

2 La struttura del SSN¹

di Clara Carbone, Francesca Lecci e Angela Liotta

2.1 Premessa

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

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale (presentato nel capitolo 1) e, dopo un'analisi metodologica delle fonti informative utilizzate per la rilevazione dei dati (§ 2.2), gli elementi che vengono approfonditi sono i seguenti:

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

¹ Questo capitolo aggiorna ed amplia il secondo capitolo del Rapporto OASI 2007. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, il §§ 2.1, 2.2 e 2.3 sono da attribuirsi a Clara Carbone, il § 2.6 a Francesca Lecci e i §§ 2.4 e 2.5 ad Angela Liotta.

2.2 Analisi delle fonti informative

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

- ▶ Rispetto al tema degli assetti istituzionali dei singoli SSR (§ 2.3), la base informativa è alimentata in larga parte dai dati raccolti attraverso una delle attività istituzionali di OASI che consiste nell'invio annuale a tutte le regioni di un questionario strutturato in materia di assetti istituzionali (quadro normativo, trasformazioni giuridiche, istituzione di nuovi soggetti istituzionali, numero di strutture di ricovero e nomina e revoca dei direttori generali delle aziende sanitarie). In alcuni casi, le informazioni riportate sintetizzano i risultati di indagini condotte da istituti pubblici (come ad esempio, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Age.na.s) o da altri centri di ricerca;
- ▶ Riguardo alla struttura (configurazione fisico-tecnica delle aziende e organismo personale delle aziende) e alle attività del SSN (§§ 2.4 e 2.5), le elaborazioni dei dati vengono effettuate a partire dai flussi informativi ministeriali del SIS (Sistema Informativo Sanitario) aggiornati, generalmente, a due anni prima dell'anno in corso. I dati sono alimentati prevalentemente dalla rilevazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)² e dai dati risultanti dai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17/05/1984, rinnovati ed ampliati con successivi Decreti Ministeriali (l'ultimo decreto di riferimento è quello del 5/12/2006 che recepisce le modifiche proposte dalla «Cabina di Regia»). I dati raccolti dal SIS sono poi organizzati e presentati in maniera organica in due pubblicazioni annuali del Ministero della Salute: «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» e «Attività di ricovero ospedaliero». Rispetto a quest'ultima pubblicazione si segnala che a partire dal 2005, il flusso ministeriale ha subito un rallentamento. Ad oggi, non è ancora stato pubblicato il rapporto SDO 2006. La direzione «Programmazione» ha però reso disponibili alcune elaborazioni relative agli anni 2006 e 2007.
- ▶ Per la parte relativa all'outcome (bisogni sanitari e domanda espressa dagli utenti) del SSN (§ 2.6), i dati analizzati fanno riferimento ai flussi di mobilità rilevati dal SIS, che possono essere interpretati come un'approssimazione del livello di gradimento dei vari SSR, e a fonti istituzionali individuate di volta in volta, in base alla significatività per l'oggetto di analisi e all'anno di aggiornamento (ad esempio, l'indagine multiscopo dell'ISTAT relativa a «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», analisi dell'ASSR sulle liste di attesa, indagini AIOP o del Ministero della salute sul livello di soddisfazione dei servizi sanitari da parte dei cittadini ecc.).

² Attraverso le SDO il Ministero rileva i dati di attività delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate alle pubbliche e degli istituti privati (case di cura accreditate e non).

A fronte di questa disamina delle principali fonti informative, è opportuno sottolineare alcune carenze di sistematicità nelle rilevazioni effettuate dal SIS (ad esempio, i flussi del SIS non hanno mai incluso le liste di attesa).

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

La corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la disponibilità di un linguaggio comune³ per consentire l'interscambio informativo con i SSR. A tal fine, si è reso quindi necessario avviare una progettualità parallela e complementare a quella del NSIS, finalizzata alla costruzione dei «Mattoni del SSN». Il progetto, approvato nella Conferenza Stato – Regioni del 10 dicembre 2003, avere individuato 15 gruppi di lavoro che prevedevano un forte coinvolgimento delle Regioni, nonché del Ministero della Salute, delle Agenzie sanitarie regionali, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di esperti del mondo medico e scientifico. Le tematiche affrontate dai Mattoni SSN erano articolato in tre aree, che confluiscono tutte nella base dati NSIS: i Mattoni relativi a classificazioni e codifiche, quelli riferiti alle metodologie di analisi, e quelli che si interessano dei contenuti informativi. Ad oggi i 15 Mattoni risultano formalmente conclusi e, di conseguenza, anche l'avvio del NSIS⁴.

Infine è opportuno segnalare la nascita e lo sviluppo del progetto AIDA (Atlante Italiano Database Amministrativi ed Epidemiologici) con l'obiettivo di eseguire una mappatura informatica delle banche dati esistenti in Italia, a livello nazionale e regionale (Mantovani et al., 2008).

2.3 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi che convergono sulle aziende

³ In particolare si è evidenziata la necessità di disporre di: (i) dati classificati e codificati in modo omogeneo; (ii) approcci omogenei per la creazione, a livello locale, dei dati resi poi disponibili al livello regionale e nazionale e (iii) metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario.

⁴ Per maggiori informazioni sui risultati di ciascun dei 15 mattoni si rimanda al sito istituzionale: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/mattoni/mattoni.jsp>.

stesse (Airoldi, Brunetti e Coda 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN è possibile identificare prevalentemente nelle regioni i rappresentanti della popolazione. E sono le regioni che, in qualità di capogruppo⁵ del sistema regionale, devono:

1. ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
2. stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo);
3. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);
4. delineare le politiche complessive del sistema;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Rispetto a tali competenze, in appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base della scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2008. Nel prosieguo:

- ▶ si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende (§ 2.3.1);
- ▶ si riportano in sintesi le principali considerazioni rispetto al tema degli apparati amministrativi dei SSR e dei PSR (§ 2.3.2).

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 5 per un'analisi delle scelte regionali riguardo alla configurazione delle reti ospedaliere;

⁵ Il termine «capogruppo» può essere inteso secondo un'accezione ristretta ed una più ampia. «Nel primo caso il riferimento è esclusivamente al ruolo di governo del SSR esercitato dalla Regione in qualità di proprietaria della rete pubblica, attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà». Secondo un'accezione più ampia (accolta in questo capitolo) il termine «capogruppo» si riferisce alla Regione in quanto soggetto che governa il sistema sanitario, indipendentemente dalle modalità di esercizio di tali prerogative. Le modalità possono essere infatti diverse: alcune regioni utilizzano ampiamente gli strumenti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà», mentre altre tendono a stabilire regole che definiscono le convenienze dei diversi soggetti e li orientano verso gli obiettivi della Regione, pur valorizzandone l'autonomia. Nel secondo caso la Regione si configura principalmente come soggetto regolatore e controllore «terzo» del sistema, che limita il proprio coinvolgimento diretto nella funzione di gestione dei servizi» (Cantù 2002: 22).

- ▶ al capitolo 6 per una presentazione delle principali esperienze regionali di centralizzazione dei processi di acquisto;
- ▶ al capitolo 7 per una comparazione dei sistemi regionali in tema di composizione professionale del personale e di meccanismi di retributivi;
- ▶ al capitolo 8 per una disamina delle scelte dei SSR in tema di accordi integrativi per la medicina generale;
- ▶ al capitolo 5 del Rapporto Oasi 2007 per una disamina sullo stato dell'arte dei sistemi di accreditamento nei diversi SSR⁶;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto Oasi 2007 per l'analisi dei sistemi tariffari regionali per le prestazioni di ricovero e al capitolo 5 del Rapporto OASI 2004 per l'analisi dei sistemi regionali di finanziamento degli investimenti;
- ▶ al capitolo 8 del Rapporto Oasi 2007 per un'analisi delle modalità di governo dell'assistenza farmaceutica;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2005 per una presentazione delle indicazioni contenute nelle leggi regionali di organizzazione e nei PSR in merito all'assetto organizzativo delle aziende;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2003 per una disamina dettagliata della normativa regionale in tema di gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende.

2.3.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono stabilire la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche di cui si compone. Specificamente esse devono (i) ridefinire l'articolazione del territorio regionale in ASL e (ii) eventualmente costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere – AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati dalla regione stessa.

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di (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». La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di aziende sanitarie territoriali (ASL) ed ospedaliere nelle diverse Regioni dal 1992 ad oggi e le loro dimensioni medie.

Rispetto all'anno scorso si evidenzia la scelta della Regione Basilicata che ha avviato una riorganizzazione delle ASL, in virtù della quale le cinque ASL attualmente presenti sul territorio regionale sono state accorpate in due ASL provinciali (LR 12/2008): l'ASP (Azienda Sanitaria Locale di Potenza), che aggrega

⁶ Rispetto a questo tema si rimanda anche ad un recente studio condotto dall'Agenas (ex ASSR) «Riconoscimento delle norme regionali sull'accreditamento istituzionale in riferimento alla legge n. 296/2006 (finanziaria 2007)» aggiornato a marzo del 2008.

le ASL di Venosa, di Potenza e di Lagonegro, e l'ASM (Azienda Sanitaria Locale di Matera) che aggrega le ASL di Matera e Montalbano Jonico. L'entrata in funzione delle nuove aziende è stata fissata a partire dal primo gennaio 2009. La suddetta legge regionale prevede, infatti, un periodo di transizione per le due nuove ASL nell'ambito del quale verrà avviata la liquidazione delle 5 vecchie ASL e verranno nominati i due nuovi direttori generali. Non sono state, invece, previste modifiche nel numero delle AO. Riguardo alle regioni che nel corso degli ultimi due anni hanno avviato dei processi di riorganizzazione del SSR (Calabria, Puglia, Piemonte e PA di Bolzano) si segnala:

- ▶ il ritardo della Regione Calabria nel portare a termine i processi di accorpamento delle ASL avviati lo scorso anno: rispetto alle 5 ASL provinciali previste (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotona), ad oggi ne risultano attive 6 in quanto l'accorpamento delle ASL di Locri e di Reggio Calabria non è ancora stato avviato a causa di prolungati commissariamenti straordinari, in attesa dell'accordo con il Ministero dell'Interno;
- ▶ il completamento dei processi di riduzione del numero di ASL avviati in Puglia (da 12 a 6), Piemonte (da 22 a 13) e Bolzano (da 4 a 1).

Da un punto di vista dimensionale (Tabella 2.1), si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 384.000 abitanti (un dato superiore a quello del 2007, dovuto ai processi di accorpamento e fusione appena presentati), con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (quasi 1.536.098 abitanti) seguito dalle ASL pugliesi e lombarde (più di 600.000 abitanti) ed un minimo da quella della Valle D'Aosta (poco più di 120.000). La medesima tabella mostra:

- ▶ una media di circa 3,4 presidi a gestione diretta delle ASL con una dimensione media di circa 160 posti letto⁷; rispetto a questo ultimo indicatore si segnala peraltro un'elevata variabilità interregionale e le variazioni più significative in Lombardia (da 156 a 210) a causa di un aumento dei PL dei due presidi a gestione diretta delle ASL (da 311 a 420) e in Umbria (da 254 a 132) dove, invece, si registra una riduzione dei PL dei presidi di ASL (da 1.270 a 1.186);
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia del Nord (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne in Piemonte) insieme a Toscana e Lazio⁸, rispetto a quelle del Centro-Sud (solo la Puglia e la Basilicata hanno dimensioni superiori alla media);

⁷ L'indicatore PL utilizzati medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2006 e pubblicati dal Ministero della Salute sul rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2006 rilevato dall'attività istituzionale di OASI.

⁸ Si segnala che la dotazione media dei PL delle AO della Regione Lazio è passata da 745 a 831 per un aumento del 10% dei PL dal 2005 al 2006.

Tabella 2.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

	ASL				AO						
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/08	Popolazione media 2008	N. medio presidi a gest. diretta* 2008	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2006	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/08	N. medio stabilimenti AO** 2008	PL utilizzati medi per AO 2006	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2006
Piemonte	63	22	13	334.833	3,5	145	7	8	2,0	592	296
Val d'Aosta	1	1	1	124.812	1,0	427	-	0	-	-	-
Lombardia	84	44	15	636.363	0,1	210	16	29	3,3	737	220
Bolzano	4	4	1	487.673	7,0	243	-	0	-	-	-
Trento	11	1	1	507.030	11,0	145	-	0	-	-	-
Veneto	36	22	21	227.312	2,7	183	2	2	1,5	1.487	991
Friuli Venezia Giulia	12	6	6	202.100	1,3	106	3	3	2,0	763	382
Liguria	20	5	5	321.576	2,0	284	3	3	1,0	747	747
Emilia Romagna	41	13	11	383.933	3,5	234	5	5	1,0	1.030	1.030
Toscana	40	12	12	303.184	2,2	222	4	4	1,0	876	876
Umbria	12	5	4	218.242	2,3	132	2	2	1,5	597	398
Marche	24	13	1	1.536.098	31,0	104	3	2	2,0	592	296
Lazio	51	12	12	457.776	4,6	135	3	4	1,8	831	475
Abruzzo	15	6	6	218.300	3,8	188	-	-	-	-	-
Molise	7	4	1	320.074	6,0	188	-	-	-	-	-

Tabella 2.1 (segue)

	ASL				AO						
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/08	Popolazione media 2008	N. medio presidi a gest. diretta* 2008	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2006	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/08	N. medio stabilimenti AO** 2008	PL utilizzati medi per AO 2006	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2006
Campania	61	13	13	445.399	3,0	128	7	8	1,1	508	451
Puglia	55	12°	6	678.312	4,5	295	4	2	1,0	1.079	1.079
Basilicata	7	5	2°	295.669	6,5	92	1	1	2,0	758	379
Calabria	31	11	6	333.009	5,0	90	4	4	2,3	426	189
Sicilia	62	9	9	557.429	5,6	86	16	17	1,5	349	237
Sardegna	22	8	8	207.430	3,6	167	1	1	1,0	524	524
ITALIA	659	228	154	383.969	3,4	160	81	95	2,1	664	322

* Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpatisi (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92).

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

° Ai sensi della LR 12/2008, le due ASL provinciali della Basilicata saranno attive dal 1° gennaio del 2009.

Fonte: OASI e elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

- ▶ l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, emiliane, toscane, pugliesi in seguito alla scelta regionale di costituire in AO solo gli ospedali di maggiori dimensioni, soprattutto quelli in cui l'attività ospedaliera è svolta congiuntamente con l'Università;
- ▶ la peculiarità della scelta lombarda, evidenziata sia dal numero medio di strutture di ricovero per azienda (0,1 presidi a gestione diretta per ASL e 3,3 stabilimenti per AO, rispetto ad una media nazionale rispettivamente di 3,4 e 2,1⁹), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti delle AO in quanto sono stati costituiti in AO anche ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro (220 PL utilizzati medi per stabilimento di AO rispetto ad una media nazionale di 322);
- ▶ il numero medio di presidi a gestione diretta è rimasto sostanzialmente invariato. Tuttavia si segnalano delle variazioni in alcune regioni (riduzione del numero medio di presidi a gestione diretta in Calabria, Campania e Piemonte per una diminuzione del numero di presidi ed un aumento in Lazio per una migliore accuratezza nella rilevazione dei dati dei presidi nell'ultimo anno);
- ▶ la rinnovata omogeneità di assetti nelle due province autonome che fino al 2006, pur presentando una popolazione di ampiezza simile (intorno ai 500.000 abitanti), avevano assetti difforni: Trento aveva costituito un'unica ASL che gestiva direttamente 11 presidi di dimensioni limitate, Bolzano aveva quattro ASL (dal 2007 una sola) che gestivano ciascuna circa 2 presidi di dimensioni medie maggiori.

Il Box 2.1 riporta le principali modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 fino al 30/06/2008. Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del Dlgs 502/92. Dal 1996, le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 sembra aver preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti¹⁰, si sono moltiplicati.

Innanzitutto molte regioni hanno provveduto alla ridefinizione di ASL e AO: i recenti riordini dei SSR pugliese¹¹, calabrese, piemontese, lucano e di quello delle PA di Bolzano; il completamento del riassetto del SSR lombardo con la tra-

⁹ Si segnala peraltro che, in generale, i dati medi nazionali riferiti alle AO risultano fortemente influenzati dai dati lombardi, dato che le AO lombarde rappresentano circa un terzo del totale nazionale.

¹⁰ Ad esempio, in Abruzzo è stata presentata una proposta per la riduzione delle ASL a 4 e la creazione di 2 AO (Chieti e L'Aquila) e in Sicilia sono stati ipotizzati diversi scenari di accorpamento e riduzione di AO del SSR.

¹¹ Il riordino del SSR pugliese si è articolato in due fasi: nel 2002 con la soppressione di 4 AO e nel 2006 con l'accorpamento delle ASL sub provinciali in aziende più grandi coincidenti con il territorio provinciale.

sformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna; l'accorpamento di tre aziende sanitarie nell'ASL di Bologna; la creazione dell'ASREM in Molise; la fusione per incorporazione di tre aziende nell'AO «Umberto I» e creazione dell'ASUR nelle Marche. Si rimanda al capitolo 9 del Rapporto OASI 2005 per un'analisi di quest'ultimo caso (la creazione dell'ASUR delle Marche), evidenziando in particolare le criticità, gli obiettivi e le modalità di gestione del cambiamento (Alesani e Villa, 2005).

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

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

La finalità principale dei cambiamenti degli assetti istituzionali sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome ma che condividono risorse, ambienti di azione e, in parte, obiettivi e finalità), per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni¹². Al proposito si segnala che uno dei principali aspetti su cui le regioni hanno investito sono stati i processi di centralizzazione degli acquisti (cfr. capitolo 6). A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a stakeholder diversi dalla regione come, ad esempio, gli enti locali. Riguardo al coinvolgimento degli EE.LL., ne rappresenta un esempio la costituzione in Toscana delle Società della salute (SdS)

¹² La tendenza delle regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR (derivanti dalla crescita dei bisogni e della domanda, dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici) potrebbe essere determinata da una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento. A questo è necessario aggiungere, però, che negli anni '90 il SSN è stato caratterizzato da generali fenomeni di deintegrazione, al fine di conseguire una specializzazione sia istituzionale (es. scorporo delle aziende ospedaliere) sia gestionale-organizzativa (diffusione dell'outsourcing anche per attività precedentemente considerate *core*). Attualmente è invece pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili in sistemi popolati da attori caratterizzati da missioni diverse. Si sta cioè aprendo una fase «segnata dai problemi relativi al coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche aziende fortemente integrate» (Del Vecchio 2003: 291).

che come affermava il PSR 2002-2004 e come conferma il Piano 2005-2007 «ha come fine istituzionale la salute e il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative, ne fanno parte». Si tratta, quindi, di consorzi pubblici i cui soci sono i Comuni che afferiscono a una zona-distretto e l'AUSL di riferimento. Nel territorio regionale sono previste complessivamente 34 SdS, al momento ne sono state attivate 18¹³. Gli organi della SdS sono la Giunta, composta da Sindaci o Assessori delegati dei Comuni e il Direttore Generale dell'AUSL, il Presidente, individuato tra i rappresentanti dei Comuni presenti nella Giunta, il Collegio dei Revisori e il Direttore.

Box 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 30/06/08

Piemonte

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

2006 Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 ASL delle 22 esistenti : ASL T01 per accorpamento di 2 ASL, ASL T02 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL.

Lombardia

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

1997 Costituzione di 11 nuove AO (Del CR 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 (Del CR 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 (Del CR 747/03). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edolo ed Esine)

¹³ Con LR 40/2005 la regione Toscana ha previsto l'istituzione dell'organo attraverso il quale gli EE,LL e le aziende sanitarie partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale (denominata conferenza regionale delle società della salute). La conferenza regionale delle società della salute è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta da: (i) i presidenti delle società della salute; (ii) laddove non costituite le società della salute, i presidenti delle conferenze zonali dei sindaci. La conferenza regionale delle società della salute: a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale; b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale; c) esprime parere sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale relativamente alla programmazione sanitaria e sociale integrata di livello locale, con riferimento ai piani integrati di salute; d) individua i criteri per la determinazione del fabbisogno complessivo di risorse; e) individua i criteri per il riparto tra le zone-distretto delle risorse finanziarie; f) individua, d'intesa con la Giunta regionale, il numero e la composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali.

Bolzano

2007 Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (LP 9/2009).

Veneto

1996 Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (Del GR 6368/96)

Emilia Romagna

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

Marche

1996 Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (Del GR 3959/96)

2003 Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera)

Umbria

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

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

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 (Del GR 8048/97 e 22782/97)

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), con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL in cui sono ubicati (Del GR 1429/02).

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

Calabria

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

Basilicata

2008 Riassetto del SSR: creazione di due nuove ASL provinciali (ASL di Potenza a ASL di Matera) e soppressione delle 5 esistenti (LR12/2008).

Infine, sempre nell'ambito dei cambiamenti istituzionali sono da considerare le modifiche della normativa a livello nazionale per gli IRCCS pubblici (Dlgs 288/03) e le aziende ospedaliero-universitarie¹⁴ (Dlgs 517/99) che hanno comportato dei fenomeni di trasformazioni giuridiche¹⁵. La spinta al recepimento di queste normative da parte delle regioni è contenuta nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005: all'art. 9 veniva sottolineato che governo e regioni, entro il 31 luglio 2005, si dovevano impegnare, attraverso l'adozione di specifici provvedimenti, a completare sia il processo di aziendalizzazione degli eventuali policlinici universitari sia l'insediamento dei nuovi organi degli IRCCS sulla base della normativa vigente.

La Tabella 2.2 sintetizza le principali innovazioni introdotte nelle diverse regioni relativamente ai temi sopra elencati. Le principali variazioni rispetto alla precedente indagine (Lecci e Maestri 2007) sono: (i) in Piemonte la creazione di un'area di coordinamento metropolitano per garantire una programmazione concertata tra le strutture metropolitane e di aree di coordinamento sovra-zonale con funzioni prevalentemente tecnico-amministrative (approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative organizzazione dei centri di prenotazione ecc.); (ii) in Umbria l'istituzione dell'Agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali e (iii) in Sardegna la trasformazione dei due policlinici a gestione diretta dell'Università (Policlinico di Cagliari e di Sassari) in aziende ospedaliere integrate con il SSN.

¹⁴ Per un approfondimento sul tema del processo di integrazione delle funzioni di ricerca, didattica e assistenza delle AOU si rimanda al capitolo 13 del presente rapporto.

¹⁵ Per un maggior approfondimento sulle principali indicazioni delle due normative definite a livello nazionale (D.lgs 288/03 e D.lgs 517/99) si rimanda a Cantù e Carbone 2004.

Tabella 2.2 **Le innovazioni introdotte negli assetti istituzionali dei SSR**

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex Dlgs517/99 e Dlgs288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette), dell'AO di Novara e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'università.	Istituzione di un'area di coordinamento metropolitana (art. 10. c.3 l.r. n. 18/2007) con funzione di coordinamento delle strutture operanti nell'area metropolitana. Istituzione di aree di coordinamento sovrazonale (art. 23 l.r. n. 18/2007) per l'approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative organizzazione dei centri di prenotazione, funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area.
Lombardia	Trasformazione in fondazione dei seguenti IRCCS: Fondazione Policlinico (Milano), IRCCS San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale dei Tumori (Milano), IRCCS Besta (Milano). Trasformazione delle AO ospedali civili di Brescia, la fondazione Macchi, San Paolo, Sacco e San Gerardo di Monza in AO integrate con l'Università.	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio.
Bolzano	Presenza di 4 comprensori sanitari dotati di autonomia tecnica gestionale ed economico finanziaria.	
Trento	Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico	
Veneto	*Trasformazione dell'AO di Padova e dell'AO di Verona in AO integrate con l'università.	Istituzione di 5 «Aree Vaste» con funzione di accentrimento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi.
Friuli Venezia Giulia	Trasformazione dell'AO Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'Università dal 6-3-2004. Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi – CSC) con LR 20/2004 modificata da LR 1/2007. Accorpamento della AOU Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda nell'AO Universitaria integrata con l'Università di Udine.	Istituzione di 3 «Conferenze di area vasta» quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area. (D.G.R. n. 3479 del 10-11-2000 «Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2001»).
Liguria	Trasformazione dell'AO San Martino in AO integrata con l'Università.	Istituzione di 3 «aree ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici.
Emilia Romagna	Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma in AO integrate con l'Università.	Individuazione di tre «Aree Vaste», le cui aziende devono coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.
Toscana	Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di «Area Vasta» (ESTAV) – Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est (artt. 100 e seguenti della LR 40/2005).	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci (art. 9 LR 40/2005).

Tabella 2.2 (segue)

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex Dlgs517/99 e Dlgs288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
(segue Toscana)	Avvio di 18 Società della Salute (art. 60 LR 40/2005, in corso di approvazione la modifica della LR 40/05 con l'istituzione delle Società della Salute in via definitiva). Trasformazione delle AO Careggi, AO Pisana, AO Senese e AO Meyer in AO integrate con l'Università. Trasformazione IRCCS «Stella Maris» Calambrone Pisa in Fondazione.	
Marche		Creazione di cinque Aree Vaste per l'accentramento dei servizi logistici e amministrativi.
Umbria	Istituzione dell'Agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali (LR 17/2005 come modificata dalla LR 16/2007)	
Lazio	Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'Università. Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico «Umberto I» e dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata in Aziende universitarie integrate con il SSN. Trasformazione dell'IRCCS «S. Lucia» in Fondazione.	
Campania	Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN. Trasformazione dell'IRCCS Pascale in Fondazione Trasformazione dell'AO San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona in AO integrata con l'Università. Trasformazione dell'IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza in Fondazione.	
Puglia	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'università. *Trasformazione degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in Fondazioni.	
Calabria	Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'Università.	
Sicilia	Trasformazione dei tre Policlinici (Azienda Policlinico di Palermo, Azienda Policlinico di Messina, Azienda Policlinico di Catania) Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN. Trasformazione Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele in AO integrato con l'Università.	
Sardegna	Trasformazione dei due Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN (Azienda Policlinico di Cagliari e Azienda Policlinico di Sassari)	

*Iniziativa prevista ma non ancora realizzata

2.3.2 L'apparato amministrativo regionale e i PSR

Per governare il «gruppo sanitario pubblico» e il complessivo SSR, 12 regioni (Tabella 2.3) hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale¹⁶ (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia e Sardegna). Inoltre, ipotesi di costituzione di un'Agenzia sono state avanzate in Molise.

La prima Regione a far fronte all'esigenza di supportare sotto il profilo tecnico l'attività dell'Assessorato alla Sanità è stata l'Emilia Romagna che ha istituito l'Agenzia sanitaria regionale con LR 50/94. L'ultima Regione, in ordine di tempo, ad istituire l'Agenzia sanitaria è stata la Sardegna (LR 10/2006) e tale Agenzia non è tuttora attiva.

L'istituzione di un'Agenzia pone due problemi fondamentali: in generale, la definizione della sua struttura e delle sue funzioni, in coerenza con il ruolo che la regione intende svolgere nel sistema sanitario e con le competenze dell'Assessorato; più in particolare, l'assetto delle sue relazioni con gli altri soggetti del sistema (Assessorato ma anche Giunta, Consiglio, aziende). Le scelte regionali, a questo riguardo, appaiono molto differenziate. Si rimanda al capitolo 7 del Rapporto OASI 2002 (Lega e Perri 2002) in cui veniva presentata un'analisi della configurazione delle Agenzie Sanitarie Regionali in termini di ruolo (consulente delle aziende, centro studi indipendente con compiti di Osservatorio del SSR, tecnostruttura a servizio dell'Assessorato, della Giunta o del Consiglio) e attività (operativa o di ricerca e studio).

Più recentemente, uno studio dell'Age.na.s (ex ASSR), aggiornato ad aprile del 2007, ha confrontato le competenze attribuite alle diverse ASR. Dall'analisi emerge la seguente classificazione delle funzioni tipicamente svolte da tali soggetti regionali:

- ▶ analisi epidemiologica dei bisogni di salute e dell'offerta relativi ai servizi sanitari necessari (ad eccezione delle agenzie delle Regioni Campania e Veneto);
- ▶ attività di supporto tecnico alla pianificazione delle attività di vigilanza e controllo delle ASL e degli Enti del SSR per la valutazione dei risultati conseguiti;
- ▶ assistenza alle ASL e agli IRCCS per lo sviluppo degli strumenti e delle metodologie di controllo di gestione e riscontro dei relativi risultati (ad eccezione delle agenzie delle Regioni Lazio, Toscana e Piemonte);

¹⁶ È utile sottolineare che le Agenzie Sanitarie Regionali sono enti indipendenti dall'Age.na.s (ex ASSR), la quale è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, sottoposto a vigilanza del Ministero della Salute. L'Age.na.s ha principalmente un ruolo di collaborazione con le regioni e Province Autonome relativamente alla materia sanitaria e di supporto alle loro iniziative di auto coordinamento, nonché compiti di rilevazione, analisi, valutazione, proposta in materia di organizzazione dei servizi, di innovazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza.

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

Piemonte	AReSS: LR 10/98
Veneto	ARSS: LR 32/01
Friuli Venezia Giulia	ARS: LR 37/95
Liguria	ASR: L.R. 41/2006, Titolo VII, artt. 62-71
Emilia Romagna	ASR LR 19/94 modificata da LR 50/94 e LR.4/2008 (DG.R. 788/2006)
Toscana	ARS: LR 71/98; LR 22/00 e LR 40/2005
Marche	ARS: LR 26/96 modificata da LR 32/2005
Lazio	ASP: LR 16/99 modificata da art. 135 LR 4/2006
Abruzzo	ASR: LR 37/99 e Del GR 2311/99
Campania	ARSan: LR 25/96
Puglia	AReS: LR 24/01
Sardegna	ARS: LR 10/2006

Fonte: aggiornamento OASI 2008

- ▶ elaborazione di proposte per definire i parametri di finanziamento delle ASL e degli IRCCS ed aggiornamento circa i livelli dei costi e delle entrate di ciascuna azienda (ad eccezione dell'agenzia della Toscana);
- ▶ supporto all'amministrazione regionale per ciò che riguarda l'elaborazione di criteri e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie della Regione;
- ▶ promozione e coordinamento di modelli organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività e all'efficacia (ad eccezione dell'agenzia delle Marche);
- ▶ raccolta e archivio della documentazione in relazione al monitoraggio del processo di attuazione del PSR;
- ▶ gestione centrale, per conto delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, di segmenti di attività (educazione sanitaria, prevenzione, formazione del personale), previa delega da parte dei direttori generali delle aziende.

Con riferimento ai PSR, la Tabella 2.4 riporta l'elenco dei PSR attualmente in vigore o in corso di approvazione. Si rimanda al capitolo 5 del Rapporto OASI 2005 (Fattore e Lecci, 2005) per un'analisi dei contenuti dei PSR. Rispetto allo scorso anno sono stati approvati i PSSR 2008-2010 dell'Emilia Romagna, della Toscana e dell'Abruzzo, il PSR 2007-2009 della regione Marche e il PSR 2007-2010 del Piemonte.

Tabella 2.4 **I Piani Sanitari Regionali attualmente in vigore (2008)**

Piemonte	PSR 2007-2010 (Del CR 137-40212/2007)
Valle d'Aosta	PSSR 06-08 (LR 13/06)
Lombardia	PSSR 07-09 (Del CR VIII/0257/2006)
Bolzano	PSP 00-02 (Del GP 3028/99)
Trento	PSP 2000-02 (Del GP del 2/6/00). Progetto di piano provinciale della salute dei cittadini – D.d.L. approvato con delibera GP n.2737/2007
Veneto	PSR 96-98 (LR 5/96)
Friuli Venezia Giulia	PSR 06-08 (Del GR 2843/06)
Liguria	PSR 03-05 (Del CR 03/04)
Emilia Romagna	PSSR 08-10 (Del CR 175/2008)
Toscana	PSR 08-10 (Del CR 53/2008)
Umbria	PSR 03-05 (Del GR 314/03)
Marche	PSR 07-09 (Del CR 62/07)
Lazio	PSR 02-04 (Del CR 114/02)
Abruzzo	PSR 2008-2010 (LR 5/2008)
Molise	PSR 97-99 (Del CR 505/96)
Campania	PSR 02-04 (LR 10/02) L.R. 24/2006 – Piano Regionale Ospedaliero
Puglia	PSR 02-04 (Del GR 2087/01) E Piano Riordino Rete Ospedaliera (Del GR 1097/02 e Del GR 1929/02 approvato con LR 1/04)
Basilicata	PSR 97-99 (Del CR 478/96)
Calabria	PSR 04-06 (LR 11/04) PSR 07-09 in fase di discussione.
Sicilia	PSR 00-02 (Decreto Presidenziale 11/05/00)
Sardegna	PSR 2006-2008 approvato in Consiglio regionale il 19/01/2007 e pubblicato nel Supplemento Straordinario al BURAS n. 4 del 08/02/2007

Fonte: OASI 2008

2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

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

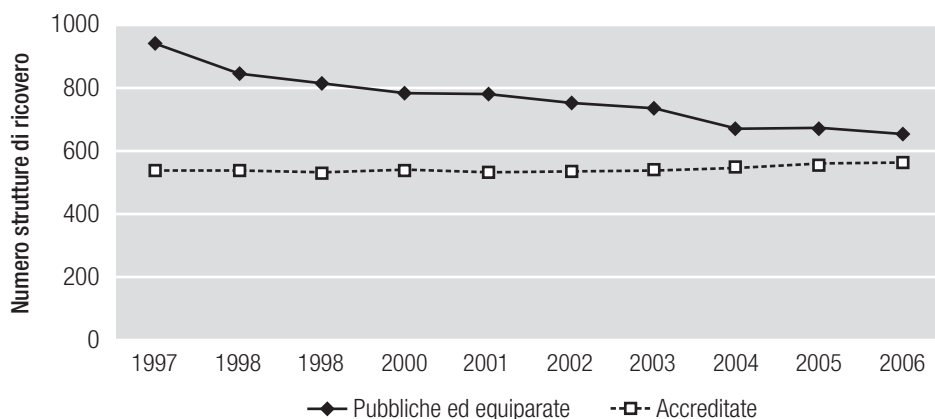
2.4.1 Capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera, che hanno inciso in primis sugli assetti istituzionali delle aziende; si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione ed attività¹⁷.

Ciò ha comportato una progressiva riduzione nella numerosità delle strutture equiparate e pubbliche, con un decremento più evidente per queste ultime, che nell'ultimo decennio sono diminuite in media del 29 per cento, pur essendosi assestato l'andamento nel corso dell'anno 2006.

Tale tendenza viene ripresa dal PSN 2006-2008, che tra gli obiettivi prioritari individua la riorganizzazione della rete ospedaliera, attraverso la dismissione degli istituti minori, a favore di una maggiore offerta di assistenza territoriale e di Centri di Eccellenza. Quest'ultima caratteristica, inoltre, spiega la maggiore presenza di strutture di ricovero in Lombardia, dove si registra la più alta concentrazione di Centri di Rilievo Nazionale (Carbone e Lecci, 2005). Anche i recenti piani di rientro delle sette regioni in «affiancamento» (cfr. capitolo 3) hanno posto l'attenzione sul tema del riordino della rete ospedaliera, affiancando ai tradizionali obiettivi di razionalizzazione delle attività e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, indirizzi e linee guida vincolanti per la razio-

Figura 2.1 **Numero di strutture di ricovero pubbliche (e equiparate) e private accreditate (1997-2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

¹⁷ Ci si riferisce agli standard minimi di utilizzo medio annuo dei posti letto (75 per cento) e di dotazione dei posti letto (120), così come previsto dalla normativa e ribadito in sede di Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

nalizzazione e riduzione dei posti-letto, la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni in strutture territoriali¹⁸ e il potenziamento delle strutture operative del sistema di emergenza-urgenza regionale.

Le strutture private accreditate, invece, registrano un andamento più costante, con un lievissimo aumento a partire dall'anno 2002, pur con le dovute eccezioni: la PA di Bolzano e le regioni Marche, Veneto, Campania e Lazio, hanno registrato dal 2002 dei decrementi rispettivamente pari a -17%, -7%, -6%, -5% e -1%.

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2008 è riportata in Tabella 2.5.

Le principali modifiche, rispetto al 2007, riguardano:

- ▶ le strutture di ricovero pubbliche, che sono state caratterizzate da una riduzione di 10 presidi a gestione diretta (+3 in Lazio, -8 in Campania, -2 in Piemonte, -3 in Calabria) e da una diminuzione di tre stabilimenti di AO; rimane invariato il numero di Aziende Ospedaliere ;
- ▶ le strutture equiparate, rispetto alle quali si segnala, a seguito della creazione o rilevazione più accurata delle sedi distaccate: (i) un aumento degli IRCCS di diritto privato che passano da 32 a 47 (+6 in Lombardia; +4 in Lazio; +2 in Veneto e in Friuli Venezia Giulia; +1 in Campania e Puglia; -1 in Sardegna), e (ii) aumento di 3 IRCCS di diritto pubblico (+1 in Lombardia; +1 in Veneto; +1 in Campania) e (iii) un aumento di una unità per gli ospedali classificati;
- ▶ le case di cura accreditate, che sono aumentate di 7 passando da 536 a 543 (+11 in Lombardia; +3 Emilia Romagna; +1 Toscana; -1 Piemonte; -7 Puglia) mentre le case di cura non accreditate diminuiscono passando da 80 a 64 (-2 in Lombardia; -3 in Emilia Romagna e -11 in Puglia).

Dal punto di vista delle dimensioni, le tipologie di struttura possono essere classificate in tre macro-categorie: AO e Policlinici presentano la maggiore dotazione di posti letto utilizzati, con una media di 650 e 629 posti; Ospedali a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano ad un livello dimensionale intermedio con circa 200 posti letto; le Case di cura private, infine, non raggiungono mediamente i 100 posti letto accreditati¹⁹. La Tabella 2.6 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata negli anni una riduzione anche nelle dimensioni delle stesse: in particolare, questo si è verificato per AO (-22,1 per cento), Policlinici (-26,5 per cento) e Case di cura accreditate (-13,5 per cento).

¹⁸ Per ospedali di piccole dimensioni si intendono le strutture di ricovero con una dotazione inferiore a 121 PL. Per un maggior approfondimento sulle caratteristiche delle configurazioni delle reti ospedaliere si rimanda al capitolo 5.

¹⁹ Questo dato si riferisce al numero di posti letto per le attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle Case di Cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

Tabella 2.5 **Numero di strutture di ricovero per tipologia (2008)**

	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Istituti psichiatrici residuali	Aziende Osped.	Stabilimenti di Az. Osp. (2)	Tot. strutture di ricovero pubbliche (3)	IRCCS dir. priv. (4)	IRCCS dir. pubbl. (4)	Policlinici Univers. (5)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Totale strutture equiparate (8)	Case di Cura private accreditate	Case di Cura private non accreditate	Totale CC private
Piemonte	46		8	16	54	2				5		7	39	4	43
Valle d'Aosta	1				1										
Lombardia	2		29	97	31	21	6		5			32	72	11	83
Bolzano	7				7				7			7	4	2	6
Trento	11				11				2			2	5		5
Veneto	57		2	3	59	3	1		6	4		14	16	3	19
Friuli Venezia Giulia	8		3	6	11	3	2					5	5		5
Liguria	10		3	3	13	1	2		2			5	3	7	10
Emilia Romagna	38		5	5	43		1					1	45		45
Toscana	26		4	4	30	2				3	1	6	28	3	31
Umbria	9		2	3	11								5	1	6
Marche	31		2	4	33		3					3	12		12
Lazio	55	1	4	7	60	8	3	4	8	3		26	79	29	108
Abruzzo*	23				23				2			2	13		13
Molise*	6				6	1					1	2	2		2
Campania	39		8	9	47	2	2	2	4	1		11	71	4	75
Puglia	27		2	2	29	3	2		3			8	30		30
Basilicata	13	1	1	2	15		1				1	2	1		1
Calabria	30		4	9	34		1					1	38		38
Sicilia	50		17	25	67	1		3	1			5	62		62
Sardegna	29		1	1	30		1	2	1			4	13		13
Italia	518	2	95	196	615	47	25	11	41	16	3	143	543	64	607

(1) Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Digs 502/92). (2) Per stabilimenti ospedalieri si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti. (3) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali e AO. (4) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in Regioni diverse dalla sede centrale. (5) In generale, nel capitolo, con il termine «policlinici» ci si riferisce ai «Policlinici a gestione diretta dell'Università» e a quelli eventualmente trasformati in «Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN», secondo quanto stabilito dal D.Lgs. 517/99. Non sono invece incluse in questa categoria le «Aziende Ospedaliere integrate con l'Università», cioè le AO in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia (che sono incluse nella categoria delle Aziende Ospedaliere). (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 pubblico e privato, Policlinici universitari a gestione diretta, Ospedali classificati, Presidi qualificati ed Enti di ricerca. * dati 2005.

Fonte: aggiornamento OASI sulla base delle schede inviate alle Regioni (2008)

Tabella 2.6 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2006)**

Anno	AO	Presidi a gestione diretta ASL	Policlinici universitari a gest. diretta	IRCCS	Ospedali classificati (1)	Case di cura accreditate (2)
1997	834	199	856	243	234	98
1998	877	189	818	244	236	98
1999	800	186	868	240	224	94
2000	774	184	832	247	223	89
2001	736	183	733	242	221	91
2002	709	178	658	237	214	91
2003	673	182	540	220	188	89
2004	672	191	551	221	192	87
2005	660	193	620	224	211	85
2006	650	197	629	226	220	85

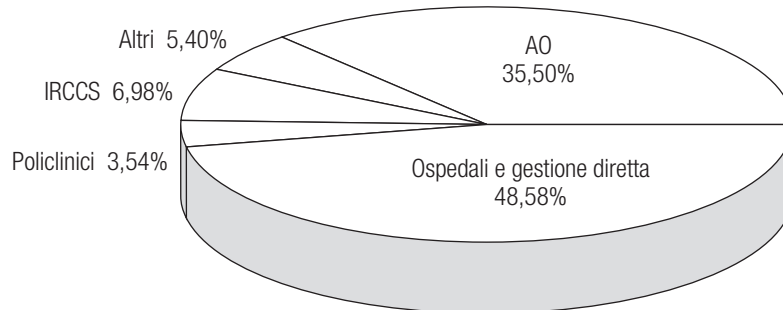
(1) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78

(2) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Con riferimento ai posti letto pubblici utilizzati, l'analisi della loro distribuzione per tipologia di struttura, evidenzia un maggior ricorso alle strutture pubbliche in senso stretto, ossia Aziende Ospedaliere e Ospedali a gestione diretta, che insieme costituiscono l'84 per cento dell'offerta (Figura 2.2). Nel corso del 2006, la distribuzione di posti letto è sostanzialmente rimasta invariata rispetto all'anno precedente. Dal confronto con il 1997, invece, è mutato il contributo delle Aziende ospedaliere (+7 per cento) a sfavore degli Ospedali a gestione diretta (-7 per cento).

Se si considera, invece, il numero assoluto di posti letto pubblici utilizzati, confrontando tra loro gli anni 1997 e 2006, si evidenzia una diminuzione nazionale del 29 per cento, dovuta al decremento tanto dei posti letto, quanto dell'attività che ha interessato sia le strutture pubbliche sia alcune tipologie di quelle equiparate: AO (-11 per cento), Ospedali a gestione diretta (-39 per cento), Policlinici (-27 per cento) e Altri (-48 per cento che include le variazioni del numero di ospedali classificati, presidi qualificati di ASL e enti di ricerca). Sempre dettagliando l'analisi per tipologia di struttura, ma raffrontando ora i dati con quelli dell'anno precedente, si nota come, nel corso del 2006, i Policlinici universitari siano stati interessati da un decremento dei posti letto utilizzati (-8 per cento) mentre gli IRCCS da un lieve incremento (+1%). Tuttavia, la dimensione media

Figura 2.2 **Distribuzione posti letto pubblici per tipologia di struttura (2006)**

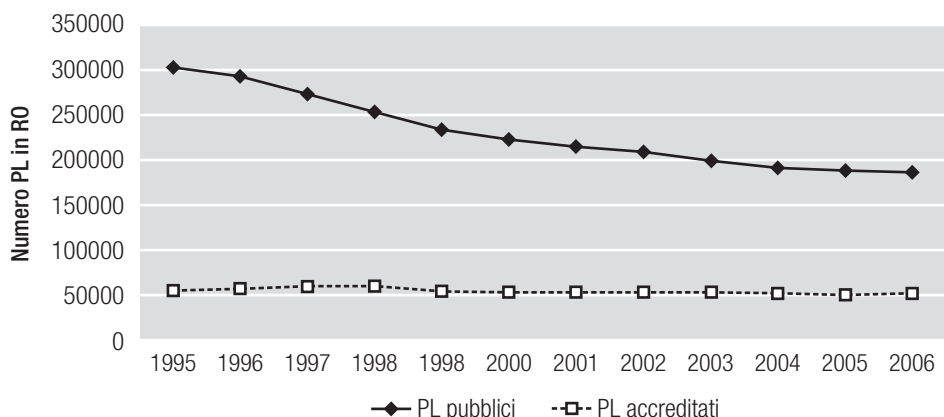
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

dei policlinici è aumentata (da 620 a 629 PL) in quanto nel 2006 il Policlinico a gestione diretta di Udine è stato accorpato all'AO della stessa città trasformandosi nella nuova azienda AOU integrata con l'Università di Udine e ciò ha determinato la riduzione del numero di Policlinici e gestione diretta dell'Università. Nel caso degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico l'aumento può essere giustificato dall'aumento, a livello italiano, del numero delle strutture.

Per quanto attiene al regime di ricovero in degenza ordinaria (Figura 2.3), si è registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici, ridottisi dal 1995 ad oggi del 37%. Un simile andamento si è verificato anche per i posti letto accreditati: il decremento maggiore è imputabile, infatti, al primo quinquennio (-7 per cento), ma con un impatto totale molto più contenuto negli anni, essendo i posti letto complessivi diminuiti solo del 9 per cento. Nel corso dell'ultimo anno, sia nelle strutture pubbliche, che in quelle private accreditate si è assistito ad una riduzione di posti letto per regime ordinario pari a soli 2 punti percentuali, indicatore del raggiungimento di una situazione stabile dopo la robusta realizzazione di interventi avvenuta in precedenza.

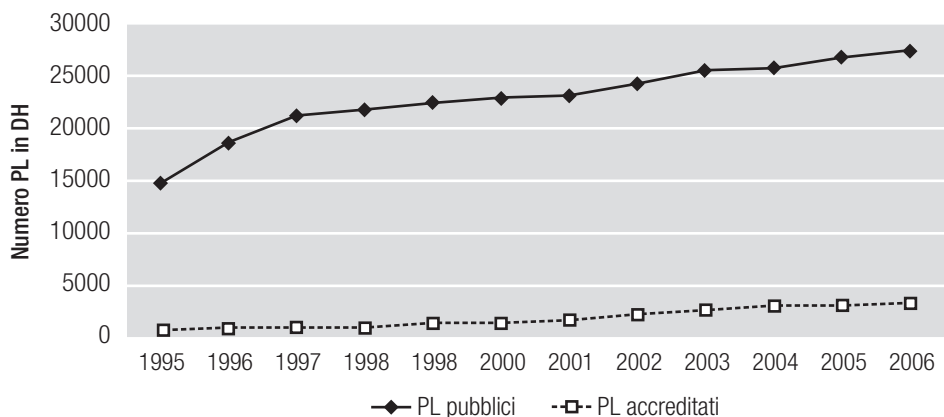
Per quanto riguarda i ricoveri in regime diurno (Figura 2.4), la dotazione ha visto un incremento esponenziale dei posti letto, aumentati del 94 per cento nell'ultimo decennio, passando da 15.390 a 30.751 posti letto; questo cambiamento è avvenuto in modo più evidente negli anni 1996-1997, in corrispondenza delle riforme sanitarie, e negli anni 2002-2003, quale conseguenza delle esigenze di contenimento della spesa e di appropriatezza del regime di ricovero, sollevate a livello nazionale. Relativamente ai posti letto pubblici, essi hanno registrato un aumento pari all'86 per cento (da 14.799 a 27.462 posti letto per day hospital), di cui l'incremento più evidente è stato realizzato negli anni 1996-1997, nel corso dei quali la dotazione iniziale è accresciuta del 26 e del 18 per cento. Un'evoluzione interessante è quella che ha caratterizzato i posti letto accreditati: nell'ul-

Figura 2.3 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.4 **Numero di posti letto previsti in Day Hospital (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

timo decennio, sono più che quintuplicati (da 591 a 3.289 posti letto), con un aumento medio annuo negli anni 2001-2004 del 71 per cento. Nel corso del 2006, invece, tale trend si è ridotto, con un aumento del 10 per cento rispetto al 2005.

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

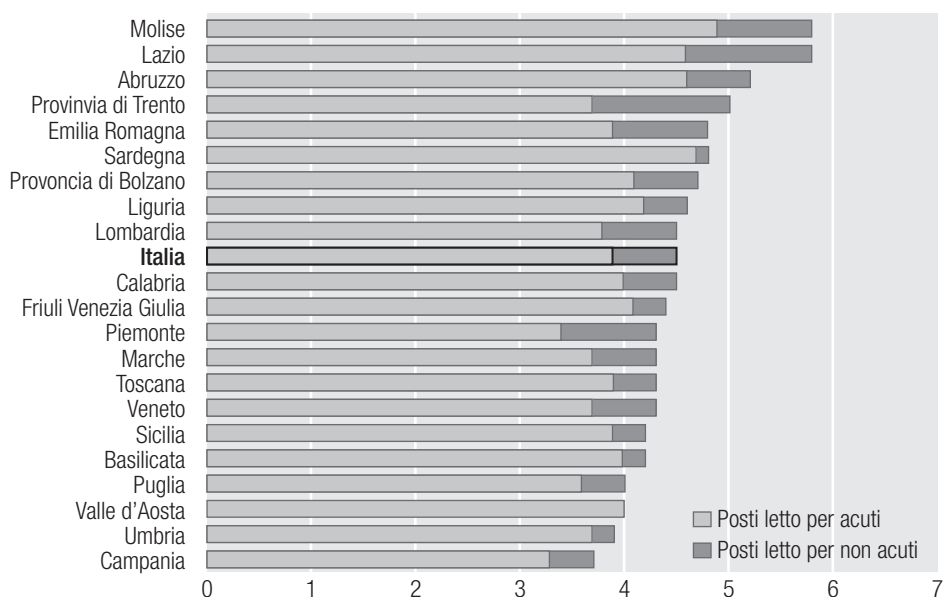
- ▶ la L. 405/2001, art. 3, comma 4, ha imposto l'obbligo di adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto ospedalieri per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, stabilendo che il personale in esubero venisse riassorbito dalle strutture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

Il rispetto o meno di questo adempimento è fatto oggetto di verifica annuale da parte del Comitato LEA, istituito presso il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, che accerta lo stato di avanzamento tanto dal punto di vista dell'adeguamento della dotazione di posti letto allo standard, quanto dell'adozione dei provvedimenti regionali volti alla programmazione di interventi di modulazione dell'offerta ospedaliera.

Nel 2006 la dotazione media nazionale di posti letto – sia in regime di degenza ordinaria che diurna – era pari a 3,9 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per quelli non acuti (Figura 2.5); rispetto all'anno 2005 si è avuta una lieve diminuzione dei posti per acuti, mentre i non acuti sono rimasti invariati. Ciò ha consentito di adeguarsi al nuovo standard di 4,5 posti letto complessivi, pur non rispettando la ripartizione tra acuti e non acuti. In particolare, questa situazione sembra imputabile alla mancanza di idonee azioni di riconversione dei posti letto per acuti in posti letto per riabilitazione e lungodegenza.

A livello regionale, la distribuzione dei posti letto appare abbastanza differenziata, con otto Regioni al di sopra dello standard complessivo (Liguria, Bolzano, Sardegna, Emilia Romagna, Trento, Abruzzo, Lazio e Molise). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, solo due Regioni presentano una dotazione di posti letto per acuti (Campania e Piemonte) conforme o inferiore al limite imposto (3,5 posti letto), mentre ben cinque hanno una dotazione ancora eccessivamente superiore a quanto consentito (Liguria: 4,2; Sardegna: 4,7; Abruzzo: 4,6; Molise: 4,9; Lazio: 4,6). Per quanto riguarda i posti letto per non acuti, invece, tutte le Regioni – ad eccezione di Trento e del Lazio, caratterizzate da una dotazione superiore allo standard – presentano un'offerta

Figura 2.5 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (deg. ord. e DH) / 000 abitanti (2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

di posti letto ancora sottodimensionata. Rispetto all'anno 2005, emergono i seguenti cambiamenti:

- ▶ con riferimento allo standard totale, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Liguria e Provincia di Trento hanno avuto una riduzione rispettivamente di 0,2 posti letto per mille abitanti, imputabile ad un contenimento dei posti per acuti;
- ▶ in relazione ai posti dedicati alle discipline per acuti, si ha una situazione invariata per Calabria, Veneto, Abruzzo Lazio, Molise, Basilicata e Campania, un netto miglioramento per Friuli Venezia Giulia (-0.3), Liguria (-0.3) e Lombardia(-0.2), un peggioramento per Puglia (+0,1) e Valle d'Aosta (+0,2) rispetto allo standard obiettivo; tutte le altre Regioni hanno registrato un decremento compreso tra 0,1 e 0,2 posti letto.
- ▶ per quanto riguarda i posti letto per non acuti Marche, Campania, Sicilia, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Molise e Liguria hanno aumentato l'offerta di 0,1 posti, avvicinandosi allo standard, la provincia di Trento ha diminuito di 0.1. Per le altre Regioni non si è verificata alcuna modifica.

La dotazione complessiva dei posti letto nelle Regioni, con distinzione per tipologia di struttura e per regime di ricovero (oltre all'indicazione dei posti letto a pagamento nelle strutture pubbliche), è presentata nella Tabella 2.7.

Tabella 2.7 Posti letto previsti ad inizio anno nelle Regioni, per tipo di struttura e regime idi ricovero (2006), e variazione posti letto 1998-2006

Regioni	Posti letto pubblici		Posti letto accreditati		Totale 2006	Variazione totale 1998/2006	Variazione posti letto degenza ordinaria* 1998/2006	Variazione posti letto day hospital 1998/2006
	Deg. Ord.	DH	A pagamento	Deg. Ord.				
Piemonte	13.129	2.098		3.664	19.047	-19%	-21%	13%
Val d'Aosta	433	55	2	0	490	-12%	-15%	22%
Lombardia	30.432	3.790	650	8.624	44.088	-20%	-23%	26%
Bolzano	1.734	183	28	317	2.262	-9%	-15%	4475%
Trento	1.781	258		471	2.516	-26%	-24%	10%
Veneto	16.522	2.179	412	1.168	20.380	-22%	-24%	-3%
Friuli Venezia Giulia	3.950	538	206	560	5.296	-28%	-32%	3%
Liguria	6.141	1.067	58	176	7.450	-28%	-34%	30%
Emilia Romagna	14.335	1.863	160	3.619	20.161	-14%	-15%	-10%
Toscana	11.298	1.712	264	1.836	15.383	-20%	-25%	42%
Umbria	2.576	534	8	228	3.379	-22%	-27%	13%
Marche	4.842	609	20	953	6.480	-28%	-32%	43%
Lazio	17.792	3.201	79	8.437	30.213	-20%	-26%	81%
Abruzzo	4.642	588	106	1.326	6.687	-30%	-33%	15%
Molise	1.449	179		226	1.863	4%	-5%	840%
Campania	12.906	2.129	56	5.902	21.393	-26%	-32%	101%
Puglia	12.457	1.275	120	2.529	16.455	-29%	-31%	3%
Basilicata	1.923	346	17	60	2.346	-23%	-31%	170%
Calabria	4.784	964	11	3.296	9.107	-16%	-20%	53%
Sicilia	13.043	3.300	103	3.981	20.950	-12%	-22%	105%
Sardegna	5.751	594	43	1.521	7.962	-19%	-20%	3%
ITALIA	181.920	27.462	2.343	48.894	263.908	-21%	-25%	36%

* inclusi i posti letto a pagamento

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

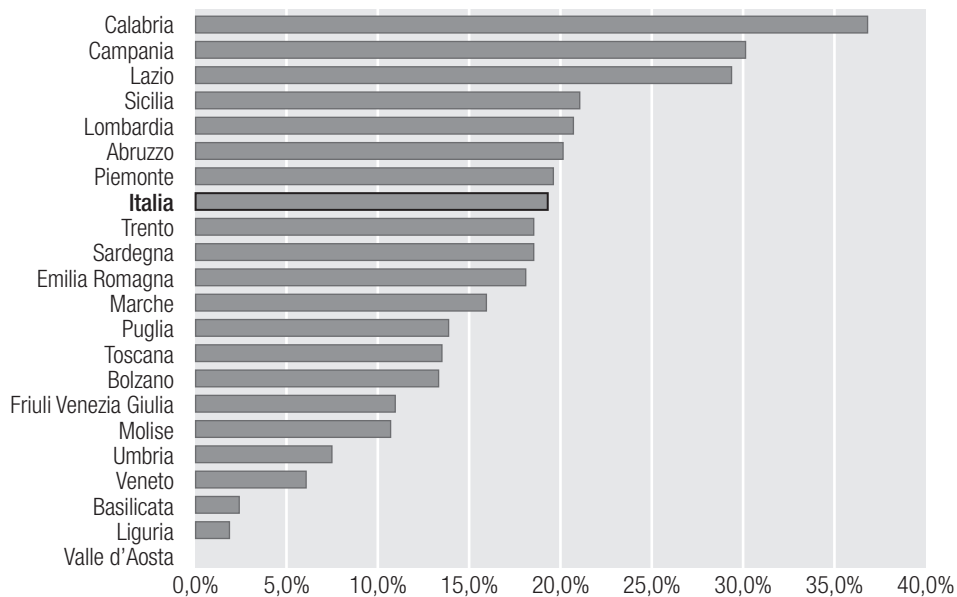
Si segnalano, pur con le dovute differenziazioni regionali:

- ▶ l'incremento nel numero di posti letto per DH nel periodo 1998-2006 (+36 per cento), che nel 2006 costituivano il 12,9 per cento dei posti letto pubblici e quasi il 6,3 per cento di quelli privati accreditati;
- ▶ la minor rilevanza dei posti letto pubblici a pagamento rispetto al passato. Dal confronto con il 2005, emerge una diminuzione pari al 9 per cento dei posti a pagamento sul totale dei posti pubblici, diminuzione che nasconde decisioni regionali abbastanza differenziate, L'incidenza nazionale dell'offerta di posti letto pubblici a pagamento rimane, comunque, molto contenuta (1,1 per cento), anche se più elevata rispetto alla media in Friuli (4,4 per cento), Veneto (2,2 per cento) e Abruzzo (2 per cento);
- ▶ la riduzione nel numero di posti letto per degenza ordinaria (-25 per cento) ed, in generale, nel numero complessivo di posti letto (-21 per cento). Ciò non stupisce se si considerano le singole realtà regionali: le diminuzioni più consistenti si sono realizzate laddove la dotazione di posti letto per 1.000 abitanti nel 1998 era mediamente più elevata della media nazionale (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo). Nonostante un rapporto di posti letto per abitanti inferiore alla media nazionale, però, anche Regioni quali Campania, Puglia e Basilicata hanno avviato una consistente riduzione di posti letto.

La Figura 2.6 approfondisce invece le differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato. In tutte le Regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica e pari, in media, all'80,2 per cento a livello nazionale; a livello regionale, invece, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (36,8 per cento), Campania (30,3 per cento) e Lazio (29,5 per cento); e al contrario, è molto bassa in Regioni quali Liguria (2,5 per cento), Basilicata (2,6 per cento), Veneto (6,2 per cento) e Umbria (7,7 per cento); è addirittura assente in Valle D'Aosta. Nel periodo che va dal 1998 al 2006, la rilevanza dei posti letto accreditati è generalmente aumentata, in media, di circa il 2,4 per cento; gli scostamenti più significativi rispetto alla media si sono avuti in Piemonte, Bolzano, Molise, Calabria e Sicilia; Emilia Romagna, Lazio e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di posti letto accreditati. Inoltre, se nel 1998 l'offerta era maggiormente concentrata nel Nord Italia (36 per cento contro 32 per cento Centro e Sud), nel 2006 la situazione risulta variata, con una presenza del privato accreditato di circa il 38 per cento al Nord e al Sud e del 24% nelle regioni del centro Italia.

Da ultimo, per quanto riguarda i servizi per le emergenze, si evidenzia come nel 2006 la maggioranza delle strutture pubbliche disponesse di un pronto soccorso (82,6 per cento), di un dipartimento di emergenza (49,4 per cento), di un centro servizi di rianimazione (56,1 per cento), trasfusionale (54,8 per cento) e

Figura 2.6 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (deg. ord. e DH) nel 2006**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

per dialisi (59,8 per cento) rispetto alle strutture private accreditate, dove la presenza di tali servizi è molto più contenuta (rispettivamente pari a: 8; 3,7; 8,5; 0,6 e 7,3 per cento)²⁰.

2.4.2 Capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre sempre maggiore attenzione alla necessità di rafforzare il ruolo dell'assistenza extraospedaliera, spostando sia risorse che servizi dal livello ospedaliero a quello territoriale. Ciò è enfatizzato anche dal PSN 2006-2008 che pone, tra gli obiettivi delle strategie per lo sviluppo, la necessità di riorganizzare l'offerta ospedaliera a favore di un potenziamento di quella territoriale, anche mediante la costituzione di reti sanitarie d'integrazione e collaborazione.

Ciò si è tradotto principalmente nel consolidamento del ruolo dei distretti; questi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria,

²⁰ Si segnala, tuttavia, che il dato utilizzato risulta poco significativo. Per una migliore rappresentazione delle caratteristiche strutturali della rete di emergenza-urgenza, il numero dei PS/dipartimento di emergenza dovrebbe essere calcolato esclusivamente in rapporto al numero di posti letto per acuti.

ambulatoriale e domiciliare, alla gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni ed in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, nonché a fornire supporto alle famiglie ed a soggetti in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.). La Tabella 2.8 espone la numerosità dei distretti attivati fino all'anno 2006 e la loro dimensione media.

Si segnala che, rispetto al 2005, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 742 a 731. A livello regionale, le riduzioni più evidenti hanno interessato

Tabella 2.8 **Distretti attivati all'interno delle ASL e loro dimensione media (2006)**

Regioni	Distretti Attivati 2006	N. medio distretti per ASL	Popolazione media per distretto 2006
Piemonte	62	2,8	70.028
Val d'Aosta	4	4,0	30.995
Lombardia	93	6,2	101.884
Bolzano	20	5,0	24.133
Trento	11	11,0	45.680
Veneto	50	2,4	94.766
Friuli Venezia Giulia	18	3,0	67.127
Liguria	16	3,2	100.633
Emilia Romagna	39	3,5	107.373
Toscana	34	2,8	106.467
Umbria	12	3,0	72.323
Marche	24	24,0	63.700
Lazio	22	1,8	241.126
Abruzzo	42	7,0	31.079
Molise	13	13,0	24.685
Campania	103	7,9	56.223
Puglia	49	4,1	83.092
Basilicata	11	2,2	54.008
Calabria	26	2,4	77.093
Sicilia	62	6,9	80.923
Sardegna	20	2,5	82.784
ITALIA	731	4,1	80.372

* Si segnala che il numero medio di distretti per ASL non tiene conto della riduzione delle ASL piemontesi (da 22 a 13) e di quelli pugliesi (da 12 a 6) avvenuta nel 2006.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Toscana (-19 distretti) e Lazio (-14 distretti), meno evidenti le riduzioni di Calabria (-6), Campania (-2) e Marche (-2), mentre Abruzzo (+11), Lombardia (+7), Molise (+5), Bolzano (+3) e Veneto (+1) sono state caratterizzate da un aumento. Guardando nuovamente alla prospettiva nazionale, è rimasto invariato il numero medio di distretti per ASL, pari a 4,1, con un lieve aumento della popolazione media per distretto passata da 78.790 a 80.372.

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

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

La Tabella 2.9 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse Regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2006 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+28 per cento) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato, passato dal 38 per cento nel 1997 al 50 per cento nel 2006. Ciò è soprattutto imputabile al contributo delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 163 e 153 per cento, nello stesso arco temporale. L'offerta di servizi territoriali è gestita prevalentemente dal privato ad eccezione delle «Altre strutture territoriali». In particolare si evidenzia l'offerta delle strutture residenziali che passa dal 5 % del 1997 al 73% del 2006.

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

- ▶ Nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia si caratterizzano per un più elevato contributo del privato rispetto alla media, compreso tra il 60 per cento di Lombardia e l'82 per cento della Sicilia. Solamente Veneto, Puglia e Calabria si assestano a valori leggermente inferiori alla media nazionale; tutte le altre Regioni, al contrario, risultano nettamente sotto con i valori minimi rappresentati da Piemonte e Bolzano (19 per cento e 17 per cento).
- ▶ Con riferimento alle «Strutture Semiresidenziali e Residenziali», le Regioni del Nord Italia presentano le percentuali più elevate del privato, a cui si aggiunge il Molise che si caratterizza per una totalità dell'offerta privata. Nelle Regioni del Centro più dei due terzi dell'offerta è gestita dal settore pubblico (soprattutto con riferimento alle strutture residenziali).

- Per quanto riguarda le altre strutture territoriali il contributo del privato accreditato è molto limitato e pari in media al 10 per cento. Fanno eccezione Trento, Veneto, Molise e Campania che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato maggiore del 20 per cento.

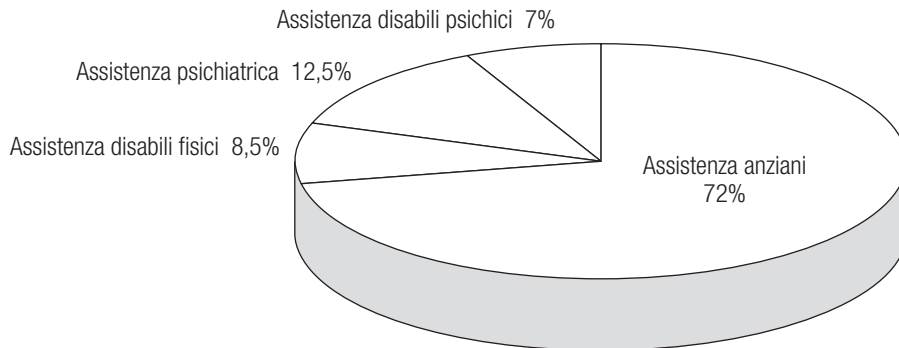
Tabella 2.9 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2006)**

	Ambulatori e laboratori		Altre strutture territoriali*		Strutture semiresidenz.		Strutture residenziali	
	di cui privati accreditati		di cui privati accreditati		di cui privati accreditati		di cui privati accreditati	
Piemonte	441	19%	334	2%	157	58%	659	71%
Valle d'Aosta	3	67%	25	4%	1	100%	5	80%
Lombardia	824	60%	757	10%	607	69%	1.115	84%
Bolzano	176	17%	44	2%	5	0%	23	65%
Trento	35	31%	32	22%	7	0%	64	86%
Veneto	460	57%	552	23%	377	60%	628	78%
Friuli Venezia Giulia	131	31%	79	6%	48	29%	151	59%
Liguria	369	32%	162	3%	37	35%	137	72%
Emilia Romagna	456	41%	423	5%	455	80%	660	80%
Toscana	900	39%	502	10%	233	34%	479	60%
Umbria	102	23%	86	2%	54	31%	81	48%
Marche	202	51%	102	10%	30	17%	80	38%
Lazio	906	67%	397	6%	54	6%	142	64%
Abruzzo	155	70%	114	5%	10	20%	69	84%
Molise	48	67%	18	28%	6	100%	6	100%
Campania	1.462	79%	384	27%	71	20%	145	44%
Puglia	675	56%	317	2%	31	55%	105	85%
Basilicata	112	42%	59	8%	3	33%	28	64%
Calabria	455	55%	120	8%	18	44%	61	66%
Sicilia	1.713	82%	478	12%	34	9%	100	54%
Sardegna	346	51%	143	3%	17	41%	55	62%
Italia 2006	9.971	59%	5.128	10%	2.255	57%	4.793	73%
Italia 1997	9.335	54%	4.009	5%	842	8%	1.820	5%

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.7 **Distribuzione percentuale dei posti in strutture residenziali e semiresidenziali per tipo di assistenza erogata (Anno 2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

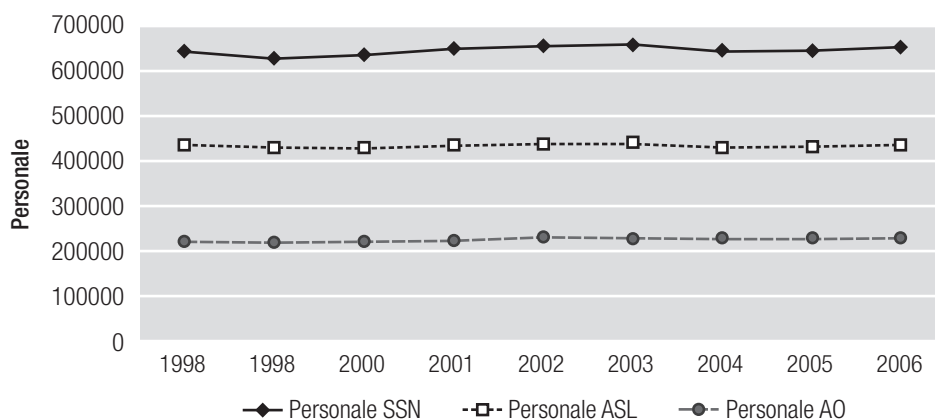
Volendo approfondire ulteriormente le dinamiche dell'offerta semiresidenziale e residenziale per categorie di assistenza, emerge una netta prevalenza dei servizi per gli anziani (Figura 2.7), erogati soprattutto attraverso strutture residenziali. Queste ultime, infatti, indipendentemente dalla tipologia assistenziale, costituiscono il 72 per cento dell'offerta.

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

La Figura 2.8 evidenzia l'andamento della numerosità sia del personale dipendente del SSN, sia del personale complessivamente operante nelle ASL e nelle AO (comprensivo, dunque, anche del personale dipendente dalle Università). Relativamente al personale SSN, si evidenzia: una lieve inflessione negativa dal 1998 al 1999 (-3,6 per cento), determinata dal blocco delle assunzioni; a partire dal 1999 e fino a tutto il 2003, si è avuta una graduale crescita (+5 per cento), poi rallentatasi a partire dall'anno successivo. Rispetto all'intero intervallo temporale considerato (1998-2006), però, si è avuto un incremento dell'1 per cento.

Al contrario, il personale operante nelle ASL e nelle Aziende Ospedaliere è stato interessato da un andamento molto più costante, caratterizzato da un tasso di crescita medio annuo che oscilla tra il -1 ed il +2 per cento, determinando una diminuzione totale dell'1 per cento del personale delle ASL ed un aumento del 4 per cento di quello delle AO tra il 1998 ed il 2006.

Con riferimento esclusivo al personale dipendente del SSN, di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulla relativa entità e composizione nelle diverse Regioni. È innanzi tutto importante segnalare che il SSN fornisce un considere-

Figura 2.8 **Trend unità di personale dipendente SSN, ASL e AO (1999-2006)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

vole contribuito all'occupazione nazionale (a cui bisognerebbe aggiungere l'indotto generato): i dipendenti SSN rappresentano infatti l'1,1 per cento della popolazione nazionale. Tale contributo si differenzia nelle diverse Regioni (Tabella 2.10) e risulta compreso tra l'1,7 di Bolzano da un lato e lo 0,9 per cento di Puglia e Lazio dall'altro. Tali differenze risentono:

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

Da un confronto prospettico tra gli anni dal 1998 al 2006, si può notare un aumento di personale per quasi tutti i profili (sanitario +6 per cento; professionale +6 per cento; amministrativo +9 per cento), tranne per quello tecnico (-25 per cento); la composizione di conseguenza è mutata: si è avuta una riduzione di 4 punti percentuali nel ruolo tecnico, soprattutto a favore di quello sanitario (+3 per cento), mentre i ruoli professionale ed amministrativo sono rimasti sostanzialmente invariati. La Tabella 2.10 presenta la composizione per ruolo del personale nelle diverse Regioni. Nel 2006, non emergono disuguaglianze territoriali particolarmente significative, pur rilevandosi alcuni scostamenti regionali rispetto alla media, attinenti al ruolo sanitario e tecnico; le Regioni del Nord, ad eccezione di Emilia Romagna e Liguria, mostrano una percentuale di sanitari inferiore al valore medio nazionale, a favore di una più alta presenza di personale tecnico (in particolare nelle Province di Trento e Bolzano) o di personale amministrativo (in particolare

Valle D'Aosta). Rispetto alle Regioni del Centro, invece, peculiare risulta la situazione laziale, scostante rispetto alla media, sia per il profilo sanitario (+5 per cento), che per quello tecnico (-6 per cento). Il ruolo professionale riveste in tutte le Regioni una quota molto esigua del personale totale (0,2 per cento in media), mentre relativamente a quello amministrativo la situazione appare più scostante e compresa tra il 9 per cento di Molise e Umbria ed il 15 per cento di Valle D'Aosta e Calabria.

Tabella 2.10 **Entità e composizione del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (2006)**

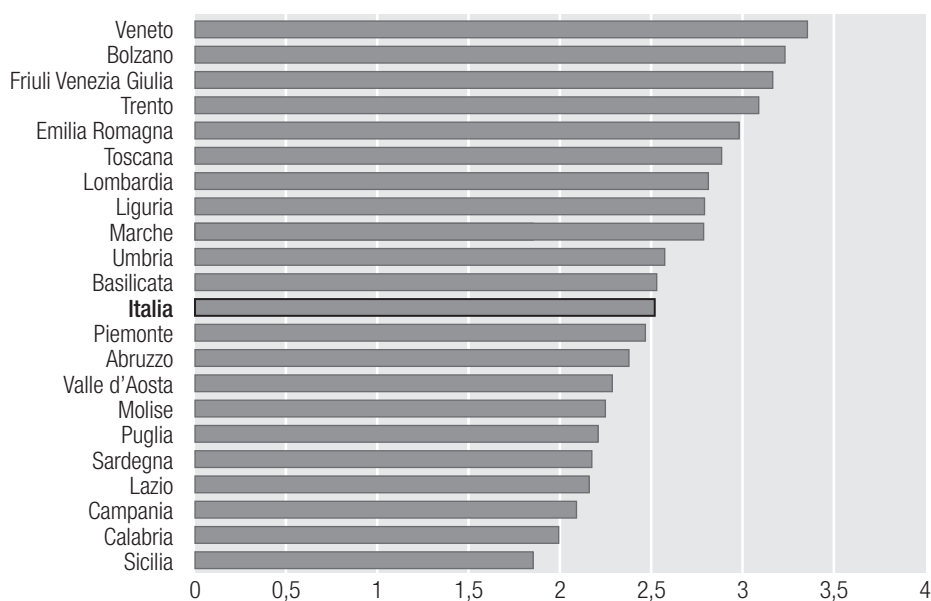
Regioni	Totale Personale SSN	Ruolo sanitario	Ruolo professionale	Ruolo tecnico	Ruolo amministrativo*	Percentuale personale SSN su popolazione
Piemonte	56.291	65%	0,2%	20%	14%	1,3%
Val d'Aosta	2.004	64%	0,2%	21%	15%	1,6%
Lombardia	91.495	66%	0,2%	21%	12%	1,0%
Bolzano	8.051	61%	0,3%	24%	14%	1,7%
Trento	7.063	63%	0,2%	25%	12%	1,4%
Veneto	57.777	69%	0,2%	20%	11%	1,2%
Friuli Venezia Giulia	17.330	68%	0,2%	22%	10%	1,4%
Liguria	21.703	71%	0,2%	18%	11%	1,3%
Emilia Romagna	55.588	72%	0,3%	17%	11%	1,3%
Toscana	49.344	71%	0,3%	18%	10%	1,4%
Umbria	10.759	74%	0,3%	16%	9%	1,2%
Marche	18.006	73%	0,1%	17%	10%	1,2%
Lazio	48.368	74%	0,3%	13%	13%	0,9%
Abruzzo	15.725	71%	0,2%	18%	11%	1,2%
Molise	4.025	72%	0,1%	19%	9%	1,3%
Campania	55.560	70%	0,3%	18%	12%	1,0%
Puglia	35.440	70%	0,2%	18%	12%	0,9%
Basilicata	6.579	72%	0,2%	18%	10%	1,1%
Calabria	22.996	67%	0,3%	17%	15%	1,1%
Sicilia	47.831	69%	0,2%	19%	12%	1,0%
Sardegna	20.652	72%	0,2%	18%	10%	1,2%
ITALIA	652.587	69%	0,2%	19%	12%	1,1%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Indagando più nel dettaglio il livello sanitario ed, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 2.9), le Regioni del Sud presentano una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2 contro i quasi 3 del Nord, spiegata dalla presenza di un numero più elevato di medici nelle Regioni meridionali, rispetto al resto d'Italia.

Un'altra tipica dimensione di analisi considera il personale ospedaliero operante nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate²¹, che ammonta a poco meno di 550 mila unità. Il personale ospedaliero dei presidi a gestione diretta delle ASL costituisce il 45 per cento del personale ospedaliero totale, quello delle AO il 40 per cento ed, infine, il restante 15 per cento è imputabile al personale delle strutture equiparate. Confrontando l'andamento negli anni 1998-2006, si nota come le dimensioni del personale siano rimaste sostanzialmente invariate (-1 per cento, con una riduzione di poco superiore alle 3000 unità), nonostante la forte contrazione del numero di posti letto.

Figura 2.9 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni italiane (2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

²¹ Nel computo del personale attivo nelle strutture di ricovero pubbliche sono inclusi sia i dipendenti SSN ospedalieri, sia i dipendenti universitari che operano presso i presidi di ASL e le AO; relativamente alle strutture equiparate, invece, viene considerato tutto il personale impiegato presso tali istituti, sia dipendente, che non.

Volendo esaminare l'organismo personale nella sua accezione più ampia²², non limitandosi alla considerazione dei soli dipendenti del SSN, è necessario considerare anche i medici convenzionati, ossia i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, che costituiscono una risorsa strategica per il ruolo di governo ed indirizzo che esercitano sulla domanda.

La Tabella 2.11 riporta il numero totale di MMG e PLS per Regione nel 2006, evidenziandone l'evoluzione negli ultimi anni. Su scala nazionale, il numero di MMG si è ridotto del 2,2% rispetto all'intervallo temporale considerato, mentre a livello regionale l'andamento è stato più variabile, in particolare per Bolzano (+15,6 per cento), Trento (-8,1 per cento), Lombardia (-10,1 per cento) e Calabria (-12,1 per cento). Il numero di PLS, invece, ha registrato, nello stesso periodo e con l'eccezione della Liguria, un incremento generalizzato, molto più evidente nelle Regioni del Centro-Nord.

Le Figura 2.10 e Figura 2.11 illustrano la popolazione assistibile ed il numero medio di scelte per singolo medico e per Regione, permettendo di valutare il carico assistenziale potenziale ed effettivo di MMG e PLS e la sua adeguatezza rispetto alla domanda.

Il rapporto tra popolazione assistibile e numero di MMG è abbastanza omogeneo nelle diverse Regioni e compreso tra 1000 e 1200, fatta eccezione per Bolzano, che si caratterizza per un numero di residenti per medico pari a 1.624 e superiore alla media nazionale del 49 per cento²³ e la Liguria con un numero di residenti per medico di 1.400, superiore alla media nazionale del 28 per cento. Ciò non è altrettanto valido per i PLS, per i quali la situazione si presenta molto più differenziata. Innanzitutto, in tutte le Regioni il numero di bambini assistibili per pediatra eccede il massimale di 800 pazienti stabilito dal contratto di convenzione, con le Regioni del Centro Italia che, insieme a Valle d'Aosta, Trento, Emilia Romagna, Abruzzo, Sicilia e Sardegna, sono le più vicine al rispetto di tale standard. Esistono, peraltro, delle realtà che evidenziano uno scostamento maggiore rispetto al valore medio nazionale, ovvero in Piemonte (+8 per cento), Campania (+11 per cento) e Bolzano (+20 per cento).

Relativamente al numero di scelte per medico convenzionato, espressivo del carico assistenziale effettivo, tale indicatore è, in tutte le Regioni e con riferimento alla popolazione assistibile, superiore per i MMG ed inferiore per i PLS. Se si

²² Il concetto di organismo personale può essere definito in modo più o meno ampio: «nelle aziende composte pubbliche formano l'organismo personale i prestatori di lavoro in senso stretto ed i membri degli organi deliberanti, di governo economico e di sindacato (inclusi gli organi di rappresentanza politica costituiti mediante elezioni); in una visione molto ampia, anche tutte le persone membri della comunità politica di cui l'azienda è ordine economic» (Airoldi G, Brunetti G, Coda V., 1994: 455)

²³ Si consideri però che nella Provincia di Bolzano il contratto di convenzione dei medici di base stabiliva quale massimale 2.500 scelte per MMG, che solo recentemente è stato ridotto a 2.000, rispetto al contratto vigente in tutte le altre Regioni che fissa il massimale a 1.500 pazienti adulti.

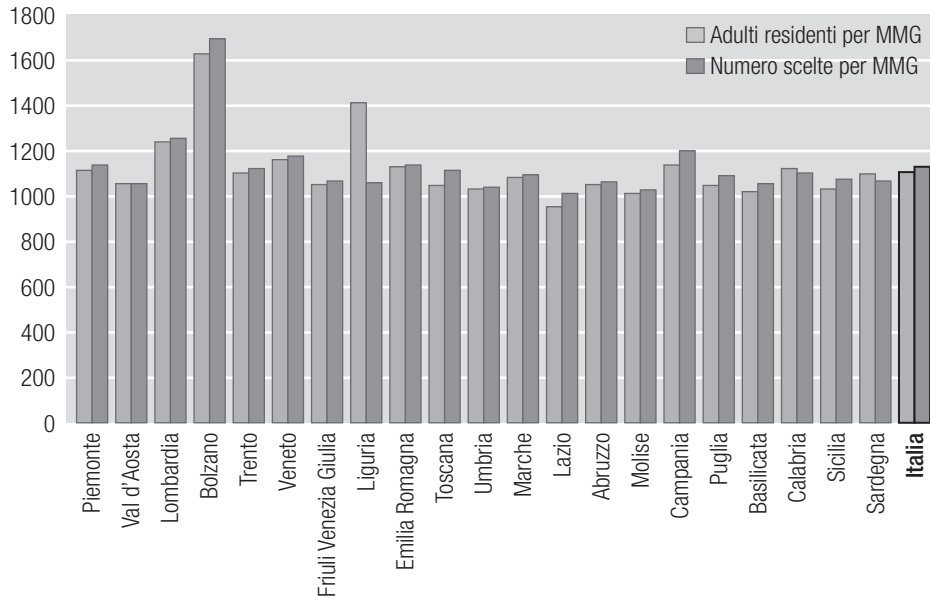
Tabella 2.11 **Numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, 2006 e variazione 1997-2006**

	Numero MMG 2006	Variazione 1997/2006	Numero PLS 2006	Variazione 1997/2006
Piemonte	3479	-4,0%	421	1,9%
Val d'Aosta	104	4,8%	18	27,8%
Lombardia	6717	-10,9%	1098	22,1%
Bolzano	250	15,6%	51	35,3%
Trento	394	-8,1%	81	11,1%
Veneto	3570	0,6%	559	11,8%
Friuli Venezia Giulia	1030	-1,1%	123	24,4%
Liguria	1032	-41,7%	155	-16,8%
Emilia Romagna	3302	0,5%	555	18,2%
Toscana	3101	-0,3%	426	9,6%
Umbria	751	5,6%	108	10,2%
Marche	1253	3,8%	178	6,7%
Lazio	4887	0,6%	761	6,3%
Abruzzo	1096	5,2%	186	18,8%
Molise	282	2,1%	36	2,8%
Campania	4306	-3,6%	773	24,2%
Puglia	3351	5,9%	596	6,7%
Basilicata	509	-2,9%	69	0,0%
Calabria	1548	-12,1%	279	0,7%
Sicilia	4175	5,6%	829	2,2%
Sardegna	1341	0,4%	224	5,8%
ITALIA	46478	-2,2%	7526	11,5%

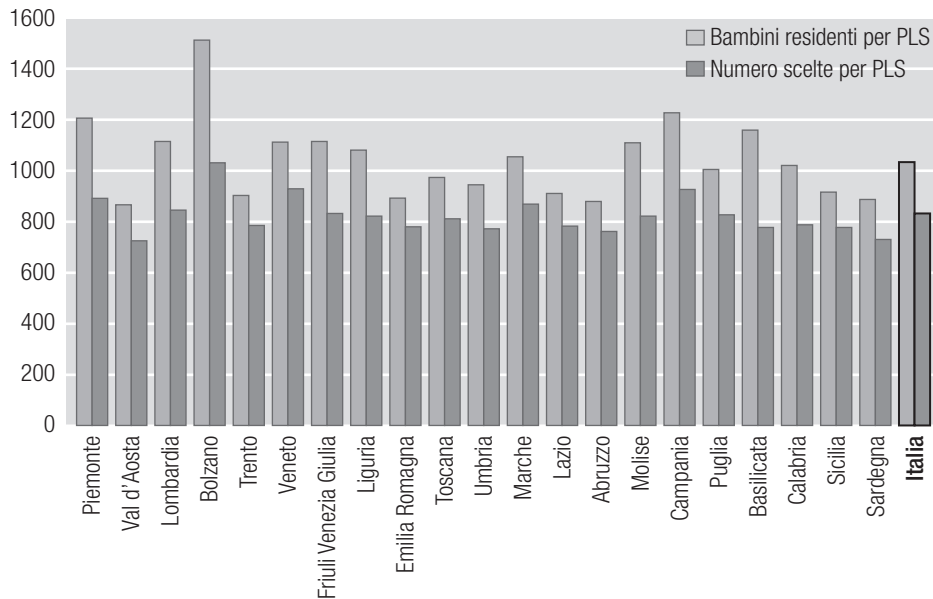
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

confrontano tra loro carico potenziale e carico effettivo di assistenza, senza distinzione tra MMG e PLS, il numero di scelte per medico risulta inferiore alla popolazione assistibile per tutte le Regioni. Tutto ciò sta a significare:

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

Figura 2.10 **Popolazione assistibile per MMG e numero scelte per MMG, 2006**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.11 **Popolazione assistibile per PLS e numero scelte per PLS, 2006**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

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

L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale, in modo da rispondere quanto più adeguatamente possibile alle esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche locali. Nel 2006, sono stati rilevati 3019 punti di guardia medica, in lieve aumento rispetto al 2005 (2996 punti), con 13.304 medici titolari, ovvero 23 medici ogni 100.000 abitanti. La situazione è molto diversificata a livello territoriale in termini sia di densità dei punti di guardia medica, sia del numero di medici titolari rispetto alla popolazione, anche in funzione della diversa presenza di servizi di pronto soccorso e di strutture ospedaliere. Nelle Regioni meridionali, in particolare, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione, nonché un maggiore ricorso a tale servizio, sia dal punto di vista delle visite effettuate, che da quello dei ricoveri prescritti. Peculiare risulta anche la situazione di Trento, dove – rispetto alla media delle Regioni del Nord – si registrano elevati tassi di visite e ricoveri tramite servizio di guardia medica.

2.5 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è risultata piuttosto difficile. In passato tale difficoltà era legata alla mancanza di un reale collegamento tra i livelli di attività svolta ed i finanziamenti ottenuti dalle aziende. Con l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento a tariffa per prestazione è aumentata la completezza delle rilevazioni disponibili nel SIS in termini di ricoveri ospedalieri e, anche se con ritardo, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Negli ultimi anni è anche aumentata il grado di accuratezza delle informazioni sulle attività territoriali svolte a livello ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Tuttavia, sempre negli ultimi anni, si è riscontrato un ritardo nella diffusione dei dati a causa di un rallentamento nei processi di aggiornamento dei flussi informativi inviati al Ministero ed alle Regioni soprattutto con riferimento alle attività ospedaliere. Lo sviluppo del nuovo SIS, accompagnato dal progetto «Mattoni», come richiamato nel § 2.2, dovrebbe potenziare i flussi informativi, anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione e condivisione delle classificazioni dei dati.

2.5.1 Le attività di ricovero

Il presente paragrafo aggiorna ed approfondisce quanto già presentato nell'edizione precedente in merito alle attività di ricovero rilevate dal Ministero attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera, con riferimento all'anno 2005

e limitatamente ad alcuni dati ed indicatori anche agli anni 2006 e 2007. Dalla valutazione dei dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (Tabella 2.12), si possono trarre alcune considerazioni:

- ▶ si evidenzia, nell'arco temporale considerato (1998-2007) una riduzione nel numero delle dimissioni pari a circa il 2 per cento, con un andamento annuo variabile contenuto tra il -4,2 ed il +2 per cento; si segnala che nel 2007 si è registrata una riduzione dei ricoveri del -4,2% rispetto al 2006;
- ▶ sempre nello stesso periodo, si registra una diminuzione delle giornate di ricovero totali (-13 per cento), caratterizzata da un tasso di variazione annuale instabile, in particolare tra il 1998/2003 si registra una diminuzione delle giornate di degenza pari al 12 per cento, mentre tra il 2003/2005 si registra un aumento delle giornate di degenza pari a 1 per cento, tra il 2005 e il 2007 si registra una lieve diminuzione del 3,2 per cento.
- ▶ sono aumentate progressivamente le prestazioni totali erogate in regime di DH (+50 per cento dal 1998; +3 per cento dal 2006) e leggermente diminuite quelle in regime ordinario, con un rapporto quasi doppio tra giornate in DH e RO nel 2007 rispetto al 1998;
- ▶ si ha una stabilizzazione negli ultimi tre anni della degenza media pari a 6,7, ridotta rispetto al 1998 pari a 7,1.

La Figura 2.12 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale. Gli oltre 12,5 milioni di ricoveri ospedalieri²⁴ realizzati nel 2005 si compongono per quasi il 98 per cento di ricoveri per acuti, la stragrande maggioranza dei quali viene erogata dagli istituti pubblici, attraverso Ospedali a gestione diretta (40,4 per cento) e Aziende ospedaliere (31,6 per cento). I ricoveri per riabilitazione, invece, si suddividono equamente tra strutture pubbliche ed equiparare da un lato (54,7 per cento) e case di cura private, accreditate e non, dall'altro (45,3 per cento). La lungodegenza, infine, viene erogata soprattutto dal privato (43,1 per cento) e da Ospedali a gestione diretta (47,3 per cento); l'elevato tasso di attività di queste ultime strutture è probabilmente giustificato dalla carenza di un'adeguata offerta di servizi territoriali pubblici a favore delle patologie cronico-degenerative.

Nel 2007 i ricoveri complessivamente erogati per acuti risultano pari a 11.451.831, di cui il 69 per cento erogato in regime di degenza ordinaria ed il restante 31 per cento in regime diurno. Rispetto all'anno 2006, i ricoveri per acuti hanno registrato una significativa diminuzione (-4,3 per cento), con una riduzione di quelli erogati in regime di day hospital, pari al 7 per cento.

²⁴ Tale dato non coincide con quello riportato nella tabella 2.12 – riferito al numero totale dei ricoveri – in quanto dai ricoveri ospedalieri sono esclusi i ricoveri per neonati sani (poco più di 400.000 casi).

Tabella 2.12 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2007)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dati di attività										
Numero di Dimissioni (1)	12.577.826	12.727.449	12.671.564	12.939.571	12.948.710	12.818.905	12.991.102	12.966.874	12.857.813	12.319.301
Giornate di ricovero (1)	88.009.005	85.811.850	82.484.479	81.425.592	80.393.353	78.450.940	78.750.718	79.070.702	78.008.561	76.569.034
Rapporto tra giornate in DH e in RO (percentuale)	9,3	10,2	11,8	13,4	15,1	17,0	18,4	19,1	19,1	17,4
Degenza media (2)	7,1	7	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7
Completezza della rilevazione										
N. Regioni e Prov. Aut.	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
N. istituti (3)	1.386	1.388	1.322	1.329	1.397	1.398	1.332	1.337	1.323	1.471
% schede errate	16	5	5	5	5,9	5,7	9,2	9,0		

Note:

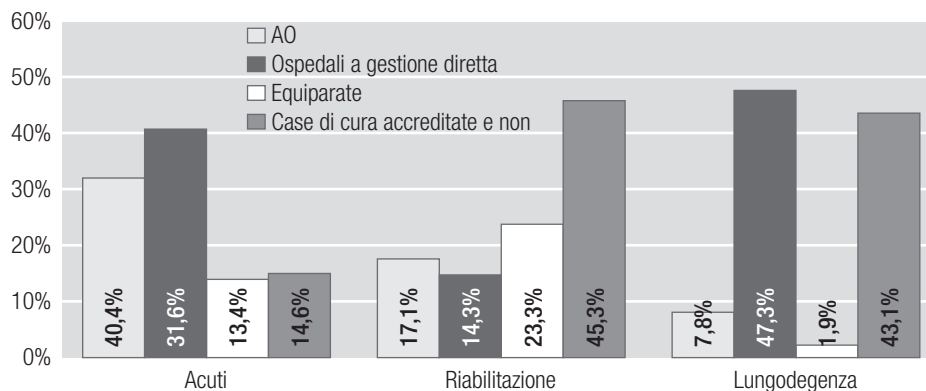
(1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario

(3) La riduzione nel numero di istituti compresi nella rilevazione nel periodo 1998-2000 (ad eccezione di un piccolo incremento di 2 unità nel 1999) è prevalentemente attribuibile alla riduzione degli istituti esistenti (in seguito al loro accorpamento), mentre il successivo aumento del periodo 2000-2003 (più consistente nel biennio 2001-2002) è da attribuire all'incremento del numero di istituti di cui sono pervenute le schede SDO, nell'ultimi anni si riscontra una diminuzione a seguito degli accorpamenti soprattutto evidenziata tra il 2005 e il 2006. Ad oggi la copertura della rilevazione è pari al 99% degli istituti esistenti (solo in una regione la percentuali di copertura della rilevazione si attesta a quasi 96%).

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, dati 2007 provvisori

Figura 2.12 **Distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2005)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La Tabella 2.13 presenta più nel dettaglio la composizione dell'attività, per Regione e regime di ricovero.

Con il solo riferimento agli acuti erogati in regime diurno, la situazione regionale si dimostra abbastanza differenziata (Figura 2.13); in particolare, rispetto ad un contributo medio dei ricoveri in DH sul totale dei ricoveri di poco superiore al 30 per cento, ben dodici Regioni evidenziano una percentuale inferiore e, tra queste, quattro si discostano dalla media di più di 6 punti percentuali (Emilia Romagna 24,9 per cento, Friuli Venezia Giulia 21,6 per cento, Puglia 24,3 per cento e Molise 23,4%). Al contrario, le Regioni che più hanno potenziato l'attività di DH sono Sicilia e Liguria, rispettivamente con una quota di ricoveri diurni per acuti pari al 43,4 e al 42 per cento dei ricoveri per acuti totali.

Per quanto concerne i ricoveri per la riabilitazione, nel 2007 costituiscono il 3 per cento dei ricoveri totali, sostanzialmente invariati rispetto al 2006. Questi sono prevalentemente erogati in regime ordinario (82 per cento in media) da tutte le Regioni, pur riscontrandosi delle situazioni in cui la percentuale di day hospital è molto elevata; è questo il caso di Lazio (36 per cento), Sardegna (32 per cento) e Sicilia (circa 39 per cento).

I ricoveri per lungodegenza, infine, costituiscono una quota molto esigua dei ricoveri totali, rimasta invariata rispetto al 2006; rappresentano, a livello nazionale, meno dell'1 per cento dei ricoveri ospedalieri, anche se il dettaglio regionale evidenzia alcune situazioni particolari, per cui la percentuale di lungodegenza è più elevata della media; ciò si verifica in maniera più evidente per Emilia Romagna e Trento, dove la percentuale raggiunge il 3,6 ed il 3,2 per cento, con un ammontare di giornate di ricovero totali per lungodegenza anch'esso più elevato rispetto alle altre Regioni.

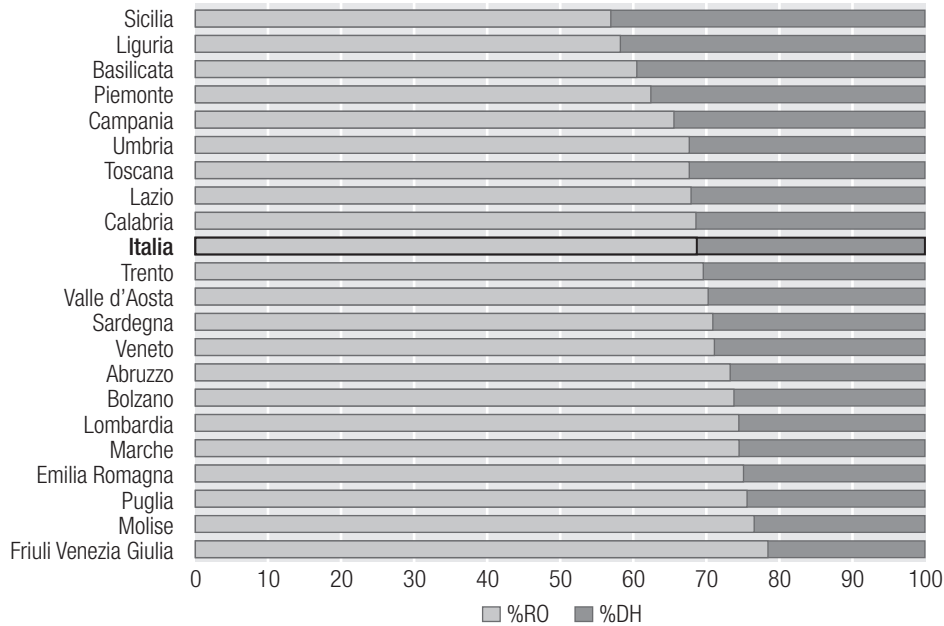
Tabella 2.13 Composizione dell'attività ospedaliera per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2007)

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza		Giorni di degenza per acuti		Giorni di degenza per riabilitazione		Giorni di degenza per lungodegenza	
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH
Piemonte	467.919	281.419	31.964	3.124	10.048	3.768.667	625.851	938.293	40.490	379.495	-	-
Val d'Aosta	14.807	6.295	-	-	-	119.774	21.368	-	-	-	-	-
Lombardia	1.320.404	454.242	98.343	15.229	4.352	8.691.191	1.029.438	2.242.304	171.481	127.270	-	-
Bolzano	77.512	27.370	2.484	109	2.215	511.787	54.686	60.120	1.735	57.735	-	-
Trento	55.538	24.120	6.314	951	2.829	438.419	36.956	117.603	12.222	96.824	-	-
Veneto	557.599	226.067	22.644	7.070	11.455	4.449.740	641.925	528.089	99.806	312.326	-	-
Friuli Venezia Giulia	157.032	43.336	2.613	365	1.197	1.152.604	102.451	78.161	1.502	29.533	-	-
Liguria	207.678	149.175	9.825	1.846	-	1.625.694	480.236	194.301	14.414	0	-	-
Emilia Romagna	600.094	199.085	17.946	4.604	30.518	3.969.640	873.805	528.717	59.767	1.004.594	-	-
Toscana	429.700	205.568	10.904	1.861	2.559	3.137.483	580.288	229.736	23.575	91.481	-	-
Umbria	113.186	54.576	2.751	973	235	729.076	131.742	58.229	12.792	4.585	-	-
Marche	196.342	67.390	3.248	158	4.821	1.353.085	94.121	102.778	1.682	133.937	-	-
Lazio	804.146	380.656	32.727	18.308	5.446	5.846.919	1.217.478	1.415.466	365.392	477.143	-	-
Abruzzo	212.201	77.013	12.495	582	1.402	1.323.219	215.617	204.341	4.959	26.562	-	-
Molise	61.008	18.724	2.028	64	204	419.380	35.858	71.685	1.477	6.774	-	-
Campania	791.963	414.044	12.309	3.356	10.783	4.315.798	1.130.775	431.671	62.044	446.340	-	-
Puglia	622.170	200.650	15.456	1.087	6.648	3.856.468	407.704	377.082	8.412	131.409	-	-
Basilicata	63.266	41.314	1.229	333	354	435.496	112.257	43.648	5.918	10.523	-	-
Calabria	254.135	116.465	4.465	1.033	1.990	1.614.600	324.573	157.957	10.975	106.548	-	-
Sicilia	655.925	493.350	8.858	5.561	2.385	3.948.682	1.326.308	267.069	57.586	121.248	-	-
Sardegna	218.730	89.617	663	314	1.183	1.485.635	207.095	21.303	5.348	39.449	-	-
Italia	7.881.355	3.570.476	299.266	66.928	100.624	53.193.357	9.650.532	8.068.553	961.577	3.603.776	-	-

Nota: La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in tabella 2.12 poiché sono esclusi i ricoveri dei neonati sani poco più di 400.000.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute, dati provvisori

Figura 2.13 **Distribuzione dei casi per acuti trattati in regime ordinario (RO) e in Day Hospital (DH) per Regione (2007)**

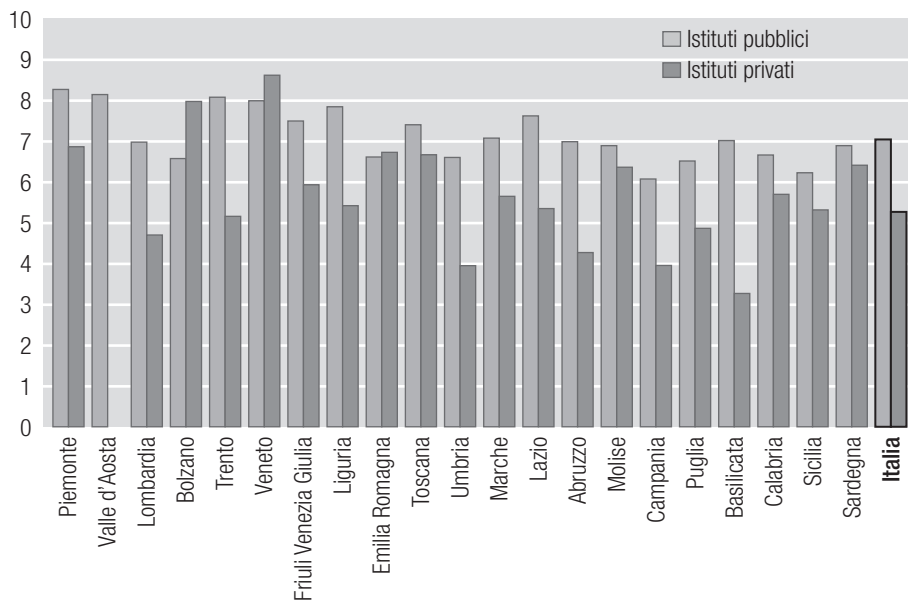


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, dati provvisori

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

Il primo indicatore consente di operare una primaria valutazione sull'efficienza operativa²⁵. Negli ultimi anni la degenza media per acuti a livello nazionale si è ridotta, passando dal 7,1 del 1998 al 6,7 nel 2007; mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,2 rispetto a 7 giorni nel 2007), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (26,6 rispetto a 25,6) e maggiori per la lungodegenza (38,3 rispetto a 27,03). Si osservano, però, considerevoli differenze tra Regioni: relativamente ai ricoveri per acuti (Figura 2.14), le strutture del Sud presentano generalmente degenze medie più brevi, soprattutto nelle strutture private; per

²⁵ In realtà, per valutare l'efficienza operativa in modo appropriato, sarebbe necessario utilizzare la degenza media standardizzata per case mix, cioè riportando tutte le Regioni ad un'unica distribuzione dei ricoveri per DRG, quella media italiana, così da depurare il risultato dall'incidenza della casistica trattata. Si consideri, inoltre, che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni premature o omissioni di terapie (e riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

Figura 2.14 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2007)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, dati provvisori

riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una varianza particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e la lungodegenza in quelli privati.

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un ulteriore indicatore di analisi dell'attività ospedaliera, che esprime la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione. Tale indicatore (eventualmente standardizzato per classi di età della popolazione) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura²⁶. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero in regime ordinario, in particolare a Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare e all'erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali extraospedaliere. La normativa (legge 662/96, art. 1) fissa quale valore ottimale 160 ricoveri annui in regime ordinario e day hospital (per acuti e non) per 1.000 abitanti²⁷. Il

²⁶ 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.

²⁷ Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

dato effettivo nazionale al 2006 risulta pari a circa 136 ricoveri ordinari per acuti ogni 1.000 abitanti e 64,51 ricoveri per acuti in day hospital ogni 1.000 abitanti, per un totale di circa 201 ricoveri per acuti (Tabella 2.14). Tale valore si è ridotto nel corso degli ultimi anni ma è comunque nettamente superiore allo standard obiettivo.

Con riferimento specifico ai tassi di ospedalizzazione per acuti, a livello nazionale si è rilevata nel 2006 una riduzione di quelli per ricovero ordinario (circa 1,5 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) e anche di quelli in day hospital (1,6 in meno rispetto all'anno precedente). La riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario e in day hospital interessa maggiormente i ricoveri avvenuti entro Regione rispetto a quelli fuori Regione.

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

La Tabella 2.14 evidenzia chiaramente la variabilità dei tassi di ospedalizzazione totale, con le regioni del Sud, la Liguria e il Lazio che registrano i tassi più elevati rispetto al dato nazionale (con un massimo di 250,52 per 1.000 in Abruzzo) e con le regioni del Centro e del Nord che evidenziano valori inferiori alla media nazionale. Ne consegue che, rispetto al valore ottimale di 160 ricoveri annui per 1000 abitanti, l'unica Regione che si avvicina allo standard obiettivo è il Friuli Venezia Giulia, con 160,52 ricoveri per 1.000 abitanti.

Se si considerano i soli tassi di ospedalizzazione in regime ordinario, sono Abruzzo, Molise a presentare i valori più elevati (rispettivamente circa 182 e 172 ricoveri per 1000 abitanti); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, ciò avviene per Sicilia e Liguria (rispettivamente circa 104 e 92 ricoveri per 1.000 abitanti).

Risulta, infine, particolarmente interessante il confronto interregionale riferito ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per i ricoveri acuti in regime ordinario. La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni. In questo caso, rispetto al valore medio nazionale di ricoveri ordinari per acuti (133,70 per 1.000), i valori massimi si registrano nelle Regioni del Sud, a cui si aggiungono Bolzano, Lazio, tutte con valori superiori alla media; i valori più bassi, invece, si osservano in Piemonte (102), Toscana (103), Friuli Venezia Giulia (quasi 112), Trento e Veneto (113).

Rispetto a questo tema, l'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lettera b) ha stabilito che le regioni, entro il 2007, devono garantire il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari e in regime diurno entro il 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in day hospital pari al 20 per cento, precisando anche gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Ciò al fine di conseguire, a partire da settembre 2005, una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata attraverso il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero. Con ri-

Tabella 2.14 **Tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero ed ubicazione della struttura (2006)**

	Tasso di ospedalizzazione RO intraregionale	Tasso di ospedalizzazione RO fuori Regione	Tasso di ospedalizzazione DH intraregionale	Tasso di ospedalizzazione DH fuori Regione	Totale tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione RO	Tasso di ospedalizzazione DH	Tasso di ospedalizzazione standardizzato
Piemonte	100,57	9,02	60,21	4,16	173,96	109,59	64,37	102,12
Val d'Aosta	98,27	28,73	44,65	12,57	184,22	127,00	57,22	122,96
Lombardia	127,97	5,11	57,13	2,07	192,28	133,08	59,20	130,46
Bolzano	140,01	6,41	49,50	2,47	198,39	146,42	51,97	147,78
Trento	93,25	19,41	45,09	8,83	166,58	112,66	53,92	113,72
Veneto	109,27	6,34	47,92	3,00	166,53	115,61	50,92	113,65
Friuli Venezia Giulia	114,90	7,81	33,10	4,71	160,52	122,71	37,81	111,91
Liguria	117,42	14,97	84,66	7,81	224,86	132,39	92,47	117,03
Emilia Romagna	122,32	8,28	41,03	3,76	175,39	130,60	44,79	120,04
Toscana	106,57	7,06	49,39	3,27	166,29	113,63	52,66	103,05
Umbria	109,96	14,67	52,01	7,44	184,08	124,63	59,45	115,48
Marche	118,79	15,04	42,50	5,66	181,99	133,83	48,16	125,46
Lazio	141,72	9,60	75,99	3,58	230,89	151,32	79,57	144,62
Abruzzo	162,81	19,81	59,83	8,07	250,52	182,62	67,90	176,60
Molise	137,14	35,14	49,86	14,11	236,25	172,28	63,97	165,89
Campania	136,05	11,31	69,77	4,32	221,45	147,36	74,09	157,61
Puglia	148,12	12,31	44,66	4,43	209,52	160,43	49,09	165,56
Basilicata	100,59	30,79	59,36	11,72	202,46	131,38	71,08	131,02
Calabria	131,39	22,83	56,45	10,21	220,88	154,22	66,66	158,55
Sicilia	133,21	8,93	101,68	2,92	246,74	142,14	104,60	149,87
Sardegna	138,72	7,15	52,24	2,47	200,58	145,87	54,71	148,73
Italia	126,24	10,01	60,37	4,14	200,76	136,25	64,51	133,70

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

ferimento all'anno 2006, nessuna Regione è in linea con questo duplice vincolo; rispetto al solo limite posto sul tasso di ospedalizzazione totale, però, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Trento ed Emilia Romagna risulterebbero già adempienti.

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

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

La Tabella 2.15 mostra tre indici di complessità per Regione. In particolare:

- ▶ il peso medio (PM) dei ricoveri per acuti in RO è cresciuto nel periodo 1998-2005 (da 1,05 a 1,26), mentre si è ridotto a partire dal 2006 attestandosi a 1,11 nel 2007 causa del fatto che tra il 2005 e il 2006 si rileva una discontinuità della serie storica perché è cambiato il sistema di classificazione dei DRG che si basa sulla versione 19.0;
- ▶ l'indice di case mix (ICM) è superiore ad 1 – indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana – in tutte le Regioni settentrionali (tranne Bolzano e Trento) e centrali (tranne il Lazio), i cui valori massimi si registrano in Piemonte (1,13) e Liguria e Toscana (1,10). Tutte le Regioni meridionali presentano, al contrario, un indice inferiore all'unità (ad eccezione della Basilicata);
- ▶ il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 29,48 per cento (in aumento rispetto al 29,30 per cento del 2006), con un'elevata variabilità interregionale che evidenzia un massimo in Valle D'Aosta (39,79 per cento) ed un minimo in Campania (23,30 per cento).

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

Una seconda categoria è composta dagli indicatori di appropriatezza, che si riferiscono alle caratteristiche del ricovero e delle terapie e interventi eseguiti nel corso del ricovero stesso. Anche in questo caso, esistono forti differenziazioni tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali.

La Tabella 2.16 presenta alcuni indicatori, operando un confronto tra gli anni 1998 e 2007 per i primi tre indicatori e tra il 1998 e il 2005 per gli ultimi due. I primi tre indicatori sono utilizzati dal Ministero della Salute mentre gli ultimi due (ricoveri di 1 giorno e ricoveri oltre il valore soglia) non sono inclusi tra gli indicatori di

Tabella 2.15 **Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in regime ordinario per Regione (2007)**

Regione	Peso medio ricoveri acuti RO*	Indice di Case Mix	Percentuale casi complicati
Piemonte	1,25	1,13	35,50
Val d'Aosta	1,14	1,03	39,79
Lombardia	1,18	1,07	28,49
Bolzano	0,99	0,89	27,43
Trento	1,03	0,93	32,63
Veneto	1,15	1,04	25,25
Friuli Venezia Giulia	1,17	1,06	32,79
Liguria	1,21	1,10	39,00
Emilia Romagna	1,19	1,07	33,73
Toscana	1,22	1,10	34,25
Umbria	1,12	1,01	31,70
Marche	1,11	1,01	31,12
Lazio	1,07	0,97	26,45
Abruzzo	1,05	0,94	30,84
Molise	1,06	0,95	33,27
Campania	0,99	0,89	23,30
Puglia	1,03	0,93	29,14
Basilicata	1,13	1,02	35,43
Calabria	0,96	0,87	28,99
Sicilia	1,03	0,93	30,31
Sardegna	0,98	0,89	29,19
Italia	1,11	1,00	29,48

*Valori determinati utilizzando i pesi ex D.M. 14/12/94 e D.M. 30/06/97

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute, dati provvisori

appropriatezza definiti dal Ministero, ma vengono qui considerati in quanto i ricoveri di 1 giorno in RO (per acuti) potrebbero, in molti casi, essere effettuati in DH o con forme alternative di assistenza sanitaria (ad esempio in regime ambulatoriale); i ricoveri prolungati in reparti per acuti, allo stesso modo, potrebbero essere in-

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

A livello nazionale, si evidenzia come gli indicatori «Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico», «Ricoveri per diabete» e «Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario» siano migliorati, mentre la percentuale di parti cesarei (che risultava già ampiamente superiore al parametro di riferimento del 15-20% individuato nel DM 12/12/01) e quella dei ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario sono peggiorate. Guardando alle singole situazioni regionali, si evidenziano le seguenti dinamiche:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DGR medici è notevolmente migliorata, soprattutto per le Regioni, Marche (-33 per cento) e Basilicata (-34 per cento). È da notare, che il valore medio di tale indicatore per le Regioni del Sud riferito all'anno 2007 è pari circa al valore medio assunto dalle Regioni del Centro-Nord nel 1998;
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento diffuso su tutto il territorio. Rispetto a quanto avvenuto a livello nazionale (+ 8 punti percentuali), le Regioni più virtuose si rivelano ancora quelle del Centro e Nord Italia, con un peggioramento dell'indice comunque più contenuto rispetto a quello delle regioni meridionali (con il Lazio);
- ▶ i ricoveri per diabete, invece, sono diminuiti in media del 39 per cento, passando da quasi 151 a poco più di 90 ricoveri ogni 100 mila abitanti. La Regione Basilicata, è quella che meglio si è allineata rispetto al valore nazionale, mentre la Regione Sicilia è l'unica a presentare un trend inverso rispetto all'andamento nazionale, essendo aumentati i ricoveri afferenti alla patologia del diabete del 9 per cento, rispetto al 1998;
- ▶ la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è peggiorata solo lievemente (+1 per cento); su scala regionale, però, si evidenziano scostamenti molto variabili e differenziati. L'andamento è piuttosto peculiare: per questo indicatore, sono soprattutto le Regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento dell'incidenza di ricoveri di 1 giorno sul totale dei ricoveri – in particolare, Basilicata (-6,2 per cento) e Sicilia (-5,3 per cento) – mentre in Lombardia e Marche l'incidenza è aumentata rispettivamente del 7,1 e 8,4 per cento;
- ▶ altrettanto variabile risulta essere l'andamento regionale del tasso di ricoveri oltre valore soglia per ricoveri acuti in regime ordinario: rispetto al 1998 l'indice è migliorato per quasi tutte le Regioni, eccezion fatta per Trento, che ha visto un, seppur esiguo, aumento dei ricoveri oltre valore soglia. Il valore massimo, invece, è quello della Regione Molise, che ha visto diminuire dal 1998 al 2005 tali ricoveri da 2,3 a 1,1. Guardando al solo 2005, però, a fronte di una media

Tabella 2.16 **Indicatori di appropriatezza delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2005 e 1998-2007)**

Regione	Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti		Ricoveri per diabete per 100.000 abitanti*		Percentuale ricoveri di 1 giorno per acuti in RO		Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in RO	
	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2005	1998	2005
Piemonte	38,55	29,03	26,86	32,23	124,43	48,52	9,1	9,8	2,5	1,8
Val d'Aosta	50,7	37,37	21,5	33,71	68,56	26,44	14	13,8	2,9	2,1
Lombardia	38,35	29,80	23,33	28,23	125,79	102,45	11,3	18,4	1,5	1,1
Bolzano	44,31	44,19	17,29	24,17	139,06	118,11	16,3	13,7	2,3	1,3
Trento	42,07	38,94	22,45	28,19	138,36	88,75	11,1	8,3	1,4	1,6
Veneto	41,86	32,95	24,49	28,75	133,2	67,92	8,3	10,2	2	1,6
Friuli Venezia Giulia	36,1	28,16	19,04	24,35	117,59	74,55	11	15,8	1,9	1,4
Liguria	40,45	35,40	28,48	33,92	151,54	62,19	12,9	10,4	2,1	1,3
Emilia Romagna	34,49	26,06	29,27	29,56	128,12	89,39	15,7	16,4	1,3	1,0
Toscana	41,53	35,13	22,54	26,66	106,94	47,03	10,5	8,0	1,7	1,4
Umbria	47,25	38,46	25,45	31,26	156,54	51,89	18,1	14,1	1,4	0,9
Marche	40,24	27,04	33,23	35,43	127,78	50,78	8,2	16,4	1,4	1,0
Lazio	43,4	35,59	35,46	44,11	159,36	93,02	13,8	12,2	2,4	1,7
Abruzzo	51,12	37,78	33,49	45,27	150,31	76,96	9,9	13,7	1,9	1,1
Molise	48,92	41,20	33,45	52,00	165,81	125,60	8,9	8,2	2,3	1,3
Campania	53,35	45,20	48,03	61,80	153,55	84,78	19,9	21,3	1,7	1,0
Puglia	52,9	40,73	35,07	50,60	227,48	143,98	12,7	13,2	1,5	1,0
Basilicata	64,36	42,75	41,76	48,19	430,75	91,66	16	9,8	1,9	1,1
Calabria	56,42	46,74	34,24	46,60	188,12	104,85	13	15,1	1,5	1,1
Sicilia	54,41	44,39	36,56	52,91	175	159,34	14,5	9,2	1,4	0,8
Sardegna	50,11	43,47	25,98	38,62	143,85	91,24	12,5	13,1	2,2	1,6
Italia	44,91	36,01	31,38	39,27	150,63	91,74	12,8	14,0	1,8	1,2

*Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.xx

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, dati 2007 provvisori

nazionale dell'1,2 per cento, tutte le Regioni del Nord presentano un valore superiore, ad eccezione di Lombardia ed Emilia Romagna, con punte massime del 2,1 per cento in Valle D'Aosta e dell'1,8 in Piemonte.

2.5.2 Le attività territoriali

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

Nello specifico i dati presentati fanno riferimento alla rilevazione annuale del Ministero della Salute che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» (che si è arricchita, proprio nel corso dell'ultimo triennio) dei dati relativi alle prestazioni non di ricovero erogate dal SSN».

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

Nel 2006 mediamente sono stati trattati in ADI 774 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 2.17), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ Numero di casi trattati, che si collocano su un intervallo che va dai 53 casi per 100.000 abitanti della Valle D'Aosta e 213 della Sicilia ai 2.163 del Friuli Venezia Giulia;
- ▶ Tipologia di pazienti trattati, anziani nel 94,5 per cento dei casi in Liguria e nel 57 per cento dei casi in Molise;
- ▶ Nell'intensità di assistenza erogata, ovvero 183 ore per caso trattato in Valle d'Aosta, 15 ore per caso trattato a Bolzano e Veneto e 12 ore per caso trattato in Molise.

Un altro importante segmento di attività territoriale riguarda le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale (Tabella 2.18), che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate.

Tabella 2.17 Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2006)

Regione	Numero		Casi trattati		Ore di assistenza erogata per caso trattato				Totale
	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale		
Piemonte	19.890	75,1	15,3	2	17	6	25		
Valle d'Aosta	66	75,8	2	8	32	144	183		
Lombardia	76.641	84,5	35,2	4	11	3	18		
Prov. auton. Bolzano	357	90,2	4		15		15		
Prov. auton. Trento	1.572	79,6	13,3		22		22		
Veneto	54.556	85,6	51,4	1	12	2	15		
Friuli Venezia Giulia	26.133	79	75,8	2	12	2	17		
Liguria	13.858	94,5	30,7	5	16	4	25		
Emilia Romagna	59.093	90	55,9	0	20	2	23		
Toscana	20.092	89,1	21,3	2	17	7	25		
Umbria	9.881	83	40,6	1	13	3	17		
Marche	14.595	86,6	36,6	5	21	2	28		
Lazio	41.719	85,8	35,3	5	14	2	21		
Abruzzo	11.314	84,8	34,5	10	22	1	33		
Molise	6.723	57	54,4	3	8	1	12		
Campania	11.785	87,3	11,6	13	43	3	59		
Puglia	13.556	84,5	16,3	20	31	1	52		
Basilicata	5.873	87,4	43,5	14	26	3	44		
Calabria	11.252	81,1	24,9	5	12	0	17		
Sicilia	10.701	81,3	9,6	10	24	3	37		
Sardegna	4.496	83,5	12,9	14	56	1	71		
Italia	414.153	84,8	30,3	4	17	3	24		

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Nel 2006 in Italia sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria, con una media per abitante che va dalle 16 prestazioni della regione Umbria alle quasi 25 del Veneto e Liguria e una media nazionale prossima a 22.

Inoltre, se si va a guardare la composizione di questa attività (Tabella 2.19), emerge l'assoluta predominanza dell'attività di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche (76 per cento del totale, con punte dell'81 per cento in Friuli Venezia Giulia), seguita da quella riabilitativa (poco più del 6 per cento massimo di oltre il 14 per cento in Basilicata) e dalla diagnostica strumentale e per immagini (4,5 per cento).

Tutte le altre prestazioni, prevalentemente visite specialistiche, rappresentano una percentuale del 12,1 per cento a livello nazionale, con forti differenziazioni a livello regionale.

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

Nello specifico, tra le varie forme di assistenza a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con oltre 212.975 utenti a livello nazionale e una media di 228 giorni di assistenza per caso (fortemente differenziate a livello regionale dalle 80 giornate della Sicilia alle 363 di Trento); mentre nelle strutture semiresidenziali prevale l'assistenza psichiatrica, che richiede mediamente 64 giornate per caso trattato (con un range che va da 347 nel Molise a 14 in Calabria) (Tabella 2.20).

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche terapeutico riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2006 sono state rilevate 889 strutture riabilitative con 15.520 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.856 per l'attività di tipo semiresidenziale in complesso 50 ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 54.764 e 26.889 utenti), anche se tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa (Tabella 2.21).

Nel 2006 le strutture riabilitative hanno impiegato 41.639 unità di personale di cui il 13% costituito da medici ed il 55 da terapisti e logopedisti. Sono proprio i terapisti a prestare il maggior numero di ore di assistenza (55,5 per ogni caso trattato per quella residenziale, 82,6 per ogni caso trattato per quella semiresidenzia-

Tabella 2.18 Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2006)

Regione	Totale prestazioni	Numero per abitante
Piemonte	91.390.157	21,05
Valle d'Aosta	2.778.603	22,41
Lombardia	216.820.538	22,88
Prov. auton. Bolzano	9.547.273	19,78
Prov. auton. Trento	11.453.685	22,79
Veneto	116.915.398	24,67
Friuli Venezia Giulia	23.553.979	19,49
Liguria	39.881.559	24,77
Emilia Romagna	90.355.228	21,58
Toscana	86.142.355	23,80
Umbria	13.836.146	15,94
Marche	30.920.935	20,23
Lazio	126.596.485	23,86
Abruzzo	26.724.906	20,47
Molise	7.147.916	22,27
Campania	116.264.330	20,08
Puglia	86.742.431	21,30
Basilicata	11.934.242	20,09
Calabria	41.786.454	20,85
Sicilia	94.530.366	18,84
Sardegna	33.188.063	20,05
Italia	1.278.511.049	21,76

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.19 **Incidenza percentuale della tipologia di attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2006)**

Regione	Lab. Analisi chimico-cliniche e microbiologiche ecc	Medicina fisica e riabilitativa – Recupero e riabilitazione	Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica	Altro
Piemonte	75,49%	7,33%	4,79%	12,39%
Valle d'aosta	76,63%	4,57%	4,71%	14,10%
Lombardia	77,29%	6,01%	4,52%	12,18%
Prov. auton. Bolzano	64,46%	6,64%	4,35%	24,55%
Prov. auton. Trento	79,72%	3,80%	4,35%	12,13%
Veneto	75,87%	7,38%	4,48%	12,28%
Friuli venezia giulia	81,17%	3,17%	3,69%	11,97%
Liguria	72,67%	7,66%	4,34%	15,33%
Emilia Romagna	79,52%	1,89%	4,51%	14,09%
Toscana	80,28%	1,36%	4,74%	13,62%
Umbria	77,85%	1,49%	5,57%	15,09%
Marche	77,83%	4,55%	4,43%	13,19%
Lazio	74,51%	11,43%	4,20%	9,86%
Abruzzo	76,94%	3,29%	4,13%	15,65%
Molise	76,23%	4,54%	4,46%	14,77%
Campania	75,92%	9,79%	5,31%	8,98%
Puglia	79,21%	6,88%	4,45%	9,46%
Basilicata	72,38%	14,39%	3,83%	9,40%
Calabria	76,63%	6,28%	3,70%	13,39%
Sicilia	80,09%	4,44%	4,08%	11,39%
Sardegna	72,07%	9,61%	4,33%	13,99%
Italia	76,98%	6,46%	4,49%	12,07%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.20 Dati di attività per le varie tipologie di assistenza (2006)

Regione	Assistenza psichiatrica			Assistenza ai disabili psichici			Assistenza agli anziani			Assistenza ai disabili fisici						
	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	per utente	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	per utente	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	per utente	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	per utente				
	Utenti	Giornate		Utenti	Giornate		Utenti	Giornate		Utenti	Giornate					
Piemonte	3.648	63	1.679	269	1.294	172	942	306	375	102	17.845	228	453	173	408	309
Valle d'Aosta			43	279	15	135	13	249			124	40			42	34
Lombardia	6.466	64	5.262	206	86	194	280	302	7.044	113	73.977	250	4.928	201	3.514	310
Prov. auton. Bolzano	257	34	199	179			195	55			2.121	323				
Prov. auton. Trento	267	34	139	260			22	350			4.522	363				
Veneto	3.733	73	1.970	228	4.233	186	2.807	287	1.412	114	33.232	250	1.060	194	1.226	171
Friuli Venezia Giulia	1.852	38	1.045	93	104	128	155	141	61	133	14.369	146	49	5	756	40
Liguria	939	76	816	306	84	121	55	91	177	123	6.000	126	14	182	196	96
Emilia Romagna	2.184	95	2.311	133			5	290	4.549	139	28.027	209	2.724	207	1.524	301
Toscana	1.608	74	922	248	174	141	514	296	1.122	116	12.567	228	331	164	404	132
Umbria	237	125	404	255	345	129	64	137	77	183	2.271	207	296	129	21	328
Marche	389	117	507	242	139	165	131	297	77	119	3.223	120	8	168	44	365
Lazio	1.986	66	665	278	155	73	584	172	318	210	6.678	215	323	28	1.946	63
Abruzzo	217	90	910	165			187	312			2.553	170			167	324
Molise	18	347	60	357												
Campania	2.867	42	947	285	203	143	340	282	25	105	470	222			362	355
Puglia	387	162	754	284	319	158	768	329			675	190			240	351
Basilicata	51	125	279	323			86	126			304	183				
Calabria	959	14	364	370	148	324	205	342			1.198	248			424	69
Sicilia	1.735	43	1.613	254	30	162	284	261			2.126	80			87	433
Sardegna	554	42	242	220	54	126	289	252	78	22	693	199	49	187	307	125
Italia	30.354	64	21.131	223	7.383	175	7.926	273	15.315	126	212.975	228	10.247	191	12.014	209

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.21 **Attività di assistenza riabilitativa (2006)**

Regione	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.
	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Accessi
Piemonte	1.051	58	45	195	87.347
Lombardia	21.077	70	4.270	73	693.010
Prov. auton. Bolzano	2.413	16	56	15	
Prov. auton. Trento	100	245	8	131	16.411
Veneto	415	62	2.382	35	349.082
Friuli Venezia Giulia	48	276	367	172	92.196
Liguria	1082	103	391	162	65.173
Emilia Romagna	969	39	84	16	7.009
Toscana	7.799	43	3.103	71	573.690
Umbria	286	153	160	137	3.688
Marche	1.979	115	307	91	274.977
Lazio	3.541	181	3.908	118	1.630.184
Abruzzo	4.712	58	1.005	127	413.280
Molise	709	31	23	228	56.581
Campania	1.993	199	4.578	183	2.954.651
Puglia	3.281	88	850	161	659.113
Basilicata	485	342	136	242	117.658
Calabria	1.177	50	2.678	14	156.664
Sicilia	795	315	1.848	224	872.522
Sardegna	849	147	690	184	447.666
Italia	54.761	84	26.889	111	9.470.902

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

le e 0,8 per ogni accesso per quella ambulatoriale), ma emergono forti differenziazioni regionali (Tabella 2.22).

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

Tabella 2.22 **Ore di lavoro prestato per tipo di assistenza e figura professionale (2006)**

Regione	Ore lavorate x utente						Ore lavorate x accesso		
	Assistenza residenziale			Assistenza semiresidenziale			Assistenza ambulatoriale		
	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti
Piemonte	38,6	138,4	4,6	20,6	132,8	16,7	0,2	1,3	0,4
Lombardia	18,5	37,9	0,8	14	56	10,3	0,1	0,7	0,2
Prov. auton. Bolzano	2,3	5,1		3,5	4,4				
Prov. auton. Trento	28,3	21,5		7,3	4,6		0,1	0,8	0,1
Veneto	21,7	24,8	7,9	5,6	20,4	4,1	0,1	0,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	25,3	158	18,7	27	91,6	35,7	0,1	0,4	0,1
Liguria	21,4	66,8	0,8	15,1	145,1	3,4	0,1	0,4	0,1
Emilia Romagna	9,6	35	3	4,8	17,3	2,4	0,4	3,7	0,7
Toscana	7,6	30,3	2,7	11	44,5	15,1	0,1	0,8	0,3
Umbria	29,4	56,5	20,4	29,5	68,1	22,3	0,3	1,1	0,4
Marche	32,7	77,2	5,7	12,3	40,4	3,6	0,1	1,1	0,2
Lazio	26,1	58,4	5,5	30,5	81	25	0,1	0,4	0,2
Abruzzo	16,7	42	1,8	18,3	80,5	4,2	0,1	0,9	0,2
Molise	18,8	53,8		21,7	81,4		0,4	1,7	0,3
Campania	37,3	122,4	14,5	21,6	145,6	17,9	0,2	0,8	0,4
Puglia	24,1	91,5	6,9	13,8	79	14,1	0,2	1,2	0,2
Basilicata	82	128,6	9,5	38,8	303,7	42,6	0,2	0,9	0,4
Calabria	20,6	93,5	1,4	2,2	8,1	2	0,1	1	0,4
Sicilia	26,9	237,5	31,9	30,5	193	40,6	0,1	0,9	0,4
Sardegna	51,5	240	6,5	25,4	174,7	4	0,2	1,1	0,2
Italia	19,7	55,5	3,4	17,4	82,6	15,1	0,1	0,8	0,3

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

2.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

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

aziende debbono sviluppare capacità strategiche e organizzative per: (i) analizzare le caratteristiche del bisogno di salute della propria popolazione di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, individuando eventuali cambiamenti in atto o probabili in futuro; (ii) verificare il proprio livello di efficacia attuale e (iii) innovare e gestire in modo sempre efficiente ed efficace i propri servizi.

L'analisi delle caratteristiche dei bisogni e della domanda richiede la considerazione di una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le Regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita che permetta l'individuazione di tutte le variabili che incidono sul bisogno e la domanda di salute e delle possibili fonti di dati e informazioni esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda al Rapporto Osservasalute per una trattazione sistematica delle determinanti socioeconomiche che caratterizzano le diverse realtà regionali. Qui di seguito si presentano solo alcuni indicatori (tabella 2.23), per delineare gli aspetti principali del quadro demografico di riferimento, 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).

Al 31 dicembre 2007 la popolazione italiana risultava pari a 59.619.290 unità. Rispetto al 2006 si è registrato un incremento della popolazione residente di 488.003 unità, pari allo 0,8 per cento, dovuto completamente alle migrazioni dall'estero. Complessivamente, infatti, la variazione di popolazione è stata determinata dalla somma delle seguenti voci: il saldo del movimento naturale pari a -6.868 unità, il saldo del movimento migratorio con l'estero pari a +492.823, un incremento dovuto al movimento per altri motivi e al saldo pari a +2.048 unità. La crescita della popolazione non è uniforme sul territorio nazionale in conseguenza di bilanci naturali e migratori notevolmente diversificati. Si conferma anche per il 2007 un movimento migratorio, sia interno sia dall'estero, indirizzato prevalentemente verso le regioni del Nord e del Centro, e un saldo naturale che risulta positivo solo nelle regioni del Sud e nelle Isole. La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni delle regioni del Nord-ovest il 26,5 per cento del totale, a quelli del Nord-est il 19,0 per cento, al Centro il 19,6 per cento, al Sud il 23,7 per cento e alle Isole l'11,2 per cento. Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto all'anno precedente: si rileva solo un lieve incremento della quota di popolazione del Nord e Centro a scapito di quella del Sud.

Sul fronte dell'invecchiamento della popolazione l'Italia è una delle nazioni più longeve nel panorama europeo. Possiede infatti, insieme alla Germania, il primato di ultra65enni sul totale dei residenti (20 per cento contro il 17 per cento della media dei Paesi Ue27) e quello, in negativo, di bambini fino a 14 anni di età, insieme a Germania e Grecia (14 per cento contro il 16 per cento della media Ue27). Anche il peso degli over 65 sulla popolazione in età attiva è da record, pari al 30 per cento (era il 24 per cento nel 1997) contro una media europea del 25 per cento.

Conseguentemente il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato anch'esso un costante aumento negli anni attestandosi al 142 per cento nel 2007 e lo stesso vale per l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età attiva e non attiva, che ha toccato al 1° gennaio 2007 un valore pari al 52 per cento. A livello territoriale (Tabella 2.23) l'invecchiamento della popolazione è un processo demografico allargato a tutte le aree del Paese. Il progressivo invecchiamento della popolazione è caratteristica comune a tutto il territorio nazionale, pur in presenza di una discreta variabilità. La regione dove risiede il maggior numero di anziani ultra65enni in rapporto al totale è la Liguria, con il 27 per cento, quella dove risiede il maggior numero di minorenni è la Campania con il 21 per cento.

Oltre ai fattori demografici, altri fattori rilevanti nell'analisi dei bisogni sono quelli economici, sociali ed epidemiologici. Proprio le differenze territoriali rispetto a queste variabili possono spiegare il differente ricorso ai servizi socio-sanitari. Regioni ed aziende devono quindi sviluppare tecniche e modalità operative per l'analisi dei bisogni che sappiano integrare dati demografici, epidemiologici, sociali ed economici e permettano l'individuazione dei migliori servizi da offrire alla popolazione. A tal fine, un primo passaggio rilevante è valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni, individuando adeguati indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (rapporto output / outcome). Nel Box 2.2 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2001.

Box 2.2 **Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù 2002: 69)**

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

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

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

Tabella 2.23 Indicatori di struttura demografica, per Regione (2003-2007)

	2003				2004				2005			
	Perc. 65 anni e oltre	Vec-chiata (1)	Dipendenza (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vec-chiata (1)	Dipendenza (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vec-chiata (1)	Dipendenza (2)	Età media
Piemonte	21,3	176,6	50,0	44,4	21,6	177,2	50,9	44,5	21,9	178,1	51,9	44,6
Valle d'Aosta	19,5	151,3	48,0	43,3	19,7	151,2	48,5	43,4	19,9	152,3	49,3	43,5
Lombardia	18,2	138,1	45,8	42,5	18,5	138,9	46,7	42,7	18,8	139,9	47,6	42,8
Bolzano	15,8	92,4	49,1	39,6	16,0	99,7	49,5	39,8	16,3	95,4	49,9	40,0
Trento	18,4	122,9	50,2	41,9	18,6	123,0	50,7	42,0	18,7	123,5	51,1	42,1
Veneto	18,3	135,6	46,5	42,3	18,5	135,9	47,2	42,5	18,7	136,7	48,0	42,6
Friuli Venezia Giulia	21,6	188,8	49,2	45,0	21,7	187,9	49,9	45,1	22,0	188,2	50,8	45,2
Liguria	25,4	240,3	56,1	47,0	25,6	239,8	57,0	47,1	25,9	239,9	57,9	47,1
Emilia Romagna	22,3	192,1	51,4	44,9	22,4	188,9	52,3	45,0	22,6	186,8	53,2	45,0
Toscana	22,3	190,3	51,6	44,9	22,5	189,9	52,4	45,0	22,8	190,2	53,2	45,1
Umbria	22,6	184,6	53,6	44,6	22,8	184,8	54,1	44,7	22,9	185,5	54,5	44,7
Marche	21,8	169,7	53,2	43,9	22,0	170,6	53,8	44,0	22,2	171,3	54,3	44,1
Lazio	17,7	125,2	46,8	41,8	18,0	127,3	47,4	42,0	18,3	129,2	48,0	42,1
Abruzzo	20,5	147,1	52,5	42,6	20,7	149,5	52,6	42,8	20,8	152,0	52,6	43,0
Molise	21,4	151,5	55,2	42,8	21,6	155,3	55,2	43,0	21,8	158,4	55,0	43,2
Campania	14,2	76,0	49,2	37,7	14,4	78,1	49,1	38,0	14,6	80,2	49,0	38,2
Puglia	15,8	94,0	48,2	39,2	16,1	97,3	48,4	39,5	16,4	100,6	48,5	39,8
Basilicata	18,7	119,3	52,2	40,7	19,0	123,6	52,4	41,0	19,3	127,5	52,5	41,3
Calabria	17,2	102,9	51,1	39,7	17,4	107,0	50,9	40,0	17,7	111,1	50,6	40,3
Sicilia	16,8	96,4	51,8	39,5	16,9	98,7	51,7	39,7	17,1	101,0	51,5	39,9
Sardegna	16,1	115,8	42,9	40,7	16,4	119,9	42,9	41,0	16,7	124,2	43,1	41,4
Italia	18,7	130,3	49,1	42,0	18,9	132,1	49,6	42,1	19,1	134,1	50,1	42,3

Tabella 2.23 (segue)

	2006				2007			
	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media
Piemonte	22,4	180,7	53,5	44,8	22,7	181	54	45
Valle d'Aosta	20,2	152,5	50,2	43,6	20,4	153	51	43,7
Lombardia	19,4	142,5	49,4	42,9	19,7	143	50	43,1
Bolzano	16,6	97,5	50,6	40,2	16,9	100	51	40,4
Trento	18,7	122,2	51,6	42,2	18,9	123	52	42,3
Veneto	19,2	138,2	49,4	42,8	19,4	139	50	42,9
Friuli Venezia Giulia	22,6	187,7	52,8	45,3	22,9	189	54	45,4
Liguria	26,5	239,7	60,2	47,3	26,7	239	61	47,4
Emilia Romagna	22,7	182,2	54,3	44,9	22,8	180	55	44,9
Toscana	23,2	191,4	54,7	45,2	23,3	191	55	45,3
Umbria	23,3	186,7	55,6	44,9	23,4	186	56	45
Marche	22,6	172,7	55,4	44,2	22,6	172	56	44,3
Lazio	19,1	137,6	49,3	42,5	19,4	140	50	42,8
Abruzzo	21,3	158,8	53,1	43,3	21,4	161	53	43,6
Molise	22,0	164,5	54,6	43,5	22	168	54	43,7
Campania	15,3	87,4	48,9	38,8	15,5	90	49	39,1
Puglia	17,3	109,7	49,3	40,5	17,6	113	49	40,9
Basilicata	19,9	137,1	52,3	41,9	20	141	52	42,2
Calabria	18,3	119,8	50,5	40,9	18,5	123	50	41,2
Sicilia	18,0	111,1	51,9	40,6	18,2	114	52	40,9
Sardegna	17,6	137,0	43,8	42,1	18	142	44	42,5
Italia	19,7	139,9	51,1	42,6	19,9	142	52	42,8

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT

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

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

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

Di seguito verranno presentati alcuni dati relativamente ai tre indicatori.

La migrazione sanitaria, ossia il ricovero in una struttura ospedaliera localizzata in un'altra Regione rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni sanitarie oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche, viarie o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite rispetto alla qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali. Quest'ultima motivazione è confermata dall'analisi dell'ISTAT (ISTAT 2007), da cui emerge che il 59,5% dei ricoveri è stato effettuato fuori della regione di residenza per maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta e il 13,9 % delle persone ricoverate migra perché non ha fiducia nelle strutture della propria regione (infine il 21,5% dei ricoveri avviene fuori della regione di residenza perché la struttura era più comoda da raggiungere o più vicina ai parenti). Nel Sud e nelle Isole è più elevata la percentuale di chi non ha fiducia nelle strutture della regione di residenza (20,7%) e di chi ha più fiducia nella competenza dei medici di altre regioni.

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 2.15 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2005 relative ai ricoveri ordinari per acuti, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna Regione due variabili:

- ▶ tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori Regione sul totale dei ricoveri dei residenti della Regione;
- ▶ tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della Regione.

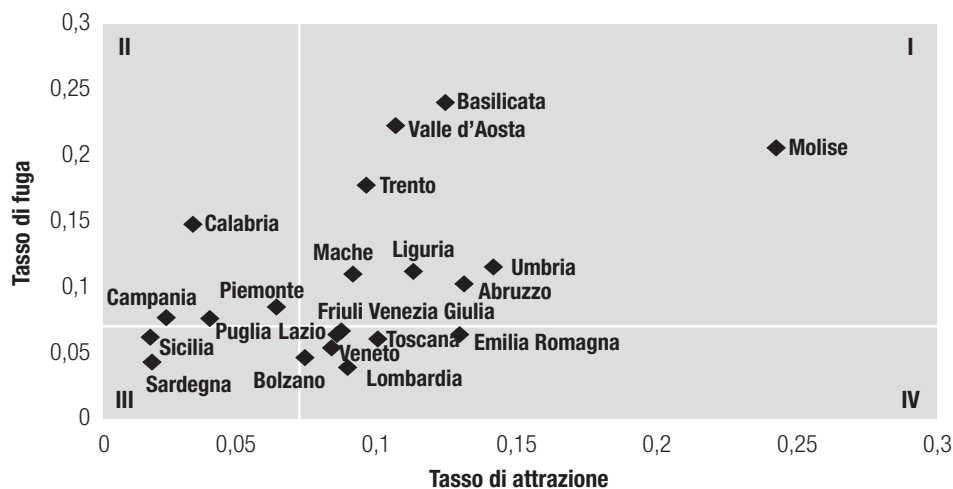
In questo modo è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le Regioni come indicato nel Box 2.3.

Box 2.3 Classificazione delle Regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù 2002: 74)

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

Rispetto al 2004, la mobilità fuori Regione è leggermente aumentata e si attesta al 7,3% (era pari al 7,2% dei ricoveri complessivi di pazienti italiani nel 2004 e 7,1% sia nel 2003 che nel 2002). A livello regionale, solo la Basilicata è riuscita a ridurre

Figura 2.15 **Posizionamento delle Regioni in base all'indice di attrazione* e di fuga** (2005)**



* 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 quest'ultimo dato non è presente nei flussi informativi ministeriali.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

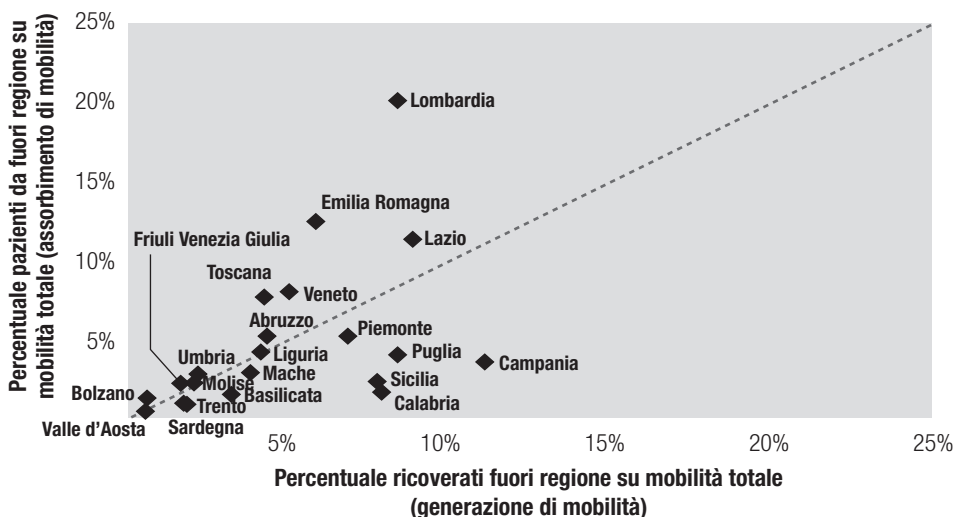
il proprio tasso di fuga (passato da 25% a 24%), mentre a Bolzano (da 4,3% a 4,6%) e in Emilia Romagna, Abruzzo, Umbria e Sardegna sono state registrate variazioni in aumento. Per ciò che riguarda l'attrazione, bisogna registrare l'ottimo risultato di Trento, della Basilicata e della Valle d'Aosta, che aumentano il proprio tasso di attrazione, mentre la Puglia e l'Umbria fanno registrare un calo.

In generale, si segnala il continuo incremento dell'accuratezza delle rilevazioni: nel 1999 per più dell'8% dei casi di mobilità non era possibile definire la Regione di provenienza del paziente, a causa della incompletezza della compilazione delle corrispondenti SDO; nel 2005 tale indicatore si è ridotto allo 0,02% (a fronte dello 0,03% del 2004). Si rileva inoltre il continuo aumento dell'incidenza dei ricoveri di pazienti stranieri non residenti in Italia sul totale dei ricoveri nazionali (dallo 0,6% nel 1999 allo 0,9% nel 2005, con un'incidenza sulla mobilità complessiva che è passata dal 7% nel 1999 al 10,8% nel 2005).

In Figura 2.16 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 Regioni²⁸;
- ▶ 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.

Figura 2.16 **Assorbimento e generazione della mobilità nelle Regioni (2005)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

²⁸ Escludendo sia i ricoveri di pazienti provenienti dall'estero che con provenienza sconosciuta.

Gli indicatori utilizzati nella Figura 2.16 non scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni. Sono quindi meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole Regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni Regione. Le Regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo positivo, le altre negativo. In particolare:

- ▶ La Lombardia è la Regione che attrae oltre il 20% della mobilità complessiva fuori Regione, seguita da Emilia (12,5%), Lazio (11,3%), Veneto (8%) e Toscana (7,6%). Come già evidenziato, questi valori sono in parte determinati dalla disponibilità di specifiche specialità, oltre che da una molteplicità di fattori (come ad esempio i flussi turistici, i flussi di emigrazione e immigrazione, i fattori culturali, l'accessibilità / comodità delle Regioni confinanti), ma sono anche in parte legati alla reputazione delle strutture di queste Regioni.
- ▶ Se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori Regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11,1%), seguita da Lazio (8,8%), Lombardia e Puglia (8,4%), Calabria (7,9%) e Sicilia (7,7%). Si consideri che la popolazione residente in Campania rappresenta il 10% della popolazione italiana. Le percentuali per le altre Regioni citate sono: 9% (Lazio), 15,9% (Lombardia), 7% (Puglia), 3,5% (Calabria) e 8,7% (Sicilia).

Come già evidenziato in passato, benché il controllo della mobilità fuori Regione possa rappresentare un aspetto critico per il contenimento della spesa sanitaria²⁹, non sembra rilevabile una correlazione diretta tra saldo della mobilità e ammontare dei disavanzi (Carbone e Lecci, 2005).

Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni, è stata dedicata forte attenzione al problema delle liste di attesa, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e gestione delle stesse. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per una ricostruzione sistematica dei principali riferimenti normativi in materia fino al 2006.

Tra le novità dell'ultimo anno bisogna segnalare la L. 120/2007, che all'articolo 4 prescrive l'obbligo per le aziende di:

- ▶ monitorare i tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti;

²⁹ Una forte mobilità passiva determina infatti una possibile dipendenza da strutture sanitarie non controllate (anzi, incentivate ad attrarre mobilità da fuori Regione, dato che il sempre più diffuso utilizzo di tetti e target di volume o spesa nelle Regioni tende a disincentivare l'incremento delle attività verso i residenti della Regione). Questo potrebbe ostacolare il raggiungimento di un equilibrio economico a livello di SSR.

- ▶ attivare meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi;
- ▶ garantire che, nell'ambito dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta.

La medesima legge stabilisce che le aziende pongano in essere tutte le misure necessarie a garantire un progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

Nel programma del nuovo governo, insediatosi in primavera, il dibattito si è concentrato sulle malattie cardiovascolari e quelle oncologiche, che rappresentano le prime 2 cause di morte in Italia. Per entrambe si prevedono 4 livelli di priorità:

- ▶ entro 72 ore prestazioni urgenti;
- ▶ entro 10 giorni prestazioni differibili;
- ▶ entro 30 giorni prestazioni il cui rinvio non interferisce con le necessità diagnostiche terapeutiche;
- ▶ entro 60 giorni le altre tipologie di prestazioni variabili.

Sono in via di definizione, inoltre, le sottoclassi specifiche di priorità per le procedure diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico, sia per la chemioterapia e radioterapia, sia per la terapia in caso di recidiva tumorale.

Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per la presentazione dei risultati del monitoraggio dei Piani regionali di contenimento dei tempi di attesa per prestazioni sanitarie erogate sia in regime ambulatoriale che di ricovero e dell'indagine nazionale sull'utilizzo dei siti Web da parte di Regioni, P.A. e di strutture sanitarie, quale strumento informativo su tempi e liste d'attesa.

Nell'analizzare, infine, il livello di soddisfazione dei cittadini³⁰, si fa riferimento al sondaggio condotto dalla SWG su un campione di persone (1.000) che ha avuto un'esperienza di tipo sanitario diretta o nell'ambito familiare nel corso dei primi nove mesi dell'anno 2007 e al quinto rapporto annuale «Ospedali&Salute», che presenta i risultati di un questionario curato da Ermeneia per AIOP, somministrato a un campione di 4.160 persone adulte, distribuite all'interno di 2.000 famiglie italiane.

Dall'analisi SWG emerge che una quota maggioritaria di intervistati, attorno ai 2/3, trae dall'esperienza sanitaria un parere di tipo positivo (Tabella 2.24).

³⁰ Si rimanda a Lecci e Maestri (2007) per le considerazioni sull'indagine periodica dell'ISTAT «Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari».

Tabella 2.24 **Il livello di soddisfazione rispetto alle prestazioni del SSN (%)**

Soddisfazione	Italia	Nord	Centro	Sud
Soddisfatto	62	74	67	43
Insoddisfatto	37	25	32	56
Non sa	1	1	1	1

Fonte: Sondaggio SWG sul Servizio sanitario nazionale, 2007

Emergono, tuttavia, delle differenze significative tra le diverse aree del Paese: le regioni del Nord fanno registrare una percentuale di soddisfatti del 74%, mentre nelle regioni del Sud la maggioranza degli intervistati (56%) si dichiara insoddisfatta del servizio.

Dalla stessa indagine emergono delle differenze statisticamente significative tra le differenti prestazioni sanitarie indagate (Tabella 2.25): come evidenziato in altre indagini (cfr Lecci e Maestri, 2007) il medico di medicina generale raccoglie il livello più elevato di consensi e non si registrano sostanziali differenze a livello territoriale.

Il quadro si modifica in relazione ai ricoveri ospedalieri e alle prestazioni specialistiche, dove, ancora una volta, le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud presentano risultato alquanto divergenti.

L'indagine presentata in «Ospedali&Salute» è focalizzata proprio sulle prestazioni ospedaliere, rispetto alle quali è stato chiesto agli intervistati di esprimere

Tabella 2.25 **Il livello di soddisfazione rispetto alle differenti tipologie di prestazioni del SSN (%)**

Prestazioni	Soddisfazione	Italia	Nord	Centro	Sud
Medico di base	Soddisfatto	75	78	76	70
	Insoddisfatto	24	20	23	29
	Non sa	1	2	1	1
Ricoveri ospedalieri	Soddisfatto	61	68	66	44
	Insoddisfatto	35	25	30	54
	Non sa	4	7	4	2
Visite specialistiche	Soddisfatto	64	71	62	50
	Insoddisfatto	34	27	35	49
	Non sa	2	2	3	1

Fonte: Sondaggio SWG sul Servizio sanitario nazionale, 2007

Tabella 2.26 **Soddisfazione delle prestazioni rispetto alle diverse strutture ospedaliere**

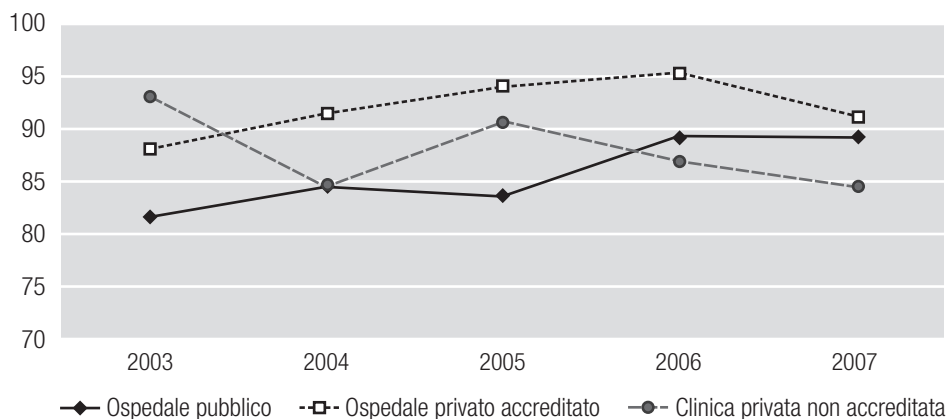
	Opedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata non accreditata
Molto soddisfatto	23,5	37,3	30,3
Abbastanza soddisfatto	65,6	53,8	54,2
Poco soddisfatto	8,5	4,9	12,2
Per niente soddisfatto	2	4	1,22
Non saprei esprimere un giudizio	0,4		2,1

Fonte: elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2007

un giudizio sulla qualità percepita rispetto ai servizi di cui hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista.

La Tabella 2.26 evidenzia i livelli di soddisfazione per tipologia di struttura ospedaliera: gli ospedali privati accreditati fanno registrare la percentuale più elevata di «molto soddisfatto», seguiti dalle cliniche private non accreditate e dagli ospedali pubblici. Se si considerano congiuntamente i giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto»), gli ospedali privati accreditati continuano a presentare la percentuale più elevata (91,1%), seguiti dai pubblici (89,1%) e dalle cliniche private non accreditate (84,5%).

Molto interessante risulta l'andamento temporale (Figura 2.17) dei giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto»): gli ospedali pubblici hanno visto costantemente aumentare il livello di soddisfazione nel corso degli anni (ad eccezione di una lieve flessione nel 2005), mentre ospedali privati accreditati

Figura 2.17 **Trend dei giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto») per le diverse tipologie di ospedali (2003-2007)**

Fonte: elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2007

Tabella 2.27 **Aspetti specifici di soddisfazione rispetto alla prestazione dei diversi ospedali (%)**

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto	Non saprei
Opedale pubblico					
Competenza/professionalità degli operatori	30,0	60,7	7,1	0,9	1,3
Cortesia/gentilezza del personale	27,9	54,1	13,2	2,5	2,3
Pulizia degli ambienti	25,0	53,3	16,8	2,8	2,1
Qualità delle attrezzature tecnologiche	24,9	57,2	10,0	1,6	6,3
Risosta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	21,3	64,4	9,5	2,5	2,3
Tempi di attesa	20,5	46,9	22,4	9,0	1,2
Qualità della struttura e degli spazi	19,3	54,8	18,7	4,7	2,5
Cibo	7,9	27,7	13,2	4,4	46,8
Servizi amministrativi	9,7	49,2	14,4	2,6	24,1
Altro	3,1	10,4	3,4	1,4	81,7
Opedale privato accreditato					
Competenza/professionalità degli operatori	38,0	54,0	4,1	3,8	0,1
Cortesia/gentilezza del personale	45,4	46,7	4,3	3,5	0,1
Pulizia degli ambienti	42,5	53,5	3,1	0,0	0,9
Qualità delle attrezzature tecnologiche	36,2	51,2	3,6	0,0	9,0
Risosta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	26,7	64,0	5,7	0,5	3,1
Tempi di attesa	38,8	48,7	10,9	1,2	0,4
Qualità della struttura e degli spazi	38,8	53,6	4,9	1,4	1,3
Cibo	10,3	27,0	6,4	0,4	55,9
Servizi amministrativi	16,7	57,4	3,4	1,5	21,0
Altro	4,8	7,2	3,5	0,4	84,1
Clinica privata non accreditata					
Competenza/professionalità degli operatori	30,5	60,5	8,3	0,0	0,7
Cortesia/gentilezza del personale	52,4	37,5	8,6	0,8	0,7
Pulizia degli ambienti	37,8	48,6	10,6	1,2	1,8
Qualità delle attrezzature tecnologiche	29,9	42,9	18,2	1,2	7,8
Risosta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	28,9	53,3	11,3	3,7	2,8
Tempi di attesa	46,2	39,6	12,7	0,8	0,7
Qualità della struttura e degli spazi	29,4	50,7	10,5	6,6	2,8
Cibo	6,3	30,2	10,2	5,4	47,9
Servizi amministrativi	23,7	46,7	8,7	0,9	20,0
Altro	9,8	25,3	0,8	0,0	64,1

Fonte: Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2007

e cliniche private non accreditate, seppur con andamenti leggermente differenti, hanno visto diminuire l'apprezzamento dei propri pazienti, in maniera significativa proprio nel corso dell'ultimo anno.

Quanto agli aspetti specifici di soddisfazione rispetto alla prestazione ricevuta dagli ospedali emerge come la competenza e la professionalità degli operatori siano aspetti molto apprezzati (tendenzialmente in misura analoga) nelle tre tipologie di ospedali e lo stesso vale per la cortesia e la gentilezza del personale (che si configura come primo fattore di soddisfazione nelle strutture private e secondo nelle pubbliche).

Si evidenziano, invece, delle differenze piuttosto rilevanti in termini di valutazione sulla gestione dei tempi di attesa e sulla qualità della struttura e degli spazi, fattori rispetto ai quali, negli ospedali pubblici, si rileva un livello di insoddisfazione più elevato che nelle strutture private (accreditate e non).

Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: giugno 2008)

Piemonte

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – R. 6 agosto 2007, n. 18 – D.C.R. 24 ottobre 2007 n. 136 – D.G.R. 17 dicembre 2007 n. 55-7819
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 80-1700/2000
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995 modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e dalla L.R. 6 agosto 2007, n. 18.
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995 modificata da LR 64/1995, LR 94/1995 e 69/1996 LR 14/2005

Valle d'Aosta

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 5/2000 modificata dalle LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 5/2000 modificata dalle LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 5/2000 LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 19/1996 modificata da LR 5/2000 e 18/2001

Lombardia

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

Provincia di Bolzano

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 7/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GP 3576/2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 7/2001; LP 22/1993 e Del GP 3028/1999
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001

Provincia di Trento

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

Veneto

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 56/1994, Del GR 3223/2002; Del GR 1015/2004; Del GR 1718/2004; Del GR 2058/2004; Del GR 2497/2004; Del GR 751/2005 e 1697/2007
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994 modificata da LR 5/1996, 6/1996, 14/1998 e 46/1999
- ▶ *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, LR 21/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/06
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996 modificata da LR 32/1997, 3/1998, 13/1998

Liguria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 42/1994 modificata da LR 30/1998 e 25/2000, LR 41/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 1528/2000
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 42/1994 modificata da LR 2/1997, 30/1998 e 25/2000 (quest'ultima indicata come totalmente sostitutiva della 42/1994); LR n°1/2005; LR 41/2006 (Titolo II)
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995 modificata da LR 53/1995, 26/1996, 2/1997 e 25/2000

Emilia Romagna

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 19/1994 modificata da LR 11/2000; LR 44/1995 modificata da LR 3/1999 e da LR 18/1999, istitutiva dell'ARPA, LR 29/2004
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2004; delibera G.R. n.86/2006 e delibera G.R. 2011/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 19/1994 modificata da LR 11/2000, LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994 modificata da LR 11/2000

Toscana

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005
- ▶ È in corso di approvazione da parte del CR una nuova modifica della LR 40/2008, già adottata dalla Giunta regionale in data 11/04/2008
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005

Umbria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 3/1998 e le sue integrazioni: LR 29/2000- L.R. 28/12/2004 n.35 L.R. 23/02/2005 n. 15 –L.R. 23/02/2005 n. 16
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – L.R. 27/03/2000 n. 29
- ▶ Allegato 2 del Piano Regionale (Del GR 314/2003)
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998 integrata da LR 29/2000, L.R. 28/12/2004 n.35 e LR 15-16-17/2005.
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995 integrata da LR 7/2004

Marche

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

Lazio

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994 modificata da LR 14/1995, 8/1996, 40/1997, 37/1998 24/2000, 10/2001, 12/2001, , 8/2002, 11/2004, 15/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 139/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –LR 18/1994 modificata da LR 14/1995, 8/1996, 40/1997, 37/1998, 24/2000, 10/2001, 12/2001, 24/2001, 8/2002, 11/2004, 15/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996 modificata da LR 27/2006

Abruzzo

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 37/1999 (PSR 99-01)
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 176/2001
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999 (PSR 99-01) integrata da LR 93/2000
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996 modificata da LR 123/1999

Molise

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997 – LR 9/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 153/2001
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1997
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 11/1997 e 12/1997

Campania

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998; R LR 3/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 1346/2001; DGRC 1758/2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998; LR 26/03 LR 24/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 1 8/2000;
- ▶ LR 10/2002; LR 28/2003

Puglia

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

Basilicata

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 50/1994 e LR 39/2001 e LR 34/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 2489/2000
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 39/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 34/1995 modificata da LR 6/1996

Calabria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 26/1994 e LR 2/1996 modificata da LR 11/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 316/2006
- ▶ *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

Sicilia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 30/1993
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000 modificata da LR 26/2000, 2/2002, 4/2003 e da circolare 7/2005

Sardegna

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 28 luglio 2006, n. 10
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* LR 28 luglio 2006, n. 10
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – iberazione GR 30/38 del 2007 per le ASL e Deliberazione GR 27/14 del 2008 per l'Azienda Ospedaliera e le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e Sassari
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* –LR 28 luglio 2006, n. 10 che modifica e abroga parzialmente la LR 10/1997

Bibliografia

- Alesani D. e Villa S. (2005), «Il rinnovamento degli assetti istituzionali del Servizio Sanitario marchigiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Anessi Pessina E. (2003), «L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- ASSR (2005), «Le connessioni con gli obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)», *Monitor*, n. 13, maggio-giugno.
- Borgonovi, E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E., Zangrandi A., (1996). «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari» in Migione L. (a cura di) *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Cantù E. e Carbone C. (2004), «Gli assetti istituzionali dei SSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.
- Carbone C. (2003) «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2005) «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2006) «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.
- Cutler D., Sheiner L., (1998) «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Del Vecchio M. e Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.

- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S. 113-124.
- ISTAT (2007), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Roma.
- Lecci F. e Mestri B. (2007) «La struttura del SSN italiano» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- Lega F., Perri E. (2002), «Assessorati Regionali alla Sanità ed Agenzie Sanitarie Regionali: un rapporto da costruire e gestire», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Mantovani L.G., Olivieri D., Patarnello F., Bonfi F., Frizzo V., Pitrelli A. e Scudellari F. (2008), «Mappatura dei database amministrativi e sanitari italiani: il Progetto AIDA (Atlante Italiano Database Amministrativi)», *Tendenze nuove*, 4/2008 (luglio-agosto): 449-80.
- Marsilio M., Vecchi V. (2004), «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.
- Spillman B. C., Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.