

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

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





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

3 La struttura e le attività del SSN

di Alessandro Furnari, Attilio Gugiatti e Francesco Petracca¹

3.1 Premessa

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

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

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

Le fonti del capitolo sono così riassumibili:

- ▶ rilevazioni ad hoc (Schede regionali 2016);
- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso gli Indirizzari (relativi agli anni tra il 1997 e il 2015), l'annuario statistico del SSN – Attività economiche e gestionali di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, qui e in

¹ La ricerca aggiorna e approfondisce il terzo capitolo del Rapporto OASI 2015. Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 3.2.2 e 3.4 sono da attribuirsi ad Alessandro Furnari, i §§ 3.1 e 3.5 ad Attilio Gugiatti; i §§ 3.2.1 e 3.3 a Francesco Petracca.

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

seguito «ASL» e «AO» (1997-2012), il Rapporto SDO (1998-2014). Queste fonti, pubblicate entro giugno 2016, sono le ultime messe a disposizione dal Ministero della Salute;

- ▶ dati e ricerche pubblicati dall'ISTAT nel 2016 (principalmente relativi agli anni 2013-2015).

In tutto il capitolo, si adotta la suddivisione ISTAT del territorio nazionale: il Nord comprende Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna; del Centro fanno parte Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud e le Isole comprendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

3.2 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le Regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale², oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

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

² Le Regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle Regioni (art. 120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art. 117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

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

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

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

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le Regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono otto le Regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Liguria³, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sardegna⁴. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (Acss). Tale agenzia, già formalmente prevista della legge regionale dell'agosto 2015, avrà il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi più puntuali di monitoraggio delle performance. Da segnalare, infine, che il Friuli VG, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto e il Lazio hanno recentemente soppresso la propria Agenzia⁵ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Rispetto alle competenze regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie e nella regolazione delle aziende, nell'Appendice II sono elencati, rispettivamente, i documenti di programmazione strategica (Piani Sanitari Regionali, Piani di Rientro) e le principali normative regionali in materia di sanità. Le informazioni presentate si basano su una scheda di raccolta dati inviata a tutte le Regioni nella primavera 2016.

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 2 del presente Rapporto per un'analisi comparata del SSN e degli altri sistemi sanitari dei paesi OCSE e BRIC;

³ Prossimamente l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) ligure sarà soppressa e sostituita dalla nuova azienda unica A.Li.Sa. Per ulteriori approfondimenti si veda il § 3.2.1.

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

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

- ▶ al capitolo 4 del presente Rapporto per una descrizione approfondita della spesa sanitaria nel nostro Paese;
- ▶ al capitolo 5 del presente Rapporto per una descrizione del posizionamento degli erogatori privati accreditati del SSN;
- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per un'indagine della filiera dei servizi del settore sanitario e socio-sanitario;
- ▶ al capitolo 7 del presente Rapporto per un'analisi dei consumi sanitari privati in Italia.

3.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le Regioni, in qualità di capogruppo, stabiliscono la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono. In particolare, esse devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo nazionale, regionale e vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico – IRCCS e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti (per esempio, ESTAR toscano, 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; (iii) presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale.

La Tabella 3.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse Regioni dal 1992 al 30 giugno 2016, con approfondimenti sul numero di presidi a gestione diretta e sulle dimensioni aziendali medie.

Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle Regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.Lgs. 502/92. Dal 1996 al 2001, le modifiche istituzionali sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale» si sono moltiplicati (Del Vecchio, 2003). Il numero delle ASL, a livello nazionale, è passato dalle 197 del 2001 alle 121⁶ di oggi, a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale per ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. In alcune

⁶ Per quanto riguarda la Lombardia, si è preferito mantenere invariata la classificazione inserendo le nuove Agenzie di Tutela della Salute (ATS) nel computo delle ASL e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) tra le AO, in attesa che si delineino ancor più chiaramente i rispettivi ruoli e le relative sfere di competenza.

Regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Valle d'Aosta, PA di Trento⁷, PA di Bolzano e Molise) e nelle Marche sono state create ASL uniche. Nelle restanti Regioni, il territorio delle ASL coincide con quello provinciale⁸. Fanno eccezione le Regioni in cui sono collocate le principali aree metropolitane del Paese (Roma, Napoli, Torino), dove si annoverano ASL sub-provinciali che suddividono l'area metropolitana, e quelle Regioni che hanno di recente vissuto un radicale riordino dei confini aziendali (Toscana e Lombardia, vedi *infra*) o che sono prossime ad effettuarlo (Veneto⁹). Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 71.

Il processo di riduzione del numero di aziende, in particolare nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, ha subito una prima accelerazione tra il 2007 e il 2012, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)¹⁰, per poi rinviare a partire dallo scorso anno. Rispetto al 2015, infatti, si registra una diminuzione delle ASL, passate da 139 a 121 a seguito dei riordini del SSR lombardo e toscano e della modifica degli assetti istituzionali nell'area metropolitana di Roma, dove le ASL sono passate da 5 alle attuali 3.

Per effetto di questi riordini, si evidenzia un notevole aumento dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media per ASL pari a 501.368 abitanti a gennaio 2016¹¹, con un aumento vicino al 15% rispetto all'anno precedente (437.379). Il valore massimo è rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.543.752 abitanti), seguito dalle ASL lombarde (1.251.044) e toscane (1.248.133), che presentano bacini d'utenza molto maggiori dopo le recenti riforme. Il minimo si registra, invece, in Valle d'Aosta (127.329 abitanti); anche in Veneto, Friuli VG e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti.

Analogamente, si registra un calo nel numero di AO, pari a 4 unità rispetto al 2015. Infatti, la L.R. 23/2015 lombarda ha previsto la fusione dell'ospedale San Paolo con il San Carlo Borromeo nella nuova ASST Santi Paolo e Carlo, oltre alla fusione dell'Ospedale Sacco con l'Ospedale Fatebenefratelli e il presidio ospedaliero Buzzi (ASST Fatebenefratelli Sacco). Un ulteriore decremento si rileva in Friuli Venezia Giulia, a seguito dell'istituzione delle Aziende Sanitarie

⁷ Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

⁸ Anche in Regioni in cui la ASL coincide con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Piemonte, Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria.

⁹ La Regione Veneto è prossima alla creazione dell'Azienda Zero, una holding per la centralizzazione degli acquisti e la selezione unificata delle innovazioni tecnologiche.

¹⁰ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano qui la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

¹¹ La base di calcolo è costituita dai dati demografici forniti dall'ISTAT (2016) per il 1 gennaio 2016 (ultimi disponibili al 30 giugno 2016).

Tabella 3.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

| Regione | ASL | | | | | | | | | | AO | | | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|---|---|---|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|---|--|--|--|--|--|
| | Numero ante 502/92 | Numero al 31/12/95 | Numero al 30/06/01 | Numero al 30/06/2015 | Numero al 30/06/2016 | Popolazione media 2016 | N. presidi a gestione diretta 2015 (*) | N. medio presidi a gest. diretta 2015 | Numero stabilimenti a gestione diretta 2015 | N. Medio stabilimenti diretta 2015 | Numero al 31/12/1995 | Numero al 30/06/01 | Numero al 30/06/15 | Numero al 30/06/16 (**) | Numero stabilimenti a gestione diretta 2015 | N. Medio stabilimenti diretta 2015 | | | | |
| Piemonte | 63 | 32 | 22 | 13 | 13 | 338.788 | 21 | 1,6 | 45 | 3,5 | 7 | 7 | 6 | 6 | 15 | 2,5 | | | | |
| Valle d'Aosta | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 127.329 | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 | — | — | — | — | — | — | | | | |
| Lombardia | 84 | 44 | 15 | 15 | 8 | 1.251.044 | 1 | 0,1 | 2 | 0,1 | 16 | 27 | 29 | 27 | 97 | 3,3 | | | | |
| PA Bolzano | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 520.891 | 7 | 7,0 | 7 | 7,0 | — | — | — | — | — | — | | | | |
| PA Trento | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 538.223 | 7 | 7,0 | 10 | 10,0 | — | — | — | — | — | — | | | | |
| Veneto | 36 | 22 | 21 | 21 | 21 | 234.053 | 21 | 1,0 | 52 | 2,5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1,5 | | | | |
| Friuli VG | 12 | 6 | 6 | 5 | 5 | 244.244 | 10 | 2,0 | 12 | 2,4 | 3 | 3 | 2 | — | 3 | 1,5 | | | | |
| Liguria | 20 | 5 | 5 | 5 | 5 | 314.211 | 6 | 1,2 | 18 | 3,6 | 3 | 3 | — | — | — | — | | | | |
| Emilia Romagna | 41 | 13 | 13 | 8 | 8 | 556.018 | 15 | 1,9 | 47 | 5,9 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 1,2 | | | | |
| Toscana | 40 | 12 | 12 | 12 | 3 | 1.248.133 | 31 | 2,6 | 43 | 3,6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1,0 | | | | |
| Umbria | 12 | 5 | 4 | 2 | 2 | 445.591 | 8 | 4,0 | 18 | 9,0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1,0 | | | | |
| Marche | 24 | 13 | 13 | 1 | 1 | 1.543.752 | 5 | 5,0 | 25 | 25,0 | 3 | 4 | 2 | 2 | 5 | 2,5 | | | | |
| Lazio | 51 | 12 | 12 | 12 | 10 | 588.847 | 36 | 3,0 | 45 | 3,8 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1,0 | | | | |
| Abruzzo | 15 | 6 | 6 | 4 | 4 | 331.628 | 18 | 4,5 | 18 | 4,5 | — | — | — | — | — | — | | | | |
| Molise | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 312.027 | 3 | 3,0 | 6 | 6,0 | — | — | — | — | — | — | | | | |
| Campania | 61 | 13 | 13 | 7 | 7 | 835.836 | 32 | 4,6 | 45 | 6,4 | 7 | 8 | 7 | 7 | 15 | 2,1 | | | | |
| Puglia | 55 | 12 | 12 | 6 | 6 | 679.528 | 25 | 4,2 | 37 | 6,2 | 4 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1,0 | | | | |
| Basilicata | 7 | 5 | 5 | 2 | 2 | 286.847 | 7 | 3,5 | 11 | 5,5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2,0 | | | | |
| Calabria | 31 | 11 | 11 | 5 | 5 | 394.104 | 15 | 3,0 | 17 | 3,4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 8 | 2,0 | | | | |
| Sicilia | 62 | 9 | 9 | 9 | 9 | 563.807 | 52 | 5,8 | 52 | 5,8 | 16 | 17 | 5 | 5 | 10 | 2,0 | | | | |
| Sardegna | 22 | 8 | 8 | 8 | 8 | 207.267 | 23 | 2,9 | 23 | 2,9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3,0 | | | | |
| ITALIA | 659 | 228 | 197 | 139 | 121 | 501.368 | 344 | 2,5 | 534 | 3,8 | 81 | 97 | 75 | 71 | 178 | 2,4 | | | | |

(*) Si considerano i presidi a gestione diretta ASL e le strutture interne (stabilimenti) individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 30 settembre 2015. Non sono inclusi nel computo, per una scelta metodologica di continuità rispetto ai precedenti Rapporti OASI, i presidi a gestione diretta delle AO lombarde. Per i presidi si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).

(**) Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere – Universitarie integrate con l'SSN (ex Policlinici).

Fonti: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero), Schede Regionali 2016

Universitarie Integrate (ASUI) di Udine e Trieste e la conseguente incorporazione delle aziende ospedaliere nell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria di riferimento, in deroga al Decreto Legge 502/92 che prevede l'autonomia per le aziende universitarie.

Inoltre, la Tabella 3.1 mostra:

- ▶ una media di 2,5 presidi e di 3,8 stabilimenti a gestione diretta per ASL al 2015. Mentre al Nord è comune l'accorpamento degli stabilimenti in 1-2 presidi per ASL (con l'eccezione delle province autonome), nel Sud e nelle Isole il numero medio di presidi e stabilimenti tende a coincidere in diverse realtà (ciò avviene in Abruzzo, Sicilia e Sardegna);
- ▶ la peculiarità della scelta lombarda, che ha conservato anche nel nuovo modello la separazione tra funzione di committenza e di erogazione, scorporando dalla gestione diretta ATS anche ospedali di dimensioni ridotte, divenuti stabilimenti di ASST. Nel 2015, appena prima del riordino, le aziende ospedaliere lombarde presentavano un numero medio di stabilimenti a gestione diretta pari a 3,3 rispetto ad un valore medio nazionale di 2,4.

Altri progetti di riordino dei SSR sono stati approvati dagli organi politici, ma ad agosto 2016 non hanno ancora determinato un cambiamento nel numero delle aziende delle Regioni e dunque non compaiono nella Tabella 3.1. In Sardegna, dopo che la L.R. 36 approvata il 28 dicembre 2015 ha impegnato la Giunta a istituire l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), è stato approvato in data 27 luglio 2016 il DL 321 di riforma del sistema sanitario. Nascerà dunque l'ASL unica, che è stata ribattezzata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), con sede a Sassari¹². In Veneto, invece, il progetto di legge 23 del 2015 è attualmente in discussione in Consiglio Regionale e prevede la riduzione delle Unità locali socio sanitarie (Ulss) venete da 21 a 9, oltre che l'istituzione dell'Azienda Zero, struttura di gestione principalmente amministrativa. Come primo step operativo, per implementare il nuovo corso della sanità veneta, nel dicembre 2015, sono stati nominati per le Ulss soltanto 9 Direttori Generali, che per un anno saranno impegnati anche quali commissari delle Ulss rimaste senza Direttore Generale (DG). Il Consiglio regionale della Liguria, infine, ha approvato sul finire del luglio 2016 il disegno di legge 92 per istituire l'Azienda ligure sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa) che avrà il compito di dare un'unica governance alle 5 ASL esistenti, che resteranno attive per mantenere un presidio più immediato dei bisogni delle singole comunità ma saranno liberate da alcuni degli attuali aggravii burocratici. La nuova azienda unica sostituirà inoltre l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS),

¹² Le attuali 8 ASL diverranno aziende socio-sanitarie locali (ASSL) con autonomia gestionale e non finanziaria e con al vertice un direttore nominato dal DG dell'ATS in via fiduciaria. La riforma sancisce anche la nascita dell'Azienda regionale per le emergenze urgenze (AREUS), con sede a Nuoro.

di cui è stata sancita la soppressione. Per ulteriori approfondimenti sui recenti riordini dei sistemi sanitari regionali e per una comparazione sinottica degli assetti istituzionali emergenti si rimanda al Capitolo 8 del presente Rapporto.

La cronologia completa delle modifiche nel numero di strutture dal 1996 al 30/07/2016 è riportata nel Box 3.1, insieme all'elenco delle forme inter-aziendali o sovra-aziendali di coordinamento, o per la centralizzazione di determinate funzioni (per esempio, acquisti), frequentemente istituite dalle Regioni (Box 3.2).

3.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹³

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, caratterizzate da dimensioni più ampie per effetto dei processi di accorpamento. Il DG, tradizionale organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i vari soggetti del mondo sanitario e socio-sanitario, al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla Regione (Zuccatelli *et al.*, 2009).

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

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 3.2 mostra la durata media¹⁴ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2016. Il valore medio nazionale è pari a 3,6 anni, ossia 3 anni e 7 mesi circa. Probabilmente, si tratta di un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche. Permangono, inoltre, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,7 anni della Calabria agli 8,1 della PA di Bolzano. Sebbene il dato nazionale non presenti un rilevante scostamento rispetto al 2015 (1 mese circa), si registrano oscillazioni a livello regionale del tutto fisiologiche perché legate alle nomine effettuate nel periodo. Così, a seguito del recente ciclo di nomine, in Lombardia

¹³ La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti *web* delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

¹⁴ 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 $1 \leq n \leq 21$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

Tabella 3.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda per Regione (1996-2016)**

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

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

Fonte: OASI, 2016

e Veneto¹⁵ (Regioni nelle quali si conta il maggior numero di avvicendamenti nel corso dell'ultimo anno, rispettivamente 23 e 18) si registra una riduzione della durata media. L'ultimo anno è stato particolarmente ricco di cambiamenti, ben 78, seppure in riduzione rispetto agli 87 del 2015. 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 sostanziale allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Il dato 2016 registra, invece, una differenza di circa 6 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,9 anni nelle AO e 3,4 anni nelle ASL. Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le Regioni. Infatti, in Friuli VG e Toscana la stabilità dei DG di ASL e AO è sostanzial-

¹⁵ In vista della riduzione delle ULSS venete da 21 a 9 prevista dalla legge 23 del 2015, nel dicembre 2015 sono stati nominati per le Ulss soltanto 9 Direttori Generali, che per un anno saranno impegnati anche quali commissari delle Ulss rimaste senza DG (cfr. par. 3.2.1). Tali nomine in qualità di commissari sono state incluse nel computo dei cambi riportato.

mente allineata, mentre in Veneto, Basilicata e Piemonte la durata degli incarichi dei direttori delle ASL tende a superare quella delle AO (rispettivamente, 4,4 contro 4,2 anni; 3,2 contro 3; 3,3 contro 3,2).

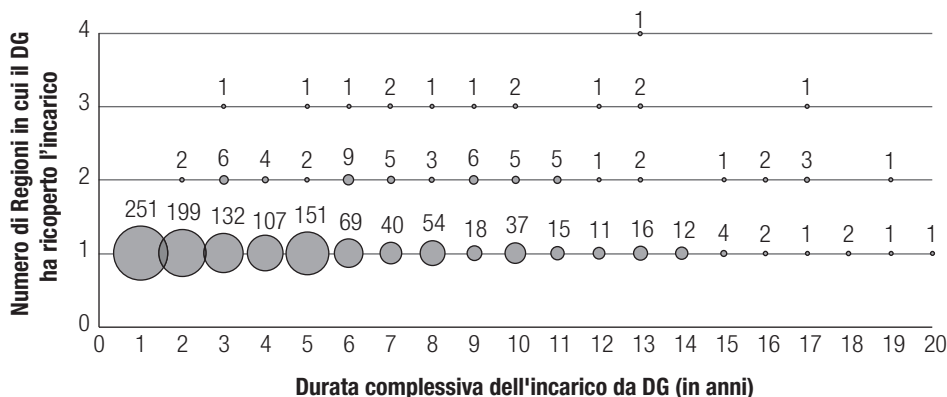
La seconda dimensione di indagine ha come oggetto le persone che hanno svolto o stanno svolgendo il ruolo di DG. L'obiettivo è capire se, a livello nazionale, si stia formando una comunità professionale di DG. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG incrocia due variabili:

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

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

Nel periodo considerato, 1.194 persone hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in una delle strutture pubbliche del SSN. Il grafico mostra come, delle 338 persone che hanno un'esperienza di sei o più anni come DG, solo il 16,3% l'abbia maturata in aziende di due o più Regioni (dato che è, tuttavia, in costante crescita dal 2011, quando era pari al 10%). D'altra parte, rimane ancora molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 251, 201 e 139). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel tempo, anche se marginalmente, passando da poco più del 55% nel 2003 al 49,5% nel 2016.

Figura 3.1 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di Regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=1.194)**



Fonte: OASI, 2016

Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una Regione, prevalgono spostamenti tra Regioni limitrofe e si tratta di manager che hanno operato in due, tre o, in un solo caso, quattro regioni diverse (Liguria, Toscana, Marche, Lazio). Da segnalare che nel Lazio hanno lavorato 26 dei 71 DG con esperienza in più Regioni.

Per informazioni sull'identikit professionale dei DG, a partire da un'analisi dei curriculum vitae, si rimanda al capitolo 8 del Rapporto OASI 2013, mentre per un approfondimento sui percorsi di selezione che li riguardano si rimanda al capitolo 12 del presente Rapporto.

Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale¹⁶ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁷ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre Regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le Regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono – azienda (Valle d'Aosta e PA di Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della Regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto, a meno di turnover intraziendali. 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; Marche per quanto riguarda le ASL).

Associando a ogni Regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 3.2). In particolare, l'asse delle ascisse rappre-

¹⁶ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella Regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dalla somma, per ogni azienda esistita all'interno della Regione, del numero di anni di attività nel periodo 1996-2016 meno uno, per tenere conto del fatto che nel primo anno non è possibile effettuare un cambio. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a 0; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a 1. Se l'indice è pari a 0, la Regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

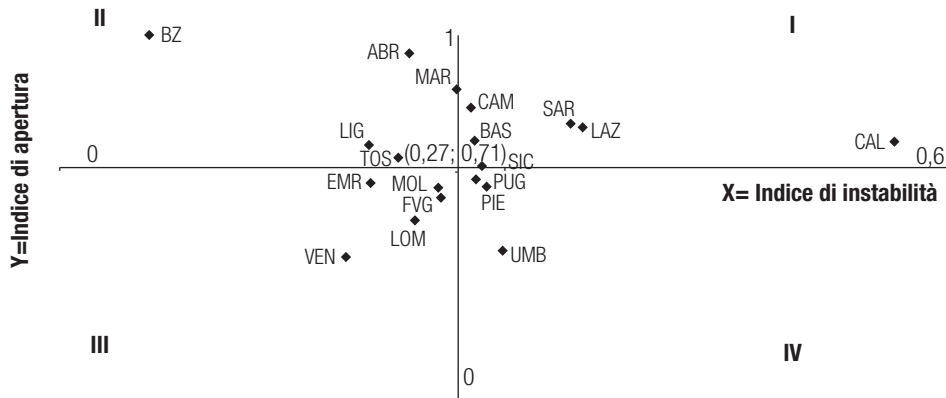
¹⁷ L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della Regione nel periodo 1996-2016 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

senta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. L'intersezione dei due assi $(0,27; 0,71)$ ¹⁸ rappresenta la media nazionale, sostanzialmente invariata rispetto al 2015. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti ed è possibile classificare le Regioni come evidenziato nel Riquadro 3.1:

Riquadro 3.1 Classificazione delle Regioni in funzione del loro posizionamento all'interno della matrice instabilità-apertura (Carbone, 2003)

- Regioni «AD ALTA VARIABILITÀ» (quadrante I), con elevati gradi di instabilità e di apertura.
- Regioni «A STABILE APERTURA» (quadrante II), caratterizzate da sistemi regionali stabili, in cui i cambiamenti dei DG sono rari e avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne al sistema regionale.
- Regioni «STATICHE» (quadrante III), con elevati gradi di chiusura e di stabilità.
- Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante IV), con alto grado di instabilità e di chiusura, vale a dire sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti e avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa Regione.

Figura 3.2 Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2016)



Fonte: OASI, 2016

¹⁸ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato con le stesse modalità di calcolo degli indici regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2016 (1.380) e il numero totale dei possibili cambiamenti (5.138). Il valore è pari a 0,27. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo delle persone che dal 1996 al 2016 hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.281) e il numero di aziende ponderato per il loro numero di anni di esistenza (259) diviso per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.380): il valore è pari a 0,71. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in due (n) Regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali. Questo spiega perché il numero dei DG (1.281) non coincide con quanto riportato in Figura 3.1.

Le Regioni «ad alta variabilità» si trovano specialmente nel Centro-Sud: Calabria, Lazio, Sardegna, Basilicata, Campania e Sicilia. La Calabria si conferma come la Regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice, dopo essere cresciuto ulteriormente tra 2014 e 2015 (da 0,52 a 0,56), si è mantenuto costante nel corso del 2016. Tra le Regioni a «stabile apertura», tralasciando la PA di Bolzano, caratterizzata dai valori di instabilità più ridotti del Paese, ma con un'apertura che si può definire «fittizia»¹⁹, l'Abruzzo fa registrare l'indice di apertura più alto: delle 25 nomine di DG registrate nel periodo 1996-2016, 24 sono state affidate a soggetti esterni, mentre solo in una occasione si è fatto ricorso a persone che già avessero ricoperto il ruolo in Regione. Tra le Regioni «statiche», Lombardia e Veneto registrano un aumento dell'indice di instabilità, a seguito della recente modifica degli assetti istituzionali e della tornata di nomine che ne è seguita nel corso dell'ultimo anno. Infine, per quanto riguarda le Regioni «autosufficienti», l'Umbria presenta in maniera evidente le caratteristiche che contraddistinguono tale categoria, con un basso valore di apertura su scala nazionale (0,53), in ulteriore calo rispetto al 2015 (0,57).

3.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche dell'offerta pubblica e privata accreditata²⁰.

3.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

La Tabella 3.3 mostra il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia al 30/09/2015, suddivise per tipologia.

¹⁹ Il direttore dell'ASP unica, ancora in carica a giugno 2016, era precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine) e ricopriva il ruolo di DG dall'inizio della rilevazione (1996). Ad oggi, è quindi, formalmente, al primo incarico all'interno del sistema sanitario della PA di Bolzano.

²⁰ A partire dal 2009, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, relativamente alla proprietà pubblica o privata degli erogatori. Tale schema è adottato dal Rapporto SDO e nel presente capitolo. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici Universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, ospedali a gestione diretta ASL; 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. Il capitolo adotta tale classificazione.

Tabella 3.3 Numero di strutture di ricovero per tipologia (2015)

| Regioni | Presidi a gestione diretta ASL (1) | Aziende Osped. | AO integrate con l'Università | AO (Aziende Osped. + AO integrate con l'Univ.) (2) | AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici) | IRCS pubblici (3) | TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (4) | IRCS privati (5) | Policlinici Universitari privati | Ospedali classificati (6) | Presidi privati qual. pres. ASL (7) | Enti di ricerca private accreditate | Case di Cura private non accreditate | TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACCREDITATE (8) | TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE |
|--------------------|------------------------------------|----------------|-------------------------------|--|---|-------------------|--|------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Piemonte | 21 | 3 | 3 | 6 | 27 | 3 | 27 | 3 | 37 | 46 | 1 | 9 | 46 | 55 | |
| Valle d'Aosta | 1 | | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | | | | 1 | |
| Lombardia | 1 | 29 | | 29 | 5 | 35 | 21 | | 69 | 5 | 95 | 10 | 95 | 105 | |
| PA Bolzano | 7 | | | 7 | 7 | | 7 | | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 8 | |
| PA Trento | 7 | | | 7 | 7 | | 7 | | 6 | 7 | 7 | | 7 | 7 | |
| Veneto | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 24 | 2 | 2 | 16 | 5 | 28 | 1 | 28 | 29 | |
| Friuli VG | 10 | | 2 | 2 | 2 | 14 | | 2 | 5 | 5 | | | 5 | 5 | |
| Liguria | 6 | | | 6 | 2 | 8 | 1 | 1 | 6 | 2 | 9 | 2 | 9 | 11 | |
| Emilia Rom. (*) | 15 | 1 | 4 | 5 | 2 | 22 | 1 | 2 | 44 | 1 | 46 | 3 | 46 | 49 | |
| Toscana | 31 | 4 | 4 | 4 | 35 | 2 | 2 | 2 | 25 | 2 | 30 | 4 | 30 | 34 | |
| Umbria | 8 | 2 | | 2 | 10 | | 10 | | 5 | 5 | 5 | | 5 | 5 | |
| Marche | 5 | 2 | | 2 | 8 | 1 | 8 | | 14 | 14 | 14 | | 14 | 14 | |
| Lazio | 36 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 43 | 5 | 60 | 8 | 77 | 27 | 77 | 104 | |
| Abruzzo | 18 | | | 18 | 18 | | 18 | | 11 | 11 | 11 | | 11 | 11 | |
| Molise | 3 | | | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 5 | 5 | | 5 | 5 | |
| Campania | 32 | 6 | 1 | 7 | 2 | 1 | 42 | 1 | 62 | 3 | 67 | 2 | 67 | 69 | |
| Puglia | 25 | 1 | 1 | 1 | 2 | 29 | 3 | 3 | 27 | 2 | 32 | | 32 | 32 | |
| Basilicata | 7 | 1 | | 1 | 1 | 9 | | | 3 | 3 | 3 | | 3 | 3 | |
| Calabria | 15 | 4 | | 4 | 1 | 20 | | | 28 | 28 | 28 | | 28 | 28 | |
| Sicilia | 52 | 5 | | 5 | 3 | 2 | 62 | 1 | 60 | 1 | 63 | 1 | 63 | 64 | |
| Sardegna | 23 | 1 | | 1 | 2 | 26 | | | 8 | 8 | 8 | | 8 | 8 | |
| Italia 2015 | 344 | 57 | 18 | 75 | 9 | 22 | 450 | 41 | 2 | 27 | 18 | 2 | 495 | 585 | 647 |
| Italia 2014 | 351 | 59 | 19 | 78 | 9 | 22 | 460 | 40 | 2 | 28 | 18 | 3 | 495 | 586 | 652 |
| Italia 2010 | 429 | / | / | 82 | 8 | 23 | 542 | 37 | 2 | 30 | 21 | 3 | 521 | 614 | 681 |
| Italia 2005 | 528 | / | / | 95 | 9 | 22 | 654 | 32 | 2 | 40 | 11 | 3 | 536 | 624 | 704 |
| Italia 2000 | 639 | / | / | 98 | 9 | 22 | 768 | 29 | 2 | 44 | 13 | / | 525 | 613 | 721 |

Tabella 3.3 (segue)

- (1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzo del Ministero della Salute aggiornato al 30 settembre 2015. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).
- (2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'Indirizzo ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti. Il lettore noterà una differenza di quattro unità rispetto al dato 2016 riportato e commentato nel precedente paragrafo, a cui invitiamo a fare riferimento. Il conteggio 2015 è stato qui riportato per mantenere l'omogeneità cronologica della rilevazione rispetto alle altre tipologie di strutture di ricovero.
- (3) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.
- (4) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2012, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture «equiparate alle pubbliche».
- (5) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché, tra l'altro, spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Ciò spiega le discrepanze con l'elenco degli IRCCS pubblicato dal Ministero della Salute. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni private.
- (6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.
- (7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88.
- (8) Sommatoria di IRCCS di diritto privato, Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Presidi qualificati Enti di ricerca e Case di Cura private accreditate. La suddivisione qui adottata è quella proposta nel Rapporto SDO 2012.
- (*) In Emilia Romagna, l'indirizzo del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta nel come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'indirizzo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzo 2015, Cantù (2000), Ferré e Ricci (2011)

A fronte di 450 strutture di ricovero pubbliche, si registrano 585 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza dei presidi a gestione diretta (344 in totale), principalmente concentrati nelle Regioni del Centro e del Sud (74%). Specularmente, la maggior parte delle Aziende Ospedaliere si trova al Nord (58% del totale). Si contano 63 IRCCS, di cui 41 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (26, di cui 21 privati). I Policlinici Universitari, pubblici (ora AO integrate con l'SSN) e privati, sono rispettivamente 9 e 2. Queste strutture sono presenti solo nel Lazio, in Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna.

Dal confronto dei dati 2015 con quelli 2000, 2005, 2010 e 2014 risulta chiaro che l'attuale assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo quindicennio. Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta e Duemila, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete. Il Patto per la Salute 2014-2016 ha mantenuto questa impostazione di politica ospedaliera, confermando, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di «presidi territoriali/ospedali di comunità» per ricoveri brevi non complessi (art.5). Infine, gli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» del DM 70 del 02/04/2015 (Allegati, art. 3) fissano i riferimenti per il bacino di utenza delle singole discipline cliniche, oltre che soglie minime di dotazione strutturale²¹. Per un'analisi approfondita sui potenziali di razionalizzazione della rete ospedaliera si veda il Capitolo 9 del presente Rapporto.

Spesso, i piccoli ospedali pubblici a gestione diretta delle ASL sono stati accorpati in «Presidi Ospedalieri Unici». Queste dinamiche spiegano il dimezzamento dei presidi ASL nell'ultimo quindicennio. Le iniziative di «ingegneria istituzionale» (Del Vecchio, 2003) negli anni più recenti hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema: il calo delle AO (da 98 nel 2000 a 75 nel 2015) è riconducibile a questo tipo di iniziative. Gli IRCCS pubblici sono caratterizzati da notevoli peculiarità in termini di governance e di attività svolte²², che ne giustificano la «conservazione istituzionale»: il loro numero, infatti, non ha visto significative variazioni negli anni.

Nello stesso arco di tempo 2000-2015, anche le strutture private (accreditate e non) sono diminuite, seppure con tassi di riduzione più contenuti (-10% contro un decremento percentuale di 41 punti nel pubblico). Si segnala un aumento degli IRCCS privati (+12 unità), che è spiegabile come risultato delle strategie di specializzazione delle altre tipologie di strutture accreditate, come le case di cura e anche gli ospedali classificati. Le prime hanno registrato una leggera flessione (-30 unità, -5,7%): si nota un moderato aumento agli inizi degli anni duemila,

²¹ In particolare, la dotazione minima per l'accreditamento è fissata in 60 posti letto per acuti nelle strutture pluri-specialistiche.

²² Cfr. D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 e ss. mm.

poi una progressiva diminuzione, che è stata dovuta anche a dinamiche di acquisizione dei grandi gruppi ospedalieri negli anni della crisi economica (Carbone *et al.*, 2014). Nell'ultimo anno il numero di strutture è rimasto sostanzialmente invariato e non si riscontrano differenze, ma una nuova flessione potrebbe essere indotta dal sopraccitato DM 70, che ha introdotto una soglia di accreditabilità a livello dimensionale.

La Tabella 3.4²³ analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, individuando tre macro-classi. Un primo gruppo, composto da AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e AO integrate con l'SSN, presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL) utilizzati per la degenza ordinaria, con una media, rispettivamente, di 670 e 644 posti nel 2014. Presidi a gestione diretta, ospedali classificati e IRCCS si collocano a un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 207, 214 e 234 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 83 PL accreditati.

La Tabella 3.4 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di posti letto in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta ASL, la cui crescita dimensionale (+12,8%) è conseguenza diretta delle dinamiche di accorpamento. Il calo nei PL si è verificato, in particolare, nelle AOU integrate con il SSN (-22,6% tra il 2000 e il 2014), nelle AO (-13,5%) e nelle case di cura accreditate (-6,6%). Tra 2013 e 2014, si segnala che il considerevole incremento delle dimensioni medie delle AOU integrate con l'SSN (+44 PL) è riconducibile all'inclusione in quest'ultima categoria del Policlinico di Bari, precedentemente classificato co-

Tabella 3.4 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (2000-2014)**

| Tipologia struttura | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 | Variazione 2000-2014 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|----------------------|
| Presidi a gestione diretta ASL | 184 | 193 | 196 | 205 | 202 | 207 | 12,8% |
| AO e AO integrate con Università | 774 | 660 | 707 | 692 | 696 | 670 | -13,5% |
| AOU integrate con SSN | 832 | 620 | 669 | 619 | 600 | 644 | -22,6% |
| IRCCS pubblici e privati | 247 | 224 | 231 | 247 | 244 | 234 | -5,1% |
| Ospedali classificati | 223 | 211 | 202 | 219 | 218 | 214 | -4,2% |
| Case di cura accreditate (1) | 89 | 85 | 82 | 81 | 81 | 83 | -6,6% |

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzario 2015 e Posti letto per struttura ospedaliera

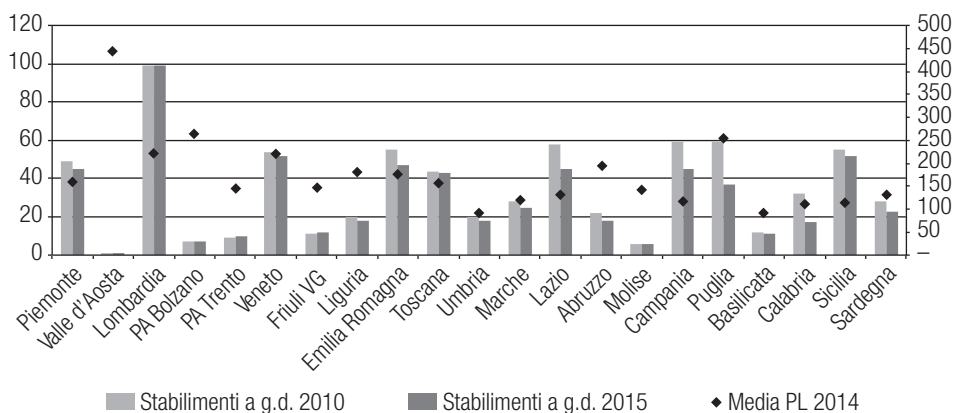
²³ Tutte le seguenti elaborazioni relative ai posti letto risultano invariate rispetto a quanto pubblicato nel Capitolo 3 del Rapporto OASI 2015 poiché, al momento della redazione del volume, non sono stati ancora diffusi i dati aggiornati al 2015.

me AO integrata con l'Università. Sempre nell'ultimo anno considerato, i processi di accorpamento, trasformazione e chiusura dei presidi a gestione diretta (Tabella 3.3: -18 unità tra 2013 e 2014) e delle case di cura private accreditate (-10) sono alla base del leggero aumento delle dimensioni medie (+5, +2 PL).

I presidi a gestione diretta ASL, nella maggior parte delle realtà regionali, raggruppano più stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati. La Figura 3.3 confronta il numero di stabilimenti delle ASL, e delle AO lombarde²⁴, nel 2010 e nel 2015. In tale arco temporale, che coincide appunto con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse Regioni tra cui la Lombardia (cfr. paragrafo precedente e Box 3.1), gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 97 unità a livello nazionale. Tuttavia, circa il 65% degli stabilimenti che hanno cessato l'attività (64) si trovano in quattro Regioni: Puglia (-22 stabilimenti), Calabria (-15), Campania (-14) e Lazio (-13). I dati dimensionali, aggiornati al 2014, evidenziano un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 141 e 132 PL) inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (199). Rispetto al dato 2010, non riportato in Figura, la dimensione media degli stabilimenti si è ridotta al Nord e al Centro (-15 PL e -5 PL, rispettivamente), mentre è cresciuta al Sud (+11 PL), anche per via delle già citate dinamiche di accorpamento.

Nel 2014, il SSN italiano disponeva di 220.455 PL, di cui 197.091 PL (89,4%) per degenza ordinaria e 23.364 (10,6%) per ricoveri diurni (*day hospital* – DH e *day*

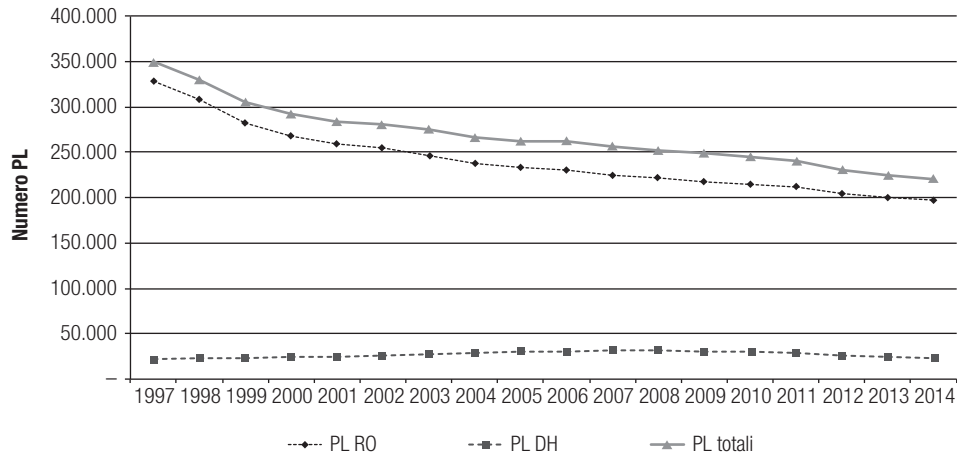
Figura 3.3 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2015) e dimensione media (asse dx; 2014)**



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

²⁴ In base alla L.R. 31/97, le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa quindi riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle AO.

Figura 3.4 Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2014)



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

surgery – DS). Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 37,1% (Figura 3.4), Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (–39,9%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno sono lievemente aumentati (+1.298; 5,9%). Mentre la diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, fino al 2008 i posti letto in DH erano in aumento (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale); a partire da quell'anno, invece, il trend si è invertito, registrando una rapida riduzione della dotazione posti di letto in regime diurno (–26,1% tra 2008 e 2014). Nell'ultimo biennio considerato (2013-2014) tale tendenza appare confermata: il SSN ha perso il 4% dei propri PL diurni (–971) e l'1,6% dei PL ordinari (–3.179).

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

- il D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) prevede una dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti²⁵. Il Decreto Legge, convertito con modificazioni dalla L.135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di Unità Operative Complesse²⁶;

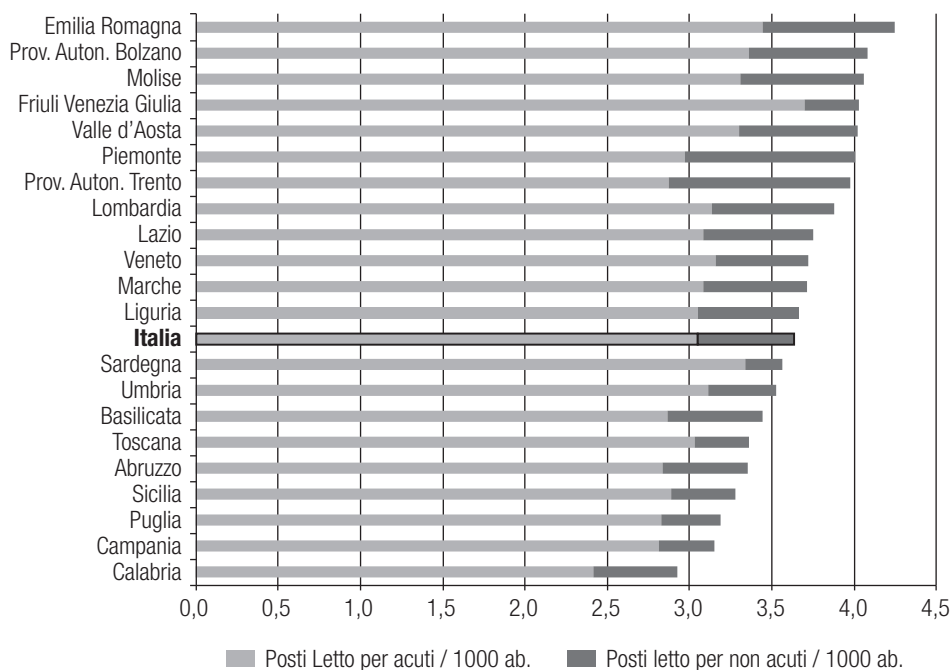
²⁵ I già citati standard ospedalieri hanno specificato che almeno 0,2 PL per 1.000 abitanti devono essere riferiti ad attività di lungodegenza.

²⁶ 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.

- Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali hanno confermato i precedenti indirizzi sugli standard di dotazione strutturale.

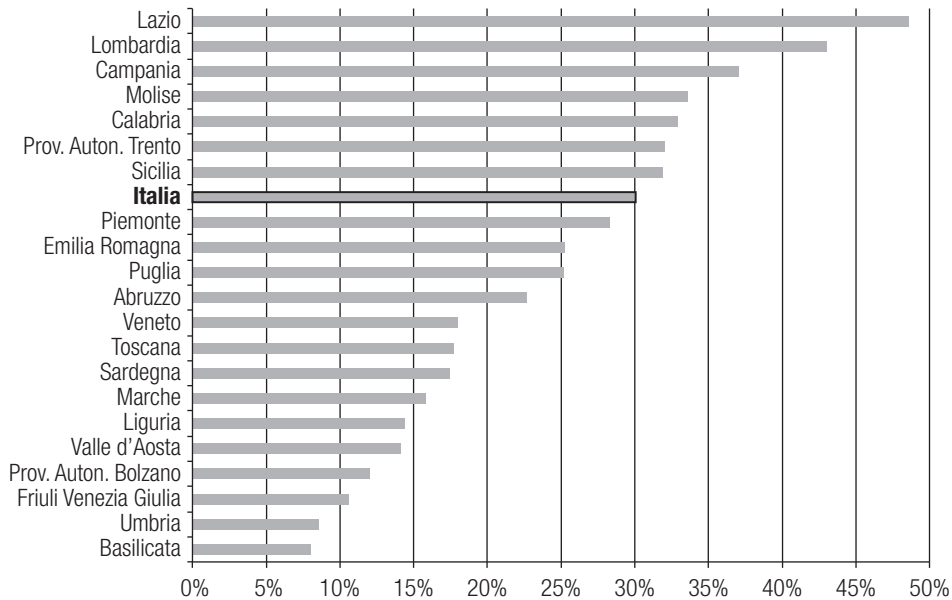
Nel 2014 la dotazione media nazionale di PL – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 3.5). Poco meno della metà delle Regioni ha una dotazione complessiva di PL inferiore a 3,7. Tuttavia, si assiste a un miglioramento rispetto al passato, dato che la quasi totalità delle Regioni mostra una dotazione inferiore ai 4 PL complessivi. Restano al di sopra dei 4 PL complessivi Emilia Romagna, PA di Bolzano e Molise. Tutte e tre le Regioni evidenziano dotazioni superiori agli standard per entrambe le tipologie di posti letto. Si segnalano, inoltre, dotazioni particolarmente elevate in Friuli Venezia Giulia per quanto riguarda i PL acuti (3,7 PL/1.000 ab.), nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte con riferimento ai PL per non acuti (rispettivamente 1,1 e 1 PL/1.000 ab.).

Figura 3.5 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2014)**



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

Figura 3.6 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) nel 2014**



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

La Figura 3.6 approfondisce, invece, le differenze regionali in termini di peso relativo del privato accreditato (numero di posti letto)²⁷. In tutte le Regioni l'offerta è prevalentemente pubblica, con una media nazionale del 69,9% (praticamente invariata rispetto al 2013). A livello regionale, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale nel Lazio (48,6%), in Lombardia (43,3%) e in Campania (37%); la percentuale di privato accreditato è, al contrario, molto bassa in Basilicata (8%), Umbria (8,6%) e Friuli Venezia Giulia (10,6%).

3.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre maggiore attenzione all'assistenza territoriale (§3.4.2). Ciò si è tradotto, principalmente, in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono depu-

²⁷ Per approfondimenti sui profili istituzionali ed erogativi del privato accreditato, anche in una prospettiva longitudinale, si rimanda al capitolo 13 del Rapporto OASI 2013 e al capitolo 5 del presente Rapporto.

tati 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 2012²⁸, il numero dei distretti a livello nazionale si è ridotto notevolmente, passando da 875 a 691 (-21%), con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 86.375 nel 2012). Tale dinamica è stata comunque meno marcata del processo di contrazione del numero delle ASL, così che il numero medio di distretti per ASL è cresciuto da 4,4 a 4,8 nel periodo osservato. A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano la Campania (da 107 a 72), il Veneto (da 82 a 50) e, soprattutto, la Toscana (da 111 a 31). Si registrano, d'altra parte, sei Regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Calabria e Sardegna).

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)²⁹;
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili e i centri distrettuali.

La Tabella 3.5 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse Regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2012 si contraddistingue per un generale incremento delle strutture territoriali (+51,6%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato (passato da una quota di strutture del 33,7% nel 1997 a una del 53,4%, nel 2012). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute, rispettivamente, del 231% e del 258,6% nell'arco temporale considerato. Queste strutture, in particolare, so-

²⁸ La rilevazione e la pubblicazione dei dati ministeriali relativi alle attività territoriali ha di norma un paio di anni di ritardo nei confronti dei corrispondenti dati ospedalieri. Al momento della redazione del volume, inoltre, non sono stati diffusi i dati 2013: le elaborazioni presentate, dunque, risultano invariate rispetto al Rapporto OASI 2015.

²⁹ Per alcuni cenni su dati strutturali relativi alle attività di riabilitazione e di guardia medica si rimanda al §3.4.2.

Tabella 3.5 Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2012)

| Regione | Ambulatori e laboratori | di cui privati accr. | Altre strutture territoriali (*) | di cui privati accr. | Strutture semiresidenz. | di cui privati accr. | Strutture residenziali | di cui privati accr. | Totale strutture territoriali | di cui privati accr. |
|--------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Piemonte | 470 | 18,1% | 378 | 2,1% | 141 | 61,0% | 978 | 78,0% | 1.967 | 47,9% |
| Valle d'Aosta | 7 | 57,1% | 26 | 3,8% | 3 | 100,0% | 14 | 85,7% | 50 | 40,0% |
| Lombardia | 729 | 60,9% | 743 | 15,6% | 696 | 77,6% | 1.369 | 87,7% | 3.537 | 65,1% |
| PA Bolzano | 55 | 27,3% | 81 | 19,8% | 7 | 0,0% | 88 | 88,6% | 231 | 47,2% |
| PA Trento | 49 | 55,1% | 40 | 17,5% | 35 | 80,0% | 90 | 81,1% | 214 | 63,1% |
| Veneto | 449 | 51,0% | 548 | 23,4% | 472 | 67,8% | 781 | 80,9% | 2.250 | 58,2% |
| Friuli VG | 129 | 33,3% | 99 | 6,1% | 81 | 50,6% | 187 | 65,2% | 496 | 42,7% |
| Liguria | 386 | 21,5% | 130 | 6,2% | 61 | 68,9% | 285 | 84,6% | 862 | 43,4% |
| Emilia Romagna | 473 | 40,2% | 618 | 5,3% | 574 | 85,2% | 962 | 79,6% | 2.617 | 56,2% |
| Toscana | 775 | 35,0% | 530 | 8,1% | 246 | 38,6% | 553 | 59,5% | 2.104 | 35,1% |
| Umbria | 111 | 36,0% | 116 | 5,2% | 85 | 28,2% | 134 | 59,0% | 446 | 33,4% |
| Marche | 191 | 54,5% | 114 | 9,6% | 32 | 9,4% | 103 | 36,9% | 440 | 35,5% |
| Lazio | 814 | 68,4% | 458 | 5,7% | 63 | 3,2% | 175 | 65,7% | 1.510 | 46,4% |
| Abruzzo | 165 | 58,2% | 120 | 2,5% | 13 | 0,0% | 76 | 75,0% | 374 | 41,7% |
| Molise | 52 | 75,0% | 20 | 10,0% | 13 | 100,0% | 18 | 88,9% | 103 | 68,0% |
| Campania | 1.460 | 80,7% | 450 | 34,2% | 98 | 14,3% | 145 | 28,3% | 2.153 | 64,4% |
| Puglia | 660 | 64,1% | 312 | 4,2% | 89 | 75,3% | 263 | 88,6% | 1.324 | 55,6% |
| Basilicata | 118 | 42,4% | 59 | 11,9% | 5 | 20,0% | 37 | 81,1% | 219 | 40,2% |
| Calabria | 373 | 59,5% | 130 | 9,2% | 13 | 30,8% | 84 | 78,6% | 600 | 50,7% |
| Sicilia | 1.446 | 80,4% | 546 | 16,1% | 38 | 13,2% | 121 | 52,9% | 2.151 | 61,3% |
| Sardegna | 356 | 54,2% | 164 | 6,1% | 22 | 50,0% | 73 | 82,2% | 615 | 44,6% |
| ITALIA 2012 | 9.268 | 58,9% | 5.682 | 12,3% | 2.787 | 64,2% | 6.526 | 76,7% | 24.263 | 53,4% |
| ITALIA 1997 | 9.335 | 54,0% | 4.009 | 5,0% | 842 | 8,0% | 1.820 | 5,0% | 16.006 | 33,7% |

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

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute-attività economiche e gestionali e delle AO 2012

no gestite prevalentemente dal privato accreditato, che ha trovato ampi spazi di sviluppo imprenditoriale a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata: il peso del privato accreditato è passato rispettivamente dall'8% e 5% del 1997 al 64,2% e 76,7% del 2012. Solo nella categoria denominata «Altre strutture territoriali» il privato ha conservato un ruolo residuale: ha raggiunto il 12,3% nel 2012, a partire dal 5% nel 1997.

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

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media nazionale, con valori massimi raggiunti in Campania (80,7%). Tutte le altre Regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale; i valori più bassi si registrano in Piemonte (18,1%) e Liguria (21,5%);
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato, a eccezione di Veneto e Campania (rispettivamente, 23,4% e 34,2%);
- ▶ con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono soprattutto le Regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate; fanno eccezione Molise e Puglia per entrambe le tipologie e Basilicata, Calabria e Sardegna esclusivamente per le «Residenziali».

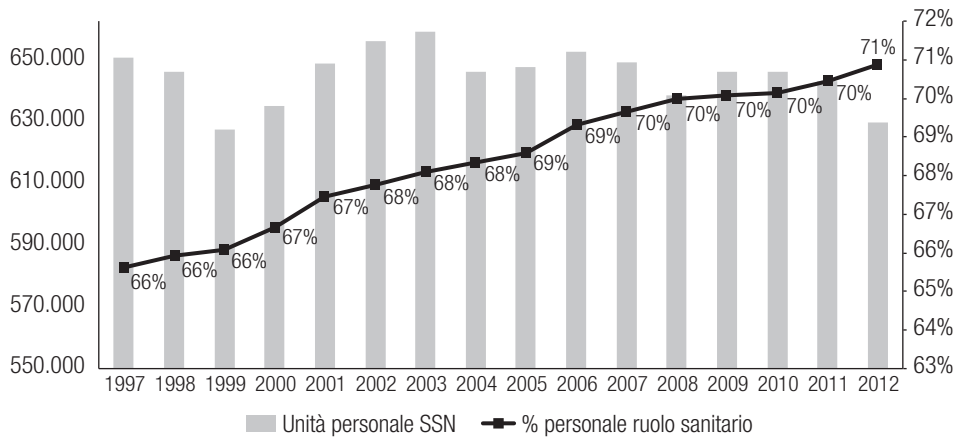
3.3.3 Il personale del SSN

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

La Figura 3.7 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN³⁰ e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 629.713 nel 2012 (-3,3%). Il trend si caratterizza per un andamento annuo piuttosto variabile, legato in parte ai periodi di blocco del *turn over*. Dalla Finanziaria 2010, inoltre, è previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004, diminuiti del 1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di *turn over*, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (De Pietro, Marsilio e Sartirana, 2014). Da registrare anche il

³⁰ Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Figura 3.7 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2012)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2012

costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66% nel 1997 al 70,9% nel 2012), aumento prevalentemente dovuto alla componente medica.

Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sull'entità e composizione del personale SSN nelle diverse Regioni. Innanzitutto, è importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano, infatti, l'1,1% della popolazione complessiva, l'1,6% della popolazione attiva (15-65) e il 2,7% degli occupati. Con riferimento alla popolazione in età attiva, il contributo del SSN si differenzia nelle diverse Regioni: risulta compreso tra il 2,5% della PA di Bolzano e della Valle d'Aosta e l'1,2% del Lazio e della Campania. Tali differenze risentono della diversa rilevanza, all'interno dei SSR, degli IRCCS pubblici e delle strutture private accreditate, non compresi nel computo.

Differenziazioni territoriali si rilevano anche nella composizione percentuale del personale SSN. In particolare, nel 2012:

- ▶ l'incidenza dei ruoli sanitari è più marcata al Centro e nel Sud del Paese, dove si mantiene quasi ovunque oltre il 70% dei dipendenti totali, sino ai valori massimi del Lazio e dell'Umbria (rispettivamente, 76,6% e 75,9%). Nel Nord, invece, i ruoli sanitari registrano percentuali più contenute, fino al 61,9% della PA di Bolzano;
- ▶ l'incidenza dei ruoli tecnici è esattamente contraria: superiore al 19% in tutte le regioni del Nord, eccetto Emilia Romagna e Liguria, con i massimi nelle PA

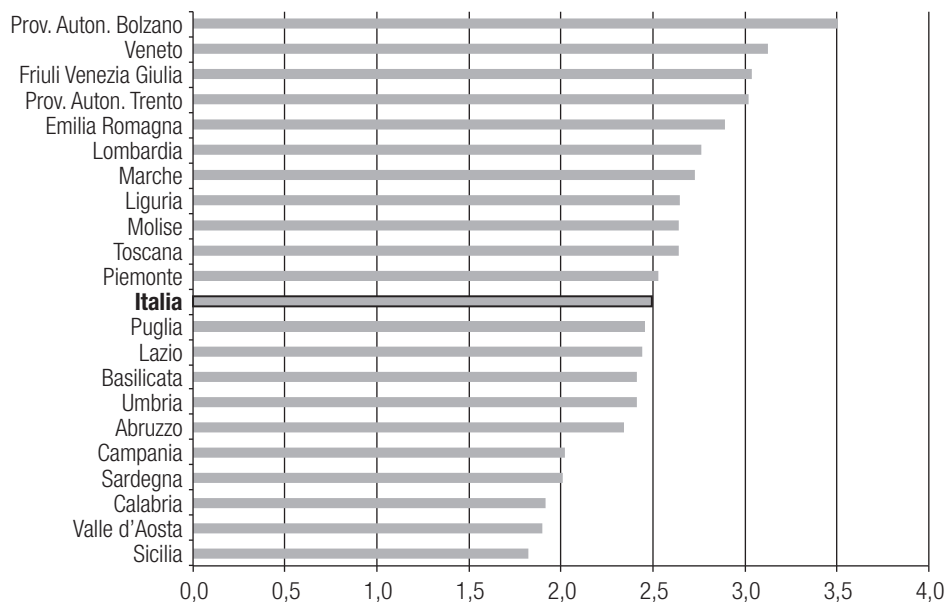
di Bolzano e Trento (23,4% e 23,3%), mentre scende ai minimi nel Lazio (10,9%);

- la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore nelle regioni del Nord, raggiungendo i valori massimi (15,5%) in Valle d'Aosta. La percentuale più contenuta si registra invece in Molise (7,9%).

Osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 3.8), sono soprattutto le Regioni del Sud a presentare una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2,2 contro 2,8 del Nord. Il Centro si colloca su valori intermedi (2,6 infermieri per medico) molto vicini alla media nazionale (2,5).

La Tabella 3.6 presenta, invece, il numero di MMG (medici di medicina generale) e di PLS (pediatri di libera di scelta) nelle diverse realtà regionali aggiornate al 2013, insieme alla popolazione assistita e a un indicatore di collaborazione in forma associativa. In media, un MMG italiano segue 1.160 pazienti, mentre un PLS 890. Il numero maggiore di scelte per professionista, sia per i MMG (1.543) sia per i PLS (1.013), si registra nella PA di Bolzano. In generale, le Regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale, per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti (eccetto Liguria e Friuli VG) sia quella ai pa-

Figura 3.8 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni italiane (2012)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2012

Tabella 3.6 **Numero MMG e PLS nelle Regioni Italiane (2013)**

| Regione | Numero MMG | Numero scelte per MMG | % MMG con indennità per attività in forma associativa | Numero PLS | Numero scelte per PLS | % PLS con indennità per attività in forma associativa |
|--------------------|---------------|-----------------------|---|--------------|-----------------------|---|
| Piemonte | 3.178 | 1.228 | 83,57% | 443 | 986 | 61,9% |
| Valle d'Aosta | 93 | 1.194 | 54,84% | 17 | 851 | 58,8% |
| Lombardia | 6.535 | 1.323 | 66,35% | 1.185 | 956 | 60,1% |
| PA Bolzano | 280 | 1.543 | 32,86% | 60 | 1.013 | 38,3% |
| PA Trento | 365 | 1.252 | 75,34% | 76 | 883 | 63,2% |
| Veneto | 3.294 | 1.297 | 81,72% | 572 | 1.009 | 76,0% |
| Friuli VG | 952 | 1.145 | 52,00% | 122 | 976 | 40,2% |
| Liguria | 1.228 | 1.141 | 77,36% | 165 | 906 | 69,7% |
| Emilia Romagna | 3.100 | 1.243 | 82,45% | 623 | 824 | 64,2% |
| Toscana | 2.821 | 1.150 | 79,87% | 449 | 894 | 63,3% |
| Umbria | 748 | 1.049 | 76,74% | 114 | 838 | 59,6% |
| Marche | 1.181 | 1.146 | 72,73% | 182 | 915 | 58,2% |
| Lazio | 4.771 | 1.065 | 77,57% | 778 | 837 | 74,9% |
| Abruzzo | 1.121 | 1.045 | 73,60% | 180 | 819 | 73,9% |
| Molise | 271 | 1.041 | 54,61% | 37 | 835 | 56,8% |
| Campania | 4.418 | 1.125 | 56,93% | 778 | 916 | 65,3% |
| Puglia | 3.254 | 981 | 76,86% | 585 | 810 | 71,3% |
| Basilicata | 502 | 1.017 | 75,10% | 61 | 858 | 65,6% |
| Calabria | 1.619 | 1.013 | 48,86% | 276 | 819 | 73,2% |
| Sicilia | 4.179 | 1.104 | 59,06% | 791 | 838 | 68,1% |
| Sardegna | 1.293 | 1.117 | 64,42% | 211 | 771 | 51,2% |
| ITALIA 2013 | 45.203 | 1.160 | 70,68% | 7.705 | 890 | 65,9% |
| ITALIA 1997 | 47.490 | 1.086 | n.d. | 6.664 | 685 | n.d. |

Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Elenco ASL

zienti pediatrici (eccetto Valle d'Aosta ed Emilia Romagna). La Regione con il minor numero medio di scelte per MMG è la Puglia (981), per PLS la Sardegna (771). È opportuno ricordare che il contratto dei medici generici e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di arrivare in deroga fino agli 880 assistiti. Tra i 6 e i 14 anni d'età, inoltre, il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal medico di famiglia.

Se si analizza la percentuale di MMG organizzati in forma associativa³¹, essa comprende, a livello nazionale, il 71% dei professionisti, mentre la percentuale

³¹ Le forme associative individuate dal Contratto Collettivo sono: la pediatria di gruppo, la pediatria in associazione e la pediatria in rete. A seconda della forma associativa adottata sono previsti livelli di indennità differenti.

di PLS è pari al 66%. I dati più alti, tra i MMG, si riscontrano in Piemonte (83,6% di MMG organizzati in forma associativa) e in Emilia-Romagna (82,5%), mentre le uniche Regioni in cui meno della metà dei medici di base è coinvolto in qualche forma associativa sono la PA di Bolzano (32,9%) e la Calabria (48,9%). Tra i pediatri, invece, la forma associativa è stata adottata soprattutto in Veneto (76%), mentre risulta scarsamente diffusa a Bolzano (38,3%) e in Friuli (40,2%). In molte Regioni si denotano differenze significative tra la percentuale di associazionismo nei due gruppi: si veda il caso della Calabria, che presenta uno dei più bassi tassi tra i MMG e un livello molto alto tra i pediatri (73,2%).

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2013, si rileva un lieve calo dei primi (-4,8%) e un aumento dei secondi (+15,6%). Il numero medio di scelte aumenta sia per i MMG che per i PLS (rispettivamente del 6,9% e del 29,9%). Quest'ultimo dato è dovuto alla maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG, soprattutto nella fascia d'età 6-14 in cui la scelta può ricadere su entrambe le categorie professionali. Contemporaneamente, si rileva un aumento molto marcato dell'anzianità professionale (dati non riportati in tabella): tra il 1998 e il 2012 la percentuale di MMG con più di 27 anni dalla laurea è cresciuta dal 12% al 62%, quella di PLS con più di 23 anni dalla specializzazione da appena l'8% all'attuale 53%.

3.4 Le attività del SSN

3.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale³² nel periodo 2001-2014 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 3.7):

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (meno 3.410.308 unità) pari al -26,4% in 13 anni, con andamento molto differente tra le prime sei rilevazioni (-4,7% nel periodo 2001-2007) e gli ultimi sette anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 22,7%. Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel 2014 i ricoveri sono diminuiti del 3,2% rispetto al 2013;
- ▶ nel periodo 2001-2014 le giornate di ricovero sono diminuite del 23,8%; in particolare, tra il 2001 e il 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%), per aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006 (-18,9% nel periodo 2006-2014). Tra il 2013 e il 2014 le giornate di ricovero si sono ridotte dell'1,8%;

³² Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2014, essi sono 51.247, pari allo 0,6% del totale annuale.

Tabella 3.7 **Dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale (2001-2014)**

| Anno | Numero di Dimissioni (1) | Giornate di ricovero (1) | Rapporto tra giornate in DH e in RO (Acuti) | Degenza media (2) |
|------------------|--------------------------|--------------------------|---|-------------------|
| 2001 | 12.937.140 | 82.829.483 | 13,4% | 6,80 |
| 2002 | 12.939.492 | 79.823.905 | 15,1% | 6,70 |
| 2003 | 12.808.615 | 77.969.619 | 17,0% | 6,70 |
| 2004 | 12.990.109 | 78.241.122 | 18,4% | 6,67 |
| 2005 | 12.965.658 | 78.292.237 | 19,1% | 6,70 |
| 2006 | 12.843.634 | 77.876.800 | 19,1% | 6,68 |
| 2007 | 12.330.465 | 76.224.954 | 18,6% | 6,72 |
| 2008 | 12.100.698 | 75.371.789 | 18,2% | 6,76 |
| 2009 | 11.657.864 | 73.412.967 | 17,5% | 6,69 |
| 2010 | 11.277.742 | 71.904.063 | 17,2% | 6,74 |
| 2011 | 10.749.246 | 69.417.699 | 16,7% | 6,81 |
| 2012 | 10.257.796 | 66.707.607 | 15,2% | 6,79 |
| 2013 | 9.842.485 | 64.312.696 | 14,5% | 6,75 |
| 2014 | 9.526.832 | 63.129.031 | 13,7% | 6,80 |
| 2001-2014 | -26,4% | -23,8% | / | / |

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

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- le giornate erogate in regime di day hospital rispetto a quelle in regime ordinario sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2006, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al 13,4%³³ a una del 19,1%. Dal 2007 al 2014 si registra, invece, un'inversione di tendenza, con una diminuzione nel rapporto in questione pari a 5,4 punti percentuali. Nel 2014 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in day hospital più basso dal 2001, pari al 13,7%³⁴;
- la degenza media per acuti in regime ordinario, da oltre dieci anni, è stabile nell'intervallo 6,7-6,8.

La Tabella 3.8 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per Regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (386.716).

I 9,14 milioni di ricoveri ospedalieri SSN del 2014 si compongono, per il 95%, di ricoveri per acuti, dato stabile rispetto al 2013 e di poco inferiore rispetto al 2012 (95,3%).

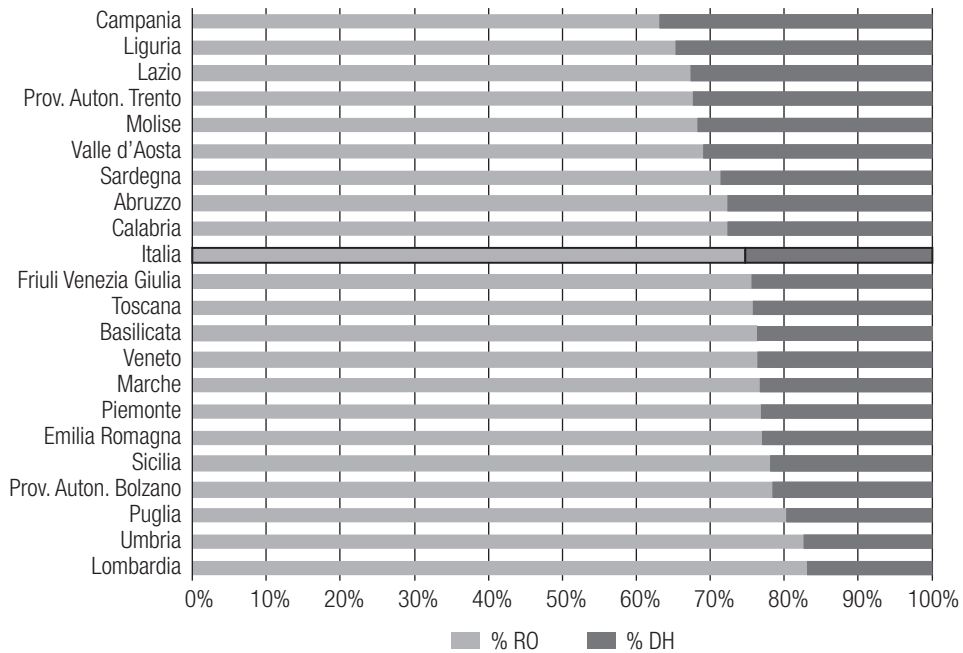
³³ Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

³⁴ Parte della riduzione degli accessi in day hospital può essere imputata alla trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri DH, considerati inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno.

Tabella 3.8 Ricoveri SSN per Regione, regime di ricovero e tipo di attività (2014)

| Regione | Ricoveri per acuti | | Ricoveri per riabilitazione | | Ricoveri per lungodegenza | | Totale ricoveri | | |
|----------------|--------------------|------------------|-----------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-------------|-----------------------|
| | RO | DH | % sul totale ricoveri | RO | DH | % sul totale ricoveri | | RO+DH | % sul totale ricoveri |
| Piemonte | 448.046 | 135.279 | 92,1% | 36.012 | 2.472 | 6,1% | 11.321 | 1,8% | 633.130 |
| Valle d'Aosta | 15.857 | 7.100 | 94,9% | 943 | 76 | 4,2% | 209 | 0,9% | 24.185 |
| Lombardia | 1.117.412 | 228.914 | 92,9% | 95.631 | 2.155 | 6,7% | 5.520 | 0,4% | 1.449.632 |
| PA Bolzano | 66.207 | 18.294 | 94,2% | 3.081 | 204 | 3,7% | 1.917 | 2,1% | 89.703 |
| PA Trento | 50.655 | 24.259 | 88,4% | 5.751 | 941 | 7,9% | 3.157 | 3,7% | 84.763 |
| Veneto | 468.522 | 144.622 | 94,1% | 25.033 | 3.978 | 4,5% | 9.690 | 1,5% | 651.845 |
| Friuli VG | 136.122 | 44.016 | 96,8% | 2.678 | 338 | 1,6% | 3.004 | 1,6% | 186.158 |
| Liguria | 167.605 | 89.353 | 94,1% | 12.746 | 1.042 | 5,0% | 2.444 | 0,9% | 273.190 |
| Emilia Romagna | 553.051 | 164.809 | 92,2% | 22.208 | 5.656 | 3,6% | 32.963 | 4,2% | 778.687 |
| Toscana | 419.019 | 134.554 | 97,5% | 10.144 | 1.139 | 2,0% | 3.018 | 0,5% | 567.874 |
| Umbria | 117.140 | 24.559 | 96,5% | 3.992 | 639 | 3,2% | 496 | 0,3% | 146.826 |
| Marche | 167.057 | 50.818 | 94,9% | 4.449 | 278 | 2,1% | 6.949 | 3,0% | 229.551 |
| Lazio | 617.578 | 300.118 | 95,6% | 30.211 | 5.448 | 3,7% | 6.488 | 0,7% | 959.843 |
| Abruzzo | 142.365 | 54.310 | 95,5% | 7.168 | 32 | 3,5% | 2.119 | 1,0% | 205.994 |
| Molise | 40.010 | 18.581 | 95,9% | 1.692 | 250 | 3,2% | 571 | 0,9% | 61.104 |
| Campania | 600.049 | 349.468 | 97,5% | 12.351 | 3.239 | 1,6% | 8.969 | 0,9% | 974.076 |
| Puglia | 477.934 | 117.024 | 96,9% | 14.604 | 1.889 | 2,7% | 2.393 | 0,4% | 613.844 |
| Basilicata | 57.654 | 17.908 | 96,0% | 1.417 | 360 | 2,3% | 1.385 | 1,8% | 78.724 |
| Calabria | 161.610 | 61.637 | 95,8% | 6.821 | 815 | 3,3% | 2.076 | 0,9% | 232.959 |
| Sicilia | 478.293 | 134.612 | 96,5% | 15.379 | 3.232 | 2,9% | 3.292 | 0,5% | 634.808 |
| Sardegna | 184.252 | 74.006 | 98,1% | 2.404 | 685 | 1,2% | 1.873 | 0,7% | 263.220 |
| ITALIA | 6.486.438 | 2.194.241 | 95,0% | 314.715 | 34.868 | 3,8% | 109.854 | 1,2% | 9.140.116 |

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 3.9 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per Regione (2014)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

In relazione al 2013, si mantiene stabile anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione (3,8%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le Regioni (90,3% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è molto elevata: è questo il caso di Sardegna (22,2%), Campania (20,8%), Emilia Romagna (20,3%) e Basilicata (20,3%).

I ricoveri SSN per lungodegenza nel 2014 sono rimasti pressoché invariati rispetto al 2013 (-971; -0,88%) e costituiscono a livello nazionale una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%), con alcune eccezioni regionali (Emilia Romagna 4,2%; Provincia Autonoma Trento 3,7%; Marche 3,0%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, il peso dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 25,3%, in diminuzione di 0,8 punti percentuali rispetto al 2013 (Figura 3.9). Rispetto al dato medio nazionale, alcune Regioni si discostano sensibilmente ed evidenziano una percentuale inferiore, tra cui Lombardia (17,0%), Umbria (17,3%) e Puglia (19,7%). Al contrario, le Regioni che presentano le percentuali più elevate di attività in day hospital sono Campania, Liguria, Lazio e PA di Trento, con quote rispettivamente pari al 36,8%, al 34,8%, al 32,7% e al 32,4%.

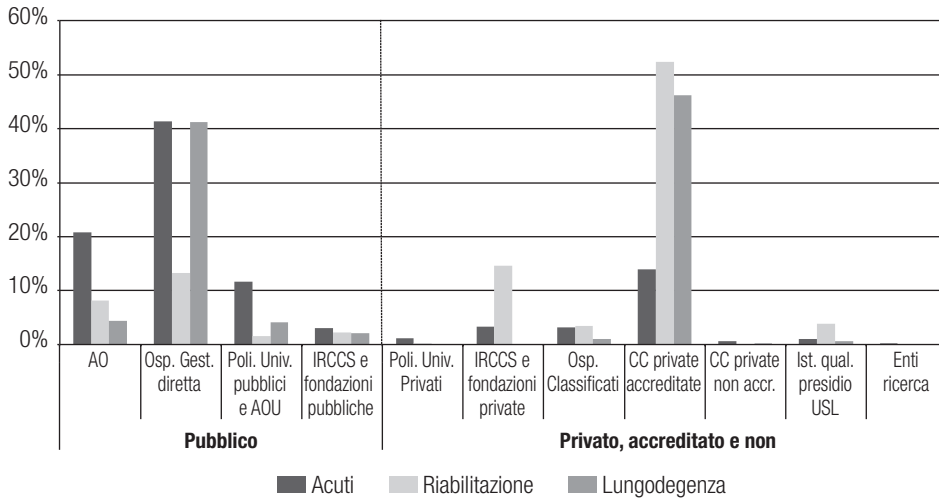
La Tabella 3.9 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per Regione e regime di ricovero.

Tabella 3.9 Giornate di degenza per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2014)

| Regione | GG Ricoveri per acuti | | | GG Ricoveri per riabilitazione | | | GG Ricoveri per lungodegenza | | | Totale giornate |
|----------------|-----------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|----------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| | RO | DH | % sul totale ricoveri | RO | DH | % sul totale ricoveri | RO+DH | % sul totale ricoveri | % sul totale ricoveri | |
| Piemonte | 3.052.911 | 299.723 | 69,9% | 1.019.231 | 27.881 | 21,8% | 393.815 | 8,2% | 4.793.561 | |
| Valle d'Aosta | 107.429 | 18.553 | 83,7% | 18.693 | 128 | 12,5% | 5.683 | 3,8% | 150.486 | |
| Lombardia | 7.704.969 | 297.965 | 76,3% | 2.317.102 | 19.992 | 22,3% | 151.273 | 1,4% | 10.491.301 | |
| PA Bolzano | 444.000 | 33.428 | 80,9% | 70.353 | 1.595 | 12,2% | 40.717 | 6,9% | 590.093 | |
| PA Trento | 377.362 | 62.419 | 66,8% | 115.809 | 11.121 | 19,3% | 91.273 | 13,9% | 657.984 | |
| Veneto | 3.817.688 | 236.342 | 81,4% | 609.757 | 56.861 | 13,4% | 260.366 | 5,2% | 4.981.014 | |
| Friuli VG | 975.917 | 155.659 | 88,6% | 71.709 | 2.029 | 5,8% | 71.249 | 5,6% | 1.276.563 | |
| Liguria | 1.332.171 | 308.710 | 84,8% | 241.629 | 10.749 | 13,0% | 42.674 | 2,2% | 1.935.933 | |
| Emilia Romagna | 3.453.164 | 776.066 | 73,4% | 582.179 | 59.621 | 11,1% | 892.447 | 15,5% | 5.763.477 | |
| Toscana | 2.670.204 | 373.881 | 90,7% | 227.323 | 14.390 | 7,2% | 71.918 | 2,1% | 3.357.716 | |
| Umbria | 730.456 | 73.592 | 87,3% | 97.847 | 12.496 | 12,0% | 7.021 | 0,8% | 921.412 | |
| Marche | 1.161.878 | 163.280 | 82,5% | 141.932 | 1.429 | 8,9% | 137.262 | 8,5% | 1.605.781 | |
| Lazio | 4.373.666 | 827.804 | 79,4% | 980.063 | 130.866 | 17,0% | 237.124 | 3,6% | 6.549.523 | |
| Abruzzo | 1.011.121 | 171.583 | 85,2% | 168.163 | 620 | 12,2% | 37.059 | 2,7% | 1.388.546 | |
| Molise | 279.040 | 45.974 | 82,3% | 52.596 | 4.708 | 14,5% | 12.623 | 3,2% | 394.941 | |
| Campania | 3.560.328 | 1.055.159 | 85,3% | 418.569 | 61.767 | 8,9% | 317.772 | 5,9% | 5.413.595 | |
| Puglia | 3.068.886 | 299.873 | 88,8% | 367.092 | 10.207 | 10,0% | 45.852 | 1,2% | 3.791.910 | |
| Basilicata | 391.995 | 57.987 | 82,7% | 48.743 | 5.221 | 9,9% | 40.408 | 7,4% | 544.354 | |
| Calabria | 1.066.570 | 202.112 | 82,4% | 201.220 | 13.464 | 13,9% | 56.370 | 3,7% | 1.539.736 | |
| Sicilia | 3.273.036 | 362.284 | 85,9% | 472.836 | 46.163 | 12,3% | 77.846 | 1,8% | 4.232.165 | |
| Sardegna | 1.237.189 | 211.133 | 92,9% | 53.799 | 9.814 | 4,1% | 47.815 | 3,1% | 1.559.750 | |
| ITALIA | 44.089.980 | 6.033.527 | 80,9% | 8.276.645 | 501.122 | 14,2% | 3.038.567 | 4,9% | 61.939.841 | |

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 3.10 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2014)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

I quasi 62 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2014 si compongono, per l'80,9%, di giornate per acuti, per il 14,2%, di giornate di riabilitazione e, per il restante 4,9%, di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2013, il numero di giornate si riduce complessivamente di 1,84 punti percentuali: si registra, infatti, una diminuzione delle giornate per acuti (-2,3%) e lungodegenza (-0,7%) solo parzialmente controbilanciata da un aumento delle giornate di riabilitazione (+0,4%). Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Emilia Romagna e Lazio continuano a presentare valori inferiori al dato nazionale per quanto riguarda le giornate di degenza per acuti, a fronte di un maggior numero di giornate per riabilitazione (Lombardia e Lazio), lungodegenza (Emilia Romagna) o per entrambe (Piemonte e PA Trento).

La Figura 3.10 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale³⁵. La maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (76,7%), quota pressochè invariata rispetto all'anno precedente (76,9%). Tra questi, la quota maggiore è riconducibile ai presidi a gestione diretta ASL (41,3%), seguiti dalle AO (20,7%). I ricoveri ordinari per riabilitazione, invece, sono erogati soprattutto dal privato accreditato (74,7%, sostanzialmente invariato rispetto al 74,5% del 2013). Infine, la lungodegenza è erogata, pressochè in egual misura, dagli ospedali a gestione diretta della ASL

³⁵ In tutto il paragrafo è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2012 (si veda il §3.1).

(51,9%) e dalle case di cure private accreditate (48,1%), con un lieve aumento dell'incidenza dei volumi di ricovero privati rispetto al 2013, pari a 2,9 punti percentuali. Considerando, invece, l'erogazione di ricoveri in DH (non riportato in Figura), si denota una lieve diminuzione della quota pubblica per quanto riguarda gli acuti (da 73,2% a 72,4%), a fronte di una sostanziale invarianza del peso pubblico per la riabilitazione (da 48,2% a 48,0%). Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si veda il capitolo 5 del presente Rapporto.

È interessante rilevare se e in quale misura i servizi territoriali vengono utilizzati nella fase post acuzie. Dai dati SDO 2014 emerge come l'87,0% dei ricoveri per acuti in regime ordinario si concluda con una «dimissione domiciliare», mentre solo il 2,8% dei pazienti viene dimesso/trasferito presso strutture territoriali (1% presso RSA e 1,8% presso istituti di riabilitazione) e lo 0,7% viene dimesso a domicilio con attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI 0,5%) o di procedure di dimissione protetta con ospedalizzazione domiciliare (0,2%). I restanti casi sono riconducibili a trasferimenti (3,6%), a dimissioni volontarie (2,7%) o a decessi (3,1%).

Un altro dato rilevante è relativo alla distribuzione dei dimessi per acuti in RO e DH tra DRG di tipo medico e di tipo chirurgico³⁶ (Tabella 3.10). A livello nazionale, il totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 4.785.794 e 3.894.885, 55,6% contro 44,4%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2012 al 2014 nella Tabella 3.10, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO, con un leggero calo dal 58,7% del 2012 al 56,7% del 2014 (-251.982 dimissioni). Anche l'attività chirurgica in RO mostra, nello stesso periodo, un decremento in termini assoluti (-102.594). Col tempo, si sono ridotte le Regioni che registrano un'incidenza dei ricoveri chirurgici in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari minore del 36%, fissato come soglia minima dal Comitato ministeriale dei LEA: nel 2014 solo Sardegna (32,9%), Calabria (33,2%), Liguria (34,7%) e PA di Bolzano (35,3%) non hanno ricevuto una valutazione positiva. Nel day hospital, invece, prevale l'attività di *day surgery* (53,4%, in crescita di 3,9 punti percentuali negli ultimi 3 anni).

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

Il primo indicatore consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa³⁷. La degenza media per acuti, a livello nazionale, si attesta, nel 2014, a 6,80

³⁶ La percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato Ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012.

³⁷ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato, incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze medie troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per

Tabella 3.10 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2012-2014)**

| | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|-------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | Dimissioni | % | Dimissioni | % | Dimissioni | % |
| Regime Ordinario | | | | | | |
| DRG medico | 4.015.949 | 58,7% | 3.848.834 | 58,0% | 3.763.967 | 56,7% |
| DRG chirurgico | 2.825.065 | 41,3% | 2.786.159 | 42,0% | 2.722.471 | 41,0% |
| Totale RO | 6.841.014 | 100,0% | 6.634.993 | 100,0% | 6.486.438 | 97,8% |
| Day Hospital | | | | | | |
| DRG medico | 1.284.799 | 50,5% | 1.142.011 | 48,7% | 1.021.827 | 46,6% |
| DRG chirurgico | 1.258.258 | 49,5% | 1.203.247 | 51,3% | 1.172.414 | 53,4% |
| Totale DH | 2.543.057 | 100,0% | 2.345.258 | 100,0% | 2.194.241 | 100,0% |
| Totale (RO+DH) | 9.384.071 | | 8.980.251 | | 8.680.679 | |

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

giorni (di fatto stabile rispetto alle 6,75 giornate del 2013 – si veda la Tabella 3.7). Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,4 rispetto a 7,2 giorni), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (26,8 rispetto a 24,9) e, soprattutto, per la lungodegenza (30,2 rispetto a 25,7). Si osservano, però, considerevoli differenze regionali, soprattutto con riferimento agli istituti privati: relativamente ai ricoveri per acuti nel 2014 (Figura 3.11), si passa dalle 1,7 giornate della Valle d'Aosta alle 8,0 della Liguria. Anche per riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una varianza particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e, soprattutto, per la lungodegenza in quelli privati.

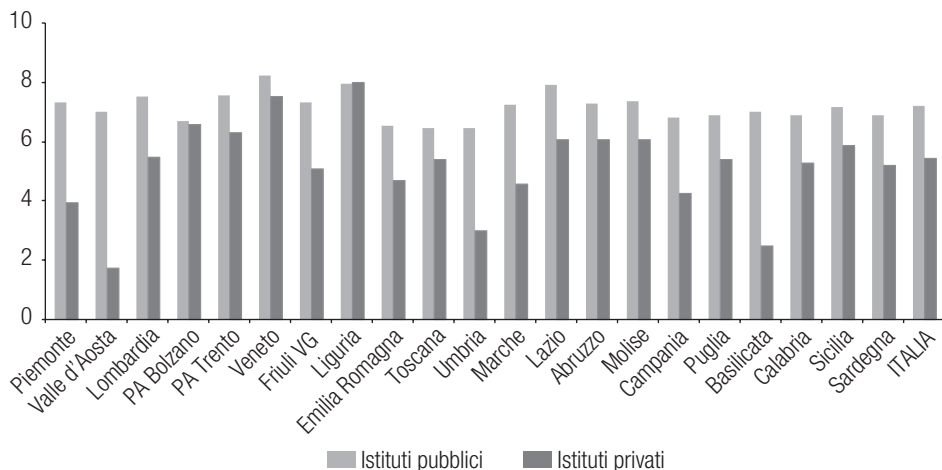
Il tasso di ospedalizzazione esprime, invece, la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione³⁸. Tale indicatore permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura. L'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012, poi confermato dal par. 3.1 del D.M. 70/2015, ha, tra l'altro, fissato un tasso di ospedalizzazione di riferimento di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti, di cui il 25% erogati in DH.

Dalla Figura 3.12 risulta un tasso standardizzato³⁹ per acuti in regime ordinario

esempio, dimissioni precoci). I recenti standard ospedalieri, approvati dalla Conferenza Stato-Regioni il 05/08/14 e recepiti dal D.M. 70/2015, indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni.

³⁸ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

³⁹ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni.

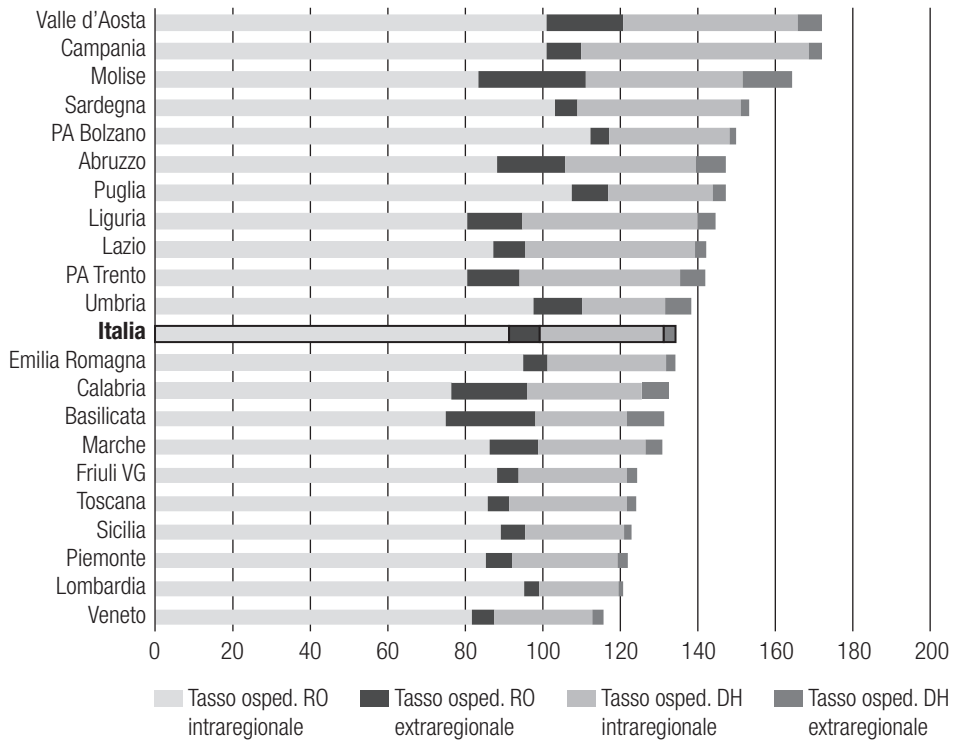
Figura 3.11 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2014)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

nel 2014 pari a 99,3 per 1.000 abitanti, che rafforza ulteriormente un consolidato e significativo trend di riduzione dell'ospedalizzazione ormai in atto da alcuni anni (103,9 nel 2013; 108 nel 2012), mentre il corrispondente valore per l'attività di DH scende a 35 per 1.000 abitanti (da 38,2 nel 2013 e 41,6 nel 2012). Il TO complessivo, dunque, risulta pari a 134,3 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto al 2013 (142,1). Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale (Figura 3.12), più eterogenea rispetto agli anni passati (tipicamente, con rare eccezioni, le più recenti tendenze mostravano valori superiori alla media nazionale nelle Regioni meridionali e inferiori nel resto del Paese). Valle d'Aosta (172,1‰), Campania (172,1‰) e Molise (164,3‰) fanno registrare tassi significativamente superiori alla media nazionale e addirittura oltre lo standard nazionale del DM 70/2015; viceversa, Veneto (115,7‰), Lombardia (120,9‰), Piemonte (121,9‰) e Sicilia (123,0‰) registrano valori consistentemente inferiori alla media nazionale. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, seppur con valori in riduzione rispetto al 2013, sono Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Puglia a presentare i tassi più elevati (rispettivamente 120,8‰, 117,1‰ e 117,0‰); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, ciò avviene per Campania e Molise (rispettivamente, 62,1 e 51,4 ricoveri per 1.000 abitanti).

Lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità interregionale, che sfuggono alla classica dicotomia tra Nord e Sud. Le grandi Regioni continentali del Centro-Sud evidenziano alti tassi di ospedalizzazione intra-regionali: si veda il dato della Campania (159,7‰) e, in misura minore, della Puglia (134,4‰) e del Lazio (131,2‰). Allo stesso tempo, evidentemente, esercitano una forte attrattiva anche sulle Regioni limitrofe più piccole: il tasso

Figura 3.12 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e Regione (2014)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

di ospedalizzazione extra-regione, che registra un dato nazionale pari a 10,9, raggiunge i valori più elevati in Molise (40,3%), Basilicata (32,8%), Calabria (26,2%) e Abruzzo (25,4%).

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

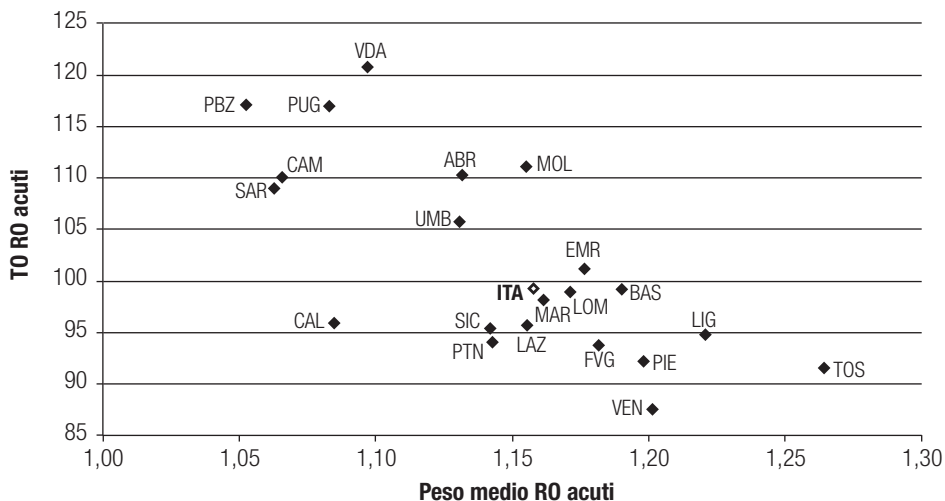
- ▶ indicatori di complessità, che analizzano le caratteristiche tecniche della produzione sanitaria, come il *case-mix* trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre);
- ▶ indicatori di efficacia e appropriatezza, che verificano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

È possibile mettere in relazione il tasso di ospedalizzazione standardizzato dei RO acuti (intraregione ed extra-regione), introdotto nella Figura 3.12, con una

misura di complessità, come il peso medio (PM)⁴⁰. Si consideri che il PM dei ricoveri per acuti in RO era cresciuto, nel periodo 1998 – 2005, da 1,05 a 1,26; tra il 2005 e il 2006 si è verificata una discontinuità della serie storica perché è cambiato il sistema di classificazione dei DRG (che si basa ad oggi sulla versione 24); nel periodo 2006-2009 si era ridotto da 1,09 a 1,06 per poi crescere fino a 1,16 nel 2014.

La Figura 3.13 mostra che le Regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un TO inferiore alla media nazionale (pari a 99,3%): si vedano i valori della Toscana (1,26; 91,5), della Liguria (1,22; 94,7), del Piemonte (1,20; 92,1) e del Veneto (1,20; 87,5). All'opposto, le Regioni con PM minore registrano TO più elevati della media nazionale, con l'eccezione della Calabria (1,08; 95,9): si vedano i dati della PA di Bolzano (1,05; 117,1), della Sardegna (1,06; 108,9), della Campania (1,07; 110,1), della Puglia (1,08; 117,0) e della Valle d'Aosta (1,10; 120,8).

Figura 3.13 **Peso medio (*) dei RO acuti e relativo Tasso di ospedalizzazione, per Regione (2014)**



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

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

⁴⁰ Il peso medio (PM), o Indice di Case-Mix (ICM), esprime la complessità dei casi trattati rapportando il peso medio dei ricoveri effettuati dagli erogatori di una data Regione con la complessità media della casistica standard (nazionale): indici superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard. I dati presentati in questa sede fanno riferimento al PM dei soli ricoveri per acuti in RO, ottenuto come rapporto tra la complessità dei ricoveri ordinari erogati in ogni Regione e quella media di tutti gli ospedali nazionali.

Gli indicatori di inappropriatelyzza⁴¹ organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 3.11 opera un confronto tra gli anni 1998 e 2014. Tra i più significativi indicatori di inappropriatelyzza organizzativa troviamo: (i) la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, (ii) la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico e (iii) la percentuale di ricoveri oltre – soglia con DRG medico in pazienti anziani⁴².

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

I dati in Tabella 3.11 evidenziano che:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari a 29,8 su scala nazionale, è notevolmente diminuita, con massimi registrati in Basilicata (-30,2 punti percentuali), Sicilia (-21,8) e Abruzzo (-20,5). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord, ma la distanza media si è sensibilmente ridotta nei 16 anni osservati (il Sud è passato da 12,5 a soli 5,6 punti percentuali in più rispetto al Centro-Nord);
- ▶ la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è pari al 10,3% ed è diminuita lievemente (2,5 punti percentuali) dal 1998 al 2014; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 12,1 punti percentuali nel 2014 tra la Regione con la percentuale più elevata – Campania, che rappresenta un outlier negativo con il 18,7% – e la Regione con la percentuale più bassa – Veneto). Anche per questo indicatore, sono Basilicata (-8,0 punti percentuali) e Sicilia (-6,9) ad avere registrato i maggiori miglioramenti, seguite dalla PA di Bolzano (-6,5) e dall'Emilia Romagna (-6,3);
- ▶ tra le Regioni, risulta altrettanto differenziata l'incidenza dei ricoveri per acuti in RO oltre valore soglia erogati per anziani⁴³: rispetto al 2006, l'indice è pressoché stabile (-0,3 punti percentuali). In questo indicatore, però, sono le Regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Emilia Romagna, Toscana e Umbria) a registrare nel 2014 valori superiori al dato nazionale;

⁴¹ Non si vuole, ovviamente, sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente inappropriati; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e sulle procedure terapeutiche.

⁴² Altri indicatori di inappropriatelyzza organizzativa sono la degenza media preoperatoria, la percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni, la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (già trattato), la percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (trattato in seguito), la percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico. Il monitoraggio di questi indicatori, e di quelli riportati nel testo, è stato introdotto dal Patto per la salute 2010-2012.

⁴³ Pazienti oltre i 65 anni.

Tabella 3.11 **Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per Regione (1998-2014)**

| Regione | % Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici | | % Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico | | % ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni (1) | | Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (2) | |
|----------------|---|-------------|--|-------------|--|------------|--|-------------|
| | 1998 | 2014 | 1998 | 2014 | 2006 | 2014 | 1998 | 2014 |
| Piemonte | 38,6 | 23,1 | 9,1 | 9,7 | 7,7 | 5,5 | 26,9 | 28,4 |
| Valle d'Aosta | 50,7 | 34,9 | 14,0 | 12,7 | 9,2 | 4,2 | 21,5 | 31,7 |
| Lombardia | 38,4 | 27,9 | 11,3 | 9,1 | 4,9 | 5,2 | 23,3 | 28,2 |
| PA Bolzano | 44,3 | 41,0 | 16,3 | 9,8 | 4,9 | 3,6 | 17,3 | 24,1 |
| PA Trento | 42,1 | 36,7 | 11,1 | 7,4 | 8,4 | 5,3 | 22,5 | 25,7 |
| Veneto | 41,9 | 30,8 | 8,3 | 6,6 | 7,1 | 6,9 | 24,5 | 25,2 |
| Friuli VG | 36,1 | 26,6 | 11,0 | 10,2 | 6,5 | 5,4 | 19,0 | 22,2 |
| Liguria | 40,5 | 31,4 | 12,9 | 10,5 | 5,2 | 5,0 | 28,5 | 34,7 |
| Emilia Romagna | 34,5 | 23,2 | 15,7 | 9,4 | 3,7 | 3,1 | 29,3 | 27,1 |
| Toscana | 41,5 | 23,4 | 10,5 | 8,5 | 3,9 | 2,4 | 22,5 | 26,5 |
| Umbria | 47,3 | 29,6 | 18,1 | 12,7 | 3,1 | 3,4 | 25,5 | 31,5 |
| Marche | 40,2 | 23,0 | 8,2 | 8,2 | 5,0 | 5,2 | 33,2 | 34,6 |
| Lazio | 43,4 | 31,7 | 13,8 | 10,1 | 5,9 | 5,3 | 35,5 | 39,4 |
| Abruzzo | 51,1 | 30,6 | 9,9 | 8,3 | 3,3 | 4,3 | 33,5 | 36,8 |
| Molise | 48,9 | 35,1 | 8,9 | 9,1 | 4,7 | 4,1 | 33,5 | 43,7 |
| Campania | 53,4 | 34,4 | 19,9 | 18,7 | 2,9 | 2,9 | 48,0 | 62,3 |
| Puglia | 52,9 | 35,6 | 12,7 | 11,6 | 3,6 | 3,5 | 35,1 | 44,0 |
| Basilicata | 64,4 | 34,1 | 16,0 | 8,0 | 3,4 | 4,0 | 41,8 | 38,2 |
| Calabria | 56,4 | 40,5 | 13,0 | 9,9 | 3,4 | 3,5 | 34,2 | 35,4 |
| Sicilia | 54,4 | 32,6 | 14,5 | 7,6 | 2,6 | 2,9 | 36,6 | 44,0 |
| Sardegna | 50,1 | 37,5 | 12,5 | 12,3 | 5,2 | 3,8 | 26,0 | 38,5 |
| ITALIA | 44,9 | 29,8 | 12,8 | 10,3 | 4,6 | 4,3 | 31,4 | 35,9 |

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

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

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento⁴⁴ diffuso su tutto il territorio (+4,5 punti percentuali). Nel 2014 il valore nazionale, pari a 35,9%, registra un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente (-0,4 punti percentuali), consolidando il trend di riduzione in atto a partire dal 2010 (38,2%; -2,3 punti percentuali). Tutte le Regioni del Nord (ad ecce-

⁴⁴ La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde a un valore inferiore al 30% dei parti totali.

zione di Valle d'Aosta e, soprattutto, Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (< 30%). Le restanti Regioni, invece, ad eccezione della Toscana, si collocano tutte al di sopra dello standard ministeriale. Inoltre, nelle Regioni meridionali, ad eccezione di Abruzzo, Basilicata e Calabria, il peso del parto cesareo è cresciuto di circa 10 punti percentuali nel periodo considerato.

Sempre con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alla soglia di 500 parti/anno⁴⁵ (Tabella 3.12). I PN si distribuiscono, per l'80,2%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano circa il 45% dei punti nascita gestiti da strutture private accreditate e non accreditate. Rispetto al 2009, il numero di PN si è ridotto di 134 unità, con una diminuzione superiore nel privato, accreditato e non (-22,2%), rispetto al pubblico (-19,6%). Nello stesso periodo, la percentuale complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 8,6 punti percentuali, passando dal 63,3% al 71,9%. Nonostante il miglioramento a livello nazionale di tale indicatore, permangono delle importanti differenze interregionali, testimoniate dai valori significativamente al di sotto della media nazionale registrati in alcune Regioni caratterizzate da specificità legate al territorio (Sardegna, 42,1%) e/o di natura istituzionale (PA di Bolzano, 57,1%; PA di Trento, 28,6%), in Umbria (45,5%) e in Molise (33,3%).

Per quanto riguarda i DRG a rischio inappropriatelyzza (c.d. «DRG LEA»), il riferimento è ai 108 previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegati A e B). Dall'analisi SDO 2014, l'inappropriatelyzza è riconducibile prevalentemente a DRG di tipo medico (54,6% del totale DRG LEA – calcolato considerando i soli ricoveri ordinari). La Figura 3.14 mostra l'incidenza dei ricoveri ordinari acuti ad alto rischio di inappropriatelyzza sul totale dei ricoveri ordinari acuti nelle diverse Regioni, nel 2009 e nel 2014. Rispetto allo scorso anno, l'incidenza dei ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza è rimasta sostanzialmente invariata (17,5%, -0,2% rispetto al 2013), attestandosi tra il valore minimo del 11,7% in Sicilia fino al massimo del 22,6% registrato in Campania. Nel periodo 2009-2014, invece, si rileva un calo generalizzato nell'incidenza dei ricoveri potenzialmente inappropriati. Il valore nazionale, infatti, rispetto al 27,9% di rico-

⁴⁵ Tale valore viene indicato dall'OMS come il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché l'assistenza erogata sia conforme a un adeguato standard di qualità e di sicurezza. La soglia è stata ripresa a livello nazionale dall'Accordo Stato-Regioni relativo alle «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», sancito il 16 dicembre 2010, e ribadito dal DM 70/2015. Esse hanno previsto la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno [...]», e hanno stabilito, inoltre, che «la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate [...]».

Tabella 3.12 **Distribuzione dei punti nascita per Regione e tipo di istituto (2014)**

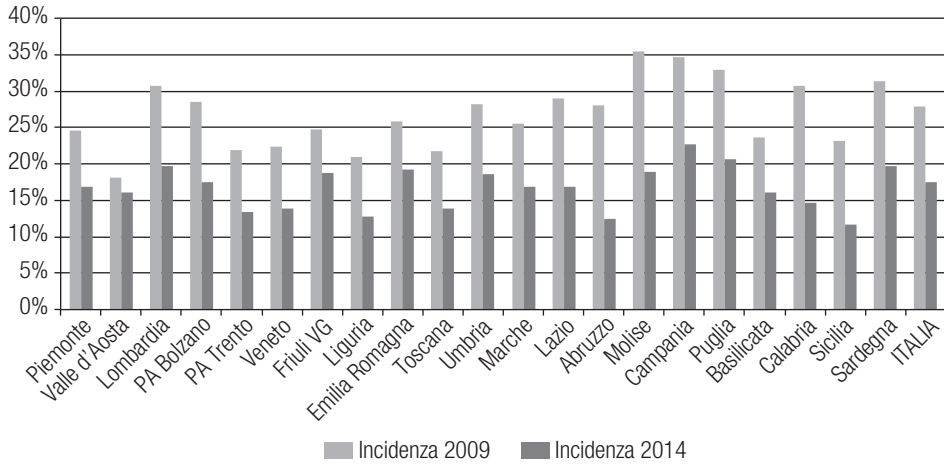
| Regione | Strutture pubbliche | Strutture private accreditate | Strutture private non accreditate | TOTALE | |
|--------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| | Numero punti nascita | Numero punti nascita | Numero punti nascita | Numero punti nascita | % con 500 parti e oltre |
| Piemonte | 29 | 0 | 0 | 29 | 82,8 |
| Valle d'Aosta | 1 | 0 | 0 | 1 | 100,0 |
| Lombardia | 59 | 14 | 0 | 73 | 82,2 |
| PA Bolzano | 7 | 0 | 0 | 7 | 57,1 |
| PA Trento | 6 | 1 | 0 | 7 | 28,6 |
| Veneto | 37 | 5 | 0 | 42 | 71,4 |
| Friuli VG | 10 | 1 | 0 | 11 | 81,8 |
| Liguria | 9 | 2 | 0 | 11 | 100,0 |
| Emilia Romagna | 28 | 2 | 0 | 30 | 70,0 |
| Toscana | 26 | 1 | 2 | 29 | 69,0 |
| Umbria | 11 | 0 | 0 | 11 | 45,5 |
| Marche | 16 | 0 | 0 | 16 | 75,0 |
| Lazio | 27 | 14 | 7 | 48 | 66,7 |
| Abruzzo | 12 | 0 | 0 | 12 | 83,3 |
| Molise | 3 | 0 | 0 | 3 | 33,3 |
| Campania | 37 | 30 | 0 | 67 | 70,1 |
| Puglia | 26 | 8 | 0 | 34 | 82,4 |
| Basilicata | 6 | 0 | 0 | 6 | 66,7 |
| Calabria | 13 | 3 | 0 | 16 | 87,5 |
| Sicilia | 47 | 12 | 0 | 59 | 66,1 |
| Sardegna | 16 | 3 | 0 | 19 | 42,1 |
| ITALIA 2014 | 426 | 96 | 9 | 531 | 71,9 |
| ITALIA 2009 | 530 | 124 | 11 | 665 | 63,3 |
| Delta% 09-14 | -19,6% | -22,6% | -18,2% | -20,2% | / |

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

veri in RO a rischio inappropriatezza del 2009, si è ridotto di 10,4 punti percentuali. Le Regioni centro-meridionali hanno registrato i miglioramenti più marcati (Molise, -16,5 punti percentuali; Calabria, -16,1; Abruzzo, -15,5; Lazio, 12,2; Campania, -12,0), avviando un'evidente dinamica di convergenza.

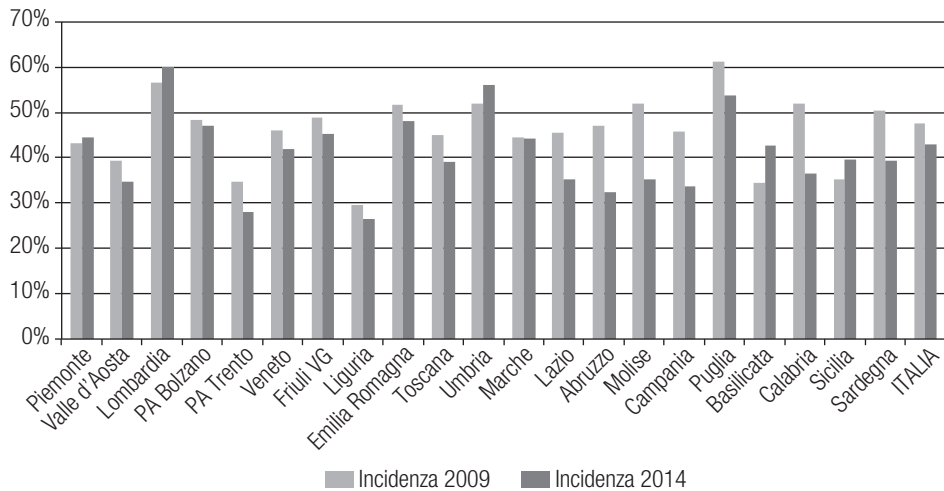
Nonostante l'incidenza complessiva sui ricoveri ordinari sia migliorata, permangono importanti margini nella capacità di erogare l'assistenza nel regime considerato più appropriato. La Figura 3.15 confronta l'incidenza dei ricoveri acuti riconducibili ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza erogati in RO rispetto al totale dei ricoveri per acuti a rischio inappropriatezza, nel 2009 e nel 2014. Seppure il valore registrato si mantenga elevato, nel periodo considerato si osserva un leggero trend di miglioramento a livello nazionale, con l'incidenza che passa dal 47,6% del 2009 al 42,9% del 2014. Lombardia, Umbria e Puglia

Figura 3.14 **Incidenza RO acuti a rischio inappropriatezza (DRG LEA, medici e chirurgici) sul totale RO acuti, per Regione (2009; 2014)**



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 3.15 **Incidenza RO acuti a rischio inappropriatezza (DRG LEA, medici e chirurgici) sul totale ricoveri acuti a rischio inappropriatezza, per Regione (2009; 2014)**



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

registrano, nel 2014, un'incidenza percentuale significativamente al di sopra della media nazionale (rispettivamente, 60,0%; 56,1%; 53,7%), evidenziando come, in queste Regioni, meno della metà dei ricoveri per acuti a rischio inappropriatezza siano erogati in regime diurno. Le percentuali più contenute si

osservano invece nella Provincia Autonoma di Trento (28,1%) e in Liguria (26,5%). Da un punto di vista dinamico, il trend di diminuzione a livello nazionale ha interessato pressoché tutte le Regioni, fatta eccezione per Piemonte (+1,2 punti percentuali), Lombardia (+3,5), Umbria (+4,0), Basilicata (+8,3) e Sicilia (+4,5), che registrano un peggioramento. Anche rispetto a tale indicatore, sono le Regioni centro-meridionali a far segnare i miglioramenti più significativi, specialmente in Molise (-16,6 punti percentuali), Calabria, (-15,4) e Abruzzo (-14,6).

3.4.2 Le attività territoriali

I dati di attività relativi all'assistenza territoriale sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute, che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO⁴⁶», che si è arricchito, proprio nel corso dell'ultimo quinquennio, di informazioni riguardanti le prestazioni extra-ospedaliere. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali.

L'ADI è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronic-degenerative in fase stabilizzata, che presentino una condizione di non autosufficienza. Gli interventi possono essere esclusivamente di tipo sociale oppure integrato socio-sanitario. L'obiettivo dell'ADI è quello di consentire al paziente di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente domestico, con un risparmio anche sul lato dei costi ospedalieri.

Nel 2012, mediamente, sono stati trattati in ADI 1.062 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 3.13), ma la differenziazione a livello regionale (a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati, oltre che di una diversa configurazione dei sistemi socio-sanitari regionali) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 144 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.984 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti, anziani nel 90,5% dei casi in Emilia Romagna e, solo, nel 49,8% dei casi nella Valle d'Aosta;
- ▶ intensità di assistenza erogata, pari a 74 ore per caso trattato in Molise e 6 in Friuli VG, contro una media nazionale di 22 ore per caso.

⁴⁶ Al momento della redazione del volume, la rilevazione 2013 non risulta ancora pubblicata. I dati presentati in questo paragrafo sono pertanto invariati rispetto a quelli presenti nel capitolo 3 del Rapporto OASI 2015.

Tabella 3.13 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2012)**

| Regione | Casi trattati | | | | Ore di assistenza erogata per caso trattato |
|--------------------|----------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| | Numero | x 100.000 abitanti | di cui anziani (%) (età > 65) | di cui pazienti terminali (%) | |
| Piemonte | 28.375 | 649 | 76,3 | 14,3 | 16 |
| Valle d'Aosta | 219 | 171 | 49,8 | 28,3 | 32 |
| Lombardia | 92.297 | 942 | 86,7 | 8,4 | 20 |
| PA Bolzano | 732 | 144 | 54,1 | 39,8 | 36 |
| PA Trento | 5.158 | 973 | 71,2 | 18,0 | 14 |
| Veneto | 67.649 | 1.386 | 81,8 | 10,1 | 11 |
| Friuli VG | 24.943 | 2.041 | 73,2 | 4,4 | 6 |
| Liguria | 17.500 | 1.118 | 88,3 | 7,8 | 29 |
| Emilia Romagna | 130.637 | 2.984 | 90,5 | 1,4 | 19 |
| Toscana | 22.309 | 604 | 78,3 | 16,5 | 21 |
| Umbria | 12.823 | 1.447 | 85,0 | 9,9 | 23 |
| Marche | 14.764 | 956 | 71,5 | 15,0 | 28 |
| Lazio | 53.895 | 970 | 85,9 | 9,1 | 22 |
| Abruzzo | 17.899 | 1.364 | 78,5 | 15,5 | 33 |
| Molise | 3.008 | 960 | 81,6 | 7,6 | 74 |
| Campania | 37.121 | 643 | 79,6 | 13,7 | 32 |
| Puglia | 21.482 | 530 | 79,4 | 15,8 | 38 |
| Basilicata | 7.535 | 1.308 | 85,9 | 14,0 | 46 |
| Calabria | 14.550 | 743 | 81,7 | 13,8 | 21 |
| Sicilia | 43.313 | 866 | 80,3 | 12,1 | 30 |
| Sardegna | 17.568 | 1.071 | 87,0 | 8,8 | 40 |
| ITALIA 2012 | 633.777 | 1.062 | 83,6 | 9,1 | 22 |
| ITALIA 2008 | 494.204 | 829 | 81 | 9,5 | 22 |
| Delta % 08-12 | 28,2% | 28,1% | / | / | / |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2012

Rispetto al 2008, a livello nazionale, si rileva un aumento dei casi trattati in termini sia assoluti (+28,2%), che calcolati in rapporto a 100.000 abitanti (+28,1%), benché il numero di ore per caso sia rimasto invariato. Da registrare, inoltre, un leggero spostamento della casistica dai pazienti terminali (-0,4 punti percentuali) e da altre categorie di pazienti (-2,2, non riportati in tabella) verso gli anziani (+2,6).

Un'ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituita dalle strutture residenziali⁴⁷ e semiresidenziali. Tra le varie forme di assistenza, a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 267.771 utenti a livello nazionale, 82% del totale, e una media di 219 giornate di assistenza per

⁴⁷ Per una definizione di strutture residenziali e semi-residenziali si veda il §3.3.

Tabella 3.14 Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2012)

| Regione | Assistenza psichiatrica | | | | | | Assistenza ai disabili psichici | | | | | | Assistenza agli anziani | | | | | | Assistenza ai disabili fisici | | | | | | |
|----------------|----------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|---------------------|---------------|---------------------------------|---------------|------------------------|------------|---------------------|------------|----------------------------|------------|------------------------|---------------|---------------------|---------------|-------------------------------|------------|------------------------|--------|---------------------|--|--|
| | Strutture semiresidenziali | | Strutture residenziali | | Totale | | Strutture semiresidenziali | | Strutture residenziali | | Totale | | Strutture semiresidenziali | | Strutture residenziali | | Totale | | Strutture semiresidenziali | | Strutture residenziali | | Totale | | |
| | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | Utenti | Giornate per utente | | |
| Piemonte | 3.320 | 51 | 1.897 | 275 | 325 | 1.335 | 170 | 1.281 | 291 | 461 | 856 | 145 | 26.080 | 231 | 376 | 737 | 151 | 999 | 202 | 354 | | | | | |
| Valle d'Aosta | 42 | 83 | 80 | 303 | 386 | | | 58 | 165 | 165 | | | 40 | 44 | 44 | | | 343 | 29 | 29 | | | | | |
| Lombardia | 6.796 | 81 | 6.074 | 220 | 301 | 231 | 174 | 676 | 341 | 515 | 10.139 | 127 | 82.980 | 245 | 371 | 5916 | 199 | 4.972 | 328 | 527 | | | | | |
| PA Bolzano | 343 | 34 | 240 | 185 | 219 | | | 244 | 50 | 50 | | | 5.169 | 269 | 269 | | | 40 | 365 | 365 | | | | | |
| PA Trento | 379 | 34 | 173 | 209 | 243 | | | 6 | 290 | 290 | | | 4.752 | 339 | 599 | | | 230 | 282 | | | | | | |
| Veneto | 3.856 | 75 | 2.132 | 273 | 347 | 5.548 | 185 | 3.483 | 272 | 458 | 2.233 | 117 | 39.917 | 229 | 346 | 1224 | 179 | 1.339 | 151 | 330 | | | | | |
| Friuli VG | 2.235 | 40 | 1.653 | 61 | 101 | 212 | 68 | 153 | 233 | 302 | 302 | 469 | 89 | 18.125 | 151 | 240 | 57 | 12 | 2.156 | 35 | 46 | | | | |
| Liguria | 827 | 67 | 1005 | 292 | 358 | 155 | 210 | 190 | 303 | 512 | 802 | 123 | 13.540 | 155 | 278 | 61 | 255 | 59 | 197 | 452 | | | | | |
| Emilia Romagna | 3.056 | 94 | 6.766 | 90 | 184 | | | 14 | 279 | 279 | 5.168 | 206 | 25.095 | 222 | 428 | 4170 | 179 | 2.429 | 296 | 475 | | | | | |
| Toscana | 2.482 | 86 | 1.327 | 233 | 318 | 908 | 139 | 982 | 276 | 415 | 1.972 | 133 | 17.770 | 221 | 354 | 446 | 171 | 987 | 126 | 297 | | | | | |
| Umbria | 417 | 90 | 730 | 248 | 338 | 276 | 157 | 145 | 245 | 402 | 471 | 100 | 3.692 | 196 | 296 | 282 | 145 | 199 | 75 | 221 | | | | | |
| Marche | 469 | 117 | 807 | 198 | 315 | 186 | 105 | 126 | 281 | 386 | 76 | 138 | 4.302 | 122 | 260 | 8 | 179 | 237 | 72 | 251 | | | | | |
| Lazio | 2.501 | 61 | 3.014 | 147 | 208 | 123 | 140 | 327 | 290 | 430 | 88 | 69 | 6.937 | 256 | 325 | 4 | 181 | 295 | 262 | 443 | | | | | |
| Abruzzo | 312 | 138 | 692 | 263 | 401 | | | 173 | 355 | 355 | | | 3.444 | 147 | 147 | | | 104 | 235 | 235 | | | | | |
| Molise | 63 | 252 | 177 | 288 | 540 | | | | | | | | 48 | 191 | 191 | | | | | | | | | | |
| Campania | 3.510 | 52 | 1.016 | 235 | 287 | 376 | 154 | 442 | 329 | 483 | 131 | 91 | 999 | 203 | 294 | 103 | 188 | 311 | 300 | 488 | | | | | |
| Puglia | 4.299 | 52 | 1.810 | 288 | 340 | 551 | 191 | 458 | 321 | 512 | 150 | 159 | 6.855 | 182 | 341 | 143 | 211 | 363 | 366 | 577 | | | | | |
| Basilicata | 67 | 172 | 352 | 275 | 447 | | | 211 | 78 | 78 | | | 425 | 154 | 154 | | | 72 | 32 | 32 | | | | | |
| Calabria | 522 | 19 | 363 | 276 | 296 | 4 | 49 | 417 | 306 | 355 | | | 1.897 | 247 | 247 | 16 | 12 | 500 | 78 | 90 | | | | | |
| Sicilia | 1.665 | 49 | 1.652 | 253 | 302 | 29 | 23 | 514 | 224 | 247 | 78 | 79 | 5.490 | 55 | 134 | 5 | 120 | 334 | 139 | 259 | | | | | |
| Sardegna | 673 | 35 | 330 | 262 | 297 | 70 | 136 | 322 | 160 | 296 | 5 | 124 | 214 | 132 | 256 | 29 | 180 | 824 | 91 | 272 | | | | | |
| ITALIA | 37.834 | 66 | 32.290 | 196 | 263 | 10.004 | 172 | 10.222 | 271 | 443 | 23.233 | 146 | 267.771 | 219 | 365 | 13.201 | 185 | 16.793 | 213 | 398 | | | | | |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2012

utente (fortemente differenziate a livello regionale, dalle 44 della Valle D'Aosta alle 339 della PA di Trento). Nelle strutture semiresidenziali prevale, invece, l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 37.834 utenti (pari al 45% del totale utenti di strutture semiresidenziali) e richiede mediamente 66 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 34 delle Province autonome di Bolzano e Trento alle 252 del Molise) (Tabella 3.14).

Gli Istituti e i Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale ex art.26, 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 2012 sono state rilevate 1.027 strutture riabilitative con 14.549 posti per l'attività di tipo residenziale e 14.085 per l'attività di tipo semiresidenziale, nel complesso pari a 48 posti ogni 100.000 abitanti e prevalentemente dislocati presso strutture private accreditate (85% dei posti in strutture residenziali, 94% in quelle semi-residenziali). Questi *setting* assistenziali negli ultimi anni registrano una capacità di accoglienza stabile e un numero di utenti totali assistiti in regime residenziale superiore a quelli assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 57.044 e 23.666 utenti). Tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa: in particolare, la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali, mentre per la riabilitazione psico-sensoriale si registra una sostanziale equivalenza tra i due *setting*; tutte le altre tipologie di riabilitazione sono prevalentemente svolte in strutture residenziali.

Un aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi. Diabete, asma, influenza nell'anziano e patologie alcool-correlate sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (a livello nazionale, rispettivamente: 14,6; 7,5; 3,6; 29,0 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate (Tabella 3.15). La PA di Bolzano mostra i valori più alti sia per diabete, con 33,8 ricoveri per 100.000 abitanti rispetto al 14,6 di media nazionale (seppure in sensibile riduzione rispetto al 2011, -8,5 punti percentuali), sia per patologie alcool correlate (97,6 e una media nazionale pari a 29,0). Per influenza dell'anziano presentano i valori più alti Sardegna e, ancora, Bolzano (rispettivamente 11,4 e 9,3), mentre Liguria (11,8), Lombardia (11,6) e Campania (11,3) registrano il dato più alto per l'asma. Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.162 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con valori massimi in

Tabella 3.15 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2014)**

| Regione | TO per diabete non controllato | TO per asma nell'adulto | TO per influenza nell'anziano | TO std per patologie correlate all'alcool | TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni) |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---|--|
| Piemonte | 7,3 | 4,4 | 1,7 | 24,0 | 846,5 |
| Valle d'Aosta | 2,8 | 6,3 | 7,1 | 94,3 | 1.183,7 |
| Lombardia | 18,7 | 11,6 | 2,9 | 28,3 | 1.138,6 |
| PA Bolzano | 33,8 | 10,7 | 9,3 | 97,6 | 1.415,5 |
| PA Trento | 13,9 | 5,5 | 4,6 | 32,9 | 1.082,7 |
| Veneto | 17,7 | 7,2 | 3,7 | 32,1 | 1.280,5 |
| Friuli VG | 13,0 | 4,5 | 4,9 | 42,1 | 1.261,3 |
| Liguria | 11,4 | 11,8 | 1,4 | 49,3 | 933,6 |
| Emilia Romagna | 24,4 | 6,1 | 5,9 | 36,6 | 1.241,1 |
| Toscana | 6,1 | 4,8 | 2,0 | 26,4 | 965,6 |
| Umbria | 15,6 | 7,2 | 7,4 | 29,0 | 1.307,5 |
| Marche | 8,5 | 4,8 | 1,6 | 32,9 | 1.077,5 |
| Lazio | 14,4 | 4,4 | 3,2 | 20,6 | 1.107,4 |
| Abruzzo | 13,9 | 4,3 | 4,7 | 29,2 | 1.664,6 |
| Molise | 15,7 | 2,0 | 1,4 | 33,7 | 1.520,9 |
| Campania | 11,6 | 11,3 | 2,6 | 24,1 | 1.355,7 |
| Puglia | 16,0 | 9,0 | 5,0 | 28,5 | 1.195,6 |
| Basilicata | 12,5 | 3,6 | 3,3 | 26,7 | 1.186,8 |
| Calabria | 9,1 | 7,0 | 3,8 | 30,4 | 1.088,7 |
| Sicilia | 11,7 | 5,4 | 2,8 | 15,2 | 1.339,4 |
| Sardegna | 23,2 | 9,0 | 11,4 | 52,2 | 952,2 |
| ITALIA 2014 | 14,6 | 7,5 | 3,6 | 29,0 | 1.161,7 |
| ITALIA 2009 | 26,0 | 11,8 | 9,5 | 41,8 | 1.244,9 |
| Delta% 09-14 | -43,8% | -36,2% | -62,5% | -30,7% | -6,7% |

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO Ministero della Salute

Abruzzo (1.664,6). Da notare, comunque, una diminuzione generalizzata delle ospedalizzazioni tra il 2009 e il 2014, dal minimo relativo dell'insufficienza cardiaca (-6,7%) al massimo dell'influenza nell'anziano (-62,5%; -34% solo nell'ultimo anno: da 5,4 a 3,6).

Per garantire un'assistenza medica di base continuativa, le ASL hanno storicamente garantito 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 orga-

nizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. È al momento in fase di dibattito una possibile riforma della guardia medica proposta dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin: l'atto di indirizzo per il rinnovo delle convenzioni dei medici di famiglia, approvato dal Comitato di settore Regioni-Sanità il 13 aprile 2016, prevede infatti l'introduzione del ruolo unico per i medici di cure primarie e il superamento dell'attuale distinzione tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale. L'applicazione della nuova riforma porterebbe alla nascita di studi medici h16, con copertura garantita dalle 8 fino a mezzanotte, mentre nella fascia oraria mezzanotte – 8 del mattino il cittadino dovrebbe rivolgersi esclusivamente al 118 e ai servizi ospedalieri di pronto soccorso.

Per quanto riguarda i più recenti dati, fermi al 2012, sono stati rilevati in Italia 2.893 punti di guardia medica (Tabella 3.16), in lieve calo rispetto al 2008 (2.984). I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle Regioni del

Tabella 3.16 **Attività di guardia medica, per Regione (2012)**

| Regione | Punti di guardia medica | Ore prestate | Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti | Visite effettuate per 100.000 abitanti |
|--------------------|-------------------------|-------------------|--|--|
| Piemonte | 140 | 974.283 | 398 | 13.886 |
| Valle d'Aosta | 9 | 63.842 | 890 | 16.820 |
| Lombardia | 236 | 1.632.260 | 320 | 11.122 |
| PA Bolzano | 6 | 24.553 | | 3.376 |
| PA Trento | 32 | 231.725 | 1.213 | 16.782 |
| Veneto | 112 | 1.067.496 | 245 | 12.981 |
| Friuli VG | 48 | 309.347 | 451 | 14.267 |
| Liguria | 55 | 326.729 | 482 | 8.166 |
| Emilia Romagna | 160 | 1.209.970 | 143 | 16.915 |
| Toscana | 174 | 1.054.348 | 539 | 17.327 |
| Umbria | 43 | 373.916 | 406 | 20.860 |
| Marche | 87 | 564.571 | 252 | 22.442 |
| Lazio | 119 | 948.962 | 141 | 5.422 |
| Abruzzo | 95 | 605.002 | 267 | 20.752 |
| Molise | 52 | 293.855 | 625 | 35.682 |
| Campania | 187 | 1.839.528 | 237 | 21.316 |
| Puglia | 260 | 1.662.424 | 209 | 16.714 |
| Basilicata | 105 | 721.544 | 402 | 27.040 |
| Calabria | 327 | 1.905.525 | 476 | 45.174 |
| Sicilia | 428 | 2.187.816 | 318 | 30.456 |
| Sardegna | 218 | 1.274.492 | 782 | 25.843 |
| ITALIA 2012 | 2.893 | 19.272.188 | 320 | 17.176 |
| ITALIA 2008 | 2.984 | 20.518.733 | 336 | 16.822 |
| Delta% 08-12 | -3,0% | -6,1% | -4,9% | 2,1% |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2012

Sud: il 50% è concentrato nelle cinque principali regioni meridionali (nell'ordine: Sicilia, Calabria, Puglia, Sardegna e Campania). Inoltre, si contano 12.027 medici titolari, ovvero 20 medici ogni 100.000 abitanti. A livello territoriale, si registra una realtà notevolmente diversificata relativamente sia ai ricoveri prescritti, che alle visite effettuate. In media, vengono prescritti 320 ricoveri ogni 100.000 abitanti (in calo rispetto ai 336 del 2009, ma in rialzo rispetto ai 296 del 2011), con grandi differenze regionali (PA Trento 1.213, Lazio 141). Le visite effettuate, su scala nazionale, sono 17.176 per 100.000 abitanti, in leggero aumento rispetto al dato 2008 (16.822). I livelli di attività più alti si registrano in Calabria (45.174), i più ridotti nella PA di Bolzano (3.376) e nel Lazio (5.422)⁴⁸.

3.5 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

L'analisi dei bisogni, della domanda e del suo grado di soddisfacimento richiede di considerare una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le Regioni e all'interno delle stesse.

Un'analisi approfondita di tutte le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Di seguito, si presentano solo alcuni indicatori utili per delineare il quadro demografico, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner, 1998; Herwartz e Theilen, 2003; Spillman e Lubitz, 2000).

Nel corso del 2015, secondo i dati ISTAT (2016), la popolazione è rimasta pressoché stabile, raggiungendo, al 1 gennaio 2016, quota 60 milioni 665 mila residenti (Tabella 3.17). Si registra un saldo negativo di 130.061 unità rispetto alla stessa data di inizio 2015: è la prima diminuzione consistente negli ultimi novanta anni. Il tasso di diminuzione della popolazione, pari a 2 residenti ogni 1.000 abitanti, è da leggere considerando un saldo naturale (differenza tra nascite e morti) negativo di 162 mila unità (dato non riportato in tabella): il saldo naturale è in realtà positivo per gli stranieri (quasi 66 mila unità), mentre per gli italiani il deficit è molto ampio e pari a 227.390 unità. Il movimento migratorio mostra invece un saldo positivo con l'estero, pari a circa 133 mila unità, seppure in lieve flessione rispetto agli anni precedenti (ISTAT, 2015).

Nel 2015 la quota di ultra 64enni ha raggiunto il 22% della popolazione (+0,3% rispetto al 2014). I minori di 15 anni rappresentano invece il 13,7% (-0,1%). L'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età non attiva e attiva, ha toccato nel 2014 un valore pari a 55,5 (+0,5). Negli ultimi dieci anni l'indice è aumentato di circa 7 punti percentuali.

⁴⁸ La variabilità del dato è probabilmente influenzata da problemi di definizione e raccolta delle prestazioni.

Tabella 3.17 Indicatori di struttura demografica, per Regione (1 gennaio 2016)

| Regione | Abitanti | % 0-14 anni | % 65 anni o più | Età Media | Indice Dipendenza strutturale (1) | Tasso di crescita per 1.000 ab. (2) |
|---------------------|-------------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Piemonte | 4.404.246 | 12,8% | 24,8% | 46,4 | 60,2 | -4,6 |
| Valle d'Aosta | 127.329 | 13,7% | 22,8% | 45,3 | 57,6 | -7,6 |
| Lombardia | 10.008.349 | 14,1% | 21,9% | 44,6 | 56,2 | 0,6 |
| PA Bolzano | 520.891 | 16,0% | 19,2% | 42,3 | 54,1 | 4,6 |
| PA Trento | 538.223 | 14,8% | 21,1% | 43,9 | 56,1 | 1,5 |
| Trentino Alto Adige | 1.059.114 | 15,4% | 20,1% | 43,1 | 55,1 | 3,0 |
| Veneto | 4.915.123 | 13,8% | 22,0% | 44,8 | 55,8 | -2,5 |
| Friuli VG | 1.221.218 | 12,4% | 25,5% | 46,9 | 61,0 | -4,8 |
| Liguria | 1.571.053 | 11,5% | 28,2% | 48,5 | 65,8 | -7,7 |
| Emilia Romagna | 4.448.146 | 13,4% | 23,6% | 45,7 | 58,8 | -0,5 |
| Toscana | 3.744.398 | 12,8% | 24,9% | 46,5 | 60,4 | -2,2 |
| Umbria | 891.181 | 12,9% | 24,8% | 46,3 | 60,5 | -4,0 |
| Marche | 1.543.752 | 13,1% | 24,0% | 45,9 | 59,0 | -4,6 |
| Lazio | 5.888.472 | 13,7% | 21,0% | 44,3 | 53,1 | -0,7 |
| Abruzzo | 1.326.513 | 12,7% | 23,0% | 45,4 | 55,5 | -3,8 |
| Molise | 312.027 | 11,7% | 23,6% | 46,0 | 54,7 | -4,2 |
| Campania | 5.850.850 | 15,2% | 17,9% | 41,7 | 49,5 | -1,8 |
| Puglia | 4.077.166 | 13,8% | 20,9% | 43,7 | 53,2 | -3,2 |
| Basilicata | 573.694 | 12,5% | 21,9% | 44,9 | 52,5 | -5,1 |
| Calabria | 1.970.521 | 13,6% | 20,5% | 43,6 | 51,9 | -3,1 |
| Sicilia | 5.074.261 | 14,3% | 20,2% | 43,1 | 52,6 | -3,5 |
| Sardegna | 1.658.138 | 11,8% | 22,1% | 45,7 | 51,3 | -3,1 |
| <i>Nord ovest</i> | <i>16.110.977</i> | <i>13,5%</i> | <i>23,3%</i> | <i>45,5</i> | <i>58,2</i> | <i>-1,7</i> |
| <i>Nord est</i> | <i>11.643.601</i> | <i>13,7%</i> | <i>22,8%</i> | <i>45,2</i> | <i>57,4</i> | <i>-1,5</i> |
| <i>Centro</i> | <i>12.067.803</i> | <i>13,3%</i> | <i>22,9%</i> | <i>45,3</i> | <i>56,6</i> | <i>-1,9</i> |
| <i>Sud</i> | <i>14.110.771</i> | <i>14,2%</i> | <i>19,9%</i> | <i>43,1</i> | <i>51,6</i> | <i>-2,8</i> |
| <i>Isole</i> | <i>6.732.399</i> | <i>13,7%</i> | <i>20,7%</i> | <i>43,8</i> | <i>52,3</i> | <i>-3,4</i> |
| ITALIA | 60.665.551 | 13,7% | 22,0% | 44,7 | 55,5 | -2,1 |

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

(2) Calcolato come rapporto tra il saldo totale dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000. Il saldo totale di un territorio, a sua volta, è calcolato come è la somma del saldo naturale (differenza tra nascite e morti), del saldo migratorio per trasferimento/cancellazione di residenza e del saldo per altri motivi. Il dato è calcolato con riferimento all'anno solare 2015 (gennaio-dicembre).

Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT, bilancio demografico (2016)

A livello territoriale (Tabella 3.17), 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 regionale, è la Liguria (28,2%), che ha anche l'età media più elevata (48,5 anni). Tra le aree con l'età media più bassa compaiono invece la Campania (41,7) e la PA di

Bolzano (42,3), che presentano anche le maggiori percentuali di popolazione sotto i 15 anni (15,2%, 16%). A livello di macro-aree ISTAT, il Sud presenta una popolazione leggermente più giovane (42,9) rispetto alla media nazionale (44,4).

Lo stato di salute della popolazione è influenzato, oltre che dalle politiche sanitarie pregresse e dall'operato delle aziende, anche da molteplici fattori sociali e demografici. Su quest'ultimo punto si concentra il seguito del paragrafo, attraverso l'individuazione di adeguati indicatori in grado di rappresentare i livelli di efficacia (rapporto *output/outcome*) raggiunti dal SSN. Nel Riquadro 3.2 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2002.

Riquadro 3.2 **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 (Borگونovi e Zangrandi 1996):

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

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

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

- ▶ flussi di mobilità;
- ▶ tempi di attesa;

- ▶ scelte di uscita dal sistema pubblico di tutela della salute per accedere alle prestazioni sanitarie e relative motivazioni;
- ▶ rinuncia a prestazioni sanitarie;
- ▶ grado di soddisfazione dei cittadini per le prestazioni sanitarie.

Di seguito si presentano dati relativi ad alcuni di questi 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 nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali.

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

La Figura 3.16 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2014 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna Regione due variabili:

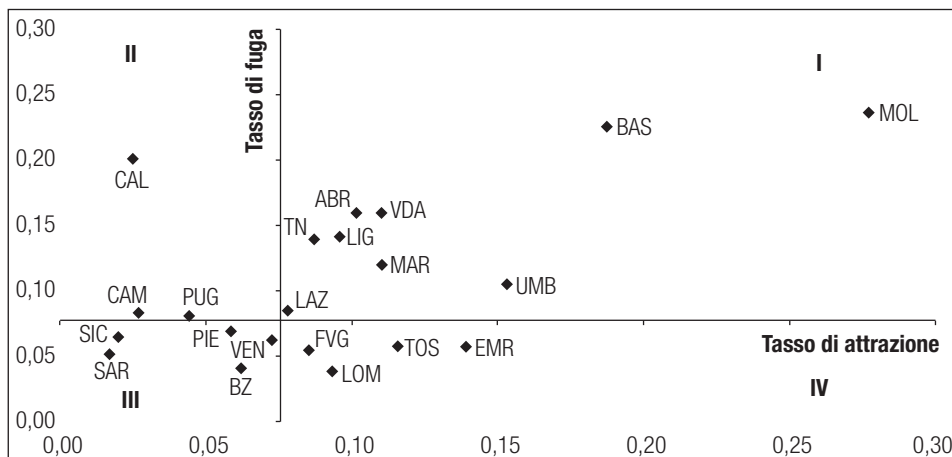
- ▶ tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori Regione sul totale dei ricoveri dei residenti della Regione;
- ▶ tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della Regione.

In questo modo, è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le Regioni come indicato nel Riquadro 3.3.

Riquadro 3.3 **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 e 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).

Figura 3.16 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2014)**



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

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

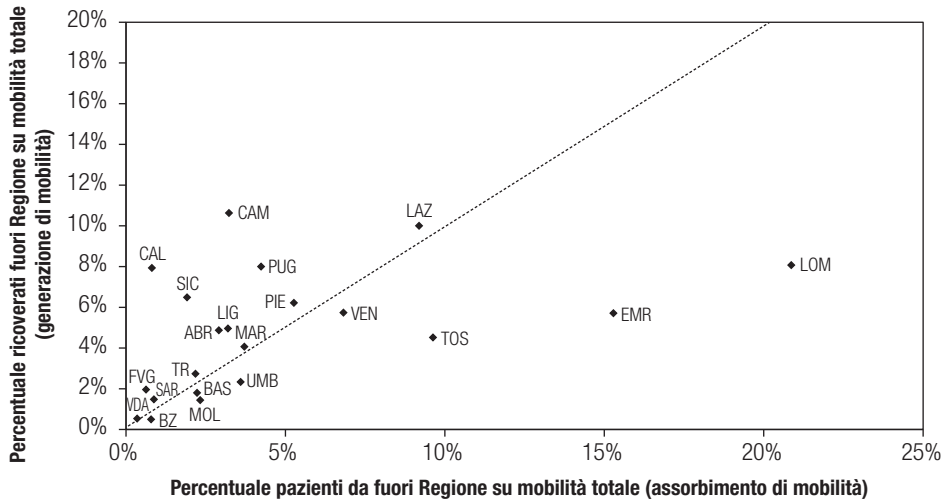
Nel periodo 2008-2014, l'entità complessiva della mobilità fuori Regione è lievemente aumentata, passando dal 7,4% dei ricoveri ordinari per acuti al 7,8% nel 2014. Tra il 2013 e il 2014, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga, con una variazione massima di 1,8 punti percentuali nell'incremento dell'indice di attrazione della Basilicata (da 17,0% a 18,8%).

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

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

A differenza della Figura 3.16, gli indicatori utilizzati nella Figura 3.17 non scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni. Sono, quindi, meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole Regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresen-

Figura 3.17 **Assorbimento (*) e generazione (**) della mobilità nelle Regioni (2014)**



(*) 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

tazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni Regione. Le Regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo negativo, le altre positivo. In particolare:

- ▶ la Lombardia attrae il 20,9% della mobilità complessiva fuori Regione, seguita da Emilia Romagna (15,3%), Toscana (9,6%) e Lazio (9,2%);
- ▶ se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori Regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,6%), seguita da Lazio (10,0%), Lombardia (8,1%), e Puglia (8,0%).

Altrettanto importante è valutare il profilo complessivo di salute della popolazione, analizzando alcune principali dimensioni che permettono di valutare la dimensione degli *outcome* sanitari. L'ISTAT offre tramite il Rapporto BES (Benessere equo e sostenibile), giunto nel 2015 alla sua terza edizione, un quadro integrato dei principali fenomeni economici e sociali che caratterizzano il nostro Paese.

Un indicatore di *outcome* globale è certamente la speranza di vita. Come si evince dalla Tabella 3.18, il peggioramento nella dinamica demografica analizzato in precedenza ha portato nel 2015 a una diminuzione della speranza di vita. Per entrambi i sessi si registra, infatti, una lieve riduzione dei valori elaborati

Tabella 3.18 **Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per sesso (2010-2015)**

| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Maschi | speranza di vita alla nascita | 79,3 | 79,5 | 79,6 | 79,8 | 80,3 | 80,1 |
| | speranza di vita a 65 anni | 18,2 | 18,3 | 18,3 | 18,6 | 18,9 | 18,7 |
| Femmine | speranza di vita alla nascita | 84,3 | 84,4 | 84,4 | 84,6 | 85 | 84,7 |
| | speranza di vita a 65 anni | 21,7 | 21,8 | 21,8 | 22 | 22,3 | 22 |

Fonte: ISTAT, 2016

ti dall'ISTAT, che comunque collocano il nostro Paese ai vertici in sede europea e mondiale. Permane la significativa differenza fra le aspettative di vita alla nascita di maschi e femmine, anche se tende lievemente a diminuire: da 5 anni a favore delle femmine nel 2010 a 4,6 nel 2015. La riduzione, inoltre, risulta replicata in tutte le classi d'età: tra gli anziani, la riduzione della speranza di vita è allineata con il dato complessivo, anche perchè l'aumento della mortalità si è prevalentemente concentrato in questa classe. Il trend riportato è uniforme anche a livello territoriale: restano pertanto immutate alcune differenze tra Centro-Nord e Sud che vedono l'aspettativa di vita nelle Regioni meridionali ancora mediamente di un anno inferiore rispetto alla Regioni del Nord (dati non riportati in Tabella).

L'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana», riferendosi a dati relativi al 2013, aggiunge ulteriori elementi a questo riguardo, riportando anche la speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (Tabella 3.19). Le differenze tra Nord e Sud diventano più marcate quando si considerano queste due variabili: gli abitanti delle Regioni del Nord Italia si aspettano alla nascita di vivere in buona salute 4,6 anni in più rispetto ai residenti nel Mezzogiorno, e a 65 anni quasi 3 anni in più senza limitazioni nelle attività quotidiane. Sempre secondo ISTAT, le diffe-

Tabella 3.19 **Speranza di vita e di vita in buona salute alla nascita, speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni, per area geografica (2013)**

| | Speranza di vita alla nascita | Speranza di vita in buona salute alla nascita | Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni |
|---------------|-------------------------------|---|--|
| Nord | 82,5 | 60,0 | 10,3 |
| Centro | 82,3 | 58,6 | 9,5 |
| Mezzogiorno | 81,5 | 55,4 | 7,5 |
| Italia | 82,2 | 58,2 | 9,2 |

Fonte: ISTAT, 2015

renze territoriali «già marcate negli anni precedenti si sono acuite nel 2013 con un costante miglioramento dei dati relativi agli ultimi cinque anni soprattutto per le donne del Nord, meno rilevanti ma importanti per le donne del Centro e gli uomini del Nord e invece bassi e non significativi per entrambi i sessi nel Mezzogiorno».

Variabili legate agli stili di vita e alla qualità dell'alimentazione possono avere un impatto rilevante sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari, oltre che contribuire a spiegare parte delle differenze appena menzionate. La Tabella 3.21 riporta gli indicatori tracciati nel BES relativi ai fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita⁴⁹. Si evidenziano rilevanti differenze territoriali: nelle Regioni meridionali la percentuale di persone di 18 e più anni in sovrappeso o obese sfiora il 50% rispetto al 41,9% delle Regioni del Nord (media Italia 44,6), con un valore massimo del 52,6% in Campania mentre il minimo si rileva nella Provincia Autonoma di Trento con il 35,1%. Allo stesso tempo, la percentuale di popolazione di 14 e più anni che non svolge alcuna attività fisica raggiunge al Sud il 54,4% (regioni del Nord 29,4% e media Italia 39,7%), mentre la proporzione della popolazione con più di 3 anni che consuma quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura scende al 13,7% (Regioni del Centro 21,2% e media Italia 18,1%). Per quanto riguarda i dati relativi al fumo si denota un sostanziale allineamento tra tutti i contesti geografici, mentre il consumo di alcol presenta un'incidenza inferiore di individui con comportamento a rischio al Sud (13,2%) rispetto ai livelli massimi delle Regioni del Nord con il 18,2% (valore massimo presso la PA di Bolzano, 27,6%). A questo riguardo, il Rapporto BES sottolinea l'importanza delle disuguaglianze sociali evidenziando che «*le persone con elevato titolo di studio, a parità di età, godono di migliori condizioni sia di salute fisica che mentale, hanno comportamenti più salutari*⁵⁰».

Proprio nel 2016 sono state prodotte per la prima volta tavole di mortalità secondo il livello di istruzione: prendendo come riferimento le tavole di mortalità e la popolazione residente nel 2012, ISTAT ha studiato la relazione tra la speranza di vita e il livello di istruzione. I risultati appaiono molto significativi e

⁴⁹ Sono inclusi in questa sezione:

- Eccesso di peso: proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso e obese.
- Fumo: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare.
- Alcol: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio (eccesso nel consumo di alcol, binge drinking – concentrazione in un'unica occasione di oltre 6 unità alcoliche).
- Sedentarietà: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica.
- Alimentazione: proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura.

⁵⁰ Ad eccezione del consumo a rischio di alcool per il quale non si registra questa associazione (BES 2015, pag. 76).

Tabella 3.20 **Indicatori relativi a fattori di rischio o protezione della salute, per Regione (2014)**

| | Eccesso di peso | Fumo | Alcol | Sedentarietà | Alimentazione |
|-----------------------|------------------------|-------------|--------------|---------------------|----------------------|
| Piemonte | 38,9 | 21,0 | 18,9 | 32,3 | 23,6 |
| Valle d'Aosta | 38,6 | 18,8 | 23,1 | 29,4 | 16,1 |
| Lombardia | 41,3 | 20,3 | 17,1 | 29,1 | 17,8 |
| Trentino-Alto Adige | 38,7 | 18,7 | 24,3 | 17,6 | 16,4 |
| <i>Bolzano/Bozen</i> | <i>42,4</i> | <i>20,6</i> | <i>27,6</i> | <i>19,8</i> | <i>12,9</i> |
| <i>Trento</i> | <i>35,1</i> | <i>16,9</i> | <i>21,0</i> | <i>15,4</i> | <i>19,7</i> |
| Veneto | 43,4 | 16,9 | 19,8 | 27,6 | 20,6 |
| Friuli-Venezia Giulia | 42,6 | 21,1 | 21,2 | 27,4 | 19,2 |
| Liguria | 40,6 | 19,3 | 15,4 | 35,6 | 19,9 |
| Emilia-Romagna | 45,7 | 20,3 | 16,7 | 30,1 | 21,4 |
| Toscana | 42,0 | 18,0 | 16,9 | 33,0 | 20,5 |
| Umbria | 44,8 | 22,1 | 15,5 | 39,6 | 28,3 |
| Marche | 45,1 | 20,7 | 14,8 | 34,3 | 21,2 |
| Lazio | 41,2 | 21,6 | 12,9 | 42,7 | 20,6 |
| Abruzzo | 48,4 | 21,2 | 17,1 | 43,8 | 17,3 |
| Molise | 50,7 | 18,3 | 18,8 | 43,1 | 14,6 |
| Campania | 52,6 | 22,3 | 11,9 | 56,2 | 16,5 |
| Puglia | 50,0 | 18,9 | 13,6 | 56,5 | 8,5 |
| Basilicata | 49,6 | 19,5 | 15,7 | 52,0 | 6,2 |
| Calabria | 50,3 | 16,5 | 12,8 | 54,9 | 10,0 |
| Sicilia | 48,7 | 20,2 | 10,7 | 60,4 | 13,3 |
| Sardegna | 40,6 | 20,2 | 19,4 | 37,1 | 20,4 |
| <i>Nord</i> | <i>41,9</i> | <i>19,7</i> | <i>18,2</i> | <i>29,4</i> | <i>19,9</i> |
| <i>Centro</i> | <i>42,2</i> | <i>20,4</i> | <i>14,6</i> | <i>38,3</i> | <i>21,2</i> |
| <i>Mezzogiorno</i> | <i>49,5</i> | <i>20,2</i> | <i>13,2</i> | <i>54,4</i> | <i>13,7</i> |
| Italia | 44,6 | 20,0 | 15,8 | 39,7 | 18,1 |

Fonte: ISTAT, 2015

permettono di evidenziare il notevole peso delle differenze culturali e socio-economiche sulle aspettative di vita, pari se non superiore a quello sempre attribuito alle differenze territoriali. Come evidenziato in Tabella 3.21, la speranza di vita alla nascita di persone di sesso maschile senza alcun titolo di studio o con licenza elementare è stata calcolata pari a 77,2 anni, mentre quella di una persona laureata o con titolo superiore è pari a 82,4 anni: una differenza di ben 5,2 anni. La differenza per persone con identici percorsi formativi ma di sesso femminile è valutata inferiore (2,7 anni), ma sempre significativa.

La Tabella 3.21, oltre a riassumere questi risultati, evidenzia anche che le differenze tra persone con titolo di studio diverso persistono nel corso della vita per tutte le classi d'età, anche se tendono ad essere meno rilevanti in valore as-

soluta (ma non in quello relativo) dopo i 65 anni, sia per i maschi che per le femmine. Considerando che il titolo di studio, oltre ad essere un indicatore del livello di preparazione e di status sociale degli individui, è anche e soprattutto una variabile *proxy* della condizione economica, l'analisi proposta da ISTAT induce a considerare le disuguaglianze economiche come una spiegazione importante nella valutazione dello stato di salute delle persone e delle loro aspettative di vita. Naturalmente le variabili economiche sono strettamente collegate ad altre, come il ricorso ai servizi sanitari pubblici e privati, gli stili di vita, l'accesso alle attività di prevenzione, la qualità dell'alimentazione e dell'abitazione, che nel loro insieme possono avere differenti effetti sulla speranza di vita: sarebbe quindi necessario isolare i reali effetti del reddito rispetto ad altre variabili. In prima approssimazione e con inevitabile cautela, si può tuttavia fornire anche in questa sede un elemento di riflessione per i responsabili delle *policy* e per gli operatori sanitari, soprattutto per quelli che operano nei settori della prevenzione e della tutela della salute sui luoghi di lavoro.

L'insieme di queste analisi consente quindi di richiamare l'attenzione degli operatori sanitari a tutti i livelli sull'importanza, accanto ai fattori territoriali, delle differenze sociali e culturali come spiegazione dei differenziali nelle domande di servizi sanitari a livello regionale e della loro efficacia in termini di impatto sulla salute dei cittadini.

Da questo punto di vista, si prefigurano alcune scelte di *policy* obbligate per tutti i SSR che mirino a potenziare capitoli come la prevenzione, l'educazione alimentare, la diffusione di stili di vita corretti e salutistici e che possano al contempo migliorare l'accesso ai servizi da parte della popolazione meno istruita e in condizioni economiche e sociali meno favorevoli.

Tabella 3.21 **Speranza di vita, per livello di istruzione e genere (2012)**

| | MASCHI | | | | | FEMMINE | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 0 anni | 25 anni | 45 anni | 65 anni | 80 anni | 0 anni | 25 anni | 45 anni | 65 anni | 80 anni |
| nessun titolo o licenza elementare – A | 77,2 | 52,8 | 34,2 | 17,8 | 7,8 | 83,2 | 58,7 | 39,6 | 21,6 | 9,7 |
| Licenza media inferiore – B | 79,4 | 55 | 36 | 18,6 | 8,1 | 84,6 | 60,1 | 40,5 | 22,1 | 10,1 |
| licenza media superiore – C | 80,9 | 56,5 | 37,1 | 19,2 | 8,4 | 85,3 | 60,8 | 41,1 | 22,5 | 10,3 |
| laurea o titolo superiore – D | 82,4 | 58 | 38,5 | 20 | 8,6 | 85,9 | 61,4 | 41,7 | 22,9 | 10,5 |
| differenza tra D e A | 5,2 | 5,2 | 4,3 | 2,2 | 0,8 | 2,7 | 2,7 | 2,1 | 1,3 | 0,8 |
| differenza tra D e B | 3 | 3 | 2,5 | 1,4 | 0,5 | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 0,8 | 0,4 |

Fonte: ISTAT, 2016

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

Box 3.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 31/07/16

PIEMONTE

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

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

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

LOMBARDIA

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

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

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

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

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

2016: Riassetto del SSR: istituzione di 8 Agenzie di Tutela della Salute – ATS e 27 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali – ASST (LR 23/2015).

PA BOLZANO

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

VENETO

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

2015: Riordino del SSR: accorpamento delle aziende per i servizi sanitari «Isontina» e «Bassa Friulana» nell'azienda per l'assistenza sanitaria (A.A.S.) n.2 «Bassa Friulana-Isontina»; accorpamento dell'azienda per i servizi sanitari «Friuli Occidentale» e dell'Azienda Ospedaliera «Santa Maria degli Angeli» nella A.A.S. n.5 «Friuli Occidentale».

2016: Istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Trieste per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali riuniti» di Trieste nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n.1 «Triestina» e istituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI) di Udine per effetto dell'incorporazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Santa Maria della Misericordia» di Udine nell'Azienda per l'assistenza sanitaria n.4 «Friuli Centrale» (LR 17/2014).

LIGURIA

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

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

EMILIA ROMAGNA

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

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

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).

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

LAZIO

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

2015: Riorganizzazione dell'AO San Filippo Neri in Presidio Ospedaliero a gestione diretta dell'ASL Roma E.

2016: Riorganizzazione delle aziende dell'area metropolitana di Roma: istituzione dell'ASL «Roma 1» per effetto della fusione delle aziende «Roma A» e «Roma E»; istituzione dell'ASL «Roma 2» per effetto della fusione delle aziende «Roma B» e «Roma C»; ridenominazione delle aziende «Roma D», «Roma F», «Roma G» e «Roma H» in «Roma 3», «Roma 4», «Roma 5», «Roma 6».

ABRUZZO

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

MOLISE

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

CAMPANIA

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

2008: Riorganizzazione del SSR con la creazione di 4 ASL provinciali (Avellino, Benevento, Caserta e

Salerno), in virtù della fusione delle rispettive ASL sub provinciali, e di 3 ASL nella Provincia di Napoli: Napoli 1, Napoli 2 (accorpamento delle ASL NA2 e NA3) e Napoli 3 (accorpamento delle ASL NA4 e NA5).

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

PUGLIA

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

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

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

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

BASILICATA

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

CALABRIA

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

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

SICILIA

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

Box 3.2 **Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2016)**

VALLE D'AOSTA

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

PIEMONTE

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

LOMBARDIA

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

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

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

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

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

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

VENETO

- (i) Istituzione di cinque Aree Vaste per l'accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi in materia di approvvigionamento in tutte le sue fasi (pianificazione, acquisto, stoccaggio e distribuzione di beni) secondo quanto previsto dalla DGR 3456/2004.
- (ii) Istituzione di una Centrale Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) e di una Centrale Regionale Acquisti per la Regione del Veneto (CRAV), che in qualità di Soggetto Aggregatore potrebbe avere competenza esclusiva per l'approvvigionamento di determinate categorie merceologiche.
- (iii) Istituzione del Coordinamento Regionale Health Technology Assessment (CReHTA) a supporto dei processi di programmazione sanitaria (DGR 136/2016).

FRIULI VENEZIA GIULIA

- (i) Istituzione di tre Aree vaste: Giuliano – Isontina, Udinese, Pordenonese. Per ognuna di queste, almeno formalmente, sono state istituite le Conferenze di area vasta quali «sedi di programmazione coordinata della risposta alla domanda appropriata delle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico che insistono nella stessa area. (PSSR 2006-08).
- (ii) Ente per la gestione accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS) istituito a seguito della LR 17/2014 con DGR 2667 dd. 30.12.2014.

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, modificata dalla L.R. 34/2012.

EMILIA ROMAGNA

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

TOSCANA

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

UMBRIA

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

MARCHE

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

LAZIO

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

ABRUZZO

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e la realizzazione di una Centrale Acquisti Regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 21/02/08 e rinnovata il 14/10/2009. A Luglio 2016 la Centrale non risulta però operativa.

MOLISE

Istituzione della Centrale Unica di Committenza Regionale, a cui è demandata la gestione di procedure contrattuali e di appalto, la realizzazione di lavori pubblici e l'acquisizione di beni e servizi (LR 8/2015). La Centrale è inoltre designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise.

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 (*InnovaPuglia Spa*) per svolgere le funzioni di Centrale di Committenza, di stipulazione di Accordi quadro e Convenzioni a favore del SSR e degli altri soggetti pubblici pugliesi.
- (ii) Istituzione di tre Macroaree per l'organizzazione di processi gestionali in comune (Piano Regionale di Salute 2008-2010).
- (iii) Istituzione del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie e costituzione del relativo Coordinamento regionale (DGR n.2485/2009).

BASILICATA

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

CALABRIA

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

SICILIA

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

SARDEGNA

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.

Fonte: elaborazione OASI da Schede Regionali 2016 e Marsilio, 2012

Appendice II. Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: Luglio 2016)

PIEMONTE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/2007, DCR 136/2007, DGR 65-7819/2007, L.R. 28 marzo 2012, n. 3, L.R. 13 novembre 2013, n.20
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 1-415/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 167-14087/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e LR 18/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995, modificata da LR 64/1995, LR 94/1995, LR 69/1996 e LR 14/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 80-1700/2000 e Allegato B DGR 59-6349/2007; DGR n. 21-5144 del 28.12.2012, integrato con DGR n. 16-6418 del 30.09.2013; DGR 42-1921 del 27.07.2015; DGR 29-3148 del 11.04.2016

VALLE D'AOSTA

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

LOMBARDIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997, modificata e confluita nella LR 33/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 88/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 3/2001, LR 6/2001, LR 17/2001, LR 26/2001 e LR 28/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997, modificata da LR 15/1998, LR 2/1999, LR 15/1999, LR 1/2000, LR 2/2000, LR 18/2000, LR 3/2001, LR 6/2001 e LR 17/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 14049/2003; DGR 7289/2008; DGR 3822/2012

PROVINCIA DI BOLZANO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 7/2001; LP 9 del 02/10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGP⁵¹ 3028/1999, Piano Sanitario Provinciale 2000-2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 22/1993, DGP 3028/1999 e LP 7/2001

⁵¹ Deliberazione di Giunta Provinciale.

- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGP 3576/2002; DGP n.602/2011

PROVINCIA DI TRENTO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* –LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Provinciale per la salute del Trentino 2015-2015
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 16/2010 – DGP 773/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 16/2010 –DGP 773/2011
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite

VENETO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*: LR 29/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016
- ▶ *Legge di 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
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994, modificata da LR 5/1996, LR 6/1996, LR 14/1998, LR 46/1999 e L.R 135/2012
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 3415/2002, DGR 2271/2013

FRIULI VENEZIA GIULIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993, LR 12/1994, LR 13/1995, LR 08/2001, LR 23/2004 e LR 21/2005; LR n.12/2009 artt.9,10 e 11; LR n. 17 dd. 11.11.2013; LR n. 17 dd. 16.10.2014
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 465/2010, Piano Sanitario e socio sanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/2006 e LR 17/2014
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998; LR 30/2007, LR 24/2009 e LR 22/2010; LR 26/2015
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005, integrata da DGR 902 del 12/5/2010, DGR 1473 del 17/07/2015

LIGURIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* –LR 41/2006 e ss.mm
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 41/2006
- ▶ *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; DGR 834/2005

EMILIA ROMAGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 29/2004; L.R. 22/2013
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 19/1994, modificata da LR 50/1994, LR 4/2008, DGR 293/2009 e DGR 443/2010

- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 175/2008 Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, integrato da deliberazione Assemblea legislativa n.117 del 18/06/2013, «Linee Attuative PSSR 2013-2014»
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994, modificata da LR 11/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2004, DGR 86/2006 e DGR 2011/2007

TOSCANA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005, LR 60/2008 e LR 26/2014
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 71/1998, modificata da LR 22/2000, LR 40/2005 e LR 28/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*– Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015
- ▶ *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 60/200

UMBRIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* –LR 11/2015 – Testo Unico regionale in materia di Sanità e Servizi Sociali
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 298/2009, Piano Sanitario Regionale 2009-2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998, integrata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005, LR 16/2005, LR 6/2011 e LR 18/2012, modificata con LR 8/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995, integrata da LR 9/2003, LR 7/2004 e LR 8/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2000, DGR 314/2003 allegato II; LR 18/2012

MARCHE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994, modificata da LR 31/1995, LR 9/1996, LR 26/1996; LR 13/2003, modificata da LR 45/2012
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 26/1996, modificata da LR 32/2005, modificata da LR n. 45/2012
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 38/2011 di approvazione PSR 2012/2014
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996, LR 13/2003, LR 17/2010
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1117/2004

LAZIO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 16/1999, modificata da LR 4/2006. Soppressione con L.R. 4/2013
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Commissario *ad acta* 87/2009, Piano Sanitario Regionale 2010-2012

- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 149/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 139/2007, Decreto del Commissario ad Acta n.259/2014 del 06/08/2014

ABRUZZO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 20/2006, LR 6/2007 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 37/1999 e DGR 2311/1999; LR 5/2008; LR 6/09
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Commissario *ad acta* 55/2016, Piano di riqualificazione del sistema sanitario abruzzese 2016-2018
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 224/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999, integrata da LR 93/2000 e LR 5/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996, modificata da LR 123/1999, LR 15/2004, LR 20/2006, LR 34/2007 e LR 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Decreto del Commissario *ad Acta* n. 5 del 28/02/2011, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 15 del 14/04/2011, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 4/2012 del 04/04/2012, Decreto del Commissario *ad Acta* n. 49/2012 del 08/10/2012

MOLISE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, modificata da LR 9/2005, LR 18/2008 e LR 34/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario Regionale 2013-2015 – approvato con Decreto del Commissario *ad Acta* n.21/2014
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 362/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 9/2005 e LR 34/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 11/1997, LR 12/1997 e LR 8/2010 e Decreto del Commissario *ad Acta* n.96/2011
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001 e Decreto del Commissario *ad Acta* n. 6/2010

CAMPANIA

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

PUGLIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/2006, LR 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010; Regolamento regionale 19/2010, 36/2012 e 14/2015
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 24/2001, LR 1/2004, LR 14/2004 e LR 1/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – LR 2/2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996, LR 12/2005, LR 39/2006, LR 4/2010 e LR 1/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998, LR 20/2002 e successive 1/2004, 1/2005, 39/2006, 40/2007, 45/2008, 34/2009 e 19/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002; DGR n. 1388/2011; DGR n. 3008/2012; DGR n. 879/2015

BASILICATA

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

CALABRIA

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

SICILIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Presidenziale n.282 18 luglio 2011, Piano Sanitario Regionale 2011-2013
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 312/2007, Decreto Assessorato alla Salute del 30/12/2010 Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del PdR
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993 e LR 5/2009
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000, modificata da LR 26/2000, LR 2/2002, LR 4/2003; circolare 7/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001, DA 736/2010 e DA 19/3/2012

SARDEGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 10/2006
- ▶ *Legge di istituzione dell’Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 4/2007 Piano Sanitario Regionale 2006-2008
- ▶ Piano di Rientro – DGR 30/2007 e 33/2007
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 10/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1997, modificata e parzialmente abrogata da LR 10/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l’atto aziendale* – DGR 30/2008 e 38/2007 per le ASL e DGR 27/2008 e 14/2008 per le AO e le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e Sassari. DGR 43-12 del 31/10/2012

Bibliografia

- AGENAS (2014), *Piani sanitari regionali vigenti*, <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/psr-vigenti-2013>, ultimo accesso 04/08/2014.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E. e Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell’efficienza nei servizi sanitari», in Migione L. (a cura di), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico, Roma.
- Cantù E. (2000), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- 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.
- Cutler D. e Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in Cantù, E. (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.

- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'azionalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Marsilio M. e Sartirana M. (2014) «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le regioni in Piano di Rientro a confronto», in CERGAS (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Ferrè F. e Ricci A. (2011), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'azionalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- 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.
- Herwartz H. e Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- ISTAT (2014), *Tutela della salute e accesso alle cure*, disponibile *on line*, <http://www.istat.it/it/archivio/128176>.
- ISTAT (2015), *Bilancio demografico nazionale*, disponibile *on line* <http://www.istat.it/it/archivio/162251>.
- Marsilio M. (2012), «Forme di centralizzazione degli acquisti e delle funzioni amministrative», Relazione al workshop di presentazione del Rapporto OASI 2011, Udine, 15/06/2012.
- Ministero della Salute (2015), *Posti letto per struttura ospedaliera – anni 2010-2014*, disponibile *on line* <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=18>.
- Ministero della Salute (2015), *Attività economiche e gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere – Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2012*, disponibile *on line* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8.jsp?lingua=italiano
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto SDO 2014*, disponibile *on line* http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4230&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto
- Ministero della Salute (2015), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile *on line* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13
- Spillman B.C. e Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.