

3 La struttura e le attività del SSN

di Claudia Guerrazzi e Alberto Ricci¹

3.1 Premessa

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

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

- ▶ assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire (i) numerosità e tipologia di aziende e (ii) mobilità dei Direttori Generali (§3.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§3.3)²;
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§3.4);
- ▶ bisogni sanitari, livelli di soddisfazione e domanda espressa dagli utenti (§3.5).

¹ La ricerca aggiorna e approfondisce il quarto capitolo del Rapporto OASI 2013. Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 3.1, 3.2, 3.4 sono da attribuirsi ad Alberto Ricci e i §§ 3.3 e 3.5 a Claudia Guerrazzi.

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

² A partire dal 2009, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, relativamente alla natura pubblica o privata degli erogatori. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie (AO integrate con l'Università) e Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate. Dove non diversamente specificato (trend delle strutture e dei PL nel §3.3), il capitolo adotta tale classificazione.

Le fonti del capitolo sono così riassumibili:

- ▶ rilevazioni ad hoc (Schede regionali 2014);
- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso gli Indirizzari (relativi agli anni tra il 1997 e il 2013), l'annuario statistico del SSN – attività economiche e gestionali di ASL e AO (1997-2011), le tavole del personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici (1997-2011), il Rapporto SDO (1998-2012), le griglie di adempimento dei LEA (2012). Queste fonti, pubblicate tra gennaio e maggio 2014, sono le ultime messe a disposizione del Ministero della Salute;
- ▶ dati e ricerche pubblicate dall'ISTAT nel 2014 (relativi agli anni 2012-2013).

3.2 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente nelle Regioni i rappresentanti della popolazione. Sono le Regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale³, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

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

³ Le Regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle Regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di riaccantonamento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro (si veda il capitolo 10 del presente Rapporto).

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

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

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

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le Regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono otto le Regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostuttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sardegna⁴. Da segnalare che il Friuli VG, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto e il Lazio hanno soppresso la propria Agenzia⁵ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Rispetto alle competenze regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie e nella regolazione delle aziende, nell'Appendice II sono elencati, rispettivamente, i documenti di programmazione strategica (Piani Sanitari Regionali, Piani di Rientro) e le principali normative regionali in materia di sanità. Le informazioni presentate si basano su una scheda di raccolta dati inviata a tutte le Regioni nella primavera 2014.

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 2 del presente Rapporto per un'analisi comparata del SSN e degli altri sistemi sanitari dei paesi OCSE;
- ▶ al capitolo 4 del presente Rapporto per una descrizione approfondita della spesa sanitaria nel nostro Paese;
- ▶ al capitolo 5 del presente Rapporto per un'analisi dei consumi sanitari privati in Italia;
- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per un'analisi delle politiche regionali per il settore socio-sanitario e delle strategie emergenti dei grandi produttori;

⁴ Le leggi di istituzione e disciplina delle Agenzie regionali, se presenti, sono riportate in Appendice II, nella sezione relativa alla normativa sanitaria.

⁵ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, LR 46/2012 e LR. 4/2013.

- ▶ al capitolo 7 del presente Rapporto per un approfondimento sulla filiera del settore sanitario;
- ▶ al capitolo 8 del presente Rapporto per un approfondimento sullo stato dell'arte e sulle prospettive di sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- ▶ al capitolo 10 del presente Rapporto per una disamina dei Piano Operativi Regionali (documenti attuativi dei Piani di Rientro) e dei loro impatti sulle politiche inerenti gli acquisti e il personale;
- ▶ al capitolo 13 del presente Rapporto per un'analisi del posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati secondo le dimensioni di area geografica, natura istituzionale (*for profit – not for profit*) e appartenenza a un gruppo.

3.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

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

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

La Tabella 3.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2014 e le relative dimensioni medie (queste ultime calcolate su dati 2013).

Rispetto al 2013, si registra una diminuzione delle ASL, passate da 143 a 140 a seguito del riordino del SSR dell'Emilia-Romagna. Dal 1° gennaio 2014, le quattro AUSL di Ravenna, Cesena, Forlì e Rimini sono state accorpate nella nuova AUSL della Romagna. In Friuli VG è stata avanzata una nuova proposta di riassetto del Servizio Sanitario Regionale⁶, che prevede, dal 1° gennaio 2015, la diminuzione delle Aziende Socio-Sanitarie Locali da sei a cinque e il ritorno delle attuali Aziende ospedaliere sotto la gestione diretta delle Aziende territoriali.

⁶ Il riferimento normativo è costituito dal DDL Regionale approvato dalla Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia il 18 luglio 2014 e in attesa di approvazione da parte del Consiglio.

Tabella 3.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

Regione	ASL										AO					
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/10	Numero al 30/06/2014	Popolazione media 2013	N. presidi a gestione diretta*	N. medio presidi a gest. 2013	Diretta 2013	PL utilizzati 2013	PL utilizzati presidio a gest. diretta 2013	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/10	Numero al 30/06/14**	PL 2013
Piemonte	63	22	22	13	13	341.292	22	1,7	7.746	352	7	7	8	6	5.298	883
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	128.591	1	1,0	457	457	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	15	664.893	1	0,1	331	331	16	27	29	29	21.838	753
PA Bolzano	4	4	4	1	1	515.714	7	7,0	1.785	255	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	1	536.237	7	7,0	1.552	222	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	21	234.610	21	1,0	12.152	579	2	2	2	2	2.901	1451
Friuli VG	12	6	6	6	6	204.894	8	1,3	1.344	168	3	3	3	3	2.839	946
Liguria	20	5	5	5	5	318.388	6	1,2	3.385	564	3	3	1	-	-	-
Emilia Romagna	41	13	13	11	8	555.794	20	2,5	9.243	462	5	5	5	5	5.074	1015
Toscana	40	12	12	12	12	312.543	32	2,7	7.090	222	4	4	4	4	3.848	962
Umbria	12	5	4	4	2	448.371	8	4,0	1.625	203	2	2	2	2	1.294	647
Marche	24	13	13	1	1	1.553.138	13	13,0	3.260	251	3	4	2	2	1.611	806
Lazio	51	6	6	4	4	489.204	35	2,9	6.092	174	3	3	5	5	3.176	635
Abruzzo	15	6	6	4	4	333.485	18	4,5	3.744	208	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	1	314.725	3	3,0	842	281	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	7	838.566	34	4,9	5.460	161	7	8	8	7	4.738	677
Puglia	55	12	12	6	6	681.711	29	4,8	6.469	223	4	6	2	2	2.060	1030
Basilicata	7	5	5	2	2	289.196	7	3,5	1.062	152	1	1	1	1	757	757
Calabria	31	11	11	6	5	396.107	18	3,6	2.042	113	4	4	4	4	1.774	444
Sicilia	62	9	9	9	9	566.104	54	6,0	6.242	116	16	17	5	5	3.342	668
Sardegna	22	8	8	8	8	207.982	25	3,1	2.625	105	1	1	1	1	550	550
ITALIA	659	228	197	146	140	434.162	369	2,6	84.548	229	81	97	82	78	59.986	769

* Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 1° gennaio 2013. Non sono inclusi nel computo, per una scelta metodologica di continuità rispetto ai precedenti Rapporti OASI, i presidi a gestione diretta delle AO lombarde. Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).

** Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con l'SSN (ex Policlinici).
 Fonti: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero), Schede Regionali 2014

Al 15 luglio 2014, risultano, comunque, ancora operative sei aziende territoriali, tre AO e due IRCCS⁷.

Da un punto di vista dimensionale, a dicembre 2013⁸ si evidenzia una popolazione media per ASL pari a 434.162 abitanti, in aumento rispetto all'anno precedente (411.622). Il valore massimo è rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.553.538 abitanti), seguito dalle ASL campane (838.566), pugliesi (681.711) e lombarde (664.893). Il minimo si registra, invece, in Valle D'Aosta (128.591 abitanti). Inoltre, in Veneto, Friuli VG e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti.

Il numero di AO è rimasto stabile tra il 2013 e il 2014.

Inoltre, la Tabella 3.1 mostra:

- ▶ una media di 2,6 presidi a gestione diretta delle ASL al 2013⁹; la dimensione media è di 229 posti letto per presidio, in aumento (+21%) rispetto alla rilevazione precedente¹⁰.
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia Settentrionale (con un numero di posti letto superiore alla media nazionale, tranne in Lombardia, dove le AO sono più numerose), rispetto a quelle del Centro-Sud (a eccezione di Toscana, Marche e Puglia);
- ▶ la peculiarità della scelta lombarda, che ha scorporato dalla gestione diretta ASL anche ospedali di dimensioni ridotte.

La cronologia dettagliata delle modifiche nel numero di ASL e AO dal 1996 al 30 giugno 2014 è riportata in allegato al termine del capitolo (Box 3.1). Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.Lgs. 502/92. Dal 1996 al 2001, le modifiche istituzionali sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia.

Dal 2002 ha, invece, preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale» si sono moltiplicati (Del Vecchio, 2003). Il numero delle ASL, a livello nazionale, è passato dalle 197 del 2001 alle 140 di oggi, a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale

⁷ Al 15 luglio 2014 si registra una seconda importante progettualità di riforma di un SSR, che prevede radicali variazioni di assetto istituzionale: il «Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia». Tuttavia, tale documento non è stato ancora approvato né dalla Giunta né dal Consiglio e non contiene indicazioni precise sul futuro numero delle ASL lombarde.

⁸ La base di calcolo è costituita dai dati demografici forniti dall'ISTAT (2013) per il 31 dicembre 2013 (ultimi disponibili al 30 giugno 2014).

⁹ Il valore si discosta notevolmente da quello presentato nella precedente versione del Rapporto 2013 (4,0), basato su dati 2011. Il precedente valore era calcolato come media aritmetica dei valori regionali e non come rapporto tra presidi e ASL censiti su scala nazionale. Il valore del presente Rapporto, calcolato con il precedente criterio, è pari a 3,8, evidenziando una tendenza al calo dei presidi più che proporzionale rispetto al trend di diminuzione delle Aziende territoriali.

¹⁰ I dati del Rapporto OASI 2013 facevano riferimento al 2010.

per ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. In alcune Regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa sono state create ASL uniche (Valle D'Aosta¹¹, PA di Trento, PA di Bolzano, Marche e Molise). Nelle restanti Regioni, il territorio delle ASL coincide, in molti casi, con quello provinciale¹², con l'eccezione del Veneto. Infine, anche nelle principali aree metropolitane del Paese (Roma, Milano, Napoli, Torino) si annoverano ASL sub-provinciali.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 78. Il processo, soprattutto nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, ha subito un'accelerazione negli ultimi anni, tra il 2007 e il 2012, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)¹³. Nell'ultimo biennio, però, questa fase di ingegneria istituzionale sembra essersi esaurita.

Infine, le Regioni hanno di frequente istituito delle forme interaziendali o sovra-aziendali di coordinamento o per la centralizzazione di determinate funzioni (per esempio, acquisti). La cronologia delle modifiche nel numero di strutture intermedie dal 2002 al 15/07/2014 è riportata nel Box 3.2.

3.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹⁴

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

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

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

¹² Anche in regioni in cui la ASL coincide con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Toscana.

¹³ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR si ricordano qui la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

¹⁴ La principale fonte della sezione è costituita dalle Schede regionali, integrate con ricerche sui siti *web* delle Aziende e della testate giornalistiche locali.

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 3.2 mostra la durata media¹⁵ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale, che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,7 anni, ossia 3 anni e 8 mesi circa. Questo è, probabilmente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche. Si riscontrano, però, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,8 anni della Calabria ai 10,3 della PA di Bolzano. Nel 2014, a livello nazionale, si registra, rispetto al 2013, un lieve aumento della durata media in carica dei DG (da 3,6 a 3,7), che ritorna ai livelli del 2012. Si tratta di oscillazioni del tutto fisiologiche: si consideri che nell'ultimo anno di rilevazione si contano 38 nomine (di cui 10 nel Lazio, 6 in Sicilia e 4 in Lombardia), contro le 73 del periodo precedente (2012-13). Confrontando i valori della durata

Tabella 3.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda per Regione (1996-2014)**

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

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

Fonte: OASI, 2014

¹⁵ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni "n" considerati per una determinata azienda "x" (con $1 \leq n \leq 19$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, anche se, nel 2011, si era raggiunto un allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le Regioni. Infatti, nel 2014, in Piemonte, Veneto e Friuli VG la stabilità dei DG delle ASL e AO è sostanzialmente allineata, mentre in Toscana gli incarichi dei direttori delle ASL tendono a superare quelli delle AO (4 contro 3,8 anni).

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

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

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

Il grafico mostra come, delle 284 persone che hanno un'esperienza di sei o più anni come DG, solo il 15,1% l'abbia maturata in aziende di due o più regioni. D'altra parte, rimane molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 276, 140 e 135). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel tempo, anche se marginalmente, passando da poco più del 55% nel 2003 al 50% nel 2014.

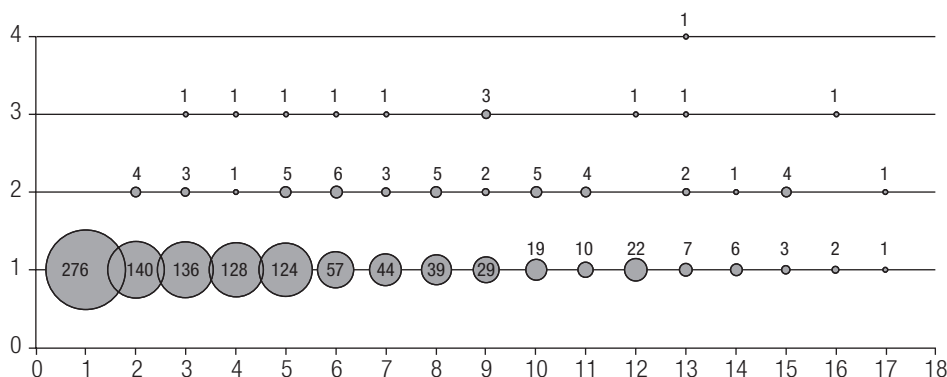
Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una Regione, prevalgono spostamenti tra Regioni limitrofe e, per lo più, si tratta di manager che hanno operato in due, tre o, massimo, quattro regioni diverse. Da segnalare che nel Lazio hanno lavorato 23 dei 59 DG con esperienza in più Regioni.

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

Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁶

¹⁶ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra (i) numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e (ii) numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a 0; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a 1. Se l'indice è pari a 0, la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

Figura 3.1 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=1.104)**



Fonte: OASI, 2014

(propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁷ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le Regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono – azienda (Valle D'Aosta e PA di Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle Regioni che, nel corso degli ultimi otto anni, sono divenute mono – azienda (Molise e PA di Bolzano).

Associando a ogni Regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 3.2). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. L'intersezione dei due assi (0,24; 0,73)¹⁸ rappresenta la media nazionale, sostanzialmente invariata rispetto al 2013. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti:

¹⁷ 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 1996-2014 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

¹⁸ 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 2014 (1.213) e il numero totale dei possibili cambiamenti (5.138). Il valore è pari a 0,24. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo delle persone che dal 1996 al 2014 hanno svolto o svolgono

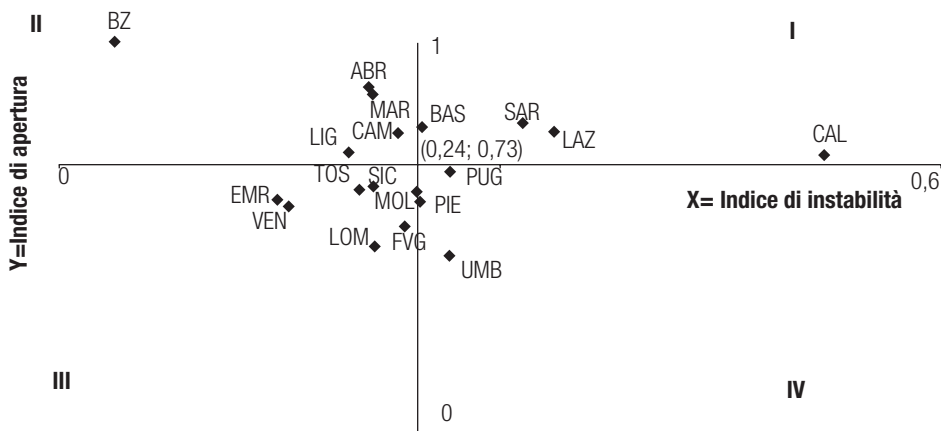
- ▶ nel primo quadrante si collocano le Regioni caratterizzate da elevati gradi di instabilità e di apertura (Regioni «ad alta variabilità»). Queste caratteristiche si riscontrano maggiormente in alcune Regioni del Centro-Sud: Calabria, Lazio, Sardegna e Basilicata. La Calabria si conferma come la Regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice è leggermente aumentato rispetto al 2013 (da 0,51 a 0,52). La Sardegna registra una diminuzione dell'indice di apertura (-0,03); tutte le altre Regioni registrano valori stabili¹⁹;
- ▶ il secondo quadrante raggruppa i sistemi regionali stabili e aperti, in cui i cambiamenti dei DG sono rari e avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne al sistema regionale. In questo quadrante si posiziona la PA di Bolzano, che registra i valori di instabilità più ridotti del Paese, ma un'apertura che potremmo definire «fittizia»²⁰. Si collocano più vicino alla media nazionale, per l'indice di instabilità, Abruzzo e Marche, per l'apertura la Liguria e per entrambi gli indici la Campania. Quest'ultima regione, nell'ultimo anno, è passata dal primo al secondo quadrante. L'Abruzzo diminuisce il proprio indice di apertura (-0,04). Le altre Regioni di questo quadrante non registrano significative variazioni rispetto al 2013;
- ▶ il terzo quadrante raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (regioni «statiche»). La Lombardia e il Friuli VG si collocano su valori contenuti di apertura. Il Molise, mono-azienda dal 2005, è passato da 0,6 a 0,7 nel corso dell'ultimo anno. Veneto ed Emilia Romagna evidenziano un indice particolarmente basso di instabilità, con quest'ultima Regione che diminuisce ulteriormente nell'ultimo anno (-0,03). Toscana e Sicilia si posizionano più vicino alla media nazionale e registrano solo ridotte variazioni del tasso di apertura e di instabilità;
- ▶ il quarto quadrante raggruppa le Regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, vale a dire sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti e avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa Regione (regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in maniera relativamente evidente in Umbria, la Regione con il valore di apertura più basso su scala nazionale (0,57), mentre Puglia e Piemonte si posizionano più vicino alla media italiana. Quest'ultima Regione diminuisce la propria instabilità (-0,03) dal 2013 al 2014.

il ruolo di DG (1.180), e il numero di aziende ponderato per il loro numero di anni di esistenza (270) diviso per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.213): il valore è pari a 0,73. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in due (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali. Questo spiega perché il numero dei DG (1.180) non coincide con quanto riportato in Figura 3.1.

¹⁹ Qui e nel resto del paragrafo si considerano come trascurabili le variazioni inferiori o pari a 0,02 in valore assoluto.

²⁰ L'attuale direttore dell'ASP unica, precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine), ricopre il ruolo di DG dall'inizio della rilevazione (1996). A oggi, è, quindi, formalmente al primo incarico all'interno del sistema sanitario della PA di Bolzano.

Figura 3.2 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2014)**



Fonte: OASI, 2014

3.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

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

3.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

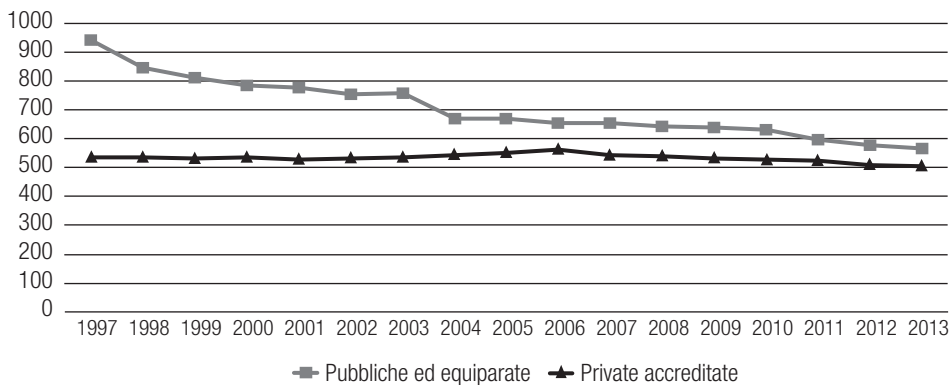
Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera: si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato prevalentemente strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione e attività²¹.

Ciò ha comportato, nel periodo 1997-2013, una progressiva riduzione (-44%) del numero delle strutture pubbliche ed equiparate (Figura 3.3)²². Da segnalare

²¹ In particolare, si ricordano gli standard minimi di riferimento per la dotazione di posti letto per acuti (60, valido per i privati accreditati) e di saturazione della capacità produttiva (utilizzo medio annuo dei posti letto tendenziale del 90%) indicati dagli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" approvati dalla conferenza stato-regioni il 5 agosto 2014.

²² Con riferimento alla Figura 3.3, in base allo storico delle informazioni disponibili (flussi HSP 12 ex DM 05/12/2006), il modello di classificazione delle strutture prevede tre categorie: pubbliche,

Figura 3.3 **Numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e private accreditate (1997-2013)**



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

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

che molti piccoli ospedali pubblici a gestione diretta delle ASL, negli anni, sono stati accorpati in «Presidi Ospedalieri Unici». In tali casi il numero di strutture è formalmente diminuito, ma il numero di stabilimenti è rimasto invariato. Sul tema dell'evoluzione delle reti ospedaliere, si veda anche il capitolo 15 del presente Rapporto.

Nello stesso arco di tempo, invece, le Case di Cura, che nella Figura sono denominate strutture private accreditate, hanno registrato un andamento stabile (-6%): in particolare, si nota un lievissimo aumento a partire dall'anno 2002 fino al 2006, poi una diminuzione tra il 2006 e il 2013. Nel 2013 il numero di strutture pubbliche ed equiparate e il numero di strutture private accreditate sono ormai vicini (rispettivamente 567 e 505).

L'obbligo di razionalizzazione della rete viene ripreso dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008²³ e dal Patto per la Salute 2010-2012. Inoltre, il D.L. 95 del 06/07/2012 («Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati») prevede che le Regioni effettuino una verifica della funzionalità della rete di offerta, con particolare riferimento ai presidi pubblici sottodimensionati²⁴. Il Patto per la Salute 2014-2016 ha mantenuto questa impostazio-

equiparate e private accreditate, come dettagliato dalla nota alla figura. Nel prosieguo del paragrafo, anche la Figura 3.4, la Figura 3.5 e la Tabella 3.5 adottano questa classificazione.

²³ Il Piano Sanitario 2006-2008 è l'ultimo PSN approvato e risulta quello ufficialmente in vigore.

²⁴ Articolo 15, comma 13, lettera c. Per ospedali di «piccole dimensioni», qui e di seguito, si intendono le strutture dotate di meno di 121 posti letto.

Tabella 3.3 Numero di strutture di ricovero per tipologia (2013)

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped.	A0 integrate con l'Università	A0 (Aziende Osped. + A0 integrate con l'Univ.) (2)	A0 integrate SSN (ex Policlيني Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (4)	IRCCS privati (5)	Policlيني Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca accreditate	Case di Cura private accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACCREDITATE (8)
Piemonte	22	3	3	6			28	2			7		39	48
Valle d'Aosta	1						1						1	1
Lombardia	1	29		29		5	35	20		5			70	95
PA Bolzano	7						7						5	5
PA Trento	7						7			1			6	7
Veneto	21	1	1	2		1	24	2		6	6		15	29
Friuli VG	8	1	2	3		2	13						5	5
Liguria	6					2	8	1		2			4	7
Emilia Rom.*	20	1	4	5		2	27	1					45	46
Toscana	32		4	4			36	2			2		27	32
Umbria	8	2		2			10						5	5
Marche	13	2		2		1	16						13	13
Lazio	35	3	2	5		2	43	5	2	8	2		60	77
Abruzzo	18						18						11	11
Molise	3						3	1				1	2	4
Campania	34	6	1	7		2	44	1		3	1		62	67
Puglia	29		2	2		2	33	3		2			32	37
Basilicata	7	1		1		1	9						3	3
Calabria	18	4		4		1	23						30	30
Sicilia	54	5		5		3	64	1		1		1	60	63
Sardegna	25	1		1		2	28						10	10
Italia 2013	369	59	19	78	8	22	477	39	2	28	18	3	505	595

Tabella 3.3 (segue)

- (1) Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 14 Febbraio 2014. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).
 - (2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.
 - (3) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.
 - (4) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2012, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture "equiparate alle pubbliche". L'indirizzo del Ministero della Salute non fornisce più l'elenco delle strutture private non accreditate.
 - (5) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni 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 ed Enti di ricerca. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2012.
- (*) In Emilia Romagna, l'indirizzo del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta nel come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'indirizzo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, Indirizzario – Posti letto per struttura ospedaliera, 2010-2013

ne di politica ospedaliera, confermando, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di «Presidi territoriali/Ospedali di comunità» per ricoveri brevi non complessi (art.5)²⁵. La Tabella 3.3 mostra il numero di strutture di ricovero per tipologia.

A fronte di 477 strutture di ricovero pubbliche²⁶, si registrano 595 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si nota una prevalenza dei presidi a gestione diretta (369 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro-Sud (75%). Specularmente, la maggior parte dei presidi di Aziende Ospedaliere si trova al Nord (59% del totale). Si contano 61 IRCCS, di cui 39 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (25, di cui 20 privati). I Policlinici Universitari, pubblici e privati (rispettivamente, 8 e 2) sono presenti solo nel Lazio, in Campania, Sicilia e Sardegna.

La Tabella 3.4 analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, individuando tre macro-classi: AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e AO integrate con l'SSN (ex Policlinici universitari pubblici) presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL) utilizzati per la degenza ordinaria, con una media, rispettivamente, di 697 e 605 posti nel 2013; presidi a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 201, 242 e 203 PL; le Case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 81 PL accreditati²⁷. La Tabella 3.4 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata anche progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di posti letto: in particolare, questo si è verificato nelle AO (-16,5% tra il 1997 e il 2013), nelle AO integrate con il SSN (-29,3%) e nelle case di cura accreditate (-17,6%).

Nel 2013, il SSN italiano disponeva di 223.274 PL, di cui 179.071 in strutture pubbliche ed equiparate e 44.183 in case di cura private accreditate.

Passando all'analisi dei posti letto per regime di ricovero, con riferimento alla degenza ordinaria (Figura 3.4), nel 2013 si contavano 158.273 PL pubblici ed equiparati, ridottisi del 41,6 % dal 1997. I posti letto delle case di cura accreditate (40.775 nel 2013) sono, invece, calati del 28,8%.

²⁵ I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, nonché gli appropriati percorsi clinico – assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture saranno definiti da un'Intesa Stato-Regioni da concludersi entro il 31 ottobre 2014.

²⁶ Per coerenza metodologica e per continuità rispetto alle precedenti versioni del Rapporto, i 95 singoli presidi delle AO lombarde non sono considerati come strutture pubbliche a sé stanti. Ciò spiega buona parte delle discrepanze rispetto al capitolo 13 del presente Rapporto. Per il resto, le analisi rielaborano i dati contenuti negli indirizzi ministeriali e ne adottano le classificazioni, mentre il capitolo 13 suddivide le strutture in base alla forma giuridica e all'assetto proprietario. Ne deriva che due Enti di ricerca e una Casa di Cura siano considerati come ospedali privati nel presente capitolo e come pubblici nel cap. 13.

²⁷ Questo dato si riferisce al numero di posti letto dedicati a svolgere attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle case di cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

Tabella 3.4 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2013)**

Tipologia struttura	1997	2000	2005	2010*	2011	2012	2013	Variazione 1997-2013
AO e AO integrate con Università	834	774	660	707	715	692	697	-16,5%
Presidi a gestione diretta ASL	199	184	193	196	204	205	201	1,1%
AOU integrate con SSN	856	832	620	669	663	619	605	-29,3%
IRCCS pubblici e privati	243	247	224	231	230	247	242	-0,4%
Ospedali classificati (1)	234	223	211	202	215	219	203	-13,2%
Casi di cura accreditate (2)	98	89	85	82	82	81	81	-17,6%

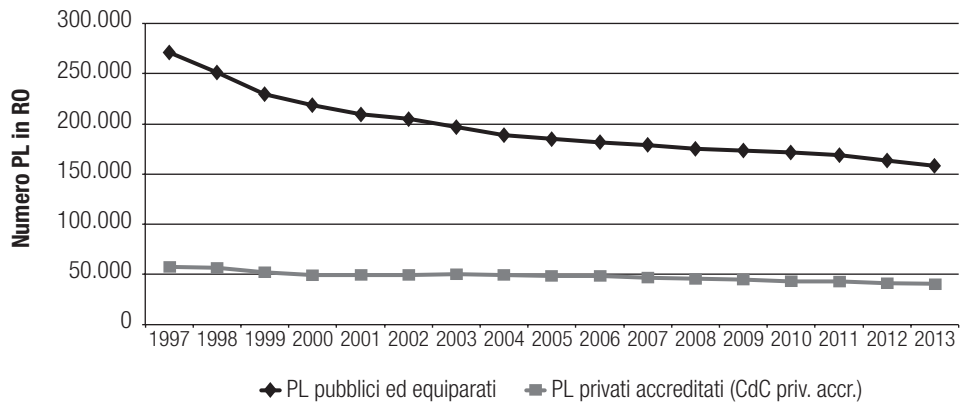
* Si segnala una differenza dei dati relativi al 2010, rispetto al Rapporto OASI 2013. Tale differenza è dovuta a una discontinuità della fonte informativa ministeriale da cui provengono i dati oggetto di analisi.

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

(2) Numero medio dei posti letto accreditati

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

Figura 3.4 **Numero di posti letto previsti (RO, acuti e non acuti), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2013)**

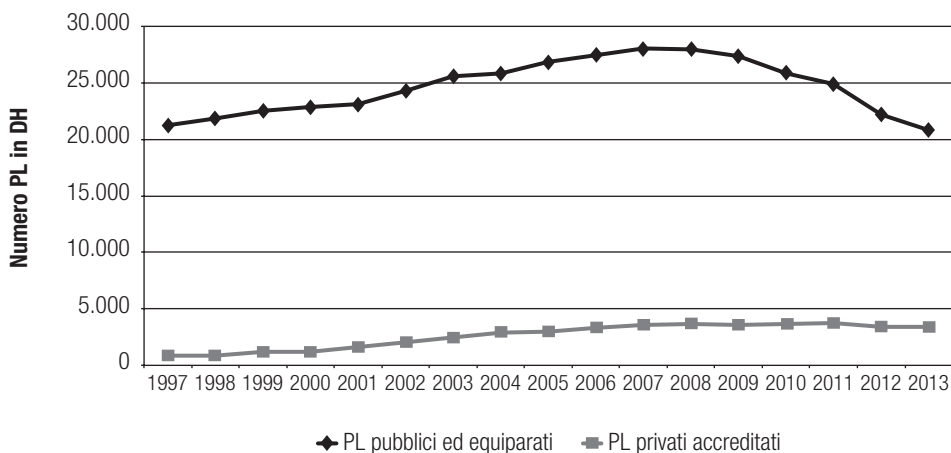


Nota: le strutture pubbliche comprendono i Presidi a gestione diretta ASL, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Le strutture equiparate includono le AOU integrate con il SSN, i Policlinici universitari privati, gli IRCCS pubblici e privati, gli Ospedali classificati,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

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

Per quanto riguarda, invece, la dotazione di PL per ricoveri in regime diurno (*day hospital e day surgery*), si è registrato, nell'arco dei diciassette anni, un incremento pari al 10%, da 22.066 a 24.226 unità (Figura 3.5). Anche se in termini assoluti, l'aumento dei PL pubblici è maggiore rispetto a quello dei PL privati accreditati, l'aumento percentuale di questi ultimi è più marcato. Infatti, i PL pubblici

Figura 3.5 **Numero di posti letto previsti (DH, acuti e non acuti), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2013)**



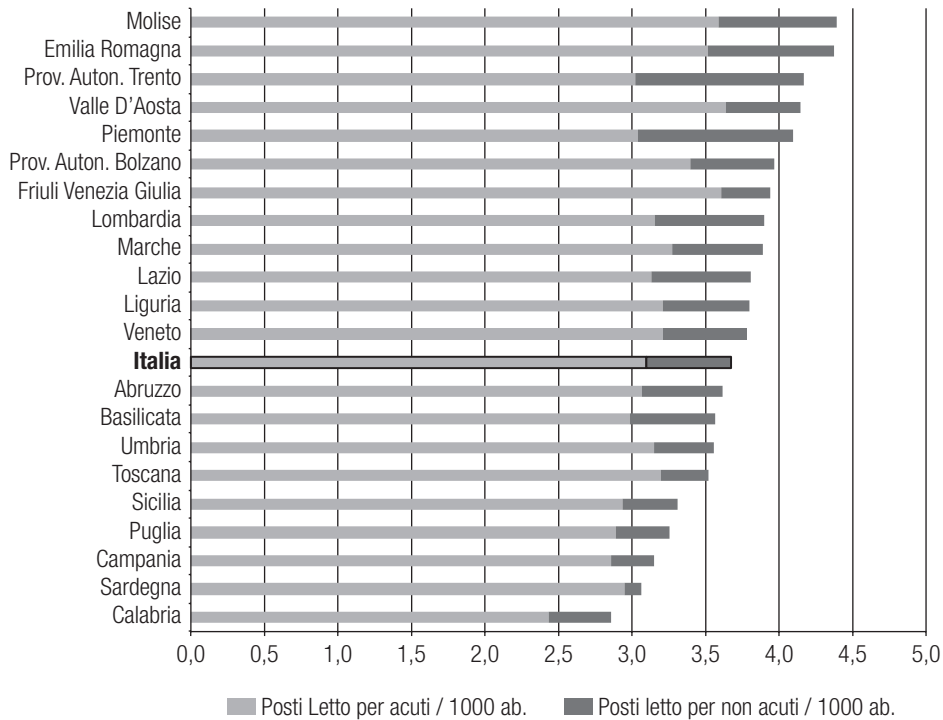
Fonte: elaborazioni OASI su dati Indirizzario Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

ed equiparati sono diminuiti del 2% (da 21.247 a 20.818), mentre quelli privati sono più che triplicati (da 819 a 3.408), con un aumento complessivo molto rapido (81%) nel periodo 2001-2004. Da segnalare che, fino al 2008, i posti letto erano in aumento; a partire da quell'anno, invece, il trend si è invertito, registrando una progressiva riduzione della dotazione posti di letto in regime diurno. Tale riduzione, tra il 2008 e 2013, è stata pari al 23,4% (-7.397 unità). Tale diminuzione è riconducibile prevalentemente alle strutture pubbliche (-7.145 PL).

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

- ▶ il D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) prevede una dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza. Il Decreto Legge, convertito con modificazioni dalla L.135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse²⁸;
- ▶ Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali hanno confermato i precedenti indirizzi sugli standard di dotazione strutturale, specificando che i PL di lungodegenza devono raggiungere la quota minima di 0,2 ogni 1.000 abitanti.

²⁸ Il Decreto mantiene come variabile di controllo per l'adeguatezza dell'offerta un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui almeno il 25% erogati in DH.

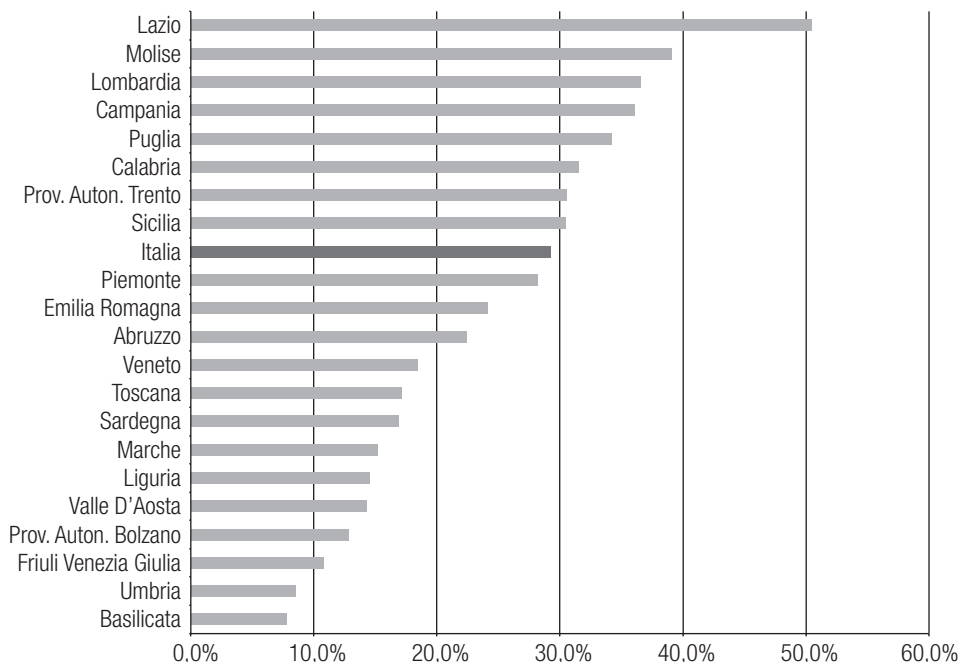
Figura 3.6 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH)/1000 abitanti (2013)**

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

Nel 2013 la dotazione media nazionale di PL – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3,1 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 3.6). Meno della metà delle Regioni ha una dotazione complessiva di PL inferiore a 3,7. Tuttavia, si assiste a un miglioramento rispetto al passato, dato che la quasi totalità delle Regioni mostra una dotazione inferiore ai 4 PL complessivi. Restano al di sopra dei 4 PL complessivi Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Emilia Romagna e Molise. La difficoltà nel rispettare lo standard complessivo varia molto tra le diverse Regioni. In Valle d'Aosta tale difficoltà deriva dalla dotazione troppo elevata di posti letto per acuti; infatti, i PL per 1.000 abitanti per la lungodegenza è di 0,5. Piemonte e PA di Trento mostrano una situazione opposta, con oltre 1,1 PL per non acuti e 3 PL per gli acuti. Infine, Emilia Romagna e Molise evidenziano dotazioni elevate per entrambe le tipologie, assestandosi rispettivamente su 3,5 e 3,6 PL per acuti e 0,9 e 0,8 PL per i non acuti.

La Figura 3.7 approfondisce, invece, le differenze regionali in termini di peso relativo del privato accreditato. In tutte le Regioni, a eccezione del Lazio, l'offerta è prevalentemente pubblica, con una media nazionale del 70,7%. A livello

Figura 3.7 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) nel 2013**



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

regionale, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale nel Lazio (50,4%), in Molise (39,1%), in Lombardia (36,6%) e in Campania (36,1%); la percentuale di privato accreditato è, al contrario, molto bassa in Basilicata (7,8%), Umbria (8,5%) e Friuli VG (10,8%)²⁹.

Un'importante funzione svolta dalle strutture di ricovero è la risposta alle urgenze. Dall'analisi della diffusione di questa tipologia di servizi (Tabella 3.5), si registra come la grande maggioranza delle strutture pubbliche sia dotata dei servizi di Pronto Soccorso (PS) e di Centri Rianimazione (CR), rispettivamente nell' 81,3 % e nel 64,0% dei casi. Un vero e proprio Dipartimento di Emergenza (DE), che dovrebbe fornire maggiori garanzie in termini di sicurezza e qualità delle cure, è presente nel 54,5 % delle strutture. Al contrario, le strutture private accreditate offrono molto più raramente i servizi di gestione delle emergenze³⁰:

²⁹ Il lettore potrà notare differenze significative rispetto ai dati presentati nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI. Tale differenza è spiegabile in quanto, in precedenza, tra le strutture pubbliche si consideravano anche tutte le strutture equiparate; queste ultime, in questa analisi, sono state distribuite tra pubbliche e private accreditate, in base alla classificazione del Rapporto SDO 2012.

³⁰ Questo dato risente del fatto che esistono molte strutture private accreditate di piccole dimen-

Tabella 3.5 **Presenza di servizi per le emergenze all'interno delle strutture di ricovero, percentuale (2011)**

Regione	Strutture pubbliche				Strutture private			
	% dotata di DE	% dotata di PS	% dotata di PSP	% dotata di CR	% dotata di DE	% dotata di PS	% dotata di PSP	% dotata di CR
Piemonte	66,7	74,4	20,5	69,2	–	–	–	7,7
Valle d'Aosta	100,0	100,0	100,0	100,0	–	–	–	–
Lombardia	65,6	72,1	37,7	73,8	8,3	22,2	2,8	16,7
PA Bolzano	43,9	100,0	14,3	71,4	–	–	–	–
PA Trento	–	87,5	12,5	25,0	–	–	–	–
Veneto	63,2	76,3	10,5	68,4	6,7	6,7	–	–
Friuli VG	84,6	76,9	23,1	76,9	–	20,0	–	–
Liguria	72,7	81,8	45,5	90,0	–	–	–	25,0
Emilia Romagna	85,2	92,6	14,8	77,8	–	–	–	15,6
Toscana	85,4	80,5	9,8	70,7	–	–	–	3,4
Umbria	54,5	81,8	–	63,6	–	–	–	–
Marche	75,0	93,8	6,3	75,0	7,7	7,7	–	–
Lazio	34,7	62,5	6,9	52,8	1,5	6,2	–	4,6
Abruzzo	50,0	100,0	5,6	72,2	–	–	–	27,3
Molise	60,0	60,0	–	100,0	–	–	–	33,3
Campania	52,1	89,6	31,3	70,8	9,2	15,4	–	10,8
Puglia	57,9	92,1	2,6	60,5	–	–	–	9,1
Basilicata	33,3	77,8	–	66,7	–	–	–	–
Calabria	52,9	91,2	5,9	35,3	10,0	3,3	–	3,3
Sicilia	31,8	90,9	9,1	60,6	1,6	1,6	–	7,8
Sardegna	28,1	75,0	12,5	46,9	–	–	–	–
ITALIA	54,5	81,3	15,0	64,0	3,6	6,7	0,4	9,0

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO, 2011

il DE è presente solo nel 3,6% dei casi, il PS nel 6,7%, il CR nel 9,0%. Un servizio fondamentale per garantire un'assistenza più adeguata ai pazienti più giovani, il Pronto Soccorso pediatrico (PSP), è presente solo nel 15,0% delle strutture pubbliche e in due strutture private accreditate lombarde. La maggior focalizzazione del privato accreditato sulla non-acuzie (si veda il §3.4.1) contribuisce a spiegare la scarsa presenza di servizi per le emergenze.

sioni; infatti, poiché per una migliore cura del paziente, i PS devono essere collocati in strutture di grandi dimensioni, generalmente le strutture private accreditate di piccole dimensioni non hanno i PS, mentre ne sono dotati i privati accreditati di grandi dimensioni.

3.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

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

Dal 2001 al 2011, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 875 a 692 (-20,9%), con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 87.610 nel 2011). A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano la Campania (da 107 a 72), il Veneto (da 82 a 47) e, soprattutto, la Toscana (da 111 a 27). Si registrano, d'altra parte, otto regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Calabria, Umbria e Sardegna). Considerando nuovamente la prospettiva nazionale, nel periodo 2001-2011, è aumentato il numero medio di distretti per ASL, passato da 4,4 a 4,7.

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

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori)³¹;
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili e i centri distrettuali.

La Tabella 3.6 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse Regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2011 si contraddistingue per un generale incremento delle strutture territoriali (+50,94%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato (passato da una quota di strutture del 33,7%, nel 1997 a una del 53,3%, nel 2011, con un incremento, in termini di numero di strutture, pari al 136%). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture se-

³¹ Per alcuni cenni su dati strutturali relativi alle attività di riabilitazione e di guardia medica si rimanda al §3.4.2.

Tabella 3.6 Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2011)

Regione	Ambulatori e laboratori	di cui privati accr.	Altre strutture territoriali*	di cui privati accr.	Strutture semiresidenz.	di cui privati accr.	Strutture residenziali	di cui privati accr.	Totale strutture territoriali	di cui privati accr.
Piemonte	471	18,5%	357	2,2%	149	55,7%	971	76,0%	1948	47,0%
Valle d'Aosta	6	66,7%	25	4,0%	4	100,0%	13	92,3%	48	43,8%
Lombardia	741	61,3%	746	15,3%	688	77,3%	1351	87,6%	3526	64,8%
PA Bolzano	54	31,5%	82	19,5%	7	0,0%	87	89,7%	230	48,3%
PA Trento	44	52,3%	40	17,5%	7	0,0%	75	85,3%	166	56,6%
Veneto	458	52,4%	544	24,3%	479	65,6%	762	78,2%	2243	57,2%
Friuli VG	148	29,1%	78	7,7%	75	54,7%	191	65,4%	492	43,7%
Liguria	385	24,7%	159	8,2%	60	65,0%	282	86,2%	886	44,0%
Emilia Romagna	468	40,0%	602	5,5%	579	85,1%	961	81,2%	2610	57,2%
Toscana	809	34,7%	519	9,1%	244	39,3%	535	59,4%	2107	35,2%
Umbria	112	34,8%	110	5,5%	61	32,8%	108	54,6%	391	31,7%
Marche	198	53,0%	107	10,3%	30	10,0%	102	36,3%	437	35,7%
Lazio	821	69,3%	447	6,0%	58	1,7%	186	69,4%	1512	48,0%
Abruzzo	165	58,2%	128	2,3%	12	0,0%	82	75,6%	387	41,6%
Molise	55	74,5%	17	11,8%	13	100,0%	17	94,1%	102	70,6%
Campania	1.530	80,5%	458	31,7%	100	15,0%	144	27,8%	2232	64,2%
Puglia	686	63,0%	294	4,1%	55	70,9%	215	89,3%	1250	54,0%
Basilicata	116	42,2%	59	11,9%	4	25,0%	38	81,6%	217	40,6%
Calabria	384	57,8%	129	8,5%	15	33,3%	82	76,8%	610	49,3%
Sicilia	1.475	80,1%	535	15,9%	33	9,1%	113	55,8%	2156	61,8%
Sardegna	355	53,5%	165	6,1%	21	47,6%	68	79,4%	609	43,3%
ITALIA 2011	9.481	58,9%	5.601	12,4%	2.694	63,5%	6.383	76,5%	24.159	53,3%
ITALIA 1997	9.335	54,0%	4.009	5,0%	842	8,0%	1.820	5,0%	16.006	33,7%

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

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

miresidenziali e residenziali, cresciute, rispettivamente, del 219% e del 250,7% nell'arco temporale considerato. Queste strutture, in particolare, sono gestite prevalentemente dal privato accreditato, il cui peso è passato rispettivamente dall'8% e 5% del 1997 al 63,5% e 76,5% del 2011. Solo nella categoria denominata «Altre strutture territoriali», il privato ha conservato un ruolo residuale: ha raggiunto il 12,4% nel 2011, a partire dal 5% nel 1997.

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

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media, compreso tra il 61,3% della Lombardia e l'80,5% della Campania. Tutte le altre Regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale; i valori più bassi si registrano in Piemonte (18,5%) e Liguria (24,7%);
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato, a eccezione di Veneto e Campania, (rispettivamente, 24,3% e 31,7%);
- ▶ con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono soprattutto le Regioni del Nord Italia (oltre a Molise, Puglia e Basilicata esclusivamente per le «Residenziali») a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate.

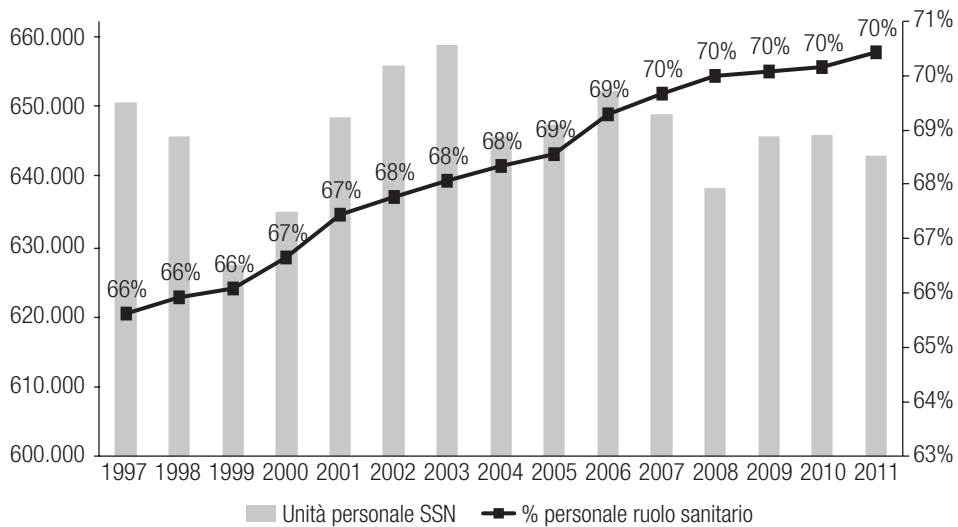
3.3.3 Il personale del SSN

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

La Figura 3.8 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN³² e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 643.169 nel 2011 (ultimo dato disponibile). Il dato si caratterizza per un andamento annuo piuttosto variabile, legato in parte ai periodi di blocco del turn over. Si rileva come il personale sia rimasto pressoché invariato rispetto al 2010 (-0,47%). Dalla Finanziaria 2010, del resto, è previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004, diminuiti del 1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di turn over, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (si veda il capitolo 10 del presente Rapporto). Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sani-

³² Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Figura 3.8 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2011)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2011

tario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66% nel 1997 al 70,4% nel 2011), aumento prevalentemente dovuto alla componente medica.

Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sull'entità e composizione del personale SSN nelle diverse Regioni. Innanzitutto, è importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano, infatti, l'1,1% della popolazione complessiva. Tale contributo si differenzia nelle diverse Regioni e risulta compreso tra l'1,7% della PA di Bolzano e lo 0,8% del Lazio e della Campania. Tali differenze risentono della diversa rilevanza, all'interno dei SSR, delle case di cura private accreditate e delle strutture c.d. «equiparate» alle pubbliche, il cui personale non è compreso tra i dipendenti del SSN.

Differenziazioni territoriali si rilevano anche nella composizione percentuale del personale SSN. In particolare, nel 2011:

- ▶ l'incidenza dei ruoli sanitari è più marcata nel Centro e nel Sud del Paese, dove si mantiene quasi ovunque oltre il 70% dei dipendenti totali, sino ai valori massimi su scala nazionale del Lazio e della Sicilia (rispettivamente, 75,9% e 72,3%). Nel Nord, invece, i ruoli sanitari registrano percentuali più contenute, fino al 61,3% della PA di Bolzano;
- ▶ l'incidenza dei ruoli tecnici è esattamente speculare: superiore al 19% in tutte

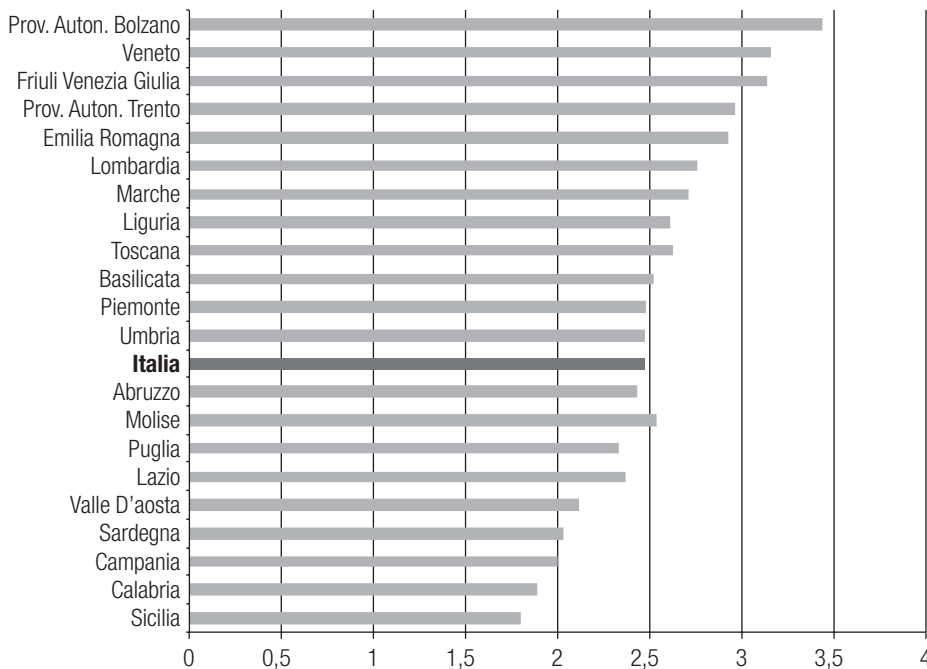
le regioni del Nord (eccetto Emilia Romagna e Liguria), scende ai minimi nel Lazio (11,31%);

- la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore nelle regioni del Nord, raggiungendo i valori massimi (15,9%) in Valle D'Aosta. La percentuale più contenuta si registra invece in Umbria (8,3%).

Indagando più nel dettaglio, la composizione del personale sanitario e, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 3.9), sono soprattutto le Regioni del Sud a presentare una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2,1 contro 2,8 del Nord. Il Centro si colloca su valori intermedi (2,5 infermieri per medico) molto vicini alla media nazionale (2,48).

La Tabella 3.8 presenta, invece, il numero di MMG (Medici di medicina generale) e di PLS (Pediatri di libera di scelta) nelle diverse realtà regionali. I professionisti sono rapportati alla popolazione assistita e al numero medio di scelte. Il numero più alto di residenti e di scelte per professionista, sia per i MMG (oltre 1.557 residenti e 1.556 scelte) che per i PLS (1.279 residenti e 984 scelte), si regi-

Figura 3.9 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni Italiane (2011)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2011

stra nella PA di Bolzano. Valori particolarmente elevati di scelte e residenti per professionista interessano la Lombardia, per quanto riguarda l'assistenza agli adulti (circa 1.300 residenti e scelte per medico); Piemonte, Veneto, Friuli VG e Campania per l'assistenza ai bambini. All'opposto, le Regioni con meno assistiti per MMG sono il Lazio (1.024 residenti, 1.046 scelte), la Basilicata (1.015 residenti, 1.015 scelte), l'Umbria (1.049, 1.035) e l'Abruzzo (1.054, 1.045); le Regioni con meno assistiti per pediatra sono quelle insulari: la Sardegna (874 residenti, 751 scelte) e la Sicilia (889 residenti, 771 scelte). Si nota, in generale, un minor numero di pazienti per medico nelle regioni centro-meridionali.

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2011, si rileva un lieve calo dei primi (3,0%) e un aumento dei secondi (15,8%). Mentre sia gli adulti residenti, che le scelte per MMG aumentano (rispettivamente del 9,5% e del 5,3%), relativamente alla pediatria si osservano trend contrastan-

Tabella 3.8 **Numero MMG e PLS nelle Regioni Italiane (2011)**

Regione	Numero MMG	Adulti residenti per MMG	Numero scelte per MMG	Numero PLS	Bambini residenti per PLS	Numero scelte per PLS
Piemonte	3321	1180	1176	450	1194	949
Valle d'Aosta	90	1239	1222	18	930	777
Lombardia	6669	1289	1289	1181	1120	932
PA Bolzano	276	1557	1556	61	1279	984
PA Trento	384	1181	1184	76	999	882
Veneto	3442	1244	1240	569	1156	997
Friuli VG	959	1137	1146	123	1182	938
Liguria	1284	1124	1109	173	1003	878
Emilia Romagna	3183	1218	1208	607	913	826
Toscana	2931	1127	1113	444	1008	880
Umbria	760	1049	1035	114	960	825
Marche	1218	1125	1114	183	1065	890
Lazio	4862	1024	1046	776	964	820
Abruzzo	1119	1054	1045	181	898	807
Molise	265	1067	1071	37	997	842
Campania	4348	1138	1145	783	1132	923
Puglia	3306	1068	1087	585	960	815
Basilicata	507	1015	1015	63	1157	842
Calabria	1568	1114	1034	273	971	794
Sicilia	4223	1028	1041	800	889	771
Sardegna	1346	1103	1079	219	874	751
ITALIA 2011	46.061	1.144	1.143	7.716	1.030	870
ITALIA 1997	47.490	1.045	1.086	6.664	1.174	685

Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2011

ti: i bambini residenti per PLS calano del 12,3%, mentre il numero di scelte per pediatria aumenta del 27,0%. Se il primo dato è da imputare all'aumento del numero dei pediatri, il secondo è probabilmente dovuto alla maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG.

3.4 Le attività del SSN

3.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale nel periodo 2001-2012 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 3.9):

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (meno 2.679.344 unità) pari al -20,7% in 11 anni, con un andamento annuo variabile (compreso tra -5% e +2%). Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel 2012 i ricoveri sono diminuiti del 4,6% rispetto al 2011;
- ▶ nel periodo 2001-2012 le giornate di ricovero sono diminuite del 19,5%; in particolare, tra il 2001 e il 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%) per aumen-

Tabella 3.9 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (2001-2012)**

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
2001-2012	-20,7%	-19,5%	/	/

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

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

tare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006. La differenza tra il 2011 e il 2012 è pari a $-3,9\%$;

- ▶ le giornate erogate in regime di day hospital sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2007, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al $13,4\%$ ³³ a una del $19,1\%$. Dal 2007 al 2012 si registra, però, un'inversione di tendenza, con una diminuzione nel rapporto in questione pari a 3,9 punti percentuali;
- ▶ la degenza media per acuti in regime ordinario, da dieci anni, è stabile nell'intervallo 6,7-6,8.

La Tabella 3.10 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (406.269).

I 9.86 milioni di ricoveri ospedalieri del 2012 si compongono, per il $95,3\%$, di ricoveri per acuti, di poco inferiore al dato 2011 ($95,5\%$).

Rispetto al 2011, è sostanzialmente stabile la quota di ricoveri per riabilitazione (da $3,5\%$ a $3,6\%$). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni ($87,3\%$ a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di day hospital (DH) è molto elevata; è questo il caso di Lazio ($28,6\%$) e Sardegna ($24,1\%$).

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

La Tabella 3.11 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per Regione e regime di ricovero.

Gli oltre 65 milioni di giornate di ricovero effettuate nel 2012 si compongono, per l' $81,8\%$, di giornate per acuti, per il $13,4\%$, di giornate di riabilitazione e, per il restante $4,8\%$, di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2011, le giornate di riabilitazione e di lungodegenza aumentano, rispettivamente, di 0,2 e 0,1 punti percentuali, mentre diminuisce leggermente la quota riconducibile agli acuti. Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Emilia Romagna e Lazio presentano valori inferiori al dato nazionale per quanto riguarda le giornate di degenza per acuti, a fronte di un maggior numero di giornate per riabilitazione (Lombardia e Lazio), lungodegenza (Emilia Romagna) o per entrambe (Piemonte e PA Trento).

Con riferimento ai ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al $27,1\%$. Il dato evidenzia una diminuzione di 1,7 punti percentuali rispetto al 2011, probabilmente spiegata da un trasferimento di attività in DH verso regimi alternativi di assistenza specialistica ambulatoriale. Diverse Regioni evidenziano una percentuale inferiore, tra cui la Lombardia (19%) e l'Umbria ($15,8\%$). Al contrario, le Regioni che presentano le percen-

³³ Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

Tabella 3.10 **Ricoveri per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2012)**

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza*		Totale ricoveri
	RO	DH	RO	DH	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	474.335	161.143	37.144	3.114	12.686	1,8%	688.422
Vai d'Aosta	15.295	6.695	696	28	-	0,0%	22.714
Lombardia	1.192.379	223.999	94.996	2.304	6.054	0,4%	1.519.732
PA Bolzano	68.168	21.494	2.621	213	2.338	2,5%	94.834
PA Trento	51.610	29.032	5.567	1.104	2.998	3,3%	90.311
Veneto	476.784	154.133	24.035	6.078	9.633	1,4%	670.663
Friuli VG	143.414	52.408	2.615	797	3.026	1,5%	202.260
Liguria	179.238	108.624	10.596	1.187	1.659	0,6%	301.304
Emilia Romagna	568.932	179.915	21.345	5.487	34.434	4,3%	810.113
Toscana	434.460	140.612	11.049	1.691	3.571	0,6%	591.383
Umbria	118.238	27.698	3.770	753	254	0,2%	150.713
Marche	177.174	53.780	4.025	303	4.510	1,9%	239.792
Lazio	665.968	332.064	29.240	11.726	6.724	0,6%	1.045.722
Abruzzo	149.556	57.547	6.882	50	1.899	0,9%	215.934
Molise	40.602	20.030	1.632	204	453	0,7%	62.921
Campania	620.203	379.954	11.589	3.175	8.340	0,8%	1.023.261
Puglia	503.721	157.678	22.211	1.794	2.419	0,4%	687.823
Basilicata	56.563	21.842	1.575	404	1.342	1,6%	81.726
Calabria	184.417	78.700	4.807	631	1.901	0,7%	270.456
Sicilia	525.873	259.604	14.207	3.882	3.062	0,4%	806.628
Sardegna	194.084	76.105	2.300	732	1.594	0,6%	274.815
ITALIA	6.841.014	2.543.057	312.902	45.657	108.897	3,6%	9.851.527

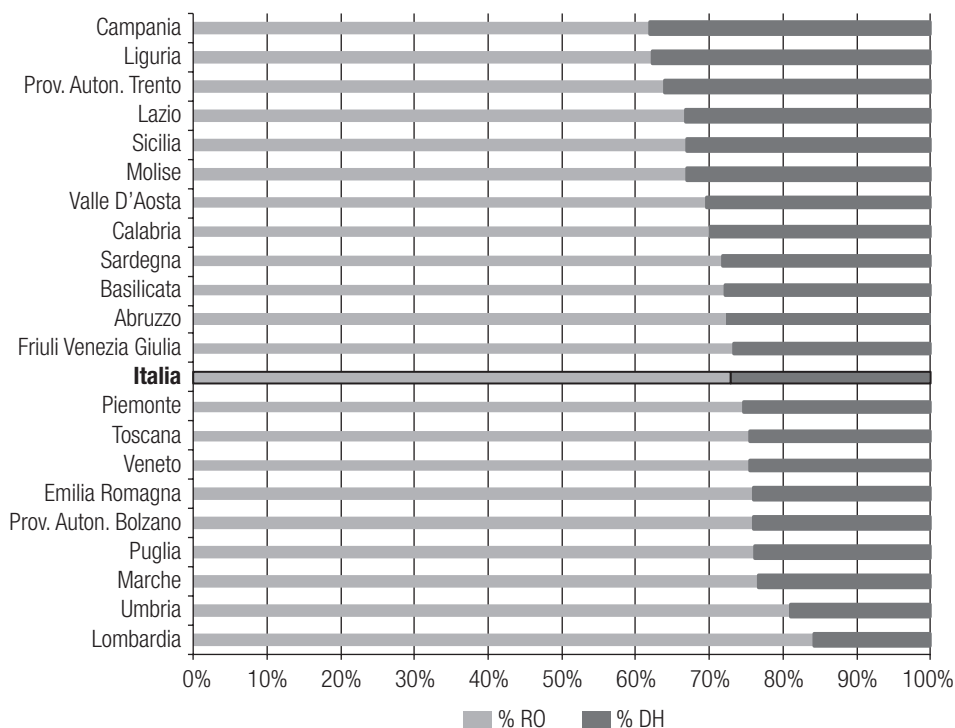
* I ricoveri in lungodegenza effettuati in day hospital in totale sono 1.307.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 3.11 Giornate di degenza per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2012)

Regione	GG Ricoveri per acuti		GG Ricoveri per riabilitazione		GG Ricoveri per lungodegenza		Totale giornate
	RO	DH	RO	DH	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	3.256.423	400.697	1.049.506	41.351	443.006	8,5%	5.190.983
Vai d'Aosta	117.746	20.074	15.691	49	-	0,0%	153.560
Lombardia	8.104.319	331.305	2.305.665	30.871	168.596	1,5%	10.940.756
PA Bolzano	462.743	43.306	58.997	1.932	52.227	8,4%	619.205
PA Trento	392.559	71.099	117.885	13.834	93.138	13,5%	688.515
Veneto	3.898.331	285.655	579.342	84.021	257.442	5,0%	5.104.791
Friuli VG	1.040.117	178.845	73.902	4.533	73.859	5,4%	1.371.256
Liguria	1.437.652	370.752	208.487	11.949	29.665	1,4%	2.058.505
Emilia Romagna	3.588.715	870.276	586.182	59.226	975.430	16,0%	6.079.829
Toscana	2.790.629	416.812	236.984	22.489	93.836	2,6%	3.560.750
Umbria	712.705	77.496	87.255	10.688	5.005	0,6%	893.149
Marche	1.265.213	167.875	124.549	1.783	107.830	6,5%	1.667.250
Lazio	4.723.128	957.481	1.053.838	152.528	243.476	3,4%	7.130.451
Abruzzo	1.066.506	176.806	169.713	1.388	36.916	2,5%	1.451.329
Molise	284.605	49.663	49.627	2.939	12.448	3,1%	399.282
Campania	3.695.802	1.101.468	429.999	63.007	292.597	5,2%	5.582.873
Puglia	3.223.980	338.940	378.202	8.845	48.776	1,2%	3.998.743
Basilicata	386.945	67.958	56.183	5.491	36.159	6,5%	552.736
Calabria	1.218.388	253.991	142.713	7.313	47.400	2,8%	1.669.805
Sicilia	3.466.148	680.332	428.801	60.319	69.203	1,5%	4.704.803
Sardegna	1.311.023	211.212	51.552	9.823	44.809	2,8%	1.628.419
ITALIA	46.443.677	7.072.043	8.205.073	594.379	3.131.818	4,8%	65.446.990

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 3.10 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per Regione (2012)**

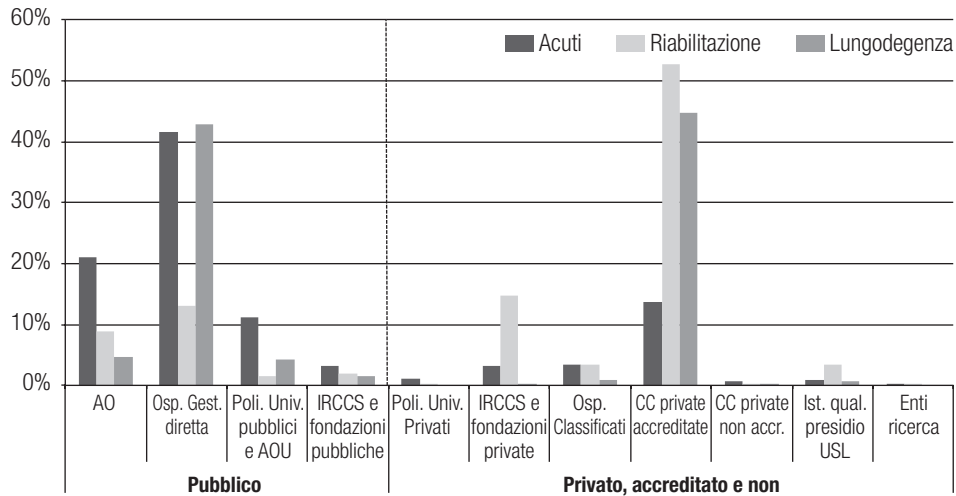
Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

tuali più elevate di attività in day hospital sono Campania, Liguria e PA di Trento, con quote rispettivamente pari al 38%, al 37,7% e al 36%.

La Figura 3.11 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale³⁴. La maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (77%), quota sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente. Tra questi, la quota maggiore è riconducibile agli ospedali a gestione diretta (41,7%). I ricoveri ordinari per riabilitazione, invece, sono erogati soprattutto dal privato accreditato (74,5%, -0,8 punti percentuali rispetto al 2011). Infine, la lungodegenza è erogata, in egual misura, dal pubblico (53,5%) e dal privato (46,5%), con percentuali sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente. Se consideriamo, però, l'erogazione di ricoveri in DH (non riportato in Figura), si nota una lieve diminuzione della quota pubblica sia per quanto riguarda gli acuti (da 75,4% a 74,7%), che per la riabilitazione (da 44,9% a 44%). Per approfondimenti sul posizionamento produttivo degli ospe-

³⁴ In tutto il paragrafo è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2012 (si veda il §3.1).

Figura 3.11 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2012)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

dali, con un particolare focus sui privati accreditati, si veda anche il capitolo 13 del presente Rapporto.

È importante rilevare se e in quale misura i servizi territoriali vengano utilizzati nella fase post acuzie. Dai dati SDO 2012 emerge come l'87,3% dei ricoveri per acuti in regime ordinario si concluda con una «dimissione domiciliare», mentre solo il 2,2% dei pazienti viene dimesso/trasferito presso strutture territoriali (0,9% presso RSA e 1,6% presso istituti di riabilitazione), oppure dimesso a domicilio con attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, 0,4%) o di procedure di dimissione protetta con ospedalizzazione domiciliare (0,2%). I restanti casi sono riconducibili a trasferimenti, a dimissioni volontarie o a decessi.

Un altro dato rilevante è la distribuzione dei dimessi per acuti in RO e DH tra DRG di tipo medico e di tipo chirurgico³⁵ (Tabella 3.12). A livello nazionale, il totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 5.300.748 e 4.083.323, 56,5% contro 43,5%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2010 al 2012, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO, con un leggero calo dal 60,4%

³⁵ La percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale ricoveri costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012.

Tabella 3.12 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2010-2012)**

	2010		2011		2012	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Regime Ordinario						
DRG medico	4.452.575	60,4%	4.187.341	59,4%	4.015.949	58,7%
DRG chirurgico	2.922.190	39,6%	2.859.140	40,6%	2.825.065	41,3%
Totale RO	7.374.765	100,0%	7.046.481	100,0%	6.841.014	100,0%
Day Hospital						
DRG medico	1.645.790	54,5%	1.504.562	53,1%	1.284.799	50,5%
DRG chirurgico	1.376.159	45,5%	1.328.820	46,9%	1.258.258	49,5%
Totale DH	3.021.949	100,0%	2.833.382	100,0%	2.543.057	100,0%
Totale (RO+DH)	10.396.714		9.879.863		9.384.071	

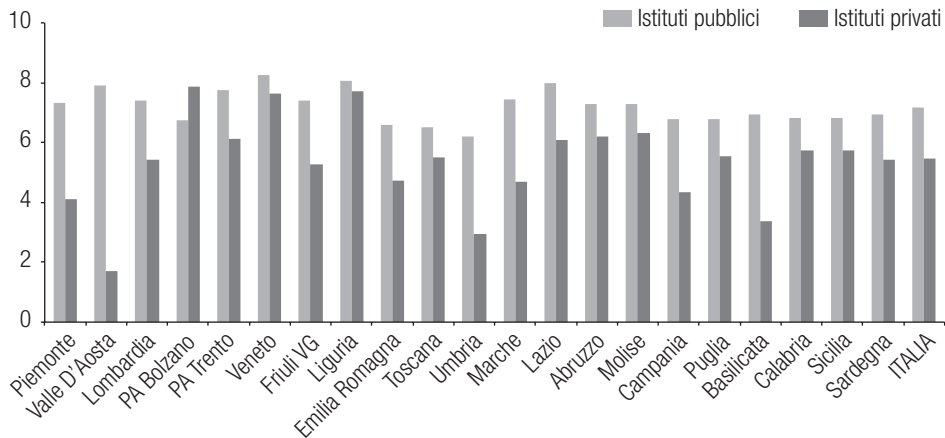
Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

del 2010 al 58,7% del 2012 (-436.626 dimissioni). L'attività chirurgica in RO mostra un leggero decremento in termini assoluti (-97.125). Diverse Regioni registrano un'incidenza dei ricoveri chirurgici per acuti sul totale minore del 36%: Calabria (30,9%), Liguria (33,1%), Sardegna (33,3%), PA di Bolzano (35,3%) e Trento (35%), Molise (35,6%). Infine, si segnala che la quota di DH medico (50,5%) si riduce di 2,6 punti percentuali in favore del day surgery.

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

Il primo indicatore consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa³⁶. La degenza media per acuti, a livello nazionale, si attesta, nel 2012, a 6,79 giorni (di fatto stabile rispetto alle 6,81 giornate del 2011 – si veda la Tabella 3.9). Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,5 rispetto a 7,2 giorni), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (26,5 rispetto a 25,5) e per la lungodegenza (31,5 rispetto a 26,8). Si osservano, però, considerevoli differenze tra Regioni, soprattutto con riferimento agli istituti privati: relativamente ai ricoveri per acuti nel 2012 (Figura 3.12), si passa dalle 1,7 giornate della Valle d'Aosta alle 7,9 della PA di Bolzano. Per riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una varian-

³⁶ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato, incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze medie troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci). I recenti standard ospedalieri, approvati dalla conferenza stato-regioni il 05/08/14, indicano una soglia di riferimento per la degenza media delle strutture acuti pari a 7 giorni.

Figura 3.12 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2012)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

za particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e la lungodegenza in quelli privati.

Il tasso di ospedalizzazione esprime, invece, la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione³⁷. Tale indicatore (eventualmente standardizzato per classi di età della popolazione) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura. L'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012 ha, tra l'altro, fissato un tasso di ospedalizzazione di riferimento di 160 ricoveri per 1.000 abitanti di cui il 25% erogati in DH, da raggiungere entro il 30 novembre 2012.

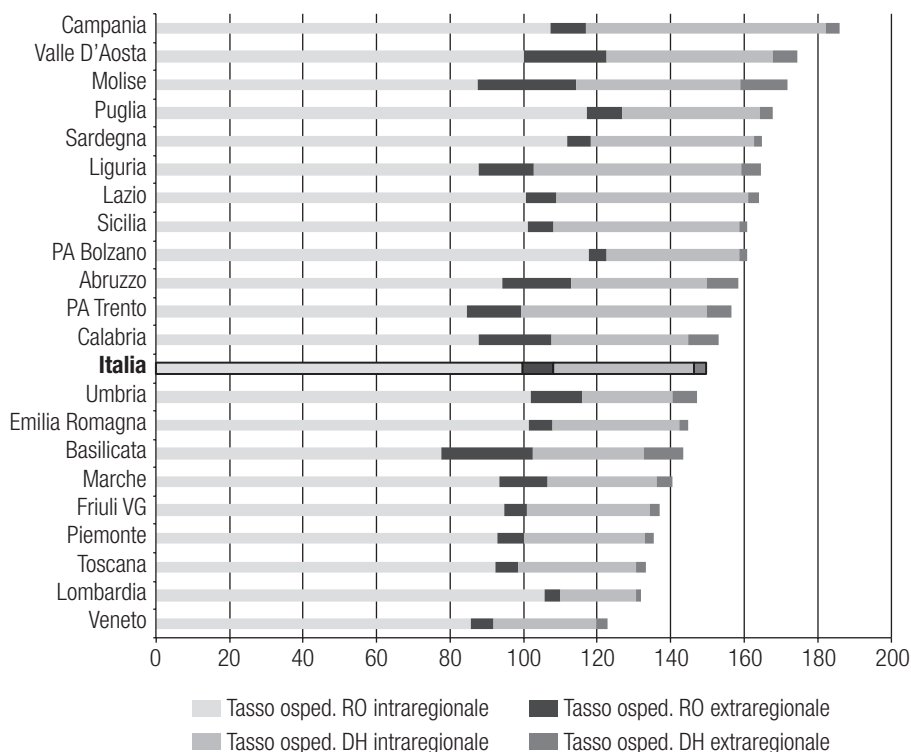
Dalla Figura 3.13 risulta confermata la riduzione dell'ospedalizzazione già in atto da alcuni anni, con un tasso standardizzato³⁸ per acuti in regime ordinario nel 2012 pari a 108 per 1.000 abitanti (da 109,8 nel 2011), mentre il corrispondente valore per l'attività di DH si attesta a 41,6 per 1.000 abitanti (da 45,5 nel 2011). Il TO complessivo risulta pari a 149,6 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto al 2011 (155,3).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale (Figura 3.13). Le Regioni del Sud, a eccezione della Basilicata, registrano sempre tassi superiori al dato nazionale e, spesso, oltre lo standard del 160‰ (con un massimo di 185,9‰ in Campania). Le Regioni del Centro (a

³⁷ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extraregione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

³⁸ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni.

Figura 3.13 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e Regione (2012)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

eccezione del Lazio) e del Nord (a eccezione della Liguria, delle PA di Bolzano e di Trento e della Valle d'Aosta) registrano, invece, valori inferiori a quello italiano. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, sono Puglia, PA di Bolzano e Valle d'Aosta a presentare i valori più elevati (rispettivamente 126,8‰, 122,6‰ e 122,5‰); invece, con riferimento ai tassi in regime diurno, ciò avviene per Campania e Liguria (rispettivamente, 69 e 61,9 ricoveri per 1.000 abitanti).

Lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità interregionale, che sfuggono alla classica dicotomia tra Nord e Sud. Le grandi Regioni continentali del Centro-Sud evidenziano alti tassi di ospedalizzazione intra-regionali: si veda il dato della Campania (172,2‰), della Puglia (154,4‰), e in misura minore, del Lazio (152,9‰). Allo stesso tempo, evidentemente, esercitano una forte attrattiva anche sulle Regioni limitrofe più piccole: il tasso di DH extraregione, che registra un dato nazionale pari a 3,3, raggiunge i massimi in Molise (13‰), Basilicata (10,5‰), Abruzzo (8,6‰), Calabria (8,3‰).

Agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero, il Ministero della Salute affianca due ulteriori classi³⁹:

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

È possibile mettere in relazione il tasso di ospedalizzazione standardizzato dei RO acuti (intra regione ed extra regione), introdotto nella Figura 3.13, con una misura di complessità, come il peso medio (PM). Si consideri che il PM dei ricoveri per acuti in RO era cresciuto, nel periodo 1998 – 2005, da 1,05 a 1,26; tra il 2005 e il 2006 si è verificata una discontinuità della serie storica perché è cambiato il sistema di classificazione dei DRG (che si basa ad oggi sulla versione 24); nel periodo 2006 – 2009 si era ridotto da 1,09 a 1,06 per poi crescere a fino a 1,13 nel 2012.

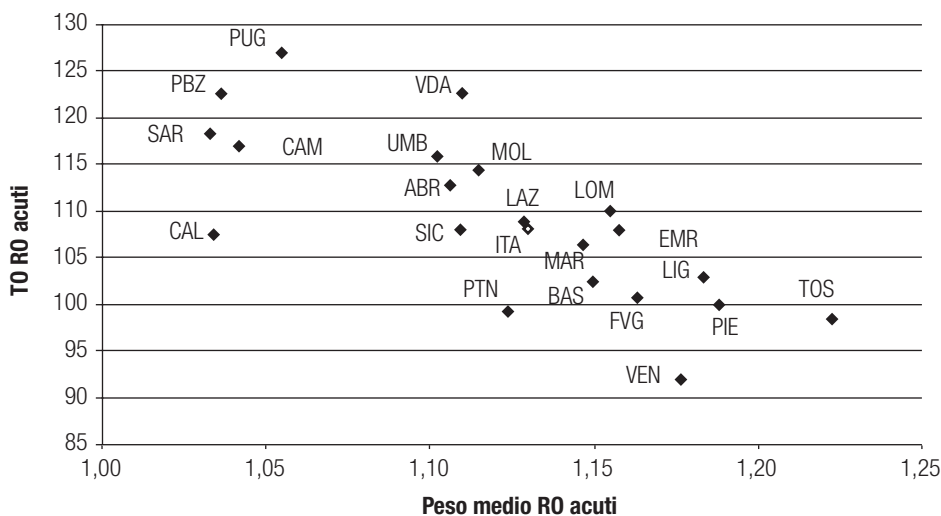
La Figura 3.14 mostra che le Regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un TO inferiore alla media nazionale (pari a 108 ‰): si vedano i valori della Toscana (1,22; 98,5), del Piemonte (1,19; 100), del Veneto (1,18; 91,8) e della Liguria (1,18; 102,7). All'opposto, le Regioni con PM minore registrano TO più elevati della media nazionale, con l'eccezione della Calabria (1,03; 107,6): si vedano i dati della Sardegna (1,03; 118,2), della PA di Bolzano (1,04; 122,6), della Campania (1,04; 116,9) e della Puglia (1,05; 126,8).

Gli indicatori di inappropriata⁴⁰ organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 3.13 opera un confronto tra gli anni 1998 e 2012. 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 anziani⁴¹.

³⁹ Il Ministero della Salute ha, inoltre, dato mandato ad AGENAS di elaborare il Programma Nazionale di valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (PNE) per la stima di indicatori di esito a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo (Fusco *et al.*, 2012).

⁴⁰ 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.

⁴¹ Altri indicatori di inappropriata organizzativa sono la degenza media preoperatoria, la percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni, la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (già trattato), la percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriata (trattato in seguito), la percentuale di rico-

Figura 3.14 **Peso medio (*) dei RO acuti e relativo Tasso di ospedalizzazione, per Regione (2012)**

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

I dati in Tabella 3.13 evidenziano che:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari al 30,8% su scala nazionale, è notevolmente diminuita, con massimi registrati in Basilicata (-27 punti percentuali) e Sicilia (-21,2). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord: i valori rilevati al Sud nel 2012 si avvicinano ai livelli registrati nel 1998 nel Centro-Nord;
- ▶ la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è pari al 10,6% ed è diminuita solo lievemente (2,2 punti percentuali) dal 1998 al 2012; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 11,3 punti percentuali nel 2012 tra la Regione con la percentuale più elevata – Campania – e la Regione con la percentuale più bassa – Veneto). Per questo indicatore, sono soprattutto alcune Regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento: in particolare, Basilicata (-7,5 punti percentuali) e Sicilia (-6,2), ma anche PA di Bolzano (-6,2);

veri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico, il monitoraggio di questi indicatori, e di quelli riportati nel testo, è stato introdotto dal Patto per la salute 2010-2012.

Tabella 3.13 **Indicatori di inappropriata organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per Regione (1998-2012)**

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	2012	1998	2012	2006	2012	1998	2011
Piemonte	38,6	24,1	9,1	10,2	7,7	5,8	26,9	30,2
Valle d'Aosta	50,7	37,2	14,0	13,7	9,2	9,3	21,5	32,0
Lombardia	38,4	28,3	11,3	9,7	4,9	5,8	23,3	28,2
PA Bolzano	44,3	40,2	16,3	10,1	4,9	3,9	17,3	24,3
PA Trento	42,1	38,5	11,1	7,7	8,4	5,7	22,5	24,0
Veneto	41,9	31,7	8,3	6,6	7,1	7,2	24,5	27,0
Friuli VG	36,1	27,3	11,0	10,2	6,5	5,5	19,0	21,6
Liguria	40,5	34,0	12,9	11,7	5,2	5,1	28,5	35,2
Emilia Romagna	34,5	24,3	15,7	10,0	3,7	3,4	29,3	28,1
Toscana	41,5	25,3	10,5	9,2	3,9	3,0	22,5	25,9
Umbria	47,3	29,9	18,1	14,5	3,1	3,6	25,5	31,7
Marche	40,2	24,3	8,2	8,3	5,0	5,4	33,2	33,8
Lazio	43,4	32,7	13,8	10,5	5,9	5,4	35,5	40,5
Abruzzo	51,1	32,2	9,9	9,0	3,3	4,4	33,5	38,1
Molise	48,9	37,1	8,9	9,6	4,7	4,8	33,5	45,4
Campania	53,4	36,2	19,9	17,9	2,9	2,8	48,0	61,2
Puglia	52,9	36,7	12,7	11,6	3,6	3,5	35,1	44,6
Basilicata	64,4	37,3	16,0	8,5	3,4	3,6	41,8	38,3
Calabria	56,4	43,0	13,0	11,0	3,4	3,3	34,2	36,6
Sicilia	54,4	33,2	14,5	8,3	2,6	2,9	36,6	46,8
Sardegna	50,1	37,7	12,5	12,3	5,2	4,2	26,0	37,8
ITALIA	44,9	30,8	12,8	10,6	4,6	4,5	31,4	36,5

Nota:

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

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

Fonte: elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

- tra le Regioni, risulta altrettanto differenziata l'incidenza dei ricoveri per acuti in RO oltre valore soglia erogati per anziani⁴²: rispetto al 2006, l'indice è pressoché stabile (-1 punto percentuale). Nel 2012 sono le Regioni del Nord (a eccezione della PA di Bolzano e dell'Emilia Romagna) insieme a Marche, Lazio e Molise a registrare valori superiori al dato nazionale;

⁴² Pazienti oltre i 65 anni.

Tabella 3.14 **Distribuzione dei punti nascita per Regione e tipo di istituto (2012)**

Regione	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate	Strutture private non accreditate	TOTALE	
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre
Piemonte	31	0	0	31	83,9
Valle d'Aosta	1	0	0	1	100,0
Lombardia	58	15	0	73	87,7
PA Bolzano	7	0	1	8	50,0
PA Trento	7	1	0	8	37,5
Veneto	38	5	0	43	79,1
Friuli VG	11	1	0	12	66,7
Liguria	9	2	0	11	100,0
Emilia Romagna	29	2	0	31	77,4
Toscana	28	0	2	30	73,3
Umbria	11	0	0	11	54,5
Marche	16	3	0	19	68,4
Lazio	28	13	7	48	72,9
Abruzzo	12	0	0	12	75,0
Molise	3	0	0	3	66,7
Campania	38	32	0	70	67,1
Puglia	34	8	0	42	66,7
Basilicata	6	0	0	6	66,7
Calabria	15	5	0	20	70,0
Sicilia	52	15	0	67	64,2
Sardegna	16	3	0	19	42,1
ITALIA 2012	450	105	10	565	71,9
ITALIA 2009	530	124	11	665	63,3
Delta% 09-12	-15,1%	-15,3%	-9,1%	-15,0%	/

Fonte: elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

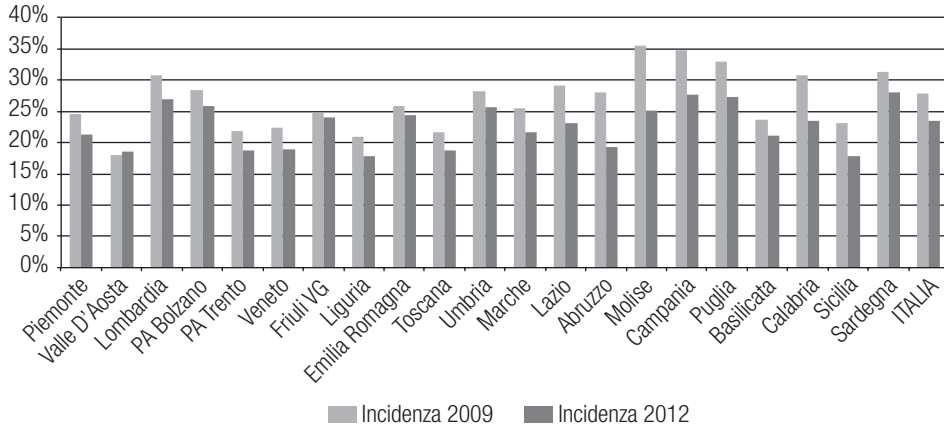
- Relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento⁴³ diffuso su tutto il territorio (+5,1 punti percentuali). Oggi il valore nazionale è pari a 36,5%. Tutte le Regioni del Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, Piemonte e, soprattutto, Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (<30%). Le Regioni centrali e meridionali, invece, a eccezione della Toscana, si collocano tutte al di sopra nazionale dello standard ministeriale.

⁴³ La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde a un valore inferiore al 30% dei parti cesarei totali.

Sempre con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alla soglia di 500 parti/anno⁴⁴ (Tabella 3.14). I PN si distribuiscono, per il 79,6%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano oltre il 40% dei punti nascita gestiti da strutture private accreditate e non accreditate. Rispetto al 2009, i PN sono calati di 100 unità, con una diminuzione proporzionalmente distribuita tra pubblico e privato accreditato (-15%); nello stesso periodo, la percentuale complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 8,6 punti percentuali.

Per quanto riguarda i DRG a rischio inappropriatelyzza (c.d. «DRG LEA»), il riferimento è ai 108 previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegati A e B). Dall'analisi SDO 2012, l'inappropriatelyzza è riconducibile soprattutto a DRG di tipo medico (60,2% del totale DRG LEA – calcolato considerando i soli ricoveri ordinari). La Figura 3.15 mostra l'incidenza di tali ricoveri nelle diverse Regioni nel 2009 e nel 2012. Permangono forti differenze territoriali: si passa da un'in-

Figura 3.15 **Incidenza RO acuti a rischio inappropriatelyzza (DRG LEA, medici e chirurgici) sul totale RO acuti, per Regione (2009; 2012)**



Fonte: elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

⁴⁴ Tale valore viene indicato dall'OMS come il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché l'assistenza erogata sia conforme a un adeguato standard di qualità e di sicurezza. La soglia è stata ripresa a livello nazionale dall'Accordo Stato-Regioni relativo alle «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatelyzza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», sancito il 16 dicembre 2010. Esse hanno previsto la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno [...]», e hanno stabilito, inoltre, che «la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate [...]».

cidenza minima del 18,6% della Valle d'Aosta a una massima del 28% registrata in Sardegna. Tuttavia, si è verificato un calo generalizzato nei livelli di inappropriatezza: il valore nazionale è passato dal 27,9% al 23,4%. Le Regioni centro-meridionali hanno registrato i miglioramenti più marcati (Molise, -10,5 punti percentuali; Abruzzo, -8,7; Calabria, -7,3; Campania, -7), avviando un'evidente dinamica di convergenza.

3.4.2 Le attività territoriali

I dati di attività relativi all'assistenza territoriale sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute, che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO⁴⁵», che si è arricchito, proprio nel corso dell'ultimo quinquennio, di informazioni riguardanti le prestazioni extraspedaliere. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali. Il tema delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è invece affrontato in maniera analitica dal capitolo 8 del presente Rapporto, al quale si rimanda.

L'ADI è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico – degenerative in fase stabilizzata, che presentino una condizione di non autosufficienza. Gli interventi possono essere esclusivamente di tipo sociale oppure integrato socio-sanitario. Nel 2011, mediamente, sono stati trattati in ADI 999 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 3.15), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 143 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.613 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti, anziani nel 90,4% e 90,5% dei casi in Liguria ed Emilia Romagna e, solo nel 51,7% dei casi, nella PA di Bolzano;
- ▶ intensità di assistenza erogata, ovvero 74 ore per caso trattato in Molise e 3 in Friuli VG, contro una media nazionale di 22 ore per caso.

Rispetto al 2008, a livello nazionale, si rileva un aumento dei casi trattati in termini sia assoluti (+22,6%), che calcolati in rapporto a 100.000 abitanti (+20,5%), benché il numero di ore per caso sia rimasto invariato. Da registrare, inoltre, un leggero spostamento della casistica dai pazienti terminali (-0,4 punti percentuali) e da altre categorie di pazienti (-1,8, non riportati in tabella) verso gli anziani (+2,2).

⁴⁵ Rilevazione relativa al 2011, pubblicata a maggio 2014.

Tabella 3.15 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2011)**

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%) (età > 65)	di cui pazienti terminali (%)	
Piemonte	29.545	663	69,0	13,0	13
Valle d'Aosta	185	144	52,4	33,5	23
Lombardia	95.190	960	86,6	8,4	20
PA Bolzano	725	143	51,7	40,1	33
PA Trento	5.227	987	70,6	19,1	13
Veneto	65.279	1.322	81,8	10,0	11
Friuli VG	20.573	1.665	84,9	3,9	3
Liguria	17.908	1.108	90,4	5,3	23
Emilia Romagna	115.799	2.613	90,5	1,3	21
Toscana	28.054	748	73,6	20,4	21
Umbria	17.294	1.908	87,2	7,3	14
Marche	16.079	1.027	75,0	13,8	28
Lazio	63.649	1.111	84,2	8,2	20
Abruzzo	16.977	1.265	78,3	11,7	35
Molise	3.008	941	81,6	7,6	74
Campania	29.092	499	78,4	14,4	34
Puglia	19.636	480	77,0	17,8	41
Basilicata	7.895	1.344	88,7	10,7	43
Calabria	13.013	647	83,3	11,2	24
Sicilia	25.721	509	77,8	16,0	38
Sardegna	15.047	898	82,5	10,3	41
ITALIA 2011	605.896	999	83,2	9,1	22
ITALIA 2008	494.204	829	81	9,5	22
Delta % 08-11	22,6%	20,5%	/	/	/

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2011

Un'ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituita dalle strutture residenziali⁴⁶ e semiresidenziali. Tra le varie forme di assistenza, a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 261.683 utenti a livello nazionale e una media di 225 giornate di assistenza per utente (fortemente differenziate a livello regionale, dalle 28 della Valle D'Aosta alle 333 della PA di Trento). Nelle strutture semiresidenziali prevale, invece, l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 34.037 utenti e richiede mediamente 67 giornate per

⁴⁶ Per una definizione di strutture residenziali e semi-residenziali si veda il §3.3.

Tabella 3.16 **Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2011)**

Regione	Assistenza psichiatrica				Assistenza ai disabili psichici				Assistenza agli anziani				Assistenza ai disabili fisici							
	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali					
	Utenze	Giornate per utente	Utenze	Giornate per utente	Utenze	Giornate per utente	Utenze	Giornate per utente	Utenze	Giornate per utente	Utenze	Giornate per utente	Utenze	Giornate per utente	Utenze	Giornate per utente				
Piemonte	2.745	64	1.951	279	343	166	1.333	278	444	769	124	25.980	230	354	629	185	892	186	371	
Valle d'Aosta	30	73	79	274	347	54	176	176	176	61	28	28	28	28	372	28	28	28	28	
Lombardia	6.758	78	6.246	211	289	241	161	589	347	9.848	127	80.196	256	383	5.809	200	4.872	307	507	
PA Bolzano	359	39	223	190	229	280	58	58	58	4.471	299	299	299	299	70	361	361	361	361	
PA Trento	355	38	183	201	239	7	313	313	313	4.785	333	333	333	333						
Veneto	4.266	70	2.087	277	347	5.396	191	3.508	291	2.236	120	38.905	234	354	1.217	187	1.647	122	309	
Friuli VG	1.798	49	1.427	75	124	217	73	139	248	507	67	19.184	142	209	152	4	904	45	49	
Liguria	778	70	908	326	396	292	171	244	244	923	122	13.799	158	280	395	152	53	137	137	
Emilia Romagna	2.808	71	6.422	99	170	14	289	289	289	5.494	188	26.157	228	416	3.952	185	2.278	301	486	
Toscana	2.551	81	1.054	219	300	818	144	986	256	400	1.912	139	16.062	232	371	382	160	917	160	
Umbria	374	92	507	228	320	237	151	75	329	480	377	95	3.810	143	272	148	22	311	459	
Marche	440	109	682	219	328	185	104	113	291	395	89	116	4.084	126	242	8	162	260	69	
Lazio	2.494	64	3.353	129	193	109	141	288	389	530	87	70	6.992	243	313	83	64	281	312	
Abruzzo	330	122	709	276	398	231	291	291	291	3.184	163	163	163	163	204	100	100	100	100	
Molise	55	224	167	301	525							31	201	201						
Campania	3.136	52	1.200	212	264	389	149	426	322	471	150	75	826	262	337	101	182	292	331	
Puglia	1.968	74	1.473	295	369	361	245	893	184	429	120	227	6.343	182	409	41	322	336	407	
Basilicata	58	113	365	261	374	184	97	97	97	460	147	147	147	147	92	39	39	39	39	
Calabria	553	31	374	297	328	50	83	332	344	427	1.880	236	236	236	21	9	510	84	93	
Sicilia	1.550	48	1.669	250	298	71	16	507	221	237	3.677	60	60	60	8	249	456	99	348	
Sardegna	631	24	426	266	290	124	148	424	203	351	62	201	796	238	439	31	184	819	102	
ITALIA	34.037	67	31.505	196	263	9.903	174	10.627	268	442	22.574	140	261.683	225	365	12.706	188	15.277	217	405

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2011

caso trattato (con un *range* che va dalle 24 della Sardegna alle 224 del Molise) (Tabella 3.16).

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale, infine, svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico – riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2011 sono state rilevate 993 strutture riabilitative con 14.333 posti per l'attività di tipo residenziale (in complesso 46 posti ogni 100.000 abitanti) e 13.669 per l'attività di tipo semiresidenziale. Questi *setting* assistenziali registrano una riduzione della capacità di accoglienza rispetto al 2009 (48 posti ogni 100.000 abitanti). Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore a quelli assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 57.401 e 23.400 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa. In particolare, la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali; tutte le altre tipologie di riabilitazione più frequentemente in strutture residenziali.

Un aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi. Diabete, asma, influenza nell'anziano e patologie alcool-correlate sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (a livello nazionale, rispettivamente: 18,2; 8,6; 5,5; 34,9 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate (Tabella 3.17). La PA di Bolzano mostra valori particolarmente alti per diabete (40,5 ricoveri per 100.000 ab.) per influenza dell'anziano (20,5) e patologie alcool correlate (106,4), mentre la Campania per l'asma (14,9). Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.243 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con valori massimi in Abruzzo (1.687,5). Da notare, comunque, una diminuzione generalizzata delle ospedalizzazioni nell'ultimo quadriennio, dal minimo relativo all'insufficienza cardiaca (-1,6%) al massimo dell'asma nell'anziano (-42%).

Per garantire un'assistenza medica di base continuativa, le ASL forniscono ai cittadini la possibilità di rivolgersi alla guardia medica (medico di continuità assistenziale). Si tratta di un servizio totalmente gratuito per situazioni che rivestono carattere di emergenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi. La guardia medica può prescrivere soltanto i farmaci indicati per terapie d'urgenza; può altresì rilasciare certificati di malattia e proporre il ricovero ospedaliero. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito del-

Tabella 3.17 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2012)**

Regione	TO per diabete non controllato 2012	TO per asma nell'adulto 2012	TO per influenza nell'anziano 2012	TO std per patologie correlate all'alcool 2012	TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni) 2012
Piemonte	7,5	4,8	3,7	27,5	882,3
Valle d'Aosta	4,7	14,0	11,1	99,7	1.273,1
Lombardia	22,4	11,2	5,0	37,1	1.178,2
PA Bolzano	40,5	4,8	20,5	106,4	1.322,9
PA Trento	20,8	4,3	2,9	35,6	1.098,3
Veneto	20,6	8,7	6,1	32,5	1.322,5
Friuli VG	13,6	6,1	6,5	58,6	1.301,4
Liguria	15,3	9,9	2,3	57,2	1.078,9
Emilia Romagna	28,5	6,1	7,5	43,0	1.275,9
Toscana	6,4	5,1	7,4	31,9	976,8
Umbria	17,4	9,7	9,1	31,7	1.252,9
Marche	11,4	6,8	2,3	31,5	1.295,7
Lazio	20,1	4,9	3,6	26,6	1.197,6
Abruzzo	13,4	4,9	7,4	33,1	1.687,5
Molise	15,8	3,1	2,9	34,5	1.549,8
Campania	13,7	14,9	1,6	32,4	1.358,0
Puglia	26,8	9,9	7,3	34,7	1.255,1
Basilicata	15,3	2,5	4,2	34,8	1.110,0
Calabria	12,9	9,7	3,2	35,3	1.533,4
Sicilia	16,3	8,3	5,8	19,0	1.455,8
Sardegna	27,8	13,7	17,3	56,2	1.040,6
ITALIA 2012	18,2	8,6	5,5	34,9	1.225,5
ITALIA 2009	26,0	11,8	9,5	41,8	1.244,9
Delta% 09-12	-29,8%	-27,2%	-42,0%	-16,7%	-1,6%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO Ministero della Salute

la programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 2011 sono stati rilevati in Italia 2.881 punti di guardia medica (Tabella 3.18), in lieve calo rispetto al 2008 (2.984). Si contano 11.921 medici titolari, ovvero 20 medici ogni 100.000 abitanti. I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle Regioni del Sud; il 42 % è concentrato in quattro Regioni (Sicilia, Calabria, Puglia e Campania). A livello territoriale, si registra una realtà notevolmente diversificata riguardo sia i ricoveri prescritti, che le

Tabella 3.18 **Attività di guardia medica, per Regione (2011)**

Regione	Punti di guardia medica	Ore prestate	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Visite effettuate per 100.000 abitanti
Piemonte	138	1.011.676	368	12.134
Valle d'Aosta	9	61.940	600	13.159
Lombardia	229	1.605.891	315	10.415
PA Bolzano	6	25.780		3.652
PA Trento	32	224.871	1.048	17.764
Veneto	112	1.056.294	228	12.271
Friuli VG	49	302.177	383	13.400
Liguria	55	320.675	444	7.727
Emilia Romagna	165	1.205.001	157	16.197
Toscana	173	1.080.370	445	16.895
Umbria	43	367.178	215	19.695
Marche	87	571.291	360	25.559
Lazio	113	830.329	134	5.320
Abruzzo	96	602.724	281	23.603
Molise	48	288.476	579	33.929
Campania	191	1.782.259	240	23.128
Puglia	260	1.834.695	218	18.508
Basilicata	105	721.306	435	27.005
Calabria	321	1.857.694	438	43.551
Sicilia	431	2.489.510	256	25.164
Sardegna	218	1.282.698	621	24.181
ITALIA 2011	2.881	19.522.835	296	16.622
ITALIA 2008	2.984	20.518.733	336	16.822
Delta% 08-11	-3,5%	-4,9%	-11,9%	-1,2%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2011

visite effettuate. In media, vengono prescritti 296 ricoveri ogni 100.000 abitanti (in calo rispetto ai 336 del 2009), con grandi differenze regionali (PA Trento 1.048 e Lazio 134). Le visite effettuate, su scala nazionale, sono 16.884 per mille abitanti, in leggera diminuzione rispetto al dato 2008 (16.822). I livelli di attività più alti si registrano in Calabria (43.551), i più ridotti nella PA di Bolzano (3.652) e nel Lazio (5.320)⁴⁷.

⁴⁷ La variabilità del dato è probabilmente influenzata da problemi di definizione e raccolta delle prestazioni.

3.5 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). Per questo motivo, Regioni e aziende devono sviluppare capacità strategiche e organizzative per: (i) analizzare le caratteristiche dei bisogni di salute della propria popolazione di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, individuando eventuali cambiamenti in atto o futuri; (ii) innovare e gestire in modo efficiente ed efficace i propri servizi.

L'analisi dei bisogni e della domanda richiede di considerare una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le Regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita di tutte le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Di seguito, si presentano solo alcuni indicatori, utili per delineare il quadro demografico, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner, 1998; Herwartz e Theilen, 2003; Spillman e Lubitz, 2000).

Nel corso del 2013, secondo i dati ISTAT, la popolazione ha continuato a crescere, raggiungendo, al 31 dicembre, 60 milioni 783 mila residenti, con un incremento di 1.097.441 unità rispetto alla stessa data del 2012 (pari allo 1,8%).

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

Secondo l'ISTAT, nel 2013 la quota di ultra65enni raggiunge il 21,3% della popolazione. Anche il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato un costante aumento negli anni, attestandosi a 152,6 nel 2012 contro il 127 del 2000. Logicamente, anche l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età non attiva e attiva, negli ultimi dieci anni è aumentato di 6 punti percentuali, toccando al 1° gennaio 2013 un valore pari al 54,34%.

A livello territoriale (Tabella 3.19), l'invecchiamento della popolazione riguarda tutte le aree del Paese, pur in presenza di una discreta variabilità. La Regione dove risiede il maggior numero di anziani, in rapporto al totale, è la Liguria, con il 27,7%; quelle dove risiede il maggior numero di minori di 14 anni sono la Campania con 15,9% e il Trentino Alto Adige con il 15,7%.

Tabella 3.19 Indicatori di struttura demografica, per Regione (1° gennaio 2013)

Regione	% under 14	% over 65	Indice di vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Eta media
Piemonte	13,0%	23,8%	182,47	58,17	45,3
Valle d'Aosta	14,1%	21,6%	153,66	55,53	44,1
Lombardia	14,3%	21,1%	147,60	54,91	43,5
Trentino Alto Adige	15,7%	19,3%	122,66	53,95	42,0
Veneto	12,7%	24,3%	191,76	58,76	45,7
Friuli VG	12,7%	24,3%	191,76	58,76	45,7
Liguria	11,6%	27,7%	238,20	64,74	47,6
Emilia Romagna	13,5%	23,0%	170,08	57,59	44,8
Toscana	12,9%	24,2%	187,51	58,91	45,5
Umbria	13,1%	23,8%	181,88	58,40	45,1
Marche	13,4%	23,1%	172,52	57,38	44,6
Lazio	13,9%	20,7%	149,34	52,83	43,4
Abruzzo	13,0%	22,1%	170,02	53,91	44,3
Molise	12,3%	22,5%	183,33	53,44	44,7
Campania	15,9%	17,0%	106,41	49,00	40,4
Puglia	14,5%	19,5%	134,64	51,31	42,2
Basilicata	13,1%	20,8%	158,61	51,43	43,5
Calabria	14,0%	19,6%	139,27	50,59	42,4
Sicilia	14,8%	19,3%	130,98	51,74	41,9
Sardegna	12,2%	20,6%	169,18	48,82	44,1
ITALIA	13,9%	21,3%	152,62	54,34	43,6

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT (2013a)

Una volta individuate le caratteristiche della domanda, un primo passaggio rilevante è valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni, individuando adeguati indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (rapporto *output/outcome*). Nel Riquadro 3.1 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2002.

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

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

Riquadro 3.1 **Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù, 2002)**

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

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

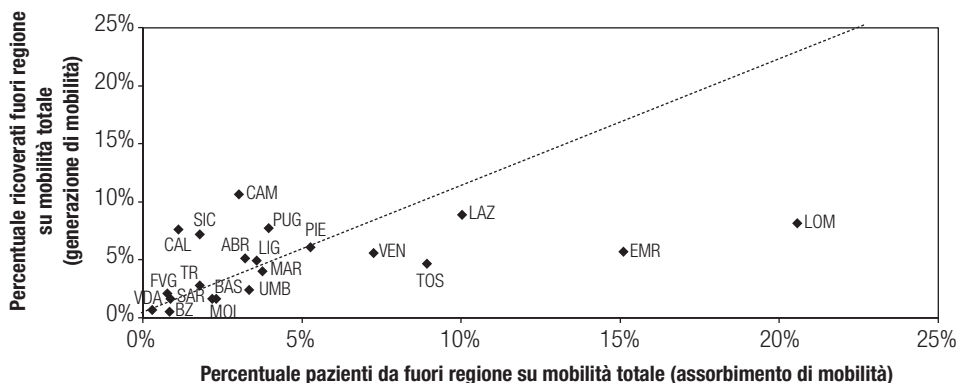
Molti degli indicatori sopra elencati presentano un limite: spesso la loro interpretazione non può essere univoca. Il SSN, inoltre, pone tra i principi alla base della sua istituzione la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione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

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

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

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

La Figura 3.16 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2012 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna Regione due variabili:

Figura 3.17 **Assorbimento* e generazione** della mobilità nelle Regioni (2012)**

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

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Nel periodo 2008-2012, l'entità complessiva della mobilità fuori Regione è lievemente aumentata, passando da 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti a 7,51% nel 2012. Tra il 2011 e il 2012, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga, con una variazione massima di 1,65 punti percentuali nell'aumento dell'indice di fuga del Molise.

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

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

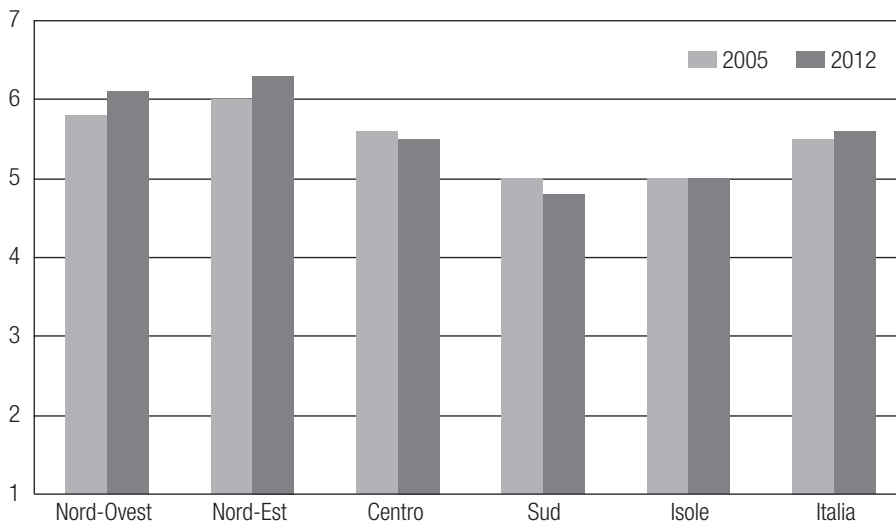
A differenza della Figura 3.16, gli indicatori utilizzati nella Figura 3.17 non scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni. Sono, quindi, meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole Regioni. Nello stesso tempo, però, danno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

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

Rispetto al grado di soddisfazione dei cittadini, una prima evidenza che emerge dai dati ISTAT è che i cittadini italiani sono mediamente soddisfatti dal Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, in una scala da uno a 10, la soddisfazione espressa dai cittadini italiani nel 2012 è pari a 5,6 (dato stabile rispetto al 5,5 del 2005).

Analizzando più nel dettaglio i dati rilevati dall'ISTAT si osserva che il grado di soddisfazione ha seguito trend diversi nelle macro aree geografiche⁴⁸ italiane (Figura 3.18). Rispetto al 2005, si evidenzia, infatti, una maggiore soddisfazione al Nord, un livello stabile al Centro e nelle Isole e in calo nel Sud.

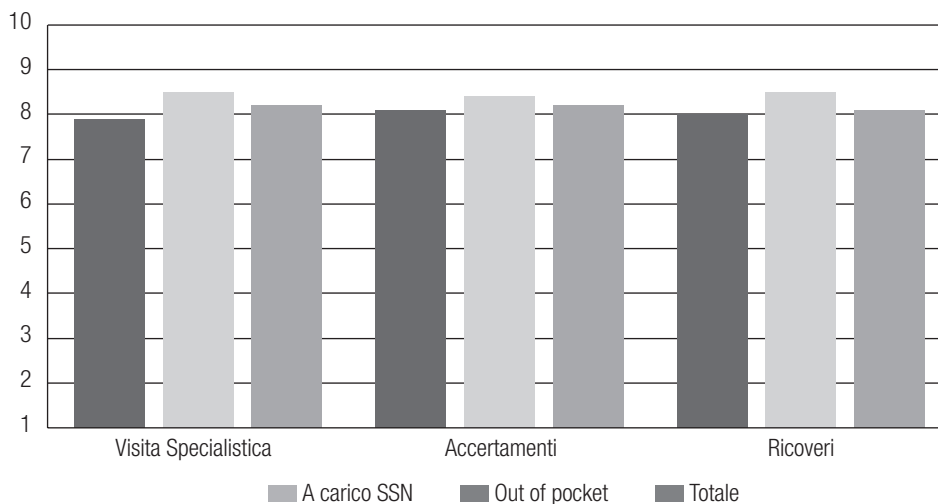
Figura 3.18 **Grado di soddisfazione dei cittadini (2005; 2012)⁴⁹**



Fonte: ISTAT 2013b

⁴⁸ Qui e nel corso del paragrafo, il Nord Ovest comprende Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia e Liguria; il Nord-Est PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli VG, Emilia Romagna; il Centro Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; le Isole Sicilia e Sardegna.

⁴⁹ I dati si riferiscono all'indagine ISTAT «La salute e il ricorso ai servizi sanitari». La rilevazione, condotta per la prima volta dall'Istat nel 1980, si inserisce nel Sistema delle Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993 ed è stata ripetuta con cadenza pressoché quinquennale.

Figura 3.19 **Livello di soddisfazione per l'ultima prestazione sanitaria (2012)**

Fonte: ISTAT 2013b

Se intervistati con particolare riferimento all'ultima prestazione sanitaria fruita (Figura 3.19), i cittadini italiani mostrano livelli di soddisfazione elevati, indipendentemente dall'area geografica, ma anche dal tipo di prestazione (visita specialistica, accertamenti e ricoveri).

La Figura 3.19 mostra, inoltre, che non ci sono sostanziali differenze tra prestazioni effettuate a carico del SSN o *out-of-pocket*. In particolare, nelle visite specialistiche si rileva la differenza più marcata tra soddisfazione per le prestazioni a carico del SSN (7,9) e *out-of-pocket* (8,5)⁵⁰.

Il tema del soddisfacimento dei bisogni è divenuto progressivamente centrale anche per i *policy maker*. Si pensi, per esempio, alla crescente attenzione dedicata ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini è disciplinata dal DM 12 dicembre 2001, che fornisce un set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria. Da tali indicatori si ottiene un punteggio finale che costituisce la valutazione globale di ciascuna Regione rispetto all'adempimento sul «mantenimento dei LEA»⁵¹. I punteggi finali sono suddivisi dal Ministero in tre classi:

⁵⁰ Per ulteriori approfondimenti sulla spesa *out-of-pocket*, si rimanda al capitolo 5 del presente rapporto.

⁵¹ La verifica dell'adempimento sul «mantenimento dei LEA» avviene attraverso l'elaborazione di un set di indicatori selezionati in base alla ripartizione delle risorse del SSN tra i livelli di assistenza (collettiva, distrettuale e ospedaliera). La somma dei prodotti dei pesi attribuiti ai diversi indicatori fornisce un risultato finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul «mantenimento dei LEA».

- ▶ regioni adempienti, con un punteggio finale superiore a 160;
- ▶ regioni adempienti con impegni da assolvere, riportanti un punteggio compreso tra 130 e 160; gli impegni possono riguardare alcune aree dell'assistenza, oppure, nel caso in cui la regione sia sottoposta al Piano di Rientro, si rinvia al suo monitoraggio;
- ▶ regioni inadempienti, con un punteggio inferiore a 130.

La Figura 3.20 mostra come, a eccezione della Campania, tutte le Regioni italiane nel 2012 siano adempienti, con cinque di esse che riportano impegni da assolvere relativi ai Piani di Rientro (Sicilia, Abruzzo, Molise, Puglia e Calabria).

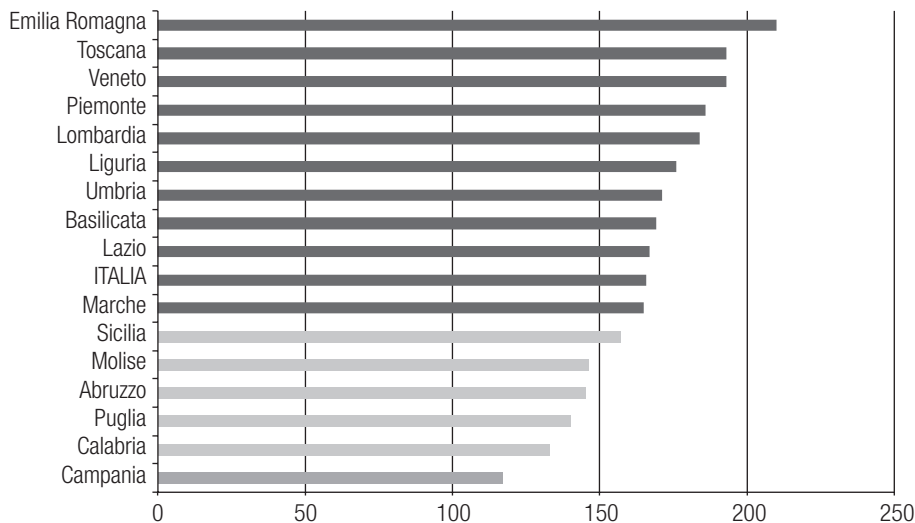
Per il forte impatto che riveste sia sull'organizzazione del SSN, che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA, particolare attenzione viene dedicata al tema delle liste di attesa (a tal proposito, si veda il capitolo 7 del Rapporto OASI 2012).

A tal fine, il 28 ottobre 2010 è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, con l'obiettivo di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari.

Tale Piano individua determinate procedure per le quali misurare il tempo di attesa, ossia l'attesa media tra la data di prenotazione di una procedura e la data di ammissione nella struttura.

Le procedure individuate dal PNGLA sono:

Figura 3.20 **Valutazione adempienza rispetto al «Mantenimento dell'erogazione dei LEA» 2012**

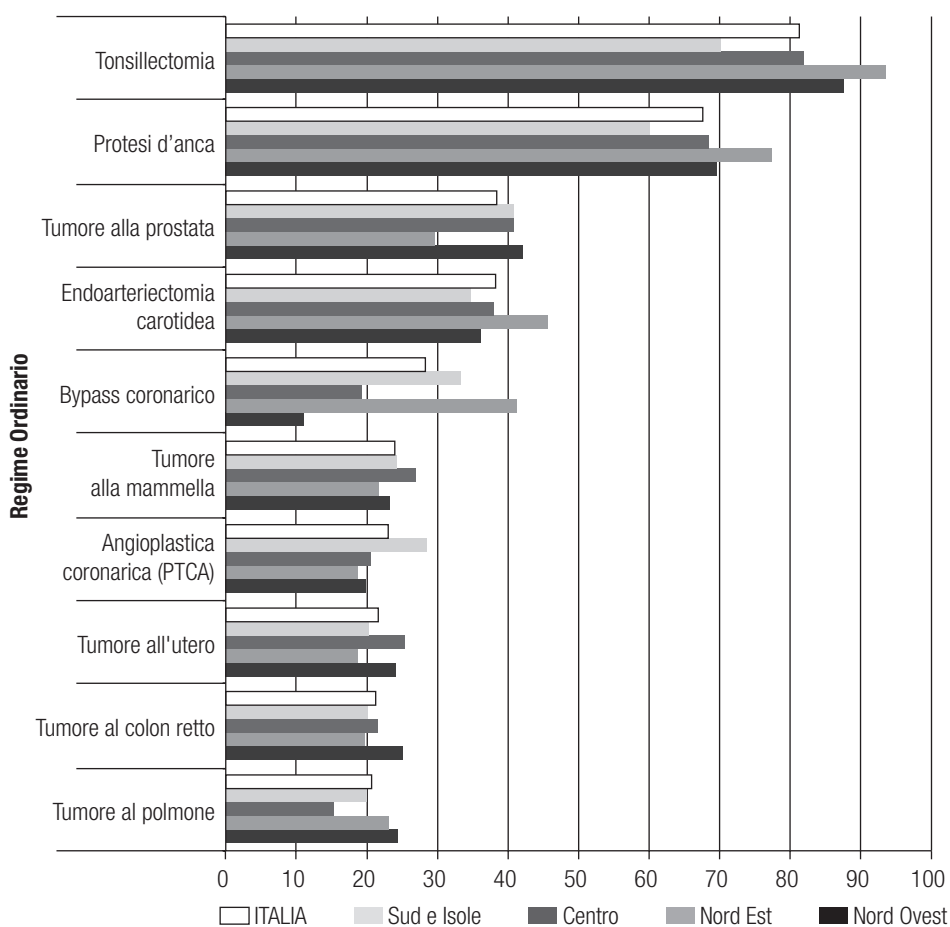


Fonte: Ministero della Salute, Adempimento «Mantenimento dell'erogazione dei LEA 2012»

- ▶ per il regime ordinario: Tumore alla mammella, Tumore alla prostata, Tumore al colon retto, Tumore all'utero, Bypass coronarico, Angioplastica coronarica (PTCA), Endoarteriectomia carotidea, Protesi d'anca, Tumore al polmone e Tonsillectomia;
- ▶ per il *day hospital*: Chemioterapia, Coronarografia, Biopsia percutanea del fegato, Emorroidectomia e Interventi per ernia inguinale.

Dall'analisi dei tempi di attesa per le procedure in regime ordinario (Figura 3.21) emerge una capacità di rispondere in tempi brevi a condizioni più gravi, mostrando tempi di attesa più lunghi per gli interventi che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente.

Figura 3.21 **Tempi di attesa per procedure in regime ordinario (2012)**



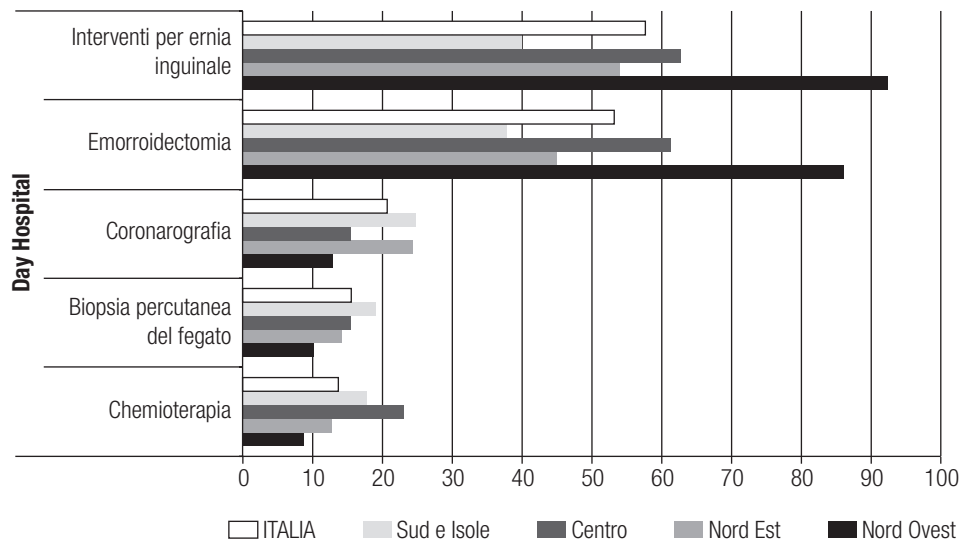
Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

In secondo luogo, è possibile evidenziare che, per le condizioni che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente, si assiste a una maggiore variabilità dei tempi di attesa tra le diverse aree geografiche.

Infine, un'ulteriore considerazione può essere fatta sull'omogeneità delle unità operative. Si evidenzia, infatti, una maggiore variabilità nelle condizioni cardiologiche che fanno riferimento a una stessa unità operativa, piuttosto che nelle condizioni oncologiche che fanno riferimento a unità operative e specialisti diversi, ma che mostrano comportamenti omogenei tra le diverse aree geografiche.

Molte delle considerazioni che riguardano le procedure in regime ordinario valgono anche per quelle in day hospital. In questo caso, si sottolinea, inoltre, che, all'interno di una stessa area geografica, i tempi di attesa sono molto diversi. Un esempio è la chemioterapia, per la quale in Campania si ha un tempo di attesa di 77,8 giorni, rispetto a una media delle altre regioni del Sud Italia di 9,3 giorni. Nonostante l'ampio divario, tale fenomeno dovrebbe essere oggetto di ulteriori approfondimenti, in quanto potrebbe, in parte, essere spiegato da flussi di mobilità dalle altre Regioni del Sud verso la Campania, in cui si rileva la presenza di importanti strutture specialistiche (si veda il §3.4.1).

Figura 3.22 **Tempi di attesa per procedure in day hospital (2012)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

Box 3.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 15/07/14

PIEMONTE

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

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

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

LOMBARDIA

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

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

1998: Costituzione dell'ASL di 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). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente un presidio ospedaliero (Esine).

PA BOLZANO

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

VENETO

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

LIGURIA

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

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

EMILIA ROMAGNA

2003: Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (LR 21/03) che accorpa le tre ASL della provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione della ASL di Imola.

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

MARCHE

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

2003: Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regiona-

le in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera).

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

UMBRIA

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

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

LAZIO

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

ABRUZZO

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

MOLISE

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

CAMPANIA

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

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

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

PUGLIA

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

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

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

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

BASILICATA

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

CALABRIA

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

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

SICILIA

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

Box 3.2 **Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2014)**

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

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

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

VENETO

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LIGURIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

TOSCANA

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

UMBRIA

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

MARCHE

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

LAZIO

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

ABRUZZO

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

CAMPANIA

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

PUGLIA

- (i) Creazione di una Centrale Acquisti Regionale (EmPULIA) per svolgere le funzioni di Centrale di Committenza, di stipulazione di Accordi quadro e Convenzioni a favore del SSR e degli altri soggetti pubblici pugliesi.
- (ii) Istituzione di tre Macroaree per l'organizzazione di processi gestionali in comune (Piano Regionale di Salute 2008-2010).

BASILICATA

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

CALABRIA

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

SICILIA

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

SARDEGNA

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

Fonte: elaborazione OASI da Schede Regionali 2014 e Marsilio, 2012

Appendice II. Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: Luglio 2014)

PIEMONTE

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

VALLE D'AOSTA

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

LOMBARDIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997, modificata e confluita nella LR 33/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 88/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 3/2001, LR 6/2001, LR 17/2001, LR 26/2001 e LR 28/2001

- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 2/1999, LR 15/1999, LR 1/2000, LR 2/2000, LR 18/2000, LR 3/2001, LR 6/2001 e LR 17/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 14049/2003; DGR 7289/2008; DGR 3822/2012.

PROVINCIA DI BOLZANO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 7/2001; LP 9 del 02/10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGP⁵² 3028/1999, Piano Sanitario Provinciale 2000-2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 22/1993, DGP 3028/1999 e LP 7/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGP 3576/2002; DGP n. 602/2011.

PROVINCIA DI TRENTO*

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

VENETO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*: LR 29/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994, modificata da LR 5/1996, LR 6/1996, LR 14/1998 e LR 46/1999
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 56/1994, DGR 3223/2002; DGR 1015/2004, DGR 1718/2004, DGR 2058/2004, DGR 2497/2004, DGR 751/2005 e DGR 1697/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 3415/2002.

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LIGURIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/2006 e ss.mm.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 41/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 22/2009, Piano Socio-Sanitario Regionale 2009-2011

⁵² Deliberazione di Giunta Provinciale.

- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 243/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 41/2006 (Titolo II)
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR 25/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1528/2000; DGR 834/2005.

EMILIA ROMAGNA

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

TOSCANA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005, LR 60/2008 e LR 26/2014
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 71/1998, modificata da LR 22/2000, LR 40/2005 e LR 28/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015⁵³.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008.

UMBRIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 3/1998, modificata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005, LR 6/2011, LR 9/2014
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 298/2009, Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998, integrata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005, LR 6/2011 e LR 18/2012, modificata con LR 8/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995, integrata da LR 9/2003, LR 7/2004 e LR 8/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2000, DGR 314/2003 allegato II; LR 18/2012.

MARCHE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994, modificata da LR 31/1995, LR 9/1996, LR 26/1996, LR 13/2003 e LR 17/2011; modificata da LR 45/2012.

⁵³ Alla chiusura del capitolo, il PSSIR risultava approvato dalla Giunta Regionale, ma non dal Consiglio.

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

LAZIO

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

ABRUZZO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 20/2006, LR 6/2007 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agencia Sanitaria Regionale*: LR 37/1999 e DGR 2311/1999; LR 5/2008; LR 6/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 224/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999, integrata da LR 93/2000 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996, modificata da LR 123/1999, LR 15/2004, LR 20/2006, LR 34/2007 e LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Decreto del Commissario *ad Acta* n. 5 del 28/02/2011, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 15 del 14/04/2011, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 4/2012 del 04/04/2012, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 49/2012 del 08/10/2012.

MOLISE*

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

CAMPANIA*

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

PUGLIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010; Regolamento regionale 19/2010 e 11/2012
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agazia 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 e LR 39/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998, LR 20/2002 e successive 1/2004, 1/2005, 39/2006, 40/2007, 45/2008, 34/2009 e 19/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002; DGR. n. 1388/2011; DGR n. 3008/2012.

BASILICATA

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

CALABRIA

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

SICILIA*

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

SARDEGNA*

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

* Non è pervenuta la Scheda Regionale 2014.

Bibliografia

- AGENAS (2014), *Piani sanitari regionali vigenti*, <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/psr-vigenti-2013>, ultimo accesso 04/08/2014.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E. e Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari», in Migione L. (a cura di), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico, Roma.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.

- Cutler D. e Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Ferrè F. e Ricci A. (2012), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Fusco D., Davoli M., Pinnarelli L., Colais P., D' Ovidio M., Basiglini A. e Perucci C.A. (2012), «Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE)», *Monitor*, 30: 22-42, Age.Na.S, Roma.
- Herwartz H. e Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- ISTAT (2013a), Statistiche demografiche, disponibile on line <http://demo.istat.it/archivio.html>.
- ISTAT (2013b), La salute e il ricorso ai servizi sanitari, disponibile on line, <http://www.istat.it/it/archivio/108565>.
- Marsilio M. (2012), «Forme di centralizzazione degli acquisti e delle funzioni amministrative», Relazione al workshop di presentazione del Rapporto OASI 2011, Udine, 15/06/2012.
- Ministero della Salute (2014), «Indirizzario» – *Posti letto per struttura ospedaliera – anni 2010-2013*, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=18>.
- Ministero della Salute (2014), *Attività economiche e gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere – Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2011*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2160_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2014), *Tavole Rapporto SDO 2012*, disponibili on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=16
- Ministero della Salute (2014), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13
- Ministero della Salute (2014), *Personale delle ASL e degli istituti di cura pubbli-*

ci – anno 2011, disponibili *on line* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2161_allegato.pdf

Ministero della Salute (2014), *Adempimento «Mantenimento dell'erogazione dei LEA»*, disponibile *on line* http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea

Spillman B.C. e Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.

Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «*Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*», Milano, Egea.