

2 La struttura del SSN

di Francesca Ferré e Alberto Ricci¹

2.1 Premessa

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

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

- ▶ assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire numerosità, tipologia di aziende e mobilità dei Direttori Generali (§ 2.3);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (in termini quali-quantitativi) (§ 2.4);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§ 2.5);
- ▶ bisogni sanitari, livelli di soddisfazione e domanda espressa dagli utenti che rappresentano, insieme ai prestatori di lavoro, i soggetti nell'interesse dei quali l'azienda opera (§ 2.6). Tale analisi dovrebbe rappresentare la base per la 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).

Al fine di rendere completa l'analisi della struttura del SSN è stato introdotto un confronto con altri paesi dell'Unione Europea (UE-15 e UE nuovi paesi), extra

¹ Questo capitolo aggiorna ed amplia il secondo capitolo del Rapporto OASI 2010. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 2.1, 2.2, 2.3 e 2.5 sono da attribuirsi a Francesca Ferré, i §§ 2.4 e 2.6 ad Alberto Ricci e il § 2.7 a Elena Bellino, Luca Buccoliero ed Anna Prenestini. Gli autori ringraziano la Dott.ssa Clara Carbone per il prezioso e costante aiuto nella redazione del capitolo.

UE (Norvegia e Svizzera) e paesi extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone) che, per caratteristiche del sistema sanitario e PIL pro capite, rappresentano un interessante *benchmark* per l'Italia (§ 2.2).

2.2 I confronti internazionali

Negli ultimi decenni i paesi OCSE hanno registrato importanti progressi per quanto concerne la salute della popolazione. I miglioramenti legati alle condizioni di vita e di lavoro e i comportamenti che influenzano la salute hanno sicuramente contribuito a un aumento di longevità, insieme ai progressi realizzati nel campo dei trattamenti sanitari (Wilkinson e Marmot, 2003). Complessivamente, i sistemi sanitari dei paesi OCSE diventano più estesi e complessi, assorbendo una quota sempre maggiore del reddito nazionale.

Con il quadro di confronto che proponiamo in questo capitolo e nel capitolo 3, si mettono in luce le differenze tra i paesi per quanto concerne la situazione sanitaria della popolazione, i fattori di rischio per la salute, gli input e gli output dei sistemi di assistenza sanitaria nonché i livelli di spesa e le fonti di finanziamento. I dati di seguito riportati offrono un certo numero di spiegazioni per tale variabilità, fornendo un contesto che consente di meglio comprenderne le cause e di sviluppare opzioni strategiche per ridurre le differenze tra i diversi paesi².

Nei paesi dell'Unione Europea (UE-15 e nuovi paesi), extra UE (Norvegia e Svizzera) e paesi extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone) la speranza di vita alla nascita è aumentata di sei anni rispetto al 1980. Nel 2009 la speranza di vita attesa media è di 80 anni nei Paesi UE-15, 76 anni in Rep. Ceca, Ungheria, Polonia e Rep. Slovacca, 82 anni in Norvegia e Svizzera e 81 anni negli Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone (cfr. §2.6 per un approfondimento sulla struttura della popolazione italiana) (Tabella 2.1).

Alla luce dell'accresciuta speranza di vita, è interessante misurare la qualità della vita trascorsa negli anni addizionali, anche per valutare le implicazioni per i sistemi sanitari e per l'assistenza di lungo periodo³. Concentrandosi solo sui paesi dell'Unione Europea (UE-15 e UE nuovi paesi) la speranza di vita a 65 anni ha registrato un aumento sostanziale negli ultimi decenni: nel 2007 la media

² Si noti che il presente paragrafo non è esaustivo delle cause che spiegano le differenze tra sistemi sanitari. Si presenta, infatti, in maniera descrittiva una selezione di indicatori tratti dal database OECD Health Data (Giugno 2011). Inoltre bisogna tener conto del fatto che il dato nazionale spesso non esprime la variabilità degli indicatori nell'ambito di uno stesso sistema sanitario.

³ Gli anni di vita in buona salute alla nascita sono definiti come il numero di anni di vita durante i quali le attività quotidiane di una persona non sono limitate da una patologia o da un problema di salute. Gli anni di vita in buona salute sono calcolati da Eurostat per ogni paese membro usando il metodo Sullivan (Sullivan, 1971).

Tabella 2.1 **Speranza di vita alla nascita, maschi e femmine (1980; 1990; 2000; 2008-2009)**

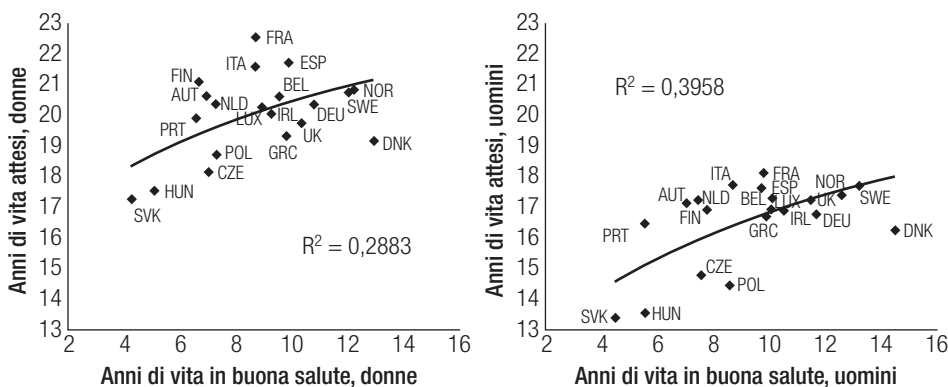
	1980	1990	2000	2008	2009
UE (15)					
Austria	72,6	75,6	78,2	80,5	80,4
Belgio	73,3	76,1	77,8	79,8*	80,0
Danimarca	74,3	74,9	76,8	78,8	79,0
Finlandia	73,6	75,0	77,7	79,9	80,0
Francia	74,3	76,9	79,0	81,0	81,0
Germania	72,9	75,3	78,2	80,2	80,3
Grecia	74,5	77,1	78,0	80,0	80,3
Irlanda	72,9	74,9	76,6	79,9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

(*) Dato 2007

Fonte: OECD Health Data, 2011

è di 16,5 anni per gli uomini e di 20 anni per le donne (Figura 2.1). La Francia presenta la più alta speranza di vita all'età di 65 anni per le donne (22,6 anni) e per gli uomini (18,1 anni), mentre i paesi dell'Europa orientale registrano il valore più basso (Rep. Slovacca 17,3 anni per le donne e 13,4 anni per gli uomini).

Figura 2.1 **Relazione tra vita attesa e qualità della vita attesa over 65, donne e uomini UE-15 e UE nuovi paesi (2007)**



Fonte: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); Eurostat Statistics Database; OECD Health Data, 2010

In media gli anni di vita in buona salute per le donne over65 equivalgono a 8,7 e 9,1 per gli uomini (in Italia i valori sono rispettivamente pari a 8,7 e 8,5). Si segnala peraltro che nei paesi analizzati e con riferimento alla popolazione anziana, a speranza di vita più alta è generalmente associata una migliore qualità della vita attesa.

È difficile stimare il contributo relativo dei diversi fattori medici e non medici che possono influire sulle variazioni della speranza di vita in buona salute. Un reddito nazionale più elevato è di solito associato a una speranza di vita maggiore nei paesi europei, anche se la correlazione è meno pronunciata ai livelli più alti di reddito nazionale, il che fa pensare a un effetto di «risultati decrescenti» a partire da un certo livello (OECD, 2010). Anche altri determinanti della salute possono però svolgere un ruolo importante. Molti paesi hanno compiuto notevoli progressi nella riduzione del consumo di tabacco⁴ e di alcol⁵. Continua, invece, a crescere la percentuale di popolazione sovrappeso o obesa (più della metà della popolazione adulta dei paesi in esame è oggi sovrappeso o obesa)⁶. Il tasso di obesità è più che raddoppiato nell'ultimo ventennio nella maggior parte

⁴ Gran parte di questa riduzione può essere attribuita alle politiche condotte a livello nazionale e volte a sensibilizzare il pubblico, a proibire la pubblicità e ad aumentare la tassazione. Attualmente nell'Unione Europea meno del 24% degli adulti fuma quotidianamente rispetto al 31% registrato nel 1989.

⁵ Strumenti quali la limitazione della pubblicità, le restrizioni delle vendite e la tassazione hanno dimostrato di essere misure efficaci per ridurre il consumo di alcol.

⁶ La prevalenza dell'obesità – che presenta un rischio per la salute più elevato rispetto al sovrappeso – va da meno del 10% in Svizzera, Norvegia e Italia a più del 18% in Grecia e Ungheria, fino a raggiungere quasi il 28% negli Stati Uniti (2008 – 2009).

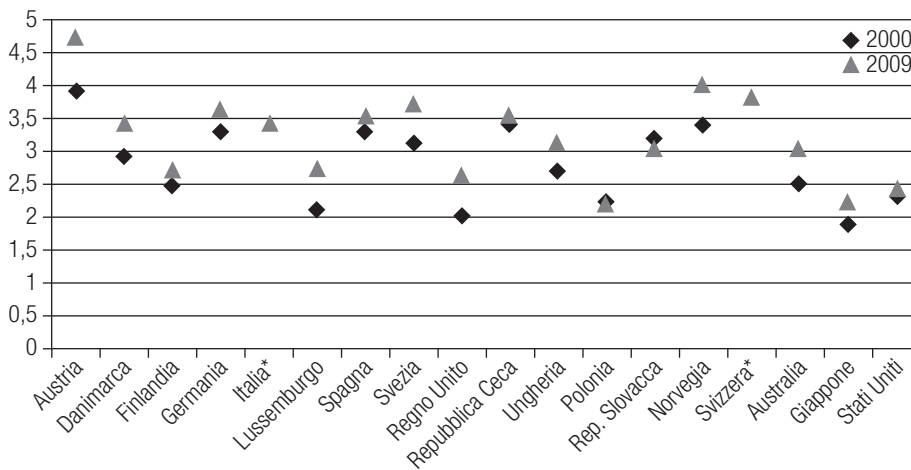
dei paesi dell'UE per i quali si dispone di dati, e aumentato di quasi il doppio negli Stati Uniti in soli dodici anni. L'obesità, essendo associata con rischi maggiori di malattie croniche, viene posta in relazione a costi sanitari addizionali molto elevati. In uno studio recente condotto in Inghilterra si è stimato che il costo totale legato al sovrappeso e all'obesità potrebbe aumentare di ben il 70% tra il 2007 e il 2015 e potrebbe essere di 2,4 volte superiore nel 2025 (Jebb et al., 2007).

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

Il numero di medici ogni 1000 abitanti varia notevolmente tra i paesi d'analisi, è più basso in Polonia e Giappone (2,2 ogni 1000 abitanti) e più elevato in Austria (4,7 ogni 1000 abitanti) (Figura 2.2). Il numero dei medici è anche relativamente basso nel Regno Unito (2,6) e in Finlandia (2,7). In Italia sono presenti 3,4 medici ogni 1000 abitanti, in linea con la media dei paesi analizzati (3,2).

A partire dal 2000 il numero di medici ogni 1000 abitanti è tuttavia aumentato in tutti i paesi europei eccetto che nella Rep. Slovacca e in Polonia dove la crescita è stata negativa o nulla. Mediamente il loro numero è passato da 2,8 nel 2000 a 3,2 nel 2009. Tale cifra è aumentata in modo particolarmente rapido nel Regno Unito, dove è cresciuta del 30% passando da 2 medici per 1.000 abitanti a 2,6 medici; gran parte di questo aumento è dovuto al reclutamento di medici stranieri.

Figura 2.2 **Medici ogni 1000 abitanti (2000; 2009)**



(*) Dato non disponibile per l'anno 2000

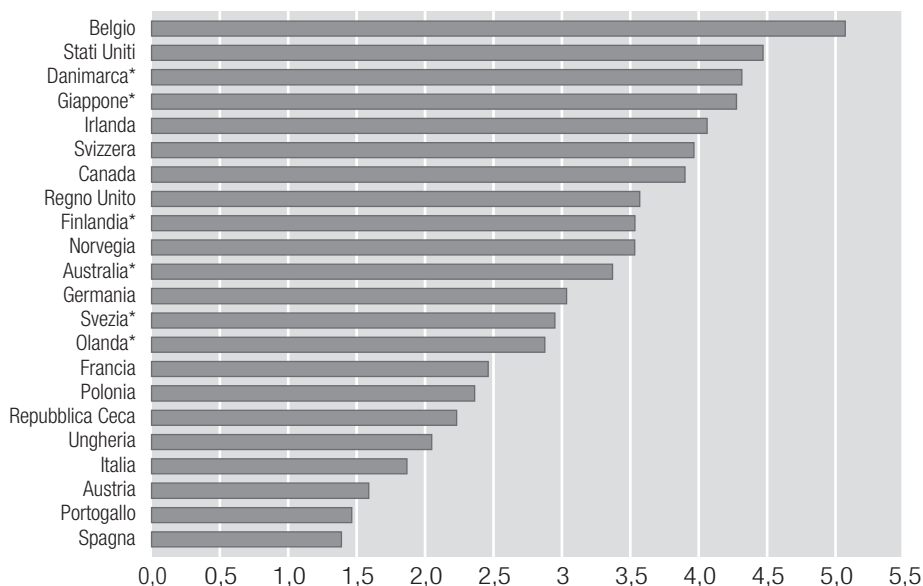
Fonte: OECD Health Data, 2011

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

Anche il personale infermieristico svolge un ruolo primario nell'assicurare l'assistenza sanitaria. Nel 2009 la Svizzera conta 15,2 infermieri per 1000 abitanti; seguono Danimarca, Belgio (14,8) e Norvegia (14,2). La Spagna registra il numero più basso di infermieri (4,9 ogni 1000 abitanti) seguita dalla Polonia (5,2). A partire dal 2000 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i paesi europei (1,1 punti percentuali in media) tranne nella Rep. Slovacca e in Grecia che hanno mantenuto livelli costanti. L'aumento è stato particolarmente marcato in Portogallo (40%), Spagna (19,5%) e Norvegia (17,4%).

Osservando il rapporto tra infermieri e medici⁷ (Figura 2.3), Portogallo e Spagna presentano comunque al 2009 una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 1,4 circa contro una media di 3,1. Anche in Italia il numero di infermieri per medico è sotto la media (1,9). In Belgio, Stati Uniti, Danimarca, Giappone e Irlanda si registrano invece valori superiori a 4 infermieri per medico.

Figura 2.3 **Numero di infermieri per medico (2009)**



(*) Dato 2008

Fonte: OECD Health Data, 2011

⁷ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra practising nurses/practising physicians.

Per valutare i sistemi sanitari, oltre ai professionisti sanitari impiegati nell'assistenza sanitaria, si possono valutare le dotazioni strutturali (input) e le prestazioni erogate (output).

Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sull'entità, composizione e utilizzo delle strutture sanitarie, in particolare quelle ospedaliere. È interessante, innanzitutto, osservare il *trend* dei posti letto (PL) per acuti e non, la degenza media e il tasso annuo di dimissioni ospedaliere per paese (Tabella 2.2). Nell'ul-

Tabella 2.2 **Dati strutturali: posti letto (**), degenza media e dimissioni ospedaliere (1990; 2000; 2005; 2009)**

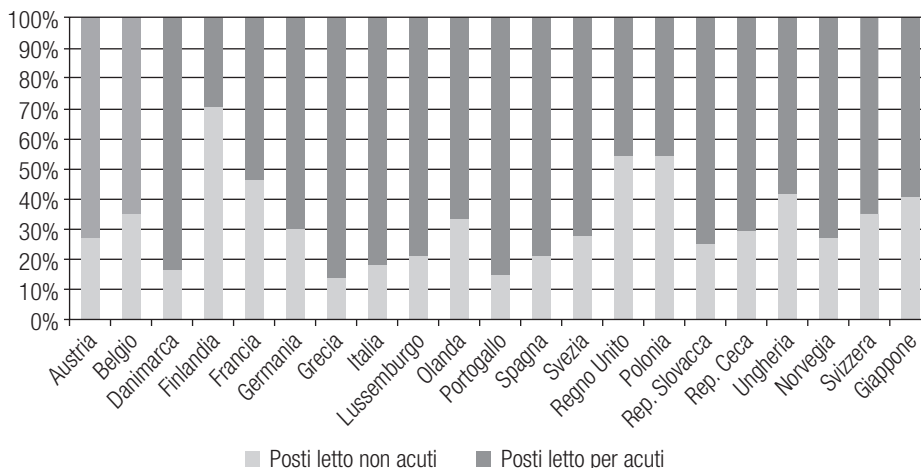
	Posti letto ogni 1.000 abitanti				Degenza media per acuti				Dimissioni ospedaliere ogni 100.000 abitanti			
	1990	2000	2005	2009	1990	2000	2005	2009	1990	2000	2005	2009
UE (15)												
Austria	9,3	8,0	7,7	7,7	11,2	7,6	6,9	6,7	21.268	24.665	26.120	26.453
Belgio	7,7	7,8	7,4	6,5	n.d.	7,7	7,7	n.d.	n.d.	17.773	17.429	n.d.
Danimarca	n.d.	4,3	3,9	3,5	6,4	3,8	3,5	n.d.	n.d.	17.414	17.221	17.032
Finlandia	n.d.	7,5	7,1	6,2	7,0	5,7	5,5	5,4	21.743	26.662	20.130	18.441
Francia	n.d.	8,0	7,2	6,6	7,0	5,6	5,4	5,2	n.d.	26.124	27.134	26.431*
Germania	10,1	9,1	8,5	8,2	12,8	9,2	8,1	7,5	n.d.	19.922	21.826	23.658
Grecia	5,1	4,7	4,7	4,8	7,5	6,2	5,6	n.d.	12.599	16.076	18.791	n.d.
Irlanda	8,0	6,2	5,5	n.d.	6,7	6,4	6,5	6,1	n.d.	13.863	13.664	13.236
Italia	7,2	4,7	4,0	3,7	9,5	7,0	6,7	6,7	n.d.	15.700	13.977	13.021
Lussemburgo	n.d.	n.d.	5,8	5,5	n.d.	7,5	7,6	7,4	n.d.	18.859	17.790	16.784
Olanda	5,8	4,9	4,5	4,7	11,2	9,0	7,2	5,6	10.212	9.266	10.414	11.663
Portogallo	4,0	3,8	3,5	3,3	8,4	7,7	7,1	6,7	n.d.	8.622	9.066	11.250
Spagna	4,3	3,7	3,4	3,2	9,6	7,1	6,7	6,4	9.501	11.183	10.780	10.411
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	2,8	6,5	5,0	4,6	4,5	n.d.	16.461	16.151	16.589
Regno Unito	n.d.	4,1	3,7	3,3	n.d.	8,2	7,9	6,8	n.d.	13.308	13.711	13.798
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	9,9	7,8	7,6	7,1	12,0	8,7	8,0	7,1	n.d.	19.025	20.919	19.493
Ungheria	n.d.	8,1	7,9	7,1	9,9	7,1	6,5	5,1	n.d.	n.d.	23.432	18.502
Polonia	n.d.	n.d.	6,5	6,7	12,5	8,9	6,5	5,1	n.d.	n.d.	16.495	20.107
Rep. Slovacca	n.d.	7,8	6,8	6,5	n.d.	8,5	7,3	6,7	n.d.	19.607	19.804	21.100
Altri paesi europei												
Norvegia	4,7	3,8	4,0	3,3	7,8	6,0	5,2	4,6	n.d.	15.408	17.519	17.721
Svizzera	n.d.	6,3	5,5	5,1	13,4	9,3	8,5	7,5	n.d.	n.d.	15.898	16.837
Altri paesi non europei												
Australia	4,6	4,0	3,9	n.d.	6,5	6,1	6,0	n.d.	n.d.	15.789	16.011	16.243*
Canada	6,0	3,8	3,6	n.d.	10,2	7,2	7,2	n.d.	12.900	9.401	8.712	8.403*
Giappone	n.d.	14,7	14,1	13,7	n.d.	24,8	19,8	18,5	n.d.	n.d.	10.550	10.709*
Stati Uniti	4,9	3,5	3,2	3,1	7,3	5,8	5,6	5,4	13.886	12.524	13.073	13.086*

Nota: Norvegia e Svizzera registrano nel 2009 una discontinuità nella serie storica.

(*) Dato 2008

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

Fonte: OECD Health Data, 2011

Figura 2.4 **Posti letto per acuti e non (2009)**

Fonte: OECD Health Data, 2011

timo ventennio, il numero di PL per 1000 abitanti è diminuito in tutti i Paesi, passando da una dotazione media di 6,8 PL ogni 1000 abitanti a 5,6 (in Italia da 7,2 a 3,7). Questa riduzione è stata accompagnata da una diminuzione nella degenza media per acuti e, in alcuni paesi, anche nel tasso di ospedalizzazione. Nel 2009, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL (escludendo il Giappone), con una media di 8 PL ogni 1000 abitanti. La notevole offerta di PL in questi due paesi è associata con un elevato numero di dimissioni ospedaliere e, per la Germania, con lunghe degenze ospedaliere (7,5 giorni contro una media di 6,8). I paesi con valori più bassi rispetto al numero di PL sono la Svezia, gli Stati Uniti, la Spagna, il Regno Unito, il Portogallo e la Norvegia che contano in media 3,2 PL ogni 1000 abitanti.

In media due terzi dei PL sono allocati per ricoveri per acuti, il rimanente per lungodegenza, psichiatria e altro (Figura 2.4). In alcuni paesi la percentuale di PL per non acuti è molto più elevata rispetto alla media, ad esempio in Finlandia, dove più della metà dei PL è dedicata a cure per non acuti⁸.

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

⁸ In Finlandia, una quota preponderante di letti ospedalieri è allocata per non acuti, poiché i governi locali hanno la responsabilità, nella gestione delle aziende ospedaliere, di assicurare cure per la lungodegenza e la riabilitazione (OECD, 2005).

per dimissioni precoci e il passaggio da ricoveri per acuti a cure intermedie. Complessivamente la diminuzione della degenza media non si è tradotta in una diminuzione del tasso di ospedalizzazione.

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. 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 capogruppo⁹ del sistema regionale, devono:

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

Rispetto a tali competenze, in appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base della scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2011. Nel prosieguo:

⁹ Il termine «capogruppo» può essere inteso secondo un'accezione ristretta ed una più ampia. «Nel primo caso il riferimento è esclusivamente al ruolo di governo del SSR esercitato dalla Regione in qualità di proprietaria della rete pubblica, attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà». Secondo un'accezione più ampia (accolta in questo capitolo) il termine «capogruppo» si riferisce alla Regione in quanto soggetto che governa il sistema sanitario, indipendentemente dalle modalità di esercizio di tali prerogative. Le modalità possono essere infatti diverse: alcune regioni utilizzano ampiamente gli strumenti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà», mentre altre tendono a stabilire regole che definiscono le convenienze dei diversi soggetti e li orientano verso gli obiettivi della Regione, pur valorizzandone l'autonomia. Nel secondo caso la Regione si configura principalmente come soggetto regolatore e controllore «terzo» del sistema, che limita il proprio coinvolgimento diretto nella funzione di gestione dei servizi» (Cantù 2002: 22).

- ▶ si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende pubbliche (§ 2.3.1);
- ▶ si riportano in sintesi le principali considerazioni rispetto ai temi degli apparati amministrativi regionali (§ 2.3.2);
- ▶ si approfondisce la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione (§ 2.3.3).

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per un'analisi comparativa delle traiettorie evolutive di alcuni SSR;
- ▶ al capitolo 7 del presente Rapporto per le scelte regionali di governo dell'assistenza farmaceutica;
- ▶ al capitolo 14 del presente Rapporto per un quadro aggiornato della normativa regionale di contabilità delle aziende sanitarie pubbliche;
- ▶ al capitolo 2 del Rapporto OASI 2010 per una disamina dei sistemi di accreditamento istituzionale;
- ▶ ai capitoli 5 e 6 del Rapporto OASI 2010 rispettivamente per un'analisi dei PSR e per un approfondimento sui Piani di Rientro;
- ▶ ai capitoli 8 del Rapporto OASI 2010 e 7 del Rapporto OASI 2009 per le scelte regionali di sviluppo delle reti oncologiche e, più in generale, di quelle cliniche;
- ▶ al capitolo 9 del Rapporto OASI 2010 per uno studio sugli strumenti di governo adottati dal livello regionale nei confronti delle strutture ospedaliere private accreditate;
- ▶ al capitolo 10 del Rapporto OASI 2010 per una mappatura e un approfondimento sui sistemi di *governance* dei *teaching hospital* in Italia;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2009 per una ricognizione delle esperienze regionali di definizione dei tariffari a partire dall'analisi dei costi;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2008 per una comparazione regionale in tema di composizione professionale del personale e di meccanismi retributivi.

2.3.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono stabilire la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono. Specificamente, esse devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere – AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati dalla regione stessa; (iii) definire il ruolo di IRCCS e policlinici

pubblici all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti (per esempio, ESTAV, Fondazioni, ecc.).

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

La Tabella 2.3 presenta l'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse regioni dal 1992 al 2011 e le relative dimensioni medie.

Rispetto al 2010, non si registrano variazioni rispetto al numero di ASL (146). Si segnala il ritardo della Calabria nel portare a termine i processi di accorpamento delle ASL avviati quattro anni fa ai sensi dell'art. 7 del collegato alla Finanziaria Regionale 2007 (LR 9/2007): rispetto alle 5 ASL provinciali previste (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotona), ad oggi ne risultano attive ancora 6 in quanto l'accorpamento delle ASL di Locri e di Reggio Calabria non è ancora stato avviato a causa di prolungati commissariamenti straordinari.

Da un punto di vista dimensionale, si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 415.000 abitanti, con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (1.565.335 abitanti), seguito dalle ASL campane (833.437 abitanti), pugliesi (681.877 abitanti), e lombarde (661.181 abitanti) ed un minimo nella Valle d'Aosta (128.230 abitanti). Si segnala, inoltre, che nelle regioni Veneto, Friuli VG, Umbria e Sardegna la popolazione media delle ASL è inferiore a 250.000 abitanti.

Nel numero di AO si registra la diminuzione di un'unità rispetto al 2010, corrispondente al riaccorpamento delle Aziende Monaldi e Cotugno di Napoli, in accordo alla riqualificazione e ristrutturazione della rete ospedaliera prevista dal Piano di Rientro campano (Delibera commissario *ad acta* 70/2010).

Sempre la Tabella 2.3 mostra:

- ▶ una media di 2,9 presidi a gestione diretta delle ASL e una dimensione media di 159 posti letto per presidio¹⁰;
- ▶ una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia settentrionale (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne che in Piemonte e Liguria), rispetto a quelle del Centro-Sud (solo in Puglia, Toscana, Basilicata e Lazio le AO hanno dimensioni superiori alla media);
- ▶ l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, emiliane, toscane, pugliesi in seguito alla scelta regionale di costituire in

¹⁰ L'indicatore PL medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2008 e pubblicati dal Ministero della Salute nel rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta al 2008, rilevato dall'attività istituzionale di OASI.

Tabella 2.3 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

	ASL							AO						
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2011	Popolazione media 2011	N. medio presidi a gest. diretta* 2010	PL utilizzati medi per diretta* 2008	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/11	N. medio stabilimenti AO** 2010	PL utilizzati medi per AO 2008	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2008	
Piemonte	63	22	22	13	342.872	1,7	146	7	7	8	1,9	600	300	
Valle d'Aosta	1	1	1	1	128.230	1,0	400	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	84	44	15	15	661.181	0,1	218	16	27	29	3,3	714	205	
PA Bolzano	4	4	4	1	507.657	7,0	242	-	-	-	-	-	-	
PA Trento	11	1	1	1	529.457	7,0	142	-	-	-	-	-	-	
Veneto	36	22	21	21	235.136	1,0	201	2	2	2	1,5	1384	923	
Friuli VG	12	6	6	6	205.968	1,8	146	3	3	3	1,3	753	565	
Liguria	20	5	5	5	323.358	1,2	327	3	3	3	1,0	422	422	
Emilia Romagna	41	13	13	11	402.947	1,9	233	5	5	5	1,0	983	983	
Toscana	40	12	12	12	312.484	2,7	264	4	4	4	1,0	804	804	
Umbria	12	5	4	4	226.622	2,0	133	2	2	2	1,0	606	404	
Marche	24	13	13	1	1.565.335	28,0	105	3	4	2	2,0	623	311	
Lazio	51	12	12	12	477.391	4,1	127	3	3	5	1,6	785	448	
Abruzzo	15	6	6	4	335.592	5,3	164	-	-	-	-	-	-	
Molise	7	4	4	1	319.780	5,0	160	-	-	-	-	-	-	
Campania	61	13	13	7	833.437	5,6	140	7	8	7	1,3	473	421	
Puglia	55	12	12	6	681.877	4,7	283	4	6	2	1,5	1015	676	
Basilicata	7	5	5	2	293.759	3,5	72	1	1	1	2,0	797	266	
Calabria	31	11	11	6	335.233	5,3	78	4	4	4	2,0	420	210	
Sicilia	62	9	9	9	561.231	6,1	77	16	17	5	2,4	334	210	
Sardegna	22	8	8	8	209.426	3,5	122	1	1	1	1,0	475	475	
ITALIA	659	228	197	146	415.250	2,9	159	81	97	81	2,2	631	298	

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

Fonte: Elaborazioni OASI e dati indirizzato Ministero della Salute 30/06/2010

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 3,5 stabilimenti per AO, rispetto ad una media nazionale rispettivamente pari a 2,9 e 2,2¹¹), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti di AO in quanto sono stati costituiti in AO anche ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro.

Il riquadro 2.1 riporta cronologicamente le modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 al 30/06/2011. Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del D.Lgs. 502/92. Dal 1996, le revisioni sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti¹², si sono moltiplicati.

Il quadro attuale ha visto il passaggio di molte regioni ad ASL sostanzialmente provinciali (e addirittura ASL uniche regionali in Valle d'Aosta, PA di Trento, PA di Bolzano, Marche e Molise) e la riduzione di AO, avvenuta principalmente per accorpamento/fusione. Si segnala che in tutte le regioni il territorio delle ASL coincide tendenzialmente con quello provinciale o addirittura regionale, ad eccezione di Veneto, Friuli VG e delle ASL ubicate in aree metropolitane (dove si annoverano ASL sub-provinciali).

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

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

La finalità principale di queste iniziative sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome, ma che condividono risorse, ambiti di azione e, in parte, finalità e obiettivi), per ricercare

¹¹ Si segnala peraltro che, in generale, i dati medi nazionali riferiti alle AO risultano fortemente influenzati dai dati lombardi, dato che le AO lombarde rappresentano più di un terzo del totale nazionale.

¹² Ad esempio, in Friuli VG sono stati ipotizzati diversi scenari di accorpamenti di ASL (creazione dell'ASL unica regionale, riduzione del numero complessivo delle ASL da 6 a 3 ecc.).

Riquadro 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 30/06/11

PIEMONTE

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

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

LOMBARDIA

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

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

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

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

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

PA BOLZANO

2007: Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (LP 9/07).

VENETO

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

LIGURIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

MARCHE

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

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

2009 Accorpamento strutture ospedaliere San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano nella nuova Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord (LR 21/09).

UMBRIA

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

LAZIO

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

ABRUZZO

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

MOLISE

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

CAMPANIA

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

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

2011: Costituzione per accorpamento dell'AO di rilievo nazionale Monaldi – Cotugno – CTO (Decreto Commissario ad acta 70/10).

PUGLIA

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

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

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

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

BASILICATA

2008: Riassetto del SSR con creazione di due nuove ASL provinciali: ASP (ASL di Potenza) e ASM (ASL di Matera) (LR 12/08).

CALABRIA

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

SICILIA

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

sinergie ed eliminare duplicazioni¹³. A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalla regione come, ad esempio, gli enti locali (è il caso della costituzione in Toscana delle Società della Salute).

Rispetto al primo punto, le regioni, sempre più spesso, hanno previsto ambiti di programmazione sovra-aziendale o la costituzione di aree vaste o macro-aree di accentrimento e coordinamento dei processi di acquisto e di altre funzioni amministrative (gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative e organizzazione dei centri di prenotazione). Le scelte regionali nella gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative possono essere ricondotte a quattro modelli principali¹⁴:

- ▶ Cooperazione istituzionale: modello adottato dalla maggior parte delle regioni; si basa sullo sviluppo di una piattaforma di *e-procurement* e di una Centrale Acquisti Regionale/Stazione Unica Appaltante. Le aziende possono liberamente accedere ai servizi di centralizzazione (ad esempio, Lombardia) oppure essere tenute a ricorrervi obbligatoriamente, soprattutto in presenza di un Piano di Rientro (ad esempio, Calabria).
- ▶ Aree Vaste: modello che prevede la costituzione di formule di integrazione tra aziende territorialmente prossime finalizzate alla programmazione e alla gestione congiunta di specifiche attività tecnico-amministrative. Si tratta della creazione di consorzi più o meno strutturati tra aziende, la cui partecipazione può essere obbligatoria o facoltativa.
- ▶ Enti pubblici giuridicamente autonomi: modello che spesso deriva da una istituzionalizzazione del modello precedente e prevede la costituzione di enti giuridicamente autonomi, dotati di una *governance* articolata e di personale proprio. La funzione di questi enti spesso non si limita agli approvvigionamenti, ma si estende ad una più vasta gamma di servizi amministrativi (ad esempio, *risk management*).
- ▶ Azienda unica: meccanismo di coordinamento tra le macrounità (comprensori, zone, ecc.) in cui si articola l'ASL unica regionale. È il modello riconducibile alle regioni più piccole.

¹³ La tendenza delle regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR potrebbe anche essere determinata da una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento. A questo è necessario aggiungere, però, che negli anni '90 il SSN è stato caratterizzato da generali fenomeni di deintegrazione, al fine di conseguire una specializzazione sia istituzionale (es. scorporo delle aziende ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente considerate *core*). Negli ultimi anni è invece diventata pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili tra attori caratterizzati da missioni diverse. Si è aperta una fase «segnata dai problemi relativi al coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche aziende fortemente integrate» (Del Vecchio, 2003).

¹⁴ La classificazione dei modelli di gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative riflette un lavoro di ricerca coordinato dalla Dott.ssa Marta Marsilio nell'ambito del progetto SIVEAS 2010.

La Tabella 2.4 sintetizza i principali assetti istituzionali scelti dai SSR nei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di gestione accentrata di altre funzioni amministrative (2002-2011).

Tabella 2.4 **Classificazione delle regioni in base agli assetti istituzionali nei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e altre funzioni amministrative (2002-2011)**

Modello	Regioni
Cooperazione interistituzionale	Abruzzo*: supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e la realizzazione una centrale acquisti regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 21/02/2008 e rinnovata il 14/10/2009.
	Basilicata: supporto per lo sviluppo del mercato elettronico in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 19/12/2008.
	Calabria*: costituzione della stazione unica appaltante prevista ai sensi della LR 26/2007 e del PdR (DGR 845/2009).
	Lazio*: supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e realizzazione di una centrale acquisti regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 24/01/2008.
	Liguria*: (i) individuazione di tre «Aree Ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici (art. 7 LR 41/2006). (ii) Istituita la Centrale Regionale Acquisti ai sensi della LR 14/2007.
	Lombardia*: creazione della Centrale regionale Acquisti per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007).
	Puglia*: (i) creazione di una centrale acquisti regionale (EmPULIA) per svolgere le funzioni di Centrale di Committenza, di stipulazione di Accordi quadro e Convenzioni a favore del SSR e degli altri soggetti pubblici pugliesi. (ii) Istituzione di tre Macroaree per l'organizzazione di processi gestionali in comune (Piano Regionale di salute 2008-2010).
Creazione di Aree Vaste	Sardegna*: istituzione di un Centro di Acquisto Territoriale, legato al Provveditorato regionale, che fornisce servizi per la razionalizzazione delle procedure di approvvigionamento (stipula di convenzioni – quadro, gare telematiche, osservatorio prezzi) ai sensi della LR 2/2007.
	Sicilia: istituzione di due comitati (Comitato Bacino Occidentale e Comitato Bacino Orientale) per l'accenramento delle gare di acquisto per beni e servizi.
	Veneto*: istituzione di cinque Aree Vaste per l'accenramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi in materia di approvvigionamento in tutte le sue fasi (pianificazione, acquisto, stoccaggio e distribuzione di beni).
	Emilia-Romagna*: individuazione di tre Aree Vaste per coordinare le strategie e i processi di acquisto e valutare l'opportunità di una gestione unificata dei processi di gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.
	Piemonte*: (i) creazione di un'area di coordinamento sovra zonale (art.23 LR 18/2007) per l'approvvigionamento di beni e servizi, la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione. (ii) Istituzione di un' area di coordinamento metropolitana (art. 10 LR 18/2007) tra le strutture operanti nell'area metropolitana.

Tabella 2.4 (segue)

Modello	Regioni
Costituzione di enti pubblici dotati di personalità giuridica	Umbria*: istituzione dell'agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali.
	Campania*: costituzione di So.Re.Sa. Spa, ente strumentale della Regione titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie delle aziende sanitarie (art. 2 LR 24/2005).
	Toscana: istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV), dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, per la programmazione sanitaria e il consolidamento dei bilanci (art. 9 LR 40/2005).
	Friuli VG: istituzione di un Centro Servizi Condivisi (CSC) per la gestione centralizzata di attività tecniche e amministrative a supporto degli enti consorziati (art. 18 LR 20/2004).
Azienda Unica	PA Bolzano, PA Trento, Molise, Valle d'Aosta e Marche.

(*) Regioni che hanno istituito una Centrale Acquisti Regionale al 2010.

Fonte: Elaborazione OASI 2011

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 per le aziende ospedaliero-universitarie (D.Lgs. 517/1999), che hanno comportato trasformazioni giuridiche.

La spinta principale al recepimento di queste normative da parte delle regioni è contenuta nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005: all'art. 9 veniva sottolineato che governo e regioni, entro il 31 luglio 2005, avrebbero dovuto impegnarsi a completare sia il processo di aziendalizzazione degli eventuali policlinici universitari a gestione diretta, sia l'insediamento dei nuovi organi degli IRCCS. La Tabella 2.5 riporta la distribuzione degli ospedali d'insegnamento nelle diverse regioni.

Dalla mappatura dei diversi *teaching hospital* emerge un'elevata eterogeneità. Nel SSN italiano si contano complessivamente 115 ospedali d'insegnamento, così classificati:

- ▶ AOU (30), a loro volta suddivise in AOU integrate con l'Università, ossia ex Aziende ospedaliere (22) e AOU integrate con il SSN, ossia ex Policlinici a gestione diretta (8)¹⁵;
- ▶ Policlinici privati (2) (Policlinico Universitario «A. Gemelli» e Policlinico Universitario «Campus bio-medico» di Roma);
- ▶ IRCCS/IRCCS Fondazioni (31), suddivisi in 15 di diritto pubblico, 16 di diritto privato;
- ▶ AO (24): si precisa che alcune realtà ospedaliere mantengono lo status di AO, nonostante svolgano attività di didattica¹⁶;

¹⁵ Tra gli ex Policlinici a gestione diretta non si annovera l'Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata di Roma, che è considerata AO integrata con l'Università.

¹⁶ In Lombardia ciò dipende da scelte specifiche regionali. Infatti non esistono AOU, ma sono costituite solo AO – poli universitari.

Tabella 2.5 Ospedali di insegnamento italiani ripartiti per Regione e per tipologia (2010)

Regioni	AOU Integrata con Università	AOU integrata con SSN	Policlinico Universitario		AO	IRCCS/ Fondazione		IRCCS / Fondazione Privato	Presidio Ospedaliero ASL	Ospedale classificato	Istituto qualificato	Casa di cura privata accreditata	Totale
			Privato	Privato		Pubblico	Privato						
Abruzzo									4				4
Calabria	1				1		1						3
Campania		2			4				2				8
Emilia Romagna	4					1			3			1	9
Friuli Vg	2					2			1				5
Lazio	2	1		2	1	2		1	1				10
Liguria	1					2							3
Lombardia					9	3	10		1			2	25
Marche	1					1							2
Molise							1		1				2
Piemonte	3				3		1		2		1		10
Puglia	2					2		2	1		1		8
Sardegna		2							4				6
Sicilia		3			4				2				9
Toscana	4						1		1				6
Umbria				2									2
Veneto	2					1							3
Totale	22	8	2	2	24	15	16		22	2	1	3	115

Fonte: Adattato da Carbone et al., 2010

- ▶ Presidi Ospedalieri di ASL (22)¹⁷, laddove le regioni, nell'esercizio della propria autonomia, hanno deciso di non conferire a tali strutture lo status di azienda (Abruzzo, Sardegna, ecc.);
- ▶ Ospedali privati per un totale di 6 strutture (3 Case di Cura private accreditate, 2 ospedali classificati e 1 ospedale qualificato).

2.3.2 L'apparato amministrativo regionale

Per governare il «gruppo sanitario pubblico» e il complessivo SSR, le regioni spesso hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR).

Sono 13 le regioni che hanno costituito ASR come tecnostuttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale¹⁸. La prima regione a costituire l'ASR è stata l'Emilia Romagna (LR 50/1994), l'ultima la Sardegna (LR 10/2006), sebbene quest'ultima non sia ancora attiva. Si segnala che il Friuli VG, con LR 12/2009, ha stabilito, con decorrenza 1 gennaio 2010, la soppressione dell'Agenzia e il conte-

Tabella 2.6 **Leggi regionali di istituzione e disciplina delle Agenzie Sanitarie Regionali**

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

Fonte: OASI 2011

¹⁷ Nel numero totale dei Presidi Ospedalieri (PO) sono compresi tutti i teaching hospital anche se appartenenti alla stessa ASL. In particolare: in Abruzzo i 4 PO appartengono a 3 diverse ASL, in Campania i 2 PO appartengono ad un'unica ASL, in Emilia Romagna 2 PO per la stessa ASL, in Piemonte 2 PO per 2 ASL, in Sardegna 4 PO per la stessa ASL, in Sicilia 2 PO per 2 ASL.

¹⁸ È utile sottolineare che le Agenzie Sanitarie Regionali sono enti indipendenti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), la quale è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico. L' Age.Na.S svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale.

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

L'istituzione di un'Agenzia pone due problemi fondamentali: in generale, la definizione della sua struttura e delle sue funzioni, in coerenza con il ruolo che la regione intende svolgere nel sistema sanitario e con le competenze dell'Assessorato; più in particolare, l'assetto delle sue relazioni con gli altri soggetti del sistema (Assessorato ma anche Giunta, Consiglio e aziende). Le scelte regionali, a questo riguardo, appaiono molto differenziate. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 (Carbone et al., 2008) per la classificazione delle funzioni tipicamente svolte dalle Agenzie Sanitarie Regionali, così come ricostruite da uno studio dell'Age.Na.S, aggiornato ad aprile 2007.

2.3.3 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche

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

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

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

Alla luce delle suddette considerazioni, questo sottoparagrafo aggiorna le analisi sul *turnover* dei DG delle aziende sanitarie pubblicate nei Rapporti OASI a partire dal 2002. In particolare, il sottoparagrafo è diviso in tre parti: la prima presenta il *turnover* dei DG a livello nazionale e regionale; la seconda

Tabella 2.7 **Durata media in carica dei DG in una data azienda, per Regione (1996-2011)**

Regione	Azienda ospedaliera	ASL	Totale complessivo
Piemonte	3,1	3,4	3,3
Valle d'Aosta		4,0	4,0
Lombardia	4,0	3,8	3,8
PA Bolzano		9,5	9,5
PA Trento		4,0	4,0
Veneto	5,1	5,2	5,2
Friuli VG	3,5	3,6	3,5
Liguria	5,0	3,4	4,0
Emilia Romagna	4,5	4,0	4,2
Toscana	3,8	4,0	3,9
Umbria	4,0	2,7	3,0
Marche	3,6	3,9	2,1
Lazio	2,9	2,6	2,7
Abruzzo		3,7	3,7
Molise		4,1	4,1
Campania	4,9	3,1	3,8
Puglia	4,2	2,7	3,2
Basilicata	3,2	3,5	3,4
Calabria	2,2	1,5	1,7
Sicilia	3,6	2,9	3,4
Sardegna	3,2	2,6	2,6
Italia	3,8	3,7	3,8

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

Fonte: OASI 2011

valuta la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie; la terza mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura.

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 2.7 mostra la durata media¹⁹ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,8 anni, ossia 3 anni e

¹⁹ 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 ln16) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

9 mesi²⁰, quindi al di sotto della durata fisiologica del contratto generalmente fissata in cinque anni. È questo, sicuramente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando: (i) i tempi necessari per la realizzazione di un «progetto di gestione» in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità (ii) gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica. Rispetto al 2006, a livello nazionale la durata media in carica dei DG è migliorata, passando da 3,5 a 3,8. Il miglioramento si è registrato nella maggior stabilità dei DG delle ASL (da 3,4 a 3,7), di fatto allineando nel tempo la durata media in carica dei DG di ASL e AO (3,7 e 3,8 nel 2011). Tale tendenza, tuttavia, non si riscontra uniformemente in tutte le regioni. In Liguria, Umbria, Campania e Puglia la stabilità dei DG delle AO è ancora superiore mediamente di 1 anno e 6 mesi rispetto ai DG delle ASL.

Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO mostrano, di poco, una stabilità superiore alle ASL.

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

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

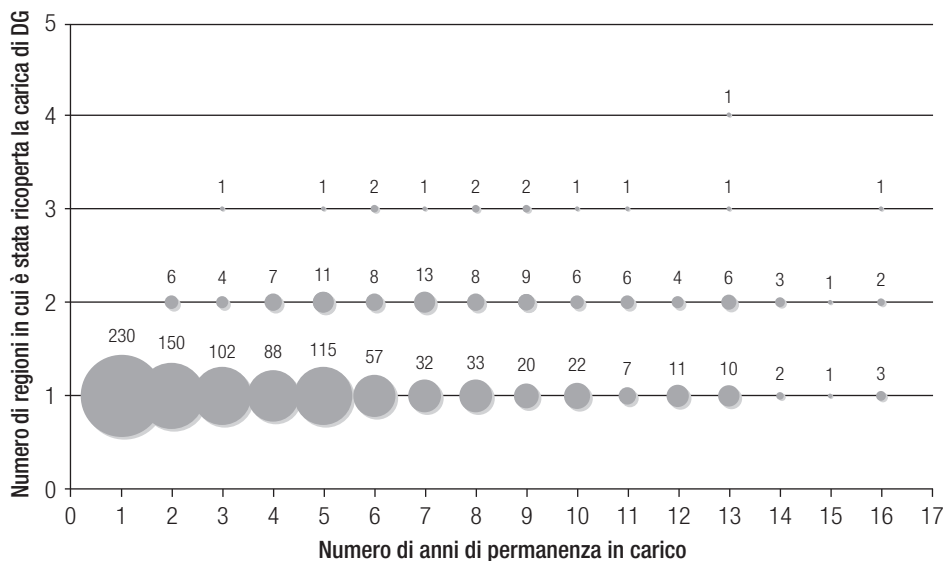
La Figura 2.5 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Il grafico mostra come, delle 209 persone che hanno una esperienza di più di sei anni come DG, il 32,5% l'abbia maturata in aziende di diverse regioni. Rimane, d'altra parte, molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 230, 156 e 107). L'incidenza della somma di tali classi si è però ridotta nel corso del tempo, passando da poco più del 55% nel 2003 a quasi il 49% nel 2011.

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

²⁰ La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come media aritmetica dei valori regionali (3,5 ovvero 3 anni e 6 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).

Figura 2.5 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N= 991)**



Fonte: OASI 2011

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

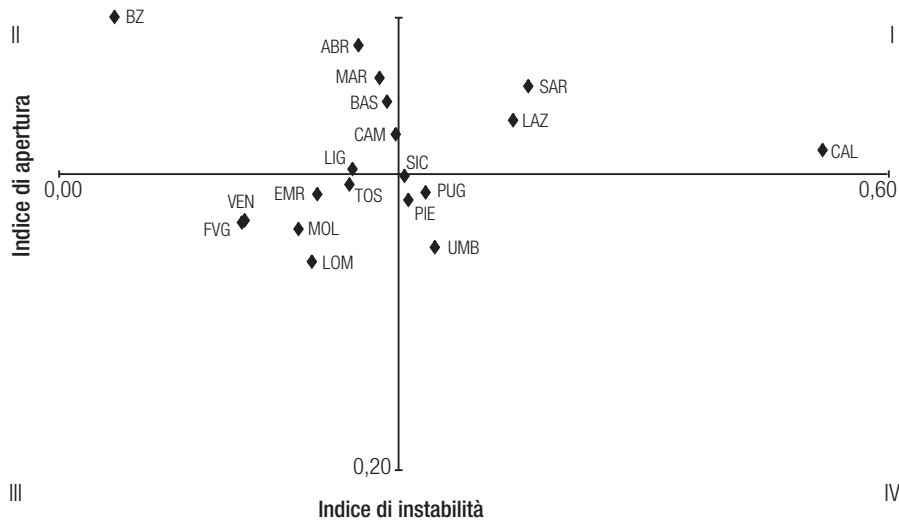
Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rapporto OASI 2003 (Carbone, 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale²¹

²¹ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra (i) numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e (ii) numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a uno ogni azienda ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che nel caso di fusioni di più aziende la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

(propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale²² (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare i DG fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che per tutti gli anni considerati risultano mono-azienda (Valle d'Aosta e PA di Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto²³. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che nel corso degli ultimi sette anni sono divenute mono-azienda (Molise e PA di Bolzano).

Associando ad ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 2.6). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. I due assi

Figura 2.6 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2011)**



Fonte: OASI 2011

²² 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 1996-2011 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa regione. Si segnala che nel caso di fusioni di più aziende la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

²³ È possibile invece calcolare l'indice di instabilità che è pari, a 0,19 per entrambe le regioni.

si incrociano nel punto di coordinate $(0,25; 0,72)$ ²⁴, che rappresenta la media nazionale. Rispetto allo scorso anno, si è registrato un lieve aumento del grado di instabilità dei DG (da 0,23 a 0,25), dovuto in gran parte alle nuove nomine in Lombardia. In questo, modo si raffigura una matrice a quattro quadranti.

- ▶ Nel primo quadrante si collocano le regioni caratterizzate da elevati gradi di instabilità e di apertura (regioni «ad alta variabilità»). Queste caratteristiche si riscontrano maggiormente in alcune regioni del Centro-Sud (Calabria, Sardegna e Lazio). Tutte queste regioni hanno evidenziato un aumento dell'indice di instabilità dal 2010 al 2011.
- ▶ Il secondo quadrante raggruppa i sistemi regionali stabili ed aperti, cioè sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono rari ed avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne (regioni ad «apertura fittizia»). In questo quadrante si posizionano, in maniera più evidente, la PA di Bolzano (che nel 2007 è divenuta mono-azienda) e l'Abruzzo; mentre si collocano più vicino alla media nazionale per l'indice di instabilità Marche, Basilicata e Campania e per quello di apertura la Liguria. Solamente Abruzzo e Marche rispetto all'anno scorso hanno subito un aumento del grado di instabilità dei DG (più 2 e più 1 punti percentuali).
- ▶ Il terzo quadrante raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (regioni «statiche»). Si collocano al centro del quadrante Lombardia, Molise (che nel 2005 è divenuta mono-azienda), Veneto e Friuli VG, mentre si posizionano più vicino alla media nazionale la Toscana e l'Emilia Romagna per quanto riguarda l'indice di apertura. La tendenza alla staticità di queste regioni è confermata anche dai dati 2011, che mostrano valori decrescenti riguardo sia gli indici di apertura sia quelli di instabilità rispetto al 2010, ad eccezione di Emilia Romagna e Lombardia che registrano un lieve aumento sull'instabilità (da 0,18 a 0,19 e da 0,17 a 0,18).
- ▶ Il quarto quadrante raggruppa le regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, ovvero sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti ed avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione (regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in maniera evidente in Umbria e Puglia, mentre Piemonte e Sicilia si posizionano più vicine alla media nazionale. Rispetto al 2010 Piemonte e Puglia registrano un aumento dell'instabilità (da 0,23 a 0,25 e da 0,25 a 0,27), mentre Sicilia e Umbria una diminuzione (da 0,27 a 0,25 e da 0,28 a 0,27).

²⁴ 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 2011 (1.050) e il numero totale dei possibili cambiamenti (4.268). Il valore è pari a 0,25. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo dei nomi delle persone che dal 1996 al 2011, in ogni regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.059) e il numero massimo di aziende considerate negli anni (300) divisa per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.050): il valore è pari a 0,72. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in due (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali.

2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

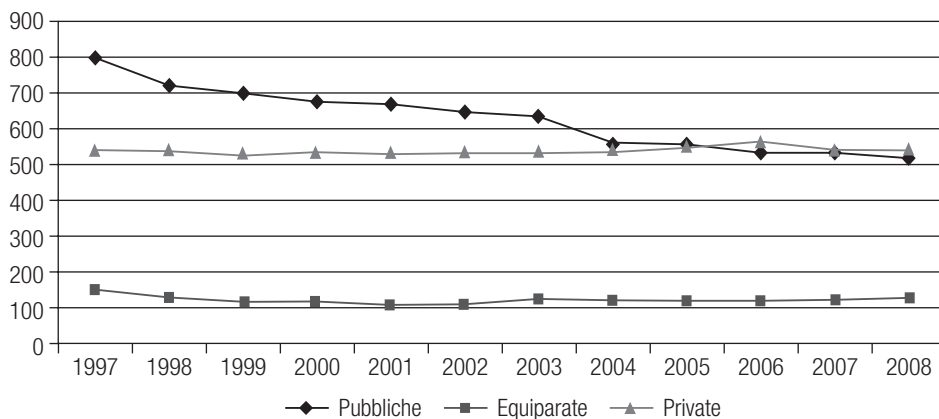
Questo paragrafo, pertanto, propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, distinguendo e confrontando le dinamiche caratterizzanti l'offerta pubblica e privata accreditata.

2.4.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera: si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato prevalentemente strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione ed attività²⁵. Ciò ha comportato una progressiva riduzione nel numero delle strutture pubbliche (Figura 2.7), che hanno registrato un decremento del 33% nel periodo 1997-2008.

Le strutture private accreditate, invece, registrano un andamento più costante (+1%): in particolare, un lievissimo aumento a partire dall'anno 2002 fino al

Figura 2.7 **Numero di strutture di ricovero pubbliche, equiparate e private accreditate (1997-2008)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

²⁵ Ci si riferisce agli standard minimi di utilizzo medio annuo dei posti letto (75%) e di dotazione dei posti letto (120), così come previsto dalla normativa e ribadito in sede di Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

2006, poi una diminuzione del 4% tra il 2006 e il 2008. Anche le strutture equiparate alle pubbliche sono rimaste sostanzialmente invariate nel numero. L'obbligo di razionalizzazione della rete viene ripreso dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008²⁶ ed è ribadito dallo Schema di PSN 2011-2013²⁷ e dal Patto per la Salute 2010-2012 che, tra gli obiettivi prioritari, individuano la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso la dismissione degli istituti minori e l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, sviluppando una maggiore offerta di assistenza territoriale e creando dei Centri di eccellenza. Anche a livello regionale si è posta l'attenzione sul tema del riordino della rete ospedaliera (con riferimento sia alle strutture pubbliche che a quelle private accreditate), aggiungendo ai tradizionali obiettivi di razionalizzazione delle attività e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, indirizzi e linee guida vincolanti per la riduzione dei posti letto, la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni²⁸ in strutture territoriali e il potenziamento delle strutture operative del sistema di emergenza-urgenza regionale (cfr. capitolo 6 del presente Rapporto).

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2010 è riportata in Tabella 2.8.

A fronte di 514 strutture di ricovero pubbliche si registrano 142 strutture equiparate e 588 case di cura private. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si nota una prevalenza dei presidi a gestione diretta (429 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro-Sud (77%). Tra le strutture equiparate, si contano 60 IRCCS di cui 37 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (19). Considerando le case di cura private, è evidente la prevalenza delle strutture accreditate (89%).

Osservando la Tabella 2.9, dal punto di vista dimensionale le tipologie di struttura possono essere classificate in tre macro-classi: AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e AO integrate con il SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto utilizzati, con una media rispettivamente di 630 e 621 posti nel 2008; ospedali a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano ad un livello dimensionale intermedio, rispettivamente con 192, 227 e 213 posti letto; le Case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 84 posti letto accreditati²⁹. La Tabella 2.9 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata negli anni anche una riduzio-

²⁶ Il Piano Sanitario 2006-2008 è l'ultimo PSN approvato e risulta quello ufficialmente in vigore.

²⁷ Lo schema di PSN 2011-2013 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 21 gennaio 2011 ed è attualmente in discussione all'interno delle Commissioni parlamentari.

²⁸ Per ospedali di piccole dimensioni si intendono le strutture di ricovero con una dotazione inferiore a 121 PL.

²⁹ Questo dato si riferisce al numero di posti letto dedicati a svolgere attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle Case di cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

Tabella 2.8 **Numero di strutture di ricovero per tipologia (2010)**

	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Istituti psichiatrici residuali	Aziende Osped.	Stabilimenti di Az. Osp. (2)	TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (3)	IRCCS pubblici (4)	IRCCS privati (4)	Policlinici Univers. (5)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	TOT. STRUTTURE EQUIPARATE (8)	Casa di Cura private accreditate	Casa di Cura private non accreditate	TOTALE CC PRIVATE
Piemonte	22		8	15	3		2			8		10	38	9	47
Valle d'Aosta	1				1								1		1
Lombardia	1		29	97	3	5	19		6	1		31	73	12	85
PA Bolzano	7				7								5	1	6
PA Trento	7				7				2			2	5		5
Veneto	21		2	3	23	1	2		6	6		15	15	2	17
Friuli VG	11		3	4	14	2						2	5		5
Liguria	6		1	1	7	2	1		2			5	3	3	6
Emilia Rom.	21		5	5	26	1						1	45	2	47
Toscana	32		4	4	36		2			3	1	6	27	3	3
Umbria	8		2	2	1								5		5
Marche	28		2	4	3	2						2	13		13
Lazio	49	1	5	8	55	3	5	3	8	2		21	64	3	94
Abruzzo	21				21								11		11
Molise	5				5		1				1	2	3		3
Campania	39		8	9	47	1	1	2	3	1		8	67	5	72
Puglia	28		2	3	3	2	3		2			7	34		34
Basilicata	7	1	1	2	9	1						1	3		3
Calabria	32	1	4	8	37	1						1	31		31
Sicilia	55		5	12	6	1	1	3	1		1	7	64		64
Sardegna	28		1	1	29	1		2				3	9		9
Italia	429	3	82	178	514	23	37	10	30	21	3	124	521	67	588

(1) Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzario del Ministero della Salute aggiornato al 30 giugno 2010. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92)

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

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

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

(5) Nel capitolo, con il termine «policlinici» ci si riferisce alle strutture precedentemente identificate come «Policlinici a gestione diretta dell'Università» (pubblici e privati), oggi tendenzialmente trasformati in «Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN», secondo quanto stabilito dal D.Lgs. 517/99. Le «Aziende Ospedaliere integrate con l'Università», cioè le AO in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, non sono invece incluse in questa categoria, ma tra le Aziende Ospedaliere

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

(7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88

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

Fonte: Indirizzario Ministero della Salute, 2010

Tabella 2.9 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2008)**

Anno	AO e AOU integrate con Università	Presidi a gestione diretta ASL	AO integrate con SSN	IRCCS	Ospedali classificati (1)	Case di cura accreditate (2)
1997	834	199	856	243	234	98
1998	877	189	818	244	236	98
1999	800	186	868	240	224	94
2000	774	184	832	247	223	89
2001	736	183	733	242	221	91
2002	709	178	658	237	214	91
2003	673	182	540	220	188	89
2004	672	191	551	221	192	87
2005	660	193	620	224	211	85
2006	650	197	629	226	220	85
2007	640	190	665	234	217	85
2008	630	192	621	227	213	84

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

(2) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

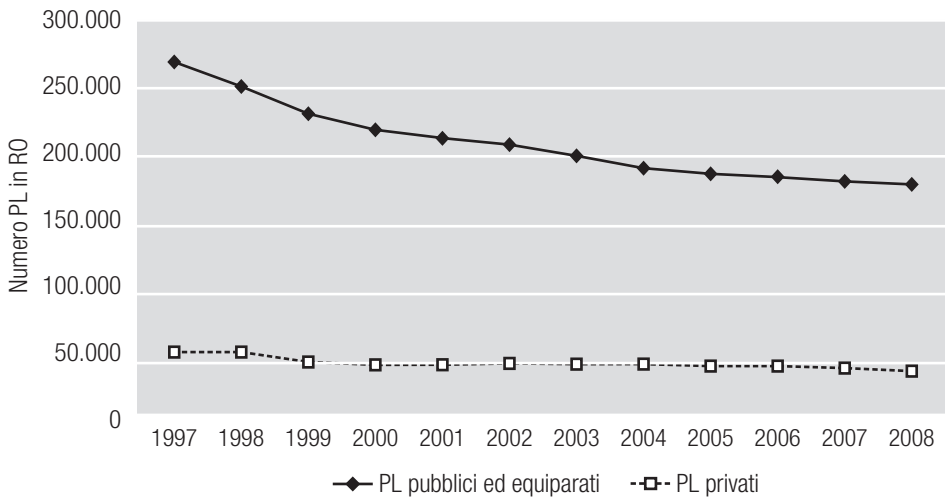
ne nelle dimensioni delle stesse: in particolare, questo si è verificato per le AO (-24,5 % tra il 1997 e il 2008), le AO integrate con il SSN (-27,5 %) e le Case di cura accreditate (-14,3 %).

Passando all'analisi dei posti letto per regime di ricovero, per quanto attiene specificatamente al ricovero in degenza ordinaria (Figura 2.8) si è registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici ed equiparati, ridottisi del 35% tra il 1997 e il 2008. I posti letto accreditati sono invece calati del 20%.

Nel corso del 2008, nelle strutture pubbliche ed equiparate si è avuta una riduzione di posti letto in regime ordinario pari a poco meno di 2 punti percentuali, indicatore del raggiungimento di una situazione stabile dopo la robusta realizzazione di interventi avvenuta in precedenza. Nelle strutture accreditate la riduzione di posti letto tra il 2007 e il 2008 è stata pari a 1,6 punti percentuali, evidenziando un calo meno marcato rispetto all'anno precedente (-5% tra il 2006 e il 2007).

Per quanto riguarda invece la dotazione di PL per ricoveri in regime diurno si è registrato, nell'arco degli undici anni, un incremento significativo (da 22.066 a 31.623). Questo cambiamento era già avvenuto in modo più evidente negli anni

Figura 2.8 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2008)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

1995-1997, in corrispondenza dei primi interventi di attuazione di quanto previsto dai D.Lgs. 502/1992 e 517/1993, e è stato ulteriormente accentuato soprattutto negli anni 2001-2003, anche come conseguenza delle esigenze di contenimento della spesa e di incremento dell'appropriatezza del regime di ricovero, sollevate a livello nazionale. Relativamente ai PL pubblici ed equiparati, essi hanno registrato un aumento pari al 32% (da 21.247 a 27.963). Quanto ai PL privati accreditati, nell'arco degli anni 1997-2008 sono quasi quintuplicati (da 819 a 3.660), con un aumento complessivo molto rapido (81%) nel periodo 2001-2004, più contenuto invece (22%) tra il 2005 e il 2008.

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

- ▶ la L. 405/2001 (art. 3, comma 4) ha definito uno *standard* di 5 PL ospedalieri (RO+DH) per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, stabilendo che il personale in esubero venisse riassorbito dalle strutture riconvertite e tramite il potenziamento delle cure domiciliari;
- ▶ l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (l'art. 4, comma 1) ha introdotto l'obbligo di adeguare, entro l'anno 2007, la dotazione di PL ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ad uno *standard* massimo di 4,5

PL per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, adattando, di conseguenza, le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, è stata ammessa la possibilità di scostamenti rispetto allo *standard*, purchè non superiori al 5% in rapporto alle diverse condizioni demografiche regionali, con la definizione di obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006.

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

Nel 2008 la dotazione media nazionale di PL – sia in regime di degenza ordinaria che diurna – era pari a 3,7 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.9). Ciò ha consentito, a livello nazionale, di rispettare lo *standard* di 4,5 PL complessivi. Diverse regioni evidenziano però una dotazione superiore a quanto consentito (Molise, Lazio, PA di Trento e Emilia Romagna). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, si evidenziano due regioni con una dotazione di posti letto per acuti superiore a 4 PL per mille abitanti (Molise e Sardegna) e tre regioni con una dotazione di PL per non acuti superiore a 1 per mille abitanti (PA di Trento, Lazio e Molise).

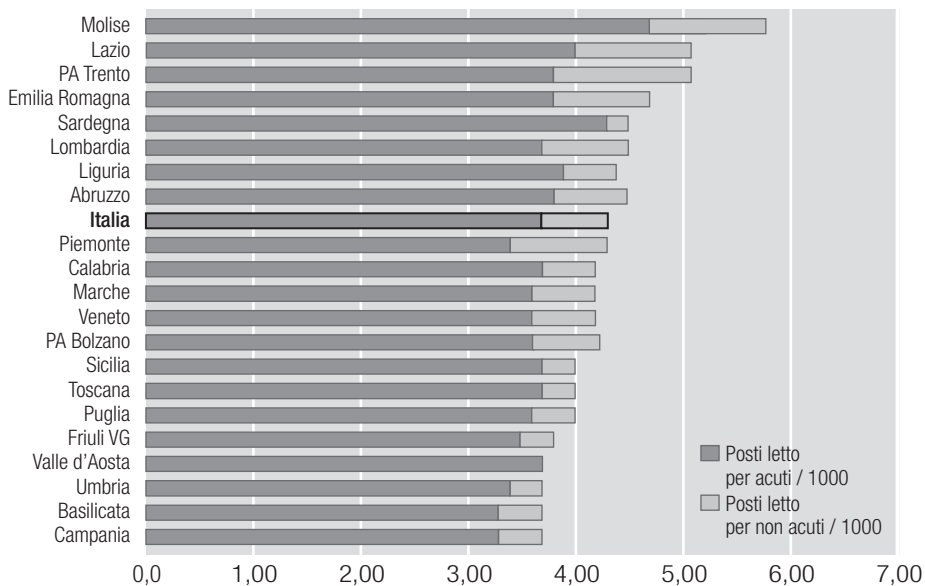
A fronte di ciò, il Patto per la Salute 2010-2012 (art. 6, comma 1) ha imposto a regioni e province autonome di impegnarsi ad adottare provvedimenti per conseguire uno *standard* dei PL ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ancora più stringente, ossia non superiore a 4 PL per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 per riabilitazione e lungodegenza³⁰.

In relazione alla dotazione di PL per acuti e non (Figura 2.9), rispetto all'anno 2007, emergono i seguenti cambiamenti:

- ▶ relativamente alle discipline per acuti, si registra un significativo calo in Abruzzo, Friuli VG (-0,6) e Molise (-0,5), mentre Basilicata e PA di Bolzano evidenziano diminuzioni più contenute (-0,3). Tutte le restanti regioni sono caratterizzate da una dotazione invariata o da variazioni comprese tra 0 e 0,2 PL per mille abitanti;
- ▶ per quanto riguarda i PL per non acuti, le variazioni non superano gli 0,1 PL per mille abitanti.

³⁰ I criteri sopra elencati sono ribaditi anche nello Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Le regioni devono adempiere all'obbligo entro il 30 giugno 2011 ad eccezione di quelle sottoposte a piano di rientro, per le quali il termine era fissato al 31 dicembre 2010. Per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, anche in questo caso, è stata ammessa la possibilità di prevedere scostamenti rispetto allo *standard*, purchè non superiori al 5%, fino alla definizione di nuovi riferimenti da parte della Conferenza Stato-Regioni.

Figura 2.9 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 000 abitanti (2008)**

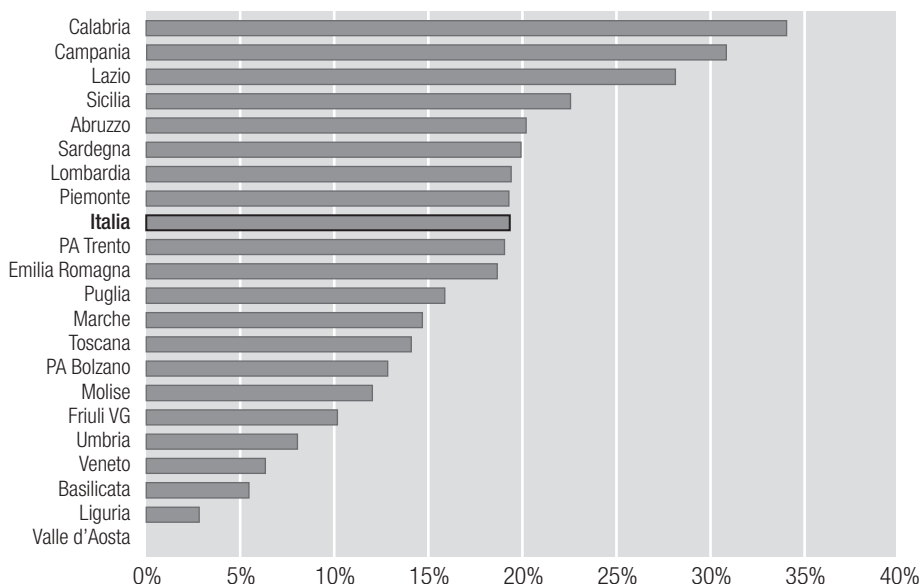


Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

► con riferimento alla dotazione totale, il decremento di PL per acuti di Abruzzo, Friuli VG e Molise si traduce in un analogo calo dei PL complessivi. In particolare, l'Abruzzo raggiunge lo *standard* di riferimento per il 2008 (pari a 4,5 PL per mille abitanti) mentre l'Emilia Romagna, la PA di Trento, il Lazio e il Molise, pur avvicinandosi a tale soglia, registrano dotazioni ancora superiori (comprese tra 4,5 e 5,1 PL per mille abitanti).

La Figura 2.10 approfondisce, invece, le differenze regionali in termini di peso relativo del privato accreditato. In tutte le regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica e pari a un livello nazionale medio dell'80,7%. A livello regionale, invece, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (34,2%), Campania (31%) e Lazio (28,2%); la percentuale da ricondurre al privato accreditato è, al contrario, molto bassa in Liguria (2,8%), Basilicata (5,4%), Veneto (6,3%) e Umbria (8,1%); è addirittura nulla in Valle d'Aosta. Nel periodo che va dal 1998 al 2008, la rilevanza dei PL accreditati è aumentata in Italia di circa 2,1 punti percentuali. Gli incrementi più significativi si sono avuti in Sicilia, Molise e Puglia; Lazio, Emilia Romagna e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di PL privati accreditati. Infine, se si considera la quota dei PL privati accreditati per area geografica, nel 1998 l'offerta privata accreditata era maggiormente concentrata nel Nord Italia (36% con-

Figura 2.10 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) nel 2008**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

tro 32% nel Centro e nel Sud); nel 2008 la situazione risulta differente, con una presenza del privato accreditato pari al 37% al Nord, al 40% nel Sud e solo al 23% nelle regioni del Centro Italia.

Un'importante funzione svolta dalle strutture di ricovero è la risposta alle urgenze (Tabella 2.10). Dall'analisi della diffusione di questa tipologia di servizi si registra come la grande maggioranza delle strutture pubbliche (80,9%) siano dotate di Pronto Soccorso (PS) e di centri rianimazione (59,1%); un vero e proprio Dipartimento di Emergenza (DE), che dovrebbe fornire maggiori garanzie in termini di sicurezza e qualità delle cure, è presente nel 52% dei casi. Al contrario, le strutture private accreditate offrono molto più raramente i servizi di gestione delle emergenze: il DE è presente solo nel 3,1% dei casi, il PS nel 6,8%. Un servizio sicuramente fondamentale per garantire un'assistenza più adeguata ai pazienti più giovani, il Pronto soccorso pediatrico, è presente solo nel 13,5% delle strutture pubbliche e in alcune strutture private accreditate lombarde. La maggior focalizzazione del privato accreditato verso ricoveri per non - acuti (cfr. § 2.5.1) può essere una spiegazione della scarsa presenza di servizi per le emergenze nelle strutture. Unico servizio più diffuso nelle strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche è l'ambulanza di tipo «A», che nelle case di cura accreditate registra la presenza del medico nel 52,2% dei casi rispetto al 21,7% delle strutture pubbliche.

Tabella 2.10 Servizi per le emergenze all'interno delle strutture di ricovero (2008)

Regione	% strutture pubbliche dotate di DE	% strutture pubbliche dotate di PS	% strutture pubbliche dotate di PS Pediatrico	% strutture pubbliche dotate di Centro Rianimazione	% Ambulanze di tipo "A" con medico in strutture pubbliche	% Case di cura accreditate dotate di DE	% Case di cura accreditate dotate di PS	% Case di cura accreditate dotate di PS Pediatrico	% Case di cura accreditate dotate di Centro Rianimazione	% Ambulanze di tipo "A" con medico in Case di cura accreditate
Piemonte	70,0	75,0	10,0	67,5	46,0	0,0	0,0	0,0	9,8	0,0
Valle d'Aosta	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	62,9	71,0	38,7	71,0	3,8	8,5	21,1	1,4	18,3	0,0
PA Bolzano	42,9	100,0	14,3	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PA Trento	0,0	77,8	11,1	22,2	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Veneto	60,5	73,7	10,5	68,4	21,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Friuli VG	62,5	68,8	18,8	50,0	3,8	0,0	20,0	0,0	20,0	0,0
Liguria	66,7	66,7	25,0	75,0	1,8	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0
Emilia Romagna	85,2	92,6	14,8	77,8	21,1	0,0	0,0	0,0	13,0	0,0
Toscana	81,0	78,6	9,5	66,7	31,9	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0
Umbria	54,5	81,8	0,0	63,6	68,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marche	45,5	84,8	3,0	42,4	57,1	0,0	7,7	0,0	7,7	0,0
Lazio	30,8	69,2	9,0	50,0	52,2	0,0	6,0	0,0	3,0	100,0
Abruzzo	59,1	95,5	0,0	63,6	52,9	0,0	0,0	0,0	30,8	0,0
Molise	57,1	71,4	0,0	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
Campania	52,7	83,6	30,9	67,3	32,1	13,0	18,8	0,0	13,0	55,0
Puglia	65,8	92,1	2,6	57,9	35,7	2,8	2,8	0,0	2,8	0,0
Basilicata	33,3	77,8	0,0	77,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Calabria	43,2	89,2	5,4	35,1	61,3	0,0	2,8	0,0	0,0	100,0
Sicilia	31,9	94,2	8,7	53,6	19,2	1,6	1,6	0,0	3,1	0,0
Sardegna	28,1	78,1	12,5	46,9	6,7	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0
Italia	51,9	80,9	13,5	59,1	21,7	3,1	6,8	0,2	8,7	52,2

Nota: Le strutture pubbliche includono anche le strutture equiparate.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

2.4.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre sempre maggiore attenzione verso l'assistenza territoriale (§ 2.5.2).

Ciò si è tradotto principalmente in una richiesta da parte dei SSR di un maggior coinvolgimento dei distretti³¹. Questi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.).

Dal 2001 al 2008, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 875 a 755, con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 78.966 nel 2008). A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano il Veneto, che passa da 82 a 49, e la Toscana, che passa da 111 a 34. Si sottolineano d'altra parte 10 regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna). Considerando nuovamente la prospettiva nazionale, è lievemente aumentato il numero medio di distretti per ASL (da 4,4 a 4,5).

A completamento del quadro sullo stato di attuazione della rete dei distretti in Italia è utile riportare i risultati della seconda indagine *ad hoc* condotta da Age.Na.S nel 2010. Lo studio rileva un rafforzamento del distretto sotto il profilo degli strumenti manageriali in essere: il 78% ha attivato un sistema di centri di responsabilità, il 94% impiega strumenti formali di programmazione (Piano Aziendale, Programma delle attività territoriali). L'ambito del governo clinico presenta luci ed ombre, con una partecipazione dei pazienti ai PDTA che varia dal 50% dei malati oncologici al 22,5% dei malati terminali. Con riferimento al tema del coordinamento tra i soggetti responsabili della presa in carico dei pazienti, lo studio rileva il miglioramento dell'integrazione tra ospedale e territorio: il 72% dei distretti adotta protocolli di dimissione protetta, raddoppiando la percentuale rispetto alla prima indagine 2005-2006. Anche la partecipazione del distretto al governo delle strutture residenziali e semiresidenziali cresce dal 20% del 2005 al 65% del 2010. Il coinvolgimento degli enti locali, infine, è affidato al comitato dei sindaci che, tuttavia, viene ancora descritto come debole nel 49,5%

³¹ Lo Schema di PSN 2011-2013 indica come «Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate). Il distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti Locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali».

dei casi. A livello aziendale si rafforza invece il ruolo del Direttore di distretto: ormai il 97% di essi è costituito da dirigenti del SSN, tra i quali il 94,2% è responsabile di struttura complessa.

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

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

La Tabella 2.11 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2008 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+42%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato (passato da una quota di strutture del 34% nel 1997 a una del 52% nel 2008, con un incremento in termini di numero di strutture pari al 117%). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 179% e 192% nell'arco temporale considerato. Queste strutture, in particolare, sono gestite prevalentemente dal privato accreditato, il cui peso è passato rispettivamente dal 8% e 5% del 1997 al 58% e 73% del 2008. Costituisce unica eccezione la categoria denominata «Altre strutture territoriali», dove il privato raggiunge il 12% nel 2008 (5% nel 1997).

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

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Lombardia, Puglia, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media, compreso tra il 62% di Lombardia e l'82% della Sicilia. Tutte le altre regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale, segnando, i valori più bassi in Piemonte (19%) e Umbria (22%);
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato ad eccezione di Veneto e Campania, che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato pari rispettivamente al 25% e al 27%;
- ▶ con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono soprattutto le regioni del Nord Italia (oltre a Molise e la Puglia), a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate.

Tabella 2.11 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2008)**

	Ambulatori e laboratori	di cui privati accr.	Altre strutture territoriali (*)	di cui privati accr.	Strutture semi-residenz.	di cui privati accr.	Strutture residenziali	di cui privati accr.	Totale strutture territoriali	Strutture territoriali private %
Piemonte	441	19%	250	2%	145	58%	712	70%	1.548	43%
Valle d'Aosta	4	50%	26	8%	2	100%	8	88%	40	33%
Lombardia	785	62%	758	12%	638	72%	1.238	87%	3.419	62%
PA Bolzano	48	31%	80	19%	6	0%	50	82%	184	39%
PA Trento	37	41%	39	18%	8	0%	75	85%	159	54%
Veneto	444	57%	538	25%	396	60%	651	78%	2.029	56%
Friuli VG	141	32%	82	7%	44	30%	161	58%	428	37%
Liguria	360	31%	154	3%	40	40%	168	75%	722	36%
Emilia Romagna	445	39%	447	6%	470	81%	782	79%	2.144	56%
Toscana	884	39%	533	8%	244	34%	507	57%	2.168	35%
Umbria	108	22%	100	3%	64	34%	88	52%	360	26%
Marche	197	51%	107	11%	29	10%	90	36%	423	35%
Lazio	866	67%	395	7%	52	2%	164	59%	1.477	48%
Abruzzo	170	65%	121	4%	10	20%	70	87%	371	48%
Molise	55	75%	18	17%	7	100%	6	100%	86	66%
Campania	1.455	80%	412	27%	81	19%	166	50%	2.114	65%
Puglia	687	62%	314	3%	33	58%	108	83%	1.142	48%
Basilicata	114	41%	57	12%	4	25%	33	45%	208	34%
Calabria	439	56%	132	9%	19	42%	71	61%	661	47%
Sicilia	1.704	82%	558	16%	35	9%	103	58%	2.400	64%
Sardegna	342	54%	163	4%	19	42%	69	78%	593	42%
Italia 2008	9.726	60%	5.284	12%	2.346	58%	5.320	73%	22.676	52%
Italia 1997	9.335	54%	4.009	5%	842	8%	1.820	5%	16.006	34%

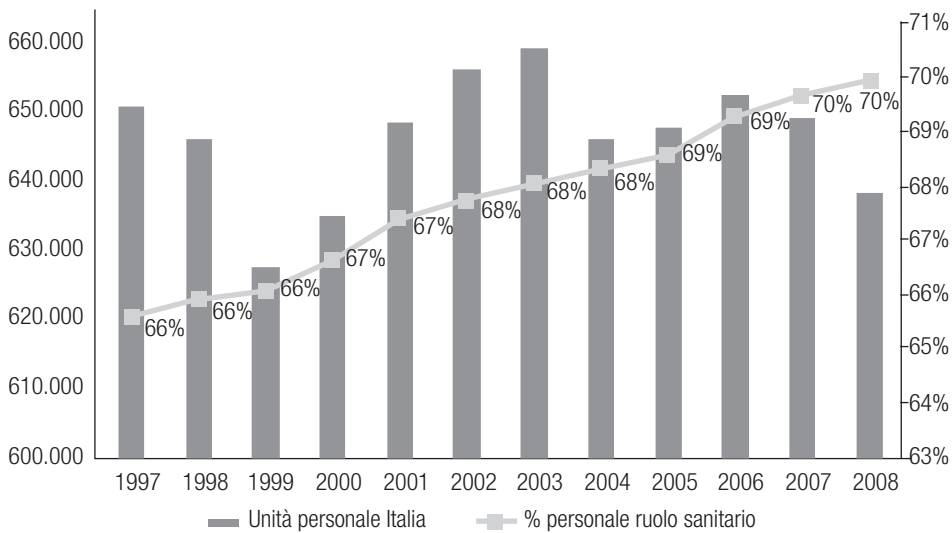
(*) Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

2.4.3 Il personale del SSN

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

Figura 2.11 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2008)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La Figura 2.11 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 638.459 unità nel 2008 (raggiungendo una quota minima di 627.538 nel 1999); questo *trend* si caratterizza per un andamento annuo piuttosto variabile, legato in parte ai periodi di blocco del *turn-over*. Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66% nel 1997 al 70% nel 2008), aumento prevalente dovuto alla componente medica.

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

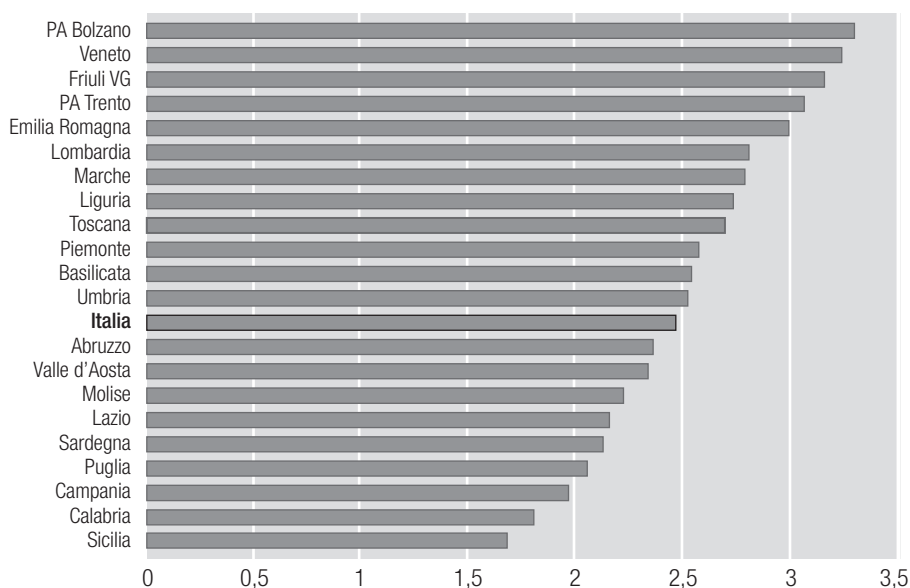
- ▶ della diversa rilevanza delle strutture private accreditate all'interno dei SSR;
- ▶ della presenza di strutture equiparate alle pubbliche, il cui personale non è compreso nel personale dipendente SSN;
- ▶ del saldo di mobilità ospedaliera, che contribuisce a spiegare la maggiore presenza di dipendenti SSN nelle regioni del Centro-Nord, storicamente caratterizzate da «saldi migratori» positivi (cfr. § 2.6).

Nel 2008, non emergono disuguaglianze territoriali particolarmente significative riguardo all'entità e alla composizione del personale SSN, pur registrando scostamenti regionali rispetto alla media, relativamente ai ruoli sanitario e tecnico.

Indagando più nel dettaglio la composizione del personale sanitario e, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 2.12), le regioni del Sud presentano una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2,1 contro 2,8 del Nord.

La Tabella 2.12 presenta invece il numero di MMG (Medici di Medicina Generale) e di PLS (Pediatri di libera di scelta) nelle diverse realtà regionali italiane. I professionisti sono rapportati alla popolazione assistita e al numero medio di scelte. Il numero più alto di residenti e di scelte per professionista, sia per i MMG (oltre 1.600) sia per i PLS (oltre 1.400 residenti e più di 1.000 scelte per pediatra), si registra nella PA di Bolzano. Valori particolarmente elevati di scelte e residenti per professionista interessano la Lombardia per quanto riguarda l'assistenza agli adulti (quasi 1.300 residenti e scelte per medico) e Piemonte, Veneto e Campania per l'assistenza ai bambini. All'opposto la regione con meno assistiti per MMG è il Lazio (989 residenti, 1.005 scelte), quella con meno assistiti per pediatri è la Sardegna (849 residenti, 721 scelte). Si nota in genere un minor numero di pazienti per medico nelle regioni cen-

Figura 2.12 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni Italiane (2008)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

Tabella 2.12 **Numero MMG e PLS nelle Regioni Italiane (2008)**

REGIONE	Numero MMG	Adulti residenti per MMG	Numero scelte per MMG	Numero PLS	Bambini residenti per PLS	Numero scelte per PLS
Piemonte	3.450	1.125	1.134	436	1.189	903
Valle d'Aosta	93	1.182	1.173	18	890	743
Lombardia	6.544	1.282	1.290	1.126	1.114	887
PA Bolzano	256	1.626	1.642	53	1.463	1.026
PA Trento	397	1.108	1.108	80	920	806
Veneto	3.563	1.178	1.181	565	1.124	951
Friuli VG	1.008	1.073	1.083	123	1.140	864
Liguria	1.378	1.046	1.036	175	962	829
Emilia Romagna	3.221	1.168	1.162	584	881	780
Toscana	3.034	1.072	1.066	435	978	838
Umbria	764	1.021	1.019	113	924	780
Marche	1.284	1.061	1.061	180	1.057	869
Lazio	4.894	989	1.005	767	939	790
Abruzzo	1.115	1.043	1.037	184	877	772
Molise	274	1.032	1.047	37	1.031	821
Campania	4.335	1.130	1.186	786	1.162	928
Puglia	3.305	1.059	1.082	586	985	816
Basilicata	515	1.000	1.010	66	1.149	801
Calabria	1.490	1.165	1.117	280	972	792
Sicilia	4.202	1.024	1.043	828	878	759
Sardegna	1.388	1.061	1.053	227	849	721
Italia 2008	46.510	1.114	1.124	7.649	1.019	841
Italia 1997	47.490	1.045	1.086	6.664	1.174	685

Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

tro-meridionali, ed un rapporto assistiti/pediatri particolarmente contenuto nelle due regioni insulari.

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2008, si rileva un lieve calo dei primi (2,1%) e un aumento dei secondi (14,8%). Mentre sia gli adulti residenti che le scelte per MMG aumentano (rispettivamente 6,6% e 3,5%) relativamente alla pediatria si osservano *trend* contrastanti: i bambini residenti per PLS calano del 13,2% mentre il numero di scelte per pediatra aumenta del 22,8%. Se il primo dato è da imputare all'aumento del numero dei pediatri, il secondo è probabilmente dovuto alla maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG.

2.5 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è piuttosto complessa. In passato tale complessità era legata alla mancanza di un reale collegamento tra livelli di attività e finanziamenti ottenuti dalle aziende. Con l'introduzione del finanziamento a tariffa per prestazione è aumentata la completezza delle rilevazioni disponibili nel Sistema Informativo Sanitario (SIS) in termini di ricoveri ospedalieri e, anche se con ritardo, di prestazioni specialistiche ambulatoriali. A partire dal 2007 è anche aumentato il grado di accuratezza delle informazioni sulle attività territoriali di tipo ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

2.5.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale nel periodo 1998-2009³² si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 2.13):

Tabella 2.13 **I dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2009)**

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

Nota:

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

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

³² Vista la disponibilità dei dati delle fonti ministeriali, alcune informazioni del presente paragrafo sono aggiornate al 2010.

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni pari al 3,6%, con un andamento annuo variabile (compreso tra -4% e +2%); nel 2009 i ricoveri sono diminuiti del 2,6% rispetto al 2008;
- ▶ nel periodo 1998-2009 le giornate di ricovero sono diminuite del 16,4%; in particolare tra il 1998 e il 2003 esse registrano una forte diminuzione (-11%) per poi aumentare nel periodo 2003-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006;
- ▶ le prestazioni totali erogate in regime di *day hospital* sono aumentate progressivamente dal 1998 al 2009, malgrado una diminuzione di 1,6 punti percentuali nel rapporto tra giornate DH e RO tra il 2006 e il 2009. Le prestazioni in regime ordinario registrano una lieve diminuzione dal 2008 al 2009 (-1,7%);
- ▶ la degenza media per acuti in regime ordinario si è progressivamente ridotta fino al 2002 (da 7,1 del 1998 al 6,7 del 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7 nel periodo 2003-2007, lievemente aumentare a 6,8 nel 2008 e ristabilizzarsi a 6,7 nel 2009.

La Tabella 2.14 presenta più nel dettaglio la composizione dell'attività, per regione e regime di ricovero³³.

I più di 11 milioni di ricoveri ospedalieri realizzati nel 2009 si compongono per il 96% di ricoveri per acuti, così come avveniva nel 2008.

Anche i ricoveri per riabilitazione, che costituiscono il 3% dei ricoveri totali, rimangono sostanzialmente invariati rispetto all'anno precedente. Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (82,6% a livello nazionale), pur essendoci delle situazioni in cui la percentuale di *day hospital* è molto elevata; è questo il caso di Sicilia (34,4%), Lazio (30,1%) e Sardegna (25,7%).

Anche i ricoveri per lungodegenza, che costituiscono a livello nazionale una quota molto esigua dei ricoveri totali (1%), sono rimasti invariati rispetto al 2008.

La Figura 2.13 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale: la maggioranza dei ricoveri in regime per acuti viene erogata dagli istituti pubblici, attraverso Ospedali a gestione diretta (39,7%) e Aziende Ospedaliere (23,6%). I ricoveri per riabilitazione, invece, si suddividono quasi equamente tra strutture pubbliche ed equiparate da un lato (54,4%) e case di cura private accreditate e non, dall'altro (45,6%). La lungodegenza, infine, viene erogata soprattutto dal privato

³³ Le SDO 2009 si basano sulla nuova classificazione Icd-9-Cm del 2007 e si suddividono in DRG e ACC (aggregati clinici di codici) che raggruppano diagnosi e procedure. Per i DRG, inoltre, si è passati dalla versione 19 a quella 24 e sono stati introdotti 56 nuovi DRG, sono stati revisionati 15 codici già esistenti, e sono stati eliminati 24 codici non più validi, per un totale di 95 DRG movimentati.

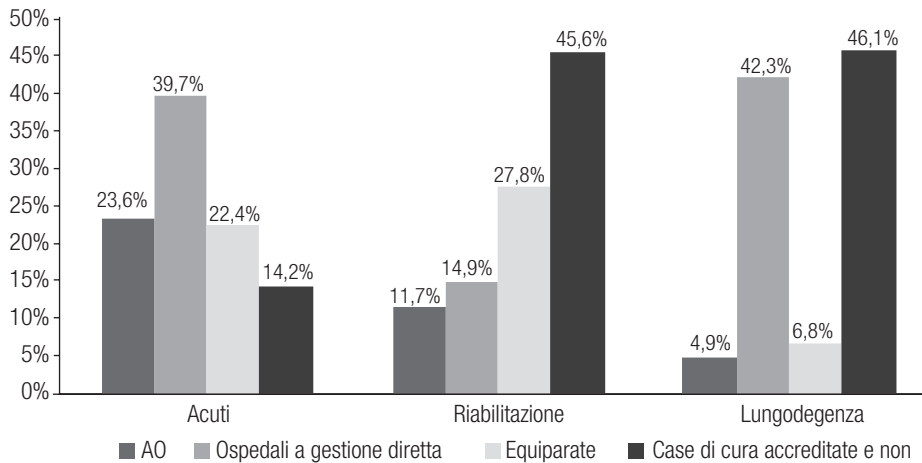
Tabella 2.14 **Composizione dell'attività ospedaliera per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2009)**

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungo-degenza	Totale ricoveri		Giorni di degenza per acuti		Giorni di degenza per riabilitazione		Giorni di degenza per lungo-degenza	Totale giornate di degenza
	RO	DH	RO	DH		RO	DH	RO	DH	RO	DH		
Piemonte	502.465	207.052	37.303	3.555	10.910	761.285	3.563.787	522.092	1.121.415	42.566	437.931	5.687.791	
Valle d'Aosta	14.678	5.813	38	-	-	20.529	120.855	20.493	940	0	-	142.288	
Lombardia	1.307.730	403.186	94.121	14.399	8.189	1.827.625	8.676.494	868.439	2.238.343	178.505	242.868	12.204.649	
PA Bolzano	71.653	27.357	2.602	173	2.232	104.017	490.055	56.016	63.315	1.734	54.043	665.163	
PA Trento	53.755	27.499	5.774	1.033	2.651	90.712	427.615	67.012	118.187	13.715	91.157	717.686	
Veneto	537.108	196.820	22.143	6.840	11.163	774.074	4.334.081	407.361	531.548	91.402	298.370	5.662.762	
Friuli VG	147.184	52.355	2.826	754	1.993	205.112	1.099.409	182.323	76.818	4.423	55.049	1.418.022	
Liguria	198.221	147.696	9.208	1.904	292	357.321	1.596.341	483.314	187.055	14.532	5.263	2.286.505	
Emilia Romagna	594.447	197.669	18.129	4.845	32.524	847.614	3.793.212	887.981	529.545	60.057	1.017.824	6.288.619	
Toscana	455.289	168.141	11.018	2.064	2.646	639.158	3.030.126	531.497	239.158	28.108	84.082	3.912.971	
Umbria	120.713	41.802	3.183	861	222	166.781	728.120	109.366	68.882	9.623	4.861	920.852	
Marche	196.476	77.013	3.550	332	5.172	282.543	1.353.878	182.146	116.280	2.095	131.519	1.785.918	
Lazio	752.220	370.677	33.160	14.275	7.011	1.177.343	5.264.393	1.147.873	1.371.764	246.923	316.662	8.347.615	
Abruzzo	169.174	67.213	7.287	354	2.707	246.735	1.142.633	178.824	175.187	5.770	51.275	1.553.689	
Molise	51.150	21.618	1.917	179	389	75.253	352.621	54.099	63.848	3.820	10.342	484.730	
Campania	746.798	410.940	10.910	2.909	10.379	1.181.936	4.103.372	1.154.233	398.915	58.595	401.609	6.116.724	
Puglia	586.921	143.305	16.852	947	5.370	753.395	3.691.276	304.711	390.953	3.063	111.568	4.501.571	
Basilicata	62.388	38.770	1.317	325	615	103.415	431.608	112.399	40.376	5.359	20.647	610.389	
Calabria	213.914	89.061	4.044	1.264	2.080	310.363	1.427.104	262.053	140.615	11.210	62.354	1.903.336	
Sicilia	605.266	407.882	9.213	4.823	2.856	1.030.040	3.745.661	1.069.555	284.591	49.035	47.779	5.196.621	
Sardegna	197.719	82.358	1.857	641	983	283.558	1.372.490	195.590	48.843	8.012	30.274	1.655.209	
ITALIA	7.585.269	3.184.227	296.452	62.477	110.384	11.238.809	50.745.131	8.797.377	8.206.578	838.547	3.475.477	72.063.110	

Nota: La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in Tabella 2.12 poiché: (f) sono esclusi i ricoveri dei neonati sani, pari a 419.055 (fi) 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 2.13 **Distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2009)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

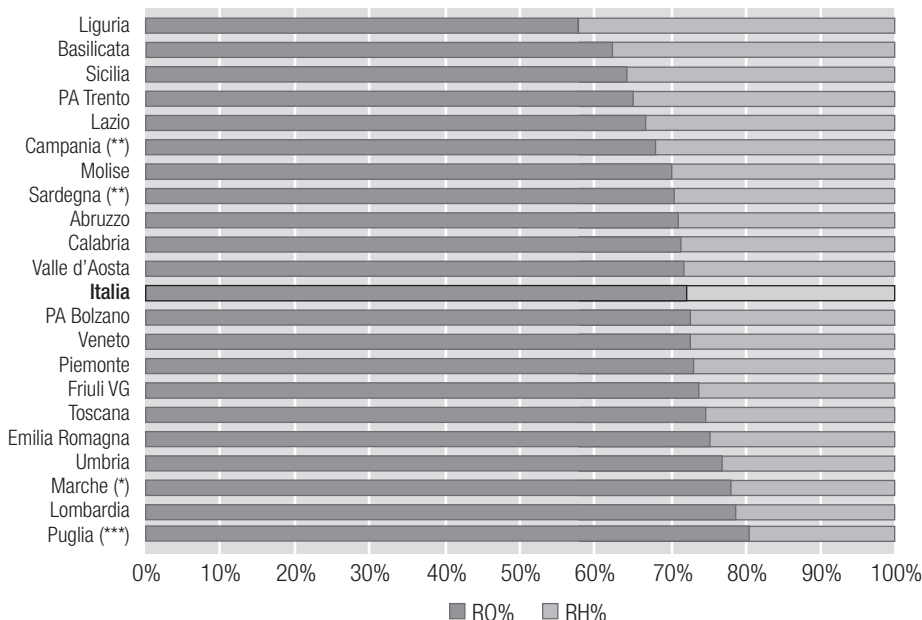
(46,1%) e dagli Ospedali a gestione diretta (42,3%); l'elevato tasso di attività di queste ultime strutture è probabilmente giustificato dalla carenza di un'adeguata offerta di servizi territoriali a favore delle patologie cronicodegenerative.

È anche importante rilevare se e in quale misura i servizi territoriali vengano utilizzati nella fase post acuzie. Dai dati SDO 2009 emerge come l'88,9% dei ricoveri per acuti si concluda con una «dimissione domiciliare», mentre solo il 2% dei pazienti viene dimesso/trasferito presso strutture territoriali (0,6% presso RSA e 1,2% presso istituti di riabilitazione) oppure dimesso a domicilio con attivazione di ADI (0,3%) o di procedure di dimissione protetta (0,2%). Nel 2,7% dei casi il paziente viene trasferito presso altre strutture per acuti, nel 3,3% si tratta di dimissioni volontarie e il rimanente 2,8% corrisponde ai dimessi deceduti.

Sempre con riferimento ai ricoveri per acuti, la Figura 2.14 presenta alcuni dati 2010 sulla composizione dell'attività erogata. In particolare, mostra la distribuzione dei dimessi per acuti tra regime ordinario e *day hospital*. Rispetto a un'incidenza media nazionale dei ricoveri in *day hospital* sul totale dei ricoveri del 28,1%, ben undici regioni evidenziano una percentuale inferiore. Tra queste, Puglia, Lombardia e Marche, si discostano dalla media di circa 6 punti percentuali. Al contrario, le regioni che presentano le percentuali più elevate di attività in *day hospital* sono Liguria, Basilicata e Sicilia, con quote rispettivamente pari al 42,1%, al 37,8% e al 36,1%.

È interessante anche la distribuzione dei dimessi per acuti tra DRG di tipo

Figura 2.14 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra regime ordinario (RO) e Day Hospital (DH) per Regione – Dati provvisori (2010)**



Nota: (*) La regione non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010; (**) La regione non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011; (***) La regione non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

medico e DRG di tipo chirurgico³⁴. A livello nazionale i DRG medici presentano percentuali più alte rispetto a quelli chirurgici (58,5% contro 41,5%). Si evidenzia però una forte differenziazione regionale. In particolare, i DRG chirurgici hanno un'incidenza pari al 53% in Piemonte e al 27% in Calabria.

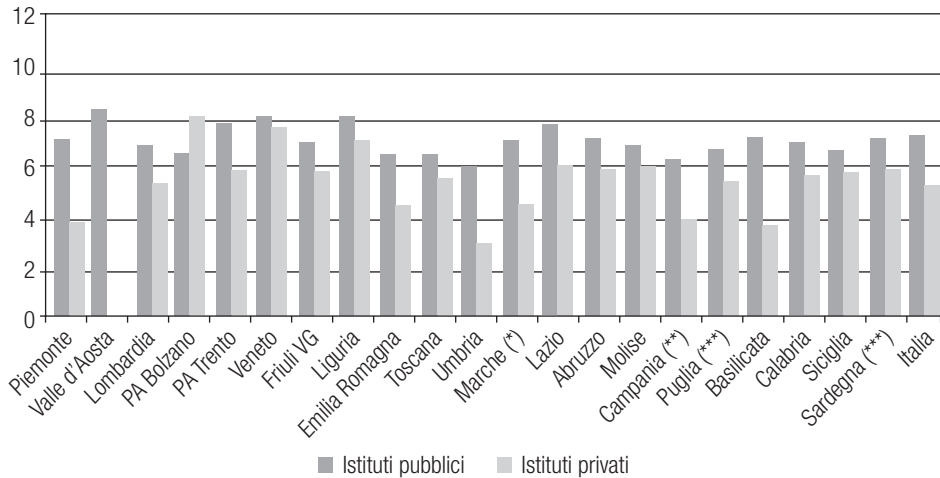
Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a due indicatori tradizionali di analisi dell'attività ospedaliera: degenza media e tasso di ospedalizzazione.

Il primo indicatore consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa³⁵. La degenza media per acuti a livello nazionale si attesta nel 2010 a

³⁴ La percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale ricoveri costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2009. Il Comitato valuta positivamente le regioni che ottengono una percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari $\geq 36\%$.

³⁵ In realtà, per valutare l'efficienza operativa in modo appropriato, sarebbe necessario utilizzare la degenza media standardizzata per case mix, cioè riportando tutte le regioni ad un'unica distribuzione dei ricoveri per DRG, quella media italiana, così da depurare il risultato dall'incidenza della ca-

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



Nota: ° Case di cura private accreditate e non accreditate.

(*) La regione non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010; (**) La regione non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011; (***) La regione non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

6,7 (come nel 2009 – cfr. Tabella 2.12). Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,4 rispetto a 7,1 giorni nel 2010), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (28 rispetto a 25,5) e maggiori per la lungodegenza (34,6 rispetto a 28,1). Si osservano, però, considerevoli differenze tra regioni: relativamente ai ricoveri per acuti nel 2010 (Figura 2.15), le strutture del Sud presentano generalmente degenze medie più brevi, soprattutto nelle strutture private (ad eccezione dell'Abruzzo); per riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una varianza particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e la lungodegenza in quelli privati.

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un ulteriore indicatore di analisi dell'attività ospedaliera. Esprime, infatti, la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori regione. Tale indicatore (eventualmente standardizzato per

sistica trattata. Si consideri, inoltre, che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni premature o omissioni di terapie (riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

classi di età della popolazione) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura³⁶. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero in regime ordinario, in particolare a *day hospital*, ospedalizzazione domiciliare ed erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali extraospedaliere. La normativa (L. 662/1996, art.1) fissa quale valore ottimale 160 ricoveri annui per 1.000 abitanti³⁷. Successivamente l'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lettera b) ha stabilito che le regioni, entro il 2007, avrebbero dovuto garantire il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari e in regime diurno entro il 180³⁸ per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in *day hospital* pari ad almeno il 20%, precisando anche gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Il dato effettivo nazionale standardizzato al 2009³⁹ risulta pari a 120,02 ricoveri ordinari e 51,77 ricoveri in *day hospital* per acuti ogni 1.000 abitanti, per un totale di 171,79, inferiore allo standard (in diminuzione rispetto al 2008 soprattutto nei ricoveri in *day hospital*).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale. La Tabella 2.15 evidenzia chiaramente tale variabilità, con le regioni del Sud che registrano i tassi più elevati (con un massimo di 216,72 per 1.000 in Campania), mentre le regioni del Centro (ad eccezione del Lazio) e del Nord (ad eccezione della Liguria, della PA di Bolzano e della Valle d'Aosta) evidenziano valori inferiori alla media nazionale.

Se si considerano i soli tassi di ospedalizzazione in regime ordinario, sono Puglia, Campania, PA di Bolzano e Molise a presentare i valori più elevati (rispettivamente 149, 141, 133 e 130 ricoveri per 1.000 abitanti); invece, con riferimento ai tassi in regime diurno, ciò avviene per Liguria, Sicilia e Campania (rispettivamente 83, 82 e 75 ricoveri per 1.000 abitanti).

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

³⁶ 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.

³⁷ Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

³⁸ Il rispetto dello standard del tasso di ospedalizzazione è un indicatore individuato nel Patto per la Salute 2010-2012 (Art.2, comma 2) come indicatore per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA. Il Comitato ministeriale dei LEA valuta positivamente le regioni che ottengono un tasso di ospedalizzazione (ricoveri ordinari e *day hospital*) standardizzato per 1.000 abitanti inferiore a 180.

³⁹ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Tabella 2.15 **Tasso di ospedalizzazione standardizzato per regime di ricovero ed ubicazione della struttura (2009)**

Regione	Tasso osped. RO intra-regionale	Tasso osped. RO fuori Regione	Tasso osped. DH intra-regionale	Tasso osped. DH fuori Regione	Tasso osped. RO	Tasso osped. DH	Totale tasso osped.
Piemonte	97,23	7,45	41,46	3,23	104,68	44,69	149,38
Valle d'Aosta	96,89	27,81	40,89	7,93	124,70	48,82	173,53
Lombardia	117,64	4,50	37,14	1,75	122,14	38,89	161,03
PA Bolzano	126,58	6,00	47,45	2,12	132,58	49,56	182,14
PA Trento	90,13	18,10	48,60	8,12	108,23	56,72	164,95
Veneto	96,68	5,93	36,12	3,08	102,61	39,20	141,81
Friuli VG	97,83	7,11	34,45	3,10	104,94	37,55	142,49
Liguria	94,69	13,79	76,49	6,73	108,48	83,21	191,70
Emilia Romagna	106,47	6,91	37,55	3,23	113,38	40,78	154,16
Toscana	97,65	6,55	37,34	3,09	104,20	40,43	144,64
Umbria	104,50	14,24	37,07	7,51	118,74	44,58	163,32
Marche	102,89	13,80	40,18	5,00	116,69	45,18	161,87
Lazio	111,31	7,87	58,05	3,34	119,17	61,39	180,56
Abruzzo	105,83	20,54	42,27	9,67	126,37	51,94	178,31
Molise	102,29	27,46	47,86	12,84	129,75	60,70	190,45
Campania	130,53	10,70	71,39	4,10	141,23	75,48	216,72
Puglia	138,57	10,67	34,39	4,20	149,24	38,59	187,83
Basilicata	86,52	26,87	54,70	10,31	113,39	65,01	178,40
Calabria	101,46	21,56	43,27	9,31	123,02	52,58	175,60
Sicilia	117,12	8,04	79,94	2,48	125,15	82,41	207,57
Sardegna	116,44	6,39	48,42	2,28	122,83	50,69	173,53
ITALIA	111,11	8,91	48,01	3,76	120,02	51,77	171,79

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

La Tabella 2.16 mostra tre indici di complessità per regione. In particolare:

- il peso medio (PM) dei ricoveri per acuti in RO è cresciuto, nel periodo 1998 – 2005 (da 1,05 nel 1998 a 1,26 nel 2005); tra il 2005 e il 2006 si è verificata una discontinuità della serie storica perché è cambiato il sistema di classificazio-

Tabella 2.16 **Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in regime ordinario per Regione – Dati provvisori (2010)**

Regione	Peso medio ricoveri acuti RO (1)	Indice di Case Mix	Percentuale casi complicati
Piemonte	1,17	1,08	34,84
Valle d'Aosta	1,11	1,03	41,36
Lombardia	1,12	1,04	26,53
PA Bolzano	1,00	0,93	29,28
PA Trento	0,98	0,91	36,83
Veneto	1,15	1,06	26,88
Friuli VG	1,15	1,07	34,84
Liguria	1,17	1,09	39,80
Emilia Romagna	1,14	1,05	35,60
Toscana	1,18	1,09	35,66
Umbria	1,08	1,00	31,39
Marche (*)	1,09	1,01	32,15
Lazio	1,09	1,01	29,67
Abruzzo	1,06	0,98	33,74
Molise	1,07	0,99	36,78
Campania (**)	0,97	0,90	25,56
Puglia (***)	0,99	0,92	31,49
Basilicata	1,12	1,03	39,68
Calabria	0,96	0,89	30,65
Sicilia	0,98	0,90	31,61
Sardegna (***)	0,97	0,90	30,48
ITALIA	1,08	1,00	30,83

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

(*) La regione non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010; (**) La regione non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011; (***) La regione non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

ne dei DRG (adozione versione 19 nel triennio 2006-2008). Dal 1 gennaio 2009 le regioni hanno poi adottato la classificazione DRG 24⁴⁰. Nel periodo 2009-2010 il PM ricoveri è aumentato, passando da 1,06 a 1,08.

- ▶ l'indice di *case mix* (ICM) presenta la stessa distinzione; è superiore ad 1 indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana – in tutte le regioni settentrionali (tranne le PA di Bolzano e Trento) e centrali,

⁴⁰ Il passaggio alla versione 24 nel sistema DRG ha comportato anche l'aggiornamento della lista di DRG a rischio di inappropriata erogazione in regime di ricovero ordinario: la precedente lista di 43 DRG di cui all'allegato 2C del D.P.C.M. 29/11/2001 viene sostituita con il nuovo elenco di 108 DRG fornito nel Patto per la Salute 2010-2012,

- con valori massimi in Liguria e Toscana (1,09). Tutte le regioni meridionali presentano, al contrario, un indice inferiore all'unità, tranne la Basilicata (1,03);
- ▶ il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 30,83% (in lievissimo aumento rispetto al 30,5 del 2009), con un'elevata variabilità interregionale che evidenzia un massimo in Valle d'Aosta (41,36%) ed un minimo in Campania (25,56%).

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

Una seconda categoria è composta dagli indicatori di appropriatezza, che si riferiscono alle caratteristiche del ricovero e delle terapie e agli interventi eseguiti nel corso del ricovero stesso. Anche in questo caso, esistono forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 2.17 presenta alcuni indicatori, operando un confronto tra gli anni 1998 e 2010. I ricoveri di 1 giorno in regime ordinario e i ricoveri la cui durata supera il valore soglia sono considerati espressivi dell'inappropriatezza, in quanto i primi potrebbero, in molti casi, essere effettuati in DH o con forme alternative di assistenza sanitaria (ad esempio in regime ambulatoriale); i secondi, allo stesso modo, potrebbero essere indicatori di inefficienza. Non si vuole ovviamente sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente relativi a ricoveri impropri; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e le procedure terapeutiche. Nel dettaglio:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico è notevolmente diminuita, soprattutto in Basilicata, Umbria, Abruzzo, Sicilia, Toscana e Marche. Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord: il valore medio nel 2010 al Sud si avvicina ai livelli registrati nel 1998 nel Centro-Nord;
- ▶ la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è diminuita solo lievemente (+1,4 punti percentuali dal 1998 al 2010); su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (16,18 punti percentuali nel 2010). L'andamento è piuttosto peculiare: per questo indicatore, sono soprattutto alcune regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento dell'incidenza di ricoveri di 1 giorno sul totale dei ricoveri: in particolare, Basilicata (-7,63 punti percentuali) e Sicilia (-5,24 punti percentuali), mentre in Campania l'incidenza è aumentata di 3,24 punti percentuali e continua a rappresentare il valore massimo.

Tabella 2.17 **Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2010) – Dati provvisori 2010**

Regione	Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico		Percentuale ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario		Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni (1)		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (2)	
	1998	2010	1998	2010	2006	2010	1998	2010
Piemonte	38,55	24,68	9,1	9,82	7,67	6,88	26,86	29,72
Valle d'Aosta	50,7	38,73	14	11,82	9,17	10,39	21,5	32,57
Lombardia	38,35	29,84	11,3	9,82	4,87	5,88	23,33	29,22
PA Bolzano	44,31	42,44	16,3	10,84	4,91	4,17	17,29	24,31
PA Trento	42,07	43,38	11,1	7,92	8,43	7,64	22,45	24,72
Veneto	41,86	32,67	8,3	6,96	7,15	7,41	24,49	28,18
Friuli VG	36,10	28,41	11,00	9,78	6,52	6,19	19,04	22,85
Liguria	40,45	33,20	12,9	10,85	5,18	5,77	28,48	37,43
Emilia Romagna	34,49	25,51	15,7	10,18	3,75	3,52	29,27	29,40
Toscana	41,53	26,87	10,5	9,79	3,90	3,47	22,54	26,33
Umbria	47,25	31,28	18,1	14,86	3,07	3,24	25,45	32,10
Marche (*)	40,24	25,82	8,2	8,80	4,97	4,86	33,23	33,74
Lazio	43,4	33,96	13,8	10,47	5,90	5,60	35,46	41,56
Abruzzo	51,12	35,37	9,9	9,99	3,31	4,52	33,49	43,65
Molise	48,92	42,28	8,9	9,46	4,69	3,81	33,45	44,90
Campania (**)	53,35	42,50	19,9	23,14	2,95	2,60	48,03	61,55
Puglia (***)	52,9	38,89	12,7	11,17	3,60	3,69	35,07	47,01
Basilicata	64,36	40,46	16	8,37	3,44	3,59	41,76	45,11
Calabria	56,42	48,31	13	11,79	3,44	3,52	34,24	44,29
Sicilia	54,41	39,71	14,5	9,26	2,55	2,92	36,56	52,79
Sardegna (***)	50,11	41,73	12,5	12,51	5,21	5,23	25,98	37,77
ITALIA	44,91	33,49	12,80	11,38	4,57	4,74	31,38	38,19

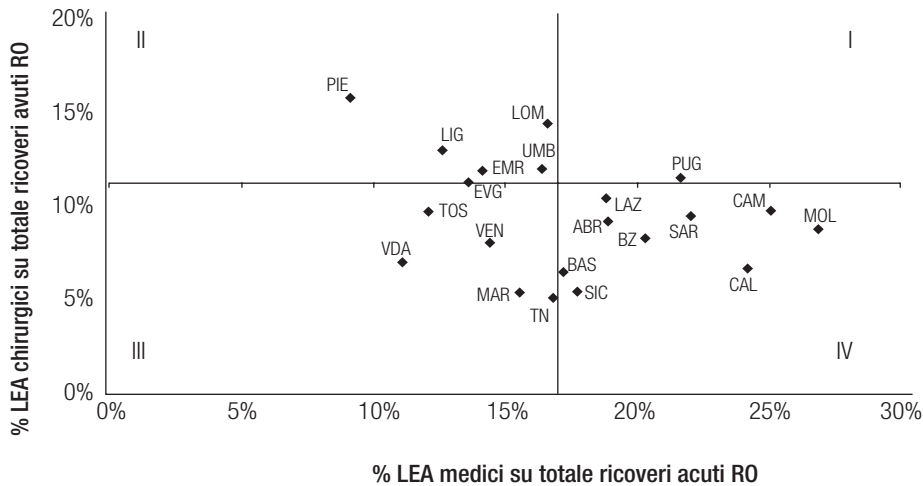
Nota:

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

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

(*) La regione non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010; (**) La regione non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011; (***) La regione non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009.

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.16 **Distribuzione DRG LEA medici e chirurgici, per Regione (2009)**

Fonte: Elaborazione Oasi su dati SDO, Ministero della Salute

- ▶ altrettanto variabile risulta essere l'andamento regionale del tasso di ricoveri oltre valore soglia per ricoveri acuti in regime ordinario per anziani: rispetto al 2006 l'indice è passato da 4,57 a 4,74. Al 2010 le regioni del Nord (ad eccezione della PA di Bolzano) insieme a Marche, Lazio e Sardegna registrano valori superiori alla media nazionale.
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento diffuso su tutto il territorio ⁴¹. Rispetto a quanto avvenuto a livello nazionale (+ 6,81 punti percentuali) l'incremento è stato più contenuto nel Centro e Nord Italia, rispettivamente pari a 4,3 e 5,1 punti percentuali dal 1998. Ciò nonostante, tutte le regioni di questa area geografica (ad eccezione di Valle d'Aosta, Liguria, Umbria, Marche e Lazio) rispettano l'indicazione nazionale. Le regioni meridionali, invece, subiscono un peggioramento nello stesso intervallo temporale (in media +11,1 punti percentuali).

Per quanto riguarda i DRG a rischio inappropriately, il riferimento non è più ai 43 del 2008 (DPCM 29/11/2001 – Allegato 2C), ma ai 108 previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegato A e B). Dall'analisi SDO 2009, l'inappropriately riguarda maggiormente i DRG di tipo medico (62% del totale DRG LEA). L'analisi dei dati SDO 2009 riportati in Figura 2.16 mostra come in tutte le regioni del Sud e nella PA di Bolzano, la percentuale di inappropriately su DRG di

⁴¹ La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2009. La percentuale a livello regionale valutata soddisfacente dal Comitato LEA corrisponde ad un valore inferiore al 30% parti cesarei totali.

tipo medico supera il valore medio nazionale (17%), con un massimo rappresentato dal Molise (27%). Il valore più basso di inappropriatezza su DRG medici si registra in Piemonte (9%). I DRG di tipo chirurgico a rischio inappropriatezza rilevati nel 2009 sono stati in media l'11% del totale dei ricoveri ordinari per acuti con un valore massimo registrato in Piemonte (15%) e minimo nella PA di Trento (5%).

2.5.2 Le attività territoriali

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

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

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

Nel 2008 mediamente sono stati trattati in ADI 803 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 2.18), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 118 casi per 100.000 abitanti della Valle d'Aosta ai 2.058 del Friuli VG;
- ▶ tipologia di pazienti trattati, anziani nel 91,9% dei casi in Liguria e nel 55,8% dei casi nella PA di Trento;
- ▶ intensità di assistenza erogata, ovvero 58 ore per caso trattato in Sardegna e 7 ore in Friuli VG.

Un altro importante segmento di attività territoriale riguarda le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale, che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2008 in Italia sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria, con una media per abitante che va dalle 17

Tabella 2.18 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2008)**

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato			
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%) (età > 65)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Piemonte	24.300	558	77,30	19,2	1	14	9	24
Valle d'Aosta	147	118	67,80	4,5	5	17	12	34
Lombardia	81.174	850	84,20	40,1	4	12	2	18
PA Bolzano	683	140	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Patrento	1.742	344	55,80	10,4	0	25	0	25
Veneto	73.431	1.538	82,20	60,7	1	8	2	11
Friuli Vg	24.958	2.058	87,70	74,0	1	6	n.d.	7
Liguria	14.829	922	91,90	32,3	6	16	3	25
Emilia Romagna	64.666	1.531	85,40	60,8	n.d.	19	3	22
Toscana	22.122	608	81,10	20,2	2	16	4	22
Umbria	10.814	1.239	77,50	50,8	1	15	13	29
Marche	15.883	1.034	84,40	41,4	6	19	2	27
Lazio	51.877	944	68,90	35,1	5	19	1	25
Abruzzo	12.705	970	80,80	42,1	10	19	n.d.	29
Molise	5.790	1.809	79,40	21,6	13	40	2	55
Campania	17.707	306	81,50	17,5	7	24	7	38
Puglia	13.882	341	80,80	18,6	13	30	1	44
Basilicata	6.774	1.146	76,40	40,1	14	25	5	44
Calabria	13.071	654	81,00	25,6	4	16	1	21
Sicilia	12.784	255	74,70	9,5	5	13	3	21
Sardegna	5.228	315	74,60	20,6	14	43	1	58
Italia	474.567	803	81,00	33,5	4	16	3	23

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

prestazioni della Sicilia alle 24 dell'Emilia Romagna e una media nazionale pari a 20,5.

Inoltre, la composizione di queste attività (Tabella 2.19), evidenzia l'assoluta predominanza dell'attività di laboratorio (circa l'85% del totale, con punte superiori all'88% nella PA di Trento, in Sicilia e in Friuli VG), seguita da quella riabilitativa (quasi il 6%, con un livello massimo di quasi il 19% in Basilicata) e dalla diagnostica strumentale e per immagini (quasi il 5%). Tutte le altre prestazioni, prevalentemente visite specialistiche, rappresentano una percentuale del 4% circa a livello nazionale, con forti differenziazioni tra le regioni. Ovviamente-

Tabella 2.19 **Distribuzione percentuale dell'attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2008)**

Regione	Lab. Analisi chimico-cliniche e microbiologiche ecc	Medicina fisica e riabilitativa - Recupero e riabilitazione	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	Altro
Piemonte	80,44%	8,04%	5,20%	6,32%
Valle d'Aosta	81,00%	6,12%	5,29%	7,59%
Lombardia	87,43%	4,01%	4,98%	3,59%
PA Bolzano	78,06%	8,83%	6,92%	6,19%
PA Trento	88,89%	4,19%	4,73%	2,19%
Veneto	83,36%	7,74%	4,73%	4,18%
Friuli Vg	88,23%	3,33%	3,85%	4,59%
Liguria	78,73%	8,33%	4,34%	8,60%
Emilia Romagna	84,46%	2,12%	6,05%	7,37%
Toscana	86,85%	0,94%	5,51%	6,70%
Umbria	86,10%	1,99%	6,10%	5,81%
Marche	84,58%	4,24%	6,32%	4,86%
Lazio	87,54%	7,32%	4,00%	1,13%
Abruzzo	85,16%	3,41%	4,87%	6,56%
Molise	85,73%	5,15%	4,30%	4,82%
Campania	81,90%	10,01%	5,41%	2,68%
Puglia	84,07%	9,23%	4,30%	2,41%
Basilicata	73,88%	18,87%	4,00%	3,25%
Calabria	86,25%	6,06%	4,48%	3,21%
Sicilia	88,43%	4,26%	4,53%	2,79%
Sardegna	81,73%	8,63%	5,25%	4,38%
Italia	84,90%	5,96%	4,96%	4,18%

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

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

Una ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituito dalle strutture residenziali e semiresidenziali. In tali strutture, il 71,3% dei posti letto è dedicato all'assistenza agli anziani, il 13% all'assistenza psichiatrica, il 15,7% all'assistenza ai disabili psichici e fisici. Nello specifico, tra le varie forme di assistenza a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 226.348 utenti a livello nazionale e una media di 229 giornate di assistenza per utente (fortemente differenziate a livello regionale dalle 46 della Valle d'Aosta e 86 della Sicilia alle 341 della PA di Trento e 316 della PA di Bolzano). Nelle

strutture semiresidenziali prevale invece l'assistenza psichiatrica, che richiede mediamente 67 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 17 della Calabria alle 353 del Molise) (Tabella 2.20).

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale, infine, svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2008 sono state rilevate 938 strutture riabilitative (78,3% private accreditate) con 15.345 posti per l'attività di tipo residenziale e 14.264 per l'attività di tipo semiresidenziale, in complesso 50 posti ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (110 a 87), anche se tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa.

Tra le attività territoriali, le aziende sanitarie organizzano ed erogano le attività di prevenzione collettiva e mirata tramite i 151 Dipartimenti per la prevenzione distribuiti a livello nazionale⁴², in accordo con le priorità contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Il PNP 2010-2012 definisce quattro macro-aree di intervento:

- ▶ la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
- ▶ i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali);
- ▶ i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare);
- ▶ i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione

⁴² Dato Ministero della Salute, 2008.

Tabella 2.20 Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2008)

Regione	Assistenza psichiatrica			Assistenza ai disabili psichici			Assistenza agli anziani			Assistenza ai disabili fisici										
	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale								
	Utenti	Giornate per utente	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Giornate per utente								
Piemonte	2.720	69	1.883	264	333	1.228	167	927	288	455	345	113	19.302	232	345	466	169	266	298	467
Valle d'Aosta	13	140	40	296	436	16	97	78	218	315		24	46	46				315	33	33
Lombardia	6.433	71	5.586	205	276	113	72	188	293	365	7.968	127	75.946	255	382	5.267	203	4.201	317	520
PA Bolzano	256	84	213	179	263			229	45				3.637	316	316			109	364	364
PA Trento	444	41	222	194	235			10	306				4.626	341	341					
Veneto	3.833	75	1.800	256	331	4.137	188	2.858	289	477	2.124	145	36.515	241	386	1.023	182	1.381	161	343
Friuli VG	2.021	35	1.192	94	129	98	63	50	314	377	52	195	15.023	145	340	164	41	911	35	76
Liguria	892	74	914	287	361	170	182	229	331	513	201	155	6.839	125	280	38	85	123	175	260
Emilia Romagna	2.479	70	4.547	76	146			6	219	219	5.348	128	28.386	211	339	2.655	194	1.805	294	488
Toscana	2.139	83	1.119	222	305	518	142	964	268	410	1.722	134	14.814	222	356	622	172	711	210	382
Umbria	284	108	428	233	341	280	177	135	93	270	314	91	2.417	211	302	334	136	40	314	450
Marche	403	103	558	257	360	188	113	157	255	388	81	137	3.629	130	267	9	164	240	39	203
Lazio	2.174	72	3.827	118	190	49	138	327	311	449	95	129	5.994	265	394			458	232	232
Abruzzo	266	104	981	277	381			176	260				3.253	168	168			21	188	188
Molise	17	353	60	359	712															
Campania	2.783	45	1.176	240	285	264	29	302	339	368	37	174	519	267	441	72	208	182	348	556
Puglia	553	211	874	316	527	187	148	432	317	465		951	212	212				416	354	354
Basilicata	70	95	329	288	383			109	122	122		315	167	167				46	63	63
Calabria	577	17	371	332	349	147	284	179	340	624		1.060	245	245				201	40	40
Sicilia	1.909	40	1.671	260	300	9	111	380	234	345		2.184	86	86	11	205	504	125	330	
Sardegna	658	24	393	224	248	38	29	336	168	197	201	52	914	138	190	34	166	290	140	306
Italia	30.924	67	28.184	193	260	7.442	169	8.072	271	440	18.488	129	226.348	229	358	10.695	190	12.220	235	425

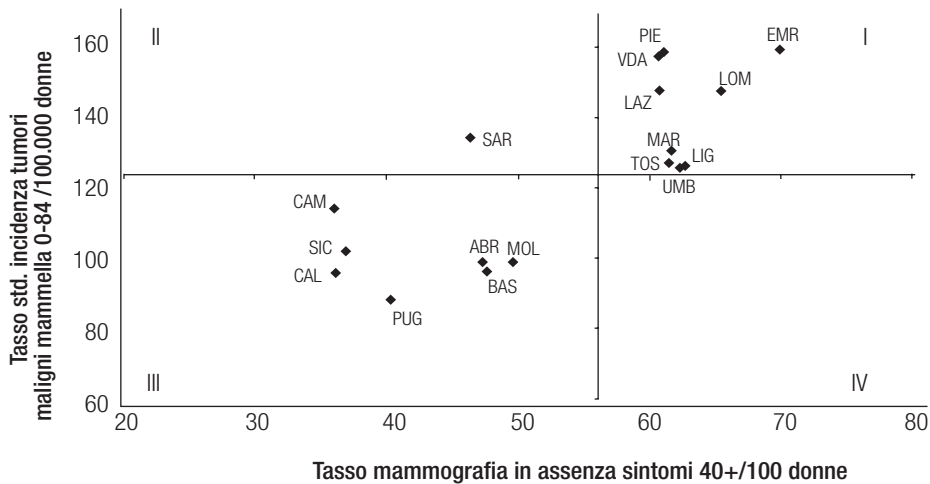
Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di patologie, disabili.

Tra i programmi di prevenzione, nell'ultimo decennio, il Ministero della Salute ha mostrato grande interesse verso la promozione delle campagne di screening oncologici mirati (mammella, cervice uterina e colon retto)⁴³. Le regioni, di conseguenza hanno tradotto questa priorità nei piani di prevenzioni regionali attivando programmi di screening di alta qualità sul proprio territorio⁴⁴.

Come conseguenza, la richiesta di esami sistematici per la prevenzione dei tumori è molto frequente nelle donne italiane. Ad esempio, il tasso di ricorso alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi è di 56,3 su 100 donne di età superiore ai 40 anni. La Figura 2.17 mostra, con riferimento al tumore alla mam-

Figura 2.17 **Tasso standardizzato dell'incidenza dei tumori alla mammella (0-84 anni) e tasso mammografia in assenza sintomi (40+ anni), per Regione (2005)**



Fonte: Elaborazioni Oasi su dati ISTAT, Health for All 2010

⁴³ «Screening oncologici: raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro alla mammella, cervice e colon retto», Ministero della Salute, Direzione Generale prevenzione (2005), in attuazione dell'art. 2 bis della Legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, approvato con Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

⁴⁴ Nei programmi di screening l'ASL si impegna a promuovere i programmi assicurando: le risorse necessarie per la loro attuazione, il coinvolgimento dei MMG, l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione, la gestione e la valutazione dei programmi. La regione, dall'altro lato, valuta i programmi di screening sulla base delle informazioni epidemiologiche rilevate, attua programmi di formazione degli operatori, secondo i criteri stabiliti in sede nazionale e regionale, conduce controlli di qualità per le procedure a cui devono attenersi i programmi di screening.

mella, come i tassi di esami diagnostici preventivi siano generalmente correlati al tasso standardizzato di incidenza dei tumori. Ancora una volta, però sono evidenti differenze regionali: a parità di incidenza dei tumori alla mammella, Emilia Romagna presenta tassi di mammografia pari a 69,8 mentre Piemonte e Valle d'Aosta pari a circa 60,8. Lo stesso vale guardando Sardegna e Marche (46,4 e 61,7) o Calabria e Basilicata (36,14 e 47,61).

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

Tabella 2.21 **Attività di guardia medica, per Regione (2008)**

Regioni	Punti di guardia medica	Ore prestate	Ricoveri prescritti per 100.000 Abitanti	Visite effettuate per 100.000 Abitanti
Piemonte	140	977.624	415	14.365
Valle d'Aosta	8	55.549	545	11.471
Lombardia	223	1.574.430	364	10.735
PA Bolzano	6	31.884	n.d.	4.239
PA Trento	32	229.316	1.154	21.273
Veneto	108	1.053.704	192	10.455
Friuli VG	41	278.276	399	12.800
Liguria	54	326.975	494	8.708
Emilia Romagna	155	1.187.923	215	17.379
Toscana	197	1.099.577	388	17.215
Umbria	42	364.510	292	19.073
Marche	87	540.551	326	21.593
Lazio	118	962.721	148	3.668
Abruzzo	103	628.017	480	19.148
Molise	32	192.734	440	20.911
Campania	231	2.418.179	339	20.387
Puglia	254	1.734.366	229	18.296
Basilicata	135	710.929	569	27.729
Calabria	349	2.221.048	399	34.126
Sicilia	456	2.694.993	340	35.099
Sardegna	213	1.235.427	833	27.938
Italia	2.984	20.518.733	336	16.822

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Nel 2008 sono stati rilevati in Italia 2.984 punti di guardia medica; con 13.040 medici titolari ovvero 22 medici ogni 100.000 abitanti. I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle regioni del Sud, il 43% concentrato in quattro regioni (Sicilia, Calabria, Puglia e Campania). A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia riguardo i ricoveri prescritti che le visite effettuate (Tabella 2.21). In media vengono prescritti 336 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con grandi differenze regionali (PA Trento 1.154 e Lazio 148). Le visite effettuate nell'ambito del servizio di continuità assistenziale sono in media 16.822, con livelli molto superiori in Sicilia e Calabria (>34.000) e molto inferiori in Lazio (3.668).

2.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana richiede alle aziende (e alle regioni in qualità di capogruppo dei SSR) di conseguire l'economicità, cioè la «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico, ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» (Borgonovi, 2000). Per questo motivo regioni ed aziende devono sviluppare capacità strategiche e organizzative per: (i) analizzare le caratteristiche del bisogno di salute della propria popolazione di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, individuando eventuali cambiamenti in atto o futuri; (ii) innovare e gestire in modo sempre efficiente ed efficace i propri servizi.

L'analisi dei bisogni e della domanda richiede di considerare una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita di tutte le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda al Rapporto Osservasalute 2010 (www.osservasalute.it) per una trattazione sistematica del quadro epidemiologico che caratterizza le diverse regioni. Qui di seguito si presentano solo alcuni indicatori, per delineare gli aspetti principali del quadro demografico, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner, 1998; Herwartz e Theilen, 2003; Spillman e Lubitz, 2000).

Nel corso del 2010 la popolazione ha continuato a crescere raggiungendo i 60 milioni 626 mila residenti, con un incremento di 286.114 unità rispetto al 2009 (pari allo 0,5%), dovuto completamente alle migrazioni dall'estero. La variazione di popolazione è stata determinata dalla somma delle seguenti voci: il saldo del movimento naturale pari a -25.544 unità, il saldo del movimento migratorio

con l'estero pari a +380.085 e infine un decremento dovuto al movimento per altri motivi e al saldo interno pari a -68.427 unità⁴⁵.

La crescita della popolazione non è uniforme sul territorio nazionale a causa di bilanci naturali e migratori notevolmente diversificati. Si conferma, anche per il 2010, un movimento migratorio, sia all'interno del paese che dall'estero, indirizzato prevalentemente verso le regioni del Nord e del Centro e un saldo naturale che risulta positivo solo nelle regioni del Sud. Il risultato di queste dinamiche contrapposte è una variazione positiva della popolazione in tutte le ripartizioni geografiche, ma piuttosto modesta nelle Isole e nelle regioni meridionali. La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni del Nord-Ovest il 26,6% del totale, al Nord-Est il 19,2%, al Centro il 19,7%, al Sud il 23,4% e alle Isole l'11,1%. Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto all'anno precedente: si rileva solo un lieve incremento della quota percentuale di popolazione del Nord-Ovest a scapito di quella del Sud.

Sul fronte dell'invecchiamento della popolazione, anche per il 2010 l'Italia si conferma come una delle nazioni con più anziani nel panorama europeo. Secondo le rilevazioni EUROSTAT, il nostro paese possiede, dopo la Germania, il primato di ultra65enni sul totale dei residenti (20,2% nel 2010, contro il 17% della media dei Paesi UE-27) e, insieme a Germania e Grecia, quello, in negativo, di bambini fino a 14 anni di età (14% contro il 16% della media UE-27). Anche i dati diffusi da ISTAT per il 2011 confermano la tendenza all'invecchiamento della popolazione, con una quota di ultra65enni che raggiunge il 20,3% della popolazione. Anche il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato un costante aumento negli anni, attestandosi al 145% nel 2011 contro il 127% del 2000. Lo stesso vale per l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età non attiva e attiva, che ha toccato al 1° gennaio 2011 un valore pari al 52,2%, aumentando di 4 punti percentuali in dieci anni.

A livello territoriale (Tabella 2.22) l'invecchiamento della popolazione riguarda tutte le aree del Paese, pur in presenza di una discreta variabilità. La regione dove risiede il maggior numero di anziani in rapporto al totale è la Liguria, con il 26,7%; quelle dove risiede il maggior numero di minori di 14 anni sono la PA di Bolzano con il 16,6% e la Campania con 16,3%.

Oltre ai fattori demografici, altri fattori rilevanti nell'analisi dei bisogni sono quelli economici, sociali ed epidemiologici. Le differenze territoriali rispetto a queste variabili possono contribuire a spiegare il differente ricorso ai servizi socio-sanitari. Regioni ed aziende devono quindi sviluppare tecniche e modalità operative per l'analisi dei bisogni che sappiano integrare dati demografici, epidemiologici, sociali ed economici e permettano l'individuazione dei migliori servizi da offrire alla popolazione. A tal fine, un primo passaggio rilevante è valuta-

⁴⁵ A livello nazionale, il saldo migratorio interno può risultare diverso da zero a causa dello sfasamento temporale delle registrazioni anagrafiche di iscrizione e cancellazione.

Tabella 2.22 **Indicatori di struttura demografica, per Regione (stima al 1° gennaio 2011)**

	% minori 14 anni	% 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media
Piemonte	12,9	22,8	176,7	55,5	45,3
Valle d'Aosta	14,0	20,9	149,3	53,5	44,1
Lombardia	14,2	20,1	141,5	52,2	43,5
PA Bolzano	16,6	17,9	107,8	52,6	41,2
PA Trento	15,3	19,2	125,5	52,8	42,8
Veneto	14,2	19,9	140,1	51,7	43,5
Friuli VG	12,6	23,4	185,7	56,3	45,9
Liguria	11,5	26,7	232,2	61,8	47,7
Emilia Romagna	13,3	22,2	166,9	55,1	44,9
Toscana	12,7	23,2	182,7	56,1	45,6
Umbria	12,9	23,0	178,3	56,1	45,2
Marche	13,3	22,5	169,2	55,8	44,7
Lazio	14,0	19,8	141,4	51,1	43,3
Abruzzo	13,0	21,2	163,1	52,0	44,2
Molise	12,4	21,9	176,6	52,3	44,7
Campania	16,3	16,2	99,4	48,1	40,3
Puglia	14,8	18,5	125,0	49,9	42,1
Basilicata	13,4	20,2	150,7	50,5	43,4
Calabria	14,2	18,8	132,4	49,3	42,3
Sicilia	15,2	18,5	121,7	50,8	41,8
Sardegna	12,3	19,5	158,5	46,6	43,8
Italia	14,0	20,3	145,0	52,2	43,5

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

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT

re 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 2002.

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

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

Riquadro 2.2 Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù, 2002)

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

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

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

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

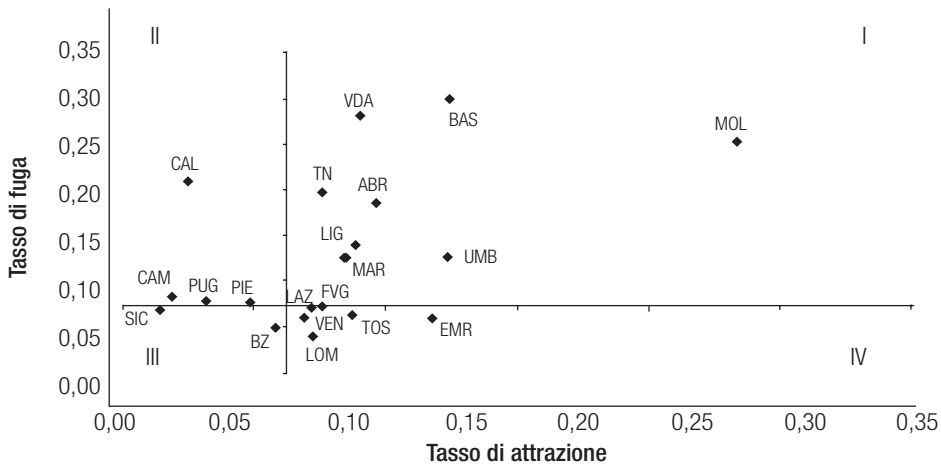
Di seguito verranno presentati alcuni dati relativamente a questi tre temi.

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

L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse. Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale. Per l'analisi dei flussi di mobilità transfrontalieri si rimanda al Capitolo 5.

La Figura 2.18 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2009 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna regione due variabili:

Figura 2.18 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2009) (***)**.



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

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

(***) Si esclude la Sardegna, perché il dato sulla mobilità attiva non pare attendibile. Tale regione, in passato, si collocava nel III quadrante.

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)**

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

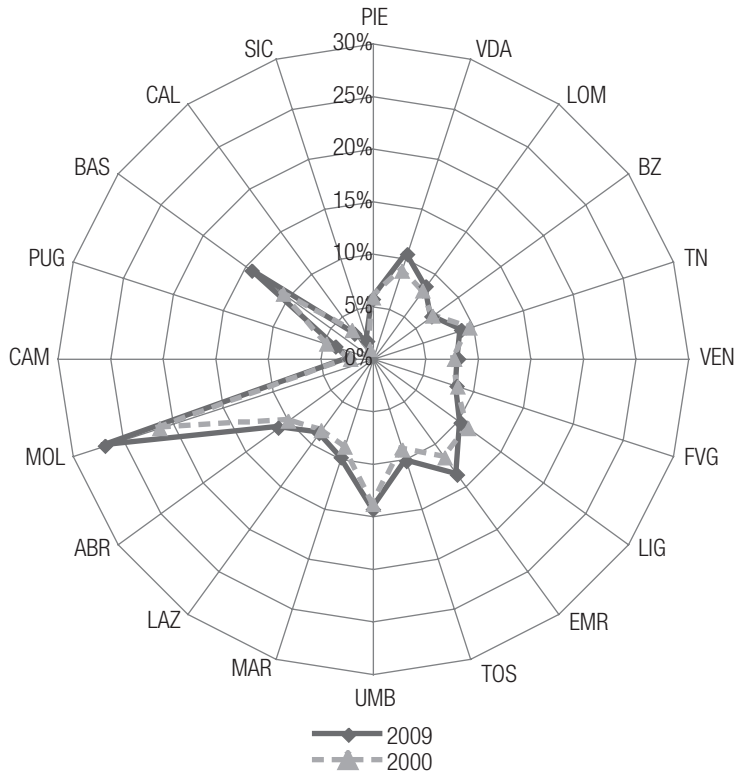
- ▶ tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione;
- ▶ tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione.

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

Nel corso degli ultimi tre anni l'entità complessiva della mobilità fuori regione è rimasta sostanzialmente invariata, passando da 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti a 7,29% nel 2009. A livello regionale, si registrano delle variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga. Abruzzo, Piemonte e PA Trento registrano un aumento annuo nell'attrazione di pazienti extraregione compreso tra 8,1 e 12,9 punti percentuali; di converso, Molise e Basilicata perdono rispettivamente 9 e 4,3 punti percentuali rispetto al 2008. Il tasso di fuga aumenta in Piemonte e Toscana (da 7,4% a 7,9% e da 6,3% a 6,6%), mentre migliora in Valle d'Aosta (-27,9 punti percentuali) e nelle regioni del Sud (in particolare Abruzzo, Molise, Campania e Basilicata, con una diminuzione media pari a 22,6 punti percentuali in un anno).

Per un confronto longitudinale (2000-2009) sulla variazione dei tassi di attrazione e fuga la Figura 2.19 e la Figura 2.20 mostrano come in nove anni le regio-

Figura 2.19 **Indice di attrazione (*) (**)** (2000-2009)

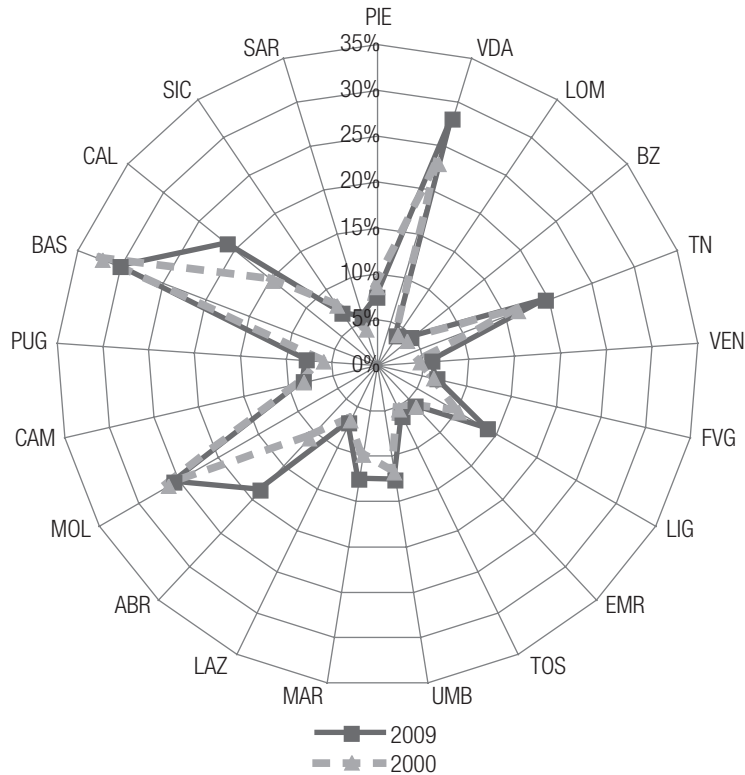


(*) Sardegna dato 2008, perché il dato sulla mobilità attiva 2009 non pare attendibile

(**) 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.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2.20 **Tasso di fuga (2000-2009)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

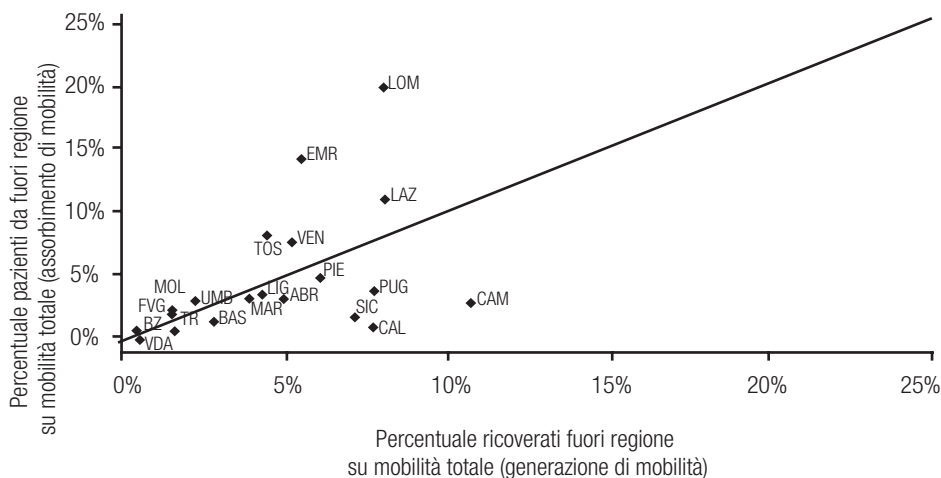
ni abbiano modificato la propria capacità di attrarre mobilità in entrata o governare quella in uscita.

Le regioni del Centro-Sud insieme alla Valle d’Aosta registrano le variazioni più significative nella crescita dei tassi di attrazione (Figura 2.19). In particolare, Basilicata e Molise presentano, tassi d’attrazione crescenti, rispettivamente da 10,6% a 14,3% e da 21,4% a 26,8%. Puglia e Liguria sono le regioni che vedono scendere di un punto percentuale il loro tasso di attrattività.

Se si considera la Figura 2.20 le regioni del Centro-Sud, insieme alla Valle d’Aosta e Liguria, registrano la crescita più significativa dei tassi di fuga, sebbene i Piani di Rientro, a cui gran parte di tali regioni è sottoposta, prevedano misure per il contenimento della mobilità passiva. Abruzzo e Calabria sono le regioni dove l’indice di fuga è cresciuto maggiormente (7,7 e 6,3 punti percentuali), mentre è diminuito di 2,1 punti percentuali in Basilicata.

Nella Figura 2.21 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

Figura 2.21 **Assorbimento (*) e generazione (***) della mobilità nelle Regioni (***) (2009)**



(*) 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 8a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

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

(***) Si esclude la Sardegna, perché il dato sulla mobilità attiva non pare attendibile.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

A differenza della Figura 2.19, gli indicatori utilizzati nella Figura 2.21 non scontano le dimensioni relative delle diverse regioni. Sono quindi meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione. Le regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo positivo, le altre negativo. In particolare:

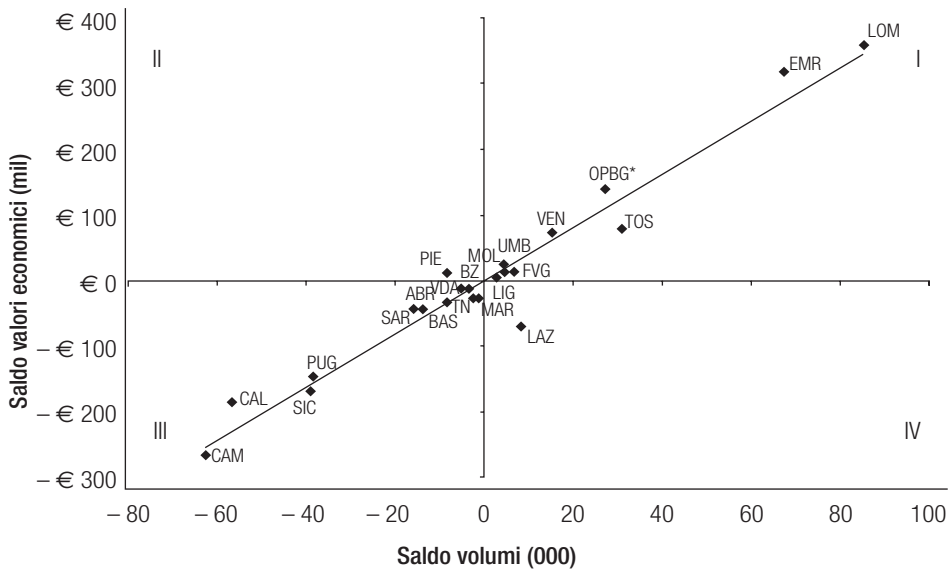
- ▶ la Lombardia attrae oltre il 20% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (14,6%), Lazio (11,4%), Toscana (8,4%) e Veneto (7,9 %).
- ▶ se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto

alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11%), seguita da Lazio e Lombardia (8,3 e 8,2%), Puglia (8%), Calabria (7,9%) e Sicilia (7,4%).

Con riferimento ai flussi di mobilità, può essere interessante anche incrociare i valori economici con i correlati volumi di prestazioni.

La Figura 2.22 in particolare, si focalizza sulla mobilità interregionale per ricoveri (per acuti in RO e DH, per riabilitazione in RO e DH, per lungodegenza e neonati sani). L'asse delle ascisse riporta il saldo di mobilità in termini di volumi; quello delle ordinate il medesimo saldo, ma in termini economici. La maggior parte delle regioni si colloca nel I o nel III quadrante, attestando un'uguaglianza di segno tra i due saldi. Vanno però segnalate le eccezioni rappresentate dal Lazio e dal Piemonte. Il Lazio è l'unica regione a posizionarsi nel IV quadrante, risultando in deficit economico (- 71 m€) pur in presenza di un saldo positivo in termini di volumi (+8.226 unità). specularmente, il Piemonte è l'unica regione a posizionarsi nel II quadrante, con un saldo negativo in termini di volumi (-8.221 unità), ma positivo in termini economici (+12 m€). Anche nel I e nel III quadrante, peraltro, esistono alcune peculiarità: rispetto alla media nazionale, in particolare, Emilia-Romagna e Calabria hanno un saldo economico migliore di quanto i

Figura 2.22 **Mobilità interregionale per ricoveri: saldo in termini di volumi e di valori economici (2009)**



(*) OPBG Ospedale Pediatrico Bambin Gesù. In questa elaborazione l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù è considerato come una regione a sé e non come una struttura della regione Lazio.

Fonte: Elaborazione su dati SDO 2009 Ministero della Salute e Matrice degli addebiti 2009

volumi parrebbero suggerire, mentre l'opposto vale per la Toscana. La Figura 2.22 presenta solo i dati 2009. Il confronto con l'anno precedente, peraltro, evidenzia una sostanziale stabilità, fatta eccezione per l'Abruzzo, che nel 2008 presentava un saldo migliore in termini sia di volumi, sia di valori economici.

Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni si è sviluppata una forte attenzione a questo tema, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e il governo delle liste. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per una ricostruzione sistematica dei principali riferimenti normativi in materia fino al 2006, al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2008 per le novità introdotte dalla L. 120/2007 e al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2010 per una presentazione dei dati sui tempi d'attesa contenuti nella più vasta indagine CENSIS 2010.

Un interessante documento istituzionale è il Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e delle strutture del SSN. L'indagine, giunta alla quarta edizione e coerente con quanto previsto dal Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2010-2012⁴⁶, monitora i siti web istituzionali nel quinquennio 2005-2010. Dallo studio emerge che circa la metà dei siti web di Regioni, Province Autonome e strutture sanitarie riporta dati sui tempi d'attesa, con un progressivo miglioramento negli anni, sottolineando l'importanza che sempre di più riveste internet quale mezzo di comunicazione tra il SSN ed i cittadini. L'indagine, però, non riporta i *trend* dei tempi d'attesa, né quali siano le aree di prestazioni o le tipologie di strutture che presentano le maggiori criticità.

In assenza di flussi ministeriali stabili, una delle fonti informative più rilevanti sul tema delle liste d'attesa è l'indagine di Cittadinanzattiva – Tribunale dei diritti del malato, che raccoglie annualmente le segnalazioni di lamentele sui lunghi tempi di attesa per accedere a visite, esami ed interventi chirurgici (www.cittadinanzattiva.it). L'edizione XIII – 2010, in occasione dei trent'anni del Tribunale, riporta i dati raccolti dal 1996 a livello nazionale (66.712 segnalazioni totali). Il quarto capitolo dell'indagine tratta proprio del «diritto al tempo», presentando una grande quantità di dati sulla tipologia delle segnalazioni, espresse però sempre in percentuale sul totale delle stesse e senza riportarne il volume totale.

I primi dati presentati riguardano le macroaree di prestazioni oggetto di segnalazione, sia nell'arco di tempo 1996-2009, sia nel solo anno 2009 (Tabella 2.23).

La diagnostica si conferma come ambito particolarmente critico, che ha raccolto oltre la metà delle segnalazioni (50,2%) tra 1996 e 2009. Da notare comunque come nel 2009 la diagnostica diminuisca la propria quota relativa di segnalazioni, attestandosi al 36,9%, contro il 31,3% delle segnalazioni nella macroarea chirurgia e al 31,8% relativo alle visite specialistiche.

⁴⁶ Allegato al PNGLA, Art. 1, comma g: «Il Piano [...] individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate».

Tabella 2.23 **Percentuale di segnalazioni per eccessive liste d'attesa per macroarea di prestazioni (1996-2009 e 2009)**

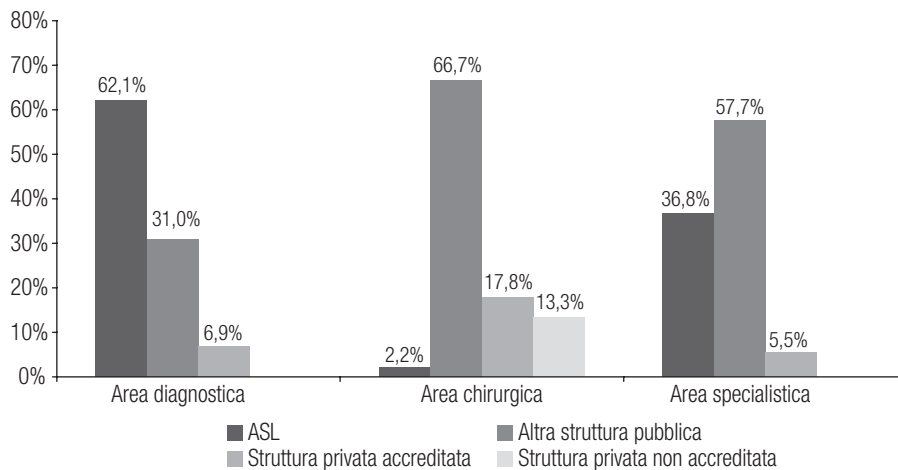
Macro - Area	1996-2009	2009
Diagnostica	50,2%	36,9%
Chirurgia	25,4%	31,3%
Specialistica	24,4%	31,8%
Totale	100%	100%

Fonte: Indagine Cittadinanzattiva, 2010

La Figura 2.23 riporta invece le segnalazioni a Cittadinanzattiva suddivise, oltre che per macroarea, per tipologia di struttura. Per quanto riguarda la diagnostica, la maggioranza assoluta delle segnalazioni per eccessive liste d'attesa riguarda i servizi prestati dalle ASL (62,1%) e secondariamente da altre strutture pubbliche (31%), mentre la quota da ricondurre ai privati è limitata (6,9%). In relazione all'area chirurgica, invece, le segnalazioni riferite alle strutture pubbliche rappresentano il 68,9%, mentre è significativa la quota da ricondurre alle strutture private sia accreditate (17,8%) sia non accreditate (13,3%). Infine, le percentuali di segnalazioni nell'area specialistica sono principalmente relative alle ASL (36,8%) e alle altre strutture pubbliche (57,7%).

L'indagine Cittadinanzattiva riporta infine, per ogni macroarea, le aree terapeutiche che raccolgono il maggior numero di segnalazioni. Per quanto riguarda la diagnostica, una quota notevole di ricorsi è relativa alle ecografie (27,3% nel

Figura 2.23 **Percentuale di segnalazioni per tipologia di struttura e per macroarea di prestazioni (2009)**



Fonte: Indagine Cittadinanzattiva, 2010

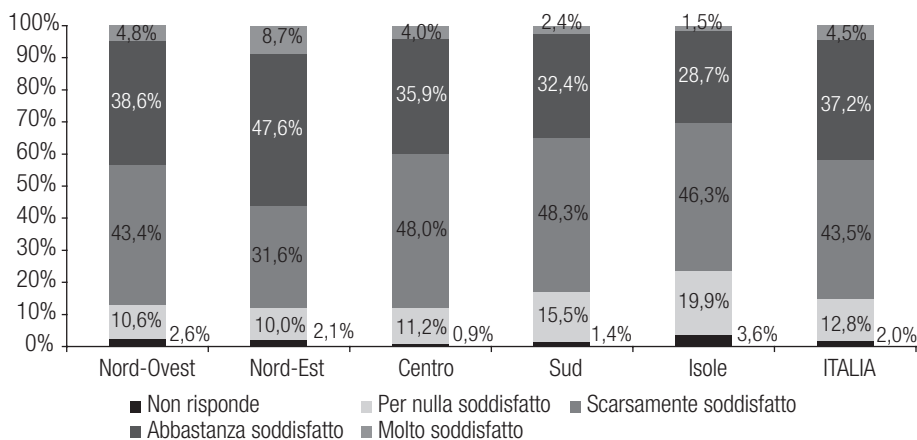
2009), seguite da RM e TAC che raccolgono entrambe il 17% delle segnalazioni nel 2009.

L'area chirurgica vede tra le specialità più critiche la chirurgia generale (20,7%) e l'ortopedia (20%) seguite dall'oncologia (18,5%).

L'area specialistica appare invece molto parcellizzata. Le branche che più frequentemente sono oggetto di segnalazione sono l'oncologia (12,2%) e l'odontoiatria (10,2%).

Per quanto riguarda la soddisfazione dei cittadini nei confronti del SSN, diversi centri di ricerca italiani svolgono più o meno regolarmente indagini sul tema. Da segnalare a questo proposito la già citata indagine 2010 del CENSIS per conto del Ministero della Salute (cfr. Capitolo 2 del Rapporto OASI 2010). Un altro studio che ogni anno monitora la qualità percepita dai pazienti è il Rapporto Italia dell'Eurispes. L'indagine 2010 fornisce uno spaccato del grado di soddisfazione dei cittadini, con riferimento ai servizi globalmente assicurati dal SSN a seconda della macroarea geografica di residenza (Figura 2.24). I dati vanno naturalmente interpretati tenendo conto della notevole componente di percezione soggettiva che caratterizza queste rilevazioni. Tuttavia, è evidente una marcata differenziazione tra i giudizi dei pazienti delle diverse aree del Paese, anche al di là della classica dicotomia Nord-Sud. Ad esempio, mentre nel Nord-Est il 56,3% degli intervistati esprime un parere globalmente positivo sui servizi offerti dal SSN (intervistati «molto» o «abbastanza» soddisfatti), nel Nord-Ovest i cittadini soddisfatti calano al 43,4% del totale. Nelle regioni del Centro i giudizi positivi raggiungono il 39,9%, al Sud il 34,8%, nelle Isole il 30,2%. Da notare anche il dato di chi si dichiara «per nulla» soddisfatto, che si

Figura 2.24 **Soddisfazione globale dei servizi offerti dal SSN per macroarea geografica (2010)**



Fonte: Elaborazione su dati Eurispes, Rapporto Italia 2010

Tabella 2.24 **Giudizio di sintesi rispetto alle diverse strutture ospedaliere (2010).**

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata non accreditata
Molto positivo	9,7	7,5	11,7
Abbastanza positivo	50,9	51,8	30,1
Parzialmente negativo	25,0	13,1	12,6
Del tutto negativo	4,8	2,0	4,6
Non sa/non risponde	9,6	25,6	41,0

Fonte: Elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2010

mantiene tra il 10 e il 12% al Centro-Nord, per salire al 15,5% al Sud e raggiungere il 19,9% nelle regioni insulari.

L'indagine presentata in «Ospedali&Salute 2010», a cura di AIOP e Ermeneia, è focalizzata sulle prestazioni ospedaliere, rispetto alle quali è stato chiesto agli intervistati di esprimere un giudizio sulla qualità percepita delle strutture e dei servizi di cui hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista.

La Tabella 2.24 evidenzia il giudizio sintetico degli intervistati per tipologia di struttura ospedaliera. Gli ospedali privati non accreditati fanno registrare la percentuale più elevata di «molto positivo» (11,7%), seguiti dagli ospedali pubblici e da quelli privati accreditati, consolidando un posizionamento relativo stabile dal 2006 (con l'eccezione del 2007, in cui gli ospedali pubblici hanno raggiunto la percentuale più elevata di giudizi «molto positivi», pari al 12,1%). Se si considerano congiuntamente i giudizi positivi («molto positivo» e «abbastanza positivo»), gli ospedali pubblici presentano però la percentuale più elevata (60,6%), seguiti dagli ospedali privati accreditati (59,3%) e dalle cliniche private non accreditate (41,8%).

2.7 Le strategie web delle aziende del SSN descritte attraverso la rilevazione Patient Empowerment Index (PWEI)

Il presente paragrafo è dedicato all'analisi delle strategie web delle aziende del SSN, con particolare riferimento al ruolo rivestito da internet nel supportare una nuova tipologia di relazione con il cittadino-paziente, in cui a quest'ultimo siano offerte accresciute opportunità di *empowerment*⁴⁷.

⁴⁷ Ai fini del contributo che segue, si è adottata la seguente definizione sintetica di patient empowerment: un processo di sviluppo personale per cui il paziente/individuo viene dotato di conoscenza, capacità e consapevolezza che gli consentano (in tutto o in parte) di autodeterminarsi in relazione alla propria salute. In questo processo, il professional può divenire, a discrezione del paziente, un facilitatore che opera all'interno di una relazione di partnership, non più di autorità (Bellio, Buccoliero e Prenestini, 2009).

Si è infatti osservato che proprio lo sviluppo delle *Information and Communication Technologies* (soprattutto di internet e delle applicazioni ad essa correlate, ad esempio quelle su piattaforme mobili, in sensibile crescita) è alla base di una nuova domanda di prestazioni e di servizi attinenti alla sfera della salute, la cui considerazione dovrebbe rappresentare, in linea di principio, una delle priorità strategiche per i sistemi sanitari.

La definizione degli scenari evolutivi dei sistemi sanitari e delle aziende dovrebbe quindi fondarsi sulla piena comprensione degli elementi di novità della domanda di prestazioni, da parte di un cittadino-paziente sempre più attivamente alla ricerca di:

- ▶ opzioni di accesso diretto ad informazioni sanitarie autorevoli, personalizzate ed immediatamente utilizzabili (Hesse et al., 2005);
- ▶ capacità di controllo sulle proprie condizioni di salute anche attraverso una diretta gestione dei propri dati e delle varie opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili (Cox e Thornewill, 2008; Kevin et al., 2008; Buccoliero e Prentini, 2009; Buccoliero, 2010);
- ▶ opportunità di relazioni dirette ed informali con le strutture sanitarie e con i professionisti (Leong, Gingrich et al., 2005; Giustini, 2006);
- ▶ un ruolo attivo nei network di assistenza anche attraverso il confronto delle proprie esperienze con quelle altrui (Barak, Boniel-Nissim et al., 2008; Frost e Massagli, 2008; Van Uden-Kraan et al., 2009) in una logica di «Web 2.0» (O'Reilly 2007; Eysenbach 2008).

Il concetto di «paziente 2.0» ha condotto all'elaborazione di un indicatore definito come *Patient Web Empowerment Index* (PWEI), già presentato nel capitolo 13 del Rapporto OASI 2009 (Bellio et al., 2009) e nel capitolo 12 del Rapporto OASI 2010 (Bellio et al., 2010). L'indicatore PWEI è stato sviluppato ed applicato con il duplice obiettivo di:

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

Il Riquadro 2.4 propone una sintesi degli aspetti metodologici alla base della rilevazione e delle modalità di interpretazione degli 8 sottoindicatori che lo compongono⁴⁸.

⁴⁸ Per informazioni sugli aspetti più strettamente metodologici della rilevazione effettuata si rimanda ai già citati Rapporti OASI 2009 e 2010.

Riquadro 2.4 Sintesi degli aspetti metodologici e descrizione del *PWEI*

Le innovazioni basate sulle ICT e riscontrabili nei siti web istituzionali delle Aziende Sanitarie sono state valutate sulla base del loro impatto sulle due dimensioni fondamentali del patient empowerment:

- l'informazione del paziente;
- il controllo esercitato dal paziente sul proprio bisogno di salute.

L'analisi dei siti *web* è stata effettuata sulla base di due criteri fondamentali:

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

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

Si precisa che, nell'universo di siti presi in considerazione, possono esservi alcuni servizi che sono stati valutati con un punteggio di 0,5 o 0, in considerazione dell'assenza di almeno uno dei due requisiti.

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

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

1. *PWEI Site* (P1): è relativo ad alcune caratteristiche strutturali del sito che favoriscono una navigazione scorrevole e, soprattutto, rispondono efficacemente alle prime esigenze informative del paziente. Questo elemento non è direttamente legato ad un incremento di informazione e controllo ma rappresenta un pre-requisito per la migliore fruizione delle informazioni e dei servizi *on-line*. Tra queste sono state analizzate alcune caratteristiche legate all'accessibilità e alla fruibilità immediata dei contenuti e dei servizi erogati dall'ente. In particolare, si è esaminata la strutturazione del sito, assegnando un punto ai siti che consentono una navigazione secondo il modello *life event* oppure propongono una chiara segmentazione per *cluster* di pazienti. Il menu costruito secondo queste logiche può aiutare la consultazione da parte del paziente che ha problematiche specifiche e che riceve, così, una risposta mirata al proprio fabbisogno. Infine, è stata valutata anche la chiara rappresentazione della struttura organizzativa aziendale, indispensabile al paziente come mappa per orientarsi tra le diverse unità operative che la compongono.
2. *PWEI Clinic* (P2): è rappresentato dalle informazioni cliniche ottenibili dal paziente sul sito. Per costruire il sotto-indicatore sono stati presi in considerazione diversi elementi relativi alle informazioni di carattere sanitario presenti sul sito: a partire da semplici schede divulgative o newsletter fino ad arrivare a test di valutazione del proprio rischio clinico o per l'autodiagnosi.
3. *PWEI Community* (P3): valuta la presenza sul sito web di *community on-line* o di gruppi che garantiscono un supporto informativo clinico, psicologico o di accompagnamento ai pazienti che affrontano particolari problematiche di carattere sanitario, anche sotto forma di *bookmark* di risorse internet o elenchi e riferimenti a risorse non web (generalmente in modalità rubrica).
4. *PWEI MD2P – Medical Doctor To Patient* (P4): è costituito dalla comunicazione medico-paziente direttamente *on-line* e contribuisce a migliorare in modo rilevante la qualità e la quantità di informazioni clinica a disposizione dell'utente. Il paziente può infatti rivolgersi direttamente ai professionisti per indicazioni o consigli di carattere sanitario attraverso l'email personale, blog, forum, FAQ, ecc. In questo contesto si è anche rilevata l'eventuale multicanalità dell'approccio delle Aziende Sanitarie (oltre ad internet, anche telefono o televisione digitale terrestre).
5. *Personal Health Record (PHR – P5)*: garantisce la possibilità di accedere al proprio record elettronico delle informazioni sulla salute, assimilabile ad una cartella clinica, che riporta l'intera storia sanitaria della persona oppure singoli referti di prestazioni diagnostiche e sanitarie. Il *PHR* è, quindi, un importante strumento sia di informazione sia di controllo sui propri dati di carattere sanitario. Il sotto-indicatore *PWEI PHR* analizza la possibilità di visionare e di scaricare il proprio fascicolo elettronico direttamente dal sito dell'Azienda Sanitaria oppure attraverso altre modalità come la carta elettronica o l'accesso da parte del proprio MMG o dello specialista di riferimento.
6. *PWEI Choice* (P6): prende in considerazione alcuni dei più importanti elementi che, se presenti sul sito, possono orientare il paziente verso la scelta dell'azienda sanitaria e dei professionisti più indicati presso i quali ottenere la prestazione richiesta o, quantomeno, favoriscono la trasparenza dell'Azienda Sanitaria nei confronti degli utenti (curriculum vi-

tae dettagliati dei medici, tipologia e quantità di casi trattati di una determinata patologia, liste d'attesa per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche).

7. *PWEI Telemed (P7)*: valuta la disponibilità sul sito dell'azienda sanitaria di servizi erogati con il sistema della telemedicina, che generalmente permette di effettuare diagnosi clinica in modo virtuale senza la presenza fisica del paziente presso il medico. In particolare, è stata valutata una chiara offerta di servizi di teleconsulto specialistico a distanza, teleassistenza domiciliare e telesoccorso.
8. *PWEI Innovation (P8)*: misura la presenza di innovazioni particolari, anche con un carattere di eccezionalità, andando oltre agli impatti informativi e di controllo indagati in questa ricerca. Ossia si è rilevata – in singoli casi – la presenza sul sito di alcuni servizi accessori basati sulle ICT, ad esempio la *webcam* o l'album fotografico dei neonati dei reparti maternità o delle terapie intensive neonatali oppure la possibilità di accedere ad un sistema di prenotazione delle prestazioni *on line*.

Ogni sotto-indicatore è stato pesato rispetto alla rilevanza dello stesso nell'accrescere il grado di patient empowerment. I pesi sono stati attribuiti sulla base delle diverse accezioni di empowerment che si riscontrano in letteratura (Steele, Blackwell et al. 1987; Funnell e Anderson 1991; Johnston Roberts 1999) e affinati tramite il coinvolgimento di un pool di esperti. Il valore dell'indicatore – il cui massimo teorico è pari a 10 – è dato dalla seguente formula:

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

A seguire si propone un'analisi dei valori di PWEI relativi al 2011 e si descrivono i *trend* più significativi individuati nel triennio 2009-2011.

L'analisi 2011 è stata condotta nei mesi di maggio e giugno su 137 siti di Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie e IRCSS pubblici e privati e su 146 siti di ASL.

Si tratta quindi dell'universo delle aziende sanitarie pubbliche e degli IRCCS privati accreditati, anche se non si registra una perfetta coincidenza con il numero di aziende ufficialmente censite nel presente capitolo (§ 2.3), dato che alcuni accorpamenti e scorpori, già registrati istituzionalmente, non si sono ancora tradotti nella realizzazione di un sito aggiornato (ad esempio, è questo il caso della Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord, delle fusioni delle Aziende Ospedaliere Cervello e Villa Sofia di Palermo e dell' AO Policlinico Vittorio Emanuele con l'AO Policlinico di Catania).

La Tabella 2.25 illustra l'evoluzione del PWEI in ciascuna regione nel periodo 2009-2011, mentre la Tabella 2.26 riporta i valori di ciascuno degli otto sottoindicatori che compongono il PWEI.

L'analisi dei dati presentati in Tabella 2.25 e Tabella 2.26, consente di segnalare alcune evidenze significative:

- ▶ seppure con gradualità variabile da caso in caso, il valore medio nazionale del PWEI, al pari di quasi tutti quelli regionali, evidenzia nel triennio un costante incremento; tuttavia, la lettura sintetica del dato nazionale consente di affermare che oltre il 70% delle opportunità di *web empowerment* su base nazionale devono ancora essere attivate; in alcune regioni questa percentuale ancora si avvicina al 90% (scostamento rispetto al massimo teorico dell'indicatore, pari a 10);

Tabella 2.25 **Trend medi regionali del PWEI (2009-2011)**

	2009	2010	2011
PA Bolzano	0,93	0,93	1,13
Calabria	0,84	1,08	1,14
Sicilia	0,76	0,83	1,16
Molise	0,39	0,59	1,31
Valle d'Aosta	2,67	2,79	1,42
Campania	0,79	1,02	1,56
Sardegna	0,82	1,55	1,60
Piemonte	0,37	1,63	1,81
Puglia	1,33	1,52	2,01
Lazio	1,06	1,57	2,10
Abruzzo	1,09	1,12	2,30
Marche	0,63	1,67	2,43
Umbria	1,52	2,11	2,50
PA Trento	2,80	2,88	2,63
Veneto	0,98	1,98	2,88
Friuli VG	1,59	2,23	3,35
Basilicata	1,36	1,90	3,59
Emilia Romagna	3,36	3,60	3,61
Toscana	1,01	3,56	4,04
Liguria	1,14	2,84	4,15
Lombardia	2,99	3,72	4,79
Italia	1,50	2,19	2,87
Italia ASL	1,34	2,20	2,94
Italia AO - IRCCS	1,65	2,19	2,87

Fonte: Elaborazione dati OASI, 2011

- sono ancora piuttosto limitati i casi di incrementi sostanziali della media regionale, che quindi siano indicativi di una riprogettazione strategica complessiva. L'analisi 2011 evidenzia comunque che almeno quattro regioni hanno registrato uno sviluppo significativo del PWEI medio: si tratta di Liguria, Basilicata, Friuli VG e Lombardia. In particolare, in Liguria si evidenzia un progetto volto alla costruzione di un sistema unico per le ASL regionali per lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente (c.d. Conto Cor-

Tabella 2.26 **I trend 2009-2011 dei sottoindicatori del PWEI**

	Valore medio 2009	Valore medio 2010	Valore medio 2011
PWEI Site (P1)	3,55	4,22	5,04
PWEI Clinic (P2)	1,10	1,48	2,28
PWEI Community (P3)	2,13	2,43	3,60
PWEI MD2P (P4)	0,94	1,27	1,92
PWEI PHR (P5)	2,79	3,54	3,91
PWEI Telemed (P6)	1,06	0,43	0,63
PWEI Choice (P7)	0,32	2,61	3,55
PWEI Innovation (P8)	0,46	2,29	2,99

Fonte: Elaborazione dati OASI, 2011

rente Salute), alla stregua di quanto ad oggi fatto dalle regioni Lombardia, Emilia Romagna e Toscana;

- ▶ l'incremento 2009-2011 non presenta significative differenze tra ASL e AO ed IRCCS, anche se è da segnalare una modesta accelerazione dell'incremento registrato dalle ASL nel triennio;
- ▶ tutti i sottoindicatori che compongono il PWEI evidenziano nel triennio un trend di crescita. In particolare, anche il PWEI Telemed (riferibile alle dinamiche di diffusione dei servizi di telemedicina) sembra aver registrato una lieve inversione di tendenza rispetto al decremento tra 2009 e 2010. Particolarmente rilevante appare l'evoluzione registrata nel 2011 dal PWEI Community, legata allo sviluppo, peraltro ancora embrionale, delle piattaforme 2.0 (integrazione con social network). Il PWEI Innovation deve i suoi incrementi 2011 principalmente allo sviluppo delle apps mobile (per smartphone o tablet), che iniziano a caratterizzare alcune realtà.

Infine, l'analisi qualitativa dei siti (non approfondita in questo contributo per esigenze di sintesi) consentirebbe di denunciare una debolezza molto preoccupante della presenza web di numerose aziende: a causa della mancanza di manutenzione e aggiornamento, il sito aziendale diviene spesso un contenitore di informazioni obsolete, generate e strutturate secondo logiche non funzionali ai bisogni del cittadino-cliente.

Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: Luglio 2011)

PIEMONTE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/2007, DCR 136/2007, DGR 65-7819/2007
- ▶ *Piano di Rientro*- DGR 1-415/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 137-40212/2007, Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e LR 18/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995, modificata da LR 64/1995, LR 94/1995, LR 69/1996 e LR 14/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 80-1700/2000 e Allegato B DGR 59-6349/2007

VALLE D'AOSTA

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

LOMBARDIA

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

PROVINCIA DI BOLZANO

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

PROVINCIA DI TRENTO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 16/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LP 38/1993, Piano Sanitario Provinciale 1993-1995; disegno di legge approvato con DGP 1748/2008
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 16/2010
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 16/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite

VENETO

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993, LR 12/1994, LR 13/1995, LR 08/2001, LR 23/2004 e LR 21/2005, LR 12/2009
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 465/2010, Piano Sanitario e socio sanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/2006 e IR 19/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998, LR 30/2007, LR 24/2009 e LR 22/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005 integrata da 902/2010

LIGURIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

TOSCANA

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

UMBRIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 3/1998, modificata da LR 29/2000, LR 35/2004, LR 15/2005 e LR 16/2005

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

MARCHE

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

LAZIO*

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

ABRUZZO

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

MOLISE

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

CAMPANIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994, modificata da LR 13/1997, LR 12/1998 e LR 3/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 10/2002, Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e LR 24/2006 – Piano Regionale Ospedaliero
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 460/2007

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

PUGLIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/2006, LR 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010 Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* – LR 2/2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996 e LR 39/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998 e LR 20/2002
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002

BASILICATA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 50/1994, LR 39/2001, LR 34/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 478/1996, Piano Sanitario Regionale 1997-1999. Con DGR n. n.2222/2010 è stato approvato il «Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009-2011» che attende ora l'esame del Consiglio Regionale.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 39/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 34/1995, modificata da LR 6/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 2489/2000

CALABRIA

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

SICILIA

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

SARDEGNA

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

- ▶ Piano di Rientro – DGR 30/2007 e 33/2007
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 10/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1997, modificata e parzialmente abrogata da LR 10/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 30/2008 e 38/2007 per le ASL e DGR 27/2008 e 14/2008 per le AO e le Aziende Ospedaliere-Universitarie di Cagliari e Sassari

(*) Dati aggiornati al 30/06/2010, dal momento che non è pervenuta la Scheda Regionale 2011

Bibliografia

- AGENAS (2011), «La rete dei distretti sanitari in Italia», *Monitor*, 27 (supplemento 8), Roma, AgeNas.
- AGENAS-FIASO (2010), «In Italia cresce la squadra di manager sanitari formati ed esperti», *Panorama della Sanità*, 24 Maggio 2010: pp.18-23.
- AIOP – Ermeneia Studi & Strategie di Sistema (a cura di) (2011), «*Ospedali e Salute. Ottavo Rapporto Annuale 2010*», Milano, Franco Angeli.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Barak A., Boniel-Nissim M. e Suler J. (2008), «Fostering empowerment in online support groups», *Computers in Human Behavior* 24(5): 1867-1883.
- Bellio E., Buccoliero L. e Prenestini A. (2009). «Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN», in E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2009. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, EGEA.
- Bellio E., Buccoliero L. e Prenestini A. (2010), «Patient web empowerment Index 2010: il ranking annuale della web strategy delle aziende del SSN», in E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2010. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. MILANO, EGEA.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E. e Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari» in Migione L. (a cura di) *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico.
- Buccoliero L. (2010), «Come realizzare un ospedale paperless: un modello «di marketing» dal Giappone», *E-Healthcare* 2(3): 70-73.
- Buccoliero L. et al. (2010). «Patient web empowerment index (PWEI): a tool for the assessment of healthcare providers' web strategies. A first benchmark of Italian NHS Hospitals.», in Safran C., Reti S. e Marin H. (a cura di), *ME-DINFO 2010 Proceedings of the 13th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdam, IOS PRESS: 38-42.
- Buccoliero L. e Prenestini A. (2009), «La Cartella clinica elettronica per l'empo-

- werment del paziente: i percorsi verso la realizzazione di Personal Health Record», in *Management della Sanità*(5): 24-27.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2005), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2006), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.
- Carbone C., Lecci F. e Liotta A. (2008), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Carbone C., Lega F. e Prenestini A. (2010), «La governance delle Aziende ospedaliere-universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- CENSIS (2010), «Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute in sanità. Sintesi dei risultati», Roma 2010.
- CITTADINANZATTIVA – Tribunale per i diritti del malato (2010), «Diritti: non solo sulla carta» – Rapporto PiT Salute 2010», <http://www.cittadinanzattiva.it/>
- Cox B. e Thornewill J. (2008), «The Consumer's View of the Electronic Health Record: Engaging Patients in EHR Adoption», *Journal of Healthcare Information Management* 22(2): 43-47.
- Cutler D. e Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Del Vecchio M. e Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- EUROSTAT (2010), «Demography Report 2010», <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/>.

- EURISPES (2010), «Rapporto Italia 2010. Sintesi per la stampa», <http://www.eurispes.it/>.
- Eysenbach G. (2008), «Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness», in *J Med Internet Res* 10(3): e22.
- Frost H.J. e Massagli P.M. (2008), «Social Uses of Personal Health Information Within PatientsLikeMe, an Online Patient Community: What Can Happen When Patients Have Access to One Another's Data», in *J Med Internet Res* 10(3): e15.
- Funnell M.M. e Anderson R.M. (1991), «Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education», in *Diabetes Educator* 17: 37-41.
- Giustini D. (2006), «How Web 2.0 is changing medicine», *BMJ*, 333(7582): pp. 1283-1284.
- Herwartz H. e Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S. pp.113-124.
- Hesse B.W., Nelson D.E., Kreps G.L., Croyle R.T., Avora N.K., Riner B.K. e Viswanath K. (2005), «Trust and Sources of Health Information: The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey», in *Arch Intern Med* 165(22): pp.2618-2624.
- Jebb S.A., Kopelman P. e Butland B. (2007), «Foresight. Tackling obesity: future choices. Project report», *Obesity Review*, 8(Supplement 1), pp.V-X, 1-210.
- Johnston Roberts K. (1999), «Patient empowerment in the United States: a critical commentary», *Health Expectations* 2(2): pp.82-92.
- Kevin J., Casselman M. e Wiljer D. (2008), «Who Will Demand Access to Their Personal Health Record? A focus on the users of health services and what they want», *Healthcare Quarterly* 11(1): pp.92-96.
- Lecci F. e Liotta A. (2009), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Leong S.L., Gingrich, D., Lewis P.R., Mauger D.T. e George J.H. (2005), «Enhancing Doctor-Patient Communication Using Email: A Pilot Study», in *J Am Board Fam Pract* 18(3): pp. 180-188.
- Montanelli R. e Turrini A. (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, Milano, EGEA.
- OECD (2005), *Reviews of the Health Systems: Finland*, OECD Publishing.
- OECD (2010), *Health at a glance: Europe 2010*, OECD Publishing.
- OECD (2011), *OECD Health Data 2011*, OECD, versione on-line.
- O'Reilly T. (2007), «What Is Web 2.0: Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software», in *Communications and strategies* 65.
- Spillman B.C. e Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acu-

- te and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): pp.1409-15.
- Steele D.J., Blackwell B. e Gutmann M.C. (1987), «Beyond advocacy: A review of the active patient concept», in *Patient Education and Counseling* 10(1): pp.3-23.
- Sullivan D.F. (1971), «A single index of mortality and morbidity», *HSMHA Health Reort*, 86(4): pp.347-354.
- Van Uden-Kraan C.F., Drosseart C.H., Taal E., Seydel E.R. e Van De Laar M.A. (2009), «Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment», in *Patient Education and Counseling* 74: 8.
- Wilkinson R. e Marmot M. (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, International Center for Health and Society, Second Edition, WHO Europe, Geneva.
- Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Milano, EGEA.