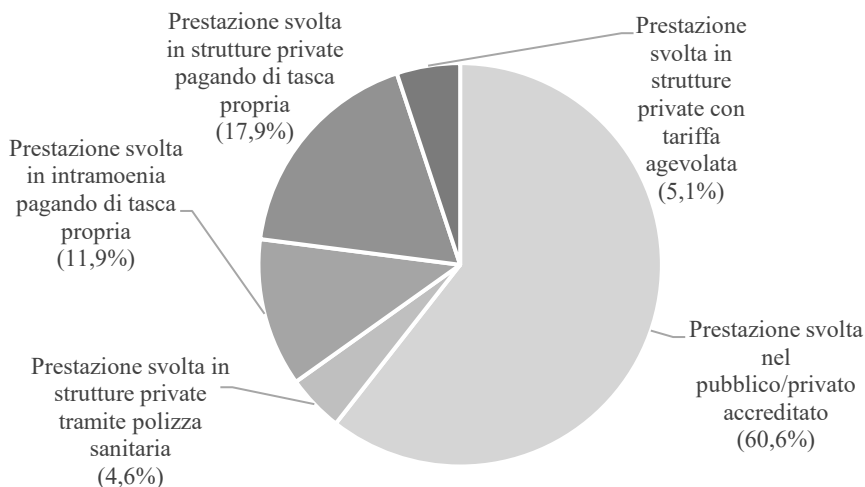
— il 4,6% l'ha svolta nel privato tramite una Polizza sanitaria.

Tab. 1 – Prestazioni svolte nel Servizio sanitario o nella sanità a pagamento per 100 tentativi di prenotazione fatti nel Servizio sanitario (val. %)

	%
Ha atteso e svolto la prestazione nel pubblico/privato accreditato	60,6
Svolto la prestazione nella sanità a pagamento	34,9
– Svolto la prestazione in intramoenia pagando di tasca propria	11,9
– Svolto la prestazione in strutture private pagando di tasca propria	17,9
– Svolto la prestazione in strutture private con tariffa agevolata	5,1
Svolto la prestazione in strutture private tramite polizza sanitaria	4,6
Totale	100,0

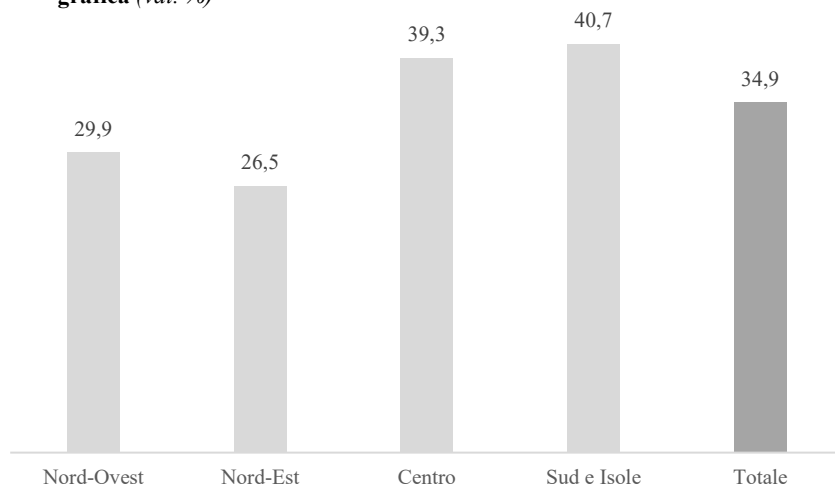
Fonte: indagine Censis, 2023

Fig. 1 – Prestazioni svolte nel pubblico o nella sanità a pagamento o con polizza sanitaria per 100 tentativi di prenotazione fatti nel Servizio sanitario (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Fig. 2 – Prestazioni svolte nella sanità a pagamento (*intramoenia*, privato puro, privato sociale) per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Il Servizio sanitario assorbe la quota maggioritaria di prestazioni ma, al contempo, c'è un evidente e consistente travaso verso la *sanità a pagamento* composta da *intramoenia*, privato puro a pagamento intero, privato sociale e polizze, di quote significative di prestazioni con il coinvolgimento trasversale di cittadini dalle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche profondamente diverse tra loro.

Le difficoltà di accesso al pubblico e al privato accreditato nel Servizio sanitario generano i *forzati della sanità a pagamento*: persone che hanno provato a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario ma, vista la lunghezza o il blocco della lista di attesa, hanno poi proceduto a farla a pagamento, di solito nel privato puro o in *intramoenia*.

È una fuoriuscita non voluta dal Servizio sanitario di una domanda di prestazioni che poi deve andare a cercare altrove, con risorse proprie, le soluzioni di cui ha bisogno.

Quelle descritte sono tra le conseguenze più rilevanti di quel meccanismo di razionamento sanitario, largamente raccontato in fase pre-Covid, esasperatosi poi nel periodo emergenziale con l'obbligatoria applicazione di barriere d'accesso nei confronti dei pazienti non Covid. Ora torna in modo stabile come fisiologia del Servizio sanitario, con associato un rischio evidente di ulteriore degenerazione patologica.

Rispetto al 2019, la quota di prestazioni che fuoriesce dal Servizio sanitario verso la sanità a pagamento è aumentata, poiché era pari al 27,9% ed è salita al 34,9%. Dinamiche negative confermate anche nelle singole macro-aree poiché:

- nel Nord-Ovest sale da 22,6% a 29,9%;
- nel Nord-Est da 20,7% a 26,5%;
- al Centro da 31,6% a 39,3%;
- nel Sud-Isole da 33,2% a 40,7%.

Il quadro analizzato mette in luce come la lunghezza delle liste di attesa, discriminando e razionando la domanda di prestazioni che si rivolge al Servizio sanitario, riconduca quest'ultima *di forza* al livello dell'offerta realmente disponibile.

Cambiando angolazione, è possibile altresì affermare che quel che emerge sono gli effetti, nel concreto del rapporto dei cittadini con il Servizio sanitario, del tetto alle prestazioni erogabili dal lato dell'offerta che, a sua volta, è determinato dal livello del finanziamento pubblico.

L'esito di questo vincolo, cui è sottoposta l'offerta complessiva di pubblico e privato accreditato consiste nella costrizione a ricorrere a soluzioni alternative, che richiedono un esborso diretto di risorse proprie da parte dei cittadini.

Ulteriori informazioni, utili per arricchire il quadro testé delineato, emergono dall'analisi dei dati sul rapporto tra cittadini e Servizio sanitario per area geografica, che mostrano l'estrema articolazione delle opzioni poi praticate a seguito del mancato incontro tra domanda e offerta. Infatti, per 100 tentativi di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario, le scelte sono state rispettivamente di:

— attendere la durata della lista di attesa per poi svolgere la prestazione nel pubblico o nel privato accreditato all'interno del Servizio sanitario, gratuitamente perché esente o pagando il ticket, per il 64,5% al Nord-Ovest, per il 69,2% al Nord-Est, per il 54,4% al Centro e per il 56,3% al Sud-Isole;

— di svolgerla pagando di tasca propria *intramoenia*, nel privato puro o nel privato sociale per il 29,9% al Nord-Ovest, per il 26,5% al Nord-Est, per il 39,3% al Centro e per il 40,7% al Sud-Isole;

— di svolgerla nel privato tramite una polizza sanitaria per il 5,6% al Nord-Ovest, per il 4,3% al Nord-Est, per il 6,3% al Centro e per il 3,0% al Sud-Isole.

Disaggregando tale dato in base al reddito dei cittadini, è possibile evidenziare che, ogni 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, hanno svolto le prestazioni richieste:

— nel pubblico e nel privato accreditato all'interno del Servizio sanitario, il 65,6% dei redditi più bassi, il 59,8% di quelli medio-bassi, il 56,3% di quelli medio-alti e il 58,3% di quelli più alti;

— pagando di tasca propria, in intramoenia, nel privato puro o nel privato sociale il 32% dei redditi più bassi, il 36,7% di quelli medio-bassi, il 37,1% dei medio-alti e il 32,8% dei più alti;

— nel privato tramite una Polizza sanitaria, il 2,4% dei redditi più bassi, il 3,5% dei medio-bassi, il 6,5% dei medio-alti e l'8,9% dei più alti.

La rilevanza della condizione economica nella scelta dei soggetti a cui rivolgersi per accedere alle prestazioni sanitarie balza subito agli occhi, disegnando un Servizio sanitario popolato soprattutto da persone con minori possibilità di rivolgersi alla sanità a pagamento.

D'altro canto, non può non colpire come la fuoriuscita dal Servizio sanitario coinvolga *anche* quote rilevanti di persone a basso reddito che, evidentemente, di fronte ai tempi di attesa nel Servizio sanitario sono costrette ad accollarsi il costo di una prestazione piuttosto che attendere di svolgerla nel pubblico o nel privato accreditato.

Pertanto, sono in atto due dinamiche che si intrecciano tra loro:

— una fuga dal Servizio sanitario più diffusa tra chi dispone di maggiori risorse economiche, lasciando così nel pubblico e nel privato accreditato sempre più persone a più alta vulnerabilità economica;

— al contempo, una quota importante anche di persone a basso reddito che migra verso la sanità a pagamento, presumibilmente perché i tempi di attesa nel Servizio sanitario sono considerati inappropriati rispetto ad alcune delle proprie esigenze sanitarie.

In buona sostanza, i dati dimostrano:

— che la quota di prestazioni per le quali gli italiani sperimentano la transizione dal tentativo di prenotarla nel Servizio sanitario a quello di svolgerla nel privato senza attendere i tempi della lista di attesa è trasversale alle condizioni socioeconomiche;

— che esiste una più forte propensione a non attendere la lista di attesa da parte di chi dispone di maggiori risorse economiche e, al contrario, un più alto tasso di accettazione della lunghezza delle liste di attesa e di permanenza nel Servizio sanitario da parte dei redditi più bassi.

Ecco il cuore della nuova disparità sanitaria che l'insufficiente offerta di prestazioni nel Servizio sanitario rispetto alla domanda produce: le persone con migliore condizione economica possono più velocemente e con minor preoccupazione oltrepassare il vincolo dell'offerta del pubblico e del privato accreditato ricorrendo al privato puro e all'*intramoenia*. Va precisato che c'è un potente coinvolgimento dei ceti intermedi, che pertanto sono particolarmente penalizzati dalle difficoltà d'accesso al Servizio sanitario.

In ogni caso, è una dinamica perversa, che divarica ulteriormente le disparità economiche e sociali del nostro tempo attraverso il canale sanitario, in contrapposizione con la mission storica e istituzionale del Servizio sanitario di garantire eguale tutela a tutti i cittadini senza discriminazione alcuna.

Il vincolo in alto all'offerta di prestazioni del Servizio sanitario e il conseguente meccanismo di razionamento hanno un duplice effetto perverso, perché amplificano le disparità tra chi ha risorse e può fuggire nella sanità a pagamento e gli altri e perché anche chi ha meno risorse, in presenza di fabbisogni sanitari stringenti, è costretto a ricorrere al suo striminzito budget per avere tempestivamente le prestazioni di cui ha bisogno.

2.3. Le prestazioni fuoriuscite dal Servizio sanitario

Quali sono le prestazioni sanitarie per le quali è più forte la fuoriuscita dal Servizio sanitario? Ecco dati utili per avere un quadro di riferimento (tab. 2):

— su 100 visite specialistiche che si è tentato di prenotare, 41,5 sono transitate nella sanità a pagamento, a carico dei cittadini (37,5% nel Nord-Ovest, 34,2% nel Nord-Est, 47,6% al Centro e 44,8% nel Sud-Isole);

— su 100 accertamenti diagnostici strumentali, anche in day hospital, che si tenta di prenotare, nel complesso, 33,6 transitano nella sanità a pagamento, con significative differenziazioni territoriali: 28,8% nel Nord-Ovest, 23,6% nel Nord-Est, 41,8% nel Centro e 38,4% nel Sud-Isole;

— su 100 prestazioni di riabilitazione che si tenta di prenotare, 55,4 transitano nella sanità a pagamento e sono il 52,3% nel Nord-Ovest, il 61,9% nel Nord-Est, il 58% nel Centro e il 53,3% nel Sud-Isole;

— su 100 analisi di laboratorio che si tenta di prenotare, 21,7 transitano nella sanità a pagamento e sono il 16% nel Nord-Ovest, il 12,7 nel Nord-Est, il 20,9% nel Centro e il 32,7% nel Sud-Isole;

— su 100 ricoveri ospedalieri che si tenta di prenotare, 42 transitano nella sanità a pagamento e sono il 34,2% nel Nord-Ovest, il 32,8% nel Nord-Est, il 50,9% nel Centro e il 47,6% nel Sud-Isole.

Tab. 2 – Tipologia di prestazioni svolte nella sanità a pagamento* per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Visite specialistiche	37,5	34,2	47,6	44,8	41,5
Accertamenti diagnostici strumentali (anche in <i>day hospital</i>)	28,8	23,6	41,8	38,4	33,6
Riabilitazione (senza ricovero e/o in <i>day hospital</i>)	52,3	61,9	58,0	53,3	55,4
Analisi di laboratorio	16,0	12,7	20,9	32,7	21,7
Ricovero ospedaliero	34,2	32,8	50,9	47,6	42,0
Totale prestazioni	29,9	26,5	39,3	40,7	34,9

(*) Comprende le prestazioni svolte in *intraeonia*, le prestazioni svolte in strutture private pagando di tasca propria e le prestazioni svolte in strutture private con tariffa agevolata (privato sociale)

Fonte: indagine Censis, 2023

La mappatura dettagliata del ricorso alla sanità a pagamento per singole tipologie di prestazioni permette di evidenziare che:

— tra le visite specialistiche, su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario di visite chirurgica vascolare, 52,1 transitano nella sanità a pagamento; tale valore si attesta al 50% per le visite oculistiche, al 46% per quelle ortopediche, al 45,1% per le urologiche e al 44,6% per le ginecologiche, compreso pap-test/papilloma virus (tab. 3);

— tra gli accertamenti diagnostici, dopo aver tentato la prenotazione nel Servizio sanitario, transita nella sanità a pagamento il 56,5% delle artroscopie, il 46,5% degli elettroencefalogrammi, il 40,6% delle risonanze magnetiche ed il 39% delle scintigrafie ossee;

— tra le prestazioni di riabilitazione, su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, approdano alla sanità a pagamento il 74,7% delle terapie a luce ultravioletta, il 65,6% delle terapie di rieducazione del linguaggio, il 56,5% degli esercizi respiratori, il 56,1% delle laserterapie antalgiche.

L'ampiezza e articolazione delle prestazioni sanitarie coinvolte dal transfert sulla sanità a pagamento mostra la rilevanza della domanda sanitaria che altrimenti resterebbe inevasa, senza risposte assistenziali.

Tab. 3 – Visite specialistiche svolte nella sanità a pagamento* per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario (val. %)

	%
Visita chirurgica vascolare	52,1
Visita oculistica	50,0
Visita ortopedica	46,0
Visita urologica	45,1
Visita ginecologica (compreso pap test- papilloma virus)	44,6
Visita dermatologica	44,3
Visita otorinolaringoiatrica	41,0
Visita gastroenterologica	40,8
Visita neurologica	40,6
Visita cardiologica	40,0
Totale visite specialistiche	41,5

(*) Comprende le prestazioni svolte in *intramoenia*, le prestazioni svolte in strutture private pagando di tasca propria e le prestazioni svolte in strutture private con tariffa agevolata (privato sociale).

Fonte: indagine Censis, 2023

Per quanto si possa immaginare la presenza di una quota di inappropriata spesa privata per la salute dei cittadini, tuttavia, la trasversalità ampia delle prestazioni coinvolte e la distribuzione territoriale, differenziata ma con quote significative ovunque, certifica che la fuoriuscita di prestazioni richieste al Servizio sanitario ed eseguite nella sanità a pagamento è un fenomeno socialmente rilevante, che incide massicciamente sul rapporto degli italiani con la sanità in generale.

Di certo le prestazioni urgenti da Pronto Soccorso o salvavita trovano la loro strada verso le strutture pubbliche o del privato accreditato, e tuttavia ci sono una molteplicità di visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e poi prestazioni di riabilitazione o addirittura ricoveri ospedalieri che semplicemente non trovano risposta tempestiva o sufficientemente rapida nel Servizio sanitario e finiscono, come si è detto, per pesare sulle tasche dei cittadini costretti ad acquistarle nel privato puro o nell'*intramoenia*.

2.4. La fuoriuscita verso l'*intramoenia*

La semplificazione della lettura delle dinamiche del sistema sanitario di solito parte dalla forma giuridica del soggetto erogatore dei servizi e delle prestazioni per poi contrapporre gli operatori pubblici a quelli privati.

La logica qui utilizzata invece ridefinisce il criterio di lettura ponendosi dal lato del cittadino, così da evidenziare che la distinzione significativa oggi è tra pubblico e privato accreditato da una parte, entrambi componenti del Servizio sanitario cui si accede gratuitamente, se esenti, o con ticket, e *intramoenia* e privato puro dall'altro, che sostanziano la sanità a pagamento.

Nell'ambito della sanità a pagamento, tra l'altro, minore attenzione viene data di solito all'*intramoenia*, cioè all'esercizio della libera professione da parte dei medici ospedalieri, al di fuori dell'orario di lavoro ma con l'utilizzo delle strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale e con pagamento diretto di una tariffa da parte del paziente. Eppure, il segmento dell'*intramoenia* ha assunto, nelle opzioni degli italiani, dimensioni ragguardevoli seppure non ampissime.

Dai dati emerge, infatti, che su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, 11,9 transitano nell'*intramoenia*; si tratta di cittadini che presumibilmente, dopo aver preso atto della lunghezza della lista di attesa o della difficoltà di accesso al pubblico e al privato accreditato, hanno optato per il pagamento di una tariffa di tasca propria, al fine di accedere ad una determinata prestazione nelle strutture ospedaliere, per di più con il plus della possibilità di scegliere il medico cui rivolgersi.

Anche l'*intramoenia*, quindi, come il privato puro, grazie alle risorse private dei cittadini coinvolti, espande il volume complessivo d'offerta rispetto a quella del Servizio sanitario che, altrimenti, sarebbe insufficiente.

La sua rilevanza è socialmente e territorialmente trasversale, sia pure con alcune sfumature che è opportuno segnalare, poiché sul totale dei tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, sono state poi eseguite in *intramoenia* il 10% delle prestazioni al Nord-Ovest, il 6,9% al Nord-Est, il 15,5% al Centro e il 14,1% al Sud-Isole. Inoltre, hanno trovato sbocco nell'*intramoenia*, l'11,1% delle prestazioni richieste dagli italiani con bassi o medio-bassi livelli di reddito, il 14,1% dei tentativi di accedere al Servizio sanitario effettuati da persone con redditi medio-alti e il 12,1% da quelle con i più alti redditi.

Le prestazioni per le quali, a seguito di tentativi non andati a buon fine di effettuarle nell'ambito del Servizio sanitario, si ricorre in misura maggiore alla libera professione intramuraria sono quelle riabilitative che non preve-

dono ricovero ospedaliero. In particolare, su 100 tentativi, 20,8 sono successivamente dirottati verso l'*intramoenia*, in un range che, nel confronto ripartizionale, si mantiene costantemente sopra la soglia del 20% tranne nel caso del Nord-Est dove il passaggio all'*intramoenia* avviene solo nel 15,7% dei casi (24,8% Nord-Ovest, 22,2% Centro-Italia e 20,2% Sud-Isole). Seguono, nell'ordine:

— i ricoveri ospedalieri, con il 14,8% di tentativi di prenotazione nelle strutture pubbliche o accreditate che sfocia nell'*intramoenia*. Anche in questo caso, il ricorso all'*intramoenia* è meno frequente nel Nord-est (7,2%), mentre sul versante opposto si colloca il Mezzogiorno d'Italia dove il ricorso all'*intramoenia*, per i ricoveri ospedalieri non andati a buon fine tramite il Servizio sanitario, sale al 20,3%;

— le visite specialistiche, nell'ambito delle quali, a seguito di tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, si registrano, a livello nazionale, il 13,8% di successive opzioni per l'*intramoenia* (12,1% nel Nord-Ovest, 9,1% nel Nord Est, 19,7% al Centro e 14,4% nel Sud-Isole);

— gli accertamenti diagnostici strumentali, anche in *day hospital*; transitano in *intramoenia* 11,5 prestazioni ogni 100 tentativi di accesso al Servizio nazionale (il 9,6% nel Nord-Ovest, il 5,8% nel Nord Est, il 14,8% nel Centro e il 14,2% nel Sud-Isole);

— e infine, le analisi di laboratorio, rispetto alle quali il tasso di transito dei tentativi di prenotazione verso prestazioni a pagamento intramurarie si attesta sul 7,6% a livello nazionale, e sul 4,8% nel Nord-Ovest, 3,2% nel Nord Est, 8,8% nel Centro e 11,8 nel Sud-Isole (tab. 4).

Tab. 4 – Prestazioni svolte in *intramoenia* per 100 tentativi di prenotazione del Servizio sanitario (val. %)

	%
Visite specialistiche	13,8
Accertamenti diagnostici strumentali (anche in <i>day hospital</i>)	11,5
Riabilitazione (senza ricovero e/o in <i>day hospital</i>)	20,8
Analisi di laboratorio	7,6
Ricovero ospedaliero	14,8
Totale prestazioni fatte in <i>intramoenia</i>	11,9

Fonte: indagine Censis, 2023

La strategicità del segmento dell'*intramoenia* nel più ampio ambito della sanità a pagamento – come ingranaggio essenziale di quel meccanismo improntato sul razionamento delle risorse e sui tetti alle prestazioni e finalizzato ad adattare la domanda all'offerta, e non viceversa, spingendo le eccedenze verso i regimi privatistici di varia origine e natura – emerge con ancora maggiore evidenza se si guarda non al numero delle prestazioni bensì a quello degli italiani che, nell'arco di 12 mesi, hanno optato per l'*intramoenia*, almeno una volta, dopo aver provato a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario.

In un anno, infatti, su 100 cittadini che hanno provato a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario, 25 (25,1%) hanno svolto almeno una prestazione in *intramoenia*: esperienza condivisa dal 24,8% dei bassi redditi, dal 24,3% di quelli medio-bassi, dal 27,5% di quelli medio-alti e dal 24,9% di quelli alti.

Nel travaso verso la sanità a pagamento, quindi, l'utilizzo a fini libero-professionali delle strutture del Servizio sanitario gioca un ruolo che non può essere considerato come puramente marginale.

Come per il privato puro, è presumibile che il ricorso all'*intramoenia*, come opzione successiva al tentativo di prenotazione nel Servizio sanitario, sia ascrivibile alla presa d'atto della lunghezza delle liste di attesa e alla conseguente volontà di accelerare l'accesso alla prestazione.

In ogni caso, per il 57,1% delle persone che vi hanno fatto ricorso è stata una propria iniziativa personale, il 29,5% è stato indirizzato verso l'*intramoenia* da un medico di fiducia, che opera nella struttura cui ci si è rivolti; per il 13,4% è sempre stato un medico di fiducia a indicare la struttura, ma perché vi è presente uno specialista che conosce e di cui si fida (tab. 5).

In quasi 6 casi su 10 l'*intramoenia* è dunque l'esito di una scelta effettuata in autonomia dalle persone coinvolte, presumibilmente come alternativa alle difficoltà di accesso al Servizio sanitario in cui comunque ha fatto un tentativo di prenotazione, mentre nei restanti 4 casi la scelta è stata orientata dal medico di fiducia.

La scelta in autonomia per l'*intramoenia* ha riguardato al Nord-Ovest il 61,1% dei pazienti, il 57,9% al Nord-Est, il 57,5% al Centro e il 54,2% al Sud-Isole.

Inoltre, è stata fatta dal 48,3% dei bassi redditi, dal 54,9% dei redditi medio-bassi, dal 62,7% di quelli medio-alti e dal 60,2% di quelli più alti.

Solo per una quota contenuta di italiani, pari al 12,4%, il ricorso all'*intramoenia* è stato incentivato dalla convinzione che il costo della prestazione in fondo non differisce molto dal valore del ticket. Una percezione che pre-

senta percentuali analoghe nelle macroaree geografiche, nonché rispetto al livello di reddito, al titolo di studio e alle differenze di genere.

Tab. 5 – Ragioni per cui i cittadini si sono rivolti all’*intramoenia* negli ultimi dodici mesi, per area geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
È stata una iniziativa personale	61,1	57,9	57,5	54,2	57,1
È stato indirizzato dal proprio medico di fiducia, che opera in quella struttura	29,1	21,9	33,1	30,7	29,5
È stato indirizzato dal proprio medico di fiducia che conosce lo specialista che opera in quella struttura	9,8	20,2	9,4	15,1	13,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

3. *Le liste di attesa*

3.1. **Gli (eccezionali) numeri**

3.1.1. *Segnali di criticità reali*

Le liste di attesa sono uno dei cardini del rapporto tra cittadini e Servizio sanitario, tanto più in questa fase in cui la sperimentazione nel quotidiano dell'allungamento dei tempi di attesa diventa il segnale evidente delle difficoltà d'accesso ed eventualmente della necessità di trovare soluzioni alternative.

Esiste una disponibilità limitata di dati aggiornati, completi e attendibili sui reali tempi d'attesa che gli italiani devono affrontare, anche perché le situazioni concrete per prestazioni e per territori – e le modalità di rilevazione dei dati – sono diversificate e mutevoli nel tempo.

I dati qui presentati hanno pertanto una loro specifica eccezionalità, visto che descrivono in modo puntuale e capillare, dal lato dei cittadini, esperienze concrete di tentativi di accesso nel Servizio sanitario, con anche l'indicazione dei tempi di attesa con cui ci si è dovuti confrontare.

Come noto, ma giova ribadirlo, proprio la lunghezza delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni nel pubblico e nel privato accreditato è:

- la forma di razionamento sanitario occulto più diffuso ed efficace;
- il supporto migliore per decriptare la portata delle difficoltà del Servizio sanitario nel rispondere alla domanda e dei cittadini nell'entrare in rapporto con la sanità.

3.1.2. *Le visite specialistiche*

I numeri, quindi, sono il miglior punto di partenza per capire e dall'indagine emerge che, per le *visite specialistiche*, ci sono 141 giorni medi di attesa

per una visita gastroenterologica, 137 giorni per una visita dermatologica, 132 per una visita oncologica, 129 per una visita diabetologica, 127 per una visita neurologica, 126 per una visita oculistica, 122 per una visita pneumologica, 119 per una visita endocrinologica, 115 per una visita cardiologica, 114 per una prima visita cardiologica con elettrocardiogramma, 114 per una visita ortopedica, 110 per una visita chirurgica vascolare, 110 per una visita fisiatrica, 108 per una visita otorinolaringoiatrica, 102 per una visita urologica, 95 per una visita ginecologica (compreso pap test-papilloma virus), 59 per una visita pediatrica (tab. 6).

Tab. 6 – Tempi medi di attesa per visite specialistiche nel Servizio sanitario in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Visita gastroenterologica	186	118	122	130	141
Visita dermatologica	180	147	126	109	137
Visita oncologica	148	85	117	148	132
Visita diabetologica	163	98	124	133	129
Visita neurologica	146	116	165	106	127
Visita oculistica	148	144	103	116	126
Visita pneumologica	127	113	104	130	122
Visita endocrinologica	88	122	103	136	119
Visita cardiologica	141	96	94	120	115
Prima visita Cardiologica con Elettrocardiogramma	126	96	108	120	114
Visita ortopedica	121	100	112	117	114
Visita chirurgica vascolare	147	71	137	90	110
Visita fisiatrica	136	74	131	103	110
Visita otorinolaringoiatrica	116	85	103	118	108
Visita urologica	133	99	95	84	102
Visita ginecologica ⁽¹⁾	108	75	94	96	95
Visita pediatrica ⁽²⁾	66	45	52	67	59

(1) Compreso pap test- papilloma virus.

(2) Per la visita pediatrica si è considerata l'eventuale prenotazione della prestazione per i propri figli/e.

Fonte: indagine Censis, 2023

Rilevanti sono le oscillazioni dei tempi di attesa tra le diverse aree territoriali, più forti per alcune prestazioni in particolare:

— per la visita endocrinologica si hanno 136 giorni medi di attesa nel Sud-Isole, 122 nel Nord-Est, 103 nel Centro, 88 nel Nord-Ovest;

— per la visita diabetologica si hanno 163 giorni di attesa nel Nord-Ovest, 133 nel Sud-Isole, 124 nel Centro, 98 nel Nord-Est;

— per la visita oncologica, 148 giorni di attesa nel Nord-Ovest e nel Sud-Isole, 117 nel Centro, 85 nel Nord-Est;

— per la visita neurologica, 165 giorni di attesa nel Centro, 146 nel Nord-Ovest, 116 nel Nord-Est, 106 nel Sud-Isole;

— per la visita gastroenterologica, 186 giorni di attesa nel Nord-Ovest, 130 nel Sud-Isole, 122 nel Centro, 118 nel Nord-Est;

— per una visita oculistica, 148 giorni di attesa nel Nord-Ovest, 144 nel Nord-Est, 116 nel Sud-Isole, 103 nel Centro;

— per una visita di chirurgia vascolare, 147 giorni di attesa nel Nord-Ovest, 137 nel Centro, 90 nel Sud Isole, 71 nel Nord-Est;

— per una visita urologica, 133 giorni nel Nord-Ovest, 99 nel Nord-Est, 95 nel Centro, 84 nel Sud-Isole.

3.1.3. Gli accertamenti diagnostici

Per gli accertamenti diagnostici il campo di oscillazione tra le varie prestazioni è molto ampio perché si hanno 162 giorni di attesa per una mammografia, 145 per una risonanza magnetica, 143 per una colonscopia, 136 per una densitometria ossea, 134 per una gastroscopia, 118 per una ecografia, 107 per una artroscopia, 105 per una TC, 96 per una scintigrafia ossea, 95 per un elettroencefalogramma, 90 per una audiometria, 84 per un elettrocardiogramma, 69 per una radiografia (tab. 7).

Anche in questo caso emergono oscillazioni rilevanti tra le aree geografiche. Infatti:

— per la mammografia si hanno 169 giorni di attesa nel Centro e nel Nord-Est, 160 nel Nord-Ovest, 156 nel Sud-Isole;

— per la colonscopia, 167 giorni di attesa nel Nord-Ovest, 152 nel Centro, 139 nel Sud-Isole, 114 nel Nord-Est;

— per la densitometria ossea, 193 giorni nel Centro, 144 nel Sud-Isole, 109 nel Nord-Est, 97 nel Nord-Ovest;

— per la gastroscopia, 189 giorni di attesa nel Nord-Ovest, 136 nel Centro, 110 nel Sud-Isole, 94 nel Nord-Est;

— per la risonanza magnetica, 161 giorni di attesa nel Sud-Isole, 156 nel Centro, 135 nel Nord-Est, 124 nel Nord-Ovest;

— per l'elettroencefalogramma, 115 giorni di attesa nel Sud-Isole, 85 nel Nord-Ovest, 77 nel Centro, 63 nel Nord-Est;

— per l'ecografia, 141 giorni nel Centro, 124 nel Nord-Ovest, 111 nel Nord-Est, 105 nel Sud-Isole.

Tab. 7 – Tempi medi di attesa per accertamenti diagnostici strumentali nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Mammografia ⁽¹⁾	160	169	169	156	162
Risonanza Magnetica	124	135	156	161	145
Colonscopia ⁽¹⁾	167	114	152	139	143
Densitometria ossea – MOC	97	109	193	144	136
Gastroscopia	189	94	136	110	134
Ecografia	124	111	141	105	118
Artroscopia	120	82	144	92	107
TC	95	65	135	125	105
Scintigrafia ossea	69	59	169	90	96
Elettroencefalogramma (EEG)	85	63	77	115	95
Audiometria	116	83	69	76	90
Elettrocardiogramma (ECG)	88	69	84	90	84
RX	55	56	87	77	69

(1) Esclusa prestazione inserita in programmi di screening.

Fonte: indagine Censis, 2023

3.1.4. Le prestazioni di riabilitazione

Per la riabilitazione, 105 giorni di attesa per la riabilitazione motoria, 92 per le terapie a luce ultravioletta, 88 per esercizi respiratori, 86 per prestazioni di rieducazione del linguaggio, 84 per la laserterapia antalgica. E a livello territoriale (tab. 8):

— per la riabilitazione motoria si hanno 123 giorni di attesa nel Nord-Est, 103 nel Nord-Ovest, 100 nel Centro, 98 nel Sud-Isole;

— per le terapie a luce ultravioletta si hanno 213 giorni di attesa nel Centro, 129 nel Nord-Ovest, 59 nel Sud-Isole, 56 nel Nord-Est;

— per esercizi respiratori si hanno 176 giorni di attesa nel Centro, 76 nel Nord-Ovest, 72 nel Nord-Est, 67 nel Sud-Isole;

— per la rieducazione del linguaggio si hanno 134 giorni di attesa nel Centro, 80 nel Nord-Ovest, 78 nel Sud-Isole, 69 nel Nord-Est;

— per la laserterapia antalgica si hanno 97 giorni di attesa nel Sud-Isole, 78 nel Nord-Ovest, 73 nel Centro, 71 nel Nord-Est.

Tab. 8 – Tempi medi di attesa per prestazioni di riabilitazione nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Riabilitazione motoria	103	123	100	98	105
Terapie a luce ultravioletta	129	56	213	59	92
Esercizi respiratori	76	72	176	67	88
Rieducazione del linguaggio	80	69	134	78	86
Laserterapia antalgica	78	71	73	97	84

Fonte: indagine Censis, 2023

3.1.5. Le analisi di laboratorio

Per le analisi di laboratorio, 61 giorni di attesa per i test genetici e immunogenetici, 35 per le analisi delle feci (esclusa la prestazione inserita in programmi di screening), 30 per tamponi e microbiologia, 27 per il PSA, 22 per le analisi delle urine e 21 per le analisi del sangue. In particolare (tab. 9):

— per i test genetici e immunogenetici si hanno 70 giorni d’attesa nel Centro, 61 nel Nord-Est, 58 nel Nord-Ovest e nel Sud-Isole;

— per le analisi delle feci si hanno 41 giorni d’attesa nel Nord-Est e nel Sud-Isole, 36 nel Nord-Ovest, 18 nel Centro;

— per tamponi e microbiologia si hanno 32 giorni nel Sud-Isole, 30 nel Centro, 27 nel Nord-Ovest e nel Nord-Est;

— per il PSA si hanno 37 giorni di attesa nel Nord-Est, 27 nel Sud-Isole, 22 nel Nord-Ovest, 21 nel Centro;

— per le analisi delle urine si hanno 28 giorni di attesa nel Sud-Isole, 24 nel Nord-Est, 17 nel Nord-Ovest, 16 nel Centro;

— per le analisi del sangue si hanno 24 giorni di attesa nel Sud-Isole, 20 nel Nord-Est, 19 nel Nord-Ovest e nel Centro.

Tab. 9 – Tempi medi di attesa per analisi di laboratorio nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Test genetici e immunogenetici	58	61	70	58	61
Analisi delle feci ⁽¹⁾	36	41	18	41	35
Tamponi e Microbiologia (es. urinocoltura)	27	27	30	32	30
Psa	22	37	21	27	27
Analisi delle urine	17	24	16	28	22
Analisi del sangue	19	20	19	24	21

(1) Esclusa prestazione inserita in programmi di screening.

Fonte: indagine Censis, 2023

3.1.6. I ricoveri ospedalieri

Per i ricoveri ospedalieri, 95 giorni di attesa per il bypass aortocoronarico, 90 per la protesi d'anca, 78 per l'angioplastica coronarica e 57 per interventi chirurgici per tumore maligno. Rilevanti sono le oscillazioni tra aree geografiche (tab. 10):

— per il bypass aortocoronarico si hanno 127 giorni d'attesa nel Sud-Isole, 85 nel Centro, 84 nel Nord-Ovest, 79 nel Nord-Est;

— per la protesi d'anca si hanno 143 giorni di attesa nel Centro, 113 nel Nord-Ovest, 65 nel Sud-Isole, 40 nel Nord-Est;

— per l'angioplastica coronarica si hanno 103 giorni d'attesa nel Centro, 84 nel Nord-Est, 63 nel Sud-Isole, 60 nel Nord-Ovest;

— per interventi chirurgici per tumore maligno si hanno 70 giorni di attesa nel Nord-Ovest, 64 nel Centro, 51 nel Sud-Isole, 47 nel Nord-Est.

Tab. 10 – Tempi medi di attesa per ricovero ospedaliero ordinario/programmato nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Bypass aortocoronarico	84	79	85	127	95
Protesi d'anca	113	40	143	65	90
Angioplastica Coronarica	60	84	103	63	78
Interventi chirurgici per tumore maligno	70	47	64	51	57

Fonte: indagine Censis, 2023

3.2. Tempi d'attesa tagliati per chi paga

Sono note le cavità informative relative alla lunghezza delle liste di attesa e pertanto i dati analizzati colpiscono ancor di più poiché rendono evidente, con numeri precisi, il dilemma di fronte al quale si trovano le persone al momento della prenotazione di una prestazione nel Servizio sanitario: adattarsi ad attendere i tempi indicati oppure cercare una soluzione in grado di garantire tempi di accesso più rapidi.

A titolo di esempio, non può non colpire che per le visite specialistiche ci sia una graduatoria dell'attesa che va dai 141 giorni per una visita gastroenterologica a un minimo di 95 giorni per una visita ginecologica (e sono 180 giorni al Nord-Ovest e 96 giorni al Sud-Isole) o di 59 giorni per una visita pediatrica.

Un tempo che ovviamente va valutato rispetto all'appropriatezza e alla classe di priorità (urgenza) della prestazione, e che al contempo, in quanto valore medio, indica la presenza non certo residuale di persone costrette ad attendere ancora più a lungo.

Per gli accertamenti diagnostici, poi, si va da un colossale 162 giorni di attesa per una mammografia (nel caso non sia inclusa in programmi di screening) ai 145 giorni per una risonanza magnetica ai 143 per una colonscopia sino al minimo di 69 giorni per RX al torace, femore, caviglia, ecc.

E anche i tempi di attesa per le analisi di laboratorio lasciano interdetti poiché si registrano 61 giorni per i test genetici e immunogenetici, 35 giorni per le analisi delle feci, 30 giorni per i tamponi o microbiologia, sino ad un minimo di 22 giorni per le analisi delle urine e 21 giorni per quelle del sangue.

Al tempo della velocità, della accelerazione dei tempi di risposta praticamente in ogni ambito, il Servizio sanitario arranca, subisce la pressione di

una domanda che, sempre più spesso anche a costo di sacrifici, si rivolge agli attori della sanità a pagamento.

In estrema sintesi, si può dire che i dati sulla lunghezza delle liste di attesa colpiscono poiché certificano la portata del gap tra fabbisogni sanitari degli italiani e capacità del Servizio sanitario di dare risposte adeguate.

Visti i tempi delle liste di attesa non è certo una forzatura rilevare che il travaso dal Servizio sanitario alla sanità a pagamento avviene perché quest'ultima garantisce un accesso più rapido alle prestazioni desiderate.

Infatti, nel passaggio dal pubblico o privato accreditato alla sanità a pagamento (tab. 11):

— il 16,4% degli italiani ha avuto un taglio dei tempi di attesa fino a 15 giorni;

— il 22% da 15 giorni a un mese;

— il 17,9% da 1 a 2 mesi;

— il 19,7% da 2 a 5 mesi;

— il 24% addirittura di almeno 5 mesi.

Tab. 11 – Riduzione dei tempi di attesa che si verifica nel passaggio dal Servizio sanitario (pubblico e privato accreditato) alla sanità a pagamento, per area geografica (val. %)

<i>Se negli ultimi 12 mesi le è capitato di prenotare una visita/esame privatamente (privato puro o intramoenia) a causa delle liste d'attesa troppo lunghe nel SSN, indichi la differenza tra la data proposta in regime SSN e la data della visita/esame pagato di tasca propria</i>					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Fino a 15 giorni	18,2	10,9	13,9	19,4	16,4
Da 15 giorni a un mese	16,6	24,3	22,4	24,2	22,0
1-2 mesi	15,8	24,9	15,7	17,3	17,9
2-5 mesi	22,4	21,9	18,4	17,7	19,7
Più di 5 mesi	27,0	17,9	29,7	21,4	24,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Sono dati eccezionali di esperienze vissute, forse parzialmente distorti dalla rabbia di tanti che per avere le prestazioni sono dovuti uscire dal Servizio sanitario e mettere mano alle tasche, ma in ogni caso comunicano la convinzione collettiva che il taglio dei tempi di attesa è in fondo sempre possibile ricorrendo a risorse proprie per rivolgersi all'*intramoenia* o al privato puro.

La distribuzione delle persone per mesi e giorni risparmiati nell'attesa dell'accesso alle prestazioni non è molto dissimile nelle quattro macroaree anche se colpisce il dato delle Regioni del Centro poiché addirittura il 29,7% dichiara di avere beneficiato, grazie alla sanità a pagamento, di un taglio di tempo di attesa di almeno cinque mesi.

Il divario di durata dell'attesa per l'accesso alle prestazioni tra Servizio sanitario e sanità a pagamento segnala dunque la tremenda regressività sociale che viene generata dall'inadeguatezza dell'offerta sanitaria del pubblico e del privato accreditato rispetto alla domanda di prestazioni da parte dei cittadini.

Trova infatti ulteriore conferma il timore di una *sanità per censo*, dove chi dispone di risorse può sempre e comunque ridurre drasticamente i tempi di accesso alle cure acquistando le prestazioni con risorse proprie.

Insistere, a partire dai dati, sul razionamento sanitario generato dalla lunghezza delle liste di attesa non è il portato di una visione parziale o addirittura fuorviante dell'impatto sociale della *sanità che non c'è e non basta*, ma della volontà di mettere a fuoco una molteplicità di fenomeni che sanciscono come dal gap tra fabbisogni sanitari e prestazioni del Servizio sanitario discendano conseguenze rilevanti non solo per la salute dei cittadini, ma per la stessa qualità della coesione sociale del nostro Paese.

È come se il Servizio sanitario, che storicamente ha operato per contenere le differenze socioeconomiche, finisse per contribuire ad ampliarle, anzi ne generasse di nuove.

E di fronte ad una sanità difficile da avere, a contare sono le diverse disponibilità economiche delle persone, perché chi ha risorse adeguate può tagliare i tempi di attesa semplicemente acquistando prestazioni sanitarie nell'*intramoenia* o nel privato puro.

3.3. Impressive durate

I dati sulla lunghezza delle liste di attesa hanno una potenza autoesplicativa: raccontano in modo paradigmatico, impressivo, inequivocabile l'altezza delle barriere che sono erette e che i cittadini incontrano in prossimità dei luoghi di accesso al Servizio sanitario.

Sono le cifre di una sofferenza sociale diffusa, che oggi diventa ancor più pesante perché viene dopo il tremendo e prolungato periodo Covid, quando con un colpo d'ala straordinario la sanità italiana era riuscita a dare una prova eccezionale di tenuta, malgrado un pregresso lungo periodo di fragilizzazione e depotenziamento finanziario e di competenze.

Dopo l'onda di ritorno dei malati non Covid a cui erano state rinviate le cure nei periodi più acuti dell'emergenza, oggi si è tornati alla drammatica ordinarità di un tempo d'attesa che, per le visite specialistiche, parte da un minimo di un trimestre per poi salire fino a picchi anche molto più alti.

D'altro canto, la difficoltà evidente di accesso ad accertamenti diagnostici essenziali per ogni attività di prevenzione e di individuazione precoce di patologie gravi, di fatto, anticipa il futuro manifestarsi di un surplus di fabbisogni sanitari, con anche conseguenze in termini di morti evitabili.

La lunghezza delle liste di attesa esprime in modo impressivo e semplificato l'ampiezza della sanità negata a cittadini che semplicemente non riescono a disporre delle prestazioni necessarie e appropriate nel momento in cui ne hanno bisogno.

3.4. Esperienze diverse di rapporto con le liste di attesa

I dati sui tempi di attesa rende assolutamente non sorprendente il fatto che il 53,5% degli italiani dichiara che in corso d'anno ha provato a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario scoprendo che la lista d'attesa era eccessivamente lunga (tab. 12).

È capitato al 55% dei cittadini nel Nord-Ovest, al 54,9% al Nord-Est, al 52,4% al Centro ed al 52% al Sud-Isole. Ed è un'esperienza socialmente trasversale che molto sta contribuendo a disegnare contorni e contenuti dell'immaginario collettivo della sanità tra gli italiani.

D'altro canto, i dati dell'indagine mettono in luce un altro fenomeno che gli italiani sperimentano quando provano a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario e che, paradossalmente, esercita un effetto di contenimento sui dati relativi alla lunghezza della lista di attesa: il blocco o la chiusura delle liste di attesa.

Ha avuto tale esperienza il 37,4% degli italiani e, in particolare, è capitato al 36,4% dei cittadini del Nord-Ovest, al 37% di quelli del Nord-Est, al 38,2% al Centro ed al 38% al Sud-Isole.

Anche se la chiusura delle liste di attesa è formalmente vietata, tuttavia è ancora significativa la quota di cittadini che nelle diverse macroaree ne segnala l'esistenza.

Tab. 12 – Esperienze con le liste d’attesa, nel Servizio sanitario, per area geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Provare a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario scoprendo che la lista d’attesa era bloccata e/o chiusa	36,4	37,0	38,2	38,0	37,4
Provare a prenotare una prestazione nel Servizio sanitario scoprendo che la lista d’attesa era eccessivamente lunga	55,0	54,9	52,4	52,0	53,5
Aver dovuto ritardare le cure per un problema di salute a causa dei tempi di attesa e ritardi nel Servizio sanitario	25,5	24,4	22,2	27,9	25,4

Fonte: indagine Censis, 2023

Pertanto, divieti normativi e smentite di vario tipo non possono non misurarsi con le esperienze dirette segnalate dai cittadini che richiamano il blocco dell’iscrizione alle liste di attesa, vissuto come strategia intenzionale e operativa, di certo indicibile, finalizzata a contenere i tempi formali di accesso alle prestazioni nel pubblico e/o nel privato accreditato.

La lunghezza delle liste di attesa poi impatta anche sulla tutela della salute, poiché addirittura il 25,4% degli italiani dichiara di aver dovuto ritardare le cure per un problema di salute a causa dei tempi di attesa troppo lunghi, cioè dei ritardi rispetto ad una erogazione temporalmente appropriata.

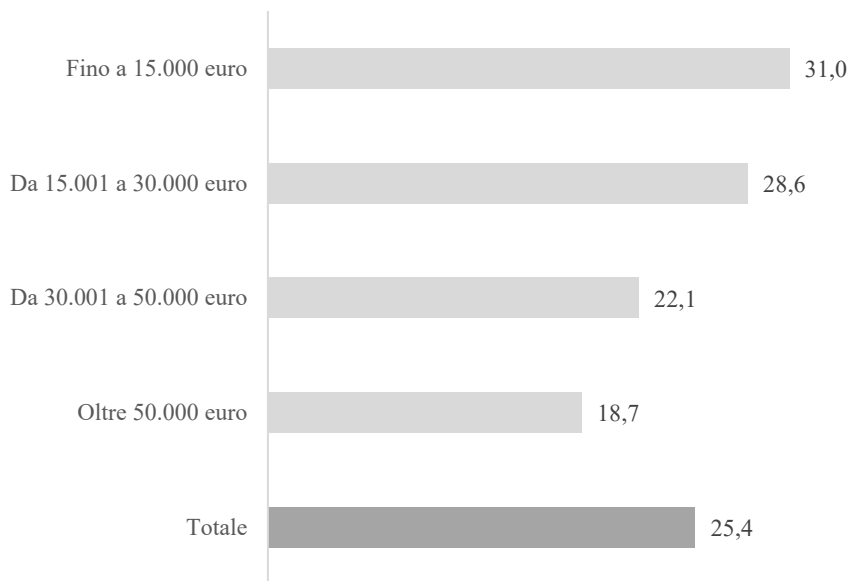
Esperienza negativa condivisa dal 25,5% al Nord-Ovest, dal 24,4% al Nord-Est, dal 22,2% al Centro e dal 27,9% al Sud-Isole.

Esperienza la cui diversa frequenza in relazione al reddito delle persone certifica un ulteriore effetto regressivo della sanità che manca, poiché hanno dovuto ritardare le cure a causa dei lunghi tempi di attesa nel Servizio sanitario il 31% dei redditi bassi, il 28,6% dei redditi medio-bassi, il 22,1% dei redditi medio alti e il 18,7% redditi alti (fig. 3).

È evidente che la maggiore disponibilità di risorse individuali facilita il ricorso alla sanità a pagamento con relativo salto delle liste di attesa più lunghe e quindi mette al riparo dal rischio di ritardi nell’accesso alle cure.

È, come rilevato, una forma ulteriore di regressività sociale determinata dal gap tra domanda sanitaria e offerta del Servizio sanitario pubblico che contribuisce ad ampliare le disparità sociali.

Fig. 3 – Persone che hanno dovuto ritardare le cure per un problema di salute a causa dei tempi di attesa troppo lunghi per l'accesso al Servizio sanitario, per reddito familiare (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

E allora non sorprende che ben l'84,2% degli italiani ritenga che ormai i benestanti possono curarsi prima e meglio dei meno abbienti (tab. 13). La *sanità che non c'è e non basta* non fa altro che ampliare ulteriormente quelle differenze sociali che stanno crescendo da molto tempo.

È il capovolgimento della mission storica del Servizio sanitario, che di fatto ammortizzava le differenze sociali poiché garantiva a tutti, ovunque, la tutela della salute e l'accesso alle cure.

L'idea che la sanità sia sempre più *per censo* è condivisa da nette maggioranze trasversali a gruppi sociali e territori con quote che ruotano intorno all'80%. In particolare, condivide tale opinione l'85,5% dei residenti nel Nord-Ovest, l'81,2% nel Nord-Est, l'83,1% al Centro e l'85,4% nel Sud-Isole. Ed è condivisa anche dall'80,6% delle persone con cattivo stato di salute e dal 90,5% degli anziani.

Si può dire che l'esperienza collettiva della lunghezza delle liste di attesa nel Servizio sanitario sta radicando nella cultura sociale diffusa la convinzione che l'era della sanità per tutti, veicolo di contenimento delle differenze sociali, è alle nostre spalle, e ci si è ormai incamminati in una fase storica in

cui anche il rapporto con la sanità opera come moltiplicatore di disuguaglianza tra gruppi sociali in base alle disponibilità economiche.

Tab. 13 – Italiani che ritengono che ormai i benestanti possono curarsi prima e meglio dei meno abbienti, per area geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	85,5	81,2	83,1	85,4	84,2
No	8,3	9,1	9,8	7,8	8,6
Non sa / Non risponde	6,2	9,7	7,1	6,7	7,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

3.5. Percorsi ibridi tra Servizio sanitario e sanità a pagamento

3.5.1. Le tante modalità di accesso

I dati relativi a scelte e comportamenti dei cittadini rispetto al sistema sanitario mostrano l'articolazione di tale rapporto che pertanto non può essere ridotto alla sola dicotomia *dentro-fuori* il Servizio sanitario o lungo l'asse pubblico-privato.

Nel corso dell'anno, ciascun cittadino accede a prestazioni nel Servizio sanitario in strutture pubbliche o del privato accreditato e, al contempo, gli può capitare di provare a prenotarne altre sempre nel Servizio sanitario per poi optare, a causa dei tempi di attesa, per l'*intramoenia* o per il privato puro oppure può succedere che si rivolga direttamente alla sanità a pagamento, tra *intramoenia* e privato puro, senza nemmeno tentare di prenotare nel pubblico.

È una mappa molto articolata e complessa di modalità di accesso alla sanità, esito delle scelte combinatorie di ogni cittadino che, utilizzando le diverse opportunità dell'offerta, cerca di andare oltre le difficoltà di accesso alle prestazioni, dando vita a percorsi ibridi di fruizione delle strutture e dei servizi della sanità.

Se la domanda che si rivolge direttamente alla sanità a pagamento è anche in parte esito di scelte volontarie, tuttavia, per una quota significativa di essa, l'origine della scelta rimanda alle difficoltà di accesso al Servizio sanitario, la cui potenza sociale genera una sorta di rassegnazione da parte di coloro

che alla fin fine rinunciano persino a tentare di prenotare in strutture pubbliche o del privato accreditato.

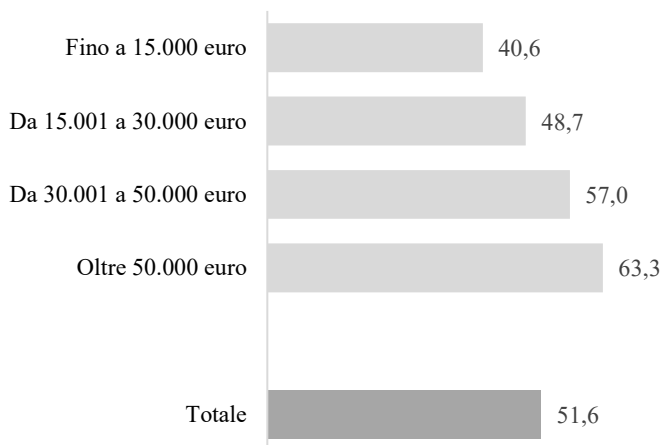
Pertanto, anche nella domanda che direttamente gli italiani rivolgono alla sanità a pagamento è possibile rintracciare una componente, esito della fragilizzazione del Servizio sanitario, che va distinta in modo netto da una domanda che è espressione di persone che desiderano essere curate in una specifica struttura o da un particolare medico di fiducia e, per tale ragione, scelgono, in totale autonomia, di rivolgersi direttamente agli attori della sanità a pagamento.

Per completare la fisionomia della domanda di sanità e i percorsi di tutela della salute dei cittadini è utile analizzare i dati relativi alle persone che scelgono di rivolgersi direttamente alla sanità a pagamento.

3.5.2. Direttamente nella sanità a pagamento

Il 51,6% degli italiani ha scelto di fare una prestazione nel privato, tra *intramoenia* e privato puro, senza nemmeno provare a prenotare nel pubblico (fig. 4). È una scelta con una precisa matrice socioeconomica poiché ha riguardato il 40,6% delle persone a basso reddito, il 48,7% dei redditi medio-bassi, il 57% dei redditi medio-alti e il 63,3% dei redditi più alti.

Fig. 4 – Persone che hanno scelto di rivolgersi, per prestazioni sanitarie, direttamente al privato puro o *intramoenia* senza nemmeno provare a prenotare nel Servizio sanitario, per reddito familiare (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Occorre sottolineare, ancora una volta, il duplice significato dei dati:

— il primo consiste nella evidente regressività sociale di questa domanda poiché chi dispone di maggiori risorse può più facilmente accedere, pagando di tasca propria, al privato addirittura senza nemmeno tentare di entrare nel Servizio sanitario;

— il secondo, è che anche tra i redditi bassi c'è una quota significativa che ricorre direttamente alla sanità a pagamento, presumibilmente perché disilluso rispetto alle concrete possibilità di accedere in tempi appropriati alle prestazioni nel pubblico o nel privato accreditato. Laddove insorge un problema di salute che viene percepito come urgente, allora anche chi ha meno risorse, se ci riesce, ricorre direttamente alla sanità a pagamento, per tagliare i tempi di accesso alle prestazioni di cui ha bisogno.

Hanno fatto ricorso ad almeno una prestazione direttamente nella sanità a pagamento il 49,9% dei residenti nel Nord-Ovest, il 49,3% nel Nord-Est, il 54,1% al Centro e il 52,8% nel Sud-Isole.

Il ricorso diretto alla sanità a pagamento è un fenomeno di massa, ma anche se presente nei ceti meno abbienti, non perde un evidente connotato di regressività sociale e di differenziazione delle opportunità di accesso alla tutela della salute.

Però il dato che colpisce in questa fase è che più diventa difficile accedere al Servizio sanitario, più anche chi dispone di minori risorse tende a utilizzare pure le soluzioni relative alla sanità a pagamento, addirittura rinunciando del tutto a prenotare nel Servizio sanitario.

In particolare, il ricorso diretto alla sanità a pagamento a carico dei cittadini ha riguardato:

- per le visite specialistiche, il 38,2% degli italiani;
- per gli accertamenti diagnostici, il 22%;
- per i ricoveri ordinari, il 5,1%.

A tali quote occorre aggiungere quelle di coloro che si sono rivolti direttamente al privato utilizzando una polizza sanitaria: l'8,7% per gli accertamenti diagnostici, il 9,7% per le visite specialistiche e il 4,2% per i ricoveri ordinari, il *day hospital* o il *day surgery*.

È un'altra quota di domanda sanitaria che *eccede* l'offerta del Servizio sanitario e va a cercare risposte nell'offerta contando sulle risorse proprie.

È evidente che le persone dotate di polizza sono incentivate a utilizzarne le opportunità, e tuttavia anch'esse contribuiscono a formare una quota di domanda sanitaria che non prova a entrare nel Servizio sanitario e finisce per rivolgersi altrove.

Il 73,8% di chi si è rivolto al privato puro indica che è stata una propria iniziativa personale, il 14,3% è stato indirizzato dal suo medico di fiducia verso una struttura in cui opera, l'11,9% invece è stato indirizzato dal medico di fiducia verso una struttura in cui opera uno specialista di sua conoscenza (tab. 14).

Tab. 14 – Le ragioni per cui le persone hanno scelto di svolgere prestazioni sanitarie direttamente nel privato puro, per reddito familiare (val. %)

	Fino a 15.000 euro	Da 15.001 a 30.000 euro	Da 30.001 a 50.000 euro	Oltre 50.000 euro	Totale
È stata una sua iniziativa personale	58,9	75,2	77,2	73,5	73,8
È stato indirizzato dal suo medico di fiducia, che opera in quella struttura	24,4	13,2	13,0	10,4	14,3
È stato indirizzato dal suo medico di fiducia che conosce lo specialista che opera in quella struttura	16,8	11,6	9,8	16,0	11,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Nella maggioranza dei casi, dunque, le persone scelgono in totale autonomia di optare per il privato senza passare dal Servizio sanitario, mentre il medico orienta in poco più di un quarto dei casi, quota inferiore a quella per l'*intramoenia*.

In concreto, anche in questo caso, comunque, è una quota di domanda sanitaria consistente che non confluisce nel Servizio sanitario, e opta per finanziare con risorse proprie l'accesso alla sanità.

È una prova ulteriore del divario tra capacità dell'offerta del Servizio sanitario e livello della domanda sanitaria, e non è improbabile che almeno una parte potrebbe essere riportata nell'alveo del Servizio sanitario qualora ne fosse potenziata la capacità di erogare prestazioni, tagliando tempi e difficoltà di accesso.

C'è sicuramente, in questa domanda che opta in prima battuta per la sanità a pagamento, il riflesso della sfiducia nella capacità del Servizio sanitario di rispondere alle proprie esigenze.

Ci sono poi ulteriori fenomeni che rientrano nella scelta autonoma dei cittadini di ricorrere direttamente alla sanità a pagamento. È il fenomeno del

secondo parere, vale a dire la scelta di contro-verificare una diagnosi o una terapia che viene proposta da un medico o in una determinata struttura, rivolgendosi ad un altro specialista o altra struttura nella sanità a pagamento, quindi pagando di tasca propria. È una pratica che coinvolge il 19,8% degli italiani, di cui:

— il 16% nel Nord-Ovest, il 14,7% nel Nord-Est, il 19,4% al Centro e il 26,1% nel Sud-Isole;

— il 23,4% dei giovani, il 21,3% degli adulti e il 14,4% degli anziani;

— il 13,7% delle persone con bassa scolarità, il 20,8% di quelle con scolarità media e il 21,3% con laurea (fig. 5).

Si tratta di scelte che sono esito della crescente attenzione soggettiva alla salute, che genera non tanto una forma di diffidenza verso i medici – che continuano a beneficiare di una fiducia altissima presso gli italiani – quanto piuttosto scaturiscono dalla necessità profonda – di cittadini sempre più consapevoli e attenti alle modalità di tutela della propria salute – di ampliare il set di informazioni per comprendere l’appropriatezza ed efficacia presunta di un percorso terapeutico.

Fig. 5 – Persone che scelgono di pagare privatamente una visita specialistica per avere un “secondo parere”, per titolo di studio (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Sono, in altre parole, pratiche che possono rinviare a stati d’animo diversi, addirittura opposti, che non escludono comunque un certo senso di sfiducia, soprattutto di fronte a una diagnosi sfavorevole o a un percorso terapeutico

poco o mal compreso, evenienze che vengono affrontate appunto con la comparazione di pareri medici diversi, ma che includono anche la volontà, che un paziente consapevole può esprimere, di ricerca di soluzioni che rispondano per intero alle proprie aspettative e anche valutazioni: da un lato, dunque, una domanda alimentata dalla comprensibile incertezza che avvolge le persone anche rispetto alla propria salute in caso di patologie, dall'altro, la voglia di essere protagonisti attivi nei processi di tutela della salute, addirittura comparando soluzioni proposte da medici diversi.

3.5.3. *Il pragmatico approccio*

Gli italiani, di fronte al ritmo rallentato di ampliamento dell'offerta del Servizio sanitario hanno adottato un approccio pragmatico, di adattamento funzionale, finalizzato ad ammortizzare gli effetti negativi sulla propria salute, esito appunto di una sanità inadeguata.

Il fenomeno chiave consiste nell'ibridazione dei percorsi di diagnosi e cura relativamente alla tipologia di strutture cui ci si rivolge, e l'intensità del ricorso al Servizio sanitario o alla sanità a pagamento è molto condizionata dalle esigenze dei cittadini relativamente ai tempi appropriati, o percepiti come tali, di accesso.

Laddove le persone ritengono di poter attendere, esse optano per realizzare la prestazione nel pubblico o nel privato accreditato, mentre se percepiscono i tempi delle liste d'attesa come eccessivamente lunghi e inappropriati allora ricorrono, se possibile o necessario, alle soluzioni con spesa privata di tasca propria.

I percorsi ibridi che pragmaticamente ciascun cittadino costruisce *vogando* tra le diverse opportunità dell'offerta sanitaria disegnano poi quella fittissima rete di relazioni in cui si svolge l'incontro tra i fabbisogni sanitari e le prestazioni che poi sono concretamente erogate.

Pertanto, il rapporto degli italiani con la sanità nella materialità del quotidiano non è mai unilaterale, distinto in modo irrevocabile tra solo pubblico o solo privato, o anche solo dentro il Servizio sanitario o solo fuori.

Di fronte alle difficoltà di accesso, ciascun individuo nel corso di un anno può tentare di prenotare una prestazione nel pubblico e attendere l'erogazione in tale ambito, provare a prenotarne un'altra sempre nel pubblico e optare, visti i tempi di attesa, di farla a pagamento o, anche, per la stessa tipologia di prestazione o per altra tipologia, decidere di rivolgersi direttamente al privato puro o all'*intramoenia*, pagando per intero la tariffa senza tentare di prenotare nel pubblico, con approccio da rassegnati.

Ne discende un'ampia, articolata e complessa rete di relazioni e fruizioni, esito appunto del fatto che la configurazione dell'offerta è utilizzata con forme combinatorie dai cittadini, ormai abituati a praticare utilizzi ibridi della sanità.

Così, il 69,6% di coloro che hanno fatto almeno una prestazione nel pubblico o nel privato accreditato ne ha fatta anche almeno una nella sanità a pagamento, privata e in *intramoenia*, direttamente o dopo aver tentato senza successo di prenotare nel pubblico.

Si è rivolto solo ed esclusivamente al pubblico e al privato accreditato il restante 30,4% degli italiani: quota che sale al 40,4% tra gli anziani, al 44,9% tra chi ha un basso titolo di studio ed al 36,2% tra le persone a basso reddito.

Tornando alle persone che ibridano tra pubblico, privato accreditato e sanità a pagamento emerge che lo fa:

— il 55,1% delle persone con la licenza media, il 70,4% di quelle con diploma e il 76% con laurea;

— il 77,4% dei giovani, il 72,4% degli adulti e il 59,6% degli anziani;

— il 62,8% al Nord-Ovest, il 64,1% al Nord-Est, il 77,2% al Centro e il 74,2% al Sud-Isole.

I dati raccontano una sorta di *continuo vogare* tra i vari porti della sanità, dentro e fuori il Servizio sanitario, per trovare l'equilibrio migliore, a livello individuale, tra la tempestività dell'accesso alle prestazioni e la tutela della sostenibilità del proprio budget familiare.

Se ogni individuo, in corso d'anno, in presenza di più esigenze di prestazioni sanitarie può optare di volta in volta per soluzioni diverse, al termine del periodo è chiaro che avrà disegnato un proprio personale percorso più o meno articolato, in cui coesistono provider sanitari diversi, dentro e fuori il Servizio sanitario.

È inoltre evidente che sono particolarmente esposti alle opzioni ibride coloro che hanno una frequenza di rapporto più alta con la sanità, come i malati cronici e le persone con cattivo stato di salute. In percorsi prolungati di cura sono periodicamente richiesti accertamenti, visite specialistiche e altre prestazioni comunque necessarie e appropriate che le persone devono svolgere tempestivamente e per le quali sono, di volta in volta, pronte a trovare la soluzione migliore.

In tale contesto, quindi, la sanità a pagamento finisce per esercitare, a causa delle *défaillance* del Servizio sanitario, una funzione di salvaguardia e integrazione anche di percorsi di cura centrati sul Servizio sanitario. Ad

esempio, ci si prepara per una visita specialistica effettuando analisi e accertamenti nel privato puro o magari in *intramoenia* così da disporre per tempo dei dati e delle informazioni che poi saranno necessari per la diagnosi e l'individuazione della terapia.

Una condizione specifica di *ibridazione forzata* è sperimentata dalle persone che in corso d'anno hanno avuto accesso ad almeno una prestazione sanitaria nel Servizio sanitario e, per almeno un'altra prestazione – preso atto che i tempi d'attesa erano troppo lunghi – hanno optato per la sanità a pagamento. È il 53,6% delle persone che hanno svolto almeno una prestazione nel Servizio sanitario, con differenze significative per:

— titolo di studio, con il 37,9% di persone con diploma di scuola media inferiore, il 56,4% di diplomati e il 57,8% di laureati;

— il 66,8% di giovani, il 61,4% di adulti e il 31% di anziani.

Ecco i protagonisti dei *percorsi ibridi forzati*, composti da pubblico e privato accreditato, più sanità a pagamento, cui sono stati costretti a fare ricorso dopo aver verificato la difficoltà o l'impossibilità di accesso alle prestazioni nel Servizio sanitario. Sono esperienze condivise da oltre la metà delle persone a basso reddito che hanno effettuato almeno una prestazione nel Servizio sanitario.

3.5.4. Il nido delle disuguaglianze

Vista la diffusione dei percorsi ibridi, inclusi quelli obbligati, risulta evidente che una fonte sommersa di disuguaglianze sanitarie consiste nella diversa capacità dei cittadini di costruire i percorsi individualizzati di accesso alla sanità nelle diverse occasioni in cui ne hanno bisogno.

Infatti, riuscire a optare volta per volta per una determinata soluzione in relazione all'articolazione delle opportunità di cura, richiede *capabilities* specifiche e, non a caso, emerge una notevole differenza per reddito, capitale culturale e, anche, per età dei cittadini.

È evidente che persone anziane, fragili, alle prese magari per anni con patologie croniche e quindi in condizione di vulnerabilità, non possono che essere in difficoltà nel gestire soggettivamente in autonomia la ricerca del mix di soluzioni.

Non a caso dietro ogni paziente cronico, anziano o non autosufficiente è presente una rete di persone e almeno un caregiver la cui funzione è di affiancare il paziente anche nelle sue diverse relazioni con la sanità.

Chi è in follow up per patologie gravi o per una patologia cronica che si protrae per anni subisce, insieme ai caregiver, l'effetto sfiancante di questo impegno continuo nella ricerca obbligata delle soluzioni migliori per avere in tempi appropriati le prestazioni sanitarie di cui si ha bisogno, compatibilmente con le proprie risorse economiche, di tempo e, anche di energie.

In fondo, le persone che si rivolgono sempre e solo al Servizio sanitario e attendono la durata della lista di attesa, utilizzando solo le prestazioni di pubblico e privato accreditato, sono una minoranza, inferiore ad un terzo del totale dei cittadini che hanno espresso domanda di prestazioni.

La grande maggioranza degli italiani è chiamata a misurarsi con la molteplicità di confini che fanno da sbarramento all'accesso alle prestazioni e, come in una corsa a ostacoli, lungo il percorso nel tempo si creano differenze.

Ecco la fotografia più cristallina delle nuove disuguaglianze sanitarie che sono radicate nel sommerso della molteplicità quotidiana di relazioni tra cittadini e sistema sanitario.

La verità è che la crisi del Servizio sanitario, l'obbligo di pagare di tasca propria per accedere in tempi appropriati alle prestazioni, in termini sociali, oltre che ampliare le distanze tra benestanti e vulnerabili, attacca il grande corpaccione del ceto medio.

Infatti, il difficile accesso al Servizio sanitario genera effetto erosivo sulla coesione sociale, non solo sulle distanze tra i gruppi sociali più estremi in alto e in basso, ma anche e soprattutto minando la condizione dei gruppi sociali che sono tecnicamente collocabili in un'area centrale della società, che si estende da una condizione socioeconomica medio-bassa ad una medio-alta.

Per queste famiglie l'obbligo di spendere per acquistare prestazioni sanitarie genera o incrementa le voci di spesa per la salute, in bilanci che da tempo stentano a garantire i precedenti livelli di benessere. L'erosione della copertura del Servizio sanitario e il ricorso alla sanità a pagamento accelera la fragilizzazione del ceto medio tradizionale, costretto a investire risorse su bisogni come quelli sanitari che, un tempo, erano largamente garantiti dal welfare.

4. *Le valutazioni dei cittadini*

4.1. **Giudizi diversificati in una sanità frammentata**

I dati mostrano la notevole difficoltà del Servizio sanitario a star dietro alla dinamica della domanda sanitaria dei cittadini e, al contempo, lo straordinario pragmatismo adattivo degli italiani che in relazione a ciascuna situazione concreta decidono quale modalità di accesso privilegiare.

Ma quali sono dal punto di vista soggettivo gli effetti della fatica continua di costruire nel quotidiano un proprio originale percorso ibrido di accesso alle prestazioni sanitarie?

Una dimensione importante è quella del grado di soddisfazione dei cittadini che, di per sé stessa, non è esauriente per una valutazione delle performance complessive dei Servizi sanitari delle varie Regioni e, tuttavia, è un tassello che molto contribuisce a comprendere dal lato dei cittadini la visione della sanità che sta maturando.

Il giudizio degli italiani sulla qualità del Servizio sanitario della propria Regione resta molto diversificato (fig. 6).

In concreto dai dati risulta che:

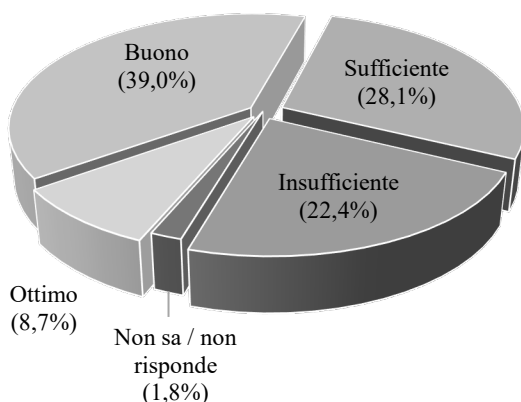
— il 47,7% ha un'esperienza positiva del proprio rapporto con le strutture pubbliche e accreditate del territorio: se, infatti, solo una minoranza di italiani, l'8,7%, ritiene che il Servizio sanitario della Regione in cui risiede sia ottimo, ben il 39,0% lo ritiene comunque buono;

— il 50,5% di italiani si divide tra chi, il 28,1%, non va oltre la sufficienza e coloro, il 22,4%, che ne sottolineano l'insufficienza rispetto alle proprie esigenze.

Il dato complessivo è la sintesi dei tanti vissuti individuali e, al contempo, esprime anche le diverse capacità di risposta dei sistemi regionali: l'insufficienza del Servizio sanitario regionale è segnalata solo dal 9,4% dei residenti

nel Nord-Est, ma addirittura dal 35,2% degli italiani che abitano nelle aree del Mezzogiorno.

Fig. 6 – Valutazione degli italiani del Servizio sanitario della propria Regione (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Proprio la sanità delle Regioni nord-orientali si distingue per essere quella più diffusamente apprezzata dai residenti che ne entrano a contatto, con il 12,6% di persone che la reputano ottima e il 54,1% che la considerano nel complesso buona. L'altra macroregione del Nord, il Nord-Ovest, è distaccata di ben 10 punti, con il 55,7% di residenti che considerano la sanità della propria Regione ottima o buona.

Scendendo lungo lo Stivale, gli estimatori del Servizio sanitario regionale diventano minoranza. Nello specifico, è il 49,7% dei residenti nelle 4 Regioni centrali a promuovere il proprio Servizio sanitario, ritenendolo ottimo (10,3%) o comunque buono (39,4%), mentre crolla al 29,0% dei residenti nel Mezzogiorno d'Italia il numero di coloro che hanno una buona o anche ottima esperienza della Sanità regionale (tab. 15).

La tradizionale diversità territoriale lungo l'asse Nord-Centro-Sud-Isole continua a trovare piena conferma anche in questa nuova fase di ritorno alla normalità, dopo la tormentata ed eccezionale fase dell'emergenza Covid.

Agli scarti storici che penalizzavano le sanità meridionali, se ne sono aggiunti nel tempo altri, senza che gli annunciati interventi perequativi fossero attivati o, laddove lo sono stati, non hanno mostrato la capacità concreta di cambiare le cose. Ecco perché oggi è possibile parlare di un'amplificazione

delle diversità che, peraltro, le valutazioni dei cittadini evidenziano in modo esplicito.

Tab. 15 – Valutazione del Servizio sanitario della propria Regione, per area geografica (val. %)

<i>Alla luce delle sue esperienze, come valuta il Servizio sanitario della sua Regione?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Positivo	55,7	66,7	49,7	29,0	47,7
– <i>Ottimo</i>	10,0	12,6	10,3	4,4	8,7
– <i>Buono</i>	45,7	54,1	39,4	24,6	39,0
Sufficiente	23,5	22,6	30,6	33,4	28,1
Insufficiente	19,4	9,4	17,7	35,2	22,4
Non sa / Non risponde	1,4	1,3	2,0	2,4	1,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

La persistenza e l'ampliarsi delle disparità territoriali in sanità è un altro volto, sul piano sociale, delle promesse mancate, poiché a lungo nel periodo Covid è stato evidenziato che la diversa capacità di risposta delle sanità regionali alle sfide del virus, in fondo, non faceva che rimettere al vertice di un'agenda delle cose da fare, iniziative finalizzate ad armonizzare le performance delle sanità territoriali.

D'altro canto, non è una forzatura rilevare che all'origine di questa ulteriore amplificazione delle disparità tra sanità regionali vi è anche la corsa alla diversificazione regolatoria e organizzativa, che ha finito per produrre una funesta frammentazione piuttosto che promuovere un'emulativa e virtuosa corsa verso il meglio dei vari attori regionali.

Così attualmente si può parlare di una sorta di giungla normativa, regolatoria, tariffaria in un Servizio sanitario che è un insieme di sanità regionali molto diversificate tra loro che, pertanto, diventano interlocutori faticosi anche per gli attori che operano come fornitori del Servizio sanitario su più Regioni.

A questo stadio, non si può non rilevare come un costo sociale l'articolazione regionale delle normative che portano a diversità tariffarie che generano complessità e, in molti casi, anche problematiche di bilancio per le imprese.

Entrando ancor più nello specifico delle valutazioni dei cittadini, emerge che il 66,3% di coloro che hanno avuto accesso a prestazioni, reputa buona o ottima la qualità complessiva delle prestazioni ricevute. In pratica, circa

due terzi delle persone che riescono ad accedere a prestazioni sanitarie ne restano soddisfatte, il 24,2% esprime un giudizio di sufficienza e il 7,5% di insufficienza (tab. 16).

Tab. 16 – Valutazione della qualità complessiva delle prestazioni sanitarie ricevute, per area geografica (val. %)

<i>Alla luce delle sue esperienze, come valuta la qualità complessiva delle prestazioni ricevute?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Positiva	73,9	76,4	66,5	54,0	66,3
– Ottima	14,8	12,4	15,3	10,7	13,1
– Buona	59,1	64,0	51,2	43,3	53,2
Sufficiente	19,6	17,2	22,5	33,2	24,2
Insufficiente	5,4	4,6	8,7	10,1	7,5
Non sa / Non risponde	1,1	1,8	2,3	2,7	2,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Anche nella valutazione sulle prestazioni sanitarie ricevute, però, emergono distinzioni poiché, ad esempio, esprime un giudizio positivo il 71,7% delle persone con stato di salute ottimo o buono e il 59,1% di quelle con stato di salute pessimo.

In pratica, trova conferma una pericolosa equazione: *più lo utilizzi=meno lo apprezzi*, che significa che la frequenza di rapporto con il Servizio sanitario diventa occasione per sperimentarne le difficoltà, anche nella qualità della prestazione che, comunque complessivamente, resta elevata.

L'analisi dei dati per area geografica, invece, evidenzia che le valutazioni negative, per le prestazioni sanitarie, variano tra 5,4% al Nord-Ovest, 4,6% al Nord-Est, 8,7% al Centro e 10,1% al Sud-Isole.

Per reddito, i critici delle prestazioni ricevute sono tra i redditi bassi molto di più rispetto ai redditi alti: l'8,8% di contro al 4,9%.

I dati evidenziano che i giudizi che si formano nella sperimentazione del rapporto diretto con il Servizio sanitario in veste di destinatari concreti di specifiche prestazioni finiscono per riflettere le differenziazioni sociali che vanno maturando nel rapporto con la sanità.

Meno soddisfatti, perché più coinvolti dalle difficoltà e dai deficit, sono i residenti nelle Regioni meridionali e le persone a basso reddito. Pertanto, anche in questi dati tornano i segnali di una regressività territoriale e sociale in crescita.

4.2. L'insoddisfazione più alta dei vulnerabili

L'analisi della soddisfazione nei diversi gruppi sociali consente di enucleare ulteriori importanti indicazioni sia sul rapporto degli italiani con il Servizio sanitario, sia più in generale sulle sue traiettorie e le connesse implicazioni sociali.

In concreto, con riferimento al livello di reddito dei cittadini, esprimono una valutazione positiva, ottima o adeguata, il 40,1% dei bassi redditi, il 48,4% dei redditi medio-bassi, il 52,7% di quelli medio alti e il 58,3% di quelli alti (tab. 17). I giudizi di insufficienza e, in parte, quello di pura sufficienza hanno invece una relazione inversa con il reddito.

Tab. 17 – Valutazione del Servizio sanitario della propria Regione, per reddito familiare (val. %)

<i>Alla luce delle sue esperienze, come valuta il Servizio sanitario della sua Regione?</i>	Fino a 15.000 euro	Da 15.001 a 30.000 euro	Da 30.001 a 50.000 euro	Oltre 50.000 euro	Non indica	Totale
Positivo	40,1	48,4	52,7	58,3	38,9	47,7
– <i>Ottimo</i>	7,3	9,6	8,3	11,2	7,2	8,7
– <i>Buono</i>	32,8	38,8	44,4	47,1	31,8	39,0
Sufficiente	31,5	27,4	26,6	23,0	31,9	28,1
Insufficiente	26,9	23,1	19,2	17,3	24,4	22,4
Non sa / Non risponde	1,5	1,1	1,5	1,4	4,8	1,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Infatti, esprimono un giudizio di mera sufficienza il 31,5% dei bassi redditi, il 27,4% dei redditi medio-bassi, il 26,6% di quelli medio alti e il 23% di quelli alti. Formulano valutazioni negative il 26,9% dei bassi redditi, il 23,1% dei redditi medio-bassi, il 19,2% di quelli medio alti e il 17,3% di quelli alti.

Ecco un ulteriore evidente certificazione della regressività sociale di una sanità in cui diventano sempre più importanti, per avere risposte assistenziali appropriate, le proprie risorse private.

Infatti, le persone con redditi alti tutto sommato, integrando le opportunità di accesso al pubblico con quelle della sanità a pagamento, tra *intramoenia* e privato puro, sono ancora in grado di costruire percorsi sanitari che poi valutano con soddisfazione.

Se è vero che tutti gli italiani apprezzano il Servizio sanitario, tuttavia è altrettanto indubbio che le dinamiche della relazionalità tra domanda e offerta tendono a generare una diversificazione per collocazione sociale della soddisfazione rispetto alla sanità.

È un cambio di paradigma che sta avvenendo nella materialità delle vite degli italiani e che non è facile fissare, perché non si va generando all'interno di una sorta di separatezza tra chi è nel Servizio sanitario e chi invece si rivolge sempre e comunque altrove.

Piuttosto le disuguaglianze sanitarie si materializzano nei percorsi individuali, cioè nella capacità o meno di ibridare le soluzioni tra quelle del Servizio sanitario e quelle fuori da esso a carico del proprio budget.

L'effetto è che il Servizio sanitario non opera più come ammortizzatore delle differenze sociali, piuttosto come una piattaforma neutrale che può essere utilizzata in misura diversa dai cittadini a seconda delle proprie esigenze e risorse, senza che riesca a mitigare le loro differenze socioeconomiche.

Anche la sfera della soddisfazione dei cittadini rispetto al Servizio sanitario riflette questa trasformazione della funzione sociale della sanità, che è esito delle sue difficoltà nel garantire una offerta quali-quantitativa in linea con la domanda sanitaria dei cittadini.

4.3. Più lo frequenti, meno lo apprezzi

Ulteriori importanti segnali delle difficoltà del Servizio sanitario emergono dall'analisi dei dati per stato di salute degli italiani, che mostrano come la presumibile frequenza di utilizzo di strutture e servizi sanitari esponga di più a *défaillance* e, quindi, a valutazioni non positive. Dai dati, infatti, risulta che si dichiarano:

— molto o abbastanza soddisfatti del Servizio sanitario della propria Regione il 53,7% di coloro che dichiarano di essere in stato di salute ottimo o buono, il 39,1% di quelli con stato di salute discreto e il 43,6% di quelli con stato di salute insufficiente o pessimo;

— al contrario, invece, lo valutano come appena sufficiente o addirittura insufficiente il 44,7% delle persone che stanno bene di contro al 58,7% di quelle che invece hanno salute discreta e al 54,7% con salute insufficiente o pessima.

Lo stato di salute individuale è all'origine di una diversa esperienza, percezione e quindi valutazione del funzionamento della sanità regionale a cui

ci si rivolge. Quanto più si è in una condizione di salute che richiede frequenza di ricorso alle prestazioni sanitarie, tanto più si è esposti alle insufficienze operative del sistema sanitario, con relativa maturazione di un giudizio meno positivo.

Del resto, anche le persone affette da patologie croniche in maggioranza esprimono una valutazione non positiva del Servizio sanitario della propria Regione.

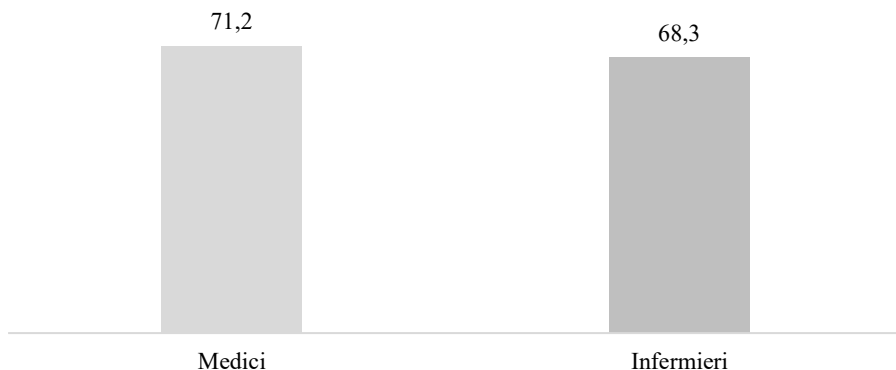
Anche da questi dati emerge un capovolgimento copernicano della funzione istituzionale del Servizio sanitario, poiché l'eguale tutela della salute che ne è la mission poi si frammenta nella molteplicità di concrete modalità di tutela specifica per ciascun cittadino, con una penalizzazione per coloro che hanno una salute più fragile.

4.4. Il personale che resiste

Oltre al giudizio generale degli italiani sul rapporto con il Servizio sanitario della propria Regione, come espressione delle complesse esperienze di questo ultimo anno, è utile analizzare le valutazioni fornite relativamente ad una molteplicità di protagonisti e dimensioni del Servizio sanitario, per enucleare dinamiche specifiche, con relative criticità e risorse.

Un primo dato fondamentale è relativo ai medici che operano nel Servizio sanitario, che, come già accennato, godono di ottima o buona reputazione presso il 71,4% degli italiani; il medesimo giudizio positivo viene espresso dal 68,3% dei cittadini nei confronti del personale infermieristico (fig. 7).

Fig. 7 – Italiani che esprimono un giudizio positivo nei confronti di medici e infermieri (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Residuali le quote di cittadini che hanno avuto esperienze negative e che valutano del tutto insufficiente la qualità di medici e infermieri: si tratta rispettivamente del 6,3% e del 6,6% degli italiani.

I dati confermano un *mood*, nei confronti delle professionalità che operano nel Servizio sanitario, che si è progressivamente imposto e rafforzato negli ultimi anni, quasi come un contraltare alla deriva tecnico-politica che ne ha imposto la progressiva fragilizzazione.

C'è un apprezzamento sociale per i medici, gli infermieri e le altre figure professionali del Servizio sanitario che si è alimentato, in origine, del riconoscimento dello straordinario sforzo volontaristico e della buona volontà con cui hanno affrontato concretamente le conseguenze della scarsità di risorse, stretti tra mancato turn over, basse retribuzioni, aumento degli orari di lavoro e vincoli di budget da rispettare.

Poi tale apprezzamento sociale ha trovato la sua definitiva conferma nel periodo pandemico, quando notoriamente gli operatori del Servizio sanitario sono stati in prima linea in una delle sfide maggiori per la nostra società.

La buona reputazione sociale della figura del medico, a differenza di altre professioni chiave, come ad esempio gli insegnanti, non è mai venuta meno, e ancora in questa fase di grande sofferenza nel rapporto con la sanità i medici comunque godono della fiducia “quasi” incondizionata degli italiani.

I medici e, con intensità e modalità diverse, anche gli infermieri, sono percepiti come la garanzia suprema che, in qualsiasi contesto, la salute delle persone sarà sempre considerata la priorità, prevalendo su criteri altri, di rigore economico-finanziario o di applicazione massiccia di innovazione tecnologica con ricorso agli algoritmi.

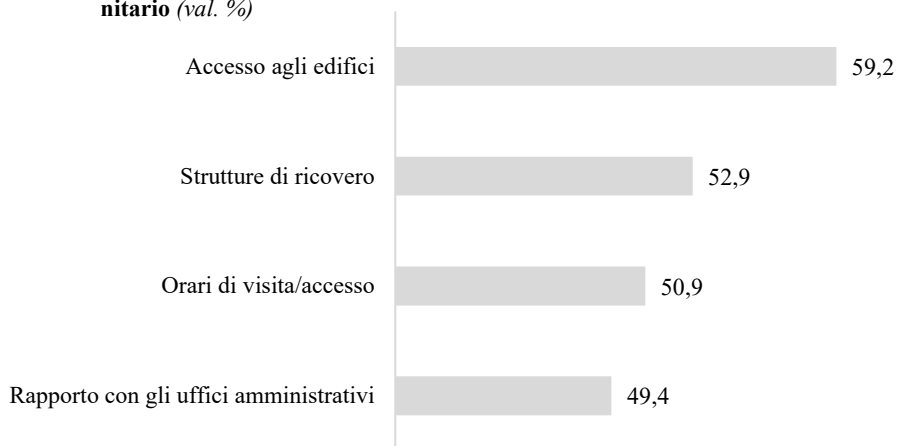
Il medico e l'infermiere, cioè i volti umani della sanità, sono riferimenti importanti per gli italiani anche nel far fronte all'attuale farraginosità del Servizio sanitario, troppo spesso percepito come non adeguato alle proprie esigenze.

In ogni caso, alcuni aspetti strutturali e organizzativi del Servizio sanitario sono ancora nel complesso promossi da una maggioranza, per quanto risicata, degli italiani, con quote che vanno dal 59,2% che ritiene ottimo o buono l'accesso ai luoghi di visita e cura al 50,9% che ne apprezza gli orari e le modalità di accesso.

Il rapporto con gli uffici amministrativi appare invece più controverso, ed è il 49,4% di italiani che tutto sommato non hanno sperimentato un cattivo rapporto con essi per aspetti vari come le prenotazioni di prestazioni o il pagamento del ticket (fig. 8).

Per i vari aspetti strutturali e organizzativi, comunque, ci sono minoranze significative di insoddisfatti, con il 10,0% che evidenzia l'insufficiente attenzione delle strutture sanitarie, cui si è recato, a rendere agevole l'accesso ai pazienti, sussistendo ancora, ad esempio, alcune barriere architettoniche o percorsi lunghi e complessi per arrivare al luogo di appuntamento. Tale problematica è particolarmente sentita dalle persone più anziane (12,6% degli italiani con almeno 65 anni d'età) e da coloro che dichiarano di avere condizioni di salute precarie (17,7% di italiani in stato di salute ritenuto insufficiente o pessimo).

Fig. 8 – Italiani che esprimono un giudizio positivo verso alcuni aspetti del Servizio sanitario (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

L'11,9% ha, inoltre, un'opinione complessiva negativa delle strutture di ricovero, il 14,4% lamenta l'inadeguatezza degli orari di accesso e il 16,3% ha ricavato un'impressione negativa dal rapporto con gli uffici amministrativi.

L'ampio gap tra vissuto e desiderato che caratterizza l'esperienza di tanti residenti nel Mezzogiorno d'Italia che si rivolgono al Servizio sanitario della propria Regione si riverbera ovviamente nei giudizi espressi in relazione ai diversi aspetti su cui è stato chiesto un giudizio ai cittadini. Infatti, per ogni dimensione richiamata si registrano sistematicamente quote più elevate di persone insoddisfatte nelle Regioni meridionali, con una punta di massimo per i servizi offerti dagli uffici amministrativi: più di un cittadino su quattro (25,1%) li ritiene infatti insufficienti.

4.5. L'evoluzione percepita

4.5.1. Performance nel tempo

A ricompattare l'immagine del Servizio sanitario italiano è la constatazione predominante che, nonostante le tante promesse espresse sulla scia della pandemia di metter mano finalmente alle criticità, nell'ultimo anno, le cose non siano cambiate in meglio.

Infatti, richiesti di esprimere un giudizio relativamente all'andamento del Servizio sanitario della propria Regione negli ultimi dodici mesi, è emerso che per il 48,4% degli italiani è rimasto uguale, per il 38,7% è peggiorato e per il 7,2% è migliorato, mentre il 5,7% non esprime un'opinione precisa in proposito (tab. 18).

Tab. 18 – Valutazione degli italiani sull'andamento del Servizio sanitario della propria Regione negli ultimi dodici mesi, per area geografica (val. %)

<i>Negli ultimi 12 mesi la sanità della sua Regione è:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Migliorata	6,9	8,0	6,5	7,4	7,2
Rimasta uguale	52,1	48,5	50,6	43,9	48,4
Peggiorata	35,7	38,1	35,6	43,5	38,7
Non sa / Non risponde	5,3	5,4	7,3	5,2	5,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Se al Sud e nelle Isole, l'idea del deterioramento ulteriore dell'offerta sanitaria regionale è condivisa dal 43,5% dei residenti, anche nelle altre aree del Paese la preoccupazione rispetto ad un declino manifesto è ampia, interessando più di un cittadino su tre (35,6% nel Centro, 35,7% nel Nord-Ovest e 38,1% nel Nord-Est).

Restano, in ogni caso, le differenze territoriali anche nelle valutazioni sull'evoluzione nell'ultimo anno della sanità regionale poiché:

— nelle macroaree del Centro e del Nord prevalgono nettamente le quote di cittadini che richiamano la sostanziale stabilità nel tempo del Servizio sanitario;

— in quella meridionale sono più alte le quote di residenti che parlano di stabilità oppure indicano un peggioramento.

Se pure il Servizio sanitario è in difficoltà ovunque, come mostrano i dati delle liste di attesa, tuttavia nelle Regioni con deficit antichi di performance la situazione sembra accelerare ancor più verso il peggio.

Laddove è più alta l'insoddisfazione dei cittadini per il Servizio sanitario della propria Regione, è più alta anche la percezione di una deriva negativa, di una sorta di progressivo slittamento verso un peggioramento della capacità dell'offerta di star dietro alla domanda sanitaria.

È evidente che la tenuta del Servizio sanitario giocata quasi per intero sull'abnegazione di medici, infermieri, responsabili e operatori sanitari di ogni tipo, alla lunga non è in grado di compensare lo slittamento in basso di tipo sistemico. Il volontaristico impegno del personale non può compensare i mancati investimenti e adeguate performance sistemiche.

Pertanto, è di certo lodevole e da riconoscere lo sforzo che i tanti operatori della sanità stanno realizzando ma, di certo, non potrà colmare il necessario investimento di risorse e di *upgrading* organizzativo, di governance, tecnologico e anche di immissione di forze nuove, giovani con relative competenze *up to date*, ad esempio nel digitale e nelle tante e diverse nuove tecnologie.

4.5.2. Lo slittamento percepito per gruppi sociali

Come evidenziato più volte, le tante promesse tradite in sanità, certificate dalle attuali difficoltà di accesso, la forte domanda inesausta di personalizzazione e umanità dell'approccio sanitario, l'invecchiamento della popolazione con effetti di moltiplicazione delle cronicità, sono solo alcune delle componenti di un mix dirompente di timori e esperienze concretamente vissute che delinea una visione del Servizio sanitario, anche di quello di cui si mette in luce la buona qualità, immobile o appunto in declino.

E, ancora una volta, sono i più fragili e i più bisognosi di rivolgersi alla sanità pubblica e accreditata a sperimentare direttamente i cedimenti del sistema.

Infatti, l'analisi degli incroci per alcune variabili sociodemografiche e di stato di salute mostra che il peggioramento della sanità della propria Regione è stato indicato:

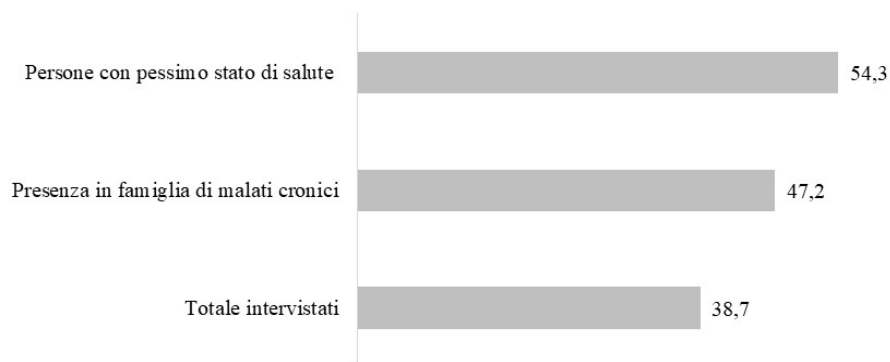
— dal 28,9% dei giovani, dal 38,1% degli adulti e dal 47,1% degli anziani;

— dal 40,7% delle persone con basso reddito, dal 37,5% a reddito medio-basso, dal 37,4% a reddito medio-alto e dal 35,8% dei redditi alti.

Ma soprattutto la percezione del peggioramento è molto più intensa tra gli italiani in cattiva salute, non solo anziani, che faticano a trovare adeguate risposte alle proprie esigenze sanitarie.

È infatti il 54,3% di coloro che si definiscono in condizioni di salute insufficienti o pessime a rimarcare la fase regressiva che ha caratterizzato la sanità della propria Regione nell'ultimo anno, cui fa eco il medesimo giudizio espresso dal 47,2% di cittadini con malati cronici in famiglia, che hanno esperienza diretta o indiretta di un rapporto costante con i servizi sanitari e ne verificano l'efficienza e l'adeguatezza (fig. 9).

Fig. 9 – Persone che ritengono che il Servizio sanitario della propria Regione sia peggiorato negli ultimi 12 mesi, per presenza di malati cronici in famiglia e per valutazione del proprio stato di salute (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

La lettura congiunta delle valutazioni degli italiani sul trend recente del Servizio sanitario e sui diversi aspetti che lo compongono rafforza l'immagine di un Servizio sanitario che arranca e stenta a innovarsi in coerenza con i mutamenti della domanda.

Come rilevato, per ora la sua tenuta, dal lato della qualità delle prestazioni, si fonda soprattutto sull'impegno straordinario, qualificato e professionale del personale medico e infermieristico. Ma è una barricata tendenzialmente fragile per evitare gli effetti dell'asimmetria crescente tra fabbisogni sanitari e offerta di prestazioni.

In ogni caso, le valutazioni più estreme riguardano:

— il 6% degli italiani, molto positivi poiché esprimono un giudizio di ottimo o buono per la propria sanità regionale insieme alla convinzione che nell'ultimo anno sia migliorata;

— all'estremità opposta ci sono i profondamente delusi, pari al 16,6%, che hanno espresso un giudizio negativo sulla sanità regionale e ne percepiscono lo slittamento in basso, con un peggioramento palpabile;

— c'è poi un ulteriore 10% che, pur esprimendo un giudizio positivo, ha invece percepito un peggioramento nel corso dell'anno della sanità regionale;

— solo lo 0,5% degli italiani che hanno espresso una valutazione negativa della sanità regionale ha percepito un miglioramento in corso d'anno.

In generale, il *sentiment* è di mediocre scivolamento a partire da una situazione di pura sufficienza.

5. La mobilità sanitaria e le diversità regionali

5.1. Gli spostamenti all'interno della Regione

Alla ricerca dell'eccellenza o quantomeno di risposte adeguate alle proprie esigenze di rapidità e qualità, ma anche semplicemente per raggiungere la struttura dove la prestazione di cui si ha bisogno viene erogata, sono tanti gli italiani che compiono anche lunghi tragitti, all'interno della propria Regione o anche al di fuori di essa.

Nell'ambito regionale, limitandosi ai soli “pellegrini” del Servizio Sanitario pubblico e accreditato, i dati evidenziano che il 41,4% degli italiani, nell'ultimo anno, si è spostato almeno una volta, per motivi sanitari, in un altro Comune (36,3%) e/o in un'altra Provincia (18,8%).

In sé il fenomeno non è inaspettato né allarmante, data ad esempio, la numerosità significativa dei Comuni italiani, che soprattutto se di piccola dimensione non dispongono delle diverse tipologie di strutture e servizi sanitari di cui un cittadino può aver bisogno, e la localizzazione stessa della propria residenza che magari rende più comodo rivolgersi – anche per servizi di base, come le analisi del sangue, ad una struttura operante nel Comune o nella Provincia limitrofi.

La prospettiva cambia quando per motivi sanitari si è costretti a percorrere almeno 50 chilometri, evenienza che avviene nel 46,7% degli spostamenti dichiarati, o per carenza di servizi e prestazioni sul territorio o per la necessità di anticipare il più possibile l'appuntamento per l'effettuazione di una determinata prestazione, allargando la ricerca all'intero territorio regionale, o infine per accedere a strutture specializzate in determinate patologie o percepite come di migliore qualità. Nel complesso, dunque, il 19,3% degli italiani ha percorso più di 50 chilometri, in ambito infraregionale, per accedere a una prestazione (tab. 19).

Anche da questo punto di vista non si possono non rimarcare le tante diversità che penalizzano o quantomeno rendono più faticoso e vischioso il

rapporto tra cittadini e Servizio sanitario. Lo scenario descritto dagli italiani intervistati evidenzia come gli spostamenti in ambito intraregionale siano più frequenti nelle aree settentrionali del Paese, dove al contempo, però, sono meno frequenti quelli che richiedono percorrenze lunghe, di almeno 50 chilometri.

Tab. 19 – Italiani che, negli ultimi 12 mesi, si sono recati in un altro Comune o in un'altra Provincia per motivi sanitari, usufruendo del Servizio sanitario della propria Regione (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
In un altro Comune della propria Provincia di residenza	40,2	41,7	31,6	32,9	36,3
In un'altra Provincia della propria Regione	18,3	18,4	18,5	19,7	18,8
Totale spostamenti in ambito regionale	43,8	46,7	38,2	38,4	41,4
Totale spostamenti in ambito regionale per più di 50 km	15,2	17,6	19,5	23,7	19,3

Fonte: indagine Censis, 2023

Entrando nel dettaglio:

— nel Nord-Ovest, è il 43,8% di italiani che, nel corso di 12 mesi, ha avuto necessità di raggiungere una struttura sanitaria pubblica o accreditata dislocata in un altro Comune (40,2%) o in un'altra Provincia (18,3%); il 15,2% dei residenti nell'area ha percorso per tale ragione almeno 50 chilometri;

— solo leggermente superiori sono gli spostamenti intraregionali dei residenti nelle Regioni nord-orientali complessivi (46,7%) e di lunga percorrenza (17,6%);

— nel Centro e nel Mezzogiorno d'Italia, la mobilità intraregionale sottesa alla fruizione della sanità pubblica è significativamente più bassa (rispettivamente pari al 38,2% e al 38,4%), ma più sovente sottende tragitti lunghi, sperimentati dal 19,5% dei residenti nelle Regioni centrali e dal 23,7% nel Sud e nelle Isole.

Sintomatico di una mobilità che, pur essendo fondamentalmente fisiologica, ha in sé alcune sfumature patologiche, è il fatto che il peregrinare sul territorio regionale per ottenere la prestazione richiesta con il Servizio sani-

tario è più frequente tra gli italiani che ritengono di essere in cattiva salute (con uno stato di salute definito da loro stessi insufficiente o pessimo).

Si passa infatti dal 38,8% di italiani in buona salute che almeno una volta nel corso di 12 mesi si sono recati in una struttura regionale fuori del proprio Comune di residenza al 50,7% di mobilità extracomunale tra coloro che invece ritengono di essere in cattiva salute, i quali per di più sono anche coloro che più frequentemente hanno dovuto percorrere lunghi tragitti (57,0%).

5.2. La mobilità sanitaria interregionale come fattore individuale di tutela rispetto alle diversità regionali

5.2.1. Perché si fugge, perché si resta

Anche nel caso della mobilità sanitaria fuori della Regione di residenza sussiste una componente fisiologica, determinata soprattutto da fattori di prossimità territoriale, come pure, ad esempio, da domicili temporanei in Regioni diverse da quella di residenza. Fatto sta che, negli ultimi 12 mesi, il 10,1% dei cittadini italiani si è recato in un'altra Regione per motivi sanitari, nell'ambito delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario, al netto dunque di eventuali spostamenti per accedere a prestazioni in regime privatistico, puro o *intramoenia*. Tale quota sale al 16,3% se si considerano solo le persone che hanno avuto concretamente bisogno di rivolgersi ai servizi sanitari (fig. 10).

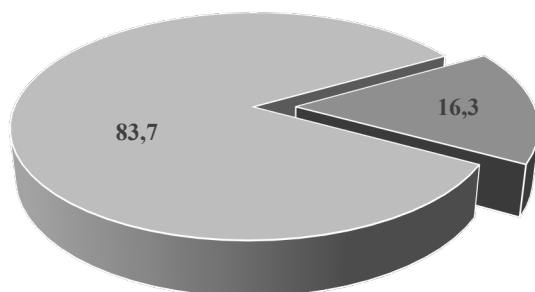
I dati mostrano chiaramente come, nelle motivazioni che spingono il cittadino a rivolgersi a strutture dislocate in altri territori, più o meno distanti dal luogo di residenza, prevalgano nettamente i flussi definibili come “patologici”, quelli dovuti principalmente alla scarsa accessibilità determinata dalla lunghezza delle liste di attesa, oppure attribuiti alla scarsa qualità, anche solo percepita, delle prestazioni nei territori d'origine:

— la motivazione più ricorrente, che riguarda il 31,6% dei migranti sanitari (ed il 51,8% di coloro che dichiarano di essere in cattiva salute), è infatti proprio quella relativa all'eccessiva lunghezza delle liste di attesa nella propria Regione, per la prestazione poi ricevuta altrove;

— segue, con il 26,5% di segnalazioni, la molla determinata dalla volontà di ottenere un servizio migliore, rispetto a quello che si ritiene si sarebbe ottenuto nella propria Regione. A ciò si aggiunge un 17,1% di migranti sanitari che non ha trovato nella propria Regione la particolare tipologia di prestazione sanitaria di cui aveva bisogno;

— minoritaria è, poi, la quota, pari all'8,7%, di italiani che si sono rivolti a professionisti di altre Regioni per avere un secondo parere, rispetto ad una diagnosi o un percorso di cura, fattispecie ascrivibile alla necessità di securizzazione e trasparenza rispetto ad una determinata diagnosi o percorso di cura (tab. 20).

Fig. 10 – Italiani che, avendo necessità di accedere al Servizio sanitario negli ultimi 12 mesi, si sono recati in un'altra Regione (val. %)



■ Si è recato in un'altra Regione ■ Non si è recato in un'altra Regione

Fonte: indagine Censis, 2023

Tab. 20 – Principale motivazione della mobilità regionale nel Servizio sanitario (val. %)

<i>Mi può indicare la principale motivazione che l'ha spinto a spostarsi dal luogo in cui risiede per motivi sanitari?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Per avere un servizio migliore	24,3	21,4	18,1	35,4	26,5
Per avere un secondo parere	8,8	6,4	8,5	10,1	8,7
Perché nella mia Regione non è presente la prestazione che cercavo	9,4	17,5	16,9	21,6	17,1
Perché nella mia Regione i tempi di attesa erano troppo lunghi	43,8	37,3	35,9	18,7	31,6
Perché abito in una zona di confine e le strutture fuori Regione sono più vicine/ comode	11,8	9,3	11,3	7,9	9,8
Per altro motivo	2,0	8,1	9,3	6,3	6,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Zoomando sulle diverse ripartizioni geografiche, affiora nettamente la diversa prospettiva con la quale i cittadini maturano la decisione di oltrepassare i confini regionali. La motivazione sottesa all'eccessiva lunghezza dei tempi di attesa – che, come si è detto, è la più diffusa tra gli italiani in mobilità sanitaria – predomina tra i residenti delle Regioni settentrionali (43,8% nel Nord-Ovest e 37,3% nel Nord-Est) e centrali (35,9%), che negli ultimi dodici mesi hanno ricevuto almeno una prestazione sanitaria nell'ambito del Servizio sanitario. Per i residenti nel Mezzogiorno d'Italia, invece, il nodo critico delle liste d'attesa, pur fortemente presente, passa addirittura in secondo piano, soverchiato dalla spinta a cercare altrove una maggiore garanzia di qualità e appropriatezza delle prestazioni: la quota di coloro che sono andati alla ricerca di un "servizio migliore" sale infatti al 35,4%. È possibile ipotizzare che la stessa percezione di insufficiente qualità determini la sia pur lievemente maggiore incidenza, tra i residenti al Sud e nelle Isole, di persone che si sono spostate fuori Regione per avere un secondo parere medico (10,1%).

Anche la percezione o la concreta esperienza di lacune nell'offerta regionale contribuisce ad alimentare le migrazioni sanitarie, soprattutto dalle aree meridionali e insulari, dove la percentuale di residenti che ha oltrepassato i confini regionali per rivolgersi all'offerta di altre Regioni, in quanto nella propria Regione la prestazione non è presente, sale al 21,6%.

L'altra faccia della medaglia, ovviamente molto più popolata, è quella dei cittadini che, dovendo negli ultimi dodici mesi accedere ad una qualche prestazione sanitaria, hanno optato per i Servizi sanitari della propria Regione. Ma anche nel 51,7% di italiani che si sono rivolti al Servizio sanitario della propria Regione si annida una quota di persone, pari al 15,5%, che, se non fosse per i costi sottesi allo spostamento, si sarebbe volentieri orientata verso altre destinazioni, sia a causa dei tempi di attesa eccessivi (10,7%), sia per la qualità non soddisfacente delle strutture della propria Regione (4,8%, valore che sale all'8,3% nel Sud e nelle Isole) (tab. 21).

Tab. 21 – Principale motivazione dell’effettuazione della prestazione, tramite il Servizio sanitario, nella propria Regione (val. %)

<i>Mi può indicare la principale motivazione che l’ha spinto a non spostarsi dal luogo in cui risiede per motivi sanitari?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
La prestazione era presente nella mia Regione	53,5	46,4	52,1	50,5	50,9
La prestazione era presente nella mia Regione ed è di buona qualità	36,1	37,5	26,5	24,6	30,9
Avrei dovuto, considerati i tempi di attesa, ma i costi dello spostamento erano troppo alti	7,1	8,5	14,3	13,5	10,7
Avrei dovuto perché non mi fido della qualità delle strutture della mia Regione, ma i costi dello spostamento erano troppo alti	1,1	4,9	4,6	8,3	4,8
Per altro motivo	2,2	2,8	2,6	3,1	2,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

5.2.2. Per quali prestazioni?

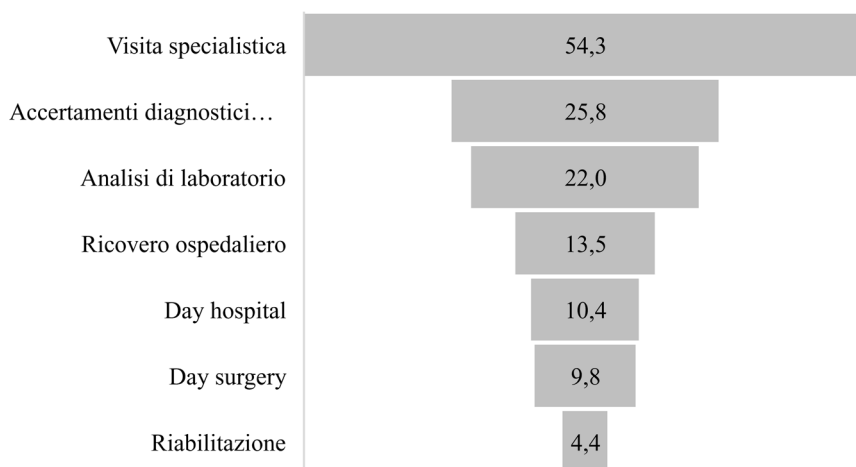
Ma quali sono le prestazioni per le quali si ricorre di più alla mobilità interregionale? Ovviamente il dato è in parte influenzato dalla diversa probabilità con cui nel corso di un anno una persona faccia una visita specialistica piuttosto che si debba sottoporre ad un’operazione chirurgica, ma è significativo che più della metà degli italiani (54,3%) che si sono spostati in altre Regioni lo abbia fatto per sottoporsi ad una visita specialistica; seguono gli accertamenti diagnostici strumentali (25,8%) e le analisi di laboratorio (22,0%).

Per quanto riguarda i ricoveri, il 13,5% si è ricoverato in regime ordinario in una struttura di un’altra Regione, il 10,4% e il 9,8% hanno effettuato un ricovero, rispettivamente, in *day hospital* e in *day surgery* (fig. 11).

Un dato non sorprendente ma comunque interessante, che emerge dalla lettura incrociata della tipologia di prestazione ricevuta fuori Regione e motivazione della mobilità, è che sussiste una netta cesura tra le varie forme di ricovero (ordinario, *day hospital* e *day surgery*) e le restanti prestazioni sanitarie (visite, accertamenti, analisi, riabilitazione); per queste ultime infatti la motivazione più ricorrente è la lunghezza delle liste d’attesa, mentre per i ricoveri si afferma la tensione naturale verso quella che si ritiene l’eccellenza

in un determinato campo o quanto meno verso una qualità più elevata di quella che si avrebbe nella Regione di residenza.

Fig. 11 – Tipologia di prestazione effettuata in altra Regione (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

5.2.3. I flussi della mobilità sanitaria interregionale per ricoveri ospedalieri

L'analisi dei flussi interregionali rilevati dal Ministero della salute tramite le SDO – Schede di dimissioni ospedaliere permette di fornire un ulteriore elemento di riflessione sul livello di equità di accesso all'assistenza sanitaria.

Un primo indicatore sintetico è rappresentato dal tasso di emigrazione ospedaliera, per ricoveri ordinari, in un'altra Regione rispetto a quella di residenza. Nell'arco di 10 anni, si è passati dal 7,5% di ricoveri extraregione sul totale dei ricoveri del 2012 all'8,3% del 2022, con un andamento in tendenziale aumento fino al 2019, quando si è raggiunto il picco dell'8,3% di emigrazione ospedaliera, depotenziato ma non interrotto nel 2020, nonostante il lungo periodo di lockdown ed i vincoli agli spostamenti tra Regioni, per poi riprendere l'ascesa l'anno successivo (tab. 22).

Il nomadismo sanitario per ricoveri ordinari è più incidente tra i residenti nel Mezzogiorno d'Italia (11,1% nel 2022), dove, in misura maggiore, alla componente fisiologica della prossimità territoriale si somma quella patolo-

gica della necessità di trovare altrove la qualità della prestazione. In particolare, le Regioni dove il fenomeno è più ampio sono Molise (30,4% di migranti sanitari per ricovero ordinario), Basilicata (28,5%) e Calabria (21,3%).

Tab. 22 – Emigrazione ospedaliera in altra Regione – Acuti in regime ordinario (val. %)

	2012	2019	2020	2021	2022
Nord	5,9	6,3	5,6	6,2	6,5
Centro	7,8	9,0	7,5	7,9	8,3
Mezzogiorno	9,4	10,9	9,6	10,2	11,1
Italia	7,5	8,3	7,3	7,8	8,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Il dettaglio dei flussi in entrata e in uscita, disponibile al 2021, evidenzia come le direttrici di mobilità convergano soprattutto verso la Lombardia. Fatto 100, il totale degli italiani che nell'anno sono stati ricoverati in regime ordinario, in una Regione diversa da quella di residenza, emerge infatti che il 20,2% si è ricoverato in una struttura lombarda. Sul totale degli ospedalizzati in regime diurno fuori Regione, è il 19,2% ad essersi spostato in Lombardia.

Seguono l'Emilia-Romagna (rispettivamente 17,4% e 11,3%) ed il Lazio, con un indice di attrazione pari al 10,3% in relazione al ricovero ordinario, ma il record di attrattività per i ricoveri in regime diurno (*day hospital/surgery*), pari al 20,4% del totale dei ricoverati fuori Regione.

Il risiedere in una Regione del Nord, del Centro o del Mezzogiorno non è indifferente: l'autocontenimento, vale a dire la probabilità di rimanere comunque all'interno della ripartizione geografica, calcolata sui dati relativi ai ricoveri extraregione in regime ordinario, è pari al 51,1% per i residenti sia al Nord-Ovest sia al Nord-Est, al 31,3% per i residenti al Centro Italia e al 24,8% per i residenti al Sud e nelle Isole.

5.2.4. Una disegualianza in crescita

In buona sostanza, una quota significativa della mobilità interregionale effettiva e di quella che non si concretizza per motivi economici scaturisce da una solida e più diffusa percezione della sussistenza di differenze qualitative nella sanità regionali, oltretutto percepite in progressivo aumento. La voce degli italiani sembra gridare all'unisono che “il re è nudo”: la migrazione sanitaria si sostanzia e riflette grandi e crescenti disparità nell'offerta

dei servizi sanitari tra le varie Regioni, in generale, e soprattutto certifica la profonda spaccatura tra Nord e Sud del Paese. Nello specifico:

— il 45,1% degli italiani ha avuto esperienza diretta – o tramite un familiare – delle differenze qualitative nelle sanità regionali, tematica fortemente sentita e sperimentata da coloro che vivono nel Mezzogiorno d'Italia (57,2%), che, come rilevato sistematicamente, denunciano l'insoddisfacente e inadeguato livello qualitativo del Servizio sanitario della propria Regione;

— ancora più elevata è la quota di italiani convinti – anche al di là dell'eventuale esperienza diretta – che le disparità regionali in ambito sanitario siano aumentate nel tempo; si tratta del 73,2% della popolazione italiana maggiorenne e tale convincimento mantiene un'ampia diffusione in tutte le ripartizioni geografiche;

— analoghe dimensioni assume l'opinione che tale deriva di lungo periodo non avrà soluzione di continuità e che dunque nel futuro le differenze saranno ancora maggiori (72,9%).

A fronte di questo scenario, non sorprende che serpeggi nella maggioranza del corpo sociale la tentazione di un passo indietro, certificando il fallimento delle politiche regionali. È questo il pensiero che si può leggere dietro la convinzione, propria del 52,9% degli italiani, che per ridurre le disuguaglianze regionali in ambito sanitario non vi sia ormai altra opzione che non riaffidare la gestione della Sanità direttamente allo Stato (tab. 23).

Da questo punto di vista non emergono profonde divergenze tra i residenti delle diverse aree territoriali, e anche se la spinta statalista è più presente tra i penalizzati residenti nel Sud e nelle Isole (58,9%), supera o sfiora la maggioranza in tutte le ripartizioni, anche in quel Nord-Est dove ad una più sentita voglia di autonomia si associano servizi sanitari regionali che possono vantare un'ottima reputazione tra la popolazione (46,5% di residenti che ritiene necessaria una gestione centralista della Sanità).

Tab. 23 – Servizio sanitario e disparità regionali, per area geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Ha avuto esperienza diretta o tramite un familiare di differenze qualitative nelle sanità regionali	39,5	36,8	40,4	57,2	45,1
Pensa che le disparità regionali in ambito sanitario siano aumentate nel tempo	70,9	71,5	69,0	78,6	73,2
Pensa che in futuro ci saranno differenze maggiori tra le sanità regionali	72,0	74,3	67,1	76,2	72,9
Pensa che per ridurre le disuguaglianze regionali in ambito sanitario sia necessario affidare la gestione della Sanità esclusivamente allo Stato	50,0	46,5	53,2	58,9	52,9

Fonte: indagine Censis, 2023

6. *Uno sguardo nuovo al sistema sanitario*

6.1. **Articolato sin dall'origine**

6.1.1. *La fondamentale istituzione*

Il Servizio sanitario italiano è un'istituzione ormai fondamentale e distintiva della società italiana, con una presenza capillare nei territori, e in un anno eroga quasi 1,3 miliardi di prestazioni sanitarie tra strutture pubbliche e private accreditate, con un personale del comparto sanità pari in totale a 670.566 unità, di cui oltre 476 mila nel ruolo sanitario con 113 mila medici, odontoiatri e veterinari e quasi 280 mila infermieri. Sono da considerare anche il ruolo tecnico con 124 mila unità, quello amministrativo con circa 66 mila e quello professionale con 1.622.

I dati disegnano un'istituzione colossale che compenetra la società e l'economia del nostro Paese, con la mission diretta ed esplicita di tutelare la salute in modo universalistico e quella di fatto di contribuire alla coesione comunitaria del Paese.

Non sorprende quindi che addirittura l'88,7% degli italiani la ritiene un'istituzione essenziale della nostra società, idea condivisa dal 76,7% dei giovani, dall'88,6% degli adulti e dal 97,8% degli anziani (fig. 12).

Questa sorta di riconosciuta sacralità dell'istituzione Servizio sanitario come anche collante di una società altrimenti via via troppo frammentata è fatta propria anche:

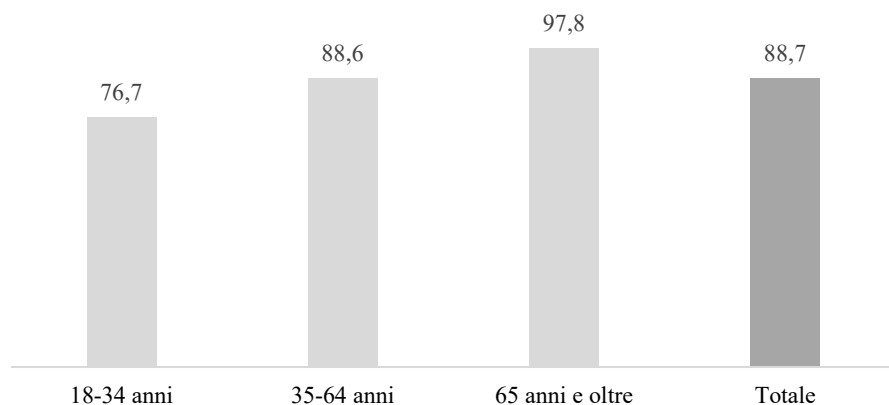
— dall'83,6% dei bassi redditi, dal 90% dei redditi medio-bassi, dal 90,9% di quelli medio-alti e dall'87,6% di quelli alti;

— dal 90,8% dei bassi titoli di studio, dall'88,9% dei diplomati e dall'87,6% dei laureati;

— dall'89,7% dei residenti nel Nord-Ovest, dal 90,5% del Nord-Est, dall'85,3% del Centro e dall'89% del Sud-Isole.

Dopo oltre 45 anni di attività, quindi, il Servizio sanitario conserva presso gli italiani una *very good social reputation* per la funzione istituzionale a cui dovrebbe assolvere, che viene percepita come appunto essenziale per la tenuta del Paese.

Fig. 12 - Italiani che ritengono che il Servizio sanitario sia un'istituzione essenziale della nostra società, per classi d'età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

6.1.2. La legittimità storica e funzionale del privato accreditato

L'apprezzamento sociale diffuso e trasversale per l'istituzione Servizio sanitario, però, deve poi scontrarsi con il fatto che esso, come più volte rilevato, ha vissuto una lunga fase di depotenziamento reale, certificata dalla rallentata crescita delle risorse a sua disposizione e anche dallo svuotamento professionale che nel tempo ha visto – ad esempio tra 2011 e 2019 – una riduzione del personale dipendente di quasi 33 mila unità, senza che l'incremento di circa 21 mila unità della fase Covid riuscisse a compensare il buco.

Inoltre, il diffuso *sentiment* di disillusione da promesse disattese radicato tra gli italiani si proietta in avanti, verso il futuro, tenuto conto dell'elevato persistente rischio di ulteriore svuotamento professionale del Servizio sanitario.

Alla luce delle attuali difficoltà strutturali della sanità, diventa indispensabile e urgente aprire una nuova fase del dibattito pubblico, andando oltre

letture stereotipate e molto tradizionali, cominciando con una sana ridefinizione dei criteri con cui nel dibattito pubblico si discute di Servizio sanitario e sanità in generale.

Così, ad esempio, troppo spesso la sanità viene letta attraverso il prisma deformante e semplificatorio che distingue gli attori sulla base della forma giuridica: pubblico, da un lato, e privato, dall'altro.

È uno schema di lettura che si sovrappone alla realtà effettiva del sistema sanitario italiano, che ormai da decenni è strutturato secondo criteri profondamente diversi, che diventano facilmente comprensibili ponendosi dal lato dei cittadini. Infatti, la più chiarificatrice delle linee di distinzione si fonda sulle caratteristiche del contributo economico dei cittadini con:

— il pubblico e il privato accreditato componenti del Servizio sanitario a cui accedere gratuitamente o, al massimo, pagando un ticket;

— il privato puro e l'intramoenia le cui prestazioni sono invece accessibili pagando tariffe o prezzi, cioè i costi a carico del cittadino utilizzatore.

È un criterio classificatorio semplice che consente a colpo d'occhio di descrivere e comprendere la reale strutturazione della sanità italiana, e invece ad esso viene sovrapposta la semplicistica e fuorviante distinzione tra pubblico e privato.

Ecco perché è utile richiamare anche un dato storico incontrovertibile: è dalla fondazione che il Servizio sanitario è un sistema misto, in cui coesistono strutture pubbliche e strutture private accreditate.

In ogni caso, la presenza del privato accreditato è un dato di fatto della sanità concretamente vissuta dagli italiani poiché, ad esempio, sul totale delle giornate di degenza in Italia il 29,8% riguarda gli ospedali di diritto privato.

Risultano poi infondati i tentativi di confinare idealmente il privato accreditato in posizioni sminuenti come, ad esempio, quello di essere composto da strutture che si occupano abitualmente solo delle patologie meno complesse e più remunerative. Infatti, un indicatore significativo della complessità delle prestazioni come il Peso medio mostra che:

— nel 2018 il valore per le strutture pubbliche era pari a 1,26, mentre per quelle del privato accreditato AIOP è pari a 1,37;

— nel 2021 i valori rispettivi sono 1,38 per il pubblico e 1,47 per il privato accreditato AIOP.

E anche i dati di un altro importante indicatore come il *Case-mix* confermano che le strutture del privato accreditato nel tempo hanno mantenuto valori più alti di quelle pubbliche. Infatti:

— nel 2018 il valore per le strutture pubbliche era 0,98, per quelle del privato accreditato AIOP è pari a 1,08;

— nel 2021 i valori rispettivi sono 0,98 per il pubblico e 1,05 per il privato accreditato AIOP¹.

Ecco un esempio paradigmatico di un discorso pubblico che continua a rifuggire dal confronto con i dati strutturali delle concrete performance che smentiscono letture fuorvianti.

Inoltre, è certificato anche il ruolo delle strutture accreditate nell'erogazione di prestazioni oncologiche in casi di tumori maligni come, ad esempio, i tumori alla mammella o il cancro all'esofago e altri ancora, per i quali esistono elevate criticità nel rapporto tra le tariffe riconosciute e la dinamica reale dei costi di produzione.

La verità è che nel fluire quotidiano della sanità, dove si tessono le relazioni con i cittadini, non c'è più spazio per una linea di demarcazione pubblico-privato all'interno del Servizio sanitario. E tale faglia è smentita via via anche dai dati strutturali, sia per la complessità dei casi trattati che per la qualità delle performance.

Per i cittadini conta la logica più semplice del dentro-fuori il Servizio sanitario, mentre nel concreto operare dei diversi attori sanitari è sempre più essenziale *certosinamente* guardare all'interno delle singole strutture, focalizzando in esse specifiche aree cliniche e relative prestazioni per enucleare i livelli di qualità minutamente diversificati.

Ad oggi, comunque, a livello macro i dati strutturali certificano che le strutture accreditate esprimono esiti migliori, ma sono frenate nell'espansione dell'offerta dai tetti.

6.2. Conoscenza del privato accreditato e criteri di scelta degli italiani

Ancora una volta è importante porsi dal punto di vista di opinioni e comportamenti dei cittadini per capire, ad esempio, il loro grado di conoscenza reale riguardo alla conformazione del Servizio sanitario.

Ciò consente di verificare se la retorica che insiste sulla dicotomia pubblico-privato, fondata sulla ragione sociale delle strutture coinvolte sia o meno egemone nella cultura sociale collettiva.

¹ Cfr. Parte seconda, paragrafo 2.6, Tabella S/30, pag. 194 e Tabella S/31, pag. 196.

In pratica, se e in che misura gli italiani conoscono e sono in grado di definire ruolo e operatività del privato accreditato. È un tema troppo spesso presentato senza attenzione al reale stato di conoscenza degli italiani, lasciato più ai pregiudizi ideologici di chi commenta che ai convincimenti sociali degli italiani.

Richiesti di indicare se fossero a conoscenza o meno di cosa siano le strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario, il 60,6% degli italiani ha risposto affermativamente, equiparandole a quelle pubbliche per modalità di accesso e utilizzo, il 17,2% le considera strutture private diverse da quelle pubbliche perché le prestazioni sarebbero pagate dai pazienti di tasca propria e il 22,2% non sa rispondere (tabb. 24 e 25).

Quasi due italiani su tre, quindi, hanno conoscenza di cosa siano le strutture sanitarie accreditate e, soprattutto, le equipara a quelle pubbliche, suggerendo implicitamente un'idea di Servizio sanitario che nulla ha a che vedere con le letture dicotomiche tra pubblico e privato.

Per la maggioranza degli italiani le strutture sanitarie accreditate sono componenti a parte intera del Servizio sanitario, come quelle pubbliche, perché l'accesso alle prestazioni avviene con modalità analoghe e anche il rapporto con il costo delle prestazioni per i cittadini è identico.

Hanno conoscenza precisa di cosa siano le strutture sanitarie accreditate e le equiparano a quelle pubbliche:

- il 51,2% dei giovani, il 72,5% degli adulti e il 46,4% degli anziani;
- il 64,3% nel Nord-Ovest, il 63,6% nel Nord-Est, il 55,3% al Centro e il 59,2% nel Sud-Isole;
- il 42,6% con al massimo la licenza media, il 61,1% con il diploma e il 68,7% con laurea;
- il 47,1% dei bassi redditi, il 62,1% dei redditi medio bassi, il 65,2% dei medio-alti e il 74% dei redditi alti.

I dati certificano che, nella cultura sociale collettiva degli italiani, il Servizio sanitario coincide con la sua forma reale, fatta di pubblico e privato accreditato. In ogni caso, sarebbe comunque opportuno diradare la confusione o addirittura la non conoscenza che coinvolge il 39,4% degli italiani.

Troppo spesso le letture pubbliche e del sapere esperto relative al Servizio sanitario restano ancora a criteri astratti e non riescono a generare chiarezza, mentre la visione dei cittadini è pragmatica perché parte dalla propria specifica esperienza di accesso e fruizione dei servizi sanitari che li porta a equiparare pubblico e privato accreditato.

Tab. 24 – Conoscenza da parte degli italiani del privato accreditato nel Servizio sanitario, per età (val. %)

<i>Lei sa cosa sono le Strutture private accreditate con il Servizio sanitario?</i>	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Sì, sono strutture private equiparate a quelle pubbliche per modalità di accesso e utilizzo	51,2	72,5	46,3	60,6
Sì, sono strutture private diverse da quelle pubbliche perché le prestazioni sono pagate dai pazienti di tasca propria	24,4	15,4	15,0	17,2
No, non lo so	24,4	12,1	38,7	22,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Tab. 25 – Conoscenza da parte degli italiani del privato accreditato nel Servizio sanitario, per titolo di studio (val. %)

<i>Lei sa cosa sono le Strutture private accreditate con il Servizio sanitario?</i>	Al più la licenza media	Qualifica o diploma	Laurea o superiore	Totale
Sì, sono strutture private equiparate a quelle pubbliche per modalità di accesso e utilizzo	42,6	61,1	68,7	60,6
Sì, sono strutture private diverse da quelle pubbliche perché le prestazioni sono pagate dai pazienti di tasca propria	16,8	18,4	15,7	17,2
No, non lo so	40,6	20,5	15,6	22,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Tenuto conto della distinzione tra pubblico e privato accreditato, esiste una propensione specifica dei cittadini nella scelta tra esse oppure prevale un criterio più generale di ricerca della qualità?

Per il 68,5% degli italiani non importa se una struttura sia pubblica o del privato accreditato, a contare è solo la qualità delle prestazioni del Servizio sanitario. Opinione molto operativa condivisa dal 68,6% dei residenti al Nord-Ovest, dal 68,5% al Nord-Est, dal 65,9% al Centro e dal 69,9% al Sud-Isole (tab. 26).

Si è dinanzi ad un risvolto ulteriore del tradizionale approccio pragmatico degli italiani che si traduce in un criterio semplice, quello della *qualità migliore* che si impone su ogni altro criterio di valutazione, incluso quello troppo spesso rilanciato della forma giuridica della struttura.

Tab. 26 – Il primato della qualità come criterio di valutazione delle strutture nel Servizio sanitario, per area geografica (val. %)

<i>Non mi importa se una struttura del Servizio sanitario sia pubblica o del privato accreditato, per me conta solo la qualità delle prestazioni</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	68,6	68,5	65,9	69,9	68,5
No	22,1	22,3	25,4	20,8	22,4
Non sa / Non risponde	9,3	9,2	8,7	9,2	9,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

Riguardo a specifiche prestazioni, al fianco della bussola della qualità sono state inserite anche eventuali preferenze per il pubblico o il privato accreditato ed è emerso che:

— *per le visite specialistiche*, il 46,2% degli italiani è indifferente alla tipologia di struttura, l'importante è che sia garantita la qualità, il 30% predilige una struttura pubblica (non importa se ospedale o ambulatorio) e il 23,8% una struttura del privato accreditato;

— *per gli accertamenti diagnostici*, per il 44,2% nella scelta conta solo la qualità, il 32,4% predilige una struttura pubblica e il 23,4% una struttura accreditata;

— *per i ricoveri ordinari*, il 42,1% richiama la qualità come criterio di scelta, il 38,6% predilige le strutture pubbliche e il 19,3% quelle private accreditate.

Anche per le prestazioni specifiche, quindi, il criterio primario di riferimento per le persone è la ricerca della qualità, indipendentemente dalla forma giuridica della struttura.

Le persone poi tendono a dividersi in termini di preferenza tra pubblico e privato accreditato, ma quel che spicca è la legittimità piena di quest'ultimo nella percezione degli italiani, in linea con il dato storico visto che, dall'ospedalità all'ambulatoriale, esso è componente costitutivo del Servizio sanitario sin dalla sua istituzione.

Nella cultura sociale collettiva degli italiani in questa fase il Servizio sanitario deve garantire la qualità delle prestazioni ed è pensato come un'istituzione plurale, in cui coesistono attori diversi senza gerarchie, perché per gli italiani pubblico e privato accreditato sono equiparati.

Il privato accreditato non è figlio di un dio minore, ma una delle soluzioni in campo del Servizio sanitario impegnata, come il pubblico, a rispondere alla domanda di qualità degli italiani.

Le ragioni che, secondo gli italiani, spiegano la positiva possibilità di effettuare prestazioni sanitarie presso il privato accreditato confermano ulteriormente, dal lato della percezione degli italiani, gli effetti della sua consolidata presenza e quindi la sua legittimità sociale di fatto, al di là delle letture semplificatorie. Infatti (tab. 27):

— il 55,6% degli italiani lo reputa una necessità per le difficoltà del pubblico di rispondere in tempi appropriati alla domanda di prestazioni dei cittadini;

— il 24,7% una modalità efficace per ampliare l’offerta, garantendo standard qualitativi equivalenti;

— il 24,3% lo ritiene un positivo ampliamento della libertà di scelta del cittadino;

— il 14,9% un modo per innalzare la qualità complessiva del Servizio sanitario.

Tab. 27 – Opinioni degli italiani sulla possibilità che si ha nel Servizio sanitario di effettuare prestazioni sanitarie presso strutture del privato accreditato, per età (val. %)

<i>Secondo lei, l’opportunità di poter effettuare prestazioni sanitarie presso strutture private accreditate con il Servizio sanitario è:</i>	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Una modalità efficace per ampliare l’offerta, garantendo standard qualitativi equivalenti	30,7	28,1	14,5	24,7
Un positivo ampliamento della libertà di scelta del cittadino	25,1	24,8	22,9	24,3
Una necessità, per le difficoltà del “pubblico” di rispondere in tempi appropriati alla domanda di prestazioni dei cittadini	54,6	59,3	49,9	55,6
Un modo per innalzare la qualità complessiva del SSN	20,8	16,4	7,8	14,9
Altro	1,2	2,1	12,9	5,0
Nessuna di queste	6,9	5,4	12,4	7,7

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis, 2023

La conoscenza precisa del privato accreditato rende le persone più convinte della sua necessità come soluzione per ampliare l'offerta e rispondere in tempi appropriati alla domanda di prestazioni dei cittadini. Condivide infatti tale idea il 61,6% degli italiani che sanno cosa sia il privato accreditato rispetto al 54,8% di coloro che non ne hanno conoscenza.

In generale, comunque, ancora una volta colpisce l'approccio pragmatico degli italiani che in netta maggioranza vedono nel privato accreditato la modalità più rapida ed efficace per espandere l'offerta del Servizio sanitario in una fase in cui è evidente il suo gap rispetto alle dinamiche della domanda.

La volontà di vedere *presto e bene* ampliata l'offerta è l'esito di un contesto in cui le difficoltà di accesso al Servizio sanitario sono consustanziali alla vita ordinaria e poi diventano particolarmente penose in momenti specifici, quando si generano picchi di domanda sanitaria, come accadde in modo drammatico durante il periodo del Covid e come accade ciclicamente, ad esempio, durante le stagioni influenzali.

In fondo, nell'ordinario sono le liste di attesa che, allungandosi, allentano la pressione della domanda sulle strutture, ma in situazioni sanitarie particolari con picchi di domanda di persone che ritengono di dover accedere alle prestazioni con un certo grado di urgenza, il gap tra domanda e offerta sanitaria si concretizza nell'intasamento e relativo allungamento dei tempi di accesso ai Pronto Soccorso.

È quanto in alcune Regioni è accaduto nella fase finale dell'anno trascorso con un picco improvviso di accessi ai Pronto Soccorso causate da influenze e varianti del Covid.

L'idea del privato accreditato come soluzione rapida e necessaria per ampliare l'offerta di prestazioni sanitarie è condivisa dal 55,8% dei residenti al Nord-Ovest, dal 57,7% al Nord-Est, dal 56,5% al Centro e dal 53,8% al Sud-Isole.

Quote analoghe sono trasversali ai gruppi sociali, a testimonianza di un sentire comune che vede la materialità delle opportunità di ampliamento dell'offerta in una fase in cui la sua inadeguatezza quantitativa è altamente visibile.

Ma il ricorso al privato accreditato non è assolutamente percepito come una soluzione al ribasso, perché per gli italiani il criterio guida di ogni scelta è la qualità, e pertanto l'indicazione di utilizzare il privato accreditato come soluzione più tempestiva per espandere l'offerta del Servizio sanitario viene effettuata a partire dalla convinzione che le strutture accreditate sono in grado di garantire una qualità di prestazioni in linea con le aspettative dei cittadini.

L'analisi dei dati consente di fissare alcune convinzioni degli italiani rispetto al privato accreditato nel Servizio sanitario che sono molto rilevanti per l'attuale periodo storico e per affrontare talune delle criticità emerse. In particolare, gli italiani:

- lo equiparano al pubblico;
- lo considerano la leva migliore con cui *qui e ora* sarebbe possibile ampliare l'offerta del Servizio sanitario, contribuendo ad ammortizzare le attuali difficoltà di accesso;
- ne apprezzano la capacità di garantire un'elevata qualità delle prestazioni, in linea con il criterio fondamentale delle scelte degli italiani nel rapporto con la salute.

In pratica, il privato accreditato è in questa fase, per gli italiani, la modalità più efficace, veloce, praticabile, in linea con l'alta qualità attesa, per aumentare l'offerta in modo da alleviare le difficoltà di accesso al Servizio sanitario, rallentando l'esodo forzato verso la sanità a pagamento tra privato puro e *intramoenia*.

Ecco un punto di vista che scarta rispetto alle già citate visioni semplificatorie che tendono a leggere la sanità lungo l'asse pubblico-privato, laddove invece per gli italiani prevale l'internità al Servizio sanitario e le modalità con cui i cittadini sono chiamati ad affrontare i costi.

6.3. Far coesistere efficienza e qualità: una virtù da riconoscere

In una fase storica segnata dalla necessità di espandere largamente in maniera strutturale la spesa sanitaria pubblica, non può restare in seconda battuta, come problema marginale, la capacità degli operatori di utilizzare al meglio le risorse.

In fondo, se il Servizio sanitario è stato depotenziato, tuttavia il suo rilancio non potrà avvenire solo ed esclusivamente a partire da un incremento delle risorse pubbliche a sua disposizione, ma richiede la messa in campo della capacità di massimizzare il valore generato dalla spesa stessa.

Solo così potrà prevalere una logica di investimento, in linea con le convinzioni prevalenti tra gli italiani che nelle risorse pubbliche messe in sanità vedono un investimento piuttosto che un costo.

Insistere su questo aspetto è importante, altrimenti è facile immaginare che di fronte ad un utilizzo non oculato delle risorse pubbliche e vista la fe-

roce competizione per averle tra settori diversi, si torni ancor più velocemente al tempo della finanza stretta per la sanità.

Ecco perché è fondamentale, anche nel Servizio sanitario, osservare le capacità operative dei principali attori e non si può non rilevare che il privato accreditato e, nello specifico, le strutture ospedaliere private sono in grado di mettere in campo una serie di risorse altamente utili per gli obiettivi indicati.

Di certo gli indicatori confermano che hanno un'attitudine a *fare meglio con meno o a fare di più con le stesse risorse*.

Non è una postura economicista quella di sottolineare, in questa fase, l'importanza della capacità di garantire prestazioni di più alta qualità con una gestione più efficiente delle risorse utilizzate.

Qualità ed efficienza possono andare nella stessa direzione e coesistere, se le strutture operative sono in grado di agire al meglio. In questo senso, è importante sottolineare i dati semplici che mostrano come, ad esempio, le strutture ospedaliere private incontrano buona soddisfazione dai cittadini e, al contempo, come evidenziato, una quota pari al 29,8% delle prestazioni ospedaliere, assorbendo il 13% della spesa ospedaliera totale.

È evidente che vincolare la capacità di offerta di soggetti che hanno dimostrato di saper far coesistere qualità ed efficienza significa forzatamente bloccare un processo che, se lasciato svilupparsi nella sua spontanea autonomia, potrebbe avere effetti benefici sull'intero sistema ospedaliero e, più in generale, sanitario.

In pratica, vincolando l'offerta del privato accreditato oggi, allo stato dei fatti, si rimuove o limita un fattore di incentivazione alla buona gestione delle risorse sanitarie.

Infatti, è possibile immaginare anche una sorta di sua funzione di stimolo rispetto agli attori ospedalieri pubblici laddove quest'ultimi fossero costretti ad operare fuori dagli attuali ripari, contando sul fatto che il privato accreditato non può ampliare la sua offerta oltre certi limiti.

Promuovere un uso più oculato e razionale delle risorse significa anche dare spazio e opportunità ai soggetti che sono portatori delle competenze e delle capacità operative conseguenti.

Nell'immediato, quindi, sarebbe importante orientare le scelte in sanità anche in ambito regolatorio, a partire dai dati concreti che emergono dal rapporto che quotidianamente gli italiani hanno con la sanità.

Quel che dovrebbe sempre più contare è la sanità vista e vissuta dagli italiani, in cui visibilmente non ci dovrebbe essere spazio per sprechi, inefficienza, utilizzi meno razionali delle risorse.

Obiettivo sociale desiderabile è, infatti, in questa fase storica quella di veder confluire più risorse pubbliche nel Servizio sanitario per mettere in

movimento quei soggetti che, al di là della ragione giuridica, più si mostrano in grado di produrre prestazioni di più alta qualità con le risorse disponibili.

In questo senso l'irrazionalità dei tetti e dei vincoli all'espansione dell'offerta sanitaria da parte del privato accreditato non fa altro che procrastinare il ricorso ad una soluzione che nell'immediato consentirebbe di ridurre la domanda razionata, con anche l'immissione nel sistema di offerta di una dose più alta di razionalità economica nell'utilizzo delle risorse.

7. Volti e conseguenze della spesa sanitaria

7.1. Numeri per capire

7.1.1. Dinamiche nel tempo

Una delle trasformazioni maggiori della vita economica e sociale che le famiglie italiane hanno dovuto affrontare nel tempo, e che è ormai pienamente visibile, consiste nell'incremento della spesa di tasca propria che devono affrontare in ambito sanitario.

Elaborazioni Censis su dati Istat mostrano che nel 2022 essa è stata pari a 42,2 miliardi di euro, vale a dire oltre 700 euro di spesa media pro-capite annua *per famiglia*.

La spesa sanitaria privata pro-capite è in crescita da almeno un decennio, salvo il rallentamento, per ragioni oggettive, del 2020, in cui si è concentrata la fase più acuta dell'emergenza sanitaria.

Più in concreto, dal 2012 al 2022, la spesa sanitaria privata pro-capite è cresciuta del 21,1%, di fronte al +9,3% di quella pubblica. Suddividendo il periodo considerato in due fasi emerge che (tab. 28):

— nel 2012-2019, essa ha registrato un +10,5% mentre quella pubblica è aumentata dell'1,3%;

— nel 2019-2022, che include la fase di emergenza sanitaria, la spesa privata ha continuato la sua ascesa con +9,6%, anche se quella pubblica ha avuto un balzo del 7,9%.

I primi dati disponibili mostrano che la spesa sanitaria privata al 2023 si attesta sui 43 miliardi. Il rialzo della spesa sanitaria pubblica è stato indotto dapprima dalla necessità di finanziare i costi dell'emergenza Covid e, poi, dall'inflazione dei costi energetici e relative conseguenze. In ogni caso, quel che è certo è che le famiglie italiane, pur con budget in tensione a causa dell'inflazione, hanno dovuto affrontare più alti costi per la sanità.

Tab. 28 – Evoluzione della spesa sanitaria pubblica e privata delle famiglie in Italia (*), 2012-2022

Anni	Spesa sanitaria (*) (mln. euro)			Spesa sanitaria pro-capite (euro)		
	Pubblica	Privata (delle famiglie)	Totale pubblica e privata (delle famiglie)	Pubblica	Privata (delle famiglie)	Totale pubblica e privata (delle famiglie)
<i>V.a. in milioni di euro correnti</i>						
2012	108.570	32.950	141.520	1.801	547	2.348
2022	131.137	42.231	173.368	2.223	716	2.939
<i>Var. % reale</i>						
2012-2022	6,9	18,5	9,3	9,3	21,1	11,7
2012-2019	0,2	9,3	1,9	1,3	10,5	3,0
2019-2022	6,7	8,4	7,3	7,9	9,6	8,5

(*) Serie annuali dei conti della protezione sociale (ed. ottobre 2023) e contabilità nazionale (ed. marzo 2024); la spesa privata si riferisce alle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Sono da richiamare anche variazioni più recenti che riguardano, appunto, il livello del finanziamento del Servizio sanitario, poiché con Legge di Bilancio 2024 si è registrato un incremento di oltre 5,3 miliardi rispetto a precedenti previsioni con un totale di 133,4 miliardi di euro per il 2024.

La dinamica crescente del livello di finanziamento del Servizio sanitario dovrebbe proseguire anche per il 2025, con 134,7 miliardi, e per il 2026 con 134,9 miliardi di euro.

Alla luce degli aumenti nel finanziamento emerge che, partendo dagli importi tendenziali indicati nella *NADEF* e aggiungendovi proprio il maggiore finanziamento assicurato dalla Legge di Bilancio, la spesa sanitaria corrente sul Pil italiano nel 2024 dovrebbe essere pari a 6,4%, vale a dire il livello del 2019, ultimo anno pre-Covid. In ogni caso in prospettiva, per il 2026 la spesa sanitaria pubblica come quota del Pil dovrebbe subire una lieve flessione che la porterebbe al 6,3%.

7.1.2. Cosa comprano le famiglie

La rincorsa in alto della spesa sanitaria privata degli italiani è iniziata molto tempo fa e, pur con variazioni periodiche di ritmo e intensità e, presu-

mibilmente, anche di significato sociale, essa si è andata imponendo come una costante del nostro tempo.

Il sogno di una sanità estranea ai budget familiari perché coperta dalla vocazione universalistica del Servizio sanitario, ha lasciato il posto alla prosaica realtà di flussi di uscita dai budget familiari che via via sono diventati significativi, permanenti e, soprattutto, ineludibili perché legati a esigenze sanitarie necessarie a cui dare risposte appropriate.

Gli oltre 42 miliardi di euro di spesa sanitaria privata possono essere suddivisi in alcune voci quali:

— prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico, pari a 15,5 miliardi di euro, con un incremento del +10,1% tra 2012 e 2022;

— servizi ambulatoriali, pari a 21,1 miliardi di euro e un balzo del +31,9% reale nel 2012-2022;

— servizi ospedalieri, pari a 5,6 miliardi di euro, e +0,1% nel periodo 2012-2022.

È una tripartizione della spesa sanitaria privata che, nelle sue proporzioni, è rimasta parzialmente stabile nel tempo, con una crescita di quella per servizi ambulatoriali, arrivata a rappresentare poco meno della metà del totale.

È chiaro che è una spesa che sicuramente avrà al suo interno anche aree di inappropriatazza, ma visibilmente, per la gran parte, essa è indotta dalle largamente citate difficoltà di accesso al Servizio sanitario e dall'obbligo di ricorrere a risorse proprie per accedere in tempi rapidi ad accertamenti e visite specialistiche nel privato puro o nell'*intramoenia*.

In pratica, a questo stadio, non è possibile scindere la dinamica della spesa privata dalle difficoltà crescenti di accesso al Servizio sanitario e dall'evidente ritmo rallentato di incremento della spesa sanitaria pubblica e, quindi, dell'ammontare di servizi e prestazioni che riesce a garantire rispetto ai fabbisogni sanitari che, come più volte evidenziato, sono in rapido incremento per effetto di una molteplicità di fattori, a cominciare dall'invecchiamento della popolazione.

Quel che è di grande interesse è la percezione dei cittadini rispetto a questa dinamica penalizzante per i propri budget. In fondo, l'aumento della spesa sanitaria privata è un altro volto della più generale erosione della capacità del Servizio sanitario di garantire risposte ai fabbisogni sanitari e assistenziali dei cittadini.

7.2. Il rinnovato fardello per i cittadini

7.2.1. Il racconto dei cittadini

Quale percezione hanno gli italiani della loro concreta esperienza di rapporto con l'evoluzione della spesa privata per la salute? È un tema decisivo perché consente di connettere direttamente le problematiche legate al Servizio sanitario con le loro conseguenze socioeconomiche e sulla coesione sociale.

Il 61,6% degli italiani dichiara che in un anno è aumentata nel proprio budget la spesa sanitaria di tasca propria per visite, farmaci, ecc. Sebbene tale spesa includa anche l'esborso per i ticket, la quota più rilevante è quella per l'acquisto di prestazioni nel privato puro e nell'*intramoenia*.

Dichiarano di avere subito incrementi di spesa sanitaria a proprio carico il 59,9% delle persone a basso reddito, il 63,2% di quelle a reddito medio-basso, il 62,5% a reddito medio-alto ed il 57,1% di quelle a reddito più alto (fig. 13).

Di certo nell'anno trascorso si è avuta tra gli italiani più spesa sanitaria privata per tutti, ma visibilmente i redditi meno alti, rispetto al passato recente, ritengono di essere stati chiamati più che in passato a pagare sanità di tasca propria.

D'altro canto, è probabile che quote significative delle persone a più alto reddito già da tempo si siano adattate all'acquisto con risorse proprie di prestazioni dal privato puro o dall'*intramoenia*.

Sono alle prese con il rialzo della spesa sanitaria di tasca propria:

— il 57,2% nel Nord-Ovest, il 56,4% nel Nord-Est, il 63,7% al Centro e il 66,9% al Sud-Isole;

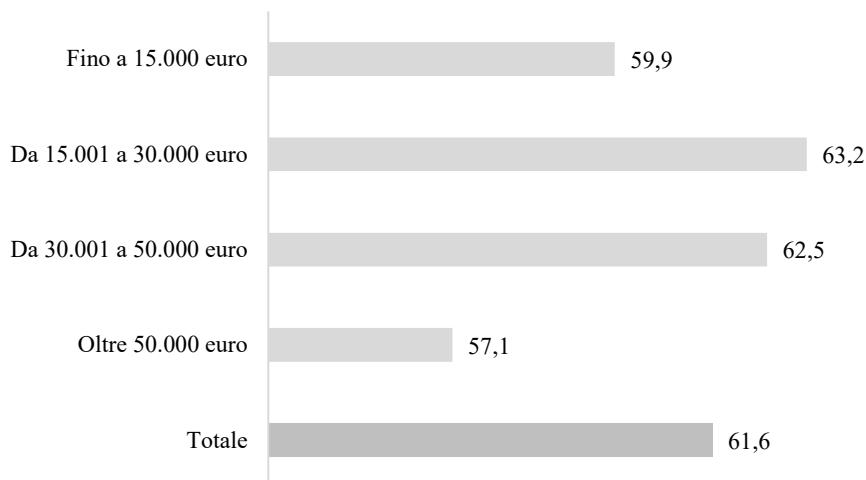
— il 55,8% dei giovani, il 66,8% degli adulti e il 56,4% degli anziani;

— il 55,4% delle persone a bassa scolarità, il 63,1% con diploma e il 62,4% con laurea;

— il 74,3% delle famiglie con non autosufficienti ed il 68,4% di quelle con figli minori.

Se le difficoltà di accesso al Servizio sanitario si impongono automaticamente come la ragione oggettiva di questo shift di spesa verso le famiglie, è interessante analizzare nella percezione soggettiva degli italiani le ragioni di questo fardello che preme sui loro budget.

Fig. 13 – Italiani a cui negli ultimi dodici mesi è aumentata la spesa sanitaria privata di tasca propria, per reddito familiare (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2023

Il 77,6% degli italiani attribuisce l'aumento di spesa privata all'incremento del costo dei farmaci e delle prestazioni che paga di tasca propria, nel privato puro o nell'*intramoenia*; il 65,2% alla necessità di ricorrere in misura maggiore al privato o all'*intramoenia* pagando di tasca propria e il 56,6% al fatto che ha dovuto fare più visite, esami, acquistare più farmaci (tab. 29).

Pertanto, nella percezione degli italiani il rialzo di spesa sanitaria privata è dovuto sostanzialmente ad una forbice che si è stretta con due lame quali:

— la necessità di ricorrere alla sanità a pagamento più che in passato, viste le difficoltà di accesso al pubblico;

— il rialzo del prezzo delle prestazioni da parte di quest'ultima, in linea con la più generale ondata inflazionista. In questo senso, anche il rialzo dei costi dei farmaci che le persone acquistano a proprio carico ha contribuito al rialzo di spesa sanitaria percepita dagli italiani.

Meno rilevante, come ragione dell'aumento della spesa privata, ma comunque presente, è l'aumento della domanda, cioè la necessità soggettiva di dover ricorrere di più che in passato alla sanità, per la tutela della propria salute.

Trasversalmente ai gruppi sociali ed alle macroaree geografiche di residenza, come cause principali del rialzo della spesa sanitaria privata sono indicati l'aumento del costo delle prestazioni e la necessità di ricorrere più che in passato alla sanità a pagamento.

Tab. 29 – Italiani che, negli ultimi 12 mesi, hanno incrementato la spesa sanitaria “di tasca propria”, per motivazione dell’incremento e classe d’età (val. %)

<i>Se la spesa sanitaria “di tasca propria” è aumentata, ciò è dipeso soprattutto dal fatto che:</i>	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Ha dovuto fare più visite/esami, ecc. o comprare più medicine	54,2	58,1	55,1	56,6
È ricorso maggiormente al privato o all' <i>intramoenia</i> , pagando di tasca propria	67,4	68,0	58,0	65,2
È aumentato il costo delle medicine e delle prestazioni che paga di tasca propria (<i>intramoenia</i> e/o privato puro)	70,6	79,1	79,5	77,6

Fonte: indagine Censis, 2023

La necessità di acquistare più che in passato prestazioni sanitarie pagandole di tasca propria, saldandosi all'aumento dei prezzi delle stesse prestazioni, ha avuto l'effetto di uno *choc* sociale sugli italiani, che sentono che quote significative di spesa per la tutela della salute sono a loro carico, proprio quando i loro budget sono sotto la pressione di un rialzo generalizzato dei prezzi, anche di beni e servizi di consumo *basic*.

Quali le conseguenze operative sulla capacità di spesa delle famiglie (tab. 30)?

Il 36,9% degli italiani ha rinunciato alle altre spese per sostenere quelle sanitarie: è il 50,4% tra i redditi bassi, il 40,5% tra quelli medio-bassi, il 27,7% tra quelli medio-alti e il 22,6% tra quelli alti.

I dati consentono di parlare di una regressività sociale feroce delle spese private per la salute, poiché oltre la metà delle famiglie a basso reddito che non riescono ad accedere al Servizio sanitario e devono rivolgersi alla sanità a pagamento, per sostenere le spese deve tagliarne altre di tipo diverso. Che la spesa sanitaria privata eserciti un effetto di colossale regressività sociale è reso evidente dal fatto che tra i redditi bassi la quota di persone che per coprire spese sanitarie deve tagliarne altre è pari a oltre il triplo rispetto ai redditi più alti.

Altro effetto dello shift di spesa sanitaria delle famiglie consiste nel fatto che il 29,1% degli italiani, per il costo troppo elevato delle prestazioni o dei

farmaci o, comunque, per il suo peso elevato per il proprio budget, si è dovuto astenere o ha rinviato l'acquisto.

Tab. 30 – Conseguenze dell'aumento della spesa sanitaria privata sugli italiani coinvolti, per reddito familiare (val. %)

<i>Negli ultimi 12 mesi...</i>	Fino a 15.000 euro	Da 15.001 a 30.000 euro	Da 30.001 a 50.000 euro	Oltre 50.000 euro	Non indica	Totale
Ha rinunciato ad altre spese per sostenere quelle sanitarie	50,4	40,5	27,7	22,6	38,7	36,9
Ha dovuto rinunciare a cure o posticiparle a causa del costo troppo elevato	42,0	32,6	22,2	14,7	27,8	29,1

Fonte: indagine Censis, 2023

In particolare, si tratta di farmaci oppure di visite specialistiche e accertamenti quasi sempre in fase di diagnosi o di follow up, e quindi di scelte che rischiano poi di portare a situazioni in cui eventuali patologie sono individuate ad uno stadio più avanzato e, dal punto di vista economico, con effetti di maggior spesa per cittadini e Servizio sanitario.

Sono ulteriori indicazioni della straordinaria regressività della spesa sanitaria privata poiché l'astenersi dalle prestazioni o il rinvio delle stesse coinvolge il 42% dei bassi redditi, il 32,6% dei redditi medio-bassi, il 22,2% di quelli medio-alti e il 14,7% di quelli più alti. Trova più o meno conferma il fatto che tra i redditi bassi la quota che deve astenersi o rinviare prestazioni sanitarie è pari a circa il triplo rispetto ai redditi alti.

I fenomeni indicati coinvolgono le quattro macroaree con qualche diversità poiché:

— ha dovuto rinunciare ad altre spese per sostenere quelle sanitarie il 31,2% al Nord-Ovest, il 30,9% al Nord-Est, il 36,1% al Centro e il 45,5% al Sud-Isole;

— ha dovuto astenersi o rinviare l'acquisto di prestazioni o farmaci per il costo troppo elevato il 22,3% al Nord-Ovest, il 25,6% al Nord-Est, il 27,1% al Centro e il 37,7% al Sud-Isole.

La regressività sociale della mancata copertura da parte del Servizio sanitario è territorialmente diffusa, con un impatto maggiore tra i cittadini del Sud-Isole.

7.2.2. Più spesa privata, più disparità sociali

L'analisi del rapporto degli italiani con la spesa privata non fa che confermare una serie di fenomeni che nascono dalla fragilizzazione evidente del Servizio sanitario e poi impattano anche sulla società e le sue dinamiche.

Laddove viene meno la copertura del Servizio sanitario si genera la necessità di ricorrere alla sanità a pagamento con risorse proprie, con effetti dirompenti sulla coesione sociale, poiché a subire di più la pressione sul budget familiare sono le persone con una condizione economica più fragile, costrette più degli altri a decidere se tagliare altre spese per finanziare quelle sanitarie oppure astenersi, rinviando l'acquisto delle prestazioni o dei farmaci di cui si avrebbe bisogno.

Sono le manifestazioni molto concrete del ritorno del costo del rischio sociale legato alla salute in carico alle famiglie, che genera tra gli italiani la sensazione di non sentirsi più tutelati come in passato, unita alla percezione di una profonda disuguaglianza sociale.

La priorità del rilancio del Servizio sanitario, a cominciare da un'espansione della sua capacità di offrire prestazioni in linea con la dinamica quantitativa della domanda, è imposta non solo dalla superiore e costituzionale necessità di garantire la tutela della salute a tutti ovunque, ma da una priorità sociale che sta diventando stringente poiché la *sanità per censo* è anche un formidabile moltiplicatore di disparità sociali.

Non riportare il Servizio sanitario ad una capacità di offerta di prestazioni adeguata alle esigenze reali e appropriate dei cittadini significa rischiare che ordinarie differenze sociali si trasformino rapidamente in distanze e, senza opportuni interventi, in vere e proprie fratture.

I dati mostrano che nel processo di ampliamento delle disparità sanitarie sono coinvolte la dimensione socioeconomica, con i gruppi sociali più vulnerabili che vivono il rialzo della spesa sanitaria come uno choc, e quella territoriale, con una maggiore esposizione dei contesti territoriali in cui il Servizio sanitario è presumibilmente più in difficoltà.

7.3. Più quantità e più qualità per la spesa pubblica sanitaria

7.3.1. Tante ragioni

Le dinamiche delle due componenti di spesa sanitaria, pubblica e privata, non sono ovviamente speculari e tuttavia emerge evidente il nesso forte che esiste tra, da un lato, la dinamica rallentata del finanziamento pubblico nel tempo e del ritmo di crescita dell'offerta del Servizio sanitario e, dall'altro lato, l'obbligo per le persone in cerca di prestazioni di utilizzare risorse proprie per saltare le liste di attesa e ridurre i tempi di accesso.

È evidente l'interesse collettivo della società italiana a spendere di più e meglio per il Servizio sanitario. E sono molteplici le ragioni a supporto di questa esigenza collettiva, tanto che è facile ipotizzare una larga *social acceptance* per quelle soluzioni che riusciranno a farsi riconoscere come efficaci rispetto all'obiettivo di *più quantità e più qualità* della spesa sanitaria per il Servizio sanitario.

D'altro canto, occorre ricordare che negli anni scorsi il pilastro delle promesse per una sanità migliore era proprio l'annunciata fine dell'epoca delle risorse scarse per il Servizio sanitario, vale a dire la fine della dinamica rallentata di crescita o addirittura di taglio reale della spesa sanitaria pubblica.

La comparazione internazionale certifica il deficit di spesa italiano rispetto a Paesi omologhi che, peraltro, hanno anche sistemi sanitari meno performanti di quello italiano. Anche questo gap è un'argomentazione ulteriore a supporto dell'idea che la spesa sanitaria pubblica ha bisogno di un'espansione significativa, come punto di partenza per una stagione realmente nuova della sanità italiana.

Dati Ocse relativi al 2022 espressi in valori pro-capite in dollari PPA, che consentono la comparazione internazionale tra Paesi diversi, indicano che, mentre in Italia la spesa sanitaria pubblica è pari a 3.255 dollari, in Germania vale 6.930 dollari, cioè il 112,9% in più, in Francia 5.622 dollari con +72,8%, in Svezia 5.525 dollari con +69,8% e nel Regno Unito 4.479 dollari con +37,6% (tab. 31).

Sono, come rilevato, gap notevoli che esprimono impressivamente l'urgenza per il nostro Paese di potenziare la spesa sanitaria pubblica, non solo per recuperare il definanziamento prolungato che lo ha portato in visibile affanno alla sfida del Covid, ma per ampliare le opportunità di cura per i cittadini relativamente ai nuovi fabbisogni.

Tab. 31 – Spesa sanitaria pubblica (*) pro capite nei principali Paesi dell’Ocse, 2022
(dollari PPA)

	v.a.
Germania	6.930
Francia	5.622
Svezia	5.525
Regno Unito	4.479
Italia	3.255

(*) Amministrazioni pubbliche e assicurazioni sanitarie obbligatorie.

Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

7.3.2. Investire in sanità conviene

È ampiamente condivisa nella cultura sociale collettiva l’idea che la spesa sanitaria pubblica non può e non deve essere considerata come un costo, piuttosto come un investimento.

E che, come tale, è in grado di generare una redditività nel tempo che va molto oltre la produzione di buona salute per le persone, perché ha anche effetti economici virtuosi, generando un’onda che attraversa il sistema produttivo, creando domanda spendibile per i vari settori produttivi via via coinvolti e generando così nuova occupazione.

In pratica, la spesa sanitaria pubblica ha un effetto economico che la rende efficiente ed efficace e consente di attivare un significativo moltiplicatore del valore economico, oltre che di quello sociale, visto che, ad esempio, consente la creazione di nuova occupazione in sanità e in altri settori.

È altrettanto evidente a questo stadio che l’aumento del finanziamento corrente alla sanità ha assoluto bisogno anche di un salto di qualità nell’utilizzo delle risorse, vale a dire nella massimizzazione del valore creato per unità monetaria investita.

Non è solo un problema di più risorse, ma di oculato ed efficiente impiego di esse. Infatti, in situazioni di difficoltà come quella attuale, gli sprechi e le inapproprietezze sono socialmente percepiti come inaccettabili, rendendo quindi ancor più stringente l’esigenza di ben utilizzare le risorse pubbliche che sono messe in movimento.

Ecco perché è indispensabile che nelle culture gestionali e professionali del sistema sanitario si accolga senza resistenza la necessità di ben spendere le risorse, cominciando con il riconoscere il ruolo degli attori che all’interno

del Servizio sanitario sono in grado di utilizzare al meglio le risorse pubbliche investite. Il buon utilizzo non è nemico dell'incremento delle risorse, anzi sono due lame di una stessa forbice, poiché gli sprechi nel tempo tendono a delegittimare determinate destinazioni delle risorse pubbliche.

È in questa ottica che occorre sottolineare come sia interesse della collettività non ricorrere a vincoli irrazionali, come nel caso di quello a lungo applicato, ad esempio, all'offerta delle strutture del privato accreditato, da sempre componente attiva e legittima del Servizio sanitario che ha mostrato oculatezza e razionalità nell'impiego delle risorse pubbliche e che sarebbe in grado di contribuire ad espandere l'offerta del Servizio sanitario.

Certo che le strutture private hanno anche la mission di realizzare margini che remunerano il capitale, oltre che pagare il lavoro e altri fattori produttivi, ma resta l'irrazionalità di una scelta sociopolitica che vincola le potenzialità di produzione di prestazioni, laddove il dispiegarsi della loro azione genererebbe un evidente beneficio sociale in termini di maggiori prestazioni a costi unitari più contenuti, con un taglio radicale di sprechi.

La finalità di garantire prestazioni di qualità in tempi appropriati ai cittadini e la tutela della salute a tutti ovunque, senza discriminazione, difficilmente può concretizzarsi se, nella materialità quotidiana del rapporto tra cittadini e Servizio sanitario, quest'ultimo non è in grado di erogare le prestazioni necessarie.

L'esistenza di potenzialità espansive dell'offerta tempestivamente attivabili rendono evidente l'assoluta irrazionalità di vincoli che bloccano, a prescindere, proprio quella capacità di ampliamento dell'offerta.

E l'irrazionalità è ancor maggiore se il soggetto che dovrebbe espandere la propria offerta di prestazioni ha dimostrato nel tempo, oltre ogni ragionevole dubbio, di saper applicare logiche di economicità e di buona gestione delle risorse che gli sono erogate.

7.3.3. *La social acceptance per più spesa pubblica per la sanità*

Guardando alla spesa sanitaria pubblica in questa fase storica, emerge un elevato consenso sulla necessità di aumentarla in modo consistente: ne è convinto il 75,2% degli italiani (tab. 32). E in particolare:

— il 77,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 75,1% al Nord-Est, il 72,5% al Centro e il 75,2% al Sud-Isole;

— il 70,5% dei bassi redditi, il 75,6% di quelli medio-bassi, l'80% di quelli medio-alti e il 74,7% di quelli alti;

— il 67,7% dei giovani, il 74,7% degli adulti e l'81,6% degli anziani.

È un'esigenza collettiva trasversale ai gruppi sociali, che riscuote un consenso molto alto e che non può non colpire in una fase in cui, comunque, su grandi temi sociopolitici di solito tende a prevalere una frammentazione di punti di vista, spesso l'un contro l'altro armati.

L'ampio consenso all'incremento della spesa sanitaria pubblica è il riflesso, nella cultura sociale collettiva, della sperimentata consapevolezza che esiste un ampio divario quantitativo tra i fabbisogni sanitari e le prestazioni di cui le persone avrebbero bisogno e la concreta capacità del Servizio sanitario di garantirle.

Tab. 32 – Italiani convinti che occorra aumentare in modo consistente la spesa sanitaria pubblica, per area geografica (val. %)

<i>Secondo lei, va aumentata in modo consistente la spesa sanitaria pubblica?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	77,4	75,1	72,5	75,2	75,2
No	13,0	12,6	17,5	13,8	14,1
Non sa / Non risponde	9,7	12,3	10,0	11,0	10,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

È l'esito dell'esperienza socialmente diffusa che l'ammontare complessivo di prestazioni sanitarie erogabili dal Servizio sanitario è inadeguato rispetto alla domanda effettiva che dovrebbe trovare risposta.

C'è inoltre la percezione dell'asimmetria esistente tra la domanda per specifici servizi e prestazioni e l'offerta realmente disponibile, gap che richiederebbe una ridefinizione della composizione dell'offerta o, almeno, un potenziamento particolarmente robusto per talune prestazioni.

Ecco perché è prioritario rispondere all'urgenza di espandere l'offerta sanitaria, focalizzando anche i settori in cui l'urgenza è ancora maggiore.

E invece a questo stadio si è costretti a rilevare che gli ostacoli imposti all'offerta, inclusi i tetti di spesa che costellano il sistema, portano alla surreale coesistenza tra una potenziale capacità aggiuntiva di offerta di prestazioni e una quota di domanda inevasa che, laddove diventa urgente, si trasforma o in accessi via via intasati ai Pronto Soccorso o in domanda aggiuntiva per il privato puro.

È un meccanismo autolesionista che parte dal lento andare della spesa sanitaria pubblica, transita per i tetti imposti ai soggetti che potrebbero espan-

dere qui e subito l'offerta sanitaria e arriva alla generazione di domanda inevasa costretta rivolgersi agli attori della sanità a pagamento.

C'è ovviamente anche la mobilità sanitaria interregionale, che significa che l'inadeguatezza quantitativa o qualitativa del Servizio sanitario di una Regione alimenta flussi in uscita verso altre Regioni con relativa compensazione economica.

È così che si arriva al paradosso di Regioni, a cui è impedito di espandere la propria offerta ricorrendo ad operatori che garantirebbero un impiego razionale e oculato delle risorse, e che invece, tramite la mobilità sanitaria dei propri cittadini, finanziano le sanità di altre Regioni. Il caso estremo è quello delle Regioni in piani di rientro, alle prese per anni con ristrutturazioni obbligate della propria sanità, impossibilitate ad ampliare l'offerta per ragioni economiche e, tuttavia, al contempo, costrette a metter mano alle proprie risorse per finanziare di fatto le sanità delle Regioni ove propri residenti si recano per curarsi. In pratica, la sanità non migliora e si continua a spendere a beneficio di altre Regioni: ecco un circolo vizioso micidiale. In definitiva, è evidente che il blocco dell'espansione dell'offerta sanitaria finisce per alimentare il meccanismo perverso della mobilità sanitaria indotta da inadeguata offerta sanitaria di una determinata Regione.

7.3.4. Una scelta di civiltà

Investire risorse pubbliche nella salute non è questione solo settoriale, perché incide in generale sul benessere individuale e collettivo e contribuisce a delineare anche trend di fondo dello sviluppo socioeconomico.

Infatti, la spesa sanitaria pubblica, come si è visto, ha un effetto propulsivo che parte dal settore sanitario e poi si irradia sull'intera economia, creando opportunità di fatturato e occupazione per le imprese di una gamma ampia di settori.

È pertanto un modo per orientare il più generale sviluppo, a partire dalla struttura produttiva, creando una domanda pagante finalizzata alla tutela della salute.

Nei prossimi anni sarà decisivo l'impiego delle risorse pubbliche, vista la necessità di promuovere la transizione ecologica, oltre i canoni di un'economia fortemente guidata dalla moltiplicazione dei consumi, dall'uso intenso dei combustibili fossili e dal primato dell'industria per la produzione di massa.

In tale contesto, la spesa sanitaria pubblica va sempre più considerata come un tassello significativo dell'investimento pubblico complessivo vo-

tato alla trasformazione profonda della società, con il progressivo affermarsi di un'economia sostenibile e della buona salute.

Pertanto, la sanità e i suoi protagonisti rientrano nel novero degli ambiti che promuovono una società più sostenibile e in linea con quella richiesta di qualità della vita che, soprattutto nell'ultimo triennio, è diventata prevalente tra gli italiani.

Garantire flussi di risorse nel settore significa facilitare alle persone l'accesso alle prestazioni e, tra queste, sono particolarmente da valorizzare quelle di prevenzione, che hanno il virtuoso effetto di allentare l'insorgenza di una domanda riparativa che rischia di premere troppo sul Servizio sanitario.

La spesa sanitaria pubblica, in questa ottica, non è solo un investimento, ma una vera e propria scelta di civiltà su struttura e valori della nostra economia e del nostro stile di vita.

8. *Gli italiani e la salute*

8.1. L'importanza amplificata della salute nei nuovi stili mentali degli italiani

Mettersi dal lato dei cittadini, di coloro la cui salute deve essere promossa, tutelata e, se necessario, curata è una scelta metodologica decisiva per interpretare l'evoluzione del Servizio sanitario nell'attuale contesto.

È solo attraverso gli occhi e l'esperienza dei portatori della domanda di salute che è possibile fissare i confini e i contenuti reali delle sfide, ed evitare il rischio sempre incombente dell'autoreferenzialità della sanità, che genera soluzioni inadeguate.

Nel tempo la guida ultima delle traiettorie della sanità sono i fabbisogni sanitari, gli stili di vita e le culture sociali diffuse dei cittadini, ogni altra prospettiva è autolesionista.

Il motore evolutivo del rapporto delle persone con la salute è stato il progressivo imporsi della soggettività, con la conquista di spazi di autoregolazione consapevole della salute, all'interno di un rapporto via via più maturo con il competente sapere medico.

E anche in questa fase segnata dalle tante nuove paure legate alla difficoltà di accesso alla sanità, la concezione della salute prevalente è comunque ad alta soggettività con attenzione agli stili di vita salutari, propensione a ricorrere a forme di automedicazione consapevole e, poi, ricerca intensa di flussi informativi utili e altre pratiche che comunque esprimono attenzione alla salute.

È chiaro che il tema della salute va inquadrato nelle concezioni di vita che si sono affermate, anche a seguito delle esperienze di questi anni segnate, come rilevato, da insicurezze globali e paure minute nel quotidiano.

Un primo esito consiste in un'attenzione amplificata degli italiani al proprio benessere psicofisico personale, che significa anche un'attenzione maggiore alla gestione della propria salute.

La centralità esasperata della tutela della salute imposta dal Covid nelle agende individuali degli italiani ha comunque lasciato il segno, innestandosi in processi di più lunga deriva di crescente attenzione all'autoregolazione soggettiva della salute e a tutto ciò che contribuisce a determinare il proprio benessere.

L'81% degli italiani dichiara di essere più attento rispetto al passato al suo benessere psicofisico personale, a cominciare dalla gestione dello stress e dalla tutela della salute. È una propensione che prevale trasversalmente ai gruppi sociali e ai territori poiché coinvolge:

— l'80% dei cittadini del Nord-Ovest, il 79,9% di quelli del Nord-Est, l'81,2% del Centro e l'82,4% del Sud-Isole;

— l'85,7% dei giovani, l'80% degli adulti e il 79,4% degli anziani;

— il 79,5% dei bassi redditi, l'81,4% dei redditi medio bassi, l'81,8% dei redditi medio alti e il 78,9% di quelli alti.

Sono indicazioni importanti poiché rendono evidente che le emergenze successive, a partire da quella sanitaria, e le paure connesse, così come le attuali visibili difficoltà del Servizio sanitario non conducono ad un *downgrading* di aspettative e attenzioni sui temi della salute e della sanità da parte degli italiani.

Il ciclo lungo dell'evoluzione del rapporto con la salute verso forme di autoregolazione responsabile continua a prevalere, e ciò significa che gli italiani non solo continuano a considerare la tutela della salute una priorità su cui impegnarsi direttamente, ma che il pragmatismo con cui affrontano le difficoltà di accesso al Servizio sanitario non può assolutamente essere interpretato come una propensione ad accontentarsi *di poco o di meno* rispetto al passato.

Per i cittadini la salute è una priorità nel quotidiano e le aspettative restano alte; pertanto, il pragmatismo dei sentieri ibridi di accesso alle prestazioni praticato dagli italiani è solo una forma astuta e concreta di adattamento in una situazione difficile, ma guardando in avanti gli italiani continuano a considerare la salute e la buona sanità una priorità su cui investire individualmente e rispetto alla quale avere risposte sistemiche adeguate.

Del resto, sono tanti i segnali di un'amplificazione dell'importanza attribuita alle persone alla tutela della salute, visto che si vanno affermando concezioni di vita molto segnate dalla ricerca di un benessere individuale praticabile e sostenibile, in un mondo percepito come ostile.

L'attenzione ai desideri minori degli italiani, intesi come quelli che offrono momenti di piacere e micro-felicità nel quotidiano, in questa fase coincide anche con la centralità del benessere soggettivo e, di conseguenza, delle

tante e diverse pratiche che contribuiscono a generare la buona salute delle persone.

Infatti, come esito di questi anni tremendi, il tradizionale desiderio di autonomia individuale, motore della nostra società, si va manifestando nella materialità dei comportamenti quotidiani in forme inedite e contemporanee, attraverso l'esplorazione concreta, soggettiva dei nuovi sentieri del benessere minuto, percepiti come modalità migliore e più praticabile per una più alta qualità soggettiva della vita.

È indubbio, infatti, che la prolungata pressione delle emergenze e delle paure indotte dalle catastrofi globali incombenti hanno riportato gli italiani a rivedere alcuni fondamentali della loro vita, con risultati sorprendenti, visto che quasi 6 italiani su 10 dichiarano esplicitamente di voler dedicare tempo a desideri *minori*, come avere tempo per meditare, coltivare passioni e hobby, costruire nuove amicizie e relazioni personali con persone stimolanti e, in misura minore, dedicare qualche ora agli altri.

Anche il diverso rapporto con il lavoro che va emergendo non è solo voglia di *lavorare meno*, piuttosto una propensione sociale diffusa a rimodulare l'uso della risorsa tempo, sottraendola al lavoro per poterla dedicare ad altre attività più gratificanti.

All'antico motore individuale della costruzione di percorsi professionali ed esistenziali capaci di generare redditi più alti e consumi maggiori, si è sostituita oggi un'idea di status che ha uno dei suoi fondamenti nel recupero di tempo per sé stessi.

È un nuovo stile mentale e di vita inscritto stabilmente nella materialità del quotidiano della società, praticato da persone affaticate dalle successive sfide minute imposte dai grandi choc globali.

Così oltre 6 italiani su 10 combattono ansia e gestiscono lo stress ricorrendo a momenti solo per sé stessi, dedicati al piacere individuale e più di 9 su 10 considerano, nella propria vita attuale, centrale la felicità quotidiana che nasce da cura di sé stesso, relazioni, tempo libero, ecc.

È un quadro di concezioni di vita in cui la tutela della salute ha un valore amplificato, perché non è più solo il presupposto dell'efficienza e della funzionalità necessarie per realizzare le performance professionali e di vita, ma le pratiche che la riguardano direttamente addirittura coincidono con il benessere stesso.

Prendersi cura di sé, adottare stili alimentari e di vita sostenibili e salutari, praticare le diverse forme di prevenzione sanitaria sono altrettante componenti di stili di vita che gli italiani oggi apprezzano e sulle quali investono tempo, energie e risorse. Quindi, in estrema sintesi, negli stili mentali e di vita la tutela della salute, per gli italiani, è una priorità.

8.2. Cattiva informazione

Un'altra delle caratteristiche fondamentali del nostro tempo che, incide in misura significativa sul rapporto tra individui e salute e, di conseguenza, sul Servizio sanitario consiste nell'ipertrofia della sfera emotiva, che significa dal lato dei cittadini una permeabilità a credenze indimostrate e fideistiche, a un'irrazionalità che può sorprendere per virulenza e ingenuità.

Il caso di scuola è stato ovviamente quello dei vaccini, con ondate di irrazionale rifiuto alimentate da una retorica autolesionista secondo la quale tutto il sapere esperto è interessato, falso, inaffidabile.

Ma l'irrazionalità, che scorre sommersa in tempi ordinari e diventa un'onda in tempi eccezionali, pone una sfida importante alla sanità, poiché può generare modalità di rapporto con la salute e comportamenti sanitari abnormi, come accaduto in occasione della campagna di vaccinazione.

In fondo, come rilevato, il protagonista della sanità del nostro tempo è il portato della lunga deriva evolutiva della soggettività marcata dalla figura del cittadino informato e responsabile, che si orienta sulle base delle indicazioni mediche e/o del farmacista e che poi definisce propri percorsi di accesso alle prestazioni sanitarie.

È un cittadino accorto che non vuole praticare un'autonomia individuale incontrollata, ed è sempre alla ricerca di consigli e informazioni del sapere esperto.

Tuttavia, l'ipertrofia emotiva è una sfida alla linea evolutiva della responsabilizzazione soggettiva anche perché è amplificata all'estremo dalla proliferazione di flussi informativi, esito della moltiplicazione dei canali di accesso orizzontale e diretto alle informazioni.

Pertanto, sempre più – oltre alle informazioni dirette provenienti da medici di medicina generale, specialisti, farmacisti, operatori sanitari di vario tipo – si moltiplicano le fonti che non hanno alla base il sapere esperto o comunque non sono oggetto di controlli e certificazioni.

È evidente che esiste un nesso stretto tra flussi informativi ed *empowerment* del cittadino nel rapporto con sanità e salute, poiché non c'è garanzia che le informazioni di cui le persone beneficiano, poi, siano funzionali ad un *upgrading* dell'autoregolazione responsabile della salute e a dare supporto razionale alle scelte da fare nel rapporto con la sanità.

Se nel passato, in fondo, l'incremento dell'informazione sui grandi e piccoli temi sanitari, al di là di specifici episodi, ha sempre orientato in modo nettamente positivo i comportamenti sanitari delle persone, attualmente la responsabilità soggettiva è alle prese con un panorama informativo intasato, confuso, in cui si annida una pernicioso presenza di notizie false, errate, inappropriate.

Così a 18 milioni di italiani è capitato di leggere notizie medico-sanitarie che poi si sono rivelate false. È un'esposizione alta alle cosiddette fake news sanitarie che coinvolge, ad esempio, il 42,8% di persone con patologie croniche e poi:

— il 32,4% dei giovani, il 35,1% degli adulti e il 41,2% degli anziani (tab. 33);

— il 34,9% a basso titolo di studio, il 36,6% con diploma e il 36,4% con laurea;

— il 34,6% dei residenti nel Nord-Ovest, il 37,1% del Nord-Est, il 36% al Centro e il 37,3% al Sud-Isole.

Una sfida colossale per gli attori della sanità italiana poiché ne potrebbero subire gli effetti qualora influenze fuorvianti, errate, infondate dovessero alimentare una domanda di sanità destituita di base scientifica.

Ecco un caso evidente in cui è decisiva la capacità della sanità di interagire con altri mondi, ad esempio quelli della comunicazione, per evitare di diventare il punto di caduta di processi patologici socialmente diffusi rispetto ai quali solo un'azione ecosistemica può nel tempo ottenere risultati.

Tab. 33 – Italiani a cui è capitato di leggere notizie medico-sanitarie che poi si sono rivelate false, per età (val. %)

<i>Le è capitato di leggere notizie medico-sanitarie che poi si sono rivelate false?</i>	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Sì	32,4	35,1	41,2	36,3
No	37,3	31,8	51,0	38,4
Non sa / Non risponde	30,3	33,1	7,8	25,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2023

8.3. Dal pluralismo alla cultura da ecosistema

Gli esempi citati mostrano come il rapporto dei cittadini con la salute abbia un carattere multidimensionale che, oltre al sistema sanitario, chiama in causa una molteplicità di altri ambiti di vita degli individui e della società.

La buona salute delle singole persone è l'esito di percorsi individuali fatti di scelte e comportamenti relativamente ad una molteplicità di ambiti di vita, i cui esiti poi incidono anche sull'insorgere o meno di fabbisogni sanitari e, quindi, sulla pressione che il Servizio sanitario si troverà ad affrontare.

D'altro canto, la salute dell'insieme dei cittadini è il portato di eventi e processi che si svolgono in una molteplicità di mondi distinti e distanti rispetto al sistema sanitario che, però, poi è chiamato a far fronte agli eventuali bisogni sanitari che insorgono.

La pandemia ha reso concreto il rischio che il Servizio sanitario, e più in generale il sistema sanitario, si ritrovi da solo a fronteggiare gli effetti sanitari di mancate politiche o di scelte errate fatte in altri ambiti.

Ecco perché è indispensabile tenere conto, quando si parla di futuro del Servizio sanitario, della complessità crescente dell'ecosistema di soggetti e processi che sono coinvolti dall'obiettivo della tutela della salute, in cui appunto vanno inquadrare anche le problematiche e le sfide del Servizio sanitario.

È evidente che il Servizio sanitario non potrà ampliare la propria offerta di servizi e prestazioni a dismisura per star dietro ai picchi di domanda, e che pertanto è indispensabile lo sviluppo di un approccio integrato alla tutela della salute in grado di prevenire l'insorgenza di fabbisogni sanitari.

Senza un insieme sistemico di politiche e interventi di tutela della salute, è inevitabile che le strutture e i servizi sanitari siano destinati a soffrire sotto il peso di una domanda alta, crescente e, anche, molto flessibile, cioè capace di improvvisi straordinari picchi.

L'esempio emblematico è relativo alle implicazioni per la sanità del riscaldamento globale e, in generale, delle problematiche climatiche e della sostenibilità ambientale.

Infatti, è ormai noto come la lotta al cambiamento climatico e, in generale, la transizione sostenibile possono contribuire anche al miglioramento dello stato di salute e del livello di benessere delle persone e, quindi, a ridurre l'insorgere di fabbisogni sanitari che, poi, si rivolgono ai sistemi sanitari.

Del resto, nella percezione collettiva degli italiani si è radicato il nesso tra sostenibilità e salute, anche come portato delle concrete esperienze degli ultimi anni che hanno reso evidente come eventuali buone risposte alla sfida ambientale possono voler dire evitare effetti negativi anche per la salute delle persone.

Sono via via diventati più evidenti i rischi per la salute legati al deterioramento dell'ambiente, come l'insorgere di malattie per l'aumento delle temperature, l'inquinamento dell'aria o la cattiva qualità del cibo.

Nel contesto descritto, quindi, la prospettiva della salute globale, con la stretta interrelazione tra la salute umana, quella animale e la tutela dell'ambiente, sintetizzata nell'approccio *One-health*, che l'Oms aveva lanciato nel 2008, ripreso anche nella Missione 6 del Pnrr, è molto più che un modello interpretativo astratto.

Esso porta in primo piano la necessità di non isolare la sanità rispetto alle dinamiche dei tanti mondi che compongono gli ecosistemi in cui viviamo, altrimenti è alto il rischio per essa di ritrovarsi con picchi improvvisi di domanda sanitaria alla quale non potrà dare risposta.

A questo proposito è indispensabile un salto culturale anche negli attori della sanità, chiamati a comprendere che non ci si può confinare ad un dibattito su chi è legittimato e chi no a operare nel Servizio sanitario, laddove prioritario dovrebbe essere andare oltre il pluralismo storicamente consolidato della sanità e muovere verso lo sviluppo di sue interazioni con mondi distinti e che, un tempo, gli erano semplicemente estranei.

La sanità non potrà risolvere le proprie criticità da sola, ricorrendo a logiche autoreferenziali o, addirittura, promuovendo dall'alto meccanismi di attribuzione ai vari soggetti di patenti di legittimità e internità al Servizio sanitario.

D'altro canto, viste le dinamiche future attese dei fabbisogni sanitari è evidente che il solo ampliamento dell'offerta non potrà essere risolutivo se non accompagnato da interventi radicali di contenimento dell'insorgenza della domanda sanitaria.

Vitale diventa in questa situazione sviluppare una cultura da ecosistema in grado di generare nei tanti stakeholder e responsabili la propensione ad oltrepassare il rischio di autoreferenzialità che condiziona la riflessione sulla sanità.

In fondo, l'esperienza di questi anni ha mostrato plasticamente che le problematiche sanitarie e di tutela della salute rendono essenziali forme di coazione tra soggetti di mondi diversi, altrimenti, come rilevato, è alto il rischio che il Servizio sanitario si trovi a sostenere da solo il peso di criticità che rinviano a cause molto distanti da esso e che, presumibilmente, richiedono ben altre politiche globali, di cui quelle sanitarie sono una componente importante, ma parziale.

All'interno di una riflessione fenomenologica sull'andamento del sistema sanitario in un anno, come quello proposto nel presente testo, è importante fissare con decisione che la sanità è componente di un ecosistema più ampio, all'interno del quale la potenza delle relazioni è decisiva per non restare schiacciati sotto il peso di criticità generate da altri mondi, che finiscono per avere implicazioni sanitarie.

Sfuggire da forme di autoreferenzialità inefficaci e non sostenibili significa:

— evitare l'irrazionalità di soluzioni che alla fin fine frenano energie potenzialmente mobilitabili nella sanità;

— far evolvere le culture pluraliste che tradizionalmente sono state proprie del Servizio sanitario verso logiche ecosistemiche, cioè di sviluppo di relazioni con altri mondi, a loro volta in grado di mobilitare risorse e praticare interventi a tutela della salute.

Guai a dimenticare che la sanità sarà sempre più alle prese con i colpi micidiali di processi strutturali sociodemografici ed epidemiologici che la metteranno sotto pressione, e la cui soluzione richiama paradigmaticamente sia la necessità di mobilitare all'interno della sanità le tante competenze e risorse disponibili, sia quella di promuovere all'esterno, con mondi distinti e a volte distanti, forme di cooperazione per evitare di restare praticamente da sola a sostenere i costi negativi dei tanti e diversi processi.

8.4. L'ineludibile *upgrading* culturale

Quali sono pertanto le indicazioni che emergono dal rapporto tra cittadini e salute dal punto di vista delle culture sociali della sanità?

In primo luogo che il Servizio sanitario non può retrocedere verso visioni monopoliste o semplificatorie e che, anzi, in questa fase piuttosto che doversi dedicare alla tutela del suo pluralismo fondativo rispetto a visioni restrittive, sarebbe opportuno condividere un percorso collettivo di *upgrading* verso una logica ecosistemica, cioè di relazionalità con altri mondi, la cui azione influisce, come rilevato, in misura non irrilevante poi sull'insorgenza dei fabbisogni sanitari e sugli orientamenti di cultura della salute e sanitaria degli italiani.

Così, affrontare la sfida delle fake news che instillano il veleno dell'irrazionalità nella gestione della salute da parte degli italiani significa per il Servizio sanitario attivare una relazionalità con gli altri mondi che sono in grado di promuovere in modo capillare, diffuso, orizzontale un'informazione di qualità, certificata, affidabile, fondata in ultima analisi sul sapere esperto.

Analogo esito emerge, come già indicato, quando si considerano i nessi tra sostenibilità e salute, poiché senza scelte sistemiche, in cui gli attori sanitari si relazionano con attori di altri mondi, è facile prevedere che il Servizio sanitario si troverà ad affrontare improvvisi picchi di domanda, esito dei tanti e diversi aspetti del riscaldamento globale o di altri eventi atmosferici avversi.

Il pluralismo è cultura fondativa del Servizio sanitario e oggi, mentre fanno capolino suggestioni semplificatorie con pulsioni monopolistiche, è

essenziale partire dal fatto che la multidimensionalità del rapporto delle persone con la propria salute e la complessità dei fattori che poi contribuiscono a determinare i reali fabbisogni sanitari della collettività impongono un salto in avanti, rispetto allo stesso pluralismo, verso culture eco-sistemiche.

Non può certo essere in discussione la legittimità di attori storicamente attivi nel Servizio sanitario, piuttosto il dibattito pubblico, oltre che a trovare soluzioni per le urgenze di breve periodo, cioè come espandere qui e ora l'offerta sanitaria per colmare il gap con la domanda sanitaria ed evitare il razionamento, dovrebbe guardare in avanti, verso un futuro prossimo, per capire come evitare che l'oggettiva dinamica crescente dei fabbisogni divenga di fatto incontenibile dal lato dell'offerta.

Non a caso nelle tante ansie collettive del nostro tempo uno spazio non marginale ce l'ha anche il timore che la sanità nel futuro prossimo non riuscirà a curare tutti: lo pensa il 72,4% dei redditi bassi ed il 61,5% di quelli alti. Ed è opinione condivisa anche dal 74,6% delle persone con basso titolo di studio, dal 68,3% dei diplomati e dal 68,6% dei laureati.

Un orizzonte di paura per la sanità e il welfare che contribuisce a quegli spasmi emotivi che non aiutano poi a condividere in modo raziocinante soluzioni praticabili.

È invece tempo di considerare la spesa per la salute come componente di un unico grande aggregato di spesa che, insieme a quella di altri settori, è un investimento per un'economia e una società che promuovono la qualità della vita, in linea con i desideri degli italiani.

9. Il futuro arriva presto

9.1. Senza interventi appropriati, la sanità non potrà che peggiorare

Lo stato di salute della sanità è l'esito di processi di lunga deriva, molti dei quali ampiamente previsti in passato e attualmente con un futuro prevedibile, che invece si tende a non considerare, sminuendone le conseguenze nell'illusione che sia una modalità adeguata ed efficace per gestirli.

E invece la sanità è uno degli ambiti in cui saranno più dirompenti gli effetti degli attuali mancati interventi di fronte agli esiti attesi di processi da tempo in atto. Di conseguenza essa è uno degli ambiti paradigmatici dell'insipienza socialmente diffusa di fronte ai presagi, che è alla base dell'evidente inazione e incapacità di intervento di fronte a possibili collassi.

In pratica, anche la sanità italiana è da tempo affetta da una sorta di sonnambulismo di massa, per cui ci si muove dentro il ristretto orizzonte delle tante e complesse attività del quotidiano ma poi come comunità di cittadini, esperti e responsabili si finisce per subire il sonno profondo della razionalità. E invece quest'ultima suggerirebbe di muoversi presto e bene di fronte agli effetti potenzialmente catastrofici delle dinamiche strutturali di lungo periodo.

Esempio paradigmatico è la, ormai da anni evidente, fragilizzazione del Servizio sanitario che si esplicita nella sua oggettiva difficoltà a erogare le prestazioni sanitarie richieste, con un effetto di penalizzazione dei cittadini, in particolare di quelli più vulnerabili e/o più bisognosi di sanità.

Eppure, tutto indica che la situazione, se non ci saranno scelte all'altezza, è destinata a peggiorare in modo netto nel prossimo futuro.

Basta considerare la demografia regressiva, il cui arrivo era prevedibile da decenni e che invece è oggi accolta, anche in sanità, come una sorta di imprevedibile terremoto fatto di nascite in crollo, sempre meno giovani e persone attive, e una moltiplicazione progressiva di anziani.

È per il Servizio sanitario una sorta di bomba innescata da decenni, relegata nel cono d'ombra delle cose poco rilevanti o con cui si potrà comodamente trattare in futuro, e che invece ora sta dispiegando i suoi effetti con l'ulteriore annuncio che in futuro saranno incontenibili.

Pochi dati previsionali mostrano la potenza dell'onda attesa, di cui sinora si è vista solo una minima parte.

Infatti, per il 2050 previsioni Istat indicano che l'Italia avrà 4,5 milioni di popolazione in meno, con 3,7 milioni di under 35 in meno e 4,6 milioni di anziani in più. Nello stesso periodo si registrerà una caduta nel numero di nuovi nati in un anno poiché, dall'attuale picco negativo di 392 mila, nel 2050 si scenderà a 365 mila, con un -28 mila unità.

Per avere un ordine di grandezza della portata epocale che avrà l'invecchiamento della popolazione si consideri che gli anziani, intesi come le persone con almeno 65 anni, all'atto dell'istituzione del Servizio sanitario nel 1978 erano il 12,6% del totale della popolazione, attualmente sono il 24,1% e saranno il 34,5% nel 2050.

Va poi considerata la rapidità della trasformazione demografica del Sud e delle Isole, che stanno rapidamente raggiungendo il grado di invecchiamento del Centro-Nord.

E, sebbene gli attuali anziani abbiano una salute mediamente migliore delle generazioni precedenti di coetanei, l'innalzarsi della speranza di vita significa anche un più alto rischio di insorgenza di patologie croniche e degenerative.

Invecchiamento progressivo della popolazione e baby crash vanno di pari passo e l'esito sarà un colossale vuoto nella popolazione attiva nel mercato del lavoro le cui risorse, peraltro, sono a fondamento del finanziamento del Servizio sanitario.

Una previsione Censis segnala che al 2050 la spesa sanitaria pubblica per anziani aumenterà del +77,8% e quella per le persone con almeno ottanta anni del +115%. Ciò significa che ai prezzi attuali, la spesa sanitaria pubblica per il 2050 dovrebbe essere pari a 177 miliardi di euro.

È uno scenario che richiede un impegno consistente qui e ora, tenuto conto dei citati tassi di invecchiamento e del fatto che gli anziani hanno una spesa sanitaria pubblica pro-capite pari ad oltre il triplo di quella media di adulti e giovani.

Anche la soluzione silenziosa attualmente in atto, che si fonda sul trasferimento di una quota della spesa in capo alle famiglie, costrette a rivolgersi alla sanità a pagamento, avrà difficoltà a operare con l'intensità attuale, visto che gli attuali giovani avranno minori disponibilità degli attuali nonni e ge-

nitore a causa di pensioni molto basse. Inoltre, le attuali generazioni di giovani potranno beneficiare in misura molto minore del risparmio accumulato, stante le attuali difficoltà nel mercato del lavoro e nel disporre di redditi continui e adeguati.

Invecchiamento e connesso boom sia delle cronicità che dell'intensità delle acuzie rendono poco credibile pensare che l'attuale situazione di pressione dei fabbisogni sanitari sull'offerta sanitaria sia destinata ad attenuarsi.

D'altro canto, l'esperienza del Covid ha mostrato che un Servizio sanitario contemporaneo deve essere in grado di affrontare anche i picchi improvvisi di un'emergenza inattesa o, addirittura, inedita come sperimentato.

E anche questo è un tema che impone di ripensare le soluzioni per il Servizio sanitario, di andare oltre le sterili contrapposizioni che riducono tutto alla distinzione desueta e fuorviante tra pubblico e privato, e piuttosto entrare nell'ottica della necessità ineludibile di mobilitare, per il presente e ancor più per il futuro, tutte le risorse e competenze mobilitabili per espandere, in *qualità e quantità*, la capacità del Servizio sanitario di offrire copertura sanitaria.

9.2. Meno Servizio sanitario, più incertezza per tutti

9.2.1. Il decisivo contributo alla sicurezza sociale nel tempo

Il nostro tempo è segnato da un'incertezza esistenziale, quasi cosmica, che genera nella società un profondo senso d'impotenza, cioè la convinzione che sia impossibile, e quindi non valga la pena investirci, costruire un destino per sé e con gli altri. Infatti, una netta maggioranza di italiani, in particolare tra i giovani, sente una profonda insicurezza a causa dei tanti, diversi, nuovi e inattesi rischi.

Il più recente quadriennio di emergenze successive – tra crisi sanitaria e choc geopolitici e poi ancora crisi energetica, dei rifornimenti sulle filiere globali e poi dei prezzi dei beni e servizi – ha letteralmente fatto impennare l'insicurezza strisciante che si era andata strutturando a partire dal dopo *Tempesta Perfetta* del 2008.

Decisiva è stata l'evidente erosione del sistema di welfare che storicamente aveva fatto sentire gli italiani con le spalle coperte.

Infatti, dal Miracolo economico alla straordinaria resilienza collettiva in occasione delle recenti emergenze, la società italiana ha sentito di poter contare su un efficace sistema di protezione sociale, del quale il Servizio sanitario era componente decisiva.

Non c'è fase dello sviluppo socioeconomico italiano che avrebbe potuto verificarsi con il successo registrato se non ci fosse stata l'ampia e articolata copertura dei vari comparti del welfare, compreso il Servizio sanitario, che ha trasmesso agli italiani la benefica sensazione di *sentirsi le spalle coperte* e che ha operato come uno stimolo formidabile per prendere rischi nella vita, dal fare impresa alla sottoscrizione dei mutui per la prima casa.

Proprio questo sistema di tutele ha subito un colpo duro nel periodo più recente, e nel caso della sanità va molto oltre le pur evidenti difficoltà di accesso per i cittadini.

9.2.2. *Se prometti e non mantieni*

Nell'emergenza sanitaria del Covid, una colossale sfida all'intera società, la performance complessiva del Servizio sanitario può essere considerata come complessivamente positiva, malgrado la sorpresa per un nemico invisibile sconosciuto, e inevitabili errori, improvvisazioni, in un contesto segnato da costi umani eccezionali.

In ogni caso, il Servizio sanitario italiano ha mostrato una notevole capacità di reagire e di adattarsi alla sfida compensando, come rilevato in precedenza, laddove fosse necessario, con l'impegno e la dedizione individuale di medici, infermieri, ausiliari, persone con ruoli e responsabilità diverse, gli effetti nefasti delle scelte del pre-Covid.

Dall'organizzazione dell'accoglienza dei malati sino alla vaccinazione di massa, la sanità italiana nelle diverse componenti territoriali ha saputo trovare nelle difficoltà straordinarie del momento, con sapienza e abnegazione, una sua capacità di operare efficacemente.

Il periodo dello straordinario sforzo degli attori della sanità è stato anche quello della moltiplicazione delle promesse su una nuova fase del Servizio sanitario che avrebbe migliorato sia le condizioni di lavoro degli operatori che la qualità dell'offerta per i cittadini.

Nel discorso pubblico si innestò, in apparenza stabilmente e di certo con un consenso sociopolitico trasversale prossimo all'unanimità, l'idea del *mai più*: mai più il Servizio sanitario come tema minore dell'agenda politica e sociale, mai più tagli o inadeguate risorse correnti alla sanità, mai più insufficienza di offerta rispetto alle dinamiche dei fabbisogni sanitari.

Finalmente un Servizio sanitario con una capacità quali-quantitativa di fronteggiare l'ordinaria domanda di prestazioni afferente a cronicità e acuzie, e con una flessibilità organizzativa e di risorse per adattarsi ad eventuali picchi emergenziali, senza questa volta dover tagliare fuori i pazienti ordinari.

Un primo concreto esempio del nuovo corso sanitario e, quindi, della volontà di mantenere le promesse arrivò con il Pnrr nel quale erano previsti oltre 20 miliardi di investimenti pubblici per potenziare il Servizio sanitario, con particolare riferimento agli ambiti mostratisi più fragili come la territorialità. Non c'era traccia delle modalità con cui mandare a regime l'*upgrading* sanitario generato dagli investimenti, e tuttavia era un segnale tangibile di un diverso corso.

E altrettanto può essere considerata, almeno sul piano simbolico, la partecipazione il 2 giugno 2022 alla tradizionale Rivista per la Festa della Repubblica di un gruppo di cento tra medici, infermieri e altre professioni sanitarie, in una sorta di straordinario e solenne riconoscimento per l'impegno e la dedizione, a volte senza le risorse necessarie, nella lotta al virus.

E invece l'anno trascorso coincide con la crescente percezione sociale dei cittadini che nel rapporto quotidiano con il Servizio sanitario le cose non cambiano e le promesse sono destinate a restare tali.

Le tante esperienze individuali di difficile accesso alla sanità, magari di obbligato ricorso alla sanità a pagamento, e poi la collettiva convinzione che si è entrati – e si rafforzerà sempre più – in *una sanità per censo*, in cui i tempi di accesso alle prestazioni sono spesso e volentieri determinati dalla propria disponibilità economica a pagare le prestazioni, sono altrettanti esempi della sempre più diffusa percezione della *fine delle promesse*.

Il Servizio sanitario, tanto apprezzato dagli italiani al punto da considerarlo un'istituzione fondamentale e distintiva della nostra società, diventa epicentro di una disillusione di massa, generata dal divario tra quanto annunciato e quanto si sta realizzando.

Rende evidente questa nuova fase nella concreta esperienza individuale il ritorno del primato del razionamento sanitario che, come più volte rilevato, operava nel periodo pre-Covid ed ha operato in modalità estrema nel periodo emergenziale.

In questa fase i cittadini, nelle dinamiche ordinarie di rapporto con il Servizio sanitario, vivono la durezza del razionamento che si esprime tramite le liste di attesa, la cui lunghezza scoraggia chi ha esigenze urgenti, ma non tanto urgenti e gravi da poter/dover ricorrere al Pronto Soccorso, a cui non resta che ricorrere al privato o all'*intramoenia*.

Se sono evidenti gli esiti diretti di un Servizio sanitario che opera di fatto con criteri di razionamento della domanda sanitaria, ci sono però ulteriori effetti che ciò provoca, visto che è anche un pilastro decisivo del sistema di welfare.

Esso infatti non contribuisce più, o almeno non più come un tempo, a generare un clima di serenità sociale, perché le persone non pensano più di avere le spalle coperte rispetto ai grandi rischi sociali legati alla salute.

L'universalità del Servizio sanitario, infatti, laddove trova materializzazione anche nelle concrete performance, è uno straordinario fattore di rassicurazione e protezione sociale e, quindi, di coesione delle comunità. Ma se non è in grado di garantire le risposte assistenziali appropriate, allora finisce per avere effetti socialmente regressivi.

Nella vicenda italiana il Servizio sanitario ha operato come istituzione in grado di fare da collante della società, poiché garantendo tutela sanitaria a tutti ammortizzava le dinamiche socioeconomiche divaricanti. Come rilevato, laddove questa funzione non opera più, esso congiura ad ampliare più velocemente le disparità.

Ecco la potenza dell'impatto *de-securizzante* dell'esperienza collettiva recente, segnata dall'evaporazione delle *promesse del mai più*, e dalla esperienza diretta dei cittadini che, nella routine del Servizio sanitario, vince il gap attuale e crescente tra domanda sanitaria e offerta sanitaria, e la pragmatica soluzione tampone con il ricorso alla sanità a pagamento, nell'*intramoenia* o nel privato puro.

L'evidente necessità di ricorrere a risorse proprie per accedere alle prestazioni di cui si ha bisogno in tempi appropriati e, quindi, il ritorno della spesa privata come porta d'accesso a prestazioni che invece dovrebbero rientrare nel Servizio sanitario, piccona dal basso l'istituzionalità del Servizio sanitario, al di là delle sue funzioni specifiche.

I cittadini percepiscono un distacco rilevante rispetto all'annunciata universalità formale del sistema che dovrebbe ridistribuire il costo dei rischi sanitari sull'intera comunità nazionale, contenendo, come già detto, le diversità sociali, evitando rotture territoriali o sociali e la realtà di una disuguaglianza di fatto che invece amplia le differenze sociali.

Il contenimento delle diversità sociali è storicamente uno dei contributi più rilevanti che il Servizio sanitario universalista ha dato nel tempo alla società italiana, e la garanzia delle cure per tutti ha significato che il principio base del Servizio sanitario, cioè quella dell'equo accesso alla tutela della salute senza discriminazioni, avesse l'effetto collaterale ma essenziale di contenere le diversità.

Oggi invece l'ordinaria esperienza del razionamento come meccanismo di funzionamento del Servizio sanitario, con annessa spinta a rivolgersi alla sanità a pagamento, radica nella coscienza collettiva l'idea che dietro l'universalismo formale esista una disparità reale di fatto, che contribuisce ad ampliare ulteriormente le disuguaglianze.

Ecco, quindi, i pericolosi esiti attuali, destinati ad accentuarsi, delle performance inadeguate del Servizio sanitario generate da finanziamenti cor-

renti insufficienti di fronte ai reali fabbisogni, da una differenziazione territoriale di modelli organizzativi e gestionali inefficienti che non ha prodotto una virtuosa emulazione in alto e, anche, dal ritardo con cui si sta facendo ricorso alle opportunità del digitale e in generale alle nuove tecnologie.

Quel che va emergendo è una pericolosa delegittimazione di fatto, nel quotidiano, del Servizio sanitario di cui gli italiani, al di là delle retoriche pubbliche, sperimentano l'incapacità di rispondere alla promessa di tutela della salute per tutti e ovunque, valore costituzionale ai vertici del loro gradimento.

Le *promesse mancate* risultano evidenti agli italiani in tanti ambiti molto concreti, come l'accesso alle prestazioni di ogni tipo o la verifica che sinora non ci sono segnali apprezzabili di un salto di qualità nelle sanità territoriali.

Infatti, la solitudine di tante famiglie di fronte alla pressione dei bisogni di assistenza e cura nel quotidiano di malati cronici, molti dei quali non autosufficienti, sinora non è stata alleviata in alcun modo da una nuova organizzazione e offerta di servizi sul territorio, così come resta alto il peso dei molteplici costi economici di risposta ai fabbisogni sociosanitari.

Dagli investimenti pubblici annunciati al dibattito sul modello più efficace per generare sul territorio continuità assistenziale efficiente, poco o nulla è sinora emerso che possa concretamente rappresentare per gli italiani quella *sanità di vicinanza* che era stata indicata come un obiettivo ineludibile.

Che la disillusione delegittimante si stia pian piano radicando emerge, ad esempio, dal fatto che ben 7 italiani su 10 dichiara di non attendersi cambiamenti sostanziali nei prossimi anni nella presenza della sanità sul territorio. Ciò significa che le famiglie si preparano a continuare a fronteggiare nel tempo il finanziamento di una spesa sociosanitaria privata interamente a loro carico utilizzata per finanziare una molteplicità di servizi e prestazioni.

È evidente che le conseguenze pratiche e psicologiche della mancata realizzazione di impegni sociopolitici largamente annunciati rischia di essere molto negativa, sulla tutela della salute degli italiani e sul loro percepito senso di sicurezza sociale.

La verità è che anche in questo ambito, come in tanti altri della nostra società, allo sforzo razionale di ricerca sistematica e organizzata di soluzioni scientifiche, praticabili e condivisibili al di là delle convinzioni ideologiche, politiche o di altro tipo si è andato sostituendo un adattamento in basso, unito a una *siderante* paura, tipica di un insipiente sonnambulismo.

Il Servizio sanitario ha in sé la potenza per espandere la sua offerta, ripensare i suoi modelli organizzativi e di governance, provare ad attirare ri-

sorse e competenze necessarie e anche di nuove. Ed ha anche le riserve culturali per affrontare la complessità delle nuove sfide e, tuttavia, occorre che sia stabilmente collocato ai vertici dell'agenda collettiva e che le problematiche siano affrontate con raziocinio puntando, ad esempio, a far emergere le soluzioni che sono già in campo e che, spesso, per puro pregiudizio non sono prese in considerazione.

Parte seconda
Gli indicatori di sistema

1. I dati di struttura

1.1. Gli istituti ospedalieri della componente di diritto pubblico e di diritto privato del Servizio sanitario nazionale

La Parte seconda del rapporto descrive in modo dettagliato le caratteristiche e le dotazioni dell'offerta ospedaliera messa in campo dal Servizio sanitario nazionale attraverso le sue componenti di diritto pubblico e di diritto privato, ne analizza le performance e registra l'andamento nel tempo dei flussi di spesa generati.

In questo capitolo viene illustrata l'articolazione per tipologia e per natura giuridica degli istituti di ricovero italiani, la distribuzione e le caratteristiche dei posti letto utilizzati, insieme ad un dettaglio per rappresentanza associativa delle strutture ospedaliere accreditate e delle loro dotazioni.

I dati di struttura del comparto ospedaliero vengono estrapolati da una delle due fonti che il Ministero della salute mette a disposizione, quella degli "Open Data", con una versione riferita al momento al periodo 2010-2021. Secondo le informazioni disponibili in questa area del portale ministeriale, si conferma una sostanziale stabilizzazione rispetto al graduale riordino dell'organizzazione degli istituti di ricovero e cura italiani che ha interessato, a partire dal 2004, soprattutto il complesso della rete di diritto pubblico. Quest'ultima, infatti, ha subito nel corso degli anni aggregazioni e trasformazioni in nuove tipologie di istituti, che hanno determinato il passaggio da una configurazione basata principalmente sulla presenza di ospedali a diretta gestione Asl ad una organizzazione da Azienda ospedaliera variamente articolata (Azienda ospedaliera, Azienda integrata con l'università, Azienda integrata con il SSN). La componente di diritto privato conferma invece la tendenza, già rilevata soprattutto in alcune Regioni come il Lazio, alla riconversione o al vero e proprio declassamento – imposti a livello di programmazione regionale – di molte strutture accreditate, confinate di fatto in attività produttive meno qualificate quali la lungodegenza o la residenzialità. Più in

generale, i dati del Ministero della salute indicano per il 2021 un rallentamento della tendenza al ridimensionamento del numero degli ospedali a diretta gestione Asl e degli ospedali accreditati. Rispetto al 2017, nuovo anno di riferimento della serie dei dati proposti, si può osservare come la compagine degli istituti di cura pubblici e privati passi dalle 1.005 alle 1.004 unità del 2021, con un sostanziale recupero della propria consistenza, dopo la lieve flessione avvenuta nel periodo intermedio.

La tabella S/1 predisposta secondo la classificazione adottata dall'*Annuario Statistico del SSN*, proprio per evidenziare le differenze con quella più specifica ed analitica degli *Open Data* e del *Rapporto SDO*, mostra in particolare:

— nell'ambito pubblico e degli istituti assimilati ai pubblici¹, principalmente una riduzione delle Aziende ospedaliere (-3,6%) e degli Istituti qualificati presidio delle Asl (-23,5%); nel complesso, gli istituti di cura pubblici e assimilati hanno fatto registrare nel periodo considerato una lieve riduzione, con una variazione a fine periodo pari al -0,8%, considerando tuttavia che si tratta più di riconversioni di tipologia o di aggregazioni che di reali dimissioni;

— per le Case di cura accreditate, la conferma della tendenza ad un graduale ridimensionamento, che ne ha ridotto la consistenza nel panorama ospedaliero italiano dalle 492 unità del 2016 alle 485 del 2020 (-1,4%), ma con un recupero temporaneo nel 2021 favorito dagli accreditamenti Covid.

La suddivisione tra le componenti ospedaliere di diritto pubblico e di diritto privato del Servizio sanitario nazionale rispetto al totale degli istituti di ricovero italiani evidenzia risultati medi nazionali pari al 42,7% per la prima e al 57,3% per la seconda (tab. S/4), con una distribuzione sempre abbastanza equilibrata in gran parte delle regioni. La lieve prevalenza del privato in termini di numerosità degli istituti, deve essere comunque correttamente interpretata tenendo conto della maggior consistenza dimensionale e della relativa dotazione media di posti letto che caratterizza le strutture pubbliche. Come

¹ Nell'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, strutture evidentemente di diritto privato, quali i policlinici universitari privati o gli Ospedali religiosi classificati, sono indicati come "pubblici assimilati", determinando incomprensioni interpretative a livello di lettura e di analisi. In questo ed altri documenti, si considerano come private accreditate esclusivamente le c.d. Case di Cura: un mero sottoinsieme dell'articolato universo che costituisce la componente di diritto privato del SSN.

Tab. S/1 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e privati accreditati

	2017		2018		2019		2020		2021	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
– Aziende ospedaliere	55	5,5	53	5,3	53	5,3	53	5,3	53	5,3
– Ospedali a gestione diretta	327	32,5	327	32,7	329	33,0	327	32,7	328	32,7
– Aziende osp. integrate con il SSN	9	0,9	9	0,9	9	0,9	9	0,9	9	0,9
– Aziende osp. integrate con le univ.	16	1,6	17	1,7	17	1,7	17	1,7	16	1,6
– Policlinici universitari	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2
– Istituti a carattere scientifico	63	6,3	63	6,3	63	6,3	63	6,3	63	6,3
– Ospedali eccl. classificati	27	2,7	28	2,8	28	2,8	28	2,8	28	2,8
– Istituti presidio delle Asl	17	1,7	14	1,4	14	1,4	13	1,3	13	1,3
– Enti di ricerca	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2
– Totale istituti pubblici e assimilati	518	51,5	515	51,5	517	51,9	514	51,5	514	51,2
– Case di cura accreditate	487	48,5	485	48,5	480	48,1	485	48,5	490	48,8
Totale generale	1.005	100,0	1.000	100,0	997	100,0	999	100,0	1.004	100,0

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute – Open Data 2017 – 2021, secondo la classificazione degli istituti adottata dall'Annuario Statistico del SSN

Tab. S/2 – Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2021 (v.a.)

Regioni	Istituti della componente di diritto pubblico				Istituti della componente di diritto privato							Totale istituti
	Aziende ospedaliere a gestione diretta	Aziende ospedaliere integrate con il SSN	Aziende ospedaliere integrate con le università	Ospedali	Ist. a caratt. scient. pubblici e fondazione	Politecnici universitari di diritto privato	Ist. a caratt. scient. privati e fondazione	Ospedali ecclesiastici classificati	Istituti presidio della Asl	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	
Piemonte	3	-	3	-	-	3	-	-	6	-	38	73
V. d'Aosta	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Lombardia	27	-	-	5	20	-	5	-	-	-	64	121
P.A. di Bolzano	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	7	14
P.A. di Trento	-	7	-	-	-	-	1	-	-	-	5	13
Veneto	1	10	-	1	2	2	5	3	-	-	17	40
Friuli V.G.	-	8	-	2	-	-	-	-	-	-	4	14
Liguria	-	6	-	2	2	1	2	-	-	-	8	19
Emilia-Romagna	-	15	-	3	3	1	-	1	-	-	45	68
Toscana	-	30	-	4	-	2	-	2	1	21	21	60
Umbria	2	8	-	-	-	-	-	-	-	-	5	15
Marche	1	5	-	1	1	-	-	-	-	-	12	20
Lazio	2	33	1	2	2	4	8	-	-	-	60	114
Abruzzo	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	10	27
Molise	-	3	-	-	-	1	-	-	-	1	3	8
Campania	6	34	2	1	1	4	4	-	-	-	61	110
Puglia	-	24	1	1	2	3	2	-	-	-	26	59
Basilicata	1	7	-	1	1	-	-	-	-	-	1	10
Calabria	4	18	-	1	1	-	-	-	-	-	31	54
Sicilia	5	53	3	2	2	2	1	1	-	-	60	127
Sardegna	1	22	2	-	-	-	-	-	-	-	11	36
Nord	31	74	7	13	27	13	10	10	-	-	189	364
Centro	5	76	1	7	3	2	6	8	2	1	98	209
Sud	17	178	8	2	7	7	7	7	1	1	203	431
Italia	53	328	9	16	23	2	40	28	13	2	490	1.004

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, Open Data 2021

Tab. S/3 – Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2021 (% per tipo di istituto)

Regioni	Istituti della componente di diritto pubblico				Istituti della componente di diritto privato						
	Aziende Ospedaliere a gestione diretta	Aziende osp. integrate con il SSN	Aziende osp. integrate con le università	Ist. a caratter. scient. pubblici e fondazione	Politecnici universitari di diritto privato	Ist. a caratter. scient. privati e fondazione	Ospedali ecclesiastici classificati	Istituti presidio della Asl	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	
Piemonte	4,1	27,4	0,0	4,1	0,0	0,0	4,1	0,0	8,2	0,0	52,1
V. d'Aosta	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	16,5	4,1	0,0	52,9
Lombardia	22,3	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0
P.A. di Bolzano	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5
P.A. di Trento	0,0	53,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	42,5
Veneto	2,5	25,0	0,0	2,5	2,5	0,0	5,0	12,5	7,5	0,0	28,6
Friuli V.G.	0,0	57,1	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	42,1
Liguria	0,0	31,6	0,0	0,0	10,5	0,0	5,3	10,5	0,0	0,0	66,2
Emilia-Romagna	0,0	22,1	0,0	4,4	4,4	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	33,3
Toscana	0,0	50,0	0,0	6,7	3,3	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	60,0
Umbria	13,3	53,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	52,6
Marche	5,0	25,0	0,0	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,0
Lazio	1,8	28,9	0,9	1,8	1,8	0,0	3,5	7,0	0,0	0,0	37,5
Abruzzo	0,0	63,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	55,5
Molise	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	12,5	44,1
Campania	5,5	30,9	1,8	0,9	0,9	0,0	0,9	3,6	0,0	0,0	10,0
Puglia	0,0	40,7	1,7	1,7	3,4	0,0	5,1	3,4	0,0	0,0	57,4
Basilicata	10,0	70,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	47,2
Calabria	7,4	33,3	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,6
Sicilia	3,9	41,7	2,4	0,0	1,6	0,0	1,6	0,8	0,8	0,0	51,9
Sardegna	2,8	61,1	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	46,9
Nord	8,5	20,3	0,0	1,9	3,6	0,0	7,4	3,6	2,7	0,0	47,1
Centro	2,4	36,4	0,5	3,3	1,4	1,0	2,9	3,8	1,0	0,5	48,8
Sud	3,9	41,3	1,9	0,5	1,6	0,0	1,6	1,6	0,2	0,2	0,2
Italia	5,3	32,7	0,9	1,6	2,3	0,2	4,0	2,8	1,3	0,2	

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, Open Data 2021

Tab. S/4 – Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2021 (% per componente)

Regioni	Componente di diritto pubblico	Componente di diritto privato
– Piemonte	35,6	64,4
– Valle d’Aosta	50,0	50,0
– Lombardia	26,4	73,6
– Provincia Autonoma di Bolzano	50,0	50,0
– Provincia Autonoma di Trento	53,8	46,2
– Veneto	32,5	67,5
– Friuli-Venezia Giulia	71,4	28,6
– Liguria	42,1	57,9
– Emilia-Romagna	30,9	69,1
– Toscana	56,7	43,3
– Umbria	66,7	33,3
– Marche	40,0	60,0
– Lazio	35,1	64,9
– Abruzzo	63,0	37,0
– Molise	37,5	62,5
– Campania	40,0	60,0
– Puglia	47,5	52,5
– Basilicata	90,0	10,0
– Calabria	42,6	57,4
– Sicilia	49,6	50,4
– Sardegna	69,4	30,6
Nord	34,3	65,7
Centro	44,0	56,0
Sud	49,2	50,8
Italia	42,7	57,3

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, Open Data 2021

specificato precedentemente, nella tavola richiamata viene operato un confronto più analitico, che considera la reale natura di diritto pubblico o di diritto privato degli istituti di ricovero², superando la classificazione adottata dal Ministero della salute nell'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, che annovera molte tipologie di istituti privati tra i cosiddetti “pubblici assimilati”.

L'osservazione dei rapporti pubblico/privato nelle Regioni risultanti dai dati relativi all'anno 2021, evidenzia in quali aree territoriali esista una maggiore prevalenza del pubblico e dove al contrario persista in qualche modo un equilibrio da “quasi-sistema misto” tra le due componenti (tab. S/4):

— la prevalenza di strutture pubbliche appare soprattutto nella Basilicata, nel Friuli-Venezia Giulia, nella Sardegna, nell'Umbria, nell'Abruzzo, nella Toscana, e nella Provincia Autonoma di Trento;

— la presenza di un quasi sistema-misto (con un maggiore equilibrio di tipologia di istituti) si riscontra invece soprattutto nella Provincia Autonoma di Bolzano, nella Sicilia e nella Puglia.

1.2. La distribuzione dei posti letto

Indirizzando al contrario l'attenzione sulle dotazioni dei posti letto piuttosto che sul numero delle strutture, le cui incidenze tra settore pubblico e privato si rivelano, come già sottolineato, in gran parte influenzate dalle dimensioni degli istituti, si può verificare come in Italia nel 2021 il sistema ospedaliero abbia messo a disposizione più di 209mila posti letto dedicati all'attività di ricovero ordinario. Dotazioni ripartite secondo una composizione piuttosto stabile nel tempo e afferenti per il 69,2% alla componente di diritto pubblico e per il 30,8% a quella di diritto privato (Fig. S/1 e tab. S/5).

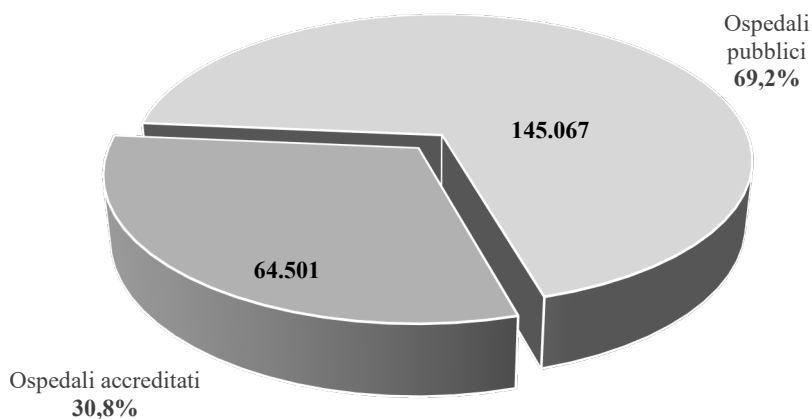
Come si può osservare, fatta eccezione per il Lazio, realtà nella quale si configura un quadro da reale sistema misto, nel resto del Paese risulta confermata una distribuzione territoriale dei posti letto che vede una prevalenza

² Nell'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, strutture evidentemente di diritto privato, quali i policlinici universitari privati o gli Ospedali religiosi classificati, sono indicati come “pubblici assimilati”, determinando incomprensioni interpretative a livello di lettura e di analisi. In questo ed altri documenti, si considerano come private accreditate esclusivamente le c.d. Case di Cura: un mero sottoinsieme dell'articolato universo che costituisce la componente di diritto privato del SSN.

più o meno marcata delle strutture pubbliche, accentuata anche dai provvedimenti sul riordino della rete ospedaliera ispirati dal DM 70 del 2015 e già pienamente recepiti in molte Regioni.

Nella tabella S/6 e in modo più aggregato nella successiva figura S/2, viene proposto un confronto al 2021 tra la componente accreditata di area AIOP (l'associazione di settore maggiormente rappresentativa), quella di area ARIS, e quella frammentata tra varie associazioni di minor consistenza. In essa viene evidenziata con dettaglio regionale una dotazione complessiva delle strutture AIOP di più di 35.300 letti per ricovero ordinario rispetto ad un totale di 64.501, con una incidenza che sfiora il 55%. Si tratta, nel caso specifico, di un confronto riferito a tutte le tipologie di strutture private accreditate (Policlinici universitari, I.R.C.C.S. e I.R.C.C.S. fondazione, Ospedali ecclesiastici classificati, Istituti qualificati presidio della Asl, Enti di ricerca e Case di cura).

Fig. S/1 – Posti letto ordinari delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN. Anno 2021



Fonte: Ministero della salute, Open Data 2021

Tab. S/5 – Posti letto delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN utilizzati per l'attività di ricovero ordinario, per regione. Anno 2021

Regioni	Componente di diritto pubblico del SSN (1)		Componente di diritto privato del SSN (1)		Totale posti letto
	Posti letto	% sul totale	Posti letto	% sul totale	
– Piemonte	14.165	73,8	5.034	26,2	19.199
– Valle d'Aosta	401	76,2	125	23,8	526
– Lombardia	26.881	64,2	14.971	35,8	41.852
– P.A. di Bolzano	1.713	82,1	373	17,9	2.086
– P.A. di Trento	1.190	60,1	789	39,9	1.979
– Veneto	12.448	78,0	3.502	22,0	15.950
– Friuli V.G.	3.604	88,3	479	11,7	4.083
– Liguria	4.016	78,1	1.123	21,9	5.139
– Emilia-Romagna	12.402	75,4	4.045	24,6	16.447
– Toscana	8.637	82,1	1.880	17,9	10.517
– Umbria	2.624	91,3	249	8,7	2.873
– Marche	4.648	84,3	867	15,7	5.515
– Lazio	9.783	46,8	11.131	53,2	20.914
– Abruzzo	3.122	74,2	1.088	25,8	4.210
– Molise	527	56,4	407	43,6	934
– Campania	10.562	64,1	5.925	35,9	16.487
– Puglia	9.022	65,4	4.770	34,6	13.792
– Basilicata	1.675	97,7	40	2,3	1.715
– Calabria	3.346	65,3	1.780	34,7	5.126
– Sicilia	9.964	66,1	5.106	33,9	15.070
– Sardegna	4.337	84,1	817	15,9	5.154
Nord	76.820	71,6	30.441	28,4	107.261
Centro	25.692	64,5	14.127	35,5	39.819
Sud	42.555	68,1	19.933	31,9	62.488
Italia	145.067	69,2	64.501	30,8	209.568

(1) Per la classificazione degli istituti vedi Tab. S/2.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, Open Data 2021

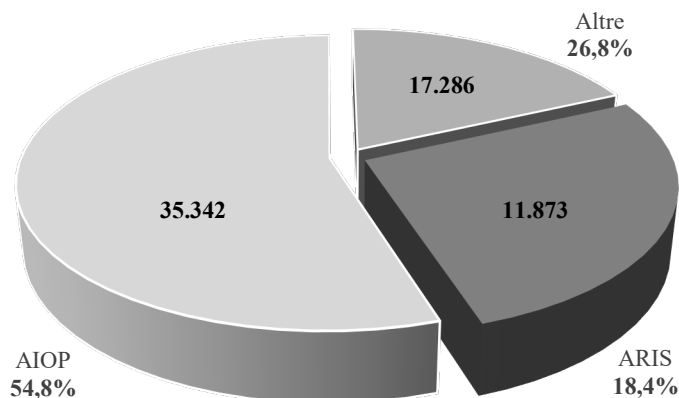
Tab. S/6 – Ospedali accreditati con il SSN nel loro complesso, per regione e associazione di appartenenza – Istituti e posti letto. Anno 2021

	AIOP			ARIS			Altre			Totale
	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	
– Piemonte	23	2.148	12	1250	12	1.636	47	5.034		
– Valle d'Aosta	1	125	-	-	-	-	1	125		
– Lombardia	45	8.286	19	2.995	25	3.690	89	14.971		
– P.A. di Bolzano	3	234	-	-	4	139	7	373		
– P.A. di Trento	3	398	2	217	1	174	6	789		
– Veneto	20	2.213	6	1.253	1	36	27	3.502		
– Friuli-Venezia Giulia	2	220	-	-	2	259	4	479		
– Liguria	3	164	1	16	7	943	11	1.123		
– Emilia-Romagna	42	3.656	1	76	4	313	47	4.045		
– Toscana	14	1.018	6	184	6	678	26	1.880		
– Umbria	4	189	-	-	1	60	5	249		
– Marche	10	624	2	243	-	-	12	867		
– Lazio	43	4.168	14	3.699	17	3.264	74	11.131		
– Abruzzo	2	401	2	87	6	600	10	1.088		
– Molise	4	367	-	-	1	40	5	407		
– Campania	52	4.491	2	296	12	1.138	66	5.925		
– Puglia	15	1.412	3	1.077	13	2.281	31	4.770		
– Basilicata	1	40	-	-	-	-	1	40		
– Calabria	14	876	-	-	17	904	31	1.780		
– Sicilia	50	3.600	2	480	12	1.026	64	5.106		
– Sardegna	9	712	-	-	2	105	11	817		
Nord	142	17.444	41	5.807	56	7.190	239	30.441		
Centro	71	5.999	22	4.126	24	4.002	117	14.127		
Sud	147	11.899	9	1.940	63	6.094	219	19.933		
Italia	360	35.342	72	11.873	143	17.286	575	64.501		
%	62,6	54,8	12,5	18,4	24,9	26,8	100,0	100,0		

(1) Posti letto per ricovero ordinario.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, Open Data 2021; Aiop e Aris

Fig. S/2 – Posti letto ordinari della componente di diritto privato del SSN per associazione di appartenenza. Anno 2021



Fonte: Ministero della salute, Open Data 2021; Aiop e Aris

Per la sola quota di offerta assicurata dagli istituti di diritto privato aderenti ad AIOP, si può invece riportare un aggiornamento al 2023 della distribuzione su base regionale di istituti e posti letto (tab. S/7).

In termini di indirizzo nosologico prevalente, gli istituti AIOP accreditati con il SSN evidenziano una concentrazione soprattutto:

- nel campo polispecialistico (165 istituti su 503);
- nel campo delle RSA (137 istituti su 503);
- nel campo della riabilitazione post acuzie (64 istituti su 503);
- nel campo chirurgico (55 istituti su 503);
- nel campo neuropsichiatrico (28 istituti su 503);
- nel campo lungodegenti (19 istituti su 503);
- nel campo della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 (19 istituti su 503);
- nel campo medico (16 istituti su 503).

Osservando viceversa le concentrazioni in termini di posti letto per tipologia di attività (cfr. tabelle S/8 e S/9), con riferimento ancora agli istituti

associati ad AIOP (anno 2023), si confermano tra le maggiori a livello nazionale quelle afferenti all'area chirurgica, all'area medica, all'area riabilitativa, all'area della lungodegenza, all'area dei Centri ex art. 26 L. 833/78, all'area neuropsichiatrica, insieme al significativo incremento dell'area sociosanitaria delle RSA. Sempre rilevante e qualificata risulta inoltre la presenza di un'area di alta specialità, dotata di quasi 1.000 posti letto dedicati principalmente all'attività di cardiocirurgia.

Tab. S/7 – Distribuzione regionale degli istituti associati Aiop secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2023

Regioni	Polisp.		Medico		Chirurgico		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativo		RSA		Centri di riabilitazione		Totali	
	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.
Piemonte	14	4	1	-	-	-	4	-	3	-	5	-	3	-	-	-	30	4
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Lombardia	24	2	3	-	2	1	2	-	-	-	14	-	54	5	1	-	100	8
P.A. di Bolzano	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	4	-
P.A. di Trento	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Veneto	9	1	-	-	2	-	3	-	-	-	6	-	2	-	-	-	22	1
Friuli V.G.	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Liguria	1	2	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	-	5	2
Emilia-Romagna	24	1	1	-	1	-	6	-	3	-	7	-	10	1	1	-	53	2
Toscana	4	-	1	-	7	1	2	-	1	-	1	-	6	-	1	-	23	1
Umbria	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	7	-
Marche	5	-	-	-	-	-	1	-	1	-	3	-	3	-	2	-	15	-
Lazio	17	10	5	1	5	7	6	1	3	-	6	-	34	1	4	-	80	20
Abruzzo	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	5	-
Molise	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4	-
Campania	22	-	2	-	12	2	-	-	3	-	7	-	5	-	1	-	52	2
Puglia	9	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	10	-	5	-	28	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Calabria	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	6	1
Sicilia	18	-	2	-	19	-	2	-	-	-	5	-	7	-	-	-	53	-
Sardegna	5	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	9	-
Nord	77	10	5	-	5	1	16	-	9	-	35	-	69	6	4	-	220	17
Centro	28	10	6	1	14	8	9	1	5	-	11	-	45	1	7	-	125	21
Sud	60	-	5	-	36	3	3	-	5	-	18	-	23	-	8	-	158	3
Italia	165	20	16	1	55	12	28	1	19	-	64	-	137	7	19	-	503	41

Fonte: Aiop

Tab. S/8 — Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività — Anno 2023

Regioni	Alta specialità				Medica				Chirurgica				Neuropsich.				Lungodegenti				Riabilitativa				RSA				Centri di riabilitazione				Totali	
	Accred.		Non Accred.		Accred.		Non Accred.		Accred.		Non Accred.		Accred.		Non Accred.		Accred.		Non Accred.		Accred.		Non Accred.		Accred.		Non Accred.		Accred.	Non Accred.				
Piemonte	90	14	427	131	740	225	280	26	403	31	647	10	394	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.981	463					
Valle d'Aosta	-	-	-	-	12	4	-	-	-	-	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	4					
Lombardia	490	8	3.107	82	3.043	166	103	20	10	-	2.433	55	5.930	600	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.176	931					
P.A. di Bolzano	-	-	26	-	19	-	-	-	104	22	107	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	256	44					
P.A. di Trento	-	-	84	17	55	5	-	-	162	17	30	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	347	39					
Veneto	-	-	486	73	714	117	372	18	40	-	707	52	450	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.797	260						
Friuli V.G.	-	-	62	17	153	20	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	227	37						
Liguria	15	-	41	47	15	73	25	-	-	-	67	-	-	-	150	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	313	120						
Emilia-Romagna	73	2	1.053	31	1.504	159	673	2	570	5	953	84	639	296	143	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.608	579						
Toscana	17	-	189	-	571	50	105	-	162	-	361	10	349	-	102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.856	60						
Umbria	-	-	16	-	188	-	-	-	-	-	132	25	63	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	399	45						
Marche	-	-	165	-	201	-	40	-	101	-	165	-	263	9	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.055	9						
Lazio	-	-	1.164	367	1.139	941	563	20	497	3	916	338	3.002	130	557	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.838	1.799						
Abruzzo	-	-	119	44	140	73	100	-	-	-	54	54	28	27	303	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	744	198						
Molise	40	-	157	52	114	-	-	-	-	-	89	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	400	152						
Campania	58	10	876	101	2.096	371	-	-	557	55	1.203	12	439	-	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.309	549						
Puglia	93	3	435	72	498	133	16	7	-	-	250	28	1.053	363	863	27	3.208	633	-	-	-	-	-	-	-	-	3.208	633						
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	166	-	120	-	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	356	-					
Calabria	-	-	8	3	73	30	-	-	90	-	257	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	428	33						
Sicilia	77	2	1.132	30	1.666	43	109	23	83	1	611	44	385	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.063	221						
Sardegna	-	-	137	8	379	21	-	-	91	-	144	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	751	29						
Nord	668	24	5.286	398	6.255	769	1.453	66	1.289	75	5.020	223	7.429	922	381	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27.781	2.477						
Centro	17	-	1.534	367	2.099	991	708	20	760	3	1.574	373	3.677	159	779	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.148	1.913						
Sud	268	15	2.864	310	4.966	671	225	30	837	56	2.774	238	2.025	468	1.300	27	15.259	1.815	-	-	-	-	-	-	-	-	15.259	1.815						
Italia	953	39	9.684	1.075	13.320	2.431	2.386	116	2.886	134	9.368	834	13.131	1.549	2.460	27	54.188	6.205	-	-	-	-	-	-	-	-	54.188	6.205						

Fonte: Aiop

Tab. S/9 – Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività – Anno 2023 (composizione %)

Regioni	Alta specialità		Medica		Chirurgica		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativa		RSA		Centri di riabilitazione	
	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.	Accred.	Non Accred.
Piemonte	3,0	3,0	14,3	28,3	24,8	48,6	9,4	5,6	13,5	6,7	21,7	2,2	13,2	5,6	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	15,8	100,0	-	-	-	-	84,2	-	-	-	-	-
Lombardia	3,2	0,9	20,5	8,8	20,1	17,8	0,7	2,1	0,1	-	16,0	5,9	39,1	64,4	0,4	-
P.A. di Bolzano	-	-	10,2	-	7,4	-	-	-	40,6	50,0	41,8	50,0	-	-	-	-
P.A. di Trento	-	-	24,2	43,6	15,9	12,8	-	-	46,7	43,6	8,6	-	4,6	-	-	-
Veneto	-	-	17,4	28,1	25,5	45,0	13,3	6,9	1,4	-	25,3	20,0	16,1	-	1,0	-
Friuli V.G.	-	-	27,3	45,9	67,4	54,1	-	-	-	-	5,3	-	-	-	-	-
Liguria	4,8	-	13,1	39,2	4,8	60,8	8,0	-	-	-	21,4	-	-	-	47,9	-
Emilia-Romagna	1,3	0,3	18,8	5,4	26,8	27,5	12,0	0,3	10,2	0,9	17,0	14,5	11,4	51,1	2,5	-
Toscana	0,9	-	10,2	-	30,8	83,3	5,7	-	8,7	-	19,5	16,7	18,8	-	5,5	-
Umbria	-	-	4,0	-	47,1	-	-	-	-	-	33,1	55,6	15,8	44,4	-	-
Marche	-	-	15,6	-	19,1	-	3,8	-	9,6	-	15,6	-	24,9	100,0	11,4	-
Lazio	-	-	14,9	20,4	14,5	52,3	7,2	1,1	6,3	0,2	11,7	18,8	38,3	7,2	7,1	-
Abruzzo	-	-	16,0	22,2	18,8	36,9	13,4	-	-	-	7,3	27,3	3,8	13,6	40,7	-
Molise	10,0	-	39,3	34,2	28,5	-	-	-	-	-	22,3	65,8	-	-	-	-
Campania	1,1	1,8	16,5	18,4	39,5	67,6	-	-	10,5	10,0	22,7	2,2	8,3	-	1,5	-
Puglia	2,9	0,5	13,6	11,4	15,5	21,0	0,5	1,1	-	-	7,8	4,4	32,8	57,3	26,9	4,3
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	4,5	-	46,6	-	33,7	-	15,2	-
Calabria	-	-	1,9	9,1	17,1	90,9	-	-	21,0	-	60,0	-	-	-	-	-
Sicilia	1,9	0,9	27,9	13,6	41,0	19,5	2,7	10,4	2,0	0,5	15,0	19,9	9,5	35,3	-	-
Sardegna	-	-	18,2	27,6	50,5	72,4	-	-	12,1	-	19,2	-	-	-	-	-
Nord	2,4	1,0	19,0	16,1	22,5	31,0	5,2	2,7	4,6	3,0	18,1	9,0	26,7	37,2	1,4	0,0
Centro	0,2	0,0	13,8	19,2	18,8	51,8	6,4	1,0	6,8	0,2	14,1	19,5	33,0	8,3	7,0	0,0
Sud	1,8	0,8	18,8	17,1	32,5	37,0	1,5	1,7	5,5	3,1	18,2	13,1	13,3	25,8	8,5	1,5
Italia	1,8	0,6	17,9	17,3	24,6	39,2	4,4	1,9	5,3	2,2	17,3	13,4	24,2	25,0	4,5	0,4

Fonte: Aiop

2. I dati di attività

2.1. Le giornate di degenza e il tasso di occupazione

Nel 2021 si evidenzia in primo luogo una ripresa in termini di disponibilità dei posti letto, interrompendosi così la tendenza al costante ridimensionamento che li aveva portati dagli oltre 193 mila del 2016 ai circa 184 mila del 2020, con una diminuzione del -4,4%. Una diminuzione che aveva interessato in misura superiore la componente pubblica (-5,7%), rispetto a quella privata accreditata (-1,5%).

I dati illustrati, riportati nelle tabelle S/10 e S/11, mostrano anche la brusca diminuzione delle giornate di degenza, che dai 52,6 milioni del 2019 passano ai 44,8 milioni del 2020, con una flessione complessiva del -14,9%; una flessione decisamente più importante rispetto al trend in discesa degli ultimi anni, determinata dal crollo delle prestazioni avvenuto dopo lo scoppio della pandemia da Covid-19. Le diminuzioni per le strutture pubbliche sono state pari al -14,8%, e per gli ospedali accreditati del -15%. Una riduzione quindi marcata che si è aggiunta a quelle provocate negli anni dalle politiche regionali di riduzione dei ricoveri e di blocco dei budget sulla ospedaliera accreditata¹.

Nella tabella S/12 vengono invece messi a confronto i valori di riferimento dell'attività di ricovero del 2021 con quelli degli anni 2020 e 2019.

La degenza media complessiva si mantiene sul livello delle 8 giornate e risulta più alta per gli ospedali accreditati (9 giornate): il risultato rilevato per questi ultimi è legato soprattutto alla loro propensione a svolgere attività come la lungodegenza e la riabilitazione. I risultati sono completamente diversi se si prendono in considerazione i soli pazienti acuti: si scende infatti a 7,9 giornate nel pubblico e a 6,1 giornate negli ospedali accreditati.

¹ In una logica di contenimento della spesa, con il DI 95/2012 è stato posto alle Regioni un vincolo all'acquisto di prestazioni sanitarie presso le strutture di diritto privato del SSN.

Tab. S/10 – Posti letto, giornate di degenza e tasso di occupazione – Ricoveri ordinari

Natura giuridica istituto	2019			2020			2021		
	Posti letto	Giornate di degenza	Occup. %	Posti letto	Giornate di degenza	Occup. %	Posti letto	Giornate di degenza	Occup. %
Ospedali pubblici	130.650	37.460.901	78,6	127.060	31.917.757	68,8	145.067	32.326.789	61,1
Ospedali privati accreditati	56.360	15.186.027	73,8	57.454	12.901.157	61,5	64.501	14.102.081	59,9
Totale	187.010	52.646.928		184.514	44.818.914		209.568	46.428.870	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ospedali pubblici	69,9	71,2	78,9	68,9	71,2	69,2	69,2	69,6	69,6
Ospedali privati accreditati	30,1	28,8	31,1	31,1	28,8	30,8	30,8	30,4	30,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni su dati del "Rapporto SDO" e "Open Data" del Ministero della Salute, Anni 2019, 2020 e 2021

Tab. S/11 – Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza

Natura giuridica istituto	2020/2019			2021/2020		
	Posti letto	Giornate di degenza	Occup. %	Posti letto	Giornate di degenza	Occup. %
Ospedali pubblici	-2,7	-14,8	14,2	1,3	11,0	-13,7
Ospedali privati accreditati	1,9	-15,0	12,3	9,3	14,4	-7,1
Totale	-1,3	-14,9	13,6	3,6	12,1	-11,8

Fonte: elaborazioni su dati del "Rapporto SDO" e "Open Data" del Ministero della Salute, Anni 2019, 2020 e 2021

Tab. S/12 – Ospedali pubblici e ospedali accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2021

Natura giuridica istituto	2021			2020			
	Posti letto	Dimessi	Giornate	Degenza media	Occup. %	Degenza media	Occup. %
Ospedali pubblici	145.067	3.932.067	32.326.789	8,2	61,1	8,4	68,8
Ospedali privati accreditati	64.501	1.528.730	14.102.081	9,2	59,9	9,4	61,5
Totale	209.568	5.460.797	46.428.870	8,5	60,7	8,7	66,5

Fonte: elaborazioni su dati del "Rapporto SDO" e "Open Data" del Ministero della Salute, Anni 2019, 2020 e 2021

Il tasso di occupazione complessivo, rilevabile sempre dalla tabella S/12, raggiunge nel 2021 un valore inferiore anche a quello del 2020 (60,7% contro 66,5%) e ancora più distante rispetto al 77,1% del 2019. Ciò in virtù di una maggiore disponibilità di posti letto a cui non ha fatto tuttavia riscontro il pieno recupero dei livelli di produzione del periodo pre-pandemico.

2.2. Le tipologie dei ricoveri e delle giornate di degenza

Le elaborazioni dei flussi SDO, ancora allineati alla versione 24.0 CMS dei DRG Medicare adottata in Italia a partire dal 2009, offrono un quadro molto dettagliato dell'attività ospedaliera delle due componenti di offerta del Servizio sanitario nazionale.

Nelle tabelle S/13 ed S/14 si può osservare come nel 2021 siano stati, per il complesso dei regimi e delle tipologie di ricovero, più di 7,3 milioni i pazienti trattati dal sistema ospedaliero, 533 mila in più rispetto al 2020 ma ancora quasi 1 milione e 200 mila in meno rispetto al 2019²; segno che nel secondo anno pandemico sono state riassorbite con fatica e solo in parte le prestazioni ordinarie. Il 28,6% delle dimissioni 2021 del SSN (quasi 2 milioni di casi) riguardano pazienti presi in carico dal complesso degli ospedali privati accreditati. Occorre evidenziare che, relativamente ai dati provenienti dai flussi SDO, dal 2009 il Ministero della salute ha opportunamente incluso nella colonna della tabella S/13 dedicata ai dati del privato i c.d. istituti privati in convenzione obbligatoria (altrimenti detti 'pubblici assimilati'), vale a dire Policlinici universitari privati, IRCCS privati, IRCCS Fondazione privati, Ospedali religiosi classificati, Presidi USL ed Enti di ricerca, consentendo – e a differenza di quanto riportato in altre sue pubblicazioni³ – una vera e propria articolazione per natura giuridica delle strutture considerate. Il dato della voce “privato” di questa tabella comprende anche una quota residuale di pertinenza del privato non accreditato evidenziata poi nelle due tavole successive.

² Cfr. paragrafo 2.5.

³ Nell'*Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale*, strutture evidentemente di diritto privato, quali i policlinici universitari privati o gli Ospedali religiosi classificati, sono indicati come “pubblici assimilati”, determinando incomprensioni interpretative a livello di lettura e di analisi. In questo ed altri documenti, si considerano come private accreditate esclusivamente le c.d. Case di Cura: un mero sottoinsieme dell'articolato universo che costituisce la componente di diritto privato del SSN.

Tab. S/13 – Distribuzione dei ricoveri e delle giornate di degenza negli istituti di diritto pubblico e di diritto privato per tipologia e regime di ricovero. Anno 2021

	Numero di ricoveri			Numero di giornate		
	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale
Acuti – Regime ordinario	3.855.588	1.353.413	5.209.001	30.475.360	8.090.280	38.565.640
Acuti – Day hospital	1.022.531	459.894	1.482.425	3.147.819	749.897	3.897.716
Riabilitazione – Regime ordinario	46.005	192.896	238.901	1.273.309	5.173.259	6.446.568
Riabilitazione – Day hospital	7.821	14.753	22.574	96.439	274.023	370.462
Lungodegenza	30.474	36.375	66.849	578.120	1.031.364	1.609.484
Neonati sani ⁽¹⁾	232.582	64.742	297.324	659.706	181.543	841.249
Totale	5.195.001	2.122.073	7.317.074	36.230.753	15.500.366	51.731.119

Istituti pubblici: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta.
Istituti privati: Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate e non accreditate.

La voce “Lungodegenza” comprende i dimessi da Regime ordinario e Day Hospital.

(1) Classificati nel DRG 391.

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2021

Tab. S/14 – Distribuzione dei ricoveri per natura giuridica degli istituti di cura, per tipologia e regime di ricovero⁽¹⁾. Anno 2021

Natura giuridica istituto	Acuti			Riabilitazione			Lungodegenza			
	Regime ordinario		Day hospital	Regime ordinario		Day hospital	Regime ordinario		Day hospital	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Istituti pubblici	3.855.588	74,0	1.022.531	69,0	46.005	19,3	7.821	34,6	30.474	45,6
Istituti privati accreditati	1.300.314	25,0	447.371	30,2	192.663	80,6	14.751	65,3	35.753	53,5
Totali SSN	5.155.902	99,0	1.469.902	99,2	238.668	99,9	22.572	99,9	66.227	99,1
Case di cura private non accreditate	53.099	1,0	12.523	0,8	233	0,1	2	0,1	622	0,9
Totale	5.209.001	100,0	1.482.425	100,0	238.901	100,0	22.574	100,0	66.849	100,0

(1) Non sono compresi i dati relativi ai neonati sani.

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2021

Tab. S/15 – Distribuzione delle giornate di degenza per natura giuridica degli istituti di cura, per tipologia e regime di ricovero (1), Anno 2021

Natura giuridica istituto	Acuti						Riabilitazione						Lungodegenza	
	Regime ordinario			Day hospital			Regime ordinario			Day hospital			Numero	%
	Numero	%		Numero	%		Numero	%		Numero	%			
Istituti pubblici	30.475.360	79,0	3.147.819	80,8	1.273.309	19,8	96.439	26,0	578.120	35,9				
Istituti privati accreditati	7.921.639	20,6	737.143	18,9	5.167.277	80,1	274.021	74,0	1.013.165	63,0				
Totali SSN	38.396.999	99,6	3.884.962	99,7	6.440.586	99,9	370.460	99,9	1.591.285	98,9				
Case di cura private non accreditate	168.641	0,4	12.754	0,3	5.982	0,1	2	0,0	18.199	1,1				
Totale	38.565.640	100,0	3.897.716	100,0	6.446.568	100,0	370.462	100,0	1.609.484	100,0				

(1) Non sono compresi i dati relativi ai neonati sani.

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2021

Per quanto concerne i ricoveri ordinari, l'ammontare delle giornate di degenza, si ripartisce tra i 32,3 milioni degli ospedali pubblici ed i 14,1 milioni del privato accreditato, mentre il volume di accessi in regime di day hospital è risultato rispettivamente pari a 3,2 milioni e a 1 milione.

Nei dati complessivi di sistema della tabella S/13 sono compresi anche i dimessi (più di 297 mila) e le giornate di degenza e accessi (più di 841 mila) afferenti al DRG 391 (neonato sano), che il Ministero della salute non riporta invece nelle successive tavole per tipologia e natura giuridica degli istituti.

Il volume di pazienti dimessi e di giornate di degenza prodotte, per tipo di istituto, per tipo di attività e per regime di ricovero, rileva il contributo preponderante degli ospedali accreditati nel campo della riabilitazione (80,6% dei ricoveri ordinari) e della lungodegenza (63% delle giornate di degenza), come riportato nelle tabelle S/14 e S/15.

2.3. I DRG più diffusi

Le elaborazioni per DRG operate sui flussi dell'anno 2021 pubblicate nell'ultimo Rapporto SDO, offrono come di consueto una visione d'insieme del comparto ospedaliero, senza suddivisioni quindi tra le componenti pubbliche e private (accreditate e non). Per poter evidenziare lo stesso tipo di informazioni in modo specifico riguardo all'area di offerta privata accreditata, si propongono i risultati delle analisi operate annualmente sui dati provenienti dalle strutture che fanno capo ad AIOP, per le quali è anche possibile mettere a disposizione una anticipazione sui risultati del 2022.

Nelle successive tabelle S/16 e S/17 (A e B) vengono riportati i dati di dettaglio dei primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni dei pazienti acuti in regime di ricovero ordinario, rispettivamente per il complesso degli ospedali (anno 2021) e per quelli accreditati associati ad AIOP (anni 2021 e 2022). Relativamente a questi ultimi viene proposta per il 2022 anche una scomposizione territoriale Nord, Centro, Sud (tabb. S/18, S/19 e S/20).

La tabella S/21 fa riferimento invece all'attività di ricovero per i pazienti acuti trattati in regime diurno negli istituti di cura pubblici e privati, con un dettaglio sui 30 DRG più frequenti, mentre le tabelle S/22 e S/23 mostrano in quali DRG sono classificati i pazienti che hanno ricevuto trattamenti riabilitativi in regime ordinario nel complesso degli ospedali (anno 2021) e in modo più specifico negli ospedali accreditati AIOP (anni 2021 e 2022).

Il DRG con il più alto volume di dimissioni continua ad essere in assoluto quello del parto con 244.828 dimissioni nel 2021 (contro le 281.026 del 2017) ed un'incidenza sul totale dei casi del 4,7% (tab. S/16).

Tab. S/16 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza		
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media
1	373	244.828	4,7	4,7	2,1	3,4
2	544	180.332	3,5	8,2	3,4	7,2
3	087	160.802	3,1	11,2	5,0	12,1
4	079	130.580	2,5	13,8	5,0	14,9
5	127	121.601	2,3	16,1	3,0	9,6
6	371	115.617	2,2	18,3	1,3	4,3
7	359	82.505	1,6	19,9	0,7	3,2
8	576	78.819	1,5	21,4	2,8	13,6
9	014	76.069	1,5	22,9	2,0	10,4
10	311	73.162	1,4	24,3	0,6	3,0
11	494	66.847	1,3	25,6	0,5	3,1
12	430	61.836	1,2	26,7	2,1	13,3
13	316	61.350	1,2	27,9	1,6	9,9
14	125	60.600	1,2	29,1	0,5	3,1
15	557	60.252	1,2	30,2	1,2	7,4
16	219	50.466	1,0	31,2	0,8	5,9
17	390	50.303	1,0	32,2	0,5	3,8
18	089	49.270	0,9	33,1	1,5	11,5
19	080	48.914	0,9	34,1	1,4	11,3

/.

(Segue) Tab. S/16 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2021

Ranko	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza	
		Numero	%	% cumul.	Deg. media
20	558	48.906	0,9	35,0	3,8
	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore				
21	224	42.950	0,8	35,8	2,6
	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC				
22	211	38.986	0,7	36,6	1,0
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC				
23	467	36.121	0,7	37,3	3,3
	Altri fattori che influenzano lo stato di salute				
24	162	35.587	0,7	37,9	1,7
	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC				
25	518	34.661	0,7	38,6	3,1
	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA				
26	149	34.410	0,7	39,3	8,6
	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC				
27	552	33.958	0,7	39,9	4,7
	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore				
28	410	33.777	0,6	40,6	5,0
	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta				
29	203	32.495	0,6	41,2	9,3
	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas				
30	260	32.318	0,6	41,8	1,9
	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC				
31	210	31.398	0,6	42,4	12,4
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC				
32	124	30.875	0,6	43,0	7,1
	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata				
33	337	30.534	0,6	43,6	3,8
	Prostatectomia transuretrale senza CC				
34	082	30.415	0,6	44,2	10,1
	Neoplasie dell'apparato respiratorio				
35	395	29.129	0,6	44,7	8,9
	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni				
36	288	28.493	0,5	45,3	3,3
	Interventi per obesità				
37	290	28.275	0,5	45,8	2,8
	Interventi sulla tiroide				

/.

(Segue) Tab. S/16 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza		
		Numero	% cumul.	%	Deg. media	
38	183	28.166	0,5	46,4	0,4	5,5
39	500	26.213	0,5	46,9	0,3	3,7
40	225	26.124	0,5	47,4	0,1	2,1
41	503	25.953	0,5	47,9	0,1	1,8
42	565	25.501	0,5	48,4	1,3	19,3
43	389	23.443	0,4	48,8	0,4	6,6
44	158	22.833	0,4	49,2	0,1	2,0
45	055	22.746	0,4	49,7	0,1	2,0
46	208	22.662	0,4	50,1	0,4	6,7
47	479	22.609	0,4	50,6	0,3	4,6
48	078	22.342	0,4	51,0	0,6	10,3
49	207	22.130	0,4	51,4	0,6	10,3
50	234	22.028	0,4	51,8	0,2	3,5
51	174	21.656	0,4	52,2	0,5	9,5
52	569	21.386	0,4	52,7	0,9	16,4
53	104	21.142	0,4	53,1	0,7	13,2
54	075	20.960	0,4	53,5	0,5	9,2
55	012	20.945	0,4	53,9	0,5	8,6

/.

(Segue) Tab. S/16 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza	
		Numero	%	% cumul.	Deg. media
56	204	20.489	0,4	54,3	0,5
57	227	20.363	0,4	54,6	0,1
58	498	20.241	0,4	55,0	0,3
59	320	20.136	0,4	55,4	0,5
60	172	19.359	0,4	55,8	0,6
Totale (primi 60 DRG)		2.906.868	55,8		54,9
Totale generale		5.209.763	100,0		7,4

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2021

Tab. S/17A – Ospedali accreditati Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ritoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza			
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
1	544	66.866	11,5	11,5	10,8	5,7	379.077
2	373	12.938	2,2	13,8	1,2	3,3	43.046
3	127	12.835	2,2	16,0	3,4	9,3	119.014
4	288	12.655	2,2	18,2	1,2	3,3	42.042
5	371	12.618	2,2	20,3	1,4	3,8	47.555
6	359	11.512	2,0	22,3	1,0	3,1	35.294
7	311	10.817	1,9	24,2	0,8	2,6	28.441
8	494	10.661	1,8	26,0	0,8	2,6	27.851
9	224	10.556	1,8	27,8	0,5	1,8	19.243
10	125	10.166	1,8	29,6	0,6	2,1	21.671
11	558	10.012	1,7	31,3	0,8	2,7	27.341
12	225	9.359	1,6	32,9	0,4	1,4	13.119
13	498	8.327	1,4	34,4	1,1	4,6	38.097
14	503	8.138	1,4	35,8	0,4	1,8	14.378
15	518	7.589	1,3	37,1	0,6	2,6	19.685
16	337	6.606	1,1	38,2	0,7	3,6	23.750
17	087	6.556	1,1	39,4	2,4	12,7	82.969

/.

(Segue) Tab. S/17A – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	
18	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	6.452	1,1	40,5	0,3	1,6	10.277
19	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	5.972	1,0	41,5	2,7	16,2	96.638
20	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	5.404	0,9	42,4	1,7	11,3	61.289
21	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrosi vertebrali senza CC	5.258	0,9	43,3	0,5	3,2	16.608
22	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	4.741	0,8	44,2	0,5	3,5	16.813
23	430	Psicosi	4.463	0,8	44,9	1,6	12,8	57.152
24	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	4.410	0,8	45,7	0,5	3,9	17.135
25	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.337	0,7	46,4	0,4	3,1	13.641
26	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.135	0,7	47,2	0,2	2,0	8.475
27	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	4.134	0,7	47,9	3,4	29,1	120.234
28	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	4.121	0,7	48,6	1,9	16,4	67.722
29	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	4.089	0,7	49,3	0,5	4,7	19.059
30	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.032	0,7	50,0	0,4	3,5	14.091
31	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	3.983	0,7	50,7	0,9	7,5	29.973
32	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.947	0,7	51,3	0,5	4,0	15.968
33	232	Artroscopia	3.910	0,7	52,0	0,3	2,7	10.716
34	316	Insufficienza renale	3.871	0,7	52,7	0,9	7,9	30.654

/.

(Segue) Tab. S/17A – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
35	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	3.767	0,6	53,3	0,4	3,4	12.800
36	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	3.630	0,6	54,0	0,2	1,7	6.273
37	158	Interventi su ano e stoma senza CC	3.521	0,6	54,6	0,2	1,6	5.460
38	243	Affezioni mediche del dorso	3.488	0,6	55,2	0,8	7,7	26.908
39	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	3.452	0,6	55,8	0,6	6,4	22.208
40	290	Interventi sulla tiroide	3.236	0,6	56,3	0,2	2,6	8.462
41	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3.197	0,6	56,9	0,3	3,0	9.641
42	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.190	0,6	57,4	1,0	10,8	34.311
43	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	3.062	0,5	58,0	0,6	6,8	20.971
44	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	3.013	0,5	58,5	0,6	6,7	20.218
45	162	Interventi per emia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.999	0,5	59,0	0,1	1,6	4.650
46	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	2.972	0,5	59,5	0,8	9,5	28.349
47	470	Non attribuibile ad altro DRG	2.956	0,5	60,0	0,5	6,3	18.727
48	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	2.914	0,5	60,5	0,2	2,9	8.472
49	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	2.781	0,5	61,0	0,3	3,6	9.898
50	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	2.769	0,5	61,5	0,6	7,4	20.472
51	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.547	0,4	61,9	0,2	2,3	5.780
52	016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	2.377	0,4	62,3	0,4	6,2	14.654
53	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	2.344	0,4	62,7	0,4	6,1	14.184

/.

(Segue) Tab. S/17A – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza				
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero	
54	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	2.332	0,4	63,1	0,5	7,7	18.035
55	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	2.311	0,4	63,5	0,5	7,6	17.674
56	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato diger., età > 17 anni senza CC	2.242	0,4	63,9	0,4	5,7	12.875
57	133	Aterosclerosi senza CC	2.015	0,3	64,3	0,3	4,6	9.274
58	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	1.971	0,3	64,6	1,5	26,6	52.370
59	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.916	0,3	64,9	0,5	8,9	17.043
60	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	1.896	0,3	65,3	0,7	13,1	24.805
Totale (primi 60 DRG)			378.368	65,3			5,4	2.033.532
Totale generale			579.773				6,1	3.514.926

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati AIOP

Tab. S/17B – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
1	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	79.599	14,0	14,0	14,8	5,5	436.216
2	288	Interventi per obesità	13.599	2,4	16,4	1,5	3,3	44.442
3	127	Insufficienza cardiaca e shock	11.496	2,0	18,4	3,4	8,7	100.026
4	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	11.192	2,0	20,3	1,1	3,0	33.715
5	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	11.011	1,9	22,3	0,9	2,5	27.054
6	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	9.889	1,7	24,0	1,1	3,3	32.145
7	311	Interventi per via transuretrale senza CC	9.822	1,7	25,7	0,8	2,5	24.645
8	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	9.806	1,7	27,5	1,5	4,5	43.819
9	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	9.743	1,7	29,2	0,5	1,4	13.688
10	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	9.689	1,7	30,9	0,6	1,8	17.187
11	225	Interventi sul piede	9.463	1,7	32,5	0,4	1,2	11.145
12	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con caterismo cardiaco e diagnosi non complicata	9.385	1,6	34,2	0,6	1,9	17.731
13	371	Parto cesareo senza CC	8.992	1,6	35,8	1,1	3,7	33.405
14	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.933	1,4	37,2	0,7	2,6	20.821
15	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	7.609	1,3	38,5	0,9	3,5	26.598
16	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	7.009	1,2	39,7	0,7	3,1	21.494

/.

(Segue) Tab. S/17B – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
17	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	6.932	1,2	40,9	0,6	2,7	18.375
18	087	Edemia polmonare e insufficienza respiratoria	5.951	1,0	42,0	1,8	8,9	53.110
19	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	5.727	1,0	43,0	2,1	10,9	62.431
20	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	5.495	1,0	44,0	0,9	4,8	26.467
21	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	5.203	0,9	44,9	0,3	1,5	7.856
22	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	4.964	0,9	45,7	0,8	4,7	23.172
23	430	Psicosi	4.698	0,8	46,6	2,2	14,0	65.571
24	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	4.662	0,8	47,4	0,6	3,7	17.452
25	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	4.567	0,8	48,2	1,2	7,5	34.210
26	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.509	0,8	49,0	0,5	3,1	14.110
27	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.191	0,7	49,7	0,3	1,9	7.872
28	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	4.158	0,7	50,4	1,5	10,6	44.193
29	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	4.024	0,7	51,1	1,0	7,5	30.100
30	316	Insufficienza renale	3.982	0,7	51,8	1,0	7,8	30.897
31	290	Interventi sulla tiroide	3.978	0,7	52,5	0,3	2,3	9.172
32	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.971	0,7	53,2	0,5	3,4	13.417
33	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	3.663	0,6	53,9	0,4	3,4	12.464

/.

(Segue) Tab. S/17B – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2022

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza			
		Numero	% cumul.	%	Deg. media		
34	232	3.506	0,6	54,5	0,1	1,0	3.467
35	149	3.401	0,6	55,1	0,8	6,5	22.243
36	162	3.390	0,6	55,7	0,2	1,4	4.597
37	227	3.308	0,6	56,3	0,2	1,5	4.941
38	552	3.242	0,6	56,8	0,4	3,6	11.740
39	410	3.109	0,5	57,4	0,3	2,8	8.714
40	120	2.959	0,5	57,9	0,4	3,6	10.535
41	158	2.951	0,5	58,4	0,2	1,5	4.509
42	211	2.809	0,5	58,9	0,6	6,8	19.211
43	014	2.662	0,5	59,4	0,9	9,9	26.240
44	335	2.571	0,5	59,8	0,5	5,8	14.908
45	183	2.559	0,4	60,3	0,5	5,9	15.051
46	557	2.500	0,4	60,7	0,5	6,2	15.603
47	245	2.453	0,4	61,2	0,5	5,5	13.458
48	105	2.393	0,4	61,6	1,1	13,7	32.670
49	160	2.377	0,4	62,0	0,2	2,4	5.692
50	053	2.353	0,4	62,4	0,1	1,8	4.166

/.

(Segue) Tab. S/17B – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
51	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.342	0,4	62,8	0,2	2,3	5.363
52	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	2.299	0,4	63,2	1,0	13,2	30.364
53	496	Artrosi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	2.270	0,4	63,6	0,4	5,0	11.320
54	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.257	0,4	64,0	0,4	5,6	12.749
55	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	2.257	0,4	64,4	0,6	7,5	16.903
56	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	2.214	0,4	64,8	0,6	7,7	16.970
57	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	2.204	0,4	65,2	1,0	13,0	28.562
58	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	2.106	0,4	65,6	0,2	2,7	5.771
59	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	2.028	0,4	65,9	0,6	8,5	17.201
60	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.022	0,4	66,3	0,8	11,3	22.902
Totale (primi 60 DRG)			377.454	66,3			4,7	1.760.850
Totale generale			569.585				5,2	2.955.756

Fonte: elaborazioni su dati AIOP

Tab. S/18 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2022

Rango	DRG	Dimissioni			Giornate di degenza		
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
1	544	53.712	16,7	16,7	16,7	5,6	298.217
2	288	7.392	2,3	19,0	1,2	3,0	22.201
3	225	7.117	2,2	21,2	0,4	1,0	7.137
4	224	6.096	1,9	23,1	0,5	1,5	9.094
5	503	6.077	1,9	25,0	0,5	1,4	8.785
6	498	5.860	1,8	26,8	1,5	4,5	26.202
7	518	5.527	1,7	28,5	0,8	2,6	14.332
8	558	5.497	1,7	30,3	0,8	2,5	13.516
9	311	5.464	1,7	32,0	0,7	2,1	11.623
10	127	5.162	1,6	33,6	2,9	10,1	52.301
11	359	4.761	1,5	35,0	0,7	2,7	12.906
12	125	4.512	1,4	36,4	0,5	2,0	8.814
13	494	4.404	1,4	37,8	0,5	2,2	9.531
14	373	4.204	1,3	39,1	0,8	3,3	13.717
15	104	3.986	1,2	40,4	2,4	10,8	43.020
16	337	3.961	1,2	41,6	0,7	3,0	11.957
17	232	3.311	1,0	42,6	0,2	1,0	3.192

/.

(Segue) Tab. S/18 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
18	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.234	1,0	43,6	0,5	2,6	8.477
19	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.182	1,0	44,6	1,8	10,2	32.516
20	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	3.169	1,0	45,6	1,4	7,7	24.286
21	430	Psicosi	3.050	0,9	46,6	3,0	17,6	53.725
22	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.999	0,9	47,5	0,2	1,3	3.987
23	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	2.798	0,9	48,4	0,5	3,2	8.983
24	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.756	0,9	49,2	0,8	5,0	13.760
25	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	2.707	0,8	50,1	0,6	3,6	9.872
26	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.579	0,8	50,9	1,2	8,1	20.860
27	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	2.537	0,8	51,6	0,4	3,1	7.950
28	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	2.283	0,7	52,4	1,5	11,7	26.619
29	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	2.248	0,7	53,1	0,7	5,6	12.597
30	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	2.211	0,7	53,7	0,2	1,4	2.987
31	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	2.184	0,7	54,4	0,2	1,4	3.042
32	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	2.160	0,7	55,1	0,6	5,0	10.841
33	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	2.143	0,7	55,8	0,5	3,8	8.111
34	158	Interventi su ano e stoma senza CC	2.057	0,6	56,4	0,2	1,3	2.741

/.

(Segue) Tab. S/18 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
35	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	1.997	0,6	57,0	1,0	8,7	17.279
36	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1.910	0,6	57,6	1,1	10,5	20.079
37	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.864	0,6	58,2	1,4	13,1	24.469
38	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	1.855	0,6	58,8	0,6	6,3	11.597
39	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.823	0,6	59,3	0,1	1,2	2.121
40	371	Parto cesareo senza CC	1.806	0,6	59,9	0,4	4,2	7.517
41	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	1.774	0,6	60,5	0,6	6,3	11.182
42	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	1.731	0,5	61,0	0,6	5,7	9.842
43	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	1.731	0,5	61,5	2,7	27,6	47.779
44	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.718	0,5	62,1	0,2	2,3	3.984
45	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	1.687	0,5	62,6	1,1	11,5	19.484
46	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	1.657	0,5	63,1	1,1	12,2	20.271
47	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	1.644	0,5	63,6	0,2	1,7	2.824
48	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1.641	0,5	64,1	0,7	7,4	12.106
49	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	1.613	0,5	64,6	0,2	1,7	2.822
50	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	1.589	0,5	65,1	1,2	13,7	21.828
51	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	1.359	0,4	65,5	0,2	2,4	3.279

/.

(Segue) Tab. S/18 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
52	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.340	0,4	66,0	0,2	2,2	2.992
53	316	Insufficienza renale	1.325	0,4	66,4	0,8	10,5	13.901
54	532	Interventi sul midollo spinale senza CC	1.298	0,4	66,8	0,2	2,6	3.323
55	056	Rinoplastica	1.242	0,4	67,2	0,1	1,3	1.555
56	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	1.235	0,4	67,6	0,1	1,8	2.199
57	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1.234	0,4	67,9	0,2	2,7	3.283
58	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.226	0,4	68,3	0,6	8,8	10.731
59	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.184	0,4	68,7	0,1	1,2	1.417
60	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.144	0,4	69,0	0,7	10,6	12.146
Totale (primi 60 DRG)			221.967	69,0			5,0	1.107.909
Totale generale (Nord)			321.503				5,6	1.784.843

Fonte: elaborazioni su dati AIOP

Tab. S/19 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2022

Rango	DRG	Dimissioni				Giornate di degenza		
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero	
1	544	6.472	17,8	17,8	15,5	5,0	32.270	
2	127	1.135	3,1	20,9	5,2	9,6	10.924	
3	503	1.094	3,0	23,9	0,6	1,1	1.164	
4	498	1.051	2,9	26,8	1,8	3,6	3.798	
5	337	732	2,0	28,8	1,1	3,3	2.386	
6	089	728	2,0	30,8	3,5	9,9	7.223	
7	224	710	1,9	32,7	0,7	2,0	1.427	
8	223	685	1,9	34,6	0,4	1,2	853	
9	225	672	1,8	36,4	0,4	1,3	884	
10	554	638	1,8	38,2	0,7	2,2	1.414	
11	288	573	1,6	39,8	0,9	3,3	1.903	
12	359	538	1,5	41,2	0,7	2,8	1.481	
13	234	531	1,5	42,7	0,6	2,4	1.279	
14	311	519	1,4	44,1	0,7	2,7	1.427	
15	494	495	1,4	45,5	0,6	2,5	1.233	
16	491	434	1,2	46,7	0,7	3,5	1.518	
17	395	419	1,1	47,8	2,0	9,8	4.112	

/.

(Segue) Tab. S/19 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
18	113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	408	1,1	48,9	0,8	4,2	1.717
19	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	400	1,1	50,0	1,8	9,2	3.661
20	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	378	1,0	51,1	1,8	9,7	3.677
21	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	375	1,0	52,1	2,6	14,3	5.348
22	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	361	1,0	53,1	1,2	7,0	2.535
23	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	343	0,9	54,0	0,6	3,4	1.164
24	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	339	0,9	55,0	1,8	11,2	3.807
25	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	338	0,9	55,9	0,6	3,5	1.190
26	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	324	0,9	56,8	0,2	1,2	389
27	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	307	0,8	57,6	1,0	7,0	2.164
28	321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	303	0,8	58,5	1,2	8,5	2.587
29	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	303	0,8	59,3	0,5	3,1	944
30	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	278	0,8	60,1	1,1	8,1	2.257
31	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	271	0,7	60,8	1,5	11,5	3.117
32	524	Ischemia cerebrale transitoria	260	0,7	61,5	1,2	10,0	2.598
33	147	Resezione rettale senza CC	256	0,7	62,2	0,5	4,2	1.072
34	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	250	0,7	62,9	1,5	12,3	3.077
35	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	247	0,7	63,6	0,7	5,9	1.457
36	316	Insufficienza renale	246	0,7	64,3	1,2	9,8	2.404

/.

(Segue) Tab. S/19 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese, Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni			Giornate di degenza		
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
37	371	Parto cesareo senza CC	235	0,6	64,9	0,4	3,5	814
38	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	231	0,6	65,5	0,2	1,5	347
39	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	230	0,6	66,2	1,0	8,8	2.030
40	309	Interventi minori sulla vescica senza CC	223	0,6	66,8	0,3	2,7	595
41	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	221	0,6	67,4	1,0	9,1	2.012
42	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrosi vertebrale senza CC	220	0,6	68,0	0,3	2,5	550
43	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	218	0,6	68,6	0,8	8,0	1.741
44	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	216	0,6	69,2	1,0	9,5	2.046
45	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	208	0,6	69,8	1,3	12,6	2.613
46	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	207	0,6	70,3	0,3	3,4	697
47	142	Sincope e collasso senza CC	206	0,6	70,9	0,8	8,2	1.691
48	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	205	0,6	71,4	1,0	10,5	2.155
49	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	197	0,5	72,0	0,2	2,1	407
50	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	187	0,5	72,5	0,2	1,8	342
51	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	186	0,5	73,0	0,1	1,0	188
52	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	172	0,5	73,5	0,6	7,7	1.326
53	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	170	0,5	74,0	1,2	14,8	2.513
54	182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	168	0,5	74,4	0,7	8,5	1.435

/.

(Segue) Tab. S/19 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2022

Rango	DRG	Dimissioni			Giornate di degenza		
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
55	227	168	0,5	74,9	0,1	1,4	241
56	290	162	0,4	75,3	0,2	2,7	443
57	014	156	0,4	75,7	0,8	11,1	1.736
58	497	142	0,4	76,1	0,3	4,9	690
59	158	136	0,4	76,5	0,2	2,4	329
60	085	135	0,4	76,9	0,6	9,5	1.285
Totale (primi 60 DRG)		28.012	76,9			5,3	148.687
Totale generale (Centro)		36.436				5,7	208.349

Fonte: elaborazioni su dati AIOP

Tab. S/20 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
1	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	19.415	9,2	9,2	11,0	5,4	105.729
2	371	Parto cesareo senza CC	6.951	3,3	12,5	2,6	3,6	25.074
3	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.112	2,9	15,3	1,7	2,7	16.290
4	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	5.893	2,8	18,1	2,0	3,3	19.328
5	288	Interventi per obesità	5.634	2,7	20,8	2,1	3,6	20.338
6	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5.347	2,5	23,3	1,8	3,2	17.238
7	127	Insufficienza cardiaca e shock	5.199	2,5	25,8	3,8	7,1	36.801
8	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.864	2,3	28,1	0,9	1,8	8.878
9	311	Interventi per via transuretrale senza CC	3.839	1,8	29,9	1,2	3,0	11.595
10	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrosi vertebrale senza CC	3.555	1,7	31,6	1,3	3,5	12.467
11	290	Interventi sulla tiroide	2.942	1,4	33,0	0,7	2,3	6.703
12	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.916	1,4	34,3	1,3	4,2	12.255
13	498	Artrosi vertebrale eccetto cervicali senza CC	2.895	1,4	35,7	1,4	4,8	13.819
14	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.883	1,4	37,1	0,7	2,3	6.666
15	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.841	1,3	38,4	0,8	2,7	7.532
16	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.686	1,3	39,7	0,4	1,3	3.577
17	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	2.606	1,2	40,9	0,8	3,1	7.974
18	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.572	1,2	42,1	0,4	1,5	3.739
19	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	2.422	1,1	43,3	0,7	3,0	7.198

/.

(Segue) Tab. S/20 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2022

Rango	DRG	Dimissioni			Giornate di degenza		
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
20	316	2.411	1,1	44,4	1,5	6,1	14.592
21	087	2.391	1,1	45,5	1,8	7,1	16.917
22	120	2.270	1,1	46,6	0,7	3,1	7.001
23	012	1.967	0,9	47,5	1,2	5,9	11.663
24	017	1.964	0,9	48,5	1,1	5,4	10.511
25	297	1.930	0,9	49,4	0,7	3,7	7.155
							Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC
26	016	1.789	0,8	50,2	1,1	6,1	10.863
27	479	1.775	0,8	51,1	0,6	3,2	5.753
28	104	1.709	0,8	51,9	1,9	11,0	18.758
							Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
29	225	1.674	0,8	52,7	0,3	1,9	3.124
30	430	1.637	0,8	53,4	1,2	7,1	11.682
31	491	1.521	0,7	54,2	0,6	4,0	6.062
32	223	1.519	0,7	54,9	0,3	2,0	3.016
							Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
33	234	1.476	0,7	55,6	0,4	2,4	3.551
							Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
34	518	1.397	0,7	56,2	0,4	2,9	4.016
							Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
35	149	1.374	0,6	56,9	1,0	6,8	9.320
							Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
36	082	1.314	0,6	57,5	0,7	5,2	6.843
							Neoplasie dell'apparato respiratorio
37	162	1.243	0,6	58,1	0,2	1,7	2.087
							Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC

/.

(Segue) Tab. S/20 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	% cumul.	%	Deg. media		
38	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	1.164	0,5	58,6	0,8	6,5	7.604
39	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	1.155	0,5	59,2	0,3	2,4	2.817
40	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	1.147	0,5	59,7	1,1	9,0	10.351
41	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.110	0,5	60,2	0,6	5,2	5.767
42	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1.077	0,5	60,8	0,7	6,1	6.562
43	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	1.069	0,5	61,3	0,4	3,8	4.048
44	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	1.037	0,5	61,8	0,8	7,1	7.389
45	524	Ischemia cerebrale transitoria	1.026	0,5	62,2	0,7	6,7	6.855
46	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	1.020	0,5	62,7	0,6	6,0	6.161
47	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	1.016	0,5	63,2	0,5	5,0	5.056
48	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	996	0,5	63,7	0,4	4,2	4.194
49	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	973	0,5	64,1	0,3	3,4	3.281
50	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	929	0,4	64,6	0,2	1,8	1.713
51	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	910	0,4	65,0	0,5	5,7	5.162
52	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	902	0,4	65,4	0,3	2,7	2.436
53	202	Cirrosi ed epatite alcolica	867	0,4	65,8	0,6	6,9	5.982
54	151	Listi di aderenze peritoneali senza CC	866	0,4	66,2	0,3	3,5	2.990

/.

(Segue) Tab. S/20 – Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2022

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza			
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
55	100	860	0,4	66,6	0,3	3,0	2.595
56	315	850	0,4	67,0	0,3	3,0	2.568
57	551	813	0,4	67,4	0,3	4,0	3.233
58	296	759	0,4	67,8	0,6	7,0	5.311
59	158	758	0,4	68,2	0,1	1,9	1.439
60	105	732	0,3	68,5	1,3	16,9	12.348
Totale (primi 60 DRG)		144.969	68,5			4,2	611.977
Totale generale (Sud)		211.646				4,5	962.564

Fonte: elaborazioni su dati AIOIP

Tab. S/21 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime diurno. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Numero medio di accessi		
		Numero	% cumul.		% Accessi	
1	410	91.971	6,2	6,2	24,1	10,2
2	359	82.916	5,6	11,8	2,7	1,3
3	162	46.755	3,2	14,9	1,5	1,3
4	266	45.143	3,0	18,0	1,7	1,5
5	381	44.360	3,0	21,0	1,6	1,4
6	467	39.437	2,7	23,6	2,1	2,1
7	503	35.884	2,4	26,1	1,2	1,3
8	380	34.341	2,3	28,4	2,0	2,2
9	225	27.503	1,9	30,2	1,0	1,4
10	042	25.663	1,7	32,0	1,0	1,5
11	229	24.906	1,7	33,6	0,8	1,3
12	039	23.755	1,6	35,2	1,1	1,8
13	538 CC	23.060	1,6	36,8	0,7	1,3
14	364	22.048	1,5	38,3	0,8	1,3
15	055	21.285	1,4	39,7	0,7	1,4
16	036	20.348	1,4	41,1	0,8	1,5
17	270	20.290	1,4	42,5	0,7	1,4
18	158	18.766	1,3	43,7	0,6	1,3
19	395	18.436	1,2	45,0	4,0	8,5
20	466	17.636	1,2	46,2	1,3	2,9
21	365	16.373	1,1	47,3	0,4	1,0

/.

(Segue) Tab. S/21 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime diurno. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		% Accessi	Numero medio di accessi	
		Numero	% cumul.			
22	169 Interventi sulla bocca senza CC	14.575	1,0	48,3	0,5	1,5
23	119 Legatura e stripping di vene	14.461	1,0	49,2	0,4	1,2
24	227 Interventi sui tessuti molli senza CC	14.000	0,9	50,2	0,5	1,3
25	301 Malattie endocrine senza CC	13.838	0,9	51,1	0,8	2,1
26	139 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	13.573	0,9	52,0	0,5	1,3
27	040 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	12.576	0,8	52,9	0,4	1,4
28	461 Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	12.103	0,8	53,7	0,4	1,2
29	404 Linfoma e leucemia non acuta senza CC	11.994	0,8	54,5	1,8	5,7
30	339 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	11.326	0,8	55,3	0,4	1,3
Totale (primi 30 DRG)		819.322	55,3		56,5	
Totale generale		1.482.731	100,0		100,0	2,6

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2021

Tab. S/22 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario, Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza		
		Numero	% cumul.	%	Deg. media	
1	256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	68.512	28,7	28,7	18,5	17,4
2	012 Malattie degenerative del sistema nervoso	28.810	12,1	40,7	18,8	42,0
3	249 Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	21.916	9,2	49,9	9,3	27,4
4	145 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	13.038	5,5	55,4	3,4	16,9
5	144 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	10.205	4,3	59,6	3,2	20,0
6	009 Malattie e traumatismi del midollo spinale	8.108	3,4	63,0	7,0	55,3
7	087 Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7.208	3,0	66,1	2,9	26,2
8	430 Psicosi	6.580	2,8	68,8	3,0	29,0
9	462 Riabilitazione	6.533	2,7	71,5	2,6	25,4
10	247 Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	6.410	2,7	74,2	2,4	23,8
11	236 Fratture dell'anca e della pelvi	5.271	2,2	76,4	2,4	29,7
12	035 Altre malattie del sistema nervoso senza CC	4.815	2,0	78,4	3,0	39,6
13	127 Insufficienza cardiaca e shock	4.510	1,9	80,3	1,4	20,3
14	034 Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.791	1,6	81,9	2,5	43,1
15	248 Tendinite, miosite e borsite	3.521	1,5	83,4	1,4	25,9
16	428 Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.528	1,1	84,5	1,3	33,8
17	467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.122	0,9	85,3	0,8	23,9
18	014 Emorragia intracranica o infarto cerebrale	2.100	0,9	86,2	1,4	43,0
19	088 Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.840	0,8	87,0	0,7	24,4
20	245 Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.637	0,7	87,7	0,5	18,2
21	243 Affezioni mediche del dorso	1.491	0,6	88,3	0,6	25,4
22	019 Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.349	0,6	88,9	0,7	33,5

/.

(Segue) Tab. S/22 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni		Giornate di degenza		
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media
23	023 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	1.214	0,5	89,4	1,8	97,6
24	522 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	1.185	0,5	89,9	0,5	26,0
25	079 Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	1.161	0,5	90,4	0,4	19,8
26	018 Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	1.075	0,4	90,8	0,7	39,1
27	297 Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.040	0,4	91,2	0,4	24,8
28	013 Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.028	0,4	91,7	0,6	37,2
29	429 Disturbi organici e ritardo mentale	904	0,4	92,0	0,4	29,3
30	133 Aterosclerosi senza CC	899	0,4	92,4	0,3	19,3
	Totale (primi 30 DRG)	220.801	92,4		92,6	
	Totale generale	238.901	100,0		100,0	27,0

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2021

Tab. S/23A – Ospedali accreditati Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ritroveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	% cumul.	%	Deg. media		
1	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	27.342	34,9	34,9	22,3	14,7	402.028
2	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6.071	7,7	42,6	9,0	26,8	162.708
3	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	5.895	7,5	50,2	12,9	39,4	232.377
4	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	4.761	6,1	56,3	4,5	17,1	81.187
5	430	Psicosi	4.256	5,4	61,7	6,6	28,0	119.174
6	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	3.731	4,8	66,4	4,6	22,1	82.289
7	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	2.346	3,0	69,4	2,5	19,3	45.242
8	236	Fratture dell'anca e della pelvi	2.200	2,8	72,2	3,9	32,2	70.867
9	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.944	2,5	74,7	2,4	22,2	43.097
10	462	Riabilitazione	1.737	2,2	76,9	2,6	26,5	46.044
11	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.348	1,7	78,7	1,7	23,0	30.941
12	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	1.313	1,7	80,3	2,1	29,0	38.089
13	035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	1.175	1,5	81,8	2,3	36,1	42.407
14	009	Malattie e traumi del midollo spinale	1.037	1,3	83,2	2,4	42,2	43.774
15	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	964	1,2	84,4	1,4	25,4	24.458
16	248	Tendinite, miosite e borsite	938	1,2	85,6	1,4	27,9	26.134
17	127	Insufficienza cardiaca e shock	833	1,1	86,7	0,9	19,7	16.439
18	243	Affezioni mediche del dorso	761	1,0	87,6	0,9	21,6	16.445
19	034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	607	0,8	88,4	1,3	39,0	23.676

/.

(Segue) Tab. S/23A – Ospedali accreditati Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2021

Rango	DRG	Dimissioni			Giornate di degenza		
		Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
20	088	598	0,8	89,2	0,8	24,0	14.338
21	467	590	0,8	89,9	0,8	23,5	13.889
22	523	588	0,8	90,7	0,8	24,5	14.420
23	014	466	0,6	91,3	0,9	36,5	16.989
24	019	445	0,6	91,8	0,7	29,5	13.143
25	297	320	0,4	92,2	0,4	24,5	7.855
26	133	287	0,4	92,6	0,3	18,2	5.214
27	015	257	0,3	92,9	0,6	41,4	10.627
28	137	253	0,3	93,3	0,2	17,1	4.317
29	140	247	0,3	93,6	0,3	18,6	4.602
30	429	232	0,3	93,9	0,3	26,0	6.037
Totale (primi 30 DRG)		73.542	93,9				22,6
Totale generale		78.343					23,0

Fonte: elaborazioni Ermencia su dati AIOP

Tab. S/23B – Ospedali accreditati Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni		Giornate di degenza			
			Numero	% cumul.	%	Deg. media		
1	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	25.490	35,4	35,4	23,7	15,2	387.455
2	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	7.165	10,0	45,4	10,8	24,6	176.614
3	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	4.842	6,7	52,1	5,5	18,5	89.647
4	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.966	5,5	57,6	9,7	40,0	158.764
5	430	Psicosi	3.756	5,2	62,8	6,3	27,5	103.397
6	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	3.102	4,3	67,2	5,3	28,0	86.843
7	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	2.944	4,1	71,2	4,5	24,9	73.221
8	462	Riabilitazione	2.304	3,2	74,5	3,7	26,3	60.625
9	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.110	2,9	77,4	3,4	26,6	56.182
10	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	2.090	2,9	80,3	2,5	19,4	40.604
11	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.263	1,8	82,0	1,4	17,7	22.381
12	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	1.207	1,7	83,7	2,2	29,9	36.074
13	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	825	1,1	84,9	1,3	25,5	20.997
14	009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	811	1,1	86,0	1,9	38,6	31.277
15	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	776	1,1	87,1	1,3	27,7	21.518
16	248	Tendinite, miosite e borsite	742	1,0	88,1	1,3	27,9	20.719
17	236	Fratture dell'anca e della pelvi	718	1,0	89,1	1,4	32,4	23.228

/.

(Segue) Tab. S/23B – Ospedali accreditati Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2022

Rango	DRG		Dimissioni			Giornate di degenza		
			Numero	%	% cumul.	%	Deg. media	Numero
18	127	Insufficienza cardiaca e shock	714	1,0	90,1	0,8	18,4	13.170
19	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	671	0,9	91,0	0,6	14,0	9.365
20	035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	656	0,9	91,9	1,9	47,1	30.915
21	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	615	0,9	92,8	1,0	26,9	16.543
22	034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	490	0,7	93,5	1,2	41,3	20.224
23	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	444	0,6	94,1	1,2	45,1	20.036
24	243	Affezioni mediche del dorso	367	0,5	94,6	0,5	21,4	7.868
25	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	310	0,4	95,0	0,4	21,7	6.723
26	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	234	0,3	95,4	0,4	26,9	6.300
27	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	231	0,3	95,7	0,6	41,8	9.657
28	426	Nevrosi depressive	215	0,3	96,0	0,4	30,0	6.442
29	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	199	0,3	96,3	0,5	40,9	8.137
30	521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	193	0,3	96,5	0,3	24,4	4.718
Totale (primi 30 DRG)			69.450	96,5			22,6	1.569.644
Totale generale			71.952				22,7	1.634.371

Fonte: elaborazioni su dati AiOP

Negli ospedali accreditati AIOP conservano invece la preminenza nel 2022 gli interventi di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori, con 79.599 casi, pari al 14% del totale degli acuti, in ulteriore recupero anche rispetto al 2021 (+19%) grazie alla progressiva ripresa delle attività. Perde qualche posizione il DRG del parto vaginale (9.889 casi), mentre si conferma al terzo posto il DRG dell'insufficienza cardiaca e shock (11.496 casi); in discesa anche quello del parto cesareo che con le sue 8.992 dimissioni scala dal quinto al tredicesimo posto.

La circostanza che i DRG più frequenti – quali Parto vaginale senza diagnosi complicanti, Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori, Insufficienza cardiaca e shock – siano gli stessi tanto tra le strutture ospedaliere nel loro complesso quanto tra le sole strutture di diritto privato non fa che confermare la sovrapponibilità tra i due contesti. Molte delle prestazioni rilevate nell'attività del privato accreditato sono quindi maggiormente ricorrenti in virtù dei livelli di fabbisogno che esprimono in assoluto, e non per la presunta selezione operata dalle strutture con intenti opportunistici.

2.4. Le attività classificate per disciplina

La classificazione per disciplina (o reparto di dimissione), rappresenta una parallela modalità di analisi della produzione ospedaliera, tratta in questo caso non dai flussi SDO ma dalle informazioni raccolte attraverso la modulistica HSP.

La tabella S/24 descrive in particolare, con ordinamento decrescente rispetto alla numerosità dei dimessi, l'attività della componente ospedaliera di diritto privato del SSN, insieme al simultaneo dettaglio riguardante le strutture accreditate associate ad AIOP. Nel 2021 l'area ortopedica si posiziona poco sopra quella della chirurgia generale con i suoi 253.933 degenti; seguono la riabilitazione post-acuzie, la medicina generale, l'ostetricia e ginecologia e la cardiologia. Rilevante anche la quota di pazienti trattati nell'ambito dell'alta complessità (cardiochirurgia e neurochirurgia) e dell'oncologia.

Nelle tabelle S/25, S/26 e S/27 viene offerta una ulteriore articolazione per disciplina ed area geografica della totalità dei pazienti trattati nel comparto accreditato, Sono 668.632 i degenti del Nord, 518.728 quelli del Sud, seguiti dai 340.269 del Centro. Complessivamente gli oltre 61 mila posti letto accreditati, utilizzati tuttavia al 60,1% della loro potenzialità, hanno accolto più di un milione e 500 mila pazienti e prodotto quasi 13 milioni e 500 mila giornate di degenza, con una presenza media di 8,8 giornate. Utilizzazione e degenza media che per le discipline per acuti sono risultate pari rispettivamente a 52,7% e 5,7 giorni.

Tab. S/24 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Dati nazionali)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Ortopedia e traumatologia	5.521	253.933	1.119.017	4,4	55,5	4.110	191.286	810.097	4,2	54,0
Chirurgia generale	5.586	211.417	903.060	4,3	44,3	3.606	125.568	531.712	4,2	40,4
Recupero e riabilitazione funzionale	16.566	182.051	4.485.660	24,6	74,2	8.111	98.157	2.191.631	22,3	74,0
Medicina generale	6.693	157.945	1.457.463	9,2	59,7	4.024	97.192	856.422	8,8	58,3
Ostetricia e ginecologia	2.356	123.581	478.026	3,9	55,6	1.068	49.825	209.088	4,2	53,6
Cardiologia	2.106	123.088	495.299	4,0	64,4	1.225	71.791	272.183	3,8	60,9
Urologia	1.568	76.425	319.707	4,2	55,9	1.006	43.720	185.633	4,2	50,6
Lungodegenti	4.477	37.804	1.016.259	26,9	62,2	3.079	28.358	701.305	24,7	62,4
Oncologia	800	31.528	219.502	7,0	75,2	253	9.083	53.102	5,8	57,5
Cardiochirurgia	739	28.795	209.612	7,3	77,7	468	20.133	135.268	6,7	79,2
Neurologia	847	25.226	181.389	7,2	58,7	375	10.903	73.354	6,7	53,6
Terapia intensiva	1.103	24.016	169.920	7,1	42,2	469	15.157	84.738	5,6	49,5
Neurochirurgia	465	21.642	125.144	5,8	73,7	273	11.819	66.698	5,6	66,9
Chirurgia vascolare	495	18.231	90.338	5,0	50,0	270	10.132	48.005	4,7	48,7
Otorinolaringoiatria	569	18.120	58.044	3,2	27,9	331	7.585	25.996	3,4	21,5
Geriatrics	693	16.285	160.355	9,8	63,4	345	7.973	70.507	8,8	56,0
Pediatria	335	15.915	84.238	5,3	68,9	57	4.155	18.182	4,4	87,4
Malattie infettive e tropicali	1.884	13.465	185.232	13,8	26,9	1.052	5.070	69.753	13,8	18,2
Psichiatria	921	13.393	230.273	17,2	68,5	744	11.887	200.275	16,8	73,7
Unità coronarica	311	11.625	50.987	4,4	44,9	118	4.560	21.624	4,7	50,2
Neonatalogia	287	10.644	69.939	6,6	66,8	48	1.455	6.928	4,8	39,5

/.

(Segue) Tab. S/24 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN, Anno 2021 (Dati nazionali)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Immunologia	1.601	9.183	141.824	15,4	24,3	1.174	6.655	99.524	15,0	23,2
Pneumologia	477	8.906	92.046	10,3	52,9	147	1.776	16.050	9,0	29,9
Gastroenterologia	237	8.597	64.474	7,5	74,5	15	195	964	4,9	17,6
Neuro-riabilitazione	1.593	8.378	481.350	57,5	82,8	310	1.876	92.350	49,2	81,6
Pensionanti	220	7.750	35.376	4,6	44,1	147	7.471	33.085	4,4	61,7
Chirurgia toracica	155	7.353	38.509	5,2	68,1	54	2.507	10.948	4,4	55,5
Astanteria	177	6.890	41.585	6,0	64,4					
Chirurgia plastica	118	5.992	20.835	3,5	48,4	41	1.360	8.199	6,0	54,8
Nefrologia	196	5.946	48.714	8,2	68,1	60	1.068	4.479	4,2	20,5
Nido	343	5.299	13.355	2,5	10,7	95	3.839	9.232	2,4	26,6
Oculistica	282	4.661	12.110	2,6	11,8	159	1.792	5.056	2,8	8,7
Chirurgia maxillo facciale	118	4.159	14.033	3,4	32,6	59	1.158	3.267	2,8	15,2
Chirurgia pediatrica	69	3.676	22.533	6,1	89,5					
Ematologia	215	3.380	52.859	15,6	67,4	36	456	10.784	23,6	82,1
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	118	3.255	24.782	7,6	57,5	40	819	5.617	6,9	38,5
Neuropsichiatria infantile	78	3.099	18.663	6,0	65,6	20	689	3.680	5,3	50,4
Terapia semi-intensiva	173	2.024	26.968	13,3	42,7	79	1.134	12.000	10,6	41,6
Dermatologia	40	1.681	8.421	5,0	57,7					
Terapia intensiva neonatale	176	1.491	26.576	17,8	41,4	8	103	1.972	19,1	67,5
Reumatologia	76	1.436	12.104	8,4	43,6	15	354	3.290	9,3	60,1
Cardiologia pediatrica	46	1.351	18.050	13,4	107,5					
Urologia pediatrica	14	1.295	3.803	2,9	74,4					

/.

(Segue) Tab. S/24 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN, Anno 2021 (Dati nazionali)

Discipline	Totale componente di diritto privato				Ospedali privati accreditati associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	29	1.277	11.378	8,9	107,5	6	133	2.094	15,7	95,6
Unità spinale	246	1.131	75.966	67,2	84,6	4	28	1.782	63,6	122,1
Oncematologia	42	1.103	10.814	9,8	70,5	42	1.103	10.814	9,8	70,5
Terapia del dolore	14	1.103	3.650	3,3	71,4	11	629	3.129	5,0	77,9
Neurochirurgia pediatrica	18	821	8.080	9,8	123,0					
Oncematologia pediatrica	18	406	2.413	5,9	36,7					
Angiologia	24	241	988	4,1	11,3	18	241	988	4,1	15,0
Odontoiatria e stomatologia	2	231	236	1,0	32,3					
Radioterapia oncologica	4	148	627	4,2	42,9	4	148	627	4,2	42,9
Medicina nucleare	5	133	201	1,5	11,0					
Radioterapia	12	104	478	4,6	10,9	10	27	166	6,1	4,5
Totale	61.258	1.527.629	13.443.265	8,8	60,1	33.586	861.370	6.972.598	8,1	56,9

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Tab. S/25 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Nord)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Ortopedia e traumatologia	2.303	131.978	567.218	4,3	67,5	1.661	105.390	437.227	4,1	72,1
Recupero e riabilitazione funzionale	9.047	106.586	2.551.875	23,9	77,3	4.045	53.509	1.133.973	21,2	76,8
Chirurgia generale	1.922	83.000	320.107	3,9	45,6	1.153	50.003	189.702	3,8	45,1
Medicina generale	2.902	63.948	644.909	10,1	60,9	1.756	37.843	394.490	10,4	61,5
Cardiologia	934	52.172	212.448	4,1	62,3	679	38.994	152.092	3,9	61,4
Ostetricia e ginecologia	649	32.920	118.371	3,6	50,0	282	12.732	44.193	3,5	42,9
Urologia	622	30.498	120.323	3,9	53,0	394	18.354	73.677	4,0	51,2
Lungodegenti	2.326	22.751	541.722	23,8	63,8	1.581	18.567	399.564	21,5	69,2
Cardiochirurgia	378	13.279	107.386	8,1	77,8	304	11.098	89.256	8,0	80,4
Neurologia	375	11.007	86.605	7,9	63,3	229	6.010	47.006	7,8	56,2
Terapia intensiva	424	9.992	59.100	5,9	38,2	265	7.507	41.995	5,6	43,4
Psichiatria	731	9.517	186.666	19,6	70,0	599	8.794	165.935	18,9	75,9
Malattie infettive e tropicali	1.643	9.492	126.356	13,3	21,1	1.052	5.070	69.753	13,8	18,2
Neurochirurgia	151	9.094	52.397	5,8	95,1	98	5.140	31.292	6,1	87,5
Chirurgia vascolare	230	9.043	43.101	4,8	51,3	151	5.814	30.345	5,2	55,1
Pediatria	170	8.254	40.079	4,9	64,6	57	4.155	18.182	4,4	87,4
Oncologia	296	8.105	65.046	8,0	60,2	35	790	8.869	11,2	69,4
Geriatrics	265	7.887	78.719	10,0	81,4	135	3.657	36.500	10,0	74,1
Pensionanti	220	7.750	35.376	4,6	44,1	147	7.471	33.085	4,4	61,7
Otorinolaringoiatria	210	7.711	18.087	2,3	23,6	135	4.665	10.102	2,2	20,5
Immunologia	642	4.057	66.542	16,4	28,4	545	3.196	50.987	16,0	25,6

/.

(Segue) Tab. S/25 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN, Anno 2021 (Nord)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Neuro-riabilitazione	528	3.515	148.916	42,4	77,3	220	1.334	62.408	46,8	77,7
Neonatologia	74	3.398	15.506	4,6	57,4					
Chirurgia toracica	76	2.930	16.598	5,7	59,8	28	1.076	5.224	4,9	51,1
Gastroenterologia	75	2.891	22.719	7,9	83,0	6	44	118	2,7	5,4
Pneumologia	160	2.566	31.714	12,4	54,3	46	736	7.672	10,4	45,7
Oculistica	94	2.298	4.746	2,1	13,8	45	1.259	2.855	2,3	17,4
Unità coronarica	78	2.088	7.112	3,4	25,0	41	675	3.329	4,9	22,2
Astanteria	38	1.990	9.639	4,8	69,5					
Nefrologia	46	1.908	24.010	12,6	143,0					
Chirurgia plastica	45	1.732	3.860	2,2	23,5	20	461	1.030	2,2	14,1
Unità spinale	188	892	58.711	65,8	85,6	4	28	1.782	63,6	122,1
Chirurgia maxillo facciale	57	822	2.826	3,4	13,6	38	388	869	2,2	6,3
Neuropsichiatria infantile	20	689	3.680	5,3	50,4	20	689	3.680	5,3	50,4
Terapia intensiva neonatale	15	517	4.850	9,4	88,6					
Ematologia	46	456	10.784	23,6	64,2	36	456	10.784	23,6	82,1
Terapia semi-intensiva	31	370	4.469	12,1	39,5	11	70	622	8,9	15,5
Terapia del dolore	1	181	367	2,0	100,5	1	181	367	2,0	100,5
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	6	133	2.094	15,7	95,6	6	133	2.094	15,7	95,6
Medicina nucleare	5	133	201	1,5	11,0					
Radioterapia	2	77	312	4,1	42,7					
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	10	5	9	1,8	0,2					
Totale	28.035	668.632	6.415.556	9,6	62,7	15.825	416.289	3.561.059	8,6	61,7

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Tab. S/26 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Centro)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Ortopedia e traumatologia	1.356	57.634	239.351	4,2	48,4	1.048	40.408	159.705	4,0	41,8
Medicina generale	2.069	45.179	468.676	10,4	62,1	1.176	26.083	251.463	9,6	58,6
Chirurgia generale	1.041	41.512	171.510	4,1	45,1	636	21.294	82.683	3,9	35,6
Ostetricia e ginecologia	529	30.686	109.444	3,6	56,7	163	6.091	20.639	3,4	34,7
Recupero e riabilitazione funzionale	3.131	30.570	790.605	25,9	69,2	1.339	15.376	334.278	21,7	68,4
Cardiologia	311	19.171	81.698	4,3	72,0	35	717	4.143	5,8	32,4
Urologia	278	15.915	56.447	3,5	55,6	172	8.756	26.992	3,1	43,0
Oncologia	221	12.605	84.411	6,7	104,6	35	970	6.772	7,0	53,0
Lungodegenti	1.093	8.217	260.884	31,7	65,4	640	4.395	132.098	30,1	56,5
Otorinolaringoiatria	123	6.061	17.026	2,8	37,9	66	1.134	2.415	2,1	10,0
Terapia intensiva	360	5.127	52.070	10,2	39,6	79	1.762	13.287	7,5	46,1
Astanteria	139	4.900	31.946	6,5	63,0					
Pediatria	95	4.893	32.615	6,7	94,1					
Cardiochirurgia	105	3.734	36.613	9,8	95,5					
Chirurgia pediatrica	59	3.658	22.483	6,1	104,4					
Neurologia	104	3.629	25.455	7,0	67,1					
Neurochirurgia	88	3.300	21.824	6,6	67,9	27	789	3.422	4,3	34,7
Malattie infettive e tropicali	155	3.240	48.196	14,9	85,2					
Immunologia	369	3.108	42.895	13,8	31,8	296	2.856	38.205	13,4	35,4
Chirurgia plastica	41	3.054	8.981	2,9	60,0	2	12	15	1,3	2,1
Unità coronarica	81	2.871	12.788	4,5	43,3	12	251	1.605	6,4	36,6

/.

(Segue) Tab. S/26 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN, Anno 2021 (Centro)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Neuro-riabilitazione	547	2.780	192.485	69,2	96,4					
Gastroenterologia	75	2.559	20.553	8,0	75,1					
Pneumologia	129	2.555	29.580	11,6	62,8	26	290	2.368	8,2	25,0
Neuropsichiatria infantile	58	2.410	14.983	6,2	70,8					
Neonatologia	83	2.047	20.930	10,2	69,1	10	192	1.003	5,2	27,5
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	57	1.712	13.592	7,9	65,3	10	38	405	10,7	11,1
Geriatría	103	1.678	22.077	13,2	58,7	26	284	2.982	10,5	31,4
Chirurgia toracica	24	1.576	6.940	4,4	79,2					
Chirurgia vascolare	34	1.483	7.976	5,4	64,3	2	4	16	4,0	2,2
Ematologia	111	1.427	27.167	19,0	67,1					
Cardiologia pediatrica	46	1.351	18.050	13,4	107,5					
Urologia pediatrica	14	1.295	3.803	2,9	74,4					
Terapia semi-intensiva	95	1.238	14.431	11,7	41,6	67	1.051	11.258	10,7	46,0
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	23	1.144	9.284	8,1	110,6					
Nefrologia	56	1.046	5.480	5,2	26,8	32	433	1.171	2,7	10,0
Dermatologia	32	941	5.217	5,5	44,7					
Neurochirurgia pediatrica	18	821	8.080	9,8	123,0					
Oculistica	41	745	1.528	2,1	10,2	35	164	470	2,9	3,7
Psichiatria	54	706	17.211	24,4	87,3	54	706	17.211	24,4	87,3
Terapia intensiva neonatale	100	636	14.087	22,1	38,6					

/.

(Segue) Tab. S/26 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Centro)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia maxillo facciale	10	414	1.577	3,8	43,2					
Angiologia	24	241	988	4,1	11,3	18	241	988	4,1	15,0
Reumatologia	24	227	3.039	13,4	34,7					
Nido	132	173	683	3,9	1,4					
Totale	13.638	340.269	3.075.659	9,0	61,8	6.006	134.297	1.115.594	8,3	50,9

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Tab. S/27 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Strut)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia generale	2.623	86.905	411.443	4,7	43,0	1.817	54.271	259.327	4,8	39,1
Ortopedia e traumatologia	1.862	64.321	312.448	4,9	46,0	1.401	45.488	213.165	4,7	41,7
Ostetricia e ginecologia	1.178	59.975	250.211	4,2	58,2	623	31.002	144.256	4,7	63,4
Cardiologia	861	51.745	201.153	3,9	64,0	511	32.080	115.948	3,6	62,2
Medicina generale	1.722	48.818	343.878	7,0	54,7	1.092	33.266	210.469	6,3	52,8
Recupero e riabilitazione funzionale	4.388	44.895	1.143.180	25,5	71,4	2.727	29.272	723.380	24,7	72,7
Urologia	668	30.012	142.937	4,8	58,6	440	16.610	84.964	5,1	52,9
Cardiochirurgia	256	11.782	65.613	5,6	70,2	164	9.035	46.012	5,1	76,9
Oncologia	283	10.818	70.045	6,5	67,8	183	7.323	37.461	5,1	56,1
Neurologia	368	10.590	69.329	6,5	51,6	146	4.893	26.348	5,4	49,4
Neurochirurgia	226	9.248	50.923	5,5	61,7	148	5.890	31.984	5,4	59,2
Terapia intensiva	319	8.897	58.750	6,6	50,5	125	5.888	29.456	5,0	64,6
Chirurgia vascolare	231	7.705	39.261	5,1	46,6	117	4.314	17.644	4,1	41,3
Pneumologia	1.058	6.836	213.653	31,3	55,3	858	5.396	169.643	31,4	54,2
Geriatrics	325	6.720	59.559	8,9	50,2	184	4.032	31.025	7,7	46,2
Unità coronarica	152	6.666	31.087	4,7	56,0	65	3.634	16.690	4,6	70,3
Neonatalogia	130	5.199	33.503	6,4	70,6	38	1.263	5.925	4,7	42,7
Nido	211	5.126	12.672	2,5	16,5	95	3.839	9.232	2,4	26,6
Otorinolaringoiatria	236	4.348	22.931	5,3	26,6	130	1.786	13.479	7,5	28,4
Pneumologia	188	3.785	30.752	8,1	44,8	75	750	6.010	8,0	22,0
Psichiatria	136	3.170	26.396	8,3	53,2	91	2.387	17.129	7,2	51,6

/.

(Segue) Tab. S/27 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN, Anno 2021 (Stad)

Discipline	Totale componente di diritto privato					Ospedali privati accreditati associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Gastroenterologia	87	3.147	21.202	6,7	66,8	9	151	846	5,6	25,8
Nefrologia	94	2.992	19.224	6,4	56,0	28	635	3.308	5,2	32,4
Chirurgia maxillo facciale	51	2.923	9.630	3,3	51,7	21	770	2.398	3,1	31,3
Chirurgia toracica	55	2.847	14.971	5,3	74,6	26	1.431	5.724	4,0	60,3
Pediatria	70	2.768	11.544	4,2	45,2					
Neuro-riabilitazione	518	2.083	139.949	67,2	74,0	90	542	29.942	55,2	91,1
Immunologia	590	2.018	32.387	16,0	15,0	333	603	10.332	17,1	8,5
Oculistica	147	1.618	5.836	3,6	10,9	79	369	1.731	4,7	6,0
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	51	1.538	11.181	7,3	60,1	30	781	5.212	6,7	47,6
Ematologia	58	1.497	14.908	10,0	70,4					
Reumatologia	52	1.209	9.065	7,5	47,8	15	354	3.290	9,3	60,1
Chirurgia plastica	32	1.206	7.994	6,6	68,4	19	887	7.154	8,1	103,2
Oncematologia	42	1.103	10.814	9,8	70,5	42	1.103	10.814	9,8	70,5
Terapia del dolore	13	922	3.283	3,6	69,2	10	448	2.762	6,2	75,7
Dermatologia	8	740	3.204	4,3	109,7					
Malattie infettive e tropicali	86	733	10.680	14,6	34,0					
Terapia semi-intensiva	47	416	8.068	19,4	47,0	1	13	120	9,2	32,9
Oncematologia pediatrica	18	406	2.413	5,9	36,7					
Terapia intensiva neonatale	61	338	7.639	22,6	34,3	8	103	1.972	19,1	67,5
Unità spinale	58	239	17.255	72,2	81,5					
Odontoiatria e stomatologia	2	231	236	1,0	32,3					

/.

(Segue) Tab. S/27 – Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN, Anno 2021 (Stad)

Discipline	Totale componente di diritto privato				Ospedali privati accreditati associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Radioterapia oncologica	4	148	627	4,2	42,9	4	148	627	4,2	42,9
Radioterapia	10	27	166	6,1	4,5	10	27	166	6,1	4,5
Chirurgia pediatrica	10	18	50	2,8	1,4					
Totale	19.585	518.728	3.952.050	7,6	55,3	11.755	310.784	2.295.945	7,4	53,5

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

2.5. Volume di ricoveri e prestazioni mancate

Lo abbiamo chiamato il long Covid del SSN⁴: la ripresa lenta e solo parziale delle ospedalizzazioni, a seguito dell'importante contrazione avuta nel 2019 a causa dell'urto pandemico.

Nel 2021 non solo non si è avuto il recupero atteso delle prestazioni perse e rimandate durante l'emergenza sanitaria ma non si è neppure tornati sui volumi di attività pre-Covid: 1 milione e 200 mila ricoveri in meno rispetto al 2019 che si vanno a sommare a 1 milione e 700 mila ricoveri non effettuati nel 2020.

Ancora nel 2022, risulta una differenza in negativo di 890 mila ricoveri⁵.

Sono circa 900 mila le ospedalizzazioni urgenti "perse" nel biennio post-pandemico e 740 mila e 470 mila i ricoveri programmati non effettuati, rispettivamente, nel 2020 e nel 2021.

Il riallineamento che si osserva nel 2022 riguarda esclusivamente l'attività in elezione, mentre rimane sostanzialmente invariato il gap dei ricoveri urgenti, confermandosi il calo del 13% già osservato nel 2020 e nel 2021. Si tratta di una variazione meritevole di indagine a partire dalla verifica della qualità della codifica delle informazioni riportate nei flussi informativi.

Le contrazioni nei ricoveri sono diverse tra aree cliniche e tra trattamenti/interventi. Anche le due componenti del SSN riportano maggiori o minori capacità di recupero in funzione della condizione clinica o della procedura oggetto del ricovero.

Per quanto, ad esempio, riguarda l'ortopedia, c'è un maggior recupero rispetto ai volumi del 2019, soprattutto grazie al contributo della componente di diritto privato del SSN.

La contrazione rispetto ai livelli pre-pandemici, tuttavia, non può non essere letta alla luce dell'andamento temporale dei ricoveri, in progressivo ri-dimensionamento anche per il processo di deospedalizzazione e alla collocazione presso il corretto livello e asset assistenziale (ad esempio ambulatoriale) di condizioni precedentemente ospedalizzate.

Dal 2015 al 2019 i ricoveri ospedalieri diminuiscono in media di 201.206 unità all'anno. Considerando l'andamento temporale, l'effetto pandemico corrisponde a una differenza negativa rispetto al 2019 di 1 milione e 500 mila ricoveri. Analogamente, la componente anomala della contrazione del 2021 e del 2022 è, rispettivamente, di 800 mila e 286 mila ospedalizzazioni mancate.

⁴ *Ospedali&Salute*, n. 20, Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema e Aiop, FrancoAngeli 2022.

⁵ Programma Nazionale Esiti – Edizione 2023, Agenas.

Tab. S/28 – Quote di attività per natura giuridica (V.A.)

Ricoveri per:	2019				2020				2021			
	Totale		Privato accreditato		Totale		Privato accreditato		Totale		Privato accreditato	
	Publicco	Private	Publicco	Private	Publicco	Private	Publicco	Private	Publicco	Private	Publicco	Private
– Infarto miocardico acuto	123.336	104.933	18.384	105.742	90.077	15.654	106.673	90.320	16.347			
– Bypass aorto-coronarico isolato	14.185	8.198	5.965	10.681	6.177	4.487	11.953	6.887	5.048			
– Valvuloplastiche o sostituzione di valvole	35.609	19.421	16.162	29.238	16.184	13.013	33.919	18.747	15.125			
– Angioplastica in IMA-STEMI	36.848	31.647	5.199	33.342	28.702	4.638	34.361	29.603	4.757			
– Rivascularizzazione degli arti inferiori	36.065	24.426	11.591	29.100	19.935	9.088	32.391	22.172	10.128			
– Interventi cardiocirurghi in età pediatrica	2.992	1.962	1.030	2.349	1.526	821	2.418	1.529	888			
– Scoppio cardiaco congestizio	156.487	119.907	36.218	116.807	89.254	27.220	120.111	90.255	29.594			
– Embolia polmonare	35.286	30.328	4.885	38.393	32.643	5.682	45.949	39.335	6.550			
– Ictus ischemico	83.834	72.835	10.954	73.494	64.010	9.455	73.276	63.738	9.525			
– Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	9.060	6.793	2.232	7.096	5.354	1.713	8.075	6.134	1.901			
– Emorragia subaracnoidea	8.063	6.811	1.244	7.471	6.335	1.123	7.732	6.630	1.098			
– BPCO	102.474	80.635	21.565	60.640	47.575	12.931	56.317	44.079	12.108			
– Colectomia laparoscopica	98.779	70.142	27.993	69.890	46.053	23.216	83.268	53.893	28.733			
– Intervento chirurgico per TM della mammella	62.343	44.449	17.393	56.057	39.840	15.700	62.764	45.020	17.239			
– Intervento chirurgico per TM del pancreas	2.710	1.891	816	2.778	1.942	831	2.766	1.953	806			
– Intervento chirurgico per TM stomaco	5.824	4.437	1.370	5.088	3.843	1.215	5.075	3.831	1.229			
– Intervento chirurgico per TM colon	26.233	20.458	5.656	23.078	17.821	5.111	24.796	19.050	5.627			
– Intervento chirurgico per TM fegato	6.610	4.898	1.695	6.195	4.625	1.547	5.961	4.402	1.538			
– Intervento chirurgico per TM del polmone	12.116	8.822	3.230	11.078	8.077	2.925	11.532	8.292	3.204			
– Intervento chirurgico per TM esofago	856	534	318	827	539	286	869	530	339			
– Intervento chirurgico per TM ovaio	4.058	2.719	1.324	3.953	2.624	1.312	3.909	2.638	1.265			
– Intervento chirurgico per TM prostata	20.688	13.549	6.895	17.115	10.754	6.047	18.645	11.723	6.649			

/.

(Segue) Tab. S/28 – Quote di attività per natura giuridica (V.A.)

Ricoverti per:	2019			2020			2021		
	Totale	Pubblico	Privato accreditato	Totale	Pubblico	Privato accreditato	Totale	Pubblico	Privato accreditato
– Intervento chirurgico per TM retto	6.051	4.382	1.637	5.627	3.972	1.611	5.615	3.923	1.664
– Intervento chirurgico per TM rene	11.907	8.859	2.960	10.665	7.889	2.681	11.676	8.651	2.929
– Intervento chirurgico per TM vescica	5.211	3.822	1.366	5.241	3.869	1.339	5.101	3.795	1.280
– Intervento chirurgico per tumore cerebrale	13.237	9.736	3.452	12.447	9.155	3.220	13.136	9.641	3.444
– Parto	417.144	332.257	83.962	404.145	318.592	85.191	398.506	312.422	85.780
– Protesi ginocchio	87.922	25.135	62.221	66.691	14.580	51.584	80.465	16.766	63.137
– Protesi anca	115.989	63.695	51.348	96.822	50.501	45.552	115.097	55.925	58.375
– Protesi spalla	11.219	4.759	6.348	9.405	3.744	5.542	11.620	4.354	7.183
– Frattura tibia e perone	15.818	13.633	2.093	14.276	12.222	1.952	15.408	12.924	2.406
– Frattura del collo del femore	102.839	90.102	12.522	95.456	82.250	12.954	97.329	82.164	14.890

Fonte: Agenas-Aiop, Rapporto sulla Qualità degli outcome clinici negli ospedali italiani, 2023

Soprattutto per l'ultimo anno di valutazione si tratta di un valore molto meno allarmante di quello osservato ma che va opportunamente decodificato in un contesto di spesa privata sistematicamente al rialzo.

Se si restringe il perimetro alle prestazioni che richiedono il ricovero e che non sono procrastinabili – come ad esempio quelle oncologiche – il fenomeno del mancato recupero è evidente.

Nel confronto tra il 2021 e il 2019, c'è stato il 12,9% in meno di interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco (un calo del 13,7% nella componente di diritto pubblico e del 10,3% nella componente di diritto privato) e il 9,8% in meno di interventi per tumore maligno del fegato (una riduzione del 10,1% tra le strutture di diritto pubblico e del 9,3% tra quelle di diritto privato).

Gli interventi per tumore maligno della mammella sono tornati ai livelli pre-pandemici (dopo che si era registrato un calo di circa il 10% nel 2020); quelli per tumore maligno del colon sono, invece, ancora il 6% in meno del 2019.

Considerato che queste differenze non sono spiegate da una minore incidenza delle neoplasie maligne nella popolazione e leggendo questi dati assieme all'informazione relativa alla battuta d'arresto che hanno avuto gli screening oncologici nella crisi pandemica, è possibile che, per molte sedi tumorali, si sia concretizzato il rischio di diagnosi tardiva e di interventi in fase più avanzata.

Dopo la sospensione della erogazione dei test di screening in seguito all'epidemia di Covid-19, i dati di attività del 2021 riflettono una ripresa, con modalità differenti fra le varie Regioni, anche in relazione alla disponibilità ed utilizzo di stanziamenti specifici per il recupero dei ritardi delle prestazioni (decreto-legge n. 104 del 2020 e successivi).

Nel 2021 l'attività dei programmi di screening colorettales ha avuto un sensibile incremento rispetto agli anni precedenti. L'adesione all'invito (38,7%) è risultata in crescita rispetto al 2020, ma inferiore rispetto al 2018 e 2019.

Screening colon-rettale

	2018	2019	2020	2021
- Persone invitate	5.939.182	5.921.032	4.159.765	6.416.162
- Adesione corretta all'invito	47,7%	40,5%	34,1%	38,7%
- Aderenti all'approfondimento	78,4%	78,5%	78,3%	79,6%

Fonte: Osservatorio nazionale screening

Anche per lo screening mammografico, l'adesione aumenta (di 8 punti percentuali rispetto al 2020) senza tuttavia tornare ai livelli pre-pandemici.

Screening mammografico

	2018	2019	2020	2021
– Persone invitate	3.364.979	3.582.635	2.593.288	3.569.763
– Adesione corretta all’invito	60,5%	60,7%	51,0%	56,2%
– Aderenti all’approfondimento	78,4%	78,5%	78,3%	79,6%

Fonte: Osservatorio nazionale screening

Rispetto al 2020, per lo screening cervicale si osserva un considerevole aumento del numero delle donne invitate, aderenti all’invito e che hanno eseguito un esame di screening con Pap test o test Hpv, rimanendo tuttavia inferiore ai livelli pre-pandemici.

Screening cervicale

	2018	2019	2020	2021
Persone invitate	2.453.583	2.212.192	1.223.873	1.434.395
– Adesione corretta all’invito	34,2%	33,7%	27,6%	34,8%
– Aderenti all’approfondimento *	90,0%	89,9%	85,1%	85,5%
– Aderenti all’approfondimento **	94,2%	93,4%	90,4%	93,3%

* Per citologia HSIL+

** Per citologia CIN2+

Fonte: Osservatorio nazionale screening

È ipotizzabile che una quota dell’attuale decremento dei volumi rispetto al 2019 sia dovuta all’assenza di indicazione chirurgica nelle casistiche con grado di stadiazione più alto. Una criticità, quest’ultima, che va ad insistere su un sistema fortemente polarizzato in termini di qualità delle prestazioni fornite ai pazienti (cfr. par. 2.6).

La tabella S/29 mostra l’articolazione dei volumi di attività tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato del SSN, per specifiche prestazioni/condizioni.

La quota di prestazioni erogata dalle strutture accreditate del SSN è quantitativamente significata non solo in cardiocirurgia e in ortopedia, ma anche nella chirurgia oncologia, coprendo – a seconda della sede della neoplasia – dal 25% al 40% delle prestazioni salva-vita.

Tab. S/29 – Quote di attività per natura giuridica (%)

	2019		2020		2021	
	Pubblico	Privato accreditato	Pubblico	Privato accreditato	Pubblico	Privato accreditato
– Infarto miocardico acuto	85,1	14,9	85,2	14,8	84,7	15,3
– Bypass aorto-coronarico isolato	57,8	42,1	57,8	42,0	57,6	42,2
– Valvuloplastiche o sostituzione di valvole	54,5	45,4	55,4	44,5	55,3	44,6
– Angioplastica in IMA-STEMI	85,9	14,1	86,1	13,9	86,2	13,8
– Rivascolarizzazione degli arti inferiori	67,7	32,1	68,5	31,2	68,5	31,3
– Interventi cardiocirurgici in età pediatrica	65,6	34,4	65,0	35,0	63,2	36,7
– Scompenso cardiaco congestizio	76,6	23,1	76,4	23,3	75,1	24,6
– Embolia polmonare	85,9	13,8	85,0	14,8	85,6	14,3
– Ictus ischemico	86,9	13,1	87,1	12,9	87,0	13,0
– Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	75,0	24,6	75,5	24,1	76,0	23,5
– Emorragia subaracnoidea	84,5	15,4	84,8	15,0	85,7	14,2
– BPCO	78,7	21,0	78,5	21,3	78,3	21,5
– Colectomia laparoscopica	71,0	28,3	65,9	33,2	64,7	34,5
– Intervento chirurgico per TM della mammella	71,3	27,9	71,1	28,0	71,7	27,5
– Intervento chirurgico per TM del pancreas	69,8	30,1	69,9	29,9	70,6	29,1
– Intervento chirurgico per TM stomaco	76,2	23,5	75,5	23,9	75,5	24,2
– Intervento chirurgico per TM colon	78,0	21,6	77,2	22,1	76,8	22,7
– Intervento chirurgico per TM fegato	74,1	25,6	74,7	25,0	73,8	25,8
– Intervento chirurgico per TM del polmone	72,8	26,7	72,9	26,4	71,9	27,8
– Intervento chirurgico per TM esofago	62,4	37,1	65,2	34,6	61,0	39,0
– Intervento chirurgico per TM ovaio	67,0	32,6	66,4	33,2	67,5	32,4
– Intervento chirurgico per TM prostata	65,5	33,3	62,8	35,3	62,9	35,7

/.

(Segue) Tab. S/29 – Quote di attività per natura giuridica (%)

	2019		2020		2021	
	Pubblico	Privato accreditato	Pubblico	Privato accreditato	Pubblico	Privato accreditato
– Intervento chirurgico per TM retto	72,4	27,1	70,6	28,6	69,9	29,6
– Intervento chirurgico per TM rene	74,4	24,9	74,0	25,1	74,1	25,1
– Intervento chirurgico per TM vescica	73,3	26,2	73,8	25,5	74,4	25,1
– Intervento chirurgico per tumore cerebrale	73,6	26,1	73,6	25,9	73,4	26,2
– Parto	79,7	20,1	78,8	21,1	78,4	21,5
– Protesi ginocchio	28,6	70,8	21,9	77,3	20,8	78,5
– Protesi anca	54,9	44,3	52,2	47,0	48,6	50,7
– Protesi spalla	42,4	56,6	39,8	58,9	37,5	61,8
– Frattura tibia e perone	86,2	13,2	85,6	13,7	83,9	15,6
– Frattura del collo del femore	87,6	12,2	86,2	13,6	84,4	15,3

Fonte: Agenas-Aiop, Rapporto sulla Qualità degli outcome clinici negli ospedali italiani, 2023

2.6. Le valutazioni di complessità e di qualità

L'attività degli ospedali italiani può essere valutata sia considerando il grado di complessità delle prestazioni offerte ai pazienti, sia per la loro conformità a standard di volume e di esito.

Le valutazioni di complessità operate in questa sezione del Rapporto si basano sul sistema DRG (Diagnosis Related Groups), i raggruppamenti di diagnosi che permettono di classificare i dimessi dopo un ricovero ospedaliero per acuti, in gruppi ritenuti omogenei per profilo clinico per risorse assorbite e per costi di produzione.

Il primo indicatore di complessità preso in esame è quello del Peso medio, calcolato come media ponderata dei valori di peso relativo attribuiti a ciascun DRG; il fattore di ponderazione è rappresentato dalla rispettiva frequenza dei casi. I pesi relativi della versione attualmente in uso (Medicare 24.0) sono riportati nel DM 18/12/2008 e rappresentano la misura del consumo medio di risorse (carico assistenziale) associato al DRG considerato.

La tabella S/30 offre un confronto su base regionale delle risultanze di questo indicatore tra le strutture pubbliche e quelle della componente di diritto privato di area AIOP. L'andamento temporale del dato nazionale mostra per entrambe le tipologie un progressivo aumento del valore della complessità, ma più accentuato per le strutture AIOP, che conservano livelli medi più pronunciati; l'ultimo dato confrontabile è quello del 2021 ed è pari per queste ultime a 1,47, contro 1,38 di quelle pubbliche. La disponibilità per le strutture AIOP anche delle valutazioni per il 2022, evidenzia il raggiungimento di un risultato in ulteriore rialzo (1,56), a testimonianza di una piena ripresa delle attività dopo i blocchi e le limitazioni del periodo pandemico.

La declinazione per Regione dell'indicatore di Peso medio del 2021 mostra come le strutture ospedaliere di diritto pubblico che superano la propria media nazionale siano concentrate prevalentemente in sei Regioni del Centro-Nord (nell'ordine, Piemonte, Toscana, Marche, Lazio, Veneto e Friuli-Venezia Giulia), oltre alla Campania che con il suo 1,43 si pone nella fascia superiore di quelle menzionate; per contro, gli indicatori di Peso medio più contenuto si addensano soprattutto nel Mezzogiorno oltre che nelle P.P. A.A. di Bolzano e Trento.

Sul versante degli ospedali accreditati AIOP, il posizionamento al di sopra della rispettiva media nazionale di 1,47, sempre per il 2021, vede sei Regioni del Centro-Nord e tre del Mezzogiorno. Nell'ordine troviamo:

- Liguria (3,39);
- Piemonte (1,86);

Tab. S/30 – La complessità delle prestazioni, misurata attraverso il Peso medio. Anni 2018-2022

Regioni	Ospedali pubblici					Ospedali accreditati Aioip				
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2022	
- Piemonte	1,35	1,36	1,45	1,45	1,72	1,87	1,84	1,86	1,89	
- Lombardia	1,23	1,25	1,34	1,34	1,61	1,63	1,58	1,69	1,68	
- P.A. di Bolzano	1,08	1,10	1,13	1,16	0,84	0,88	0,90	1,10	0,85	
- P.A. di Trento	1,24	1,25	1,29	1,32	1,14	1,12	1,36	1,38	1,38	
- Veneto	1,29	1,31	1,38	1,40	1,52	1,60	1,72	1,66	1,69	
- Friuli-Venezia Giulia	1,27	1,28	1,33	1,39	1,27	1,29	1,32	1,34	1,37	
- Liguria ^(a)	1,29	1,29	1,35	1,37	3,08	3,12	2,74	3,39	3,30	
- Emilia-Romagna	1,27	1,28	1,34	1,36	1,33	1,36	1,35	1,67	1,60	
- Toscana	1,37	1,38	1,43	1,44	1,81	1,73	1,77	1,79	1,94	
- Umbria	1,25	1,24	1,31	1,34	1,40	1,38	1,44	1,37	1,40	
- Marche	1,31	1,32	1,42	1,44	1,30	1,35	1,29	1,45	1,61	
- Lazio	1,31	1,31	1,40	1,43	1,21	1,26	1,34	1,35	1,19	
- Abruzzo	1,24	1,26	1,34	1,38	1,32	1,31	1,32	1,39	1,38	
- Molise	1,14	1,12	1,24	1,32	1,51	1,52	1,50	1,71	1,67	
- Campania	1,23	1,27	1,38	1,43	1,20	1,23	1,30	1,31	1,28	
- Puglia	1,16	1,19	1,27	1,31	1,33	1,49	1,69	1,59	1,62	
- Basilicata	1,23	1,24	1,28	1,32	-	-	-	-	-	
- Calabria	1,16	1,20	1,27	1,32	1,24	1,50	1,51	1,50	1,72	
- Sicilia	1,20	1,22	1,29	1,33	1,34	1,48	1,36	1,41	1,41	
- Sardegna	1,18	1,20	1,28	1,31	1,31	1,30	1,44	1,44	1,56	
Italia	1,26	1,27	1,35	1,38	1,37	1,43	1,42	1,47	1,56	

Tutti i valori degli indicatori sono allineati alla versione DRG CMS 24.0 adottata dal Ministero della Salute a partire dall'anno 2009. Tale versione si articola su 538 DRG e fa riferimento alla classificazione ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) dell'anno 2007 per la codifica delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

(a) Il Peso medio elevato è legato alla presenza di due ospedali accreditati, in larga parte dedicati all'alta specialità.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute e Aioip

- Toscana (1,79);
- Molise (1,71);
- Lombardia (1,69);
- Emilia-Romagna (1,67);
- Veneto (1,66);
- Puglia (1,59);
- Calabria (1,50);

una distribuzione per area territoriale più bilanciata rispetto a quella della componente pubblica.

Nel confronto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati AIOP nelle Regioni, i risultati più favorevoli per questi ultimi si riscontrano in ben quindici casi, anche se con differenziali più marcati in tredici. In ordine decrescente troviamo la Liguria, il Piemonte, il Molise, la Lombardia, la Toscana, l'Emilia-Romagna, la Puglia, il Veneto, la Calabria, la Sardegna, la Sicilia, la Provincia Autonoma di Trento e l'Umbria. C'è da notare che la parziale ripresa delle attività osservata nel 2021 in alcune realtà regionali, ha riequilibrato i differenziali e i relativi posizionamenti tra pubblico e privato accreditato.

I risultati delle comparazioni basate sull'indice di Peso medio, trovano conferma anche prendendo in esame l'indicatore maggiormente osservato in tema di confronti tra gli erogatori di diversa natura giuridica, l'indice di *Case-mix*.

Si tratta di un altro indicatore sintetico del livello di complessità delle patologie trattate, che viene però maggiormente articolato in virtù del riferimento ad una situazione standard complessiva di sistema. Esprime cioè il rapporto tra la complessità media della casistica propria di un settore (quella attribuita, ad esempio, all'attività delle strutture pubbliche di una Regione), e la casistica calcolata come standard medio del sistema ospedaliero del SSN nella sua interezza (pubblico e privato accreditato).

Livelli di *Case-mix* superiori a 1 sono associati quindi ad una complessità maggiore rispetto a quella della media nazionale.

L'osservazione dei valori riportati nella tabella S/31 porta ad evidenziare in primo luogo una invarianza del dato nazionale ascrivibile agli ospedali pubblici, sostanzialmente bloccato dal 2018 e rimasto tale anche nel biennio della pandemia. La complessità del settore pubblico è cresciuta in termini di Peso medio, ma ad un ritmo che non ha consentito di recuperare quantomeno

Tab. S/31 – Il confronto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati Aiop, sulla base del Case-mix delle prestazioni effettuate. Anni 2018-2021

Regioni	Ospedali pubblici							Ospedali accreditati Aiop		
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2020	2021
- Piemonte	1,05	1,04	1,05	1,03	1,33	1,43	1,35	1,33	1,35	1,33
- Lombardia	0,96	0,96	0,97	0,96	1,27	1,27	1,22	1,22	1,22	1,22
- P.A. di Bolzano	0,84	0,84	0,82	0,83	0,65	0,68	0,80	0,79	0,80	0,79
- P.A. di Trento	0,96	0,95	0,94	0,94	0,88	0,86	1,00	0,99	1,00	0,99
- Veneto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,18	1,24	1,20	1,19	1,20	1,19
- Friuli-Venezia Giulia	0,99	0,98	0,97	0,99	0,99	1,00	0,97	0,96	1,00	0,97
- Liguria (a)	1,00	0,99	0,98	0,98	2,39	2,42	2,46	2,42	2,42	2,42
- Emilia-Romagna	0,98	0,98	0,97	0,97	1,08	1,09	1,21	1,19	1,09	1,21
- Toscana	1,06	1,05	1,04	1,03	1,40	1,35	1,30	1,28	1,35	1,30
- Umbria	0,97	0,95	0,95	0,95	1,29	1,29	1,00	0,98	1,29	1,00
- Marche	1,01	1,01	1,03	1,03	1,01	1,05	1,05	1,04	1,05	1,04
- Lazio	1,01	1,00	1,01	1,02	0,97	0,98	0,98	0,96	0,97	0,98
- Abruzzo	0,96	0,97	0,97	0,99	1,08	1,09	1,05	0,99	1,09	1,05
- Molise	0,89	0,86	0,90	0,94	1,17	1,18	1,24	1,22	1,18	1,24
- Campania	0,96	0,97	1,00	1,02	0,93	0,95	0,95	0,94	0,95	0,94
- Puglia	0,90	0,91	0,92	0,94	1,06	1,16	1,15	1,14	1,16	1,15
- Basilicata	0,95	0,95	0,93	0,95	-	-	-	-	-	-
- Calabria	0,90	0,91	0,92	0,94	0,96	1,29	1,09	1,07	1,29	1,09
- Sicilia	0,93	0,93	0,94	0,95	1,04	1,13	1,02	1,01	1,13	1,02
- Sardegna	0,92	0,92	0,93	0,94	1,02	1,02	1,05	1,03	1,02	1,05
Totale	0,98	0,97	0,98	0,98	1,08	1,11	1,07	1,05	1,11	1,07

Tutti i valori degli indicatori sono allineati alla versione DRG CMS 24.0 adottata dal Ministero della Salute a partire dall'anno 2009. Tale versione si articola su 538 DRG e fa riferimento alla classificazione ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) dell'anno 2007 per la codifica delle malattie, dei traumi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

(a) L'indicatore elevato è legato alla presenza di due ospedali accreditati, in larga parte dedicati all'alta specialità.

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute e Aiop

la parità (il rapporto è rimasto al di sotto di 1) con il dato standard di riferimento. Al contrario, gli ospedali accreditati AIOP, si sono mantenuti al di sopra del dato standard riportando nel 2021 un differenziale del +7% rispetto ai pubblici.

A fronte di questa situazione di sostanziale prevalenza del settore accreditato nell'andamento del valore complessivo nazionale dell'indice di *Case-mix*, verifichiamo ora le sue articolazioni territoriali e per natura giuridica con una analisi più circostanziata a livello regionale. In ambito pubblico, risultano otto le Regioni con valori superiori alla media di comparto (0,98):

- Piemonte, Toscana e Marche (1,03);
- Lazio e Campania (1,02);
- Veneto (1,00);
- Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo (0,99).

La Liguria eguaglia la media, mentre le altre undici si pongono al di sotto di essa.

Per le accreditate AIOP, rispetto alla propria media nazionale, le Regioni con casistica più complessa si rivelano nell'ordine:

- la Liguria (2,42);
- il Piemonte (1,33);
- la Toscana (1,28);
- la Lombardia e il Molise (1,22);
- il Veneto e l'Emilia-Romagna (1,19);
- la Puglia (1,14);
- la Calabria (1,07).

In altre tre Regioni del Centro-Sud, inoltre, le strutture accreditate AIOP evidenziano valori inferiori alla propria media nazionale, ma comunque superiori all'unità (Marche con 1,04, Sicilia con 1,01 e Sardegna con 1,03).

Nel confronto, infine, degli indici regionali di *Case-mix* tra ospedali pubblici e ospedali accreditati AIOP, si può osservare una pressoché generalizzata prevalenza di questi ultimi, salvo che in Campania, nel Lazio, nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Friuli-Venezia Giulia. Guidano la classifica delle Regioni nelle quali l'indice è più favorevole per le strutture AIOP la Liguria, il Piemonte, il Molise, la Lombardia e la Toscana.

In ogni caso, come già sottolineato nel precedente paragrafo sui DRG più diffusi, al di là della prevalenza – in termini di complessità – delle strutture

ospedaliera della componente di diritto privato in molte Regioni, il segnale positivo per il sistema è rappresentato dalla sostanziale sovrapposibilità tra i due comparti, che si integrano tra di loro e fanno crescere, con un obiettivo comune, il livello delle prestazioni rese ai pazienti.

Il passo ulteriore nell'esercizio di valutazione dell'offerta ospedaliera italiana è costituito dall'analisi degli outcome.

La quasi totalità delle strutture ospedaliere del SSN non è caratterizzata da un livello di qualità omogeneamente critico o omogeneamente positivo.

Non esistono ospedali d'eccellenza o ospedali inadeguati.

Piuttosto l'aderenza a standard *evidence-based* riguarda specifiche e determinate aree cliniche o, più precisamente, un determinato percorso clinico organizzativo del paziente affetto da una specifica patologia.

% di strutture di qualità alta/molto alta per area clinica e natura giuridica

	Nord		Centro		Sud e Isole	
	PUB	PVT accr.	PUB	PVT accr.	PUB	PVT accr.
- Area sistema cardiocircolatorio	58	67	68	44	47	65
- Area sistema nervoso	59	65	67	67	27	55
- Area sistema respiratorio	14	48	13	50	6	68
- Area della chirurgia generale	55	56	67	53	35	49
- Area della chirurgia oncologica	47	59	64	64	47	63
- Area della gravidanza e parto	75	56	42	11	15	11
- Area osteomuscolare	37	41	26	46	21	44

Fonte: elaborazione su dati Agenas-Aiop, Rapporto sulla Qualità degli outcome clinici negli ospedali italiani, 2023

% di strutture di qualità bassa/molto bassa per area clinica e natura giuridica

	Nord		Centro		Sud e Isole	
	PUB	PVT accr.	PUB	PVT accr.	PUB	PVT accr.
- Area sistema cardiocircolatorio	8	14	10	22	16	8
- Area sistema nervoso	9	5	8	17	48	27
- Area sistema respiratorio	52	30	58	33	78	21
- Area della chirurgia generale	37	43	27	45	57	48
- Area della chirurgia oncologica	42	33	15	36	44	32
- Area della gravidanza e parto	20	22	24	44	51	75
- Area osteomuscolare	26	24	37	15	52	20

Fonte: elaborazione su dati Agenas-Aiop, Rapporto sulla Qualità degli outcome clinici negli ospedali italiani, 2023

Considerando l'analisi per area clinica, in quella cardiocircolatoria si rileva una importante concentrazione su livelli alti/molto alti di aderenza agli standard: mentre nel Nord e, ancora più, nel Sud e nelle Isole la proporzione di strutture di diritto privato over-standard è superiore rispetto a quella delle strutture di diritto pubblico, nel Centro la situazione è ribaltata. Al Centro, inoltre, le strutture di qualità bassa/molto bassa sono proporzionalmente di più tra le strutture accreditate.

L'area del sistema nervoso mostra comportamenti sostanzialmente analoghi. Qui, la divaricazione tra le due componenti è sostanziale soprattutto al Sud e nelle Isole.

Per l'area del sistema respiratorio si documenta una significativa differenza nel confronto pubblico-privato accreditato, che si replica anche nelle singole aree geografiche, con scarti maggiori nel Sud e Isole.

Nella chirurgia generale, rispetto alle strutture con livelli alti/molto alti di conformità agli standard, se al nord non ci sono sostanziali differenze tra le due componenti, nel Centro e nel Sud, pubblico e privato e accreditato si comportano diversamente. Al Centro le strutture di diritto pubblico con qualità alta/molto alta sono il 67%, contro il 53% tra quelle di diritto privato, mentre al Sud e Isole le rispettive proporzioni sono di 35% e 49%. Specularmente le strutture substandard sono proporzionalmente di più al Centro tra quelle di diritto privato e al Sud tra quelle di diritto pubblico.

Nell'area della chirurgia oncologica, è il Nord ad avere risultati simili al Sud, con le strutture di diritto privato che, nel confronto con quelle di diritto pubblico, sono proporzionalmente di più tra quelle di qualità alta/molto alta e di meno tra quelle di qualità bassa/molto bassa.

Al Centro, se le strutture sovra-standard hanno la stessa percentuale tra le pubbliche e le accreditate, le strutture con qualità bassa/molto bassa sono proporzionalmente di più tra quelle di diritto privato.

La divaricazione nella qualità tra le due componenti, a favore delle strutture pubbliche – nell'area gravidanza e parto – è evidente in tutte le aree geografiche. Tuttavia, le strutture accreditate di qualità over-standard sono il 56% al Nord e il 15% nel Sud, mentre le strutture accreditate di qualità bassa/molto bassa sono il 22% al nord e il 75% nel Sud e Isole.

Nell'area osteomuscolare – che considera esclusivamente la traumatologia non valutando la protesica – le strutture pubbliche sono per il 29% di qualità alta o molto alta e per il 37% di qualità bassa o molto bassa; le strutture private di qualità alta e molto alta sono, invece, proporzionalmente di più (pari al 43%), mentre quelle di qualità bassa e molto bassa sono proporzionalmente di meno (pari al 21%). Le differenze tra le due componenti sono

soprattutto al Centro e al Sud, dove, rispettivamente il 37% e il 52% delle strutture pubbliche riportano livelli di qualità bassa/molto bassa.

Complessivamente, ciò che si rileva con maggiore evidenza è da un lato l'alta percentuale di strutture con valori lontani dai requisiti qualitativi e quantitativi, in riferimento non solo ad alcune aree cliniche (quelle chirurgiche) ma anche alla natura della proprietà (privata per l'area gravidanza e parto e pubblica per l'area respiratoria), dall'altro una complessiva marcata eterogeneità, non solo e non tanto in funzione della natura giuridica, ma a livello di SSN nel suo complesso, con ciò che ne consegue in termini di equità di accesso ai servizi.

Questo è tanto più evidente nell'analisi per indicatore (tab. S/32). Il risultato principale dell'analisi è proprio l'eterogeneità nella qualità dei trattamenti e degli interventi offerti dalle strutture del nostro Ssn: una variabilità tra aree geografiche, all'interno di una stessa area geografica ma anche tra le strutture appartenenti allo stesso territorio e aventi la stessa natura giuridica.

Complessivamente rileva che rispetto agli indicatori di esito le strutture di diritto privato che presentano un livello di qualità alto sono proporzionalmente di più di quelle di diritto pubblico; per quanto invece riguarda i volumi di attività associati ad esiti di salute la componente accreditata soffre maggiormente della pubblica di numerosità sub-standard.

Al di là della comparazione, ciò che si documenta implicitamente è la differenza tra il totale (il 100%) e la percentuale di strutture che rispetta i requisiti.

A livello nazionale, circa 1/3 delle strutture di entrambe le componenti registra valori di mortalità dopo un ricovero per infarto più alti dell'atteso.

Per quanto riguarda la percentuale di strutture che non effettuano tempestivamente un intervento salva vita come la Ptca in Ima-Stemi, si tratta, rispettivamente, del 61% delle pubbliche e del 48% delle accreditate.

Tab. S/32 – % di strutture in linea con lo standard quantitativo o qualitativo per indicatore e natura giuridica

Indicatore	Totale						Comparto pubblico		Comparto privato		
	SSN		N.		%		N.	n.	N.	n.	%
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	n.	N.	n.	%
– Infarto miocardico acuto: volumi	615	453	279	62	162	63	39				
– Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	357	302	183	61	55	35	64				
– Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	357	302	183	61	55	34	62				
– Proporzioni di pica entro 90 minuti in IMA-STEMI	214	181	71	39	33	17	52				
– STEMI: trattati con PTCA entro 90 minuti sul totale degli STEMI trattati con PTCA entro 12 ore dall'accesso nella struttura di ricovero/service	188	160	97	61	28	19	68				
– Volumi di angioplastiche di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	220	168	99	59	49	7	14				
– Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	511	385	124	32	126	59	47				
– Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	93	53	13	25	39	6	15				
– Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	89	52	44	85	37	35	95				
– Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	89	52	45	87	37	34	92				
– Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	93	54	42	78	39	32	82				
– Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	211	141	39	28	65	9	14				
– Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	99	75	23	31	24	10	42				
– Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	260	229	117	51	31	22	71				
– Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	107	88	13	15	19	4	21				
– BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	270	222	26	12	48	27	56				
– Colectomia laparoscopica: volumi	737	462	255	55	253	129	51				
– Colectomia laparoscopica: degenza post-operatoria < 3 giorni	430	274	222	81	154	142	92				
– Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi	373	258	128	50	101	38	38				
– Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella	169	131	67	51	37	22	59				

/.

(Segue) Tab. S/32 – % di strutture in linea con lo standard quantitativo o qualitativo per indicatore e natura giuridica

Indicatore	Totale						Comparto pubblico			Comparto privato				
	SSN		N.		%		N.		%		N.		%	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
– Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella (nuove variabili)	169	131	65	50	37	20	54							
– Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella	264	200	141	71	60	44	73							
– Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella (nuove variabili)	264	200	138	69	60	44	73							
– Intervento chirurgico per TM del polmone: volumi	129	98	38	39	29	15	52							
– Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	98	77	29	38	21	4	19							
– Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	80	66	25	38	14	10	71							
– Intervento chirurgico per TM colon: volumi	555	394	161	41	153	38	25							
– Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	295	236	72	31	59	21	36							
– Intervento chirurgico per TM fegato: volumi	213	161	18	11	48	6	13							
– Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	61	46	19	41	15	11	73							
– Intervento chirurgico per TM del pancreas: volumi	136	103	6	6	33	4	12							
– Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	37	27	19	70	10	9	90							
– Intervento chirurgico per TM prostata: volumi	350	216	80	37	122	36	30							
– Intervento chirurgico per TM rene: volumi	367	244	59	24	114	17	15							
– Parti: volumi	395	327	270	83	63	57	90							
– Proporzioni di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello	225	198	27	14	27	1	4							
– Proporzioni di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello	142	107	88	82	35	11	31							
– Proporzioni di parti vaginali dopo cesareo	285	228	105	46	57	15	26							
– Proporzioni di episiotomie nei parti vaginali	382	319	193	61	63	23	37							
– Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni	470	363	74	20	107	55	51							
– Frattura del collo del femore: volumi	585	419	356	85	154	69	45							

/.

(Segue) Tab. S/32 – % di strutture in linea con lo standard quantitativo o qualitativo per indicatore e natura giuridica

Indicatore	Totale						Comparto pubblico			Comparto privato		
	SSN		n.		%		N.		n.		%	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
– Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 ore	427	360	106	29	67	29	43					
– Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni	137	127	74	58	10	7	70					
– Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni	125	115	66	57	10	6	60					
– Protesi anca: volumi	698	410	245	60	267	204	76					
– Protesi anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	534	333	206	62	197	101	51					
– Protesi anca: riammissioni a 30 giorni	518	292	131	45	222	142	64					
– Protesi ginocchio: volumi	651	358	44	12	268	200	75					
– Protesi ginocchio: revisione entro 2 anni	500	255	146	57	241	123	51					
– Protesi ginocchio: riammissioni a 30 giorni	398	148	88	59	244	109	45					

Fonte: Agenas-Aiop, Rapporto sulla Qualità degli outcome clinici negli ospedali italiani, 2023

2.7. La mobilità sanitaria

Un altro aspetto rilevante delle analisi sull'attività ospedaliera del SSN, riguarda in modo particolare la domanda di ricovero espressa dai pazienti in termini di propensione allo spostamento dal proprio luogo di residenza. Nella parte Prima del Rapporto li abbiamo definiti i "nomadi del Servizio sanitario": sono le persone che migrano soprattutto alla ricerca di tempi più rapidi di risposta ai propri bisogni di cura e/o di una qualità che il proprio sistema regionale non riesce più a garantire. E una grande maggioranza degli italiani ritiene che le differenze di performance delle sanità regionali siano aumentate nel tempo e aumenteranno ulteriormente nel futuro prossimo.

L'analisi della mobilità dei pazienti dovrebbe rappresentare uno degli strumenti fondamentali per il ridisegno e la riqualificazione delle reti ospedaliere territoriali; per garantire livelli equi di assistenza in ogni realtà regionale e per non disperdere risorse preziose. Evitando cioè di continuare a finanziare, senza opportune azioni di miglioramento, sistemi inefficienti e di dubbia qualità subendo, contestualmente, le onerose penalizzazioni originate dalla compensazione finanziaria dei flussi passivi.

Il paradosso delle Regioni in Piano di Rientro è quello di essere sottoposte a un limite di spesa per l'acquisto di prestazioni valido solo internamente, presso cioè le strutture che insistono sull'area geografica di pertinenza; quel vincolo non riguarda invece le prestazioni extra-regione che possono e devono essere finanziate attraverso la fiscalità della popolazione residente, spostando le risorse al di là dei confini regionali e impoverendo ulteriormente il territorio.

I dati proposti in questo paragrafo, prendono spunto dall'osservazione delle matrici della mobilità attiva e passiva del Rapporto SDO, e danno conto oltre che della caratteristica e ormai consolidata distribuzione regionale dei saldi di pazienti in entrata e uscita, anche dell'andamento nel tempo della propensione a spostarsi anche molto lontano dai luoghi di residenza.

La figura S/3 offre una fotografia emblematica di un Servizio sanitario diviso idealmente in due e con agli estremi sistemi molto performanti e attrattivi e altri, rappresentati soprattutto da Regioni che sono state o sono attualmente in piano di rientro, caratterizzati da saldi negativi sempre più consistenti. Si tratta, nel caso specifico di saldi riferiti alla totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero.

Nella tabella S/33 si riportano invece i dati di mobilità regionale dei ricoveri per acuti del periodo 2019-2021, espressi in questo caso in termini di indici sintetici di attrazione e fuga. Per il 2021 essi sono integrati da quelli della colonna finale che mostra per la stessa tipologia di pazienti i valori più

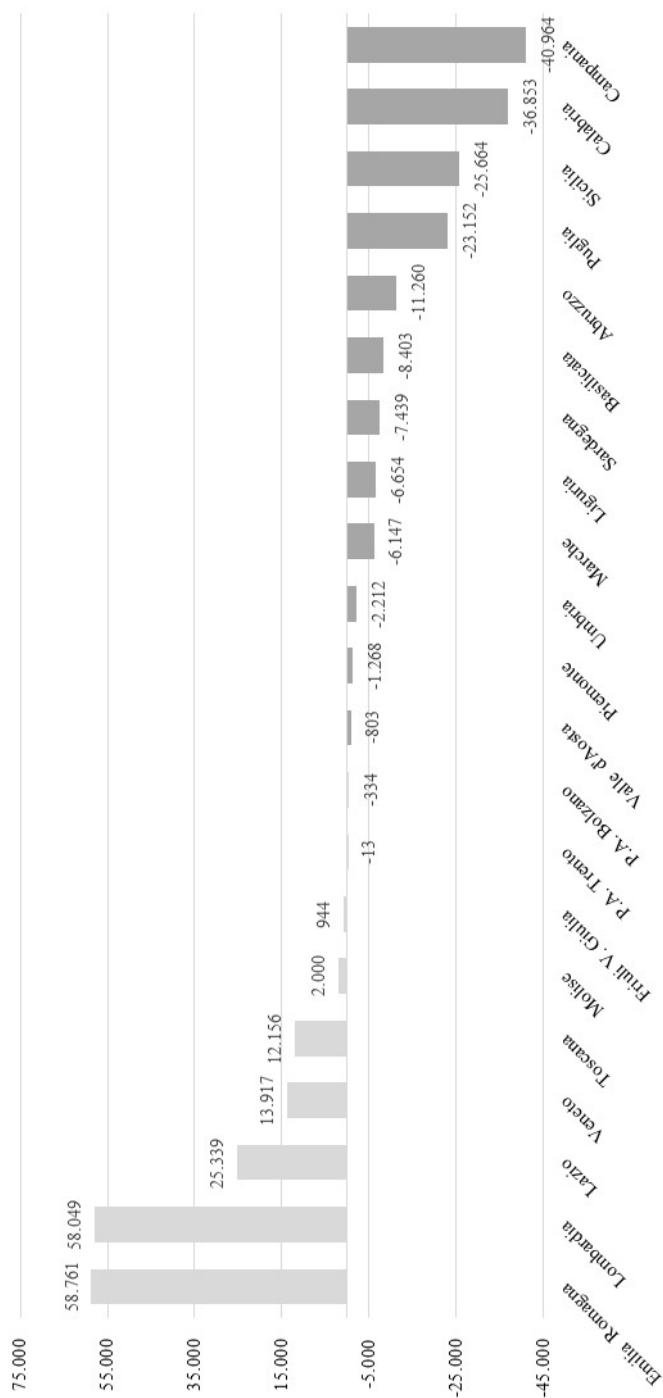
recenti di saldo netto dei flussi in ingresso e in uscita nei rispettivi ambiti territoriali.

Occorre innanzitutto osservare che, sia in termini di flussi totali, sia di quelli dei pazienti acuti, già a partire dal 2020, si è registrata una variazione rispetto allo storico primato di Regione maggiormente attrattiva detenuto dalla Lombardia, primato conquistato e confermato per il 2021 dall'Emilia-Romagna. Quest'ultima ha probabilmente beneficiato di un minore impatto negativo della fase emergenziale e di questo avremo probabilmente un riscontro con la diffusione dei dati relativi al 2022. I saldi più elevati sono però distanti da quelli della fase pre-pandemica e si attestano per l'Emilia-Romagna su un valore che supera per il settore degli acuti le 47.000 unità. A seguire, troviamo tra le Regioni più attrattive, la Lombardia, il Veneto, la Toscana e il Lazio. Appare invece confermata la marcata tendenza a ricorrere ai servizi ospedalieri di altri sistemi regionali, giudicati più performanti o di più facile accesso, da parte dei cittadini di Campania, Calabria, Sicilia, Puglia, Liguria, Basilicata, Abruzzo, Marche e Sardegna.

Tornando invece alla totalità dei flussi di mobilità riferiti a tutti i regimi e a tutte le tipologie di ricovero, si può osservare come nonostante il permanere di molte criticità generate dalla pandemia anche nel 2021, si riavvicinano comunque ai 600.000 i pazienti che hanno scelto di migrare verso altri sistemi regionali, con un saldo attivo per l'Emilia-Romagna che raggiunge ora le 58.761 unità, contro le 58.049 di una Lombardia però decisamente in recupero.

Come precedentemente sottolineato, le Regioni con i più marcati saldi negativi di mobilità dovrebbero analizzare le criticità che sono alla base di andamenti consolidatisi nel tempo, cercando di andare oltre le azioni tendenti semplicemente a ridurre i flussi mediante accordi di limitazione o di blocco. Politiche che hanno tuttavia trovato terreno favorevole nell'ambito della stessa Conferenza Stato-Regioni, che è intervenuta per far sì che le Regioni più attrattive tagliassero del 50% il riparto finanziario relativo agli incrementi dei flussi non di alta specialità registratisi per il settore accreditato nel biennio 2014-2015, e del 60% per quelli osservati a partire dal 2016.

Fig. S/3 – Saldi di mobilità interregionale, totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anno 2021



Nota: comprende acuti in regime ordinari e diurno, riabilitazione in regime ordinario e diurno, lungodegenza.
 Fonte: Ministero della salute - matrici di mobilità interregionale, anno 2021

Tab. S/33 – Le differenze in termini di opportunità di cura sul territorio, misurate dalla mobilità per ricoveri ospedalieri^(a), Anni 2019-2021

Regioni	2019			2020			2021		
	Attrazione	Fuga	Attrazione	Fuga	Attrazione	Fuga	Rapporto Fuga/Attraz.	Saldi di mobilità ^(b)	
– Piemonte	0,97	1,03	1,02	0,98	1,04	0,96	0,9	1.001	
– Valle d'Aosta	0,70	1,42	0,72	1,38	0,70	1,43	2,1	-674	
– Lombardia	2,46	0,41	1,84	0,54	1,93	0,52	0,3	40.930	
– P.A. di Trento	0,71	1,40	0,69	1,45	0,70	1,42	2,0	-1.925	
– Veneto	1,41	0,71	1,52	0,66	1,44	0,70	0,5	11.933	
– Friuli-Venezia Giulia	1,13	0,88	1,15	0,87	1,03	0,97	0,9	276	
– Liguria	0,70	1,43	0,73	1,37	0,63	1,58	2,5	-8.240	
– Emilia-Romagna	2,58	0,39	2,64	0,38	2,82	0,35	0,1	47.376	
– Toscana	1,49	0,67	1,47	0,68	1,43	0,70	0,5	9.242	
– Umbria	1,15	0,87	0,99	1,01	0,87	1,15	1,3	-1.570	
– Marche	0,82	1,22	0,81	1,23	0,74	1,36	1,8	-5.173	
– Lazio	0,95	1,05	1,16	0,87	1,19	0,84	0,7	7.009	
– Abruzzo	0,65	1,54	0,69	1,45	0,70	1,42	2,0	-6.005	
– Molise	1,04	0,96	1,08	0,93	1,09	0,92	0,8	976	
– Campania	0,30	3,31	0,32	3,13	0,34	2,93	8,6	-28.529	
– Puglia	0,53	1,87	0,60	1,67	0,61	1,64	2,7	-11.870	
– Basilicata	0,67	1,49	0,61	1,63	0,57	1,75	3,1	-6.185	
– Calabria	0,13	7,62	0,14	7,05	0,13	7,92	62,7	-26.186	
– Sicilia	0,23	4,29	0,23	4,37	0,28	3,60	13,0	-17.843	
– Sardegna	0,33	3,00	0,33	3,02	0,34	2,93	8,6	-4.617	

Il dato della Provincia Autonoma di Bolzano non viene riportato in quanto fortemente influenzato dall'emigrazione verso l'estero (Austria in particolare).

(a) La mobilità è espressa in percentuali di pazienti acuti in ingresso e in uscita, calcolate sulle matrici di mobilità interregionale.

(b) Saldo tra mobilità attiva e passiva dei pazienti acuti di ciascuna regione.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della salute – Matrici di mobilità interregionale, anni 2019-2021

3. *Le informazioni sul personale*

3.1. **L'andamento degli addetti nel tempo**

L'entità delle dotazioni di personale in forza negli istituti di ricovero pubblici (Aziende ospedaliere e ospedali a diretta gestione ASL) desumibili dalle informazioni riportate negli specifici report ministeriali¹, subisce nel 2021 una nuova flessione (-0,2%), interrompendosi così la crescita riscontrata nel 2019 e nel 2020, che è stata pari rispettivamente a +0,3% e +4,5%. Dopo il periodo di stabilizzazione del trend di progressivo ridimensionamento degli organici riscontrato in ambito pubblico a partire dal 2010, un andamento che aveva portato ad una riduzione complessiva del 10,3% a fine 2015, e dopo le nuove acquisizioni messe in atto per fronteggiare la crisi pandemica, ci si è dovuti quindi ancora una volta confrontare con una diminuzione importante pari a più di mille unità. Una nuova sottrazione di risorse professionali che ha investito in modo particolare le componenti mediche e infermieristiche operanti nelle Aziende ospedaliere, nelle loro varie configurazioni di tipologia organizzativa.

Perde ulteriormente forza, quindi, il tentativo di riallineamento del sistema alla crescita di quasi 68.000 unità osservata nel 2009, un balzo che aveva portato il numero complessivo degli addetti a più di 564.000 rispetto ai circa 477.000 dell'ultima rilevazione disponibile, quella appunto relativa al 2021. Torniamo tuttavia a sottolineare che quel repentino incremento annuale poteva essere in parte attribuito alla creazione di nuove aziende ospedaliere e a una radicale riclassificazione realizzata in quel periodo con l'inclusione, tra gli ospedali a gestione diretta e tra le aziende ospedaliere, di alcuni istituti precedentemente ricompresi tra i c.d. pubblici 'assimilati'. Così

¹ Ministero della Salute, *Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati e Il personale del Sistema sanitario italiano – Anno 2021*.

come riteniamo sia sempre essenziale sottolineare che i valori indicati non comprendono le quote di addetti inquadrati con contratti di lavoro di tipo libero-professionale, interinale o analoghi, che hanno integrato nel corso degli ultimi anni gli organici del personale ospedaliero pubblico.

Dagli andamenti descritti nella tabella S/34, che riporta i dati del periodo 2017-2021, si può in ogni caso osservare un aumento di oltre 22.000 unità, con dotazioni che crescono del 4,9% portandosi da 454.532 a 476.876 addetti, grazie soprattutto agli incrementi più accentuati legati al fabbisogno straordinario della prima fase emergenziale.

Facendo dunque riferimento alle tipologie di strutture pubbliche osservate, ovvero aziende ospedaliere (comprese quelle universitarie) ed ospedali a diretta gestione Asl, e considerando parimenti quanto più sopra sottolineato in merito alle possibili riclassificazioni di alcune strutture, è possibile evidenziare la diversità delle dinamiche risultanti per le varie figure professionali nei cinque anni presi in esame: per i medici si registra un incremento di 2.779 unità, per gli infermieri di 11.368 unità, mentre per il restante personale la crescita si attesta sulle 8.197 unità:

	2017	2021
Medici e odontoiatri	84.928	87.707
Infermieri	211.638	223.006
Altro personale	157.966	166.163

Prendendo poi in esame l'indicatore che mostra il rapporto tra il personale delle strutture di ricovero pubbliche e i corrispondenti valori relativi ai posti letto, si può evidenziare come già a partire dal 2016 ci sia stato un lieve miglioramento sia per le Aziende ospedaliere che per gli ospedali delle Asl, un miglioramento che si è mostrato ovviamente più pronunciato nel 2020 e che si è poi riassorbito nel 2021. Ricordando tuttavia che l'andamento di tali rapporti continua ad essere fortemente influenzato anche dalla preoccupante erosione delle quote di posti letto ospedalieri disponibili (tab. S/36).

Ma continuano in ogni modo a manifestarsi incertezze rispetto alle future disponibilità di medici e infermieri nel comparto pubblico. Infatti, anche nel recente aggiornamento di marzo 2023 del Rapporto Agenas sul personale del Servizio sanitario nazionale, che analizza in modo puntuale gli aspetti legati al fabbisogno di tali professionalità, viene ribadito che tra le maggiori emergenze da affrontare permane quella della compensazione delle uscite dal sistema. Uscite determinate dai pensionamenti e dalle contestuali misure di contenimento delle assunzioni adottate sia nelle Regioni in piano di rientro sia in quelle assoggettate a forme di vincolo sulla spesa. Proponendo i

risultati del calcolo tra personale cessato dal servizio e nuovi ingressi, l'Agencia mette in luce infatti come il tasso di turnover nazionale (che in caso di integrale sostituzione è pari a 100) nel periodo 2010-2019 si porti mediamente – per le variazioni annuali – su un valore di 90 per i medici e di 95 per il personale infermieristico. Tra le Regioni maggiormente in difficoltà si evidenziano i casi della Campania (con valori pari a 69 per i medici e 57 per gli infermieri), insieme a quelli di Sicilia e Lazio (69 per i medici e 62 per gli infermieri).

La combinazione tra il blocco delle assunzioni, protrattosi per le Regioni in piano di rientro fino al 2018, e l'andamento negativo del tasso di turnover, ha provocato un conseguente innalzamento dell'età media, che per i medici è diventata pari a 51,3 anni e per gli infermieri a 47,3 anni. Agenas stima per il quinquennio 2022-2027 una uscita dal sistema, per i soli pensionamenti, di 29.331 unità di personale medico e 21.050 unità di personale infermieristico. Dati che potrebbero essere appesantiti anche dalla tendenza accentuata negli ultimi tempi all'emigrazione di queste figure verso altri Paesi, europei ed extra-europei.

Ma c'è ragione di affermare che tali criticità verranno messe a dura prova anche dal notevole fabbisogno di infermieri legato al potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal DM 77. Tutte le nuove realtà operative (2.350 in tutto, tra Case e Ospedali di comunità, ed altre forme di assistenza territoriale e domiciliare) per le quali si sottolinea la sottostima dei costi di gestione all'interno di un finanziamento complessivo della sanità che recederà nel 2026 fino al 6,3% del PIL, avranno bisogno secondo le previsioni della stessa Agenas da un minimo di 19.450 ad un massimo di 26.850 nuove acquisizioni.

Passando invece ad osservare le dotazioni delle strutture di area Aiop, si può riscontrare un incremento tra il 2017 e il 2022 di 3.548 unità, pari ad un +5,1% (tab. S/37). Una crescita che interessa sia il personale medico, sia gli infermieri e, in maggior misura, le altre categorie di collaboratori di ambito sanitario e dei servizi. Tuttavia occorre sottolineare che le variazioni delle dotazioni complessive e la loro articolazione nelle varie figure professionali delle strutture associate ad Aiop, sono inevitabilmente influenzate dalla variabilità nella consistenza e nella composizione per tipologia della compagine associativa (tab. S/38).

Tab. S/34 – Andamento del personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl^(a) (v.a.)

Ruolo	2017		2018		2019		2020		2021	
	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)
Medici e Odontoiatri	34.264	50.664	35.145	50.633	35.934	49.972	37.377	50.591	37.086	50.621
Infermieri	90.343	121.295	91.741	122.413	92.298	121.450	96.285	127.836	95.292	127.714
Altro	77.098	80.868	76.722	79.439	77.249	80.402	79.359	86.517	77.883	88.280
Totale	201.705	252.827	203.608	252.485	205.481	251.824	213.021	264.944	210.261	266.615

(a) Non è compreso il personale con rapporto libero-professionale o altro tipo di rapporto.

(*) Personale del SSN e Universitario.

(**) Sono compresi gli Istituti Psichiatrici Residuali.

Fonte: elaborazioni su dati del Rapporto “Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati”, Ministero della Salute, Anni 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021

Tab. S/35 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)

Medici e Odontoiatri	2018/2017		2019/2018		2020/2019		2021/2020		2021/2017	
	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)
Medici e Odontoiatri	2,6	-0,1	2,2	-1,3	4,0	1,2	-0,8	0,1	8,2	-0,1
Infermieri	1,5	0,9	0,6	-0,8	4,3	5,3	-1,0	-0,1	5,5	5,3
Altro	-0,5	-1,8	0,7	1,2	2,7	7,6	-1,9	2,0	1,0	9,2
Totale	0,9	-0,1	0,9	-0,3	3,7	5,2	-1,3	0,6	4,2	5,5

(a) Non è compreso il personale con rapporto libero-professionale o altro tipo di rapporto.

(*) Personale del SSN e Universitario.

(**) Sono compresi gli Istituti Psichiatrici Residuali.

Fonte: elaborazioni su dati del Rapporto “Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati”, Ministero della Salute, Anni 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021

Tab. S/36 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl

	2017		2018		2019		2020		2021	
	Aziende ospedaliere (*) Asl (**)	Strutture di ricovero ospedaliere (*) Asl (**)	Aziende ospedaliere (*) Asl (**)	Strutture di ricovero ospedaliere (*) Asl (**)	Aziende ospedaliere (*) Asl (**)	Strutture di ricovero ospedaliere (*) Asl (**)	Aziende ospedaliere (*) Asl (**)	Strutture di ricovero ospedaliere (*) Asl (**)	Aziende ospedaliere (*) Asl (**)	Strutture di ricovero ospedaliere (*) Asl (**)
Medici per 10 posti letto	6,2	6,5	6,5	6,4	6,7	6,4	7,0	6,7	6,2	6,0
Infermieri per 10 posti letto	16,3	15,4	17,0	15,5	17,1	15,5	17,9	16,8	16,0	15,2

(*) Personale del SSN e Universitario.

(**) Sono compresi gli Istituti Psichiatrici Residuali.

Nota: I medici e gli infermieri per posto letto sono stati calcolati sui posti letto effettivamente utilizzati.

Fonte: elaborazioni su dati del Rapporto “Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati”, Ministero della Salute, Anni 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021

Tab. S/37 – Personale operante nelle strutture associate Aiop. Anni 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ruolo	12.340	12.136	12.364	12.303	12.322	12.395
Medici dipendenti e a rapporto professionale	21.241	21.087	21.148	21.113	21.218	21.422
Infermieri	36.572	38.015	38.705	39.119	39.690	39.884
Altro	70.153	71.238	72.217	72.535	73.230	73.701

Nota: La rilevazione delle unità di personale può essere influenzata anche in maniera rilevante dall'ingresso o dalla uscita dall'Aiop di alcune strutture nel corso degli anni.

Fonte: elaborazioni su dati Aiop

Tab. S/38 – Personale operante nelle strutture associate Aiop. Anni 2017-2022 (var. %)

	2018/2017	2019/2018	2020/2019	2021/2020	2022/2021
Medici dipendenti e a rapporto professionale	-1,7	1,9	-0,5	0,2	0,6
Infermieri	-0,7	0,3	-0,2	0,5	1,0
Altro	3,9	1,8	1,1	1,5	0,5
Totale	1,5	1,4	0,4	1,0	0,6

Nota: La rilevazione delle unità di personale può essere influenzata anche in maniera rilevante dall'ingresso o dalla uscita dall'Aiop di alcune strutture nel corso degli anni.

Fonte: elaborazioni su dati Aiop

3.2. La situazione degli addetti per territorio

Il personale che presta la propria attività nel complesso degli istituti di ricovero e cura pubblici e privati del Servizio sanitario nazionale supera le 635.000 unità, mentre il personale pubblico che opera con un rapporto di dipendenza negli ospedali pubblici e all'interno delle ASL raggiunge un totale di quasi 647.000 addetti.

La distribuzione su base regionale riportata nella tabella S/39 descrive in dettaglio proprio la situazione di quest'ultimo aggregato. Il Nord si conferma rispetto alle altre aree territoriali, come la parte del Paese nella quale risultano maggiormente presenti tutte le componenti professionali di ambito ospedaliero e ASL, con una incidenza sul totale che supera il 52%.

Nel complesso, il personale dipendente della componente ospedaliera di diritto pubblico e delle ASL vede una prevalenza degli infermieri che rappresentano il 42,9% del totale, mentre i medici si attestano sul 16,6%.

Le nuove rilevazioni sul personale, ora inserite analogamente a quelle degli altri settori della PA nel sistema SICO del Ministero dell'Economia e delle Finanze (Conto Annuale delle amministrazioni pubbliche), pur essendo caratterizzate da una maggiore analiticità, non consentono di proporre attraverso la reportistica specifica diffusa dal Ministero della salute una aggregazione regionale coordinata rispetto alle tipologie di istituto di ricovero (pubblici, equiparati ai pubblici, case di cura) e alle varie forme di rapporti di lavoro esistenti (dipendenza a tempo indeterminato e a tempo determinato, lavoro interinale ed altro).

Partendo dalle tavole analitiche che vengono fornite a corredo delle pubblicazioni ministeriali, si può tuttavia articolare una situazione per Regione e per componenti del sistema ospedaliero circoscrivendo l'analisi al personale con rapporto di dipendenza. La tabella S/40, mostra la distribuzione regionale del personale dipendente relativa all'anno 2021, ultima revisione disponibile, distinguendola sulla base dell'appartenenza all'area pubblica o privata delle strutture ospedaliere nelle quali presta la propria attività.

Tale personale raggiunge complessivamente le 629.244 unità, suddividendosi tra le 488.236 (77,6%) in forza presso le strutture della componente di diritto pubblico e le 141.008 (22,4%) di quelle della componente di diritto privato (Policlinici Universitari Privati, I.R.C.C.S. e I.R.C.C.S. Fondazione Privati, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati Presidi USL, Enti di Ricerca e Case di cura accreditate), come mostrato nella successiva figura S/4. Anche nell'ambito degli organici ospedalieri pubblici e privati a rapporto di dipendenza si evidenzia la prevalenza del Nord (54,4%), con una distribuzione meno distante tra le aree del Centro e del Sud, pari rispettivamente al 20,1% e al 25,5%).

Tab. S/39 – Personale pubblico dipendente del SSN, per Regione, Anno 2021

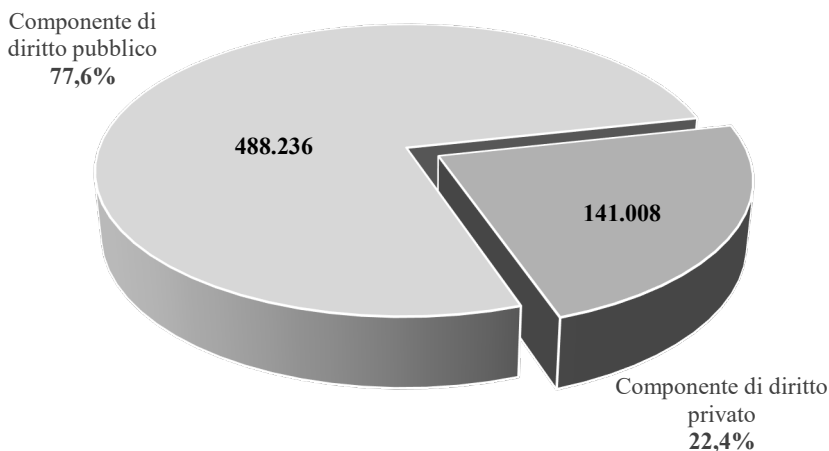
Regioni	Medici e odont.	Personale infermieristico	Altro personale	Totale personale pubblico
– Piemonte	8.166	21.882	22.978	53.026
– Valle d'Aosta	301	678	1.136	2.115
– Lombardia	14.971	40.706	42.938	98.615
– Prov. Aut. di Bolzano	993	3.279	4.640	8.912
– Prov. Aut. di Trento	1.130	3.237	3.987	8.354
– Veneto	7.839	27.113	26.393	61.345
– Friuli-Venezia Giulia	2.660	8.025	8.192	18.877
– Liguria	3.136	9.164	8.476	20.776
– Emilia-Romagna	9.435	29.302	26.796	65.533
– Toscana	8.691	22.226	21.512	52.429
– Umbria	1.980	5.224	4.156	11.360
– Marche	3.048	8.445	7.687	19.180
– Lazio	8.774	21.632	13.472	43.878
– Abruzzo	2.726	5.816	4.984	13.526
– Molise	440	1.328	803	2.571
– Campania	9.332	18.997	14.853	43.182
– Puglia	6.626	15.659	15.877	38.162
– Basilicata	1.033	2.742	2.618	6.393
– Calabria	3.538	7.050	7.106	17.694
– Sicilia	8.967	17.029	15.675	41.671
– Sardegna	3.848	7.565	7.600	19.013
Nord	48.631	143.386	145.536	337.553
Centro	22.493	57.527	46.827	126.847
Mezzogiorno	36.510	76.186	69.516	182.212
Italia	107.634	277.099	261.879	646.612

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, "Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Ricovero pubblici ed equiparati" – Anno 2021 (I dati comprendono anche il personale dipendente delle ASL)

Tab. S/40 – Personale dipendente degli istituti di ricovero e cura del SSN. Anno 2021

Regioni	Componente di diritto pubblico	Componente di diritto privato	Totale istituti di cura
– Piemonte	39.923	8.331	48.254
– Valle d' Aosta	1.418	96	1.514
– Lombardia	93.150	39.582	132.732
– Prov. Aut. di Bolzano	8.875	752	9.627
– Prov. Aut. di Trento	6.276	826	7.102
– Veneto	46.743	8.126	54.869
– Friuli-Venezia Giulia	12.224	1.467	13.691
– Liguria	15.095	3.066	18.161
– Emilia-Romagna	46.305	10.026	56.331
– Toscana	37.672	4.742	42.414
– Umbria	8.328	363	8.691
– Marche	13.445	535	13.980
– Lazio	33.563	28.017	61.580
– Abruzzo	8.819	2.084	10.903
– Molise	1.311	922	2.233
– Campania	30.043	11.381	41.424
– Puglia	25.650	9.682	35.332
– Basilicata	4.726	-	4.726
– Calabria	12.169	2.574	14.743
– Sicilia	29.305	6.765	36.070
– Sardegna	13.196	1.671	14.867
Nord	270.009	72.272	342.281
Centro	93.008	33.657	126.665
Mezzogiorno	125.219	35.079	160.298
Italia	488.236	141.008	629.244

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, "Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Ricovero pubblici ed equiparati" e "Il personale del Sistema sanitario italiano" – Anno 2021

Fig. S/4 – Personale dipendente degli istituti di ricovero e cura del SSN. Anno 2021

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute, “Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Ricovero pubblici ed equiparati” e “Il personale del Sistema sanitario italiano” – Anno 2021

La consistenza e la distribuzione territoriale degli addetti delle strutture che fanno capo ad Aiop, per le quali si riporta invece la situazione al 31 dicembre 2022, vengono illustrate nella successiva tabella S/41, al cui interno è possibile osservare la presenza di un totale di operatori a rapporto di dipendenza che supera le 66.000 unità. A supporto di queste figure caratterizzate da una collaborazione di tipo subordinato, operano 7.517 unità di personale medico inquadrato comunque in una tipologia di rapporto di lavoro di tipo coordinato e continuativo con le strutture, oltre ad ulteriori 4.951 unità di personale non medico che presta la propria attività sulla base di un rapporto di collaborazione di tipo libero-professionale.

Tab. S/41 – Personale operante nelle strutture associate ad Atop. Situazione al 31 dicembre 2022

Regioni	Personale dipendente						Personale a rapporto professionale		
	Medici	Infermieri	Tecnici	Auxiliary socio-sanitari	Altro personale di assistenza	Altro personale	Totale	Medici	Personale non medico
– Piemonte	207	1.097	315	508	536	1.033	3.696	573	345
– Valle d'Aosta	1	12	4	3	14	9	43	2	23
– Lombardia	1.455	6.050	1.829	1.868	2.722	5.123	19.047	2.274	1.139
– P.A. di Bolzano	3	67	33	21	33	39	196	10	19
– P.A. di Trento	17	81	25	37	88	72	320	5	15
– Veneto	300	1.444	416	216	819	958	4.153	233	175
– Friuli-Venezia Giulia	41	119	40	15	92	112	419	29	23
– Liguria	3	128	17	9	12	150	319	16	41
– Emilia-Romagna	158	2.043	501	385	1.167	1.170	5.424	671	545
– Toscana	133	686	188	139	588	432	2.166	399	186
– Umbria	24	118	67	25	114	67	415	71	10
– Marche	123	416	97	80	275	312	1.303	124	100
– Lazio	676	3.315	1.193	1.638	1.142	2.472	10.436	1.303	845
– Abruzzo	65	355	100	142	39	153	854	33	40
– Molise	106	305	98	71	19	226	825	5	417
– Campania	781	2.025	731	718	628	1.468	6.351	539	489
– Puglia	209	943	431	293	881	681	3.438	98	143
– Basilicata	10	68	27	7	133	70	315	-	3
– Calabria	111	287	120	114	177	242	1.051	166	100
– Sicilia	352	1.462	347	816	218	1.153	4.348	801	194
– Sardegna	103	401	63	84	179	235	1.065	165	99
Italia	4.878	21.422	6.642	7.189	9.876	16.177	66.184	7.517	4.951

Fonte: Atop

4. I dati di spesa

4.1. L'andamento dei flussi nel tempo

I volumi di spesa a valori consolidati riconducibili al finanziamento effettivo del Servizio sanitario nazionale, sono stati quantificati anche per l'anno 2021 partendo dalle informazioni analitiche per funzione tratte dalle maggiori fonti istituzionali in materia di economia e finanza pubblica: “Il monitoraggio della spesa sanitaria, 2023” del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, il “Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica” della Corte dei Conti e il “Sistema dei conti della sanità” ISTAT. La serie storica riportata nella tabella S/42 che è riferita in questa edizione al periodo 2017-2021, mostra in particolare l'andamento della spesa ospedaliera e della sua scomposizione tra le due principali voci funzionali: quella attribuibile all'attività degli ospedali di diritto pubblico e quella che fa capo alla componente ospedaliera accreditata.

L'ammontare di spesa pubblica di pertinenza del settore del ricovero ospedaliero è stimato per il 2021 intorno ai 69,8 miliardi di euro, contro i 68,9 del 2020, con incrementi rispetto all'anno precedente del 5,6% nel 2020 e del 1,3% nel 2021. Variazione, quella del 2020, che risulta consistente se confrontata con l'1,2% medio annuo fatto registrare dal settore nel periodo pre-pandemico, tra il 2015 ed il 2019.

Siamo ovviamente di fronte agli effetti delle politiche di immediato contrasto all'emergenza, con un rifinanziamento corposo del sistema che ha portato il livello complessivo della spesa sanitaria dal 6,4% del PIL del 2019 a quel tetto massimo del 7,4% del 2020 destinato poi a contrarsi già a partire dal 2021 (7,1%).

Nell'ambito di tale aggregato di finanziamento, la parte attribuita all'attività degli ospedali della componente privata accreditata (Policlinici universitari, I.R.C.C.S. e I.R.C.C.S. fondazione, Ospedali ecclesiastici classificati, Istituti qualificati presidio della Asl, Enti di ricerca e Case di cura) ammonta

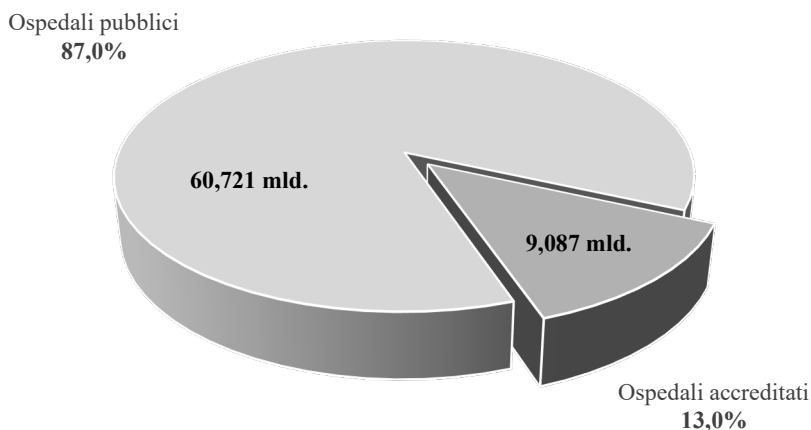
Tab. S/42 – Spesa sanitaria corrente. Anni 2017-2021 (in miliardi di euro)

	2017	2018	2019	2020	2021
Strutture ospedaliere pubbliche	55,073	55,550	56,659	60,360	60,721
Ospedaliere accreditata (nel suo complesso)	8,419	8,493	8,559	8,538	9,087
di cui: ospedali accreditati Aiop	4,321	4,359	4,387	4,384	4,703
Spesa ospedaliera pubblica totale	63,492	64,043	65,218	68,898	69,808
Altre funzioni di spesa	50,847	51,670	51,710	54,397	57,068
Spesa sanitaria pubblica totale	114,339	115,713	116,928	123,295	126,876

Fonte: elaborazioni su dati contenuti nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 della Corte dei conti, nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa sanitaria delle Regioni 2018-2019, nel Rapporto MEF sul monitoraggio della spesa sanitaria 2023 e nel Sistema dei conti della sanità ISTAT.

a poco più di 9 miliardi di euro, pari al 13% della spesa ospedaliera pubblica totale (Fig. S/5 e tab. S/42); una incidenza che mostra un lieve recupero ma che conferma la sostanziale invarianza in termini assoluti determinatasi dopo il 2014, ultimo step del programma di riduzioni previste dalle misure di blocco contenute nei provvedimenti di *spending review* (D.L. 95/2012, convertito nella Legge 135/2012), misure che hanno introdotto i tetti di spesa *sine die* per l'assistenza specialistica ed ospedaliera accreditate.

Fig. S/5 – Spesa per le componenti ospedaliere di diritto pubblico e di diritto privato del SSN. Anno 2021 (in miliardi di euro)



Fonte: elaborazioni su dati Corte dei Conti “Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica”, MEF “Il monitoraggio della spesa sanitaria” 2023 e ISTAT “Il sistema dei conti della sanità”

L'analisi a prezzi costanti, che indica i livelli di spesa in termini reali (tab. S/43), continua a seguire l'impostazione del calcolo collegato al deflatore PIL che è stato allineato, a partire dal rapporto di quattro anni fa, alla nuova serie Istat concatenata all'anno 2015. La variazione della spesa ospedaliera pubblica totale tra il 2017, nuovo anno di riferimento, ed il 2021 risulta anche in termini reali maggiormente in crescita (+4,8%) rispetto a quanto avvenuto fino al 2019, un andamento in linea con quello fatto registrare dalla spesa

Tab. S/43 – Spesa sanitaria a prezzi costanti (*). Anni 2017-2021 (in miliardi di euro)

	2017	2018	2019	2020	2021
Strutture ospedaliere pubbliche	54,063	53,955	54,520	57,179	56,795
Ospedaliera accreditata (nel suo complesso)	8,265	8,249	8,236	8,088	8,499
di cui: ospedali accreditati Aiop	4,242	4,234	4,221	4,153	4,399
Spesa ospedaliere pubblica totale	62,327	62,204	62,756	65,267	65,294
Altre funzioni di spesa	49,914	50,186	49,758	51,530	53,378
Spesa sanitaria pubblica totale	112,241	112,390	112,514	116,796	118,672

(*) Deflatore PIL calcolato sulla base della nuova serie Istat a valori concatenati con anno di riferimento 2015, dicembre 2023.

Fonte: elaborazioni su dati contenuti nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 della Corte dei conti, nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa sanitaria delle Regioni 2018-2019, nel Rapporto MEF sul monitoraggio della spesa sanitaria 2023 e nel Sistema dei conti della sanità ISTAT.

sanitaria complessiva (+5,7%). Nello stesso periodo (2017-2021), la spesa riferita al complesso degli ospedali accreditati ha manifestato per la prima volta un incremento in termini reali (+2,8%), a fronte delle riduzioni osservate negli anni precedenti, soprattutto per effetto dei blocchi sui corrispettivi economici assegnati al settore (sia in termini di livelli tariffari che di budget).

Sul trend generalmente stabile dei dati di spesa a prezzi costanti fino al 2019, continua in ogni caso ad influire la valorizzazione del PIL reale; secondo le stime confermate anche negli ultimi aggiornamenti dei Documenti di Economia e Finanza, infatti, l'indicatore della ricchezza nazionale ha significativamente invertito la sua tendenza negativa solo a partire dal 2015, cominciando a far registrare dal 2018 anche un lieve incremento rispetto al 2010 (+0,5%). Il valore del PIL a prezzi costanti è stato poi interessato da un pesante ridimensionamento nel 2020, soprattutto a causa della chiusura di molte attività economiche nel corso della fase più acuta della pandemia (-9% rispetto al 2019 e -7,7% rispetto al 2017).

4.2. La spesa sanitaria nel confronto internazionale

L'edizione più recente degli "Health Data" OCSE resa disponibile a dicembre 2023, consente di tratteggiare un significativo quadro di confronto della spesa sanitaria all'interno del gruppo di 24 tra i più importanti Paesi aderenti all'organizzazione. Nella tabella S/44 vengono riportati gli indicatori più comunemente utilizzati dagli analisti del settore sanitario: l'incidenza della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL.

Per il 2021 viene confermata nel nostro Paese, così come nella maggior parte dei Paesi dell'area OCSE, la tendenza al mantenimento di livelli di finanziamento superiori rispetto alla fase pre-pandemica; tuttavia, come già evidenziato, le risorse in ragione del PIL assegnate al nostro Servizio sanitario tornano a contrarsi e passano dal 7,4% del 2020 al 7,1%, accentuandosi per l'Italia il *gap* accumulato nel tempo rispetto alla media sia dei Paesi Ocse Europa che di quelli del gruppo G7 (7,1% contro 8% e 10,3% rispettivamente).

Anche in termini di spesa sanitaria totale l'Italia mantiene un rapporto con il PIL inferiore alla media dei Paesi del G7 (9,4% contro 12,6%), valore che permane sempre al di sotto anche della media dei Paesi OCSE Europa (che è pari al 10,2%).

Tuttavia, la stabilizzazione all'8,7% sul PIL della spesa sanitaria complessiva italiana (pubblica e privata) riportata dall'OCSE per il triennio

Tab. S/44 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL

Valori %	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Stati Uniti	16,7	18,8	17,4	13,8	15,9	14,5
Giappone	11,0	11,0	11,3	9,2	9,3	9,7
Germania	11,7	12,7	12,9	9,8	10,8	11,1
Francia	11,1	12,1	12,3	9,3	10,3	10,4
Italia	8,7	9,6	9,4	6,4	7,4	7,1
Regno Unito	10,0	12,2	12,4	7,9	10,1	10,3
Canada	11,0	13,0	12,3	7,7	9,6	9,0
Media dei Paesi del G7 (*)	11,4	12,8	12,6	9,2	10,5	10,3
Australia	10,2	10,7	10,6	7,3	7,7	7,8
Austria	10,5	11,4	12,1	7,9	8,7	9,5
Belgio	10,8	11,2	11,0	8,1	8,7	8,6
Danimarca	10,2	10,6	10,8	8,5	9,0	9,2
Finlandia	9,2	9,6	10,3	7,1	7,6	8,2
Grecia	8,2	9,5	9,2	5,0	5,9	5,7
Islanda	8,6	9,6	9,7	7,1	8,0	8,1
Irlanda	6,7	7,1	6,7	5,0	5,5	5,2
Lussemburgo	5,5	5,7	5,7	4,6	5,0	4,9
Olanda	10,1	11,2	11,3	8,4	9,5	9,6
Nuova Zelanda	9,1	9,7	10,1	7,2	7,8	8,1
Norvegia	10,4	11,2	9,9	8,9	9,6	8,5
Portogallo	9,5	10,5	11,1	5,8	6,8	7,0
Spagna	9,1	10,7	10,7	6,5	7,9	7,7
Svezia	10,8	11,3	11,2	9,2	9,8	9,7
Svizzera	11,1	11,7	11,8	7,3	7,9	8,0
Turchia	4,4	4,6	4,6	3,4	3,6	3,6
Media Paesi OCSE Europa (*)	9,3	10,1	10,2	7,2	8,0	8,0
Media totale Paesi OCSE (*)	9,8	10,7	10,6	7,6	8,4	8,4

(*) I valori medi sono calcolati come medie aritmetiche non ponderate.

Fonte: elaborazioni su dati "OECD Health Data 2023", OECD, Paris, December 2023

Tab. S/45 – Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale e al PIL

Valori %	Spesa ospedaliera pubblica e accreditata / Spesa sanitaria pubblica totale			Spesa ospedaliera pubblica e accreditata / PIL		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Stati Uniti	36,4	34,4	35,3	5,0	5,5	5,1
Giappone	44,0	43,5	-	4,1	4,1	-
Germania	32,2	32,8	30,7	3,2	3,5	3,4
Francia	43,4	44,4	42,7	4,0	4,6	4,5
Italia	56,9	56,8	55,1	3,6	4,1	3,9
Regno Unito	47,5	48,0	46,4	3,8	4,8	4,8
Canada	35,7	30,8	30,0	2,7	3,0	2,7
Media dei Paesi del G7 (*)	42,3	41,5	40,0	3,8	4,2	4,1
Australia	46,1	44,3	-	3,4	3,4	-
Austria	47,0	46,9	42,8	3,7	4,1	4,1
Belgio	40,5	43,7	41,4	3,3	3,8	3,5
Danimarca	51,5	52,0	48,1	4,4	4,7	4,4
Finlandia	45,0	45,2	46,8	3,2	3,4	3,8
Grecia	47,9	48,0	50,3	2,4	2,8	2,9
Islanda	47,2	47,7	46,8	3,4	3,8	3,8
Irlanda	37,4	38,4	37,5	1,9	2,1	1,9
Lussemburgo	37,6	36,5	34,5	1,7	1,8	1,7
Olanda	37,4	36,5	34,4	3,1	3,5	3,3
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Norvegia	44,3	44,5	44,5	4,0	4,3	3,8
Portogallo	55,3	56,0	53,4	3,2	3,8	3,8
Spagna	56,1	57,2	56,5	3,6	4,5	4,3
Svezia	45,1	45,7	45,5	4,2	4,5	4,4
Svizzera	44,4	43,5	42,0	3,3	3,5	3,4
Turchia	53,7	55,0	55,1	1,8	2,0	2,0
Media Paesi OCSE Europa (*)	45,8	46,3	45,0	3,2	3,7	3,6
Media totale Paesi OCSE (*)	44,9	44,9	43,8	3,3	3,7	3,6

(*) I valori medi sono calcolati come medie aritmetiche non ponderate.

Fonte: elaborazioni su dati "OECD Health Data 2023", OECD, Paris, December 2023

2017-2019 evidenzia come, già prima della pandemia, a fronte del contenimento dell'apporto pubblico, una parte rilevante dei bisogni sanitari fosse coperta dai cittadini, ed in parte dalle imprese, attraverso una spesa diretta e nuove forme di intermediazione. Per il 2019, ultimo anno non condizionato dalle criticità Covid, l'Istat stimava una quota di spesa privata di 40,8 miliardi, di cui 36,5 associati ad esborsi diretti delle famiglie.

Spesa sanitaria privata (in milioni di euro). Anni 2019-2022

Spesa privata	2019	2020	2021	2022
- <i>Out-of-pocket</i>	36.487	34.311	36.730	36.835
- Intermediata	4.346	4.179	4.436	4.668
Totale	40.833	38.490	41.166	41.503

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT – Sistema dei conti della sanità, 2023

Una spesa privata in flessione nel 2020 (-5,7%), ma di nuovo in crescita dall'anno successivo e con valori superiori al 2019 (+7,0% nel 2021).

Sempre in tema di spesa sanitaria totale, l'Italia si colloca anche nel 2021 ancora al di sotto dei valori dei Paesi più industrializzati: Stati Uniti, Francia, Germania e Canada, presentano infatti valori rispettivamente del 17,4%, del 12,3%, del 12,9% e del 12,3%). E, seppure con posizioni relative diverse, la circostanza si manifesta in modo marcato rispetto ai primi tre Paesi citati anche per ciò che concerne la spesa sanitaria pubblica.

Osservando infine i valori 2021 della quota di spesa sanitaria riservata all'attività ospedaliera fornita dalle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN (tab. S/45), si può rilevare per il nostro Paese:

— una proporzione più elevata (55,1%) sul totale della spesa sanitaria pubblica, sia rispetto alla media dei Paesi del G7 (40,0%), che rispetto a quella dei Paesi OCSE Europa (45,0%);

— un rapporto sul PIL di poco inferiore alla media dei Paesi del G7, pari al 4,1%, ma superiore a quella dei Paesi OCSE Europa (3,6%).

4.3. Spesa sanitaria e tendenze di finanza pubblica

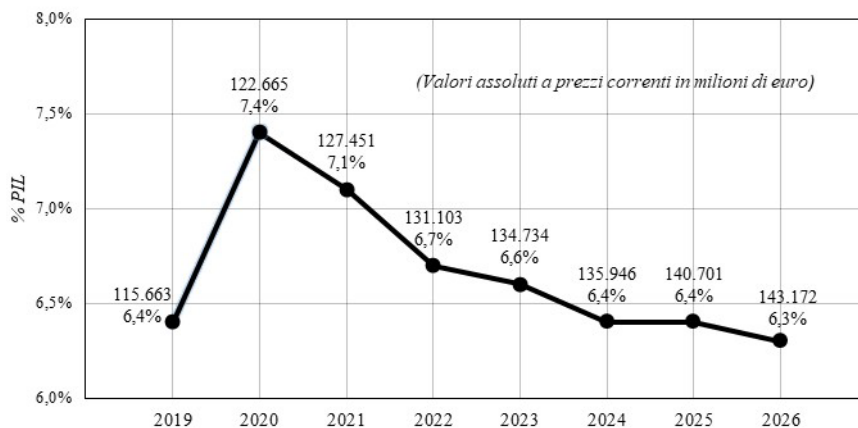
Alle misure emergenziali adottate per contrastare gli effetti destabilizzanti che la pandemia ha provocato sui sistemi sanitari regionali, hanno fatto seguito vari interventi governativi, ispirati anche dalla volontà di ridisegnare

le linee tendenziali del finanziamento di un sistema che, ripartendo dopo la crisi, facesse tesoro delle criticità riscontrate per rimodulare la propria organizzazione.

Nel corso del 2022, il DEF (Documento di Economia e Finanza) di aprile, i due NADEF (Note di Aggiornamento) di settembre e novembre e la successiva Legge di Bilancio del 29 dicembre, avevano però tracciato un percorso 2022-2025 prospetticamente poco rassicurante, inducendo la stessa Corte dei Conti a produrre una memoria specifica che sollevava dubbi su di un finanziamento ritenuto insufficiente e sulla tenuta futura del sistema. Questi provvedimenti prevedevano infatti un trend in discesa vertiginosa, che avrebbero portato il rapporto spesa-PIL dal 7,4% del 2020, al 6,1% del 2025; un valore mai più osservato a partire dai primi anni '80.

Gli ultimi provvedimenti (NADEF 2023 e Legge di Bilancio 2024-2026) mitigano l'andamento negativo del trend, immettendo nuove risorse e portando al 6,3% il valore finale al 2026 del quadro previsionale (Fig. S/6).

Fig. S/6 – Spesa sanitaria pubblica. Anni 2019-2026 (V.A. e % sul PIL)



Fonte: M.E.F., NADEF sett. 2023; L. Bil. 2024-2026 dic. 2023

Resta in ogni caso la sensazione di una inversione di tendenza rispetto alle iniziali progettualità orientate al potenziamento del sistema e alla ridefinizione del suo modello organizzativo. Operazioni indubbiamente complesse, che richiedono risorse rilevanti. Ed è evidente che i costi aggiuntivi

per la gestione delle molteplici nuove forme di assistenza previste dal Missione 6 del PNRR, l'inevitabile aumento delle cronicità legato ai processi di invecchiamento della popolazione, l'adeguamento delle dotazioni strutturali e di personale per far fronte anche ad eventuali nuove crisi pandemiche, mal si conciliano con una previsione del rapporto spesa-PIL che vira verso il 6,3%, un livello inferiore persino a quelli toccati nel periodo dei tagli lineari in sanità del 2011-2012. Un cambio di rotta che rilancia i timori di un disimpegno progressivo dello Stato a favore di altre forme di finanziamento, che determinerebbe un ulteriore appesantimento degli oneri a carico dei cittadini e delle imprese.

La sanità torna quindi ad essere considerata un settore economico che non può seguire gli andamenti in crescita della ricchezza nazionale, pur essendo uno dei più importanti driver, ignorando tra l'altro il ruolo strategico che gli investimenti sulla salute possono giocare in prospettiva, in termini di minori oneri per il sistema e di risparmi per la spesa pubblica complessiva.

Allegati

1. Nota metodologica

La rilevazione, condotta dal Censis in collaborazione con la società Demetra opinioni.net, è stata svolta nel periodo dal 27 novembre all'8 dicembre 2023, con metodologia mista CATI-CAWI, attraverso l'utilizzo combinato delle liste telefoniche e del panel *Opinione.net*, che conta oltre 25.000 unità, tutte profilate per sesso, età e comune di residenza (e conseguentemente la provincia, la regione e la macroarea geografica).

Un'indagine mixed-mode (CATI e CAWI) ha il pregio di unire le specificità del mode CATI a quelle del mode CAWI. Ciò consente di massimizzare il *Response Rate* e di ridurre la potenziale distorsione (bias) generata dall'utilizzo di un solo mezzo.

L'indagine è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario strutturato a un campione rappresentativo di 2.000 individui adulti (18 anni e oltre) distribuiti su tutto il territorio nazionale. Il disegno campionario stratificato ha previsto numerosità proporzionali all'universo di riferimento (la popolazione residente in Italia maggiorenni). Le variabili di stratificazione scelte individuano le caratteristiche demografiche degli individui e sono quelle che si presume abbiano le maggiori influenze nel determinare opinioni e comportamenti relativi alle tematiche trattate. Tali variabili sono: genere, classe di età (18-34 anni, 35-44, 45-64 e 65 anni ed oltre) e per individuare le coordinate all'interno del quale si collocano gli intervistati, area geografica (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro e Mezzogiorno) e ampiezza demografica del comune di residenza (fino a 10.000 abitanti, da 10.001 a 30.000 abitanti, da 30.001 a 100.000 abitanti, da 100.001 a 500.000 abitanti e oltre 500.000 abitanti).

Le quote ottenute sono state successivamente corrette mediante un'apposita ponderazione, riferita alle variabili sociodemografiche precedentemente indicate. La numerosità campionaria di 2.000 individui assicura, a un livello di confidenza del 95%, un errore campionario del +/-2,2%.

La stratificazione effettuata, inoltre, garantisce stime più efficienti rispetto al campionamento casuale semplice di pari numerosità, poiché l'aumento di efficienza è proporzionale alla varianza delle medie di strato e la scelta delle variabili di stratificazioni e degli item in cui si articolano deriva dalla necessità di individuare gruppi il più possibile omogenei tra loro. Le interviste sono state effettuate in oltre 1.073 comuni distribuiti su tutto il territorio nazionale.

2. Indice di tabelle e figure

Il difficile accesso: la domanda che eccede il Servizio sanitario

Tab. 1	– Prestazioni svolte nel Servizio sanitario o nella sanità a pagamento per 100 tentativi di prenotazione fatti nel Servizio sanitario (val. %)	pag.	20
Fig. 1	– Prestazioni svolte nel pubblico o nella sanità a pagamento o con polizza sanitaria per 100 tentativi di prenotazione fatti nel Servizio sanitario (val. %)	»	20
Fig. 2	– Prestazioni svolte nella sanità a pagamento (<i>intramoenia</i> , privato puro, privato sociale) per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario, per area geografica (val. %)	»	21
Tab. 2	– Tipologia di prestazioni svolte nella sanità a pagamento* per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario (val. %)	»	25
Tab. 3	– Visite specialistiche svolte nella sanità a pagamento* per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio sanitario (val. %)	»	26
Tab. 4	– Prestazioni svolte in <i>intramoenia</i> per 100 tentativi di prenotazione del Servizio sanitario (val. %)	»	28
Tab. 5	– Ragioni per cui i cittadini si sono rivolti all' <i>intramoenia</i> negli ultimi dodici mesi, per area geografica (val. %)	»	30

Le liste di attesa

Tab. 6	– Tempi medi di attesa per visite specialistiche nel Servizio sanitario in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)	pag.	32
Tab. 7	– Tempi medi di attesa per accertamenti diagnostici strumentali nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)	»	34
Tab. 8	– Tempi medi di attesa per prestazioni di riabilitazione nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)	»	35
Tab. 9	– Tempi medi di attesa per analisi di laboratorio nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)	»	36
Tab. 10	– Tempi medi di attesa per ricovero ospedaliero ordinario/programmato nel Servizio sanitario, in strutture del pubblico e/o del privato accreditato, per area geografica (v.a. medio in giorni)	»	37
Tab. 11	– Riduzione dei tempi di attesa che si verifica nel passaggio dal Servizio sanitario (pubblico e privato accreditato) alla sanità a pagamento, per area geografica (val. %)	»	38
Tab. 12	– Esperienze con le liste d’attesa, nel Servizio sanitario, per area geografica (val. %)	»	41
Fig. 3	– Persone che hanno dovuto ritardare le cure per un problema di salute a causa dei tempi di attesa troppo lunghi per l’accesso al Servizio sanitario, per reddito familiare (val. %)	»	42

Tab. 13	– Italiani che ritengono che ormai i benestanti possono curarsi prima e meglio dei meno abbienti, per area geografica (val. %)	pag.	43
Fig. 4	– Persone che hanno scelto di rivolgersi, per prestazioni sanitarie, direttamente al privato puro o <i>intramoenia</i> senza nemmeno provare a prenotare nel Servizio sanitario, per reddito familiare (val. %)	»	44
Tab. 14	– Le ragioni per cui le persone hanno scelto di svolgere prestazioni sanitarie direttamente nel privato puro, per reddito familiare (val. %)	»	46
Fig. 5	– Persone che scelgono di pagare privatamente una visita specialistica per avere un “secondo parere”, per titolo di studio (val. %)	»	47

Le valutazioni dei cittadini

Fig. 6	– Valutazione degli italiani del Servizio sanitario della propria Regione (val. %)	»	53
Tab. 15	– Valutazione del Servizio sanitario della propria Regione, per area geografica (val. %)	»	54
Tab. 16	– Valutazione della qualità complessiva delle prestazioni sanitarie ricevute, per area geografica (val. %)	»	55
Tab. 17	– Valutazione del Servizio sanitario della propria Regione, per reddito familiare (val. %)	»	56
Fig. 7	– Italiani che esprimono un giudizio positivo nei confronti di medici e infermieri (val. %)	»	58
Fig. 8	– Italiani che esprimono un giudizio positivo verso alcuni aspetti del Servizio sanitario (val. %)	»	60

Tab. 18	– Valutazione degli italiani sull’andamento del Servizio sanitario della propria Regione negli ultimi dodici mesi, per area geografica (val. %)	pag.	61
Fig. 9	– Persone che ritengono che il Servizio sanitario della propria Regione sia peggiorato negli ultimi 12 mesi, per presenza di malati cronici in famiglia e per valutazione del proprio stato di salute (val. %)	»	63

La mobilità sanitaria e le diversità regionali

Tab. 19	– Italiani che, negli ultimi 12 mesi, si sono recati in un altro Comune o in un’altra Provincia per motivi sanitari, usufruendo del Servizio Sanitario della propria Regione (val. %)	»	66
Fig. 10	– Italiani che, avendo necessità di accedere al Servizio sanitario negli ultimi 12 mesi, si sono recati in un’altra Regione (val. %)	»	68
Tab. 20	– Principale motivazione della mobilità regionale nel Servizio sanitario (val. %)	»	68
Tab. 21	– Principale motivazione dell’effettuazione della prestazione, tramite il Servizio sanitario, nella propria Regione (val. %)	»	70
Fig. 11	– Tipologia di prestazione effettuata in altra Regione (val. %)	»	71
Tab. 22	– Emigrazione ospedaliera in altra Regione – Acuti in regime ordinario (val. %)	»	72
Tab. 23	– Servizio sanitario e disparità regionali, per area geografica (val. %)	»	74

Uno sguardo nuovo al sistema sanitario

Fig. 12	– Italiani che ritengono che il Servizio sanitario sia un'istituzione essenziale della nostra società, per classi d'età (val. %)	pag.	76
Tab. 24	– Conoscenza da parte degli italiani del privato accreditato nel Servizio sanitario, per età (val. %)	»	80
Tab. 25	– Conoscenza da parte degli italiani del privato accreditato nel Servizio sanitario, per titolo di studio (val. %)	»	80
Tab. 26	– Il primato della qualità come criterio di valutazione delle strutture nel Servizio sanitario, per area geografica (val. %)	»	81
Tab. 27	– Opinioni degli italiani sulla possibilità che si ha nel Servizio sanitario di effettuare prestazioni sanitarie presso strutture del privato accreditato, per età (val. %)	»	82

Volti e conseguenze della spesa sanitaria

Tab. 28	– Evoluzione della spesa sanitaria pubblica e privata delle famiglie in Italia (*), 2012-2022	»	88
Fig. 13	– Italiani a cui negli ultimi dodici mesi è aumentata la spesa sanitaria privata di tasca propria, per reddito familiare (val. %)	»	91
Tab. 29	– Italiani che, negli ultimi 12 mesi, hanno incrementato la spesa sanitaria “di tasca propria”, per motivazione dell'incremento e classe d'età (val. %)	»	92
Tab. 30	– Conseguenze dell'aumento della spesa sanitaria privata sugli italiani coinvolti, per reddito familiare (val. %)	»	93

Tab. 31	– Spesa sanitaria pubblica (*) pro capite nei principali Paesi dell’Ocse, 2022 (dollari PPA)	pag.	96
Tab. 32	– Italiani convinti che occorra aumentare in modo consistente la spesa sanitaria pubblica, per area geografica (val. %)	»	98

Gli italiani e la salute

Tab. 33	– Italiani a cui è capitato di leggere notizie medico-sanitarie che poi si sono rivelate false, per età (val. %)	»	105
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----

I dati di struttura

Tab. S/1	– Evoluzione del numero degli istituti pubblici e assimilati e degli ospedali accreditati	»	123
Tab. S/2	– Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2021 (v.a.)	»	124
Tab. S/3	– Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2021 (% per tipo di istituto)	»	125
Tab. S/4	– Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2021 (% per componente)	»	126
Fig. S/1	– Posti letto ordinari delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN. Anno 2021	»	128
Tab. S/5	– Posti letto delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN utilizzati per l’attività di ricovero ordinario, per regione. Anno 2021	»	129

Tab. S/6	– Ospedali accreditati con il SSN nel loro complesso, per regione e associazione di appartenenza – Istituti e posti letto. Anno 2021	pag.	130
Fig. S/2	– Posti letto ordinari della componente di diritto privato del SSN per associazione di appartenenza. Anno 2021	»	131
Tab. S/7	– Distribuzione regionale degli istituti associati Aiop secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2023	»	133
Tab. S/8	– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività – Anno 2023	»	134
Tab. S/9	– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività – Anno 2023 (composizione %)	»	135

I dati di attività

Tab. S/10	– Posti letto, giornate di degenza e tasso di occupazione – Ricoveri ordinari	»	137
Tab. S/11	– Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza	»	137
Tab. S/12	– Ospedali pubblici e ospedali accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2021	»	137
Tab. S/13	– Distribuzione dei ricoveri e delle giornate di degenza negli istituti di diritto pubblico e di diritto privato per tipologia e regime di ricovero. Anno 2021	»	139
Tab. S/14	– Distribuzione dei ricoveri per natura giuridica degli istituti di cura, per tipologia e regime di ricovero (1). Anno 2021	»	139
Tab. S/15	– Distribuzione delle giornate di degenza per natura giuridica degli istituti di cura, per tipologia e regime di ricovero (1). Anno 2021	»	140

Tab. S/16	– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2021	pag.	142-145
Tab. S/17A	– Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2021	»	146-149
Tab. S/17B	– Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2022	»	150-153
Tab. S/18	– Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2022	»	154-157
Tab. S/19	– Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2022	»	158-161
Tab. S/20	– Ospedali accreditati Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2022	»	162-165
Tab. S/21	– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime diurno. Anno 2021	»	166-167
Tab. S/22	– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2021	»	168-169

Tab. S/23A	– Ospedali accreditati Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2021	pag.	170-171
Tab. S/23B	– Ospedali accreditati Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2022	»	172-173
Tab. S/24	– Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Dati nazionali)	»	175-177
Tab. S/25	– Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Nord)	»	178-179
Tab. S/26	– Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Centro)	»	180-182
Tab. S/27	– Attività di ricovero degli ospedali della componente di diritto privato del SSN. Anno 2021 (Sud)	»	183-185
Tab. S/28	– Quote di attività per natura giuridica (V.A.)	»	187-188
Tab. S/29	– Quote di attività per natura giuridica (%)	»	191-192
Tab. S/30	– La complessità delle prestazioni, misurata attraverso il Peso medio. Anni 2018-2022	»	194
Tab. S/31	– Il confronto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati Aiop, sulla base del <i>Case-mix</i> delle prestazioni effettuate. Anni 2018-2021	»	196
Tab. S/32	– % di strutture in linea con lo standard quantitativo o qualitativo per indicatore e natura giuridica	»	201-203
Fig. S/3	– Saldi di mobilità interregionale, totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anno 2021	»	206

Tab. S/33	– Le differenze in termini di opportunità di cura sul territorio, misurate dalla mobilità per ricoveri ospedalieri(a). Anni 2019-2021	pag.	207
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----

Le informazioni sul personale

Tab. S/34	– Andamento del personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl(a) (v.a.)	»	211
Tab. S/35	– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)	»	211
Tab. S/36	– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl	»	212
Tab. S/37	– Personale operante nelle strutture associate Aiop. Anni 2017-2022	»	212
Tab. S/38	– Personale operante nelle strutture associate Aiop. Anni 2017-2022 (var. %)	»	212
Tab. S/39	– Personale pubblico dipendente del SSN, per Regione. Anno 2021	»	214
Tab. S/40	– Personale dipendente degli istituti di ricovero e cura del SSN. Anno 2021	»	215
Fig. S/4	– Personale dipendente degli istituti di ricovero e cura del SSN. Anno 2021	»	216
Tab. S/41	– Personale operante nelle strutture associate ad Aiop. Situazione al 31 dicembre 2022	»	217

I dati di spesa

Tab. S/42	– Spesa sanitaria corrente. Anni 2017-2021 (in miliardi di euro)	»	219
Fig. S/5	– Spesa per le componenti ospedaliere di diritto pubblico e di diritto privato del SSN. Anno 2021 (in miliardi di euro)	»	220
Tab. S/43	– Spesa sanitaria a prezzi costanti (*). Anni 2017-2021 (in miliardi di euro)	»	221

Tab. S/44	– Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL	pag.	223
Tab. S/45	– Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale e al PIL	»	224
Fig. S/6	– Spesa sanitaria pubblica. Anni 2019-2026 (V.A. e % sul PIL)	»	226

I Rapporto annuale Ospedali&Salute – promosso dall’Aiop e realizzato dal Censis – offre da oltre vent’anni un presidio annuale di monitoraggio e valutazione dell’efficacia e dell’efficienza del sistema ospedaliero italiano, riconoscibile per la sua natura mista, espressa in una componente di diritto pubblico e in una componente di diritto privato.

Da sempre, il Rapporto ha voluto coniugare la selezione delle evidenze più rilevanti e metodologicamente robuste, elaborate dal Ministero della Salute, da Agenas e dagli altri osservatori privilegiati, con il dato esperienziale dei cittadini-pazienti.

Il documento ha l’indubbio merito di produrre evidenze laddove l’assenza di fonti informative affidabili a livello centrale impedisce l’elaborazione di analisi valide per alcuni aspetti dirimenti della Sanità: si pensi alle liste d’attesa, al ricorso all’*intramoenia*, al fenomeno della rinuncia alle cure.

Si tratta di una trattazione ragionata, basata su dati oggettivi, dove il punto di vista della domanda (cioè degli utenti e dei loro bisogni di cura) e il punto di vista dell’offerta (cioè della “macchina” sanitaria e della sua evoluzione nel tempo) sono interdipendenti.

Con la 21ª edizione si inaugura un nuovo corso, nel quale la rilevazione degli aspetti qualificanti il Servizio sanitario nazionale, così come visto e vissuto dagli italiani, è curata dal Censis, il principale istituto di ricerca socio-economica italiano.

Il fine è quello di offrire un’enciclopedia – sempre aggiornata – che raccolga tutte le conoscenze utili a sviluppare strategie di conservazione e recupero di una sanità davvero per tutti.

Censis – Centro Studi Investimenti Sociali – svolge dal 1964 una costante e articolata attività di ricerca, consulenza e assistenza tecnica in campo socio-economico. Tale attività si è sviluppata nel corso degli anni attraverso lo svolgimento di studi sul sociale, l’economia e l’evoluzione territoriale, programmi d’intervento e iniziative culturali. Dal 1967 realizza l’annuale Rapporto sulla situazione sociale del Paese, considerato il più qualificato e completo strumento di interpretazione della realtà italiana.

Aiop – Associazione Italiana delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali e delle Aziende Socio-Sanitarie Residenziali e Territoriali di Diritto Privato – è una Associazione *not for profit* che rappresenta le strutture ospedaliere, socio-sanitarie e territoriali di diritto privato del Servizio sanitario nazionale (Ssn), nonché le realtà operanti nel campo del privato puro. Aiop associa 534 strutture, pari a 59 mila posti letto complessivi, di cui 53 mila accreditati con il Ssn.



FrancoAngeli
La passione per le conoscenze