

A S S O C I A Z I O N E **32**

Salute

diritto fondamentale

SCHEDA 1

UNO SGUARDO D'INSIEME

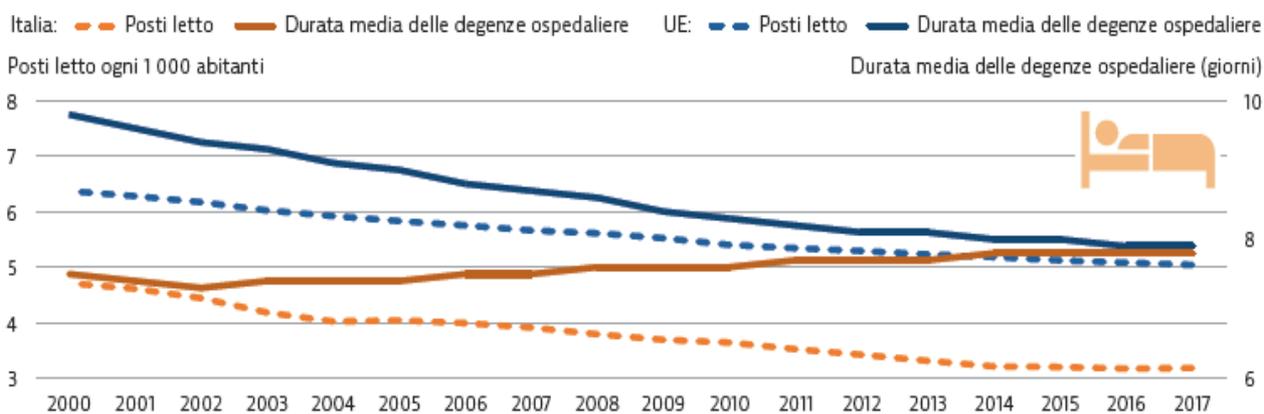
SCHEDA 1: UNO SGUARDO D'INSIEME

1. La riduzione dei posti letto

La riduzione dei posti letto negli ospedali trova la sua ragione nella disponibilità di nuove tecnologie biomediche, nei criteri organizzativi innovativi, nella riduzione di presidi ospedalieri non più adeguati e con volumi di attività che non garantiscono efficacia e sicurezza, nonché nel contenimento dei ricoveri inappropriati dal punto di vista organizzativo.

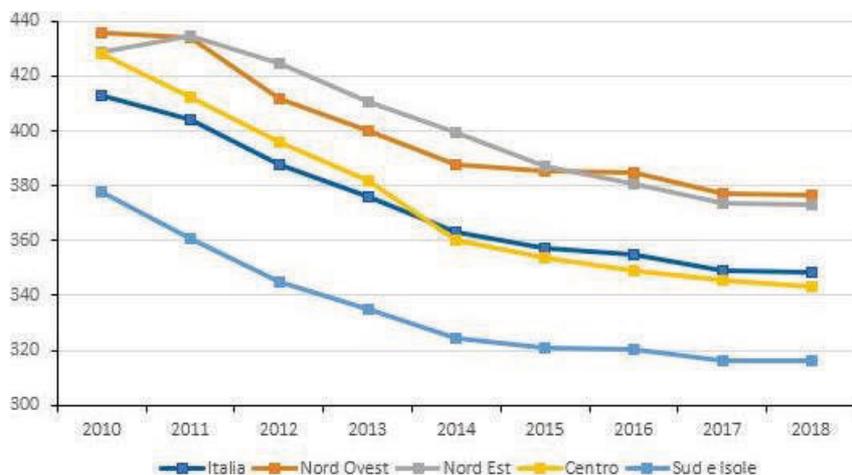
Tale contrazione è stata particolarmente accentuata in Italia (Figura 1) mantenendo peraltro notevoli differenze nelle varie zone del Paese (Figura 2).

Figura 1: Riduzione dei posti letto in Italia dal 2000 al 2017 e confronto con la UE.



Fonte: Banca dati di Eurostat.

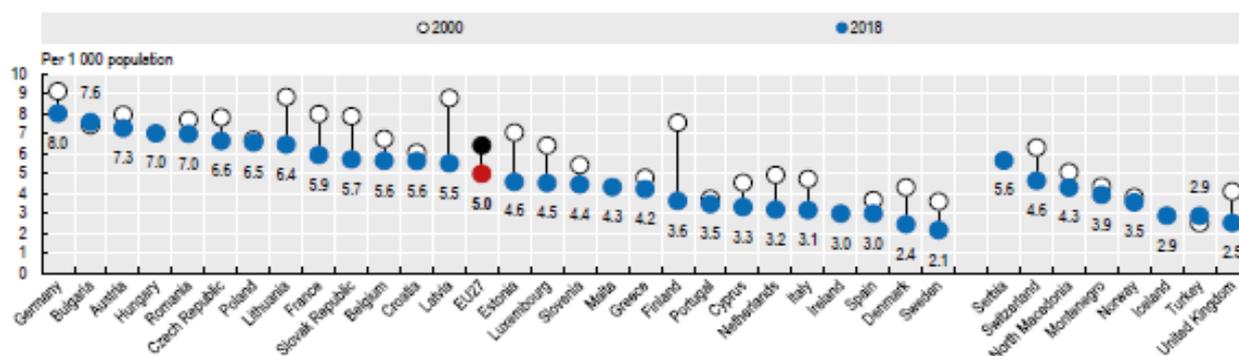
Figura 2: Numero di posti letto per 100.000 ab. in Italia dal 2010 al 2018.



Nota: il dato si riferisce sia ai posti letto negli istituti pubblici che nelle case di cura private accreditate.
Fonte: elaborazione Osservatorio CPI su dati Ministero della Salute, Open Data e Istat

Anche in confronto agli altri paesi europei l'Italia si colloca fra quelli con il tasso più basso di posti letto rispetto alla popolazione: 3,1 posti letto per 1.000 abitanti (anno 2018) rispetto a una media EU 27 di 5.0 (Figura 3).

Figura 3: Posti letto per 1.000 abitanti nei paesi europei - 2000 e 2018



Note: The EU average is unweighted.
Source: OECD Health Statistics 2020, Eurostat Database.

Si tratta di una contrazione che ha interessato, in misura prevalente, la sanità pubblica, mentre ha coinvolto in misura più ridotta la ospedalità privata, che è passata a rappresentare il 20,4% dei posti letto totali attuali rispetto dal 14,7% nel 1981.

La ospedalità privata ha una rilevanza assai diversa da regione a regione (Tabella 1), in relazione a pregresse situazioni (quale la storica presenza della ospedalità cattolica in Lazio) o in conseguenza delle politiche regionali e degli orientamenti degli investitori privati (come si evidenzia in Lombardia).

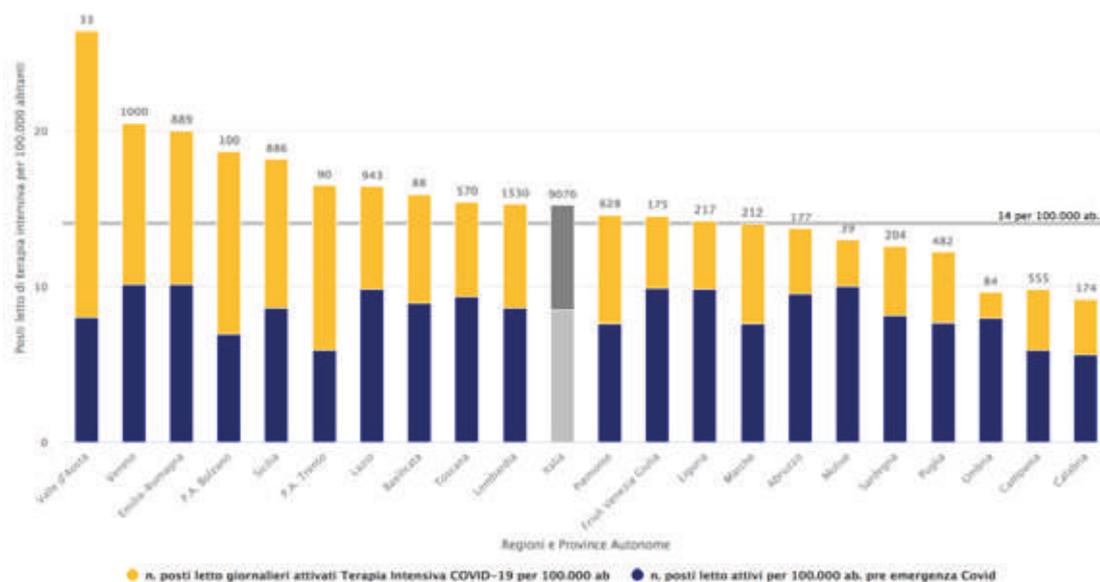
Tabella 1: Posti letto pubblici e privati nelle Regioni (ordinate per % di p.l. privati)

Regione	Posti letto totali	Posti letto privati	Posti letto privati % ²
Lazio	18.431	9.293	50,4
Campania	15.372	6.337	41,2
Lombardia	34.938	13.124	37,6
Molise	1.056	397	37,6
Sicilia	13.961	4.817	34,6
Calabria	4.888	1.666	34,1
P.A. Trento	1896	643	33,9
Piemonte	14.657	4.517	30,8
Puglia	11.646	3.236	27,8
Emilia Romagna	16.453	3.991	24,4
Abruzzo	3.913	927	23,7
Veneto	15.917	3.105	19,5
Sardegna	5.023	953	19,0
Marche	4.615	812	17,6
Toscana	10.340	1793	17,3
Liguria	4.994	844	16,9
V. d'Aosta	451	71	15,7
P.A. Bolzano	1.843	285	15,5
Friuli V.G.	3.833	403	10,5
Umbria	2.882	259	9,0
Basilicata	1.684	40	2,4
ITALIA	188.748	57.513	30,5

Fonte: Ermeneia, Studi & Strategie di sistema, AIOP, OSPEDALI & SALUTE, diciassettesimo rapporto annuale 2019, luglio 2020.

Alla contrazione dei posti letto ospedalieri non ha corrisposto un adeguamento di alcuni servizi strategici, quali le terapie intensive (su cui si è intervenuti solo in conseguenza del Covid – Figura 4), né una strutturata resilienza in termini di attrezzature, percorsi, aree di espansione, flessibilità delle strutture di ricovero.

Figura 4: Posti letto in terapia intensiva al 28 Settembre 2021 e prima del Covid (Fonte: Portale Agenas)



La criticità fondamentale è rappresentata, tuttavia, dal mancato potenziamento della sanità territoriale, che doveva accompagnare (o meglio, precedere) la riorganizzazione della rete ospedaliera e la riduzione dei posti letto: ruolo dei Distretti, realizzazione delle Case della salute, continuità assistenziale, ospedali di Comunità, potenziamento dell’assistenza alle persone anziane e non autosufficienti, rafforzamento dell’assistenza domiciliare, residenze protette...

Anche in tale ambito si evidenziano forti disegualianze fra regioni: i posti letto per anziani e non autosufficienti (per 1.000 abitanti) sono in Trentino-Alto Adige 131,5; in Piemonte 115,5; in Liguria 113,2; in Emilia-Romagna 104,4. All’opposto la Calabria ha 38,5 posti letto per 1.000 abitanti; la Puglia 36,4; la Campania 18,5. Un differenziale fra Regioni che si avvicina a 1/10! Tale *gap* di risorse assistenziali non è certo controbilanciato da altre forme assistenziali, se non quelle sommerse e familiari, con notevole carico sulle donne. Infatti, la Calabria assiste (assistenza sanitaria integrata) solo lo 0,4% degli anziani, il Lazio 1,4%, mentre il Veneto offre una copertura al 3,9% e l’Emilia-Romagna al 3,5%.¹

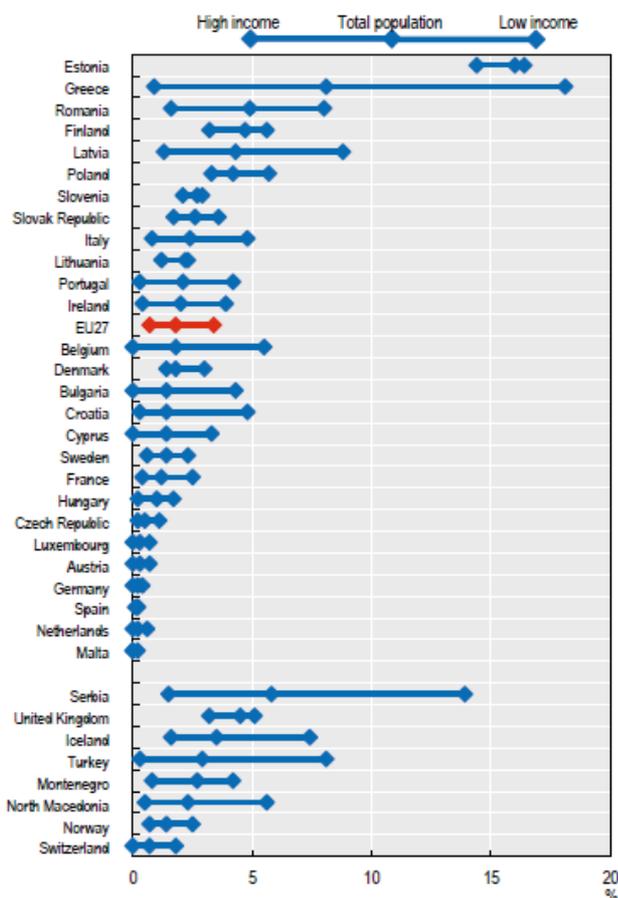
2. La crescita delle disegualianze

Nel nostro Paese, le disegualianze sono marcate (l’indice GINI nel 2018, prima della pandemia, era 33,4 rispetto a una media OCSE 30,3); si tratta di disegualianze territoriali, di genere, e di condizione socioeconomica, che influenzano l’accesso ai servizi sanitari. Ad esempio, la rinuncia ad accertamenti diagnostici – per ragioni economiche, per la lunghezza delle liste di attesa, o per questioni geografiche (distanza dai presidi diagnostici, assenza di un’adeguata presa in carico, difficoltà di movimento, ecc.) – è assai diversificata in Europa e vede l’Italia, a dispetto della universalità del Servizio sanitario, in posizione peggiore rispetto alla media europea (su cui pesano peraltro le condizioni di alcuni paesi prevalentemente

¹ Istat, *Il Benessere equo e sostenibile in Italia* (BES-2020), Roma 2021.

dell'Est europeo e la Grecia). La percentuale di rinunce per tali ragioni è molto più rilevante rispetto ai paesi del centro e nord Europa; si evidenzia anche un'ampia diversificazione in relazione al reddito (Figura 5).

Figura 5: Popolazione (%) che rinuncia ad accertamenti diagnostici per ragioni economiche, liste di attesa, difficoltà geografica di accesso



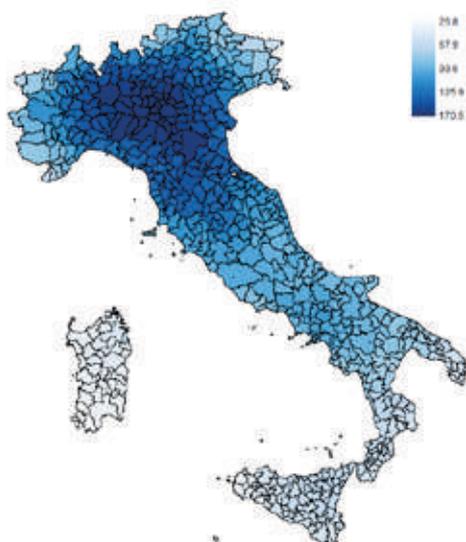
Note: EU weighted average.
Source: Eurostat Database (EU-SILC).

Le difficoltà di accesso sono un altro elemento di disuguaglianza territoriale, non solo per una elevata differenza di reddito fra le varie regioni italiane, ma anche per la disomogenea quantità e qualità delle infrastrutture sanitarie.

A tale proposito, è emblematica la rappresentazione offerta dalla Banca d'Italia², che riportiamo nella Figura 6.

² Banca d'Italia – Eurosystem: I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso, numero 635, Luglio 2021.

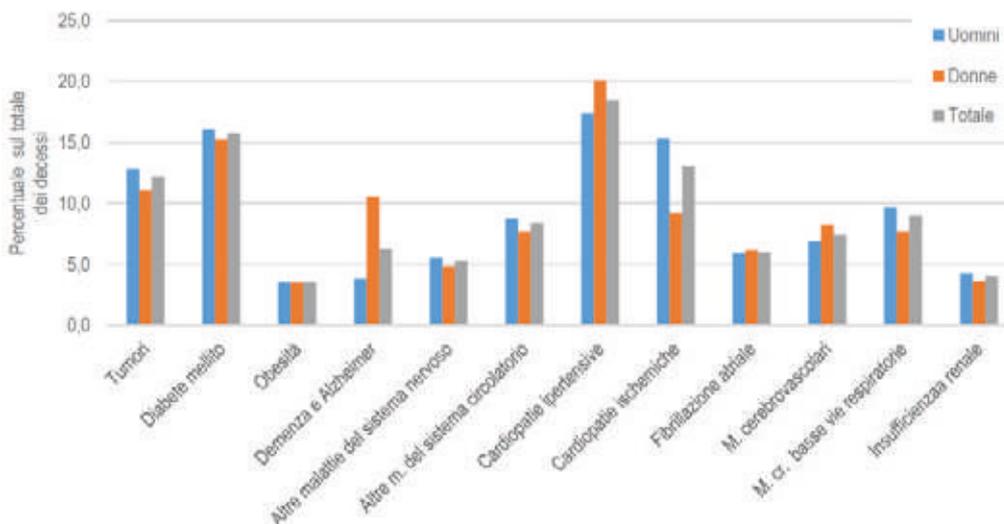
Figura 6: Indice di dotazione di infrastrutture ospedaliere ponderato per la qualità dell'assistenza



(numeri indice, media Italia =100)

Il Covid è stato un ulteriore fattore che ha amplificato le disuguaglianze. Una **Sindemia**, che ha amplificato patologie croniche preesistenti, come ben documentato dalla letteratura scientifica e dalla elevata mortalità delle persone fragili (Figura 7).

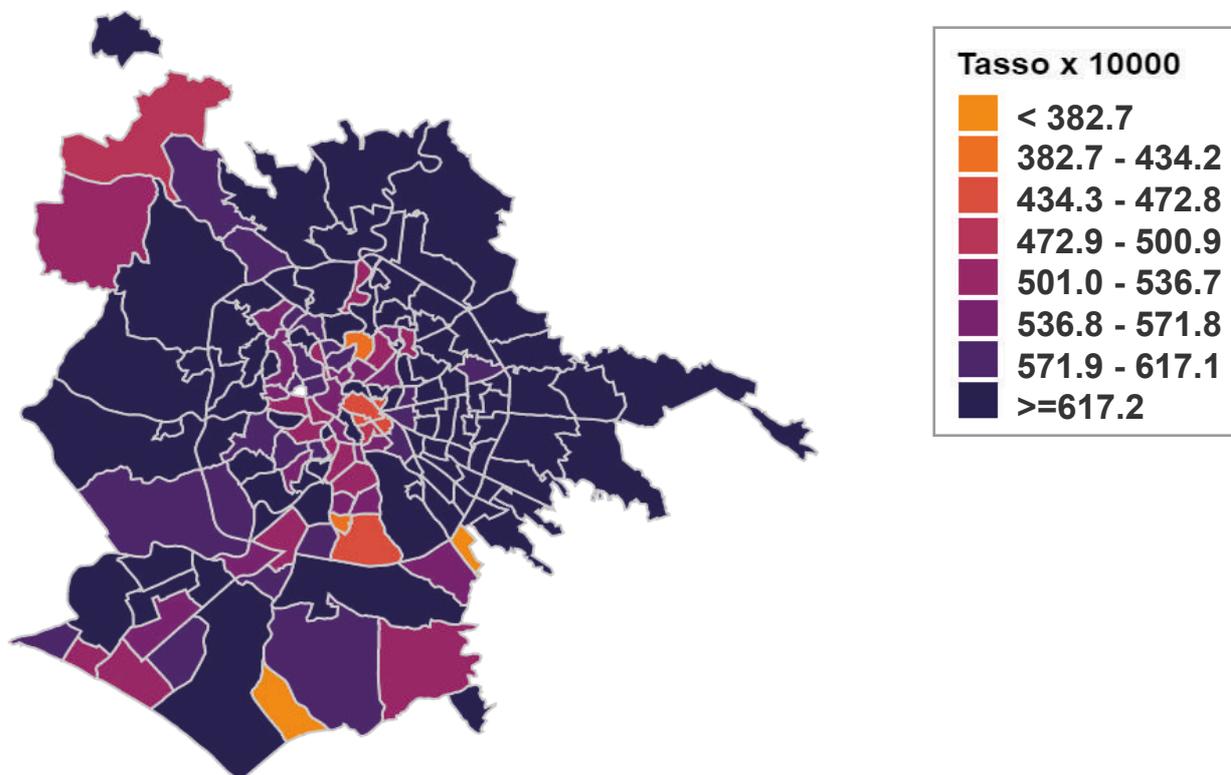
Figura 7 : Concause presenti nelle schede di decesso di pazienti deceduti positivi al SARS-CoV-2; percentuale sul totale dei decessi per genere.



Cronicità, invalidità, multi-patologie, sono elementi che hanno, come noto, una distribuzione dipendente in misura rilevante dai determinati sociali.

La pandemia si è inoltre diffusa in misura più intensa – specie nelle realtà urbane – nelle aree con reddito più basso, come si evidenzia da questa georeferenziazione sulla città di Roma (Figura 8), che evidenzia come i quartieri con reddito più elevato siano i meno colpiti (aree chiare); analoghe immagini si hanno per altre città, come Londra e New York.

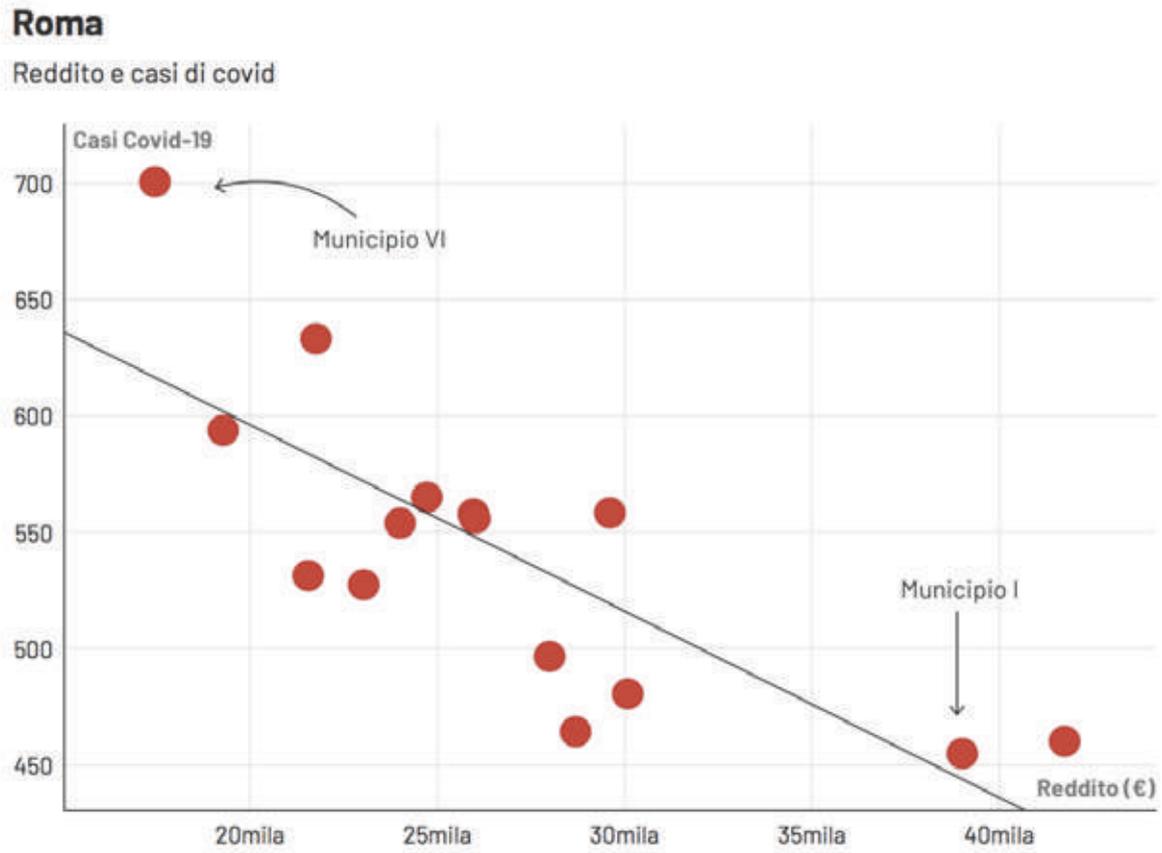
Figura 8: Tassi standardizzati di incidenza cumulativa dei casi di Covid-19 (per 10.000 ab.) nella città di Roma, per zone urbanistiche (al 29/7/2021)



Fonte: https://www.dep.lazio.it/covid/covid_map3_TS.php

La correlazione reddito per Municipi e incidenza del Covid è parametrata nella figura, in cui si evidenzia la consistente "correlazione inversa" fra reddito e incidenza della patologia (Figura 9).

Figura 9: Relazione fra reddito dei vari Municipi di Roma e la incidenza del Covid.

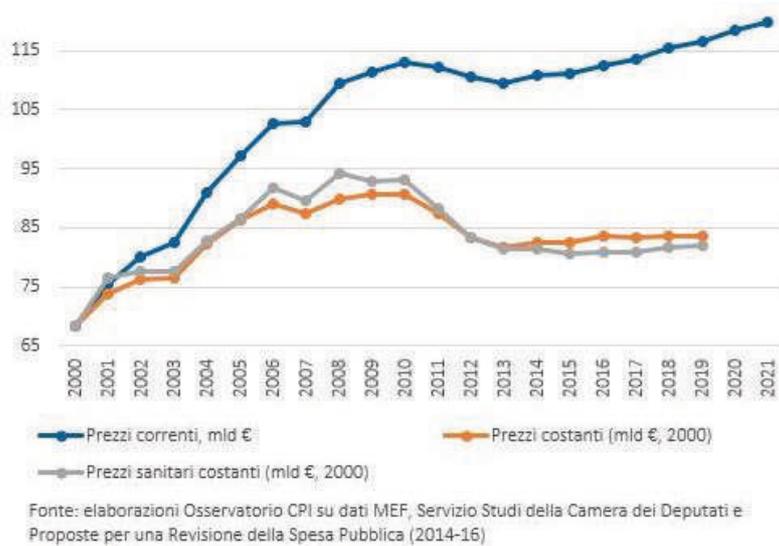


Fonte: D.M. De Luca e F. Teoldi, *Il Covid non è uguale per tutti. Distingue i ricchi dai poveri*, Domani, 9 maggio 2021

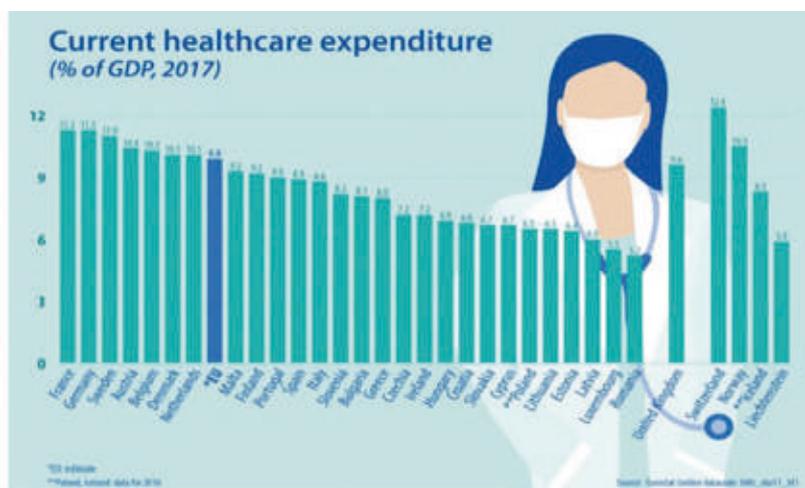
3. La spesa sanitaria

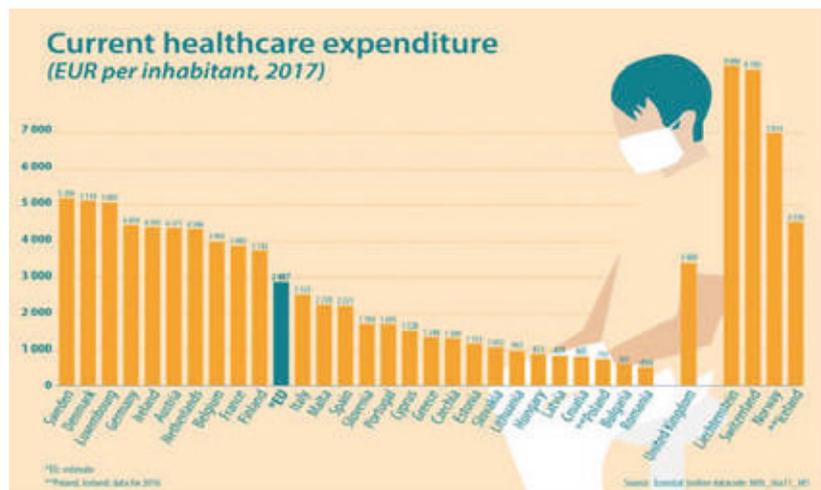
Dopo un periodo di crescita analogo a quanto occorso nei vari paesi europei, nell'ultimo decennio la spesa sanitaria in Italia ha avuto una notevole riduzione in termini reali (Figura 10). Tutto ciò si è tradotto in una riduzione della spesa pro capite reale annua di circa 10 euro, per l'intero decennio, ottenuta in particolare con il taglio del personale. Anche la spesa per investimenti ha subito una riduzione.

Figura 10: La spesa sanitaria pubblica in Italia dal 2000 al 2019
Mld euro



L'Italia si viene così a collocare, rispetto ai Paesi Europei, al di sotto della media sia in rapporto al Pil sia in termini di spesa pro capite, avvicinandosi progressivamente ai paesi dell'Est Europa (Figure 11 e 12)





La spesa sanitaria pubblica è aumentata solo in relazione alla fase pandemica (vedi anno 2020) per poi programmaticamente ridursi in rapporto al Pil, anche in termini reali. (Tabella 2)

Tabella 2: Spesa sanitaria pubblica dal 2020 al 2024

Nadef 2021. Previsioni spesa sanitaria a legislazione vigente					
	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria (in mln di euro)	123.474	129.449	125.708	123.554	124.428
Incidenza sul Pil (in %)	7,5	7,3	6,7	6,3	6,1
Variazione spesa (in %)	6,7	4,8	-2,9	-1,7	0,7

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su Nadef 2021



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)