

CAPITOLO 2

SANITÀ E SALUTE DI FRONTE ALL'EMERGENZA COVID-19

Il diffondersi della pandemia di coronavirus SARS-CoV-2 nel corso dell'inverno 2020, dapprima in Asia orientale, poi in Europa e successivamente nel resto del pianeta, ha rappresentato e continua tutt'oggi a costituire, a livello globale, una delle minacce più importanti per la salute registrate negli ultimi decenni, almeno nel novero delle malattie infettive. L'Italia è uno dei Paesi più precocemente e intensamente coinvolti. Nel momento in cui si redige questo testo, i contagi nel nostro Paese sono oltre 234 mila e i decessi hanno superato le 33 mila unità. Si tratta di numeri destinati ad aumentare, specie se i tentativi adottati per affrontare l'emergenza sanitaria non riusciranno a contenere stabilmente la propagazione del virus e gli allentamenti delle misure di distanziamento sociale implementate nei vari Stati, seppur secondo modalità differenti, provocheranno il riaccendersi della malattia e la nascita di nuovi focolai.

A maggio 2020, il quadro clinico in lento ma costante miglioramento ha permesso l'avvio della cosiddetta fase 2 della gestione della malattia, eppure il bilancio delle vittime rimane tragico, con un significativo eccesso di mortalità rispetto all'atteso. A ciò si aggiunga che il numero dei decessi che sono direttamente o indirettamente imputabili al virus è sicuramente sottostimato. In questo conteggio vengono infatti considerati unicamente i decessi avvenuti tra i casi di COVID-19 diagnosticati, mentre non sono inclusi tutti i decessi per coronavirus che hanno riguardato individui non sottoposti a tampone. Mancano all'appello dei morti per questa pandemia, anche tutti gli esiti fatali di patologie diverse che si sarebbero potuti evitare o ritardare se la necessità di riallocare risorse materiali e umane del sistema sanitario verso l'assistenza COVID-19 non avesse portato all'interruzione di importanti percorsi assistenziali e terapeutici. Se inoltre, si amplia lo sguardo ad altri esiti di salute, l'impatto rischia di divenire ancora più oneroso, giacché è molto probabile che l'esperienza di malattia possa aver, più o meno parzialmente, compromesso la funzionalità futura del sistema immunitario.



L'epidemia ha colpito violentemente le persone con maggiori fragilità, acuendo al contempo le significative disuguaglianze che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal *COVID-19*.

L'emergenza sanitaria ha messo in luce punti di forza e criticità del sistema sanitario. Le politiche di austerità adottate nel corso degli anni lo hanno reso più efficiente, ma impreparato ad affrontare uno shock di domanda come quello imposto dalla pandemia. Il livello territoriale non è riuscito ad arginare l'emergenza con tempestività e i casi di *COVID-19* si sono dovuti riversare negli ospedali che, a loro volta, si sono dimostrati in difficoltà nel fronteggiare una simile pressione, a causa della costante diminuzione delle risorse economiche, del personale sanitario e dei posti letto subita nel corso degli ultimi decenni. Il protrarsi delle politiche di controllo della spesa sanitaria, secondo la Corte dei Conti¹, ha fatto registrare tra il 2009 e il 2018 una riduzione, in termini reali, delle risorse destinate alla sanità particolarmente consistente, che ha acuito i divari in termini di spesa sanitaria pubblica pro capite. Secondo le stime dell'Ocse, nel 2018 la spesa pro capite in Germania e in Francia era, rispettivamente, doppia e superiore del 60 per cento a quella italiana.

L'emergenza sanitaria ha certamente influenzato la quantità e il tipo di offerta del sistema sanitario. I primi dati disponibili, riferiti ad alcune regioni, testimoniano che i servizi sanitari regionali hanno reagito positivamente limitando l'offerta ordinaria, rinviando gli interventi programmati differibili e scoraggiando la domanda non urgente.

La prima parte di questo capitolo documenta l'impatto dell'epidemia sulla salute, sull'assistenza sanitaria e sulle disuguaglianze sociali; la seconda parte illustra invece lo stato del sistema sanitario all'inizio della pandemia. Infine, la terza parte si sofferma sulla condizione di vita e di salute della popolazione anziana, quella più colpita dalla pandemia.

¹ Corte dei Conti – Sezioni riunite in sede di controllo - Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica.

SANITÀ E SALUTE DI FRONTE ALL'EMERGENZA COVID-19

2.1 IMPATTO DELL'EPIDEMIA COVID-19 SULLA MORTALITÀ

Nel nostro Paese, il primo segnale della pandemia è stato confermato il 20 febbraio 2020. Si tratta del cosiddetto caso zero, a partire dal quale si è assistito a una trasmissione locale che si è diffusa con grande velocità, dapprima in Lombardia e poi in molte Regioni del Nord, fino a raggiungere quelle del Centro. La propagazione ha interessato in maniera più contenuta il Sud e le Isole, frenata dalle iniziative volte alla prevenzione, con la chiusura di molte attività produttive, il blocco della circolazione delle persone e le misure di “distanziamento sociale”.

Il numero dei contagi ha toccato (al 4 giugno) 234 mila unità, il 54,1% tra le persone di sesso femminile; i più colpiti sono gli anziani e l'età mediana dei contagiati è di 62 anni. Quasi il 39% dei casi ha interessato la fascia di età degli ultrasettantenni, circa il 31% quella compresa tra i 51 e i 70 anni, oltre il 28% la fascia adulta tra i 19 e i 50 anni e poco più del 2% il gruppo con meno di 18 anni.

Il prezzo pagato in termini di vite umane ha pochi precedenti nella storia del nostro Paese, con una letalità più elevata per i soggetti di sesso maschile in tutte le fasce di età, ad eccezione della fascia 0-19 anni. La diffusione dell'epidemia è disomogenea sul territorio, molto contenuta nelle Regioni del Sud e nelle Isole, mediamente più elevata in quelle del Centro rispetto al Mezzogiorno e molto elevata nelle regioni del Nord. Il 75% dei casi segnalati e l'82% dei decessi si localizzano nelle province definite a diffusione “alta”, il 17% dei casi e il 13% dei morti in quelle a diffusione “media” e, rispettivamente, l'8% e il 5% nelle province a diffusione “bassa”. Il 39% del totale dei decessi riguarda le donne e questa proporzione è leggermente più alta nel complesso delle province “a diffusione media” (43%).

Il tasso di mortalità per COVID-19 è molto più elevato nelle aree a “diffusione alta” della malattia. Se si considerano i tassi standardizzati, che consentono di effettuare confronti tra province al netto delle differenze nella struttura per età, si può calcolare che in queste aree il tasso di mortalità per COVID-19 è pari a 84,1 decessi ogni 100.000 residenti, mentre per quelle a diffusione “media” si raggiunge solamente il 20,2 e in quelle a diffusione “bassa” il valore si riduce a 5,7 decessi.

L'incremento complessivo dei decessi è la conseguenza più drammatica degli effetti della epidemia. Tuttavia, i dati disponibili forniscono solo una misura parziale di tale incremento, riferendosi ai soli casi di persone decedute dopo una diagnosi microbiologica di positività al virus ed essendo influenzati dalle modalità di classificazione delle cause di morte.

Una misura universale dell'impatto dell'epidemia sulla mortalità della popolazione è data dall'eccesso dei decessi, per il complesso delle cause, risultanti dal confronto, a parità di periodo, dei dati 2020 con la media del quinquennio precedente (2015-2019). In tal modo si assume implicitamente che la diffusione dell'epidemia produca un aumento dei decessi anche non direttamente riferibili al COVID-19, ovvero al numero di casi positivi deceduti.



Dall'analisi regionale spicca l'incremento più marcato dei decessi in Lombardia: si passa da una diminuzione del 6,9% nel periodo gennaio-febbraio 2020 – rispetto alla media nello stesso periodo 2015-2019 – a un aumento del 188% nel mese di marzo; seguono l'Emilia-Romagna, con un aumento a marzo del 71%, il Trentino Alto-Adige (69,5%), la Valle d'Aosta (60,9%), la Liguria (54,3%), il Piemonte (51,6%) e le Marche (48,9%) (Tavola 2.1). A livello provinciale (Tabelle 2.2), all'interno della classe ad alta diffusione dell'epidemia, le aree più colpite hanno pagato un prezzo altissimo, con incrementi percentuali a tre cifre dei decessi nel mese di marzo 2020 rispetto al 2015-2019: Bergamo (571%), Cremona (401%), Lodi (377%), Brescia (292%), Piacenza (271%), Parma (209%), Lecco (184%), Pavia (136%), Pesaro e Urbino (125%) e Mantova (123%).

Tavola 2.1 Decessi per il complesso delle cause e per COVID-19 nel primo quadrimestre 2020, confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019, per classe di diffusione dell'epidemia, regione, ripartizione e Italia

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE CLASSE DI DIFFUSIONE	Comuni %	Popolazione residente %	Variazione % gennaio e febbraio	Variazione % marzo	Variazione % aprile	Decessi primo quadrimestre 2020	Decessi COVID-19 primo quadrimestre 2020	Tasso di mortalità COVID-19 standardizzato (a)
Piemonte	94,1	95,7	-10,3	51,6	56,3	21.931	2.220	39,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	91,9	91,2	-9,4	60,9	71,5	622	127	94,1
Lombardia	97,3	98,6	-6,9	188,1	107,5	58.882	14.480	129,3
Trentino-Alto Adige/Südtirol	91,8	93,2	-1,3	69,5	70,6	4.286	666	57,2
Veneto	89,9	91,6	-3,7	24,7	28,4	18.248	1.513	26,4
Friuli-Venezia Giulia	93,5	93,1	-4,0	14,4	16,6	5.332	300	17,9
Liguria	93,6	97,3	-14,1	54,3	58,4	9.193	1.190	51,3
Emilia-Romagna	92,7	96,4	-6,4	71,0	51,5	22.142	3.560	64,1
Toscana	89,4	96,1	-8,2	13,4	17,3	15.787	856	17,4
Umbria	94,6	95,4	-8,8	7,4	-3,6	3.530	61	5,4
Marche	89,5	92,3	-5,7	48,9	32,4	6.876	840	42,4
Lazio	82,5	89,9	-8,3	-5,4	-8,3	17.833	523	8,2
Abruzzo	91,5	92,4	-4,6	14,2	9,2	5.304	304	19,4
Molise	91,9	78,7	-13,7	4,0	-10,6	1.059	18	4,4
Campania	88,7	92,6	-5,0	0,5	-3,9	18.241	338	6,4
Puglia	91,1	93,6	-4,8	10,5	11,9	14.003	399	9,3
Basilicata	93,1	83,8	-4,2	-4,9	1,7	1.941	16	2,6
Calabria	91,1	92,2	-7,0	2,8	0,9	6.868	90	4,3
Sicilia	83,3	87,4	-7,2	-0,7	-4,2	16.795	220	4,2
Sardegna	92,3	89,3	-1,5	13,6	6,6	5.740	125	6,5
Nord	94,3	96,0	-7,1	95,5	67,2	140.636	24.056	70,3
Centro	87,2	92,6	-8,0	9,6	6,3	44.026	2.280	15,2
Mezzogiorno	89,8	90,8	-5,5	4,2	1,4	69.951	1.510	6,9
Alta	94,4	96,2	-7,1	113,1	73,9	120.721	22.843	84,1
Media	91,1	93,9	-6,2	17,2	21,2	59.266	3.647	20,2
Bassa	88,4	90,6	-6,8	0,3	-1,9	74.626	1.356	5,7
Totale	92,0	93,5	-6,8	48,6	33,6	254.613	27.846	39,2

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Ics registro sorveglianza COVID-19

(a) Tasso standardizzato di mortalità: aggiustamento del tasso di mortalità che permette di confrontare popolazioni che hanno distribuzione per età tra loro diverse. Il metodo di standardizzazione diretto per età è quello più utilizzato e consiste nel sommare i tassi che sono calcolati per ogni specifico gruppo di età su una popolazione di struttura standard in questo caso la Popolazione Italiana al Censimento 2011.

L'evoluzione giornaliera degli scostamenti dei decessi cumulati del 2020 dalla corrispondente media 2015-2019 nelle aree ad alta diffusione mostra chiaramente come la crescita si sia innescata tra la fine di febbraio e i primi giorni di marzo (Figura 2.1), aumentando poi rapidamente nel corso del mese.

Tavola 2.2 Decessi per il complesso delle cause e per COVID-19 nel primo quadrimestre 2020, confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019, per provincia e classe di diffusione dell'epidemia. Province della classe alta diffusione

PROVINCE	Comuni %	Popolazione residente %	Variazione % gennaio e febbraio	Variazione % marzo	Variazione % aprile	Decessi primo quadrimestre 2020	Decessi COVID-19 primo quadrimestre 2020	Tasso di mortalità COVID-19 standardizzato (a)
Alessandria	95,7	98,2	-12,6	93,1	82,8	2.961	421	72,1
Ancona	78,7	85,0	-10,9	51,8	18,7	1.849	180	28,6
Aosta	91,9	91,2	-9,4	60,9	71,5	622	127	83,1
Asti	94,1	89,6	-13,9	40,0	79,4	1.140	126	41,2
Belluno	85,2	64,8	-11,1	19,2	17,7	656	56	21,2
Bergamo	99,2	99,5	-6,5	571,3	122,9	9.656	2.994	268,0
Biella	97,3	96,5	-8,9	85,2	84,5	1.183	139	53,2
Bolzano/Bozen	94,0	94,5	2,8	70,3	56,4	2.018	280	51,5
Brescia	99,0	99,7	-8,9	292,0	140,4	8.502	2.466	186,4
Como	96,6	97,6	-4,6	63,4	80,0	2.802	485	71,8
Cremona	99,1	99,8	-6,0	401,3	159,2	3.517	1.038	242,6
Cuneo	94,7	94,4	-11,9	24,9	49,6	2.702	183	25,0
Forlì-Cesena	93,3	98,9	-8,1	25,1	31,1	1.709	146	28,6
Imperia	92,4	95,4	-16,3	65,8	50,9	1.250	186	59,8
La Spezia	96,9	99,4	-9,7	55,6	34,9	1.249	148	47,6
Lecco	97,6	98,5	-5,1	183,9	125,7	2.006	413	107,1
Lodi	96,7	98,9	-2,7	377,1	79,9	1.726	658	277,8
Lucca	84,8	92,1	-4,7	12,9	13,8	1.668	111	22,8
Mantova	96,9	96,5	-8,4	122,9	99,8	2.414	616	120,2
Massa-Carrara	82,4	93,0	-17,5	46,0	18,9	972	121	44,3
Milano	97,7	99,3	-7,9	94,9	98,1	15.605	3.450	92,7
Modena	95,7	97,8	-4,3	53,4	30,9	3.033	411	49,2
Monza e della Brianza	94,5	96,4	-2,8	100,6	101,7	3.885	751	78,4
Novara	90,8	92,5	-6,2	82,1	80,3	1.838	203	46,4
Padova	84,3	86,7	0,9	17,3	20,3	3.197	233	21,4
Parma	97,7	99,5	-7,8	209,5	107,6	3.123	704	133,6
Pavia	94,6	97,1	-4,0	135,8	135,4	3.946	1.047	156,1
Pesaro e Urbino	88,7	95,1	1,6	124,8	69,3	1.994	460	102,8
Pescara	95,7	97,6	-5,0	33,8	26,9	1.367	176	47,3
Piacenza	100,0	100,0	-11,4	271,1	107,1	2.461	884	240,8
Reggio nell'Emilia	88,1	93,7	-5,6	80,1	70,7	2.453	508	83,8
Rimini	84,0	95,7	-1,4	68,9	45,0	1.443	200	50,1
Savona	98,6	99,7	-15,4	39,3	43,2	1.598	193	45,1
Sondrio	100,0	100,0	-3,6	77,6	93,2	1.027	179	85,5
Torino	92,0	96,8	-9,2	38,7	40,2	10.216	962	34,0
Trento	90,4	92,0	-5,0	68,8	83,4	2.268	386	62,5
Trieste	100,0	100,0	-2,5	15,9	35,3	1.362	163	44,9
Varese	94,2	97,2	-10,2	32,0	66,1	3.796	383	36,2
Verbano-Cusio-Ossola	95,9	94,0	-13,5	48,4	68,7	817	87	42,0
Vercelli	95,1	92,7	-14,1	93,5	73,6	1.074	99	42,7
Verona	91,8	94,5	-0,5	35,2	44,9	3.616	470	44,1

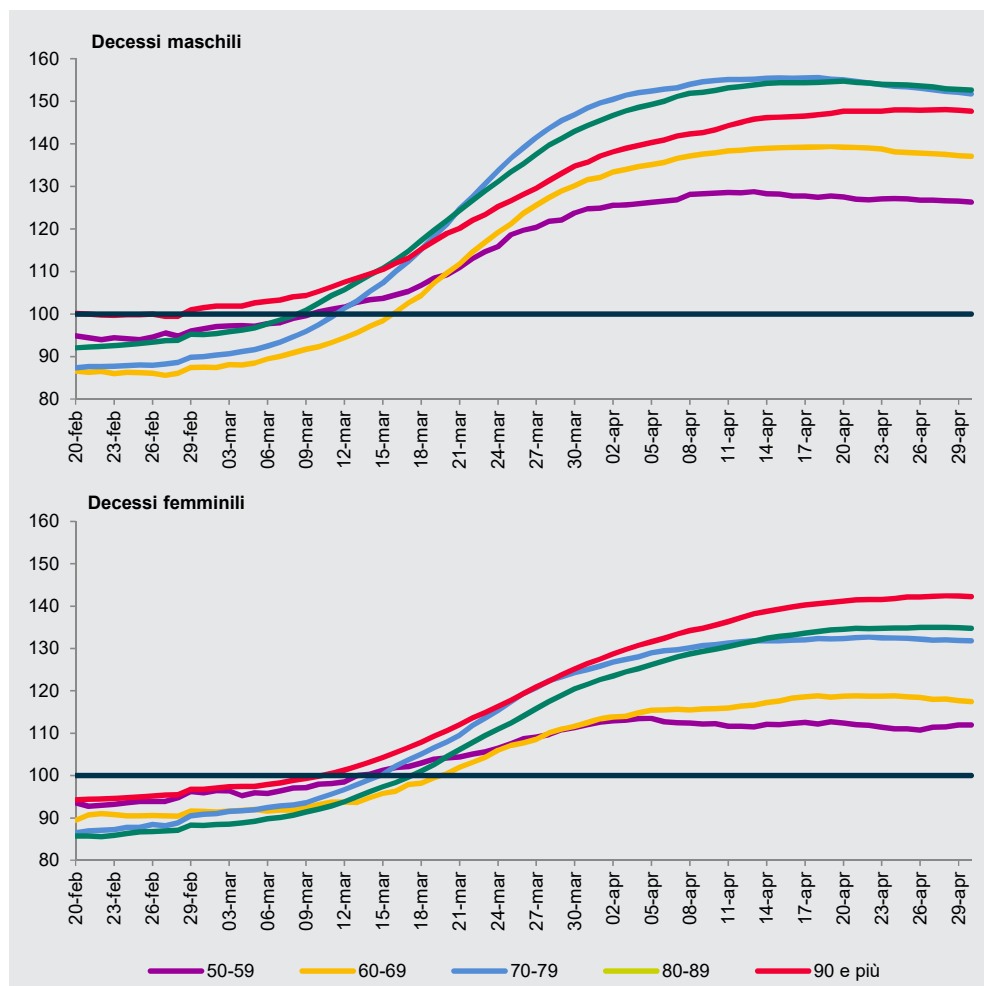
Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iсс registro sorveglianza COVID-19

(a) Tasso standardizzato di mortalità: aggiustamento del tasso di mortalità che permette di confrontare popolazioni che hanno distribuzione per età tra loro diverse. Il metodo di standardizzazione diretto per età è quello più utilizzato e consiste nel sommare i tassi che sono calcolati per ogni specifico gruppo di età su una popolazione di struttura standard in questo caso la Popolazione Italiana al Censimento 2011.

L'eccesso di mortalità più consistente si rileva per gli uomini di 70-79 e di 80-89 anni, per i quali i decessi cumulati dal primo gennaio al 30 aprile 2020 aumentano di oltre 52 punti percentuali rispetto allo stesso periodo della media 2015-2019; segue la classe di età 90 e più con un incremento del 48%. Per gli uomini più giovani (50-59 anni) l'eccesso di mortalità è del 26%.

L'incremento della mortalità nelle donne è invece più contenuto per tutte le classi di età; raggiunge alla fine di aprile il 42% in più della media degli anni 2015-2019 per la classe di età 90 e più, che è la maggiormente colpita. Segue la classe 80-89 anni, con un incremento del 35% e la 70-79 (31%). Tra le donne più giovani (50-59 anni), i decessi sono aumentati del 12%.

Figura 2.1 Decessi maschili e femminili cumulati a partire dal primo gennaio per classe di età. Per 100 decessi della stessa classe di età in base alla media 2015-2019. Province con alto livello di diffusione COVID-19. Periodo: 20/02/2020-30/04/2020



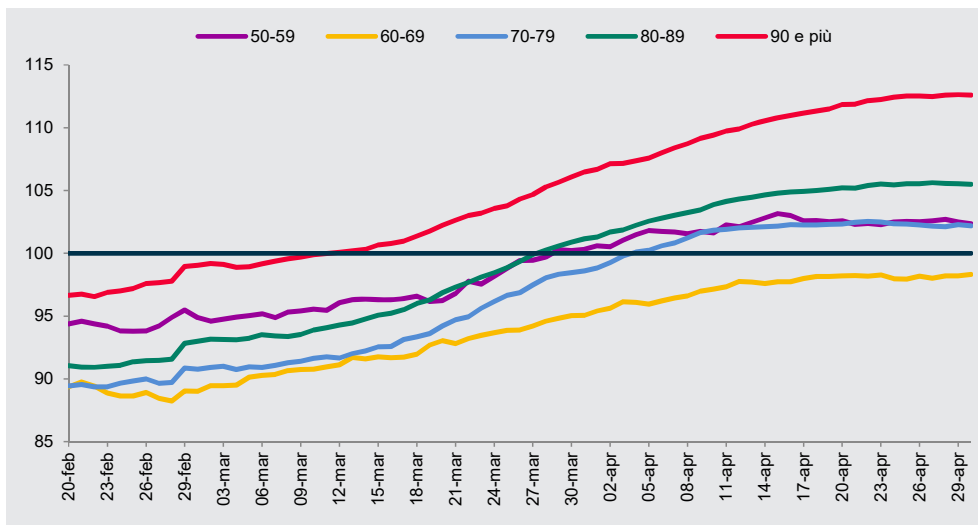
Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Iss, Registro sorveglianza COVID-19

Nelle aree caratterizzate da minore intensità, l'eccesso di mortalità si sposta in avanti nel tempo ed è meno consistente (Figure 2.2 e 2.3). In particolare, nelle province a media diffusione dell'epidemia si è verificato uno scostamento, rispetto all'andamento pre-crisi, iniziato dopo la fine della seconda settimana di marzo; in particolare, si osserva un aumento dei decessi cumulati nelle età più anziane: per 90 anni e più, al 30 aprile essi sono superiori di circa il 12%. Per le province a bassa diffusione si osserva un eccesso di decessi solo per gli ultra 90-enni (3% in più al 30 aprile).

L'impatto della pandemia sulla mortalità ha pochi altri esempi nella nostra storia. Escludendo i periodi bellici, un importante rialzo di mortalità si è osservato, negli oltre 70 anni trascorsi dal secondo dopoguerra ad oggi, unicamente in un paio di occasioni. La prima nel 1956, con

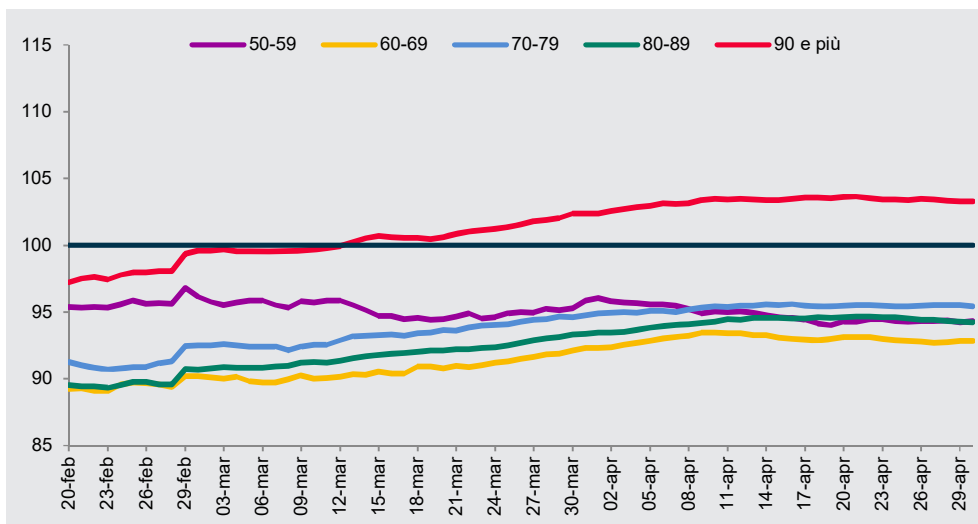
circa 50 mila morti in più, concentrati nel periodo invernale; la seconda volta nel 2015, con un incremento di analoghe dimensioni su base annua (+50 mila), anche in questo caso in buona parte al diffondersi di virus influenzali in epoca invernale, cui si sono associati gli effetti letali di un'estate particolarmente torrida. Va anche tenuto conto che, nel rialzo di mortalità del 2015, le conseguenze drammatiche dell'influenza sui soggetti più deboli furono verosimilmente accentuate da una improvvida riduzione delle vaccinazioni nei mesi precedenti. Di fatto, nel trimestre gennaio-marzo 2015 si registrarono, rispetto allo stesso periodo dei due anni adiacenti, circa 22 mila morti in più a livello nazionale.

Figura 2.2 Decessi cumulati a partire dal primo gennaio per classe di età. Per 100 decessi della stessa classe di età della media 2015-2019. Province con medio livello di diffusione COVID-19. Periodo: 20/02/2020-31/03/2020



Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Iss, Registro sorveglianza COVID-19

Figura 2.3 Decessi cumulati a partire dal primo gennaio per classe di età. Per 100 decessi della stessa classe di età della media 2015-2019. Province con basso livello di diffusione COVID-19. Periodo: 20/02/2020-31/03/2020



Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Iss, Registro sorveglianza COVID-19

85

3749

764028

3749

29

134.56

231.878

486.123

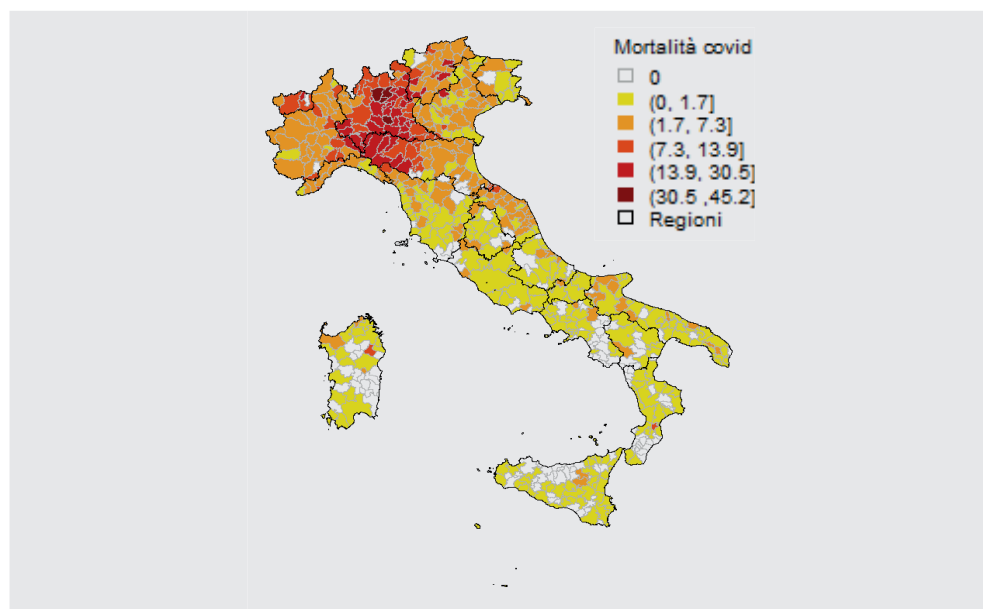
5.123

L'elevato numero di decessi osservato a causa del *COVID-19* avrà, con molte probabilità, un impatto anche sulla speranza di vita. Immaginando che l'effetto *COVID-19* determini per tre mesi un costante incremento della probabilità di morte in corrispondenza delle età più anziane dell'ordine del 50%, per il 2020, si attenderebbero 73 mila morti in più su base annua. In parallelo, la speranza di vita alla nascita scenderebbe a 82,11 anni (-0,87) e quella al 65° compleanno si ridurrebbe da 20,89 a 20,02.

Una delle determinanti della localizzazione e delle diverse intensità con le quali è avvenuta la diffusione sul territorio dell'epidemia è rappresentato dalla mobilità per lavoro. L'analisi della mortalità² con riferimento alla geografia dei sistemi locali del lavoro (SL), consente di descrivere l'impatto dell'epidemia di *COVID-19* sulla base di una caratterizzazione del territorio che rappresenta i sistemi urbani giornalieri, ovvero quei luoghi nei quali le persone lavorano e intrattengono la maggior parte delle proprie relazioni sociali ed economiche. Tale caratterizzazione tiene conto dell'insieme delle reti, degli scambi e dei flussi tra persone in un'ottica molto diversa da quella che definisce i confini amministrativi.

I tassi di mortalità per *COVID-19* più elevati si localizzano nei SL di Albino (45,2x10.000 abitanti), Canazei (40,9), Zogno (35,4), Orzinuovi (34,3), Clusone (34,1), Lodi (30,5), Cremona (29,6), Piacenza (29,1) e Fiorenzuola d'Arda (29,0). Livelli alti e molto alti si osservano esclusivamente nei SL del Nord del paese (figura 2.4 e figura 2.5), in particolare nell'area lombarda a cui se ne aggiungono alcuni del Trentino Alto-Adige, dell'Emilia-Romagna, e sporadicamente di Valle d'Aosta, Piemonte e Veneto. I SL nei quali non è stato registrato alcun decesso *COVID-19* si concentrano lungo la dorsale appenninica e nelle aree interne del paese, ovvero in quelle località distanti da grandi centri di agglomerazione e di servizio e con traiettorie di sviluppo instabili; sono inoltre SL significativamente più piccoli in termini di popolazione.

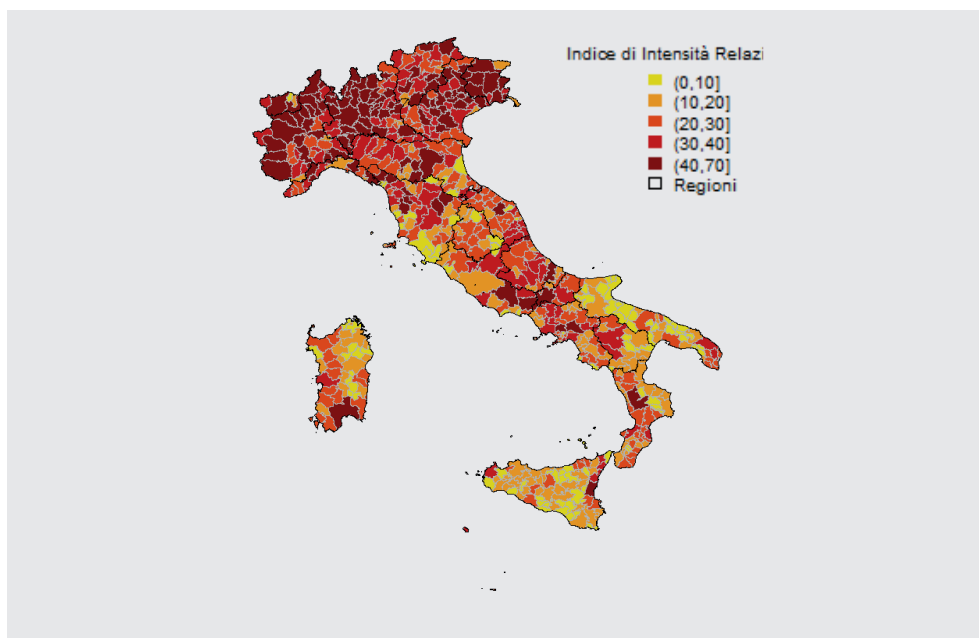
Figura 2.4 Cartogramma dei livelli di mortalità *COVID-19* per Sistemi locali del lavoro (SL)



Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Iss, Registro sorveglianza *COVID-19*

2 Le analisi sono state prodotte congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica e dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss). L'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di coordinare la sorveglianza Nazionale integrata *COVID-19*, attraverso l'ordinanza 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile del 27/2/2020 (Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili).

Figura 2.5 Cartogramma dei livelli di intensità relazionale nei SL

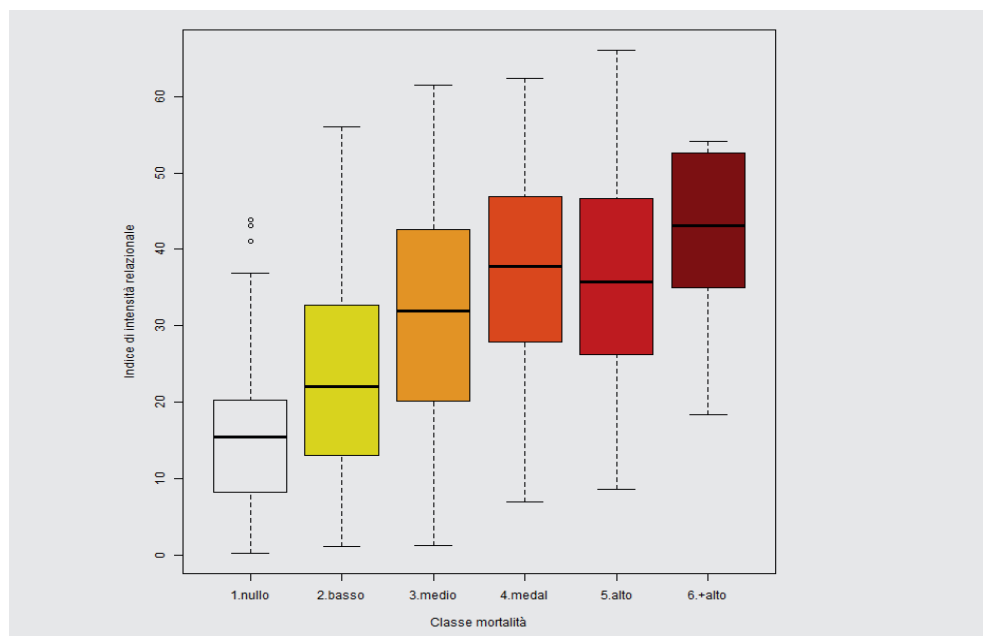


Fonte: Istat, Sistemi locali del lavoro

Come si è anticipato, la diffusione del contagio e la mortalità hanno sicuramente una relazione con il livello di intensità relazionale dei flussi nei SL³. I dati confermano l'ipotesi che il fenomeno abbia una tendenza a crescere con l'aumentare dei flussi e i livelli più elevati della mortalità⁴ COVID-19 si osservano nei territori in cui l'intensità delle relazioni è maggiore (figura 2.6)

- 3 I flussi di pendolarismo casa lavoro all'interno di un SL possono essere di due tipi: i flussi intercomunali, ossia rilevati da un comune verso un altro o biunivocamente tra due comuni, e gli spostamenti dei lavoratori all'interno di un singolo comune. L'indice di intensità relazionale all'interno del SL (IIRFL) confronta i flussi di pendolarismo dei comuni appartenenti ad un SL. L'indicatore è definito come la percentuale di flussi intercomunali sul totale dei flussi all'interno del SL (Lipizzi, 2014), dove il totale si ottiene sommando ai flussi intercomunali anche gli spostamenti interni di un singolo comune. Questo indicatore può variare in linea teorica tra valori prossimi a 0 e 100 (caso in cui tutti i lavoratori dei comuni del SL vanno a lavorare in un altro comune). Da un punto di vista interpretativo, tanto più l'indicatore è basso tanto più i SL sono stabili e prevalgono gli spostamenti di residenti lavoratori all'interno dei confini comunali. Viceversa, tanto più è elevato l'indicatore tanto maggiore è la turbolenza intercomunale in termini di flussi prevalendo gli spostamenti tra i diversi comuni dei SL). I valori di questo come di altri indicatori a livello di SL sono disponibili alla pagina: <https://www.istat.it/it/informazioni-territoriali-e-cartografiche/sistemi-locali-del-lavoro/indicatori-di-qualita/C3%A0-sil>
- 4 Si è tenuto conto della media (m) e della deviazione standard (s) della distribuzione del logaritmo del tasso e sono state scelte le seguenti soglie: 0, m-s, m, m+s, m+1.5s, m+2s che corrispondono alle seguenti classi dei tassi: 'livello nullo' (tasso zero), 'livello basso' (0-1,7), 'livello medio' (1,7-7,3), 'livello medio-alto' (7,3-15,3), 'livello alto' (15,3-31,5), 'livello molto alto' (>31,5).

Figura 2.6 Livelli di mortalità COVID-19 per indice di intensità relazionale dei SL



Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Istat, Sistemi locali del lavoro Iss, Registro sorveglianza COVID-19

2.2 DISEGUAGLIANZE SOCIALI NELLA MORTALITÀ AI TEMPI DEL COVID-19

Il nostro Paese è caratterizzato da significative disuguaglianze di salute tra i diversi gruppi sociali e a livello territoriale. L'effetto di queste differenze si manifesta sull'aspettativa di vita, sui livelli di mortalità e sulla cronicità. La crisi sanitaria dovuta al COVID-19 ha richiamato l'attenzione su queste differenze, destando preoccupazione rispetto alla possibilità che gli svantaggi di salute dei gruppi di popolazione più vulnerabili, già molto significativi, possano acuirsi ulteriormente.

Le analisi confermano questa ipotesi. Nel marzo 2020 e, in particolare, nelle aree ad alta diffusione dell'epidemia, oltre a un generalizzato aumento della mortalità totale, si osservano maggiori incrementi dei tassi di mortalità, in termini tanto di variazione assoluta quanto relativa, nelle fasce di popolazione più svantaggiate, quelle che già sperimentavano, anche prima della epidemia, i livelli di mortalità più elevati.

Uno scarso livello di istruzione, povertà, disoccupazione e lavori precari influiscono negativamente sulla salute e sono correlati al rischio di insorgenza di molte malattie (ad es. quelle cardiovascolari, il diabete, le malattie croniche delle basse vie respiratorie e alcuni tumori), che potrebbero aumentare il rischio di contrarre il COVID-19 e il relativo rischio di morte.

Se si considera l'andamento della mortalità nei mesi compresi tra il 1° gennaio 2019 e il 31 marzo 2020⁵, si può osservare come i tassi di mortalità mostrino oscillazioni mensili, con valori

5 Al fine di valutare l'impatto della pandemia sulle disuguaglianze sociali nella mortalità in Italia, è stata costruita una coorte longitudinale a partire dalla popolazione residente nel Paese al 1 gennaio 2019 alla quale è stata aggiunta l'informazione sullo stato in vita nel periodo tra il 1 gennaio 2019 ed il 31 marzo 2020. L'analisi sulle disuguaglianze si è basata sul livello di istruzione che è riconosciuto come la migliore proxy della condizione socioeconomica, essendo correlato con la condizione occupazionale e la classe sociale. I confronti sono stati effettuati considerando i tassi di mortalità standardizzati per mese e per livello di istruzione e il rapporto tra i tassi standardizzati degli individui con livello basso di istruzione e degli individui con livello alto.

più elevati nei mesi invernali. Le persone con un basso livello di istruzione presentano un livello di mortalità sempre più elevato (Figura 2.7). Il rapporto standardizzato di mortalità (RM), che misura l'eccesso di morte dei meno istruiti rispetto ai più istruiti, è intorno a 1,3 per gli uomini e a 1,2 per le donne e non si osservano oscillazioni di rilievo nei diversi mesi, a indicare che le disuguaglianze sociali nella mortalità rimangono pressoché invariate (Figura 2.8).

Il mese di marzo 2020 costituisce una eccezione, sia per il repentino aumento dei tassi di mortalità, sia per un incremento del differenziale dovuto alle disuguaglianze sociali nelle aree ad alta diffusione dell'epidemia, più marcato per le donne: il RM varia negli uomini da 1,23 di marzo 2019 al 1,38 di marzo 2020 e nelle donne da 1,08 a 1,36.

Dall'analisi per classi di età emerge un aumento del rapporto di mortalità negli individui con livello di istruzione basso rispetto al livello alto nella classe di età 65-79 anni nelle aree con alta diffusione dell'epidemia, sia per gli uomini (da 1,28 a 1,58), sia per le donne (da 1,19 a 1,68) (Tavola 2.3). Per queste ultime, emergono aumenti di rilievo anche nella classe di età lavorativa (35-64 anni), con il rapporto che passa da 1,37 a 1,76. Non si osservano invece delle variazioni significative rispetto al 2019 nella popolazione più anziana (≥ 80). A livello territoriale risultati molto simili si hanno per la Lombardia, la più colpita dall'epidemia COVID-19.

È interessante notare che nel mese di marzo 2020 l'incremento degli RM non si registra nelle aree a bassa diffusione del virus, in nessuna delle classi di età considerate.

L'epidemia COVID-19 ha dunque acuito le disuguaglianze preesistenti, con un maggiore impatto sulle persone con basso titolo di studio, non necessariamente anziane. A questo proposito, merita particolare attenzione il caso delle donne di 35-64 anni meno istruite, presso le quali si osserva un aumento del 28 per cento del RM rispetto alle altre.

Le differenze possono essere imputate a un rischio più elevato di contrarre l'infezione o a una maggiore vulnerabilità preesistente della popolazione con condizioni socioeconomiche più sfavorevoli.

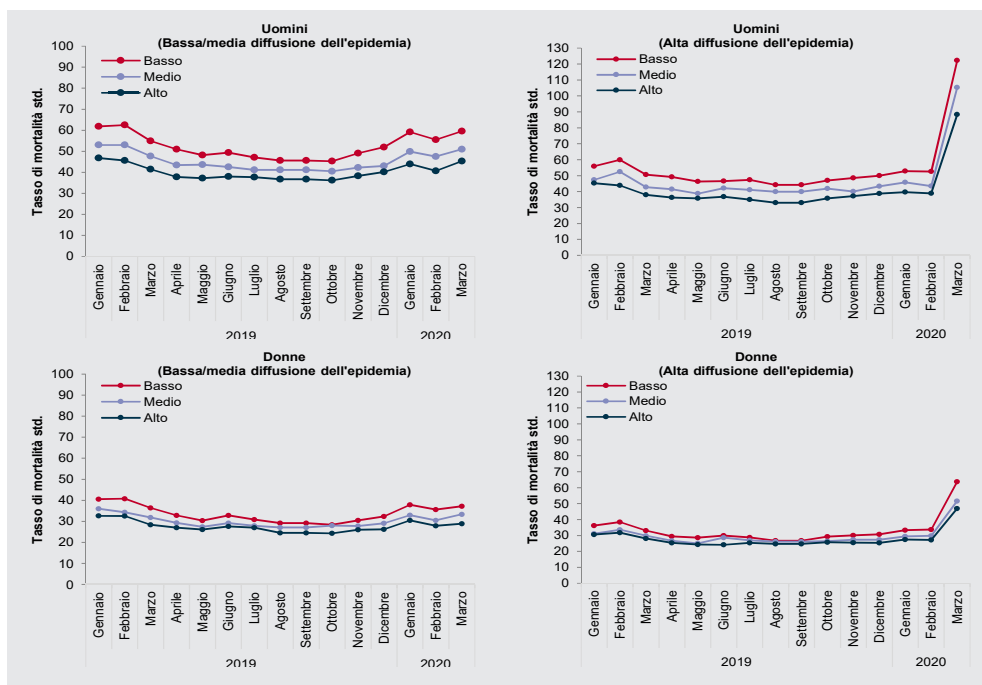
Condizioni socioeconomiche svantaggiate espongono le persone ad una maggiore probabilità di vivere in alloggi piccoli o sovraffollati, riducendo la possibilità di adottare le misure di distanziamento sociale. Inoltre, alcune occupazioni più di altre espongono i lavoratori al rischio di contagio. Tra queste ci sono ovviamente le professioni sanitarie, ma anche occupazioni che non offrono opportunità di lavoro da casa o che non godono delle necessarie tutele, come i lavori in agricoltura, nella vendita al dettaglio e nella grande distribuzione, nel trasporto pubblico, i servizi di pulizia, di assistenza e cura dei bambini e degli anziani.

Va anche considerato che la popolazione con un basso livello di istruzione ha una maggiore probabilità di avere condizioni di lavoro e di reddito instabili, fattori stressogeni, che, esacerbati dalla pandemia da COVID-19 e dal distanziamento sociale, possono aver contribuito all'aumento della mortalità anche non direttamente legata all'infezione. È noto come le condizioni di stress possano indebolire il sistema immunitario, aumentare la suscettibilità a malattie e la probabilità di adottare comportamenti a rischio per la salute. La povertà, pertanto, non solo può aumentare l'esposizione al virus, ma anche ridurre la capacità del sistema immunitario di combatterlo.

Infine, la maggiore prevalenza di malattie croniche, tra cui le malattie cardiovascolari, l'obesità e il diabete nella popolazione con condizioni socioeconomiche più svantaggiate ha probabilmente contribuito ad ampliare le disuguaglianze legate all'infezione da COVID-19.

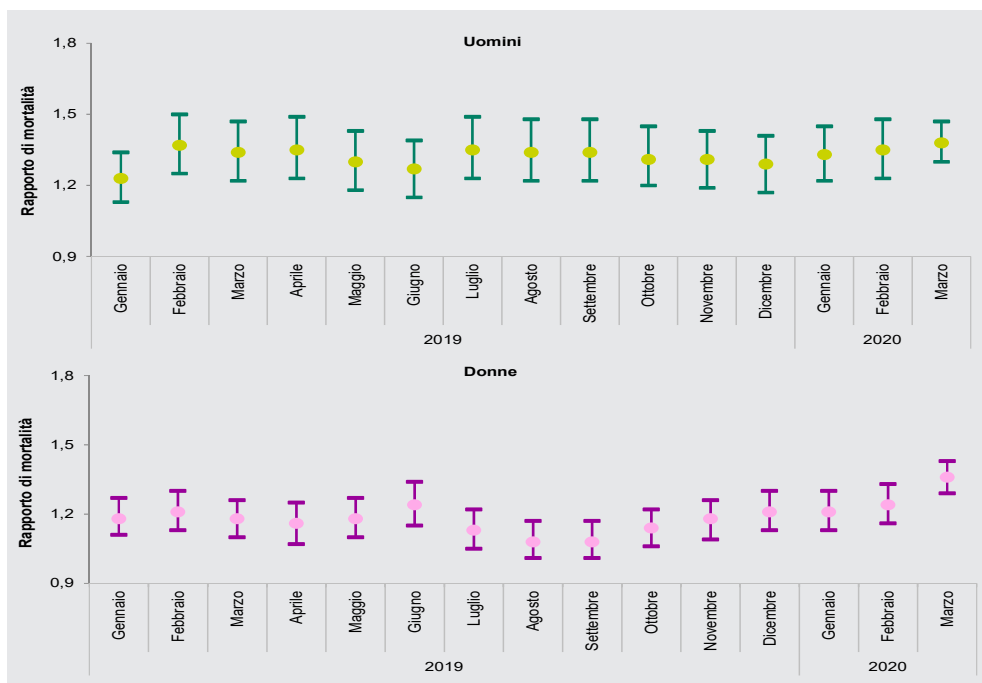


Figura 2.7 Tasso di mortalità standardizzato (per milione di persone-giorno) per genere, mese e livello di istruzione (basso, medio e alto) per aree di diffusione dell'epidemia da COVID-19. Età ≥35 anni, periodo: gennaio 2019-marzo 2020



Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Iss, Registro sorveglianza COVID-19

Figura 2.8 Rapporto di mortalità tra gli individui con livello di istruzione alto e basso nei comuni situati nelle province con alta diffusione dell'epidemia da COVID-19 per genere e mese. Periodo: Gennaio 2019-Marzo 2020



Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Iss, Registro sorveglianza COVID-19



Tavola 2.3 Rapporto di mortalità tra gli individui con livello di istruzione basso e quelli con livello alto nei mesi di marzo 2019 e 2020 per area di diffusione dell'epidemia COVID-19, classe di età e genere

AREA GEOGRAFICA	Classe di età	Mese	Anno	Maschi	Femmine
Aree con bassa/media diffusione	35-64	Marzo	2019	1,95 (1,63-2,33)	1,78 (1,46-2,17)
		Marzo	2020	1,85 (1,54-2,21)	1,77 (1,44-2,18)
	65-79	Marzo	2019	1,39 (1,30-1,49)	1,20 (1,09-1,31)
		Marzo	2020	1,34 (1,25-1,43)	1,20 (1,09-1,31)
		Marzo	2019	1,19 (1,11-1,27)	1,27 (1,19-1,36)
		Marzo	2020	1,25 (1,17-1,33)	1,28 (1,20-1,36)
Aree con alta diffusione	35-64	Marzo	2019	2,28 (1,79-2,91)	1,37 (1,09-1,73)
		Marzo	2020	2,33 (1,96-2,77)	1,76 (1,45-2,15)
	65-79	Marzo	2019	1,28 (1,15-1,42)	1,19 (1,05-1,35)
		Marzo	2020	1,58 (1,48-1,68)	1,68 (1,53-1,85)
		Marzo	2019	1,27 (1,13-1,42)	1,15 (1,06-1,24)
		Marzo	2020	1,29 (1,20-1,39)	1,25 (1,18-1,33)
Lombardia	35-64	Marzo	2019	2,09 (1,47-2,97)	1,63 (1,16-2,27)
		Marzo	2020	2,37 (1,88-2,97)	2,02 (1,55-2,63)
	65-79	Marzo	2019	1,22 (1,05-1,41)	1,16 (0,96-1,41)
		Marzo	2020	1,73 (1,60-1,87)	1,83 (1,60-2,09)
		Marzo	2019	1,41 (1,22-1,64)	1,23 (1,09-1,38)
		Marzo	2020	1,43 (1,32-1,56)	1,38 (1,28-1,49)

Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; Iss, Registro sorveglianza COVID-19

2.3 IMPATTO COVID-19 SULL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

La pandemia ha avuto un significativo impatto sulla quantità e il tipo di offerta del sistema sanitario e ne potrebbe influenzare la dinamica e l'organizzazione anche in futuro. I primi dati disponibili sull'assistenza ospedaliera mostrano come, in risposta allo stress della domanda correlata al COVID-19, tutti i servizi sanitari regionali hanno reagito, come si è già detto, limitando l'offerta ordinaria, rinviando gli interventi programmati differibili e scoraggiando la domanda non urgente. Il timore del contagio ha avuto un ruolo importante nel limitare la domanda.

L'inevitabile redistribuzione di risorse e una temporanea riorganizzazione dei percorsi di cura potrebbero avere già avuto un impatto sulla salute dei cittadini, in termini di ritardi diagnostici e di trattamento. Le preoccupazioni maggiori riguardano le patologie cardiovascolari ed oncologiche, per la riconversione di reparti, la riduzione delle attività chirurgiche e la sospensione delle attività ambulatoriali su prenotazione, in aggiunta alla necessità di garantire ai pazienti di essere protetti dal rischio di infezione.

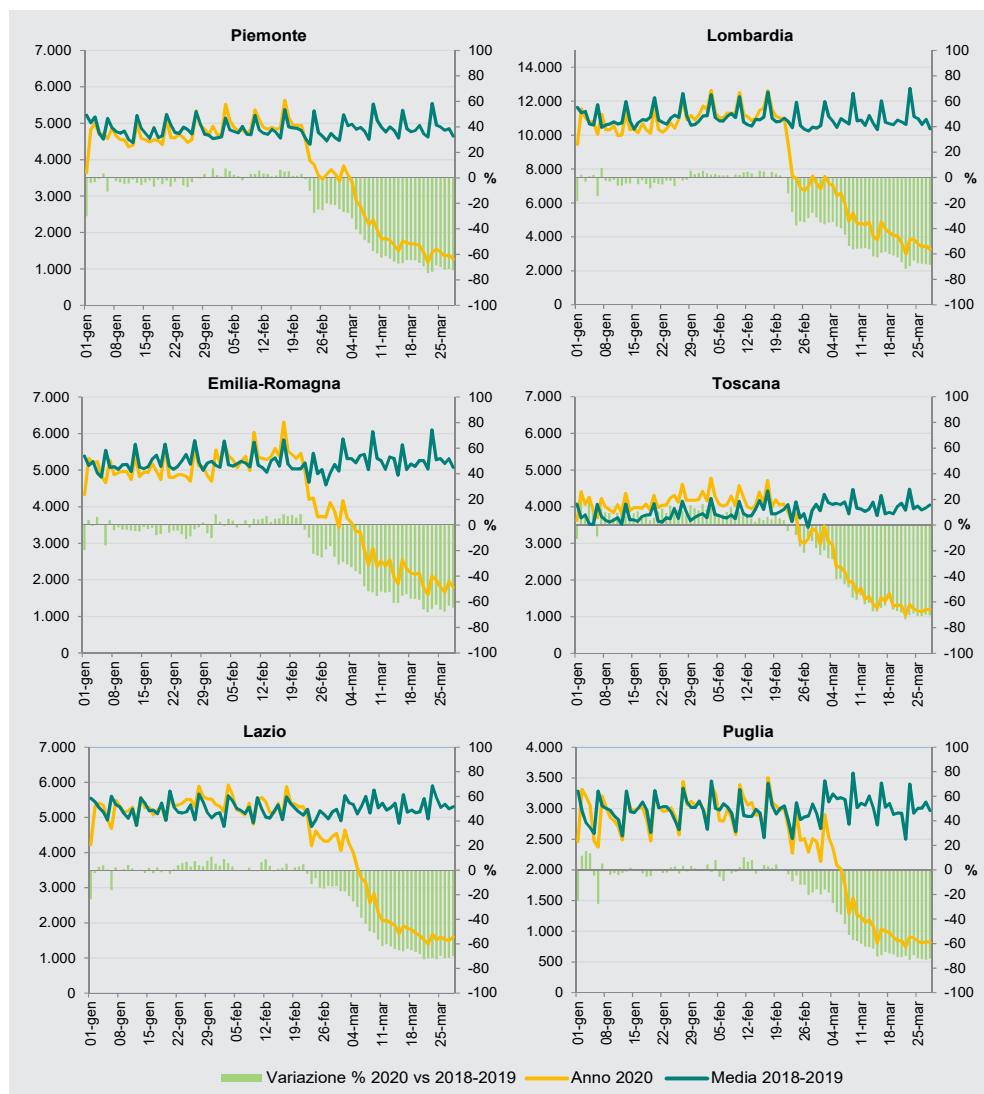
In sintesi⁶, dai dati emerge con chiarezza che nel mese di marzo sono diminuiti sensibilmente il ricorso al pronto soccorso dei casi non urgenti e il numero totale dei ricoveri totali, ma è cambiato il mix di cause di ricovero, con il picco di ricoveri per COVID-19 che hanno anche modificato la durata media della degenza; sono diminuiti i ricoveri per patologie ischemiche di cuore e per malattie cerebrovascolari, ma è rimasta invariata la capacità di trattamento tem-

⁶ Per monitorare gli effetti sanitari collaterali della pandemia, sette regioni hanno attivato un progetto di rilevazione tempestiva di alcuni indicatori di ricorso all'ospedale, basato sui sistemi informativi regionali del Pronto Soccorso (PS) e delle dimissioni ospedaliere (SDO) (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia). Queste regioni sono rappresentative delle tre diverse situazioni di diffusione dell'infezione (Nord, Centro e Sud e isole). Gli indicatori selezionati per le analisi, in parte già oggetto di monitoraggio all'interno del Programma nazionale esiti (PNE), descrivono tre categorie di fenomeni: eventi acuti con accesso in pronto soccorso, eventi acuti con ricovero ospedaliero e chirurgia elettiva.

pestivo e appropriato di queste patologie una volta ospedalizzate; si è ridotta drasticamente l'offerta di interventi di chirurgia elettiva non urgente, ma non è cambiata l'offerta di interventi non differibili in ambito oncologico ed ortopedico.

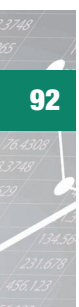
In tutte le regioni considerate si osserva nel primo trimestre del 2020 una riduzione degli accessi totali al Pronto Soccorso (PS) rispetto alla media dei due anni precedenti. La flessione comincia a manifestarsi nell'ultima settimana di febbraio, e alla fine del mese di marzo arriva a punte di circa il 70% (Figura 2.9).

Figura 2.9 Accessi in Pronto Soccorso totali: confronto I trimestre 2020 vs I trimestre 2018-2019, per regione. Trend giornaliero di numeri assoluti e variazioni %



Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia

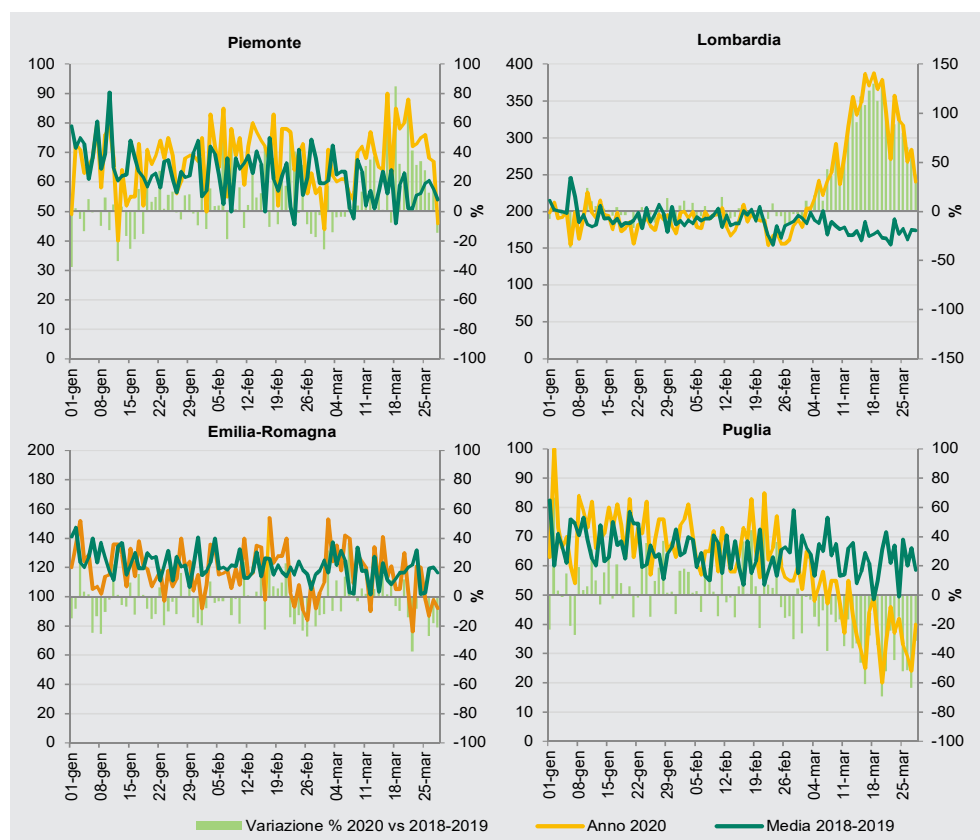
Viceversa, per i codici rossi (Figura 2.10), pur tenendo in considerazione la maggiore volatilità del fenomeno, si osservano andamenti regionali molto diversi. In Piemonte, si osserva un graduale aumento dopo la prima settimana di marzo, con una variazione percentuale media rispetto al biennio precedente intorno al 20%. In Lombardia, il trend è simile al Piemonte, ma l'aumento nel mese di marzo ha una media del 60%, con picchi di oltre il 130%. In Emilia-Ro-



magna, l'andamento nel 2020 è completamente sovrapponibile a quello del biennio precedente per tutto il trimestre. Infine, in Puglia, si registra nel mese di marzo una riduzione degli accessi in codice rosso, ma di minore intensità (circa 30% nel mese di marzo).

Queste differenze non sembrano legate in maniera sistematica al diverso impatto della pandemia e più probabilmente dipendono da diverse scelte organizzative regionali.

Figura 2.10 Accessi in Pronto Soccorso con codice rosso: confronto I trimestre 2020 vs I trimestre 2018-2019, per regione. Trend giornaliero di numeri assoluti e variazioni %



Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia

L'incremento dei codici rossi, ove osservato, sembra attribuibile agli accessi per COVID-19, dal momento che, per tutte le altre cause analizzate, si osserva ovunque una riduzione analoga a quella complessiva, con modeste differenze tra le cause del ricorso al pronto soccorso. Un esempio significativo è quello degli accessi per sindrome coronarica acuta (Figura 2.11), che sono diminuiti in media nel mese di marzo di più del 40% in tutte le regioni; in Emilia-Romagna e in Puglia il numero di accessi è inferiore al biennio precedente già da gennaio.

I ricoveri ospedalieri (esaminati sulla base della data di dimissione) sono diminuiti in modo consistente in tutte le regioni nel mese di marzo 2020, sia rispetto ai mesi precedenti, sia rispetto alla media dello stesso mese nei due anni precedenti. Al momento non è possibile capire quanto questa riduzione sia dovuta a tempi medi di degenza più lunghi, dovuti ai ricoveri per COVID-19 che hanno sostituito una importante quota di ricoveri per altre cause, e che nel mese di marzo non avrebbero avuto il tempo di essere chiusi per dimissione. Di seguito, vengono analizzate solo le dimissioni per alcune cause specifiche di ricovero, che non dovrebbero essere influenzate dalla pandemia.

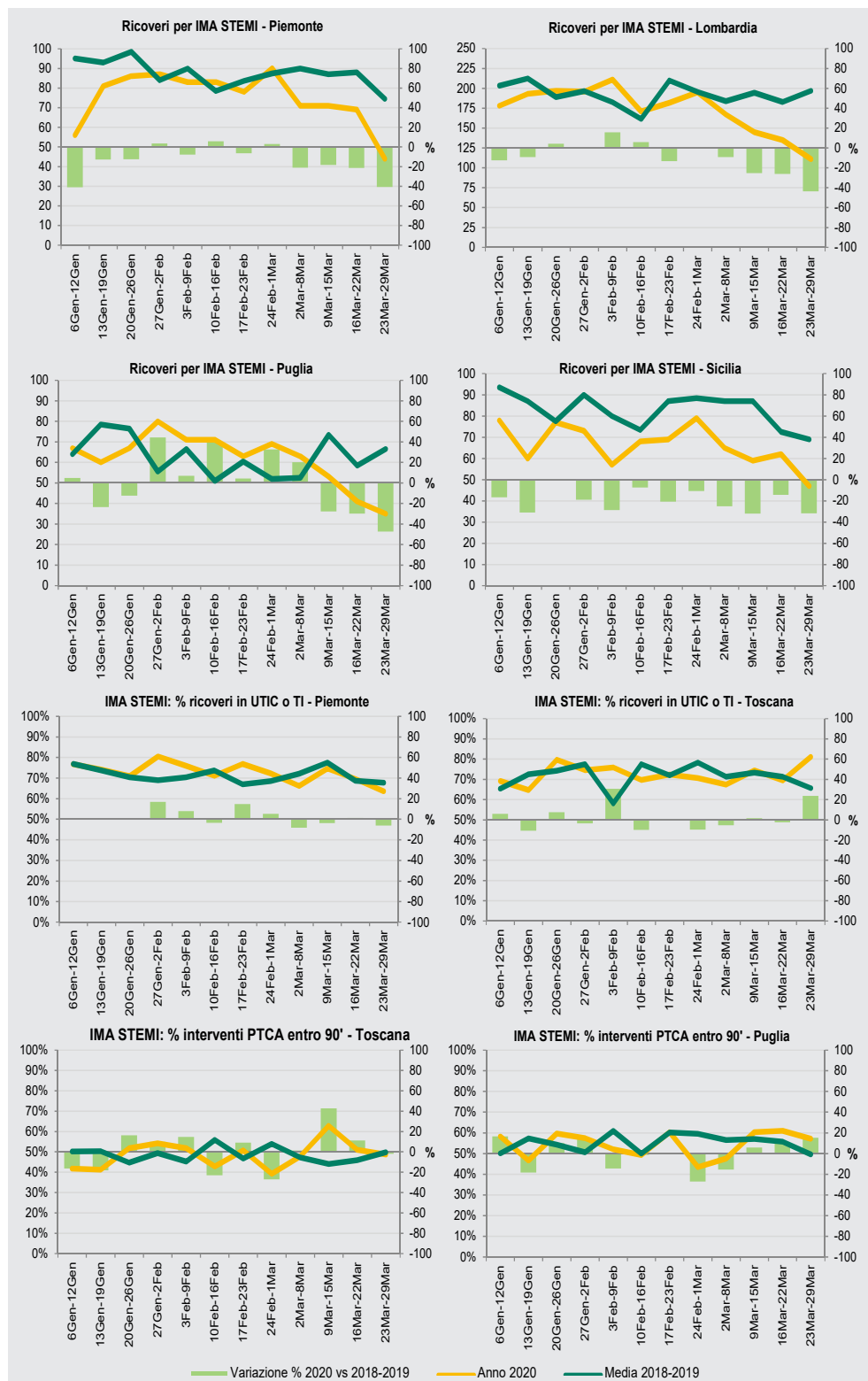
Figura 2.11 Accessi in Pronto Soccorso per sindrome coronarica acuta: confronto I trimestre 2020 vs I trimestre 2018-2019, per regione. Trend settimanale di numeri assoluti e variazioni %



Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia

In campo cardiovascolare, è stato analizzato l'andamento settimanale dei ricoveri per infarto miocardico acuto (IMA - STEMI), assieme alla rispettiva quota di ricoverati in terapia intensiva coronarica (UTIC) e di interventi di Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (PTCA) effettuati entro 90 minuti dall'inizio del ricovero. In tutte le regioni si osserva una progressiva

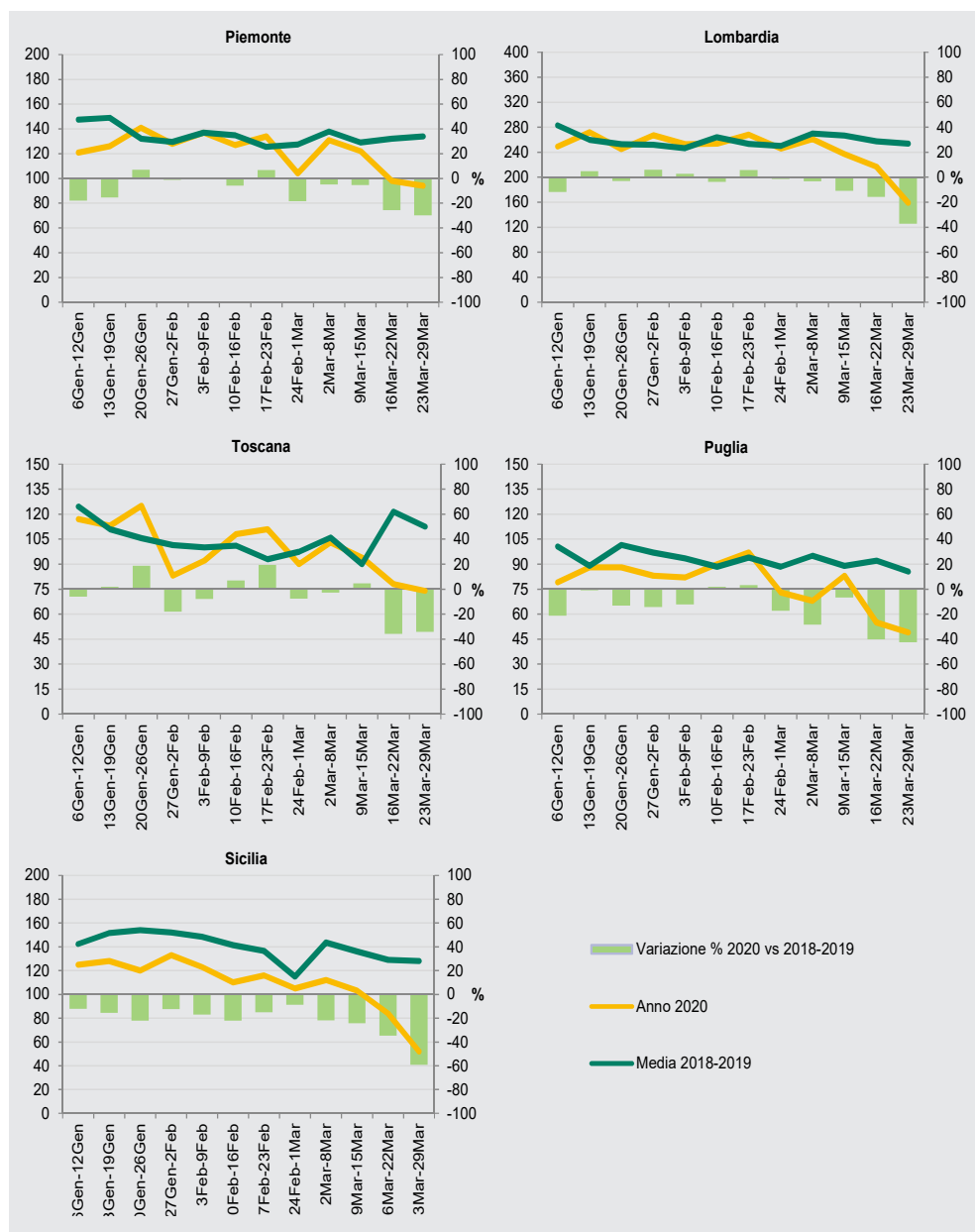
Figura 2.12 Ricoveri e trattamento per IMA STEMI: confronto I trimestre 2018-2019, per regione. Andamento settimanale di valori assoluti e variazioni %



Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia

riduzione dei ricoveri a partire dall'ultima settimana di febbraio, che raggiunge il 40% alla fine di marzo (rispetto al biennio 2018-2019); il fenomeno è meno accentuato in Toscana ed in Sicilia. Tuttavia, in quasi tutte le regioni, nel primo trimestre 2020 le ospedalizzazioni per infarto miocardico grave sono inferiori all'analogo periodo del biennio di confronto (Figura 2.12); non è quindi possibile, al momento, affermare con certezza che il calo di ricoveri per questa causa sia direttamente attribuibile alla crisi COVID-19. L'incidenza di ricoveri in UTIC e di pazienti trattati con angioplastica entro 90 minuti è rimasta invariata, indicando che le trasformazioni di offerta e organizzazione ospedaliera legate alla pandemia non sembrano aver compromesso la capacità di risposta rapida a situazioni cliniche che richiedono tempestività di intervento.

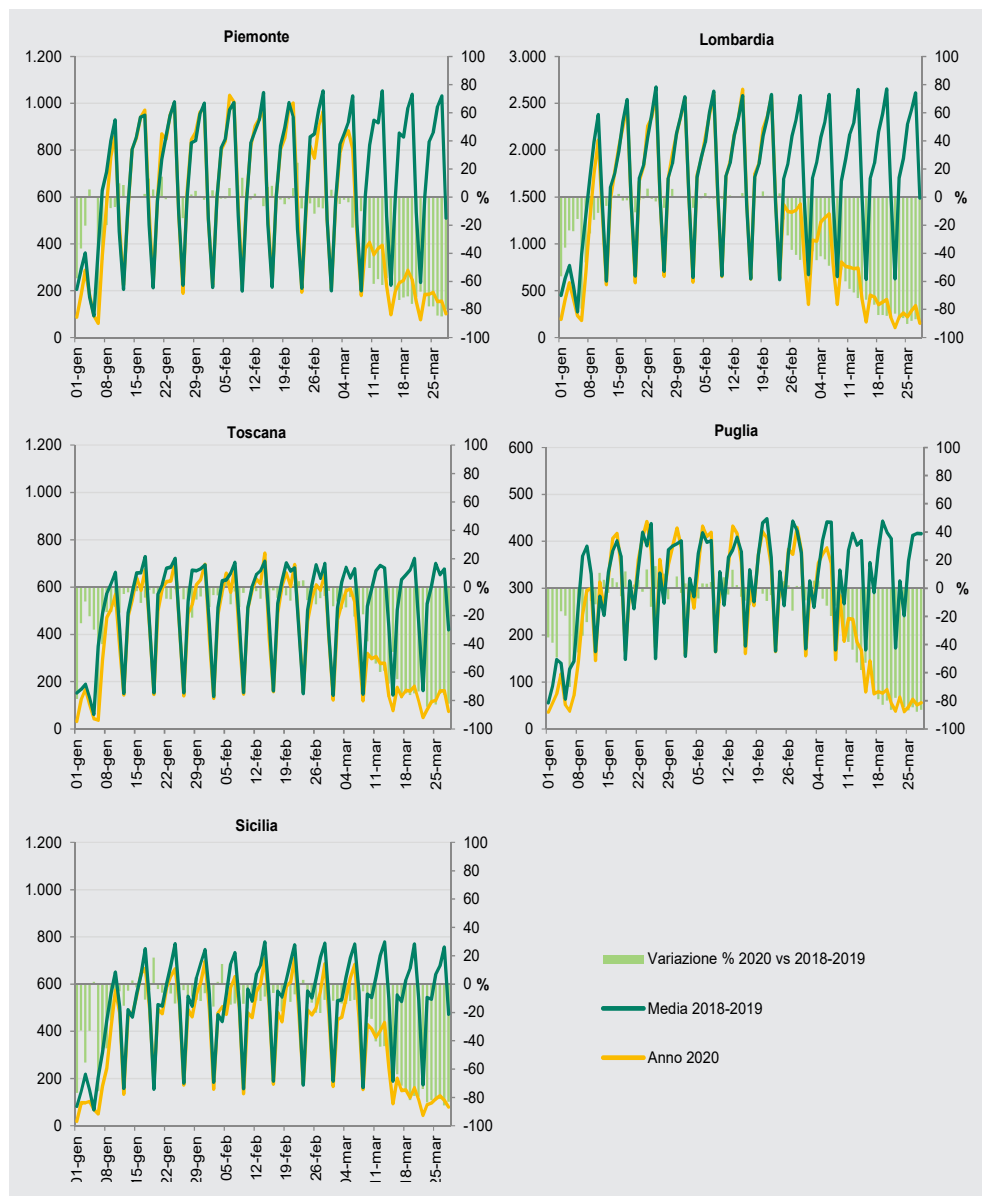
Figura 2.13 Ricoveri per ictus ischemico: confronto I trimestre 2020 - I trimestre 2018-2019, per regione. Andamento settimanale di valori assoluti e variazioni %



Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia



Figura 2.14 Interventi chirurgici programmati: confronto I trimestre 2020 - I trimestre 2018-2019, per regione. Valori giornalieri e variazioni %



Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia

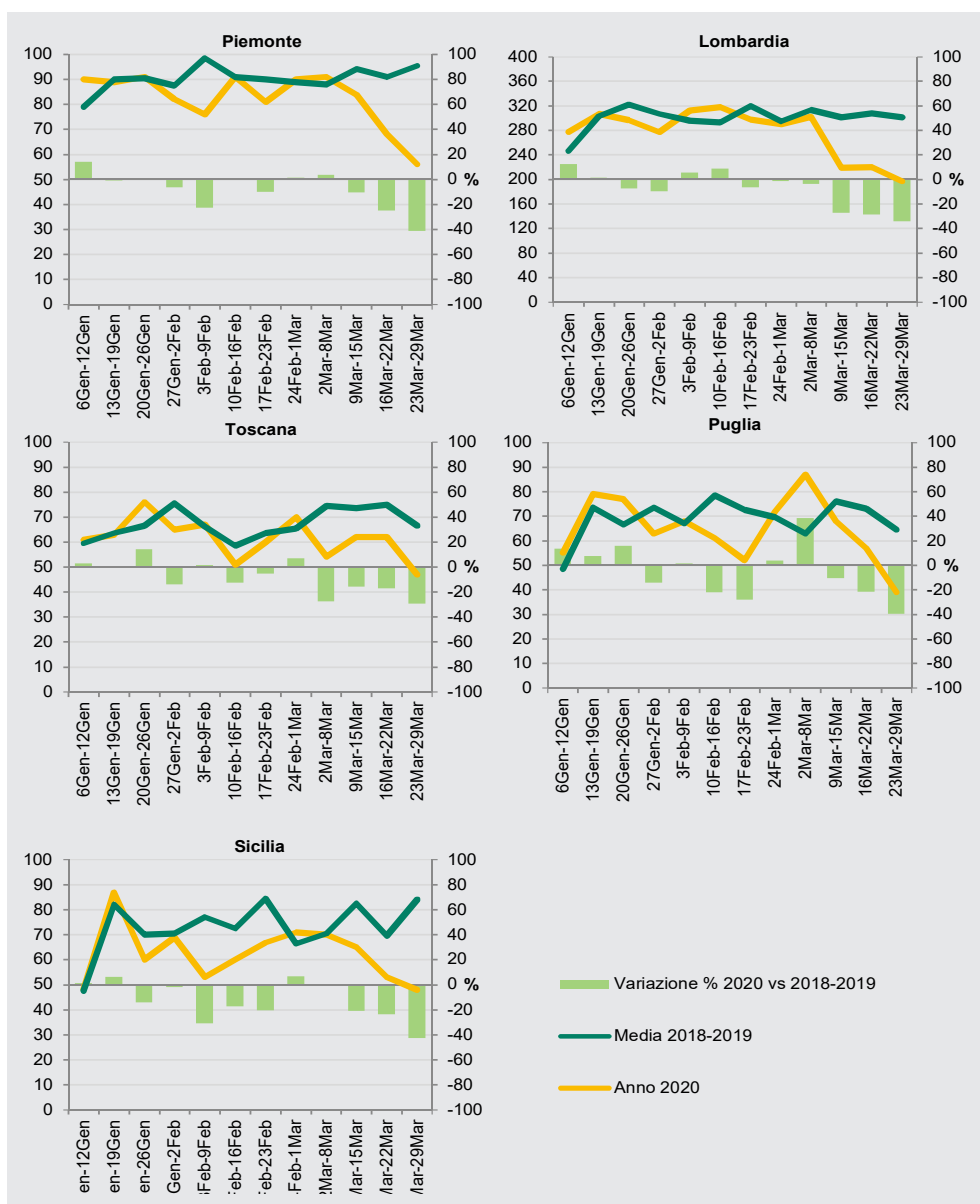
Tutte le regioni registrano una riduzione del numero di ricoveri per ictus ischemico, che, nelle ultime settimane di marzo, è di circa il 30% inferiore rispetto agli anni precedenti. Unica eccezione, la Sicilia, che a fine marzo presenta una riduzione del 60%. Anche in questo caso, tuttavia, il primo trimestre 2020 si presenta, pur con alcune variazioni geografiche, come un periodo con meno ricoveri per questa causa rispetto a gli anni precedenti già nei primi due mesi dell'anno, cioè prima che si diffondesse l'allarme per la pandemia, soprattutto in Piemonte, Puglia e Sicilia (Figura 2.13).

Nel campo della chirurgia elettiva, sono stati analizzati il volume degli interventi chirurgici programmati e il numero di alcuni gruppi di interventi, in particolare in campo oncologico e

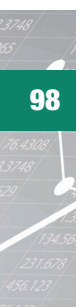
ortopedico. Nella prima parte del primo trimestre 2020, gli interventi chirurgici programmati (Figura 2.14) sono stati effettuati con la stessa frequenza osservata nel biennio precedente, ma con l'inizio della pandemia si sono rapidamente ridotti, fino a segnare un calo dell'80%. Le regioni si differenziano per l'inizio della discesa, che corrisponde ai tempi di esordio della pandemia nelle diverse regioni: in Lombardia il 24 febbraio, Piemonte e Toscana a partire dal 6 marzo, e Puglia e Sicilia con pochi giorni di ritardo.

Per quanto riguarda la chirurgia oncologica, il basso numero dei casi non consente l'analisi settimanale delle singole sedi, ad eccezione degli interventi alla mammella (Figura 2.15), per i quali si osserva una riduzione di circa il 20% nel mese di marzo, con picchi fino al 40%

Figura 2.15 Interventi chirurgici per tumore alla mammella: confronto I trimestre 2020 - I trimestre 2018-2019, per regione. Andamento settimanale di valori assoluti e variazioni %



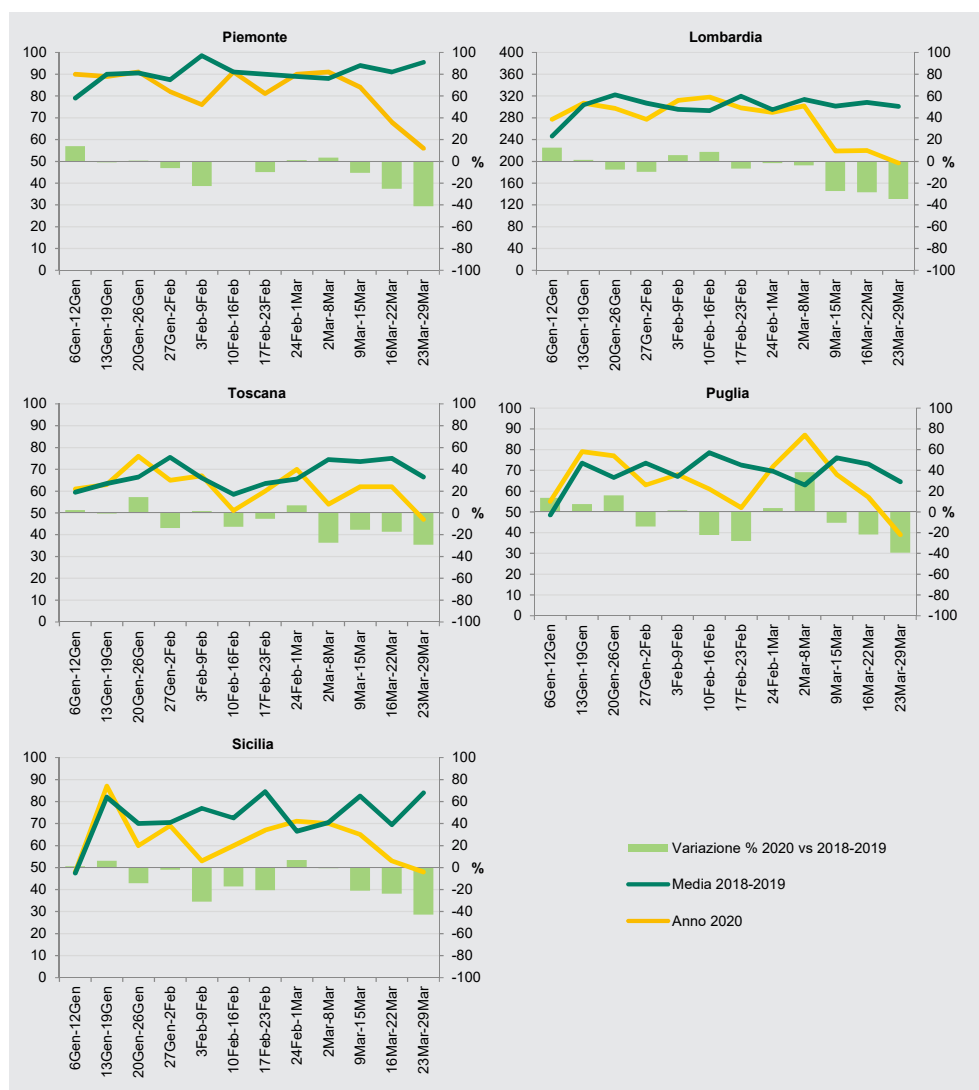
Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia



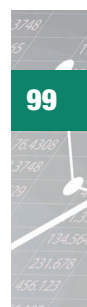
nell'ultima settimana. Pur con le cautele necessarie per numerosità esigue, in Sicilia si rileva una riduzione complessiva di interventi in tutto il trimestre.

Presi nel loro insieme, gli interventi oncologici (Figura 2.16), presentano, in Piemonte, Toscana e Puglia andamenti in gran parte sovrapponibili al biennio precedente, con una riduzione nel mese di marzo 2020 corrispondente quasi interamente all'effetto del calo degli interventi alla mammella sopra citato. Sembra quindi che in queste regioni gli interventi che interessano le altre sedi tumorali, per le quali l'intervento è meno procrastinabile, non abbiano risentito delle alterazioni provocate dalla pandemia. Nelle altre due regioni, invece, si osservano scarti maggiori anche sull'indicatore degli interventi nel loro insieme (solo a marzo in Lombardia e in tutto il periodo in Sicilia), le cui spiegazioni e implicazioni dovranno essere approfondite in futuro.

Figura 2.16 Interventi chirurgici totali per tumore maligno: confronto I trimestre 2020 - I trimestre 2018-2019, per regione. Trend settimanale di numeri assoluti e variazioni %



Fonte: Flussi informativi Regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia



2.4 IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PRIMA DELL'EMERGENZA COVID-19

L'emergenza sanitaria che il Paese sta sperimentando a causa della pandemia da COVID-19 ha messo a dura prova il Servizio Sanitario Nazionale, sottoponendo a una pressione eccezionale e prolungata le strutture e l'organizzazione del sistema. L'assistenza sul territorio ha stentato ad arginare e circoscrivere tempestivamente il diffondersi dei contagi e la pressione si è scaricata velocemente sugli ospedali, che hanno rischiato il collasso, soprattutto nei reparti di terapia intensiva. Anche gli operatori sanitari sono stati sottoposti a uno stress intenso, a causa di turni di lavoro pesanti e a rischi gravi, per l'elevata probabilità di contagio.

La difficoltà di contenere la pandemia attraverso l'azione sul territorio mette in discussione l'efficienza organizzativa di un sistema molto incentrato sull'assistenza ospedaliera e con un presidio del territorio troppo debole. Tale modello organizzativo trova corrispondenza nell'allocatione delle risorse ai diversi livelli di assistenza sanitaria: un'ampia quota è assegnata all'assistenza ospedaliera, mentre all'assistenza sul territorio ne spetta una decisamente inferiore. Il nostro modello dominante emerge anche dal confronto con gli altri Paesi dell'UE: l'Italia impegna complessivamente per la sanità pubblica il 6,5% del Pil, molto meno del 9,5% impiegato dalla Germania, 9,3% dalla Francia e del 9,2% dalla Svezia ed è al 12° posto nella graduatoria dei Paesi UE). La maggior parte di queste risorse, in Italia, è allocata per l'assistenza ospedaliera, alla quale va il 3,8%, il che ci colloca al 5° posto in Europa, dietro Danimarca (4,2%), Francia, Svezia e Norvegia (4,1%). La quota di risorse destinate dal nostro Paese all'assistenza sul territorio è pari all'1,2% del Pil, cosa che ci vale il 15° posto nell'UE: un impegno finanziario molto basso, se confrontato con la Germania (2,9%), il Belgio (2,7%) e la Danimarca (2,3%). Tali differenze, seppur condizionate dalle peculiarità dei sistemi sanitari, forniscono una indicazione sulle scelte allocative e le priorità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Una epidemia da virus senza scudo vaccinale è un evento eccezionale e non prevedibile, ma non improbabile, dato che negli ultimi vent'anni si sono verificati due eventi simili (SARS e MERS), seppure con contagiosità e gravità meno severe. L'emergenza sanitaria interviene a valle di un lungo periodo in cui il Servizio Sanitario Nazionale è stato fortemente ridimensionato nelle risorse finanziarie, causando la un pesante indebitamento a carico delle Regioni. Più di recente, l'aumento graduale del finanziamento ha consentito il consolidamento del debito accumulato, dando respiro alla spesa sanitaria, che si è mantenuta sostanzialmente stabile, non ostante la domanda crescente di cure, dovuta all'invecchiamento della popolazione. Gli strumenti utilizzati per il controllo della spesa sono stati, principalmente, la contrazione delle prestazioni, il riordino della rete ospedaliera, la riduzione dei posti letto e del personale sanitario. A confronto con gli altri Paesi dell'UE, l'Italia mostra un deficit di personale infermieristico. Disponiamo infatti di 58 infermieri ogni 10 mila residenti, circa la metà di quelli della Germania e Francia, collocandoci al 16° posto nella graduatoria europea.

Un'altra tendenza negativa è la riduzione della spesa per investimenti delle Aziende sanitarie: questa posta di bilancio si è ridotta dai 2,4 miliardi del 2013 a poco più di 1,4 miliardi del 2018. Questa minore disponibilità non ha avuto tanto una conseguenza diretta sulla dotazione di apparecchiature, quanto sulla sua obsolescenza⁷, cosicché le strutture sanitarie si sono trovate a lavorare con un parco tecnologico non sempre al passo con l'innovazione.

Un prezzo che la sanità pubblica ha pagato all'austerità è stato anche quello di non riuscire ad assicurare uniformità di salute e di opportunità di accesso alle cure sull'intero territorio nazionale e per tutte le categorie sociali. Purtroppo, si tratta di una circostanza che disattende

7 Relazione della Corte dei Conti - La sanità: le opportunità da cogliere. Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica. 2019.



uno dei principi che ha ispirato proprio la legge che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, la legge n.833 del 1978 (art 2 e 4).

Nonostante le difficoltà economiche, il Servizio Sanitario Nazionale è riuscito però a mantenere risultati di salute lusinghieri in molti settori, ad esempio nella sopravvivenza dei pazienti oncologici, e a concorrere ad alimentare la aspettativa di vita media, per la quale il nostro Paese vanta livelli tra i più elevati al mondo, anche grazie al concorso di altri fattori protettivi per la salute, come la dieta mediterranea o la rete di supporto familiare.

2.4.1 Finanziamento e spesa

Il finanziamento del SSN è passato da 93 miliardi nel 2006 a 115,6 miliardi nel 2018. L'aumento delle risorse e le misure di contenimento della spesa attuate a livello centrale hanno rallentato la dinamica espansiva del debito delle Regioni; dal 2006 al 2018 la spesa sanitaria pubblica, a prezzi correnti, è cresciuta dell'1% medio annuo, con un ritmo decisamente inferiore rispetto a quello delle risorse assegnate. Gli effetti sono stati tangibili e si è passati da un deficit di 6 miliardi nel 2006 a 1,2 miliardi nel 2018.

Il finanziamento è passato da 1.580 euro pro capite del 2006 a 1.911 del 2018. In generale, le regioni del Nord dispongono di maggiori risorse: nel 2018, Emilia-Romagna e Liguria ricevono circa 2 mila euro pro capite, Calabria e Campania, all'estremo opposto, poco più di 1.700 euro.

Nel nostro Paese, la spesa sanitaria pubblica ha sperimentato una dinamica caratterizzata da due fasi. Nella prima, che va dal 1995 al 2009, è cresciuta a un ritmo più sostenuto dell'economia, con un tasso di aumento medio annuo del 6,1%, a fronte del più modesto 3,4% registrato dal Pil nominale. La spesa sanitaria privata ha mantenuto una dinamica più moderata, pari al 3,3%, svolgendo un ruolo sostanzialmente complementare rispetto all'assistenza pubblica.

La crescita sostenuta e i forti disavanzi che si sono accumulati hanno spinto, dal 2006, all'introduzione dell'obbligo per le Regioni di predisporre piani di rientro dal debito, fino a prevedere il commissariamento per quelle con deficit eccessivo. Dal 2007 sono stati introdotti i super ticket, cioè una compartecipazione degli utenti, aggiuntiva a quella dei normali ticket, per contribuire alla spesa farmaceutica e specialistica.

Gli effetti degli interventi normativi, soprattutto quello sui piani di rientro delle Regioni, la crisi economica del 2008, e le spinte successive alla correzione degli squilibri della finanza pubblica hanno favorito il forte rallentamento della spesa osservato negli ultimi anni. Dal 2010 al 2018 la spesa sanitaria pubblica è aumentata di un modesto 0,2% medio annuo, decisamente inferiore all'incremento del Pil nominale, che è stato dell'1,2%. Al rallentamento della componente pubblica ha corrisposto una crescita più sostenuta della spesa privata delle famiglie, che in questo periodo è aumentata in media del 2,5% annuo, assumendo un ruolo supplementare rispetto all'assistenza pubblica (Figura 2.17).

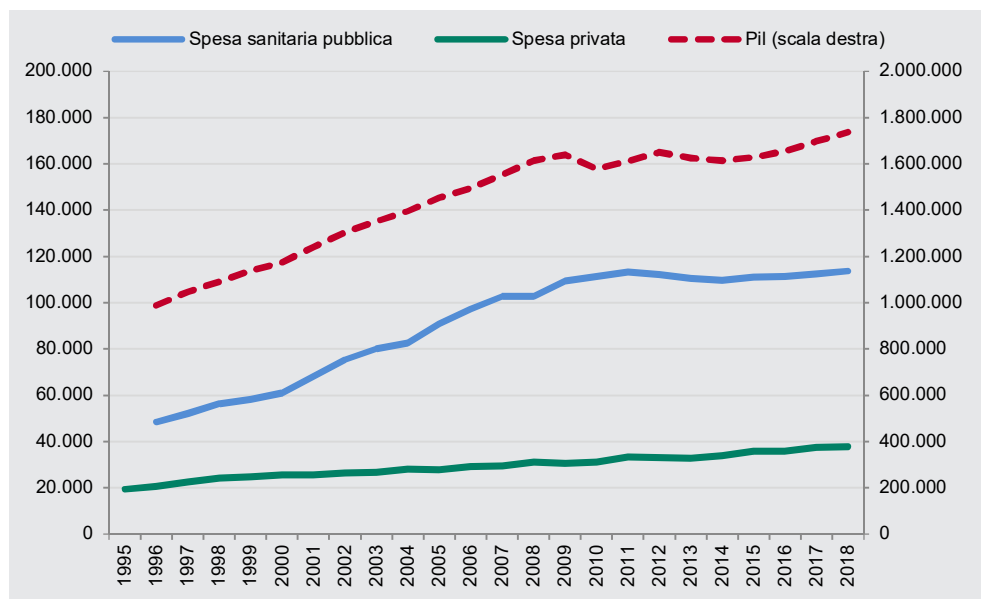
Nel 2018, la spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, sostenuta dalle famiglie, ammonta a 155 miliardi di euro, dei quali il 74,2% a carico della componente pubblica, il 23,1% delle famiglie, mentre la quota residuale (del 2,7%) è coperta dai regimi di finanziamento volontari⁸.

Le principali quote di competenza pubblica sono allocate per il 36% all'assistenza ospedaliera, per il 18,2% all'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione, per il 14,7% alla farmaceutica, per il 10,8% all'assistenza sanitaria di lungo termine e l'8,1% è destinato ai

⁸ I regimi di finanziamento volontari includono le seguenti componenti: le assicurazioni sanitarie volontarie per le quali si considera, al momento, la sola parte relativa alle assicurazioni nel ramo malattia; la spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro; la spesa finanziata da imprese, che si riferisce alla spesa che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro.



Figura 2.17 Prodotto interno lordo, spesa sanitaria pubblica e privata (scala di sinistra spesa; scala di destra Pil). Anni 1995-2018 (milioni di euro)



Fonte: Istat

servizi ausiliari⁹ e altre tipologie di assistenza. Le principali componenti della spesa sanitaria privata a carico delle famiglie sono l'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (38%), la farmaceutica (28,8%), l'acquisto o affitto di apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (9,1%). Il settore pubblico si fa carico del 96,2% dell'assistenza ospedaliera, di tutta la spesa per l'assistenza diurna di lungo periodo in ospedale e di oltre il 75% dell'assistenza di lungo termine. La spesa sanitaria destinata all'acquisto di farmaci e di apparecchiature terapeutiche è sostenuta per il 42,9% dalle famiglie. All'interno di questa voce, la quota sale addirittura al 74,1% per la componente di spesa legata all'acquisto o noleggio di apparecchiature terapeutiche. Altre funzioni di spesa a carico delle famiglie sono l'assistenza ambulatoriale e quella ospedaliera di lungo termine, alle quali contribuiscono, rispettivamente, per il 38,3% e il 33,1% della spesa complessiva. I finanziamenti volontari coprono principalmente le spese per l'assistenza domiciliare, la cura e la riabilitazione, per le quali partecipano per il 12,6% della spesa complessiva (Tavola 2.4).

⁹ Si tratta di servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza, che il paziente consuma direttamente e che non fanno parte di un pacchetto di servizi di assistenza.

Tavola 2.4 Spesa sanitaria per funzione di assistenza e fonte di finanziamento. Anno 2018
(composizioni percentuali)

	Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta delle famiglie	Tutti i regimi di finanziamento
COMPOSIZIONI PERCENTUALI				
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	59,1	31,6	43,6	54,8
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	36,0	4,7	4,0	27,8
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	4,7	0,7	1,2	3,8
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	18,2	24,5	38,0	22,9
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	0,3	1,6	0,4	0,3
Assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)	10,8	3,5	10,1	10,5
Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine	5,5	1,9	8,9	6,2
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna a lungo termine	0,9	0,0	0,0	0,7
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale a lungo termine	2,3	0,0	1,0	2,0
Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine	2,1	1,6	0,3	1,6
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	8,1	8,7	8,2	8,1
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	15,5	5,5	37,9	20,4
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	14,7	0,0	28,8	17,5
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	0,8	5,5	9,1	2,8
Servizi per la prevenzione delle malattie	5,1	17,4	0,2	4,3
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1,4	33,4	0,0	2,0
TUTTE LE FUNZIONI	100,0	100,0	100,0	100,0
COMPOSIZIONI PERCENTUALI				
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	80,1	1,5	18,4	100,0
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	96,2	0,5	3,3	100,0
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	91,9	0,5	7,5	100,0
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	58,8	2,9	38,3	100,0
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	62,3	12,6	25,1	100,0
Assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)	76,8	0,9	22,3	100,0
Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine	66,1	0,8	33,1	100,0
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna a lungo termine	100,0	0,0	0,0	100,0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale a lungo termine	88,7	0,0	11,3	100,0
Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine	93,7	2,6	3,7	100,0
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	73,9	2,9	23,2	100,0
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	56,3	0,7	42,9	100,0
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	62,1	0,0	37,9	100,0
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	20,7	5,2	74,1	100,0
Servizi per la prevenzione delle malattie	88,0	10,9	1,1	100,0
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	54,4	45,6	0,0	100,0
TUTTE LE FUNZIONI	74,2	2,7	23,1	100,0

Fonte: Istat, *System of health accounts*

2.4.2 L'offerta del Servizio Sanitario Nazionale

Il personale sanitario

Nel comparto della Sanità lavorano nel 2018 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati) circa 691 mila unità di personale, di cui quasi 648 mila dipendenti a tempo indeterminato e oltre 43 mila con rapporto di lavoro flessibile. Medici (16,6%) e personale infermieristico (41,1%), insieme, rappresentano più della metà degli occupati di questo settore.

Il sostanziale rallentamento della spesa complessiva è dovuto principalmente alla diminuzione del personale sanitario. Rispetto al 2012, si è registrata una diminuzione del 4,9%, che ha riguardato anche i medici (-3,5%) e gli infermieri (-3,0%). Nel periodo 2012-2018, considerando il solo personale a tempo indeterminato, il comparto sanità ha fatto registrare una riduzione di 25.808 unità (-3,8%). I medici sono passati da 109 mila a 106 mila (-2,3%), il personale infermieristico da 272 mila a 268 mila (-1,6%).

La contrazione del personale è frutto di un turnover rimasto costantemente al di sotto del livello di rimpiazzo. Nel 2014 sono stati assunti 80 dipendenti ogni 100 usciti, nel 2015 il rapporto è stato 70 ogni 100, nel 2017 sono stati sostituiti 98 dipendenti ogni 100. Le riduzioni di personale sono state particolarmente consistenti nelle Regioni in piano di rientro.

Un altro contributo alla riduzione della spesa per il personale è stato dato dal blocco delle procedure contrattuali e da altri limiti sugli aumenti retributivi¹⁰, in forza dei quali tra il 2014 e il 2017 l'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta dal 31,4% al 30,1%.

Una conseguenza dello scarso turnover del personale sanitario è l'aumento dell'età media dei dipendenti del SSN, salita a 50,7 anni nel 2018. L'età media degli uomini è più alta di quella delle donne: 52,3 anni contro 49,9.

Tra i medici il 60,4% degli uomini ha più di 55 anni, mentre quasi quattro su dieci superano i 60. La situazione anagrafica è diversa per le donne: solo il 36% ha più di 55 anni e circa la metà ha un'età compresa tra 40 e 55 anni. Tra gli infermieri, uno su quattro è over 55 e l'età media è pari a 48,2 anni. Il resto del personale, in media, è più giovane: quasi un quarto ha meno di 45 anni (23,9% gli uomini; 25,5% le donne), mentre solo una donna su dieci e uno uomo su cinque superano i 60 anni di età.

Il pensionamento del personale medico costituisce una prospettiva preoccupante per il futuro, visto che attualmente i medici di 55-59 anni sono circa 21 mila e oltre 30 mila quelli di 60-64 anni. Ci si può attendere un esodo di queste figure centrali della sanità, mentre la mancata programmazione degli accessi ai corsi di specializzazione di medicina mette a rischio la copertura del fabbisogno delle professionalità necessarie.

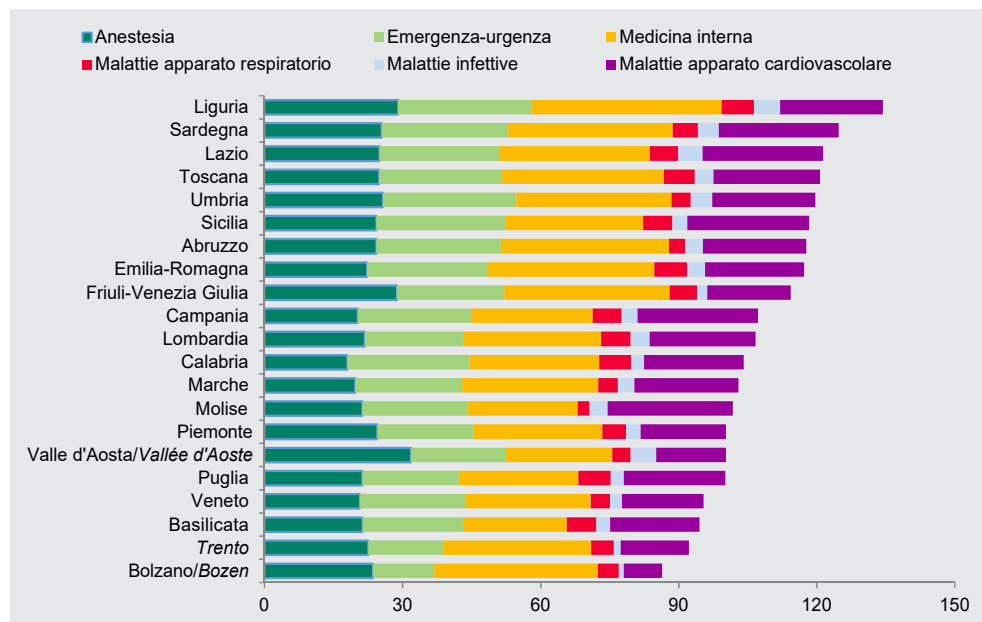
Al 31 dicembre del 2019 l'Italia poteva contare su 66.481 medici specialisti nell'area dell'emergenza, delle malattie infettive, delle malattie dell'apparato respiratorio o cardiovascolare e della medicina interna. Questi professionisti costituiscono circa il 35% del totale dei medici specialisti. Lavora negli ospedali l'81,3% degli specialisti: questa quota scende al 75,4% per le malattie cardiovascolari, 75,8% per gli internisti, 76,6% per gli specialisti delle malattie dell'apparato respiratorio; sale al 84,0% per gli specialisti delle malattie infettive, 85,9% per l'area dell'emergenza, 90,5% per gli anestesisti.

Rispetto al 2012, la dotazione complessiva di questi specialisti è aumentata del 5,2%, con differenze per tipo di specializzazione: anestesisti +13,3%, specialisti dell'emergenza +9,8%, specialisti delle malattie dell'apparato cardiovascolare +7,4%; si è ridotta del 8,3% la già esigua dotazione di medici specialisti delle malattie infettive e tropicali.

¹⁰ Legge n. 122/2010 art. 9 e art. 17.

Le regioni nelle quali la dotazione di specialisti è significativamente più elevata della media nazionale (110 specialisti per 100 mila residenti) sono la Liguria (134), la Sardegna (125), il Lazio e la Toscana (121), mentre nelle province autonome di Bolzano/Bozen (86) e Trento (92), in Basilicata (94) e in Veneto (95) la dotazione è sotto la media (Figura 2.18).

Figura 2.18 Medici attivi nel sistema sanitario per alcune specializzazioni e regione. Anno 2019 (tassi per 100 mila residenti)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati IQVIA, database One-Key

La dotazione di anestesisti, specialisti nell'area dell'emergenza-urgenza e internisti ha una ridotta variabilità regionale rispetto alla media nazionale: gli anestesisti (23 per 100 mila residenti) vanno da 18 in Calabria a 32 in Valle d'Aosta; gli specialisti nell'area dell'emergenza-urgenza (24 per 100 mila residenti) da 13 nella provincia autonoma di Bolzano a 29 in Liguria e Umbria; gli specialisti in medicina interna (31 per 100 mila residenti) da 23 in Basilicata a 41 in Lombardia. Per le altre specializzazioni la variabilità territoriale è più elevata, in particolare per gli specialisti in malattie infettive (4 per 100 mila residenti) che variano da 1 a Bolzano a 6 in Liguria.

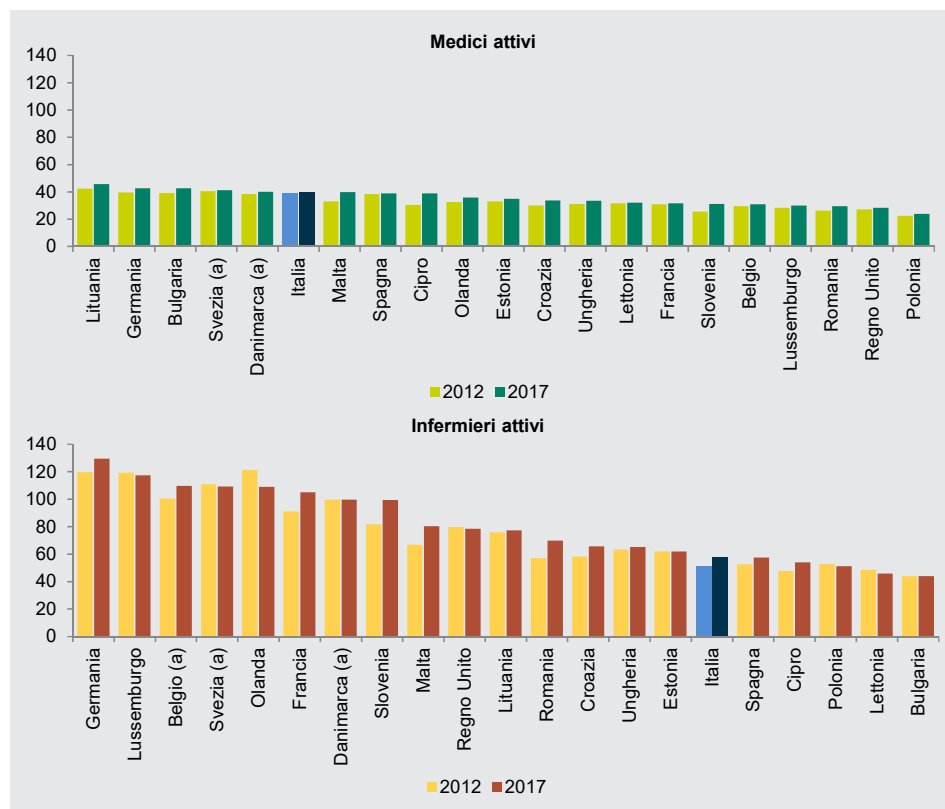


IL PERSONALE SANITARIO: L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

Il nostro Paese, con circa 240 mila medici attivi¹¹, pari a 40 medici ogni 10 mila resi, si colloca ai primi posti tra i paesi dell'Unione europea (Figura 1). La nostra dotazione è analoga a quella della Danimarca e della Svezia, leggermente inferiore a quella della Germania (42,5), ma superiore alla Spagna (38,8) e alla Francia (31,6). Negli ultimi cinque anni, la tendenza è crescente in tutti i paesi, sebbene con ritmi diversificati: Italia +3,1%, Germania +7,6%, Spagna +1,5%, Francia +2,5%.

Per quanto riguarda il numero di infermieri attivi, al contrario, l'Italia, con circa 350 mila infermieri, cioè 58 ogni 10 mila residenti, si colloca nella parte bassa della graduatoria, e precede solo la Spagna (57,4), Cipro (53,8), la Polonia (51,0), la Lettonia (45,7) e la Bulgaria (43,7). La Germania e la Francia hanno una dotazione circa doppia rispetto all'Italia. Rispetto al 2012, tuttavia, un incremento del 13,5% degli infermieri attivi ha fatto guadagnare al nostro Paese due posizioni nella graduatoria.

Figura 1 Medici e infermieri attivi nel sistema sanitario per 10.000 residenti in alcuni paesi dell'Unione europea. Anni 2012, 2017 dell'Unione europea. Anni 2012, 2017



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Eurostat.
(a) Dati 2016.

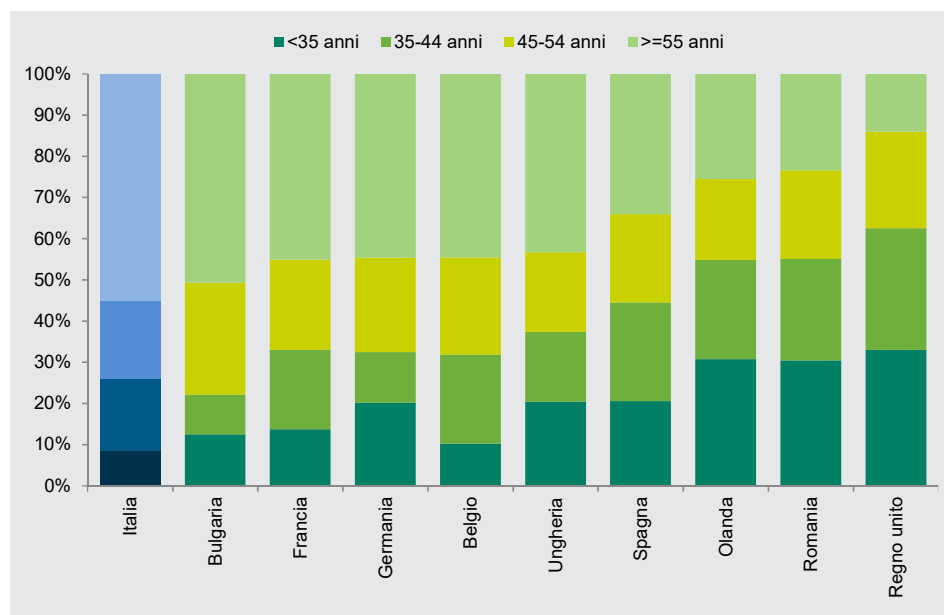
11 Secondo le definizioni adottate dagli organismi internazionali (Eurostat, Ocse, WHO), i medici e gli infermieri "attivi" (practicing) sono un sottoinsieme dei professionisti iscritti all'albo e comprendono coloro che esercitano la loro professione erogando le prestazioni ai pazienti.



Mentre la maggior parte dei paesi Ocse ha circa 3 infermieri per ogni medico, in Italia, come a Cipro, in Lettonia e in Spagna, tale rapporto è di 1,5. Tra i paesi dell'Unione europea, il rapporto è più alto in Lussemburgo (3,9), Belgio (3,5), Francia (3,3) e Slovenia (3,2).

Nonostante il numero relativamente alto di medici attivi nel nostro Paese, deteniamo il primato dei medici più anziani nel contesto europeo. La percentuale di medici attivi di 55 anni o più in Italia è il 55% (Figura 2). Negli Stati membri per i quali sono disponibili dati, la Bulgaria registra il 51%, Belgio, Germania, Francia e Ungheria circa il 45%, mentre una quota significativamente più bassa si registra in Olanda (26%) e Romania (23%). In Italia molti medici prolungano la loro attività anche dopo i 65 anni (15,5%).

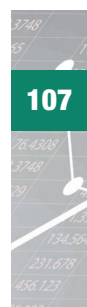
Figura 2 Medici attivi nel sistema sanitario per classi di età in alcuni paesi dell'Unione europea. Anno 2017 (composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Eurostat.

L'Italia è tra i paesi con la quota più elevata di specialisti: sono circa 188 mila, il 77,8% del totale, mentre i medici di medicina generale sono circa 44 mila (18,1%)¹².

¹² Il restante 4,1% è costituito da quasi 10 mila medici generici (comprensivi di coloro che non hanno ancora conseguito una specializzazione).



L'offerta ospedaliera

La rete di offerta ospedaliera pubblica, negli ultimi anni, è stata oggetto di numerosi interventi di riforma, i cui obiettivi erano una maggiore appropriatezza dell'attività di cura e una razionalizzazione dei posti letto. Nel 1995, i posti letto ospedalieri erano 356 mila, pari a 6,3 per 1.000 abitanti. Dal 2010 al 2018, il numero di posti letto è diminuito in media dell'1,8% l'anno, continuando un andamento osservato già a partire dalla metà degli anni '90. Si è passati, infatti, da 244 mila posti letto del 2010 a 211 mila del 2018; in questo ultimo anno, la dotazione si è attestata a 3,49 posti letto ogni 1.000 abitanti. Il livello più basso si registra in Calabria, con 2,96 posti letto, il più alto in Molise con 3,98 posti letto.

Tavola 2.5 Posti letto ospedalieri per tipologia di reparto, natura giuridica della struttura e regione. Anno 2018 (composizione %)

REGIONI	Lungodegenza		Riabilitazione		Specialità a media assistenza		Specialità ad elevata assistenza		Specialità di base		Terapia intensiva e subintensiva		Totale complessivo	
	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata
Piemonte	39,0	61,0	28,4	71,6	93,2	6,8	89,4	10,6	90,1	9,9	99,8	0,2	76,1	23,9
Valle d'Aosta/ Vallée d'Aoste	100,0	0,0	17,9	82,1	100,0	0,0	100,0	0,0	94,8	5,2	100,0	0,0	84,5	15,5
Lombardia	34,5	65,5	28,8	71,2	71,7	28,3	83,1	16,9	74,4	25,6	75,8	24,2	65,5	34,5
Bolzano/Bozen	28,7	71,3	39,8	60,2	100,0	0,0	100,0	0,0	98,2	1,8	100,0	0,0	86,4	13,6
Trento	14,5	85,5	28,9	71,1	100,0	0,0	100,0	0,0	87,5	12,5	100,0	0,0	73,1	26,9
Veneto	91,5	8,5	64,4	35,6	98,3	1,7	78,8	21,2	93,9	6,1	98,1	1,9	89,7	10,3
Friuli-Venezia Giulia	84,2	15,8	60,7	39,3	100,0	0,0	100,0	0,0	87,3	12,7	100,0	0,0	89,1	10,9
Liguria	100,0	0,0	57,5	42,5	99,3	0,7	97,1	2,9	97,3	2,7	96,3	3,7	93,0	7,0
Emilia-Romagna	57,8	42,2	37,3	62,7	92,7	7,3	73,5	26,5	81,9	18,1	87,1	12,9	76,7	23,3
Toscana	0,0	100,0	41,6	58,4	98,8	1,2	90,1	9,9	87,8	12,2	99,5	0,5	85,4	14,6
Umbria	77,5	22,5	91,4	8,6	100,0	0,0	100,0	0,0	86,6	13,4	100,0	0,0	90,6	9,4
Marche	60,8	39,2	24,8	75,2	100,0	0,0	100,0	0,0	85,2	14,8	100,0	0,0	82,9	17,1
Lazio	6,3	93,8	28,1	71,9	65,6	34,4	76,8	23,2	67,0	33,0	72,4	27,6	60,8	39,2
Abruzzo	75,9	24,1	24,5	75,5	87,8	12,2	86,4	13,6	81,7	18,3	92,0	8,0	77,1	22,9
Molise	100,0	0,0	21,6	78,4	58,5	41,5	51,9	48,1	82,5	17,5	83,3	16,7	63,9	36,1
Campania	15,9	84,1	18,2	81,8	76,2	23,8	74,7	25,3	67,5	32,5	88,7	11,3	65,5	34,5
Puglia	100,0	0,0	42,9	57,1	88,6	11,4	82,6	17,4	84,2	15,8	82,4	17,6	81,2	18,8
Basilicata	89,4	10,6	86,7	13,3	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	97,9	2,1
Calabria	40,0	60,0	5,3	94,7	86,8	13,2	94,9	5,1	69,4	30,6	93,3	6,7	65,9	34,1
Sicilia	69,8	30,2	36,1	63,9	80,4	19,6	83,9	16,1	70,6	29,4	88,9	11,1	69,2	30,8
Sardegna	35,7	64,3	30,4	69,6	91,3	8,7	100,0	0,0	82,6	17,4	100,0	0,0	81,9	18,1
Italia	49,4	50,6	34,2	65,8	84,1	15,9	83,6	16,4	80,1	19,9	88,5	11,5	74,5	25,5

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute

La natura, pubblica o privata, delle strutture operanti nel SSN mostra una forte caratterizzazione territoriale. Nelle Regioni del Nord, l'offerta di posti letto è pubblica per circa l'80%, mentre nel Mezzogiorno la quota di pubblico, pur maggioritaria, è più bassa. Lazio e Lombardia sono eccezioni, con una quota di privato convenzionato, rispettivamente, del 39% e del 32% del totale dei posti letto ospedalieri. La composizione dell'offerta ospedaliera è caratterizzata dalla natura delle strutture. Gli ospedali pubblici sono più orientati verso l'assistenza a media ed elevata specializzazione e alle terapie intensive, di cui rappresentano, rispettivamente l'84,1%, l'83,6% e l'88,5% dei posti letto. Gli ospedali privati in convenzione con il SSN coprono prevalentemente l'offerta di posti letto di riabilitazione e lungodegenza, con quote rispettivamente del 65,8% e 50,6% (Tavola 2.5).

Nel corso degli anni, l'attività ospedaliera si è concentrata sull'erogazione di prestazioni a elevata intensità assistenziale, come si desume dalla modifica della composizione dei posti letto per tipologia di reparto. Tra il 2010 e il 2018 è diminuita la quota destinata ai reparti con specialità di base, passata dal 55,6% nel 2010 al 52,6% nel 2018; per contro, è aumentata la proporzione di posti letto nei reparti con specializzazione di media ed elevata assistenza (passati dal 24,6% a 25,2%) e in quelli della terapia intensiva (aumentati dal 3,6% nel 2010 al 4,3%).

Anche se i reparti a elevata intensità assistenziale hanno assunto maggiore rilievo nell'attività ospedaliera, il numero di posti letto nei reparti di alta specialità è comunque diminuito, in accordo con la tendenza alla riduzione accennato in precedenza. Nel 2018, i posti letto nelle alte specializzazioni sono 27,44 ogni 100 mila abitanti, mentre nel 2010 erano 31,1. Nel 2018, la do-

Tavola 2.6 Posti letto per tipologia di specialità e regione. Anno 2018 (per 100 mila abitanti)

REGIONI	Lungodegenza	Riabilitazione	Specialità a media assistenza	Specialità ad elevata assistenza	Specialità di base	Terapia intensiva e subintensiva	Totale complessivo
Piemonte	22,0	73,1	57,2	27,4	169,1	12,9	380,2
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	12,7	61,8	84,0	20,6	183,0	13,5	387,5
Lombardia	7,8	64,6	68,5	28,8	186,3	13,4	376,6
Bolzano	32,4	43,8	47,2	20,3	231,4	14,0	393,4
Trento	35,7	68,0	39,1	24,8	213,9	10,0	393,0
Veneto	15,6	37,4	49,4	36,1	197,1	15,2	357,0
Friuli-Venezia Giulia	6,3	19,3	57,7	21,9	239,1	14,0	358,4
Liguria	17,5	43,0	60,8	32,8	189,5	18,9	367,1
Emilia-Romagna	42,6	31,2	50,0	28,7	217,2	16,5	390,7
Toscana	5,5	24,4	52,4	28,1	193,6	16,8	321,8
Umbria	10,1	40,8	66,0	22,5	215,7	13,3	369,8
Marche	20,2	28,7	62,0	21,3	189,8	15,0	341,5
Lazio	12,8	51,8	57,0	24,6	174,6	15,5	353,0
Abruzzo	14,8	36,6	61,3	27,4	178,8	16,1	335,7
Molise	6,8	64,5	89,1	43,8	174,1	15,6	398,1
Campania	10,6	24,0	63,4	26,1	168,2	16,2	309,0
Puglia	4,1	29,4	68,0	25,8	167,5	14,7	309,8
Basilicata	26,6	31,7	62,9	25,4	161,5	18,7	328,3
Calabria	12,8	40,7	53,2	20,0	149,0	15,3	296,2
Sicilia	7,4	32,6	66,3	28,2	154,4	15,9	314,8
Sardegna	10,4	11,8	65,3	22,8	219,2	15,6	351,3
Italia	13,9	41,9	60,2	27,4	183,4	15,1	348,7
			Di cui: PRIVATI CONVENZIONATI				
Piemonte	13,4	52,4	3,9	2,9	16,7	0,0	90,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	0,0	50,7	0,0	0,0	9,5	0,0	60,2
Lombardia	5,1	46,0	19,4	4,9	47,7	3,2	129,9
Bolzano/Bozen	23,1	26,3	0,0	0,0	4,2	0,0	53,6
Trento	30,6	48,3	0,0	0,0	26,7	0,0	105,6
Veneto	1,3	13,3	0,8	7,7	12,0	0,3	36,7
Friuli-Venezia Giulia	1,0	7,6	0,0	0,0	30,4	0,0	38,9
Liguria	0,0	18,2	0,4	1,0	5,2	0,7	25,8
Emilia-Romagna	18,0	19,5	3,7	7,6	39,3	2,1	91,1
Toscana	5,5	14,2	0,6	2,8	23,7	0,1	46,9
Umbria	2,3	3,5	0,0	0,0	28,8	0,0	34,6
Marche	7,9	21,5	0,0	0,0	28,0	0,0	58,2
Lazio	12,0	37,2	19,6	5,7	57,6	4,3	138,4
Abruzzo	3,6	27,7	7,5	3,7	32,7	1,3	77,0
Molise	0,0	50,6	37,0	21,1	30,5	2,6	143,6
Campania	8,9	19,6	15,1	6,6	54,6	1,8	106,7
Puglia	0,0	16,8	7,8	4,5	26,4	2,6	58,4
Basilicata	2,8	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1
Calabria	7,7	38,6	7,0	1,0	45,6	1,0	100,9
Sicilia	2,2	20,8	13,0	4,6	45,3	1,8	96,9
Sardegna	6,7	8,2	5,7	0,0	38,0	0,0	63,6
Italia	7,1	27,5	9,6	4,5	36,4	1,7	88,9

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della salute

tazione più alta si rileva in Molise, con 43,8 letti ogni 100 mila abitanti, quella più bassa in Basilicata, dove è vicina a 20. Cresce leggermente l'offerta nei reparti di terapia intensiva, passando, tra il 2010 e il 2018 da 14,7 a 15,1 posti ogni 100 mila abitanti. Nel 2018, per questa tipologia di assistenza, la dotazione maggiore si rileva in Liguria, con 18,9 posti letto ogni 100 mila abitanti, quella minore nella Provincia Autonoma di Trento, con 10 posti letto ogni 100 mila abitanti.

Nel periodo considerato, per rispondere ai bisogni di cura di una popolazione in costante invecchiamento, è aumentata l'offerta di posti letto ospedalieri destinata alla riabilitazione, salita dal 10,6% nel 2010 al 12% nel 2018; in questo ultimo anno, l'offerta si attesta a 41,9 posti letto per 100 mila abitanti, con punte di 73,1 in Piemonte e la dotazione più scarsa in Sardegna, con l'11,8 (Tavola 2.6).

Insieme al controllo del deficit, il Sistema ha puntato al miglioramento dell'efficienza organizzativa e clinica dell'attività ospedaliera. Queste due dimensioni risentono della *performance* dell'assistenza a livello territoriale, dal momento che ricoveri ospedalieri troppo frequenti o troppo lunghi possono essere la conseguenza di una inadeguata presa in carico dei pazienti dal livello territoriale prima o dopo il ricovero. Gli indicatori di appropriatezza organizzativa sono migliorati tutti in modo significativo. La percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico (Diagnosis related groups) è passata dal 39,3% nel 2002 al 27,5% nel 2018. Anche i ricoveri per cause a rischio di inappropriatezza organizzativa (quelli in cui il motivo, la sede e il tempo dell'intervento possono trovare soluzioni assistenziali più efficienti del ricovero) si sono ridotti, tra il 2002 e il 2018, del 30%, scendendo a 2 milioni e 67 mila.

Il rapporto tra i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza e quelli appropriati si è sensibilmente abbassato in tutte le regioni. Mentre nel 2010 le regioni agli estremi erano Valle d'Aosta, con 0,26 e la Puglia con 0,49, nel 2017, la variazione si è sensibilmente ristretta, tra lo 0,12 della Sicilia e lo 0,24 della Campania.

L'offerta di assistenza territoriale

L'assistenza territoriale eroga un complesso di servizi e cure sanitarie di base, attraverso prestazioni di tipo medico e diagnostico e di altra assistenza fornita a domicilio, in strutture residenziali o semiresidenziali, a determinate categorie di pazienti (post-acuzie, anziani con limitazioni o persone con altri disagi). Questa tipologia di offerta è capillare sul territorio e ruota attorno alla figura del medico di medicina generale (MMG), che costituisce il principale riferimento e l'ordinatore di spesa per le cure di base del cittadino.

Nel 2018 il personale addetto alle cure primarie ammonta a circa 43 mila medici di medicina generale e 7.500 pediatri di libera scelta (PLS). Rispetto al 2012, i MMG sono diminuiti di 2.450 unità e i PLS di 157.

L'Italia dispone di 7,1 MMG ogni 10 mila residenti. A parte il caso estremo della Provincia autonoma di Bolzano/Bozen, con 5,2 MMG ogni 10 mila residenti, il tasso è più basso in Lombardia (6,2) e più elevato in Molise (8,7) e Basilicata (8,5). Rispetto al 2012, la dotazione si è ridotta mediamente del 6,8% e in maniera più significativa nelle regioni del Centro-Nord e in Sardegna.

I PLS sono 9,3 ogni 10 mila bambini e adolescenti con meno di 15 anni; i valori più bassi si registrano nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen e in Piemonte (7,5) e i più elevati in Emilia-Romagna, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna (10,5-10,7). Contrariamente ai MMG, la dotazione dei PLS è leggermente aumentata rispetto al 2012 (+1,8%). Questa tendenza è in parte determinata dalla diminuzione della consistenza delle giovani generazioni a seguito del calo delle nascite. L'incremento è particolarmente rilevante in alcune regioni meridionali (Molise, Campania, Puglia e Basilicata). In generale, la dotazione di MMG e di PLS è più elevata della media nella maggior parte delle regioni meridionali.



La rete di cure primarie non si basa solo sull'attività dei MMG e dei PLS, ma anche sui Servizi di continuità assistenziale (ex guardia medica), che garantiscono l'assistenza sanitaria ai cittadini quando gli ambulatori dei medici di base sono chiusi, per prestazioni non urgenti, ma non rinviabili al giorno successivo. I medici di continuità assistenziale in Italia sono 17.306, 2,9 ogni 10 mila residenti. La dotazione è molto variabile tra regioni: bassa nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen (0,8 per 10 mila residenti), Lombardia (1,4) e Veneto (1,8), alta in Basilicata (9,7), Calabria (8,8) e Molise (7,6).

L'offerta di strutture ambulatoriali che erogano assistenza clinica specialistica e diagnostica strumentale è gestita, sia direttamente dalle Asl, sia da privati in convenzione con il SSN. Le strutture gestite dalle Asl, nel 2017, sono complessivamente 5,8 ogni 100 mila abitanti, in diminuzione rispetto al 2009, quando erano 6,4. In Liguria, l'offerta di queste strutture per 100 mila abitanti è di 17,2, in Valle d'Aosta 2,4. Le strutture gestite dal privato in regime di convenzione con il SSN sono 8,8 ogni 100 mila abitanti (erano 9,7 nel 2009). A livello regionale, si rileva una copertura molto elevata in Sicilia e Campania, rispettivamente con 24 e 20,4 ambulatori per 100 mila abitanti. Nelle regioni del Centro-Nord la presenza del privato convenzionato è molto inferiore e oscilla tra 2 e 7,5 strutture ogni 100 mila abitanti.

I dati non consentono di valutare in maniera adeguata l'offerta dell'assistenza territoriale, perché mancano informazioni circa la consistenza di personale e la dotazione strumentale. Per questo motivo è opportuno valutare questa tipologia di assistenza a partire dall'attività degli ambulatori, cioè dalle prestazioni effettivamente erogate, in termini di visite specialistiche e accertamenti diagnostici. Nel corso degli anni, si è osservata una riduzione dell'assistenza ambulatoriale: nel 2017, sono state effettuate 1 miliardo e 257 milioni prestazioni, il 6,5% in meno di quelle effettuate nel 2009.

L'assistenza sociosanitaria e socio assistenziale è una tipologia di servizio che si colloca a cavallo tra le due funzioni del sistema di protezione sociale: sanitaria e assistenziale. Si tratta di prestazioni in natura che integrano l'attività di cura, di pertinenza del Servizio Sanitario Nazionale¹³, con i servizi di carattere sociale destinati a persone in condizione di particolare fragilità, come anziani e persone con disabilità¹⁴.

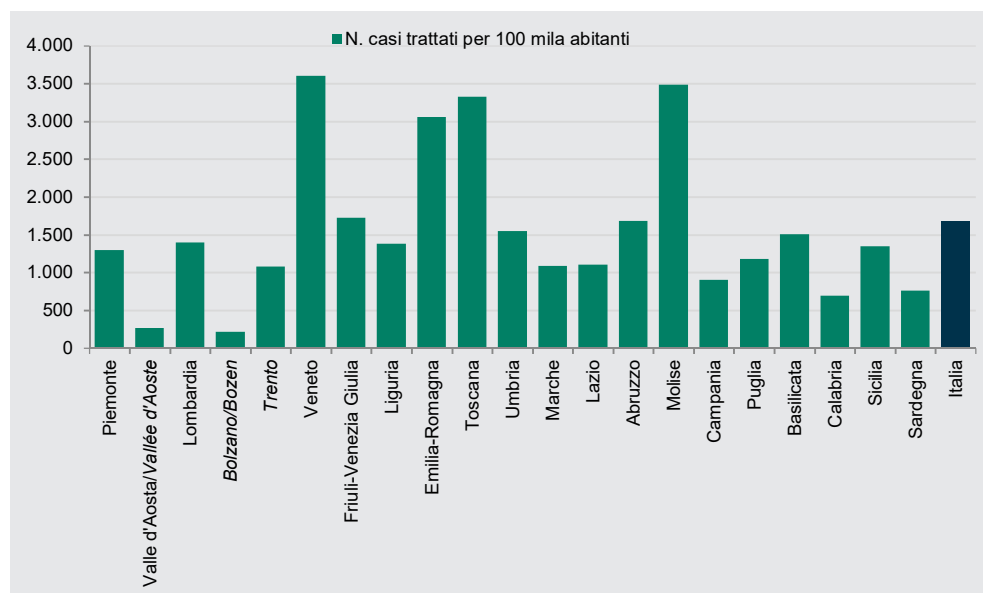
In Italia, nel 2017, l'assistenza domiciliare integrata assiste 1.667 utenti ogni 100 mila abitanti, in sensibile aumento rispetto al 2009, quando ne prendeva in carico 888 ; questa tipologia di servizio è più sviluppata in Veneto e Molise, dove vengono trattati, rispettivamente, 3.597 e 3.479 pazienti ogni 100 mila abitanti. È meno diffusa nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen e in Valle d'Aosta nelle quali si assistono 219 e 262 pazienti ogni 100 mila residenti (Figura 2.19).

13 "Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate" (art. 27 del DPCM). L'assistenza residenziale e semiresidenziale è disciplinata dall'art. 34 del DPCM che stabilisce che il SSN garantisce alle persone con disabilità "trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa incarico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento".

14 A seconda della natura prevalente della tipologia di assistenza fornita, le prestazioni si distinguono in sociosanitarie e socioassistenziali.



Figura 2.19 Assistenza domiciliare integrata - Casi trattati per 100 mila abitanti. Anno 2017



Fonte: Ministero della salute

Le strutture semi residenziali hanno erogato 121 giornate di assistenza per utente, tale tipologia di offerta eroga un volume di assistenza mediamente più elevato nelle regioni del Centro-Nord, con alcune eccezioni nel Mezzogiorno rappresentate dal Molise e Puglia. Le strutture residenziali offrono 656,4 posti letto per 100 mila abitanti con una maggiore concentrazione nelle regioni del Nord, mentre la disponibilità è sensibilmente più bassa nel Centro e nel Mezzogiorno.

Una parte dell'assistenza socioassistenziale e sociosanitaria è fornita dai Presidi residenziali, strutture pubbliche o private che erogano ospitalità assistita con pernottamento e servizi di tipo socioassistenziale e/o sociosanitario a persone in stato di bisogno¹⁵.

In Italia, nel 2018, sono poco più di 12.200 le strutture residenziali socioassistenziali e socio-sanitarie attive, per un totale di circa 425 mila posti letto. L'offerta di residenzialità è maggiore al Nord dove si trova il 56% delle strutture ed il 64% dei posti letto complessivi. Il Mezzogiorno si distingue invece per la minore dotazione di servizi residenziali (24% delle strutture e 22% dei posti letto). Le differenze territoriali di offerta sono significative, con il numero più elevato di posti letto nella Provincia autonoma di Trento (15 posti letto ogni 1.000 abitanti) e quello più basso in Campania (1,6 posti).

L'offerta residenziale è costituita da strutture di varia natura, che seguono modelli organizzativi eterogenei e che svolgono diverse funzioni in base alle esigenze degli ospiti. Su tutto il territorio nazionale, la quota più ampia dell'offerta è costituita da residenze di medie o grandi dimensioni con un'organizzazione di tipo comunitario. I presidi a carattere familiare rappresentano invece la quota residuale dell'offerta, ma con differenze territoriali più marcate: al Nord solo il 3,5% dei posti letto si trova in strutture di tipo familiare, mentre al Centro tale percentuale sale all'11%.

15 Sono compresi tutti i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (ad esempio: Centri di Riabilitazione ex art.26) ad eccezione degli Hospice, delle strutture che erogano servizi residenziali di tipo ospedaliero, semiresidenziali, diurni o ambulatoriali. Sono inoltre escluse le strutture temporanee nate per affrontare l'emergenza immigratoria (art.11 del decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2017).

La quota prevalente di posti letto è dedicata ad ospiti anziani (71% dei posti letto di cui il 56% per anziani non autosufficienti), mentre quelle riservate alle persone con disabilità (8%) e agli adulti con disagio sociale (7%) sono decisamente minoritarie.

Nel Nord, l'offerta è più orientata alle persone socialmente fragili e in cattive condizioni di salute: l'84% dei posti letto si trova in strutture che svolgono una funzione di protezione sociale di tipo sociosanitario, garantendo assistenza medica e infermieristica di livello medio-alto. Al Centro e nel Mezzogiorno, l'offerta di tipo sociosanitario resta prevalente, ma è più alta la proporzione di posti letto in strutture che offrono accoglienza abitativa a persone in condizioni di disagio sociale e ad anziani autosufficienti (rispettivamente 14% e 35% vs il 7% dei posti letto del Nord) o che svolgono una funzione socioeducativa (rispettivamente 11% e 12% vs il 5% dei posti letto del Nord) (Tavola 2.7).

Tavola 2.7 Posti letto per funzione di protezione sociale delle unità di servizio dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari e Regione presenti il 31 dicembre 2018* (valori percentuali)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Funzione di protezione sociale					Totale
	Prevalente accoglienza abitativa	Prevalente funzione tutelare	Socio-educativa	Socio-sanitaria	Altra funzione	
Piemonte	9,0	6,3	4,8	79,2	0,6	100,0
Valle d'Aosta/ <i>Vallée d'Aoste</i>	2,0	7,7	2,0	85,8	2,4	100,0
Liguria	6,5	1,9	8,2	82,1	1,2	100,0
Lombardia	4,5	0,7	5,5	88,8	0,5	100,0
Trentino-Alto Adige/ <i>Südtirol</i>	15,0	2,3	9,3	68,8	4,5	100,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	14,0	0,1	6,7	73,2	6,0	100,0
<i>Trento</i>	15,7	4,0	11,3	65,6	3,4	100,0
Veneto	6,0	1,0	4,8	88,0	0,3	100,0
Friuli-Venezia Giulia	11,1	4,2	6,4	77,7	0,6	100,0
Emilia-Romagna (b)	4,9	7,4	3,9	82,4	1,3	100,0
Toscana	9,1	2,4	10,9	76,5	1,1	100,0
Umbria	14,6	8,4	8,0	68,0	1,1	100,0
Marche (b)	4,1	20,6	7,5	66,6	1,3	100,0
Lazio	24,2	4,0	14,4	52,9	4,5	100,0
Abruzzo	21,4	2,8	5,3	70,5	0,0	100,0
Molise	11,3	6,1	9,1	73,6	0,0	100,0
Campania	21,4	6,4	10,2	58,3	3,7	100,0
Puglia	15,6	2,2	10,9	70,7	0,6	100,0
Basilicata	17,0	5,3	9,7	66,0	2,1	100,0
Calabria	14,8	6,0	20,3	57,1	1,8	100,0
Sicilia	54,8	3,9	11,9	27,9	1,4	100,0
Sardegna	20,0	5,8	14,8	56,9	2,6	100,0
Nord-ovest	6,2	2,7	5,5	84,9	0,7	100,0
Nord-est	7,3	3,8	5,2	82,4	1,2	100,0
Centro	14,4	6,7	11,3	65,1	2,4	100,0
Sud	17,5	4,4	11,5	65,2	1,5	100,0
Isole	49,2	4,2	12,4	32,6	1,6	100,0
Italia	13,9	3,9	7,7	73,2	1,3	100,0

Fonte: Istat, Indagine sui presidi socio-sanitari e soci-assistenziali
(a) Dati provvisori.
(b) Dati 2017.

Nell'ambito della residenzialità occupano un ruolo prevalente i presidi che coniugano i servizi di assistenza sanitaria con quelli di assistenza tutelare e alberghiera. Il 51% delle residenze offre servizi sociosanitari ad adulti con disabilità o affetti da patologie psichiatriche e ad anziani

non autosufficienti, per un totale di poco più di 301 mila posti letto. Nel Nord queste strutture hanno grandi dimensioni, con un numero medio di posti letto superiore a 40, mentre nel resto del territorio hanno un numero medio di posti letto inferiore ai 30. I professionisti sociosanitari che lavorano in queste strutture sono circa 264 mila, e l'86% di essi è retribuito. Nell'insieme del personale retribuito, la componente sanitaria è prevalente, e rappresenta il 70%, composto per il 45% da Operatori (OSS), per il 16% da infermieri, per il 5% da operatori della riabilitazione, per il 4% da medici). La componente sociale è rappresentata essenzialmente dagli addetti all'assistenza personale (16% del personale sociosanitario retribuito).

2.4.3 Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza ed esiti di salute

Le modifiche del titolo V della Costituzione, prima e dopo la legge sul federalismo fiscale, hanno introdotto il principio di sussidiarietà e stabilito la corrispondenza tra la responsabilità del prelievo fiscale e quella dell'erogazione della spesa, assegnando maggiore autonomia alle Regioni sull'organizzazione del sistema sanitario. A garanzia dell'equità del Sistema sanitario pubblico, è stato introdotto l'obbligo delle Regioni di erogare, uniformemente su tutto il territorio nazionale, le prestazioni sanitarie riconosciute essenziali per la cura della salute, i cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); l'adempimento delle Regioni a tale obbligo è sottoposto a verifica periodica¹⁶.

I LEA sono contenuti in una lista di prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). La lista delle prestazioni che devono essere erogate è stilata dal Ministero della salute in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, e comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli cittadini, le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio e quelli erogati dalle strutture ospedaliere.

Le Regioni in piano di rientro¹⁷ dispongono mediamente di minori risorse pro capite: dai 1.705 euro della Calabria a 1.891 per l'Abruzzo, con l'eccezione del Molise che percepisce 2.003 euro. Al contrario, nelle Regioni che rispettano i parametri di bilancio, si varia tra un finanziamento minimo di 1.862 euro in Basilicata e quello massimo di 2.085 in Emilia-Romagna. Le Regioni non sottoposte a verifica degli adempimenti ricevono un livello di finanziamento intermedio (Tavola 2.8).

Gli indicatori di monitoraggio dei LEA pubblicati dal Ministero della salute mettono in luce che il rispetto dei vincoli di bilancio da parte delle Regioni si correla con la loro capacità di assicurare i livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita. Nel 2017, tutte le Regioni in regola con i conti, e quindi non sottoposte ai piani di rientro, rispettano i parametri previsti dalla griglia di monitoraggio (Figura 2.20). Campania e Calabria, alle prese con i piani di rientro, non garantiscono invece i livelli essenziali di assistenza (Figura 2.21). Risultano inadempienti anche Valle d'Aosta, Provincia autonoma Bolzano/*Bozen* e Sardegna, che appartengono al gruppo di regioni esentate dalla verifica degli adempimenti. In generale, i punteggi di *perfor-*

16 Il sistema di valutazione per la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) ha come finalità la valutazione, il monitoraggio e la verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le regioni. Il sistema poggia su un set di indicatori che associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure. Gli indicatori riguardano le seguenti dimensioni: prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera; bisogno sanitario; equità sociale; monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali - (PDTA).

17 http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=3516.

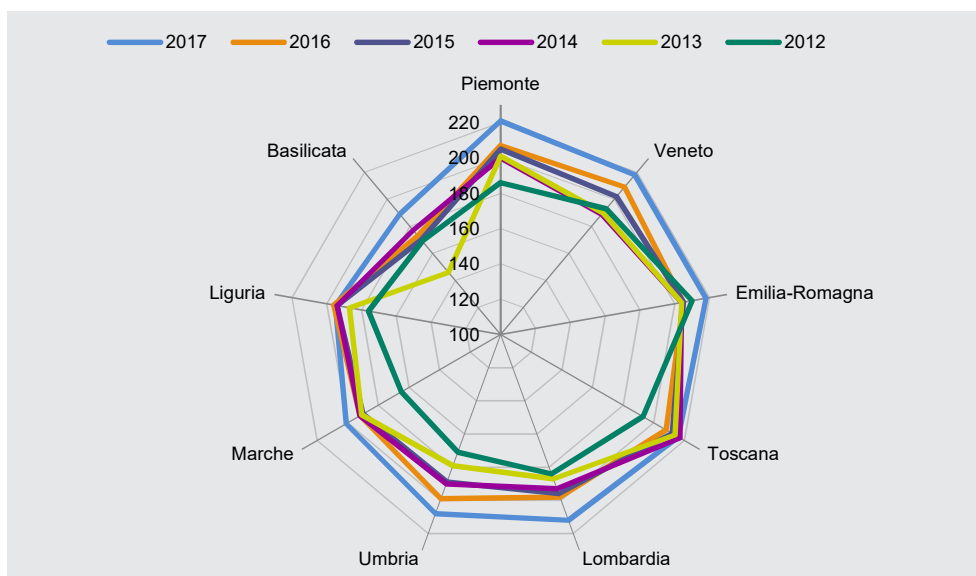
Tavola 2.8 Finanziamento effettivo della spesa sanitaria per Regione. Anni 2012 e 2018
(valori pro capite in euro)

	2012	2018	2018/2012
REGIONI NON IN PIANO DI RIENTRO			
Piemonte	1.915	1.928	1,01
Lombardia	1.904	1.980	1,04
Veneto	1.857	1.953	1,05
Liguria	1.985	2.051	1,03
Emilia Romagna	2.054	2.085	1,01
Toscana	1.966	2.019	1,03
Umbria	1.896	1.985	1,05
Marche	1.837	1.869	1,02
Basilicata	1.805	1.862	1,03
REGIONI IN PIANO DI RIENTRO			
Lazio	1.877	1.823	0,97
Abruzzo	1.817	1.891	1,04
Molise	1.954	2.003	1,02
Campania	1.688	1.783	1,06
Puglia	1.728	1.820	1,05
Calabria	1.688	1.705	1,01
Sicilia	1.725	1.842	1,07
REGIONI SENZA VERIFICA ADEMPIMENTI			
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1.820	1.907	1,05
Bolzano/Bozen	1.774	1.906	1,07
Trento	1.736	1.894	1,09
Friuli-Venezia Giulia	2.016	1.981	0,98
Sardegna	1.765	1.880	1,07
Italia	1.851	1.911	1,03

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero dell'economia e delle finanze - RGS

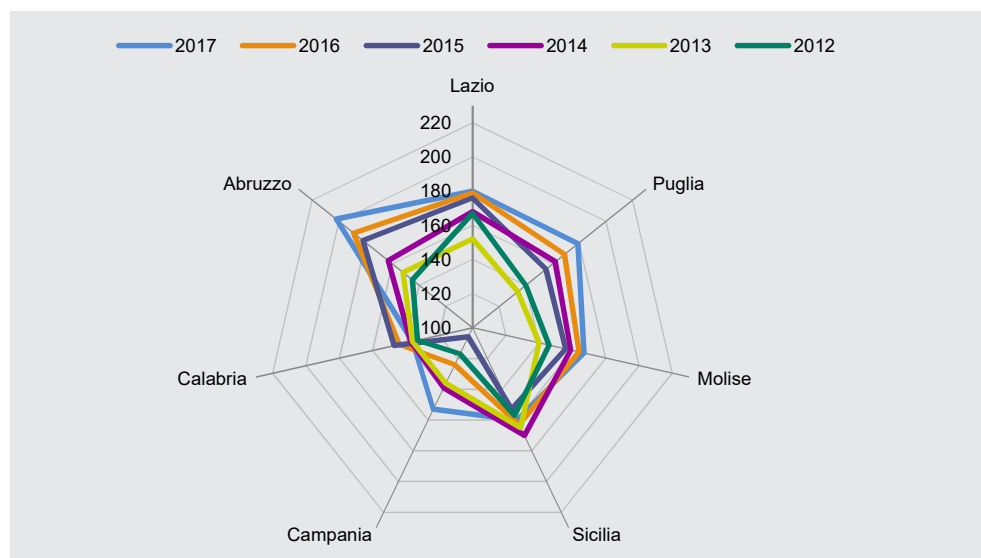
mance ottenuti con la griglia degli indicatori di monitoraggio sono sensibilmente inferiori per le Regioni in piano di rientro.

Figura 2.20 Punteggi della griglia LEA delle Regioni non in piano di rientro. Anni 2012-2017



Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della salute

Figura 2.21 Punteggi della griglia LEA delle Regioni in piano di rientro. Anni 2012-2017



Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della salute

I dati monitorati dal 2012 indicano un costante miglioramento nell'erogazione dei livelli di assistenza per quasi tutte le Regioni. Le più virtuose sono Abruzzo e Puglia, in piano di rientro. Appare critica la situazione della Sicilia, che non presenta miglioramenti significativi, partendo per giunta da una situazione di bassa *performance*.

L'esame dei LEA per livello di assistenza mostra una situazione territoriale a macchia di leopardo. Per l'assistenza destinata all'attività di prevenzione, tra le Regioni non in piano di rientro, solo Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria raggiungono un punteggio superiore al 70%. Tra quelle in piano di rientro, Campania, Sicilia, Calabria e Puglia fanno registrare i valori più bassi dell'indicatore di *performance*; in una situazione simile si trovano Friuli-Venezia Giulia, Provincia autonoma di Bolzano/Bozen e Valle d'Aosta, non sottoposte alla verifica degli adempimenti.

Tutte le Regioni con i bilanci in regola garantiscono l'assistenza del livello distrettuale, mentre quelle sottoposte al piano di rientro, e in particolare la Campania, manifestano rilevanti difficoltà. Anche la Sardegna e le due Province autonome, non sottoposte a valutazione, rivelano carenze nell'erogazione dei LEA. Situazione analoga si verifica per l'assistenza ospedaliera, la cui erogazione è garantita in tutte le Regioni in equilibrio di bilancio, mentre presenta carenze importanti in quelle in piano di rientro, in particolare Campania e Molise.

La valutazione degli esiti di salute conseguiti da un sistema sanitario è un esercizio molto difficile, perché, per definizione, la salute è un costrutto teorico non direttamente misurabile e le dimensioni coinvolte sono molto numerose. In questa sede, come *proxy* delle condizioni di salute generali di una popolazione sono stati considerati i livelli di sopravvivenza e la prevalenza di cronicità.

In termini di sopravvivenza, il nostro Paese ha conseguito in tutte le Regioni, tra il 2012 e il 2018, un aumento della speranza di vita, passando da 81,9 a 83 anni di vita media (senza distinzione per genere). I cittadini del Lazio hanno beneficiato di un allungamento medio della vita di 1,6 anni, quelli della Basilicata, invece, di soli 6 mesi. Le regioni non sottoposte a valutazione dei LEA e quelle non sottoposte ai piani di rientro mostrano una speranza di vita mediamente superiore alle regioni con deficit di bilancio importanti (Tavola 2.9).

Tavola 2.9 Speranza di vita per regione Anni 2012-2018 (valori in anni)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
REGIONI NON IN PIANO DI RIENTRO							
Piemonte	81,9	82,1	82,5	82,1	82,6	82,5	82,6
Lombardia	82,3	82,6	83,1	82,8	83,2	83,3	83,4
Veneto	82,5	82,7	83,1	82,9	83,3	83,4	83,6
Liguria	81,8	81,9	82,5	82,2	82,7	82,7	82,7
Emilia Romagna	82,5	82,8	83,1	82,9	83,2	83,2	83,5
Toscana	82,4	82,7	83,2	82,8	83,3	83,3	83,6
Umbria	82,5	82,7	83,2	82,9	83,3	83,3	83,8
Marche	82,9	83,0	83,3	83,0	83,4	83,3	83,7
Basilicata	82,1	82,0	82,4	82,0	82,4	82,3	82,6
REGIONI IN PIANO DI RIENTRO							
Lazio	81,4	81,8	82,3	82,2	82,7	82,5	83,0
Abruzzo	82,0	82,2	82,6	82,3	82,8	82,6	83,0
Molise	81,9	82,1	82,3	82,1	82,6	82,3	82,7
Campania	80,4	80,5	80,9	80,5	81,1	81,1	81,4
Puglia	82,2	82,3	82,6	82,4	82,8	82,7	83,0
Calabria	81,5	81,8	82,0	81,9	82,3	82,1	82,5
Sicilia	80,9	81,2	81,6	81,3	81,8	81,6	81,9
REGIONI SENZA VERIFICA ADEMPIMENTI							
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	81,9	82,1	82,1	81,1	81,9	82,0	81,9
Bolzano/Bozen	82,7	83,2	83,3	83,2	83,5	83,7	83,8
Trento	83,3	83,2	83,6	83,5	83,8	83,9	84,0
Friuli-Venezia Giulia	81,9	82,0	82,6	82,4	82,8	83,0	83,1
Sardegna	81,8	82,0	82,4	82,2	82,6	82,8	83,1
Italia	81,9	82,2	82,6	82,3	82,8	82,7	83,0

Fonte: Istat, Banca dati I.stat

La presenza di malattie croniche, combinata con la percezione soggettiva delle persone del proprio stato di salute è un buon indicatore sia del quadro clinico generale sia del bisogno di cura, che predispone l'individuo al consumo sanitario. La percentuale di persone con cronicità, ma che si percepiscono in buona salute ha un andamento dal chiaro gradiente territoriale: le percezioni soggettive peggiori delle proprie condizioni di salute sono prevalenti fra i residenti nelle regioni del Mezzogiorno, in particolare in Calabria e in Sicilia, mentre in Trentino-Alto Adige e in Toscana si concentrano quelle migliori. Anche in questo caso, le Regioni con i più diffusi problemi di salute rientrano tra quelle sottoposte al piano di rientro e si posizionano, con l'eccezione del Lazio, nelle ultime posizioni della graduatoria, con una significativa persistenza nel periodo in esame (Tavola 2.10).

Lo svantaggio delle regioni in piano di rientro rispetto alla sopravvivenza e alla cronicità può non avere relazioni dirette con le difficoltà che queste amministrazioni dimostrano nella gestione delle risorse finanziarie. Tuttavia, gli interventi messi in campo per l'abbattimento del deficit potrebbero ridurre, nel medio-lungo periodo, la capacità di assistere la popolazione in maniera adeguata e di assicurare la garanzia dei LEA. Infatti, le Regioni in piano di rientro manifestano una minore capacità rispetto alle altre di erogare i LEA, come testimonia il livello significativamente inferiore degli indicatori della griglia di valutazione presentati in precedenza. L'inadeguatezza nella gestione delle risorse (che è alla base dell'obbligo del piano di rientro) o nell'organizzazione dell'assistenza (non conformità nella garanzia dei LEA)¹⁸ non dovrebbe tuttavia penalizzare i cittadini e la soluzione non può essere solo quella di un controllo finanziario, né di un mero commissariamento delle regioni inefficienti. D'altra parte, le condizioni di salute sono legate a diversi fattori di natura socioeconomica, sui quali il SSN può influire solo

in parte, per esempio attraverso le politiche di promozione e prevenzione. Il livello di istruzione e le condizioni di deprivazione, determinanti importanti della salute, sono di pertinenza di altre politiche pubbliche, che dovrebbero intervenire per contrastare questi fattori di fragilità.

Tavola 2.10 Persone con malattie croniche in buona salute. Anni 2012, 2015, 2018 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

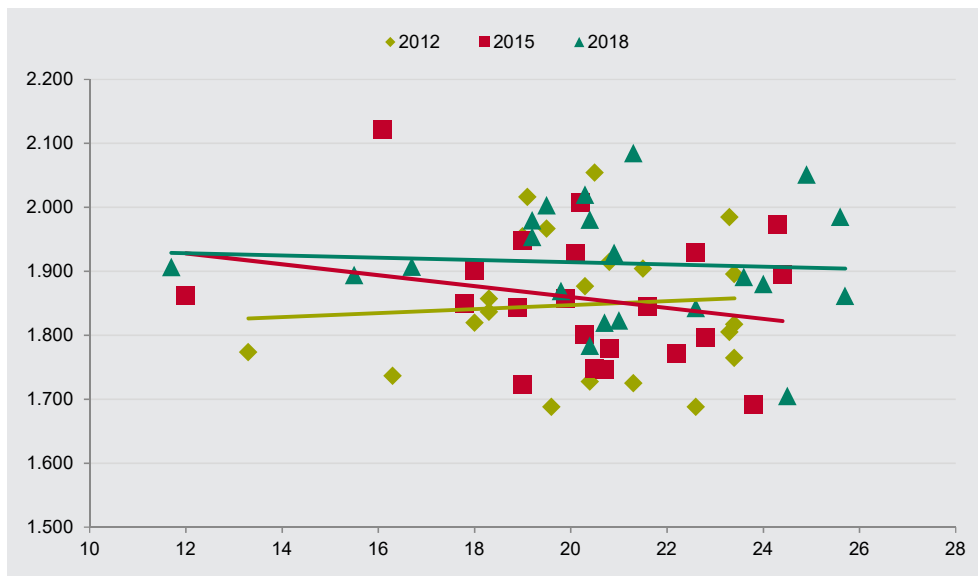
	2012	2015	2018
REGIONI NON IN PIANO DI RIENTRO			
Piemonte	42,1	43,7	41,7
Lombardia	47,3	47,2	47,8
Veneto	47,8	48,1	45,8
Liguria	47,7	41,8	42,0
Emilia Romagna	45,7	46,3	43,8
Toscana	42,7	44,1	48,5
Umbria	40,0	44,3	43,7
Marche	48,6	40,7	45,0
Basilicata	36,2	34,2	37,9
REGIONI IN PIANO DI RIENTRO			
Lazio	46,6	41,6	43,8
Abruzzo	38,9	41,6	38,8
Molise	38,5	35,1	37,2
Campania	41,5	34,5	38,6
Puglia	32,0	39,0	39,1
Calabria	29,3	27,4	30,3
Sicilia	39,0	35,9	31,9
REGIONI SENZA VERIFICA ADEMPIMENTI			
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	47,8	48,4	47,0
Bolzano/Bozen	64,1	69,8	67,2
Trento	50,3	54,3	55,6
Friuli-Venezia Giulia	47,0	45,2	41,3
Sardegna	39,2	39,7	41,1
Italia	43,2	42,3	42,6

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana

I vincoli di bilancio delle regioni possono costituire, in prospettiva, un fattore di rischio per gli esiti dei loro Sistemi sanitari, mettendo in pericolo gli ottimi risultati di salute ottenuti nel corso degli anni, che hanno permesso al nostro Paese di raggiungere i primi posti tra i paesi a sviluppo economico avanzato. L'aumento di risorse previsto nell'ultimo "Patto per la salute 2019-2021", che ha ridefinito il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale, fissando il Fondo sanitario nazionale a 116.474 milioni di euro per il 2020 e a 117.974 milioni per il 2021, può essere considerato di buon auspicio.

Dal confronto tra il finanziamento pro capite e la percentuale di popolazione con multicronicità (due o più patologie croniche) emerge tra il 2012 e il 2018 l'assenza di una relazione significativa tra risorse e bisogno, anzi traspare la tendenza delle regioni con più alta prevalenza di multicronici a ricevere in media finanziamenti uguali o inferiori a quelle con prevalenza più bassa (Figura 2.22). Questa circostanza suggerisce una bassa coerenza tra livello della salute – ovvero bisogno potenziale da soddisfare dal sistema sanitario pubblico – e spesa per le cure e la prevenzione sanitaria. Tale squilibrio è spiegabile con i criteri di allocazione del finanziamento, che sono basati sulla struttura demografica della popolazione residente e sul consumo sanitario osservato per classe di età. Tale criterio allocativo ha però dei limiti, visto che il consumo sanitario rappresenta solo la domanda soddisfatta, la quale, a sua volta, è funzione dell'offerta, cioè la variabile che andrebbe dimensionata al bisogno potenziale di salute.

Figura 2.22 Prevalenza di popolazione con almeno due patologie croniche e finanziamento procapite. Anni 2012, 2015 e 2018 (valori in euro; valori per 100 abitanti)



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana; Ministero dell'Economia - Ragioneria generale dello Stato, Il monitoraggio della spesa sanitaria 2019



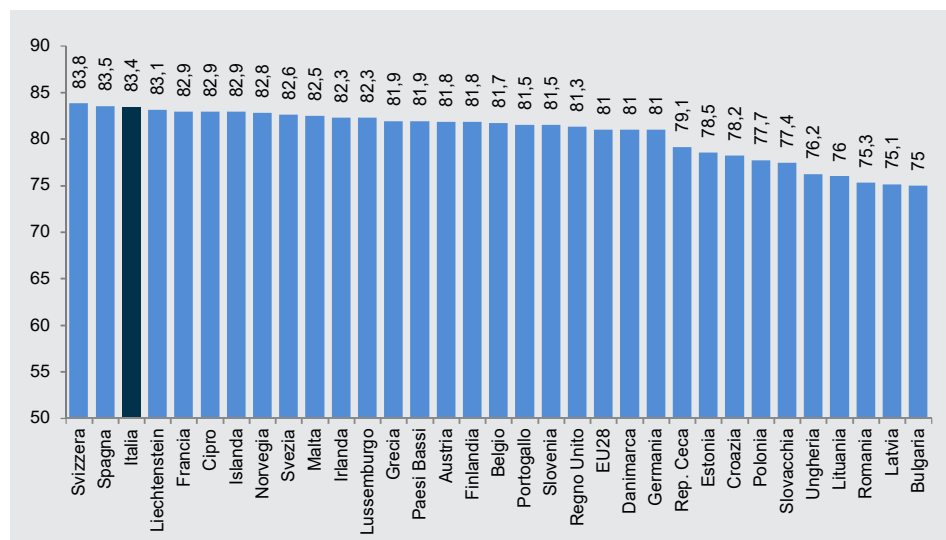
SOPRAVVIVENZA E VITA IN BUONA SALUTE – L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

Il nostro Paese, nonostante abbia impegnato meno risorse finanziarie di altri, si colloca in Europa tra i primi posti in termini di sopravvivenza, con una vita più lunga della media (81 anni). Nel 2018, su un totale di 32 Paesi dell'Unione europea e dell'Associazione europea di libero scambio, l'Italia si posiziona al terzo posto, con 83,4 anni, dietro alle sole Svizzera (83,8) e Spagna (83,5) (Figura 1). Il divario tra i Paesi europei è ampio e sono ben 8,8 agli anni di vita che separano la Svizzera dalla Bulgaria (75 anni). Si osserva in generale un gradiente Ovest-Est, che mostra una più bassa sopravvivenza nei Paesi dell'Europa orientale (Bulgaria, Romania, Ungheria, Slovacchia, Polonia, Repubblica Ceca) e nelle tre repubbliche baltiche. La Germania ha una speranza di vita nella media Europea (81 anni), uguale a quella della Danimarca e poco al di sotto di quella del Regno Unito (81,3 anni). La Francia, caratterizzata da una elevata sopravvivenza, si trova al quinto posto, con una vita media di 82,9 anni. In Svizzera, Italia, Spagna e Cipro, il 70% di una coorte di nati arriva agli 80 anni (Figura 2); in Romania e Bulgaria solo il 45%. Francia, Germania e Regno Unito si attestano su valori prossimi alla media europea (63%).

La geografia della speranza di vita a 80 anni sembra testimoniare che bassi rischi di mortalità nelle età centrali della vita corrispondono a bassi rischi anche nelle età più avanzate. Con 10 anni di vita, l'Italia si colloca in quarta posizione in Europa, mentre la Francia è in cima alla classifica: in quel paese, un individuo di 80 anni può verosimilmente contare di vivere fino 90,8 anni. Lituania, Repubblica Ceca, Slovacchia, Lettonia, Romania, Ungheria e Croazia raggiungono valori più bassi (tra 8,3 e 7,8 anni) e la Bulgaria presenta la situazione meno favorevole, con 7,2 anni.

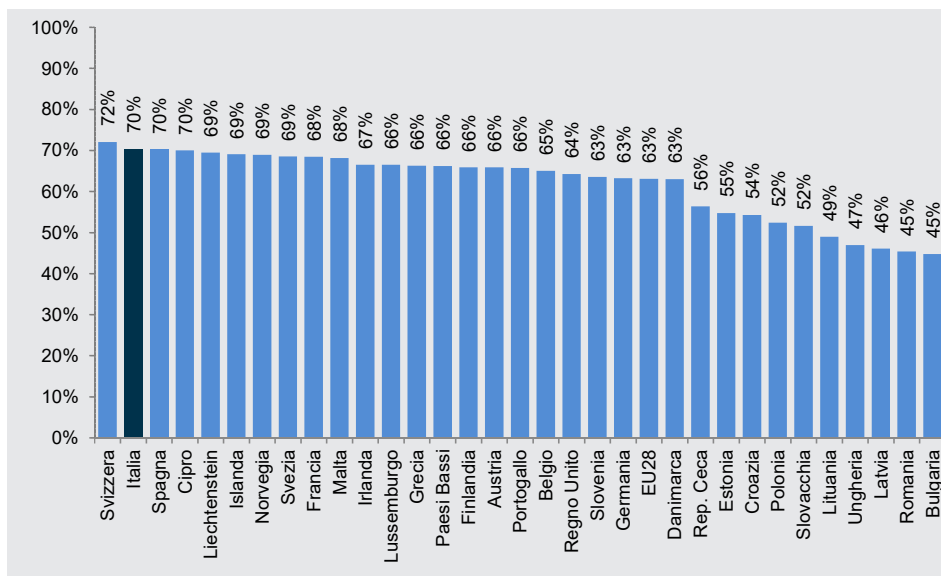
Meno positivi per l'Italia sono i dati sulla sopravvivenza in buona salute. Il nostro Paese scende al 5° posto per la speranza di vita senza limitazioni (HLY) alla nascita con 66,2 anni per i maschi, dopo la Svezia (1° posto con 73,2 anni), Malta, la Spagna e l'Irlanda, pur mantenendo un vantaggio di 2,7 anni rispetto alla media europea. Per le donne, l'Italia si colloca al 6° posto, con 2,4 anni in più rispetto alla media.

Figura 1 Speranza di vita alla nascita nei 28 Paesi Eu e gli EFTA. Anno 2018 (totale)



Fonte: Eurostat, Tavole di mortalità

Figura 2 Percentuale di sopravvivi a 80 anni di una coorte fittizia di 100 nati, per i Paesi Eu e EFTA. Anno 2018



Fonte: Eurostat, Tavole di mortalità

2.5 GLI ANZIANI: I PIÙ COLPITI DALL'EMERGENZA SANITARIA

Come già osservato, la pandemia da COVID-19 ha colpito oltre 200 mila persone ed ha causato quasi 30 mila decessi, soprattutto tra le persone anziane, sulle cui storie di salute hanno interagito l'effetto diretto dell'infezione e la predisposizione delle diverse malattie compresenti in questa fascia di età. Per questi motivi, quasi l'85% dei decessi ha riguardato persone di età superiore ai 70 anni, oltre il 56% quelle sopra agli 80.

Per il nostro Paese, l'aumento della popolazione anziana rimane un vincolo e una risorsa, un processo ineludibile per la programmazione delle politiche e la sostenibilità dello stato sociale nel futuro. Un vincolo, per le implicazioni che il carico di malattia comporta in termini di fabbisogno di assistenza; una risorsa perché le persone anziane sono un valido supporto per le famiglie, alle quali spesso forniscono aiuto per la cura dei figli e per il ruolo redistributivo di natura intergenerazionale che svolgono con i loro redditi da pensione nei casi di disoccupazione o di perdita del lavoro dei più giovani, contrastando così il rischio di povertà, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno.

2.5.1 Condizioni di salute degli anziani

Le persone ultraottantenni di oggi sono nate nell'intervallo temporale che impegna i due conflitti mondiali e sono state quindi coinvolte in eventi fondamentali della storia recente del nostro Paese. Oggi sono oltre 4,3 milioni e costituiscono il 7,2% della popolazione italiana, un quarto delle donne anziane e oltre un quinto degli uomini anziani. La sopravvivenza di queste generazioni è dunque un successo per il welfare del nostro Paese, che da tempo si colloca tra i paesi più longevi al mondo, superando nel 2017 tutti gli altri dell'Unione Europea per la speranza di vita alla nascita degli uomini. Le donne che nel 2020 hanno ottanta anni possono aspettarsi di viverne almeno altri 10 e i loro coetanei maschi poco meno di 9.

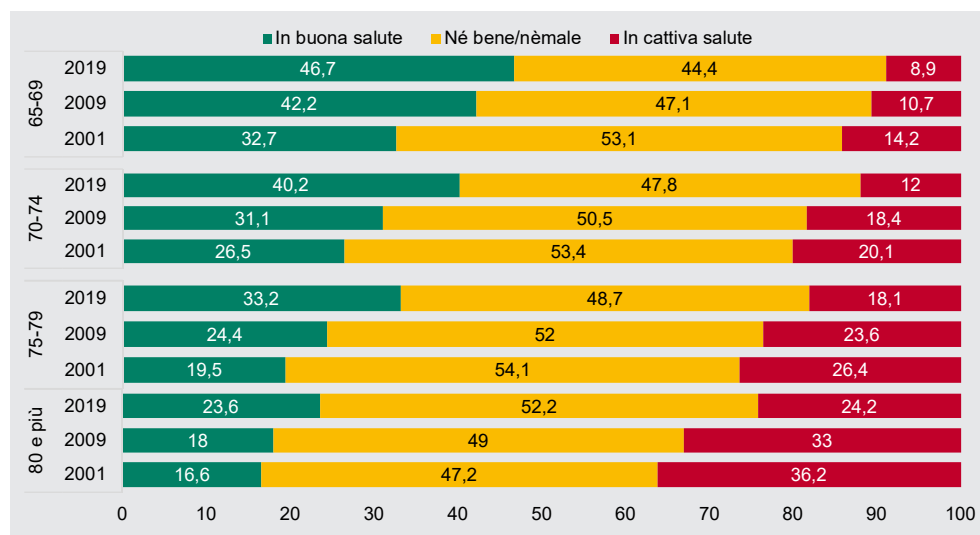
Se ai guadagni di longevità non si accompagnassero anche condizioni di salute migliorate, l'allungamento della vita media comporterebbe solo un aumento del periodo di tempo da passare in una condizione affetta da patologie. Invece, gli indicatori sulla dimensione qualitativa della sopravvivenza mostrano che ad essere aumentata è la vita media in buona salute. Negli ultimi 10 anni, gli anziani a 65 anni hanno guadagnato più di un anno di speranza di vita in buona salute (da 5,6 nel 2009 a 7,3 nel 2019). Così, le donne a 65 anni possono aspettarsi di vivere in buona salute almeno il 30% degli anni che restano loro, gli uomini più del 40%. Per le persone ottantenni, questa prospettiva si riduce solo di poco, scendendo al 23,6% dei 10 anni che restano ancora da vivere per le donne e al 33% dei 9 anni per gli uomini.

La convivenza con patologie degenerative, tipiche dell'età anziana, può comportare limitazioni progressive nelle attività che le persone svolgono abitualmente. Ma anche l'aspettativa di vita senza limitazioni ha fatto registrare miglioramenti: la popolazione a 65 anni ha guadagnato infatti oltre un anno nella speranza di vita in assenza di limitazioni nelle attività (da 8,8 nel 2009 a 9,9 nel 2019). A 80 anni, un uomo può aspettarsi di vivere senza limitazioni nelle attività quasi 4 anni e circa altri 5 anni con limitazioni; per le donne, gli anni senza limitazioni sono 3,4 e circa altri 7 saranno da vivere con probabili limitazioni nelle attività. Rispetto al passato anche recente, gli anni di vita guadagnati hanno comunque posticipato il tempo da trascorrere con limitazioni.

Se si amplia il periodo di confronto all'inizio degli anni 2000, analizzando la salute percepita – che consente di cogliere il più ampio concetto di salute (secondo la definizione dell'OMS la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale ...) – nelle diverse genera-

zioni di anziani si può apprezzare meglio come le persone che giudicano cattivo il proprio stato di salute siano andate diminuendo a favore di quelle che si ritengono in buona salute. Mentre nel 2000 riteneva di stare male o molto male il 36% circa degli ultraottantenni e nel 2009 uno su tre, oggi la quota degli ultraottantenni scontenti per il proprio stato di salute è scesa a uno su quattro (Figura 2.23).

Figura 2.23 Persone di 65 anni e oltre per condizioni di salute percepita, per classe di età. Anni 2001 (a), 2009 e 2019 (per 100 persone)



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana. Anni 2001, 2009, 2019

a) Per l'anno 2001, la comparabilità potrebbe essere leggermente compromessa per il diverso wording della modalità centrale, ma l'impatto è minimo specialmente per la cattiva salute.

Permangono le differenze di genere, che vedono penalizzate le donne. La quota delle ultraottantenni che nel 2019 si dichiara in buona salute è più bassa rispetto a quella degli uomini: è pari al 21% a fronte del 28% tra gli uomini; per coloro che si ritengono in cattiva salute si registrano quote quasi invertite, il 26% tra le donne e il 21% tra gli uomini. Questo è spiegabile in base alla più alta mortalità prematura degli uomini, tra i quali sopravvivono coloro che hanno uno stato di salute migliore.

Leggendo l'indicatore sulla salute percepita insieme alla dinamica dell'evoluzione dello status sociale, declinato secondo il livello di istruzione, emerge la diversità delle attuali generazioni di anziani in termini di capitale umano conquistato. Coloro che venti anni fa avevano tra 65 e 69 anni, che popolano la generazione degli ultraottantenni di oggi, erano molto più istruiti degli ottantenni e ultraottantenni di allora. A loro volta, i giovani anziani di oggi (65-74 anni) presentano livelli di istruzione molto superiori rispetto agli ultraottantenni, cosa che rende plausibile una prospettiva di ulteriori miglioramenti nel tempo delle loro condizioni di salute.

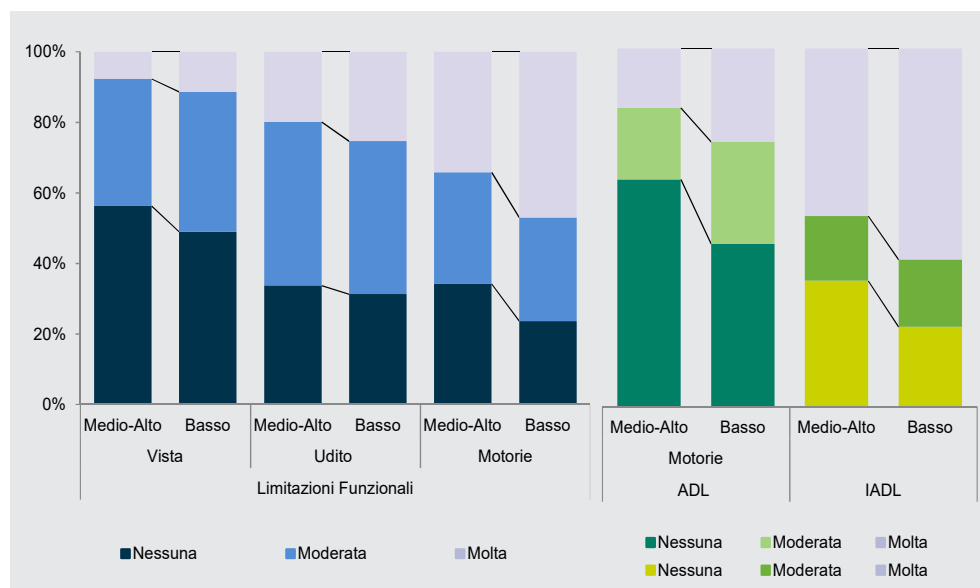
La comorbilità è una delle principali dimensioni di salute della popolazione ultraottantenne. In venti anni, il numero di multicronici, ovvero delle persone affette da almeno tre patologie croniche, è raddoppiato, raggiungendo oltre 1,8 milioni. Nel 2019 gli over 80 affetti da comorbilità sono circa il 47%: una quota analoga a quella del 2000, nonostante nello stesso arco temporale la sopravvivenza degli uomini sia aumentata di oltre 4 anni e quella delle donne di circa 3 anni. Depurando questa prevalenza dall'effetto del maggiore invecchiamento dell'attuale popolazione degli ultraottantenni, la percentuale di maschi con almeno tre patologie croniche si riduce: il tasso standardizzato passa da 43,2% nel 2000 a 38,8% nel 2019, mentre è in lieve aumento per le donne: da 50,3% a 52,4%.

Il quadro nosologico della popolazione appartenente alla cosiddetta quarta età può determinare un complessivo decadimento fisico, compromettendo le funzionalità motorie e talvolta riducendo le capacità sensoriali (difficoltà della vista e dell'udito). Circa la metà degli ultraottantenni lamenta gravi difficoltà motorie, ovvero molta difficoltà o completa impossibilità a camminare per mezzo chilometro, oppure a salire e scendere una rampa di scale, senza l'aiuto di una persona o senza ricorrere ad ausili (oltre 1,86 milioni, di cui oltre 1,36 milioni donne). A parità di età, tra le donne la quota raggiunge il 53,2% e tra gli uomini il 35,2%. Si annullano quasi del tutto le differenze di genere per le gravi difficoltà uditive: tra le persone con più di 80 anni ne sono colpite almeno una su cinque, mentre le gravi difficoltà nella vista interessano solo il 7% degli uomini e quasi il doppio delle donne (13,7%). A ciò bisogna però aggiungere che almeno il 10% degli ultraottantenni dichiara di non avere alcuna limitazione funzionale di tipo motorio, né sensoriale e anche in questo caso si tratta in misura maggiore di uomini (14,3%).

La riduzione o la perdita dell'autonomia nello svolgimento delle principali attività quotidiana e nelle attività strumentali rappresentano una vera sfida per i tutti sistemi sociosanitari che si propongono di soddisfare la domanda di assistenza sociosanitaria degli anziani più fragili.

Circa la metà degli ultraottantenni in Italia non presenta problemi di autonomia nelle attività quotidiane fondamentali (ADL - *Activities of Daily Living*), come sdraiarsi e alzarsi dal letto, vestirsi e spogliarsi da soli, fare il bagno o la doccia, usare i servizi igienici o mangiare da soli. Anche in questo caso gli uomini sono in una posizione di vantaggio: sono il 57%, contro il 40% delle donne, con una differenza dovuta solo in parte alla maggiore longevità delle seconde. L'autonomia nelle ADL è gravemente compromessa invece per circa un milione di ultraottantenni (i 3/4 dei quali sono donne). Si giunge a 2,3 milioni (il 59% degli over80) nel caso delle attività quotidiane di tipo strumentale (IADL- *Instrumental Activities of Daily Living*), ovvero quelle attività cosiddette domestiche come prepararsi i pasti, fare la spesa, usare il telefono, assumere i farmaci, svolgere lavori domestici, gestire le proprie finanze. Tra gli uomini il tasso standardizzato è il 45,3% e tra le donne il 68,1%.

Figura 2.24 Persone di 80 anni e oltre per livello di difficoltà nelle funzioni motorie e sensoriali, nelle attività quotidiane ADL e IADL e titolo di studio. Anno 2015. Tassi standardizzati per età



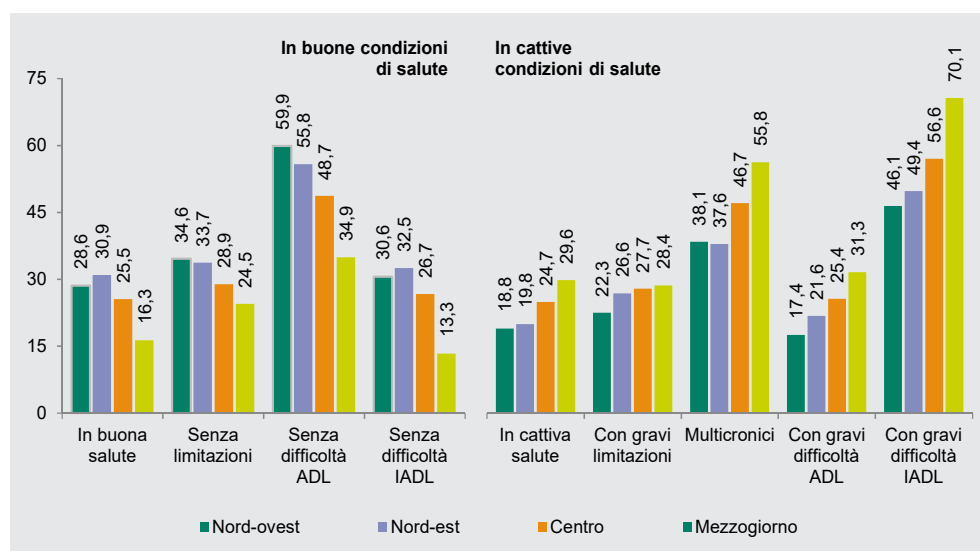
Fonte: Istat *European health interview survey*



Per tutti gli indicatori fin qui considerati si osservano disuguaglianze a vantaggio dei gruppi con status socio-economico più elevato. Utilizzando il titolo di studio conseguito come indicatore di status (figura 2.24), il 63% degli anziani di 80 anni e oltre con titolo medio-alto è completamente autonomo senza alcuna difficoltà in tutte le ADL, mentre tra coloro che hanno un titolo di studio basso (al massimo scuola elementare), la quota degli autonomi è il 45,4%.

Le differenze territoriali, controllate per età e condizioni di salute, ripropongono la consolidata geografia di un gradiente Nord-Sud. Gli ultraottantenni residenti nelle regioni del Nord presentano indicatori di salute di gran lunga più favorevoli rispetto a quelle del Mezzogiorno: gli ultraottantenni in buone condizioni di salute senza alcuna difficoltà nelle ADL sono il 60% nel Nord-Ovest e il 35% nel Mezzogiorno, e per le IADL i tassi standardizzati sono rispettivamente 31% e 13% (figura 2.25).

Figura 2.25 Persone di 80 anni e oltre per condizioni di salute e ripartizione territoriale. Anno 2019 (a). Tassi standardizzati per età



Fonti: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana 2019 e Indagine europea della salute Ehis 2015 per le stime su ADL e IADL

(a) Per l'anno 2001, la comparabilità potrebbe essere leggermente compromessa per il diverso wording della modalità centrale. L'impatto è minimo specialmente per la cattiva salute.



GLI ANZIANI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Una parte degli anziani non può più vivere a casa propria, ma deve ricorrere a una struttura di ricovero. I cambiamenti demografici e sociali hanno modificato le strutture familiari e, di conseguenza, la rete di aiuti informali, di familiari, parenti, amici o vicini, che in passato consentiva agli anziani di vivere in autonomia nelle proprie abitazioni. In questo ultimo decennio, le risposte delle politiche di welfare ai problemi connessi alle crescenti fragilità degli anziani si sono basate su interventi finalizzati a introdurre e a rafforzare la flessibilità dei servizi, modellando i pacchetti assistenziali su specifici bisogni di cura, lungo diverse direttrici: a) la de-istituzionalizzazione degli interventi, o perlomeno una limitazione del ricorso a strutture residenziali, a vantaggio della permanenza dell'anziano o della persona con disabilità all'interno del proprio contesto familiare e sociale; b) la costruzione di una rete di servizi che consenta di diversificare e personalizzare gli interventi e di garantire nel contempo una più efficace integrazione sociosanitaria; c) un'attenzione alla qualità delle prestazioni e alla capacità di scelta e di autonomia dell'utente. L'effettiva attuazione di tale modello organizzativo farebbe sì che il ricovero in una struttura residenziale di una persona anziana o con disabilità sia una scelta quando il carico di cura è troppo elevato per la capacità di risorse e di supporto della rete familiare e dei servizi territoriali.

Nel 2018¹⁹, le strutture che offrono servizi sociosanitari ad anziani non autosufficienti, ad adulti con disabilità o affetti da patologie psichiatriche in Italia, sono poco più di 6.300, per un totale di circa 301 mila posti letto. Gli anziani ospitati in queste strutture (al 31 dicembre) sono 247 mila e hanno un profilo demografico e di salute molto definito: in linea con la struttura per genere della popolazione anziana residente nel nostro paese, la quota prevalente (74%) è rappresentata da donne; l'età media è molto elevata, il 77% è ultra-ottantenne e di questa quota oltre la metà ha più di 85 anni; è molto alta la quota di ospiti in condizione di non autosufficienza, quasi 9 su 10. Il tasso di istituzionalizzazione per 100.000 abitanti varia considerevolmente tra le aree del Paese, con una incidenza sempre più bassa al Sud rispetto al Nord. Le differenze aumentano con l'aumentare dell'età degli ospiti. Tra i giovani anziani, il tasso di istituzionalizzazione varia tra il 197 ogni 100.000 del Sud ai 616 del Nord-Est, ma nel Sud ci sono 1.738 ultraottantenni per 100.000 abitanti, mentre al Nord Ovest ce ne sono 10.934. Le persone anziane sono spesso ospitate in strutture di grandi dimensioni: il 77% si trova in presidi con più di 40 posti letto. Questa percentuale supera al Nord l'80%, mentre nel Mezzogiorno più di un terzo degli ospiti si trova in strutture di medie dimensioni.

Il ricovero di un anziano o di una persona con disabilità non è un evento irreversibile e, infatti, nel corso del 2018 sono stati dimessi più di 140 mila ospiti, il 28% dei 511 mila accolti durante l'anno. Trattandosi però di persone prevalentemente anziane non autosufficienti ed ultra-ottantacinquenni, è cospicuo anche il numero di coloro che, nel corso dell'anno, sono deceduti: circa 81 mila persone, il 16% degli ospiti accolti. Le regioni che presentano un livello di mortalità più elevata rispetto al valore medio nazionale sono quelle in cui gli ospiti ultra-ottantacinquenni in condizione di non autosufficienza sono più numerosi, come il Veneto (20% degli ospiti accolti nell'anno) e le Marche (19% degli ospiti) (Tavola 1). A livello territoriale si osservano anche differenze di genere: al Nord, la percentuale di decessi dei maschi è sempre maggiore di quella delle femmine, con differenze che in alcune regioni superano i due punti percentuali; nel Mezzogiorno invece si osserva l'inverso, con livelli di mortalità più elevati per le donne e differenze che in alcune regioni arrivano a toccare i tre punti percentuali.

Si deve notare che le Regioni, sotto la spinta nazionale ed europea, stanno passando da un'assistenza istituzionale ad un'assistenza basata sulla comunità. Ciò implica che nelle

strutture residenziali vengano ospitati i casi più complessi da un punto di vista di bisogni di cura, quelli delle persone a cui, come già detto in precedenza, i servizi territoriali non riescono a fornire assistenza a domicilio.

Tavola 1 Decessi degli ospiti accolti durante l'anno nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per genere e regione. Anno 2018 (a) (valori percentuali)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	19,6	17,4	18,1
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	15,2	14,2	14,5
Liguria	16,3	15,0	15,5
Lombardia	18,6	16,5	17,2
Trentino-Alto Adige/Südtirol	17,6	15,9	16,4
Bolzano/Bozen	17,4	15,1	15,9
Trento	17,8	16,5	16,9
Veneto	21,4	19,4	20,0
Friuli-Venezia Giulia	14,7	14,2	14,4
Emilia-Romagna (b)	16,9	16,4	16,5
Toscana	16,2	15,5	15,8
Umbria	10,7	11,9	11,4
Marche (b)	20,0	19,5	19,4
Lazio	12,1	11,8	11,9
Abruzzo	15,6	16,8	16,4
Molise	10,8	13,6	12,7
Campania	7,8	10,4	9,3
Puglia	12,0	14,5	13,5
Basilicata	12,5	13,3	13,1
Calabria	9,5	10,8	10,3
Sicilia	8,4	9,1	8,8
Sardegna	16,8	15,0	15,7
Nord-ovest	18,6	16,6	17,2
Nord-est	18,3	17,2	17,5
Centro	15,1	15,0	15,0
Sud	11,3	13,5	12,6
Isole	10,5	10,6	10,6
Italia	16,8	16,1	16,3

Fonte: Istat, Indagine sui presidi socio-sanitari e socio-assistenziali
(a) Dati provvisori.
(b) Dati 2017.

2.5.2 Le condizioni di vita degli anziani

Oggi è sempre più difficile definire chi sia una persona anziana, se non si stabilisce da quale momento della vita abbia cominciato ad esserlo. Fino a pochi decenni fa, coloro che avevano superato il 65° compleanno venivano considerati “anziani”. Oggi sarebbe difficile ricorrere alla stessa unità di misura, dati i cambiamenti indotti da una speranza di vita in progressivo aumento. Oggi un sessantacinquenne può condurre una vita nel pieno del benessere psico-fisico, essere ancora inserito nel mondo del lavoro o occuparsi attivamente dei propri interessi personali o familiari. Dal momento che la condizione stessa dell’anzianità tende a spostarsi in avanti nel tempo, gli indicatori tradizionalmente usati, ossia quelli basati sull’età anagrafica delle persone (l’età media, l’indice di vecchiaia, gli indici di dipendenza o la stessa speranza di vita alla nascita) non si prestano più allo scopo di definire chi sia anziano. Questi indicatori, infatti, sono statici e non tengono in minimo conto il fatto che i parametri di sopravvivenza e le condizioni di salute mutano.

Una risposta parziale, almeno sul piano della definizione quantitativa dell’invecchiamento, si potrebbe trovare considerando misure dinamiche e comparative della sopravvivenza. Si può guardare alla speranza di vita residua, ad esempio a 65 anni, in un dato anno, per un definito collettivo di persone e seguire negli anni successivi a quali età viene attribuita la probabilità di uno stesso numero di anni ancora da vivere. Ad esempio, nel 1960 gli uomini a 65 anni avevano una speranza di vita di 13,1 anni. L’età equivalente per le donne, ossia l’età alla quale potevano attendersi anche loro 13,1 anni di vita ulteriore, era 68 anni. In pratica, definendo come anziano un individuo di sesso maschile che nel 1960 avesse un’età pari a 65 anni, per trovare una donna nella medesima condizione di anzianità bisognava aggiungere 3 anni. Sistemata così la questione relativa al confronto di genere, è quindi poi possibile seguire l’evoluzione storica delle età equivalenti, mantenendo fermo il parametro iniziale di riferimento, cioè i 13,1 anni di vita residua. Per almeno una ventina di anni, tale soglia si è mantenuta relativamente costante. Nel 1980 si poteva definire anziano un uomo che avesse avuto in quel momento 66 anni di età e una donna che ne avesse avuti 70. Nel ventennio successivo, lo spostamento in avanti della condizione di “anzianità” è più veloce, e nel 2000 è di 70 anni per gli uomini e di 74 per le donne. Oggi si è pervenuti a 73 anni per gli uni e a 76 per le altre. Nel 2060, stando alle previsioni, si potrebbe pervenire a 76 e a 79 anni per poter rilevare una condizione di anzianità che abbia la stessa valenza in termini di aspettativa di vita dei 65 anni di un uomo nel 1960.

Una soglia dinamica è utile perché permette, non solo di approssimare la rappresentazione storica del soggetto cosiddetto “anziano”, ma anche di valutare lo stesso invecchiamento della popolazione sotto una luce e in una dimensione totalmente diverse. Se infatti prendiamo a riferimento la popolazione che insiste su tali soglie dinamiche, ossia tutti coloro, uomini e donne, che abbiano una età superiore o uguale a quella così definita, si perviene a un ordine di grandezza dell’invecchiamento sensibilmente inferiore. Nel 1960, gli individui che avevano superato la soglia rappresentavano l’8% della popolazione totale. Negli anni successivi, almeno fino agli anni ‘90, si rileva una crescita modesta, che porta la popolazione “anziana” intorno al 9,6%. Oggi, la popolazione in età superiore o uguale alla soglia è pari all’11,6%. Negli anni a venire dovrebbe manifestarsi una crescita più molto più sostenuta dell’indicatore di quella finora rilevata da un punto di vista storico, ossia salire di almeno altri 6 punti percentuali, con un massimo del 18,3% intorno al 2055.

In ogni caso, il livello di invecchiamento che sarebbe acquisito dalla popolazione in base a questo indicatore è di molto inferiore a quello basato sulla sola età anagrafica, ossia quello che ci dice che la popolazione ultrasessantacinquenne potrà evolvere da un minimo del 31% a un massimo del 37% entro il 2060. Liberare, pertanto, la definizione dell’anzianità dal concetto cronologico, ovvero ricorrere a misure dinamiche che si fondano sul numero di anni ancora da vivere si rivela di notevole efficacia nel designare un panorama quanto più vicino

alla realtà dell'invecchiamento, e offre l'opportunità di valutarne meglio l'impatto progressivo dal punto di vista sociale ed economico.

La condizione di vita per la maggior parte degli anziani, per le ragioni appena riferite e per il progresso culturale a cui si è assistito nel corso degli anni, non corrisponde più allo stereotipo di persone isolate e bisognose di assistenza continua, tanto da rappresentare un peso per la società e per le famiglie. La qualità della vita, ovviamente, è correlata alle condizioni di salute, tuttavia, anche quando esse non sono ottimali, il grado di soddisfazione per la vita espressa dalle persone è mediamente buono.

Le analisi multivariate²⁰ dimostrano che quasi il 50% degli ultraottantenni vive un'ottima qualità della vita, dimostrando di essere molto attivo, di avere una rete di relazioni estesa e una partecipazione culturale discreta, a volte anche intensa.

Circa il 33% degli anziani ultraottantenni, cioè 2 milioni e 137 mila, gode di buona salute, risiede soprattutto nel Nord e dichiara risorse economiche ottime o adeguate. Questo collettivo esprime elevati livelli di soddisfazione per la vita nel complesso, frequenta gli amici assiduamente, può contare in caso di bisogno di una rete di amici, parenti e conoscenti.

Gli anziani che risiedono nei comuni fino a 10.000 abitanti hanno un livello di istruzione mediamente più basso e più spesso definiscono le proprie condizioni di salute come buone o ottime: più di 8 anziani su 10 riferiscono di stare bene o molto bene (rispetto al 23,5% della media), nell'84% dei casi dichiarano di non avere alcuna limitazione nello svolgere le attività quotidiane (rispetto al 29,2%) e quasi la metà di loro non riferisce nessuna patologia cronica (rispetto al 12,3% del totale). Nella maggior parte dei casi non svolgono attività di partecipazione culturale o sociale e non usano internet, ma un anziano su tre svolge qualche attività fisica nel tempo libero.

Gli anziani che vivono nelle aree metropolitane, circa l'11,9% degli ultraottantenni, sono caratterizzati da un livello di istruzione mediamente più elevato, che si associa a una più intensa partecipazione sociale: l'88,5% prende parte ad attività culturali, il 93,9% si interessa di politica, oltre il 70% si dedica alla lettura ed è molto più attivo della media rispetto all'utilizzo di internet. Queste persone, inoltre, svolgono più frequentemente attività fisica.

Vi è poi un gruppo di anziani, numericamente limitato (circa il 6%), che abita nelle grandi città e che, nonostante l'età avanzata, esprime livelli di partecipazione sociale e culturale addirittura più intensi e articolati di quelli di molte persone più giovani. Si tratta di ottuagenari che vivono in coppia, hanno un alto livello di istruzione (il 19,4% è laureato, rispetto al 4,4% del totale) e dichiarano risorse economiche ottime o adeguate in più dell'83% dei casi. È un gruppo molto attivo culturalmente: il 60,5% ha visitato musei, il 43,9% monumenti e visto spettacoli teatrali, oltre un terzo è andato al cinema o ad ascoltare concerti di musica classica.

Una quota di anziani pari al 27% si trova invece in condizioni svantaggiate: si tratta di persone affette da una o più patologie croniche, con gravi limitazioni nelle funzioni e risorse economiche quasi sempre scarse o insufficienti. Una parte di questo gruppo vive in piccoli comuni sotto i 10 mila abitanti e una parte nelle aree metropolitane. I primi si trovano in condizioni di forte isolamento sociale, senza una rete di amici o di conoscenti su cui contare. Sono in prevalenza donne, vedove che vivono o da sole o come membro aggregato in altre famiglie, più frequentemente nel Mezzogiorno (45,5%, proporzione che è pari al 36,9% nel totale degli anziani), con titoli di studio mediamente bassi. I secondi sono residenti in proporzione mag-

²⁰ Per poter approfondire le caratteristiche della popolazione anziana di 80 anni e più sono stati analizzati i dati provenienti dall'Indagine Annuale Aspetti della quotidiana – Anni 2018 e 2019. Sono state applicate tecniche di analisi multivariata (analisi delle corrispondenze multiple e *cluster analysis*) che hanno permesso di individuare 7 gruppi di anziani. Nel testo sono stati descritti i gruppi maggiormente caratterizzati in termini di condizioni di salute, attività di partecipazione culturale e sociale e contesti di vita.

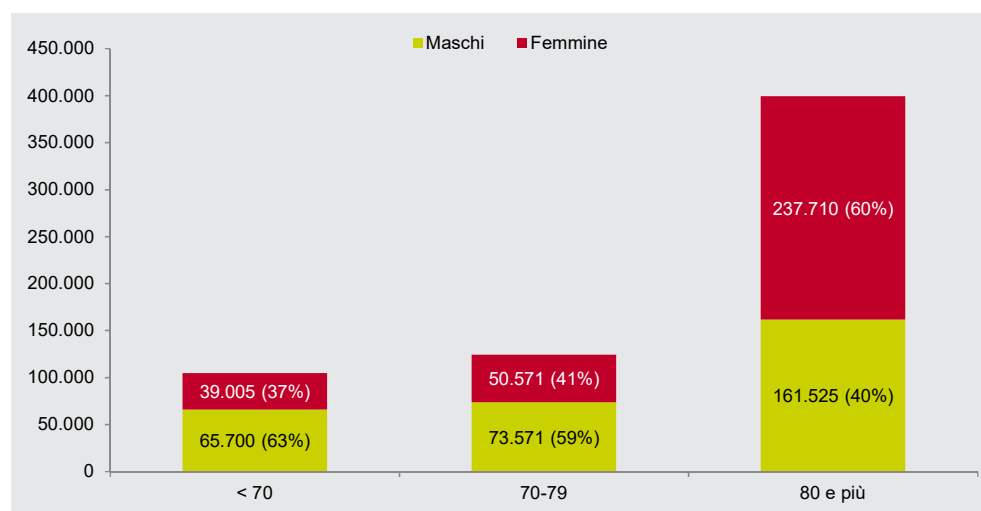
giore nelle aree metropolitane, vivono in coppia, possono contare su di una rete non fittissima di amici, che frequentano con poca assiduità, e non partecipano ad attività di tipo culturale fuori casa, ma si informano attraverso la tv e nel 60% dei casi si informano di politica. In generale, questo collettivo di anziani svantaggiati non svolge attività di partecipazione sociale (né associazionismo, né volontariato), non utilizzano internet, non praticano sport o attività fisica e non partecipano ad attività culturali fuori casa (per oltre il 95% non vanno al cinema, al teatro, ai musei, alle mostre, ai concerti, ecc.).

Approfondimento

Mortalità per causa degli ultraottantenni nel 2018

Nel 2018, il numero dei decessi in Italia è in calo rispetto al dato osservato nel 2017 (628.094²¹ contro 650.614), anno nel quale è stato registrato un picco della frequenza, superiore a quello del 2015. La distribuzione dei decessi per genere è complessivamente equilibrata (48% maschi, 52% femmine). Il 64% dei deceduti ha un'età pari o superiore a 80 anni e il 20% un'età compresa tra i 70 e 79 anni. Inoltre, la composizione per genere presenta importanti specificità per classe di età, legate alle differenze nella sopravvivenza: prima degli 80 anni il 60% dei deceduti è costituito da maschi, mentre negli ultraottantenni si osserva la stessa quota per i decessi delle femmine (Figura 1), per effetto della maggiore proporzione di donne nella popolazione in questa fascia di età.

Figura 1 Decessi per genere e classe di età. Italia. Anno 2018



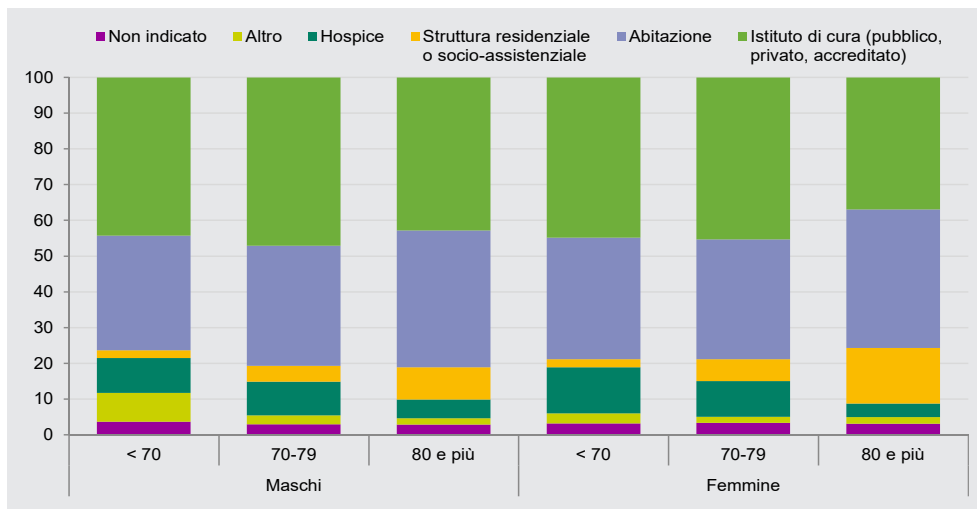
Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte

I decessi in istituti di cura (Figura 2) sono il 44% del totale per i maschi e il 39% per le femmine. Tale percentuale è più bassa nella classe di età 80 anni e oltre, specialmente tra le donne (37% rispetto al 45% osservato per i decessi con età inferiore a 80 anni). Nella classe di età più anziana si osserva invece un'incidenza maggiore di decessi in abitazione (39% del totale nelle donne, 38% negli uomini). I decessi in strutture residenziali o socioassistenziali

²¹ Dato provvisorio da fonte Indagine su decessi e cause di morte. Si tratta di un dato molto vicino a quello definitivo, rispetto al quale mancano poche migliaia di schede di decesso in corso di recupero dai Comuni. Per confronto si può fare riferimento al dato definitivo da fonte anagrafica di 633.133 deceduti.

aumentano con l'età, raggiungendo il 9% del totale tra gli ultraottantenni maschi e il 16% tra le donne. Diminuisce invece con l'avanzare dell'età la quota dei decessi avvenuti in hospice.

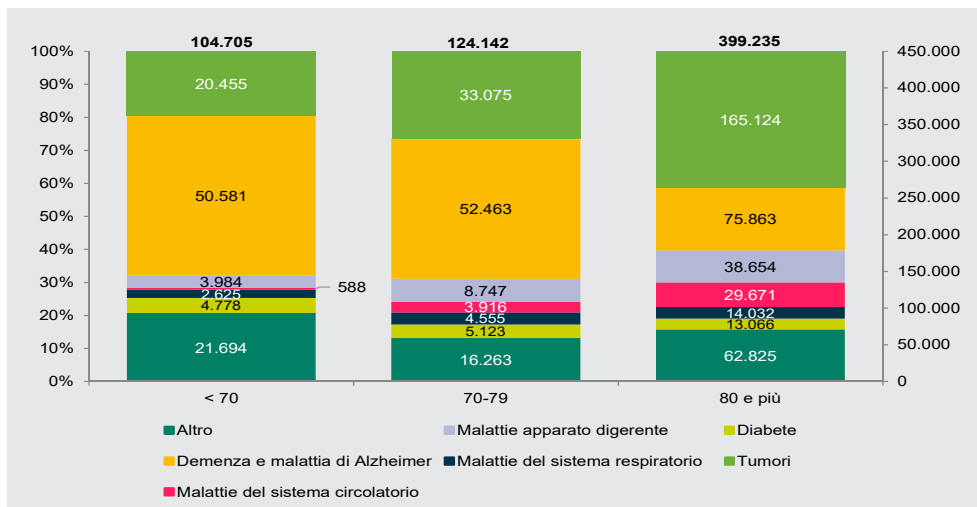
Figura 2 Distribuzione percentuale dei decessi secondo il luogo del decesso, per genere e classe di età. Italia. Anno 2018



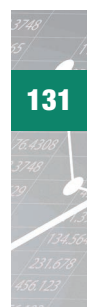
Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte

La distribuzione dei decessi per causa iniziale di morte presenta alcune rilevanti differenze per età (Figura 3). Nel 2018, i decessi per tumore costituiscono da soli il 50% del totale delle morti prima degli 80 anni, mentre dopo tale soglia di età il loro peso scende al 20%. La quota di decessi per malattie del sistema circolatorio cresce con l'avanzare dell'età: dal 20% prima dei 70 anni, al 30% tra i 70 e i 79 anni, fino a raggiungere il 40% in età 80 anni e oltre. Anche le morti per malattie del sistema respiratorio, pari al 4% prima dei 70 anni di età, salgono all'8% tra 70 e 79 anni e al 10% dagli 80 anni in poi. La quota di decessi per demenza e malattia di Alzheimer nella classe di età 80 anni e più (7,4%) è doppia rispetto a quella che si osserva tra 70 e 79 anni (3,7%).

Figura 3 Distribuzione dei decessi per causa iniziale in ciascuna classe di età. Italia. Anno 2018

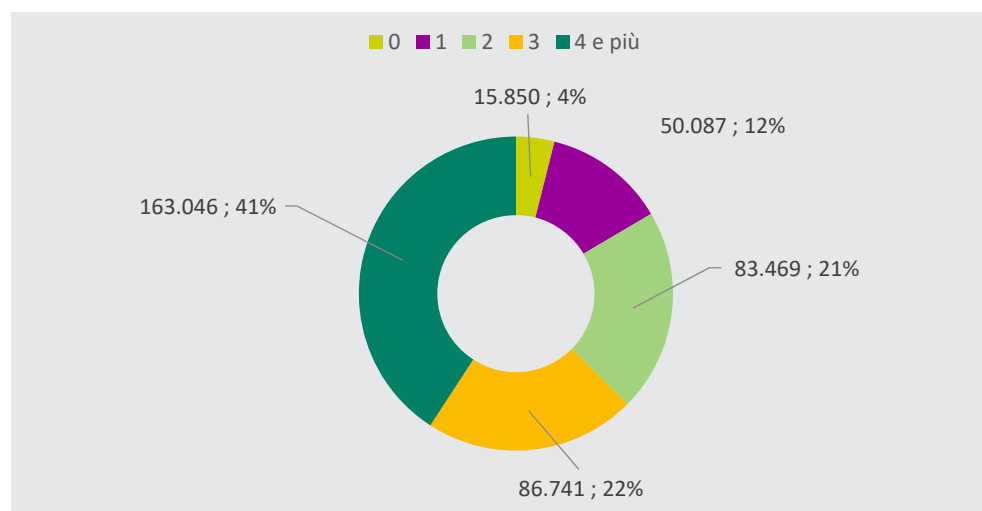


Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte



La popolazione in età molto avanzata presenta in generale condizioni psico-fisiche caratterizzate da una elevata fragilità, spesso legata alla compresenza di più malattie croniche. Nel 2018, il numero medio di patologie riportate sulla scheda di decesso per i morti con 80 anni e oltre è pari a 3,3 (3,5 negli uomini; 3,2 nelle donne). Il 41% dei decessi in questa fascia di età riporta almeno 4 patologie, il 22% ne riporta 3 (Figura 4).

Figura 4 Distribuzione dei decessi nella classe di età 80 anni e oltre per numero di patologie riportate sulla scheda di decesso. Italia. Anno 2018 (a)



Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte

(a): Non vengono conteggiate le cause di morte mal definite (ad esempio: arresto cardiaco o sintomi vari; codici ICD10: I46.1, I46.9, I95.9, I99, J96.0, J96.9, P28.5, R00-R57.1, R57.8-R64, R65.2-R65.3, R68.0-R94, R96-R99). Si intendono decessi con numero di patologie pari a 0 quelli che riportano unicamente cause di morte mal definite.

Nel 2018, il tasso standardizzato di mortalità generale per gli ultraottantenni è pari a 945,9 decessi per 10.000 abitanti e presenta un valore più elevato tra gli uomini (1.137,6) rispetto alle donne (843,4). Nel corso del decennio 2009-2018, si è assistito ad un calo leggermente più marcato negli uomini (-16%) rispetto alle donne (-14%), con una lieve riduzione delle differenze di genere nei livelli di mortalità (il rapporto tra il tasso negli uomini e nelle donne è passato da 1,4 a 1,3). Gli anni 2012, e soprattutto 2015 e 2017, sono stati caratterizzati da un eccesso della mortalità che ha interessato in modo particolare la popolazione in età anziana. Le malattie del sistema circolatorio si confermano anche nel 2018 come causa di morte più frequente nella fascia di età 80 anni e oltre, e sono causa iniziale nel 44% dei decessi tra le donne e nel 38% tra gli uomini. Le condizioni più frequenti sono le cardiopatie ischemiche negli uomini e le malattie cerebrovascolari nelle donne. I dati per causa multipla indicano le malattie ipertensive e la fibrillazione atriale come condizioni frequenti e presenti nel 21% e nel 13% dei decessi in questa fascia di età. Complessivamente, tra il 2009 ed il 2018 si osserva una riduzione della mortalità per malattie circolatorie. Questo gruppo di cause fornisce un contributo rilevante all'aumento complessivo della mortalità osservata nel 2015 e nel 2017, anni in corrispondenza dei quali sono visibili picchi.

La quota di decessi di ultraottantenni che nel 2018 presentano come causa iniziale di morte una malattia del sistema respiratorio è pari al 12% negli uomini e all'8% nelle donne. Le morti causate direttamente dalle malattie croniche delle basse vie respiratorie - che comprendono bronchite cronica, asma, broncopatia cronica ostruttiva, enfisema- sono il 5% del totale, mentre quelle causate da polmonite sono il 3%. Polmonite e malattie croniche delle basse vie respiratorie sono inoltre condizioni che spesso contribuiscono al decesso e sono certificate dai medici nel 9% e nel 10% delle schede di morte.

I tumori costituiscono la causa iniziale di morte nel 24% dei decessi negli ultraottantenni maschi e nel 15% tra le femmine. I tumori figurano tra le condizioni morbose riportate al decesso nel 30% delle schede negli uomini e nel 19% tra le donne. I tassi standardizzati di mortalità appaiono in graduale riduzione nel periodo considerato, con una diminuzione complessiva rispetto al 2009 del 13% circa negli uomini e dell'8% nelle donne. I valori dei tassi per causa iniziale per uomini e donne nel 2018 sono pari rispettivamente a 255,3 e 133,2 per 10.000. Il rapporto tra i tassi standardizzati calcolati per causa multipla e per causa iniziale è pari a 1,2 in entrambi i sessi.



Per saperne di più

Alicandro, G., E. Grande, G. Sebastiani e L. Frova. 2020. The 2011 Italian census cohort for the study of socioeconomic inequality in mortality. *International Journal of Public Health*. Pubblicato il 2 maggio 2020.

Alicandro, G., G. Sebastiani, P. Bertuccio, N. Zengarini, G. Costa, C. La Vecchia e L. Frova. 2018. The Main Causes of Death Contributing to Absolute and Relative Socio-Economic Inequality in Italy. *Public Health*. Volume 164: 39-48.

Blangiardo, G.C. 2020. *Scenari sugli effetti demografici di COVID-19 per l'anno 2020*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2020/04/Scenari-sugli-effetti-demografici-di-COVID-19_Blangiar-do.pdf

Corte dei Conti. 2020. *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*. Roma: Corte dei Conti.

Istituto Nazionale di Statistica – Istat e Istituto Superiore di Sanità – ISS. 2020. *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Primo trimestre 2020*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf

Istituto Superiore di Sanità – ISS. 2020. *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*. Roma: ISS. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-co-v-2-decessi-italia>

Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI. 2019. *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2017*. Roma: Ministero della Salute.

Patel, J.A., F.B.H. Nielsen, A.A. Badiani, S. Assi, V.A. Unadkat, B. Patel, R. Ravindrane e H. Wardle. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health*. Volume 183: 110-111.

Petrelli, A. e L. Frova (a cura di). 2019. Atlante Italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di Istruzione. *Epidemiologia e Prevenzione*. Anno 43 (1), Gennaio-Febbraio 2019. Supplemento 1. <https://www.istat.it/it/archivio/228071>

Saraceno, C. 2020. Il contagio della povertà. Il COVID-19 ha inasprito le disuguaglianze tra giovani, donne e bambini. *La Repubblica*, 3 maggio 2020.

