

2. La struttura e le attività del SSN

di Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Attilio Gugiatti e Francesco Petracca

APPENDICE ONLINE

Appendice I. Ulteriori grafici e tabelle

Tabella A.2.1 - Numero di strutture di ricovero, per tipologia e regione (2016)

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL e ASST (1)	Aziende Osped.	AO integrate con l'Università	AO (Aziende Osped. + AO integrate con l'Univ.) (2)	AOU integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (4)	IRCCS privati (5)	Policlinici Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Case di Cura private accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACCREDITATE (8)	Case di Cura private non accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE
Piemonte	21	3	3	6			27	3			6		37	46	9	55
Valle d'Aosta	1						1						1	1		1
Lombardia	27					5	32	21		5			67	93	9	102
PA Bolzano	7						7						6	6	4	10
PA Trento	7						7			1			5	6		6
Veneto	21	1	1	2		1	24	2		5	5		16	28	1	29
Friuli VG	8					2	10						5	5		5
Liguria	6					2	8	1		2			5	8	2	10
Emilia Rom. (*)	15	1	4	5		2	22	1			1		44	46	3	49
Toscana	31		4	4			35	2			2	1	23	28	4	32
Umbria	8	2		2			10						5	5		5
Marche	5	2		2		1	8						14	14		14
Lazio	35	2	2	4	1	2	42	4	2	8	2		60	76	26	102
Abruzzo	17						17						10	10		10
Molise	3						3	1				1	3	5		5
Campania	32	6	1	7	2	1	42	1		3	1		62	67	2	69
Puglia	25		1	1	1	2	29	3		2			26	31		31
Basilicata	11	1		1		1	13						1	1		1
Calabria	16	4		4		1	21						28	28		28
Sicilia	53	5		5	3	2	63	2		1	1		59	63	1	64
Sardegna	22	1		1	2		25						8	8		8
Italia 2016	371	28	16	44	9	22	446	41	2	27	18	2	485	575	61	636
Italia 2015	347	57	18	75	9	22	453	41	2	27	18	2	493	583	62	645
Italia 2010	429	/	/	82	8	23	542	37	2	30	21	3	521	614	67	681
Italia 2005	528	/	/	95	9	22	654	32	2	40	11	3	536	624	80	704
Italia 2000	639	/	/	98	9	22	768	29	2	44	13	/	525	613	108	721

(1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'Indirizzario del Ministero della Salute aggiornato al 30 dicembre 2016. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92). A questi sono stati aggiunte le ASST lombarde.

(2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'Indirizzario ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti. Il lettore noterà una notevole differenza rispetto al dato 2018 riportato e commentato nel precedente paragrafo (43), a cui invitiamo a fare riferimento: l'Indirizzario del Ministero cataloga le ASST lombarde all'interno delle Aziende Ospedaliere, senza valorizzare le peculiarità che hanno spinto gli autori del presente contributo a classificarle nel computo delle aziende territoriali. Il conteggio 2016 è stato qui riportato per mantenere l'omogeneità cronologica della rilevazione rispetto alle altre tipologie di strutture di ricovero.

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

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

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

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

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

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

(*) In Emilia Romagna, l'Indirizzario del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'Indirizzario. Inoltre, a partire da luglio 2017, la titolarità di tale IRCCS è stata trasferita alla nuova Azienda UsI.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute - Indirizzario 2016, Cantù (2000), Ferré e Ricci (2011)

- Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (371 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro e del Sud (69,5% del totale) e in costante riduzione nel corso degli ultimi 20 anni a fronte della razionalizzazione della rete ospedaliera.

- Si contano 63 IRCCS, di cui 41 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (26, di cui 21 privati). Gli IRCCS pubblici sono caratterizzati da notevole peculiarità in termini di governance e attività svolte (si confronti il D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003) che ne giustificano la “conservazione istituzionale”: il loro numero non ha visto significative variazioni negli anni. Gli IRCCS privati invece sono in aumento dal 2000 (+12 unità) come risultato delle strategie di specializzazione delle altre tipologie di strutture accreditate.
- Nello arco di tempo 2000-2016 anche le strutture private (accreditate e non) sono diminuite, seppure con tassi di riduzione più contenuti (-11,8% contro un decremento percentuale di 41,9 punti nel pubblico). Le case di cura hanno registrato una leggera flessione (-40 unità, -7,6%): si nota un moderato aumento agli inizi degli anni Duemila seguito da una progressiva diminuzione, dovuta anche a dinamiche di acquisizione dei grandi gruppi ospedalieri negli anni della crisi economica (Carbone *et al.*, 2014). Una nuova flessione è attesa come risultato dell’applicazione del DM 70/2015, che ha introdotto una soglia di accreditabilità a livello dimensionale.

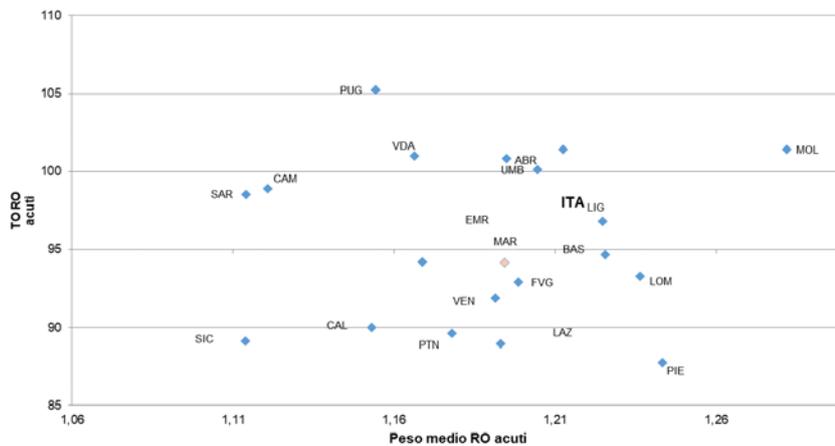
Tabella A.2.2 – Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2015-2017)

	2015		2016		2017	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Regime Ordinario						
DRG medico	3.694.704	57,7%	3.585.234	57,0%	3.564.968	57,0%
DRG chirurgico	2.703.330	42,3%	2.703.337	43,0%	2.691.057	43,0%
Totale RO	6.398.034	100,0%	6.288.571	100,0%	6.256.025	100,0%
Day Hospital						
DRG medico	950.852	45,9%	872.744	44,7%	804.305	44,2%
DRG chirurgico	1.118.971	54,1%	1.079.132	55,3%	1.016.602	55,8%
Totale DH	2.069.823	100,0%	1.951.876	100,0%	1.820.907	100,0%
Totale (RO+DH)	8.467.857		8.240.447		8.076.932	

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO

- A livello nazionale, nel 2017 il totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 4.369.273 e 3.707.659: 54,1% contro 45,9%)
- Tra 2015 e 2017 si può osservare una sostanziale stabilità delle quote di ricoveri in regime ordinario con DRG medico e chirurgico ed entrambe le attività mostrano un decremento in termini assoluti, in linea con il trend generale
- Col tempo, si sono ridotte le regioni che registrano un'incidenza dei ricoveri chirurgici in regime ordinario per acuti sul totale minore del 36%, fissato come soglia minima dal Comitato ministeriale dei LEA: nel 2017 solo Calabria (35,6%), Sardegna (34,9 %) e Liguria (34,2%) non hanno ricevuto una valutazione positiva, pur riportando un aumento dell'incidenza percentuale rispetto all'anno precedente.
- Per quanto riguarda i ricoveri in DH, prevale l'attività di Day Surgery (55,8%, in crescita di 1,8 punti percentuali negli ultimi 3 anni e di 10,3 rispetto al 2010).

Figura A.2.1 – Peso medio dei RO acuti e relativo tasso di ospedalizzazione, per regione (2017)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

- È possibile mettere in relazione il tasso di ospedalizzazione standardizzato totale dei RO acuti (intra-regione ed extra-regione), con una misura di complessità come il peso medio (PM)
- Il PM fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG e nel 2017 è risultato pari a 1,19, invariato rispetto al 2016.
- Nonostante sia in riduzione, persiste la correlazione negativa tra le due variabili
- Le regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un TO inferiore alla media nazionale (pari a 94,2%): si vedano principalmente i valori della Toscana (1,31; 87,7) e del Piemonte (1,24; 87,7)
- All'opposto, le regioni con PM minore registrano TO più elevati della media nazionale, con l'eccezione della Calabria (1,15; 90,0): si vedano i dati della PA di Bolzano (1,05;108,6) e della Puglia (1,15; 105,2).

Tabella A.2.3 Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2017)

Regione	% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici		% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico		% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni (1)		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (2)	
	1998	2017	1998	2017	2006	2017	1998	2017
Piemonte	38,6	22,8	9,1	9,4	7,7	5,9	26,9	26,7
Valle d'Aosta	50,7	33,1	14,0	11,3	9,2	4,7	21,5	27,9
Lombardia	38,4	27,0	11,3	9,1	4,9	5,4	23,3	26,7
PA Bolzano	44,3	38,5	16,3	8,6	4,9	4,1	17,3	24,6
PA Trento	42,1	35,2	11,1	8,4	8,4	5,8	22,5	22,0
Veneto	41,9	30,6	8,3	9,0	7,1	6,3	24,5	23,0
Friuli VG	36,1	25,5	11,0	11,1	6,5	4,7	19,0	22,4
Liguria	40,5	25,9	12,9	9,2	5,2	4,9	28,5	31,0
Emilia Romagna	34,5	22,3	15,7	9,2	3,7	3,6	29,3	25,8
Toscana	41,5	22,4	10,5	8,1	3,9	2,3	22,5	26,4
Umbria	47,3	28,0	18,1	11,6	3,1	3,5	25,5	27,4
Marche	40,2	23,4	8,2	8,2	5,0	5,6	33,2	33,2
Lazio	43,4	32,6	13,8	9,4	5,9	5,5	35,5	36,8
Abruzzo	51,1	28,3	9,9	8,2	3,3	3,5	33,5	34,9
Molise	48,9	32,8	8,9	9,5	4,7	4,5	33,5	42,1
Campania	53,4	32,2	19,9	14,3	2,9	3,3	48,0	54,2
Puglia	52,9	33,9	12,7	10,3	3,6	3,8	35,1	42,1
Basilicata	64,4	35,2	16,0	7,8	3,4	3,3	41,8	36,8
Calabria	56,4	36,5	13,0	9,6	3,4	3,5	34,2	37,5
Sicilia	54,4	31,2	14,5	6,9	2,6	3,9	36,6	41,8
Sardegna	50,1	35,9	12,5	12,3	5,2	3,6	26,0	37,1
ITALIA	44,9	28,6	12,8	9,6	4,6	4,5	31,4	33,8

Nota:

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

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

Fonte: Elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- La Tabella 2.11 opera un confronto tra gli anni 1998 e 2017 di alcuni indicatori di inappropriata¹ organizzativa e clinica. Tra i più significativi indicatori di inappropriata organizzativa troviamo: (i) la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, (ii) la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico e (iii) la percentuale di ricoveri oltre-soglia con DRG medico in pazienti anziani². Un indicatore che esprime l'inappropriata clinica è, invece, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.
- **Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico:** la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari a 28,6 su scala nazionale, è notevolmente diminuita tra il 1998 e il 2017, con le riduzioni più rilevanti registrate in Basilicata (-29,1 punti percentuali) e Sicilia (-23,2). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord, ma la distanza media si è sensibilmente ridotta (da 12,5 a 5,6 punti percentuali – RICALCOLATO? COME?);
- **Percentuale di ricoveri brevi:** la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è pari al 9,6% ed è diminuita lievemente (3,2 punti percentuali) tra il 1998 e il 2016; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza 7,4 punti percentuali nel 2017 tra la regione con la percentuale più elevata – Campania, che rappresenta un outlier negativo con il 14,3% – e la regione con la

¹ Non si vuole, ovviamente, sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente inappropriati; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e sulle procedure terapeutiche.

² Rapporto percentuale tra il numero di ricoveri ordinari di tipo medico con durata della degenza superiore alla soglia DRG specifica dei pazienti con età superiore o uguale a 65 anni ed il numero totale di dimissioni dei pazienti appartenenti alla stessa fascia di età. L'indicatore esprime l'inappropriata permanenza in ospedale della popolazione anziana nelle discipline per acuti ed è indice di potenziale inadeguatezza dei servizi territoriali, sia in termini di disponibilità di posti letto, sia in termini di funzionalità della rete ospedale-territorio (RSA, servizi domiciliari, ecc.).

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

percentuale più bassa – Sicilia con il 6,9%). Anche per questo indicatore sono Basilicata (-8,2 punti percentuali) e Sicilia (-7,6) ad avere registrato i maggiori miglioramenti;

- **Incidenza di ricoveri per acuti in RO oltre il valore soglia erogati per anziani (over65):** rispetto al 2006, l'indice è pressoché stabile passando da 4,6 a 4,5 (-0,1 punti percentuali). Per questo indicatore risulta ancora più marcato il gradiente Nord-Sud. In questo caso, però, quasi tutte le regioni del Centro-Nord (fanno eccezione PA di Bolzano, Emilia Romagna, Toscana e Umbria), registrano nel 2017 valori superiori al dato nazionale, mentre, per converso, tutte le regioni del Sud si trovano al di sotto del valore medio nazionale;
- **Percentuale di parti cesarei:** Si osserva nel tempo un peggioramento³ diffuso su tutto il territorio, con un aumento generalizzato dell'incidenza dei parti cesarei. Tuttavia, nel 2017 si registra un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente (33,8%, -1,1 punti percentuali), consolidando il trend di riduzione in atto a partire dal 2010 era pari al 38,2%. Tutte le regioni del Nord (a eccezione della Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (<30%). Tutte le regioni del Sud, invece, così come il Lazio e le Marche, si collocano tutte al di sopra dello standard ministeriale, con il massimo registrato in Campania (54,2%, con 4,8 punti percentuali di riduzione rispetto al 2016).

³ La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde a un valore inferiore al 30% dei parti totali.

Tabella A.2.4. Procedure chirurgiche: numero di procedure per 100.000 abitanti (2000; 2010; 2017 o ultimo anno disponibile)

Paesi	Sostituzione del ginocchio e dell'anca				Colecistectomia laparoscopica				Angioplastica coronarica				Bypass aorto-coronarico			
	2000	2010	2017 o ultimo anno disponibili	Delta % 2010-2016	2000	2010	2017 o ultimo anno disponibili	Delta % 2010-2016	2000	2010	2017 o ultimo anno disponibili	Delta % 2010-2016	2000	2010	2017 o ultimo anno disponibili	Delta % 2010-2016
UE (15)																
Austria	328,1	481,1	512,9	6,6%	246,8	225,8	214,8	-4,9%	n.d.	240,6	292,3	21,5%	57,5	47,4	39,2	-17,3%
Belgio	n.d.	414,4	483,6	16,7%	n.d.	210,7	235,5	11,8%	n.d.	231,2	257,7	11,5%	n.d.	70,5	63,6	-9,8%
Danimarca	212,4	405,9	411,2	1,3%	120,2	138,9	153,4	10,4%	108,2	185,8	197,4	6,2%	121,1	74,2	64,8	-12,7%
Finlandia	272,4	418,6	494,0	18,0%	168,4	143,0	164,7	15,2%	72,5	150,0	194,3	29,5%	91,4	59,4	31,6	-46,8%
Francia	284,0	349,0	422,5	21,1%	178,7	189,1	195,1	3,2%	142,8	198,7	267,4	34,6%	39,8	28,4	28,9	1,8%
Germania	n.d.	490,0	532,8	8,7%	n.d.	235,6	242,5	2,9%	n.d.	338,8	413,2	22,0%	n.d.	68,5	58,5	-14,6%
Grecia	74,0	152,9	131,6	-13,9%	240,3	372,9	270,1	-27,6%	n.d.	n.d.	179,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	159,7	158,8	179,0	12,7%	100,2	104,6	108,1	3,3%	50,9	108,7	131,5	21,0%	34,1	21,2	20,3	-4,2%
Italia	n.d.	258,6	307,2	18,8%	n.d.	204,5	185,8	-9,1%	n.d.	199,2	215,6	8,2%	n.d.	41,6	34,0	-18,3%
Lussemburgo	304,2	338,7	420,5	24,2%	183,2	158,7	163,6	3,1%	131,0	257,7	215,3	-16,5%	42,6	51,2	22,6	-55,9%
Olanda	218,3	333,6	396,8	18,9%	111,8	152,0	164,6	8,3%	n.d.	241,1	234,0	-2,9%	59,5	54,4	57,0	4,8%
Portogallo	93,2	140,3	152,8	8,9%	127,3	159,5	156,5	-1,9%	47,4	109,1	121,3	11,2%	32,1	37,4	35,4	-5,3%
Spagna	n.d.	199,5	232,6	16,6%	n.d.	159,8	173,8	8,8%	n.d.	113,5	125,8	10,8%	n.d.	17,5	17,9	2,3%
Svezia	n.d.	372,0	372,4	0,1%	n.d.	139,1	138,9	-0,1%	n.d.	185,4	204,7	10,4%	n.d.	40,3	30,4	-24,6%
Regno Unito	189,2	305,3	326,3	6,9%	86,5	125,8	132,9	5,6%	44,5	119,8	127,7	6,6%	43,3	30,9	24,4	-21,0%
UE (nuovi Paesi)																
Repubblica Ceca	n.d.	275,4	321,0	16,6%	n.d.	214,0	200,1	-6,5%	n.d.	208,6	216,6	3,8%	64,4	54,1	45,3	-16,3%
Repubblica Slovacca	n.d.	143,1	241,9	69,0%	n.d.	226,0	248,2	9,8%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	28,7	46,1	60,6%
Polonia	n.d.	80,5	223,9	178,1%	n.d.	165,6	211,1	27,5%	n.d.	87,8	273,1	211,0%	n.d.	43,5	50,0	14,9%
Ungheria	n.d.	129,2	223,8	73,2%	n.d.	234,5	238,7	1,8%	n.d.	168,3	233,5	38,7%	n.d.	26,0	28,7	10,4%
Altri Paesi europei																
Norvegia	n.d.	n.d.	377,8	n.d.	77,7	n.d.	120,5	n.d.	n.d.	n.d.	223,9	n.d.	n.d.	n.d.	28,6	n.d.
Altri Paesi non europei																
Canada	n.d.	276,0	349,5	26,6%	249,0	209,7	203,6	-2,9%	n.d.	154,4	157,7	2,1%	76,5	58,8	55,4	-5,8%

Nota: Non sono disponibili dati relativi a Svizzera, Stati Uniti, Giappone e Paesi BRIC.

- Nella Tabella sono riportati i volumi per 100.000 abitanti di due procedure chirurgiche ortopediche (sostituzione del ginocchio e sostituzione d'anca totale, riportate congiuntamente) e di tre prestazioni largamente diffuse e ormai considerabili a bassa complessità (colecistectomia, angioplastica coronarica e installazione di bypass aortocoronarico), individuate e monitorate dal DM 70/2015 in Italia.
- Chirurgia ortopedica:** con la sola eccezione della Grecia, il numero di interventi di chirurgia ortopedica è cresciuto nel corso degli ultimi sei anni nei Paesi analizzati, con un aumento più contenuto in Danimarca e Portogallo, pari rispettivamente a +5,3 e +12,5 interventi. Nello stesso periodo, l'Italia ha registrato un aumento lievemente inferiore alla media internazionale (+48,6 interventi). Nel 2017, Germania, Finlandia, Austria e Belgio riportano il numero di interventi maggiori (oltre 450 procedure ogni 100.000 abitanti), a fronte di una media OECD di 338,8 procedure ogni 100.000 abitanti. La variabilità è parzialmente influenzata dalla struttura della popolazione (età e sesso) e dalla presenza di fattori di rischio, come obesità e scarsa attività fisica, che contribuiscono a un diverso ricorso a interventi di chirurgia ortopedica; tuttavia, dopo una standardizzazione per età e sesso, la differenza di procedure tra Paesi e intra-Paese rimane elevata (OECD, 2013).
- Interventi di colecistectomia:** nel 2017 l'Italia riporta un numero di procedure pari a 185,8 ogni 100.000 abitanti, leggermente inferiore alla media internazionale (186,8), pur avendo registrato una riduzione del numero degli interventi dal 2010 (-9,1%).
- Interventi di angioplastica coronarica:** nel 2017 l'Italia mostra un valore leggermente superiore alla media internazionale (214,1), con 215,6 procedure ogni 100.000 abitanti, e un volume di interventi aumentato negli ultimi sei anni (+8,2%). Inoltre, si osserva che, per tale procedura, la Germania si attesta nel 2017 a valori notevolmente superiori a quelli degli altri Paesi considerati (413,2 ogni 100.000 abitanti) e la Polonia ha registrato una crescita del numero di interventi pari a 211% dal 2010.
- Procedure di bypass aorto-coronarico:** a differenza di quanto rilevato per gli interventi di colecistectomia e angioplastica coronarica, nel 2017 l'Italia si colloca al di sotto della media internazionale per numero di procedure di bypass aorto-coronarico (34,0 contro 39,1 operazioni ogni 100.000 abitanti). Infine, Danimarca, Germania, Belgio, Canada, Olanda e Polonia registrano, nell'ultimo anno a disposizione, un numero di interventi pari o superiore a 50 ogni 100.000 abitanti nonostante abbiano comunque diminuito o mantenuto i volumi di procedure dal 2010 (ad eccezione dell'Olanda e della Polonia, +4,8% e +14,9%).

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

Box A.2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 15/07/19

PIEMONTE

- 2004: Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (LR 39/04).
- 2006: Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL.
- 2012: Accorpamento di tre AO Torinesi (S. G. Battista - Molinette, CTO - Maria Adelaide, OIRM – Sant'Anna) nell'AO "Città della Salute e della Scienza", integrata con la Facoltà di Medicina di Torino.
- 2017: Istituzione della nuova ASL Città di Torino per effetto della fusione di ASL TO1 e ASL TO2.

LOMBARDIA

- 1997: Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14.
- 1997: Costituzione di 11 nuove AO (DCR 742/97).
- 1998: Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (LR 15/98).
- 2002: Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (DCR 401/02)
- 2003: Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (DCR 747/03).
- 2016: Riassetto del SSR: istituzione di 8 Agenzie di Tutela della Salute – ATS – e 27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali – ASST (LR 23/2015).

PA BOLZANO

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

VENETO

- 1996: Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (DGR 6368/96).
- 2017: Riassetto del SSR: riduzione del numero di ULSS da 21 a 9 e istituzione dell'Azienda Zero (LR 19/2016).

FRIULI VENEZIA GIULIA

- 2015: Riordino del SSR: accorpamento delle aziende per i servizi sanitari "Isontina" e "Bassa Friulana" nell'azienda per l'assistenza sanitaria (A.A.S.) n.2 "Bassa Friulana-Isontina"; accorpamento dell'azienda per i servizi sanitari "Friuli Occidentale" e dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" nella A.A.S. n.5 "Friuli Occidentale".
- 2016: Istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Trieste per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti» di Trieste nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n.1 «Triestina» e istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Udine per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Santa Maria della Misericordia» di Udine nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n.4 «Friuli Centrale» (LR 17/2014).

LIGURIA

- 2008: Soppressione dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale S. Corona» e dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi», con ritorno dei presidi ospedalieri alla gestione diretta ASL.
- 2012: Accorpamento dell'Ospedale S. Martino di Genova e dell'IST - Istituto nazionale per la ricerca sul cancro - e relativo riconoscimento della nuova struttura ("AOU IST San Martino") come IRCCS pubblico, in base alla LR 2/2011.

EMILIA ROMAGNA

- 2003: Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (LR 21/03) che accorpa le tre ASL della provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione della ASL di Imola.
- 2014: Istituzione della nuova AUSL della Romagna che accorpa le quattro AUSL di Ravenna, Cesena, Forlì e Rimini.
- 2017: Nascita della nuova Azienda Usl di Reggio Emilia a seguito della fusione dell'AUSL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova".

MARCHE

- 1996: Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (DGR 3959/96).
- 2003: Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione).
- 2009: Accorpamento strutture ospedaliere San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano nella nuova Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord (LR 21/2009).

UMBRIA

- 1998: Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (LR 3/98).
- 2013: La nuova Azienda USL Umbria 1 sostituisce la ex Az. USL 1 - Città di Castello e la ex Az. USL 2 - Perugia. La nuova Azienda ASL Umbria 2 sostituisce invece la ex Az. USL 3 - Foligno e la ex Az. USL 4 - Terni.

LAZIO

- 1999: Costituzione dell'AO Universitaria S. Andrea (DPCM 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero.
- 2015: Riorganizzazione dell'AO San Filippo Neri in Presidio Ospedaliero a gestione diretta dell'ASL Roma E.
- 2016: Riorganizzazione delle aziende dell'area metropolitana di Roma: istituzione dell'ASL «Roma 1» per effetto della fusione delle aziende «Roma A» e «Roma E»; istituzione dell'ASL «Roma 2» per effetto della fusione delle aziende «Roma B» e «Roma

C»; ridenominazione delle aziende «Roma D», «Roma F», «Roma G» e «Roma H» in «Roma 3», «Roma 4», «Roma 5» e «Roma 6».

ABRUZZO

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

MOLISE

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

CAMPANIA

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

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

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

PUGLIA

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

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

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

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

BASILICATA

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

CALABRIA

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

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

SICILIA

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

SARDEGNA

2017: Riassetto del SSR: costituzione dell'ASL unica, ribattezzata ATS - Azienda per la Tutela della Salute (LR 17/2016).

Box A.2.2 Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2017)

VALLE D'AOSTA

Attribuzione della funzione di Centrale unica di committenza regionale (CUC) all'IN.VA Spa nel 2014.

PIEMONTE

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

LOMBARDIA

(i) Creazione della Centrale Regionale Acquisti per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007). Il 01/10/2012 la Centrale Regionale Acquisti è trasformata in Azienda Regionale (ARCA Lombardia). Con LR 24/2014 l'ARCA è stata designata soggetto aggregatore regionale e le viene affidato il coordinamento delle procedure aggregate.

(ii) Definizione di cinque Aree Vaste senza personalità giuridica, unioni formalizzate a livello provinciale e/o macro aree, dette «Consorti», per procedere agli acquisti in forma aggregata (LR 11/2011).

(iii) DGR n. 6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. determinazioni in attuazione dell'art. 9 della LR n. 23/2015".

(iv) DGR n.X/6551 del 4/5/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della LR n. 33/2009".

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

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

(ii) L.P. 3 del 21.3.2017 "Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale",

(iii) L.P. 4 del 21.4.2017 "Modifiche di leggi provinciali in materia di salute"

(iv) Nuova rimodulazione della struttura organizzativa dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

(v) E' stato nominato un nuovo direttore generale (proveniente da fuori provincia), nominato dal giugno 2015 al giugno 2020.

(vi) E' stato ridotto il numero degli ospedali (da 7 a 4, di cui 3 ospedali con due sedi), da attuare a partire dall'entrata in vigore della L.P. 3/2017.

(vii) Sono stati chiusi due punti nascita su 7, l'ultimo a ottobre 2016. Il primo a marzo 2015.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Istituzione già nel 2006 dell'Agenzia Provinciale per gli appalti e i contratti (APAC), operativa dal 2009, che è il soggetto deputato alla realizzazione della spesa del sistema pubblico provinciale.

VENETO

(i) Istituzione di una Centrale di Committenza per la Sanità della Regione del Veneto(Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR - CRAV, oggi individuata anche Soggetto Aggregatore. La Crav (Centrale Regionale Acquisti del Veneto) – istituita con DGR n. 2926/2014 - esplicita procedure di gara in base a un programma biennale approvato dalla Giunta regionale e opera già da tempo con categorie merceologiche e volumi di attività in annuale aumento. La Centrale di Committenza - istituita con DGR n. 4206/2008 – è anche soggetto Aggregatore in base alla normativa nazionale sui Soggetti Aggregatori (D.L. n. 66/2014 convertito, con modificazioni, con L. n. 89/2014).

(ii) Istituzione con DGR n. 567/2015, confermata con DGRV 2174/2016, di cinque Uffici centrali per la gestione dei sinistri da malpractice (Aree PD/RO, VR, VI, BL/TV, VE).

(iii) Istituzione con DGR n. 1820/2012 del Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) per il controllo della spesa sanitaria in materia di farmaci.

(iv) Istituzione con DGR n. 758/2011 del Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea (CRemPE) per la gestione delle progettualità finanziate dalla UE.

(v) Istituzione, con DGR n. 4871/1999, e riorganizzazione, con DGR n. 2530/2013 del Sistema Epidemiologico Regionale (SER) che comprende con finalità di analisi epidemiologica, gestione informativa relativa a determinate patologie, studio, ricerca e monitoraggio, i Registri di Patologia ad esso afferenti (istituiti con L.R. 11/2010, art. 18).

(vi) Istituzione con DGR n. 136/2016 del Coordinamento Regionale Health Technology Assessment (CReHTA), a supporto dei processi di programmazione sanitaria regionale. A seguito della DGR n. 733/2017 le funzioni di HTA del CRUF saranno coordinate dalla UOC HTA di Azienda Zero.

(vii) Istituzione del Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente DGR n.4445/2006, DGR n.1138/2015 e DGR n.539/2016, il quale è organizzato su 4 ambiti di intervento su :

1. monitoraggio dei controlli sanitari;
2. appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
3. liste di attesa e mobilità sanitaria; ;
4. rischio clinico e sicurezza del paziente;

(viii) Con l'adozione dei provvedimenti attuativi della L.R. n. 19/2016, tuttavia le funzioni attualmente svolte dal Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente saranno concentrate nelle seguenti 3 Unità Operative Complesse (UOC):

1. UOC Rischio Clinico;
2. UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie;
3. UOC Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie.

FRIULI VENEZIA GIULIA

(i) Istituzione di tre Aree vaste: Giuliano – Isontina, Udinese, Pordenonese. Per ognuna di queste, almeno formalmente, sono state istituite le Conferenze di area vasta quali "sedi di programmazione coordinata della risposta alla domanda appropriata delle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico che insistono nella stessa area. (PSSR 2006-08).

(ii) Ente per la gestione accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS), istituito a seguito della LR 17/2014 con DGR 2667 dd. 30.12.2014 e approvato con DPR 0264/Pres. del 31.12.2014. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione.

Con LR 27/2018 è stata costituita l'Agenzia Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), che dal 1° gennaio 2019 succede nel patrimonio e nei rapporti giuridici attivi e passivi di Egas, che è stata contestualmente soppressa.

LIGURIA

(i) Individuazione di tre Aree Ottimali con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici (art. 7 LR 41/06).

(ii) In base alla nuova L.R. 17/2016, modif. dalla L.R. 27/2016, il coordinamento sovra-aziendale è affidato alla nuova Azienda sanitaria ligure – A.Li.Sa.

(iii) Il Comm. Straord., incaricato con la DGR. 760/2016, ha poi emanato gli indirizzi operativi verso le ASL e gli Enti sanitari con la DEL. 1/2017, recepita poi dalla DGR. 7/2017

(iv) All'interno dell'Azienda A.Li.sa., succeduta all'ARS in data 01.10.2016, è collocata la Centrale Regionale Acquisti prevista dalla L.R. 14/2007, modificata dalla L.R. 34/2012

EMILIA ROMAGNA

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

(iii) Con la Delibera di giunta 1004 del 2016 si è avviata una sperimentazione gestionale tra Azienda ospedaliero/universitaria di Modena e ospedale di Baggiovara azienda Usl di Modena.

TOSCANA

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

(ii) L'ESTAR è stato istituito dalla l.r. 26/2014 ed è operativo dal 1° gennaio 2015 (cfr art.142 quinquies, commi 9 e 10 della l.r. 40/2005 introdotto dalla citata l.r.26/2014)

(iii) Lo strumento principale di coordinamento sovraziendale in Toscana è rappresentato dai piani di area vasta, previsti sin dal PSR 1996-1998. Con l'ultima riforma (cfr art.9 della l.r.40/2005 così come modificato dalla l.r.84/2015) è stato introdotto il piano integrato di area vasta che raccorda la programmazione delle aziende ospedaliero-universitarie con quella delle tre nuove macroaziende territoriali ed è stata introdotta una figura specifica, il direttore della programmazione di area vasta, che fra gli altri, ha anche il compito di predisporre il relativo piano (cfr art.9 bis e 9 ter della l.r.40/2005)

UMBRIA

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

MARCHE

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

(ii) Sono stati ridefiniti i vertici di tutti gli Enti del SSR:

DGR n. 533/2015, Nomina DG Inrca

DGR n. 620/2015, Nomina DG ASUR

DGR n. 621/2015, Nomina Direttori delle Aree Vaste dell'ASUR

DGR n. 911/2015, Nomina DG A.O. Marche Nord

DGR n. 1/2016, Nomina DG A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona

DGR n. 1009/2016, Nomina Direttore AV1 ASUR

LAZIO

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

ABRUZZO

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

MOLISE

(i) Con Legge Regionale 4 maggio 2015, n. 8 è stata istituita, ai sensi e per gli effetti della L. 27 dicembre 2006, n. 296, la Centrale Unica di Committenza Regionale. In base a quanto previsto dall'art. 22 della suddetta legge, alla Centrale è demandata la gestione di procedure contrattuali e di appalto e la realizzazione di lavori pubblici e l'acquisizione di beni e servizi, a favore: a) dell'amministrazione regionale e degli enti del Sistema Regione Molise di cui all'articolo 3, comma 1, della legge regionale 26 gennaio 2012, n. 2; b) degli enti locali della regione; c) degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

(ii) La Centrale, in attuazione dell'art. 9, comma 5, del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con L. 23 giugno 2014 n. 89, è stata, altresì, designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise. L'azione della Centrale è volta ad aggregare e standardizzare le domande

di interesse generale, monitorare i consumi di lavori, beni e servizi, assicurare la trasparenza del mercato degli appalti pubblici di lavori, servizi e forniture, stimolare l'ordinato sviluppo delle capacità concorrenziali, adeguare gli standard di qualità agli effettivi fabbisogni e semplificare i processi di acquisto, perseguendo altresì il miglioramento dell'efficienza delle attività delle pubbliche amministrazioni e il potenziamento delle loro capacità operative, nonché l'economicità di gestione;

(iii) La Giunta regionale con DGR n. 390 del 27/07.2015 ha istituito il Servizio Centrale unica di Committenza regionale. In base all'art. 23 della L.R. n. 8/2015, la Giunta Regionale con DGR n. 408 del 31/07/2015 ha adottato i provvedimenti organizzativi necessari per il funzionamento della Centrale unica di committenza.

(iv) Con DGR n. 480 del 17/09/2015 sono state disposte modifiche ed integrazioni alla DGR n. 408 del 31/07/2015 ed in particolare sono state: 1) approvate le linee guida sostitutive del Regolamento adottato con DGR n. 408 del 31/07/2015; 2) approvate i nuovi schemi di Convenzione di cui all'art. 25 comma 2 della L.R. n. 8/2015 relativi agli Enti del Sistema Regione Molise, del Servizio Sanitario Regionale e degli Enti locali.

(v) Nell'anno 2016 è stato approvato il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 (POS) della Regione Molise dalla Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 155/CSR 03.08.2016). L'art. 34 bis Legge 21/06/2017 n. 96 ha riconosciuto il POS 2015-2018 quale strumento di programmazione regionale dell'ambito sanitario.

CAMPANIA

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

(ii) La L.R. n. 4 del 2011 affida a So.Re.Sa. il compito di "assistere e supportare le ASL e AO in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale, al fine di promuovere l'adozione di modelli aziendali, organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività e all'efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nel soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza".

(iii) La legge regionale n. 16 del 7 agosto 2014 ha disposto che "(...) la So.Re.Sa. costituisce centrale di committenza regionale e soggetto aggregatore che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati alle ASL e AO, alle società partecipate in misura totalitaria dalla Regione Campania, ivi comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania S.p.A., agli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su gomma, agli enti locali e alle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio. Il DCA 56/2016 ha affidato a So.Re.Sa. Spa la funzione di centrale di acquisto dei farmaci e le specialità medicinali per le Aziende sanitarie.

(iv) La delibera n. 163 del 19 aprile 2016, al fine di garantire le attività riguardanti l'integrazione e l'evoluzione dei flussi informativi (NSIS) consolidati in ordine agli obblighi informativi ministeriali, nonché le azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi stessi, ha affidato a So.Re.Sa. Spa le funzioni di supporto all'attività istruttoria per conto della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, nel funzionamento del Sistema Informativo Sanitario in ordine ai flussi e le piattaforme informatiche del Sistema Informativo Sanitario regionale;

(v) Con la delibera n. 10 del 17 gennaio 2017 la Giunta Regionale ha affidato a So.Re.Sa. Spa le attività di integrazione dei Sistemi informativi della Sanità

PUGLIA

(i) Creazione di una Centrale Acquisti Regionale (EmPULIA) per svolgere le funzioni di Centrale di Committenza, di stipulazione di Accordi quadro e Convenzioni a favore del SSR e degli altri soggetti pubblici pugliesi.

(ii) Istituzione di tre Macroaree per l'organizzazione di processi gestionali in comune (Piano Regionale di Salute 2008-2010).

(iii) Istituzione del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie e costituzione del relativo Coordinamento regionale (DGR n.2485/2009)

BASILICATA

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

CALABRIA

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

SICILIA

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

SARDEGNA

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

(ii) Delibera del 9 maggio 2017, n. 23/2, Istituzione della direzione generale "Centrale Regionale di Committenza" con funzioni di soggetto aggregatore. Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, artt. 37 e 38.

(iii) Istituzione Azienda per la Tutela della Salute, L.R. 27 luglio 2016, n. 17

(iv) Istituzione Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna, L.R. 20 novembre 2014, n. 23

Fonte: elaborazione OASI da Schede Regionali 2017 e Amatucci et al., 2017

Appendice III. Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: settembre 2018)

Piemonte*

Legge di riordino del SSR – LR 18/2007, DCR 136/2007, DGR 65-7819/2007, L.R. 28 marzo 2012, n. 3, L.R. 13 novembre 2013, n.20

Piano di Rientro- DGR 1-415/2010

Ultimo Piano Sanitario – DCR 167-14087/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 10/1995, modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e LR 18/2007

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 8/1995, modificata da LR 64/1995, LR 94/1995, LR 69/1996 e LR 14/2005

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 80-1700/2000 e Allegato B DGR 59-6349/2007, DGR n. 21-5144 del 28.12.2012, integrato con DGR n. 16-6418 del 30.09.2013 e con DGR n. 42-1921 del 27.07.2015

Recepimento Piano Nazionale cronicità: Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale cronicità (02/2018)

Valle d'Aosta

Legge di riordino del SSR – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013

Ultimo Piano Sanitario – LR 34/2010, Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2011-2013

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 5/2000, LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006, LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 46/2009

Linee guida regionali per l'atto aziendale – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006, LR 20/2011, LR 30/2011, LR 2/2013, DGR 466/2014.

Lombardia

Legge di riordino del SSR – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, LR 23/2015

Ultimo Piano Sanitario – DCR 88/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, LR 23/2015

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, LR 23/2015

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR n. X/5113 del 29.04.2016, DGR n. X/5513 del 02.08.2016 e la circolare n. G1.2016.0026107 del 03.08.2016.

Provincia di Bolzano

Legge di riordino del SSR – L.P. 7/2001, L.P. 3 del 21.3.2017 “Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale”, L.P. 4 del 21.4.2017 “Modifiche di leggi provinciali in materia di salute”

Ultimo Piano Sanitario – PSP 2016-2020 (Del. G.P. 1331 del 29.11.2016)

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.P. 7/2001; L.P. 3/2017 Azienda sanitaria unica a livello provinciale

Legge di contabilità aziende sanitarie – LP 14/2001

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del. G.P. n. 506 dell'9.5.2017

Applicazione art. 1, comma 525, della legge 28 dicembre 2015, n. 208: individuazione Enti tenuti alla presentazione del Piano di Rientro aziendale - Nessuna AO presente sul territorio, nessun piano di rientro. Applicabilità della norma in conformità a quanto previsto dallo Statuto di Autonomia della PAB.

Provincia di Trento

Legge di riordino del SSR –LP 16/2010

Ultimo Piano Sanitario – Piano Provinciale per la salute del Trentino 2015-2025

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LP 16/2010 L.P. 16/10 – Deliberazione di GP n. 773 del 15/04/2011

Legge di contabilità aziende sanitarie – LP 16/2010

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite

Veneto

Legge di riordino del SSR – L.R. n. 56/1994, L.R. n. 23/2012, L.R. n. 43/2012, L.R. n.19/2016 “Azienda per il governo della Sanità della Regione Veneto – Azienda Zero”, L.R. n. 30/2016 “Collegato alla legge di stabilità regionale 2017”.

Agenzia socio- sanitaria regionale - L.R. n. 32/2001 Agenzia Regionale Socio Sanitaria soppressa con L.R. n. 43/2012

Ultimo Piano Sanitario: LR 48/2018, Piano socio sanitario regionale 2019-2023

Legge di contabilità delle aziende sanitarie – L.R. n. 55/1994 e successive modifiche e integrazioni; LR 56/1994 e s.m.i;

Legge di organizzazione delle aziende sanitarie – L.R. n. 56/1994, L.R. n. 22/2002, DGR n. 2122/2013 “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016”, DGR n. 1527/2015 “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, DGR n. 1625/2016 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, DGR n. 610/2014 “Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del

comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera”, DGR n. 245/2017 “Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico - documento metodologico generale e definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso”.

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR n. 3415/2002, DGR n. 2271/2013 “Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23”.

Friuli Venezia Giulia

Legge di riordino del SSR – LR 41/1993; LR 12/1994; LR 13/1995 completamente abrogate dalla 17 del 2014; LR 08/2001; LR 23/2004; LR 21/2005; LR n.12/2009 artt.9,10 e 11; LR n. 25/2012*; LR N.17 DD. 11.11.2013 di abrogazione della precedente LR del 13.12.2012, n.25*, LR. 17 dd. 16.10.2014

Agenzia Sanitaria Regionale - ARS istituita da LR 37/1995 abrogata da LR 23.7.2009 n.12, art.10 (soppressione ARS) e trasferimento delle funzioni alla Regione

Ultimo Piano Sanitario – DGR 465/2010, Piano Sanitario e socio sanitario 2010-2012

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 12/1994, LR 14/2006 e LR 17/2014

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998; LR 30/2007, LR 24/2009 e LR 22/2010

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 834/2005, integrata da DGR 902 del 12/5/2010, DGR 1473 del 17/07/2015

Liguria

Legge di riordino del SSR –LR 41/2006 e ss.mm., L.R. 17/2016, L.R. 27/2016 e L.R. 9/2017

Legge di istituzione dell’Agenzia Sanitaria Regionale: Cessata in data 30.09.2016;

l’Azienda Ligure Sanitaria-A.Li.Sa. è succeduta a titolo universale nei rapporti giuridici (l.r. 17/2016 e l.r. 27/2016)

Ultimo Piano Sanitario – DCR 21/2017, Piano Socio-Sanitario Regionale 2017-2019

Piano di Rientro – DGR 243/2007

Legge di organizzazione aziende sanitarie –LR 41/2006 (Titolo II), L.R. 17/2016 e L.R. 27/2016

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 10/1995, modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR 25/2000

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 1528/2000, DGR 834/2005 e DGR 7/2017

Emilia Romagna

Legge di riordino del SSR –LR 29/2004; L.R. 22/2013, L.R. 9 del 1/6/2017

Legge di istituzione dell’Agenzia Sanitaria Regionale: LR 19/1994, modificata da LR 50/1994, LR 4/2008, DGR 293/2009 e DGR 443/2010

Ultimo Piano Sanitario – Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, approvato dall’Assemblea legislativa regionale con delibera 120/2017 (su proposta di giunta 643 del 15 maggio 2017)

Legge di organizzazione aziende sanitarie –LR 29/2004

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 50/1994, modificata da LR 11/2000

Linee guida regionali per l'atto aziendale – LR 29/2004, DGR 86/2006 e DGR 2011/2007

Toscana

Legge di riordino del SSR – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005, LR 60/2008 e LR 26/2014, LR 23/3/2017, n11.

Legge di istituzione dell’Agenzia Sanitaria Regionale: LR 71/1998, modificata da LR 22/2000, LR 40/2005 e LR 28/2006

Ultimo Piano Sanitario– Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008

Linee guida regionali per l'atto aziendale – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008. Gli indirizzi sull’atto aziendale (che in Toscana a partire dalla l.r.22/2000 abbiamo ridenominato statuto aziendale) “storicamente” erano contenuti nei piani sanitari regionali (in specie nel “vecchio” allegato A), ma con l’ultimo piano sono stati definitivamente cassati. Dovrebbero essere reintrodotti nel nuovo PISSR. In questo momento gli unici indirizzi sono quelli contenuti nella DGR 11/4/2016, n.317 (Approvazione della direttiva "Primi indirizzi alle Aziende unità sanitarie locali in merito allo Statuto e alle articolazioni di governo all'interno delle aziende", in attuazione degli articoli 50, comma 1, e 69-bis, comma 3, della l.r. 40/2005).

Umbria

Legge di riordino del SSR –LR 11/2015 - Testo Unico regionale in materia di Sanità e Servizi Sociali

Ultimo Piano Sanitario – Piano Sanitario Regionale 2018-2020

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 3/1998, integrata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005, LR 6/2011 e LR 18/2012, modificata con LR 8/2013

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 51/1995, integrata da LR 9/2003, LR 7/2004 e LR 8/2007

Linee guida regionali per l'atto aziendale – LR 29/2000, DGR 314/2003 allegato II; LR 18/2012

Marche

Legge di riordino del SSR – LR 22/1994 modificata da LR 31/1995, 9/1996, 26/1996, 36/2013, 10/2014; LR 13/2003 modificata da LR 17/2010, 17/2011, 19/2012, 28/2012, 45/2012, 8/2017.

Legge di istituzione dell’Agenzia Sanitaria Regionale: LR 26/1996, modificata da LR 32/2005, modificata da LR n. 45/2012.

Ultimo Piano Sanitario – DGR 81/2019, Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2019-2021

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 26/1996 - 13/2003 - 17/2010 modificate dalle L.R. 17/2011 – 19/2012 – 28/2012 – 36/2013 – 10/2014 - 8/2017

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 47/1996

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 1117/2004

Delibera di aggiornamento tariffario per le prestazioni di ricovero: DGR 731/07; DGR 435/07; DGR 65/07; DGR 930/07; DGR 55/10; DGR 56/10; DGR 709/2014; DGR 1331/2014

Delibera di aggiornamento tariffario per le prestazioni ambulatoriali: DGR 731/07; DGR 295/06; DGR 873/06; DGR 565/06; DGR 116/06; DGR 858/09; DGR 61/10; DGR 709/2014; DGR 1468/2014; DGR 5/2015; DGR 193/2015

Lazio

Legge di riordino del SSR – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007

Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale: LR 16/1999, modificata da LR 4/2006. Soppressione con L.R. 4/2013

Ultimo Piano Sanitario – Decreto Commissario *ad acta* 87/2009, Piano Sanitario Regionale 2010-2012

Piano di Rientro – DGR 149/2007

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 139/2007, Decreto del Commissario *ad Acta* n.259/2014 del 06/08/2014

Abruzzo

Legge di riordino del SSR – LR 20/2006, LR 6/2007 e LR 5/2008

Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale: LR 37/1999 e DGR 2311/1999; LR 5/2008; LR 6/09

Ultimo Piano Sanitario – LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010

Piano di Rientro – DGR 224/2007

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 37/1999, integrata da LR 93/2000 e LR 5/2008

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 146/1996, modificata da LR 123/1999, LR 15/2004, LR 20/2006, LR 34/2007 e LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010

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

Molise

Legge di riordino del SSR – LR 11/1997, LR 9/2005, LR n° 18/2008 e LR 34/2008

Ultimo Piano Sanitario – POS 2015-2018, approvato con DCA 52 del 12/9/2016; L. 96/2017

Piano di Rientro – DGR 362/2007.

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 2/1997, LR 9/2005 e LR 34/2008

Legge di contabilità aziende sanitarie – D. L.gls 118/2011 e ss.mm.ii. *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001 e Decreto del Commissario *ad Acta* n. 6/2010

Campania

Legge di riordino del SSR – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997; 12/1998; LR 3/2006; LR 20/2015; LR 16/2016

Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale: LR 20/2015 – Soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria

Ultimo Piano Sanitario – Piano Sanitario Regionale 2011-2013, adottato con Decreto del Commissario *ad Acta* n. 22 del 22 marzo 2011

Piano di Rientro – DCA 102/2016

Legge di organizzazione aziende sanitarie –

LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998 LR 16/2008; LR 6/2016; LR 15/2016;

DCA 33/2016; DCA 99/2013

Legge di contabilità aziende sanitarie –

LR 32/1994 modificata da LR 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 18/2000;

LR 10/2002; LR 28/2003; DCA 65/2016

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DCA n.18 DEL 18/2/2013

Puglia

Legge di riordino del SSR – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/ 2006, LR 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010; Regolamento regionale 19/2010, 11/2012 e 14/2015

Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale: LR 24/2001, LR. 1/2004, LR 14/2004 e LR 1/2005

Ultimo Piano Sanitario – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010

Piano di Rientro – LR 2/2011

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996, LR 12/2005, LR 39/2006, LR 4/2010 e LR 1/2011

Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998, LR 20/2002 e successive 1/2004, 1/2005, 39/2006, 40/2007, 45/2008, 34/2009 e 19/2010

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 830/2002; DGR. n. 1388/2011; DGR n. 3008/2012; DGR n. 879/2015

Basilicata

Legge di riordino del SSR – LR 50/1994, LR 39/2001, LR 34/2001 e LR 12/2008
Ultimo Piano Sanitario – Piano Regionale Sociosanitario 2018-2020
Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 39/2001, LR 12/2008, LR 8/2014 e LR 8/2014
Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 34/1995, modificata da LR 6/1996
Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 2489/2000; LR 26/2011.

Calabria

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

Sicilia

Legge di riordino del SSR – LR 30/1993 e LR 5/2009
Ultimo Piano Sanitario – Piano delle Azioni e dei Servizi Sociosanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie (Luglio 2017)
Piano di Rientro – DGR 312/2007, Decreto Assessorato alla Salute del 30/12/2010 Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del PdR
Legge di organizzazione aziende sanitarie – LR 30/1993 e LR 5/2009
Legge di contabilità aziende sanitarie – DA 24469/1998 e LR 8/2000, modificata da LR 26/2000, LR 2/2002, LR 4/2003; circolare 7/2005
Linee guida regionali per l'atto aziendale – DA 34120/2001, DA 736/2010 e DA 19/3/2012

Sardegna

Legge di riordino del SSR – LR 10/2006, LR 27 luglio 2016 n. 17 “Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).”
Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale: LR 10/2006
Ultimo Piano Sanitario – Piano sanitario triennale 2018-2020 (Novembre 2017)
Piano di Rientro – DGR 30/2007 e 33/2007
Legge di organizzazione delle aziende sanitarie – LR 10/2006, LR 27 luglio 2016 n. 17 “Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).”
Legge di contabilità aziende sanitarie – LR 27 luglio 2016 n. 17 che apporta modifiche alla legge regionale n. 10 del 1997 e sostituisce l'articolo 27 della legge regionale n. 10 del 2006 (Norme in materia di contabilità delle aziende sanitarie)
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Delibere della G.R. n. 29/1 (ATS) e 29/2 (AO e AOU) del 16/6/2017