

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definatori, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

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

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

B Università Bocconi
CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Egea



4 La struttura e le attività del SSN

di Alessandro Furnari, Attilio Gugiatti e Francesco Petracca¹

4.1 Premessa

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

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

- ▶ gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire (i) numerosità e tipologia di aziende e (ii) mobilità dei Direttori Generali (§ 4.2);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§ 4.3);
- ▶ dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§ 4.4);
- ▶ dati che rappresentino i bisogni sanitari e la domanda espressa dagli utenti (§ 4.5).

Le fonti del capitolo sono così riassumibili:

- ▶ rilevazioni ad hoc (Schede regionali 2017);
- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso gli Indirizzari (relativi agli anni tra il 1997 e il 2016), l'Annuario Statistico del SSN – Attività econo-

¹ La ricerca aggiorna e approfondisce il terzo capitolo del Rapporto OASI 2016. Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 3.2.2 e 3.4 sono da attribuirsi ad Alessandro Furnari; i §§ 3.1 e 3.5 ad Attilio Gugiatti; i §§ 3.2.1 e 3.3 a Francesco Petracca. Si ringrazia, inoltre, la Dottoressa Federica Ambrosio per il prezioso supporto nell'analisi dei dati.

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

niche e gestionali di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, qui e in seguito «ASL» e «AO» (1997-2013), il Rapporto SDO (1998-2015). Queste fonti, pubblicate entro giugno 2017, sono le ultime messe a disposizione dal Ministero della Salute;

- dati e ricerche pubblicate dall'ISTAT nel 2017 (principalmente relativi agli anni 2013-2016).

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

4.2 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e 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 negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale², oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

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

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

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

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

- ▶ si indagano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende pubbliche (§ 4.2.1 e Appendice I);
- ▶ si analizza la mobilità dei Direttori Generali, come tema chiave delle modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione (§ 4.2.2).

Con riferimento agli apparati amministrativi regionali, si ricorda che le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono sette le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sardegna³. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (Acss). Tale agenzia, già formalmente prevista dalla legge regionale dell'agosto 2015, ha il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi più puntuali di monitoraggio delle performance. Da segnalare, infine, che il Friuli VG, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio e la Liguria hanno soppresso la propria Agenzia⁴ e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Rispetto alle competenze regionali nell'elaborazione delle politiche sanitarie e nella regolazione delle aziende, nell'Appendice II sono elencati, rispettivamente, i documenti di programmazione strategica (Piani Sanitari Regionali, Piani di Rientro) e le principali normative regionali in materia di sanità. Le informazioni presentate si basano su una scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2017.

Si rimanda invece:

- ▶ al capitolo 2 del presente Rapporto per una disamina degli esiti di salute del SSN, caratterizzata da una comparazione con i sistemi sanitari dei Paesi OCSE e BRIC e da un'analisi interna al nostro Paese;

³ Le leggi di istituzione e disciplina delle Agenzie regionali, se presenti, sono riportate in Appendice II, nella sezione relativa alla normativa sanitaria.

⁴ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013 e L.R. 17/2016.

- ▶ al capitolo 3 del presente Rapporto per un'analisi comparata del SSN e degli altri sistemi sanitari dei paesi OCSE e BRIC;
- ▶ al capitolo 5 del presente Rapporto per una descrizione approfondita della spesa sanitaria nel nostro Paese;
- ▶ al capitolo 6 del presente Rapporto per una descrizione del posizionamento degli erogatori privati accreditati del SSN;
- ▶ al capitolo 7 del presente Rapporto per un'indagine della filiera dei servizi del settore sanitario e sociosanitario;
- ▶ al capitolo 8 del presente Rapporto per un'analisi dei consumi sanitari privati in Italia;
- ▶ al capitolo 9 del presente Rapporto e al capitolo 8 del Rapporto 2016 per un approfondimento sugli assetti istituzionali e sui modelli organizzativi emergenti delle capogruppo regionali.

4.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, stabiliscono la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche e gli enti che lo compongono. In particolare, le regioni devono (i) definire l'articolazione del territorio regionale in ASL; (ii) decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo nazionale, regionale e vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione; (iii) definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico – IRCCS e Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale; (iv) identificare eventuali altri soggetti intermedi, quali forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione (per esempio, ATS lombarde, ESTAR toscano, EGAS friulano, fondazioni).

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

Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali. Il grado di differenziazione delle aziende che popolano oggi il SSN non si limita più alla sola missione (ampia per le aziende territoriali, più focalizzata per quelle ospedaliere), al punto che diventa difficile individuare un sufficiente grado di omogeneità tra le stesse e il più evidente ambito di continuità si riscontra negli assetti di governo, tutti orientati al modello tradizionale con triade direzionale e rapporto fiduciario con il governo regionale (Del Vecchio e Romiti, 2017). Queste considerazioni hanno spinto gli autori a in-

terrogarsi su un possibile aggiornamento del sistema di classificazione delle forme aziendali che fosse robusto e coerente con i cambiamenti in atto nei diversi SSR. Si è quindi deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99, secondo il quale la regione ha la responsabilità di individuare «[...] *l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all'art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera* [...]». Le aziende sanitarie territoriali devono quindi fare riferimento a un territorio, rispetto al quale sono responsabili del mantenimento dei LEA, ed erogare direttamente servizi. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l'analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione di aziende e agenzie lombarde. Come risultato, nel computo delle aziende territoriali vengono adesso incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde, che, per effetto della recente riforma, sono diventate le responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica⁵. Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali, sono invece confluite nell'insieme degli enti intermedi. A partire da questa edizione, infatti, la nuova classificazione prevede la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, con l'aggiunta di tre nuovi raggruppamenti: IRCCS pubblici, Aziende ospedaliero-universitarie integrate con l'Università e, appunto, enti intermedi, in aggiunta al conteggio di aziende territoriali e ospedaliere. Per enti intermedi, nello specifico, si intendono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra assessorato e aziende e impattano sugli spazi di azione a disposizione di queste ultime. Nel conteggio di questi enti sono stati inclusi soltanto gli enti che operano esclusivamente per il SSR di riferimento e che, di conseguenza, dipendono fortemente dalle operazioni di riordino della sanità regionale. Pertanto, nonostante la rilevanza delle funzioni svolte per il settore sanitario, diversi enti operanti sul territorio regionale (es. ARCA in Lombardia, Intercenter in Emilia Romagna, So.Re.Sa in Campania) sono stati in questa sede esclusi perchè non operanti esclusivamente in sanità, ma anche per altri soggetti come i Comuni.

La Tabella 4.1 presenta l'evoluzione del numero di ASL (e ASST) e di AO nelle diverse regioni dal 1992 al 30 giugno 2017 e il numero di enti intermedi, Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e IRCCS Pubblici aggiornato al 2017, così da ricostruire l'insieme degli attori pubblici dei SSR.

⁵ La stessa LR 23/15 di riforma del Sistema Sanitario Lombardo prevede ancora (all'articolo 15, comma 15) la possibilità di istituire Aziende Ospedaliere, sottolineando la volontà del legislatore regionale di differenziare nettamente le neocostituite ASST dalle «vecchie» AO.

Tabella 4.1 Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2017)

Regione	ASL e ASST					AO (*)					AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)			IRCCS pubblici	Enti intermedi (**)
	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2015	Numero al 30/06/2016	Numero al 30/06/2017	Popolazione media 2017	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/16	Numero al 30/06/17	Numero al 30/06/2017	Numero al 30/06/2017	Numero al 30/06/17	
Piemonte	63	22	13	13	12	366.044	7	7	6	6	6	-	-	-	
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	126.883	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	84	44	15	15	27	371.080	16	27	29	-	-	-	5	11	
PA Bolzano	4	4	4	1	1	524.256	-	-	-	-	-	-	-	-	
PA Trento	11	1	1	1	1	538.604	-	-	-	-	-	-	-	-	
Veneto	36	22	21	21	21	545.281	2	2	2	2	2	1	1	1	
Friuli VG	12	6	6	5	5	243.574	3	3	2	-	-	-	2	1	
Liguria	20	5	5	5	5	313.061	3	3	-	-	-	-	2	1	
Emilia Romagna	41	13	13	8	8	556.105	5	5	5	5	4	-	2	1	
Toscana	40	12	12	12	3	1.247.479	4	4	4	4	4	-	-	-	
Umbria	12	5	4	2	2	444.454	2	2	2	2	2	-	-	1	
Marche	24	13	13	1	1	1.538.055	3	4	2	2	2	-	1	-	
Lazio	51	12	12	10	10	589.812	3	3	4	4	4	1	2	-	
Abruzzo	15	6	6	4	4	330.562	-	-	-	-	-	-	-	-	
Molise	7	4	4	1	1	310.449	-	-	-	-	-	-	-	-	
Campania	61	13	13	7	7	834.155	7	8	7	7	7	2	1	-	
Puglia	55	12	12	6	6	677.315	4	6	1	1	1	1	2	-	
Basilicata	7	5	5	2	2	285.183	1	1	1	1	1	-	1	-	
Calabria	31	11	11	5	5	393.026	4	4	4	4	4	-	1	-	
Sicilia	62	9	9	9	9	561.849	16	17	5	5	5	3	2	-	
Sardegna	22	8	8	8	8	1.653.135	1	1	1	1	1	2	-	1	
ITALIA	659	228	197	139	140	504.912	81	97	75	44	43	9	22	17	

(*) Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con l'SSN (ex Policlinici). Con riferimento al 2016 e al 2017, le ASST lombarde sono state conteggiate come AO.

(**) Tra gli enti intermedi sono qui considerati: le 8 ATS, AREU, l'Agenzia per la Promozione del SSL e l'Agenzia dei Controlli per la Lombardia, l'Azienda Zero per il Veneto, l'EGAS per il Friuli Venezia Giulia, l'Al.Li.Sa. per la Liguria, l'Estar per la Toscana, la CRAS per l'Umbria e AREUS per la Sardegna.

Fonti: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero), Schede Regionali 2017, Del Vecchio (2017)

In attuazione del D. Lgs. 502/92, nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio SSR. Dal 1996 al 2001, le modifiche istituzionali sono state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 ha invece preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale» si sono moltiplicati (Del Vecchio, 2003). Il numero di aziende sanitarie territoriali, a livello nazionale, si è quasi dimezzato, passando dalle 197 del 2001 alle 120 di oggi, a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale al fine di ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. Il processo, in particolare nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario, ha subito una prima accelerazione tra il 2007 e il 2012, dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tra le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo, 2012)⁶, per poi rinviare a partire dal 2015. Ai riordini del SSR lombardo e toscano e alla modifica degli assetti istituzionali delle aziende nell'area metropolitana di Roma occorsi nel 2015, hanno fatto seguito nel corso del 2016 ulteriori riforme regionali che hanno accentuato il processo di contrazione del numero di forme aziendali. In Sardegna, dopo che la L.R. 36 approvata il 28 dicembre 2015 aveva impegnato la Giunta a istituire l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), è stata approvata in data 27 luglio 2016 la L.R. 17/2016 che ha portato alla modifica dell'assetto istituzionale del SSR a partire dal 1° gennaio 2017. È nata l'ASL unica, ribattezzata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), coincidente con l'ambito territoriale della Sardegna e con sede a Sassari⁷. In Veneto, invece, con la L.R. 19/2016 è stato ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS. Al fine di mantenere l'equità e l'universalità del sistema, garantire la sostenibilità economica del SSR e la coerenza del dimensionamento delle strutture con i volumi erogati e le procedure sanitarie, il numero di ULSS è stato ridotto da 21 a 9. Inoltre, è stata istituita l'Azienda per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi, denominata Azienda Zero, che rientra nel computo degli enti intermedi e ha l'obiettivo di perseguire lo sviluppo del servizio sanitario regionale. L'obiettivo di migliorare e allineare l'offerta di servizi ai cittadini ha guidato anche la costituzione della nuova ASL Città di Torino, nata a partire dal gennaio 2017 per effetto della fusione delle ASL To1 e To2. Anche questa modifica degli assetti istituzionali ha contribuito a ridurre di un'unità il totale delle aziende territo-

⁶ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

⁷ In sostituzione delle 8 preesistenti ASL, sono state istituite le aree sociosanitarie locali (ASSL), articolazioni organizzative dell'ATS con autonomia gestionale e non finanziaria e con al vertice un direttore nominato dal DG dell'ATS in via fiduciaria. La riforma ha sancito anche la nascita dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), con sede a Nuoro.

riali, pur non trattandosi, a differenza delle esperienze precedenti, del riordino dell'intero sistema sanitario regionale ma soltanto dell'organizzazione dei servizi sanitari dell'Area Metropolitana di Torino.

A fronte dei processi di riordino sopra elencati, coesistono ora molteplici modelli regionali in termini di assetti istituzionali prevalenti e architetture dei gruppi regionali sanitari pubblici. In alcune regioni di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Valle D'Aosta, PA di Trento⁸, PA di Bolzano e Molise), nelle Marche e, di recente, in Sardegna sono state create ASL uniche. Nelle restanti regioni, il territorio delle ASL tende a coincidere con quello provinciale⁹. Fanno eccezione le regioni in cui sono collocate le principali aree metropolitane del Paese (Roma, Napoli, Torino), dove si annoverano ASL sub-provinciali che suddividono l'area metropolitana, e quelle che hanno di recente vissuto un radicale riordino dei confini aziendali (Toscana), dove sono presenti ASL che coprono bacini d'utenza pluriprovinciali.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 43 (-41%). Tale numero risente ovviamente della nuova classificazione adottata a partire dalla presente edizione del Rapporto che ha previsto lo spostamento delle ASST e delle ATS rispettivamente nel computo delle aziende territoriali e in quello degli enti intermedi. Rispetto allo scorso anno, nel conteggio delle AO si registra un ulteriore cambiamento, a seguito della fusione dell'AUSL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera «Arcispedale Santa Maria Nuova» che ha portato, a decorrere dall'1 luglio 2017, alla nascita della nuova Azienda Usl di Reggio Emilia¹⁰.

Per quanto riguarda invece gli enti intermedi, se ne contano attualmente 17. Essi possono essere ulteriormente differenziati in termini di ruoli e responsabilità a loro affidati (riadattamento da Del Vecchio e Romiti, 2017): 1) esercizio di funzioni di governo (pianificazione e programmazione operativa, assegnazione di finanziamenti); 2) esercizio di funzioni di supporto amministrativo e/o operativo che attengono alla distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio di attività o alla gestione di processi amministrativi in precedenza svolti dalle aziende. In questa cornice, dalla Figura 4.1 emerge che:

⁸ Valle D'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

⁹ Anche in alcune regioni in cui la ASL coincide tendenzialmente con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Piemonte, Veneto.

¹⁰ L'Assemblea Legislativa Regionale ha approvato con L.R. 9/2017 la fusione e la conseguente cessazione dell'Azienda Ospedaliera. La titolarità dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia», precedentemente costituito all'interno dell'AO, è stata invece trasferita all'Azienda USL.

Figura 4.1 **Gli assi di sviluppo degli enti intermedi (riadattamento da Del Vecchio e Romiti, 2017)**

		Funzioni di governo	
		Sì	No
Supporto amministrativo e/o operativo	Sì	A.Li.Sa. (Liguria) Azienda Zero (Veneto)	EGAS (Friuli Venezia Giulia) ESTAR (Toscana) AREU (Lombardia) Agenzia promozione SSL (Lombardia) Agenzia dei Controlli (Lombardia) AREUS (Sardegna) CRAS (Umbria)
	No	ATS (Lombardia)	

- ▶ la maggior parte degli enti intermedi è situata in Lombardia dove, oltre alle sopracitate ATS, che esercitano funzione di governo e a cui è affidato il ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate e controllo, sono presenti tre ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU – Azienda Regionale Emergenza Urgenza, Agenzia per la promozione del SSL e Agenzia dei Controlli);
- ▶ A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), una capogruppo con uno spettro di funzioni molto estesa, e l’Azienda Zero veneta svolgono contestualmente funzioni di governo e di supporto;
- ▶ oltre ai già citati enti intermedi lombardi, si contano altri cinque attori che svolgono attività di supporto nei SSR di riferimento. In particolare, l’EGAS (Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi) del Friuli Venezia Giulia, l’Estar (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale) toscano, l’AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra.

Completano il quadro degli enti pubblici dei SSR le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Le prime sono attualmente 9, tutte concentrate nel Centro o Sud Italia, mentre si contano 22 IRCCS pubblici, che comprendono anche le 4 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia.

La serie di riordini regionali intercorsi e la conseguente riduzione del numero di aziende implica una loro notevole crescita dal punto di vista dimensionale,

con una popolazione media per ASL pari a 504.912 a gennaio 2017¹¹, in aumento di più del 15% rispetto a due anni fa (437.379). La regione che presenta la popolazione media regionale più elevata è la Sardegna, il cui territorio corrisponde alla neonata ATS sarda (1.653.135 abitanti), seguita dalle Marche, anch'esse caratterizzate da un'azienda unica, l'ASUR marchigiana (1.538.055). A seguire le aziende toscane, che presentano bacini d'utenza molto maggiori dopo la recente riforma. Il minimo si registra, invece, nella regione più piccola per dimensionamento e numero di abitanti (Valle D'Aosta – 127.329 abitanti) e l'unica altra regione con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti è il Friuli Venezia Giulia (243.574).

La cronologia completa delle modifiche nel numero di strutture dal 2002 al 31/07/2017 è riportata nel Box 4.2, insieme all'elenco delle forme inter-aziendali o sovra-aziendali di coordinamento e di quelle per la centralizzazione di determinate funzioni (per esempio, acquisti) frequentemente istituite dalle regioni.

4.2.2 La mobilità dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹²

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

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

¹¹ La base di calcolo è costituita dai dati demografici forniti dall'ISTAT (2017) per il 1 gennaio 2017 (ultimo accesso: 30 giugno 2017). Nel caso della Lombardia, la popolazione è stata rapportata al numero di ASST, di cui si è tenuto conto anche nel calcolo della popolazione media nazionale.

¹² La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti *web* delle Aziende e delle testate giornalistiche locali.

Tabella 4.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda per regione (1996-2017)**

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

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

(**) Alla luce della nuova classificazione proposta per le aziende lombarde (§ 4.2.1) a seguito della riforma del sistema regionale (LR 23/15) e in virtù della carenza di sufficienti variazioni (in termini di annualità) per l'aggiornamento della durata media dell'incarico dei DG, viene qui riproposto il medesimo valore del Rapporto OASI 2015, che fa riferimento al periodo 1996-2015.

(***) Il valore medio nazionale non tiene conto delle durate medie aziendali afferenti alle aziende lombarde.

Fonte: OASI, 2017

Rispetto alla prima dimensione, la Tabella 4.2 mostra la durata media¹³ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2017. Il valore medio nazionale è pari a 3,5 anni, ossia 3 anni e 6 mesi circa. Probabilmente, si tratta di un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di complessità delle aziende sanitarie pubbliche. Permangono, inoltre, forti differenziazioni interregionali, dagli 1,8 anni della Calabria agli 8,3 della PA di Bolzano. Sebbene il dato nazionale non presenti scostamenti rispetto al 2016, si registrano oscillazioni a

¹³ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni «n» considerati per una determinata azienda «x» (con $1 \leq n \leq 22$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

livello regionale del tutto fisiologiche perché legate alle nomine effettuate nel periodo. Così, a seguito del recente ciclo di nomine, in Campania e Liguria (regioni nelle quali si contano rispettivamente 10, il massimo registrato nel corso degli ultimi dodici mesi, e 4 avvicendamenti) si registra una riduzione della durata media. L'ultimo anno è stato caratterizzato da un certo numero di cambiamenti (37), seppur in riduzione rispetto ai 78 del 2016. Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO hanno sempre mostrato una stabilità superiore alle ASL, anche se, nel 2011, si era raggiunto un allineamento (ASL 3,7 e AO 3,8). Il dato 2017 registra, invece, una differenza di circa 5 mesi nella durata media delle cariche, pari a 3,8 anni nelle AO e 3,4 anni nelle ASL. Tale diversità nella durata degli incarichi non riguarda tutte le regioni. Infatti, in Piemonte, Friuli VG, Emilia Romagna e Veneto la stabilità dei DG di ASL e AO è sostanzialmente allineata, mentre nella sola Basilicata la durata degli incarichi dei direttori delle ASL tende a superare quella delle AO (3,3 contro 3,1).

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

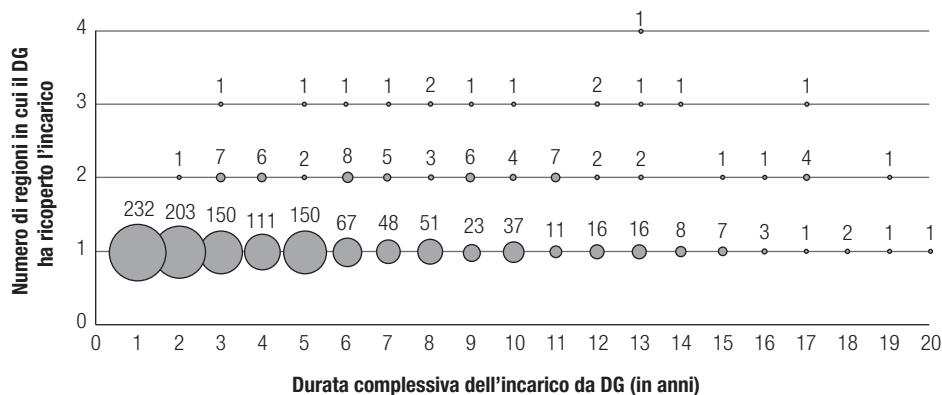
- ▶ consistenza e dinamica nel tempo della popolazione di persone che hanno ricoperto o ricoprono la carica di DG;
- ▶ numero di regioni in cui i singoli individui hanno ricoperto la carica di DG.

La Figura 4.2 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Nel periodo considerato, 1.212 persone hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in una delle strutture pubbliche del SSN. Il grafico mostra come, delle 348 persone che hanno un'esperienza di sei o più anni come DG, solo il 17,0% l'abbia maturata in aziende di due o più regioni (dato comunque in costante crescita dal 2011, quando era pari al 10%). D'altra parte, rimane ancora molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (rispettivamente 232, 204 e 158). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel tempo, anche se marginalmente, passando da poco più del 55% nel 2003 al 49,0% nel 2017.

Analizzando, infine, i DG che hanno operato in più di una regione, prevalgono spostamenti tra aree limitrofe e si tratta di manager che hanno operato in due, tre o, in un solo caso, quattro regioni diverse (Liguria, Toscana, Marche, Lazio). Da segnalare che nel Lazio hanno lavorato 27 dei 74 DG con esperienza in più regioni.

Figura 4.2 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=1.212)**



Fonte: OASI, 2017

Per informazioni sull'identikit professionale dei DG, a partire da un'analisi dei curriculum vitae, si rimanda al capitolo 8 del Rapporto OASI 2013, mentre per un approfondimento sui percorsi di selezione che li riguardano si rimanda al capitolo 12 del Rapporto OASI 2016.

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 regionale¹⁴ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale¹⁵ (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a per-

¹⁴ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dalla somma, per ogni azienda esistita all'interno della regione, del numero di anni di attività nel periodo 1996-2017 meno uno, per tenere conto del fatto che nel primo anno non è possibile effettuare un cambio. Tale indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a 0; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a 1. Se l'indice è pari a 0, la regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1, ogni azienda ha mutato il DG ogni anno. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

¹⁵ 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 1996-2017 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra 0 e 1: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a 1, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece, il sistema viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a 0. Si segnala che, nel caso di fusioni di più aziende, la nuova azienda viene considerata coincidente con una delle vecchie.

sone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che, per tutti gli anni considerati, risultano mono-azienda (Valle d'Aosta e PA di Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto, a meno di turnover intraziendali. Inoltre, tale indice sarà progressivamente meno significativo anche per quelle regioni che, nel corso del periodo di osservazione, sono divenute mono-azienda (Molise, PA di Bolzano e, da quest'anno, Sardegna, oltre alle Marche per quanto riguarda le ASL).

Associando a ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 4.3). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. L'intersezione dei due assi $(0,27; 0,71)$ ¹⁶ rappresenta la media nazionale, sostanzialmente invariata rispetto al 2016. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti ed è possibile classificare le regioni come evidenziato nel Riquadro 4.1:

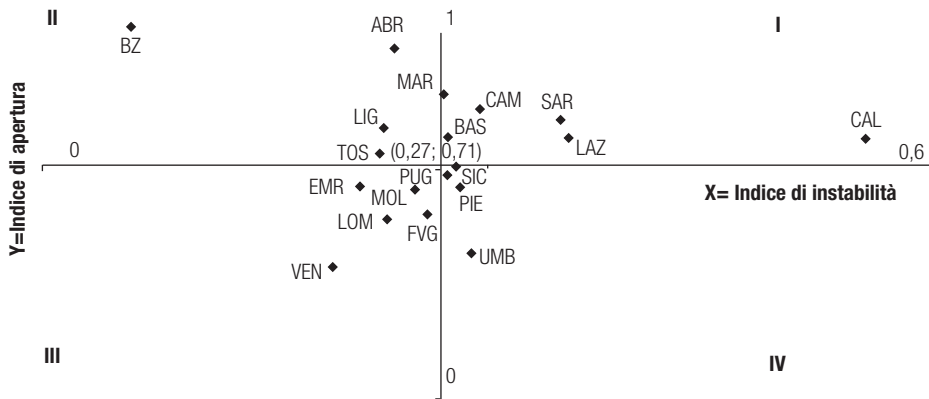
Riquadro 4.1 **Classificazione delle regioni in funzione del loro posizionamento all'interno della matrice instabilità-apertura (Carbone, 2003)**

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

Le regioni «ad alta variabilità» si trovano specialmente nel Centro-Sud: Calabria, Lazio, Sardegna, Campania e, in maniera meno netta, Basilicata e Sicilia. La Calabria si conferma come la regione a più alto grado di instabilità dell'intero Paese; il relativo indice, dopo essere cresciuto ulteriormente tra 2014 e 2015 (da

¹⁶ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato con le stesse modalità di calcolo degli indici regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2017 (1.418) e il numero totale dei possibili cambiamenti (5.306). Il valore è pari a 0,27. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo delle persone che dal 1996 al 2017 hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (1.301) e il numero di aziende ponderato per il loro numero di anni di esistenza (255) diviso per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (1.418): il valore è pari a 0,71. Si segnala che tale risultato considera due (n) volte i DG che hanno operato in due (n) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali. Questo spiega perché il numero dei DG (1.301) non coincide con quanto riportato nella Figura 4.2.

Figura 4.3 **Matrice di mobilità dei DG. Posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) e di apertura (ordinate) (1996-2017)**



Fonte: OASI, 2017

0,52 a 0,56), si è mantenuto costante nel corso del 2016 e del 2017. Tra le regioni a «stabile apertura», tralasciando la PA di Bolzano, caratterizzata dai valori di instabilità più ridotti del Paese e da un'apertura che si può definire «fittizia»¹⁷, l'Abruzzo fa registrare l'indice di apertura più alto: delle 26 nomine di DG registrate nel periodo 1996-2017, 25 sono state affidate a soggetti esterni, mentre solo in una occasione si è fatto ricorso a persone che già avessero ricoperto il ruolo in regione. Tra le regioni «statiche», Lombardia e Veneto hanno comunque registrato negli ultimi anni un aumento dell'indice di instabilità, a seguito della recente modifica degli assetti istituzionali e della tornata di nomine che ne è seguita nel corso del 2016. Infine, per quanto riguarda le regioni «autosufficienti», l'Umbria presenta in maniera evidente le caratteristiche che contraddistinguono tale categoria, con uno tra i più bassi valori di apertura su scala nazionale (0,53), allineato a quanto registrato nel 2016 e in calo rispetto al 2015 (0,57).

4.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

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

¹⁷ Il direttore dell'ASP unica, in carica fino a giugno 2015, era precedentemente in carica presso l'ASL di Bolzano (che ha incorporato tutte le altre preesistenti aziende alto-atesine) e ricopriva il ruolo di DG sin dall'inizio della rilevazione (1996).

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture di erogazione di servizi sanitari¹⁸.

4.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

La Tabella 4.3 mostra il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia al 30/12/2016, suddivise per tipologia.

A fine anno 2016, a fronte di 446 strutture di ricovero pubbliche, si registrano 575 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (344 in totale), principalmente concentrati nelle regioni del Centro e del Sud (74% del totale). Specularmente, la maggior parte delle Aziende Ospedaliere si trova al Nord (56%). Si contano 63 IRCCS, di cui 41 privati, concentrati soprattutto in Lombardia (26, di cui 21 privati). I Policlinici Universitari, pubblici (ora AO integrate con il SSN) e privati, sono rispettivamente 9 e 2. Queste strutture sono presenti solo in Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna.

Dal confronto dei dati 2016 con quelli relativi agli anni 2000, 2005, 2010 e 2015 risulta chiaro che l'assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo quindicennio. Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta e Duemila, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete. Il Patto per la Salute 2014-2016 ha mantenuto questa impostazione di politica ospedaliera, confermando, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di «presidi territoriali/ospedali di comunità» per ricoveri brevi non complessi (art. 5). Infine, gli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» del DM 70 del 02/04/2015 (Allegati, art. 3) fissano i riferimenti per il bacino di utenza delle singole discipline cliniche, oltre che le soglie minime di dotazione strutturale¹⁹. Per un'analisi approfondita sui potenziali di razionalizzazione della rete ospedaliera si veda il Capitolo 9 del Rapporto OASI 2016.

Spesso, i piccoli ospedali pubblici a gestione diretta delle ASL sono stati accorpati in «Presidi Ospedalieri Unici». Queste dinamiche spiegano il dimezza-

¹⁸A partire dal 2009, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, relativamente alla proprietà pubblica o privata degli erogatori. Tale schema è adottato dal Rapporto SDO e nel presente capitolo. In particolare: gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

¹⁹In particolare, la dotazione minima per l'accreditamento è fissata in 60 posti letto per acuti nelle strutture pluri-specialistiche.

Tabella 4.3 Numero di strutture di ricovero per tipologia e regione (2016)

Regioni	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Aziende Osped.	A0 integrate con l'Università	A0 (Aziende Osped. + A0 integrate con l'Univ.) (2)	A0 integrate SSN (ex Politici Uni- versitari Pubblici)	IRCCS pubblici (3)	TOT. STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE (4)	IRCCS privati (5)	Politici Universitari privati	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Case di Cura private accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACREDITATE (8)	Case di Cura private non accreditate	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE
Piemonte	21	3	3	6		27	3				6		37	46	9	55
Valle d'Aosta	1					1							1	1		1
Lombardia	27			27		5	32	21		5			67	93	9	102
PA Boiano	7					7							6	6	4	10
PA Trento	7					7				1			5	6		6
Veneto	21	1	1	2		1	24	2		5	5		16	28	1	29
Friuli VG	8					2	10						5	5		5
Liguria	6					2	8	1		2			5	8	2	10
Emilia Rom. (*)	15	1	4	5		2	22	1			1		44	46	3	49
Toscana	31	4	4	4		35	2	2		2	2	1	23	28	4	32
Umbria	8	2		2		10							5	5		5
Marche	5	2		2		1	8						14	14		14
Lazio	35	2	2	4	1	2	42	4	2	8	2		60	76	26	102
Abruzzo	17					17							10	10		10
Molise	3					3	1					1	3	5		5
Campania	32	6	1	7	2	1	42	1		3	1		62	67	2	69
Puglia	25	1	1	1	1	2	29	3		2			26	31		31
Basilicata	11	1		1		1	13						1	1		1
Calabria	16	4		4		1	21						28	28		28
Sicilia	53	5		5	3	2	63	2		1	1		59	63	1	64
Sardegna	22	1		1	2		25						8	8		8
Italia 2016	344	55	16	71	9	22	446	41	2	27	18	2	485	575	61	636
Italia 2015	347	57	18	75	9	22	453	41	2	27	18	2	493	583	62	645
Italia 2010	429	/	/	82	8	23	542	37	2	30	21	3	521	614	67	681
Italia 2005	528	/	/	95	9	22	654	32	2	40	11	3	536	624	80	704
Italia 2000	639	/	/	98	9	22	768	29	2	44	13	/	525	613	108	721

Tabella 4.3 (segue)

- (1) Si considerano come strutture i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzoo del Ministero della Salute aggiornato al 30 dicembre 2016. Per presidi ospedalieri a gestione diretta ASL si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).
- (2) Per Aziende Ospedaliere, qui e dove non diversamente specificato, si intendono le Aziende Ospedaliere propriamente dette e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Queste aziende vengono sempre classificate dall'indirizzoo ministeriale come strutture, anche quando sono localizzate in più stabilimenti. Il lettore noterà una differenza di una unità rispetto al dato 2017 riportato e commentato nel precedente paragrafo, a cui invitiamo a fare riferimento. Il conteggio 2016 è stato qui riportato per mantenere l'omogeneità cronologica della rilevazione rispetto alle altre tipologie di strutture di ricovero.
- (3) Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni pubbliche.
- (4) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, AO, AOU integrate con il SSN (c.d. Policlinici Universitari pubblici), IRCCS pubblici. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012, comune al resto del capitolo, che distingue tra erogatori pubblici, privati accreditati e non accreditati, eliminando la categoria delle strutture «equiparate alle pubbliche».
- (5) Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate perché, tra l'altro, spesso queste ultime sono localizzate in regioni diverse dalla sede centrale. Ciò spiega le discrepanze con l'elenco degli IRCCS pubblicato dal Ministero della Salute. Il dato comprende gli IRCCS che giuridicamente sono Fondazioni private.
- (6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.
- (7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88.
- (8) Sommatoria di IRCCS di diritto privato, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Presidi qualificati Enti di ricerca e Case di Cura private accreditate. La suddivisione qui adottata è quella proposta a partire dal Rapporto SDO 2012.
- (*) In Emilia Romagna, l'indirizzoo del Ministero della Salute segnala due IRCCS pubblici e uno privato. Si segnala che una parte dell'Azienda Ospedaliera Arcispedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è stata riconosciuta come IRCCS (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia), pur non essendo riportata nell'indirizzoo. Inoltre, a partire da luglio 2017, la titolarità di tale IRCCS è stata trasferita alla nuova Azienda UsI (*vedi supra*).

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Indirizzoo 2016, Cantù (2000), Ferré e Ricci (2011)

mento dei presidi ASL nell'ultimo quindicennio. In generale, come analizzato nel par. 3.2.1, le recenti iniziative di «ingegneria istituzionale» hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema. Gli IRCCS pubblici, di contro, sono caratterizzati da notevoli peculiarità in termini di governance e di attività svolte²⁰, che ne giustificano la «conservazione istituzionale»: il loro numero, infatti, non ha visto significative variazioni negli anni.

Nello stesso arco di tempo 2000-2016, anche le strutture private (accreditate e non) sono diminuite, seppure con tassi di riduzione più contenuti (-11,8% contro un decremento percentuale di 41,9 punti nel pubblico). Si segnala un aumento degli IRCCS privati (+12 unità), spiegabile come risultato delle strategie di specializzazione delle altre tipologie di strutture accreditate, come le case di cura e gli ospedali classificati. Le prime hanno registrato una leggera flessione (-40 unità, -7,6%): si nota un moderato aumento agli inizi degli anni Duemila seguito da una progressiva diminuzione, dovuta anche a dinamiche di acquisizione dei grandi gruppi ospedalieri negli anni della crisi economica (Carbone *et al.*, 2014). Nell'ultimo anno il numero di strutture ha registrato una lieve riduzione (-8 strutture) e si riscontrano differenze solo parziali, sebbene ci si attende una nuova flessione indotta dal sopracitato DM 70, che ha introdotto una soglia di accreditabilità a livello dimensionale.

La Tabella 4.4²¹ analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, mettendo in evidenza la presenza di tre macro-classi. AO (considerate unitamente alle AO integrate con l'Università) e AO integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL) utilizzati per la degenza ordinaria,

Tabella 4.4 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria) per tipologia di struttura di ricovero (2000-2014)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2012	2013	2014	Variazione 2000-2014
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	196	205	202	207	12,8%
AO e AO integrate con Università	774	660	707	692	696	670	-13,5%
AOU integrate con SSN	832	620	669	619	600	644	-22,6%
IRCCS pubblici e privati	247	224	231	247	244	231	-6,7%
Ospedali classificati	223	211	202	219	218	214	-4,2%
Case di cura accreditate (1)	89	85	82	81	81	83	-6,6%

(1) Numero medio dei posti letto accreditati

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

²⁰ Cfr. D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 e ss. mm.

²¹ Le seguenti elaborazioni relative ai posti letto risultano invariate rispetto a quanto pubblicato nel Capitolo 3 del Rapporto OASI 2015 poiché, al momento della redazione del volume, non sono stati ancora diffusi i dati aggiornati relativi agli anni 2015 e seguenti.

con una media, rispettivamente, di 670 e 644 posti nel 2014. Presidi a gestione diretta, ospedali classificati e IRCCS si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 207, 214 e 231 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 83 PL accreditati.

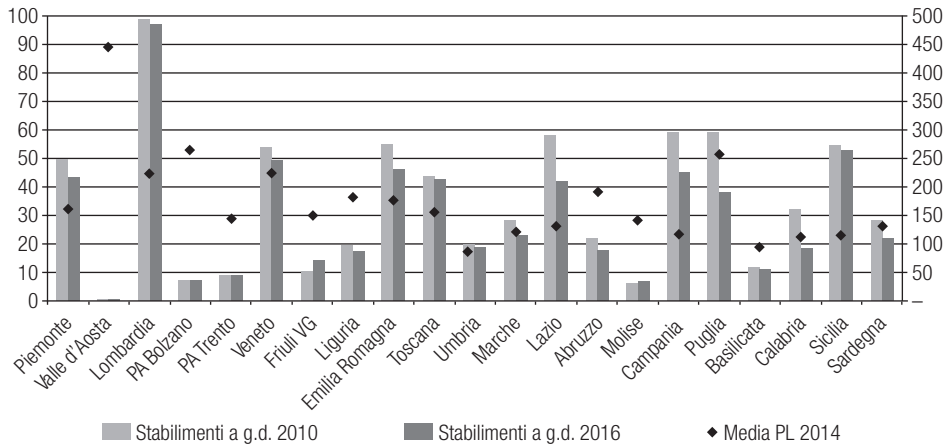
La Tabella 4.4 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di posti letto in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta ASL, la cui crescita dimensionale (+12,8%) è conseguenza diretta delle dinamiche di accorpamento. Il calo nei PL si è verificato, in particolare, nelle AOU integrate con il SSN (-22,6% tra il 2000 e il 2014), nelle AO (-13,5%) e nelle case di cura accreditate (-6,6%). Tra 2013 e 2014, si segnala che il considerevole incremento delle dimensioni medie delle AOU integrate con il SSN (+44 PL) è riconducibile all'inclusione in quest'ultima categoria del Policlinico di Bari, precedentemente classificato come AO integrata con l'Università. Sempre nell'ultimo anno considerato, i processi di accorpamento, trasformazione e chiusura dei presidi a gestione diretta (-18 unità tra 2013 e 2014) e delle case di cura private accreditate (-10) sono alla base del leggero aumento delle dimensioni medie (+5, +2 PL).

I presidi a gestione diretta ASL, nella maggior parte delle realtà regionali, raggruppano più stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati. La Figura 4.4 confronta il numero di stabilimenti delle ASL e delle AO lombarde²², nel 2010 e nel 2016, subito dopo la riforma in Lombardia. In tale arco temporale, che coincide appunto con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni (cfr. paragrafo precedente e Box 4.1), gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 109 unità a livello nazionale. Tuttavia, quasi il 60% degli stabilimenti che hanno cessato l'attività (65) si trovano in quattro regioni: Puglia (-21 stabilimenti), Lazio (-16), Calabria (-14) e Campania (-14). I dati dimensionali, aggiornati al 2014, evidenziano un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud e del Centro (rispettivamente 141 e 132 PL) inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (199). Rispetto al dato 2010, non riportato in Figura, la dimensione media degli stabilimenti si è ridotta al Nord e al Centro (-15 PL e -5 PL, rispettivamente), mentre è cresciuta al Sud (+11 PL), anche per via delle già citate dinamiche di accorpamento.

Nel 2014, il SSN italiano disponeva di 220.455 PL, di cui 197.091 PL (89,4%) per degenza ordinaria e 23.364 (10,6%) per ricoveri diurni (*day hospital* -DH e *day surgery* -DS). Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 37,1%. Gran parte del calo è da attribuire ai

²² In base alla L.R. 31/97, le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa quindi riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle AO.

Figura 4.4 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2016) e dimensione media (asse dx; 2014)**



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

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

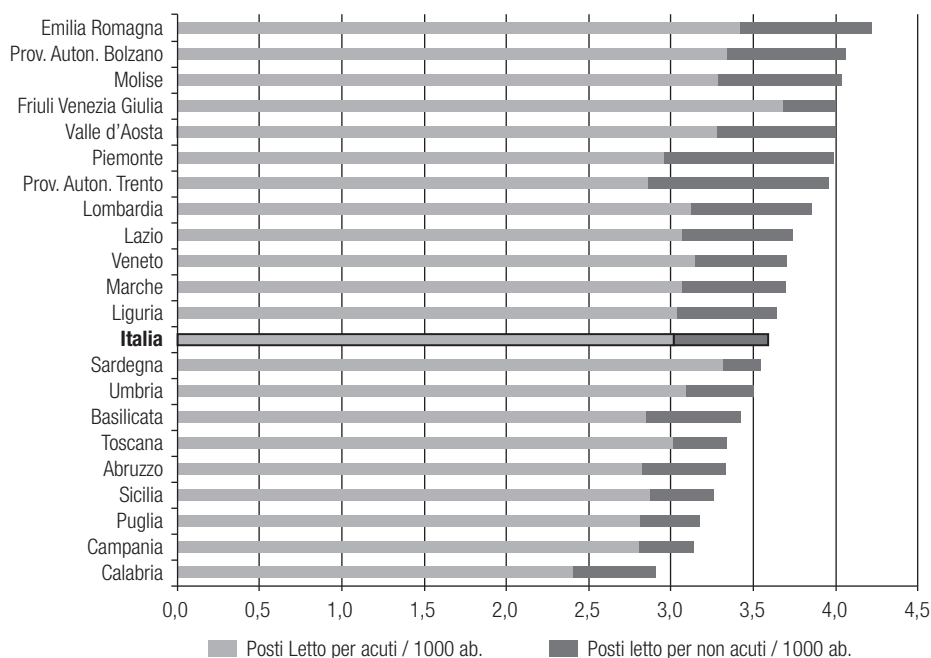
Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale. In particolare:

- ▶ il D.L. 95 del 06/07/2012 (art. 15, comma 13, lettera c) prevede una dotazione-obiettivo a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti²³. Il Decreto Legge, convertito con modificazioni dalla L. 135 del 07/08/2012, specifica che la riduzione è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di Unità Operative Complesse²⁴;
- ▶ il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali hanno confermato i precedenti indirizzi sugli standard di dotazione strutturale.

²³ I già citati standard ospedalieri hanno specificato che almeno 0,2 PL per 1.000 abitanti devono essere riferiti ad attività di lungodegenza.

²⁴ Il Decreto mantiene come variabile di controllo per l'adeguatezza dell'offerta un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui almeno il 25% erogati in DH.

Figura 4.5 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2014)**



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

Nel 2014 la dotazione media nazionale di PL – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 4.5). Meno della metà delle regioni presentava una dotazione complessiva di PL inferiore a 3,7. Tuttavia, si assiste a un progressivo miglioramento rispetto al passato, dato che la quasi totalità delle regioni mostrava una dotazione inferiore ai 4 PL complessivi. A fine 2014, restavano al di sopra dei 4 PL complessivi Emilia Romagna, PA di Bolzano e Molise. Tutte e tre le regioni evidenziano dotazioni superiori agli standard per entrambe le tipologie di posti letto. Si segnalano, inoltre, dotazioni particolarmente elevate in Friuli Venezia Giulia per quanto riguarda i PL acuti (3,7 PL/1.000 ab.), nella Provincia Autonoma di Trento e in Piemonte con riferimento ai PL per non acuti (rispettivamente 1,1 e 1 PL/1.000 ab.).

4.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre maggiore attenzione all'assistenza territoriale (§ 4.4.2). Ciò si è tradotto, principalmente, in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono

deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività sociosanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali).

Dal 2001 al 2013²⁵, il numero dei distretti a livello nazionale si è ridotto notevolmente, passando da 875 a 679 (-22,4%), con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 87.902 nel 2012). Tale dinamica è stata comunque meno marcata del processo di contrazione del numero delle ASL, così che il numero medio di distretti per ASL è cresciuto da 4,4 a 4,7 nel periodo osservato. A livello regionale, le riduzioni più evidenti rispetto al numero dei distretti riguardano la Campania (da 107 a 72), il Veneto (da 82 a 49) e, soprattutto, la Toscana (da 111 a 34). Si registrano, d'altra parte, sei regioni in cui i distretti sono aumentati (PA di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Lazio, e Sardegna).

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

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori)²⁶;
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

La Tabella 4.5 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2013 si contraddistingue per un generale incremento delle strutture territoriali (+53,9%) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto del privato accreditato (passato da una quota di strutture del 33,7% nel 1997 a una del 54,4%, nel 2013). Il significativo aumento delle strutture territoriali è dovuto prevalentemente all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute, rispettivamente, del 342,8% e del 375,5% nell'arco temporale considerato. Anche tra il 2012 e il 2013 si rileva un delta positivo nel numero di strutture pari a 99 unità nelle strutture semiresidenziali e a 308 nelle residenziali.

²⁵ La rilevazione e la pubblicazione dei dati ministeriali relativi alle attività territoriali ha di norma un paio di anni di ritardo nei confronti dei corrispondenti dati ospedalieri.

²⁶ Per alcuni cenni su dati strutturali relativi alle attività di riabilitazione, di guardia medica e di specialistica ambulatoriale si rimanda al § 4.4.2.

Tabella 4.5 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni (2013)**

Regione	Ambulatori e laboratori	Altre strutture territoriali (*)	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Totale strutture territoriali
Piemonte	445	379	197	1.022	2.043
Valle d'Aosta	7	26	3	15	51
Lombardia	730	740	699	1.400	3.569
PA Bolzano	55	81	7	89	232
PA Trento	46	40	35	90	211
Veneto	474	537	494	812	2.317
Friuli VG	121	100	83	187	491
Liguria	364	122	64	301	851
Emilia Romagna	441	625	556	879	2.501
Toscana	767	518	251	549	2.085
Umbria	140	115	90	159	504
Marche	194	113	33	193	533
Lazio	811	456	78	238	1.583
Abruzzo	158	139	13	82	392
Molise	54	19	14	18	105
Campania	1.428	457	96	141	2.122
Puglia	684	318	93	292	1.387
Basilicata	111	60	4	37	212
Calabria	387	141	15	111	654
Sicilia	1.435	541	42	147	2.165
Sardegna	362	167	19	72	620
ITALIA 2013	9.214	5.694	2.886	6.834	24.628
ITALIA 1997	9.335	4.009	842	1.820	16.006

(*) 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: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2013

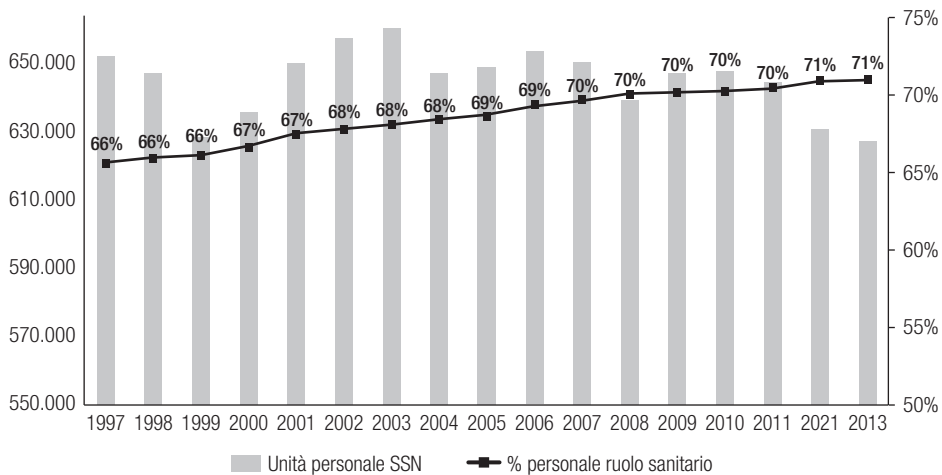
4.3.3 Il personale del SSN

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di un'esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica, sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario (si veda il capitolo 5 del presente Rapporto).

La Figura 4.6 evidenzia l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN²⁷ e l'incidenza del personale di ruolo sanitario. I dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 626.350 nel 2013 (-3,8%): il dato 2013 rappresenta il minimo registrato nell'intero periodo osservato. Tale trend si ca-

²⁷ Sono inclusi i dipendenti delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Figura 4.6 **Trend unità di personale SSN e incidenza del personale di ruolo sanitario (1997-2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2013

ratterizza per un andamento annuo piuttosto variabile, legato in parte ai periodi di blocco del *turn over*. Dalla Finanziaria 2010, inoltre, è previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004, diminuiti dell'1,4%. Questa disposizione nazionale, recepita da molti Piani di Rientro in termini di blocchi parziali o totali di *turn over*, ha inevitabilmente influito sugli organici aziendali (De Pietro, Marsilio e Sartirana, 2014). Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (dal 66,0% nel 1997 al 70,9% nel 2013), aumento prevalentemente dovuto al trend di riduzione meno marcato rispetto a quanto registrato per il personale non sanitario e legato alla dinamica positiva della componente medica.

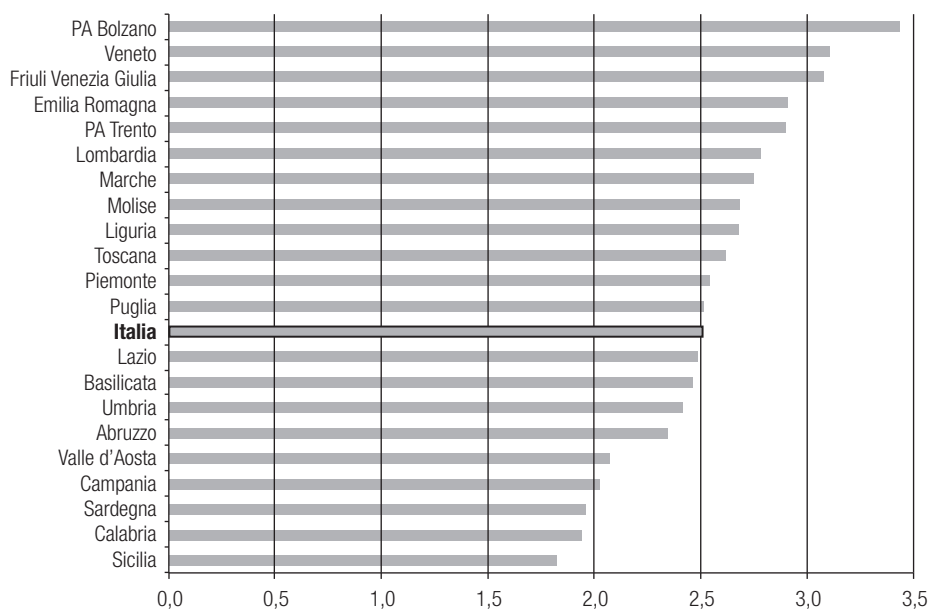
Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sull'entità e composizione del personale SSN nelle diverse regioni. Innanzitutto, è importante segnalare che il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano, infatti, l'1% della popolazione complessiva, l'1,6% della popolazione attiva (15-65) e il 2,8% degli occupati. Con riferimento agli occupati, il contributo del SSN si differenzia nelle diverse regioni: risulta compreso tra il 3,8% della Sardegna e i valori prossimi al 2% in Lazio e Lombardia (rispettivamente, 2,0% e 2,1%). Tali differenze risentono della diversa rilevanza, all'interno dei SSR, degli IRCCS pubblici e delle strutture private accreditate, non compresi nel computo.

Differenziazioni territoriali si rilevano anche nella composizione percentuale del personale SSN. In particolare, nel 2013:

- l'incidenza dei ruoli sanitari è più marcata al Centro e nel Sud del Paese, dove si mantiene quasi ovunque oltre il 70% dei dipendenti totali, con i valori massimi del Lazio e dell'Umbria (rispettivamente, 76,8% e 75,8%). Nel Nord, invece, i ruoli sanitari registrano percentuali più contenute e il valore minimo si rileva nella PA di Bolzano (61,9%);
- l'incidenza dei ruoli tecnici mostra invece un andamento contrario: risulta superiore al 18% in tutte le regioni del Nord, con l'eccezione della Liguria e i valori massimi nelle PA di Bolzano e Trento (23,4% e 23,2%); scende ai minimi nel Lazio (10,8%);
- anche la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore nelle regioni del Nord (11,8% del totale dei dipendenti SSN rispetto al 10,5% rilevato nelle regioni del Centro-Sud) raggiungendo i valori massimi in Valle d'Aosta (15,0%). La percentuale più contenuta si registra invece in Umbria e Molise (7,9%).

Osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 4.7), sono soprattutto le regioni del Sud a presentare una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2,2 contro 2,8 delle regioni del Nord. Il Centro si colloca su valori intermedi (2,6 infermieri per medico) molto vicini alla media

Figura 4.7 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle regioni Italiane (2013)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute – Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici 2013

Tabella 4.6 **Numero MMG e PLS nelle regioni Italiane (2013)**

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

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

nazionale (2,5). A livello regionale, si passa dal massimo della PA di Bolzano (3,43 infermieri per medico) al minimo della Sicilia che, insieme a Calabria e Sardegna, costituisce il novero delle regioni dove la disponibilità di infermieri è inferiore a due unità per ciascuna unità di personale medico del SSN.

La Tabella 4.6 presenta, invece, il numero di MMG (medici di medicina generale) e di PLS (pediatri di libera di scelta) nelle diverse realtà regionali aggiornato al 2013, insieme alla popolazione assistita e a un indicatore di collaborazione in forma associativa. In media, un MMG italiano segue 1.160 pazienti, mentre un PLS 890. Il numero maggiore di scelte per professionista, sia per i MMG (1.543) sia per i PLS (1.013), si registra nella PA di Bolzano. In generale, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale, per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti (eccetto Liguria e Friuli VG) sia quella ai pazienti pediatrici (eccetto Valle d'Aosta ed Emilia Romagna). La regione con un minor numero medio di scelte per MMG è la Puglia (981), per

PLS la Sardegna (771). È opportuno ricordare che il contratto dei medici generici e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di arrivare in deroga fino agli 880 assistiti. Tra i 6 e i 14 anni d'età, inoltre, il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal medico di famiglia.

Se si analizza la percentuale di MMG organizzati in forma associativa²⁸, essa comprende, a livello nazionale, il 71% dei professionisti, mentre la percentuale di PLS è pari al 66%. I dati più alti, tra i MMG, si riscontrano in Piemonte (83,6% di MMG organizzati in forma associativa) e in Emilia-Romagna (82,5%), mentre le uniche regioni in cui meno della metà dei medici di base è coinvolto in qualche forma associativa sono la PA di Bolzano (32,9%) e la Calabria (48,9%). Tra i pediatri, invece, la forma associativa è stata adottata soprattutto in Veneto (76,0%), mentre è scarsamente diffusa a Bolzano (38,3%) e in Friuli (40,2%). In alcune regioni si denotano differenze significative tra la percentuale di associazionismo nei due gruppi: si veda il caso della Calabria, che presenta uno dei più bassi tassi tra i MMG e un livello molto alto tra i pediatri (73,2%).

Confrontando il numero di MMG e PLS operanti in Italia nel 1997 e nel 2013, si rileva un lieve calo dei primi (-4,8%) e un aumento dei secondi (+15,6%). Il numero medio di scelte aumenta sia per i MMG che per i PLS (rispettivamente del 6,9% e del 29,9%). Tali dati mettono in evidenza la maggiore propensione delle famiglie a rivolgersi al PLS invece che al MMG, specialmente nella fascia d'età 6-14 in cui la scelta può ricadere su entrambe le categorie professionali. Contemporaneamente, si rileva un aumento molto marcato dell'anzianità professionale (dati non riportati in tabella): tra il 1998 e il 2013 la percentuale di MMG con più di 27 anni dalla laurea è cresciuto dal 12% al 65%, quella di PLS con più di 23 anni alla specializzazione da appena l'8% all'attuale 57%.

4.4 Le attività del SSN

4.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale²⁹ nel periodo 2001-2015 si possono trarre alcune considerazioni (Tabella 4.7):

²⁸ Le forme associative individuate dal Contratto Collettivo sono: la medicina di gruppo, la medicina in associazione e la medicina in rete. A seconda della forma associativa adottata sono previsti livelli di indennità differenti.

²⁹ Per omogeneità rispetto alla serie storica, sono qui inclusi i ricoveri erogati dai privati non accreditati censiti dal Rapporto SDO: nel 2015, essi sono 66.795, pari allo 0,7% del totale annuale.

Tabella 4.7 **Dati generali sull'attività di ricovero SSN a livello nazionale (2001-2015)**

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO (Acuti)	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
2013	9.842.485	64.312.696	14,5%	6,75
2014	9.526.832	63.129.031	13,7%	6,80
2015	9.305.606	62.511.151	13,0%	6,85
2001-2008	-6,5%	-9,0%	/	/
2008-2015	-23,1%	-17,1%	/	/
2001-2015	-28,1%	-24,5%	/	/

Nota:

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

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- ▶ si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni (-3.631.534 unità) pari a -28,1% in 14 anni, con un andamento molto differente tra le prime sette rilevazioni (-6,5% nel periodo 2001-2008) e gli ultimi sette anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 23,1%. Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel 2015 i ricoveri sono diminuiti del 2,3% rispetto al 2014 e del 5,4% rispetto al 2013;
- ▶ nel periodo 2001-2015 le giornate di ricovero sono diminuite del 24,5%³⁰; tra 2014 e 2015 si osserva una riduzione dell'1,0%;
- ▶ le giornate erogate in regime di day hospital rispetto a quelle in regime ordinario sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2006, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al 13,4%³¹ a una del 19,1%. Dal 2007 al 2015 si registra, invece, un'inversione di tendenza (-6,0

³⁰ Si segnala che tra 2001 e 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%) per aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006 (-19,7% nel periodo 2006-2015).

³¹ Si segnala che il rapporto era cresciuto di circa quattro punti percentuali dal 1998 al 2001.

punti percentuali). Nel 2015 si è registrato il dato di incidenza degli accessi in day hospital più modesto dal 2001, pari al 13,0%³²;

- la degenza media per acuti in regime ordinario è tendenzialmente stabile nel periodo monitorato, anche se il valore rilevato nel 2015 è il più elevato degli ultimi 15 anni ed è pari a 6,85 giornate di degenza media. Per i ricoveri per riabilitazione in regime ordinario e per lungodegenza (dati non riportati in Tabella) la degenza media è invece pari rispettivamente a 26,16 e 27,21 giornate, con una marcata riduzione registrata negli ultimi 15 anni per la lungodegenza (-5 giornate rispetto al 2001).

La Tabella 4.8 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani (374.375).

Gli 8,93 milioni di ricoveri ospedalieri SSN del 2015 si compongono, per il 94,8%, di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2014 (95,0%).

In relazione al 2014, si mantiene piuttosto stabile anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione (3,9%). Questi ultimi sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (90,3% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è più elevata: è questo il caso di Sardegna (27,7%), Campania (23,3%) ed Emilia Romagna (18,8%).

I ricoveri SSN per lungodegenza nel 2015 sono rimasti pressoché invariati rispetto al 2014 (-855; -0,77%) e costituiscono a livello nazionale una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%), con alcune eccezioni regionali (Emilia Romagna 4,4%; Provincia Autonoma Trento 4,2%; Marche 3,0%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 24,4%, in diminuzione di 0,9 punti percentuali rispetto al 2014 (Figura 4.8). Alcune regioni si discostano sensibilmente dal dato medio nazionale, evidenziando una percentuale inferiore (Puglia, 15,9%; Umbria, 16,9%; Lombardia, 17,0%) o, viceversa, superiore (Campania e Liguria, con quote rispettivamente pari al 36,0% e al 34,1%).

La Tabella 4.9 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero.

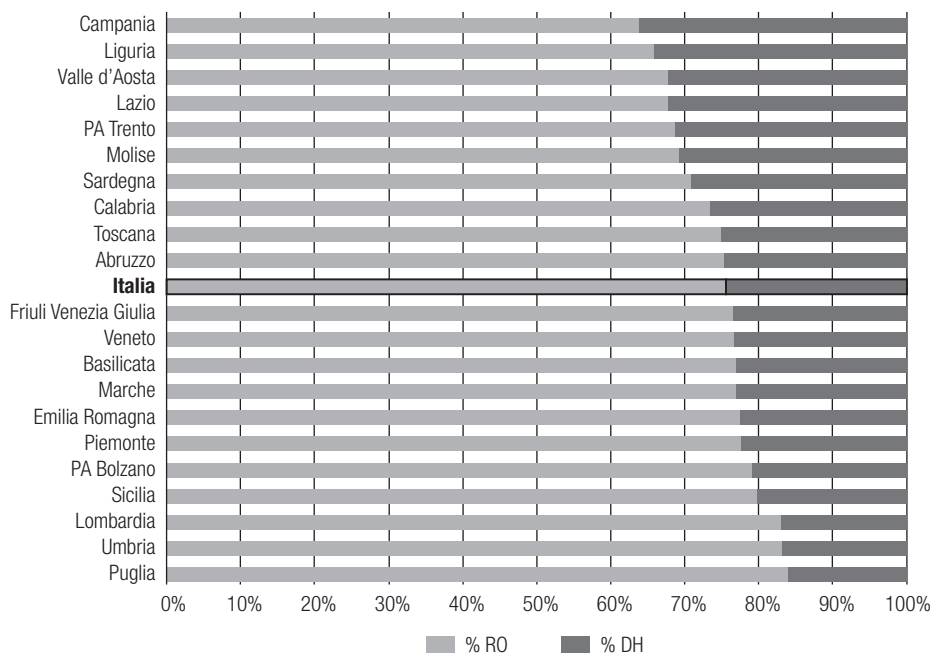
Le 61,3 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2015 si compongono per l'80,7% di giornate per acuti, per il 14,4% di giornate di riabilitazione e per il restante 4,9% di giornate in lungodegenza. Rispetto al 2014, il numero di giornate si riduce complessivamente di 0,93 punti percentuali: si registra, infatti, una diminuzione delle giornate per acuti (-1,2%) e lungodegenza (-0,9%)

³² Parte della riduzione degli accessi in day hospital può essere imputata alla trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri DH, considerati inappropriati se erogati in regime di ricovero diurno.

Tabella 4.8 **Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2015)**

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza		Totale ricoveri		
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri		RO+DH	% sul totale ricoveri
Piemonte	446.000	127.064	92,2%	35.107	2.158	6,0%	11.076	1,8%	621.405
Valle d'Aosta	15.376	7.299	94,1%	1.143	63	5,0%	225	0,9%	24.106
Lombardia	1.124.810	229.653	92,8%	96.936	2.596	6,8%	5.513	0,4%	1.459.508
PA Bozzano	65.803	17.439	94,1%	3.235	210	3,9%	1.754	2,0%	88.441
PA Trento	51.073	23.150	88,1%	5.782	742	7,7%	3.507	4,2%	84.254
Veneto	476.898	144.358	94,0%	26.600	4.051	4,6%	9.276	1,4%	661.183
Friuli VG	129.680	39.772	96,9%	2.664	139	1,6%	2.576	1,5%	174.831
Liguria	163.989	84.744	94,0%	10.957	966	4,5%	4.041	1,5%	264.697
Emilia Romagna	550.389	159.319	92,1%	21.991	5.097	3,5%	33.571	4,4%	770.367
Toscana	411.088	136.013	97,4%	10.578	971	2,1%	3.235	0,6%	561.885
Umbria	113.523	23.051	96,1%	3.982	650	3,3%	870	0,6%	142.076
Marche	161.944	48.011	94,9%	4.483	208	2,1%	6.602	3,0%	221.248
Lazio	600.768	284.965	95,4%	30.778	5.446	3,9%	6.382	0,7%	928.339
Abruzzo	139.603	45.485	95,0%	7.441	97	3,9%	2.273	1,2%	194.899
Molise	38.797	17.130	95,6%	1.696	261	3,3%	594	1,0%	58.478
Campania	582.885	328.298	97,2%	12.646	3.837	1,8%	9.609	1,0%	937.275
Puglia	462.236	87.629	96,9%	14.254	1.357	2,8%	2.168	0,4%	567.644
Basilicata	57.083	17.027	96,2%	2.540	268	3,6%	103	0,1%	77.021
Calabria	157.089	56.526	95,0%	7.633	1.343	4,0%	2.323	1,0%	224.914
Sicilia	466.978	118.655	96,5%	15.409	2.707	3,0%	3.124	0,5%	606.873
Sardegna	182.022	74.235	98,0%	2.452	939	1,3%	1.887	0,7%	261.535
ITALIA	6.398.034	2.069.823	94,8%	318.307	34.106	3,9%	110.709	1,2%	8.930.979

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 4.8 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per Regione (2015)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

solo parzialmente controbilanciata da un aumento delle giornate di riabilitazione (+0,4%). Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Emilia Romagna e Lazio continuano a presentare valori inferiori al dato nazionale per quanto riguarda l'incidenza delle giornate di degenza per acuti, a fronte di un maggior numero di giornate per riabilitazione (Lombardia e Lazio), lungodegenza (Emilia Romagna) o per entrambe (Piemonte e PA Trento).

La Figura 4.9 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale³³. La maggioranza dei ricoveri ordinari per acuti viene erogata dagli istituti pubblici (74,5%), in lieve riduzione rispetto all'anno precedente (76,7%). Tra questi, la quota maggiore è riconducibile ai presidi a gestione diretta ASL (41,7%), seguiti dalle AO (20,1%). I ricoveri ordinari per riabilitazione, invece, sono erogati soprattutto dal privato accreditato (77,2%, in aumento rispetto al 74,7% del 2014). Infine, la lungodegenza è erogata pressoché in egual misura da strutture pubbliche (49,7%) e private (50,3%), con una lieve riduzione dell'incidenza dei volumi di ricovero per privati rispetto al 2014, pari a 1,6 punti percentuali. Considerando, invece, l'erogazione di ricoveri in

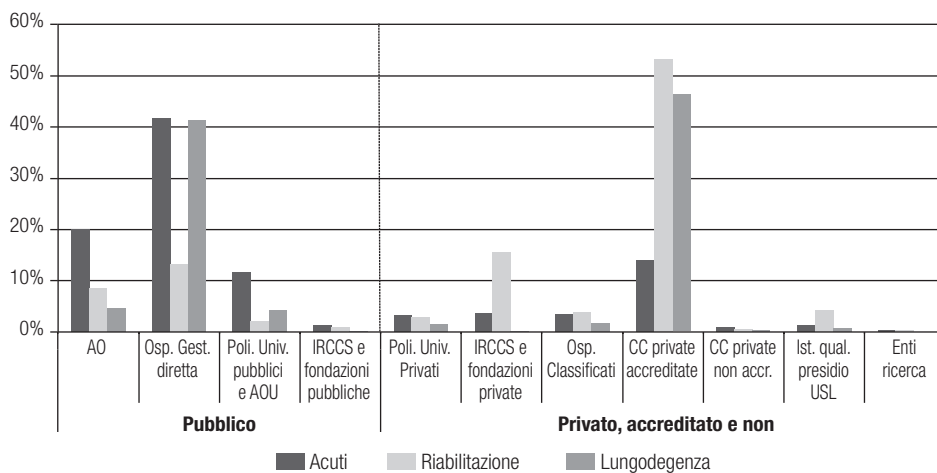
³³ In tutto il paragrafo è adottata la classificazione delle strutture introdotta dal Rapporto SDO 2012 (si veda il § 4.1).

Tabella 4.9 Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2015)

Regione	GG Ricoveri per acuti		GG Ricoveri per riabilitazione		GG Ricoveri per lungodegenza		Totale giornate		
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri		RO+DH	% sul totale ricoveri
Piemonte	3.080.747	266.876	70,3%	999.208	26.378	21,5%	391.425	8,2%	4.764.634
Valle d'Aosta	1.05.794	19.953	81,8%	22.003	138	14,4%	5.925	3,9%	153.813
Lombardia	7.769.139	295.647	76,3%	2.343.228	19.619	22,3%	148.807	1,4%	10.576.440
PA Boiano	440.617	33.569	81,1%	74.588	1.682	13,0%	34.551	5,9%	585.007
PA Trento	378.315	60.537	66,8%	113.501	9.519	18,7%	95.554	14,5%	657.426
Veneto	3.868.594	249.827	81,2%	640.730	58.156	13,8%	253.488	5,0%	5.070.795
Friuli VG	931.890	144.632	88,8%	74.273	1.382	6,2%	60.449	5,0%	1.212.626
Liguria	1.320.225	309.476	85,0%	208.076	9.319	11,3%	69.827	3,6%	1.916.923
Emilia Romagna	3.450.501	764.270	73,6%	567.040	55.416	10,9%	886.858	15,5%	5.724.085
Toscana	2.637.957	369.338	90,4%	229.338	12.009	7,3%	79.209	2,4%	3.327.851
Umbria	712.826	69.408	86,5%	99.725	12.103	12,4%	10.742	1,2%	904.804
Marche	1.142.544	160.583	82,6%	138.061	1.193	8,8%	134.992	8,6%	1.577.373
Lazio	4.292.331	778.280	79,1%	975.506	131.378	17,3%	232.717	3,6%	6.410.212
Abruzzo	987.629	117.972	83,9%	171.433	1.344	13,1%	40.168	3,0%	1.318.546
Molise	273.452	43.170	82,5%	49.056	4.214	13,9%	13.692	3,6%	383.584
Campania	3.518.450	1.029.262	84,7%	422.560	64.300	9,1%	335.151	6,2%	5.369.723
Puglia	3.028.705	223.668	88,7%	365.177	8.549	10,2%	39.577	1,1%	3.665.676
Basilicata	388.291	55.716	83,1%	83.531	3.722	16,3%	3.257	0,6%	534.517
Calabria	1.031.658	188.407	81,0%	217.468	15.257	15,4%	54.014	3,6%	1.506.804
Sicilia	3.248.169	321.547	85,8%	474.674	40.312	12,4%	76.112	1,8%	4.160.814
Sardegna	1.221.359	210.089	92,6%	56.842	11.216	4,4%	45.514	2,9%	1.545.020
ITALIA	43.829.193	5.712.227	80,7%	8.326.018	487.206	14,4%	3.012.029	4,9%	61.366.673

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 4.9 **Distribuzione dei dimessi in regime ordinario, per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2015)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

DH (non riportato in Figura), si nota una sostanziale stabilità della quota pubblica per quanto riguarda gli acuti (da 72,4% a 72,6% tra 2014 e 2015), a fronte di una importante riduzione del peso pubblico per la riabilitazione (da 48,0% a 44,2%). Per approfondimenti sulle attività degli erogatori privati accreditati si rimanda al capitolo 6 del presente Rapporto.

Un altro dato rilevante è la distribuzione dei dimessi per acuti in RO e DH tra DRG di tipo medico e di tipo chirurgico³⁴ (Tabella 4.10). A livello nazionale, il totale dei DRG medici supera quello dei DRG chirurgici (rispettivamente 4.645.556 e 3.822.301, ossia 54,9% contro 45,1%).

Osservando la distribuzione dei ricoveri per acuti dal 2013 al 2015 nella Tabella 4.10, si può notare una sostanziale stabilità della quota di ricoveri in regime ordinario con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO, con un lievissimo calo dal 58,0% del 2013 al 57,7% del 2015 (-154.130 dimissioni in termini assoluti). Anche l'attività chirurgica in RO mostra, nello stesso periodo, un decremento in termini assoluti (-82.829). Col tempo, si sono ridotte le regioni che registrano un'incidenza dei ricoveri chirurgici in regime ordinario sul totale minore del 36%, fissato come soglia minima dal Comitato ministeriale dei LEA: nel 2015 solo Sardegna (33,7%), Calabria (34,2%), Liguria (34,9%) e PA di Bolzano (35,6%) non hanno raggiunto lo standard nazionale, pur riportando un aumento dell'incidenza percentuale rispetto all'anno precedente. Nel DH,

³⁴ La percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato Ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012.

Tabella 4.10 **Dimissioni per regime di ricovero e tipo DRG. Ricoveri per acuti (2013- 2015)**

	2013		2014		2015	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Regime Ordinario						
DRG medico	3.848.834	58,0%	3.763.967	58,0%	3.694.704	57,7%
DRG chirurgico	2.786.159	42,0%	2.722.471	42,0%	2.703.330	42,3%
Totale RO	6.634.993	100,0%	6.486.438	100,0%	6.398.034	100,0%
Day Hospital						
DRG medico	1.142.011	48,7%	1.021.827	46,6%	950.852	45,9%
DRG chirurgico	1.203.247	51,3%	1.172.414	53,4%	1.118.971	54,1%
Totale DH	2.345.258	100,0%	2.194.241	100,0%	2.069.823	100,0%
Totale (RO+DH)	8.980.251		8.680.679		8.467.857	

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

invece, prevale l'attività di *day surgery* (54,1%, in crescita di 2,8 punti percentuali negli ultimi 3 anni e di 8,5 rispetto al 2010).

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera: il tasso di ospedalizzazione (TO).

Il tasso di ospedalizzazione esprime la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori regione³⁵. Tale indicatore permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura. L'art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012, poi confermato dal par. 3.1 del D.M. 70/2015, ha, tra l'altro, fissato un tasso di ospedalizzazione di riferimento di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti di cui il 25% erogati in DH.

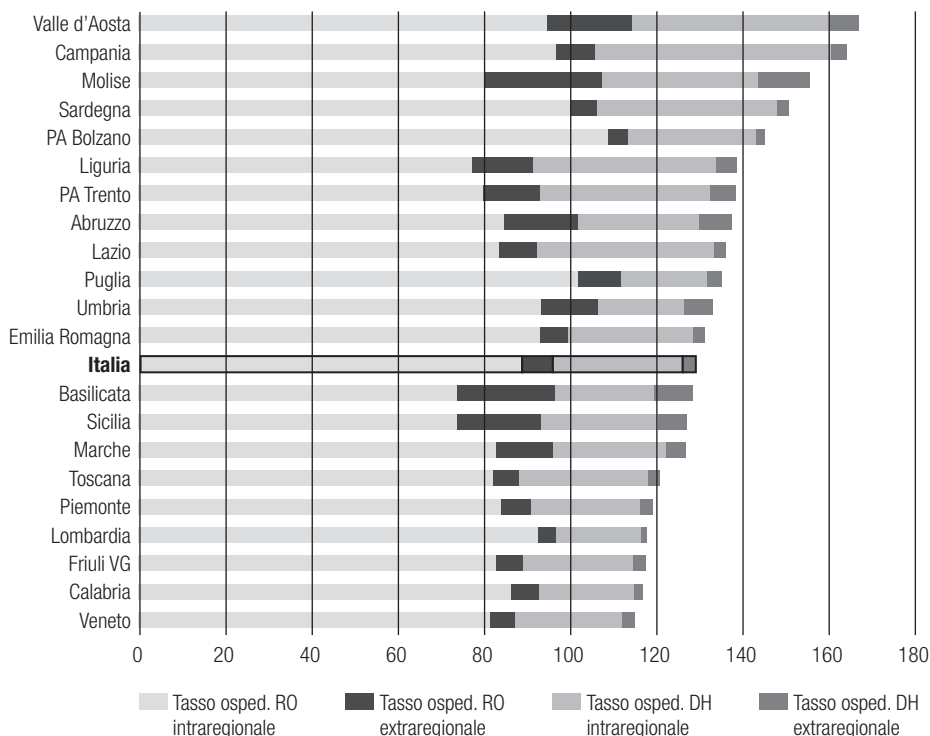
Dalla Figura 4.10 risulta un tasso standardizzato³⁶ per acuti in regime ordinario pari a 97,0 per 1.000 abitanti nel 2015, che rafforza ulteriormente un consolidato e significativo trend di riduzione dell'ospedalizzazione ormai in atto da alcuni anni (99,3 nel 2014; 103,9 nel 2013; 108 nel 2012). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 32,9 per 1.000 abitanti (da 35,0 nel 2014, 38,2 nel 2013 e 41,6 nel 2012). Il TO complessivo, dunque, risulta pari a 129,9 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto a 2014 (134,3) e 2013 (142,1).

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale (Figura 4.10): Valle d'Aosta (167,3‰), Campania (164,6‰) e Molise (156,1‰) fanno registrare tassi significativamente superiori alla media

³⁵ Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

³⁶ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse regioni.

Figura 4.10 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e regione (2015)**

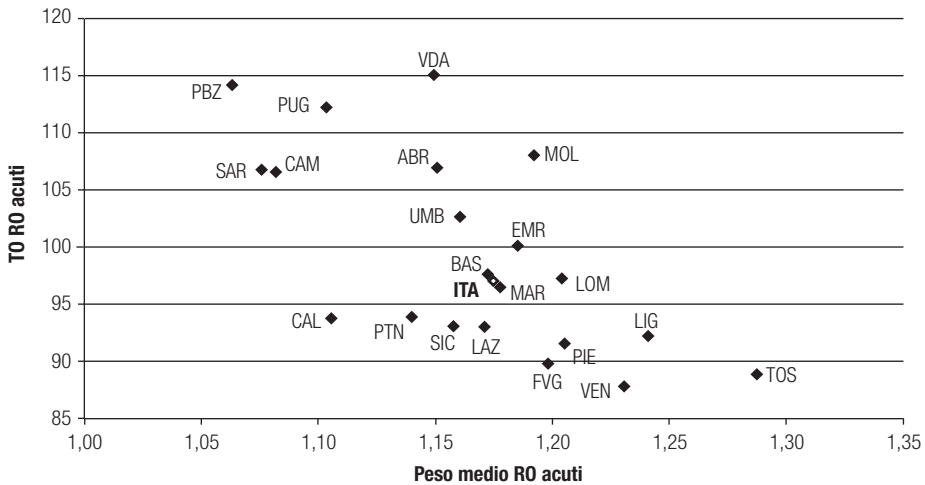


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

nazionale e, nei primi due casi, addirittura oltre lo standard nazionale fissato dal DM 70/2015; viceversa, Veneto (115,5‰), Calabria (117,6‰) e Friuli Venezia Giulia (118,0‰) registrano valori consistentemente inferiori alla media nazionale. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, seppur con valori in riduzione rispetto al 2014, sono Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Puglia a presentare i tassi più elevati (rispettivamente 114,9‰, 114,1‰ e 112,2‰); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, i valori più alti si registrano in Campania e Valle d'Aosta (rispettivamente, 58,2 e 52,5 ricoveri per 1.000 abitanti).

Lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità interregionale, che sfuggono alla classica dicotomia Nord-Sud. Le grandi regioni continentali del Centro-Sud evidenziano alti tassi di ospedalizzazione intra-regionali: si veda il dato della Campania (152,2‰) e, in misura minore, del Lazio (125,6‰) e della Puglia (122,7‰). Allo stesso tempo, evidentemente, esercitano una forte attrattiva anche sulle regioni limitrofe più piccole: il tasso di ospedalizzazione extra-regione, che fa registrare un dato a livello Paese pari a 11,0‰, raggiunge i valori più elevati in Molise (39,6‰) e Basilicata (32,0‰).

Figura 4.11 **Peso medio (*) dei RO acuti e relativo Tasso di Ospedalizzazione, per regione (2015)**



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

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

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

È possibile mettere in relazione il tasso di ospedalizzazione standardizzato dei RO acuti (intra-regione ed extra-regione), introdotto nella Figura 4.10, con una misura di complessità come il peso medio (PM)³⁷, pari a 1,17 nel 2015.

La Figura 4.11 mostra che le regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un TO inferiore alla media nazionale (pari a 97,0‰): si vedano i valori della Toscana (1,29; 88,6), della Liguria (1,24; 92,0), del Veneto

³⁷ Il peso medio (PM), o Indice di Case-Mix (ICM), esprime la complessità dei casi trattati rapportando il peso medio dei ricoveri effettuati dagli erogatori di una data regione con la complessità media della casistica standard (nazionale): indici superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard. I dati presentati in questa sede fanno riferimento al PM dei soli ricoveri per acuti in RO, ottenuto come rapporto tra la complessità dei ricoveri ordinari erogati in ogni regione e quella media di tutti gli ospedali nazionali.

(1,23; 87,7) e del Piemonte (1,21; 91,3). All'opposto, le regioni con PM minore registrano TO più elevati della media nazionale, con l'eccezione della Calabria (1,11; 93,6): si vedano i dati della PA di Bolzano (1,06; 114,1), Sardegna (1,08; 106,6), della Campania (1,08; 106,4) e della Puglia (1,10; 112,2).

Gli indicatori di inappropriata³⁸ organizzativa e clinica presentano forti differenziazioni tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. La Tabella 4.11 opera un confronto tra gli anni 1998 e 2015. Tra i più significativi indicatori di inappropriata organizzativa troviamo: (i) la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, (ii) la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico e (iii) la percentuale di ricoveri oltre-soglia con DRG medico in pazienti anziani³⁹. Un indicatore che esprime l'inappropriatezza clinica è, invece, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.

I dati in Tabella 4.11 evidenziano che:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico, oggi pari a 29,2 su scala nazionale, è notevolmente diminuita tra il 1998 e il 2015, con le riduzioni più rilevanti registrate in Basilicata (-31,1 punti percentuali) e Sicilia (-22,2). Il dato risulta più alto al Sud che al Centro-Nord, ma la distanza media si è sensibilmente ridotta (da 12,5 a 5,3 punti percentuali);
- ▶ la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è pari al 10,0% ed è diminuita lievemente (-2,8 punti percentuali) tra il 1998 e il 2015; su scala regionale, però, si evidenzia ancora una forte variabilità (differenza di 10,9 punti percentuali nel 2015 tra la regione con la percentuale più elevata – Campania, che rappresenta un outlier negativo con il 18,0% – e la regione con la percentuale più bassa – Veneto). Anche per questo indicatore, sono Basilicata (-7,8 punti percentuali) e Sicilia (-7,0) ad avere registrato i maggiori miglioramenti;
- ▶ tra le regioni, risulta altrettanto differenziata l'incidenza dei ricoveri per acuti in RO oltre valore soglia erogati per anziani (over 65): rispetto al 2006, l'indice è pressoché stabile (-0,3 punti percentuali). In questo indicatore, però, sono le regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Emilia Romagna, Toscana e Umbria), insieme al Molise, a registrare nel 2015 valori superiori al dato nazionale;

³⁸ Non si vuole, ovviamente, sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente inappropriati; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e sulle procedure terapeutiche.

³⁹ Altri indicatori di inappropriata organizzativa sono la degenza media preoperatoria, la percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni, la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (già trattato), la percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di in appropriatezza, la percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico. Il monitoraggio di questi indicatori, e di quelli riportati nel testo, è stato introdotto dal Patto per la salute Salute 2010-2012.

Tabella 4.11 **Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2015)**

Regione	% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici		% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico		% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni (1)		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (2)	
	1998	2015	1998	2015	2006	2015	1998	2015
Piemonte	38,6	22,8	9,1	9,6	7,7	5,7	26,9	28,1
Valle d'Aosta	50,7	34,0	14,0	12,1	9,2	3,8	21,5	28,3
Lombardia	38,4	27,9	11,3	9,0	4,9	5,2	23,3	27,3
PA Bolzano	44,3	40,0	16,3	9,5	4,9	3,5	17,3	23,8
PA Trento	42,1	36,4	11,1	7,7	8,4	5,0	22,5	23,3
Veneto	41,9	29,4	8,3	7,0	7,1	6,5	24,5	25,3
Friuli VG	36,1	26,0	11,0	10,3	6,5	5,3	19,0	22,9
Liguria	40,5	30,1	12,9	9,1	5,2	5,0	28,5	34,3
Emilia Romagna	34,5	22,8	15,7	9,3	3,7	3,1	29,3	26,6
Toscana	41,5	22,9	10,5	8,4	3,9	2,4	22,5	26,1
Umbria	47,3	28,6	18,1	12,5	3,1	3,3	25,5	29,0
Marche	40,2	23,4	8,2	8,3	5,0	5,2	33,2	34,7
Lazio	43,4	30,6	13,8	9,4	5,9	5,5	35,5	37,4
Abruzzo	51,1	29,3	9,9	8,1	3,3	4,2	33,5	36,9
Molise	48,9	34,2	8,9	8,9	4,7	4,9	33,5	42,8
Campania	53,4	33,3	19,9	18,0	2,9	3,1	48,0	61,1
Puglia	52,9	35,7	12,7	11,3	3,6	3,5	35,1	43,6
Basilicata	64,4	33,3	16,0	8,2	3,4	3,8	41,8	37,6
Calabria	56,4	38,4	13,0	10,0	3,4	3,4	34,2	36,3
Sicilia	54,4	32,2	14,5	7,5	2,6	3,1	36,6	43,5
Sardegna	50,1	36,9	12,5	12,7	5,2	3,6	26,0	39,3
ITALIA	44,9	29,2	12,8	10,0	4,6	4,3	31,4	35,4

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

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

Fonte: Elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento⁴⁰ diffuso su tutto il territorio (+4,0 punti percentuali). Nel 2015 il valore nazionale, pari a 35,4%, registra un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente (-0,5 punti percentuali), consolidando il trend di riduzione in atto a partire dal 2010 (38,2%; -2,8 punti percentuali). Tutte le regioni del Nord (a eccezione della Liguria) rispettano l'indicazione ministeriale (<30%). Le restanti

⁴⁰ La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti costituisce un indicatore utilizzato dal Comitato ministeriale dei Livelli Essenziali di Assistenza per il monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza dei LEA 2012. La percentuale a livello regionale è valutata soddisfacente dal Comitato LEA se corrisponde a un valore inferiore al 30% dei parti totali.

regioni, invece, fatta eccezione per Toscana e Umbria, si collocano tutte al di sopra dello standard ministeriale.

Sempre con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alle soglie di 500 e 1.000 parti/anno⁴¹ (Tabella 4.12). I PN si distribuiscono, per l'81,4%, in strutture pubbliche, anche se Campania e Lazio contano tra il 40 e il 45% di punti nascita gestiti da strutture private (accreditate e non). Rispetto al 2009, il numero di PN si è ridotto di 154 unità (-23,5%), con una diminuzione percentualmente superiore nel privato, accreditato e non (-29,6%), rispetto al pubblico (-21,5%). Nello stesso periodo, la quota complessiva di PN che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 8,9 punti percentuali, passando dal 63,3% al 72,2%. Nonostante il miglioramento a livello nazionale di tale indicatore, permangono delle importanti differenze interregionali, testimoniate dai valori significativamente al di sotto della media nazionale in Sardegna (36,8%), PA di Bolzano (57,1%), PA di Trento (33,3%), Umbria (40,0%) e Molise (33,3%). A completamento del quadro sinora presentato, l'ultima colonna della Tabella 4.12 riporta il numero di punti nascita ogni 1.000 parti registrati dal Piano Nazionale Esiti (PNE) con riferimento all'anno 2015: valori prossimi a 1,00 per 1.000 neonati indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN; valori inferiori a 1,00 segnalano un bacino d'utenza medio per PN superiore alle 1.000 unità; viceversa, valori al di sopra di 1,00 indicano, in media, una ridotta capacità dei PN della regione di raggiungere la soglia di casistica. A livello nazionale, rispetto al 2009, si osserva un importante miglioramento del valore dell'indice, che passa da 1,17 a 1,05 per 1.000 neonati. Tale miglioramento è dovuto perlopiù a due distinti fenomeni congiunti: da un lato, la graduale riduzione del numero di punti nascita (-154 unità; -23,5%); dall'altro, la riduzione, meno accentuata in termini percentuali, del numero di parti registrato nel Paese nei due anni osservati (-84.035 unità; -14,8%). Con specifico riferimento alle singole regioni, è possibile osservare una discreta variabilità interregionale, con valori che oscillano tra 1,73 punti nascita ogni 1.000 neonati

⁴¹ Tale valore viene indicato dall'OMS come il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché l'assistenza sia conforme a un adeguato standard di qualità e di sicurezza. La soglia è stata ripresa a livello nazionale dall'Accordo Stato-Regioni relativo alle «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», sancito il 16 dicembre 2010, e ribadito dal DM 70/2015. Esse hanno previsto la «razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno [...]», e hanno stabilito, inoltre, che «la possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate [...]».

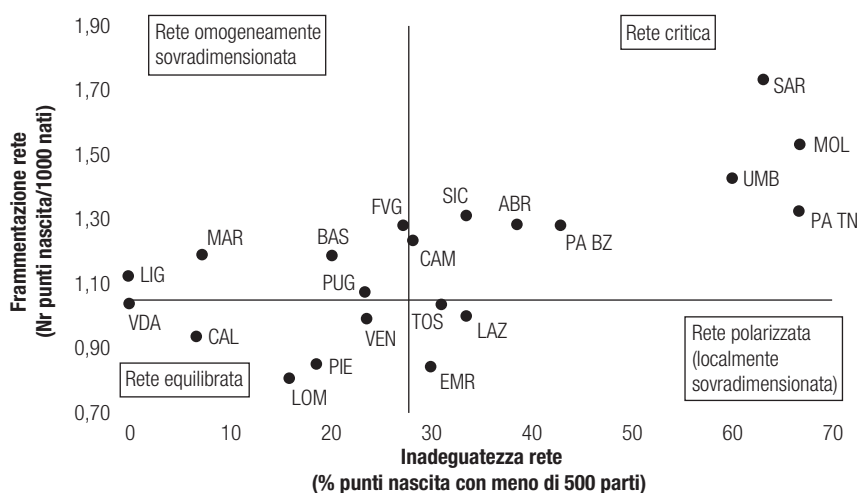
Tabella 4.12 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2015)**

Regione	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate	Strutture private non accreditate	TOTALE		
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	27	0	0	27	81,5	0,85
Valle d'Aosta	1	0	0	1	100,0	1,04
Lombardia	56	12	1	69	84,1	0,81
P.A. Bolzano	7	0	0	7	57,1	1,28
P.A. Trento	6	0	0	6	33,3	1,33
Veneto	35	3	0	38	76,3	0,99
Friuli VG	10	1	0	11	72,7	1,28
Liguria	9	2	0	11	100,0	1,12
Emilia Romagna	29	1	0	30	70,0	0,85
Toscana	28	0	1	29	69,0	1,03
Umbria	10	0	0	10	40,0	1,43
Marche	14	0	0	14	92,9	1,19
Lazio	29	14	5	48	66,7	1,00
Abruzzo	12	1	0	13	61,5	1,29
Molise	3	0	0	3	33,3	1,53
Campania	35	29	0	64	71,9	1,23
Puglia	27	7	0	34	76,5	1,08
Basilicata	5	0	0	5	80,0	1,19
Calabria	12	3	0	15	93,3	0,94
Sicilia	45	12	0	57	66,7	1,31
Sardegna	16	3	0	19	36,8	1,73
ITALIA 2015	416	88	7	511	72,2	1,05
ITALIA 2009	530	124	11	665	63,3	1,17
Delta% 09-15	-21,5%	-29,0%	-36,4%	-23,2%	/	/

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute, e PNE, AGENAS

registrato in Sardegna e lo 0,81 della Lombardia. Ragionevolmente, si registra un alto grado di coerenza con la percentuale di punti nascita con oltre 500 parti l'anno analizzato in precedenza (coefficiente di correlazione = $-0,71$): laddove la percentuale di punti nascita con oltre 500 parti l'anno è più elevata si tende a registrare un indice di PN ogni 1.000 neonati più contenuto e, quindi, un bacino d'utenza medio pari o superiore a 1.000 parti, che suggerisce una generale adeguatezza del numero di punti di offerta. Tuttavia, si registrano diverse eccezioni. Lazio, Toscana ed Emilia Romagna, a fronte di una percentuale di PN con almeno 500 parti l'anno inferiore a quella nazionale (66,7%, 69% e 70%), mostrano un indice di PN inferiore a quello italiano (1,00; 1,03; 0,85). Ciò evidenzia una polarizzazione interna alla rete regionale, con PN fortemente sottodimensionati abbinati a PN con ampi bacini di utenza («Rete polarizzata – localmente

Figura 4.12 **Caratteristiche delle singole reti regionali dei punti nascita: relazione tra frammentazione e inadeguatezza della rete**



Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, Ministero della Salute, e PNE, AGENAS

sovradimensionata»). All'opposto, abbiamo regioni (Marche, Basilicata, FVG, Puglia, Liguria – «Rete omogeneamente sovradimensionata») in cui il complessivo sovradimensionamento della rete in termini di PN si riflette in un sottodimensionamento generalizzato dei singoli bacini di utenza (Figura 4.12).

Strettamente collegate al tema dei punti nascita e delle soglie di casistica minime previste dal DM 70/2015, si presentano di seguito le prestazioni che lo stesso Decreto Ministeriale inserisce come «sentinella» per la verifica dei volumi di attività ritenuti idonei al raggiungimento di una *clinical competence* adeguata e alla definizione di criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera. Più in particolare, la Tabella 4.13 sintetizza le prestazioni indicate dal DM 70/2015, segnalando la specialità di appartenenza, il livello gerarchico in cui dovrebbero essere erogate e gli standard di casistica di riferimento.

Risulta quindi opportuno verificare il grado di allineamento della casistica di queste prestazioni rispetto alle soglie fissate a livello ministeriale. La Tabella 4.17 mostra lo scostamento, in positivo e negativo, tra la casistica media per stabilimento di erogazione osservata nella singola regione e lo standard di riferimento di ciascuna prestazione monitorata (dove 1,00 rappresenta il valore di riferimento). Se in linea generale si osserva un discreto livello di allineamento agli standard ministeriali, nello specifico è possibile evidenziare alcuni fenomeni:

- con riferimento agli interventi per frattura di femore, non sono presenti osservazioni regionali al di sotto dello standard, con valori dell'«indice di allineamento» che vanno da un massimo di 4,01 in Liguria a un minimo di 1,51

Tabella 4.13 **Le prestazioni da monitorare individuate dal DM 70/2015, specialità di appartenenza e standard di casistica previsto**

Specialità	Ospedali in cui la specialità è prevista	Prestazioni monitorate	Standard di casistica (attività)
Medicina interna	• Tutti	/	/
Chirurgia generale	• Ospedali di base • Spoke • Hub	• Colectomia laparoscopica • Ca tumore alla mammella	• 100 interventi annui per Struttura Complessa • 150 interventi annui per Struttura Complessa
Ortopedia	• Ospedali di base • Spoke • Hub	• Intervento per frattura di femore	• 75 interventi annui per Struttura (Complessa)
Ginecologia	• Spoke • Hub	• Maternità	• Soglie di cui all'Accordo Stato-Regioni 16/12/2010: 500-1.000 parti per Struttura (Complessa)
Cardiologia	• Spoke • Hub	• IMA	• 100 casi annui di primo ricovero per ospedale
Cardiochirurgia	• Hub	• By pass aorto-coronarico • PTCA (a metà)	• 200 interventi/anno per Struttura (Complessa) • 250 interventi/anno

Fonte: rielaborazioni OASI da DM 70/2015

nella PA di Bolzano. A livello nazionale, il valore è pari a 2,19 (mediamente 164 interventi per struttura di erogazione);

- ▶ similmente, si registrano valori dell'indice diffusamente superiore all'unità per gli interventi di colecistectomia laparoscopica (1,27 a livello nazionale, 127 interventi per struttura di erogazione), infarto miocardico (1,08; 108) e PTCA (1,38; 346). Si nota come PA di Bolzano (rispettivamente 0,87; 0,81; 0,43) e Molise (0,98; 0,62; 0,77) facciano registrare un valore medio inferiore all'unità per tutte e tre le prestazioni;
- ▶ emerge una importante eterogeneità interregionale per quanto concerne gli interventi per tumore alla mammella (valore nazionale dell'indice pari a 0,88, per 133 interventi per struttura) e, soprattutto, installazione di bypass (0,80; 160). Nel primo caso, si osserva come le regioni centro-meridionali presentino «indici di allineamento» inferiori a 1,00, con picchi negativi in Calabria (0,34), Molise (0,40) e Campania (0,49). Nel secondo caso, invece, emerge come soltanto tre regioni presentino un valore superiore all'unità (Friuli VG, 1,04; Calabria, 1,12; e Marche, 1,59), con valori particolarmente contenuti osservati in Umbria (0,34) e Basilicata (0,37).

Infine, il presente paragrafo si occupa di analizzare le attività di emergenza o urgenza in ambito ospedaliero. A dati 2015, si contano oltre 20 milioni di accessi al Pronto Soccorso (PS) a livello nazionale, in aumento rispetto al 2013 (+6,0%); di questi, praticamente la metà (49,4%) si registrano nelle regioni settentrionali, area del Paese in cui si trova il 46% degli stabilimenti dotati di

Tabella 4.14 **La casistica media di stabilimento in relazione allo standard di attività di riferimento (2015)**

Regione	Bypass	Femore	Mammella	Colecistectomia	IMA STEMI	PTCA
Piemonte	0,52	2,74	0,89	1,51	1,27	2,07
Valle d'Aosta	–	3,51	0,83	2,27	1,41	1,42
Lombardia	0,69	1,93	1,07	1,45	0,98	1,62
PA Bolzano	–	1,51	0,65	0,87	0,81	0,43
PA Trento	0,89	1,89	1,97	1,12	0,69	1,92
Veneto	0,96	2,32	0,89	1,54	0,89	1,00
Friuli Venezia Giulia	1,04	2,27	1,02	1,08	1,06	1,59
Liguria	0,80	4,01	1,11	1,56	1,25	0,98
Emilia Romagna	0,90	2,46	1,47	1,46	1,24	1,31
Toscana	0,68	2,89	1,11	1,57	1,13	1,11
Umbria	0,34	2,96	0,65	1,55	1,31	1,70
Marche	1,59	2,96	0,79	0,88	0,94	0,82
Lazio	0,88	2,13	0,77	1,23	1,12	1,55
Abruzzo	0,85	1,94	0,97	1,25	1,40	0,97
Molise	0,84	1,85	0,40	0,98	0,62	0,77
Campania	0,96	1,67	0,49	0,95	1,26	1,43
Puglia	0,89	2,12	0,85	1,46	1,06	1,46
Basilicata	0,37	2,25	0,91	1,43	0,99	2,14
Calabria	1,12	2,17	0,34	0,97	1,07	1,62
Sicilia	0,87	1,79	0,71	0,96	1,06	1,48
Sardegna	0,74	2,18	0,99	1,01	1,00	1,26
ITALIA	0,80	2,19	0,88	1,27	1,08	1,38

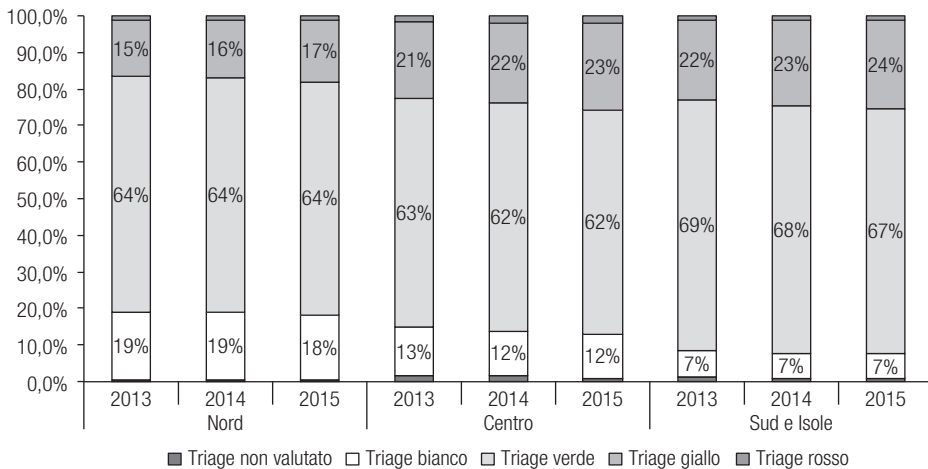
Note: gli standard di riferimento sono quelli indicati nella precedente Tabella 4.13. Un valore dell'indice pari a 1,00 indica un perfetto allineamento alla soglia di casistica relativa alla prestazione considerata; valori superiori all'unità indicano volumi di attività superiori allo standard ministeriale, mentre valori inferiori a 1,00 segnalano una media regionale per struttura non allineata ai valori individuati dal DM 70/2015.

Fonte: elaborazione OASI da PNE 2016, AGENAS

PS (cfr. capitolo 6 del presente Rapporto). Anche in termini relativi, si osserva un tasso di accesso ogni 1.000 abitanti superiore alla media nazionale (336,1 ogni 1.000 abitanti) nelle regioni del Nord e del Centro (rispettivamente 354,2 e 355,8 per 1.000 abitanti), mentre al Sud il tasso medio di ricorso al PS risulta più contenuto (301,4).

La Figura 4.13 mostra l'andamento degli accessi al PS tra 2013 e 2015, differenziati per triage e per macroarea geografica (Nord, Centro, Sud e Isole). La distribuzione della casistica per triage all'interno delle tre macroaree si mantiene piuttosto stabile, ma evidenzia nitide differenze: nelle regioni del Nord si osservano quote di accessi relativi per la casistica media (triage giallo) e per casistica potenzialmente inappropriata (triage bianco) che tendono ad uguagliarsi (rispettivamente 17% e 18% nel 2015). All'opposto, al Sud si osserva una maggiore incidenza percentuale di accessi in triage giallo (24% nel 2015), pari a 3,5 volte gli accessi in triage bianco (7%). Tale evidenza potrebbe ad esempio derivare (i) da

Figura 4.13 **Accessi al Pronto Soccorso per triage per macroarea geografica – 2013-2015**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2016, AGENAS

un utilizzo più appropriato del PS nelle regioni meridionali, testimoniato dalla ridotta percentuale di codici bianchi sul totale e dai più contenuti tassi di ricorso al PS per 1.000 abitanti in termini assoluti, (ii) da una possibile minore capacità di presa in carico e assistenza territoriale nelle regioni meridionali, con potenziali peggiori condizioni di salute nel momento in cui si verifica un evento acuto, (iii) da un generale peggiore stato di salute della popolazione dovuto a fattori endogeni, di rischio o a stili di vita e comportamento (per approfondimenti si veda il Capitolo 2 del presente Rapporto). Le interpretazioni proposte andrebbero comunque approfondite tenendo in considerazione i tassi di accesso ogni 1.000 abitanti.

4.4.2 Le attività territoriali

I dati di attività relativi all'assistenza territoriale sono tratti dalla rilevazione annuale del Ministero della Salute, che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO⁴²», che si è recentemente arricchito di informazioni riguardanti le prestazioni extra-ospedaliere. Di seguito si presentano e commentano le principali attività territoriali, quali la guardia medica, l'attività di specialistica ambulatoriale, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali.

Al fine di congiungere l'assistenza medica di base con l'emergenza-urgenza, le ASL hanno storicamente garantito ai cittadini la possibilità di rivolgersi al-

⁴² Al momento della redazione del volume, gli ultimi dati disponibili e presentati in questo paragrafo sono relativi all'anno 2013.

la guardia medica (medico di continuità assistenziale). Si tratta di un servizio totalmente gratuito per situazioni che rivestono carattere di emergenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi. La guardia medica può prescrivere soltanto i farmaci indicati per terapie d'urgenza; può altresì rilasciare certificati di malattia e proporre il ricovero ospedaliero. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Secondo i dati più recenti, relativi al 2013, in Italia sono presenti 2.890 punti di guardia medica, in lieve calo rispetto al 2008 (2.984; -3,2%). I punti di guardia medica sono distribuiti prevalentemente nelle regioni del Sud: il 48% è infatti concentrato nelle cinque principali regioni meridionali (nell'ordine: Sicilia, Calabria, Puglia, Sardegna e Campania). Inoltre, si contano 11.533 medici titolari, 19 ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i livelli di attività, vengono prescritti 307 ricoveri ogni 100.000 abitanti (in calo rispetto ai 336 del 2009 e ai 320 del 2012), mentre le visite effettuate, su scala nazionale, sono 16.881 per 100.000 abitanti, in lieve riduzione rispetto al valore osservato nel 2012 (17.176).

Con riferimento alle attività di specialistica ambulatoriale, nel 2013, sono state complessivamente erogate 1,340 miliardi di prestazioni appartenenti a questa categoria, in riduzione rispetto al 2009 (1,413 miliardi; -5,2%). La composizione di queste attività (Tabella 4.15) evidenzia l'estrema rilevanza assunta dalle prestazioni di laboratorio (75,8% del totale, con punte superiori all'80% in Umbria e Campania). Segue l'attività clinica, rappresentata in gran parte da visite specialistiche, con il 12,5% del totale (con valori massimi del 23,2% nella PA di Bolzano); l'attività riabilitativa e la diagnostica strumentale e per immagini raggiungono valori intorno al 4%. In termini intertemporali, invece, tutte le branche analizzate riportano diffusamente un calo tra 2009 e 2013 (dal -2,1% della diagnostica al -27,6% delle attività riabilitative), ad eccezione della radioterapia (+18,4% a livello nazionale) e dell'area chirurgica dell'attività clinica (+4,6%). In virtù del processo di deospedalizzazione in cui il Paese è inserito (cfr. par. 4.3.1 e 4.4.1), può in parte sorprendere la riduzione osservata nei volumi di attività delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che, in una logica di generale razionalizzazione, può essere altresì interpretata come espressione di maggiore appropriatezza in termini di contenimento di casistica appropriata.

Un altro importante segmento di attività territoriale è rappresentato dall'ADI, una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, che presentino una condizione di non autosufficienza. Gli interventi possono essere esclusivamente di tipo sociale oppure integrato sociosanitario. L'obiettivo dell'ADI è quello di consentire al paziente di rimanere il più a lun-

Tabella 4.15 **Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2009-2013)**

Regione	Laboratorio		Diagnostica per immagini – Medicina nucleare		Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica		Attività clinica – medicina		Attività clinica – chirurgia		Radioterapia		Medicina fisica e riabilitazione		Altro	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
Piemonte	72.697.742	72.846.720	141.722	130.484	4.919.169	4.250.075	11.482.657	10.994.746	2.439.408	4.064.437	530.541	527.935	6.944.916	4.193.972	5.487.427	2.410.454
Valle d'Aosta	2.448.925	2.510.090	5.818	2.530	156.916	155.323	351.275	302.495	84.886	88.367	2	12.350	201.332	165.384	236.584	239.432
Lombardia	183.270.702	182.612.070	314.752	303.616	10.461.395	11.055.471	20.676.814	21.866.925	8.865.257	10.722.984	829.150	779.293	8.222.056	8.057.575	8.271.561	6.351.778
Pa.Bolzano	5.579.232	5.877.983	5.079	9.613	534.715	496.715	1.383.388	1.182.181	1.069.104	1.130.283	25.580	23.226	695.759	594.845	497.610	657.948
Pa.Trento	10.161.656	10.745.905	11.842	13.065	609.123	609.592	980.125	902.455	660.422	700.984	32.780	40.023	473.520	484.298	226.687	228.635
Veneto	92.180.988	82.686.176	166.803	164.045	4.996.673	4.779.211	13.747.424	11.071.869	4.813.928	4.877.860	372.169	387.999	8.889.713	6.306.563	4.704.692	2.701.466
Friuli VG	20.261.182	20.071.005	30.684	31.323	895.658	996.779	1.732.400	1.901.493	806.805	854.090	103.194	133.207	667.998	780.916	1.149.400	1.684.835
Liguria	33.919.776	30.770.699	129.574	359.660	1.875.434	2.909.445	4.239.650	3.151.819	1.370.713	1.314.177	214.283	235.064	2.539.175	1.646.463	3.140.861	2.918.168
Emilia Romagna	86.404.078	72.493.621	92.328	92.232	5.344.251	4.255.648	5.236.535	6.685.666	2.535.659	3.521.859	387.048	467.362	2.085.805	2.254.245	7.648.429	1.739.627
Toscana	64.570.627	62.130.213	114.463	109.646	4.110.740	3.800.725	4.041.607	4.351.401	2.851.197	2.780.046	322.876	218.442	628.081	384.675	4.940.610	4.448.090
Umbria	13.576.514	17.533.133	18.164	21.812	890.591	1.010.486	1.293.501	1.108.941	653.852	620.191	90.742	78.376	446.284	373.689	731.463	1.139.160
Marche	31.301.916	30.321.573	52.922	51.882	1.879.604	1.590.077	3.384.376	3.151.804	1.560.894	1.236.937	143.439	167.660	1.517.961	1.397.057	1.704.390	1.510.450
Lazio	89.514.609	96.002.762	381.142	298.898	4.697.182	4.567.644	14.775.277	14.319.052	5.523.575	5.164.722	502.622	756.549	8.320.061	7.308.164	1.469.610	2.106.226
Abruzzo	23.837.982	19.572.740	174.636	23.604	1.401.935	1.039.484	2.325.824	1.744.536	1.082.294	878.659	70.120	42.042	1.173.135	890.010	1.665.352	1.291.585
Molise	6.508.188	7.482.653	11.814	25.779	328.944	424.615	806.123	791.564	264.406	383.494	104.460	155.308	365.888	259.527	333.204	73.371
Campania	91.155.078	86.029.199	270.584	239.061	5.100.407	5.560.837	14.057.019	6.863.680	3.457.167	3.052.018	199.658	406.875	9.743.997	2.389.669	3.617.643	2.803.865
Puglia	58.894.799	61.641.888	128.910	90.604	3.368.019	3.455.949	9.476.409	7.409.026	2.861.995	2.774.070	194.529	218.211	5.803.604	3.246.664	2.170.136	2.363.971
Basilicata	10.414.059	9.406.130	14.603	19.466	567.273	516.960	3.081.034	2.634.304	283.012	313.262	/	114.234	2.471.507	1.966.271	498.727	374.901
Calabria	34.849.704	38.260.414	52.724	39.500	1.761.676	1.626.139	4.039.846	3.540.537	1.379.795	1.219.133	57.683	83.822	2.368.132	1.969.685	1.229.081	1.511.142
Sicilia	84.854.261	82.057.067	243.984	327.586	3.908.469	3.867.890	8.728.416	8.066.685	5.254.076	4.343.394	309.187	380.985	3.567.798	3.626.473	3.298.076	2.408.205
Sardegna	27.608.297	25.193.687	56.908	72.168	1.554.469	1.430.930	4.555.634	4.164.530	1.318.490	1.335.525	32.972	126.068	2.638.129	2.216.223	1.147.730	977.931
Italia	1.044.000.315	1.016.245.728	2.439.456	2.426.574	59.362.663	58.419.945	130.355.329	116.106.108	49.136.735	51.376.492	4.523.035	5.355.031	69.764.851	50.502.553	54.169.273	39.941.240

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2013

Tabella 4.16 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2013)**

Regione	Casi trattati			Ore di assistenza erogata per caso trattato
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%) (età > 65)	
Piemonte	34.514	778	79,2	12,4
Valle d'Aosta	219	170	40,2	42,5
Lombardia	92.113	924	85,4	8,6
PA Bolzano	747	145	53,8	38,2
PA Trento	5.205	971	70,7	19,9
Veneto	69.866	1.418	83,1	9,2
Friuli VG	26.738	2.175	77,0	4,0
Liguria	18.644	1.171	79,0	17,9
Emilia Romagna	125.725	2.828	83,5	8,2
Toscana	105.461	2.812	90,1	2,1
Umbria	10.959	1.222	82,4	11,0
Marche	13.208	850	78,1	14,0
Lazio	64.652	1.101	85,9	9,0
Abruzzo	18.292	1.371	84,9	12,1
Molise	3.022	960	90,1	9,9
Campania	37.213	634	80,5	12,3
Puglia	23.096	565	79,0	17,6
Basilicata	9.083	1.570	83,4	15,9
Calabria	13.698	692	81,2	17,0
Sicilia	48.449	951	81,2	12,4
Sardegna	11.876	714	76,8	18,3
ITALIA 2013	732.780	1.206	83,5	9,4
ITALIA 2008	494.204	829	81,0	9,5
Delta % 08-13	48,3%	45,4%	/	/

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Attività economiche e gestionali delle ASL e delle AO 2013

go possibile all'interno del suo ambiente domestico, con un risparmio anche sul lato delle risorse ospedaliere.

Nel 2013, mediamente, sono stati trattati in ADI 1.206 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 4.16), ma la differenziazione a livello regionale (a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati, oltre che di una diversa configurazione dei sistemi sociosanitari regionali) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 145 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.828 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti: anziani nel 90,1% dei casi in Toscana e Molise e, solo, nel 40,2% dei casi in Valle d'Aosta;

- intensità di assistenza erogata, pari a 54 ore annue per caso trattato in Molise e 7 in Friuli Venezia Giulia, a fronte di un'intensità assistenziale media nazionale di 18 ore per caso trattato.

Rispetto al 2008, a livello nazionale, si rileva un importante aumento dei casi trattati sia in termini assoluti (+48,3%) che relativi (casi trattati ogni 100.000 abitanti: +45,4%), a fronte tuttavia di una riduzione del numero di ore dedicato a ciascun caso (da 22 a 18). Da registrare, inoltre, una sostanziale stabilità della casistica che fa riferimento a pazienti terminali (-0,1 punti percentuali).

Un'ulteriore componente del sistema di assistenza territoriale è costituita dalle strutture residenziali⁴³ e semiresidenziali. Tra le varie forme di assistenza, a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con 267.084 utenti a livello nazionale, 80,1% del totale, e una media di 224 giornate di assistenza per utente (fortemente differenziate a livello regionale, dalle 40 della Valle d'Aosta alle 338 della PA di Trento). Nelle strutture semiresidenziali prevale, invece, l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 34.456 utenti (pari al 41,8% del totale degli utenti afferenti alle strutture semiresidenziali) e richiede mediamente 72 giornate per caso trattato (con un *range* che va dalle 26 della Calabria alle 262 del Molise) (Tabella 4.17).

Infine, un aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi. Diabete, asma, influenza nell'anziano e patologie alcool-correlate sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero (a livello nazionale, rispettivamente: 13,7; 6,4; 7,6; 26,9 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate (Tabella 4.18). La PA di Bolzano mostra i valori più alti sia per diabete, con 30,2 ricoveri per 100.000 abitanti rispetto al 13,7 della media nazionale (seppure in sensibile riduzione rispetto al 2011, -12,1 punti percentuali), sia per patologie alcool correlate (105,0 e una media nazionale pari a 26,9). Per quanto riguarda l'influenza dell'anziano, si segnala una importante variazione negli ultimi due anni osservati, con un tasso di ospedalizzazione che a livello nazionale raggiunge nel 2015 un valore più che doppio rispetto a quello registrato nel 2014, passando da 3,6 a 7,6 ogni 100.000 abitanti. Nello specifico, i valori più elevati vengono fatti registrare dalla PA di Bolzano (39,7, a fronte di un valore di 9,3 nel 2014) e dalla Valle d'Aosta (17,3, a fronte di un valore di 17,3 nel 2014). Lombardia (9,5), Liguria (8,6) e Veneto (7,8) registrano il dato più alto

⁴³ Per una definizione di strutture residenziali e semi-residenziali si veda il § 4.3.

Tabella 4.17 Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali (2013)

Regione	Assistenza psichiatrica						Assistenza ai disabili psichici						Assistenza agli anziani						Assistenza ai disabili fisici						
	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Totale		
	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente		
Piemonte	3.207	53	2.082	276	329	1.529	154	1.383	275	429	820	120	27.392	227	347	677	164	777	275	439					
Valle d'Aosta	58	74	84	268	342			43	219				45	40	40			338	32						
Lombardia	6.880	80	6.100	220	300	248	180	674	342	522	10.059	132	81.350	253	385	5928	201	4.946	332	532					
PA.Bolzano	297	37	229	196	233			279	56				5.196	271	271			37	365	365					
PA.Trento	374	37	197	186	223	19	228	218	67	295	653	248	4.776	338	586	0	0	221	304						
Veneto	4.344	73	2.212	264	337	5.078	185	3.455	294	479	2.543	125	40.899	224	349	1471	190	900	196	386					
Friuli VG	2.091	43	1.618	79	122	34	182	0	0	182	547	86	11.173	226	312	56	9	8.490	32	41					
Liguria	1.132	62	1.180	281	343	146	196	130	275	471	878	110	13.346	156	266			577	51	51					
Emilia Romagna	2.513	76	4.660	117	193			22	237				5.452	121	26.705	203	324	4.220	180	2.516	303	482			
Toscana	2.411	83	1.338	226	309	926	136	931	292	428	2.013	128	17.373	221	349	495	167	988	126	293					
Umbria	540	85	610	230	314	395	121	109	340	461	495	99	3.465	179	278	407	121	157	139	260					
Marche	493	115	620	258	373	154	99	112	300	399	101	148	7.503	185	333	9	148	232	76	224					
Lazio	2.703	65	4.723	118	182	140	117	357	392	509	105	122	7.630	233	355	41	274	271	333	608					
Abruzzo	372	119	662	240	359			211	326				3.482	149	149			112	243	243					
Molise	65	262	177	287	550								52	222	222										
Campania	2.895	62	864	275	338	340	165	463	308	472	98	124	1.017	193	318	103	207	494	204	410					
Puglia	1.171	186	1.853	295	481	599	202	475	306	508	225	115	6.016	220	335	169	212	382	293	505					
Basilicata	53	156	338	279	435			139	98				444	104	104			15	169	169					
Calabria	526	26	390	276	302	4	49	441	335	384			2.903	219	219	16	12	894	86	99					
Sicilia	1.836	51	1.711	256	307	478	27	474	223	250	77	28	5.620	59	87			709	93	93					
Sardegna	505	44	491	247	290	67	152	389	158	310	45	102	697	202	304	9	139	859	82	221					
ITALIA	34.456	72	32.129	203	275	10.157	164	10.305	279	443	24.111	128	267.084	224	352	13.601	187	23.895	163	350					

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2013

Tabella 4.18 **Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2015)**

Regione	TO per diabete non controllato	TO per asma nell'adulto	TO per influenza nell'anziano	TO std per patologie correlate all'alcool	TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni)
Piemonte	6,1	4,8	3,9	21,6	800,6
Valle d'Aosta	2,8	-	17,3	98,1	1.296,9
Lombardia	17,9	9,5	8,4	25,6	1.121,0
PA Bolzano	30,2	6,6	39,7	105,0	1.353,0
PA Trento	16,1	3,0	9,0	29,4	1.145,6
Veneto	18,3	7,8	15,2	32,0	1.216,3
Friuli VG	12,0	3,7	2,6	39,4	1.120,4
Liguria	13,4	8,6	7,4	46,6	910,2
Emilia Romagna	23,9	6,5	15,2	31,6	1.215,8
Toscana	4,4	2,8	6,6	23,2	824,0
Umbria	16,8	9,9	16,4	26,5	1.208,5
Marche	8,1	4,5	4,9	29,1	1.084,1
Lazio	12,4	3,7	1,8	19,4	1.079,9
Abruzzo	11,7	3,8	4,0	31,0	1.483,9
Molise	12,3	4,1	2,7	29,4	1.294,0
Campania	10,6	9,1	3,2	22,3	1.291,7
Puglia	12,4	7,0	7,6	27,8	1.172,4
Basilicata	9,9	2,2	2,4	29,4	1.147,1
Calabria	8,8	6,6	8,8	26,4	989,0
Sicilia	11,9	4,4	2,7	13,6	1.153,3
Sardegna	22,3	5,8	13,6	47,9	944,3
ITALIA 2015	13,7	6,4	7,6	26,9	1.100,6
ITALIA 2014	14,6	7,5	3,6	29,0	1.161,7
ITALIA 2009	26,0	11,8	9,5	41,8	1.244,9
Delta% 09-15	-47,2%	-45,8%	-20,3%	-35,6%	-11,6%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

per l'asma. Al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.100,6 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con valori massimi in Abruzzo (1.483,9). Da notare, comunque, una diminuzione generalizzata delle ospedalizzazioni tra il 2009 e il 2015, dal minimo relativo dell'insufficienza cardiaca (-11,6%) al massimo del diabete (-47,2%).

4.4.3 Alcuni indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie

Lo stato di salute della popolazione è influenzato, oltre che dalle politiche sanitarie pregresse e dall'operato delle aziende, anche da molteplici fattori sociali e demografici. Su quest'ultimo punto si concentra il presente paragrafo, attraverso l'individuazione di alcuni indicatori in grado di integrare la rappresentazione dei livelli di efficacia (rapporto *output/outcome*) raggiunti dal SSN presentati nel Capitolo 2 del presente Rapporto.

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi a (Cantù, 2002):

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

Di seguito si presentano dati relativi ai primi due 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 nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali.

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

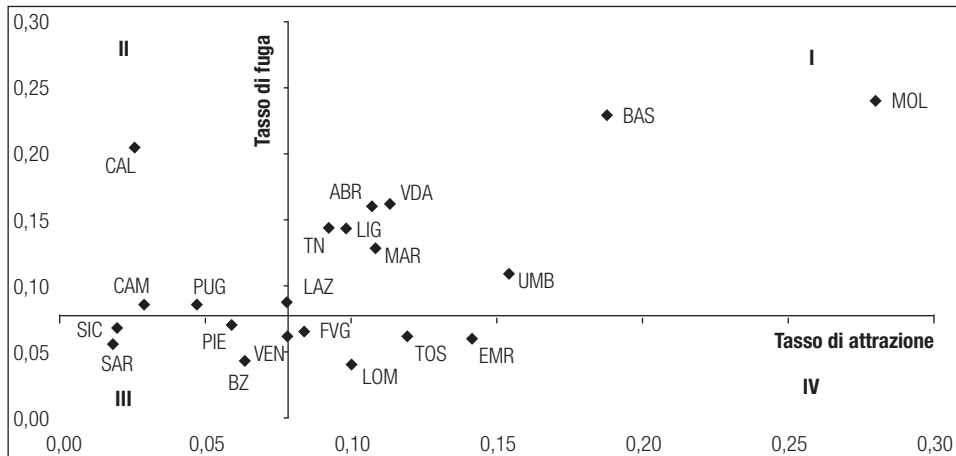
La Figura 4.14 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2015 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna regione due variabili:

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

In questo modo, è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le regioni come indicato nel Riquadro 4.2.

Nel periodo 2008-2015, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,38% dei ricoveri ordinari per acuti al 7,99% nel 2015. Tra il 2014 e il 2015, a livello regionale, non si registrano variazioni significative nei tassi di attrazione e fuga, con una variazione massima di 1,04 punti percentuali nell'incremento dell'indice di fuga registrato in Friuli Venezia Giulia (da 5,57% a 6,51%).

Figura 4.14 **Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2015)**



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

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

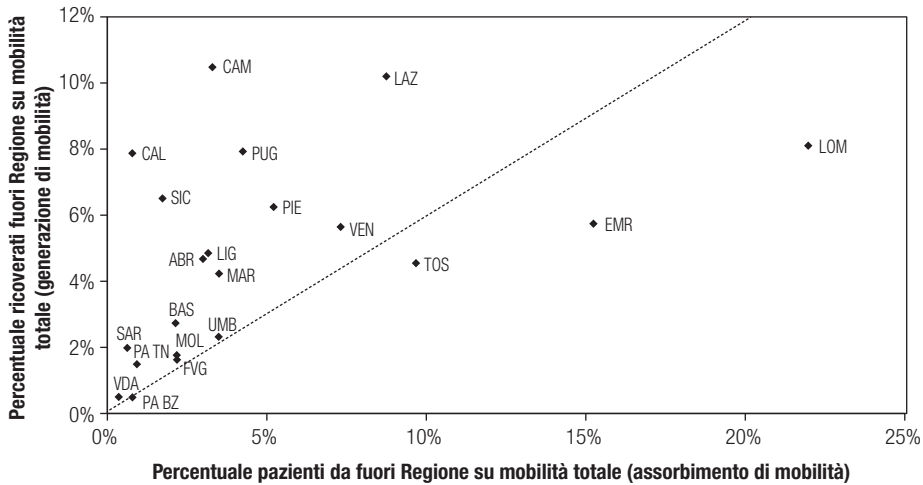
Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Riquadro 4.2 **Classificazione delle regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002)**

- Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. Allo stesso tempo, si tratta di regioni che riescono ad attrarre pazienti dalle zone confinanti per alcune specialità).
- Regioni «IN DEFICIT» (quadrante II) con elevata mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata e in uscita.
- Regioni «ATTRATTIVE» (quadrante IV) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).

Nella Figura 4.15 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

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

Figura 4.15 **Assorbimento (*) e generazione (**) della mobilità nelle regioni (2015)**

(*) Vengono inclusi solo i ricoveri ordinari acuti di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).
 (**) Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

- 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 4.14, gli indicatori utilizzati nella Figura 4.15 non scontano le dimensioni relative delle diverse regioni. Sono, quindi, meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione. Le regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo negativo, le altre positivo. In particolare:

- la Lombardia attrae il 21,9% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia Romagna (15,2%), Toscana (9,6%) e Lazio (8,7%);
- se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (10,5%), seguita da Lazio (10,2%), Lombardia (8,1%), Puglia e Calabria (entrambe 7,9%).

Per il forte impatto che riveste sia sull'organizzazione del SSN sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA, par-

Tabella 4.19 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010-2015)**

Regime Ordinario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ gg 2010-15	Δ % 2010-15
Tumore alla mammella	22,7	22,6	23,2	25,0	24,7	26,0	3,3	14,5%
Tumore alla prostata	40,2	43,3	42,6	42,5	45,1	47,5	7,3	18,2%
Tumore al colon retto	20,5	21,3	21,4	21,5	21,5	22,8	2,3	11,2%
Tumore all'utero	21,5	23,2	23,6	23,2	23,4	24,3	2,8	13,0%
Bypass coronarico	23,2	27,2	25,8	22,9	22,7	22,1	-1,1	-4,7%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	27,9	24,8	19,4	19,8	21,3	0,7	3,4%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,1	39,6	38,8	40,3	40,7	-1,3	-3,1%
Protesi d'anca	83,3	77,9	79,7	77,2	77,8	79,3	-4,0	-4,8%
Tumore al polmone	19,6	18,4	20,2	20,9	23,1	24,3	4,7	24,0%
Tonsillectomia	76,4	81,6	84,8	90,5	91,6	92,1	15,7	20,5%

Regime Diurno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ gg 2012-15	Δ % 2012-15
Chemioterapia	-	-	22,2	18,1	11,7	11,3	-10,9	-49,1%
Coronarografia	-	-	29,3	31,5	28,5	28,7	-0,6	-2,0%
Biopsia percutanea del fegato	-	-	18,6	17,3	15,7	15,1	-3,5	-18,8%
Emorroidectomia	-	-	51,6	55,6	53,0	50,5	-1,1	-2,1%
Interventi per ernia inguinale	-	-	59,7	61,0	62,9	64,0	4,3	7,2%

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

icolare attenzione viene dedicata al tema delle liste di attesa. A tal fine, il 28 ottobre 2010 è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012 e, più recentemente, è stato approvato il PNGLA per il triennio 2016-2018, con l'obiettivo di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Tali Piani hanno individuato determinate procedure con le quali misurare il tempo di attesa, ossia l'attesa media tra la data di prenotazione di una procedura e la data di ammissione nella struttura.

Le procedure individuate dai PNGLA sono riportate all'interno della Tabella 4.19 insieme ai relativi tempi d'attesa (disponibili per le prestazioni in RO per il periodo 2010-2015, per quelle in DH per il 2012-2015). Naturalmente, bisogna considerare che il dato nazionale nasconde significative differenziazioni tra regioni, aziende e stabilimenti ospedalieri.

A livello nazionale, emerge la capacità di rispondere in tempi brevi alle condizioni più gravi, mostrando tempi di attesa più lunghi per gli interventi che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente. Tuttavia, diverse prestazioni urgenti, come tutti i trattamenti chirurgici dei tumori, hanno registrato negli ultimi sei anni disponibili un aumento delle giornate d'attesa compreso tra 2,3 (colon-retto) e 7,3 (prostata). Il trend è parzialmente compensato da una riduzione dei tempi di avvio dei cicli chemioterapici in DH registrata nel periodo 2012-2015, praticamente dimezzatisi e pari a -10,9 giorni. Interventi me-

no critici come la tonsillectomia evidenziano gli incrementi più marcati (+15,7 giornate nel 2010-2015). Le prestazioni relative all'area cardiovascolare (con l'eccezione della coronografia) e ortopedica (protesi d'anca) mostrano invece delle riduzioni.

4.5 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

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

Un'analisi approfondita di tutte le variabili che incidono sul bisogno e sulla domanda di salute esula dagli obiettivi del presente capitolo. Di seguito, si discutono solo alcuni indicatori utili per delineare il quadro demografico, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner, 1998; Herwartz e Theilen, 2003; Spillman e Lubitz, 2000). Il presente paragrafo riprende pertanto alcune riflessioni svolte nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI e nel Capitolo 2 del presente Rapporto, con alcune significative puntualizzazioni.

L'analisi delle principali variabili demografiche a livello nazionale offre un quadro sostanzialmente consolidato con alcune tendenze evidenti nel corso degli ultimi anni: il costante invecchiamento della popolazione, la bassa natalità, la stabilizzazione della popolazione nonostante i fenomeni migratori.

La Tabella 4.20 sintetizza alcune variabili demografiche nel periodo 2010-2016 e permette di evidenziare:

- ▶ la costante discesa del tasso di natalità (dal 9,5 del 2010 al 7,8 per 1.000 abitanti del 2016);
- ▶ la stabilizzazione nel 2016 del tasso di mortalità attorno al 10 per mille, dopo il picco del 2015 quando si ebbero 647.571 decessi rispetto ai 598.364 del 2014 e ai 615.261 del 2016. In effetti, il 2015 è considerato da questo punto di vista un anno abbastanza anomalo anche a livello europeo a causa degli effetti di

Tabella 4.20 **Indicatori demografici (2010-2016)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasso di natalità (per mille ab.)	9,5	9,2	9,0	8,5	8,3	8,0	7,8
Tasso di mortalità (per mille ab.)	9,9	10,0	10,3	10,0	9,8	10,7	10,0
Tasso di nuzialità (per mille ab.)	3,7	3,4	3,5	3,2	3,1	3,2	3,3
Numero medio di figli per donna	1,46	1,44	1,42	1,39	1,37	1,35	1,34
Età media madre al parto	31,3	31,4	31,4	31,5	31,6	31,6	31,7

Fonte: ISTAT, 2016

fattori congiunturali legati, come osserva ISTAT (2016), a fenomeni epidemiologici particolari e a condizioni climatiche atipiche⁴⁴;

- ▶ il calo del tasso di nuzialità, parzialmente compensato da una ripresa a partire dal 2015;
- ▶ l'aumento dell'età media delle madri al momento del parto e il calo del numero medio di figli per donna.

A livello nazionale, nel 2016 è ripresa la crescita tendenziale della speranza di vita, sia alla nascita, sia a 65 anni, dopo la lieve riduzione registrata nell'anno precedente. Permane la significativa differenza fra le aspettative di vita alla nascita tra generi, anche se tende lievemente a diminuire: da 5 anni nel 2010 a 4,5 nel 2016 a favore del genere femminile (Tabella 4.21). Le differenze regionali nella speranza di vita sono relativamente contenute, con il valore massimo della PA di Trento (83,5 anni) e il minimo della Sicilia (81,3). Tuttavia, l'aspettativa di vita nelle regioni meridionali rimane ancora mediamente di oltre un anno inferiore rispetto a quella delle regioni del Nord. L'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana», con riferimento a dati relativi al 2015, aggiunge ulteriori elementi di riflessione a questo riguardo, riportando anche la speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni. Le differenze tra Nord e Sud diventano più marcate quando si considerano queste due variabili (Tabella 4.22): gli abitanti delle regioni del Nord Italia si aspettano alla nascita di vivere in buona salute 3,6 anni in più rispetto ai residenti del Mezzogiorno e quasi 3 anni in più senza limitazioni nelle attività quotidiane a partire dai 65 anni di età. Rispetto ai dati 2013 pubblicati nel Rapporto OASI 2016, si segnala l'aumento nella speranza di vita senza limitazioni a 65 anni pari a 6 mesi a livello nazionale e omogeneo in tutte le macroaree territoriali.

Tabella 4.21 **Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per sesso (2010-2016)**

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Maschi	speranza di vita alla nascita	79,3	79,5	79,6	79,8	80,3	80,1	80,6
	speranza di vita a 65 anni	18,2	18,3	18,3	18,6	18,9	18,7	19,1
Femmine	speranza di vita alla nascita	84,3	84,4	84,4	84,6	85	84,7	85,1
	speranza di vita a 65 anni	21,7	21,8	21,8	22	22,3	22	22,4

Fonte: ISTAT, 2016

Al di là di ogni valutazione sull'accesso e l'efficacia dei servizi sanitari regionali, risultano sempre più importanti e riconosciuti gli impatti sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari delle variabili legate agli stili di vita e alla qualità dell'alimentazione e, più in generale, delle variabili considerate *determinanti*

⁴⁴ Cfr. ISTAT, BES 2016, pag. 31.

Tabella 4.22 **Speranza di vita e di vita in buona salute alla nascita, speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni, per area geografica (2015)**

	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Nord	82,7	59,6	10,8
Centro	82,6	58,8	10,1
Mezzogiorno	81,6	56	7,9
Italia	82,3	58,3	9,7

Fonte: Rapporto BES Istat 2016

non mediche della salute, trattate nel Capitolo 2 del presente Rapporto, cui si rimanda per approfondimenti.

Al riguardo, elementi di riflessione sullo stato di salute della popolazione possono essere ricavati dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviato nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione⁴⁵. Per quanto riguarda aspetti della vita importanti in termini di salute come l'attività fisica, gli ultimi dati disponibili dal sistema di monitoraggio PASSI confermano quanto osservato nel Capitolo 2 del presente Rapporto, sottolineando inoltre che *«la sedentarietà è associata all'avanzare dell'età (sebbene fra i più giovani – 18-34enni – la quota di sedentari raggiunga comunque quote poco inferiori al 30%), al genere femminile, a uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è molto chiaro e a sfavore del Sud Italia in cui la quota di sedentari è più elevata (eccezion fatta per Molise e Sardegna). Anzi, nel tempo, la quota di sedentari aumenta in particolare fra i residenti nelle regioni meridionali»*⁴⁶.

Sempre facendo riferimento ai dati PASSI 2012-2015, risulta che, in Italia, 8 donne su 10 in età fra 25 e 64 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test), all'interno di programmi organizzati o

⁴⁵ Passi è un sistema di sorveglianza gestito dalle ASL, che lo portano avanti in ogni fase, dalla rilevazione all'utilizzo dei risultati, giovandosi del supporto e dell'assistenza di un coordinamento centrale, che assicura la messa a punto e diffusione di procedure standardizzate di rilevazione (il piano di campionamento, il questionario standardizzato per la raccolta delle informazioni, strumenti di monitoraggio della qualità dei dati raccolti e delle performance nella rilevazione delle singole aziende) e di strumenti di analisi dei dati (per l'analisi dei dati aziendali e regionali), e assicura la comunicazione dei risultati (per esempio con la diffusione sul sito web dei principali risultati a livello nazionale e regionale).

⁴⁶ Cfr. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp>

per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Inoltre, 7 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali (che suggeriscono alle donne di questa classe di età di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno).

La copertura dello screening mammografico non è uniforme sul territorio nazionale con una adesione molto inferiore nelle regioni meridionali, dove solo la metà della popolazione target femminile si sottopone a mammografia a scopo preventivo.

Queste differenze territoriali si riscontrano anche relativamente all'adesione delle donne target allo screening per neoplasia cervicale, dove al dato medio italiano del 79,2% si contrappongono valori che sfiorano il 90% nel Centro e nel Nord e valori al di sotto del 50% in Calabria e Campania.

Un'altra utile prospettiva di valutazione delle determinanti della domanda di servizi sanitari è rappresentata dall'analisi dei dati sulla prevalenza delle patologie croniche. Secondo i dati rilevati dall'ISTAT, le malattie croniche con maggiore prevalenza sono: l'artrosi/artrite (16,4%), l'ipertensione (16,7%), le malattie allergiche (10,0%), la bronchite cronica e asma bronchiale (5,9%), il diabete (5,4%).

Nel 2016, il 70,1% della popolazione dichiara di essere in buona salute, mentre il 39,1% presenta una malattia cronica e il 20,7% almeno due. Ovviamente le patologie croniche sono caratteristiche delle età più avanzate e due terzi degli anziani ultra settantacinquenni dichiarano di soffrire di più di una malattia cronica. Tuttavia è da segnalare che la prevalenza di patologie croniche caratterizza anche le età intermedie con una significativa discesa delle persone in buona salute tra i 55 e i 59 anni e il parallelo dato del 53% di cronici in questa classe di età (Tabella 4.23).

Fra le persone più giovani sono relativamente presenti cronicità a carico del sistema respiratorio e relative a malattie allergiche. Fra le persone anziane (specialmente a partire dai 65 anni) sono prevalenti le patologie del sistema muscolo-scheletrico e del sistema circolatorio, cui si accompagna un'alta percentuale di persone affetta da disturbi al sistema nervoso in età avanzata (soprattutto a partire dai 75 anni) (Tabella 4.24).

La Tabella 4.25 mostra inoltre come non si rilevino significative differenze territoriali nella distribuzione di condizioni legate a una o più patologie croniche nel Paese: da un lato, le regioni meridionali (37,5) fanno registrare percentuali di individui con almeno una malattia cronica inferiori alla media nazionale (39,1) e, più marcatamente, alle regioni settentrionali (40,3); dall'altro, le regioni del Nord (20,2) fanno segnare un valore più modesto della media nazionale

Tabella 4.23 **Percentuale di persone per condizioni di salute e presenza di alcune malattie croniche (2016)**

Classe di età	% di persone per condizioni di salute e presenza di alcune malattie croniche		
	in buona salute	con almeno una malattia cronica	con almeno due malattie croniche
0-14 anni	95,9	8,5	1,6
15-17 anni	93,2	15,5	3,2
18-19 anni	91,3	15,8	2,8
20-24 anni	89,7	19,2	3,7
25-34 anni	88,4	18,2	4,4
35-44 anni	81,6	23,6	6,6
45-54 anni	71,4	38,0	15,3
55-59 anni	62,3	53,0	25,4
60-64 anni	54,0	60,9	33,9
65-74 anni	42,6	74,1	47,2
75 anni e più	24,0	85,3	66,7
Totale	70,1	39,1	20,7

Fonte: ISTAT, 2017

Tabella 4.24 **Percentuale di persone con specifiche malattie croniche, per classe d'età (2016)**

Classe di età	% di persone con malattie croniche										
	cronici in buona salute	affetti da diabete	affetti da ipertensione	affetti da bronchite cronica	affetti da artrosi, artrite	affetti da osteoporosi	affetti da malattie del cuore	affetti da malattie allergiche	affetti da disturbi del sistema nervoso	affetti da ulcera gastrica o duodenale	
0-14 anni	81,9	0,3	0,0	2,1	0,2	0,0	0,4	6,8	0,6	0,0	
15-17 anni	81,5	0,7	0,0	4,1	0,5	0,4	0,7	11,7	1,9	0,4	
18-19 anni	78,4	0,5	0,0	2,5	0,1	0,1	0,1	13,4	2,2	0,4	
20-24 anni	78,4	0,5	0,8	2,8	0,5	0,5	0,8	14,5	3,1	0,7	
25-34 anni	71,5	0,7	1,3	2,9	1,3	0,4	0,3	12,2	2,6	1,2	
35-44 anni	61,2	1,1	3,8	3,2	3,7	0,6	0,7	11,9	2,7	1,4	
45-54 anni	51,3	2,8	13,7	4,1	11,4	3,2	2,0	12,3	4,3	2,5	
55-59 anni	46,8	5,9	25,0	5,9	20,1	7,8	2,9	12,5	5,7	3,6	
60-64 anni	39,2	8,7	32,5	6,9	26,9	12,1	5,4	9,7	5,7	4,7	
65-74 anni	33,4	13,4	44,7	9,7	37,6	18,8	9,3	9,4	7,0	4,7	
75 anni e +	18,8	19,5	54,1	16,9	56,4	32,8	16,6	8,6	12,2	5,4	
Totale	42,3	5,3	17,4	5,8	15,9	7,6	3,9	10,7	4,5	2,4	

Fonte: ISTAT, 2017

Tabella 4.25 **Percentuali di persone per condizioni di salute e presenza di patologie croniche, per area geografica (2016)**

Territorio	in buona salute	con almeno una malattia cronica	con almeno due malattie croniche	cronici in buona salute
Nord	71,5	40,3	20,2	46,9
Centro	68,7	39,3	20,6	41,2
Sud e Isole	69,0	37,5	21,3	36,6
Italia	70,1	39,1	20,7	42,3

Fonte: ISTAT, 2017

(20,7) per quanto concerne la percentuale di individui con almeno due patologie croniche. Rileva tuttavia sottolineare la non trascurabile differenza tra le tre macroaree geografiche in merito alle percentuali di pazienti cronici che godono di buona salute: nelle regioni settentrionali si registrano i valori più elevati, pari a 46,9 punti percentuali, mentre Centro (41,2) e Sud e Isole (36,6) fanno registrare valori inferiori alla media nazionale (42,3).

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

Da questo punto di vista scelte di *policy* che potenzino capitoli come la prevenzione, l'educazione alimentare, la diffusione di stili di vita corretti e salutistici e che migliorino nel contempo l'accesso ai servizi da parte della popolazione meno istruita e in condizioni economiche e sociali meno favorevoli risultano scelte obbligate per tutti i servizi sanitari regionali.

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

Box 4.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 15/07/17

PIEMONTE

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

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

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

2017: Istituzione della nuova ASL Città di Torino per effetto della fusione di ASL TO1 e ASL TO2.

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 un presidio ospedaliero (Esine).

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

PA BOLZANO

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

VENETO

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

2017: Riassetto del SSR: riduzione del numero di ULSS da 21 a 9 e istituzione dell'Azienda Zero (LR 19/2016).

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

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

LIGURIA

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

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

EMILIA ROMAGNA

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

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

2017: Nascita della nuova Azienda Usl di Reggio Emilia a seguito della fusione dell'AUSL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera «Arcispedale Santa Maria Nuova».

MARCHE

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

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

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

UMBRIA

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

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

LAZIO

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

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

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

ABRUZZO

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

MOLISE

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

CAMPANIA

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

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

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

PUGLIA

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

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

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

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

BASILICATA

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

CALABRIA

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

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

SICILIA

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

SARDEGNA

2017: Riassetto del SSR: costituzione dell'ASL unica, ribattezzata ATS – Azienda per la Tutela della Salute (LR 17/2016).

Box 4.2 **Assetti istituzionali per l'accentramento dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e di altre funzioni amministrative (2002-2017)**

VALLE D'AOSTA

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

PIEMONTE

(i) Creazione di aree interaziendali di coordinamento, a cui afferiscono le aziende sanitarie per la gestione dei magazzini, la logistica, la gestione delle reti informative e dei centri di prenotazione (LR 20/2013)

e DGR 43-6861/13). Le funzioni di centrale di committenza regionale restano attribuite alla Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A.

LOMBARDIA

- (i) Creazione della Centrale Regionale Acquisti per il monitoraggio delle dinamiche di domanda/offerta di beni/servizi, la gestione diretta centralizzata degli acquisti e l'affiancamento degli enti nell'accesso alla piattaforma SINTEL per la gestione autonoma delle gare telematiche (LR 33/2007). Il 01/10/2012 la Centrale Regionale Acquisti è trasformata in Azienda Regionale (ARCA Lombardia). Con LR 24/2014 l'ARCA è stata designata soggetto aggregatore regionale e le viene affidato il coordinamento delle procedure aggregate.
- (ii) Definizione di cinque Aree Vaste senza personalità giuridica, unioni formalizzate a livello provinciale e/o macro aree, dette «Consorzi», per procedere agli acquisti in forma aggregata (LR 11/2011).
- (iii) DGR n. 6164 del 30/01/2017 «Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. determinazioni in attuazione dell'art. 9 della LR n. 23/2015».
- (iv) DGR n. X/6551 del 4/5/2017 «Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della LR n. 33/2009».

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

- (i) Istituzione di quattro Comprensori Sanitari, coincidenti con il territorio delle sopresse ASL, dotati di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria (LP n. 9 del 02/10/2006).
- (ii) L.P. 3 del 21.3.2017 «Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale».
- (iii) L.P. 4 del 21.4.2017 «Modifiche di leggi provinciali in materia di salute»
- (iv) Nuova rimodulazione della struttura organizzativa dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.
- (v) È stato nominato un nuovo direttore generale (proveniente da fuori provincia), nominato dal giugno 2015 al giugno 2020.
- (vi) È stato ridotto il numero degli ospedali (da 7 a 4, di cui 3 ospedali con due sedi), da attuare a partire dall'entrata in vigore della L.P. 3/2017.
- (vii) Sono stati chiusi due punti nascita su 7, l'ultimo a ottobre 2016. Il primo a marzo 2015.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

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

VENETO

- (i) Istituzione di una Centrale di Committenza per la Sanità della Regione del Veneto (Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR – CRAV, oggi individuata anche Soggetto Aggregatore. La Crav (Centrale Regionale Acquisti del Veneto) – istituita con DGR n. 2926/2014 – espleta procedure di gara in base a un programma biennale approvato dalla Giunta regionale e opera già da tempo con categorie merceologiche e volumi di attività in annuale aumento. La Centrale di Committenza – istituita con DGR n. 4206/2008 – è anche soggetto Aggregatore in base alla normativa nazionale sui Soggetti Aggregatori (D.L. n. 66/2014 convertito, con modificazioni, con L. n. 89/2014).
- (ii) Istituzione con DGR n. 567/2015, confermata con DGRV 2174/2016, di cinque Uffici centrali per la gestione dei sinistri da malpractice (Aree PD/RO, VR, VI, BL/TV, VE).
- (iii) Istituzione con DGR n. 1820/2012 del Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) per il controllo della spesa sanitaria in materia di farmaci.
- (iv) Istituzione con DGR n. 758/2011 del Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea (CRemPE) per la gestione delle progettualità finanziate dalla UE.

- (v) Istituzione, con DGR n. 4871/1999, e riorganizzazione, con DGR n. 2530/2013 del Sistema Epidemiologico Regionale (SER) che comprende con finalità di analisi epidemiologica, gestione informativa relativa a determinate patologie, studio, ricerca e monitoraggio, i Registri di Patologia ad esso afferenti (istituiti con L.R. 11/2010, art. 18).
- (vi) Istituzione con DGR n. 136/2016 del Coordinamento Regionale Health Technology Assessment (CReHTA), a supporto dei processi di programmazione sanitaria regionale. A seguito della DGR n. 733/2017 le funzioni di HTA del CRUF saranno coordinate dalla UOC HTA di Azienda Zero.
- (vii) Istituzione del Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente DGR n. 4445/2006, DGR n. 1138/2015 e DGR n. 539/2016, il quale è organizzato su 4 ambiti di intervento su:
 1. monitoraggio dei controlli sanitari;
 2. appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
 3. liste di attesa e mobilità sanitaria;;
 4. rischio clinico e sicurezza del paziente;
- (viii) Con l'adozione dei provvedimenti attuativi della L.R. n. 19/2016, tuttavia le funzioni attualmente svolte dal Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente saranno concentrate nelle seguenti 3 Unità Operative Complesse (UOC):
 1. UOC Rischio Clinico;
 2. UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie;
 3. UOC Ispezioni sanitarie e sociosanitarie.

FRIULI VENEZIA GIULIA

- (i) Istituzione di tre Aree vaste: Giuliano – Isontina, Udinese, Pordenonese. Per ognuna di queste, almeno formalmente, sono state istituite le Conferenze di area vasta quali «sedi di programmazione coordinata della risposta alla domanda appropriata delle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico che insistono nella stessa area». (PSSR 2006-08).
- (ii) Ente per la gestione accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS), istituito a seguito della LR 17/2014 con DGR 2667 dd. 30.12.2014 e approvato con DPR 0264/Pres. del 31.12.2014. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione.
- (iii) Dal 1° maggio 2016 è cambiato, diventando definitivo, l'assetto degli enti del Servizio Sanitario Regionale con la DGR n. 679 dd. 22.4.2016 recante all'oggetto «LR 17/2014: avvio delle Aziende sanitarie universitarie integrate di Trieste e di Udine ai sensi dell'art. 4, comma 2, e atti conseguenti ai sensi dell'art. 10, comma 6», cui è stata data attuazione con decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.4.2016 che ha preso atto:
 - dell'incorporazione, a decorrere dal 1° maggio 2016, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali riuniti» di Trieste da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 «Triestina».
 - dell'incorporazione, a decorrere dal 1° maggio 2016, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Santa Maria della Misericordia» di Udine da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 «Friuli Centrale».

LIGURIA

- (i) Individuazione di tre Aree Ottimali con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici (art. 7 LR 41/06).
- (ii) In base alla nuova L.R. 17/2016, modif. dalla L.R. 27/2016, il coordinamento sovra-aziendale è affidato alla nuova Azienda sanitaria ligure – A.Li.Sa.

- (iii) Il Comm. Straord., incaricato con la DGR. 760/2016, ha poi emanato gli indirizzi operativi verso le ASL e gli Enti sanitari con la DEL. 1/2017, recepita poi dalla DGR. 7/2017
- (iv) All'interno dell'Azienda A.Li.sa., succeduta all'ARS in data 01.10.2016, è collocata la Centrale Regionale Acquisti prevista dalla L.R. 14/2007, modificata dalla L.R. 34/2012

EMILIA ROMAGNA

- (i) Individuazione di tre Aree Vaste per coordinare le strategie e i processi di acquisto e valutare l'opportunità di una gestione unificata dei processi di gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale (LR 28/2007).
- (ii) Con la Legge regionale 9/2017 si è definita la fusione tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia a partire dal 1 luglio 2017.
- (iii) Con la Delibera di giunta 1004 del 2016 si è avviata una sperimentazione gestionale tra Azienda ospedaliero/universitaria di Modena e ospedale di Baggiovara azienda usl di Modena.

TOSCANA

- (i) Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV), dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, per la programmazione e coordinamento delle prestazioni e organizzazione sanitaria. Gli ESTAV, inoltre, svolgono la funzione di approvvigionamento beni e servizi, gestione logistica e delle reti informative (art. 9 LR 40/2005). Tuttavia, a partire dal 01/01/2015, questi enti saranno accorpati in un'unica entità amministrativa (ESTAR) che ne erediterà le funzioni (LR 26/2013).
- (ii) L'ESTAR è stato istituito dalla l.r. 26/2014 ed è operativo dal 1° gennaio 2015 (cfr art. 142 quinquies, commi 9 e 10 della l.r. 40/2005 introdotto dalla citata l.r. 26/2014)
- (iii) Lo strumento principale di coordinamento sovraziendale in Toscana è rappresentato dai piani di area vasta, previsti sin dal PSR 1996-1998. Con l'ultima riforma (cfr art. 9 della l.r. 40/2005 così come modificato dalla l.r. 84/2015) è stato introdotto il piano integrato di area vasta che raccorda la programmazione delle aziende ospedaliero-universitarie con quella delle tre nuove macroaziende territoriali ed è stata introdotta una figura specifica, il direttore della programmazione di area vasta, che fra gli altri, ha anche il compito di predisporre il relativo piano (cfr art. 9 bis e 9 ter della l.r. 40/2005)

UMBRIA

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

MARCHE

- (i) Creazione di 5 Aree Vaste come sotto-articolazioni dell'ASUR (art. 9 LR 13/2003, come modificato da L.R. n. 17/2011) e di una Stazione Unica Appaltante.
- (ii) Sono stati ridefiniti i vertici di tutti gli Enti del SSR:
 - DGR n. 533/2015, Nomina DG Inrca
 - DGR n. 620/2015, Nomina DG ASUR
 - DGR n. 621/2015, Nomina Direttori delle Aree Vaste dell'ASUR
 - DGR n. 911/2015, Nomina DG A.O. Marche Nord
 - DGR n. 1/2016, Nomina DG A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona
 - DGR n. 1009/2016, Nomina Direttore AV1 ASUR

LAZIO

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

ABRUZZO

Supporto per lo sviluppo del mercato elettronico e la realizzazione di una Centrale Acquisti Regionale in base all'intesa tra MEF, Consip e Regione stipulata il 21/02/08 e rinnovata il 14/10/2009. A Luglio 2014 la Centrale non risulta però operativa.

MOLISE

- (i) Con Legge Regionale 4 maggio 2015, n. 8 è stata istituita, ai sensi e per gli effetti della L. 27 dicembre 2006, n. 296, la Centrale Unica di Committenza Regionale. In base a quanto previsto dall'art. 22 della suddetta legge, alla Centrale è demandata la gestione di procedure contrattuali e di appalto e la realizzazione di lavori pubblici e l'acquisizione di beni e servizi, a favore: a) dell'amministrazione regionale e degli enti del Sistema Regione Molise di cui all'articolo 3, comma 1, della legge regionale 26 gennaio 2012, n. 2; b) degli enti locali della regione; c) degli enti del Servizio Sanitario Regionale.
- (ii) La Centrale, in attuazione dell'art. 9, comma 5, del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con L. 23 giugno 2014 n. 89, è stata, altresì, designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise. L'azione della Centrale è volta ad aggregare e standardizzare le domande di interesse generale, monitorare i consumi di lavori, beni e servizi, assicurare la trasparenza del mercato degli appalti pubblici di lavori, servizi e forniture, stimolare l'ordinato sviluppo delle capacità concorrenziali, adeguare gli standard di qualità agli effettivi fabbisogni e semplificare i processi di acquisto, perseguendo altresì il miglioramento dell'efficienza delle attività delle pubbliche amministrazioni e il potenziamento delle loro capacità operative, nonché l'economicità di gestione;
- (iii) La Giunta regionale con DGR n. 390 del 27/07.2015 ha istituito il Servizio Centrale unica di Committenza regionale. In base all'art. 23 della L.R. n. 8/2015, la Giunta Regionale con DGR n. 408 del 31/07/2015 ha adottato i provvedimenti organizzativi necessari per il funzionamento della Centrale unica di committenza.
- (iv) Con DGR n. 480 del 17/09/2015 sono state disposte modifiche ed integrazioni alla DGR n. 408 del 31/07/2015 ed in particolare sono state: 1) approvate le linee guida sostitutive del Regolamento adottato con DGR n. 408 del 31/07/2015; 2) approvate i nuovi schemi di Convenzione di cui all'art. 25 comma 2 della L.R. n. 8/2015 relativi agli Enti del Sistema Regione Molise, del Servizio Sanitario Regionale e degli Enti locali.
- (v) Nell'anno 2016 è stato approvato il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 (POS) della Regione Molise dalla Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 155/CSR 03.08.2016). L'art. 34 bis Legge 21/06/2017 n. 96 ha riconosciuto il POS 2015-2018 quale strumento di programmazione regionale dell'ambito sanitario.

CAMPANIA

- (i) 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).
- (ii) La L.R. n. 4 del 2011 affida a So.Re.Sa. il compito di «assistere e supportare le ASL e AO in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale, al fine di promuovere l'adozione di modelli aziendali, organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività e all'efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nel soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza».
- (iii) La legge regionale n. 16 del 7 agosto 2014 ha disposto che «(...) la So.Re.Sa. costituisce centrale di committenza regionale e soggetto aggregatore che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati alle ASL e AO, alle società partecipate in misura totalitaria dalla Regione Campania, ivi comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania S.p.A., agli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su

gomma, agli enti locali e alle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio. Il DCA 56/2016 ha affidato a So.Re.Sa. Spa la funzione di centrale di acquisto dei farmaci e le specialità medicinali per le Aziende sanitarie».

- (iv) La delibera n. 163 del 19 aprile 2016, al fine di garantire le attività riguardanti l'integrazione e l'evoluzione dei flussi informativi (NSIS) consolidati in ordine agli obblighi informativi ministeriali, nonché le azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi stessi, ha affidato a So.Re.Sa. Spa le funzioni di supporto all'attività istruttoria per conto della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, nel funzionamento del Sistema Informativo Sanitario in ordine ai flussi e le piattaforme informatiche del Sistema Informativo Sanitario regionale.
- (v) Con la delibera n. 10 del 17 gennaio 2017 la Giunta Regionale ha affidato a So.Re.Sa. Spa le attività di integrazione dei Sistemi informativi della Sanità

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).
- (iii) Istituzione del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie e costituzione del relativo Coordinamento regionale (DGR n. 2485/2009)

BASILICATA

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

CALABRIA

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

SICILIA

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

SARDEGNA

- (i) 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.
- (ii) Delibera del 9 maggio 2017, n. 23/2, Istituzione della direzione generale «Centrale Regionale di Committenza» con funzioni di soggetto aggregatore. Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, artt. 37 e 38.
- (iii) Istituzione Azienda per la Tutela della Salute, L.R. 27 luglio 2016, n. 17
- (iv) Istituzione Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna, L.R. 20 novembre 2014, n. 23

Fonte: elaborazione OASI da Schede Regionali 2017 e Marsilio, 2012

Appendice II. Principali norme regionali in materia di Sanità (aggiornamento: Luglio 2017)

PIEMONTE*

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

VALLE D'AOSTA*

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

LOMBARDIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», LR 23/2015
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 88/2010, Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», LR 23/2015
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997, L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», LR 23/2015
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR n. X/5113 del 29.04.2016, DGR n. X/5513 del 02.08.2016 e la circolare n. G1.2016.0026107 del 03.08.2016.

PROVINCIA DI BOLZANO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – L.P. 7/2001, L.P. 3 del 21.3.2017 «Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale», L.P. 4 del 21.4.2017 «Modifiche di leggi provinciali in materia di salute»
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – PSP 2016-2020 (Del. G.P. 1331 del 29.11.2016)
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – L.P. 7/2001; L.P. 3/2017 Azienda sanitaria unica a livello provinciale
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001

- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del. G.P. n. 506 dell'9.5.2017
- ▶ *Applicazione art. 1, comma 525, della legge 28 dicembre 2015, n. 208: individuazione Enti tenuti alla presentazione del Piano di Rientro aziendale* – Nessuna AO presente sul territorio, nessun piano di rientro. Applicabilità della norma in conformità a quanto previsto dallo Statuto di Autonomia della PAB.

PROVINCIA DI TRENTO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 16/2010
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Provinciale sulla tutela della Salute 2010, adottato con L.P. 23 luglio 2010, n. 16.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 16/2010 L.P. 16/10 – Deliberazione di GP n. 773 del 15/04/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 16/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite

VENETO

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – L.R. n. 56/1994, L.R. n. 23/2012, L.R. n. 43/2012, L.R. n. 19/2016 «Azienda per il governo della Sanità della Regione Veneto – Azienda Zero», L.R. n. 30/2016 «Collegato alla legge di stabilità regionale 2017».
- ▶ *Agenzia sociosanitaria regionale* – L.R. n. 32/2001 Agenzia Regionale Socio Sanitaria soppressa con L.R. n. 43/2012
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*: LR 23/2012, Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – L.R. n. 55/1994 e successive modifiche e integrazioni; LR 56/1994 e s.m.i.;
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – L.R. n. 56/1994, L.R. n. 22/2002, DGR n. 2122/2013 «Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016», DGR n. 1527/2015 «Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015», n. 70 ad oggetto «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», DGR n. 1625/2016 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», DGR n. 610/2014 «Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera», DGR n. 245/2017 «Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale e definizione dei valori minimi di riferimento per il personale del Pronto Soccorso».
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR n. 3415/2002, DGR n. 2271/2013 «Nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto sociosanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23».

FRIULI VENEZIA GIULIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993; LR 12/1994; LR 13/1995 completamente abrogate dalla 17 del 2014; LR 08/2001; LR 23/2004; LR 21/2005; LR n. 12/2009 artt. 9,10 e 11; LR n. 25/2012*; LR N. 17 DD. 11.11.2013 di abrogazione della precedente LR del 13.12.2012, n. 25*, LR. 17 dd. 16.10.2014

- ▶ *Agenzia Sanitaria Regionale* – ARS istituita da LR 37/1995 abrogata da LR 23.7.2009 n. 12, art. 10 (soppressione ARS) e trasferimento delle funzioni alla Regione
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DGR 465/2010, Piano Sanitario e sociosanitario 2010-2012
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/2006 e LR 17/2014
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996, modificata da LR 32/1997, LR 3/1998 e LR 13/1998; LR 30/2007, LR 24/2009 e LR 22/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005, integrata da DGR 902 del 12/5/2010, DGR 1473 del 17/07/2015

LIGURIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* –LR 41/2006 e ss.mm., L.R. 17/2016, L.R. 27/2016 e L.R. 9/2017
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: Cessata in data 30.09.2016;
- ▶ l'Azienda Ligure Sanitaria-A.Li.Sa. è succeduta a titolo universale nei rapporti giuridici (l.r. 17/2016 e l.r. 27/2016)
- ▶ *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), L.R. 17/2016 e L.R. 27/2016
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995, modificata da LR 53/1995, LR 26/1996, LR 2/1997 e LR 25/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1528/2000, DGR 834/2005 e DGR 7/2017

EMILIA ROMAGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* –LR 29/2004; L.R. 22/2013, L.R. 9 del 1/6/2017
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 19/1994, modificata da LR 50/1994, LR 4/2008, DGR 293/2009 e DGR 443/2010, Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (delibera di giunta 643 del 15 maggio 2017)
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 175/2008 Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, integrato da deliberazione Assemblea legislativa n. 117 del 18/06/2013, «Linee Attuative PSSR 2013-2014»
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994, modificata da LR 11/2000
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* –LR 29/2004, DGR 86/2006 e DGR 2011/2007

TOSCANA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005, LR 60/2008 e LR 26/2014, LR 23/3/2017, n11.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 71/1998, modificata da LR 22/2000, LR 40/2005 e LR 28/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario*– Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008

- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005, LR 72/2005 e LR 60/2008. Gli indirizzi sull'atto aziendale (che in Toscana a partire dalla l.r.22/2000 abbiamo ridenominato «storicamente» erano contenuti nei piani sanitari regionali (in specie nel «vecchio» allegato A), ma con l'ultimo piano sono stati definitivamente cassati. Dovrebbero essere reintrodotti nel nuovo PISSR. In questo momento gli unici indirizzi sono quelli contenuti nella DGR 11/4/2016, n. 317 (Approvazione della direttiva «Primi indirizzi alle Aziende unità sanitarie locali in merito allo Statuto e alle articolazioni di governo all'interno delle aziende», in attuazione degli articoli 50, comma 1, e 69-bis, comma 3, della l.r. 40/2005).

UMBRIA*

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

MARCHE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994 modificata da LR 31/1995, 9/1996, 26/1996, 36/2013, 10/2014;
- ▶ LR 13/2003 modificata da LR 17/2010, 17/2011, 19/2012, 28/2012, 45/2012, 8/2017.
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 26/1996, modificata da LR 32/2005, modificata da LR n. 45/2012.
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 38/2011 di approvazione PSR 2012/2014.
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996 – 13/2003 – 17/2010 modificate dalle L.R. 17/2011 – 19/2012 – 28/2012 – 36/2013 – 10/2014 – 8/2017
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 1117/2004
- ▶ *Delibera di aggiornamento tariffario per le prestazioni di ricovero*: DGR 731/07; DGR 435/07; DGR 65/07; DGR 930/07;
- ▶ DGR 55/10; DGR 56/10; DGR 709/2014; DGR 1331/2014
- ▶ *Delibera di aggiornamento tariffario per le prestazioni ambulatoriali*: DGR 731/07; DGR 295/06; DGR 873/06; DGR 565/06; DGR 116/06; DGR 858/09; DGR 61/10; DGR 709/2014; DGR 1468/2014; DGR 5/2015; DGR 193/2015

LAZIO*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 16/1999, modificata da LR 4/2006. Soppressione con L.R. 4/2013
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Decreto Commissario *ad acta* 87/2009, Piano Sanitario Regionale 2010-2012
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 149/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 18/1994, modificata da LR 14/1995, LR 8/1996, LR 40/1997, LR 37/1998, LR 24/2000, LR 10/2001, LR 12/2001, LR 24/2001, LR 8/2002, LR 11/2004 e LR 15/2007

- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996, modificata da LR 27/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 139/2007, Decreto del Commissario ad Acta n. 259/2014 del 06/08/2014

ABRUZZO*

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

MOLISE

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997, LR 9/2005, LR n° 18/2008 e LR 34/2008
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – L. R. 34/2008 – POS 2015-2018, approvato con DCA 52 del 12/9/2016; L. 96/2017
- ▶ *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* – D. L.gls 118/2011 e ss.mm.ii. *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 153/2001 e Decreto del Commissario ad Acta n. 6/2010

CAMPANIA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997; 12/1998; LR 3/2006; LR 20/2015; LR 16/2016
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 20/2015 – Soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – Piano Sanitario Regionale 2011-2013, adottato con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 22 marzo 2011
- ▶ *Piano di Rientro* – DCA 102/2016
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –
- ▶ LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998 LR 16/2008; LR 6/2016; LR 15/2016;
- ▶ DCA 33/2016; DCA 99/2013
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* –
- ▶ LR 32/1994 modificata da LR 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 18/2000;
- ▶ LR 10/2002; LR 28/2003; DCA 65/2016
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DCA n. 18 DEL 18/2/2013

PUGLIA*

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994, modificata da DGR 1429/2002, LR 25/ 2006, LR 25/2006, LR 26/2006 e LR 4/2010; Regolamento regionale 19/2010, 11/2012 e 14/2015
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 24/2001, LR. 1/2004, LR 14/2004 e LR 1/2005
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – LR 23/2008, Piano Regionale di Salute 2008-2010
- ▶ *Piano di Rientro* –LR 2/2011
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie*– LR 36/1994, integrata da DGR 229/1996, LR 12/2005, LR 39/2006, LR 4/2010 e LR 1/2011
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994, modificata da LR 19/1995, LR 16/1997, LR 14/1998, LR 20/2002 e successive 1/2004, 1/2005, 39/2006, 40/2007, 45/2008, 34/2009 e 19/2010
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 830/2002; DGR. n. 1388/2011; DGR n. 3008/2012; DGR n. 879/2015

BASILICATA*

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

CALABRIA*

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

SICILIA*

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

SARDEGNA

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 10/2006, LR 27 luglio 2016 n. 17 «Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).»
- ▶ *Legge di istituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale*: LR 10/2006
- ▶ *Ultimo Piano Sanitario* – DCR 4/2007 Piano Sanitario Regionale 2006-2008
- ▶ *Piano di Rientro* – DGR 30/2007 e 33/2007
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 10/2006, LR 27 luglio 2016 n. 17 «Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).»
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 27 luglio 2016 n. 17 che apporta modifiche alla legge regionale n. 10 del 1997 e sostituisce l'articolo 27 della legge regionale n. 10 del 2006 (Norme in materia di contabilità delle aziende sanitarie)
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Delibere della G.R. n. 29/1 (ATS) e 29/2 (AO e AOU) del 16/6/2017

(*) Non è pervenuta la Scheda Regionale 2017.

Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E., Zangrandi A. (1996), «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari», in Migione L. (a cura di), *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico, Roma.
- Cantù E. (2000), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Cutler D., Sheiner L. (1998), «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in Auerbach A., Lee R. (a

- cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Romiti A. (2017), «Dall'aziendalizzazione alla regionalizzazione: contesto di riferimento e caratteristiche del modello aziendale in sanità», in Del Vecchio M., Pinelli N., Ripa di Meana F., Romiti A., Tanese A. (a cura di), *Aziende e management per il futuro del SSN*, KOS Comunicazione e Servizi, Roma.
- De Pietro C., Marsilio M., Sartirana M. (2014), «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le regioni in Piano di Rientro a confronto», in CER GAS (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Ferrè F., Ricci A. (2011), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Fusco D., Davoli M., Pinnarelli L., Colais P., D'Ovidio M., Basigliani A., Perucci C.A. (2012), «Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE)», *Monitor*, 30: 22-42, Age.Na.S, Roma.
- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S.: 113-124.
- ISTAT (2016), *BES. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: ISTAT.
- Marsilio M. (2012), «Forme di centralizzazione degli acquisti e delle funzioni amministrative», Relazione al workshop di presentazione del Rapporto OASI 2011, Udine, 15/06/2012.
- Ministero della Salute (2015), *Posti letto per struttura ospedaliera – anni 2010-2014*, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=18>.
- Ministero della Salute (2016), *Annuario Statistico del SSN – anno 2013*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2536_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2017), *Rapporto SDO 2015*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2548_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2017), *Elenco Aziende sanitarie Locali e Strutture di Ricovero*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13
- Ministero della Salute e AGENAS (2016), Portale del Programma Nazionale

- Esiti (PNE), disponibile *on line* http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/
Osservatorio Nazionale Screening (2015), *I programmi di screening in Italia*,
Roma: Zadig Ed.
- Spillman B.C., Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute
and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.
- Zuccatelli G., Carbone C., Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Na-
zionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.