

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

4 La struttura e le attività del SSN

di Claudia Guerrazzi e Alberto Ricci¹

4.1 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 (presentato nel capitolo 1). Gli elementi che vengono 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 (§ 4.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali – quantitativi (§ 4.3)²;
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§ 4.4);
- ▶ bisogni sanitari, livelli di soddisfazione e domanda espressa dagli utenti (§ 4.5).

¹ La ricerca aggiorna e approfondisce il secondo capitolo del Rapporto OASI 2012. Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 4.1, 4.2, 4.4 sono da attribuirsi ad Alberto Ricci e i §§ 4.3 e 4.5 a Claudia Guerrazzi.

Gli autori ringraziano Francesca Ferré per il costante aiuto nella redazione del capitolo. Inoltre, 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.

² A partire dal 2009, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, relativamente alla natura pubblica o privata degli erogatori. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie (AO integrate con l'Università) e Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta; 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. Dove non diversamente specificato (cfr. alcune sezioni del § 4.3), il capitolo adotta tale classificazione.

Il confronto tra la struttura del SSN italiano e di altri paesi OCSE offre un *benchmark* per inquadrare ancora più correttamente struttura e risultati del nostro sistema sanitario. In tale ottica, il capitolo può essere letto insieme al capitolo 2 del presente Rapporto.

4.2 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 temperamento 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 nelle regioni i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo, devono:

1. ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
2. individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il «gruppo sanitario pubblico regionale»;
3. 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.);
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.

Rispetto a tali competenze, in appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base della scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2013. Nel prosieguo:

- ▶ si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende pubbliche (§ 4.2.1);
- ▶ si approfondisce la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione (§ 4.2.2).

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono 9 le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale³. Da segnalare che il Friuli VG, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto e il Lazio⁴ hanno recentemente soppresso la propria Agenzia e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

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 3 del presente Rapporto per un'analisi comparata dei sistemi di Welfare di Italia, Francia, Germania e Regno Unito;
- ▶ al capitolo 5 del presente Rapporto per una descrizione approfondita della spesa sanitaria nel nostro Paese;
- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per un'analisi dei consumi sanitari privati in Italia;
- ▶ al capitolo 7 del presente Rapporto per un'analisi comparata dei sistemi socio-sanitari e sociali in Emilia Romagna e Lombardia;
- ▶ al capitolo 8 del presente Rapporto per un approfondimento sul tema dei curriculum e delle competenze manageriali dei Direttori Generali;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2012 per una disamina degli strumenti strategici utilizzati dalle regioni per la predisposizione e l'implementazione dei Piani di Rientro;
- ▶ al capitolo 9 del Rapporto OASI 2012 per un confronto di alcuni modelli regionali innovativi di presa in carico della cronicità a livello territoriale;
- ▶ al capitolo 10 del Rapporto OASI 2012 per un'analisi degli indirizzi regionali per la programmazione integrata nei settori sociosanitario e sociale a livello locale.

4.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere – AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati dalla regione stessa; (iii) definire il ruolo di IRCCS e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con l'SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti (per esempio, ESTAV, Fondazioni, ecc.).

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

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

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 e conseguente estensione dei meccanismi di «quasi mercato»; (iii) presenza di soggetti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

La Tabella 4.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2013 e le relative dimensioni medie.

Rispetto al 2012, si registra la diminuzione nel numero delle ASL, passate da 145 a 143 a seguito del riordino del SSR dell'Umbria. Dal 01/01/2013, la ex Az. USL 1 – Città di Castello e la ex Az. USL 2 – Perugia sono state accorpate nella nuova Azienda USL Umbria 1. La ex Az. USL 3 – Foligno e la ex Az. USL 4 – Terni sono invece state accorpate nella nuova Azienda USL Umbria 2. In Friuli VG la proposta di riassetto del Servizio Sanitario Regionale, che prevedeva il dimezzamento delle Aziende Socio-Sanitarie Locali da 6 a 3⁵, sta incontrando una forte opposizione da parte della Giunta Regionale insediata nella primavera 2013. Al 30 Giugno 2013, risultano ancora operative 6 aziende territoriali.

Da un punto di vista dimensionale, a Dicembre 2012⁶ si evidenzia una popolazione media per ASL pari a 411.622 abitanti⁷, con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.545.155 abitanti), seguito dalle ASL campane (824.250 abitanti), pugliesi (675.134 abitanti) e lombarde (652.968 abitanti) e un minimo nella Valle D'Aosta (127.844 abitanti). Si segnala, inoltre, che nelle regioni Veneto, Friuli VG, Umbria e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti. In Umbria però, a causa degli accorpamenti, con il 01/01/2013 il numero di abitanti medio per ASL oltrepassa il valore nazionale arrivando a 443.120.

Il numero di AO cala di due unità, a causa dell'accorpamento di tre Aziende torinesi (S. G. Battista – Molinette, CTO – Maria Adelaide, OIRM – Sant'Anna), riunite nell'AO «Città della Salute e della Scienza».

Inoltre, la Tabella 4.1 mostra:

⁵ Il riferimento normativo è costituito dal DDL Regionale n.216, approvato dal Consiglio Regionale del Friuli Venezia Giulia il 05/12/2012.

⁶ La base di calcolo è costituita dai dati demografici forniti dall'ISTAT per il 31/12/2012 (ultimi disponibili al 30/06/2013). Questi ultimi fanno riferimento al censimento 2011, che ha evidenziato una popolazione effettivamente residente inferiore a quella stimata in base ai calcoli pre – censuari, riportati nel Rapporto OASI 2012; per ulteriori informazioni si rimanda al sito ISTAT <http://demo.istat.it/archivio.html>. Al 31/12/2012 il numero di ASL attive risultava identico a quello dell'anno precedente.

⁷ Rispetto al Rapporto OASI 2012, il calo del numero di residenti per ASL (a numero di Aziende invariato) è da imputare alla revisione dei dati di popolazione, come riportato nella nota precedente.

Tabella 4.1 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 30/06/2013	Popolazione media 2012	N. medio presidi a gest. diretta* 2011	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta 2010	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/13**	N. medio stabilimenti AO*** 2011	PL utilizzati medi per AO 2010	PL utilizzati medi per stabilimento AO 2010
Piemonte	63	22	22	13	336.466	3,8	312	7	7	6	1,9	592	312
Valle d'Aosta	1	1	1	1	127.844	1,0	400	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	652.968	0,1	312	16	27	29	3,3	712	216
PA Bolzano	4	4	4	1	509.626	7,0	236	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	530.308	9,0	218	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	232.465	2,5	535	2	2	2	1,5	1.391	927
Friuli VG	12	6	6	6	203.643	1,3	138	3	3	3	2,3	754	580
Liguria	20	5	5	5	313.025	3,8	562	3	3	-	-	1.310	1.310
Emilia Romagna	41	13	13	11	397.953	5,0	425	5	5	5	1,0	936	936
Toscana	40	12	12	12	307.736	3,7	205	4	4	4	1,0	762	762
Umbria	12	5	4	2	221.560	4,5	136	2	2	2	1,0	595	595
Marche	24	13	13	1	1.545.155	27,0	116	3	4	2	2,5	600	300
Lazio	51	12	12	12	463.106	4,0	116	3	3	5	1,6	578	361
Abruzzo	15	6	6	4	328.127	4,5	170	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	313.341	6,0	174	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	824.250	7,0	132	7	8	7	2,1	454	349
Puglia	55	12	12	6	675.134	7,3	264	4	6	2	1,5	1.003	669
Basilicata	7	5	5	2	288.097	6,0	139	1	1	1	2,0	671	336
Calabria	31	11	11	5	391.648	5,8	75	4	4	4	2,3	396	198
Sicilia	62	9	9	9	555.548	6,0	99	16	17	5	2,4	561	234
Sardegna	22	8	8	8	205.047	3,5	119	1	1	1	1,0	482	482
ITALIA	659	228	197	143	411.622	4,0	190	81	97	78	2,4	682	310

(*) Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 31/10/2011. 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. (***) Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti di Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono invece incluse le sedi delle Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con l'SSN.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, (indirizzato al 31/10/2011 e Attività Economiche e Gestionali delle ASL e delle AO 2010), Schede Regionali 2013

- ▶ una media di 4 presidi a gestione diretta delle ASL al 2011 e una dimensione media di 190 posti letto per presidio, sostanzialmente in linea con l'anno precedente⁸;
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia settentrionale (con un numero di posti letto superiore alla media nazionale, tranne che in Piemonte⁹), rispetto a quelle del Centro-Sud (solo in Toscana e Puglia le AO hanno dimensioni superiori alla media);
- ▶ l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, liguri, emiliane, toscane, pugliesi, in seguito alla scelta regionale di costituire in AO solo gli ospedali di maggiori dimensioni, soprattutto quelli in cui l'attività ospedaliera è svolta congiuntamente con l'Università;
- ▶ la peculiarità della scelta lombarda, evidenziata dal numero medio di strutture di ricovero per azienda (0,1 presidi a gestione diretta per ASL e 3,3 stabilimenti per AO, rispetto ad una media nazionale rispettivamente pari a 4 e 2,4¹⁰). Inoltre, si nota una limitata dimensione media degli stabilimenti di AO, in quanto sono stati scorporati dalla gestione diretta ASL anche ospedali di dimensioni ridotte.

La cronologia dettagliata delle modifiche nel numero di ASL e AO dal 1996 al 30/06/2013 è riportata in allegato al termine del capitolo (Riquadro 4.3). Qui è sufficiente ricordare che 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 erano 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. Il numero delle ASL, a livello nazionale, è passato dalle 197 del 2001 alle 143 di oggi. In diverse regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa sono state create ASL uniche (Valle D'Aosta¹¹, PA di Trento, PA di Bolzano, Marche e Molise). Nelle restanti regioni il territorio delle ASL coincide tendenzialmente con quello provinciale¹², con l'eccezione di Veneto e Friuli VG. Infine, nelle

⁸ L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2010 e pubblicati dal Ministero della Salute nel rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO».

⁹ La dimensione media delle AO piemontesi è comunque destinata a crescere nelle rilevazioni dei prossimi anni, a causa dell'accorpamento delle tre AO torinesi descritto sopra.

¹⁰ Si segnala peraltro che, in generale, i dati medi nazionali riferiti alle AO risultano fortemente influenzati dai dati lombardi, dal momento che le AO lombarde rappresentano più di un terzo del totale nazionale.

¹¹ Valle D'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

¹² Anche in regioni in cui la ASL coincide con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: la ASL Vallecamonica – Sebino (BS), la AUSL di Imola (BO), la AUSL di Cesena (FC), la ASL Chiavarese (GE), le due ASL della provincia di Cuneo. Ragioni storico-amministrative e di accessibilità geografica spiegano, almeno in parte, queste scelte di assetto istituzionale.

principali aree metropolitane del Paese (Roma, Milano, Napoli, Torino) si annoverano ASL sub-provinciali.

La riduzione delle ASL è parzialmente riconducibile alla ricerca, da parte delle regioni, delle dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. 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 78. Il processo, soprattutto nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, ha subito un'accelerazione negli ultimi anni, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i Piani di Rientro (Cuccurullo, 2012)¹³.

Le modifiche ad ASL e AO sono state affiancate da ulteriori interventi che si caratterizzano per rilevanti elementi di innovazione rispetto all'«ortodossia del SSN». Le regioni, forti del «federalismo sanitario», hanno infatti:

- ▶ introdotto nuovi soggetti istituzionali;
- ▶ previsto meccanismi che leghino tra loro le diverse aziende, in particolare attraverso la creazione di livelli di coordinamento intermedi tra la regione e le aziende stesse, non necessariamente dotati di personalità giuridica;
- ▶ accentrato a livello regionale alcune decisioni strategiche e funzioni amministrative.

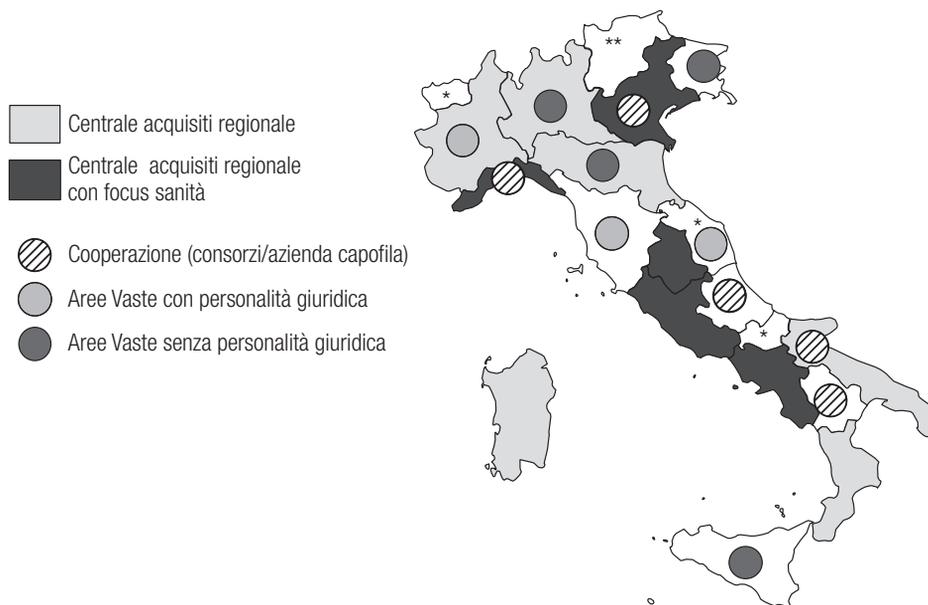
La finalità principale di queste soluzioni sembra essere la riconnessione e la messa in rete delle aziende, per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni in specifiche funzioni o in determinati ambiti di attività. A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalla regione come, ad esempio, agli enti locali (è il caso della costituzione in Toscana di 25 Società della Salute – vedi capitolo 9 del Rapporto OASI 2012).

Rispetto al primo punto, le regioni, sempre più spesso, hanno previsto ambiti di programmazione sovra-aziendale o la costituzione di aree vaste o macro-aree di accentramento e coordinamento dei processi di acquisto e di altre funzioni amministrative (gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative e organizzazione dei centri di prenotazione). Le scelte regionali nella gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative possono essere ricondotte a quattro modelli principali¹⁴ (cooperazione istituzionale; aree vaste; enti pubblici giuridicamente autonomi e azienda unica) presentati e discussi nel Capitolo 2 del Rapporto OASI 2011¹⁵. Di seguito si fornisce una rappresentazione grafica degli attuali as-

¹³ 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).

¹⁴ La classificazione dei modelli di gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative riprende i risultati della ricerca coordinata da Marta Marsilio nell'ambito del progetto SIVEAS 2010. Si ringrazia Marta Marsilio per il contributo nell'aggiornamento di questa sezione.

¹⁵ Per un approfondimento sui modelli regionali di centralizzazione degli acquisti si veda anche Mele (2012), che riprende in buona sostanza la classificazione qui presentata (pp.136-137).

Figura 4.1 **L'accentramento degli acquisti (2013)**

(*) Presenza di Azienda Unica Regionale

(**) Nella PA di Trento l'approvvigionamento avviene esclusivamente a livello di ASP (1 livello), mentre nella PA di Bolzano può avvenire sia a livello di ASP che di singolo comprensorio.

Fonte: Elaborazione OASI da Marsilio, 2012

setti di accentramento degli acquisti presenti nei vari SSR (Figura 4.1). La cronologia dettagliata delle modifiche nel numero di strutture intermedie scelte dai SSR per la gestione accentrata dell'acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative dal 1996 al 30/06/2013 è riportata in allegato al termine del capitolo (Riquadro 4.4). Rispetto al Rapporto 2012, non si evidenziano variazioni ufficiali nelle forme istituzionali intermedie, salvo l'attivazione delle Aree Vaste in Friuli VG. A seguito del Tavolo per gli adempimenti del 04/04/2013, invece, la Giunta regionale del Piemonte ha annunciato l'abrogazione delle Federazioni Sovrazionali.

4.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹⁶

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

¹⁶ Questa sezione è stata aggiornata con il fondamentale supporto di Francesca Ferré. La principale fonte è costituita dalle Schede regionali, integrate con ricerche sui siti web delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende. 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).

Il legislatore nazionale lascia alla regione ampi margini di autonomia nella definizione degli obiettivi di *performance* per la valutazione dei DG. La rottura più evidente, con il tradizionale paradigma burocratico è l'idea che i DG siano nominati su base «fiduciaria¹⁷», debbano rispondere dei risultati raggiunti e, in presenza di risultati considerati insoddisfacenti, possano essere sostituiti. Tuttavia, la mobilità dei DG è legata non solo a giudizi sull'operato del DG stesso in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche a dinamiche istituzionali e politiche come le scadenze di legislatura, la modificazione delle maggioranze e lo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse (Del Vecchio e Carbone, 2002). Non vanno dimenticati altri elementi extraeconomici che possono diminuire o aumentare molto la mobilità, soprattutto extra-regionale, dei DG: si pensi a fattori culturali o linguistici (con particolare riferimento alla Provincia Autonoma di Bolzano), o alle caratteristiche geografiche di una regione (isolamento, estensione, ecc.).

Alla luce delle suddette considerazioni, questo sottoparagrafo aggiorna le analisi sul *turnover* dei DG delle aziende sanitarie pubblicate nei Rapporti OASI a partire dal 2002. In particolare, il sottoparagrafo 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.

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 4.2 mostra la durata media¹⁸ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,6 anni, ossia 3 anni e 7 mesi circa, quindi al di sotto della durata fisiologica del contratto dei Direttori, generalmente fissata in cinque anni. Questo è, sicuramente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando i tempi necessari per la realizzazione di un «progetto di gestione» in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità. Nel 2013, a livello nazionale, si registra una flessione della durata media in carica dei DG rispetto al 2012 (da 3,7 a 3,6). Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre

¹⁷ Da notare che il D.L. 158/2012, convertito in legge con la L. 189/2012 (c.d.»Decreto Balduzzi») all'art. 4 ha stabilito più stringenti parametri per la nomina dei Direttori generali, in termini di età, titolo di studio, esperienza pregressa nel settore sanitario, procedure di selezione.

¹⁸ 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 $1 \leq n \leq 18$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

Tabella 4.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda, per Regione (1996-2013)**

Regione	AO	ASL	Totale complessivo
Abruzzo	–	4,0	4,0
Basilicata	3,0	3,3	3,2
PA Bolzano	–	10,0	10,0
Calabria	2,3	1,5	1,7
Campania	5,2	3,1	3,9
Emilia Romagna	4,9	4,1	4,3
Friuli VG	3,8	3,9	3,9
Lazio	3,2	2,7	2,8
Liguria	5,0	3,7	4,2
Lombardia	4,0	3,7	3,9
Marche	3,5	3,0	3,1
Molise	–	3,9	3,9
Piemonte	3,1	3,3	3,2
Puglia	4,4	2,9	3,4
Sardegna	3,6	2,8	2,9
Sicilia	3,5	2,8	3,3
Toscana	3,6	3,9	3,8
PA Trento	–	4,5	4,5
Umbria	3,8	2,6	2,9
Valle D'Aosta	–	4,5	4,5
Veneto	4,7	4,5	4,5
ITALIA*	3,9	3,5	3,6

(*) Valore medio calcolato come media aritmetica di tutte le durate medie aziendali.

Fonte: OASI, 2013

mostrato una stabilità superiore alle ASL, anche se, nel 2011, si era raggiunto un allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Nel 2013, la tendenza a una differente durata in carica dei DG delle due tipologie di aziende pubbliche non si riscontra uniformemente in tutte le regioni. Infatti, in Piemonte, Veneto e Friuli VG la stabilità dei DG delle ASL e AO è molto simile, mentre in Toscana gli incarichi dei direttori delle ASL tendono a superare quelli delle AO (3,9 contro 3,5 anni).

La seconda dimensione di indagine ha come oggetto le persone che hanno svolto o stanno svolgendo il ruolo di DG. L'obiettivo capire se, a livello nazionale, ci sia o 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 4.2 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, il numero degli individui ad essa appartenenti.

Il grafico mostra come, delle 270 persone che hanno un'esperienza di sei o più anni come DG, solo il 14% l'abbia maturata in aziende di diverse regioni. D'altra parte, rimane molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 292, 126 e 142). L'incidenza della somma di tali classi si è però ridotta marginalmente nel corso del tempo, passando da poco più del 55% nel 2003 al 52% nel 2013.

Analizzando i DG che hanno operato in più di una regione, prevalgono spostamenti tra regioni limitrofe e per lo più si tratta di manager che hanno operato in due, tre o, massimo, quattro regioni diverse.

Per informazioni sull'*identikit* professionale dei DG a partire da un'analisi dei *curriculum vitae* si rimanda al capitolo 8 del presente rapporto.

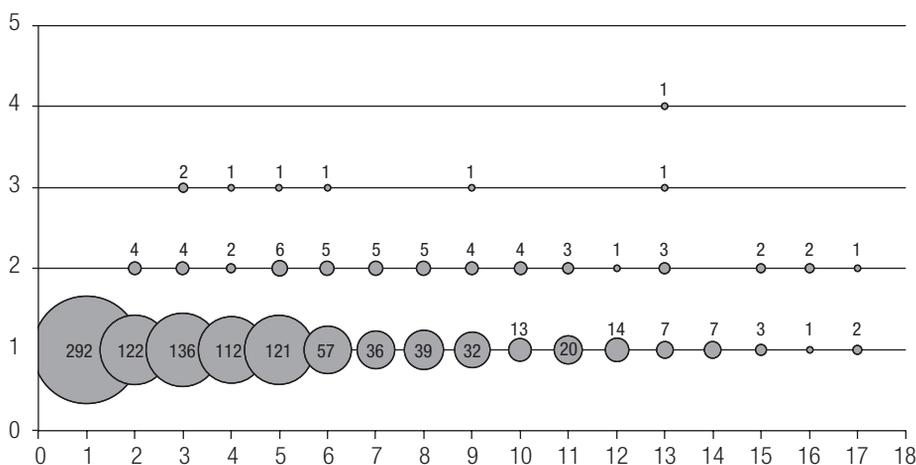
Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁹ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale²⁰ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare i DG 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 aperto²¹. Inoltre, tale indice sarà progres-

¹⁹ 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 zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a uno 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.

²⁰ 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 1996-2013 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 zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero. Si segnala che nel caso di fusioni di più aziende la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

²¹ È possibile invece calcolare l'indice di instabilità che è pari, a 0,167 per entrambe le regioni.

Figura 4.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=1.073)**



Fonte: OASI, 2013

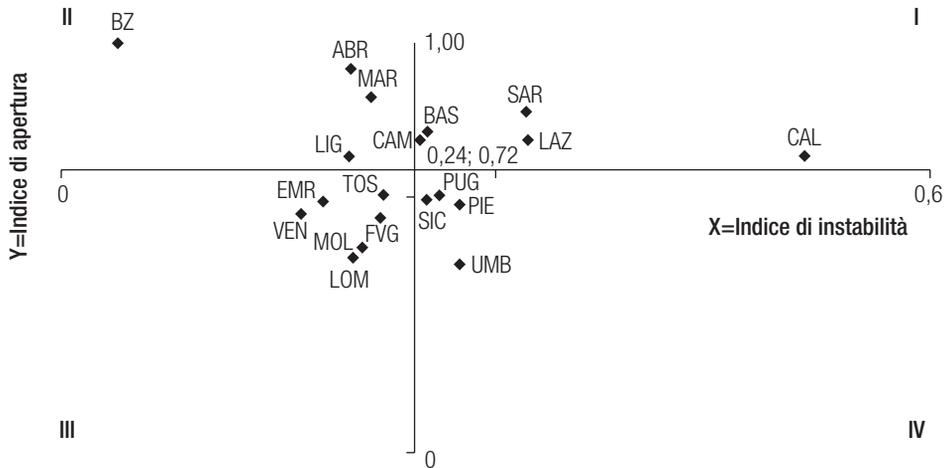
sivamente meno significativo anche per quelle regioni che nel corso degli ultimi otto anni sono divenute mono – azienda (Molise e PA di Bolzano).

Associando a ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 4.3). 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 (0,24; 0,72)²² rappresenta la media nazionale, sostanzialmente invariata rispetto al 2012. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti.

- Nel primo quadrante si collocano le regioni caratterizzate da elevati gradi di instabilità e di apertura (regioni «ad alta variabilità»). Queste caratteristiche si riscontrano maggiormente in alcune regioni del Centro-Sud: Calabria, Sardegna, Campania, Lazio e Basilicata. La Calabria si conferma come la Regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese, anche se il relativo indice è

²² L'indice di instabilità nazionale viene calcolato come quelli regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2013 (1.175) e il numero totale dei possibili cambiamenti (4.807). Il valore è pari a 0,24. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo delle persone che dal 1996 al 2013 hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.099), e il numero di aziende ponderato per il loro numero di anni di esistenza (267) diviso per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.175): 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 (1.099) non coincide con quanto riportato in Figura 4.2.

Figura 4.3 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2013)**



Fonte: OASI, 2013

diminuito rispetto al 2012 (da 0,54 a 0,51). Tutte le altre regioni evidenziano valori stabili²³.

- Il secondo quadrante raggruppa i sistemi regionali stabili ed aperti, in cui i cambiamenti dei DG sono rari ed avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne al sistema regionale. In questo quadrante si posiziona, in maniera evidente, la PA di Bolzano, che registra i valori di instabilità più ridotti del Paese²⁴. Si collocano più vicino alla media nazionale per l'indice di instabilità Abruzzo e Marche e per entrambi gli indici la Liguria. Le regioni di questo quadrante non registrano significative variazioni rispetto al 2012.
- Il terzo quadrante raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (regioni «statiche»). La Lombardia e il Molise si collocano su valori particolarmente bassi di apertura (anche se il Molise, mono – azienda dal 2005, è passato da 0,56 a 0,6 nel corso dell'ultimo anno). Emilia Romagna e Veneto evidenziano valori particolarmente bassi di instabilità, con quest'ultima regione che aumenta i valori di entrambi gli indici (da 0,13 a 0,17 l'instabilità, da 0,64 a 0,67 l'apertura). Toscana e Friuli VG si posizionano

²³ Qui e nel resto del paragrafo si considerano come trascurabili le variazioni inferiori o pari a 0,02 in valore assoluto.

²⁴ Si tratta, in realtà, di un sistema ad «apertura fittizia»: l'attuale direttore dell'ASP unica, precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre pre-esistenti aziende alto-atesine), ricopre il ruolo di DG dall'inizio della rilevazione (1996). Ad oggi, è quindi formalmente al primo incarico all'interno del sistema sanitario della PA di Bolzano.

più vicino alla media nazionale e registrano solo ridotte variazioni del tasso di apertura e di instabilità.

- Il quarto quadrante raggruppa le regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, vale a dire sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti ed avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione (regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in maniera relativamente evidente in Umbria, mentre Sicilia, Puglia e Piemonte si posizionano più vicino alla media nazionale. I valori di queste regioni rimangono costanti nel corso dell'ultimo anno, ad eccezione dell'Umbria, dove il tasso di apertura cala da 0,61 a 0,57.

4.3 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, distinguendo e confrontando le dinamiche caratterizzanti l'offerta pubblica e privata accreditata.

4.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera: si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato prevalentemente strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione ed attività²⁵.

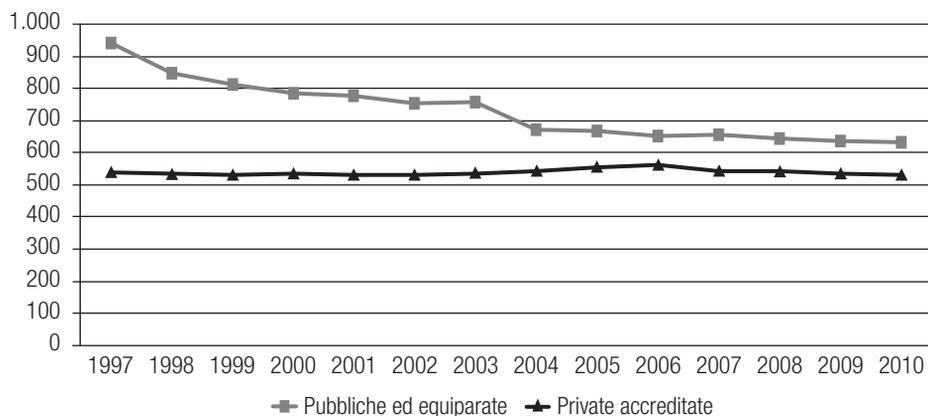
Ciò ha comportato, nel periodo 1997-2010, una progressiva riduzione (-33%) del numero delle strutture pubbliche ed equiparate (Figura 4.4)²⁶.

Nello stesso arco di tempo, invece, le strutture private accreditate hanno registrato un andamento stabile (-1%): in particolare, si nota un lievissimo aumento a partire dall'anno 2002 fino al 2006, poi una diminuzione del 5% tra il 2006 e il 2010.

²⁵ In particolare, si ricordano gli standard minimi di riferimento per la dotazione di posti letto (120) e di saturazione della capacità produttiva (utilizzo medio annuo dei posti letto pari o superiore al 75%) indicati dalla normativa (rispettivamente, L. 412/91, art. 4, c. 3 e ss. mm. e L. 662/96 art.1, c.1-4).

²⁶ Con riferimento alla Figura 4.4, in base allo storico delle informazioni disponibili (flussi HSP 12 ex DM 05/12/2006), il modello di classificazione delle strutture prevede tre categorie: pubbliche, equiparate e private accreditate, come dettagliato dalla nota alla tabella. Nel prosieguo del paragrafo, anche la Figura 4.5, la Figura 4.7 e la Tabella 4.4 adottano questa classificazione.

Figura 4.4 **Numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e private accreditate (1997-2010)**



Nota: le strutture pubbliche comprendono i Presidi a gestione diretta ASL, le Aziende Ospedaliere. Le strutture equiparate includono le AO integrate con l'SSN, i Policlinici universitari privati, gli IRCCS pubblici e privati, gli Ospedali classificati, gli Istituti sanitari privati qualificati presidi USL, gli Enti di ricerca. Le strutture private accreditate comprendono le case di cura accreditate.
Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

L'obbligo di razionalizzazione della rete viene ripreso dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008²⁷ e dal Patto per la Salute 2010-2012 che, tra gli obiettivi prioritari, individuano la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso la dismissione degli istituti minori e l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, sviluppando una maggiore offerta di assistenza territoriale e creando dei Centri di eccellenza. Il D.L. 95 del 06/07/2012 («Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati») riprende questi indirizzi e prevede che le regioni effettuino una verifica della funzionalità della rete di offerta, con particolare riferimento ai presidi pubblici sottodimensionati²⁸.

Il livello regionale ha recepito progressivamente gli obiettivi fissati dai documenti di programmazione sanitaria nazionale, procedendo al riordino della rete ospedaliera (con riferimento sia alle strutture pubbliche che a quelle private accreditate). In particolare, oltre ai tradizionali obiettivi di razionalizzazione delle attività e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, le regioni hanno emanato indirizzi e linee guida vincolanti per la riduzione dei posti letto, la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni in strutture territoriali e il potenziamento delle strutture operative del sistema di emergenza-urgenza regionale (cfr. capitolo 6 del Rapporto OASI 2011).

²⁷ Il Piano Sanitario 2006-2008 è l'ultimo PSN approvato e risulta quello ufficialmente in vigore.

²⁸ Articolo 15, comma 13, lettera c. Per ospedali di «piccole dimensioni», qui e di seguito, si intendono le strutture dotate di meno di 121 posti letto.

Per la distribuzione geografica delle strutture di ricovero si rimanda alla Tabella 2.7 del Rapporto OASI 2012. A fronte di 494 strutture di ricovero pubbliche, si registravano 676 strutture private (di cui 612 accreditate e 64 non accreditate). Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si notava una prevalenza dei presidi a gestione diretta (384 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro-Sud (76%). Specularmente, la maggior parte dei presidi di Aziende Ospedaliere si trovava al Nord (68% del totale). Si contavano 60 IRCCS, di cui 38 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (25, di cui 20 privati). I Policlinici Universitari, pubblici e privati (rispettivamente, 8 e 2) erano presenti solo nel Lazio e nel Mezzogiorno. Considerando le case di cura private, era evidente la prevalenza delle strutture accreditate (90%).

La Tabella 4.3 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 (ex Policlinici universitari pubblici) presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL) utilizzati, con una media, rispettivamente, di 682 e 679 posti nel 2010; presidi a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano ad un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 190, 223 e 209 PL; le Case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 81 PL accreditati²⁹. La Tabella 4.3 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata, fino al 2009, una riduzione nelle dimensioni medie in termini di posti letto: in particolare, questo si è verificato per le AO (-24,7% tra il 1997 e il 2009), le AO integrate con l'SSN (-28,7%) e le case di cura accreditate (-15,8%). Tuttavia, dal 2009 al 2010 si rileva un aumento, soprattutto nelle AO e AO integrate con l'università, che passano da 628 a 682³⁰ PL medi, e nelle AOU integrate con l'SSN, che passano da 610 a 679³¹ PL medi.

Passando all'analisi dei posti letto per regime di ricovero, con riferimento al ricovero in degenza ordinaria (Figura 4.5), si è registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici ed equiparati, ridottisi del 36,9% tra il 1997 e il 2010. I posti letto delle case di cura accreditate sono invece calati del 22,9%.

Nel corso del 2010, nelle strutture pubbliche ed equiparate si è registrata una riduzione di posti letto in regime ordinario (RO) dell'1,27%. Nelle strutture accreditate la riduzione di posti letto tra il 2009 e il 2010 è stata pari a 1,1 punti percentuali, evidenziando un calo meno marcato rispetto all'anno precedente (2,4% tra il 2008 e il 2009).

Per quanto riguarda, invece, la dotazione di PL per ricoveri in regime diurno, si è registrato, nell'arco dei quattordici anni, un incremento pari al 36% (da 22.066 a

²⁹ Questo dato si riferisce al numero di posti letto dedicati a svolgere attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle case di cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

³⁰ Il forte aumento di posti letto tra il 2009 e il 2010 è da imputare principalmente al riordino del SSR siciliano, che ha comportato il passaggio da 16 a 5 Aziende Ospedaliere.

³¹ L'aumento è da imputare esclusivamente all'incremento dei posti letto da 4.881 a 5.435.

Tabella 4.3 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2010)**

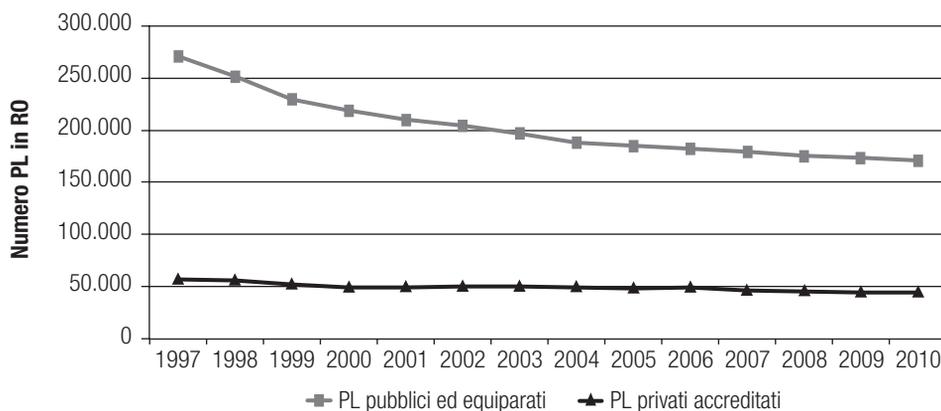
Tipologia struttura	1997	2000	2005	2008	2009	2010	Variazione 1997-2010
AO e AO integrate con Università	834	774	660	630	628	682	-18,2%
Presidi a gestione diretta ASL	199	184	193	192	189	190	-4,4%
AOU integrate con SSN	856	832	620	621	610	679	-20,6%
IRCCS pubblici e privati	243	247	224	227	223	223	-8,4%
Ospedali classificati ⁽¹⁾	234	223	211	213	211	209	-10,6%
Case di cura accreditate ⁽²⁾	98	89	85	84	83	81	-16,9%

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

(2) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 4.5 **Numero di posti letto previsti (RO, acuti e non acuti), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2010)**



Nota: le strutture pubbliche comprendono i Presidi a gestione diretta ASL, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Le strutture equiparate includono le AOU integrate con l'SSN, i Policlinici universitari privati, gli IRCCS pubblici e privati, gli Ospedali classificati, gli Istituti sanitari privati qualificati presidi USL, gli Enti di ricerca. Le strutture private accreditate comprendono le case di cura accreditate.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

29.991 unità). Anche se in termini assoluti, l'aumento dei PL pubblici è maggiore rispetto a quello dei PL privati accreditati, l'aumento percentuale di questi ultimi è più marcato. Infatti, i PL pubblici ed equiparati sono cresciuti del 23,8% (da 21.247 a 26.300), mentre quelli privati sono più che quadruplicati (da 819 a 3.691), con un aumento complessivo molto rapido (81%) nel periodo 2001-2004. Questa tendenza era stata avviata negli anni 1995-1997, in attuazione di quanto previsto

dai D.Lgs. 502/1992 e 517/1993, e si è ulteriormente accentuata soprattutto negli anni 2001-2003, anche come conseguenza delle esigenze nazionali di contenimento della spesa e di incremento dell'appropriatezza del regime di ricovero. Da segnalare che dal 2008 il trend si è invertito, registrando un calo della dotazione posti di letto in regime diurno. Tale riduzione tra il 2009 e il 2010 è pari al 2,9% (-904 unità). Tuttavia questa diminuzione è frutto del bilanciamento tra il forte calo che ha interessato sia gli erogatori pubblici ed equiparati (-1059 unità; -3,9%) e l'aumento che ha interessato quelli privati accreditati (+155 unità, pari a +4,4%).

I dati di dotazione strutturale relativi al trend del biennio 2010-2012, pubblicati in forma aggregata (RO+DH) ad agosto 2013, confermano la tendenza complessiva alla riduzione dei PL. Nel 2012 il SSN disponeva di 230.068 PL (-18.754 rispetto al 2010, -7,5% di cui 185.595 in strutture pubbliche o equiparate (-15.384; -7,7%) e 44.473 in case di cura private accreditate (-3.374; -7,1%).

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

- ▶ la L. 405/2001 (art. 3, comma 4) definiva uno *standard* di 5 PL ospedalieri (RO+DH) per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, stabilendo che il personale in esubero venisse riassorbito dalle strutture riconvertite e tramite il potenziamento delle cure domiciliari;
- ▶ l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 4, comma 1) ha introdotto l'obbligo di adeguare, entro l'anno 2007, la dotazione di PL ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ad uno *standard* massimo di 4,5 PL per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, adattando, di conseguenza, le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, è stata ammessa la possibilità di scostamenti rispetto allo *standard*, purchè non superiori al 5% in rapporto alle diverse condizioni demografiche regionali, con la definizione di obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006;
- ▶ il Patto per la Salute 2010-2012 (art. 6, comma 1) ha imposto a regioni e province autonome di impegnarsi ad adottare provvedimenti per conseguire uno *standard* dei PL ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ancora più stringente, ossia non superiore a 4 PL per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 per riabilitazione e lungodegenza³².

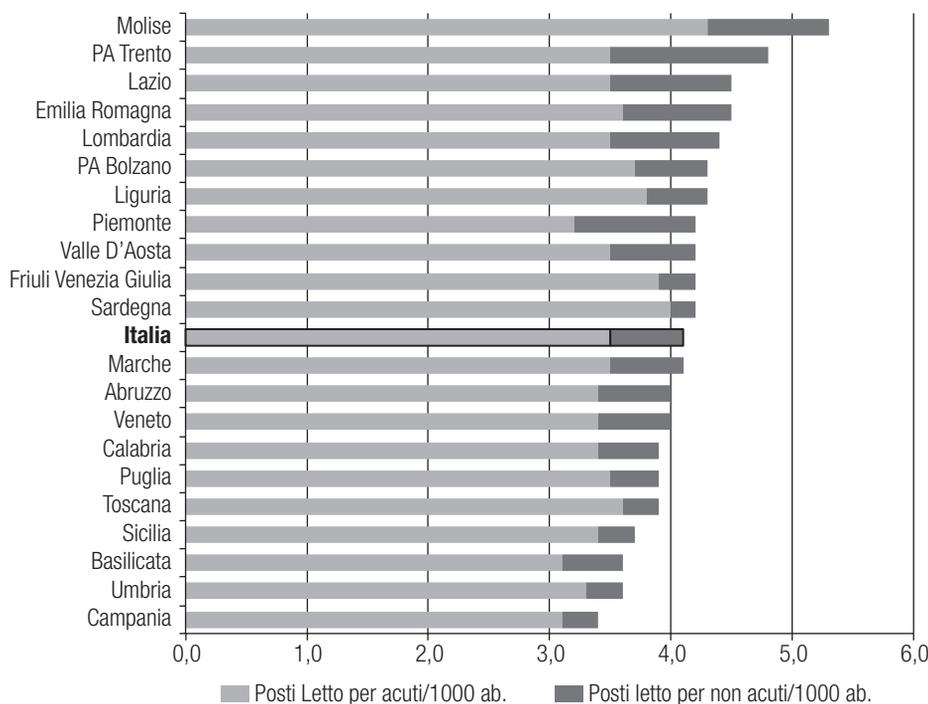
³² I criteri sopra elencati sono ribaditi anche nello Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Le regioni dovevano adempiere all'obbligo entro il 30 giugno 2011 ad eccezione di quelle sottoposte a piano di rientro, per le quali il termine era fissato al 31 dicembre 2010. Per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, anche in questo caso, era stata ammessa la possibilità di prevedere scostamenti rispetto allo standard, purchè non superiori al 5%, fino alla definizione di nuovi riferimenti da parte della Conferenza Stato-Regioni. Da segnalare, comunque, che lo schema di PSN 2011-2013 è all'esame parlamentare da oltre un anno e può considerarsi superato dalle più recenti disposizioni (D.L. 95 del 06/07/2012).

Il rispetto di questi *standard* è stato oggetto di verifica annuale da parte del Comitato LEA, istituito presso il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute. La verifica ha riguardato sia l'adeguamento della dotazione di PL allo *standard*, sia l'adozione dei provvedimenti regionali volti a programmare la rimodulazione dell'offerta ospedaliera.

Nel 2010 la dotazione media nazionale di PL –in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3,5 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 4.6). Rispetto alle prescrizioni del Patto per la Salute, la gran parte delle Regioni non è riuscita a rispettare lo *standard* di 4 PL complessivi. Rispettano questo standard Campania, Umbria, Basilicata, Sicilia, Toscana, Puglia, Calabria, Veneto e Abruzzo. La difficoltà nel rispettare lo standard complessivo deriva principalmente dalla dotazione di posti letto per acuti; infatti lo standard per la lungodegenza di 0,7 è rispettato da tutte le Regioni, tranne Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio, Molise e Provincia Autonoma di Trento.

Infine, il D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) ha ridotto ulteriormente la dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza. Il Decreto Legge, convertito con modificazioni dalla L.135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri

Figura 4.6 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 000 abitanti (2010)**



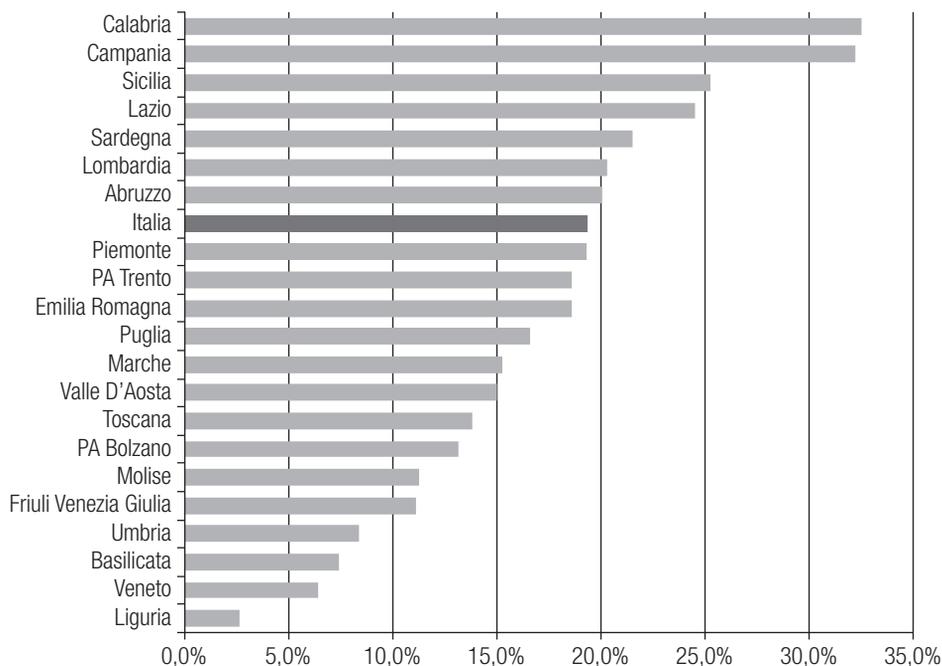
Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse³³.

La Figura 4.7 approfondisce, invece, le differenze regionali in termini di peso relativo del privato accreditato. In tutte le regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica³⁴, con una media nazionale dell'80,7%. A livello regionale, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (32,5%), Campania (32,2%) e Sicilia (25,3%); la percentuale di privato accreditato è, al contrario, molto bassa in Liguria (2,6%), Veneto (6,4%), Basilicata (7,4%) e Umbria (8,4%). Nel periodo che va dal 1998 al 2010, la rilevanza dei PL accreditati è aumentata in Italia di 2 punti percentuali. Gli incrementi più significativi si sono avuti nelle regioni meridionali, specialmente in Sicilia, Molise e Puglia; Lazio, Emilia Romagna e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di PL privati accreditati.

Infine, se si considera come il totale dei PL privati accreditati è suddiviso per

Figura 4.7 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) nel 2010**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

³³ 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.

³⁴ Tra le strutture pubbliche si considerano anche le strutture equiparate.

Tabella 4.4 Servizi per le emergenze all'interno delle strutture di ricovero (2010)

Regione	% strutture pubbliche dotate di DE	% strutture pubbliche dotate di PS	% strutture pubbliche dotate di PSP	% strutture pubbliche dotate di CR	% Ambulanze di tipo «A» con medico in strutture pubbliche	% Case di cura accreditate dotate di DE	% Case di cura accreditate dotate di PS	% Case di cura accreditate dotate di PSP	% Case di cura accreditate dotate di CR
Piemonte	65%	73%	20%	68%	44%	0%	0%	0%	8%
Valle D'Aosta	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Lombardia	67%	73%	38%	75%	3%	8%	22%	3%	18%
PA Bolzano	43%	100%	0%	71%	0%	0%	0%	0%	0%
PA Trento	0%	78%	11%	22%	1%	0%	0%	0%	0%
Veneto	66%	76%	13%	68%	24%	7%	7%	0%	0%
Friuli VG	69%	81%	19%	69%	3%	0%	20%	0%	0%
Liguria	58%	67%	42%	67%	3%	0%	0%	0%	25%
Emilia Romagna	85%	93%	15%	78%	18%	0%	0%	0%	13%
Toscana	83%	79%	10%	67%	29%	0%	0%	0%	3%
Umbria	55%	82%	0%	64%	57%	0%	0%	0%	0%
Marche	44%	84%	3%	41%	57%	8%	8%	0%	0%
Lazio	32%	68%	11%	51%	56%	5%	6%	0%	6%
Abruzzo	62%	100%	5%	57%	69%	0%	0%	0%	33%
Molise	57%	71%	0%	71%	0%	0%	0%	0%	33%
Campania	55%	84%	38%	66%	35%	10%	18%	0%	10%
Puglia	60%	92%	3%	62%	34%	0%	0%	0%	12%
Basilicata	33%	78%	0%	67%	0%	0%	0%	0%	0%
Calabria	50%	86%	6%	36%	60%	3%	3%	0%	0%
Sicilia	28%	93%	9%	57%	16%	2%	2%	0%	8%
Sardegna	22%	75%	13%	50%	10%	0%	0%	0%	8%
ITALIA	52,2%	80,9%	15,5%	60,1%	22,0%	3,8%	7,0%	0,4%	9,4%

Nota: le strutture pubbliche includono anche le strutture equiparate (AOU integrate con l'SSN, Policlinici universitari privati, IRCCS pubblici e privati, Ospedali classificati, Istituti sanitari privati qualificati presidi USL, Enti di ricerca).

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

area geografica, è possibile evidenziare come, nel 1998 l'offerta privata accreditata era maggiormente concentrata nel Nord Italia (36% contro 32% nel Centro³⁵ e nel Sud); nel 2010, la situazione risulta differente, con una presenza del privato accreditato pari al 39% al Nord, al 38% nel Sud e solo al 23% nelle regioni del Centro Italia.

Un'importante funzione svolta dalle strutture di ricovero è la risposta alle urgenze. Dall'analisi della diffusione di questa tipologia di servizi (Tabella

³⁵ In questo caso, il Centro Italia comprende anche Abruzzo e Molise, mentre il Sud include Sicilia e Sardegna.

4.4), si registra come la grande maggioranza delle strutture pubbliche sia dotata dei servizi di Pronto Soccorso (PS) e di centri rianimazione (CR), rispettivamente nel 80,9% e nel 60,1% dei casi. Un vero e proprio Dipartimento di Emergenza (DE), che dovrebbe fornire maggiori garanzie in termini di sicurezza e qualità delle cure, è presente nel 52,2% delle strutture. Al contrario, le strutture private accreditate offrono molto più raramente i servizi di gestione delle emergenze³⁶: il DE è presente solo nel 3,8% dei casi, il PS nel 7%, il CR nel 9,4%. Un servizio fondamentale per garantire un'assistenza più adeguata ai pazienti più giovani, il Pronto Soccorso Pediatrico (PSP), è presente solo nel 15,5% delle strutture pubbliche e in due strutture private accreditate lombarde. La maggior focalizzazione del privato accreditato sulla non-acuzie (cfr. § 4.4.1) contribuisce a spiegare la scarsa presenza di servizi per le emergenze nelle strutture.

4.3.2 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 (§ 4.4.2). Ciò si è tradotto principalmente in sforzi per il potenziamento dei distretti³⁷. Questi ultimi, infatti, 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 alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.).

Dal 2001 al 2010, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 875 a 722 (-17,5%), con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 83.574 nel 2010). 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

³⁶ Questo dato risente del fatto che esistono molte strutture private accreditate di piccole dimensioni; infatti, poiché per una migliore cura del paziente, i PS devono essere collocati in strutture di grandi dimensioni, generalmente le strutture private accreditate di piccole dimensioni non hanno i PS, mentre ne sono dotati i privati accreditati di grandi dimensioni.

³⁷ Lo Schema di PSN 2011-2013 indica come «Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate). Il distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti Locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali». Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale. Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale.

parte, 9 regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Calabria, Umbria e Sardegna). Considerando nuovamente la prospettiva nazionale, nel periodo 2001-2010, è aumentato il numero medio di distretti per ASL (da 4,4 a 4,9).

A completamento del quadro sullo stato di attuazione della rete dei distretti in Italia si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2011, in cui sono illustrati i risultati della seconda indagine *ad hoc* condotta da Age.Na.S nel 2010.

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);
- ▶ strutture semiresidenziali, come ad 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 4.5 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2010 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+49,6%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto del privato accreditato (passato da una quota di strutture del 33,7% nel 1997 a una del 53,1% nel 2010, con un incremento in termini di numero di strutture pari al 136%). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 214% e del 238,1% nell'arco temporale considerato. Queste strutture, in particolare, sono gestite prevalentemente dal privato accreditato, il cui peso è passato rispettivamente dall'8% e 5% del 1997 al 62,8% e 75,4% del 2010. L'unica eccezione è la categoria denominata «Altre strutture territoriali», dove il privato raggiunge l'11,7% nel 2010 (5% nel 1997).

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

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Lombardia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media, compreso tra il 61,9% della Lombardia e l'81,1% della Campania. Tutte le altre regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale; i valori più bassi si registrano in Piemonte (20,2%) e Umbria (21,1%);

- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato ad eccezione di Veneto e Campania, che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato pari rispettivamente al 23,6% e al 30%;
- ▶ con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono soprattutto le regioni del Nord Italia (oltre a Molise e Puglia) a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate.

Tabella 4.5 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle regioni (2010)**

Regione	Ambulatori e laboratori	di cui privati accr.	Altre strutture territoriali (*)	di cui privati accr.	Strutture semiresidenz.	di cui privati accr.	Strutture residenziali	di cui privati accr.	Totale strutture territoriali	di cui privati accr.
Piemonte	440	20,2%	339	1,8%	176	61,4%	950	74,9%	1905	48,0%
Valle d'Aosta	5	60,0%	25	4,0%	3	100,0%	12	91,7%	45	40,0%
Lombardia	751	61,9%	756	13,5%	685	76,8%	1.342	87,9%	3534	64,3%
PA Bolzano	51	31,4%	84	17,9%	7	0,0%	87	89,7%	229	47,6%
PA Trento	42	50,0%	40	17,5%	8	0,0%	75	85,3%	165	55,8%
Veneto	456	52,2%	543	23,6%	471	64,5%	735	77,8%	2205	56,3%
Friuli VG	139	31,7%	85	7,1%	49	32,7%	181	66,3%	454	41,0%
Liguria	352	27,6%	152	5,3%	64	62,5%	289	82,0%	857	44,6%
Emilia Romagna	460	39,6%	588	5,6%	565	84,6%	913	80,0%	2526	56,3%
Toscana	811	36,1%	518	8,7%	249	38,6%	527	59,0%	2105	35,4%
Umbria	128	21,1%	102	2,0%	61	29,5%	108	42,6%	399	23,3%
Marche	195	53,3%	107	10,3%	29	10,3%	99	34,3%	430	35,3%
Lazio	836	69,9%	441	5,4%	53	1,9%	173	67,1%	1503	48,2%
Abruzzo	166	58,4%	121	5,0%	12	25,0%	68	85,3%	367	44,7%
Molise	58	70,7%	14	14,3%	6	100,0%	8	87,5%	86	65,1%
Campania	1.558	81,1%	427	30,0%	92	15,2%	145	29,0%	2.222	65,1%
Puglia	660	62,3%	284	3,2%	41	63,4%	143	85,3%	1128	50,4%
Basilicata	114	43,0%	59	11,9%	4	25,0%	37	62,2%	214	37,4%
Calabria	386	58,0%	123	8,1%	16	37,5%	78	74,4%	603	49,4%
Sicilia	1.669	80,3%	542	16,1%	33	9,1%	108	58,3%	2.352	63,5%
Sardegna	358	53,4%	164	4,3%	20	45,0%	75	76,0%	617	42,8%
ITALIA 2010	9.635	60,0%	5.514	11,7%	2.644	62,8%	6.153	75,4%	23.946	53,1%
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 materno-infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

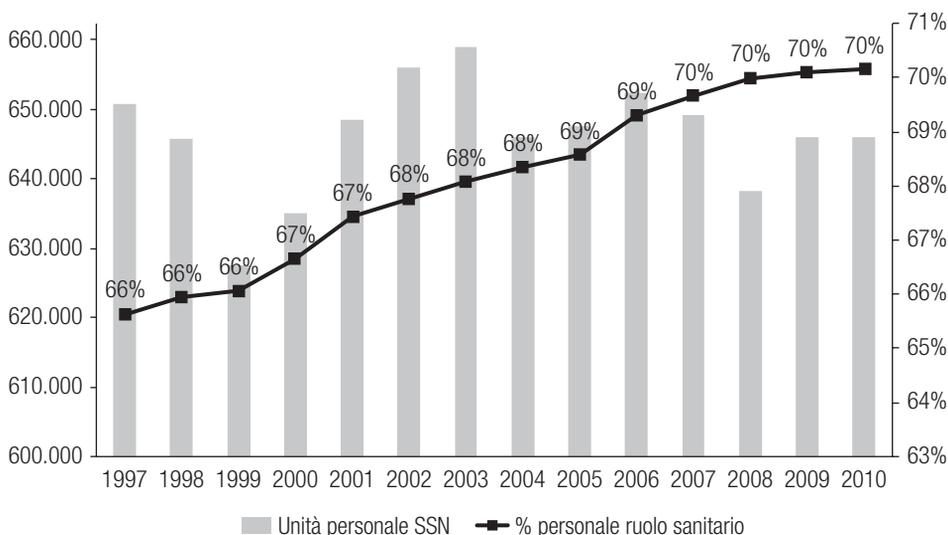
4.3.3 Il personale del SSN

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di una esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è il personale, sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario (cfr. Capitolo 5 del presente Rapporto).

La Figura 4.8 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN³⁸ e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 646.236 unità nel 2010 (raggiungendo una quota minima di 627.538 nel 1999). Il dato 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 2009 (+0,02%). Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66% nel 1997 al 70,2% nel 2010), 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

Figura 4.8 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2010)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

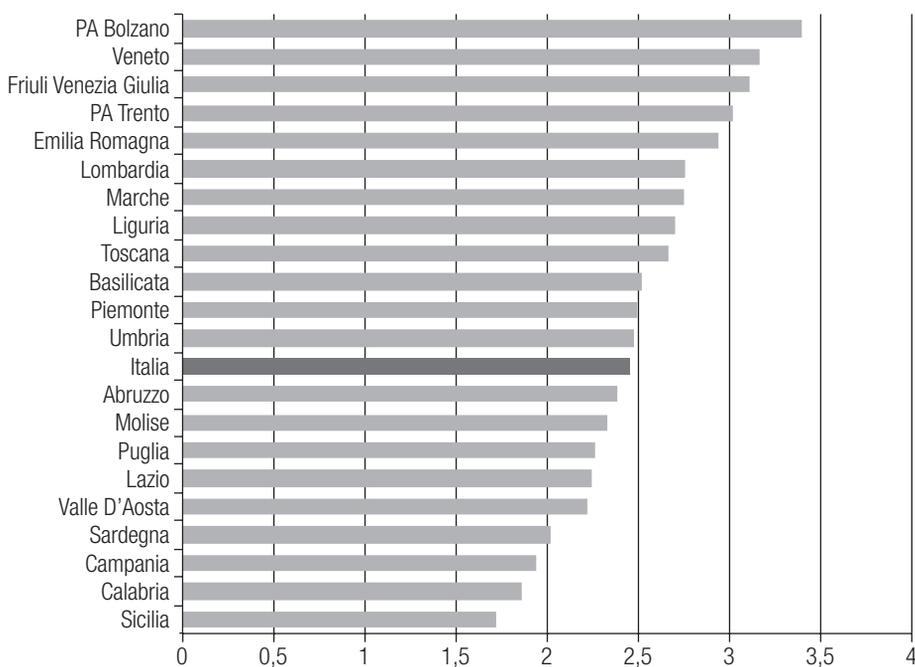
³⁸ Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. La base informativa ministeriale di questa sezione è il documento «Personale delle ASL e degli Istituti di cura Pubblici 2010», pubblicato a febbraio 2013.

L'SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale (a cui bisognerebbe aggiungere l'indotto): i dipendenti SSN rappresentano infatti l'1,1% della popolazione. Tale contributo si differenzia nelle diverse regioni e risulta compreso tra l'1,7% della PA di Bolzano e lo 0,8% del Lazio e della Sicilia. Tali differenze risentono della diversa rilevanza, all'interno dei SSR, delle case di cura private accreditate e delle strutture c.d. «equiparate» alle pubbliche, il cui personale non è compreso tra i dipendenti del SSN.

Differenziazioni territoriali si rilevano anche nella composizione percentuale del personale SSN. In particolare, nel 2010:

- ▶ 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 al valore massimo su scala nazionale del Lazio e della Sicilia (rispettivamente, 77,6 e 76,1%). Nel Nord, invece, i ruoli sanitari registrano percentuali più contenute, fino al 61,4% 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), scende ai minimi nel Lazio (12,1%);
- ▶ la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore

Figura 4.9 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni Italiane (2010)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

nelle regioni del Nord (con l'eccezione della Calabria), raggiungendo i valori massimi (15,1%) in Valle D'Aosta. La percentuale più contenuta si registra invece in Umbria (8,4%).

Indagando più nel dettaglio la composizione del personale sanitario e, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 4.9), le regioni del Sud presentano una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2,1 contro 2,9 del Nord. Il Centro si colloca su valori intermedi (2,5 infermieri per medico) molto vicini alla media nazionale (2,46).

La Tabella 4.6 presenta invece il numero di MMG (Medici di Medicina Gene-

Tabella 4.6 **Numero MMG e PLS nelle Regioni Italiane (2010)**

Regione	Numero MMG	Adulti residenti per MMG	Numero scelte per MMG	Numero PLS	Bambini residenti per PLS	Numero scelte per PLS
Piemonte	3.335	1.173	1.176	445	1.198	931
Valle d'Aosta	90	1.235	1.223	18	927	775
Lombardia	6.504	1.310	1.316	1.154	1.131	930
PA Bolzano	272	1.564	1.577	58	1.346	1.016
PA Trento	395	1.138	1.141	80	942	837
Veneto	3.486	1.222	1.221	569	1.149	987
Friuli VG	969	1.124	1.138	122	1.184	943
Liguria	1.313	1.099	1.078	168	1.027	886
Emilia Romagna	3.212	1.199	1.189	595	916	823
Toscana	2.968	1.108	1.095	441	1.002	867
Umbria	762	1.040	1.031	114	948	813
Marche	1.228	1.112	1.105	187	1.037	867
Lazio	4.831	1.023	1.045	771	961	815
Abruzzo	1.142	1.030	1.023	180	902	806
Molise	269	1.052	1.062	37	1.005	830
Campania	4.215	1.170	1.193	798	1.121	918
Puglia	3.307	1.064	1.084	587	965	814
Basilicata	510	1.010	1.017	63	1.173	840
Calabria	1.463	1.191	1.146	287	932	793
Sicilia	4.247	1.019	1.036	820	874	764
Sardegna	1.360	1.089	1.068	224	855	737
ITALIA 2010	45.878	1.143	1.147	7.718	1.026	864
ITALIA 1997	47.490	1.045	1.086	6.664	1.174	685

Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

rale) e di PLS (Pediatri di Libera Scelta) nelle diverse realtà regionali. I professionisti sono rapportati alla popolazione assistita e al numero medio di scelte. Il numero più alto di residenti e di scelte per professionista, sia per i MMG (oltre 1.564 residenti e 1.577 scelte) che per i PLS (1.436 residenti e 1.016 scelte), si registra nella PA di Bolzano. Valori particolarmente elevati di scelte e residenti per professionista interessano la Lombardia per quanto riguarda l'assistenza agli adulti (circa 1.300 residenti e scelte per medico); Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Campania per l'assistenza ai bambini. All'opposto, le regioni con meno assistiti per MMG sono il Lazio (1.023 residenti, 1.045 scelte), la Basilicata (1.010 residenti, 1.017 scelte), l'Umbria (1.040, 1.031) e l'Abruzzo (1.030, 1.023); le regioni con meno assistiti per pediatra sono quelle insulari: la Sardegna (855 residenti, 737 scelte) e la Sicilia (874 residenti, 764 scelte). Si nota, in generale, un minor numero di pazienti per medico nelle regioni centro-meridionali.

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2010, si rileva un lieve calo dei primi (-3,39%) e un aumento dei secondi (15,8%). Mentre sia gli adulti residenti che le scelte per MMG aumentano (rispettivamente del 9,4% e del 5,6%), relativamente alla pediatria si osservano *trend* contrastanti: i bambini residenti per PLS calano del 12,6%, mentre il numero di scelte per pediatra aumenta del 26,1%. Se il primo dato è da imputare all'aumento del numero dei pediatri, il secondo è probabilmente dovuto alla maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG.

4.4 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è piuttosto complessa. In passato, tale complessità era legata alla mancanza di un reale collegamento tra livelli di attività e finanziamenti ottenuti dalle aziende. Con l'introduzione del finanziamento a tariffa per prestazione, è aumentata la completezza delle rilevazioni disponibili nel Sistema Informativo Sanitario (SIS) in termini di ricoveri ospedalieri e, anche se con ritardo, di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

4.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale nel periodo 2001-2011 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 4.7³⁹):

³⁹ I dati della tabella si differenziano rispetto a quelli riportati nel Rapporto OASI 2012. Questa discrepanza è da attribuire al maggiore grado di raffinatezza dei dati contenuti nel Rapporto SDO 2011, base dati del paragrafo, rispetto alle versioni precedenti (è aumentata la frequenza delle rilevazioni, da semestrale a trimestrale, oltre ai controlli sulla qualità del dato).

Tabella 4.7 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (2001-2011)**

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
2001-2011	-16,9%	-16,2%	/	/

Nota:

(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

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (meno 2.187.194 unità) pari al 16,9% in 10 anni, con un andamento annuo variabile (compreso tra -5% e +2%) anche a seguito della forte spinta al trasferimento dal *setting* ospedaliero a quello territoriale per una migliore appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata. Nel 2011 i ricoveri sono diminuiti del 4,7% rispetto al 2010;
- ▶ nel periodo 2001-2011 le giornate di ricovero sono diminuite del 16,2%; in particolare, tra il 2001 e il 2003 esse registrano una diminuzione (-5,9%) per poi aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006;
- ▶ le giornate erogate in regime di *day hospital* sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2011, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al 13,4%⁴⁰ ad una del 16,2%. Dal 2007 si registra però un'inversione di tendenza, con una diminuzione nel rapporto in questione pari a 2,4 punti percentuali;
- ▶ la degenza media per acuti in regime ordinario, da dieci anni, è stabile nell'intervallo 6,7-6,8.

⁴⁰ Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

La Tabella 4.8 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero.

I 10,3 milioni di ricoveri ospedalieri del 2011 si compongono per il 95,5% di ricoveri per acuti, sostanzialmente in linea con il dato 2010 (95,7%).

Rispetto al 2010, aumenta lievemente la quota di ricoveri per riabilitazione (da 3,3% a 3,5%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (85,2% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di *day hospital* (DH) è molto elevata; è questo il caso di Lazio (28,4%), Sardegna (25,5%), e Veneto (24,4%).

I ricoveri per lungodegenza, che costituiscono a livello nazionale una quota molto esigua dei ricoveri totali (1%), sono rimasti invariati.

La Tabella 4.9 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero.

Gli oltre 68 milioni di giornate di ricovero effettuati nel 2011 si compongono per l'82,2% di giornate per acuti, per il 13,2% di giornate di riabilitazione e per il restante 4,7% di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2010, le giornate di riabilitazione aumentano di 0,4 punti percentuali, diminuendo leggermente le quote riconducibili agli acuti e alla lungodegenza. Piemonte, Lombardia, PA Trento, Emilia Romagna e Lazio presentano valori inferiori al dato italiano per quanto riguarda le giornate di degenza per acuti, a fronte di un maggior numero di giornate per riabilitazione (Lombardia e Lazio) o lungodegenza (Emilia Romagna) o per entrambe (Piemonte e PA Trento).

Sempre con riferimento ai ricoveri per acuti, la Figura 4.10 presenta alcuni dati sulla composizione dell'attività erogata. In particolare, mostra la distribuzione dei dimessi per acuti tra regime ordinario e DH. Rispetto a un'incidenza media nazionale dei ricoveri in *day hospital* sul totale dei ricoveri del 28,7% (in aumento di 3,4 punti percentuali rispetto al 2010), diverse regioni evidenziano una percentuale inferiore, tra cui l'Umbria e la Lombardia (20%). Al contrario, le regioni che presentano le percentuali più elevate di attività in *day hospital* sono Liguria, Campania e PA di Trento, con quote rispettivamente pari al 40,3%, al 37,1% e al 36,5%.

La Figura 4.11 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale⁴¹. La maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (76,9%), in calo rispetto al 2010 (-1,3%); tra questi, la quota maggiore avviene erogata dagli ospedali a gestione diretta (41,9%). I ricoveri per riabilitazione, invece, sono erogati soprattutto dal privato accreditato (75,3%, +1,4% rispetto al 2010). Infine, la lungodegenza è erogata quasi in egual misura dal pubblico (53,6%) che dal privato (46,4%), con percentuali sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente.

⁴¹ In tutto il paragrafo è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2009 (cfr. § 4.1).

Tabella 4.8 Ricoveri per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2011)

Regione	Ricoveri per acuti		% sul totale ricoveri		Ricoveri per riabilitazione		% sul totale ricoveri		Ricoveri per lungodegenza*		Totale ricoveri
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO+DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	483.691	179.759	38.379	2.971	92,5%	5,8%	12.247	1,7%	12.247	1,7%	717.047
Val d'Aosta	14.670	6.121	732	19	96,5%	3,5%	-	0,0%	-	0,0%	21.542
Lombardia	1.217.265	314.333	96.396	10.181	93,1%	6,5%	6.114	0,4%	6.114	0,4%	1.644.289
PA Bolzano	69.986	23.240	2.785	204	94,9%	3,0%	2.068	2,1%	2.068	2,1%	98.283
PA Trento	52.205	30.023	5.650	991	89,8%	7,3%	2.700	2,9%	2.700	2,9%	91.569
Veneto	489.247	179.176	22.160	7.140	94,5%	4,1%	9.487	1,3%	9.487	1,3%	707.210
Friuli VG	142.594	50.829	2.693	776	97,1%	1,7%	2.410	1,2%	2.410	1,2%	199.302
Liguria	185.526	125.279	9.757	1.450	96,2%	3,5%	1.019	0,3%	1.019	0,3%	323.031
Emilia Romagna	584.973	196.894	18.522	4.763	93,3%	2,8%	32.917	3,9%	32.917	3,9%	838.069
Toscana	444.982	148.760	11.299	1.986	97,3%	2,2%	3.373	0,6%	3.373	0,6%	610.400
Umbria	120.532	30.039	3.663	882	96,9%	2,9%	210	0,1%	210	0,1%	155.326
Marche	187.621	60.839	3.857	306	96,6%	1,6%	4.520	1,8%	4.520	1,8%	257.143
Lazio	672.239	327.596	28.492	11.305	95,6%	3,8%	6.265	0,6%	6.265	0,6%	1.045.897
Abruzzo	155.410	62.027	6.938	112	96,0%	3,1%	2.076	0,9%	2.076	0,9%	226.563
Molise	44.352	22.099	1.710	60	96,9%	2,6%	373	0,5%	373	0,5%	68.594
Campania	639.934	377.262	11.516	3.180	97,7%	1,4%	8.844	0,8%	8.844	0,8%	1.040.736
Puglia	538.163	210.549	23.454	1.979	96,4%	3,3%	2.773	0,4%	2.773	0,4%	776.918
Basilicata	60.879	30.901	1.379	329	97,4%	1,8%	699	0,7%	699	0,7%	94.187
Calabria	201.761	85.378	5.085	1.250	97,0%	2,1%	2.625	0,9%	2.625	0,9%	296.099
Sicilia	538.559	289.866	12.741	3.135	97,8%	1,9%	2.678	0,3%	2.678	0,3%	846.979
Sardegna	201.892	82.412	2.157	738	98,6%	1,0%	1.005	0,3%	1.005	0,3%	288.204
ITALIA	7.046.481	2.833.382	309.365	53.757	95,5%	3,5%	104.403	1,0%	104.403	1,0%	10.347.388

Nota: La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in Tabella 4.7 perché sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, pari a 401.858.

(*) I ricoveri in lungodegenza effettuati in *day hospital* in totale sono 12.505.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 4.9 Giornate di degenza per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2011)

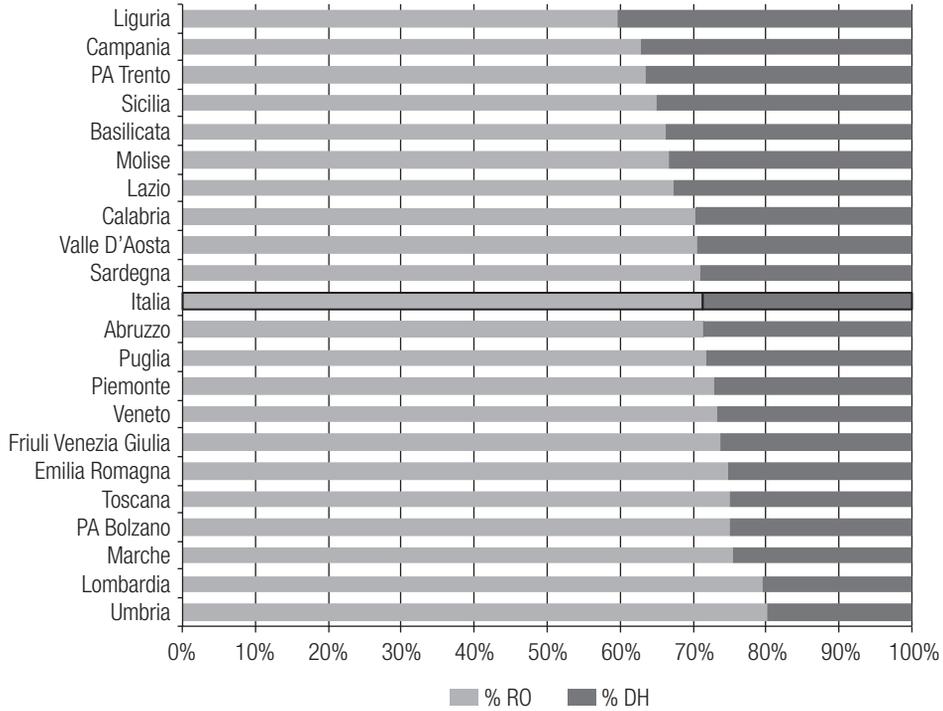
Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza		Totale ricoveri
	RO	DH	RO	DH	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	3.370.873	489.275	1.104.625	40.652	469.267	8,6%	5.474.692
Vai d'Aosta	122.451	19.618	17.020	62	-	0,0%	159.151
Lombardia	8.323.056	779.820	2.317.997	162.169	173.006	1,5%	11.756.048
PA Bolzano	475.474	47.616	66.466	2.085	47.283	7,4%	638.924
PA Trento	400.429	72.617	117.135	13.173	92.536	13,3%	695.890
Veneto	4.015.498	348.050	532.591	100.379	264.925	5,0%	5.261.443
Friuli VG	1.065.999	178.168	75.658	4.817	65.649	4,7%	1.390.291
Liguria	1.513.943	409.030	200.749	14.055	20.377	0,9%	2.158.154
Emilia Romagna	3.714.940	904.308	570.060	56.925	986.361	15,8%	6.232.594
Toscana	2.883.406	459.818	234.668	25.678	95.216	2,6%	3.698.786
Umbria	724.939	83.637	84.146	10.958	4.368	0,5%	908.048
Marche	1.315.899	169.240	122.915	1.808	115.782	6,7%	1.725.644
Lazio	4.795.457	956.630	1.093.867	149.535	263.440	3,6%	7.258.929
Abruzzo	1.103.880	174.590	169.328	2.979	41.919	2,8%	1.492.696
Molise	309.078	54.290	55.648	1.199	10.662	2,5%	430.877
Campania	3.773.928	1.073.996	428.176	63.531	297.200	5,3%	5.636.831
Puglia	3.400.870	421.531	393.794	9.490	63.863	1,5%	4.289.548
Basilicata	417.148	93.280	52.413	5.593	24.333	4,1%	592.767
Calabria	1.340.554	281.602	161.583	11.989	60.112	3,2%	1.855.840
Sicilia	3.539.340	765.278	393.067	45.670	62.667	1,3%	4.806.022
Sardegna	1.379.831	217.909	49.548	8.848	27.357	1,6%	1.683.493
ITALIA	47.986.993	8.000.303	8.241.454	731.595	3.186.323	4,7%	68.146.668

Nota: La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in Tabella 4.7 perché sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, pari a 401.858.

(*) I ricoveri in lungodegenza effettuati in *day/hospital* in totale sono 12.505.

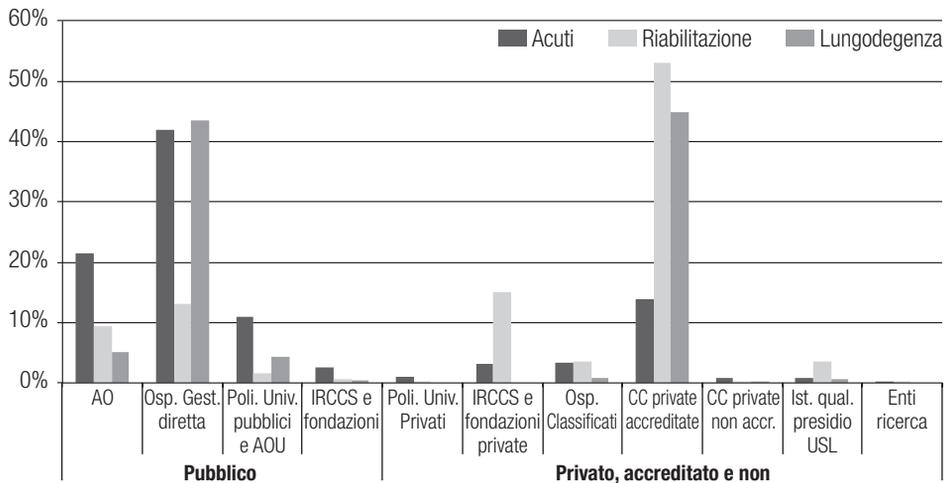
Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 4.10 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per Regione (2011)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 4.11 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2011)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

In merito alle dimissioni ospedaliere, è importante rilevare se e in quale misura i servizi territoriali vengano utilizzati nella fase post acuzie. Dai dati SDO 2011 emerge come l'88,3% dei ricoveri per acuti in regime ordinario si concluda con una «dimissione domiciliare», mentre solo il 2,2% dei pazienti viene dimesso/trasferito presso strutture territoriali (0,8% presso RSA e 1,4% presso istituti di riabilitazione), oppure dimesso a domicilio con attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, 0,4%) o di procedure di dimissione protetta con ospedalizzazione domiciliare (0,2%). Nel 2% dei casi il paziente viene trasferito presso altre strutture per acuti, mentre l'1% viene trasferito ad altro regime di ricovero; nel 2,8% dei casi si tratta di dimissioni volontarie e il rimanente 3% corrisponde ai dimessi deceduti.

Un altro dato rilevante è la distribuzione dei dimessi per acuti in RO e DH tra DRG di tipo medico e di tipo chirurgico⁴² (Tabella 4.10). A livello nazionale, il totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 5.691.903 e 4.187.960, 57,6% contro 42,4%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2009 al 2011, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico o non chirurgico sul totale delle dimissioni in RO, con un leggero calo dal 60,7% del 2010 al 59,4% del 2011 (-417.715 dimissioni). L'attività chirurgica in RO mostra un leggero ma costante incremento percentuale, dal 39,3%

Tabella 4.10 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2009-2011)**

	2009		2010		2011	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Regime Ordinario						
DRG medico	4.605.056	60,7%	4.452.575	60,4%	4.187.341	59,4%
DRG chirurgico	2.980.213	39,3%	2.922.190	39,6%	2.859.140	40,6%
Totale RO	7.585.269	100,0%	7.374.765	100,0%	7.046.481	100,0%
Day Hospital						
DRG medico	1.739.623	54,6%	1.645.790	54,5%	1.504.562	53,1%
DRG chirurgico	1.444.604	45,4%	1.376.159	45,5%	1.328.820	46,9%
Totale DH	3.184.227	100,0%	3.021.949	100,0%	2.833.382	100,0%
Totale (RO+DH)	10.769.496		10.396.714		9.879.863	

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

⁴² 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 2010. Il Comitato valuta positivamente le regioni che ottengono una percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari $\geq 36\%$.

del 2009 al 40,6% del 2011, pur diminuendo il numero assoluto di dimissioni (-121.073). Da segnalare come diverse regioni registrino valori di questo indicatore inferiori allo standard fissato dal Comitato Lea del Ministero della Salute (incidenza dei ricoveri chirurgici per acuti su totale $\geq 36\%$): Calabria (28,9%), Sardegna (32,3%), Liguria (33,3%) Molise (34,7%), Province Autonome di Bolzano (34,7%) e Trento (34,9%), Sicilia (35,3%). Infine, si segnala che la quota di DH medico si riduce di 1,5 punti percentuali in favore del *day surgery*.

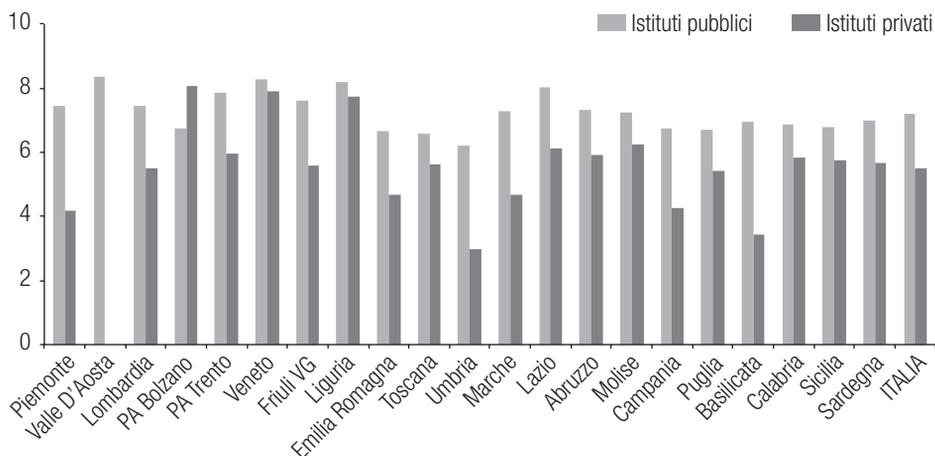
Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a due indicatori tradizionali di analisi dell'attività ospedaliera: degenza media e tasso di ospedalizzazione.

Il primo indicatore consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa⁴³. La degenza media per acuti a livello nazionale si attesta nel 2011 a 6,81 giorni (in lieve aumento rispetto alle 6,74 giornate del 2010 – cfr. Tabella 4.7). Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,5 rispetto a 7,2 giorni nel 2011), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (26,8 rispetto a 26,1) e per la lungodegenza (34,0 rispetto a 28). Si osservano, però, considerevoli differenze tra regioni, soprattutto con riferimento agli istituti privati: relativamente ai ricoveri per acuti nel 2011 (Figura 4.12), si passa dalle 2,99 giornate dell'Umbria alle 8,07 della PA di Bolzano; per riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una variabilità 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 regione. 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. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero in regime ordinario, in particolare DH, ospedalizzazione domiciliare ed erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture extraospedaliere. In passato, la normativa (L. 662/1996, art.1) fissava un valore ottimale, per i ricoveri per acuti, di 160 ricoveri annui per 1.000 abitanti⁴⁴. Successivamente, l'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lettera b) ha stabilito che le regioni, entro il 2007, avrebbero dovuto garantire tassi di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari e in regime diurno (acuti e non) entro il

⁴³ 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 (ad es. dimissioni precoci).

⁴⁴ Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

Figura 4.12 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2011)**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

valore di 180⁴⁵ per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in *day hospital* pari ad almeno il 20%, precisando anche gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Infine, l'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012 ha fissato un tasso di ospedalizzazione di riferimento di 160 ricoveri per 1.000 abitanti di cui il 25% erogati in DH, da raggiungere entro il 30 novembre 2012.

Dalla Tabella 4.11 risulta confermata la riduzione dell'ospedalizzazione già in atto da alcuni anni, con un tasso standardizzato⁴⁶ per acuti in regime ordinario nel 2011 pari a 109,8 per 1.000 abitanti (da 115,8 nel 2010), mentre il corrispondente valore per l'attività di DH si attesta a 45,5 per 1.000 abitanti (da 48,82 nel 2010). Il tasso di ospedalizzazione complessivo risulta pari a 155,3 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto al 2010 (164,6).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale (Tabella 4.11). Le regioni del Sud registrano sempre tassi oltre il dato nazionale e spesso oltre lo standard del 160% (con un massimo di 189% in Campania), mentre le regioni del Centro (ad eccezione del Lazio) e del Nord (ad eccezione della Liguria, delle PA di Bolzano e di Trento e della Valle d'Aosta) registrano valori inferiori a quello italiano. Se si considerano i soli tassi di ospeda-

⁴⁵ Lo standard del tasso di ospedalizzazione è individuato nel Patto per la Salute 2010-2012 (art.2, comma 2) come indicatore per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA. Il Comitato ministeriale dei LEA valuta positivamente le regioni che ottengono un tasso di ospedalizzazione (RO e DH) standardizzato per 1.000 abitanti inferiore a 180, di cui il 20% per i DH.

⁴⁶ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Tabella 4.11 **Tasso di ospedalizzazione standardizzato per acuti, per regime di ricovero e Regione (2011)**

Regione	Tasso osped. RO intraregionale	Tasso osped. RO fuori Regione	Tasso osped. DH intraregionale	Tasso osped. DH fuori Regione	Tasso osped. RO	Tasso osped. DH	Totale tasso osped.
Piemonte	93,3	7,0	36,0	2,9	100,2	38,9	139,2
Valle d'Aosta	95,8	25,7	42,0	7,4	121,5	49,4	170,9
Lombardia	106,5	4,2	28,2	1,6	110,7	29,9	140,5
PA Bolzano	120,6	5,4	39,1	2,1	126,0	41,2	167,2
PA Trento	85,4	16,0	51,9	7,2	101,4	59,1	160,5
Veneto	86,7	5,9	32,3	3,2	92,7	35,5	128,2
Friuli VG	93,6	6,8	32,2	3,2	100,5	35,5	135,9
Liguria	88,4	14,7	63,5	5,6	103,2	69,1	172,2
Emilia Romagna	102,4	6,5	36,5	2,6	108,9	39,1	148,0
Toscana	93,7	6,3	33,2	3,0	100,1	36,2	136,3
Umbria	102,2	13,4	25,8	7,0	115,6	32,8	148,4
Marche	97,4	13,1	32,4	4,8	110,5	37,2	147,7
Lazio	97,7	8,0	49,4	3,2	105,6	52,6	158,3
Abruzzo	96,2	19,8	38,1	9,7	116,0	47,8	163,8
Molise	94,5	26,1	48,4	12,8	120,6	61,3	181,9
Campania	110,5	9,9	64,6	4,1	120,4	68,7	189,1
Puglia	125,0	10,0	49,8	4,2	135,0	54,0	189,0
Basilicata	82,5	24,7	42,0	11,5	107,3	53,6	160,8
Calabria	93,6	19,8	39,5	8,8	113,4	48,3	161,7
Sicilia	103,2	7,5	56,2	2,4	110,8	58,5	169,3
Sardegna	114,7	6,6	47,4	2,3	121,3	49,7	171,0
ITALIA	101,3	8,5	41,9	3,6	109,8	45,5	155,2

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

lizzazione per acuti in regime ordinario, sono Puglia e PA di Bolzano a presentare i valori più elevati (rispettivamente 135 e 125,9 ricoveri per 1.000 abitanti); invece, con riferimento ai tassi in regime diurno, ciò avviene per Liguria, Campania e Molise (rispettivamente 68,1, 68,7 e 61,3 ricoveri per 1.000 abitanti).

Agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero, il Ministero della Salute affianca due ulteriori classi di indicatori⁴⁷:

- indicatori di complessità, che analizzano il *case-mix* trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre);

⁴⁷ Il Ministero della Salute ha inoltre dato mandato ad AGENAS di elaborare il Programma Nazionale di valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (PNE) per la stima di indicatori di esito a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo (Fusco et al., 2012).

- ▶ 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.

La Tabella 4.12 mostra tre indici di complessità per regione. In particolare:

- ▶ Il peso medio (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 1,11 nel 2011⁴⁸.
- ▶ L'indice di *case mix* (ICM) è superiore ad 1 (indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana) in tutte le regioni settentrionali (tranne la Valle D'Aosta e le PA di Bolzano e Trento) e centrali (tranne l'Umbria), con valori massimi in Toscana (1,08), Piemonte (1,07) e Liguria (1,06). Tutte le regioni meridionali presentano, al contrario, un indice inferiore all'unità, tranne la Basilicata (1,02).
- ▶ Il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 31,77% (in lieve aumento rispetto al 30,96 del 2010), con un'elevata variabilità interregionale che evidenzia un massimo in Liguria (40,59%) ed un minimo in Campania (26,58%).

Gli indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 4.13 presenta alcuni indicatori, operando un confronto tra gli anni 1998 e 2011. Fra gli indicatori di appropriatezza organizzativa troviamo: (i) la percentuale dei dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, (ii) la percentuale di ricoveri brevi con DRG medico e (iii) la percentuale di ricoveri oltre – soglia con DRG medico in pazienti anziani. Questi indicatori sono espressivi dell'inappropriatezza, in quanto essendo ricoveri con DRG medico, potrebbero, in molti casi, essere effettuati in regime ambulatoriale, o in DH.

Un indicatore espressione di appropriatezza clinica è, invece, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.

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.

⁴⁸ Osservando il trend della degenza media per il peso medio dal 1998 al 2005, anno in cui si registra la discontinuità nella serie storica, è evidente la diminuzione progressiva della degenza media dal 1998 al 2002 e una relativa stabilità fino al 2005, associata ad un andamento sempre crescente del peso medio fino al 2005 (cfr. Tabella 4.7).

Tabella 4.12 **Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in regime ordinario per Regione (2011)**

Regione	Peso medio ricoveri acuti RO (*)	Indice di Case Mix (*)	Percentuale casi complicati
Piemonte	1,19	1,07	34,71
Valle d'Aosta	1,10	0,99	40,30
Lombardia	1,14	1,03	26,58
PA Bolzano	1,02	0,92	29,28
PA Trento	1,09	0,98	38,41
Veneto	1,15	1,04	27,85
Friuli VG	1,16	1,05	35,41
Liguria	1,18	1,06	40,59
Emilia Romagna	1,15	1,03	36,40
Toscana	1,20	1,08	36,51
Umbria	1,09	0,98	31,58
Marche	1,12	1,01	33,98
Lazio	1,10	0,99	30,28
Abruzzo	1,08	0,97	34,37
Molise	1,10	0,99	37,16
Campania	1,02	0,92	27,72
Puglia	1,03	0,93	32,95
Basilicata	1,13	1,02	38,07
Calabria	1,00	0,90	32,06
Sicilia	1,08	0,97	33,77
Sardegna	1,00	0,90	31,87
ITALIA	1,11	1,00	31,77

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

I dati in Tabella 4.13 evidenziano che:

- ▶ La percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico è notevolmente diminuita, soprattutto in Umbria (-16,5 punti percentuali), Puglia (-15,5) e Piemonte (-13,8). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord: i valori rilevati al Sud nel 2011 si avvicinano ai livelli registrati nel 1998 nel Centro-Nord.
- ▶ La percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è pari al 10,7% ed è diminuita solo lievemente (2,2 punti percentuali) dal 1998 al 2011; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 11,4 punti percentuali nel 2011 tra la regione con la percentuale più elevata – Campania – e la regione con la percentuale più bas-

sa – Veneto). Per questo indicatore, sono soprattutto alcune regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento: in particolare, Basilicata (–7,6 punti percentuali) e Sicilia (–6 punti percentuali). In Campania l'incidenza, anche se diminuita di quasi 2 punti, continua a rappresentare il valore massimo nazionale (18%).

- ▶ Tra le regioni, risulta altrettanto differenziata l'incidenza dei ricoveri per acuti in RO oltre valore soglia erogati per anziani⁴⁹: rispetto al 2006, l'indice è passato dal 4,6% al 4,8%. Nel 2011 sono le regioni del Nord (ad eccezione della PA di Bolzano e dell'Emilia Romagna) insieme a Marche, Lazio e Sardegna a registrare valori superiori al dato nazionale.
- ▶ Relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento⁵⁰ diffuso su tutto il territorio (+6, 1 punti percentuali). Tutte le regioni del Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, Piemonte e soprattutto Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (<30%). Le regioni centrali e meridionali, invece, ad eccezione della Toscana, si collocano tutte al di sopra nazionale dello standard ministeriale.

Sempre con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alla soglia di 500 parti/anno⁵¹ (Tabella 4.14). I punti nascita si distribuiscono per il 78,7% in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano oltre il 40% dei punti nascita gestiti da strutture private accreditate e non. La percentuale complessiva nazionale di strutture sopra soglia è pari a 67,7%, in peggioramento di oltre tre punti percentuali rispetto all'anno precedente (71,1%)⁵².

Per quanto riguarda i DRG a rischio in appropriatezza (cd «DRG LEA»), il riferimento non è più ai 43 del 2008 (DPCM 29/11/2001 – Allegato 2C), ma ai

⁴⁹ Pazienti oltre i 65 anni

⁵⁰ 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 2010. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde ad un valore inferiore al 30% dei parti cesarei totali.

⁵¹ Tale valore viene indicato dall'OMS come il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché l'assistenza erogata sia conforme ad un adeguato standard di qualità e di sicurezza.

⁵² A questo proposito, l'Accordo Stato-Regioni relativo alle «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», sancito il 16/12/2010, ha previsto la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UU.OO. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali», e ha 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 4.13 Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per Regione (1998-2011)

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	2011	1998	2011	2006	2011	1998	2011
Piemonte	38,6	24,8	9,1	10,1	7,7	6,5	26,9	30,2
Valle D'Aosta	50,7	39,4	14,0	12,7	9,2	10,3	21,5	30,2
Lombardia	38,4	29,0	11,3	9,4	4,9	6,0	23,3	29,0
PA Bolzano	44,3	41,0	16,3	10,4	4,9	4,0	17,3	23,9
PA Trento	42,1	39,2	11,1	7,5	8,4	6,9	22,5	23,6
Veneto	41,9	32,6	8,3	6,6	7,1	7,5	24,5	27,0
Friuli VG	36,1	28,3	11,0	9,9	6,5	6,0	19,0	23,2
Liguria	40,5	34,0	12,9	11,4	5,2	5,7	28,5	35,4
Emilia Romagna	34,5	24,9	15,7	9,8	3,7	3,5	29,3	29,1
Toscana	41,5	26,5	10,5	9,6	3,9	3,2	22,5	25,2
Umbria	47,3	30,7	18,1	14,8	3,1	3,5	25,5	31,1
Marche	40,2	25,3	8,2	8,5	5,0	5,4	33,2	34,7
Lazio	43,4	33,4	13,8	10,4	5,9	5,7	35,5	40,9
Abruzzo	51,1	34,1	9,9	9,8	3,3	4,6	33,5	40,4
Molise	48,9	38,2	8,9	9,2	4,7	4,6	33,5	45,1
Campania	53,4	37,6	19,9	18,0	2,9	3,0	48,0	62,4
Puglia	52,9	37,4	12,7	11,9	3,6	3,6	35,1	46,1
Basilicata	64,4	38,6	16,0	8,4	3,4	3,4	41,8	42,1
Calabria	56,4	45,9	13,0	11,1	3,4	3,6	34,2	38,8
Sicilia	54,4	35,1	14,5	8,5	2,6	3,0	36,6	50,6
Sardegna	50,1	40,2	12,5	12,7	5,2	4,9	26,0	38,8
ITALIA	44,9	31,9	12,8	10,7	4,6	4,8	31,4	37,5

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

Tabella 4.14 **Distribuzione dei punti nascita per Regione e tipo di istituto (2011)**

Regione	ISTITUTI PUBBLICI	ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI	ISTITUTI PRIVATI NON ACCREDITATI	TOTALE	
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre
Piemonte	31	0	0	31	77,4
Valle D'Aosta	1	0	0	1	100,0
Lombardia	60	16	0	76	81,6
PA Bolzano	7	0	1	8	50,0
PA Trento	6	1	0	7	42,9
Veneto	38	4	0	42	81,0
Friuli VG	10	1	0	11	54,5
Liguria	12	3	0	15	73,3
Emilia Romagna	29	3	0	32	78,1
Toscana	28	0	2	30	70,0
Umbria	12	0	0	12	41,7
Marche	17	2	0	19	68,4
Lazio	29	17	5	51	62,7
Abruzzo	12	0	0	12	66,7
Molise	4	0	0	4	50,0
Campania	41	34	0	75	66,7
Puglia	37	11	0	48	64,6
Basilicata	6	0	0	6	66,7
Calabria	17	8	0	25	68,0
Sicilia	54	15	0	69	59,4
Sardegna	17	4	0	21	42,9
ITALIA	468	119	8	595	67,7

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

108 previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegati A e B). Dall'analisi SDO 2011, l'inappropriatezza riguarda maggiormente i DRG di tipo medico (61% del totale DRG LEA). I dati riportati in Tabella 4.15 mostrano come, nella maggior parte delle regioni del Sud, nella PA di Bolzano e in Lombardia, la percentuale di inappropriatezza su DRG di tipo medico superi il valore nazionale (15,1%), con un massimo rappresentato dalla Sardegna (20,7%). Il valore più basso di inappropriatezza su DRG medici si registra invece in Piemonte (8,1%). I DRG di tipo chirurgico a rischio inappropriatezza rilevati nel 2011 sono stati in media il 9,7% del totale dei ricoveri ordinari per acuti, con valori massimi registrati nelle Marche (12,5%) e minimi in Sicilia (4,7%), PA di Trento e Liguria (4,8%).

Un ultimo dato importante sull'appropriatezza dei ricoveri è rappresentato dal numero dei ricoveri ripetuti, definiti come ricoveri successivi al primo, avve-

Tabella 4.15 **Distribuzione DRG LEA medici e chirurgici, per Regione (2011)**

Regione	% LEA medici su totale ricoveri acuti in RO	% LEA chirurgici su totale ricoveri acuti in RO
Piemonte	8,1%	14,3%
Valle D'Aosta	12,0%	6,6%
Lombardia	16,3%	11,6%
PA Bolzano	19,4%	7,7%
PA Trento	15,0%	4,8%
Veneto	13,1%	6,7%
Friuli VG	13,5%	10,7%
Liguria	14,3%	4,8%
Emilia Romagna	13,0%	11,9%
Toscana	10,6%	9,7%
Umbria	15,5%	11,7%
Marche	11,2%	12,5%
Lazio	16,0%	9,1%
Abruzzo	14,1%	7,2%
Molise	19,4%	6,8%
Campania	19,7%	9,3%
Puglia	18,4%	11,1%
Basilicata	14,8%	7,3%
Calabria	19,9%	6,0%
Sicilia	14,6%	4,7%
Sardegna	20,7%	8,9%
ITALIA	15,1%	9,7%

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

nuti nello stesso presidio ospedaliero in un intervallo inferiore o uguale a 30 giorni e con la categoria della diagnosi principale (MDC) del secondo ricovero corrispondente alla categoria di una delle diagnosi di dimissione del ricovero precedente.

È bene sottolineare però che i tassi di ricovero ripetuto dipendono, in larga misura, dalla natura della patologia e dalle relative modalità di trattamento. Di conseguenza, per apprezzare l'appropriatezza può essere più significativa una lettura delle serie storiche relative all'ultimo triennio disponibile (Tabella 4.16). Le discipline oncologiche (tra le quali si comprende qui l'ematologia, per un totale di oltre 188 mila ricoveri nel 2011) registrano i tassi più elevati di ricoveri ripetuti, anche se si rileva un calo generalizzato dal 2009 al 2011. La psichiatria (116.595 ricoveri totali nel 2011) evidenzia un andamento costante nelle riospedalizzazioni (dal 34% del 2009 al 33,7% del 2011). Al contrario, le unità spinali

Tabella 4.16 **Prime dieci discipline per incidenza dei ricoveri ordinari ripetuti su totale ricoveri ordinari (2009-2011)**

Specialità	Incidenza Ricoveri ripetuti		
	2009	2010	2011
Oncoematologia pediatrica	72,4%	71,2%	70,0%
Oncoematologia	55,6%	52,3%	48,9%
Oncologia	52,1%	50,1%	49,3%
Ematologia	47,9%	47,2%	45,9%
Radioterapia oncologica	41,3%	38,5%	36,3%
Psichiatria	34,0%	33,9%	33,7%
Nefrologia - abilitati al trapianto di rene	30,8%	31,0%	30,5%
Unità spinale	28,1%	29,3%	30,2%
Nefrologia pediatrica	27,8%	27,2%	28,9%
Nefrologia	26,9%	26,7%	26,1%

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

(3.986 ricoveri) registrano un lieve aumento percentuale dei ricoveri ripetuti (rispettivamente dal 28,1% al 30,2%). Le cure per le disfunzionalità renali (circa 85 mila pazienti) mostrano tassi di riospedalizzazione pressochè stabili tra 2009 e 2011, con variazioni inferiori al punto percentuale; fa eccezione la nefrologia pediatrica, che registra un aumento dal 27,2% al 28,9% dal 2010 al 2011.

4.4.2 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 AO⁵³» che si è arricchito, proprio nel corso dell'ultimo quadriennio, di informazioni riguardanti le prestazioni extraospedaliere. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali l'ADI, le prestazioni specialistiche ambulatoriali 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 a cui si associa la necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale ad interventi socio-sanitari. L'obiettivo dell'ADI è quello di erogare il servizio di assistenza lasciando al proprio domicilio il paziente, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di

⁵³ Rilevazione relativa al 2010, pubblicata a febbraio 2013.

vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

Nel 2010, mediamente, sono stati trattati in ADI 990 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 4.17), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 141 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.867 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti, anziani nel 90,7% dei casi in Liguria ed Emilia Romagna e nel 52,8% nella PA di Bolzano;
- ▶ intensità di assistenza erogata, ovvero 61 ore per caso trattato in Valle d'Aosta e 5 in Friuli VG, contro una media nazionale di 22 ore per caso.

Tabella 4.17 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2010)**

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%) (età > 65)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	
Piemonte	28.409	639	77,1	21,6	16
Valle D'Aosta	192	150	59,4	4,3	61
Lombardia	4	1.009	84,9	42,7	19
PA Bolzano	712	141	52,8	4,2	0
PA Trento	5.094	971	71,0	35,7	13
Veneto	64.536	1.314	84,0	55,5	11
Friuli VG	22.462	1.820	87,2	67,8	5
Liguria	16.535	1.023	90,7	34,6	26
Emilia Romagna	126.033	2.867	90,7	116,0	20
Toscana	26.413	708	76,0	23,1	20
Umbria	18.283	2.030	87,5	76,7	13
Marche	15.466	992	80,0	35,3	29
Lazio	59.571	1.048	87,2	46,3	21
Abruzzo	17.101	1.277	81,8	49,1	32
Molise	2.934	916	79,0	33,0	76
Campania	27.729	476	70,9	21,2	35
Puglia	17.185	421	78,2	18,0	43
Basilicata	6.953	1.181	85,5	50,3	57
Calabria	12.648	629	83,8	28,2	24
Sicilia	18.882	374	74,1	15,1	30
Sardegna	10.873	650	74,0	25,2	51
ITALIA	597.151	990	84,0	41,1	22

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Un altro importante segmento di attività territoriale riguarda le prestazioni di strumentale assistenza specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2010, in Italia, sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria. La composizione di queste attività (Tabella 4.18) evidenzia l'assoluta predominanza dell'attività di laboratorio (77,9% del totale, con punte superiori all'80% in PA di Trento). Segue l'attività clinica, rappresentata in gran parte da visite specialistiche, con il 12,7% del totale (con valori massimi del 25,5% nella PA di Bolzano); l'attività riabilitativa e la diagnostica strumentale e per immagini raggiungono quasi il 5%. Risulta particolarmente elevata la percentuale di prestazioni riabilitative in Basilicata (17,2%). Ovviamente, il dato sulla distribuzione dei volumi non corrisponde all'incidenza delle diverse attività sulla spesa complessiva, dato il diverso costo medio unitario delle prestazioni.

Tabella 4.18 **Distribuzione percentuale nel numero di prestazioni di attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2010)**

Regione	Lab. Analisi chimico-cliniche e microbiologiche ecc.	Attività clinica	Medicina fisica e riabilitativa - Recupero e riabilitazione	Radiologia diagnostica e medicina nucleare
Piemonte	75,8%	13,4%	5,8%	5,0%
Valle D'Aosta	77,9%	12,6%	4,8%	4,8%
Lombardia	79,2%	12,6%	3,5%	4,8%
PA Bolzano	61,2%	25,5%	7,5%	5,7%
PA Trento	80,6%	10,8%	3,9%	4,7%
Veneto	76,1%	12,0%	7,4%	4,4%
Friuli VG	79,7%	13,3%	3,0%	3,9%
Liguria	75,6%	14,4%	5,3%	4,8%
Emilia Romagna	79,6%	13,1%	2,0%	5,2%
Toscana	79,4%	14,8%	0,8%	5,0%
Umbria	76,3%	15,4%	2,7%	5,6%
Marche	79,4%	12,0%	4,0%	4,6%
Lazio	77,7%	12,3%	5,8%	4,1%
Abruzzo	76,5%	12,3%	3,7%	7,5%
Molise	79,5%	13,1%	3,2%	4,1%
Campania	78,4%	10,2%	6,4%	5,0%
Puglia	78,7%	11,5%	5,2%	4,6%
Basilicata	67,2%	11,6%	17,2%	4,0%
Calabria	78,4%	12,1%	5,6%	3,9%
Sicilia	79,4%	12,7%	3,6%	4,3%
Sardegna	75,2%	13,3%	6,8%	4,7%
ITALIA	77,9%	12,6%	4,7%	4,7%

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Un'ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituita dalle strutture residenziali⁵⁴ e semiresidenziali. In tali strutture, il 70,8% dei PL è dedicato all'assistenza agli anziani, il 12,5% all'assistenza psichiatrica, il 16,2% all'assistenza ai disabili psichici e fisici, lo 0,5% ai pazienti terminali. Coerentemente, tra le varie forme di assistenza a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 255.272 utenti a livello nazionale e una media di 221 giornate di assistenza per utente (fortemente differenziate a livello regionale, dalle 28 della Valle D'Aosta alle 365 del Molise). Nelle strutture semiresidenziali prevale invece l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 33.044 utenti e richiede mediamente 70 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 18 della Calabria alle 325 del Molise) (Tabella 4.19).

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale, infine, svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2010 sono state rilevate 971 strutture riabilitative con 14.211 posti per l'attività di tipo residenziale (in complesso 46 posti ogni 100.000 abitanti) e 13.691 per l'attività di tipo semiresidenziale. Questi *setting* assistenziali registrano una riduzione della capacità di accoglienza rispetto al 2009 (48 posti ogni 100.000 abitanti). Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore a quelli assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 56.316 e 23.181 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa (in particolare, la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali).

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 (Tabella 4.20). Queste ultime dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi. Diabete ed asma sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (in media, rispettivamente, 19,8 e 9,7 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate: Lombardia, PA di Bolzano, Veneto, Puglia e Sardegna mostrano tassi di ospedalizzazione superiori al dato nazionale per entrambe le patologie. Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.243 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con valori massimi in Calabria, Abruzzo e Molise.

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

⁵⁴ Per una definizione di strutture residenziali e semi-residenziali si veda il paragrafo 4.3.

Tabella 4.19 **Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2010)**

Regione	Assistenza psichiatrica			Assistenza agli anziani			Assistenza ai disabili fisici													
	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale											
	Ugenti	Ugenti	Giomate per utente	Ugenti	Ugenti	Giomate per utente	Ugenti	Ugenti	Giomate per utente											
Piemonte	2.912	57	1.945	267	324	1.402	165	1151	300	465	313	608	197	747	176	373				
Valle d'Aosta	21	77	34	319	396	14	101	99	236	337	36	28	36	401	26	26				
Lombardia	6.774	75	6.152	210	285	229	145	606	339	484	9.353	129	79.666	254	383	5.807	200	4.870	316	516
PA Bolzano	415	57	237	179	236			237	62	62	4.252	311			311			96	363	363
PA Trento	397	38	173	203	241			8	335	335	4.666	340			340					
Veneto	4.228	73	2.100	265	338	5.215	189	3.552	287	476	2.073	126	38.069	237	363	1.285	188	1.402	132	320
Friuli VG	1.607	38	1.313	84	122	187	76	147	293	369	138	251	18.069	150	401	192	4	883	26	30
Liguria	978	62	1.114	286	348	213	151	99	230	381	1.004	111	12.952	160	271	82	204	98	228	432
Emilia Romagna	3.329	84	6.302	95	179			21	334		5.882	159	27.177	204	363	3.582	205	2.139	300	505
Toscana	2.253	87	1.051	211	298	881	146	979	263	409	1.851	131	16.329	231	362	360	161	942	165	326
Umbria	408	129	551	201	330	249	170	92	338	508	371	131	3.595	151	282	259	200	68	144	344
Marche	380	113	605	245	358	182	107	138	297	404	78	136	4.034	122	258	9	147	257	42	189
Lazio	2328	76	3716	115	191	195	48	335	306	354	90	145	7.840	214	359	205	310	310	310	310
Abruzzo	263	132	942	224	356			207	291	291	169	57	2.818	168	225	27	403	181	263	666
Molise	19	325	66	331	656			4	365		16	365		365						
Campania	3092	43	1476	183	226	275	116	399	316	432	59	82	780	241	323	125	117	290	335	452
Puglia	525	245	991	312	557	209	174	371	316	490	22	100	2.360	215	315	19	260	386	335	595
Basilicata	68	98	353	267	365			143	115	115			357	166	166			86	45	45
Calabria	622	18	355	282	300	117	287	447	312	599	1.690	267		267				496	62	62
Sicilia	1658	51	1.751	253	304	8	89	389	256	345	3.426	61	9	179	444	108	287	105	289	289
Sardegna	767	37	444	250	287	68	176	490	218	394	9	123	518	224	347	30	184	377	105	289
ITALIA	33.044	70	31.671	188	258	9.444	171	9.914	281	452	21.563	136	255.272	221	357	12.394	196	14.368	225	421

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 4.20 **Indicatori *proxy* di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2011)**

Regione	Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (età >= 65 anni)
Piemonte	7,8	5,1	847,8
Valle d'Aosta	4,7	5,0	1.153,0
Lombardia	28,3	11,5	1.191,5
PA Bolzano	46,7	10,1	1.307,0
PA Trento	22,2	5,4	1.123,0
Veneto	22,6	10,5	1.308,3
Friuli VG	16,1	5,5	1.345,9
Liguria	14,8	10,5	1.123,2
Emilia Romagna	26,0	7,7	1.287,4
Toscana	6,3	4,5	1.036,8
Umbria	19,8	11,8	1.265,2
Marche	13,4	7,8	1.367,6
Lazio	18,2	5,7	1.145,0
Abruzzo	15,8	6,4	1.647,4
Molise	10,4	4,5	1.666,6
Campania	12,0	15,6	1.378,7
Puglia	31,4	13,0	1.328,2
Basilicata	24,7	4,8	1.422,6
Calabria	16,2	12,9	1.670,1
Sicilia	18,1	8,7	1.461,8
Sardegna	29,9	17,9	1.115,1
ITALIA	19,8	9,7	1.243,9

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

festivi e prefestivi. La guardia medica può prescrivere soltanto i farmaci indicati 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 2010 sono stati rilevati in Italia 2.925 punti di guardia medica, (29 in meno rispetto all'anno precedente) (Tabella 4.21); si contano 12.104 medici titolari, ovvero 20 medici ogni 100.000 abitanti. I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle regioni del Sud: il 42 % è concentrato in quattro regioni (Sicilia, Calabria, Puglia e Campania). A livello territoriale, si registra una realtà notevolmente diversificata sia riguardo i ricoveri prescritti che le visite effettuate. In media vengono prescritti 296 ricoveri ogni 100.000 abitanti (in calo rispetto

Tabella 4.21 **Attività di guardia medica, per Regione (2010)**

Regione	Punti di guardia medica	Ore prestate	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Visite effettuate per 100.000 abitanti
Piemonte	142	998.092	383	12.308
Valle D'Aosta	8	58.458	501	11.900
Lombardia	226	1.584.158	311	10.611
PA Bolzano	6	28.193	0	3.724
PA Trento	32	227.564	1.059	17.632
Veneto	112	1.057.376	233	11.661
Friuli VG	50	279.023	411	12.993
Liguria	54	315.324	430	7.873
Emilia Romagna	163	1.210.439	131	16.244
Toscana	176	1.087.485	427	16.314
Umbria	43	360.529	227	18.346
Marche	88	586.073	366	23.564
Lazio	125	940.744	120	4.906
Abruzzo	101	633.184	287	23.052
Molise	45	226.632	572	33.408
Campania	211	1.776.672	245	19.988
Puglia	261	1.797.701	220	18.328
Basilicata	105	716.870	417	25.607
Calabria	327	1.871.472	432	43.373
Sicilia	432	2.466.092	303	32.730
Sardegna	218	1.279.720	589	28.444
ITALIA	2925	19.501.801	296	16.884

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

ai 322 del 2009), con grandi differenze regionali (PA Trento 1.059 e Lazio 120). Le visite effettuate, su scala nazionale, sono 16.884 per mille abitanti, in diminuzione rispetto al dato 2009 (17.229). I livelli di attività più alti si registrano in Calabria (43.370), i più ridotti nel Lazio (4.906) e nella PA di Bolzano (3.724⁵⁵).

4.5 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

L'analisi dei bisogni e della domanda richiede di considerare una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita di tutte

⁵⁵ La variabilità del dato è probabilmente influenzata da problemi di definizione e raccolta delle prestazioni.

le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda al Rapporto Osservasalute 2012 (www.osservasalute.it) per una trattazione sistematica del quadro epidemiologico che caratterizza le diverse regioni. 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; Pammolli e Salerno, 2006).

Nel corso del 2012, secondo i dati ISTAT⁵⁶, la popolazione ha continuato a crescere, raggiungendo al 31 Dicembre 2012 59 milioni 685 mila residenti, con un incremento di 291.020 unità rispetto alla stessa data del 2011 (pari allo 0,49%), dovuto completamente alle migrazioni dall'estero. La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni del Nord-Ovest il 26,6% del totale, al Nord-Est il 19,3%, al Centro il 19,6%, al Sud il 23,4% e alle Isole l'11,1%. Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto all'anno precedente.

Le implicazioni delle profonde dinamiche di cambiamento demografico e sociale che stanno interessando il nostro Paese esulano dall'oggetto del presente lavoro. Ai fini di rappresentare l'evoluzione dei bisogni sanitari, basterà ricordare che la bassa natalità, l'ingresso di popolazione giovane ma già adulta e l'allungarsi della vita media comportano un progressivo invecchiamento demografico.

Secondo l'ISTAT, nel 2012 la quota di ultra65enni ha raggiunto il 20,8% della popolazione. Anche il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato un costante aumento negli anni, attestandosi a 148,6 nel 2012 contro il 127 del 2000. Logicamente, anche l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età non attiva e attiva, negli ultimi dieci anni è aumentato di 5 punti percentuali, toccando al 1° gennaio 2012 un valore pari al 53,5%.

A livello territoriale (Tabella 4.22) 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 27,3%; quelle dove risiede il maggior numero di minori di 14 anni sono la Campania con 16,1% e il Trentino Alto Adige con il 15,9%.

Una volta individuate le caratteristiche della domanda, un primo passaggio rilevante è valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni, individuando adeguati indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (rapporto *output/outcome*). Nel Riquadro 4.1 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2002.

⁵⁶ Il lettore potrà riscontrare una diminuzione rispetto alla cifra riportata nel capitolo 2 del Rapporto OASI 2012 (popolazione stimata 60,813 milioni). Tale incongruenza è dovuta al fatto che i dati disponibili fino al 2011 appartengono a stime pre-censuarie, come già indicato al paragrafo 4.2.1.

Tabella 4.22 **Indicatori di struttura demografica, per Regione (1° gennaio 2012)**

Regione	% under 14	% over 65	Indice di vecchiaia ⁽¹⁾	Dipendenza strutturale ⁽²⁾	Età media
Piemonte	13,0%	23,5%	181,0	57,4	45,13
Valle D'Aosta	14,0%	21,3%	152,0	54,7	43,90
Lombardia	14,3%	20,8%	145,6	54,1	43,35
Trentino Alto Adige	15,9%	19,1%	120,1	53,8	41,76
Veneto	14,3%	20,6%	144,2	53,4	43,29
Friuli VG	12,6%	24,0%	189,6	57,7	45,51
Liguria	11,6%	27,3%	236,2	63,6	47,44
Emilia Romagna	13,5%	22,8%	169,5	56,9	44,69
Toscana	12,8%	23,9%	186,0	57,9	45,33
Umbria	13,0%	23,6%	181,0	57,9	44,97
Marche	13,4%	22,9%	170,7	56,9	44,47
Lazio	13,8%	20,2%	146,2	51,7	43,19
Abruzzo	13,0%	21,8%	167,6	53,3	44,06
Molise	12,5%	22,2%	178,3	53,1	44,44
Campania	16,1%	16,6%	102,7	48,5	40,12
Puglia	14,6%	19,0%	130,3	50,7	41,92
Basilicata	13,3%	20,5%	154,2	51,0	43,22
Calabria	14,1%	19,2%	135,6	50,0	42,09
Sicilia	14,9%	18,9%	127,0	51,1	41,68
Sardegna	12,2%	20,1%	164,6	47,9	43,76
ITALIA	14,0%	20,8%	148,6	53,5	43,30

(1) Calcolato come rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella infantile (fino a 14 anni), moltiplicato per 100.

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT

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

- ▶ flussi di mobilità;
- ▶ grado di soddisfazione dei cittadini;
- ▶ tempi di attesa.

Di seguito si presentano alcuni dati relativamente a questi tre 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 rispetto nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali.

Riquadro 4.1 **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 ad 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 (es. 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.

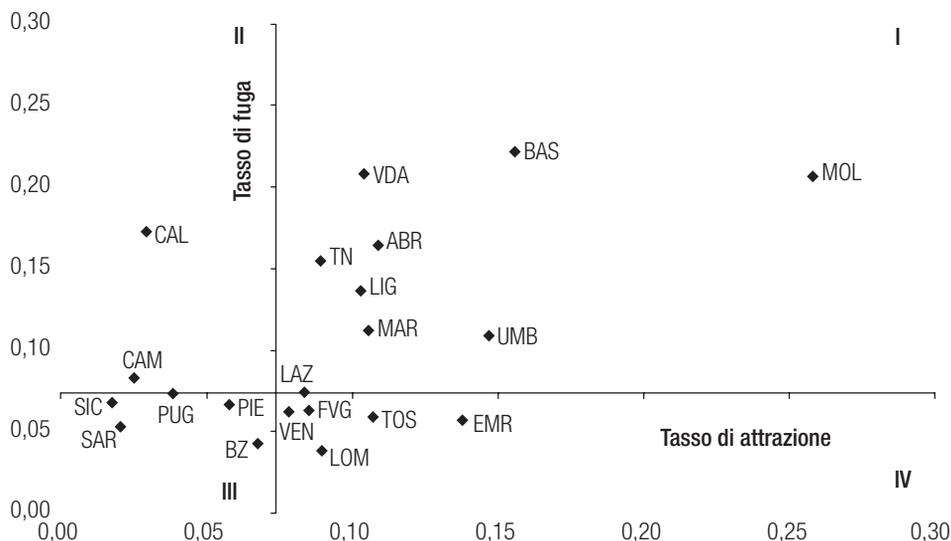
Molti degli indicatori sopra elencati presentano un limite: spesso la loro interpretazione non può essere univoca. Il SSN, inoltre, pone tra i principi alla base della sua istituzione la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione 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.

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. Per l'analisi dei flussi di mobilità transfrontalieri si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2011.

La Figura 4.13 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2011 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.

Figura 4.13 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2011)**



(*) 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

In questo modo è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le regioni come indicato nel Riquadro 4.2.

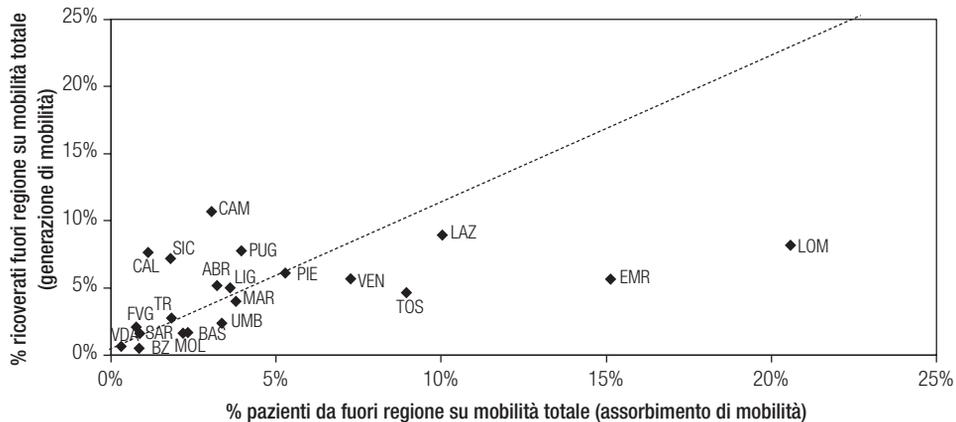
Nel periodo 2008-2011, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando da 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti a 7,56% nel 2011. Tra il 2010 e il 2011, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga, con una variazione massima di 1,4 punti percentuali nell'aumento dell'indice di fuga del Molise. A fronte di una complessiva stabilità nel posizionamento, il Lazio è l'unica Regione che effettua un cambio di quadrante, passando da regione «attrattiva» a regione «specializzata», con un aumento del tasso di fuga dello 0,6%. Nella Figura 4.14 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.

Riquadro 4.2 **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 ed 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).

Figura 4.14 **Assorbimento (*) e generazione (***) della mobilità nelle Regioni (2011)**



(*) 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

A differenza della Figura 4.13, gli indicatori utilizzati nella Figura 4.14 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:

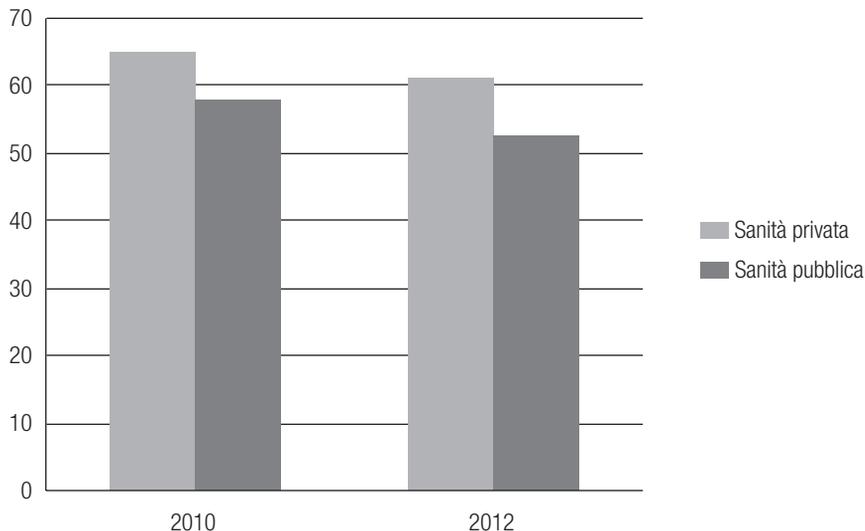
- ▶ la Lombardia attrae più del 20% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (15,1%) Lazio (10%), Toscana (8,9%) e Veneto (7,2%);
- ▶ se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,7%), seguita da Lazio (8,9%), Lombardia (8,2%), Puglia (7,8%), Calabria (7,6%) e Sicilia (7,2%).

Per quanto riguarda la soddisfazione dei cittadini nei confronti del SSN, diversi centri di ricerca italiani svolgono più o meno regolarmente indagini sul tema.

A tal riguardo lo studio «Italiani in Evoluzione: la *Customer Satisfaction* nei servizi in Italia – 2012» realizzato da Doxametrics per CFMT (Centro di Formazione Management del Terziario) riporta la soddisfazione degli utenti nel settore dei servizi, tra i quali viene riportata anche la sanità. Quest'ultima è uno degli ambiti che ha visto diminuire in maniera significativa la soddisfazione degli utenti (Figura 4.15); tale calo si rileva sia nella sanità pubblica (dal 57,9% al 52,6%) che in quella privata (dal 65% al 61,1%), mentre rimane costante il divario tra le due tipologie di strutture.

La maggiore soddisfazione per i servizi erogati dalla sanità privata rispetto a quella pubblica emerge anche dallo studio pubblicato dal CENSIS (2013). Tale studio, analizzando la copertura dei bisogni del SSN, mostra come il 44,8% dei pazienti ritenga che l'SSN offra tutte le prestazioni di cui ha bisogno. Tuttavia, il 41,2% degli intervistati ritiene che l'SSN sia ormai in grado di offrire solo le pre-

Figura 4.15 **Indice di soddisfazione, % su totale intervistati (2012)**

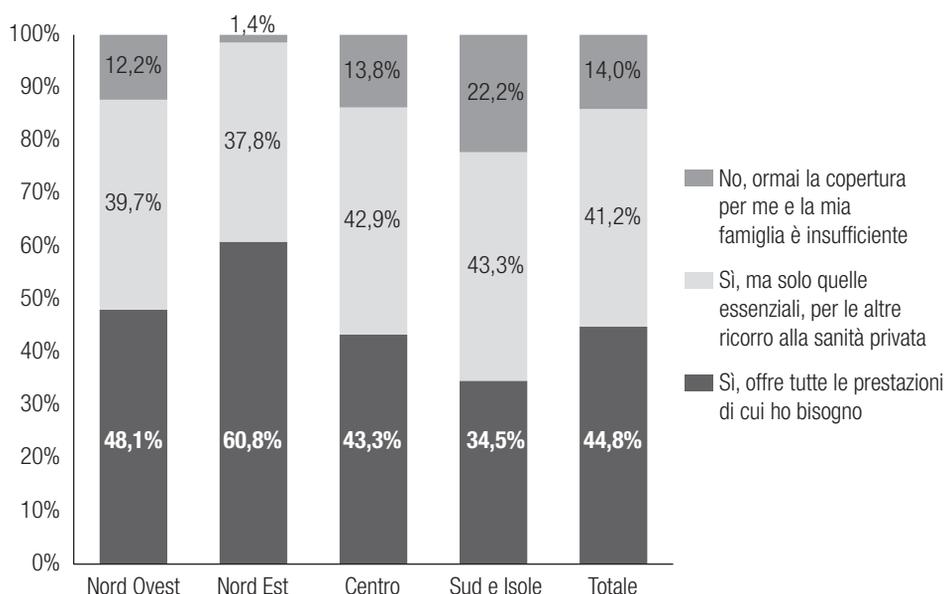


Fonte: Elaborazioni OASI su dati CFMT (2012)

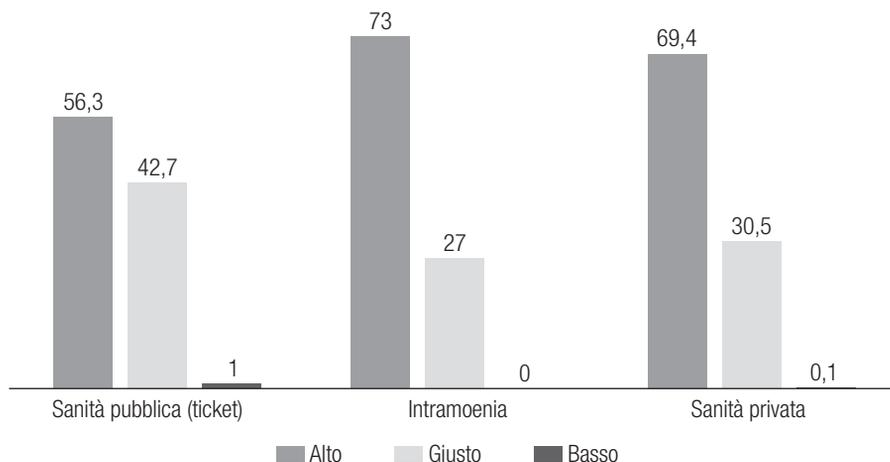
stazioni essenziali per il mantenimento di un accettabile stato di salute; il 14% ritiene il nostro sistema pubblico inadeguato nel coprire i bisogni fondamentali di assistenza sanitaria (Figura 4.16). Questi dati nascondono una realtà nazionale profondamente diversificata; se al Nord-Est la percentuale di cittadini che ritiene il SSN inadeguato è pari solo all'1,4%, tale percentuale sale fino al 22,2% nel Sud e nelle Isole, assestandosi su valori intermedi al Nord-Ovest e al Centro (rispettivamente, 12,2% e 13,8%). Esattamente speculare la quota di chi si dichiara completamente soddisfatto della risposta del SSN, che passa dal 60,8% del Nord-Est al 34,5% del Sud-Isole. La quota di chi ritiene il SSN in grado di assicurare solo i servizi essenziali è invece vicina al 40% in tutte le macroaree geografiche. Da notare che queste percentuali evidenziano una continuità con i risultati di un analogo studio condotto dal CENSIS e dal Forum per la Ricerca Biomedica nel 2012 e riportato nell'edizione precedente del Rapporto OASI.

Il medesimo studio analizza inoltre il grado di soddisfazione del paziente in relazione al corrispettivo monetario pagato. A livello nazionale emerge che, in genere, i corrispettivi pagati sono considerati elevati («alto» nel questionario) rispetto al servizio di cui si usufruisce (Figura 4.17). Tale discrepanza è superiore nella sanità privata, in cui il 69,4% dei pazienti giudica alto il corrispettivo paga-

Figura 4.16 **Giudizio sul grado di copertura dei bisogni offerto dal SSN – risposta alla domanda «Il Servizio Sanitario Nazionale offre le prestazioni di cui ha bisogno?» (2013)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati CENSIS – Previmedical (2013)

Figura 4.17 **Giudizio sul corrispettivo pagato in relazione al servizio erogato**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati CENSIS – Previmedical (2013)

to e nel pubblico, con riferimento ai servizi in intramoenia, dove ben il 73% dei pazienti giudica il corrispettivo elevato e soltanto il 27% lo giudica adeguato («giusto» nel questionario).

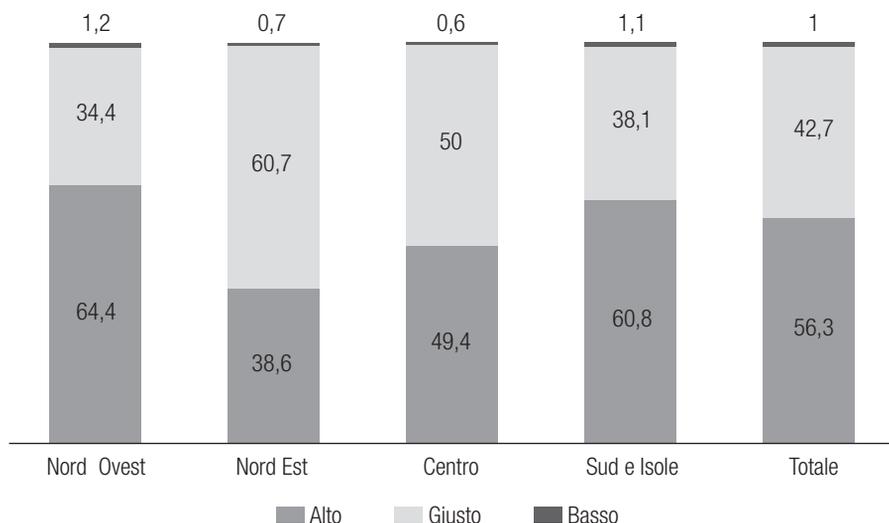
Focalizzandosi sulla sanità pubblica, emerge che il 56,3% dei pazienti giudica il prezzo elevato, il 42,7% lo ritiene appropriato e un 1% dei pazienti lo giudica contenuto («basso»). Tali giudizi variano molto in funzione dell'area geografica (Figura 4.18); in particolare, è possibile evidenziare come il ticket risulti adeguato per la maggior parte dei pazienti a Nord-Est (60,7%) e al Centro (50%), mentre è ritenuto alto a Nord-Ovest (64,4%) e al Sud e nelle Isole (60%).

Nonostante la maggior discrepanza percepita tra corrispettivo pagato e servizio erogato, la sanità privata risulta avere indici di soddisfazione più alti, come mostrato in precedenza (Figura 4.15).

Una possibile spiegazione di questo fenomeno è legata alla problematica delle liste d'attesa. Come evidenzia il rapporto AIOP (2013), il 13,9% degli utenti dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi ha fatto ricorso ai servizi intramoenia all'interno degli ospedali pubblici. Questa scelta è legata in primo luogo alla possibilità di evitare le liste di attesa della sanità pubblica, giudicate troppo lunghe, (7,1%) e, in secondo luogo, alla volontà di rivolgersi ad uno specialista di fiducia (6,8%).

Relativamente alle liste d'attesa, lo stesso studio mostra che il 60,6% degli utenti di servizi ospedalieri nell'ultimo anno ha avuto esperienze di liste di attesa. Tra questi, oltre un terzo ha avuto esperienza di liste di attesa molto lunghe; in particolare, il 9,3% ha atteso tra i 60 e i 120 giorni e il 12,5% oltre i 120 giorni (Tabella 4.23).

Figura 4.18 **Giudizio sul corrispettivo pagato (ticket) in relazione al servizio erogato per la sanità pubblica – per Aree Geografiche**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati CENSIS – Previmedical (2013)

Tabella 4.23 **Servizi ospedalieri e liste di attesa**

Negli ospedali pubblici	
Utenti dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi che hanno fatto ricorso ai servizi intramoenia a pagamento all'interno degli ospedali pubblici, di cui:	13,9%
Per evitare liste di attesa troppo lunghe	7,1%
Per ricorrere ad uno specialista di fiducia	6,8%
Utenti di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi che hanno avuto esperienze di liste di attesa, di cui:	60,6%
Meno di 60 giorni	38,8%
Oltre i 60 e fino a 120 giorni	9,3%
Oltre i 120 giorni	12,5%

Fonte: dati Ermeneia – AIOP (2013)

Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni si è sviluppata una forte attenzione a questo tema, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e il governo delle liste. Si rimanda al Capitolo 7 del Rapporto OASI 2012 per un aggiornamento e approfondimento delle politiche di gestione dei tempi d'attesa.

Coerentemente con quanto osservato dal CENSIS e dall'AIOP, lo studio precedentemente citato di CFMT sulla soddisfazione globale degli utenti dei servizi

Tabella 4.24 **Percezioni di elementi di possibile miglioramento della sanità**

Pensando in generale al livello di servizio ricevuto oggi, come potrebbe essere migliorato in futuro?	SANITÀ E ASSISTENZA
Numero interviste	1.722
Maggior preparazione / competenza del personale	37%
Abbassamento dei costi	24%
Riduzione dei tempi di consegna o di attesa	23%
Costi / tariffe più semplici	20%
Più personale	19%

Fonte: Dati CFMT(2012)

sanitari individua nella riduzione dei costi e dei tempi di attesa due dei principali elementi di possibile miglioramento. In particolare, sulla base di 1.722 interviste, lo studio di CFMT individua come principali elementi di miglioramento della sanità (pubblica e privata) la maggior preparazione e competenza del personale (37%), l'abbassamento dei costi (24%), la riduzione dei tempi di attesa (23%), la semplificazione delle tariffe (20%) ed un aumento del personale (19%).

Appendice I. Quadro delle principali modifiche nell'assetto istituzionale dei SSR – 1996 – 2013

Riquadro 4.3 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 30/06/13

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 Vallecarnonica-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 due ospedali (Edolo ed 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).

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.

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.

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 (AR-NAS).

Riquadro 4.4 **Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2013)**

PIEMONTE

- (i) Creazione di un'area di coordinamento sovra zonale (art. 23 LR 18/2007) per l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione.
- (ii) Istituzione di un'area di coordinamento metropolitana (art. 10 LR 18/2007) tra le strutture operanti nell'area torinese.

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 Agenzia.
- (ii) Definizione di 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 un Centro Servizi Condivisi (CSC) per la gestione centralizzata di attività tecniche e amministrative a supporto degli enti consorziati (art. 18 LR 20/2004), poi abrogato con la LR 12/2009.
- (ii) 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).

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, oltre che svolgere la funzione di approvvigionamento beni e servizi, gestione logistica e delle reti informative (art. 9 LR 40/2005).

UMBRIA

Istituzione dell'agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali.

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.

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.

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).

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

Istituzione di due comitati (Comitato Bacino Occidentale e Comitato Bacino Orientale) per l'accenramento delle gare di acquisto per beni e servizi ai sensi della LR 5/2009.

SARDEGNA

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

Fonte: Elaborazione OASI 2013

Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: Luglio 2013⁵⁷)

PIEMONTE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/2007, DCR 136/2007, DGR 65-7819/2007, L.R. 28 marzo 2012, n. 3
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 1-415/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 167-14087/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015

⁵⁷ Si puntualizza che le leggi regionali di contabilità hanno perso molto della loro valenza e dovranno essere aggiornate a seguito del decreto Armonizzazione (D. Lgs 118/2011).

- ▶ *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

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

LOMBARDIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997, modificata e confluita nella LR 33/2009
- ▶ *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

PROVINCIA DI BOLZANO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 7/2001; LP 9 del 02/10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGP⁵⁸ 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* – LP 38/1993, Piano Sanitario Provinciale 1993-1995; disegno di legge approvato con DGP 1748/2008
- ▶ *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

⁵⁸ Deliberazione di Giunta Provinciale.

VENETO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 32/2001
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR n. 15/DDL del 26/07/2011, Piano Sanitario Regionale 2012-2014
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994, modificata da LR 5/1996, LR 6/1996, LR 14/1998 e LR 46/1999
- ▶ *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

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. 25/2012
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 465/2010, Piano Sanitario e socio sanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994 e LR 14/2006
- ▶ *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
- ▶ *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 e LR 60/2008
- ▶ *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* – DCR 53/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 – validità del PSR prorogata come da LR 66/2011 art. 133
- ▶ *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 3/1998, modificata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005 e LR 6/2011
- ▶ *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
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 26/1996, modificata da LR 32/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 62/2007, Piano Sanitario Regionale 2007-2009
- ▶ *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'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 16/1999, modificata da LR 4/2006
- ▶ *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

ABRUZZO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 20/2006, LR 6/2007 e LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 37/1999 e DGR 2311/1999; LR 5/2008; LR 6/09
- ▶ *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 e Decreto del Commissario ad Acta n. 4/2012 del 04/04/2012.

MOLISE*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, modificata da LR 9/2005, LR 18/2008 e LR 34/2008
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 9/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 190/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *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* – LR 10/2002, Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e LR 24/2006 – Piano Regionale Ospedaliero 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

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 e 11/2012.
- ▶ *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 e LR 39/2006
- ▶ *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

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 e LR 12/2008
- ▶ *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* – LR 11/2004, Piano Sanitario Regionale 2004-2006
- ▶ *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

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 2010-2012
- ▶ *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 e DA 736/2010

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

(*) Dati aggiornati al 30/06/2012, dal momento che non è pervenuta la Scheda Regionale 2013

Bibliografia

- Age.Na.S – FIASO (2010), «In Italia cresce la squadra di manager sanitari formati ed esperti», *Panorama della Sanità*, 24 Maggio 2010: pp.18-23.
- 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. (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.
- CENSIS – FBM (2012), *Quale Sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse in Sanità?* Roma 2012, disponibile *on line* http://www.censis.it/5?resource_23=115540&relational_resource_24=115540&relational_resource_396=115540&relational_resource_26=115540&relational_resource_78=115540&relational_resource_296=115540&relational_resource_342=115540&relational_resource_343=115540.
- CENSIS – Previmedical (2013), *Il ruolo della Sanità integrativa nel SSN*, disponibile *on line* http://www.censis.it/5?shadow_evento=120970
- CFMT (2012), *Italiani in evoluzione: la Customer Satisfaction nei servizi in Italia*, disponibile *on line* http://lab.cfmt.it/pdf/Customer_Indagine_CFMT_Doxametrics.pdf
- 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 Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. e Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, 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.
- Ermeneia – AIOP (2013), *Ospedali e salute, decimo Rapporto Annuale 2012*, Franco Angeli, Milano.
- Ferrè F. e Ricci A. (2012), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, 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 Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- ISTAT (2012), Statistiche demografiche, disponibile on line <http://demo.istat.it/archivio.html>.
- Mele S. (2012), «I modelli regionali di centralizzazione degli acquisti», in Amatucci F., Mele S. (a cura di), *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie*, Milano, EGEA.
- Ministero della Salute (2013), *Attività economiche e gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere – Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2010*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1933_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2013), *Tavole Rapporto SDO 2011*, disponibili on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=1
- Ministero della Salute (2013), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_4_1.jsp?lingua=italiano&id=3
- 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.
- Osservasalute (2013), *Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, disponibile on line <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2012/12>
- Pammolli F. e Salerno N.C. (2006) Spesa sanitaria, demografia, governance istituzionale. CERM Quaderni http://www.cermlab.it/_documents/Quaderno-CERM2-06.pdf
- 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.