

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

2 La struttura del Servizio Sanitario Nazionale

*di Clara Carbone e Francesca Lecci**

2.1 Premessa

Il presente capitolo fornisce una visione d'insieme del 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 indagine adottato è quello economico-aziendale (presentato nel Capitolo 1) e, dopo un'analisi metodologica delle fonti informative utilizzate per la rilevazione dei dati (par. 2.2), gli elementi che vengono approfonditi sono i seguenti:

- assetti istituzionali dei singoli SSR, vale a dire numerosità e tipologia di aziende, politiche complessive e norme generali di contabilità e organizzazione, assetto dell'apparato amministrativo regionale, mobilità dei Direttori Generali (DG; par. 2.3);
- scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (in termini qualitativi e quantitativi; par. 2.4);
- dati di output in termini di tipologie, volumi e qualità delle prestazioni erogate (par. 2.5);
- bisogni sanitari e domanda espressa dagli utenti, che rappresentano, insieme ai prestatori di lavoro, i soggetti nell'interesse dei quali l'azienda opera (par. 2.6). L'analisi di queste variabili dovrebbe rappresentare la base per la definizione delle scelte strategiche e organizzative di aziende e regioni e per la valutazione di quanto i servizi prodotti siano «soddisfacenti» per la collettività in relazione alle risorse utilizzate (valutazione dell'economicità).

* Questo capitolo aggiorna il Capitolo 2 del Rapporto OASI 2005. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 2.5 e 2.6 sono da attribuirsi a Francesca Lecci, i restanti a Clara Carbone.

2.2 Analisi delle fonti informative

Le fonti informative utilizzate nel presente capitolo sono molteplici. Esse possono essere classificate in base agli argomenti affrontati nei diversi paragrafi:

- rispetto al tema degli assetti istituzionali dei singoli SSR (par. 2.3), la base informativa è alimentata dai dati raccolti attraverso una delle attività istituzionali di OASI che consiste nell'invio annuale di un questionario strutturato a tutte le regioni in materia di assetti istituzionali; tale strumento è finalizzato all'aggiornamento del quadro normativo, alle trasformazioni giuridiche, all'istituzione di nuovi soggetti istituzionali, al numero di strutture di ricovero e alla nomina e revoca dei Direttori Generali (DG) delle aziende sanitarie;
- riguardo alla struttura (configurazione fisico-tecnica delle aziende e organismo personale) e alle attività (tipologie, volumi e qualità delle prestazioni erogate) del SSN (par. 2.4 e 2.5), le elaborazioni dei dati vengono effettuate a partire dai flussi informativi ministeriali del Sistema Informativo Sanitario (SIS) aggiornati a due anni precedenti quello di pubblicazione del rapporto (per esempio, i flussi informativi disponibili a oggi sono aggiornati al 2004) e alimentati prevalentemente dalla rilevazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)¹ e dai dati risultanti dai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17 maggio 1984, rinnovati e ampliati con successivi decreti ministeriali (l'ultimo decreto di riferimento è quello del 23 dicembre 1996). I dati raccolti dal SIS sono poi organizzati e presentati in maniera sistematica e organica in due pubblicazioni annuali del ministero della Salute: «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» e «Attività di ricovero ospedaliero»;
- per la parte relativa all'*outcome* (bisogni sanitari e domanda espressa dagli utenti) del SSN (par. 2.6), i dati analizzati fanno riferimento ai flussi di mobilità rilevati dal SIS, che possono essere interpretati come un'approssimazione del livello di gradimento dei vari SSR, e a fonti istituzionali individuate di volta in volta, in base alla significatività dell'oggetto di analisi e dell'anno di aggiornamento (per esempio, l'indagine del ministero della Salute «Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi d'attesa dalle aziende USL e ospedaliere», l'indagine multiscopo dell'ISTAT «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari»² sul grado di soddisfazione dei servizi ospedalieri riportata nel Rapporto OASI 2003, l'indagine Eurisko sul grado di valutazione da parte degli utenti delle informazioni ottenute dai servizi sanitari, riportata nel Rapporto OASI 2002).

¹ Attraverso le SDO il Ministero rileva i dati di attività delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate alle pubbliche e degli istituti privati (case di cura accreditate e non).

² Si tratta di analisi quinquennali e su base campionaria. L'indagine è costituita da quattro volumi: «Condizioni di salute della popolazione», «Fattori di rischio e tutela della salute», «Gravidanza, parto e allattamento» e «Cura e ricorso ai servizi sanitari». Al momento della stesura del capitolo, risulta ancora in corso di pubblicazione l'indagine multiscopo che riporta i dati 2004-2005.

A integrazione della disamina delle principali fonti informative, si segnalano, come già richiamato lo scorso anno, alcune carenze di sistematicità nelle rilevazioni effettuate dal SIS sia per alcuni dati di output riferiti alle attività territoriali (per esempio, attività ambulatoriali specialistiche, attività di prevenzione, attività presso le strutture residenziali e semiresidenziali ecc.), sia per i dati di *outcome* (per esempio, dati sulle liste di attesa, dati di soddisfazione dei servizi erogati ecc.). A oggi è in corso di revisione il SIS: a tale fine sono stati avviati due progetti paralleli: il progetto «Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)» e il progetto «Mattoni».

Il primo ha avuto inizio quattro anni fa. L'obiettivo del progetto è stato quello di creare un nuovo sistema informativo più esaustivo e organico in grado di intercettare il percorso seguito dal paziente che, per soddisfare il proprio bisogno sanitario, attraversa diverse strutture e *setting* assistenziali. Il mantenimento nel tempo di tale impostazione permetterà di usufruire di consistenti serie storiche per l'area sia ospedaliera sia territoriale. Il NSIS, una volta a regime, dovrebbe consentire, inoltre, di misurare l'erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, attraverso l'individuazione di un *data set* comune con il quale i diversi livelli del SSN devono dialogare: tali dati possono essere considerati come Livelli Essenziali d'Informazione (LEI; ASSR 2005).

Il secondo è scaturito dall'esigenza di accompagnare la realizzazione del NSIS con un progetto parallelo e complementare di generazione e aggiornamento di un linguaggio condiviso. Esso si pone l'obiettivo di definire gli oggetti da misurare, le metodologie unificate e condivise di misura e gli strumenti minimi necessari per poter effettuare tali misure. Il progetto «Mattoni» è un programma articolato sulle seguenti 15 linee progettuali³:

- Mattone 1 – Classificazione delle strutture;
- Mattone 2 – Classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Mattone 3 – Evoluzione del sistema DRG nazionale;
- Mattone 4 – Ospedali di riferimento;
- Mattone 5 – Standard minimi di quantità di prestazioni;
- Mattone 6 – Tempi di attesa;
- Mattone 7 – Misura dell'appropriatezza;
- Mattone 8 – Misura dell'*outcome*;
- Mattone 9 – Realizzazione del *patient file*;
- Mattone 10 – Prestazioni farmaceutiche;
- Mattone 11 – Pronto soccorso e sistema 118;
- Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- Mattone 13 – Assistenza primaria e prestazioni assistenziali;

³ Tutti i Mattoni definiscono dei contenuti informativi e possono essere distinti in due tipologie:
1. quelli che specificano delle classificazioni e codifiche (Mattoni 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 15);
2. quelli che indicano delle metodologie di analisi (Mattoni 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14).

- Mattone 14 – Misura dei costi del SSN;
- Mattone 15 – Assistenza sanitaria collettiva.

Al fine di condurre e gestire in modo organico un progetto così articolato, si è proceduto all'organizzazione del lavoro secondo diversi livelli (operativi, di condivisione tecnica e di condivisione strategico-politica) a cui hanno partecipato referenti provenienti dal ministero della Salute, dalle regioni, dalle agenzie regionali, dalle AO e dalle ASL, dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e da esperti del mondo medico e scientifico.

Per maggiore approfondimento sugli obiettivi dei singoli Mattoni e sui primi risultati si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2005 (Carbone e Lecci 2005). Al momento della stesura del capitolo non sono disponibili ulteriori aggiornamenti rispetto a quelli riportati lo scorso anno.

2.3 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda 2005). 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. E sono le regioni che, in qualità di capogruppo⁴ del sistema regionale, devono:

1. ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
2. stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo);

⁴ Il termine «capogruppo» può essere inteso secondo un'accezione ristretta e una più ampia. «Nel primo caso il riferimento è esclusivamente al ruolo di governo del SSR esercitato dalla regione in qualità di proprietaria della rete pubblica, attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della "proprietà". Secondo un'accezione più ampia (accolta in questo capitolo) il termine "capogruppo" si riferisce alla regione in quanto soggetto che governa il sistema sanitario, indipendentemente dalle modalità di esercizio di tali prerogative. Le modalità possono essere infatti diverse: alcune regioni utilizzano ampiamente gli strumenti di indirizzo e controllo tipici della "proprietà", mentre altre tendono a stabilire regole che definiscono le convenienze dei diversi soggetti e li orientano verso gli obiettivi della regione, pur valorizzandone l'autonomia. Nel secondo caso la regione si configura principalmente come soggetto regolatore e controllore "terzo" del sistema, che limita il proprio coinvolgimento diretto nella funzione di gestione dei servizi» (Cantù 2002, p. 22).

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;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Rispetto a tali competenze, in Allegato 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 2006 (cfr. par. 2.2). Nel prosieguo:

- si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, ovvero di individuazione delle aziende (par. 2.3.1), mentre una presentazione degli attori della sanità privata accreditata e delle loro caratteristiche viene riportata nel Capitolo 4;
- si riassumono le principali considerazioni rispetto al tema degli apparati amministrativi dei SSR e dei PSR (par. 2.3.2);
- si approfondiscono le modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione attraverso la gestione del rapporto fiduciario che lega i direttori generali delle aziende agli organi regionali (par. 2.3.3).

Si rimanda invece:

- al Capitolo 4 per una disamina sullo stato dell'arte dei sistemi di accreditamento nei diversi SSR;
- ai Capitoli 6 e 7 per una presentazione dei meccanismi di finanziamento rispettivamente per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale e per quella agli anziani non autosufficienti;
- ai Capitoli 8 e 9 per un approfondimento sulle indicazioni regionali rispetto all'impostazione dei sistemi di contabilità analitica e di *risk management*;
- al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2005 per una presentazione delle indicazioni contenute nelle L.R. di organizzazione e nei PSR in merito all'assetto organizzativo delle aziende (Carbone *et al.* 2005);
- al Capitolo 8 del Rapporto OASI 2005 per una disamina delle scelte di orientamento strategico della medicina generale alla luce del nuovo contratto (Galli *et al.* 2005);
- al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2004 per l'analisi dei sistemi regionali di finanziamento degli investimenti (Marsilio e Vecchi 2004);
- al Capitolo 8 del Rapporto Oasi 2004 (Otto *et al.* 2004) per un'analisi delle modalità di governo dell'assistenza farmaceutica;
- al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2003 (Anessi Pessina 2003) per una disamina dettagliata della normativa regionale in tema di gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende.

2.3.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono stabilire la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche di cui si compone. Specificamente esse devono:

1. ridefinire l'articolazione del territorio regionale in ASL;
2. costituire eventualmente in aziende autonome (AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati dalla regione stessa.

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di:

1. numero e dimensione media delle ASL e delle AO;
2. numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e conseguente estensione dei meccanismi di «quasi mercato».

La Tab. 2.1 presenta l'evoluzione del numero di aziende sanitarie territoriali (ASL) e ospedaliere nelle diverse regioni dal 1992 a oggi e le loro dimensioni medie.

Rispetto all'anno scorso si evidenzia la riduzione del numero delle ASL del Piemonte (da 22 a 13). In particolare, nell'ambito del riassetto del SSR, la Regione Piemonte ha individuato i nuovi ambiti territoriali delle ASL accorpando 16 delle 22 ASL esistenti attraverso processi di fusione per incorporazione di più aziende sanitarie. Il nuovo assetto piemontese prevede quindi 13 ASL di maggiori dimensioni, mentre l'assetto delle AO è rimasto immutato.

Da un punto di vista dimensionale, si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 341.800 abitanti, con un massimo rappresentato dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) marchigiana (quasi 1.518.780 abitanti) seguita dalle ASL lombarde (più di 600.000 abitanti) e un minimo da quelle della provincia autonoma di Bolzano (circa 118.000) e della Basilicata (poco meno di 120.000). La medesima tabella mostra:

- una media di circa 3,2 presidi a gestione diretta delle ASL con una dimensione media di circa 160 posti letto⁵ (rispetto a quest'ultimo indicatore si segnala peraltro un'elevata variabilità interregionale);

⁵ L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2004 e pubblicati dal ministero della Salute sul rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» (87.742) e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2004 rilevato dall'attività istituzionale di OASI (547). Si sottolinea che il numero dei presidi a gestione diretta rilevati dal ministero della Salute aggiornato al 2004 era pari a 460 perché il flusso informativo fa riferimento al numero dei presidi a gestione diretta rilevati e non a quelli esistenti. La maggiore discrepanza fra i due dati si rileva per il Piemonte e il Veneto.

Tabella 2.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

Regione	ASL						AO					
	Numero ante 502/1992	Numero al 31 dicembre 1995	Numero al 30 giugno 2006	Popolazione media	Numero medio presidi a gestione diretta *	PL utilizzati medi per presidio ASL* 2004	Numero al 31 dicembre 1995	Numero al 30 giugno 2006	Numero medio stabilimenti AO** 2004	PL utilizzati medi per AO 2004	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2004	
Piemonte	63	22	13	333.090	4,0	138	7	8	1,6	623	335	
Valle d'Aosta	1	1	1	122.868	1,0	421	—	—			—	
Lombardia	84	44	15	626.206	0,1	156	16	29	3,9	774	200	
Bolzano	4	4	4	118.288	1,8	261	—	—			—	
Trento	11	1	1	486.957	11,0	143	—	—			—	
Veneto	36	22	21	223.807	3,0	189	2	2	1,5	1.589	1.059	
Friuli Venezia Giulia	12	6	6	200.786	1,8	122	3	3	2,0	752	376	
Liguria	20	5	5	318.462	2,0	280	3	3	1,0	771	771	
Emilia Romagna	41	13	11	377.397	3,5	229	5	5	1,0	986	986	
Toscana	40	12	12	299.856	2,8	220	4	4	1,0	939	939	
Umbria	12	5	4	214.735	2,3	145	2	2	1,5	651	434	
Marche	24	13	1	1.518.780	31,0	112	3	2	2,0	602	301	
Lazio	51	12	12	439.164	4,2	130	3	4	2,0	671	419	
Abruzzo	15	6	6	216.545	3,8	153	—	—			—	
Molise	7	4	1	321.953	6,0	196	—	—			—	
Campania	61	13	13	445.307	3,8	118	7	8	1,1	483	429	
Puglia	55	12	12	339.014	2,3	300	4	2	1,0	994	994	
Basilicata	7	5	5	119.309	2,4	85	1	1	2,0	415	415	
Calabria	31	11	11	182.661	3,0	114	4	4	2,3	456	203	
Sicilia	62	9	9	557.009	5,3	96	16	17	1,5	378	247	
Sardegna	22	8	8	206.257	3,6	168	1	1	1,0	531	531	
Italia	659	228	171	341.800	3,2	160	81	95	2,2	672	307	

* Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4, comma 9, del D.lgs. 502/1992).

** Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate a indirizzi differenti.

Fonte: OASI ed elaborazione OASI su dati ministero della Salute

- una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia del Nord (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne che in Piemonte) e in Toscana e Lazio rispetto a quelle del Centro-Sud (solo la Puglia ha dimensioni superiori alla media);

- l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, emiliane, toscane e 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 sia dal numero medio di strutture di ricovero per azienda (0,1 presidi a gestione diretta per ASL e 3,9 stabilimenti per AO, rispetto a una media nazionale rispettivamente di 3,2 e 2,2⁶), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti delle AO in quanto sono stati costituiti in AO ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro;
- le nuove configurazioni:
 - del SSR marchigiano che gestisce direttamente 31 ospedali in seguito alla costituzione di un'azienda unica (ASUR) e due AO che, a partire dal 2003, vedono la loro dimensione media allinearsi a quella nazionale;
 - del SSR molisano che gestisce direttamente sei presidi ospedalieri in seguito alla costituzione dell'azienda unica (ASREM);
- le forti differenze tra le due province autonome che, pur presentando una popolazione di ampiezza simile (circa 480.000 abitanti), hanno assetti difformi, Trento ha costituito un'unica ASL che gestisce direttamente 11 presidi di dimensioni limitate, Bolzano ha costituito quattro ASL che gestiscono ciascuna circa due presidi di dimensioni medie maggiori.

Il Riquadro 2.1 riporta le principali modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 fino al 30 giugno 2006. Nel biennio 1994-1995, infatti, la maggior parte delle regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.lgs. 502/1992. Dal 1996, le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 sembra aver preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti⁷, si sono moltiplicati.

Innanzitutto molte regioni hanno provveduto alla ridefinizione di ASL e AO: il riordino del SSR piemontese; il completamento del riassetto del SSR lombardo con la trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna; l'accorpamento di tre aziende sanitarie nell'ASL di Bologna; la creazione dell'ASREM in Molise; la fusione per incorporazione di tre aziende nell'AO «Umberto I» e la creazione dell'ASUR nelle Marche; la soppressione di quattro AO in Puglia. Si rimanda al Capitolo 9 del Rapporto OASI 2005 per un'analisi di uno di questi casi (la creazione dell'ASUR delle Marche), che evidenzia in particolare le criticità, gli obiettivi e le modalità di gestione del cambiamento (Alesani e Villa 2005).

⁶ Si segnala peraltro che, in generale, i dati medi nazionali riferiti alle AO risultano fortemente influenzati dai dati lombardi, dato che le AO lombarde rappresentano circa un terzo del totale nazionale.

⁷ Per esempio, in Abruzzo è stata presentata una proposta per la riduzione delle ASL a 4 e la creazione di 2 AO (Chieti e L'Aquila).

Riquadro 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31 dicembre 1995 al 30 giugno 2006

Piemonte

2004 Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (L.R. 39/2004)

2006 Riassetto del SSR: fusione per incorporazione in 7 nuove ASL di 16 ASL 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.

Lombardia

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

1997 Costituzione di 11 nuove AO (Del.C.R. 742/1997)

1998 Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (L.R. 15/1998)

2002 Costituzione di 2 nuove AO: provincia di Lodi e provincia di Pavia (Del.C.R. 401/2002)

2003 Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (Del.C.R. 747/2003). La regione ha quindi completato il riassetto del SSR in base al modello di separazione acquirente-fornitore: attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edolo ed Esine)

Veneto

1996 Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (Del.G.R. 6368/1996)

Emilia Romagna

2003 Istituzione dell'AUSL di Bologna (L.R. 21/2003) che accorpa le tre ASL della provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione dell'ASL di Imola

Marche

1996 Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (Del.G.R. 3959/1996)

2003 Riorganizzazione del SSR (L.R. 13/2003) con: 1. la costituzione dell'ASUR in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; 2. la fusione per incorporazione nell'AO «Umberto I» delle AO «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova AO)

Umbria

1998 Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (L.R. 3/1998)

Lazio

1999 Costituzione dell'AO universitaria S. Andrea (D.P.C.M. 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero

Riquadro 2.1 (segue)

Molise

2005 Riorganizzazione del SSR (L.R. 9/2005) con la costituzione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (ASREM) in cui sono state accorpate le precedenti quattro ASL.

Campania

1997 Costituzione dell'AO «Cotugno» tramite scorporo dall'AO «Monaldi Cotugno» di Napoli (Del.G.R. 8048/1997 e 22782/1997)

Puglia

1996 Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (Decreto Pres. G.R. 53/1996)

1997 Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (Decreto Pres. G.R. 44/1997)

2002 Soppressione di 4 AO (su 6 restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari), con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL in cui sono ubicati (Del.G.R. 1429/2002).

Le modifiche di ASL e AO sono state affiancate da ulteriori interventi che, peraltro, si caratterizzano per rilevanti elementi di innovazione rispetto all'«ortodossia del SSN». Le regioni, forti del «federalismo fiscale e sanitario», stanno infatti procedendo in modo autonomo:

- introducendo nuovi soggetti istituzionali;
- prevedendo nuovi meccanismi che legano 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;
- accentrando a livello regionale alcune decisioni strategiche e funzioni amministrative.

La finalità principale dei cambiamenti degli assetti istituzionali sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome, ma che condividono risorse, ambienti di azione e, in parte, obiettivi e finalità), per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni⁸. A ciò si

⁸ La tendenza delle regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR (derivanti dalla crescita dei bisogni e della domanda, dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici) potrebbe essere determinata da una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento. A questo è necessario aggiungere, però, che negli anni Novanta il SSN è stato caratterizzato da generali fenomeni di deintegrazione, al fine di conseguire una specializzazione sia istituzionale (per esempio, scorporo delle aziende ospeda-

aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalla regione (per esempio, gli enti locali). Ne rappresenta un esempio la costituzione in Toscana delle Società della Salute (SdS) che, come affermava il PSR 2002-2004 e come conferma il PSR 2005-2007, «ha come fine istituzionale la salute e il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative, ne fanno parte». Si tratta, quindi, di consorzi pubblici i cui soci sono i comuni che afferiscono a una zona-distretto e l'AUSL di riferimento. Nel territorio regionale sono previste complessivamente 34 SdS, al momento ne sono state attivate 18⁹. Gli organi della SdS sono la giunta, composta da sindaci o assessori delegati dei comuni e il direttore generale dell'AUSL, il presidente, individuato tra i rappresentanti dei comuni presenti nella giunta, il collegio dei revisori e il direttore.

Infine, sempre nell'ambito dei cambiamenti istituzionali sono da considerare le modifiche della normativa a livello nazionale per gli IRCCS pubblici (D.lgs. 288/2003) e le Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU) (D.lgs. 517/1999) che hanno comportato dei fenomeni di trasformazioni giuridiche¹⁰. La spinta al recepimento di queste normative da parte delle regioni è contenuta nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005: all'art. 9 veniva sottolineato che governo e regioni, entro il 31 luglio 2005, si dovevano impegnare, attraverso l'adozione di specifici provvedimenti, a completare sia il processo di aziendalizzazione degli eventuali policlinici universitari sia l'insediamento dei nuovi organi degli IRCCS sulla base della normativa vigente.

La Tab. 2.2 sintetizza le principali innovazioni introdotte nelle diverse regioni relativamente ai temi sopra elencati.

liere) sia gestionale-organizzativa (diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente considerate *core*). Attualmente è invece pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili in sistemi popolati da attori caratterizzati da missioni diverse. Si sta cioè aprendo una fase «segnata dai problemi relativi al coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche aziende fortemente integrate» (Del Vecchio 2003, p. 291).

⁹ Rispetto alle SdS si possono configurare i seguenti scenari a regime:

1. SdS come divisione territoriale dell'AUSL (la SdS coincide sostanzialmente con la zona/distretto dell'AUSL focalizzata sulla produzione socio-sanitaria, mentre la committenza rimane in capo all'AUSL);
2. SdS come società intercomunale prevalentemente socio-assistenziale (SdS committenza e produzione sociale, AUSL committenza e produzione socio-sanitaria e sanitaria);
3. SdS committente socio-assistenziale e socio-sanitario e AUSL produttrice;
4. SdS committente globale e AUSL produttrice;
5. SdS committente e produttore socio-sanitario (Longo 2006).

¹⁰ Per un maggior approfondimento sulle principali indicazioni delle due normative definite a livello nazionale (D.lgs. 288/2003 e 517/1999) si rimanda a Cantù e Carbone (2004).

Tabell 2.2 Le innovazioni introdotte negli assetti istituzionali dei SSR

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (<i>ex D.lgs. 517/1999 e D.lgs. 288/2003</i>)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette) e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'università	Costituzione di 4 aree di coordinamento sovrazonale con compiti gestionali interaziendali al fine di garantire la continuità assistenziale, il controllo dei livelli di domanda e l'integrazione delle rispettive attività.
Lombardia	Istituzione di una fondazione in cui vengono incorporati l'IRCCS pubblico «Ospedale Maggiore di Milano» e l'AO «Istituti Clinici di Perfezionamento» Costituzione delle fondazioni di partecipazione: «San Pellegrino» per la gestione del presidio ospedaliero di Castiglione delle Stiviere; «Montecchi» per la gestione del presidio ospedaliero di Suzzara Trasformazione in fondazione (<i>ex art. 2/2 del D.lgs. 288/2003</i>) di 3 IRCCS di diritto pubblico (Besta di Milano, Istituto dei Tumori di Milano, San Matteo di Pavia)	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio
Veneto		Accentramento di alcuni servizi amministrativi a livello regionale o di «Area Vasta»
Friuli Venezia Giulia	Trasformazione dell'AO Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'università dal 6 marzo 2004 Creazione di un ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi – CSC) con L.R. 20/2004 Accorpamento dell'AO Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda nell'AO universitaria integrata con l'università di Udine.	Istituzione di tre «Conferenze di area vasta», quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle ASL, alle AO, alle case di cura private accreditate, all'IRCCS e al policlinico universitario che insistono nella stessa area (Del.G.R. 3222/2005)
Liguria Emilia Romagna	Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma in AO integrate con l'università	Ipotesi di costituzione di un polo per gli acquisti Individuazione di tre «macroaree», le cui aziende dovranno coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale

Tabell 2.2 (segue)

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.lgs. 517/1999 e D.lgs. 288/2003)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Toscana	Istituzione di tre Enti per i Servizi Tecnico-Amministrativi di «Area Vasta» (ESTAV) – Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est (artt. 100 e seguenti della L.R. 40/2005) Avvio di 18 Società della Salute (art. 60 L.R. 40/2005) Trasformazione delle AO Careggi, AO Pisana, AO Senese e AO Meyer in AO integrate con l'università	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci (art. 9 L.R. 40/2005)
Marche		Creazione di cinque Aree Vaste per l'accentramento dei servizi logistici e amministrativi
Umbria	Istituzione di un consorzio tra le aziende sanitarie per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative. Il consorzio si occuperà di gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di sanità pubblica (L.R. 17/2005)	
Lazio	Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'università	
Campania	Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in AO universitarie integrate con il SSN Trasformazione dell'IRCCS Pascale in fondazione	
Puglia	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'università	
Calabria	Trasformazione degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in fondazioni*	
Sicilia	Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'università	
Sardegna	Trasformazione dei tre policlinici universitari a gestione diretta in AO universitarie integrate con il SSN	Ipotesi di sostituzione di conferenze provinciali

* Iniziativa prevista ma non ancora realizzata.

Fonte: nostra elaborazione

Le principali variazioni rispetto alla precedente indagine (Cantù e Carbone 2004) sono: in Piemonte sono state previste delle unità funzionali sovrazionali di coordinamento (livello sovraziendale), l'area di coordinamento di Torino con cinque ASL, di Novara con quattro ASL, di Cuneo con tre ASL e di Alessandria con due ASL; in Friuli Venezia Giulia sono state accorpate l'AO S. Maria della Misericordia e il Policlinico a gestione diretta dell'Università di Udine e, contestualmente, la nuova azienda è stata trasformata in AOU integrata con l'università.

2.3.2 L'apparato amministrativo regionale e i PSR

Per governare il «gruppo sanitario pubblico» e il complessivo SSR, 12 regioni (Tab. 2.3) hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale¹¹ (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia e Umbria).

Tabella 2.3 **Leggi regionali di istituzione e disciplina delle Agenzie Sanitarie Regionali**

Regione	Documento
Piemonte	ARESS: L.R. 10/1998
Veneto	ARSS: L.R. 32/2001
Friuli Venezia Giulia	ARS: L.R. 37/1995
Liguria	In corso di costituzione
Emilia Romagna	ASR: L.R. 50/1994 modificata con L.R. 11/2000
Toscana	ARS: L.R. 71/1998; L.R. 22/2000 e L.R. 40/2005
Marche	ARS: L.R. 26/1996 modificata da L.R. 32/2005
Lazio	ASP: L.R. 16/1999
Abruzzo	ASR: L.R. 37/1999 e Del.G.R. 2311/1999
Campania	ARSAN: L.R. 25/1996
Puglia	ARES: L.R. 24/2001
Umbria	Disegno di legge Del.G.R. 703/2006 (in via di costituzione)

Fonte: nostra elaborazione

¹¹ È utile sottolineare che le ASR sono enti indipendenti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), la quale è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, sottoposto a vigilanza del ministero della Salute. L'ASSR ha principalmente un ruolo di collaborazione con le regioni e province autonome relativamente alla materia sanitaria e di supporto alle loro iniziative di autocoordinamento, nonché compiti di rilevazione, analisi, valutazione, proposta in materia di organizzazione dei servizi, di innovazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza.

Tutte le Agenzie Sanitarie Regionali (ASR) istituite sono state attivate, tranne quelle della Liguria e dell'Umbria che risultano in via di costituzione. Inoltre, un'ipotesi di costituzione di un'ASR è stata avanzata in Molise e Sardegna.

L'istituzione di un'ASR pone due problemi fondamentali: in generale, la definizione della sua struttura e delle sue funzioni, in coerenza con il ruolo che la regione intende svolgere nel sistema sanitario e con le competenze dell'Assessorato; più in particolare, l'assetto delle sue relazioni con gli altri soggetti del sistema (Assessorato, ma anche Giunta, Consiglio, aziende).

Le scelte regionali, a questo riguardo, appaiono molto differenziate. Si rimanda al Capitolo 7 del Rapporto OASI 2002 (Lega e Perri 2002) per un'analisi della configurazione delle ASR in termini di ruolo (consulente delle aziende, centro studi indipendente con compiti di Osservatorio del SSR, tecnostruttura a servizio dell'Assessorato, della Giunta o del Consiglio) e attività (operativa o di ricerca e studio). A questo proposito si sottolinea, per esempio, la distinzione dei ruoli previsti per l'ASR e per l'Assessorato in Regione Emilia Romagna nel caso di definizione dei sistemi tariffari delle prestazioni sanitarie (cfr. Capitolo 7). Un aggiornamento più recente sul monitoraggio delle competenze delle agenzie dei vari SSR così come indicate dalle leggi di istituzione è stata svolta dall'ASSR¹².

Con riferimento ai PSR, la Tab. 2.4 riporta l'elenco dei PSR attualmente in vigore o in corso di approvazione. Si rimanda al Capitolo 4 del Rapporto OASI 2002 (Fattore e Longo 2002) per un approfondimento sulle principali tendenze dei SSR alla luce degli indirizzi delineati nei PSR in quel momento in vigore di tre regioni (Lombardia, Emilia Romagna e Toscana) e al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2005 (Fattore e Lecci 2005) per un'analisi dei contenuti dei PSR. Rispetto allo scorso anno è stato approvato il PSR 2006-2008 della Regione Friuli Venezia Giulia (D.G.R. 3222/2005).

2.3.3 La mobilità dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria, sebbene sia un attore composito¹³, si incentra oggi sulla figura del DG, il cui ruolo professionale è profondamente mutato in seguito al ripensamento degli assetti istituzionali, strategici e organizzativi del settore sanitario.

Il legislatore lascia alla regione ampi margini di autonomia nella definizione sia dei requisiti professionali necessari per la nomina, sia degli indicatori di performance per la valutazione. L'idea che i DG siano nominati su base «fiduciarria», debbano rispondere dei risultati raggiunti e in presenza di risultati consi-

¹² I risultati della comparazione sono disponibili sul sito dell'ASSR (www.assr.it).

¹³ Accanto al DG, il legislatore ha previsto alcuni organi, che possono svolgere una funzione strategica fondamentale per l'azienda. I principali sono il Direttore Amministrativo (DA), il Direttore Sanitario (DS), il collegio di direzione (art. 17, D.lgs. 502/1992 come modificato da D.lgs. 229/1999) e i responsabili di dipartimento e di distretto.

Tabella 2.4 I PSR attualmente in vigore (2006)

Regione	Documento
Piemonte	PSR 1997-1999 (L.R. 61/1997)
Valle d'Aosta	PSR 2002-2004 (L.R. 18/2001)
Lombardia	PSSR 2002-2004 (Del.C.R. 462/2002) PSR 2007-2009 all'approvazione del consiglio regionale
Bolzano	PSP 2000-2002 (Del.G.P. 3028/1999)
Trento	PSP 2000-2002 (Del.G.P. del 2 giugno 2000)
Veneto	PSR 1996-1998 (L.R. 5/1996)
Friuli Venezia Giulia	PSR 2006-2008 (Del.G.R. 3222/2005)
Liguria	PSR 2003-2005 (Del.C.R. 03/2004)
Emilia Romagna	PSR 1999-2001 (Del.C.R. 1235/1999)
Toscana	PSR 2005-2007 (Del.C.R. 22/2005)
Umbria	PSR 2003-2005 (Del.G.R. 314/2003)
Marche	PSR 2003-2006 (Del.C.R. 97/2003)
Lazio	PSR 2002-2004 (Del.C.R. 114/2002)
Abruzzo	PSR 1999-2001 (L.R. 37/1999)
Molise	PSR 1997-1999 (Del.C.R. 505/1996) PSSR 2002-2004 in fase di elaborazione
Campania	PSR 2002-2004 (L.R. 10/2002)
Puglia	PSR 2002-2004 e PSR 2002-2007 (Del.G.R. 2087/2001) P.R. RETE OSPED. Del.G.R. 1097/2002 e Del.G.R. 1929/2002 approvato con L.R. 1/2004
Basilicata	PSR 1997-1999 (Del.C.R. 478/1996)
Calabria	PSR 2004-2006 (L.R. 11/2004)
Sicilia	PSR 2000-2002 (Decreto presidenziale 11 maggio 2000) PSR 2004-2006 in fase di elaborazione
Sardegna	Non presente PSR 2003-2005 all'approvazione del C.R.

Fonte: nostra elaborazione

derati insoddisfacenti possano essere sostituiti è la rottura più evidente, e comunemente percepita, con il tradizionale paradigma burocratico (Del Vecchio e Carbone 2002).

La mobilità dei DG, in generale, è legata non solo a giudizi sull'operato del DG

in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche alle dinamiche istituzionali e politiche. Queste ultime aggiungono alla naturale instabilità, legata alle predeterminate scadenze dei contratti dei direttori, ulteriori potenziali instabilità in relazione alle scadenze di legislatura, alla modificazione delle maggioranze, allo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse.

Questo paragrafo presenta un aggiornamento¹⁴ dell'analisi sul *turnover* dei DG delle aziende sanitarie pubblicata nel Rapporto OASI 2005 (Carbone e Lecci 2005). In particolare, il paragrafo è diviso in tre parti: la prima presenta il *turnover* dei DG a livello nazionale e regionale; la seconda valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie; la terza mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura.

Rispetto alla prima dimensione di analisi, la Tab. 2.5 mostra la durata media del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda sia a livello nazionale sia regionale.

Il valore medio nazionale è pari a 3,5 anni, ossia 3 anni e 6 mesi, utilizzando come metodo di calcolo la media aritmetica di tutte le durate medie aziendali¹⁵, ovvero facendo pesare in maniera analoga tutte le aziende e ignorando il livello regionale¹⁶. È questo, sicuramente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando:

1. i tempi necessari per la realizzazione di un «progetto di gestione» in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità;

¹⁴ Rispetto ai dati utilizzati, sono stati raccolti i nomi di tutti i DG di ASL e AO in carica al 31 maggio 2006, aggiornando di un anno il database, che copre quindi il periodo 1996-2006. Le fonti che hanno permesso la costituzione del database sono state due: l'annuario *Sanità Italia* (volume «Istituzioni») per gli anni 1996, 1997, 1998; il database OASI per gli anni 1999 e 2002; entrambe le fonti, opportunamente incrociate, per gli anni 2000, 2001 e dal 2003 in poi. I nomi risultano aggiornati al 30 aprile per gli anni dal 1996 al 2002, al 31 maggio per il 2003, 2004 e 2006 e al 30 giugno per il 2005. Complessivamente, il database è costituito da 3.093 osservazioni (somma del numero di aziende considerate in ogni anno dal 1996 al 2006) su un massimo potenziale di 3.214 (somma delle aziende esistenti dal 1996 al 2006), con una rappresentatività media del 96 per cento, ma pari al 100 per cento per tutti gli anni a partire dal 1998. Inoltre, per rendere omogeneo il campione, tutti i DG facenti funzioni e tutti i commissari straordinari in carica al momento della rilevazione, data anche la loro esigua rilevanza numerica, sono stati trattati come DG. Per ulteriori approfondimenti sulla metodologia si rimanda al paragrafo 10.2 del Capitolo 10 del Rapporto OASI 2003 (Carbone 2003).

¹⁵ 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 $1 \leq n \leq 11$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

¹⁶ La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come la media aritmetica dei valori regionali (3,6 ovvero 3 anni e 7 mesi). Tuttavia, la scelta che viene qui effettuata è quella di utilizzare come punto di riferimento la media aritmetica delle durate aziendali in quanto, seppure al prezzo di qualche distorsione (il valore medio è influenzato dai comportamenti delle regioni che hanno al proprio interno un numero maggiore di aziende), riesce a dare conto dell'importanza relativa dei diversi fenomeni. Per maggiori approfondimenti si rimanda a Del Vecchio e Carbone (2002).

2. gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica.

Rispetto alla durata media, si evidenzia, inoltre, una forte variabilità interregionale con un massimo registrato nella provincia autonoma di Bolzano (quasi 8 anni e 4 mesi) e un minimo in Calabria (1 anno e 7 mesi). Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO mostrano una maggiore stabilità rispetto alle ASL.

Il DG di una AO rimane in carica, mediamente, circa 4 mesi in più rispetto al DG di un'ASL: nel dettaglio, 3 anni e 9 mesi nelle AO (la media è quasi 3,8), 3 anni e 5 mesi nelle ASL (la media è 3,4). Ciò riflette, in un certo senso, la differenza delle attività svolte dalle due tipologie di aziende: la relativa omogeneità dell'attività svolta dalle AO (assistenza ospedaliera) si contrappone alla varietà dell'attività che caratterizza le aziende territoriali (assistenza ospedaliera, distrettuale e sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro); i compiti dei DG delle AO, rispetto a quelli dei DG delle ASL, sono meglio definiti; di conseguenza, la valutazione del DG in relazione ai risultati ottenuti è meno influenzata da elementi di soggettività.

Inoltre, il DG di una ASL, nel cercare di tenere in equilibrio le diverse pressioni provenienti dal «soggetto economico» dell'azienda¹⁷, deve rispondere del suo operato a un numero più elevato di interlocutori, rappresentati, oltre che dalla regione (la quale, per una maggiore responsabilizzazione finanziaria derivante dai processi di riforma del SSN, impone ai DG obiettivi prevalentemente economico-finanziari), anche dagli enti locali che cercano di influenzare le scelte del DG verso uno sviluppo diffuso dei servizi nel territorio.

Alla maggiore stabilità delle AO contribuiscono sia i dati medi delle AO lombarde¹⁸ (4 anni e 6 mesi) sia, soprattutto, la maggiore stabilità delle AO di alcune regioni come per esempio, Veneto (5 anni e 6 mesi) e Liguria (4 anni e 7 mesi).

Rispetto al 2005 si evidenzia una riduzione della durata media del DG di un mese (da 3,6 a 3,5) interpretabile come effetto delle variazioni di maggioranza dei consigli regionali a seguito delle elezioni della primavera del 2005.

La seconda dimensione di indagine si prefigge di studiare se, a livello nazionale, ci sia o si stia formando una comunità professionale di DG della sanità.

¹⁷ In generale, per «soggetto economico» s'intende l'insieme delle persone portatrici di interessi istituzionali (interessi delle persone considerate membri dell'istituto) ed economici (attese di redditi, di remunerazioni, di disponibilità di condizioni di produzione e di consumo). Negli istituti pubblici territoriali, il «soggetto economico» è composto da tutte le persone membri della comunità politico-amministrativa, osservati nella veste di contribuenti e di fornitori di servizi personali (Airoldi, Brunetti e Coda 2005).

¹⁸ Cfr. nota 6.

Tabella 2.5 **Durata media in carica dei DG in una data azienda, per regione (1996-2006)**

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

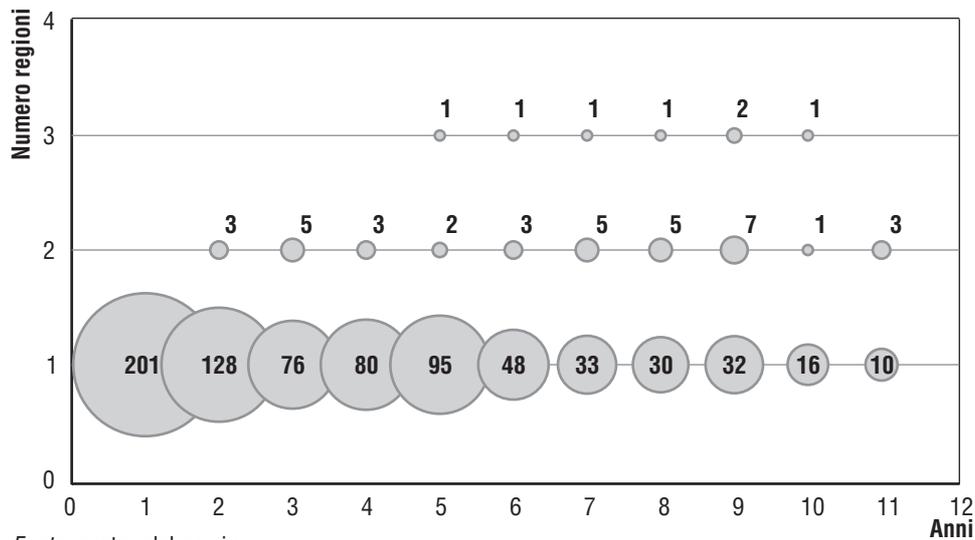
* Valore medio calcolato come media aritmetica di tutte le durate medie aziendali.

Fonte: nostra elaborazione

L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG incrocia due variabili:

- consistenza e dinamica nel tempo della popolazione di individui che hanno ricoperto o ricoprono la carica di DG;
- numero di regioni in cui i singoli soggetti hanno ricoperto la carica di DG.

Figura 2.1 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (numero 793)**



La Fig. 2.1 incrocia le suddette variabili rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così per ogni classe, identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Il grafico mostra che solo i DG che hanno ricoperto l'incarico per almeno cinque anni, hanno un'esperienza in più di due regioni.

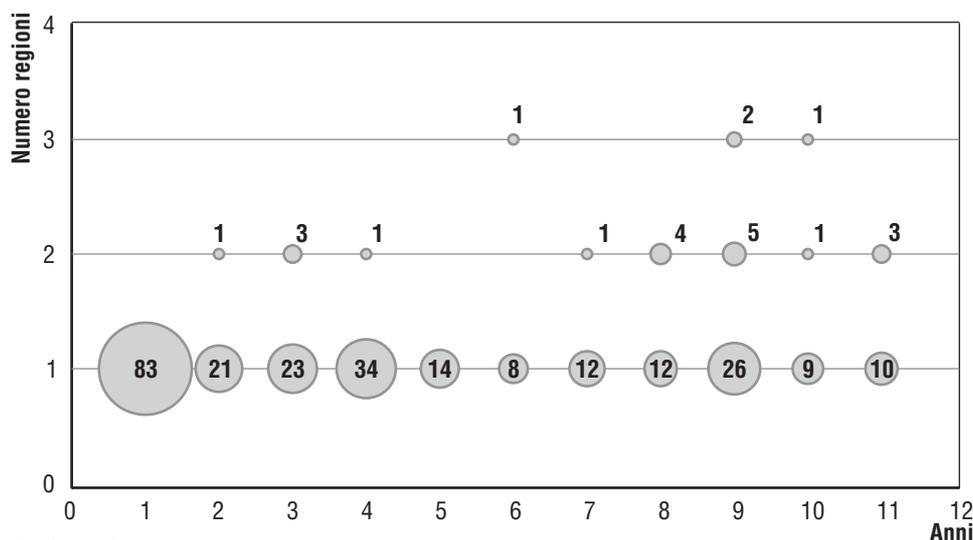
È interessante notare come dei 108 individui che hanno una esperienza di più di sette anni come DG, circa il 19 per cento l'abbia maturata in aziende di diverse regioni. Rimane comunque molto alto il numero di individui che hanno ricoperto la carica per uno o due anni (rispettivamente 201 e 131). L'incidenza di tale classe, dopo essersi ridotta dal 2003 al 2005 (dal 44 del 2003, al 38 per cento del 2005) è aumentata nell'ultimo anno (41 per cento del 2006).

Ai fini di un'analisi più dettagliata viene proposta la distribuzione dei DG per numero di anni e numero regioni considerando solo quelli attualmente in carica (275 DG, cfr. Fig. 2.2): quasi il 40 per cento dei DG attualmente in carica svolge tale funzione da meno di tre anni; di questi poco più di 80 DG, sta affrontando questa esperienza professionale per la prima volta.

Anche quest'ultimo dato può essere interpretato come effetto degli ultimi cambi di maggioranza dei consigli regionali a seguito delle elezioni della primavera del 2005.

Considerando l'insieme ristretto dei DG che hanno operato in più di una regione (poco più del 5 per cento, cfr. Fig. 2.1) distinguiamo quelli che hanno

Figura 2.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (numero 275)**



avuto questa esperienza nell'arco temporale di 5 anni (1,7 per cento) da quelli che lo hanno fatto tra i 6 e gli 11 anni (3,7 per cento).

I primi indicano un'ulteriore instabilità del sistema in quanto in questi casi il DG non completa il mandato minimo triennale.

I secondi, insieme a tutti i DG che hanno operato per più di 5 anni anche in un solo contesto regionale, rappresentano i reali *professional* del nostro paese, ovvero quelli che hanno intrapreso la carriera di manager pubblico. Di questi ultimi, più della metà è attualmente in carica (cfr. Fig. 2.2): 18 su 29 DG (circa il 2,7 per cento della popolazione dei DG).

Analizzando le esperienze dei DG che hanno operato in più di una realtà regionale, prevalgono spostamenti tra le regioni limitrofe (per esempio, i più frequenti: Abruzzo, Lazio e Marche, provincia autonoma di Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Liguria). L'insieme di queste considerazioni fa sì che il formarsi di un corpo professionale di individui che per mestiere fanno il DG di aziende sanitarie pubbliche non sembra essere molto avanzato: la posizione di DG rimane, ancora, largamente episodica nella vita delle persone.

Infine, si mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici proposti nel Rapporto OASI 2003 (cfr. Carbone 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁹ (propensione del sistema a cambiare i pro-

¹⁹ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effet-

pri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale²⁰ (propensione del sistema stesso a far ruotare i DG fra le proprie aziende o invece ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico).

L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni monoazienda (Valle d'Aosta e provincia autonoma 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.

Associando a ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Fig. 2.3).

In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. I due assi s'incrociano nel punto di coordinate (0,23; 0,73)²², che rappresenta la media nazionale. 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, Lazio e Sardegna) e nella Liguria;
- il secondo raggruppa sistemi regionali stabili e aperti, cioè sistemi regionali

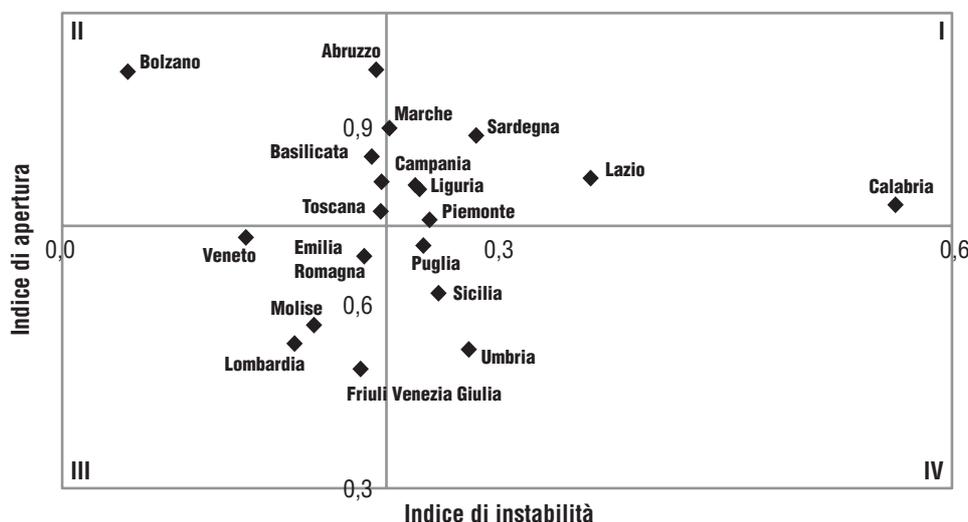
tivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo 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 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno.

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 1996-2006 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 viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa regione.

²¹ È possibile invece calcolare l'indice di instabilità che è pari, rispettivamente, a 0,3 per la Valle d'Aosta e 0,1 per Trento.

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 2006 (732) e il numero totale dei possibili cambiamenti (3.093). Il valore è pari a 0,23. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo dei nomi delle persone che dal 1996 al 2006, in ogni regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (793) e il numero massimo di aziende considerate negli anni (300) divisa per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (732): il valore è pari a 0,73. 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.

Figura 2.3 **Matrice di mobilità dei DG, posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) o di apertura (ordinate)**



Fonte: nostra elaborazione

in cui i cambiamenti dei DG sono rari e avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne (regioni ad «apertura fittizia»). In particolare, in questo quadrante si posiziona, in maniera più evidente la provincia autonoma di Bolzano; mentre si collocano più vicino alla media nazionale per almeno una delle due dimensioni l'Abruzzo e la Basilicata o per entrambe la Campania e la Toscana;

- il terzo raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (regioni «statiche»). In particolare la Lombardia e il Molise si posizionano al centro del quadrante, mentre le altre regioni si collocano più vicino alla media nazionale per almeno una delle due dimensioni (Friuli Venezia Giulia e Veneto) o per entrambe (Emilia Romagna);
- il quarto quadrante, infine, raggruppa le regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, ovvero sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti e avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione (regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in maniera evidente in due regioni, Sicilia e Umbria.

Se si confrontano questi risultati con quelli presentati in Fig. 2.1 (numero basso di persone che hanno svolto il ruolo di DG in più regioni), si deduce che, in caso di mutamento dei DG, il ricorso a persone esterne si traduce, prevalentemente, come assegnazione dell'incarico a soggetti che non hanno svolto, in precedenza, il ruolo di DG.

2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Questo paragrafo propone alcuni dati relativi all'assetto tecnico²³ (in termini di numero di strutture d'offerta e loro dimensionamento) e all'organismo personale (in termini qualitativi e quantitativi), evidenziando sia il trend degli ultimi anni, sia il confronto tra le diverse regioni.

In particolare l'analisi distingue i dati che si riferiscono all'assistenza ospedaliera rispetto a quelli che riguardano l'assistenza territoriale.

2.4.1 Capacità di offerta delle strutture ospedaliere

A partire dalla legge Finanziaria 1991 e dal D.lgs. 502/1992 è stato avviato un processo di ristrutturazione della rete ospedaliera che prevede:

1. trasformazioni di destinazione;
2. accorpamenti;
3. disattivazioni delle strutture che non rispettano i seguenti parametri:
 - utilizzazione media annua dei posti letto non inferiore al 75 per cento;
 - dotazione superiore ai 120 posti letto.

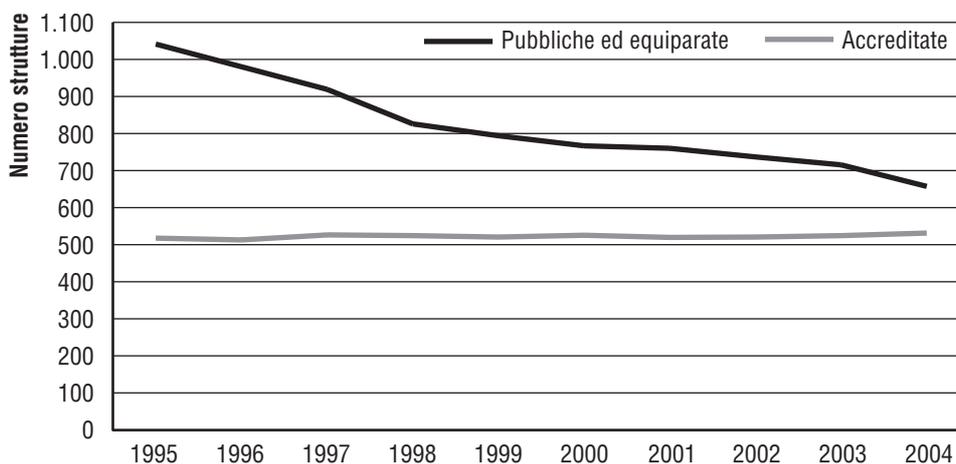
La ristrutturazione della rete ospedaliera ha determinato una consistente riduzione del numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (da 1.068 nel 1995 a 672 nel 2004, cfr. Fig. 2.4). Rispetto a tale riduzione è possibile fare due tipi di considerazioni:

- la flessione registrata non corrisponde interamente al numero di strutture dismesse o convertite in strutture extraospedaliere (residenziali e non) poiché riflette anche sia l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio, sia la trasformazione e l'aggregazione dei presidi a gestione diretta in AO (soprattutto in Lombardia)²⁴;

²³ Indagare l'assetto tecnico di un'azienda significa analizzare le caratteristiche dei fabbricati, degli impianti, delle macchine, delle attrezzature e delle materie prime, inclusi gli aspetti della loro localizzazione, delle modalità di funzionamento e di impiego e delle strutture di collegamento. «Le scelte di assetto tecnico non riguardano solo le coordinazioni di trasformazione tecnica delle aziende; (...) ma sono caratteristica rilevante di tutte le coordinazioni parziali (di acquisti, di ricerca, di marketing, di rilevazione, di organizzazione ecc.) di tutte le aziende» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 148). Tali scelte si riferiscono quindi anche, per esempio, alla disposizione fisica degli uffici, alle reti di comunicazione, all'architettura del sistema informatico. Poiché il nostro riferimento non è una singola azienda ma un sistema di aziende, nel prosieguo si presentano alcuni sintetici indicatori che permettono un'analisi della capacità di offerta.

²⁴ Si riportano i dati relativi ai presidi perché a livello ministeriale non è disponibile il numero complessivo di stabilimenti ospedalieri e di ASL. L'analisi degli stabilimenti (che rappresentano

Figura 2.4 **Numero di strutture di ricovero pubbliche (ed equiparate) e private accreditate (1995-2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

- la diminuzione del numero dei posti letto registrata soprattutto nei presidi direttamente gestiti dalle ASL (in parte, tuttavia, assorbita dalle AO, cfr. *infra*) sembra indicare che un ridimensionamento reale si sia verificato proprio a carico di questa tipologia di strutture ospedaliere.

Tale tendenza è stata ulteriormente rafforzata dall'emanazione di indirizzi nazionali in questa direzione: per esempio, il PSN 2003-2005 ha individuato, tra gli obiettivi prioritari, la riqualificazione della rete ospedaliera attraverso la dismissione degli ospedali minori, lo sviluppo dell'ospedalità a domicilio e la realizzazione di centri avanzati di eccellenza; il nuovo PSN 2006-2008 promuove l'attività degli IRCCS e delle AOU, nonché l'integrazione tra tali strutture con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate in termini di risorse, di conoscenze (tecnico-operative) e di *skill* professionali, per accedere a processi di finanziamento internazionali sia sul piano della ricerca di base sia su quello della ricerca finalizzata.

Il numero delle strutture private accreditate che operano all'interno del SSN è rimasto invece sostanzialmente invariato fino al 2002 ed è aumentato leggermente negli ultimi due anni considerati (2003-2004).

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2006 è riportata in Tab. 2.6.

un concetto fisico-tecnico) sarebbe più coerente con l'approccio del presente paragrafo, che indaga l'assetto tecnico (e quindi la distribuzione logistica delle strutture di offerta), mentre i presidi hanno una connotazione organizzativa.

Le principali modifiche, rispetto al 2005, riguardano:

- le strutture di ricovero pubbliche, che sono state caratterizzate da un aumento di 9 presidi a gestione diretta (+4 in Umbria, +6 in Toscana, +1 in Basilicata, +2 in Sicilia, -1 in Calabria e -3 in Campania) e dalla riduzione di uno stabilimento di AO in Sicilia;
- le strutture equiparate, rispetto alle quali le regioni segnalano 3 presidi qualificati in più (1 in Toscana, 1 nella provincia autonoma di Bolzano e 1 in Campania);
- le case di cura accreditate, che sono aumentate di sole 3 unità (+1 a Bolzano e in Calabria, +2 in Sicilia e -1 in Campania), e quelle non accreditate, che sono diminuite di 2 unità (-1 a Bolzano e in Campania).

Tra le strutture di ricovero, un dato particolare è costituito da quelle che sono sede di centri di eccellenza per cui si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2005 (Carbone e Lecci 2005).

In termini dimensionali, le AO e i policlinici, per loro natura, hanno una maggiore dimensione (mediamente 672 e 551 posti letto utilizzati); gli ospedali a gestione diretta ASL non raggiungono, in media, i 200 posti letto; gli IRCCS e gli ospedali classificati dispongono mediamente di 221 e 192 posti letto. Nelle case di cura vengono mediamente accreditati poco meno di 90 posti letto. La Tab. 2.7 mostra come la dimensione media sia comunque diminuita in tutte le tipologie di aziende, soprattutto nei policlinici (-36 per cento dal 1997 al 2004), nelle AO (-19 per cento dal 1997 al 2004) e negli ospedali classificati (-18 per cento dal 1997 al 2004).

Rispetto alla distribuzione dei posti letto tra le differenti tipologie di strutture, in Fig. 2.5 si evidenzia come nel 2004 quasi il 50 per cento dei posti letto pubblici si trovasse all'interno dei presidi a gestione diretta delle ASL, mentre il resto fosse all'interno delle AO (36 per cento), degli IRCCS (6,3 per cento), dei policlinici (3,4 per cento) e di altre strutture equiparate (5 per cento). Rispetto al 2003 si registra una lieve ripresa delle AO, che segnano un aumento dell'1 per cento della quota di posti letto a disposizione (nel 2003 era pari al 34,8 per cento) e una contestuale riduzione del peso dei presidi a gestione diretta (nel 2003 era pari al 51,4 per cento).

Si può ipotizzare che tale compensazione sia dovuta principalmente all'acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio da parte dell'AO di Valtellina e Valchiavenna avvenuta nel 2003 e alla creazione dell'AO Mauriziano nel 2004 (cfr. Riquadro 2.1).

Sono rimaste, invece, invariate le percentuali delle strutture equiparate alle pubbliche e delle altre strutture di ricovero. Sembra quindi rilevabile una tendenza verso una concentrazione dei posti letto pubblici nelle strutture di ricovero di alta specialità (in realtà largamente spiegato dalla riforma del SSR lombardo, che da solo conta quasi il 35 per cento dei posti letto pubblici in AO).

Tabella 2.6 Numero di strutture di ricovero per tipologia (2006)

Regione	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Istituti psichiatrici residuali	Aziende ospedaliere di aziende ospedaliere pubbliche (2)	Totale strutture di ricovero pubbliche (3)	IRCCS di diritto privato (4)	IRCCS di diritto pubblico (4)	Polispecialistici universitari (5)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qualificati ASL (7)	Enti di ricerca	Totale strutture equiparate (8)	Case di cura private accreditate	Case di cura private non accreditate	Totale case di cura private
Piemonte*	48	8	15	56	2				5		7	40	4	44
Valle d'Aosta	1			1										
Lombardia*	2	29	100	31	14	5		5			24	61	13	74
Bolzano	7			7				7	2		9	5		5
Trento	11			11				2			2	5		5
Veneto	63	2	3	65	1	2		7	4		14	16	3	19
Friuli Venezia Giulia	11	3	6	14	1	2	1				4	5		5
Liguria	10	3	3	13	1	2		2			5	3	7	10
Emilia Romagna*	38	5	5	43		1					1	42	3	45
Toscana	32	4	4	36	2				3	1	6	27	3	30
Umbria	9	2	3	11								5	1	6
Marche	31	2	4	33		3					3	12		12
Lazio*	50	1	4	55	7	2	4	8	2		23	97	38	135
Abruzzo*	23			23				2			2	13		13
Molise*	6			6	1					1	2	2		2
Campania	47	8	10	55	2	1	2	3	1		9	71	4	75

Tabella 2.6 (segue)

Regione	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Istituti psichiatrici residuali	Aziende ospedaliere di aziende ospedaliere pubbliche (2)	Totale strutture di ricovero pubbliche (3)	IRCCS di diritto privato (4)	IRCCS di diritto pubblico (4)	Policlinici universitari (5)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qualificati presidi ASL (7)	Enti di ricerca (8)	Totale strutture private accreditate (8)	Casi di cura private non accreditate	Totale case di cura private
Puglia*	27	2	2	29	2	2	2	2		8	25	8	33
Basilicata	13	1	2	15		1				1	1		1
Calabria	30	4	9	34		1				1	38		38
Sicilia	50	17	25	67	1		3	1		5	62		62
Sardegna*	29	1	30	30	1		2			3	13		13
Italia	538	2	95	635	35	22	14	39	17	3	130	84	627

(1) Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpatisi (ex art. 4, comma 9, del D.lgs. 502/1992).

(2) Per stabilimenti ospedalieri si intendono tutte le sedi fisiche ubicate a indirizzi differenti.

(3) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali e AO.

(4) Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale.

(5) In generale, nel capitolo, con il termine «policlinici» ci si riferisce ai «policlinici a gestione diretta dell'università» e a quelli eventualmente trasformati in «Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN», secondo quanto stabilito dal D.lgs. 517/1999. Non sono invece incluse in questa categoria le «aziende ospedaliere integrate con l'università», cioè le AO in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia (che sono incluse nella categoria delle AO).

(6) Ex art. 1, ultimo comma, della legge 132/1968 e art. 41 della legge 833/1978.

(7) Ex art. 43, comma 2, della legge 833/1978 e D.P.C.M. 20 ottobre 1988.

(8) Sommatoria di IRCCS di diritto pubblico e privato, policlinici universitari a gestione diretta, ospedali classificati, presidi qualificati ed enti di ricerca.

* Dati 2005.

Fonte: elaborazione OASI sulla base delle schede inviate alle regioni (2006)

Tabella 2.7 **Dimensione media (numero di posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2004)**

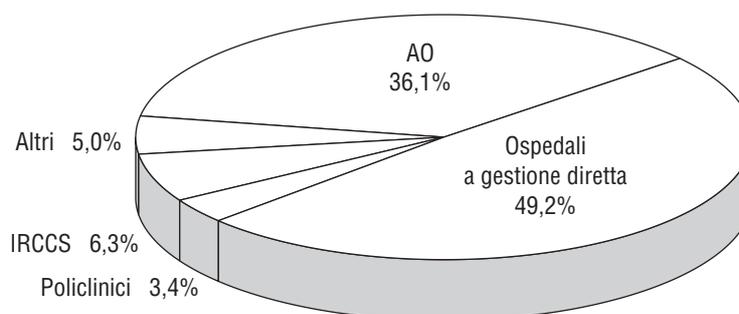
Anno	AO	Presidi a gestione diretta ASL	Policlinici universitari a gestione diretta	IRCCS	Ospedali classificati (1)	Case di cura accreditate (2)
1997	834	199	856	243	234	98
1998	877	189	818	244	236	98
1999	800	186	868	240	224	94
2000	774	184	832	247	223	89
2001	736	183	733	242	221	91
2002	709	178	658	237	214	91
2003	673	182	540	220	188	89
2004	672	191	551	221	192	87

(1) Ex art. 1, ultimo comma, della legge 132/1968 e art. 41 della legge 833/1978.

(2) Numero medio dei posti letto accreditati.

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Figura 2.5 **Distribuzione posti letto pubblici per tipologia di struttura (2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Infine, appare rilevante il dato relativo al numero di posti letto nei presidi a gestione diretta, che è passato da 140.457 nel 1997 a 87.742 nel 2004, con una diminuzione di oltre 40.000 unità, segno che, oltre al già citato accorpamento organizzativo, si è proceduto a un reale ridimensionamento dei presidi a gestione diretta.

Rispetto ai posti letto, la Finanziaria 2005 e l'intesa del 23 marzo 2005 hanno

previsto che le regioni adottassero, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti per adeguare il numero di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR al nuovo standard di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza postacuzie. È possibile una variazione rispetto a tale standard, che tuttavia non può superare il 5 per cento in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle regioni. Lo standard definito dovrà essere raggiunto entro il 2007.

Non è la prima volta che il numero di posti letto per 1.000 abitanti diventa obiettivo vincolante per le regioni:

- la Finanziaria 1996 aveva previsto uno standard di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza²⁵ (in quell'anno, tutte le regioni presentavano un rapporto più elevato rispetto a quello obiettivo per gli acuti e inferiore per i non acuti);
- in seguito all'accordo dell'8 agosto 2001 lo standard di riferimento è stato ulteriormente ridotto a 5 posti letto (mantenendo costante il parametro obiettivo per non acuti).

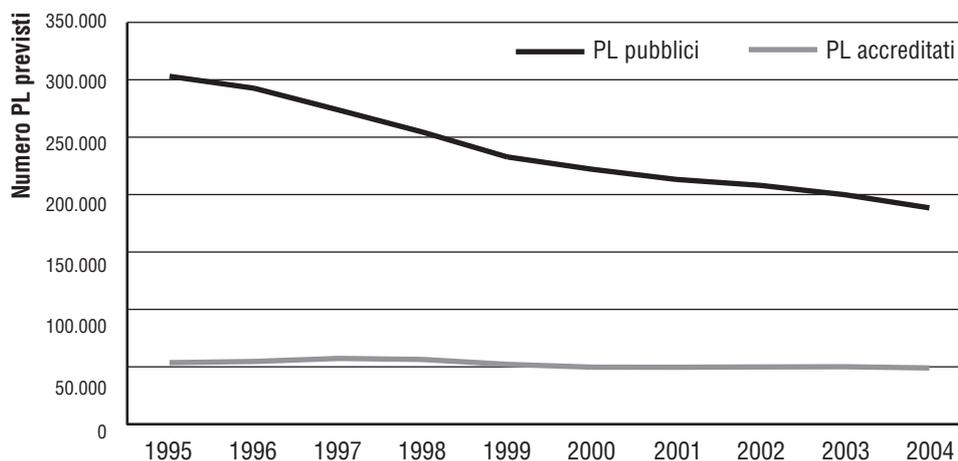
In effetti, nel periodo 1995-2004 si è rilevato un trend di forte riduzione dei posti letto. In particolare, quelli in regime ordinario (acuti e non) sono passati da circa 357.000 nel 1995 a poco meno di 240.000 nel 2004: il decremento è stato costante nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre i posti letto accreditati, dopo un iniziale incremento (fino al 1997), sono diminuiti a partire dal 1998 mantenendosi sostanzialmente costanti fino al 2004 (Fig. 2.6). È invece cresciuto il numero di posti letto in *day hospital* (DH) sia nelle strutture pubbliche che nelle private accreditate, passato da poco più di 15.000 nel 1995 a più di 28.500 nel 2004 (Fig. 2.7).

Nel 2004 la dotazione di posti letto per acuti (sia degenza ordinaria sia DH) a livello nazionale era pari a 4,1 ogni 1.000 abitanti, quella per non acuti a 0,6. Lo standard obiettivo complessivo di 5 posti letto risultava quindi rispettato, non invece la ripartizione tra acuti e non acuti, né il nuovo standard di 4,5 posti letto. La distribuzione territoriale dei posti letto era abbastanza differenziata (Fig. 2.8), con cinque regioni al di sopra dello standard complessivo (provincia autonoma di Bolzano, Abruzzo, Emilia Romagna, Molise e Lazio). Solo due regioni (Lazio e provincia autonoma di Trento) avevano una dotazione di posti letto per non acuti uguale o superiore allo standard dell'1 per mille, mentre ben 12 (Campania, Valle

²⁵ I posti letto vengono tipicamente distinti tra:

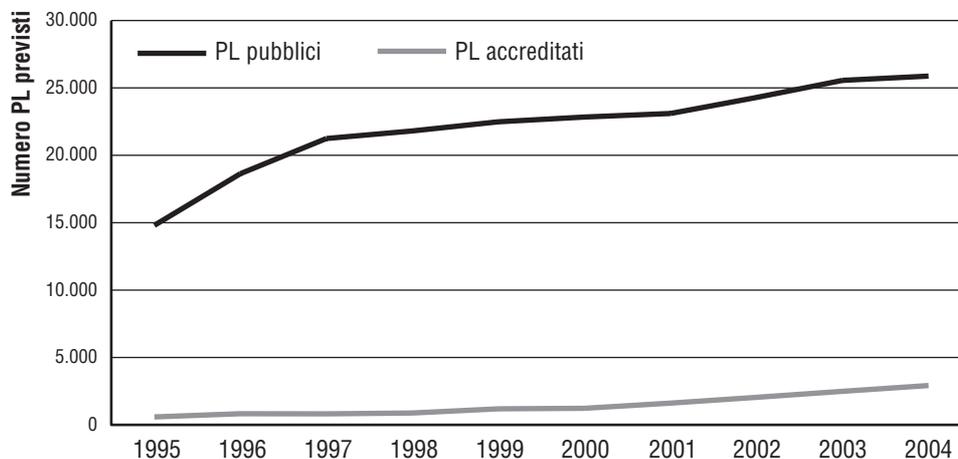
- posti letto per acuti e posti letto per non acuti; questi ultimi includono i posti letto per riabilitazione e lungodegenza e specificamente quelli dedicati alle seguenti specialità cliniche e discipline: residuale manicomiale (22), unità spinale (28), recupero e riabilitazione funzionale (56), lungodegenti (60), neuroriabilitazione (75);
- posti letto per degenza ordinaria e per *day hospital*; questa distinzione è relativa sia ai posti letto per acuti che a quelli dedicati alla riabilitazione.

Figura 2.6 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Figura 2.7 **Numero di posti letto previsti in day hospital (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2004)**

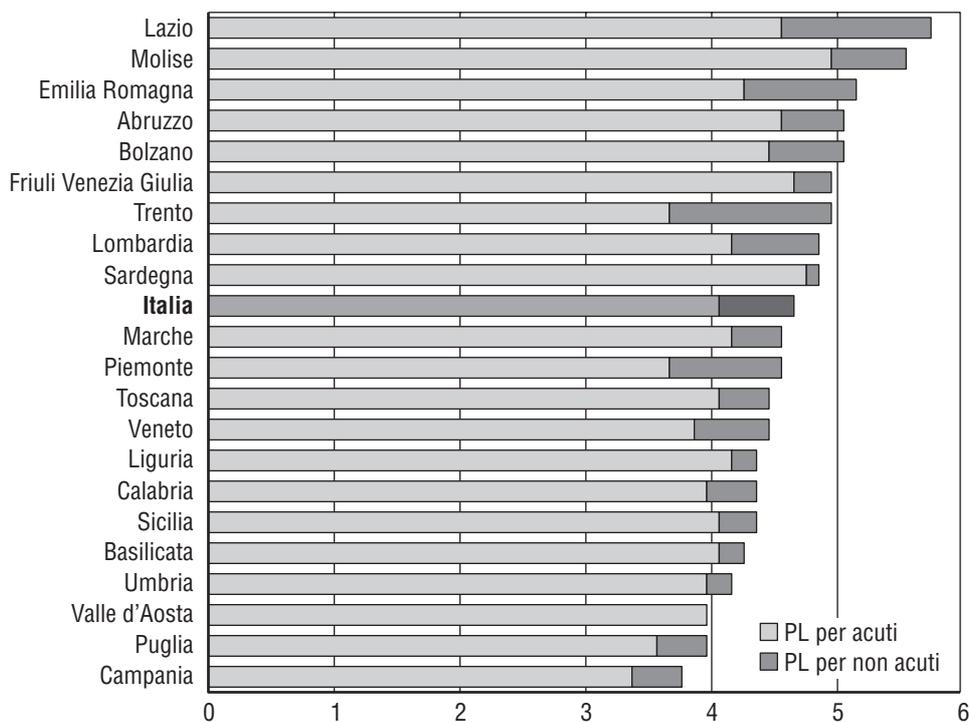


Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

d'Aosta, Umbria, Puglia, Basilicata, Sicilia, Marche, Liguria, Toscana, Calabria, Sardegna, Friuli Venezia Giulia) non raggiungevano lo 0,5 per mille.

La dotazione complessiva dei posti letto nelle regioni, con distinzione per tipologia di struttura tra la degenza ordinaria e DH (oltre all'indicazione dei posti letto a pagamento nelle strutture pubbliche), è presentata nella Tab. 2.8.

Figura 2.8 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (degenza ordinaria e DH) per 1.000 abitanti (2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

La tabella evidenzia inoltre la variazione percentuale dei posti letto dal 1998 al 2004 per regione.

Si segnalano in particolare:

1. l'incremento nel numero di posti letto per DH (+27 per cento), che nel 2004 rappresentavano quasi il 12 per cento dei posti letto pubblici e quasi il 6 per cento di quelli privati accreditati;
2. la rilevanza dei posti letto pubblici a pagamento in Friuli Venezia Giulia (3,8 per cento) e in Veneto (2,6 per cento), Molise e Toscana (1,9 per cento), Abruzzo e provincia autonoma di Bolzano (1,8 per cento) rispetto a una media nazionale dell'1 per cento;
3. la riduzione a livello nazionale dei posti letto complessivi (-19 per cento dal 1998 al 2004), che risulta però differenziata tra le diverse regioni.

Come era immaginabile, la diminuzione è stata più accentuata nelle regioni che nel 1998 avevano un rapporto posti letto per 1.000 abitanti superiore alla media

Tabella 2.8 Posti letto previsti a inizio anno nelle regioni, per tipo di struttura e regime di ricovero (2004), e variazione posti letto 1998-2004

Regione	Posti letto pubblici			Posti letto accreditati		Totale 2004	Var. perc. totale 1998/2004	Var. perc. PL degenza ordinaria* 1998/2004	Var. perc. PL DH 1998/2004
	Degenza ordinaria	Day hospital	A paga- mento	Degenza ordinaria	Day hospital				
Piemonte	13.818	1.978	70	3.722	167	19.755	-16	-18	8
Valle d'Aosta	427	57	2	—	—	486	-13	-16	27
Lombardia	31.900	3.689	555	8.652	590	45.386	-17	-20	23
Bolzano	1.879	164	42	304		2.389	-4	-11	4.000
Trento	1.771	257		432	6	2.466	-27	-29	-10
Veneto	16.813	2.120	532	1.128	103	20.696	-21	-23	-5
Friuli Venezia Giulia	4.414	555	223	589	24	5.805	-21	-23	13
Liguria	5.963	963	59	77	7	7.069	-32	-36	17
Emilia Romagna	14.414	1.907	166	4.524	150	21.161	-10	-10	-9
Toscana	11.731	1.696	308	1.944	219	15.898	-17	-21	37
Umbria	2.799	490	16	228	33	3.566	-18	-20	4
Marche	5.272	628	26	979	68	6.973	-23	-27	50
Lazio	17.879	2.984	109	8.414	626	30.012	-21	-26	68
Abruzzo	4.802	570	116	978		6.466	-32	-34	7
Molise	1.414	166	34	193		1.807	1	-7	730
Campania	12.782	1.868	67	6.066	372	21.155	-27	-32	78
Puglia	12.635	1.137	138	2.158	79	16.147	-30	-32	-8
Basilicata	2.252	265		60		2.577	-15	-21	107
Calabria	5.131	1.051	11	2.930	30	9.153	-16	-21	63
Sicilia	14.498	2.762	115	4.122	400	21.897	-8	-15	69
Sardegna	5.832	568	68	1.502	44	8.014	-18	-19	-3
Italia	188.426	25.875	2.657	49.002	2.918	268.878	-19	-23	27

* Inclusi i posti letto a pagamento.

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

nazionale (come Abruzzo e Liguria). La diminuzione è stata però consistente anche in regioni come la Campania e la Puglia, in cui tale rapporto era addirittura inferiore alla media nazionale. Infine, per un approfondimento sulle differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato si rimanda al Capitolo 4.

2.4.2 Capacità di offerta delle strutture territoriali

Negli ultimi anni è stata posta molta enfasi sulla necessità di spostare risorse e servizi ancora oggi assorbiti dagli ospedali verso il territorio. Ciò si è tradotto principalmente nel rafforzamento dei distretti. Il distretto organizza i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; provvede al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai disabili fisici e psichici e ad altri soggetti (tossicodipendenti, malati di AIDS ecc.); gestisce le attività socio-sanitarie delegate dai comuni, coordinandosi con l'assistenza ospedaliera. La Tab. 2.9 presenta il numero di distretti attivati

Tabella 2.9 **Distretti attivati all'interno delle ASL e loro dimensione media (2004)**

Regione	Distretti attivati	Numero medio distretti per ASL	Popolazione media per distretto
Piemonte	68	3,1	62.797
Valle d'Aosta	4	4,0	30.510
Lombardia	98	6,5	94.355
Bolzano	20	5,0	23.582
Trento	11	11,0	44.621
Veneto	55	2,6	84.416
Friuli Venezia Giulia	18	3,0	66.566
Liguria	13	2,6	121.344
Emilia Romagna	39	3,5	104.628
Toscana	38	3,2	93.844
Umbria	9	2,3	94.225
Marche	31	31,0	48.543
Lazio	55	4,6	94.639
Abruzzo	40	6,7	32.147
Molise	8	8,0	40.212
Campania	104	8,0	55.388
Puglia	42	3,5	96.214
Basilicata	12	2,4	49.750
Calabria	35	3,2	57.467
Sicilia	62	6,9	80.698
Sardegna	22	2,8	74.686
Italia	784	4,4	73.837

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

fino al 2004, con indicazione della loro dimensione media. Si segnala che, rispetto al 2003, il numero dei distretti è diminuito del 16 per cento. Di conseguenza è diminuito il numero medio di distretti per ASL (da 4,7 a 4,4), mentre è aumentata la popolazione mediamente assistita (da 62.254 a 73.837).

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;
- 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;
- strutture semiresidenziali, come i centri diurni psichiatrici;
- strutture residenziali, quali le RSA e le case protette.

La Tab. 2.10 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. È importante innanzitutto evidenziare come il peso delle strutture pubbliche sia diminuito a livello nazionale dal 1997 al 2004 soprattutto per le strutture residenziali e semiresidenziali a livello nazionale (rispettivamente dal 95 al 31 per cento e dal 92 al 47 per cento) a favore di un aumento delle strutture private accreditate. A oggi, quindi, risulta rilevante il peso del privato accreditato per quasi tutte le tipologie di strutture territoriali a eccezione della categoria «Altre strutture territoriali» dove prevale la gestione diretta delle ASL, con una presenza del privato accreditato che si attesta intorno all'8 per cento. L'unica eccezione è rappresentata da Veneto e Molise, dove tale percentuale sale rispettivamente al 23 e al 25 per cento. Rispetto, invece, alla rilevanza delle strutture pubbliche territoriali emergono evidenti differenze nelle diverse regioni: gli ambulatori e i laboratori pubblici sono concentrati prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord (a eccezione di Lombardia, Veneto e Lazio); mentre per le strutture residenziali e semiresidenziali sono le regioni del Centro-Sud (in particolare Lazio, Marche, Campania e Sicilia) a presentare le più elevate percentuali di strutture pubbliche a cui fanno eccezione il Molise, dove tutte le strutture residenziali e semiresidenziali sono gestite dal privato, e per ciò che riguarda le sole strutture residenziali Puglia e Abruzzo dove il privato gestisce rispettivamente il 73 e l'81 per cento delle strutture.

Un secondo elemento rilevante riguarda il forte incremento nel numero delle strutture territoriali nel periodo 1997-2003, soprattutto di quelle semiresidenziali (+167 per cento) e residenziali (+144 per cento), con un aumento più accentuato delle strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche. Nell'ultimo anno si è registrato, invece, un decremento complessivo delle strutture territoriali del 18 per cento (da 26.113 a 21.500 strutture): tale riduzione è stata più accentuata per gli ambulatori e laboratori (-27 per cento), mentre le strutture semiresidenziali e residenziali sono diminuite del 7 per cento e le altre strutture del 5 per cento. Que-

Tabella 2.10 **Presenza di strutture territoriali pubbliche nelle regioni (2004)**

Regione	Ambulatori e laboratori	Di cui pubblici	Altre strutture territoriali*	Di cui pubblici	Strutture semi-residenziali	Di cui pubblici	Strutture residenziali	Di cui pubblici
Piemonte	473	81%	345	98%	124	51%	494	42%
Valle d'Aosta	8	75%	20	95%	1	0%	3	0%
Lombardia	838	40%	773	92%	530	39%	949	18%
Bolzano	185	83%	55	98%	5	100%	23	35%
Trento	45	80%	19	100%	0	0%	55	13%
Veneto	472	45%	540	77%	333	44%	569	23%
Friuli Venezia Giulia	148	72%	64	94%	51	73%	136	42%
Liguria	484	67%	189	99%	45	64%	132	30%
Emilia Romagna	452	57%	347	95%	447	20%	572	17%
Toscana	964	63%	484	92%	227	69%	455	43%
Umbria	98	78%	78	97%	49	65%	68	62%
Marche	253	64%	60	90%	31	81%	81	65%
Lazio	929	36%	372	96%	52	96%	118	45%
Abruzzo	202	44%	103	96%	8	88%	42	19%
Molise	57	35%	12	75%	6	0%	8	0%
Campania	1.524	22%	248	93%	75	79%	126	60%
Puglia	648	44%	314	99%	40	63%	88	27%
Basilicata	103	55%	55	89%	3	67%	20	40%
Calabria	457	45%	110	93%	14	50%	50	38%
Sicilia	1.808	19%	409	91%	34	85%	95	48%
Sardegna	393	51%	142	96%	13	69%	48	44%
Italia 2004	10.541	43%	4.739	92%	2.088	47%	4.132	31%
Italia 1997	9.335	46%	4.009	95%	842	92%	1.820	95%

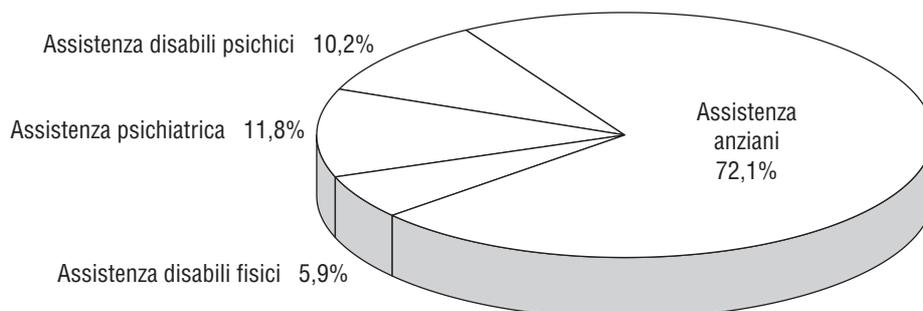
* Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

sta diminuzione è dipesa da fenomeni di accorpamenti delle strutture pubbliche territoriali con riferimento specifico a laboratori e ambulatori.

Si sottolinea come il consistente aumento delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali, almeno fino al 2003, è legato alla diffusione delle patologie cronico-degenerative, alla crescente incidenza della popolazione anziana e alle aspettative di più alti standard qualitativi di vita anche da parte delle per-

Figura 2.9 **Distribuzione percentuale dei posti in strutture residenziali e semiresidenziali per tipo di assistenza erogata (anno 2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

sone disabili o non autosufficienti e dei malati terminali, che esprimono una domanda di servizi sanitari più ampi e articolati rispetto all'ospedalizzazione. Sono richiesti, infatti, nuovi modelli di erogazione basati sulla continuità delle cure per periodi di lunga durata e sull'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati (assistenza continuativa integrata), al fine di garantire la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualità della vita dei pazienti.

Per iniziare a monitorare la capacità di risposta del SSN a questi nuovi bisogni, a partire dal 1997 il Ministero ha introdotto nuovi modelli di rilevazione, a periodicità annuale, dell'attività semiresidenziale e residenziale (che è uno degli obiettivi di rilevazione del progetto «Mattoni», cfr. 2.2). Nel 2004 sono stati censiti²⁶: per l'assistenza psichiatrica, 9.344 posti nelle strutture semiresidenziali e 13.491 nelle strutture residenziali; per l'assistenza ai disabili psichici 10.565 posti nelle strutture semiresidenziali e 9.092 in quelle residenziali; per l'assistenza agli anziani, 7.893 posti nelle strutture semiresidenziali e 131.724 in quelle residenziali; per i disabili fisici, 5.617 posti nelle strutture semiresidenziali e 5.813 in quelle residenziali. Per una rappresentazione della distribuzione si veda la Fig. 2.9.

2.4.3 Organismo personale

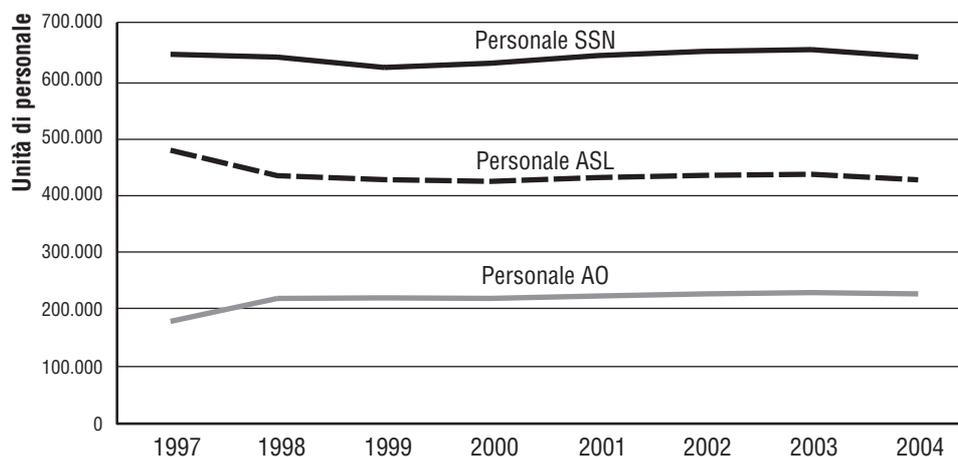
Un altro elemento che compone la struttura delle aziende sanitarie è rappresentato dall'organismo personale.

La Fig. 2.10 evidenzia il trend dal 1997 al 2004 sia del personale dipendente SSN²⁷, sia del personale complessivamente operante nelle ASL e nelle AO

²⁶ Probabilmente questi ultimi dati sono sottostimati poiché nelle strutture residenziali i posti letto non sono monospécialistici e possono quindi erogare diversi tipi di assistenza.

²⁷ Il personale dipendente del SSN è costituito dal personale delle ASL (compreso quello dei

Figura 2.10 Trend unità di personale dipendente SSN, ASL e AO (1997-2004)



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

(includendo quindi sia il personale del SSN che quello dipendente dall'università). Con riferimento al personale del SSN, si rileva una riduzione del numero complessivo dal 1997 al 1999 (determinata prevalentemente dal blocco delle assunzioni), seguita da una ripresa dal 2000 al 2003, che si è tra l'altro riflessa in un aumento consistente della spesa complessiva per il personale (si veda in proposito il Capitolo 3).

Nel 2004 si registra una riduzione del personale del SSN con un decremento di circa l'1 per cento per le ASL e del 2 per cento per le AO.

Con riferimento esclusivo al personale dipendente del SSN, di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulla relativa entità e composizione nelle diverse regioni. È innanzitutto importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale (a cui bisognerebbe aggiungere l'indotto generato): i dipendenti del SSN rappresentano infatti l'1,1 per cento della popolazione nazionale. Tale contributo si differenzia nelle diverse regioni (Tab. 2.11) con i due estremi rappresentati dalla provincia autonoma di Bolzano e dalla Valle d'Aosta, da un lato (1,6 per cento) e dalla Campania e dalla Puglia, dall'altro (0,9 per cento). Tali differenze risentono:

1. della diversa rilevanza delle strutture private accreditate all'interno dei SSR (in particolare in Campania e Lazio);

presidi ospedalieri a gestione diretta e degli istituti psichiatrici residuali) e delle AO, a esclusione del personale dipendente dall'università operante in tali strutture. È anche escluso il personale operante nelle strutture equiparate alle pubbliche (IRCCS, policlinici a gestione diretta dell'università, ospedali classificati e ospedali qualificati presidi ASL).

2. della presenza di strutture equiparate alle pubbliche, il cui personale, come già evidenziato, non è conteggiato all'interno del personale dipendente del SSN;
3. del saldo di mobilità ospedaliera, che contribuisce a spiegare la maggiore presenza di dipendenti del SSN nelle regioni del Centro-Nord, che hanno registrato negli ultimi anni «saldi migratori» costantemente positivi (cfr. *infra*).

La Tab. 2.11 presenta inoltre la composizione per ruolo del personale nelle diverse regioni. Anche in questo caso si rilevano disuguaglianze territoriali significative. In particolare, nell'ambito del ruolo sanitario, la maggior parte delle regioni

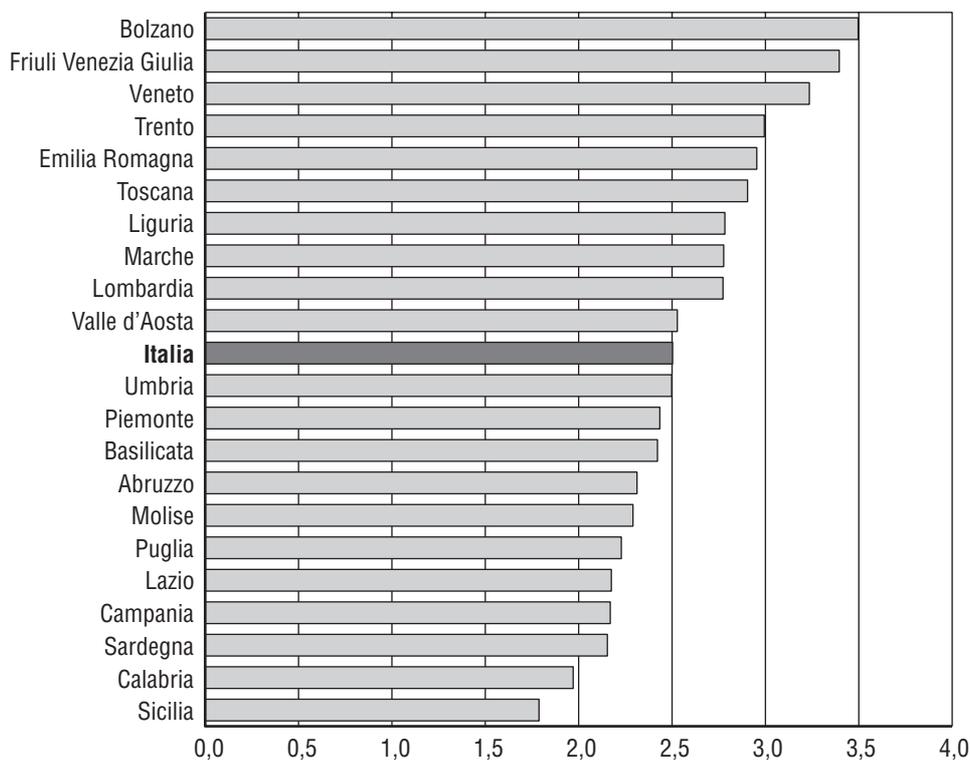
Tabella 2.11 **Entità e composizione del personale dipendente del SSN (2004)**

Regione	Totale personale SSN	Percentuale ruolo sanitario	Percentuale ruolo professionale	Percentuale ruolo tecnico	Percentuale ruolo amministrativo*	Percentuale personale SSN su popolazione
Piemonte	54.422	65	0,2	21	14	1,3
Valle d'Aosta	1.945	63	0,3	22	15	1,6
Lombardia	94.575	66	0,2	22	12	1,1
Bolzano	7.823	61	0,3	25	14	1,6
Trento	6.978	63	0,2	25	12	1,4
Veneto	57.835	69	0,2	20	11	1,3
Friuli Venezia Giulia	16.532	69	0,2	21	10	1,4
Liguria	21.615	70	0,2	18	12	1,4
Emilia Romagna	47.862	71	0,3	18	11	1,3
Toscana	48.883	71	0,3	18	11	1,4
Umbria	10.894	74	0,3	16	10	1,3
Marche	17.696	71	0,2	18	10	1,2
Lazio	50.433	72	0,3	16	12	1,0
Abruzzo	16.011	69	0,2	21	10	1,3
Molise	3.916	71	0,1	20	9	1,3
Campania	53.767	68	0,3	20	12	0,9
Puglia	35.278	68	0,2	21	11	0,9
Basilicata	6.422	71	0,2	20	9	1,1
Calabria	23.391	65	0,2	19	15	1,2
Sicilia	48.618	67	0,2	21	12	1,0
Sardegna	21.154	70	0,2	20	10	1,3
Italia	646.050	68	0,2	20	12	1,1

* Sono incluse anche le qualifiche atipiche.

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Figura 2.11 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle regioni italiane (2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

meridionali (e il Lazio) si caratterizza per una più ridotta disponibilità di infermieri, come evidenziato dal numero di infermieri per medico e odontoiatra (Fig. 2.11). I rapporti più elevati si rilevano invece nel Triveneto (Bolzano circa 3,5, Friuli Venezia Giulia circa 3,4, Veneto 3,2 e Trento 3).

Un altro tipico oggetto di analisi è il personale operante all'interno delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate²⁸, che ammonta quasi a 560.000 unità. Il personale delle AO rappresenta il 40,4 per cento del personale ospedaliero totale, quello degli ospedali a gestione diretta ASL il 45,2 per cento e quello delle strutture equiparate il restante 14,4 per cento. Tale distribuzione è però molto eterogenea tra le regioni in seguito alle rispettive scelte di assetto del SSR.

²⁸ Nel personale operante all'interno delle strutture di ricovero sono inclusi sia i dipendenti del SSN (a eccezione di quelli che operano nelle strutture extraospedaliere), sia i dipendenti dell'università che operano nei presidi ASL e nelle AO, sia tutto il personale operante nelle strutture equiparate.

La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi, Brunetti e Coda 2005). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che, sebbene non siano dipendenti del SSN, rappresentano una risorsa strategica per le aziende, soprattutto per il ruolo di governo e indirizzo della domanda che possono esercitare. Di seguito vengono presentati alcuni dati relativi a tale categoria di professionisti.

La Tab. 2.12 riporta il numero totale di MMG e PLS per regione, mentre le Figg. 2.12 e 2.13 evidenziano il numero medio di residenti adulti per singolo MMG, il numero medio di bambini per singolo PLS e il numero medio di scelte. In generale, nel periodo 1997-2004 si rilevano:

1. una riduzione nel numero dei MMG in 10 regioni (con la particolarità della provincia autonoma di Trento e della Lombardia dove il numero di MMG nell'arco di tempo considerato si è ridotto di circa il 10 per cento) e un aumento in 10 regioni (con la particolarità della provincia autonoma di Bolzano dove il numero di MMG nel periodo considerato è aumentato del 17,5 per cento);
2. un incremento generalizzato dei PLS a eccezione della Liguria.

A livello nazionale, la riduzione dei MMG è comunque contenuta (-0,9 per cento) mentre l'aumento dei PLS è accentuato (+11,3 per cento), a conferma della forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN in tutte le regioni (*infra*).

Il rapporto tra popolazione assistibile e numero di MMG è abbastanza omogeneo nelle diverse regioni, a eccezione della provincia autonoma di Bolzano che presenta un numero di adulti residenti per MMG pari a 1.598, rispetto a una media italiana di 1.068²⁹ adulti residenti per MMG.

La situazione si presenta differenziata, invece, rispetto al rapporto tra la popolazione assistibile e il numero di PLS. In tutte le regioni il numero di bambini assistibili per pediatra eccede il massimale stabilito nel contratto di convenzione (800 bambini). In alcune regioni (Emilia Romagna, provincia autonoma di Trento, Lazio, Abruzzo e Sardegna), tuttavia, lo scostamento è abbastanza limitato (inferiore o intorno a 100 bambini assistiti per PLS). Inoltre, le regioni meridionali che evidenziano il maggiore scostamento del carico potenziale di bambini per pediatra rispetto al valore medio nazionale sono la Campania (19 per cento) e la Basilicata (15 per cento), quelle settentrionali sono la provincia autonoma di Bolzano (47 per cento), il Piemonte (15 per cento) e il Friuli Venezia Giulia (13 per cento).

Oltre al carico potenziale dei medici convenzionati, le Figg. 2.12 e 2.13 evidenziano il carico assistenziale effettivo, dato dal numero di scelte per medico (cioè dal numero di iscritti al SSN che hanno scelto presso l'ASL di competenza il proprio

²⁹ Si consideri però che nella provincia autonoma di Bolzano il contratto di convenzione dei medici di base stabilisce quale massimale 2.000 scelte per MMG, rispetto al contratto vigente in tutte le altre regioni che fissa il massimale a 1.500 pazienti adulti.

Tabella 2.12 Numero di MMG e PLS, 2004 e variazione 1997-2004

Regione	Numero MMG 2004	Var. perc. 1997/2004	Numero PLS 2004	Var. perc. 1997/2004
Piemonte	3.475	-3,9	415	0,5
Valle d'Aosta	101	2,0	16	23,1
Lombardia	6.922	-7,1	1.033	20,8
Bolzano	248	17,5	50	51,5
Trento	383	-10,1	77	6,9
Veneto	3.552	0,1	546	10,8
Friuli Venezia Giulia	1.033	-0,8	114	22,6
Liguria	1.414	-3,3	172	-5,0
Emilia Romagna	3.287	0,0	521	14,8
Toscana	3.079	-1,0	420	9,1
Umbria	745	5,1	106	9,3
Marche	1.223	1,4	175	5,4
Lazio	4.812	-0,9	757	6,2
Abruzzo	1.092	5,1	183	21,2
Molise	283	2,5	38	8,6
Campania	4.437	-0,6	784	33,8
Puglia	3.319	5,3	582	4,7
Basilicata	512	-2,3	70	1,4
Calabria	1.635	-5,8	289	4,3
Sicilia	4.114	4,4	835	3,0
Sardegna	1.395	4,4	233	10,4
Italia	47.061	-0,9	7.416	11,3

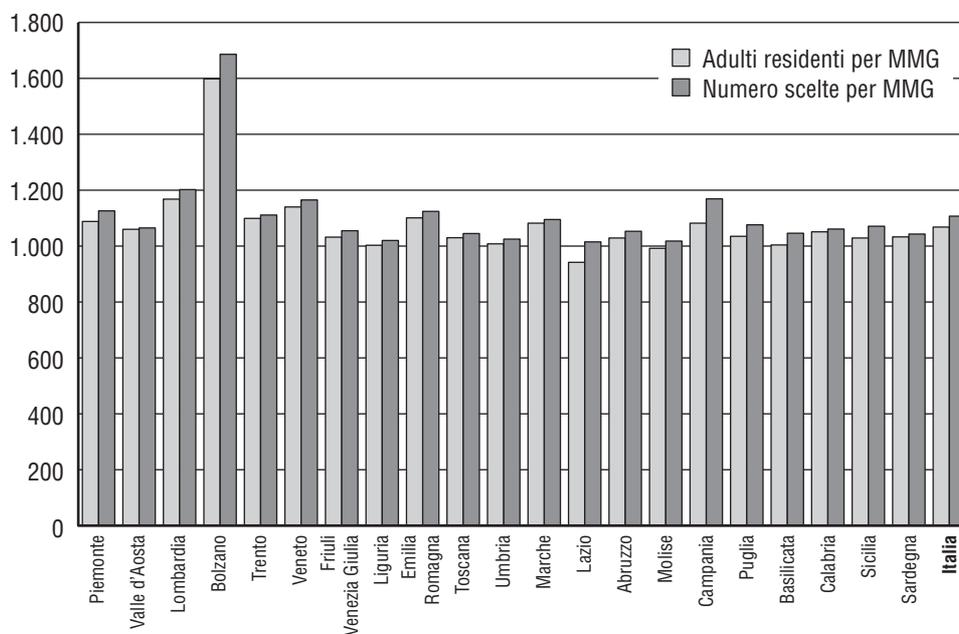
Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

MMG o PLS). In tutte le regioni tale indicatore è superiore alla popolazione assistibile per i MMG, mentre è inferiore per i PLS³⁰. Da ciò si deduce che per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal MMG anziché quella pediatrica³¹.

³⁰ Complessivamente il numero totale delle scelte per MMG e PLS è prossimo al numero totale dei residenti.

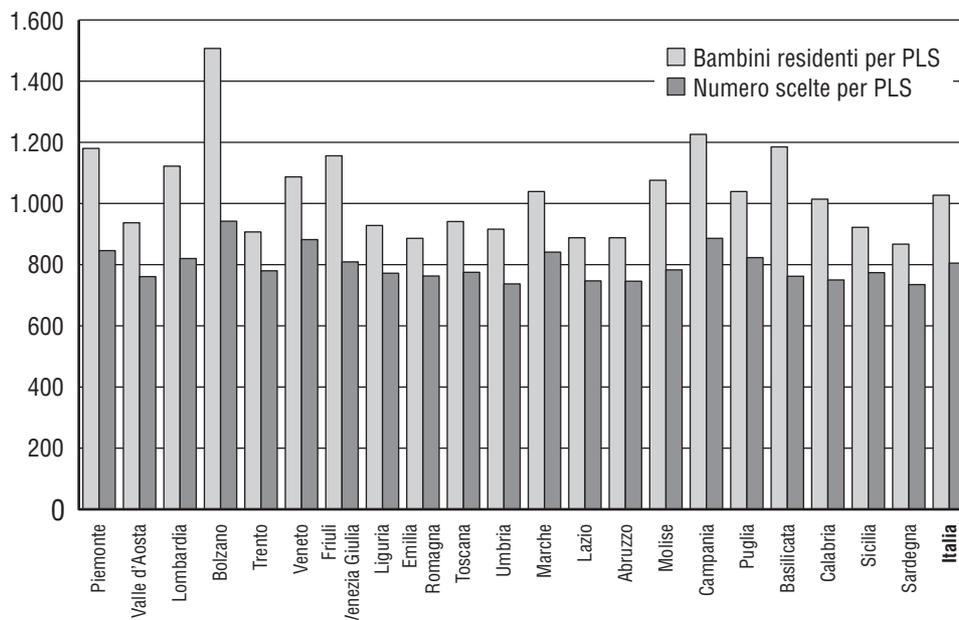
³¹ Data la carenza di PLS viene infatti concessa ai genitori la facoltà di scegliere per i bambini di età superiore ai 6 anni l'assistenza di un MMG.

Figura 2.12 Popolazione assistibile per MMG e numero scelte per MMG (2004)



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Figura 2.13 Popolazione assistibile per PLS e numero scelte per PLS (2004)



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Un'ultima considerazione riguarda il servizio di guardia medica, che garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana: esso si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e prefestive.

L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 2004 sono stati rilevati in Italia 2.896 punti di guardia medica, in leggera diminuzione rispetto ai valori dell'anno precedente (3.050) con 13.264 medici titolari ovvero 23 medici ogni 100.000 abitanti (il rapporto nel 2003 era pari a 25 medici per 100.000 abitanti).

La situazione è molto diversificata a livello territoriale in termini sia di densità dei punti di guardia medica, sia del numero di medici titolari rispetto alla popolazione, anche in funzione della diversa presenza di servizi di pronto soccorso e di strutture ospedaliere.

Nelle regioni meridionali, in particolare in Campania, Basilicata, Molise, Calabria e Sardegna, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione.

2.5 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI e ripreso nel par. 2.2 del presente capitolo, la rilevazione dei livelli di attività del SSN (in particolare quelli territoriali) è risultata sempre difficile a causa della lentezza e dell'incompletezza delle informazioni inviate al Ministero e alle regioni, anche perché mancava un collegamento tra i livelli di attività svolta e i finanziamenti ottenuti dalle aziende.

Nel 2006 la raccolta delle informazioni da parte del Ministero è risultata ulteriormente problematica, a causa della farraginosità nella trasmissione dei dati e dell'incongruità di alcune delle informazioni trasferite dalle regioni: per questi motivi, alla data di pubblicazione del presente rapporto (novembre 2006), non è stato ancora pubblicato il documento annuale sull'attività di ricovero da parte del Ministero e sono disponibili solo alcuni dati per il 2004, forniti in anteprima dal Ministero e frutto della rielaborazione delle SDO.

Si conferma, inoltre, la limitata rilevazione delle attività svolte a livello di assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Lo sviluppo del nuovo SIS, accompagnato dal progetto «Mattoni», dovrebbe potenziare i flussi informativi, anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione e condivisione delle classificazioni dei dati.

Nella Tab. 2.13 vengono presentati i dati disponibili sull'attività del SSN.

Tabella 2.13 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2004)***

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dati di attività							
Numero di dimissioni (1)	12.577.826	12.727.449	12.671.564	12.939.571	12.948.710	12.818.905	12.991.317
Giornate di ricovero (1)	88.009.005	85.811.850	82.484.479	81.425.592	80.393.353	78.450.940	78.246.880
Rapporto tra giornate in DH e in RO (percentuale)	9,3	10,2	11,8	13,4	15,1	17,0	18,5
Degenza media (2)	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7
Peso medio (3)	1,05	1,09	1,11	1,14	1,20	1,20	1,20
Completezza rilevazione							
Numero regioni e province autonome	21	21	21	21	21	21	21
Numero istituti (4)	1.386	1.388	1.322	1.329	1.397	1.398	n.d.
Percentuale schede errate	16,0	5,0	5,0	5,0	5,9	5,7	n.d.

* Nell'interpretazione della tabella, si consideri che la Regione Sicilia ha trasmesso i dati relativi alle SDO solo a partire dal 1998, determinando un incremento di circa 1.000.000 di ricoveri nel 1999 (anno in cui è stata raggiunta una pressoché totale copertura della rilevazione). Dal 1998 sono inoltre state incluse nella rilevazione le SDO relative ai neonati sani, che hanno incrementato il numero dei ricoveri di 170.000 unità nel 1998, di altre 100.000 circa nel 1999, di 49.000 nel 2000, di ulteriori 33.000 e quasi 16.000 rispettivamente nel 2001 e 2002, di 8.500 nel 2003. Tale incremento è in parte ascrivibile a una più corretta identificazione (attraverso diverse prassi di codifica clinica) rispetto al neonato patologico.

(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.

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

(3) Peso relativo ex D.M. 14 dicembre 1994 ed ex D.M. 30 giugno 1997.

(4) La riduzione nel numero di istituti compresi nella rilevazione nel periodo 1998-2000 (a eccezione di un piccolo incremento di due unità nel 1999) è prevalentemente attribuibile alla riduzione degli istituti esistenti (in seguito al loro accorpamento), mentre il successivo aumento (più consistente nel biennio 2001-2002) è da attribuire all'incremento del numero di istituti di cui sono pervenute le schede SDO. A oggi la copertura della rilevazione è pari al 97,2 per cento degli istituti esistenti (99,8 per cento per gli istituti pubblici e 93,9 per cento per gli istituti privati). In generale tutte le regioni presentano percentuali di copertura della rilevazione superiore al 90 per cento a eccezione della Liguria, caratterizzata da un tasso di copertura della rilevazione pari al 69 per cento.

Fonte: elaborazione su dati SDO, ministero della Salute

In termini generali, le rilevazioni ministeriali sull'attività di ricovero in Italia nel periodo 1998-2004 evidenziano:

1. un lieve aumento nel numero dei casi trattati (a eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti circa dello 0,5 per cento) fino al 2002, una diminuzione tra il 2002 e il 2003 e ancora un aumento (appena superiore all'1 per cento) nel 2004;
2. una diminuzione delle giornate di degenza, che si sono però ridotte del 2-4 per cento all'anno nel periodo 1998-2000 e dell'1-2 per cento a partire dal 2001.

In particolare, rispetto al 2003, nel 2004 si osserva un aumento dei ricoveri complessivi pari a oltre 170.000 casi, rispetto alla riduzione di 130.000 dell'anno precedente, ma non è possibile analizzare il fenomeno in relazione al numero degli istituti considerati nella rilevazione, dal momento che tale dato non è disponibile.

Le giornate di degenza mostrano, invece, una flessione di sole 200.000 unità a fronte della riduzione di circa 1.942.000 unità registrata nel 2003. Analizzando più dettagliatamente i ricoveri per acuti, si rileva un aumento dei ricoveri in DH (224.054 casi in più) e una diminuzione dei ricoveri ordinari (51.307 casi in meno). Più contenuti sono stati, invece, gli aumenti della riabilitazione (+20.499) e della lungodegenza (+5.939).

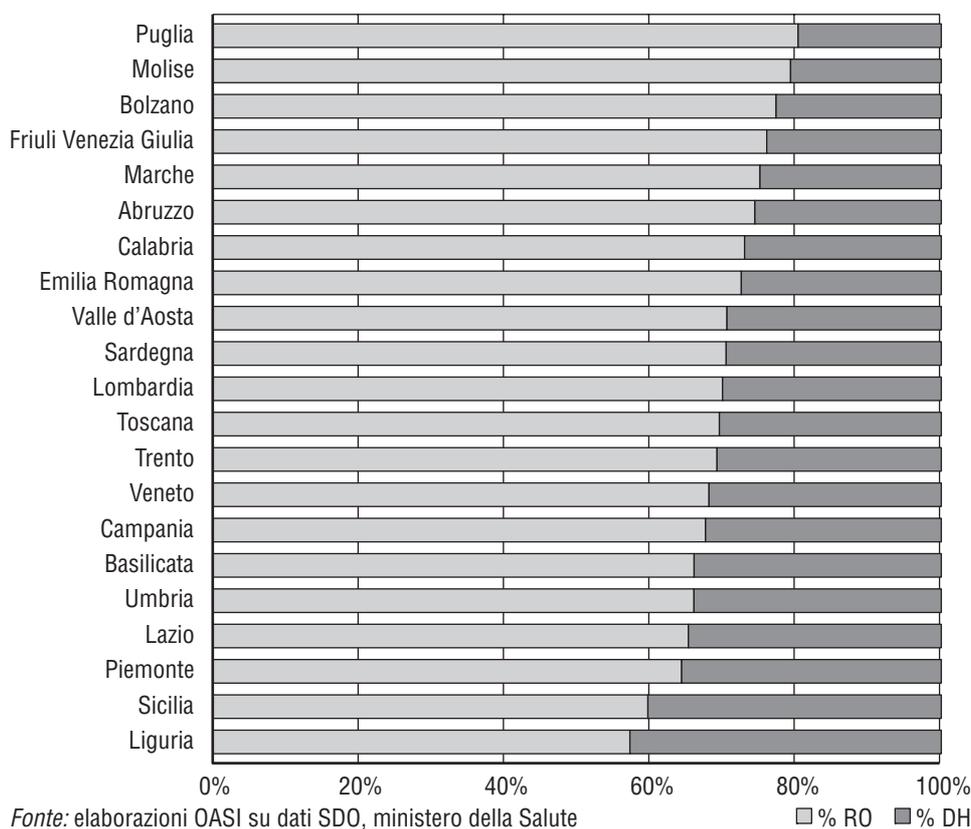
A livello nazionale, la percentuale delle giornate di degenza in DH rispetto a quelle in ricovero ordinario è aumentata costantemente dal 9,3 per cento del 1998 al 18,5 per cento del 2004 (cfr. Tab. 2.13).

Quanto al numero dei casi trattati in DH rispetto a quelli trattati in ricovero ordinario (e con riferimento ai soli casi per acuti), il dato varia in modo considerevole tra le regioni (Fig. 2.14), con Liguria, Sicilia, Piemonte, Lazio, Umbria, Basilicata, Campania, Veneto, provincia autonoma di Trento, Toscana e Lombardia dove i ricoveri in DH rappresentano una percentuale pari o superiore al 30 per cento dei ricoveri per acuti, rispetto a Puglia, Molise e provincia autonoma di Bolzano, nelle quali tale percentuale è pari rispettivamente a 19,6, 20,7 e 22,7. I dati in valore assoluto del numero dei ricoveri e delle giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e per tipologia di attività, sono presentati in Tab. 2.14.

La distribuzione dei casi trattati nelle diverse tipologie di strutture è riportata in Fig. 2.15. Nel 2004 quasi l'86 per cento dei casi di ricovero per acuti è stato trattato in strutture pubbliche o equiparate, mentre il restante 14,2 per cento in strutture private (accreditate e non).

Per riabilitazione e lungodegenza la percentuale relativa alle strutture private è molto più elevata (pari rispettivamente al 47,3 e al 40,2 per cento). La differenziazione rispetto a tali indicatori è però molto accentuata tra le regioni: Campania, Calabria, Abruzzo, Lombardia e Lazio e presentano la più elevata percentuale di

Figura 2.14 **Distribuzione dei casi per acuti trattati in regime ordinario (RO) e in day hospital (DH) per regione (2004)**



ricoveri per acuti all'interno di strutture private accreditate e non (22, 20, 19, 19 e 17 per cento); allo stesso modo Lazio, Calabria, Abruzzo e Lombardia insieme alla provincia autonoma di Bolzano, rappresentano le regioni con la più elevata percentuale (uguale o superiore al 69 per cento) di ricoveri per non acuti in strutture private (accreditate e non).

Si ricorda peraltro che Lazio, Campania e Calabria sono le regioni con la maggiore percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto disponibili nel SSR (cfr. Capitolo 4). Per un'analisi dettagliata della distribuzione dei casi trattati nelle strutture equiparate alle pubbliche e private accreditate si rimanda al Capitolo 4.

Riguardo all'analisi dell'attività ospedaliera un indicatore tradizionale è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione, che esprime la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera in strutture ospedaliere pubbliche o private, sia dentro che fuori regione.

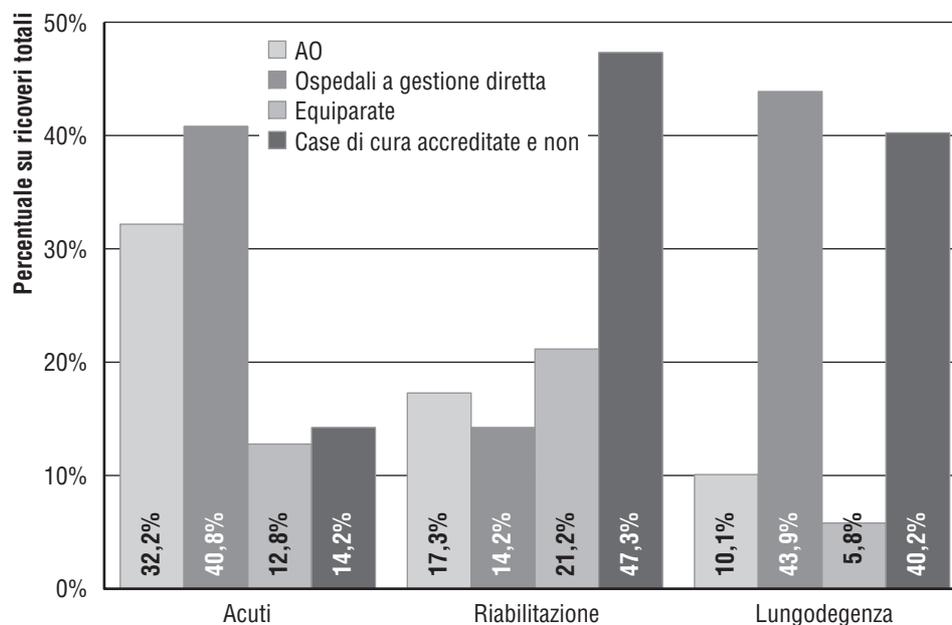
Tabella 2.14 Composizione dell'attività ospedaliera per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2004)

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza		Giorni di degenza per acuti		Giorni di degenza per riabilitazione		Giorni di degenza per lungodegenza
	RO	DH	RO	DH	lungodegenza	RO	DH	RO	DH		
Piemonte	477.859	264.601	30.200	2.561	10.452	3.804.725	678.293	876.974	34.816	375.953	
Valle d'Aosta	13.804	5.751	—	—	—	118.287	18.434	—	—	0	
Lombardia	1.363.616	584.843	86.136	15.591	11.459	8.713.312	1.161.238	1.854.754	166.086	161.180	
Bolzano	80.670	23.650	1.884	70	1.727	548.455	49.448	51.016	1.207	45.756	
Trento	53.991	24.004	5.719	1.141	3.305	415.463	55.811	107.703	14.539	103.881	
Veneto	584.962	273.726	21.660	4.947	13.144	4.608.595	792.526	495.189	68.048	327.031	
Friuli Venezia Giulia	154.014	48.507	2.756	164	—	1.157.193	155.073	76.272	1.827	0	
Liguria	223.781	167.012	7.735	1.849	—	1.758.259	484.041	153.376	14.416	0	
Emilia Romagna	596.549	225.654	15.985	3.596	29.004	3.949.893	898.958	472.904	53.765	921.807	
Toscana	458.625	200.822	10.786	1.777	2.128	3.417.478	607.347	234.803	28.436	67.806	
Umbria	118.581	60.927	2.221	1.913	7	760.829	164.818	52.696	22.449	106	
Marche	207.023	68.570	2.451	813	3.724	1.434.749	167.216	86.796	3.890	97.715	
Lazio	844.198	448.697	31.686	14.920	3.377	6.278.019	1.494.313	1.354.277	234.833	180.330	
Abruzzo	260.089	89.413	15.936	899	1.087	1.555.956	245.556	252.686	8.314	24.276	
Molise	60.492	15.769	1.258	187	163	421.681	44.117	48.676	4.121	5.080	
Campania	825.834	394.970	12.562	4.530	8.589	4.549.473	970.306	400.870	60.101	357.346	
Puglia	636.448	155.550	10.836	995	5.478	3.841.597	318.359	302.621	7.736	101.431	
Basilicata	72.088	37.010	826	490	371	481.226	89.984	17.870	4.206	11.329	
Calabria	290.446	107.407	4.474	749	2.491	1.770.045	326.171	135.418	7.976	107.794	
Sicilia	760.195	512.446	8.590	3.553	2.937	4.344.203	1.359.328	242.711	37.309	50.206	
Sardegna	256.480	107.421	446	119	769	1.700.339	210.275	15.123	2.605	37.155	
Italia	8.339.745	3.816.750	274.147	60.864	100.212	55.629.777	10.291.612	7.232.735	776.680	2.976.182	

Nota: la somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in Tab. 2.13 poiché: (1) sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, circa 330.000 (2) non sono state prese in considerazione alcune schede contenenti errori relativi al tipo di istituto o alla durata della degenza (che viene considerata errata se uguale a zero o superiore a 365).

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Figura 2.15 Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto e di attività (2004)



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

L'indicatore (eventualmente standardizzato considerando la composizione della popolazione per classi di età) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura³². Negli ultimi anni è stato, infatti, dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero in regime ordinario, in particolare il DH, l'ospedalizzazione domiciliare e l'erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali extraospedaliere. L'art. 1 della legge 662/1996 fissa come valore ottimale 160 ricoveri annui in regime ordinario e DH (per acuti e non) per 1.000 abitanti³³. Il dato effettivo nazionale 2004 è pari a 142,4 ricoveri ordinari per acuti ogni 1.000 abitanti e 65,3 ricoveri per acuti in DH ogni 1.000 abitanti, per un totale di 207,7 ricoveri per acuti (Tab. 2.15). Tale valore, anche senza i ricoveri per i non acuti, è comunque nettamente superiore allo standard obiettivo. Con riferimento specifico ai tassi di ospedalizzazione per acuti, a livello nazionale si è rilevata nel 2004 una riduzione di quelli per ricovero ordinario (circa 4 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) e un aumento di

³² 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.

³³ Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

quelli in DH (circa 3,3 per 1.000 in più). La riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario interessa solo i ricoveri entro regione, mentre quelli fuori regione restano immutati rispetto agli anni precedenti (10,34 per 1.000); al contrario, l'aumento dei DH avviene prevalentemente per i ricoveri entro regione. È però necessario evidenziare, ancora una volta, la forte differenziazione regionale (Tab. 2.15), con Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia che presentano i valori più elevati (superiori o uguali al 230 per mille) e Piemonte, Valle d'Aosta, provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche ed Emilia Romagna quelli minori (inferiore al 190 per mille). Se si considerano invece i soli tassi di ospedalizzazione in regime ordinario sono Abruzzo e Molise a presentare i valori più elevati (superiori al 170 per mille).

Interessante risulta, infine, il confronto interregionale riferito ai tassi di ospedalizzazione per ricoveri per acuti in regime ordinario standardizzati (Tab. 2.15). La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni. In questo caso, rispetto al valore medio nazionale dei ricoveri ordinari per acuti (142,4 per 1.000), i valori massimi si registrano in Abruzzo (190) e Molise (175); i valori più bassi si osservano in Piemonte (107), Toscana (111), Friuli Venezia Giulia (113), provincia autonoma di Trento e Veneto (120). Rispetto a questo tema, l'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lett. b) ha stabilito che le regioni, entro il 2007, devono garantire il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno entro 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in DH di norma pari al 20 per cento e precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Ciò per conseguire, a partire da settembre 2005, una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata attraverso il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero.

Altri due indicatori tradizionali di analisi dell'attività ospedaliera sono degenza media e tasso di utilizzo dei posti letto per cui si rimanda al Capitolo 4 per un'analisi dettagliata di confronto tra strutture pubbliche e private.

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

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

Per il 2004 i dati relativi a indicatori di complessità e di efficacia e appropriatezza non sono stati resi disponibili dal Ministero. Di seguito vengono riassunte le evidenze principali rispetto all'attività 2003: si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto Oasi 2005 (Carbone e Lecci 2005) per un'analisi dettagliata degli indicatori in questione.

Tabella 2.15 Tasso di ospedalizzazione* per regime di ricovero e localizzazione della struttura di erogazione e tasso di ospedalizzazione standardizzato (2004)

Regione	Tasso di ospedalizz. Tasso di ospedalizz. Tasso di ospedalizz.		Totale tasso Tasso di ospedalizz. Tasso di ospedalizz. Tasso di ospedalizz.		DH standardizzato		
	RO intraregionale	RO fuori regione	DH intraregionale	DH fuori regione		RO	
Piemonte	103,57	9,56	58,42	4,52	113,12	62,94	107,80
Valle d'Aosta	100,87	29,43	44,36	11,57	186,23	130,30	127,22
Lombardia	132,81	5,38	57,96	2,01	198,16	138,19	136,82
Bolzano	151,96	6,61	44,96	2,67	206,20	158,57	165,98
Trento	98,61	21,83	44,58	9,00	174,03	120,44	120,08
Veneto	114,72	6,27	54,13	2,62	177,73	120,98	119,87
Friuli Venezia Giulia	116,24	7,63	35,17	4,94	163,98	123,87	113,59
Liguria	123,78	15,98	95,59	7,56	242,92	139,76	124,59
Emilia Romagna	126,17	8,01	49,15	3,51	186,84	134,18	124,32
Toscana	114,06	7,18	49,84	3,22	174,30	121,24	111,15
Umbria	117,35	14,76	59,18	7,14	198,44	132,11	123,03
Marche	123,87	14,95	40,66	5,97	185,46	138,83	131,55
Lazio	146,51	10,04	79,88	3,69	240,12	156,55	157,28
Abruzzo	173,22	19,24	62,75	7,05	262,26	192,46	190,08
Molise	142,58	38,05	40,99	14,47	236,09	180,63	175,43
Campania	139,33	11,66	67,00	3,66	221,65	150,99	162,67
Puglia	150,40	12,09	37,58	4,12	204,19	162,49	169,18
Basilicata	107,08	35,62	53,55	11,17	207,42	142,70	143,99
Calabria	139,04	23,65	52,18	9,39	224,26	162,70	168,45
Sicilia	145,87	9,71	98,09	2,85	256,52	155,58	163,27
Sardegna	152,80	6,66	64,84	2,29	226,60	159,46	165,37
Italia	132,04	10,34	61,32	3,97	207,67	142,37	141,46

* Sono escluse dalla rilevazione le schede in cui non è riportata la regione di provenienza del paziente.

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

In particolare, nel 2003 si registra che:

- il peso medio è cresciuto in tutte le regioni, portando la media nazionale da 1,05 nel 1998 a 1,22 nel 2003; il valore più elevato si registra nel Friuli Venezia Giulia (1,38), mentre in tutte le regioni meridionali il peso medio assume valori inferiori alla media nazionale;
- l'Indice di Case Mix (ICM) presenta la stessa distinzione. È superiore a uno (e indica quindi un peso della casistica trattata maggiore della media italiana) in tutte le regioni settentrionali (tranne la provincia autonoma di Bolzano) e centrali (tranne il Lazio). Tutte le regioni meridionali presentano invece un indice inferiore all'unità;
- il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a «famiglie» di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 26,86 per cento, con valori superiori alla media in tutte le regioni del Nord e del Centro (tranne la provincia autonoma di Bolzano e il Lazio) nonché in Molise, Basilicata e Abruzzo. Le altre regioni del sud mostrano percentuali di complessità inferiori alla media.

Gli indicatori di appropriatezza si riferiscono invece alle caratteristiche del ricovero e delle terapie e interventi eseguiti nel corso del ricovero stesso. Anche in questo caso esistono forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. Riassumendo i risultati relativi ai dati di attività 2003, è possibile evidenziare che:

- la percentuale di dimissioni di pazienti con *Diagnosis Related Groups* (DRG) medico da parte di reparti chirurgici (che rappresenta una *proxy* dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico) presenta il valore più basso (maggiore appropriatezza) nella provincia autonoma di Bolzano (19,58 per cento), quello più elevato (maggiore inappropriata) in Basilicata (51,41 per cento). In entrambi i casi, come nel resto delle regioni, si manifesta una tendenza alla diminuzione rispetto ai valori del 1998;
- per ciò che riguarda la percentuale dei parti cesarei, l'intervallo di variazione è compreso tra 19,58 per cento della provincia autonoma di Bolzano e il 58,16 per cento della Campania. Gli aumenti più consistenti negli ultimi anni si registrano nelle regioni del Sud, che già presentavano i valori più elevati;
- il tasso di ospedalizzazione per diabete³⁴ si è ridotto rispetto agli anni precedenti ed è pari a circa 115 per 100.000 abitanti; il valore più elevato è quello della Regione Sicilia (190), quello più basso della Valle d'Aosta (24).

³⁴ Il tasso di ospedalizzazione per diabete viene preso in considerazione in quanto si riferisce a una condizione morbosa tra le più diffuse e tra quelle per le quali l'ospedalizzazione è ritenuta, in termini di probabilità, più esposta a possibili situazioni di inappropriata. Un tasso di ospedalizzazione per diabete troppo elevato rappresenta un indicatore di bassa efficacia del livello di assistenza primaria.

Si segnala, inoltre, che agli indicatori utilizzati fino al 2000 il Ministero ha aggiunto alcuni nuovi indici, rappresentati dai tassi di ospedalizzazione per specifiche condizioni chirurgiche, selezionate tra quelle più frequenti (prostatectomia TURP, appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia). Per tali procedure/interventi esistono evidenze che indicano che la variabilità esistente tra aree geografiche non è spiegabile in termini di diversa distribuzione epidemiologica del bisogno sanitario, ma è legata all'offerta o ad aspetti socioeconomici e culturali. Si tratta di prestazioni chirurgiche molto diffuse e comunemente trattabili, sulle quali il fenomeno della mobilità tra le regioni dovrebbe teoricamente avere scarso effetto. Tuttavia rispetto a tali indicatori non sono stati pubblicati dati di aggiornamento né in relazione al 2003 né in relazione al 2004.

2.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana richiede alle aziende (e alle regioni in qualità di capogruppo dei SSR) di conseguire l'economicità, cioè la «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» (Borgonovi 2000, p. 103). Per questo motivo regioni e aziende debbono sviluppare capacità strategiche e organizzative per:

1. analizzare le caratteristiche del bisogno di salute della propria popolazione di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, individuando eventuali cambiamenti in atto o probabili in futuro;
2. verificare il proprio livello di efficacia attuale;
3. innovare e gestire in modo sempre efficiente ed efficace i propri servizi.

L'analisi delle caratteristiche dei bisogni e della domanda richiede la considerazione di una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita che permetta l'individuazione di tutte le variabili che incidono sul bisogno e la domanda di salute e delle possibili fonti di dati e informazioni esula dagli obiettivi del presente capitolo.

Le dinamiche demografiche rappresentano uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner 2001; Herwartz e Theilen 2003; Spillman e Lubitz 2000).

Al 31 dicembre 2005 la popolazione complessiva italiana risultava pari a 58.462.375 residenti, mentre alla stessa data del 2004 ammontava a 58.145.357. Si rileva quindi un incremento della popolazione di poco più di 317.018 abitanti, pari allo 0,5 per cento della popolazione. Tale incremento è in larga parte ancora dovuto alle iscrizioni anagrafiche successive alla regolarizzazione degli

stranieri presenti in Italia, ma beneficia comunque di un saldo interno positivo pari a +25.900.

Analizzando la struttura per età della popolazione italiana al 31 dicembre 2004, si rileva che la quota di persone con più di 65 anni costituiscono il 19 per cento della popolazione (dato in costante crescita) e che l'indice di vecchiaia è pari a 134,1: vale a dire che ci sono circa 134 anziani ogni 100 bambini (Tab. 2.16).

Tabella 2.16 **Indicatori di struttura demografica per regione (2002-2005)**

Regione	2002				2003			
	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media
Piemonte	21,3	176,6	50,0	44,4	21,6	177,2	50,9	44,5
Valle d'Aosta	19,5	151,3	48,0	43,3	19,7	151,2	48,5	43,4
Lombardia	18,2	138,1	45,8	42,5	18,5	138,9	46,7	42,7
Bolzano	15,8	92,4	49,1	39,6	16,0	93,7	49,5	39,8
Trento	18,4	122,9	50,2	41,9	18,6	123,0	50,7	42,0
Veneto	18,3	135,6	46,5	42,3	18,5	135,9	47,2	42,5
Friuli Venezia Giulia	21,6	188,8	49,2	45,0	21,7	187,9	49,9	45,1
Liguria	25,4	240,3	56,1	47,0	25,6	239,8	57,0	47,1
Emilia Romagna	22,3	192,1	51,4	44,9	22,4	188,9	52,3	45,0
Toscana	22,3	190,3	51,6	44,9	22,5	189,9	52,4	45,0
Umbria	22,6	184,6	53,6	44,6	22,8	184,8	54,1	44,7
Marche	21,8	169,7	53,2	43,9	22,0	170,6	53,8	44,0
Lazio	17,7	125,2	46,8	41,8	18,0	127,3	47,4	42,0
Abruzzo	20,5	147,1	52,5	42,6	20,7	149,5	52,6	42,8
Molise	21,4	151,5	55,2	42,8	21,6	155,3	55,2	43,0
Campania	14,2	76,0	49,2	37,7	14,4	78,1	49,1	38,0
Puglia	15,8	94,0	48,2	39,2	16,1	97,3	48,4	39,5
Basilicata	18,7	119,3	52,2	40,7	19,0	123,6	52,4	41,0
Calabria	17,2	102,9	51,1	39,7	17,4	107,0	50,9	40,0
Sicilia	16,8	96,4	51,8	39,5	16,9	98,7	51,7	39,7
Sardegna	16,1	115,8	42,9	40,7	16,4	119,9	42,9	41,0
Italia	18,6	130,3	49,1	42,0	18,9	132,1	49,6	42,1

Tabella 2.16 (segue)

Regione	2004				2005			
	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipen- denza strutturale (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipen- denza strutturale (2)	Età media
Piemonte	21,9	178,1	51,9	44,6	21,9	178,1	51,9	44,6
Valle d'Aosta	19,9	152,3	49,3	43,5	19,9	152,3	49,3	43,5
Lombardia	18,8	139,9	47,6	42,8	18,8	139,9	47,6	42,8
Provincia di Bolzano	16,3	95,4	49,9	40,0	16,3	95,4	49,9	40,0
Provincia di Trento	18,7	123,5	51,1	42,1	18,7	123,5	51,1	42,1
Veneto	18,7	136,7	48,0	42,6	18,7	136,7	48,0	42,6
Friuli Venezia Giulia	22,0	188,2	50,8	45,2	22,0	188,2	50,8	45,2
Liguria	25,9	239,9	57,9	47,1	25,9	239,9	57,9	47,1
Emilia Romagna	22,6	186,8	53,2	45,0	22,6	186,8	53,2	45,0
Toscana	22,8	190,2	53,2	45,1	22,8	190,2	53,2	45,1
Umbria	22,9	185,5	54,5	44,7	22,9	185,5	54,5	44,7
Marche	22,2	171,3	54,3	44,1	22,2	171,3	54,3	44,1
Lazio	18,3	129,2	48,0	42,1	18,3	129,2	48,0	42,1
Abruzzo	20,8	152,0	52,6	43,0	20,8	152,0	52,6	43,0
Molise	21,8	158,4	55,0	43,2	21,8	158,4	55,0	43,2
Campania	14,6	80,2	49,0	38,2	14,6	80,2	49,0	38,2
Puglia	16,4	100,6	48,5	39,8	16,4	100,6	48,5	39,8
Basilicata	19,3	127,5	52,5	41,3	19,3	127,5	52,5	41,3
Calabria	17,7	111,1	50,6	40,3	17,7	111,1	50,6	40,3
Sicilia	17,1	101,0	51,5	39,9	17,1	101,0	51,5	39,9
Sardegna	16,7	124,2	43,1	41,4	16,7	124,2	43,1	41,4
Italia	19,1	134,1	50,1	42,3	19,1	134,1	50,1	42,3

(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 sommatoria della popolazione anziana e infantile al numeratore e la popolazione adulta (15-64 anni) al denominatore, moltiplicato per 100.

Fonte: elaborazione OASI su dati ISTAT «Indicatori demografici – stime per gli anni 2001-2003»

Le regioni caratterizzate da un minor peso della popolazione anziana (65 anni e più) sono quelle del Sud (in particolare la Campania) e la provincia autonoma di Bolzano; mentre le regioni del Centro-Nord (in particolare la Liguria) presentano un peso più elevato rispetto al corrispondente valore nazionale. L'indice di dipen-

denza economica (indicatore di rilevanza economica e sociale) mostra invece che ci sono 50,1 persone «non attive» ogni 100 persone «attive». Pur non tenendo conto dell'effettivo grado di partecipazione alla vita attiva da parte di coloro che sono nell'età per farlo né del fatto che ci sono persone in età non attiva che svolgono un'attività lavorativa, tale indice ci fornisce in maniera approssimativa il carico che grava sulla popolazione attiva per il mantenimento di quella non attiva. Si segnala che tutti gli indicatori stanno crescendo in maniera costante.

Oltre ai fattori demografici, altri fattori rilevanti nell'analisi dei bisogni sono quelli economici, sociali ed epidemiologici. Proprio le differenze territoriali rispetto a queste variabili possono spiegare il differente ricorso ai servizi socio-sanitari: regioni e aziende devono quindi sviluppare tecniche e modalità operative per l'analisi dei bisogni che sappiano integrare dati demografici, epidemiologici, sociali ed economici e permettano l'individuazione dei migliori servizi da offrire alla popolazione. A tale fine, 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 2.2 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2001.

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

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

Di seguito vengono presentati alcuni dati relativamente ai tre indicatori di cui sopra. Altri indicatori di qualità dei servizi sanitari delle regioni italiane vengono riportati nel Capitolo 4 del presente rapporto.

La migrazione sanitaria, ossia il ricovero in una struttura ospedaliera localizzata in un'altra regione rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni sanitarie oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche, viarie o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite rispetto alla qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali. Quest'ultima motivazione è confermata dall'analisi dell'ISTAT (ISTAT 2002), da cui emerge che fra i motivi che inducono a spostarsi dal luogo di residenza per il ricovero in ospedale prevale nettamente la maggiore fiducia verso la struttura scelta e/o la scarsa fiducia nella qualità del servizio offerto dalla propria (42,6 per cento delle persone assistite in ospedali fuori dalla regione o all'estero) rispetto alla mancanza di un ospedale o reparto adatto alle proprie esigenze (20 per cento) o a lunghi tempi di attesa (2,2 per cento).

L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la quali-

Riquadro 2.2 Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù 2002, p. 69)

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

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

Molti degli indicatori sopra elencati presentano un limite: spesso la loro interpretazione non può essere univoca.

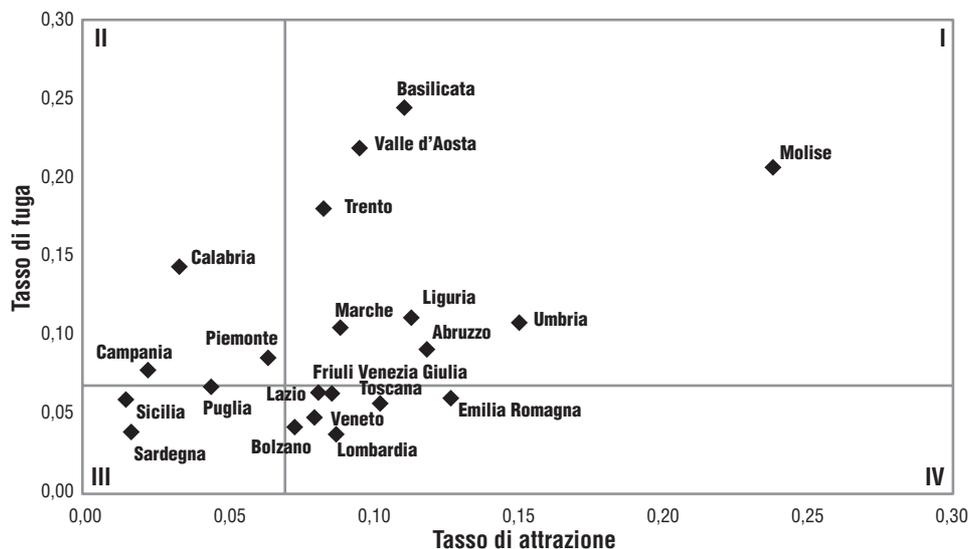
Il SSN, inoltre, pone tra i principi alla base della sua istituzione la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1 della legge 833/1978). 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.

tà 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: si segnala che è disponibile solo un *set* provvisorio di dati e che presso il Ministero sono ancora in corso delle verifiche di correttezza delle informazioni.

La Fig. 2.16 sintetizza i dati di mobilità per il 2004 relativi ai ricoveri ordinari per acuti, 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 2.16 **Posizionamento delle regioni in base ai tassi di attrazione* e di fuga** (2004)**

* 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 dell'incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO.

** Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché quest'ultimo dato non è presente nei flussi informativi ministeriali.

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Riquadro 2.3 **Classificazione delle regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù 2002, p. 74).**

- ✓ 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 delle regioni confinanti o dalla necessità di trovare fuori regione le specialità che le strutture regionali non offrono, ma che nello stesso tempo riescono ad attrarre pazienti dalle regioni confinanti per alcune specialità).
- ✓ Regioni «**IN DEFICIT**» (quadrante II) con una pesante mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- ✓ Regioni «**AUTOSUFFICIENTI**» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata e in uscita.
- ✓ Regioni «**ATTRATTIVE**» (quadrante IV) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).

In questo modo è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le regioni come indicato nel Riquadro 2.3.

Rispetto al 2003, la mobilità fuori regione è leggermente aumentata e si attesta

al 7,2 per cento (era pari al 7,1 per cento dei ricoveri complessivi di pazienti italiani sia nel 2003 sia nel 2002). A livello regionale, solo il Friuli Venezia Giulia e il Molise sono riusciti a ridurre in maniera significativa il proprio tasso di fuga (rispettivamente -5,9 e -3,8); invece in Puglia, Abruzzo, Umbria e Veneto sono stati registrati aumenti significativi dello stesso (variazioni pari rispettivamente a 9, 6,2, 6,7 e 5,2 per cento). Per ciò che riguarda l'attrazione, bisogna registrare l'ottimo risultato della Sicilia, del Friuli Venezia Giulia e della Basilicata, che aumentano il proprio tasso di attrazione rispettivamente del 7,2, 6 e 4,2 per cento, mentre provincia autonoma di Trento e Puglia fanno registrare un calo nel tasso di attrazione attorno ai cinque punti percentuali.

In generale, si segnala il continuo incremento dell'accuratezza delle rilevazioni: nel 1999 per più dell'8 per cento dei casi di mobilità non era possibile definire la regione di provenienza del paziente, a causa dell'incompletezza della compilazione delle corrispondenti SDO; nel 2004 tale indicatore si è ridotto allo 0,2 per cento (a fronte dello 0,8 per cento del 2003). Si rileva inoltre il continuo aumento dell'incidenza dei ricoveri di pazienti stranieri non residenti in Italia sul totale dei ricoveri nazionali (dallo 0,6 per cento nel 1999 allo 0,83 per cento nel 2004, con un'incidenza sulla mobilità complessiva che è passata dal 7 per cento nel 1999 al 10,3 per cento nel 2004).

In Fig. 2.17 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

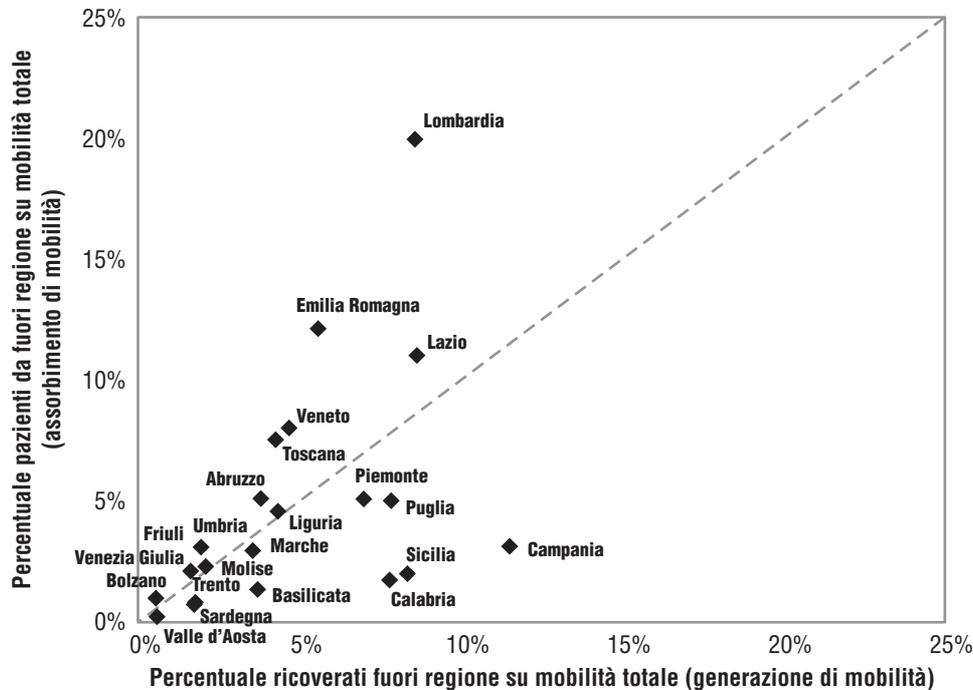
- assorbimento della mobilità, rapporto tra la mobilità attiva di una regione (numero di pazienti provenienti da fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni³⁵;
- generazione della mobilità, rapporto tra la mobilità passiva di una regione (numero di pazienti ricoverati fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni.

Gli indicatori utilizzati nella Fig. 2.17 non scontano le dimensioni relative delle diverse regioni. Sono quindi meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione. Le regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo positivo, le altre negativo. In particolare:

- la Lombardia è la regione che attrae oltre il 20 per cento della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (12,6 per cento), Lazio (11,3 per cento), Veneto (7,9 per cento) e Toscana (7,5 per cento). Come già evidenziato, questi valori sono in parte determinati dalla disponibilità di specifiche specialità, oltre che da una molteplicità di fattori (come per esempio, i flussi

³⁵ Escludendo sia i ricoveri di pazienti provenienti dall'estero sia quelli con provenienza sconosciuta.

Figura 2.17 Assorbimento e generazione della mobilità nelle regioni (2003)



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

turistici, i flussi di emigrazione e immigrazione, i fattori culturali, l'accessibilità/comodità delle regioni confinanti), ma sono anche in parte legati alla reputazione delle strutture di alcune regioni;

- se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11,2 per cento), seguita da Lazio (8,8 per cento), Lombardia (8,4 per cento), Sicilia e Puglia (8,1 per cento) e Calabria (8 per cento). Si consideri che la popolazione residente in Campania rappresenta il 10 per cento della popolazione italiana. Le percentuali per le altre regioni citate sono: 9 per cento (Lazio), 15,9 per cento (Lombardia), 8,7 per cento (Sicilia), 7 per cento (Puglia) e 3,5 per cento (Calabria).

Come già evidenziato in passato, benché il controllo della mobilità fuori regione possa rappresentare un aspetto critico per il contenimento della spesa sanitaria³⁶,

³⁶ Una forte mobilità passiva determina infatti una possibile dipendenza da strutture sanitarie non controllate (anzi, incentivate ad attrarre mobilità da fuori regione, dato che il sempre più diffuso utilizzo di tetti e target di volume o spesa nelle regioni tende a disincentivare l'incremento delle

non sembra rilevabile una correlazione diretta tra saldo della mobilità e ammontare dei disavanzi.

Rispetto al secondo indicatore di efficacia gestionale, negli ultimi anni, è stata dedicata forte attenzione al problema delle liste di attesa³⁷, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e gestione delle stesse. In particolare, il nuovo PSN 2006-2008 chiarisce che «l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza. Per questo motivo, l'eccessiva lunghezza delle liste rappresenta, nei fatti, la negazione del diritto dei cittadini ad accedere ai livelli essenziali. La soluzione di questo problema è particolarmente complessa e richiede interventi volti sia alla razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sia alla qualificazione della domanda. Per questi aspetti ci si atterrà a quanto previsto dal Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa previsto dalla legge 23 dicembre 2005 n. 266» Nello specifico, l'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 subordina l'accesso al concorso delle somme stanziare a livello nazionale per la copertura dei disavanzi sanitari regionali (in deroga a quanto stabilito dalla legge 405/2001) alla stipula di una intesa tra Stato e regioni che preveda la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa. Per questo motivo, il 28 marzo del 2006 è stato approvato lo «Schema di intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266», il quale definisce:

- l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni entro 90 giorni;
- la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui sopra, nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro 90 giorni dalla stipula della stessa intesa;
- la quota (Tab. 2.17) delle risorse da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (determinata in 150 milioni di euro e destinata anche alla realizzazione del Centro unico di prenotazione, che opera in collegamento con gli ambulatori dei MMG, i PLS e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i MMG e i PLS);
- le modalità di attivazione nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa;

attività verso i residenti della regione). Questo potrebbe ostacolare il raggiungimento di un equilibrio economico a livello di sistema sanitario regionale.

³⁷ La metodologia della rilevazione dei tempi d'attesa rappresenta uno dei 15 obiettivi del progetto «Mattoni» del NSIS.

Tabella 2.17 **Risorse vincolate per il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (euro)**

Regione	Totale risorse	Di cui per le attività di CUP
Piemonte	11.072.817	3.690.939
Valle d'Aosta	315.319	105.106
Lombardia	24.012.382	8.004.127
Bolzano	1.215.393	405.131
Trento	1.271.497	423.832
Veneto	12.038.024	4.012.675
Friuli Venezia Giulia	3.097.708	1.032.569
Liguria	4.086.088	1.362.029
Emilia Romagna	10.584.021	3.528.007
Toscana	9.249.520	3.083.173
Umbria	2.201.188	733.729
Marche	3.895.809	1.298.603
Lazio	13.558.104	4.519.368
Abruzzo	3.325.900	1.108.633
Molise	830.349	276.783
Campania	14.921.202	4.973.734
Puglia	10.429.273	3.476.424
Basilicata	1.541.453	513.818
Calabria	5.202.319	1.734.106
Sicilia	12.913.890	4.304.630
Sardegna	4.237.745	1.412.582
Italia	150.000.000	50.000.000

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

- le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Per un'analisi relativa alle misure adottate negli anni passati dalle regioni per il contenimento delle liste d'attesa si veda il Capitolo 2 del Rapporto Oasi 2005.

In linea di massima, se si osservano i risultati del monitoraggio nazionale sui tempi e le liste di attesa tenuto a gennaio 2004³⁸, in attuazione di quanto indicato dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002³⁹, sembra emergere comunque un miglioramento delle performance delle aziende rispetto a questo tema, benché in molte regioni si continuino a non rispettare gli standard previsti dall'Accordo stesso, soprattutto con riferimento alle visite specialistiche⁴⁰.

In conclusione, indipendentemente dalle strategie generali su base regionale, i provvedimenti assunti in tema di riduzione dei tempi di attesa si caratterizzano per un carattere sempre più spiccatamente aziendale. Le differenze tra tempi di attesa per le singole prestazioni erogate da aziende differenti nell'ambito della stessa regione, talvolta anche in territori assai vicini tra loro, ne è una testimonianza evidente. Ciò è comprensibilissimo, anche in considerazione della rilevanza degli aspetti organizzativi e gestionali, oltre che della necessità di raccordarsi strettamente ai bisogni del territorio.

Vengono presentati, infine, i dati relativi a un'indagine, condotta da Ermeneia (Studi & Strategie di Sistema) per l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) nel settembre del 2005, volta a ricostruire il rapporto tra famiglie italiane e ospedalità. L'indagine è stata svolta attraverso la somministrazione di questionari a un campione rappresentativo di popolazione italiana da 18 anni in su (4.011 persone adulte) e i risultati presentano, con un intervallo di confidenza del 95 per cento, un margine di errore valutabile a $\pm 1,55$ per cento.

Il motivo che ha portato a realizzare un'indagine sul rapporto delle famiglie con l'ospedale deriva dal fatto che ogni anno sono circa 12 milioni (Tab. 2.18) le persone adulte che beneficiano dei servizi ospedalieri: se a queste persone si aggiungono coloro che accompagnano, fanno vista o assistono i pazienti è possibile ipotizzare che quasi la metà della popolazione italiana entra, nel corso di un anno, in contatto con una struttura ospedaliera.

Secondo l'indagine condotta da Ermeneia, gli italiani, negli ultimi 12 mesi, hanno fatto ricorso ai servizi ospedalieri tendenzialmente per malattie lievi, con un andamento di fatto costante nel corso dell'ultimo triennio (Tab. 2.19).

Se si va ad analizzare il fenomeno in relazione alle caratteristiche del campione (Tabb. 2.20 e 2.21) è possibile evidenziare che:

- uomini e donne ricorrono con le stesse modalità ai servizi ospedalieri;

³⁸ Tale indagine ha verificato i tempi di attesa in tutte le aziende sanitarie per sette prestazioni ambulatoriali (cinque indagini strumentali, tra cui per esempio, l'ecografia dell'addome e la TAC del capo, e due visite specialistiche, quella cardiologica e quella oculistica) e in 38 ASL per alcune prestazioni in ricovero.

³⁹ L'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 ha individuato una classificazione nazionale delle classi di priorità per l'accesso alle prestazioni sia ambulatoriali sia di ricovero, che si basa sull'appropriatezza e l'urgenza della prestazione.

⁴⁰ I dati sono disponibili sul sito del Ministero: www.ministerosalute.it.

Tabella 2.18 L'accesso ai servizi ospedalieri come «esperienza sociale» (2005)

	Dato percentuale
Contatto-utente	25
Proporzione di italiani adulti che negli ultimi 12 mesi hanno fatto ricorso una o più volte ai servizi ospedalieri	<i>Pari a 11.900.000 persone da 18 anni in su</i>
Mobilità ospedaliera	10,2
Proporzione di persone che si sono rivolte una o più volte a ospedali fuori provincia, fuori regione o all'estero	<i>Pari a 1.200.000 persone da 18 anni in su</i>
Fedeltà nelle scelte	76,3
Proporzione di persone che si rivolgerebbero agli ospedali già sperimentati in precedenza	<i>Pari a 9.100.000 persone da 18 anni in su</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 2.19 Ricorso a ospedali pubblici e privati (accreditati e non) (2005)

	2005	2004	2003
Si, per malattia/intervento grave	3,7	4,0	3,7
Si, per malattia/intervento leggero	21,3	20,0	21,2
No	75,0	76,0	75,1
Totale	100,0	100,0	100,0
<i>Valore assoluto</i>	<i>4.011</i>	<i>4.350</i>	<i>4.440</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 2.20 Ricorso a ospedali pubblici e privati (accreditati e non) negli ultimi 12 mesi (per sesso, età e provenienza) (2005)

	Totale	Sesso		Età (anni)				Ripartizione			
		Ma- schio	Fem- mina	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole
Si, per malattia/intervento grave	3,7	4,0	3,4	1,9	3,1	2,5	5,6	4,1	3,9	3,5	3,4
Si, per malattia/intervento leggero	21,3	21,0	21,6	12	20,7	19,6	25,8	26,3	26,2	23	14,3
No	75,0	75,0	75,0	86,1	76,2	77,9	68,6	69,6	69,9	73,5	82,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Valore assoluto</i>	<i>4.011</i>	<i>1.917</i>	<i>2.094</i>	<i>396</i>	<i>747</i>	<i>1.385</i>	<i>1.483</i>	<i>1.079</i>	<i>766</i>	<i>704</i>	<i>1.462</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 2.21 Ricorso a ospedali pubblici e privati (accreditati e non) negli ultimi 12 mesi (per professione e titolo di studio) (2005)

	Totale		Professione			Titolo di studio		
	Indi- pendente	Dipen- dente	Casalinga /pensionato	Altro	Nessuno/ elemen- tare	Media inferiore	Media superiore/ laurea	
Si, per malattia/intervento grave	3,7	4,3	3,5	4,2	2,5	4,7	3	3,6
Si, per malattia/intervento leggero	21,3	17,8	19,8	26,4	14,7	21	20,6	22,3
No	75,0	77,9	76,7	69,4	82,8	74,3	76,4	74,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Valore assoluto</i>	<i>4.011</i>	<i>507</i>	<i>1.355</i>	<i>1.549</i>	<i>600</i>	<i>1.123</i>	<i>1.455</i>	<i>1.433</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

- il ricorso all'ospedale è maggiore dopo i 55 anni, ma è elevata anche la percentuale tra i 25 e i 34 anni;
- sono i cittadini delle regioni del Nord a usufruire con maggiore frequenza delle cure ospedaliere, con una percentuale di popolazione che per diversi motivi ha fatto ricorso all'ospedale superiore al 30 per cento, a fronte del 26,5 per cento delle regioni centrali e del 17,7 per cento delle regioni meridionali;
- casalinghe e pensionati mostrano una percentuale di fruizione dei servizi ospedalieri decisamente superiore alla media nazionale, mentre non si evidenziano differenze significative in relazione al livello d'istruzione dei pazienti.

Il livello di soddisfazione (Tab. 2.22) di chi ha fatto ricorso nell'ultimo anno ai servizi ospedalieri sembra piuttosto buono: quasi il 25 per cento si dichiara molto soddisfatto, mentre quelli abbastanza soddisfatti sono il 61,7 per cento e solo l'11,5 per cento si dimostra poco o per niente soddisfatto.

Se si va ad analizzare nel dettaglio il motivo per cui si ricorre all'ospedale (Tab.

Tabella 2.22 Ricorso a ospedali pubblici e privati (accreditati e non) negli ultimi 12 mesi: livello di soddisfazione (valori percentuali) (2005)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco/per niente soddisfatto	Non sa
Si, per malattia/intervento grave	18,5	13,8	16,5	—
Si, per malattia/intervento leggero	81,5	86,2	83,5	100,0
No	—	—	—	—
Totale	24,9	61,7	11,5	1,8

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 2.23 Le tipologie di ricorso all'ospedale, avvenuto l'ultima volta nei 12 mesi precedenti (valori percentuali) (2003-2005)

	2005	2004	2003
Analisi	49,7	55,7	49,6
Interventi	26,2	26,9	24,4
Visite specialistiche	48,7	47,0	72,0
Cure	8,9	15,0	14,3
Accesso al pronto soccorso	21,8	2,0	2,0
Parto	2,0	1,4	1,5

Nota: il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

2.23), emerge che le prestazioni più richieste siano le analisi e le visite specialistiche: di fatto, la situazione era simile anche nel 2004 e nel 2003, ma si rileva nel 2005 un aumento consistente del ricorso al pronto soccorso (il che sembra andare in direzione opposta rispetto al tentativo, condotto in tutte le regioni, di razionalizzare l'accesso alle strutture di emergenza).

Se si va ad analizzare il fenomeno in relazione alle caratteristiche del campione (Tabb. 2.24 e 2.25) è possibile evidenziare che:

- uomini e donne ricorrono tendenzialmente per gli stessi motivi ai servizi ospedalieri (a eccezione, ovviamente, del parto per le donne);
- per analisi e visite specialistiche ricorrono di più i cittadini con più di 55 anni, per interventi e cure quelli tra 18 e 24 anni mentre l'accesso al pronto soccorso è più elevato tra i 25 e i 34 anni;

Tabella 2.24 Le tipologie di ricorso all'ospedale, avvenuto l'ultima volta nei 12 mesi precedenti (per sesso, età e provenienza, valori percentuali) (2005)

	Totale	Sesso		Età (anni)				Ripartizione			
		Ma-schio	Fem-mina	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	Nord-Ovest	Nord-Centro Est	Centro	Sud e Isole
Analisi	49,7	51,3	48,3	31,5	44,0	48,5	54,8	59,2	87,2	44,2	35,0
Interventi	26,2	23,3	28,8	33,6	23,9	24,3	27,4	18,5	29,2	22,6	35,7
Visite specialistiche	48,7	46,7	50,5	28,0	39,4	45,5	56,9	53,8	59,3	39,6	39,4
Cure	8,9	8,8	9,0	18,0	13,9	8,1	6,4	8,9	8,0	7,8	10,4
Accesso al pronto soccorso	21,8	24,7	19,1	24,5	31,3	21,9	17,7	17,6	24,9	20,7	25
Parto	2,0	—	3,8	1,0	8,5	1,3	—	1,0	3,1	4,1	0,6

Nota: il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 2.25 **Le tipologie di ricorso all'ospedale, avvenuto l'ultima volta nei 12 mesi precedenti (per professione e titolo di studio, valori percentuali) (2005)**

	Totale	Professione			Titolo di studio			
		Indi- pendente	Dipen- dente	Casalinga /pensionato	Altro	Nessuno/ elementare	Media inferiore	Media superiore/ laurea
Analisi	49,7	41,9	48,0	55	39,3	56,2	42,4	51,4
Interventi	26,2	27,1	24,2	26,2	31	33,5	26,3	20,4
Visite specialistiche	48,7	40,7	45,1	54,3	42,6	55,5	42,2	49,5
Cure	8,9	7,3	11,2	5,6	18,1	5,4	9,5	11,0
Accesso al pronto soccorso	21,8	26,7	23,6	18,5	25,6	18,8	23,2	22,7
Parto	2,0	2,4	2,8	1,2	2,3		1,9	3,5

Nota: il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

- sono i cittadini delle regioni del Nord a usufruire con maggiore frequenza di analisi e visite specialistiche, mentre sono quelli del Sud a richiedere più cure, interventi e prestazioni d'urgenza;
- casalinghe e pensionati mostrano un ricorso superiore alla media ad analisi e visite specialistiche ospedaliere, mentre a ricorrere alle cure sono soprattutto i lavoratori dipendenti e non si evidenziano differenze significative in relazione al livello d'istruzione dei pazienti.

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere, inoltre, come ampiamente dimostrato nell'ambito del presente paragrafo, avviene non solo all'interno del proprio comune o dell'ASL di appartenenza, ma anche fuori regione e addirittura al di fuori dei confini nazionali.

Tuttavia, più di un terzo del campione intervistato ha dichiarato di non essere a conoscenza della possibilità di curarsi in una regione diversa da quella di appartenenza (Tab. 2.26) e, in generale, solo il 21,8 per cento si è definito perfettamente a conoscenza di questa facoltà.

Nonostante ciò, la disponibilità degli intervistati a recarsi fuori regione o anche in uno Stato diverso per curarsi (Tab. 2.27) è alta ed è aumentata nel corso dell'ultimo anno facendo registrare valori significativi, tanto più se si considerano al netto delle risposte mancate.

A ogni modo, se si va ad analizzare la localizzazione dell'ultimo ospedale al quale si è fatto ricorso negli ultimi 12 mesi (Tab. 2.28) si evidenzia come solo il 4,17 per cento si sia recato in un'altra regione (prevalentemente del Centro-Nord) per usufruire di una prestazione ospedaliera.

Tabella 2.26 Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria regione (2005)

	Dato percentuale
Sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	21,8
Mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	43,2
Non ne ero a conoscenza sino a oggi	35,0
Totale	100,0
<i>Valore assoluto</i>	<i>4.011</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 2.27 Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute al di fuori del comune di residenza (2005)

	2005		2004	
	Totale	Al netto delle risposte mancate	Totale	Al netto delle risposte mancate
Fuori dal mio comune ma nella mia provincia	16,0	21,2	22,2	29,3
Fuori dalla mia provincia ma in regione	19,7	26,2	23,2	30,7
Fuori dalla regione ma in Italia	27,4	36,4	21,5	28,4
Fuori Italia	12,2	16,2	8,8	11,6
Non saprei dare una risposta	24,7	—	24,3	—
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 2.28 Località dell'ospedale utilizzato l'ultima volta (2005)

	Valore	Percentuale
Nel proprio comune	432	43,04
Fuori dal proprio comune ma nella propria provincia	472	47,02
Fuori dalla propria provincia ma in regione	58	5,77
In altre regioni italiane al Nord	24	2,38
In altre regioni italiane al Centro	7	0,69
In altre regioni italiane al Sud	11	1,06
All'estero	1	0,04
Totale	1.004	100,00

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Allegato. Principali norme regionali (aggiornamento: maggio 2006⁴¹)

Piemonte*

Legge di riordino del SSR – L.R. 39/1994
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 80-1700/2000
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 10/1995 e ss.mm.ii.
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 8/1995 e ss.mm.ii.

Valle d'Aosta

Legge di riordino del SSR – L.R. 5/2000
Linee guida regionali per l'atto aziendale – L.R. 5/2000
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 5/2000
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 19/1996 modificata da L.R. 5/2000 e 18/2001

Lombardia*

Legge di riordino del SSR – L.R. 31/1997 modificata da L.R. 15/1998, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001, 28/2001; Del.C.R. 401/2002 e Del.C.R. 747/2003
Linee guida regionali per l'atto aziendale – D.G.R. 14049/2003 «Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale...»
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 31/1997 modificata da L.R. 15/1998, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001 e 28/2001
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 31/1997 modificata da L.R. 15/1998, 2/1999, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001 e 17/2001

Provincia di Bolzano

Legge di riordino del SSR – L.P. 7/2001
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.P. 3576/2002
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.P. 7/2001; L.P. 22/1993 e Del.G.P. 3028/1999
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.P. 14/2001

Provincia di Trento

Legge di riordino del SSR – L.P. 10/1993 modificata da L.P. 10/1995
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.P. 10/1993 modificata da L.P. 10/1995
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.P. 10/1993 modificata da L.P. 13/1993, 10/1995 e 3/1998

Veneto

Legge di riordino del SSR – L.R. 3/1996
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 3415/2002
Legge di organizzazione aziende sanitarie – Del.G.R. 3223/2002, 1015/2004, 1718/2004, 2058/2004, 2497/2004 e 751/2005

⁴¹ I dati relativi alle regioni asteriscate sono aggiornati al 2005

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 55/1994 modificata da L.R. 5/1996, 6/1996, 14/1998 e 46/1999

Friuli Venezia Giulia

Legge di riordino del SSR – L.R. 41/1993, 12/1994, 13/1995, 08/2001 e 23/2004
Linee guida regionali per l'atto aziendale – D.G.R. 834/2005
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 12/1994; Del.G.R. 5016/1996
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 49/1996 modificata da L.R. 32/1997, 3/1998, 13/1998

Liguria

Legge di riordino del SSR – L.R. 42/1994 modificata da L.R. 30/1998 e 25/2000
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 1528/2000
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 42/1994 modificata da L.R. 2/1997, 30/1998 e 25/2000 (quest'ultima indicata come totalmente sostitutiva della 42/1994); L.R. 1/2005
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 10/1995 modificata da L.R. 53/1995, 26/1996, 2/1997 e 25/2000

Emilia Romagna*

Legge di riordino del SSR – L.R. 19/1994 modificata da L.R. 11/2000; L.R. 44/1995 modificata da L.R. 3/1999 e 18/1999, istitutiva dell'ARPA, L.R. 29/2004
Linee guida regionali per l'atto aziendale – L.R. 11/2000; Del.G.R. 1882/2000
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 19/1994 modificata da L.R. 11/2000 e 29/2004
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 50/1994 modificata da L.R. 11/2000

Toscana

Legge di riordino del SSR – L.R. 40/2005 modificata da L.R. 62/2005 e 72/2005
Linee guida regionali per l'atto aziendale – L.R. 40/2005 modificata da L.R. 62/2005 e 72/2005
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 40/2005 modificata da L.R. 62/2005 e 72/2005
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 40/2005 modificata da L.R. 62/2005 e 72/2005

Umbria

Legge di riordino del SSR – L.R. 3/1998 e 29/2000
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Allegato 2 del Piano Regionale (Del.G.R. 314/2003)
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 3/1998 integrata da L.R. 29/2000, 15-16-17/2005
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 51/1995 integrata da L.R. 7/2004

Marche

Legge di riordino del SSR – L.R. 22/1994 modificata da L.R. 31/1995, 9/1996 e 26/1996; L.R. 13/2003
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 1117/2004
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 26/1996
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 47/1996

Lazio*

Legge di riordino del SSR – L.R. 18/1994 modificata da L.R. 14/1995, 8/1996, 40/1997, 37/1998
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 2034/2001
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 55/1993 modificata da L.R. 18/1994, 19/1994, 5/1995; Del.G.R. 3140/1995
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 45/1996

Abruzzo*

Legge di riordino del SSR – L.R. 37/1999 (PSR 1999-2001)
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 176/2001
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 37/1999 (PSR 1999-2001) integrata da L.R. 93/2000
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 146/1996 modificata da L.R. 123/1999

Molise*

Legge di riordino del SSR – L.R. 11/1997; L.R. 9/2005
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 153/2001
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 2/1997
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 11/1997 e 12/1997

Campania

Legge di riordino del SSR – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997 e 12/1998; L.R. 8/2003; Del.G.R. 351/2004
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 1234/2001; Del.G.R. 1758/2002
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997 e 12/1998; L.R. 26/2003
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 18/2000; L.R. 10/2002; L.R. 28/2003

Puglia*

Legge di riordino del SSR – L.R. 36/1994 modificata in attuazione del D.lgs. 229/1999 e del D.lgs. 617/1999; Del.G.R. 1429/2002 (Piano di riordino rete ospedaliera)
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 830/2002
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 36/1994 integrata da Del GR 229/1996
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 38/1994 modificata da L.R. 19/1995, 16/1997, 14/1998 e 20/2002

Basilicata

Legge di riordino del SSR – L.R. 50/1994, 39/2001 e 34/2001
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 2489/2000
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 39/2001
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 34/1995 modificata da L.R. 6/1996

Calabria

Legge di riordino del SSR – L.R. 26/1994 e L.R. 2/1996 modificata da L.R. 11/1996
Linee guida regionali per l'atto aziendale – D.G.R. 316/2006
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 2/1996 modificata da L.R. 11/1996
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 43/1996 e L.R. 29/2002

Sicilia

Legge di riordino del SSR – L.R. 30/1993
Linee guida regionali per l'atto aziendale – D.A. 34120/2001
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 30/1993
Legge di contabilità aziende sanitarie – D.A. 24469/1998; L.R. 8/2000 modificata da L.R. 26/2000, 2/2002, 4/2003 e da circolare 7/2005

Sardegna*

Legge di riordino del SSR – L.R. 5/1995 modificata da L.R. 10/1997 e 30/1998
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 22-42/2001 all'approvazione CR
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 5/1995 modificata da L.R. 10/1997
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 10/1997

Bibliografia

- AIOP (2006), *Ospedali & Salute. Terzo Rapporto Annuale 2005*, Milano, Angeli.
- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Corso di economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (2005), *Corso di economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Alesani D., Villa S. (2005), «Il rinnovamento degli assetti istituzionali del servizio sanitario marchigiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Anessi Pessina E. (2003), «L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- ASSR (2005), «Le connessioni con gli obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)», *Monitor*, n. 13, maggio-giugno.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea
- Borgonovi E., Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari» in L. Migione (a cura di), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Roma, Edizioni Orizzonte Medico.
- 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.
- Cantù E., Carbone C. (2004), «Gli assetti istituzionali dei SSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Cantù E., Carbone C., Lecci F. (2004), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Cantù E., Jommi C. (2003), «I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali: un aggiornamento al 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Carbone C., Lecci F. (2005) «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Carbone C., Lisa C., Lega F., Salvatore D. (2005), «Indirizzi regionali per la definizione degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie: grado di normazione e proposte di innovazione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Carbone C., Jommi C., Salvatore D. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Cutler D., Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-standard Effects», in A. Auerbach, R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Del Vecchio M., Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei direttori generali nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (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 E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Fattore G., Lecci F. (2005), «I piani sanitari delle regioni italiane», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Fattore G., Longo F. (2002), «Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi

- di alcuni piani sanitari rappresentativi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Galli D., Heller L., Tedeschi P. (2005), «Nuova convenzione della medicina generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, n. 12, pp. 113-124.
- ISTAT (2002), *Dimissioni dagli istituti di cura in Italia. Anno 1999*, Roma.
- Lega F., Perri E. (2002), «Assessorati Regionali alla Sanità e Agenzie Sanitarie Regionali: un rapporto da costruire e gestire», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Longo F. (2006), «Quale modello a regime per le società della salute toscane?», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 13.
- Marsilio M., Vecchi V., (2004) «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Otto M., Paruzzolo S., Torbica A. (2004), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: le iniziative adottate nel 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Spillman B.C., Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342(19), pp. 1409-1415.