

3 La struttura e le attività del SSN

di Francesco Petracca e Alberto Ricci¹

3.1 Premessa

Il capitolo fornisce una visione d'insieme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni.

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale, come descritto nel capitolo 1 del Rapporto OASI 2012. Gli elementi approfonditi sono i seguenti:

- ▶ gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire (i) numerosità e tipologia di aziende e (ii) mobilità dei Direttori Generali (§3.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§3.3);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§3.4);
- ▶ dati che rappresentino i bisogni sanitari, i livelli di soddisfazione e la domanda espressa dagli utenti (§3.5).

Le fonti del capitolo sono così riassumibili:

- ▶ rilevazioni ad hoc (Schede regionali 2015);
- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso gli Indirizzari (relativi agli anni tra il 1997 e il 2014), l'annuario statistico del SSN – attività economi-

¹ La ricerca aggiorna e approfondisce il terzo capitolo del Rapporto OASI 2014. Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 3.1, 3.3 e 3.5 sono da attribuirsi ad Alberto Ricci e i §§ 3.2, 3.4 a Francesco Petracca.

L'aggiornamento dei profili istituzionali dei singoli SSR non sarebbe stato possibile senza il contributo dei referenti regionali, che hanno validato o aggiornato le schede regionali.

che e gestionali di ASL e AO (1997-2012), il Rapporto SDO (1998-2013). Queste fonti, pubblicate tra gennaio e maggio 2015, sono le ultime messe a disposizione dal Ministero della Salute;

- ▶ dati e ricerche pubblicate dall'ISTAT nel 2015 (principalmente relativi agli anni 2013 e 2014).

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

3.2 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le Regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale², oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

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

² Le Regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle Regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

4. delineare le politiche complessive del sistema, in termini di caratteristiche delle combinazioni economiche;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Il presente paragrafo approfondisce soprattutto i primi due punti. In particolare:

- ▶ si indagano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende pubbliche (§3.2.1 e Appendice I);
- ▶ si analizza la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione (§3.2.2).

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le Regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono otto le Regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sardegna³. Da segnalare che il Friuli VG, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto e il Lazio hanno recentemente soppresso la propria Agenzia⁴ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Rispetto alle competenze regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie e nella regolazione delle aziende, nell'Appendice II sono elencati, rispettivamente, i documenti di programmazione strategica (Piani Sanitari Regionali, Piani di Rientro) e le principali normative regionali in materia di sanità. Le informazioni presentate si basano su una scheda di raccolta dati inviata a tutte le Regioni nella primavera 2015.

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 2 del presente Rapporto per un'analisi comparata del SSN e degli altri sistemi sanitari dei paesi OCSE;
- ▶ al capitolo 4 del presente Rapporto per una descrizione approfondita della spesa sanitaria nel nostro Paese;
- ▶ al capitolo 5 del presente Rapporto per una descrizione del posizionamento degli erogatori privati accreditati del SSN;
- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per un'analisi dei consumi sanitari privati in Italia.

³ Le leggi di istituzione e disciplina delle Agenzie regionali, se presenti, sono riportate in Appendice II, nella sezione relativa alla normativa sanitaria.

⁴ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, LR 46/2012 e LR. 4/2013.

3.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le Regioni, in qualità di capogruppo, stabiliscono la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono. In particolare, esse devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università – qui e in seguito «AO») gli ospedali che hanno rilievo nazionale, regionale e vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di IRCCS e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti (per esempio, ESTAR toscano, Fondazioni, ecc.).

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di (i) numero e dimensione media delle ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL; (iii) presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

La cronologia dettagliata delle modifiche nel numero di ASL e AO dal 1996 al 30 luglio 2015 è riportata in allegato al termine del capitolo (Box 3.1). Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.Lgs. 502/92. Dal 1996 al 2001, le modifiche istituzionali sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia.

Dal 2002 ha, invece, preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale» si sono moltiplicati (Del Vecchio, 2003). Il numero delle ASL, a livello nazionale, è passato dalle 197 del 2001 alle 139 di oggi, a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale per ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. In alcune Regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Valle D'Aosta⁵, PA di Trento, PA di Bolzano e Molise) e nelle Marche sono state create ASL uniche. Nelle restanti Regioni, il territorio delle ASL coincide, in molti casi, con quello provinciale⁶, con l'eccezione del Veneto⁷ e, nel futuro prossimo, di Toscana e Lombardia. Infine, anche nelle principali aree metropolitane del Paese (Roma, Milano, Napoli, Torino) si annoverano ASL sub-provinciali.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 75. Il processo, in particolare nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, ha subito un'accelerazione negli ultimi anni, soprattutto tra il

⁵ Valle D'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

⁶ Anche in regioni in cui la ASL coincide con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Toscana.

⁷ La regione Veneto sta verificando la fattibilità della creazione dell'Azienda Zero, una holding per la centralizzazione degli acquisti e la gestione unificata del personale.

Tabella 3.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

Regione	ASL										AO				
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/14	Numero al 30/06/2015	Popolazione media 2015	N. presidi a gestione diretta 2014 (*)	N. medio presi- di a gest. Diret- ta 2014	Numero stabili- limenti a ge- stione diretta 2014	N. Medio stabili- limenti 2014	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/14	Numero al 30/06/15 (**)	Numero stabili- limenti a ge- stione diretta 2014
Piemonte	63	22	22	13	13	340.344	22	1,7	47	3,6	7	7	6	6	15
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	128.298	1	1,0	1	1,0	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	15	666.841	1	0,1	2	0,1	16	27	29	29	97
PA Bolzano	4	4	4	1	1	518.518	7	7,0	7	7,0	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	1	537.416	7	7,0	10	10,0	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	21	234.647	21	1,0	54	2,6	2	2	2	2	3
Friuli VG	12	6	6	6	5	245.424	8	1,6	9	1,8	3	3	3	3	7
Liguria	20	5	5	5	5	316.653	6	1,2	18	3,6	3	3	-	-	-
Emilia Romagna	41	13	13	8	8	556.314	20	2,5	49	6,1	5	5	5	5	6
Toscana	40	12	12	12	12	312.721	31	2,6	43	3,6	4	4	4	4	4
Umbria	12	5	4	2	2	447.381	8	4,0	18	9,0	2	2	2	2	2
Marche	24	13	13	1	1	1.550.796	5	5,0	26	26,0	3	4	2	2	5
Lazio	51	12	12	12	12	491.035	35	2,9	46	3,8	3	3	5	4	7
Abruzzo	15	6	6	4	4	332.894	18	4,5	18	4,5	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	1	313.348	3	3,0	6	6,0	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	7	837.361	32	4,6	45	6,4	7	8	7	7	15
Puglia	55	12	12	6	6	681.684	25	4,2	25	4,2	4	6	2	1	1
Basilicata	7	5	5	2	2	288.310	7	3,5	11	5,5	1	1	1	1	2
Calabria	31	11	11	5	5	395.326	17	3,4	19	3,8	4	4	4	4	8
Sicilia	62	9	9	9	9	565.787	52	5,8	52	5,8	16	17	5	5	11
Sardegna	22	8	8	8	8	207.911	25	3,1	25	3,1	1	1	1	1	1
ITALIA	659	228	197	140	139	437.379	351	2,5	531	3,8	81	97	78	75	184

* Si considerano i presidi a gestione diretta ASL e le strutture interne (stabilimenti) individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 1° gennaio 2014. Non sono inclusi nel computo, per una scelta metodologica di continuità rispetto ai precedenti Rapporti OASI, i presidi a gestione diretta delle AO lombarde. Per i presidi si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).

** Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con l'SSN (ex Po-licinici).

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero 2014- c.d. «ndirizzario»), Schede Regionali 2015.

2007 e il 2012, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)⁸.

Infine, le Regioni hanno di frequente istituito delle forme interaziendali o sovra-aziendali di coordinamento o per la centralizzazione di determinate funzioni (per esempio, acquisti). La cronologia delle modifiche nel numero di strutture dal 2002 al 15/07/2015 è riportata nel Box 3.2.

La Tabella 3.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2015 e le relative dimensioni medie (queste ultime calcolate su dati 2014).

Rispetto al 2014, si registra una diminuzione delle ASL, passate da 140 a 139 a seguito del riordino del SSR del Friuli Venezia Giulia, approvato dal Consiglio regionale con LR 17/2014. A decorrere dal 1° gennaio 2015, l'azienda per i servizi sanitari «Isontina» e la «Bassa Friulana» sono state accorpate nell'azienda per l'assistenza sanitaria (A.A.S.) n. 2 «Bassa Friulana- Isontina», mentre tramite l'accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari «Friuli Occidentale» e dell'Azienda Ospedaliera «Santa Maria degli Angeli» è stata istituita la A.A.S. n.5 «Friuli Occidentale».

Da un punto di vista dimensionale, a gennaio 2015⁹ si evidenzia una popolazione media per ASL pari a 437.379 abitanti, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (434.162). Il valore massimo è rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.550.796 abitanti), seguito dalle ASL campane (837.361), pugliesi (681.684) e lombarde (666.841). Il minimo si registra, invece, in Valle D'Aosta (128.298 abitanti); anche in Veneto, Friuli VG e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti.

Nel numero di AO, analogamente, si registra una diminuzione, pari a 3 unità rispetto al 2014. Oltre al già citato accorpamento della AO «Santa Maria degli Angeli» in Friuli VG, sempre dal primo gennaio 2015, il San Filippo Neri di Roma è diventato presidio ospedaliero a gestione diretta dell'ASL Roma E, mentre l'AO Consorziale Policlinico di Bari è passata da Azienda Ospedaliera integrata con l'Università ad AO integrata con il SSN.

Inoltre, la Tabella 3.1 mostra:

- ▶ una media di 2,5 presidi e di 3,8 stabilimenti a gestione diretta ASL al 2014. Mentre al Nord è comune l'accorpamento degli stabilimenti in 1-2 presidi per ASL (con l'eccezione delle province autonome), nel Sud e nelle Isole il numero medio di presidi e stabilimenti tende a coincidere in diverse realtà (ciò avviene in Abruzzo, Puglia, Sicilia e Sardegna).

⁸ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR si ricordano qui la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

⁹ La base di calcolo è costituita dai dati demografici forniti dall'ISTAT (2015) per il 1 gennaio 2015 (ultimi disponibili al 30 giugno 2015).

- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia Settentrionale (con un numero di posti letto superiore alla media nazionale, tranne che in Lombardia) rispetto a quelle del Centro-Sud (a eccezione di Toscana e Puglia);
- ▶ la peculiarità della scelta lombarda, che ha scorporato dalla gestione diretta ASL anche ospedali di dimensioni ridotte, divenuti stabilimenti di AO. La netta separazione tra funzione di committenza e di erogazione sembra conservata nel nuovo modello che prevede, rispettivamente, ATS e ASST (cfr. *infra*).

Tre progetti di riordino del SSR sono stati approvati dagli organi politici, ma ad agosto 2015 non hanno ancora determinato un cambiamento nel numero delle aziende della regione e dunque non compaiono nella Tabella 3.1. In Toscana è stata approvata dal Consiglio Regionale¹⁰ la riforma del sistema sanitario che, dal 1 gennaio 2016, comporterà l'accorpamento delle attuali 12 aziende in 3 aziende USL, una per ciascuna delle aree vaste: azienda USL Toscana Centro, azienda USL Toscana Nord Ovest, azienda USL Toscana Sud Est. Il consiglio regionale della Regione Lombardia, invece, ha approvato¹¹ la trasformazione delle attuali 15 ASL in 8 ATS (Agenzie di Tutela della Salute) e delle attuali 29 AO in 27 ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali).

La Regione Lazio, infine, per raggiungere l'obiettivo del pareggio in sanità entro fine 2015 ha approvato con il DCA del 15/07/15 la fusione dell'ASL Roma A con l'ASL Roma E e dell'ASL Roma B con l'ASL Roma C, oltre che l'accorpamento di due IRCCS pubblici: lo Spallanzani e gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO).

Per ulteriori approfondimenti sulle fusioni aziendali si rimanda al capitolo 7 del presente Rapporto OASI.

3.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹²

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria pubblica, sebbene sia un attore composito, si incentra sulla figura del Direttore Generale (DG), il cui ruolo è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni a seguito delle trasformazioni dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende, caratterizzate da dimensioni più ampie per effetto dei processi di accorpamento (cfr. Capitolo 7). Il DG, tradizionale organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i vari soggetti del mondo sanitario e socio-sanitario, al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla regione (Zuccatelli *et al.*, 2009).

¹⁰ L.R. 28 approvata il 16/03/2015.

¹¹ L.R. 83 approvata il 05/08/2015. Alla data di chiusura del capitolo si attendono le deliberazioni della Giunta Regionale che renderanno effettivo il contenuto del provvedimento (cfr. art. 2 c. 2 degli allegati al provvedimento).

¹² La principale fonte della sezione è costituita dalle Schede regionali, integrate con ricerche sui siti *web* delle Aziende e della testate giornalistiche locali.

Tabella 3.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda per Regione (1996-2015)**

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

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

Fonte: OASI, 2015

Alla luce delle suddette considerazioni, questo sotto-paragrafo aggiorna le analisi sul turnover dei DG delle aziende sanitarie pubblicate nei Rapporti OASI a partire dal 2002. In particolare, il sotto-paragrafo è diviso in tre parti: la prima presenta il turnover dei DG a livello nazionale e regionale; la seconda valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie pubbliche; la terza mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura nelle nomine dei DG.

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 3.2 mostra la durata media¹³ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,7 anni, ossia 3 anni e 8 mesi circa. Questo è, probabilmente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche. Per-

¹³ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni "n" considerati per una determinata azienda "x" (con $1 \leq n \leq 20$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

mangono, inoltre, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,7 anni della Calabria agli 8 della PA di Bolzano. Sebbene il dato nazionale risulti invariato rispetto al 2014, si registrano oscillazioni a livello regionale del tutto fisiologiche perché dipendono dalle nomine effettuate nel periodo. Così, a seguito del recente ciclo di nomine, in Piemonte, Emilia Romagna e Sardegna (regioni nelle quali si contano il maggior numero di avvicendamenti nel corso dell'ultimo anno, rispettivamente 16, 11 e 9) si registra una riduzione, a volte cospicua, della durata media. L'ultimo anno, peraltro, è stato particolarmente ricco di cambiamenti, ben 87, numero più alto dal 2011 (102) e più del doppio rispetto ai 38 del 2014. Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, anche se, nel 2011, si era raggiunto un allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Il dato 2015 registra, invece, una differenza di circa 6 mesi nella durata media delle cariche, pari a 4 anni nelle AO e 3,5 anni nelle ASL. Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le Regioni. Infatti, in Piemonte, Friuli VG, Emilia Romagna e Toscana la stabilità dei DG delle ASL e AO è sostanzialmente allineata, mentre in Veneto la durata degli incarichi dei direttori delle ASL tende a superare quella delle AO (5 contro 4,6 anni).

La seconda dimensione di indagine ha come oggetto le persone che hanno svolto o stanno svolgendo il ruolo di DG. L'obiettivo è capire se, a livello nazionale, si stia formando una comunità professionale di DG. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG incrocia due variabili:

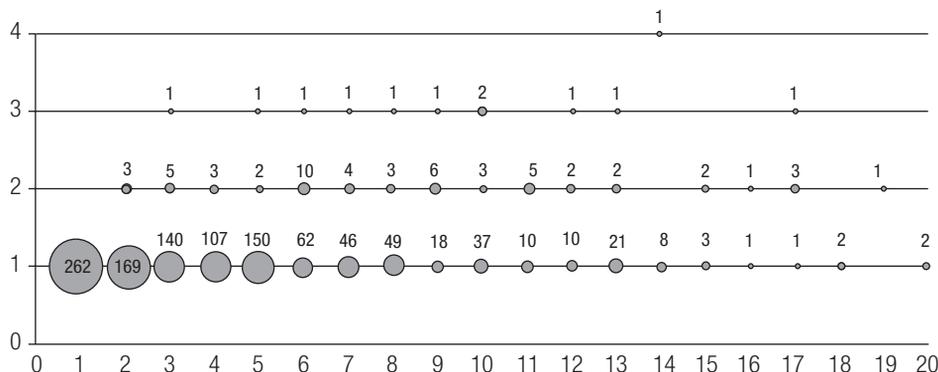
- ▶ consistenza e dinamica nel tempo della popolazione di persone che hanno ricoperto o ricoprono la carica di DG;
- ▶ numero di Regioni in cui le singole persone hanno ricoperto la carica di DG.

La Figura 3.1 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Nel periodo considerato, 1165 persone hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in una delle strutture pubbliche del SSN. Il grafico mostra come, delle 322 persone che hanno un'esperienza di sei o più anni come DG, solo il 16,1% l'abbia maturata in aziende di due o più regioni (dato che è, tuttavia, in costante crescita dal 2011, quando era pari al 10%). D'altra parte, rimane ancora molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 262, 169 e 140). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel tempo, anche se marginalmente, passando da poco più del 55% nel 2003 al 49% nel 2015.

Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una Regione, prevalgono spostamenti tra Regioni limitrofe e si tratta di manager che hanno operato in

Figura 3.1 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=1.165)**



Fonte: OASI, 2015

due, tre o, in un solo caso, quattro regioni diverse (Liguria, Toscana, Marche, Lazio). Da segnalare che il Lazio è la realtà in cui ha lavorato il maggior numero di DG con esperienza in più Regioni: 25 dei 67 totali.

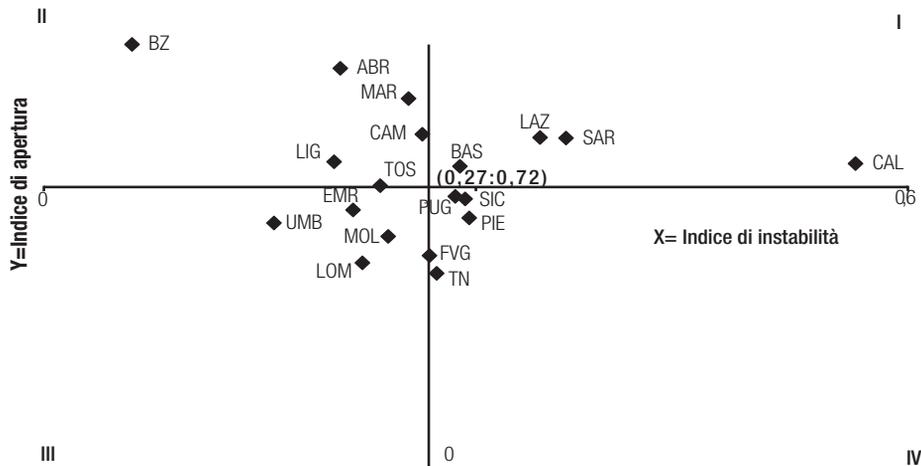
Per informazioni sull'identikit professionale dei DG, a partire da un'analisi dei curriculum vitae, si rimanda al capitolo 8 del Rapporto OASI 2013.

Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁴ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁵ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta

¹⁴ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra (i) numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e (ii) numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a 0; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a 1. Se l'indice è pari a 0, la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

¹⁵ L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2015 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

Figura 3.2 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2015)**



Fonte: OASI, 2015

ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le Regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono – azienda (Valle D'Aosta e PA di Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto, a meno di turnover intraziendali. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle Regioni che, nel corso degli ultimi otto anni, sono divenute mono – azienda (Marche, Molise e PA di Bolzano).

Associando a ogni Regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 3.2). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. L'intersezione dei due assi (0,27; 0,72)¹⁶ rappresenta la media nazionale, sostanzialmente invariata rispetto al 2014. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti ed è possibile classificare le regioni come evidenziato nel Riquadro 3.1:

¹⁶ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato come quello regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2015 (1.301) e il numero totale dei possibili cambiamenti (4.857). Il valore è pari a 0,27. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo delle persone che dal 1996 al 2014 hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.243), e il numero di aziende ponderato per il loro numero di anni di esistenza (262) diviso per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.301): il valore è pari a 0,72. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in due (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali. Questo spiega perché il numero dei DG (1.243) non coincide con quanto riportato in Figura 3.1.

Riquadro 3.1 **Classificazione delle Regioni in funzione del loro posizionamento all'interno della matrice instabilità-apertura (Carbone, 2003)**

- ▶ Regioni «AD ALTA VARIABILITÀ» (quadrante I) con elevati gradi di instabilità e di apertura.
- ▶ Regioni «A STABILE APERTURA» (quadrante II), caratterizzate da sistemi regionali stabili, in cui i cambiamenti dei DG sono rari e avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne al sistema regionale.
- ▶ Regioni «STATICHE» (quadrante III), con elevati gradi di chiusura e di stabilità.
- ▶ Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante IV) con alto grado di instabilità e di chiusura, vale a dire sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti e avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa Regione.

Le regioni ad «alta variabilità» si trovano soprattutto nel Centro-Sud: Calabria, Lazio, Sardegna e Basilicata. La Calabria si conferma come la Regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice è cresciuto ulteriormente rispetto al 2014 (da 0,52 a 0,56). Tra le regioni a «stabile apertura», tralasciando la PA di Bolzano¹⁷, l'Abruzzo registra l'indice di apertura più alto tra le restanti Regioni: delle 22 nomine di DG registrate nel periodo 1996-2015, 21 sono state affidate a soggetti esterni, mentre solo in una occasione si è fatto ricorso a persone che già avessero ricoperto il ruolo in regione. La Toscana, per effetto dello spostamento degli assi, è passata, nel corso dell'ultimo anno, dal terzo al secondo quadrante, pur non facendo registrare variazioni significative nel valore degli indici. Tra le regioni «statiche», Emilia Romagna, Friuli VG e Molise registrano un aumento dell'indice di instabilità, a seguito della recente tornata di nomine. Per quanto riguarda le Regioni «autosufficienti», spicca l'Umbria, con il valore di apertura più basso su scala nazionale (0,57). La Sicilia si è spostata nell'ultimo anno dal primo al quarto quadrante, soprattutto per effetto della riduzione dell'indice di apertura (-0,03).

3.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta. Tale tendenza ha interessato tanto l'ambito ospedaliero, quanto quello territoriale e dell'emergenza-urgenza.

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche dell'offerta pubblica e privata accreditata¹⁸.

¹⁷ Il direttore dell'ASP unica fino a giugno 2015, precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine), ricopriva il ruolo di DG dall'inizio della rilevazione (1996). Fino al 2015, era quindi, formalmente al primo incarico all'interno del sistema sanitario della PA di Bolzano.

¹⁸ A partire dal 2009, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo schema di raggruppamento

3.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

La Tabella 3.3 mostra il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia al 30/06/2014, suddivise per tipologia.

A fronte di 460 strutture di ricovero pubbliche, si registrano 586 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si nota una prevalenza dei presidi a gestione diretta (351 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro e del Sud (74%). Specularmente, la maggior parte dei presidi di Aziende Ospedaliere si trova al Nord (58% del totale). Si contano 62 IRCCS, di cui 40 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (25, di cui 20 privati). I policlinici Universitari, pubblici (ora AO integrate con l'SSN) e privati, sono rispettivamente 9 e 2. Queste strutture sono presenti solo nel Lazio, in Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna.

Dal confronto dei dati 2014 con quelli 2000, 2005, 2010 e 2013 risulta chiaro che l'attuale assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo quindicennio. Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta e Duemila, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete. Il Patto per la Salute 2014-2016 ha mantenuto questa impostazione di politica ospedaliera, confermando, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di «presidi territoriali/ospedali di comunità» per ricoveri brevi non complessi (art.5). Infine, gli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» del DM 70 del 02/04/2015 (Allegati, art. 3) fissano i riferimenti per il bacino di utenza delle singole discipline cliniche, oltre che soglie minime di dotazione strutturale¹⁹.

Spesso, i piccoli ospedali pubblici a gestione diretta delle ASL sono stati accorpati in «Presidi Ospedalieri Unici». Queste dinamiche spiegano il dimezzamento dei presidi ASL nell'ultimo quindicennio. Le iniziative di «ingegneria istituzionale» (Del Vecchio, 2003) negli anni più recenti hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema: il calo delle AO (da 95 nel 2000 a 78 nel 2014) è riconducibile a questo tipo di iniziative (cfr. capitolo 7 del presente Rapporto). Gli IRCCS pubblici sono caratterizzati da notevoli peculiarità in termini di governance e di attività svolte²⁰, che ne giustificano la «conservazione istituzionale»: infatti, non hanno visto significative variazioni negli anni.

delle strutture sanitarie, relativamente alla proprietà pubblica o privata degli erogatori. Tale schema è adottato dal Rapporto SDO e nel presente capitolo. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate). Il capitolo adotta tale classificazione.

¹⁹ In particolare, per la dotazione minima per l'accreditamento è fissata in 60 posti letto per acuti nelle strutture pluri-specialistiche.

²⁰ Cfr. al D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 e ss. mm.

Tabella 3.3 Numero di strutture di ricovero per tipologia (2014)

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped.	A0 integrate con l'Università	A0 (Aziende Osped. + A0 integrate con l'Univ.) (2)	A0 integrate SSN (ex Policlيني Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (4)	IRCCS privati (5)	Policlيني Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Case di Cura private accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACCREDITATE (8)	Case di Cura private non accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE
Piemonte	22	3	3	6			28	3			7		37	46	9	55
Valle d'Aosta	1						1						1	1		1
Lombardia	1	29		29		5	35	20		5			70	95	10	105
PA Bolzano	7						7						5	5	3	8
PA Trento	7						7			1			6	7		7
Veneto	21	1	1	2		1	24	2		6	6		15	29	1	30
Friuli VG	8	1	2	3		2	13						5	5		5
Liguria	6					2	8	1		2			5	8	2	10
Emilia Rom.*	20	1	4	5		2	27	1					44	45	3	48
Toscana	31	4	4	4			35	2			2	1	25	30	4	34
Umbria	8	2		2			10						5	5	1	6
Marche	5	2		2		1	8						13	13		13
Lazio	35	3	2	5		1	43	5	2	8	2		60	77	28	105
Abruzzo	18						18						11	11		11
Molise	3						3	1			1		3	5		5
Campania	32	6	1	7		2	43	1		3	1		62	67	4	71
Puglia	25	2	2	2		2	29	3		2			28	33		33
Basilicata	7	1		1		1	9						3	3		3
Calabria	17	4		4		1	22						29	29		29
Sicilia	52	5		5		3	62	1		1		1	60	64	1	65
Sardegna	25	1		1		2	28						8	8		8
Italia 2014	351	59	19	78	9	22	460	40	2	28	18	3	495	586	66	652
Italia 2013	369	59	19	78	8	22	477	39	2	28	18	3	505	595	/	/
Italia 2010	429	/	/	82	8	23	542	37	2	30	21	3	521	614	67	681
Italia 2005	528	/	/	95	9	22	654	32	2	40	11	3	536	624	80	704
Italia 2000	639	/	/	98	9	22	768	29	2	44	13	/	525	613	108	721

Tabella 3.3 (segue)

(1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 30 giugno 2014. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).

(2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'indirizzo ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti. Il lettore noterà una differenza di tre unità rispetto al dato 2015 riportato e commentato nel precedente paragrafo, a cui invitiamo a fare riferimento. Il conteggio 2014 è stato qui riportato per mantenere l'omogeneità cronologica della rilevazione rispetto alle altre tipologie di strutture di ricovero.

(3) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.

(4) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2012, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture "equiparate alle pubbliche".

(5) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché, tra l'altro, spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Ciò spiega le discrepanze con l'elenco degli IRCCS pubblicato dal Ministero della Salute. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni private.

(6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.

(7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88.

(8) Sommatoria di IRCCS di diritto privato, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Presidi qualificati Enti di ricerca e Case di Cura private accreditate. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2012.

(*) In Emilia Romagna, l'indirizzo del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'indirizzo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzo 2014, Cantù (2000), Ferré e Ricci (2011)

Nello stesso arco di tempo 2000-2014, anche le strutture private (accreditate e non) sono diminuite. Si segnala un aumento degli IRCCS privati (+11 unità), che è spiegabile come risultato delle strategie di specializzazione delle altre tipologie di strutture accreditate come le case di cura, ma anche gli ospedali classificati. Le prime hanno registrato una leggera flessione (-30 unità, -5,7%); si nota un moderato aumento agli inizi degli anni duemila, poi una diminuzione, che è stata dovuta anche a dinamiche di acquisizione dei grandi gruppi ospedalieri negli anni della crisi economica (Carbone *et al.*, 2014) e che si riscontra in termini significativi anche nell'ultimo anno (-10 unità).

La Tabella 3.4 analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, individuando tre macro-classi: AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e AO integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL) utilizzati per la degenza ordinaria, con una media, rispettivamente, di 670 e 644 posti nel 2014. Presidi a gestione diretta, ospedali classificati e IRCCS si collocano a un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 207, 214 e 234 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 83 PL accreditati.

La Tabella 3.4 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di posti letto: in particolare, questo si è verificato nelle AOU integrate con il SSN (-22,6% tra il 2000 e il 2014), nelle AO (-13,5%), e nelle case di cura accreditate (-6,6%). Tra 2013 e 2014, si segnala che il considerevole incremento delle dimensioni medie delle AOU integrata con l'SSN (+44 PL) è riconducibile all'inclusione in quest'ultima categoria del policlinico di Bari, precedentemente classificata come AO integrata con l'Università. Sempre nell'ultimo anno considerato, i processi di accorpamento, trasformazione e chiusura dei presidi a gestione diretta (Tabella 3.3: -18 unità tra 2013 e 2014) e delle case di cura private accre-

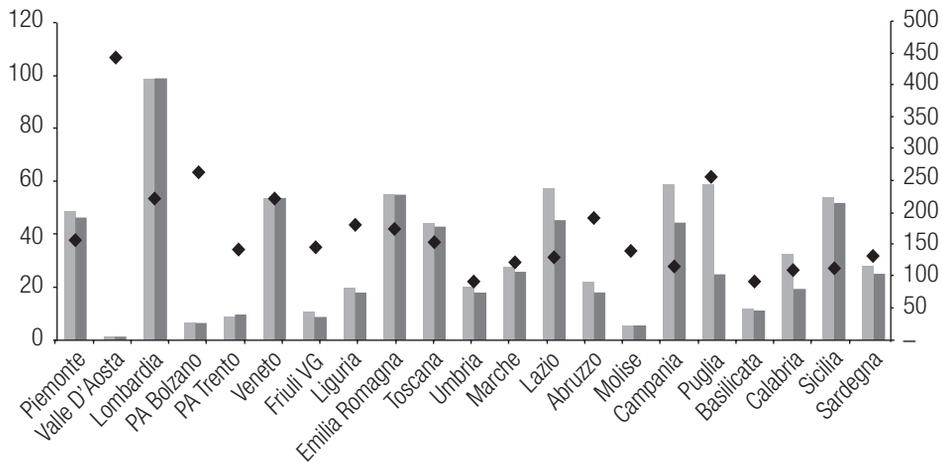
Tabella 3.4 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (2000-2014)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2012	2013	2014	Variazione 2000-2014
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	196	205	202	207	12,8%
AO e AO integrate con Università	774	660	707	692	696	670	-13,5%
AOU integrate con SSN	832	620	669	619	600	644	-22,6%
IRCCS pubblici e privati	247	224	231	247	244	234	-5,1%
Ospedali classificati	223	211	202	219	218	214	-4,2%
Case di cura accreditate (1)	89	85	82	81	81	83	-6,6%

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzario e Posti letto per struttura ospedaliera

Figura 3.3 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL e delle AO lombarde (asse sx; 2010; 2014) e dimensione media (asse dx; 2014).**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzario e Posti letto per struttura ospedaliera.

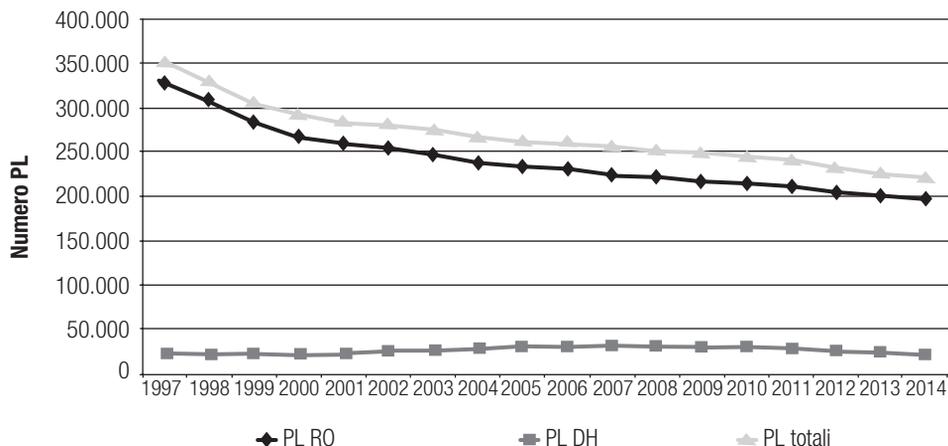
ditate (-10) sono alla base del leggero aumento delle dimensioni medie (+5, +2 PL). Queste dinamiche, infatti, si accompagnano ad una diminuzione della dotazione ospedaliera complessiva di posti letto, che è stata ininterrotta dal 2000 ad oggi (*cf. infra*).

I presidi a gestione diretta ASL, nella maggior parte delle realtà regionali, raggruppano più stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati. La Figura 3.3 confronta il numero di stabilimenti delle ASL e delle AO lombarde²¹ nel 2010 e nel 2014. In tale arco temporale, che segue la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni (*cf. paragrafo precedente e Box 3.1*), gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 100 unità a livello nazionale. Tuttavia, quasi tre quarti degli stabilimenti che hanno cessato l'attività (73) si trovavano in quattro regioni: Puglia (-34 stabilimenti), Campania (-14), Calabria (-13), Lazio (-12). Nel 2014 la dimensione media degli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 141 e 132 PL) rimaneva minore rispetto a quella degli stabilimenti del Nord (199). Rispetto al 2010, gli stabilimenti del Sud crescono in termini di PL medi (+11; dato non riportato in figura) a fronte dei cali del Centro e del Nord (rispettivamente, -5 PL; -15 PL).

Nel 2014, il SSN italiano disponeva di 220.455 PL, di cui 197.091 PL (89,4%) per degenza ordinaria e 23.364 (10,6%) per ricoveri diurni (*day hospital* -DH

²¹ In base alla LR. 31/97 le ASL lombarde non si occupano più dell'erogazione diretta dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione della ASL della Valle Camonica).

Figura 3.4 Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2014)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Indirizzario Ministero della Salute– Posti letto per struttura ospedaliera

e *day surgery* – DS). Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 37,1% (Figura 3.4). Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (–39,9%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno sono aumentati leggermente, (+1.298; 5,9%). Mentre la diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, fino al 2008 i posti letto in DH erano in aumento (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale); a partire da quell'anno, invece, il trend si è invertito, registrando una rapida riduzione della dotazione posti di letto in regime diurno. Nell'ultimo biennio considerato (2013-2014) tale tendenza appare confermata: il SSN ha perso il 4% dei propri PL diurni (–971) e l'1,6% dei PL ordinari (–3.179).

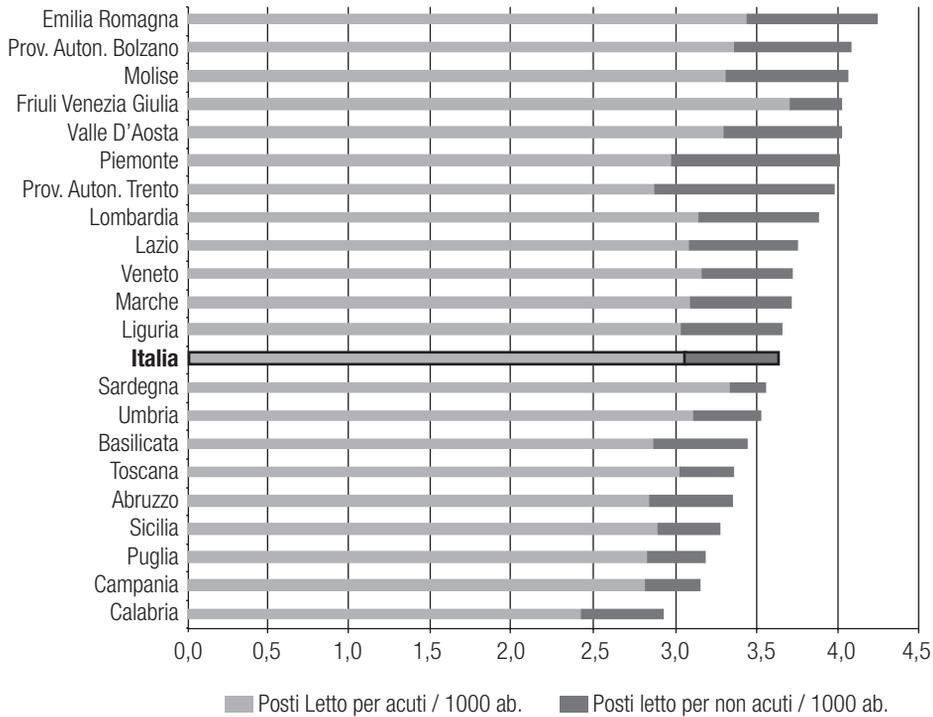
Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale. In particolare:

- ▶ il D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) prevede una dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti²². Il Decreto Legge, convertito con modificazioni dalla L.135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse²³;

²² I già citati standard ospedalieri hanno specificato che almeno 0,2 PL per 1.000 abitanti devono essere riferiti ad attività di lungodegenza.

²³ Il Decreto mantiene come variabile di controllo per l'adeguatezza dell'offerta un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui almeno il 25% erogati in DH.

Figura 3.5 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2014)**

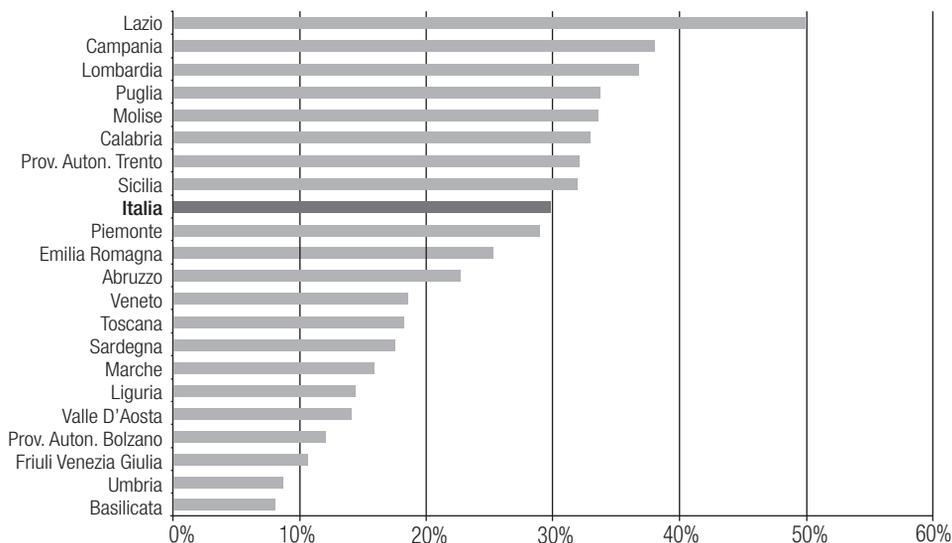


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

- Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali hanno confermato i precedenti indirizzi sugli standard di dotazione strutturale.

Nel 2014 la dotazione media nazionale di PL – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 3.5). Poco meno della metà delle Regioni ha una dotazione complessiva di PL inferiore a 3,7. Tuttavia, si assiste a un miglioramento rispetto al passato, dato che la quasi totalità delle Regioni mostra una dotazione inferiore ai 4 PL complessivi. Restano al di sopra dei 4 PL complessivi Emilia Romagna, PA di Bolzano e Molise. Tutte e tre le regioni evidenziano dotazioni superiori agli standard per entrambe le tipologie di posti letto. Si segnalano, inoltre, dotazioni particolarmente elevate in Friuli Venezia Giulia per quanto riguarda i PL acuti (3,7 PL/1.000 ab.), nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte con riferimento ai PL per non acuti (rispettivamente 1,1 e 1 PL/1.000 ab.).

Figura 3.6 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) nel 2014**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

La Figura 3.6 approfondisce, invece, le differenze regionali in termini di peso relativo del privato accreditato (numero di posti letto)²⁴. L'offerta è prevalentemente pubblica, con una media nazionale del 70,2% (praticamente invariata rispetto al 2013). A livello regionale, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale nel Lazio (50,1%), in Campania (38%) e in Lombardia (36,8%); la percentuale di privato accreditato è, al contrario, molto bassa in Basilicata (8%), Umbria (8,6%) Friuli Venezia Giulia (10,6%).

3.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre maggiore attenzione all'assistenza territoriale (§3.4.2). Ciò si è tradotto, principalmente, in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto

²⁴ Per approfondimenti sui profili istituzionali ed erogativi del privato accreditato, anche in una prospettiva longitudinale, si rimanda al capitolo 13 del rapporto OASI 2014.

alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.).

Dal 2001 al 2012²⁵, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 875 a 691 (-21%), con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 86.375 nel 2012). A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano la Campania (da 107 a 72), il Veneto (da 82 a 50) e, soprattutto, la Toscana (da 111 a 31). Si registrano, d'altra parte, sei regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Calabria e Sardegna). Considerando nuovamente la prospettiva nazionale, nel periodo 2001-2012, è aumentato il numero medio di distretti per ASL, passato da 4,4 a 4,8.

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come segue:

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori)²⁶;
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili e i centri distrettuali.

La Tabella 3.5 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse Regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2012 si contraddistingue per un generale incremento delle strutture territoriali (+51,6%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato (passato da una quota di strutture del 33,7%, nel 1997 a una del 53,4%, nel 2012). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute, rispettivamente, del 231% e del 258,6% nell'arco temporale considerato. Queste strutture, in particolare, sono gestite prevalentemente dal privato accreditato, che ha trovato ampi spazi di sviluppo imprenditoriale a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata: il peso del privato accreditato è passato rispettivamente dall'8% e 5% del 1997 al 64,2% e 76,7% del 2012. Solo nella categoria denominata «Altre strutture territoriali», il privato ha conservato un ruolo residuale: ha raggiunto il 12,3% nel 2012, a partire dal 5% nel 1997.

²⁵ La rilevazione e la pubblicazione dei dati ministeriali relativi alle attività territoriali ha di norma un paio di anni di ritardo nei confronti dei corrispondenti dati ospedalieri.

²⁶ Per alcuni cenni su dati strutturali relativi alle attività di riabilitazione e di guardia medica si rimanda al §3.4.2.

Tabella 3.5 Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2012)

Regione	Ambulatori e laboratori	di cui privati accr.	18,1%	378	di cui privati accr.	2,1%	Strutture semiresidenz.	141	di cui privati accr.	61,0%	978	Strutture residenziali	di cui privati accr.	78,0%	Totale strutture territoriali	di cui privati accr.	47,9%
Piemonte	470	18,1%	378	2,1%	141	61,0%	978	78,0%	1.967	47,9%							
Valle d'Aosta	7	57,1%	26	3,8%	3	100,0%	14	85,7%	50	40,0%							
Lombardia	729	60,9%	743	15,6%	696	77,6%	1.369	87,7%	3.537	65,1%							
PA Bolzano	55	27,3%	81	19,8%	7	0,0%	88	88,6%	231	47,2%							
PA Trento	49	55,1%	40	17,5%	35	80,0%	90	81,1%	214	63,1%							
Veneto	449	51,0%	548	23,4%	472	67,8%	781	80,9%	2.250	58,2%							
Friuli VG	129	33,3%	99	6,1%	81	50,6%	187	65,2%	496	42,7%							
Liguria	386	21,5%	130	6,2%	61	68,9%	285	84,6%	862	43,4%							
Emilia Romagna	473	40,2%	618	5,3%	574	85,2%	952	79,6%	2.617	56,2%							
Toscana	775	35,0%	530	8,1%	246	38,6%	553	59,5%	2.104	35,1%							
Umbria	111	36,0%	116	5,2%	85	28,2%	134	59,0%	446	33,4%							
Marche	191	54,5%	114	9,6%	32	9,4%	103	36,9%	440	35,5%							
Lazio	814	68,4%	458	5,7%	63	3,2%	175	65,7%	1.510	46,4%							
Abruzzo	165	58,2%	120	2,5%	13	0,0%	76	75,0%	374	41,7%							
Molise	52	75,0%	20	10,0%	13	100,0%	18	88,9%	103	68,0%							
Campania	1.460	80,7%	450	34,2%	98	14,3%	145	28,3%	2.153	64,4%							
Puglia	660	64,1%	312	4,2%	89	75,3%	263	88,6%	1.324	55,6%							
Basilicata	118	42,4%	59	11,9%	5	20,0%	37	81,1%	219	40,2%							
Calabria	373	59,5%	130	9,2%	13	30,8%	84	78,6%	600	50,7%							
Sicilia	1.446	80,4%	546	16,1%	38	13,2%	121	52,9%	2.151	61,3%							
Sardegna	356	54,2%	164	6,1%	22	50,0%	73	82,2%	615	44,6%							
ITALIA 2012	9.268	58,9%	5.682	12,3%	2.787	64,2%	6.526	76,7%	24.263	53,4%							
ITALIA 1997	9.335	54,0%	4.009	5,0%	842	8,0%	1.820	5,0%	16.006	33,7%							

(*) Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materni infantili, centri distrettuali e, ingenerale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute-attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO.

Analizzando, invece, il dettaglio regionale, la situazione appare più diversificata:

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media nazionale, con valori massimi raggiunti in Campania (80,7%). Tutte le altre Regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale; i valori più bassi si registrano in Piemonte (18,1%) e Liguria (21,5%);
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato, a eccezione di Veneto e Campania (rispettivamente, 23,4% e 34,2%);
- ▶ con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono soprattutto le Regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate; fanno eccezione Molise e Puglia per entrambe le tipologie e Basilicata, Calabria e Sardegna esclusivamente per le «Residenziali».

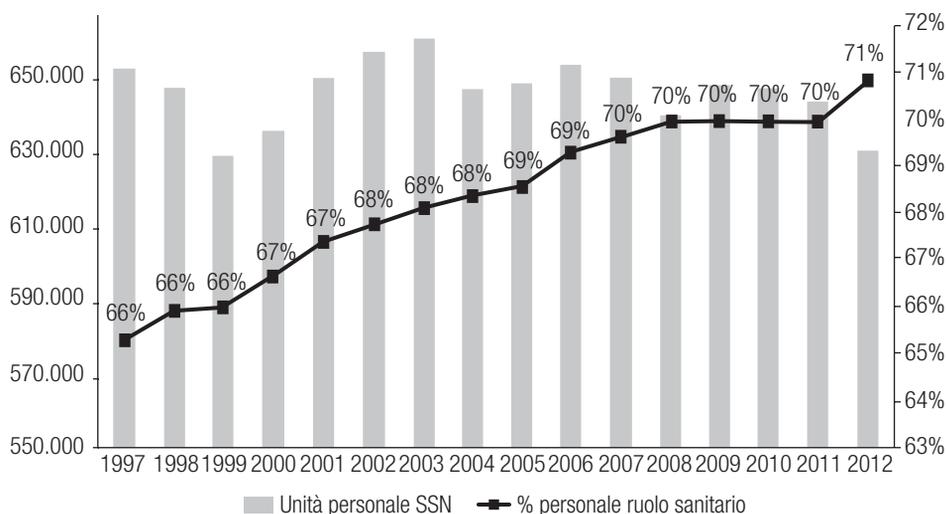
3.3.3 Il personale del SSN

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di un'esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica: sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario (si veda il capitolo 4 del presente Rapporto).

La Figura 3.7 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN²⁷ e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 629.713 nel 2012 (-3,3%). Il trend si caratterizza per un andamento annuo piuttosto variabile, legato in parte ai periodi di blocco del turn over. Si rileva come il personale sia rimasto pressoché invariato rispetto al 2004 (-2,5%). Dalla Finanziaria 2010, del resto, è previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004, diminuiti dell'1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di *turn over*, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (De Pietro, Marsilio e Sartirana, 2014). Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66% nel 1997 al 70,9% nel 2012), aumento prevalentemente dovuto alla componente medica.

Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sull'entità e composizione del personale SSN nelle diverse Regioni. Innanzitutto, è importante segnalare che il SSN

²⁷ Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

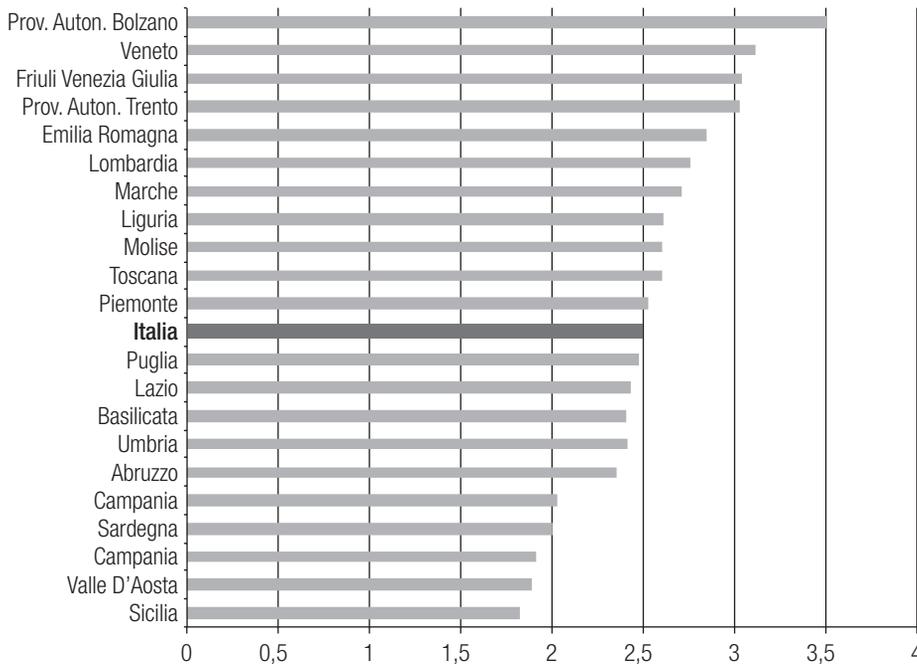
Figura 3.7 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2012)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici

fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano, infatti, l'1,1% della popolazione complessiva, l'1,6% della popolazione attiva (15-65) e il 2,7% degli occupati. Con riferimento alla popolazione in età attiva, il contributo del SSN si differenzia nelle diverse Regioni: risulta compreso tra il 2,5% della PA di Bolzano e della Valle D'Aosta e l'1,2% del Lazio e della Campania. Tali differenze risentono della diversa rilevanza, all'interno dei SSR, degli IRCCS pubblici e delle strutture private accreditate, non compresi nel computo.

Differenziazioni territoriali si rilevano anche nella composizione percentuale del personale SSN. In particolare, nel 2012:

- ▶ l'incidenza dei ruoli sanitari è più marcata nel Centro e nel Sud del Paese, dove si mantiene quasi ovunque oltre il 70% dei dipendenti totali, sino ai valori massimi del Lazio e dell'Umbria (rispettivamente, 76,6% e 75,9%). Nel Nord, invece, i ruoli sanitari registrano percentuali più contenute, fino al 61,9% della PA di Bolzano;
- ▶ l'incidenza dei ruoli tecnici è esattamente speculare: superiore al 19% in tutte le regioni del Nord, eccetto Emilia Romagna e Liguria, con i massimi nelle PA di Bolzano e Trento (23,4% e 23,3%); mentre scende ai minimi nel Lazio (10,9%);
- ▶ la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore nelle regioni del Nord, raggiungendo i valori massimi (15,5%) in Valle D'Aosta. La percentuale più contenuta si registra invece in Molise (7,9%).

Figura 3.8 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni Italiane (2012)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici

Osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 3.8), sono soprattutto le Regioni del Sud a presentare una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2,2 contro 2,8 del Nord. Il Centro si colloca su valori intermedi (2,6 infermieri per medico) molto vicini alla media nazionale (2,5).

La Tabella 3.6 presenta, invece, il numero di MMG (medici di medicina generale) e di PLS (pediatri di libera di scelta) nelle diverse realtà regionali, insieme alla popolazione assistita e a un indicatore di anzianità professionale. In media, un MMG italiano segue 1.156 pazienti, mentre un PLS 879. Il numero maggiore di scelte per professionista, sia per i MMG (1.549) che per i PLS (1.009), si registra nella PA di Bolzano. In generale, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale, sia per quanto riguarda l'assistenza agli adulti (eccetto Liguria e Friuli VG) che i pazienti pediatrici (eccetto l'Emilia Romagna). La regione con un minor numero medio di scelte per MMG è la Basilicata (1.043), per PLS la Sardegna (749). Se si analizza la percentuale di MMG con più di 27 anni dalla laurea, essa rappresenta, a livello nazionale, il 63% dei professionisti; i PLS con oltre 23 anni di specializzazione rappresentano il 53%. I dati nascondono profonde differenze interregionali. Tutte le regioni del Mezzogiorno continentale (eccetto la Puglia) registrano oltre il 70% di MMG “an-

Tabella 3.6 **Numero MMG e PLS nelle Regioni Italiane (2012)**

Regione	Numero MMG	Numero scelte per MMG	% MMG con oltre 27 anni dalla laurea	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con oltre 23 anni dalla specializzazione
Piemonte	3244	1206	54,1%	443	972	56,4%
Valle d'Aosta	90	1221	63,3%	18	813	38,9%
Lombardia	6616	1306	60,5%	1185	947	43,3%
PA Bolzano	281	1549	52,7%	59	1009	23,7%
PA Trento	371	1232	53,9%	76	884	69,7%
Veneto	3377	1232	58,4%	574	1006	53,5%
Friuli VG	968	1133	58,1%	122	974	45,9%
Liguria	1264	1115	61,7%	172	879	70,9%
Emilia Romagna	3144	1228	68,4%	615	832	48,1%
Toscana	2894	1113	69,1%	449	894	63,7%
Umbria	749	1050	66,2%	114	824	62,3%
Marche	1203	1123	66,4%	182	916	46,7%
Lazio	4741	1074	57,7%	778	829	75,2%
Abruzzo	1118	1050	73,3%	179	820	69,3%
Molise	271	1043	83,0%	37	843	29,7%
Campania	4329	1053	71,8%	734	864	42,2%
Puglia	3266	1099	59,4%	583	818	43,9%
Basilicata	503	1043	71,0%	62	844	35,5%
Calabria	1528	1132	71,1%	272	808	41,5%
Sicilia	4183	1084	62,1%	794	814	57,2%
Sardegna	1297	1101	51,9%	208	764	54,8%
ITALIA 2012	45.437	1.156	62,2%	7.656	879	52,9%
ITALIA 1997	47.490	1.086	12% (*)	6.664	685	8% (*)

(*) dato 1998

Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici.

ziani”, mentre il valore minimo si rileva in Sardegna (52%). Tra i PLS, non si registrano tendenze a livello di macro-aree del Paese, ma l’incidenza dei professionisti con più di 23 anni dalla specializzazione varia dal 30% del Molise al 71% della Liguria.

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2012, si rileva un lieve calo dei primi (-4,3%) e un aumento dei secondi (+14,9%). Il numero medio di scelte aumenta sia per i MMG che per i PLS (rispettivamente del 6,5% e del 28,3%). Quest’ultimo dato è probabilmente dovuto alla maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG. Infine, si rileva un aumento molto marcato dell’anzianità professionale rispetto al 1998: la percentuale di MMG con più di 27 anni dalla laurea era del 12%, quella di PLS con più di 23 anni dalla specializzazione appena l’8%.

3.4 Le attività del SSN

3.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale²⁸ nel periodo 2001-2013 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 3.7):

- si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (meno 3.094.655 unità) pari al -23,9% in 12 anni, con andamento molto differente tra le prime sei rilevazioni (-4,7% nel periodo 2001-2007) e gli ultimi sei anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 20,2%. Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel 2013 i ricoveri sono diminuiti del 4% rispetto al 2012;

Tabella 3.7 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (2001-2013)**

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
2013	9.842.485	64.312.696	14,5%	6,75
2001-2013	-23,9%	-22,4%	/	/

(1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza. Il dato include i ricoveri dei neonati sani.

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

²⁸ Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2013, essi sono 55.760, pari allo 0,6% del totale annuale. Sono inoltre compresi 85.324 ricoveri solventi erogati da ospedali pubblici e privati accreditati (0,9%). I ricoveri erogati in regime SSN costituiscono quindi la stragrande maggioranza: 9.701.401, pari al 98,6% del totale delle dimissioni rilevate dal Rapporto SDO.

- ▶ nel periodo 2001-2013 le giornate di ricovero sono diminuite del 22,4%; in particolare, tra il 2001 e il 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%) per aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006 (-17,4% nel periodo 2006-2013). Tra il 2012 ed il 2013 le giornate di ricovero si sono ridotte del 3,6%;
- ▶ le giornate erogate in regime di day hospital rispetto a quelle in regime ordinario sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2006, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al 13,4%²⁹ a una del 19,1%. Dal 2007 al 2013 si registra, però, un'inversione di tendenza, con una diminuzione nel rapporto in questione pari a 4,6 punti percentuali. Nel 2013 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in day hospital più basso dal 2001, pari al 14,5%³⁰.
- ▶ la degenza media per acuti in regime ordinario, da oltre dieci anni, è stabile nell'intervallo 6,7-6,8.

La Tabella 3.8 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (391.942).

I 9,45 milioni di ricoveri ospedalieri del 2013 si compongono, per il 95%, di ricoveri per acuti, dato in lieve ma costante decremento dal 2010 e di poco inferiore rispetto al 2012 (95,3%).

In relazione al 2012, cresce lievemente la quota di ricoveri per riabilitazione (da 3,6% a 3,8%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (88,5% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è molto elevata: è questo il caso di Sardegna (25,1%), Friuli VG (22,6%) e Lazio (22,4%).

I ricoveri per lungodegenza sono rimasti pressoché invariati e costituiscono a livello nazionale una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%), con alcune eccezioni regionali (Emilia Romagna 4,2%; Provincia Autonoma Trento 3,5%).

La Tabella 3.9 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero.

Gli oltre 63 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2013 si compongono, per l'81,3%, di giornate per acuti, per il 13,9%, di giornate di riabilitazione e, per il restante 4,8%, di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2012, le giornate per acuti si riducono di 0,5 punti percentuali, controbilanciati da un aumento di pari entità delle giornate di riabilitazione. Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Emilia Romagna e Lazio continuano a presentare valori inferiori al dato nazionale per quanto riguarda le giornate di degenza per acuti, a fronte di un maggior nu-

²⁹ Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

³⁰ Parte della riduzione degli accessi in day hospital può essere imputata alla trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri DH, considerati inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno.

Tabella 3.8 Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2013)

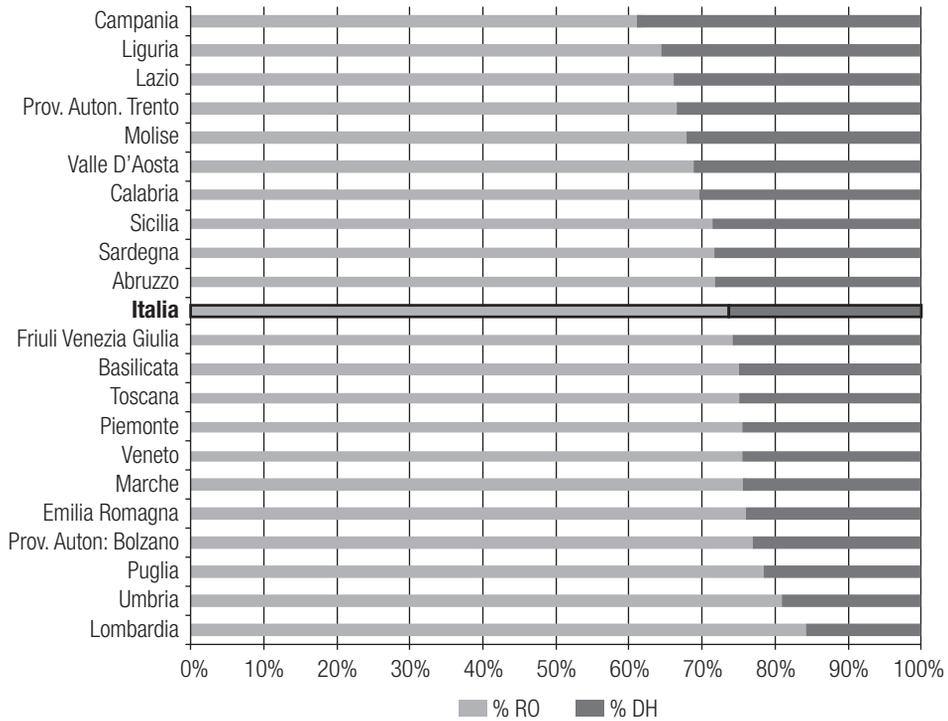
Regione	Ricoveri per acuti			Ricoveri per riabilitazione			Ricoveri per lungodegenza			Totale ricoveri
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri		
	Piemonte	457.924	145.256	92,1%	36.501	2.858	6,0%	12.558	1,9%	
Vai d'Aosta	15.724	6.971	96,0%	814	38	3,6%	100	0,4%	23.647	
Lombardia	1.158.349	207.602	93,1%	94.039	2.189	6,6%	5.651	0,4%	1.467.830	
PA Bolzano	66.740	19.555	94,3%	3.479	197	4,0%	1.500	1,6%	91.471	
PA Trento	50.744	24.833	88,8%	5.525	1.030	7,7%	2.996	3,5%	85.128	
Veneto	469.232	148.604	94,1%	24.069	4.871	4,4%	10.096	1,5%	656.872	
Friuli VG	141.033	47.766	96,7%	2.647	775	1,8%	3.024	1,5%	195.245	
Liguria	172.099	92.871	93,9%	12.905	1.224	5,0%	3.141	1,1%	282.240	
Emilia Romagna	559.681	173.054	92,2%	22.991	5.420	3,6%	33.743	4,2%	794.889	
Toscana	421.804	135.315	97,5%	9.944	1.489	2,0%	2.806	0,5%	571.358	
Umbria	116.414	26.638	96,7%	3.977	682	3,1%	242	0,2%	147.953	
Marche	169.741	53.722	95,0%	4.475	233	2,0%	6.951	3,0%	235.122	
Lazio	640.341	321.235	95,5%	30.561	8.844	3,9%	6.319	0,6%	1.007.300	
Abruzzo	147.108	56.854	95,7%	6.995	43	3,3%	2.110	1,0%	213.110	
Molise	40.396	18.666	95,9%	1.737	211	3,2%	570	0,9%	61.580	
Campania	606.887	375.612	97,7%	11.911	3.333	1,5%	7.894	0,8%	1.005.637	
Puglia	490.365	131.405	96,0%	21.662	1.795	3,6%	2.464	0,4%	647.691	
Basilicata	56.158	18.401	95,8%	1.497	375	2,4%	1.429	1,8%	77.860	
Calabria	167.569	70.680	96,6%	5.325	692	2,4%	2.382	1,0%	246.648	
Sicilia	501.492	198.526	96,9%	14.944	4.097	2,6%	3.188	0,4%	722.247	
Sardegna	185.192	71.692	98,2%	2.301	772	1,2%	1.661	0,6%	261.618	
ITALIA	6.634.993	2.345.258	95,0%	318.299	41.168	3,8%	110.825	1,2%	9.450.543	

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 3.9 Giornate di degenza per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2013)

Regione	GG Ricoveri per acuti			GG Ricoveri per riabilitazione			GG Ricoveri per lungodegenza			Totale giornate
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri		
	Piemonte	3.137.447	333.601	70,2%	1.011.914	35.024	21,2%	426.991	8,6%	
Vai d'Aosta	114.991	19.068	87,5%	17.075	70	11,2%	2.090	1,4%	153.284	
Lombardia	7.784.687	282.267	76,7%	2.274.636	24.372	21,9%	151.880	1,4%	10.517.842	
PA Bolzano	450.113	36.431	81,0%	81.351	1.570	13,8%	31.112	5,2%	600.577	
PA Trento	388.605	62.751	67,1%	115.685	13.119	19,2%	92.020	13,7%	672.180	
Veneto	3.803.048	257.059	81,3%	591.201	72.092	13,3%	270.208	5,4%	4.983.608	
Friuli VG	1.026.120	166.881	88,6%	74.291	4.128	5,8%	74.581	5,5%	1.346.001	
Liguria	1.358.731	308.793	84,7%	236.400	12.846	12,7%	52.982	2,7%	1.969.752	
Emilia Romagna	3.491.120	840.935	73,3%	603.813	57.542	11,2%	918.411	15,5%	5.911.821	
Toscana	2.690.761	389.818	90,3%	223.890	20.050	7,2%	86.170	2,5%	3.410.689	
Umbria	720.848	74.681	87,4%	96.786	13.167	12,1%	4.570	0,5%	910.052	
Marche	1.194.292	164.911	83,3%	140.289	1.357	8,7%	130.823	8,0%	1.631.672	
Lazio	4.510.228	882.370	79,7%	998.087	141.669	16,8%	236.226	3,5%	6.768.580	
Abruzzo	1.042.132	182.207	85,6%	169.939	1.040	12,0%	34.627	2,4%	1.429.945	
Molise	280.176	46.758	82,2%	53.321	3.611	14,3%	13.783	3,5%	397.649	
Campania	3.611.756	1.119.881	86,2%	417.872	63.322	8,8%	276.750	5,0%	5.489.581	
Puglia	3.133.196	306.393	88,9%	373.056	9.392	9,9%	47.377	1,2%	3.869.414	
Basilicata	386.731	57.540	82,2%	50.291	4.778	10,2%	41.314	7,6%	540.654	
Calabria	1.100.062	230.307	85,6%	163.066	8.561	11,0%	51.738	3,3%	1.553.734	
Sicilia	3.343.683	534.928	87,3%	441.555	55.679	11,2%	68.873	1,5%	4.444.718	
Sardegna	1.234.116	200.201	92,9%	54.328	9.299	4,1%	46.590	3,0%	1.544.534	
ITALIA	44.802.633	6.497.781	81,3%	8.188.846	552.688	13,9%	3.059.116	4,8%	63.101.264	

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 3.9 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per Regione (2013)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

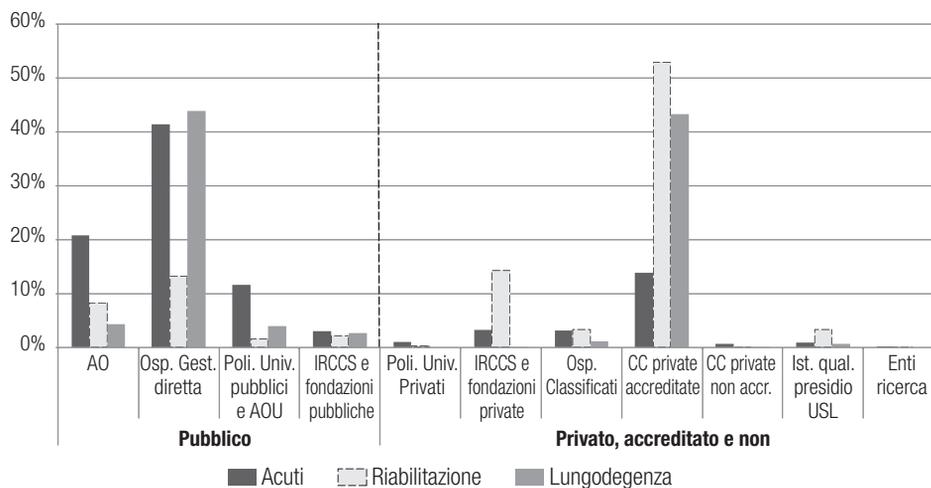
mero di giornate per riabilitazione (Lombardia e Lazio), lungodegenza (Emilia Romagna) o per entrambe (Piemonte e PA Trento).

Facendo nuovamente riferimento ai ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 26,1%, in diminuzione di 1 punto percentuale rispetto al 2012 (Figura 3.9). Rispetto al dato medio nazionale, alcune regioni si discostano sensibilmente ed evidenziano una percentuale inferiore, tra cui la Lombardia (15,2%) e l'Umbria (18,6%). Al contrario, le Regioni che presentano le percentuali più elevate di attività in day hospital sono Campania, Liguria, Lazio e PA di Trento, con quote rispettivamente pari al 38,2%, al 35%, al 33,4% e al 32,9%.

La Figura 3.10 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale³¹. La maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (76,9%), quota invariata rispetto all'anno precedente. Tra questi, la quota maggiore è riconducibile ai presidi a gestione diretta ASL (41,5%),

³¹ In tutto il paragrafo è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2012 (si veda il §3.3).

Figura 3.10 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

seguiti dalle AO (20,8%). I ricoveri ordinari per riabilitazione, invece, sono erogati soprattutto dal privato accreditato (74,5%, invariato rispetto al 2012). Infine, la lungodegenza è erogata, pressoché in egual misura, dagli ospedali a gestione diretta della ASL (54,8%) e dalle case di cure private accreditate (45,2%), con un lieve aumento dei volumi di ricoveri per lungodegenza pubblici rispetto al 2012, pari a 1,3 punti percentuali. Considerando, invece, l'erogazione di ricoveri in DH (non riportato in figura), si nota una lieve diminuzione della quota pubblica per quanto riguarda gli acuti (da 74,7% a 73,2%), mentre per la riabilitazione il peso pubblico cresce dal 44% al 48,2%. Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si veda il capitolo 5 del presente Rapporto.

È interessante rilevare se e in quale misura i servizi territoriali vengano utilizzati nella fase post acuzie. Dai dati SDO 2013 emerge come l'87,3% dei ricoveri per acuti in regime ordinario si concluda con una «dimissione domiciliare», mentre solo il 2,7% dei pazienti viene dimesso/trasferito presso strutture territoriali (1% presso RSA e 1,7% presso istituti di riabilitazione), e lo 0,7% viene dimesso a domicilio, con attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI 0,5%) o di procedure di dimissione protetta con ospedalizzazione domiciliare (0,2%). I restanti casi sono riconducibili a trasferimenti, a dimissioni volontarie o a decessi.

Un altro dato rilevante è la distribuzione dei dimessi per acuti in RO e DH tra DRG di tipo medico e di tipo chirurgico³² (Tabella 3.10). A livello nazionale, il

³² La percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale ricoveri costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012.

Tabella 3.10 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2011- 2013)**

	2011		2012		2013	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Regime Ordinario						
DRG medico	4.187.341	59,4%	4.015.949	58,7%	3.848.834	58,0%
DRG chirurgico	2.859.140	40,6%	2.825.065	41,3%	2.786.159	42,0%
Totale RO	7.046.481	100,0%	6.841.014	100,0%	6.634.993	100,0%
Day Hospital						
DRG medico	1.504.562	53,1%	1.284.799	50,5%	1.142.011	48,7%
DRG chirurgico	1.328.820	46,9%	1.258.258	49,5%	1.203.247	51,3%
Totale DH	2.833.382	100,0%	2.543.057	100,0%	2.345.258	100,0%
Totale (RO+DH)	9.879.863		9.384.071		8.980.251	

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

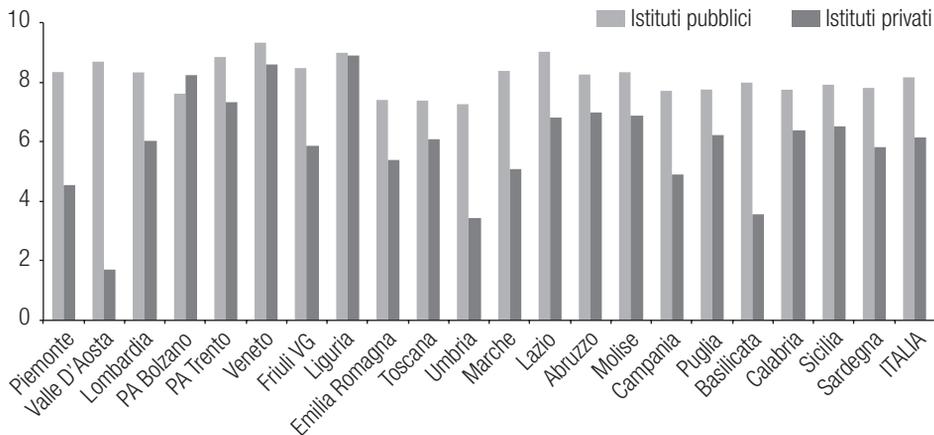
totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 4.990.845 e 3.989.406, 55,6% contro 44,4%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2011 al 2013, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO, con un leggero calo dal 59,4% del 2011 al 58% del 2013 (-338.507 dimissioni). L'attività chirurgica in RO mostra, nello stesso periodo, un leggero decremento in termini assoluti (-72.981). Col tempo, si sono ridotte le Regioni che registrano un'incidenza dei ricoveri chirurgici in regime ordinario sul totale minore del 36%, fissato come soglia minima dal Comitato ministeriale dei LEA: nel 2013 solo Calabria (32,4%), Sardegna (33,5%), Liguria (34,4%) e PA di Bolzano (35,7%) non hanno ricevuto valutazione positiva. Nel day hospital, invece, prevale l'attività di *day surgery* (51,3%, in crescita di 5,8 punti percentuali negli ultimi 3 anni).

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a due indicatori tradizionali di analisi dell'attività ospedaliera: degenza media e tasso di ospedalizzazione (TO).

Il primo indicatore consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa³³. La degenza media per acuti, a livello nazionale, si attesta, nel 2013, a 6,75 giorni (di fatto stabile rispetto alle 6,79 giornate del 2012 – si veda la Tabella 3.7). Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza me-

³³ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato, incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze medie troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci). I recenti standard ospedalieri, approvati dalla conferenza Stato-regioni il 05/08/14, indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni.

Figura 3.11 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2013)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

dia inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,4 rispetto a 7,2 giorni), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (25,9 rispetto a 25,2) e, soprattutto, per la lungodegenza (30,8 rispetto a 25,3). Si osservano, però, considerevoli differenze regionali, soprattutto con riferimento agli istituti privati: relativamente ai ricoveri per acuti nel 2013 (Figura 3.11), si passa dalle 1,7 giornate della Valle d'Aosta alle 7,8 della Liguria. Per riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una varianza particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e la lungodegenza in quelli privati.

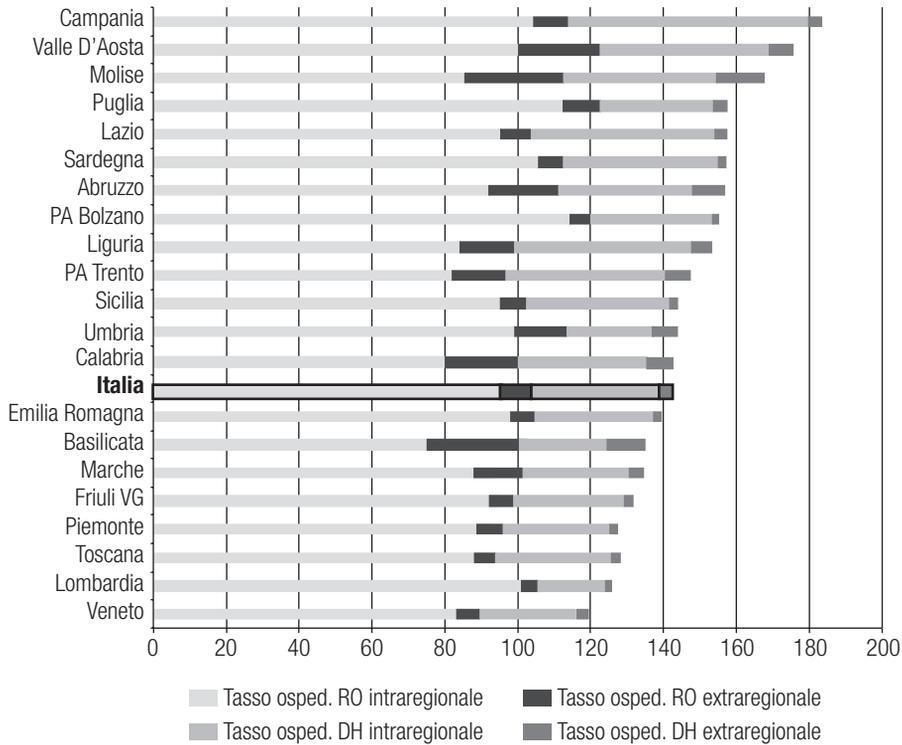
Il tasso di ospedalizzazione esprime, invece, la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione³⁴. Tale indicatore (eventualmente standardizzato per classi di età della popolazione) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura. L'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012 ha, tra l'altro, fissato un tasso di ospedalizzazione di riferimento di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti di cui il 25% erogati in DH.

Dalla Figura 3.12 risulta confermata un'ulteriore, consistente riduzione dell'ospedalizzazione ormai in atto da alcuni anni, con un tasso standardizzato³⁵ per acuti in regime ordinario nel 2013 pari a 103,9 per 1.000 abitanti (da 108 nel 2012), mentre il corrispondente valore per l'attività di DH scende a 38,2 per

³⁴ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extraregione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

³⁵ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni.

Figura 3.12 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e Regione (2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

1.000 abitanti (da 41,6 nel 2012 e 45,5 nel 2011). Il TO complessivo risulta pari a 142,1 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto al 2012 (149,6).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale (Figura 3.12). Tutte le Regioni del Sud, a eccezione della Basilicata (135,1‰), registrano tassi superiori al dato nazionale e, nel caso di Campania e Molise, anche oltre lo standard del 160‰ (Campania – 181,9‰; Molise – 166,3‰). Le Regioni del Centro e del Nord (a eccezione della Valle d'Aosta, che presenta il secondo tasso di ospedalizzazione più alto a livello nazionale, pari a 174,4‰) registrano, invece, valori inferiori allo standard definito dal D.L.95/2012. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, sono Valle d'Aosta, Puglia e PA di Bolzano a presentare i valori più elevati (rispettivamente 122,8‰, 122,2‰ e 119,5‰); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, ciò avviene per Campania e Molise (rispettivamente, 67,9 e 53,7 ricoveri per 1.000 abitanti).

Lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità

interregionale, che sfuggono alla classica dicotomia tra Nord e Sud. Le grandi Regioni continentali del Centro-Sud evidenziano alti tassi di ospedalizzazione intra-regionali: si veda il dato della Campania (168,8‰) e, in misura minore, del Lazio (145,1‰) e della Puglia (143,3‰). Allo stesso tempo, evidentemente, esercitano una forte attrattiva anche sulle Regioni limitrofe più piccole: il tasso di ospedalizzazione extraregione, che registra un dato nazionale pari a 11,5, raggiunge i massimi in Molise (39,4‰), Basilicata (35,1‰), Calabria (27,3‰), Abruzzo (27,1‰).

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

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

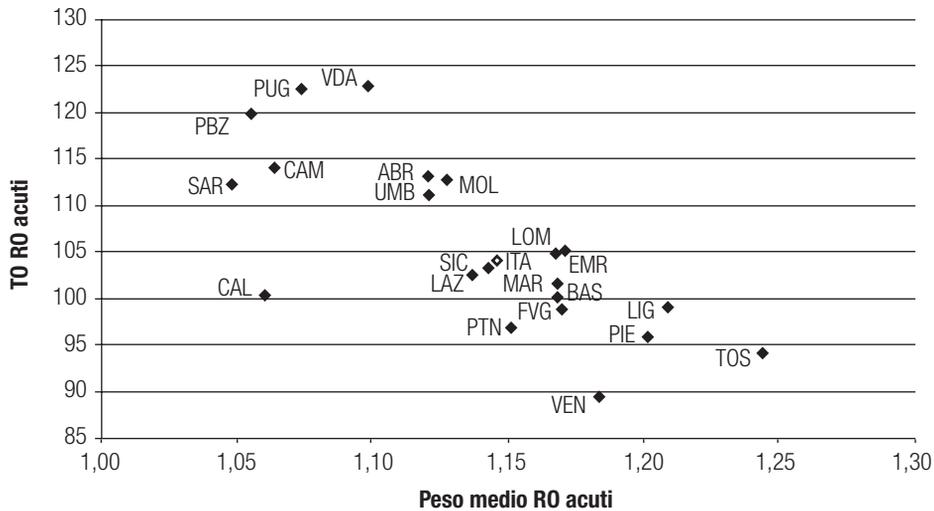
È possibile mettere in relazione il tasso di ospedalizzazione standardizzato dei RO acuti (intraregione ed extraregione), introdotto nella Figura 3.12, con una misura di complessità, come il peso medio (PM). Si consideri che il PM dei ricoveri per acuti in RO era cresciuto, nel periodo 1998 – 2005, da 1,05 a 1,26; tra il 2005 e il 2006 si è verificata una discontinuità della serie storica perché è cambiato il sistema di classificazione dei DRG (che si basa ad oggi sulla versione 24); nel periodo 2006-2009 si era ridotto da 1,09 a 1,06 per poi crescere a fino a 1,15 nel 2013.

La Figura 3.13 mostra che le Regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono evidenziare un TO inferiore alla media nazionale (pari a 103,9‰): si vedano i valori della Toscana (1,24; 94,3), del Piemonte (1,20; 96), del Veneto (1,18; 89,6) e della Liguria (1,21; 99). All'opposto, le Regioni con PM minore registrano TO più elevati della media nazionale, con l'eccezione della Calabria (1,06; 100,4): si vedano i dati della Sardegna (1,05; 112,1), della PA di Bolzano (1,05; 119,5), della Campania (1,06; 113,9) e della Puglia (1,07; 122,2).

Gli indicatori di inappropriatezza³⁶ organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 3.11 opera un confronto tra gli anni 1998 e 2013. Tra i più significativi indicato-

³⁶ Non si vuole, ovviamente, sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente inappropriati; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e sulle procedure terapeutiche.

Figura 3.13 **Peso medio (*) dei RO acuti e relativo Tasso di ospedalizzazione, per Regione (2013)**



Nota: (*) Valori determinati utilizzando i pesi D.M. 18712/2008

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

ri di inappropriata organizzativa troviamo: (i) la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, (ii) la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico e (iii) la percentuale di ricoveri oltre – soglia con DRG medico in pazienti anziani³⁷.

Un indicatore che esprime l'inappropriata clinica è, invece, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.

I dati in Tabella 3.11 evidenziano che:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari al 30 per cento su scala nazionale, è notevolmente diminuita, con massimi registrati in Basilicata (-30 punti percentuali) e Sicilia (-22). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord, ma la distanza media si è sensibilmente ridotta nei 15 anni osservati (il Sud è passato da 12 a soli 6 punti percentuali in più rispetto al Centro-Nord);
- ▶ la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario, su scala

³⁷ Altri indicatori di inappropriata organizzativa sono la degenza media preoperatoria, la percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni, la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (già trattato), la percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriata (trattato in seguito), la percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico, Il monitoraggio di questi indicatori, e di quelli riportati nel testo, è stato introdotto dal Patto per la salute 2010-2012.

Tabella 3.11 **Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per Regione (1998-2013)**

Regione	% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici		% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico		% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni (1)		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (2)	
	1998	2013	1998	2013	2006	2013	1998	2013
Piemonte	38,6	23,3	9,1	9,8	7,7	5,6	26,9	29,6
Valle d'Aosta	50,7	34,6	14,0	13,4	9,2	8,5	21,5	32,3
Lombardia	38,4	27,3	11,3	9,5	4,9	5,2	23,3	28,5
PA Bolzano	44,3	40,5	16,3	9,7	4,9	3,5	17,3	24,0
PA Trento	42,1	37,5	11,1	7,6	8,4	5,8	22,5	24,9
Veneto	41,9	31,2	8,3	6,6	7,1	6,9	24,5	26,6
Friuli VG	36,1	26,6	11,0	10,2	6,5	5,5	19,0	23,4
Liguria	40,5	31,9	12,9	11,1	5,2	4,7	28,5	35,6
Emilia Romagna	34,5	23,5	15,7	9,6	3,7	3,2	29,3	28,2
Toscana	41,5	24,2	10,5	8,8	3,9	2,6	22,5	25,3
Umbria	47,3	30,2	18,1	13,3	3,1	3,6	25,5	32,0
Marche	40,2	23,2	8,2	8,4	5,0	5,4	33,2	34,1
Lazio	43,4	32,2	13,8	10,6	5,9	5,4	35,5	39,8
Abruzzo	51,1	31,2	9,9	8,6	3,3	4,3	33,5	38,2
Molise	48,9	35,2	8,9	9,1	4,7	4,5	33,5	47,3
Campania	53,4	35,2	19,9	18,2	2,9	2,8	48,0	61,5
Puglia	52,9	35,6	12,7	11,8	3,6	3,2	35,1	44,6
Basilicata	64,4	34,4	16,0	7,9	3,4	3,9	41,8	39,8
Calabria	56,4	41,9	13,0	10,3	3,4	3,4	34,2	34,0
Sicilia	54,4	32,4	14,5	8,0	2,6	2,7	36,6	44,8
Sardegna	50,1	37,1	12,5	12,2	5,2	3,8	26,0	38,3
ITALIA	44,9	30,0	12,8	10,4	4,6	4,3	31,4	36,3

Nota:

(1) Per questo indicatore non viene presentato il dato 1998 in quanto nel 2006 è avvenuta la modifica delle soglie per effetto del passaggio all'adozione della versione a 24, che ha previsto delle soglie inferiori.

(2) Dimessi in regime ordinario con DRG 370, 371 a numeratore e DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375 a denominatore.

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

nazionale, è pari al 10,4% ed è diminuita lievemente (2,4 punti percentuali) dal 1998 al 2013; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 11,6 punti percentuali nel 2013 tra la Regione con la percentuale più elevata – Campania, che rappresenta un outlier negativo con il 18,2% – e la Regione con la percentuale più bassa – Veneto). Anche per questo indicatore, sono Basilicata (-8,1 punti percentuali) e Sicilia (-6,5) ad avere registrato i maggiori miglioramenti, insieme alla PA di Bolzano (-6,6);

- ▶ tra le Regioni, risulta altrettanto differenziata l'incidenza dei ricoveri per acuti in RO oltre valore soglia erogati per anziani³⁸: rispetto al 2006, l'indice è pressoché stabile (-0,3 punti percentuali). In questo indicatore, però, sono le Regioni del Centro-Nord (ad eccezione della PA di Bolzano, dell'Emilia Romagna, della Toscana e Umbria) a registrare nel 2013 valori superiori al dato nazionale;
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento³⁹ diffuso su tutto il territorio (+4,9 punti percentuali). Nel 2013 il valore nazionale è pari a 36,3%, in leggero miglioramento rispetto all'anno precedente (-0,2 punti percentuali). Tutte le Regioni del Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta e, soprattutto, Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (<30%). Le restanti Regioni, invece, ad eccezione della Toscana, si collocano tutte al di sopra dello standard ministeriale. Inoltre, nella maggior parte delle Regioni meridionali (fanno eccezione Calabria e Basilicata) il peso del parto cesareo è cresciuto di circa 10 punti percentuali nel periodo considerato.

Sempre con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alla soglia di 500 parti/anno⁴⁰ (Tabella 3.12). I PN si distribuiscono, per l'81,3%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano circa il 40% dei punti nascita gestiti da strutture private accreditate e non accreditate. Rispetto al 2009, i PN sono calati di 121 unità, con una diminuzione superiore nel privato, accreditato e non (-24%), rispetto al pubblico (-17%); nello stesso periodo, la percentuale complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 7,3 punti percentuali.

³⁸ Pazienti oltre i 65 anni.

³⁹ La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde a un valore inferiore al 30% dei parti cesarei totali.

⁴⁰ Tale valore viene indicato dall'OMS come il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché l'assistenza erogata sia conforme a un adeguato standard di qualità e di sicurezza. La soglia è stata ripresa a livello nazionale dall' l'Accordo Stato-Regioni relativo alle «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», sancito il 16 dicembre 2010. Esse hanno previsto la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno [...]», e hanno stabilito, inoltre, che «la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate [...]».

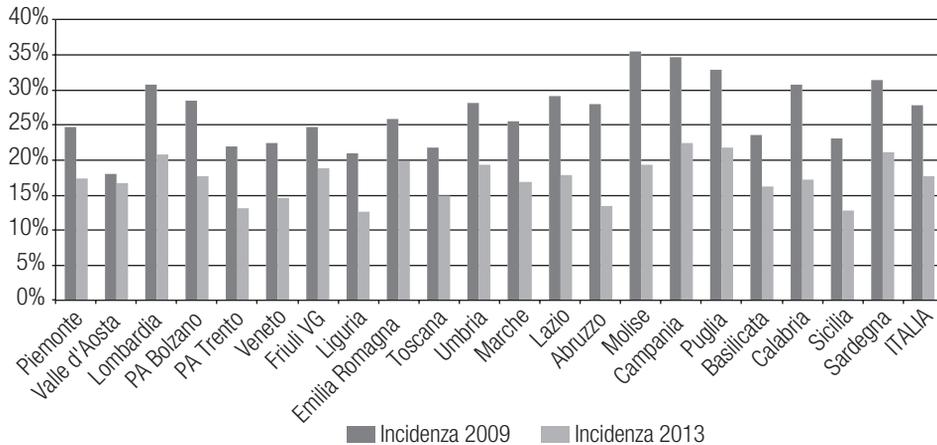
Tabella 3.12 **Distribuzione dei punti nascita per Regione e tipo di istituto (2013)**

Regione	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate	Strutture private non accreditate	TOTALE	
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre
Piemonte	30	0	0	30	80,0
Valle d'Aosta	1	0	0	1	100,0
Lombardia	57	13	0	70	87,1
PA Bolzano	7	0	1	8	50,0
PA Trento	6	0	0	6	33,3
Veneto	37	5	0	42	71,4
Friuli VG	11	1	0	12	66,7
Liguria	9	2	0	11	100,0
Emilia Romagna	29	2	0	31	74,2
Toscana	28	0	2	30	70,0
Umbria	12	0	0	12	41,7
Marche	15	0	0	15	80,0
Lazio	30	14	5	49	65,3
Abruzzo	12	0	0	12	66,7
Molise	3	0	0	3	66,7
Campania	37	31	0	68	69,1
Puglia	33	8	0	41	65,9
Basilicata	6	0	0	6	66,7
Calabria	15	3	0	18	77,8
Sicilia	48	12	0	60	65,0
Sardegna	16	3	0	19	47,4
ITALIA 2013	442	94	8	544	70,6
ITALIA 2009	530	124	11	665	63,3
Delta% 09-13	-16,6%	-24,2%	-27,3%	-18,2%	/

Fonte: elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

Per quanto riguarda i DRG a rischio inappropriata (c.d. «DRG LEA»), il riferimento è ai 108 previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegati A e B). Dall'analisi SDO 2013, l'inappropriata è riconducibile soprattutto a DRG di

Figura 3.14 **Incidenza RO acuti a rischio in appropriatezza (DRG LEA, medici e chirurgici) sul totale RO acuti, per Regione (2009; 2013)**



Fonte: elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

tipo medico (54,3% del totale DRG LEA – calcolato considerando i soli ricoveri ordinari). La Figura 3.14 mostra l'incidenza di tali ricoveri nelle diverse Regioni nel 2009 e nel 2013. Nel corso dell'ultimo anno, l'incidenza dei ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatenza si è ridotta in modo consistente passando dal 23,4% nel 2012 al 17,7% nel 2013, con riduzioni in tutte le regioni. Tuttavia, permangono forti differenze territoriali: si va da un'incidenza minima del 12,7% registrata in Sicilia e Liguria fino al massimo del 22,5% della Campania. Nel periodo 2009-2013, inoltre, si è verificato un calo generalizzato nei livelli di inappropriatenza: il valore nazionale, a partire dal 27,9% di ricoveri in RO a rischio inappropriatenza, si è ridotto di 10,2 punti percentuali. Le Regioni centro-meridionali hanno registrato i miglioramenti più marcati (Molise, -16,2 punti percentuali; Calabria, -13,5; Abruzzo, -14,5; Campania, -12,2), avviando un'evidente dinamica di convergenza.

3.4.2 Le attività territoriali

I dati di attività relativi all'assistenza territoriale sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute, che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO⁴¹», che si è arricchito, proprio nel corso dell'ultimo quinquennio, di informazioni riguardanti le prestazioni extra-ospedaliere. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territo-

⁴¹ Rilevazione relativa al 2012, pubblicata a maggio 2015.

riali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali.

L'ADI è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico – degenerative in fase stabilizzata, che presentino una condizione di non autosufficienza. Gli interventi possono essere esclusivamente di tipo sociale oppure integrato socio-sanitario. L'obiettivo dell'ADI è quello di consentire al paziente di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente domestico, con un risparmio anche sul lato dei costi ospedalieri.

Nel 2012, mediamente, sono stati trattati in ADI 1.062 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 3.13), ma la differenziazione a livello regionale (a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati, oltre che di una diversa configurazione dei sistemi socio-sanitari regionali) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 144 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.984 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti, anziani nel 90,5% dei casi in Emilia Romagna e, solo, nel 49,8% dei casi nella Valle d'Aosta;
- ▶ intensità di assistenza erogata, pari a 74 ore per caso trattato in Molise e 6 in Friuli VG, contro una media nazionale di 22 ore per caso.

Rispetto al 2008, a livello nazionale, si rileva un aumento dei casi trattati in termini sia assoluti (+28,2%), che calcolati in rapporto a 100.000 abitanti (+28,1%), benché il numero di ore per caso sia rimasto invariato. Da registrare, inoltre, un leggero spostamento della casistica dai pazienti terminali (-0,4 punti percentuali) e da altre categorie di pazienti (-2,2, non riportati in tabella) verso gli anziani (+2,6).

Un'ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituita dalle strutture residenziali⁴² e semiresidenziali. Tra le varie forme di assistenza, a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 267.771 utenti a livello nazionale, 82% del totale, e una media di 219 giornate di assistenza per utente (fortemente differenziate a livello regionale, dalle 44 della Valle D'Aosta alle 339 della PA di Trento). Nelle strutture semiresidenziali prevale, invece, l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 37.834 utenti (pari al 45% del totale utenti di strutture semiresidenziali) e richiede mediamente 66 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 34 delle Province autonome di Bolzano e Trento alle 252 del Molise) (Tabella 3.14).

⁴² Per una definizione di strutture residenziali e semi-residenziali si veda il §3.3.

Tabella 3.13 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2012)**

Regione	Casi trattati				
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%) (età > 65)	di cui pazienti terminali (%)	Ore di assistenza erogata per caso trattato
Piemonte	28.375	649	76,3	14,3	16
Valle d'Aosta	219	171	49,8	28,3	32
Lombardia	92.297	942	86,7	8,4	20
PA Bolzano	732	144	54,1	39,8	36
PA Trento	5.158	973	71,2	18,0	14
Veneto	67.649	1.386	81,8	10,1	11
Friuli VG	24.943	2.041	73,2	4,4	6
Liguria	17.500	1.118	88,3	7,8	29
Emilia Romagna	130.637	2.984	90,5	1,4	19
Toscana	22.309	604	78,3	16,5	21
Umbria	12.823	1.447	85,0	9,9	23
Marche	14.764	956	71,5	15,0	28
Lazio	53.895	970	85,9	9,1	22
Abruzzo	17.899	1.364	78,5	15,5	33
Molise	3.008	960	81,6	7,6	74
Campania	37.121	643	79,6	13,7	32
Puglia	21.482	530	79,4	15,8	38
Basilicata	7.535	1.308	85,9	14,0	46
Calabria	14.550	743	81,7	13,8	21
Sicilia	43.313	866	80,3	12,1	30
Sardegna	17.568	1.071	87,0	8,8	40
ITALIA 2012	633.777	1.062	83,6	9,1	22
ITALIA 2008	494.204	829	81	9,5	22
Delta % 08-12	28,2%	28,1%	/	/	/

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO

Tabella 3.14 **Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2012)**

Regione	Assistenza psichiatrica						Assistenza ai disabili psichici						Assistenza agli anziani						Assistenza ai disabili fisici					
	Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali		
	Utenti	Giornate per utente	Totale	Utenti	Giornate per utente	Totale	Utenti	Giornate per utente	Totale	Utenti	Giornate per utente	Totale	Utenti	Giornate per utente	Totale	Utenti	Giornate per utente	Totale	Utenti	Giornate per utente	Totale	Utenti	Giornate per utente	Totale
Piemonte	3.320	51	1.897	275	325	1.335	170	1.281	291	461	856	145	26.080	231	376	737	151	999	202	354				
Valle d'Aosta	42	83	80	303	386			58	165	165			40	44	44			343	29	29				
Lombardia	6.796	81	6.074	220	301	231	174	676	341	515	10.139	127	82.980	245	371	5916	199	4.972	328	527				
PA Bolzano	343	34	240	185	219			244	50	50			5.169	269	269			40	365	365				
PA Trento	379	34	173	209	243			6	290	290	595	260	4.752	339	599			230	282					
Veneto	3.856	75	2.132	273	347	5.548	185	3.483	272	458	2.233	117	39.917	229	346	1224	179	1.339	151	330				
Friuli VG	2.235	40	1.653	61	101	212	68	153	233	302	489	89	18.125	151	240	57	12	2.156	35	46				
Liguria	827	67	1005	292	358	155	210	190	303	512	802	123	13.540	155	278	61	255	59	197	452				
Emilia Romagna	3.056	94	6.766	90	184			14	279	279	5.168	206	25.085	222	428	4170	179	2.429	296	475				
Toscana	2.482	86	1.327	233	318	908	139	982	276	415	1.972	133	17.770	221	354	446	171	987	126	297				
Umbria	417	90	730	248	338	276	157	145	245	402	471	100	3.692	196	296	282	145	199	75	221				
Marche	469	117	807	198	315	186	105	126	281	386	76	138	4.302	122	280	8	179	237	72	251				
Lazio	2.501	61	3.014	147	208	123	140	327	290	430	88	69	6.937	256	325	4	181	295	262	443				
Abruzzo	312	138	692	263	401			173	355	355			3.444	147	147			104	235	235				
Molise	63	252	177	288	540								48	191	191									
Campania	3.510	52	1.016	235	287	376	154	442	329	483	131	91	999	203	294	103	188	311	300	488				
Puglia	4.299	52	1.810	288	340	551	191	458	321	512	150	159	6.855	182	341	143	211	363	366	577				
Basilicata	67	172	352	275	447			211	78	78			425	154	154			72	32	32				
Calabria	522	19	363	276	296	4	49	417	306	355			1.897	247	247	16	12	500	78	90				
Sicilia	1.665	49	1.652	253	302	29	23	514	224	247	78	79	5.490	55	134	5	120	334	139	259				
Sardegna	673	35	330	262	297	70	136	322	160	296	5	124	214	132	256	29	180	824	91	272				
ITALIA	37.834	66	32.290	196	263	10.004	172	10.222	271	443	23.233	146	267.771	219	365	13.201	185	16.793	213	398				

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO.

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale ex art.26, infine, svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico – riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semi-residenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2012 sono state rilevate 1.027 strutture riabilitative con 14.549 posti per l'attività di tipo residenziale e 14.085 per l'attività di tipo semiresidenziale, nel complesso pari a 48 posti ogni 100.000 abitanti e prevalentemente dislocati presso strutture private accreditate (85% dei posti in strutture residenziali, 94% in quelle semi-residenziali). Questi *setting* assistenziali negli ultimi anni registrano una capacità di accoglienza stabile e un numero di utenti totali assistiti in regime residenziale superiore a quelli assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 57.044 e 23.666 utenti). Tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa: in particolare, la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali, mentre per la riabilitazione psico-sensoriale si registra una sostanziale equivalenza tra i due *setting*; tutte le altre tipologie di riabilitazione sono prevalentemente svolte in strutture residenziali.

Un aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi. Diabete, asma, influenza nell'anziano e patologie alcool-correlate sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (a livello nazionale, rispettivamente: 15,9; 8,3; 5,4; 31,9 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate (Tabella 3.15). La PA di Bolzano mostra i valori più alti sia per diabete, con 33,2 ricoveri per 100,000 ab. rispetto al 15,9 di media nazionale (seppure in sensibile riduzione rispetto al 2011, -7,2 punti percentuali), che per influenza dell'anziano (24,4 vs 5,4 di media nazionale, +3,9 rispetto al 2011). Nelle patologie alcool correlate presentano i valori più alti Valle d'Aosta e, ancora, Bolzano (rispettivamente 106 e 104,8 ricoveri), mentre la Campania registra il dato più alto per l'asma (15). Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.197 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con valori massimi in Abruzzo (1.694,7). Da notare, comunque, una diminuzione generalizzata delle ospedalizzazioni nell'ultimo quadriennio, dal minimo relativo all'insufficienza cardiaca (-3,8%) al massimo dell'influenza nell'anziano (-43,2%).

Per garantire un'assistenza medica di base continuativa, le ASL forniscono ai cittadini la possibilità di rivolgersi alla guardia medica (medico di continuità assistenziale). Si tratta di un servizio totalmente gratuito per situazioni che rivestono carattere di emergenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi. La guardia medica può prescrivere soltanto i farmaci indicati

Tabella 3.15 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2013)**

Regione	TO per diabete non controllato	TO per asma nell'adulto	TO per influenza nell'anziano	TO std per patologie correlate all'alcool	TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni)
Piemonte	6,0	5,2	3,1	25,7	890,3
Valle d'Aosta	8,4	3,8	14,5	106,0	1.001,7
Lombardia	20,4	11,0	4,4	32,2	1.169,8
PA Bolzano	33,2	7,9	24,4	104,8	1.436,3
PA Trento	12,7	4,9	6,6	36,1	1.046,4
Veneto	17,6	8,5	6,6	32,9	1.327,0
Friuli VG	14,3	7,0	7,4	55,2	1.324,5
Liguria	13,1	11,8	3,0	54,1	985,7
Emilia Romagna	25,9	7,6	11,5	38,5	1.246,8
Toscana	6,5	4,5	5,5	30,0	940,1
Umbria	11,2	10,4	11,4	28,4	1.313,9
Marche	10,3	5,6	3,4	31,2	1.190,0
Lazio	16,8	4,3	3,2	22,5	1.174,4
Abruzzo	14,2	6,2	9,0	36,7	1.694,7
Molise	14,3	6,7	4,2	35,9	1.573,3
Campania	12,8	15,0	3,4	28,4	1.369,0
Puglia	21,0	8,6	5,5	32,8	1.176,9
Basilicata	11,8	4,1	3,3	29,6	1.103,9
Calabria	10,5	7,5	3,4	29,8	1.323,8
Sicilia	13,5	7,0	4,0	16,8	1.387,2
Sardegna	26,8	7,8	6,8	52,4	998,9
ITALIA 2013	15,9	8,3	5,4	31,9	1.197,0
ITALIA 2009	26,0	11,8	9,5	41,8	1.244,9
Delta% 09-13	-38,6%	-29,8%	-43,2%	-23,7%	-3,8%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO Ministero della Salute

per terapie d'urgenza; può altresì rilasciare certificati di malattia e proporre il ricovero ospedaliero. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 2012 sono stati rilevati in Italia 2.893 punti di guardia medica (Tabella 3.16), in lieve calo rispetto al 2008 (2.984). I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle Regioni del Sud: il 50% è concentrato nelle cinque principali regioni meridionali (nell'ordine: Sicilia, Calabria, Puglia, Sardegna e Campania). Inoltre, si contano 12.027 medici titolari, ovvero 20 medici ogni 100.000 abitanti. A livello territoriale, si registra una realtà notevolmente diversificata relativamente sia ai ricoveri prescritti, che alle visite effettuate. In media, vengono prescritti 320 ricoveri ogni 100.000 abitanti (in calo rispetto ai 336 del 2009, ma in rialzo rispetto

Tabella 3.16 **Attività di guardia medica, per Regione (2012)**

Regione	Punti di guardia medica	Ore prestate	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Visite effettuate per 100.000 abitanti
Piemonte	140	974.283	398	13.886
Valle d'Aosta	9	63.842	890	16.820
Lombardia	236	1.632.260	320	11.122
PA Bolzano	6	24.553		3.376
PA Trento	32	231.725	1.213	16.782
Veneto	112	1.067.496	245	12.981
Friuli VG	48	309.347	451	14.267
Liguria	55	326.729	482	8.166
Emilia Romagna	160	1.209.970	143	16.915
Toscana	174	1.054.348	539	17.327
Umbria	43	373.916	406	20.860
Marche	87	564.571	252	22.442
Lazio	119	948.962	141	5.422
Abruzzo	95	605.002	267	20.752
Molise	52	293.855	625	35.682
Campania	187	1.839.528	237	21.316
Puglia	260	1.662.424	209	16.714
Basilicata	105	721.544	402	27.040
Calabria	327	1.905.525	476	45.174
Sicilia	428	2.187.816	318	30.456
Sardegna	218	1.274.492	782	25.843
ITALIA 2012	2.893	19.272.188	320	17.176
ITALIA 2008	2.984	20.518.733	336	16.822
Delta% 08-12	-3,0%	-6,1%	-4,9%	2,1%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO

ai 296 del 2011), con grandi differenze regionali (PA Trento 1.213 e Lazio 141). Le visite effettuate, su scala nazionale, sono 17.176 per mille abitanti, in leggero aumento rispetto al dato 2008 (16.822). I livelli di attività più alti si registrano in Calabria (45.174), i più ridotti nella PA di Bolzano (3.376) e nel Lazio (5.422)⁴³.

3.5 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

L'analisi dei bisogni, della domanda e del suo grado di soddisfacimento richiede di considerare una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le Regioni e all'interno delle stesse.

⁴³ La variabilità del dato è probabilmente influenzata da problemi di definizione e raccolta delle prestazioni.

Un'analisi approfondita di tutte le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Di seguito, si presentano solo alcuni indicatori, utili per delineare il quadro demografico, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner, 1998; Herwartz e Theilen, 2003; Spillman e Lubitz, 2000).

Nel corso del 2014, secondo i dati ISTAT (2015), la popolazione è rimasta pressoché stabile, raggiungendo, al 1 gennaio 2015, 60 milioni 795 mila residenti (Tabella 3.17). Si registra un incremento di appena 12.944 unità rispetto alla stessa data di inizio 2014. Il tasso di crescita della popolazione, pari a 0,2 nuovi residenti ogni 1.000 abitanti, è da leggere considerando un saldo naturale (differenza tra nascite e morti) negativo di 95.768 unità (dato non riportato in tabella), che i flussi migratori dall'estero, diretti soprattutto nelle regioni del Centro-Nord, riescono a malapena a compensare. Le regioni del Sud e delle Isole scontano anche significativi flussi di emigrazione interna (ISTAT, 2015).

Nel 2014 la quota di ultra64enni ha raggiunto il 21,7% della popolazione (+0,3% rispetto al 2013). I minori di 15 anni rappresentano invece il 13,8% (-0,1%). L'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età non attiva e attiva, ha toccato nel 2014 un valore pari a 55,1 (+0,5). Negli ultimi dieci anni, l'indice è aumentato di circa 7 punti percentuali.

A livello territoriale (Tabella 3.17), l'invecchiamento della popolazione riguarda tutte le aree del Paese, pur in presenza di una discreta variabilità. La Regione dove risiede il maggior numero di anziani, in rapporto al totale, è la Liguria, con il 28%, che ha anche l'età media più elevata (48,3 anni). Tra le aree con l'età media più bassa abbiamo invece la Campania (41,5) e la PA di Bolzano (42,1) che presentano anche le maggiori percentuali di popolazione sotto i 15 anni (15,5%, 16,1%). A livello di macro-aree ISTAT, il Sud presenta una popolazione leggermente più giovane (età media di 42,9 anni) rispetto al dato nazionale (44,4).

Lo stato di salute rappresenta la base di partenza per la predisposizione della futura offerta di servizi. La Figura 3.15 riporta alcuni parametri oggettivi e soggettivi (auto-percezione) rilevati dall'ISTAT nell'anno 2013 e pubblicati nell'edizione 2014 dell'indagine «Tutela della salute e accesso alle cure». I dati sono presentati per macroarea geografica. Il Sud e le Isole presentano prevalenze di limitazioni funzionali, cronicità gravi e multi – cronicità solo lievemente superiori alla media nazionale. I parametri che rilevano la salute percepita indicano però scostamenti maggiori rispetto al dato dell'intero Paese, praticamente doppi rispetto ai dati delle regioni settentrionali. Nel Sud e nelle Isole oltre un quarto degli anziani dichiara di sentirsi «male o molto male».

Lo stato di salute della popolazione è influenzato, oltre che da molteplici fattori sociali e demografici, anche dalle politiche sanitarie pregresse e dall'operato delle aziende. Su quest'ultimo punto si concentra il seguito del paragrafo, attra-

Tabella 3.17 Indicatori di struttura demografica, per Regione (1 gennaio 2015)

Regione	Abitanti	% 0-14 anni	% 65 anni o più	Età Media	Indice Dipendenza strutturale (1)	Tasso di crescita per 1.000 ab. (2)
Piemonte	4.424.467	12,9%	24,5%	46,2	59,7	-2,8
Valle d'Aosta	128.298	13,9%	22,5%	45,1	57,2	-2,3
Lombardia	10.002.615	14,2%	21,6%	44,4	55,8	2,9
PA Bolzano	518.518	16,1%	19,0%	42,1	53,9	5,4
PA Trento	537.416	15,0%	20,7%	43,7	55,6	2,2
Trentino Alto Adige	1.055.934	15,5%	19,8%	42,9	54,8	3,8
Veneto	4.927.596	14,0%	21,7%	44,6	55,4	0,2
Friuli VG	1.227.122	12,6%	25,1%	46,6	60,4	-1,8
Liguria	1.583.263	11,5%	28,0%	48,3	65,4	-5,5
Emilia Romagna	4.450.508	13,5%	23,4%	45,6	58,6	0,9
Toscana	3.752.654	12,8%	24,8%	46,3	60,2	0,6
Umbria	894.762	13,0%	24,6%	46,1	60,2	-2,2
Marche	1.550.796	13,2%	23,7%	45,7	58,6	-1,5
Lazio	5.892.425	13,8%	20,7%	44,1	52,6	3,7
Abruzzo	1.331.574	12,8%	22,6%	45,2	54,9	-1,8
Molise	313.348	11,9%	23,4%	45,8	54,5	-4,4
Campania	5.861.529	15,5%	17,6%	41,5	49,3	-1,4
Puglia	4.090.105	14,0%	20,5%	43,4	52,8	0,0
Basilicata	576.619	12,7%	21,6%	44,7	52,2	-3,1
Calabria	1.976.631	13,8%	20,2%	43,4	51,5	-2,0
Sicilia	5.092.080	14,5%	19,9%	42,9	52,3	-0,6
Sardegna	1.663.286	11,9%	21,6%	45,3	50,4	-0,3
<i>Nord ovest</i>	<i>16.138.643</i>	<i>13,6%</i>	<i>23,0%</i>	<i>45,2</i>	<i>57,7</i>	<i>0,5</i>
<i>Nord est</i>	<i>11.661.160</i>	<i>13,8%</i>	<i>22,5%</i>	<i>45,0</i>	<i>57,1</i>	<i>0,6</i>
<i>Centro</i>	<i>12.090.637</i>	<i>13,4%</i>	<i>22,6%</i>	<i>45,1</i>	<i>56,2</i>	<i>1,6</i>
<i>Sud</i>	<i>14.149.806</i>	<i>14,4%</i>	<i>19,6%</i>	<i>42,9</i>	<i>51,4</i>	<i>-1,3</i>
<i>Isole</i>	<i>6.755.366</i>	<i>13,8%</i>	<i>20,3%</i>	<i>43,5</i>	<i>51,9</i>	<i>-0,5</i>
ITALIA	60.795.612	13,8%	21,7%	44,40	55,1	0,2

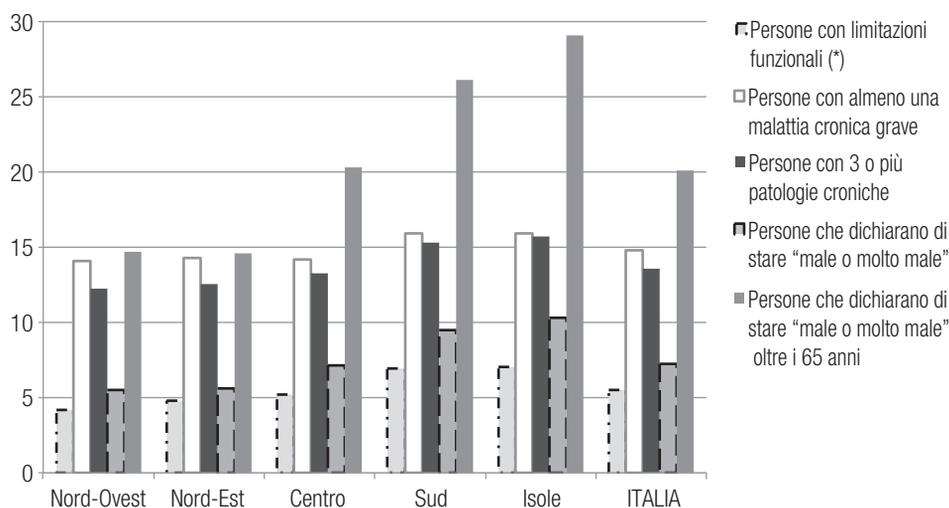
(1) Calcolato come rapporto tra la somma della popolazione anziana e infantile al numeratore, la popolazione adulta (15-64 anni) al denominatore, moltiplicato per 100.

(2) Calcolato come rapporto tra il saldo totale dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000. Il saldo totale di un territorio, a sua volta, è calcolato come è la somma del saldo naturale (differenza tra nascite e morti), del saldo migratorio per trasferimento/cancellazione di residenza e del saldo per altri motivi. Il dato è calcolato con riferimento all'anno solare 2014 (gennaio-dicembre).

Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT, bilancio demografico (2015)

verso l'individuazione di adeguati indicatori in grado di rappresentare i livelli di efficacia (rapporto *output/outcome*) raggiunti dal SSN. Nel Riquadro 3.2 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2002.

Figura 3.15 **Indicatori di stato di salute delle popolazione, per macroarea geografica. Tassi standardizzati per 100 persone (2013)**



(*) Limitazioni alla vista, all'udito, alla parola, al movimento e ad altre funzionalità fisiche

Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT – Tutela della salute e accesso alle cure.

Riquadro 3.2 **Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù, 2002)**

Alcuni possibili indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie (oltre a quelli più diretti di efficacia sanitaria, la cui valutazione è di competenza del personale medico o di studi epidemiologici e si basa sull'esistenza di dati scientifici validi attestanti la capacità di una prestazione sanitaria di migliorare in modo misurabile quantità o qualità della vita dei pazienti) possono essere (Borgonovi e Zangrandi 1996):

- ▶ dimensione dei flussi di mobilità in uscita ed entrata di pazienti (ASL) e provenienza dei pazienti (AO), che sono indicatori di soddisfazione / insoddisfazione dei pazienti;
- ▶ tempi di attesa per tipologie di servizi e di prestazioni. Elevati tempi di attesa possono essere legati a una domanda particolarmente elevata di servizi (determinata dall'assenza di «filtri» alla domanda o da una carenza dell'attività di prevenzione o dalla creazione di domanda impropria) o a un elevato tasso di attrazione di pazienti (in questo caso tempi di attesa particolarmente elevati sono sintomo di efficacia);
- ▶ grado di soddisfazione del cittadino-paziente così come rilevabile attraverso periodiche indagini;
- ▶ tasso di ricovero o numero di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rispetto alla popolazione (solo per ASL), che può essere indicatore di maggiore efficacia o di eccesso di prestazioni;
- ▶ livello delle prestazioni di prevenzione. Tanto maggiore il numero di prestazioni, tanto maggiore può essere considerata l'efficacia, a meno che non sia rilevabile un uso distorto delle strutture;

- ▶ frequenza di «eventi» che segnalano situazioni di disfunzioni (per esempio, denunce di disfunzioni e carenze assistenziali o mancata risposta alla richiesta di prestazioni, azioni legali e reclami), che può, però, essere correlata alla presenza o assenza di movimenti di difesa del cittadino-paziente.

Molti degli indicatori sopra elencati presentano un limite: spesso la loro interpretazione non può essere univoca. Il SSN, inoltre, pone tra i principi alla base della sua istituzione la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1 L. 833/78). Il raggiungimento di un adeguato livello di equità è, quindi, una delle finalità istituzionali del SSN e delle aziende che vi operano. La misurazione del grado di equità raggiunto dal sistema rappresenta un ulteriore indicatore di efficacia dell'attività.

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi a:

- ▶ flussi di mobilità;
- ▶ tempi di attesa;
- ▶ scelte di uscita dal sistema pubblico di tutela della salute per accedere alle prestazioni sanitarie e relative motivazioni;
- ▶ rinuncia a prestazioni sanitarie;
- ▶ grado di soddisfazione dei cittadini per le prestazioni sanitarie.

Di seguito si presentano alcuni dati relativamente a questi cinque temi.

La migrazione sanitaria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra Regione o in un altro Paese rispetto a quelli di residenza, può essere motivata da ragioni oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali.

L'analisi dei flussi di mobilità può essere, quindi, utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o Regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse. Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

La Figura 3.16 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2013 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna Regione due variabili:

- ▶ tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori Regione sul totale dei ricoveri dei residenti della Regione;
- ▶ tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della Regione.

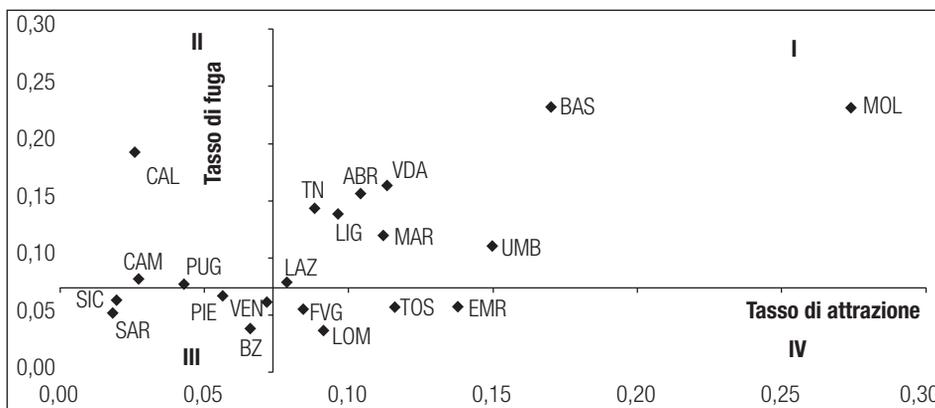
In questo modo, è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le Regioni come indicato nel Riquadro 3.3.

Riquadro 3.3 **Classificazione delle Regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002)**

- ▶ Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. Allo stesso tempo, si tratta di Regioni che riescono ad attrarre pazienti dalle zone confinanti per alcune specialità).
- ▶ Regioni «IN DEFICIT» (quadrante II) con elevata mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- ▶ Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata e in uscita.
- ▶ Regioni «ATTRATTIVE» (quadrante IV) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).

Nel periodo 2008-2013, l'entità complessiva della mobilità fuori Regione è lievemente aumentata, passando da 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti a 7,62% nel 2013. Tra il 2012 e il 2013, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga, con una variazione massima di 1,48 punti percentuali nella diminuzione dell'indice di fuga della Valle d'Aosta.

Figura 3.16 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**)** (2013)



(*) Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

(**) Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

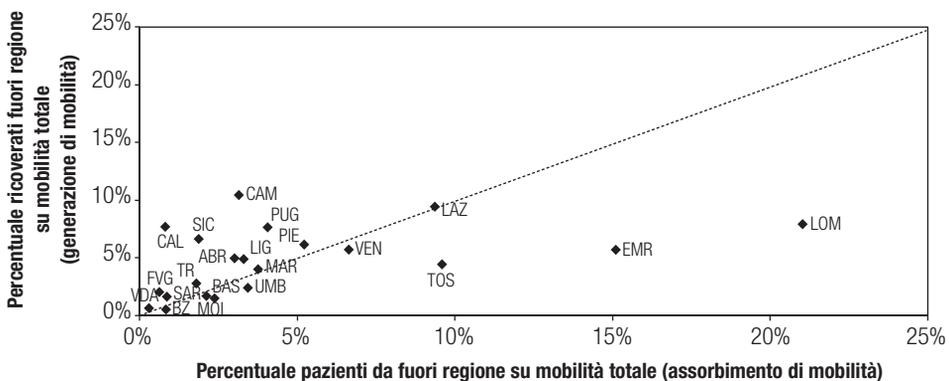
Nella Figura 3.17 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

- ▶ assorbimento della mobilità: rapporto tra la mobilità attiva di una Regione (numero di pazienti provenienti da fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni;
- ▶ generazione della mobilità: rapporto tra la mobilità passiva di una Regione (numero di pazienti ricoverati fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni.

A differenza della Figura 3.16, gli indicatori utilizzati nella Figura 3.17 non scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni. Sono, quindi, meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole Regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni Regione. Le Regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo negativo, le altre positivo. In particolare:

- ▶ la Lombardia attrae il 21% della mobilità complessiva fuori Regione, seguita da Emilia Romagna (15,2%), Toscana (9,6%) e Lazio (9,4%);
- ▶ se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori Regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,5%), seguita da Lazio (9,5%), Lombardia (8%), e Puglia (7,9%).

Figura 3.17 **Assorbimento (*) e generazione (**) della mobilità nelle Regioni (2013)**



(*) Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

(**) Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Per il forte impatto che riveste sia sull'organizzazione del SSN, che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA, particolare attenzione viene dedicata al tema delle liste di attesa (a tal proposito, si veda il capitolo 7 del Rapporto OASI 2012). A tal fine, il 28 ottobre 2010 è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, con l'obiettivo di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Tale Piano individua determinate procedure con le quali misurare il tempo di attesa, ossia l'attesa media tra la data di prenotazione di una procedura e la data di ammissione nella struttura.

Le procedure individuate dal PNGLA sono riportate in Tabella 3.18 insieme ai relativi tempi d'attesa (disponibili per le prestazioni in RO per il periodo 2010-13, per quelle in DH per il 2012-13). Naturalmente, bisogna considerare che il dato nazionale nasconde significative differenziazioni tra regioni, aziende e stabilimenti ospedalieri.

A livello nazionale, emerge la capacità di rispondere in tempi brevi alle condizioni più gravi, mostrando tempi di attesa più lunghi per gli interventi che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente. Tuttavia, diverse prestazioni urgenti, come tutti i trattamenti chirurgici dei tumori, hanno registrato negli ul-

Tabella 3.18 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH**

Ricovero ordinario	GG attesa medie 2013	delta gg 2010-13	delta % 2010-13
Tumore alla mammella	25,0	2,4	10,5%
Tumore alla prostata	42,5	2,3	5,8%
Tumore al colon retto	21,5	0,9	4,5%
Tumore all'utero	23,2	1,7	7,8%
Bypass coronarico	22,9	-0,3	-1,4%
Angioplastica coronarica (PTCA)	19,4	-1,2	-5,7%
Endoarteriectomia carotidea	38,8	-3,2	-7,6%
Protesi d'anca	77,2	-6,1	-7,3%
Tumore al polmone	20,9	1,4	6,9%
Tonsillectomia	90,5	14,1	18,5%

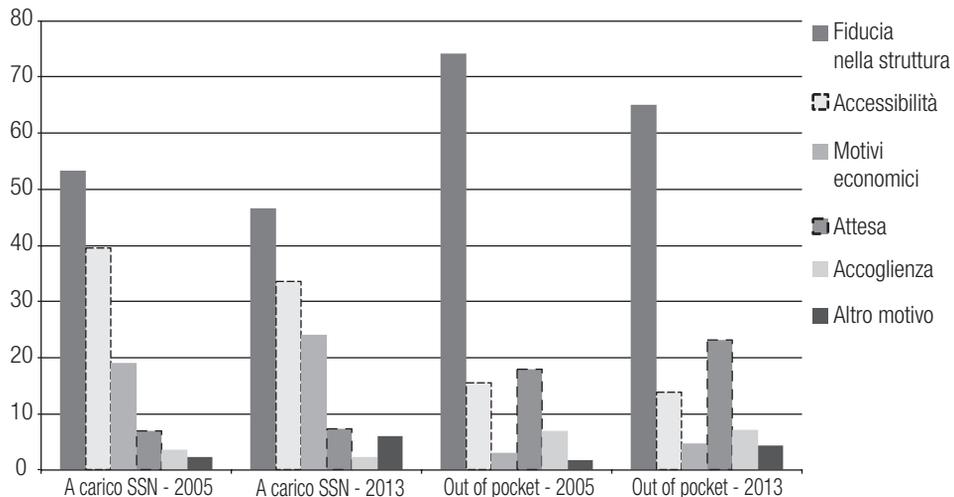
Day Hospital	GG attesa medie 2013	delta gg 2012-13	delta % 2012-13
Chemioterapia	18,1	-4,1	-18,5%
Coronarografia	31,5	2,2	7,5%
Biopsia percutanea del fegato	17,3	-1,3	-6,8%
Emorroidectomia	55,6	4,0	7,7%
Interventi per ernia inguinale	61,0	1,3	2,2%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

timi quattro anni disponibili un aumento delle giornate d’attesa compreso tra 0,9 (colon-retto) e 2,4 (mammella). Il trend è parzialmente compensato da una riduzione dei tempi di avvio dei cicli chemioterapici in DH registrata nel 2012-13: -4,1 giorni. Interventi meno critici come la tonsillectomia o l’emorroidectomia evidenziano gli incrementi più marcati (rispettivamente, 14,1 giornate nel 2010-13 e 4 solo nel 2012-13). Le prestazioni relative all’area cardiovascolare (con l’eccezione della coronografia) e ortopedica (protesi d’anca) mostrano invece riduzioni.

Quali sono, invece, le motivazioni che spingono i pazienti a scegliere una specifica struttura quando accedono alle cure in regime SSN e quando, invece, scelgono di sostenere i costi delle cure? La Figura 3.18 e la Figura 3.19 confrontano i dati 2005 e 2013 rilevati dall’ISTAT relativamente a visite e accertamenti specialistici. Si tratta di prestazioni che vedono una consistente quota di prestazioni erogate a fronte di un pagamento diretto da parte dei pazienti: 40% nel primo caso, 23% nel secondo⁴⁴. Sono quindi dati che possono suggerire le cause che spingono i pazienti a usufruire o meno del sistema universalistico di tutela della salute. È omesso il confronto tra prestazioni di ricovero, perché le degenze in regime solventi rappresentano solo una quota minima (circa il 2%) dei ricoveri erogati in Italia.

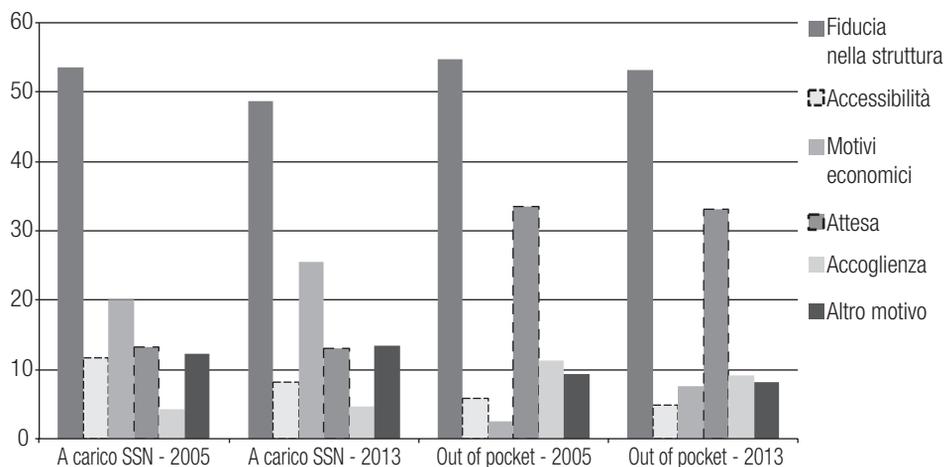
Figura 3.18 **Motivo scelta struttura per l’ultima visita specialistica effettuata, per modalità di spesa. Tasso standardizzato per 100 pazienti (2005; 2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT – Tutela della salute e accesso alle cure

⁴⁴ Per maggiori approfondimenti sui consumi privati di prestazioni sanitarie si rimanda al capitolo 6 del presente Rapporto.

Figura 3.19 **Motivo scelta struttura per l'ultimo accertamento specialistico effettuato, per modalità di spesa. Tasso standardizzato per 100 pazienti (2005; 2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT – Tutela della salute e accesso alle cure

La motivazione più diffusa per la scelta del luogo di diagnosi e cura resta la fiducia nella struttura, soprattutto per quanto riguarda le visite specialistiche in regime *out-of-pocket*: in quest'ultimo caso è indicata da 65 pazienti su 100 contro 46,6⁴⁵ quando si accede in regime SSN. La maggiore possibilità di scelta del medico quando il pagamento è *out-of-pocket* può contribuire e a spiegare il divario di quasi 20 punti. Tuttavia, la motivazione della «fiducia» è calata in maniera rilevante per le visite specialistiche sia con riferimento alle prestazioni in regime SSN che a quelle pagate direttamente dai pazienti, (rispettivamente, -6,7 e -9,2 punti), mentre il dato relativo agli accertamenti resta più stabile (-5 e -1,6) e prossimo al 50%. L'accessibilità è una motivazione importante nella scelta della struttura quando si richiede una visita in regime SSN, sebbene sia in calo (da 39,5% a 33,6%). In aumento, invece, la quota di chi sceglie la struttura in base a motivazioni economiche: l'aumento di circa 5 punti percentuali interessa le prestazioni erogate in regime SSN ma anche gli accertamenti *out-of-pocket*. Il dato si può interpretare come una prova di una qualche emergente «concorrenzialità» tra le prestazioni di diagnostica gravate da ticket, da una parte, e i prezzi praticati in regime di solvenza, dall'altra. Le motivazioni economiche (esigenze di risparmio) alla base della scelta della struttura quando si accede tramite SSN tendono ad aumentare in tutte le macroaree; tuttavia, raggiungono valori più

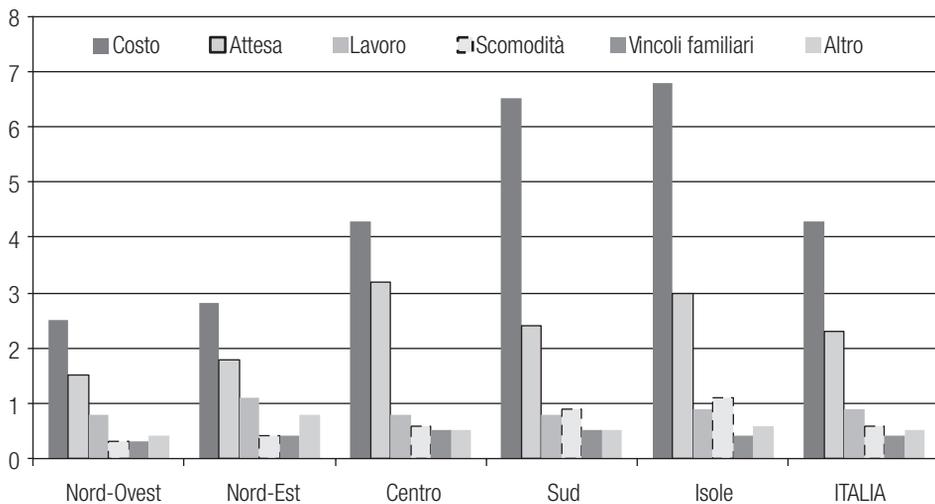
⁴⁵ Per semplicità di esposizione nel prosieguo del paragrafo i tassi standardizzati per 100 intervistati saranno definiti anche «percentuali».

alti al Sud: 30,5% per le visite e 32% per gli accertamenti contro dati nazionali del 24,5% e 25%. Infine, la scelta determinata dai minori tempi d'attesa è una componente in crescita per quanto riguarda l'accesso a visite *out-of-pocket* (da 18% nel 2005 a 23,2% nel 2013), mentre appare molto rilevante, ma stabile, per gli accertamenti (33% nel 2013).

Un fenomeno grave per un sistema universalistico come l'SSN italiano è la rinuncia alle cure da parte dei cittadini. Secondo l'ISTAT, nel 2013, 7,5 persone su 100⁴⁶ hanno rinunciato a una visita specialistica nei 12 mesi precedenti all'intervista; 4,7 hanno rinunciato ad un accertamento diagnostico e 0,8 a un intervento chirurgico. Il principale limite di una tale rilevazione è la capacità delle persone di inquadrare la loro reale necessità di prestazioni sanitarie. Focalizzandosi sul fenomeno più quantitativamente rilevante, cioè sulle visite specialistiche (Figura 3.20), si nota che la motivazione più ricorrente è di tipo economico. Tale ragione nel Sud e nelle Isole raggiunge valori prossimi al 7, spiegando in buona parte i rilevanti tassi di abbandono di queste due macro-aree (9,6 e 10,5). In secondo luogo, soprattutto nelle regioni del Centro, appaiono rilevanti le liste d'attesa.

Oltre alle tematiche di migrazione sanitaria, attesa, uscita dal sistema di tutela

Figura 3.20 **Persone che hanno rinunciato ad una visita specialistica, per motivo della rinuncia e macroarea geografica – tasso standardizzato per 100 ab. (2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT – Tutela della salute e accesso alle cure

⁴⁶ Tasso standardizzato.

pubblica della salute e rinuncia all'assistenza sanitaria, che segnalano oggettive disfunzioni al sistema di offerta, è possibile interpellare i pazienti sul livello di soddisfazione soggettiva percepita quando ricevono le cure. Se intervistati con particolare riferimento all'ultima prestazione sanitaria fruita in regime SSN, i cittadini italiani mostrano livelli di soddisfazione elevati, indipendentemente dall'area geografica, ma anche dal tipo di prestazione (visita specialistica, accertamenti e ricoveri). I valori, indicati su una scala da 1 a 10, oscillano tra il 7,7 registrato per le visite specialistiche erogate al Sud e l'8,4 degli accertamenti specialistici al Nord-Ovest e Nord-Est.

Con riferimento alla stessa scala di soddisfazione percepita media, non emergono marcati scostamenti tra prestazioni ricevute in regime *out-of-pocket* da una parte e SSN dall'altra, ma solo una leggera tendenza a percepire un maggiore differenziale qualitativo tra i due regimi (in favore del privato) nelle aree del Mezzogiorno. Tralasciando i ricoveri solventi a causa della scarsa significatività sul totale delle prestazioni offerte, il valore massimo registrato è infatti pari a sei decimi per quanto riguarda le visite specialistiche erogate al Sud.

Com'è prevedibile, i bisogni sanitari della popolazione sembrano risultare in situazioni di disagio maggiore (sia reale che percepito) nelle aree più deboli del Paese dal punto di vista socio-economico (Sud e Isole – Figura 3.15). Lo squilibrio nella struttura dell'offerta dei centri specialistici (cfr. par. 3.3), ma anche il profilo delle attività erogate dai sistemi sanitari delle aree più svantaggiate (par. 3.4) generano una quota dei flussi di mobilità (7,6% dei RO acuti) verso le Regioni del Centro e del Nord (Figura 3.16 e Figura 3.17). Oltre alla migrazione sanitaria, le disfunzioni (o le insufficienti risorse) del sistema di tutela della salute possono generare liste d'attesa. In relazione alle prestazioni monitorate dal PNGLA, si registrano alcune riduzioni, concentrate soprattutto nell'area cardiovascolare, ma anche diversi aumenti. Questi ultimi appaiono contenuti per quanto riguarda gli interventi chirurgici per la cura dei tumori, più marcati quando si tratta di disturbi minori (Tabella 3.18). Le liste di attesa sono tra i motivi che maggiormente spingono i pazienti ad uscire dal sistema pubblico di salute anche per gli accertamenti e per le visite specialistiche (ragione indicata come predominante nella scelta della struttura rispettivamente dal 33% e 23,2% di chi ricorre a prestazioni in solvenza – Figura 3.18 e Figura 3.19). Il motivo principale di ricorso all'*out-of-pocket* resta comunque la fiducia nella struttura (79,5% per i ricoveri, 53,1 per gli accertamenti, 65% per le visite). Un fenomeno grave, sebbene rilevato con parametri soggettivi, è la rinuncia alle cure, segnalato dal 7,5% della popolazione con riferimento alla visite specialistiche (Figura 3.20). Esso è dovuto soprattutto a ragioni economiche. Da segnalare, infine, che il livello di soddisfazione per le prestazioni ricevute in regime SSN è di norma alto (prossimo a 8/10), indipendentemente dall'area geografica, ma anche dal tipo di prestazione (visita specialistica, accertamenti e ricoveri); a questo proposito non si registrano marcati scostamenti con le prestazioni ricevute in regime *out-of-pocket*.

Appendice I. Quadro delle principali modifiche nell'assetto istituzionale dei SSR

Box 3.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 15/07/15

PIEMONTE

2004: Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (LR 39/04).

2006: Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL.

2012: Accorpamento di tre AO Torinesi (S. G. Battista – Molinette, CTO – Maria Adelaide, OIRM – Sant'Anna) nell'AO "Città della Salute e della Scienza", integrata con la Facoltà di Medicina di Torino.

LOMBARDIA

1997: Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14.

1997: Costituzione di 11 nuove AO (DCR 742/97).

1998: Costituzione dell'ASL di Vallecambonica-Sebino (LR 15/98).

2002: Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (DCR 401/02)

2003: Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (DCR 747/03). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente un presidio ospedaliero (Esine).

PA BOLZANO

2007: Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (LP 9/2007).

VENETO

1996: Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (DGR 6368/96).

FRIULI VENEZIA GIULIA

2015: Riordino del SSR: accorpamento delle aziende per i servizi sanitari "Isontina" e "Bassa Friulana" nell'azienda per l'assistenza sanitaria (A.A.S.) n.2 "Bassa Friulana-Isontina", accorpamento dell'azienda per i servizi sanitari "Friuli Occidentale" e dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" nella A.A.S. n.5 "Friuli Occidentale".

LIGURIA

2008: Soppressione dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale S. Corona» e dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi», con ritorno dei presidi ospedalieri alla gestione diretta ASL.

2012: Accorpamento dell'Ospedale S. Martino di Genova e dell'IST – Istituto nazionale per la ricerca sul cancro – e relativo riconoscimento della nuova struttura ("AOU IST San Martino") come IRCCS pubblico, in base alla LR 2/2011.

EMILIA ROMAGNA

2003: Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (LR 21/03) che accorpa le tre ASL della

provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione della ASL di Imola.

2014: Istituzione della nuova AUSL della Romagna che accorpa le quattro AUSL di Ravenna, Cesena, Forlì e Rimini.

MARCHE

1996: Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (DGR 3959/96).

2003: Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera).

2009 Accorpamento strutture ospedaliere San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano nella nuova Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord (LR 21/2009).

UMBRIA

1998: Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (LR 3/98).

2013: La nuova Azienda USL Umbria 1 sostituisce la ex Az. USL 1 – Città di Castello e la ex Az. USL 2 – Perugia. La nuova Azienda ASL Umbria 2 sostituisce invece la ex Az. USL 3 – Foligno e la ex Az. USL 4 – Terni.

LAZIO

1999: Costituzione dell'AO Universitaria S. Andrea (DPCM 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero.

2015: Riorganizzazione dell'AO San Filippo Neri in Presidio Ospedaliero a gestione diretta dell'ASL Roma E.

ABRUZZO

2010: Riassetto del SSR attraverso la fusione in 2 ASL di 4 delle 6 preesistenti ASL (LR 5/2008): l'ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila per accorpamento dell'ASL di Avezzano-Sulmona (ex ASL 1) con l'ASL dell'Aquila (ex ASL 4) e l'ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti per accorpamento delle ASL di Chieti (ex ASL 2) e di Lanciano-Vasto (ex ASL 3).

MOLISE

2005: Riorganizzazione del SSR (LR 9/05) con la costituzione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (ASREM), in cui sono state accorpate le precedenti 4 ASL.

CAMPANIA

1997: Costituzione dell'AO «Cotugno» tramite scorporo dall'AO «Monaldi Cotugno» di Napoli (DGR 8048/97 e 22782/97).

2008: Riorganizzazione del SSR con la creazione di 4 ASL provinciali (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno), in virtù della fusione delle rispettive ASL sub provinciali, e di 3 ASL nella Provincia di Napoli: Napoli 1, Napoli 2 (accorpamento delle ASL NA2 e NA3) e Napoli 3 (accorpamento delle ASL NA4 e NA5).

2011: Costituzione per accorpamento delle precedenti AO dell'AO di rilievo nazionale Monaldi – Cotugno – CTO (Decreto Commissario ad acta 70/2010).

PUGLIA

1996: Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (Decreto Pres GR 53/96).

1997: Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (Decreto Pres GR 44/97).

2002: Soppressione di 4 AO (su 6 restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari) (DGR 1429/02), con ritorno dei presidi ospedalieri alla gestione diretta ASL.

2006: Riassetto del SSR: costituzione dell'ASL BAT (ex ASL BA/1) e fusione in 3 nuove ASL di 9 ASL preesistenti: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2 (LR 39/2006).

BASILICATA

2008: Riassetto del SSR con creazione di due nuove ASL provinciali: ASP (ASL di Potenza) e ASM (ASL di Matera) (LR 12/2008).

CALABRIA

2007: Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti: ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria.

2012: Accorpamento ASL Locri e ASL Reggio Calabria (Palmi e Reggio) nell'ASP Reggio Calabria.

SICILIA

2009: Riassetto del SSR attraverso la definizione di 9 Aziende Sanitarie Provinciali, 3 Aziende Ospedaliere di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS).

Box 3.2 **Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2015)**

PIEMONTE

- (i) Creazione di aree interaziendali di coordinamento, a cui afferiscono le aziende sanitarie per la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione (LR20/2013 e DGR 43-6861/13). Le funzioni di centrale di committenza regionale restano attribuite alla Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A.

LOMBARDIA

- (i) Creazione della Centrale Regionale Acquisti per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007). Il 01/10/2012 la Centrale Regionale Acquisti è trasformata in Azienda Regionale (ARCA Lombardia). Con LR 24/2014 l'ARCA è stata designata soggetto aggregatore regionale e le viene affidato il coordinamento delle procedure aggregate.
- (ii) Definizione di cinque Aree Vaste senza personalità giuridica, unioni formalizzate a livello provinciale e/o macro aree, dette «Consorzi», per procedere agli acquisti in forma aggregata (LR 11/2011).

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Istituzione di quattro Comprensori Sanitari, coincidenti con il territorio delle sopresse ASL, dotati di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria (LP n. 9 del 02/10/2006).

VENETO

- (i) Istituzione di cinque Aree Vaste per l'accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi in materia di approvvigionamento in tutte le sue fasi (pianificazione, acquisto, stoccaggio e distribuzione di beni) secondo quanto previsto dalla DGR 3456/2004.
- (ii) Istituzione di una Centrale Regionale Acquisti (CRA) per la Sanità (DGR 4206/08).

FRIULI VENEZIA GIULIA

- (i) Istituzione di tre Aree vaste: Giuliano – Isontina, Udinese, Pordenonese. Per ognuna di queste, almeno formalmente, sono state istituite le Conferenze di area vasta quali "sedi di programmazione coordinata della risposta alla domanda appropriata delle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico che insistono nella stessa area. (PSSR 2006-08).
- (ii) Ente per la gestione accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS) istituito a seguito della LR 17/2014 con DGR 2667 dd. 30.12.2014

LIGURIA

- (i) Individuazione di tre Aree Ottimali con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici (art. 7 LR 41/06).
- (ii) Istituzione della Centrale Regionale Acquisti ai sensi della LR 14/2007.

EMILIA ROMAGNA*

Individuazione di tre Aree Vaste per coordinare le strategie e i processi di acquisto e valutare l'opportunità di una gestione unificata dei processi di gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale (LR 28/2007).

TOSCANA*

Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV), dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, per la programmazione e coordinamento delle prestazioni e organizzazione sanitaria. Gli ESTAV, inoltre, svolgono la funzione di approvvigionamento beni e servizi, gestione logistica e delle reti informative (art. 9 LR 40/2005). Tuttavia, a partire dal 01/01/2015, questi enti saranno accorpati in un'unica entità amministrativa (ESTAR) che ne erediterà le funzioni (LR 26/2013)

UMBRIA

Istituzione della CRAS (Centrale Regionale Acquisti Sanità, LR 9/2014) in sostituzione della soppressa Agenzia regionale.

MARCHE

Creazione di 5 Aree Vaste come sotto-articolazioni dell'ASUR (art. 9 LR 13/2003, come modificato da L.R. n. 17/2011) e di una Stazione Unica Appaltante.

LAZIO*

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e realizzazione di una Centrale Acquisti Regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione, stipulata il 24/01/2008. Nel 2013 la Centrale viene trasformata in Direzione Regionale Centrale Acquisti.

ABRUZZO*

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e la realizzazione di una Centrale Acquisti Regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 21/02/08 e rinnovata il 14/10/2009. A Luglio 2014 la Centrale non risulta però operativa.

CAMPANIA

Costituzione di So.Re.Sa. Spa, ente strumentale della Regione titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie delle aziende sanitarie (art. 2 LR 24/2005).

PUGLIA

- (i) Creazione di una Centrale Acquisti Regionale (EmpULIA) per svolgere le funzioni di Centrale di Committenza, di stipulazione di Accordi quadro e Convenzioni a favore del SSR e degli altri soggetti pubblici pugliesi.
- (ii) Istituzione di tre Macroaree per l'organizzazione di processi gestionali in comune (Piano Regionale di Salute 2008-2010).
- (iii) Istituzione del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie e costituzione del relativo Coordinamento regionale (DGR n.2485/2009)

BASILICATA*

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 19/12/2008.

CALABRIA

Costituzione della stazione unica appaltante prevista ai sensi della LR 26/2007 e del PdR (DGR 845/2009).

SICILIA

(ii) Istituzione della "Centrale Unica di committenza per l'acquisizione di beni e servizi" che provvede agli acquisti di beni e servizi anche per le aziende del SSR (LR 9/2015).

SARDEGNA

Istituzione di un Centro di Acquisto Territoriale, legato al Provveditorato regionale, che fornisce servizi per la razionalizzazione delle procedure di approvvigionamento (stipula di convenzioni-quadro, gare telematiche, osservatorio prezzi) ai sensi della LR 2/2007.

Fonte: elaborazione OASI da Schede Regionali 2015 e Marsilio, 2012

Appendice II. Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: Agosto 2015)

PIEMONTE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/2007, DCR 136/2007, DGR 65-7819/2007, L.R. 28 marzo 2012, n. 3, L.R. 13 novembre 2013, n.20
- ▶ *Piano di Rientro*- DGR 1-415/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 167-14087/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e LR 18/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995, modificata da LR 64/1995, LR 94/1995, LR 69/1996 e LR 14/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 80-1700/2000 e Allegato B DGR 59-6349/2007, DGR n. 21-5144 del 28.12.2012, integrato con DGR n. 16-6418 del 30.09.2013

VALLE D'AOSTA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 34/2010, Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2011-2013
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 5/2000, LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006, LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 46/ 2009
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013, DGR 466/2014.

LOMBARDIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997, modificata e confluita nella LR 33/2009; LR 83/2015
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 88/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 3/2001, LR 6/2001, LR 17/2001, LR 26/2001 e LR 28/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 2/1999, LR 15/1999, LR 1/2000, LR 2/2000, LR 18/2000, LR 3/2001, LR 6/2001 e LR 17/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 14049/2003; DGR 7289/2008; DGR 3822/2012.

PROVINCIA DI BOLZANO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 7/2001; LP 9 del 02/10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGP⁴⁷ 3028/1999, Piano Sanitario Provinciale 2000-2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 22/1993, DGP 3028/1999 e LP 7/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGP 3576/2002; DGP n.602/2011

PROVINCIA DI TRENTO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Provinciale sulla tutela della Salute 2010, adottato con L.P. 23 luglio 2010, n. 16.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite

VENETO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*: LR 29/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994, modificata da LR 5/1996, LR 6/1996, LR 14/1998, LR 46/1999 e L.R 135/2012.

⁴⁷ Deliberazione di Giunta Provinciale.

- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 56/1994, DGR 3223/2002; DGR 1015/2004, DGR 1718/2004, DGR 2058/2004, DGR 2497/2004, DGR 751/2005 e DGR1697/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 3415/2002, DGR 2271/2013

FRIULI VENEZIA GIULIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993, LR 12/1994, LR 13/1995, LR 08/2001, LR 23/2004 e LR 21/2005; LR n.12/2009 artt.9,10 e 11; LR n. 17 dd. 11.11.2013; LR n. 17 dd. 16.10.2014
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 465/2010, Piano Sanitario e socio sanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/2006 e LR 17/2014
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998; LR 30/2007, LR 24/2009 e LR 22/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005, integrata da DGR 902 del 12/5/2010

LIGURIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/2006 e ss.mm.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 41/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 22/2009, Piano Socio-Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 243/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 41/2006 (Titolo II)
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR 25/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1528/2000; DGR 834/2005,

EMILIA ROMAGNA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 29/2004; L.R. 22/2013.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 19/1994, modificata da LR 50/1994, LR 4/2008, DGR 293/2009 e DGR 443/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 175/2008 Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, integrato da deliberazione Assemblea legislativa n.117 del 18/06/2013, "Linee Attuative PSSR 2013-2014"
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994, modificata da LR 11/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2004, DGR 86/2006 e DGR 2011/2007

TOSCANA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005, LR 60/2008 e LR 26/2014; LR 28/2015
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 71/1998, modificata da LR 22/2000, LR 40/2005 e LR 28/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008

- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008.

UMBRIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/2015 – Testi Unico regionale in materia di Sanità e Servizi Sociali
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 298/2009, Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998, integrata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005, LR 6/2011 e LR 18/2012, modificata con LR 8/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995, integrata da LR 9/2003, LR 7/2004 e LR 8/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2000, DGR 314/2003 allegato II; LR 18/2012

MARCHE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994, modificata da LR 31/1995, LR 9/1996, LR 26/1996, LR 13/2003 e LR 17/2011; modificata da LR 45/2012.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenda Sanitaria Regionale*: LR 26/1996, modificata da LR 32/2005, modificata da LR n. 45/2012.
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 38/2011 di approvazione PSR 2012/2014.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996, LR 13/2003, LR 21/2009 e LR 17/2010
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1117/2004

LAZIO*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenda Sanitaria Regionale*: LR 16/1999, modificata da LR 4/2006. Soppressione con L.R. 4/2013
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Commissario *ad acta* 87/2009, Piano Sanitario Regionale 2010-2012
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 149/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 139/2007, Decreto del Commissario *ad Acta* n.259/2014 del 06/08/2014

ABRUZZO*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 20/2006, LR 6/2007 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenda Sanitaria Regionale*: LR 37/1999 e DGR 2311/1999; LR 5/2008; LR 6/0 *Ultimo Piano Sanitario* – LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 224/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999, integrata da LR 93/2000 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996, modificata da LR 123/1999, LR 15/2004, LR 20/2006, LR 34/2007 e LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010

- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Decreto del Commissario *ad Acta* n. 5 del 28/02/2011, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 15 del 14/04/2011, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 4/2012 del 04/04/2012, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 49/2012 del 08/10/2012.

MOLISE*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, modificata da LR 9/2005, LR 18/2008 e LR 34/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario Regionale 2013-2015 – approvato con DCA 20 marzo 2013 n. 8.
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 362/2007.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1997, LR 9/2005 e LR 34/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 11/1997, LR 12/1997 e LR 8/2010 e Decreto del Commissario *ad Acta* n.96/2011
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001 e Decreto del Commissario *ad Acta* n. 6/2010

CAMPANIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 12/1998 e LR 3/2006
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 25/1996
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario Regionale 2011-2013, adottato con Decreto del Commissario *ad Acta* n. 22 del 22 marzo 2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 460/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, 12/1998 e LR 16/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 2/1998, LR 12/1998, LR 18/2000, LR 10/2002 e LR 28/2003
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1346/2001 e DGR 1758/2002, DCA n.18 del 18/2/2013

PUGLIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/2006, LR 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010; Regolamento regionale 19/2010, 11/2012 e 14/2015
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 24/2001, LR. 1/2004, LR 14/2004 e LR 1/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – LR 2/2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996, LR 12/2005, LR 39/2006, LR 4/2010 e LR 1/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998, LR 20/2002 e successive 1/2004, 1/2005, 39/2006, 40/2007, 45/2008, 34/2009 e 19/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002; DGR. n. 1388/2011; DGR n. 3008/2012; DGR n. 879/2015

BASILICATA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 50/1994, LR 39/2001, LR 34/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 317/2012, Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2012-2015.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 39/2001, LR 12/2008, LR 8/2014 e LR 8/2014
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 34/1995, modificata da LR 6/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 2489/2000; LR 26/2011.

CALABRIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 26/1994 e LR 2/1996, modificata da LR 11/1996 e LR 9/2007 art.7
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario Regionale 2007-2009, approvato con DGR. 694/2007.
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 845/2009 ad integrazione e modifica DGR 585/2009 e DGR 752/2009
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1996, modificata da LR 11/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 43/1996 e LR 29/2002
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 316/2006- DPGR 54/2011; DPGR 97/2013

SICILIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Presidenziale n.282 18 luglio 2011, Piano Sanitario Regionale 2011-2013.
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 312/2007, Decreto Assessorato alla Salute del 30/12/2010 Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del PdR
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000, modificata da LR 26/2000, LR 2/2002, LR 4/2003; circolare 7/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001, DA 736/2010 e DA 19/3/2012

SARDEGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 10/2006
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 4/2007 Piano Sanitario Regionale 2006-2008
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 30/2007 e 33/2007
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 10/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1997, modificata e parzialmente abrogata da LR 10/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 30/2008 e 38/2007 per le ASL e DGR 27/2008 e 14/2008 per le AO e le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e Sassari. DGR 43-12 del 31/10/2012

(*) Non è pervenuta la Scheda Regionale 2015.

Bibliografia

- AGENAS (2014), *Piani sanitari regionali vigenti*, <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/psr-vigenti-2013>, ultimo accesso 04/08/2014.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E. e Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari», in Migione L. (a cura di), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico, Roma.
- Cantù E. (2000), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Cutler D. e Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- De Pietro, C., Marsilio, M. e Sartirana, M. (2014) «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le regioni in Piano di Rientro a confronto», in CER GAS (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Ferrè F. e Ricci A. (2011), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Fusco D., Davoli M., Pinnarelli L., Colais P., D' Ovidio M., Basiglini A. e Perucci C.A. (2012), «Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE)», *Monitor*, 30: 22-42, Age.Na.S, Roma.
- Herwartz H. e Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditu-

- re: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- ISTAT (2014), *Tutela della salute e accesso alle cure*, disponibile on line, <http://www.istat.it/it/archivio/128176>.
- ISTAT (2015), *Bilancio demografico nazionale*, disponibile on line <http://www.istat.it/it/archivio/162251>.
- Marsilio M. (2012), «Forme di centralizzazione degli acquisti e delle funzioni amministrative», Relazione al workshop di presentazione del Rapporto OASI 2011, Udine, 15/06/2012.
- Ministero della Salute (2015), *Posti letto per struttura ospedaliera – anni 2010-2014*, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=18>.
- Ministero della Salute (2015), *Attività economiche e gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere – Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2012*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8.jsp?lingua=italiano
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto SDO 2012*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4230&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto
- Ministero della Salute (2015), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13
- Spillman B.C. e Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.