

Collana **CERGAS**

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

Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermare quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale.

Il Rapporto 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

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

Egea

2 La struttura del Servizio Sanitario Nazionale

di Francesca Lecci e Beatrice Maestri*

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 analisi adottato è quello economico aziendale (presentato nel Capitolo 1) e, dopo una presentazione 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). Tale analisi dovrebbe rappresentare la base per la definizione delle scelte strategiche e organizzative di aziende e regioni e la valutazione di quanto i servizi prodotti siano «soddisfacenti» per la collettività in relazione alle risorse utilizzate (valutazione dell'economicità).

* Questo capitolo aggiorna e amplia il Capitolo 2 del Rapporto OASI 2005. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 2.4 e 2.5.1 sono da attribuirsi a Beatrice Maestri, i restanti a Francesca Lecci.

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 a tutte le regioni di un questionario strutturato in materia di assetti istituzionali (quadro normativo, trasformazioni giuridiche, istituzione di nuovi soggetti istituzionali, numero di strutture di ricovero e nomina e revoca dei DG delle aziende sanitarie);
- ▶ riguardo alla struttura (configurazione fisico-tecnica delle aziende e organismo personale delle aziende) e alle attività (tipologie, volumi e qualità delle prestazioni erogate) del SSN (parr. 2.4 e 2.5), le elaborazioni dei dati vengono effettuate a partire dai flussi informativi ministeriali del Sistema Informativo Sanitario (SIS) aggiornati, generalmente, a due anni prima di quello in corso. I dati sono 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 organica in due pubblicazioni annuali del ministero della Salute: «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» e «Attività di ricovero ospedaliero». Rispetto a quest'ultima pubblicazione, si segnala, nello specifico, che a partire dal 2006, il flusso ministeriale relativo alla rilevazione delle attività ospedaliere ha subito un forte rallentamento e l'aggiornamento dei dati è divenuto sempre più discontinuo, il che ha portato alla diffusione del Rapporto 2004 «Attività di ricovero ospedaliero» solo nel 2007 e non nel 2006, come previsto;
- ▶ 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 per l'oggetto di analisi e all'anno di aggiornamento. Per esempio, nel 2007 è stata pubblicata l'indagine multiscopo dell'ISTAT relativa a «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». Con questo rapporto di ricerca, l'ISTAT rileva presso i cittadini informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione. Il campione complessivo dell'indagine, che comprende circa 60.000 famiglie, permette di soddisfare i bisogni

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).

informativi a livello territoriale e consente stime regionali e subregionali utili alla programmazione sanitaria locale.

In aggiunta a questa disamina delle principali fonti informative, è opportuno sottolineare alcune carenze nella sistematicità delle rilevazioni effettuate dal SIS sia per alcuni dati di output, in particolare quelli 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.). Tali limiti sono stati, in parte, coperti dalle indagini multiscopo dell'ISTAT sopra citate, ma si tratta di rilevazioni svolte con cadenza quinquennale e su base campionaria.

Il SIS, fino a oggi prevalentemente centrato sulle strutture ospedaliere e sulla rendicontazione delle loro attività, è stato negli ultimi anni oggetto di revisione. Nel contesto di evoluzione del SSN, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ha siglato il 22 febbraio 2001 l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS). Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il «Patto per la Salute» del 28 settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del SSN, evidenziando il conferimento dei dati al SIS «fra gli adempimenti a cui sono tenute le regioni».

La corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la disponibilità di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i SSR. In particolare si è evidenziata la necessità di disporre di:

- ▶ dati classificati e codificati in modo omogeneo;
- ▶ approcci omogenei per la creazione, a livello locale, dei dati resi poi disponibili al livello regionale e nazionale;
- ▶ metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario.

A questi elementi comuni è stato dato il nome di «Mattoni del SSN». Per il raggiungimento delle finalità sopra descritte, si è reso quindi necessario avviare una progettualità parallela e complementare a quella del NSIS, finalizzata alla costruzione dei «Mattoni del SSN». Il progetto, approvato nella Conferenza Stato-Regioni del 10 dicembre 2003, ha individuato 15 gruppi di lavoro che prevedono un forte coinvolgimento delle regioni.

Le tematiche affrontate dai Mattoni del SSN sono articolabili in tre aree, che confluiscono tutte nella base dati NSIS: i Mattoni relativi a classificazioni e codifiche, quelli riferiti alle metodologie di analisi e quelli che si interessano dei contenuti informativi.

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 completezza e analiticità, la Tab. 2.1 indica, per ciascun Mattone, lo stato di avanzamento rispetto ai quindici Mattoni avviati. Per un'analisi dettagliata del contenuto di ogni progetto si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2005 (Carbone e Lecci 2005).

Tabella 2.1 **Stato di avanzamento e documenti prodotti dai Mattoni del SSN**

Mattone	Capogruppo	Stato avanzamento	Data approvazione	Documenti prodotti
Mattone 1 <i>Classificazione delle strutture</i>	Regione Veneto	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 9 febbraio 2006	Classificazione delle strutture: manuale, glossario e risultati Classificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie: documento finale Data model di rilevazione: Manual data model
Mattone 2 <i>Classificazione delle prestazioni ambulatoriali</i>	Regione Lombardia	Attività in corso		
Mattone 3 <i>Evoluzione del sistema DRG nazionale</i>	Regione Emilia Romagna	Attività in corso		
Mattone 4 <i>Ospedali di riferimento</i>	Ministero della Salute	Attività in corso		
Mattone 5 <i>Standard minimi di quantità di prestazioni</i>	Regione Piemonte	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 20 giugno 2007	Standard minimi per struttura (ricoveri) Standard di sistema per le prestazioni di ricovero Documento finale della Cabina di Regia del 20 giugno 2007
Mattone 6 <i>Tempi di attesa</i>	ASSR	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 27 giugno 2006	Principi e proposte operative sui tempi di attesa
Mattone 7 <i>Misura appropriatezza</i>	Regione Umbria	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 16 maggio 2007	Documento riepilogativo redatto dal Comitato scientifico del Mattone
Mattone 8 <i>Misura dell'outcome</i>	ISS	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 21 febbraio 2007	Risultati dello studio dei 43 indicatori Allegati ai risultati
Mattone 9 <i>Realizzazione del patient file</i>	Regione Toscana	Attività in corso		

Tabella 2.1 (segue)

Mattonne	Capogruppo	Stato avanzamento	Data approvazione	Documenti prodotti
Mattonne 10 <i>Prestazioni farmaceutiche</i>	Regione Friuli Venezia Giulia	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 3 aprile 2007	Nucleo informativo per la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche Linee guida per il monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici
Mattonne 11 <i>Pronto soccorso e Sistema 118</i>	Regione Lazio	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 3 aprile 2007	Presentazione Cabina di Regia 3 aprile – Pronto soccorso Presentazione Cabina di Regia 3 aprile – Sistema 118
Mattonne 12 <i>Prestazioni residenziali e semiresidenziali</i>	Regione Marche	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 21 febbraio 2007	Prestazioni residenziali e semiresidenziali: relazione finale
Mattonne 13 <i>Assistenza primaria e prestazioni assistenziali</i>	Regione Puglia	Attività concluse	Approvazione da parte della Cabina di Regia il 16 maggio 2007	Assistenza primaria e prestazioni domiciliari: relazione finale
Mattonne 14 <i>Misura dei costi del SSN</i>	ASSR	Attività in corso		
Mattonne 15 <i>Assistenza sanitaria collettiva</i>	Regione Campania	Attività in corso		

Fonte: ministero della Salute (2007)

Il complessivo progetto di revisione del sistema informativo sanitario doveva essere concluso entro il primo trimestre del 2006, per risultare applicabile in tutta Italia, consentendo un pieno monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

A oggi solo 9 dei 15 Mattoni risultano formalmente conclusi e, di conseguenza, anche il completo avviamento del NSIS non può dirsi ancora effettivo.

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 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro.

La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN è possibile identificare prevalentemente nelle regioni i rappresentanti

della popolazione. E sono le regioni che, in qualità di capogruppo² 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);
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 appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base di una scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2007. Nel prosieguo:

- ▶ si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende (par. 2.3.1);
- ▶ si riportano in sintesi 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 DG delle aziende agli organi regionali (par. 2.3.3).

Si rimanda invece:

- ▶ al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2004 (Cantù *et al.* 2004) per una presentazione sintetica degli assetti organizzativi degli apparati amministrativi regionali con riferimento specifico all'istituzione delle ASR;

² 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).

- ▶ al Capitolo 5 per una disamina sullo stato dell'arte dei sistemi di accreditamento nei diversi SSR;
- ▶ al Capitolo 6 per l'analisi dei sistemi regionali di finanziamento e al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2004 per l'analisi dei sistemi regionali di finanziamento degli investimenti (Marsilio e Vecchi 2004);
- ▶ al Capitolo 7 per le scelte in tema di accordi integrativi per la medicina generale;
- ▶ al Capitolo 8 per un'analisi delle modalità di governo dell'assistenza farmaceutica;
- ▶ 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 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. eventualmente costituire 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. 2.2 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 scelta della Regione Calabria, che ha deciso di procedere a una riorganizzazione delle ASL, in virtù della quale le 11 ASL attualmente presenti sul territorio regionale sono accorpate in 5 ASL provinciali (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone).

Tabella 2.2 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

	ASL						AO				
	Numero ante 502/1992	Numero al 31 dicembre 1995	Numero al 30 giugno 2007	Popolazione media 2007	Numero medio presidi a gestione diretta* 2007*	PL utilizzati medi per presidio a gestione diretta* 2005	Numero al 31 dicembre 1995	Numero al 30 giugno 2007	Numero medio stabilimenti AO** 2007	PL utilizzati medi per AO 2005	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2005
Piemonte	63	22	13	333.979	3,7	148	7	8	2,1	610	325
Valle d'Aosta	1	1	1	123.978	1,0	416	—	0	—	—	—
Lombardia	84	44	15	631.680	0,1	156	16	29	3,4	748	217
Bolezano	4	4	1	482.650	7,0	246	—	0	—	—	—
Trento	11	1	1	502.478	11,0	147	—	0	—	—	—
Veneto	36	22	21	225.634	2,7	186	2	2	1,5	1.498	999
Friuli Venezia Giulia	12	6	6	201.380	1,3	115	3	3	2,0	723	362
Liguria	20	5	5	322.027	2,0	298	3	3	1,0	787	787
Emilia Romagna	41	13	11	380.687	3,5	242	5	5	1,0	1.032	1.032
Toscana	40	12	12	301.656	2,2	287	4	4	1,0	907	907
Umbria	12	5	4	216.970	2,3	254	2	2	1,5	585	390
Marche	24	13	1	1.528.809	31,0	111	3	2	2,0	613	306
Lazio	51	12	12	442.065	4,2	129	3	4	2,0	745	372

Tabella 2.2 (segue)

	ASL						AO				
	Numero ante 502/1992	Numero al 31 dicembre 1995	Numero al 30 giugno 2007	Popolazione media 2007	Numero medio presidi a gestione diretta* 2007*	PL utilizzati medi per presidio a gestione diretta* 2005	Numero al 31 dicembre 1995	Numero al 30 giugno 2007	Numero medio stabilimenti AO** 2007	PL utilizzati medi per AO 2005	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2005
Abruzzo	15	6	6	217.551	3,8	198	—	0	—	—	—
Molise	7	4	1	320.907	6,0	201	—	0	—	—	—
Campania	61	13	13	445.456	3,6	120	7	8	1,3	518	415
Puglia	55	12	6	678.586	4,5	298	4	2	1,0	1.076	1.076
Basilicata	7	5	5	118.817	2,6	80	1	1	2,0	851	426
Calabria	31	11	6	334.069	5,5	89	4	4	2,3	419	186
Sicilia	62	9	9	557.468	5,6	93	16	17	1,5	377	246
Sardegna	22	8	8	206.960	3,6	169	1	1	1,0	554	554
Italia	659	228	157	374.215	3,4	166	81	95	2,1	674	319

* 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).

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

Fonte: OASI ed elaborazioni OASI su dati ministero della Salute

L'attuazione di queste disposizioni avviene, limitatamente alle aziende sanitarie n. 9 di Locri e n. 11 di Reggio Calabria, previo accordo con il ministero dell'Interno³.

Analogamente, la Regione Puglia, che agli inizi del 2006 aveva modificato il nome dell'ASL BA/1, trasformandola in ASL BAT/1 (a seguito della costituzione della nuova provincia di Barletta-Andria-Trani), a fine 2006 ha deliberato la fusione delle 9 ASL a carattere subprovinciale in 3 ASL, che, sommate alla neocostituita ASL BAT e alle già esistenti ASL BR e ASL TA, definiscono un assetto istituzionale composto da 6 ASL, coincidenti ognuna con il territorio della provincia di riferimento. Non sono state invece previste modifiche nel numero delle AO.

Inoltre, la provincia autonoma di Bolzano ha deciso di procedere all'unificazione delle 4 ASL costituendo l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e prevedendo, in luogo delle precedenti ASL, quattro comprensori sanitari.

Si segnala, infine, il ritardo della Regione Piemonte nel portare definitivamente a regime la riduzione del numero delle ASL (da 22 a 13) prospettata già nel 2006. 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 (Tab. 2.2), si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 374.200 abitanti (un dato leggermente superiore a quello del 2006, dovuto ai processi di accorpamento e fusione appena presentati), con un massimo rappresentato dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) marchigiana (quasi 1.528.809 abitanti) e dalle ASL pugliesi e lombarde (più di 600.000 abitanti) e un minimo da quelle della Basilicata (poco meno di 120.000). La medesima tabella mostra:

- ▶ una media di circa 3,3 presidi a gestione diretta delle ASL con una dimensione media di circa 166 posti letto⁴; rispetto a questo ultimo indicatore si segnala peraltro un'elevata variabilità interregionale;
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia del Nord (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne che in Piemonte) insieme a Toscana e Lazio, rispetto a quelle del Centro-Sud (solo la Puglia e la Basilicata hanno dimensioni superiori alla media);

³ Per questo motivo, sebbene ufficialmente le ASL calabresi siano solo 5, ai fini delle analisi del turnover dei DG (crf. *infra*), le ASL di Reggio Calabria e Locri vengono considerate come due entità separate, dal momento che la seconda è ancora retta da un commissario straordinario, in attesa dell'accordo con il ministero dell'Interno.

⁴ L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2005 e pubblicati dal ministero della Salute sul rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2005 rilevato dall'attività istituzionale di OASI.

- ▶ 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 3,4 stabilimenti per AO, rispetto a una media nazionale rispettivamente di 3,3 e 2⁵), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti delle AO in quanto sono stati costituiti in AO anche ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro;
- ▶ l'incremento a livello nazionale del numero medio di presidi a gestione diretta per l'accorpamento ASL nelle nuove configurazioni:
 - ◀ del SSR marchigiano, che gestisce direttamente 31 ospedali in seguito alla costituzione di un'azienda unica (ASUR);
 - ◀ del SSR molisano che gestisce direttamente 6 presidi ospedalieri in seguito alla costituzione dell'azienda unica (ASREM);
 - ◀ dei SSR pugliese e calabrese che hanno ridotto il numero di ASL;
- ▶ la rinnovata omogeneità di assetti nelle due province autonome che fino al 2006, pur presentando una popolazione di ampiezza simile (circa 480.000 abitanti), avevano assetti difformi: Trento aveva costituito un'unica ASL che gestiva direttamente 11 presidi di dimensioni limitate, Bolzano aveva quattro ASL (ora una sola) che gestivano ciascuna circa 2 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 2007. Nel biennio 1994-1995 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 proposti⁶, si sono moltiplicati.

Riquadro 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31 dicembre 1995 al 30 maggio 2007

Piemonte

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

2006 Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 ASL delle 22 esistenti; ASL T01 per accorpa-

⁵ 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.

⁶ 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).

mento 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). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edolo ed Esine)

Bolzano

2007 Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige

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:

- ▶ la costituzione dell'ASUR in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL;
- ▶ 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

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 4 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)

2006 Cambiamento di denominazione dell'ASL BA/1 che diviene ASL BAT/1 (Barletta-Andria-Trani)

2006 Riassetto del SSR: fusione in 3 nuove ASL di 9 ASL: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2

Calabria

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

Innanzitutto, molte regioni hanno provveduto alla ridefinizione di ASL e AO: il riordino dei SSR pugliese, calabrese e piemontese e del servizio sanitario provinciale di Bolzano; 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), evidenziando in particolare le criticità, gli obiettivi e le modalità di gestione del cambiamento (Alesani e Villa 2005).

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;
- ▶ 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 duplicazioni⁷. A ciò si aggiunge, in

⁷ 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 scar-

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 Piano 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 sociosanitari 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'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di riferimento. Nel territorio regionale sono previste complessivamente 34 SdS, al momento ne sono state attivate 18⁸. 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 ospedaliero-universitarie (D.lgs. 517/1999) che hanno comportato dei fenomeni di trasformazioni giuridiche⁹. 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.

sità 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 AO) 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).

⁸ 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) focalizzato 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).

⁹ 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).

La Tab. 2.3 sintetizza le principali innovazioni introdotte nelle diverse regioni relativamente ai temi sopra elencati. Le principali variazioni rispetto alla precedente indagine (Carbone e Lecci 2006) sono: a Bolzano, con la creazione di 4 comprensori sanitari in luogo delle 4 ASL, dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e soggetti a rendicontazione analitica; in Veneto con la trasformazione delle AO di Padova e Verona in AO integrate con l'università; in Liguria, con l'istituzione di 3 «aree ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici.

Tabella 2.3 **Le innovazioni introdotte negli assetti istituzionali dei SSR**

	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
Piemonte	Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette), dell'AO di Novara e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'università	Costituzione di 4 aree di coordinamento sovrazonale («quadranti» o «subaree»), con compiti gestionali interaziendali al fine di garantire la continuità assistenziale, il controllo dei livelli di domanda e l'integrazione delle rispettive attività Attivazione di una Convenzione ex art. 15 della legge 241/1990 con funzioni di acquisti di beni e servizi sanitari e non, stoccaggio e movimentazione/logistica dei materiali
Lombardia	Trasformazione in fondazione degli IRCCS: Policlinico (Milano), San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale Tumori (Milano), Besta (Milano). Trasformazione delle AO Spedali Civili di Brescia, Fondazione Macchi, San Paolo, Sacco e San Gerardo di Monza in AO integrate con l'università 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	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio
Bolzano		Creazione di 4 comprensori sanitari (in luogo delle 4 ASL) dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e soggetti a rendicontazione analitica
Trento	Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico	
Veneto	Trasformazione dell'AO di Padova e dell'AO di Verona in AO integrate con l'università	Istituzione di 5 «Aree Vaste» con funzione di accentrato di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi
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 universitaria di 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 3 «Conferenze di Area Vasta» quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle aziende territoriali, alle AO pubbliche e private, all'Istituto scientifico e al policlinico universitario che insistono nella stessa area (D.G.R. 10 novembre 2000, n. 3479, «Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2001»)
Liguria	Trasformazione dell'AO San Martino in AO integrata con l'università.	Istituzione di 3 «aree ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici

Tabella 2.3 (segue)

	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
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	Individuazione di tre «Aree Vaste», 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
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 ss. della L.R. 40/2005) Avvio di 18 Società della Salute (art. 60 della 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 della 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 Trasformazione dell'AO San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona in AO integrate con l'università	
Puglia	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'università Trasformazione degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in Fondazioni*	
Calabria	Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'università	
Sicilia	Trasformazione dei tre policlinici universitari a gestione diretta in AO universitarie integrate con il SSN	

* Iniziativa prevista ma non ancora realizzata.

2.3.2 L'apparato amministrativo regionale e i PSR

Per governare il «gruppo sanitario pubblico» e il complessivo SSR, 12 regioni (Tab. 2.4) hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale¹⁰ (Piemonte, Veneto,

¹⁰ 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

Tabella 2.4 **Leggi Regionali di istituzione e disciplina delle ASR**

Piemonte	AReSS: L.R. 10/1998
Veneto	ARSS: L.R. 32/2001
Friuli Venezia Giulia	ARS: L.R. 37/1995
Liguria	ASR: L.R. 41/2006, Titolo VII, artt. 62-71
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 D.G.R. 703/2006 (in via di costituzione)

Fonte: aggiornamento OASI 2007

Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia e Umbria). Tutte le ASR istituite sono state attivate, tranne quella dell'Umbria che risulta in via di costituzione. Inoltre, un'ipotesi di costituzione di un'ASR sono state avanzate in Molise e in 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) in cui veniva presentata un'analisi della configurazione delle ASR in termini di ruolo (consulente delle aziende, centro studi indipendente con compiti di Osservatorio del SSR, tecnostuttura a servizio dell'Assessorato, della Giunta o del Consiglio) e attività (operativa o di ricerca e studio). Un aggiornamento più recente sul monitoraggio delle competenze delle agenzie dei vari SSR così come indicate dalle leggi di istituzione è stata svolta dall'ASSR¹¹.

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.

¹¹ I risultati della comparazione sono disponibili sul sito dell'ASSR (www.assr.it).

Tabella 2.5 I PSR attualmente in vigore (2007)

Piemonte	PSR 1997-1999 (L.R. 61/1997)
Valle d'Aosta	PSSR 2006-2008 (L.R. 13/2006)
Lombardia	PSSR 2007-2009 (Del.C.R. VIII/0257/2006)
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. 2843/2006)
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)
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) PSR 2007-2009 in fase di discussione.
Sicilia	PSR 2000-2002 (Decreto presidenziale 11 maggio 2000)
Sardegna	PSR 2006-2008 (Del.G.R. 51/9/2005)

Fonte: aggiornamento OASI 2007

Con riferimento ai PSR, la Tab. 2.5 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 sono stati approvati il PSR 2006-2008 della Valle d'Aosta (L.R. 13/2006) e il PSSR 2007-2009 della Lombardia (Del.C.R.

VIII/0257/2006). Inoltre ha completato l'iter d'approvazione il PSR 2006-2008 della Regione Friuli Venezia Giulia (D.G.R. 2843/2006), prima provvisoriamente autorizzato con 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 composito¹², 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 «fiduciaria», debbano rispondere dei risultati raggiunti e, in presenza di risultati considerati 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 aggiornamento¹³ dell'analisi sul turnover dei DG delle aziende sanitarie pubblicata nel Rapporto OASI 2006 (Carbone e Lecci 2006). 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

¹² 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 del D.lgs. 502/1992 come modificato da D.lgs. 229/1999) e i responsabili di dipartimento e di distretto.

¹³ Rispetto ai dati utilizzati per il Rapporto 2006, sono stati raccolti i nomi di tutti i DG di ASL e AO in carica al 30 giugno 2007, aggiornando di un anno il database, che copre quindi il periodo 1996-2007. 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 e il 2007. Complessivamente, il database è costituito da 3.345 osservazioni (somma del numero di aziende considerate in ogni anno dal 1996 al 2007) su un massimo potenziale di 3.466 (somma delle aziende esistenti dal 1996 al 2007), con una rappresentatività media del 97 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 par. 10.2 del Capitolo 10 del Rapporto OASI 2003 (Carbone 2003).

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. 2.6 mostra la durata media del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,7 anni, ossia 3 anni e 8 mesi, utilizzando come metodo di calcolo la media aritmetica di tutte le durate medie aziendali¹⁴, ovvero facendo pesare in maniera analoga tutte le aziende e ignorando il livello regionale¹⁵. 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;
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 6 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 6 mesi in più rispetto al DG di un'ASL: nel dettaglio, poco più di 4 anni nelle AO (la media è 4,0), 3 anni e 6 mesi nelle ASL (la media è 3,5). 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 e, 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'azienda¹⁶, deve ri-

¹⁴ 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 $1 \leq n \leq 12$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

¹⁵ La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come la media aritmetica dei valori regionali (3,8 ovvero 3 anni e 9 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).

¹⁶ 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 red-

Tabella 2.6 Durata media in anni in carica dei DG in una data azienda, per regione (1996-2007)

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

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

Fonte: nostra elaborazione

spondere 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 lombarde¹⁷ (5 anni)

diti, 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 politica-amministrativa, osservati nella veste di contribuenti e di fornitori di servizi personali (Airoldi, Brunetti e Coda 1994).

¹⁷ Cfr. nota 5.

sia, soprattutto, la maggiore stabilità delle AO di alcune regioni, come per esempio Veneto (poco più di 6 anni) e Liguria (poco più di 5 anni). Rispetto al 2006 si evidenzia, in generale, un aumento della durata media in carica del DG di circa 2 mesi (da 3,5 a 3,7), interpretabile come effetto della stabilizzazione di una buona parte delle direzioni aziendali a seguito delle variazioni di maggioranza dei consigli regionali, dopo le elezioni della primavera del 2005.

La seconda dimensione di indagine, che ha come oggetto le persone che hanno svolto o che stanno svolgendo il ruolo di DG, si prefigge di studiare se, a livello nazionale, ci sia o si stia formando una comunità professionale di DG della sanità. 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.

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 5 anni, hanno un'esperienza in più di due regioni. È interessante notare come dei

Figura 2.1 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (num. 813)**

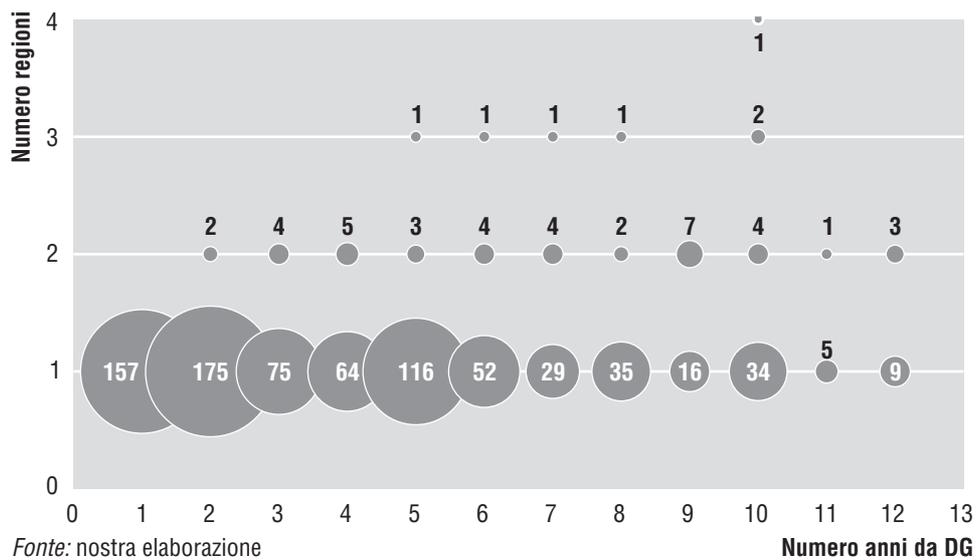
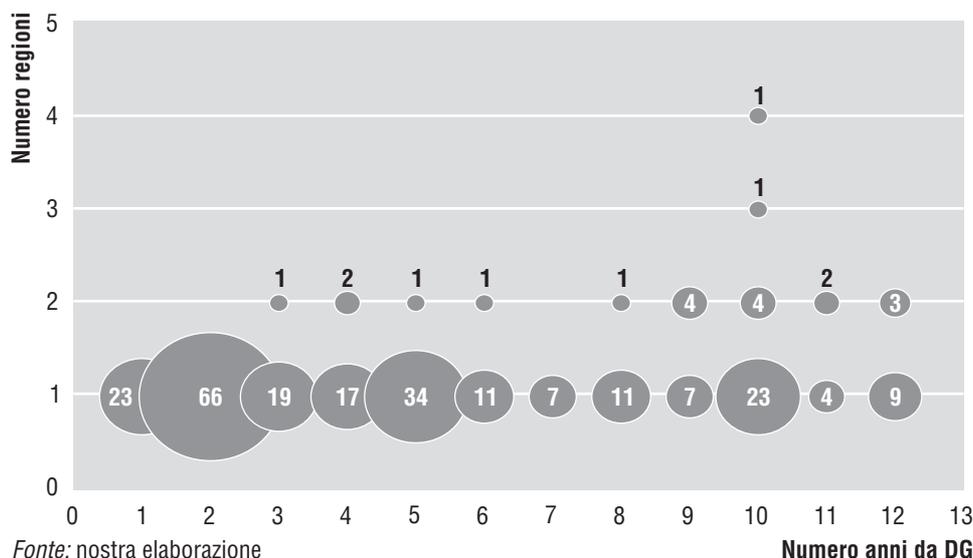


Figura 2.2 **Distribuzione dei DG attualmente in carica per numero di anni e numero di regioni in cui hanno operato (num. 252)**



108 individui che hanno una esperienza di più di otto anni come DG, circa il 23 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 157 e 177). L'incidenza della somma tali classi, dopo essersi ridotta dal 2003 al 2005 (dal 44 per cento del 2003, al 38 per cento del 2005) è aumentata nel 2006 (41 per cento) mostrando una stabilizzazione nell'ultimo anno (41 per cento nel 2007).

Ai fini di un'analisi più dettagliata di tali risultati viene proposta la distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni, considerando solo quelli attualmente in carica (252 DG, cfr. Fig. 2.2): circa il 35 per cento dei DG attualmente in carica svolge tale funzione da meno di tre anni; di questi poco più di 20, stanno affrontando questa esperienza professionale per la prima volta. Quest'ultimo dato si è ridotto sensibilmente rispetto a quello registrato lo scorso anno (83 DG): ciò, nuovamente, può essere interpretato come effetto della stabilizzazione delle direzioni aziendali legata agli ultimi cambi di maggioranza dei consigli regionali dopo le elezioni della primavera del 2005.

Considerando, in generale, l'insieme ristretto dei DG che hanno operato in più di una regione (circa l'8 per cento, cfr. Fig. 2.1) distinguiamo quelli che hanno avuto questa esperienza nell'arco temporale di 5 anni (1,6 per cento) da quelli che lo hanno fatto tra i 6 e i 12 anni (6,7 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 professionali del nostro paese, ovvero quelli che hanno intrapreso la carriera di manager pubblico. Di coloro che hanno svolto la carica di DG per più di 5 anni in più di 1 contesto regionale, più della metà è attualmente in carica (cfr. Fig. 2.2): 17 su 32 DG (circa il 2,1 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, anche se nel corso dell'ultimo anno sembra essersi avviato un periodo di maggiore stabilizzazione delle direzioni aziendali. Tuttavia, 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 regionale¹⁸ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁹ (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 aperto²⁰.

¹⁸ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra:

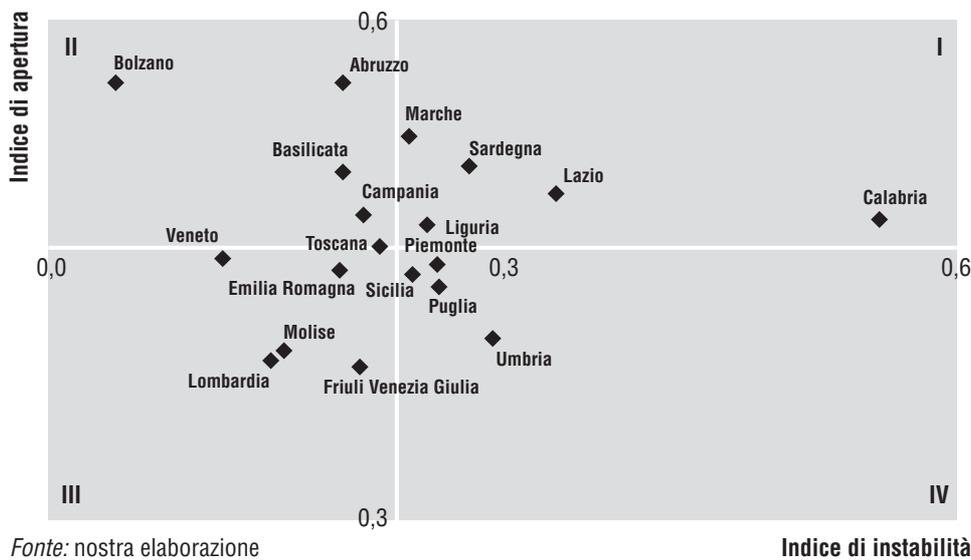
1. numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato;

2. 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.

¹⁹ 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 1996-2007 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.

²⁰ È possibile invece calcolare l'indice di instabilità che è pari, rispettivamente, a 0,25 e 0,08. Si segnala, che, sebbene provincia autonoma di Bolzano e Molise siano regioni monoaziende (rispettivamente dal 2007 e dal 2005), vengono ancora considerate nell'elaborazione della

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



Fonte: nostra elaborazione

Indice di instabilità

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)²¹, 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, Marche e Sardegna) e nella Liguria;

matrice di mobilità dei DG in quanto si intende interpretarne l'andamento storico in termini di apertura.

²¹ 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 2007 (769) e il numero totale dei possibili cambiamenti (3.337). 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 2007, in ogni regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (866) 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 (769): il valore è pari a 0,73. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in 2 (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali.

- ▶ il secondo quadrante raggruppa sistemi regionali stabili e aperti, cioè sistemi regionali 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 Abruzzo e Basilicata, per almeno una delle due dimensioni, e la Campania;
- ▶ 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, Veneto) o per entrambe (Emilia Romagna e Toscana);
- ▶ il quarto, 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 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

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta: ciò si è riflettuto tanto sul piano ospedaliero, quanto su quello territoriale.

I paragrafi seguenti, pertanto, propongono un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, distinguendo e confrontando tra loro le dinamiche caratterizzanti l'offerta pubblica e privata.

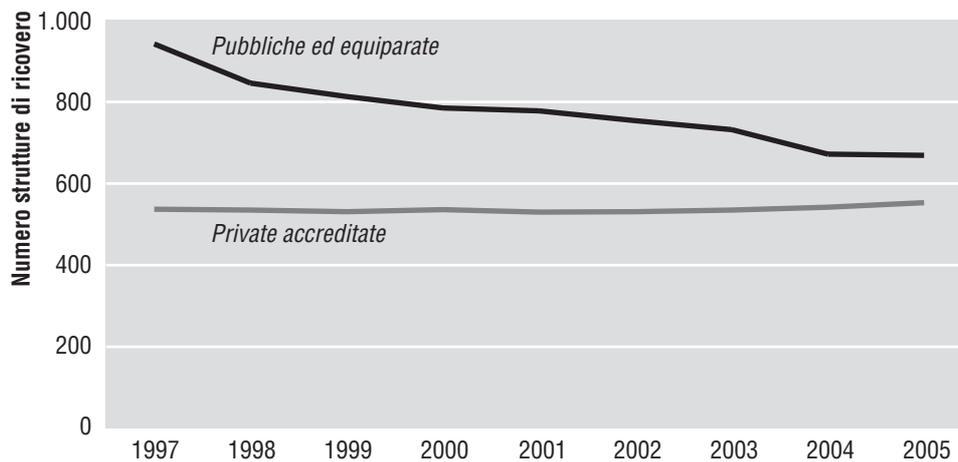
2.4.1 Capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera, che hanno inciso *in primis* sugli assetti istituzionali delle aziende; si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni di strutture, avvenuti secondo esigenze di dotazione e attività²².

Ciò ha comportato (Fig. 2.4) una progressiva riduzione nella numerosità del-

²² Ci si riferisce agli standard minimi di utilizzo medio annuo dei posti letto (75 per cento) e di

Figura 2.4 **Numero di strutture di ricovero pubbliche (ed equiparate) e private accreditate (1997-2005)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

le strutture equiparate e pubbliche, con un decremento più evidente per queste ultime, che nell'ultimo decennio sono diminuite in media del 29 per cento, pur essendosi assestato l'andamento nel corso dell'anno 2005.

Tale tendenza viene ripresa dal PSN 2006-2008, che tra gli obiettivi prioritari individua la riorganizzazione della rete ospedaliera, attraverso la dismissione degli istituti minori, a favore di una maggiore offerta di assistenza territoriale e di centri di eccellenza; quest'ultima caratteristica, inoltre, spiega la maggiore presenza di strutture di ricovero in Lombardia, dove si registra la più alta concentrazione di centri di rilievo nazionale (Carbone e Lecci 2005).

Le strutture private accreditate, invece, registrano un andamento più costante – anzi in lievissimo aumento a partire dall'anno 2002 – pur con le dovute eccezioni: le regioni Emilia Romagna, Puglia e Veneto, infatti, hanno registrato negli anni un decremento più evidente, nell'intorno del 50 per cento.

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2007 è riportata in Tab. 2.7. Le principali modifiche, rispetto al 2006, riguardano:

- ▶ le strutture di ricovero pubbliche, che sono state caratterizzate da una riduzione di 14 presidi a gestione diretta (–6 in Veneto, –3 in Friuli Venezia Giulia, –6 in Toscana, +2 in Lazio e +3 in Calabria); di 1 istituto psichiatrico residuale (in Lazio) e di 1 stabilimento di AO (in Lazio). Rimane, invece, costante il numero di AO;

dotazione dei posti letto (120), così come previsto dalla normativa e ribadito in sede di Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Tabella 2.7 Numero di strutture di ricovero per tipologia (2007)

	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Istituti psichiatrici residuali	AO	Stabilimenti di AO (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	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							0			0
Lombardia	2		29	100	31	15	5		5			25	61	13	74
Bolzano	7				7				7			7	4	2	6
Trento	11				11				2			2	5		5
Veneto	57		2	3	59	1	1		6	4		12	16	3	19
Friuli Venezia Giulia	8		3	6	11	1	2					3	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	26		4	4	30	2				2	1	5	27	3	30
Umbria*	9		2	3	11							0	5	1	6
Marche*	31		2	4	33		3					3	12		12
Lazio	52		4	7	56	4	3	4	8			19	79	29	108
Abruzzo**	23				23				2			2	13		13
Molise**	6				6	1					1	2	2		2
Campania	47		8	10	55	1	1	2	4			8	71	4	75
Puglia	27		2	2	29	2	2		3			7	37	11	48
Basilicata*	13	1	1	2	15		1				1	2	1		1
Calabria	33		4	9	37		1					1	38		38
Sicilia*	50		17	25	67	1		3	1			5	62		62
Sardegna**	29		1	1	30	1		2				3	13		13
Italia	528	1	95	199	624	32	22	11	40	11	3	119	536	80	643

1. 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). 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 che 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 «AO universitarie integrate con il SSN», secondo quanto stabilito dal D.lgs. 517/1999. Non sono invece incluse in questa categoria le «AO 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 2006. ** Dati 2005.

Fonte: aggiornamento OASI sulla base delle schede inviate alle regioni (2007)

- ▶ le strutture equiparate, rispetto alle quali si segnala: 1 IRCCS di diritto pubblico in meno (in Veneto), a causa, in realtà, di un errore nella rilevazione del Rapporto OASI 2006 e 1 in più nel Lazio; 1 IRCCS di diritto privato in più in Lombardia²³ e una diminuzione in Campania (-1) e in Lazio (-3); 1 policlinico universitario in meno in Friuli Venezia Giulia (per l'accorpamento dell'AO universitaria di Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e la contestuale trasformazione della nuova azienda nell'AO universitaria integrata con l'Università di Udine, cfr. *supra*); la distribuzione degli ospedali classificati, che, pur variando di una sola unità nel numero complessivo, diminuiscono di una unità in Veneto e aumentano di una in Lazio e Puglia, e 6 presidi qualificati in meno (-2 a Bolzano, -1 in Toscana, -2 in Lazio e -1 in Campania);
- ▶ le case di cura accreditate, che sono diminuite di 1 unità a Bolzano, tornando al valore già riportato nel Rapporto OASI 2005 (Carbone e Lecci 2005) e di 8 unità in Lazio e sono aumentate di 12 in Puglia (in realtà principalmente come frutto di una rilevazione più accurata); e quelle non accreditate, che sono diminuite di 4 unità (+2 a Bolzano, +3 in Puglia e -9 in Lazio).

Dal punto di vista delle dimensioni, le tipologie di struttura possono essere classificate in tre macrocategorie: AO e policlinici presentano la maggiore dotazione di posti letto utilizzati, con una media di 660 e 620 posti; ospedali a gestione diretta, IRCCS e ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con circa 200 posti letto; le case di cura private, infine, non raggiungono mediamente i 100 posti letto accreditati²⁴. La Tab. 2.8 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata negli anni una riduzione anche nelle dimensioni delle stesse: in particolare, questo si è verificato per AO (-21 per cento), policlinici (-28 per cento) e case di cura accreditate (-14 per cento). Per quanto concerne i policlinici, nonostante la flessione registrata negli ultimi anni sia negativa, il 2005 è stato caratterizzato da un incremento medio di posti letto, rispetto allo scorso anno, superiore al 12 per cento.

Con riferimento ai posti letto pubblici utilizzati, l'analisi della loro distribuzione per tipologia di struttura, come evidenziato in Fig. 2.5, evidenzia un maggior ricorso alle strutture pubbliche in senso stretto, ossia AO e ospedali a gestione diretta, che insieme costituiscono l'84 per cento dell'offerta. Nel corso del 2005, la distribuzione di posti letto è sostanzialmente rimasta invariata per tutte le tipologie di struttura rispetto all'anno precedente. Dal confronto con il 1997, invece; è

²³ Si segnala che in Lombardia negli ultimi anni si è avuto un incremento di IRCCS di diritto privato per la trasformazione in IRCCS di case di cura private accreditate. Nello specifico, la modifica ha interessato: l'Istituto Policlinico «San Donato SpA» a San Donato Milanese (2006), l'Istituto Ortopedico «Galeazzi» di Milano (2006) e Multimedita SpA (2007).

²⁴ Questo dato si riferisce al numero di posti letto dedicato a svolgere attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle case di cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

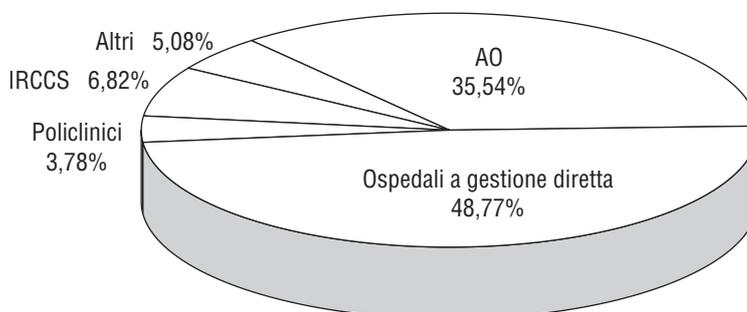
Tabella 2.8 Dimensione media (numero posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2005)

	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	5,2%	189	-4,8%	818	-4,5%	244	0,5%	236	1,0%	98	0,0%
1999	800	-8,8%	186	-1,9%	868	6,2%	240	-1,6%	224	-5,3%	94	-4,6%
2000	774	-3,3%	184	-0,8%	832	-4,2%	247	2,7%	223	-0,5%	89	-5,6%
2001	736	-5,0%	183	-0,8%	733	-11,9%	242	-1,9%	221	-0,6%	91	2,9%
2002	709	-3,6%	178	-2,8%	658	-10,3%	237	-2,1%	214	-3,3%	91	0,0%
2003	673	-5,2%	182	2,8%	540	-17,8%	220	-7,0%	188	-12,3%	89	-2,2%
2004	672	0,0%	191	4,6%	551	2,0%	221	0,1%	192	2,2%	87	-2,8%
2005	660	-1,8%	193	1,3%	620	12,4%	224	1,3%	211	10,1%	85	-2,4%

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 (2005)



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

invece mutato il contributo delle AO (+8 per cento) a sfavore degli ospedali a gestione diretta (-9 per cento; Tab. 2.8).

Se si considera, invece, il numero assoluto di posti letto pubblici utilizzati, confrontando tra loro gli anni 1997 e 2005, si evidenzia una diminuzione nazionale del 28 per cento, dovuta al decremento – tanto dei posti letto, quanto dell'attività – che ha interessato sia le strutture pubbliche, sia quelle equiparate, ossia ospedali a gestione diretta (-37 per cento), policlinici (-20 per cento) e ospedali classificati o assimilati (-28 per cento). Sempre dettagliando l'analisi per tipologia di struttura, ma raffrontando ora i dati con quelli dell'anno precedente, si nota come, nel corso del 2005, siano i policlinici universitari (12 per cento) e gli IRCCS (9 per

cento) a essere interessati da un incremento del numero di posti letto utilizzati. Se nel caso degli IRCCS ciò può essere giustificato dall'aumento, a livello italiano, del numero delle strutture, ciò non è altrettanto valido per i policlinici, il cui numero è invece rimasto invariato. Questa circostanza, dunque, è spiegata dall'aumento sia del tasso di attività, sia della dotazione strutturale di questi istituti, come evidenziato dalla Tab. 2.8.

Infine, confrontando tra loro i posti letto previsti con quelli effettivamente utilizzati, rispetto al 2004 la dotazione di posti letto pubblici risulta diminuita dell'1,2 per cento, mentre il loro utilizzo aumentato di circa l'1 per cento.

Rispetto ai posti letto ospedalieri pubblici e accreditati, la normativa ha definito l'obbligo di adeguare la dotazione a uno standard medio, perseguendo le finalità di razionalizzazione della rete di offerta, di contenimento della spesa sanitaria e di appropriatezza del ricovero. In particolare:

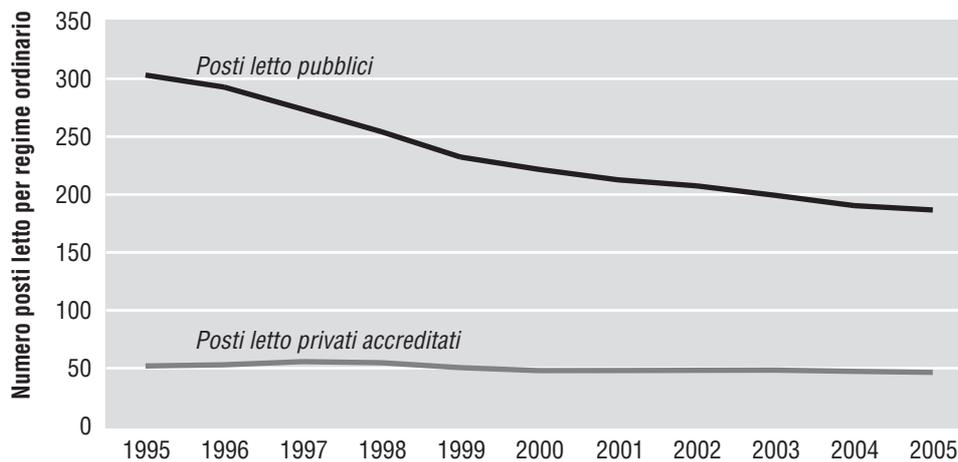
- ▶ la legge 405/2001, art. 3, comma 4, ha imposto l'obbligo di adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto ospedalieri per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato a riabilitazione e lungodegenza postacuzie, stabilendo che il personale in esubero venisse riassorbito dalle strutture riconvertite e per il potenziamento delle cure domiciliari;
- ▶ l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con l'art. 4, comma 1, ha introdotto l'obbligo di adeguare, entro l'anno 2007, la dotazione di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR a uno standard non superiore ai 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza postacuzie, adattando, di conseguenza, le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, è stata ammessa la possibilità di prevedere variazioni rispetto allo standard, tuttavia non superiori al 5 per cento in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche regionali, con la definizione di obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006.

Il rispetto o meno di questo adempimento è fatto oggetto di verifica annuale da parte del Comitato LEA, istituito presso il Dipartimento della Qualità del ministero della Salute, che accerta lo stato di avanzamento tanto dal punto di vista dell'adeguamento della dotazione di posti letto allo standard, quanto dell'adozione dei provvedimenti regionali volti alla programmazione di interventi di rimodulazione dell'offerta ospedaliera²⁵. La tendenza dell'ultimo decennio, infatti, è stata quella di una forte razionalizzazione dei posti letto, seppur differenziabile sia per ambito pubblico o accreditato, sia per regime di ricovero.

Per quanto attiene al regime di ricovero in degenza ordinaria (Fig. 2.6), si è

²⁵ Con riferimento al questionario di verifica degli adempimenti per l'anno 2005, viene monitorata l'adozione dei provvedimenti regionali volti: all'adeguamento della dotazione di posti letto ospedalieri; alla definizione del programma di rimodulazione dei posti letto e degli strumenti per implementarlo; alla promozione del passaggio dal ricovero in RO al ricovero in regime diurno.

Figura 2.6 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2005, migliaia)**



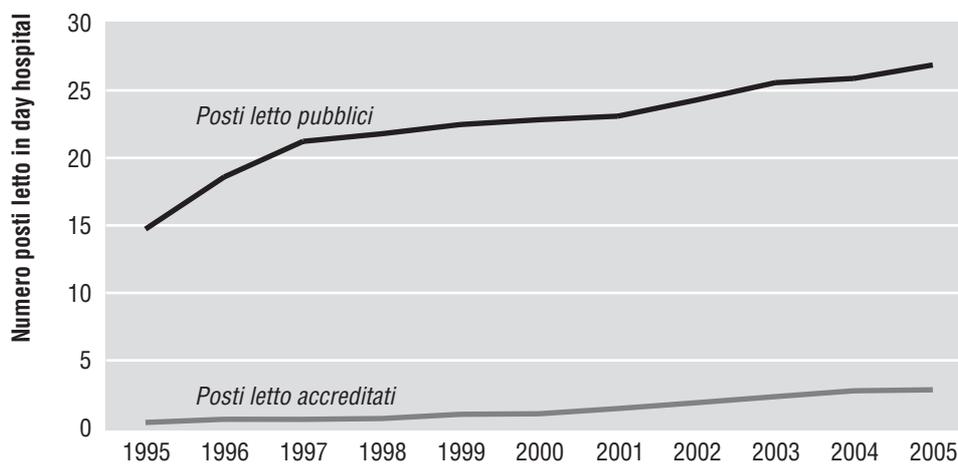
Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici, ridottisi dal 1995 a oggi del 38 per cento, di cui la gran parte nel quinquennio 1995/2000 (-24 per cento). Un simile andamento si è verificato anche per i posti letto accreditati: il decremento maggiore è imputabile, infatti, al primo quinquennio (-7 per cento), ma con un impatto totale molto più contenuto negli anni, essendo i posti letto complessivi diminuiti solo del 10 per cento.

Nel corso dell'ultimo anno, sia nelle strutture pubbliche, che in quelle private accreditate si è avuta una riduzione di posti letto per regime ordinario (RO) pari a soli 2 punti percentuali, indicatore del raggiungimento di una situazione stabile. Per quanto riguarda i ricoveri in regime diurno (Fig. 2.7), la dotazione ha visto un incremento esponenziale dei posti letto, aumentati del 94 per cento nell'ultimo decennio, passando da 15.390 a 29.854 posti letto: questo cambiamento è avvenuto in modo più evidente negli anni 1996-1997, in corrispondenza delle riforme sanitarie, e negli anni 2002-2003, quale conseguenza delle esigenze di contenimento della spesa e di appropriatezza del regime di ricovero, sollevate a livello nazionale. Relativamente ai posti letto pubblici, essi hanno registrato un aumento pari all'82 per cento (da 14.799 a 26.864 posti letto per day hospital, DH), di cui l'incremento più evidente è stato realizzato negli anni 1996-1997, nel corso dei quali la dotazione iniziale è accresciuta del 26 e del 18 per cento. Un'evoluzione interessante è quella che ha caratterizzato i posti letto accreditati: nell'ultimo decennio, sono più che quintuplicati (da 591 a 2.990 posti letto), con un aumento medio annuo negli anni 2001-2004 del 71 per cento. Nel corso del 2005, invece, tale trend si è arrestato, essendosi infatti verificato un aumento del 12 per cento rispetto al 2004.

Nel 2005 la dotazione media nazionale di posti letto – sia in regime di degenza

Figura 2.7 **Numero di posti letto previsti in day hospital (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2005, migliaia)**



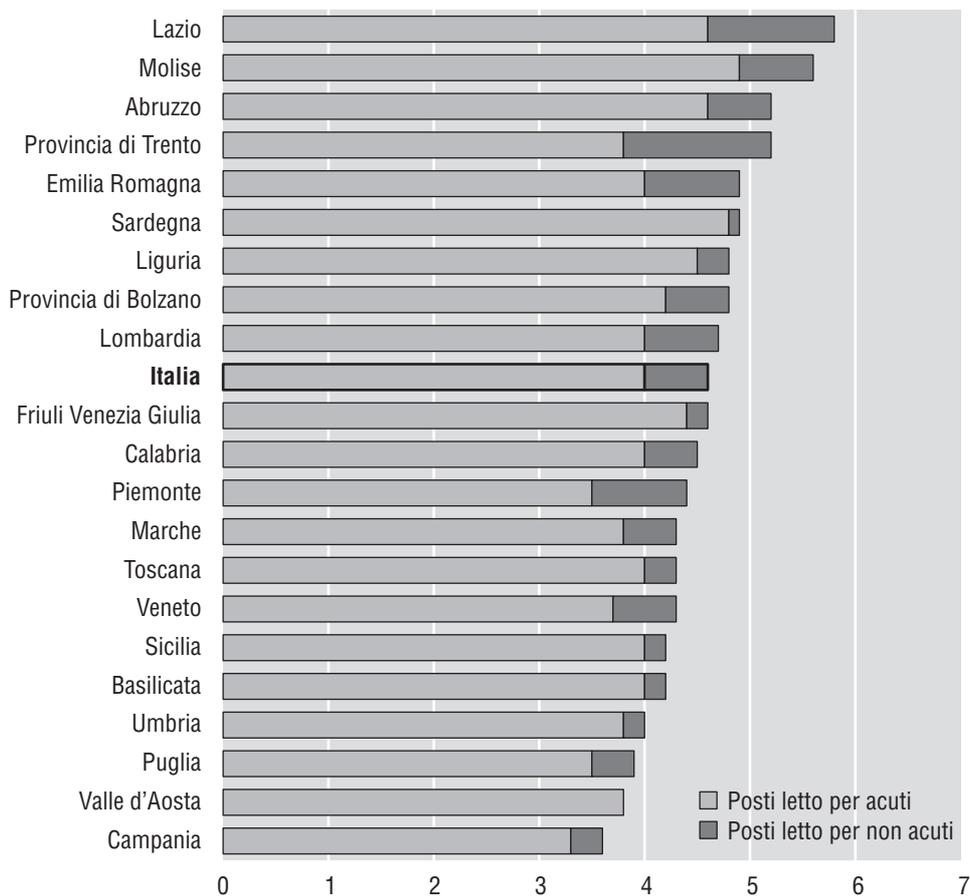
Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

ordinaria che diurna – è pari a 4 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per quelli non acuti (Fig. 2.8); rispetto all'anno 2004 si è avuta una lieve diminuzione dei posti per acuti, mentre i non acuti sono rimasti invariati. Ciò ha consentito di raggiungere il nuovo standard di 4,5 posti letto complessivi, pur non rispettando la ripartizione tra acuti e non acuti. In particolare, questa situazione sembra imputabile alla mancanza di idonee azioni di riconversione dei posti letto per acuti in posti letto per riabilitazione e lungodegenza.

A livello regionale, la distribuzione dei posti letto appare abbastanza differenziata, con nove regioni al di sopra dello standard complessivo (Lombardia, provincia autonoma di Bolzano, Liguria, Sardegna, Emilia Romagna, provincia autonoma di Trento, Abruzzo, Molise e Lazio). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, solo tre regioni presentano una dotazione di posti letto per acuti (Campania, Puglia e Piemonte) conforme o inferiore al limite imposto (3,5 posti letto), mentre ben sette hanno una dotazione ancora eccessivamente superiore a quanto consentito (Friuli Venezia Giulia: 4,4; provincia autonoma di Bolzano: 4,2; Liguria: 4,5; Sardegna: 4,8; Abruzzo: 4,6; Molise: 4,9; Lazio: 4,6). Per quanto riguarda i posti letto per non acuti, invece, tutte le regioni – a eccezione della provincia autonoma di Trento e del Lazio, caratterizzate da una dotazione superiore allo standard – presentano un'offerta di posti letto per non acuti ancora sottodimensionata. Rispetto all'anno 2004, emergono i seguenti cambiamenti:

- con riferimento allo standard totale, Piemonte e Marche hanno avuto una riduzione rispettivamente di 0,2 e 0,3 posti letto per mille abitanti, imputabile a un contenimento dei posti per acuti, passando così da una situazione di offerta

Figura 2.8 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (degenza ordinaria e DH) per 1000 abitanti (2005)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

eccessiva a una lievemente al di sotto del valore obiettivo; la Liguria, al contrario, ha sperimentato l'evoluzione inversa (+0,4 posti letto), passando tra le regioni con una dotazione superiore allo standard;

- ▶ in relazione ai posti dedicati alle discipline per acuti, si ha una situazione invariata per Calabria, Sardegna, Abruzzo e Lazio, un netto miglioramento per Marche (-0,4), Friuli Venezia Giulia, provincia autonoma di Bolzano ed Emilia Romagna (-0,3) e un peggioramento per Liguria (+0,3) e provincia autonoma di Trento (+0,1) rispetto allo standard obiettivo; tutte le altre regioni hanno registrato un decremento compreso tra 0,1 e 0,2 posti letto.
- ▶ per quanto riguarda, infine, i posti letto per non acuti Marche, Calabria, Abruzzo, Molise e provincia autonoma di Trento hanno aumentato l'offerta di 0,1

posti, avvicinandosi allo standard (tranne quest'ultima che, in tal modo, si è invece allontanata dall'obiettivo); Campania, Sicilia, Toscana e Friuli Venezia Giulia, al contrario, hanno diminuito la dotazione di 0,1 posti letto, scostandosi dallo standard. Per le altre regioni non si è avuta alcuna modifica.

La dotazione complessiva dei posti letto nelle regioni, con distinzione per tipologia di struttura tra la degenza ordinaria e il DH (oltre all'indicazione dei posti letto a pagamento nelle strutture pubbliche), è presentata nella Tab. 2.9.

Tabella 2.9 **Posti letto previsti a inizio anno nelle regioni, per tipo di struttura e regime di ricovero (2005), e variazione posti letto 1998-2005**

	Posti letto pubblici			Posti letto accreditati		Totale 2005	Variazione totale 1998/2005	Variazione posti letto degenza ordinaria* 1998/2005	Variazione posti letto day hospital 1998/2005
	Degenza ordinaria	Day hospital	A pagamento	Degenza ordinaria	Day hospital				
Piemonte	13.263	2.072		3.584	156	19.075	-18%	-21%	12%
Valle d'Aosta	409	56	2			467	-16%	-20%	24%
Lombardia	30.918	3.784	571	8.620	547	44.440	-19%	-22%	25%
Bolzano	1.767	182	36	304		2.289	-8%	-15%	4450%
Trento	1.820	282		471	6	2.579	-24%	-26%	-1%
Veneto	16.390	2.115	605	1.126	102	20.338	-23%	-24%	-5%
Friuli Venezia Giulia	4.188	566	208	564	42	5.568	-24%	-27%	19%
Liguria	6.251	1.137	79	136	8	7.611	-27%	-32%	38%
Emilia Romagna	14.767	1.877	176	3.569	141	20.530	-12%	-13%	-11%
Toscana	11.550	1.767	248	1.895	215	15.675	-18%	-23%	42%
Umbria	2.704	518	8	228	33	3.491	-19%	-23%	10%
Marche	4.932	637	22	1.013	47	6.651	-26%	-30%	47%
Lazio	18.069	3.085	90	8.228	612	30.084	-21%	-26%	72%
Abruzzo	4.788	564	35	1.334	24	6.745	-29%	-31%	11%
Molise	1.445	169	4	193		1.811	1%	-7%	745%
Campania	12.692	1.994	72	5.897	447	21.102	-27%	-33%	94%
Puglia	12.459	1.128	124	2.125	79	15.915	-31%	-33%	-8%
Basilicata	2.155	299	17	60		2.531	-17%	-23%	134%
Calabria	4.827	944	25	3.339	34	9.169	-15%	-19%	47%
Sicilia	13.607	3.080	101	4.027	441	21.256	-11%	-19%	89%
Sardegna	5.786	608	151	1.427	56	8.028	-18%	-20%	5%
Italia	184.787	26.864	2.574	48.140	2.990	265.355	-20%	-24%	32%

* Inclusi i posti letto a pagamento.

Fonte: elaborazioni OASI su dati ministero della Salute

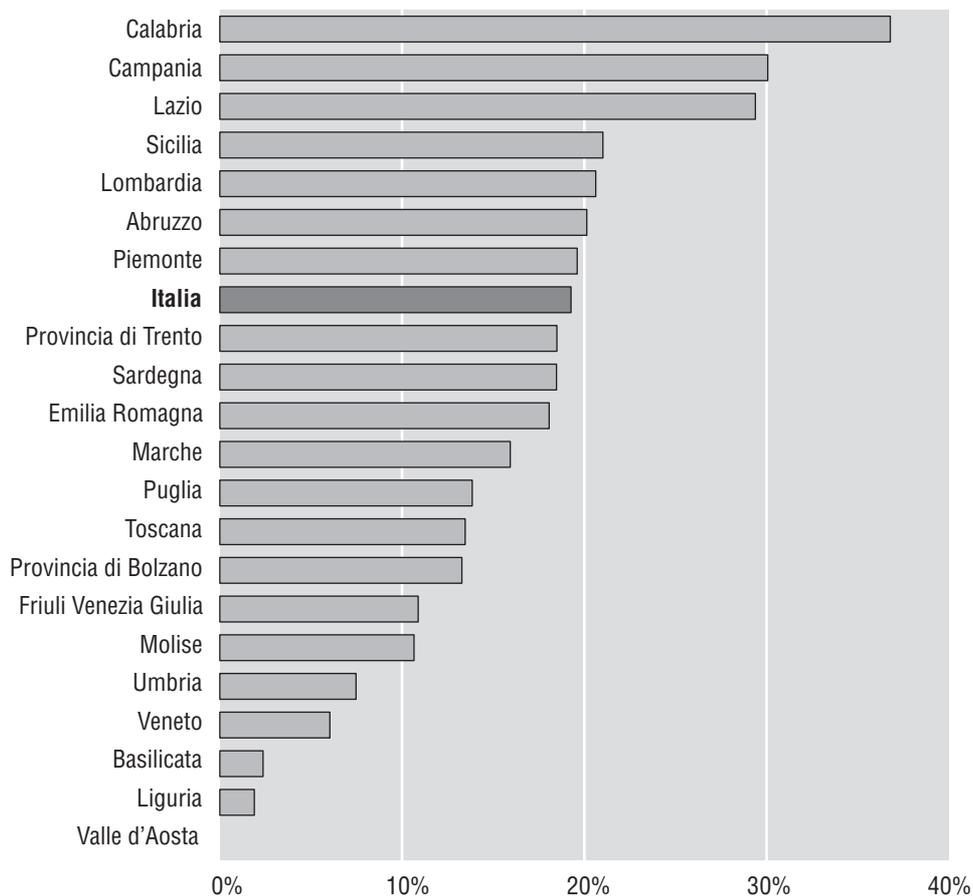
Si segnalano, pur con le dovute differenziazioni regionali:

- ▶ l'incremento nel periodo 1998-2005 nel numero di posti letto in DH (+32 per cento), che nel 2005 costituiscono il 12,5 per cento dei posti letto pubblici e quasi il 6 per cento di quelli privati accreditati;
- ▶ la minor rilevanza dei posti letto pubblici a pagamento rispetto al passato. Dal confronto con il 2004, emerge una diminuzione pari al 3,1 per cento dei posti a pagamento sul totale dei posti pubblici, diminuzione che, pur se complessivamente poco significativa, nasconde decisioni regionali abbastanza differenziate. L'incidenza nazionale dell'offerta di posti letto pubblici a pagamento rimane, comunque, molto contenuta (1,2 per cento), anche se più elevata rispetto alla media in Friuli Venezia Giulia (4,2 per cento), Veneto (3,2 per cento) e Sardegna (2,3 per cento);
- ▶ la riduzione nel numero di posti letto per degenza ordinaria (-24 per cento) e, in generale, nel numero complessivo di posti letto (-20 per cento). Ciò non stupisce se si considerano le singole realtà regionali: le diminuzioni sono state più consistenti laddove la dotazione di posti letto per 1.000 abitanti era più elevata della media nazionale: provincia autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Lazio e Abruzzo. Nonostante un rapporto di posti letto per abitanti inferiore alla media nazionale, però, anche regioni quali Campania e Puglia hanno avviato una consistente riduzione di posti letto, di circa il 30 per cento.

La Fig. 2.9 approfondisce le differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato. In tutte le regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica e pari, in media, a livello nazionale, all'80,7 per cento; a livello regionale, invece, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (36,8 per cento), Campania (30,1 per cento) e Lazio (29,4 per cento); al contrario, è molto bassa in regioni quali Liguria (1,9 per cento), Basilicata (2,4 per cento), Veneto (6 per cento) e Umbria (7,5 per cento); è addirittura assente in Valle d'Aosta. Nel periodo che va dal 1998 al 2005, la rilevanza dei posti letto accreditati è generalmente aumentata, in media, di circa il 2,3 per cento; gli scostamenti più significativi rispetto alla media si sono avuti in Piemonte, provincia autonoma di Bolzano, Molise, Calabria e Sicilia; Emilia Romagna, Lazio e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di posti letto accreditati. Inoltre, se nel 1998 l'offerta era prevalentemente concentrata nel Centro Italia (41,3 per cento) e inferiore nelle regioni del Nord (26,9 per cento), nel 2005 la situazione risulta più equilibrata, con una presenza del privato accreditato di circa il 30 per cento in tutte e tre le macroregioni.

Da ultimo, per quanto riguarda i servizi per le emergenze, si evidenzia come nel 2005 la maggioranza delle strutture pubbliche disponesse di un pronto soccorso (80,7 per cento), di un dipartimento di emergenza (49,2 per cento), di un centro servizi di rianimazione (54,1 per cento), trasfusionale (50,7 per cento) e

Figura 2.9 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (degenza ordinaria e DH) nel 2005**



Fonte: elaborazioni OASI su dati ministero della Salute

per dialisi (56,2 per cento) rispetto alle strutture private accreditate, dove la presenza di tali servizi è molto più contenuta (rispettivamente pari a: 8,5; 4; 7,6; 0,6 e 6,9 per cento).

2.4.2 Capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre sempre maggiore attenzione alla necessità di rafforzare il ruolo dell'assistenza extraospedaliera, spostando sia risorse che servizi dal livello ospedaliero a quello territoriale. Ciò è enfatizzato anche dal PSN 2006-2008 che pone, tra gli obiettivi delle strategie per lo sviluppo, la necessità di rior-

ganizzare l'offerta ospedaliera a favore di un potenziamento di quella territoriale, anche mediante la costituzione di reti sanitarie d'integrazione e collaborazione. Ciò si è tradotto principalmente nel consolidamento del ruolo dei distretti; questi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare, alla gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai comuni e in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, nonché a fornire supporto alle famiglie e a soggetti in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali ecc.). La Tab. 2.10 espone la numerosità dei distretti attivati fino all'anno 2005 e la loro dimensione media

Si segnala che, rispetto al 2004, il numero dei distretti a livello nazionale è diminuito del 5,4 per cento, essendo state disattivate 42 strutture. A livello regio-

Tabella 2.10 **Distretti attivati all'interno delle ASL e loro dimensione media (2005)**

	Distretti attivati 2005	Numero medio distretti per ASL	Popolazione media per distretto 2005
Piemonte	62	2,8	69.841
Valle d'Aosta	4	4,0	30.717
Lombardia	86	5,7	109.222
Bolzano	17	4,3	28.063
Trento	11	11,0	45.231
Veneto	49	2,3	95.917
Friuli Venezia Giulia	18	3,0	66.929
Liguria	16	3,2	99.519
Emilia Romagna	39	3,5	106.445
Toscana	53	4,4	67.892
Umbria	12	3,0	71.578
Marche	26	26,0	58.415
Lazio	36	3,0	146.388
Abruzzo	31	5,2	41.912
Molise	8	8,0	40.244
Campania	105	8,1	55.133
Puglia	45	3,8	90.404
Basilicata	11	2,2	54.231
Calabria	32	2,9	62.790
Sicilia	62	6,9	80.856
Sardegna	19	2,4	86.845
Italia	742	4,1	78.790

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

nale, le riduzioni più evidenti hanno interessato Lazio (-34,5 per cento) e Abruzzo (-22,5 per cento); si sono verificati anche degli aumenti altrettanto consistenti in Liguria (+23,1 per cento), Umbria (+33,3 per cento) e Toscana (+39,5 per cento). Quasi tutte le restanti regioni sono state caratterizzate da variazioni abbastanza differenziate, tranne Valle d'Aosta, provincia autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Molise e Sicilia, che hanno lasciato immutato il numero dei distretti. Guardando nuovamente alla prospettiva nazionale, si è di poco ridotto il numero medio di distretti per ASL, passati dai 4,4 del 2004 ai 4,1 del 2005, aumentando, di conseguenza, la popolazione media per distretto da 62.254 a 78.790.

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 per esempio i centri diurni psichiatrici;
- ▶ strutture residenziali quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e le case protette.

La Tab. 2.11 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2005 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+38,3 per cento) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato, passato dal 34 per cento nel 1997 al 49 per cento nel 2005. Ciò è soprattutto imputabile al contributo delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciuto rispettivamente del 163 e 153 per cento, nello stesso arco temporale. L'offerta di servizi ambulatoriali e di laboratorio è distribuita uniformemente tra pubblico e privato – pur con una minima prevalenza di quest'ultimo – mentre la categoria «Altre strutture territoriali» è costituita per il 92 per cento da strutture pubbliche.

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

- ▶ nel caso di «Ambulatori e laboratori», Lombardia, Lazio, Molise, Campania e Sicilia si caratterizzano per un più elevato contributo del privato rispetto alla media, compreso tra il 60 per cento di Lombardia e Molise e l'82 per cento della Sicilia. Solamente Veneto, Abruzzo, Puglia, Calabria e Sardegna si assestano attorno alla media nazionale; tutte le altre regioni, al contrario, risultano sotto la media tra i 13 e i 40 punti percentuali, a indicare una netta prevalenza dell'offerta pubblica;
- ▶ con riferimento alle «Strutture semiresidenziali e residenziali», le regioni del

Tabella 2.11 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle regioni (2005)**

	Ambulatori e laboratori		Altre strutture territoriali*		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali	
		Di cui privati accreditati		Di cui privati accreditati		Di cui privati accreditati		Di cui privati accreditati
Piemonte	544	17%	334	2%	158	59%	651	71%
Valle d'Aosta	8	25%	21	5%	1	100%	3	100%
Lombardia	817	60%	756	9%	571	64%	1.061	83%
Bolzano	186	17%	54	2%	5		23	65%
Trento	36	31%	24	29%	0		56	88%
Veneto	481	56%	540	23%	368	60%	591	77%
Friuli Venezia Giulia	141	29%	70	6%	47	26%	147	61%
Liguria	429	30%	170	1%	43	33%	134	72%
Emilia Romagna	457	40%	360	5%	454	80%	641	79%
Toscana	1.045	36%	496	7%	244	31%	481	58%
Umbria	99	22%	79	3%	52	31%	78	44%
Marche	243	37%	63	10%	30	20%	84	35%
Lazio	951	64%	373	5%	51	4%	117	56%
Abruzzo	209	54%	116	7%	10	20%	48	79%
Molise	60	60%	11	27%	6	100%	8	100%
Campania	1.505	79%	255	11%	69	17%	147	45%
Puglia	662	56%	290	1%	32	53%	97	86%
Basilicata	108	44%	58	10%	4	50%	24	63%
Calabria	457	55%	115	8%	17	41%	57	65%
Sicilia	1.714	82%	463	9%	35	9%	103	52%
Sardegna	386	50%	137	4%	17	41%	51	65%
Italia 2005	10.538	57%	4.785	8%	2.214	55%	4.602	72%
Italia 1997	9.335	54%	4.009	5%	842	8%	1.820	5%

* 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

Nord Italia presentano le percentuali più elevate del privato, a cui si aggiunge il Molise che si caratterizza per una totalità di offerta privata. A eccezione dell'Emilia Romagna e dell'Abruzzo (quest'ultimo solo con riferimento alle strutture residenziali), nelle regioni del Centro Italia più dei due terzi dell'offerta è gestita dal settore pubblico;

- ▶ per quanto riguarda le altre strutture territoriali – ossia centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e, in genere, strutture che svolgono attività di tipo territoriale – il contributo del privato accreditato è molto limitato e pari in media all'8 per cento. Fanno eccezione provincia autonoma di Trento, Veneto e Molise che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato di tre volte superiore al dato nazionale.

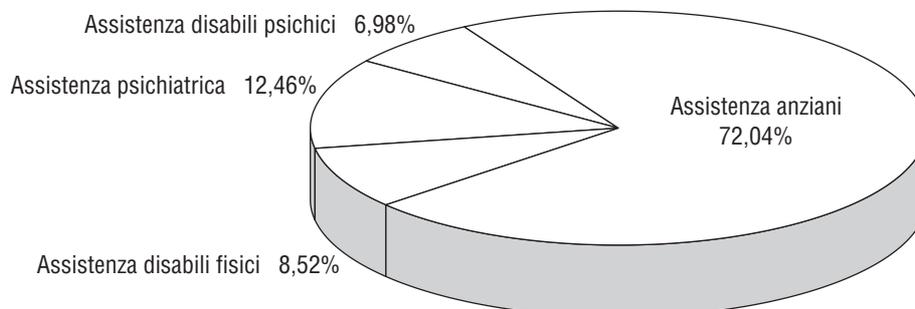
Volendo approfondire ulteriormente le dinamiche dell'offerta semiresidenziale e residenziale per categorie di assistenza, emerge una netta prevalenza dei servizi per gli anziani, erogati soprattutto attraverso strutture residenziali. Le altre tipologie di assistenza risultano molto più contenute e tra loro abbastanza uniformi per numerosità di posti offerti. Per una rappresentazione della distribuzione si veda la Fig. 2.10.

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

La Fig. 2.11 evidenzia l'andamento della numerosità sia del personale dipendente del SSN, sia del personale complessivamente operante nelle ASL e nelle AO (comprensivo, dunque, del personale dipendente dal SSN e dalle università).

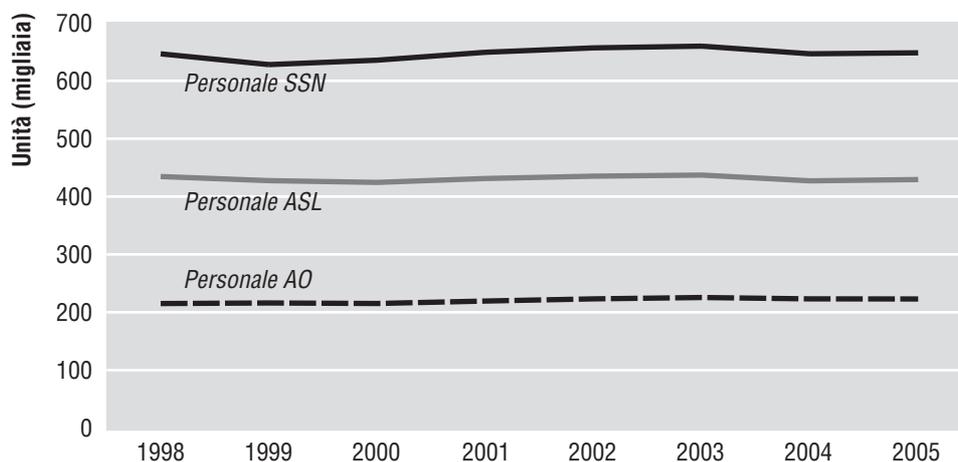
Relativamente al personale SSN, si evidenzia una lieve flessione dal 1998 al 1999 (-3,6 per cento), determinata dal blocco delle assunzioni; a partire dal 1999 e fino a tutto il 2003, si è avuta una graduale crescita (+5 per cento), poi rallentatasi a partire dall'anno successivo: rispetto all'intervallo considerato, però, si è avuto un decremento quasi insignificante e pari allo 0,3 per cento.

Figura 2.10 **Distribuzione percentuale dei posti in strutture residenziali e semiresidenziali per tipo di assistenza erogata (2005)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Figura 2.11 Trend unità di personale dipendente SSN, ASL e AO (1998-2005)



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Al contrario, il personale operante nelle ASL e nelle AO è stato interessato da un andamento molto più costante, caratterizzato da un tasso di crescita medio annuo che oscilla tra il -1 e il +2 per cento, determinando una diminuzione totale dell'1 per cento del personale delle ASL e un aumento del 4 per cento di quello delle AO tra il 1998 e il 2005.

Con riferimento esclusivo al personale dipendente del SSN, di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulla relativa entità e composizione nelle diverse regioni. È innanzi tutto importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale (a cui bisognerebbe aggiungere l'indotto generato): i dipendenti SSN rappresentano, infatti, l'1,1 per cento della popolazione nazionale. Tale contributo si differenzia nelle diverse regioni (Tab. 2.12) e risulta compreso tra l'1,7 della provincia autonoma di Bolzano e lo 0,9 per cento di Campania e Puglia.

Tali differenze risentono:

- ▶ della diversa rilevanza delle strutture private accreditate all'interno dei SSR;
- ▶ della presenza di strutture equiparate alle pubbliche, il cui personale non è compreso nel personale dipendente SSN;
- ▶ del saldo di mobilità ospedaliera (cfr. *infra*), che contribuisce a spiegare la maggiore presenza di dipendenti SSN nelle regioni del Centro-Nord, caratterizzate negli ultimi anni da «saldi migratori» positivi.

Da un confronto prospettico tra gli anni dal 1998 al 2005, si può notare un aumento di personale per quasi tutti i profili (sanitario +4 per cento; professionale +10 per cento; amministrativo +11 per cento), tranne per quello tecnico (-16 per cen-

to); la composizione, invece, non è mutata in maniera significativa: si è avuta una riduzione di 4 punti percentuali nel ruolo tecnico, soprattutto a favore di quello sanitario (+3 per cento), mentre i ruoli professionale e amministrativo sono rimasti sostanzialmente invariati.

La Tab. 2.12 presenta la composizione per ruolo del personale nelle diverse regioni. Nel 2005, non emergono disuguaglianze territoriali particolarmente significative, pur rilevandosi alcuni scostamenti regionali rispetto alla media, attinenti al ruolo sanitario e tecnico: per quanto riguarda il primo profilo, le regioni del Nord mostrano una percentuale di sanitari inferiore al valore medio nazionale,

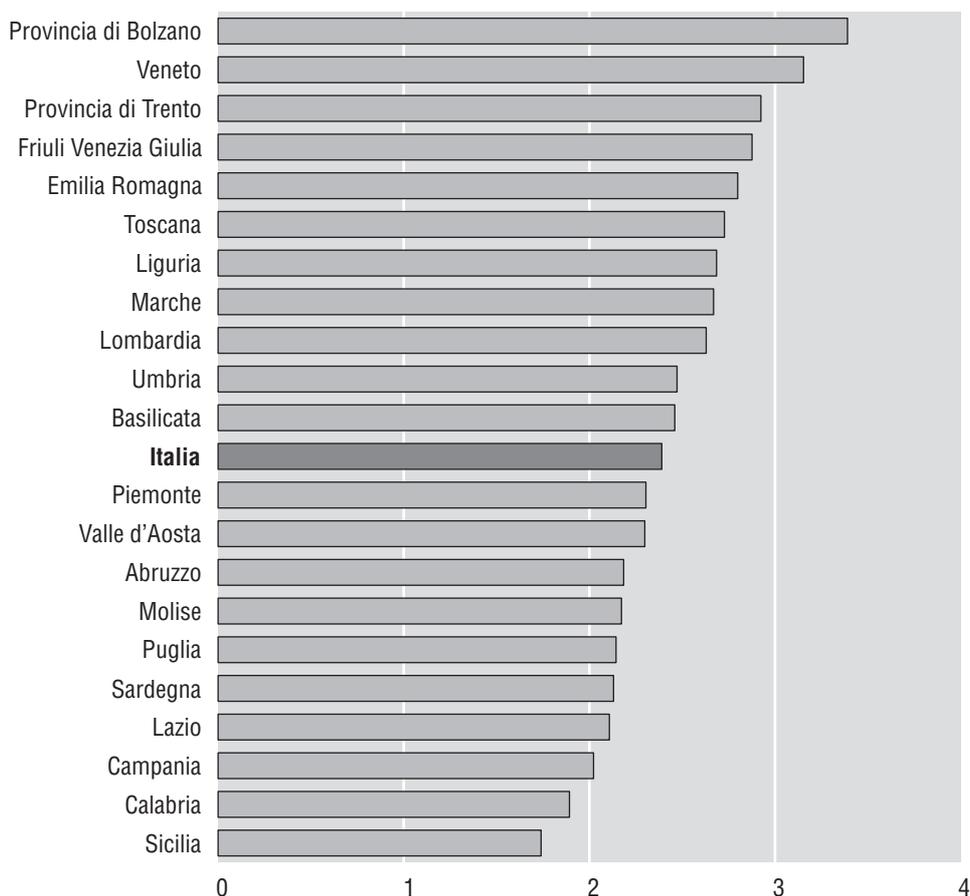
Tabella 2.12 **Entità e composizione del personale dipendente del SSN (2005)**

	Totale Personale SSN	Ruolo sanitario	Ruolo professionale	Ruolo tecnico	Ruolo ammi- nistrativo*	Percentuale personale SSN su popolazione
Piemonte	55.847	64%	0,2%	21%	14%	1,3%
Valle d'Aosta	1.889	65%	0,2%	19%	16%	1,5%
Lombardia	92.246	66%	0,2%	22%	12%	1,0%
Bolzano	7.902	61%	0,3%	25%	14%	1,7%
Trento	7.010	63%	0,2%	25%	12%	1,4%
Veneto	57.231	69%	0,2%	20%	11%	1,2%
Friuli Venezia Giulia	16.125	67%	0,2%	22%	10%	1,3%
Liguria	21.621	71%	0,2%	18%	12%	1,4%
Emilia Romagna	54.110	71%	0,3%	17%	11%	1,3%
Toscana	47.587	70%	0,3%	19%	11%	1,3%
Umbria	10.770	74%	0,3%	16%	10%	1,3%
Marche	17.693	72%	0,2%	18%	10%	1,2%
Lazio	50.168	72%	0,3%	15%	12%	1,0%
Abruzzo	15.323	70%	0,2%	19%	11%	1,2%
Molise	3.925	72%	0,1%	19%	9%	1,2%
Campania	54.778	69%	0,3%	18%	12%	0,9%
Puglia	35.034	69%	0,2%	20%	11%	0,9%
Basilicata	6.513	71%	0,2%	19%	9%	1,1%
Calabria	22.812	66%	0,2%	18%	15%	1,1%
Sicilia	47.882	68%	0,2%	20%	12%	1,0%
Sardegna	20.899	71%	0,2%	19%	10%	1,3%
Italia	647.365	69%	0,2%	19%	12%	1,1%

* Sono incluse le qualifiche atipiche.

Fonte: elaborazioni OASI su dati ministero della Salute

Figura 2.12 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle regioni italiane (2005)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati ministero della Salute

a favore di una più alta presenza di personale tecnico (in particolare nelle province autonome di Trento e Bolzano) o di personale amministrativo (Valle d'Aosta). Rispetto alle regioni del Centro, invece, peculiare risulta la situazione umbra, costante rispetto alla media, sia per il profilo sanitario (+5 per cento), che per quello tecnico (-3 per cento).

Il ruolo professionale riveste in tutte le regioni una quota molto esigua del personale totale (0,2 per cento in media), mentre relativamente a quello amministrativo la situazione appare meno costante e compresa tra il 9 per cento di Molise e Basilicata e il 16 per cento della Valle d'Aosta.

Appare evidente, inoltre, come siano proprio le regioni di piccole dimensioni a presentare la composizione per profili più difforme rispetto a quella media nazio-

nale e ad avere la percentuale più elevata di altro personale sanitario²⁶ (Valle d'Aosta 26 per cento, provincia autonoma di Bolzano 23 per cento, provincia autonoma di Trento e Molise 22 per cento, rispetto a un valore medio di 19).

Indagando più nel dettaglio il livello sanitario e, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Fig. 2.12), le regioni del Sud, insieme a Piemonte e Valle d'Aosta, presentano una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2 contro i quasi 3 del Nord, spiegata dalla presenza di un numero più elevato di medici nelle regioni meridionali, rispetto al resto d'Italia.

Un'altra tipica dimensione di analisi considera il personale ospedaliero operante nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate²⁷, che ammonta a poco meno di 550.000 unità. Il personale ospedaliero dei presidi a gestione diretta delle ASL costituisce il 45 per cento del personale ospedaliero totale, quello delle AO il 40 per cento e, infine, il restante 15 per cento è imputabile al personale delle strutture equiparate. Confrontando l'andamento negli anni 1998-2005, si nota come le dimensioni del personale siano rimaste sostanzialmente invariate (-1 per cento, con una riduzione di poco superiore alle 3.000 unità), così come il contributo offerto dalle strutture equiparate.

Volendo esaminare l'organismo personale nella sua accezione più ampia²⁸, non limitandosi alla considerazione dei soli dipendenti del SSN, vanno inclusi nel computo anche i medici convenzionati, ossia i MMG e i PLS, che costituiscono una risorsa strategica per il ruolo di governo e indirizzo che esercitano sulla domanda.

La Tab. 2.12 riporta il numero totale di MMG e PLS per regione nel 2005, evidenziandone l'evoluzione negli ultimi anni. Su scala nazionale, il numero di MMG è rimasto invariato rispetto all'intervallo temporale considerato, mentre a livello regionale l'andamento è stato più variabile, in particolare per la provincia autonoma di Bolzano (+18 per cento), Umbria e Abruzzo (+8 per cento), provincia autonoma di Trento (-7 per cento), Lombardia (-9 per cento) e Calabria (-10 per cento). Il numero di PLS, invece, ha registrato, nello stesso periodo e con l'eccezione della Liguria, un incremento generalizzato, molto più evidente nelle re-

²⁶ Il profilo «personale sanitario» può essere scomposto in: personale medico e odontoiatra, personale infermieristico e altro personale; quest'ultima categoria si riferisce ad altro personale laureato (veterinari, farmacisti, chimici, biologi, fisici e psicologi), personale didattico-organizzativo, tecnico-sanitario, di riabilitazione, di vigilanza e ispezione.

²⁷ Nel computo del personale attivo nelle strutture di ricovero pubbliche sono inclusi sia i dipendenti SSN ospedalieri, sia i dipendenti universitari che operano presso i presidi di ASL e le AO; relativamente alle strutture equiparate, invece, viene considerato tutto il personale impiegato presso tali istituti, sia dipendente, che non.

²⁸ Il concetto di organismo personale può essere definito in modo più o meno ampio: «nelle aziende composte pubbliche formano l'organismo personale i prestatori di lavoro in senso stretto e i membri degli organi deliberanti, di governo economico e di sindacato (inclusi dli organi di rappresentanza politica costituiti mediante elezioni); in una visione molto ampia, anche tutte le persone membri della comunità politica di cui l'azienda è ordine economic» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 455).

Tabella 2.13 Numero di MMG e PLS, 2005 e variazione 1997-2005

	Numero MMG 2005	Variazione 1997/2005	Numero PLS 2005	Variazione 1997/2005
Piemonte	3.497	-3,3%	415	0,5%
Valle d'Aosta	101	2,0%	15	15,4%
Lombardia	6.801	-8,7%	1.070	25,1%
Bolzano	249	18,0%	51	54,5%
Trento	395	-7,3%	80	11,1%
Veneto	3.563	0,4%	553	12,2%
Friuli Venezia Giulia	1.022	-1,8%	117	25,8%
Liguria	1.401	-4,2%	175	-3,3%
Emilia Romagna	3.308	0,6%	539	18,7%
Toscana	3.092	-0,5%	428	11,2%
Umbria	765	7,9%	110	13,4%
Marche	1.241	2,9%	177	6,6%
Lazio	4.752	-2,2%	740	3,8%
Abruzzo	1.120	7,8%	185	22,5%
Molise	281	1,8%	36	2,9%
Campania	4.474	0,3%	775	32,3%
Puglia	3.316	5,2%	584	5,0%
Basilicata	510	-2,7%	70	1,4%
Calabria	1.559	-10,1%	280	1,1%
Sicilia	4.182	6,1%	829	2,2%
Sardegna	1.393	4,3%	230	9,0%
Italia	47.022	-1,0%	7.459	11,9%

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

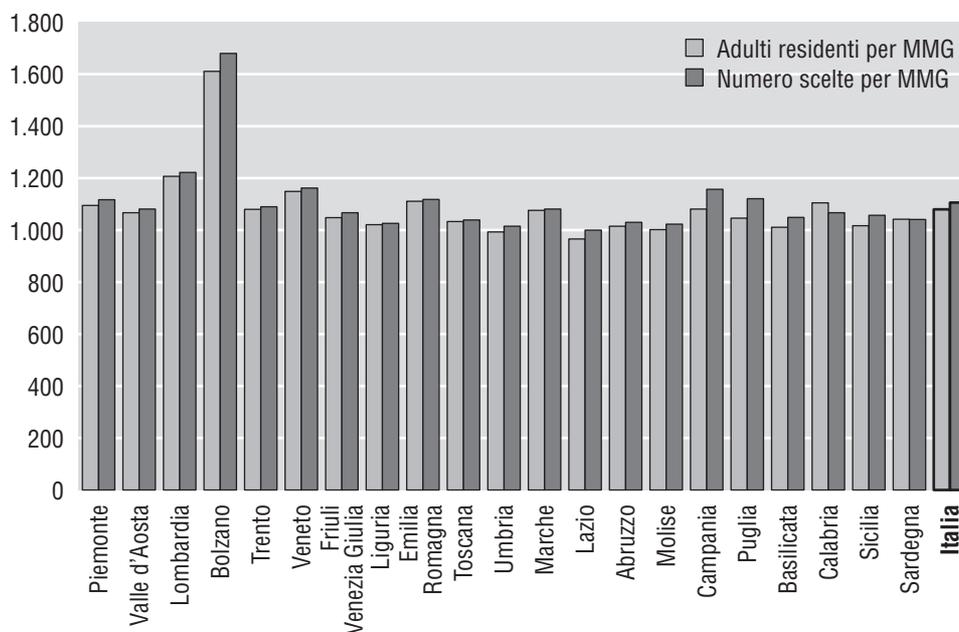
gioni del Centro-Nord, con un aumento rispettivamente del 21 e del 13 per cento, contro l'8 del Sud.

Le Figg. 2.13 e 2.14 illustrano la popolazione assistibile e il numero medio di scelte per singolo medico e per regione, permettendo di valutare il carico assistenziale potenziale ed effettivo di MMG e PLS e la sua adeguatezza rispetto alla domanda.

Il rapporto tra popolazione assistibile e numero di MMG è abbastanza omogeneo nelle diverse regioni, fatta eccezione per la provincia autonoma di Bolzano, che si caratterizza per un numero di residenti per medico pari a 1.611 e superiore alla media nazionale del 49 per cento²⁹.

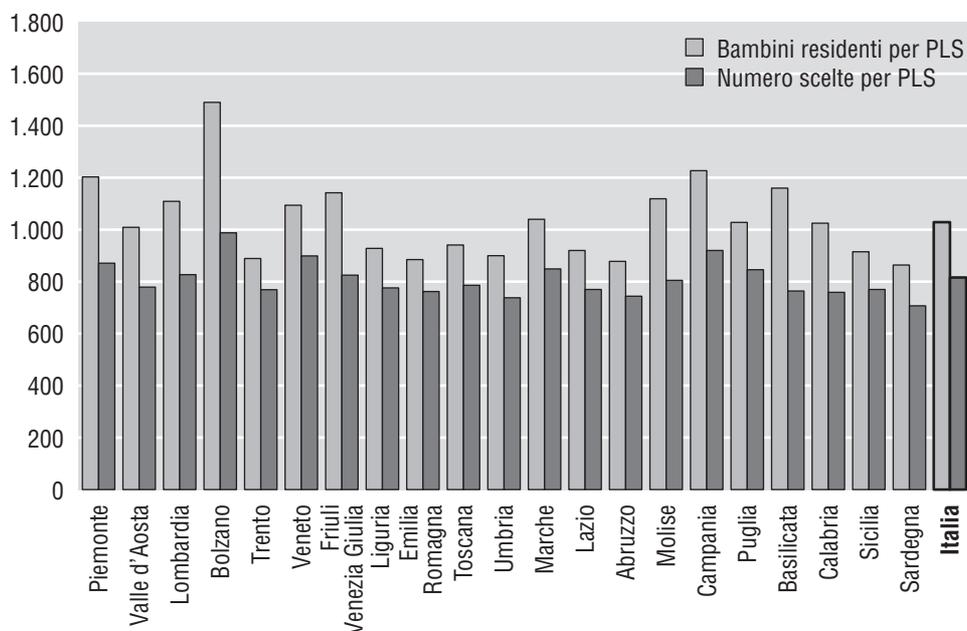
²⁹ Si consideri però che nella provincia autonoma di Bolzano il contratto di convenzione dei medici di base stabiliva quale massimale 2.500 scelte per MMG, che solo recentemente è stato ridotto a 2.000, rispetto al contratto vigente in tutte le altre regioni che fissa il massimale a 1.500 pazienti adulti.

Figura 2.13 Popolazione assistibile per MMG e numero scelte per MMG, 2005



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Figura 2.14 Popolazione assistibile per PLS e numero scelte per PLS, 2005



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Oltre a questa, solo Lombardia e Veneto hanno un valore più elevato della media, seppure tali scostamenti siano effettivamente irrilevanti. Ciò non è altrettanto valido per i PLS, per i quali la situazione si presenta molto più differenziata. Innanzitutto, in tutte le regioni il numero di bambini assistibili per pediatra eccede il massimale di 800 pazienti stabilito dal contratto di convenzione, con le regioni del Centro Italia che, insieme a provincia autonoma di Trento, Emilia Romagna, Abruzzo e Sardegna, sono le più vicine al rispetto di tale standard. Esistono, peraltro, delle realtà che evidenziano uno scostamento maggiore rispetto al valore medio nazionale, ovvero in Piemonte (+17 per cento), Campania (+19 per cento) e provincia autonoma di Bolzano (+45 per cento).

Relativamente al numero di scelte per medico convenzionato, espressivo del carico assistenziale effettivo, tale indicatore è, in tutte le regioni e con riferimento alla popolazione assistibile, superiore per i MMG (tranne che per Calabria e Sardegna) e inferiore per i PLS.

Se si confrontano tra loro carico potenziale e carico effettivo di assistenza, senza distinzione tra MMG e PLS, il numero di scelte per medico risulta inferiore alla popolazione assistibile per tutte le regioni.

Tutto ciò sta a significare:

- ▶ una carenza di PLS rispetto alla domanda di assistenza pediatrica, con il conseguente ricorso all'assistenza da MMG per alcuni bambini;
- ▶ un carico di lavoro per MMG leggermente superiore a quello potenziale;
- ▶ un «grado di copertura», globalmente considerato, inferiore al bisogno potenziale della popolazione residente totale.

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, assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e prefestive.

L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale, in modo da rispondere quanto più adeguatamente possibile alle esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche locali. Nel 2005, sono stati rilevati 2.996 punti di guardia medica, in lieve aumento rispetto al 2004 (2.896 punti), con 13.532 medici titolari, ovvero 23 medici ogni 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, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione, nonché un maggiore ricorso a tale servizio, sia dal punto di vista delle visite effettuate, che da quello dei ricoveri prescritti. Peculiare risulta anche la situazione della provincia autonoma di Trento, dove – rispetto alla media

delle regioni del Nord – si registrano elevati tassi di visite e ricoveri tramite servizio di guardia medica.

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 è risultata sempre piuttosto 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.

Con l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento a tariffa per prestazione sta aumentando la completezza delle rilevazioni disponibili nel SIS, sia in termini di ricoveri ospedalieri che, anche se con ritardo, di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Rimane, invece, ancora limitata la rilevazione delle altre attività svolte a livello ambulatoriale e 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 (cfr. par. 2.2).

2.5.1 Le attività di ricovero

Il presente paragrafo aggiorna e approfondisce quanto già presentato nell'edizione precedente in merito alle attività di ricovero rilevate dal Ministero attraverso le SDO, con riferimento all'anno 2004.

Dalla valutazione dei dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (Tab. 2.14), si possono trarre alcune considerazioni:

- ▶ si evidenzia, nell'arco temporale considerato, un aumento nel numero delle dimissioni pari al 3,3 per cento, con un andamento annuo variabile, ma contenuto entro il -1 e il +2 per cento;
- ▶ sempre nello stesso periodo, si registra una diminuzione delle giornate di ricovero totali (-10,5 per cento), caratterizzata da un tasso di variazione annuale instabile, più evidente negli anni 1999-2000 e nel 2003;
- ▶ sono aumentate progressivamente le prestazioni totali erogate in regime di DH (+64 per cento dal 1998; +7 per cento nel 2004) e leggermente diminuite quelle in RO, con un rapporto doppio tra giornate in DH e RO nel 2004 rispetto al 1998;
- ▶ si è ridotta anche la degenza media dei ricoveri per acuti in RO (dai 7,1 giorni nel 1998 ai 6,7 nel 2004), mentre è lievemente aumentato il peso medio dei casi trattati, a dimostrazione di una maggiore appropriatezza dei ricoveri.

Tabella 2.14 **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	12.991.102
Giornate di ricovero (1)	88.009.005	85.811.850	82.484.479	81.425.592	80.393.353	78.450.940	78.750.718
Rapporto tra giornate in DH e in RO (percentuale)	9,3	10,2	11,8	13,4	15,1	17,0	18,4
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	1,2	1,2	1,2
Completezza della 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	1332,0
Percentuale schede errate	16,0	5,0	5,0	5,0	5,9	5,7	9,2

1. Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in RO che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza. 2. Solo ricoveri per acuti in RO. 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 2 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 97,5 per cento degli istituti esistenti (99,7 per cento per gli istituti pubblici e 94,9 per cento per gli istituti privati, accreditati e non). 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 75 per cento

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

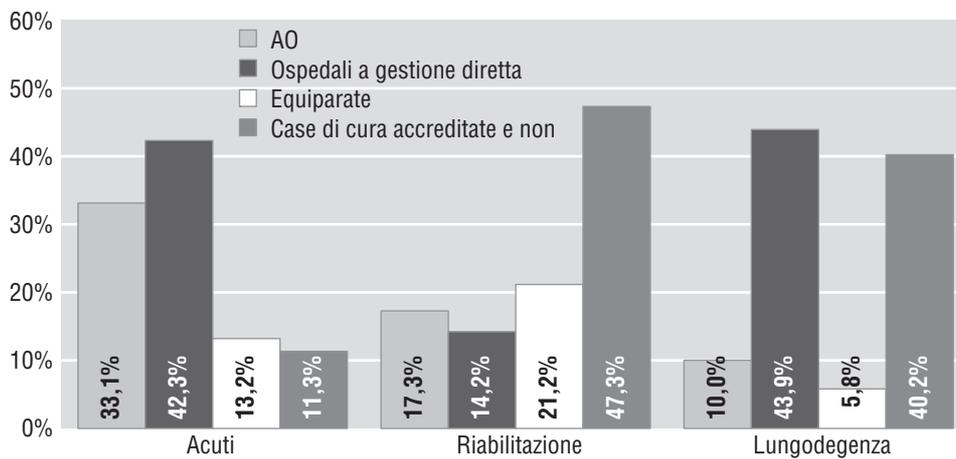
La Fig. 2.15 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale. I ricoveri ospedalieri realizzati nel 2004 si compongono per quasi il 97 per cento di ricoveri per acuti, la maggioranza dei quali viene erogata dagli istituti pubblici, attraverso ospedali a gestione diretta (42,3 per cento) e AO (33,1 per cento). I ricoveri per riabilitazione, invece, si suddividono equamente tra strutture pubbliche ed equiparate da un lato (52,7 per cento) e case di cura private, accreditate e non, dall'altro (47,3 per cento). La lungodegenza, infine, viene erogata soprattutto dal privato (40,2 per cento) e da ospedali a gestione diretta (43,9 per cento); l'elevato tasso di attività di queste ultime strutture è probabilmente giustificato dalla carenza di un'adeguata offerta di servizi territoriali pubblici a favore delle patologie cronico-degenerative.

I ricoveri complessivamente erogati per acuti risultano pari a 12.156.788, di cui il 69 per cento erogato in regime di degenza ordinaria e il restante 31 per cento in regime diurno. Rispetto all'anno 2003, i ricoveri per acuti sono rimasti complessivamente invariati (+1 per cento nel 2004), con un incremento di quelli erogati in regime di DH, pari al 7 per cento.

La Tab. 2.15 presenta più nel dettaglio la composizione dell'attività, per regione e regime di ricovero.

Con il solo riferimento agli acuti erogati in regime diurno, la situazione regio-

Figura 2.15 **Distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

nale si dimostra abbastanza differenziata (Fig. 2.16); in particolare, rispetto a un contributo medio dei ricoveri in DH sul totale dei ricoveri del 30 per cento, ben nove regioni evidenziano una percentuale inferiore e, tra queste, cinque si discostano dalla media di più di 5 punti percentuali (provincia autonoma di Bolzano 22,7 per cento, Friuli Venezia Giulia 24 per cento, Marche 24,9 per cento, Molise 20,7 per cento e Puglia 19,6 per cento). Al contrario, le regioni che più hanno potenziato l'attività di DH sono Liguria e Sicilia, rispettivamente con una quota di ricoveri diurni per acuti pari al 42,7 e al 42,3 per cento dei ricoveri per acuti totali. Per quanto concerne i ricoveri per riabilitazione, nel 2004 costituiscono il 2,7 per cento dei ricoveri totali, in aumento del 7 per cento rispetto al 2003. Questi sono prevalentemente erogati in RO (80 per cento in media) da tutte le regioni, pur avendosi delle situazioni in cui la percentuale di DH è molto elevata; è questo il caso di Umbria (46,3 per cento), Lazio (32 per cento), Basilicata (37,2 per cento) e Sicilia (29,3 per cento).

I ricoveri per lungodegenza, infine, costituiscono una quota molto esigua dei ricoveri totali, rimasta invariata rispetto al 2003; rappresentano, a livello nazionale, meno dell'1 per cento dei ricoveri ospedalieri, anche se il dettaglio regionale evidenzia alcune situazioni particolari, per cui la percentuale di lungodegenza è più elevata della media; ciò si verifica in maniera più evidente per Emilia Romagna e provincia autonoma di Trento, dove la percentuale raggiunge il 3,3 e il 3,7 per cento, con un ammontare di giornate di ricovero totali per lungodegenza anch'esso più elevato rispetto alle altre regioni.

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

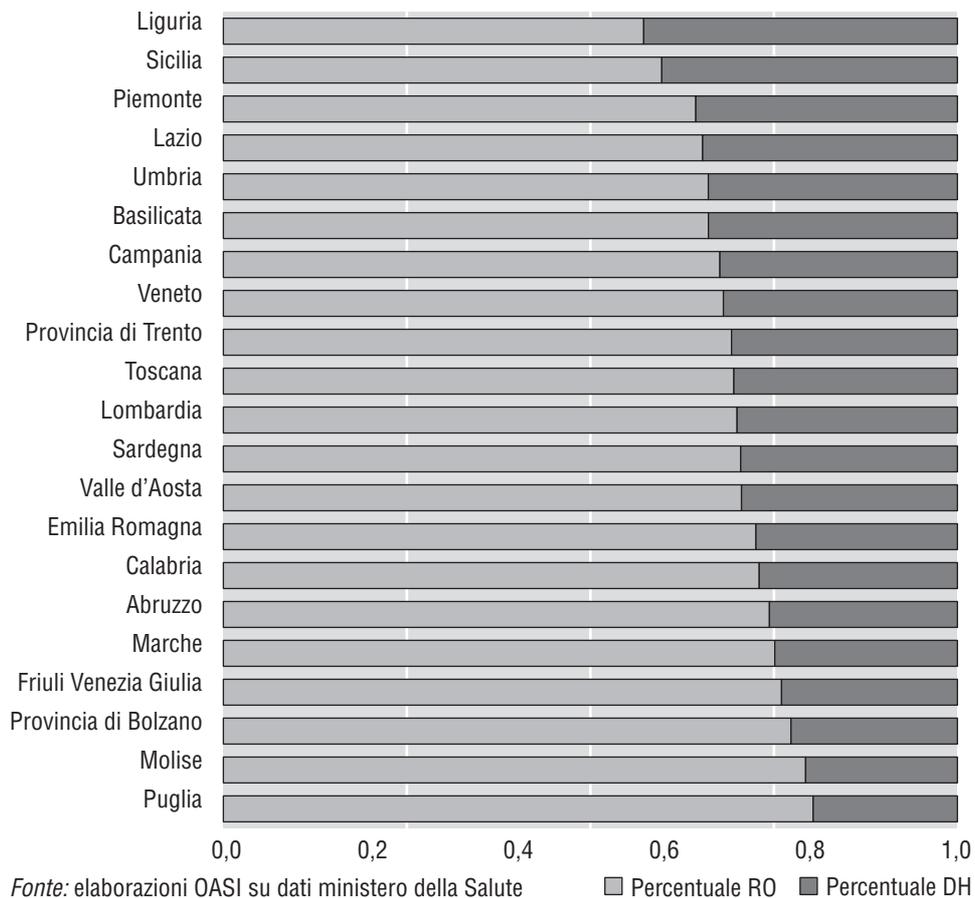
Tabella 2.15 Composizione dell'attività ospedaliera per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2004)

	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		RO	DH		RO	DH		RO	DH		RO	DH	
Piemonte	477.859	264.601	5.751	30.200	2.561	—	10.452	678.293	18.434	876.974	34.816	—	—	—	—	—	—	—
Valle d'Aosta	13.804	584.843	1.363.742	86.136	15.591	6.696	8.713.888	1.161.238	1.854.754	166.086	153.187	—	—	—	—	—	—	—
Lombardia	80.681	23.650	24.004	1.884	70	1.727	548.502	49.448	51.016	1.207	45.756	—	—	—	—	—	—	—
Bolzano	53.991	273.726	585.040	5.719	1.141	3.305	415.463	55.811	107.703	14.539	103.881	—	—	—	—	—	—	—
Trento	585.040	48.509	154.014	21.660	4.947	12.907	4.608.913	792.526	495.189	68.048	325.048	—	—	—	—	—	—	—
Veneto	154.014	167.012	223.781	2.756	164	—	1.157.193	155.083	76.272	1.827	—	—	—	—	—	—	—	—
Friuli Venezia Giulia	223.781	225.654	596.551	7.735	1.849	—	1.758.259	484.041	153.376	14.416	—	—	—	—	—	—	—	—
Liguria	596.551	200.822	458.625	15.985	3.596	29.004	3.949.893	898.958	472.904	53.765	921.807	—	—	—	—	—	—	—
Emilia Romagna	458.625	60.927	118.628	10.786	1.777	2.127	3.417.478	607.347	234.803	28.436	67.805	—	—	—	—	—	—	—
Toscana	118.628	68.570	207.071	2.221	1.913	7	760.983	164.818	52.696	22.449	106	—	—	—	—	—	—	—
Umbria	207.071	448.697	844.317	2.451	813	3.723	1.434.917	167.216	86.796	3.890	97.714	—	—	—	—	—	—	—
Marche	844.317	89.444	259.882	31.686	14.920	3.377	6.278.464	1.494.313	1.354.277	234.833	180.330	—	—	—	—	—	—	—
Lazio	259.882	15.769	60.492	15.935	899	1.087	1.551.048	245.894	252.498	8.314	24.276	—	—	—	—	—	—	—
Abruzzo	60.492	394.970	825.835	1.258	187	163	421.681	44.117	48.676	4.121	5.080	—	—	—	—	—	—	—
Molise	825.835	155.550	636.448	12.562	4.530	8.073	4.549.473	970.306	400.870	60.101	352.555	—	—	—	—	—	—	—
Campania	636.448	37.010	72.102	10.836	995	5.478	3.841.597	318.359	302.621	7.736	101.431	—	—	—	—	—	—	—
Puglia	72.102	107.407	290.467	826	490	371	481.278	89.984	17.870	4.206	11.329	—	—	—	—	—	—	—
Basilicata	290.467	512.446	760.195	4.474	749	2.261	1.770.119	326.171	135.418	7.976	106.281	—	—	—	—	—	—	—
Calabria	760.195	107.421	256.480	8.590	3.553	2.666	4.344.203	1.359.328	242.711	37.309	48.942	—	—	—	—	—	—	—
Sicilia	256.480	3.816.783	8.340.005	446	119	769	1.700.339	210.275	15.123	2.605	37.155	—	—	—	—	—	—	—
Sardegna	8.340.005	274.146	60.864	94.193	55.628.703	10.291.960	7.232.547	776.680	2.958.636	—	—	—	—	—	—	—	—	—

La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in Tab. 2.14 poiché: 1. sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, circa 340.000; 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).

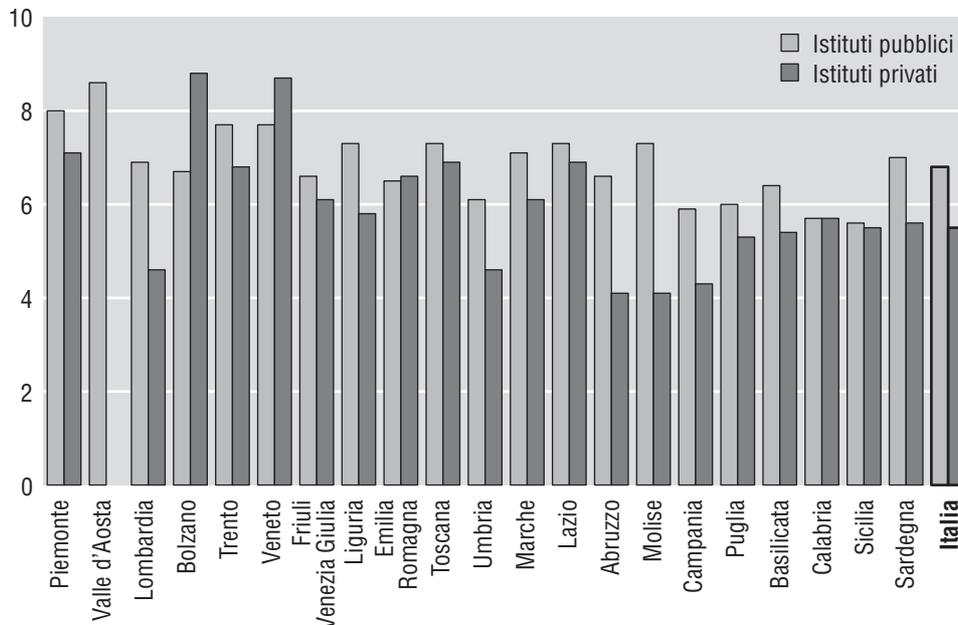
Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Figura 2.16 **Distribuzione dei casi per acuti trattati in regime ordinario (RO) e in day hospital (DH) per regione (2004)**



Il primo indicatore consente di operare una primaria valutazione sull'efficienza operativa³⁰. Negli ultimi anni la degenza media per acuti a livello nazionale si è ridotta, passando dal 7,1 del 1998 al 6,7 nel 2004; mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,5 rispetto a 6,8 giorni nel 2004), mentre presentano degenze medie

³⁰ In realtà, per valutare l'efficienza operativa in modo appropriato, sarebbe necessario utilizzare la degenza media standardizzata per *case mix*, cioè riportando tutte le regioni a un'unica distribuzione dei ricoveri per DRG, quella media italiana, così da depurare il risultato dall'incidenza della casistica trattata. Si consideri, inoltre, che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni premature o omissioni di terapie (e riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

Figura 2.17 **Degenza media per acuti per regione e per tipo di struttura (2004)**

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

simili per la riabilitazione (26,9 rispetto a 26) e maggiori per la lungodegenza (37,4 rispetto a 26,2). Si osservano, però, considerevoli differenze tra regioni: relativamente ai ricoveri per acuti (Fig. 2.17), le strutture del Sud presentano generalmente degenze medie più brevi, soprattutto nelle strutture private; per riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una variabilità particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e la lungodegenza in quelli privati.

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un ulteriore indicatore di analisi dell'attività ospedaliera, che esprime la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori regione. Tale indicatore (eventualmente standardizzato per classi di età della popolazione) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura³¹. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero in RO, in particolare a DH, ospedalizzazione domiciliare e all'erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali extraospedaliere. La normativa (art. 1

³¹ 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.

della legge 662/1996) fissa quale valore ottimale 160 ricoveri annui in RO e DH (per acuti e non) per 1.000 abitanti³². Il dato effettivo nazionale al 2004 risulta pari a 141,5 ricoveri ordinari per acuti ogni 1.000 abitanti e 65,4 ricoveri per acuti in DH ogni 1.000 abitanti, per un totale di circa 207 ricoveri per acuti (Tab. 2.16). 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 4,6 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) e un aumento di quelli in DH (circa 3,4 per 1.000 in più). La riduzione del tasso di ospedalizzazione in RO interessa solo i ricoveri avvenuti entro regione, mentre quelli fuori regione restano sostanzialmente invariati rispetto agli anni precedenti; allo stesso modo, l'aumento dei ricoveri in DH avviene prevalentemente per i ricoveri entro regione.

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale.

La Tab. 2.16 evidenzia chiaramente la variabilità dei tassi di ospedalizzazione totale, con Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia che registrano i tassi più elevati rispetto al dato nazionale (con un massimo di 265 per 1.000 in Abruzzo) e con Piemonte, provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana con valori inferiori alla media (con un minimo di 164 ricoveri per 1.000 abitanti in Friuli Venezia Giulia). Ne consegue che, rispetto al valore ottimale di 160 ricoveri annui per 1000 abitanti, l'unica regione che si avvicina allo standard obiettivo è il Friuli Venezia Giulia, con 164 ricoveri per 1.000 abitanti.

Se si considerano i soli tassi di ospedalizzazione in RO, sono Abruzzo, Molise, Puglia e Calabria a presentare i valori più elevati (superiori al 160 per mille); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, ciò avviene per Lazio (83 per mille), Liguria e Sicilia (superiori al 100 per mille).

Risulta, infine, particolarmente interessante il confronto interregionale riferito ai tassi di ospedalizzazione standardizzato, per ricoveri acuti in RO. 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 di ricoveri ordinari per acuti (141,45 per 1.000), i valori massimi si registrano nelle regioni del Sud, a cui si aggiungono provincia autonoma di Bolzano, Lazio e Abruzzo, tutte con valori superiori alla media; i valori più bassi, invece, si osservano in Piemonte (107,8), Friuli Venezia Giulia (113,6), Toscana (111), 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 in regime

³² Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

Tabella 2.16 **Tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero e ubicazione della struttura (2004)**

	Tasso di ospedalizzazione RO intraregionale	Tasso di ospedalizzazione RO fuori regione	Tasso di ospedalizzazione DH intraregionale	Tasso di ospedalizzazione DH fuori regione	Totale Tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione RO	Tasso di ospedalizzazione DH	Tasso di ospedalizzazione standardizzato
Piemonte	101,75	9,38	58,42	4,49	174,05	111,13	62,92	107,80
Valle d'Aosta	100,87	28,65	44,35	11,55	185,42	129,52	55,90	127,23
Lombardia	131,64	5,33	57,61	2,01	196,58	136,97	59,61	136,83
Bolzano	145,70	6,54	42,30	2,66	197,20	152,24	44,96	166,00
Trento	98,61	21,62	44,57	8,98	173,79	120,24	53,55	120,07
Veneto	114,62	6,17	54,13	2,61	177,54	120,80	56,74	119,75
Friuli Venezia Giulia	116,24	7,53	35,17	4,94	163,88	123,77	40,11	113,58
Liguria	123,78	15,69	95,45	7,53	242,45	139,46	102,98	124,58
Emilia Romagna	125,37	7,94	49,00	3,56	185,86	133,30	52,56	124,31
Toscana	113,29	7,02	49,56	3,22	173,09	120,31	52,77	111,15
Umbria	117,40	14,34	59,18	7,12	198,03	131,73	66,30	123,08
Marche	124,78	14,70	41,35	5,95	186,79	139,48	47,30	131,58
Lazio	140,10	10,12	79,65	3,69	233,56	150,22	83,34	157,28
Abruzzo	176,33	18,93	62,74	7,04	265,04	195,26	69,78	189,99
Molise	142,58	37,69	40,99	14,48	235,74	180,28	55,46	175,40
Campania	139,32	11,47	67,00	3,65	221,45	150,80	70,65	162,66
Puglia	149,24	11,91	37,58	4,11	202,85	161,15	41,69	169,17
Basilicata	107,08	35,31	53,55	11,17	207,11	142,39	64,72	144,01
Calabria	139,05	23,34	52,18	9,38	223,95	162,39	61,56	168,47
Sicilia	149,12	9,56	100,71	2,84	262,23	158,68	103,55	163,27
Sardegna	152,80	6,50	64,84	2,28	226,43	159,30	67,13	165,37
Italia	131,27	10,20	61,43	3,97	206,87	141,47	65,40	141,45

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

diurno entro il 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in DH pari al 20 per cento, precisando anche gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Ciò al fine di conseguire, a partire da settembre 2005, una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata attraverso il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno.

no e il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero. Con riferimento all'anno 2004, nessuna regione è in linea con questo duplice vincolo; rispetto al solo limite posto sul tasso di ospedalizzazione totale, però, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana risulterebbero già adempienti.

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 (ICM) 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.

La Tab. 2.17 mostra tre indici di complessità per regione. In particolare:

- ▶ il peso medio dei ricoveri per acuti in RO è cresciuto, portando il valore medio nazionale da 1,05 nel 1998 a 1,24 nel 2004; tale incremento è avvenuto anche rispetto all'anno precedente e avviene per tutte le regioni; il valore più elevato si registra in Toscana (1,42), mentre in tutte le regioni meridionali il peso medio assume valori inferiori alla media nazionale e pari al massimo a 1,18 (in Basilicata);
- ▶ l'ICM presenta la stessa distinzione; è superiore a 1 – indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana – in tutte le regioni settentrionali (tranne provincia autonoma di Bolzano) e centrali (tranne il Lazio), i cui valori massimi si registrano in Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Liguria (1,12) e in Toscana (1,14). Tutte le regioni meridionali presentano, al contrario, un indice inferiore all'unità;
- ▶ il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di *Diagnosis Related Groups* (DRG) omologhi ha un valore medio nazionale pari a 28,10 per cento (in aumento rispetto al 26,86 per cento del 2003), con valori superiori alla media in tutte le regioni del Nord e del Centro (tranne provincia autonoma di Bolzano, Veneto e Lazio) nonché in Molise e Basilicata. Le altre regioni del Sud mostrano percentuali di complessità inferiori alla media, con un minimo in Campania (22,37 per cento).

Si consideri che la complessità dei casi trattati incide fortemente sia su alcuni indicatori di efficienza (per esempio degenza media e turnover dei posti letto), sia sui costi. La maggiore complessità dei casi trattati nelle regioni settentrionali può quindi almeno in parte giustificare la maggiore spesa sanitaria pro capite (cfr. Capitolo 3), nonché la maggiore degenza media.

Una seconda categoria è composta dagli indicatori di appropriatezza, che si riferiscono alle caratteristiche del ricovero e delle terapie e interventi eseguiti nel

Tabella 2.17 Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in RO per regione (2004)

	Peso medio ricoveri acuti RO*	ICM	Percentuale casi complicati
Piemonte	1,39	1,12	29,75
Valle d'Aosta	1,32	1,06	38,69
Lombardia	1,33	1,07	28,11
Bolzano	1,14	0,91	24,71
Trento	1,26	1,01	33,62
Veneto	1,34	1,08	27,78
Friuli Venezia Giulia	1,40	1,12	32,21
Liguria	1,39	1,12	36,81
Emilia Romagna	1,35	1,08	32,37
Toscana	1,42	1,14	34,24
Umbria	1,30	1,05	28,85
Marche	1,28	1,03	30,53
Lazio	1,20	0,97	25,47
Abruzzo	1,13	0,91	27,76
Molise	1,15	0,92	31,64
Campania	1,10	0,88	22,37
Puglia	1,12	0,90	27,21
Basilicata	1,18	0,95	29,03
Calabria	1,06	0,85	26,48
Sicilia	1,13	0,91	27,19
Sardegna	1,08	0,87	25,12
Italia	1,24	1,00	28,10

* Valori determinati utilizzando i pesi ex D.M. 14 dicembre 1994 e D.M. 30 giugno 1997.

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

corso del ricovero stesso. Anche in questo caso, esistono forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali.

La Tab. 2.18 presenta alcuni indicatori, operando un confronto tra gli anni 1998 e 2004. A livello nazionale, si evidenzia come gli indicatori «Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico», «Ricoveri per diabete» e «Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario» siano migliorati, mentre la percentuale di parti cesarei (che risultava già ampiamente superiore al parametro di riferimento del 15-20 per cento individuato nel D.M. 12 dicembre 2001) e quella dei ricoveri di un giorno per acuti in RO siano peggior-

rate. Guardando alle singole situazioni regionali, si evidenziano le seguenti dinamiche:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici è notevolmente migliorata, soprattutto per le regioni Valle d'Aosta, Marche e Molise (-10 per cento) e per la Basilicata (-18 per cento). È da notare, che il valore medio di tale indicatore per le regioni del Sud riferito all'anno 2004 è maggiore del valore medio assunto dalle regioni del Centro-Nord nel 1998;
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento diffuso su tutto il territorio. Rispetto a quanto avvenuto a livello nazionale (+6,45 per cento), le regioni più virtuose si rivelano ancora quelle del Centro e Nord Italia, con un peggioramento dell'indice rispettivamente pari a 4 e 4,5 per cento dal 1998. Le regioni meridionali, invece, subiscono un peggioramento nello stesso intervallo temporale quasi doppio rispetto a quello medio (+11,20 per cento);
- ▶ i ricoveri per diabete, invece, sono diminuiti in media del 27 per cento, passando da quasi 151 a poco più di 110 ricoveri ogni 100.000 abitanti. La situazione più virtuosa è sicuramente quella della Regione Basilicata, che ha ridotto l'indice del 68 per cento, più di doppio della media nazionale; mentre, la Regione Sicilia è l'unica a presentare un trend inverso rispetto all'andamento nazionale, essendo aumentati i ricoveri inappropriati afferenti alla patologia del diabete del 10 per cento, rispetto al 1998;
- ▶ la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in RO, su scala nazionale, è peggiorata solo lievemente (+1 per cento); su scala regionale, però, si evidenzia una varianza elevata (12,5 punti percentuali) indicativa di scostamenti molto variabili e differenziati tra regioni. L'andamento è piuttosto peculiare: per questo indicatore, sono soprattutto le regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento dell'incidenza di ricoveri di 1 giorno sul totale dei ricoveri – in particolare, Basilicata (-5,4 per cento) e Sicilia (-4,6 per cento) – mentre in Lombardia e Marche l'incidenza è aumentata rispettivamente del 7,3 e 8,1 per cento;
- ▶ altrettanto variabile risulta essere l'andamento regionale del tasso di ricoveri oltre valore soglia per ricoveri acuti in RO: rispetto al 1998 l'indice è migliorato per quasi tutte le regioni eccezion fatta per la provincia autonoma di Trento, che ha visto un, seppur esiguo, aumento dei ricoveri oltre valore soglia. Il valore massimo, invece, è quello della Regione Molise, che ha visto diminuire dal 1998 al 2004 tali ricoveri da 2,3 a 1,1. Guardando al solo 2004, però, a fronte di una media nazionale dell'1,2 per cento, tutte le regioni del Nord presentano un valore superiore, a eccezione di Lombardia ed Emilia Romagna, con punte massime del 2,5 per cento in Valle d'Aosta e dell'1,8 in Piemonte e Lazio.

Gli ultimi due indicatori (ricoveri di 1 giorno e ricoveri oltre il valore soglia) non sono inclusi tra gli indicatori di appropriatezza definiti dal Ministero, ma vengono qui considerati in quanto i primi potrebbero, in molti casi, essere effettuati in DH o

Tabella 2.18 **Indicatori di appropriatezza delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2004)**

	Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti		Ricoveri per diabete per 100.000 abitanti*		Percentuale ricoveri di 1 giorno per acuti in RO		Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in RO	
	1998	2004	1998	2004	1998	2004	1998	2004	1998	2004
Piemonte	38,55	29,73	26,86	31,90	124,43	63,93	9,1	9,3	2,5	1,8
Valle d'Aosta	50,70	40,23	21,50	27,42	68,56	28,68	14,0	12,9	2,9	2,5
Lombardia	38,35	29,56	23,33	27,34	125,79	103,54	11,3	18,6	1,5	1,0
Bolzano	44,31	42,06	17,29	23,01	139,06	123,40	16,3	13,8	2,3	1,5
Trento	42,07	41,82	22,45	28,15	138,36	104,31	11,1	8,3	1,4	1,6
Veneto	41,86	34,04	24,49	28,61	133,20	110,06	8,3	10,0	2,0	1,6
Friuli Venezia Giulia	36,10	29,27	19,04	23,11	117,59	72,61	11,0	15,2	1,9	1,4
Liguria	40,45	38,51	28,48	32,39	151,54	87,42	12,9	10,4	2,1	1,4
Emilia Romagna	34,49	27,55	29,27	30,96	128,12	87,88	15,7	16,1	1,3	1,0
Toscana	41,53	36,03	22,54	26,10	106,94	62,48	10,5	8,4	1,7	1,3
Umbria	47,25	40,22	25,45	31,67	156,54	95,99	18,1	14,4	1,4	0,9
Marche	40,24	30,21	33,23	35,36	127,78	60,67	8,2	16,3	1,4	1,0
Lazio	43,40	36,48	35,46	39,37	159,36	118,71	13,8	12,1	2,4	1,8
Abruzzo	51,12	45,61	33,49	40,59	150,31	127,07	9,9	12,8	1,9	1,0
Molise	48,92	38,71	33,45	49,20	165,81	142,06	8,9	10,2	2,3	1,1
Campania	53,35	45,05	48,03	59,02	153,55	93,62	19,9	21,0	1,7	1,1
Puglia	52,90	43,05	35,07	45,94	227,48	163,85	12,7	13,3	1,5	1,0
Basilicata	64,36	46,45	41,76	50,45	430,75	137,35	16,0	10,6	1,9	1,2
Calabria	56,42	49,32	34,24	43,27	188,12	138,17	13,0	15,3	1,5	1,1
Sicilia	54,41	47,19	36,56	50,49	175,00	192,35	14,5	9,9	1,4	0,8
Sardegna	50,11	43,04	25,98	39,33	143,85	121,05	12,5	11,8	2,2	1,6
Italia	44,91	37,39	31,38	37,83	150,63	110,26	12,8	13,9	1,8	1,2

* Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

con forme alternative di assistenza sanitaria (per esempio in regime ambulatoriale); ricoveri prolungati in reparti per acuti, allo stesso modo, potrebbero essere indicatori di inefficienza. Non si vuole ovviamente sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente relativi a ricoveri impropri; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e le procedure terapeutiche.

2.5.2 Le attività territoriali

Il presente paragrafo presenta i dati relativi all'assistenza territoriale, ovvero alle forme di assistenza differenti da quelle di ricovero.

Nello specifico i dati presentati fanno riferimento alla rilevazione annuale del ministero della Salute che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» (che si è arricchita, proprio nel corso dell'ultimo biennio dei dati relativi alle prestazioni non di ricovero erogate dal SSN) e all'indagine ISTAT a cadenza triennale relativa a «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari».

Con riferimento alle informazioni rilevate dal Ministero, una delle attività a cui viene dedicato particolare interesse, se non altro per il livello di coordinamento organizzativo richiesto, è quella di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che si configura come una prestazione rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, che comportino una condizione di non autosufficienza a cui si associa la necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale a interventi socio-sanitari. L'obiettivo dell'ADI è quello di erogare il servizio assistenziale lasciando al proprio domicilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

Nel 2005 mediamente sono stati trattati in ADI 679 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tab. 2.19), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si collocano su un intervallo che va dai 33 casi per 100.000 abitanti della Valle d'Aosta e 187 della Sicilia ai 2.200 del Friuli Venezia Giulia;
- ▶ tipologia di pazienti trattati, anziani nel 97,1 per cento dei casi in Liguria e nel 52,2 per cento dei casi nella provincia autonoma di Trento;
- ▶ nell'intensità di assistenza erogata, ovvero 331 ore per caso trattato in Valle d'Aosta e 8 ore per caso trattato nella provincia autonoma di Bolzano.

Un altro importante segmento di attività territoriale riguarda le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale (Tab. 2.20), che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate.

Nel 2005 in Italia sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria, con una media per abitante che va dalle 13 prestazioni della Regione Lazio alle quasi 25 del Molise e una media nazionale prossima a 20 prestazioni.

Tabella 2.19 Attività di ADI (2005)

	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato			Totale
	Numero	Per 100.000 abitanti	Di cui anziani (percentuale)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri Operatori	
Piemonte	21.890	506	79,7	18,1	2	14	7	23
Valle d'Aosta	40	33	92,5	1,5	6	36	290	331
Lombardia	68.186	726	86,2	32,7	4	12	4	20
Bolzano	275	58	86,9	3,1		8		8
Trento	1.491	300	52,2	8,5		21		21
Veneto	59.031	1.256	76,1	50,6	1	8	1	10
Friuli Venezia Giulia	26.499	2.200	81,0	80,3	2	8	1	12
Liguria	13.807	867	97,1	31,7	4	20	4	28
Emilia Romagna	57.107	1.376	89,1	54,1	0	21	3	24
Toscana	21.298	592	81,1	20,8	1	13	6	20
Umbria	10.174	1.184	81,7	41,6	0	12	2	15
Marche	13.609	896	84,2	33,7	6	23	3	32
Lazio	37.017	702	89,7	33,5	6	12	3	21
Abruzzo	5.598	431	86,2	17,6	14	26	0	40
Molise	4.798	1.490	89,1	61,0	5	11	1	17
Campania	13.416	232	90,3	13,9	9	30	3	42
Puglia	16.401	403	86,0	20,5	23	23	2	47
Basilicata	5.529	927	83,0	39,2	19	25	3	46
Calabria	6.900	343	86,1	16,4	9	16	1	27
Sicilia	9.372	187	76,0	8,0	10	26	1	37
Sardegna	4.319	262	72,3	11,0	15	66	1	82
Italia	396.757	679	84,2	29,4	4	16	3	23

Fonte: attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Inoltre, se si va a guardare la composizione di questa attività (Tab. 2.21), emerge l'assoluta predominanza dell'attività di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche (oltre il 75 per cento del totale, con punte dell'80 per cento in Friuli Venezia Giulia), seguita da quella riabilitativa (poco più del 7 per cento, con un livello massimo di oltre il 16 per cento in Lazio) e dalla diagnostica strumentale e per immagini (4,6 per cento).

Tabella 2.20 Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2005)

	Totale prestazioni	Numero per abitante
Piemonte	86.223.817	19,91
Valle d'Aosta	2.789.145	22,70
Lombardia	218.957.328	23,31
Bolzano	6.695.853	14,04
Trento	11.490.620	23,09
Veneto	109.877.208	23,38
Friuli Venezia Giulia	21.648.473	17,97
Liguria	34.760.487	21,83
Emilia Romagna	76.237.997	18,36
Toscana	72.677.085	20,20
Umbria	12.733.413	14,82
Marche	28.135.470	18,53
Lazio	69.828.423	13,25
Abruzzo	20.652.593	15,90
Molise	8.038.335	24,97
Campania	114.636.315	19,80
Puglia	75.350.778	18,52
Basilicata	11.308.222	18,96
Calabria	34.967.328	17,40
Sicilia	89.224.516	17,80
Sardegna	33.938.777	20,57
Italia	1.140.172.183	19,50

Fonte: elaborazione su dati attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Tutte le altre prestazioni, prevalentemente visite specialistiche, rappresentano una percentuale del 12,95 per cento a livello nazionale, con forti differenziazioni a livello regionale.

Per quanto riguarda le strutture extraospedaliere, esse possono configurarsi come strutture residenziali, semiresidenziali o di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali). Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali il 72 per cento dei posti censiti (cfr. *supra*) sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, il 12,5 per cento all'assistenza psichiatrica, il 15,5 per cento all'assistenza ai disabili psichici e fisici (probabilmente questi dati sono sottostimati poiché in alcuni casi c'è una sovrapposizione dei vari tipi di assistenza).

Tabella 2.21 **Tipologia di attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2005)**

	Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche ecc.	Medicina fisica e riabilitativa – Recupero e riabilitazione	Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica	Altro
Piemonte	75,17%	7,65%	4,60%	12,59%
Valle d'Aosta	74,99%	5,67%	4,64%	14,70%
Lombardia	75,70%	7,14%	4,39%	12,77%
Bolzano	63,98%	7,55%	4,23%	24,23%
Trento	79,64%	3,92%	4,08%	12,36%
Veneto	74,34%	7,50%	4,62%	13,54%
Friuli Venezia Giulia	80,24%	3,22%	3,60%	12,94%
Liguria	73,12%	5,83%	4,67%	16,38%
Emilia Romagna	76,71%	2,23%	4,73%	16,33%
Toscana	78,75%	3,24%	4,43%	13,58%
Umbria	76,45%	1,65%	5,22%	16,69%
Marche	77,35%	4,70%	4,97%	12,98%
Lazio	68,67%	16,60%	4,01%	10,73%
Abruzzo	78,06%	4,91%	3,85%	13,17%
Molise	77,96%	4,30%	7,34%	10,40%
Campania	74,89%	9,86%	5,47%	9,78%
Puglia	74,43%	8,05%	4,90%	12,62%
Basilicata	72,18%	15,43%	3,98%	8,42%
Calabria	74,80%	7,14%	4,81%	13,25%
Sicilia	78,24%	4,48%	4,40%	12,88%
Sardegna	71,17%	9,52%	4,37%	14,95%
Italia	75,28%	7,16%	4,61%	12,95%

Fonte: elaborazione su dati attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Nello specifico, tra le varie forme di assistenza a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con oltre 202.000 utenti a livello nazionale e una media di 231 giorni di assistenza per caso (fortemente differenziate a livello regionale dalle 98 giornate della Sicilia alle 365 della provincia autonoma di Trento); mentre nelle strutture semiresidenziali prevale l'assistenza psichiatrica, che richiede mediamente 60 giornate per caso trattato (con un range che va da 262 nel Molise a 16 in Calabria; Tab. 2.22).

Tabella 2.22 Dati di attività per le varie tipologie di assistenza (2005)

	Assistenza psichiatrica				Assistenza ai disabili psichici				Assistenza agli anziani				Assistenza ai disabili fisici			
	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali	
	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente
Piemonte	3.322	75	1.459	275	1.407	143	922	326	262	123	16.381	238	434	196	285	296
Valle d'Aosta			41	322	20	113	16	249								
Lombardia	6.488	60	5.011	209	758	206	455	260	5.886	114	72.570	247	4.135	199	3.172	292
Bolzano	143	63	231	144			167	49			2.167	316				
Trento			84	360			22	402			4.796	365				
Veneto	3.727	76	1.806	254	3.289	186	2.670	283	1.355	130	32.257	253	1.364	194	1.348	141
Friuli Venezia Giulia	1.504	42	799	117	72	161	239	155	59	118	14.988	140	30	13	992	30
Liguria	1.016	64	1.083	277	157	164	74	281	331	75	5.744	113	50	107	113	132
Emilia Romagna	2.976	48	2.203	123					4.576	132	27.478	226	2.541	203	1.429	298
Toscana	1.380	86	833	285	264	140	583	311	1.013	143	11.217	244	339	168	286	275
Umbria	290	109	359	308	312	168	85	149	69	170	2.230	217	254	144	10	357
Marche	647	69	544	195	185	123	182	271	30	162	3.124	123	9	148	114	281
Lazio	1.584	66	399	223	116	79	186	144	136	364	3.852	244	91	3	2.327	53
Abruzzo	234	95	902	141			94	202			1.309	157			101	4
Molise	23	262	71	321												
Campania	2.558	47	833	241	176	129	362	431			292	164	73	276	379	155
Puglia	440	229	1.041	254	264	155	726	340			647	152			280	325
Basilicata	75	88	255	345	4	76	11	355			79	288	11	28		
Calabria	772	16	368	346	172	300	204	348			1.246	205			504	54
Sicilia	3.029	22	1.604	244	7	100	300	284	10	49	1.824	98	12	84	711	79
Sardegna	622	34	217	225	72	142	314	280	13	67	580	210	18	211	199	183
Italia	30.830	60	20.143	222	7.275	173	7.612	288	13.740	126	202.781	231	9.361	194	12.250	178

Fonte: elaborazione su dati attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Gli istituti e i centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2005 sono state rilevate 842 strutture riabilitative con 15.383 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.280 per l'attività di tipo semiresidenziale in complesso 49 ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 49.355 e 30.027 utenti), anche se tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa (Tab. 2.23).

Nel 2005 le strutture riabilitative hanno impiegato 42.661 unità di personale di cui il 10 per cento costituito da medici e il 40 da terapisti e logopedisti. Sono

Tabella 2.23 **Attività di assistenza riabilitativa (2005)**

	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza ambulatoriale
	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Accessi
Piemonte	1.033	61	54	181	80.264
Lombardia	19.747	75	4.918	65	704.341
Bolzano	2.505	15	98	6	
Trento	214	195	8	172	17.089
Veneto	530	54	2.146	37	266.264
Friuli Venezia Giulia	67	216	353	178	89.517
Liguria	992	101	248	186	26.720
Emilia Romagna	929	39	278	20	7.840
Toscana	6.080	42	2.217	90	485.299
Umbria	229	118	134	136	3.336
Marche	2.278	97	230	106	275.764
Lazio	2.158	258	3.864	105	1.287.687
Abruzzo	3.942	59	5.055	24	324.133
Molise	804	122	23	220	4.128
Campania	1.656	233	4.540	147	2.506.077
Puglia	3.313	133	760	188	627.226
Basilicata	213	273	98	187	103.828
Calabria	1.087	47	2.408	14	148.177
Sicilia	734	317	1.865	225	774.225
Sardegna	844	135	730	145	421.296
Italia	49.355	91	30.027	90	8.153.211

Fonte: attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

proprio i terapisti a prestare il maggior numero di ore di assistenza (60,1 per ogni caso trattato per quella residenziale, 68,8 per ogni caso trattato per quella semiresidenziale e 0,9 per ogni accesso per quella ambulatoriale), ma emergono forti differenziazioni regionali (Tab. 2.24), che portano, per esempio, in Campania a fare sì che per ogni utente trattato in assistenza residenziale, il numero di ore prevalenti siano quelle del personale medico (168,4 a fronte di una media nazionale di 26,3).

Si rileva, infine, la presenza di un quadro di forte disomogeneità a livello interregionale, che espone al dubbio che i dati raccolti facciano riferimento ad attività differenti a seconda del contesto in cui sono stati rilevati.

Tabella 2.24 Ore di lavoro prestato per tipo di assistenza e figura professionale (2005)

	Ore lavorate per utente						Ore lavorate per accesso		
	Assistenza residenziale			Assistenza semiresidenziale			Assistenza ambulatoriale		
	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti
Piemonte	43,7	143,9	8,4	19,6	119,4	13,9	0,2	1,4	0,3
Lombardia	22,3	37,5	0,8	11,5	46,8	8,7	0,1	0,8	0,1
Bolzano	2,2	4,8		1,8	3,1				
Trento	67,5	10,7					0,1	0,8	0,1
Veneto	16,5	18,3	5,9	5,1	19,9	4,4	0,1	0,5	0,1
Friuli Venezia Giulia	15,7	122,9	17,1	24,2	91,9	39,2	0,1	0,3	0,1
Liguria	24,6	116,7	0,9	19,0	218,2	8,5	0,2	1,7	0,3
Emilia Romagna	9,5	34,3	3,5	6,8	26,6	3,6	0,3	3,4	0,6
Toscana	7,1	28,7	2,2	11,1	47,0	16,9	0,1	0,9	0,3
Umbria	32,2	67,2	30,6	25,6	58,7	20,5	0,2	0,5	0,4
Marche	25,3	67,1	4,5	20,1	62,7	5,7	0,1	1,1	0,2
Lazio	33,0	70,9	6,4	23,4	78,5	14,9	0,2	0,5	0,2
Abruzzo	19,8	45,4	2,1	3,6	12,1	1,0	0,1	1,3	0,2
Molise	18,2	51,7		21,3	81,4		2,9	9,9	2,0
Campania	168,4	158,1	19,0	35,2	148,2	21,4	0,1	1,1	0,5
Puglia	25,1	92,8	7,0	11,7	93,6	15,2	0,2	1,2	0,1
Basilicata	134,8	285,9	18,3	24,4	251,6	13,2	0,2	1,0	0,4
Calabria	20,3	119,7	2,2	5,4	8,2	2,8	0,1	0,9	0,4
Sicilia	27,7	222,7	24,2	31,2	154,2	33,2	0,2	1,0	0,4
Sardegna	52,1	303,2	5,7	21,7	168,5	3,3	0,2	1,2	0,2
Italia	26,3	60,1	3,4	16,1	68,8	11,8	0,1	0,9	0,3

Fonte: attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Un'altra fonte informativa fa riferimento all'indagine multiscopo dell'ISTAT che rileva il ricorso ai servizi sanitari. Dalla rilevazione effettuata nel 2005, complessivamente, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, sono state effettuate 31.213.000 visite mediche, con una media di 1,9 visite a persona di cui circa la metà è di tipo specialistico (14.475.000 pari al 46,4 per cento delle visite). La Tab. 2.25 mostra la ripartizione a livello regionale della tipologia di visite e del numero ogni 100 persone intervistate, facendo emergere grosse differenze tra le regioni, con il dato insulare particolarmente rilevante per numero di visite.

La metà delle visite (50,1 per cento) viene effettuato per malattie o disturbi, il 24,5 per cento per controllo dello stato di salute in assenza di malattie o sintomi, il 19,5 per cento per prescrizione di ricette, il 2,1 per cento per certificati. Nel Sud e nelle Isole è più elevata la quota di visite per prescrizione ricette (rispettivamente 26,1 per cento e 23,0 per cento).

Rispetto alla rilevazione effettuata nel 1999-2000 il numero complessivo di visite effettuate nel periodo di riferimento è aumentato del 16,7 per cento, passando da circa 47 visite ogni 100 persone a circa 54. In particolare, la crescita è più accentuata nelle Isole (+31,1 per cento) e nel Sud (+23,4 per cento) e ha riguardato soprattutto gli ultra sessantacinquenni (+36,7 per cento). Distinguendo per tipo di visita, il numero di visite generiche è cresciuto del 20,5 per cento e quello delle specialistiche del 10,5 per cento.

Si fanno più visite nel Centro e nelle Isole (rispettivamente 57,9 per 100 persone e 59,3 per 100 persone – tasso standardizzato per età). Nel Centro è elevato sia il ricorso alle visite generiche (31,1 per cento) che a quelle specialistiche (26,8 per 100 persone) mentre nelle Isole prevale il ricorso alle visite generiche (33,7 per 100 persone).

Sono Calabria (68,2 per 100 persone), Umbria (63,3 per 100 persone) e Sardegna (62,2 per 100 persone) le regioni in cui si fanno più visite. Nelle prime due è anche più alta la quota di visite generiche, rispettivamente 43,5 per cento e 34,9 per cento. Umbria e Sardegna, insieme a Lazio e Toscana sono le regioni nelle quali si fanno anche più visite specialistiche.

Tra le visite specialistiche sono più numerose quelle odontoiatriche (26,9 per cento), seguite dalle ortopediche (11,4 per cento), oculistiche (10,8 per cento) e cardiologiche (9,5 per cento). L'incremento maggiore rispetto al 1999-2000 si registra per le visite urologiche (+35,4 per cento), le cardiologiche (+34,3 per cento), le geriatriche (+33,0 per cento) e le dietologiche (+32,8 per cento).

Il 57 per cento delle visite specialistiche è interamente a carico dei cittadini; escludendo le visite odontoiatriche la quota scende al 47,8 per cento. Le visite che prevalentemente sono interamente a carico della popolazione sono quelle dentistiche (92,0 per cento) e quelle ostetrico-ginecologiche (64,5 per cento). Seguono le visite dietologiche (57,1 per cento), dermatologiche (52,8 per cento) e oculistiche (50,7).

Gli accertamenti effettuati nelle 4 settimane precedenti la rilevazione sono stati 15.298.000 (26,4 per 100 persone), escludendo i controlli effettuati durante even-

Tabella 2.25 Visite effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista per regione per 100 persone intervistate (2005)

	Visite generiche o pediatriche	Visite specialistiche		Totale visite
		Numero	Di cui a pagamento intero (percentuale)	
Piemonte	26,0	24,3	55,9	50,3
Valle d'Aosta	19,1	19,9	62,1	39,0
Lombardia	24,0	26,5	56,7	50,5
Trentino-Alto Adige	22,6	21,7	50,8	44,3
• Bolzano-Bozen	19,4	21,5	50,8	40,9
• Trento	25,6	21,8	50,8	47,4
Veneto	29,7	25,3	54,6	55,0
Friuli Venezia Giulia	24,4	23,0	57,2	47,4
Liguria	23,0	25,1	62,2	48,1
Emilia Romagna	30,7	26,3	57,1	57,0
Toscana	32,6	27,0	60,2	59,6
Umbria	34,9	28,4	62,8	63,3
Marche	29,1	24,0	63,6	53,1
Lazio	29,9	27,3	58,3	57,2
Abruzzo	24,7	23,4	59,9	48,1
Molise	30,3	21,0	52,3	51,3
Campania	28,7	22,6	59,2	51,3
Puglia	29,6	23,2	57,7	52,8
Basilicata	29,8	19,3	58,4	49,1
Calabria	43,5	24,7	55,5	68,2
Sicilia	33,9	24,4	50,0	58,3
Sardegna	33,1	29,1	46,8	62,2
<i>Italia nord-occidentale</i>	<i>24,4</i>	<i>25,6</i>	<i>57,1</i>	<i>50,0</i>
<i>Italia nord-orientale</i>	<i>28,8</i>	<i>25,1</i>	<i>55,6</i>	<i>53,9</i>
<i>Italia centrale</i>	<i>31,1</i>	<i>26,8</i>	<i>59,9</i>	<i>57,9</i>
<i>Italia meridionale</i>	<i>30,8</i>	<i>22,9</i>	<i>58,1</i>	<i>53,7</i>
<i>Italia insulare</i>	<i>33,7</i>	<i>25,6</i>	<i>49,1</i>	<i>59,3</i>
Italia	28,8	24,9	56,8	24,9

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

tuali ricoveri ospedalieri o in DH. Sono 10.664.000 gli accertamenti di laboratorio (18,4 per 100 persone) e 4.634.000 gli esami specialistici (8 per 100 persone).

A livello territoriale (Tab. 2.26), a parità di età, la quota più alta di accertamenti

Tabella 2.26 **Accertamenti effettuati nelle quattro settimane precedenti l'intervista per regione per 100 persone intervistate (2005)**

	Accertamenti di laboratorio	Accertamenti specialistici		Totale accertamenti
		Numero	Di cui a pagamento intero (percentuale)	
Piemonte	14,7	7,3	15,7	22,0
Valle d'Aosta	14,9	9,4	20,7	24,3
Lombardia	16,3	8,9	18,1	25,2
Bolzano	15,2	4,8	20,2	20,0
Trento	15,5	5,5	18,7	21,0
Veneto	18,3	8,7	19,5	27,0
Friuli Venezia Giulia	14,5	5,7	23,8	20,2
Liguria	17,8	7,2	23,7	25,0
Emilia Romagna	20,2	9,3	20,6	29,5
Toscana	20,0	10,1	19,7	30,1
Umbria	16,9	7,9	23,1	24,9
Marche	19,1	8,4	24,8	27,5
Lazio	19,9	9,0	29,2	28,9
Abruzzo	20,7	7,1	20,5	27,9
Molise	17,6	6,8	21,8	24,3
Campania	21,2	7,5	20,0	28,7
Puglia	18,4	6,9	21,0	25,4
Basilicata	18,0	5,9	22,4	24,0
Calabria	21,8	7,0	19,7	28,8
Sicilia	20,8	6,5	24,8	27,3
Sardegna	16,2	8,0	18,2	24,2
<i>Italia nord-occidentale</i>	<i>16,0</i>	<i>8,3</i>	<i>18,0</i>	<i>24,3</i>
<i>Italia nord-orientale</i>	<i>18,3</i>	<i>8,3</i>	<i>20,3</i>	<i>26,6</i>
<i>Italia centrale</i>	<i>19,6</i>	<i>9,2</i>	<i>24,9</i>	<i>28,8</i>
<i>Italia meridionale</i>	<i>20,2</i>	<i>7,2</i>	<i>20,4</i>	<i>27,4</i>
<i>Italia insulare</i>	<i>19,6</i>	<i>6,9</i>	<i>23,0</i>	<i>26,5</i>
Italia	18,4	8,0	20,9	26,4

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

si osserva nell'Italia centrale (28,8 per 100 persone). La differenza è spiegata in misura maggiore dagli esami specialistici che presentano quote più alte nel Centro (9,2 per 100 persone) rispetto al Sud e alle Isole. Anche nel Nord la percentuale di controlli specialistici è più alta (8,3 per 100 persone). Le regioni che presen-

tano le percentuali più alte per il ricorso ad accertamenti diagnostici sono la Toscana (30,1 per 100 persone), l'Emilia Romagna (29,5 per 100 persone) e il Lazio (28,9 per 100 persone).

Quelle in cui il volume di accertamenti è più basso sono la provincia autonoma di Bolzano (20,0 per 100 persone), il Friuli Venezia Giulia (20,2 per 100 persone) e la provincia autonoma di Trento (21,0 per 100 persone). Nel Sud sono più diffusi gli accertamenti di laboratorio (20,2 per cento) rispetto al Nord-Ovest (16,0 per cento) e Nord-Est (18,3 per cento).

La quota di accertamenti specialistici a pagamento intero raggiunge il 20,9 per cento. È più alta tra le persone di 25-44 anni soprattutto donne (39,2 per cento tra i 25-34 e 32,7 per cento tra i 35-44) e nell'Italia centrale (24,9 per cento). Lazio, Puglia, Marche e Sicilia sono le regioni nelle quali più frequentemente i controlli specialistici sono interamente a carico degli utenti.

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. Qui si presentano le caratteristiche demografiche di fondo in grado di influenzare la domanda sanitaria, le caratteristiche e i livelli di risposta garantiti dal SSN e il grado di soddisfazione dei cittadini.

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 1° gennaio 2006 la popolazione italiana residente ammonta nel complesso a

58.751.711 unità, mentre alla stessa data del 2005 ammontava a 58.462.375 unità, con un incremento dello 0,5 per cento medio annuo. La popolazione risiede per il 26,5 per cento nel Nord-Ovest, per il 18,9 per cento nel Nord-Est, per il 19,3 per cento nel Centro, per il 24 per cento nel Sud e per il restante 11,4 per cento nelle Isole, senza significative variazioni rispetto al 1° gennaio 2005. La crescita della popolazione è stata particolarmente forte nel Centro-Nord del paese, con un incremento medio annuo dello 0,8 per cento nel Nord-Est e dello 0,7 per cento nel Nord-Ovest e nel Centro. Nel Sud la crescita della popolazione è risultata pari a zero, mentre nelle Isole è stata appena dello 0,1 per cento. La crescita della popolazione è stata favorita prevalentemente dal saldo positivo delle migrazioni con l'estero (+260.644), ma anche dal saldo positivo tra recuperi e regolarizzazioni postcensuari (+41.974), saldi positivi soltanto di poco controbilanciati dal saldo negativo della dinamica naturale (-13.282).

Nel panorama internazionale l'Italia continua a essere uno dei paesi con la popolazione più anziana (Tab. 2.27), com'è testimoniato dal fatto che al 1° gennaio 2006 la popolazione di 65 anni e più ammonta al 19,7 per cento – dunque quasi un residente su cinque – contro il 18,7 per cento del 1° gennaio 2003. Il medesimo indicatore era pari al 13,1 per cento all'inizio degli anni Ottanta. Aumenta, analogamente, la percentuale di popolazione con 80 anni e più, che al 1° gennaio 2006 incide per il 5,1 per cento del totale, ossia un residente su 20.

Lo squilibrio della popolazione in favore delle età più elevate è ancora più rilevante, considerando che la riduzione dei livelli di fecondità negli ultimi venticinque anni ha comportato una riduzione costante della popolazione dei giovani fino a 14 anni, scesa nel 2006 a rappresentare il 14,1 per cento del totale, contro il 22,6 per cento del 1980. Conseguentemente il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato anch'esso un costante aumento negli anni attestandosi al 140 per cento nel 2006 e lo stesso vale per l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età attiva e non attiva, che ha toccato al 1° gennaio 2006 un valore pari al 51,1 per cento.

A livello territoriale l'invecchiamento della popolazione è un processo demografico allargato a tutte le aree del paese. Il fenomeno si presenta particolarmente avanzato nel Centro-Nord, dove la popolazione con 65 anni e più al 1° gennaio 2006 oltrepassa la quota del 20 per cento del totale e quella con 80 anni e più il 5 per cento. Nel Mezzogiorno giovani e anziani sono numericamente ancora abbastanza in equilibrio ma con una chiara tendenza verso un ulteriore processo d'invecchiamento della popolazione.

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.

Tabella 2.27 Indicatori di struttura demografica, per regione (2003-2006)

	2003				2004				2005				2006			
	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutt. (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutt. (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutt. (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutt. (2)	Età media
Piemonte	21,3	176,6	50,0	44,4	21,6	177,2	50,9	44,5	21,9	178,1	51,9	44,6	22,4	180,7	53,5	44,8
Valle d'Aosta	19,5	151,3	48,0	43,3	19,7	151,2	48,5	43,4	19,9	152,3	49,3	43,5	20,2	152,5	50,2	43,6
Lombardia	18,2	138,1	45,8	42,5	18,5	138,9	46,7	42,7	18,8	139,9	47,6	42,8	19,4	142,5	49,4	42,9
Bolzano	15,8	92,4	49,1	39,6	16,0	93,7	49,5	39,8	16,3	95,4	49,9	40,0	16,6	97,5	50,6	40,2
Trento	18,4	122,9	50,2	41,9	18,6	123,0	50,7	42,0	18,7	123,5	51,1	42,1	18,7	122,2	51,6	42,2
Veneto	18,3	135,6	46,5	42,3	18,5	135,9	47,2	42,5	18,7	136,7	48,0	42,6	19,2	138,2	49,4	42,8
Friuli Venezia Giulia	21,6	188,8	49,2	45,0	21,7	187,9	49,9	45,1	22,0	188,2	50,8	45,2	22,6	187,7	52,8	45,3
Liguria	25,4	240,3	56,1	47,0	25,6	239,8	57,0	47,1	25,9	239,9	57,9	47,1	26,5	239,7	60,2	47,3
Emilia Romagna	22,3	192,1	51,4	44,9	22,4	188,9	52,3	45,0	22,6	186,8	53,2	45,0	22,7	182,2	54,3	44,9
Toscana	22,3	190,3	51,6	44,9	22,5	189,9	52,4	45,0	22,8	190,2	53,2	45,1	23,2	191,4	54,7	45,2
Umbria	22,6	184,6	53,6	44,6	22,8	184,8	54,1	44,7	22,9	185,5	54,5	44,7	23,3	186,7	55,6	44,9
Marche	21,8	169,7	53,2	43,9	22,0	170,6	53,8	44,0	22,2	171,3	54,3	44,1	22,6	172,7	55,4	44,2
Lazio	17,7	125,2	46,8	41,8	18,0	127,3	47,4	42,0	18,3	129,2	48,0	42,1	19,1	137,6	49,3	42,5
Abruzzo	20,5	147,1	52,5	42,6	20,7	149,5	52,6	42,8	20,8	152,0	52,6	43,0	21,3	158,8	53,1	43,3
Molise	21,4	151,5	55,2	42,8	21,6	155,3	55,2	43,0	21,8	158,4	55,0	43,2	22,0	164,5	54,6	43,5
Campania	14,2	76,0	49,2	37,7	14,4	78,1	49,1	38,0	14,6	80,2	49,0	38,2	15,3	87,4	48,9	38,8
Puglia	15,8	94,0	48,2	39,2	16,1	97,3	48,4	39,5	16,4	100,6	48,5	39,8	17,3	109,7	49,3	40,5
Basilicata	18,7	119,3	52,2	40,7	19,0	123,6	52,4	41,0	19,3	127,5	52,5	41,3	19,9	137,1	52,3	41,9
Calabria	17,2	102,9	51,1	39,7	17,4	107,0	50,9	40,0	17,7	111,1	50,6	40,3	18,3	119,8	50,5	40,9
Sicilia	16,8	96,4	51,8	39,5	16,9	98,7	51,7	39,7	17,1	101,0	51,5	39,9	18,0	111,1	51,9	40,6
Sardegna	16,1	115,8	42,9	40,7	16,4	119,9	42,9	41,0	16,7	124,2	43,1	41,4	17,6	137,0	43,8	42,1
Italia	18,7	130,3	49,1	42,0	18,9	132,1	49,6	42,1	19,1	134,1	50,1	42,3	19,7	139,9	51,1	42,6

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

Fonte: elaborazione OASI su dati ISTAT

A tal 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.

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. Tanto maggiore il numero di prestazioni, tanto maggiore può essere considerata l'efficacia, a meno che non sia rilevabile un uso distorto delle strutture;
- ▶ frequenza di «eventi» che segnalano situazioni di disfunzioni (per esempio denunce di disfunzioni e carenze assistenziali o mancata risposta alla richiesta di prestazioni, azioni legali e reclami), che può però essere correlata alla presenza o assenza di movimenti di difesa del cittadino-paziente.

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

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

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 verranno presentati alcuni dati relativamente ai tre indicatori.

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 2007), da cui emerge che nel 2005 (Tab. 2.28) il 59,5 per cento dei ricoveri fuori regione è stato effettuato per maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta, mentre il 21,5 per cento perché la struttura era più comoda da raggiungere o più vicina ai parenti, il 13,9 per cento per mancanza di fiducia nelle strutture della regione.

Nel Sud e nelle Isole è più elevata la percentuale di chi non ha fiducia nelle strutture della regione di residenza (20,7 per cento) e di chi ha più fiducia nella

Tabella 2.28 Persone con almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista fuori della regione di residenza o all'estero e motivi per cui sono state ricoverate al di fuori della propria regione di residenza, per ripartizione geografica

	Motivi della scelta dell'ultimo ricovero in un'altra regione o all'estero (b)								
	Fuori regione o all'estero (a)	Fiducia nella competenza dei medici della struttura	Non ha fiducia nelle strutture della sua regione di residenza	Motivi logistici*	L'attesa era troppo lunga, non c'era posto nelle strutture della sua regione	Le è stata consigliata da parenti/conoscenti	La specialità clinica di cui aveva bisogno non era disponibile nella sua regione	si trovava fuori regione per studio/avoro/vacanza	Altro
Italia settentrionale	5,4	47,2	9,3	23,2	5,2	4,8	10,9	5,3	6,4
Italia centrale	6,9	68,9	8,4	25,3	3,5	0,0	14,3	0,9	1,4
Italia meridionale e insulare	7,7	65,8	20,7	18,2	0,9	9,7	11,0	2,9	2,6
Italia	6,5	59,5	13,9	21,5	3,0	5,9	11,6	3,4	3,8

a. Su 100 persone ricoverate. b. Su 100 persone ricoverate all'estero.
* Più comoda da raggiungere/più vicina a chi poteva dare assistenza.

Fonte: ISTAT 2007

competenza dei medici di altre regioni (aspetto particolarmente rilevante nelle regioni del centro). I ricoveri fuori regione, secondo l'analisi ISTAT sono pari al 6,5 per cento dei ricoveri complessivi e la quota è più elevata nel Sud e nelle Isole (7,7 per cento).

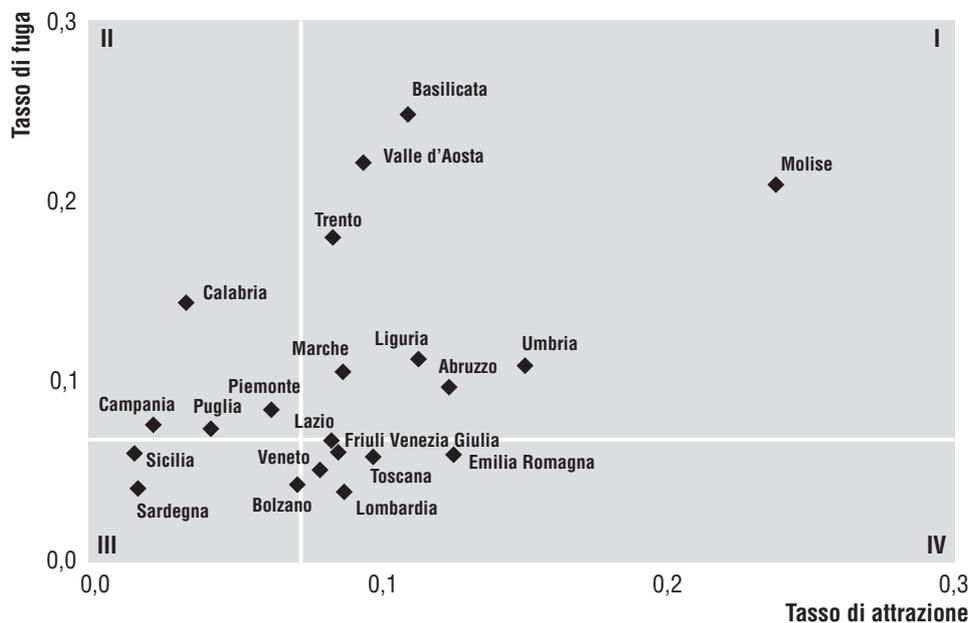
L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse.

Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

La Fig. 2.18 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2004 relative 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 2.18 **Posizionamento delle regioni in base all'indice 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

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

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

-
- ▶ 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).
 - ▶ 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 «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 «autosufficienti» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata e in uscita.
-

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 che 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), mentre 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 la provincia autonoma di Trento e la 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 0,03 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. 2.19 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

- ▶ assorbimento della mobilità: rapporto tra la mobilità attiva di una regione (nu-

mero di pazienti provenienti da fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni³³;

- ▶ 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. 2.19 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 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 (8,9 per cento), Lombardia (8,3 per cento), Sicilia e Puglia (8,1 per cento) e Calabria (7,9 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).

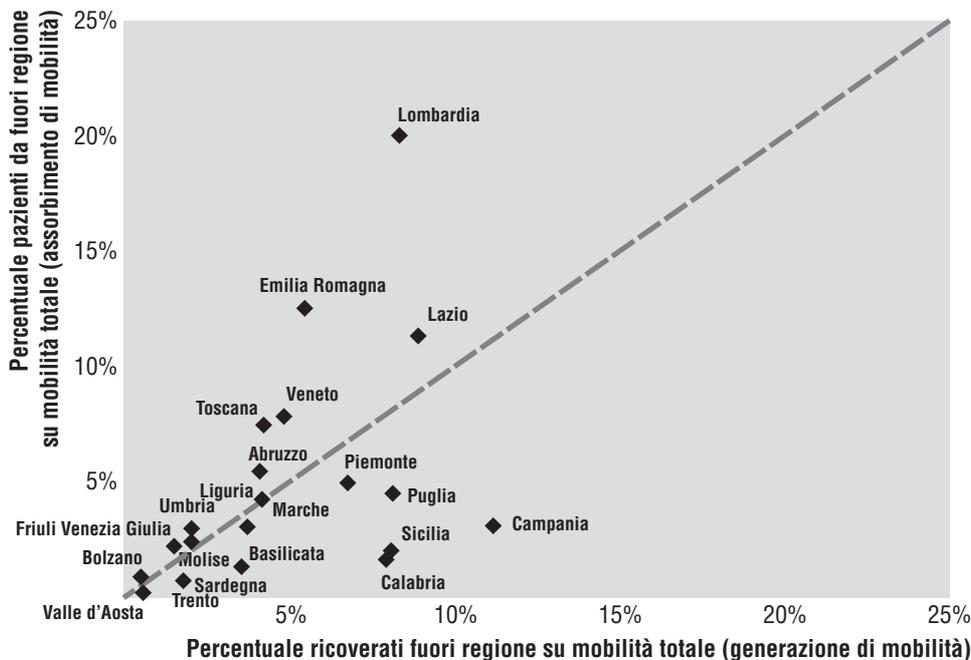
Come già evidenziato in passato, benché il controllo della mobilità fuori regione possa rappresentare un aspetto critico per il contenimento della spesa sanitaria³⁴, non sembra rilevabile una correlazione diretta tra saldo della mobilità e ammontare dei disavanzi.

Passando al problema dei tempi di attesa, negli ultimi anni, è stata dedicata for-

³³ Escludendo sia i ricoveri di pazienti provenienti dall'estero che con provenienza sconosciuta.

³⁴ 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 attività verso i residenti della regione). Questo potrebbe ostacolare il raggiungimento di un equilibrio economico a livello di SSR.

Figura 2.19 Assorbimento e generazione della mobilità nelle regioni (2004)



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

te attenzione al tema³⁵, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e gestione delle liste di attesa.

Nello specifico i riferimenti normativi per l'argomento emanati fino a oggi sono sintetizzati in Tab. 2.29.

Alla luce di quanto sopra riportato, si evidenzia come il quadro normativo di riferimento ha recentemente avuto una accelerazione nel rendere obbligatorie una serie di azioni, tra le quali si segnalano l'indicazione all'uso sistematico delle classi di priorità come primo strumento per garantire l'equità e la risposta tempestiva ai bisogni dell'utente, la definizione dei tempi massimi garantiti per una numerosa serie di prestazioni di ampia diffusione, il divieto alla sospensione delle prenotazioni.

A oggi le prestazioni per cui sono stati individuati i tempi massimi sono:

- ▶ esami diagnostici (60 giorni);
- ▶ visite specialistiche (30 giorni);
- ▶ interventi oncologici (tra 30 e 180 giorni a seconda della tipologia di intervento);
- ▶ interventi per protesi d'anca (tra 90 e 180 giorni);

³⁵ La metodologia della rilevazione dei tempi d'attesa rappresenta uno dei 15 obiettivi del Progetto «Mattoni» del NSIS.

Tabella 2.29 I riferimenti normativi in tema di liste d'attesa

Legge 833/1978	«L'utente può accedere ad ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse (...). Le unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture (...).»
Legge 724/1994	Modalità per garantire la trasparenza nella gestione delle liste d'attesa, creando registri di prenotazione e rendendo disponibili i dati sulle prenotazioni in ciascuna sede di erogazione delle prestazioni
Il D.P.C.M. del 19 maggio 1995	Importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e necessità di prestare un'adeguata attenzione. La Carta dei servizi deve indicare quali prestazioni sanitarie eroga l'azienda sanitaria (USL o AO), con quali modalità di accesso e con quali tempi di attesa
D.lgs. 124/1998	Attribuzione alla regione del compito di definire i criteri generali e prevedere idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'Azienda USL o dell'AO in caso di reiterato mancato rispetto dei termini per l'erogazione delle prestazioni
PSN 1998-2000	Necessità di adottare significativi interventi per abbattere le liste di attesa, anche tramite linee guida cliniche o protocolli diagnostico-terapeutici
«Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN», pubblicata a maggio 2001 a cura della Commissione sui tempi di attesa	La rilevazione può avvenire in due forme: <ul style="list-style-type: none"> • <i>ex ante</i>, come rilevazione (prospettica) a un determinato giorno indice della differenza tra data di esecuzione prospettata e data della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come percepito dall'utente); • <i>ex post</i>, come rilevazione (retrospettiva) della differenza tra la data dell'effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il punto di vista dell'azienda); tale valutazione richiede un sistema informatizzato che rilevi i tempi di attesa per le prestazioni realmente erogate, escludendo sia il drop out che le prestazioni annullate dall'azienda
Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 14 febbraio 2002 e Accordo dell'11 luglio 2002 (Repertorio atti n. 1488)	Modalità di accesso alle prestazioni e indirizzi per l'individuazione di soluzioni efficaci per la fissazione dei tempi di attesa specificando l'elenco di prestazioni selezionate, definite dall'accordo del 14 febbraio
DPR 23.5.2003	(i) il diritto alla salute comporta la necessità di non differenziare i tempi di accesso per stato sociale ed economico; 2. l'equità relativamente ad accesso, appropriatezza e qualità delle cure sottolinea il ruolo della componente clinica e assistenziale nella definizione di priorità, che va di pari passo con la definizione di appropriatezza delle prestazioni; 3. la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti obbliga a rendere espliciti i percorsi di cura e i criteri per l'accesso secondo priorità, dovendo altresì individuare i tre livelli dell'organizzazione deputati a rendere praticabile e sostenibile l'applicazione del modello: il livello esecutivo, il livello operativo, il livello di supervisione
PSN 2006-2008	Necessità di diffusione dei CUP e dell'utilizzo sistematico delle priorità per l'accesso (sia in termini generali, sia più marcato per alcuni settori, quali l'oncologia e l'urgenza)
Legge 266/2005	(i) obbligo per le aziende di definire i tempi massimi d'accesso garantiti per una serie di prestazioni di ampio utilizzo; 2. divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni (sono previste sanzioni amministrative per i trasgressori); 3. indicazione all'uso sistematico delle priorità per l'accesso alle prestazioni; 4. potenziamento dei CUP, anche con uno specifico finanziamento
Piano nazionale sulle liste d'attesa approvato il 28 marzo 2006 e recepito dall'accordo del 20 novembre 2006	Le prestazioni rispetto alle quali è necessario monitorare i tempi di attesa sono state selezionate considerando ambiti ove si ritiene maggiore il livello di appropriatezza (oncologia, cardiovascolare), oppure ad alta domanda (visite specialistiche), alta complessità tecnologica o che presentano forti differenze di accessibilità tra le regioni. Esse sono divise in due categorie: 52 che richiedono immediatamente l'intervento delle regioni, 48 per le quali le regioni potranno rinviare l'inserimento nei piani attuativi, in quanto si riconosce la necessità di un maggiore approfondimento conoscitivo, che si dovrà realizzare attraverso un'attività di monitoraggio da condursi a partire dal secondo semestre del 2006 e con termine entro il 2008, coordinata a livello nazionale dall'ASSR e con rapporti annuali sull'attività svolta e i risultati prodotti

- ▶ interventi per cataratta (180 giorni);
- ▶ prestazioni diagnostico-terapeutiche in DH-coronarografia (tra 60 e 120 giorni);
- ▶ radioterapia e chemioterapia (tempi di accesso variabili, stabiliti dalle regioni).

Infine, il Progetto Mattoni (cfr. *infra*) ha dedicato un intero «mattoncino» (Mattoncino 06) all'individuazione di una metodologia che consenta di rilevare sistematicamente il tempo di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo principale di questo Mattoncino è stato quello di giungere alla definizione del set di informazioni rilevanti per la descrizione del fenomeno, di individuare una metodologia per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa prospettati ed effettivi e delle modalità di lettura e interpretazione degli stessi, sia per le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario che per quelle erogate in ambulatorio. Inoltre, il Mattoncino intende definire linee guida per la progettazione dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), per la stratificazione della domanda secondo criteri di priorità e per la misurazione dei tempi di attesa sui percorsi diagnostico-terapeutici. Il gruppo di lavoro ha chiuso la sua attività il 27 giugno 2006.

In termini di rilevazione delle liste, si segnala che il 30 marzo 2007 sono stati presentati i risultati del monitoraggio dei Piani regionali di contenimento dei tempi di attesa per prestazioni sanitarie erogate sia in regime ambulatoriale che di ricovero, anche nell'ambito di pacchetti di prestazioni o percorsi diagnostico-terapeutici ove definiti.

L'analisi dei Piani regionali ha evidenziato che tutte le regioni e province autonome hanno predisposto un piano di attuazione del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base di quanto previsto dall'Intesa 28 marzo 2006 e del successivo accordo del 20 novembre 2006.

Il monitoraggio ha evidenziato i tempi con cui ogni regione si è impegnata con propria delibera a erogare prestazioni ambulatoriali e di ricovero in aree di intervento prioritarie tra le quali l'area oncologica, cardiovascolare, geriatrica, materno infantile.

Inoltre si è proceduto, tramite indagine nazionale, a verificare l'estensione dell'utilizzo dei siti Web da parte di regioni, province autonome e di strutture sanitarie, quale strumento informativo su tempi e liste d'attesa.

L'analisi ha evidenziato che solo il 23 per cento dei siti Web esplorati (regioni e province autonome, ASL, AO, IRCCS e policlinici) fornisce dati in tal senso (Tab. 2.30). L'informazione è risultata carente su tutto il territorio nazionale indipendentemente dalla tipologia di struttura considerata, nonostante siano stati adottati criteri di inclusione poco restrittivi. Per quanto riguarda le regioni e le province autonome, solo 4 siti Web forniscono dati su tempi e liste d'attesa, anche se con modalità diverse.

L'indagine ha dimostrato in maniera chiara che le strutture sanitarie utilizzano Internet in maniera insufficiente, nonostante le caratteristiche intrinseche e le

Tabella 2.30 **Presenza di dati su tempi e liste d'attesa (2006)**

	Siti Web esplorati	Siti Web con presenza di dati su tempi e liste d'attesa	Percentuale
Regioni e province autonome	21	4	19
ASL	179	48	27
AO	93	18	19
IRCCS	51	8	16
Policlinici universitari	11	4	36
Totale	355	82	23

Fonte: elaborazione su dati ministero della Salute e ASSR

potenzialità di tale strumento come mezzo di comunicazione e di informazione nei confronti degli utenti e degli operatori.

Raggruppando ASL e AO per area geografica, si evidenzia la presenza di un trend decrescente Nord-Sud.

Si possono inoltre segnalare alcune criticità:

- ▶ accessibilità difficoltosa all'informazione da parte degli utenti, poiché le informazioni su tempi e liste d'attesa sono spesso «mimetizzate» all'interno del sito;
- ▶ aggiornamento non sistematico e spesso datato dei tempi d'attesa;
- ▶ disomogeneità tra le varie strutture in merito alle indicazioni dei tempi d'attesa e delle relative prestazioni.

Indipendentemente dalle evidenze 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.

In conclusione, il problema dei tempi d'attesa è particolarmente sentito dai cittadini. Infatti, secondo la rilevazione ISTAT, nel caso degli accertamenti diagnostici, una persona su tre è disposta a pagare per evitare lunghe attese (33,0 per cento). Così come, fra gli anziani, il motivo prevalente che induce a pagare gli accertamenti è la possibilità di evitare di aspettare per la prestazione (48,6 per cento). In linea di massima, la quota di persone che dichiarano la necessità di pagare per evitare di attendere troppo è relativamente bassa nell'Italia del Sud (25,1 per cento), ma è particolarmente elevata ne Centro Italia (38,3 per

cento) e nelle Isole (37,3 per cento). Nel Nord-Est invece si osserva la percentuale più alta di persone che fanno ricoveri a pagamento intero per motivi di attesa (18,5 per cento).

Nell'analizzare, infine, il livello di soddisfazione dei cittadini, si fa riferimento all'indagine dell'ISTAT «Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari». Considerando una scala di punteggi da 1 a 10, oltre un terzo (34 per cento) della popolazione di 18 anni e più si dichiara soddisfatta, fornendo un punteggio da 7 a 10, il 43,4 per cento dichiara un punteggio intermedio (5-6), il 17,2 per cento esprime insoddisfazione con un punteggio da 1 a 4 e il 5,4 per cento non risponde. Tra coloro che hanno dato un punteggio intermedio (43,4 per cento) il 26,2 per cento ha dato 6 e il 17,2 per cento ha attribuito un 5 al servizio sanitario pubblico (Tab. 2.31).

Le regioni nelle quali la popolazione dà un giudizio più negativo (punteggio da 1 a 4) sul servizio sanitario offerto sul territorio sono la Calabria (35,8 per cento), la Puglia (27,7 per cento) e la Sicilia (25,6 per cento). Quelle con un livello maggiore di soddisfazione (punteggio da 7 a 10) sono invece la provincia autonoma di Bolzano (68,8 per cento), la Valle d'Aosta (59,6 per cento), la provincia autonoma di Trento (58,8 per cento) e l'Emilia Romagna (47,2 per cento). All'aumentare dell'età cresce la quota di persone che esprimono un giudizio positivo sul servizio sanitario, passando dal 29 per cento nei giovani di 18-24 al 40 per cento nelle persone ultraottantenni.

Comparando il giudizio sul SSR con quello relativo ad altri servizi di pubblica utilità (Tab. 2.32) si osserva che il punteggio medio è 5,9, mentre il giudizio medio più basso si registra per il servizio televisivo RAI (5,3) e il più alto per il servizio acqua ed energia elettrica e gas (6,7). Viene confermato che le regioni più critiche sono Calabria, Puglia e Sicilia, mentre quelle che esprimono un giudizio più favorevole per il servizio sanitario del proprio territorio sono Valle d'Aosta, province autonome di Bolzano e di Trento.

Osservando la valutazione che i cittadini hanno dato sui cambiamenti avvenuti nel servizio sanitario pubblico nei dodici mesi precedenti la rilevazione (Tab. 2.33), emerge che il 44,9 per cento pensa non ci siano sostanziali cambiamenti, il 28,0 per cento ritiene che stia peggiorando, l'11,6 per cento che stia migliorando mentre una quota elevata (15,5 per cento) non sa esprimere un giudizio. Calabria (38 per cento), Puglia (33,7 per cento), Friuli Venezia Giulia (33,1 per cento) e Veneto (32,6 per cento) sono le regioni con la più alta quota di persone che ritengono che il servizio stia peggiorando. Ma mentre la Calabria e la Puglia sono regioni con livelli di soddisfazione già bassi, il peggioramento del Friuli Venezia Giulia e del Veneto avviene in una situazione di contesto positiva.

Si osserva una percentuale più alta, rispetto alla media, di giudizi positivi sull'andamento negli ultimi 12 mesi in Campania (15,5 per cento), Toscana (13,4 per cento), Valle d'Aosta (13,1 per cento) e Lombardia (13 per cento).

Tabella 2.31 **Persone di 18 anni e più e persone di 65 anni e più che hanno valutato il servizio sanitario del proprio territorio (2005)**

	Persone che hanno valutato il servizio sanitario del proprio territorio con voto 1-4		Persone che hanno valutato il servizio sanitario del proprio territorio con voto 5-6		Persone che hanno valutato il servizio sanitario del proprio territorio con voto 7-10	
	Persone di 18 anni e più	Persone di 65 anni e più	Persone di 18 anni e più	Persone di 65 anni e più	Persone di 18 anni e più	Persone di 65 anni e più
Piemonte	13,2	9,9	38,7	34,0	43,5	51,4
Valle d'Aosta	6,3	3,6	29,3	22,8	59,5	66,4
Lombardia	11,0	10,0	41,3	34,4	42,0	50,1
Bolzano	6,4	3,6	18,2	13,8	68,5	74,0
Trento	7,3	4,7	29,4	29,5	58,9	63,2
Veneto	14,1	12,1	39,7	32,6	39,8	47,0
Friuli Venezia Giulia	11,6	9,8	37,0	30,5	43,0	50,7
Liguria	14,0	12,5	49,1	46,6	34,4	38,4
Emilia Romagna	11,1	11,2	36,6	30,7	47,2	52,9
Toscana	10,6	9,2	44,8	42,9	39,0	40,8
Umbria	16,8	12,9	38,9	34,7	37,2	43,7
Marche	15,9	13,1	42,4	39,1	36,0	41,0
Lazio	19,7	18,3	49,0	47,8	25,0	27,0
Abruzzo	16,7	12,2	45,4	41,8	31,7	38,4
Molise	22,3	20,4	44,0	38,3	30,7	37,9
Campania	22,2	21,8	50,5	48,7	22,9	25,4
Puglia	27,7	28,8	43,8	42,2	23,9	24,0
Basilicata	21,3	15,9	47,2	47,3	26,1	29,8
Calabria	35,8	32,4	42,7	43,0	15,3	18,2
Sicilia	25,6	23,7	48,7	49,0	21,4	23,6
Sardegna	21,3	16,5	45,9	43,5	26,4	31,8
<i>Italia nord-occidentale</i>	<i>11,9</i>	<i>10,3</i>	<i>41,3</i>	<i>35,8</i>	<i>41,7</i>	<i>49,0</i>
<i>Italia nord-orientale</i>	<i>12,1</i>	<i>10,9</i>	<i>36,9</i>	<i>30,8</i>	<i>45,0</i>	<i>51,5</i>
<i>Italia centrale</i>	<i>16,0</i>	<i>13,9</i>	<i>45,9</i>	<i>43,7</i>	<i>32,0</i>	<i>35,3</i>
<i>Italia meridionale</i>	<i>25,2</i>	<i>24,0</i>	<i>46,6</i>	<i>44,8</i>	<i>23,3</i>	<i>26,0</i>
<i>Italia insulare</i>	<i>24,5</i>	<i>21,9</i>	<i>48,0</i>	<i>47,7</i>	<i>22,7</i>	<i>25,6</i>
Italia	17,2	15,3	43,4	39,6	34,0	39,4

Fonte: elaborazione su dati ISTAT 2007

Tabella 2.32 **Valutazione media sul servizio sanitario pubblico e sugli altri servizi di pubblica utilità (2005)**

	Servizio sanitario del suo territorio	Sevizio postale	Sevizio ferroviario	Sevizio scolastico	Sevizio telefonico	Servizio televisivo RAI	Servizio energia elettrica e gas	Servizio acqua
Piemonte	6,23	6,64	5,50	6,31	6,53	5,36	6,97	7,18
Valle d'Aosta	6,88	6,85	5,19	6,55	6,44	5,63	6,96	7,26
Lombardia	6,24	6,19	5,42	6,30	6,51	5,06	6,94	7,09
Trentino-Alto Adige	7,04	6,61	5,75	6,90	6,69	5,61	7,39	7,74
• Bolzano-Bozen	7,32	6,46	5,63	7,36	6,87	6,30	7,76	8,16
• Trento	6,79	6,73	5,86	6,52	6,52	4,99	7,05	7,37
Veneto	6,13	6,40	5,63	6,09	6,33	4,79	6,66	6,93
Friuli Venezia Giulia	6,32	6,60	5,54	6,01	6,40	4,89	6,85	7,18
Liguria	5,98	6,44	5,38	5,97	6,19	4,96	6,64	6,78
Emilia Romagna	6,37	6,50	5,70	6,18	6,40	5,01	6,74	6,91
Toscana	6,21	6,29	5,54	6,03	6,04	5,08	6,33	6,24
Umbria	6,02	6,56	5,70	6,09	6,21	5,23	6,50	6,37
Marche	5,95	6,73	5,94	6,15	6,36	5,31	6,76	6,91
Lazio	5,52	6,14	5,78	5,90	6,33	5,29	6,57	6,52
Abruzzo	5,81	6,20	5,78	6,04	6,18	5,47	6,46	6,57
Molise	5,60	6,28	5,62	6,13	6,17	5,86	6,57	6,41
Campania	5,50	5,71	5,84	5,95	6,27	5,86	6,43	6,25
Puglia	5,26	6,01	5,92	6,27	6,48	5,85	6,71	6,65
Basilicata	5,52	5,51	5,22	5,96	6,40	5,81	6,50	6,26
Calabria	4,82	5,70	5,35	6,05	6,25	5,70	6,52	5,90
Sicilia	5,31	5,77	5,59	6,09	6,54	5,78	6,74	6,15
Sardegna	5,56	6,01	5,35	5,78	6,27	5,14	6,43	6,24
Italia	5,87	6,19	5,62	6,12	6,38	5,33	6,69	6,68

Fonte: ISTAT 2007

Quindi in Campania, nonostante un elevato livello di insoddisfazione, si registra anche una quota più elevata di persone che giudicano che il sistema stia migliorando mentre nelle altre regioni si percepisce il miglioramento di una situazione già soddisfacente. Le regioni dove la popolazione, in misura superiore alla media, dichiara che la situazione è rimasta «più o meno come prima» sono: Valle d'Aosta, Basilicata e provincia autonoma di Trento, e tra questi i livelli di soddisfazione sono alti per Valle d'Aosta e provincia autonoma di Trento e bassi per la Basilicata.

Tabella 2.33 **Giudizi sul SSR negli ultimi 12 mesi (2005)**

	Valutazione del SSN «sta migliorando»		Valutazione del SSN «più o meno come prima»		Valutazione del SSN «sta peggiorando»	
	Persone di 18 anni e più	Persone di 65 anni e più	Persone di 18 anni e più	Persone di 65 anni e più	Persone di 18 anni e più	Persone di 65 anni e più
Piemonte	12,2	13,5	46,2	48,7	26,6	23,2
Valle d'Aosta	13,1	17,5	49,9	47,0	18,5	15,4
Lombardia	13,0	16,2	45,3	45,8	24,9	23,5
Bolzano	9,0	11,1	42,6	47,1	18,4	14,8
Trento	10,6	11,0	48,1	50,5	22,4	22,0
Veneto	9,7	11,5	39,7	38,1	32,6	33,7
Friuli Venezia Giulia	7,4	6,6	41,2	42,5	33,1	32,4
Liguria	12,8	12,6	45,9	46,3	26,5	28,3
Emilia Romagna	8,9	9,0	45,5	44,2	30,7	34,7
Toscana	13,4	14,6	46,1	42,7	25,6	28,6
Umbria	10,8	10,3	44,2	43,0	27,9	28,6
Marche	7,0	8,4	44,2	44,8	31,7	31,6
Lazio	11,1	11,0	45,7	46,6	27,9	30,5
Abruzzo	10,6	11,9	46,0	45,6	26,7	24,6
Molise	11,4	14,3	46,9	50,9	27,8	23,3
Campania	15,5	14,1	46,7	44,6	22,5	25,9
Puglia	11,4	9,0	42,8	41,6	33,7	38,1
Basilicata	12,0	13,8	48,4	48,7	25,8	21,3
Calabria	9,0	8,5	40,5	39,9	38,0	38,3
Sicilia	12,3	11,5	46,8	44,6	27,8	31,6
Sardegna	10,4	10,8	44,6	40,4	28,2	29,8
<i>Italia nord-occidentale</i>	12,7	14,9	45,7	46,7	25,5	24,0
<i>Italia nord-orientale</i>	9,1	9,8	42,6	42,0	30,9	32,8
<i>Italia centrale</i>	11,3	11,8	45,5	44,7	27,7	29,8
<i>Italia meridionale</i>	12,6	11,5	44,7	43,5	28,6	30,9
<i>Italia insulare</i>	11,8	11,3	46,2	43,6	27,9	31,1
Italia	11,6	12,2	44,9	44,3	28,0	29,1

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2007

La figura professionale verso la quale in Italia si ha maggiore fiducia (Tab. 2.34) è il medico di famiglia (64,3 per cento) seguito dal medico specialista privato (32,1 per cento) e dal medico ospedaliero (13,3 per cento).

Tabella 2.34 **Persone di 18 anni e più secondo la figura professionale per la quale dichiarano maggiore fiducia e la figura cui si rivolgono (2005)**

	Figura professionale di cui ha più fiducia			A chi si rivolge per prendere decisioni importanti sulla salute			
	Medico di famiglia	Medico ospedaliero	Medico specialista privato	Sente dei pareri ma poi sceglie lei	Si rivolge al medico di famiglia	Si rivolge a un medico specialista dell'ASL	Si rivolge a un medico privato di sua fiducia
Piemonte	62,4	13,1	33,8	14,3	66,3	3,4	12,4
Valle d'Aosta	58,6	10,5	34,6	18,4	60,5	3,7	13,1
Lombardia	62,8	14,3	32,9	14,7	65,9	2,8	12,7
Trentino-Alto Adige	63,4	17,8	31,6	13,6	63,0	7,0	8,6
• Bolzano-Bozen	63,9	19,8	29,5	12,1	62,0	8,4	8,3
• Trento	62,9	15,9	33,5	15,1	64,0	5,7	8,9
Veneto	62,1	16,7	33,3	14,7	65,7	4,3	10,1
Friuli Venezia Giulia	64,1	12,2	32,2	13,8	67,5	3,0	10,8
Liguria	65,0	12,3	33,6	13,8	65,0	2,6	15,0
Emilia Romagna	66,2	14,9	30,0	14,9	68,0	3,2	9,2
Toscana	66,1	14,4	29,4	12,8	71,3	2,9	8,9
Umbria	62,9	13,5	32,6	16,8	65,4	2,8	9,1
Marche	65,3	10,4	33,8	11,8	71,5	3,2	9,7
Lazio	63,7	14,6	29,3	15,8	62,7	3,1	12,7
Abruzzo	61,8	13,4	32,9	13,4	65,3	4,0	11,3
Molise	61,8	10,8	38,8	20,0	61,2	3,0	11,3
Campania	62,8	13,4	31,5	15,8	62,4	3,2	13,6
Puglia	66,7	8,6	36,4	17,1	64,5	2,6	11,7
Basilicata	62,2	9,2	34,7	20,3	62,3	2,0	11,6
Calabria	64,9	10,2	32,4	15,2	65,4	2,4	11,9
Sicilia	67,8	9,8	31,3	14,3	66,4	2,1	13,2
Sardegna	65,7	15,3	29,7	15,5	66,9	3,3	9,5
<i>Italia nord-occidentale</i>	62,9	13,7	33,2	14,5	65,9	3,0	12,9
<i>Italia nord-orientale</i>	64,0	15,6	31,8	14,6	66,5	4,0	9,7
<i>Italia centrale</i>	64,6	13,9	30,2	14,3	66,9	3,0	10,8
<i>Italia meridionale</i>	64,1	11,3	33,5	16,1	63,7	2,9	12,4
<i>Italia insulare</i>	67,2	11,2	30,9	14,6	66,5	2,4	12,2
Italia	64,3	13,3	32,1	14,9	65,8	3,1	11,7

Fonte: ISTAT 2007

Per prendere decisioni importanti sulla salute ci si rivolge infatti prevalentemente al medico di famiglia (65,8 per cento). Il 14,9 per cento della popolazione

decide autonomamente dopo aver sentito diversi pareri, l'11,7 per cento si rivolge a uno specialista privato e solo il 3,1 per cento consulta un medico specialista dell'ASL. Il ricorso al medico di famiglia è più frequente tra gli anziani, con una percentuale che aumenta con l'età a partire dal 62,2 per cento tra i più giovani (18-24 anni) fino al 75,7 per cento tra le persone di 75 anni e più, e tra le persone con titolo di studio meno elevato (74,6 per cento).

Dal punto di vista territoriale le differenze sono ancora una volta marcate. In particolare, il ricorso al medico di famiglia per prendere decisioni importanti sulla salute è più frequente in Marche, Toscana ed Emilia Romagna (rispettivamente 71,5, 71,3 e 68,0 per cento); il ricorso al medico privato è più frequente in Liguria, Campania e Sicilia (15,0, 13,6 e 13,2 per cento); infine, il ricorso al medico specialista dell'ASL è più frequente nella provincia autonoma di Bolzano, nella provincia autonoma di Trento e in Veneto (8,4, 5,7 e 4,3 per cento).

Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: giugno 2007)

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 modificata da L.R. 64/1995 e 61/1997
- ▶ Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 8/1995 modificata da L.R. 64/1995, 94/1995 e 69/1996

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 e 28/2001; Del.C.R. 401/2002 e 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. 56/1994
- ▶ Legge di organizzazione delle aziende sanitarie – L.R. 56/1994; Del.G.R. 3223/2002, 1015/2004, 1718/2004, 2058/2004, 2497/2004, 751/2005
- ▶ Legge di contabilità delle aziende sanitarie – L.R. 55/1994 modificata da L.R. 5/1996, 6/1996, 14/1998 e 46/1999
- ▶ Linee guida regionali per l'atto aziendale – D.G.R. 3415/2002

Friuli Venezia Giulia

- ▶ Legge di riordino del SSR – L.R. 41/1993, 12/1994, 13/1995, 8/2001, 23/2004 e 21/2005
- ▶ 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 e 13/1998

Liguria

- ▶ Legge di riordino del SSR – L.R. 42/1994 modificata da L.R. 30/1998 e 25/2000; L.R. 41/2006
- ▶ 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, 41/2006 (Titolo II)
- ▶ 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, 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. 67/2005 e 72/2005
- ▶ Linee guida regionali per l'atto aziendale – L.R. 40/2005, modificata da L.R. 67/2005 e 72/2005
- ▶ Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 40/2005, modificata da L.R. 67/2005 e 72/2005
- ▶ Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 40/2005, modificata da L.R. 67/2005 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; L.R. 24/2006
- ▶ Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del.G.R. 1346/2001
- ▶ Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997 e 12/1998; L.R. 26/2003; L.R. 24/2006
- ▶ Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 18/2000; L.R. 7/2002

Puglia

- ▶ Legge di riordino del SSR – L.R. 36/1994 modificata in attuazione dei D.lgs. 229/1999 e 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.G.R. 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 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 e 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 C.R.
- ▶ 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

- 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.
- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- 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.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integra-

- zioni», 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., Lecci F. (2006), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Cutler D., Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- 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.
- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, n. 12, sez. 113-124.
- ISTAT (2007), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Roma.
- Longo F. (2006), «Quale modello a regime per le società della salute toscane?», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 13.
- Lega F., Perri E. (2002), «Assessorati Regionali alla Sanità ed 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.
- 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.
- 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.