

Sanità pubblica e tutela della salute

Radiografia di un diritto negato

Indice

Sommario

INTRODUZIONE	3
1. La spesa del settore pubblico in sanità.....	5
2. La spesa privata delle famiglie	10
3. Le strutture pubbliche e private accreditate	16
4. I posti letto nelle strutture pubbliche e private accreditate.....	21
5. I lavoratori della sanità	28
5. Le prestazioni erogate in regime “intramoenia”	41
6. La mobilità sanitaria interregionale.....	52
7. Liste d’attesa e rinuncia alle cure	65
8. La spesa farmaceutica	76
Glossario essenziale	81

Introduzione

Il diritto alla tutela della salute e alle cure, gratuito e universalistico, sancito dalla Costituzione (Art.32), che rappresenta una delle acquisizioni più avanzate della nostra democrazia, ha visto ridursi negli anni il proprio spazio d'azione in termini sostanziali, per effetto di un progressivo disimpegno nelle politiche pubbliche e di una contestuale riduzione dell'accessibilità alle strutture e ai servizi, riscontrabile nelle diffuse criticità connesse alle liste d'attesa, alla mobilità sanitaria, alla spesa privata e alla rinuncia alle cure.

Il presente lavoro, che intende offrire un contributo conoscitivo d'insieme al dibattito sullo "stato di salute" del servizio sanitario in Italia, si sviluppa quindi attraverso un percorso di lettura che, muovendo dall'analisi della consistenza e della dinamica della spesa sanitaria pubblica e privata, si concentra sulla dotazione di strutture, posti letto e personale sanitario in ambito pubblico, convenzionato e privato (non convenzionato), per poi affrontare alcuni nodi critici dell'offerta di servizi. In questa direzione si muove l'analisi relativa alla mobilità sanitaria, che già oggi sembra certificare una segmentazione territoriale dell'offerta che imporrebbe una seria pausa di riflessione sulle conseguenze a medio-lungo termine del progetto di autonomia differenziata sostenuto dall'attuale maggioranza parlamentare.

Anche il tema delle liste d'attesa, che i dati resi disponibili dalle fonti istituzionali aperte non consentono di leggere e approfondire nelle sue effettive dimensioni e nelle sue diverse articolazioni, indica chiaramente una "deriva" che, progressivamente, attraverso la dilazione delle prestazioni oltre la loro ragionevole utilità, finisce per segmentare la popolazione tra quanti sono nelle condizioni di rivolgersi al privato e quanti, invece, sono di fatto costretti ad un'attesa che troppo spesso si trasforma in rinuncia: ciò implica, evidentemente, una forte contrazione della prevenzione, invece centrale nella programmazione sanitaria, con effetti pregiudizievoli sulla tempestività ed efficacia delle cure, sullo stadio di avanzamento delle eventuali patologie, sui costi delle prestazioni e delle terapie e, in determinate situazioni, sulle stesse possibilità di sopravvivenza del paziente: non è un caso che la speranza di vita alla nascita nel 2022 resti inferiore a quella del 2019 (82,6 anni contro 83,2 del periodo prepandemico), e che nel Mezzogiorno lo stesso indicatore (stimato a 81,7 anni), presenti valori di oltre un anno inferiori a quelli del Nord Ovest (82,9 anni), del Nord Est (83,2) e del Centro (83 anni). Allo stesso modo tra il 2019 e il 2021 cresce il tasso di mortalità infantile (decessi entro il primo anno di vita ogni 1.000 nati), passando da 2,5 a 2,57, con valori che, ancora una volta, certificano come le disparità territoriali stiano segmentando anche il diritto fondamentale alla vita: il tasso risulta infatti pari a 3,63 nelle Isole e a 3,06 al Sud, per scendere a 2,27 nel Nord Ovest, a 2,22 nel Nord Est e a 2,09 nel Centro.

Da un lato, dunque, la spesa pubblica destinata alla sanità si caratterizza per una crescita "apparente", cioè soltanto in termini nominali, mentre diminuisce sia in termini reali (il valore "deflazionato" del 2022 è inferiore a quello del 2021), sia per la sua incidenza sul PIL, con il minimo storico programmato per il 2027 al 6,2%, quando nei

gradi Paesi industriali europei si osservano valori molto superiori: nel 2022 la spesa pro capite della sanità pubblica in Italia è infatti pari a 2.180 euro contro i 3.766 della Francia e di 4.641 della Germania, e la sua incidenza sul PIL “normalizzata”, calcolata dall’Ocse, è in Francia e Germania oltre una volta e mezzo quella dell’Italia (rispettivamente 10,3% e 10,9, contro il 6,8%).

A fronte del complessivo “disimpegno” delle politiche pubbliche nazionali in materia di salute e sanità, è invece in forte crescita la domanda sociale, sia per effetto delle trasformazioni demografiche sia in presenza di nuove morbilità anche nell’ambito della salute mentale, che imporrebbero maggiori investimenti nella presa in carico, nella ricerca e nelle cure: è sufficiente ricordare, in questa sede, come negli ultimi venti anni il numero degli anziani di 65+ anni sia aumentato di un terzo (+33,3%), passando da 10,7 milioni nel 2002 a 14,2 milioni nell’ultimo anno mentre, nello stesso periodo, la loro incidenza sul totale della popolazione è passata dal 18,7% al 24%.

Allo stesso modo, l’Istituto superiore della sanità riporta una stima per l’Italia di oltre 1 milione di persone con malattie rare, in un’ampia maggioranza dei casi di origine genetica, le cui possibile “risposte” rimandano a ingenti investimenti in ricerca e sperimentazione, accanto ad una reale consapevolezza di come siano proprio queste le priorità di cui la politica dovrebbe farsi carico.

E, non ultimo, sempre per ragionare di crescita della domanda, la Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza rileva come, con la Pandemia, sia raddoppiato il numero dei minori con bisogni di supporto specialistico, riducendosi significativamente il quadro del benessere psichico. Analogamente si registra una forte crescita dei disturbi del neurosviluppo, arrivando i disturbi dello spettro autistico a coinvolgere in Italia oltre 600 mila persone (un bambino ogni 77), con un crescente impatto sulle famiglie e sulle Istituzioni, ed in particolare su quella scolastica: e, invece, anche sul fronte dell’Istruzione la spesa pubblica dell’Italia (4,4% del PIL) resta molto inferiore alla media europea (5%) e, soprattutto, da quella dei Paesi più avanzati del Continente (7,5% in Norvegia, 7,3% in Svezia, 5,7% in Francia e 5,1% in Germania), con un ritardo anche in questo caso strutturale e di lungo periodo, che impone un ripensamento complessivo della visione del Paese che possa finalmente collocare al centro della politica le persone e le esigenze reali dei cittadini anziché ragioni contabili spesso strumentali, implicitamente orientate a sostenere l’interesse di pochi a dispetto della collettività.

1. La spesa del settore pubblico in sanità

Principali evidenze emerse

- *Nel 2022 la spesa pubblica sanitaria ha raggiunto i 130,4 miliardi di euro, che, tuttavia, in termini deflazionati (anno base 2015) rappresentano un valore inferiore a quello del 2020. In termini “reali”, infatti, la spesa pubblica sanitaria del 2022 risulta pari a 116,3 miliardi a fronte dei 117,3 miliardi del 2020.*
- *In termini relativi, cioè di incidenza sul PIL, la spesa pubblica sanitaria si presenta negli ultimi anni pressoché costante, sebbene il Def appena presentato preveda per i prossimi anni un andamento in flessione, che porterà l'incidenza della spesa pubblica in sanità al 6,4% del 2024, per poi scendere ulteriormente al 6,2% nel 2027.*
- *Il confronto europeo, inoltre, evidenzia come il nostro Paese registri valori di spesa profondamente distanti da quelli dei principali competitors: in Germania la spesa pubblica sanitaria equivale al 10,9% del Pil, risultato che scende al 10,3% in Francia, distanza che trova conferma anche in valori pro capite: in Italia la spesa equivale a 2.180 euro per abitante, mentre Germania e Francia registrano, rispettivamente, 4.641 e 3.766 euro pro capite.*

La questione preliminare per qualsivoglia valutazione delle politiche pubbliche destinate alla sanità è quella relativa alla quantità delle risorse ad essa dedicate, cui si accompagna, naturalmente, la questione della qualità e della efficienza della spesa. I mutamenti demografici, che vedono un progressivo aumento della popolazione anziana e di una contestuale domanda di cure e servizi sanitari, ma anche l'avanzamento della ricerca applicata allo sviluppo di nuovi farmaci e di macchinari sempre più tecnologicamente avanzati imporrebbero infatti una crescente dotazione di risorse pubbliche per il sistema sanitario per poter garantire livelli dignitosi di assistenza e di cure ed un accesso universalistico alla sanità, così come sancito dalla nostra Costituzione¹.

In realtà, tuttavia, al di là di un incremento meramente nominale delle risorse destinate alla sanità, nel nostro Paese si assiste ad un processo contrario, che vede progressivamente ridursi la spesa reale e, allo stesso tempo, la sua incidenza sul Prodotto Interno Lordo, allontanando ulteriormente l'Italia dai livelli sostenuti dai più avanzati Paesi Europei.

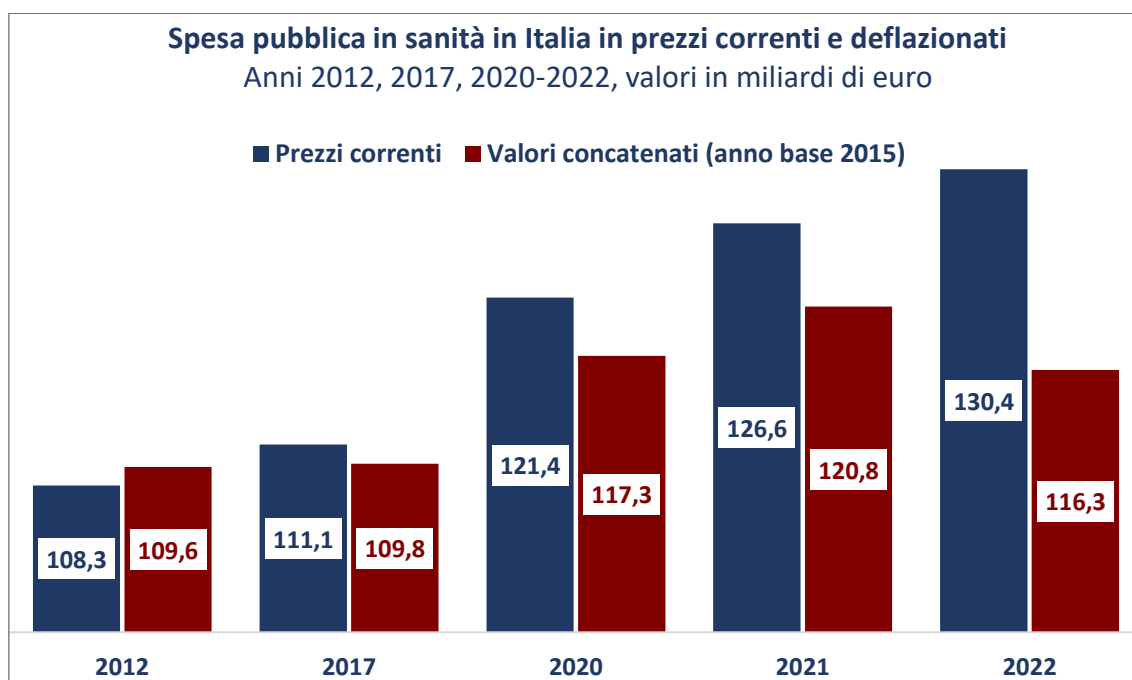
Passando all'osservazione dei dati si rileva infatti come nel 2022 la spesa pubblica in sanità ha raggiunto in Italia i 130,4 miliardi di euro, con una crescita nominale del 3% sul

¹ Art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

2021, quando tale voce era pari a 126,6 miliardi (nel confronto con il 2012, quando la spesa era pari a 108,3 miliardi, l'incremento nominale si attesta sul +20,4%).

Considerando tuttavia gli importi sopra citati al netto dell'inflazione (rapportati all'anno base 2015), emerge come il valore del 2022 risulti inferiore a quello del 2021: in valori deflazionati, infatti, la spesa scende del 3,7% (-4,4 miliardi, da 120,8 a 116,3 miliardi), laddove rispetto al 2020 emerge un calo della spesa di 0,8 punti percentuali (-986,4 milioni di euro).

Parallelamente, infine, in termini reali, si riduce in misura significativa anche la crescita della spesa precedentemente riscontrata su scala decennale, attestandosi al +6,2% (+6,8 miliardi in termini assoluti), quindi in misura analoga alla crescita del PIL (peraltro negativamente condizionata dalla Pandemia), confermando come le scelte di "disimpegno" nelle politiche pubbliche in materia di sanità abbiano radici lontane che travalicano la composizione e gli orientamenti politici dichiarati dai diversi Governi.



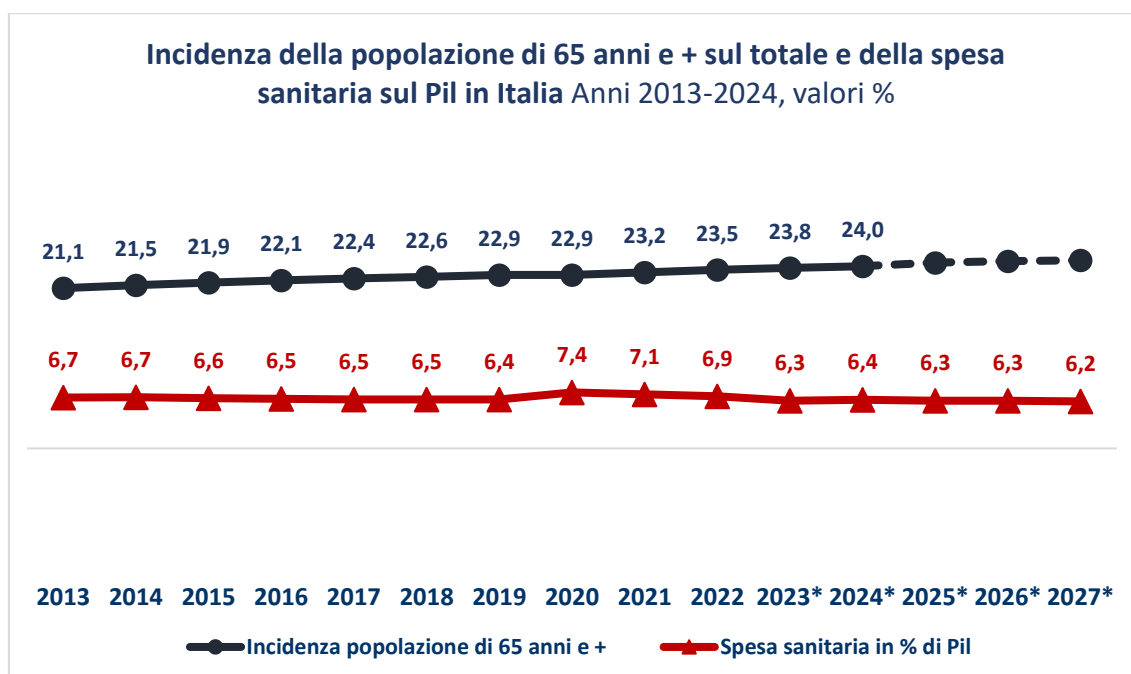
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ocse

Considerando, inoltre, l'ammontare della spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil, i dati evidenziano come già tra il 2013 e il 2019 tale voce presenti una dinamica di costante flessione, passando la sua incidenza dal 6,7% al 6,4%. Il rapporto risulta invece in crescita nel 2020 e nel 2021, quando per effetto della crisi pandemica - che ha determinato un incremento della spesa sanitaria pur in presenza di una forte contrazione del PIL -, raggiunge rispettivamente, il 7,4% e il 7,1%. Infine, dopo tale biennio, la dinamica della spesa sanitaria mostra un andamento discendente, attestandosi al 6,9% della spesa nel 2022, dinamica confermata anche dal Documento di Economia e Finanza (DEF) presentato dal Governo ad aprile 2024, che prevede, per il biennio 2023-24, una flessione della spesa sanitaria sul PIL rispetto a valore del 2022: l'incidenza di tale

capitolo di spesa dovrebbe infatti subire una riduzione di oltre mezzo punto percentuale, scendendo infatti al 6,3% del Pil 2023 e al 6,4% nel 2024.

Tale scenario risulta particolarmente preoccupante in quanto, ad una spesa pubblica in sanità complessivamente decrescente nel tempo si contrappone una espansione dei bisogni sanitari della popolazione, che rischiano di rimanere in larga misura insoddisfatti, quanto meno dalla risposta pubblica.

Si consideri, in primo luogo, a tale riguardo, il progressivo invecchiamento della popolazione, cui inevitabilmente si lega una più alta domanda di assistenza e di cure: nel decennio 2013-2023, a fronte delle dinamiche di spesa sopra indicate, l'incidenza della popolazione anziana (cioè di 65 o più anni di età) è infatti costantemente cresciuta, passando dal 21,1% del 2013 al 24% del 2024, ovvero da 12,7 milioni a 14,2 milioni di unità.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat e RGS *Valori del DEF 2024

Al di là di quanto sopra rilevato, l'inadeguatezza della spesa sanitaria pubblica in Italia emerge con ancora maggiore evidenza dal confronto europeo: considerando infatti i dati di fonte Ocse (standardizzati e quindi non totalmente sovrapponibili a quelli Istat e Mef), il valore della spesa sanitaria in Italia per il 2022, indicato nel 6,8% del Pil, risulta decisamente inferiore a quello dei nostri più diretti benchmark europei, quali la Germania e la Francia, dove la spesa pubblica per la sanità rappresenta rispettivamente il 10,9% e il 10,3% del Pil del Paese.

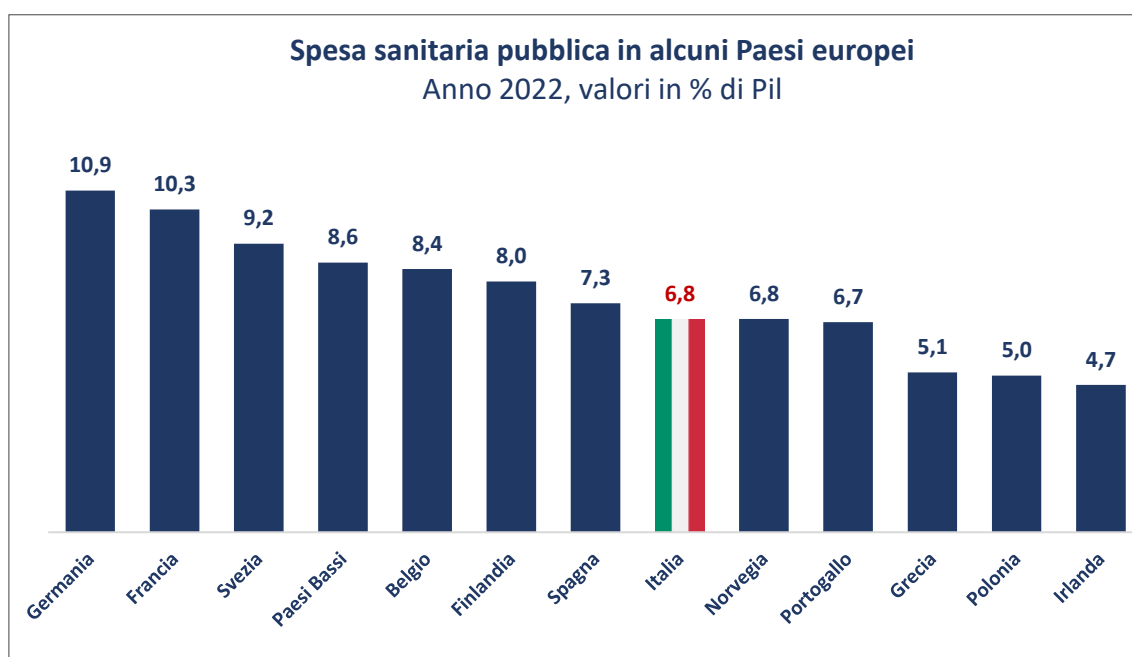
Il dato italiano risulta inoltre inferiore a quello dei Paesi Bassi, del Belgio, della Finlandia e della Spagna (i cui valori sono compresi tra l'8,6% e il 7,3% del Pil), superando invece quello della Grecia, della Polonia e dell'Irlanda. In linea con il valore italiano, infine, quelli di Norvegia e Portogallo.

In chiave dinamica appare di particolare interesse evidenziare come tra il 2012 e il 2022 l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil in Germania e in Francia sia molto aumentata, con valori rispettivamente in crescita di 1,9 e di 1,7 punti percentuali, laddove le più marcate variazioni negative si rilevano in Irlanda (-2,9 punti percentuali) e in Norvegia (-1,9 punti).

In termini di spesa pro capite (calcolata dall'Ocse a parità di potere di acquisto), i dati mostrano come proprio in questi Paesi la spesa pubblica pro capite in sanità sia notevolmente aumentata, passando da 2.336 a 3.133 euro in Irlanda e da 3.298 euro a 4.445 euro in Norvegia, un valore, questo, che risulta più che doppio rispetto a quello registrato in Italia, dove la spesa pubblica sanitaria risulta pari a 2.180 euro.

Tale risultato colloca l'Italia in coda alla graduatoria dei principali Paesi E27, al cui apice si trova la Germania con 4.641 euro pro capite, seguita dalla già citata Norvegia, dai Paesi Bassi (con 3.799 euro) e dalla Francia (con 3.766 euro).

Sul fronte opposto, il dato italiano risulta più alto di quello della Spagna, del Portogallo, della Polonia e della Grecia.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ocse

Tabella 1 – Spesa sanitaria pubblica in Italia e in alcuni Paesi europei. Anni 2012, 2018 e 2022, valori in % di PIL e valori pro capite in euro (a parità di potere d'acquisto)

	2012	2017	2022	2012	2017	2022
	Incidenza % della spesa sul PIL			Spesa pro-capite		
Belgio	8,0	8,3	8,4	2.424	2.780	3.387
Finlandia	7,5	7,0	8,0	2.211	2.268	2.998
Francia	8,6	9,4	10,3	2.444	2.928	3.766
Germania	9,0	9,6	10,9	2.941	3.551	4.641
Grecia	5,9	4,9	5,1	1.059	960	1.196
Irlanda	7,6	5,2	4,7	2.336	2.407	3.133
Italia	6,7	6,4	6,8	1.741	1.753	2.180
Norvegia	8,7	8,7	6,8	3.298	3.737	4.445
Paesi Bassi	7,4	8,3	8,6	2.933	3.022	3.799
Polonia	4,4	4,6	5,0	826	1.006	1.491
Portogallo	5,9	5,7	6,7	1.109	1.253	1.768
Spagna	6,6	6,3	7,3	1.469	1.647	2.085
Svezia	9,0	9,1	9,2	2.944	3.113	3.700

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ocse



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ocse

2. La spesa privata delle famiglie

Principali evidenze emerse

- *L'insufficienza delle risorse pubbliche destinate alla sanità costringe quote sempre maggiori di cittadini a ricorrere a risorse proprie: nel 2022 la spesa "out of pocket" (cioè sostenuta direttamente dai cittadini) per assistenza sanitaria ha raggiunto i 36,8 miliardi, con una crescita del 16,9% rispetto al 2012, quando era pari a 31,5 miliardi;*
- *La spesa media mensile delle famiglie italiane destinata alla salute ha raggiunto nel 2022 i 113,5 euro, un valore pari al 4,3% della spesa totale. A livello territoriale, al netto di valori assoluti inferiori, la spesa per la salute pesa maggiormente sui bilanci delle famiglie del Sud e delle Isole, dove assorbe il 4,5% e il 4,6% di quella totale.*

Come sopra anticipato, la spesa sanitaria complessiva, in larga misura sostenuta dalla finanza pubblica, ha quale componente sempre più rilevante la compartecipazione delle famiglie attraverso il pagamento dei ticket, delle prestazioni intramurarie e soprattutto, attraverso il ricorso all'offerta privata. Tale dinamica, oltre a negare l'impianto costituzionale del diritto universalistico alla sanità, genera una progressiva e sempre più marcata segmentazione tra le fasce di popolazione benestanti, capaci di sostenere assicurazioni e spese private, e quelle meno abbienti, costrette a subire i ritardi, le liste di attesa e la progressiva contrazione dell'offerta delle strutture, dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Ciò premesso, nel 2022 la spesa diretta delle famiglie per prestazioni sanitarie e prodotti farmaceutici ha raggiunto in Italia i 36,8 miliardi di euro, di cui 19,3, pari al 52,3% del totale, impiegati per l'assistenza sanitaria, compresa quella di lunga durata, mentre 14,8 miliardi sono stati destinati alla voce "prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici" ed i restanti 2,8 miliardi ad altre voci di spesa.

Passando a considerare la prospettiva dinamica, i dati mostrano come in tutti gli intervalli temporali considerati, con la sola eccezione del 2020, la spesa sanitaria "out of pocket" delle famiglie italiane sia costantemente cresciuta, osservandosi tra il 2012 e il 2022 un incremento del 16,9%, cui corrisponde un aumento di spesa pari ad oltre 5,3 miliardi di euro in valori assoluti.

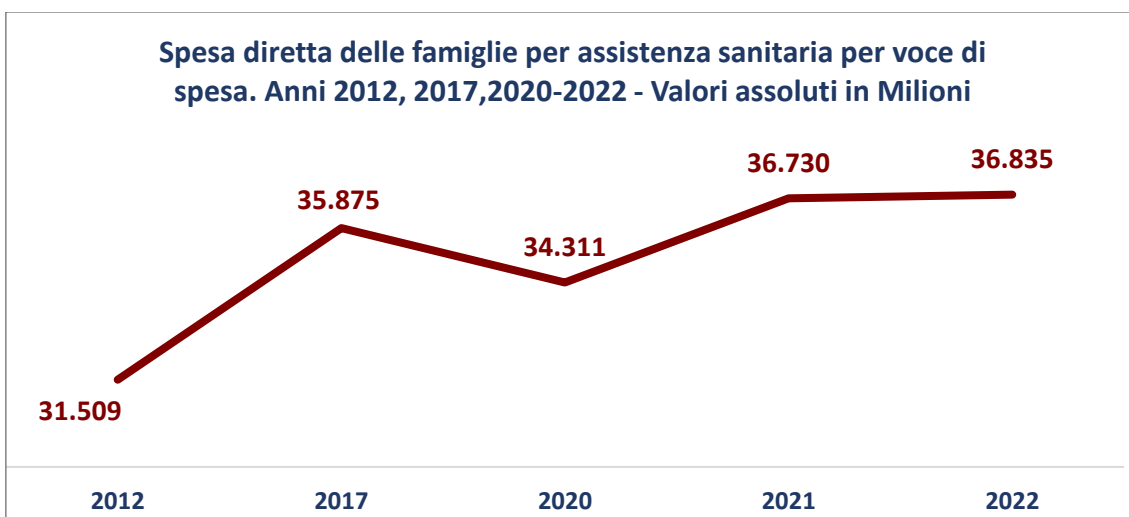
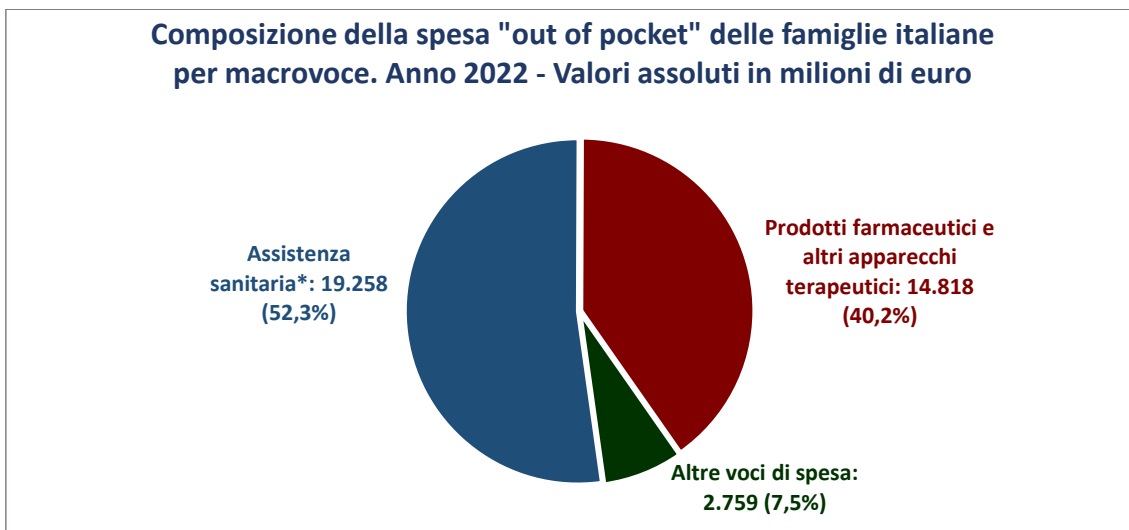


Tabella 2 – Spesa diretta delle famiglie per assistenza sanitaria per voce di spesa
Anni 2012, 2017, 2020-2022, valori in milioni di euro

	2012	2017	2020	2021	2022
Assistenza sanitaria*	16.020	19.734	18.052	19.498	19.258
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	12.315	13.198	13.802	14.431	14.818
Altre voci di spesa	3.174	2.943	2.457	2.801	2.759
Totale	31.509	35.875	34.311	36.730	36.835

* comprende anche cure e riabilitazione e di lunga durata

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat



* per cure e riabilitazione e di lunga durata

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Appare inoltre interessante osservare come l'incremento della spesa sopra osservato sia determinato in pari misura dall'andamento della spesa destinata all'assistenza sanitaria ed ai prodotti farmaceutici, in crescita, rispettivamente, del 20,2% e del 20,3%. Le "altre voci di spesa", un insieme che raccoglie il 7,5% della spesa totale, risultano invece in flessione del 13,1% (-415 milioni di euro in valori assoluti tra il 2012 e il 2022).

Concentrando infine l'attenzione sull'ultima variazione annuale disponibile (2022/2021), si rileva un incremento della spesa delle famiglie piuttosto contenuto, pari cioè a +0,3% (+105 milioni di euro in termini assoluti), in presenza di andamenti antitetici per le singole voci: da un lato le spese per assistenza sanitaria e le "altre voci di spesa" risultano infatti in flessione (rispettivamente -1,2% e -1,5%), mentre la spesa per farmaci e apparecchi terapeutici cresce di un consistente +2,7% (+350 milioni di euro).

Tabella 3 – Spesa diretta delle famiglie per assistenza sanitaria per voce di spesa
Anni 2012, 2017, 2020-2022, variazioni % annue e variazione % 2022/2012

	17/12	20/17	21/20	22/21	22/12
Assistenza sanitaria*	23,2	-8,5	8,0	-1,2	20,2
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	7,2	4,6	4,6	2,7	20,3
Altre voci di spesa	-7,3	-16,5	14,0	-1,5	-13,1
Totale	13,9	-4,4	7,1	0,3	16,9

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Le diffuse criticità del SSN nel corrispondere alle esigenze dei cittadini – attribuibili in primo luogo alla inadeguatezza delle risorse pubbliche ad esso destinate – trovano conferma non soltanto nella crescita della spesa "out of pocket" delle famiglie, ma anche alla spesa sostenuta dalle assicurazioni private volontariamente sottoscritte dai cittadini, che nel 2022 ha raggiunto i 3,51 miliardi di euro, con una crescita costante su scala decennale (era pari a 2,27 miliardi nel 2012 e a 2,74 miliardi nel 2017), segnalando anche in questa direzione un processo di progressiva "sostituzione" della responsabilità pubblica con strumenti privati (quali le polizze assicurative sottoscritte dai cittadini), contribuendo a segmentare sempre di più il diritto e l'accesso alle cure.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Accanto all'ammontare complessivo, di particolare interesse risultano i dati relativi alla spesa media delle famiglie, peraltro accessibili anche in forma disaggregata per area geografica e per caratteristiche socio-anagrafiche. Tale approfondimento evidenzia infatti come il progressivo arretramento dell'impegno pubblico nel garantire un servizio

universale e accessibile per tutti, generi crescenti aree di disuguaglianza e di esclusione, segmentando i livelli, i tempi e la qualità del diritto alla salute dei cittadini sulla base della condizione economico-sociale e della loro capacità di spesa.

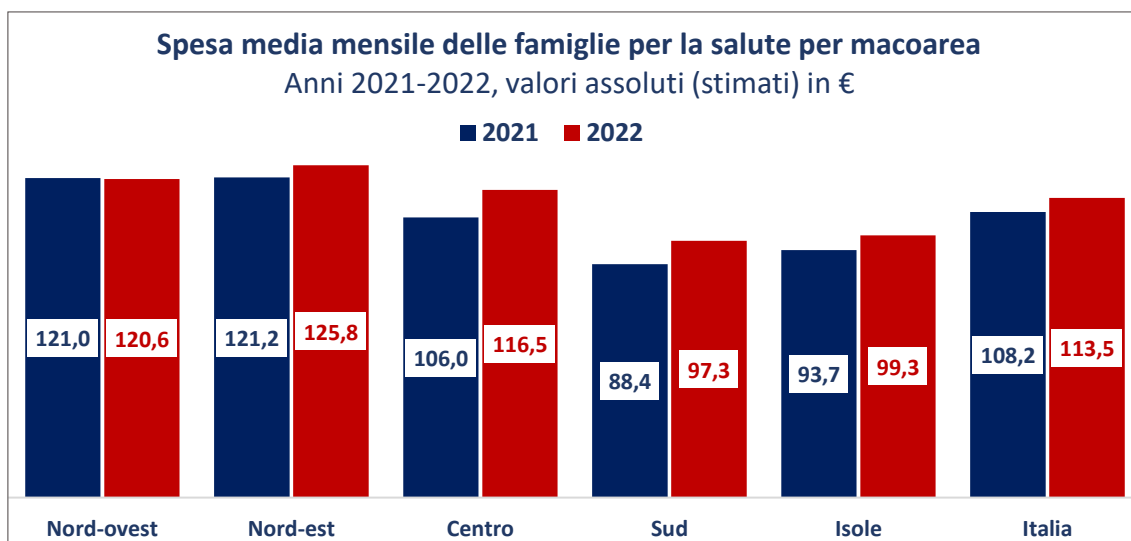
Ciò premesso, a fronte di una spesa media mensile delle famiglie italiane pari nel 2022 e 2.625 euro, quella destinata alla salute ammonta a 113,5 euro, assorbendone cioè il 4,3% del valore totale. Il confronto con l'anno 2021 (le serie storiche precedenti non risultano del tutto comparabili) registra una crescita della spesa media destinata alla salute del 4,9% (era pari a 108,2 euro), a fronte di una crescita dell'8,7% della spesa complessiva. Diminuisce, pertanto di 0,2 punti percentuali l'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa totale (era pari al 4,5% nel 2021), probabilmente anche in presenza di una dinamica inflativa che ha costretto molte famiglie a rinunciare e/o a procrastinare le spese destinate alla salute, non potendo comprimere quelle ancor più necessarie (alimentari, casa, utenze, ecc.).

Tabella 4 – Spesa media mensile delle famiglie italiane per voce di spesa
Anni 2021-2022, valori in euro e incidenza % salute su totale

	2021	2022	Variazione 2022/2021
Spesa per la salute	108,2	113,5	+4,9%
Spesa Totale	2.414,8	2.625,4	+8,7%
Incidenza % salute su totale	4,5	4,3	-0,2 (punti %)

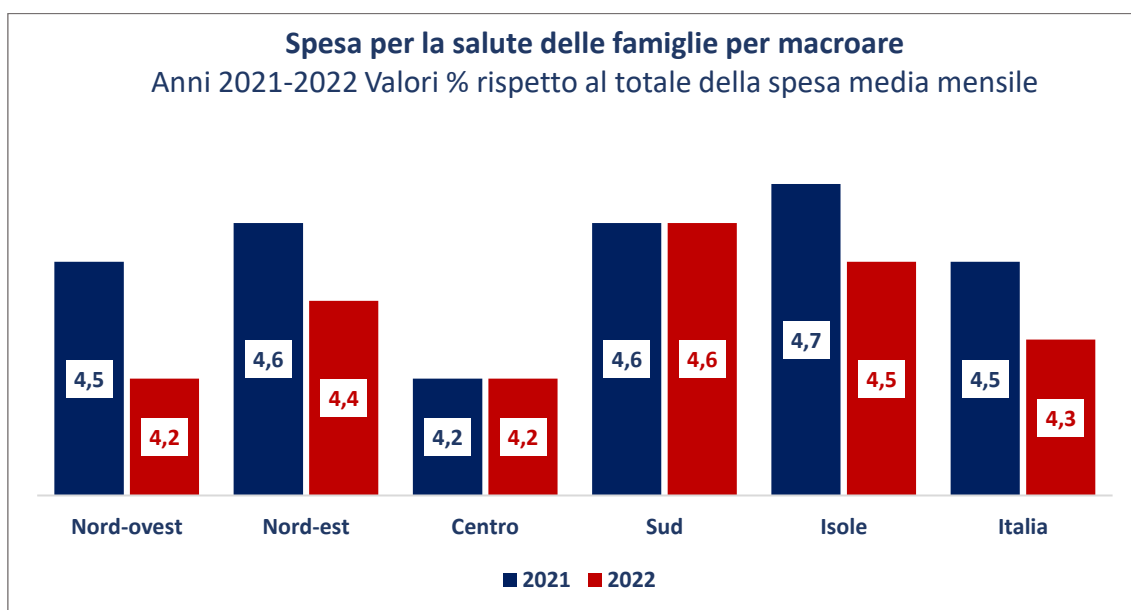
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Un'evidente conferma del quadro sperequativo si rileva in primo luogo considerando l'area geografica: nelle aree con i livelli di ricchezza più alti, infatti, i dati Istat indicano livelli più alti della spesa media mensile delle famiglie destinata alla sanità (così come di quella complessiva), con valori pari a 125,8 euro nel Nord Est, a 120,6 euro nel Nord Ovest e a 116,5 nelle regioni del Centro; sul fronte opposto la spesa media mensile delle famiglie destinata alla sanità assume valori molto inferiori al valore nazionale (113,5 euro) al Sud e nelle Isole, dove si attesta, rispettivamente, a 97,3 ed a 99,3 euro.



Fonte: Elaborazioni Eures su dati ISTAT

Nonostante la forte differenziazione nei livelli di spesa, si segnala come l'incidenza della voce "sanità" sul bilancio familiare risulti più alta proprio tra le regioni del Sud, dove, in presenza di servizi meno efficienti (certificata dalle statistiche sulla mobilità sanitaria interregionale), le famiglie sono costrette a impegnare una maggiore quota del proprio reddito per fare fronte a tali carenze: l'incidenza delle "uscite" destinate alla salute si attesta infatti al 4,4% del totale nel Nord Est e al 4,2% nel Nord Ovest e nel Centro, per assumere i valori più alti nelle regioni del Sud e nelle Isole, dove raggiunge, rispettivamente, il 4,6% e il 4,5%.



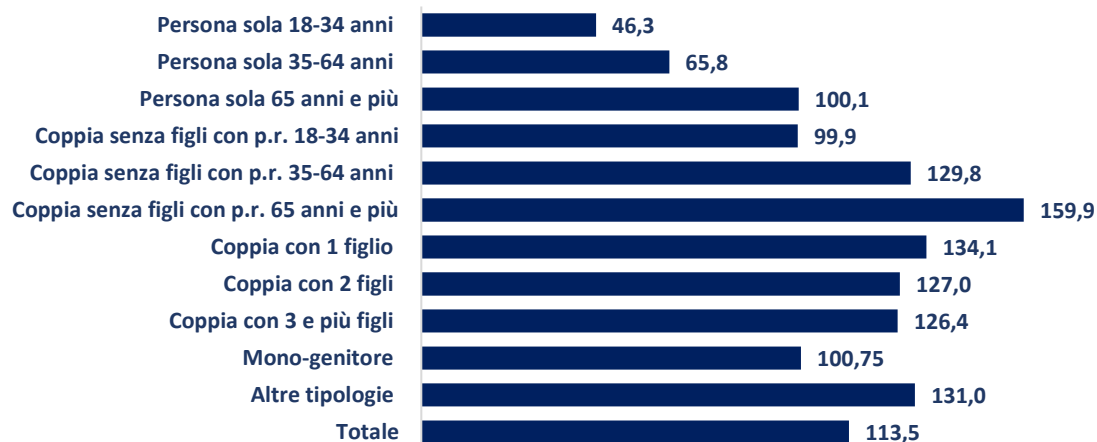
Fonte: Elaborazioni Eures su dati ISTAT

Quanto appena esposto trova conferma anche considerando la disaggregazione relative alle caratteristiche del nucleo familiare: nel 2022, infatti, la spesa media più alta si rileva tra le coppie anziane senza figli, seguite dalle coppie con un figlio e da quelle senza figli d'età compresa tra 35 e 64 anni, che per la salute spendono, rispettivamente, 159,9, 134,1 e 128,8 euro al mese. Sono tuttavia soltanto le coppie anziane a presentare la più alta incidenza della spesa sanitaria sul totale pari al 6%, a fronte del 4,3% per l'intera popolazione, seguite dalle persone anziane sole, dove si attesta al 5,5%.

La spesa sanitaria mensile supera inoltre il valore medio dell'intera popolazione (si ricordi, pari a 113,5 euro), tra le coppie con uno o più figli (con valori vicini ai 130 euro), quindi tra le famiglie numerose, mentre, sul fronte opposto, gli importi di spesa inferiori si rilevano tra i giovani che vivono da soli o in coppia (con una spesa media mensile pari, rispettivamente, a 46,3 ed a 65,8 euro). Coerentemente, è sempre all'interno di questi due cluster che si segnala un'incidenza inferiore della spesa mensile sanitaria sui consumi totali, con valori rispettivamente pari al 2,4% tra i primi e al 3,5% tra i secondi, così come avviene anche per le persone sole della fascia 35-64 anni, tra le quali la spesa mensile registrata (pari a 65,8 euro) rappresenta "appena" il 3,2% di quella totale.

Spesa per la salute delle famiglie per tipologia familiare

Anno 2022 Valori assoluti stimati in €



Fonte: Elaborazioni Eures su dati ISTAT

Spesa per la salute delle famiglie per tipologia familiare

Anno 2022 Valori % rispetto al totale della spesa media mensile



Fonte: Elaborazioni Eures su dati ISTAT

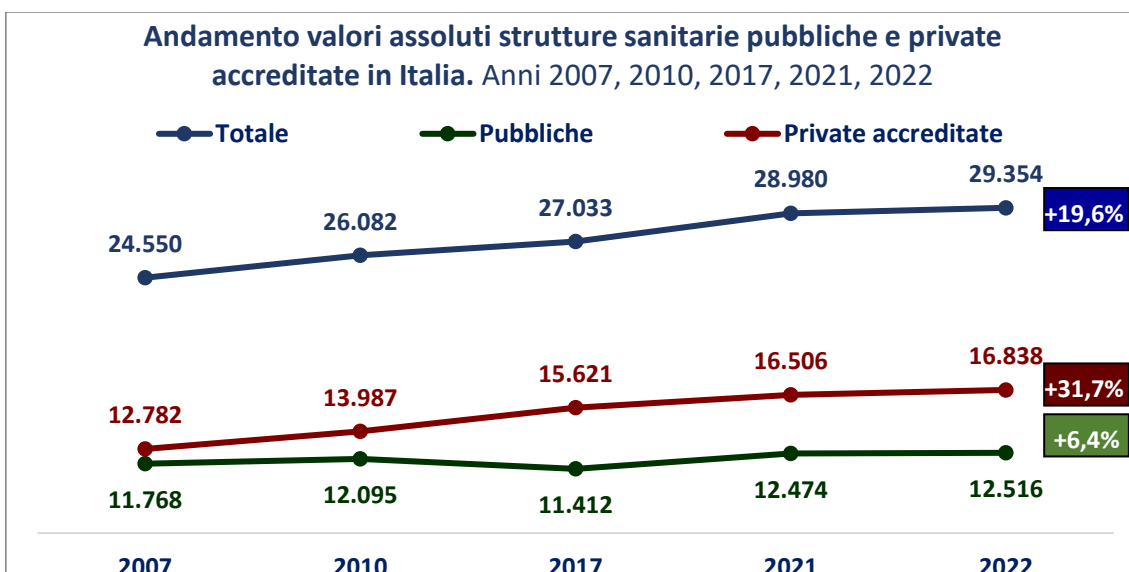
3. Le strutture pubbliche e private accreditate

Principali evidenze emerse

- *Nel 2022, secondo i dati riportati dal Ministero della Salute, in Italia sono presenti 29.354 strutture sanitarie, di cui 16.838 private accreditate e 12.516 pubbliche, che rappresentano quindi “appena” 42,6% dell’offerta complessiva.*
- *Tale valore risulta inoltre in flessione rispetto al 2007 (quando era pari al 47,9%), in favore di una crescita del peso delle strutture private accreditate, in crescita di 5,3 punti percentuali (dal 52,1% al 57,4%).*
- *A fronte di un incremento complessivo del 19,6% delle strutture sanitarie in Italia tra il 2012 e il 2022, gli ospedali e ambulatori specialistici segnalano flessioni pari, rispettivamente, al 16,8% (-22% tra quelli pubblici) e al 7,5%; sul fronte opposto, l’incremento maggiore si osserva tra le strutture di assistenza territoriale residenziale (+57,6%);*

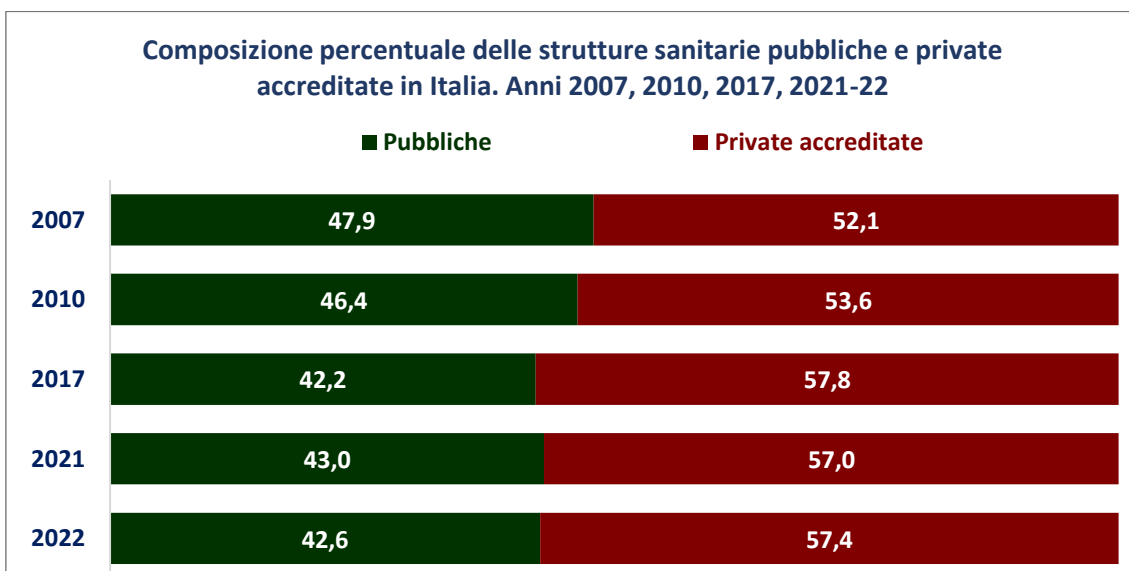
L’analisi del sistema sanitario non può prescindere da un’osservazione attenta della dimensione, delle caratteristiche e dell’andamento del numero delle strutture e dei posti letto censiti in Italia. I diversi piani di “razionalizzazione” o di “efficientamento” del sistema, annunciati dai diversi Governi e/o Ministri competenti degli ultimi venti anni, hanno infatti in realtà finito per tagliare progressivamente i presidi sanitari, eventualmente sostituendo e non integrando l’offerta di strutture ospedaliere con piccole realtà territoriali capaci di garantire soltanto risposte parziali e quantitativamente limitate all’utenza. Allo stesso modo i dati dinamici indicano chiaramente la progressiva estensione dell’offerta del privato accreditato a scapito di quella pubblica.

Ciò premesso i dati statistici relativi al 2022 indicano la presenza nel territorio nazionale di 29.354 strutture sanitarie pubbliche e private, con una numerosità complessivamente in crescita negli anni (+19,6% rispetto al 2007), che tuttavia deriva dal processo di “sostituzione al ribasso” sopra citato nonché dal costante incremento dello spazio acquisito dalle strutture private accreditate a scapito di quello pubbliche: disaggregando infatti i dati in base alla tipologia di struttura (pubblica o privata) emerge come l’incremento più sostenuto riguardi le strutture private accreditate (+31,7%) rispetto ad una crescita decisamente più contenuta delle pubbliche (+6,4%): il numero di queste ultime risultano peraltro decisamente inferiore a quello delle private accreditate (12.516 contro 16.838), a fronte di un sostanziale bilanciamento nel 2017, quando le strutture pubbliche erano 11.768 e quelle private soltanto 12.782.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

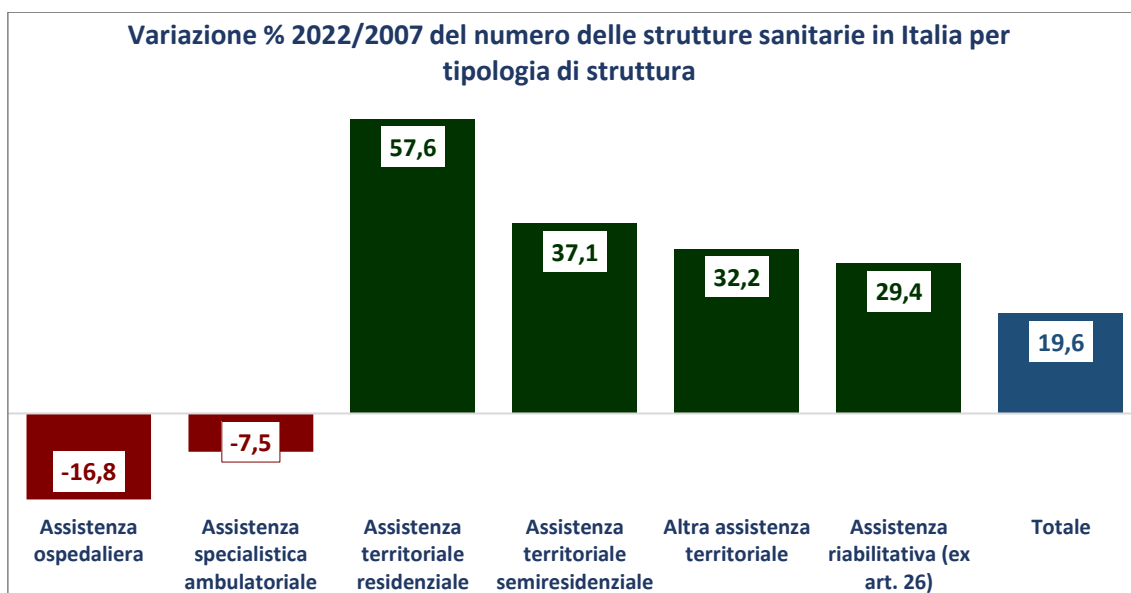
Il progressivo sottodimensionamento dell'offerta pubblica sopra descritto, si riscontra chiaramente in termini di contributo all'offerta complessiva, passando l'incidenza delle strutture pubbliche dal 47,9% del totale nel 2007 al 42,6% nel 2022 (-5,3 punti percentuali); coerentemente, le strutture private accreditate, che già nel 2007 rappresentavano una quota leggermente maggioritaria dell'offerta (pari al 52,1%), arrivano a rappresentare nel 2022 ben il 57,4% del totale.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Analizzando nel dettaglio la tipologia delle strutture sanitarie e il loro andamento negli ultimi 15 anni, emerge come quelle di *Assistenza specialistica*, dove vengono erogate dai medici specialisti prestazioni diagnostiche e terapeutiche, siano le più diffuse sul territorio (con 9.085 presidi nel 2022, ma in calo del 7,5% rispetto al 2007); seguono le strutture di *Assistenza territoriale residenziale* (8.047 nel 2022) che, insieme alle *Altre*

strutture di assistenza territoriale (6.922) e alle Strutture di assistenza semi-residenziale (pari a 3.126), hanno registrato il più forte incremento negli ultimi anni (rispettivamente pari a +57,6%, a +32,2% e a +37,1%). Tali strutture rispondono infatti sia alla complessiva riprogettazione dell'offerta sia all'aumento della domanda di assistenza territoriale derivante dal progressivo invecchiamento della popolazione, cui si accompagna una crescente presenza di patologie di tipo cronico-degenerativo. A fronte degli incrementi sopra indicati, si registra un calo significativo delle *Strutture di assistenza ospedaliera*, la cui presenza in Italia scende nel 2022 a 996 unità, con una flessione del 16,8% rispetto al 2007, che si traduce, in termini assoluti, nella chiusura di 201 ospedali. Considerando che sono proprio gli ospedali a concentrare il maggior numero di posti letto, il loro decremento ha una ricaduta particolarmente negativa anche in questa direzione, riducendosi l'accessibilità e la capacità di "presa in carico" di soggetti con patologie gravi, e/o bisognosi di interventi urgenti che possono richiedere un trattamento chirurgico/terapeutico complesso con un decorso prolungato.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Tabella 7 – Strutture sanitarie totali in Italia.

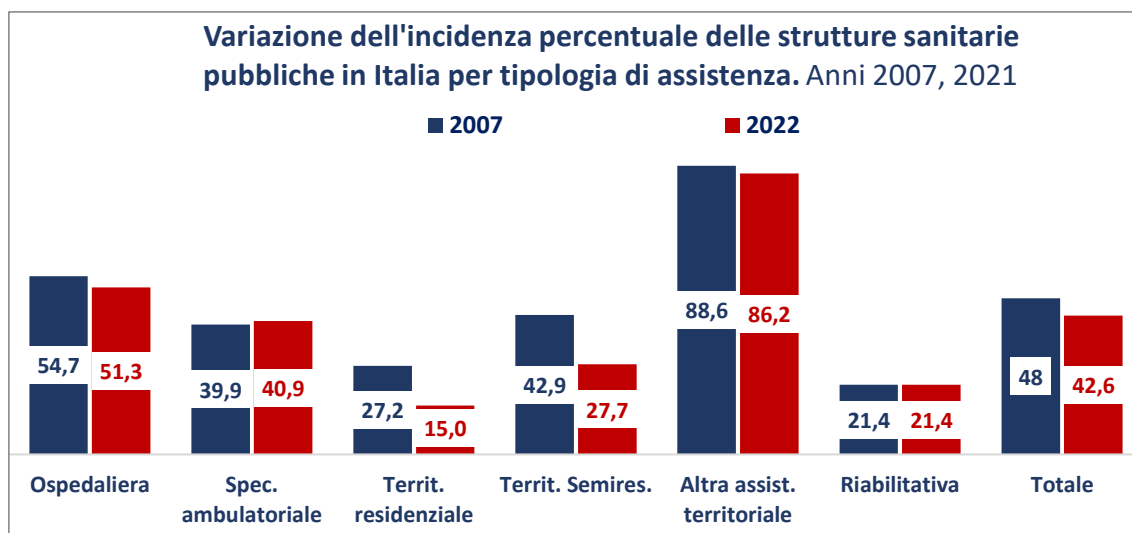
Anni 2007, 2010, 2017, 2021, 2022 valori assoluti e variazione % 2022/2007

	2007	2010	2017	2021	2022	var% 22/07
Assistenza ospedaliera	1.197	1.165	1.000	995	996	-16,8
Assistenza specialistica ambulatoriale	9.820	9.635	8.867	8.778	9.085	-7,5
Assistenza territoriale residenziale	5.105	6.153	7.372	7.984	8.047	57,6
Assistenza territoriale semiresidenziale	2.280	2.644	3.086	3.005	3.126	37,1
Altra assistenza territoriale	5.236	5.514	5.586	7.064	6.922	32,2
Assistenza riabilitativa (ex art. 26)	912	971	1.122	1.154	1.180	29,4
Totale	24.550	26.082	27.033	28.980	29.354	19,6

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Disaggregando inoltre i dati in base alla “natura” delle strutture censite (pubbliche o private accreditate), emerge come la dimensione pubblica si sia progressivamente ridotta per tutti i segmenti dell’offerta monitorati, con una flessione particolarmente marcata per le strutture territoriali semiresidenziali (dove la presenza pubblica è scesa dal 42,9% al 27,7%) e per le strutture territoriali residenziali (dal 27,2% al 15%).

Le sole strutture che ancora conservano una pur marginale prevalenza pubblica sono gli ospedali (51,3% del totale, contro il 48,7% di strutture private accreditate) e soprattutto le “altre strutture di assistenza territoriale” (pubbliche nell’86,2% dei casi).



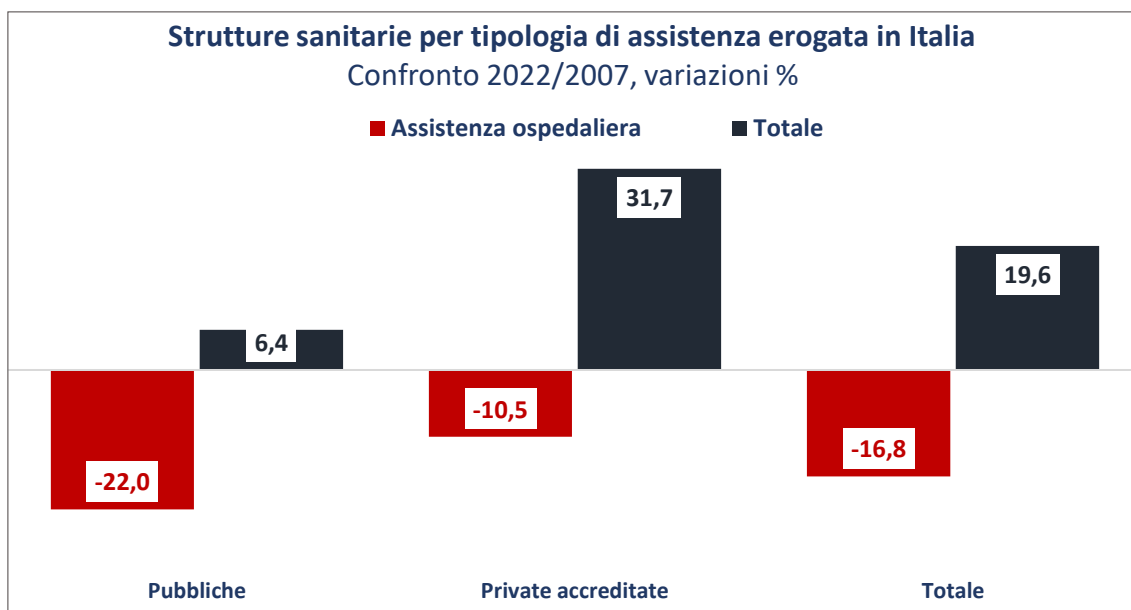
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Tabella 8 – Strutture sanitarie per tipologia di assistenza erogata in Italia. Anni 2007, 2010, 2017, 2021, 2022 - valori assoluti e %

Valori assoluti										
	2007		2010		2017		2021		2022	
	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.
Assistenza ospedaliera	655	542	634	531	518	482	511	484	511	485
Ass. specil. ambulatoriale	3.916	5.904	3.855	5.780	3.514	5.353	3.474	5.304	3.715	5.370
Ass. territor. residenziale	1.388	3.717	1.513	4.640	1.302	6.070	1.276	6.708	1.204	6.843
Ass. terr. semiresidenziale	977	1.303	983	1.661	968	2.118	863	2.142	865	2.261
Altra assisten. territoriale	4.637	599	4.870	644	4.862	724	6.098	966	5.968	954
Assistenza riabilitativa	195	717	240	731	248	874	252	902	253	927
Totale	11.768	12.782	12.095	13.987	11.412	15.621	12.474	16.506	12.516	16.838
Valori percentuali										
	2007		2010		2017		2021		2022	
	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.
Assistenza ospedaliera	54,7	45,3	54,4	45,6	51,8	48,2	51,4	48,6	51,3	48,7
Ass. specil. ambulatoriale	39,9	60,1	40,0	60,0	39,6	60,4	39,6	60,4	40,9	59,1
Ass. territor. residenziale	27,2	72,8	24,6	75,4	17,7	82,3	16,0	84,0	15,0	85,0
Ass. terr. semiresidenziale	42,9	57,1	37,2	62,8	31,4	68,6	28,7	71,3	27,7	72,3
Altra assisten. territoriale	88,6	11,4	88,3	11,7	87,0	13,0	86,3	13,7	86,2	13,8
Assistenza riabilitativa	21,4	78,6	24,7	75,3	22,1	77,9	21,8	78,2	21,4	78,6
Totale	47,9	52,1	46,4	53,6	42,2	57,8	43,0	57,0	42,6	57,4

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Analizzando più in dettaglio l'andamento delle principali componenti dell'offerta sanitaria, la forte flessione dell'offerta ospedaliera sopra rilevata investe la componente pubblica (-22%), in misura più che doppia di quella privata (-10,5%), mentre l'incremento complessivo delle altre strutture, in particolare di assistenza territoriale (+19,6%) registra una crescita prevalentemente concentrata nel privato (+31,7%) e soltanto secondariamente nell'offerta pubblica (+6,4%).



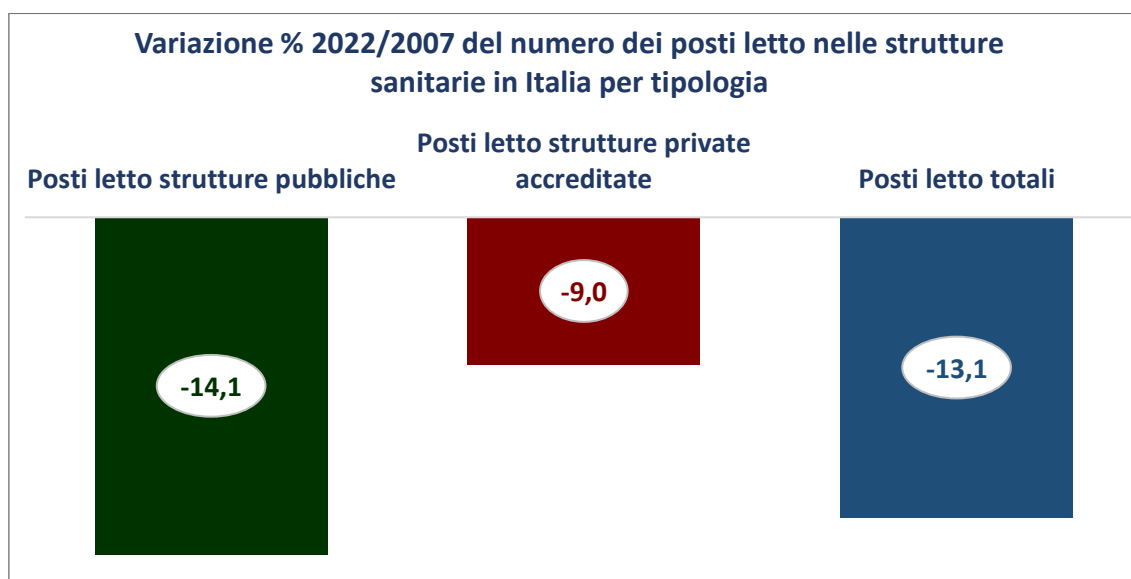
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

4. I posti letto nelle strutture pubbliche e private accreditate

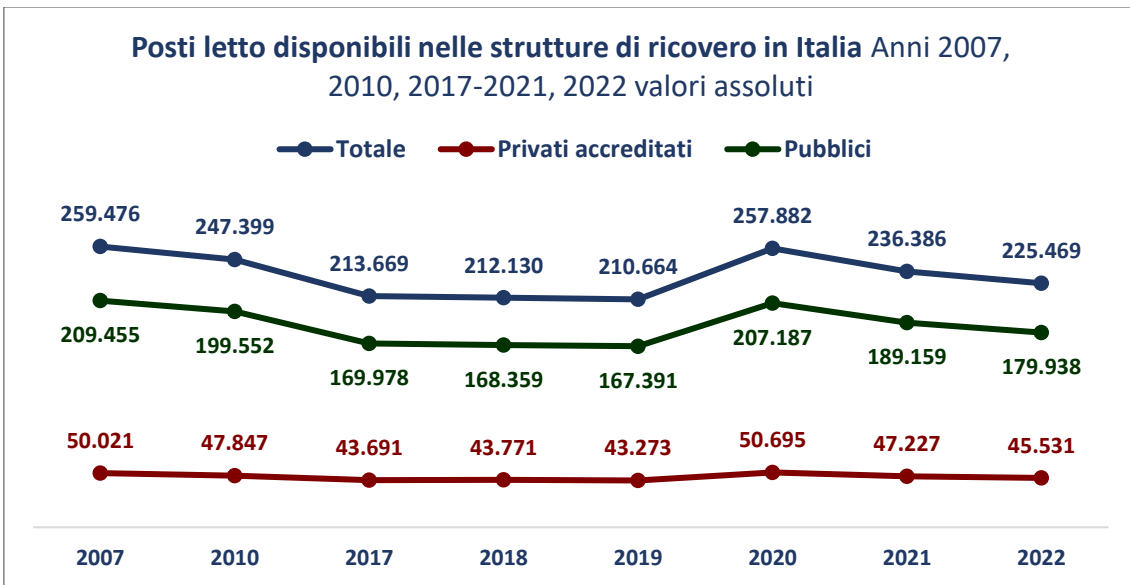
Principali evidenze emerse

- Nel 2022 si contano 225.469 posti letto (di cui il circa 180 mila presso strutture pubbliche e 45,5 mila presso strutture private accreditate), con un decremento di 34 mila unità rispetto al 2007 (-13,1%). La flessione più significativa si osserva tuttavia nel pubblico, dove raggiunge il -14,1%, contro il -9% dell'offerta privata.
- Una variazione positiva si rileva soltanto per i posti in Day surgery, che non prevedono ospedalizzazione (+19,5%, che sale al +76,4% tra le strutture private accreditate), mentre i posti di degenza ordinaria e quelli in day hospital segnalano flessioni pari, rispettivamente, al -10,6% e al -51,7%.
- Profonde sperequazioni emergono a livello territoriale: a fronte di un'offerta media di 3,8 posti letto per 1.000 abitanti in Italia, il valore scende a 3,5 al Sud, contro 3,8 al Centro e 4 tra le regioni del Nord. Tra il 2007 e il 2022 il taglio dei posti letto ha tuttavia colpito il Sud (-17,9%) e il Centro (-17,5%) in misura assai maggiore del Nord (-7,7%).

Per quanto riguarda i posti letto, dopo l'incremento registrato nel 2020 (dovuto all'incremento dei posti letto "Covid"), l'offerta nelle strutture pubbliche e private accreditate, registra una nuova progressiva flessione, attestandosi nel 2022 a 225 mila unità (-34 mila posti letto rispetto ai 259 mila censiti nel 2007), arrivando a tagliare in quindici anni il 13,1% dei posti letto disponibili. Anche in questo caso, sebbene l'offerta pubblica resti preponderante (180 mila posti letto nel pubblico, pari al 79,8%, contro 45 mila nel privato, pari al 21,2%) sono proprio i posti letto nel pubblico a subire la contrazione più rilevante rispetto al 2007, che si attesta sul -14,1% contro -9% per le strutture private accreditate.

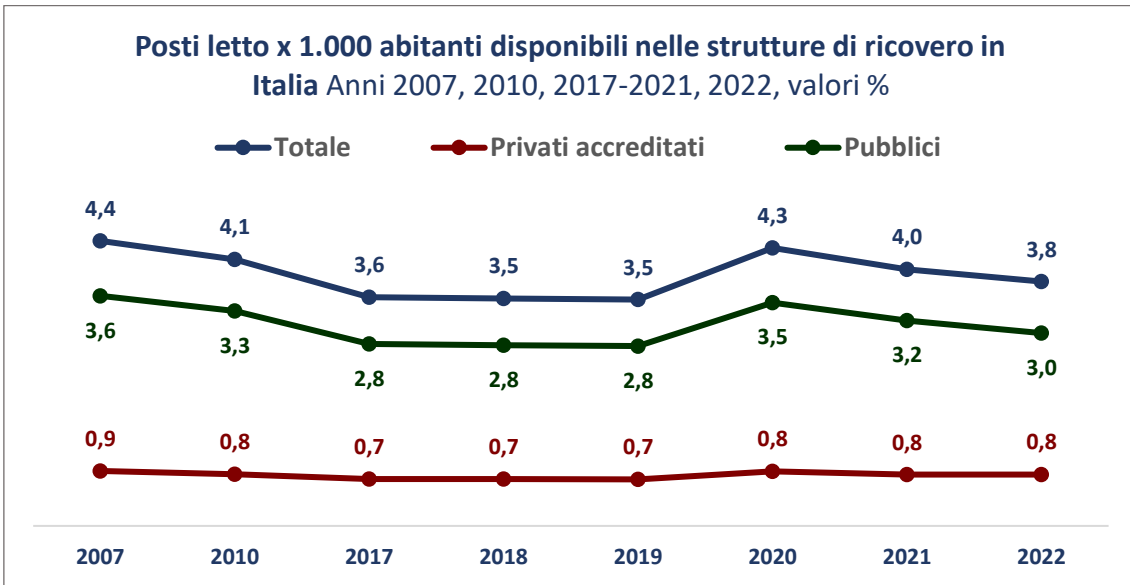


Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute



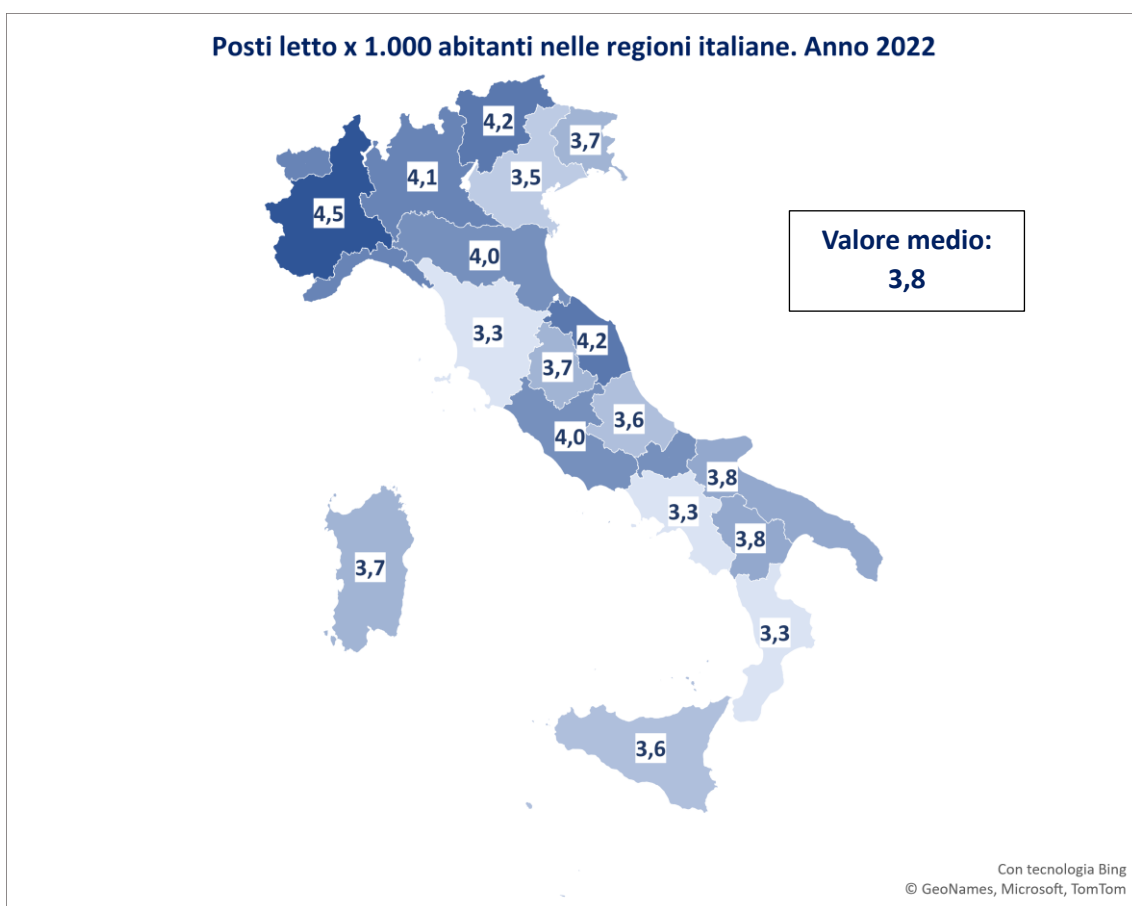
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

La dinamica sopra osservata trova un ancora più evidente riscontro in termini relativi, su cui incide anche la dinamica demografica: il numero dei posti letto per 1000 abitanti risulta infatti progressivamente decrescente, attestandosi nel 2022 a 3,8 a fronte dei 4,4 del 2007. La riduzione del 13,1% registrata per i posti letto si accompagna infatti ad una contestuale crescita della popolazione residente dell'1%, pari in valori assoluti a +600 mila unità (da 58,44 a 59,03 milioni) e, come anticipato nelle pagine precedenti, ad una forte crescita della popolazione anziana. Considerando inoltre le due componenti dell'offerta, si rileva come l'incidenza dei posti letto per 1000 abitanti nelle strutture private accreditate rimanga sostanzialmente stabile (0,8 nel 2022 a fronte di 0,9 nel 2007), investendo il calo interamente le strutture pubbliche, dove l'indice scende di 0,6 punti, passando da 3,6 ogni 1000 abitanti nel 2007 a 3 nel 2022.



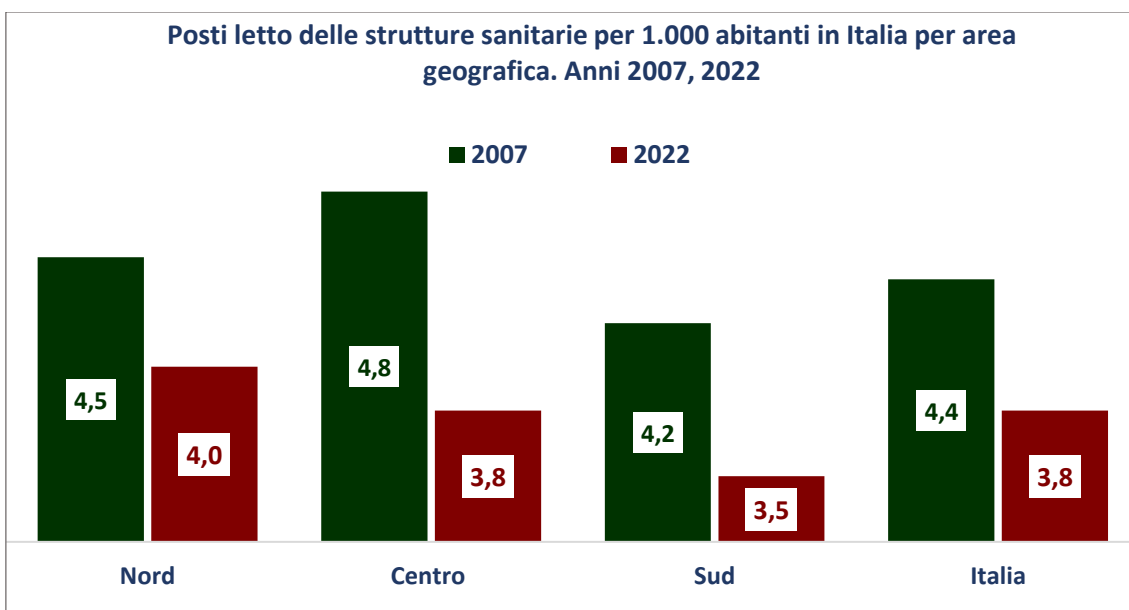
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Approfondendo i dati a livello regionale, si confermano forti sperequazioni territoriali che contribuiscono a spiegare l'elevata mobilità sanitaria interregionale (oggetto di un successivo paragrafo). Se, infatti, il Nord Italia presenta un'offerta superiore alla media nazionale (con 4 posti letto per 1000 residenti), con l'incidenza più elevata in Piemonte (4,5 posti letto ogni 1000 abitanti), Trentino (4,2), in Lombardia e in Liguria (4,1), sono le regioni del Sud a evidenziare le maggiori criticità, con un'offerta di posti letto pari a 3,5 ogni 1000 abitanti, che in Calabria e in Campania scende ulteriormente a 3,3. Infine nelle regioni del Centro Italia, l'indice risulta analogo a quello rilevato su scala nazionale (3,8).

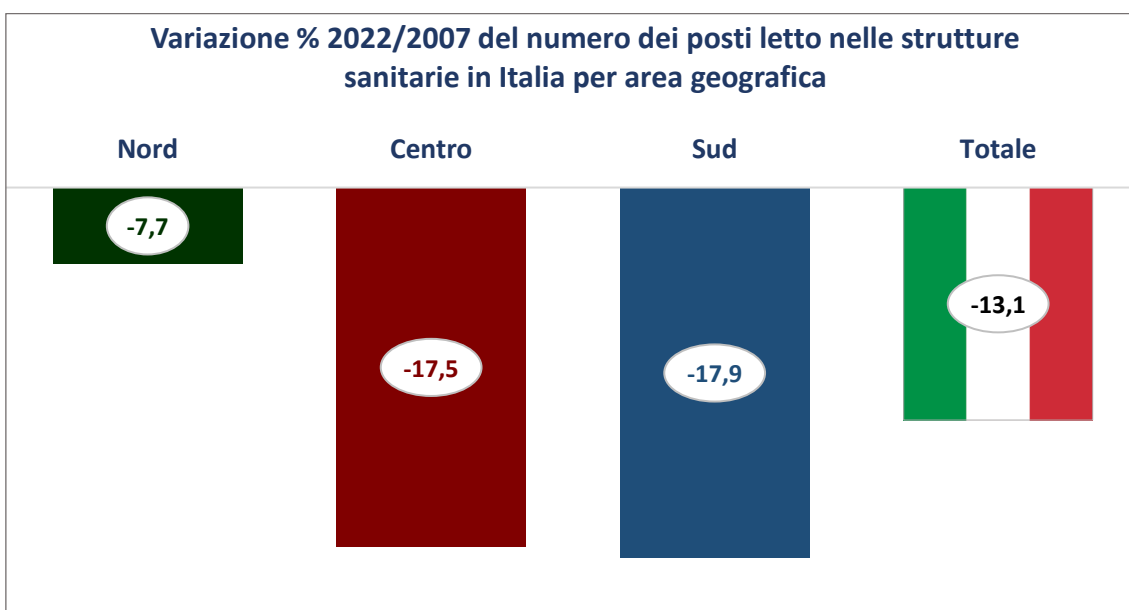


Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Colpisce, a tale riguardo, come nel confronto con il 2007 siano le regioni del Sud e del Centro (anche per le prescrizioni dei Piani di rientro imposti a 7 regioni, di cui 5 del Sud, oltre a Lazio e Liguria), a subire i "tagli" più severi: in particolare nel Sud, che nel 2007 presentava un indice per 1.000 abitanti (4,2) inferiore a quello delle altre aree, il taglio dei posti letto tra il 2007 e il 2022 è stato del 17,9%, superando di poco quello del Centro (-17,5%), mentre nelle regioni del Nord la contrazione risulta decisamente più leggera, attestandosi in una perdita di "appena" il 7,7% dei posti letto disponibili (di fatto, meno della metà della flessione subita nelle altre aree).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Tabella 9 – Posti letto totali in Italia per area geografica e indice per 1.000 abitanti
Valori assoluti, indici e variazioni % - Anni 2007, 2022

	Posti letto totali			Posti letto *1000 ab.	
	2007	2022	Var.% 2022/2007	2007	2022
Nord	120.010	110.799	-7,7	4,5	4,0
Centro	53.715	44.293	-17,5	4,8	3,8
Sud	85.751	70.377	-17,9	4,2	3,5
Italia	259.476	225.469	-13,1	4,4	3,8

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Per quanto riguarda la tipologia dell'offerta, i posti letto in degenza ordinaria, che rappresentano il 90% del totale, si attestano nel 2022 a 203,8 mila unità, con una flessione del 10,6% rispetto al 2007, che si traduce nella perdita di 24 mila posti letto in valori assoluti. Colpisce a tale riguardo come nell'ultimo anno i posti in degenza ordinaria si siano ridotti di 11 mila unità, con una flessione del 5,1%.

Anche i posti letto in day hospital registrano una forte flessione, passando da 24.670 mila nel 2007 a 11.906 nell'ultimo anno, dimezzandosi pertanto tale componente dell'offerta (con un calo del 51,7%).

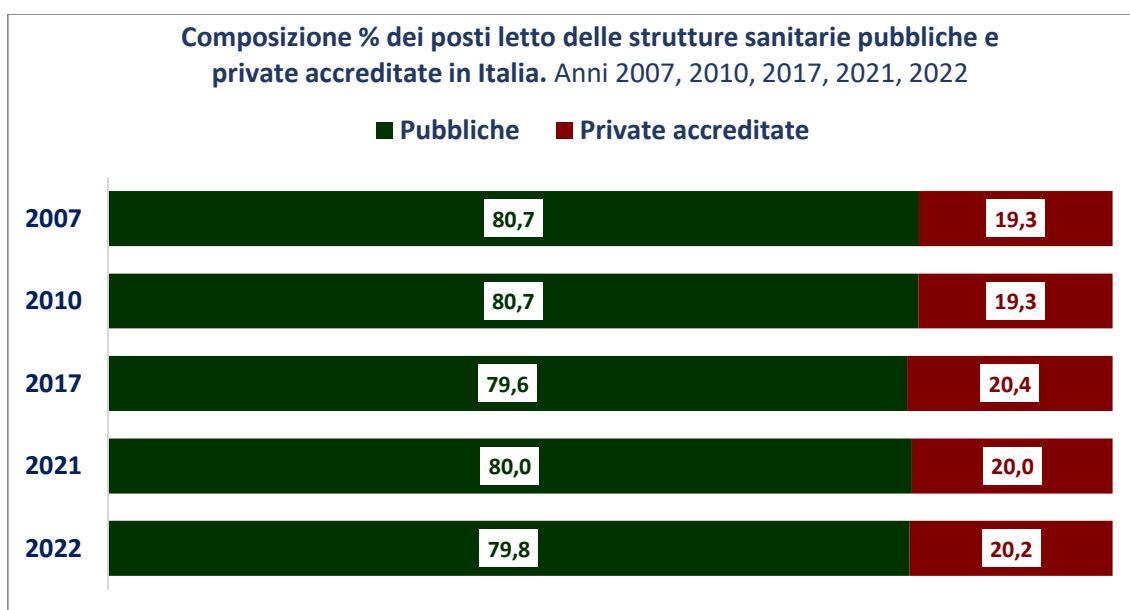
Ad aumentare sono soltanto i posti in *day surgery* (che non prevedono l'ospedalizzazione), che rappresentano una componente quasi residuale dell'offerta, pari al 3,7% del totale, il cui numero passa da 6.905 nel 2007 a 8.253 nel 2022 (+19,5%).

Tabella 10 – Posti letto totali in Italia per tipologia
Anni 2007, 2010, 2017, 2021, valori assoluti e variazione % 2021/2007

	2007	2010	2017	2021	2022	Var% 2021/2007
Degenza ordinaria	227.901	217.408	192.104	214.750	203.814	-10,6
Day hospital	24.670	21.761	13.050	12.027	11.906	-51,7
Day surgery	6.905	8.230	8.515	8.132	8.253	19,5
Totale	259.476	247.399	213.669	236.386	225.469	-13,1

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Per quanto riguarda la distribuzione percentuale dei posti letto nelle strutture sanitarie pubbliche e private, coerentemente con la flessione assai più marcata dell'offerta pubblica, diminuisce leggermente anche la sua incidenza (dall'80,7% del totale nel 2007 al 79,8% nel 2022), pur confermandosi ancora preponderante.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

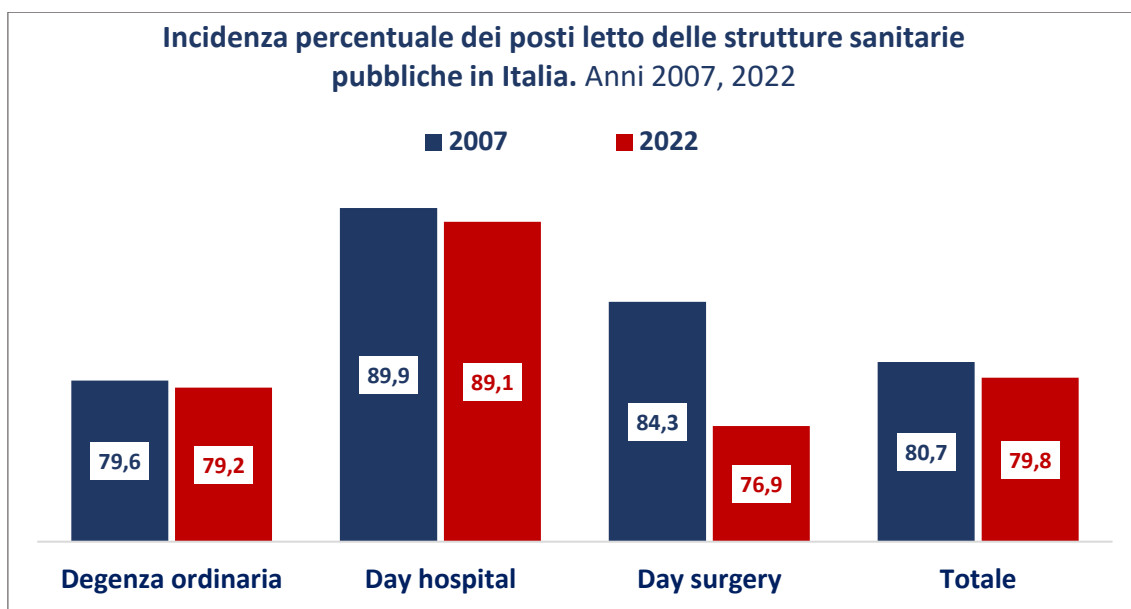
Tabella 11 – Posti letto per tipologia di assistenza erogata in Italia
Anni 2007, 2010, 2017, 2021, valori assoluti

Valori assoluti										
	2007		2010		2017		2021		2022	
	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.
Degenza ord.	181.447	46.454	173.252	44.156	151.646	40.458	172.265	43.962	161.494	42.320
Day hospital	22.185	2.485	19.744	2.017	11.672	1.378	10.659	1.368	10.604	1.302
Day surgery	5.823	1.082	6.556	1.674	6.660	1.855	6.235	1.897	6.344	1.909
Totale	209.455	50.021	199.552	47.847	169.978	43.691	189.159	47.227	179.938	45.531

Valori percentuali										
	2007		2010		2017		2021		2022	
	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.	Pubb.	Acc.
Degenza ord.	79,6	20,4	79,7	20,3	78,9	21,1	79,7	20,3	79,2	20,8
Day hospital	89,9	10,1	90,7	9,3	89,4	10,6	88,6	11,4	89,1	10,9
Day surgery	84,3	15,7	79,7	20,3	78,2	21,8	76,7	23,3	76,9	23,1
Totale	80,7	19,3	80,7	19,3	79,6	20,4	80,0	20,0	79,8	20,2

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

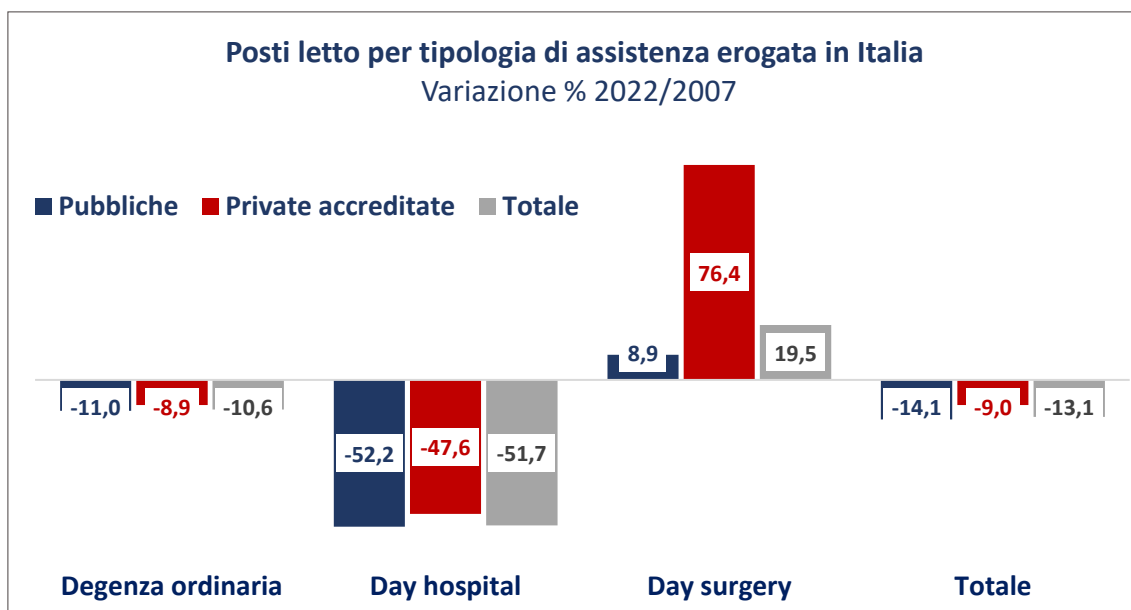
Anche disaggregando i dati relativi al numero dei posti letto per tipologia, la modalità di erogazione pubblica si conferma ampiamente prevalente sia nella degenza ordinaria (79,2% nel 2022 e 79,6% nel 2007), sia nel *day hospital* (89,1% nel 2022 e 89,9% nel 2007), sia, infine, nel *day surgery* (76,9% nel 2022 e 84,3% nel 2007).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Come precedentemente osservato la flessione dei posti letto ha coinvolto tutte le tipologie fuorché quelli in *day surgery*. Approfondendo la prospettiva dinamica, inoltre, emerge come l'incremento complessivamente osservato per tale tipologia di posti letto

riguardi prevalentemente le strutture private accreditate, che registrano una variazione del +76,4% (+827 posti letto in valori assoluti), laddove tra le strutture pubbliche si osserva un incremento assai più modesto, pari a +8,9% (+521 unità in termini assoluti). Per quanto riguarda invece i posti letto in degenza ordinaria e in day hospital, l'offerta privata accreditata presenta flessioni leggermente inferiori a quelle riscontrate per l'offerta pubblica (rispettivamente -8,9% e -47,6%, contro -11% e -52,2%).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

5. I lavoratori della sanità

Principali evidenze emerse

- *Il 2022, con 625.282 dipendenti del SSN pubblico, presenta un incremento dell'1,3% rispetto al 2021, che tuttavia non trova riscontro su scala decennale (-0,7% rispetto al 2012). Più in dettaglio, il personale medico e odontoiatrico presenta una flessione dello 0,6% su base annuale e del -2,7% rispetto al 2012 (-7,5% al Sud), mentre quello infermieristico risulta in crescita del +1,2% nell'ultimo anno e del +2,7% sul 2012.*
- *Sotto il profilo contrattuale, emerge come la precarizzazione in atto nel mercato del lavoro coinvolga anche i lavoratori della sanità, tra i quali l'incidenza dei contratti flessibili arriva a rappresentare il 9,4%, con una crescita del 56,8% sul 2010.*
- *Ulteriori criticità emergono sotto il profilo anagrafico: i medici con almeno 55 anni, pari a 135.656 unità in Italia (+17,6% sul 2013), sono infatti arrivati a rappresentare il 54,1% del totale. Si segnala inoltre il fortissimo incremento degli ultra65enni, che tra il 2013 e il 2022 passano da 18.750 a 67.247 unità (+258,7%).*

Passando ad analizzare le caratteristiche e l'andamento del personale impiegato nel sistema sanitario nazionale pubblico (ovvero nelle Asl, nelle strutture ospedaliere, nelle aziende sanitarie pubbliche, ecc.), escludendo quindi il personale impiegato nelle strutture private e accreditate, si rileva nel 2022, dopo la flessione registrata nel 2021 (quando il numero dei lavoratori scende a 617 mila, rispetto ai 630 mila del 2012), una nuova crescita del personale impiegato (+1,3%) che si raggiunge le 625.282 unità, restando tuttavia su livelli inferiori a quelli del 2012.

A livello regionale appare interessante sottolineare come nell'ultimo decennio la riduzione segnalata a livello complessivo interessi soprattutto le regioni del Sud, e in particolare il Molise (-18,4%), la Calabria (-12,8%) e la Sicilia (-7,4%), mentre investe soltanto marginalmente le regioni del Nord e del Centro.

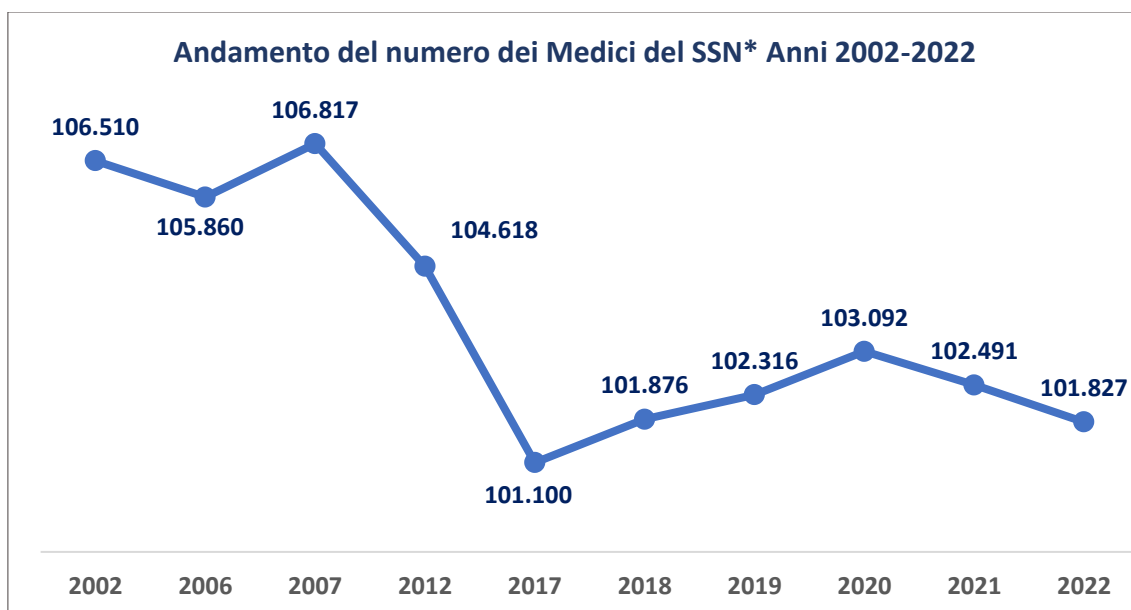
Tabella 12 – Personale del SSN* (totale) nelle regioni italiane
Anni 2012, 2021, 2022. Valori assoluti e variazione % 2022/2012 e 2022/2021

	2012		2021		2022		Var.% 22/12	Var.% 22/21
	V.A	% donne	V.A	% donne	V.A	% donne		
Piemonte	55.770	74,1	53.026	75,4	53.820	75,4	-3,5	1,5
Valle d'Aosta	2.063	68,7	2.115	72,2	2.051	72,6	-0,6	-3,0
Lombardia	90.650	72,8	89.802	74,1	90.059	74,1	-0,7	0,3
Trentino A.A.	16.326	75,1	17.266	75,1	17.310	75,1	6,0	0,3
Veneto	58.336	71,9	60.400	75,2	60.610	75,4	3,9	0,3
Friuli V.G.	17.904	74,2	17.555	75,9	17.978	75,8	0,4	2,4
Liguria	16.041	70,3	14.569	72,7	15.035	73,4	-6,3	3,2
Emilia R.	58.207	73,0	58.998	74,6	59.803	74,5	2,7	1,4
Toscana	49.816	70,9	52.429	73,3	52.309	73,5	5,0	-0,2
Umbria	10.769	65,8	11.360	68,9	11.287	69,4	4,8	-0,6
Marche	18.304	68,1	18.331	71,5	18.330	71,7	0,1	0,0
Lazio	43.713	62,0	42.106	67,3	43.154	67,9	-1,3	2,5
Abruzzo	14.250	61,7	13.526	66,7	13.902	67,6	-2,4	2,8
Molise	3.266	59,5	2.571	63,6	2.665	64,7	-18,4	3,7
Campania	45.708	44,7	42.330	52,3	45.400	54,0	-0,7	7,3
Puglia	36.273	55,9	37.229	61,6	37.120	62,1	2,3	-0,3
Basilicata	6.581	56,6	5.999	60,5	5.931	61,5	-9,9	-1,1
Calabria	20.109	49,0	17.633	54,6	17.539	55,8	-12,8	-0,5
Sicilia	45.196	50,2	40.988	55,3	41.847	55,9	-7,4	2,1
Sardegna	20.431	64,2	19.013	69,2	19.132	70,7	-6,4	0,6
Italia	629.713	65,5	617.246	69,1	625.282	69,5	-0,7	1,3

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

* aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere integrate con SSN e aziende ospedaliere integrate con l'Università

Soffermando l'attenzione sul solo personale medico presente nelle strutture del SSN, e allargando la prospettiva di analisi gli ultimi 20 anni, si registra una complessiva flessione tra il 2002 e il 2022, che vede la riduzione più significativa nel 2017 (quando il numero di medici registra il record negativo di 101.100). Negli ultimi 5 anni il dato risulta invece sostanzialmente stabile, oscillando tra il valore più elevato del 2020 (quando anche l'emergenza sanitaria ha imposto un incremento del personale sanitario, arrivato a 103.092 unità) e quello più basso nel 20200 (101.827), che in ogni caso registra uno scarto di circa 5.000 medici rispetto al valore del 2002.



Concentrando quindi l'attenzione sui dati del breve (2021-2022) e del medio periodo (2012-2022), è possibile rilevare una flessione significativa del numero dei medici sia rispetto al 2012 (-2,7%, pari a 2.800 unità in meno), sia nell'ultimo anno (-0,6%, con una riduzione di 664 medici in 12 mesi).

Le più forti criticità sembrano riguardare ancora una volta le regioni del Sud Italia, con la contrazione più alta in Molise (dove il numero dei medici è diminuito del 21,2% rispetto al 2012 e del 3,6% rispetto al 2021), in Basilicata (-20,1% e -3,7%), in Calabria (-15,2% e -3,4%) e in Campania (-7,6% e -1,7%).

Al Nord la riduzione dei medici del servizio pubblico investe soprattutto la Liguria (-19,7% rispetto al 2012 e -4,6% rispetto al 2021), la Valle d'Aosta (-14% e -2%) e il Piemonte (-6,8% e -1,6%), mentre meno critica appare la situazione nelle regioni del Centro, che, in prospettiva decennale, presentano un incremento del numero dei medici (eccezion fatta per le Marche dove si registra una sostanziale stabilità).

Tabella 13 –MEDICI E ODONTOIATRICI DIPENDENTI del SSN* (totale) nelle regioni italiane. Anni 2012, 2021, 2022. Valori assoluti; 5 donne e var.% 2022/2012 e 2022/2021

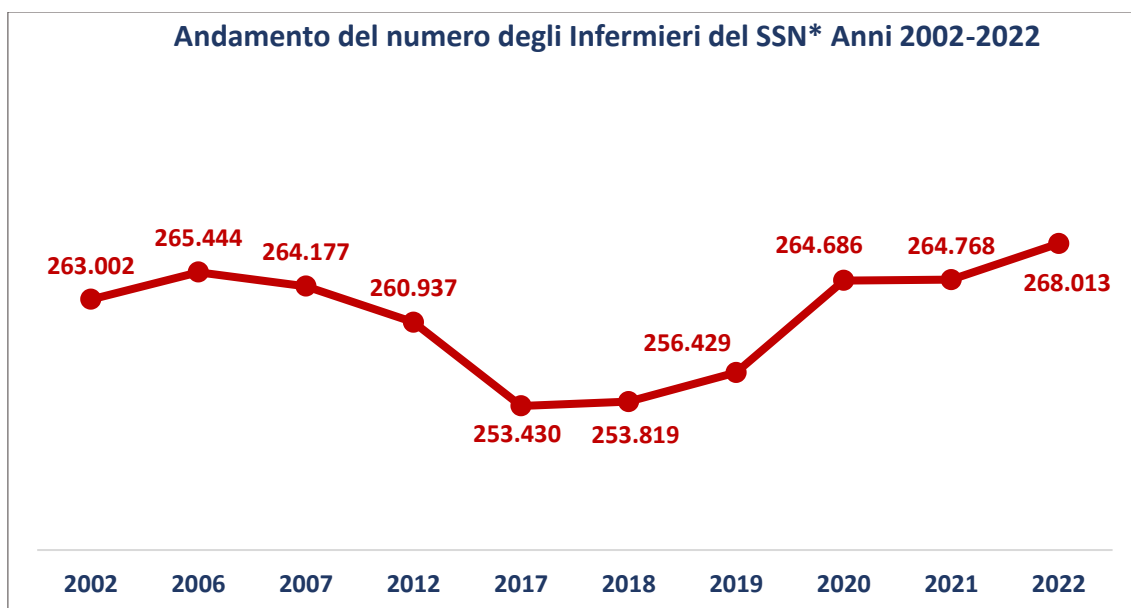
	2012		2021		2022		Var.% 22/12	Var.% 22/21
	V.A	% donne	V.A	% donne	V.A	% donne		
Piemonte	8.621	50,1	8.166	53,2	8.038	53,7	-6,8	-1,6
Valle d'Aosta	343	44,0	301	51,2	295	51,2	-14,0	-2,0
Lombardia	12.878	58,0	13.407	55,3	13.285	56,2	3,2	-0,9
Trentino A.A.	1.879	58,0	2.123	51,6	2.091	52,0	11,3	-1,5
Veneto	7.874	51,5	7.664	51,7	7.677	52,8	-2,5	0,2
Friuli V.G.	2.417	56,7	2.423	56,1	2.431	56,4	0,6	0,3
Liguria	2.500	42,8	2.104	52,6	2.008	53,3	-19,7	-4,6
Emilia R.	8.542	57,5	8.494	56,9	8.504	57,8	-0,4	0,1
Toscana	8.121	58,8	8.691	54,9	8.592	55,6	5,8	-1,1
Umbria	1.945	55,1	1.980	53,0	1.970	54,4	1,3	-0,5
Marche	2.870	54,3	2.897	53,3	2.867	54,3	-0,1	-1,0
Lazio	8.101	55,7	8.368	52,1	8.417	53,6	3,9	0,6
Abruzzo	2.683	54,5	2.726	52,1	2.709	53,9	1,0	-0,6
Molise	538	34,6	440	41,1	424	43,9	-21,2	-3,6
Campania	9.678	38,8	9.096	40,1	8.941	42,0	-7,6	-1,7
Puglia	6.222	48,9	6.413	47,2	6.304	48,3	1,3	-1,7
Basilicata	1.165	33,8	967	40,8	931	42,3	-20,1	-3,7
Calabria	4.017	38,5	3.527	42,8	3.407	45,4	-15,2	-3,4
Sicilia	10.070	41,1	8.856	44,7	8.941	46,3	-11,2	1,0
Sardegna	4.154	58,8	3.848	59,7	3.995	61,2	-3,8	3,8
Italia	104.618	51,0	102.491	51,2	101.827	52,4	-2,7	-0,6

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute * aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere, integrate con SSN e aziende ospedaliere integrate con l'Università

Anche per quanto riguarda il personale infermieristico, il grafico relativo al numero dei dipendenti presso il SSN conferma un decremento nel biennio 2017-2018 (in cui il numero degli infermieri si attesta al di sotto delle 254 mila unità), per salire leggermente nel 2019 (256 mila) e registrare una significativa crescita in corrispondenza dell'emergenza pandemica, con il numero di infermieri salito a 265 mila unità (nel biennio 2020-2021) e a 268 mila unità nel 2022.

Come sopra anticipato, si conferma quindi la crescita del numero degli infermieri, che rappresentano il 60% del personale sanitario impiegato nelle strutture del SSN, caratterizzandosi peraltro per una forte prevalenza della componente femminile (77,8% del totale in Italia nel 2022). Tale incremento si attesta a +2,7% rispetto al 2012 a +1,2% rispetto al 2021 (quando il numero degli infermieri operanti presso strutture del SSN è salito di oltre 3 mila unità).

Andamento del numero degli Infermieri del SSN* Anni 2002-2022



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Tabella 14 – Personale INFERMIERI del SSN* (totale) nelle regioni italiane

Anni 2012, 2021, 2022. Valori assoluti; % donne e var.% 2022/2012 e 2022/2021

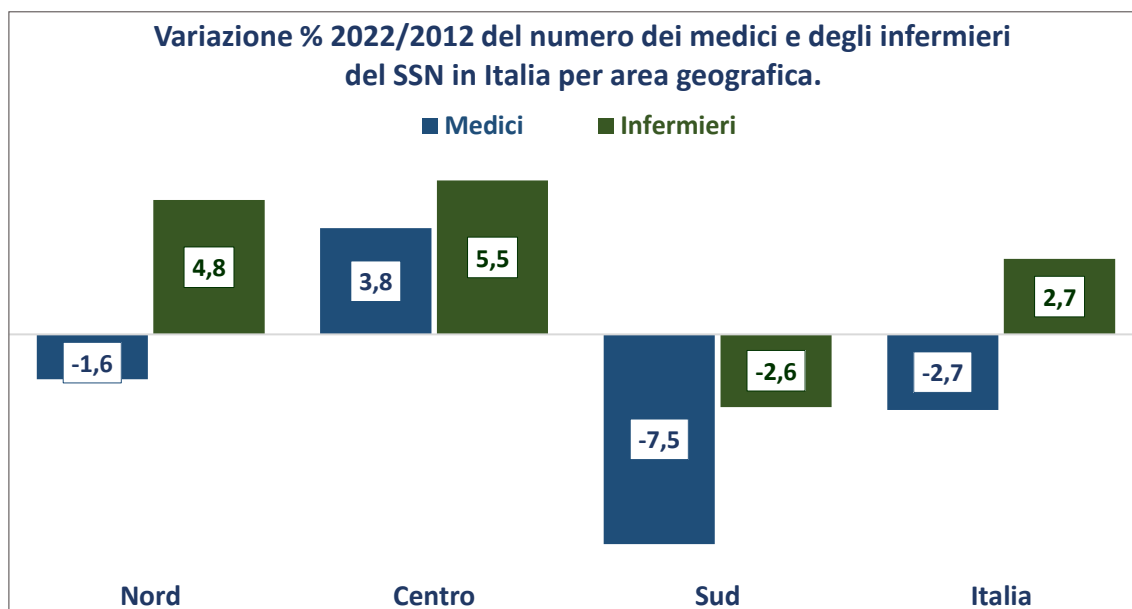
	2012		2021		2022		Var.% 22/12	Var.% 22/21
	V.A	% donne	V.A	% donne	V.A	% donne		
Piemonte	21.792	85,6	21.882	84,2	22.165	84,1	1,7	1,3
Valle d'Aosta	652	91,9	678	88,3	675	88,7	3,5	-0,4
Lombardia	35.578	85,2	37.284	82,3	36.798	82,4	3,4	-1,3
Trentino A.A.	6.100	94,5	6.516	89,8	6.654	86,6	9,1	2,1
Veneto	24.612	89,3	26.739	82,5	26.601	82,6	8,1	-0,5
Friuli V.G.	7.336	83,6	7.537	83,7	7.323	83,8	-0,2	-2,8
Liguria	6.619	81,8	6.240	82,6	6.566	82,5	-0,8	5,2
Emilia R.	24.721	87,4	26.459	80,9	26.798	80,6	8,4	1,3
Toscana	21.461	83,9	22.226	80,5	22.362	80,5	4,2	0,6
Umbria	4.691	86,3	5.224	77,2	5.248	77,2	11,9	0,5
Marche	7.838	82,3	8.031	80,6	8.002	80,6	2,1	-0,4
Lazio	19.789	82,2	20.883	76,9	21.113	77,1	6,7	1,1
Abruzzo	6.291	74,9	5.816	78,1	6.027	78,2	-4,2	3,6
Molise	1.422	74,8	1.328	77,6	1.376	77,3	-3,2	3,6
Campania	19.580	64,1	18.667	62,9	19.829	63,3	1,3	6,2
Puglia	15.280	73,0	15.318	72,2	15.465	72,1	1,2	1,0
Basilicata	2.812	70,0	2.604	74,2	2.646	74,4	-5,9	1,6
Calabria	7.692	62,3	7.017	66,2	7.175	66,8	-6,7	2,3
Sicilia	18.332	56,2	16.754	60,6	17.000	60,6	-7,3	1,5
Sardegna	8.339	79,3	7.565	81,1	8.190	80,7	-1,8	8,3
Italia	260.937	79,9	264.768	77,8	268.013	77,8	2,7	1,2

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute * aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere, integrate con SSN e aziende ospedaliere integrate con l'Università

Coerentemente a quanto emerso, la flessione dei medici su scala decennale (-2,7% tra il 2012 e il 2022) assume caratteri particolarmente critici al Sud (-7,5%), attestandosi su un valore decisamente più contenuto al Nord (-1,6%), mentre risulta in controtendenza il dato del Centro, dove il numero dei medici negli ultimi 10 anni cresce del 3,8%.

Nell'ultimo anno la flessione dello 0,6% rilevata a livello nazionale trova invece conferma in tutte le aree del Paese, attestandosi a -0,8% al Nord, a -0,6% al Sud e a -0,4% al Centro.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, l'aumento osservato in Italia negli ultimi 10 anni (+2,7% tra il 2012 e il 2022) non riguarda il Meridione, dove si registra una significativa flessione (-2,6%), soltanto parzialmente compensata dall'incremento dell'ultimo anno (+3,5%). Aumenta invece il numero degli infermieri nelle altre aree del Paese, con una crescita sul 2012 del 5,5% al Centro (+0,6% nell'ultimo anno) e del +4,8% al Nord (+0,2% nell'ultimo anno).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Tabella 15 – Andamento del numero dei medici e degli INFERMIERI del SSN* in Italia per area geografica. Anni 2012, 2021, 2022. Valori assoluti e var.% 2022/2012 e 2022/2021

	2012		2021		2022		Var.% 22/12		Var.% 22/21	
	Medici	Inferm.	Medici	Inferm.	Medici	Inferm.	Medici	Inferm.	Medici	Inferm.
Nord	45.054	127.410	44.682	133.335	44.329	133.580	-1,6	4,8	-0,8	0,2
Centro	21.037	53.779	21.936	56.364	21.846	56.725	3,8	5,5	-0,4	0,6
Sud	38.527	79.748	35.873	75.069	35.652	77.708	-7,5	-2,6	-0,6	3,5
Italia	104.618	260.937	102.491	264.768	101.827	268.013	-2,7	2,7	-0,6	1,2

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Attraverso i dati Eurostat è inoltre possibile confrontare la dotazione di medici e di infermieri rispetto a quella di alcuni Paesi europei. Analizzando quindi i dati emerge come mentre per quanto riguarda i medici il risultato dell'Italia (410 medici ogni 100 mila abitanti) risulti assolutamente in linea con la media europea, per quanto riguarda gli infermieri, nonostante l'incremento precedentemente rilevato, si registri ancora un forte ritardo. L'Italia conta infatti 621 infermieri ogni 100 mila abitanti, contro una media UE di 850 infermieri ogni 100 mila abitanti, e valori pari ad oltre il doppio nei Paesi più virtuosi, come la Norvegia (1.832), l'Irlanda (1.273) e la Germania (1.203).

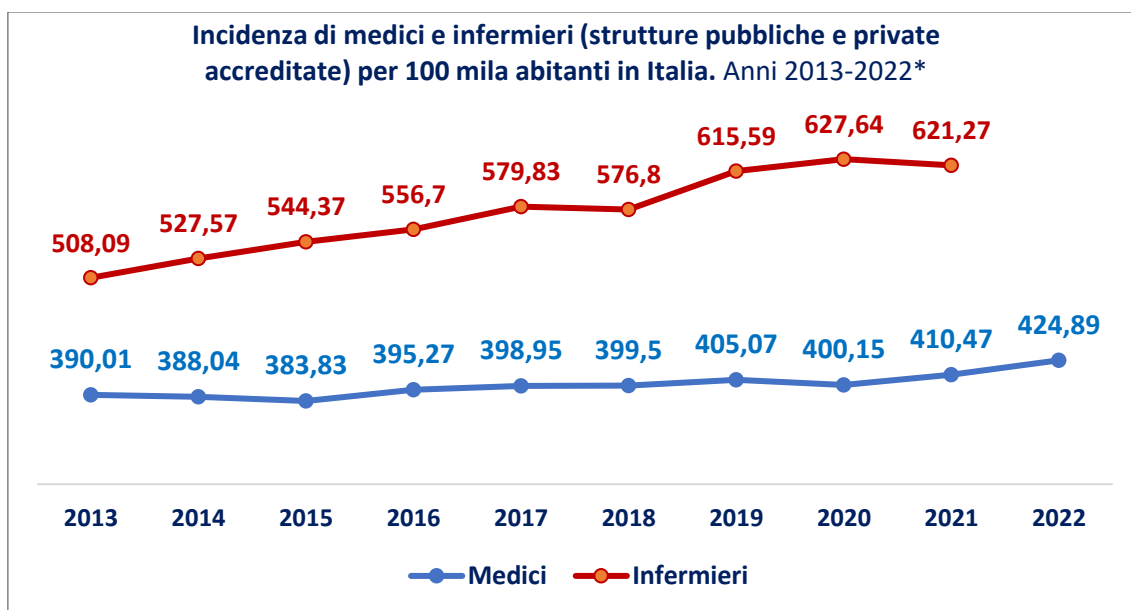
Tabella 16 b – Incidenza di MEDICI e INFERMIERI (attivi nel pubblico e nel privato) per 100 mila abitanti in alcuni Paesi Europei. Anno 2021

	Infermieri	Medici
Norvegia	1.832	516
Irlanda	1.273	402
Germania	1.203	453
Svizzera	1.177	444
Austria	1.060	541
Francia	858	318
Malta	795	434
Spagna	634	449
Italia	621	410
Polonia	568	344
Cipro	498	491
Media UE	850	410

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Eurostat

Diversamente da quanto sopra osservato, focalizzando l'attenzione sull'incidenza di medici e infermieri sulla popolazione residente risultante dai dati Eurostat, che tuttavia includono nell'analisi sia il personale delle strutture pubbliche, sia di quelle private sia delle private accreditate, si registra un andamento complessivamente crescente sia per i medici (che nel 2022 risultano essere 425 ogni 100 mila abitanti, a fronte di 410 nell'anno precedente e di 390 nel 2013) sia per gli infermieri (621 nel 2021, in leggero calo rispetto all'anno precedente, ma in netta crescita rispetto al 2013, quando erano 508 per 100 mila abitanti).

La dinamica sopra osservata sembra certificare chiaramente come il progressivo disimpegno delle politiche pubbliche registrato nell'ambito della sanità, abbia lasciato sempre più spazio all'offerta privata (che, si ricorda, essendo per definizione finalizzata al profitto, non è e non vuole essere né universalistica né accessibile a tutti), in presenza di una forte crescita della domanda dettata dalle trasformazioni demografiche e dai costanti progressi nella ricerca scientifica e nelle possibilità di essere curati.



*I dati relativi al personale infermieristico sono disponibili fino al 2021
 Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Eurostat

Attraverso i dati Eurostat è inoltre possibile confrontare la dotazione di medici e di infermieri rispetto a quella di alcuni Paesi europei. Analizzando quindi i dati emerge come mentre per quanto riguarda i medici il risultato dell'Italia (410 medici ogni 100 mila abitanti) risulti assolutamente in linea con la media europea, per quanto riguarda gli infermieri, nonostante l'incremento precedentemente rilevato, si registri ancora un forte ritardo. L'Italia conta infatti 621 infermieri ogni 100 mila abitanti, contro una media UE di 850 infermieri ogni 100 mila abitanti, e valori pari ad oltre il doppio nei Paesi più virtuosi, come la Norvegia (1.832), l'Irlanda (1.273) e la Germania (1.203).

Tabella 16 b – Incidenza di MEDICI e INFERMIERI (attivi nel pubblico e nel privato) per 100 mila abitanti in alcuni Paesi Europei. Anno 2021

	Infermieri	Medici
Norvegia	1.832	516
Irlanda	1.273	402
Germania	1.203	453
Svizzera	1.177	444
Austria	1.060	541
Francia	858	318
Malta	795	434
Spagna	634	449
Italia	621	410
Polonia	568	344
Cipro	498	491
Media UE	850	410

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Eurostat

In ultimo, attraverso i dati sui Conti Pubblici Territoriali, è possibile dedicare un breve approfondimento all'inquadramento contrattuale dei lavoratori pubblici della sanità. Le informazioni disponibili indicano, a tale riguardo, due dinamiche particolarmente significative: la prima riguarda il forte aumento di contratti atipici anche in questo settore, che sono arrivati a interessare quasi un lavoratore su 10 (complessivamente il 9,4% del totale, a fronte di un'incidenza del 7,3% nel 2020 e del 5,8% nel 2010). In valori assoluti il numero dei lavoratori con contratto "atipico" è passato da 39.959 nel 2010 a 47.734 nel 2020 fino al valore massimo di 62.638 nell'ultimo anno: ciò significa che il ricorso a tale tipologia di contratti è aumentato del 56,8% rispetto al 2010 e del 31,2% nell'ultimo anno.

Il dato di genere indica a tale riguardo una condizione trasversalmente omogenea, con un'incidenza delle dipendenti precarie (9,5% del totale nel 2021) comunque di poco superiore a quella degli uomini (9,2%); allo stesso tempo la crescita del ricorso ai contratti flessibili tra il 2010 e il 2021 risulta tra le lavoratrici leggermente superiore quella degli uomini, con valori pari a +57% tra le prime (da 27.698 contratti flessibili nel 2010 a 43.490 nel 2021) e a +56,2% tra gli uomini (da 12.261 a 19.148 nell'ultimo anno).

Tabella 17 – Lavoratori dipendenti dell'amministrazione Sanità con contratti flessibili in Italia. Anni 2010 e 2017-2021. Valori assoluti, composizione %

	2010		2017		2019		2020		2021	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Uomini	12.261	30,7	13.770	31,2	12.280	30,8	14.682	30,8	19.148	30,6
Donne	27.698	69,3	30.356	68,8	27.595	69,2	33.052	69,2	43.490	69,4
Totale	39.959	100,0	44.126	100,0	39.875	100,0	47.734	100,0	62.638	100,0

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Conti Pubblici Territoriali

Tabella 18 – Lavoratori dipendenti dell'amministrazione Sanità con contratti flessibili in Italia. Anni 2010 e 2017-2021. Incidenza % sul totale dipendenti

	2010	2017	2019	2020	2021
Uomini	5,0	6,4	5,9	7,0	9,2
Donne	6,3	7,1	6,3	7,4	9,5
Totale	5,8	6,9	6,2	7,3	9,4

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Conti Pubblici Territoriali

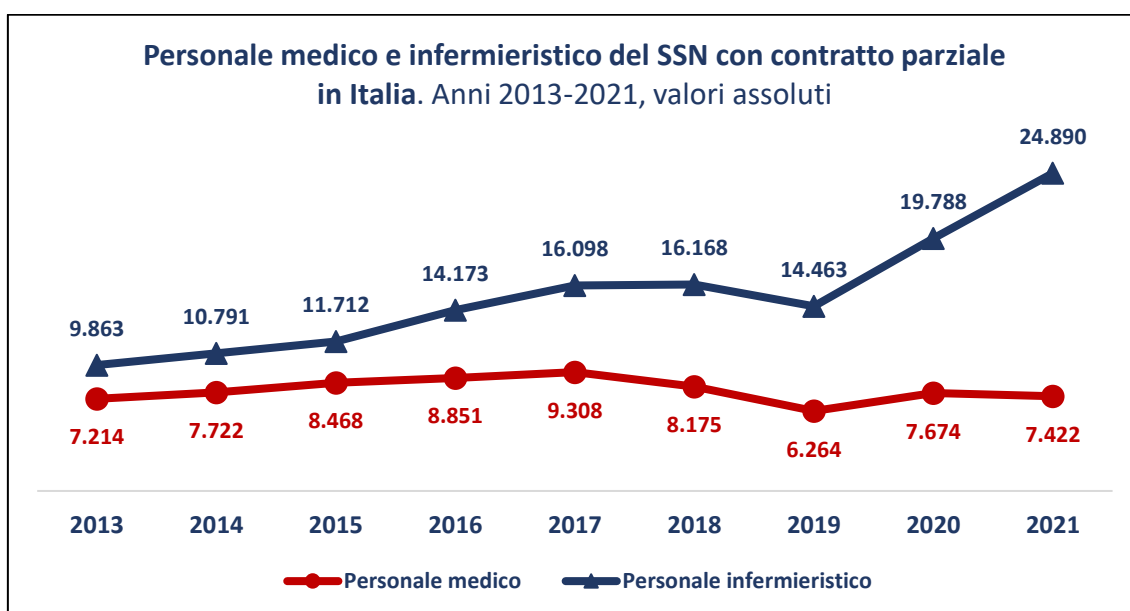
Quanto appena osservato trova riscontro anche svolgendo un approfondimento in riferimento al personale medico e infermieristico impiegato presso il Sistema Sanitario Nazionale. Anticipando, i dati mostreranno come l'incremento di lavoratori precedentemente osservato tra gli infermieri sia frutto, innanzitutto, del ricorso a forme di contratto atipiche, che incidono negativamente sulla qualità del lavoro, comportando altresì un ulteriore deterioramento nella qualità dell'offerta sanitaria pubblica.

Prima di prendere in considerazione i dati è opportuno premettere che la base statistica utilizzata dal Ministero della Sanità è rappresentata dal Conto Annuale del MEF, risultando, pertanto, non pienamente confortabili con quelli precedentemente analizzati. Ciò premesso, nel 2021 il personale medico inquadrato con contratto flessibile risulta pari a 7.422 unità, un vale che sale a circa 25 mila unità tra gli infermieri.

Tabella – Personale medico e infermieristico del SSN con rapporto di lavoro flessibile in Italia
Anni 2013-2021, valori assoluti

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Medici	7.214	7.722	8.468	8.851	9.308	8.175	6.264	7.674	7.422
Infermieri	9.863	10.791	11.712	14.173	16.098	16.168	14.463	19.788	24.890
Totale	17.077	18.513	20.180	23.024	25.406	24.343	20.727	27.462	32.312

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute.

Disaggregando i dati per tipologia contrattuale, inoltre, emerge come nel periodo 2017-2021 i medici con contratti flessibili calano del 20,3%, di contro a un incremento del 2,6% per quanto riguarda i dipendenti con contratto a tempo indeterminato; per quanto riguarda il personale infermieristico, invece, nello stesso periodo si segnala un forte incremento di lavoratori precari, che mostrano una crescita del 60,3%, valore che scende al 5,7% per quanto riguarda i lavoratori a tempo indeterminato. Quanto appena osservato trova ulteriore riscontro allargando l'arco temporale di osservazione: rispetto al 2013, infatti, il personale infermieristico precario cresce del 152,4%, laddove quello a tempo indeterminato segnala un risultato decisamente più esiguo, pari al +3,2%.

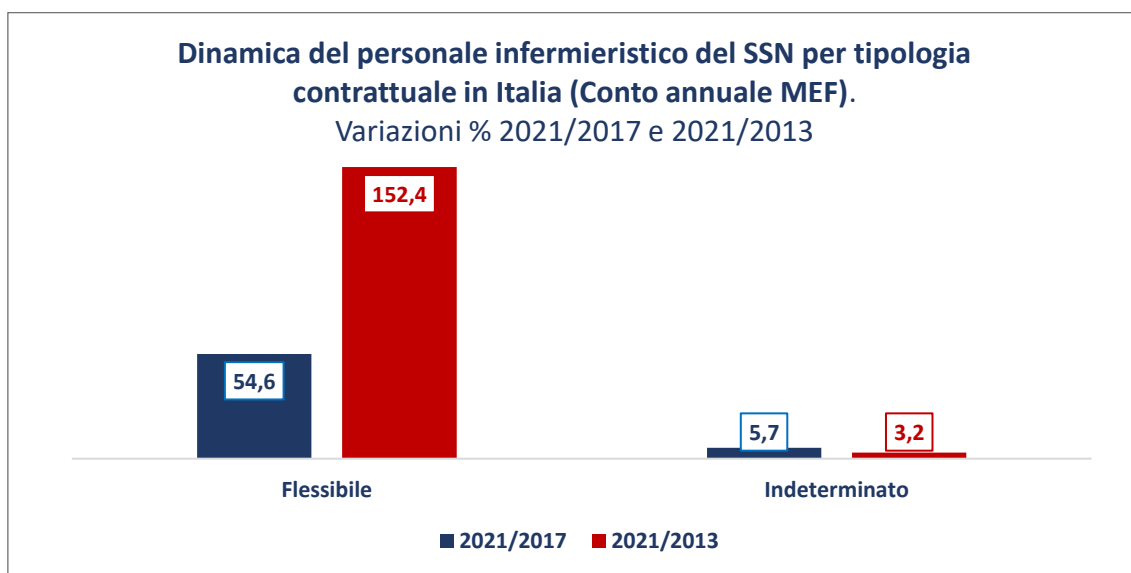
La propensione alla precarizzazione del personale sanitario trova riscontro, adottando questa prospettiva temporale, anche in riferimento al personale medico, che, rispetto al

2013, segnala una sostanziale stabilità tra i lavoratori stabili (+0,1%) e un incremento del 2,9% per quanto riguarda i dipendenti con contratti flessibili.

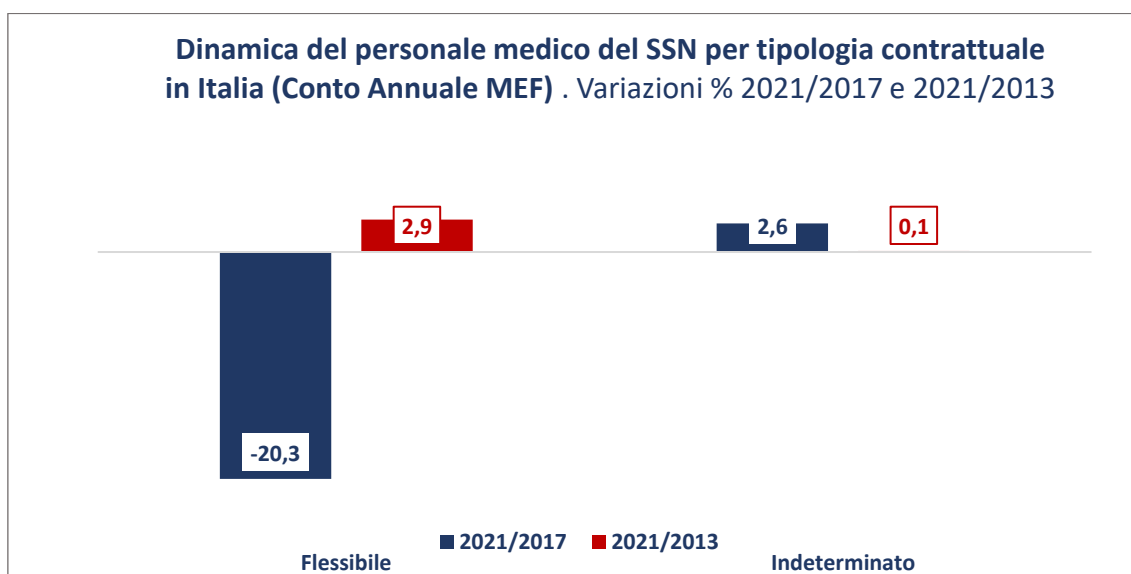
Tabella – Dinamica del personale medico e infermieristico del SSN per tipologia contrattuale in Italia. Variazioni % 2021/2017 e 2021/2013

Personale Medico	Var.% 21/17	Var. % 21/13
Flessibile	-20,3	2,9
Indeterminato	2,6	0,1
Personale Infermieristico	Var.% 21/17	Var. % 21/13
Flessibile	54,6	152,4
Indeterminato	5,7	3,2

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

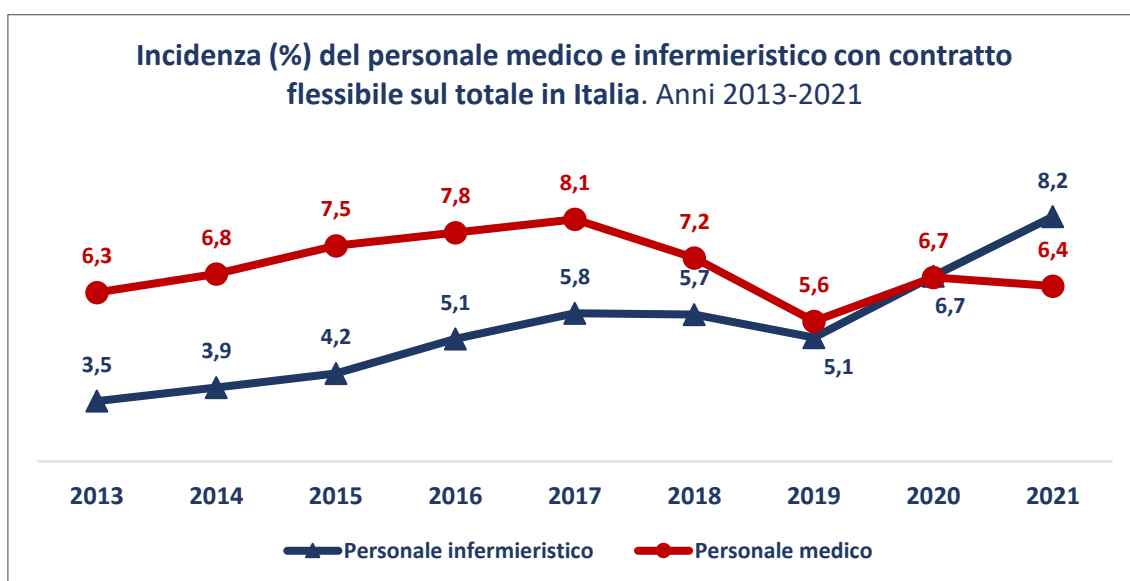


Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

In forza degli andamenti descritti, l'incidenza della componente precaria sul totale del personale medico e infermieristico mostra andamenti eterogenei: per quanto riguarda i medici, infatti, nel quinquennio 2013-2017 si osserva una crescita costante, che porta la componente del lavoro flessibile passare dal 6,3% del 2013 all'8,1% nel 2017, per poi scendere al 5,6% nel 2019 e al 6,4% nel 2021. La percentuale dei precari nel personale infermieristico risulta invece in continua crescita (con l'eccezione del 2019), raggiungendo nel 2021 l'8,2% del totale relativo, con una crescita di 4,7 punti percentuali il valore del 2013 (3,5%).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Un ultimo approfondimento relativo al personale impiegato nella sanità e in particolare ai medici, riguarda la fascia di età. Analizzando i dati Eurostat relativi alla totalità dei medici italiani (che, si ricorda, include l'insieme del personale del servizio sanitario nazionale, delle strutture private e delle private accreditate), emerge come nel 2022 ben il 54,1% dei medici abbia almeno 55 anni (il valore più alto in Europa), a fronte del 44,5% in Francia, del 44,1% in Germania e di appena il 32,7% in Spagna.

Al di là della difficoltà di mantenere adeguati standard qualitativi delle prestazioni in età anziana, il tema dell'eleva età media dei medici italiani si lega a quello del mancato turn over e, contestualmente, al rischio concreto di non riuscire a sostituire i medici che nell'arco di pochi anni andranno in pensione.

Il limitato numero di laureati in medicina in Italia, circa 13mila all'anno, risulta infatti inferiore a quello del numero di borse di studio disponibili, con l'effetto che oltre un quarto delle borse di studio per la specializzazione previste nel 2023 non è stato assegnato per mancanza di candidati. Eppure le politiche del "numero chiuso" certamente derivanti da logiche che nulla hanno a che vedere con il bisogno di professionalità in questo settore, continuano a dominare le scelte formative in Italia,

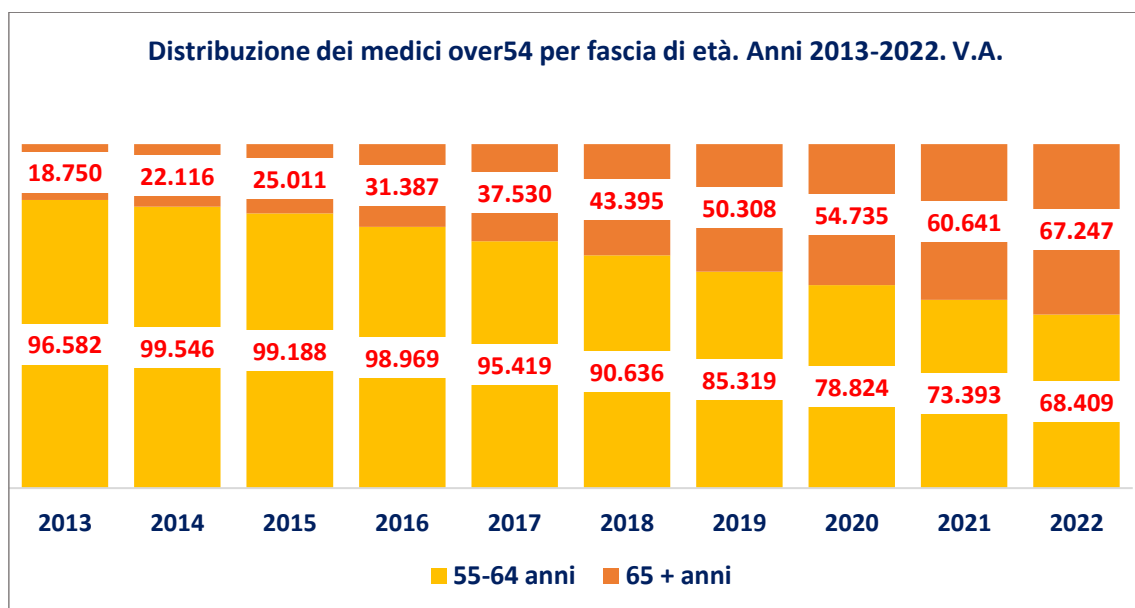
continuando ad alimentare una dinamica distorsiva che sembra favorire soltanto alcune rendite di posizione e, meno che mai, la domanda di cure e servizi della popolazione.

Approfondendo i dati di fonte Eurostat, appare significativo rilevare come nel 2022 siano oltre 67 mila i medici di 65 o più anni, con un incremento del 10,9% rispetto al 2021 e del 259% rispetto al 2013 (quando i medici “anziani” erano 18.750). Contestualmente nella fascia anagrafica di “55-64 anni”, il numero dei medici decresce del 6,8% rispetto al 2021 e del 29,2% rispetto al 2013 (così come decresce, in misura assai più consistente, il numero dei medici nelle fasce anagrafiche inferiori). Anche in termini relativi, l’incidenza delle diverse fasce anagrafiche risulta decrescente per quanto riguarda la più “giovane” (55-64 anni), passata in 10 anni dal 41,1% al 27,3%, mentre sale in misura significativa il “peso” della classe successiva (65+ anni), che sale dall’8% al 26,8% (+18,8 punti percentuali).

Tabella 19 – MEDICI over 54 in base alla fascia di età. Valori assoluti, percentuali e variazioni % e differenze tra il 2022 e il 2021 e tra il 2022 e il 2013.

	Valori assoluti							Var.%	
	2013	2017	2018	2019	2020	2021	2022	22/21	22/13
55-64	96.582	95.419	90.636	85.319	78.824	73.393	68.409	-6,8	-29,2
65+ anni	18.750	37.530	43.395	50.308	54.735	60.641	67.247	10,9	258,7
55+ anni	115.332	132.949	134.031	135.627	133.559	134.034	135.656	1,2	17,6
	Valori %							Differenze	
	2013	2017	2018	2019	2020	2021	2022	22-21	22-13
55-64	41,1	39,5	37,7	35,3	33,1	30,2	27,3	-2,9	-13,8
65+ anni	8	15,5	18,1	20,7	23	24,9	26,8	1,9	18,8
55+ anni	49,1	55,0	55,8	56,1	56,2	55,2	54,1	-1,1	5,0

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Eurostat



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Eurostat

5. Le prestazioni erogate in regime “intramoenia”

Principali evidenze emerse

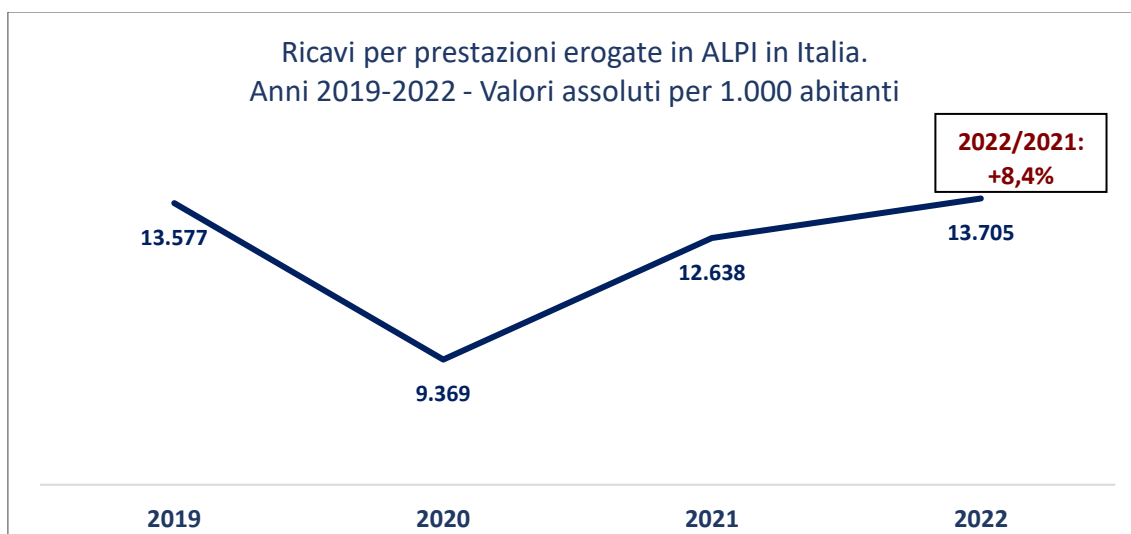
- *I ricavi derivanti dalle prestazioni intramoenia hanno raggiunto nel 2022 un valore (stimato) di 1,18 miliardi di euro, pari a 20 euro per abitante, il valore più alto dal 2016.*
- *Le prestazioni in intramoenia, che rappresentano il 7,7% delle prestazioni totali erogate nel 2022, crescono in misura di oltre quattro volte superiore rispetto a quelle in attività istituzionale (+16,7% contro +3,7%).*
- *Si segnala in numerosi casi un ricorso totalmente improprio alle prestazioni in ALPI, che, in diverse regioni, arrivano a eguagliare o superare quelle in attività istituzionale in particolare nell’area della ginecologia.*

Al di là del dato relativo alla spesa “out of pocket” delle famiglie, una distorsione del sistema universalistico dell’offerta pubblica si riscontra anche osservando i dati relativi all’attività intramuraria che, pur considerando l’intenzione di alleggerire le liste d’attesa, ha finito per costituire un ulteriore elemento di differenziazione nell’accesso alle cure dei cittadini italiani.

A tale riguardo occorre premettere che ad oggi i dati disponibili in relazione all’attività intramuraria risultano aggiornati al 2022 per alcuni gruppi di informazioni, mentre per altri sono fermi al 2021. All’interno del presente lavoro saranno pertanto analizzati, dove possibile, i dati relativi al 2022, senza tuttavia rinunciare ai diversi approfondimenti su fenomeni e aspetti la cui misurazione è ancora ferma al 2021.

Ciò premesso, nel 2022, i ricavi delle prestazioni intramurarie si sono attestati, secondo le informazioni estratte dal Rapporto Agenas di Monitoraggio, a 13.705 euro ogni 1.000 abitanti, con una crescita dell’8,4% rispetto al valore del 2021 (12.638) e del 46% rispetto al 2020 (9.369 euro per 1.000 abitanti), dove però il dato era condizionato dagli eventi pandemici.

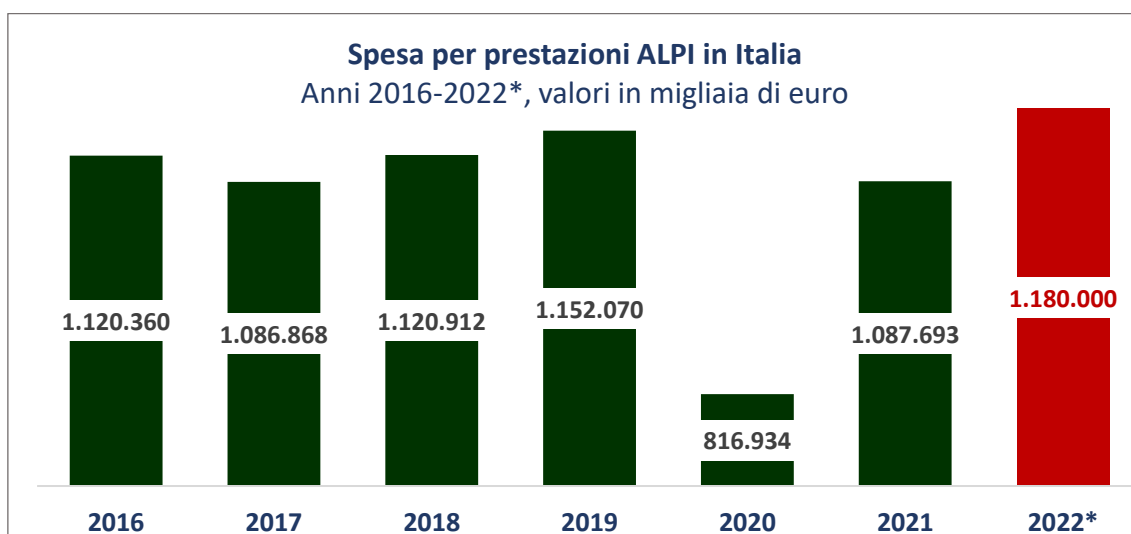
Il trend di crescita di crescita si conferma in ogni caso anche rispetto al periodo pre-pandemico, risultando il valore del 2022 superiore a quello del 2019 (13.577).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

Più dettagliate risultano le informazioni relative ai ricavi delle prestazioni intramurarie contenute nel Rapporto annuale del Ministero della Salute che, tuttavia, sono disponibili fino al 2021, anno in cui i ricavi delle prestazioni intramurarie si sono attestati a 1,09 miliardi di euro. Applicando tuttavia a quest'ultimo indicatore il "tasso di crescita" precedentemente evidenziato per i ricavi per 1.000 abitanti, la spesa complessivamente sostenuta dalle famiglie per le prestazioni ALPI raggiungerebbe nel 2022 in Italia la cifra di 1,18 miliardi di euro (+100 milioni sull'anno precedente), ovvero il valore più elevato dal 2016.

In chiave dinamica, dopo la brusca frenata del 2020 causata dalla pandemia (con un valore pari a 817 milioni di euro, pari a -29,1% sul 2019), il 2021 ha infatti segnato un deciso incremento della spesa per prestazioni ALPI, tornando su livelli soltanto leggermente inferiori alla media del periodo (pari a 1,120 miliardi tra il 2016 e il 2019), per registrare un ulteriore aumento nel 2022.



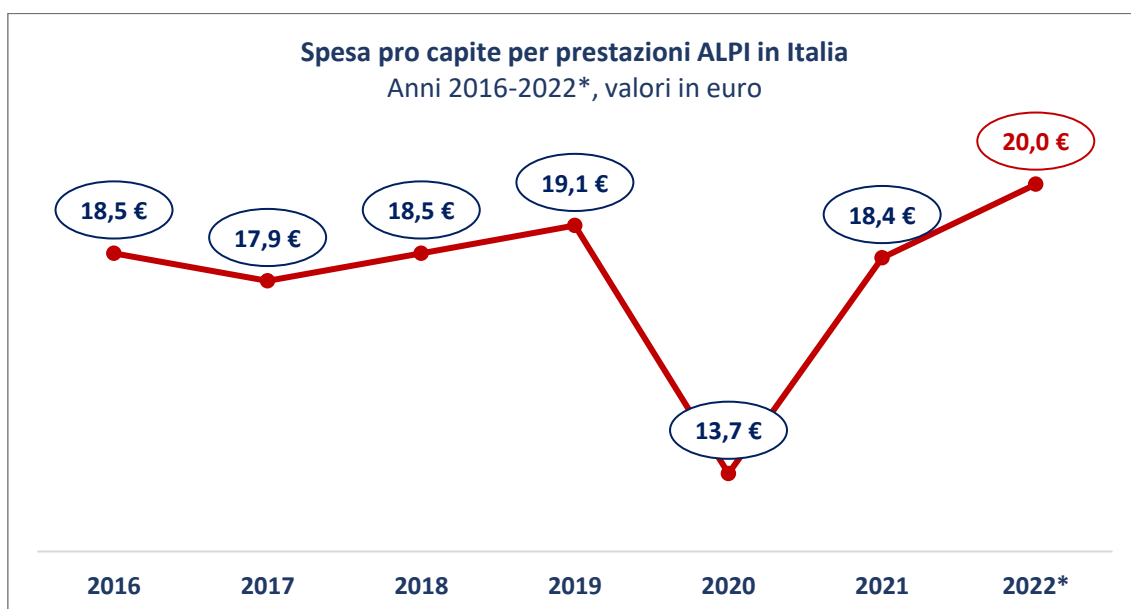
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute - Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria * Stima

Tabella 6 – Variazioni % della spesa per prestazioni ALPI in Italia del 2021 e del 2022 rispetto all'anno precedente e al 2016. Anni 2016-2022*

	Variazioni 2021		Variazioni 2022*	
	2021/20	2021/16	2022*/21	2022*/16
Totale ricavi	33,1	-2,9	8,5	5,3

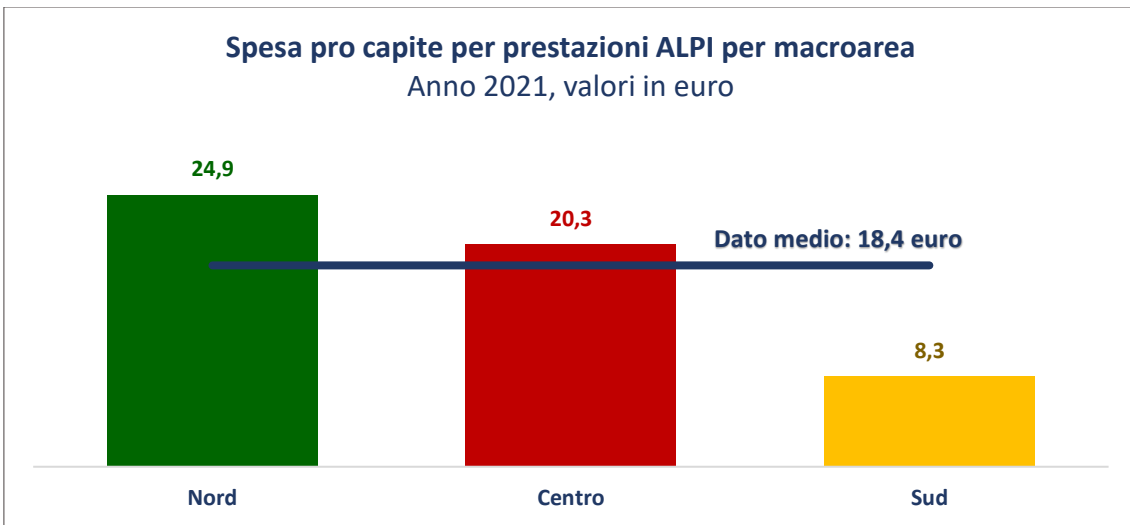
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute - Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria *Valore stimato

Coerentemente la spesa pro capite per prestazioni intramoenia, che nel 2021 si è attestata a 18,4 euro (+4,7 euro rispetto ai 13,7 euro del 2020), raggiungerebbe nel 2022 il valore più alto di 20 euro per abitante, superando anche la spesa media sostenuta da ogni abitante nel periodo pre pandemico (pari a 18,5 euro).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute - Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria *Valore stimato

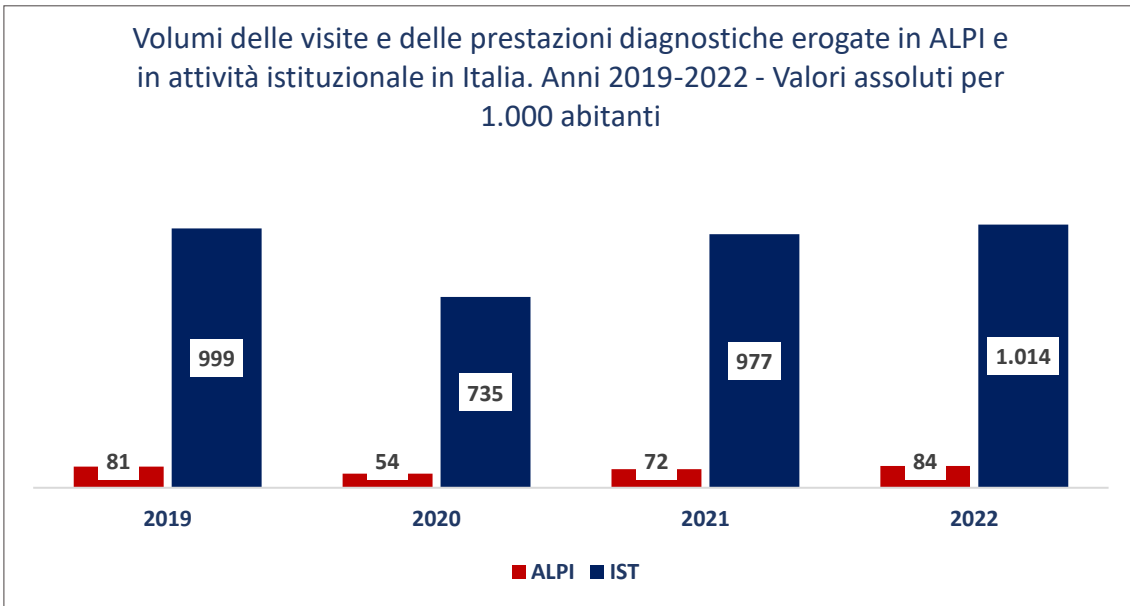
Considerando i valori consolidati relativi al 2021 per macroarea territoriale appare evidente come al Nord, dove, come già precedentemente osservato, la spesa delle famiglie è maggiore, la spesa media salga a 25 euro per abitante, attestandosi a 20,3 euro tra le regioni del Centro e scendendo in misura rilevante nel Mezzogiorno, dove risulta pari a 8,3 euro pro capite. Quest'ultimo dato, letto unitamente a quello relativo alla spesa per la salute di fonte Istat, certifica come per i cittadini meridionali – e più in generale per quelli in condizioni più svantaggiate – la dismissione della sanità pubblica equivalga al venir meno del diritto alle cure e come, dunque, per alcune fasce della popolazione l'art. 32 della Costituzione italiana rischi di non trovare, di fatto, piena applicazione.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

La struttura e la dinamica della spesa sopra osservata si correla direttamente al numero delle prestazioni erogate in ALPI, i cui volumi aiutano a comprendere come l'obiettivo di migliorare l'efficienza del servizio sanitario e di ridurre le liste d'attesa abbia generato distorsioni e nuove criticità sempre più radicate nella gestione delle prenotazioni e nell'erogazione dei servizi.

I dati Agenas confermano infatti un incremento delle prestazioni erogate in ALPI, salite al valore massimo di 84 ogni 1.000 abitanti nel 2022, a seguito del decremento registratosi nel 2020 anno in cui il valore era sceso a 54.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

Analizzando i volumi delle visite e delle prestazioni diagnostiche erogate in ALPI e in attività istituzionale a livello regionale si rileva come siano soprattutto le regioni del Centro-Nord a registrare una incidenza di prestazioni ALPI superiore alla media nazionale

(pari al 7,7%). In particolare nelle Marche il 12,8% delle prestazioni erogate avviene in regime intramoenia, valore che si attesta al 12,1% in Valle d'Aosta, superando il 10% anche in Toscana (10,9%) e in Friuli Venezia Giulia (10,2%). Sul fronte opposto, a presentare l'incidenza più bassa di prestazioni ALPI sono la Puglia (4,4%), il Molise (5%) e la Sardegna (5,2%).

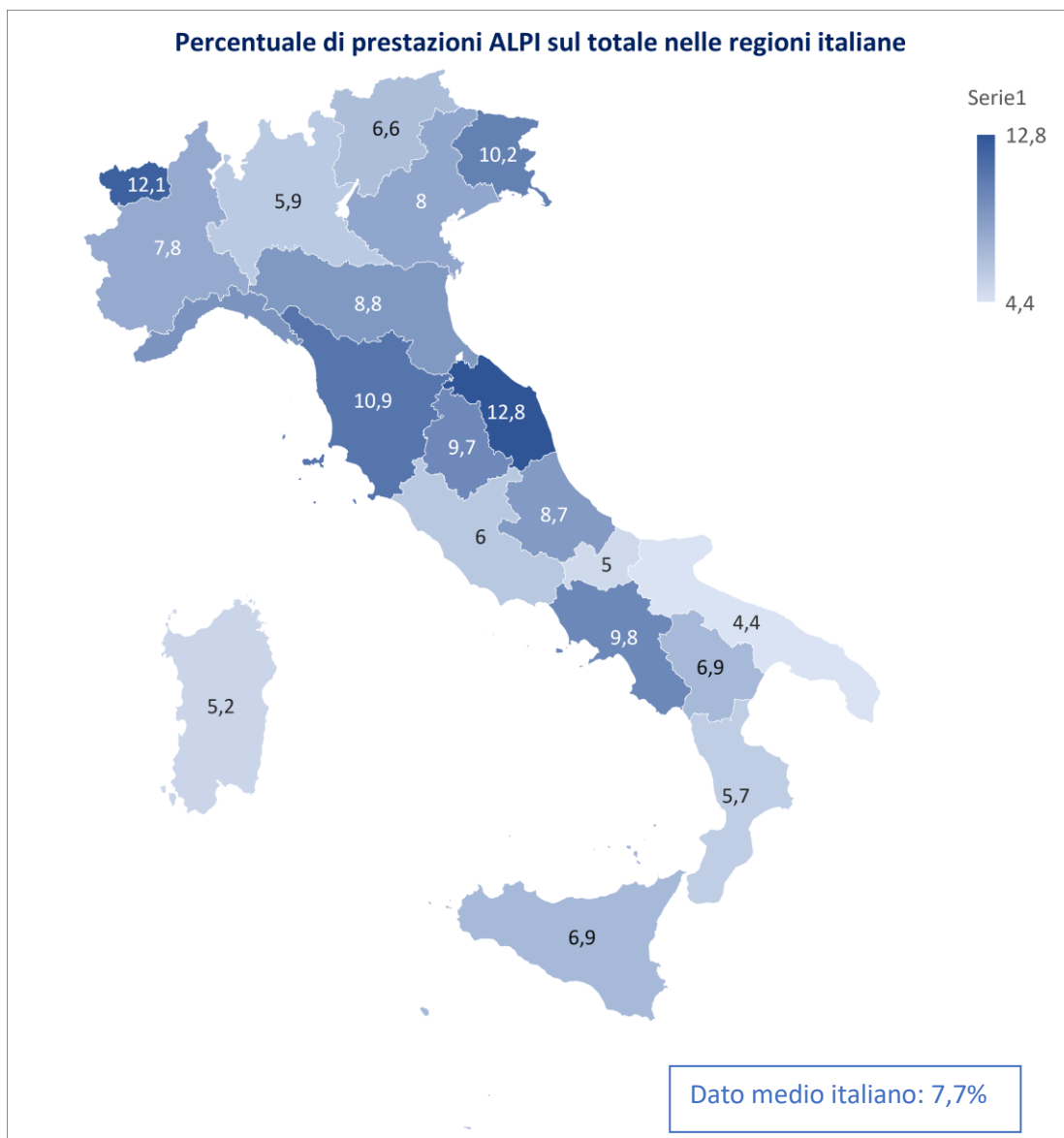


Tabella - Volumi delle visite e delle prestazioni diagnostiche erogate in ALPI e in attività istituzionale per regione. Anno 2022, valori assoluti e incidenza %

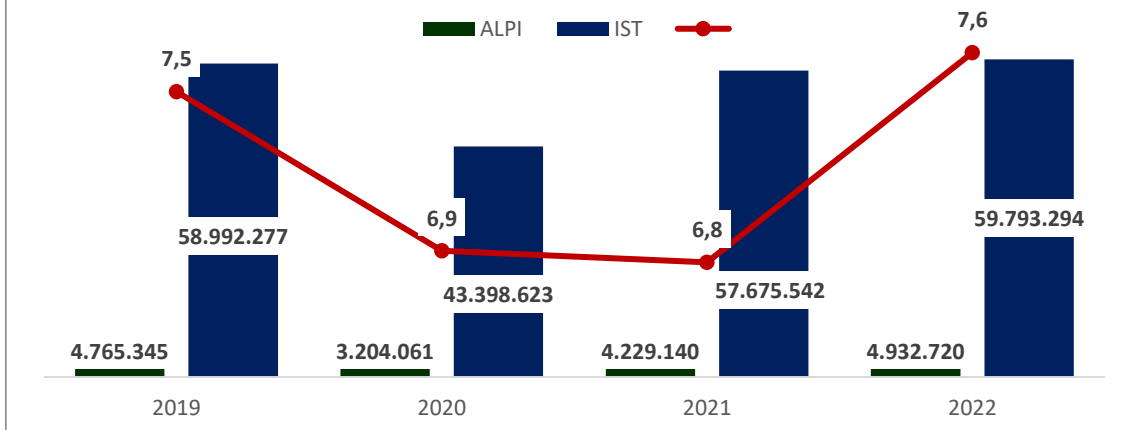
	2022		
	ALPI	IST	% ALPI
Val d'Aosta	18	131	12,1
Liguria	157	1.564	9,1
Lombardia	776	12.270	5,9
Piemonte	370	4.388	7,8
Trentino A. A.	114	1616	6,6
Veneto	504	5.817	8,0
Friuli V. G.	167	1.477	10,2
Emilia R.	659	6.850	8,8
Toscana	520	4.268	10,9
Umbria	92	852	9,7
Marche	192	1.304	12,8
Lazio	314	4.881	6,0
Abruzzo	96	1.007	8,7
Molise	11	209	5,0
Campania	388	3.588	9,8
Puglia	161	3.523	4,4
Basilicata	40	538	6,9
Calabria	43	711	5,7
Sicilia	256	3.475	6,9
Sardegna	75	1.373	5,2
Italia	4.959	59.857	7,7

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

In termini dinamici, sebbene le prestazioni in regime di intramoenia confermino un peso percentuale inferiore all'8% rispetto a quelle istituzionali in tutte le annualità considerate, la loro crescita risulta significativamente più importante rispetto a quella rilevata per le prestazioni istituzionali.

In Italia infatti nel 2022 i volumi delle visite e delle prestazioni diagnostiche erogate in ALPI risultano pari a 4,93 milioni (84 ogni 1000 abitanti), registrando una crescita del 16,7% rispetto alle 4,22 milioni di prestazioni registrate nel 2021, mentre quelle in attività istituzionale presentano un incremento del 3,7%, attestandosi a 59,8 milioni (1.014 ogni mille abitanti) a fronte di 57,7 milioni nel 2021.

Trend dei volumi di prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI e in attività istituzionale. Anni 2019-2022 - Valori assoluti



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

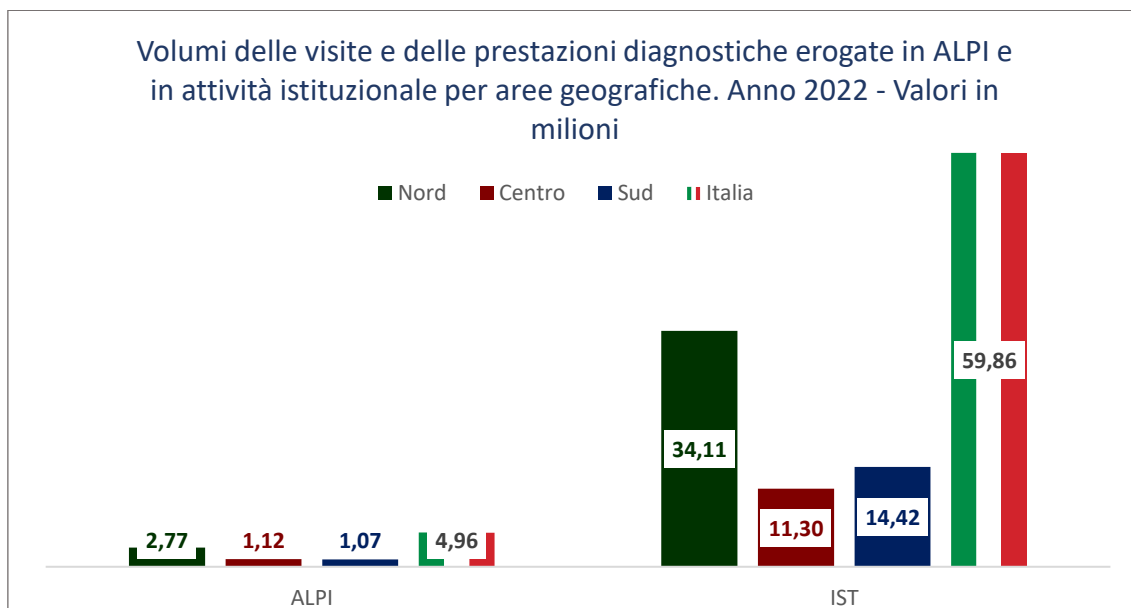
Tabella - Volumi delle visite e delle prestazioni diagnostiche erogate in ALPI e in attività istituzionale per regione. Anni 2019-2022 - Valori assoluti per 1.000 abitanti

	2019		2020		2021		2022	
	ALPI	IST	ALPI	IST	ALPI	IST	ALPI	IST
Val d'Aosta	130	1.176	108	743	138	860	148	1.060
Liguria	115	1.328	75	857	102	911	104	1.036
Lombardia	85	732	54	467	74	1.195	78	1.234
Piemonte	95	1.248	68	829	88	970	87	1.031
Trentino A. A.	208	2.874	140	2097	140	2520	211	3017
Veneto	104	1.208	68	1.013	90	1.161	104	1.200
Friuli V. G.	134	1.281	116	976	113	1.159	140	1.236
Emilia R.	142	1.721	100	1.228	136	1.506	149	1.548
Toscana	150	1.320	106	1.018	141	1.219	142	1.165
Umbria	107	1.266	48	686	82	946	107	992
Marche	152	1.123	97	775	117	812	129	877
Lazio	52	755	36	619	49	799	55	854
Abruzzo	78	873	40	519	68	753	75	789
Molise	114	974	9	184	25	686	37	715
Campania	25	640	19	739	22	773	69	638
Puglia	49	1.051	33	702	33	783	41	898
Basilicata	72	1.012	49	898	72	1.069	73	994
Calabria	9	193	5	135	10	178	23	383
Sicilia	33	792	24	580	37	654	53	719
Sardegna	47	1.231	26	652	45	919	47	865
Italia	81	999	54	735	72	977	84	1.014

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

In valori assoluti, il Nord registra il numero di visite e di prestazioni diagnostiche più elevato sia per quanto riguarda quelle erogate in ALPI (2,77 milioni), sia per quanto riguarda quelle erogate in attività istituzionale (34,1 milioni).

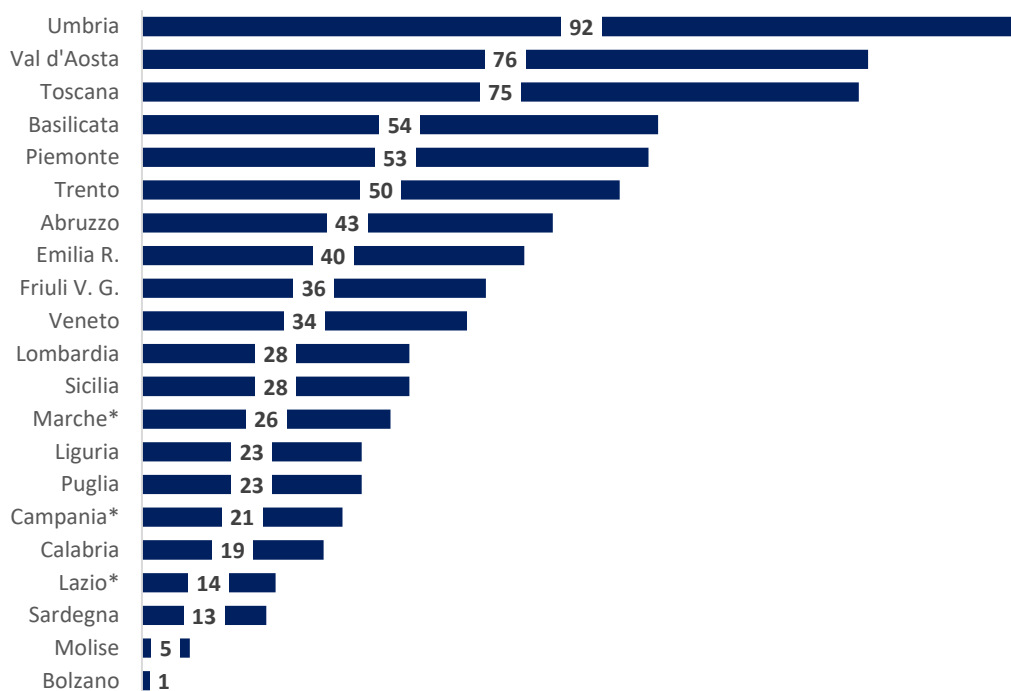
Il Sud presenta 14,4 milioni di prestazioni erogate in attività istituzionali e il valore più basso di quelle erogate in intramoenia (1,07 milioni) e il Centro 1,12 milioni di prestazioni intramoenia e 11,30 milioni di prestazioni in attività istituzionale.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

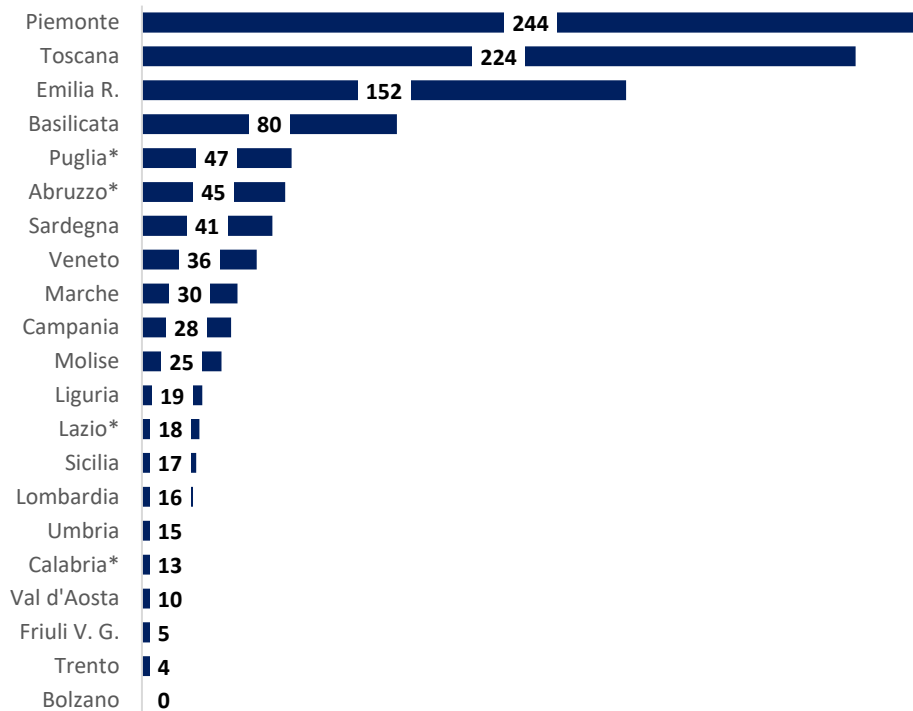
Le tavole che seguono, che riportano i dati Agenas sulle prestazioni erogate in cinque specializzazioni a livello regionale, evidenziano l'effetto distorsivo generato dall'introduzione della possibilità di usufruire di prestazioni in ALPI, rilevando in alcuni casi addirittura una prevalenza di prestazioni erogate in regime intramoenia.

Visite Ginecologiche erogate in ALPI ogni 100 erogate in regime ISTITUZIONALE per egione. Anno 2022



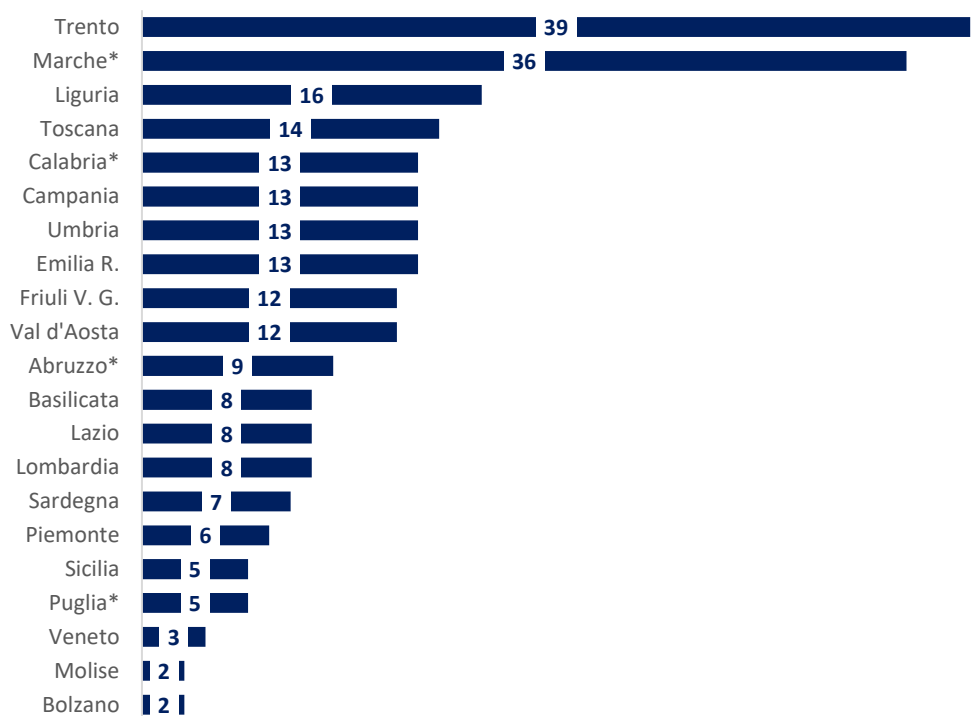
*dati aggiornati al 2021 - Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

Ecografie Ginecologiche erogate in ALPI ogni 100 erogate in regime ISTITUZIONALE per regione. Anno 2022. Valori %



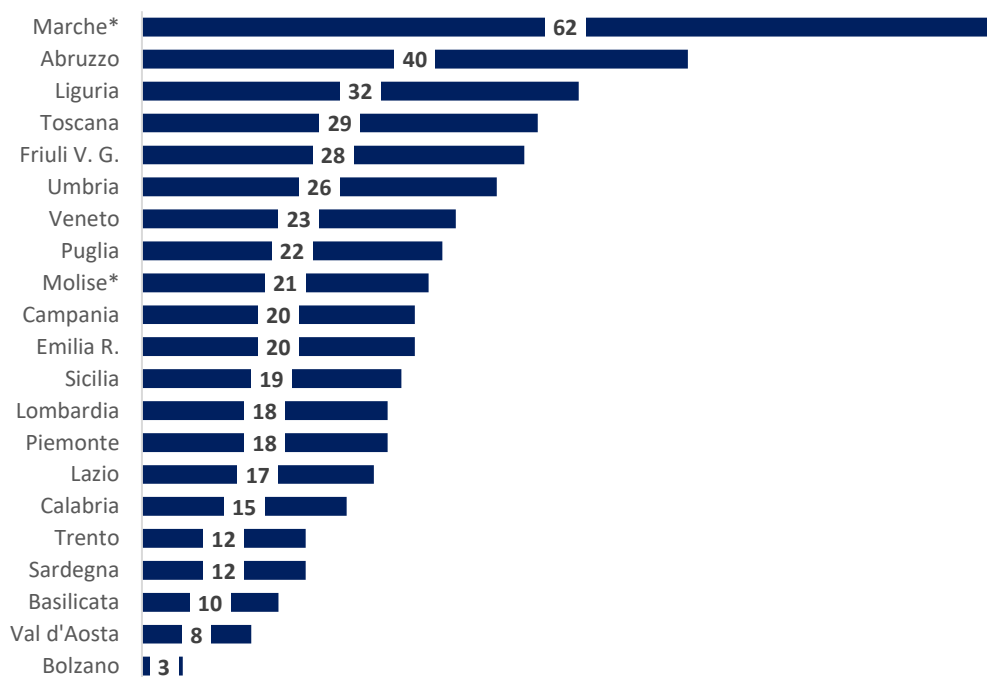
*dati aggiornati al 2021 - Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

Elettrocardiogramma erogati in ALPI ogni 100 erogati in regime ISTITUZIONALE per regione. Anno 2022



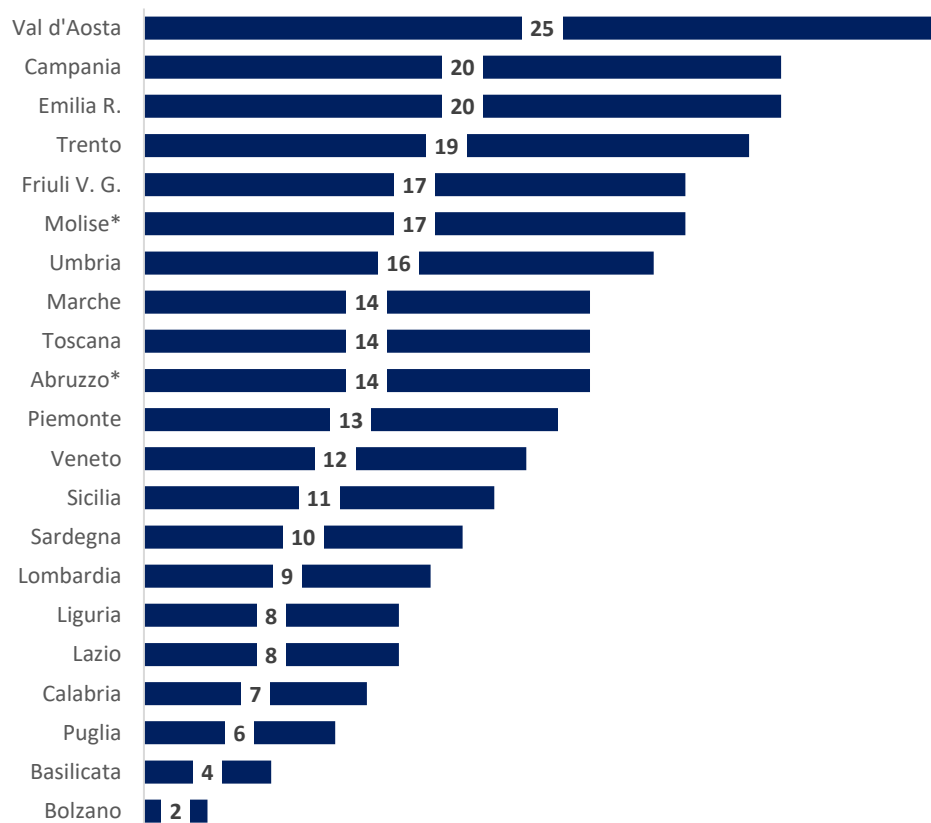
*dati aggiornati al 2021 - Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

Visite Gastroenterologiche erogate in ALPI ogni 100 erogate in regime ISTITUZIONALE per regione. Anno 2022



*dati aggiornati al 2021 - Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

Visite Ortopediche erogate in ALPI ogni 100 erogate in regime
ISTITUZIONALE per regione. Anno 2022



*dati aggiornati al 2021

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AGENAS

6. La mobilità sanitaria interregionale

Principali evidenze emerse

- *Nel 2022 sono circa 18,6 milioni le prestazioni specialistiche ambulatoriali ricevute “in mobilità” (cioè presso strutture di regioni diverse da quella di residenza), mentre risultano essere 629 mila quelle per assistenza ospedaliera.*
- *La disaggregazione territoriale evidenzia come i principali flussi “migratori” sanitari avvengano da Sud verso Nord: per la mobilità ospedaliera, il Sud presenta un saldo negativo pari a -173 mila unità, in larga misura assorbito dalle strutture del Nord (+145 mila). Analogamente, per la mobilità specialistica ambulatoriale si rileva un saldo negativo di -5,35 milioni di prestazioni al Sud contro +3,52 milioni al Nord.*
- *Una così forte mobilità contribuisce a drenare risorse economiche dal Sud al Nord: il saldo della mobilità ospedaliera vede per le regioni del Nord un risultato positivo di 744 milioni di euro, mentre è pari a +133,2 milioni quello relativo alle prestazioni ambulatoriali; sul fronte opposto, il Meridione registra saldi negativi pari, rispettivamente a -773 e a -177,6 milioni di euro.*

Ricevere assistenza sanitaria anche in una regione differente da quella di residenza è un diritto di ogni cittadino, ad oggi ancora gratuitamente garantito dal sistema pubblico nazionale universalistico (pur con tutti i limiti e le criticità in più occasioni segnalate all'interno del presente Rapporto). Le ragioni che possono spingere un cittadino a ricevere una prestazione sanitaria in una regione in cui non risiede sono varie, si può parlare infatti di diverse tipologie di mobilità: la mobilità apparente, che riguarda le prestazioni erogate a cittadini che si sono trasferiti in una regione per ragioni di studio, lavoro o altro, e che risultano domiciliati ma non residenti; vi è poi la mobilità casuale, che fa riferimento a ricoveri effettuati in urgenza, ed infine la mobilità effettiva, ovvero cittadini che scelgono di raggiungere un'altra regione per ricevere assistenza sanitaria.

Il fenomeno della mobilità si distingue in due tipologie: la mobilità attiva, ovvero relativa alla “attrattività” di una regione, e la mobilità passiva, misurata anche attraverso l'indice “di fuga”, relativo ai residenti che si muovono verso altre regioni per ricevere le prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno. Dal punto di vista economico le regioni che erogano una prestazione sanitaria ad un cittadino non residente hanno diritto al rimborso da parte delle regioni di residenza, risultando così possibile quantificare il saldo regionale della mobilità sia in termini di prestazioni erogate sia di flusso finanziario.

Per comprendere il fenomeno della mobilità sanitaria è necessario fare riferimento ai dati forniti dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (AGENAS) relativi alla mobilità distinta in ospedaliera e specialistica ambulatoriale, due voci principali (mentre non riportano quelli relativi ai rimborsi per i farmaci, alle cure termali, ai trasporti in ambulanza, ecc.). Prima di prendere in considerazione i dati, tuttavia, è bene tenere

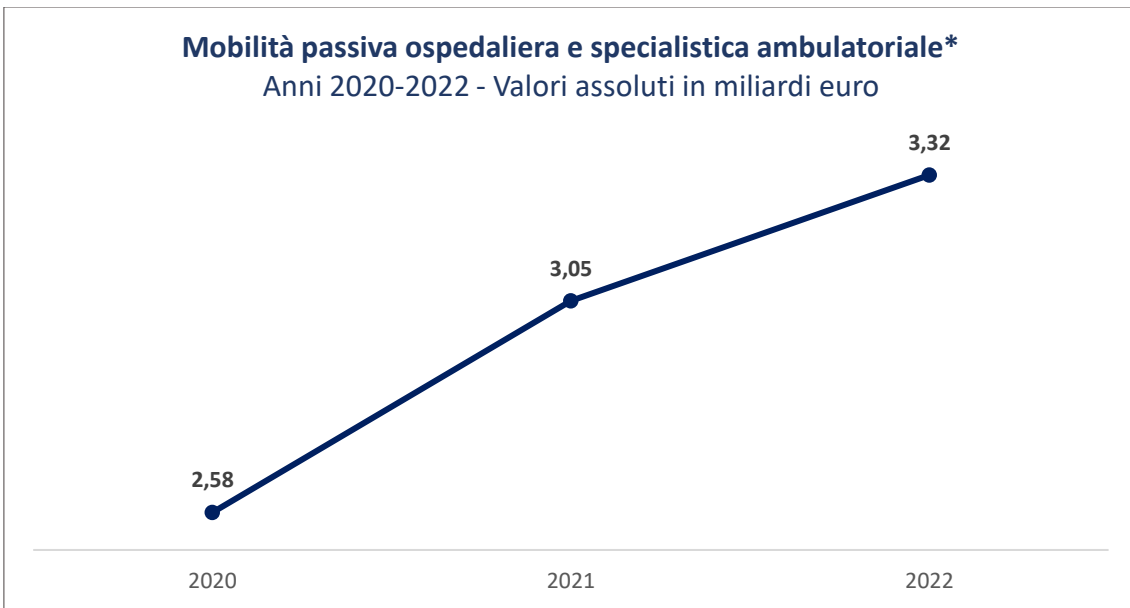
presente che l'unità statistica dell'universo di riferimento è rappresentata dalla singola prestazione sanitaria, che dunque non equivale al numero dei pazienti che migrano da una regione all'altra (all'interno di un "intervento" sono infatti generalmente associate più prestazioni).

Ciò premesso, nel 2022, le prestazioni sanitarie erogate in una regione diversa da quella di residenza sono 19,2 milioni (18,6 per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e 629 mila per la mobilità ospedaliera), con una crescita complessiva dell'8,1% sul 2021 (quando erano 17,8 milioni) e del 42,1% sul 2020 (13,5 milioni).



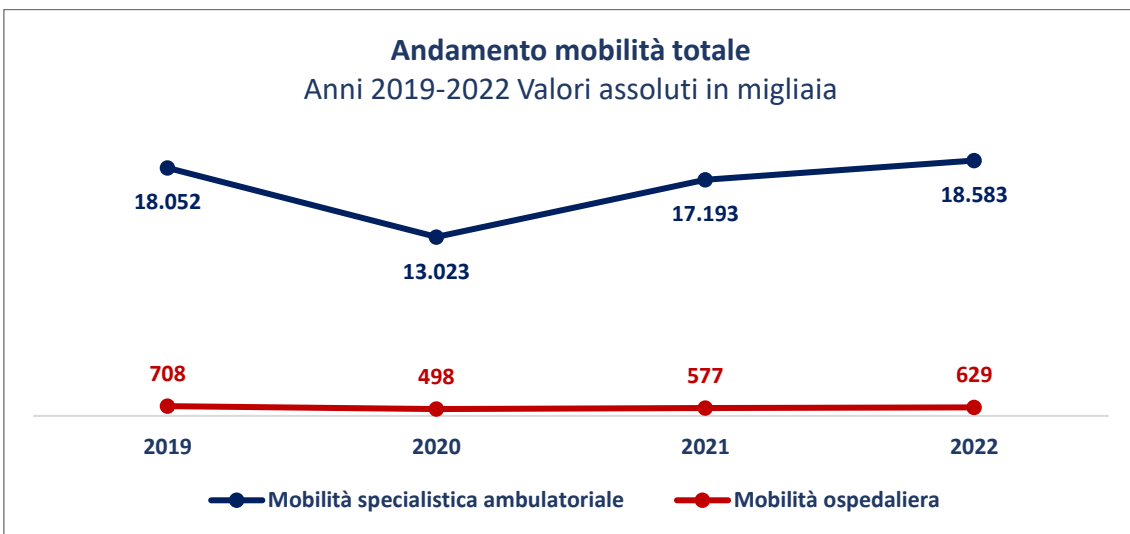
*al netto di farmaceutica, cure termali, trasporti e altre voci
Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Contestualmente in crescita anche la spesa che, limitatamente alle due voci delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e della mobilità ospedaliera, ammonta nel 2022 a 3,32 miliardi di euro, con un incremento del 9% rispetto a 3,05 miliardi del 2021 e del 28,6% rispetto ai 2,58 miliardi del 2020.



*al netto di farmaceutica, cure termali, trasporti e altre voci
Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Entrando più nel dettaglio, nel 2022 nell'ambito della mobilità specialistica ambulatoriale sono state erogate 18,6 milioni di prestazioni a residenti di "altre" regioni, mentre sono 629 quelle riferite alla mobilità ospedaliera.



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Sebbene, sotto il profilo quantitativo, i numeri della mobilità ospedaliera risultino molto inferiori a quelli della mobilità specialistica ambulatoriale, si tratta di un fenomeno di particolare rilevanza, in quanto riferito a presentazioni che prevedono il ricovero, ovvero a situazioni che implicano, in molti casi, costi particolarmente elevati per le famiglie (spostamenti, vitto e alloggio, perdita di giornate lavorative, ecc.).

I dati relativi ai volumi della mobilità ospedaliera, dunque, mostrano come nel 2022 le prestazioni di assistenza ospedaliera ricevute in una regione diversa rispetto a quella

di residenza hanno raggiunto le 629 mila unità, un valore in crescita del 9% rispetto al 2021 (+52 mila unità in valori assoluti). La prospettiva di medio periodo mostra tuttavia come i dati dell'ultimo biennio siano ancora piuttosto lontani da quelli precedenti l'avvento della pandemia, quando le prestazioni di assistenza ospedaliera fuori regione superavano le 700 mila unità.

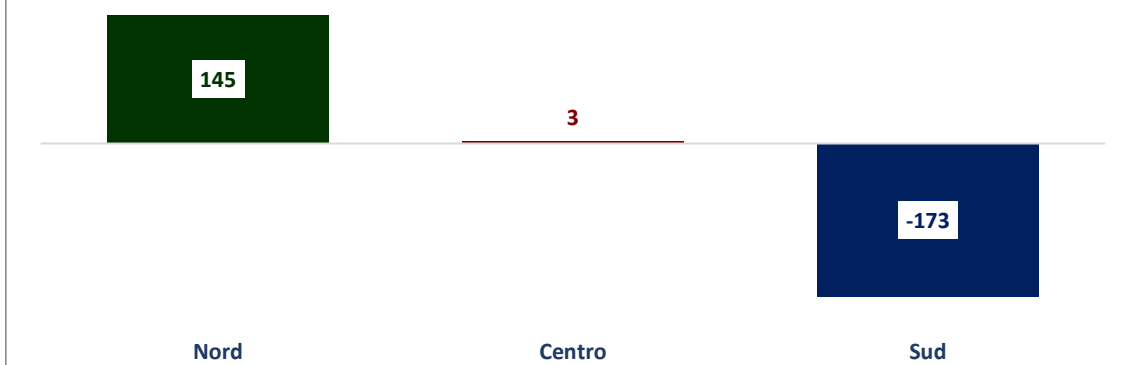
A dover "subire" l'onere della mobilità ospedaliera sono soprattutto i residenti delle regioni del Sud che, stando al saldo della mobilità riferito al 2022, si spostano prevalentemente presso strutture localizzate al Nord: in quest'ultima area, infatti, il saldo risulta in positivo per +145 mila unità, laddove nel Sud si registra un saldo negativo di dimensioni ancora maggiori (-173 mila unità); infine, maggiore equilibrio si registra per le regioni del Centro, dove si osserva un saldo positivo tra "entrate" e "uscite" pari ad appena 3 mila unità (si precisa, al riguardo, come la somma dei tre saldi non risulta pari a zero, in quanto i dati sono raccolti su base regionale e successivamente riaggregati per ripartizione, includendo pertanto anche i valori della mobilità tra regioni di una medesima macroarea). Al netto di quanto sopra precisato, i dati suggeriscono come, in linea con quanto emerso nei capitoli precedenti, le criticità riscontrate per l'offerta sanitaria pubblica risultano decisamente più marcate nelle regioni del Sud dove una quota rilevante di cittadini, per soddisfare le proprie esigenze di diagnosi e cura, è costretta a migrare in una regione diversa di quella di residenza.

Si deve infine considerare come i dati sopra osservati potrebbero risentire del fenomeno della cosiddetta mobilità apparente, ovvero del numero di cittadini che si spostano per studio o lavoro in un'altra regione, senza modificare la propria residenza, e che pertanto utilizzano le strutture sanitarie della regione di domicilio: un fenomeno, questo, molto più esteso al Nord e al Centro e certamente meno diffuso al Sud.

Poiché le prestazioni sanitarie ricevute da un cittadino al di fuori della regione di residenza rappresentano per quest'ultima una spesa, nel 2022 anche il saldo finanziario della mobilità risulta negativo per le regioni del Sud, con un ammontare di ben -773 milioni di euro, mentre di segno opposto appaiono i risultati delle regioni del Nord e del Centro, con valori rispettivamente pari a +774 milioni ed a +29 milioni di euro.

Saldo dei volumi della mobilità ospedaliera per area geografica.

Anno 2022 - Valori assoluti in migliaia*



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas *Il saldo complessivo non equivale a 0 perché non vengono conteggiati i dati di mobilità attiva relativi all'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, che costituisce suolo dello Stato Pontificio

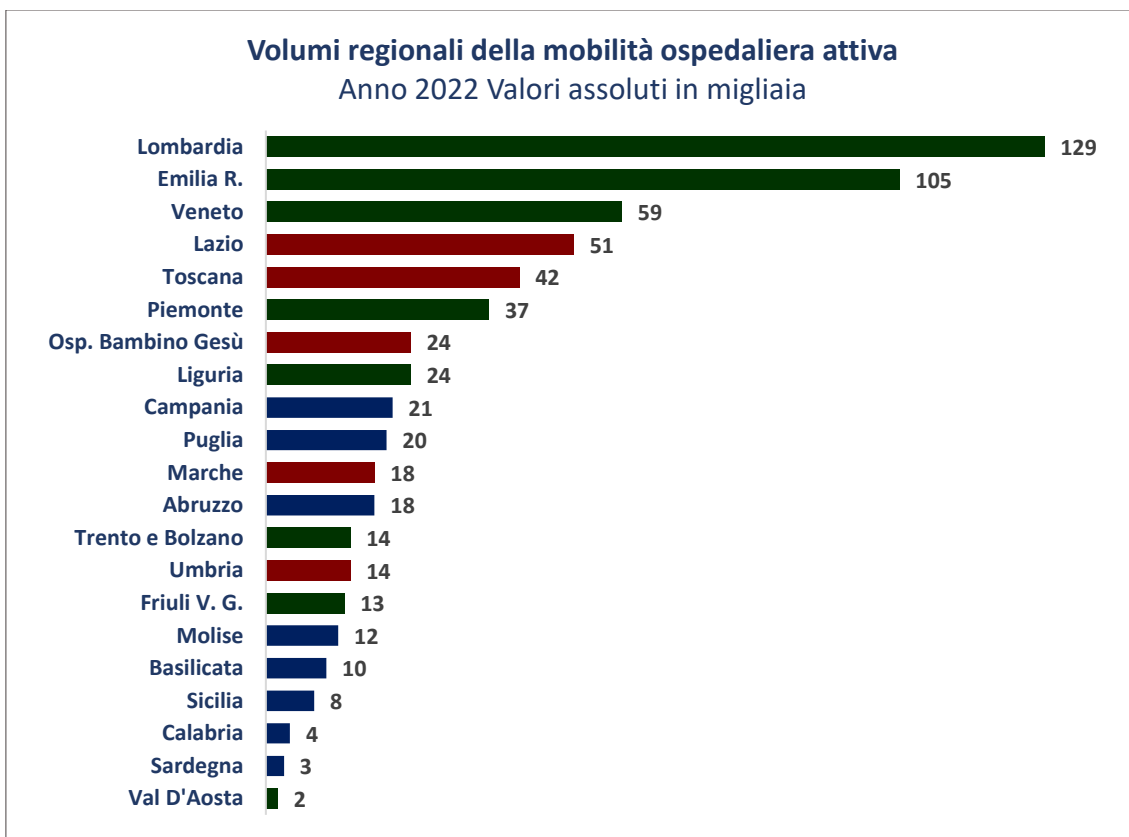
Saldo della mobilità ospedaliera per area geografica.

Anno 2022 - Valori assoluti in milioni di €



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

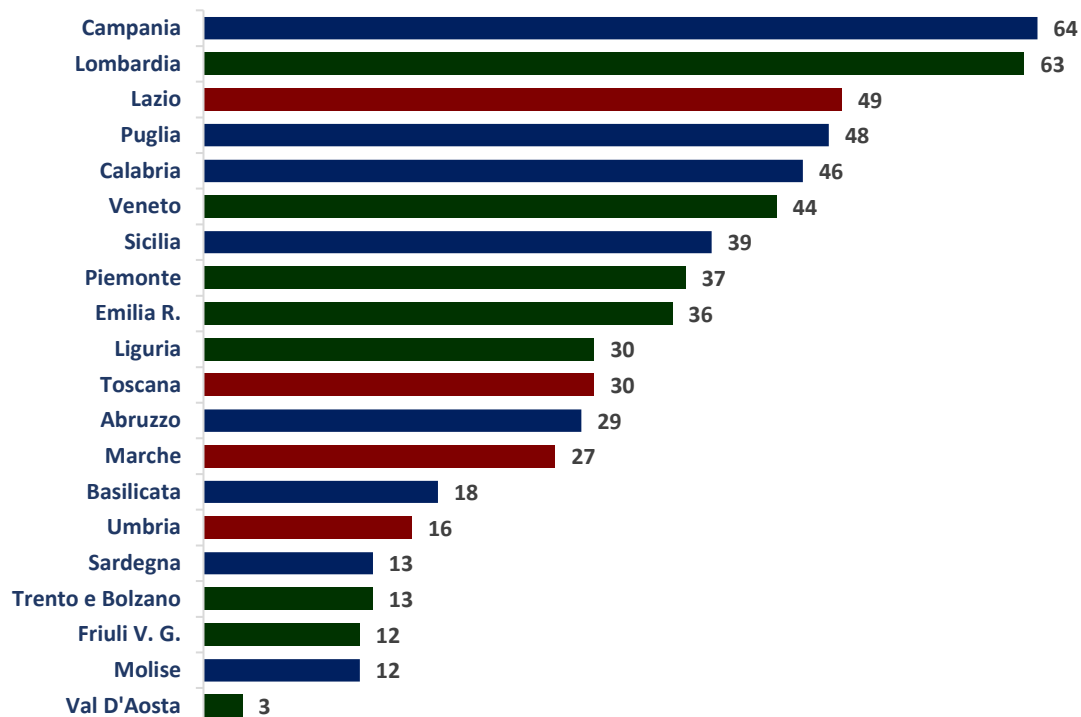
In linea con quanto osservato, la disaggregazione regionale evidenzia come le regioni del Nord Italia siano le più "attrattive": tra queste, la prima posizione è occupata dalla Lombardia, dove si contano, nel 2022, 129 mila prestazioni erogate a residenti di altre regioni, seguita dall'Emilia Romagna (105 mila) e dal Veneto (59 mila). Particolarmente significativi appaiono anche i dati del Lazio e della Toscana dove le prestazioni di assistenza ospedaliera ammontano, rispettivamente, 51 mila e 42 mila unità.



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

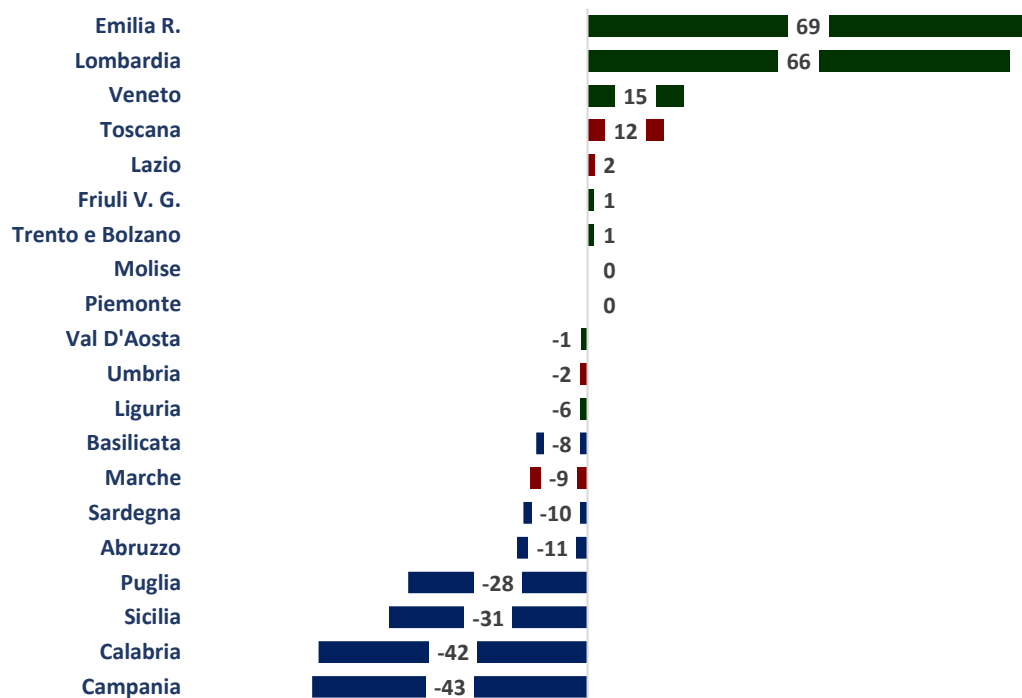
Passando a considerare i dati sulla mobilità passiva, è interessante notare che, sebbene sia la Campania la regione da cui “fuggono” più cittadini (-64 mila), al secondo posto si colloca la Lombardia (-63 mila). Anche la mobilità ospedaliera passiva del Lazio registra valori elevati (-49 mila) così come la Puglia (-48 mila), la Calabria (-46 mila) e il Veneto (-44 mila). Si tratta in tutti i casi di “grandi regioni” che, anche per questo, presentano alti volumi di cittadini “ricoverati” in altri territori (la mobilità, essendo qui misurata in termini assoluti, risente della dimensione demografica di una regione). In linea con quanto sopra emerso, i dati relativi al saldo dei volumi della mobilità ospedaliera disaggregati per regione collocano ai primi posti l’Emilia Romagna e la Lombardia (rispettivamente con +69mila e +66mila unità), seguite, a forte distanza, da Veneto e Toscana, dove il rapporto tra “entrate” e “uscite” si attesta, rispettivamente, a +15 mila e +12 mila unità. Sul fronte opposto, Campania (-43mila), Calabria (-42mila), Sicilia (-31mila) e Puglia (-28) mostrano i valori negativi più elevati.

Volumi regionali della mobilità ospedaliera passiva Anno 2022 Valori assoluti in migliaia



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Saldo regionale in base ai volumi della mobilità ospedaliera Anno 2022 Valori assoluti in migliaia

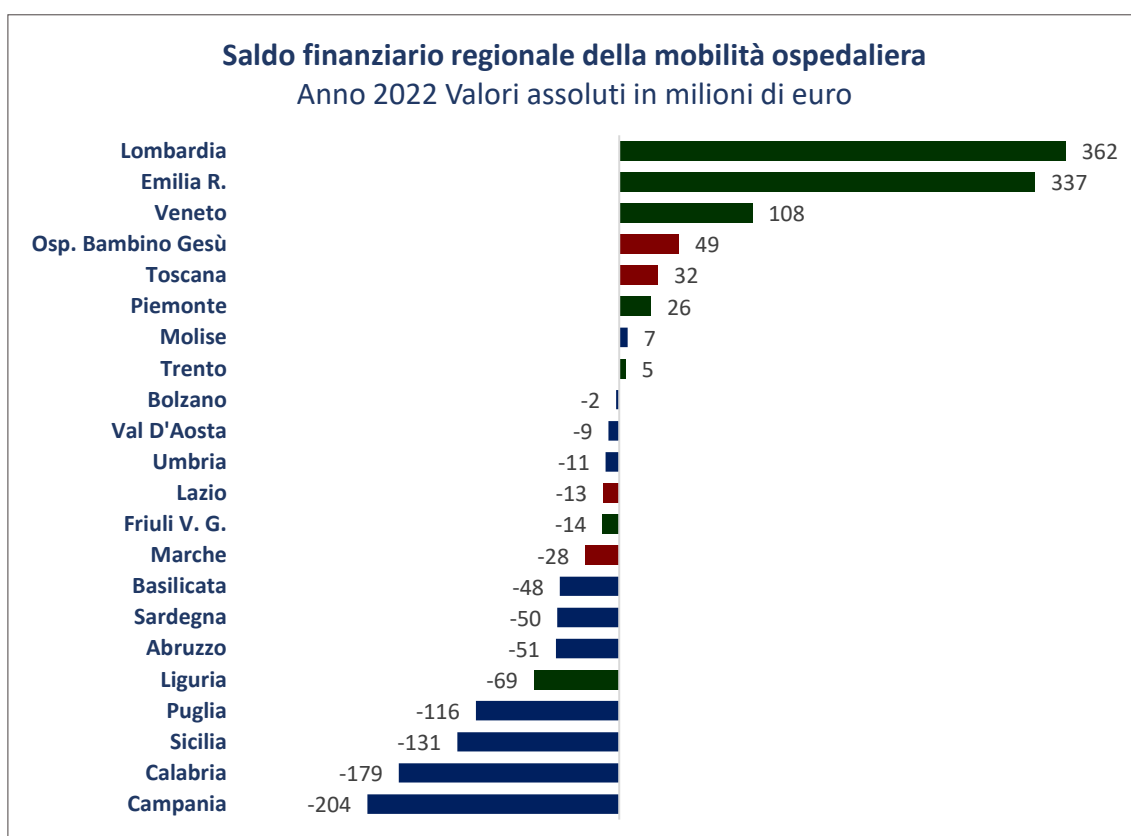


Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

In termini di flusso finanziario, il saldo positivo più elevato si registra in Lombardia, che nel 2022 registra un attivo tra entrate e uscite di ben 362 milioni di euro, seguita dall'Emilia Romagna (+337 milioni di euro) e dal Veneto (+108 milioni di euro). Appare interessante notare, inoltre, come la quarta posizione sia occupata dall'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, le cui strutture fanno parte dello Stato Pontificio e che ha ottenuto "rimborsi" dalle regioni italiane per 49 milioni di euro.

Prevedibilmente, i saldi negativi più consistenti si osservano tra le regioni del Sud: in Campania le uscite hanno superato le entrate per 204 milioni di euro, valore che si attesta a -179 milioni in Calabria, a -131 in Sicilia e a -116 in Puglia. Più in generale, eccezion fatta per il Molise, che segnala un saldo positivo di 7 milioni di euro, tutte le regioni del Sud mostrano valori negativi.

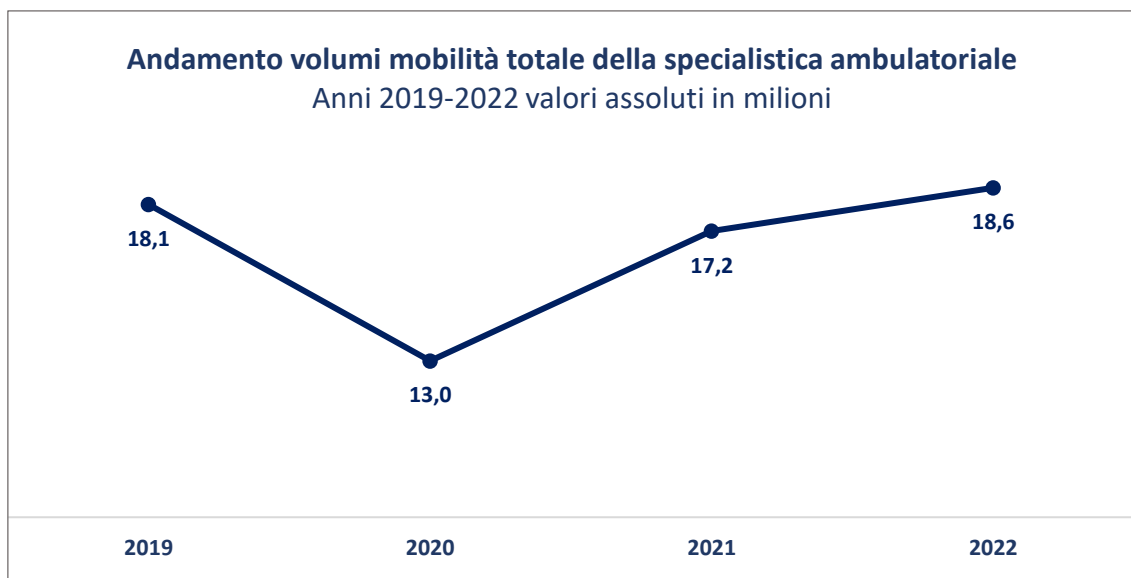
Le forti sperequazioni più volte sottolineate, chiaramente riscontrabili anche nei flussi finanziari legati alla mobilità sanitaria, confermano ancora una volta la necessità di misure a sostegno del SSN, ed in particolare nelle regioni meridionali, la cui condizione di svantaggio strutturale rischia di continuare a rafforzarsi, anche per effetto del "drenaggio" di risorse legato al vasto fenomeno della mobilità sanitaria.



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

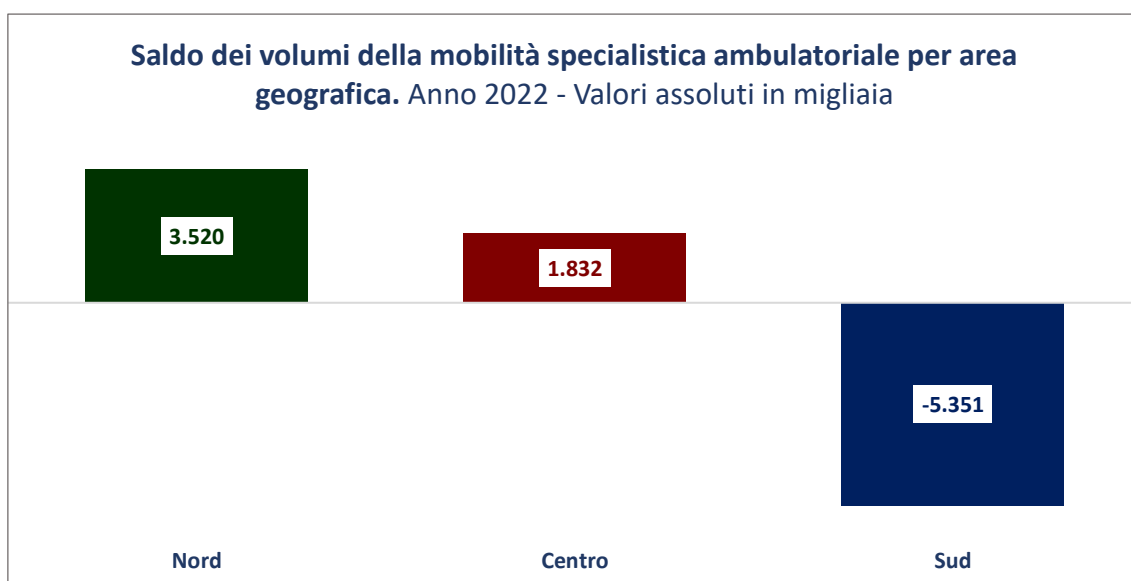
Passando a considerare i dati relativi alla mobilità specialistica ambulatoriale, come precedentemente osservato, nel 2022 le prestazioni erogate in una regione diversa da quella di residenza dei pazienti sono 18,6 milioni. A differenza di quanto sopra rilevato

in riferimento alla mobilità ospedaliera, nel caso presente la prospettiva dinamica mostra come dopo la flessione del 2020 (il dato passa dalle 18,1 milioni di unità del 2019 a 13 milioni), il dato del 2022 superi i valori pre-pandemici, registrandosi un incremento di circa 500 mila unità sul 2019.



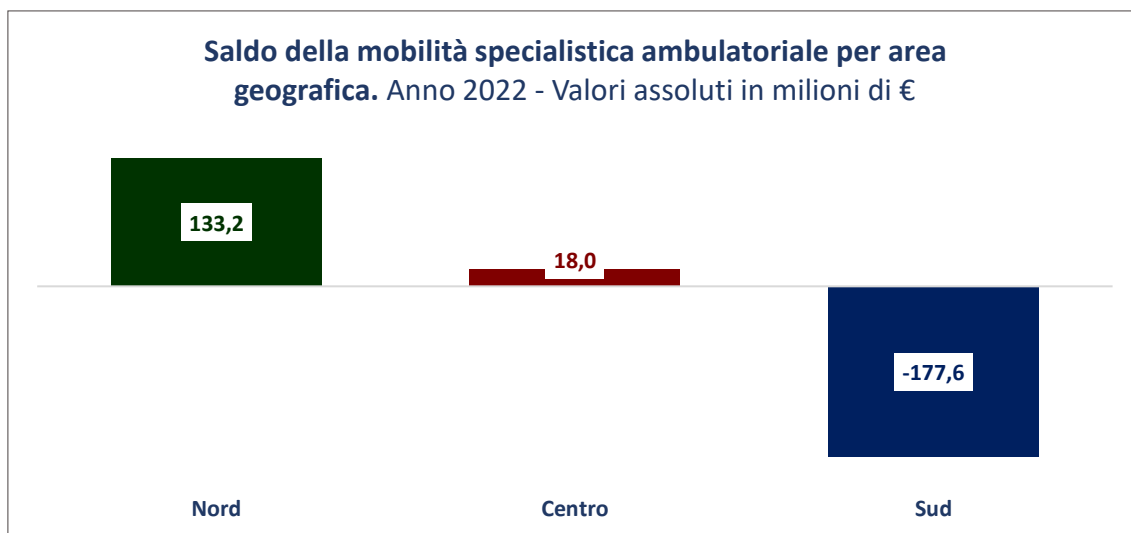
Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Il saldo dei volumi della mobilità specialistica ambulatoriale delinea una situazione analoga a quella emersa dai dati relativi alla mobilità ospedaliera, con una più ampia “fuga” dei residenti del Sud (-5,3 milioni di prestazioni) verso quelle del Centro (+1,8 milioni) e, soprattutto, del Nord (+3,5 milioni).



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Coerentemente con quanto appena osservato, anche in termini finanziari il saldo delle regioni del Sud risulta negativo, con una passività di -177,6 milioni di euro, mentre il risultato assume segno inverso al Nord e al Centro, dove i rimborsi hanno superato le spese, rispettivamente, per 133,2 milioni e per 18 milioni di euro.



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Passando a considerare i risultati delle singole regioni, la Lombardia segnala il valore più elevato delle prestazioni erogate a residenti di altre regioni (pari a 3,9 milioni di unità), seguita dal Lazio (2,6 milioni) e dall'Emilia Romagna (2,2 milioni).

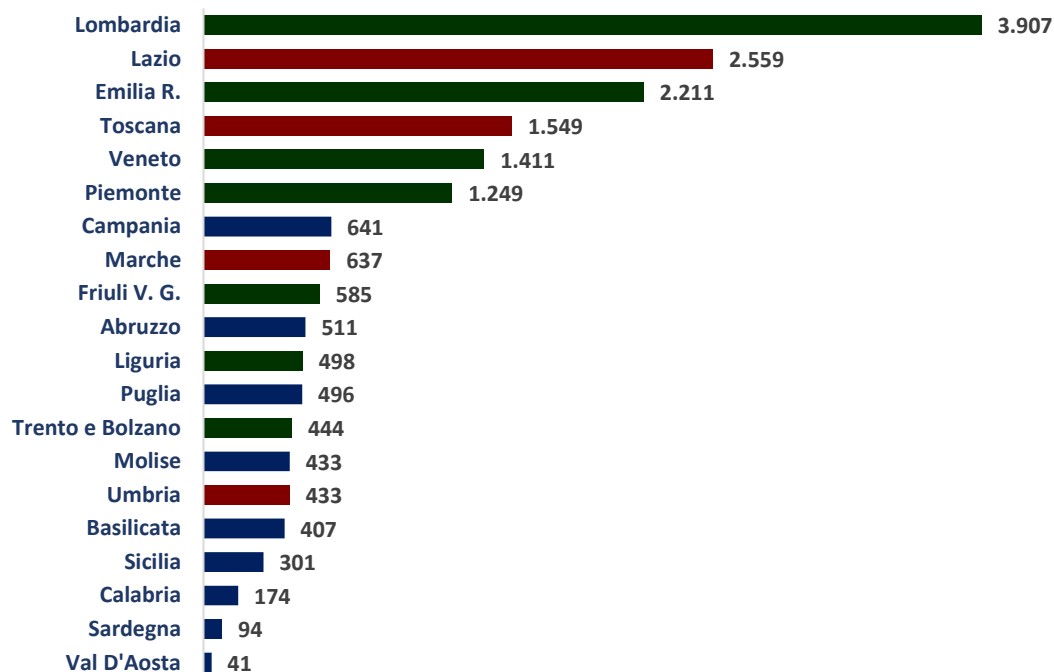
Sul fronte opposto i risultati meno consistenti si osservano in Valle d'Aosta, dove sono state erogate 41 mila prestazioni specialistiche ambulatoriali a favore di residenti in altra regione, preceduta dalla Sardegna (94 mila unità), dalla Calabria (174 mila unità) e dalla Sicilia, che conta 301 prestazioni "in entrata".

Per quanto riguarda la mobilità passiva, al pari di quanto segnalato in riferimento all'assistenza ospedaliera, il dato più elevato si riscontra in Campania, che segnala quasi 1,9 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali ricevute dai propri cittadini in un'altra regione, seguita dalla Lombardia e dal Lazio (rispettivamente, 1,8 e 1,5 milioni di unità).

Valori particolarmente elevati si riscontrano anche in Calabria, Puglia e Sicilia, regioni che registrano risultati superiori a 1,4 milioni di unità.

Volumi mobilità attiva specialista ambulatoriale

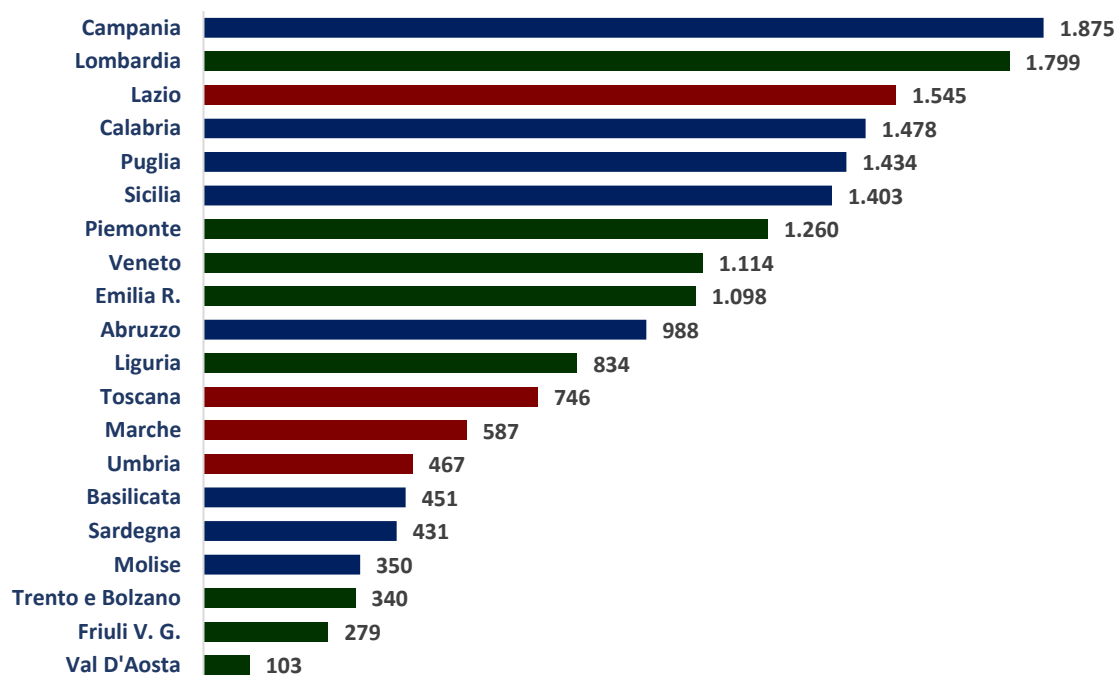
Anno 2022 valori assoluti in migliaia



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Volumi mobilità passiva specialista ambulatoriale

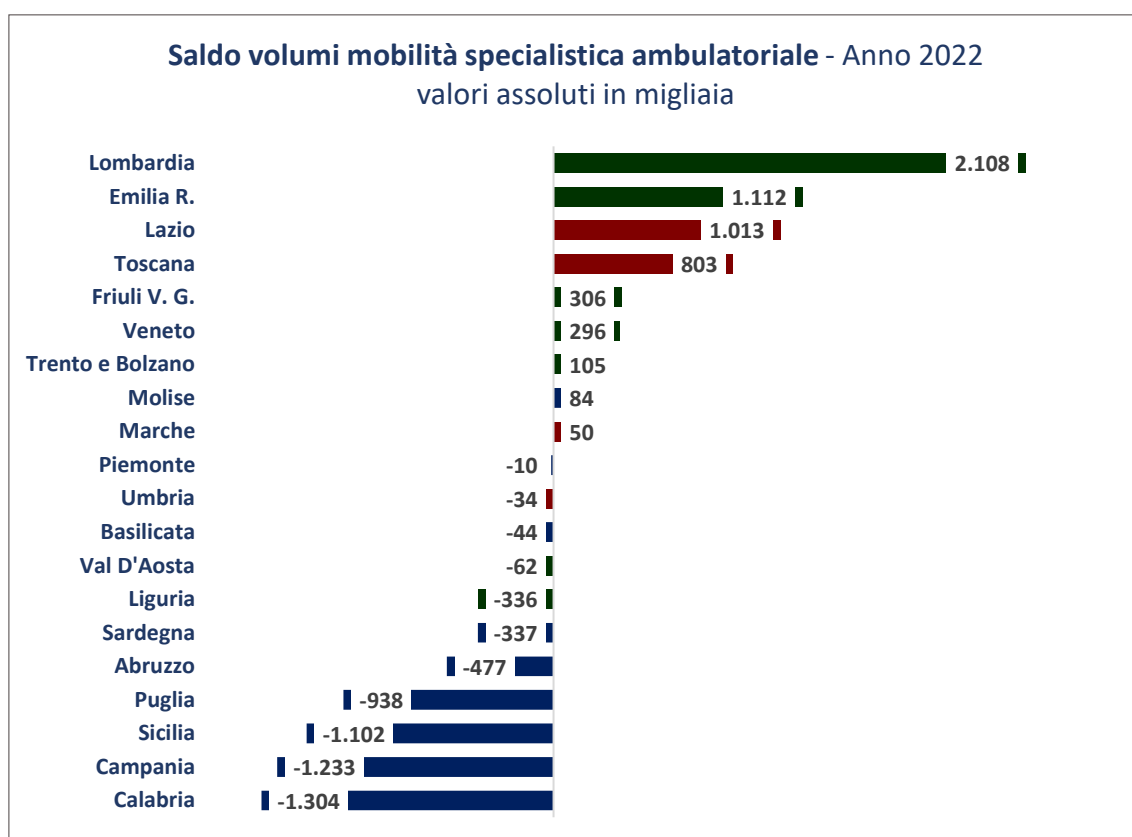
Anno 2022 valori assoluti in migliaia



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Passando a considerare i dati relativi ai saldi dei volumi delle prestazioni, spicca nuovamente la Lombardia come la regione con il rapporto tra entrate e uscite più elevato (con un “attivo” di 2,1 milioni di prestazioni), seguita dall’Emilia Romagna (+1,1 milioni), dal Lazio (+1 milione) e dalla Toscana (+800 mila).

Si confermano quindi le regioni del Nord e del Centro come quelle maggiormente attrattive, mentre sul fronte opposto si collocano le regioni del Sud, in particolare Calabria (-1,3 milioni), Campania (-1,2 milioni), Sicilia (-1,1 milioni) e Puglia (-906 mila).

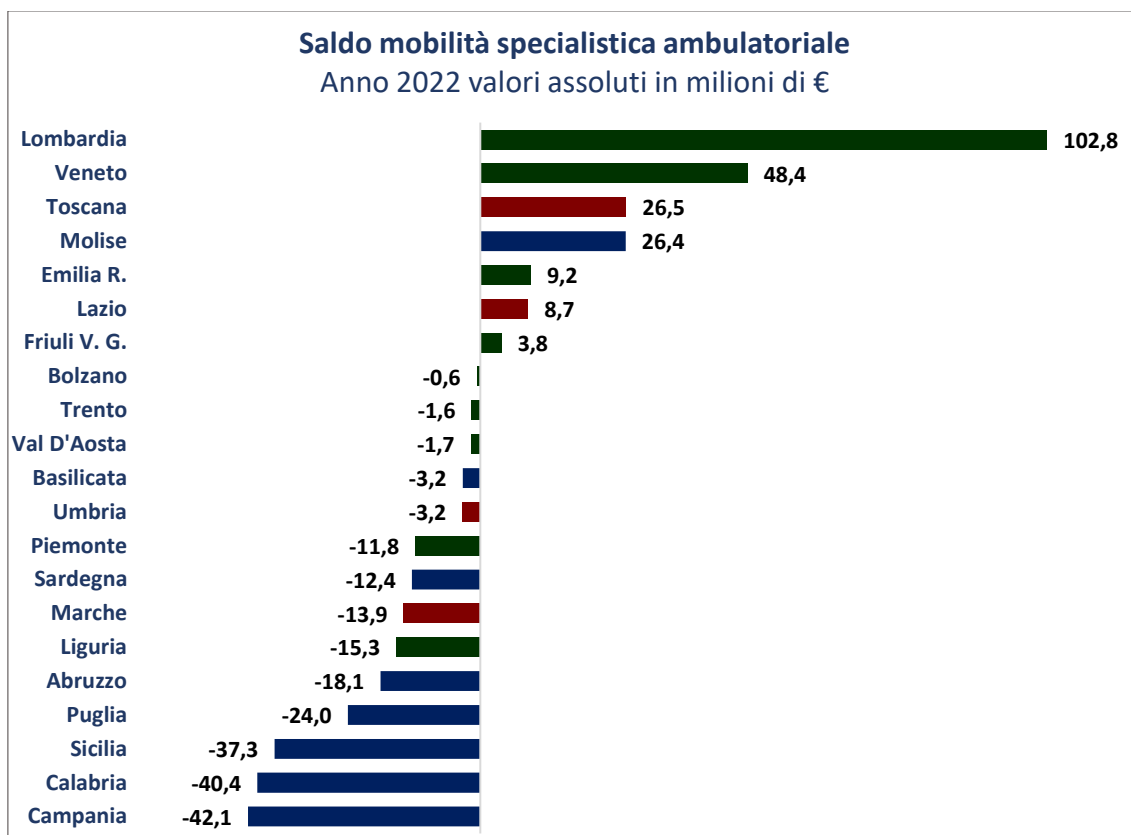


Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

I dati relativi al flusso finanziari evidenziano un quadro non del tutto sovrapponibile a quello appena descritto: se, infatti, la Lombardia si conferma il territorio con il saldo tra entrate e uscite più elevato, pari a 102,8 milioni di euro, il Veneto, che pure in termini di attrazione occupa solo la sesta posizione (+296 tra migrazione attiva e passiva), in riferimento al saldo economico, con un risultato pari 48,4 milioni di euro, si colloca al secondo posto tra le regioni italiane. Seguono la Toscana e il Molise con valori pressoché equivalenti (rispettivamente, 26,5 e 26,4 milioni di euro), Emilia Romagna (9,2 milioni) e Lazio (8,7 milioni di euro).

Per quanto concerne i saldi negativi, invece, la mobilità specialistica ambulatoriale ripropone lo scenario emerso in riferimento a quella ospedaliera: i risultati più severi

fanno infatti riferimento alla Campania (-42,1 milioni di euro), alla Calabria (-40,4 milioni di euro), alla Sicilia (-37,3 milioni di euro) e alla Puglia (-24 milioni di euro).



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

7. Liste d'attesa e rinuncia alle cure

Principali evidenze emerse

- *Nel 2022 l'ISDI (Indice di soddisfazione della domanda interna) riferito alle prestazioni ospedaliere ribadisce la forte disparità tra le regioni del Nord e quelle del Sud, nessuna delle quali ha un indice pari ad 1, registrandosi i valori più esigui in Calabria, Basilicata e Abruzzo. L'indice calcolato in riferimento alle prestazioni ambulatoriali ribadisce tale disparità, nonostante il valore più elevato dell'indicatore si osservi in Molise (1,03).*
- *Per quanto riguarda le liste di attesa, in riferimento agli interventi cardi-vascolari di classe A il pubblico riesce a rispettare i tempi di intervento nel 77,6% dei casi, risultato che sale all'87,8% nel privato accreditato, mentre per quanto riguarda gli interventi oncologici di classe A tali valori si attestano, rispettivamente, al 72,1% e al 78,8%.*
- *Il generale contesto di difficoltà porta significative fasce di popolazione a rinunciare alle cure, pur avendone bisogno: nel 2023 i cittadini che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie sono il 7,6% del totale (che sale al 9% tra le donne e al 9,8% tra gli ultra65enni), pari a circa 4,5 milioni. I dati di Aiop-Censis, inoltre, mostrano come tra la popolazione a basso o medio-basso reddito la rinuncia alle cure per motivi economici sia significativamente più alta, così come l'incidenza di individui che per sostenere le spese mediche ha dovuto comprimere altre voci di spesa.*

Il tema della mobilità sanitaria, come emerso nel capitolo precedente, evidenzia le difficoltà che i cittadini devono affrontare a causa del disimpegno dello Stato in riferimento al settore sanitario. Un primo indicatore della misura delle difficoltà sopra evidenziate è costituito dall'Indice di soddisfazione della domanda interna (ISDI), elaborato dall'Agenas, attraverso i dati sulla mobilità passiva e attiva di ciascuna regione. Tale indicatore rappresenta il rapporto tra le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie di una determinata regione e le prestazioni complessivamente ricevute (in Italia) dai propri residenti; un valore inferiore a 1 indica quindi che la regione non è in grado di soddisfare la domanda interna, mentre valori superiori indicano un "surplus" di prestazioni erogate.

L'ISDI, calcolato sulla base dei dati relativi alla mobilità ospedaliera, vede come regioni più virtuose l'Emilia Romagna (1,11) la Lombardia (1,06) e il Veneto (1,02), mentre si collocano sul fronte opposto la Calabria (0,81), la Basilicata (0,86) e l'Abruzzo (0,93).

Più in generale, l'indicatore evidenzia ancora una volta la profonda disuguaglianza tra le aree del Paese: tutte le regioni con un indice pari o superiore a 1, infatti, afferiscono al Nord o al Centro, laddove tutti i territori meridionali segnalano risultati inferiori all'unità.

Sotto il profilo dinamico, in linea con lo scenario complessivo delineato nei capitoli precedenti, si osserva un diffuso peggioramento dell'indice, eccezioni fatta per la

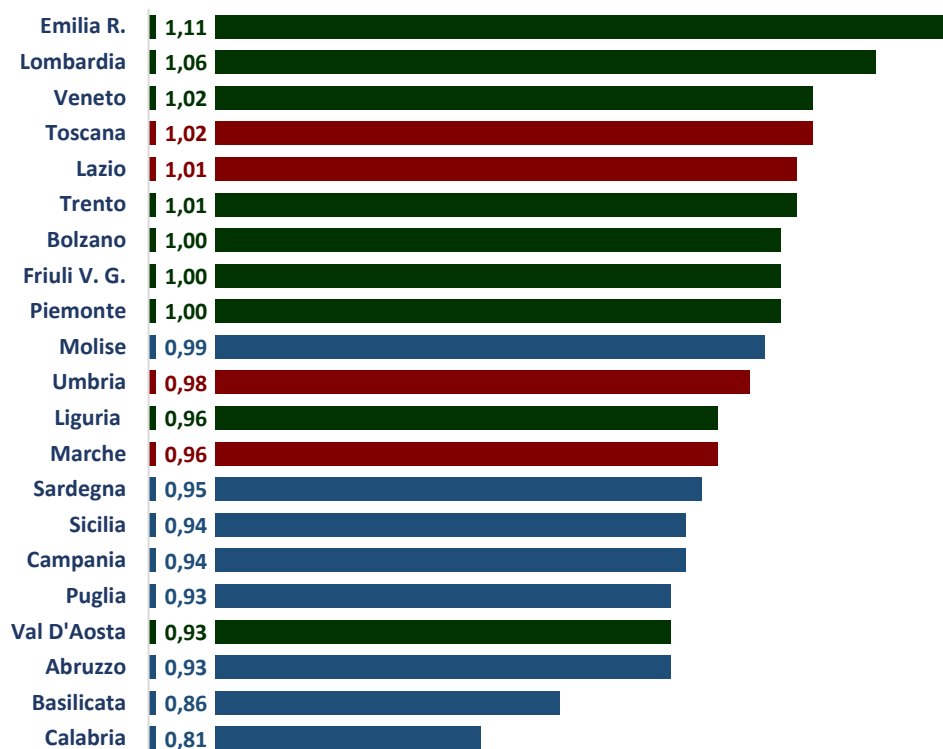
provincia autonoma di Trento, per il Lazio e per l'Emilia Romagna, che registrano valori, pur modesti, di crescita (+0,02 punti per le prime e +0,01 per l'Emilia Romagna), mentre una sua stabilità si rileva per il Veneto, la Sardegna, la Sicilia, la Campania, la Puglia e l'Abruzzo.

Tabella 21 – Indicatore di soddisfazione della domanda interna (ISDI) ospedaliera* di ciascuna regione italiana. Anni 2019, 2022 e differenza 22-19

	2019	2022	Differenza 2022-2019
Emilia R.	1,1	1,11	0,01
Lombardia	1,08	1,06	-0,02
Veneto	1,02	1,02	-
Toscana	1,03	1,02	-0,01
Lazio	0,99	1,01	0,02
Trento	0,99	1,01	0,02
Bolzano	1,01	1,00	-0,01
Friuli V. G.	1,02	1,00	-0,02
Piemonte	0,99	1,00	0,01
Molise	1,04	0,99	-0,05
Umbria	1,01	0,98	-0,03
Liguria	0,98	0,96	-0,02
Marche	0,97	0,96	-0,01
Sardegna	0,95	0,95	-
Sicilia	0,94	0,94	-
Campania	0,94	0,94	-
Puglia	0,93	0,93	-
Val D'Aosta	0,95	0,93	-0,02
Abruzzo	0,93	0,93	-
Basilicata	0,92	0,86	-0,06
Calabria	0,82	0,81	-0,01

Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Indicatore di soddisfazione della domanda interna (ISDI) ospedaliera* - Anno 2022

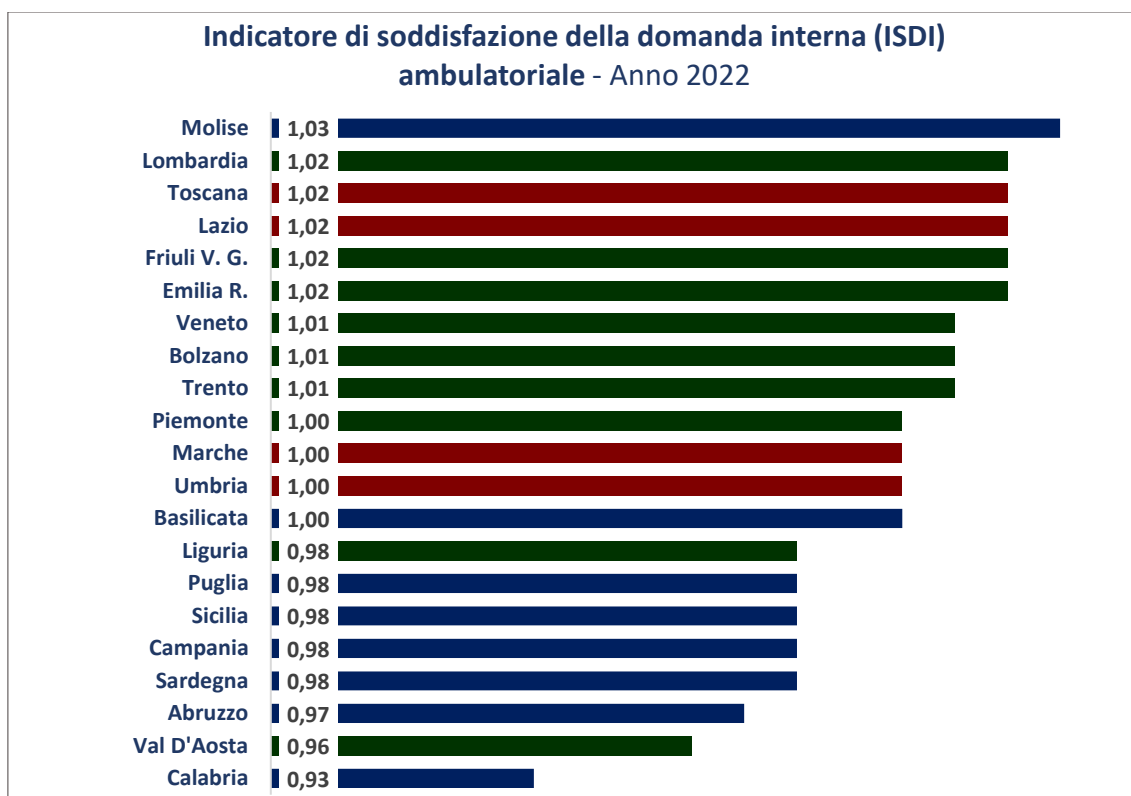


Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas *rapporto tra "produzione" e "fabbisogni"; rappresenta la capacità delle strutture sanitarie di una regione di soddisfare il bisogno di salute dei propri cittadini

Applicando l'ISDI ai dati relativi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, emerge una realtà parzialmente differente rispetto a quella della mobilità ospedaliera: è infatti il Molise, con un indice pari a 1,03, a presentare il valore più alto, precedendo la Lombardia, la Toscana e il Lazio (1,02 per tutte e tre le regioni).

Sul fronte opposto, i risultati più negativi si riscontrano per la Calabria, la Valle d'Aosta e l'Abruzzo, dove i valori scendono, rispettivamente, a 0,93, a 0,96 ed a 0,97. Più in generale, sei delle otto regioni che presentano valori inferiori all'unità (quindi un quadro di "deficit"), sono collocate nel Meridione.

Anche il confronto con il 2019 mostra uno scenario non sovrapponibile a quello per la dinamica della mobilità ospedaliera: tra i 21 territori osservati, 10 mostrano infatti una sostanziale stabilità, 5 presentano valori in crescita (seppure marginale), mentre 6 regioni registrano una flessione (anche in questo caso di modesta entità).



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Tabella 22 – Indicatore di soddisfazione della domanda interna (ISDI) ambulatoriale di ciascuna regione italiana. Anni 2019, 2022 e differenza 22-19

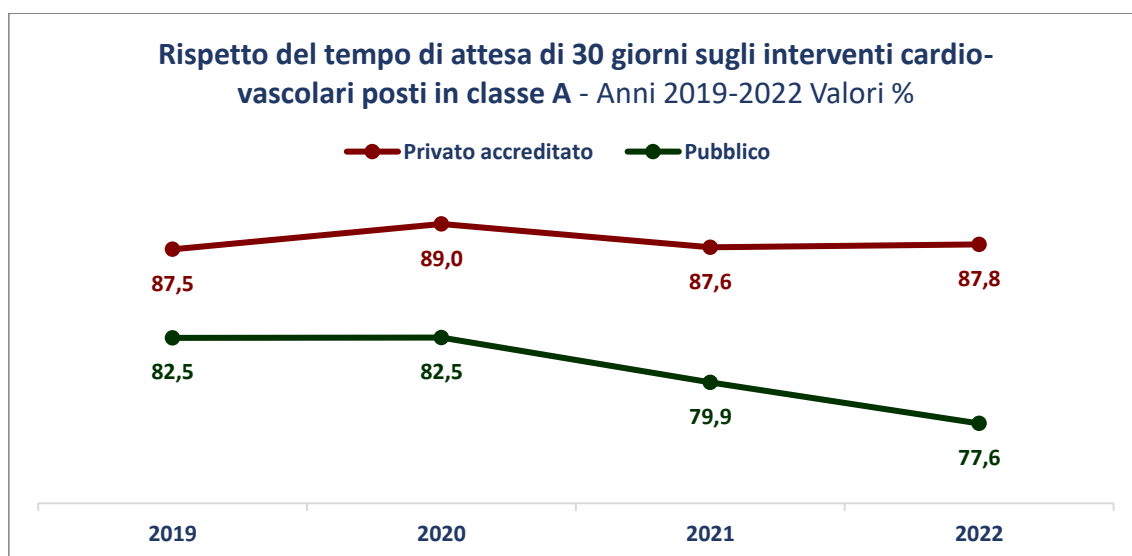
	2019	2022	Differenza 2022-2019
Molise	1,01	1,03	0,02
Lombardia	1,01	1,02	0,01
Toscana	1,01	1,02	0,01
Lazio	1,01	1,02	0,01
Friuli V. G.	1,02	1,02	-
Emilia R.	1,02	1,02	-
Veneto	1,01	1,01	-
Bolzano	1,01	1,01	-
Trento	1,02	1,01	-0,01
Piemonte	1,01	1,00	-0,01
Marche	1,00	1,00	-
Umbria	1,00	1,00	-
Basilicata	0,99	1,00	0,01
Liguria	0,99	0,98	-0,01
Puglia	0,99	0,98	-0,01
Sicilia	0,98	0,98	-
Campania	0,98	0,98	-
Sardegna	0,98	0,98	-
Abruzzo	0,98	0,97	-0,01
Val D'Aosta	0,98	0,96	-0,02
Calabria	0,93	0,93	-

Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Un altro indicatore di centrale importanza nel misurare la capacità dell'offerta sanitaria di corrispondere al fabbisogno della popolazione è costituito dall'analisi dei dati relativi ai tempi di attesa: lunghi tempi di attesa rendono un servizio meno accessibile e rappresentano per molti pazienti, specie per coloro che necessitano di cure e/o accertamenti urgenti, un serio fattore di rischio, costringendoli di fatto a rivolgersi all'ALPI o alle strutture private.

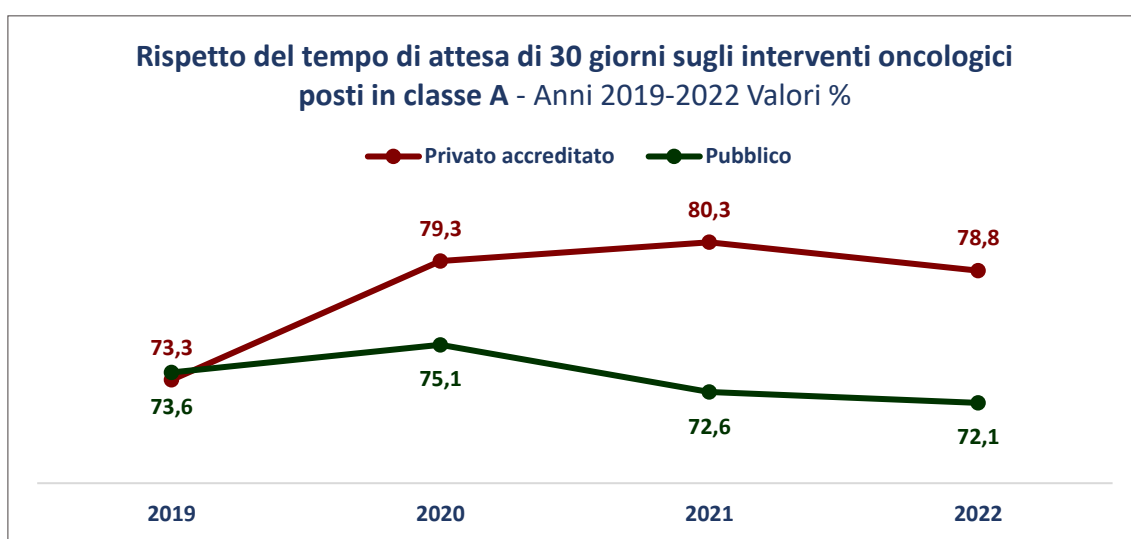
I dati raccolti dal Portale dell'Agenas non restituiscono tuttavia una prospettiva puntuale del problema né, tanto meno, un quadro di insieme, dal momento che le informazioni effettivamente accessibili riguardano i soli interventi chirurgici in area oncologia e cardio-vascolare posti in classe A, che dovrebbero quindi essere effettuati entro 30 giorni: riguardano cioè quelle prestazioni "urgenti" che, considerati i fattori di rischio, non possono, o non potrebbero, essere procrastinate. Le informazioni accessibili riguardano dunque la sola "punta dell'iceberg", mentre non è stato possibile per i nostri ricercatori accedere a informazioni strutturate per tutte le altre prestazioni.

Ciò premesso, anche i pochi dati disponibili evidenziano uno scenario preoccupante: tra il 2019 e il 2022, infatti, la percentuale di interventi cardio-vascolari urgenti eseguiti presso le strutture pubbliche entro le tempistiche previste è scesa dall'82,5% al 77,6%, laddove il risultato delle strutture private accreditate evidenzia una sostanziale stabilità, passando l'incidenza dall'87,5% all'87,8%. Appare interessante notare, inoltre, come entrambe le tipologie di strutture abbiano migliorato le proprie performances tra il 2019 e il 2020, verosimilmente per la maggiore attenzione alle urgenze nell'anno della pandemia, per poi registrare una flessione dell'indice nel 2021 e, per le strutture pubbliche, anche nel 2022 (dal 79,9% al 77,6% di prestazioni erogate nei tempi prescritti). Al di là del dato dinamico appare necessario sottolineare, come già limitatamente alle statistiche sugli interventi cardio-vascolari in Classe A, emerga un ritardo strutturale che nel privato accreditato riguarda circa il 12% degli interventi, salendo di oltre dieci punti (cioè intorno al 22%) per le strutture pubbliche.



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Passando a considerare i dati relativi agli interventi oncologici posti in classe A, il quadro appare ancora più critico: nel 2022, infatti, il privato accreditato ha effettuato tali interventi nei tempi previsti nel 78,8% dei casi, valore che scende al 72,1% nel pubblico. Ancora una volta, inoltre, la prospettiva dinamica acuisce lo stato di preoccupazione per la “salute” dell’offerta pubblica, che tra il 2019 e il 2022 segnala una flessione di 1,5 punti percentuali, laddove il settore privato accreditato segnala un andamento di segno inverso, in forza del quale il tasso aumenta di 5,5 punti percentuali. Lo scenario risulta ancora più allarmante qualora si consideri che nel 2019 il risultato del pubblico era lievemente superiore a quello delle strutture private accreditate, con valori rispettivamente pari al 73,6% e al 73,3%.



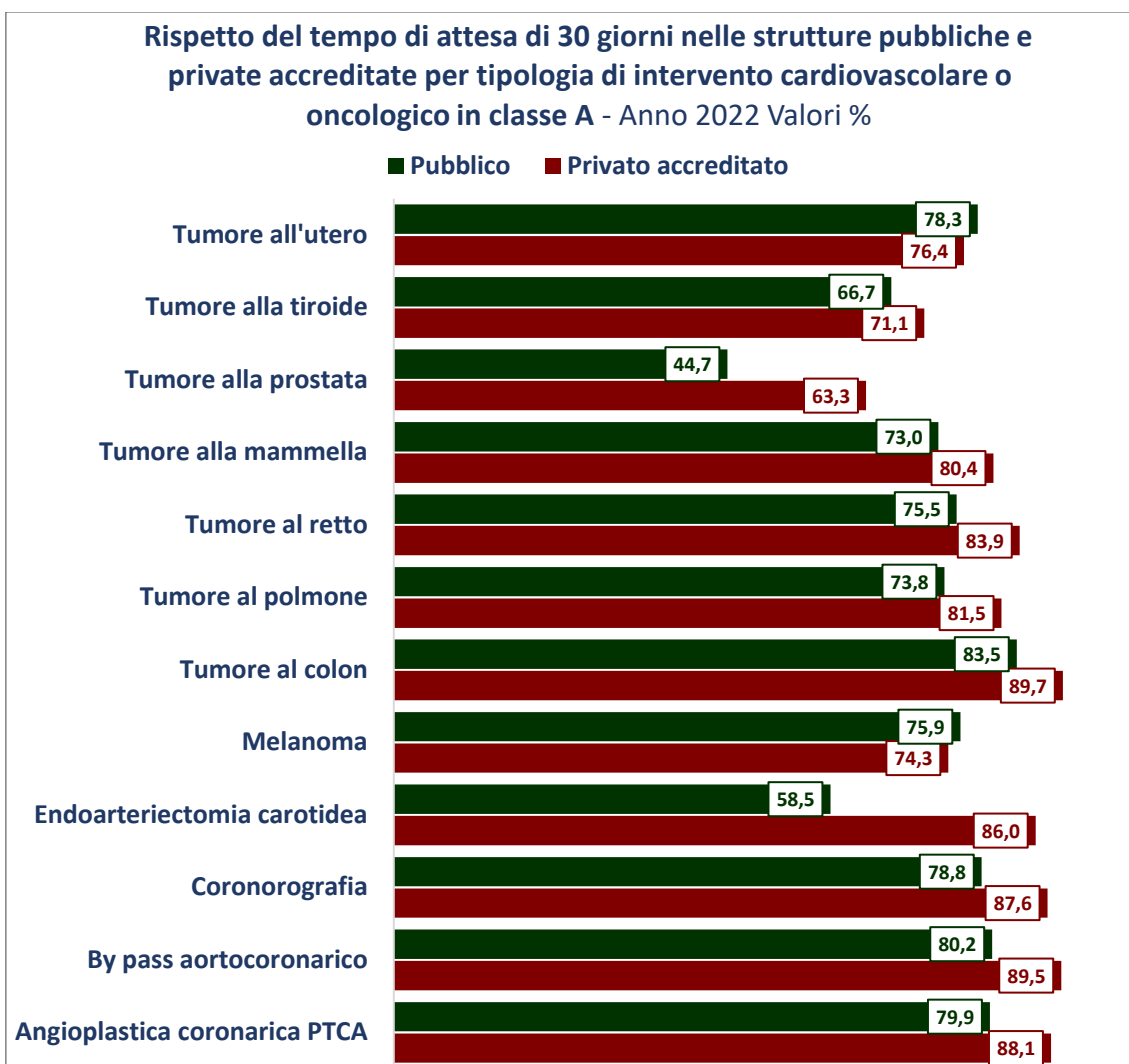
Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

I dati 2022 disaggregati per tipologia di intervento (sempre nell’area cardiovascolare e nell’area oncologica di Classe A) consentono inoltre di individuare quali sono gli interventi per i quali sarebbe maggiormente necessario abbattere i tempi d’attesa in questo specifico segmento.

A tale riguardo, le strutture pubbliche superano quelle private, per quanto riguarda i tempi d’attesa, soltanto per gli interventi sui tumori uterini (78,3% contro il 76,4% delle strutture private), mentre registrano scarti particolarmente negativi per gli interventi sui tumori alla prostata (44,7% contro il 63,3% delle strutture private) e per l’endoarteriectomia carotidea² (58,5% contro l’86% delle strutture private).

Le strutture private si distinguono positivamente, invece, per il rispetto dei tempi d’attesa di interventi a tumori al colon (89,7%), by pass aortocoronarico (89,5%) e angioplastica coronarica PTCA (88,1%), con scarti significativi sulle prestazioni pubbliche.

² intervento chirurgico che si esegue in caso di stenosi, ovvero in caso di restringimento dell’arteria carotide interna generalmente a causa di una placca aterosclerotica che riduce l’apporto di sangue al cervello. Questo intervento viene effettuato in pazienti con restringimenti della carotide comune o interna grave, cioè compresa tra il 70-75% ed il 99% del lume del vaso sanguigno. Estratto da <https://www.poliambulanza.it/esami-visite/cure-mediche/endoarteriectomia-carotidea> (e verificato su fonti diverse).

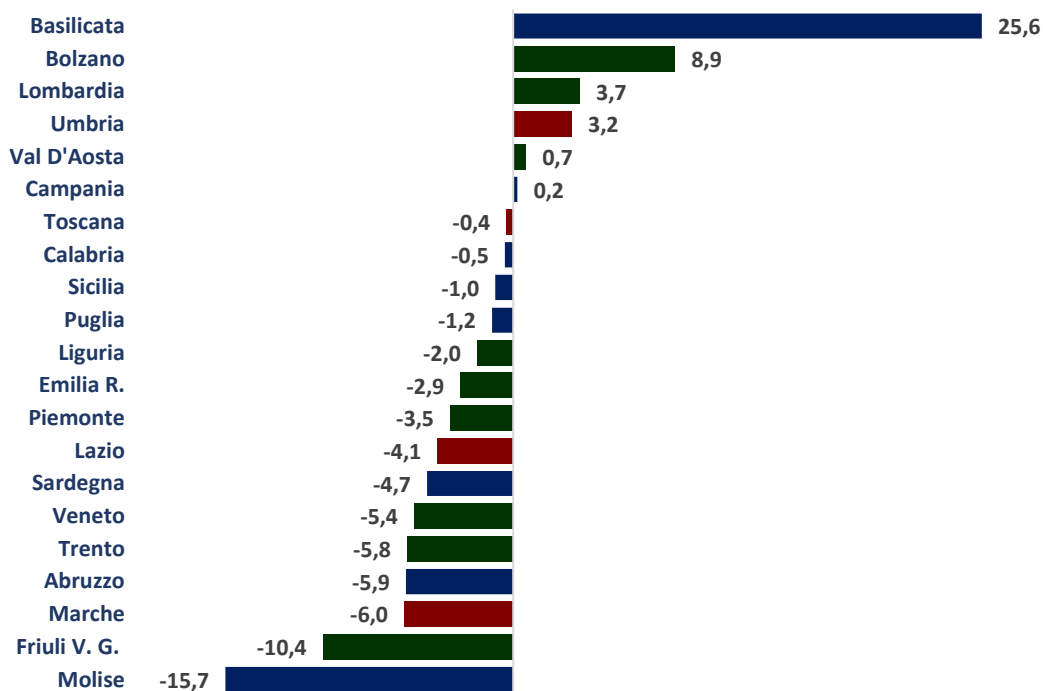


Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Mettendo a confronto il rispetto dei tempi d'attesa per interventi cardio-vascolari nel 2021 e nel 2022, emerge un generale peggioramento in quasi tutte le regioni italiane, ed in particolare in Molise (-15,7%) e in Friuli Venezia Giulia (-10,4%), mentre risultati positivi si riscontrano in 6 territori, con i valori più significativi in Basilicata che registra un miglioramento pari a +25,6%, seguita dalla provincia autonoma di Bolzano (+8,9%), dalla Lombardia e dall'Umbria (rispettivamente, +3,7% e +3,2%), dalla Valle d'Aosta (+0,7%) e dalla Campania (+0,2%).

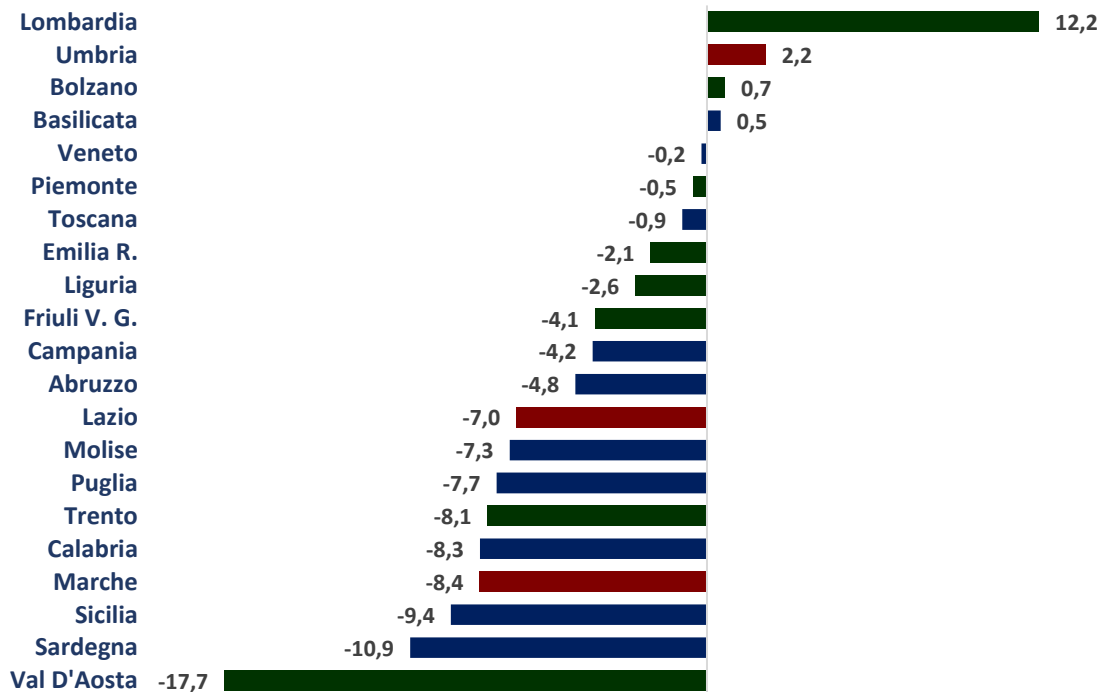
Il rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi oncologici, invece, è migliorato nel 2022 rispetto all'anno precedente in sole 4 regioni, prima fra tutte la Lombardia (+12,2%), seguita dall'Umbria (+2,2%), dalla provincia autonoma di Bolzano (+0,7%) e dalla Basilicata (+0,5%), mostrando i restanti 17 territori valori in flessione, che raggiungono i risultati più allarmanti in Valle d'Aosta (-17,7%), in Sardegna (-10,9) e in Sicilia (-9,4%).

Variatione % 2022/2021 del rispetto dei tempi d'attesa per interventi cardio-vascolari



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Variatione % 2022/2021 del rispetto dei tempi d'attesa per interventi oncologici (Classe A)



Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Agenas

Le difficoltà del Sistema Sanitario derivanti dal disimpegno nelle politiche pubbliche trova riscontro anche nel giudizio degli utenti: come rilevato da un'indagine campionaria condotta dall'Istat, nel 2022, soltanto il 41,7% di coloro che hanno subito un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista si dichiara molto soddisfatto. Si tratta di un risultato che, seppure leggermente migliore di quello riscontrato nel 2018 (quando i "molto soddisfatti" rappresentavano il 38,8%), risulta in flessione rispetto al 2020 e al 2021. Tale dinamica trova riscontro anche in riferimento all'assistenza infermieristica, rispetto alla quale si dichiara molto soddisfatto il 41% degli utenti, un valore molto superiore a quello espresso in riferimento al vitto (22,1%) e ai servizi igienici (31%).

Estendendo tuttavia le valutazioni agli "abbastanza soddisfatti", la platea di coloro che esprimono una valutazione complessivamente positiva si estende a quasi 9 intervistati su dieci (89,2%) per l'assistenza medica e all'88,2% per l'assistenza infermieristica, confermandosi la professionalità e la capacità di interlocuzione dei lavoratori del settore il più rilevante fattore di resilienza dell'offerta sanitaria pubblica.

Il giudizio di soddisfazione "allargato" raggiunge invece "appena" il 66,7% degli utenti per quanto riguarda il vitto (mentre uno su tre risulta insoddisfatto), salendo all'81,9% per i servizi igienici.

Tabella 23 – Soddisfazione per i vari aspetti del ricovero in Italia. Anni 2018-2022.
Valori % per 100 utenti

	Assistenza medica		Assistenza infermieristica		Vitto		Servizi igienici	
	Molto	Molto + abbastanza	Molto	Molto + abbastanza	Molto	Molto + abbastanza	Molto	Molto + abbastanza
2018	38,8	91,7	39,3	89,0	20,4	70,9	31,9	82,1
2019	40,8	87,6	41,0	87,1	23,1	69,7	30,6	78,8
2020	46,5	93,4	45,3	91,6	27,5	75,5	35,9	84,4
2021	44,8	93,7	45,5	91,7	24,3	74,7	34,6	84,0
2022	41,7	89,2	41,0	88,2	22,1	66,7	31,0	81,9

* Persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista per soddisfazione per vari aspetti del ricovero
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Il contesto delineato nel presente report ha individuato numerosi fattori, che concorrono a determinare il fenomeno della rinuncia alle cure, che rappresenta nel modo più plastico l'effetto della abdicazione, da parte dello Stato, al compito di tutelare e preservare, in modo universalmente accessibile, il diritto alla salute dei propri cittadini.

La rinuncia a prestazioni sanitarie³, dunque, coinvolge tutte quelle persone che, pur avendo necessità di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici,

³ La rinuncia a prestazioni sanitarie, presente anche tra gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) è calcolata come percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi; lista d'attesa

hanno dichiarato di averci rinunciato per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio, incluse le liste di attesa (è necessario tenere presente che per quanto riguarda il biennio 2020-2021 sono state considerate quale motivo di rinuncia anche tutte le difficoltà determinate dal Covid-19). Tale indicatore, inoltre, consente di confermare un elemento più volte emerso nel corso del lavoro: la disparità nell’accedere al diritto alle cure.

Ciò premesso, la percentuale dei cittadini che nel 2023 ha dovuto rinunciare a cure ritenute necessarie si attesta in Italia al 7,6%, con una crescita di 0,6 punti percentuali sul periodo precedente (il valore resta tuttavia inferiore a quello del biennio 2020-2021, condizionato dalla pandemia, quando si è attestato, rispettivamente, al 9,6% e all’11%). Proiettando tale valore sulla popolazione residente, nel 2023 sono circa 4,5 milioni le persone che, pur avendone necessità, hanno rinunciato o posticipato le cure perché “inaccessibili” (per il loro costo troppo elevato, per le liste di attesa o perché difficilmente raggiungibili). La disaggregazione per macroarea evidenzia come l’incidenza di coloro che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie raggiunga il valore più alto al Centro, dove si attesta all’8,8%, per scendere al 7,7% al Sud e toccare il valore più basso tra le regioni del Nord, dove il tasso si arresta al 7,1%.

La prospettiva di breve periodo segnala infine come l’incidenza più elevata si riscontri stabilmente al Centro, dove si riscontra peraltro la crescita più consistente rispetto al 2022 (+1,8 punti percentuali, a fronte di +0,7 punti al Sud e di 0,1 punti nelle regioni del Nord).

Tabella 24 – Percentuale di popolazione che ha rinunciato alle cure (nei 12 mesi precedenti l’intervista) per area geografica. Anni 2018-2023, valori %

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nord	5,5	5,1	9,8	11,1	7,0	7,1
Centro	8,6	6,9	10,3	11,4	7,0	8,8
Sud	8,5	7,5	9,0	10,6	7,0	7,7
Italia	7,2	6,3	9,6	11,0	7,0	7,6

Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Istat – Il benessere equo e sostenibile in Italia 2023

Approfondendo la dimensione anagrafica, i dati evidenziano come la percentuale di persone che rinunciano alle cure risulta più elevata proprio nei segmenti più fragili della popolazione, attestandosi al 9% tra le donne (contro il 6,2% rilevato tra gli uomini), al 10,3% tra i cittadini della fascia 45-64 anni e al 9,8% tra gli over 64enni, con evidenti effetti a medio termine sui costi della sanità, riducendosi in tal modo l’efficacia della prevenzione e crescendo, conseguentemente, i costi delle terapie.

Sul fronte opposto, il valore minimo della rinuncia, pari al 2,6%, si rileva tra gli under 25enni.

lunga; negli anni della pandemia è stato rilevato anche il mancato accesso dovuto all’emergenza sanitaria. La fonte di queste informazioni è l’indagine annuale “Aspetti della vita quotidiana”.

Tabella 25 – Percentuale di popolazione che ha rinunciato alle cure (nei 12 mesi precedenti l'intervista) in base al genere e alla fascia di età. Anni 2018-2023, valori %

	Genere		Fascia di età				Totale
	Maschi	Femmine	< 25 anni	25-44	45-64	65+	
2018	6,0	8,3	2,8	7,5	10,0	7,9	7,2
2019	5,0	7,5	2,0	6,2	9,0	7,3	6,3
2020	8,3	10,9	4,0	7,3	12,4	14,3	9,6
2021	9,2	12,7	3,8	8,7	14,1	17,0	11,0
2022	5,9	8,0	1,9	6,1	9,5	10,0	7,0
2023	6,2	9,0	2,6	6,8	10,3	9,8	7,6

Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Istat – Il benessere equo e sostenibile in Italia 2023

Secondo un'ulteriore indagine campionaria condotta tra 2.000 residenti di almeno 18 anni d'età da Aiop in collaborazione con Censis, nel 2023 la percentuale di persone che avrebbero rinunciato alle cure o le avrebbero posticipate a causa del costo troppo elevato si attesterebbe al 29,1%, salendo al 42% tra le fasce a reddito basso (fino a 15 mila euro). Secondo la medesima indagine, il 36,9% degli italiani nei 12 mesi precedenti l'intervista ha dovuto rinunciare alle altre spese per sostenere quelle sanitarie, valore che anche in questo caso cresce in modo considerevole tra gli individui a basso reddito, tra i quali raggiunge il 50,4%.

Tabella 25 – Percentuale di intervistati che ha rinunciato alle cure per ragioni economiche (nei 12 mesi precedenti l'intervista) in base alla fascia di reddito*

	Basso	Medio-basso	Medio-alto	Alto	Totale
Ha rinunciato ad altre spese per sostenere quelle sanitarie	50,4	40,5	27,7	22,6	36,9
Ha dovuto rinunciare a cure o posticiparle a causa del costo troppo elevato	42,0	32,6	22,2	14,7	29,1

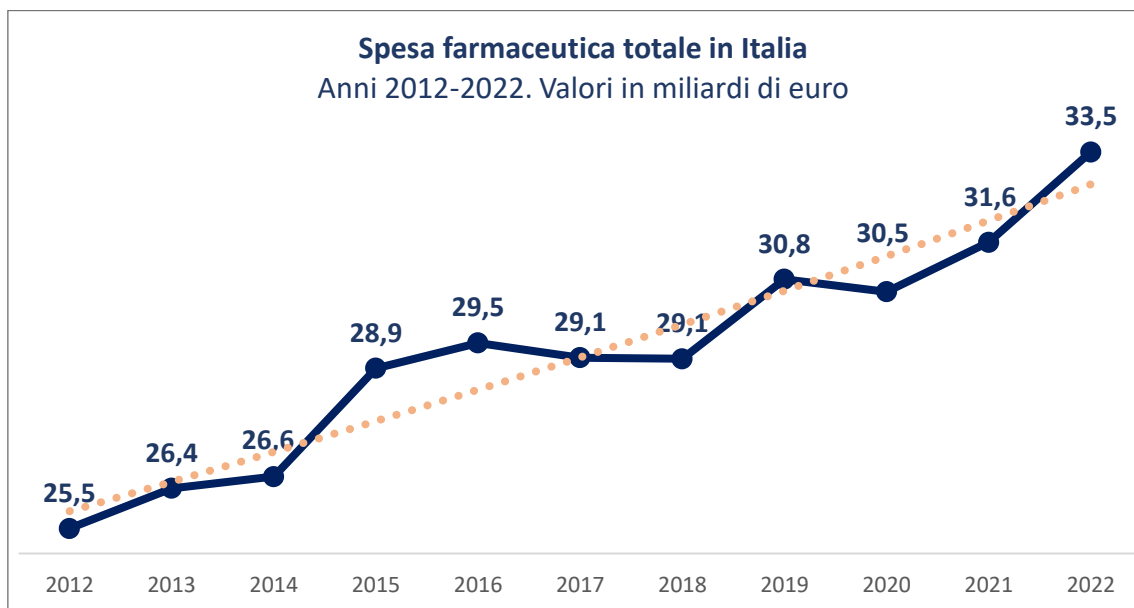
Fonte: Elaborazioni Eures-Adoc su dati Aiop-Censis 2023 - 21° Rapporto Ospedali&Salute *redditi bassi: fino a 15 mila euro; redditi medio-bassi: 15-30 mila euro; redditi medio-alti: 30-50 mila euro; redditi alti: 50 mila e + euro

8. La spesa farmaceutica

Principali evidenze emerse

- Tra il 2012 e il 2022 il valore della spesa farmaceutica totale passa in Italia da 25,5 a 33,5 miliardi, con un incremento complessivo del 31,2%.
- La crescita più rilevante si registra per la spesa ospedaliera, più che raddoppiata nell'ultimo decennio (+104,4%), passando da 5,1 a 10,3 miliardi di euro, ma in forte crescita risulta essere anche la spesa privata, registrando nel decennio un +36,8%, raggiungendo gli 8,4 miliardi di euro nel 2022, a fronte dei 6,2 miliardi del 2012.
- Tra le voci di spesa considerate, è la pubblica territoriale a rappresentare la più consistente, assorbendo il 44% della spesa farmaceutica sanitaria totale nel 2022, "perdendo" tuttavia 12,1 punti percentuali rispetto al 56,1% del 2021; nel 2022 sale invece al 30,8% del totale l'incidenza della spesa farmaceutica ospedaliera (dal 19,8% del 2012), salendo da 5,1 a 10,3 miliardi, così come accade per la spesa privata (dal 24,1% della spesa totale nel 2012 al 25,1% nel 2022), salita da 6,2 a 8,4 miliardi.

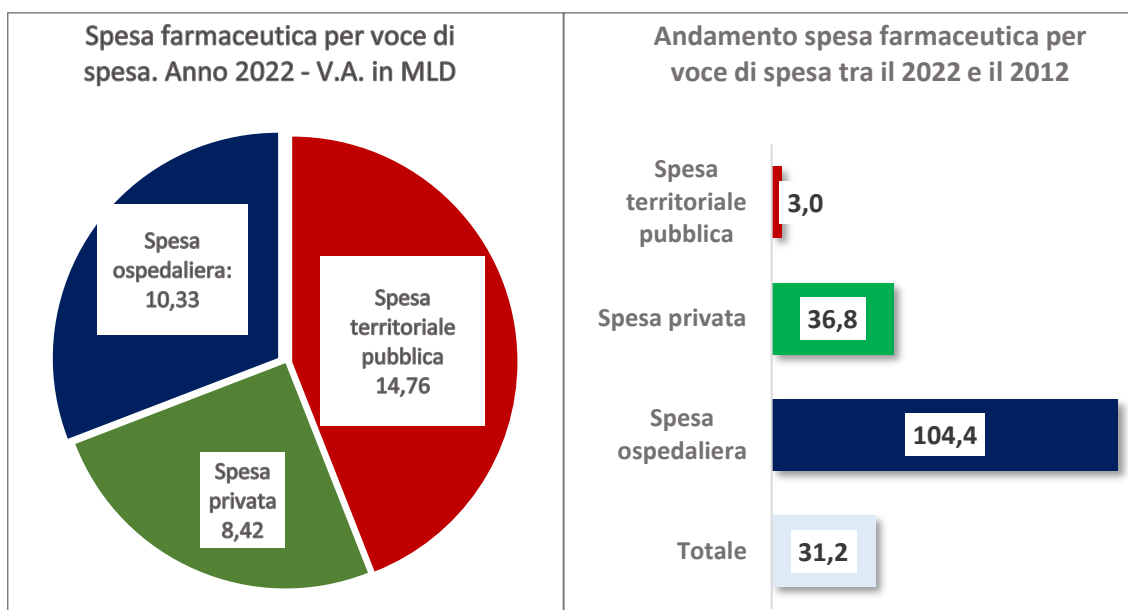
All'interno dell'analisi sulla spesa e sull'offerta sanitaria, un aspetto non trascurabile è quello relativo alla spesa farmaceutica che, complessivamente, raggiunge nel 2022 il valore di 33,5 miliardi di euro, registrando una costante e significativa crescita nel tempo. Nell'ultimo decennio, infatti, la spesa farmaceutica è salita di ben il 31,4% (+10 miliardi in valori assoluti), considerando che nel 2012 il suo valore era pari a 25,5 miliardi.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AIFA

Disaggregando la spesa farmaceutica in base alle sue principali componenti, queste sono rappresentate dalla spesa territoriale pubblica⁴, dalla spesa ospedaliera e dalla spesa privata, appare innanzitutto interessante sottolineare come negli ultimi 10 anni quest'ultima sia cresciuta del +36,8%, raggiungendo gli 8,4 miliardi di euro nel 2022, a fronte dei 6,2 miliardi del 2012.

L'incremento più significativo si registra tuttavia per la spesa ospedaliera⁵, più che raddoppiata nell'ultimo decennio (+104,4%), passando da 5,1 a 10,3 miliardi di euro, mentre risulta complessivamente stabile la spesa territoriale pubblica (con una crescita nominale del 3,5% in dieci anni), che resta tuttavia la voce prevalente, attestandosi nel 2022 a 14,8 miliardi di euro.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AIFA

⁴ https://temi.camera.it/leg17/post/app_la_spesa_famaceutica_territoriale_ed_ospedaliera - La spesa farmaceutica territoriale pubblica (convenzionata) indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate.

⁵ Indica la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN. L'articolo 1, comma 398, della legge di bilancio 2017 ha rideterminato in aumento il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, dal 3,5% al 6,89% e ha compreso al suo interno i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, intesa come la distribuzione, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera ha assunto la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti".

Tabella 1 – Spesa farmaceutica in Italia per voce di spesa
Anni 2012-2022, valori in miliardi di euro

	Spesa territoriale pubblica*	Spesa privata	Spesa ospedaliera**	Totale
2012	14.325	6.152	5.055	25.532
2013	14.229	6.732	5.421	26.383
2014	14.238	6.648	5.744	26.630
2015	15.784	6.859	6.282	28.926
2016	16.194	6.681	6.587	29.461
2017	15.291	6.526	7.332	29.149
2018	14.761	6.771	7.594	29.126
2019	14.570	7.261	8.980	30.811
2020	14.080	7.180	9.284	30.544
2021	14.067	7.734	9.794	31.595
2022	14.755	8.418	10.333	33.507
Var.% 22/17	-3,5	29,0	40,9	15,0
Var.% 22/12	3,0	36,8	104,4	31,2

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AIFA

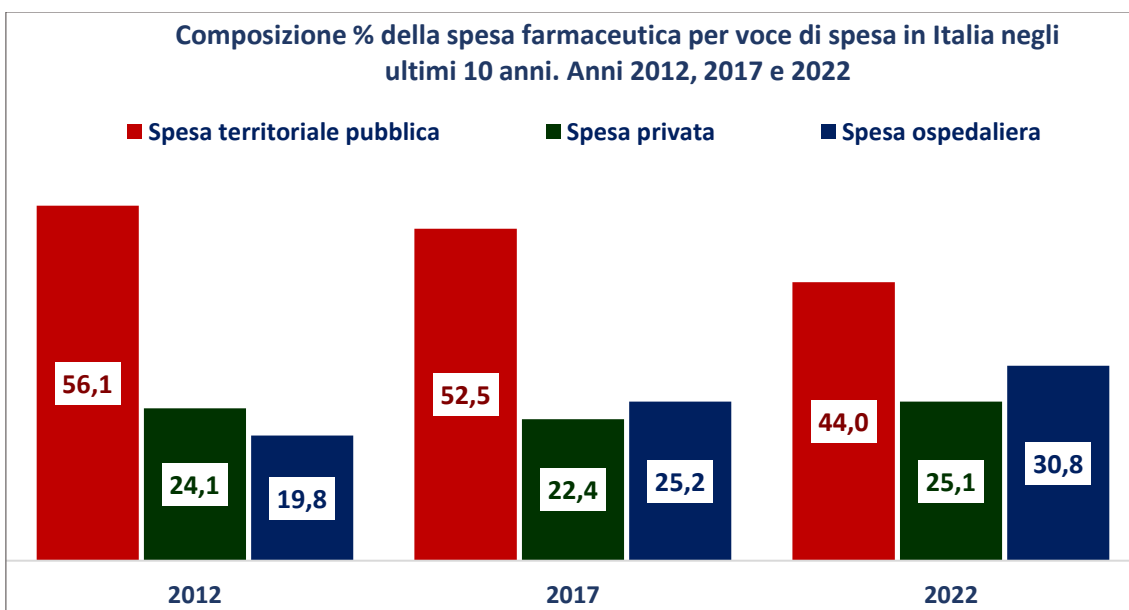
*comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata (a lordo del *payback* e sconto) e della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN, incluse le compartecipazioni a carico del cittadino

**spesa strutture sanitarie pubbliche (a lordo del *payback*) al netto della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN

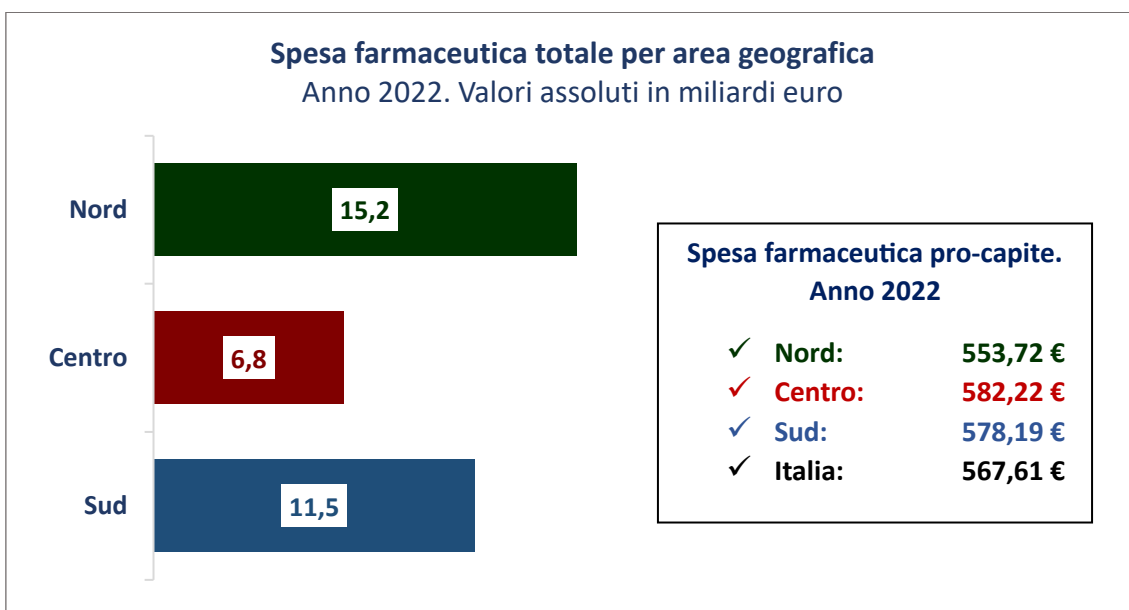
In termini relativi, l'andamento precedentemente rilevato determina un significativo aumento dell'incidenza della spesa ospedaliera sul totale (passata dal 19,8% del 2012 al 30,8% nel 2022); un incremento più contenuto si rileva per l'incidenza della spesa privata (dal 24,1% al 25,1%), mentre diminuisce il "peso" della spesa farmaceutica territoriale pubblica che, pur confermandosi prevalente, "perde" ben 12,1 punti percentuali, passando dall'assorbire il 56,1% della spesa farmaceutica sanitaria totale nel 2012 al 44% nel 2022.

A livello geografico, in linea con la più alta incidenza della popolazione residente, nel Nord si rileva il valore più alto della spesa farmaceutica (15,2 miliardi di euro nel 2022), seguito dalle regioni del Sud (11,5 miliardi di euro) e dal Centro (6,8 miliardi di euro). Tuttavia in termini relativi, analizzando la spesa pro-capite, è il Centro, con una spesa farmaceutica di 582 euro per abitante, a registrare il valore più elevato, superando di circa 15 euro la media nazionale (pari a 567 euro).

Anche il Sud (con 578 euro pro-capite) registra una spesa farmaceutica più elevata della media italiana, mentre il Nord, con 554 euro per abitante, presenta il valore più basso.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AIFA



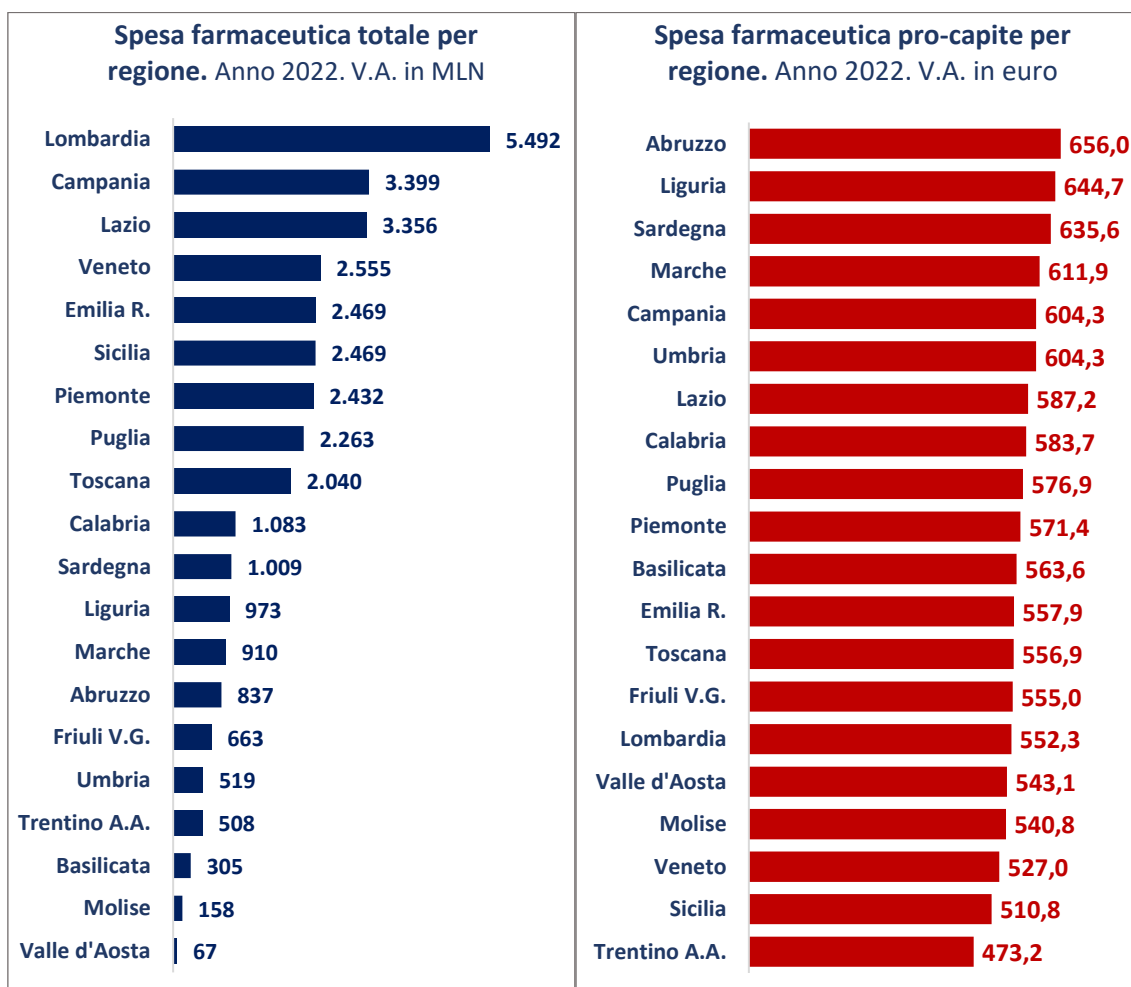
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AIFA

Guardando infine ai dati disaggregati per regione, la Lombardia, con 5,5 miliardi di euro, presenta la spesa farmaceutica più elevata. Seguono, con un significativo scarto, la Campania (3,4 miliardi) e il Lazio (3,35), mentre sul fronte opposto si collocano la Basilicata (305 milioni), il Molise (158 milioni) e la Valle d'Aosta (67 milioni).

In termini relativi è tuttavia l'Abruzzo a registrare la spesa pro-capite più elevata (pari a 656 euro), seguito dalla Liguria (645 euro) e dalla Sardegna (636 euro).

Anche le Marche, la Campania, l'Umbria, il Lazio, la Calabria, la Puglia e il Piemonte superano il valore medio nazionale di 658 euro pro-capite), mentre le restanti regioni

presentano valori inferiori (arrivando in Trentino Alto Adige, con 473 euro di spesa farmaceutica per abitante, a registrare il valore più basso).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati AIFA

Glossario essenziale

Classe A: una delle classi di priorità previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021, prevede il ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

DAY HOSPITAL (DH) o ricovero diurno è una forma di assistenza, garantita dal Servizio sanitario nazionale, che permette al paziente di usufruire di cure ospedaliere nell'arco di uno o più ricoveri programmati (tutti di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento) per lo svolgimento di accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie. La permanenza in ospedale è limitata al tempo strettamente necessario e, completate le cure, il paziente torna al proprio domicilio avendo la possibilità di continuare, per quanto possibile, le attività quotidiane.

DAY SURGERY, o “chirurgia di un giorno”, rappresenta la modalità clinico-organizzativa per effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia generale, loco-regionale o locale. Ciò consente un precoce ritorno al proprio ambiente familiare, riducendo al minimo il disagio generato dall'ospedalizzazione.

DEGENZA ORDINARIA è la prestazione assistenziale di ricovero per acuti erogata da un Istituto di cura pubblico o privato, rivolta all'assistenza di soggetti che presentando patologie/problemi acuti di varia gravità necessitano di inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici e strumentali e, in base alla condizione clinica, di assistenza medico-infermieristica prolungata.

DRG: diagnosis-related group (DRG), si fa riferimento a un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate

Mobilità ospedaliera: comprende mobilità apparente, casuale, DRG ad alta complessità, DRG a media complessità, DRG rischio inappropriata.

Mobilità specialistica ambulatoriale: l'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni di diagnostica, laboratorio, riabilitazione, visite, terapeutiche, PAC, altro.

PAC: Pacchetti Ambulatoriali Complessi sono pacchetti di prestazioni relative a più branche specialistiche, che includono una visita e un insieme di prestazioni di carattere fondamentalmente diagnostico.