

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliere-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

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

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

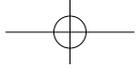
Elena Cantù

SDA Bocconi



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

 **Egea**



2 La struttura del SSN

di Clara Carbone, Francesca Ferré e Angela Liotta¹

2.1 Premessa

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

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale (presentato nel capitolo 1). Gli elementi che vengono approfonditi sono i seguenti:

- ▶ assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire numerosità e tipologia di aziende, mobilità dei Direttori Generali, sistemi di accreditamento (§ 2.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (in termini quali-quantitativi) (§ 2.3);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§ 2.4);
- ▶ bisogni sanitari, livelli di soddisfazione e domanda espressa dagli utenti, che rappresentano, insieme ai prestatori di lavoro, i soggetti nell'interesse dei quali l'azienda opera (§ 2.5). 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 2009. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 2.1 e 2.2 sono da attribuirsi a Clara Carbone, i §§ 2.3 e 2.5 a Francesca Ferré e il § 2.4 ad Angela Liotta.

2.2 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente nelle regioni i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo² del sistema regionale, devono:

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

Rispetto a tali competenze, in appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base della scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2010. Nel prosieguo:

- ▶ si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende pubbliche (§ 2.2.1);
- ▶ si riportano in sintesi le principali considerazioni rispetto ai temi degli apparati amministrativi regionali e dei sistemi di accreditamento (§ 2.2.2);

² 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).

- ▶ si approfondisce la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione (§ 2.2.3).

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 4 del Rapporto OASI 2010 per un'analisi dell'equilibrio economico dei diversi SSR;
- ▶ ai capitoli 5 e 6 del Rapporto OASI 2010 rispettivamente per un'analisi dei PSR e per un approfondimento sui Piani di Rientro;
- ▶ al capitolo 8 del Rapporto OASI 2010 per un approfondimento sulle reti oncologiche e al capitolo 7 del Rapporto OASI 2009 per un'analisi delle esperienze regionali delle reti cliniche;
- ▶ al capitolo 9 del Rapporto OASI 2010 per uno studio sugli strumenti di governo adottati dal livello regionale nei confronti delle strutture ospedaliere private accreditate e al capitolo 5 del Rapporto OASI 2007 per una disamina dei sistemi di accreditamento nei diversi SSR;
- ▶ al capitolo 10 del Rapporto OASI 2010 per una mappatura e un approfondimento sui sistemi di *governance* dei *teaching hospital* in Italia;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2009 per una ricognizione delle esperienze regionali di definizione dei tariffari a partire dall'analisi dei costi, 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 un approfondimento sui sistemi regionali di finanziamento degli investimenti;
- ▶ al capitolo 8 del Rapporto OASI 2009 per una disamina della nuova convenzione nazionale per la medicina generale;
- ▶ al capitolo 16 del Rapporto OASI 2009 per la descrizione dei profili di età del personale nel SSN e della loro variazione negli ultimi anni e al capitolo 6 del Rapporto OASI 2008 per una comparazione regionale in tema di composizione professionale del personale e di meccanismi retributivi;
- ▶ al capitolo 7 del Rapporto OASI 2008 per una presentazione delle principali esperienze regionali di centralizzazione dei processi di acquisto;
- ▶ al capitolo 8 del Rapporto OASI 2007 per un'analisi delle modalità di governo dell'assistenza farmaceutica.

2.2.1 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 che lo compongono. Specificamente, esse devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere – AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale,

quelli individuati dalla regione stessa; (iii) definire il ruolo di IRCCS e policlinici pubblici all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti (per esempio, ESTAV, Fondazioni, ecc.).

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di (i) numero e dimensione media delle ASL³ e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e conseguente estensione dei meccanismi di «quasi mercato»; (iii) presenza di soggetti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse regioni dal 1992 ad oggi e le loro dimensioni medie.

Rispetto all'anno scorso, si registra la riduzione del numero di ASL in Abruzzo (da 6 a 4) come conseguenza delle azioni previste dal Piano di Rientro. Nello specifico, in attuazione della LR 5/2008, la Giunta Regionale, con deliberazione 796/2009, ha istituito, a partire dal 1 gennaio 2010, l'ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila che accorpa le preesistenti ASL di Avezzano-Sulmona (ex ASL 1) e dell'Aquila (ex ASL 4) e l'ASL Lanciano-Vasto-Chieti che accorpa le preesistenti ASL di Chieti (ex ASL 2) e di Lanciano-Vasto (ex ASL 3).

Riguardo alle altre regioni che nel corso degli ultimi tre anni hanno avviato processi di riorganizzazione del SSR (PA di Bolzano, Liguria, Campania, Calabria, Basilicata e Sicilia), si segnala il ritardo della Calabria nel portare a termine i processi di accorpamento delle ASL avviati tre anni fa: rispetto alle 5 ASL provinciali previste (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotona), ad oggi ne risultano attive ancora 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 Riquadro 2.1 riporta le modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 al 30 giugno 2010. Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.Lgs. 502/1992. Dal 1996, le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti⁴, si sono moltiplicati.

Il quadro attuale ha visto il passaggio di molte regioni ad ASL sostanzialmente provinciali (e addirittura ASL uniche regionali in Valle D'Aosta, PA di Trento, PA di Bolzano, Marche e Molise) e la soppressione di numerose AO.

³ Si segnala che in molte regioni il territorio delle ASL coincide con quello provinciale, ad eccezione di Veneto, Friuli Venezia Giulia e Umbria e di quelle sede di aree metropolitane (dove si annoverano ASL sub-provinciali).

⁴ Ad esempio, in Friuli Venezia Giulia sono stati ipotizzati diversi scenari di accorpamenti di ASL (creazione dell'ASL unica regionale, riduzione del numero complessivo delle ASL da 6 a 3 ecc.).

Tabella 2.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

	AS					AO							
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/10	Popolazione media 2010	N. medio presidi a gest. diretta* 2009	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2007	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/10	N. medio stabilimenti AO** 2010	PL utilizzati medi per AO 2007	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2007
Piemonte	63	22	22	13	342.018	1,7	142	7	7	8	2,0	611	326
Valle d'Aosta	1	1	1	1	127.866	1,0	415	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	655.076	0,1	225	16	27	29	3,3	722	209
Bolzano	4	4	4	1	503.434	7,0	239	-	-	-	-	-	-
Trento***	11	1	1	1	524.826	7,0	145	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	233.926	1,0	182	2	2	2	1,5	1.459	973
Friuli V.G.***	12	6	6	6	205.680	1,8	109	3	3	3	2,0	767	383
Liguria	20	5	5	5	323.197	1,0	281	3	3	3	1,0	702	702
Emilia Rom.	41	13	13	11	397.949	1,8	232	5	5	5	1,0	986	986
Toscana	40	12	12	12	310.844	2,6	217	4	4	4	1,0	863	863
Umbria	12	5	4	4	225.198	2,3	139	2	2	2	1,5	615	410
Marche	24	13	13	1	1.577.676	29,0	105	3	4	2	2,0	594	297
Lazio***	51	12	12	12	473.489	4,3	134	3	3	5	1,4	584	365
Abruzzo	15	6	6	4	334.725	3,7	180	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	320.229	5,0	184	-	-	-	-	-	-
Campania***	61	13	13	7	832.095	5,6	122	7	8	8	1,1	517	413
Puglia	55	12	12	6	680.673	4,8	290	4	6	2	1,0	1.051	1.051
Basilicata	7	5	5	2	294.440	3,5	88	1	1	1	2,0	853	427
Calabria	31	11	11	6	334.888	5,3	89	4	4	4	2,3	426	189
Sicilia	62	9	9	9	560.332	5,0	81	16	17	5	3,0	351	239
Sardegna***	22	8	8	8	209.051	3,5	128	1	1	1	1,0	497	497
ITALIA	659	228	197	146	413.290	2,9	156	81	97	82	2,2	640	312

* Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del ministero della Salute aggiornato al 30/06/2009. Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92). ** Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti. *** Dati aggiornati al 30/06/2009, perché non è pervenuta la Scheda Regionale 2010.

Fonte: OASI e elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Da un punto di vista dimensionale, si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 413.000 abitanti, con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.577.676 abitanti), seguito dalle ASL campane (832.095 abitanti), pugliesi (680.673 abitanti), e lombarde (655.076 abitanti) ed un minimo nella Valle D'Aosta (di 127.866 abitanti). Si segnala, inoltre, che nelle regioni Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti. La medesima tabella mostra:

- ▶ una media di circa 2,9 presidi a gestione diretta delle ASL e una dimensione media di 156 posti letto per presidio⁵;
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia settentrionale (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne che in Piemonte) insieme alla Toscana, rispetto a quelle del Centro-Sud (solo in Puglia le AO hanno dimensioni superiori alla media);
- ▶ l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, liguri, 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 2,9 e 2,2⁶), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti di AO in quanto sono stati costituiti in AO anche ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro.

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

- ▶ introducendo nuovi soggetti istituzionali;
- ▶ prevedendo meccanismi che leghino 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.

⁵ L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2007 e pubblicati dal Ministero della Salute nel rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornato al 2007, rilevato dall'attività istituzionale di OASI.

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

La finalità principale di queste iniziative sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome, ma che condividono risorse, ambiti di azione e, in parte, finalità e obiettivi), per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni⁷. A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalla regione come, ad esempio, gli enti locali.

A quest'ultimo riguardo, l'esempio più recente è la costituzione in Toscana delle Società della Salute (SdS). Come affermava il PSR 2002-2004 e come conferma il nuovo PSR 2008-2010, la SdS «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». La SdS è un consorzio pubblico costituito dai comuni di una zona sociosanitaria (zona-distretto) e dall'azienda USL per poter governare e programmare le politiche relative alla salute. L'introduzione nel sistema regionale delle SdS è avvenuta dopo una lunga fase di sperimentazione, iniziata nel luglio 2004, che ha coinvolto 18 SdS. Ad oggi, le SdS costituite risultano 28 rispetto alle 34 previste⁸. L'istituzione in via definitiva è stata disciplinata dalla LR 60/2008. Gli organi del-

⁷ La tendenza delle regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR (derivanti dalla crescita dei bisogni e della domanda, dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici) potrebbe anche 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). Negli ultimi anni è invece diventata pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili tra attori caratterizzati da missioni diverse. Si è aperta 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). A tal proposito si segnala che uno dei principali aspetti su cui le regioni hanno investito sono stati i processi di centralizzazione degli acquisti.

⁸ Con LR 40/2005 e successive modifiche (LR 60/2008) la regione Toscana ha previsto l'istituzione dell'organo (denominato conferenza regionale delle società della salute) attraverso il quale gli EE. LL. concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria. 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.

Riquadro 2.1 **Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 30/06/10**

PIEMONTE

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

2006 Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO3 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO4 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO5 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 (DCR 742/97).

1998 Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (LR 15/98).

2002 Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (DCR 401/02)

2003 Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (DCR 747/03). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edolo ed Esine).

BOLZANO

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

VENETO

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

LIGURIA

2008 Soppressione dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale S. Corona» e dell'Azienda Ospedaliera «Villa Scassi».

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.

ABRUZZO

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

MOLISE

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

CAMPANIA

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

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

PUGLIA

1996 Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (DPGR 53/96).

1997 Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (DPGR 44/97).

2002 Soppressione di 4 AO (su 6 restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari) (Del GR 1429/02).

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

CALABRIA

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

BASILICATA

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

SICILIA

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

la SdS sono la Giunta, composta da Sindaci o Assessori delegati dei Comuni e dal Direttore Generale dell'AUSL, il Presidente, individuato tra i rappresentanti dei Comuni presenti nella Giunta, il Collegio dei Revisori e il Direttore.

Infine, sempre nell'ambito dei cambiamenti istituzionali sono da considerare le modifiche della normativa a livello nazionale per gli IRCCS pubblici (D.Lgs.

288/2003) e le aziende ospedaliero-universitarie (D.Lgs. 517/1999), che hanno comportato trasformazioni giuridiche. La spinta principale al recepimento di queste normative da parte delle regioni è contenuta nell'Accordo 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 a gestione diretta, sia l'insediamento dei nuovi organi degli IRCCS⁹.

La Tabella 2.2 sintetizza le principali innovazioni introdotte nelle diverse regioni relativamente ai temi sopra illustrati. Sono da sottolineare alcuni cambiamenti registrati negli ultimi due anni:

- ▶ in Friuli Venezia Giulia, in attuazione della DGR 2717/2009, le attività e le funzioni del Centro Servizi Condivisi sono state trasferite, a partire dal 1 gennaio 2010 al Dipartimento Servizi Condivisi dell'AOU «S. Maria della Misericordia» di Udine;
- ▶ in Lombardia: (i) il 2 aprile del 2008 è stata attivata l'AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza – DGR 6994/2008) con il compito di promuovere l'evoluzione del sistema di emergenza e urgenza sanitaria, sviluppando l'integrazione a rete dell'assistenza intra ed extraospedaliera e coordinando le varie attività di trasporto sanitario (persone, organi e tessuti ecc.); (ii) si è proceduto alla trasformazione della maggior parte delle aziende in cui insiste il corso di laurea in Medicina e Chirurgia in AO integrate con l'Università (LR 15/2009)¹⁰.

2.2.2 L'apparato amministrativo regionale

Per governare il «gruppo sanitario pubblico» e il complessivo SSR, 13 regioni (Tabella 2.3) hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale¹¹.

La prima regione a costituire un'Agenzia Sanitaria Regionale è stata l'Emilia Romagna (LR 50/1994), l'ultima la Sardegna (LR 10/2006), sebbene quest'ultima non sia ancora attiva. Si segnala che il Friuli Venezia Giulia, con LR 12/2009, ha stabilito, con decorrenza 1 gennaio 2010, la soppressione dell'Agenzia e il

⁹ Per un maggior approfondimento sulle principali indicazioni delle due normative definite a livello nazionale (D.Lgs. 288/2003 e D.Lgs. 517/1999) si rimanda al capitolo 10 del presente Rapporto.

¹⁰ Dal punto di vista formale non hanno ancora avviato la trasformazione gli IRCCS Auxologico, Multimedita e l'Istituto Nazionale dei Tumori. In passato, in Lombardia non esistevano le AOU come definite dal D.Lgs. 517/99, ma si parlava di «AO – poli universitari». Recentemente, tramite legge regionale (LR 15/2009), la Regione Lombardia ha deciso di uniformare le proprie aziende alle AOU. Per un maggior approfondimento sul tema si rimanda al capitolo 10 del presente Rapporto.

¹¹ È utile sottolineare che le Agenzie Sanitarie Regionali sono enti indipendenti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), la quale è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico. L'Age.Na.S svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale.

Tabella 2.2 **Nuovi soggetti istituzionali e i meccanismi che legano le diverse aziende dei SSR (2002-2010)**

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.Lgs 517/99 e D. Lgs 288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
PIE	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 LR 18/2007) con funzione di coordinamento delle strutture operanti nell'area metropolitana. Istituzione di aree di coordinamento sovrazonale (art. 23 LR n. 18/2007) per approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative, organizzazione dei centri di prenotazione.
LOM	Trasformazione in fondazione dei seguenti IRCCS: Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Milano), IRCCS San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale dei Tumori (Milano), IRCCS Besta (Milano). Trasformazione dell'AO Spedali Civili di Brescia, dell'AO Fondazione Macchi di Varese, dell'AO S. Paolo, dell'AO L. Sacco, dell'AO Fatebenefratelli, dell'AO G. Pini, dell'AO I.C.P. della Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico e dell'AO S. Gerardo di Monza in AO integrate con l'università. Trasformazione della Casa di Cura San Raffaele Turro, dell'Ospedale San Giuseppe, dell'Istituto Ortopedico Galeazzi, dell'Istituto Policlinico S. Donato, dell'Istituto Clinico Morelli, dell'Istituto di Cura Città di Pavia, della Fondazione Monzino, dell'Istituto San Raffaele, dell'Istituto Scientifico Maugeri, dell'Istituto Mondino, dell'Istituto Europeo di Oncologia, dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano e degli Istituti Clinici Zucchi di Monza in poli universitari. Attivazione dell'AREU Azienda Regionale Emergenza Urgenza (DGR 6994/2008). Istituzione della Centrale acquisti Lombardia Informatica (2007).	
BZ		(**) Presenza di quattro comprensori sanitari dotati di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria.
TN***	Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico (2004).	
VEN	Trasformazione dell'AO di Padova e dell'AO di Verona in AO integrate con l'università.	Istituzione di cinque "Aree Vaste" con funzione di accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi in materia di approvvigionamento in tutte le sue fasi (pianificazione, acquisto, stoccaggio e distribuzione dei beni).
FVG***	Trasformazione dell'AO Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'università. 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.	Creazione di tre "Aree Vaste": AV Giuliano Isontina; AV Udinese, AV Pordenonese; istituzione delle Conferenze di area vasta quali sedi della programmazione coordinata delle Aziende territoriali, delle Aziende ospedaliere pubbliche e private, e dell'Istituto Scientifico (PSSR 2006-2008). Trasferimento di attività e funzioni del Centro Servizi Condivisi al Dipartimento Servizi Condivisi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine con contestuale chiusura del CSC.

Tabella 2.2 (segue)

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.Lgs 517/99 e D. Lgs 288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
LIG	Trasformazione dell'AO San Martino in AO integrata con l'università.	Istituzione di tre "Aree Ottimali" con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici.
EMR	Trasformazione dell'AO Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (Policlinico S. Orsola-Malpighi), dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (Arcispedale S. Anna), dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena (Policlinico), dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Ospedale Maggiore) 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.
TOS	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 LR 40/2005). Attivazione di 28 delle 34 "Società della Salute" previste (LR 40/2005 come modificata dalla LR 60/2008 ai commi 4 e 5 art. 142-bis). Trasformazione dell'AO Careggi, dell'AO Pisana, dell'AO Senese e dell'AO Meyer in AO integrate con l'università.	Creazione di tre "Comitati di Area Vasta" con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci (art. 9 LR 40/2005).
MAR		(**) Creazione di cinque "Aree Vaste" per l'accentramento dei servizi logistici e amministrativi.
UMB	Trasformazione dell'AO di Perugia e dell'AO di Terni in AO integrate con l'università.	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).
LAZ***	Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'università. Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico "Umberto I" in Azienda universitaria integrata con il SSN. Attivazione dell' ARES Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (LR 9/2004).	
CAM***	Trasformazione dell'IRCCS Pascale in Fondazione. Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN. (*).Trasformazione dell'AO San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona in AO integrata con l'università.	
PUG	Trasformazione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia e del 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.	
CAL	Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'università.	

Tabella 2.2 (segue)

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.Lgs 517/99 e D. Lgs 288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
SIC	Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta (Azienda Policlinico di Palermo, Azienda Policlinico di Messina, Azienda Policlinico di Catania) in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN.	Creazione di due Comitati (Comitato Bacino Occidentale e Comitato Bacino Orientale) per l'accentramento delle gare di acquisto per beni e servizi.
SAR***	Trasformazione dei due Policlinici Universitari a gestione diretta (Azienda Policlinico di Cagliari e Azienda Policlinico di Sassari) in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN.	

(*) Iniziativa prevista ma non ancora realizzata.

(**) Meccanismo di coordinamento tra le macrounità (comprensori, zone ecc.) in cui si articola l'ASL unica regionale.

(***) Dati aggiornati al 30/06/2009, perché non è pervenuta la Scheda Regionale 2010.

Fonte: OASI 2010

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

Piemonte	AReSS: L.R. 10/1998
Veneto	ARSS: L.R. 32/2001
Liguria	ASR: L.R. 41/2006, Titolo VII, artt. 62-71
Emilia Romagna	ASR: L.R. 19/1994, modificata da L.R. 50/1994, L.R. 4/2008, D.G.R. 293/2009 e D.G.R. 443/2009
Toscana	ARS: L.R. 71/1998, modificata da L.R. 22/2000, L.R. 40/2005 e L.R. 28/2006
Umbria	SEDES: L.R. 17/2005, modificata da L.R. 16/2007
Marche	ARS: L.R. 26/1996, modificata da L.R. 32/2005
Lazio	ASP: L.R. 16/1999, modificata da L.R. 4/2006
Abruzzo	ASR: L.R. 37/1999 e D.G.R. 2311/1999
Molise	ASREM: L.R. 9/2005
Campania	ARSan: L.R. 25/1996
Puglia	AReS: L.R. 24/2001
Sardegna	ARS: L.R. 10/2006

Fonte: OASI 2010

contestuale trasferimento delle sue funzioni alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, che subentra in tutti i rapporti giuridici, attivi e passivi, della soppressa Agenzia.

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 e aziende). Le scelte regionali, a questo riguardo, appaiono molto differenziate. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per la classificazione delle funzioni tipicamente svolte dalle Agenzie Sanitarie Regionali, così come ricostruite da uno studio dell'Age.Na.S, aggiornato ad aprile 2007.

2.2.3 I sistemi di accreditamento

Con riferimento ai sistemi di accreditamento, la Legge Finanziaria 2007 (L. 296/2006) ha previsto una serie di disposizioni ed adempimenti diretti a realizzare gli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione del Protocollo d'intesa tra Stato e Regioni del 28 settembre 2006 che ha inquadrato il passaggio dall'accreditamento provvisorio a quello definitivo all'interno di un più ampio processo di ridefinizione dei rapporti tra pubblico e privato in ambito sanitario. Alcune prescrizioni della suddetta manovra riguardavano per l'appunto l'attuazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie private e miravano, essenzialmente, al superamento della fase di transitorietà ed al consolidamento di un sistema istituzionale di accreditamento, fissando come termine finale di vigenza dell'accreditamento transitorio il 1° gennaio 2008 (anticipato al 1° luglio 2007 per le regioni impegnate nei Piani di rientro e nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si fosse provveduto ad adottare o ad aggiornare i provvedimenti di riduzione strutturale dei disavanzi). Il legislatore aveva, tuttavia, previsto la possibilità di attivare, per le regioni che ne ravvisassero la necessità e limitatamente al biennio 2008-2009, una fase intermedia di accreditamento provvisorio in attesa del completamento del percorso di verifica. L'accreditamento provvisorio avrebbe dovuto, comunque, concludersi con il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo entro il 1° gennaio 2010. Inoltre, la Legge Finanziaria 2007 ha disposto, a decorrere dal 1° gennaio 2008, l'impossibilità per regioni e province autonome di concedere nuovi accreditamenti.

In considerazione di tale quadro normativo l'Age.Na.S, su indicazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (in accordo con i Tavoli Tecnici degli assessorati alla sanità di regioni e province autonome), ha condotto nel periodo giugno-luglio 2009 un'indagine diretta a rilevare lo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie private nei diversi SSR. Attraverso una scheda di rilevazione appositamente predisposta e inviata a tutti gli Assessorati regionali, sono state richieste informazioni dirette a constatare l'effettivo superamento dell'accreditamento transitorio, le modalità di verifica dell'accreditamento provvisorio o definitivo, le eventuali criticità riscontrate nello svolgimento delle attività di verifica per il riconoscimento dell'accreditamento definitivo.

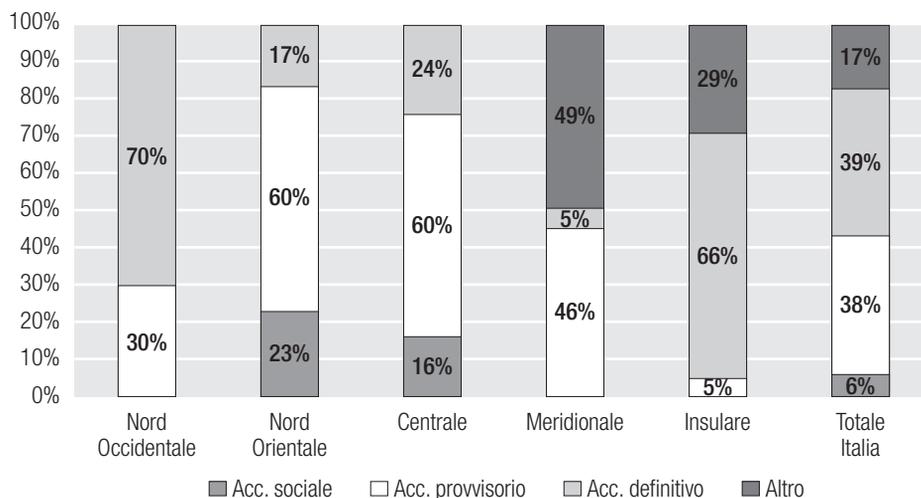
Il lavoro di ricognizione ha incluso le strutture private afferenti ai diversi ambiti assistenziali (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitazione, assistenza offerta in strutture residenziali per disabili fisici e psichici ecc.) che sono state accreditate e che hanno, nel contempo, stipulato un contratto con il SSN.

Secondo i risultati dell'analisi, al 31 maggio 2009 le strutture sanitarie private definitivamente accreditate rappresentavano il 39% (5.232) del totale; quelle provvisoriamente accreditate il 38% (5.023) e quelle attribuite, da alcune regioni, alla competenza del settore sociale il 6% (823). Il restante 17% (2.297) è stato inserito nella categoria «altro», che comprende le situazioni in cui il processo di accreditamento istituzionale è stato avviato, consentendo alle strutture private di presentare formale richiesta, ma non si è giunti a un provvedimento regionale di riconoscimento dello status di accreditamento provvisorio e non risultano avviate le verifiche sui requisiti di accreditamento. Nell'ambito del «provvisoriamente accreditato», per alcune regioni sono state inserite anche le strutture che hanno ottenuto un riconoscimento parziale di tipo definitivo, limitato ad alcune branche specialistiche.

La situazione dell'accredimento appare differenziata nelle diverse aree geografiche (Figura 2.1): nel Nord e nel Centro la maggior parte delle strutture private è accreditata in via definitiva (il 70% nell'Italia nord-occidentale; il 17% nell'Italia nord-orientale e il 24% nell'Italia centrale). L'Italia meridionale si caratterizza invece per una prevalenza delle situazioni «altro» (49%) e la più bassa percentuale (5%) di strutture definitivamente accreditate. Nelle Isole, infine, prevale l'accredimento definitivo (66%) e la Sicilia, con una presenza rilevante di strutture private, registra il percentuale maggiore di accreditamenti in via definitiva. È opportuno evidenziare, tuttavia, che nelle due regioni insulari è tuttora in corso una ricognizione dello status su autorizzazione, accreditamento e contratti per alcune strutture.

Ugualmente differenziata è la situazione dell'accredimento rispetto alle diverse tipologie di strutture: per le case di cura e le strutture private che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale (laboratori e ambulatori) il percorso di accreditamento sembra essersi concluso in via definitiva in molte realtà (nel 52% dei casi per le case di cura, nel 50,6% dei casi per gli ambulatori, e nel 44,7% dei casi per gli ambulatori di radiologia); per le strutture residenziali psichiatriche e per le strutture private di riabilitazione (ex art. 26) si registrano, invece, le percentuali più basse (rispettivamente 21,1% e 29,7%).

In conclusione, la maggior parte delle regioni ha completato il percorso normativo prevedendo: competenze al rilascio delle autorizzazioni e dell'accredimento, istruttoria delle domande, tempi e procedure per l'attivazione dei percorsi; requisiti minimi autorizzativi e requisiti ulteriori per l'accredimento; modalità di verifica del possesso dei requisiti; soggetti preposti alla valutazione; schemi degli accordi contrattuali con le strutture che operano per conto del SSN. Per-

Figura 2.1 **Tipologia di accreditamento delle strutture private per ripartizione geografica**

Fonte: Age.Na.S. (2009)

Tabella 2.4 **Stato dell'accREDITAMENTO degli erogatori privati per tipologia di struttura**

Strutture	Provvisorio	Provvisorio %	Definitivo	Definitivo %	Sociale	Sociale %	Altro	Altro %	Totale
Case di Cura	168	30,9%	283	52,0%			93	17,1%	544
Res. Anziani	1.309	47,9%	982	35,9%	438	16,0%	4	0,1%	2.733
Riabilitazione	761	37,9%	596	29,7%	314	15,6%	339	16,9%	2.010
Res. Dipendenze Pat.	244	40,5%	231	38,3%	45	7,5%	83	13,8%	603
Res. Psichiatriche	614	67,1%	193	21,1%	19	2,1%	89	9,7%	915
Hospice e Res. AIDS	44	50,0%	34	38,6%	7	8,0%	3	3,4%	88
Amb. Radiologia	276	27,4%	451	44,7%			282	27,9%	1.009
Lab. Analisi	740	28,5%	1.009	38,8%			852	32,8%	2.601
Altri Ambulatori	987	34,4%	1.453	50,6%			552	19,2%	2.872
TOTALE	5.023	37,6%	5.232	39,1%	823	6,2%	2.297	17,2%	13.375

Fonte: Age.Na.S. (2009)

mangono però ancora realtà in cui il corpus normativo non è pienamente definito o è in corso di revisione complessiva, principalmente nelle regioni impegnate nei Piani di rientro dai disavanzi sanitari. Va, inoltre, sottolineato che nelle diverse regioni cambia il concetto di «unità minima accreditabile»: in alcuni casi coincide con l'unità operativa complessa o con il dipartimento, in altri corrisponde con l'intera struttura sanitaria o sociosanitaria, in altri ancora riguarda le funzioni svolte o il percorso assistenziale. Laddove, poi, il processo di accreditamento è avviato da anni si nota una tendenza all'aggiornamento dei requisiti per ambiti specifici (ad esempio rischio clinico), in coerenza con l'obiettivo di orientare continuamente il sistema verso nuovi percorsi di miglioramento della qualità.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento dei percorsi di accreditamento, l'indagine ha rivelato la difficoltà da parte di molte regioni a rispettare il termine del 1° gennaio 2010 per il passaggio all'accreditamento definitivo. Due sono gli ambiti in cui si sono riscontrate le maggiori criticità: la rilevazione del «fabbisogno» regionale rispetto alle strutture da accreditare e l'accreditamento dell'area socio sanitaria, che in alcune regioni non è di competenza del settore sanitario, bensì di quello sociale. A fronte di ciò, la maggior parte delle regioni ha chiesto una dilazione dei tempi per le strutture sanitarie e sociosanitarie, con termini più ampi per queste ultime. La Legge Finanziaria 2010 (L.191/2009) all'art. 2 comma 100, concede una proroga del termine per il passaggio all'accreditamento definitivo per le strutture private, fissandolo al 1° gennaio 2011¹².

2.2.4 La mobilità dei Direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche

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

Il legislatore nazionale lascia alla regione ampi margini di autonomia nella definizione sia dei requisiti professionali necessari per la nomina dei DG, sia degli obiettivi di *performance* per la loro valutazione. L'idea che i DG siano nominati su base «fiduciaria», debbano rispondere dei risultati raggiunti e, in presenza di risultati considerati insoddisfacenti, possano essere sostituiti è la rottura più evidente, e comunemente percepita, con il tradizionale paradigma burocrati-

¹² Rispetto a questo tema si rimanda al capitolo 9 del presente Rapporto, in cui viene approfondito, in alcuni casi regionali, lo strumento dell'accreditamento nell'ambito dei sistemi di di governo adottati dalla regione nei confronti delle strutture private.

co. Tuttavia, la mobilità dei DG è legata, non solo a giudizi sull'operato del DG in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche alle dinamiche istituzionali e politiche. Queste ultime aggiungono alla naturale instabilità, legata alle predeterminate scadenze dei contratti dei direttori, ed eventualmente alle loro *performance* ulteriori potenziali instabilità in relazione alle scadenze di legislatura, alla modificazione delle maggioranze, allo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse (Del Vecchio e Carbone, 2002).

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

Rispetto alla prima dimensione di analisi, la Tabella 2.5 mostra la durata media¹³ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,8 anni, ossia 3 anni e 9 mesi¹⁴. È questo, sicuramente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando: (i) i tempi necessari per la realizzazione di un «progetto di gestione» in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità come nel caso dei processi di cambiamento legati alle operazioni di fusione che molte delle aziende stanno vivendo e/o (ii) gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica. Rispetto al 2009 si evidenzia un aumento di circa 2 mesi (da 3,7 a 3,8), interpretabile come effetto della stabilizzazione delle direzioni aziendali di due regioni di medio-grandi dimensioni (Lombardia e Veneto) che nel 2009 avevano cambiato il *top management* di quasi tutte le aziende. Inoltre, si evidenzia una forte variabilità interregionale, con un massimo registrato nella PA di Bolzano (9 anni e 3 mesi) e un minimo in Calabria (1 anno e 8 mesi).

Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO mostrano una stabilità superiore alle ASL (più di 4 anni per un'AO rispetto a poco più di 3 anni e mezzo per un'ASL). Tale tendenza si riscontra in quasi tutte le

¹³ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni "n" considerati per una determinata azienda "x" (con $1 < n < 5$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

¹⁴ La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come media aritmetica dei valori regionali (3,9). Tuttavia, la scelta che viene qui effettuata è quella di utilizzare come punto di riferimento la media aritmetica delle durate aziendali in quanto, seppure al prezzo di qualche distorsione (il valore medio è influenzato dai comportamenti delle regioni che hanno al proprio interno un numero maggiore di aziende), riesce a dare conto dell'importanza relativa dei diversi fenomeni. Per maggiori approfondimenti si rimanda a Del Vecchio e Carbone (2002).

Tabella 2.5 **Durata media in carica dei DG in una data azienda, per Regione (1996-2010)**

Regione	AO	ASL	Totale complessivo
Piemonte	3,5	3,6	3,6
Valle d'Aosta		3,8	3,8
Lombardia	4,6	4,3	4,5
P.A. Bolzano		9,3	9,3
P.A. Trento		5,0	5,0
Veneto	4,8	4,8	4,8
Friuli V.G.	3,3	3,5	3,4
Liguria	4,9	3,2	3,8
Emilia Rom.	5,5	4,1	4,5
Toscana	3,8	4,1	4,0
Umbria	3,8	2,6	2,9
Marche	3,6	3,0	3,2
Lazio	3,3	2,9	3,0
Abruzzo		3,8	3,8
Molise		4,1	4,1
Campania	4,8	3,3	3,9
Puglia	4,1	2,9	3,3
Basilicata	3,0	3,4	3,3
Calabria	2,3	1,5	1,7
Sicilia	3,6	2,8	3,3
Sardegna	3,0	2,6	2,6
Italia*	4,1	3,6	3,8

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

Fonte: Oasi 2010

regioni con l'eccezione di Basilicata, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Piemonte. Ciò riflette la differenza delle attività svolte dalle due tipologie di aziende: la relativa omogeneità dell'attività svolta dalle AO (assistenza ospedaliera) si contrappone alla varietà dell'attività che caratterizza le aziende territoriali (assistenza ospedaliera, distrettuale e sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro); i compiti dei DG delle AO, rispetto a quelli delle ASL, sono meglio definiti; di conseguenza, la valutazione del DG in relazione ai risultati ottenuti è meno influenzata da elementi di soggettività. Inoltre, il DG di una ASL deve rispondere del proprio operato ad una gamma più eterogenea di interlocutori, tra cui, oltre la regione, anche gli enti locali, che cercano di influenzare le scelte del DG verso uno sviluppo diffuso dei servizi nel proprio territorio¹⁵.

¹⁵ Per un approfondimento sul tema si rimanda al Capitolo 10 del Rapporto OASI 2009.

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

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

La Figura 2.2 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Il grafico mostra come, delle 200 persone che hanno una esperienza di più di sei anni come DG, il 15,5% l'abbia maturata in aziende di diverse regioni. Rimane, d'altra parte, molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 187, 145 e 107). L'incidenza della somma di tali classi si è però ridotta nel corso del tempo, passando da poco più del 55% nel 2003 a quasi il 48% nel 2010.

Limitando l'analisi ai DG non più in carica, la percentuale è leggermente più alta (pari al 50%). Inoltre, solo il 5% dei direttori non più in carica ha avuto esperienze di direzione in più di un contesto regionale.

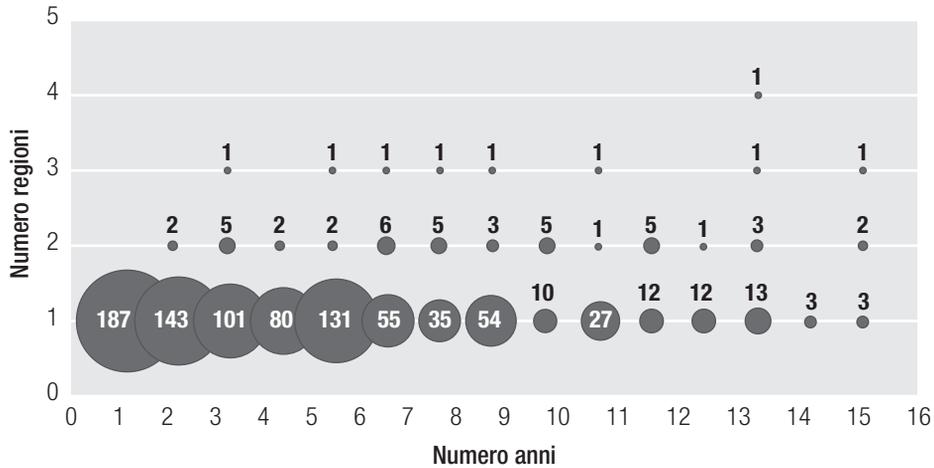
Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una regione, prevalgono spostamenti tra regioni limitrofe.

A completamento di questa seconda dimensione di indagine è utile riportare i risultati di uno studio condotto da Age.Na.S. e FIASO (Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere) sull'*identikit* professionale dei DG. Lo studio ha evidenziato che la maggior parte dei DG ha un *background* di tipo sanitario (54,1%) e di questi il 90% è medico (solo il 7,5% possiede una laurea in altri ambiti sanitari). Le altre lauree più frequenti sono quelle giuridiche (13,5%) ed economiche (12,2%). Quanto al percorso professionale pregresso dei DG, il 75,5% proviene dal settore pubblico e nella maggior parte dei casi dall'ambito sanitario; il 36,2% ha già ricoperto in passato lo stesso incarico in un'altra azienda, mentre il 23,3% ha maturato esperienza nel ruolo di direttore sanitario e il 6,9% in quello di direttore amministrativo.

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

¹⁶ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra (i) numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e (ii) numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un

Figura 2.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica nel periodo 1996-2010 (N= 917)**



Fonte: Oasi 2010

(propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁷ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare i DG fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che per tutti gli anni considerati risultano mono-azienda (Valle D'Aosta e PA di Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto¹⁸. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che nel corso degli ultimi sette anni sono divenute mono-azienda (Molise e PA di Bolzano).

intervallo compreso tra zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che nel caso di fusioni di più aziende la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

¹⁷ L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2010 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa regione. Si segnala che nel caso di fusioni di più aziende la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

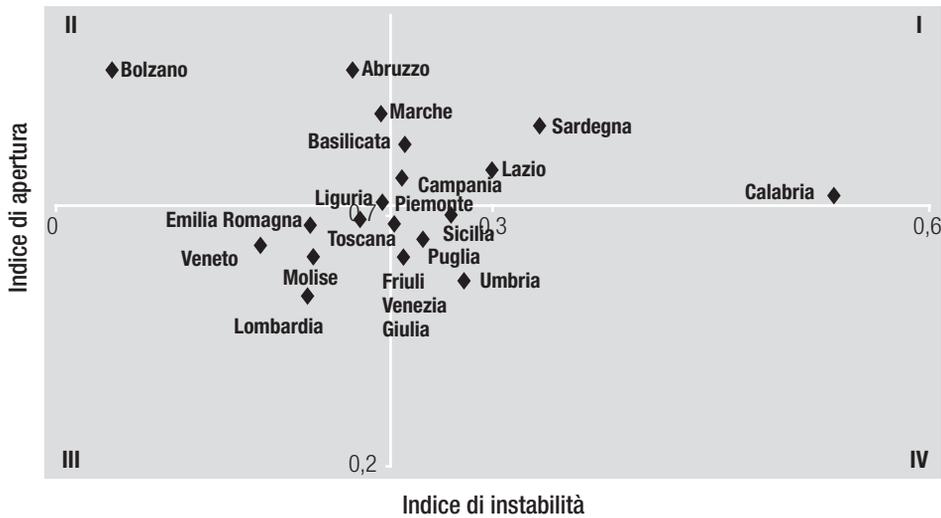
¹⁸ È possibile, invece, calcolare l'indice di instabilità che è pari, rispettivamente, a 0,20 e 0,13.

Associando ad ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 2.3). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. I due assi si incrociano nel punto di coordinate (0,23; 0,72)¹⁹, che rappresenta la media nazionale. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti.

- ▶ Nel primo quadrante si collocano le regioni caratterizzate da elevati gradi di instabilità e di apertura (regioni «ad alta variabilità»). Queste caratteristiche si riscontrano maggiormente in alcune regioni del Centro-Sud (Calabria, Lazio, Sardegna, Campania e Basilicata). Tutte queste regioni hanno evidenziato un aumento dell'indice di instabilità dal 2009 al 2010, ad eccezione della Calabria che già registrava il livello massimo di 0,53.
- ▶ Il secondo quadrante raggruppa i sistemi regionali stabili ed aperti, cioè sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono rari ed avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne (regioni ad «apertura fittizia»). In questo quadrante si posizionano, in maniera più evidente, la PA di Bolzano (che nel 2007 è divenuta mono-azienda) e l'Abruzzo; mentre si collocano più vicino alla media nazionale per l'indice di apertura le Marche e per entrambe le dimensioni la Liguria. Solamente l'Abruzzo tra il 2009 e il 2010 ha subito un aumento del grado di instabilità dei DG (da 0,19 a 0,2).
- ▶ Il terzo quadrante raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (regioni «statiche»). Si collocano al centro del quadrante Lombardia, Molise (che nel 2005 è divenuta mono-azienda) e Veneto, mentre si posizionano più vicino alla media nazionale l'Emilia Romagna per quanto riguarda l'indice di apertura e la Toscana per entrambe le dimensioni. La tendenza alla staticità di queste regioni è confermata anche dai dati 2010, che mostrano valori decrescenti riguardo sia gli indici di apertura sia quelli di instabilità. Solo il Molise registra valori in controtendenza, aumentando da 0,16 a 0,17 l'indice di instabilità, e da 0,57 a 0,62 l'indice di apertura.
- ▶ Il quarto quadrante raggruppa le regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, ovvero sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti ed avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione (regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in maniera evidente in Umbria e Puglia, mentre Piemonte,

¹⁹ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato come quelli regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2010 (943) e il numero totale dei possibili cambiamenti (4.033). Il valore è pari a 0,23. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo dei nomi delle persone che dal 1996 al 2010, in ogni regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG e il numero massimo di aziende considerate negli anni (300) divisa per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (943): il valore è pari a 0,72. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in due (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali.

Figura 2.3 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2010)**



Fonte: Oasi 2010

Friuli Venezia Giulia e Sicilia si posizionano all'estremità del quadrante con valori vicini alle medie nazionali. Queste ultime tre, infatti, nel 2010 hanno registrato valori che riflettono la nomina di DG di aziende provenienti da altre regioni; inoltre, Friuli Venezia Giulia e Sicilia si sono dimostrate più stabili nella gestione dei propri DG.

2.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

Questo 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. Tuttavia, nell'ultimo anno si è registrato un ritardo nella diffusione dei dati a causa dei processi di aggiornamento dei flussi informativi rilevati dal Ministero e dalle regioni. Rispetto a questo capitolo, ciò ha determinato l'impossibilità di aggiornare i dati già presentati nel Capitolo 2 del Rapporto OASI 2009. Nelle pagine seguenti si riprendono in sintesi i risultati emersi nel Rapporto 2009, proponendo delle integrazioni laddove è disponibile un aggiornamento dei dati.

2.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

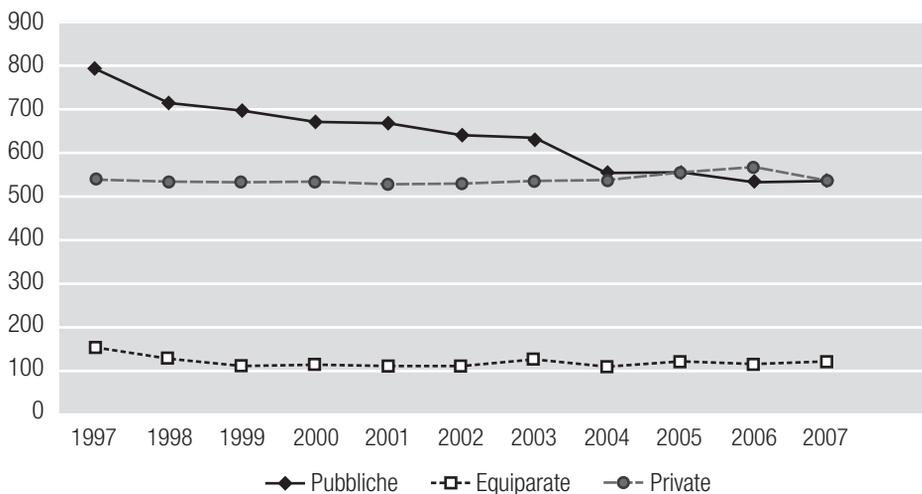
Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera: si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato prevalentemente strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione ed attività²⁰.

Ciò ha comportato una progressiva riduzione nel numero delle strutture pubbliche ed equiparate, con un decremento più evidente per le prime (-33% nel periodo 1997-2007).

Le strutture private accreditate, invece, registrano un andamento più costante (+1%): in particolare, in lievissimo aumento a partire dall'anno 2002 fino al 2006 (ad eccezione di: Lazio, PA di Bolzano, Campania, Marche e Veneto che hanno registrato dal 2002 dei decrementi rispettivamente pari a 20%, 17%, 7%, 7% e 6%.) per poi diminuire del 4% tra il 2006 e il 2007.

L'obbligo di razionalizzazione della rete viene ripreso dal PSN 2006-2008²¹ e dal Patto per la Salute 2010-2012 che, tra gli obiettivi prioritari, individuano la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso la dismissione degli istituti minori, a favore di una maggiore offerta di assistenza territoriale e di Centri di

Figura 2.4 **Numero di strutture di ricovero pubbliche, equiparate e private accreditate (1997-2007)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

²⁰ 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.

²¹ Il Piano Sanitario 2006-2008 è l'ultimo PSN approvato e risulta quello ufficialmente in vigore.

Eccellenza. Anche a livello regionale i più recenti PSR (cfr. cap. 5) e i Piani di rientro delle regioni in «affiancamento» (cfr. cap. 6) hanno posto l'attenzione sul tema del riordino della rete ospedaliera (con riferimento sia alle strutture pubbliche che a quelle private accreditate), affiancando ai tradizionali obiettivi di razionalizzazione delle attività e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, indirizzi e linee guida vincolanti per la razionalizzazione e riduzione dei posti letto, la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni²² in strutture territoriali e il potenziamento delle strutture operative del sistema di emergenza-urgenza regionale.

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2010 è riportata in Tabella 2.6²³.

Le principali modifiche, rispetto al 2009, riguardano:

- ▶ le strutture equiparate, rispetto alle quali si segnala: (i) una riduzione degli IRCCS di diritto privato a 44²⁴ (-1 in Veneto a seguito della rilevazione più accurata delle sedi distaccate e -1 in Basilicata per il passaggio dell'IRCCS CROB – Centro di riferimento oncologico della Basilicata da diritto privato a diritto pubblico); (ii) un aumento degli IRCCS di diritto pubblico da 23 a 25 (+1 in Sicilia per il riconoscimento a IRCCS del Centro Neurolesi Bonino Pulejo e +1 in Basilicata per le ragioni già esposte) (iii) una riduzione di 1 unità per gli ospedali classificati (-1 in Lombardia);
- ▶ le case di cura: quelle accreditate sono variate in Liguria (+1), in Toscana (+1) e in Emilia Romagna (-1), mentre quelle non accreditate rimangono complessivamente invariate (-1 in Liguria; +1 in Umbria).

Osservando la Tabella 2.7, dal punto di vista dimensionale 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 rispettivamente di 640 e 723 posti; Ospedali a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano ad un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 190, 234 e 217 posti letto; le Case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 85 posti letto accreditati²⁵. Sempre la Tabella 2.7 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata negli anni anche una riduzione nelle dimensioni delle stesse: in particolare, questo si è verificato per AO (-23,3% tra il 1997 e

²² Per ospedali di piccole dimensioni si intendono le strutture di ricovero con una dotazione inferiore a 121 PL.

²³ Per un approfondimento sulle diverse tipologie di strutture di ricovero in cui insiste il corso di laurea in Medicina e Chirurgia si rimanda al capitolo 10 del presente Rapporto.

²⁴ Nella colonna «IRCCS di diritto privato» il valore di 3 per la Puglia è invariato rispetto all'anno 2009, dove erroneamente il Rapporto OASI 2009 indica 1.

²⁵ Questo dato si riferisce al numero di posti letto dedicati a svolgere attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle Case di cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

Tabella 2.6 **Numero di strutture di ricovero per tipologia (2010)**

	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	TOT. STRUTTURE EQUIPARATE (8)	Case di Cura private accreditate	Case di Cura private non accreditate	TOTALE CC PRIVATE
Piemonte	22		8	16	30	2			5	5		12	39	4	43
Valle d'Aosta	1				1							0			0
Lombardia	1		29	97	30	21	6		5			32	72	11	83
P.A. Bolzano	7				7							0	4	2	6
P.A. Trento*	7				7				2			2	5		5
Veneto	20		2	3	22	2	1		6	4		13	16	3	19
Friuli V.G.*	11		3	6	14	2	2					4	5		5
Liguria	5		1	1	6	1	2		2			5	4	5	9
Emilia Rom.	20		5	5	25		1					1	44	2	46
Toscana	31		4	4	35	2				3	1	6	29	3	32
Umbria	9		2	3	11							0	5	1	6
Marche	29		2	4	31		3					3	13		13
Lazio*	51	1	5	7	57	8	3	3	8	3		25	79	29	108
Abruzzo	22				22							0	13		13
Molise	5				5	1					1	2	2		2
Campania *	39		8	9	47	1	1	2	4	1		9	68	4	72
Puglia	29		2	2	31	3	2		3			8	30		30
Basilicata	7	1	1	2	9		1					1	1		1
Calabria	32	1	4	9	37		1					1	35		35
Sicilia	45		5	15	50	1	1	3	1			6	62		62
Sardegna*	28		1	1	29		1	2	1			4	13		13
Italia	421	3	82	184	506	44	25	10	37	16	2	134	539	64	603

* Dati aggiornati al 30/06/2009, dal momento che non è pervenuta la Scheda Regionale 2010.

(1) Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzario del Ministero della Salute aggiornato al 30 Giugno 2009; se nel computo si considerano anche gli stabilimenti ospedalieri il valore è pari a 622. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92); (2) Per 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" (pubblici e privati) 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

Fonte: Aggiornamento OASI sulla base delle schede inviate alle Regioni (2010)

Tabella 2.7 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2007)**

Anno	AO	Presidi a gestione diretta ASL	Policlinici universitari a gestione diretta	IRCCS	Ospedali classificati (1)	Case di cura accreditate (2)
1997	834	199	856	243	234	98
1998	877	189	818	244	236	98
1999	800	186	868	240	224	94
2000	774	184	832	247	223	89
2001	736	183	733	242	221	91
2002	709	178	658	237	214	91
2003	673	182	540	220	188	89
2004	672	191	551	221	192	87
2005	660	193	620	224	211	85
2006	650	197	629	226	220	85
2007	640	190	723	234	217	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

il 2007), Policlinici (–15,5%, nonostante un forte aumento nel 2007)²⁶ e Case di cura accreditate (–13,5%).

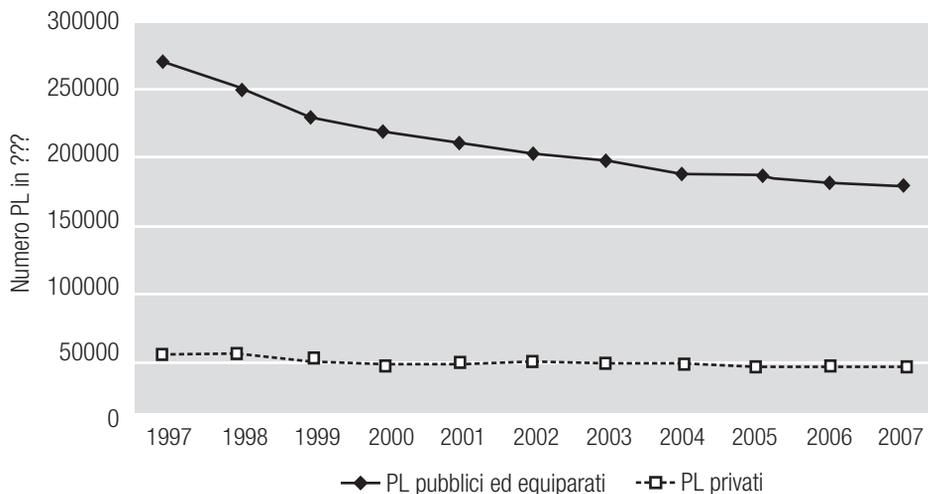
Passando all'analisi dei posti letto per regime di ricovero, per quanto attiene specificatamente al ricovero in degenza ordinaria (Figura 2.5) si è registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici ed equiparati, ridottisi dal 1997 al 2007 del 34%. Un andamento più stabile si è verificato per i posti letto accreditati (–19%).

Nel corso del 2007, nelle strutture pubbliche ed equiparate si è avuta una riduzione di posti letto per regime ordinario pari a 2 punti percentuali, indicatore del raggiungimento di una situazione stabile dopo la robusta realizzazione di interventi avvenuta in precedenza. Nelle strutture accreditate la riduzione di posti letto tra il 2006 e il 2007 è stata pari a 5 punti percentuali.

Per quanto riguarda invece la dotazione di posti letto per ricoveri in regime diurno (Figura 2.6), si è registrato, nell'arco dei dodici anni, un incremento significativo (da 15.390 a 31.629). Questo cambiamento è avvenuto in modo più evidente negli anni 1995-1997, in corrispondenza dei primi interventi di attuazione di quanto previsto dai D.Lgs. 502/1992 e 517/1993, e negli anni 2001-2003, anche come conseguenza delle esigenze di contenimento della spesa e di incremento

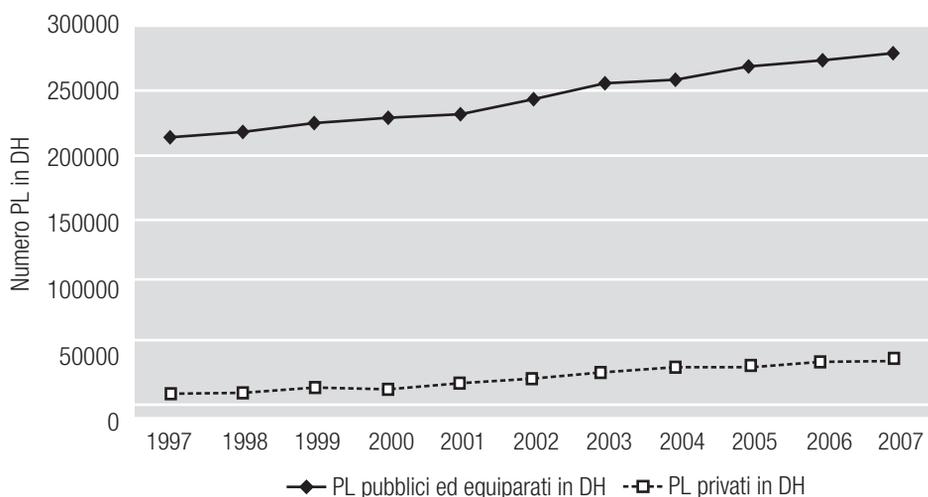
²⁶ L'aumento del 2007 è legato all'incremento dei posti letto dei due Policlinici della Sardegna come effetto della nuova allocazione dei posti letto definita dal Piano di rientro.

Figura 2.5 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2007)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.6 **Numero di posti letto previsti in Day Hospital (acuti e non), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2007)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

dell'appropriatezza del regime di ricovero, sollevate a livello nazionale. Relativamente ai posti letto pubblici ed equiparati, essi hanno registrato un aumento pari al 90% (da 14.799 a 28.062); l'incremento più evidente è stato realizzato negli anni 1995-1997, nel corso dei quali la dotazione iniziale è cresciuta del 26 e

del 18%. Quanto ai posti letto privati accreditati, nell'ultimo decennio sono più che quintuplicati (da 591 a 3.567 posti letto), con un aumento medio annuo molto rapido (71%) nel periodo 2001-2004, più contenuto invece (7,5%) tra il 2005 e il 2007.

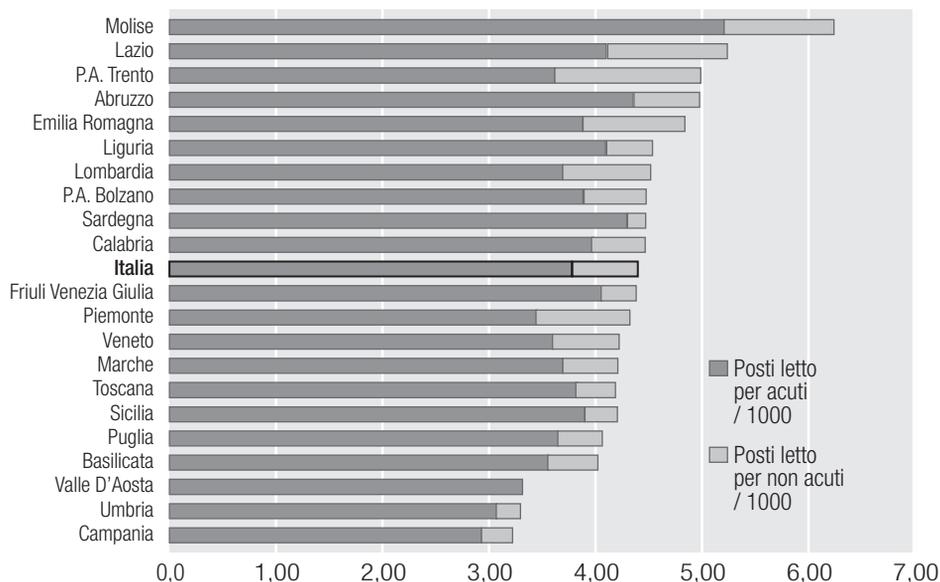
Rispetto ai posti letto ospedalieri accreditati pubblici e privati, la normativa ha stabilito l'obbligo per le regioni di adeguare la dotazione ad uno *standard* medio, perseguendo le finalità di razionalizzazione della rete di offerta, di contenimento della spesa sanitaria e di appropriatezza del ricovero.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

- ▶ la L. 405/2001 (art. 3, comma 4) ha definito uno *standard* di 5 posti letto ospedalieri (RO+DH) 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 tramite il potenziamento delle cure domiciliari.
- ▶ l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (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* massimo di 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 scostamenti rispetto allo *standard*, purchè non superiori al 5% in rapporto alle diverse condizioni demografiche regionali, con la definizione di obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006.

Il rispetto di questi *standard* è stato oggetto di verifica annuale da parte del Comitato LEA, istituito presso il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute. La verifica ha riguardato sia l'adeguamento della dotazione di posti letto allo *standard*, sia l'adozione dei provvedimenti regionali volti a programmare la rimodulazione dell'offerta ospedaliera.

Nel 2007 la dotazione media nazionale di posti letto – sia in regime di degenza ordinaria che diurna – è pari a 3,8 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (cfr. Figura 2.7). Ciò ha consentito di rispettare lo *standard* di 4,5 posti letto complessivi. Solo una regione ha una dotazione ancora eccessivamente superiore a quanto consentito (Molise: 5,2 posti letto).

A fronte di ciò, il Patto per la Salute 2010-2012 (art. 6, comma 1) ha imposto a regioni e province autonome di impegnarsi ad adottare provvedimenti per conseguire uno *standard* dei PL ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ancora più impegnativo, ossia non superiore a 4 PL per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 per riabilitazione e lungodegenza, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Le regioni devono adempiere all'obbligo entro il 30 giugno 2011 ad eccezione di quelle sottoposte a piano di rientro, per le quali il termine è fissato al 31 dicembre 2010. Per

Figura 2.7 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 000 abitanti (2007)**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, anche in questo caso, è stata ammessa la possibilità di prevedere scostamenti rispetto allo *standard*, purchè non superiori al 5% fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni.

A livello regionale, la distribuzione dei posti letto è abbastanza differenziata (Figura 2.7), con cinque regioni al di sopra dello *standard* complessivo (Molise, Lazio, PA di Trento, Abruzzo ed Emilia Romagna). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, si evidenziano tre regioni con una dotazione di posti letto per acuti superiore a 4 per mille abitanti (Molise, Abruzzo e Sardegna) e tre regioni con una dotazioni di posti letto per non acuti superiore a 1 per mille abitanti (P.A. di Trento, Lazio e Molise).

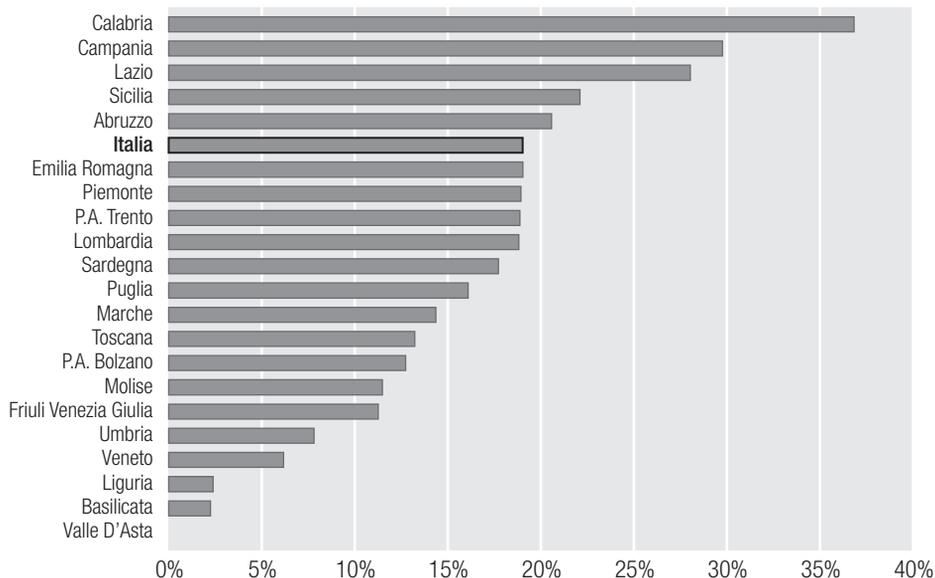
Rispetto all'anno 2006, emergono i seguenti cambiamenti:

- ▶ con riferimento alla dotazione totale, Abruzzo, Lazio, PA di Bolzano, Puglia, Basilicata e Valle D'Aosta hanno avuto una riduzione 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 Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Puglia e Sicilia, un netto aumento per Basilicata (0,4), Sardegna (0,4) e Lazio (0,5), una diminuzione per il Molise (0,3); 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, Lombardia, Molise, PA di Trento, Sardegna e Umbria hanno aumentato l'offerta di 0,1 e la Basilicata e il Lazio di 0,2, avvicinandosi allo *standard*. Invece, Campania, Marche e Toscana hanno diminuito di 0,1. Per le altre regioni non si è avuta alcuna modifica.

La Figura 2.8 approfondisce, invece, le differenze regionali in termini di peso relativo del privato accreditato. In tutte le regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica e pari a un livello nazionale medio dell'80,8%. A livello regionale, invece, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (37,1%), Campania (30,1%) e Lazio (28,3%); è, al contrario, molto bassa in Liguria (2,4%), Basilicata (2,5%), Veneto (6,4%) e Umbria (8,1%); è addirittura assente in Valle D'Aosta. Nel periodo che va dal 1998 al 2007, la rilevanza dei posti letto accreditati è aumentata, in media, di circa 2,1 punti percentuali. Gli incrementi più significativi si sono avuti in Sicilia, Calabria, Puglia, Molise e PA di Bolzano; Lazio, Emilia Romagna e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di posti letto privati accreditati. Inoltre, se si considera la quota dei posti letto privati accreditati per area geografica, nel 1998 l'offerta privata accreditata era maggiormente concentrata nel Nord Italia (36% contro 32% ciascuno per Centro e Sud), nel 2007 la situazione risulta differente, con

Figura 2.8 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) nel 2007**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

una presenza del privato accreditato pari al 39% al Nord e al Sud e solo al 22% nelle regioni del Centro Italia.

2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre sempre maggiore attenzione verso l'assistenza extraospedaliera, spostando sia risorse che servizi dal livello ospedaliero a quello territoriale. Ciò è enfatizzato anche dal PSN 2006-2008 e dal Patto per la Salute 2010-2012 che pongono, tra gli obiettivi delle strategie per lo sviluppo, la necessità di riorganizzare l'offerta ospedaliera a favore di un potenziamento e di una qualificazione di quella territoriale, anche mediante la costituzione di reti sanitarie d'integrazione e collaborazione.

Ciò si è tradotto principalmente in una richiesta da parte dei SSR di un maggior coinvolgimento dei distretti. Questi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché a fornire supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.).

La Tabella 2.8 espone la numerosità dei distretti attivati per il periodo 2001-2007 e la loro dimensione media.

Rispetto al 2001, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 875 a 744, con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 79.478 nel 2007). A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano il Veneto, che passa da 82 a 51, e la Toscana, che passa da 111 a 34. Si sottolineano d'altra parte 9 regioni in cui il dato è aumentato (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna). Guardando nuovamente alla prospettiva nazionale, è lievemente aumentato il numero medio di distretti per ASL (da 4,4 a 4,5).

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

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

Tabella 2.8 **Distretti attivati all'interno delle ASL e loro dimensione media (2001- 2007)**

	Distretti Attivati		Popolazione media per distretto		N. medio distretti per ASL	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Piemonte	64	62	67.027	70.207	2,9	4,8
Val d'Aosta	4	4	30.147	31.203	4,0	4,0
Lombardia	105	93	86.873	102.639	7,0	6,2
P.A. Bolzano	18	20	25.848	24.384	4,5	5,0
P.A. Trento	11	11	43.442	46.094	11,0	11,0
Veneto	82	51	55.376	93.599	3,9	2,4
Friuli V.G.	20	14	59.430	86.614	3,3	2,3
Liguria	9	16	180.113	100.492	1,8	3,2
Emilia R.	34	39	117.902	108.289	2,6	3,5
Toscana	111	34	31.960	107.006	9,3	2,8
Umbria	9	12	93.387	72.747	2,3	3,0
Marche	36	24	40.811	64.004	2,8	24,0
Lazio	45	36	117.829	152.592	3,8	3,0
Abruzzo	32	43	40.040	30.460	5,3	7,2
Molise	9	13	36.353	24.621	2,3	13,0
Campania	107	97	54.040	59.693	8,2	7,5
Puglia	68	49	60.097	83.059	5,7	8,2
Basilicata	18	11	33.600	53.758	3,6	2,2
Calabria	22	35	92.877	57.087	2,0	3,2
Sicilia	58	59	87.529	85.032	6,4	6,6
Sardegna	13	21	126.773	79.021	1,6	2,6
ITALIA	875	744	66.107	79.478	4,4	4,5

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La Tabella 2.9 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2007 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+40,2%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato (passato da una quota di strutture del 34% nel 1997 a una del 51% nel 2007). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 171 e

Tabella 2.9 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2007)**

	Ambulatori e laboratori	di cui privati acc. %	Altre strutture territor. (*)	di cui privati acc. %	Strutture semiresid.	di cui privati acc. %	Strutture resid.	di cui privati acc. %	Totale strutture territoriali	di cui privati acc.
Piemonte	453	18%	276	3%	145	57%	681	70%	1555	42%
Valle D'Aosta	3	67%	26	4%	2	100%	8	88%	39	31%
Lombardia	795	61%	26	4%	2	100%	8	88%	39	31%
P.A. Bolzano	55	38%	80	19%	6	0%	50	82	139	52%
P.A. Trento	32	34%	36	19%	7	0%	64	86%	139	52%
Veneto	457	56%	547	25%	384	59%	642	78%	2030	55%
Friuli V. G.	139	32%	79	8%	45	31%	161	57%	424	37%
Liguria	365	32%	152	3%	42	40%	150	73%	709	35%
Emilia Rom.	458	41%	437	5%	456	81%	751	78%	2102	55%
Toscana	925	39%	531	8%	228	32%	486	60%	2170	35%
Umbria	104	23%	91	2%	57	30%	82	52%	334	26%
Marche	201	50%	102	12%	29	14%	83	35%	415	35%
Lazio	901	68%	394	7%	53	4%	160	57%	1508	49%
Abruzzo	169	63%	120	5%	10	20%	70	79%	369	46%
Molise	51	75%	17	24%	6	100%	6	100%	80	68%
Campania	1.445	80%	407	27%	84	18%	153	47%	2.089	65%
Puglia	681	62%	319	4%	33	61%	102	84%	1135	48%
Basilicata	115	41%	57	11%	4	25%	32	44%	208	33%
Calabria	444	57%	136	7%	19	42%	65	65%	664	47%
Sicilia	1.674	83%	523	16%	35	9%	99	58%	2.331	66%
Sardegna	355	54%	153	3%	17	47%	62	69%	587	42%
Italia 2007	9.822	60%	5.236	11%	2.280	57%	5.105	73%	22.443	51%
Italia 1997	9.335	54%	4.009	5%	842	8%	1.820	5%	16.006	34%

(*) 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

180% nell'arco temporale considerato. In generale, l'offerta di servizi territoriali è gestita prevalentemente dal privato ad eccezione delle «Altre strutture territoriali», dove il privato si attesta all'11% nel 2007. In particolare per le

strutture residenziali e semiresidenziali, il peso del privato passa rispettivamente dal 5 % e 8% del 1997 al 73% e 57% del 2007.

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

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato superiore alla media, compreso tra il 61% della Lombardia e l'83% della Sicilia. Tutte le altre regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale, segnando valori più bassi in Piemonte (18%) e Umbria (23%).
- ▶ Per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato e pari in media all'11%. Fanno eccezione Veneto, Molise e Campania, che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato maggiore del 20%.
- ▶ Con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono le regioni del Nord Italia (cui si aggiungono il Molise e la Puglia), a presentare le percentuali più elevate di erogatori privati.

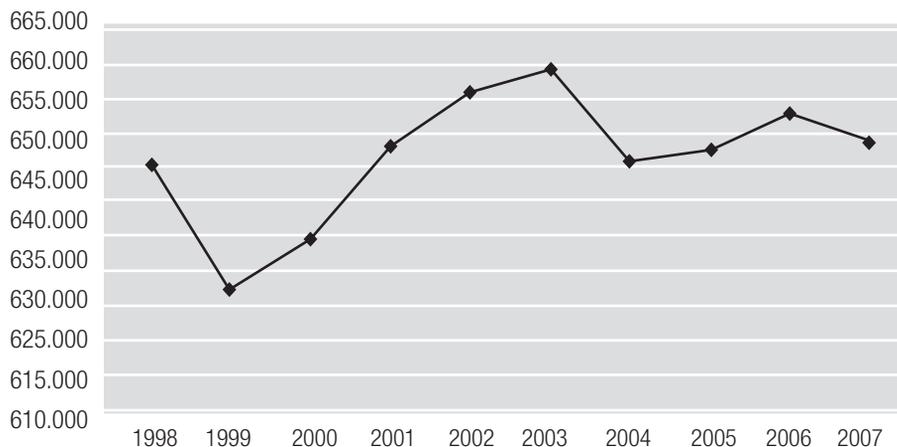
2.3.3 Il personale del SSN

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 2.9 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN, passato da 645.952 unità nel 1998 a 649.248 unità nel 2007. Il *trend* si caratterizza per un andamento annuo variabile legato in parte ai periodi di blocco del *turn-over*.

Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulla relativa entità e composizione nelle diverse regioni. Innanzitutto, è importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale (a cui bisognerebbe aggiungere l'indotto): i dipendenti SSN rappresentano infatti l'1,1% della popolazione (Tabella 2.10). Tale contributo si differenzia nelle diverse regioni e risulta compreso tra l'1,7% della PA di Bolzano da un lato e lo 0,9% di Lombardia, Lazio, Campania e Puglia 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;

Figura 2.9 **Trend unità di personale SSN (1998-2007)**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

- 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 (cfr. § 2.5).

La Tabella 2.10 presenta la composizione per ruolo del personale nelle diverse regioni. Nel 2007, non emergono disuguaglianze territoriali particolarmente significative, pur rilevandosi 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 alla media nazionale, a favore di una maggior presenza di personale tecnico (in particolare nelle PA di Trento e Bolzano) e/o di personale amministrativo (in particolare Valle D'Aosta e Piemonte). Rispetto alle regioni del Centro, è peculiare la composizione laziale, che si discosta significativamente dal dato medio nazionale sia per il profilo sanitario (+5 punti percentuali), che per quello tecnico (-6 punti percentuali).

Il ruolo professionale riveste in tutte le regioni una quota molto esigua del personale totale (0,2% in media), mentre i ruoli tecnico e amministrativo assorbono in media rispettivamente il 18,3% (valore minimo pari al 12,5% nel Lazio e massimo pari al 24,6% nella PA di Trento) e l'11,7% (valore minimo pari all'8,5% del Molise ed il 15,3% di Valle d'Aosta).

Indagando più nel dettaglio la composizione del livello sanitario e, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 2.10), 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

Tabella 2.10 **Entità e composizione del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (2007)**

REGIONI	TOTALE Personale SSN	Ruolo sanitario	Ruolo professionale	Ruolo tecnico	Ruolo amministrativo (*)	% personale SSN su popolazione
Piemonte	55.766	65,5%	0,2%	20,1%	14,2%	1,3%
Val d'Aosta	2.000	64,4%	0,3%	20,1%	15,3%	1,6%
Lombardia	90.371	66,3%	0,2%	21,0%	12,4%	0,9%
P.A. Bolzano	8.284	60,9%	0,3%	24,4%	13,7%	1,7%
P.A. Trento	7.124	63,6%	0,2%	24,6%	11,7%	1,4%
Veneto	57.664	68,5%	0,2%	20,3%	11,1%	1,2%
Friuli Venezia Giulia	17.192	67,9%	0,2%	21,7%	10,2%	1,4%
Liguria	21.390	70,8%	0,2%	17,7%	11,3%	1,3%
Emilia Romagna	55.657	71,7%	0,3%	17,5%	10,5%	1,3%
Toscana	49.049	71,1%	0,3%	18,1%	10,3%	1,3%
Umbria	10.624	74,9%	0,3%	16,0%	8,8%	1,2%
Marche	17.763	72,5%	0,1%	17,3%	10,0%	1,2%
Lazio	48.788	75,0%	0,3%	12,5%	12,2%	0,9%
Abruzzo	15.460	71,0%	0,1%	17,5%	11,3%	1,2%
Molise	3.997	73,3%	0,1%	18,1%	8,5%	1,2%
Campania	54.704	70,6%	0,3%	17,1%	11,9%	0,9%
Puglia	35.511	70,6%	0,2%	17,3%	11,7%	0,9%
Basilicata	6.803	72,6%	0,2%	17,6%	9,5%	1,2%
Calabria	22.663	67,9%	0,3%	16,7%	15,0%	1,1%
Sicilia	48.167	70,1%	0,2%	17,9%	11,7%	1,0%
Sardegna	20.271	72,5%	0,2%	17,1%	10,1%	1,2%
ITALIA	649.248	69,7%	0,2%	18,3%	11,7%	1,1%

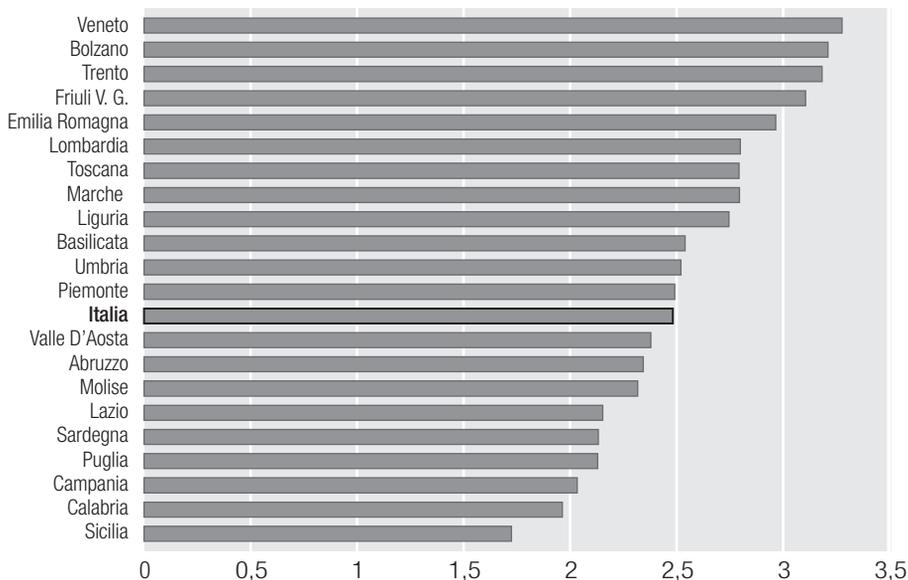
(*) Sono incluse anche le qualifiche atipiche.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

un numero più elevato di medici nelle regioni meridionali, rispetto al resto d'Italia.

Relativamente ai MMG (Medici di Medicina Generale) e ai PLS (Pediatri di libera di scelta), infine, si rimanda al capitolo 2 del Rapporto OASI 2009 per una descrizione della variazione avvenuta dal 1997 al 2007.

Figura 2.10 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni Italiane (2007)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

2.4 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è piuttosto complessa. In passato tale complessità era legata alla mancanza di un reale collegamento tra livelli di attività e 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. A partire dal 2007 è anche aumentato il grado di accuratezza delle informazioni sulle attività territoriali di tipo ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

2.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale nel periodo 1998-2008²⁷ si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 2.11):

²⁷ Vista la disponibilità dei dati dalle fonti ministeriali, alcune informazioni del presente paragrafo sono aggiornate al 2009.

Tabella 2.11 I dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2008)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	12.342.537	12.112.389
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	76.340.751	75.482.012
Rapporto tra giornate in DH e in RO %	9,3	10,2	11,8	13,4	15,1	17,0	18,4	19,1	19,1	18,6	18,2
Degenza media (2)	7,1	7	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8
Completezza											
N. Regioni e ProvinceAut.	21	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	1.588	1.580
% schede errate	16,3	5,3	4,5	5	5,9	5,7	9,2	9,0	7,8	4,4	4,7

Note:

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.

Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

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 è da attribuire all'incremento del numero di istituti di cui sono pervenute le schede SDO. L'aumento rilevato nel 2007 e nel 2008 non è confrontabile con il 2006 e con gli anni precedenti poiché è stata modificata la metodologia di conteggio degli istituti (con la nuova metodologia vengono considerati individualmente anche gli stabilimenti di AO). La copertura di rilevazione al 2006, prima dell'introduzione della nuova metodologia, era pari al 99%.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO ministero della Salute

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni pari a 3,7%, con un andamento annuo variabile (compreso tra -4% e +2%); nel 2008 i ricoveri sono diminuiti del 2% rispetto al 2007;
- ▶ nel periodo 1998-2008 le giornate di ricovero sono diminuite del 14%; in particolare tra il 1998 e il 2003 esse registrano una forte diminuzione (-11%) per poi aumentare nel periodo 2003-2005 e successivamente ridursi lievemente a partire dal 2005;
- ▶ le prestazioni totali erogate in regime di *day hospital* sono aumentate progressivamente (+50% dal 1998 al 2008), malgrado, una diminuzione del 3% tra il 2007 e il 2008. Le prestazioni in regime ordinario registrano una lieve diminuzione dal 2007 al 2008 (-2%) ma con un rapporto maggiore del doppio tra giornate in DH e RO nel 2008 rispetto al 1998;
- ▶ la degenza media per acuti in regime ordinario si è progressivamente ridotta fino al 2002 (da 7,1 del 1998 al 6,7 del 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7 nel periodo 2003-2007 e lievemente aumentare a 6,8 nel 2008.

La Tabella 2.12 presenta più nel dettaglio la composizione dell'attività per regione e regime di ricovero.

I 12 milioni di ricoveri ospedalieri realizzati nel 2008 si compongono per quasi il 96% di ricoveri per acuti. Considerando il totale dei ricoveri per acuti (11.210.883), il 70% viene erogato in regime di degenza ordinaria ed il restante 30% in regime diurno. Rispetto all'anno 2007, entrambe le tipologie di ricovero (regime ordinario e *day hospital*) hanno registrato una lieve diminuzione, pari al 2%.

I ricoveri per riabilitazione, che costituiscono il 3% dei ricoveri totali, rimangono sostanzialmente invariati rispetto al 2007. Quest'ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (81% a livello nazionale), pur essendoci delle situazioni in cui la percentuale di *day hospital* è molto elevata; è questo il caso di Basilicata (21%), Lazio (35%) e Sicilia (36%).

Anche i ricoveri per lungodegenza, che costituiscono a livello nazionale una quota molto esigua dei ricoveri totali (1%), sono rimasti invariati rispetto al 2007.

La Figura 2.11 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale: la maggioranza dei ricoveri in regime per acuti viene erogata dagli istituti pubblici, attraverso Ospedali a gestione diretta (39,6%) e Aziende Ospedaliere (24,1%). I ricoveri per riabilitazione, invece, si suddividono quasi equamente tra strutture pubbliche ed equiparate da un lato (54,9%) e case di cura private accreditate e non, dall'altro (45,1%). La lungodegenza, infine, viene erogata soprattutto dal privato (46%) e dagli Ospedali a gestione diretta (42,7%); 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.

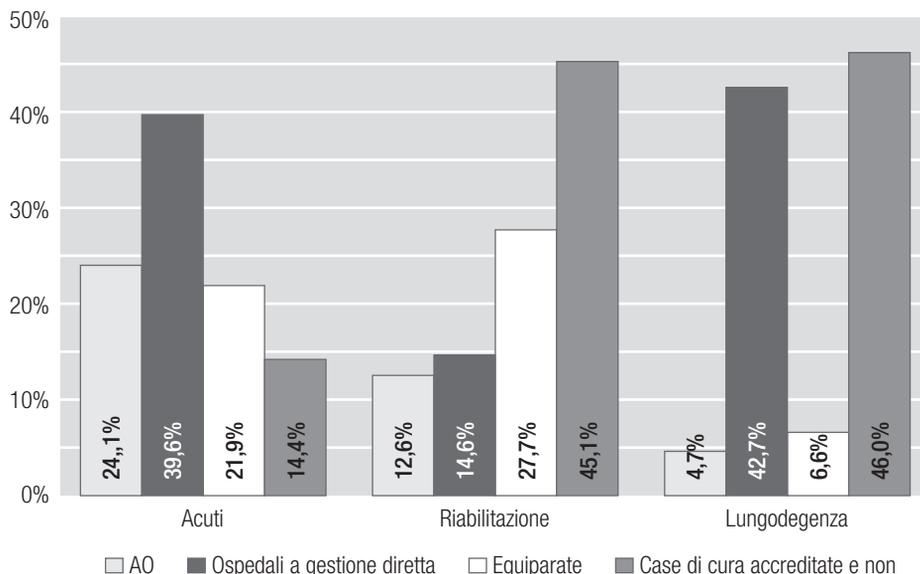
Tabella 2.12 **Composizione dell'attività ospedaliera per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2008)**

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza		Giorni di degenza per acuti		Giorni di degenza per riabilitazione		Giorni di degenza per lungodegenza	
	RO	DH	RO	DH	lungodegenza	RO	DH	RO	DH	RO	DH	lungodegenza
Piemonte	461.709	287.411	31.965	3.312	10.220	3.763.826	615.537	939.125	41.035	398.377	0	0
Val d'Aosta	15.156	6.117	-	-	-	120.365	20.364	0	0	0	0	0
Lombardia	1.315.825	424.782	95.323	14.644	8.132	8.717.587	933.747	2.188.884	172.408	239.265	2.131	56.543
Bolzano	76.114	26.989	2.490	188	2.285	506.222	55.102	60.194	2.131	13.589	94.662	299.859
Trento	53.784	26.119	6.028	1.047	2.720	431.395	61.771	117.528	79.967	55.101	3.013	0
Veneto	549.101	203.641	22.588	5.073	11.460	4.398.621	464.538	527.210	79.967	202.533	15.237	1.021.767
Friuli Venezia Giulia	150.616	50.661	2.859	539	1.875	1.117.212	176.074	77.527	3.013	227.975	23.138	84.078
Liguria	204.223	151.547	9.933	2.012	-	1.634.535	487.835	202.533	15.237	60.023	9.592	4.661
Emilia Romagna	600.360	196.962	17.407	4.771	32.614	3.908.864	867.049	514.441	59.757	106.934	2.269	126.774
Toscana	420.739	209.197	10.452	1.719	2.694	3.065.756	581.882	227.975	23.138	1.376.789	380.367	283.876
Umbria	112.309	53.817	2.674	750	262	733.431	128.556	60.023	9.592	177.224	8.108	54.105
Marche	199.133	77.973	3.454	278	4.937	1.375.791	179.797	106.934	2.269	66.117	4.582	8.042
Lazio	781.482	378.109	33.235	17.966	5.744	5.514.298	1.191.973	1.376.789	380.367	391.375	64.976	435.999
Abruzzo	183.493	75.885	8.294	515	2.886	1.213.140	209.989	177.224	8.108	57.325	64.976	435.999
Molise	55.301	22.382	1.936	174	264	383.400	57.325	66.117	4.582	388.112	8.552	121.328
Campania	779.848	429.163	10.884	3.287	10.845	4.250.557	1.186.617	391.375	64.976	40.194	5.882	16.991
Puglia	603.194	210.615	16.369	1.271	6.023	3.755.546	426.674	388.112	8.552	141.491	11.197	94.093
Basilicata	63.298	41.034	1.186	316	507	441.229	114.667	40.194	5.882	288.031	55.739	48.957
Calabria	245.427	126.373	4.275	1.259	1.824	1.569.531	350.675	141.491	11.197	36.993	5.297	29.777
Sicilia	634.019	402.531	9.545	5.419	3.031	3.841.281	1.120.968	288.031	55.739	7.928.700	966.836	3.474.255
Sardegna	216.692	87.752	1.539	270	923	1.457.948	202.838	36.993	5.297	9.433.978	7.928.700	966.836
ITALIA	7.721.823	3.489.060	292.436	64.810	109.246	52.200.535	9.433.978	7.928.700	966.836	3.474.255		

Nota: La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in tabella 2.11 poiché: (i) sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, pari a 423.323 (ii) non sono state prese in considerazione alcune schede contenenti errori relativi al tipo di istituto o alla durata della degenza (che viene considerata errata se uguale a zero o superiore a 365).

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.11 **Distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2008)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

È anche importante rilevare se e in quale misura i servizi territoriali vengono utilizzati nella fase post acuzie. Dalla Tabella 2.13 emerge che l'88,8% dei ricoveri per acuti viene dimesso con «dimissione domiciliare», mentre solo il 2% viene dimesso/trasferito presso strutture territoriali (0,6% presso RSA e 1,2% presso istituti di riabilitazione) oppure dimesso a domicilio con attivazione di ADI (0,2%) o dimissione protetta (0,3%). Nel 2,6% dei casi il paziente viene trasferito presso altre strutture per acuti.

Sempre con riferimento ai ricoveri per acuti, le Figure 2.12 e 2.13 presentano alcuni dati sulla composizione dell'attività erogata. In particolare:

- ▶ la Figura 2.12 mostra la distribuzione dei dimessi per acuti tra regime ordinario e *day hospital*. Rispetto a un'incidenza media nazionale dei ricoveri in *day hospital* sul totale dei ricoveri del 31%, ben undici regioni evidenziano una percentuale inferiore. Tra queste, quattro (Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Puglia) si discostano dalla media di circa 6 punti percentuali. Al contrario, le regioni che presentano le percentuali più elevate di attività in *day hospital* sono Liguria, Basilicata e Sicilia, con quote rispettivamente pari al 42,6%, al 39,3% e al 38,8%.
- ▶ la Figura 2.13 presenta la distribuzione dei dimessi per acuti tra DRG di tipo medico e DRG di tipo chirurgico. A livello nazionale i DRG medici presen-

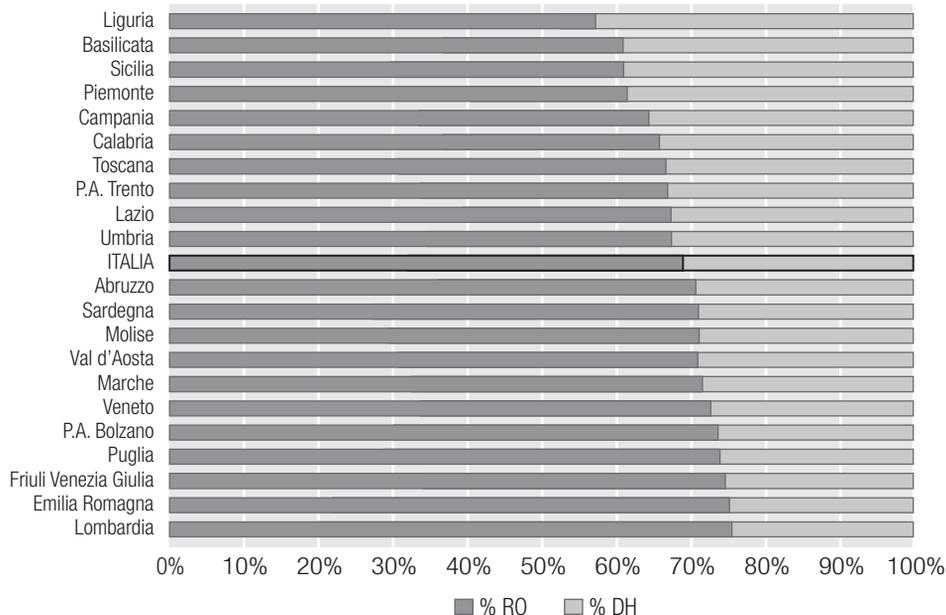
Tabella 2.13 Distribuzione percentuale delle modalità di dimissione – Ricoveri per acuti in regime ordinario – Dati provvisori (2009)

REGIONE	Dimissione ordinaria a domicilio	Dimissione ordinaria presso RSA	Trasferimento ad Istituto di riabilitazione	Dimissione ordinaria con attivazione assistenza domiciliare integrata	Dimissione protetta a domicilio con ospedalizzazione domiciliare	Dimissione volontaria e Deceduto	Altro ¹
Piemonte (*)	85,7	1,3	3,3	0,3	0,1	4,9	4,2
Valle d'Aosta	88,8	3,6	0,4	0,2	0,0	5,4	1,6
Lombardia (*)	89,8	0,6	2,0	0,1	0,1	3,9	3,5
P.A. Bolzano (*)	86,2	1,9	4,2	0,3	0,2	3,9	3,3
P.A. Trento	81,3	2,3	3,8	0,4	0,3	4,3	5,6
Veneto (**)	89,4	0,6	2,3	0,4	0,1	4,6	2,5
Friuli V.G.	87,0	3,5	0,7	0,7	0,1	5,7	2,3
Liguria	85,3	2,5	1,1	0,0	0,4	7,4	3,3
Emilia Romagna	88,5	1,8	1,3	1,1	-	4,5	2,7
Toscana (*)	91,1	0,3	0,8	0,1	0,8	4,8	2,0
Umbria	90,8	0,5	0,3	0,4	1,3	5,0	1,6
Marche (*)	90,3	0,6	0,5	0,2	1,2	4,5	2,8
Lazio (*)	89,8	-	0,7	-	-	5,9	3,7
Abruzzo (*)	87,0	0,6	0,4	0,4	1,3	6,0	2,8
Molise	90,2	0,0	0,2	0,2	0,0	6,7	2,7
Campania (*)	84,7	0,0	0,1	0,1	0,4	13,3	1,3
Puglia (*)	91,4	0,1	0,2	0,0	0,1	6,6	1,7
Basilicata	90,0	0,2	0,5	0,2	1,5	6,1	1,6
Calabria	90,6	0,1	0,2	0,0	0,0	7,8	1,3
Sicilia	90,0	0,1	0,2	0,1	0,3	7,7	1,7
Sardegna (***)	90,9	0,3	0,1	0,0	1,1	5,5	2,0
ITALIA	88,8	0,6	1,2	0,2	0,3	6,2	2,6

Note: ¹ Trasferimento ad altro istituto per acuti e trasferimento ad altro regime di ricovero o altro tipo di attività nello stesso istituto. (*) La Regione ha inviato solo il primo semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/07/2008 al 30/06/2009; (**) la Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/10/2008 al 30/09/2009; (***) la Regione non ha inviato i dati per il 2009 e sono stati pertanto considerati i dati 2008.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.12 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra regime ordinario (RO) e Day Hospital (DH) per Regione (2008)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

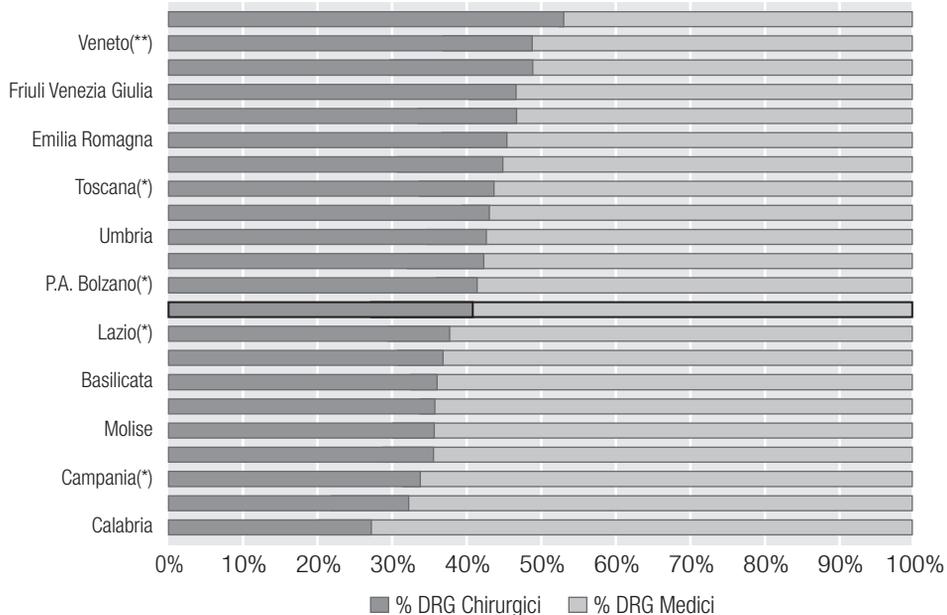
tano percentuali più alte rispetto a quelli chirurgici (59% contro 41%). Si evidenzia però una forte differenziazione regionale. In particolare, i DRG chirurgici vanno dal 53% del Piemonte al 27% della Calabria.

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 valutazione sull'efficienza operativa²⁸. La degenza media per acuti a livello nazionale si attesta nel 2009 a 6,7 (nel 2008 era pari a 6,8 – cfr. Tabella 2.11). Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,2 rispetto a 7,1 giorni nel 2009), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (28,6 rispetto a 26,2) e maggiori per la lungodegenza (36,5 rispetto a 28,1). Si osservano, però, considerevoli differenze tra regioni: relativamente ai ricoveri per acuti (Figura 2.14), le strutture del Sud presentano general-

²⁸ 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 (riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

Figura 2.13 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra DRG di tipo medico e DRG di tipo chirurgico, per Regione – Dati provvisori (2009)**



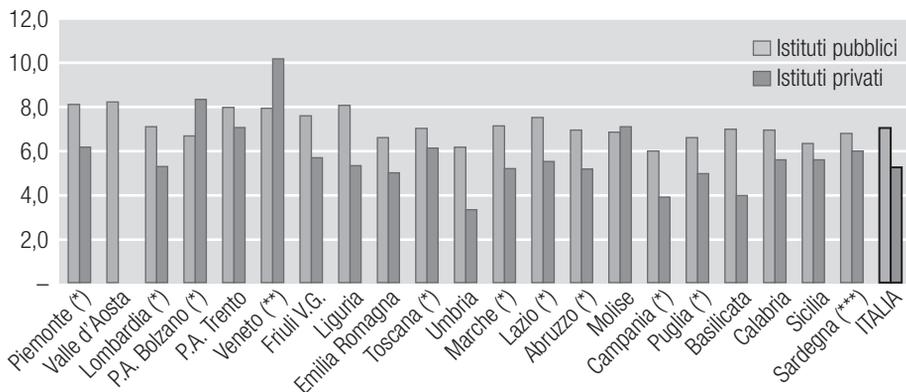
Note(*) La Regione ha inviato solo il primo semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/07/2008 al 30/06/2009; (**) la Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/10/2008 al 30/09/2009; (***) la Regione non ha inviato i dati per il 2009 e sono stati pertanto considerati i dati 2008.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

mente degenze medie più brevi, soprattutto nelle strutture private (ad eccezione del Molise); per 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. Esprime, infatti, 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 cura²⁹. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al

²⁹ 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.

Figura 2.14 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura – Dati provvisori (2009)**

Note(*) La Regione ha inviato solo il primo semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/07/2008 al 30/06/2009; (**) la Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/10/2008 al 30/09/2009; (***) la Regione non ha inviato i dati per il 2009 e sono stati pertanto considerati i dati 2008.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

ricovero in regime ordinario, in particolare a *day hospital*, ospedalizzazione domiciliare ed erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali extraospedaliere. La normativa (L. 62/1996, art.1) fissa quale valore ottimale 160 ricoveri annui in regime ordinario e *day hospital* (per acuti e non) per 1.000 abitanti³⁰. Successivamente l'art. 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lettera b) ha stabilito che le regioni, entro il 2007, avrebbero dovuto 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 ad almeno il 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. Il dato effettivo nazionale standardizzato al 2008³¹ risulta pari a 123,39 ricoveri ordinari e 57,15 ricoveri in *day hospital* per acuti ogni 1.000 abitanti, per un totale di 180,54, valore medio in linea con l'obiettivo previsto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (in diminuzione rispetto al 2006 di 10,31 ricoveri per 1000 abitanti soprattutto per i

³⁰ Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

³¹ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni.

ricoveri intraregione). Le regioni che rispettino il duplice vincolo sono Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Emilia Romagna, Umbria e Marche.

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale. La Tabella 2.14 evidenzia chiaramente tale variabilità, con le regioni del Sud che registrano i tassi più elevati (con un massimo di 227 per 1.000 in Campania), mentre le regioni del Centro (ad eccezione del Lazio) e del Nord (ad eccezione della Liguria, della PA di Bolzano e della Valle d'Aosta) evidenziano valori inferiori alla media nazionale.

Tabella 2.14 **Tasso di ospedalizzazione standardizzato per regime di ricovero ed ubicazione della struttura (2008)**

Regione	Tasso osped. RO intraregionale	Tasso osped. RO fuori Regione	Tasso osped. DH intraregionale	Tasso osped. DH fuori Regione	Tasso osped. RO	Tasso osped. DH	Totale tasso osped.
Piemonte	90,17	8,02	57,70	3,43	98,19	61,14	159,33
Val d'Aosta	100,57	25,94	43,34	12,31	126,51	55,65	182,16
Lombardia	119,25	4,82	39,31	1,94	124,07	41,25	165,32
Bolzano	135,12	6,31	47,65	2,30	141,43	49,95	191,38
Trento	90,32	19,12	46,62	8,05	109,44	54,68	164,12
Veneto	100,34	6,17	37,86	3,10	106,51	40,97	147,48
Friuli V.G.	100,68	7,31	33,75	3,32	107,99	37,07	145,07
Liguria	97,17	14,08	79,21	8,04	111,25	87,25	198,50
Emilia Romagna	108,86	7,36	37,91	3,44	116,22	41,35	157,57
Toscana	90,37	6,86	47,35	3,14	97,23	50,48	147,71
Umbria	98,08	14,42	48,18	8,15	112,50	56,33	168,83
Marche	105,95	13,78	41,24	5,64	119,73	46,88	166,62
Lazio	117,07	8,30	60,39	3,87	125,37	64,25	189,62
Abruzzo	114,79	19,87	48,72	9,09	134,67	57,81	192,48
Molise	114,85	29,28	48,91	12,71	144,12	61,62	205,74
Campania	137,15	10,84	74,93	4,28	147,99	79,22	227,20
Puglia	143,53	10,98	51,20	4,53	154,51	55,74	210,25
Basilicata	89,24	28,65	58,20	11,64	117,90	69,84	187,73
Calabria	116,03	22,57	60,46	9,90	138,60	70,35	208,96
Sicilia	123,55	8,34	79,27	2,67	131,89	81,94	213,83
Sardegna	126,82	7,03	51,61	2,40	133,84	54,01	187,86
ITALIA	114,12	9,27	53,11	4,04	123,39	57,15	180,53

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Se si considerano i soli tassi di ospedalizzazione in regime ordinario, sono Puglia, Campania, Molise e PA di Bolzano a presentare i valori più elevati (rispettivamente 154, 147, 144 e 141 ricoveri per 1.000 abitanti); invece, con riferimento ai tassi in regime diurno, ciò avviene per Liguria, Sicilia e Campania (rispettivamente 87, 82 e 79 ricoveri per 1.000 abitanti).

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

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

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 nel 1998 a 1,26 nel 2005); tra il 2005 e il 2006 si è verificata una discontinuità della serie storica perché è cambiato il sistema di classificazione dei DRG (che si basa ad oggi sulla versione 24); nel periodo 2006 – 2009 si è ridotto da 1,09 a 1,06;
- ▶ l'indice di *case mix* (ICM) presenta la stessa distinzione; è superiore ad 1 indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana – in tutte le regioni settentrionali (tranne le PA di Bolzano e Trento) e centrali (tranne il Lazio), con valori massimi in Piemonte (1,11), Liguria (1,09) e Toscana (1,10). Tutte le regioni meridionali presentano, al contrario, un indice inferiore all'unità (tranne la Basilicata, che registra un valore pari a 1,01);
- ▶ il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 30,50% (in aumento rispetto al 29,57% del 2008), con un'elevata variabilità interregionale che evidenzia un massimo in Valle D'Aosta (42,22%) ed un minimo in Campania (23,87%).

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 di alcune regioni (cfr. Capitolo 3 del presente Rapporto), nonché la maggiore degenza media.

Una seconda categoria è composta dagli indicatori di appropriatezza, che si

Tabella 2.15 **Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in regime ordinario per Regione – Dati provvisori (2009)**

Regione	Peso medio ricoveri acuti RO ⁽¹⁾	Indice di Case Mix	Percentuale casi complicati
Piemonte (*)	1,18	1,11	37,73
Valle d'Aosta	1,11	1,04	42,22
Lombardia (*)	1,11	1,04	27,20
P.A. Bolzano (*)	0,99	0,93	29,14
P.A. Trento	1,06	0,99	36,32
Veneto (**)	1,13	1,06	26,43
Friuli V.G.	1,15	1,08	34,01
Liguria	1,16	1,09	39,59
Emilia Romagna	1,12	1,06	35,60
Toscana (*)	1,17	1,10	35,19
Umbria	1,07	1,01	31,32
Marche (*)	1,08	1,02	31,79
Lazio (*)	1,05	0,99	28,01
Abruzzo (*)	1,02	0,96	31,09
Molise	1,04	0,98	35,15
Campania (*)	0,95	0,89	23,87
Puglia (*)	0,99	0,93	31,99
Basilicata	1,08	1,01	39,33
Calabria	0,92	0,86	29,62
Sicilia	0,94	0,88	31,09
Sardegna (***)	0,98	0,89	28,97
ITALIA	1,06	1,00	30,50

(¹) Valori determinati utilizzando i pesi D.M. 18/12/2008

(*) La Regione ha inviato solo il primo semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/07/2008 al 30/06/2009; (**) la Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/10/2008 al 30/09/2009; (***) la Regione non ha inviato i dati per il 2009 e sono stati quindi considerati i dati 2008.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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 2009. I ricove-

ri di 1 giorno e i ricoveri la cui durata supera il valore soglia sono considerati espressivi dell'inappropriatezza, 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 indicatori di inefficienza. Non si vuole ovviamente sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente relativi a ricoveri impropri; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e le procedure terapeutiche. Nel dettaglio:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico è notevolmente diminuita, soprattutto per le regioni Basilicata, Umbria, Abruzzo, Puglia, Marche e Valle D'Aosta. Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord: il valore medio nel 2009 al Sud è più alto di quanto fosse nel 1998 nel Centro-Nord;
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un incremento diffuso su tutto il territorio. Rispetto a quanto avvenuto a livello nazionale (+7,05 punti percentuali) le regioni più virtuose si rivelano ancora quelle del Centro e Nord Italia, con un incremento dell'indice rispettivamente pari a 3,8 e 6,4 punti percentuali dal 1998. Le regioni meridionali, invece, subiscono un peggioramento nello stesso intervallo temporale (+11,3 punti percentuali);
- ▶ la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è peggiorata solo lievemente (+0,7 punti percentuali); su scala regionale, però, si evidenzia una forte variabilità (20,45 punti percentuali). L'andamento è piuttosto peculiare: per questo indicatore, sono soprattutto alcune regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento dell'incidenza di ricoveri di 1 giorno sul totale dei ricoveri: in particolare, Basilicata (-7,42 punti percentuali) e Sicilia (-4,65 punti percentuali), mentre in Campania l'incidenza è aumentata di 7,45 punti percentuali e in Abruzzo del 1,07 punti percentuali.
- ▶ altrettanto variabile risulta essere l'andamento regionale del tasso di ricoveri oltre valore soglia per ricoveri acuti in regime ordinario: rispetto al 2006 l'indice è passato da 4,57 a 4,85. Al 2009 le regioni del Nord (ad eccezione della PA di Bolzano) insieme a Marche, Lazio e Sardegna registrano valori superiori alla media nazionale.
- ▶ il numero totale dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM 29 novembre 2001 – Allegato 2C – Tabella 2.17), riguarda maggiormente i DRG di tipo medico (61% del totale DRG LEA), è pari a circa il 15% del totale dei ricoveri ordinari per acuti, con un massimo rappresentato dalla Campania (20%) e un minimo dalla Valle D'Aosta (8%).

Tabella 2.16 **Indicatori di appropriatezza delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2009) – Dati provvisori 2009**

Regione	Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti		Percentuale ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario		Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni ¹	
	1998	2009	1998	2009	1998	2009	2006	2009
Piemonte (*)	38,55	27,12	26,86	31,55	9,1	8,88	7,67	8,10
Valle d'Aosta	50,7	37,71	21,5	34,98	14	11,60	9,17	10,08
Lombardia (*)	38,35	29,47	23,33	28,71	11,3	10,29	4,87	5,80
P.A. Bolzano (*)	44,31	42,53	17,29	25,49	16,3	14,11	4,91	4,41
P.A. Trento	42,07	41,50	22,45	24,58	11,1	8,23	8,43	8,33
Veneto (**)	41,86	32,60	24,49	28,61	8,3	6,90	7,15	7,27
Friuli V.G.	36,10	28,31	19,04	23,77	11,00	9,79	6,52	6,41
Liguria	40,45	34,10	28,48	37,16	12,9	11,29	5,18	5,85
Emilia Romagna	34,49	26,25	29,27	29,89	15,7	10,06	3,75	3,66
Toscana (*)	41,53	30,94	22,54	26,89	10,5	8,89	3,90	3,87
Umbria	47,25	31,60	25,45	32,47	18,1	14,93	3,07	3,52
Marche (*)	40,24	27,10	33,23	34,19	8,2	8,64	4,97	5,15
Lazio (*)	43,4	35,64	35,46	41,57	13,8	11,10	5,90	5,61
Abruzzo (*)	51,12	37,08	33,49	42,31	9,9	10,97	3,31	4,15
Molise	48,92	43,95	33,45	48,45	8,9	8,35	4,69	4,49
Campania (*)	53,35	44,86	48,03	62,24	19,9	27,35	2,95	2,81
Puglia (*)	52,9	39,27	35,07	47,76	12,7	11,35	3,60	3,68
Basilicata	64,36	40,60	41,76	46,37	16	8,58	3,44	3,90
Calabria	56,42	51,25	34,24	41,62	13	12,18	3,44	3,85
Sicilia	54,41	42,85	36,56	53,14	14,5	9,85	2,55	2,87
Sardegna (***)	50,11	42,66	25,98	36,90	12,5	13,00	5,21	5,20
ITALIA	44,91	34,68	31,38	38,43	12,8	12,09	4,57	4,85

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

(*) La Regione ha inviato solo il primo semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/07/2008 al 30/06/2009; (**) la Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01/10/2008 al 30/09/2009; (***) la Regione non ha inviato i dati per il 2009, e quindi sono stati considerati i dati 2008.

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 2.17 **Distribuzione DRG LEA medici (2008)**

REGIONE	Totale ricoveri LEA acuti in regime ordinario	% LEA su totale ricoveri acuti in regime ordinario
Piemonte	49.537	11%
Valle d'Aosta	1.184	8%
Lombardia	225.065	17%
P.A. Bolzano	13.852	18%
P.A. Trento	6.296	12%
Veneto	65.308	12%
Friuli V.G.	19.448	13%
Liguria	21.282	10%
Emilia Romagna	82.652	14%
Toscana	39.301	9%
Umbria	14.539	13%
Marche	29.014	15%
Lazio	117.314	15%
Abruzzo	26.597	14%
Molise	8.947	16%
Campania	152.121	20%
Puglia	103.155	17%
Basilicata	7.982	13%
Calabria	43.323	18%
Sicilia	79.141	12%
Sardegna	38.710	18%
ITALIA	1.144.768	15%

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

2.4.2 Le attività territoriali

Il presente sottoparagrafo presenta i dati relativi all'assistenza territoriale.

I dati sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» che si è arricchita, proprio nel corso dell'ultimo biennio, dei dati relativi alle prestazioni non di ricovero erogate dal SSN.

Con riferimento alle informazioni rilevate dal Ministero, una delle attività a cui viene dedicato particolare attenzione, se non altro per il livello di coordinamento organizzativo richiesto, è l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

L'ADI è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, che 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 2007 mediamente sono stati trattati in ADI 803 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 2.18), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 118 casi per 100.000 abitanti della Valle D'Aosta e 140 della PA di Bolzano ai 2.058 del Friuli Venezia Giulia;
- ▶ tipologia di pazienti trattati, anziani nel 93,49% dei casi in Liguria e nel 45,37% dei casi in Molise;
- ▶ intensità di assistenza erogata, ovvero 152 ore per caso trattato in Valle D'Aosta, 7 in Friuli Venezia Giulia.

Un altro importante segmento di attività territoriale riguarda le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale (Tabella 2.19), che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2007 in Italia sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria, con una media uguale per abitante che va dalle 19 prestazioni della Sicilia alle quasi 25 di Emilia Romagna e Marche e una media nazionale pari a 22.

Inoltre, la composizione di queste attività (Tabella 2.20), evidenzia l'assoluta predominanza dell'attività di laboratorio (l'86% del totale, con punte del 90% in Umbria), seguita da quella riabilitativa (quasi il 6%, con un livello massimo di oltre il 17% in Basilicata) e dalla diagnostica strumentale e per immagini (circa il 4,5%). Tutte le altre prestazioni, prevalentemente visite specialistiche, rappresentano una percentuale del 3,9% a livello nazionale, con forti differenziazioni tra le regioni.

Un ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituito dalle strutture residenziali e semiresidenziali. In tali strutture, il 72% dei posti letto dedicato all'assistenza agli anziani, il 12% all'assistenza psichiatrica, il 16% all'assistenza ai disabili psichici e fisici. Nello specifico, tra le varie forme di assistenza a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 220.720 utenti a livello nazionale e una media di 229 giornate di assistenza per utente

Tabella 2.18 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2007)**

Regione	Casi trattati		Ore di assistenza erogata per caso trattato				Totale
	Numero x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	
Piemonte	24.300	71,75	17,7	1	12	8	21
Valle D'Aosta	147	53,06	3,1	4	18	130	152
Lombardia	81.174	84,85	36,6	4	11	2	17
Prov. Auton. Bolzano (*)	683	66,18	5,5	0	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1.742	56,03	10,2	0	20	0	20
Veneto	73.431	81,02	64,2	1	8	1	10
Friuli Venezia Giulia	24.958	81,10	73,0	1	6	0	7
Liguria	14.829	93,49	32,3	5	16	4	24
Emilia Romagna	64.666	84,98	57,2	0	20	2	22
Toscana	22.122	81,42	21,2	2	15	7	24
Umbria	10.814	81,54	43,2	1	19	13	34
Marche	15.883	84,90	38,9	6	19	2	27
Lazio	51.877	79,73	38,8	5	13	1	20
Abruzzo	12.705	80,65	36,6	8	19	0	28
Molise	5.790	45,37	37,2	4	10	1	15
Campania	17.707	82,87	16,3	7	28	25	60
Puglia	13.882	83,30	16,2	16	32	2	51
Basilicata	6.774	75,55	43,2	13	24	3	40
Calabria	13.071	77,85	27,6	3	11	1	15
Sicilia	12.784	72,36	10,2	9	19	4	33
Sardegna	5.228	68,38	12,0	12	58	2	72
Italia	474.567	81,19	32,7	4	15	3	22

(*) Il dato relativo alle ore di assistenza erogata per caso trattato non è disponibile.

Fonte: Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Tabella 2.19 **Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2007)**

Regione	Totale prestazioni	Numero per abitante
Piemonte	93.650.777	21,51
Valle D'Aosta	2.852.114	22,85
Lombardia	218.199.824	22,86
P.A. Bolzano	9.835.461	20,17
P.A. Trento	11.746.614	23,17
Veneto	114.388.548	23,96
Friuli Venezia Giulia	25.177.517	20,76
Liguria	38.366.981	23,86
Emilia Romagna	104.392.482	24,72
Toscana	81.175.860	22,31
Umbria	20.765.525	23,79
Marche	37.646.577	24,51
Lazio	122.043.155	22,22
Abruzzo	29.008.416	22,15
Molise	7.359.012	22,99
Campania	117.865.726	20,36
Puglia	82.242.698	20,21
Basilicata	12.724.071	21,52
Calabria	42.762.604	21,40
Sicilia	95.887.108	19,11
Sardegna	36.033.349	21,71
ITALIA	1.304.124.419	22,05

Fonte: Elaborazioni su dati Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

(fortemente differenziate a livello regionale dalle 43 della Valle D'Aosta e 79 della Sicilia alle 324 della PA di Bolzano e 306 della PA di Trento). Nelle strutture semiresidenziali prevale invece l'assistenza psichiatrica, che richiede mediamente 66 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 22 della Calabria alle 327 del Molise) (Tabella 2.21).

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale, infine, svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche terapeutico riabilita-

Tabella 2.20 **Distribuzione percentuale dell'attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2007)**

Regione	Lab. Analisi chimico-cliniche e microbiologiche ecc	Medicina fisica e riabilitativa - Recupero e riabilitazione	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	Altro
Piemonte	82,20%	7,34%	4,82%	5,64%
Valle D'Aosta	82,33%	5,22%	4,74%	7,70%
Lombardia	88,20%	3,66%	4,56%	3,58%
P.A. Bolzano	81,56%	7,07%	5,81%	5,56%
P.A. Trento	89,75%	3,85%	4,74%	1,66%
Veneto	84,65%	7,09%	4,56%	3,69%
Friuli Venezia Giulia	88,99%	3,00%	3,67%	4,34%
Liguria	80,35%	7,12%	4,07%	8,46%
Emilia Romagna	86,07%	2,01%	4,90%	7,01%
Toscana	89,27%	0,80%	5,09%	4,84%
Umbria	90,25%	1,19%	4,49%	4,08%
Marche	87,10%	4,36%	4,62%	3,92%
Lazio	85,65%	8,86%	4,35%	1,14%
Abruzzo	86,49%	3,27%	4,50%	5,74%
Molise	86,82%	4,64%	3,72%	4,82%
Campania	83,35%	9,44%	4,65%	2,55%
Puglia	84,51%	8,84%	4,14%	2,50%
Basilicata	76,03%	17,48%	3,76%	2,73%
Calabria	87,15%	5,97%	2,99%	3,88%
Sicilia	89,21%	4,67%	3,87%	2,25%
Sardegna	84,04%	7,37%	4,35%	4,24%
ITALIA	85,94%	5,74%	4,46%	3,86%

Fonte: Elaborazioni su dati Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

tive. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2007 sono state rilevate 912 strutture riabilitative con 15.553 posti per l'attività residenziale e 13.997 per l'attività semiresidenziale, per un totale di 50 ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale, anche se tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa (Tabella 2.22).

Tabella 2.21 **Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2007)**

Regione	Assistenza psichiatrica			Assistenza ai disabili psichici			Assistenza agli anziani			Assistenza ai disabili fisici						
	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Utenti per utente	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Utenti per utente	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Utenti per utente	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Utenti per utente				
Piemonte	3.006	66	1.788	261	1.235	170	962	302	583	62	20.292	215	434	209	383	307
Valle D'Aosta			42	285	24	142	57	174			35	43			250	38
Lombardia	6.752	66	5.401	205	65	91	293	212	7.395	121	74.173	256	5.027	199	3.825	303
P.A. Bolzano	187	124	158	226			383	48			3.596	324			112	358
P.A. Trento	280	25	120	271			17	193			4.768	306				
Veneto	4.000	71	1.862	245	4.231	186	2.832	281	1.711	107	34.520	252	1.153	178	1.407	177
Friuli V.G.	1.843	39	1.252	82	69	82	175	114	14	251	14.072	155	130	51	885	45
Liguria	903	83	706	282	175	221	256	289	186	144	6.362	119	50	78	241	85
Emilia Romagna	2.639	69	2.386	125			5	243	5.049	129	29.258	208	2.710	190	1.651	290
Toscana	1.879	81	1.095	239	429	131	814	264	1.478	120	13.295	236	676	160	583	187
Umbria	337	94	408	266	357	135	77	108	120	138	2.384	203	249	155	23	347
Marche	415	103	541	256	164	144	133	297	78	143	3.084	132	9	164	16	336
Lazio	2.077	72	3.256	134	79	191	391	218	78	159	6.237	235	14	267	307	292
Abruzzo	279	107	967	283			195	327			2.951	163			373	116
Molise	18	327	60	351												
Campania	2.646	54	1.103	287	382	52	304	337	33	120	522	195		418	205	
Puglia	398	178	1.062	250	288	151	695	332			535	115	71	190	237	338
Basilicata	61	108	314	292			88	160			362	166		27	71	
Calabria	720	22	420	315	171	254	237	340			1.151	235	154	38	517	54
Sicilia	1.743	45	1.631	258	21	144	455	215			2.399	79	1	250	403	105
Sardegna	573	36	307	272	125	59	423	209	88	41	724	157	52	185	326	159
Italia	30.756	66	24.879	211	7.815	169	8.792	262	16.813	120	220.720	229	10.730	187	11.984	222

Fonte: Elaborazioni su dati Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Tabella 2.22 **Attività di assistenza riabilitativa (2007)**

Regione	Totale Attività di Riabilitazione				
	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.
	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Accessi
Piemonte	1.032	62	44	217	98.250
Lombardia	20.267	67	3.910	80	865.771
P.A. Bolzano	2.217	17	55	19	
P.A. Trento	95	274	8	134	17.846
Veneto	526	47	1.933	43	297.410
Friuli Venezia Giulia	50	268	355	176	99.379
Liguria	1201	93	447	108	55.651
Emilia Romagna	932	43	1	302	29.611
Toscana	7.710	43	3.122	63	530.839
Umbria	289	188	165	128	3.856
Marche	2.065	117	320	88	270.928
Lazio	3.587	204	3.944	123	1.946.773
Abruzzo	5.375	57	1.027	140	434.071
Molise	697	31	24	215	58.596
Campania	1.612	223	5.071	163	2.979.970
Puglia	3.464	83	664	201	723.865
Basilicata	487	312	139	226	140.693
Calabria	1.039	164	2.706	14	136.107
Sicilia	747	325	1.874	222	899.597
Sardegna	736	163	703	189	401.308
ITALIA	54.128	87	26.512	112	9.990.521

Fonte: Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

Rispetto alle ore di lavoro prestato per figura professionale al 2007 i terapeuti prestano il maggior numero di ore di assistenza nelle strutture riabilitative di cui sopra (52,1 per ogni caso trattato per quella residenziale, 76,3 per ogni caso trattato per quella semiresidenziale e 0,9 per ogni accesso per quella ambulatoriale), ma emergono forti differenziazioni regionali (Tabella 2.23). È possibile che i dati raccolti facciano riferimento ad attività differenti a seconda del contesto in cui sono stati rilevati.

Tabella 2.23 Ore di lavoro prestato per tipo di assistenza e figura professionale (2007)

Regione	Ore lavorate per utente				Ore lavorate per utente				Ore lavorate per accesso			
	Assistenza residenziale				Assistenza semiresidenziale				Assistenza ambulatoriale			
	Medici	Terapisti	Logopedisti		Medici	Terapisti	Logopedisti		Medici	Terapisti	Logopedisti	
Piemonte	41,9	145,9	4,7	1	24	139,2	18,2	10,7	0,1	1,2	0,4	0,6
Lombardia	19,6	27,5	1		24,4	34,1	10,7		0,1	0,8		
P.A. Bolzano	3	6,1			3,6	4,9						
P.A. Trento	32,4	22,5			7,8	5,5			0,1	0,8		0,1
Veneto	15,4	20,3	6,8		7	26,5	6,3		0,1	0,5		0,1
Friuli Venezia Giulia	26,5	129,8	22,1		28,7	98,7	40,6		0,1	0,4		0,1
Liguria	16,7	54,2	0,8		10,8	122,5	2,4		0,1	0,6		0,1
Emilia Romagna	9,4	33,7	3,7		50	30	30		0,1	0,8		0,2
Toscana	9,6	37,3	2,2		11,3	43,2	12,3		0,1	1		0,3
Umbria	26,1	52,4	19,7		21,7	63	17,2		0,2	1		0,4
Marche	37,2	67,7	5,4		11,3	42,5	4,2		0,1	1,3		0,2
Lazio	28,9	59,7	5,6		27,4	75,1	15,9		0,1	0,6		0,2
Abruzzo	17,5	36,4	1,8		19	86,8	4,4		0,1	0,9		0,2
Molise	18,3	57,2			20,8	186,5			0,4	1,7		0,3
Campania	48,5	149,8	16,9		19,8	133,1	16,3		0,2	0,8		0,4
Puglia	22,7	84	6,5		14,9	64,8	14,2		0,2	1,1		0,2
Basilicata	36,8	132,1	9,2		26,6	283,3	22,4		0,2	1,6		0,6
Calabria	34,3	91,4	2,7		1,5	7,9	1,7		0,1	0,9		0,4
Sicilia	27,3	205,9	20,9		30	152,4	26,5		0,1	0,8		0,3
Sardegna	55,9	335	8		24,4	182,6	5,6		0,2	1,2		0,2
ITALIA	20,9	52,1	3,3		18,4	76,3	12,6		0,1	0,9		0,3

Fonte: Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO

2.5 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana richiede alle aziende (e alle regioni in qualità di capogruppo dei SSR) di conseguire l'economicità, cioè la «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico, ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» (Borgonovi 2000: 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 dei bisogni e della domanda richiede di considerare una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita che permetta l'individuazione di tutte le variabili che incidono sul bisogno e la domanda di salute e delle relative fonti di dati e informazioni esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda al Rapporto Osservasalute (www.osservasalute.it) per una trattazione sistematica del quadro epidemiologico che caratterizza le diverse regioni. Qui di seguito si presentano solo alcuni indicatori, 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 2001; Herwartz e Theilen 2003; Spillman e Lubitz 2000).

Nel corso del 2009 la popolazione ha continuato a crescere raggiungendo i 60 milioni 340 mila residenti, con un incremento di 295.260 unità rispetto al 2008 (pari allo 0,5%), dovuto completamente alle migrazioni dall'estero. La variazione di popolazione è stata determinata dalla somma delle seguenti voci: il saldo del movimento naturale pari a -22.806 unità (+169% rispetto al 2008), il saldo del movimento migratorio con l'estero pari a +362.343, un decremento dovuto al movimento per altri motivi e al saldo interno pari a -44.277 unità³².

La crescita della popolazione non è uniforme sul territorio nazionale in conseguenza di bilanci naturali e migratori notevolmente diversificati. Si confermano anche per il 2009 un movimento migratorio, sia all'interno del paese che dall'estero, indirizzato prevalentemente verso le regioni del Nord e del Centro, e un saldo naturale che risulta positivo solo nelle regioni del Sud. Il risultato di queste dinamiche contrapposte è una variazione positiva della popolazione in tutte le ripartizioni geografiche, ma piuttosto modesta nelle Isole e nelle regioni

³² A livello nazionale, il saldo migratorio interno può risultare diverso da zero a causa dello sfasamento temporale delle registrazioni anagrafiche di iscrizione e cancellazione.

meridionali. La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni del Nord-Ovest il 26,5% del totale, al Nord-Est il 19,2%, al Centro il 19,7%, al Sud il 23,5% e alle Isole l'11,1%. Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto all'anno precedente: si rileva solo un lieve incremento della quota di popolazione del Nord-Est e Centro a scapito di quella del Sud e Isole.

Sul fronte dell'invecchiamento della popolazione, anche per il 2009 l'Italia si conferma come una delle nazioni con più anziani nel panorama europeo. Possiede infatti, dopo la Germania, il primato di ultra65enni sul totale dei residenti (in Italia sono il 20,2% contro il 17% della media dei Paesi UE27) e, insieme a Germania e Grecia, quello, in negativo, di bambini fino a 14 anni di età (14% contro il 16% della media UE27). Anche il peso degli ultra65enni sulla popolazione in età attiva è pari al 30,7% (era il 26,8% nel 2000) contro una media europea del 25%³³. Conseguentemente, il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato anch'esso un costante aumento negli anni, attestandosi al 143,8% nel 2009 contro il 127% del 2000. 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 2010 un valore pari al 52,1%, aumentando di 4 punti percentuali in dieci anni.

A livello territoriale (Tabella 2.24) l'invecchiamento della popolazione riguarda tutte le aree del paese, pur in presenza di una discreta variabilità. La regione dove risiede il maggior numero di anziani ultra65enni in rapporto al totale è la Liguria, con il 26,8%; quelle dove risiede il maggior numero di minori di 14 anni sono la PA di Bolzano con il 16,6% e la Campania con 16,5%.

Oltre ai fattori demografici, altri fattori rilevanti nell'analisi dei bisogni sono quelli economici, sociali ed epidemiologici. Le differenze territoriali rispetto a queste variabili possono contribuire a 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 Riquadro 2.2 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2001.

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

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

³³ I dati relativi ai paesi UE27 si riferiscono al censimento più recente del 2008.

Tabella 2.24 **Indicatori di struttura demografica, per Regione (stima al 1° gennaio 2010)**

	% minori 14 anni	% 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media
Piemonte	12,8	22,7	177,7	55,1	45,1
Valle D'Aosta	13,9	20,8	149,3	53,0	43,9
Lombardia	14,1	20,0	141,7	51,8	43,4
P.A. Bolzano	16,6	17,8	107,2	52,2	41,0
P.A. Trento	15,3	19,2	125,6	52,8	42,7
Veneto	14,2	19,8	139,7	51,6	43,3
Friuli	12,5	23,3	186,7	55,8	45,7
Liguria	11,4	26,8	234,5	61,9	47,6
Emilia Romagna	13,2	22,4	169,5	55,2	44,8
Toscana	12,6	23,2	183,7	55,9	45,5
Umbria	12,9	23,1	179,6	56,1	45,1
Marche	13,3	22,4	168,4	55,5	44,6
Lazio	14,0	19,7	140,6	50,8	43,1
Abruzzo	13,0	21,2	162,6	52,1	44,0
Molise	12,6	21,9	174,0	52,5	44,4
Campania	16,5	16,0	96,8	48,1	40,0
Puglia	14,9	18,3	122,4	49,6	41,8
Basilicata	13,5	20,2	149,1	50,8	43,1
Calabria	14,3	18,4	130,9	49,4	42,0
Sicilia	15,3	18,4	120,4	50,8	41,5
Sardegna	12,4	19,1	154,5	45,8	43,5
Italia	14,0	20,2	143,8	52,1	43,3

Calcolato come rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella infantile (fino a 14 anni), moltiplicato per 100.

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT

Di seguito verranno presentati alcuni dati relativamente a questi tre temi.

La migrazione sanitaria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra regione rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni 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.

Riquadro 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.

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. 833/1978). Il raggiungimento di un adeguato livello di equità è quindi una delle finalità istituzionali del SSN e delle aziende che vi operano. La misurazione del grado di equità raggiunto dal sistema rappresenta un ulteriore indicatore di efficacia dell'attività.

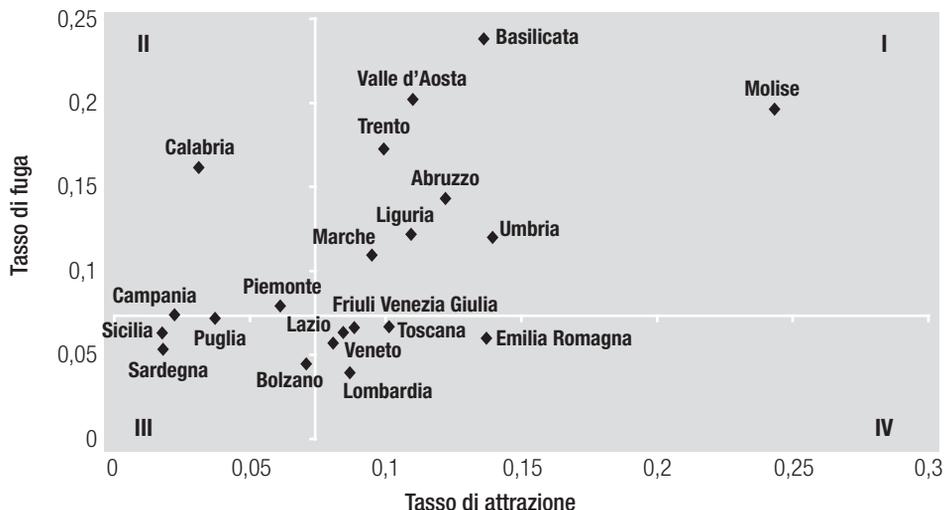
L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse. Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi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

La Figura 2.15 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2008 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, 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 Riquadro 2.3.

Nel corso degli ultimi tre anni l'entità complessiva della mobilità fuori regione è rimasta praticamente inalterata ed è pari, nel 2008 come nel 2006, al 7,3%

Figura 2.15 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2008)**

(*) 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

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

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

dei ricoveri ordinari per acuti (era 7,4% nel 2007). A livello regionale, analogamente, si registra una sostanziale stabilità dei tassi di attrazione e fuga, a meno di un incremento del tasso di attrazione nelle Marche (da 8,9% a 9,5%), di un incremento del tasso di fuga in Abruzzo (da 12% a 14,2%) e di una lieve riduzione del tasso di fuga in Basilicata (da 24% a 23,7%).

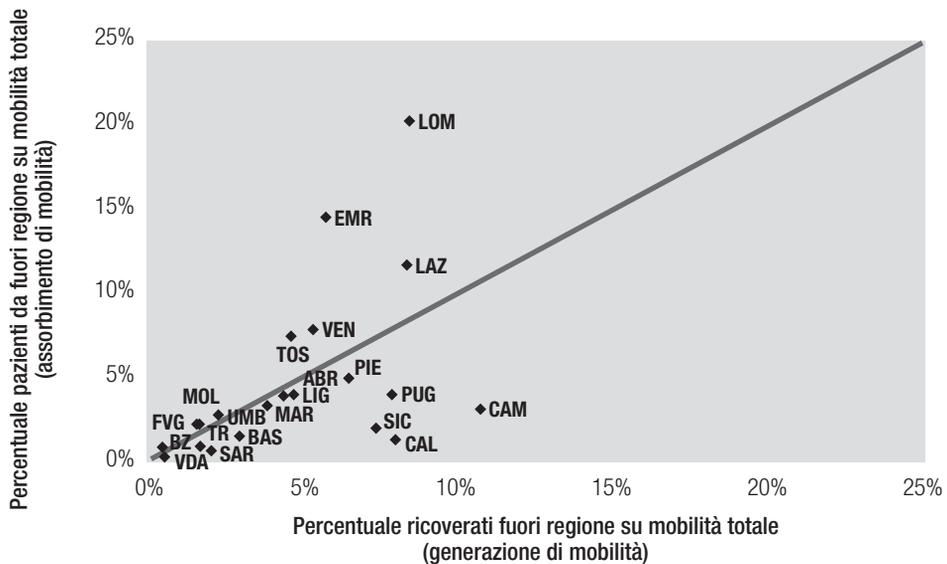
Nella Figura 2.16 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

- ▶ 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 regioni;
- ▶ generazione della mobilità: rapporto tra la mobilità passiva di una regione (numero di pazienti ricoverati fuori regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni.

A differenza della Figura 2.15, 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 attrae oltre il 20% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (14,5%), Lazio (11,6%), Veneto (7,9 %) e Toscana (7,4%).

Figura 2.16 **Assorbimento(*) e generazione(**) della mobilità nelle Regioni (2008)**



(*) 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

- se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,8%), seguita da Lazio e Lombardia (8,4%), Calabria (8%), Puglia (7,9%) e Sicilia (7,4%).

Nella valutazione dei dati presentati, si consideri che la popolazione residente nelle regioni citate in rapporto al dato nazionale è: 16,2% in Lombardia; 8,1% in Veneto; 7,2% in Emilia Romagna; 6,2% in Toscana; 9,4% nel Lazio; 9,7% in Campania; 6,8% in Puglia; 3,3% in Calabria e 8,4% in Sicilia. Va inoltre segnalato 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 SDO; tale indicatore si è ridotto costantemente raggiungendo lo 0,3% nel 2008. Si rileva infine 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 0,94% nel 2008), con un'incidenza sulla mobilità complessiva che è passata dal 7% nel 1999 al 12,7% nel 2008).

Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni si è sviluppata una forte attenzione, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e gestione delle liste. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per: (i) una ricostruzione sistematica dei principali riferimenti normativi in materia fino al 2006; (ii) 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; (iii) la sintesi dell'indagine nazionale sull'utilizzo dei siti Web da parte di regioni, province autonome e strutture sanitarie, quale strumento informativo su tempi e liste d'attesa. Si rimanda, invece, al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per le novità introdotte dalla L. 120/2007.

In assenza di flussi ministeriali stabili, una delle fonti informative più rilevanti sul tema delle liste d'attesa è l'indagine CENSIS 2010 sulle aspettative e la soddisfazione dei cittadini rispetto a salute e sanità (www.censis.it), condotta intervistando nel dicembre 2009 un campione di 1.586 persone maggiorenni. L'analisi rileva come i cittadini individuino, tra le principali criticità, la difficoltà di accesso alle prestazioni a causa delle lunghe liste d'attesa.

L'area maggiormente interessata dal fenomeno delle liste d'attesa è la diagnostica ambulatoriale, rappresentando, per il 70,6% degli utenti intervistati, l'aspetto che più necessita di un intervento migliorativo.

Il tema delle liste d'attesa risulta peraltro correlato in modo piuttosto forte con le modalità di prenotazione e con il tipo di struttura in cui si è effettuato l'accertamento (Tabella 2.25). I tempi di attesa in lista sono, infatti, sensibilmente più contenuti nelle strutture private convenzionate (mediamente 27 giorni contro i 50 complessivi). Per chi si è rivolto ad una struttura pubblica inoltre, una

Tabella 2.25 **Tempi medi di attesa, per tipo di struttura erogatrice e modalità di prenotazione (giorni) per i servizi di diagnostica ambulatoriale**

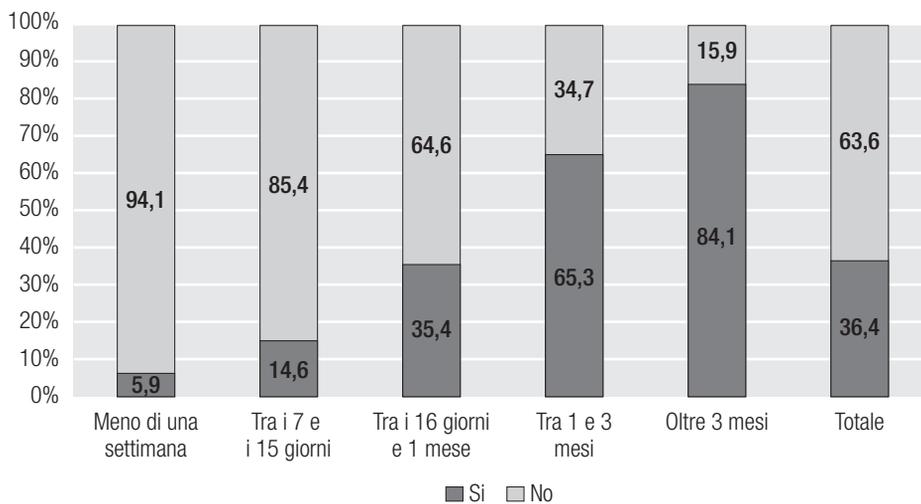
	Ha contattato telefonicamente il CUP regionale	Si è recato allo sportello della struttura scelta	Ha contattato telefonicamente la struttura scelta	Totale
Ospedale pubblico	76	50	40	57
Poliambulatorio pubblico	78	46	25	57
Struttura privata convenzionata	72	21	31	27
Totale	76	43	34	50

Fonte: Indagine CENSIS, 2010

determinante decisiva dei tempi di attesa è la modalità di prenotazione. Chi ha contattato il CUP regionale ha infatti dichiarato di aver atteso 76 giorni per l'ospedale pubblico e 78 per il poliambulatorio territoriale, chi si è recato direttamente allo sportello ha indicato attese di 50 giorni per l'ospedale e 46 per il poliambulatorio, mentre chi ha prenotato mediante contatto telefonico diretto con la struttura scelta ha poi atteso in lista ancora meno, 40 giorni per l'ospedale e 25 per il poliambulatorio.

I dati raccolti evidenziano, infine, che la durata di 1 mese sembra rappresentare una sorta di «soglia di tolleranza» della lista di attesa (Figura 2.17). Osservando l'andamento dell'opinione secondo la quale l'attesa è stata eccessiva, sulla

Figura 2.17 **Ritiene di aver atteso troppo tempo in lista di attesa, per durata della lista di attesa (%)**



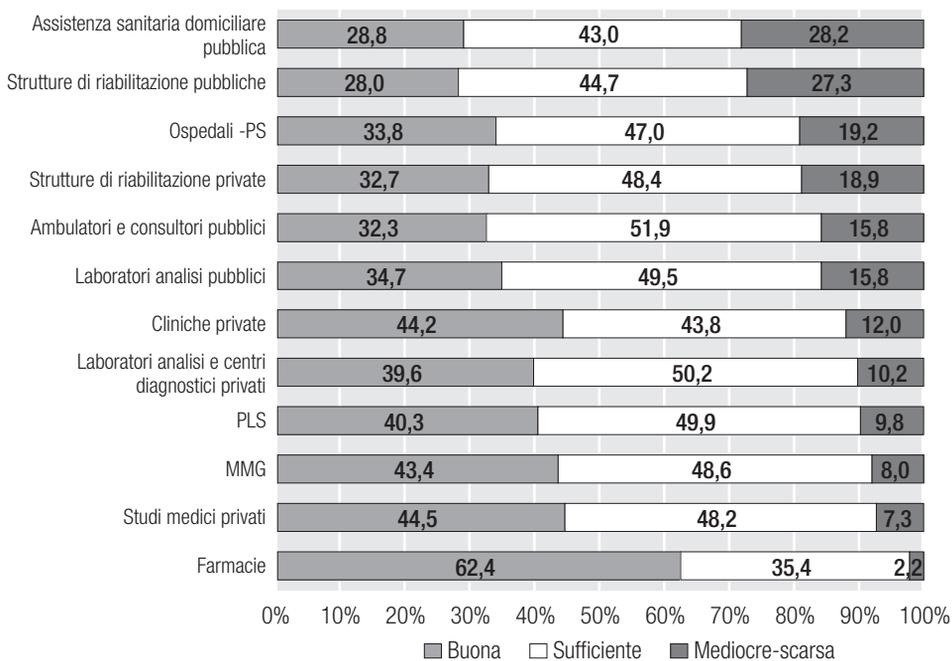
Fonte: Indagine CENSIS, 2010

base del tempo effettivamente atteso, emerge come questa opinione si mantenga minoritaria tra i rispondenti che hanno atteso meno di 1 mese (e raggiunga il 35,4% tra chi ha atteso tra 16 giorni ed 1 mese), mentre divenga maggioritaria tra chi ha atteso più di un mese (il 65,3% tra chi ha atteso da 1 a 3 mesi e l'84,1% per chi ha atteso oltre i 3 mesi).

Nell'analizzare, infine, il livello di soddisfazione dei cittadini, ancora una volta si può fare riferimento all'indagine CENSIS 2010 sulle aspettative e la soddisfazione dei cittadini rispetto a salute e sanità, nonché al settimo rapporto annuale «Ospedali&Salute», che presenta i risultati di un questionario curato da Ermenegildo Zegna per AIOP, somministrato a un campione di 4.140 persone adulte, distribuite all'interno di 2.000 famiglie italiane.

I dati dell'indagine CENSIS 2010 mostrano una generale soddisfazione della popolazione italiana verso il sistema dell'offerta sanitaria, anche se si riportano differenze significative sia tra tipologie di prestazioni, sia soprattutto tra aree geografiche. Dalla Figura 2.18 emerge come i servizi offerti dalle farmacie siano generalmente percepiti di buona qualità (62,4%) e come il Medico di Medicina Generale rappresenti un elemento cardine del sistema di offerta e un referente di prossimità nel quale gli utenti ripongono grande fiducia (il 43,4% degli intervistati esprime un

Figura 2.18 **Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio (%)**



Fonte: Indagine CENSIS, 2010

giudizio di buona qualità percepita). Sono essenzialmente positive anche le esperienze e le opinioni relative ai Pediatri di Libera Scelta, verso cui il 40,3% dei cittadini esprime buoni livelli di soddisfazione. È da notare, invece, come i servizi offerti dal privato (studi medici, laboratori di analisi e cliniche private) siano percepiti di qualità superiore rispetto agli analoghi servizi offerti da erogatori pubblici.

Il sistema di offerta, tuttavia, rimane disomogenea a svantaggio delle regioni centrali e meridionali soprattutto per quello che riguarda la presenza degli ospedali e dei pronto soccorso, ma anche degli ambulatori pubblici, e di quelle centrali per quanto concerne l'accessibilità dei servizi ospedalieri e d'emergenza, in relazione sostanzialmente ai tempi di attesa (Tabella 2.26).

L'indagine presentata in «Ospedali&Salute» è focalizzata sulle prestazioni ospedaliere, rispetto alle quali è stato chiesto agli intervistati di esprimere un giudizio sulla qualità percepita delle strutture e dei servizi di cui hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista.

La Tabella 2.27 evidenzia il giudizio sintetico degli intervistati per tipologia di struttura ospedaliera. Gli ospedali privati non accreditati fanno registrare la percentuale più elevata di «molto positivo», seguiti dagli ospedali pubblici e da quelli privati accreditati. Se si considerano congiuntamente i giudizi positivi («molto positivo» + «abbastanza positivo»), gli ospedali privati accreditati presentano però la percentuale più elevata (60,4%), seguiti dagli ospedali pubblici (58,5%) e

Tabella 2.26 **Servizi indicati come non facilmente accessibili a causa dei tempi di attesa, per ripartizione geografica (%)**

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
Ospedali e PS	25,9	24,0	53,2	37,8
Ambulatori specialistici pubblici	24,4	20,4	36,2	34,9
Laboratori analisi pubblici (ASL e ospedali)	26,7	17,7	29,9	27,4

Fonte: Indagine CENSIS, 2010

Tabella 2.27 **Giudizio di sintesi rispetto alle diverse strutture ospedaliere (%)**

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata non accreditata
Molto positivo	9,6	9,2	12,9
Abbastanza positivo	48,9	51,2	30,3
Un po' negativo	26,8	13,2	13,2
Del tutto negativo	5,4	1,7	4,4
Non saprei esprimere un giudizio	9,3	24,7	39,2

Fonte: Elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2009

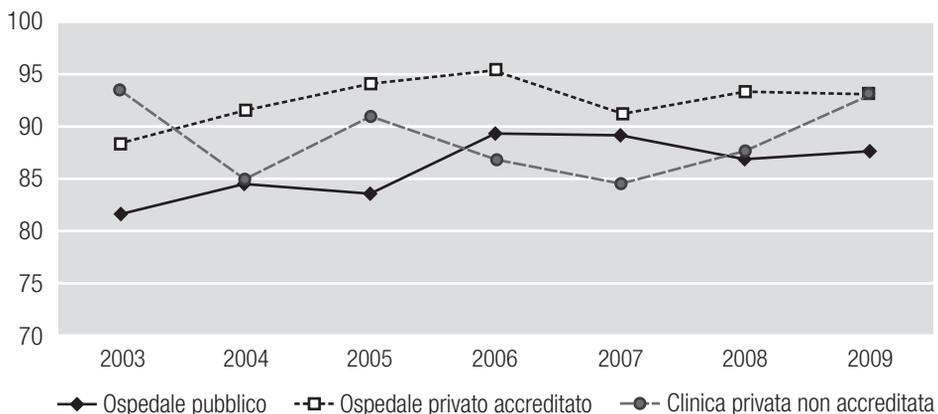
dalle cliniche private non accreditate (43,2%). Si rileva una quota elevata di soggetti che rispondono di non essere in grado di esprimere un giudizio sul tema, con un'elevata incidenza tra gli utenti delle cliniche private non accreditate.

Molto interessante risulta l'andamento temporale (Figura 2.19) dei giudizi positivi («molto positivo» + «abbastanza positivo»), ricalcolati depurando il dato da coloro che non hanno espresso alcuna opinione. Dal 2003 al 2009 sono cresciute le valutazioni positive nel loro complesso. Nel 2009 in testa si trovano gli ospedali privati accreditati, seguiti quasi a pari merito dalle cliniche private non accreditate, e quindi dagli ospedali pubblici. Tale andamento è ancora più evidente se si considerano solo i giudizi «molto positivi», anche se per l'anno 2009 si registra per tutte le tipologie di strutture ospedaliere uno spostamento verso gli «abbastanza positivo». Nell'arco temporale considerato, gli ospedali pubblici hanno visto una crescita del livello di soddisfazione e una successiva stabilizzazione. Ospedali privati accreditati e cliniche private non accreditate, seppur con andamenti leggermente differenti, hanno invece visto risalire in maniera significativa l'apprezzamento dei propri pazienti nell'ultimo biennio, dopo un calo nel corso del 2007.

Quanto agli aspetti specifici di soddisfazione dichiarata rispetto alla prestazione ricevuta dagli ospedali (Tabella 2.28), la competenza e la professionalità degli operatori sono elementi 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 configurano come primo fattore di soddisfazione nelle strutture private accreditate e secondo nelle altre due tipologie di ospedali).

Si evidenziano, invece, differenze piuttosto rilevanti sui tempi di attesa e sulla qualità della struttura e degli spazi, fattori rispetto ai quali, negli ospedali pubbli-

Figura 2.19 **Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio (%)**



Fonte: Elaborazione su dati Ermenea per «Ospedali&Salute», 2009

Tabella 2.28 **Aspetti specifici di soddisfazione rispetto a diverse tipologie di ospedali (%)**

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco / per niente soddisfatto	Non saprei
Ospedale pubblico				
Competenza/professionalità degli operatori	28,1	59,6	10,8	1,5
Cortesìa/gentilezza del personale	27,6	55,1	16,2	1,1
Qualità delle attrezzature tecnologiche	21,5	56,5	13,0	9,0
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	20,9	62,2	13,9	3,0
Pulizia degli ambienti	25,4	54,6	18,0	2,0
Tempi di attesa	14,8	47,9	36,0	1,3
Qualità della struttura e degli spazi	19,0	50,5	26,2	4,3
Servizi amministrativi	11,9	49,3	21,5	17,3
Cibo	7,8	36,8	23,3	32,1
Ospedale privato accreditato				
Competenza/professionalità degli operatori	28,8	64,5	6,1	0,6
Cortesìa/gentilezza del personale	35,3	56,0	8,8	
Qualità delle attrezzature tecnologiche	22,8	55,0	7,2	15,0
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	21,1	66,1	8,4	4,4
Pulizia degli ambienti	31,6	59,8	6,5	2,1
Tempi di attesa	33,7	55,3	11,0	
Qualità della struttura e degli spazi	23,7	59,9	13,4	3,0
Servizi amministrativi	17,5	52,7	8,5	21,3
Cibo	5,6	41,0	11,9	41,5
Clinica privata non accreditata				
Competenza/professionalità degli operatori	44,9	50,0	4,5	0,6
Cortesìa/gentilezza del personale	43,3	48,8	7,0	0,9
Qualità delle attrezzature tecnologiche	33,3	54,9	7,1	4,7
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	38,9	54,4	6,2	0,5
Pulizia degli ambienti	41,2	51,8	3,9	3,1
Tempi di attesa	42,3	49,8	7,3	0,6
Qualità della struttura e degli spazi	36,9	52,4	9,8	0,9
Servizi amministrativi	13,7	51,2	22,4	12,7
Cibo	11,6	40,8	4,5	43,1

Fonte: Elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2009

ci, si rileva un livello di insoddisfazione più elevato che nelle strutture private (accreditate e non).

Anche l'indagine CENSIS (2010) mostra che per la maggioranza degli italiani il sistema dell'offerta ospedaliera risponde in larga misura alle aspettative e alle esigenze assistenziali dei cittadini. Vi sono però alcuni elementi di forte criticità, seppur limitati a una minoranza di casi (Tabella 2.29). Il 6,2% dei pazienti pensa di essere stato vittima di disattenzioni sotto il profilo medico, valore che raggiunge il 9,6% degli intervistati nelle regioni del Centro e Sud-Isole. Il 4% ritiene di aver subito gravi errori diagnostici o terapeutici. Il 28,3% dei cittadini sostiene di non essere stato sempre informato puntualmente sulle proprie condizioni. Il 21,1%, infine, ritiene che il *follow up* dopo la dimissione (terapie, visite di controllo, riabilitazione) non sia stato organizzato e gestito adeguatamente.

Un ultimo dato interessante ricavato dall'indagine «Ospedali&Salute» 2009 riguarda la propensione degli intervistati a riutilizzare la stessa struttura cui si è rivolto negli ultimi dodici mesi (Tabella 2.30). In parziale contraddizione con alcuni dati precedentemente illustrati, tale propensione è particolarmente elevata per gli ospedali pubblici (circa il 95%) e in crescita per gli ospedali privati accreditati (oltre il 90%). Più a distanza seguono coloro che hanno avuto esperienza nelle cliniche private, con una propensione a ritornare nella stessa struttura attorno al 70%.

Tabella 2.29 **Valutazione delle esperienze relative alla degenza ospedaliera, per ripartizione geografica (%)**

	Nord-Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Vittima di disattenzioni sotto il profilo medico	2,9	2,7	9,6	9,6	6,2
Subito gravi errori diagnostici o terapeutici	3,6	5,4	3,6	3,5	4,0
Puntualmente e correttamente informato sulle sue condizioni e trattamenti ricevuti	83,3	64,9	68,7	69,7	71,7
Il follow up dopo le dimissioni organizzato e gestito adeguatamente	89,9	73,0	74,7	77,8	78,9

Fonte: Indagine CENSIS, 2010

Tabella 2.30 **Propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera utilizzata negli ultimi 12 mesi (%)***

Anno	Ospedale pubblico		Ospedale privato accreditato		Clinica Privata non accreditata	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	94,1	95,1	89,5	93,8	78,1	71,6

*Valore al netto di chi non sa dare una risposta

Fonte: Elaborazione su dati Ermenea per «Ospedali&Salute», 2009

Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: luglio 2010)

PIEMONTE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/2007, DGR 136/2007, DGR 65-7819/2007
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 137-40212/2007, Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2009
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e LR 18/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995, modificata da LR 64/1995, LR 94/1995, LR 69/1996 e LR 14/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 80-1700/2000 e Allegato B DGR 59-6349/2007

VALLE D'AOSTA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 13/2006, Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 5/2000, LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 46/2009
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 5/2000, modificata da LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 e LR 21/2006

LOMBARDIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997, modificata e confluita nella LR 33/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 165/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2015
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 3/2001, LR 6/2001, LR 17/2001, LR 26/2001 e LR 28/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 2/1999, LR 15/1999, LR 1/2000, LR 2/2000, LR 18/2000, LR 3/2001, LR 6/2001 e LR 17/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 14049/2003

PROVINCIA DI BOLZANO

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

PROVINCIA DITRENTO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 10/1993, modificata da LP 10/1995 e LP 12/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LP 38/1993, Piano Sanitario Provinciale 1993-1995; disegno di legge approvato con DGP 1748/2008
- ▶ *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, LP 10/1995 e LP 3/1998
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite

VENETO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 5/1996, Piano Sanitario Regionale 1996-1998
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994, modificata da LR 5/1996, LR 6/1996, LR 14/1998 e LR 46/1999
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 56/1994, DGR 3223/2002, DGR 1015/2004, DGR 1718/2004, DGR 2058/2004, DGR 2497/2004, DGR 751/2005 e DGR1697/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 3415/2002

FRIULI VENEZIA GIULIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993, LR 12/1994, LR 13/1995, LR 08/2001, LR 23/2004 e LR 21/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 2843/2006, Piano Sanitario Regionale 2006-2008
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994 e LR 14/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005

LIGURIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 42/1994, modificata da LR 30/1998, LR 25/2000 e LR 41/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 22/2009, Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 234/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 42/1994, modificata da LR 2/1997, LR 30/1998 e LR 25/2000 (quest'ultima indicata come totalmente sostitutiva della LR 42/1994), LR 1/2005 e LR 41/2006 (Titolo II)
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR 25/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1528/2000

EMILIA ROMAGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 19/1994, modificata da LR 11/2000, LR 44/1995, LR 3/1999, LR 18/1999 e LR 29/2004
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 175/2008 Piano Sociale e Sanitario 2008-2010
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 19/1994, modificata da LR 11/2000 e LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994, modificata da LR 11/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2004, DGR 86/2006 e DGR 2011/2007

TOSCANA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 53/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008

UMBRIA

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

MARCHE*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994, modificata da LR 31/1995, LR 9/1996, LR 26/1996 e LR 13/2003
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 62/2007, Piano Sanitario Regionale 2007-2009
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1117/2004

LAZIO*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 114/2002, Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 149/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 139/2007

ABRUZZO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 20/2006 e LR 6/2007
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 224/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999, integrata da LR 93/2000 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996, modificata da LR 123/1999, LR 15/2004, LR 20/2006 e LR 34/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1115/ 2006

MOLISE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, modificata da LR 9/2005, LR 18/2008 e LR 34/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 190/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 362/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1997, LR 9/2005 e LR 34/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 11/1997, LR 12/1997 e LR 8/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001

CAMPANIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 12/1998 e LR 3/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 10/2002, Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e LR 24/2006 – Piano Regionale Ospedaliero

- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 460/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, 12/1998 e LR 16/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 2/1998, LR 12/1998, LR 18/2000, LR 10/2002 e LR 28/2003
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1346/2001 e DGR 1758/2002

PUGLIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/ 2006, LR 26/2006 e LR 4/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996 e LR 39/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998 e LR 20/2002
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002

BASILICATA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 50/1994, LR 39/2001, LR 34/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 478/1996, Piano Sanitario Regionale 1997-1999. Con DGR 251/2009 sono state approvate le «Linee Guida Programmatiche per la predisposizione del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009-2011» che porteranno all'adozione del nuovo PSR.
- ▶ *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
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 2489/2000

CALABRIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 26/1994 e LR 2/1996, modificata da LR 11/1996 e LR 9/2007 art.7
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 11/2004, Piano Sanitario Regionale 2004-2006
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 845/2009 ad integrazione e modifica DGR 585/2009 e DGR 752/2009
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1996, modificata da LR 11/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 43/1996 e LR 29/2002
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 316/2006

SICILIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Presidenziale 11 maggio 2000, Piano Sanitario Regionale 2000-2002
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 312/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000, modificata da LR 26/2000, LR 2/2002, LR 4/2003; circolare 7/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001 e DA 736/2010

SARDEGNA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 4/2007 Piano Sanitario Regionale 2006-2008
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 30/2007 e 33/2007

- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 10/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1997, modificata e parzialmente abrogata da LR 10/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 30/2008 e 38/2007 per le ASL e DGR 27/2008 e 14/2008 per le AO e le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e Sassari

(*) Dati aggiornati al 30/06/2009, dal momento che non è pervenuta la Scheda Regionale 2010

Bibliografia

- AGENAS (2009), «Indagine sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie private (ai sensi dell'art., comma 796 Legge 296/2006) », Gruppo Tecnico per l'accreditamento, 20 Luglio 2006.
- AGENAS-FIASO (2010), «In Italia cresce la squadra di manager sanitari formati ed esperti», *Panorama della Sanità*, 24 Maggio 2010: pp.18-23.
- AIOP – Ermeneia Studi & Strategie di Sistema (a cura di) (2010), «*Ospedali e Salute. Settimo Rapporto Annuale 2009*», Milano, FrancoAngeli.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E. e Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari», in Migione L. (a cura di) *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico.
- 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.
- 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.
- Carbone C., Lecci F. e Liotta A. (2008), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- CENSIS (2010), «Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute in sanità. Sintesi dei risultati», Roma 2010.

- Cutler D. e Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- 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. e Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S. pp. 113-124.
- Lecci F. e Liotta A. (2009), «La struttura del SSN», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Spillman B.C. e Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): pp. 1409-15.
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Milano, EGEA.