

**Collana CERGAS**

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

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

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

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

*Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.*

*Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.*

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

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

**Egea**

## 2 La struttura del SSN\*

di Clara Carbone e Francesca Lecci

### 2.1 Premessa

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

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

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

---

\* Questo capitolo aggiorna e amplia il secondo capitolo del *Rapporto OASI 2004*. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i par. 2.4 e 2.6 sono da attribuirsi a Francesca Lecci e i restanti a Clara Carbone.

## 2.2 Analisi delle fonti informative

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

- Rispetto al tema degli assetti istituzionali dei singoli SSR (par. 2.3), la base informativa è alimentata dai dati raccolti attraverso una delle attività istituzionali di OASI, che consiste nell'invio annuale di un questionario strutturato a tutte le Regioni in materia di assetti istituzionali con riferimento al quadro normativo, alle trasformazioni giuridiche, all'istituzione di nuovi soggetti istituzionali, al numero di strutture di ricovero e alla nomina e revoca dei direttori generali delle aziende sanitarie;
- Riguardo alla struttura (configurazione fisico-tecnica delle aziende e organismo personale delle aziende) e alle attività (tipologie, volumi e qualità delle prestazioni erogate) del SSN (parr. 2.4 e 2.5), le elaborazioni dei dati vengono effettuate a partire dai flussi informativi ministeriali del SIS (Sistema Informativo Sanitario) aggiornati, generalmente, a due anni prima dell'anno in corso (per esempio, i flussi informativi disponibili a oggi a livello ministeriale sono aggiornati al 2003) e alimentati prevalentemente dalla rilevazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)<sup>1</sup> e dai dati risultanti dai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17 maggio 1984, rinnovati e ampliati con successivi Decreti Ministeriali (l'ultimo decreto di riferimento è quello del 23-12-1996). I dati raccolti dal SIS sono poi organizzati e presentati in maniera sistematica e organica in due pubblicazioni annuali del Ministero della Salute: «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» e «Attività di ricovero ospedaliero».
- Per la parte relativa all'outcome (bisogni sanitari e domanda espressa dagli utenti) del SSN (par. 2.6), i dati analizzati fanno riferimento ai flussi di mobilità rilevati dal SIS, che possono essere interpretati come un'approssimazione del livello di gradimento dei vari SSR, e a fonti istituzionali individuate di volta in volta, in base alla significatività per l'oggetto di analisi e all'anno di aggiornamento (per esempio, l'indagine del Ministero della Salute «Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi d'attesa dalle aziende USL e ospedaliere» – par. 2.6, l'indagine multiscopo dell'ISTAT «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» sul grado di soddisfazione dei servizi ospedalieri riportata nel *Rapporto OASI 2003*, l'indagine Eurisko sul grado di valutazione da parte degli utenti delle informazioni ottenute dai servizi sanitari, riportata nel *Rapporto OASI 2002*).

Di fronte a questa disamina delle principali fonti informative, è opportuno sot-

---

<sup>1</sup> Attraverso le SDO il Ministero rileva i dati di attività delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate alle pubbliche e degli istituti privati (case di cura accreditate e non).

tolineare alcune carenze di sistematicità nelle rilevazioni effettuate dal SIS, sia per alcuni dati di output, in particolare quelli riferiti alle attività territoriali (per esempio, attività ambulatoriali specialistiche, attività di prevenzione, attività presso le strutture residenziali e semiresidenziali ecc.), sia per i dati di outcome (per esempio, dati sulle liste di attesa, dati di soddisfazione dei servizi erogati ecc.). Tali limiti sono stati, in parte, coperti dalle indagini multiscopo dell'ISTAT «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», ma si tratta di indagini svolte con cadenza quinquennale e su base campionaria.

Il SIS, fino a oggi prevalentemente centrato sulle strutture ospedaliere e sulla rendicontazione delle loro attività, è stato recentemente oggetto di revisione. Il progetto «Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)» ha avuto inizio tre anni fa.

L'obiettivo del progetto è stato quello di creare un nuovo sistema informativo quanto più esaustivo e organico, in grado di intercettare il percorso seguito dal paziente, che, per soddisfare il proprio bisogno sanitario, attraversa diverse strutture e setting assistenziali. Il mantenimento nel tempo di tale impostazione permetterà di usufruire di consistenti serie storiche, sia per l'area ospedaliera che territoriale. Il NSIS, una volta a regime, dovrebbe consentire, inoltre, di misurare l'erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, attraverso l'individuazione di un data set comune di dati con il quale i diversi livelli del SSN devono dialogare, dati che possono essere considerati come Livelli Essenziali d'Informazione (LEI) (ASSR 2005).

Da queste considerazioni è scaturita, inoltre, l'esigenza di accompagnare la realizzazione del NSIS con un progetto parallelo e complementare di generazione e aggiornamento di un linguaggio condiviso, il Progetto «Mattoni», che definisce, quindi, gli oggetti da misurare, le metodologie unificate e condivise di misura e gli strumenti minimi necessari per poter effettuare tali misure.

Il progetto «Mattoni» è un programma articolato sulle seguenti 15 linee progettuali:

- Mattone 1 – Classificazione delle strutture;
- Mattone 2 – Classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Mattone 3 – Evoluzione del sistema DRG nazionale;
- Mattone 4 – Ospedali di riferimento;
- Mattone 5 – Standard minimi di quantità di prestazioni;
- Mattone 6 – Tempi di attesa;
- Mattone 7 – Misura dell'appropriatezza;
- Mattone 8 – Misura dell'outcome;
- Mattone 9 – Realizzazione del Patient File;
- Mattone 10 – Prestazioni farmaceutiche;
- Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118;
- Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- Mattone 13 – Assistenza primaria e prestazioni assistenziali;

- Mattone 14 – Misura dei costi del SSN;
- Mattone 15 – Assistenza sanitaria collettiva.

Tutti i Mattoni definiscono dei contenuti informativi e possono essere distinti in due tipologie:

1. quelli che specificano delle classificazioni e codifiche (Mattoni 1, 2 3, 10, 11,12, 13, 15);
2. quelli che indicano delle metodologie di analisi (Mattoni 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14).

Al fine di condurre e gestire in modo organico un progetto così articolato, si è proceduto all'organizzazione del lavoro secondo diversi livelli (operativi, di condivisione tecnica e di condivisione strategico-politica) a cui hanno partecipato referenti provenienti dal Ministero della Salute, dalle Regioni, dalle agenzie regionali, dalle AO e dalle ASL, dall'ISS e da esperti del mondo medico e scientifico.

Per maggiore completezza e analiticità, la Tab. 2.1 indica, per ciascun Mattone, l'obiettivo strategico, l'eventuale risultato raggiunto nei primi mesi dell'anno 2005, l'ente capogruppo del Mattone e l'esigenza informativa che ciascun Mattone è chiamato a rispondere in termini di individuazione univoca: dell'erogatore delle prestazioni (per la parte relativa al monitoraggio della rete di assistenza), o del prescrittore, o della prestazione o, infine, del cittadino (per la parte di aggiornamento del sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali).

In conclusione, questo progetto di revisione del sistema informativo sanitario ha voluto prima di tutto delineare una cornice di riferimento generale nella quale inquadrare modalità e priorità di sviluppo dei sistemi informativi in Italia: non ci si poteva più limitare a riprogettare il vertice della piramide informativa (il livello nazionale di sistema) in un'era in cui le esigenze di programmazione e di governo della sanità a livello regionale impongono sempre di più l'analisi di informazioni dettagliate riconducibili al contatto fra cittadino e SSN (ASSR 2005). A partire dai primi mesi del 2006, tutti i Mattoni dovrebbero essere pronti, applicabili in tutta Italia, consentendo un pieno monitoraggio dei LEA.

### 2.3 Gli assetti istituzionali dei SSR

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

Tabella 2.1 **Obiettivi, risultati ed esigenze informative dei Mattoni del SSN**

| <b>Mattoni</b>   | <b>Obiettivi</b>  | <b>Primi risultati</b>   | <b>Capogruppo</b>      | <b>Esigenza informativa (dimensione del NSIS)</b>  |
|--|---|--|------------------------|--|
| <i>Mattoni 1</i><br><i>Classificazione delle strutture</i>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mappatura delle strutture che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie partendo dalle loro unità di offerta minime e finali</li> </ul>  | Modello per la rilevazione delle strutture ospedaliere e territoriali  | Regione Veneto         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione univoca dell'erogatore (erogatore)</li> </ul> |
| <i>Mattoni 2</i><br><i>Classificazione delle prestazioni ambulatoriali</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione dell'elenco di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili per il SSN</li> <li>• Definizione di un tracciato record minimo per la rilevazione delle informazioni</li> <li>• Identificazione di una metodologia per la valorizzazione delle prestazioni</li> <li>• Individuazione di un percorso e di meccanismi di manutenzione del nuovo elenco</li> </ul> | <p>Più di 1.000 contributi alla revisione dell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale proveniente da circa 50 società scientifiche</p>        | Regione Lombardia      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione univoca dell'evento (prestazione)</li> </ul>  |
| <i>Mattoni 3</i><br><i>Evoluzione del sistema DRG nazionale</i>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La verifica dello stato attuale dei sistemi di codifica</li> <li>• La gestione del SI dei ricoveri in DH medico e chirurgico</li> <li>• Superamento dei limiti del sistema di classificazione dei DRG in specifici settori di attività degli ospedali per acuti</li> <li>• Adeguamento del contenuto delle SDO alle nuove necessità informative</li> </ul>                     | <p>Supporto alla diffusione della versione 2002 della classificazione ICD IX CM, emanata dal Ministero della Salute</p>  | Regione Emilia Romagna | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione univoca dell'evento (prestazione)</li> </ul>  |
| <i>Mattoni 4</i><br><i>Ospedali di riferimento</i>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione di una metodologia per la valutazione della referenza: individuazione di indicatori per l'identificazione dei Centri di Riferimento, definizione di modelli e strumenti per la misura e la valutazione di elementi strutturali, tecnologici, organizzativi e di funzionamento</li> <li>• Sperimentazione del modello proposto</li> </ul>                           | <p>In fase di ultimazione la metodologia per l'identificazione dei campi per la rilevazione delle liste di attesa per le prestazioni in RO e ambulatoriali</p> | Ministero della Salute | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione univoca dell'erogatore (erogatore)</li> </ul> |

Tabella 2.1 (segue)

| <b>Mattone</b>  | <b>Obiettivi</b>   | <b>Primi risultati</b>  | <b>Capogruppo</b> | <b>Esigenza informativa (dimensione del NSIS)</b>  |
|---|--|---|-------------------|--|
| <i>Mattone 5<br/>Standard minimi di quantità di prestazioni</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione di una metodologia: 1. per selezionare i parametri per la programmazione di quelle prestazioni per le quali risulta prioritario identificare degli standard di riferimento; 2. per definire standard di sistema in modo da adattarli alle singole realtà regionali</li> </ul>  | Prima versione del documento di ricognizione sulla funzione e prospettive di sviluppo del Patient File      | Regione Piemonte  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi statistica della domanda (età, sesso ecc.) (cittadino)</li> <li>• Metodologie uniformi per l'analisi dei dati raccolti (prestazione)</li> </ul> |
| <i>Mattone 6<br/>Tempi di attesa</i>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodologia per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa sia per le prestazioni in regime di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale</li> <li>• Linee guida per la progettazione del CUP</li> <li>• Linee guida per la misurazione dei tempi di attesa per i percorsi diagnostico-terapeutici</li> </ul>   | Flusso informativo nazionale per le prestazioni residenziali e semiresidenziali a lungo termine per anziani | ASSR              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodologie uniformi per l'analisi dei dati raccolti (prestazione)</li> </ul>   |
| <i>Mattone 7<br/>Misura dell'appropriatezza</i>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arricchimento degli strumenti già disponibili per la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza relativa al livello essenziale di assistenza ospedaliera</li> <li>• Identificazione di strumenti per la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza di altri livelli essenziali di assistenza</li> <li>• Promozione dell'integrazione fra la dimensione organizzativa e clinica dell'appropriatezza</li> </ul> | Flusso informativo nazionale per l'assistenza domiciliare   | Regione Umbria    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi statistica della domanda (età, sesso ecc.) (cittadino)</li> <li>• Metodologie uniformi per l'analisi dei dati raccolti (prestazione)</li> </ul> |
| <i>Mattone 8<br/>Misura dell'outcome</i>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione e applicazione sistematica di metodologie appropriate e valide per la definizione, la misura e la valutazione dell'outcome in termini di efficacia delle cure, di equità del sistema e di stato di salute della popolazione</li> </ul>   | Proposte di modifica rispetto al modello Conto Economico delle aziende (in fase di ultimazione)             | ISS               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi statistica della domanda (età, sesso ecc.) (cittadino)</li> <li>• Metodologie uniformi per l'analisi dei dati raccolti (prestazione)</li> </ul> |

Tabella 2.1 (segue)

| <b>Mattone</b>  | <b>Obiettivi</b>   | <b>Primi risultati</b> | <b>Capogruppo</b>             | <b>Esigenza informativa (dimensione del NSIS)</b>  |
|---|--|------------------------|-------------------------------|--|
| <i>Mattone 9<br/>Realizzazione<br/>del Patient File</i>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzo della cartella clinica elettronica e condivisione dei dati clinici tra operatori sanitari, a supporto di un processo di cura che sia a sua volta supportato da un Fascicolo Sanitario Personale elettronico (FaSP)</li> <li>Costruzione di un libretto sanitario personale elettronico del cittadino (LISE)</li> <li>Utilizzo indiretto dell'informazione clinica per scopi epidemiologici, di pianificazione e di sorveglianza</li> </ul> |                        | Regione Toscana               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi statistica della domanda (età, sesso ecc.) (cittadino)</li> <li>Analisi territoriale della domanda (residenza) (cittadino)</li> <li>Sistemi di anagrafe per l'identificazione certa del cittadino (cittadino)</li> <li>Sistemi di anagrafe degli operatori sanitari per il collegamento della domanda a chi la genera (prescrittore)</li> </ul> |
| <i>Mattone 10<br/>Prestazioni<br/>farmaceutiche</i>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rilevazione dei consumi farmaceutici con particolare riferimento a prestazioni farmaceutiche a carico del SSN erogate dalle farmacie convenzionate, prestazioni destinate all'assistenza territoriale erogate secondo modalità distributive economicamente più vantaggiose rispetto al canale delle farmacie (per esempio, distribuzione diretta) e consumi ospedalieri</li> </ul>  |                        | Regione Friuli Venezia Giulia | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificazione univoca della prestazione erogata (pre-stazione)</li> </ul>   |
| <i>Mattone 11<br/>Pronto Soccorso<br/>e Sistema 118</i>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Selezione delle informazioni da fornire ai diversi livelli di governo del SSN per la corretta programmazione della rete dell'emergenza (l'avvio dell'attività è stato previsto per la primavera del 2005)</li> </ul>  |                        | Regione Lazio                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificazione univoca della prestazione erogata (pre-stazione)</li> </ul>   |
| <i>Mattone 12<br/>Prestazioni residenziali<br/>e semiresidenziali</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione di un sistema di classificazione delle pre-stazioni residenziali</li> </ul>   |                        | Regione Marche                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificazione univoca della prestazione erogata (pre-stazione)</li> </ul>   |



Tabella 2.1 (segue)

| <b>Mattone</b>  | <b>Obiettivi</b>   | <b>Primi risultati</b> | <b>Capogruppo</b> | <b>Esigenza informativa (dimensione del NSIS)</b>  |
|---|--|------------------------|-------------------|--|
| <i>Mattone 12 (segue)</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione dei contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni</li> <li>Adozione di strumenti di analisi di ICM, di un modello di pesi e di un sistema tariffario</li> <li>Verifica delle condizioni di implementazione</li> <li>Costruzione di un sistema di classificazione e realizzazione di un flusso informativo per la riabilitazione e la lungodegenza.</li> </ul>  |                        |                   |  |
| <i>Mattone 13 Assistenza primaria e prestazioni assistenziali</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione di un sistema di classificazione delle prestazioni di assistenza primaria e di quelle domiciliari</li> <li>Definizione dei contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni</li> </ul>  | Regione Puglia         |                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificazione univoca della prestazione erogata (prestazione)</li> </ul>    |
| <i>Mattone 14 Misura dei costi del SSN</i>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Omogeneizzazione dei flussi economici di bilancio delle aziende sanitarie attraverso la revisione dei principi di redazione dei bilanci delle aziende</li> <li>Disponibilità di un unico flusso economico che evidenzii in sintesi la situazione economico-patrimoniale dei SSR e del SSN attraverso la definizione di una metodologia di consolidamento di bilancio delle aziende</li> <li>Misurazione dei livelli di efficienza, efficacia, economicità e produttività attraverso la definizione di una metodologia per la rilevazione dei costi a partire dai dati del controllo di gestione delle singole Aziende sanitarie.</li> </ul> |                        | ASSR              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Metodologie uniformi per l'analisi dei dati raccolti (prestazione)</li> </ul> |
| <i>Mattone 15 Assistenza sanitaria collettiva</i>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione di flussi informativi per la misurazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione.</li> </ul>   |                        | Regione Campania  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificazione univoca della prestazione erogata (prestazione)</li> </ul>    |

Fonte: adattata da ASSR (2005)

In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN è possibile identificare prevalentemente nelle Regioni i rappresentanti della popolazione. Sono le Regioni che, in qualità di capogruppo<sup>2</sup> del sistema regionale, devono:

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

Rispetto a tali competenze, in appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base di una scheda di raccolta dati inviata a tutte le Regioni nella primavera 2005. Nel prosieguo:

- si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende del gruppo (par. 2.3.1);
- si approfondiscono le modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della Regione attraverso la gestione del rapporto fiduciario che lega i Direttori Generali delle aziende agli organi regionali (par. 2.3.2), mentre una disamina dei criteri di valutazione delle aziende e dei Direttori Generali come delineati nei PSR viene presentata nel capitolo 5.

Si rimanda invece:

- al cap. 6 per l'approfondimento delle indicazioni contenute nelle leggi regionali di organizzazione e di nuovo nei PSR in merito all'assetto organizzativo delle aziende;

---

<sup>2</sup> Il termine «capogruppo» può essere inteso secondo un'accezione ristretta e una più ampia. «Nel primo caso il riferimento è esclusivamente al ruolo di governo del SSR esercitato dalla Regione in qualità di proprietaria della rete pubblica, attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della "proprietà". Secondo un'accezione più ampia (accolta in questo capitolo) il termine "capogruppo" si riferisce alla Regione in quanto soggetto che governa il sistema sanitario, indipendentemente dalle modalità di esercizio di tali prerogative. Le modalità possono essere infatti diverse: alcune Regioni utilizzano ampiamente gli strumenti di indirizzo e controllo tipici della "proprietà", mentre altre tendono a stabilire regole che definiscono le convenienze dei diversi soggetti e li orientano verso gli obiettivi della Regione, pur valorizzandone l'autonomia. Nel secondo caso la Regione si configura principalmente come soggetto regolatore e controllore "terzo" del sistema, che limita il proprio coinvolgimento diretto nella funzione di gestione dei servizi» (Cantù 2002, p. 22).

- al cap. 8 per le scelte di orientamento strategico della medicina generale alla luce del nuovo contratto;
- al cap. 2 del *Rapporto OASI 2004* (Cantù *et al.* 2004) per una presentazione sintetica degli assetti organizzativi degli apparati amministrativi regionali con riferimento specifico all'istituzione delle Agenzie sanitarie regionali;
- ai capp. 4 e 5 del *Rapporto OASI 2004* e al cap. 5 del *Rapporto OASI 2003* per l'analisi dei sistemi regionali di finanziamento e di controllo della spesa corrente delle aziende (Carbone *et al.* 2004; Cantù e Jommi 2003) e di finanziamento degli investimenti (Marsilio e Vecchi 2004);
- al cap. 6 del *Rapporto OASI 2003* (Anessi Pessina 2003) per una disamina dettagliata della normativa regionale in tema di gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende;
- al cap. 8 del *Rapporto OASI 2004* (Otto *et al.* 2004) per un'analisi delle modalità di governo dell'assistenza farmaceutica.

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

Tutte le Regioni, in qualità di capogruppo, devono stabilire la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche di cui si compone. Specificamente esse devono:

1. ridefinire l'articolazione del territorio regionale in ASL;
2. eventualmente costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere – AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati dalla Regione stessa.

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di:

1. numero e dimensione media delle ASL e delle AO;
2. numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e conseguente estensione dei meccanismi di «quasi mercato».

La Tab. 2.2 presenta l'evoluzione del numero di aziende sanitarie territoriali (ASL) e ospedaliere nelle diverse Regioni dal 1992 a oggi e le loro dimensioni medie.

Rispetto all'anno scorso si evidenziano essenzialmente due cambiamenti. In particolare:

- la Regione Piemonte, considerato l'alto valore sociale dell'attività sanitaria svolta dall'ente ecclesiastico «Ordine Mauriziano di Torino», ha stabilito con L.R. 39/2004 il suo inserimento nell'ordinamento giuridico del SSR e, quindi, la sua trasformazione in «Azienda sanitaria Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino»;

Tabella 2.2 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

| Regione               | Numero<br>ante<br>502/1992 | Numero<br>al 31<br>dicembre<br>1995 | Numero<br>al 30<br>giugno 2005 | Popolazione<br>media 2005 | Numero medio<br>presidi<br>a gestione<br>diretta* | PL utilizzati<br>medi<br>per presidio<br>ASL** 2003 | Numero<br>al 31<br>dicembre<br>1995 | Numero<br>giugno 2005 | N. medio<br>stabilimenti<br>AO** 2003 | PL utilizzati<br>medi<br>per AO<br>2003 | PL utilizzati<br>medi per<br>stabilimento<br>AO** 2003 |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---|---|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---|--|
| Piemonte              | 63                         | 22                                  | 22                             | 195.010                   | 2,2   | 149   | 7                                   | 8                     | 1,9                                   | 633                                     | 341  |
| Vale d'Aosta          | 1                          | 1                                   | 1                              | 122.160                   | 1,0   | 425   | —                                   | —                     | —                                     | —                                       | —  |
| Lombardia             | 84                         | 44                                  | 15                             | 614.559                   | 0,1   | 169   | 16                                  | 29                    | 3,9                                   | 805                                     | 208  |
| Bolzano               | 4                          | 4                                   | 4                              | 118.288                   | 1,8   | 277   | —                                   | —                     | —                                     | —                                       | —  |
| Trento                | 11                         | 1                                   | 1                              | 486.957                   | 11,0  | 147   | —                                   | —                     | —                                     | —                                       | —  |
| Veneto                | 36                         | 22                                  | 21                             | 218.892                   | 3,0   | 202   | 2                                   | 2                     | 1,5                                   | 1.623                                   | 1.082  |
| Friuli Venezia Giulia | 12                         | 6                                   | 6                              | 198.118                   | 1,8   | 160   | 3                                   | 3                     | 2,3                                   | 783                                     | 335  |
| Liguria               | 20                         | 5                                   | 5                              | 319.836                   | 2,0   | 256   | 3                                   | 3                     | 1,0                                   | 774                                     | 774  |
| Emilia Romagna        | 41                         | 13                                  | 11                             | 368.067                   | 3,5   | 234   | 5                                   | 5                     | 1,0                                   | 998                                     | 998  |
| Toscana               | 40                         | 12                                  | 12                             | 296.483                   | 2,2   | 219   | 4                                   | 4                     | 1,0                                   | 945                                     | 945  |
| Umbria                | 12                         | 5                                   | 4                              | 211.782                   | 1,3   | 139   | 2                                   | 2                     | 1,5                                   | 657                                     | 438  |
| Marche                | 24                         | 13                                  | 1                              | 1.484.943                 | 31,0  | 114   | 3                                   | 2                     | 2,5                                   | 296                                     | 237  |
| Lazio                 | 51                         | 12                                  | 12                             | 446.349                   | 4,2   | 143   | 3                                   | 4                     | 2,0                                   | 662                                     | 414  |
| Abruzzo               | 15                         | 6                                   | 6                              | 214.783                   | 3,8   | 342   | —                                   | —                     | —                                     | —                                       | —  |
| Molise                | 7                          | 4                                   | 1                              | 325.818                   | 6,0   | 207   | —                                   | —                     | —                                     | —                                       | —  |
| Campania              | 61                         | 13                                  | 13                             | 446.905                   | 3,8   | 115   | 7                                   | 8                     | 1,1                                   | 476                                     | 423  |
| Puglia                | 55                         | 12                                  | 12                             | 341.379                   | 2,3   | 341   | 4                                   | 2                     | 1,5                                   | 1.059                                   | 706  |
| Basilicata            | 7                          | 5                                   | 5                              | 120.405                   | 2,4   | 88  | 1                                   | 1*                    | 2,0                                   | 398                                     | 398  |
| Calabria              | 31                         | 11                                  | 11                             | 184.976                   | 2,8   | 159   | 4                                   | 4                     | 2,3                                   | 390                                     | 173  |
| Sicilia               | 62                         | 9                                   | 9                              | 563.524                   | 5,3   | 104   | 16                                  | 17                    | 1,5                                   | 402                                     | 263  |
| Sardegna              | 22                         | 8                                   | 8                              | 205.720                   | 3,6   | 128   | 1                                   | 1                     | 1,0                                   | 535                                     | 535  |
| <b>Italia</b>         | <b>659</b>                 | <b>228</b>                          | <b>183</b>                     | <b>317.734</b>            | <b>2,9</b>  | <b>176</b>  | <b>81</b>                           | <b>95</b>             | <b>2,2</b>                            | <b>673</b>                              | <b>309</b>   |

\* Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accompati (ex art. 4 c. 9 D.lgs. 502/1992).

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

Fonte: OASI ed elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

- la Regione Molise (con L.R. 1° aprile 2005, n. 9 – «Riordino del Servizio Sanitario Regionale») ha costituito un'unica ASL (Azienda sanitaria regionale del Molise – ASREM), trasformando le precedenti 4 ASL in zone territoriali (le zone, a loro volta, sono articolate in distretti e comprendono i presidi ospedalieri a gestione diretta)<sup>3</sup>.

Da un punto di vista dimensionale, si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 317.700 abitanti, con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (quasi 1.485.000 abitanti) e dalle ASL lombarde (più di 600.000 abitanti) e un minimo da quelle di Bolzano (circa 118.000) e della Basilicata (poco più di 120.000). La medesima tabella mostra:

- una media di quasi 3 presidi a gestione diretta delle ASL con una dimensione media di circa 176 posti letto<sup>4</sup>;
- una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia del Nord (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne che in Piemonte) e in Toscana e Lazio rispetto a quelle del Centro-Sud (solo la Puglia ha dimensioni superiori alla media), mentre riguardo alla dimensione dei presidi delle ASL si evidenzia un'elevata variabilità interregionale;
- l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, emiliane, toscane e pugliesi in seguito alla scelta regionale di costituire in AO solo gli ospedali di maggiori dimensioni, soprattutto quelli in cui l'attività ospedaliera è svolta congiuntamente con l'Università;
- la peculiarità della scelta lombarda, evidenziata sia dal numero medio di strutture di ricovero per azienda (0,1 presidi a gestione diretta per ASL e 3,9 stabilimenti per AO, rispetto a una media nazionale rispettivamente di 2,9 e 2,2<sup>5</sup>), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti delle AO, in quanto sono stati costituiti in AO ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro (solo la Calabria presenta dimensioni inferiori);
- la nuova configurazione del SSR marchigiano, con l'ASUR che gestisce diret-

<sup>3</sup> Al momento della stesura del presente capitolo, la nomina del Direttore Generale dell'ASREM non è ancora avvenuta per cui allo stato attuale, nonostante l'istituzione dell'azienda unica, permane la gestione separata delle quattro ASL molisane.

<sup>4</sup> L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2003 e pubblicati dal Ministero della Salute sul rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» (97.408) e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2003 rilevato dall'attività istituzionale di OASI (555). Si sottolinea che il numero dei presidi a gestione diretta rilevati dal Ministero della Salute aggiornato al 2003 è pari a 534 perché il flusso informativo fa riferimento al numero dei presidi a gestione diretta rilevati e non a quelli esistenti. La maggiore discrepanza fra i due dati si rileva per la regione Piemonte.

<sup>5</sup> Si segnala peraltro che, in generale, i dati medi nazionali riferiti alle AO risultano fortemente influenzati dai dati lombardi, dato che le AO lombarde rappresentano circa un terzo del totale nazionale.

tamente 31 ospedali e le Aziende Ospedaliere che, a partire dal 2003, vedono la loro dimensione media allinearsi a quella nazionale;

- le forti differenze tra le due province autonome che, pur presentando una popolazione di ampiezza simile (circa 480.000 abitanti), hanno assetti difformi: Trento ha costituito un'unica ASL che gestisce direttamente 11 presidi di dimensioni limitate, Bolzano ha costituito quattro ASL che gestiscono ciascuna 2 presidi di dimensioni medie maggiori.

Il riquadro 2.1 riporta le principali modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 fino al 30 giugno 2005.

#### Riquadro 2.1 **Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31 dicembre 1995 al 30 giugno 2004**

##### **Piemonte**

2004 Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (L.R. 39/2004)

##### **Lombardia**

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

1997 Costituzione di 11 nuove AO (Del CR 742/1997)

1998 Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (L.R. 15/1998)

2002 Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (Del CR 401/2002)

2003 Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (Del CR 747/2003). La Regione ha quindi completato il riassetto del SSR in base al modello di separazione acquirente-fornitore: attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edo ed Esine)

##### **Veneto**

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

##### **Emilia Romagna**

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

##### **Marche**

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

2003 Riorganizzazione del SSR (L.R. 13/2003) con la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL e 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)

---

**Riquadro 2.1 (segue)**


---

**Umbria**

1998 Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (L.R. 3/1998)

**Lazio**

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

**Molise**

2005 Riorganizzazione del SSR (L.R. 9/2005) con la costituzione dell'Azienda sanitaria regionale Molisana (ASREM) in cui sono state accorpate le precedenti 4 ASL.

**Campania**

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

**Puglia**

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

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

2002 Soppressione di 4 AO (su 6: restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari), con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL in cui sono ubicati (Del GR 1429/2002).

---

Nel biennio 1994-1995 la maggior parte delle Regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.lgs. 502/1992. Dal 1996, le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 sembra aver preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti<sup>6</sup>, si sono moltiplicati.

Innanzitutto, molte Regioni hanno provveduto alla ridefinizione di ASL e AO: trasformazione in AO dell'Ospedale Mauriziano in Piemonte; completamento del riassetto del SSR lombardo con la trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna; accorpamento di tre aziende sanitarie nell'ASL di Bologna; creazione dell'ASREM in Molise; fusione per incorporazione di tre aziende nell'AO «Umberto I» e creazione dell'ASUR nelle Marche; soppressione di quattro AO in Puglia; il cap. 9 analizza in modo approfondito uno di questi casi (la creazione dell'ASUR delle Marche), evidenziando in particolare le criticità, gli obiettivi e le modalità di gestione del cambiamento.

Le modifiche di ASL e AO sono state affiancate da ulteriori interventi che, peraltro, si caratterizzano per rilevanti elementi di innovazione rispetto all'«orto-

---

<sup>6</sup> Per esempio, in Abruzzo è stata presentata una proposta per la riduzione delle ASL a 4 e la creazione di 2 AO (Chieti e L'Aquila).

dossia del SSN». Le regioni, forti del «federalismo fiscale e sanitario», stanno infatti procedendo in modo autonomo:

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

La finalità principale dei cambiamenti degli assetti istituzionali, sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome ma che condividono risorse, ambienti di azione e, in parte, obiettivi e finalità), per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni<sup>7</sup>. A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalla Regione (per esempio, gli Enti Locali).

Infine, sempre nell'ambito dei cambiamenti istituzionali, sono da considerare le modifiche della normativa a livello nazionale per gli IRCCS pubblici (D.lgs. 288/2003) e le aziende ospedaliero-universitarie (D.lgs. 517/1999) che hanno comportato dei fenomeni di trasformazioni giuridiche<sup>8</sup>.

La spinta al recepimento di queste normative da parte delle Regioni è avvenuta anche nel corso dell'ultimo anno con l'approvazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005: all'art. 9 viene sottolineato che governo e Regioni, entro il 31 luglio 2005, si devono impegnare, attraverso l'adozione di specifici provvedimenti, a completare sia il processo di aziendalizzazione degli eventuali policlinici universitari sia l'insediamento dei nuovi organi degli IRCCS sulla base della normativa vigente.

<sup>7</sup> La tendenza delle Regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR (derivanti dalla crescita dei bisogni e della domanda, dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici) potrebbe essere determinata da una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento. A questo è necessario aggiungere, però, che negli anni Novanta il SSN è stato caratterizzato da generali fenomeni di deintegrazione, al fine di conseguire una specializzazione sia istituzionale (per esempio, scorporo delle aziende ospedaliere) sia gestionale-organizzativa (diffusione dell'outsourcing anche per attività precedentemente considerate core). Attualmente è invece pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili in sistemi popolati da attori caratterizzati da missioni diverse. Si sta cioè aprendo una fase «segnata dai problemi relativi al coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche aziende fortemente integrate» (Del Vecchio 2003, p. 291).

<sup>8</sup> Per un maggior approfondimento sulle principali indicazioni delle due normative definite a livello nazionale (D.lgs. 288/2003 e D.lgs. 517/1999) si rimanda al cap. 9 del *Rapporto OASI 2004*.



La Tab. 2.3 sintetizza le principali innovazioni introdotte nelle diverse Regioni relativamente ai temi sopra elencati.

Tabella 2.3 **Le innovazioni introdotte negli assetti istituzionali dei SSR**

| <b>Regione</b>               | <b>Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.lgs. 517/1999 e D.lgs. 288/2003)</b>  | <b>Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende</b>  |
|------------------------------|---|---|
| <i>Piemonte</i>              | Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette) e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'università  | Rafforzamento dei «quadranti/subaree», con funzioni di programmazione locale e raccordo con la programmazione regionale   |
| <i>Lombardia</i>             | Istituzione di una Fondazione in cui vengono incorporati l'IRCCS pubblico «Ospedale maggiore di Milano» e l'AO «Istituti Clinici di Perfezionamento»<br>Costituzione delle Fondazioni di partecipazione: «San Pellegrino» per la gestione del presidio ospedaliero di Castiglione delle Stiviere; «Montecchi» per la gestione del presidio ospedaliero di Suzzara | Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio  |
| <i>Veneto</i>                |   | Accentramento di alcuni servizi amministrativi a livello regionale o di «Area Vasta»  |
| <i>Friuli Venezia Giulia</i> | Trasformazione dell'AO Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'Università dal 6-3-2004<br>Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti (CSC)   | Istituzione di tre «Conferenze di area vasta», quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle ASL, alle AO, alle case di cura private accreditate, all'IRCCS e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area (Del GR 3479/2000) |
| <i>Emilia Romagna</i>        | Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma in AO integrate con l'Università   | Individuazione di tre «macro-aree», le cui aziende dovranno coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale                |
| <i>Toscana</i>               | Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di «Area Vasta» (ESTAV) – Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est (artt. 100 e seguenti della L.R. 40/2005)<br>Avvio di 18 Società della Salute (art. 60 L.R. 40/2005)   | Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci (Del GR 765/2002)   |

Tabella 2.3 (segue)

| Regione         | Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex D.lgs. 517/1999 e D.lgs. 288/2003)   | Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende |
|-----------------|---|---|
| <i>Umbria</i>   | Istituzione di un consorzio tra le aziende sanitarie per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative. Il consorzio si occuperà di gestione integrata di funzioni tecnico amministrative in materia di sanità pubblica (L.R. 17/2005)* |   |
| <i>Lazio</i>    | Trasformazione delle AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'Università  |   |
| <i>Campania</i> | Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN   |   |
| <i>Puglia</i>   | Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'università<br>Trasformazione degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in Fondazioni      |   |
| <i>Calabria</i> | Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'Università  |   |
| <i>Sicilia</i>  | Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN  |   |

\* Iniziativa prevista ma non ancora realizzata.

Le principali variazioni rispetto alla precedente indagine (Cantù e Carbone, 2004) sono: Emilia Romagna, Calabria e Lazio hanno recepito la normativa nazionale relativa alle AOU; il Friuli Venezia Giulia ha creato un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti (CSC); in Lombardia sono state costituite due fondazione di partecipazione per la gestione dei presidi ospedalieri di Suzzara e Castiglione delle Stiviere (che facevano capo all'AO Poma di Mantova) ed è stata completata la trasformazione in un'unica Fondazione dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e dell'AO Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP). Rispetto a quest'ultimo tema il capitolo 10 analizza il processo costitutivo e la struttura delle Fondazioni sopra citate, oltre a quelli di alcune Fondazioni ancora in fase progettuale.

### 2.3.2 La mobilità dei Direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria, sebbene sia un attore composito<sup>9</sup>, si incentra oggi sulla figura del DG, il cui ruolo professionale è profondamente mutato in seguito al ripensamento degli assetti istituzionali, strategici e organizzativi del settore sanitario.

Il legislatore lascia alla Regione ampi margini di autonomia nella definizione sia dei requisiti professionali necessari per la nomina, sia degli indicatori di performance per la valutazione<sup>10</sup>. L'idea che i DG siano nominati su base «fiduciaria», debbano rispondere dei risultati raggiunti e in presenza di risultati considerati insoddisfacenti possano essere sostituiti è la rottura più evidente, e comunemente percepita, con il tradizionale paradigma burocratico (Del Vecchio e Carbone 2002).

La mobilità dei DG, in generale, è legata non solo a giudizi sull'operato del DG in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche alle dinamiche istituzionali e politiche. Queste ultime aggiungono alla naturale instabilità, legata alle predeterminate scadenze dei contratti dei direttori, ulteriori potenziali instabilità, in relazione alle scadenze di legislatura, alla modificazione delle maggioranze, allo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse.

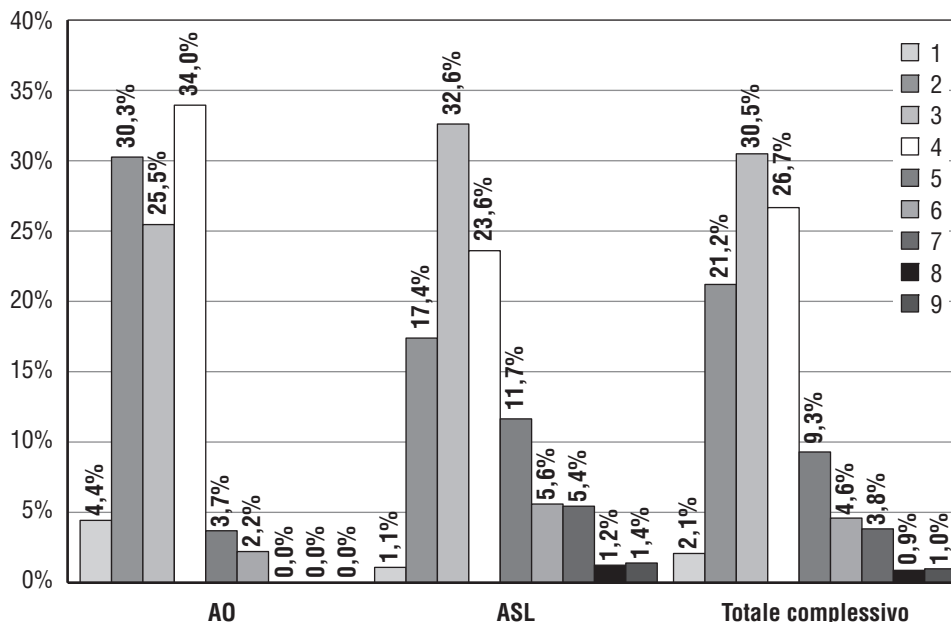
Questo paragrafo presenta un aggiornamento<sup>11</sup> dell'analisi sul turn-over dei DG delle aziende sanitarie pubblicata nel *Rapporto OASI 2004* (Cantù e Carbone 2004). In particolare, il paragrafo è diviso in tre parti: la prima presenta il turn-over dei DG a livello nazionale e regionale; la seconda valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie; la terza mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura.

<sup>9</sup> Accanto al DG, il legislatore ha previsto alcuni organi, che possono svolgere una funzione strategica fondamentale per l'azienda. I principali sono il direttore amministrativo (DA), il direttore sanitario (DS), il collegio di direzione (art. 17 del D.lgs. 502/1992 come modificato da 229/1999) e i responsabili di dipartimento e di distretto.

<sup>10</sup> Una disamina dei criteri di valutazione dei Direttori Generali è presentata nel capitolo 4 a partire dall'analisi dei PSR.

<sup>11</sup> Rispetto ai dati utilizzati per il *Rapporto 2004*, sono stati raccolti i nomi di tutti i DG di ASL e AO in carica al 31 giugno 2005, aggiornando di un anno il database, che copre quindi il periodo 1996-2005. Le fonti che hanno permesso la costituzione del database sono state due: l'annuario «Sanità Italia» (volume: Istituzioni) per gli anni 1996, 1997, 1998; il database OASI per gli anni 1999 e 2002; entrambe le fonti, opportunamente incrociate, per gli anni Duemila, 2001, 2003, 2004 e 2005. I nomi risultano aggiornati al 30 aprile per gli anni dal 1996 al 2002, al 31 maggio per il 2003 e il 2004 e al 30 giugno per il 2005. Complessivamente, il database è costituito da 2818 osservazioni (somma del numero di aziende considerate in ogni anno dal 1996 al 2005) su un massimo potenziale di 2939 (somma delle aziende esistenti dal 1996 al 2005), con una rappresentatività media del 96 per cento, ma pari al 100 per cento per tutti gli anni a partire dal 1998. Inoltre, per rendere omogeneo il campione, tutti i DG facenti funzioni e tutti i commissari straordinari in carica al momento della rilevazione, data anche la loro esigua rilevanza numerica, sono stati trattati come DG. Per ulteriori approfondimenti sulla metodologia si rimanda al par. 10.2 del *Rapporto OASI 2003* (Carbone 2003).

Figura 2.1 Numero DG nel periodo 1996-2005, per tipologia di azienda



Con riferimento all'analisi a livello nazionale e regionale, dal 1996 al 2005 il 2 per cento delle aziende sanitarie pubbliche considerate ha avuto un solo DG, il 21 per cento ne ha avuti due, il 30 per cento tre, il 27 per cento quattro, il 20 per cento almeno cinque (cfr. Fig. 2.1). Rispetto ai risultati ottenuti l'anno scorso (Cantù e Carbone 2004), il dato rilevante è rappresentato dalla diminuzione del numero delle aziende che hanno avuto fino a tre DG: le percentuali delle aziende che in dieci anni ha avuto uno, due o tre DG sono diminuite passando rispettivamente dal 6 al 2 per cento, dal 36 al 21 per cento e dal 33 al 30 per cento (diminuzione complessiva del 22 per cento); contrariamente le percentuali delle aziende che ne hanno avuto quattro, cinque, sei e sette sono aumentate passando rispettivamente dal 15 al 27 per cento, dal 5 al 9 per cento, dal 2 al 5 per cento e dal 2 al 4 per cento (aumento complessivo del 21 per cento). Tale variazione è riconducibile, essenzialmente, alla maggiore ampiezza della serie storica considerata nelle elaborazioni (10 anni).

Come l'anno scorso, le AO mostrano una maggiore stabilità rispetto alle ASL: da una parte il 4 per cento delle AO ha avuto un solo DG contro l'1 per cento delle ASL; dall'altra il 13 per cento delle ASL ha avuto 6 o più DG contro il 2 per cento delle AO. Ciò riflette, in un certo senso, la differenza delle attività svolte dalle due tipologie di aziende: la relativa omogeneità dell'attività svolta dalle AO (assistenza ospedaliera) si contrappone alla varietà dell'attività che caratterizza le aziende territoriali (assistenza ospedaliera, distrettuale e sanita-

ria collettiva in ambienti di vita e di lavoro); i compiti dei DG delle AO, rispetto a quelli dei DG delle ASL, sono meglio definiti; di conseguenza, la valutazione del DG in relazione ai risultati ottenuti è meno influenzata da elementi di soggettività. Inoltre, il DG di una ASL, nel cercare di tenere in equilibrio le diverse pressioni provenienti dal «soggetto economico» dell'azienda<sup>12</sup>, deve rispondere del suo operato a un numero più elevato di interlocutori, rappresentati, oltre che dalla Regione, che per una maggiore responsabilizzazione finanziaria derivante dai processi di riforma del SSN, impone ai DG obiettivi prevalentemente economico-finanziari; anche dai rappresentanti degli Enti Locali e dai professional che cercano di influenzare le scelte del DG rispettivamente verso uno sviluppo diffuso dei servizi nel territorio (per esempio, non favorevole alla chiusura di un presidio ospedaliero) e verso un aumento del livello di specializzazione delle prestazioni sanitarie offerte (per esempio, apertura di una nuova UO di eccellenza, incremento della dotazione tecnologica attraverso l'acquisto di nuove tecnologie).

Dopo aver analizzato il turn-over dei DG a livello nazionale, si è condotta la stessa analisi a livello regionale. In particolare, la Tab. 2.4 mostra la durata media del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,6 anni, ossia 3 anni e 7 mesi, utilizzando come metodo di calcolo la media aritmetica di tutte le durate medie aziendali<sup>13</sup>, ovvero facendo pesare in maniera analoga tutte le aziende e ignorando il livello regionale<sup>14</sup>. È questo, sicuramente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando:

1. i tempi necessari per la realizzazione di un «progetto di gestione» in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità; e/o
2. gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti

<sup>12</sup> In generale, per «soggetto economico» s'intende l'insieme delle persone portatrici di interessi istituzionali (interessi delle persone considerate membri dell'istituto) ed economici (attese di redditi, di remunerazioni, di disponibilità di condizioni di produzione e di consumo). Negli istituti pubblici territoriali, il «soggetto economico» è composto da tutte le persone membri della comunità politica-amministrativa, osservati nella veste di contribuenti e di fornitori di servizi personali.

<sup>13</sup> La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni  $n$  considerati per una determinata azienda  $x$  (con  $1 \leq n \leq 10$ ) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

<sup>14</sup> La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come la media aritmetica dei valori regionali (3,7 ovvero 3 anni e 8 mesi). Tuttavia, la scelta che viene qui effettuata è quella di utilizzare come punto di riferimento la media aritmetica delle durate aziendali in quanto, seppure al prezzo di qualche distorsione (il valore medio è influenzato dai comportamenti delle Regioni che hanno al proprio interno un numero maggiore di aziende), riesce a dare conto dell'importanza relativa dei diversi fenomeni. Per maggiori approfondimenti si rimanda a Del Vecchio e Carbone (2002).

Tabella 2.4 **Durata media in carica dei DG in una data azienda, per Regione (1996-2005)**

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

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

menti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica.

Rispetto alla durata media, si evidenzia, inoltre, una forte variabilità interregionale con un massimo registrato nella PA di Bolzano (7 anni e 6 mesi) e un minimo in Calabria (1 anno e 8 mesi).

Coerentemente con quanto esposto precedentemente, il DG di una AO rimane in carica, mediamente, circa 3 mesi in più rispetto al DG di un'ASL: nel dettaglio, 3 anni e 9 mesi nelle AO (la media è 3,8), 3 anni e 6 mesi nelle ASL (la media è

3,5). Alla maggiore stabilità delle AO contribuiscono sia i dati medi delle AO lombarde<sup>15</sup> (4 anni e 3 mesi) sia, soprattutto, la maggiore stabilità delle AO di alcune Regioni come, per esempio, l'Emilia Romagna (5 anni e 4 mesi), la Sardegna (5 anni e 1 mese), la Campania (5 anni) e la Puglia (4 anni e 4 mesi). Rispetto all'anno scorso, sia le ASL che le AO hanno visto aumentare la durata media del DG di circa due mesi.

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

- consistenza e dinamica nel tempo della popolazione di individui che hanno ricoperto o ricoprono la carica di DG;
- numero di Regioni in cui i singoli soggetti hanno ricoperto la carica di DG.

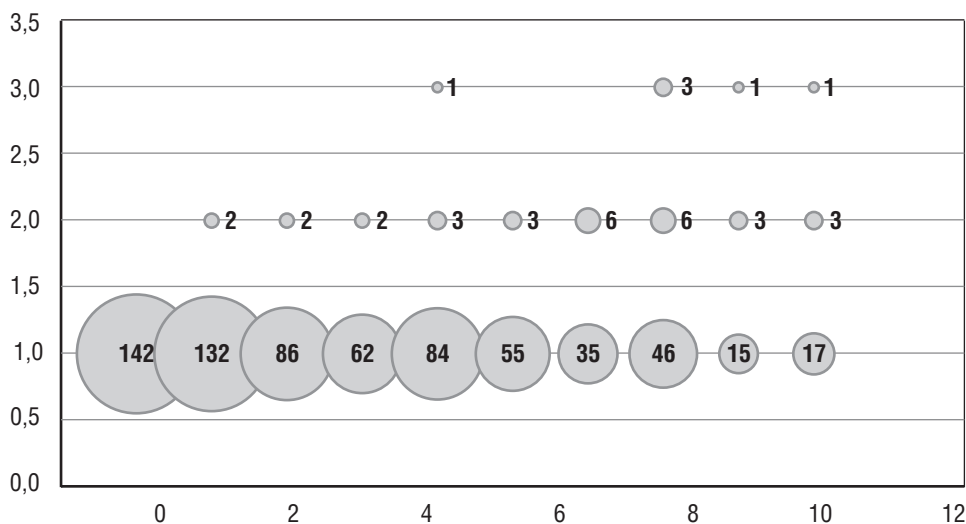
La Fig. 2.2 incrocia le suddette variabili rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe. Il grafico mostra che solo i DG che hanno ricoperto l'incarico per almeno 5 anni hanno un'esperienza in più di una Regione. È interessante notare come, dei 95 individui che hanno una esperienza di più di sette anni come DG, circa il 18 per cento l'abbia maturata in aziende di diverse Regioni. Rimane comunque molto alto il numero di individui che hanno ricoperto la carica per uno o due anni (rispettivamente 142 e 132) in una Regione che però si è ridotto in termini percentuali sul numero delle osservazioni (dal 44 per cento del 2003, al 43 per cento del 2004 al 38 per cento del 2005). Ciò implica che il formarsi di un corpo professionale di individui che per mestiere fanno il DG di aziende sanitarie pubbliche non sembra essere molto avanzato: la posizione di DG rimane, ancora, largamente episodica nella vita delle persone.

Infine, si mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base di due indici proposti già nella ricerca sulla mobilità dei DG del *Rapporto OASI 2003* (cfr. Carbone 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale<sup>16</sup> (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale (propensione del sistema stesso a far ruotare i DG fra le proprie aziende

<sup>15</sup> Le AO lombarde rappresentano circa un terzo di quelle nazionali.

<sup>16</sup> L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella Regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra numero di aziende esistenti all'interno della Regione in ogni anno considerato e numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la Regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno.

Figura 2.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di Regioni in cui hanno ricoperto la carica (numero 710)**



o invece ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre Regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico)<sup>17</sup>. L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le Regioni mono-azienda (Valle D'Aosta e Trento) in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della Regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto<sup>18</sup>.

Associando a ogni Regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Fig. 2.3). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. I due assi s'incrociano nel punto di coordinate (0,21; 0,73)<sup>19</sup>, che rappresenta la media nazionale. In questo modo, si raffigura una matrice a quattro quadranti:

- nel primo quadrante si collocano le Regioni caratterizzate da elevati gradi di

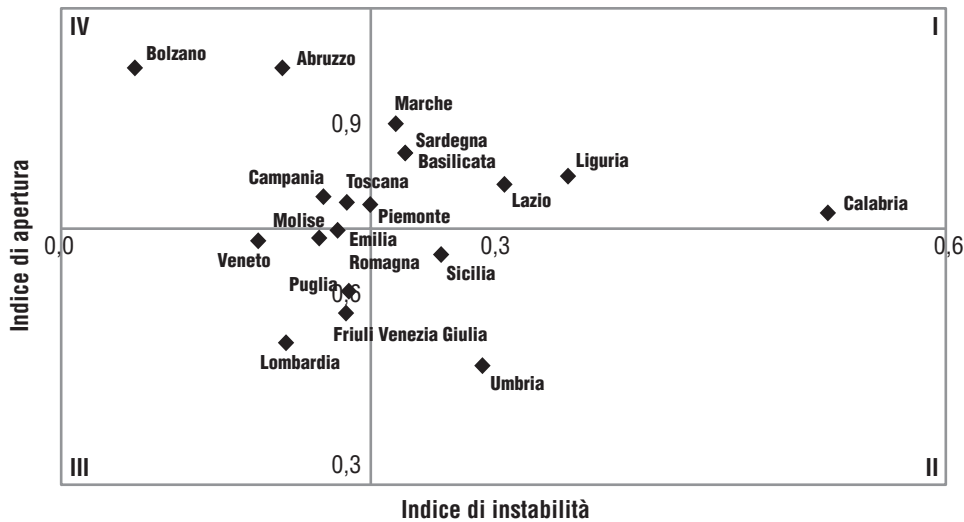
<sup>17</sup> L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della Regione nel periodo 1996-2005 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa Regione.

<sup>18</sup> È possibile invece calcolare l'indice di instabilità che è pari, rispettivamente, a 0,3 e 0,1.

<sup>19</sup> L'indice di instabilità nazionale viene calcolato come quelli regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2005 (614) e il numero totale dei possibili cambiamenti (2801). Il valore è pari a 0,21.



Figura 2.3 Matrice di mobilità dei DG



instabilità e di apertura (Regioni «ad alta variabilità»). Queste caratteristiche si riscontrano, maggiormente, in alcune Regioni del Centro-Sud (Calabria, Lazio, Marche, Basilicata e Sardegna) e nella Liguria;

- il secondo raggruppa le Regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, ovvero sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti e avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa Regione (Regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in due Regioni: Sicilia e Umbria;
- il terzo raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (Regioni «statiche»). In particolare la Lombardia si posiziona al centro del quadrante, mentre le altre Regioni si collocano più vicino alla media nazionale (Friuli Venezia Giulia, Puglia, Molise, Veneto ed Emilia Romagna);
- il quarto quadrante, infine, raggruppa sistemi regionali stabili e aperti, cioè sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono rari e avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne (Regioni ad «apertura fittizia»). In particolare, in questo quadrante si posizionano, in maniera più evidente, le Regioni stabili con poche aziende (Bolzano e Abruzzo); mentre si collocano più vicino alla media nazionale Campania, Toscana e Piemonte.

L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo dei nomi delle persone che dal 1996 al 2005, in ogni Regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (752) e il numero massimo di aziende considerate negli anni (300) divisa per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (614): il valore è pari a 0,73. Si segnala che tale risultato considera due ( $n$ ) volte i DG che hanno operato in 2 ( $n$ ) Regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali.

Se si confrontano questi risultati con quelli presentati in Fig. 2.2 (numero basso di persone che hanno svolto il ruolo di DG in più Regioni), si deduce che, in caso di mutamento dei DG, il ricorso a persone esterne è spiegato, prevalentemente come assegnazione dell'incarico a soggetti che non hanno svolto, in precedenza, il ruolo di DG. A giugno 2005 le Regioni che rispetto ai risultati dell'anno scorso (Cantù e Carbone 2004) hanno registrato variazioni significative sono Liguria e Basilicata in termini di maggiore instabilità e di apertura del sistema e la Calabria in termini di riduzione dell'instabilità. Questo risultato è, in parte, spiegato dal fatto che queste Regioni sono state le prime, tra le Regioni a statuto ordinario, a mostrare gli effetti delle ultime elezioni regionali (primavera 2005).

## 2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Questo paragrafo propone alcuni dati relativi all'assetto tecnico<sup>20</sup> (in termini di numero di strutture d'offerta e loro dimensionamento) e all'organismo personale (in termini quali-quantitativi), evidenziando sia il trend degli ultimi anni, sia il confronto tra le diverse Regioni. In particolare l'analisi distingue i dati che si riferiscono all'assistenza ospedaliera rispetto a quelli che riguardano l'assistenza territoriale.

### 2.4.1 Capacità di offerta delle strutture ospedaliere

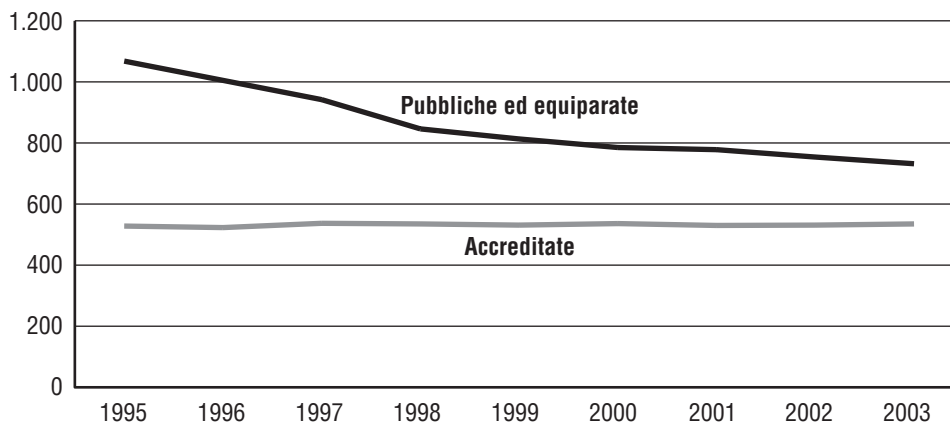
A partire dalla Legge Finanziaria 1991 e dal D.lgs. 502/1992 è stato avviato un processo di ristrutturazione della rete ospedaliera che prevede trasformazioni di destinazione, accorpamenti oppure disattivazioni delle strutture che non rispettano i seguenti parametri:

- utilizzazione media annua dei posti letto non inferiore al 75 per cento;
- dotazione superiore ai 120 posti letto.

La ristrutturazione della rete ospedaliera ha determinato una consistente riduzione del numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (da 1068 nel 1995 a 732 nel 2003, cfr. Fig. 2.4).

<sup>20</sup> Indagare l'assetto tecnico di un'azienda significa analizzare le caratteristiche dei fabbricati, degli impianti, delle macchine, delle attrezzature e delle materie prime, inclusi gli aspetti della loro localizzazione, delle modalità di funzionamento e di impiego e delle strutture di collegamento. «Le scelte di assetto tecnico non riguardano solo le coordinazioni di trasformazione tecnica delle aziende; (...) ma sono caratteristica rilevante di tutte le coordinazioni parziali (di acquisti, di ricerca, di marketing, di rilevazione, di organizzazione ecc.) di tutte le aziende» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994: 148). Tali scelte si riferiscono quindi anche, per esempio, alla disposizione fisica degli uffici, alle reti di comunicazione, all'architettura del sistema informatico. Poiché il nostro riferimento non è una singola azienda ma un sistema di aziende, nel prosieguo si presentano alcuni sintetici indicatori che permettono un'analisi della capacità di offerta.

Figura 2.4 **Numero di strutture di ricovero pubbliche (ed equiparate) e private accreditate (1995-2003)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Rispetto a tale riduzione è possibile fare due tipi di considerazioni:

- la flessione registrata non corrisponde interamente al numero di strutture dismesse o convertite in strutture extraospedaliere (residenziali e non) poiché riflette anche sia l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio, sia la trasformazione o l'aggregazione dei presidi a gestione diretta in aziende ospedaliere (soprattutto in Lombardia)<sup>21</sup>;
- la diminuzione del numero dei posti letto registrata soprattutto nei presidi direttamente gestiti dalle ASL (in parte, tuttavia, assorbita dalle AO, cfr. *infra*) sembra indicare che un ridimensionamento reale si sia verificato proprio a carico di questa tipologia di strutture ospedaliere.

Tale tendenza dovrebbe proseguire anche in futuro. Non a caso, il PSN 2003-2005 individua, tra gli obiettivi prioritari, proprio la riqualificazione della rete ospedaliera attraverso la dismissione degli ospedali minori, lo sviluppo dell'ospitalità a domicilio e la realizzazione di Centri avanzati di eccellenza. Il numero delle strutture private accreditate che operano all'interno del SSN è rimasto invece sostanzialmente invariato, nel corso degli anni considerati. La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2005 è riportata in Tab. 2.5.

<sup>21</sup> Si riportano i dati relativi ai presidi perché a livello ministeriale non è disponibile il numero complessivo di stabilimenti ospedalieri di ASL. L'analisi degli stabilimenti (che rappresentano un concetto fisico-tecnico) sarebbe più coerente con l'approccio del presente paragrafo, che indaga l'assetto tecnico (e quindi la distribuzione logistica delle strutture di offerta), mentre i presidi hanno una connotazione organizzativa.

Tabella 2.5 Numero di strutture di ricovero per tipologia (2005)

| Regione               | Presidi a gestione diretta ASL (1) | Istituti psichiatrici residuali | Aziende Ospedaliere | Stabili-menti di AO (2) | Totale di Strutture di ricovero pubbliche (3) | IRCCS di diritto privato (4) | IRCCS di diritto pubblico (4) | IRCCS Policlinici universitari (5) | Ospedali classificati (6) | Presidi privati qualificati ASL (7) | Enti di ricerca equiparate (8) | Case di cura private accreditate (8) | Case di cura private non accreditate | Totale case di cura private |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Piemonte              | 48                                 |                                 | 8                   | 15                      | 56  | 2                            |                               |                                    |                           | 5                                   | 7                              | 40                                   | 4                                    | 44                          |
| Valle d'Aosta         | 1                                  | 1                               |                     |                         |   |                              |                               |                                    | 0                         |                                     | 0                              |                                      |                                      |                             |
| Lombardia             | 2                                  |                                 | 29                  | 100                     | 31  | 14                           | 5                             |                                    | 5                         |                                     | 24                             | 61                                   | 13                                   | 74                          |
| Bolzano               | 7                                  |                                 |                     |                         | 7   |                              |                               |                                    | 7                         | 1                                   | 8                              | 4                                    | 1                                    | 5                           |
| Trento                | 11                                 |                                 |                     |                         | 11  |                              |                               |                                    | 2                         |                                     | 2                              | 5                                    |                                      | 5                           |
| Veneto                | 63                                 |                                 | 2                   | 3                       | 65  | 1                            | 2                             |                                    | 7                         | 4                                   | 14                             | 16                                   | 3                                    | 19                          |
| Friuli Venezia Giulia | 11                                 |                                 | 3                   | 6                       | 14  | 3                            | 1                             | 1                                  |                           |                                     | 5                              | 5                                    |                                      | 5                           |
| Liguria               | 10                                 |                                 | 3                   | 3                       | 13  | 1                            | 2                             |                                    | 2                         |                                     | 5                              | 3                                    | 7                                    | 10                          |
| Emilia Romagna        | 38                                 |                                 | 5                   | 5                       | 43  |                              | 1                             |                                    |                           |                                     | 1                              | 42                                   | 3                                    | 45                          |
| Toscana               | 26                                 |                                 | 4                   | 4                       | 30  | 2                            |                               |                                    |                           | 2                                   | 5                              | 27                                   | 3                                    | 30                          |
| Umbria                | 5                                  |                                 | 2                   | 3                       | 7   |                              |                               |                                    |                           |                                     | 0                              | 5                                    | 1                                    | 6                           |
| Marche                | 31                                 |                                 | 2                   | 4                       | 33  |                              | 3                             |                                    |                           |                                     | 3                              | 12                                   |                                      | 12                          |
| Lazio                 | 50                                 | 1                               | 4                   | 8                       | 55  | 7                            | 2                             | 4                                  | 8                         | 2                                   | 23                             | 97                                   | 38                                   | 135                         |
| Abruzzo               | 23                                 |                                 | 0                   |                         | 23  |                              |                               |                                    | 2                         |                                     | 2                              | 13                                   |                                      | 13                          |
| Molise                | 6                                  |                                 |                     |                         | 6   | 1                            |                               |                                    |                           |                                     | 1                              | 2                                    |                                      | 2                           |
| Campania              | 50                                 |                                 | 8                   | 2                       | 58  | 2                            | 1                             | 2                                  | 3                         |                                     | 8                              | 72                                   | 5                                    | 77                          |

Tabella 2.5 (segue)

| Regione       | Presidi a gestione diretta ASL (1) | Istituti psichiatrici residuali | Aziende Ospedaliere | Stabili-menti di AO (2) | Totale di strutture di ricovero pubbliche (3) | IRCCS di diritto privato (4) | IRCCS Policlيني di diritto pubblico (4) | Ospedali classifi-cati (5) | Presidi privati qualificati ASL (7) | Enti di ricerca | Totale strutture equiparate (8) | Case di cura private accreditate | Case di cura private non accreditate | Totale case di cura private |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------------|---|------------------------------|---|----------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Puglia        | 27                                 |                                 | 2                   | 2                       | 29  | 2                            | 2                                       | 2                          |                                     |                 | 6                               | 25                               | 8                                    | 33                          |
| Basilicata    | 12                                 | 1                               | 1                   | 2                       | 14  |                              | 1                                       |                            |                                     | 1               | 2                               | 1                                |                                      | 1                           |
| Calabria      | 31                                 |                                 | 4                   | 9                       | 35  |                              | 1                                       |                            |                                     |                 | 1                               | 37                               |                                      | 37                          |
| Sicilia       | 48                                 |                                 | 17                  | 26                      | 65  |                              | 1                                       | 3                          | 1                                   |                 | 5                               | 60                               |                                      | 60                          |
| Sardegna      | 29                                 |                                 | 1                   |                         | 30  |                              | 1                                       | 2                          |                                     |                 | 3                               | 13                               |                                      | 13                          |
| <b>Italia</b> | <b>529</b>                         | <b>2</b>                        | <b>95</b>           | <b>192</b>              | <b>626</b>                                    | <b>37</b>                    | <b>21</b>                               | <b>12</b>                  | <b>39</b>                           | <b>3</b>        | <b>126</b>                      | <b>540</b>                       | <b>86</b>                            | <b>626</b>                  |

(1) Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpatis (ex art. 4, comma 9, D.lgs. 502/1992).

(2) Per stabilimenti ospedalieri si intendono tutte le sedi fisiche ubicate a indirizzi differenti.

(3) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali e AO.

(4) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in Regioni diverse dalla sede centrale.

(5) In generale, nel capitolo, con il termine «policlinici» si riferisce ai «Policlinici a gestione diretta dell'Università» e a quelli eventualmente trasformati in «Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN», secondo quanto stabilito dal D.lgs. 517/1999. Non sono invece incluse in questa categoria le «Aziende Ospedaliere integrate con l'Università», cioè le AO in cui insiste la prevalenza del Corso di laurea in Medicina e chirurgia (che sono incluse nella categoria delle aziende ospedaliere).

(6) Ex art. 1, ultimo comma, legge 132/1968 e art. 41 legge 833/1978.

(7) Ex art. 43, comma 2, legge 833/1978 e DPCM 20 ottobre 1988.

(8) Sommatoria di IRCCS di diritto pubblico e privato, Policlinici universitari a gestione diretta, Ospedali classificati, Presidi qualificati ed Enti di ricerca.

\* Dati 2004.

Fonte: aggiornamento OASI sulla base delle schede inviate alle Regioni (2005)

Le principali modifiche, rispetto al 2004, riguardano:

- le strutture di ricovero pubbliche, che sono state caratterizzate da una riduzione di 18 presidi a gestione diretta (–4 in Piemonte, –8 in Toscana, –4 in Umbria e –2 in Calabria), dall’aumento di 1 istituto psichiatrico residuale (quello in Basilicata che si aggiunge a quello nel Lazio), dalla creazione di una nuova Azienda Ospedaliera in Piemonte e dalla riduzione di 18 stabilimenti di AO (–12 in Lombardia, –7 in Campania, –1 in Sardegna e +2 in Piemonte);
- le strutture equiparate, rispetto alle quali le Regioni segnalano otto IRCCS di diritto privato in più (uno in Veneto, due in Friuli Venezia Giulia, uno in Toscana, tre nel Lazio e uno in Sardegna) e tre di diritto pubblico in meno (–1 in Friuli Venezia Giulia, –1 in Toscana, –2 nel Lazio, –1 in Sardegna, +2 in Veneto); 3 ospedali classificati in meno (in Piemonte); 6 presidi qualificati in più (1 in Piemonte, +3 in Veneto e +2 in Toscana) e due enti di ricerca in più (uno in Molise e uno in Basilicata);
- le case di cura accreditate, che sono aumentate di sole 6 unità (una in Piemonte, quattro in Lombardia e una in Liguria), e quelle non accreditate, che sono rimaste invariate.

Tra le strutture di ricovero, un dato particolare è costituito da quelle che sono sede di centri di eccellenza (Tab. 2.6): a questo proposito emerge che il 21 per cento dei Centri di Rilevanza Nazionale esistenti in Italia è localizzato in Lombardia, il 9,1 per cento in Piemonte, l’8 per cento nel Lazio, il 7,2 per cento in Veneto e il 6,6 per cento in Toscana e Campania, mentre in tutte le altre Regioni è localizzato il restante 41 per cento.

Qualunque confronto con i dati presentati nel cap. 2 del *Rapporto OASI 2004* (Cantù *et al.* 2004) è reso difficile dal fatto che è stato modificato il sistema di classificazione dei Centri di Rilevanza Nazionale e che la rilevazione riportata in Tab. 2.6 è aggiornata al 2004, mentre quella dello scorso anno al 2001.

In termini dimensionali, le AO e i Policlinici, per loro natura, hanno una maggiore dimensione (mediamente 673 e 540 posti letto utilizzati); gli ospedali a gestione diretta ASL non raggiungono, in media, i 200 posti letto; gli IRCCS e gli Ospedali classificati dispongono mediamente di 220 e 188 posti letto.

Nelle case di cura vengono mediamente accreditati poco meno di 100 posti letto.

La Tab. 2.7 mostra come la dimensione media sia comunque diminuita in tutte le tipologie di aziende, soprattutto nei Policlinici (–37 per cento dal 1997 al 2003), negli ospedali classificati (–20 per cento) e nelle AO (–19 per cento).

Rispetto alla distribuzione dei posti letto tra le differenti tipologie di strutture, in Fig. 2.5 si evidenzia come nel 2003 il 51,4 per cento dei posti letto pubblici si trovasse all’interno dei presidi a gestione diretta delle ASL, mentre il resto fosse all’interno delle AO (34,8 per cento), di IRCCS (5,8 per cento), di policlinici (3,1 per cento) e di altre strutture equiparate (4,9 per cento).

Tabella 2.6 Concentrazione dei Centri di Rilevanza Nazionale (anno 2004)

|  | Piemonte    | Valle d'Aosta | Lombardia    | Bolzano     | Trento      | Veneto      | Friuli Venezia Giulia | Liguria     | Emilia Romagna | Toscana     | Umbria        |
|--|-------------|---------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|----------------|-------------|---------------|
| <b>Centri di rilevanza nazionale</b>                     |             |               |              |             |             |             |                       |             |                |             |               |
| DEA I Livello  | 21          |               | 43           | 2           | 1           | 18          | 9                     | 5           | 12             | 16          | 4             |
| DEA II Livello   | 8           | 1             | 15           | 2           |             | 13          | 4                     | 3           | 8              | 10          | 2             |
| TAC  | 22          | 1             | 45           |             | 3           | 14          | 10                    | 8           | 19             | 10          | 5             |
| Disturbi del comportamento alimentare                    | 5           |               | 10           |             |             | 3           |                       | 2           | 3              | 3           | 1             |
| Ospedali pediatrici                                      | 2           |               | 2            |             |             |             | 1                     | 1           |                | 1           |               |
| Angiografia digitale                                     | 10          |               | 31           |             |             | 4           | 3                     | 2           | 5              | 4           | 1             |
| Banche di raccolta di cellule emopoietiche               | 1           |               | 2            |             |             | 2           |                       | 1           | 1              | 2           |               |
| Centri grandi ustionati                                  | 2           |               | 1            |             |             | 2           | 1                     | 2           | 2              | 2           |               |
| Centri antiveleni  | 1           |               | 2            |             |             | 1           |                       | 1           |                | 1           |               |
| IRCCS privati  | 2           |               | 13           |             |             | 1           |                       | 1           |                | 2           |               |
| IRCCS pubblici   |             |               | 5            |             |             |             | 2                     | 2           | 1              | 1           |               |
| Istituti di cura con sezioni di neurochirurgia infantile | 1           |               |              |             |             |             |                       | 1           |                | 1           |               |
| Tomografo a emissione di positroni (PET)                 | 1           |               | 14           |             |             | 4           | 2                     | 1           | 4              | 3           |               |
| Centri trapianto di midollo osseo                        | 3           |               | 11           | 1           |             | 3           | 2                     | 2           | 3              | 4           |               |
| Unità gravi cerebrolesioni                               | 5           |               | 1            |             | 1           |             | 1                     | 2           | 1              | 3           | 1             |
| Centri spina bifida                                      | 3           |               | 6            |             |             | 3           | 3                     | 1           | 2              | 1           |               |
| Unità spinali  | 2           |               | 5            |             |             | 3           | 1                     | 1           |                | 1           | 1             |
| <b>Totale</b>  | <b>89</b>   | <b>2</b>      | <b>206</b>   | <b>5</b>    | <b>5</b>    | <b>71</b>   | <b>39</b>             | <b>36</b>   | <b>61</b>      | <b>65</b>   | <b>15</b>     |
| <i>Percentuale su totale nazionale</i>                   | <i>9,1%</i> | <i>0,2%</i>   | <i>21,0%</i> | <i>0,5%</i> | <i>0,5%</i> | <i>7,2%</i> | <i>4,0%</i>           | <i>3,7%</i> | <i>6,2%</i>    | <i>6,6%</i> | <i>1,5%</i>   |
| <b>(segue)</b>   |             |               |              |             |             |             |                       |             |                |             |               |
|  | Marche      | Lazio         | Abruzzo      | Molise      | Campania    | Puglia      | Basilicata            | Calabria    | Sicilia        | Sardegna    | Italia        |
| <b>Centri di rilevanza nazionale</b>                     |             |               |              |             |             |             |                       |             |                |             |               |
| DEA I Livello  | 13          | 16            | 10           | 2           | 17          | 5           | 3                     | 12          | 10             | 5           | <b>224</b>    |
| DEA II Livello   | 3           | 11            | 7            | 2           | 15          | 7           | 1                     |             | 15             | 1           | <b>128</b>    |
| TAC  | 12          | 18            | 9            | 2           | 16          | 10          | 4                     | 9           | 15             | 7           | <b>239</b>    |
| Disturbi del comportamento alimentare                    | 1           | 5             | 2            |             | 2           | 2           | 1                     | 1           | 2              |             | <b>43</b>     |
| Ospedali pediatrici                                      | 1           | 1             |              |             | 1           | 1           |                       |             | 1              | 1           | <b>13</b>     |
| Angiografia digitale                                     |             | 4             | 1            | 2           | 5           | 6           | 1                     | 6           | 6              | 2           | <b>93</b>     |
| Banche di raccolta di cellule emopoietiche               |             | 3             | 1            |             | 1           |             |                       |             | 1              |             | <b>15</b>     |
| Centri grandi ustionati                                  |             | 1             |              |             | 1           | 2           |                       |             | 2              | 1           | <b>19</b>     |
| Centri antiveleni  |             | 2             |              |             | 1           |             |                       |             |                |             | <b>9</b>      |
| IRCCS privati  |             | 4             |              | 1           | 1           | 2           |                       |             | 1              |             | <b>28</b>     |
| IRCCS pubblici   | 3           | 3             |              |             | 1           | 2           |                       | 1           |                | 1           | <b>22</b>     |
| Istituti di cura con sezioni di neurochirurgia infantile |             | 2             |              |             | 1           |             |                       |             |                |             | <b>6</b>      |
| Tomografo a emissione di positroni (PET)                 | 2           |               |              |             | 1           |             |                       |             | 1              |             | <b>33</b>     |
| Centri trapianto di midollo osseo                        | 2           | 4             | 1            |             | 1           | 2           |                       | 1           | 3              | 3           | <b>46</b>     |
| Unità gravi cerebrolesioni                               | 1           | 1             |              |             | 1           | 2           |                       |             | 1              |             | <b>21</b>     |
| Centri spina bifida                                      |             |               | 2            |             |             |             |                       |             |                | 3           | <b>24</b>     |
| Unità spinali  |             |               | 1            |             |             |             |                       | 1           |                | 1           | <b>17</b>     |
| <b>Totale</b>  | <b>38</b>   | <b>78</b>     | <b>31</b>    | <b>9</b>    | <b>65</b>   | <b>41</b>   | <b>10</b>             | <b>31</b>   | <b>58</b>      | <b>25</b>   | <b>980</b>    |
| <i>Percentuale su totale nazionale</i>                   | <i>3,9%</i> | <i>8,0%</i>   | <i>3,2%</i>  | <i>0,9%</i> | <i>6,6%</i> | <i>4,2%</i> | <i>1,0%</i>           | <i>3,2%</i> | <i>5,9%</i>    | <i>2,6%</i> | <i>100,0%</i> |

Fonte: Ministero della Salute

Tabella 2.7 **Dimensione media (numero di posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2003)**

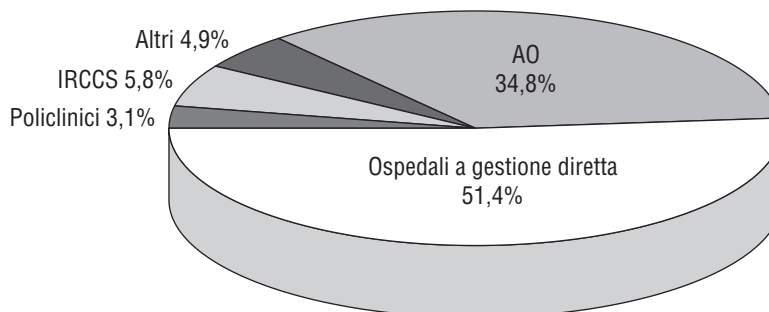
| Anno | AO  | Presidi a gestione diretta ASL | Policlinici universitari a gestione diretta | IRCCS | Ospedali classificati* | Case di cura accreditate** |
|------|-----|--------------------------------|---|-------|------------------------|----------------------------|
| 1997 | 834 | 199                            | 856   | 243   | 234                    | 98                         |
| 1998 | 877 | 189                            | 818   | 244   | 236                    | 98                         |
| 1999 | 800 | 186                            | 868   | 240   | 224                    | 94                         |
| 2000 | 774 | 184                            | 832   | 247   | 223                    | 89                         |
| 2001 | 736 | 183                            | 733   | 242   | 221                    | 91                         |
| 2002 | 709 | 178                            | 658   | 237   | 214                    | 91                         |
| 2003 | 673 | 182                            | 540   | 220   | 188                    | 89                         |

\* Ex art. 1, ultimo comma, legge 132/1968 e art. 41 legge 833/1978.

\*\* Numero medio dei posti letto accreditati.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.5 **Distribuzione posti letto pubblici per tipologia di struttura (2003)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Rispetto al 2002 si registra una lieve ripresa dei presidi a gestione diretta ASL<sup>22</sup>, che segnano un aumento del 3 per cento della quota di posti letto a disposizione (nel 2002 era pari al 48,7 per cento) e una contestuale riduzione del peso di AO e policlinici universitari (diminuito rispettivamente del 1,9 per cento e dello 0,6 per cento). Si tratta di un trend in controtendenza rispetto all'andamento rilevato negli ultimi cinque anni. Rispetto al 1997 si è ridotta, infatti, di 6 punti percentuali la quota di posti letto pubblici nei presidi a gestio-

<sup>22</sup> Per questo si veda anche Tab. 2.7.



ne diretta ASL a favore delle aziende ospedaliere (la cui quota è passata dal 29 per cento al 34,8 per cento) e degli IRCCS (il cui peso è aumentato di un punto percentuale). Sembra quindi rilevabile una tendenza verso una concentrazione dei posti letto pubblici nelle strutture di ricovero di alta specialità (in realtà largamente spiegato dalla riforma del SSR lombardo, che da solo conta il 33 per cento dei posti letto pubblici in AO). Rilevante appare, infine, il dato relativo al numero di posti letto nei presidi a gestione diretta, che è passato da 140.457 nel 1997 a 97.408 nel 2003, con una diminuzione di oltre 40.000 unità, segno che, oltre al già citato accorpamento organizzativo, si è proceduto a un reale ridimensionamento dei presidi a gestione diretta.

Rispetto ai posti letto, la Finanziaria 2005 e l'intesa del 23 marzo 2005 hanno previsto che le Regioni adottino, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, adeguando, di conseguenza, le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. È possibile una variazione rispetto a tale standard, che tuttavia non può superare il 5 per cento in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. Lo standard definito dovrà essere raggiunto entro il 2007.

Non è la prima volta che il numero di posti letto per mille abitanti diventa obiettivo vincolante per le Regioni:

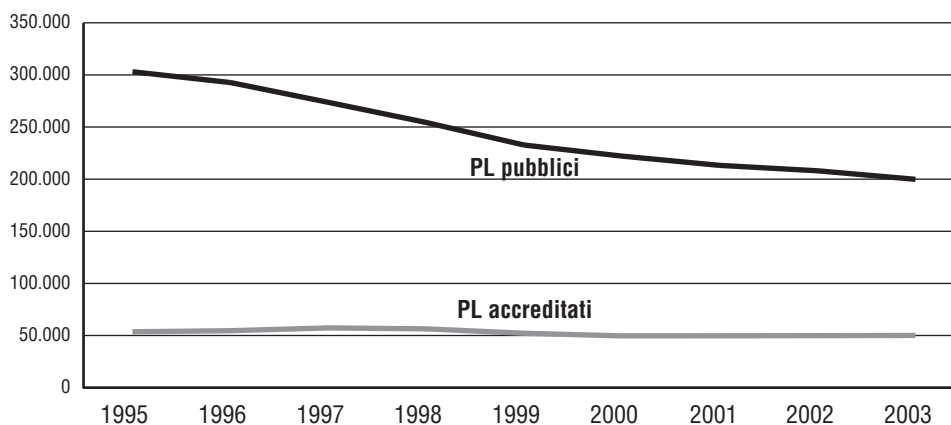
- la Finanziaria 1996 aveva previsto uno standard di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza<sup>23</sup> (in quell'anno, tutte le Regioni presentavano un rapporto più elevato rispetto a quello obiettivo per gli acuti e inferiore per i non acuti);
- in seguito all'accordo dell'8 settembre 2001 lo standard di riferimento è stato ulteriormente ridotto a 5 posti letto (mantenendo costante il parametro obiettivo per non acuti).

In effetti, nel periodo 1995-2003 si è rilevato un trend di forte riduzione dei posti letto. In particolare, quelli in regime ordinario (acuti e non) sono passati da circa 357.000 nel 1995 a poco meno di 250.000 nel 2003: il decremento è stato costante nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre i posti letto accreditati, dopo un iniziale incremento (fino al 1997), sono diminuiti a partire dal 1998, per tornare ad aumentare ancora nel 2001 (Fig. 2.6). È invece cresciuto il

<sup>23</sup> I posti letto vengono tipicamente distinti tra:

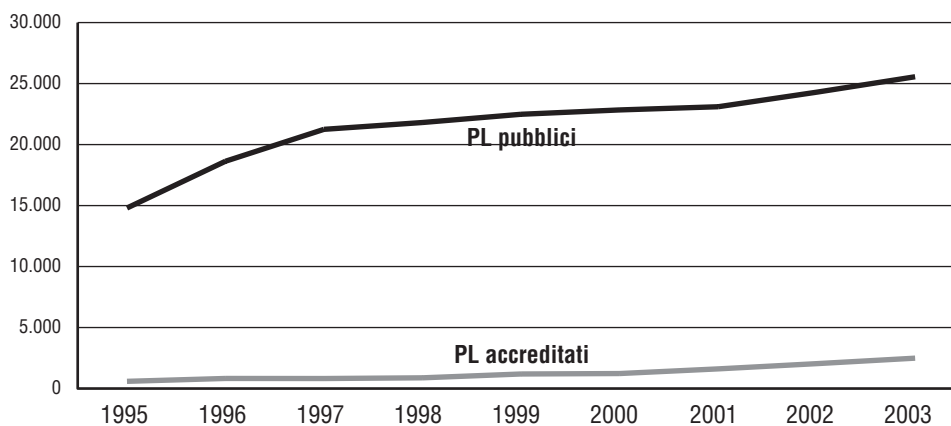
- posti letto per acuti e posti letto per non acuti; questi ultimi includono i posti letto per riabilitazione e lungodegenza e specificamente quelli dedicati alle seguenti specialità cliniche e discipline: Residuale manicomiale (22), Unità spinale (28), Recupero e riabilitazione funzionale (56), Lungodegenti (60), Neuro-riabilitazione (75);
  - posti letto per degenza ordinaria e per Day Hospital.
- Questa distinzione è relativa sia ai posti letto per acuti che a quelli dedicati alla riabilitazione.

Figura 2.6 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2003)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.7 **Numero di posti letto previsti in Day Hospital (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2003)**

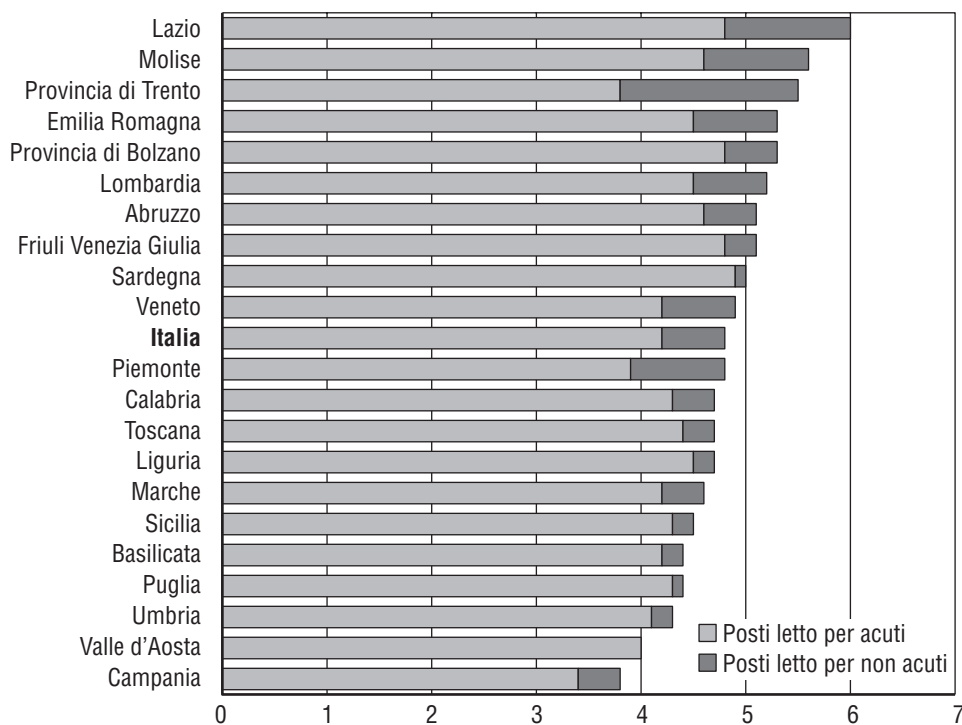


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

numero di posti letto in Day Hospital sia nelle strutture pubbliche che nelle private accreditate, passato da poco più di 15.000 nel 1995 a più di 28.000 nel 2003 (Fig. 2.7).

Nel 2003 la dotazione di posti letto per acuti (sia degenza ordinaria che DH) a livello nazionale era pari a 4,2 ogni mille abitanti, quella per non acuti a 0,6. Lo standard obiettivo complessivo di 5 posti letto risultava quindi rispettato, non invece la ripartizione tra acuti e non acuti, né il nuovo standard di 4,5 posti

Figura 2.8 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (degenza ordinaria e DH) per 1.000 abitanti (2003)**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

letto. La distribuzione territoriale dei posti letto era abbastanza differenziata (Fig. 2.8), con otto Regioni al di sopra dello standard complessivo. Solo tre Regioni (Molise, Lazio e Provincia di Trento) avevano una dotazione di posti letto per non acuti uguale o superiore allo standard dell'1 per mille, mentre ben 12 (Campania, Valle D'Aosta, Umbria, Puglia, Basilicata, Sicilia, Marche, Liguria, Toscana, Calabria, Sardegna e Friuli Venezia Giulia) non raggiungevano lo 0,5 per mille.

La dotazione complessiva dei posti letto nelle Regioni, con distinzione per tipologia di struttura tra la degenza ordinaria e in DH (oltre all'indicazione dei posti letto a pagamento nelle strutture pubbliche), è presentata nella Tab. 2.8 che evidenzia inoltre la variazione percentuale dei posti letto dal 1998 al 2003 per Regione. Si segnalano in particolare:

1. l'incremento nel numero di posti letto per DH (+27 per cento), che nel 2003 rappresentavano quasi l'11 per cento dei posti letto pubblici e quasi il 5 per cento di quelli privati accreditati;

Tabella 2.8 Posti letto previsti a inizio anno nelle Regioni, per tipo di struttura e regime di ricovero (2003), e variazione posti letto 1998-2003

| Regione               | Posti letto pubblici |               | Posti letto accreditati |                   | Totale 2003    | Variazione totale 1998-2003 | Variazione posti letto degenza ordinaria* 1998-2003 | Variazione posti letto day hospital 1998-2003 |
|-----------------------|----------------------|---------------|-------------------------|-------------------|----------------|-----------------------------|---|---|
|                       | Degenza ordinaria    | Day hospital  | A pagamento             | Degenza ordinaria |                |                             |   |   |
| Piemonte              | 14.171               | 2.027         | 154                     | 3.690             | 20.189         | -19%                        | -22%  | 20%   |
| Valle d'Aosta         | 425                  | 53            | 2                       | 480               | 480            | -14%                        | -17%  | 20%   |
| Lombardia             | 33.888               | 3.663         | 523                     | 8.443             | 47.073         | -17%                        | -21%  | 49%   |
| Bolzano               | 1.956                | 140           | 42                      | 304               | 2.442          | -12%                        | -17%  | 3.400%  |
| Trento                | 1.814                | 245           | 135                     | 459               | 2.659          | -26%                        | -27%  | -14%  |
| Veneto                | 18.042               | 2.258         | 582                     | 1.107             | 22.063         | -21%                        | -23%  | 6%  |
| Friuli Venezia Giulia | 4.557                | 527           | 223                     | 616               | 5.945          | -23%                        | -26%  | 16%   |
| Liguria               | 6.326                | 982           | 67                      | 128               | 7.503          | -33%                        | -37%  | 18%   |
| Emilia Romagna        | 14.562               | 1.926         | 150                     | 4.642             | 21.421         | -13%                        | -13%  | -10%  |
| Toscana               | 12.472               | 1.715         | 317                     | 2.117             | 16.813         | -17%                        | -22%  | 49%   |
| Umbria                | 2.776                | 502           | 16                      | 234               | 3.555          | -22%                        | -25%  | 11%   |
| Marche                | 5.284                | 694           | 35                      | 1.909             | 6.969          | -31%                        | -35%  | 64%   |
| Lazio                 | 18.189               | 2.926         | 90                      | 8.858             | 30.511         | -25%                        | -28%  | 11%   |
| Abruzzo               | 4.819                | 559           | 138                     | 959               | 6.497          | -34%                        | -36%  | 9%  |
| Molise                | 1.442                | 147           | 21                      | 183               | 1.793          | -2%                         | -9%   | 819%  |
| Campania              | 12.975               | 1.755         | 81                      | 6.290             | 21.467         | -28%                        | -32%  | 85%   |
| Puglia                | 14.414               | 1.203         | 218                     | 1.862             | 17.775         | -31%                        | -33%  | 2%  |
| Basilicata            | 2.307                | 253           | 15                      | 60                | 2.635          | -13%                        | -18%  | 118%  |
| Calabria              | 5.313                | 968           | 12                      | 3.301             | 9.610          | -18%                        | -23%  | 74%   |
| Sicilia               | 15.139               | 2.487         | 92                      | 4.389             | 22.360         | -12%                        | -17%  | 49%   |
| Sardegna              | 6.040                | 530           | 45                      | 1.509             | 8.217          | -20%                        | -22%  | 14%   |
| <b>Italia</b>         | <b>196.911</b>       | <b>25.560</b> | <b>2.958</b>            | <b>50.060</b>     | <b>277.977</b> | <b>-21%</b>                 | <b>-24%</b>   | <b>27%</b>                                    |

\* Inclusi i posti letto a pagamento.

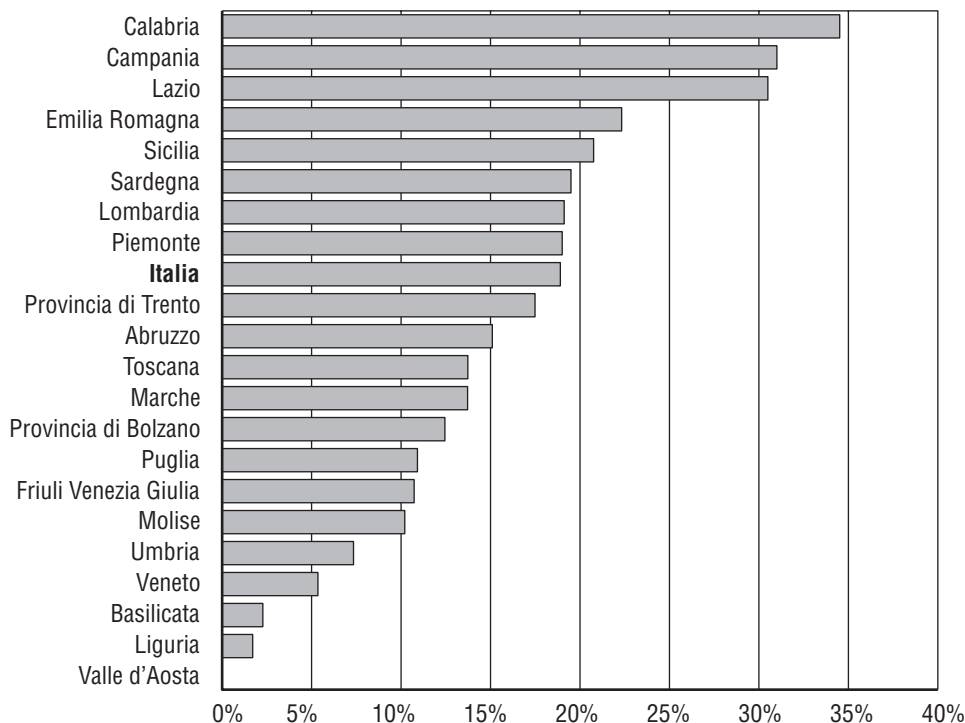
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

2. la rilevanza dei posti letto pubblici a pagamento nella provincia autonoma di Trento (6,2 per cento), in Friuli (4,2 per cento) e in Veneto, Abruzzo, Toscana e Provincia Autonoma di Bolzano (rispettivamente 2,8 per cento, 2,5 per cento, 2,2 per cento e 2 per cento, rispetto a un media nazionale di 1,3 per cento);
3. la riduzione a livello nazionale dei posti letto complessivi (-21 per cento dal 1998 al 2003), che risulta però differenziata tra le diverse Regioni.

Come era immaginabile, la diminuzione è stata più accentuata nelle Regioni che nel 1998 avevano un rapporto posti letto per mille abitanti superiore alla media nazionale (come Abruzzo, Marche, Lazio). La diminuzione è stata però consistente anche in Regioni come la Campania e la Puglia, in cui tale rapporto era addirittura inferiore alla media nazionale.

La Fig. 2.9 approfondisce invece le differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato. In tutte le Regioni l'offerta è prevalentemente pubblica (81,1 per cento dei posti letto a livello nazionale), ma il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta in Regioni quali la Calabria (34,5 per

Figura 2.9 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (degenza ordinaria e DH) nel 2003**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

cento), la Campania (31 per cento) e il Lazio (30,5 per cento). La rilevanza dei posti letto privati accreditati è aumentata in quasi tutte le regioni dal 1998 al 2003, con gli incrementi più significativi proprio in Calabria e Campania (dove la quota del privato accreditato è aumentata di circa 6 punti percentuali, anche a causa della diminuzione dei posti letto pubblici).

Per quanto riguarda i servizi per l'emergenza, infine, si evidenzia come nel 2003 l'82,3 per cento degli ospedali pubblici disponesse di un pronto soccorso, rispetto all'8,4 per cento delle strutture private accreditate. Allo stesso modo, il 48,9 rispetto al 7,3 per cento aveva un centro di rianimazione. Inoltre, circa nella metà degli ospedali pubblici erano presenti un centro trasfusionale (47,2 per cento) e un centro di dialisi (54,3 per cento), mentre nelle strutture private accreditate tali percentuali erano molto più contenute (rispettivamente 1,1 e 6,6 per cento).

#### 2.4.2 Capacità di offerta delle strutture territoriali

Negli ultimi anni è stata posta molta enfasi sulla necessità di spostare risorse e servizi ancora oggi assorbiti dagli ospedali verso il territorio. Ciò si è tradotto principalmente nel rafforzamento dei distretti. Il distretto organizza i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; provvede al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai disabili fisici e psichici e ad altri soggetti (tossicodipendenti, malati di AIDS ecc.); gestisce le attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, coordinandosi con l'assistenza ospedaliera. La Tab. 2.9 presenta il numero di distretti attivati fino al 2003, con indicazione della loro dimensione media. Si segnala che, rispetto al 2002, il numero dei distretti è aumentato dell'11 per cento e la popolazione mediamente assistita è corrispondentemente diminuita da circa 69.000 abitanti a 62.000, mentre è leggermente aumentato il numero medio di distretti per ASL (da 4,3 a 4,7).

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

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

La Tab. 2.10 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse Regioni italiane. È importante innanzi tutto evidenziare il forte peso del privato accreditato in quasi tutte le tipologie di strutture (a eccezione della categoria «Altre strutture territoriali») a livello nazionale. Tale rilevanza è però molto varia-

Tabella 2.9 **Distretti attivati all'interno delle ASL e loro dimensione media (2003)**

| <b>Regioni</b>        | <b>Distretti attivati</b> | <b>Numero medio distretti per ASL</b> | <b>Popolazione media per distretto</b> |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
| Piemonte              | 66                        | 3,0                                   | 65.003                                 |
| Valle d'Aosta         | 4                         | 4,0                                   | 30.540                                 |
| Lombardia             | 98                        | 6,5                                   | 94.065                                 |
| Bolzano               | 9                         | 2,3                                   | 52.572                                 |
| Trento                | 11                        | 11,0                                  | 44.269                                 |
| Veneto                | 54                        | 2,6                                   | 85.125                                 |
| Friuli Venezia Giulia | 20                        | 3,3                                   | 59.435                                 |
| Liguria               | 7                         | 1,4                                   | 228.454                                |
| Emilia Romagna        | 37                        | 2,8                                   | 109.425                                |
| Toscana               | 64                        | 5,3                                   | 55.591                                 |
| Umbria                | 132                       | 33,0                                  | 6.418                                  |
| Marche                | 34                        | 2,6                                   | 43.675                                 |
| Lazio                 | 47                        | 3,9                                   | 113.961                                |
| Abruzzo               | 40                        | 6,7                                   | 32.217                                 |
| Molise                | 10                        | 2,5                                   | 32.582                                 |
| Campania              | 110                       | 8,5                                   | 52.816                                 |
| Puglia                | 64                        | 5,3                                   | 64.009                                 |
| Basilicata            | 11                        | 2,2                                   | 54.730                                 |
| Calabria              | 32                        | 2,9                                   | 63.585                                 |
| Sicilia               | 61                        | 6,8                                   | 83.143                                 |
| Sardegna              | 23                        | 2,9                                   | 71.555                                 |
| <b>Italia</b>         | <b>934</b>                | <b>4,7</b>                            | <b>62.254</b>                          |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

bile a livello regionale. Per gli ambulatori e laboratori, la presenza di strutture private accreditate è rilevante (e talvolta addirittura preponderante) nelle regioni meridionali (insieme a Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto).

Per ciò che riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali sono invece le Regioni del Nord (in particolare Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Lombardia e Valle d'Aosta) a presentare le più elevate percentuali di strutture private accreditate (a cui si aggiungono il Molise, dove tutte le strutture residenziali e semiresi-

**Tabella 2.10 Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2003)**

| Regioni               | Ambulatori e laboratori | Di cui privati accreditati | Altre strutture territoriali* | Di cui privati accreditati | Strutture semiresidenziali | Di cui private accreditate | Strutture residenziali | Di cui private accreditate |
|-----------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Piemonte              | 763                     | 23%                        | 355                           | 2%                         | 154                        | 53%                        | 547                    | 60%                        |
| Valle d'Aosta         | 22                      | 14%                        | 36                            | 3%                         | 1                          | 100%                       | 2                      | 100%                       |
| Lombardia             | 1.419                   | 51%                        | 803                           | 6%                         | 496                        | 53%                        | 954                    | 78%                        |
| Bolzano               | 246                     | 15%                        | 55                            | 2%                         | 6                          | 0%                         | 25                     | 68%                        |
| Trento                | 80                      | 19%                        | 22                            | 0%                         | 0                          | —                          | 56                     | 96%                        |
| Veneto                | 779                     | 44%                        | 593                           | 21%                        | 472                        | 60%                        | 649                    | 75%                        |
| Friuli Venezia Giulia | 204                     | 26%                        | 68                            | 6%                         | 63                         | 35%                        | 155                    | 52%                        |
| Liguria               | 603                     | 35%                        | 195                           | 1%                         | 28                         | 4%                         | 135                    | 72%                        |
| Emilia Romagna        | 715                     | 43%                        | 362                           | 5%                         | 424                        | 79%                        | 580                    | 82%                        |
| Toscana               | 1.010                   | 38%                        | 487                           | 7%                         | 250                        | 29%                        | 507                    | 55%                        |
| Umbria                | 173                     | 14%                        | 91                            | 3%                         | 67                         | 46%                        | 72                     | 39%                        |
| Marche                | 436                     | 26%                        | 73                            | 7%                         | 38                         | 11%                        | 100                    | 33%                        |
| Lazio                 | 1.420                   | 56%                        | 375                           | 4%                         | 71                         | 3%                         | 144                    | 53%                        |
| Abruzzo               | 292                     | 45%                        | 149                           | 3%                         | 9                          | 11%                        | 52                     | 83%                        |
| Molise                | 98                      | 43%                        | 11                            | 45%                        | 6                          | 100%                       | 9                      | 100%                       |
| Campania              | 1.931                   | 72%                        | 272                           | 8%                         | 62                         | 24%                        | 128                    | 30%                        |
| Puglia                | 834                     | 47%                        | 270                           | 1%                         | 35                         | 37%                        | 88                     | 80%                        |
| Basilicata            | 145                     | 36%                        | 64                            | 6%                         | 5                          | 80%                        | 26                     | 46%                        |
| Calabria              | 629                     | 46%                        | 112                           | 7%                         | 14                         | 50%                        | 60                     | 62%                        |
| Sicilia               | 2.122                   | 71%                        | 435                           | 8%                         | 34                         | 18%                        | 94                     | 46%                        |
| Sardegna              | 527                     | 42%                        | 151                           | 5%                         | 14                         | 36%                        | 54                     | 59%                        |
| <b>Italia 2003</b>    | <b>14.448</b>           | <b>50%</b>                 | <b>4.979</b>                  | <b>7%</b>                  | <b>2.249</b>               | <b>51%</b>                 | <b>4.437</b>           | <b>67%</b>                 |
| <b>Italia 1997</b>    | <b>9.335</b>            | <b>54%</b>                 | <b>4.009</b>                  | <b>5%</b>                  | <b>842</b>                 | <b>8%</b>                  | <b>1.820</b>           | <b>5%</b>                  |

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

denziali sono gestite dal privato, la Puglia, dove le strutture residenziali pubbliche rappresentano solo il 20 per cento delle strutture operanti sul territorio, la Basilicata e l'Abruzzo, dove il privato gestisce rispettivamente l'80 per cento e l'83 per cento delle strutture semiresidenziali).

Situazione opposta si registra per quanto riguarda le altre strutture territoriali, nelle quali prevale la gestione diretta delle ASL, con una presenza del privato



accreditato che si attesta intorno al 7 per cento. L'unica eccezione è rappresentata da Veneto e Molise, dove tale percentuale sale rispettivamente al 21 per cento e al 45 per cento.

Un secondo elemento rilevante riguarda il forte incremento nel numero delle strutture territoriali nel periodo 1997-2003, soprattutto di quelle semiresidenziali (+167 per cento) e residenziali (+144 per cento), con un aumento più accentuato delle strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche. Nel caso dei laboratori e ambulatori (il cui numero è aumentato nello stesso periodo del 55 per cento), invece, l'incremento maggiore è da attribuire alle strutture pubbliche (che nel 1997 rappresentavano il 46 per cento delle strutture e nel 2003 il 50 per cento). Per ciò che riguarda le altre strutture territoriali, infine, l'incremento è stato più contenuto (+24 per cento) e la limitata rilevanza del privato accreditato è rimasta costante.

Il consistente aumento delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali è legato alla diffusione delle patologie cronico-degenerative, alla crescente incidenza della popolazione anziana e alle aspettative di più alti standard qualitativi di vita anche da parte delle persone disabili o non autosufficienti e dei malati terminali, che esprimono una domanda di servizi sanitari più ampi e articolati rispetto all'ospedalizzazione. Sono richiesti, infatti, nuovi modelli di erogazione basati sulla continuità delle cure per periodi di lunga durata e sull'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati (assistenza continuativa integrata), al fine di garantire la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualità della vita dei pazienti.

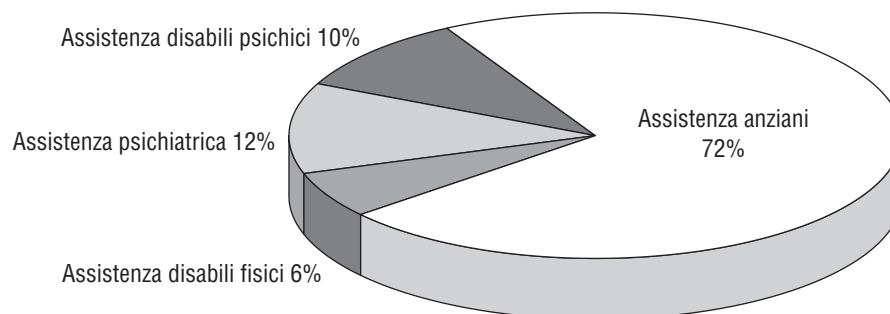
Per iniziare a monitorare la capacità di risposta del SSN a questi nuovi bisogni, a partire dal 1997 il Ministero ha introdotto nuovi modelli di rilevazione, a periodicità annuale, dell'attività semiresidenziale e residenziale (che è uno degli obiettivi di rilevazione del Progetto «Mattoni», cfr. par. 2.2). Nel 2003 sono stati censiti<sup>24</sup>: per l'assistenza psichiatrica, 9.637 posti nelle strutture semiresidenziali e 13.038 nelle strutture residenziali; per l'assistenza ai disabili psichici 10.063 posti nelle strutture semiresidenziali e 9.290 in quelle residenziali; per l'assistenza agli anziani, 6.034 posti nelle strutture semiresidenziali e 126.179 in quelle residenziali; per i disabili fisici, 5.333 posti nelle strutture semiresidenziali e 5.271 in quelle residenziali (con una riduzione rispetto al 2002 quando erano, rispettivamente 7.462 posti nelle strutture semiresidenziali e 8.878 in quelle residenziali). Per una rappresentazione della distribuzione si veda la Fig. 2.10.

### 2.4.3 Organismo personale

Un altro elemento che compone la struttura delle aziende sanitarie è rappresentato dall'organismo personale.

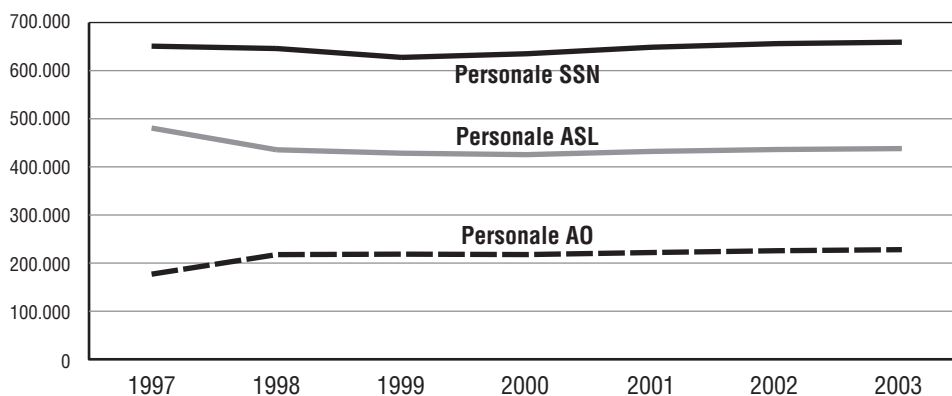
<sup>24</sup> Probabilmente questi ultimi dati sono sottostimati poiché in alcuni casi c'è una sovrapposizione dei vari tipi di assistenza.

Figura 2.10 **Distribuzione percentuale dei posti in strutture residenziali e semiresidenziali per tipo di assistenza erogata (Anno 2003)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.11 **Trend unità di personale dipendente SSN, ASL e AO (1997-2003); sono incluse le qualifiche atipiche**



\* Sono incluse le qualifiche atipiche.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La Fig. 2.11 evidenzia il trend dal 1997 al 2003 sia del personale dipendente SSN<sup>25</sup>, sia del personale complessivamente operante nelle ASL e nelle AO (incluendo quindi sia il personale SSN che quello dipendente dall'Università). Con

<sup>25</sup> Il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali (compreso quello dei presidi ospedalieri a gestione diretta e degli Istituti psichiatrici residuali) e delle Aziende Ospedaliere, a esclusione del personale dipendente dall'Università operante in tali strutture. È anche escluso il personale operante nelle strutture equiparate alle pubbliche (IRCCS, policlinici a gestione diretta dell'Università, ospedali classificati e ospedali qualificati presidi ASL).

riferimento al personale SSN, si rileva una riduzione del numero complessivo dal 1997 al 1999 (determinata prevalentemente dal blocco delle assunzioni), seguita da una ripresa a partire dal 2000, che si è tra l'altro riflessa in un aumento consistente della spesa complessiva per il personale (si veda in proposito il cap. 3), per quanto, poi, il peso dello stesso rispetto alla spesa complessiva sia, invece, andato diminuendo nel corso degli anni. Per ciò che riguarda il personale di ASL e AO, si rileva nell'ultimo anno (2003) un incremento dello 0,4 per cento per le ASL e del 1 per cento per le AO.

Con riferimento esclusivo al personale dipendente del SSN, di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulla relativa entità e composizione nelle diverse Regioni. È innanzi tutto importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale (a cui bisognerebbe aggiungere l'indotto generato): i dipendenti del SSN rappresentano infatti l'1,1 per cento della popolazione nazionale. Tale contributo si differenzia nelle diverse Regioni (Tab. 2.11) con i due estremi rappresentati da Bolzano e Valle D'Aosta da un lato (1,6 per cento), da Lazio, Campania e Puglia dall'altro (0,9 per cento). Tali differenze risentono:

1. della diversa rilevanza delle strutture private accreditate all'interno dei SSR (in particolare in Campania e Lazio);
2. della presenza di strutture equiparate alle pubbliche, il cui personale, come già evidenziato, non è conteggiato all'interno del personale dipendente SSN;
3. del saldo di mobilità ospedaliera, che contribuisce a spiegare la maggiore presenza di dipendenti SSN nelle Regioni del Centro-Nord, che hanno registrato negli ultimi anni «saldi migratori» costantemente positivi (cfr. *infra*).

La Tab. 2.11 presenta inoltre la composizione per ruolo del personale nelle diverse Regioni. Anche in questo caso si rilevano disuguaglianze territoriali significative. In particolare, nell'ambito del ruolo sanitario, la maggior parte delle Regioni meridionali (e il Lazio) si caratterizza per una più ridotta disponibilità di infermieri, come evidenziato dal numero di infermieri per medico e odontoiatra (Fig. 2.12). I rapporti più elevati si rilevano invece nel Triveneto (Friuli Venezia Giulia e Bolzano circa 3,5, Veneto 3,3 e Trento 3,1).

Un altro tipico oggetto di analisi è il personale operante all'interno delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate<sup>26</sup>, che ammonta a poco più di 600mila unità. Il personale delle AO rappresenta il 38 per cento del personale ospedaliero totale, quello degli ospedali a gestione diretta ASL il 49 per cento e quello delle strutture equiparate il restante 13 per cento. Tale distribuzione è però molto eterogenea tra le Regioni in seguito alle rispettive scelte di assetto del SSR.

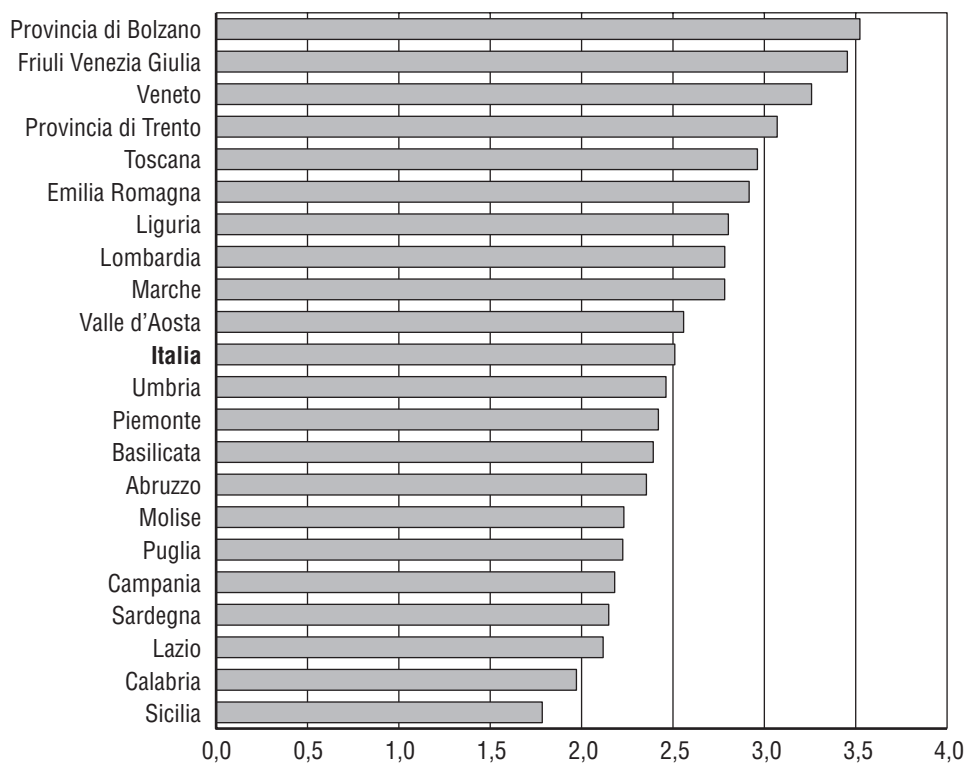
<sup>26</sup> Nel personale operante all'interno delle strutture di ricovero sono inclusi sia i dipendenti SSN (a eccezione di quelli che operano nelle strutture extraospedaliere), sia i dipendenti dell'Università che operano nei presidi ASL e nelle AO, sia tutto il personale operante nelle strutture equiparate.

Tabella 2.11 **Entità e composizione del personale dipendente del SSN (2003)**

| Regioni               | Totale personale SSN | Ruolo sanitario | Ruolo professionale | Ruolo tecnico | Ruolo amministrativo | Percentuale personale SSN su popolazione |
|-----------------------|----------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------------------|--|
| Piemonte              | 54.133               | 65%             | 0,2%                | 21%           | 14%                  | 1,3%                                     |
| Valle d'Aosta         | 1.931                | 63%             | 0,3%                | 22%           | 15%                  | 1,6%                                     |
| Lombardia             | 98.662               | 66%             | 0,2%                | 22%           | 12%                  | 1,1%                                     |
| Bolzano               | 7.696                | 61%             | 0,3%                | 25%           | 14%                  | 1,6%                                     |
| Trento                | 6.727                | 63%             | 0,2%                | 25%           | 12%                  | 1,4%                                     |
| Veneto                | 58.446               | 69%             | 0,2%                | 20%           | 11%                  | 1,3%                                     |
| Friuli Venezia Giulia | 16.578               | 69%             | 0,2%                | 21%           | 10%                  | 1,4%                                     |
| Liguria               | 21.753               | 70%             | 0,2%                | 18%           | 12%                  | 1,4%                                     |
| Emilia Romagna        | 54.753               | 71%             | 0,3%                | 18%           | 11%                  | 1,4%                                     |
| Toscana               | 49.343               | 71%             | 0,3%                | 19%           | 10%                  | 1,4%                                     |
| Umbria                | 10.908               | 73%             | 0,3%                | 16%           | 10%                  | 1,3%                                     |
| Marche                | 17.876               | 71%             | 0,1%                | 19%           | 10%                  | 1,2%                                     |
| Lazio                 | 50.048               | 71%             | 0,3%                | 17%           | 12%                  | 0,9%                                     |
| Abruzzo               | 16.194               | 69%             | 0,2%                | 21%           | 10%                  | 1,3%                                     |
| Molise                | 4.057                | 72%             | 0,1%                | 20%           | 9%                   | 1,2%                                     |
| Campania              | 53.875               | 68%             | 0,3%                | 21%           | 11%                  | 0,9%                                     |
| Puglia                | 35.810               | 67%             | 0,2%                | 21%           | 11%                  | 0,9%                                     |
| Basilicata            | 6.390                | 70%             | 0,2%                | 21%           | 9%                   | 1,1%                                     |
| Calabria              | 23.799               | 65%             | 0,2%                | 21%           | 14%                  | 1,2%                                     |
| Sicilia               | 48.765               | 67%             | 0,2%                | 22%           | 11%                  | 1,0%                                     |
| Sardegna              | 21.433               | 70%             | 0,2%                | 21%           | 9%                   | 1,3%                                     |
| <b>Italia</b>         | <b>659.177</b>       | <b>68%</b>      | <b>0,2%</b>         | <b>20%</b>    | <b>11%</b>           | <b>1,1%</b>                              |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi, Brunetti e Coda 1994: 455). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che, sebbene non siano dipendenti del SSN, rappresentano una risorsa strategica per le aziende, soprattutto per il ruolo di governo e indirizzo della domanda che possono esercitare. Di seguito vengono presentati alcuni dati relativi a tale categoria di professionisti.

Figura 2.12 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni italiane (2003)**

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

La Tab. 2.12 riporta il numero totale di MMG e PLS per Regione, mentre le Figg. 2.13 e 2.14 evidenziano il numero medio di residenti adulti per singolo MMG, il numero medio di bambini per singolo PLS e il numero medio di scelte. In generale, nel periodo 1997-2003 si rilevano:

1. una riduzione nel numero di MMG in 11 Regioni e un aumento in 9 (con la particolarità di Bolzano dove il numero di MMG nell'arco di tempo considerato è aumentato del 16,1 per cento);
2. un incremento generalizzato dei PLS a eccezione della Liguria.

A livello nazionale, la riduzione dei MMG è comunque contenuta (-0,04 per cento) mentre l'aumento dei PLS è accentuato (+10,4 per cento), a conferma della forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN in tutte le Regioni (*infra*).

Il rapporto tra popolazione assistibile e numero di MMG è abbastanza omogeneo nelle diverse Regioni, a eccezione della provincia di Bolzano che presenta un

Tabella 2.12 **Numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, 2003 e variazione 1997-2003**

| Regione               | Numero MMG<br>2003 | Variazione<br>1997-2003 | Numero PLS<br>2003 | Variazione<br>1997-2003 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|
| Piemonte              | 3.846              | 6,3%                    | 416                | 0,7%                    |
| Valle d'Aosta         | 102                | 3,0%                    | 15                 | 15,4%                   |
| Lombardia             | 7.034              | -5,6%                   | 1.012              | 18,4%                   |
| Bolzano               | 245                | 16,1%                   | 50                 | 51,5%                   |
| Trento                | 383                | -10,1%                  | 77                 | 6,9%                    |
| Veneto                | 3.541              | -0,3%                   | 534                | 8,3%                    |
| Friuli Venezia Giulia | 1.031              | -1,0%                   | 113                | 21,5%                   |
| Liguria               | 1.406              | -3,8%                   | 171                | -5,5%                   |
| Emilia Romagna        | 3.270              | -0,5%                   | 495                | 9,0%                    |
| Toscana               | 3.087              | -0,7%                   | 412                | 7,0%                    |
| Umbria                | 737                | 3,9%                    | 102                | 5,2%                    |
| Marche                | 1.229              | 1,9%                    | 174                | 4,8%                    |
| Lazio                 | 4.852              | -0,1%                   | 772                | 8,3%                    |
| Abruzzo               | 1.082              | 4,1%                    | 184                | 21,9%                   |
| Molise                | 282                | 2,2%                    | 38                 | 8,6%                    |
| Campania              | 4.464              | 0,0%                    | 783                | 33,6%                   |
| Puglia                | 3.310              | 5,0%                    | 584                | 5,0%                    |
| Basilicata            | 509                | -2,9%                   | 70                 | 1,4%                    |
| Calabria              | 1.703              | -1,8%                   | 293                | 5,8%                    |
| Sicilia               | 4.071              | 3,3%                    | 843                | 3,9%                    |
| Sardegna              | 1.287              | -3,7%                   | 220                | 4,3%                    |
| <b>Italia</b>         | <b>47.471</b>      | <b>-0,04%</b>           | <b>7.358</b>       | <b>10,4%</b>            |

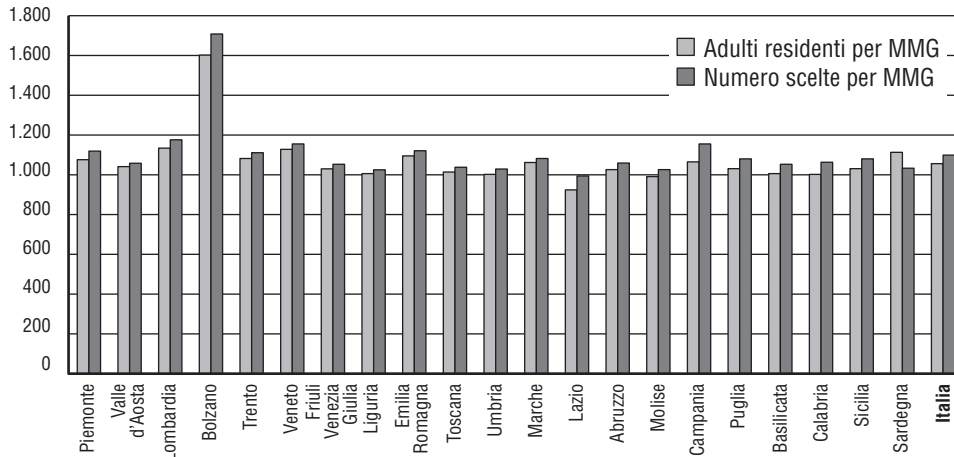
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

numero di adulti residenti per MMG pari a 1.602, rispetto a una media italiana di 1.056<sup>27</sup> adulti residenti per MMG.

La situazione si presenta differenziata, invece, rispetto al rapporto tra la popo-

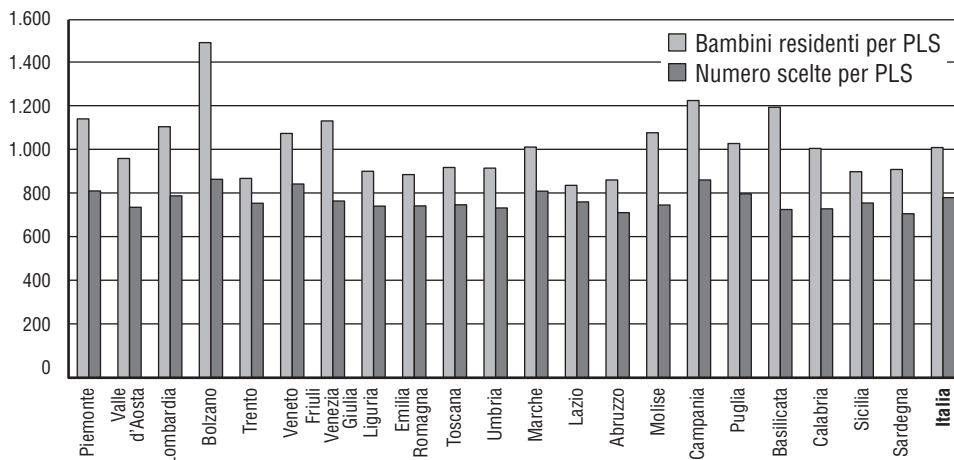
<sup>27</sup> Si consideri però che nella Provincia di Bolzano il contratto di convenzione dei medici di base stabiliva quale massimale 2.500 scelte per MMG, che solo recentemente è stato ridotto a 2.000, rispetto al contratto vigente in tutte le altre Regioni che fissa il massimale a 1.500 pazienti adulti.

Figura 2.13 Popolazione assistibile per MMG e numero scelte per MMG, 2003



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.14 Popolazione assistibile per PLS e numero scelte per PLS, 2003



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

lazione assistibile e il numero di PLS. In tutte le regioni il numero di bambini assistibili per pediatra eccede il massimale stabilito nel contratto di convenzione (800 bambini). In alcune regioni (Emilia Romagna, Trento, Lazio e Abruzzo), tuttavia, lo scostamento è abbastanza limitato (inferiore o intorno a 100 bambini assistiti per PLS). Le regioni meridionali, a eccezione della Sicilia e della Sardegna, sono invece quelle che evidenziano il maggiore scostamento del carico potenziale di bambini per pediatra rispetto al valore medio nazionale, in particolare in Campa-

nia (+20 per cento) e in Basilicata (+17 per cento). Tra quelle settentrionali sono il Piemonte e il Friuli (oltre a Bolzano, con +46 per cento) a presentare il maggiore scostamento (+12 per cento)

Oltre al carico potenziale dei medici convenzionati, le Figg. 2.13 e 2.14 evidenziano il carico assistenziale effettivo, dato dal numero medio di scelte per medico (cioè dal numero di iscritti al SSN che hanno scelto presso l'ASL di competenza il proprio MMG o PLS). In tutte le Regioni tale indicatore è superiore alla popolazione assistibile per MMG, a eccezione della Sardegna, mentre è inferiore per i PLS<sup>28</sup>. Da ciò si deduce che per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal MMG anziché quella pediatrica<sup>29</sup>.

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

L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 2003 sono stati rilevati in Italia 3.050 punti di guardia medica, in leggero aumento rispetto ai valori dell'anno precedente (3.016); con 14.383 medici titolari ovvero 25 medici ogni 100.000 abitanti (il rapporto nel 2002 era pari quasi a 30 medici per 100.000 abitanti). La situazione è molto diversificata a livello territoriale in termini sia di densità dei punti di guardia medica, sia del numero di medici titolari rispetto alla popolazione, anche in funzione della diversa presenza di servizi di pronto soccorso e di strutture ospedaliere. Nelle Regioni meridionali, in particolare in Basilicata, Molise, Calabria e Sardegna, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione.

## 2.5 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI e ripreso nel par. 2.2.2, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è risultata sempre piuttosto difficile a causa della lentezza e dell'incompletezza delle informazioni inviate al Ministero e alle Regioni, anche perché mancava un collegamento tra i livelli di attività svolta e i finanziamenti ottenuti dalle aziende. Con l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento a tariffa per prestazione sta aumentando la completezza delle rilevazioni disponibili nel SIS, sia in termini di ricoveri ospedalieri che, anche se con ritardo, di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Rimane ancora limitata la rilevazione delle

<sup>28</sup> Complessivamente il numero totale delle scelte per MMG e PLS è prossimo al numero totale dei residenti.

<sup>29</sup> Data la carenza di PLS viene infatti concessa ai genitori la facoltà di scegliere per i bambini di età superiore ai 6 anni l'assistenza di un MMG.



attività svolte a livello di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Lo sviluppo del nuovo SIS, accompagnato dal progetto «Mattoni», dovrebbe potenziare i flussi informativi, anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione e condivisione delle classificazioni dei dati (cfr. par. 2.2).

Il presente paragrafo presenta alcuni dati relativi all'attività di ricovero rilevati dal Ministero attraverso le SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera).

In termini generali (Tab. 2.13), le rilevazioni ministeriali sull'attività di ricovero in Italia nel periodo 1998-2003 evidenziano:

1. un lieve aumento nel numero dei casi trattati (a eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti circa dello 0,5 per cento) fino al 2002 e una diminuzione tra il 2002 e il 2003;
2. una diminuzione delle giornate di degenza, che si sono però ridotte del 2-4 per cento all'anno nel periodo 1998-2000 e dell'1-2 per cento a partire dal 2001.

In particolare, rispetto al 2002, nel 2003 si osserva una diminuzione consistente dei

Tabella 2.13 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2003)\***

|   | 1998       | 1999       | 2000       | 2001       | 2002       | 2003       |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Dati di attività</b>                           |            |            |            |            |            |            |
| Numero di dimissioni (1)                          | 12.577.826 | 12.727.449 | 12.671.564 | 12.939.571 | 12.948.710 | 12.818.905 |
| Giornate di ricovero (1)                          | 88.009.005 | 85.811.850 | 82.484.479 | 81.425.592 | 80.393.353 | 78.450.940 |
| Rapporto tra giornate in DH e in RO (percentuale) | 9,3        | 10,2       | 11,8       | 13,4       | 15,1       | 17,0       |
| Degenza media (2)                                 | 7,1        | 7          | 6,9        | 6,8        | 6,7        | 6,7        |
| Peso medio (3)                                    | 1,05       | 1,09       | 1,11       | 1,14       | 1,2        | 1,2        |
| <b>Completezza rilevazione</b>                    |            |            |            |            |            |            |
| Numero di Regioni e provincie autonome            | 21         | 21         | 21         | 21         | 21         | 21         |
| Numero di istituti (4)                            | 1.386      | 1.388      | 1.322      | 1.329      | 1.397      | 1.398      |
| Percentuale schede errate                         | 16         | 5          | 5          | 5          | 5,9        | 5,7        |

\* Nell'interpretazione della tabella, si consideri che la Regione Sicilia ha trasmesso i dati relativi alle SDO solo a partire dal 1998, determinando un incremento di circa 1.000.000 di ricoveri nel 1999 (anno in cui è stata raggiunta una pressoché totale copertura della rilevazione). Dal 1998 sono inoltre state incluse nella rilevazione le SDO relative ai neonati sani, che hanno incrementato il numero dei ricoveri di 170.000 unità nel 1998, di altre 100.000 circa nel 1999, di 49.000 nel 2000, di ulteriori 33.000 e quasi 16.000 rispettivamente nel 2001 e 2002, di 8.500 nel 2003. Tale incremento è in parte ascrivibile a una più corretta identificazione (attraverso diverse prassi di codifica clinica) rispetto al neonato patologico.

Note:

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

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

(3) Peso relativo ex D.M. 14 dicembre 1994 ed ex D.M. 30 giugno 1997.

(4) La riduzione nel numero di istituti compresi nella rilevazione nel periodo 1998-2000 (a eccezione di un piccolo incremento di 2 unità nel 1999) è prevalentemente attribuibile alla riduzione degli istituti esistenti (in seguito al loro accorpamento), mentre il successivo aumento (più consistente nel biennio 2001-2002) è da attribuire all'incremento del numero di istituti di cui sono pervenute le schede SDO. A oggi la copertura della rilevazione è pari al 97,2 per cento degli istituti esistenti (99,8 per cento per gli istituti pubblici e 93,9 per cento per gli istituti privati). In generale tutte le Regioni presentano percentuali di copertura della rilevazione superiori al 90 per cento a eccezione della Liguria, caratterizzata da un tasso di copertura della rilevazione pari al 69 per cento.

ricoveri complessivi (circa 130.000 casi) rispetto all'incremento di 9.000 dell'anno precedente, nonostante un lieve aumento degli istituti considerati nella rilevazione (da 1397 nel 2002 a 1398 nel 2003): tale andamento dipende, probabilmente, sia dallo sviluppo di forme assistenziali alternative al ricovero, sia dalle politiche regionali di fissazione di tetti sui volumi di produzione (cfr. Carbone *et al.* 2004). Le giornate di degenza mostrano, invece, una riduzione di circa 1.942.000 unità. Analizzando più dettagliatamente i ricoveri per acuti, si rileva un aumento dei ricoveri in Day Hospital (270.427 casi in più) e una diminuzione dei ricoveri ordinari (435.307 casi in meno). Più contenuti sono stati, invece, gli aumenti della riabilitazione (+10.577) e della lungodegenza (+6.170)<sup>30</sup>. Per un commento sull'andamento degli altri indicatori (degenza e peso medi) si rimanda alle considerazioni analitiche presentate più avanti.

A livello nazionale, la percentuale delle giornate di degenza in DH rispetto a quelle in ricovero ordinario è aumentata costantemente dal 9,3 per cento del 1998 al 17 per cento del 2003 (cfr. Tab. 2.14). Quanto al numero dei casi trattati in DH rispetto a quelli trattati in ricovero ordinario (e con riferimento ai soli casi per acuti), il dato varia in modo considerevole tra le Regioni (Fig. 2.15), con Liguria, Sicilia, Piemonte, Umbria, Lazio, Veneto e Basilicata dove i ricoveri in Day Hospital rappresentano una percentuale pari o superiore al 30 per cento dei ricoveri per acuti, rispetto a Puglia, Bolzano e Molise, nelle quali tale percentuale è pari rispettivamente a 15,5, 19,4 e 19,9. I dati in valore assoluto del numero dei ricoveri e delle giornate di degenza per Regione, per regime di ricovero e per tipologia di attività, sono presentati in Tab. 2.14.

La distribuzione dei casi trattati nelle diverse tipologie di strutture è riportata in Fig. 2.16. Nel 2003 quasi l'87 per cento dei casi di ricovero per acuti è stato trattato in strutture pubbliche o equiparate, mentre il restante 13 per cento in strutture private (accreditate e non). Per riabilitazione e lungodegenza la percentuale relativa alle strutture private è molto più elevata (pari rispettivamente al 63,2 per cento e 42,9 per cento). La differenziazione rispetto a tali indicatori è però molto accentuata tra le Regioni: Campania, Calabria, Lombardia, Lazio e Abruzzo presentano la più elevata percentuale di ricoveri per acuti all'interno di strutture private accreditate e non (22, 18, 17 e 16 per cento); allo stesso modo Lazio, Campania, Calabria e Abruzzo, insieme a Bolzano, rappresentano le Regioni con la più elevata percentuale (uguale o superiore al 69 per cento) di ricoveri per non acuti in strutture private (accreditate e non). Si ricorda peraltro che Lazio, Campania e Calabria sono le Regioni con la maggiore percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto disponibili nel SSR (par. 2.4).

<sup>30</sup> La somma algebrica delle variazioni dei ricoveri per acuti (regime ordinario e day hospital) e non (riabilitazione e lungodegenza), pari a circa -148.133, non coincide con la variazione complessiva dei ricoveri nel periodo 2002-2003 (-129.805), come riportato in Tab. 2.1, in quanto non vengono considerati i ricoveri dei neonati sani, che nell'ultimo anno sono aumentati di 8.500 casi (che si aggiungono ai circa 10.000 ricoveri di neonati sani del 2002).

Tabella 2.14 Composizione dell'attività ospedaliera per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2003)

| Regione               | Ricoveri per acuti |                  | Ricoveri per riabilitazione |               | Ricoveri per lungo-degenza |                   | Giorni di degenza per acuti |                  | Giorni di degenza per riabilitazione |                  | Giorni di degenza per lungo-degenza |          |
|-----------------------|--------------------|------------------|-----------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------|
|                       | RO                 | DH               | RO                          | DH            | RO                         | DH                | RO                          | DH               | RO                                   | DH               | RO                                  | DH       |
| Piemonte              | 478.546            | 246.981          | 28.383                      | 2.464         | 10.355                     | 3.824.982         | 638.551                     | 843.070          | 31.410                               | 355.634          | 0                                   | 0        |
| Valle d'Aosta         | 13.990             | 5.492            | 0                           | 0             | 0                          | 124.291           | 16.906                      | 0                | 0                                    | 0                | 0                                   | 0        |
| Lombardia             | 1.366.437          | 565.016          | 83.861                      | 13.758        | 11.015                     | 8.913.702         | 1.125.836                   | 1.801.421        | 142.683                              | 140.136          | 40.813                              | 104.062  |
| Bolzano               | 84.299             | 20.345           | 1.851                       | 17            | 1.477                      | 562.958           | 43.307                      | 49.554           | 283                                  | 306.576          | 0                                   | 0        |
| Trento                | 55.748             | 22.668           | 5.794                       | 1.097         | 3.479                      | 422.128           | 51.606                      | 106.989          | 13.711                               | 104.062          | 0                                   | 0        |
| Veneto                | 598.810            | 279.563          | 20.507                      | 3.624         | 12.348                     | 4.725.823         | 814.038                     | 469.084          | 51.813                               | 306.576          | 0                                   | 0        |
| Friuli Venezia Giulia | 154.469            | 48.950           | 2.896                       | 145           | 0                          | 1.187.639         | 166.503                     | 76.924           | 1.324                                | 0                | 0                                   | 0        |
| Liguria               | 234.684            | 151.542          | 6.673                       | 1.781         | 0                          | 1.842.184         | 430.647                     | 142.318          | 13.300                               | 0                | 0                                   | 0        |
| Emilia Romagna        | 594.830            | 231.944          | 14.028                      | 3.557         | 27.577                     | 4.006.516         | 914.671                     | 416.176          | 54.781                               | 878.426          | 0                                   | 0        |
| Toscana               | 473.489            | 195.319          | 9.556                       | 1.474         | 2.421                      | 3.507.648         | 588.894                     | 215.038          | 24.675                               | 90.035           | 0                                   | 0        |
| Umbria                | 121.043            | 60.357           | 2.181                       | 1.887         | 0                          | 776.476           | 159.540                     | 46.838           | 25.182                               | 0                | 0                                   | 0        |
| Marche                | 205.963            | 66.475           | 2.109                       | 370           | 3.284                      | 1.450.762         | 162.996                     | 78.050           | 2.296                                | 88.562           | 0                                   | 0        |
| Lazio                 | 833.932            | 413.600          | 30.414                      | 14.844        | 3.214                      | 6.263.242         | 1.347.051                   | 1.301.741        | 191.008                              | 167.711          | 0                                   | 0        |
| Abruzzo               | 254.252            | 80.652           | 15.034                      | 870           | 1.072                      | 1.549.188         | 236.844                     | 242.652          | 7.328                                | 22.708           | 0                                   | 0        |
| Molise                | 58.433             | 14.557           | 1.180                       | 152           | 278                        | 410.677           | 36.203                      | 42.486           | 3.398                                | 7.980            | 0                                   | 0        |
| Campania              | 823.258            | 339.427          | 12.636                      | 2.527         | 11.016                     | 4.515.622         | 832.373                     | 403.849          | 31.326                               | 439.566          | 0                                   | 0        |
| Puglia                | 671.822            | 122.907          | 10.341                      | 932           | 2.239                      | 3.978.170         | 265.240                     | 280.160          | 7.542                                | 39.425           | 0                                   | 0        |
| Basilicata            | 75.610             | 34.122           | 478                         | 175           | 291                        | 511.877           | 87.180                      | 13.537           | 2.720                                | 8.906            | 0                                   | 0        |
| Calabria              | 296.985            | 112.377          | 4.860                       | 561           | 1.114                      | 1.820.551         | 310.345                     | 131.506          | 6.249                                | 77.114           | 0                                   | 0        |
| Sicilia               | 789.740            | 457.432          | 7.669                       | 3.277         | 2.377                      | 4.475.612         | 1.213.210                   | 205.646          | 29.297                               | 43.856           | 0                                   | 0        |
| Sardegna              | 257.131            | 103.658          | 463                         | 86            | 716                        | 1.724.394         | 191.946                     | 14.963           | 2.006                                | 37.905           | 0                                   | 0        |
| <b>Italia</b>         | <b>8.443.471</b>   | <b>3.573.384</b> | <b>260.914</b>              | <b>53.598</b> | <b>94.273</b>              | <b>56.594.442</b> | <b>9.633.887</b>            | <b>6.882.002</b> | <b>642.332</b>                       | <b>2.849.415</b> | <b>0</b>                            | <b>0</b> |

Nota: la somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in Tab. 2.13 poiché sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, circa 376.000 e non sono state prese in considerazione alcune schede contenenti errori relativi al tipo di istituto o alla durata della degenza (che viene considerata errata se uguale a zero o superiore a 365).

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.15 **Distribuzione dei casi per acuti trattati in regime ordinario (RO) e in Day Hospital (DH) per Regione (2003)**

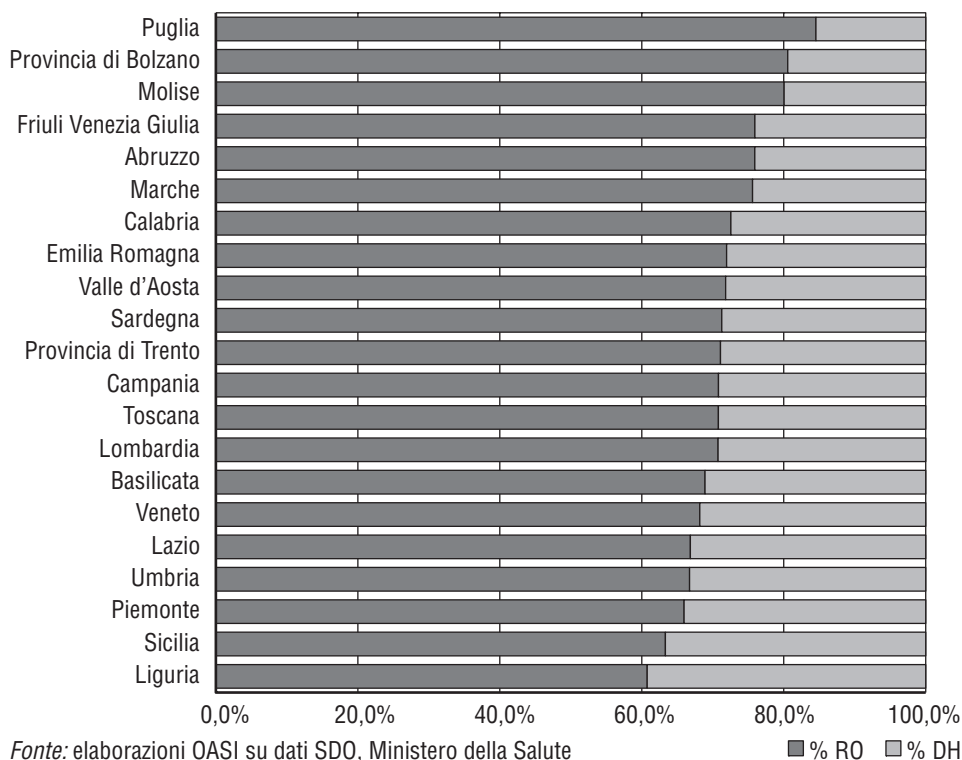
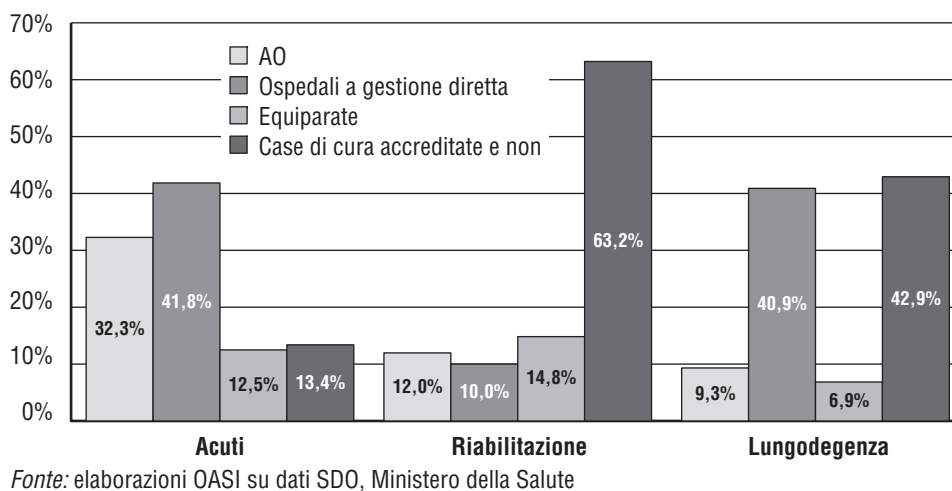


Figura 2.16 **Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto e di attività (2003)**



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

Il primo indicatore permette di esprimere una valutazione di prima approssimazione sull'efficienza operativa<sup>31</sup>. Negli ultimi anni la degenza media per acuti a livello nazionale si è ridotta, passando dal 7,1 del 1998 al 6,7 nel 2003 (Tab. 2.13). Mediamente le strutture private hanno una degenza media inferiore alle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,6 rispetto a 6,9 giorni nel 2003), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (27 rispetto a 25,7) e maggiori per la lungodegenza (37,8 rispetto a 27,9). Anche in questo caso si rilevano però considerevoli differenze tra le Regioni (Fig. 2.17) con quelle del Sud che presentano generalmente degenze medie per acuti più brevi (soprattutto nelle strutture private). Per la riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei.

Un altro indicatore di efficienza è rappresentato dal tasso di utilizzo dei posti letto<sup>32</sup>. Secondo quanto stabilito dalla legge 662/1996, questo indicatore non dovrebbe essere inferiore al 75 per cento. Come mostrato dalla Tab. 2.15, in alcune Regioni tale indicatore nelle strutture pubbliche è ancora inferiore a quello minimo (Bolzano, Trento, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Calabria e Sardegna per i ricoveri per acuti e Marche, Basilicata, Calabria e Sicilia per i non acuti); le strutture private hanno tassi di occupazione inferiori nei posti letto per acuti<sup>33</sup> (a eccezione di Veneto e Liguria), superiori in quelli per non acuti (a eccezione del Molise).

Un altro indicatore tradizionale di analisi dell'attività ospedaliera è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione, che esprime la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera in strutture ospedaliere pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione. Tale indicatore (eventualmente standardizzato considerando la composizione della popolazione per classi di età) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura<sup>34</sup>.

Negli ultimi anni è stato, infatti, dato grande impulso allo sviluppo di forme

<sup>31</sup> Per valutare l'efficienza operativa sarebbe in realtà necessario utilizzare almeno la degenza media standardizzata per case mix (cioè riportando tutte le Regioni a un'unica distribuzione dei ricoveri per Drg, quella media italiana), in modo da eliminare l'effetto della diversa casistica trattata. Si consideri inoltre che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni premature o omissioni di terapie (e riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

<sup>32</sup> Il tasso di utilizzo dei posti letto è calcolato come rapporto tra le giornate di degenza effettivamente erogate e le giornate di degenza teoriche, a loro volta determinate moltiplicando per 360 giorni il numero medio di posti letto disponibili.

<sup>33</sup> Il valore del tasso di utilizzo delle strutture private riguardo ai posti letto per acuti è più basso rispetto a quello delle strutture pubbliche in quanto l'indicatore, così come calcolato dal Ministero della Salute [T.U. =  $100 \times (\text{giorni degenza}/\text{PL} \times 360)$ ], non tiene conto che, in alcuni casi, i posti letto accreditati possono essere occupati da pazienti solventi (che sostengono cioè direttamente la spesa della prestazione sanitaria erogata dalla struttura).

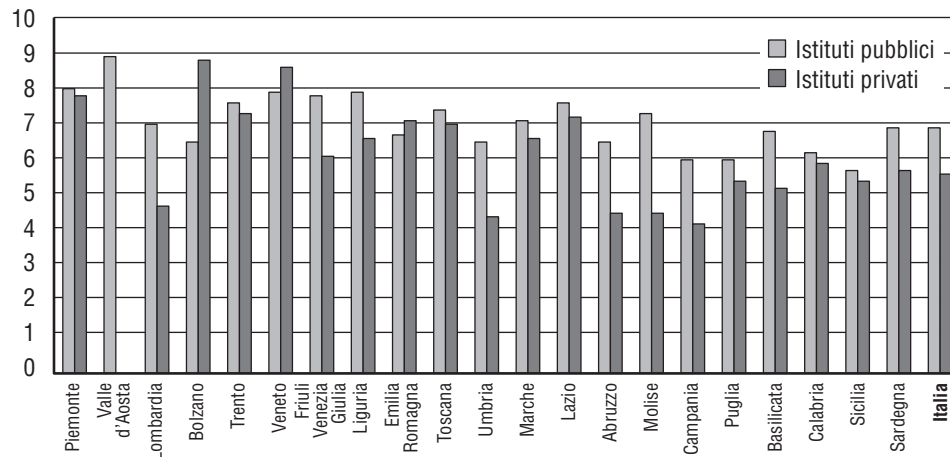
<sup>34</sup> Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato, incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione.

Tabella 2.15 **Tasso di occupazione dei posti letto per tipologia di struttura e regime di ricovero (2003)**

| Regione               | Tasso di occupazioni pubbliche acuti | Tasso di occupazioni pubbliche non acuti | Tasso di occupazioni private accreditate acuti | Tasso di occupazioni private accreditate non acuti |
|-----------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| Piemonte              | 79,7                                 | 88,1                                     | 74,5   | 84,4   |
| Valle d'Aosta         | 79,7                                 |  |  |  |
| Lombardia             | 79,3                                 | 88,3                                     | 54,5   | 99,3   |
| Bolzano               | 74,2                                 | 98,8                                     | 57,4   | 122,1  |
| Trento                | 70,4                                 | 88,2                                     |  |  |
| Veneto                | 79,9                                 | 83,0                                     | 85,5   | 117,8  |
| Friuli Venezia Giulia | 71,6                                 | 77,4                                     | 34,1   | 81,8   |
| Liguria               | 81,6                                 | 103,7                                    | 77,3   | 93,1   |
| Emilia Romagna        | 76,7                                 | 121,3                                    | 53,0   | 96,5   |
| Toscana               | 79,8                                 | 90,1                                     | 37,7   | 78,5   |
| Umbria                | 79,6                                 | 83,8                                     | 39,8   | 82,1   |
| Marche                | 79,3                                 | 70,3                                     | 62,5   | 87,7   |
| Lazio                 | 86,1                                 | 89,6                                     | 73,4   | 90,6   |
| Abruzzo               | 81,5                                 | 92,0                                     | 74,7   | 98,6   |
| Molise                | 85,5                                 | 88,9                                     | 61,6   | 25,6   |
| Campania              | 84,2                                 | 90,0                                     | 72,5   | 94,0   |
| Puglia                | 80,4                                 | 78,5                                     | 63,5   | 97,8   |
| Basilicata            | 64,1                                 | 69,5                                     | 45,4   |  |
| Calabria              | 68,7                                 | 65,3                                     | 51,6   | 90,1   |
| Sicilia               | 75,7                                 | 66,3                                     | 53,8   | 87,7   |
| Sardegna              | 73,2                                 | 84,7                                     | 52,6   | 85,9   |
| <b>Italia</b>         | <b>79,1</b>                          | <b>90,5</b>                              | <b>60,5</b>                                    | <b>92,8</b>  |

Fonte: Attività gestionali ed economiche, Ministero della Salute

alternative al ricovero in regime ordinario, in particolare il Day Hospital, l'ospedalizzazione domiciliare e l'erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali extraospedaliere. L'art. 1 della legge 662/1996 fissa

Figura 2.17 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2003)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

come valore ottimale 160 ricoveri annui in regime ordinario e day hospital (per acuti e non) per 1.000 abitanti<sup>35</sup>. Il dato effettivo nazionale 2003 è pari a 146 ricoveri ordinari per acuti ogni 1.000 abitanti e 62 ricoveri per acuti in day hospital ogni 1.000 abitanti, per un totale di 208 ricoveri per acuti (Tab. 2.16). Tale valore, anche senza i ricoveri per i non acuti, è comunque nettamente superiore allo standard obiettivo.

Con riferimento specifico ai tassi di ospedalizzazione per acuti, a livello nazionale si è rilevata nel 2003 una riduzione di quelli per ricovero ordinario (circa 9 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) e un aumento di quelli in Day Hospital (circa 4,5 per 1.000 in più). La riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario interessa solo i ricoveri entro Regione, mentre quelli fuori Regione restano immutati rispetto agli anni precedenti (10,5 per 1.000); al contrario, l'aumento dei Day Hospital avviene prevalentemente per i ricoveri entro Regione. È però necessario evidenziare, ancora una volta, la forte differenziazione regionale (Tab. 2.16), con Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia che presentano i valori più elevati (superiori o uguali a 230 per mille) e Piemonte, Valle d'Aosta, Trento, Veneto, Friuli, Toscana e Marche quelli minori (inferiore a 190 per mille). Se si considerano invece i soli tassi di ospedalizzazione in regime ordinario sono Abruzzo, Molise e Puglia a presentare i valori più elevati (superiori al 170 per mille).

Interessante risulta, infine, il confronto interregionale riferito ai tassi di ospedalizzazione per ricoveri per acuti in regime ordinario standardizzati (Tab. 2.16).

<sup>35</sup> Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

Tabella 2.16 Tasso di ospedalizzazione\* per regime di ricovero e localizzazione della struttura di erogazione e tasso di ospedalizzazione standardizzato (2003)

| Regione               | Tasso osped. RO intraregionale | Tasso osped. RO fuori Regione | Tasso osped. DH intraregionale | Tasso osped. DH fuori Regione | Tasso osped. DH totale | Tasso osped. RO osped. standardizzato | Tasso osped. DH osped. standardizzato |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Piemonte              | 104,83                         | 9,89                          | 55,12                          | 4,28                          | 174,12                 | 114,72                                | 59,4                                  |
| Valle d'Aosta         | 102,57                         | 29,56                         | 42,82                          | 10,33                         | 185,28                 | 132,13                                | 53,15                                 |
| Lombardia             | 135,31                         | 5,61                          | 56,94                          | 1,92                          | 199,78                 | 140,92                                | 58,86                                 |
| Bolzano               | 158,79                         | 7,08                          | 38,39                          | 2,63                          | 206,89                 | 165,87                                | 41,02                                 |
| Trento                | 102,94                         | 21,85                         | 42,78                          | 9,09                          | 176,66                 | 124,79                                | 51,87                                 |
| Veneto                | 118,97                         | 6,11                          | 56,38                          | 2,44                          | 183,90                 | 125,08                                | 58,82                                 |
| Friuli Venezia Giulia | 117,99                         | 8,17                          | 36,35                          | 4,35                          | 166,86                 | 126,16                                | 40,7                                  |
| Liguria               | 129,73                         | 16,50                         | 86,84                          | 6,98                          | 240,05                 | 146,23                                | 93,82                                 |
| Emilia Romagna        | 127,87                         | 8,25                          | 51,67                          | 3,19                          | 190,98                 | 136,12                                | 54,86                                 |
| Toscana               | 119,81                         | 7,31                          | 49,64                          | 3,06                          | 179,82                 | 127,12                                | 52,7                                  |
| Umbria                | 121,07                         | 14,32                         | 59,93                          | 6,68                          | 202,00                 | 135,39                                | 66,61                                 |
| Marche                | 126,11                         | 14,44                         | 40,91                          | 6,12                          | 187,58                 | 140,55                                | 47,03                                 |
| Lazio                 | 147,45                         | 9,95                          | 73,97                          | 3,46                          | 234,83                 | 157,4                                 | 77,43                                 |
| Abruzzo               | 175,32                         | 18,01                         | 57,61                          | 6,85                          | 257,79                 | 193,33                                | 64,46                                 |
| Molise                | 138,93                         | 38,98                         | 38,08                          | 13,08                         | 229,07                 | 177,91                                | 51,16                                 |
| Campania              | 139,68                         | 12,06                         | 57,86                          | 3,64                          | 213,24                 | 151,74                                | 61,5                                  |
| Puglia                | 158,99                         | 11,67                         | 29,72                          | 3,71                          | 204,09                 | 170,66                                | 33,43                                 |
| Basilicata            | 113,00                         | 36,91                         | 49,82                          | 10,28                         | 210,01                 | 149,91                                | 60,1                                  |
| Calabria              | 142,15                         | 23,24                         | 54,60                          | 8,33                          | 228,32                 | 165,39                                | 62,93                                 |
| Sicilia               | 156,07                         | 10,06                         | 90,64                          | 2,85                          | 259,62                 | 166,13                                | 93,49                                 |
| Sardegna              | 153,83                         | 6,41                          | 62,76                          | 2,22                          | 225,22                 | 160,24                                | 64,98                                 |
| <b>Italia</b>         | <b>135,61</b>                  | <b>10,44</b>                  | <b>58,22</b>                   | <b>3,75</b>                   | <b>208,02</b>          | <b>146,05</b>                         | <b>61,97</b>                          |

\* Sono escluse dalla rilevazione le schede in cui non è riportata la Regione di provenienza del paziente.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute



La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni. In questo caso, rispetto al valore medio nazionale dei ricoveri ordinari per acuti (146 per 1.000), i valori massimi si registrano in Abruzzo (190) e Puglia (180); i valori più bassi si osservano in Piemonte (110), Friuli Venezia Giulia (117), Toscana (118), Trento e Veneto (125).

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

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

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

La Tab. 2.17 mostra tre indici di complessità per Regione. In particolare:

- il peso medio è cresciuto in tutte le Regioni, portando la media nazionale da 1,05 nel 1998 a 1,22 nel 2003; il valore più elevato si registra nel Friuli Venezia Giulia (1,38), mentre in tutte le Regioni meridionali il peso medio assume valori inferiori alla media nazionale e pari al massimo a 1,14 (in Basilicata);
- l'indice di case mix (ICM) presenta la stessa distinzione. È superiore a 1 (e indica quindi un peso della casistica trattata maggiore della media italiana) in tutte le Regioni settentrionali (tranne Bolzano) e centrali (tranne il Lazio), con punte massime in Friuli Venezia Giulia (1,14) e Toscana (1,13). Tutte le Regioni meridionali presentano invece un indice inferiore all'unità;
- il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a «famiglie» di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 26,86 per cento (in aumento rispetto al 22,68 per cento del 1998), con valori superiori alla media in tutte le Regioni del Nord e del Centro (tranne Bolzano e Lazio) nonché in Molise, Basilicata e Abruzzo. Le altre Regioni del Sud mostrano percentuali di complessità inferiori alla media, con un minimo registrato in Campania (21,5 per cento).

Si consideri che la complessità dei casi trattati incide fortemente sia su alcuni

Tabella 2.17 **Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in regime ordinario per Regione (2003)**

| Regione               | Peso medio ricoveri acuti RO* | Indice di case mix | Percentuale casi complicati |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Campania              | 1,08                          | 0,89               | 21,48                       |
| Lazio                 | 1,18                          | 0,98               | 23,59                       |
| Sardegna              | 1,07                          | 0,88               | 24,22                       |
| Bolzano               | 1,11                          | 0,92               | 24,71                       |
| Calabria              | 1,04                          | 0,86               | 25,45                       |
| Sicilia               | 1,09                          | 0,89               | 25,67                       |
| Puglia                | 1,08                          | 0,89               | 25,86                       |
| Italia                | 1,22                          | 1                  | 26,86                       |
| Abruzzo               | 1,12                          | 0,93               | 27,00                       |
| Basilicata            | 1,14                          | 0,94               | 27,36                       |
| Umbria                | 1,27                          | 1,05               | 27,46                       |
| Veneto                | 1,31                          | 1,08               | 27,92                       |
| Piemonte              | 1,34                          | 1,11               | 28,17                       |
| Lombardia             | 1,32                          | 1,09               | 28,24                       |
| Emilia Romagna        | 1,32                          | 1,09               | 29,01                       |
| Marche                | 1,25                          | 1,03               | 29,64                       |
| Toscana               | 1,37                          | 1,13               | 29,83                       |
| Molise                | 1,1                           | 0,91               | 30,25                       |
| Friuli Venezia Giulia | 1,38                          | 1,14               | 32,18                       |
| Trento                | 1,23                          | 1,02               | 33,22                       |
| Liguria               | 1,34                          | 1,11               | 35,61                       |
| Valle d'Aosta         | 1,28                          | 1,06               | 40,20                       |

\* Valori determinati utilizzando i pesi ex D.M. 14 dicembre 1994 e D.M. 30 maggio 1997.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

indicatori di efficienza (per esempio, degenza media e turnover dei posti letto), sia sui costi. La maggiore complessità dei casi trattati nelle Regioni settentrionali può quindi almeno in parte giustificare la maggiore spesa sanitaria pro capite (cfr. capitolo 3), nonché la maggiore degenza media.

Gli indicatori di appropriatezza si riferiscono, invece, alle caratteristiche del ricovero e delle terapie e interventi eseguiti nel corso del ricovero stesso. Anche in questo caso esistono forti differenziazioni tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali.

La Tab. 2.18 presenta alcuni indicatori per gli anni 1998 e 2003. A livello nazionale si evidenzia come tre dei cinque indicatori siano migliorati, mentre la percentuale di parti cesarei (che risultava tra l'altro già ampiamente superiore al parametro di riferimento del 15-20 per cento individuato nel D.M. 12 dicembre 2001) e quella dei ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario siano peggiorate. Relativamente alle singole Regioni:

- la percentuale di dimissioni di pazienti con Drg medico da parte di reparti chirurgici (che rappresenta una «proxy» dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico) presenta il valore più basso (maggiore appropriatezza) a Bolzano (19,58 per cento), quello più elevato (maggiore inappropriatezza) in Basilicata (51,41 per cento). In entrambi i casi, come nel resto delle Regioni, si manifesta una tendenza alla diminuzione rispetto ai valori del 1998;
- per ciò che riguarda la percentuale dei parti cesarei, l'intervallo di variazione è compreso tra 19,58 per cento di Bolzano e il 58,16 per cento della Campania. Gli aumenti più consistenti negli ultimi anni si registrano nelle Regioni del Sud, che già presentavano i valori più elevati;
- il tasso di ospedalizzazione per diabete<sup>36</sup> si è ridotto rispetto agli anni precedenti ed è pari a circa 115 per 100.000 abitanti; il valore più elevato è quello della Regione Sicilia (190), quello più basso della Valle d'Aosta (24);
- gli ultimi due indicatori (ricoveri di 1 giorno e ricoveri oltre il valore soglia) non sono inclusi tra gli indicatori di appropriatezza definiti dal Ministero, ma vengono qui considerati in quanto i primi potrebbero, in molti casi, essere effettuati in Day Hospital o con forme alternative di assistenza sanitaria (per esempio, in regime ambulatoriale); ricoveri prolungati in reparti per acuti, allo stesso modo, potrebbero essere indicatori di inefficienza<sup>37</sup>. In generale, le Regioni del Sud si posizionano al di sotto della media nazionale sia per i ricoveri di un giorno (a eccezione di Calabria e Campania, che presenta il valore più elevato a livello nazionale), sia per quelli oltre il valore soglia (a eccezione di Sardegna e Basilicata). La variabilità è invece considerevole per le Regioni del Centro-Nord. Per ciò che riguarda i ricoveri oltre soglia, l'indice negli ultimi anni si è ridotto in tutte le Regioni a eccezione di Trento. Il valore più elevato, anche se in diminuzione rispetto al 1998, si registra in Valle d'Aosta, probabilmente perché l'unico ospedale di questa Regione non è dotato del reparto di lungodegenza e pertanto alcuni ricoveri di tale tipologia potrebbero avvenire nei reparti per acuti.

<sup>36</sup> Il tasso di ospedalizzazione per diabete viene preso in considerazione in quanto si riferisce a una condizione morbosa tra le più diffuse e tra quelle per le quali l'ospedalizzazione è ritenuta, in termini di probabilità, più esposta a possibili situazioni di inappropriatezza. Un tasso di ospedalizzazione per diabete troppo elevato rappresenta un indicatore di bassa efficacia del livello di assistenza primaria.

<sup>37</sup> Non si vuole ovviamente sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente relativi a ricoveri impropri. Per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e le procedure terapeutiche.

Tabella 2.18 Indicatori di appropriatezza delle prestazioni di ricovero per acuti per Regione (1998-2003)

| Regione               | Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico |              | Percentuale parti cesarei sul totale dei parti |              | Ricoveri per diabete per 100.000 abitanti* |               | Percentuale ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario |             | Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario |            |
|-----------------------|--|--------------|--|--------------|--|---------------|--|-------------|--|------------|
|                       | 1998   | 2003         | 1998   | 2003         | 1998                                       | 2003          | 1998   | 2003        | 1998   | 2003       |
| Piemonte              | 38,55  | 30,17        | 26,86  | 30,17        | 124,43                                     | 76,57         | 9,1  | 8,4         | 2,5  | 1,9        |
| Valle d'Aosta         | 50,7   | 27,21        | 21,5   | 27,21        | 68,56                                      | 23,98         | 14   | 13,2        | 2,9  | 2,6        |
| Lombardia             | 38,35  | 26,61        | 23,33  | 26,61        | 125,79                                     | 102,28        | 11,3   | 17,7        | 1,5  | 1          |
| Bolzano               | 44,31  | 19,58        | 17,29  | 19,58        | 139,06                                     | 127,53        | 16,3   | 14          | 2,3  | 1,4        |
| Trento                | 42,07  | 27,09        | 22,45  | 27,09        | 138,36                                     | 109,9         | 11,1   | 9,4         | 1,4  | 1,5        |
| Veneto                | 41,86  | 27,9         | 24,49  | 27,9         | 133,2                                      | 100,25        | 8,3  | 10          | 2  | 1,6        |
| Friuli Venezia Giulia | 36,1   | 22,42        | 19,04  | 22,42        | 117,59                                     | 81,57         | 11   | 15,8        | 1,9  | 1,6        |
| Liguria               | 40,45  | 32,43        | 28,48  | 32,43        | 151,54                                     | 100,69        | 12,9   | 11,7        | 2,1  | 1,5        |
| Emilia Rom.           | 34,49  | 30,39        | 29,27  | 30,39        | 128,12                                     | 93,1          | 15,7   | 15,6        | 1,3  | 1          |
| Toscana               | 41,53  | 25,43        | 22,54  | 25,43        | 106,94                                     | 69,68         | 10,5   | 9,1         | 1,7  | 1,4        |
| Umbria                | 47,25  | 30,58        | 25,45  | 30,58        | 156,54                                     | 93,74         | 18,1   | 15          | 1,4  | 1          |
| Marche                | 40,24  | 35,43        | 33,23  | 35,43        | 127,78                                     | 60,29         | 8,2  | 14,9        | 1,4  | 1,1        |
| Lazio                 | 43,4   | 37,55        | 35,46  | 37,55        | 159,36                                     | 130,05        | 13,8   | 12          | 2,4  | 1,9        |
| Abruzzo               | 51,12  | 39,61        | 33,49  | 39,61        | 150,31                                     | 136,5         | 9,9  | 10,8        | 1,9  | 1,1        |
| Molise                | 48,92  | 42,28        | 33,45  | 42,28        | 165,81                                     | 151,07        | 8,9  | 10,2        | 2,3  | 1,2        |
| Campania              | 53,35  | 58,16        | 48,03  | 58,16        | 153,55                                     | 108,56        | 19,9   | 20,3        | 1,7  | 1,1        |
| Puglia                | 52,9   | 43,47        | 35,07  | 43,47        | 227,48                                     | 173,51        | 12,7   | 13,3        | 1,5  | 1          |
| Basilicata            | 64,36  | 51,41        | 41,76  | 51,41        | 430,75                                     | 121,98        | 16   | 10,8        | 1,9  | 1,5        |
| Calabria              | 56,42  | 41,09        | 34,24  | 41,09        | 188,12                                     | 137,64        | 13   | 14,5        | 1,5  | 1,1        |
| Sicilia               | 54,41  | 48,15        | 36,56  | 48,15        | 175  | 190,38        | 14,5   | 10,5        | 1,4  | 0,8        |
| Sardegna              | 50,11  | 36,79        | 25,98  | 36,79        | 143,85                                     | 120,17        | 12,5   | 11,5        | 2,2  | 1,6        |
| <b>Italia</b>         | <b>44,91</b>   | <b>36,67</b> | <b>31,38</b>                                   | <b>36,67</b> | <b>150,63</b>                              | <b>114,74</b> | <b>12,8</b>  | <b>13,6</b> | <b>1,8</b>   | <b>1,3</b> |

\* Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Si segnala, inoltre, che agli indicatori utilizzati fino al 2000 il Ministero ha aggiunto alcuni nuovi indici, rappresentati dai tassi di ospedalizzazione per specifiche condizioni chirurgiche, selezionate tra quelle più frequenti (prostatectomia TURP, appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia). Per tali procedure/interventi esistono evidenze che indicano che la variabilità esistente tra aree geografiche non è spiegabile in termini di diversa distribuzione epidemiologica del bisogno sanitario, ma è legata all'offerta o ad aspetti socio-economici e culturali. Si tratta di prestazioni chirurgiche molto diffuse e comunemente trattabili, sulle quali il fenomeno della mobilità tra le Regioni dovrebbe teoricamente avere scarso effetto. Nell'anno 2002 solo i tassi di ospedalizzazione relativi a prostatectomia TURP e tonsillectomia sono diminuiti, mentre per gli altri due interventi i tassi di ospedalizzazione sono leggermente aumentati.

Infine, quest'anno il SIS ha pubblicato, dopo una precedente pubblicazione, i dati di attività sulla libera professione in ambito ospedaliero sia pubblico che privato accreditato e non (ricoveri in regime ordinario e DH per acuti e non). La Tab. 2.19 evidenzia una percentuale media delle dimissioni in LP sul totale dei ricoveri a livello nazionale pari allo 0,4 per cento: le Regioni del Sud si collocano al di sotto della media nazionale a eccezione della Campania (0,82 per cento); mentre quelle del Centro e del Nord sono caratterizzate da una forte variabilità interregionale. I valori più alti si registrano in Campania (0,82 per cento) Lazio e Toscana (0,78 per cento), Piemonte (0,58 per cento) ed Emilia Romagna (0,50 per cento).

Tabella 2.19 **Valore percentuale delle dimissioni in libera professione in ambito ospedaliero (2003)**

| Regioni    | Percentuale dimessi libera professione sul totale | Regioni               | Percentuale dimessi libera professione sul totale |
|------------|---|-----------------------|---|
| Molise     | 0,00%   | Sicilia               | 0,18%   |
| Basilicata | 0,00%   | Friuli Venezia Giulia | 0,31%   |
| Bolzano    | 0,00%   | Veneto                | 0,31%   |
| Calabria   | 0,01%   | Lombardia             | 0,34%   |
| Abruzzo    | 0,02%   | Valle d'Aosta         | 0,34%   |
| Sardegna   | 0,02%   | Italia                | 0,39%   |
| Marche     | 0,03%   | Emilia Romagna        | 0,50%   |
| Liguria    | 0,07%   | Piemonte              | 0,58%   |
| Umbria     | 0,09%   | Lazio                 | 0,78%   |
| Puglia     | 0,10%   | Toscana               | 0,78%   |
| Trento     | 0,16%   | Campania              | 0,82%   |

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

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

1. analizzare le caratteristiche del bisogno di salute della propria popolazione di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, individuando eventuali cambiamenti in atto o probabili in futuro;
2. verificare il proprio livello di efficacia attuale;
3. innovare e gestire in modo sempre efficiente ed efficace i propri servizi.

L'analisi delle caratteristiche dei bisogni e della domanda richiede la considerazione di una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le Regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita che permetta l'individuazione di tutte le variabili che incidono sul bisogno e la domanda di salute e delle possibili fonti di dati e informazioni esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda, infine, al capitolo 4 del presente Rapporto per una sintesi dell'analisi dello stato di salute della popolazione come uno dei principali risultati del *Rapporto Osservasalute*, realizzato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane.

Le dinamiche demografiche rappresentano uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner 2001; Herwartz e Theilen 2003; Spillman e Lubitz 2000).

Al 31 dicembre 2004 la popolazione complessiva italiana risultava pari a 58.462.375 residenti, mentre alla stessa data del 2003 ammontava a 57.888.245. Si rileva quindi un incremento della popolazione di poco meno di 600mila abitanti, pari all'1,0 per cento della popolazione. Tale incremento è in larga parte ancora dovuto alle iscrizioni anagrafiche successive alla regolarizzazione degli stranieri presenti in Italia, ma beneficia comunque di un saldo interno positivo pari a +25.900.

Analizzando la struttura per età della popolazione italiana al 31 dicembre 2004, si rileva che la quota di persone con più di 65 anni costituiscono il 19 per cento della popolazione (dato in costante crescita) e che l'indice di vecchiaia è pari a 134,1: vale a dire che ci sono circa 134 anziani ogni 100 bambini (Tab. 2.20).

Le Regioni caratterizzate da un minor peso della popolazione anziana (65 anni e più) sono quelle del Sud (in particolare la Campania) e Bolzano; mentre le Regioni del Centro-Nord (in particolare la Liguria) presentano un peso più elevato rispetto al corrispondente valore nazionale.

Tabella 2.20 Indicatori di struttura demografica, per Regione (2002-2004)

| Regione               | 2002                              |                             |             | 2003                              |                             |             | 2004                              |                             |             |
|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------|
|                       | Percentuale<br>65 anni<br>e oltre | Vecchiaia*<br>strutturale** | Età media   | Percentuale<br>65 anni<br>e oltre | Vecchiaia*<br>strutturale** | Età media   | Percentuale<br>65 anni<br>e oltre | Vecchiaia*<br>strutturale** | Età media   |
| Piemonte              | 21,3                              | 176,6                       | 50,0        | 21,6                              | 177,2                       | 50,9        | 21,9                              | 178,1                       | 51,9        |
| Valle d'Aosta         | 19,5                              | 151,3                       | 48,0        | 19,7                              | 151,2                       | 48,5        | 19,9                              | 152,3                       | 49,3        |
| Lombardia             | 18,2                              | 138,1                       | 45,8        | 18,5                              | 138,9                       | 46,7        | 18,8                              | 139,9                       | 47,6        |
| Bolzano               | 15,8                              | 92,4                        | 49,1        | 16,0                              | 93,7                        | 49,5        | 16,3                              | 95,4                        | 49,9        |
| Trento                | 18,4                              | 122,9                       | 50,2        | 18,6                              | 123,0                       | 50,7        | 18,7                              | 123,5                       | 51,1        |
| Veneto                | 18,3                              | 135,6                       | 46,5        | 18,5                              | 135,9                       | 47,2        | 18,7                              | 136,7                       | 48,0        |
| Friuli Venezia Giulia | 21,6                              | 188,8                       | 49,2        | 21,7                              | 187,9                       | 49,9        | 22,0                              | 188,2                       | 50,8        |
| Liguria               | 25,4                              | 240,3                       | 56,1        | 25,6                              | 239,8                       | 57,0        | 25,9                              | 239,9                       | 57,9        |
| Emilia Romagna        | 22,3                              | 192,1                       | 51,4        | 22,4                              | 188,9                       | 52,3        | 22,6                              | 186,8                       | 53,2        |
| Toscana               | 22,3                              | 190,3                       | 51,6        | 22,5                              | 189,9                       | 52,4        | 22,8                              | 190,2                       | 53,2        |
| Umbria                | 22,6                              | 184,6                       | 53,6        | 22,8                              | 184,8                       | 54,1        | 22,9                              | 185,5                       | 54,5        |
| Marche                | 21,8                              | 169,7                       | 53,2        | 22,0                              | 170,6                       | 53,8        | 22,2                              | 171,3                       | 54,3        |
| Lazio                 | 17,7                              | 125,2                       | 46,8        | 18,0                              | 127,3                       | 47,4        | 18,3                              | 129,2                       | 48,0        |
| Abruzzo               | 20,5                              | 147,1                       | 52,5        | 20,7                              | 149,5                       | 52,6        | 20,8                              | 152,0                       | 52,6        |
| Molise                | 21,4                              | 151,5                       | 55,2        | 21,6                              | 155,3                       | 55,2        | 21,8                              | 158,4                       | 55,0        |
| Campania              | 14,2                              | 76,0                        | 49,2        | 14,4                              | 78,1                        | 49,1        | 14,6                              | 80,2                        | 49,0        |
| Puglia                | 15,8                              | 94,0                        | 48,2        | 16,1                              | 97,3                        | 48,4        | 16,4                              | 100,6                       | 48,5        |
| Basilicata            | 18,7                              | 119,3                       | 52,2        | 19,0                              | 123,6                       | 52,4        | 19,3                              | 127,5                       | 52,5        |
| Calabria              | 17,2                              | 102,9                       | 51,1        | 17,4                              | 107,0                       | 50,9        | 17,7                              | 111,1                       | 50,6        |
| Sicilia               | 16,8                              | 96,4                        | 51,8        | 16,9                              | 98,7                        | 51,7        | 17,1                              | 101,0                       | 51,5        |
| Sardegna              | 16,1                              | 115,8                       | 42,9        | 16,4                              | 119,9                       | 42,9        | 16,7                              | 124,2                       | 43,1        |
| <b>Italia</b>         | <b>18,6</b>                       | <b>130,3</b>                | <b>49,1</b> | <b>18,9</b>                       | <b>132,1</b>                | <b>49,6</b> | <b>19,1</b>                       | <b>134,1</b>                | <b>50,1</b> |

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

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

Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT «Indicatori demografici. Stime per gli anni 2001-2003»

L'indice di dipendenza economica (indicatore di rilevanza economica e sociale) mostra invece che ci sono 50,1 persone «non attive» ogni 100 persone «attive». Pur non tenendo conto dell'effettivo grado di partecipazione alla vita attiva da parte di coloro che sono nell'età per farlo né del fatto che ci sono persone in età non attiva che svolgono un'attività lavorativa, tale indice ci fornisce in maniera approssimativa il carico che grava sulla popolazione attiva per il mantenimento di quella non attiva. Io segnalerei che tutti gli indicatori stanno crescendo in maniera costante.

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

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

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

Di seguito verranno presentati alcuni dati relativamente ai primi due. Rispetto al grado di soddisfazione dei cittadini si rimanda al Capitolo 2 del *Rapporto OASI 2004* (Cantù *et al.* 2004). Altri indicatori di qualità dei servizi sanitari delle Regioni italiane vengono riportati nel capitolo 4 del presente rapporto.

La migrazione sanitaria, ossia il ricovero in una struttura ospedaliera localizzata in un'altra Regione rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni sanitarie oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche, viarie o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite rispetto alla qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali. Quest'ultima motivazione è confermata dall'analisi dell'ISTAT (ISTAT 2002), da cui emerge che fra i motivi che inducono a spostarsi dal luogo di residenza per il ricovero in ospedale prevale nettamente la maggiore fiducia verso la struttura scelta e/o la scarsa fiducia nella qualità del servizio offerto dalla propria (42,6 per cento delle persone assistite in ospedali fuori dalla Regione o all'estero) rispetto alla mancanza di un ospedale o reparto adatto alle proprie esigenze (20 per cento) o a lunghi tempi di attesa (2,2 per cento).

L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la quali-



### Riquadro 2.2 **Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie** (Cantù 2002, p. 69)

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

- dimensione dei flussi di mobilità in uscita ed entrata di pazienti (ASL) e provenienza dei pazienti (AO), che sono indicatori di soddisfazione/insoddisfazione dei pazienti;
- tempi di attesa per tipologie di servizi e di prestazioni. Elevati tempi di attesa possono essere legati 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 legge 833/1978). Il raggiungimento di un adeguato livello di equità è quindi una delle finalità istituzionali del SSN e delle aziende che vi operano. La misurazione del grado di equità raggiunto dal sistema rappresenta un ulteriore indicatore di efficacia dell'attività.

tà dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse.

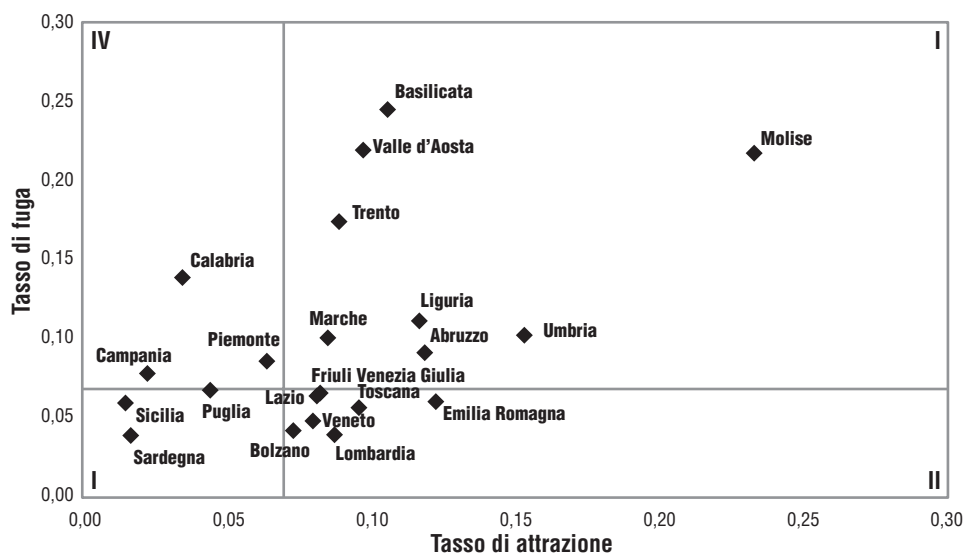
Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

La Fig. 2.18 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2003 relative ai ricoveri ordinari per acuti, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna Regione due variabili:

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

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

Figura 2.18 **Posizionamento delle regioni in base all'indice di attrazione\* e di fuga\*\* (2003)**



\* 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 dell'incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO.

\*\* Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché quest'ultimo dato non è presente nei flussi informativi ministeriali.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

### Riquadro 2.3 **Classificazione delle regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù 2002, p. 74)**

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

Rispetto al 2002, la mobilità fuori Regione è rimasta invariata (pari al 7,1 per cento dei ricoveri complessivi di pazienti italiani sia nel 2003 che nel 2002, ma aumen-

tata dal 7,7 per cento nel 2002 al 8 per cento nel 2003 dei ricoveri complessivi se si includono anche i pazienti stranieri non residenti in Italia). A livello regionale, nessuna regione è riuscita a ridurre in maniera significativa il proprio tasso di fuga, anzi in Valle d'Aosta, Trento e Molise sono stati registrati aumenti significativi dello stesso (variazioni pari rispettivamente a 1,15 per cento, 1,14 per cento e 1,68 per cento). Per ciò che riguarda l'attrazione sono soprattutto le regioni di piccole dimensioni (Abruzzo e Molise) a registrare gli incrementi più significativi, mentre si riduce di quasi mezzo punto percentuale il tasso in Umbria e a Trento.

In generale, si segnala il continuo incremento dell'accuratezza delle rilevazioni: nel 1999 per più dell'8 per cento dei casi di mobilità non era possibile definire la Regione di provenienza del paziente, a causa dell'incompletezza della compilazione delle corrispondenti SDO; nel 2003 tale indicatore si è ridotto allo 0,8 per cento. Si rileva inoltre il continuo aumento dell'incidenza dei ricoveri di pazienti stranieri non residenti in Italia sul totale dei ricoveri nazionali (dallo 0,6 per cento nel 1999 allo 0,8 per cento nel 2003, con un'incidenza sulla mobilità complessiva che è passata dal 7 per cento nel 1999 al 10 per cento nel 2003).

In Fig. 2.19 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

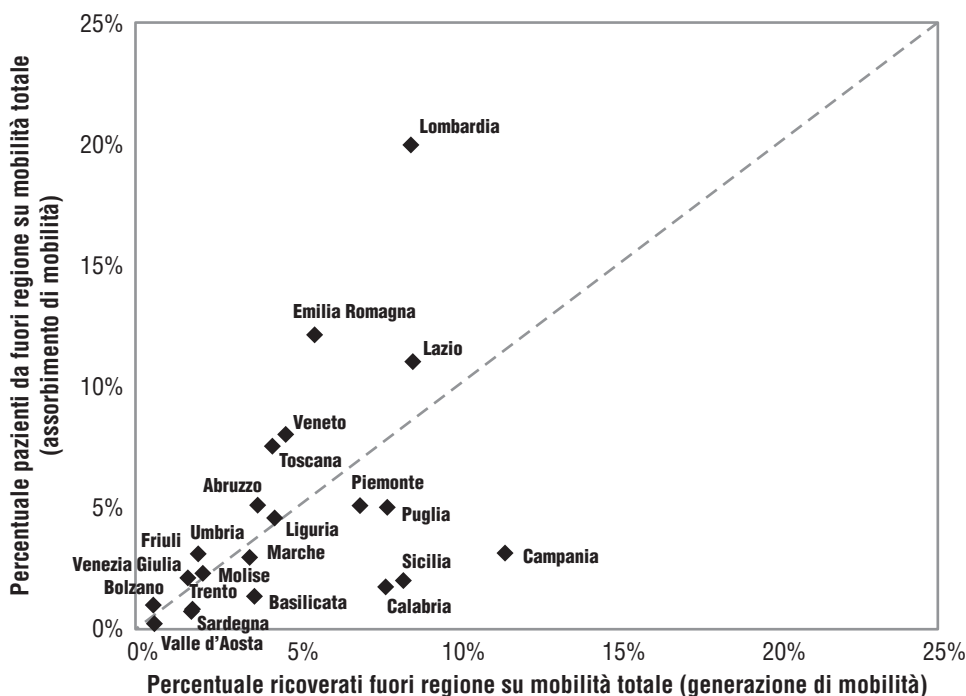
- assorbimento della mobilità: rapporto tra la mobilità attiva di una Regione (numero di pazienti provenienti da fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni<sup>38</sup>;
- generazione della mobilità: rapporto tra la mobilità passiva di una Regione (numero di pazienti ricoverati fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni.

Gli indicatori utilizzati nella Fig. 2.19 non scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni. Sono quindi meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole Regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni Regione. Le Regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo positivo, le altre negativo. In particolare:

- la Lombardia è la Regione che attrae quasi il 20 per cento della mobilità complessiva fuori Regione, seguita da Emilia (12,1 per cento), Lazio (11,3 per cento), Veneto (8 per cento) e Toscana (7,6 per cento). Come già evidenziato, questi valori sono in parte determinati dalla disponibilità di specifiche specialità (cfr. par. 2.4.1 su distribuzione nazionale dei centri di eccellenza), oltre che da una molteplicità di fattori (come per esempio, i flussi turistici, i flussi di emigrazione e immigrazione, i fattori culturali, l'accessibilità/comodità delle Regioni confinanti), ma sono anche in parte legati alla reputazione delle strutture di alcune Regioni.
- se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori Regione rispetto alla

<sup>38</sup> Escludendo sia i ricoveri di pazienti provenienti dall'estero che con provenienza sconosciuta.

Figura 2.19 Assorbimento e generazione della mobilità nelle Regioni (2003)



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11,5 per cento), seguita da Lazio e Lombardia (8,6 per cento), Sicilia (8,3 per cento), Calabria (7,8 per cento) e Puglia (7,6 per cento). Si consideri che la popolazione residente in Campania è il 10 per cento della popolazione italiana. Le percentuali per le altre Regioni citate sono: 9 per cento (Lazio), 15,9 per cento (Lombardia), 8,7 per cento (Sicilia), 3,5 per cento (Calabria) e 7 per cento (Puglia).

Come già evidenziato in passato, benché il controllo della mobilità fuori Regione possa rappresentare un aspetto critico per il contenimento della spesa sanitaria<sup>39</sup>, non sembra rilevabile una correlazione diretta tra saldo della mobilità e ammontare dei disavanzi.

Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni, è stata dedicata forte attenzione al

<sup>39</sup> Una forte mobilità passiva determina infatti una possibile dipendenza da strutture sanitarie non controllate (anzi, incentivate ad attrarre mobilità da fuori Regione, dato che il sempre più diffuso utilizzo di tetti e target di volume o spesa nelle Regioni tende a disincentivare l'incremento delle attività verso i residenti della Regione). Questo potrebbe ostacolare il raggiungimento di un equilibrio economico a livello di sistema sanitario regionale.

problema delle liste di attesa<sup>40</sup>, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e gestione delle stesse. In particolare, il nuovo PSN 2003-2005 pone la riduzione delle liste d'attesa tra i dieci progetti per la strategia del cambiamento del SSN. Nel corso del 2001-2002 la Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute ha svolto una «Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi d'attesa dalle aziende USL e ospedaliere»<sup>41</sup> (tasso di risposta: 94 per cento delle aziende), da cui è emersa una discreta diffusione dei CUP per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali: l'85 per cento delle aziende rispondenti è dotato, sebbene con caratteristiche diverse, di un CUP per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Per ciò che riguarda la prenotazione dei ricoveri, invece, solo il 18 per cento delle aziende ha sistemi unificati, mentre il 73 per cento delle aziende usa sistemi diversi per le prenotazioni di visite successive alla prima<sup>42</sup>.

Sotto il profilo della distribuzione regionale, le aree meno dotate di CUP sono principalmente rappresentate da alcune Regioni del Sud, ma anche dalla Provincia Autonoma di Bolzano (Tab. 2.21). Un altro criterio di gestione delle liste è rappresentato dall'introduzione del pre-appuntamento, associabile all'attività di triage del Pronto soccorso<sup>43</sup>. Si tratta di un sistema, tuttavia, poco diffuso. Altrettanto si può dire dell'over-booking, adottato in media solo nel 40 per cento delle ASL (Tab. 2.22). La fissazione di tempi di attesa massimi per specifiche prestazioni ha favorito la diffusione della pratica delle liste chiuse o bloccate (cioè accessibili solo in periodi predefiniti e limitati di tempo), anche come escamotage da parte delle aziende per evitare di documentare il superamento dei tempi massimi stabiliti. Sebbene alcune Regioni, come il Lazio, abbiano vietato espressamente, con ordinanze specifiche, il blocco delle liste, la pratica continua a essere diffusa. In particolare, Calabria e Puglia sono le Regioni in cui lo strumento è maggiormente utilizzato (Tab. 2.23).

La necessità di avere costantemente il polso della situazione ha richiesto l'introduzione e il perfezionamento di sistemi di monitoraggio permanenti dei tempi di attesa da parte delle ASL. A parte Calabria e Umbria, un po' in ritardo, quasi tutte le Regioni utilizzano sistematicamente nuovi strumenti per disporre di un quadro della situazione costantemente aggiornato e sufficientemente completo.

<sup>40</sup> La metodologia della rilevazione dei tempi d'attesa rappresenta uno dei 15 obiettivi del Progetto «mattoni» del NSIS.

<sup>41</sup> Per un maggiore approfondimento si rimanda al sito del Ministero della Salute ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)).

<sup>42</sup> La gestione differenziata della prima visita rispetto alle successive può essere considerata un criterio utile per distinguere tra gradi diversi di necessità e urgenza delle prestazioni e rappresentare quindi un elemento di razionalizzazione del sistema, a patto che non si trasformi in una modalità per aggirare il problema riducendo le attese per la prima visita e spostando completamente queste attese sulle successive.

<sup>43</sup> Il triage consiste nella standardizzazione delle procedure operative attraverso la realizzazione e l'applicazione di protocolli specifici. Questi aiutano i professionisti ad attuare un'efficace e competente categorizzazione delle priorità di accesso dei pazienti agli ambienti del Pronto Soccorso, al fine di evitare inutili attese.

Tabella 2.21 **Strumenti di prenotazione delle prestazioni sanitarie (2002)**

| <b>Regione</b>        | <b>Presenza del CUP per le prestazioni specialistiche ambulatoriali</b> | <b>Presenza del CUP per i ricoveri di elezione</b> | <b>Gestione differenziata delle prenotazioni per le prime visite/esami rispetto alle successive</b> |
|-----------------------|---|--|---|
| Piemonte              | 100%  | 0%   | 100%  |
| Valle d'Aosta         | 100%  | 0%   | 100%  |
| Lombardia             | 85%   | 37%  | 74%   |
| Bolzano               | 50%   | 0%   | 50%   |
| Trento                | 100%  | 0%   | 100%  |
| Veneto                | 95%   | 0%   | 73%   |
| Friuli Venezia Giulia | 92%   | 8%   | 92%   |
| Liguria               | 89%   | 0%   | 78%   |
| Emilia Romagna        | 100%  | 5%   | 100%  |
| Toscana               | 100%  | 0%   | 81%   |
| Umbria                | 83%   | 0%   | 67%   |
| Marche                | 78%   | 0%   | 78%   |
| Lazio                 | 100%  | 28%  | 89%   |
| Abruzzo               | 100%  | 0%   | 100%  |
| Molise                | 100%  | 0%   | 0%  |
| Campania              | 67%   | 17%  | 28%   |
| Puglia                | 94%   | 17%  | 67%   |
| Basilicata            | 100%  | 20%  | 80%   |
| Calabria              | 57%   | 7%   | 36%   |
| Sicilia               | 68%   | 24%  | 56%   |
| Sardegna              | 33%   | 0%   | 78%   |
| <b>Italia</b>         | <b>85%</b>  | <b>18%</b>   | <b>73%</b>  |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Ancora poco diffuso è, invece, il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri, attuato in circa una azienda su tre. Dai dati rilevati, si può presumere che, nella maggior parte delle aziende pubbliche, la gestione delle prenotazioni dei ricoveri sia svolta direttamente dai reparti ospedalieri.

Le aziende hanno attuato, infine, molte e variegate iniziative sul versante della razionalizzazione dell'offerta di prestazioni. In particolare, per ridurre le liste d'attesa, gli interventi adottati hanno riguardato: la disponibilità delle apparecchiature, con aumento delle ore di utilizzo o del numero delle stesse; la razionaliz-

Tabella 2.22 **Utilizzazione di procedure innovative nella gestione delle liste di attesa (percentuale) (2002)**

| Regione               | Pre-appuntamento | Over-booking | Revisione periodica delle liste | Altro     |
|-----------------------|------------------|--------------|---------------------------------|-----------|
| Piemonte              | 21               | 50           | 79                              | 14        |
| Valle d'Aosta         | 0                | 0            | 100                             | 0         |
| Lombardia             | 17               | 51           | 78                              | 19        |
| Bolzano               | 25               | 25           | 75                              | 25        |
| Trento                | 100              | 0            | 0                               | 0         |
| Veneto                | 23               | 50           | 68                              | 9         |
| Friuli Venezia Giulia | 33               | 58           | 75                              | 8         |
| Liguria               | 22               | 22           | 78                              | 22        |
| Emilia Romagna        | 21               | 47           | 95                              | 16        |
| Toscana               | 19               | 31           | 81                              | 19        |
| Umbria                | 17               | 0            | 67                              | 33        |
| Marche                | 17               | 39           | 56                              | 6         |
| Lazio                 | 0                | 50           | 78                              | 11        |
| Abruzzo               | 17               | 50           | 83                              | 17        |
| Molise                | 25               | 50           | 25                              | 0         |
| Campania              | 44               | 33           | 50                              | 0         |
| Puglia                | 17               | 22           | 72                              | 6         |
| Basilicata            | 40               | 0            | 80                              | 0         |
| Calabria              | 29               | 7            | 36                              | 0         |
| Sicilia               | 44               | 24           | 64                              | 4         |
| Sardegna              | 44               | 22           | 78                              | 0         |
| <b>Italia</b>         | <b>23</b>        | <b>40</b>    | <b>72</b>                       | <b>13</b> |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

zazione dei percorsi organizzativi; l'aumento di disponibilità oraria del personale sia attraverso la retribuzione di risultato sia attraverso interventi di riorganizzazione delle attività. Meno frequenti, ma comunque rilevanti, sono le esperienze aziendali relative all'«acquisto» di prestazioni dai propri professionisti in regime di libera professione intramuraria (43 per cento) o, in misura minore (37 per cento), da specialisti privati esterni.

Da uno studio condotto dal Tribunale dei Diritti del Malato nei primi mesi del 2002 sul problema delle liste d'attesa, emerge, poi, come una serie di interventi,

Tabella 2.23 **Presenza di liste chiuse per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e la diagnostica strumentale (percentuale) (2002)**

| <b>Regione</b> | <b>Percentuale</b> | <b>Regione</b>        | <b>Percentuale</b> |
|----------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| Calabria       | 71                 | Friuli Venezia Giulia | 17                 |
| Puglia         | 61                 | Piemonte              | 14                 |
| Bolzano        | 50                 | Liguria               | 11                 |
| Campania       | 50                 | Lombardia             | 8                  |
| Umbria         | 50                 | Toscana               | 6                  |
| Sicilia        | 40                 | Emilia Romagna        | 5                  |
| Lazio          | 39                 | Valle d'Aosta         | 0                  |
| Marche         | 33                 | Trento                | 0                  |
| Sardegna       | 33                 | Abruzzo               | 0                  |
| Molise         | 25                 | Basilicata            | 0                  |
| Veneto         | 18                 | <b>Italia</b>         | <b>23</b>          |

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

sia pure in maniera disomogenea e diversificata, siano stati messi in cantiere e come gli approcci al problema delle liste d'attesa facciano riferimento a quattro grandi modelli d'intervento.

- Il primo riguarda le Regioni che hanno provato a introdurre interventi di carattere strutturale, più o meno omogenei sul territorio. A questo insieme appartengono Regioni come la Toscana, l'Emilia Romagna, l'Umbria e le Marche. Ciò non significa che queste Regioni abbiano raggiunto una condizione ideale, ma si ha l'impressione di essere di fronte a una impostazione caratterizzata da coerenza logica e continuità di interventi.
- Il secondo riguarda le Regioni che hanno scelto la strada della moltiplicazione dei soggetti erogatori e dell'enfatizzazione del principio della libera scelta. Anche questo genere di approccio si caratterizza per una evidente coerenza logica e consequenzialità di decisioni e comportamenti. L'esempio più estremo è rappresentato dalla Lombardia che sembra aver abbattuto drasticamente i suoi tempi di attesa, anche se non riesce a ottenere questi stessi risultati in maniera omogenea.
- Il terzo riguarda le Regioni che hanno assunto, per lo più assai di recente, provvedimenti volti a incidere solo sulle liste d'attesa di alcune prestazioni, magari quelle che hanno tempi d'attesa estremamente elevate, con il rischio di dare vita a interventi destinati ad avere un debole impatto complessivo sul problema.
- Il quarto riguarda quelle Regioni che non sembrano essere in grado di assumere degli impegni duraturi ed efficaci, sia pure limitatamente ad alcune prestazioni, dando l'impressione di essere poco interessate alla questione o incapaci di governarla, o entrambe le cose insieme.



Un'altra fonte informativa è rappresentata dal monitoraggio nazionale sui tempi e le liste di attesa tenuto a gennaio 2004<sup>44</sup>, in attuazione di quanto indicato dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002<sup>45</sup>. Essa sembra mostrare un miglioramento delle performance delle aziende rispetto a questo tema, benché in molte Regioni si continuino a non rispettare gli standard previsti dall'Accordo stesso, soprattutto con riferimento alle visite specialistiche<sup>46</sup>.

In conclusione, indipendentemente dalle strategie generali su base regionale, i provvedimenti assunti in tema di riduzione dei tempi di attesa si caratterizzano per un carattere sempre più spiccatamente aziendale. Le differenze tra tempi di attesa per le singole prestazioni erogate da aziende differenti nell'ambito della stessa Regione, talvolta anche in territori assai vicini tra loro, ne è una testimonianza evidente. Ciò è comprensibilissimo, anche in considerazione della rilevanza degli aspetti organizzativi e gestionali, oltre che della necessità di raccordarsi strettamente ai bisogni del territorio.

## Appendice

### Principali norme regionali (aggiornamento: maggio 2005)

---

#### Piemonte

Legge di riordino del SSR – L.R. 39/1994  
 Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 80-1700/2000  
 Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 10/1995 e ss.mm.ii.  
 Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 8/1995 e ss.mm.ii.

---

#### Valle d'Aosta

Legge di riordino del SSR – L.R. 5/2000  
 Linee guida regionali per l'atto aziendale – L.R. 5/2000  
 Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 5/2000  
 Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 19/1996 modificata da L.R. 5/2000 e 18/2001

---

#### Lombardia

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

---

<sup>44</sup> Tale indagine ha verificato i tempi di attesa in tutte le aziende sanitarie per sette prestazioni ambulatoriali (cinque indagini strumentali, tra cui per esempio, l'ecografia dell'addome e la TAC del capo, e due visite specialistiche, quella cardiologica e quella oculistica) e in 38 ASL per alcune prestazioni in ricovero.

<sup>45</sup> L'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 ha individuato una classificazione nazionale delle classi di priorità per l'accesso alle prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero, che si basa sull'appropriatezza e l'urgenza della prestazione.

<sup>46</sup> I dati sono disponibili sul sito del Ministero: [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 31/1997 modificata da L.R. 15/1998, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001 e 28/2001

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 31/1997 modificata da L.R. 15/1998, 2/1999, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001 e 17/2001

---

#### **Provincia di Bolzano**

Legge di riordino del SSR – LP 7/2001

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GP 3576/2002

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LP 7/2001; LP 22/1993 e Del GP 3028/1999

Legge di contabilità aziende sanitarie – LP 14/2001

---

#### **Provincia di Trento**

Legge di riordino del SSR – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite

Legge di organizzazione aziende sanitarie – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995

Legge di contabilità aziende sanitarie – LP 10/1993 modificata da LP 13/1993, 10/1995 e 3/1998

---

#### **Veneto**

Legge di riordino del SSR – L.R. 3/1996

Legge di organizzazione delle aziende sanitarie – Del GR 3223/2002; Del GR 1015/2004; Del GR 1718/2004; Del GR 2058/2004; Del GR 2497/2004; Del GR 751/2005

Legge di contabilità delle aziende sanitarie – L.R. 55/1994 modificata da L.R. 5/1996, 6/1996, 14/1998 e 46/1999

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DGR 3415/2002

---

#### **Friuli Venezia Giulia**

Legge di riordino del SSR – L.R. 41/1993; L.R. 12/1994; L.R. 13/1995; L.R. 08/2001

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 12/1994; Del GR 5016/1996

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 49/1996 modificata da L.R. 32/1997, 3/1998, 13/1998

---

#### **Liguria**

Legge di riordino del SSR – L.R. 42/1994 modificata da L.R. 30/1998 e 25/2000

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 1528/2000

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 42/1994 modificata da L.R. 2/1997, 30/1998 e 25/2000 (quest'ultima indicata come totalmente sostitutiva della 42/1994); L.R. 1/2005

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 10/1995 modificata da L.R. 53/1995, 26/1996, 2/1997 e 25/2000

---

#### **Emilia Romagna**

Legge di riordino del SSR – L.R. 19/1994 modificata da L.R. 11/2000; L.R. 44/1995 modificata da L.R. 3/1999 e da L.R. 18/1999, istitutiva dell'ARPA, L.R. 29/2004

Linee guida regionali per l'atto aziendale – L.R. 11/2000; Del GR 1882/2000

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 19/1994 modificata da L.R. 11/2000, L.R. 29/2004

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 50/1994 modificata da L.R. 11/2000

---

#### **Toscana**

Legge di riordino del SSR – L.R. 40/2005

Linee guida regionali per l'atto aziendale – L.R. 40/2005

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 40/2005

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 40/2005

---

**Umbria**

Legge di riordino del SSR – L.R. 3/1998 e L.R. 29/2000  
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Allegato 2 del Piano Regionale (Del GR 314/2003)  
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 3/1998 e L.R. 29/2000  
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 51/1995

---

**Marche**

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

---

**Lazio**

Legge di riordino del SSR – L.R. 18/1994 modificata da L.R. 14/1995, 8/1996, 40/1997, 37/1998  
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 2034/2001  
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 55/1993 modificata da L.R. 18/1994, 19/1994, 5/1995; Del GR 3140/1995  
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 45/1996

---

**Abruzzo**

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

---

**Molise**

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

---

**Campania**

Legge di riordino del SSR – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997 e 12/1998; L.R. 8/2003 – Del GR 361/2004  
Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 1234/2001; Del GR 1758/2002  
Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997 e 12/1998; L.R. 26/2003  
Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 32/1994 modificata da L.R. 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 18/2000; L.R. 10/2002; L.R. 28/2003

---

**Puglia**

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

**Basilicata**

Legge di riordino del SSR – L.R. 50/1994 e L.R. 39/2001 e L.R. 34/2001 «Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata»

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 2489/2000

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 39/2001

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 34/1995 modificata da L.R. 6/1996

**Calabria**

Legge di riordino del SSR – L.R. 26/1994 e L.R. 2/1996 modificata da L.R. 11/1996

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Non definite

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 2/1996 modificata da L.R. 11/1996

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 43/1996 e L.R. 29/2002

**Sicilia**

Legge di riordino del SSR – L.R. 30/1993

Linee guida regionali per l'atto aziendale – DA 34120/2001

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 30/1993

Legge di contabilità aziende sanitarie – DA 24469/1998 e L.R. 8/2000 modificata da L.R. 26/2000, 2/2002 e 4/2003

**Sardegna**

Legge di riordino del SSR – L.R. 5/1995 modificata da L.R. 10/1997 e 30/1998

Linee guida regionali per l'atto aziendale – Del GR 22-42/2001 all'approvazione CR

Legge di organizzazione aziende sanitarie – L.R. 5/1995 modificata da L.R. 10/1997

Legge di contabilità aziende sanitarie – L.R. 10/1997

**I Piani Sanitari Regionali attualmente in vigore (2005) (OASI 2005)****Piemonte**

PSR 97-99 (L.R. 61/1997)

**Valle d'Aosta**

PSR 02-04 (L.R. 18/2001)

**Lombardia**

PSSR 02-04 (Del CR 462/2002)

**Provincia di Bolzano**

PSP 00-02 (Del GP 3028/1999)

**Provincia di Trento**

PSP 00-02 (Del GP del 2 giugno 2000)

**Veneto**

PSR 96-98 (L.R. 5/1996)

**Friuli Venezia Giulia**

PSR 00-02 (Del GR 734/2001)

**Liguria**

PSR 03-05 (Del CR 03/2004)

---

**Emilia Romagna**

PSR 99-01 (Del CR 1235/1999)

---

**Toscana**

PSR 05-07 (Del CR 22/2005)

---

**Umbria**

PSR 03-05 (Del GR 314/2003)

---

**Marche**

PSR 03-06 (Del CR 97/2003)

---

**Lazio**

PSR 02-04 (Del CR 114/2002)

---

**Abruzzo**

PSR 99-01 (L.R. 37/1999)

---

**Molise**

PSR 97-99 (Del CR 505/1996)

PSSR 02-04 in fase di elaborazione

---

**Campania**

PSR 02-04 (L.R. 10/2002)

---

**Puglia**

PSR 02-04 e PSR 02-07 (Del GR 2087/2001)

P.R. Rete Ospedaliera Del GR 1097/2002 e Del GR 1929/2002 approvato con L.R. 1/2004

---

**Basilicata**

PSR 97-99 (Del CR 478/1996)

---

**Calabria**

PSR 04-06 (L.R. 11/2004)

---

**Sicilia**

PSR 00-02 (Decreto Presidenziale 11 maggio 2000)

PSR 04-06 in fase di elaborazione

---

**Sardegna**

Non presente

PSR 03-05 all'approvazione del CR

---

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

---

**Piemonte**

AReSS: L.R. 10/1998

---

**Veneto**

ARSS: L.R. 32/2001

---

**Friuli Venezia Giulia**

ARS: L.R. 37/1995

---

**Emilia Romagna**

ARS: L.R. 50/1994 modificata con L.R. 11/2000

---

**Toscana**

ARS: L.R. 71/1998; L.R. 22/2000

---

**Marche**

ARS: L.R. 26/1996

---

**Lazio**

ASP: L.R. 16/1999

---

**Abruzzo**

ARS: L.R. 37/1999 e Del GR 2311/1999

---

**Campania**

ARSan: L.R. 25/1996

---

**Puglia**

AReS: L.R. 24/2001

---

**Bibliografia**

- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Anessi Pessina E. (2003), «L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- ASSR (2005), «Le connessioni con gli obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)», *Monitor*, n. 13, maggio-giugno.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E., Zangrandi A., (1996). «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari», in Migione L. (a cura di) (0000), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Orizzonte Medico.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Cantù E., Carbone C. (2004), «Gli assetti istituzionali dei SSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.

- Cantù E., Carbone C., Lecci F. (2004), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Cantù E., Jommi C. (2003), «I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali: un aggiornamento al 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003) «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Carbone C., Jommi C., Salvatore D. «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Cutler D., Sheiner L. (1998) «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach, R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Del Vecchio M., Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S. 113-124
- ISTAT (2002), *Dimissioni dagli istituti di cura in Italia. Anno 1999*, Roma, ISTAT.
- Marsilio M., Vecchi V. (2004) «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Otto M., Paruzzolo S., Torbica A. (2004), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: le iniziative adottate nel 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Spillman B.C., Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care», *New England Journal of Medicine*, n. 342, vol. 19, pp. 1409-15.