

## 2 La struttura del SSN

di Francesca Ferrè e Alberto Ricci<sup>1</sup>

### 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, tipologia di aziende<sup>2</sup> e mobilità dei Direttori Generali (§ 2.3);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (in termini quali-quantitativi) (§ 2.4);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§ 2.5);
- ▶ 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 (§ 2.6). Tale analisi dovrebbe rappresentare la base per la

<sup>1</sup> Questo capitolo aggiorna ed amplia il secondo capitolo del Rapporto OASI 2011. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 2.1, 2.2, 2.3 e 2.5 sono da attribuirsi a Francesca Ferrè e i §§ 2.4 e 2.6 a Alberto Ricci. Il § 2.7 è stato invece integralmente realizzato da Elena Bellio, Luca Buccoliero ed Anna Prenestini, che hanno altresì curato la raccolta dati e l'elaborazione dell'indicatore PWEI per il 2012. Gli autori ringraziano Clara Carbone per il prezioso e costante aiuto nella redazione del capitolo e Clea De Luca per la sistematizzazione dei dati.

<sup>2</sup> A partire dal Rapporto annuale SDO 2009, è stato adottato un nuovo schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, relativamente alla natura pubblica o privata degli erogatori. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie (AO integrate con l'Università) e Policlinici universitari pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate. Dove non diversamente specificato (cfr. alcune sezioni del § 2.4), il capitolo adotta tale classificazione.

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).

- ▶ strategie *web* delle aziende del SSN, descritte attraverso la rilevazione *Patient Empowerment Index* (PWEI) (§ 2.7).

Al fine di rendere completa l'analisi della struttura del SSN è stato ampliato il confronto con altri paesi dell'Unione Europea (UE-15 e UE nuovi paesi), extra UE (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone) che, per caratteristiche del sistema sanitario e PIL pro capite, rappresentano un interessante *benchmark* per l'Italia (§ 2.2).

## 2.2 I confronti internazionali

Negli ultimi decenni i paesi OCSE hanno registrato importanti progressi per quanto concerne la salute della popolazione. I miglioramenti legati alle condizioni di vita e di lavoro e i comportamenti che influenzano la salute hanno sicuramente contribuito a un aumento di longevità, insieme ai progressi realizzati nel campo dei trattamenti sanitari (Wilkinson e Marmot, 2003). Complessivamente, i sistemi sanitari dei paesi OCSE stanno diventando sempre più estesi e complessi e con livelli di spesa relativi (rispetto al PIL) e assoluti crescenti.

Con il quadro di confronto che proponiamo in questo capitolo e nel capitolo 3, si mettono in luce le differenze tra i paesi per quanto concerne la situazione sanitaria della popolazione, i fattori di rischio per la salute, gli input e gli output dei sistemi di assistenza sanitaria, nonché i livelli di spesa e le fonti di finanziamento. I dati di seguito riportati offrono un certo numero di spiegazioni per tale variabilità, fornendo un contesto che consente di meglio comprenderne le cause e di sviluppare opzioni strategiche per ridurre le differenze tra i diversi paesi<sup>3</sup>.

Nei paesi dell'Unione Europea (UE-15 e nuovi paesi), extra UE (Norvegia e Svizzera) e paesi extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone), la speranza di vita alla nascita è aumentata di circa sei anni rispetto al 1980. Nel 2010, la speranza di vita attesa media è di oltre 80 anni nei paesi UE-15, in Italia, secondo l'ultimo dato disponibile del 2009, la popolazione vive più a lungo, in media 82 anni (cfr. § 2.6 per un approfondimento sulla struttura della popolazione italiana). Nei nuovi paesi europei, la speranza di vita media si attesta a circa 76 anni, segnando comunque un aumento dell'aspettativa di vita di sei anni rispetto al 1990 (Tabella 2.1).

<sup>3</sup> Si noti che il presente paragrafo non è esaustivo delle differenze tra sistemi sanitari. Si presenta, infatti, in maniera descrittiva una selezione di indicatori tratti dal database OECD Health Statistics (Giugno 2012). Inoltre bisogna tener conto del fatto che il dato nazionale spesso non esprime la variabilità degli indicatori nell'ambito di uno stesso sistema sanitario.

Tabella 2.1 **Speranza di vita media alla nascita, maschi e femmine (1980; 1990; 2000; 2008-2010)**

|                                | 1980 | 1990 | 2000 | 2008 | 2009 | 2010  |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| <b>UE (15)</b>                 |      |      |      |      |      |       |
| Austria                        | 72,6 | 75,6 | 78,2 | 80,5 | 80,4 | 80,7  |
| Belgio                         | 73,3 | 76,1 | 77,8 | 79,8 | 80,0 | 80,3  |
| Danimarca                      | 74,3 | 74,9 | 76,8 | 78,8 | 79,0 | 79,3  |
| Finlandia                      | 73,6 | 75,0 | 77,7 | 79,9 | 80,0 | 80,2  |
| Francia                        | 74,3 | 76,9 | 79,0 | 81,0 | 81,0 | 81,3* |
| Germania                       | 72,9 | 75,3 | 78,2 | 80,2 | 80,3 | 80,5  |
| Grecia                         | 74,5 | 77,1 | 78,0 | 80,0 | 80,3 | 80,6  |
| Irlanda                        | 72,9 | 74,9 | 76,6 | 79,9 | 80,0 | 81,0  |
| Italia                         | 74,0 | 77,1 | 79,8 | 81,8 | 82,0 | n.d.  |
| Lussemburgo                    | 72,8 | 75,6 | 78,0 | 80,6 | 80,7 | 80,7  |
| Olanda                         | 75,9 | 77,0 | 78,0 | 80,2 | 80,6 | 80,8  |
| Portogallo                     | 71,4 | 74,1 | 76,7 | 79,3 | 79,5 | 79,8  |
| Spagna                         | 75,4 | 77,0 | 79,4 | 81,2 | 81,8 | 82,2  |
| Svezia                         | 75,8 | 77,6 | 79,7 | 81,2 | 81,4 | 81,5  |
| Regno Unito                    | 73,2 | 75,7 | 77,9 | 79,8 | 80,4 | 80,6  |
| Totale UE (15)                 | 73,8 | 76,0 | 78,1 | 80,3 | 80,5 | 80,7  |
| <b>UE (nuovi paesi)</b>        |      |      |      |      |      |       |
| Repubblica Ceca                | 70,4 | 71,5 | 75,1 | 77,3 | 77,3 | 77,7  |
| Ungheria                       | 69,1 | 69,4 | 71,7 | 73,8 | n.d. | 74,3  |
| Polonia                        | 70,2 | 70,7 | 73,9 | 75,6 | 75,8 | 76,3  |
| Rep. Slovacca                  | 70,6 | 71,0 | 73,3 | 74,8 | 75,0 | 75,2  |
| <b>Altri paesi europei</b>     |      |      |      |      |      |       |
| Norvegia                       | 75,9 | 76,6 | 78,7 | 80,6 | 81,0 | 81,2  |
| Svizzera                       | 75,6 | 77,5 | 79,9 | 82,2 | 82,3 | 82,6  |
| <b>Altri paesi non europei</b> |      |      |      |      |      |       |
| Australia                      | 74,6 | 77,0 | 79,3 | 81,5 | 81,6 | 81,8  |
| Canada                         | 75,3 | 77,6 | 79,0 | 80,8 | n.d. | n.d.  |
| Giappone                       | 76,1 | 78,9 | 81,2 | 82,7 | 83,0 | 83,0  |
| Stati Uniti                    | 73,7 | 75,3 | 76,7 | 77,9 | 78,2 | 78,7* |

(\*) Dato stimato

Fonte: OECD Health Statistics 2012

Alla luce dell'accresciuta speranza di vita, è interessante misurare la qualità della vita trascorsa negli anni addizionali, anche per valutare le implicazioni di lungo periodo per i sistemi sanitari e per l'assistenza<sup>4</sup>. I dati Eurostat 2012 mostra-

<sup>4</sup> Gli anni di vita in buona salute alla nascita sono definiti come il numero di anni di vita durante i quali le attività quotidiane di una persona non sono limitate da una patologia o da un problema di salute. Gli anni di vita in buona salute sono calcolati da Eurostat per ogni paese membro usando il metodo Sullivan (Sullivan, 1971).

no come la speranza di vita in buona salute alla nascita nei paesi UE-15 sia in media pari a 63,3 anni per le donne e gli uomini, con un lieve aumento per la popolazione maschile dal 2007, quando gli anni attesi in buona salute erano 62,8; mentre, per le donne il dato è lievemente decresciuto (Tabella 2.2). L'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute è una delle priorità di politica sanitaria pubblica europea (Strategia di Lisbona, 2000) in quanto la salute è riconosciuta come fattore produttivo/economico.

È difficile stimare il contributo relativo dei diversi fattori medici e non medici che possono influire sulle variazioni della speranza di vita in buona salute. Un reddito nazionale più elevato è di solito associato a una speranza di vita maggiore nei paesi europei, anche se la correlazione è meno pronunciata ai li-

Tabella 2.2 **Anni di vita attesa in buona salute, donne e uomini (2007; 2010)**

|                            | Donne |      | Uomini |      |
|----------------------------|-------|------|--------|------|
|                            | 2007  | 2010 | 2007   | 2010 |
| <b>UE (15)</b>             |       |      |        |      |
| Austria                    | 61,5  | 60,7 | 58,9   | 59,3 |
| Belgio                     | 63,9  | 62,7 | 63,3   | 64,1 |
| Danimarca                  | 67,7  | 61,9 | 67,1   | 62,3 |
| Finlandia                  | 57,9  | 57,8 | 56,6   | 58,5 |
| Francia                    | 64,3  | 63,5 | 62,8   | 61,9 |
| Germania                   | 58,5  | 58,6 | 59,0   | 57,9 |
| Grecia                     | 67,6  | 67,6 | 66,0   | 66,4 |
| Irlanda                    | 65,6  | 66,9 | 62,7   | 65,9 |
| Italia                     | 62,4  | 67,3 | 63,1   | 67,3 |
| Lussemburgo                | 64,5  | 66,0 | 62,2   | 64,5 |
| Olanda                     | 64,0  | 60,2 | 66,0   | 61,1 |
| Portogallo                 | 57,8  | 56,6 | 58,5   | 59,2 |
| Spagna                     | 63,3  | 63,7 | 63,4   | 64,3 |
| Svezia                     | 66,9  | 71,0 | 67,5   | 71,7 |
| Regno Unito                | 66,0  | 65,7 | 64,6   | 65,1 |
| Totale UE (15)             | 63,5  | 63,3 | 62,8   | 63,3 |
| <b>UE (nuovi paesi)</b>    |       |      |        |      |
| Rep. Ceca                  | 63,3  | 64,6 | 61,3   | 62,2 |
| Ungheria                   | 57,6  | 58,6 | 55,2   | 56,4 |
| Polonia                    | 61,5  | 62,2 | 57,7   | 58,5 |
| Rep. Slovacca              | 56,3  | 52,1 | 55,6   | 52,3 |
| <b>Altri paesi europei</b> |       |      |        |      |
| Norvegia                   | 66,0  | 69,7 | 66,7   | 69,6 |
| Svizzera                   | 65,7* | 63,5 | 65,7*  | 65,5 |

(\*) Dato 2008

Fonte: Healthy life years in absolute value at birth, Eurostat Statistics Database 2012

velli più alti di reddito nazionale, il che fa pensare a un effetto di «risultati decrescenti» a partire da un certo livello (OECD, 2010). Anche altri determinanti della salute possono però svolgere un ruolo importante. Molti paesi hanno compiuto notevoli progressi nella riduzione del consumo di tabacco<sup>5</sup> e di alcol<sup>6</sup>. Continua, invece, a crescere la percentuale di popolazione sovrappeso o obesa (più della metà della popolazione adulta dei paesi in esame è oggi sovrappeso o obesa)<sup>7</sup>. Il tasso di obesità è più che raddoppiato nell'ultimo ventennio nella maggior parte dei paesi dell'UE per i quali si dispone di dati, e aumentato di quasi il doppio negli Stati Uniti in soli dodici anni. L'obesità, essendo associata a rischi maggiori di malattie croniche, viene posta in relazione con costi sanitari addizionali molto elevati. In uno studio recente condotto in Inghilterra si è stimato che il costo totale legato al sovrappeso e all'obesità potrebbe aumentare di ben il 70% tra il 2007 e il 2015 e potrebbe essere di 2,4 volte superiore nel 2025 (Jebb et al., 2007).

Oltre ai fattori determinanti per la salute, è importante valutare l'accesso ai servizi. La qualità delle cure dipende direttamente dall'estensione dei servizi, dal mix delle competenze, dalla distribuzione geografica e dai livelli di produttività. I professionisti sanitari, medici e infermieri in particolare, sono i pilastri dei sistemi sanitari.

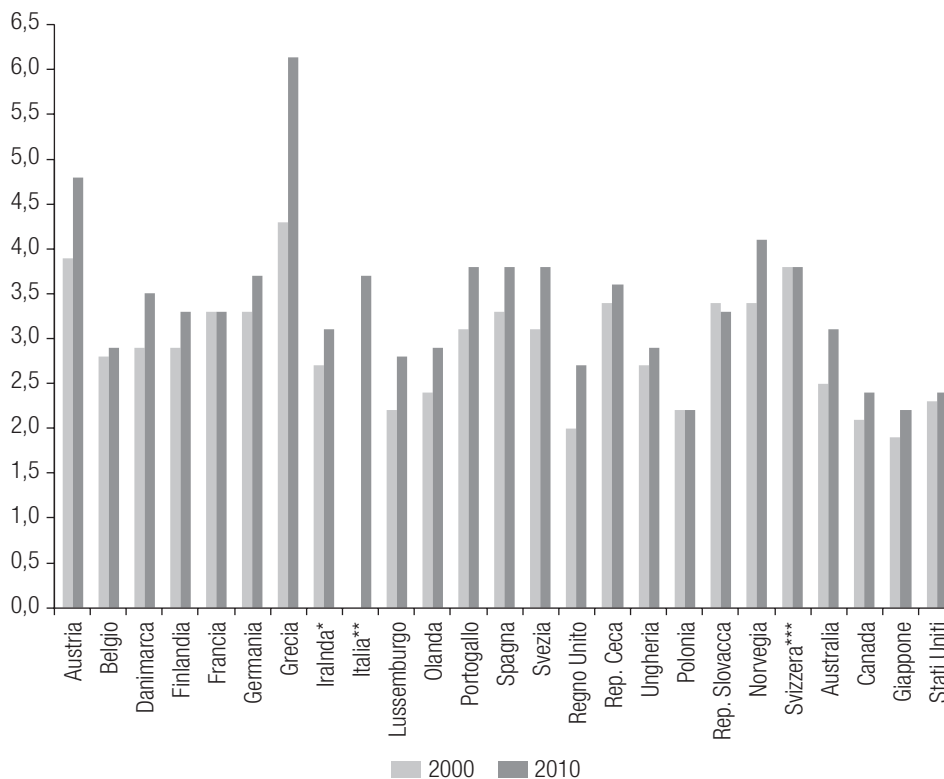
Il numero di medici ogni 1.000 abitanti varia notevolmente tra i paesi d'analisi, è più basso in Polonia e Giappone (2,2 ogni 1.000 abitanti) e più elevato in Grecia e Austria (6,1 e 4,8 ogni 1.000 abitanti). Concentrando l'attenzione alla sola Europa, il numero dei medici è relativamente basso anche nel Regno Unito, Lussemburgo, Olanda e Ungheria (tra 2,7 e 2,9). In Italia sono presenti 3,7 medici ogni 1.000 abitanti, in linea con la media dei paesi EU-15 (3,6) e leggermente superiore alla media dei paesi analizzati (3,4).

A partire dal 2000 il numero di medici ogni 1.000 abitanti è tuttavia aumentato in tutti i paesi europei, eccetto che nella Rep. Slovacca e in Polonia, dove la crescita è stata negativa o nulla. Mediamente, il loro numero è passato da 2,9 nel 2000 a 3,4 nel 2010. Tale cifra è aumentata in modo particolarmente rapido in Grecia, dove è passata da 4,3 a 6,1 medici per 1.000 abitanti, e nel Regno Unito, dove è cresciuta del 35% passando da 2 medici per 1.000 abitanti a 2,7; gran parte di questo aumento è dovuto al reclutamento di medici stranieri.

<sup>5</sup> Gran parte di questa riduzione può essere attribuita alle politiche condotte a livello nazionale e volte a sensibilizzare il pubblico, a proibire la pubblicità e ad aumentare la tassazione. Attualmente nell'Unione Europea meno del 22% degli adulti fuma quotidianamente rispetto al 31% registrato nel 1989.

<sup>6</sup> Strumenti quali la limitazione della pubblicità, le restrizioni delle vendite e la tassazione hanno dimostrato di essere misure efficaci per ridurre il consumo di alcol.

<sup>7</sup> La prevalenza dell'obesità – che presenta un rischio per la salute più elevato rispetto al sovrappeso – va da meno del 10% in Svizzera, Norvegia e Italia a più del 18% in Grecia e Ungheria, fino a raggiungere quasi il 28% negli Stati Uniti (2008 – 2009) (OECD, 2010).

Figura 2.1 **Medici ogni 1.000 abitanti (2000; 2010)**

(\*) Primo dato disponibile 2006

(\*\*) Unico dato disponibile 2009

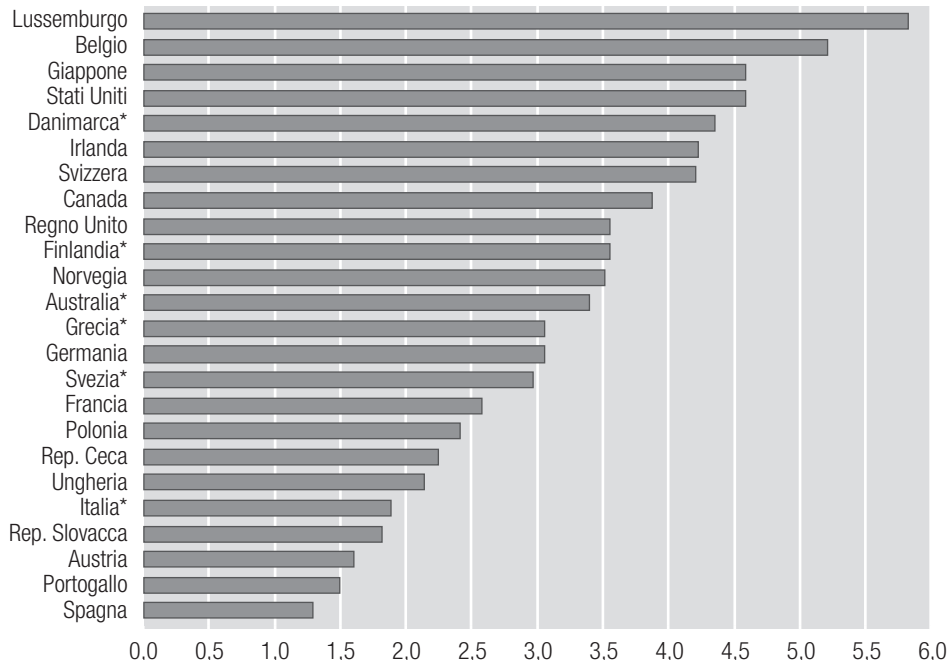
(\*\*\*) Primo dato disponibile 2008

Fonte: OECD Health Statistics, 2012

In quasi tutti i paesi, il rapporto tra medici generici e medici specialisti è cambiato negli ultimi decenni: il numero degli specialisti è aumentato molto più rapidamente. Ciò può essere spiegato anche dal crescente divario retributivo tra medici di famiglia e specialisti (OECD, 2010).

Anche il personale infermieristico svolge un ruolo primario nell'assicurare l'assistenza sanitaria. Nel 2010 il Lussemburgo e la Svizzera contano oltre 16 infermieri per 1.000 abitanti; seguono Danimarca (15,4), Belgio (15,1) e Norvegia (14,4). La Grecia e la Spagna registrano il numero più basso di infermieri (3,3 e 4,9 ogni 1.000 abitanti), seguite dalla Polonia (5,3). A partire dal 2000 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i paesi europei (2 punti percentuali in media), tranne Regno Unito e Rep. Slovacca, che hanno mantenuto livelli costanti. L'aumento è stato particolarmente marcato in Lussemburgo (da 7,4 a 16,3 infermieri ogni 1.000 abitanti) e Spagna (da 3,6 a 4,9 infermieri ogni 1.000 abitanti).

Figura 2.2 Numero di infermieri per medico (2010)



(\*) Dato 2009

Fonte: OECD Health Statistics, 2012

Osservando il rapporto tra infermieri e medici<sup>8</sup> (Figura 2.2), Portogallo e Spagna presentano comunque al 2010 una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 1,4 circa, contro una media di 3,2. Anche in Italia il numero di infermieri per medico è sotto la media (1,9). In Svizzera, Irlanda, Danimarca, Stati Uniti, Giappone, Belgio e Lussemburgo si registrano, invece, valori superiori a 4 infermieri per medico.

Per valutare i sistemi sanitari, oltre alle analisi sulle figure professionali impiegate nell'assistenza sanitaria, si propongono delle valutazioni sulle dotazioni strutturali (input) e sulle prestazioni erogate (output).

Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sull'entità, composizione e utilizzo delle strutture sanitarie, in particolare quelle ospedaliere. È interessante, innanzitutto, osservare il *trend* dei posti letto (PL) per acuti e non, la degenza media e il tasso annuo di dimissioni ospedaliere per paese (Tabella 2.3). Nell'ultimo ventennio, il numero di PL per 1.000 abitanti è diminuito in tutti i paesi,

<sup>8</sup> Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *practising nurses* e *practising physicians*.

Tabella 2.3 **Dati strutturali: posti letto, degenza media e dimissioni ospedaliere (\*\*)** (1990; 2000; 2005; 2010)

|                                | Posti letto<br>ogni 1.000 abitanti |      |      |       | Degenza media<br>per acuti |      |      |      | Dimissioni ospedaliere<br>ogni 100.000 abitanti |        |        |         |
|--------------------------------|------------------------------------|------|------|-------|----------------------------|------|------|------|---|--------|--------|---------|
|                                | 1990                               | 2000 | 2005 | 2010  | 1990                       | 2000 | 2005 | 2010 | 1990  | 2000   | 2005   | 2010    |
| <b>UE (15)</b>                 |                                    |      |      |       |                            |      |      |      |   |        |        |         |
| Austria                        | 9,3                                | 8,0  | 7,7  | 7,63  | 11,2                       | 7,6  | 6,9  | 6,6  | 21.268  | 24.665 | 26.120 | 26.100  |
| Belgio                         | 7,7                                | 7,8  | 7,4  | 6,44  | n.d.                       | 7,7  | 7,7  | n.d. | n.d.  | 17.772 | 17.429 | 17.840* |
| Danimarca                      | n.d.                               | 4,3  | 3,9  | 3,50  | 6,4                        | 3,8  | 3,5  | 4,6  | n.d.  | 17.414 | 17.221 | 17.154  |
| Finlandia                      | n.d.                               | 7,5  | 7,1  | 5,85  | 12,1                       | 12,2 | 12,5 | 11,6 | 21.743  | 26.662 | 20.130 | 18.159  |
| Francia                        | n.d.                               | 8,0  | 7,2  | 6,42  | 7,0                        | 5,6  | 5,4  | 5,7  | n.d.  | 26.124 | 27.134 | 16.859  |
| Germania                       | 10,1                               | 9,1  | 8,5  | 8,25  | 12,8                       | 9,2  | 8,1  | 9,5  | n.d.  | 19.922 | 21.826 | 23.984  |
| Grecia                         | 5,1                                | 4,7  | 4,7  | 4,90* | 7,5                        | 6,2  | 5,6  | n.d. | 12.599  | 16.076 | 18.791 | n.d.    |
| Irlanda                        | 8,0                                | 6,2  | 5,5  | 3,14  | 6,7                        | 6,4  | 6,5  | 6,1  | n.d.  | 13.863 | 13.664 | 13.156  |
| Italia                         | 7,2                                | 4,7  | 4,0  | 3,52  | 9,5                        | 7,0  | 6,7  | 6,7* | n.d.  | 15.700 | 13.977 | 13.020* |
| Lussemburgo                    | n.d.                               | n.d. | 5,8  | 5,37  | n.d.                       | 7,5  | 7,6  | 7,5  | n.d.  | 18.859 | 17.790 | 14.944  |
| Olanda                         | 5,8                                | 4,9  | 4,5  | 4,70* | 11,2                       | 9,0  | 7,2  | 5,8* | 10.212  | 9.266  | 10.414 | 11.663* |
| Portogallo                     | 4,0                                | 3,8  | 3,5  | 3,35  | 8,4                        | 7,7  | 7,1  | 5,9* | n.d.  | 8.622  | 9.066  | 11.249* |
| Spagna                         | 4,3                                | 3,7  | 3,4  | 3,16  | 9,6                        | 7,1  | 6,7  | 6,8  | 9.501   | 11.183 | 10.780 | 10.246  |
| Svezia                         | n.d.                               | n.d. | n.d. | 2,73  | 6,5                        | 5,0  | 4,6  | 5,7  | n.d.  | 16.461 | 16.151 | 16.306  |
| Regno Unito                    | n.d.                               | 4,1  | 3,7  | 2,96  | n.d.                       | 8,2  | 7,9  | 7,7  | n.d.  | 13.308 | 13.711 | 13.596  |
| <b>UE (nuovi paesi)</b>        |                                    |      |      |       |                            |      |      |      |   |        |        |         |
| Rep. Ceca                      | 9,9                                | 7,8  | 7,6  | 7,01  | 12,0                       | 8,7  | 8,0  | 7,1  | n.d.  | 19.025 | 20.919 | 19.163  |
| Ungheria                       | n.d.                               | 8,1  | 7,9  | 7,18  | 9,9                        | 7,1  | 6,5  | 5,1* | n.d.  | n.d.   | 23.432 | 18.501* |
| Polonia                        | n.d.                               | n.d. | 6,5  | 6,59  | 12,5                       | 8,9  | 6,5  | 6,0  | n.d.  | n.d.   | 16.495 | 20.289  |
| Rep. Slovacca                  | n.d.                               | 7,8  | 6,8  | 6,42  | n.d.                       | 8,5  | 7,3  | 7,3  | n.d.  | 19.607 | 19.804 | 21.197  |
| <b>Altri paesi europei</b>     |                                    |      |      |       |                            |      |      |      |   |        |        |         |
| Norvegia                       | 4,7                                | 3,8  | 4,0  | 3,30  | 7,8                        | 6,0  | 5,2  | 4,5  | n.d.  | 15.408 | 17.519 | 17.526  |
| Svizzera                       | n.d.                               | 6,3  | 5,5  | 4,97  | 13,4                       | 9,3  | 8,5  | 9,6  | n.d.  | n.d.   | 15.898 | 16.887  |
| <b>Altri paesi non europei</b> |                                    |      |      |       |                            |      |      |      |   |        |        |         |
| Australia                      | 4,6                                | 4,0  | 3,9  | 3,7*  | 6,5                        | 6,1  | 6,0  | 5,1* | n.d.  | 15.789 | 16.011 | 15.549* |
| Canada                         | 6,0                                | 3,8  | 3,6  | 3,2*  | 10,2                       | 7,2  | 7,2  | 7,7* | 12.900  | 9.401  | 8.712  | 8.260*  |
| Giappone                       | n.d.                               | 14,7 | 14,1 | 13,6  | n.d.                       | 24,8 | 19,8 | 18,2 | n.d.  | n.d.   | 10.550 | 10.709* |
| Stati Uniti                    | 4,9                                | 3,5  | 3,2  | 3,1*  | 7,3                        | 5,8  | 5,6  | 4,9* | 13.886  | 12.524 | 13.073 | 13.100* |

(\*) Dato 2009

(\*\*) Non sono conteggiati i posti letto per *day hospital* e le dimissioni in regime *day hospital*.

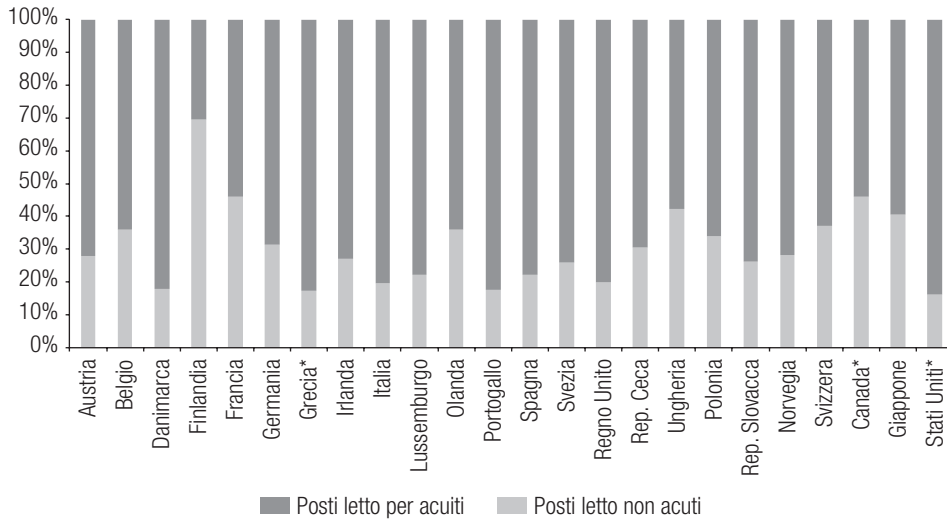
Fonte: OECD Health Statistics, 2012

passando da una dotazione media di 6 PL ogni 1.000 abitanti a 5,7 (in Italia da 7,2 a 3,5 – cfr. *infra*)<sup>9</sup>. Questa riduzione è stata accompagnata da una diminuzione nella degenza media per acuti e, in alcuni paesi, anche nel tasso di ospedalizzazione. Nel 2010, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL (esclu-

<sup>9</sup> Non sono conteggiati i posti letto per *day hospital*



Figura 2.3 Posti letto per acuti e non (\*\*) (2010)



(\*) Dato 2009

(\*\*) Non sono conteggiati i posti letto per *day hospital*

Fonte: OECD Health Statistics, 2012

dendo il Giappone), con una media di 8,25 e 7,63 PL ogni 1.000 abitanti. La notevole offerta di PL in questi due paesi è associata ad un elevato numero di dimissioni ospedaliere e, per la Germania, a lunghe degenze ospedaliere (9,5 giorni contro una media di 7,8). I paesi con valori più bassi rispetto al numero di PL sono Svezia, Regno Unito, Stati Uniti, Irlanda e Canada, dove i PL oscillano tra 2,73 e 3,2 ogni 1.000 abitanti.

In media due terzi dei PL sono allocati per ricoveri per acuti, il rimanente per lungodegenza, psichiatria e altro (Figura 2.3). In alcuni paesi la percentuale di PL per non acuti è molto più elevata rispetto alla media, ad esempio in Finlandia, dove più della metà dei PL è dedicata a cure per non acuti<sup>10</sup>.

La degenza media per acuti, utilizzata come indicatore di efficienza, è diminuita dal 1990 in tutti i paesi, passando da una media di 10,4 giornate a 7,8 (in Italia da 9,5 a 6,7 giornate). Diversi sono i fattori che spiegano questa tendenza: l'introduzione delle tariffe per DRG per la remunerazione dei ricoveri, l'utilizzo di procedure chirurgiche meno invasive, lo sviluppo di programmi per dimissioni precoci e il passaggio da ricoveri per acuti a cure intermedie.

Complessivamente, la diminuzione della degenza media non si è sempre tradotta in una diminuzione del tasso di ospedalizzazione.

<sup>10</sup> In Finlandia, una quota preponderante di letti ospedalieri è allocata per non acuti, poiché i governi locali hanno la responsabilità, nella gestione delle aziende ospedaliere, di assicurare cure per la lungodegenza e la riabilitazione (OECD, 2005).

### 2.3 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente nelle regioni i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo<sup>11</sup> 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 2012. Nel prosieguo:

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

<sup>11</sup> 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).

- ▶ si approfondisce la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte delle regioni (§ 2.3.3).

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 6 per una disamina degli strumenti strategici utilizzati dalle regioni per la predisposizione e l'implementazione dei Piani di Rientro;
- ▶ al capitolo 8 per una discussione sugli indirizzi regionali in tema di assetto aziendale per il *clinical risk management* e *claim management*;
- ▶ al capitolo 9 per un confronto di alcuni modelli regionali innovativi di presa in carico della cronicità a livello territoriale;
- ▶ al capitolo 10 per un'analisi degli indirizzi regionali per la programmazione integrata nei settori sociosanitario e sociale a livello locale;
- ▶ al capitolo 7 del Rapporto OASI 2011 per le scelte regionali di governo dell'assistenza farmaceutica;
- ▶ al capitolo 14 del Rapporto OASI 2011 per un quadro aggiornato della normativa regionale di contabilità delle aziende sanitarie pubbliche;
- ▶ al capitolo 2 del Rapporto OASI 2010 per una disamina dei sistemi di accreditamento istituzionale;
- ▶ ai capitoli 8 del Rapporto OASI 2010 e 7 del Rapporto OASI 2009 per le scelte regionali di sviluppo delle reti oncologiche e, più in generale, di quelle 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;
- ▶ al capitolo 10 del Rapporto OASI 2010 per una mappatura e un approfondimento sui sistemi di governance dei *teaching hospital* in Italia.

### 2.3.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono stabilire la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche 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 ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e conseguente estensione dei meccanismi di «quasi

mercato»; (iii) presenza di soggetti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

La Tabella 2.4 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2012 e le relative dimensioni medie.

Rispetto al 2011, si registra la diminuzione nel numero delle ASL, passate da 146 a 145 a seguito dell'accorpamento delle ASL di Reggio Calabria (Reggio e Palmi) e di Locri nella neo costituita Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Reggio Calabria, che coincide con il territorio della Provincia di Reggio, lasciando invariate le altre 4 ASL provinciali (Catanzaro, Cosenza, Vibo Valentia e Crotona). Si segnala che in Umbria e Friuli VG è in discussione il progetto di riassetto dei rispettivi SSR. Nel primo caso si prevede di accorpare le quattro ASL esistenti in due ASL provinciali: ASL Umbria 1 (ex ASL 1 e 2) e Umbria 2 (ex ASL 3 e 4) (Linee di indirizzo per il riordino del Sistema Sanitario Regionale, 27 settembre 2011) e anche nel secondo caso si sta valutando di dimezzare il numero delle ASL, passando da sei a tre.

Da un punto di vista dimensionale, si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 414.100 abitanti, con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.569.578 abitanti), seguito dalle ASL campane (830.423 abitanti), pugliesi (679.950 abitanti) e lombarde (649.512 abitanti) ed un minimo nella Valle d'Aosta (127.065 abitanti). Si segnala, inoltre, che nelle regioni Veneto, Friuli VG, Umbria e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti.

Nel numero di AO, analogamente, si registra la diminuzione di una unità rispetto al 2011, corrispondente all'accorpamento dell'Ospedale S. Martino di Genova e dell'IST – Istituto nazionale per la ricerca sul cancro – e relativo riconoscimento della nuova struttura come IRCCS pubblico a partire dal 1° settembre 2011 (LR 2/2011).

Sempre la Tabella 2.4 mostra:

- ▶ una media di 4 presidi a gestione diretta delle ASL al 2011 e una dimensione media di 189 posti letto per presidio<sup>12</sup>;
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia settentrionale (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne che in Piemonte), rispetto a quelle del Centro-Sud (solo in Toscana, Puglia e Sicilia 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;

<sup>12</sup> L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2009 e pubblicati dal Ministero della Salute nel rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO».

Tabella 2.4 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

| Regione        | ASL                |                    |                    |                      |                        |                                       | AO   |                      |                    |                      |                                  |                       |   |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|---------------------------------------|--|----------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------|---|
|                | Numero ante 502/92 | Numero al 31/12/95 | Numero al 30/06/01 | Numero al 30/06/2012 | Popolazione media 2011 | N. medio presidia gest. diretta* 2011 | PL utilizzati medi per presidia a gest. diretta 2009 | Numero al 31/12/1995 | Numero al 30/06/01 | Numero al 30/06/12** | N. medio stabilimenti AO*** 2011 | PL utilizzati AO 2009 | PL utilizzati medi per stabilimento AO 2009 |
| Piemonte       | 63                 | 22                 | 22                 | 13                   | 340.967                | 3,8                                   | 305  | 7                    | 7                  | 8                    | 1,9                              | 606                   | 303   |
| Valle d'Aosta  | 1                  | 1                  | 1                  | 1                    | 127.065                | 1,0                                   | 401  | -                    | -                  | -                    | -                                | -                     | -   |
| Lombardia      | 84                 | 44                 | 15                 | 15                   | 649.512                | 0,1                                   | 311  | 16                   | 27                 | 29                   | 3,3                              | 721                   | 218   |
| PA Bolzano     | 4                  | 4                  | 4                  | 1                    | 498.857                | 7,0                                   | 240  | -                    | -                  | -                    | -                                | -                     | -   |
| PA Trento      | 11                 | 1                  | 1                  | 1                    | 519.800                | 9,0                                   | 222  | -                    | -                  | -                    | -                                | -                     | -   |
| Veneto         | 36                 | 22                 | 21                 | 21                   | 232.645                | 2,5                                   | 540  | 2                    | 2                  | 2                    | 1,5                              | 1.389                 | 926   |
| Friuli VG      | 12                 | 6                  | 6                  | 6                    | 205.156                | 1,3                                   | 106  | 3                    | 3                  | 3                    | 2,3                              | 782                   | 391   |
| Liguria        | 20                 | 5                  | 5                  | 5                    | 323.013                | 3,8                                   | 565  | 3                    | 3                  | -                    | -                                | 1.285                 | 1.285                                       |
| Emilia Romagna | 41                 | 13                 | 13                 | 11                   | 394.362                | 5,0                                   | 418  | 5                    | 5                  | 5                    | 1,0                              | 969                   | 969   |
| Toscana        | 40                 | 12                 | 12                 | 12                   | 308.985                | 3,7                                   | 202  | 4                    | 4                  | 4                    | 1,0                              | 772                   | 772   |
| Umbria         | 12                 | 5                  | 4                  | 4                    | 223.556                | 4,5                                   | 134  | 2                    | 2                  | 2                    | 1,0                              | 615                   | 410   |
| Marche         | 24                 | 13                 | 13                 | 1                    | 1.569.578              | 27,0                                  | 114  | 3                    | 4                  | 2                    | 2,5                              | 605                   | 302   |
| Lazio          | 51                 | 12                 | 12                 | 12                   | 468.893                | 4,0                                   | 118  | 3                    | 3                  | 5                    | 1,6                              | 718                   | 399   |
| Abruzzo        | 15                 | 6                  | 6                  | 4                    | 333.669                | 4,5                                   | 169  | -                    | -                  | -                    | -                                | -                     | -   |
| Molise         | 7                  | 4                  | 4                  | 1                    | 320.795                | 6,0                                   | 188  | -                    | -                  | -                    | -                                | -                     | -   |
| Campania       | 61                 | 13                 | 13                 | 7                    | 830.423                | 7,0                                   | 136  | 7                    | 8                  | 7                    | 2,1                              | 457                   | 415   |
| Puglia         | 55                 | 12                 | 12                 | 6                    | 679.950                | 7,3                                   | 260  | 4                    | 6                  | 2                    | 1,5                              | 1.011                 | 1.011                                       |
| Basilicata     | 7                  | 5                  | 5                  | 2                    | 295.301                | 6,0                                   | 140  | 1                    | 1                  | 1                    | 2,0                              | 674                   | 337   |
| Calabria       | 31                 | 11                 | 11                 | 5                    | 482.090                | 5,8                                   | 75   | 4                    | 4                  | 4                    | 2,3                              | 413                   | 179   |
| Sicilia        | 62                 | 9                  | 9                  | 9                    | 559.755                | 6,0                                   | 78   | 16                   | 17                 | 5                    | 2,4                              | 1.031                 | 344   |
| Sardegna       | 22                 | 8                  | 8                  | 8                    | 208.875                | 3,5                                   | 127  | 1                    | 1                  | 1                    | 1,0                              | 478                   | 478   |
| <b>ITALIA</b>  | <b>659</b>         | <b>228</b>         | <b>197</b>         | <b>145</b>           | <b>414.104</b>         | <b>4,0</b>                            | <b>189</b>   | <b>81</b>            | <b>97</b>          | <b>80</b>            | <b>2,4</b>                       | <b>729</b>            | <b>317</b>                                  |

(\*) Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 31/10/2011. Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92). (\*\*) Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. (\*\*\*) Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti di Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere-Universitarie.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati indirizzato Ministero della Salute 31/10/2011 e Schede Regionali

- 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 pari a 4 e 2,4<sup>13</sup>), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti di AO in quanto sono stati costituiti in AO anche ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro.

Il Riquadro 2.1 riporta cronologicamente le modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 al 30/06/2012. Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.Lgs. 502/92. Dal 1996 al 2001, 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 proposti<sup>14</sup>, 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 riduzione delle AO, avvenuta principalmente per accorpamento/fusione. In tutte le regioni il territorio delle ASL coincide tendenzialmente con quello provinciale o addirittura regionale, ad eccezione di Veneto, Friuli VG e delle ASL ubicate in aree metropolitane (dove si annoverano ASL sub-provinciali). Anche in Umbria e in Friuli VG è in discussione il progetto di riassetto del SSR con la definizione di ASL provinciali (cfr. *supra*).

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

##### **PIEMONTE**

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

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

##### **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).

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Ad esempio, in Friuli VG 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.).

**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).

#### PA BOLZANO

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

#### VENETO

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

#### LIGURIA

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

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

#### EMILIA ROMAGNA

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

#### MARCHE

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

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

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

#### UMBRIA

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

#### LAZIO

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

#### ABRUZZO

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

#### MOLISE

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

## CAMPANIA

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

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

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

## PUGLIA

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

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

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

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

## BASILICATA

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

## CALABRIA

**2007:** Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti: ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria<sup>15</sup>.

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

## SICILIA

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

Le modifiche ad 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:

<sup>15</sup> Rispetto all'accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria, al 2011 non risultava ancora compiuto a causa di prolungati commissariamenti straordinari.



- ▶ 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.

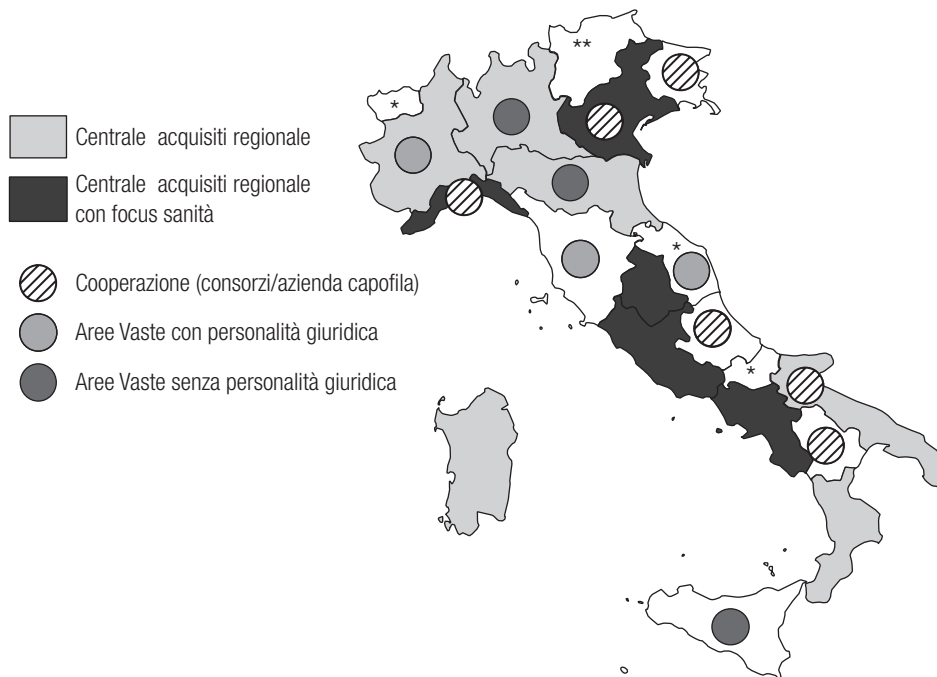
La finalità principale di queste iniziative sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome, ma che condividono risorse, ambiti di azione e, in parte, finalità e obiettivi), per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni<sup>16</sup>. A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalla regione come, ad esempio, agli enti locali (è il caso della costituzione in Toscana di 25 Società della Salute – vedi capitolo 9 del presente Rapporto).

Rispetto al primo punto, le regioni, sempre più spesso, hanno previsto ambiti di programmazione sovra-aziendale o la costituzione di aree vaste o macro-aree di accentramento e coordinamento dei processi di acquisto e di altre funzioni amministrative (gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative e organizzazione dei centri di prenotazione). Le scelte regionali nella gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative possono essere ricondotte a quattro modelli principali<sup>17</sup> (cooperazione istituzionale; aree vaste; enti pubblici giuridicamente autonomi e azienda unica) presentati e discussi nel Capitolo 2 del Rapporto OASI 2011. Di seguito si fornisce una rappresentazione grafica degli attuali assetti di accentramento degli acquisti presenti nei vari SSR (Figura 2.4) e si sintetizzano le principali forme istituzionali scelte dai SSR per la gestione accentrata dell'acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2012) (Riquadro 2.2).

<sup>16</sup> La tendenza delle regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR 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).

<sup>17</sup> La classificazione dei modelli di gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative riflette un lavoro di ricerca coordinato dalla Dott.ssa Marta Marsilio nell'ambito del progetto SIVEAS 2010.

Figura 2.4 **L'accentramento degli acquisti (2012)**



(\*) Presenza di Azienda Unica Regionale

(\*\*) Nella PA di Trento l'approvvigionamento avviene esclusivamente a livello di ASP (1 livello), mentre nella PA di Bolzano può avvenire sia a livello di ASP che di singolo comprensorio.

Fonte: Elaborata da Marsilio, 2012

## Riquadro 2.2 **Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2012)**

### **PIEMONTE**

- (i) Creazione di un'area di coordinamento sovra zonale (art. 23 LR 18/2007) per l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione.
- (ii) Istituzione di un'area di coordinamento metropolitana (art. 10 LR 18/2007) tra le strutture operanti nell'area metropolitana.
- (iii) Definizione di sei Federazioni Sovrazonali a cui sono attribuite le funzioni di acquisto, logistica, gestione delle reti informatiche, gestione del patrimonio immobiliare, programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie (LR 3/2012).

### **LOMBARDIA**

- (i) Creazione della Centrale Regionale Acquisti per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007).
- (ii) Definizione di Aree Vaste senza personalità giuridica, unioni formalizzate a livello provinciale e/o macro aree, dette «Consorzi», per procedere agli acquisti in forma aggregata (LR 11/2011).

**VENETO**

Istituzione di cinque Aree Vaste per l'accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi in materia di approvvigionamento in tutte le sue fasi (pianificazione, acquisto, stoccaggio e distribuzione di beni) secondo quanto previsto dalla DGR 3456/2004.

**FRIULI VENEZIA GIULIA**

Istituzione di un Centro Servizi Condivisi (CSC) per la gestione centralizzata di attività tecniche e amministrative a supporto degli enti consorziati (art. 18 LR 20/2004).

**LIGURIA**

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

**EMILIA ROMAGNA**

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

**TOSCANA**

Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV), dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, per la programmazione e coordinamento delle prestazioni e organizzazione sanitaria, oltre che svolgere la funzione di approvvigionamento beni e servizi, gestione logistica e delle reti informative (art. 9 LR 40/2005).

**UMBRIA**

Istituzione dell'agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali (LR 16/2007).

**LAZIO**

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

**ABRUZZO**

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

**CAMPANIA**

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

**PUGLIA**

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

**BASILICATA**

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

**CALABRIA**

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

**SICILIA**

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

**SARDEGNA**

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

Nota (\*) Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Molise e Marche: ASL Unica

Fonte: Elaborazione OASI 2012

### 2.3.2 L'apparato amministrativo regionale

Per esercitare le funzioni di *governance* (indirizzo, controllo, monitoraggio, verifica e valutazione delle attività svolte) sul «gruppo sanitario pubblico» e sul complessivo SSR, le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR).

In particolare, sono 13 le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale<sup>18</sup>. La prima regione a costituire l'ASR 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 VG, con LR 12/2009, ha stabilito, con decorrenza 1° gennaio 2010, la soppressione dell'Agenzia e il contestuale trasferimento delle sue funzioni alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria 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 siste-

<sup>18</sup> 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 2.5 **Leggi regionali di istituzione e disciplina delle Agenzie Sanitarie Regionali**

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

Fonte: OASI, 2012

ma (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 (Carbone et al., 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.

### 2.3.3 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 burocratico. Tuttavia, la mobilità dei DG è legata non solo a giudizi sull'operato del DG

stesso in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche alle dinamiche istituzionali e politiche. La naturale instabilità legata alle predeterminate scadenze dei contratti dei direttori, ed eventualmente alle loro *performance*, è accresciuta da elementi politico-istituzionali come le scadenze di legislatura, la modificazione delle maggioranze e lo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse (Del Vecchio e Carbone, 2002).

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

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 2.6 mostra la durata media<sup>19</sup> del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,7 anni, ossia 3 anni e 8 mesi<sup>20</sup>, quindi al di sotto della durata fisiologica del contratto dei Direttori, generalmente fissata in cinque anni. 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 (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 2006, a livello nazionale la durata media in carica dei DG è migliorata, passando da 3,5 a 3,7 anni. Il miglioramento riflette la maggior stabilità dei DG delle ASL (passati da 3,4 a 3,6 anni), e delle AO (passati da 3,8 a 4,0 anni). Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, anche se, nel 2011 si era raggiunto un allineamento della durata media in carica dei DG di ASL e AO (ASL 3,7 e AO 3,8). Nel 2012, si è registrata nuovamente una differenza nella durata in carica dei DG delle due tipologie di aziende pubbliche anche se, tale tendenza non si riscontra uniformemente in tutte le regioni. Infatti, in Piemonte, Veneto e Friuli VG la stabilità dei DG delle ASL e AO è molto simile.

<sup>19</sup> La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni «*n*» considerati per una determinata azienda «*x*» (con  $1 \leq n \leq 17$ ) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

<sup>20</sup> La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come media aritmetica dei valori regionali (3,9 ovvero 3 anni e 11 mesi). Tuttavia, la scelta che viene qui effettuata è quella di utilizzare come punto di riferimento la media aritmetica delle durate aziendali in quanto, seppure al prezzo di qualche distorsione (il valore medio è influenzato dai comportamenti delle regioni che hanno al proprio interno un numero maggiore di aziende), riesce a dare conto dell'importanza relativa dei diversi fenomeni. Per maggiori approfondimenti si rimanda a Del Vecchio e Carbone (2002).

Tabella 2.6 **Durata media in carica dei DG in una data azienda, per Regione (1996-2012)**

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

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

Fonte: OASI, 2012

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 2.5 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 251 persone che hanno una esperienza di sei o più anni come DG, poco più del 10% 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 282, 143 e 124). L'incidenza della somma di tali classi si è però ridotta marginalmente nel corso del tempo, passando da poco più del 55% nel 2003 al 52% nel 2012.

Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una regione, prevalgono spostamenti tra regioni limitrofe e per lo più si tratta di manager che hanno operato in due, tre o, massimo, quattro regioni diverse.

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 (Age.Na.S-FIASO, 2010). 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.

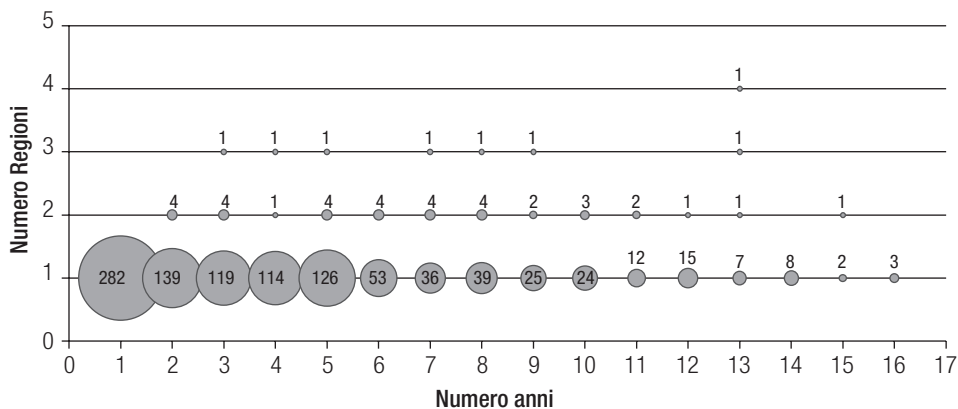
Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale<sup>21</sup> (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale<sup>22</sup> (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ri-

<sup>21</sup> L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra (i) numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e (ii) numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 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 uno 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.

<sup>22</sup> 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 1996-2012 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.



Figura 2.5 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N= 1.047)**



Fonte: OASI, 2012

cevano 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 aperto<sup>23</sup>. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che nel corso degli ultimi otto anni sono divenute mono-azienda (Molise e PA di Bolzano).

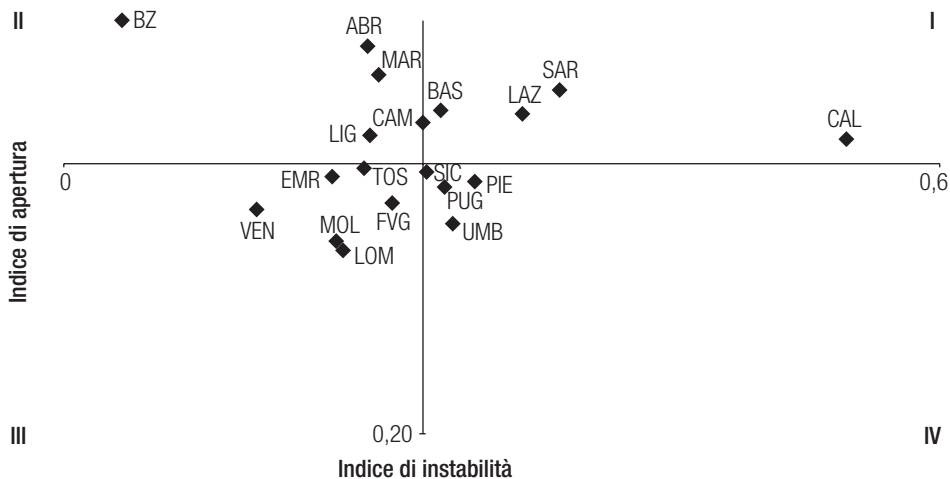
Associando ad ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 2.6). In particolare, l’asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l’asse delle ordinate il grado di apertura. I due assi si incrociano nel punto di coordinate (0,24; 0,72)<sup>24</sup>, che rappresenta la media nazionale. Rispetto allo scorso anno, si è registrata una lieve diminuzione del grado di instabilità dei DG (da 0,25 a 0,24), dovuta alla relativa stabilità nei rinnovi dei DG, ed è aumentato leggermente il grado di apertura dei sistemi regionali nelle nomine (da 0,72 a 0,73). In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti.

<sup>23</sup> È possibile invece calcolare l’indice di instabilità che è pari, a 0,176 per entrambe le regioni.

<sup>24</sup> 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 2012 (1.102) e il numero totale dei possibili cambiamenti (4.588). Il valore è pari a 0,24. L’indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo dei nomi delle persone che dal 1996 al 2012, in ogni regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.099) 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 (1.102): 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.

- ▶ 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, Sardegna, Lazio e Basilicata). Tutte queste regioni hanno evidenziato un aumento dell'indice di instabilità dal 2011 al 2012.
- ▶ 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 posiziona, in maniera più evidente, la PA di Bolzano (che nel 2007 è divenuta mono-azienda); mentre si collocano più vicino alla media nazionale per l'indice di instabilità Abruzzo e Marche e per apertura entrambi gli indici Campania e Liguria. Solamente Abruzzo e Marche rispetto all'anno scorso hanno conseguito una diminuzione del grado di instabilità dei DG.
- ▶ 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 Toscana ed Emilia Romagna per quanto riguarda l'indice di apertura e Friuli VG rispetto all'indice di instabilità. La tendenza alla staticità di queste regioni è confermata anche dai dati 2012, che mostrano valori decrescenti riguardo sia gli indici di apertura sia quelli di instabilità rispetto al 2011, ad eccezione del Friuli VG, in cui l'indice di instabilità è passato da 0,13 a 0,22.

Figura 2.6 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2012)**



Fonte: OASI, 2012

- 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 relativamente evidente in Umbria, Puglia e Piemonte, mentre la Sicilia si posiziona più vicino alla media nazionale. Rispetto al 2011 il Piemonte registra un aumento dell'instabilità (da 0,25 a 0,28), mentre i valori per Sicilia, Puglia e Umbria rimangono costanti.

## 2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

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

### 2.4.1 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 attività<sup>25</sup>.

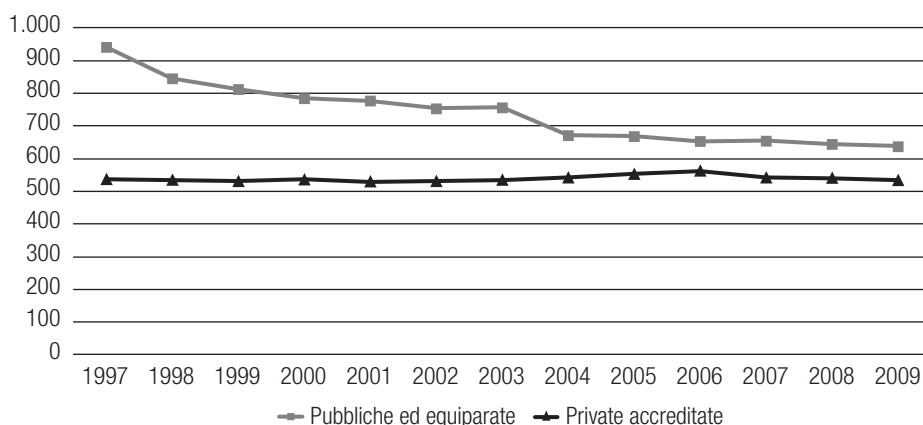
Ciò ha comportato una progressiva riduzione nel numero delle strutture pubbliche ed equiparate (Figura 2.7)<sup>26</sup>, che hanno registrato una diminuzione del 38% nel periodo 1997-2009.

Nello stesso arco di tempo, invece, le strutture private accreditate hanno registrato un andamento stabile (-1%): in particolare, si nota un lievissimo aumento a partire dall'anno 2002 fino al 2006, poi una diminuzione del 5% tra il 2006 e il 2009.

L'obbligo di razionalizzazione della rete viene ripreso dal Piano Sanitario Na-

<sup>25</sup> In particolare, si ricordano gli standard minimi di riferimento per la dotazione di posti letto (120) e di saturazione della capacità produttiva (utilizzo medio annuo dei posti letto pari o superiore al 75%) indicati dalla normativa (rispettivamente, L. 412/91, art. 4, c. 3 e ss. mm. e L. 662/96 art.1, c.1-4).

<sup>26</sup> Con riferimento alla Figura 2.7, in base allo storico delle informazioni disponibili (flussi HSP 12 ex DM 05/12/2006), il modello di classificazione delle strutture prevede tre categorie: pubbliche, equiparate e private accreditate, come dettagliato dalla nota alla tabella. Nel prosieguo del paragrafo, anche la Figura 2.8, la Figura 2.10 e la Tabella 2.9 adottano questa classificazione.

Figura 2.7 **Numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e private accreditate (1997-2009)**

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

zionale (PSN) 2006-2008<sup>27</sup> 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 e l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, sviluppando una maggiore offerta di assistenza territoriale e creando dei Centri di eccellenza. Il D.L. 95 del 06/07/2012 («Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati») riprende questi indirizzi e prevede che le regioni effettuino una verifica della funzionalità della rete di offerta, con particolare riferimento ai presidi pubblici sottodimensionati<sup>28</sup>.

Il livello regionale ha recepito progressivamente gli obiettivi fissati dai documenti di programmazione sanitaria nazionale, procedendo al riordino della rete ospedaliera (con riferimento sia alle strutture pubbliche che a quelle private accreditate). In particolare, oltre ai tradizionali obiettivi di razionalizzazione delle attività e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, le regioni hanno emanato indirizzi e linee guida vincolanti per la riduzione dei posti letto, la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni in strutture territoriali e il potenziamento delle strutture operative del sistema di emergenza-urgenza regionale (cfr. capitolo 6 del Rapporto OASI 2011).

<sup>27</sup> Il Piano Sanitario 2006-2008 è l'ultimo PSN approvato e risulta quello ufficialmente in vigore.

<sup>28</sup> Articolo 15, comma 13, lettera c. Per ospedali di «piccole dimensioni», qui e di seguito, si intendono le strutture dotate di meno di 121 posti letto.

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero al 2011 è riportata in Tabella 2.7. A fronte di 494 strutture di ricovero pubbliche, si registrano 676 strutture private (di cui 612 accreditate e 64 non accreditate). Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si nota una prevalenza dei presidi a gestione diretta (384 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro-Sud (76%). Specularmente, la maggior parte dei presidi di Aziende Ospedaliere si trova al Nord (68% del totale). Si contano 60 IRCCS, di cui 38 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (25, di cui 20 privati). I Policlinici Universitari, pubblici e privati (rispettivamente, 8 e 2) sono presenti solo nel Lazio e nel Mezzogiorno. Considerando le case di cura private, è evidente la prevalenza delle strutture accreditate (89%).

Osservando la Tabella 2.8, dal punto di vista dimensionale, le tipologie di struttura possono essere classificate in tre macro-classi: AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e AOU integrate con il SSN (Policlinici universitari pubblici) presentano la maggiore dotazione di posti letto utilizzati, con una media, rispettivamente, di 628 e 610 posti nel 2009; presidi a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano ad un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 189, 223 e 211 posti letto; le Case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 83 posti letto accreditati<sup>29</sup>. La Tabella 2.8 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 le AO (-24,7% tra il 1997 e il 2009), le AOU integrate con il SSN (-28,7%) e le case di cura accreditate (-15,8%).

Passando all'analisi dei posti letto per regime di ricovero, con riferimento al ricovero in degenza ordinaria (Figura 2.8), si è registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici ed equiparati, ridottisi del 36,1% tra il 1997 e il 2009. I posti letto delle case di cura accreditate sono invece calati del 22,1%.

Nel corso del 2009, nelle strutture pubbliche ed equiparate si è registrata una riduzione di posti letto in regime ordinario dell'1,3%. Ciò indica il raggiungimento di una situazione stabile dopo gli interventi di ridimensionamento della dotazione strutturale degli anni precedenti. Nelle strutture accreditate la riduzione di posti letto tra il 2008 e il 2009 è stata pari a 2,4 punti percentuali, evidenziando un calo più marcato rispetto all'anno precedente (-1,6% tra il 2007 e il 2008).

Per quanto riguarda invece la dotazione di PL per ricoveri in regime diurno, si è registrato, nell'arco dei dodici anni, un incremento pari al 40% (da 22.066 a 30.895 unità). Questa tendenza è stata avviata negli anni 1995-1997, in attuazione di quanto previsto dai D.Lgs. 502/1992 e 517/1993, e si è ulteriormente accen-

<sup>29</sup> 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 2.7 **Numero di strutture di ricovero per tipologia (2011)**

| Regioni            | Presidi a gestione diretta ASL <sup>(1)</sup> | Aziende Osped. <sup>(2)</sup> | Stabilimenti di Az. Osp. <sup>(3)</sup> | AOU integrate SSN (Policlinici Universitari Pubblici) | IRCCS pubblici <sup>(4)</sup> | TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE <sup>(5)</sup> | IRCCS privati <sup>(6)</sup> | Policlinici Universitari privati | Ospedali classificati <sup>(7)</sup> | Presidi privati qual. pres. ASL <sup>(8)</sup> | Enti di ricerca | Case di Cura private accreditate | TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACCREDITATE <sup>(9)</sup> | Case di Cura private non accreditate | TOTALE CC PRIVATE | TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE <sup>(10)</sup> |
|--------------------|---|-------------------------------|---|---|-------------------------------|---|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------|----------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------|--|
| Piemonte           | 22  | 8                             | 15                                      |   | 0                             | 30  | 2                            |                                  |                                      | 7  |                 | 39                               | 48  | 9                                    | 48                | 57   |
| Valle d'Aosta      | 1   | 0                             | 0                                       |   | 0                             | 1   | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 1                                | 1   |                                      | 1                 | 1  |
| Lombardia          | 1   | 29                            | 97                                      |   | 5                             | 35  | 20                           |                                  | 6                                    |  |                 | 72                               | 98  | 12                                   | 84                | 110  |
| PA Bolzano         | 7   | 0                             | 0                                       |   | 0                             | 7   | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 5                                | 5   | 1                                    | 6                 | 6  |
| PA Trento          | 7   | 0                             | 0                                       |   | 0                             | 7   | 0                            |                                  | 1                                    |  |                 | 6                                | 7   |                                      | 6                 | 7  |
| Veneto             | 21  | 2                             | 3                                       |   | 1                             | 24  | 2                            |                                  | 6                                    | 6  |                 | 15                               | 29  | 1                                    | 16                | 30   |
| Friuli VG          | 8   | 3                             | 7                                       |   | 2                             | 13  | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 5                                | 5   |                                      | 5                 | 5  |
| Liguria            | 6   | 0                             | 0                                       |   | 2                             | 8   | 1                            |                                  | 2                                    |  |                 | 4                                | 7   | 2                                    | 6                 | 9  |
| Emilia Rom.*       | 21  | 5                             | 5                                       |   | 1                             | 27  | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 45                               | 45  | 2                                    | 47                | 47   |
| Toscana            | 32  | 4                             | 4                                       |   | 0                             | 36  | 2                            |                                  |                                      | 2  | 1               | 29                               | 34  | 3                                    | 32                | 37   |
| Umbria             | 8   | 2                             | 2                                       |   | 0                             | 10  | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 5                                | 5   |                                      | 5                 | 5  |
| Marche             | 13  | 2                             | 5                                       |   | 1                             | 16  | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 13                               | 13  |                                      | 13                | 13   |
| Lazio              | 37  | 5                             | 8                                       | 1   | 3                             | 46  | 5                            | 2                                | 8                                    | 2  |                 | 62                               | 79  | 29                                   | 91                | 108  |
| Abruzzo            | 18  | 0                             | 0                                       |   | 0                             | 18  | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 11                               | 11  |                                      | 11                | 11   |
| Molise             | 3   | 0                             | 0                                       |   | 0                             | 3   | 1                            |                                  |                                      |  | 1               | 3                                | 5   |                                      | 3                 | 5  |
| Campania           | 33  | 7                             | 15                                      | 2   | 1                             | 43  | 1                            |                                  | 3                                    | 1  |                 | 64                               | 69  | 5                                    | 69                | 74   |
| Puglia             | 28  | 2                             | 3                                       |   | 2                             | 32  | 3                            |                                  | 2                                    |  |                 | 34                               | 39  |                                      | 34                | 39   |
| Basilicata         | 7   | 1                             | 2                                       |   | 1                             | 9   | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 3                                | 3   |                                      | 3                 | 3  |
| Calabria           | 29  | 4                             | 9                                       |   | 1                             | 34  | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 30                               | 30  |                                      | 30                | 30   |
| Sicilia            | 54  | 5                             | 12                                      | 3   | 1                             | 63  | 1                            |                                  | 1                                    |  | 1               | 64                               | 67  |                                      | 64                | 67   |
| Sardegna           | 28  | 1                             | 1                                       | 2   | 1                             | 32  | 0                            |                                  |                                      |  |                 | 12                               | 12  |                                      | 12                | 12   |
| <b>Italia 2011</b> | <b>384</b>                                    | <b>80</b>                     | <b>188</b>                              | <b>8</b>  | <b>22</b>                     | <b>494</b>  | <b>38</b>                    | <b>2</b>                         | <b>29</b>                            | <b>18</b>                                      | <b>3</b>        | <b>522</b>                       | <b>612</b>  | <b>64</b>                            | <b>586</b>        | <b>676</b>   |

<sup>(1)</sup> Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 31 Ottobre 2011. 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).

<sup>(2)</sup> Per Aziende Ospedaliere si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

<sup>(3)</sup> Per stabilimenti ospedalieri si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti.

<sup>(4)</sup> Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.

<sup>(5)</sup> Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2009, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture «equiparate alle pubbliche».

<sup>(6)</sup> Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni private.

<sup>(7)</sup> Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.

<sup>(8)</sup> Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88.

<sup>(9)</sup> Sommatoria di IRCCS di diritto privato, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Presidi qualificati ed Enti di ricerca. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2009.

<sup>(10)</sup> Sommatoria di Strutture private accreditate e di Case di Cura non accreditate.

(\*) In Emilia Romagna, l'indirizzo del Ministero della Salute segnala un solo IRCCS (Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna), di natura pubblica. Tuttavia, lo stesso sito del Ministero della Salute indica altre 3 strutture per le quali è stato richiesto lo status di IRCCS: due pubbliche (Istituto Scienze Neurologiche di Bologna e Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia di Bologna) e una privata (IRST S.r.l. di Meldola, FC).

Fonte: Indirizzario Ministero della Salute, 2011

Tabella 2.8 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2009)**

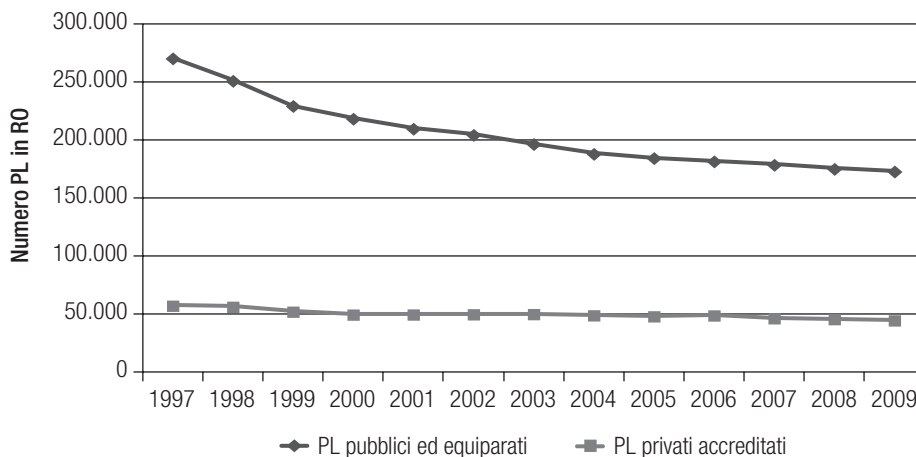
| Tipologia struttura                     | 1997 | 2000 | 2005 | 2008 | 2009 | Variazione 1997-2009 |
|---|------|------|------|------|------|----------------------|
| AO e AO integrate con Università        | 834  | 774  | 660  | 630  | 628  | -24,7%               |
| Presidi a gestione diretta ASL          | 199  | 184  | 193  | 192  | 189  | -5,0%                |
| AOU integrate con SSN                   | 856  | 832  | 620  | 621  | 610  | -28,7%               |
| IRCCS pubblici e privati                | 243  | 247  | 224  | 227  | 223  | -8,1%                |
| Ospedali classificati <sup>(1)</sup>    | 234  | 223  | 211  | 213  | 211  | -9,8%                |
| Case di cura accreditate <sup>(2)</sup> | 98   | 89   | 85   | 84   | 83   | -15,8%               |

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

<sup>(2)</sup> Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.8 **Numero di posti letto previsti (RO, acuti e non acuti), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2009)**



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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

tuata soprattutto negli anni 2001-2003, anche come conseguenza delle esigenze nazionali di contenimento della spesa e di incremento dell'appropriatezza del regime di ricovero. Da segnalare che, per la prima volta, tra 2008 e 2009 si è registrato un calo della dotazione posti di letto in regime diurno pari al 2,3% (-728 unità). Questa diminuzione ha interessato sia gli erogatori pubblici ed equipara-

ti (-604 unità; -2,2%) che quelli privati accreditati (-124 unità, pari a -3,4%). Il trend sui dodici anni, comunque, rimane di forte crescita. I PL pubblici ed equiparati hanno registrato un aumento pari al 32% (da 21.247 a 27.359). I PL privati accreditati nell'arco degli anni 1997-2009 sono quasi quintuplicati (da 819 a 3.536), con un aumento complessivo molto rapido (81%) nel periodo 2001-2004.

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

- ▶ la L. 405/2001 (art. 3, comma 4) definiva uno *standard* di 5 PL 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 (art. 4, comma 1) ha introdotto l'obbligo di adeguare, entro l'anno 2007, la dotazione di PL ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ad uno *standard* massimo di 4,5 PL 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.

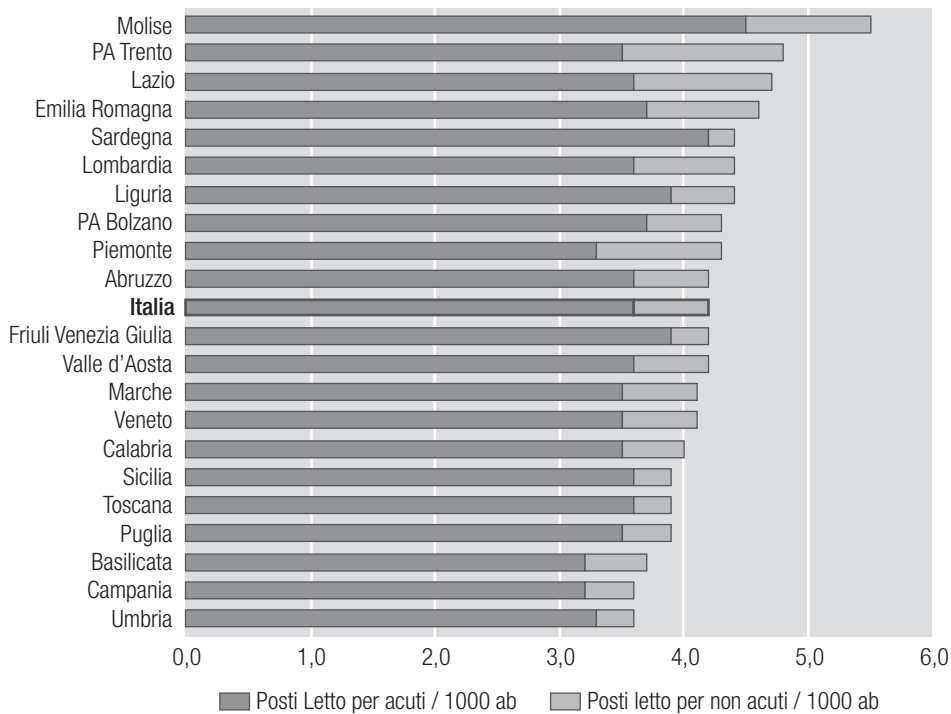
Il rispetto di questi *standard* è stato oggetto di verifica annuale da parte del Comitato LEA, istituito presso il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute. La verifica ha riguardato sia l'adeguamento della dotazione di PL allo *standard*, sia l'adozione dei provvedimenti regionali volti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

Nel 2009 la dotazione media nazionale di PL – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3,6 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.9). Ciò ha consentito, a livello nazionale, di rispettare lo *standard* di 4,5 PL complessivi. Diverse regioni registrano però una dotazione superiore a quanto consentito (Molise, Lazio, PA di Trento, Emilia Romagna). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, si evidenziano due regioni con una dotazione di posti letto per acuti superiore a 4 PL per mille abitanti (Molise e Sardegna) e due regioni con una dotazione di PL per non acuti superiore a 1 per mille abitanti (PA di Trento e Lazio).

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 stringente, ossia non superiore a 4 PL per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 per riabilitazione e lungodegenza. Infine, il D.L. 95 del 06/07/2012



Figura 2.9 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) per 1.000 abitanti (2009)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

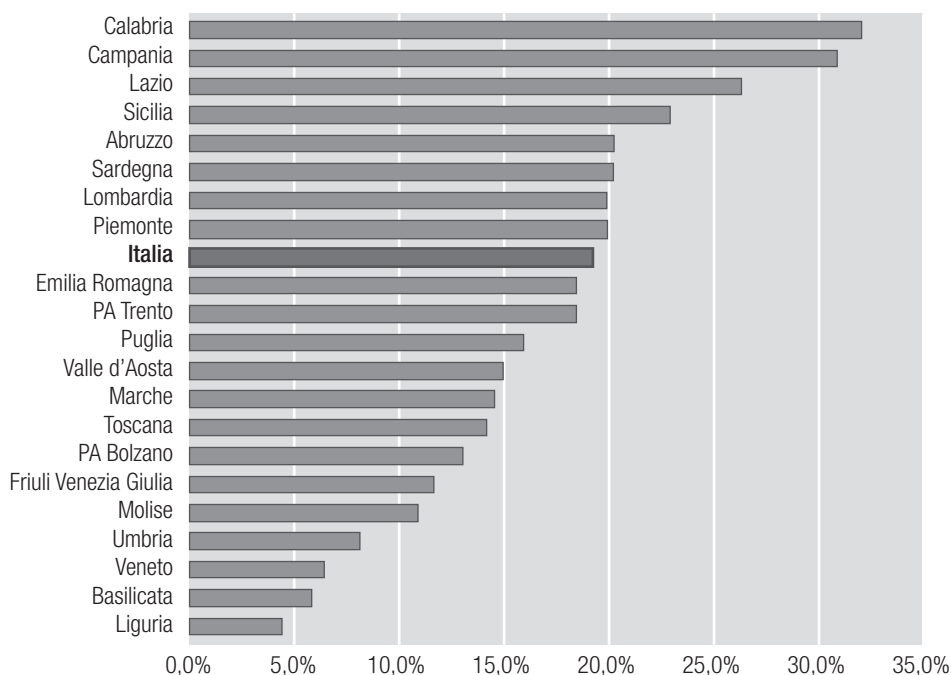
(art. 15, comma 13, lettera c) ha ridotto ulteriormente la dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza. Il Decreto, convertito in legge il 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse<sup>30</sup>.

La Figura 2.10 approfondisce, invece, le differenze regionali in termini di peso relativo del privato accreditato. In tutte le regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica<sup>31</sup> e pari a un livello nazionale medio dell'80,8%. A livello regionale, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (32,0%), Campania (30,9%) e Lazio (26,3%); la percentuale da ricondurre al privato accreditato è, al contrario, molto bassa in Liguria (4,4%), Basilicata (5,8%), Veneto (6,4%) e Umbria (8,1%). Nel periodo che va dal 1998 al 2009, la

<sup>30</sup> Il Decreto mantiene come variabile di controllo per l'adeguatezza dell'offerta un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui almeno il 25% erogati in DH.

<sup>31</sup> Tra le strutture pubbliche si considerano anche le strutture equiparate.

Figura 2.10 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) nel 2009**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

rilevanza dei PL accreditati è aumentata in Italia di 2 punti percentuali. Gli incrementi più significativi si sono avuti nelle regioni meridionali, specialmente in Sicilia, Molise e Puglia; Lazio, Emilia Romagna e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di PL privati accreditati. Infine, se si considera la quota dei PL privati accreditati per area geografica, nel 1998 l'offerta privata accreditata era maggiormente concentrata nel Nord Italia (36% contro 32% nel Centro e nel Sud); nel 2009, la situazione risulta differente, con una presenza del privato accreditato pari al 39% al Nord, al 36% nel Sud<sup>32</sup> e solo al 24% nelle regioni del Centro Italia.

Un'importante funzione svolta dalle strutture di ricovero è la risposta alle urgenze. Dall'analisi della diffusione di questa tipologia di servizi (Tabella 2.9), si registra come la grande maggioranza delle strutture pubbliche sia dotata dei servizi di Pronto Soccorso (PS) e di centri rianimazione (CR), rispettivamente nel 80,7% e nel 59,1% dei casi. Un vero e proprio Dipartimento di Emergenza

<sup>32</sup> In questo caso, il Centro Italia comprende anche Abruzzo e Molise, mentre il Sud include Sicilia e Sardegna.

Tabella 2.9 Servizi per le emergenze all'interno delle strutture di ricovero (2009)

| Regione        | % strutture pubbliche dotate di DE | % strutture pubbliche dotate di PS | % strutture pubbliche dotate di PSP | % strutture pubbliche dotate di CR | % Ambulanze di tipo «A» con medico in strutture pubbliche | % Case di cura accreditate dotate di DE | % Case di cura accreditate dotate di PS | % Case di cura accreditate dotate di PSP | % Case di cura accreditate dotate di CR |
|----------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|---|---|--|---|
| Piemonte       | 68%                                | 76%                                | 18%                                 | 68%                                | 44%   | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 5%                                      |
| Valle d'Aosta  | 100%                               | 100%                               | 100%                                | 100%                               | 0%  | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 0%                                      |
| Lombardia      | 64%                                | 72%                                | 39%                                 | 74%                                | 3%  | 8%                                      | 22%                                     | 3%                                       | 18%                                     |
| PA Bolzano     | 43%                                | 100%                               | 0%                                  | 71%                                | 0%  | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 0%                                      |
| PA Trento      | 0%                                 | 78%                                | 11%                                 | 22%                                | 1%  | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 0%                                      |
| Veneto         | 61%                                | 74%                                | 13%                                 | 68%                                | 25%   | 0%                                      | 7%                                      | 0%                                       | 0%                                      |
| Friuli VG      | 63%                                | 69%                                | 19%                                 | 50%                                | 4%  | 0%                                      | 20%                                     | 0%                                       | 0%                                      |
| Liguria        | 67%                                | 67%                                | 25%                                 | 75%                                | 0%  | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 20%                                     |
| Emilia Romagna | 81%                                | 93%                                | 15%                                 | 78%                                | 20%   | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 13%                                     |
| Toscana        | 83%                                | 79%                                | 12%                                 | 67%                                | 30%   | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 3%                                      |
| Umbria         | 55%                                | 82%                                | 0%                                  | 64%                                | 57%   | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 0%                                      |
| Marche         | 42%                                | 85%                                | 3%                                  | 39%                                | 59%   | 8%                                      | 8%                                      | 0%                                       | 8%                                      |
| Lazio          | 32%                                | 67%                                | 9%                                  | 47%                                | 60%   | 3%                                      | 6%                                      | 0%                                       | 5%                                      |
| Abruzzo        | 57%                                | 100%                               | 0%                                  | 62%                                | 55%   | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 31%                                     |
| Molise         | 57%                                | 71%                                | 0%                                  | 71%                                | 0%  | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 33%                                     |
| Campania       | 51%                                | 84%                                | 38%                                 | 67%                                | 33%   | 10%                                     | 18%                                     | 0%                                       | 12%                                     |
| Puglia         | 53%                                | 92%                                | 3%                                  | 58%                                | 34%   | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 9%                                      |
| Basilicata     | 33%                                | 78%                                | 0%                                  | 67%                                | 0%  | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 0%                                      |
| Calabria       | 51%                                | 86%                                | 5%                                  | 35%                                | 52%   | 0%                                      | 3%                                      | 0%                                       | 0%                                      |
| Sicilia        | 32%                                | 94%                                | 10%                                 | 55%                                | 13%   | 2%                                      | 2%                                      | 0%                                       | 3%                                      |
| Sardegna       | 28%                                | 75%                                | 13%                                 | 53%                                | 10%   | 0%                                      | 0%                                      | 0%                                       | 8%                                      |
| <b>ITALIA</b>  | <b>51,4%</b>                       | <b>80,7%</b>                       | <b>15,0%</b>                        | <b>59,1%</b>                       | <b>21,3%</b>  | <b>3,2%</b>                             | <b>6,9%</b>                             | <b>0,4%</b>                              | <b>8,6%</b>                             |

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

(DE), che dovrebbe fornire maggiori garanzie in termini di sicurezza e qualità delle cure, è presente nel 51,4% delle strutture. Al contrario, le strutture private accreditate offrono molto più raramente i servizi di gestione delle emergenze: il DE è presente solo nel 3,2% dei casi, il PS nel 6,9%, il CR nell'8,6%. Un servizio fondamentale per garantire un'assistenza più adeguata ai pazienti più giovani, il Pronto Soccorso pediatrico (PSP), è presente solo nel 15% delle strutture pubbliche e in due strutture private accreditate lombarde. La maggior focalizzazione del privato accreditato verso ricoveri per non – acuti (cfr. § 2.5.1) contribuisce a spiegare la scarsa presenza di servizi per le emergenze nelle strutture.

## 2.4.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre maggiore attenzione all'assistenza territoriale (§ 2.5.2). Ciò si è tradotto principalmente in sforzi per il potenziamento dei distretti<sup>33</sup>. Questi ultimi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.).

Dal 2001 al 2009, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 875 a 736 (-15,9%), con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 81.583 nel 2009). A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano la Campania (da 107 a 69), il Veneto (da 82 a 50) e soprattutto la Toscana (da 111 a 31). Si riportano, d'altra parte, 9 regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna). Considerando nuovamente la prospettiva nazionale, nel periodo 2001-2009, è aumentato il numero medio di distretti per ASL (da 4,4 a 5,1).

A completamento del quadro sullo stato di attuazione della rete dei distretti in Italia si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2011, in cui sono illustrati i risultati della seconda indagine *ad hoc* condotta da Age.Na.S nel 2010.

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.

La Tabella 2.10 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2009 si contraddistin-

<sup>33</sup> Lo Schema di PSN 2011-2013 indica come «Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate). Il distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti Locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali».

Tabella 2.10 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle regioni (2009)**

| Regione            | Ambulatori e laboratori | di cui privati accr. | Altre strutture territoriali (*) | di cui privati accr. | Strutture semiresidenz. | di cui privati accr. | Strutture residenziali | di cui privati accr. | Totale strutture territoriali | Strutture territoriali private % |
|--------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Piemonte           | 454                     | 19,4%                | 347                              | 2,0%                 | 165                     | 60,0%                | 803                    | 71,5%                | 1769                          | 43,4%                            |
| Valle d'Aosta      | 5                       | 60,0%                | 26                               | 7,7%                 | 3                       | 100,0%               | 9                      | 88,9%                | 43                            | 37,2%                            |
| Lombardia          | 767                     | 61,7%                | 746                              | 12,5%                | 668                     | 74,4%                | 1.300                  | 87,5%                | 3481                          | 63,2%                            |
| PA Bolzano         | 48                      | 31,3%                | 79                               | 19,0%                | 6                       | 0,0%                 | 51                     | 82,4%                | 184                           | 39,1%                            |
| PA Trento          | 39                      | 46,2%                | 40                               | 17,5%                | 8                       | 0,0%                 | 75                     | 85,3%                | 162                           | 54,9%                            |
| Veneto             | 477                     | 53,5%                | 529                              | 24,2%                | 457                     | 61,9%                | 717                    | 77,1%                | 2180                          | 55,9%                            |
| Friuli VG          | 135                     | 31,1%                | 82                               | 7,3%                 | 47                      | 31,9%                | 161                    | 59,6%                | 425                           | 37,4%                            |
| Liguria            | 347                     | 30,3%                | 152                              | 2,6%                 | 44                      | 43,2%                | 190                    | 75,3%                | 733                           | 37,0%                            |
| Emilia Romagna     | 461                     | 40,1%                | 471                              | 7,0%                 | 492                     | 81,1%                | 862                    | 79,1%                | 2286                          | 56,8%                            |
| Toscana            | 830                     | 38,0%                | 529                              | 7,9%                 | 255                     | 36,5%                | 521                    | 58,5%                | 2135                          | 35,4%                            |
| Umbria             | 113                     | 23,9%                | 123                              | 2,4%                 | 68                      | 35,3%                | 112                    | 45,5%                | 416                           | 25,2%                            |
| Marche             | 200                     | 52,0%                | 105                              | 11,4%                | 29                      | 10,3%                | 95                     | 35,8%                | 429                           | 35,7%                            |
| Lazio              | 850                     | 70,6%                | 430                              | 5,6%                 | 54                      | 1,9%                 | 167                    | 68,3%                | 1501                          | 49,2%                            |
| Abruzzo            | 168                     | 60,7%                | 129                              | 3,9%                 | 10                      | 20,0%                | 71                     | 87,3%                | 378                           | 45,2%                            |
| Molise             | 56                      | 75,0%                | 16                               | 6,3%                 | 6                       | 100,0%               | 6                      | 100,0%               | 84                            | 65,5%                            |
| Campania           | 1.452                   | 80,0%                | 420                              | 27,9%                | 84                      | 17,9%                | 149                    | 43,0%                | 2.105                         | 64,5%                            |
| Puglia             | 663                     | 62,4%                | 323                              | 3,1%                 | 39                      | 61,5%                | 145                    | 85,5%                | 1170                          | 48,9%                            |
| Basilicata         | 117                     | 42,7%                | 56                               | 10,7%                | 4                       | 25,0%                | 33                     | 45,5%                | 210                           | 34,3%                            |
| Calabria           | 423                     | 56,7%                | 127                              | 7,1%                 | 19                      | 42,1%                | 75                     | 62,7%                | 644                           | 47,2%                            |
| Sicilia            | 1.701                   | 81,4%                | 557                              | 16,0%                | 33                      | 9,1%                 | 104                    | 59,6%                | 2.395                         | 64,2%                            |
| Sardegna           | 352                     | 53,4%                | 157                              | 4,5%                 | 19                      | 42,1%                | 69                     | 81,2%                | 597                           | 43,4%                            |
| <b>ITALIA 2009</b> | <b>9.658</b>            | <b>60,2%</b>         | <b>5.444</b>                     | <b>11,4%</b>         | <b>2.510</b>            | <b>59,9%</b>         | <b>5.715</b>           | <b>74,2%</b>         | <b>23.327</b>                 | <b>52,2%</b>                     |
| <b>ITALIA 1997</b> | <b>9.335</b>            | <b>54,0%</b>         | <b>4.009</b>                     | <b>5,0%</b>          | <b>842</b>              | <b>8,0%</b>          | <b>1.820</b>           | <b>5,0%</b>          | <b>16.006</b>                 | <b>33,7%</b>                     |

(\*) 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

gue per l'incremento delle strutture territoriali (+45,7%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato (passato da una quota di strutture del 33,7% nel 1997 a una del 52,2% nel 2009, con un incremento in termini di numero di strutture pari al 125%). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 198,1% e del 214% nell'arco temporale considerato. Queste strutture, in particolare, sono gestite prevalentemente dal privato accreditato, il cui peso è passato rispettivamente dall'8% e 5% del 1997 al 59,9% e 74,2% del 2009. Costituisce unica eccezione la categoria

denominata «Altre strutture territoriali», dove il privato raggiunge l'11,4% nel 2009 (5% nel 1997).

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

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Lombardia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media, compreso tra il 60,7% dell'Abruzzo e l'81,4% della Sicilia. Tutte le altre regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale, segnando i valori più bassi in Piemonte (19,4%) e Umbria (23,9%);
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato ad eccezione di Veneto e Campania, che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato pari rispettivamente al 24,2% e al 27,9%;
- ▶ con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono soprattutto le regioni del Nord Italia (oltre a Molise e la Puglia) a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate.

### 2.4.3 Il personale del SSN

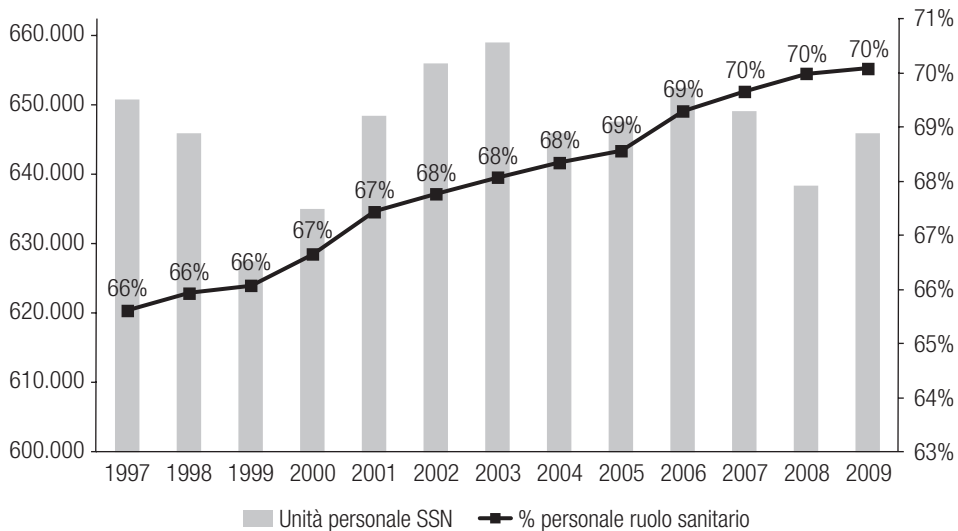
Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di una esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica: sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario (cfr. Capitolo 3 del presente Rapporto).

La Figura 2.11 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN<sup>34</sup> e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 646.083 unità nel 2009 (raggiungendo una quota minima di 627.538 nel 1999). Il dato si caratterizza per un andamento annuo piuttosto variabile, legato in parte ai periodi di blocco del *turn-over*. Si rileva come il personale sia cresciuto dell'1,2% (7.624 unità) proprio nel corso dell'ultimo anno disponibile (2009), invertendo una tendenza alla riduzione degli organici iniziata nel 2006. Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66% nel 1997 al 70,2% nel 2009), aumento prevalentemente dovuto alla componente medica.

Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulla entità e composizione del personale SSN nelle diverse regioni. Innanzitutto, è importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale (a cui biso-

<sup>34</sup> Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Figura 2.11 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2009)**

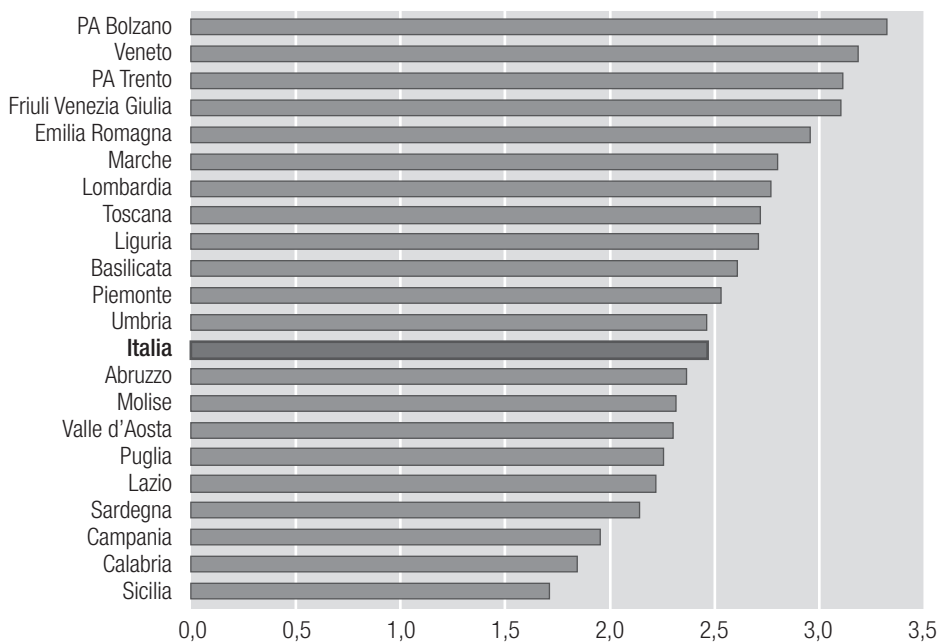


Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

gnerebbe aggiungere l'indotto): i dipendenti SSN rappresentano infatti l'1,1% della popolazione. Tale contributo si differenzia nelle diverse regioni e risulta compreso tra l'1,7% della PA di Bolzano e lo 0,8% del Lazio. Tali differenze risentono della diversa rilevanza, all'interno dei SSR, delle case di cura private accreditate e delle strutture c.d. «equiparate» alle pubbliche, il cui personale non è compreso tra i dipendenti del SSN.

Differenziazioni territoriali si rilevano anche nella composizione percentuale del personale SSN. In particolare, nel 2009:

- ▶ l'incidenza dei ruoli sanitari è più marcata nel Centro e nel Sud del paese, dove si mantiene quasi ovunque oltre il 70% dei dipendenti totali, sino al valore massimo su scala nazionale del Lazio e dell'Umbria (rispettivamente, 75,5 e 75,6%). Nel Nord, invece, i ruoli sanitari registrano percentuali più contenute, fino al 61,1% della PA di Bolzano;
- ▶ l'incidenza dei ruoli tecnici è esattamente speculare: superiore al 20% in tutte le regioni del Nord (eccetto Emilia Romagna e Liguria), scende ai minimi nel Lazio (11,8%);
- ▶ la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore nelle regioni del Nord (con l'eccezione della Calabria), raggiungendo i valori massimi (15,2%) in Valle d'Aosta. La percentuale più contenuta si registra invece in Basilicata (8,8%).

Figura 2.12 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni Italiane (2009)**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

Indagando più nel dettaglio la composizione del personale sanitario e, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 2.12), le regioni del Sud presentano una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2 contro 2,9 del Nord. Il Centro si colloca su valori intermedi (2,5 infermieri per medico) molto vicini alla media nazionale (2,46)<sup>35</sup>.

La Tabella 2.11 presenta invece il numero di MMG (Medici di medicina generale) e di PLS (Pediatri di libera di scelta) nelle diverse realtà regionali. I professionisti sono rapportati alla popolazione assistita e al numero medio di scelte. Il numero più alto di residenti e di scelte per professionista, sia per i MMG (oltre 1.565 residenti e 1.583 scelte) che per i PLS (1.416 residenti e 1.029 scelte), si registra nella PA di Bolzano. Valori particolarmente elevati di scelte e residenti per professionista interessano la Lombardia per quanto riguarda l'assistenza agli adulti (circa 1.300 residenti e scelte per medico); Piemonte, Veneto, Friuli

<sup>35</sup> Il dato qui presentato si discosta da quello riportato al § 2.2. Lo scostamento è da attribuire all'eterogeneità della base dati: il calcolo del personale SSN, a differenza delle elaborazioni su dati OECD, oltre a non considerare le case di cura accreditate, non include strutture di fatto pubbliche (ad esempio, le AOU integrate con il SSN). Inoltre, i dati del Ministero della Salute sono riferiti all'anno 2009, i dati OECD al 2010.



Tabella 2.11 **Numero MMG e PLS nelle Regioni Italiane (2009)**

| Regione            | Numero MMG    | Adulti residenti per MMG | Numero scelte per MMG | Numero PLS   | Bambini residenti per PLS | Numero scelte per PLS |
|--------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------|---------------------------|-----------------------|
| Piemonte           | 3.430         | 1.139                    | 1.146                 | 444          | 1.187                     | 917                   |
| Valle d'Aosta      | 90            | 1.230                    | 1.204                 | 18           | 910                       | 708                   |
| Lombardia          | 6.473         | 1.307                    | 1.317                 | 1.147        | 1.116                     | 911                   |
| PA Bolzano         | 269           | 1.565                    | 1.583                 | 55           | 1.416                     | 1.029                 |
| PA Trento          | 398           | 1.118                    | 1.116                 | 79           | 945                       | 833                   |
| Veneto             | 3.511         | 1.207                    | 1.207                 | 572          | 1.131                     | 967                   |
| Friuli VG          | 997           | 1.091                    | 1.105                 | 121          | 1.180                     | 903                   |
| Liguria            | 1.343         | 1.075                    | 1.059                 | 170          | 1.006                     | 869                   |
| Emilia Romagna     | 3.200         | 1.190                    | 1.180                 | 583          | 909                       | 810                   |
| Toscana            | 3.010         | 1.087                    | 1.077                 | 433          | 1.004                     | 865                   |
| Umbria             | 763           | 1.032                    | 1.022                 | 115          | 927                       | 793                   |
| Marche             | 1.266         | 1.087                    | 1.084                 | 180          | 1.077                     | 893                   |
| Lazio              | 4.824         | 1.014                    | 1.041                 | 767          | 956                       | 805                   |
| Abruzzo            | 1.129         | 1.039                    | 1.031                 | 183          | 886                       | 787                   |
| Molise             | 269           | 1.052                    | 1.062                 | 37           | 1.019                     | 830                   |
| Campania           | 4.334         | 1.133                    | 1.132                 | 813          | 1.110                     | 927                   |
| Puglia             | 3.310         | 1.060                    | 1.083                 | 586          | 974                       | 816                   |
| Basilicata         | 508           | 1.015                    | 1.025                 | 65           | 1.153                     | 814                   |
| Calabria           | 1.502         | 1.158                    | 1.121                 | 278          | 968                       | 809                   |
| Sicilia            | 4.216         | 1.024                    | 1.044                 | 826          | 873                       | 758                   |
| Sardegna           | 1.367         | 1.082                    | 1.068                 | 223          | 862                       | 761                   |
| <b>ITALIA 2009</b> | <b>46.209</b> | <b>1.129</b>             | <b>1.134</b>          | <b>7.695</b> | <b>1.022</b>              | <b>857</b>            |
| <b>ITALIA 1997</b> | <b>47.490</b> | <b>1.045</b>             | <b>1.086</b>          | <b>6.664</b> | <b>1.174</b>              | <b>685</b>            |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

Venezia Giulia e Campania per l'assistenza ai bambini. All'opposto, le regioni con meno assistiti per MMG sono il Lazio (1.014 residenti, 1.041 scelte), la Basilicata (1.015 residenti, 1.025 scelte), l'Umbria (1.032, 1.022) e l'Abruzzo (1.039, 1.031); le regioni con meno assistiti per pediatra sono quelle insulari: la Sardegna (862 residenti, 761 scelte) e la Sicilia (873 residenti, 758 scelte). Si nota, in generale, un minor numero di pazienti per medico nelle regioni centro-meridionali.

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2009, si rileva un lieve calo dei primi (2,7%) e un aumento dei secondi (14,8%). Mentre sia gli adulti residenti che le scelte per MMG aumentano (rispettivamente 8% e 4,4%), relativamente alla pediatria si osservano *trend* contrastanti: i bambini residenti per PLS calano del 12,9%, mentre il numero di scelte per pediatra aumenta del 25,1%. Se il primo dato è da imputare all'aumento del numero dei pediatri, il secondo è probabilmente dovuto alla maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG.

## 2.5 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 finanziamento a tariffa per prestazione, è aumentata la completezza delle rilevazioni disponibili nel Sistema Informativo Sanitario (SIS) in termini di ricoveri ospedalieri e, anche se con ritardo, di 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.

### 2.5.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale nel periodo 1998-2010 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 2.12):

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (meno 1.282.934 unità) pari al 10,2% in 12 anni, con un andamento annuo variabile (compreso tra -4% e +2%) anche a seguito della forte spinta al trasferimento dal *setting*

Tabella 2.12 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2010)**

| Anno             | Numero di Dimissioni <sup>(1)</sup> | Giornate di ricovero <sup>(1)</sup> | % rapporto tra giornate in DH e in RO | Degenza media <sup>(2)</sup> |
|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| 1998             | 12.577.826                          | 88.009.005                          | 9,3                                   | 7,1                          |
| 1999             | 12.727.449                          | 85.811.850                          | 10,2                                  | 7,0                          |
| 2000             | 12.671.564                          | 82.484.479                          | 11,8                                  | 6,9                          |
| 2001             | 12.939.571                          | 81.425.592                          | 13,4                                  | 6,8                          |
| 2002             | 12.948.710                          | 80.393.353                          | 15,1                                  | 6,7                          |
| 2003             | 12.818.905                          | 78.450.940                          | 17,0                                  | 6,7                          |
| 2004             | 12.991.102                          | 78.750.718                          | 18,4                                  | 6,7                          |
| 2005             | 12.966.874                          | 79.070.702                          | 19,1                                  | 6,7                          |
| 2006             | 12.857.813                          | 78.008.561                          | 19,1                                  | 6,7                          |
| 2007             | 12.342.537                          | 76.340.751                          | 18,6                                  | 6,7                          |
| 2008             | 12.112.389                          | 75.482.012                          | 18,2                                  | 6,8                          |
| 2009             | 11.674.098                          | 73.548.218                          | 17,5                                  | 6,7                          |
| 2010             | 11.294.892                          | 72.016.342                          | 17,2                                  | 6,7                          |
| <b>1998-2010</b> | <b>-10,2%</b>                       | <b>-18,2%</b>                       | <b>84,6%</b>                          | <b>-5,1%</b>                 |

Nota:

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

ospedaliero a quello territoriale per una migliore appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata. Nel 2010 i ricoveri sono diminuiti del 3,2% rispetto al 2009;

- ▶ nel periodo 1998-2010 le giornate di ricovero sono diminuite del 18,2%; in particolare tra il 1998 e il 2003 esse registrano una forte diminuzione (-11%) per poi aumentare nel periodo 2003-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006;
- ▶ le prestazioni totali erogate in regime di *day hospital* sono aumentate progressivamente dal 1998 al 2010, passando da un rapporto tra giornate DH e RO di 9,3 ad uno di 17,2 malgrado una diminuzione nel rapporto stesso tra il 2006 e il 2010.
- ▶ 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, aumentare lievemente a 6,8 nel 2008 e infine ristabilizzarsi a 6,7 nel 2009 e 2010.

La Tabella 2.13 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero<sup>36</sup>.

I quasi 11 milioni di ricoveri ospedalieri realizzati nel 2010 si compongono per il 95,7% di ricoveri per acuti, così come avveniva nel 2008 e 2009.

Rimane sostanzialmente invariata anche la quota (3,3% nel 2010) di ricoveri per riabilitazione. Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (83,1% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di *day hospital* è molto elevata; è questo il caso di Sicilia (29,9%), Lazio (27,3%), e Friuli Venezia Giulia (24%).

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

La Tabella 2.14 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero.

Le più di 70 milioni giornate di ricovero effettuate nel 2010 si compongono per l'82,3% di giornate per acuti, 12,8% per riabilitazione e il restante 4,9% in lungodegenza, così come avveniva nel 2009. Piemonte, Lombardia, PA Trento, Emilia Romagna e Lazio presentano valori inferiori alla media per quanto riguarda le giornate di degenza effettuate per acuti, a fronte di un maggior numero di giornate per riabilitazione (Piemonte, Lombardia e Lazio) o lungodegenza (PA Trento e Emilia Romagna).

Sempre con riferimento ai ricoveri per acuti, la Figura 2.13 presenta alcuni dati sulla composizione dell'attività erogata. In particolare, mostra la distribuzione dei dimessi per acuti tra regime ordinario e *day hospital*. Rispetto a un'in-

<sup>36</sup> Le SDO 2010, come le SDO 2009, si basano sulla classificazione Icd-9-Cm del 2007 e si suddividono in DRG e ACC (aggregati clinici di codici) che raggruppano diagnosi e procedure.

Tabella 2.13 Ricoveri per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2010)

| Regione        | Ricoveri per acuti |                  | Ricoveri per riabilitazione |               | Ricoveri per lungodegenza* |                       | Totale ricoveri   |
|----------------|--------------------|------------------|-----------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|
|                | RO                 | DH               | RO                          | DH            | RO+DH                      | % sul totale ricoveri |                   |
| Piemonte       | 497.068            | 192.867          | 37.256                      | 3.538         | 11.816                     | 5,5%                  | 742.545           |
| Val d'Aosta    | 14.451             | 5.747            | 538                         | 2             | 92                         | 2,6%                  | 20.830            |
| Lombardia      | 1.245.263          | 339.470          | 94.076                      | 13.425        | 8.121                      | 6,3%                  | 1.700.355         |
| PA Bolzano     | 69.965             | 26.330           | 2.510                       | 212           | 2.415                      | 2,7%                  | 101.432           |
| PA Trento      | 53.470             | 29.057           | 5.638                       | 986           | 2.525                      | 7,2%                  | 91.676            |
| Veneto         | 526.803            | 196.291          | 22.559                      | 7.500         | 10.356                     | 3,9%                  | 763.509           |
| Friuli VG      | 145.582            | 51.556           | 2.687                       | 850           | 2.176                      | 1,7%                  | 202.851           |
| Liguria        | 193.038            | 140.633          | 9.519                       | 1.818         | 670                        | 3,3%                  | 345.678           |
| Emilia Romagna | 594.218            | 199.244          | 18.332                      | 4.865         | 32.804                     | 2,7%                  | 849.463           |
| Toscana        | 462.172            | 156.551          | 11.436                      | 2.227         | 2.391                      | 2,2%                  | 634.777           |
| Umbria         | 122.365            | 37.182           | 3.269                       | 859           | 234                        | 2,5%                  | 163.909           |
| Marche         | 194.361            | 61.330           | 3.817                       | 304           | 4.984                      | 1,6%                  | 264.796           |
| Lazio          | 723.712            | 359.870          | 32.712                      | 12.285        | 10.011                     | 4,0%                  | 1.138.590         |
| Abruzzo        | 158.244            | 65.247           | 6.265                       | 209           | 2.566                      | 2,8%                  | 232.531           |
| Molise         | 49.832             | 21.416           | 1.973                       | 155           | 398                        | 2,9%                  | 73.774            |
| Campania       | 684.089            | 372.381          | 11.358                      | 2.854         | 8.510                      | 1,3%                  | 1.079.192         |
| Puglia         | 581.139            | 232.132          | 16.205                      | 1.799         | 4.920                      | 2,2%                  | 836.195           |
| Basilicata     | 61.061             | 37.157           | 1.378                       | 304           | 751                        | 1,7%                  | 100.651           |
| Calabria       | 213.920            | 87.798           | 4.893                       | 1.430         | 2.670                      | 2,0%                  | 310.711           |
| Sicilia        | 579.919            | 327.386          | 10.659                      | 4.543         | 3.213                      | 1,6%                  | 925.720           |
| Sardegna       | 204.093            | 82.304           | 2.051                       | 539           | 976                        | 0,9%                  | 289.963           |
| <b>ITALIA</b>  | <b>7.374.765</b>   | <b>3.021.949</b> | <b>299.131</b>              | <b>60.704</b> | <b>112.599</b>             | <b>3,3%</b>           | <b>10.869.148</b> |

Nota: La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in Tabella 2.12 poiché: (i) sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, pari a 406.594 (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).

(\*) I ricoveri in lungodegenza effettuati in *day hospital* in totale sono 2.762.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

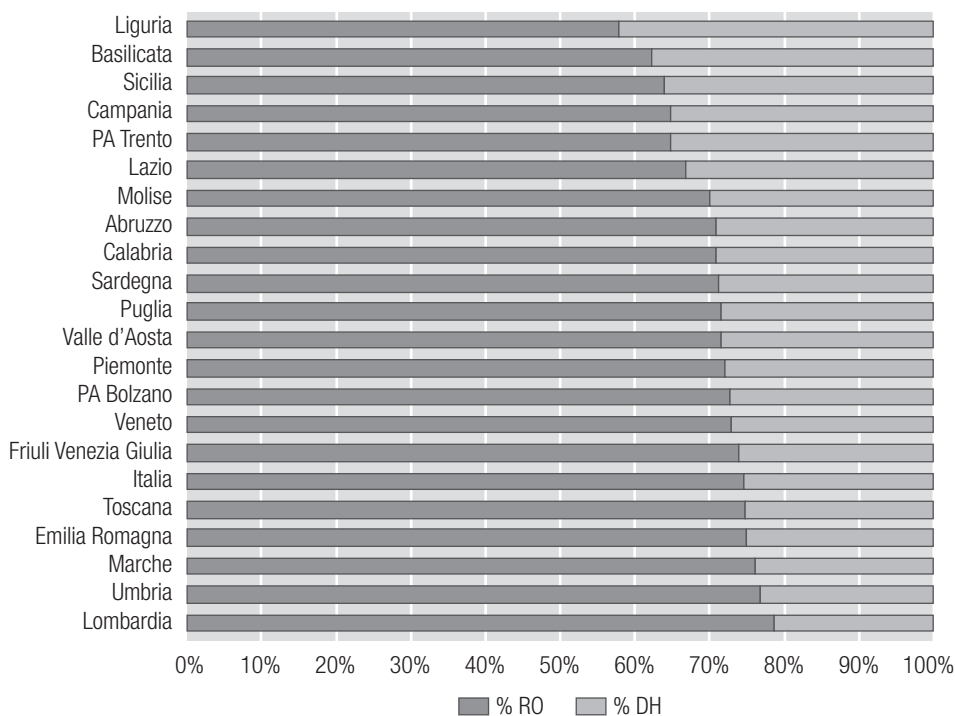
Tabella 2.14 Giornate di degenza per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2010)

| Regione        | Giornate per acuti |                  | Giornate per riabilitazione |                | Giornate per lungodegenza |                       | Totale giornate   |
|----------------|--------------------|------------------|-----------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------|-------------------|
|                | RO                 | DH               | RO                          | DH             | RO+DH                     | % sul totale giornate |                   |
| Piemonte       | 3.485.834          | 518.321          | 1.125.265                   | 45.755         | 462.857                   | 8,2%                  | 5.638.032         |
| Vai d'Aosta    | 117.399            | 18.942           | 13.565                      | 11             | 3.134                     | 2,0%                  | 153.051           |
| Lombardia      | 8.440.284          | 762.705          | 2.245.738                   | 187.653        | 239.565                   | 2,0%                  | 11.875.945        |
| PA Bolzano     | 479.527            | 54.410           | 58.799                      | 1.847          | 56.703                    | 8,7%                  | 651.286           |
| PA Trento      | 414.039            | 66.897           | 117.260                     | 12.527         | 90.145                    | 12,9%                 | 700.868           |
| Veneto         | 4.275.569          | 391.233          | 540.917                     | 100.063        | 291.417                   | 5,2%                  | 5.599.199         |
| Friuli VG      | 1.080.733          | 181.663          | 73.523                      | 4.595          | 61.313                    | 4,4%                  | 1.401.827         |
| Liguria        | 1.570.221          | 469.350          | 196.590                     | 14.530         | 13.748                    | 0,6%                  | 2.264.439         |
| Emilia Romagna | 3.759.784          | 910.566          | 543.269                     | 59.769         | 995.319                   | 15,9%                 | 6.268.707         |
| Toscana        | 3.000.607          | 492.659          | 245.210                     | 29.348         | 76.947                    | 2,0%                  | 3.844.771         |
| Umbria         | 729.445            | 100.265          | 75.276                      | 10.087         | 4.982                     | 0,5%                  | 920.055           |
| Marche         | 1.335.648          | 164.911          | 121.513                     | 1.677          | 130.033                   | 7,4%                  | 1.753.782         |
| Lazio          | 5.115.161          | 1.109.646        | 1.264.253                   | 201.236        | 353.756                   | 4,4%                  | 8.044.052         |
| Abruzzo        | 1.104.016          | 176.515          | 149.892                     | 3.844          | 50.049                    | 3,4%                  | 1.484.316         |
| Molise         | 334.549            | 53.188           | 62.436                      | 3.075          | 10.253                    | 2,2%                  | 463.501           |
| Campania       | 3.886.905          | 1.067.465        | 429.599                     | 62.345         | 315.850                   | 5,5%                  | 5.762.164         |
| Puglia         | 3.606.984          | 465.324          | 384.162                     | 8.852          | 106.357                   | 2,3%                  | 4.571.679         |
| Basilicata     | 422.721            | 109.846          | 46.378                      | 5.786          | 24.915                    | 4,1%                  | 609.646           |
| Calabria       | 1.403.449          | 276.681          | 161.497                     | 13.611         | 62.413                    | 3,3%                  | 1.917.651         |
| Sicilia        | 3.702.085          | 845.242          | 328.965                     | 51.230         | 59.154                    | 1,2%                  | 4.986.676         |
| Sardegna       | 1.407.218          | 207.512          | 44.860                      | 8.548          | 27.687                    | 1,6%                  | 1.695.825         |
| <b>ITALIA</b>  | <b>49.672.178</b>  | <b>8.443.341</b> | <b>8.228.967</b>            | <b>826.399</b> | <b>3.436.597</b>          | <b>4,9%</b>           | <b>70.607.472</b> |

Si veda nota Tabella 2.13

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.13 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra regime ordinario (RO) e Day Hospital (DH) per Regione (2010)**



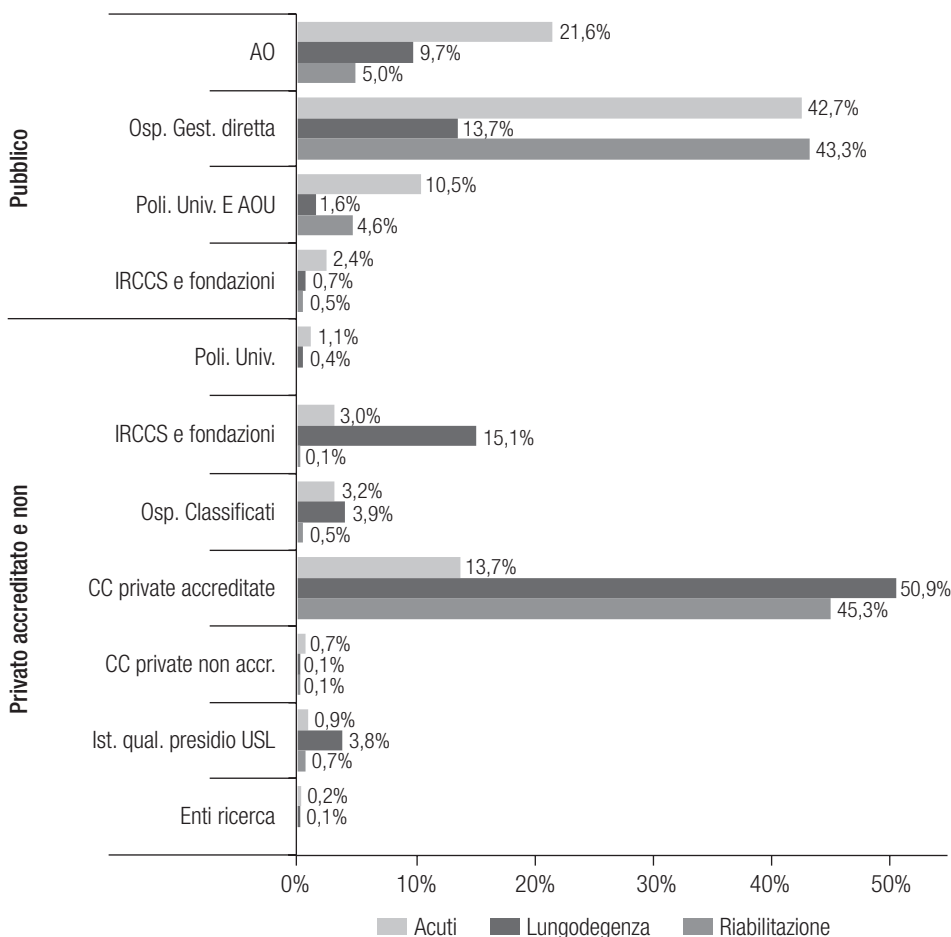
Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

cidenza media nazionale dei ricoveri in *day hospital* sul totale dei ricoveri del 25,3%, cinque regioni evidenziano una percentuale inferiore. Tra queste, la Lombardia si discosta dalla media di 3,7 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 42,1%, al 37,8% e al 36,1%.

La Figura 2.14 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale<sup>37</sup>. La maggioranza dei ricoveri ordinari in regime per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (78,2%), e la quota maggiore avviene erogata dagli ospedali a gestione diretta (43%). I ricoveri per riabilitazione, invece, sono erogati primariamente dal privato accreditato (73,9%), mentre, la lungodegenza, è erogata in egual misura dal pubblico (53,3%) e dal privato (46,7%).

<sup>37</sup> In tutto il paragrafo, è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2009 (cfr. § 2.1).

Figura 2.14 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2010)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

In merito alle dimissioni ospedaliere, è anche importante rilevare se e in quale misura i servizi territoriali vengano utilizzati nella fase post acuzie. Dai dati SDO 2010 emerge come l'88,7% dei ricoveri per acuti in regime ordinario si concluda con una «dimissione domiciliare», mentre solo il 2% dei pazienti viene dimesso/trasferito presso strutture territoriali (0,7% presso RSA e 1,3% presso istituti di riabilitazione), oppure dimesso a domicilio con attivazione di ADI (0,3%) o con procedure di dimissione protetta (0,3%). Nell'1,9% dei casi il paziente viene trasferito presso altre strutture per acuti, l'1% viene trasferito ad altro regime di ricovero; nel 3% si tratta di dimissioni volontarie e il rimanente 2,8% corrisponde ai dimessi deceduti.

Un altro dato rilevante è la distribuzione dei dimessi per acuti in regime ordinario e *day hospital* tra DRG di tipo medico e DRG di tipo chirurgico<sup>38</sup> (Tabella 2.15). A livello nazionale il totale dei DRG medici presentano percentuali più alte rispetto a quelli chirurgici (58,7% contro 41,3%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2008 al 2010, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico o non chirurgico, tra il 42,7% e il 42,8%, mentre la corrispondente attività chirurgica mostra un leggero ma costante incremento, dal 26,2% del 2008 al 28,1% del 2010. Dal 2008 al 2010 la quota di ricoveri in *day hospital* con DRG medico si riduce di circa un punto percentuale, come anche il *day surgery* che passa dal 14,4% al 13,2%.

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 operativa. La degenza media per acuti a livello nazionale si attesta nel 2010 a 6,7 (come nel 2009 – cfr. Tabella 2.12). Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,4 rispetto a 7,1 giorni nel 2010), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (28,1 rispetto a 25,8) e la lungodegenza (34,7 rispetto a 28,1). Si osservano, però, considerevoli differenze tra regioni: relativamente ai ricoveri per acuti nel 2010 (Figura 2.15), le strutture del Centro-Sud presentano generalmente degenze medie più brevi, soprattutto nelle strutture private (ad eccezione

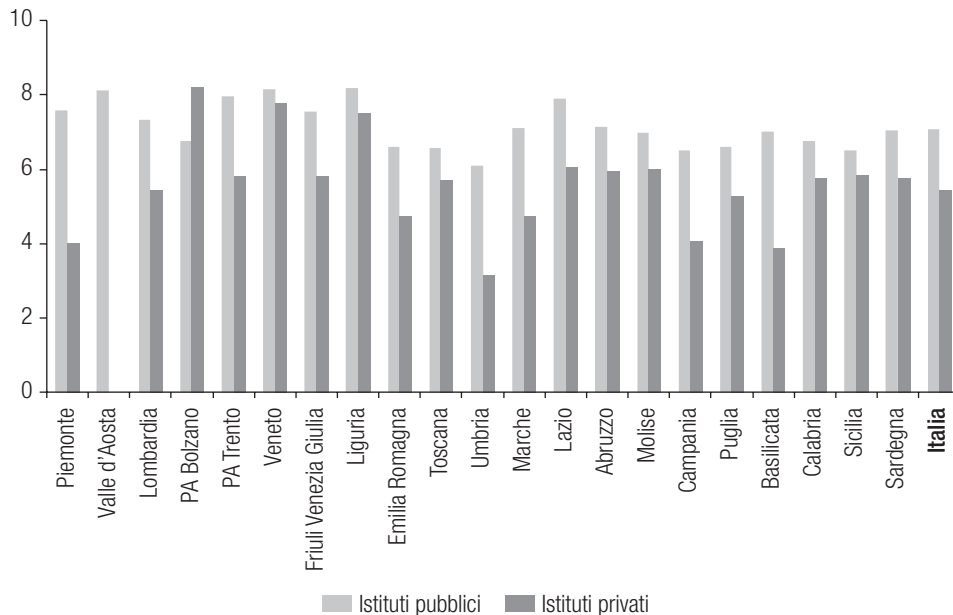
Tabella 2.15 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2008-2010)**

|                         | 2008              |             | 2009              |             | 2010              |             |
|-------------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
|                         | Dimissioni        | %           | Dimissioni        | %           | Dimissioni        | %           |
| <b>Regime Ordinario</b> |                   |             |                   |             |                   |             |
| DRG medico              | 4.784.364         | 42,7%       | 4.605.056         | 42,8%       | 4.452.575         | 42,8%       |
| DRG chirurgico          | 2.937.459         | 26,2%       | 2.980.213         | 27,7%       | 2.922.190         | 28,1%       |
| <b>Day Hospital</b>     |                   |             |                   |             |                   |             |
| DRG medico              | 1.869.552         | 16,7%       | 1.739.623         | 16,2%       | 1.645.790         | 15,8%       |
| DRG chirurgico          | 1.619.508         | 14,4%       | 1.444.604         | 13,4%       | 1.376.159         | 13,2%       |
| <b>Totale</b>           | <b>11.210.883</b> | <b>100%</b> | <b>10.769.496</b> | <b>100%</b> | <b>10.396.714</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

<sup>38</sup> La percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale ricoveri costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2010. Il Comitato valuta positivamente le regioni che ottengono una percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari  $\geq 36\%$ .



Figura 2.15 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2010)**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

di Lazio e 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 esprime, invece, 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 cura<sup>39</sup>. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero in regime ordinario, in particolare a *day hospital*, ospedalizzazione domiciliare ed erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture extra-ospedaliere. La normativa (L. 662/1996, art.1) fissa quale valore ottimale, per i ricoveri acuti, di 160 ricoveri annui per 1.000 abitanti<sup>40</sup>. Successivamente l'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lettera b) ha stabilito

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

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<sup>41</sup> per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in *day hospital* pari ad almeno il 20%, precisando anche gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Infine, l'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012 ha fissato un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti di cui il 25% erogati in *day hospital*, da raggiungere entro il 30 novembre 2012.

Dalla Tabella 2.16 risulta confermata la riduzione dell'ospedalizzazione già in atto da alcuni anni, con un tasso standardizzato<sup>42</sup> per acuti in regime ordinario nel 2010 pari a 115,81 per 1.000 abitanti, mentre il corrispondente valore per l'attività di *day hospital* si attesta a 48,82 per 1.000 abitanti.

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale. La Tabella 2.16 evidenzia chiaramente tale variabilità, con le regioni del Sud che registrano spesso tassi oltre lo standard nazionale del 180‰ (con un massimo di 205,95 per 1.000 in Puglia), 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. Se si considerano i soli tassi di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario, sono Puglia, Molise, Campania e PA di Bolzano a presentare i valori più elevati (rispettivamente 146, 132, 129 e 127 ricoveri per 1.000 abitanti); invece, con riferimento ai tassi in regime diurno, ciò avviene per Liguria, Campania e Sicilia (rispettivamente 78, 68 e 66 ricoveri per 1.000 abitanti).

Agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero, il Ministero della Salute affianca due ulteriori classi di indicatori<sup>43</sup>:

- ▶ 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.

<sup>41</sup> Lo standard del tasso di ospedalizzazione è individuato nel Patto per la Salute 2010-2012 (art.2, comma 2) come indicatore per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA. Il Comitato ministeriale dei LEA valuta positivamente le regioni che ottengono un tasso di ospedalizzazione (RO e DH) standardizzato per 1.000 abitanti inferiore a 180, di cui il 20% per i DH.

<sup>42</sup> La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

<sup>43</sup> Il Ministero della Salute ha inoltre dato mandato ad AGENAS di elaborare il Programma Nazionale di valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (PNE) per la stima di indicatori di esito a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo (Fusco et al., 2012).

Tabella 2.16 **Tasso di ospedalizzazione standardizzato per acuti, per regime di ricovero e Regione (2010)**

| 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       | 96,01                          | 7,13                          | 38,82                          | 3,01                          | 103,14          | 41,83           | 144,97              |
| Valle d'Aosta  | 93,78                          | 27,04                         | 39,76                          | 7,67                          | 120,82          | 47,43           | 168,25              |
| Lombardia      | 110,91                         | 4,38                          | 30,96                          | 1,66                          | 115,29          | 32,62           | 147,91              |
| PA Bolzano     | 121,63                         | 5,83                          | 45,05                          | 2,07                          | 127,46          | 47,12           | 174,58              |
| PA Trento      | 88,50                          | 16,80                         | 50,78                          | 7,96                          | 105,30          | 58,74           | 164,04              |
| Veneto         | 94,19                          | 5,97                          | 35,66                          | 3,03                          | 100,17          | 38,69           | 138,86              |
| Friuli VG      | 96,05                          | 6,94                          | 33,69                          | 3,43                          | 102,99          | 37,12           | 140,11              |
| Liguria        | 91,67                          | 14,43                         | 72,17                          | 5,61                          | 106,10          | 77,77           | 183,87              |
| Emilia Romagna | 104,96                         | 6,68                          | 37,47                          | 2,84                          | 111,65          | 40,31           | 151,95              |
| Toscana        | 98,27                          | 6,60                          | 35,20                          | 3,14                          | 104,87          | 38,34           | 143,21              |
| Umbria         | 105,75                         | 13,96                         | 32,85                          | 7,37                          | 119,71          | 40,22           | 159,92              |
| Marche         | 101,81                         | 13,06                         | 32,99                          | 4,76                          | 114,87          | 37,75           | 152,62              |
| Lazio          | 106,43                         | 7,91                          | 55,17                          | 3,25                          | 114,34          | 58,42           | 172,77              |
| Abruzzo        | 99,32                          | 20,57                         | 40,62                          | 9,34                          | 119,89          | 49,96           | 169,85              |
| Molise         | 105,55                         | 26,73                         | 48,19                          | 12,99                         | 132,28          | 61,18           | 193,46              |
| Campania       | 118,86                         | 10,46                         | 64,31                          | 4,14                          | 129,31          | 68,45           | 197,77              |
| Puglia         | 136,05                         | 10,20                         | 55,50                          | 4,20                          | 146,25          | 59,70           | 205,95              |
| Basilicata     | 83,55                          | 26,23                         | 52,12                          | 11,73                         | 109,77          | 63,85           | 173,62              |
| Calabria       | 100,05                         | 20,82                         | 41,22                          | 8,77                          | 120,86          | 49,99           | 170,85              |
| Sicilia        | 111,54                         | 7,86                          | 63,79                          | 2,41                          | 119,40          | 66,20           | 185,59              |
| Sardegna       | 116,91                         | 6,36                          | 47,70                          | 2,46                          | 123,27          | 50,16           | 173,44              |
| <b>ITALIA</b>  | <b>107,09</b>                  | <b>8,72</b>                   | <b>45,18</b>                   | <b>3,64</b>                   | <b>115,81</b>   | <b>48,82</b>    | <b>164,63</b>       |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

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

- ▶ Il peso medio (PM) dei ricoveri per acuti in RO. Il valore è cresciuto, nel periodo 1998 – 2005, da 1,05 a 1,26; nel periodo 2006<sup>44</sup> – 2009 si è ridotto da 1,09 a 1,06 per poi crescere a 1,08 nel 2010<sup>45</sup>.
- ▶ L'indice di *case mix* (ICM). Il suo valore è superiore ad 1 (indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana) in tutte le regio-

<sup>44</sup> 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).

<sup>45</sup> Osservando il trend della degenza media per il peso medio dal 1998 al 2005, anno in cui si registra la discontinuità nella serie storica, è evidente la diminuzione progressiva della degenza media dal 1998 al 2002 e una relativa stabilità fino al 2005, associata ad un andamento sempre crescente del peso medio fino al 2005 (cfr. Tabella 2.12).

ni settentrionali (tranne le PA di Bolzano e Trento) e centrali (tranne l'Umbria), con valori massimi in Toscana (1,09), Piemonte e Liguria (1,08). Tutte le regioni meridionali presentano, al contrario, un indice inferiore all'unità, tranne la Basilicata (1,03) e il Lazio (1,00).

- Il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 30,96% (in lievissimo aumento rispetto al 30,5 del 2009), con un'elevata variabilità interregionale che evidenzia un massimo in Valle d'Aosta (40,9%) ed un minimo in Campania (26,4%).

Si consideri che la complessità dei casi trattati incide fortemente sia su alcuni indicatori di efficienza (es. degenza media e *turn-over* 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.

Tabella 2.17 **Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in regime ordinario per Regione (2010)**

| Regione        | Peso medio ricoveri acuti RO (*) | Indice di Case Mix (*) | Percentuale casi complicati |
|----------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| Piemonte       | 1,17                             | 1,08                   | 34,66                       |
| Valle d'Aosta  | 1,11                             | 1,02                   | 40,90                       |
| Lombardia      | 1,12                             | 1,03                   | 26,54                       |
| PA Bolzano     | 1,01                             | 0,93                   | 29,23                       |
| PA Trento      | 0,98                             | 0,90                   | 36,83                       |
| Veneto         | 1,14                             | 1,06                   | 26,88                       |
| Friuli VG      | 1,15                             | 1,06                   | 34,84                       |
| Liguria        | 1,17                             | 1,08                   | 39,80                       |
| Emilia Romagna | 1,13                             | 1,05                   | 35,61                       |
| Toscana        | 1,18                             | 1,09                   | 35,66                       |
| Umbria         | 1,08                             | 0,99                   | 31,37                       |
| Marche         | 1,09                             | 1,01                   | 32,39                       |
| Lazio          | 1,09                             | 1,00                   | 29,68                       |
| Abruzzo        | 1,06                             | 0,97                   | 33,76                       |
| Molise         | 1,07                             | 0,98                   | 36,78                       |
| Campania       | 0,99                             | 0,91                   | 26,40                       |
| Puglia         | 1,01                             | 0,93                   | 31,83                       |
| Basilicata     | 1,12                             | 1,03                   | 39,68                       |
| Calabria       | 0,97                             | 0,89                   | 30,65                       |
| Sicilia        | 0,98                             | 0,90                   | 31,52                       |
| Sardegna       | 0,99                             | 0,91                   | 30,96                       |
| <b>ITALIA</b>  | <b>1,08</b>                      | <b>1,00</b>            | <b>30,96</b>                |

Nota: (\*) Valori determinati utilizzando i pesi D.M. 18/12/2008.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Anche gli indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 2.18 presenta alcuni indicatori, operando un confronto tra gli anni 1998 e 2010. Fra gli indicatori di appropriatezza organizzativa troviamo la percentuale dei dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, la percentuale di ricoveri brevi con DRG medico e la percentuale di ricoveri oltre-soglia con DRG medico in pazienti anziani. Questi indicatori sono espressivi dell'inappropriatezza, in quanto essendo ricoveri con DRG medico, potrebbero, in molti casi, essere effettuati con forme alternative di assistenza sanitaria (ad esempio in regime ambulatoriale), o in *day hospital*.

Un indicatore espressione di appropriatezza clinica è, invece, quantificabile nella percentuale di parti cesarei. 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 in Basilicata, Umbria, Abruzzo, Puglia, Sicilia, Toscana e Marche. Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord: il valore medio nel 2010 al Sud si avvicina ai livelli registrati nel 1998 nel Centro-Nord;
- ▶ la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è diminuita solo lievemente (1,6 punti percentuali dal 1998 al 2010); su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 13,9 punti percentuali nel 2010 tra la regione con la percentuale più elevata – Campania – e la regione con la percentuale più bassa – Veneto). Per questo indicatore, sono soprattutto alcune regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento: in particolare, Basilicata (-7,63 punti percentuali) e Sicilia (-5,19 punti percentuali), mentre in Campania l'incidenza è aumentata di 1 punto percentuale e continua a rappresentare il valore massimo.
- ▶ altrettanto differenziato tra regioni risulta essere il tasso di ricoveri oltre valore soglia per ricoveri acuti in regime ordinario per anziani: rispetto al 2006 l'indice è passato da 4,57 a 4,74. Al 2010 le regioni del Nord (ad eccezione della PA di Bolzano) insieme a Marche, Lazio e Sardegna registrano valori superiori alla media nazionale.
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento<sup>46</sup> diffuso su tutto il territorio. Rispetto a quanto avvenuto a livello nazionale (+ 6,86

<sup>46</sup> La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2010. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde ad un valore inferiore al 30% dei parti cesarei totali.

Tabella 2.18 **Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per Regione (1998-2010)**

| Regione        | % Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici |              | % Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico |              | % ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni <sup>(1)</sup> |             | Percentuale parti cesarei sul totale dei parti <sup>(2)</sup> |              |
|----------------|---|--------------|--|--------------|---|-------------|---|--------------|
|                | 1998  | 2010         | 1998   | 2010         | 2006  | 2010        | 1998  | 2010         |
|                | Piemonte  | 38,55        | 24,66  | 9,10         | 9,82  | 7,67        | 6,95  | 26,86        |
| Valle d'Aosta  | 50,70   | 38,73        | 14,00  | 11,92        | 9,17  | 10,13       | 21,50   | 32,57        |
| Lombardia      | 38,35   | 29,84        | 11,30  | 9,82         | 4,87  | 5,87        | 23,33   | 29,22        |
| PA Bolzano     | 44,31   | 42,37        | 16,30  | 10,93        | 4,91  | 4,18        | 17,29   | 24,33        |
| PA Trento      | 42,07   | 43,38        | 11,10  | 7,92         | 8,43  | 7,65        | 22,45   | 24,72        |
| Veneto         | 41,86   | 32,67        | 8,30   | 6,96         | 7,15  | 7,41        | 24,49   | 28,17        |
| Friuli VG      | 36,10   | 28,41        | 11,00  | 9,78         | 6,52  | 6,18        | 19,04   | 22,85        |
| Liguria        | 40,45   | 33,20        | 12,90  | 10,86        | 5,18  | 5,68        | 28,48   | 37,43        |
| Emilia Romagna | 34,49   | 25,49        | 15,70  | 10,28        | 3,75  | 3,50        | 29,27   | 29,41        |
| Toscana        | 41,53   | 26,87        | 10,50  | 9,80         | 3,90  | 3,47        | 22,54   | 26,33        |
| Umbria         | 47,25   | 31,31        | 18,10  | 14,89        | 3,07  | 3,25        | 25,45   | 32,12        |
| Marche         | 40,24   | 25,95        | 8,20   | 8,91         | 4,97  | 5,24        | 33,23   | 34,46        |
| Lazio          | 43,40   | 33,96        | 13,80  | 10,47        | 5,90  | 5,60        | 35,46   | 41,57        |
| Abruzzo        | 51,12   | 35,37        | 9,90   | 10,01        | 3,31  | 4,52        | 33,49   | 43,65        |
| Molise         | 48,92   | 42,28        | 8,90   | 9,46         | 4,69  | 3,81        | 33,45   | 44,90        |
| Campania       | 53,35   | 41,13        | 19,90  | 20,88        | 2,95  | 2,79        | 48,03   | 61,76        |
| Puglia         | 52,90   | 37,99        | 12,70  | 11,53        | 3,60  | 3,56        | 35,07   | 46,79        |
| Basilicata     | 64,36   | 40,47        | 16,00  | 8,37         | 3,44  | 3,59        | 41,76   | 45,11        |
| Calabria       | 56,42   | 48,31        | 13,00  | 11,79        | 3,44  | 3,52        | 34,24   | 44,29        |
| Sicilia        | 54,41   | 39,87        | 14,50  | 9,31         | 2,55  | 2,85        | 36,56   | 52,75        |
| Sardegna       | 50,11   | 41,83        | 12,50  | 12,71        | 5,21  | 4,76        | 25,98   | 38,72        |
| <b>ITALIA</b>  | <b>44,91</b>  | <b>33,25</b> | <b>12,80</b>   | <b>11,17</b> | <b>4,57</b>   | <b>4,74</b> | <b>31,38</b>  | <b>38,24</b> |

Nota:

<sup>(1)</sup>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 DRG 24, che ha previsto delle soglie inferiori.

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

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

punti percentuali), l'incremento è stato più contenuto nel Centro e Nord Italia, rispettivamente pari a 4,3 e 5,1 punti percentuali dal 1998. Ciò nonostante, tutte le regioni di questa area geografica (ad eccezione di Valle d'Aosta, Liguria, Umbria, Marche e Lazio) rispettano l'indicazione nazionale (<30%). Le regioni meridionali, invece, subiscono un peggioramento nello stesso intervallo temporale (in media +11,1 punti percentuali) e si collocano tutte al di sopra dell'indicazione nazionale.

Sempre con riferimento alle nascite, è interessante osservare il numero di punti nascita pubblici e privati e la percentuale dell'offerta, pubblico e privata, regionale caratterizzati da un volume di erogazione superiore alla soglia di 500 parti/anno<sup>47</sup> (Tabella 2.19). I punti nascita si distribuiscono per il 78,3% in strutture pubbliche, anche se Campania, Calabria e Lazio contano oltre il 30% dei punti nascita gestiti da strutture private accreditate e non. La percentuale complessiva nazionale di strutture sopra soglia è pari a 71,1%, con un significativo miglioramento di quasi otto punti percentuali rispetto all'anno precedente (63,3%). A questo proposito, l'Accordo Stato-Regioni relativo alle «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», sancito il 16/12/2010, ha previsto la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UU.OO. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali», e ha stabilito, inoltre, che «la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate [...]».

Per quanto riguarda i DRG a rischio in appropriatezza (cd «DRG LEA»), il riferimento non è più ai 43 del 2008 (DPCM 29/11/2001 – Allegato 2C), ma ai 108 previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegati A e B). Dall'analisi SDO 2010, l'inappropriatezza riguarda maggiormente i DRG di tipo medico (62% del totale DRG LEA). I dati riportati in Tabella 2.20 mostrano come, nella maggior parte delle regioni del Sud, nella PA di Bolzano e in Lombardia, la percentuale di inappropriatezza su DRG di tipo medico superi il valore medio nazionale (16%), con un massimo rappresentato dal Molise (23%). Il valore più basso di inappropriatezza su DRG medici si registra invece in Piemonte (9%). I DRG di tipo chirurgico a rischio inappropriatezza rilevati nel 2010 sono stati in media il 10% del totale dei ricoveri ordinari per acuti, con un valore massimo registrato in Piemonte (15%) e minimo nella PA di Trento, Liguria e Sicilia (5%).

Un ultimo dato importante sull'appropriatezza dei ricoveri è rappresentato dal numero dei ricoveri ripetuti, definiti come ricoveri susseguenti al primo, avvenuti nello stesso presidio ospedaliero in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni e con la categoria della diagnosi principale (MDC) del secondo ricovero corrispondente alla categoria di una delle diagnosi di dimissione del ricovero precedente. La Figura 2.16 mostra la distribuzione dei ricoveri

<sup>47</sup> Tale valore viene indicato dall'OMS come il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché l'assistenza erogata sia conforme ad un adeguato standard di qualità e di sicurezza.

Tabella 2.19 **Distribuzione dei punti nascita per Regione e tipo di istituto (2010)**

| Regione        | ISTITUTI PUBBLICI    | ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI | TOTALE*              |                         |
|----------------|----------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------|
|                | Numero punti nascita | Numero punti nascita         | Numero punti nascita | % con 500 parti e oltre |
| Piemonte       | 31                   | –                            | 32                   | 81,3%                   |
| Valle d'Aosta  | 1                    | –                            | 1                    | 100,0%                  |
| Lombardia      | 61                   | 16                           | 77                   | 87,0%                   |
| PA Bolzano     | 7                    | –                            | 8                    | 62,5%                   |
| PA Trento      | 6                    | 1                            | 7                    | 42,9%                   |
| Veneto         | 39                   | 4                            | 43                   | 86,0%                   |
| Friuli VG      | 10                   | 1                            | 11                   | 81,8%                   |
| Liguria        | 11                   | 2                            | 13                   | 84,6%                   |
| Emilia Romagna | 29                   | 2                            | 31                   | 80,6%                   |
| Toscana        | 28                   | –                            | 29                   | 75,9%                   |
| Umbria         | 11                   | –                            | 11                   | 54,5%                   |
| Marche         | 16                   | 2                            | 18                   | 77,8%                   |
| Lazio          | 34                   | 17                           | 57                   | 61,4%                   |
| Abruzzo        | 12                   | –                            | 12                   | 75,0%                   |
| Molise         | 4                    | –                            | 4                    | 50,0%                   |
| Campania       | 42                   | 36                           | 78                   | 64,1%                   |
| Puglia         | 29                   | 11                           | 40                   | 77,5%                   |
| Basilicata     | 7                    | –                            | 7                    | 57,1%                   |
| Calabria       | 17                   | 9                            | 26                   | 65,4%                   |
| Sicilia        | 55                   | 16                           | 71                   | 56,3%                   |
| Sardegna       | 18                   | 4                            | 22                   | 50,0%                   |
| <b>ITALIA</b>  | <b>468</b>           | <b>121</b>                   | <b>598</b>           | <b>71,1%</b>            |

(\*) Nel totale sono inclusi anche i nove istituti di cura privati non accreditati attrezzati di punto nascita.

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

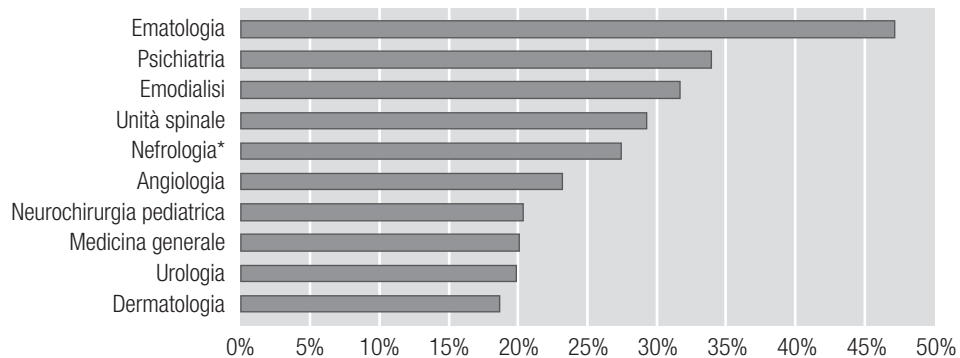
ordinari ripetuti per le prime dieci discipline; sono escluse le discipline oncologiche, che presentano tassi di ricoveri ripetuti molto elevati (oncoematologia pediatrica 71,2%, oncoematologia 52,3%, oncologia 50%, radioterapia oncologica 38,5% e radioterapia 29,7%). Nel 2010, il 47% dei ricoveri in ematologia (33 mila totali) hanno registrato un ricovero ripetuto, seguito dai ricoveri per le discipline psichiatriche, dove il 34% degli oltre 118 mila ricoveri sono stati riospedalizzati. Registrano livelli di riospedalizzazione elevati anche le cure per le disfunzionalità renali (emodialisi 31% dei 650 ricoveri e nefrologia 27% degli oltre 87 mila ricoveri). Nelle discipline di neurochirurgia pediatrica, medicina generale, urologia e dermatologia un quinto dei pazienti curati è riospedalizzato.



Tabella 2.20 **Distribuzione DRG LEA medici e chirurgici, per Regione (2010)**

| Regione        | % LEA medici su totale ricoveri acuti in RO | % LEA chirurgici su totale ricoveri acuti in RO |
|----------------|---|---|
| Piemonte       | 9%  | 15%   |
| Valle d'Aosta  | 12%   | 7%  |
| Lombardia      | 17%   | 12%   |
| PA Bolzano     | 20%   | 7%  |
| PA Trento      | 14%   | 5%  |
| Veneto         | 14%   | 8%  |
| Friuli VG      | 13%   | 11%   |
| Liguria        | 15%   | 5%  |
| Emilia Romagna | 14%   | 12%   |
| Toscana        | 11%   | 10%   |
| Umbria         | 16%   | 12%   |
| Marche         | 12%   | 13%   |
| Lazio          | 17%   | 9%  |
| Abruzzo        | 15%   | 7%  |
| Molise         | 23%   | 8%  |
| Campania       | 22%   | 9%  |
| Puglia         | 21%   | 11%   |
| Basilicata     | 16%   | 6%  |
| Calabria       | 22%   | 6%  |
| Sicilia        | 16%   | 5%  |
| Sardegna       | 22%   | 9%  |
| <b>ITALIA</b>  | <b>16%</b>                                  | <b>10%</b>                                      |

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.16 **Distribuzione dei ricoveri ordinari ripetuti, per disciplina\*\* (2010)**

(\*) Nefrologia comprende le discipline di Nefrologia (29), Nefrologia abilitata al trapianto di rene (48) e Nefrologia pediatrica (77).

(\*\*) Sono state escluse le discipline: Day hospital, Anatomia ed istologia patologica, Residuale manicomiale, Medicina legale, Medicina termale, Farmacologia clinica, Anestesia e rianimazione, Detenuti, Day Surgery e Cure palliative / Hospice.

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

### 2.5.2 Le attività territoriali

I dati di attività relativi all'assistenza territoriale sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» che si è arricchito, proprio nel corso dell'ultimo biennio, di informazioni riguardanti le prestazioni extraospedaliere. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), i servizi di laboratorio e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali.

Una delle attività cui viene dedicata particolare attenzione, se non altro per il livello di coordinamento organizzativo richiesto, è l'Assistenza Domiciliare Integrata. L'ADI è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, che presentino una condizione di non autosufficienza 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 2009, mediamente, sono stati trattati in ADI 888 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 2.21), 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 130 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.073 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti trattati, anziani nel 91,7% dei casi in Liguria e nel 55,4% dei casi nella PA di Bolzano;
- ▶ intensità di assistenza erogata, ovvero 66 ore per caso trattato in Valle d'Aosta e 6 in Friuli VG, contro una media nazionale di 19 ore per caso.

Un altro importante segmento di attività territoriale riguarda le prestazioni di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale, erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2009, in Italia, sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria. La composizione di queste attività (Tabella 2.22) evidenzia l'assoluta predominanza dell'attività di laboratorio (85,11% del totale, con punte superiori all'89% in Friuli VG, Emilia Romagna e Toscana), seguita da quella riabilitativa (quasi il 6%, con un livello massimo di oltre il 17% in Basilicata) e dalla diagnostica strumentale e per immagini (quasi il 5%). Tutte le altre prestazioni, prevalentemente visite specialistiche, rappresentano una percentuale del 4,36% a li-

Tabella 2.21 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2009)**

| Regione        | Casi trattati  |                    |                               |  | Ore di assistenza erogata per caso trattato |                          |                 |           |
|----------------|----------------|--------------------|-------------------------------|--|---|--------------------------|-----------------|-----------|
|                | Numero         | x 100.000 abitanti | di cui Anziani (%) (età > 65) | Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65) | Terapisti della Riabilitazione              | Infermieri Professionali | Altri Operatori | Totale    |
| Piemonte       | 30.096         | 679                | 77,2                          | 23,1   | 1   | 10                       | 7               | 18        |
| Valle d'Aosta  | 166            | 131                | 60,8                          | 3,8  | 3   | 19                       | 44              | 66        |
| Lombardia      | 93.766         | 962                | 85,2                          | 41,1   | 4   | 11                       | 2               | 17        |
| PA Bolzano     | 650            | 130                | 55,4                          | 4,1  | –   | –                        | –               | –         |
| PA Trento      | 1.915          | 368                | 57,4                          | 11,0   | –   | 25                       | –               | 25        |
| Veneto         | 63.722         | 1.304              | 83,0                          | 55,1   | 1   | 8                        | 1               | 10        |
| Friuli VG      | 25.069         | 2.037              | 88,1                          | 77,4   | 1   | 5                        | –               | 6         |
| Liguria        | 16.273         | 1.008              | 91,7                          | 34,5   | 5   | 12                       | 2               | 19        |
| Emilia Romagna | 89.933         | 2.073              | 90,6                          | 83,6   | –   | 14                       | 3               | 17        |
| Toscana        | 24.505         | 661                | 78,3                          | 22,2   | 1   | 16                       | 3               | 20        |
| Umbria         | 18.074         | 2.021              | 87,0                          | 76,0   | 1   | 8                        | 6               | 15        |
| Marche         | 15.043         | 958                | 85,0                          | 36,3   | 5   | 21                       | 3               | 29        |
| Lazio          | 51.324         | 912                | 86,2                          | 40,0   | 6   | 12                       | 1               | 19        |
| Abruzzo        | 16.892         | 1.266              | 80,2                          | 47,8   | 11  | 15                       | –               | 26        |
| Molise         | 2.108          | 657                | 81,3                          | 24,2   | 13  | 40                       | 3               | 56        |
| Campania       | 22.434         | 386                | 76,7                          | 18,6   | 6   | 23                       | 6               | 35        |
| Puglia         | 17.991         | 441                | 83,7                          | 20,5   | 11  | 24                       | 6               | 41        |
| Basilicata     | 7.382          | 1.250              | 81,5                          | 50,7   | 15  | 22                       | 2               | 39        |
| Calabria       | 11.708         | 583                | 81,4                          | 25,5   | 5   | 20                       | 1               | 26        |
| Sicilia        | 14.697         | 292                | 67,9                          | 10,8   | 9   | 16                       | 1               | 26        |
| Sardegna       | 9.713          | 581                | 76,2                          | 23,7   | 12  | 17                       | 1               | 30        |
| <b>ITALIA</b>  | <b>533.461</b> | <b>888</b>         | <b>84,1</b>                   | <b>37,1</b>                                    | <b>4</b>                                    | <b>13</b>                | <b>2</b>        | <b>19</b> |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

vello nazionale. Ovviamente, il dato sulla distribuzione dei volumi non corrisponde all'incidenza delle diverse attività sulla spesa complessiva, dato il diverso costo medio unitario delle prestazioni.

Una ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituito dalle strutture residenziali<sup>48</sup> e semiresidenziali<sup>49</sup>. In tali strutture, il 71% dei posti letto è dedicato all'assistenza agli anziani, il 13% all'assistenza psichiatrica, il 16% all'assistenza ai disabili psichici e fisici. Coerentemente, tra le varie forme di assistenza a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con

<sup>48</sup> Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale.

<sup>49</sup> Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale.

Tabella 2.22 **Distribuzione percentuale nel numero di prestazioni di attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2009)**

| Regione        | Lab. Analisi chimico-cliniche e microbiologiche ecc. | Medicina fisica e riabilitativa - Recupero e riabilitazione | Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica | Altro        |
|----------------|--|---|---|--------------|
| Piemonte       | 82,79%   | 7,91%   | 5,60%   | 3,70%        |
| Valle d'Aosta  | 83,39%   | 6,86%   | 5,34%   | 4,41%        |
| Lombardia      | 86,34%   | 3,87%   | 4,93%   | 4,86%        |
| PA Bolzano     | 74,66%   | 9,31%   | 7,16%   | 8,88%        |
| PA Trento      | 86,82%   | 4,05%   | 5,20%   | 3,93%        |
| Veneto         | 83,57%   | 8,06%   | 4,53%   | 3,84%        |
| Friuli VG      | 89,81%   | 2,96%   | 3,97%   | 3,25%        |
| Liguria        | 84,82%   | 6,35%   | 4,69%   | 4,14%        |
| Emilia Romagna | 89,53%   | 2,16%   | 5,54%   | 2,77%        |
| Toscana        | 89,03%   | 0,87%   | 5,67%   | 4,43%        |
| Umbria         | 87,15%   | 2,86%   | 5,72%   | 4,26%        |
| Marche         | 85,96%   | 4,17%   | 5,16%   | 4,71%        |
| Lazio          | 82,16%   | 7,64%   | 4,31%   | 5,90%        |
| Abruzzo        | 86,22%   | 4,24%   | 5,07%   | 4,47%        |
| Molise         | 86,06%   | 4,84%   | 4,35%   | 4,75%        |
| Campania       | 82,91%   | 8,86%   | 4,64%   | 3,59%        |
| Puglia         | 82,26%   | 8,11%   | 4,71%   | 4,92%        |
| Basilicata     | 74,60%   | 17,71%  | 4,06%   | 3,63%        |
| Calabria       | 85,98%   | 5,84%   | 4,35%   | 3,83%        |
| Sicilia        | 87,90%   | 3,70%   | 4,05%   | 4,36%        |
| Sardegna       | 81,64%   | 7,80%   | 4,60%   | 5,97%        |
| <b>ITALIA</b>  | <b>85,11%</b>  | <b>5,69%</b>  | <b>4,84%</b>                                      | <b>4,36%</b> |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

237.663 utenti a livello nazionale e una media di 225 giornate di assistenza per utente (fortemente differenziate a livello regionale, dalle 38 della Valle d'Aosta e 54 della Sicilia alle 343 della PA di Trento e 321 della PA di Bolzano). Nelle strutture semiresidenziali prevale invece l'assistenza psichiatrica, che richiede mediamente 67 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 27 della Calabria alle 333 del Molise) (Tabella 2.23).

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale, infine, svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2009 sono state rilevate 968 strutture riabilitative con 14.679 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.871 per l'attività di tipo semiresidenziale: in complesso 48 posti

Tabella 2.23 Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2009)

| Regione        | Assistenza psichiatrica |                     |                   |                     | Assistenza ai disabili psichici |                     |                   |                     | Assistenza agli anziani    |                     |                        |                     | Assistenza ai disabili fisici |                     |                        |                     |                   |                     |            |            |
|----------------|-------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------|------------|
|                | Strutture residenziali  |                     | Totale            |                     | Strutture residenziali          |                     | Totale            |                     | Strutture semiresidenziali |                     | Strutture residenziali |                     | Strutture semiresidenziali    |                     | Strutture residenziali |                     | Totale            |                     |            |            |
|                | Ugenti per utente       | Giornate per utente | Ugenti per utente | Giornate per utente | Ugenti per utente               | Giornate per utente | Ugenti per utente | Giornate per utente | Ugenti per utente          | Giornate per utente | Ugenti per utente      | Giornate per utente | Ugenti per utente             | Giornate per utente | Ugenti per utente      | Giornate per utente | Ugenti per utente | Giornate per utente |            |            |
| Piemonte       | 2.770                   | 67                  | 1.972             | 268                 | 335                             | 1.431               | 174               | 965                 | 311                        | 485                 | 359                    | 134                 | 21.036                        | 228                 | 362                    | 475                 | 190               | 578                 | 162        | 352        |
| Valle d'Aosta  | 16                      | 113                 | 31                | 292                 | 405                             | 13                  | 139               | 94                  | 215                        | 354                 | -                      | -                   | 32                            | 38                  | 38                     | -                   | -                 | 282                 | 32         | 32         |
| Lombardia      | 6.857                   | 72                  | 5.894             | 209                 | 281                             | 169                 | 111               | 419                 | 243                        | 354                 | 8.865                  | 123                 | 77.938                        | 250                 | 373                    | 5.510               | 197               | 4.508               | 323        | 520        |
| PA Bolzano     | 386                     | 54                  | 233               | 181                 | 235                             | -                   | -                 | 215                 | 50                         | 50                  | -                      | -                   | 3.704                         | 321                 | 321                    | -                   | -                 | 102                 | 364        | 364        |
| PA Trento      | 456                     | 36                  | 195               | 195                 | 231                             | -                   | -                 | 8                   | 365                        | 365                 | -                      | -                   | 4.603                         | 343                 | 343                    | -                   | -                 | -                   | -          | -          |
| Veneto         | 4.006                   | 70                  | 2.128             | 252                 | 322                             | 4.852               | 169               | 2.875               | 3.281                      | 3.450               | 2.034                  | 115                 | 38.107                        | 234                 | 349                    | 1.287               | 183               | 1.411               | 153        | 336        |
| Friuli VG      | 1.843                   | 41                  | 759               | 105                 | 146                             | 150                 | 71                | 119                 | 254                        | 325                 | 50                     | 166                 | 14.441                        | 152                 | 318                    | 193                 | 4                 | 864                 | 20         | 24         |
| Liguria        | 1.010                   | 61                  | 945               | 264                 | 325                             | 279                 | 174               | 130                 | 243                        | 417                 | 204                    | 160                 | 7.667                         | 134                 | 294                    | 12                  | 188               | 65                  | 240        | 428        |
| Emilia Romagna | 3.660                   | 54                  | 6.195             | 92                  | 146                             | -                   | -                 | -                   | -                          | -                   | 5.456                  | 126                 | 28.947                        | 211                 | 337                    | 2.701               | 196               | 1.727               | 295        | 491        |
| Toscana        | 2.073                   | 90                  | 1.114             | 202                 | 292                             | 808                 | 132               | 921                 | 279                        | 411                 | 1.724                  | 130                 | 15.752                        | 233                 | 363                    | 430                 | 164               | 740                 | 209        | 373        |
| Umbria         | 322                     | 92                  | 363               | 276                 | 368                             | 362                 | 90                | 144                 | 212                        | 302                 | 351                    | 102                 | 2.856                         | 172                 | 274                    | 310                 | 103               | 23                  | 334        | 437        |
| Marche         | 468                     | 92                  | 587               | 252                 | 344                             | 171                 | 117               | 164                 | 235                        | 352                 | 76                     | 146                 | 3.694                         | 125                 | 271                    | 8                   | 178               | 232                 | 43         | 221        |
| Lazio          | 2.217                   | 68                  | 3.855             | 111                 | 179                             | 112                 | 50                | 376                 | 327                        | 377                 | 97                     | 135                 | 6.363                         | 262                 | 397                    | -                   | -                 | 159                 | 280        | 280        |
| Abruzzo        | 284                     | 122                 | 886               | 296                 | 418                             | -                   | -                 | 248                 | 285                        | 285                 | -                      | -                   | 3.441                         | 147                 | 147                    | -                   | -                 | 124                 | 309        | 309        |
| Molise         | 18                      | 333                 | 69                | 316                 | 649                             | -                   | -                 | -                   | -                          | -                   | -                      | -                   | -                             | -                   | -                      | -                   | -                 | -                   | -          | -          |
| Campania       | 2.851                   | 51                  | 1.353             | 196                 | 247                             | 112                 | 42                | 233                 | 238                        | 280                 | 54                     | 111                 | 604                           | 263                 | 374                    | 120                 | 107               | 212                 | 325        | 432        |
| Puglia         | 588                     | 212                 | 1.002             | 313                 | 525                             | 129                 | 183               | 448                 | 330                        | 513                 | 22                     | 486                 | 2.655                         | 192                 | 678                    | -                   | -                 | 424                 | 344        | 344        |
| Basilicata     | 63                      | 191                 | 354               | 238                 | 429                             | -                   | -                 | 105                 | 107                        | 107                 | -                      | -                   | 319                           | 150                 | 150                    | -                   | -                 | 50                  | 40         | 40         |
| Calabria       | 578                     | 27                  | 320               | 246                 | 273                             | 153                 | 255               | 273                 | 298                        | 553                 | -                      | -                   | 1.602                         | 206                 | 206                    | -                   | -                 | 202                 | 37         | 37         |
| Sicilia        | 1.882                   | 41                  | 1.654             | 249                 | 290                             | 11                  | 89                | 375                 | 216                        | 305                 | -                      | -                   | 3.216                         | 54                  | 54                     | 10                  | 161               | 366                 | 135        | 296        |
| Sardegna       | 301                     | 68                  | 397               | 225                 | 293                             | 138                 | 52                | 418                 | 231                        | 283                 | 93                     | 60                  | 686                           | 236                 | 296                    | 49                  | 157               | 366                 | 135        | 292        |
| <b>ITALIA</b>  | <b>32.649</b>           | <b>67</b>           | <b>30.306</b>     | <b>188</b>          | <b>255</b>                      | <b>8.890</b>        | <b>156</b>        | <b>8.530</b>        | <b>271</b>                 | <b>427</b>          | <b>19.385</b>          | <b>124</b>          | <b>237.663</b>                | <b>225</b>          | <b>349</b>             | <b>11.105</b>       | <b>186</b>        | <b>12.435</b>       | <b>236</b> | <b>422</b> |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

ogni 100.000 abitanti. Entrambi i *setting* assistenziali registrano una riduzione dei posti rispetto ai dati 2008 (50 posti ogni 100.000 abitanti). Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 55.898 e 23.745 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa (in particolare, la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali).

Un aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, che dovrebbero essere gestite sul territorio (Tabella 2.24). Diabete ed asma sono

Tabella 2.24 **Indicatori *proxy* di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2010)**

| Regione        | Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato | Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto | Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (età >= 65 anni) |
|----------------|---|--|---|
| Piemonte       | 8,26  | 5,67   | 889,07  |
| Valle d'Aosta  | 3,74  | 3,74   | 994,86  |
| Lombardia      | 30,34   | 13,84  | 1.241,84  |
| PA Bolzano     | 43,40   | 11,17  | 1.357,21  |
| PA Trento      | 21,93   | 3,66   | 1.023,08  |
| Veneto         | 23,91   | 11,27  | 1.408,28  |
| Friuli VG      | 17,33   | 7,22   | 1.487,43  |
| Liguria        | 16,08   | 13,02  | 1.211,10  |
| Emilia Romagna | 27,32   | 7,93   | 1.334,08  |
| Toscana        | 7,32  | 7,56   | 1.078,65  |
| Umbria         | 17,45   | 15,53  | 1.284,79  |
| Marche         | 16,26   | 8,02   | 1.506,50  |
| Lazio          | 18,25   | 7,32   | 1.201,71  |
| Abruzzo        | 18,66   | 8,09   | 1.625,91  |
| Molise         | 12,22   | 9,50   | 1.706,82  |
| Campania       | 15,32   | 15,06  | 1.344,76  |
| Puglia         | 40,85   | 15,91  | 1.362,50  |
| Basilicata     | 34,09   | 5,11   | 1.456,79  |
| Calabria       | 22,10   | 18,11  | 1.731,10  |
| Sicilia        | 24,35   | 9,74   | 1.457,41  |
| Sardegna       | 32,13   | 18,90  | 1.123,25  |
| <b>ITALIA</b>  | <b>22,36</b>  | <b>11,17</b>                                   | <b>1.286,78</b>   |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (in media 22 e 11 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate: Lombardia, Veneto, Puglia e Sardegna mostrano tassi di ospedalizzazione per oltre la media nazionale entrambe le patologie. Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica (broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO) negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.286 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

Tra le attività territoriali, le aziende sanitarie organizzano ed erogano le attività di prevenzione collettiva e mirata tramite i 143 Dipartimenti per la prevenzione distribuiti a livello nazionale<sup>50</sup>, in accordo con le priorità contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Il PNP 2010-2012 definisce quattro macro-aree di intervento:

- ▶ la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
- ▶ i programmi di prevenzione collettiva, che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali). A questo proposito si segnala il programma «Guadagnare Salute» che rientra nella strategia europea *Gaining in Health* promossa dall'Oms nel 2006, per favorire l'adozione di comportamenti quotidiani in grado di contrastare l'insorgenza di patologie croniche, facendo guadagnare anni di vita in salute ai cittadini;
- ▶ i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli *screening* oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di *counselling* o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare);
- ▶ i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e a promuovere il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili.

<sup>50</sup> Dato che corrisponde alle ASL con servizi attivi, Ministero della Salute, 2009.

Le regioni e province autonome sono state chiamate ad adattare alle proprie realtà locali gli obiettivi e finalità del PNP, elaborando un Piano regionale il cui stato di implementazione sarà valutato al 31 dicembre 2012 secondo gli indicatori del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie<sup>51</sup>.

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

Tabella 2.25 **Attività di guardia medica, per Regione (2009)**

| Regione        | Punti di guardia medica | Ore prestate      | Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti | Visite effettuate per 100.000 abitanti |
|----------------|-------------------------|-------------------|--|--|
| Piemonte       | 140                     | 977.624           | 415                                      | 14.365                                 |
| Valle d'Aosta  | 8                       | 55.549            | 545                                      | 11.471                                 |
| Lombardia      | 223                     | 1.574.430         | 364                                      | 10.735                                 |
| PA Bolzano     | 6                       | 31.884            |  | 4.239                                  |
| PA Trento      | 32                      | 229.316           | 1.154                                    | 21.273                                 |
| Veneto         | 108                     | 1.053.704         | 192                                      | 10.455                                 |
| Friuli VG      | 41                      | 278.276           | 399                                      | 12.800                                 |
| Liguria        | 54                      | 326.975           | 494                                      | 8.708                                  |
| Emilia Romagna | 155                     | 1.187.923         | 215                                      | 17.379                                 |
| Toscana        | 197                     | 1.099.577         | 388                                      | 17.215                                 |
| Umbria         | 42                      | 364.510           | 292                                      | 19.073                                 |
| Marche         | 87                      | 540.551           | 326                                      | 21.593                                 |
| Lazio          | 118                     | 962.721           | 148                                      | 3.668                                  |
| Abruzzo        | 103                     | 628.017           | 480                                      | 19.148                                 |
| Molise         | 32                      | 192.734           | 440                                      | 20.911                                 |
| Campania       | 231                     | 2.418.179         | 339                                      | 20.387                                 |
| Puglia         | 254                     | 1.734.366         | 229                                      | 18.296                                 |
| Basilicata     | 135                     | 710.929           | 569                                      | 27.729                                 |
| Calabria       | 349                     | 2.221.048         | 399                                      | 34.126                                 |
| Sicilia        | 456                     | 2.694.993         | 340                                      | 35.099                                 |
| Sardegna       | 213                     | 1.235.427         | 833                                      | 27.938                                 |
| <b>ITALIA</b>  | <b>2.984</b>            | <b>20.518.733</b> | <b>16.822</b>                            | <b>16.822</b>                          |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

<sup>51</sup> A proposito si veda il sito del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (<http://www.ccm-network.it/node/1602/>) in cui è contenuto il «Documento per la valutazione dei Piani regionali di prevenzione (Prp) 2010-2012», come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.



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

Nel 2009 sono stati rilevati in Italia 2.954 punti di guardia medica, (30 in meno rispetto all'anno precedente) (Tabella 2.25); si contano 12.359 medici titolari ovvero 21 medici ogni 100.000 abitanti. I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle regioni del Sud, il 42,5% è concentrato in quattro regioni (Sicilia, Calabria, Puglia e Campania). A livello territoriale, si registra una realtà notevolmente diversificata sia riguardo i ricoveri prescritti che le visite effettuate. In media vengono prescritti 322 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con grandi differenze regionali (PA Trento 1.097 e Lazio 155). Le visite effettuate sono in media 17.229, con livelli molto superiori in Calabria (>48.000) e molto inferiori nel Lazio (5.027) e PA di Bolzano (4.108).

## 2.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana richiede alle aziende (e alle regioni in qualità di capogruppo dei SSR) di conseguire l'economicità, cioè la «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico, ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» (Borgonovi, 2000). Per questo motivo, regioni e aziende devono 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 futuri; (ii) 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 di tutte le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda al Rapporto Osservasalute 2011 ([www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)) per una trattazione sistematica del quadro epidemiologico che caratterizza le diverse regioni. Di seguito, si presentano solo alcuni indicatori, utili per delineare il quadro demografico, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner, 1998; Herwartz e Theilen, 2003; Spillman e Lubitz, 2000).

Nel corso del 2011, secondo i dati ISTAT<sup>52</sup>, la popolazione ha continuato a crescere, raggiungendo a Novembre i 60 milioni 813 mila residenti, con un incre-

<sup>52</sup> I dati del Bilancio demografico mensile ISTAT di Novembre 2011 sono gli ultimi disponibili al momento della chiusura della pubblicazione (Luglio 2012).

mento di 207.686 unità rispetto allo stesso mese del 2009 (pari allo 0,3%), dovuto completamente alle migrazioni dall'estero. Si tratta di una tendenza ormai consolidata: negli ultimi dieci anni, gli stranieri residenti in Italia sono triplicati, superando, secondo le stime ISTAT contenute nel Rapporto Annuale 2012, la soglia dei 3,7 milioni nel 2011 (6,3% della popolazione).

La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni del Nord-Ovest il 26,6% del totale, al Nord-Est il 19,2%, al Centro il 19,8%, al Sud il 23,3% e alle Isole l'11,1%. Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto all'anno precedente: si rileva solo un lieve incremento della quota percentuale di popolazione del Sud a scapito di quella del Centro. Da notare come anche le regioni del Sud e delle Isole, oltre ad essere meno interessate dai saldi migratori, registrino una veloce contrazione del saldo naturale, fino ad oggi rimasto in attivo ma ormai sceso sotto l'1% nel corso del decennio 2001-2011 (ISTAT, 2012).

Il tasso di fecondità rimane molto al di sotto del «livello di sostituzione» (2 figli per donna), fermandosi a 1,42. Si registra un leggero aumento delle nascite, dovuto al contributo della popolazione immigrata: nel 2010, il 18% dei nuovi nati ha almeno un genitore straniero.

Le implicazioni delle profonde dinamiche di cambiamento demografico e sociale che stanno interessando il nostro paese esulano dall'oggetto del presente lavoro. Ai fini di rappresentare l'evoluzione dei bisogni sanitari, basterà ricordare che la bassa natalità, l'ingresso di popolazione giovane ma già adulta e l'allungarsi della vita media<sup>53</sup> (cfr. § 2.2) comportano un progressivo invecchiamento demografico.

Secondo l'ISTAT, nel 2011 la quota di ultra65enni raggiunge il 20,3% della popolazione. Anche il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia, IdV) ha mostrato un costante aumento negli anni, attestandosi a 145 nel 2011 contro il 127 del 2000. Questi valori pongono l'Italia al secondo posto nell'UE dopo la Germania, che registra un IdV di 154. Logicamente, anche l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età non attiva e attiva, negli ultimi dieci anni è aumentato di 4 punti percentuali, toccando al 1° gennaio 2011 un valore pari al 52,2.

A livello territoriale (Tabella 2.26) l'invecchiamento della popolazione riguarda tutte le aree del paese, pur in presenza di una discreta variabilità. La regione dove risiede il maggior numero di anziani in rapporto al totale è la Liguria, con il 26,7%; quelle dove risiede il maggior numero di minori di 14 anni sono la PA di Bolzano con il 16,5% e la Campania con 16,4%.

Oltre ai fattori epidemiologici e demografici, la domanda di servizi sanitari è naturalmente influenzata dalle condizioni socioeconomiche di contesto. Da par-

<sup>53</sup> Secondo il Rapporto ISTAT 2012, nel 2011 la vita media ha raggiunto i 79,4 anni per gli uomini e gli 84,5 per le donne.

Tabella 2.26 Indicatori di struttura demografica, per Regione (1° gennaio 2011)

| Regione        | % under 14   | % over 65    | Indice di vecchiaia <sup>(1)</sup> | Dipendenza strutturale <sup>(2)</sup> | Eta media   |
|----------------|--------------|--------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Piemonte       | 13,0%        | 21,2%        | 163,2                              | 52,1                                  | 43,7        |
| Valle d'Aosta  | 13,4%        | 20,2%        | 150,6                              | 50,5                                  | 42,9        |
| Lombardia      | 16,5%        | 17,9%        | 108,5                              | 52,5                                  | 40,7        |
| PA Bolzano     | 14,2%        | 18,8%        | 132,0                              | 49,2                                  | 41,8        |
| PA Trento      | 16,4%        | 16,1%        | 98,7                               | 48,1                                  | 39,7        |
| Veneto         | 13,3%        | 22,3%        | 167,2                              | 55,2                                  | 44,5        |
| Friuli VG      | 12,6%        | 23,4%        | 186,2                              | 56,2                                  | 45,4        |
| Liguria        | 14,0%        | 19,8%        | 142,0                              | 51,0                                  | 42,9        |
| Emilia Romagna | 11,5%        | 26,7%        | 232,0                              | 61,8                                  | 47,2        |
| Toscana        | 14,2%        | 20,1%        | 141,1                              | 52,2                                  | 43,0        |
| Umbria         | 13,3%        | 22,5%        | 168,7                              | 55,7                                  | 44,3        |
| Marche         | 12,5%        | 21,9%        | 175,8                              | 52,3                                  | 44,2        |
| Lazio          | 12,9%        | 22,9%        | 177,7                              | 55,6                                  | 44,9        |
| Abruzzo        | 14,8%        | 18,5%        | 125,2                              | 49,9                                  | 41,6        |
| Molise         | 12,3%        | 19,5%        | 158,6                              | 46,5                                  | 43,3        |
| Campania       | 15,2%        | 18,5%        | 122,2                              | 50,8                                  | 41,3        |
| Puglia         | 12,7%        | 23,3%        | 182,9                              | 56,3                                  | 45,1        |
| Basilicata     | 15,4%        | 19,3%        | 125,4                              | 52,9                                  | 42,3        |
| Calabria       | 12,9%        | 23,1%        | 178,8                              | 56,2                                  | 44,7        |
| Sicilia        | 14,0%        | 20,9%        | 149,7                              | 53,5                                  | 43,7        |
| Sardegna       | 14,2%        | 19,9%        | 139,8                              | 51,8                                  | 43,0        |
| <b>ITALIA</b>  | <b>14,0%</b> | <b>20,3%</b> | <b>145,0</b>                       | <b>52,2</b>                           | <b>43,5</b> |

<sup>(1)</sup> Calcolato come rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella infantile (fino a 14 anni), moltiplicato per 100.

<sup>(2)</sup> 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

te dei *policy maker*, è innanzi tutto necessario individuare le dinamiche emergenti di povertà e disagio, in modo da disegnare modalità di accesso ai servizi che rendano effettivo il diritto alla salute stabilito dalla Costituzione (art. 32). In estrema sintesi, il Rapporto ISTAT 2012 segnala che:

- negli ultimi 15 anni, la povertà relativa<sup>54</sup> si è mantenuta costante, attorno al 10-11% della popolazione totale. Tuttavia, il divario tra Nord e Sud del paese si è mantenuto estremamente alto (4,9% contro 23%);

<sup>54</sup> Indice calcolato come percentuale di famiglie povere sul totale delle famiglie residenti. La povertà è definita in base a una soglia convenzionale (linea di povertà) di reddito minimo disponibile. Per una famiglia di due componenti, la linea di povertà è pari alla spesa media pro capite nel paese e, nel 2010, è risultata pari a 992,46 euro mensili (ISTAT, 2012).

- ▶ è progressivamente peggiorata la condizione delle famiglie più numerose: nel 2010, il 29,9 % dei nuclei con cinque e più componenti risulta in condizione di povertà relativa, con un incremento di più di sette punti percentuali rispetto al 1997;
- ▶ i meccanismi di solidarietà intergenerazionale, sino ad oggi, hanno di fatto sostituito vere e proprie politiche di sostegno ai giovani e alle famiglie. Queste forme di sostegno, però, riescono sempre meno ad esercitare efficacemente il ruolo di ammortizzatore sociale. Anche a causa delle difficoltà occupazionali delle famiglie più giovani, i nuclei con minori in cui convivono più di due generazioni sono quasi raddoppiati rispetto al 1997 e rappresentano il 14,5% del totale. Tra questi, l'incidenza delle famiglie povere è aumentata dal 18,8% del 1997 al 30,3% del 2010; il 20% non ha componenti occupati e, nel migliore dei casi, l'unico reddito è rappresentato dalla pensione dei membri più anziani; in un ulteriore 46% dei casi vi è un solo occupato, ma il reddito percepito non è sufficiente a far uscire la famiglia da una condizione di povertà;
- ▶ la contrazione delle capacità di consumo e risparmio delle famiglie ha investito i consumi sanitari: rispetto al 1997, la spesa sanitaria è calata dal 4,3% al 3,7% della spesa complessiva.

Una volta individuate le caratteristiche della domanda, un primo passaggio rilevante è valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni, individuando adeguati indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (rapporto *output/outcome*). Nel Riquadro 2.3 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2002.

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

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

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

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

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

### Riquadro 2.3 **Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù, 2002)**

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

- dimensione dei flussi di mobilità in uscita ed entrata di pazienti (ASL) e provenienza dei pazienti (AO), che sono indicatori di soddisfazione / insoddisfazione dei pazienti;
- tempi di attesa per tipologie di servizi e di prestazioni. Elevati tempi di attesa possono essere legati 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. 833/78). Il raggiungimento di un adeguato livello di equità è quindi una delle finalità istituzionali del SSN e delle aziende che vi operano. La misurazione del grado di equità raggiunto dal sistema rappresenta un ulteriore indicatore di efficacia dell'attività.

proseguito si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale. Per l'analisi dei flussi di mobilità transfrontalieri si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2011.

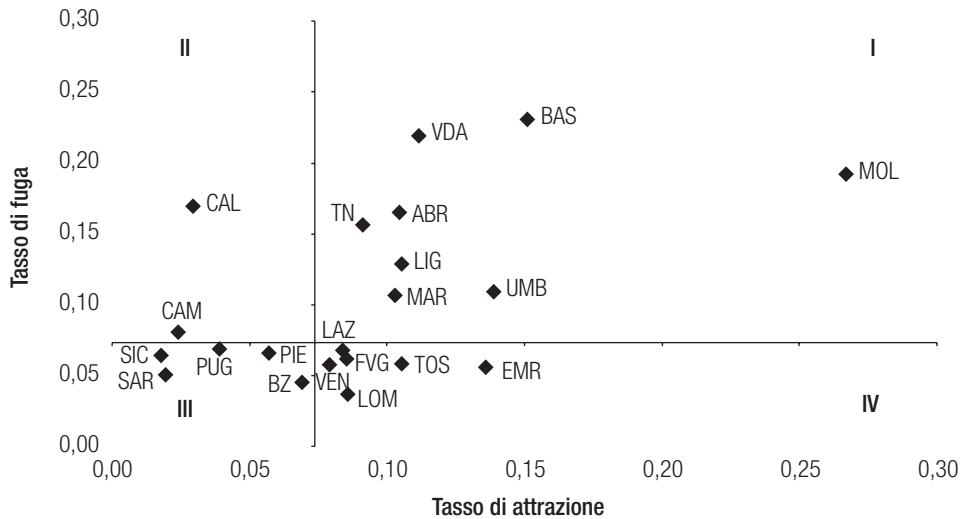
La Figura 2.17 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2010 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna regione due variabili:

- ▶ 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 2.4.

Nel corso del triennio 2008-2010 l'entità complessiva della mobilità fuori regione è rimasta sostanzialmente invariata, passando da 7,38% dei ricoveri ordi-

Figura 2.17 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (\*) e di fuga (\*\*) (2010)**



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

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

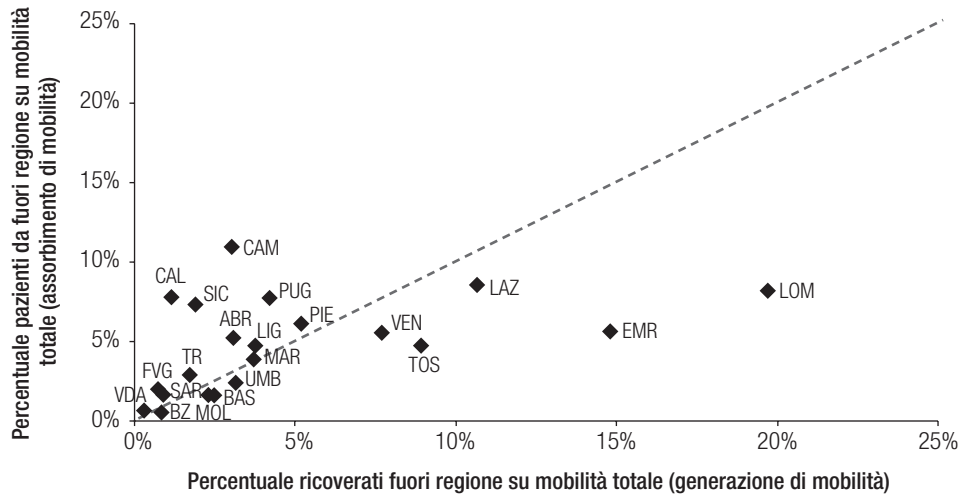
#### Riquadro 2.4 **Classificazione delle Regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002)**

- 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 dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. Allo stesso tempo, si tratta di regioni che riescono ad attrarre pazienti dalle zone confinanti per alcune specialità).
- Regioni «IN DEFICIT» (quadrante II) con elevata 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 «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata ed in uscita.
- 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).

nari per acuti a 7,37% nel 2010. A fronte di una complessiva stabilità, il Piemonte è l'unica regione che, nel triennio considerato, ha ridotto la mobilità passiva tanto da permettere un cambio di quadrante e passare da regione in «deficit» a regione «autosufficiente».

Tra il 2009 e il 2010 a livello regionale, si registrano tuttavia delle variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga. Valle d'Aosta, Basilicata, Campa-

Figura 2.18 **Assorbimento (\*) e generazione (\*\*\*) della mobilità nelle Regioni (2010)**



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

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

nia e Marche registrano un aumento annuo nell'attrazione di pazienti extra-regione compreso tra 6,3 e 4,2 punti percentuali; di converso, Lazio e Abruzzo perdono rispettivamente tra 4,2 e 6,4 punti percentuali rispetto al 2009. Il tasso di fuga aumenta in Campania, Liguria e Abruzzo (tra 6,8 e 5,6 punti percentuali), mentre migliora in Molise, PA Trento e Marche (tra 5,2 e 4 punti percentuali).

Nella Figura 2.18 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 2.17, gli indicatori utilizzati nella Figura 2.18 non scontano le dimensioni relative delle diverse regioni. Sono quindi meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della

fuga delle singole regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione. Le regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo negativo, le altre positivo. In particolare:

- ▶ la Lombardia attrae quasi il 20% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (14,8%), Lazio (10,6%), Toscana (8,9%) e Veneto (7,7 %);
- ▶ se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11%), seguita da Lazio (8,6%), Lombardia (8,2%), Calabria (7,8%), Puglia (7,7%) e Sicilia (7,3%).

Con riferimento ai flussi di mobilità, può essere interessante anche incrociare i valori economici con i correlati volumi di prestazioni: si veda il Capitolo 2 del Rapporto OASI 2011 per un approfondimento a riguardo.

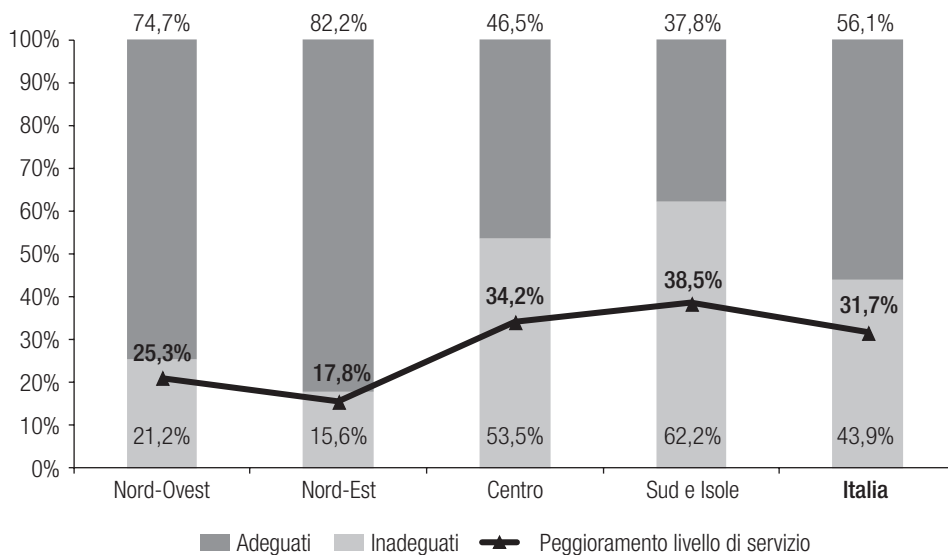
Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni si è sviluppata una forte attenzione a questo tema, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e il governo delle liste. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per una ricostruzione sistematica dei principali riferimenti normativi in materia fino al 2006, al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per le novità introdotte dalla L. 120/2007 e al Capitolo 7 presente Rapporto per un aggiornamento e approfondimento delle politiche di gestione dei tempi d'attesa.

Infine, per quanto riguarda la soddisfazione dei cittadini nei confronti del SSN, diversi centri di ricerca italiani svolgono più o meno regolarmente indagini sul tema. Da segnalare, a questo proposito, lo studio pubblicato nel 2012 dal CENSIS in collaborazione con il Forum per la Ricerca Biomedica (Fbm) sulle prospettive della Sanità italiana alla luce della contrazione della spesa pubblica («Quale Sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse in Sanità?»). Innanzi tutto, lo studio approfondisce i livelli di soddisfazione dei cittadini nei confronti del SSR per ripartizione geografica (Figura 2.19); inoltre, confronta la qualità percepita dai pazienti nelle regioni interessate da Piano di Rientro rispetto alle altre (Figura 2.20). Il dato nazionale (56,1% di cittadini soddisfatti) incorpora profonde differenze territoriali. I cittadini che ritengono adeguati i servizi sanitari nei propri territori sono ampia maggioranza al Nord (82,2% nel Nord Est e 74,7% nel Nord Ovest), mentre costituiscono solo il 46,5% del totale al Centro e il 37,8% al Sud. Con riferimento alle regioni interessate e non interessate da Piano di Rientro, le prime evidenziano un tasso di soddisfazione pari al 42,2%, mentre le seconde del 72,3%.

In generale, dai grafici si notano alcune tendenze:

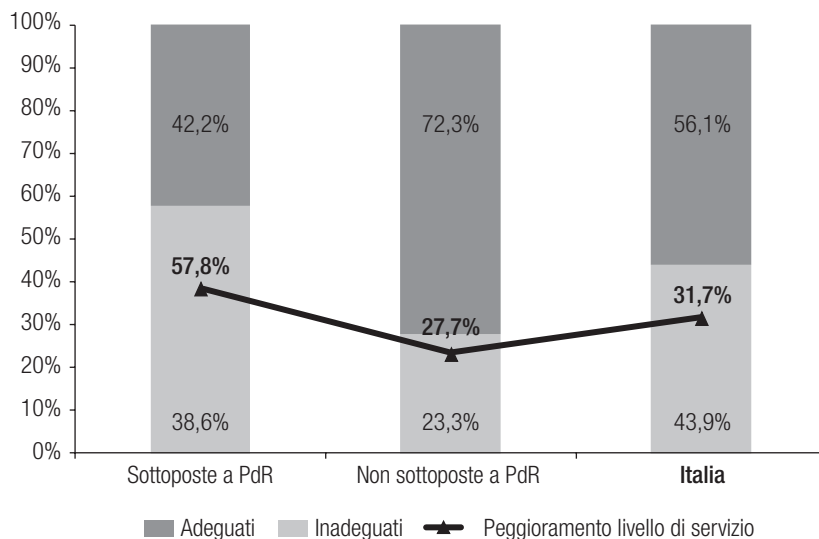


Figura 2.19 **Soddisfazione globale per i servizi offerti dal SSN per macroarea geografica (2012)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati CENSIS – Fbm (2012)

Figura 2.20 **Soddisfazione globale per i servizi offerti dal SSN nelle Regioni sottoposte e non sottoposte a Piano di Rientro (2012)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati CENSIS – Fbm

- ▶ il processo di risanamento economico delle regioni in deficit sembra ripercuotersi in termini di minore qualità percepita dei servizi e quindi, almeno parzialmente<sup>55</sup>, di peggioramento dell'*outcome*;
- ▶ le regioni o le aree territoriali che evidenziano tassi di soddisfazione più bassi registrano anche le percentuali più elevate di cittadini che percepiscono un peggioramento del servizio. Questa tendenza suggerisce che, almeno in termini di percepito, il differenziale di qualità tra i servizi sanitari delle diverse aree geografiche non accenna a diminuire.

Lo studio del CENSIS riporta anche le principali cause di insoddisfazione individuate dai cittadini, mantenendo la suddivisione per macro-area geografica (Tabella 2.27). Le liste d'attesa sono l'elemento più frequentemente segnalato come critico (68,5% degli intervistati); seguono i tempi d'attesa all'interno della struttura (26,4%) e la mancanza di coordinamento tra gli operatori (15,8%), che si traduce in un inadeguato accompagnamento del paziente. Da riportare anche le criticità tipiche di alcune aree del paese. I tempi di dimissione troppo rapidi sono frequentemente segnalati nel Nord-Est (18,4% degli intervistati), valore quasi doppio rispetto al Sud e alle Isole. Nel Mezzogiorno, d'altra parte, si registrano percentuali particolarmente alte di cittadini insoddisfatti con riferimento a:

Tabella 2.27 **Elementi di criticità dei servizi sanitari per macro-aggregato geografico (2012)**

| Aspetti negativi dei servizi sanitari  | % di segnalazione nei Macro aggregati territoriali |          |        |             |        |
|--|--|----------|--------|-------------|--------|
|  | Nord-Ovest   | Nord-Est | Centro | Sud e Isole | ITALIA |
| Liste di attesa  | 62,5   | 71,8     | 70,1   | 70,6        | 68,5   |
| Tempi di attesa in struttura   | 29,9   | 31,5     | 27,1   | 20,2        | 26,4   |
| Mancanza di coordinamento tra operatori e scarso accompagnamento del paziente        | 17,9   | 12,4     | 20,8   | 13,1        | 15,8   |
| Eccessiva rapidità di dimissione   | 14,9   | 18,4     | 15,3   | 9,3         | 13,8   |
| Inadeguata professionalità degli operatori   | 8,8  | 6,2      | 7,2    | 15          | 10,1   |
| Scarsità di informazioni per l'utenza  | 12,8   | 9        | 8      | 7,6         | 9,3    |
| Assenza di determinati servizi/strutture/prestazioni nella propria area territoriale | 3,9  | 5,5      | 4,6    | 16,4        | 8,6    |
| Approccio poco empatico degli operatori  | 4,5  | 7,1      | 5,5    | 10,4        | 7,2    |
| Variabilità delle indicazioni cliniche   | 6,6  | 4        | 7,4    | 3,2         | 5,1    |

Fonte: dati CENSIS – Fbm (2012)

<sup>55</sup> È sempre necessario ricordare che la qualità percepita, soprattutto in un ambito caratterizzato da forti asimmetrie informative come la Sanità, non esprime in maniera precisa la qualità effettiva del servizio prestato.

- ▶ professionalità degli operatori (15% contro l'8,8% massimo registrato nel resto del paese);
- ▶ assenza di servizi o prestazioni nel proprio territorio (16,4% contro il 5,5% massimo registrato nel resto del paese).

Una volta inquadrata la soddisfazione del cittadino – paziente a livello di popolazione complessiva, è necessario capire se servizi di qualità sono accessibili anche alle componenti più vulnerabili della società. L'analisi del tasso di mortalità neonatale<sup>56</sup> e infantile<sup>57</sup> nella popolazione straniera condotta da Osservasalute (2012) rappresenta bene la dimensione dell'equità del servizio. Attraverso tali indicatori, è possibile capire se il SSN riesce ad assicurare un efficace servizio materno-infantile di base, limitando l'incidenza di un evento drammatico in un sottoinsieme di famiglie spesso caratterizzate da particolari condizioni di debolezza (difficoltà linguistiche, minore livello di istruzione, condizioni socio-economiche che limitano la scelta della struttura di ricovero). I dati puntuali di mortalità relativi a bambini italiani e stranieri mostrano in ogni caso un'incoraggiante diminuzione tra il 2004 e il 2008 (Tabella 2.28). Si nota, inoltre, una dinamica di forte convergenza tra i tassi di mortalità neonatale dei due gruppi, che nel 2008 registrano livelli comparabili (2,4 per gli italiani e 2,5 per gli stranieri). La mortalità infantile, invece, evidenzia il permanere di una forbice tra italiani e stranieri (rispettivamente, 3,3 e 3,8). Una possibile spiegazione di queste dinamiche risiede nel netto miglioramento qualitativo dei servizi ospedalieri di ostetricia, che riesce a limitare i decessi durante il ricovero e nei giorni immediatamente successivi; anche il livello territoriale registra un miglioramento, ma non riesce ancora ad assicurare la stessa presa in carico ai bambini italiani e stranieri.

Da notare, infine, come la minore qualità dei servizi sanitari nel Mezzogiorno si ripercuota con effetti amplificati sui segmenti più deboli. Nel Nord Italia, il tasso di mortalità infantile complessivo medio, nel corso del biennio 2006-2008,

Tabella 2.28 **Tasso di mortalità infantile e neonatale per 1.000 nati – Italia (2004-2008)**

| Gruppo    | Tasso di mortalità neonatale (per 1.000 nati) |      | Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati) |      |
|-----------|---|------|---|------|
|           | 2004  | 2008 | 2004  | 2008 |
| Italiani  | 2,7   | 2,4  | 3,6   | 3,3  |
| Stranieri | 3,1   | 2,5  | 4,2   | 3,8  |

Fonte: dati Rapporto Osservasalute 2011 – elaborazioni su dati ISTAT

<sup>56</sup> Si intende la mortalità registrata tra il primo e il ventinovesimo giorno di vita.

<sup>57</sup> Si intende la mortalità registrata entro il primo anno di vita.

è pari a 2,88 decessi per 1.000 nati. Nelle stesse regioni, nel 2008, la mortalità tra gli stranieri si attesta su valori più alti, ma ancora comparabili (3,2 nel Nord-Ovest, 3,6 nel Nord-Est). La situazione è invece drammatica nel Sud, dove a fronte di una mortalità infantile complessiva media di 4,09 decessi per 1.000 nati, tra gli immigrati si registrano valori molto più preoccupanti (5,2 nelle Isole e addirittura 6,9 nelle regioni del Sud continentale).

## 2.7 Le strategie web delle aziende del SSN descritte attraverso la rilevazione *Patient Empowerment Index*-PWEI (di E. Bellio, L. Buccoliero, A. Prenestini)

Le precedenti edizioni del Rapporto OASI (Bellio, Buccoliero e Prenestini, 2009; 2010; 2011) ed altre pubblicazioni (Buccoliero, Bellio e Prenestini, 2010) hanno proposto alla comunità scientifica e professionale un modello originale di analisi delle strategie web delle aziende del SSN, volto a misurare l'effettivo contributo della rete alla creazione di *empowerment*<sup>58</sup> (maggiore accesso a informazioni sanitarie e controllo sul proprio stato di salute) per il cittadino-paziente.

A tale scopo è stato costruito un indicatore denominato *Patient Web Empowerment Index* (PWEI), sviluppato ed applicato con il duplice obiettivo di:

1. illustrare sinteticamente gli elementi caratteristici di una strategia web di un'azienda sanitaria chiaramente finalizzata alla massimizzazione dell'*empowerment* del cittadino-paziente;
2. disporre di una valorizzazione quantitativa sintetica (*scoring*) dell'*empowerment* creato da un sito web di un'azienda sanitaria, anche al fine di effettuare *benchmark* (interaziendali, interregionali o internazionali), oltre che analizzare trend evolutivi del fenomeno.

Il Riquadro 2.5 propone una sintesi degli aspetti metodologici alla base della rilevazione e delle modalità di interpretazione degli 8 sottoindicatori che lo compongono il PWEI. Per ulteriori informazioni sugli aspetti metodologici si rimanda ai già citati precedenti Rapporti OASI.

Le rilevazioni effettuate nel 2012 si sono basate su un modello di indicatore «revisionato» per cogliere tre ulteriori elementi strategici ritenuti di particolare rilevanza ed attualità:

<sup>58</sup> Ai fini dello sviluppo della ricerca, si è adottata la seguente definizione sintetica di *patient empowerment*: un processo di sviluppo personale per cui il paziente/individuo viene dotato di conoscenza, capacità e consapevolezza che gli consentano (in tutto o in parte) di autodeterminarsi in relazione alla propria salute. In questo processo, il *professional* può divenire, a discrezione del paziente, un facilitatore che opera all'interno di una relazione di partnership, non più di autorità (Bellio, Buccoliero e Prenestini 2009).

1. l'adozione di logiche di georeferenziazione delle informazioni e dei servizi forniti al cittadino, anche attraverso la disponibilità *on-line* di strumenti di tipo GIS (*Geographic Information System*) che prevedono la gestione di stati informativi tematici «appoggiati» su cartografie ufficiali (Higgs et al., 2005; Buccoliero, 2009). In questa categoria rientrano ad esempio piattaforme per l'individuazione delle farmacie di turno oppure strumenti per facilitare l'individuazione di presidi e strutture sul territorio;
2. la presenza attiva delle aziende sanitarie, in diverse modalità, sui principali *social network* (Facebook, Twitter, You Tube ed altri) (PwC, 2012);
3. la definizione di strategie di innovazione basate sull'uso della telefonia mobile (apps per smartphone, servizi SMS, altri servizi basati su fonia e dati in mobilità) (Kevin et al., 2008).

Riquadro 2.5 **Sintesi degli aspetti metodologici e descrizione del *PWEI***  
**(in grassetto si evidenziano gli elementi innovativi che caratterizzano la rilevazione *PWEI* 2012 rispetto alle precedenti)**

L'analisi dei siti web ha previsto l'utilizzo del *PWEI*, un indicatore multidimensionale composto da 8 sotto-indicatori, ciascuno dei quali ha l'obiettivo di misurare un diverso aspetto del fenomeno di *empowerment* del paziente attraverso il *web*.

I sottoindicatori di cui si compone l'indice sono i seguenti:

1. *PWEI Site* (P1): è relativo ad alcune caratteristiche strutturali del sito che favoriscono una navigazione scorrevole e, soprattutto, rispondono efficacemente alle prime esigenze informative del paziente. Questo elemento non è direttamente legato ad un incremento di informazione e controllo, ma rappresenta un pre-requisito per la migliore fruizione delle informazioni e dei servizi *on-line*. Tra queste sono state analizzate alcune caratteristiche legate all'accessibilità e alla fruibilità immediata dei contenuti e dei servizi erogati dall'ente. In particolare, si è esaminata la strutturazione del sito, assegnando un punto ai siti che consentono una navigazione secondo il modello *life event* oppure propongono una chiara segmentazione per cluster di pazienti. Il menu costruito secondo queste logiche può aiutare la consultazione da parte del paziente che ha problematiche specifiche e che riceve, così, una risposta mirata al proprio fabbisogno. **A partire dal 2012, questo sottoindicatore ha preso in considerazione anche l'esistenza di strategie di georeferenziazione delle informazioni fornite dal sito.** Tale elemento ha sostituito la valutazione di una chiara rappresentazione della struttura organizzativa aziendale, prevista invece nell'indicatore per gli anni 2009, 2010 e 2011.
2. *PWEI Clinic* (P2): è rappresentato dalle informazioni cliniche ottenibili dal paziente sul sito. Per costruire il sotto-indicatore sono stati presi in considerazione diversi elementi relativi alle informazioni di carattere sanitario presenti sul sito: a partire da semplici schede divulgative o *newsletter* fino ad arrivare a test di valutazione del proprio rischio clinico o per l'autodiagnosi.
3. *PWEI Community* (P3): valuta la presenza sul sito web di *community on-line* o di gruppi che garantiscono un supporto informativo clinico, psicologico o di accompagnamento ai pazienti che affrontano particolari problematiche di carattere sanitario, anche sotto forma di *bookmark* di risorse internet. **A partire dal 2012, si è approfondita, nell'ambito del *PWEI Community*, l'eventuale presenza di strategie basate sull'uso di *social network* da parte delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di pervenire ad una prima mappatura delle esperienze esistenti.** Non è più rilevata, invece, la presenza di elenchi e riferimenti a risorse non *web*, ossia in modalità rubrica.

4. *PWEI MD2P – Medical Doctor To Patient (P4)*: è costituito dalla comunicazione medico-paziente direttamente *on-line* e contribuisce a migliorare in modo rilevante la qualità e la quantità di informazioni cliniche a disposizione dell'utente. Il paziente può infatti rivolgersi direttamente ai professionisti per indicazioni o consigli di carattere sanitario attraverso l'email personale, blog, forum, FAQ, ecc. In questo contesto si è anche rilevata l'eventuale multicanalità dell'approccio delle aziende sanitarie (oltre ad internet, anche telefono o televisione digitale terrestre).
5. *Personal Health Record (PHR – P5)*: garantisce la possibilità di accedere al proprio record elettronico delle informazioni sulla salute, assimilabile ad una cartella clinica, che riporta l'intera storia sanitaria della persona oppure singoli referti di prestazioni diagnostiche e sanitarie. Il *PHR* è, quindi, un importante strumento sia di informazione sia di controllo sui propri dati di carattere sanitario. Il sotto-indicatore *PWEI PHR* analizza la possibilità di visionare e di scaricare il proprio fascicolo elettronico direttamente dal sito dell'azienda sanitaria oppure attraverso altre modalità come la carta elettronica o l'accesso da parte del proprio MMG o dello specialista di riferimento.
6. *PWEI Choice (P6)*: prende in considerazione alcuni dei più importanti elementi che, se presenti sul sito, possono orientare il paziente verso la scelta dell'azienda sanitaria e dei professionisti più indicati presso i quali ottenere la prestazione richiesta o, quantomeno, favoriscono la trasparenza dell'azienda sanitaria nei confronti degli utenti (curriculum vitae dettagliati dei medici, tipologia e quantità di casi trattati di una determinata patologia, liste d'attesa per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche).
7. *PWEI Telemed (P7)*: valuta la disponibilità sul sito dell'azienda sanitaria di servizi erogati con il sistema della telemedicina, che generalmente permette di effettuare diagnosi clinica in modo virtuale senza la presenza fisica del paziente presso il medico. In particolare, è stata valutata una chiara offerta di servizi di teleconsulto specialistico a distanza, teleassistenza domiciliare e telesoccorso.
8. *PWEI Innovation (P8)*: misura la presenza di innovazioni particolari, anche con un carattere di eccezionalità. Ossia si è rilevata – in singoli casi – la presenza sul sito di alcuni servizi accessori basati sulle ICT, ad esempio la webcam o l'album fotografico dei neonati dei reparti maternità o delle terapie intensive neonatali oppure la possibilità di accedere ad un sistema di prenotazione delle prestazioni *on line*, ecc. **Nel 2012, nell'ambito del *PWEI Innovation* si è dedicata una specifica attenzione all'individuazione di eventuali strategie di utilizzo del telefono mobile per l'erogazione di informazioni o servizi (es: apps per smartphone, servizi via SMS, ottimizzazioni sito web per utilizzo da dispositivo mobile).**

Ogni sotto-indicatore è stato definito sulla base delle diverse accezioni di *empowerment* che si riscontrano in letteratura (Steele, Blackwell et al. 1987; Funnell e Anderson 1991; Johnston Roberts 1999) e successivamente pesato tramite il coinvolgimento di un pool di esperti e l'adozione del metodo dell'allocation partecipativa del budget (Moldan, Billharz e Matravers 1997). Il valore dell'indicatore – il cui massimo teorico è pari a 10 – è dato dalla seguente formula:

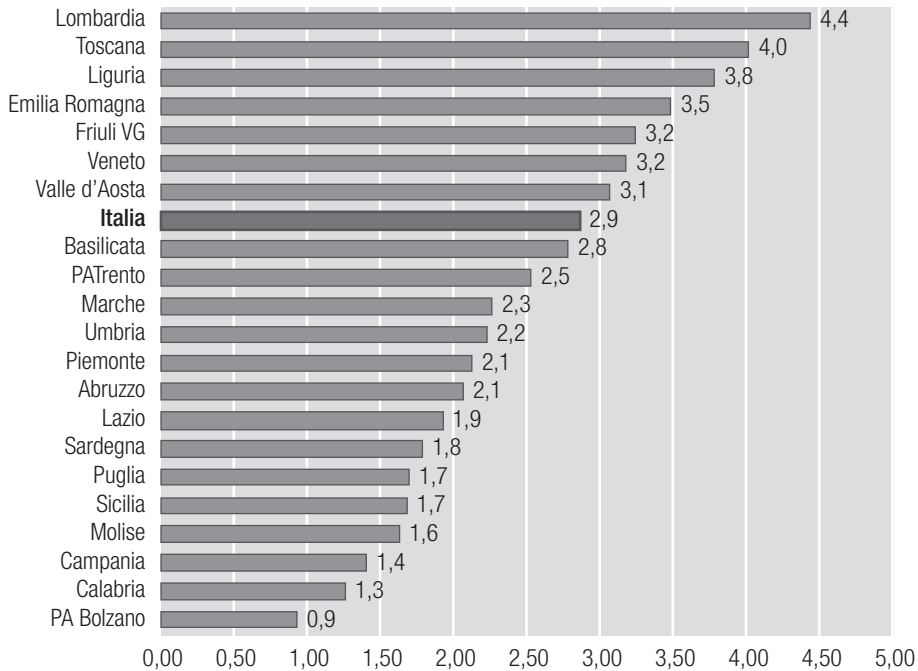
$$PWEI = 0,5 P1 + 2 P2 + 0,5 P3 + 1,5 P4 + 2 P5 + 2 P6 + 1 P7 + 0,5 P8$$

L'analisi dei siti web è stata effettuata dagli autori (ai quali i siti sono stati assegnati in modo casuale) sulla base di due criteri fondamentali:

- l'immediatezza con cui le informazioni o i servizi sono rintracciabili nella navigazione del sito, senza particolari difficoltà nel reperirle;
- la sistematicità (e non l'eccezionalità) della presenza di tali informazioni e servizi sul sito.

Nella fase di determinazione quantitativa si è attribuito valore 1 per la presenza sistematica e immediatamente fruibile del servizio o dell'informazione in esame, valore 0 per l'assenza e valore 0,5 per una presenza non completamente strutturata.

Si è calcolata l'*intercoder reliability* delle misurazioni fornite dai tre autori utilizzando un campione di 35 siti ed utilizzando il coefficiente Alpha di Krippendorff (Hayes e Krippendorff, 2007), che ha mostrato un soddisfacente grado di affidabilità (peraltro crescente di anno in anno) delle misurazioni effettuate dai diversi valutatori.

Figura 2.21 **PWEI complessivo medio per Regione (2012)**

Nota: Min=0, Max=10

L'analisi dei siti aziendali secondo la metodologia descritta nel Riquadro 2.6 è stata effettuata annualmente a partire dal 2009. In questo paragrafo si propongono i valori relativi al 2012 e si descrivono i trend più significativi individuati nei quattro anni di ricerca.

L'analisi 2012 è stata condotta nei mesi di giugno e luglio su 132 siti di Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie e IRCSS pubblici e privati e su 145 siti di ASL. La Figura 2.21 illustra i valori complessivi 2012 dell'indicatore PWEI su base regionale, rispetto alla media nazionale.

La Tabella 2.29 illustra analiticamente l'evoluzione del PWEI in ciascuna regione a partire dall'anno 2009 e descrive graficamente il trend.

Una prima analisi dei dati presentati nella Figura 2.21, nella Tabella 2.29 e Tabella 2.30 consente di segnalare alcune evidenze significative.

1. Il valore medio nazionale del PWEI interrompe, nell'ultimo anno, la tendenza alla crescita evidenziata nel triennio precedente e si dimostra stabile (2,86). Numerose regioni evidenziano nel 2012 una riduzione del valore dell'indicatore: ciò sembrerebbe dimostrare complessivamente una riduzione delle risorse destinate all'implementazione delle strategie web delle aziende del SSN,

Tabella 2.29 **PWEI complessivo medio e per Regione (2009-2012)**

|                | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | TREND |
|----------------|------|------|------|------|-------|
| Lombardia      | 2,99 | 3,72 | 4,79 | 4,44 |       |
| Toscana        | 0,94 | 3,56 | 4,04 | 4,01 |       |
| Liguria        | 0,98 | 2,84 | 4,15 | 3,78 |       |
| Emilia Romagna | 3,42 | 3,6  | 3,61 | 3,49 |       |
| Friuli VG      | 1,73 | 2,23 | 3,35 | 3,24 |       |
| Veneto         | 0,91 | 1,98 | 2,88 | 3,18 |       |
| Valle d'Aosta  | 2,67 | 2,79 | 1,42 | 3,07 |       |
| Italia         | 1,33 | 2,19 | 2,87 | 2,86 |       |
| Basilicata     | 1,2  | 1,9  | 3,59 | 2,78 |       |
| PA Trento      | 2,8  | 2,88 | 2,63 | 2,53 |       |
| Marche         | 1,7  | 1,67 | 2,43 | 2,26 |       |
| Umbria         | 1,54 | 2,11 | 2,5  | 2,23 |       |
| Piemonte       | 0,26 | 1,63 | 1,81 | 2,13 |       |
| Abruzzo        | 1,09 | 1,12 | 2,3  | 2,07 |       |
| Lazio          | 1,04 | 1,57 | 2,07 | 1,92 |       |
| Sardegna       | 0,98 | 1,55 | 1,6  | 1,79 |       |
| Puglia         | 1,33 | 1,52 | 2,01 | 1,70 |       |
| Sicilia        | 1,1  | 0,83 | 1,16 | 1,68 |       |
| Molise         | 0,1  | 0,59 | 0,76 | 1,63 |       |
| Campania       | 0,71 | 1,02 | 1,56 | 1,41 |       |
| Calabria       | 0,64 | 1,08 | 1,14 | 1,26 |       |
| PA Bolzano     | 0,93 | 0,93 | 1,13 | 0,93 |       |

Nota: Min=0, Max=10

Tabella 2.30 **Sottoindicatori del PWEI (2009-2012)**

|                 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------|------|------|------|------|
| PWEI Site       | 3,55 | 4,22 | 5,04 | 3,54 |
| PWEI Clinic     | 1,1  | 1,48 | 2,28 | 2,30 |
| PWEI Community  | 2,13 | 2,43 | 3,6  | 2,58 |
| PWEI MD2P       | 0,94 | 1,27 | 1,92 | 2,00 |
| PWEI PHR        | 2,79 | 3,54 | 3,91 | 4,27 |
| PWEI Telemed    | 1,06 | 0,43 | 0,63 | 0,75 |
| PWEI Choice     | 0,32 | 2,61 | 3,55 | 3,96 |
| PWEI Innovation | 0,46 | 2,29 | 2,99 | 1,99 |

Nota: Min=0, Max=10



coerentemente con lo scenario di diffusa riduzione della spesa. Peraltro, giova precisare che la «revisione» dell'indicatore effettuata nel 2012 può contribuire a giustificare l'andamento decrescente dei sottoindicatori *PWEI Site*, *PWEI Community* e *PWEI Innovation*, il cui «paniere» include tre elementi diversi rispetto al passato (rispettivamente georeferenziazione, *social network* e *mobile*).

2. Le uniche regioni in controtendenza sono Valle d'Aosta, Sardegna, Veneto, Piemonte, Sicilia, Molise e Calabria in cui si registra un miglioramento complessivo dell'indicatore. L'andamento 2009-2012 non presenta significative differenze tra ASL, AO ed IRCCS, anche se le ASL confermano valori medi del *PWEI* relativamente più elevati rispetto agli IRCCS.
3. Il *PWEI Telemed* conferma una certa marginalità dei progetti di telemedicina basati sull'uso del web. Al contrario, le logiche di PHR guadagnano diffusione grazie ad una crescente sensibilità in diverse regioni (in particolare si osserva l'importante estensione del progetto ESCAPE in Regione Veneto per il ritiro dei referti).
4. Il *PWEI Choice* ha registrato un aumento, in particolare in relazione alla maggiore disponibilità di dati aggiornati sulle liste d'attesa sia attraverso risorse proprie sia tramite link a siti web regionali che, sempre più spesso, condividono per tutto il SSR informazioni e servizi *on line*. Malgrado ciò, la visibilità *on line* dei curricula dei professionisti non è adeguatamente migliorata in tutte le regioni analizzate. Sembrerebbe che alcune aziende, una volta rafforzata questa sezione dei siti, non abbiano continuato ad investire sull'aggiornamento e sull'arricchimento dei dati in modo da garantire al paziente la migliore fruizione di informazioni per la scelta della struttura e/o del professionista.
5. La georeferenziazione delle informazioni pubblicate sul sito (sebbene con caratteristiche diverse: in alcuni casi le informazioni sono georeferenziate in modo completo, in altri ci si limita alla pubblicazioni di mappe – Google Maps o servizi similari- senza la gestione di veri e propri strati tematici di dati) riguarda un numero di aziende significativo (55), anche se ancora minoritario. Quasi sempre le informazioni pubblicate su supporti cartografici *on-line* presentano un grado di fruibilità per il cittadino-paziente particolarmente rilevante e rappresentano un concreto elemento a supporto dell'*empowerment*.
6. Solo 31 aziende (15 ASL e 12 tra AO, AOU e IRCCS) hanno una presenza ufficiale sui *social network* (Facebook, Twitter, You Tube e, in un numero più limitato di casi, My Space e G+). Tale presenza si realizza generalmente con pagine ufficiali che includono bacheche aperte oppure con modalità limitate alla segnalazione di «like» di risorse web ufficiali. Su You Tube, invece, sono presenti dei canali dell'azienda per caricare video con informazioni su patologie specifiche (ad es. YouCTO in Piemonte, OASI TV e OASI-Tube per l'IRCCS OASI di Troina in Sicilia). Solo in un caso (Azienda USL di Bolo-

gna) è pubblicata una *policy* ufficiale per l'utilizzo dei *social network* da parte dei pazienti (indicando la necessità di considerare l'assenza di riservatezza delle informazioni inserite). In tutte le bacheche aperte ai commenti dei cittadini-pazienti si apprezza il grande desiderio del paziente di generare contenuti basati sul vissuto della propria storia personale, con limitata attenzione alla riservatezza e con una logica autenticamente «2.0».

7. I progetti che caratterizzano la componente *Innovation* del PWEI consistono prevalentemente in sistemi avanzati di prenotazione e (elemento di novità registrato nel 2012) in sistemi per la rilevazione della soddisfazione o dei reclami. Solo 4 aziende rendono evidente il ricorso alla telefonia mobile per l'offerta di informazioni e servizi ai pazienti;
8. Sotto il profilo qualitativo, si conferma la preoccupante assenza di aggiornamento dei siti di numerose aziende, in cui spesso sono fatte confluire informazioni non utili per il paziente e senza un disegno preciso. In molti casi, i siti *on-line* sono ancora quelli di aziende cessate a seguito di riforme istituzionali<sup>59</sup> e ciò determina un elevato grado di confusione nel paziente che accede a queste risorse. Non mancano tuttavia realtà che dimostrano la recente pubblicazione di contenuti «attuali» (emergenza terremoto, emergenza caldo, ecc) e che quindi rivelano un costante aggiornamento del proprio sito web.
9. Sebbene la ricerca qui illustrata si soffermi sul ruolo dei siti web aziendali a supporto dell'*empowerment*, appare opportuno rilevare che numerosi contesti regionali stanno effettuando investimenti progettuali significativi per la gestione di piattaforme web a livello di SSR. Tali scelte sono coerenti con l'esigenza di razionalizzare le risorse ed offrire nel contempo al cittadino-paziente un miglior livello di servizio ed un maggiore *empowerment*, integrando le informazioni di aziende diverse sul territorio ed ampliando la libertà di scelta. L'analisi delle piattaforme web regionali rappresenta quindi un interessante spunto di ricerca.

<sup>59</sup> L'analisi PWEI degli ultimi 4 anni ha permesso di evidenziare che le modificazioni istituzionali non comportano nel breve periodo una riorganizzazione dei *siti web*. I cambiamenti nei *siti web* sono valutabili, generalmente, a distanza di un anno dall'avvenuta riorganizzazione delle aziende.

## Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: Luglio 2012)

### PIEMONTE

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

### 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 34/2010, Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2011-2013
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 5/2000, LR 1/2001, LR 18/2001, LR 25/2002, LR 13/2003, LR 21/2003, LR 1/2005, LR 15/2006 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* – DCR 88/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 3/2001, LR 6/2001, LR 17/2001, LR 26/2001 e LR 28/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 2/1999, LR 15/1999, LR 1/2000, LR 2/2000, LR 18/2000, LR 3/2001, LR 6/2001 e LR 17/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 14049/2003

### 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 22/1993, DGP 3028/1999 e LP 7/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGP 3576/2002; DGP n.602/2011

### PROVINCIA DI TRENTO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LP 38/1993, Piano Sanitario Provinciale 1993-1995; disegno di legge approvato con DGP 1748/2008

- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite

#### **VENETO**

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR n. 15/DDL del 26/07/2011, Piano Sanitario Regionale 2012-2014
- ▶ *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 465/2010, Piano Sanitario e socio sanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994 e LR 14/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005

#### **LIGURIA**

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/2006 e ss.mm.
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 22/2009, Piano Socio-Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 243/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 41/2006 (Titolo II)
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR 25/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1528/2000

#### **EMILIA ROMAGNA**

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

#### **TOSCANA**

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 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, LR 16/2005 e LR 6/2011
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 298/2009, Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998, integrata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005 e LR 6/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995, integrata da LR 9/2003, LR 7/2004 e LR 8/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2000, DGR 314/2003 allegato II

#### MARCHE\*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994, modificata da LR 31/1995, LR 9/1996, LR 26/1996, LR 13/2003 e LR 17/2011
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 62/2007, Piano Sanitario Regionale 2007-2009
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996, LR 13/2003, LR 21/2009 e LR 17/2010
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1117/2004

#### LAZIO\*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Commissario *ad acta* 87/2009, Piano Sanitario Regionale 2010-2012
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 149/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 139/2007

#### ABRUZZO

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

**MOLISE**

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, modificata da LR 9/2005, LR 18/2008 e LR 34/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – 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 e Decreto del Commissario *ad Acta* n.96/2011
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001 e Decreto del Commissario *ad Acta* n. 6/2010

**CAMPANIA\***

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 12/1998 e LR 3/2006
- ▶ *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 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010 Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – LR 2/2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996 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 n. n.2222/2010 è stato approvato il «Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009-2011» che attende ora l'esame del Consiglio Regionale.
- ▶ *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 n.282 18 luglio 2011, Piano Sanitario Regionale 2010-2012
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 312/2007, Decreto Assessorato alla Salute del 30/12/2010 Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del PdR
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000, modificata da LR 26/2000, LR 2/2002, LR 4/2003; circolare 7/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001 e DA 736/2010

#### SARDEGNA\*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 10/2006
- ▶ *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 30/06/2011, dal momento che non è pervenuta la Scheda Regionale 2012

## Bibliografia

- Age.Na.S-FIASO (2010), «In Italia cresce la squadra di manager sanitari formati ed esperti», *Panorama della Sanità*, 24 Maggio 2010: pp.18-23.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Bellio E., Buccoliero L. e Prenestini A. (2009), «Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2009. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, EGEA.
- Bellio E., Buccoliero L. e Prenestini A. (2010), «Patient web empowerment Index 2010: il ranking annuale della web strategy delle aziende del SSN», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2010. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, EGEA.



- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E. e Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari» in Migione L. (a cura di) *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico, Roma.
- Buccoliero L. (2009), *Il governo elettronico. Modelli, strategie di innovazione ed elementi di valore per una pubblica amministrazione digitale*, Milano, Tecniche Nuove.
- Buccoliero L. et al. (2010), «Patient web empowerment index (PWEI): a tool for the assessment of healthcare providers' web strategies. A first benchmark of Italian NHS Hospitals.», in Safran C., Reti S. e Marin H. (a cura di), *ME-DINFO 2010 Proceedings of the 13th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdam, IOS PRESS: 38-42.
- Buccoliero L., E. Bellio et al. (2010), «Patient web empowerment index (PWEI): an index for assessment of healthcare providers' web strategies. Case study: PWEI application in Italy.» *Stud Health Technol Inform* 160(Pt 1): 38-42.
- Buccoliero L. e Prenestini A. (2009), «La cartella clinica elettronica per l'empowerment del paziente: i percorsi verso la realizzazione di Personal Health Record», in *Management della Sanità*(5): 24-27.
- 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 Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2007), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2007*, Milano, Carbone C., Lecci F. e Liotta A. (2008), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- CENSIS (2012), «Quale Sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse in Sanità?», Roma 2012, disponibile on line [http://www.censis.it/5?resource\\_23=115540&relational\\_resource\\_24=115540&relational\\_resource\\_396=115540&relational\\_resource\\_26=115540&relational\\_resource\\_78=115540&relational\\_resource\\_296=115540&relational\\_resource\\_342=115540&relational\\_resource\\_343=115540](http://www.censis.it/5?resource_23=115540&relational_resource_24=115540&relational_resource_396=115540&relational_resource_26=115540&relational_resource_78=115540&relational_resource_296=115540&relational_resource_342=115540&relational_resource_343=115540).
- 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 Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (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 Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Ferrè F. e Ricci A. (2011), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Funnell M.M. e Anderson R.M. (1991), «Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education», *Diabetes Educator*, 17: 37-41.
- Fusco D., Davoli M., Pinnarelli L., Colais P., D' Ovidio M., Basigliani A. e Perucci C.A. (2012), « Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE)», *Monitor*, 30: 22-42, Age.Na.S, Roma.
- Hayes A.F. e Krippendorff K. (2007), «Answering the call for a standard reliability measure for coding data», *Communication Methods and Measures*, 1: 77-89.
- Herwartz H. e Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- Higgs G., Smith D., et al. (2005), «Findings from a survey on GIS use in the UK National Health Service: organisational challenges and opportunities», *Health Policy*, 72(1): 12.
- ISTAT (2012), «Rapporto Annuale 2012. La situazione del paese», disponibile on line <http://www.istat.it/it/archivio/61203/>.
- Jebb S.A., Kopelman P. e Butland B. (2007), «Foresight. Tackling obesity: future choices. Project report», *Obesity Review*, 8 (Supplement 1), pp.V-X, 1-210.
- Johnston Roberts K. (1999), «Patient empowerment in the United States: a critical commentary», *Health Policy* 72(1): 12.
- Kevin P., Griswold W.G, et al. (2008), «Health and the Mobile Phone», *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2): 5.
- Marsilio M. (2012), «Forme di centralizzazione degli acquisti e delle funzioni amministrative», Relazione al workshop di presentazione del Rapporto OASI 2011, Udine, 15/06/2012.
- Moldan B., Billharz S., et al. (1997), *Sustainability Indicators: Report of the Project on Indicators of Sustainable Development. SCOPE 58*, Chichester and New York.
- OECD (2005), *Review of the Health Systems: Finland*, OECD Publishing.
- OECD (2010), *Health at a glance: Europe 2010*, OECD Publishing.
- OECD(2012), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics* (database).
- Osservasalute (2012), «Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità

- dell'assistenza nelle regioni italiane», disponibile on line <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2011/11>.
- PwC (2012), *Social media «likes» healthcare*. From marketing to social business. H. R. Institute.
- Spillman B.C. e Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.
- Steele D.J., Blackwell B., et al. (1987), «Beyond advocacy: A review of the active patient concept», *Patient Education and Counseling*, 10(1): 3-23.
- Sullivan D.F. (1971), «A single index of mortality and morbidity», *HSMHA Health Report*, 86(4): 347-354.
- Wilkinson R. e Marmot M. (2003), «*Social Determinants of Health: The Solid Facts*», International Center for Health and Society, Second Edition, WHO Europe, Geneva.
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «*Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*», Milano, EGEA.